

指定重度訪問介護事業所 御中

横浜市健康福祉局障害自立支援課長

**重度訪問介護にかかる熟練ヘルパーによる同行支援実施に伴う
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。

重度訪問介護にかかる熟練ヘルパーによる同行支援（熟練したヘルパーが同行して支援を行った場合に同行者分の報酬も算定できる）について、令和6年4月の報酬改定により、重度訪問介護加算対象者（15%加算対象者）に対する支援について、採用から6か月以内の新採用ヘルパーに限らず、重度訪問介護加算対象者（15%加算対象者）に対する支援に初めて従事するヘルパーも、熟練したヘルパーが同行可能になりました。令和6年4月以降の利用について以下のとおり整理しましたので、ご対応をお願いします。

それに伴い、制度利用について以下のとおり取り決めましたので、取扱いいただきますようお願いいたします。

1 制度の概要

（1）対象となる利用者

障害支援区分6の重度訪問介護利用者

（2）対象となるヘルパー（令和6年改正部分）

①「障害支援区分6該当者」（8.5%加算）

→採用から6か月以内の新採用ヘルパーのみ

（利用者への支援が1年未満となることが見込まれる者は除く。）

②「重度障害者等包括支援対象者」（15%加算）

→当該利用者に対する支援に初めて従事するヘルパー（新採用ヘルパー含む）※

（利用者への支援が1年未満となることが見込まれる者は除く。）

※当該利用者に対する支援に初めて従事するヘルパーとは？

…当該事業所において初めて重度障害者等包括支援の度合にある利用者（重度訪問介護加算対象者（15%加算対象者））の支援に従事するヘルパー。当該事業所での2人目以降の支援は対象とならない。ただし、「15%加算対象者に対する支援が初めて、かつ複数の15%加算対象の利用者の支援を同時に開始する」場合は例外。

裏面あり

(3) 時間数

対象となるヘルパー毎に算定開始から 120 時間以内

(4) 人数

一人の利用者につき、年間 3 人のヘルパーまで算定可能。

(5) 加算の算定方法

従来 of 二人派遣の枠組を利用し、対象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 $\frac{90}{100}$) (令和 6 年改正部分)

(6) 熟練ヘルパーとは

当該利用者の障害特性を十分理解し、適切な介護を提供できる者であり、かつ、当該利用者へのサービス提供について利用者から十分な評価があるヘルパー

(7) その他留意事項

- ・本制度は利用者の状態像やヘルパーのコミュニケーション技術を踏まえて支給決定すること。
- ・同行支援にかかる対象ヘルパー・熟練ヘルパーが異なる事業所の所属でも可。
- ・同行支援中に対象ヘルパー・熟練ヘルパーが見守りを行っている時間も報酬の対象となる。

2 制度利用の流れ (別紙 2 フロー図も参照)

1) 事業所→区役所	同行支援利用について区役所の担当者に事前相談
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) 利用者→区役所	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 (事業所による代行申請可)
4) 区役所	申請に基づいて必要性を判断し、支給決定 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	受給者証の時間数等を確認の上、同行支援を実施 同行支援実施の翌月に給付費を請求
7) 区役所	同行支援の実施期間の終了月に支給決定を当初の内容に戻して 受給者証を再発行し、利用者へ送付

※本制度については、支給決定の増加に伴って利用者負担も増加する可能性があるため、利用にあたっては事業所から利用者に対して制度内容について説明し、必ず同意をとるようにしてください。

<対象者の受給者証イメージ>

(二)	
介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	区分 6
認定有効期間	
サービス種別	重度訪問介護
支給量等	重度障害者等包括 210 時間 (同行支援可 (2 人計 60 時間))
支給決定期間	令和 6 年 6 月 1 日から令和 6 年 7 月 31 日まで

同行支援の実施期間で
支給決定がされます

【担当】健康福祉局障害自立支援課
居宅サービス担当
電話：045 - 671 - 2402

(別紙1)

様

年 月 日

法人名 _____
代表者名 _____
事業所名 _____
事業所住所 _____
電話番号 _____

重度訪問介護にかかる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、事業所が従業者に対し標記の支援を行いますので、支給決定時間の変更申請手続きをお願いいたします。
なお、同行時間が増えることによって負担いただく金額が増えることがありますことをご了承ください。

同行する熟練従業者	事業所名		氏名	
	事業所名		氏名	
	事業所名		氏名	
同行支援対象利用者	<input type="checkbox"/> 区分6該当者(8.5%加算) <input type="checkbox"/> 包括支援対象者(15%加算)			
同行支援を要する従業者	氏名() 【どちらかにチェックを入れてください】 <input type="checkbox"/> 新採用…熟練従業者に同行してもらう最終予定日が新規従業者の採用日から6か月以内である。(採用日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 新採用以外…包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する従業者			
	氏名() 【どちらかにチェックを入れてください】 <input type="checkbox"/> 新採用…熟練従業者に同行してもらう最終予定日が新規従業者の採用日から6か月以内である。(採用日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 新採用以外…包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する従業者			
	氏名() 【どちらかにチェックを入れてください】 <input type="checkbox"/> 新採用…熟練従業者に同行してもらう最終予定日が新規従業者の採用日から6か月以内である。(採用日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 新採用以外…包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する従業者			
従業者要件確認欄	【確認事項(□にチェックを入れてください)】 <input type="checkbox"/> 同行支援を受けられる従業者は、他事業所報告分も含め、利用者1人につき、年間で3人までである。 <input type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以下である。 <包括支援対象者(15%加算)に支援に入る場合> <input type="checkbox"/> 当該事業所において包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する。			
利用予定期間	年 月 から 年 月 まで			
同行支援必要時間	計 時間 分 / 月			

(別紙1)

(記載例)

●●●●様

利用者名

2024年 5月 1日

法人名
代表者名
事業所名
事業所住所
電話番号

社会福祉法人 横浜サービス
横浜 太郎
関内介護事業所
横浜市中区〇〇〇〇
〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

印不要

重度訪問介護にかかる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、事業所が従業者に対し標記の支援を行いますので、支給決定時間の変更申請手続きをお願いいたします。
なお、同行時間が増えることによって負担いただく金額が増えることがありますことをご了承ください。

同行する熟練従業者	事業所名	社会福祉法人 神奈川ケア 神奈川事務所	氏名	鶴見 洋子
	事業所名		氏名	
	事業所名		氏名	
同行支援対象利用者	<input type="checkbox"/> 区分6該当者(8.5%加算) <input checked="" type="checkbox"/> 包括支援対象者(15%加算)			
同行支援を要する従業者	氏名(南 花子) 【どちらかにチェックを入れてください】 <input type="checkbox"/> 新採用…熟練従業者に同行してもらう最終予定日が新規従業者の採用日から6か月以内である。(採用日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 新採用以外…包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する従業者			
	氏名(港北 愛子) 【どちらかにチェックを入れてください】 <input checked="" type="checkbox"/> 新採用…熟練従業者に同行してもらう最終予定日が新規従業者の採用日から6か月以内である。(採用日: 2024年 4月 1日) <input type="checkbox"/> 新採用以外…包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する従業者			
	氏名() 【どちらかにチェックを入れてください】 <input type="checkbox"/> 新採用…熟練従業者に同行してもらう最終予定日が新規従業者の採用日から6か月以内である。(採用日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 新採用以外…包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する従業者			
従業者要件確認欄	【確認事項(□にチェックを入れてください)】 <input checked="" type="checkbox"/> 同行支援を受けられる従業者は、他事業所報告分も含め、利用者1人につき年間3人までである。 <input checked="" type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日120時間以下である。 <包括支援対象者(15%加算)に支援に入る場合> <input checked="" type="checkbox"/> 当該事業所において包括支援対象者(15%加算)に対する支援に初めて従事する。			
利用予定期間	2024 年 6月 から 2024 年 7月 まで			
同行支援必要時間	計 60時間 00分 / 月			

該当する場合
はこちらも
確認

熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について フロー図

