

KOBE みまもりヘルパー事業 マニュアル
(あんしんすこやかセンター・ケアマネジャー用)

神戸市福祉局

令和3年2月作成

目 次

ページ

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 | 申請の相談先 | 3 |

第2章 あんしんすこやかセンターでの業務

- | | | |
|---|-------------------|---|
| 1 | 確認事項等 | 4 |
| 2 | 申請後の利用承認状況の把握について | 9 |
| 3 | ヘルパー派遣のための手続について | 9 |

第3章 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 | 10 |
| 2 | 介護保険サービスを利用している場合の利用例 | 12 |
| 3 | 総合事業の訪問型サービスとの比較表 | 12 |

第4章 <参考>事務の流れ

- | | | |
|---|----------------------|----|
| 1 | 認知症「神戸モデル」を利用した場合 | 13 |
| 2 | 認知症「神戸モデル」を利用していない場合 | 14 |
| 3 | KOBEみまもりヘルパー実施事務フロー | 15 |

第5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 | 21 |
| 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 | 22 |
| 4 | 神戸市認知機能精密検査結果（受診者用）（診断 様式第3号） | 26 |
| 5 | （見本）「神戸市認知症事故救済制度 賠償責任保険制度
<二次保険> 被保険者証」 | 27 |
| 6 | （見本）GPS 安心かけつけサービスの | 28 |
| 7 | （見本）ALSOK 覚書 | 29 |
| 8 | （見本）申請書提出用封筒 | 30 |

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。（本事業の実施主体は、神戸市ですが、本事業を適切に実施できると認められる指定訪問介護事業所に、事業の一部を委託し、訪問介護員の派遣を行います。）

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

135円（30分あたり）
《注意点》 <ul style="list-style-type: none">• 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">※ 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。• 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。

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

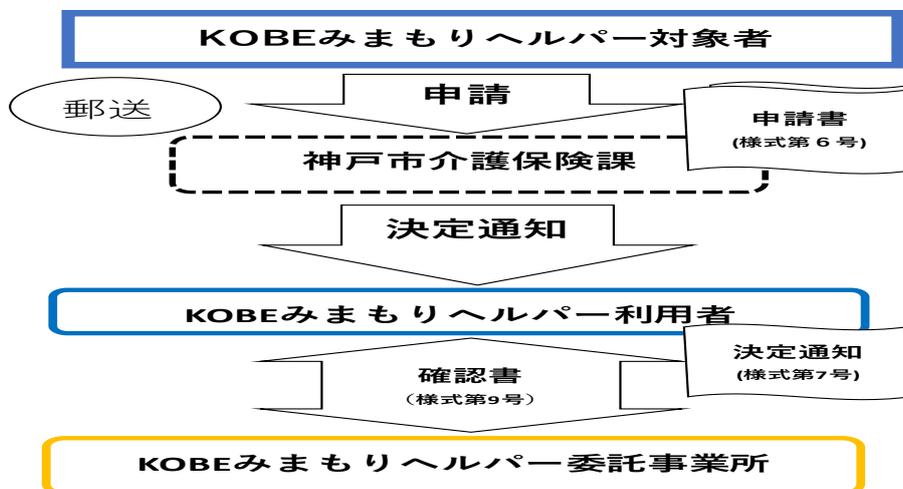
お住いの地域を担当する
あんしんすこやかセンター



あんしんすこやかセンター

※ 相談先では、KOBEmimamoriヘルパー事業の対象者であるかの確認（4ページ）を行ってください。対象者には、KOBEmimamoriヘルパー利用申請書（様式第6号）を交付してください。（申請書は、相談先のみで配布しています。）

《参考》 mimamoriヘルパー対象者の申請の流れ



第2章 あんしんすこやかセンターでの業務

1 確認事項等

あんしんすこやかセンターでは、他の介護保険サービスの利用状況を確認し、必要なサービスを案内するとともに、KOBE みまもりヘルパーが必要な方に、申請書の作成や提出に関する支援を行ってください。また、事業所との手続時、必要があれば支援を行ってください。

「KOBE みまもりヘルパー利用申請書（様式第6号）」の「KOBE みまもりヘルパー利用申請時の確認事項（8ページ）」及び申請事務フロー（15ページ）にそって、以下の要件に該当するかを確認してください。要件を満たす方には、提出書類を案内してください。

【対象要件】

- (1) 神戸市内に住民票があり、居住していること
 - ・介護保険証（65歳未満の方は、健康保険証等）で確認してください。
- (2) 認知症または軽度認知障害（MCI）の診断を受けていること
 - I 認知症「神戸モデル」（診断助成制度・事故救済制度）を利用した場合

【重要】「神戸モデル」を利用して診断を受けた場合は、申請書裏面の診断書を提出する必要はありません。誤って診断書の記載を受けることのないよう（診断書料は、自己負担になります）、×印等で抹消していただきますようお願いいたします。

下記①～③のうち、いずれか1つがあることを確認してください。

[認知機能精密検査（第2段階）の医療機関で診断を受けた方]

- ①「神戸市認知機能精密検査結果（受診者用）」（診断様式第3号）【診断結果本人控】（26ページ）

※ 認知症疾患医療センター※で診断を受けた方は、申請書に、医療機関名と診断年月を記載してください。

神戸市内の認知症疾患医療センター※（令和3年2月現在）
神戸大学医学部附属病院，甲南医療センター，神戸百年記念病院，新生病院，兵庫県立ひょうごこころの医療センター，宮地病院，神戸市立医療センター西市民病院

[事故救済制度に加入している方]

- ② 賠償責任保険制度＜二次保険＞被保険者証【保険証書】（27ページ）
- ③ 契約書・覚書など【GPS安心かけつけサービスを契約したことが分かる書類】（28・29ページ）

※ 認知症「神戸モデル」を利用して診断を受けたが、上記①～③の書類がない場合は、診断を受けた医療機関名と診断年月を聞き取って、申請書に記載してください。

- II 認知症「神戸モデル」（診断助成制度・事故救済制度）を利用していない場合

医師の診断書が必要です。認知症の方は、「賠償責任保険 GPS安心かけつけサービスのご案内」リーフレットの利用申込書・診断書を用いて、事故救済制度の加入も行うよう、ご案内ください。

(3) 要支援認定又は要介護認定の有無

- ・介護保険証で確認してください。

※ 要支援認定又は要介護認定の有無によって、KOBE みまもりヘルパーの利用上限時間が、異なります。

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

(4) 介護保険の認定申請・基本チェックリストの実施について

介護保険の認定申請や基本チェックリストを実施していない場合は、KOBE みまもりヘルパー以外のサービスについても必要性の有無を確認して、必要があれば手続等に関する案内を行ってください。

※ KOBE みまもりヘルパーは、介護保険外サービスであるため、介護保険の認定を受けていない方でも利用できます。なお、介護保険サービスを利用されている方は、現在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提供される場合、KOBE みまもりヘルパーを利用することができます。

【提出書類】

(1) すべての申請者で必要となるもの

- ・KOBE みまもりヘルパー利用申請書（様式第6号）
- ・介護保険証のコピー（65歳未満の方は、健康保険証等のコピー[この場合、記号・番号をマスキングしてください。]

※ リーフレットの確認事項欄に✓を入れ、切り取らずにそのまま提出してください。

(2) 認知症「神戸モデル」を利用した方

下記①～③のうち、いずれか1つのコピーが必要です。

（認知症疾患医療センターで、診断助成制度を利用して診断を受けた方はコピー不要。医療機関名・診断時期を記載してください。）

- ① 「神戸市認知機能精密検査結果（受診者用）」（診断様式第3号）【診断結果本人控】
- ② 賠償責任保険制度＜二次保険＞被保険者証【保険証書】
- ③ 契約書・覚書など【GPS 安心かけつけサービスを契約したことが分かる書類】

※ 申請中の方は、申請書の「申請中」に○をして、提出してください

(3) 認知症「神戸モデル」を利用していない方

医師の診断書が必要です。（認知症の方は、「賠償責任保険 GPS 安心かけつけサービスのご案内」に記載している診断書を使い、事故救済制度をお申込みのうえ、みまもりヘルパーの申請書（裏面診断書は不要のため✕印等で抹消）をご提出ください）

※ 診断書料は、自己負担になります。

【提出方法】

申請者は、申請書に必要事項を記載し、上記「(1)」と「(2)または(3)」の提出書類を、返送用封筒(30ページ)にて、郵送で提出するようご案内をお願いします。

(送付先)

〒650-8790 神戸市中央区加納町6丁目5番1号
神戸市役所 介護保険課 KOBE みまもりヘルパー担当

【申請書の書き方】

記入日

(様式第6号) **KOBEみまもりヘルパー利用申請書**

神戸市長 宛

年 月 日

下記のとおり、KOBEみまもりヘルパーサービスの利用を申請します。
この申請に関して、以下の内容をよくお読みいただき、同意のうえお申込みください。

① 申請者の要介護・要支援認定情報、認知機能精密検査の結果情報を、神戸市が所有する個人情報により調査・確認することに同意します。

② 申請者・連絡先の情報及びサービスの利用状況については、「KOBEみまもりヘルパー事業」において利用(市から申請者の方への案内や内容確認、関係機関への情報提供、匿名加工したうえでの統計、研究での利用等)することに同意します。

《本人氏名》
ご本人が記載できない場合のみ
家族等が「本人氏名」を書いて
代筆してください

①・②の内容について、ご本人の同意を確認してください。

(以下の□には、該当するものに✓を記入してください。)

申請者 (サービス利用者)	氏名 (代筆者)	((続柄等))		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	住所	(〒 -)		
	電話番号	() -		
	認知症「神戸モデル」 (診断助成制度・ 事故救済制度)	<input type="checkbox"/> 利用した(または申請中) <input type="checkbox"/> 利用していない ⇒神戸市認知症診断助成制度または事故救済制度を利用していない場合は、 医師の診断書を添付してください。		
	診断結果	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) (医療機関名 (診断時期 年 月))		
要介護認定等	<input type="checkbox"/> あり(要介護・要支援) 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 事業対象者(基本チェックリスト該当者) <input type="checkbox"/> なし			
申請受付	事業所・施設名			
	担当者		電話番号	

担当のあんしんすこやかセンター・えがおの窓口の名称を記載してください

申請受付	事業所・施設名			
	担当者		電話番号	

みまもりヘルパーに関する連絡（要件の確認、追加書類の提出が必要な場合など）をご本人に行うことが難しい場合は、連絡先を記入してください。

※この申請に関して、申請者と異なる所に連絡を希望される場合は、下の欄にも記入してください。

この申請に関する連絡先	氏名 (事業所・施設名)	
	住所	(〒 -)
	電話番号	() -
	サービス利用者との関係	<input type="checkbox"/> 家族（続柄：) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー（事業所名) <input type="checkbox"/> () あんしんすこやかセンター（担当者) <input type="checkbox"/> その他 ()

神戸市からのKOBEみまもりヘルパーに関する書類をすべてこの連絡先に送付するよう希望します。
 (希望される場合には、上の口に✓を入れてください)

KOBE みまもりヘルパー利用承認通知書等の文書の送付先を申請者住所ではなく、この連絡先に希望する場合は、✓を入れてください

2 申請後の利用承認状況の把握について

神戸市介護保険課では、申請者の利用要件を確認し、KOBE みまもりヘルパー利用承認通知書（様式第7号）または利用申請却下通知書（様式第8号）を送付します。

また、毎月1日頃に、KOBE みまもりヘルパー利用者一覧を送付しますので、担当地域の方を確認いただくとともに、必要な支援を行うようにしてください。

3 ヘルパー派遣のための手続について

神戸市介護保険課から利用承認通知書が届いたら、ご本人とKOBE みまもりヘルパー事業委託事業所（市内の介護事業所等）が「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（22ページ）」を使い、サービス内容を確認します。

KOBE みまもりヘルパー事業委託事業所については、「KOBE みまもりヘルパー事業所一覧」に掲載しています。なお、最新の情報は、神戸市HPを確認してください。

（検索 ）

契約手続を行うことが難しい方に対しては、引き続き申請支援を行ってください。

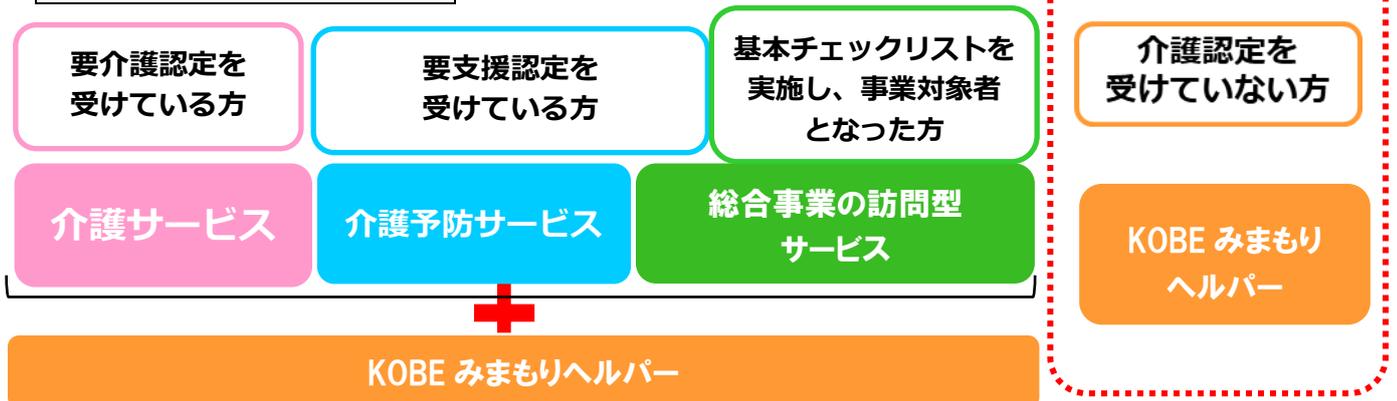
第3章 介護保険サービス等との関係について

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
要介護者 	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（えがいの窓口）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（えがいの窓口）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
要支援者・事業対象者 	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ひとつとして[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

2 介護保険サービスを利用している場合のKOBE み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

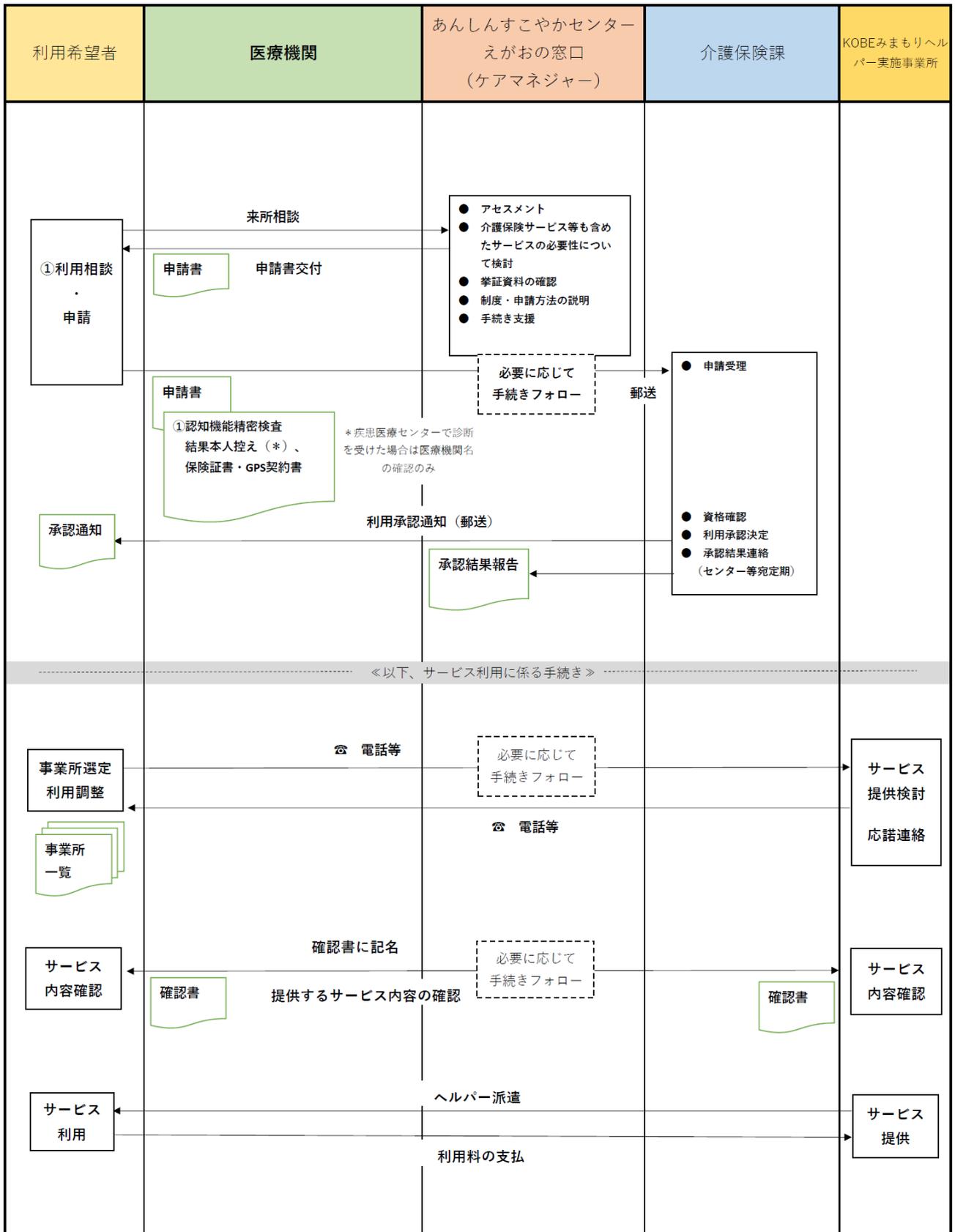
【KOBE みまもりヘルパー】 話し相手

3 総合事業の訪問型サービスとの比較表

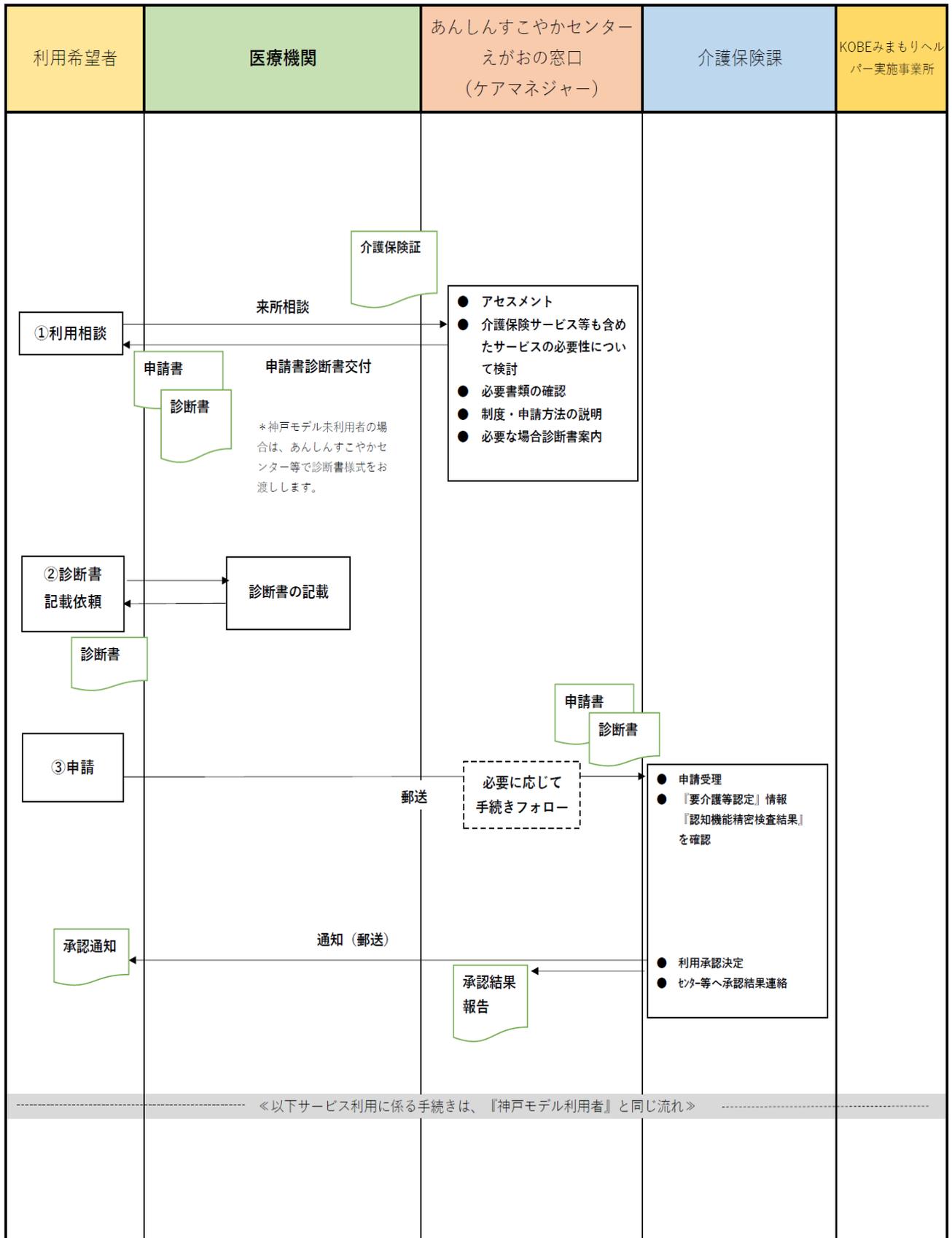
KOBEみまもりヘルパーと総合事業のホームヘルプサービス				
	KOBEみまもりヘルパー	介護予防訪問サービス	生活支援訪問サービス	住民主体訪問サービス
対象者	神戸モデルで認知症・MCIと診断され、KOBEみまもりヘルパーサービスが必要な方	要支援・事業対象者		
要件	対象者であれば申請可。 えがおの窓口またはあんしんすこやかセンターへ相談	あんしんすこやかセンター等が生活状況等を確認し、サービスの利用が必要と認めた者		
窓口	えがおの窓口（ケアマネジャー） あんしんすこやかセンター	あんしんすこやかセンター等		
ケアプラン	既に作成済の方は、介護保険外サービスの一つとして追記	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、KOBEみ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4章 事務の流れ

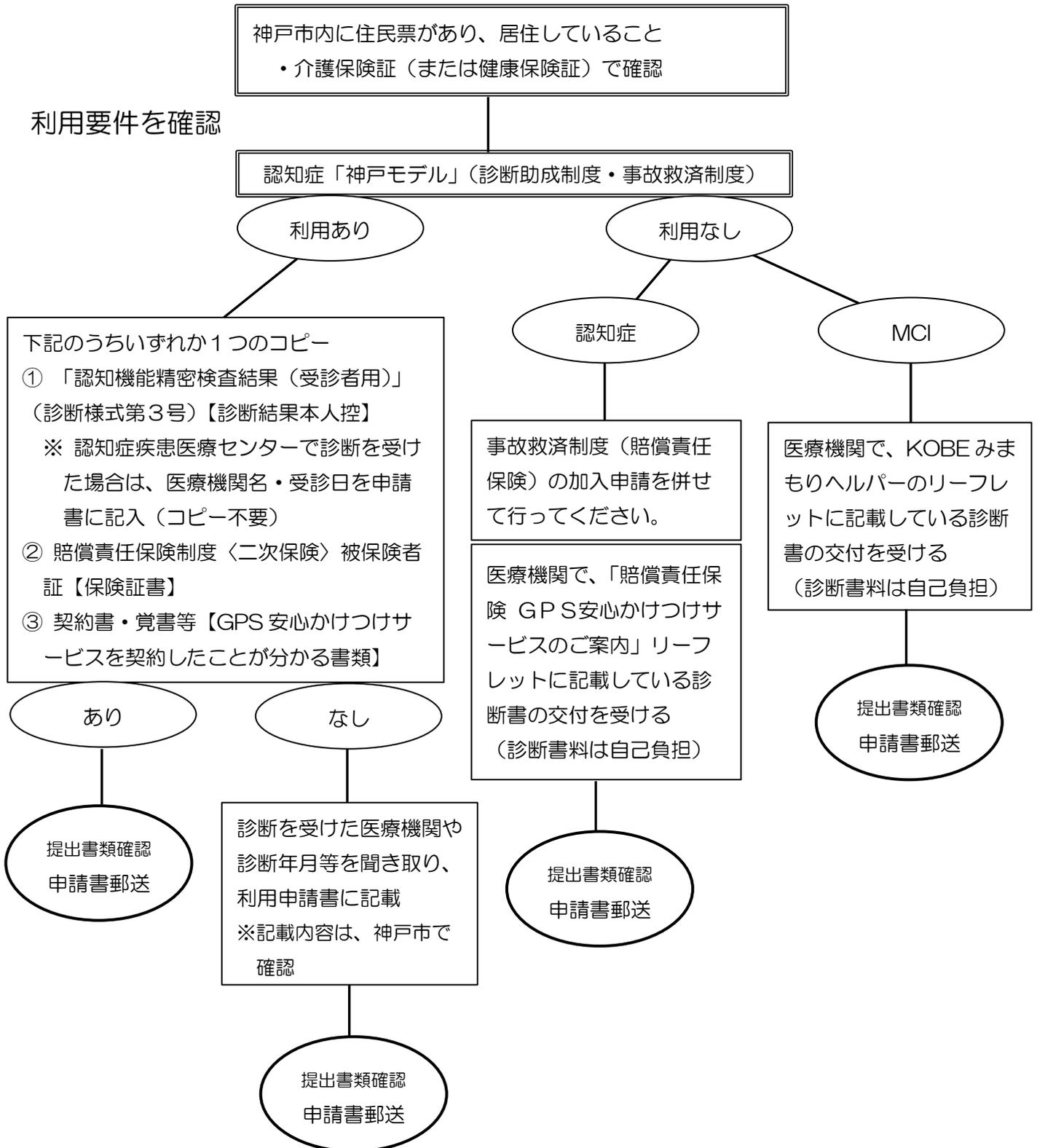
1 認知症「神戸モデル」を利用した場合の事務の流れ



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



3 KOBE みまもりヘルパー実施事務フロー



第5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、「KOBEmimamori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「KOBEmimamoriヘルパー利用承認通知書」（様式第7号）又は「KOBEmimamori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、「K O B E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「KOB E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「KOB E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「KOB E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「KOB E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「KOB E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。

(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分利用したもとして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 _____ 日までにお支払いください。
- 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 _____

神戸市認知機能精密検査結果（受診者用）

様

精密検査の結果、下記の診断でした。（該当欄にレ印）

1. 事故救済制度の対象者

- アルツハイマー型認知症 血管障害なし 血管障害あり
- 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- その他の認知症（診断名：_____）

※上記の診断の場合、かかりつけ医あるいは専門医療機関で、治療を受けて下さい。

2. 事故救済制度の非対象者

- 軽度認知障害（MCI）
 ※半年ごとに、受診してください。（_____）に _____ 年 _____ 月頃受診してください。
- 認知機能が低下しており、_____ によるものと考えられます。
 ※専門医療機関に相談してください。
- 認知機能に異常はみとめられませんでした。
 ※1年後に再診できます。毎年、認知機能検診の受診をお勧めします。

神戸市認知機能精密検査結果報告書

<p><診断結果></p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 血管障害なし <input type="checkbox"/> 血管障害あり <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> その他の認知症（_____） 改善の見込みのある認知症の場合、 再検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <p><input type="checkbox"/> 軽度認知障害（MCI）である （_____）に _____ 年 _____ 月頃経過受診予定</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症でない</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 健常 <input type="checkbox"/> その他（疾患名：_____） <p><日常生活動作></p> <p><input type="checkbox"/> 生活に支障あり <input type="checkbox"/> 生活に支障なし</p> <p><BPSD></p> <p><input type="checkbox"/> あり（_____）</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>	<p><精密検査結果></p> <p>1 認知機能検査（検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MMSE（_____）点 <input type="checkbox"/> その他の検査（検査名：_____）点 <input type="checkbox"/> 検査不能（理由：_____） <p>2 血液検査（所見：_____）</p> <p>3 形態画像検査（撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 頭部 CT（自院・他院） <input type="checkbox"/> 頭部 MRI（自院・他院） （所見：萎縮あり・萎縮なし・血管障害あり） （その他の所見：_____） <input type="checkbox"/> 検査不能（理由：_____） <p>4 機能画像検査（撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SPECT（所見：_____） <input type="checkbox"/> DAT（所見：_____） <input type="checkbox"/> MIBG 心筋シンチ（H/M 比 _____） <input type="checkbox"/> 他の画像検査名：（_____） （所見：_____）
<p>医療機関コードNo. _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>担当医師名 _____</p>	<p>診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">印 _____</p>

証券番号	NE11111111
No.	K000000

神戸市認知症事故救済制度 賠償責任保険制度〈二次保険〉 被保険者証

保険契約者	神戸市
被保険者	コウベ タロウ 様
生年月日	1900年0月0日
住所	〒000-0000 神戸市●●区～
申込書受理日	2019年●月●日
保険期間	申込書受理日 から1年間

(ご注意)

○保険証券は発行しませんので、本被保険者証を1年間は大切に保管してください。

(保険金をお支払する場合に該当したときの引受保険会社へのご連絡)

○保険金をお支払する場合に該当したときは、下記のコールセンターまでご連絡ください。保険金請求の手続きにつきまして詳しくご案内いたします。なお、保険金をお支払いする場合に該当した日から30日以内にご連絡がない場合、もしくは知っている事実を告げなかった場合、または事実と異なることを告げた場合は、引受保険会社はそれによって被った損害の額を差し引いて保険金をお支払いすることがあります。

○事故の内容によって、給付金制度のお支払いのみの場合や、給付金制度が先行してお支払いされる場合があります。

(同封の神戸市認知症事故救済制度のチラシをご覧ください。)

<お問い合わせ先>

神戸市認知症事故救済コールセンター

フリーダイヤル 0120-259-315 (24時間365日受付)

※お手元に「被保険者証」をご用意ください。

【引受保険会社】三井住友海上火災保険株式会社 神戸支店神戸法人営業課

顧客番号：
契約書番号：

ALSOK
まもるっく契約書

ALSOK控

印紙

ALSOK：東京都港区元赤坂一丁目6番6号
総合警備保障株式会社
代表取締役 青山 幸恭



ご契約者様およびALSOKは、本契約書および「約款版」欄記載の版のまもるっく約款（個人契約用）（以下「本約款」といいます。）を内容とする契約を締結しました。本契約の締結を証するため、本書2通を作成し、お客様とALSOKが記名押印または署名押印の上、それぞれ1通を保有します。

契約締結日 年 月 日

ご契約者様情報	氏名	フリガナ			印
	ご住所	〒 (-)	フリガナ		
		フリガナ			
	電話番号				
	メールアドレス				
生年月日	明治 昭和 大正 平成	年	月	日	日中ご連絡先

ご契約内容	商品名	まもるっく (EC-M776)	契約プラン	() お買上げプラン	() レンタルプラン	
	サービス開始日	まもるっくご契約約款第5条の定めによります。 ※商品は通常1週間前後で届きます。		契約期間	まもるっくご契約約款第12条の定めによります。	
	自動かけつけの有無	() 自動かけつけする (希望する場合は、1出動につき料金がかかることをご承知ください)		() 自動かけつけしない		
	契約料金 (税別)		契約プラン	1台あたりの料金	ご契約台数	合計
		月額サービス料金	お買上げプラン	— 円	1 台	2,000 円
			レンタルプラン	2,000 円	1 台	
		契約事務手数料	---	— 円	1 台	神戸市負担 円
お買上げ料金	別紙販売明細のとおり			— 円		
出動料金 (税別)	1時間あたり(未滿切り上げ)の出動につき、6,000円(緊急連絡先からの依頼に基づく出動となります) ※					
支払方法	() 銀行口座振替		() クレジットカード			
支払期限	<お支払い方法が銀行口座振替の場合> (1) 月額サービス料金：前月 日までに支払うものとします。 (2) サービス開始月の月額サービス料金、お買上げ料金： 年 月 日までに支払うものとします。 (3) 出動料金※：年度内6回までの費用は神戸市が負担します。 ：年度内7回目からの出動料金については、ご契約者様が実施月の翌々月末日までに支払うものとします。 ：市外に転出され神戸市民でなくなった場合、出動料金は全て自己負担となります。 <お支払い方法がクレジットカードの場合> 月額サービス料金および出動料金※はカード会社が定める日までに支払うものとします。					
約款版	平成 27 年 3 月 25 日 版					

※裏面に本人確認記録欄あり

支社 (神戸支社) 担当 ()

ご契約にあたっては本契約書、まもるっく ご契約約款、重要事項説明書、御見積書等を十分にお読みになってください。
クーリング・オフについてのお知らせを本契約書の裏面で説明しておりますので、こちらも十分にお読みになって下さい。

クレジットカードにかかわる個人情報の取り扱いについて

- 1 情報の取得者名：総合警備保障株式会社
- 2 情報の提供先：決済代行会社、クレジットカード会社
- 3 保存期間：サービス遂行上必要最小限の情報を厳重に保管し、必要に応じ総合警備保障株式会社の判断により廃棄・抹消いたします。
- 4 利用目的：サービスに伴う料金支払いのため

覚 書

_____様（以下「お客様」という。）と総合警備保障株式会社（以下「ALSOK」という。）は、令和 ____年 ____月 ____日付をもって締結した、契約書番号 _____ のまもるっく契約（以下「原契約」という。）について、神戸市認知症と診断された者による事故に関する救済制度（平成31年4月1日施行。以下「神戸市救済制度」という。）に基づき、以下のとおり合意します。

記

1. 料金の支払い

原契約の契約書「契約料金」「出動料金」欄、原契約の約款第7条または第23条の定めには拘わらず、以下の料金については神戸市が負担するものとし、お客様への請求は行いません。

(1) 契約事務手数料（税別）：4,500円

(2) 出動料金（税別）：1時間あたり（未満切り上げ）の出動につき6,000円

ただし、1回の出動につき3時間を限度とし、また、同一年度内に6回までの出動を対象とします。（同一年度内で7回目以降の出動料金は、お客様の負担となります。）

2. まもるっく端末等の返還

原契約の約款特約事項第8条第2項に定める手数料を下表の通り変更します。

対象となる機器等	変更前	変更後
まもるっく端末	1台あたり18,000円（税別）	1台あたり18,000円（税別）※変更なし
SIMカード	1台あたり5,000円（税別）	免除

3. 個人情報の共有

原契約第30条第2項の定めに基づき、お客様は以下の個人情報の提供に予め同意するものとします。

(1) 第三者に提供する目的

- ア 神戸市救済制度に基づく利用実績報告
- イ 神戸市救済制度に基づく神戸市の費用負担手続き

(2) 提供する個人情報の項目

- ア お客様およびまもるっく所持者の氏名
- イ お客様およびまもるっく所持者の住所
- ウ お客様およびまもるっく所持者の連絡先情報
- エ お客様とまもるっく所持者の続柄
- オ その他、神戸市が神戸市救済制度に基づき情報提供を要求する項目

(3) 提供の手段または方法

神戸市が別途指定する手段または方法によります

(見本) 申請書提出用封筒

長3水色の封筒 (切手不要)

