

令和3年度介護保険事業者連絡調整会議次第

1 説明事項

(1) 令和3年度介護保険制度改正について・・・・・・・・・・ p 1～7

(2) 介護サービス事業所等への指導・監査について・・・・ p 8～15

(3) 介護保険サービス提供時の事故について・・・・・・・・ p 16～19

2 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p 20～36

(1) 安城市介護関連取得等補助金について

(2) 新型コロナウイルス感染症感染者発生時の報告変更について

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業に関するページの開設について

(4) 一般タクシー料金助成利用券について

(5) 各種申請書類等の性別記載欄の見直しについて

(6) 介護保険要介護認定・要支援認定申請書の改正について

高齢福祉課の業務分担及び電話番号

高齢福祉係

71-2223

- 高齢者福祉サービス
- 老人クラブ、シルバー人材センターの支援

地域支援係

71-2264

- 高齢者の相談・支援
- 在宅医療・介護連携（サルビー見守りネットなど）
- 認知症施策（見つかるつながるネットワークなど）

介護保険係

71-2290

- 介護保険事業所の指定・更新・休止・廃止の手続き
- 介護保険事業所の変更・加算の届出等の手続き
- 事故報告

介護給付係

71-2226

- 居宅介護支援事業所の届出
- 負担限度額の申請 など

介護審査係

71-2257

- 要介護認定申請、認定調査
- 閲覧申請

令和3年度介護保険制度改正について

説明事項 1

1 主な事項について

○制度改正により、各事業所様で実施していただく新たな取組みや、従来の取扱いに変更が生じています。
内容を今一度ご確認の上、ご対応をお願いいたします。
※経過措置の期間は、令和6年3月末までです。

対象サービス	項目	概要	経過措置
全サービス	1. ① 感染症対策の強化	○ 介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。 ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施 ・その他のサービス（訪問系サービス、通所系サービス、短期入所系サービス、多機能系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援、居住系サービス）について、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等	有
全サービス	1. ② 業務継続に向けた取組の強化	感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。	有
・通所系サービス ・短期入所系サービス ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・施設系サービス	1. ③ 災害への地域と連携した対応の強化	災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者を対象に、小規模多機能型居宅介護等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。	無
全サービス	2. (1) ④ 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ	○認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。 その際、3年の経過措置期間を設けることとするとともに、新入職員の受講についても1年の猶予期間を設けることとする。	有
全サービス	4. (1) ⑦ ハラスメント対策の強化	○介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を求めることとする。 (省令基準) 「指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。」	無
全サービス	4. (2) ④ 会議や多職種連携におけるICTの活用	○運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、以下の見直しを行う。 ・利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。 ・利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。	無
全サービス	4. (3) ③ 記録の保存等に係る見直し	○ 介護サービス事業者の業務負担軽減やいわゆるローカルルール解消を促す観点から、介護サービス事業者における諸記録の保存、交付等について、適切な個人情報の取り扱いを求めた上で、電磁的な対応を原則認めることとし、その範囲を明確化する。 ○ 記録の保存期間について、他の制度の取り扱いも参考としつつ、明確化を図る。	無
全サービス	6. ② 高齢者虐待防止の推進	全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。	有

1. ① 感染症対策の強化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】
 - ・ 施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
 - ・ その他のサービス（訪問系サービス、通所系サービス、短期入所系サービス、多機能系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援、居住系サービス）について、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等

1. ② 業務継続に向けた取組の強化

概要

【全サービス★】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

（参考）介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

- 介護サービスは、利用者の方々やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。
- 必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合であっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画（BusinessContinuityPlan）の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。

（令和2年12月11日作成。必要に応じて更新予定。）

掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・ BCPとは
- ・ 新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・ 介護サービス事業者に求められる役割
- ・ BCP作成のポイント
- ・ 新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）等



介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、自然災害に備え、介護サービスの業務継続のために平時から準備・検討しておくべきことや発生時の対応について、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・ BCPとは
- ・ 防災計画と自然災害BCPの違い
- ・ 介護サービス事業者に求められる役割
- ・ BCP作成のポイント
- ・ 自然災害発生に備えた対応、発生時の対応（各サービス共通事項、通所固有、訪問固有、居宅介護支援固有事項）等



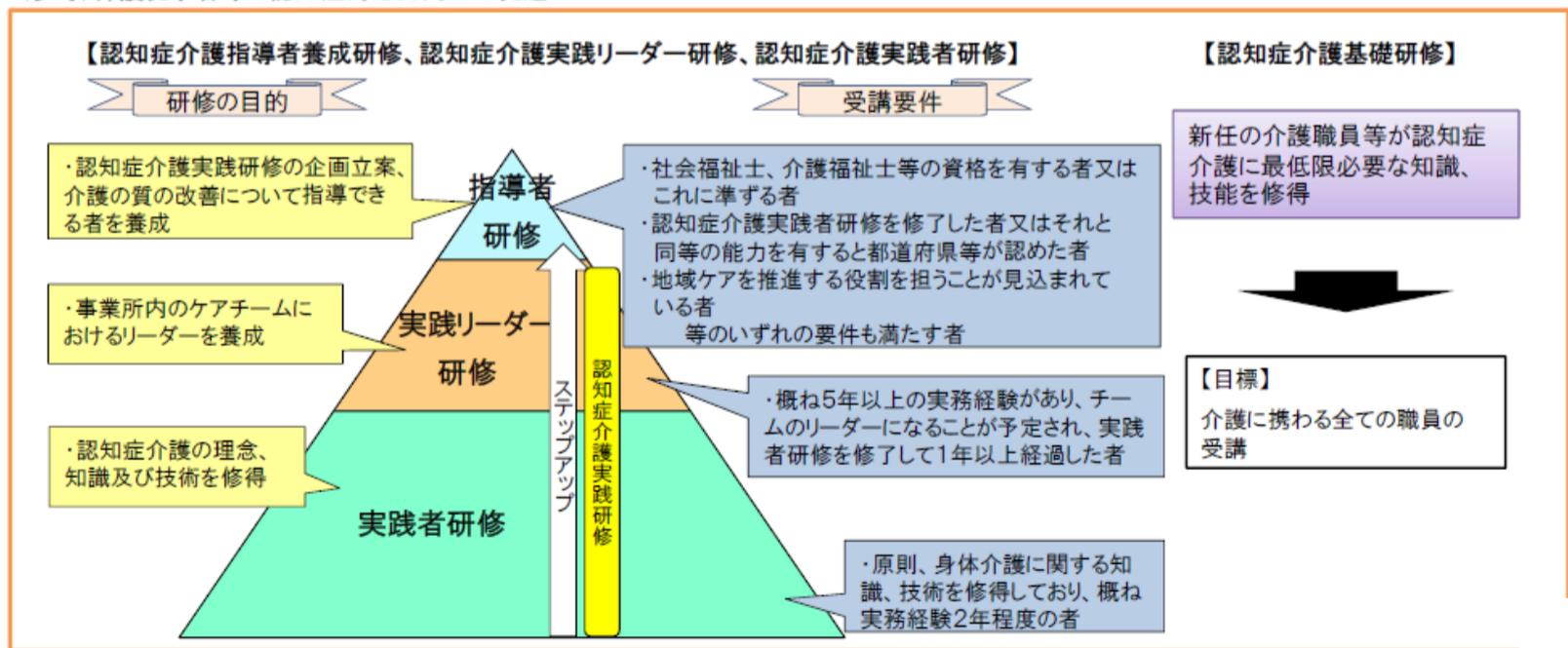
1. ③ 災害への地域と連携した対応の強化

概要	【通所系サービス★、短期入所系サービス★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、施設系サービス】
○ 災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者を対象に、小規模多機能型居宅介護等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。【省令改正】	

2. (1)④ 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ

概要	【全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）★】
○ 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられる。【省令改正】 その際、3年の経過措置期間を設けることとするとともに、新入職員の受講についても1年の猶予期間を設けることとする。	

(参考)介護従事者等の認知症対応力向上の促進



4.(1)⑦ ハラスメント対策の強化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を求めることとする。【省令改正】

基準

- 運営基準（省令）において、以下を規定（※訪問介護の例）
「指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。」

※併せて、留意事項通知において、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることも推奨する。

（参考）ハラスメント対策に関する事業主への義務付けの状況

- ・ 職場におけるセクシュアルハラスメントについては男女雇用機会均等法において、職場におけるパワーハラスメントについては労働施策総合推進法において、事業主に対して、事業主の方針等の明確化や相談体制の整備等の雇用管理上の措置を講じることを義務付けている。（パワーハラスメントの義務付けについて、大企業は令和2年6月1日、中小企業は令和4年4月1日から施行（それまでは努力義務））
 - ・ 職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメントに関しては、
 - ① セクシュアルハラスメントについては、指針において、男女雇用機会均等法（昭和47年法律第113号）において事業主に対して義務付けている雇用管理上の措置義務の対象に含まれることが明確化された（令和2年6月1日より）。
 - ② パワーハラスメントについては、法律による事業主の雇用管理上の措置義務の対象ではないものの、指針において、事業主が雇用管理上行うことが「望ましい取組」として防止対策を記載している（令和2年6月1日より）。
- ※職場におけるセクシュアルハラスメント
- 職場において行われる性的な言動に対する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受けるもの又は当該性的な言動により労働者の就業環境が害されるもの。
- ※職場におけるパワーハラスメント
- 職場において行われる i 優越的な関係を背景とした言動であって、ii 業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、iii 労働者の就業環境が害されるものであり、i から iii までの要素を全て満たすもの。

4.(2)④ 会議や多職種連携におけるICTの活用

概要

【全サービス★】

- 運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、以下の見直しを行う。【省令改正、告示改正、通知改正】
 - ・ 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - ・ 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。

4.(3)③ 記録の保存等に係る見直し

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者の業務負担軽減やいわゆるローカルルールの解消を図る観点から、介護サービス事業者における諸記録の保存、交付等について、適切な個人情報の取り扱いを求めた上で、電磁的な対応を原則認めることとし、その範囲を明確化する。【省令改正】
- 記録の保存期間について、他の制度の取り扱いも参考としつつ、明確化を図る。

6.② 高齢者虐待防止の推進

概要

【全サービス★】

- 全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

基準

- 運営基準（省令）に以下を規定
 - ・ 入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない旨を規定。
 - ・ 運営規程に定めておかなければならない事項として、「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加。
 - ・ 虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない旨を規定。
 - 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること
 - 虐待の防止のための指針を整備すること
 - 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること
 - 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと

(※3年の経過措置期間を設ける。)

2 運営規程の記載方法及び運営規程変更の特例について

令和3年4月の介護報酬改定・運営基準解釈通知改正に伴い、運営規程の記載方法について以下のように取り扱います。

(1) 制度改正の内容

各介護保険サービスにおいて、以下のとおり改正されました。

従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、(略)置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○人以上」と記載することも差し支えない。((略)重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。)

(2) 運営規程における各職種の員数の記載方法・運営規程変更届出の頻度

制度改正に伴い、以下のとおりの取扱い(愛知県と同様)とします。

項目	改正前	改正後(令和3年4月以降)
運営規定の記載方法	<ul style="list-style-type: none"> ・「○人」と正確な人数で記載する ・常勤、非常勤、専従、兼務の別を記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・人員基準を満たす範囲で「○人以上」と記載して差し支えない。 ※従前のおり「○人」と記載しても良い。 ・常勤、非常勤、専従、兼務の別は、記載を要しない。 ・人員基準が人数で定められている場合は員数を、常勤換算数で定められている場合は常勤換算数を記載する。
届け出の特例	<ul style="list-style-type: none"> ・年に1回、6月1日現在の状況を、同月末までに届出ることにより足りるという取扱い(以下、「6月特例」という。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>6月特例については、変更なし</u> ※<u>「○人以上」と記載した場合は、毎年6月1日現在で「○人未満」にならなければ、6月特例を用いて変更届を提出する必要はない。</u>

【人員の記載例】

<従来>

サービス提供責任者・・・常勤2人 訪問介護員・・・常勤：3人、非常勤2人

<令和3年度以降>

A: サービス提供責任者 1人以上、訪問介護員 2.5以上(常勤換算)

B: サービス提供責任者 2人以上、訪問介護員 4以上(常勤換算)

C: サービス提供責任者 常勤2人、訪問介護員 常勤：3人、非常勤2人 (従来どおり)

AからCのいずれの記載方法でも可とする。

(3) 備考

1、2の取扱いにより、介護職員等の員数の変更が生じない場合が増え、各施設・事業所では、運営規程の変更届の提出機会が少なくなります。人員基準を満たさずに報酬を請求した場合、不正請求となり、取消等の処分の対象となりえます。そのため、各事業所・施設においては、より一層、人員基準をはじめとする各種基準の理解を深め、人員基準適合について自主点検を行い、従業者の員数を適切に管理してください。

介護サービス事業者等への指導・監督について

1 はじめに

介護保険サービス事業は、各事業所の責任において人員基準・設備基準・運営基準に適合しているか自主点検を日々行い、更に利用者サービスの向上を目指して充実していただくものです。事業運営の向上に努めなければならないことに留意し、事業の目的を達成するために必要な最低限度の基準の適合に満足することなく、自ら事業運営の改善をはかっていただくようお願いいたします。

(1) 職員研修

従業員の資質向上のために、研修の機会を確保してください。特に、身体拘束防止、虐待防止、法令遵守に関する研修は、毎年、実施してください。

(2) 業務管理体制の整備

介護サービス事業者は法令遵守等の業務管理体制を整備し、国、県又は市に届出を行うことが義務付けられています。安城市に業務管理体制の届出が必要な事業者は、地域密着型サービスのみを行う事業者（総合事業は対象外）で、事業所が安城市内のみを所在する事業者です。既に届出を済ませている事業者で、法令遵守責任者の変更など届出内容に変更があった場合は遅延なく届出してください。

(3) 「介護サービス情報公表システム」での公表

介護サービス事業者は、介護サービス情報を愛知県に報告することが義務付けられています。愛知県公式ウェブサイトを参考に、情報公表制度の対象事業者は手続きをし、「介護サービス情報公表システム」により公開してください。

対象事業所

- ア 年間100万円を超える介護報酬の支払いを受けている事業所
- イ 新規指定事業所（基本情報のみ）

(4) 愛知県介護保険指定事業者講習会

愛知県が行う「介護保険指定事業者講習会」の資料も参考にしてください。

（愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループのウェブサイト参照）

2 指導の種類

市が行う指導には、集団指導、実地指導及び監査があります。

(1) 集団指導

各事業所に対し情報提供等を個別に行うのではなく、全体に対して行うものです。安城市では事業者連絡調整会議が集団指導の位置づけです。集団指導では、指定事務の制度説明、改正された場合の介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進、介護報酬請求に係る過誤・不正請求の観点から介護保険事業の適正化を図るため実施します。市が所管する事業所については、集団指導に欠席した事業所は指導強化対象事業所としています。

(2) 実地指導

実地指導には、市が事業所に伺うものと、愛知県と合同で伺うものがあります。実地指導は対象となったサービスの指定権者が行うため、県が指定権者のサービスに指導を行う際は、県職員も伺います。

指導対象サービスの指定権者	事業所に伺う職員
県	県職員＋市職員 (指導は県職員が行います。)
県・市 両方	県職員＋市職員 (両者から指導を行います。)
市	市職員のみ

県との合同指導に際しては、県から事前調査（自己点検シート）書類及び改善指示事項に対する改善状況報告について提出を指示されますが、愛知県への提出に加え安城市にも同書類を提出してください。

市のみで実施する指導については、「3 実地指導について」にて説明します。

(3) 監査

人員、設備及び運営基準等が指定基準違反であると認められる場合、又はその疑いがあると認められる場合に行います。

3 実地指導について

安城市では、原則として3年に一度は実地指導を行っています。実地指導では、サービスの質の確保・向上を図ることを主眼として、サービス事業者が法令・通達などに基づき適正な事業運営を実施しているか調査し、また必要な指導を行います。

(1) 事前提出書類

市の実地指導において、勤務形態一覧表や運営規程等の書類を事前提出していただきます。実施通知に事前提出書類について記載してあります。

(2) 改善指示事項

実地指導での改善指示事項は、文書で通知する内容は勿論、口頭指導内容も漏らさず改善をはかっていただくようお願いします。

(3) 総合事業の実地指導

総合事業の実地指導については、「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実地を図るための指針」に基づき実施します。県の合同指導時に同時で実施したり、市単独で実施したりします。

(4) 留意事項

一度指摘した改善指示事項（文書・口頭とも）について、改善されていない場合は悪質性が疑われると判断することがあります。悪質性、反復継続性等は処分の判断材料のひとつです。

あらかじめ通知したのでは当該事業所の日常におけるサービスの提供状況を確認することができないと認められる場合は、当日通知でもって実地指導を行う場合

があります。

(5) 今後の実地指導について

新型コロナウイルス感染症の影響により、以前のように実施できていません。

令和3年11月10日付け事務連絡「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う介護保険施設等に対する指導及び老人福祉施設に対する監査について」において、新型コロナウイルス感染症の感染予防対策の一環として施設・設備や利用者の状況以外の実地でなくても確認できる内容については、オンライン等を活用して実施して差し支えないと示されました。本市においても書面指導等新しい実施方法を検討しております。

また、実地指導についても、これまでのような1か月前通知では、新型コロナウイルス感染症が収まったタイミングでの指導が行いにくいことから、2週間前通知で行う場合もありますのでご承知おきください。

4 地域密着型サービスの利用について

平成18年に創設された地域密着型サービスは、高齢者の住み慣れた地域での生活を支えることを目的としています。そのため、本市の地域密着型サービスは、原則、安城市に住民票のある人のみが利用できます。以下に該当する場合は、安城市(本市)の地域密着型サービスは利用することができませんので、ご注意ください。

- (1) 安城市に住民票がない場合。(実際に住んでいるのが安城市であったとしても、住民票を市外に置いたままの場合は利用不可。)
- (2) これまで他市町村に住民票を置いていた人が、安城市の地域密着型特定施設やグループホームに直接入居する場合。

なお、市町村によって地域密着型サービスの取扱いが異なる場合もございますので、詳細は担当市町村の介護保険部局へご確認ください。

5 【地域密着・居宅・総合事業】変更届・加算届について

- (1) 変更届について
 - ① 変更届出書は変更後10日以内に届け出ることとする。
 - ② 総合事業のサービス事業所においても、忘れずに届け出ること。

忘れていませんか？

総合事業の各種加算届・変更届は、市への提出が必要です。

訪問介護・通所介護を西三河福祉相談センターへ届け出て、総合事業もあれば市へも忘れずに届け出てください。他市の総合事業の指定を受けている場合は、他市への届け出も忘れずに行ってください。

- ③ ただし、運営規程の変更のうち従業員の変更(職員の採用、退職の異動)は頻繁

にあることも考えられるため、次のことを条件に、特例扱い※をすることとする。
 (愛知県における「従業員の変更に係る届け出の特例」同様の規定とします。)

※その都度の届出はなく、毎年6月1日時点の内容を同月末までに届け出ること。

- ◎人員基準の適合していることを事業所が自主点検すること
- ◎運営規程、重要事項説明書等の書類を事業所で適切に整備すること
- ◎介護報酬の加算の体制に影響のないこと
- ◎次の職種でないこと
 - ア 管理者（全サービス）
 - イ サービス提供責任者（介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービス）
 - ウ 介護支援専門員（全サービス）
 - エ 計画作成担当者

(2) 加算届について

サービスの種類	算定の開始時期
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (介護予防) 認知症対応型通所介護 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護 居宅介護支援 介護予防支援 介護予防訪問サービス 介護予防通所サービス	毎月 15日以前に届出 → 翌月から 16日以降に届出 → 翌々月から
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型特別養護老人ホーム	届出を受理した日が属する月の翌月 (届出を受理した日が月の初日である場合は当該月)

(3) 届出書の様式について

ホーム>暮らす>福祉・介護・医療>事業者向け情報>変更及び加算の届出について (15ページ参照)

6 【居宅】特定事業所集中減算について

(1) 判定期間及び減算適用期間

	判定期間	減算適用期間	届出期日
前期	前年度3月1日から当年度8月末日	当年度10月1日から3月31日	9月15日まで
後期	当年度9月1日から当年度2月末日	次年度4月1日から9月30日	3月15日まで

※届出期日が閉庁日の場合、直前の開庁日が届出期日となります。

(2) 手続きについて

- ・80%を超えたサービスが一つでもあった場合、正当な理由の有無に関係なく届出書の提出が必要です。
- ・なお、80%を超えるサービスがなかった場合も、「特定事業所集中減算届出書」及び各サービスの「計算書」は事業所で5年間保管してください。

(3) 届出書の様式について

ホーム>暮らす>福祉・介護・医療>事業者向け情報>特定事業所集中減算の届出について（15ページ参照）

7 市公式ウェブサイトの確認について

市公式ウェブサイトの高齢福祉課のページでは、「事業者向け情報」を掲載しております（例：介護保険最新情報、国・県からのお知らせ、介護報酬改定について、介護保険事業所の各種手続について等）。

重要な情報を掲載しておりますので、普段からこまめにご確認いただきますよう、お願いします。

高齢福祉課のお知らせ HPのご案内



福祉・介護・医療

不審な電話にご注意ください

医療助成制度

- [子ども医療](#)
- [心身障害者医療](#)
- [母子・父子家庭医療](#)
- [精神障害者医療](#)
- [後期高齢者福祉医療費給付制度](#)
- [自立支援医療\(精神通院\)](#)
- [自立支援医療](#)
- [小児慢性特定](#)
- [養育医療](#)
- [精神障害者医療](#) 法を一部変更します。



ホーム

総合トップ

ホーム > [暮らす](#) > 健康、福

健康

③「福祉・介護・医療」
クリック

④「高齢者の福祉」
クリック

福祉・介護・医療

高齢者の福祉



総合トップに戻る

Google™ カスタム検索

ホーム

暮らす

学ぶ



総合トップ

ホーム > [暮らす](#) > 高齢者の福祉

いいね!

高齢者の福祉

■ 個人向け情報

[介護保険制度案内](#) / [利用できるサービス\(介護保険サービス\)](#) / [市内事業所一覧](#) / [予防・保健](#) / [介護の知恵袋](#) / [認知症](#) / [支援活動](#) / [在宅医療](#) / [各種申請書](#)

⑤「事業者向け情報」
クリック

■ 事業者向け情報

[介護保険事業者向け情報](#) / [地域密着型サービス事業者](#)・[介護予防支援](#) / [介護予防](#)・[日常生活支援総合事業](#) / [居宅介護支援事業者向け情報](#) / [在宅医療](#)・[介護連携拠点推進](#)

■ その他

[あんジョイプラン](#) / [施設整備](#) / [各種審議会](#) / [介護・福祉の仕事に関する情報](#) など

重要な事項については太枠で囲ってありますので、随時ご確認ください。

事業者向け情報

■ 新型コロナウイルス感染症情報

- [愛知県緊急事態宣言](#) (令和2年8月7日更新)
- [新型コロナウイルス感染症に係る国・県からの通知等](#)(随時更新)
- [高齢福祉課からのお知らせ](#)(令和2年6月9日更新)
- [愛知県介護サービス確保対策事業費補助金（緊急包括支援金）に](#)
- [愛知県介護サービス確保対策事業費補助金（サービス継続支援事](#)
- [介護サービス施設・事業所等に勤務する職員に対する慰労金につ](#)

■ 介護保険事業者向け情報

- [関係条例・規則・要綱](#)
- [事故報告書について](#)
- [介護報酬改定について](#)
- [事業者連絡調整会議](#)
- [介護保険最新情報Vol.715~](#)(随時更新)
- [介護保険最新情報Vol.600~714](#)
- [介護保険最新情報Vol.511~599](#)
- [災害に係る厚生労働省からの事務連絡](#)(令和3年1月7日更新)
- [国・県からのお知らせ](#)(令和3年2月25日更新)
- [事業者向け研修のお知らせ](#)(令和3年2月16日更新)
- [訪問介護届出について（居宅介護支援基準第13条第18号の2に係](#)

■ 介護保険事業所の各種手続きについて

- [新規指定について](#)

■ 介護保険事業所の各種手続きについて

- [新規指定について](#)
- [更新について](#)
- [変更及び加算の届出について](#)
- [休止・廃止・再開の届出について](#)

処遇改善加算等、各種届出の様式はこちらからダウンロードしてください。

■ 地域密着型サービス・居宅介護支援・介護予防支援事業者

- [業務管理体制に関する届出について](#)
- [特定事業所集中減算の届出について](#)
- [指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービス\(お泊りデイ\)の](#)
- [定員が18人以下の通所介護の移行について\(平成28年度\)\(外部リンク\)](#)

■ 介護予防・日常生活支援総合事業

- [介護予防・日常生活支援総合事業のマニュアル、運営の手引き、基準要綱](#)
- [安城市介護予防・生活支援総合事業指定事業者一覧](#)
- [令和2年度短期集中型介護予防サービス事業の実施事業者募集\(令和2年](#)
- [サービス事業費の請求について](#)
- [介護予防・日常生活支援総合事業の単価改定等について\(令和3年3月18](#)
- [介護予防・生活支援サービス事業アンケート等](#)

■ 居宅介護支援事業者向け情報

- [居宅介護支援費に係るターミナルマネジメント加算の取扱いについて\(PDI\)](#)
- [介護保険住宅改修施工事業者研修会](#)

介護保険サービス提供時の事故について

1 事故発生時の取扱いについて

(1) 連絡を必要とする事故について

安城市の被保険者が受けた介護保険適用サービスまたは安城市内に所在する事業者が行う介護保険適用サービス中に事故が発生した場合は以下のとおり、市・利用者の家族・居宅介護支援事業者等に報告しなければなりません。

連絡事項区分		説 明
①	サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故の発生	<p>◇ 報告が必要な場合 医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故及び死亡事故。 ※ 擦過傷や打撲など比較的軽易なケガは除く。 ※ 勤務医等がいる場合は、「勤務医等がいない場合に外部受診させる程度か否か」で判断する。</p> <p>◇ ケガの程度にかかわらず、連絡する必要がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合 ・ 利用者に見舞金や賠償金を支払った場合 ・ 利用者が病気等により死亡した場合であっても、後日トラブルが生じる可能性がある場合 <p>◇ 「サービスの提供」には、送迎及び通院中も含む。</p>
②	食中毒及び感染症の発生	<p>◇ MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核、その他の感染症が発生した場合。 ※各感染症に関連する法に定める手続きがある場合はこれに従う。</p>
③	職員(従業者)の法令違反・不祥事件等の発生	<p>◇ 利用者の処遇に影響がある場合。 ※例：利用者からの預り金の横領、虐待及び不適切な行為など</p>
④	その他連絡が必要と認められる事故の発生	<p>※例：利用者等の保有する財産を滅失させたなど</p>

(2) 連絡方法

ア 事故等が発生した場合は速やかに市へ電話又はFAXで連絡してください。

イ 報告書の様式は別紙様式「事故報告書」を標準とします。

事故発生から5日以内を目安に提出してください。長引きそうな場合は、第1報として別紙様式内の1から6までの項目について可能な限り記載し、5日以

内に報告してください。対象者が複数名の場合は、各対象者の情報・症状・対応については「事故報告書別紙（集団発生用）」にまとめ、添付してください。様式は安城市ウェブサイトダウンロードできます。

[総合トップ](#)>[総合メニューから探す](#)>[健康・福祉・介護・医療](#)>[福祉・介護・医療](#)>[高齢者の福祉](#)>[事業者向け情報](#)>[事故報告書について](#)

(<https://www.city.anjo.aichi.jp/kurasu/fukushikaigo/kaigo/jikohoukokusho.html>)

【担当】安城市役所高齢福祉課介護保険係

TEL 0566-71-2290

FAX 0566-74-6789

2 事故内容について

令和2年度中に発生した事故内容は以下のとおりです。

事故内容	件数 (件)	割合 (%)	事故内容	件数 (件)	割合 (%)
骨折	84	54.5	ノロウイルス	1	0.6
死亡	4	2.6	誤嚥	2	1.3
疥癬	4	2.6	打撲	15	9.7
裂傷	25	16.2	熱傷	1	0.6
インフルエンザ	1	0.6	その他	17	11.0
食中毒	0	0	合計	154	100

※割合については、事故内容毎に小数点第2位を四捨五入しているため合計と一致しない。

また、

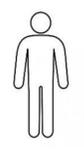
- ・ご利用者が一人でトイレに行こうとするとき
- ・シルバーカーや歩行器を使用しながら一人で歩行するとき
- ・車椅子へ移乗するとき（ストッパーの掛け忘れ等）

に事故が多くみられますので、上記の場面ではより一層の注意を払っていただきますようよろしくお願いいたします。

事故報告書（事業者→安城市）

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

□ 第1報 □ 第__報 □ 最終報告 提出日：西暦 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日					
2事業所の概要	法人名												
	事業所(施設)名								事業所番号				
	サービス種別												
	所在地												
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()											
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
	発生時状況、事故内容の詳細											前	後
	その他 特記すべき事項												
5事故発生時の対応	発生時の対応												
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	受診先	医療機関名						連絡先(電話番号)					
	診断名												
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()											
	検査、処置等の概要												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況									
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ()			
		報告年月日	西暦		年		月		日	
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()		<input type="checkbox"/> その他 名称 ()				
本人、家族、関係先等 への追加対応予定										
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)								
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)								
9 その他 特記すべき事項										

1 安城市介護関連資格取得等補助金について

本市では、介護従事者の資質向上を図るため、介護関連の研修を受講または資格試験を受験した場合、費用の一部に対して補助金を交付しております。

令和3年3月末までは、個人を対象に介護職員初任者研修の資格補助を実施していましたが、令和3年4月から、対象資格、対象者等を変更しておりますので、ご活用ください。概要は別紙1をご確認ください。

2 新型コロナウイルス感染症感染者発生時の報告変更について

介護事業所の皆さまには、利用者や職員の方で新型コロナウイルス感染症の陽性者及び濃厚接触者が発生した場合、速やかに報告をいただいておりますが、現在の介護事業所等における感染状況や、事業所様の負担等を考慮し、報告書の変更及び取扱いを下表のとおり変更いたしました。変更後の報告書については、別紙2をご確認ください。

	変更前	変更後
対象者	利用者または職員	(変更なし)
報告が必要な場合	感染者または感染が疑われる者が発生した場合	感染者が判明した場合のみ(濃厚接触者は報告不要とします)
対応	市高齢福祉課介護保険係に連絡後、 ※感染報告書及び事故報告書を提出	市高齢福祉課介護保険係に連絡後、 感染報告書のみ提出(事故報告書の提出は不要とします)

関係通知：令和4年2月10日付け通知「高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生時の報告方法の変更について（通知）」

3 介護予防・日常生活支援総合事業に関するページの開設について（市公式ウェブサイトの高齢福祉課のページ内）

本市では、高齢者の介護予防を目的として、平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」）を実施しておりますが、この度、総合事業専用のウェブページを開設いたしました。事業者の方が遵守すべき事項をまとめた総合事業マニュアル、運営の手引き、基準要綱等を整理しておりますのでご確認ください。また、総合事業マニュアル及び運営の手引きは、令和3年度版に内容を改定しましたので関係事業所におかれましては併せてご確認ください。

総合トップ>総合メニューから探す>健康・福祉・介護・医療>福祉・介護・医療>高齢者の福祉>事業者向け情報>介護予防・日常生活支援総合事業のマニュアル、運営の手引き、基準要綱について

(<https://www.city.anjo.aichi.jp/kurasu/fukushikaigo/kaigo/sougoumanua1.html>)

4 一般タクシー料金助成利用券について

昨年（令和3年）8月から、65歳以上の要介護・要支援認定を受けておりご自宅で生活している方を対象に、一般タクシーに乗車する際の利用助成券を交付しています。

事業所の利用者で、移動手段に困っている方がみえましたら、ご案内いただければ幸いです。詳細は別紙3をご確認ください。

5 各種申請書類等の性別記載欄の見直しについて

LGBTなど性的少数者の中には、各種申請書類等の性別記載欄に対して、男女のみから選択することへの抵抗や、どのように記載すべきかという悩みなど、精神的苦痛を感じる方もいらっしゃいます。このことを踏まえ、全庁的に各種申請書類等の性別記載欄の見直しが行われました。つきましては、高齢福祉課においても以下の申請書について性別記載欄の見直しを行います。運用開始時期は以下【】のとおりです。各様式は別紙4-1～8をご確認ください。

【運用開始時期：令和4年4月1日】

- ①高齢者給食サービス利用申請書（別紙4-1）
- ②高齢者給食サービス利用廃止届（別紙4-2）
- ③安城市見つかるつながるネットワーク事業登録届（新規・変更）（別紙5-1）
- ④安城市見つかるつながるネットワーク行方不明者検索依頼書（別紙5-2）

【運用開始時期：令和4年3月1日】

- ⑤介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書（別紙6）
- ⑥介護保険住宅改修・人にやさしい住宅リフォーム助成金申請取下書（別紙7）

【運用開始時期：令和3年9月1日】

- ⑦介護保険通知書等送付先変更申請書（別紙8）

6 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書の改正について

令和3年9月30日付け老発0930第1号の厚生労働省老健局長通知により令和4年4月1日から申請書の記載事項に医療保険被保険者番号等を追加することとなりました。

つきましては、令和4年4月1日以降の申請は別紙9にあります改正後の様式で申請いただきますようお願いいたします。

なお、改正後の申請書は本市かいごWeb上と窓口で配布しております。

安城市介護関係資格取得等補助金のご案内

安城市では、介護従事者の資質向上を図るため、介護関連の研修を受講又は資格試験を受験した場合、費用の一部に対して補助金を交付します。

対象の研修・資格試験

- (1) 介護職員初任者研修
- (2) 介護支援専門員実務研修受講試験
- (3) 介護支援専門員実務研修
- (4) 主任介護支援専門員研修
- (5) 認知症介護実務者研修

対象者

- (1) 介護サービス事業所を運営する事業者
- (2) 介護サービス事業者に雇用されている人

交付条件

次の条件をすべて満たしている必要があります。

- (1) 研修の受講又は資格試験の受験にかかる費用の一部又は全部を負担していること
 - (2) 国・県その他の機関等から、同様の補助金の交付を受けていないこと
 - (3) 市税の滞納がないこと
 - (4) 暴力団員又は暴力団と密接な関係がないこと
 - (5) 安城市に住民登録があること
 - (6) 3か月以上継続して一つの介護サービス事業所に勤務していること
- ※ (5)、(6) の条件は介護サービス事業者に雇用されている人の場合

対象経費

研修の受講料又は資格試験の受験料

★ 受講料等の領収書は、交付申請に必要ですので大切に保管してください。

補助額

補助対象経費の2分の1(上限5万円)

交付申請

提出書類等

- (1) 安城市介護関連資格取得等補助金交付申請書兼実績報告書【様式あり】
- (2) 受講研修等一覧表【様式あり】
- (3) 受講等の修了証又は資格証の写し
- (4) 受講等の受講料又は受験料の領収証の写し
- (5) 事業所に3か月以上勤務していることがわかる書類
(就労証明書、雇用契約書の写し等)

申請期間

研修の受講日又は資格取得日から1年以内

問い合わせ先 安城市役所高齢福祉課介護保険係

電話 (0566) 71-2290 直通
(0566) 76-1111 代表



昨年 8 月開始

高齢者に対して普通のタクシーの 利用助成券を交付しています

65歳以上の要介護・要支援認定を受けている方の外出機会の確保のため、普通のタクシーに乗車した際に500円分助成する券を交付しています。
行き先の制限はありません。どこに行くのにも使っていただけます。
(デイサービスへの行き帰りなど、一部利用できない場合もあります。)

交付対象

65歳以上で要介護・要支援の認定を受けており、自宅で生活をしている方
(障害者福祉タクシーの対象になる方は除く)

交付枚数 (助成金額)

ひと月につき3乗車分 (1乗車あたり500円分の助成利用券×3枚)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
36枚	33枚	30枚	27枚	24枚	21枚	18枚	15枚	12枚	9枚	6枚	3枚

※年度末までの分をまとめてお渡しします。月ごとの利用枚数に上限は無いです。

申請方法

- ①申請書と介護保険被保険者証の写しを市役所高齢福祉課宛に郵送
- ②市役所高齢福祉課高齢福祉係 (44番) の窓口で申請

※窓口での申請は、ケアマネジャー等による代理申請でも大丈夫です。

注意点

- ①この券は、車いす等に乗ったまま利用するタクシー (介護タクシー) には使用できません。介護タクシーに対する券は別にありますが、そちらを申請するところからは交付できません。
- ②使い切った場合や紛失した場合に、追加での交付や再交付はできません。
- ③利用できるタクシー会社は限られています。詳細は次ページのとおりです。

(問い合わせ先 安城市高齢福祉課高齢福祉係 TEL:0566-71-2223)

【一般タクシー利用助成券 対象タクシー会社】

会 社 名	電 話 番 号	所 在 地
愛知福祉交通	(0566) 71-2766	安城市朝日町
安城交通(株)	(0566) 74-2214	安城市御幸本町
大興タクシー(株)	(0566) 74-2185	安城市二本木町
愛知みどり交通(株)	(0566) 41-2424	碧南市久沓町
さわやかサービス	(0564) 58-2424	岡崎市羽根町
豊栄交通(株)	(0565) 28-0228	豊田市深田町
名鉄知多タクシー(株)	(0569) 37-1112	碧南市塩浜町
名鉄東部交通(株)	(0566) 81-1276	知立市上重原町

令和4年3月1日現在

高齢者給食サービス利用申請書

(新規・回数変更・曜日変更・希望食変更・業者変更)

※新規・回数変更の場合は、アセスメント(裏面)が必要です。

※曜日変更の場合は、申請者印は省略できます。

※週6・7回利用(土日)の場合は理由書の添付が必要です。

安城市長

高齢者給食サービスにつき次のとおり申請します。

		申請日	年 月 日		
申請者 (利用者)	住所	安城市 町 電話 () -			
	ふりがな				
	氏名	(※) ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
	生年月日	年 月 日生 (歳)	性別	男・女・回答しない	
対象要件	調理が困難な理由				
	利用区分 (該当欄に☑) <input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 70歳以上の者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上のみの世帯で障害者又は要介護認定者(要介護)のいる世帯 <input type="checkbox"/> 日中、65歳以上の独居となる世帯又は70歳以上の者のみとなる世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()				
緊急連絡先① (本人不在時連絡先)	氏名	続柄	電話 携帯		
	住所				
緊急連絡先②	氏名	続柄	電話 携帯		
	住所				
給食業者					
希望開始日	年 月 日 () から ※申請日から7日目以降(厳守)				
希望曜日	月・火・水・木・金			土・日	
土・日利用の理由 ※詳細は別紙理由書	※土・日利用は週6・7回利用者のみ可				
回数・曜日の変更内容	週 回から 回へ 現在利用日→ 月・火・水・木・金・土・日				
希望食	普通食 ・ 特別食 (糖尿病食 ・ 腎臓病食)				

申請代行者	事業所名	担当者 (緊急連絡先③)
		電話
特記事項	連絡すべき事項等	

高齢者給食サービス利用に関するアセスメント票（新規・回数変更）

調査年月日	年	月	日
-------	---	---	---

聞き取り：□利用者本人 □家族（ ） □その他（ ）

①家族状況 (介護認定申請中は要介護認定者には該当しない。)	1 65歳以上のひとり暮らしの者				
	2 70歳以上の者のみの世帯				
	3 65歳以上のひとり暮らしで要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）の者				
	4 65歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者のいずれかが要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）				
	5 65歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者ともに要介護認定者（要介護）か障害者（手帳有）				
	※3～5に該当する場合は下表にも記載してください。				
		本人	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳
	同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有
	同居人（名： ）	介護認定	なし・事業対象者・要支援・要介護	障害者手帳	無・有
	6 日中、65歳以上の独居となる世帯又は70歳以上の者のみとなる世帯				
	7 その他（ ）				
②健康状況	四肢機能	1 問題なし	2 問題あり	（理由 ）	
	視力・聴力	1 問題なし	2 問題あり	（理由 ）	
	精神・知的	1 問題なし	2 問題あり	（理由 ）	
	認知機能	1 問題なし	2 問題あり	（理由 ）	
③食関連状況	買物・食材確保	1 できる	2 できない	（理由 ）	
	火の始末	1 できる	2 できない	（理由 ）	
	調理	1 できる	2 できない	（理由 ）	
安否確認を伴うサービスの利用	※利用があれば○で囲む。				
	福祉電話（毎週 曜日）※		友愛訪問	緊急通報装置	
食事提供に関するサービスの利用	※利用日を○で囲む。（ここに○がある曜日は給食利用できません。）				
	ヘルパー（昼の食事準備）	月・火・水・木・金・土・日・なし			
	デイサービス（昼の食事提供あり）	月・火・水・木・金・土・日・なし			
	昼食の家族支援あり	月・火・水・木・金・土・日・なし			
(特別食の場合)特別食を摂る理由	1 疾患による（疾患名 ） 2 その他（ ）				
特記事項					

※福祉電話をご利用の方は、週3回以上給食サービスを利用することはできません。

《給食回数基準》

上限回数	3回まで	4回まで	5回まで
①家族状況	2又は6～7に○	1又は4に○	3又は5に○
②健康状況（「2問題あり」に○が付いた数）	○が1つ以上	○が1つ以上	○が1つ以上
③食関連状況（「2できない」に○が付いた数）		○が1つ以上	○が2つ以上

上限回数7回まで（土・日利用）※	以下全てに該当する者
①家族状況、②健康状況、③食関連状況	上限回数5回に同じ
親族による支援（調理やできあいの購入）	できない
ホームヘルパーやデイサービスによる食事支援	利用できない
実費による配食サービス	利用できない

※土・日利用について

給食サービスの目的は、調理が困難な在宅の高齢者等の食生活の改善及び安否の確認です。
 緊急時、担当事業所へも安否確認の要請をいたします。了承の上申請して下さい。
 申請時には「給食サービスの土曜・日曜利用を必要とする理由書」を併せてご提出ください。
 年2回（6月・12月）二次アセスメントの提出が必要となります。

(市記入欄)	申請受付者	申請確認者	判定	適・否	(週 回)
--------	-------	-------	----	-----	-------

様式第3(第8条関係)

高齢者給食サービス利用廃止届

安城市長

○太枠の中のみ記入し、該当する□にチェックしてください		申請日	年	月	日
利用者	住所 安城市 (アパート名等) 電話				
	ふりがな 氏名	年 月 日生 (満 歳)			
廃止の 年月日	年 月 日				
給食業者名					
廃止の理由					

※ 該当の□にチェックしてください。

提出者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所名	担当者名
	電話	
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	担当者名
	電話	
	<input type="checkbox"/> 給食事業者名	担当者名
	電話	
	<input type="checkbox"/> 本人又は親族	氏名
	利用者との関係	電話

安城市見つかるとつながるネットワーク事業登録届（新規・変更）

安城市長

私及び対象者は、安城市見つかるとつながるネットワーク事業実施要綱に基づき、次の事項について同意し、登録を申し出ます。

- 1 安城警察署と業務委託先（担当地域の地域包括支援センター）に登録情報を提供すること。
- 2 徘徊等で捜索が必要になった場合には、安城警察署に行方不明者届を行うこと。また、登録届において希望した情報提供先に市長から情報提供を行うこと。
- 3 対象者が保護された場合は速やかに引き取り、その安全を確認すること。
- 4 市長が対象者の住民情報及び介護保険に関する情報を閲覧すること。

種別	新規・変更	登録番号		届出日	年	月	日	
届出者	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄)						
	住所	*親族以外の場合は、裏面の同意欄の記入が必要						
対象者	ふりがな 氏名		旧姓		年	月	日	
	住所	(電話)						
	住所	(自宅電話 携帯電話)						
	身体的特徴	【身長】	c m	【体重】	k g	【体型】 やせ型・普通・小太り・肥満		【姿勢】 普通・猫背・円背
		【眼鏡】	あり・なし	【頭髪】				
		【その他の特徴】						
	コミュニケーション	【氏名】	言える・言えない	【住所】	言える・言えない			
		【会話】	問題なし・困難	【認知症】	あり・なし			
	徘徊歴	なし・あり (回位、 頃) 主な発見場所 ()						
	担当地域包括支援センター	要介護度認定 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) ・なし						
居宅介護支援事業所等	事業所名			担当者氏名				電話
かかりつけ医	医療機関名			医師名				電話

連絡先1	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄)
	住所	(電話)
連絡先2	ふりがな 氏名	(登録対象者との続柄)
	住所	(電話)
情報提供先 *希望する項目に○を付けてください。		①公共施設、消防署、社会福祉協議会、地域包括支援センター
		②上記①+市内医療福祉関連、町内会、安全・安心メール配信 関連ウェブサイト掲載、ケーブルテレビやFMでの放送等
		③上記①②+近隣市役所への協力依頼
		④制限なし (他県、民間等協力機関への周知)
*添付書類として、対象者本人の写真(最近のもの)を提出してください。写真は返却しません。		

個人賠償責任保険 同意欄

※個人賠償責任保険に係る事業の対象者

ネットワーク登録者のうち市内に居住し、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者で、在宅において生活する認知症による徘徊のおそれのある高齢者等

希 望 し ま す	希 望 し ま せ ん
<p>私は、市長が契約する個人賠償責任保険への加入に当たり必要な対象者の個人情報及び保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と市長が共有することについて同意します。</p> <p>また、私は、①現時点で同様の保険に加入していないこと及び②保険契約に該当する事故が発生した場合は速やかに市長に事故報告書を提出することを誓約します。</p> <p>※対象者が自署できない場合は、親族又は成年後見人等が氏名を代筆し、代筆者の氏名を記入してください。</p> <p>氏名(自署)</p> <p>代筆者</p> <p>(個人賠償責任保険登録対象者との続柄)</p>	

親族等同意欄

※届出者が親族又は成年後見人等以外の場合は、これらの方のいずれかから同意を得てください。

私は、届出者が本事業を利用すること及び届出人と同様の義務を負うことにつき同意します。				
氏名(自署)	(登録対象者との続柄)			
住所	電話番号			
市記入欄	1 市内在住宅	2 介護認定	3 自立度	4 チェックリスト
(保険)	適(2) 否(終)	済(3) 未(4)	適(終) 否(4)	済 未

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

安城市長

注意 1 該当する項目にはレ点を付けてください。
2 資格者証を添付してください。

		届出年月日	年	月	日
被保険者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 死亡の場合は、記名のみ		生年月日	年 月 日 () 歳
	住所	〒		電話番号 () -	

届出者	氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	被保険者との続柄	
	住所	〒		電話番号 () -
代行業者	名称	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
	所在地			電話番号 () -

申請区分	新規・介護・更新・変更	申請年月日	年	月	日
------	-------------	-------	---	---	---

取下げる理由	<input type="checkbox"/>	被保険者死亡のため（介護保険サービスは利用していない）
	<input type="checkbox"/>	入院しており、退院日が未定のため
	<input type="checkbox"/>	介護保険サービス利用の必要が無くなったため
	<input type="checkbox"/>	訪問調査を受けることが困難であるため
	<input type="checkbox"/>	医療機関での受診が困難であるため
	<input type="checkbox"/>	状態が変化したため
	<input type="checkbox"/>	その他（

※ 処理欄

受付者	システム入力	資格者証の回収	被保険者証の回収	確認者	備考
					<input type="checkbox"/> 同日付け変更申請
被保険者証の交付		不要・必要		交付(発送)日	年 月 日 担当
認定調査		実施済・未実施		処理日	年 月 日 担当
主治医意見書		実施済・未実施		キャンセル日	年 月 日 担当

介護保険住宅改修・人にやさしい住宅リフォーム助成金申請取下書

安城市長

		申請年月日	年 月 日
窓口に来た人の氏名		被保険者との続柄	
住所	〒 電話番号() -		

年 月 日付けで申請した

 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修事前(変更)承認申請書 人にやさしい住宅リフォーム助成金交付(変更)申請書

について、下記の理由により申請を取下げします。

被保険者番号			
フリガナ			
(申請者)被保険者氏名	生年月日	年 月 日	
住所	〒		
取下げ理由	1. 死亡のため 2. 入院(入所)のため 3. その他()		

※住宅改修費承認(不承認)通知書または人にやさしい住宅リフォーム助成金交付決定通知書が届いている場合は取下書に添付してください。

※一度取下げをした後に、再度申請する場合は新規で書類を出し直していただきます。

※人にやさしい住宅リフォーム助成金は、当該年度末(3月31日)までに工事が完了する必要があります。

保険者記入欄

受付者	承認通知添付	ケアマネ等への連絡	システム処理
	有 無		

介護保険通知書等送付先変更申請書

安城市長

※太枠内をご記入ください。

		申請年月日	年 月 日
申請者	フリガナ		被保険者との続柄
	氏 名		
	住 所	〒 電話番号	

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号		

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため <input type="checkbox"/> 被保険者施設入所のため <input type="checkbox"/> 認知症のため (<input type="checkbox"/> 被保険者本人のあて名を記載しない) <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先	□申請者と同じ ※異なる場合は以下にご記入ください。		
	フリガナ		被保険者との続柄
	受取人氏名		
住 所	〒 電話番号		

※市処理欄

受付可否の確認 (いずれか1点)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 法定代理人(登記事項証明書等) <input type="checkbox"/> 任意代理人(委任状) <input type="checkbox"/> 担当包括・居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他()		
身元の確認 (写真のないものは 2点以上で確認)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()		
窓口確認者		入力日	

安城市長

新規 要支援者の要介護新規申請 更新 区分変更 転入

次のとおり申請します。

〈注意〉 1 必要項目全てを記入してください。
2 申請時は介護保険被保険者証を添付してください。

		申請年月日		年 月 日	
介護保険被保険者番号		個人番号			
医療保険	保険者名	保険者番号			
	被保険者証	記号	番号	枝番	
フリガナ	氏名		生年月日	年 月 日 () 歳	
			性別	男 ・ 女	
住所		〒 - 電話番号 () -			
現在の施設等への入所・入院状況 (短期入所を除く) 〔無・有〕 「有」の場合は、右欄に詳細を記入してください。	施設名			<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 特定施設等	
	所在地	〒 -	電話番号 () -		
	入院(所)日	年 月 日	〔 病棟 階 号室〕		
	手術	有(月 日) ・ 無	退院予定日	月 日 ・ 未定	

前回の要介護認定の結果等	状態区分	要支援 () 要介護 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
申請理由	<input type="checkbox"/> ヘルパー、通所介護等のサービスを希望 <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具貸与等を希望 <input type="checkbox"/> 状態が変化 <input type="checkbox"/> 更新のため <input type="checkbox"/> その他()				
認定後のサービス利用	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 至急利用したい <input type="checkbox"/> 利用を考えている <input type="checkbox"/> 当面利用は考えていない				

申請者	氏名			被保険者との続柄	
	住所	〒 -		電話番号	() -
提出代行者	名称等	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			
	所在地	〒 -	電話番号 () -		
主治医	医療機関名			医師氏名	
	所在地	〒 -	電話番号 () -		
	最終受診日	年 月 日	今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。		
	次回受診予定日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 了承している。 → 必ず主治医の了承を得てください。 <input type="checkbox"/> 了承していない。		

▼ 以下は、第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

▼ 以下は更新申請の場合で、希望の場合は記入してください。

現在の有効期間内に認定がされる場合、認定延期の通知をしないことに同意しますか。 同意する 同意しない

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、安城市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人(被保険者)氏名 _____

■裏面もご記入ください。

<input type="checkbox"/> 被保険者証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証発行 <input type="checkbox"/> 健康保険証(写)添付(2号被保険者)	保険者確認	調査日時	年 月 日 ()	調査員
調査予定	システム入力	調査依頼	施設依頼	受付者
意見書手数料		AM・PM :		
番号確認		連絡事項		
代理権確認		身元確認		
個人番号カード・通知カード・住民票の写し 住民票記載事項証明書・その他		個人番号カード・運転免許証・居宅介護支援専門員証 その他 () ※写真がないものは2つ以上で確認		

※点線以下、事務処理欄

調査等に係る確認事項

認定調査等を円滑に行うため、以下の1～8についてご記入をお願いします。

1. 認定調査先は、どこですか。（1週間以上継続して過ごしている場所をチェック等してください。）

<input type="checkbox"/> 現在入院・入所施設 <input type="checkbox"/> 被保険者住所	左記以外	<input type="checkbox"/> 入院・入所予定施設（ 月 日入院・入所予定） <input type="checkbox"/> その他（ ）
		住所： []
		(施設名：)
		電話： (- -)

2. 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。（以下にチェック等をしてください。）

<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 申請者以外の家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の者（入所施設職員等）
▼「申請者以外の家族」、「家族以外の者」にチェックをした場合は以下に詳細を記入してください。	
フリガナ： [] 氏名・事業者名： [] 連絡先： (- -)	被保険者との状況： [同居・別居] 被保険者に対する 続柄又は関係： []

3. 調査の当日に、どなたか立ち会いを希望される方がいますか。（以下にチェック等をしてください。）

<input type="checkbox"/> 日程調整者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 左記以外の家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の者（入所施設職員等）	<input type="checkbox"/> なし
▼「左記以外の家族」、「家族以外の者」にチェックをした場合は以下に詳細を記入してください。	
フリガナ： [] 氏名・事業者名： [] 連絡先： (- -)	被保険者との状況： [同居・別居] 被保険者に対する 続柄又は関係： []

4. 月～金曜日のうちで、調査に都合の良い曜日・時間帯や悪い曜日・時間帯がありますか。

下記の表に、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。なお、定期的に予定がある場合は、内容を記入してください。（透析、デイサービス、リハビリ等）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	ショートステイの期間等記入欄
AM 9:00～						
AM 10:30～						
PM 1:30～						

■ 調査時間帯は、調査場所等により変わります。調査時間については、ご相談ください。

ショートステイをご利用の場合は、利用日数により調査場所・調査日が変わりますので必ず記入してください。

5. 調査員用の駐車スペースはありますか。

<input type="checkbox"/> はい →	「はい」にチェックをした場合は、右欄に具体的な場所をご記入ください。
<input type="checkbox"/> いいえ	

6. 現在のご様子や病気について簡単にご記入ください。

(例：〇〇の病気があり、ほぼ寝たきり状態。意思疎通はできるが歩行などは困難でトイレやお風呂は全て介助している。)

7. その他に調査時、注意・留意すべき事項がありましたらご記入ください。

(例：耳が遠いので大きな声で聞き取りをしてほしい。)

8. 介護保険被保険者証等介護保険に関する全ての書類の送付先変更の希望はありますか。

はい いいえ

◎特定疾病一覧

1 筋萎縮性側索硬化症	2 後縦靭帯骨化症	3 骨折を伴う骨粗鬆症	4 多系統萎縮症
5 初老期における認知症	6 脊髄小脳変性症	7 脊柱管狭窄症	8 早老症
9 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症			10 脳血管疾患
11 パーキンソン病関連疾患	12 閉塞性動脈硬化症	13 関節リウマチ	14 慢性閉塞性肺疾患
15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症			16 がん(※)

■表面もご記入ください。

※医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。