

身体障害者ホームヘルプサービス事業運営要綱 の実施手続等の留意事項について

平成12年7月7日 障障第27号
厚生省大臣官房障害保健福祉部障害福祉課長

身体障害者福祉法による身体障害者ホームヘルプサービス事業については、平成12年7月7日障第528号をもって厚生大臣官房障害保健福祉部長から通知されたところであるが、なお、次の事項について留意の上、事業が円滑に実施されるよう特段のご配慮願いたい。

なお、これに伴い、平成2年12月28日社更第260号厚生省社会局更生課長通知「身体障害者ホームヘルプサービス事業運営要綱の実施手続等の留意事項について」は廃止する。

1 対象者の決定について

対象者の決定に当たっては、当該身体障害者の身体その他の状況及びその置かれている環境を十分調査して決定するものとするが、有料世帯に偏重することがないように十分留意すること。

2 事業の実施手続及び留意事項について

(1) 派遣の決定

ア ホームヘルパーの派遣単位は、1時間単位を原則とすること。

イ 派遣決定通知の内容には、次の事項を必ず明記すること。

(ア) 派遣開始期日

(イ) 1週当たりの派遣回数

(ウ) 1回当たりの派遣時間数

(エ) サービス内容

(オ) 費用の負担区分

(2) ホームヘルパーの業務等

ア ホームヘルパーが本来の職務に専念できるよう派遣体制を整えること。また、一般事務等を行わせることのないよう配慮すること。

イ ホームヘルパーを派遣するに当たっては、利用者に対して本制度の趣旨及びサービスの範囲について周知徹底を図るよう配慮すること。

ウ ホームヘルパーは定められた時間数で、当該身体障害者に対して便宜の供与を行うこと。

なお、利用者から時間数の延長等の申出があった場合には、速やかに管理者（上司）の指示を受けること。

エ 活動結果を明記したホームヘルパー活動記録簿を作成すること。

オ ホームヘルパーに直接費用徴収事務を行わせてはならないこと。

(3) 非常勤のホームヘルパーの取扱い

臨時的な介護需要にも対応できるよう日給のほか、時間給のホームヘルパーの設置も行えるところであるが、これら非常勤のホームヘルパーの取扱いについては、次によること。

ア 採用又は登録時に本人の勤務条件、勤務日数又

は勤務時間数を明確にしておくこと。

イ 台帳等を備え、臨時的な介護需要に十分対応できる体制をとること。

ウ 時間給のホームヘルパーに対する給与支払の対象時間数は、訪問先での業務時間数とする。ただし、管理者が指示又は業務報告のため市庁舎等への立ち寄りを命じた場合は、それに要した時間数を含めること。

エ 実施主体は、業務上の災害防止に努めるとともに、災害が生じた場合に備えて労災保険等への加入について配慮すること。

3 費用負担の決定について

(1) 部長通知6 - (1)にいう「生計中心者」とは、当該身体障害者の属する世帯を事実上主宰し、生計維持の中軸となる者をいうこと。

(2) 利用者の費用負担額は、原則としてあらかじめ決定した時間数に基づき月単位で決定すること。

なお、利用者の申出により臨時にその時間数に変動があった場合は、その時間数とする。

4 利用者負担金収納事務について

(1) 収納した金額は業務の委託の有無に関わらず市町村の歳入として計上すること。

(2) 利用者の費用負担については、その根拠を明確にしておくこと。

5 対象者の実態把握について

対象者の実態把握は、事業の実施及び推進のため極めて重要であるので、その実態の把握に努めること。

6 ホームヘルパーの派遣体制の整備について

派遣の申込状況及び派遣対象者の実態把握により

潜在的派遣需要等を勘案して、ホームヘルパーの派遣体制の整備を行うこと。

なお、整備計画の策定に当たっては、次の事項に留意すること。

(1) ホームヘルパーの活動実態（訪問家庭の分布、訪問・移動時間、休憩時間等）を十分考慮すること。

(2) ホームヘルパーの訪問先及びサービス時間数等を明記した訪問日程表を作成すること。

(3) 臨時的な介護需要にも十分対応できるよう配慮すること。

7 本制度の広報について

身体障害者ホームヘルプサービス事業が、広く利用され適正に運用されるためには広報活動が極めて重要である。本制度の目的及び利用方法等について「市政だより」等の広報紙を利用することはもとより、地域住民が理解しやすいように工夫された、ちらし、パンフレット等による広報活動を積極的に行うこと。

8 関係諸様式について

本事業に係る派遣申出書等は、別紙様式例を参考として、それぞれ実施主体において創意工夫を加えて作成すること。

様式 1

ホームヘルパー派遣申出書

平成 年 月 日

市（区）町村長殿

申出者住所

氏 名

(印)

次により身体障害者ホームヘルプサービス事業によるホームヘルパーを派遣されるようお願いします。

派遣を必要とする者

住 所

氏 名

年 月 日生 男・女

派遣を希望する理由

本人の身体状況

その他の状況（家庭・介護の状況等）

希望する便宜

1 週当たりの派遣回数 回

1 回当たりの派遣時間数 時間

希望する便宜の内容

世帯員の状況

氏 名	派遣を受ける者との続柄	生年月日 (年齢)	性別	職 業	前年所得 の課税額	備 考

住所案内図

様式2

ホームヘルパー派遣決定（変更）通知書

第 号

平成 年 月 日

殿

市（区）町村長 （印）

平成 年 月 日付で申出のあった身体障害者ホームヘルプサービス事業によるホームヘルパーの派遣について次のとおり決定（変更）したので通知します。

- 1 事業対象者氏名
- 2 派遣開始期日 平成 年 月 日
- 3 サービスの程度
 - (1) 1週当たりの派遣回数 回
 - (2) 1回当たりの派遣時間数 時間
 - (3) 便宜の内容
- 4 費用負担区分

様式3

ホームヘルパー派遣申出却下通知書

第 号

平成 年 月 日

殿

市（区）町村長 （印）

平成 年 月 日付で申出のあった身体障害者ホームヘルプサービス事業によるホームヘルパーの派遣については、次により派遣できないので通知します。

理 由

様式4

ホームヘルパー派遣廃止（停止）決定通知書

第 号

平成 年 月 日

殿

市（区）町村長 （印）

平成 年 月 日第 号によって決定通知した身体障害者ホームヘルプサービス事業によるホームヘルパーの派遣を次のとおり廃止（停止）するので通知します。

- 1 事業対象者
- 2 廃止の期日
平成 年 月 日
- 3 停止の期間
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 4 廃止（停止）の理由

ホームヘルパー別訪問日程表

(ホームヘルパー氏名)

曜 日	訪 問 先			訪 問 先		
	氏 名	時 間	サービス 内容等	氏 名	時 間	サービス 内容等
1日 (月)						
2日 (火)						
3日 (水)						
4日 (木)						
5日 (金)						
6日 (土)						
7日 (日)						
28日 (日)						
29日 (月)						
30日 (火)						
31日 (水)						

様式6

ホームヘルパー活動記録簿

ホームヘルパー氏名

年 月 日	曜 日	対 象 者 氏 名	訪 問 時 間 数	確 認	摘 要
・	・				
・	・				
・	・				
・	・				
・	・				
・	・				
・	・				
・	・				
・	・				

様式7

身体障害者ホームヘルプサービス事業
に係る費用負担金納入通知書

平成 年 月 日

殿

市(区)町村長 (印)

平成 年 月 日第 号で決定した身体障害者ホームヘルプサービス事業によるホームヘルパーの派遣にかかる 月分費用負担金について、次のとおり決定したので、別添の納入告知書により納付して下さい。

事業対象者氏名

ホームヘルパー派遣時間数 時間

(派遣回数×1回当たりの派遣時間数= 時間)

費用負担金 円

(派遣時間数×1時間当たりの利用者負担額= 円)