

8 ヘルパー等の派遣

(介護保険対象者の方は介護保険制度が優先となります。)

1、訪問系サービス

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX378-5677

障害者総合支援法に基づく、ヘルパー派遣サービスです。対象者の状態や希望する支援内容によって受けられるサービスが異なります。サービスの利用の方法についてはP40をご参照ください。

居宅介護（ホームヘルプ）

＜対象者＞ 自宅で生活していて介護を必要としている障害者

＜内容＞ 入浴や排泄、食事の介護や家事援助など、自宅での生活全般にわたる介護を行います。

重度訪問介護

＜対象者＞ 重度の肢体不自由者又は重度の知的障害者もしくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であり、常時介護を要する障害者（条件あり）

＜内容＞ 自宅での入浴、排泄、食事の介護から外出時の移動支援までを総合的にを行います。

行動援護

＜対象者＞ 行動に著しい困難があって常に介護を必要とする知的障害者、精神障害者

＜内容＞ 外出時の移動支援や行動する際に生じる危険回避のための援護を行います。

同行援護

＜対象者＞ 視覚障害により移動に著しい困難を有する者

＜内容＞ 外出時において移動に必要な情報を提供します（代筆・代読を含む）。

2、移動支援事業

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX378-5677

公的機関での手続きなど、社会生活上必要不可欠な外出や余暇活動等の社会参加のための外出時の移動支援（ガイドヘルパーの派遣）を行います。サービスの利用の方法についてはP41をご参照ください。

＜対象者＞ 愛の手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者

＜利用制限＞ 次に該当する場合は利用できません。

- ① 通勤等の通年かつ長期にわたる外出のとき（通学は利用可）。
- ② 営業等の経済活動に係る外出のとき。
- ③ 介護保険法第8条第2項に規定するサービスによる外出のとき。
- ④ 通院のための外出のとき。
- ⑤ その他社会通念上不適当と認められる外出のとき。

3. 身体障害者入浴サービス

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

身体に障害があるため家庭での入浴が著しく困難な方のために、入浴設備を備えた移動入浴車による入浴サービスを行っています。なお、居宅に浴槽を持ち込むことが出来ない場合には、機械入浴設備を備えた施設での入浴になります。

- ＜対象者＞ 6歳以上65歳未満の方で、下肢または体幹機能障害1・2級の方
ただし、6歳以上12歳未満の者については、ホームヘルパーの派遣による入浴介助が困難な場合に限ります。
- ＜入浴回数＞ 1週当たり1回まで（6～9月の夏場は1週当たり2回まで）
- ＜費用＞ 1回600円
※機械入浴設備を備えた施設へ通所する場合については、別途費用が発生する場合もあるため事前に事業者を確認をした上で申請をお願いいたします。

4. 意思疎通支援事業

◆問い合わせ 稲城市社会福祉協議会在宅支援係 TEL 370-2480 (直通) FAX 379-3722
Eメール soudan@inagishakyo.org

聴覚機能、言語機能、音声機能等に障害のある方が、医療機関、官公署への手続きや社会参加等のためにコミュニケーションを必要とする際に手話通訳者等を派遣します。

- ＜対象者＞ ①市内に居住する聴覚障害者等で、手話を意思疎通の手段としている方
②聴覚障害者等を主たる構成員とする団体
③聴覚障害者等が参加する事業を主催する団体
- ＜費用＞ 原則として無料（派遣先が市外の場合は通訳者の交通費を負担）
- ＜利用方法＞ 社会福祉協議会へFAX・Eメールまたは直接訪問でお問い合わせください。

5. いなぎほっとサービス(有償家事援助)

◆問い合わせ 稲城市社会福祉協議会在宅支援係 TEL 378-8211 (直通) FAX 379-3722
Eメール zaitaku@inagishakyo.org

高齢や障害、病気などの事情により、日常生活の援助を必要としている方へ、有償で家事援助等のサービスを提供します。

- ＜主なサービス内容＞ 掃除、洗濯、買い物、食事作り等
- ＜利用料＞ 1時間900円
※ほっとサービスの会員登録が必要です。（年会費500円）
ご利用に際しては担当職員がご自宅を訪問し、ご要望を伺うとともにサービス内容の説明をいたします。

6、緊急一時保護(在宅保護・市制度)陽だまりヘルプ。

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

障害のある方の保護者等の休息、病気、冠婚葬祭等で、家庭における養育が一時的に困難となった場合、ご自宅で介護人が介護するか、介護人宅で保護します。

【利用者について】

＜対 象 者＞ 身体障害者手帳１・２級、愛の手帳１～４度をお持ちの方、脳性麻痺又は進行性筋萎縮症の診断を受けた方が対象です。

＜利用制限＞ 次に該当する方は利用できません。

- ① 病院または施設に入院又は入所している方
- ② 感染症等で医療機関に収容する必要のある方
- ③ 専門医療機関等での医療を必要とする方

＜手 続 き＞ ご利用には事前登録が必要です。申請書は障害福祉課で配布しています。

＜実施方法＞ 事前に介護人と十分打合せをして下さい。原則、利用者宅でのみ保護が可能です。

＜期間等＞ 日数は月5日以内（1日8時間まで）、原則として時間は午前6時～午後10時

＜利用料＞ 介護人委託料の 1 割を、介護人に直接お支払いください。

(非課税世帯・生活保護世帯は免除)

2時間以内・・・・・・・・・・160円

2時間を超えて4時間以内・・・320円

4時間を超えて6時間以内・・・480円

6時間を超えた場合・・・640円

【介護人について】

＜対 象 者＞ ※特別な資格は必要ありません。

- ・ 障害者（児）の養育の経験を有すること、又は障害に理解をもち、熱意と豊かな愛情を持って保護をしていただけること。
- ・ 原則、20 歳以上の民間人であること。
- ・ 保護をしようとする障害者（児）の直系血族又は同居親族でないこと。

＜手 続 き＞ 事前登録が必要です。申請書は障害福祉課で配布しています。

＜委 託 料＞ 介護人に対し、市から委託料をお支払いします。

2時間以内・・・1,600円（このうち、利用料がある方からは1割領収ください）

2時間を超えて4時間以内・・・3,200円（ 〃 ）

4時間を超えて6時間以内・・・4,800円（ 11 ）

6時間を超えた場合・・・・・・・・・・6,400円(〃)

＜請求方法＞ 利用者から利用料を領収後、介護報告書の領収欄に記入し押印いただき、所定の請求書と併せ、市に提出ください。なお、利用者の利用料についての有無は毎年 6 月ごろ利用者様に通知しますのご確認ください。

7、重度脳性麻痺者介護事業

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

20 歳以上の重度の脳性麻痺者を介護し、生活圏の拡大を図るための援助を行います。

- ＜対象者＞ 20 歳以上の身体障害者手帳（1 級）を所持する重度の脳性麻痺者で、独立して屋外活動が困難な方。ただし、障害者総合支援法における障害福祉サービス（短期入所を除く）、並びに介護保険制度における訪問介護もしくは通所サービスを受けている場合には対象になりません。
- ＜内 容＞ 屋外への付添い等必要な用務
- ＜回 数＞ 月 12 回以内（1 回を 1 日とする）
- ＜介護人＞ 対象者の推薦によるものとしますが、やむを得ない場合は家族（親・子・兄弟姉妹・配偶者）を介護人とすることができます。