

BE KOBE

認知症になっても安心して暮らしていけるまちへ

# KOBEみまもりヘルパー



令和2年9月

神戸市福祉局介護保険課



- 1 KOBEみまもりヘルパーの概要
- 2 KOBEみまもりヘルパー派遣事業の委託内容
- 3 KOBEみまもりヘルパー事業者登録について
- 4 KOBEみまもりヘルパーの派遣について
- 5 委託契約手続きについて

スライドとあわせて、以下のものをご覧ください

KOBEみまもりヘルパー事業マニュアル  
KOBEみまもりヘルパー事業実施要綱

※ このスライド・マニュアル・要綱は、神戸市ホームページに掲載していますので、ご確認ください。



# 1. KOBEみまもりヘルパーの概要



## 認知症「神戸モデル」の開始

認知症の人やそのご家族が、安全・安心に暮らし続けていくことができるよう、**全国に先駆けた神戸発の新たな取り組み**

### 1. 診断助成制度

(平成31年1月28日開始)

### 2. 事故救済制度

(平成31年4月1日開始)

認知症「神戸モデル」は**早期受診**を推奨しており、  
介護保険の認定を受けるまでに至らない**軽度認知障害(MCI)**、  
**初期の認知症の診断**を受けた方 が今後も増加する見込み



認知症または軽度認知障害（MCI）と診断された方が、  
安心して在宅で生活するための支援のひとつ



**KOBEみまもりヘルパー事業**  
今年度中に開始します

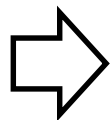


## KOBEみまもりヘルパーの対象者

軽度認知障害(MCI)または認知症と診断を受けた方で、  
在宅での介護支援が必要な方のうち、見守りがあれば、  
自立し、落ち着いて生活ができる方

相談先

要介護1~5

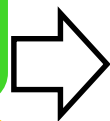


担当のケアマネジャー  
(えがおの窓口)

要支援  
1・2

事業対象者

(基本チェックリストを実施した  
該当者)



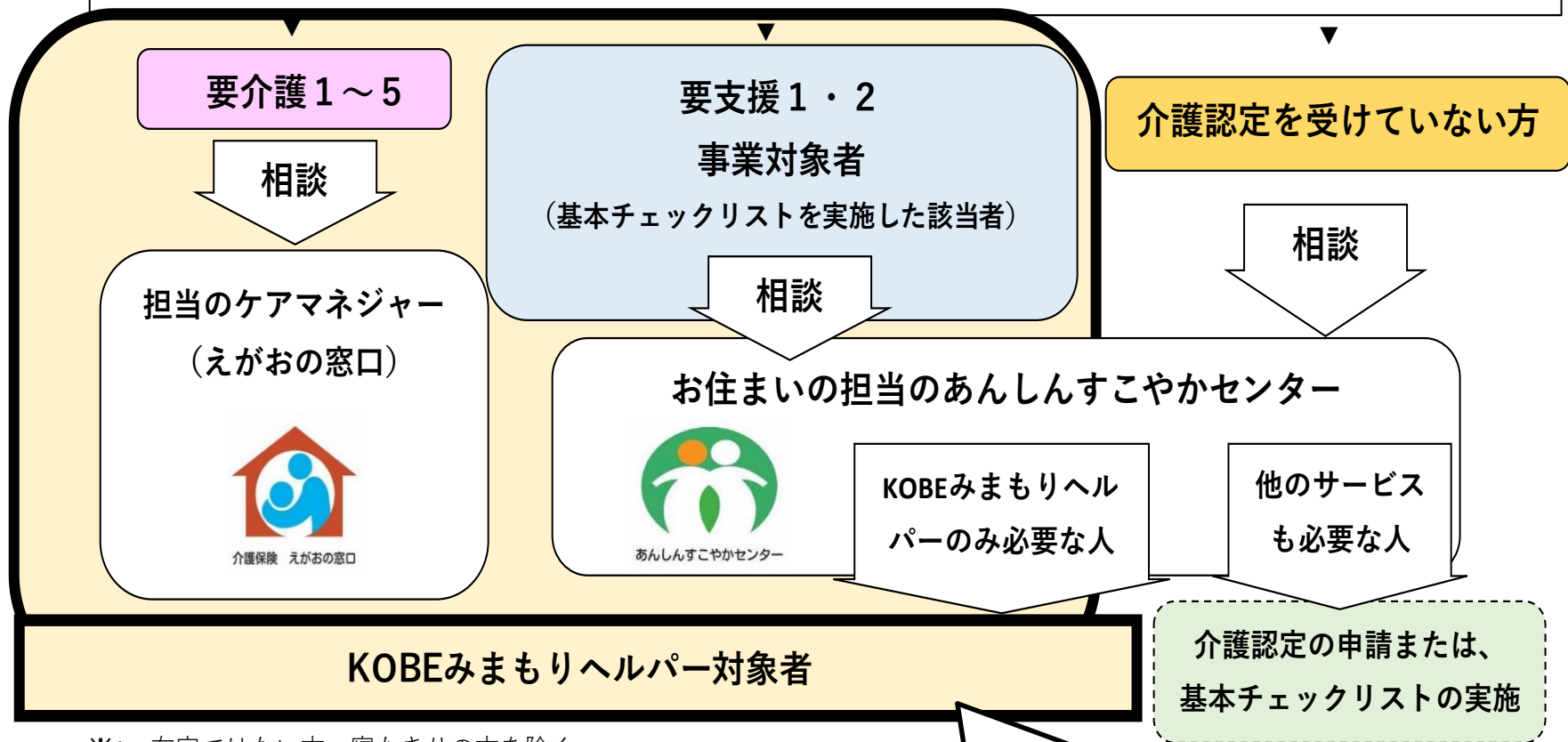
お住まいの担当の  
あんしんすこやかセンター

介護認定を受けていない方

# 1. KOBEみまもりヘルパーの概要

## 《参考》対象者及び相談先のフロー図

認知症または軽度認知障害（MCI）と診断された方で、みまもり等の支援が必要な人（※1）



※1 在宅ではない方・寝たきりの方を除く。

（目安として、「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」がおおむねAランク以下（B・Cランク[寝たきり]ではない）方）

相談先で、対象要件を確認し、申請書を作成します。  
申請書は相談先でのみ、配布します。

## KOBEみまもりヘルパーのサービス内容

KOBEみまもりヘルパーが、自宅訪問等を行い、自立支援または、介護者の介護負担軽減のために必要と認められるものを実施します。

《例》

- (1) 見守り・話し相手（MCIの方への半年に1度の受診時期案内、安否確認等）等を目的とする自宅訪問
- (2) 散歩、買物、理美容、余暇活動、行事参加等を目的とする外出活動への付き添い
- (3) 本人がやることの見守り（本人の代りにやるのではなく、一緒に声をかけながら行う、掃除、洗濯、調理、花木の水やりなど）





# 1. KOBEみまもりヘルパーの概要

## 介護保険のサービスとの関係について①

認知症またはMCIと診断された方で、見守り等の支援が必要な方



〈介護保険外のサービス〉

KOBEみまもりヘルパー

〈介護保険のサービス〉

介護予防サービス






介護サービス

総合事業の  
訪問型サービス

介護保険サービスの  
上乗せとして、KOBEみまもり  
ヘルパーを利用できる

一般介護予防事業

## 介護保険のサービスとの関係について②

	訪問介護・介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービスの利用あり	訪問介護・介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービスの利用なし（その他の介護サービスのみ利用）	すべての介護サービスを利用していない方
<b>要介護者</b>  <small>介護保険 えがおの窓口</small>	現在利用のサービスに、上乗せとして、みまもりヘルパーを利用できるか、担当ケアマネジャー（えがおの窓口）に相談する	訪問ヘルプサービスが必要か、担当ケアマネジャー（えがおの窓口）に相談する	みまもりヘルパーのみの利用を希望される場合は、あんしんすこやかセンターへ相談   <small>あんしんすこやかセンター</small>
<b>要支援者・事業対象者</b>  <small>あんしんすこやかセンター</small>	現在利用のサービスに、上乗せとして、みまもりヘルパーを利用できるか、担当あんしんすこやかセンターに相談する（担当のケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーに相談）	訪問ヘルプサービスが必要か、担当あんしんすこやかセンターに相談する（担当のケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーに相談）	
 ケアプランある方：ケアプランに追記 （介護保険外サービスのひとつ）		 必要になれば、介護認定・チェックリストを実施	



介護保険サービスをすでに利用されている方の利用例

《例》

12:00

13:00

13:30

【介護保険 身体介護】食事の介助

【みまもりヘルパー】話し相手

利用している介護保険サービスと明確に区別し、別のサービスとしてKOBEみまもりヘルパーを利用できます。



## みまもりヘルパー利用上限時間

要介護認定・要支援認定を受けていない方	1ヵ月あたり4時間まで
要介護認定・要支援認定を受けている方	1ヵ月あたり2時間まで

## みまもりヘルパー利用料金

135円（30分あたり）

《注意点》

- ・30分またはその端数を超えるごとに135円加算されます。
- ・ヘルパーと居宅以外の場所に行くことに伴う利用者とヘルパーの交通費は、利用者の負担となります。



## 申請方法（相談・申請書入手先）

担当のケアマネジャーがいる方

要介護1～5

要支援1・2

事業対象者

（基本チェックリストを実施した該当者）

介護認定を受けていない方

担当のケアマネージャー  
または、えがおの窓口



介護保険 えがおの窓口

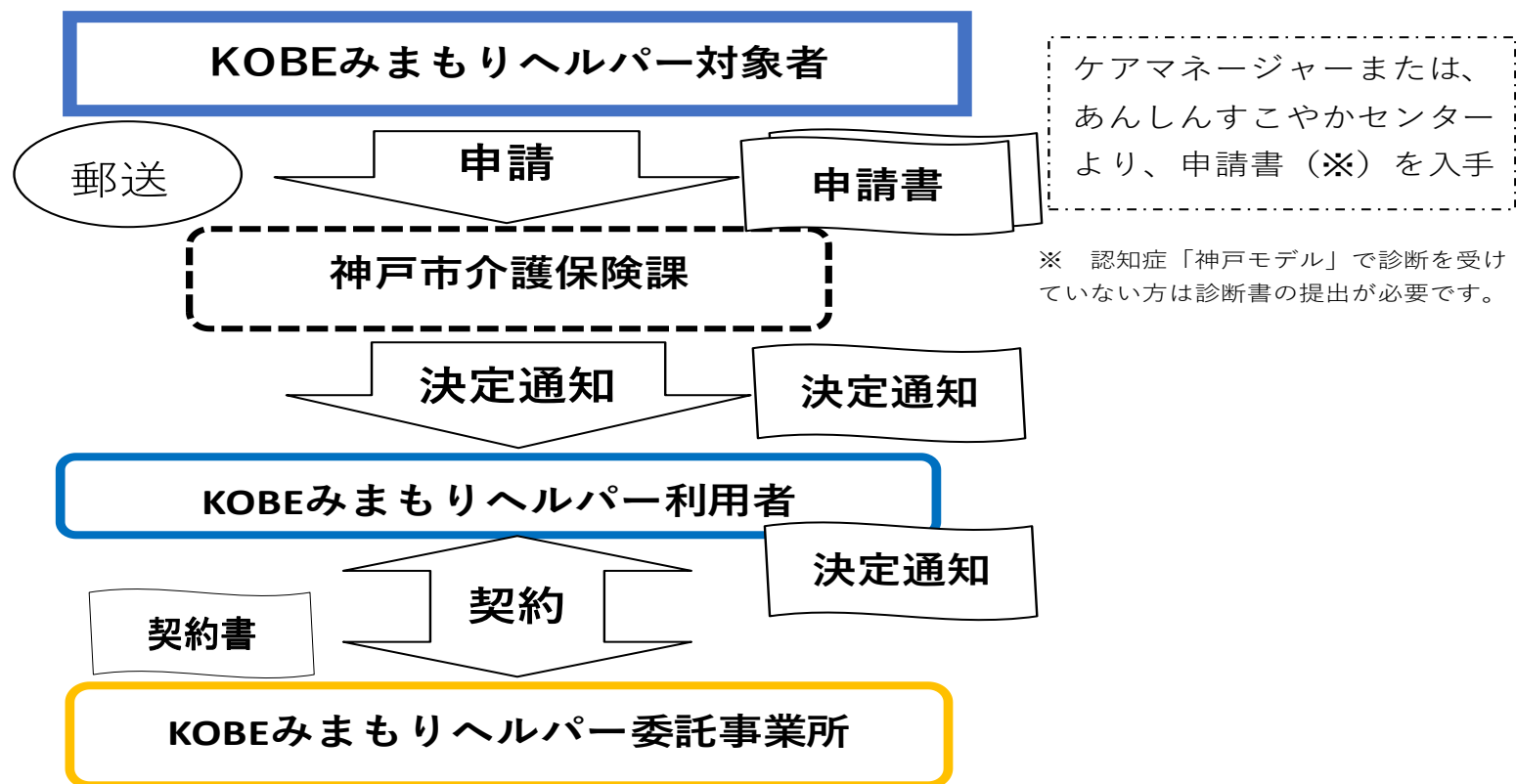
お住まいの地域の  
あんしんすこやかセンター



あんしんすこやかセンター

相談先で、対象要件を確認し、申請書を作成します。  
申請書は相談先でのみ、配布します

## 《参考》みまもりヘルパー対象者の申請の流れ



## 2 KOBEみまもりヘルパー事業の 委託内容



KOBEみまもりヘルパー委託事業者は、みまもりヘルパー利用承認者に、みまもりヘルパーを派遣し、日常生活の見守りや外出付き添いなど、必要なサービスを提供してください。

- KOBEみまもりヘルパー委託事業者と利用者で、事業実施に関する契約（契約書：様式第9号）を締結し、ヘルパーを派遣してください。
- 原則、みまもりヘルパーの派遣は、一つの事業所のみで行います。





### 委託料について

KOBE みまもりヘルパー委託事業所 委託料	2,430円/1時間(1,215円/30分) *ヘルパー派遣の実績により、支払い *事業所からの交通費相当額を含む
---------------------------	---

別途みまもりヘルパー利用者より、30分の利用につき、135円の利用料を受領し、自宅以外の場所へ同行の際の交通費は、利用者の負担として徴収してください。

### 委託期間について

委託契約期間は、事業開始日から、その年度の末日までです。

(例) 令和2年10月1日から令和3年3月31日まで

- ・翌年度も継続して事業を行う場合は、再度契約手続きを行います。



### 3. KOBEみまもりヘルパー事業者委託契約について BE KOBE

---

#### 委託料の支払いについて

委託料は、支払期ごとに、みまもりヘルパー派遣実績にもとづき、お支払いします。

《例》

令和2年度

第1期 支払予定 令和3年1月（令和2年10月～12月分）

第2期 支払予定 令和3年4月（令和3年 1月～3月分）

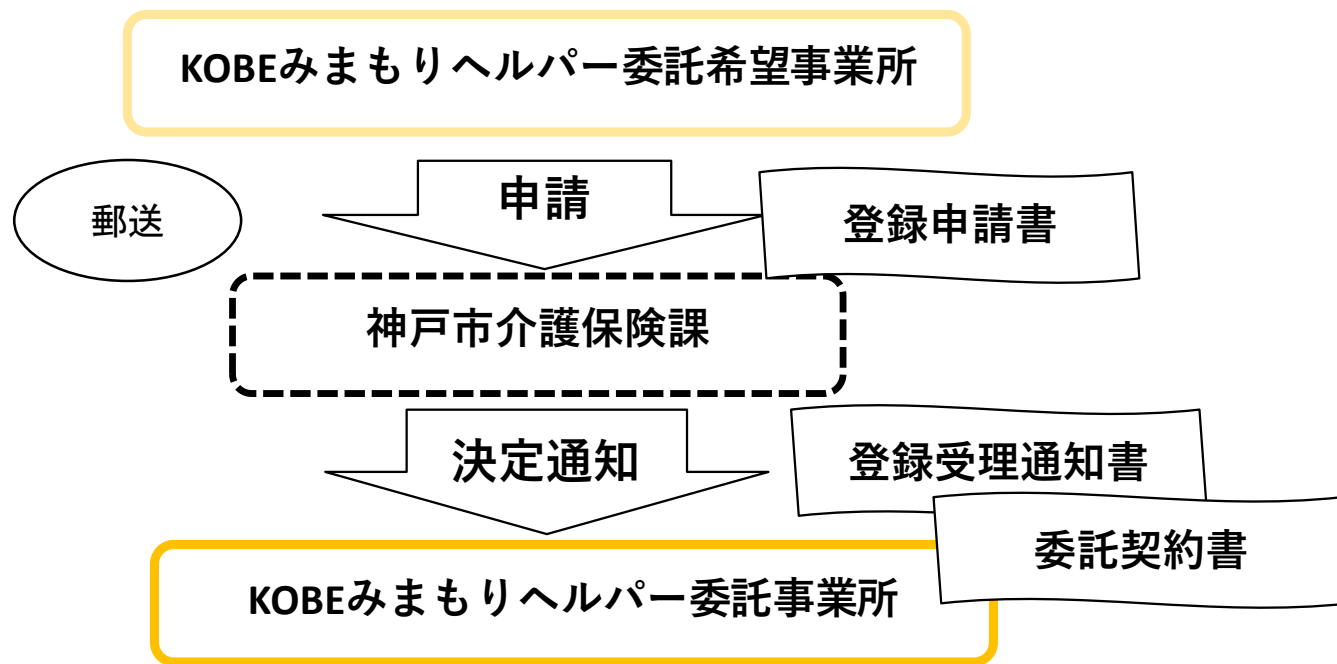
※各支払期ごとに、請求書等必要書類を提出してください。



# 3 K O B Eみまもりヘルパー事業者 登録について



## 登録申請～委託契約の流れ



**以下の双方に該当する神戸市内の事業者等は、  
KOBEみまもりヘルパー事業者として登録ができます。**

1. 介護保険法に規定する神戸市内の訪問事業所又は介護予防訪問サービス事業所に係る指定を受けている法人であること。
2. 本事業を適切に実施することができると認められる法人等



### 3 K O B Eみまもりヘルパー事業者登録について

BE KOBE

#### 【提出書類】①KOBEみまもりヘルパー事業者登録申請書（様式第1号）

(様式第1号)

#### K O B Eみまもりヘルパー事業者登録申請書

神戸市長 宛

年 月 日

K O B Eみまもりヘルパー事業を受託するため、下記のとおり、関係書類を添えて登録事業者としての申請を行います。

法人で1部  
ご提出ください

法人の名称	
所在地	(〒                      )
代表者の職・氏名	(印)
介護保険事業所番号 ※実施する事業所の番号を すべてご記入ください	
実施する事業所数 ※事業所ごとに別紙に記載の うえ、添付してください。	か所

※ 代表者印を必ず押印してください。

## 【提出書類】② 別紙

(別紙)

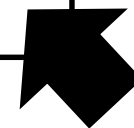
K O B Eみまもりヘルパー事業に関する問い合わせ先

事業所の名称			
事業所の所在地等	(〒                      )		
	電話番号	(                      )	—
	F A X番号	(                      )	—
	Eメールアドレス		
担当者名			
KOBEみまもりヘルパー派遣可能地域(事業の実施地域)			
事業に従事する職員数 (事務職員等を除く)	人		
	うち 常勤	人	
	(内訳)	介護職員初任者研修修了者	人
		生活援助従事者研修課程修了者	人
		介護職員基礎研修修了者	人
		訪問介護員養成研修修了者	人
非常勤	人		
(内訳)	介護職員初任者研修修了者	人	
	生活援助従事者研修課程修了者	人	
	介護職員基礎研修修了者	人	
	訪問介護員養成研修修了者	人	

事業所ごとに1部  
ご提出ください

申請書類一式は神戸市ホームページより、ダウンロードしてください。

K O B Eみまもりヘルパー	検索
-----------------	----



提出先 (郵送のみ受付)

〒650-8570

神戸市中央区加納町6丁目5番地1号

神戸市福祉局介護保険課認知症対策係 K O B Eみまもりヘルパーの係





## 4 KOBEみまもりヘルパーの派遣 について



### みまもりヘルパーサービスの提供について

**原則、事業所の営業日・時間の範囲内で、利用者と相談のうえ、決定してください。**

※利用者と事業者で「**KOBEみまもりヘルパー事業に関する契約書**」(様式第9号)を締結し、契約内容にそって派遣を行ってください。

#### 《注意点》

KOBEみまもりヘルパー委託事業者は、以下のような、正当な理由なくみまもりヘルパーサービスの提供を拒否することはできません。

- ① 事業者の現員からは、利用申込に応じきれない場合
- ② 利用申込者の居住地が当該事業者の事業の実施地域外である場合
- ③ その他サービスの提供を行うことができない正当な理由がある場合

①～③のいずれかに該当する場合は、KOBEみまもりヘルパー事業を実施する他の事業者の紹介などを行ってください。



### みまもりヘルパーサービス提供の実績報告について

みまもりヘルパーを派遣した際は、神戸市介護保険課まで、実績の報告が必要です。

- (1) みまもりヘルパー派遣の日付・サービス提供時間・内容を、訪問を行ったごとに、「みまもりヘルパー入力フォーム」へ、入力してください。

※ 各月の実績を、翌月10日までに、入力してください。

#### 入力フォームURL

<https://form.kintoneapp.com/public/form/show/9ba9fe1e1c89254aeede5f898fc02fb4c285f73e07d485406550298913dbdb>

- (2) KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票①②に記入し、①を支払期ごとに提出してください。②は事業所で保管し、日々の支援にご活用ください。

※ 記録票①②の様式は、神戸市ホームページ「KOBEみまもりヘルパー」のページに掲載しています。



# 4 KOBEみまもりヘルパーの派遣について

## 《①入力フォームイメージ》

**KOBEみまもりヘルパー 実績報告入力フォーム**

事業所番号	事業所名
<input type="text"/>	<input type="text"/>
日付	
<input type="text"/>	
サービス開始時刻	
<input type="text"/>	
サービス終了時刻	
<input type="text"/>	
方法	
<input type="text" value="選択してください"/>	
内容	
<input type="text" value="選択してください"/>	
備考	
<input type="text"/>	

# 4 KOBEみまもりヘルパーの派遣について

◀ (1) 実施記録票① ▶

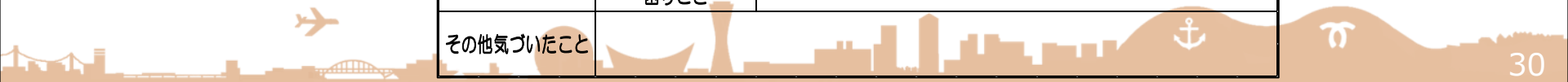
年 月分 KOBEみまもりヘルパー記録票①		(事業所名 )				
		※ 請求時に、神戸市へ提出してください				
利用者氏名 (KOBEみまもりヘルパーNO. )		生年月日				
フリガナ ( )		(明治・大正・昭和) 年 月 日				
		1ヵ月利用上限				
		2時間 (120分)				
1	サービス提供時間		具体的なサービス内容		ヘルパー サイン	利用者確認サイン
	日 曜日	開始時間	終了時間	方法		
				<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項					
2	サービス提供時間		具体的なサービス内容		ヘルパー サイン	利用者確認サイン
	日 曜日	開始時間	終了時間	方法		
				<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項					



# 4 KOBEみまもりヘルパーの派遣について

## ◀ (2) 実施記録票② ▶

年 月分 KOBEみまもりヘルパー記録票(案)② (事業所名 ) ※記載後各事業所にて保管し、ヘルパーの引継ぎ等に使用してください。											
KOBEみまもりヘルパーNO.					利用者氏名						
1. 月 日											
対応内容	<input type="checkbox"/>	みまもり	<input type="checkbox"/>	話し相手	<input type="checkbox"/>	安否確認	<input type="checkbox"/>	外出付き添い	行先:		
	<input type="checkbox"/>	掃除	<input type="checkbox"/>	洗濯	<input type="checkbox"/>	調理	<input type="checkbox"/>	花木の水やり	<input type="checkbox"/>	MCI経過観察案内	<input type="checkbox"/>
前回訪問時との変化	<input type="checkbox"/>	あり	(詳細)								
	<input type="checkbox"/>	なし									
本人の体調	<input type="checkbox"/>	よい	(詳細)								
	<input type="checkbox"/>	悪い									
生活の様子	部屋										
	食事										
	掃除										
	困りごと										
その他気づいたこと											
2. 月 日											
対応内容	<input type="checkbox"/>	みまもり	<input type="checkbox"/>	話し相手	<input type="checkbox"/>	安否確認	<input type="checkbox"/>	外出付き添い	行先:		
	<input type="checkbox"/>	掃除	<input type="checkbox"/>	洗濯	<input type="checkbox"/>	調理	<input type="checkbox"/>	花木の水やり	<input type="checkbox"/>	MCI経過観察案内	<input type="checkbox"/>
前回訪問時との変化	<input type="checkbox"/>	あり	(詳細)								
	<input type="checkbox"/>	なし									
本人の体調	<input type="checkbox"/>	よい	(詳細)								
	<input type="checkbox"/>	悪い									
生活の様子	部屋										
	食事										
	掃除										
	困りごと										
その他気づいたこと											



### KOBEみまもりヘルパー派遣の終了・休止に関する手続き

みまもりヘルパー利用者から、ヘルパーの派遣について、終了・休止したいとの申し出があった場合は、状況の聞き取りを行い、必要な手続きをご案内ください。

#### (1) みまもりヘルパーを終了する場合

《例》

- みまもりヘルパーではなく、他のサービスを利用したい
- 認知症の状態ではなくなったとき
- 3か月以上の入院加療が必要となったとき
- 利用者の方が亡くなられたとき

など、**みまもりヘルパーが不要**と考えられる場合は、

「KOBEみまもりヘルパー廃止に関する報告書（様式第9-2号）」を提出してください。



### (2) ヘルパーの利用を一時休止するとき

(1) みまもりヘルパーの利用を終了する場合以外で、**約1か月～3か月までの間**、みまもりヘルパーサービスの利用を休止を希望する場合は、

**「KOBEみまもりヘルパー停止に関する報告書（様式第9-2号）」**を提出してください。

### (3) 終了・休止をされた方が、サービスの提供を再開するとき

終了や休止に関する事由がなくなったときは、サービスの再開が可能ですので、再開を希望する1カ月前までに、

**「KOBEみまもりヘルパー再開に関する報告書（様式第9-2号）」**を提出してください

(1)～(3)各届出の提出がありましたら、神戸市介護保険課より、KOBEみまもりヘルパー利用 廃止・休止・再開 決定通知書（様式10～13）を送付します。





# 5 委託契約手続きについて



KOBEみまもりヘルパー委託事業所の登録を受理した事業者について、「**KOBEみまもりヘルパー事業委託契約書**」にて、委託契約を行いますので、以下の書類を郵送しますので、押印のうえ、介護保険課まで、提出してください。

### 【契約に関する書類】

- ① KOBEみまもりヘルパー事業委託契約書（2部）  
（仕様書・委託契約約款・KOBEみまもりヘルパー事業実施要綱を含む）



## 参考 契約書押印箇所

(表紙)

KOBE みまもりヘルパー事業に係る委託契約書

神戸市（以下「甲」という。）と●●●●（以下「乙」という。）との間で、次の表の条項及び別紙委託契約約款の条項（次の表の第5項に定める条項を除く。）により委託契約を締結する。

1 委託業務に係る委託料（前金払又は概算払により支払うものは、その旨及び支払う時期）	別紙1の委託料算出根拠から得られる額を、第1期（令和2年10月から12月）、第2期（令和3年1月から3月）の各期の検査終了後に支払う。
2 契約保証金（第10条関係）	なし
3 委託業務の履行に係る期間又は期日（以下「委託期間等」という。）	令和2年10月1日から令和3年3月31日まで
4 甲が乙に対し委託業務の履行のために必要な設備等を有償で提供する場合、その金額（第11条第3項関係）	なし
5 別紙委託契約約款のうち適用を除外する条項	なし
6 別紙委託契約約款に付加する条項の内容	なし

この契約の締結を証するため、この契約書2通を作成し、甲乙それぞれ記名押印の上、各自その1通を保有する。

令和2年10月1日

神戸市中央区加納町6丁目5番1号

甲 神戸市  
代表者 神戸市長 久 元 喜 造 印

●●市●●区●●●●●●  
乙 ●●●●●●●●●●●●  
代表者 代表取締役 ●● ●●

(裏面)



### 委託料の請求に関する手続き

支払期毎に、以下の書類を提出してください。

【実際の訪問の履行確認】

- ① KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票①

【事業者ごとのヘルパー派遣回数など実績確認】

- ② KOBEみまもりヘルパー 実績報告書（入力フォームより出力）

【支払手続きのため】

- ③ KOBEみまもりヘルパー請求書・納品検査票
  - ※ ③の金額については、②の実績報告書に計上された金額を転記してください
  - ※ 支払期は、KOBEみまもりヘルパー事業委託契約書に記載しています。



KOBEみまもりヘルパーについて、ご不明な点は、神戸市介護保険課または、神戸市ホームページ「KOBEみまもりヘルパー」のページの質問フォームより、お問い合わせください。

K O B Eみまもりヘルパー

検索



回答は、「KOBEみまもりヘルパー」のページに、よくある質問として掲載予定です。

## KOBEみまもりヘルパー質問受付

日付

事業者名

質問



確認

最後までご覧いただき、ありがとうございました。

KOBEみまもりヘルパー事業所へのご登録をお待ちしています。

《担当・申請先》

〒650-8570

神戸市中央区加納町6丁目5番1号

神戸市福祉局介護保険課認知症対策係

KOBEみまもりヘルパーの係

