

## 豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業実施要綱

(目的)

**第1条** この要綱は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第77条第1項第6号の規定に基づき、重度の障害により意思の疎通が困難な障害者が医療機関に入院した場合（精神科入院は除く）に、当該障害者と医療機関従事者との意思疎通を支援する者を派遣し、安心して医療を受けられる環境を確保することを目的として実施する、豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業（以下「事業」という）について必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

**第2条** 事業の対象となる者は、18歳以上で次の各号のいずれにも該当する者とする。ただし、医療機関に入院した場合に、院内にて重度訪問介護を利用できる者は重度訪問介護の利用を優先とする。

(1) 障害支援区分に係る市町村審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成26年厚生労働省令第5号）別表第1認定調査項目の群6、認知機能の項目に掲げるもののうち次に掲げる項目について、当該ア又はイに定める状態に該当しない者

ア コミュニケーション 日常生活に支障がない状態

イ 説明の理解 理解できる状態

(2) 法第5条に規定する障害福祉サービスのうち、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護若しくは重度障害者包括支援について、豊中市から支給決定を受けている者

(3) 法第5条に規定する障害福祉サービスのうち、施設入所支援、療養介護について豊中市から支給決定を受けていない者

(4) 家族等の意思疎通支援者がいない者又はこれに準ずる者

2 前項に該当するもののほか、事業利用時に同様の状態にあると市長が認める者

(事業内容)

**第3条** 事業の内容は、次のときに行う意思疎通支援等、医療機関の業務の範囲に該当しないものとする。

(1) 入院時に行う説明又は聞きとり

(2) 病院スタッフによる治療計画及び入院計画の説明

(3) 診察、処置、検査及び療養の説明及び実施

(4) 手術の前後の説明及び処置

- (5) リハビリテーションの説明及び実施
- (6) 退院後の治療及び療養の説明
- (7) 医療費制度及び福祉保健制度の説明及び相談
- (8) その他市長が必要と認める事項

(利用の申込み)

**第4条** 事業を利用しようとする者（以下「申込者」という。）は、あらかじめ豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業利用等申込書（様式1号。以下「利用等申込書」という。）を市長に提出しなければならない。

(利用の決定等)

**第5条** 市長は、前条による申込みがあったときは、その内容を審査し、事業の利用の必要性を検討したうえで事業の利用の可否を決定し、豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業利用決定通知書（様式2-1号。以下「利用決定通知書」という。）により、申込者に通知する。

(変更の申請)

**第6条** 前条に規定による利用決定通知書の交付を受けた者（以下「利用者」という。）は、利用決定通知書で決定を受けた事項に変更が生じたときは、利用等申込書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、適当と認めた者に対し豊中市重度障害者等入院時コミュニケーション等支援事業利用変更決定通知書（様式2-2号）により、利用者に通知する。

(利用決定通知書の再交付)

**第7条** 利用者は第5条の利用決定通知書を破損し、又は紛失した時は、利用等申込書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、適当と認めた者に対し利用決定通知書を再交付するものとする。

(利用の取り消し)

**第8条** 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当することとなったときは、事業の利用

決定を取り消すことができる。

- (1) 死亡又は市外に転出したとき。
- (2) 虚偽の申込又は不正の行為によって利用の決定を受けたとき。
- (3) その他市長が事業を提供することが不相当と認めたとき。

2 市長は、前項の規定により利用を取り消したときは、豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業利用取消通知書(様式 2-3 号)により利用者へ通知するものとする。

(サービス提供事業者)

**第 9 条** サービス提供事業者(以下「事業者」という。)は、法に基づく指定障害福祉サービスの指定を受けている社会福祉法人、公益法人、特定非営利活動法人等の事業者とする。

2 利用者は、前項の規定による事業者に利用決定通知書を提示してサービスを受けるものとする。ただし、緊急の場合その他やむを得ない理由のある場合はこの限りでない。

3 1日に利用できる事業者は1事業者のみとする。

(実施上の留意事項)

**第 10 条** 事業者は、事業実施にあたって次の事項に留意し、事業の円滑かつ効果的な運営に努めるものとする。

- (1) 事業に関する諸記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存すること。
- (2) 利用者及びその家族に関して業務上知り得た秘密を守ること。
- (3) 利用契約に際しての説明、書面の交付その他の社会福祉事業の実施に関して社会福祉法(昭和26年法律第45号)に定められた事項を遵守すること。

(給付費の支給)

**第 11 条** 市長は、利用者が事業者からサービスを受けたときは、事業者に対し、第15条に規定する代理受領手続により、事業に係る給付費(以下「給付費」という。)を支給するものとする。

(支給基準額及び支給量)

**第 12 条** 給付費の支給基準額(以下「支給基準額」という。)は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省告示第523号)により算出された重度訪問介護に関する費用の額に準じ、下表のとおりとする。

| 支給量       | 支給する額      |
|-----------|------------|
| 30分～4時間   | 30分ごとに970円 |
| 4時間超～24時間 | 8,000円     |
| 1日あたり     | 8,000円     |

2 給付費の支給対象となる支給量は、30分を単位として月に50時間を超えないものとする。ただし、市長がやむを得ないと認めた場合は、その限りでない。

(利用者負担額)

**第13条** 利用者の負担額は、無料とする。

(給付費の額)

**第14条** 給付費の額は、月の支給基準額の合計とする。

(給付費の請求及び支払い)

**第15条** 給付費の支給を受けようとする者は、豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業給付費請求書(様式3号)に豊中市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業実績報告書(様式4号)を添えて、利用月の翌月10日までに市長に提出しなければならない。

2 市長は、給付費の支給を受けようとする者から前項の請求があったときは、その内容を審査し、その日から30日以内に給付費を支払うものとする。ただし、当該請求が適切でない場合はこの限りでない。

3 市長は、前項の規定による支払いに関する事務を国民健康保険法第45条に規定する国民健康保険団体連合会に委託することができる。

4 前項の規定による支払いを受けた事業者は、その支払いに係る利用者に対し、代理受領手続により支払いを受けた旨の通知を速やかに行わなければならない。

(帳簿等の整備)

**第16条** 給付費の支給を受ける者は、事業に係る収入及び支出に関する帳簿及び証拠書類を常に整備しておかねばならない。

(検査)

**第 17 条** 市長は、給付費の支給を受けた者に対し、必要があるときは、事業所に立ち入り帳簿書類その他の物件を検査することができる。

(不正利得の徴収)

**第 18 条** 市長は、偽りその他不正な方法により給付費の支給を受けた者があるときは、その者から、その給付費の額に相当する金額の全部又は一部を徴収することができる。

2 市長は、事業者が、偽りその他不正な方法により給付費の支給を受けたときは、当該事業者に対し、その支払った額につき返還させることができる。

(その他)

**第 19 条** この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は市長が別に定める。

#### **附 則**

この要綱は、平成 29 年（2017 年）1 月 1 日から施行する。

#### **附 則**

この要綱は、平成 30 年（2018 年）12 月 1 日から施行する。

#### **附 則**

この要綱は、令和 3 年（2021 年）6 月 1 日から施行する。

#### **附 則**

この要綱は、令和 5 年（2023 年）4 月 1 日から施行する。

(様式1号)

年 月 日

## 豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業利用等申込書

【新規・変更・再交付（破損・紛失・その他）】

豊 中 市 長 様

豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業の利用について、次のとおり申込みます。  
また、この事業の受託事業者又は指定事業者に対し、申請者に関する情報をサービス提供に必要な範囲で提供することに同意します。

|                            |   |                  |                          |         |
|----------------------------|---|------------------|--------------------------|---------|
| 申請者                        | ふりがな  |                  | 生年月日                     | 年 月 日   |
|                            | 氏名  |                  |                          |         |
|                            | 住所  | 〒<br>豊中市<br>電話番号 |                          |         |
|                            | 身体障害者手帳   | 級                | 療育手帳                     | A・B1・B2 |
|                            | 精神障害者保健福祉手帳   | 級                | 疾病名                      |         |
| 現在利用中のサービス<br>(☑印を入れて下さい。) | <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護<br><input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) |                  |                          |         |
| コミュニケーション支援事業者名            |   |                  |                          |         |
|                            | 事業者名  | 【上限時間管理者】        |                          |         |
|                            |   | 電話番号             | (                      ) |         |
|                            | 事業者名  | 電話番号             | (                      ) |         |
|                            | 事業者名  | 電話番号             | (                      ) |         |
| 入院する<br>医療機関               | 医療機関名   |                  |                          |         |
| 入院期間                       |   |                  |                          |         |

|        |   |         |  |
|--------|---|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） |         |  |
| フリガナ   |   | 申請者との関係 |  |
| 氏名     |   |         |  |
| 住所     | 〒<br>電話番号 <input type="checkbox"/> 本人と同じ                                |         |  |

豊中市長

### 豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業利用決定通知書

豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業の利用について、下記のとおり決定しましたので通知します。

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| 支給決定日           | 年 月 日       |
| 支給決定者氏名         |             |
| 決定内容            |             |
| 有効期間            | 年 月         |
| 支給量             | ひと月あたり 50時間 |
| コミュニケーション支援事業者名 |             |
| 事業者名            | 【上限時間管理者】   |
|                 | 電話番号 ( )    |
| 事業者名            |             |
|                 | 電話番号 ( )    |
| 事業者名            |             |
|                 | 電話番号 ( )    |

**\*入院時コミュニケーション等支援事業については、本通知書を上記に記載する事業所に提示することで、利用が可能となります。**

(教示) 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、豊中市長に対し審査請求をすることができます。なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌月から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌月から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

【問い合わせ先】  
〒561-8501  
豊中市役所障害福祉課  
TEL：06-6858-2224  
FAX：06-6858-1122

豊中市長

## 豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業利用変更決定通知書

豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業の利用について、下記のとおり決定しましたので通知します。

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| 変更日             | 年 月 日       |
| 支給決定者氏名         |             |
| 決定内容            |             |
| 有効期間            | 年 月         |
| 支給量             | ひと月あたり 50時間 |
| コミュニケーション支援事業者名 |             |
| 事業者名            | 【上限時間管理者】   |
|                 | 電話番号 ( )    |
| 事業者名            |             |
|                 | 電話番号 ( )    |
| 事業者名            |             |
|                 | 電話番号 ( )    |

**\*入院時コミュニケーション等支援事業については、本通知書を上記に記載する事業所に提示することで、利用が可能となります。**

(教示) 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、豊中市長に対し審査請求をすることができます。なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として(訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌月から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌月から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

【問い合わせ先】

〒561-8501  
豊中市役所障害福祉課  
TEL : 06-6858-2224  
FAX : 06-6858-1122

(様式2-3号)

第 号  
年 月 日

豊中市長

## 豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業利用取消通知書

豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業の利用について、下記のとおり決定を取消しましたので通知します。

|         |       |
|---------|-------|
| 支給決定者氏名 |       |
| 利用取消日   | 年 月 日 |
| 取消理由    |       |
| 備考      |       |

(教示) 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、豊中市長に対し審査請求をすることができます。なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌月から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌月から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

【問い合わせ先】  
〒561-8501  
豊中市役所障害福祉課  
TEL：06-6858-2224  
FAX：06-6858-1122

(様式3号)

年 月 日

豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業給付費 請求書

豊 中 市 長 様

(請求者)

所 在 地

電 話 番 号

事 業 者 名

代 表 者 職 氏 名

豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業給付費を下記のとおり請求します。

|      |   |
|------|---|
| 請求金額 | 円 |
|------|---|

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日分 )

※提供内容については別添サービス提供報告書(様式4号)のとおり

<請求内訳>

|        |   |    |   |
|--------|---|----|---|
| 請求総時間数 | 日 | 時間 | 分 |
|--------|---|----|---|

|          | 単価(円) | 数量 | 金額(円) |
|----------|-------|----|-------|
| 1日(4時間超) | 8,000 |    |       |
| 1時間      | 1,940 |    |       |
| 30分      | 970   |    |       |
| 合計       | —     | —  |       |

<振込口座>

|        |    |           |
|--------|----|-----------|
| 銀行・支店名 | 銀行 | 支店        |
| 預金種別   | 普通 | 当座 (口座番号) |
| ふりがな   |    |           |
| 口座名義人  |    |           |

(様式4号)

豊中市重度障害者入院時コミュニケーション等支援事業実績報告書

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| サービス提供期間           | 年 月 日 から 年 月 日 まで     |
| ふりがな<br>利用者氏名      | 生年月日 年 月 日            |
| 障害福祉サービスの<br>事業所番号 | 事業者及び<br>その事業所の<br>名称 |

| 日付   | 曜日 | サービス提供時間 |      | 算定時間数 |   | 1日あたり<br>通算時間数 |   | 支援員名 | 利用者<br>確認欄 |
|--|----|----------|------|-------|---|----------------|---|------|------------|
|  |    | 開始時刻     | 終了時刻 | 時間    | 分 | 時間             | 分 |      |            |
| 業務内容 (業務内容のうち該当する番号に○をつけてください。9「その他」の場合は具体的に記入してください。) |    |          |      |       |   |                |   |      |            |
|  |    | :        | :    |       |   |                |   |      |            |
| 1・2・3・4・5・6・7・8 ( )                                    |    |          |      |       |   |                |   |      |            |
|  |    | :        | :    |       |   |                |   |      |            |
| 1・2・3・4・5・6・7・8 ( )                                    |    |          |      |       |   |                |   |      |            |
|  |    | :        | :    |       |   |                |   |      |            |
| 1・2・3・4・5・6・7・8 ( )                                    |    |          |      |       |   |                |   |      |            |
|  |    | :        | :    |       |   |                |   |      |            |
| 1・2・3・4・5・6・7・8 ( )                                    |    |          |      |       |   |                |   |      |            |
|  |    | :        | :    |       |   |                |   |      |            |
| 1・2・3・4・5・6・7・8 ( )                                    |    |          |      |       |   |                |   |      |            |
|  |    | :        | :    |       |   |                |   |      |            |
| 1・2・3・4・5・6・7・8 ( )                                    |    |          |      |       |   |                |   |      |            |
|  |    | :        | :    |       |   |                |   |      |            |
| 1・2・3・4・5・6・7・8 ( )                                    |    |          |      |       |   |                |   |      |            |

※「算定時間数」には、サービス提供した時間数を記入する。また、「1日あたり通算時間数」は、1日を通算した時間数を記入する。

※1日で通算して20分未満のサービス提供は30分として算定できません。

|    |    |
|----|----|
| 枚中 | 枚目 |
|----|----|