

ALS患者コミュニケーション支援事業実施要綱

制定 平成24年8月31日決定

要綱 第200号

改正 平成27年3月31日 要綱 第279号

改正 令和6年3月27日 要綱 第123号

(目的)

第1条 この要綱は、ALS患者コミュニケーション支援事業について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「ALS患者コミュニケーション支援事業(以下「本事業」という。)」とは、筋萎縮性側索硬化症と診断され在宅にて療養中の者(以下「在宅ALS患者」という。))が、医療機関へ入院した際に、発話困難により医療機関従事者との意思疎通が十分に図れない場合、医療機関従事者が当該患者のコミュニケーションについて技術および手段を習得する期間、当該患者とのコミュニケーションについて熟知している者(以下「支援員」という。)を医療機関に派遣することにより、医療機関従事者との円滑な意思疎通を図ることを目的として実施する事業をいう。

(事業の位置付け)

第3条 本事業は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)に基づく地域支援事業として実施するものとする。

(対象者)

第4条 本事業の対象者は、品川区内に住所を有する在宅ALS患者のうち、入院先の医療機関が支援員の派遣を承諾している者であって、次の各号に該当する者その他区長が特に必要があると認めた者とする。

- (1) 法による要支援または要介護認定を受けて、法第8条第2項に規定する訪問介護サービスまたは法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護サービスを現に利用していること。
- (2) 法第7条第5項に規定する介護支援専門員による品川区アセスメント表のコミュニケーション能力項目「伝達能力」評価が「場合によってできる」または「場合によってできる可能性がある」であること。

(事業者の要件)

第5条 この要綱において支援員を派遣する事業者とは、法第41条第1項の指定居宅サービス事業者(以下「支援事業者」という。)とする。

2 支援事業者は、現に第9条に規定する登録者にサービスを提供しておりかつ登録者に通知された事業者とする。

(支援員の要件等)

第6条 支援員は、登録者が医療機関へ入院する前に指定居宅サービス事業者とし

て登録者に対しサービスの提供を行っていた者でなければならない。

- 2 支援員が本事業を医療機関内において行う際は、医療従事者等の指示に従うとともに、身分を証する書類を携行し、提示を求められたときは、これを提示しなければならない。

(事業内容)

第7条 本事業は、対象者が入院した際、医療従事者が対象者のコミュニケーションについて技術および手段を習得するよう支援することならびにこれに伴う必要な見守りを行うこととし、これら以外のものを対象としない。

- 2 前項に規定する事業は、第5条の支援事業者が、対象者が入院している医療機関に支援員を派遣することにより行うものとする。

(登録の申請)

第8条 本事業の利用を希望する者(以下「申請者」という。)は、利用する前にALS患者コミュニケーション支援事業登録(変更)申請書(第1号様式)により区長に登録の申請をするものとする。

(登録の決定等)

第9条 区長は、前条の規定による申請を受けたときは、本事業の対象要件に該当するか否かの確認を行い、ALS患者コミュニケーション支援事業申請結果通知書(第2号様式、以下「結果通知書」という。)により申請結果を申請者に通知するものとする。

(登録内容の変更等)

第10条 8条の規定は、前条において登録の決定を受けた者(以下「登録者」という。)の登録の内容に変更がある場合に準用する。

(登録資格の取消し)

第11条 登録者が次の各号のいずれかに該当する場合は、登録資格を取り消す。

- (1) 登録者が本事業の利用を辞退した場合
- (2) 登録者が死亡または区外へ転出した場合
- (3) 前2号に掲げるもののほか適切な利用と認められない場合

- 2 区長は、前項の規定により登録者の登録資格を取り消すときは、ALS患者コミュニケーション支援事業登録廃止決定通知書(第3号様式)により登録者に通知するものとする。

(利用契約)

第12条 登録者が本事業を利用しようとするときは、結果通知書を支援事業者に提示し、当該事業者と利用の契約をしなければならない。

- 2 登録者は、前項の契約後速やかに区長にALS患者コミュニケーション支援事業委任状兼承諾書(第4号様式、以下「委任状兼承諾書」という。)を提出しなければならない。

(利用開始の届出)

第13条 医療機関への入院により本事業の利用を開始する登録者(以下「利用者」

という。)は、医療機関の承諾を受けた上で、入院後おおむね1週間以内に区長にALS患者コミュニケーション支援事業利用開始(変更)届(第5号様式)を提出しなければならない。

(利用終了の届出)

第14条 利用者が医療機関を退院したときは、退院後速やかにALS患者コミュニケーション支援事業利用終了届(第6号様式)を区長に提出しなければならない。

(派遣回数等)

第15条 本事業の派遣回数、派遣時間、費用等は次のとおりとする。

(1) 支援員の派遣は、利用者1人あたり1年度3回までとし、1回の派遣時間数は40時間までとする。

(2) 時間単価2,000円とする。

(3) 区は、前号の時間単価に支援員を派遣した時間数を乗じた額(以下「事業費用」という。)の9割相当額を利用者に対して支払う。

(4) 利用者は、事業費用の1割相当額を負担するものとし、第12条の支援事業者に支払うものとする。

(代理受領)

第16条 利用者が本事業を利用したときは、委任状兼承諾書に基づき委任を受けるものとし、事業費用のうち区負担額は利用者に代わり第12条の支援事業者が支払いを受けるものとする。

(請求及び支払等)

第17条 支援事業者は、前条の規定により支払いを受けるときは、ALS患者コミュニケーション支援事業サービス提供実績報告書(第7号様式)に利用者名を記載した請求書を添えて、サービス提供終了後おおむね2週間以内に、区長へ請求しなければならない。

2 区長は、支援事業者から前項の請求があったときは請求を審査し、第15条第3号に規定する額を支払うものとする。

(不正利得の徴収)

第18条 支援事業者が虚偽その他不正の手段により事業費用の支払いを受けた場合は、区長は、当該費用の全額または一部をその者から返還させることができる。

(遵守事項)

第19条 支援事業者は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 本事業の利用者が医療機関従事者等との意思疎通が円滑に図れるよう支援員を派遣し、コミュニケーションに要する支援を適切かつ効果的に行うこと。

(2) コミュニケーション支援を実施している際に事故等が発生した場合は、利用者の家族および区長に遅滞なく報告および連絡するとともに、必要な措置を講じること。

(3) 業務上知り得た当該利用者の個人情報の保護に十分留意すること。

(4) 本事業の実施にかかる記録等書類を整備し、本事業実施日から5年間保存すること。

(調査等)

第20条 区長は、本事業の実施に関して必要と認められるときは、支援事業者に対して本事業にかかる報告および書類の提示を命じ、または当該事業者に立ち入り、支援員に対して必要な調査および指導を行うことができる。

(委任)

第21条 この要綱の施行について必要な事項は、福祉部長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成24年9月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和6年4月1日から適用する。

ALS 患者コミュニケーション支援事業 登録（変更）申請書

品川区長 あて

(申請者)

氏 名： _____ 利用者との続柄

住 所： _____

私は、ALS 患者コミュニケーション支援事業の登録（変更）を申請するとともに、区職員が登録申請の決定に当たって必要な情報を、介護福祉サービス事業者を始め関係機関から聴取することに同意します。

フリガナ		被保険者番号	0	0	0						
被保険者氏名 (利用者)		生年月日	年 月 日								
住 所	品川区 丁目 番 号 電話										
コミュニケーション支援事業者											
事業者名											
支援者名											
連絡先 ()											
事業者名											
支援者名											
連絡先 ()											
医療機関名	かかりつけ医 連絡先										
変更の場合は変更事由											

※ 上記太枠内を記入してください。

ALS 患者コミュニケーション支援事業 申請結果通知書

申請者

様

品 川 区 長

印

年 月 日付けで申請のあった ALS 患者コミュニケーション支援事業の申請（変更）について、次のとおり決定しましたので通知します。

申請結果	該当 ・ 非該当
	(非該当の場合の理由)

【該当の場合のみ記載】

フリガナ		被保険者番号	000																	
被保険者氏名 (利用者)		生年月日																		
住 所	品川区	丁目																		
		番 号																		
		電 話																		
登録番号																				
登録日																				
コミュニケーション支援事業者																				
事業者名																				
支援者名																				
連絡先 ()																				
事業者名																				
支援者名																				
連絡先 ()																				
備考																				

年 月 日

ALS 患者コミュニケーション支援事業 登録廃止決定通知書

申請者

様

品 川 区 長

印

年 月 日付けで申請のあった ALS 患者コミュニケーション支援事業の登録について、次のとおり廃止を決定しましたので通知します。

フリガナ		被保険者番号	000						
被保険者氏名 (利用者)		生年月日		年	月	日			
住 所	品川区	丁目	番	号					
登録番号									
登録日		年	月	日					
コミュニケーション支援事業者									
事業者名									
支援者名									
連絡先 ()									
事業者名									
支援者名									
連絡先 ()									
廃止理由									

ALS 患者コミュニケーション支援事業 委任状兼承諾書

甲は、ALS 患者コミュニケーション支援事業実施要綱第17条に基づき、ALS 患者コミュニケーション支援事業の支援員派遣にかかる給付の請求・受領に関する権限を乙に委任します。

また、乙は、甲が入院した際、コミュニケーション支援事業者として支援員を派遣することを承諾します。

年 月 日

甲（委任者）※利用者

住所 _____

氏名 _____

乙（受任者）※事業者

住所 _____

事業者名 _____

代表者職氏名 _____

品川区長 あて

氏 名： 利用者との続柄

住 所：

フリガナ			登録番号		
被保険者氏名 (利用者)			生年月日	年	月 日
住 所	品川区 丁目 番 号 電話				
入院情報	医療機関 科名	病院 科			
	入院日	年 月 日	退院予定日	年 月 日 □予定 □未定	
現在利用中のコミュニケーション支援事業者					
事業者名		契約日 年 月 日			
支援者名		連絡先 ()			
事業者名		契約日 年 月 日			
支援者名		連絡先 ()			
支援事業者 との契約	完了 ・ 未		支援事業者への委任状 兼承諾書の添付	有 ・ 無	
医療機関 記入欄	上記利用者から依頼のあったコミュニケーション支援員の受入を承諾します。 年 月 日 医療機関名 記 入 者 印 (職種は問いません)				

入院後おおむね 1 週間以内に品川区役所高齢者福祉課までご提出ください。

年 月 日

ALS 患者コミュニケーション支援事業 利用終了届

品 川 区 長 あて

(申請者)

氏 名 : _____ 利用者との続柄 _____

住 所 : _____

ALS 患者コミュニケーション支援事業の利用を終了したことを次のとおり届け出ます。

フリガナ		登録番号	
被保険者氏名 (利用者)		生年月日	年 月 日
住 所	品川区	丁目 番 号	電話
入院先 医療機関			
支援事業 利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 合計 時間		
備考			

退院後速やかに品川区役所高齢者福祉課までご提出ください。

ALS 患者コミュニケーション支援事業 サービス提供実績報告書

サービス提供期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日
登録番号		サービス 総提供時間	時間

日付	曜日	サービス提供時間		算定 時間数	利用者 確認	事業者名 支援員名	医療機関 確認
		開始時刻	終了時刻				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				

「算定時間数」には、サービス提供した時間数を記入する。
(3 0 分以下は切り捨て、 3 1 分以上は切り上げ) 整数単位とする。