

○ 京都市介護認定調査時手話通訳者派遣事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、介護保険制度の介護認定調査の実施にあたり、聴覚等の障害によって意思の疎通が困難なために、手話通訳者の派遣を必要とする者に対して、手話通訳者を派遣し意思伝達の手段を確保することにより、本人の心身状況等を的確に介護認定調査の結果に反映し、もって要介護等認定事務の円滑な遂行に資することを目的とする。

(対象者)

第2条 この事業において手話通訳者の派遣を受ける対象者は、本市が実施する介護認定調査（委託実施を含む。以下同じ。）を受けるに当たり、聴覚等の障害によって意思の疎通が困難なために、手話通訳者の派遣を希望する介護認定調査の対象者又はその介護認定調査に付添う家族であって、市長が手話通訳者の派遣を承認した者とする。

2 前項における承認は、介護認定調査の実施のたびに行うものとする。

3 市長は、介護認定調査の実施者又は介護認定調査に付添う家族が次条に規定する手話通訳者であるとき、その他手話通訳者の派遣の必要が認められないときは、第1項における承認を行わないことができる。

(手話通訳者)

第3条 この事業に従事する手話通訳者は、手話通訳士の資格を有する者又は京都府障害者の明るいくらし促進事業（委託分）実施要綱により手話通訳者として登録された者であって、本市がこの事業における手話通訳者派遣業務を委託した事業者（「委託先事業者」という。以下同じ。）が、適切であると判断した者とする。

2 この事業に従事する手話通訳者は、この事業の目的を正しく認識し、常に対象者の人権を擁護する立場でその職務を遂行しなければならない。

(事業の受託)

第4条 この事業における手話通訳者派遣業務は、手話通訳者に関する知識・技術及び手話通訳者の派遣に必要な体制を有する事業者に委託して実施する。

2 手話通訳者派遣業務とは、市長からの依頼を受けて、介護認定調査の実施の日時及び場所に手話通訳者を派遣し、介護認定調査に必要な手話通訳を行う業務とする。

3 委託先事業者は、市長が手話通訳者の派遣を依頼したときは、速やかにこの事業の実施に適切な手話通訳者を選定して派遣しなければならない。

4 委託先事業者は、この事業の目的を正しく認識し、対象者及び介護認定調査の実施者と十分連携・協力をを行い事業を実施する。

(事業内容)

第5条 本市が実施する介護認定調査を受けるに当たり、聴覚等の障害によって意思の疎通が困難なために、手話通訳者の派遣を希望する介護認定調査の対象者又はその介護認定調査に付添う家族は、市長に、「手話通訳者派遣申込書」（様式1）を介護保険要介護認定等申請書に添えて提出する。

- 2 市長は、前項の申込について第2条第1項による承認を行ったときは、「手話通訳者派遣依頼書」(様式2)により、委託先事業者到手話通訳者の派遣を依頼し、併せて、委託先事業者に「手話通訳者派遣報告書」(様式3)帳票を渡すものとする。
- 3 委託先事業者は、介護認定調査の実施者から連絡を受けた日時及び場所に、第4条第3項に基づき選定した手話通訳者を派遣し、派遣される手話通訳者が介護認定調査に必要な手話通訳を行う。
- 4 派遣される手話通訳者は、介護認定調査の実施の日時及び場所に、「手話通訳者派遣依頼書」(様式2)及び委託先事業者の職員であることを証する書類等を持参し、介護認定調査の対象者又は介護認定調査の実施者から、本市からの依頼の有無又は第3条第1項の手話通訳者の確認の求めがあったときは、これを提示しなければならない。
- 5 派遣される手話通訳者は、介護認定調査の実施の日時及び場所に、「手話通訳者派遣報告書」(様式3)帳票を持参し、介護認定調査完了後、介護認定調査の対象者及び介護認定調査の実施者から、手話通訳を実施したことの確認について、当該帳票に記名又は署名を受けるものとする。
- 6 委託先事業者は、「手話通訳者派遣報告書」(様式3)を作成し、手話通訳者を派遣した月ごとにまとめ、速やかに保健福祉局所管部長へ提出する。

(秘密の保持)

第6条 手話通訳者及び委託先事業者は、この事業を行うに当たり、知り得た個人の身上その他一切の秘密を漏らしてはならない。この事業が完了した後も、また、同様とする。

(実施の細目)

第7条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項については、保健福祉局所管部長が定める。

附 則

この要綱は、平成12年1月4日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 「手話通訳者派遣報告書」(様式3)については、当面の間、従前の様式によることができる。

(様式1 第5条第1項関係)

年 月 日

手話通訳者派遣申込書

(宛先) 京都市長

(申込者住所)

(申込者)

(電話番号 ー ー)

介護保険の認定調査の実施に当たり、手話通訳者の派遣を申し込みます。

派遣対象者

氏名	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ (電話番号 ー ー)										
被保険者番号							ー				
認定申請日	年 月 日										
認定調査 実施予定場所	<input type="checkbox"/> 被保険者資格を有する場所と同じ (電話番号)										
備考等											

(様式2 第5条第2項関係)

年 月 日										
<h2>手話通訳者派遣依頼書</h2>										
様										
京都市長 (担当 連絡先)										
下記の対象者からの手話通訳者派遣申込みを承諾しましたので、手話通訳者の派遣を依頼します。										
調査実施事業者名		(電話番号 - -)								
<h3>派遣対象者</h3>										
氏 名		<input type="checkbox"/> 申込者と同じ (電話番号 - -)								
被保険者番号							-			
認定申請日		年 月 日								
認定調査 実施予定場所		<input type="checkbox"/> 被保険者資格を有する場所と同じ (電話番号)								
備考等										

(様式3 第5条第2項関係)

年 月 日

手話通訳者派遣報告書

(宛先)

(事業者住所)

(事業者名)

(代表者名)

手話通訳者氏名		対象者 確認欄		認定調査 員確認欄	
派遣日	年 月 日	調査所要時間	<input type="checkbox"/> 1時間以内 <input type="checkbox"/> 1時間超過		
派遣対象者					
氏名	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ (電話番号 - -)				
被保険者番号					
認定申請日	年 月 日				
認定調査 実施予定場所	<input type="checkbox"/> 被保険者資格を有する場所と同じ (電話番号)				
備考等					