

訪問介護いわない(障害者総合支援制度)

『訪問介護いわない』では北海道から【①居宅介護】及び【②重度訪問介護】の事業所指定を受け、身体や知的又は精神に障がいのある方や国が定めた難病患者の方であっても、可能な限り自宅で自立した日常生活が送れるよう支援するサービスを行っています。

- (1) 事業所の種類 【①指定居宅介護事業所】・・・平成18年10月1日指定
【②指定重度訪問介護事業所】・・・平成18年10月1日指定
- (2) 営業日及び営業時間

| | | |
|-----------|----------|--------------------|
| 営業日 | 月曜日から日曜日 | ※但し12月31日～1月5日まで休み |
| 受付時間 | 月曜日から金曜日 | 8時45分～17時15分 |
| サービス提供時間帯 | 月曜日から日曜日 | 6時～22時 |

ご注意

訪問介護では、次のようなサービスを受けることはできません。

- ・直接利用者の援助に該当しないサービス
(例) 利用者の家族のための家事や来客の対応 など
- ・日常生活の援助の範囲を超えるサービス
(例) 草むしり、ペットの世話、大掃除、窓のガラス磨き、正月の準備 など

【①居宅介護とは】

★障害支援区分1～6の認定を受けた方で居宅介護(ホームヘルプ)の利用を希望された方に対し、訪問介護員(ホームヘルパー)が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの介護(身体介護)や、掃除・洗濯・買い物・調理などの生活の支援(家事援助)のほか、通院等介助が必要な場合は【通院等介助(身体介護を伴う場合)】が受けられます。※【通院等介助(身体介護を伴う場合)】の利用可能な方は以下のとおり。

【通院等介助(身体介護を伴う場合)利用対象者】

次の(1)(2)の要件いずれにも該当する必要があります。

- (1) 障害支援区分が**区分2以上**
- (2) 障害支援区分の認定調査項目のうち、次に掲げる状態の**いずれか一つ**

以上に認定されている。

- ・「歩行」 → 「全面的な支援が必要」
- ・「移乗」 → 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」または「全面的な支援が必要」
- ・「移動」 → 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」または「全面的な支援が必要」
- ・「排尿」 → 「部分的な支援が必要」または「全面的な支援が必要」
- ・「排便」 → 「部分的な支援が必要」または「全面的な支援が必要」

【②重度訪問介護とは】

★重度の肢体不自由または重度の知的障がい、もしくは精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者であって常に介護を必要とする方に対し訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの介護や、掃除・洗濯・買い物・調理などの家事、生活等に関する相談や助言など、生活全般にわたる援助や外出時における移動中の介護を総合的に行います。

【重度訪問介護利用対象者】

肢体不自由または重度の知的障がい、もしくは精神障がいにより行動上著しい困難を有し、常時介護を必要とする**障害支援区分4～6**の認定を受けた者であり、次の**(1)、(2)のいずれかに**該当する方。

(1) 次の①および②のいずれにも該当する。

① 二肢以上に麻痺等がある。

② 障害支援区分の認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「支援が不要」以外と認定されている。

(2) 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である。

【③利用者負担】

①利用者負担に関する月額上限

1ヵ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は生じません。

※障がい者と障がい児では利用負担上限に違いがあります。

(1) 所得を判断する際の世帯の範囲

| 種 別 | 世帯の範囲 |
|----------------------------------|-------------------|
| 18歳以上の障がい者 (施設に入所する18、19歳を除く) | 障がいのある方とその配偶者 |
| 障がい児 (施設に入所する18、19歳を含む) | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

(2) 障がい者の利用者負担

| 区 分 | 世帯の収入状況 | 負担上限月額 |
|------|-------------------------|---------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円 |
| 低所得 | 市町村民税非課税世帯 ※1 | 0円 |
| 一般 1 | 市町村民税課税世帯(所得割16万円未満) ※2 | 9,300円 |
| 一般 2 | 上記以外 | 37,200円 |

※1 3人世帯で障害基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

※2 収入が概ね600万円以下の世帯が対象となります。

(3) 障がい児の利用者負担

| 区 分 | 世帯の収入状況 | 負担上限月額 |
|------|-------------------------|---------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円 |
| 低所得 | 市町村民税非課税世帯 | 0円 |
| 一般 1 | 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満) ※3 | 4,600円 |
| 一般 2 | 上記以外 | 37,200円 |

※3 収入が概ね890万円以下の世帯が対象となります。

② 居宅介護の利用料

※報酬改定により平成30年4月分から負担額が変わりました。



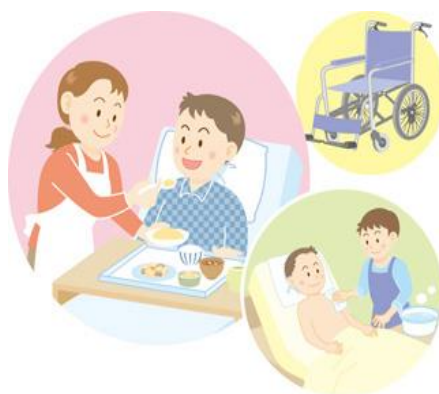
| サービス費用の設定 | | 利用者負担(1割) (1回につき) ※1・2 |
|---------------------|---------------|---------------------------|
| 身体介護 又は 通院等介護 | 30分未満 | 320円 |
| | 30分以上1時間未満 | 506円 |
| | 1時間以上1時間半未満 | 737円 |
| | 1時間半以上2時間未満 | 841円 |
| 家事援助 | 30分未満 | 131円 |
| | 30分以上45分未満 | 191円 |
| | 45分以上1時間未満 | 247円 |
| | 1時間以上1時間15分未満 | 299円 |

※1 記載された利用者負担額には厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対しサービス提供を行った場合に算定される特別地域加算(介護給付費体系の15%)及び福祉・介護職員処遇改善加算(介護給付費体系の12.3%)が加算された額となっております。

※2 平常の時間帯(午前8時～午後6時)以外の時間帯でサービスを行う場合は割増料金が加算されます。(上記利用者負担の25%程度)

③ 重度訪問介護の利用料

※報酬改定により平成30年4月分から負担額が変わりました。



| サービス費用の設定 | 利用者負担(1割) (1回につき)※3~5 |
|-------------|--------------------------|
| 1時間未満 | 229円 |
| 1時間以上1時間半未満 | 340円 |
| 1時間半以上2時間未満 | 453円 |
| 2時間以上2時間半未満 | 565円 |
| 2時間半以上3時間未満 | 679円 |
| 3時間以上3時間半未満 | 791円 |
| 3時間半以上4時間未満 | 906円 |

※3 記載された利用者負担額には厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対しサービス提供を行った場合に算定される特別地域加算(介護給付費体系の15%)及び福祉・介護職員処遇改善加算(介護給付費体系の7.8%)が加算された額となっております。

※4 重度障がい者に対する支援を強化するため、障害支援区分6の方が利用される場合は記載された利用者負担(1割)から更に8.5%分が加算された額となります。

※5 平常の時間帯(午前8時~午後6時)以外の時間帯でサービスを行う場合は割増料金が加算されません。(上記利用者負担の25%程度)

④ 各種加算

※各種加算額は利用者負担(1割)の額で記載。また特別地域加算及び福祉・介護職員処遇改善加算が加算された額となっております。

① 初回加算(居宅介護:225円/月)(重度訪問介護:216円/月)

新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくはその同月内に実施する居宅介護を自ら行う場合、又は他の居宅介護従事者が居宅介護を行う際に同行訪問した場合に加算をいただきます。

② 緊急時対応加算(居宅介護:129円/1回)(重度訪問介護:124円/1回)※月2回限度

利用者やそのご家族等からの要請を受けて、居宅介護従事者等が居宅介護計画において計画的に訪問することになっていない身体介護及び通院等介助(身体介護を伴う)を緊急に行った場合に、月2回を限度に加算をいただきます。

③ 利用者負担上限額管理加算(居宅介護:168円/月)(重度訪問介護:162円/月)

指定障害福祉サービス基準第5条第1項に規定する指定居宅介護事業者が、指定障害福祉サービス基準第22条に規定する利用者負担額合計額の管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算する。

④福祉専門職員等連携加算(居宅介護:633円/1回)※90日間で3回限度

精神障がい者等の特性に精通する専門職と連携し、利用者の心身状況等の評価を共同して行った場合に、初回のサービスが行われた日から起算して90日の間、3回を限度に加算をいただきます。

⑤行動障害支援連携加算(重度訪問介護:630円/1回)※30日間で1回限度

サービス提供責任者が「支援計画シート」及び「支援手順書兼記録用紙」の作成者と連携し、利用者の心身の状況等の評価を共同して行った場合に、初回のサービスが行われた日から起算して30日の間、1回を限度に加算をいただきます。

居宅介護及び重度訪問介護のご利用について更に詳しいことや、ご質問等がございましたらお気軽にご相談下さい♪

事業所名 訪問介護いわない

指定居宅サービス事業所番号 0112300082

住所 〒045-0022 北海道岩内郡岩内町字清住167番地

(岩内町社会福祉協議会内)

電話番号 0135-62-3328 FAX 0135-62-3859

担当 サービス提供責任者 河淵