

横福障第 301 号
令和 2 年 11 月 4 日

指定重度訪問介護事業所 各位

横須賀市福祉部障害福祉課長

重度訪問介護における、同行支援の実施に伴う手続きについて（通知）

日頃より、本市障害福祉行政に御理解、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、平成 30 年 4 月の報酬改定に伴い、重度訪問介護において、障害支援区分 6 の受給者に対して、事業所が新規に採用した新任ヘルパーと熟練ヘルパーが同行してサービスを提供した場合（以下、同行支援）に同行者分の報酬も算定が可能となっております。

この同行支援の利用について、以下のとおり取り決めましたので、ご確認いただき、取扱いただきますようお願いいたします。

1 同行支援の要件について

- ・受給者の障害支援区分が 6 であること
- ・受給者が同行支援を認めていること

2 用語の定義について

- ・新任ヘルパー：事業所に新規に採用された新任ヘルパー（ただし、利用者への支援が 1 年未満となることが見込まれる者及び採用から 6 か月を経過した者を除く）
- ・熟練ヘルパー：対象受給者の障害特性を十分理解し、適切な介護ができる者であり、かつ、当該受給者へのサービスについて受給者から十分な評価があるヘルパー

3 支給決定について

- ・サービス提供時間は、新任ヘルパー毎に算定開始から合計 120 時間までです。
- ・一人の利用者につき、年間 3 人の新任ヘルパーまで算定が可能です。
- ・同行支援を認めた時間数を使い切った場合、当初の支給量に戻し、受給者証を再発行します。

- ・同行支援を行う場合、提供日や時間数に変更はないため、同行支援を支給決定する場合に、新たなサービス等利用計画を作成する必要はありません。
- ・同様に同行支援終了時に支給量を戻す場合にも、新たなサービス等利用計画の作成は必要ありません。

4 受給者証について

- ・受給者証の重度訪問介護支給量欄もしくは特記事項に以下を記載します。
「同行支援可（○人、○時間○分、令和○年○月○日適用）」
特記事項：重度訪問介護の支給量は同行支援の支給量を含めるものとする
例：決定支給量 500 時間／月の受給者に、2 人の新任ヘルパーについて、それぞれ月 30 時間を令和 2 年 12 月 1 日から認める場合
560 時間／月「同行支援可（2 人、60 時間、令和 2 年 12 月 1 日適用）」
特記事項：重度訪問介護の支給量は同行支援の支給量を含めるものとする

5 報酬について

- ・従来の二人派遣の枠組を利用し、新任ヘルパーと熟練ヘルパーが 2 人で支援を行うことについて、2 人分の時間数の報酬算定が可能（※報酬自体はそれぞれ所定単位数の 85/100）

6 制度利用の流れ

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1. 事業所→障害福祉課 | 同行支援の利用について担当者に事前に相談 |
| 2. 事業所→利用者 | 「同行支援依頼書（別紙 1）」を作成し、利用者へ説明・同意を得る |
| 3. 事業所（利用者） →障害福祉課 | 同行支援依頼書を添付のうえ、支給決定の変更申請手続き |
| 4. 障害福祉課 | 支給決定をし、利用者へ受給者証を送付 |
| 5. 利用者→事業所 | 利用者は事業所へ受給者証を提示 |
| 6. 事業所 | 受給者証の時間数を確認の上、同行支援を実施、翌月に給付費を請求 |

事務担当 横須賀市福祉部障害福祉課 給付係
電話：046-822-9488
FAX：046-825-6040

(別紙 1)

(宛先) 横須賀市長

年 月 日

重度訪問介護に係る新規採用従業者支援時の熟練従業者の同行について (依頼)

次のとおり、(事業所名) _____ が新規に採用した従事者の派遣に際し、
熟練従事者による同行支援を行うため、支給決定時間の変更手続きをお願いします。

1.

| | | | | |
|---|---|--|----|--|
| 同行する熟練従業者 | 事業者名 | | 氏名 | |
| | 事業者名 | | 氏名 | |
| | 事業者名 | | 氏名 | |
| 同行支援を要する 従業者 ※他事業所利用分も 含め、利用者 1 人に つき、年間で 3 人ま でしか認められませ ん。 | ①氏名： 採用年月日： <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から 6 か月以内 である <input type="checkbox"/> 同行してもらう時間は、他の利用者への支援も含め、120 時間以内 である ②氏名： 採用年月日： <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から 6 か月以内 である <input type="checkbox"/> 同行してもらう時間は、他の利用者への支援も含め、120 時間以内 である ③氏名： 採用年月日： <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から 6 か月以内 である <input type="checkbox"/> 同行してもらう時間は、他の利用者への支援も含め、120 時間以内 である | | | |

| | |
|----------|-------------------|
| 利用予定期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| 同行支援必要時間 | 計 時間 分 /月 |

2. 熟練従事者による、当該受給者へのサービス提供実績

| 熟練従業者名 | 当該受給者へのサービス提供 開始年月日 | 当該受給者へのサービス 提供時間数（直近3ヶ月） |
|--------|------------------------|-----------------------------|
| | 年 月 日 | 時間 |
| | 年 月 日 | 時間 |
| | 年 月 日 | 時間 |

3. 受給者の同行支援利用の承諾

熟練従業者の同行支援について説明を行い、受給者の承諾を得ています。

受給者承認欄

重度訪問介護における熟練ヘルパーによる同行支援について承認します。

年 月 日

住所：

利用者名： 印

代理人氏名： 印

事業者名：

事業所番号：

所在地：

連絡先：

管理者： 印