

神戸市介護保険コミュニケーション・サポート事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、意思疎通が困難な本市の介護保険の被保険者に対し、介護保険制度における要介護認定調査やケアプラン作成時等におけるコミュニケーション・サポーター（以下、「サポーター」という。）の派遣等によって、介護保険制度の周知及び介護保険サービスの適切な利用の促進を図ることを目的とする。

(事業の内容)

第2条 この事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 介護保険制度における要介護認定調査やケアプラン作成時等のサポーターの派遣
- (2) サポーターの養成研修
- (3) 介護保険制度の啓発チラシの作成
- (4) 介護保険制度の説明会の開催

(事業の運営主体)

第3条 この事業の運営は、神戸市（以下、「市」という。）が行うものとするが、事業の実施については、市との委託契約に基づき、在日外国人支援団体（外国人コミュニティを含む）（以下、「支援団体」という。）へ委託して行うものとする。なお、事業の実施に際しては、市と委託先団体とが協同・連携して取り組むものとする。

(サポーターの派遣を受ける対象者)

第4条 この事業に基づきサポーターの派遣を受ける対象者（以下、「対象者」という。）は、本市の介護保険の被保険者のうち、要介護認定を申請する者等であり、日本語による意思疎通が困難な外国人で、親族等の通訳等の援助を受けられない者とする。

(サポーターの登録)

第5条 支援団体は、この事業の目的を遂行するために必要なコミュニケーション能力を有する満18歳以上の者を、サポーターとして登録し、「神戸市介護保険コミュニケーション・サポーター登録届出書」（様式第1号）を、市に提出する。

(サポーターの養成研修)

第6条 支援団体は、サポーターの派遣により、申請者の介護保険制度の理解と介護サービスの適切な利用の促進が図られるよう、前条により登録したサポーターに対し、介護保険制度に関する知識を習得させるための研修を実施しなければならない。

- 2 前項の規定による研修は、市と協議の上行うこととし、研修の講師は、市から派遣する。
- 3 第1項の規定による研修を終了した者に対し、「神戸市介護保険コミュニケーション・サポーター登録証」（様式第2号）を交付する。

(登録内容の変更)

第7条 サポーターは、登録したサポーターの登録内容に変更が生じたときは、速やかにその

旨を支援団体に届け出なければならない。

- 2 支援団体は、前項の届出を受けたときは、速やかにその内容を「介護保険コミュニケーション・サポーター登録変更届出書」（様式第3号）により、市に報告しなければならない。

（登録の取消）

第8条 市は、登録者がサポーターとしての適格性を欠くと認められたとき等、特別な理由があるときは、登録を取り消すことができる。

（登録の廃止）

第9条 サポーターは、派遣に応じることができなくなったときは、その旨を支援団体に届け出なければならない。

- 2 支援団体は、前項の届出を受けたときは、速やかに「介護保険コミュニケーション・サポーター登録廃止届」（様式第4号）により、市に報告しなければならない。

（登録の期間）

第10条 サポーターの登録期間は、第5条による登録の届出があった時期に関わらず年度末までとし、支援団体は翌年度分について、改めて第5条による登録の届出を行うものとする。

（サポーターの派遣）

第11条 第2条第1号に規定するサポーターの派遣を受けようとする者（以下、「申請者」という。）は、サポーターの派遣を要する日までに、「介護保険コミュニケーション・サポーター派遣申請書」（様式第5号）を市に提出するものとする。

- 2 市は、前項の申請に基づき、支援団体とサポーターの派遣の調整を行い、派遣の決定をしたときは、「介護保険コミュニケーション・サポーター派遣通知書」（様式第6号）を支援団体に通知し、サポーターの派遣を依頼するとともに、申請者に対しても別途通知する。（様式第7号）。なお、派遣決定の通知は、前項の申請を受け付けてから、原則として1週間以内に行うものとする。
- 3 前項の依頼に基づき、支援団体は、第6条第3項に規定する登録証を交付されたサポーターの派遣を行う。
- 4 前項のサポーターの派遣は、要介護認定調査時のほか、申請者の希望に応じ、訪問回数の上限の範囲内で、ケアプラン作成時等においても行うことができる。
- 5 前項の訪問回数の上限は、申請者1人につき、認定調査時を含め年間4回とする。
- 6 支援団体は、サポーターの派遣終了後、「介護保険コミュニケーション・サポーター派遣報告書」（様式第8号）を、市に提出するものとする。

（啓発チラシの作成）

第12条 支援団体は、在日外国人が介護保険制度に関する必要な情報が得られるよう、市と協議の上、介護保険制度に関する啓発チラシを作成する。

- 2 前項の規定に基づくチラシの作成については、市と協同して行う。

(制度説明会の開催)

第13条 支援団体は、対象者等に介護保険制度についての周知が図られるよう、市と協議の上、対象者等への介護保険制度の説明会を開催する。

2 前項の規定に基づく説明会の講師は、市から派遣する。

(支援団体等の責務)

第14条 支援団体及びサポーターは、この事業の目的を正しく認識し、常に対象者の人権を擁護する立場でその職務を遂行し、この事業を通じて知り得た個人の秘密、プライバシー等は第三者に洩らしてはならない。

(費用の支払)

第15条 本要綱で規定する事業を実施した支援団体に対して、別に定める額を、予算の範囲内で市から支払うものとする。

(その他)

第16条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項は、保健福祉局長が別に定める。

附則

この要綱は、平成18年7月4日から施行する。

この要綱は、平成18年12月21日から施行する。

この要綱は、平成27年7月1日から施行する。

神戸市介護保険コミュニケーション・サポーター登録届出書

年 月 日

神戸市様

下記の者をコミュニケーション・サポーターとして登録しましたので届け出ます。

登録言語			
フリガナ			
氏名			
住所			
電話番号			
生年月日	西暦	年 月 日	性別 男・女
サポーター登録 団体名称			

神戸市介護保険コミュニケーション・サポーター登録証

（表面）

神戸市介護保険コミュニケーション・サポーター登録証	
登録番号	
住所	
氏名	
上記の者は、「神戸市介護保険コミュニケーション・サポーター」として、登録されていることを証する。	
年	月
日	神戸市

（裏面）

（サポーターの責務）
サポーターは、この事業の目的を正しく認識し、常に対象者の人権を擁護する立場でその職務を遂行し、この事業を通じて知り得た個人の秘密、プライバシー等は第三者に洩らしてはならない。

縦 6.5cm
横 10.0cm

介護保険コミュニケーション・サポーター登録変更届出書

年 月 日

神戸市様

下記の者について、介護保険コミュニケーション・サポーターの登録内容の変更の届けがありましたので報告します。

変更年月日	西暦 年 月 日
登録番号	
フリガナ	
氏名	
変更事項	(変更前)
	(変更後)
サポーター登録 団体名称	

介護保険コミュニケーション・サポーター登録廃止届出書

年 月 日

神戸市様

下記の者について、介護保険コミュニケーション・サポーターの登録廃止の届けがありましたので報告します。

廃止年月日	西暦 年 月 日
登録番号	
フリガナ	
氏名	
廃止の理由	
サポーター登録 廃止団体名称	

介護保険コミュニケーション・サポーター派遣申請書

年 月 日

神戸市様

神戸市介護保険コミュニケーション・サポーターの派遣を申請します。

フリガナ	
氏名	
住所	
電話番号	
サポート内容 (該当番号に○)	(1)要介護認定における訪問調査 (2)ケアプランの作成 (3)その他()
言語	
中国残留邦人の一世である	はい いいえ (中国語の場合はご本人に確認してください。) ※「はい」の場合で申請をする際は、必ず申請理由(特別な事由等)を記入してください。
訪問予定日	年 月 日
入院中の場合は、入院先の病院名・住所を記入してください	

支援団体又は要介護認定申請代行事業者、認定調査事業者、居宅介護支援事業者等がこの申請書を記入する場合は、その団体・事業者名を記入してください。

支援団体または事業者の名称	
---------------	--

申請者署名

以下の欄は、申請者が署名できないときに、代理人が記入してください。

代理人署名

代理人住所

申請者との関係

介護保険コミュニケーション・サポーター派遣通知書

年 月 日

様

神 戸 市

下記の者について、介護保険コミュニケーション・サポーターの派遣を決定しましたので、サポーターの派遣を依頼します。

フリガナ	
申請者氏名	
住 所	
電 話 番 号	
サポーター内容	
言 語	
備 考	

介護保険コミュニケーション・サポーター派遣決定通知書

年 月 日

様

神 戸 市

先に申込みのあったコミュニケーション・サポーターの派遣について、下記の団体からサポーターが伺いますのでお知らせします。

訪問日時については、サポーターから連絡があります。

サポーターを派遣する団体	
団体の連絡先	
言 語	

介護保険コミュニケーション・サポーター派遣報告書

年 月 日

神戸市様

下記のとおり、介護保険コミュニケーション・サポーターを派遣しましたので報告します。

派遣年月日	
派遣対象者 氏名	
派遣対象者 住所	
訪問先住所 (上記と異なる場 合に記入)	
サポーター氏名	
サポート内容 (該当番号に○)	(1)要介護認定における訪問調査 (2)ケアプランの作成 (3)その他()
支援団体名称	