

KOBE みまもりヘルパー事業 マニュアル  
(委託事業者用)

神戸市福祉局

令和3年2月作成

**第1章 KOBE みまもりヘルパー事業 概要**

1 目的	2
2 対象者	2
3 サービス内容・利用料	2
4 申請相談先	3
5 委託内容	4
6 その他	4

**第2章 KOBE みまもりヘルパー事業の実施について**

1 受付手順	5
2 実績報告	6
3 委託料の請求について	9
4 ヘルパー派遣の終了・休止	10
5 委託事業者登録の変更・終了	11

**第3章 利用者とのサービス内容の確認及び利用料の請求について**

1 サービス内容の確認	11
2 利用料の請求	11

**第4章 ≪参考≫介護保険サービス等との関係について**

1 KOBE みまもりヘルパーサービスと介護保険サービスとの関係	12
2 介護保険サービスを利用している場合の利用例	13
3 総合事業の訪問型サービスとの比較表	13

**第5章 ≪参考≫事務の流れ**

1 認知症「神戸モデル」を利用した場合	14
2 認知症「神戸モデル」を利用していない場合	15

**第6章 参考資料**

1 KOBE みまもりヘルパー事業実施要綱	16
2 KOBE みまもりヘルパー承認通知書	22
3 KOBE みまもりヘルパー事業のサービス提供に関する確認書	23

# 第1章 KOBE みまもりヘルパー事業 概要

## 1 目的

KOBEみまもりヘルパー事業（以下、本事業）は、認知症の方や、介護保険の認定を受けるまでに至らない軽度認知障害（以下 MCI）の方に対して、在宅生活への支援として自宅等に訪問し、見守りや話し相手等を行うヘルパーサービスを提供します。早期の段階から利用できることで、今後さらに介護サービスや医療が必要になった場合に、スムーズにつながられることを目的としています。

本事業は、「KOBE みまもりヘルパー事業実施要綱（17 ページ参照）」に則り、実施してください。

## 2 対象者

神戸市内に居住する方のうち、認知症「神戸モデル」の診断助成制度を利用して、認知症または MCI と診断を受けた方（医師による診断書で確認できる方を含む。）で、寝たきりではない方。

（寝たきりの目安として、「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））

※ KOBE みまもりヘルパーは、介護認定の認定を受けていない方でも利用できます。また、現在介護保険サービスを利用されている方は、利用しているサービスと明確に区別し、別のサービスとして提供される場合には、利用できます。

## 3 サービス内容・利用料

(1) KOBE みまもりヘルパーが行うホームヘルプサービス

《例》

- ・介護保険等で利用できるサービス以外の見守り・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や、散歩等の外出活動への付き添い等。

(2) サービス利用時間の上限

要介護認定・要支援認定を受けている方	1か月あたり2時間まで
上記以外の方 (事業対象者・認定を受けていない方)	1か月あたり4時間まで

※ サービスは、30分単位で利用できます。利用時間が30分を満たない場合も、30分利用されたものとして、残りの利用時間を計算します。

(3) サービスの利用料

<b>135円（30分あたり）</b>
《注意点》 <ul style="list-style-type: none"><li>・30分またはその端数を超えるごとに135円加算されます。<ul style="list-style-type: none"><li>※ サービスの利用が、30分に満たない場合も、30分利用されたものとして、利用料を計算します。</li></ul></li><li>・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。</li></ul>

4 申請の相談先

担当のケアマネジャーがいる場合  
または、要介護認定1～5の方

担当のケアマネジャー  
または、えがおの窓口



介護保険 えがおの窓口

担当のケアマネジャーがいない場合  
または、要支援認定1・2の方、事業対象者の方、・相談先が分からない方

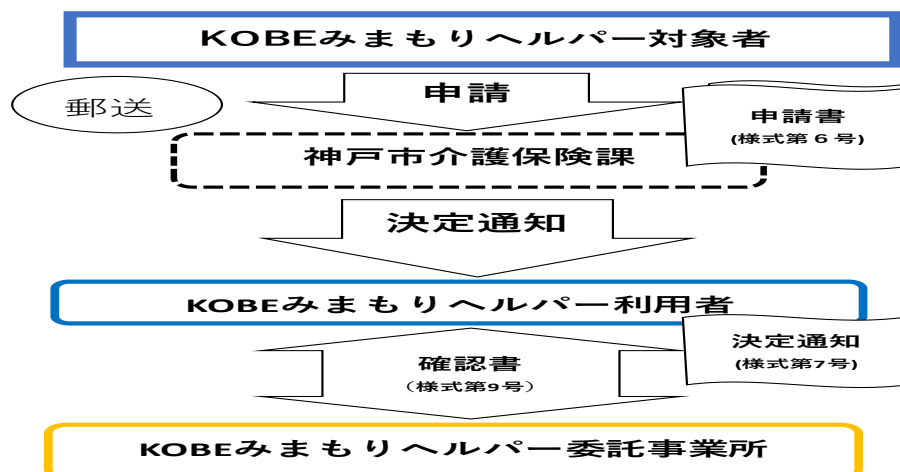
お住いの地域を担当する  
あんしんすこやかセンター



あんしんすこやかセンター

※相談先では、KOBEみまもりヘルパー事業の対象者であるかの要件確認を行います。相談先でKOBEみまもりヘルパー利用申請書（様式第6号）の交付を受け、必要事項を記入し、申請用封筒（切手不要）にて、神戸市へ提出（申請書は、相談先のみで配布しています）

《参考》 みまもりヘルパー対象者の申請の流れ



## 5 委託内容

### ① 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となります。

(例) 令和2年度 令和3年3月1日～令和3年3月31日まで

※ 翌年度の継続を希望しない場合は、令和3年3月1日までに届出が必要です。  
(10ページ参照)

### ② 委託料について

KOBE みまもりヘルパー 委託事業所への委託料	2,430円／1時間（1,215円／30分） *ヘルパー派遣の実績に応じて支払います *事業所から自宅までの交通費相当額を含みます
-----------------------------	---

### ③ 委託料の支払について

KOBE みまもりヘルパー記録表①に基づき、4か月ごとに請求してください。

※ 実績報告について・・・6ページ参照

請求方法について・・・9ページ参照

#### 【支払期の例】

令和3年 第1期：令和3年4月～7月分

(令和3年8月 実績報告・納品検査書・請求書を提出)

第2期：令和3年8月～11月分

(令和3年12月 実績報告・納品検査書・請求書を提出)

第3期：令和3年12月～令和4年3月分

(令和4年4月 実績報告・納品検査書・請求書を提出)

※ 実際の支払は、上記の書類提出後、1か月以内に支払予定です。

(書類に不備等がある場合には、支払が遅れる場合がありますので、ご注意ください)

## 6 その他

本事業の経理については、他の介護保険サービス等にかかる経理と明確に区分して、管理してください。また、利用者に対する請求についても、他のサービスの利用分と明確に区別し、それぞれの負担額が分かるように請求してください。

また、要綱に定めるもののほか、利用実績や利用者に関して必要な記録を行うための帳簿を常に整備し、市から求められた場合には、速やかに閲覧・提出ができるようにしてください。

## 第2章 KOBE みまもりヘルパー事業の実施について

### 1 受付手順

① KOBEみまもりヘルパー派遣を希望する方が、KOBEみまもりヘルパー対象者であるかを確認してください。

※ 神戸市から送付した「KOBEみまもりヘルパー事業利用承認通知書（様式第7号）」をお持ちの方が対象者です。

※ 神戸市からの承認通知を受けていない方には、3ページ記載の相談先にて、申請をするように、ご案内ください。

② 対象者の方の居住地を確認し、ヘルパーの派遣が可能であれば、「KOBEみまもりヘルパー事業のサービス提供に関する確認書（様式第9号）」にそって、提供するサービス内容の説明を行ってください。

利用者への確認が完了してから、サービスを開始してください。

※ 空欄の箇所については、事業所と利用者で協議のうえ内容を決定してください。

※ 「KOBEみまもりヘルパー事業のサービス提供に関する確認書（様式第9号）」に双方の記名をしたもののコピーを、KOBEみまもりヘルパー事業実績報告書とともに、介護保険課まで送付してください。（利用者へのサービス提供後、初回の請求時に送付してください。）

#### 《ご注意》

以下のような、正当な理由なく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通常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。

## 2 実績報告

KOBE みまもりヘルパーの派遣後に、以下のとおり実績報告を行ってください。

### (1) 訪問実績の報告

訪問を行うごとに、実績入力フォームにて、入力を行ってください。

※ アドレス・PW は、介護保険課から、事業開始時にメールにてお送りしています。

PW などご不明な場合は、介護保険課まで、お問合せください。

#### 【入力項目】

- ① 事業所番号
- ② サービス開始・終了時間
- ③ サービス提供方法 （選択 訪問・電話・その他）
- ④ サービス内容 （選択 見守り・話し相手・外出付き添い・その他）

《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 <input type="text"/>	事業所名 <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"/>	

### (2) サービス提供実績記録

KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票①②を、利用者ごとに作成してください。

※ KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票①：支払期に神戸市へ提出（9ページ参照）

※ KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票②：各事業所にて保管

# KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票①

	年 月分 KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票① 事業所番号 ( ) 事業所名 ( )	神戸市提出用
※ 委託料請求時に、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. ) フリガナ ( )	生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日 1ヵ月利用上限	
備考 (特記事項・次回受診時期などを記載)		

No.	日 曜日		サービス提供時間		方法	ヘルパーサイン	利用者確認サイン
	開始時間	終了時間	開始時間	終了時間			
1					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						
2					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						
3					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						
4					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						
5					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						
6					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						
7					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						
8					<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他		
	特記事項						

訪問後に利用者からサインをもらってください。(印鑑可)



## KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票②

年 月分 KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票②		別	
事業所番号 ( )		事業所名 ( )	
※ 事業所保管用 (引継ぎ等に利用してください)			
事業所保管用			
KOBEみまもりヘルパーNO.		利用者氏名	
備考 (特記事項・次回受診時期などを記載)			
1. 月 日			
対応内容	<input type="checkbox"/> みまもり	<input type="checkbox"/> 話し相手	<input type="checkbox"/> 外出付き添い 行先:
	<input type="checkbox"/> その他		
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	訪問時に気になったことなどを記録してください。		
前回訪問時との変化			
本人の体調			
生活の様子	食事		
	掃除		
	困りごと		
	その他気づいたこと		
3. 月 日			
対応内容	<input type="checkbox"/> みまもり	<input type="checkbox"/> 話し相手	<input type="checkbox"/> 外出付き添い 行先:
	<input type="checkbox"/> その他		
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			
4. 月 日			
対応内容	<input type="checkbox"/> みまもり	<input type="checkbox"/> 話し相手	<input type="checkbox"/> 外出付き添い 行先:
	<input type="checkbox"/> その他		
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			

### 3 委託料の請求について

支払期ごとに、以下の書類を提出してください。

【実際の訪問の履行確認書類】

- ① KOBEみまもりヘルパーサービス提供実績記録票①  
(実績記録票②は、事業所にて保管してください)

【支払手続に要する書類】

- ② KOBE みまもりヘルパー請求書・納品検査票

※ ②の金額については、KOBE みまもりヘルパー委託料掲載 WEB サイト上に表示される金額を転記してください。

《委託料掲載WEBサイト イメージ》

#### KOBEみまもりヘルパー委託料請求額確認ページ (支払期ごとに委託料請求金額確認→請求書提出)

みまもりヘルパー事業番号	事業所名	日付	委託料
11111	みまもりヘルパー	令和3年4月~7月分	24300

【委託料の支払】  
第1期 4~7月  
第2期 8~11月  
第3期 12~3月  
4か月の合計金額を請求書に記載のうえ、締切までに、介護保険課まで、提出してください(郵送)。  
※ 複数の事業所で、実施する法人は、全事業所の合計金額で、請求書を作成してください

請求書  
(提出先)  
〒650-8790  
神戸市中央区加納町6丁目  
神戸市役所介護保険課 KOB

請求書はここからダウンロードできます

支払期ごとの委託料が確認し、請求書に記入・押印のうえ、介護保険課へ郵送  
※ 事業所毎に反映されるため、複数事業所で実施する法人等は、全事業所分を合計し、請求してください

※ アドレス・PW は、介護保険課から、事業開始時にメールでお送りしています。PW などご不明な場合は、介護保険課まで、お問合せください。

※ 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。  
(実績報告の詳細は、6 ページ参照)

### 4 ヘルパー派遣の終了・休止

(1) ヘルパーの派遣を終了するとき

ヘルパーの派遣を終了する場合は、KOBE みまもりヘルパー廃止に関する届出書を記入し、神戸市介護保険課まで、提出してください。

(例) 利用者から、申し出があったとき

認知症及び軽度認知障害(MCI)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

(2) ヘルパーの利用を一時休止するとき

上記以外で、3か月以内の間、サービスの利用を休止する場合は KOBE みまもりヘルパー休止に関する届出書をご提出ください。

(3) 廃止・休止をされた方が、サービスの提供を再開するとき

廃止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か月前までに、KOBE みまもりヘルパー再開に関する届出書をご提出ください。

※ (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（様式第11～14号）を送付します。

## 5 委託事業者登録の変更・終了

(1) 事業者登録の内容変更に関する届出

KOBE みまもりヘルパー委託事業者として登録した内容から変更が生じた際は、変更が生じた日から1か月以内に、神戸市介護保険課にご連絡いただき、「KOBE みまもりヘルパー事業者登録変更届（様式第4号）」を提出してください。

(2) 事業の廃止・休止を行う場合の届出

廃止又は休止を希望される1か月前までに、神戸市介護保険課にご連絡いただき、「KOBE みまもりヘルパー事業者登録廃止・休止届（様式第5号）」を提出してください。

※ 次年度の委託契約を希望しない場合には、前年度の2月末（土日祝日を除く最終日）までに提出してください。

（例）令和4年度の事業を実施しない場合は令和4年2月28日（金）までに、提出してください。

### 第3章 利用者とのサービス内容の確認及び利用料の請求について

#### 1 サービス内容の確認

利用者の「KOBE みまもりヘルパー利用承認通知書（様式第7号）」をご確認いただき、「KOBE みまもりヘルパー事業のサービス提供に関する確認書（様式第9号）」にて、提供するサービス内容を双方で確認してください。

※ 双方記名いただいたもののコピーを、初回の請求時に神戸市介護保険課へ送付してください。

#### 2 利用料の請求

利用者への請求額	270 円 / 1 時間 (135 円 / 30 分)
----------	--------------------------------

※ 30 分単位で請求してください。30 分未満の場合は、30 分単位に切り上げて請求してください。

##### 利用時間の上限

要支援認定又は要介護認定を受けている方	1 か月あたり 2 時間まで
上記以外の方	1 か月あたり 4 時間まで

※ 毎月の利用時間の上限を超えないよう、KOBE みまもりヘルパーサービス提供実績記録票①②にて、確認を行ってください。

※ 利用料の請求は、「KOBE みまもりヘルパー事業に関する契約書（様式第9号）」に基づいて請求してください。

※ 月の途中で要支援認定又は要介護認定を受けた（受けなくなった）場合は、認定月の翌月分から変更となります。

※ 生活保護受給中の方も、上記の金額で請求してください。

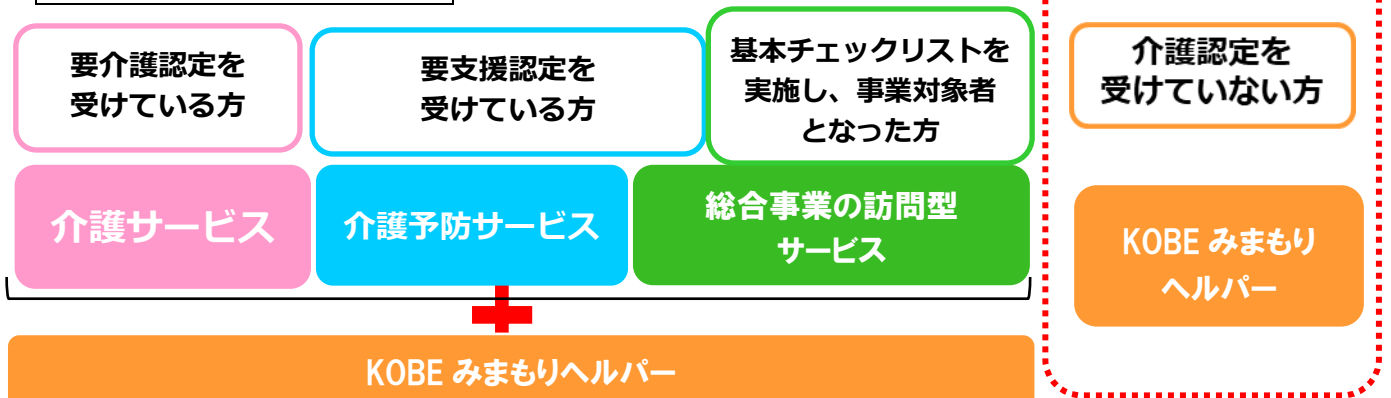
## 第4章「参考」介護保険サービス等との関係について

### 1 KOBE みまもりヘルパーと介護保険サービスとの関係

本事業は、要介護認定及び基本チェックリストの結果によらず、利用することができる、介護保険外サービスのひとつです。要介護認定が非該当であっても、今後の生活・体調の変化や、MCIの経過観察の受診を忘れてしまうことなどに関して不安を感じている方に、みまもりヘルパーの定期的な訪問などのサービスを利用できます。

また、現在、訪問介護サービスや総合事業の訪問型サービス等を利用している方については、現在利用しているサービスとは別のサービスとして利用できますので、必要に応じて、ケアプランに追記し、利用してください。

#### 介護保険サービスとの関係①



※みまもりヘルパーは、認知症・MCIと診断された方（寝たきりの方を除く）で、神戸市に住民票があり、みまもりヘルパーサービスが必要な方が利用できます。

#### 介護保険サービスとの関係（相談先・その他の案内）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以外の介護保険サービスを利用	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合わせて、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
<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合わせて、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一つとして[次ページ参照]）			必要に応じて、介護保険の認定申請や基本チェックリストを実施

(参考) ケアプランへの追記例  
居宅サービス計画書

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		援助目標				援助内容					
		長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別 KOBEMみまもりヘルパー	※2 〇〇	頻度	期間

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。  
※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

神戸市独自のサービス  
として記載

マイケアプラン

マイ・ケアプラン(2) (介護予防サービス・支援計画表)					
名前 様		介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別 KOBEMみまもりヘルパー	事業者・支援機関 ・団体名等 〇〇	期間
1. 目標					
2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス					

総合的な方針：介護(認知症)予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 印

【 〇〇 〇〇 〇〇 】 あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)

令和 年 月 日 印

市記入欄	年 月 日	年 月 日	年 月 日
------	-------	-------	-------

認定有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

## 2 介護保険サービスを利用している場合のKOBEmまもりヘルパー利用例

《例》

12:00

13:00

13:30

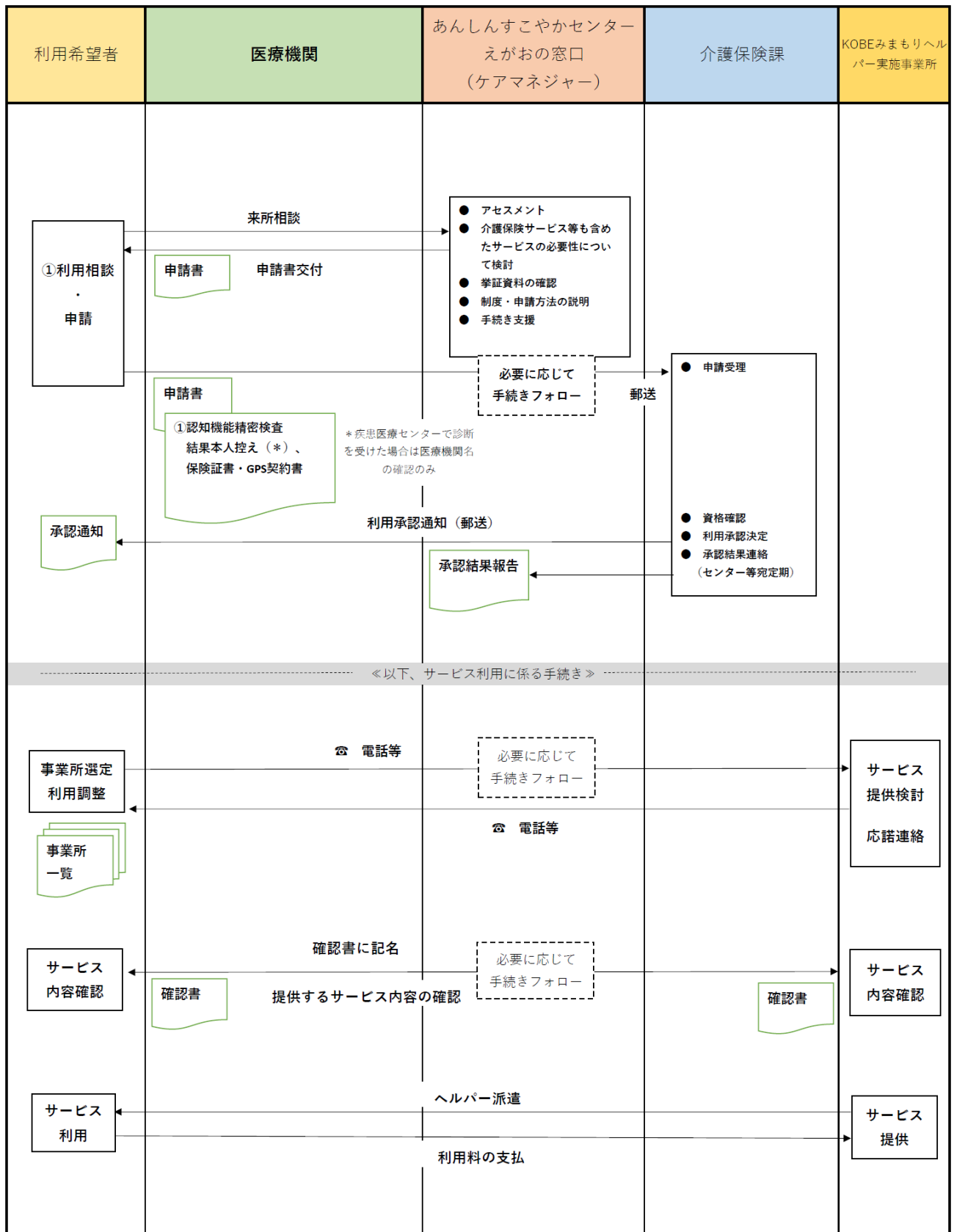
【介護保険 身体介護】食事の介助	【KOBEmまもりヘルパー】話し相手
------------------	--------------------

## 3 総合事業の訪問型サービスとの比較表

KOBEmまもりヘルパーと総合事業のホームヘルプサービス				
	KOBEmまもりヘルパー	介護予防訪問サービス	生活支援訪問サービス	住民主体訪問サービス
対象者	神戸モデルで認知症・MCIと診断され、KOBEmまもりヘルパーサービスが必要な方	要支援・事業対象者		
要件	対象者であれば申請可。 えがおの窓口またはあんしんすこやかセンターへ相談	あんしんすこやかセンター等が生活状況等を確認し、サービスの利用が必要と認めた者		
窓口	えがおの窓口（ケアマネジャー） あんしんすこやかセンター	あんしんすこやかセンター等		
ケアプラン	既に作成済の方は、介護保険外サービスの一つとして追記	ケアマネジメント従来型	ケアマネジメント簡易型	ケアマネジメントセルフ型
金額	270円/時間 ・要介護/要支援認定あり 月2時間まで ・要介護/要支援認定なし 月4時間まで	週1回程度 1,271円/月 週2回程度 2,539円/月 週2回程度超(要支援2のみ) 4,027円/月	週1回程度 1,017円/月 週2回程度 2,032円/月 週2回程度超(要支援2のみ) 3,222円/月	団体により異なる ※月8件まで (ゴミ出しは月1件まで)
提供内容	訪問介護員による 介護保険サービスに含まれない、 見守り・話し相手等の在宅生活の 支援を目的としたサービス	訪問介護員による身体介護・生活援助	訪問介護員・市が定める研修等を修了した者等が提供する生活援助	有償ボランティア等が提供する、見守りを除く生活援助(+保険外サービス※条件あり)
サービス提供者	指定訪問介護事業者 指定介護予防訪問サービス事業者のうち、KOBEmまもりヘルパー事業者として登録をしている事業者（市内のみ）	指定介護予防訪問サービス事業者（市外含む）	指定生活支援訪問サービス事業者（市外含む）	任意団体またはNPO法人（市内のみ）

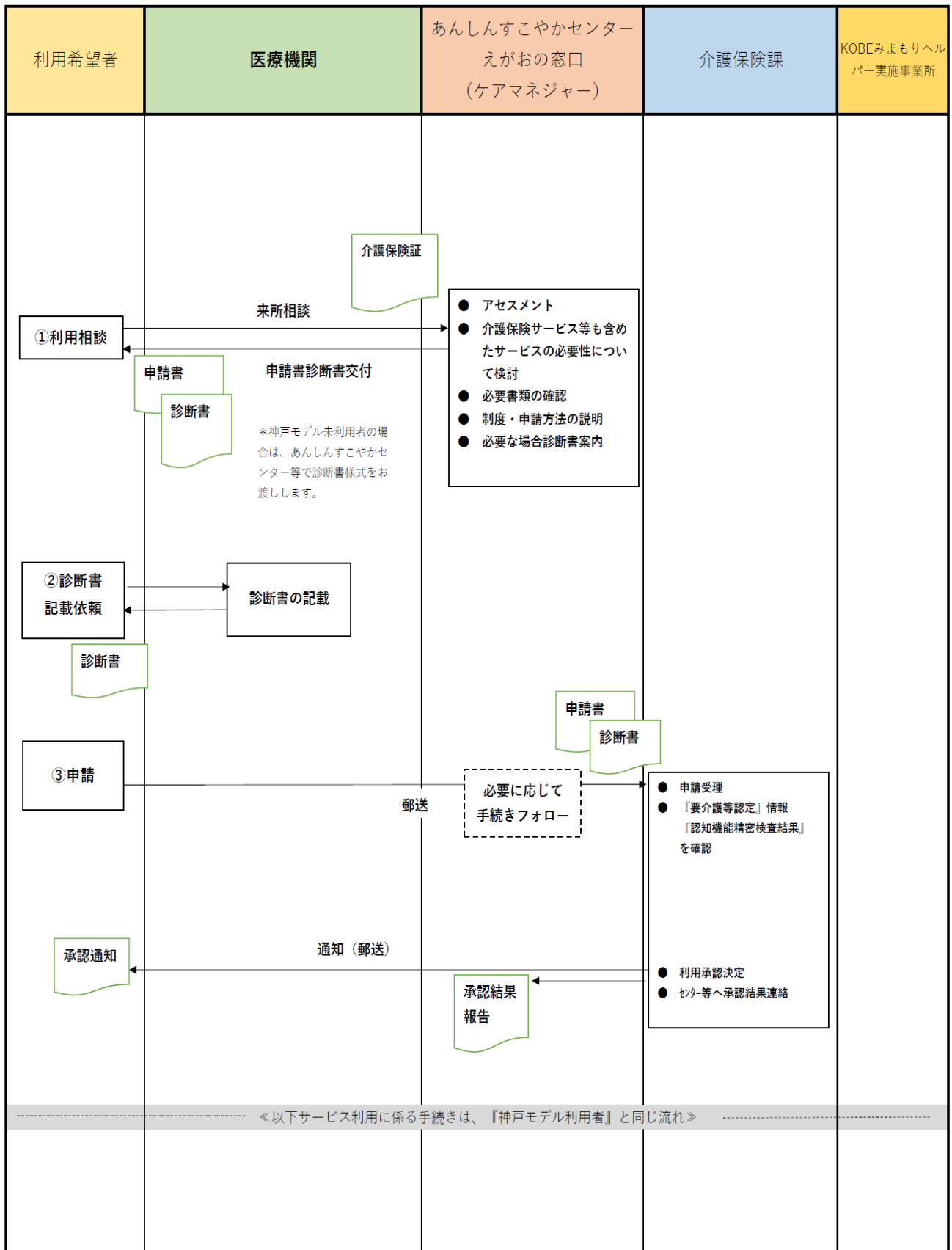
## 第5章《参考》事務の流れ

### 1 認知症「神戸モデル」を利用した場合の事務の流れ





## 2 認知症「神戸モデル」を利用していない場合の事務の流れ



## 第6章 参考資料

### KOBEみまもりヘルパー事業実施要綱

平成16年4月1日  
保健福祉局長決定

#### (目的)

第1条 KOBEみまもりヘルパー事業（以下「本事業」という。）は、居宅において生活する認知症又は軽度認知障害（以下「MC I」という。）と診断を受けた高齢者等に対して、第10条に規定するKOBEみまもりヘルパー（以下「ヘルパー」という。）を派遣し、見守り活動等の生活支援を実施することで、当該認知症及びMC I 高齢者等世帯の在宅生活を支援し、認知症及びMC I 高齢者等本人及び家族の福祉の向上に寄与することを目的とする。

#### (実施主体)

第2条 本事業の実施主体は神戸市とする。ただし、本事業を適切に実施できると認められる法人等（以下「法人等」という。）に事業の一部を委託することができる。

2 市長の委託を受けて本事業の実施を希望する法人等は、「KOBEみまもりヘルパー事業者登録申請書」（様式第1号）（以下「登録申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項による登録申請書の提出を受けたときは、当該法人等が次の各号のいずれも満たすか否かを確認した後、法人等に対し、「KOBEみまもりヘルパー事業者登録受理通知書」（様式第2号）又は「KOBEみまもりヘルパー事業者登録不受理通知書」（様式第3号）を交付する。

(1) 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第70条に規定する神戸市内の訪問介護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) KOBEみまもりヘルパーを実施する事業所に係る下記の書類を提出すること。

法第70条に規定する事業所に係る指定通知書（指定更新通知書）の写し

4 法人等は、登録申請書の記載事項に変更が生じたときは、変更の日から1か月以内に「KOBEみまもりヘルパー事業者登録変更届」（様式第4号）を市長に提出しなければならない。

5 法人等は、本事業の実施を廃止し又は休止しようとするときは、1月前までに、「KOBEみまもりヘルパー事業者登録廃止・休止届」（様式第5号）を市長に提出しなければならない。

#### (サービス対象者)

第3条 本事業によるサービスの提供を受けることができる者（以下、「サービス対象者」という。）は、本市内に居住する者のうち、次の各号の全てに該当するものとする。

(1) 神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例施行細則（平成31年1月保健福祉局長決定）第2条各号のいずれかに定める方法で認知症又はMC I と診断された者

(2) 寝たきりではない者（目安として、介護保険主治医意見書の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」において、Bランク又はCランクのいずれでもない者）

2 次の各号の一に該当する世帯には、ヘルパーを派遣しないことができる。

- (1) 伝染性疾患があると認められる者のいる世帯
- (2) ヘルパーに対し危害を加えるおそれがあると認められる者のいる世帯
- (3) その他ヘルパーを派遣することが不相当と認められる世帯

（サービスの内容）

第4条 法人等は、サービス対象者に対して、法第8条第2項に規定する訪問介護（以下この条において「訪問介護」という。）の介護報酬算定の対象とならないもののうち、見守りや話し相手等の在宅生活の支援に資するサービスを提供するように努めるものとする。

2 サービス対象者が法第41条第1項に規定する居宅要介護被保険者であり、法第43条第2項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額を超えて訪問介護のサービス提供を受けることを目的とする場合、法人等は、前項の規定によらないで訪問介護のサービスを提供することができる。

3 ヘルパーは、次の各号に該当するサービスを提供してはならないものとする。

- (1) 経済的な活動（通勤のための利用、商品販売や営業活動等）を行うための外出
- (2) 宗教活動・政治的活動である勧誘・宣伝等、特定の利益を目的とする団体活動のための外出
- (3) ギャンブルや飲酒を主たる目的とする外出
- (4) 公序良俗に反する外出

4 派遣するヘルパーは、原則として1回1名とする。ただし、市長がサービス対象者の事情に鑑みてヘルパーが1名では対応できないと認めるときは、一定期間、ヘルパーを2名派遣することができるものとする。

5 ヘルパーは、第1項に規定するサービスを、30分を1単位として、1か月につき4時間（ただし、サービス対象者が法第19条第1項に規定する要介護認定又は同条第2項に規定する要支援認定を受けている者（以下、「介護保険認定者」という。）である場合は、2時間）を限度として提供する。

（サービス利用の申請）

第5条 前条に規定するサービスを受けようとする者は、「KOBEMIMORIヘルパー利用申請書」（様式第6号）その他必要な書類を提出し、市長に申請しなければならない。

（サービス利用の承認）

第6条 市長は、前条の申請を受理したときは、受理した日の翌日から1か月以内に、サービス利用の承認又は却下を行い「KOBEMIMORIヘルパー利用承認通知書」（様式第7号）又は「KOBEMIMORIヘルパー利用申請却下通知書」（様式第8号）により申請者に通知しなければならない。

2 前項による通知には、承認の場合は利用対象者、サービスの提供時間及び利用料等を、却下の場合はその理由を示すものとする。

3 令和2年3月31日において、本事業の利用が可能な者は、同日以後の日についてなお引き続き

令和2年4月1日改正前の本要綱（以下、「改正前要綱」という。）の適用を受けるものとする。

（ヘルパーの派遣）

第7条 本事業によるサービスを提供する日時は、原則として法人等が運営し、ヘルパーを派遣する事業所における営業日及び営業時間の範囲内とする。ただし、サービス対象者の社会生活維持のため、特に必要と認められる場合は、この範囲外の日時にヘルパーを派遣することができる。

（サービスの開始）

第8条 法人等は、第6条の規定により市長から利用の承認を受けたサービス対象者から本事業の利用の申込を受けた場合には、「KOBEMIMORIヘルパー事業のサービス提供に関する確認書」（様式第9号）により、速やかに法人等と利用者の双方においてサービス内容等を確認し、サービスの提供を開始するものとする。

2 法人等は、下記に掲げる正当な理由なくサービスの提供を拒んではならないものとする。

- ① 当該事業所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所の本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

3 法人等は、当該事業所の本事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、本事業を実施する他の事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならないものとする。

（サービス利用の廃止等）

第9条 市長は、次に掲げる場合にはサービス利用の廃止、停止又は変更を行うことができる。なお、次に掲げる停止すべき事由が消滅したときは、速やかにサービスを再開するものとする。

(1) 廃止

- ① サービス対象者から利用廃止の申出があったとき
- ② サービス対象者が、第3条第1項に該当しなくなったとき
- ③ サービス対象者が、疾病等により3か月以上の入院加療を必要とするとき又は死亡したとき
- ④ サービス対象者が、法第86条第1項に定める施設サービスを利用したとき
- ⑤ サービス対象者が、法第8条14項に定める地域密着型サービスに規定する認知症対応型共同生活介護等、その他サービス対象者の居宅以外を生活の拠点としたとき
- ⑥ サービス対象者が、第15条第1項に規定する利用料や、同条第3項に規定する負担すべきサービスに要する費用を支払わず、次号による停止期間が1か月を経過したとき
- ⑦ この要綱に違反したとき
- ⑧ 虚偽その他不正な手段によりサービス利用の決定を受けたとき
- ⑨ その他市長がヘルパーを派遣することが不相当と認めたとき

(2) 停止

- ① サービス対象者が一時的に入院等を行うとき

② 第15条第3項に規定するやむを得ない事由がないにもかかわらず、サービス対象者が、利用料や負担すべきサービスに要する費用を、法人等に支払うべき期日の翌月末を経過しても支払わないとき

③ その他市長がヘルパーの派遣を停止することが適当と認めたとき

(3) 変更

サービス対象者が新たに介護保険認定者になった又は介護保険認定者ではなくなったとき

2 法人等は、前項に該当する場合又は前項に規定する停止すべき事由が消滅した場合は「KOBEMみまもりヘルパー利用廃止・停止・再開・変更報告書(様式第10号)」により市長に報告を行い、廃止等の経緯を正確に記録して保管しておかなければならない。

3 市長は、サービス利用を廃止するときは「KOBEMみまもりヘルパー利用廃止決定通知書」(様式第11号)、停止するときは「KOBEMみまもりヘルパー利用停止決定通知書」(様式第12号)、停止すべき事由が消滅し、サービス利用を再開するときは「KOBEMみまもりヘルパー利用再開決定通知書」(様式第13号)、変更するときは「KOBEMみまもりヘルパー利用変更決定通知書」(様式第14号)により当該利用決定者に通知する。

(ヘルパーの資格等)

第10条 法人等は、次に掲げる要件を満たす者をヘルパーとして派遣しなければならない。

- (1) 心身ともに健全である者
- (2) 在宅福祉に関し、理解と熱意を有する者
- (3) 本要綱及び本要綱の具現のために法人等が定める規程等を遵守する者
- (4) 法人等において雇用している介護福祉士その他政令で定める者(法第8条2項に規定する訪問介護員として必要な研修等を修了している者)
- (5) その他市長が適当と認める者

(ヘルパーの服務)

第11条 ヘルパーは、活動時間中、常に身分を示す証明書を携行しなければならない。

2 ヘルパーは、定められた活動時間中、そのサービス業務に専念しなければならない。

(業務の報告)

第12条 法人等は、定期的に市長あてに本事業について業務報告をしなければならない。

(会計)

第13条 法人等は、本事業にかかる経理を他の事業にかかる経理と明確に区分しなければならない。

(帳簿)

第14条 法人等は、本事業に関する必要な帳簿を備えておかなければならない。

(費用負担等)

第 15 条 サービス対象者は、第 4 条に規定するサービスにかかる利用料（実費）としてヘルパー 1 名につき 30 分あたり 135 円（30 分又はその端数を超えるごとに 135 円を加算する。）を負担するものとする。

2 市長は、前項の規定に関わらず、災害等による多大な損害の発生、退職、失業等やむを得ない事由により、サービス対象者の属する世帯における生計中心者の費用負担能力が著しく低下したと認められる場合には、その事情を勘案し、当該事由発生日から再び費用負担能力が回復する日までの期間、利用料（実費）を減額又は免除することができる。

3 サービス対象者は、提供を希望するサービス内容によって別途交通費等の負担が生じる場合には、ヘルパーの分も含めた全ての実費を負担するものとする。

（その他）

第 16 条 この要綱の施行について必要な事項は、福祉局長が定める。

#### 附 則

この要綱は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 18 年 12 月 20 日から施行する。

この要綱は、平成 20 年 10 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 22 年 9 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 29 年 12 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 3 年 3 月 1 日から施行する。

(様式第7号)

(公印省略)  
神福介第 号  
年 月 日

様

神戸市長

### KOBEみまもりヘルパー利用承認通知書

年 月 日付で提出されたKOBEみまもりヘルパーの利用申請については、下記のとおり承認しましたので通知します。

#### 記

利用対象者	
サービス提供時間	要介護認定又は要支援認定を受けている者 1月につき2時間以内
	上記以外の者 1月につき4時間以内
サービス利用料	30分あたり135円 (ヘルパー1名につき)
みまもりヘルパー 登録番号	
サービスに関する 特記事項	

※ ただし、上記の利用対象者が下記の対象者要件に該当しない状態になった等の場合には、サービスの提供を終了します。

※ 対象者要件は、神戸市に居住する方のうち、下記の全てに該当する方です。

(KOBEみまもりヘルパー事業実施要綱第3条)

- (1) 神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例第8条第1項に規定する方法で認知症若しくはMCIと診断された者又は医師の診断書で認知症若しくはMCIと確認できる者
- (2) 寝たきりではない者(目安として、介護保険主治医意見書の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」において、Bランク又はCランクのいずれでもない者)

担当

神戸市 福祉局 介護保険課

電話 (078) 322-5259

FAX (078) 322-6047

\_\_\_\_\_ (以下「利用者」といいます。) に対して \_\_\_\_\_  
(以下「事業所」といいます。) が提供するK O B Eみまもりヘルパー事業のサービス (以下「サービス」といいます。) については、以下のとおりです。

### 1 提供するサービスについて

- ① 事業所は、K O B Eみまもりヘルパー事業実施要綱 (以下「要綱」といいます。) の規定に基づき、サービスを適正に提供するものとします。
- ② サービスの提供は、\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から開始します。

### 2 サービスの提供日時

事業所の営業日時の範囲内で、事業所と利用者との間で協議のうえ決定するものとします。

### 3 訪問先

訪問先居宅住所 (神戸市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ )

### 4 サービスの提供時間

- ① サービスの提供時間は、利用者が要支援認定又は要介護認定を受けている場合は、1 か月につき2時間まで、それ以外の場合は、1 か月につき4時間までを限度とします。
- ② サービスは30分単位で利用できます。提供時間が30分に満たない場合は、30分利用したものと提供時間を計算します。
- ③ サービスの提供時間は、要支援認定又は要介護認定が変更された月の翌月から変更となります。利用者は、要支援認定又は要介護認定の有無について変更があった場合には、必ず事業者に連絡してください。

### 5 利用料

- ① 利用者は、事業所からサービスの提供を受けたときは、30分あたりヘルパー1名につき135円の利用料を事業者を支払うものとします。
- ② 利用者が希望するサービスの内容によって入場料等の負担が生じる場合には、利用者は、ヘルパーの分も含めた実費を負担するものとします。
- ③ 事業所が了承する場合には、上記4のサービスの提供時間の限度 (月2時間または4時間) を超えてサービスを提供することができますが、利用者は限度を超過したサービスにかかる費用を全額負担する必要がありますのでご注意ください (限度超過分については、神戸市からの費用負担はありません。)。なお、この場合、事業所は、あらかじめ利用者に対して利用料を提示し、了承を得た後からサービス提供を開始するものとします。
- ④ 事業所は、上記の利用料等を \_\_\_\_\_ か月ごとに計算し、翌月 \_\_\_\_\_ 日までに請求します。利用者は、利用料等を \_\_\_\_\_ 日までに支払ってください。
- ⑤ 支払方法は (現金・振込・口座引き落とし・その他 [ \_\_\_\_\_ ] ) によるものとします。



## 6 交通費

- ① サービス提供の開始及び終了の場所が上記3の訪問先の場合は、交通費は無料です。
- ② サービス提供の開始又は終了の場所が上記3の訪問先以外であり、事業所の派遣可能地域内の場合（※）に公共交通機関等を利用する必要がある場合は、利用者は自らの交通費の実費を支払うとともに、ヘルパーにかかる交通費の実費も支払う必要があります。  
※ 事業所の派遣可能地域外の場合は、サービス提供が可能か、事前に事業所と利用者で協議をし、両者の同意のもと、サービス提供の可否を決定します。

## 7 サービスの中止について

- ① 利用者は、サービスの利用を中止する場合には、利用日（前営業日）の（午前・午後） \_\_\_\_\_ 時までには事業所に中止する旨の連絡をしてください。
- ② サービス利用日に利用者が不在の場合は、\_\_\_\_\_分待っても応答がなければ、当日キャンセルがあったものとして取扱います。また、その場合は、下記のとおり対応します。  
（例：家族の〇〇様に連絡 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）

## 8 その他の事項

### (1) サービス提供の記録

- ① 事業所は、サービスを提供した際には、書面に必要な事項を記入し、利用者又は家族の確認を受けるものとします。
- ② 事業者は、記録を作成した後5年間はこれを適正に保存し、利用者の求めがあれば閲覧に応じるとともに、利用者等の実費負担によりその写しを交付するものとします。

### (2) 秘密保持

事業所は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業所及び第三者に漏らさない義務を負うものとします。この義務はサービス提供終了後も同様です。

### (3) 損害賠償責任

事業所は、サービスの提供に伴い、自己の責めに帰すべき事由により利用者に生じた損害を賠償する責任を負うものとします。

(4) 法人及び事業所

法人	名称	
	所在地	
事業所	名称	
	所在地	
	電話番号	

(5) 緊急時の連絡先

※ 事業所は、サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合には、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、あらかじめ指定する緊急連絡先に速やかに連絡するものとします。

主治医	医療機関 名称	
	電話番号	
	氏名	

緊急連絡先	氏名 (続柄等)	
	所在地	
	電話番号	

(6) この契約に関する相談窓口

※ 事業所は、サービス提供に関する利用者の要望、苦情等に対し、利用者の立場に立って、誠実かつ迅速に対応し、改善に努めます。なお、苦情の申立てによって、利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません。

事業所	部署名・ 担当者名	
	電話番号	
	FAX 番号	

行政機関	担当部署	神戸市 福祉局 介護保険課
	電話番号	(078) 322-5259 [受付時間:平日の午前 8:45~12:00・午後 1:00~5:30]
	FAX 番号	(078) 322-6047

(7) 協議事項

要綱及び本確認書に定められていない事項について問題が生じた場合は、事業者は利用者と誠意をもって協議するものとします。

以上が、サービスを提供するにあたっての重要事項となります。本書の内容をもとにサービスの提供を行うことを確認するため、当事者双方記名のうえ、各自1通を保有します。

年 月 日

事業所 所在地

名 称

代表者

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_