

令和7年度

川西町指定介護サービス事業者等 集団指導資料1

(事業所指導、届出等、各種申請手続について)

目次

指導の目的、方針・・・・・・・・・・・・・・・・	2
運営指導について・・・・・・・・・・・・・・・・	3
監査について・・・・・・・・・・・・・・・・	4
令和7年度運営指導結果について・・・・・・・・	5
川西町指定介護事業所の届出等について・・・・・・・・	7
介護事業所電子申請・届出システムについて・・・・・・・・	13
事故報告及び感染症等への対応について・・・・・・・・	15
川西町が実施する主なサービスについて・・・・・・・・	18
介護保険における償還支給について・・・・・・・・	21
事故報告書等（県報告書様式）・・・・・・・・	36

指導の目的

介護保険法第1条には、その目的として介護等が必要な人の「尊厳の保持」及び「自立した日常生活の支援」が謳われており、介護保険制度に基づく実際のサービスの担い手である介護保険施設等は、利用者に対し、これらの目的を果たすよう適切にサービスを行わなくてはなりません。また、介護給付等対象サービスの取扱い及び介護報酬の適正な請求、サービスの質の確保や保険給付の適正化が果たされるよう努めなければなりません。

介護保険施設等には法令等遵守のための業務管理体制を構築する義務があり、自ら法令等を遵守する責任があります。

介護保険施設等に対する指導については、適正な制度運用を図る観点から極めて重要なものと位置付けられており、その実施にあたっては、介護保険施設等に対する支援として行うことを基本としていますが、近年、特にその実施方法の標準化や効率的な実施が求められています。変化していく介護保険制度について常に最新の制度を把握することにより適切な介護保険サービスの提供を図ることを目的としています。

指導の方針

運営指導における標準化・効率化に資する取り組みを推進する観点から、「介護保険施設等の指導監督について」（令和4年3月31日付厚生労働省老健局長通知）が発出され、その中で新たに「介護保険施設等指導指針」及び「介護保険施設等監査指針」が定められました。

運営指導の対象となった事業所につきましては、事前に通知を差し上げますので指導や調査へのご協力をよろしくお願いいたします。

運営指導について

【基本方針】

運営指導は、施設・設備の確認、サービス種別ごとに設定した個別サービスの質に関する事項にかかる確認をする「介護サービスの実施状況指導」、人員や運営に関する運営体制を確認する「最低基準等運営体制指導」、各種加算に関する算定及び請求状況について確認する「報酬請求指導」の3種類があり、国が定める確認項目及び確認文書、各種加算等自己点検シート、各種加算・減算適用要件等一覧等に基づいて指導事務担当者による現地訪問を行います。

運営指導は、行政機関（指定権者）から事業者に対する個別指導であり、監査とは全く異なります。

【流れ】

1、運営指導実施通知の送付（町→事業所）

運営指導実施日の約1か月前までに、対象となる事業所に日時・必要物等の通知を行い、事前資料の提出を依頼します。

2、事前提出資料の提出（事業所→町）

運営指導実施日の2週間前までに提出。

3、運営指導当日

事業所を訪問し、管理者等からのヒアリングや関係書類等の確認を行い、基準違反等が確認された事項については、指導・助言等を通じて改善に取り組んでいただきます。加算の算定要件誤りについては、介護報酬の自己返還等が発生する可能性があります。なお、虚偽の指定申請や人員基準の意図的な欠如、著しい基準違反等が確認された場合には監査への切り替えを行う場合があります。

4、結果通知の送付（町→事業所）

運営指導日から1か月後を目途に結果通知を送付します。

5、改善報告書の作成・提出（事業所→町）

運営指導の結果通知にて文書による改善指導があった事業所については、改善状況に関する報告書を作成し、結果通知日から1か月以内をめぐりに提出していただきます。

6、改善状況の確認・再指導等

改善報告書を基に、改善状況の確認を実施。改善が不十分な点があった場合には、追加調査や再指導等を実施します。

監査について

【監査への変更】

運営指導の過程で法令違反や不正等があることが明らかである場合はもとより、その疑いがある場合についても、それが事実であるか確認する必要があるため運営指導を中止し監査を実施します。

監査とは、介護保険施設等において重大な問題点が生じている場合（その疑いがある場合）法に基づき情報収集や現地で立入検査を行い、行政処分を前提となる事実関係を確認するものです。

【監査に該当する主な状況】

- ・ 介護保険施設等の事業の人員、施設設備、運営基準に従っていない状況が著しいと認められる（疑いがある）場合
- ・ 介護報酬の請求について不正を行っていると思われる（疑いがある）場合
- ・ 不正の手段により指定等を受けていると思われる（疑いがある）場合
- ・ 高齢者虐待等があると認められる（疑いがある）場合
- ・ その他監査の実施を要すると認められる場合

【監査の方法】

報告、帳簿書類等の物件の提示を求め、関係者の出頭、質問を行うところにより情報を収集するとともに現地立入検査を行い、事実関係を確認します。

令和7年度運営指導結果について

【実施事業所種類】

地域密着型介護予防サービス 1 か所

地域密着型サービス 1 か所

居宅介護支援事業所 1 か所

【助言・その他】

・職員研修等に積極的に取り組み、利用者をより良く支援するための情報の収集、自己研鑽に努めておられることは高く評価できます。

・小規模なサービスであることを生かし、利用者一人ひとりに寄り添い、ご本人が楽しみながらリハビリ、機能訓練等に取り組めるよう工夫し、また家族との情報連携を密にしながら利用者をサポートされている姿勢は高く評価できます。

・介護支援記録等については、利用者の情報、モニタリング、担当者会記録、ケアプラン、その他の記録等をそれぞれ明確に区分して記録・整理し、わかりやすく整理されていると感じました。引き続き、第三者にも状況を正確に理解できる内容としていただくよう整理いただきたい。

・契約書及び重要事項説明書は、利用申込者が事業所を選ぶために必要な重要事項が記載されているほか、利用者及び事業者双方を保護する役割を負うもののため、制度改正等に伴い運営規定・重要事項等の改正等を行った場合など、その内容が適正に記載されているかを都度確認をお願いします。

【指導の種類について】

指導方法	要件	根拠の提示	改善報告
助言	法令、基準、通知、告示、条例、規則等に規定した事項に違反していないが、今後も違反のないよう、適正な運営に資するものと考えられる場合	直接的な根拠までは求めないが、具体的な理由の説明が必要	不要
口頭指導	・法令、基準、通知、告示、条例、規則等に規定した事項に違反しているが、その程度が軽微である場合 ・その違反について文書指導を行わなくても改善が見込まれる場合	法令等、具体的かつ直接的な根拠が必要	不要
文書指導	法令、基準、通知、告示、条例、規則等に規定した事項に違反している場合	法令等、具体的かつ直接的な根拠が必要	期限を定めて改善報告を行うよう指導する
自己点検による過誤調整	報酬請求指導において、制度の理解不足等による単なる誤りと認められる不当な請求の場合	法令等、具体的かつ直接的な根拠が必要	期限を定めて改善報告を行うよう指導する
加算報酬の返還	報酬請求指導において、制度の理解不足等による単純な誤りではなく、偽りその他の不正な行為によって報酬の請求が行われていたことが判明した場合、またはその疑いがあると認められた場合	法令等、具体的かつ直接的な根拠と監査による事実関係確認が必要	監査による事実関係を調査の上、偽りその他不正な行為による請求と認められた場合は介護保険法第二十二條（不正利得の徴収等）を適用する

引用文献

厚生労働省老健局総務課介護保険指導室『介護保険施設等運営指導マニュアル』令和4年3月

川西町指定介護事業所の届出等について

川西町指定介護サービス事業所の指定申請・指定更新申請・変更・加算等に係る届出等について

地域密着型介護サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所及び総合事業訪問型・通所型サービス事業所の指定申請・更新・変更・加算等の届出を行う場合は、それぞれに必要な書類等をご確認の上作成いただき提出をお願いします。

1. 提出先・提出方法

窓口へ直接、もしくは郵送、電子メール等でご提出ください。電子メールの場合、原本の提出が必要な登記事項証明（登記簿謄本）等は別途送付してください。

また、後述する「電子申請・届出システム」利用環境がすでに整っておられる場合、システムを利用した届出も可能です。

届出に関する書類に関しては、事業所印等の押印は不要です。

送付先：〒999-0193 山形県東置賜郡川西町大字上小松 977 番地 1

川西町福祉介護課 介護係 宛

メール：fukushikaigo@town.kawanishi.yamagata.jp

2. 事業所の指定・更新等について

はじめて指定を受けたいと希望する場合、指定申請を行う前にまず事前相談が必要です。

指定申請をする場合は、事業開始日（指定を受けたい日）の30日前まで、申請書類を提出してください。指定の有効期限は指定の日から6年間です。

それ以降も引き続き介護事業所として指定を受けたい場合、指定更新の手続きを行ってください。申請書類は有効期間の終了日の30日前までにご提出ください。

3. 変更の届出について

保険者に届出を行っている内容（管理者、運営規定の内容 等）に変更が生じた場合は、変更があった日から10日以内に変更届出書を提出してください。

ただし、事業所の移転や施設等の改修を伴う定員変更等は、事前にご相談ください。

必要な添付書類等は、下記の表を確認してください。

4. 加算の届出等について

加算の算定または変更をするときは、算定開始月の前月15日までに（認知症対応型共同生活介護事業所の場合、算定開始月の1日まで）に、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」、「体制等状況一覧表」に必要に応じて添付書類を添えて提出してください。例えば職員の資格を要件とする加算の場合は資格所持を証明する書類の写しを添付してください。

制度改正に伴い提出が必要となった届出等は、改正が適用される月の15日までに提出してください。例えば令和6年4月制度改正分の場合、提出日は令和6年4月15日までとなります。

※介護職員処遇改善加算については、「6. 介護職員等処遇改善に係る届出」をご参照ください。

※事業所が所在する市町村の他にも指定を受けている市町村がある場合、そちらにも同様に届出を行ってください。

5. 廃止・休止・再開の届出について

介護事業所が廃止や休止をする場合は、廃止・休止の予定日の30日前までに廃止・休止届出書の提出が必要です。また、休止から再開する場合は再開後10日以内に再開届出書の提出が必要です。

6. 介護職員等処遇改善に係る届出

介護職員等処遇改善加算の算定を希望される事業者は、年度ごとに指定権者あてに届出を行う必要があります。4月分より加算を希望する場合は、4月15日まで「介護職員処遇改善に係る計画書」を提出してください。

この際、前年度から区分に変更がある場合、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」及び「体制等状況一覧表」もあわせて提出してください。

加算を行った場合、翌年度7月末日まで「実績報告書」を提出してください。

7. 協力医療機関に関する届出

令和6年度介護報酬改定に伴い、1年に1回以上、協力医療機関と入居者の急変時における対応を確認し、当該医療機関の名称や取り決めの内容等を指定権者に届け出ることが義務付けられました。

※3年間の経過措置期間が設けられており、その間は努力義務となります。

【対象サービス】

認知症対応型共同生活介護

【届出について】

協力医療機関と実効性のある連携体制が確保されてから、速やかにご提出下さい。その後は、年1度必ず届出を行ってください。

8. 指定申請書類及び給付費算定届出等の様式について

川西町で使用している様式は、国の様式に準じたものです。他市町村でも指定を受けていてすでに同様の様式を作成されている場合は、必要に応じて宛先のみを「川西町」宛に変更しご使用いただいてさしつかえありません。

川西町ホームページ上に、様式等を掲載しております。ダウンロードしてご使用ください。厚生労働省ホームページからも様式のダウンロードは可能です。

川西町ホームページトップ>健康子育て・福祉介護>介護

>川西町指定介護サービス事業所の届出等について

届出添付書類等

全事業共通の取扱いのもの

変更項目	変更届添付様式	添付書類・注意事項	事前協議
事業所の名称	・指定にかかる記載事項(付表)	法人登記事項証明書(原本) 運営規定 定款・寄付行為等の写し	不要
事業所の移転	・指定にかかる記載事項(付表) ・平面図(標準様式3) ・設備等一覧表(標準様式4)	運営規定 事業所概観・必要な設備の写真等 平面図は標準様式を使用しなくても可	要
申請者(法人等)の名称及び 所在地(主たる事務所等)	・指定にかかる記載事項(付表)	法人登記事項証明書(原本) 運営規定 定款・寄付行為等の写し ※法人の合併等による変更については、 新規申請の必要があります。	(要)
法人代表者の氏名、住所 及び職名、役員の氏名	・履歴書(標準様式2) ・誓約書(標準様式6)	登記事項証明書 認知症対応型サービス事業開設者研修 終了証の写し(研修受講が必須の事業所の 場合のみ) ※未受講の場合「受講誓約書」	不要
役員の氏名、生年月日及び 住所	・役員一覧	登記事項証明書	不要
事業所・施設の構造概要、 平面図及び設備概要	・平面図(標準様式3) ・設備等一覧表(標準様式4)	平面図(各居室の用途・専用区画を明示 されたもの 変更後) ※標準様式でなくても可 変更された部分の写真	要
地域密着型介護サービスの 請求に関する事項	・介護給付費算定に係る体制等に 関する届出書 ・介護給付費算定に係る 体制等一覧表		不要
管理者の氏名、生年月日 及び住所	・指定にかかる記載事項(付表) ・勤務表(標準様式1) ・履歴書(標準様式2) ・誓約書(標準様式6)	研修終了証の写し(研修受講が必須の 事業所の場合のみ) ※氏名及び住所のみの変更の場合は 誓約書の提出は不要です。	不要
運営規定		運営規定(可能であれば変更した部分が わかるように明示)※ラインマーカー等	不要

居宅介護支援にかかる変更届の取扱一覧

変更項目	変更届添付様式	添付書類・注意事項	事前協議
介護支援専門員の氏名 及びその登録番号 ※婚姻等による氏名変更を含む	・指定にかかる記載事項(付表) ・勤務表(標準様式1) ・当該事業所に勤務する介護支援 専門員一覧(標準様式7)	介護支援専門員証の写し	不要

小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)にかかる変更届の取扱一覧

変更項目	変更届添付様式	添付書類・注意事項	事前協議
介護支援専門員の氏名 及びその登録番号 ※婚姻等による氏名変更を含む	・指定にかかる記載事項(付表) ・勤務表(標準様式1)	介護支援専門員証の写し 研修終了証の写し	不要
協力医療機関の名称及び 診療科並びに契約内容 (協力歯科医療機関も含む)	・指定にかかる記載事項(付表)	協力医療機関、協力歯科医療機関との 契約書等の写し	不要
介護老人福祉施設・介護老 人保健 施設、病院等との連携及び 支援体制の概要	・指定にかかる記載事項(付表)	連携・支援体制を記載した書類	不要

認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)にかかる変更届の取扱一覧

変更項目	変更届添付様式	添付書類・注意事項	事前協議
介護支援専門員の氏名 及びその登録番号 ※婚姻等による氏名変更を含む	・指定にかかる記載事項(付表) ・勤務表(標準様式1)	介護支援専門員証の写し 研修終了証の写し	不要
計画作成担当者の氏名、生 年月日及び住所 (介護支援専門員)	・指定にかかる記載事項(付表) ・勤務表(標準様式1)	介護支援専門員証の写し 研修終了証の写し	不要
計画作成担当者の氏名、生 年月日及び住所 介護支援専門員以外)	・指定にかかる記載事項(付表) ・勤務表(標準様式1)	研修終了証の写し	不要

協力医療機関の名称及び 診療科並びに契約内容 (協力歯科医療機関も含む)	・指定にかかる記載事項(付表) ・協力医療機関届出書	協力医療機関、協力歯科医療機関との 契約書等の写し	不要
介護老人福祉施設・介護老 人保健 施設、病院等との連携及び 支援体制の概要	・指定にかかる記載事項(付表)	連携・支援体制を記載した書類	不要

介護予防・日常生活支援総合事業にかかる変更届の取扱一覧

変更項目	変更届添付様式	添付書類・注意事項	事前協議
サービス提供責任者の 氏名、生年月日及び住所	・指定にかかる記載事項(付表) ・勤務表(標準様式1)		不要

介護事業所電子申請・届出システムについて

介護事業所の指定申請、更新申請、変更届等に関する届出等について、介護サービス情報公表システムを活用し、オンラインによる申請が可能となる、「電子申請・届出システム」が運用されています。

受付可能な電子申請・届出の種類

対象サービス：川西町が指定するサービス

（地域密着型サービス、居宅介護支援サービス、介護予防支援サービス、
介護予防・日常生活支援総合事業サービス）

対象手続：新規指定申請（要事前相談）、指定更新申請、変更届出、廃止・休止・
再開届出、介護給付費算定に係る体制に関する届出

【注意事項】

- システムを利用するためには、「GビズID（プライムまたはメンバー）」の登録が必要です。
- 詳細は、川西町ホームページ内「介護事業所電子申請・届出システムについて」をご覧ください。

川西町ホームページトップ>健康子育て・福祉介護>介護

>電子申請・届出システムについて

- 当面の間は従来どおり、窓口持参、郵送等、電子メール等による提出も可能とされていますが、電子申請・届出システムを利用することで、印刷・郵送・持参の手間を省力化できる、複数の申請でデータを再利用できる等のメリットがあります。早めの導入・利用をご検討いただけますと幸いです。

「介護情報基盤」について

厚生労働省では、持続可能な社会保障制度を構築するための方策の1つとして「介護情報基盤」（自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に共有し、業務の効率化・多職種間の連携強化・介護サービスの質の向上を図るための情報基盤）の整備を進めており、令和10年度までに、全ての市町村で「介護情報基盤」の活用を開始することを目指しています。

川西町は、令和9年度中に介護情報基盤利用のための体制を整える予定です。詳細の日程等が決まりましたら別途お知らせします。

介護情報基盤の関係者への情報提供を目的として、国保中央会が「介護情報基盤ポータルサイト」を公開しています。以下の情報が掲載されています。

①介護情報基盤の概要

②各関係者に向けた概要資料等

- ・ 介護情報基盤の活用イメージと導入によるメリット
- ・ 導入にあたり必要となる準備（関連システムの改修等）
- ・ 今後の介護情報基盤への移行スケジュール 等

③介護事業所・医療機関等への支援策に関する最新情報

※現在、国保中央会による介護情報基盤導入準備に係る助成金についても案内されています。カードリーダー購入経費、介護情報基盤との接続サポート経費等への補助が内容となっています。

○介護情報基盤ポータルサイト <https://www.kaigo-kiban-portal.jp/>

事故報告及び感染症等への対応について

(1) 事故報告について

地域密着型介護サービス事業所など、川西町の指定する介護サービス事業所において事故が発生した場合は川西町（事業所所在地及び利用者の保険者）、利用者の家族、居宅介護支援事業所等への報告が必要となります。報告様式等につきましては、川西町では特段の定めはありませんので、山形県高齢者支援課より通知されている、令和7年2月17日付高支第894号通知「介護サービス事業所における事故報告について（通知）」の様式を用い、県への報告に準じてご対応をお願いします。

(2) インフルエンザ等の感染症について

インフルエンザをはじめとする9種類の感染症の対応については、「高齢者介護施設における感染症対策マニュアル改訂版(2019年3月)」(平成31年4月15日付け厚生労働省老健局高齢者支援課事務連絡)を参考にしてください。

感染症の予防については随時通知が発出されるので、その内容により感染予防の徹底を図ってください。また、事業所内で集団感染が発生した場合には、平成19年度山形県集団指導資料(P38)の報告基準により、所管の置賜保健所及び川西町に報告をお願いします。報告様式は、川西町では特段の様式の定めがありませんので、山形県の様式をご使用ください。

【山形県ホームページ】

○事故報告について

<https://www.pref.yamagata.jp/090002/kenfuku/koreisha/jigyosha/tsuuchi/zikohoukoku.html>

○インフルエンザ等感染症報告（置賜保健所）※R7.4改正

<https://www.pref.yamagata.jp/325023/kansensyou/okikansensyudan.html>

(平成19年度山形県集団指導資料(P38)抜粋)

社会福祉施設等において、集団感染や感染症が原因となった死亡事案などが発生している。各施設等においては、次の点に留意し、予防対策及び万が一発生した場合における適切な対応を図ること。

(1) 感染症・食中毒発生時の報告について

関係通知

「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」

H17.2.22 付け健・社援発第 0222002 号、薬食・雇児・老発第 0222001 号 H17.2.25
付け長第 1126 号

① 報告対象事案

ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合

イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ウ 上記ア・イに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

※ 患者人員は同一敷地内の全ての施設を合計して算定する。

② 報告先

ア 市町村社会福祉施設等担当課

イ 所管の保健所（県）

（２）その他の個別報告事項

① インフルエンザ様疾患の集団発生に係る報告について

関係通知等：H19.11.29 付け長第 947 号 ※毎年流行シーズン前に通知している。

報告対象：（１）①のア、イに該当する場合

報告先：所管の保健所（県）

報告様式：県のホームページに掲載

② ノロウイルス等による消化器感染症の発生に係る報告

関係通知等：H19.10～12 につけ県保健所が感染症予防研修会開催時に依頼

報告対象：（１）①のア、イに該当する場合

報告先：所管の保健所（県）、市町村社会福祉施設等担当課

報告様式：・保健所に対する報告様式は研修会にて配布。（発生時に備え入手しておくこと）

・終息時まで健康調査票を継続して報告すること。

③ その他

随時、食中毒、食物汚染、レジオネラ菌感染症等の発生を受け注意喚起通知を発出している。報告対象事案に該当する規模の発生が確認された場合は、これらの通知又は関係通知に準じて速やかに報告すること。

（３）新型コロナウイルス感染症拡大防止対策について

高齢者施設等における新型コロナウイルス感染対策については、令和 5 年 4 月 18 日付け介護保険最新情報 Vol. 1146「高齢者施設等における感染対策等について」及び令和 5 年 9 月 25 日付け介護保険最新情報 Vol. 1172「介護現場における感染対策の手引き（第3版）等について」を参照しご対応ください。

なお、事業所内で集団発生した場合には、上記（２）をご参照のうえ、速やかに所管の置賜保健所及び川西町に報告をお願いします。

厚生労働省が介護事業所等向けに新型コロナウイルス感染症対策等をホームページにまとめて掲載していますので、適宜参照下さい。

また、置賜保健所でも「福祉施設等における初めてでもわかる感染症危機管理のポイント～新型コロナウイルス感染症を通して対策を考える～」を作成されていますのでご参照下さい。

【厚生労働省ホームページ】

○介護事業所等向けの新型コロナウイルス感染症対策等まとめページ

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

【山形県ホームページ（置賜保健所）】

○福祉施設等における初めてでもわかる感染症危機管理のポイント
～新型コロナウイルス感染症を通して対策を考える～

<https://www.pref.yamagata.jp/325023/kansensyou/sisetukensyu.html>

※各種報告について、巻末に県様式を添付します。また、川西町ホームページ内にも順次掲載予定です。

川西町が実施する主なサービスについて

川西町は高齢者の方がいつまでも健やかに、住み慣れた地域で安心して住み続けていけるように、事業を展開しています。ご活用下さい。

●紙おむつ購入費給付事業

対象者：以下の要件をすべて満たす、在宅（療養病床を除く病院及び診療所に入院中の方を含む）の65歳以上の高齢者

- ①川西町に住民票があり、かつ居住していること。
- ②常時失禁状態※1、または認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上※2であること。
- ③ 要介護2以上であること。（ただし、要介護2の方は上記②の要件の双方を満たしていること。）
- ④ 生活保護を受給している者でないこと。

内 容：町が指定する町内の販売店で紙おむつを購入できる利用券（1月あたり3,500円を支給上限とし、その1割は利用者負担とします。）を、3か月分ずつ年4回に分けて支給します。

注意事項：・施設に長期入所した場合、療養病床の病院（診療所）に入院した場合は、利用券を使用することはできません。

・紙おむつ以外の品物の購入や、換金はできません。

・利用券を紛失した場合、再発行はいたしません。

・利用可能なお店は、川西町が契約した川西町内のドラッグストア等です。同じ系列店でも、町外の支店では利用できません。

申請手続は、別居や町外在住の家族の方も可能です。

※1 尿便意がない、またはトイレに行こうとはするが間に合わず漏らしてしまい、一日に何度もおむつの交換が必要となる状態を指します。

※2 要介護認定時に使用する、主治医意見書の記載により判断します。

申込・お問い合わせ：福祉介護課 介護係（Tel42-6638）

●配食サービス事業

対象者：おおむね65歳以上の高齢者で、自分で食事の支度をするのが困難な、原則としてひとり暮らしまたは高齢者のみの世帯の方

内 容：安否確認を兼ねて、平日の昼食を宅配します。

「ごはん付き」または「おかずのみ」を選択できます。

療養食、アレルギー対応食等には対応できません。

安否確認を兼ねた事業ですので、留守宅には基本的に配達できません。

利用料：1食あたり 350円

申込・お問い合わせ：福祉介護課 介護係（Tel42-6638）

●生活援助員派遣事業

対象者：要介護（要支援）認定を受けていない、おおむね 65 歳以上の高齢者で、日常生活を営むのに支障のある、原則としてひとり暮らしまたは高齢者のみの世帯の方

内 容：介護予防・自立支援を目的にホームヘルパーを派遣し、掃除や買い物、食事の支度などの家事援助を行います。1 週間に付き 2 回までご利用可能です。

利用料：1 時間以内 580 円（生活保護受給世帯の方は無料）

申込・お問い合わせ：福祉介護課 介護係（Tel42-6638）

●徘徊高齢者等事前登録事業「かえっぺ」

対象者：認知症などがあり徘徊するおそれのある高齢者の方

内 容：認知症高齢者などで徘徊などにより行方不明になる可能性のある方について、お名前や特徴、顔写真などの情報をあらかじめ登録して早期発見に役立てる制度です。（登録申請書の写しを米沢警察署で保有します。）

また、希望される方には、衣類や持ち物に QR コードシールを貼り、本人を発見した方が QR コードを読み取ることで家族に知らせることができる「かえっぺシール」をお渡ししています。

申込・お問い合わせ：福祉介護課 包括支援係（Tel42-6638）

●認知症初期集中支援事業

対象者：以下のいずれかの基準に該当する方

1 医療サービス・介護サービスを受けていない方（または中断している方）で以下のいずれかに該当する方

- ①認知症疾患の臨床診断を受けていない方
- ②継続的な医療サービスを受けていない方
- ③適切な介護保険サービスに結びついていない方
- ④診断は受けているものの介護サービスが中断している方

2 医療サービス、介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著で対応に苦慮する状況の方

内 容：複数の専門職が家族の訴えなどにより、認知症が疑われる方や認知症の方およびその家族を訪問し、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、（概ね 6 か月）自立生活のサポートを行います。

申込・お問い合わせ：福祉介護課 包括支援係（Tel42-6638）

●デマンド交通

対象者：川西町にお住いの移動に公共交通機関を必要とする方（1人で車への乗り降りができる方。介助が必要な場合は、会員登録を行った介助者の同意が必要です。）

内 容：事前に会員登録を行い、電話による完全予約制で運行しています。
目的地は町内どこでも可です。

利用料：1人1回 500円

申込・お問い合わせ：企画財政課 企画係（Tel27-1133）

●緊急通報システム設置事業

対象者：65歳以上の高齢者で、緊急時に不安を抱えるひとり暮らし、または高齢者のみの世帯の方で、一人が寝たきり又は病弱者である方

内 容：緊急時、ボタンを押すことで警備員に連絡できる装置を自宅に設置します。

利用料：町民税非課税世帯 550円/月

町民税課税世帯 900円/月

申込・お問い合わせ：福祉介護課 福祉係（Tel42-6635）

●救急医療情報キット配備事業

対象者：①65歳以上のひとり暮らし、または高齢者のみの世帯

②ひとり暮らしの障がい者、または障がい者のみの世帯

内 容：迅速で適切な救急活動が行えるよう、医療情報を記録した用紙をクリアファイルに入れ、自宅に配備します。

利用料：無料

申込・お問い合わせ：福祉介護課 福祉係（Tel42-6635）

●高齢者等雪下ろし援助事業（要件：世帯全員が住民税非課税であること）

対象者：①65歳以上のひとり暮らしまたは高齢者のみの世帯

②身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を有する者のみの世帯

内 容：除雪援助員を派遣するとともに、一定の費用を助成します。

申込・お問い合わせ：福祉介護課 福祉係（Tel42-6635）

介護保険における償還支給について

1. 住宅改修費

住宅改修費の支給とは、在宅の要介護（要支援）認定者の住宅に、日常生活の自立を助けるために手すりを取り付ける、床を滑りにくい材料に変更するといった改修を行う場合、住宅改修費の7割、8割、9割相当額（本人の負担割合以外分）が支給される制度です。

【支給要件】

住宅改修費の支給を受けるには、次の要件をすべて満たす必要があります。

1. 支給対象者は要介護（要支援）認定を受けた介護保険被保険者であること。
2. 改修する住宅は「介護保険被保険者証に記載されている住所」であり、被保険者が実際に居住する住宅の改修であること。
3. 心身の状況や住宅の状況などからみて必要な改修であること。
4. 改修内容が介護保険支給対象の工事であること。
5. 住宅改修工事に着工する前に、町福祉介護課に事前申請を行っていること。

※事前申請を行わずに実施した住宅改修は介護保険給付の対象外です。

※老朽化、器具の故障、リフォーム等を理由とした工事は対象外です。

【利用限度額】

対象工事費の上限額は、要介護（要支援）状態区分に関係なく居住する住宅に対し、被保険者1人あたり20万円までとし、20万円を超えた額については、全額自己負担となります。また、上限の範囲内で分割して利用することもできます。

※被保険者への支給は最大18万円です。被保険者の負担割合によって自己負担額・支給額が異なり、原則としてかかった費用の9割、8割、7割が住宅改修費として支給され、1割、2割、3割は自己負担となります。

※介護の必要な程度が3段階以上重くなった場合や転居した場合には、再度20万円の支給が認められます。

初回の住宅改修着工時の要介護状態区分	追加の住宅改修着工時の要介護状態区分
要支援1	→3段階 要介護3
要支援（平成18年4月1日以前）	→4段階 要介護4
	→5段階 要介護5
要支援2／要介護1	→3段階 要介護4
	→4段階 要介護5
要介護2	→3段階 要介護5

【支給対象となる住宅改修の内容】

区分	内容
手すりの取付け	廊下、便所、浴室、玄関、玄関から道路までの通路などに転倒予防または移動及び移乗動作を円滑にすることを目的として手すりを設置する改修。 手すりの形状は、二段式、縦付け、横付けなど適切なもの。
段差の解消	居室、廊下、便所、浴室、玄関などの各室間の床の段差および玄関から道路までの通路などの段差または傾斜を解消するための改修。 《例》スロープの固定設置、床のかさ上げ、敷居を低くするなどの工事等
滑りの防止および移動の円滑化などのための床または通路面の材料の変更	居室においては畳敷きから板製床材やビニル系床材などへの変更、浴室においては滑りにくい床材への変更、通路面においては滑りにくい舗装材への変更などの改修。
引き戸等への扉の取替え	開き戸を引き戸、折り戸、アコーディオンカーテンなどに取替えるなどの扉全体の取替えのほか、扉の撤去、ドアノブの変更、戸車の設置。 ※自動ドアの動力部分の設置に関する費用は給付対象外。
洋式便器等への便器の取替え	和式便器から洋式便器への取替え、便器の向きを変える、便器の高さをかさ上げするなどの改修。 ※和式便器から、暖房便座、洗浄機能などが付加されている洋式便器への取替えは対象となるが、既に洋式便器である場合のこれらの機能などの付加は対象外。 ※水洗化・簡易水洗化にする工事は対象外。
その他上記の改修に付帯して必要となる改修	<ul style="list-style-type: none"> ・手すりの取付けのための壁の下地補強工事 ・扉の取替えに伴う壁または柱の改修工事 ・スロープの設置に伴う転落・脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置 ・便器の取替えや浴室の床の段差解消に伴う部分の給排水設備工事 ・床材の変更のための下地補強、便器の取替えに伴う床材の変更 ・既存の設備（改修前の手すり、和式便器等）の撤去費

※住宅改修費の支給は工事を伴うものが対象です。

用具を置くだけの場合は、対象外です。（一部、「福祉用具貸与」または「福祉用具購入費支給」に該当する場合がありますので、ご相談ください）

【住宅改修費支給の流れ】

1、事前相談（被保険者→事業者・ケアマネ）

- ① 被保険者は、改修を行う事業者と相談するとともに、住宅改修を行う前に介護支援専門員（ケアマネジャー）等に相談し、住宅改修が必要な理由書の作成を依頼します。
住宅改修のみのご希望で担当のケアマネジャーがいない場合、在住地区担当の在宅介護支援センター担当者が理由書の作成を行います。
- ② 施工業者を選定して住宅改修工事の内容を伝え、見積りや関係書類の作成を依頼します。（**2社以上に相見積もりを依頼いただきます**）

2、住宅改修費支給事前申請（被保険者・ケアマネジャー → 町）

工事着工前に次の書類を提出します。

- ①介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
- ②住宅改修が必要な理由書（ケアマネジャー等が作成します）
- ③工事見積書（施工業者に作成を依頼してください）
- ④改修予定箇所の写真（工事前の状態：撮影日付の入っているもの）
- ⑤住宅改修後の完成予定の状態がわかるもの（写真または簡単な図）
- ⑥自宅の平面図（自宅のどの部分を改修するものか明記されているもの）
- ⑦住宅改修承諾書（改修する住宅の所有者が被保険者本人以外の場合に必要です）
- ⑧物品（部品等）カタログの写し（**カタログがない場合は提出不要です**）

3、事前確認審査・事前確認審査結果通知（町→被保険者・ケアマネ）

町福祉介護課が申請書を受理後、事務担当者・主任介護支援専門員（必要に応じて町建築技師）が上記書類の確認審査をします。確認審査完了後、『介護保険住宅改修事前確認について（お知らせ）』を被保険者に交付し、担当ケアマネジャーに連絡します。

4、工事の着工・工事費の支払い（被保険者→事業者）

審査後、改修工事を行います。審査の内容と変わる場合は、必ず着工前にケアマネジャーや町福祉介護課にご相談ください。

工事完了後、代金を施行業者に支払い、領収証と工事内訳書を受取ります。

※住宅改修費は償還払いです。

保険給付分が後日、町から被保険者へ支払われます。

（施工業者へは一度被保険者が工事費の全額を支払います）

5、住宅改修費支給申請（被保険者・ケアマネ→町）

工事完了後に次の書類を提出し、住宅改修費支給の申請を行います。

- ① 領収証（被保険者あて）
- ② 完成工事費内訳書
- ③ 住宅改修箇所の改修後の写真（撮影日付の入っているもの）

※写真は、事前申請書類に添付した写真を参考に可能な限り同じような角度・距離で撮影してください。

6、支給決定（町→被保険者）

完成書類提出の翌月以降「介護保険給付費支給決定通知書」を申請者または被保険者あてに送付します。決定通知書が届いた後に、保険給付費が指定の口座に振り込まれます。

（審査内容によっては、支給が遅れる、支給できない場合もあります）

【留意事項】

1、要介護認定申請中、入院・入所中に住宅改修工事を行う場合

要介護認定等を受ける前に住宅を改修した場合は、支給対象外です。ただし、緊急を要する場合は、認定申請後、事前申請を行うことは可能ですが、認定結果が「非該当」となった場合、支給対象外となります。

入院・入所中で退院・退所の見込みがある場合、工事着工は可能ですが、退院・退所しない場合は支給対象外となります。また、入院・入所中の被保険者の一時帰宅のための住宅改修は支給対象外です。

2、家族が自ら住宅改修工事を行う場合

被保険者が自分で材料を購入し、本人または家族等によって住宅改修を行う場合、材料費のみが支給対象です。この場合の領収証は、材料の販売者が発行したものとなります。添付する完成工事費内訳書は、使用した材料の内訳を本人または家族等が作成します。

3、新築や増築の場合

住宅の新築や増築（新たに居室を設ける等）は、支給対象外です。

廊下の拡張に伴って手すりを取付ける場合や、便所の拡張に伴い和式便器を洋式便器に取り替える場合は、それぞれ手すりの取付け、洋式便器等への便器の取替えに要した費用のみ、支給対象となります。

4、同一世帯に複数の被保険者がいる場合

同一世帯に複数の被保険者がいる場合、各被保険者が支給申請を行うことができます。ただし、各被保険者ごとに対象となる工事を設定し、内容が重複しない

ように申請します。

《例》手すりを複数の箇所に設置する ⇒ **支給申請可能**

(それぞれ別の箇所の工事を対象として申請する。)

同じ内容の工事を分けて申請する ⇒ **支給申請不可**

5、被保険者が生活保護受給者の場合

事前に置賜総合支庁の担当ケースワーカーに相談し、支払方法等について協議を行ってください。川西町は現況、受領委任払を実施していませんのでご注意ください。

第1号被保険者の場合、介護保険給付分については一般の方と同様の手続きが必要です。省略できる書類・手続きはありません。総合支庁に同じ書類を提出していたとしても、必ず町福祉介護課へ書類を提出してください。

6、大規模な改修を行う場合

大規模なリフォーム工事が必要な状況である場合、工事の一部を住宅改修として申請することは可能ですが、介護保険の住宅改修においては個人の資産形成につながらない小規模な改修を対象としているため、工事内容が適切なものになっているかの検討をお願いします。このことをふまえ、工事の一部の申請を希望する場合は、通常通りの手順で申請を行ってください。

2. 福祉用具購入費

「福祉用具購入費の支給」とは、在宅等の要介護（要支援）認定を受けている方が、指定特定福祉用具販売事業者から入浴・排せつなどに使用する（直接皮膚等にふれるもの・使用することにより形状が変化するもの 等）福祉用具を購入したときに、申請により、かかった費用の7割、8割、9割相当額が後から支給される介護保険の制度です。

【支給要件】

福祉用具購入費の支給をうけるには、次の要件を満たしている必要があります。

1. 支給対象者は、在宅等の要支援・要介護の認定を受けている介護保険被保険者であること。
2. 福祉用具の購入費の支給対象となる種類であり、日常生活の自立を助けるために必要な福祉用具であること。
3. 特定福祉用具販売事業者として都道府県による指定を受けた介護保険サービス事業者から購入していること。

【利用限度額】

要支援・要介護認定を受けている方であれば、状態区分に関係なく同一年度内（4月1日～3月31日）で10万円までです。

※原則としてかかった費用の7割、8割、9割（本人の自己負担割合分以外）が福祉用具の購入費として支給され、1割、2割、3割（本人の自己負担割合分）は自己負担となりますので、介護保険から支給される額は1割負担の方で9万円が上限となります。

※利用限度額（10万円）を超えた額については、全額自己負担になります。

【留意事項】

- ◎ 福祉用具購入費の支給を受けることができるのは、原則 要介護（要支援）認定を受けている在宅の方だけです。要介護認定等を受ける前に福祉用具を購入した場合は、福祉用具購入費の支給を受けることができません。
施設に入所している場合は一般的には想定していませんが、高齢者の身体の状態、個室等にて特段の事情がある場合、支給の対象となりえますので、前もってご相談ください。
- ◎ 支給の対象となる福祉用具については、別紙【支給対象となる福祉用具の種類】をご覧ください。すべての福祉用具の購入が支給対象ではありません。福祉用具については、他に福祉用具の貸与のサービスを利用できるものもありますのでケアマネジャー等にご相談ください。
なお、福祉用具の購入で対象となるものは、原則として主に他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うものや、使用していくことで元の形態・品質が変化し、再度利用できないもの、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担を抑えられる割合が相対的に高いもの（令和6～）に限られています。
- ◎ 特定福祉用具販売事業者として指定を受けた介護保険サービス事業者から購入していない場合には支給対象となりません。
- ◎ 同一用途の福祉用具については、購入年度が異なっても再購入はできません。以前購入したものが通常の使用状態においての経年劣化等により破損した場合や、身体状態等の変化等により利用困難となった等の合理的な理由がある場合のみ再購入が認められます。
ただし、歩行器や杖を屋外と屋内で使い分ける場合や、固定式スロープのように性質等から複数個の使用が想定される場合など、複数購入に合理的な理由がある場合は複数購入可能です。

【支給対象となる福祉用具の種類】

種目	機能及び構造など
腰掛便座	<ul style="list-style-type: none"> ・ 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの ・ 洋式便器の上に置いて高さを補うもの ・ 電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助ができる機能を有しているもの ・ 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器（水洗機能を有する便器を含み、居室において利用可能であるものに限る。） <p>※ただし、設置に要する費用については介護保険給付に含まない。</p>
自動排泄処理装置の交換可能部品	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自動排泄処理装置の交換可能部品（レシーバー、チューブ、タンク等）のうち尿・便の経路となるものであって、居宅要介護者等またはその介護を行うものが容易に交換できるもの。 <p>※ただし、専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用シート等の関連製品は含まない。</p>
入浴補助用具	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴用いす・・・座面の高さが概ね35cm以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る。 ・ 浴槽用手すり・・・浴槽の縁を挟み込んで固定することができるものに限る。 ・ 浴槽内いす・・・浴槽内に置いて利用することができるものに限る。 ・ 入浴台・・・浴槽の縁にかけて浴槽への出入を容易にすることができるものに限る。 ・ 浴室内すのこ・・・浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る。 ・ 浴槽内すのこ・・・浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うものに限る。 ・ 入浴用介助ベルト・身体に直接巻き付けて使用するもので浴槽への出入り等を容易に介助することができるものに限る。
簡易浴槽	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空気式または折りたたみ式等で容易に移動できるもの（硬質の材質であっても使用しないときに立て掛けること等により収納できるものを含み、また、居室において必要があれば入浴が可能なもの）であって、取水または排水のために工事を伴わないもの。
移動用リフトのつり具の部分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体に適合するものであり、移動用リフトに連結可能なもの。
排せつ予測支援機器（令和4～）	<ul style="list-style-type: none"> ・ センサーを装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するもの。一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を本人や家族などに自動で通知する。

種目	機能及び構造など
固定用スロープ (令和6～)	・ 置き型のスロープで、工事を伴わず設置でき簡単に撤去できるもの。滑りにくい加工がされており、段差を解消し歩行時のつまづき予防や車いすや歩行車での移動負担の軽減に活用できる。
歩行器(歩行車を除く) (令和6～)	・ 左右のフレームの下端に先ゴムが付き、握り以外に支持部のない歩行補助具で、左右のフレームを交互に動かせるものと、固定されたものがある。高さの調節が可能なものと、そうでないものがある。
単点杖(松葉杖を除く) (令和6～)	・ シャフト(棒)にT字型のグリップが付いている最もスタンダードな形の杖。色やデザインの種類が豊富で、持ち運びに便利な折りたたみ式や伸縮式のものもある。 比較的軽量で形状もシンプルなため慣れていなくても気軽に扱うことができる。杖がなくても自力で歩くことができる人が歩く際のバランス等をサポートするものであり、自立歩行ができない人、手に痛みがある人には不向き。
多点杖 (令和6～)	・ 複数の分岐した床面に接する脚と、1つの握り手を持った杖。 1点だけで体を支える単点杖と比べると、多点杖は3～4点の複数点で体を支えることから体重をかけても倒れにくく、安定性が高いのが特徴。安定性を求める方や筋力が低下している方、立つ姿勢が悪い方の歩行訓練や、関節リウマチの方などに適している。

福祉用具の範囲の考え方

- ① 要介護者等の自立促進又は介助者の負担軽減を図るもの
- ② 要介護者等でない者も使用する一般の生活用品でなく、介護のために新たな価値付けを有するもの(例えば、平ベッド等は対象外)
- ③ 治療用等医療の観点から使用するものではなく、日常生活の場面で使用するもの(例えば、吸入器、吸引器等は対象外)
- ④ 在宅で使用するもの(例えば、特殊浴槽等は対象外)
- ⑤ 起居や移動等の基本的動作の支援を目的とするものであり、身体の一部の欠損又は低下した特定の機能を補完することを主たる目的とするものではないもの(例えば、義手義足、眼鏡等は対象外)
- ⑥ ある程度の経済的負担感があり、給付対象とすることにより利用促進が図られるもの(一般的に低い価格のものは対象外)
- ⑦ 取り付けに住宅改修工事を伴わず、賃貸住宅の居住者でも一般的に利用に支障のないもの(例えば、天井取り付け型天井走行リフトは対象外)

(平成10年8月24日第14回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会提出資料より)

【福祉用具購入費支給の流れ(提出書類及び支給方法)】

1. 相談

購入する福祉用具が介護保険の給付対象とならないときがありますので、介護支援専門員（ケアマネジャー）や特定福祉用具販売事業所の福祉用具相談専門員、又は町福祉介護課に、身体の状態や介護の必要度に応じてどのような福祉用具が適しているか等を相談します。

選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対しメリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととするとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体的状況等を踏まえ、提案を行うこととします。

保険者としての追加として、選択制対象品目のうち利用者が実際に持ったり、操作する形で使用するもの（具体的には歩行器、多点杖）については、使用感、重量、操作性など利用者の状況等によって合うものを選定するまでに時間等を要する場合があるため、すぐに購入につなげるよりは、ある程度の期間貸与で使用して本人の状況等に合ったものを見定めた後購入いただくのが望ましいと考えます。

比較的廉価だとはいえ、購入するとなれば低所得層の方にとっては一時でも大きな負担となり得るし、購入した後使いにくくて結局使用しない、となれば、保険給付としても無駄の多い状況となるためです。

2. 購入

介護保険の特定福祉用具販売事業者にて福祉用具を購入します。

※ 購入先の事業者で購入費用の全額を支払い、領収証、購入した福祉用具のパンフレットを受け取ります。

川西町では、受領委任払は行っていないのでご注意ください。

3. 支給申請

福祉用具購入後に、川西町福祉介護課に次の書類を提出し、福祉用具購入費支給の申請を行います。

【提出していただく書類】

- ① 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- ② 領収証（被保険者あてのもの）
- ③ 購入した福祉用具のパンフレット（コピー可）

4. 支給決定

申請受付した翌月以降に「介護保険給付費支給決定通知書」が申請者（被保険者）宛に送付されます。保険給付費については、決定通知書が届いた後に指定の口座に振り込まれます。

（審査内容によっては、支給が遅れたり、支給できない場合もあります。）

記載例

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ	カワニシ タロウ		
被保険者氏名	川西 太郎	保険者番号	0 6 3 8 2 6
個人番号		被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
生年月日	明・大・昭 12年10月20日	性別	男・女
住宅の所有者が被保険者と異なる場合、別途『住宅所有者の承諾書』が必要	〒 999 - 1234 川西町大字 〇〇 △△△番地 電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇		
改修の内容 ・ 玄関段差解消 ・ トイレ、浴室手すり取り付け ・ トイレ和式から洋式便器への交換	川西 一郎	本人との関係	子
		業者名	〇×福祉住宅サービス(株)
		着工日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
		完成日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
改修費用	197,250 円		
川西町長 殿 上記のとおり関係書類を添付し、改修費の支給を申請します。	被保険者本人の記入が困難な場合、家族名義の申請でも可		
令和〇年△月△日	〒 999-1234 川西町大字 〇〇 △△△番地 電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇		
事前申請を提出する日付を記入する	申請者 住所	氏名	本人との関係
	川西 一郎	子	

お願い
完成後の領収書は、被保険者本人あて、または「〇〇〇〇様分 住宅改修費として」と明記する等、誰のための工事かわかるよう記載してもらって下さい。

〈注意〉

- ・ 工事着工前に、この申請書に介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事見積書、改修前写真（日付が入ったもの）及び改修後の完成予定図等を添付して申請し、保険給付の対象となるかどうかの確認を受けてください。
- ・ 改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付して下さい。
- ・ 工事完了後に、領収書、工事費内訳書及び改修後写真（日付が入ったもの）を提出して下さい。

居宅介護（支援）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込欄	<input type="checkbox"/> 銀行	<input checked="" type="checkbox"/> 本店	種目	口座番号
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input checked="" type="checkbox"/> 支店	出張所 ① 普通預金	
	<input type="checkbox"/> 信用組合		2 当座預金	1 2 3 4 5 6 7
	<input type="checkbox"/> 農協		3 その他	
金融コード	店舗コード			
フリガナ	カワニシ イチロウ			
口座名義人	川西 一郎 家族名義も可			

郵便局（ゆうちょ銀行）の口座にも振込可です。
通帳見開き下部に印字されている、振込用の店名、口座番号をご記入下さい。
例：ゆうちょ銀行(9900) 八五八店(858)

※町確認欄	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護
	認定期間	令和 年 月 日～ 年 月 日	
	保険料納付状況	未納（有・無）	滞納（有・無）
	利用状況	有・無	支給済額 円
	備考		

住宅改修が必要な理由書（１）
〈基本情報〉

利用者	被保険者番号		年齢	歳	生年月日	大正 年 月 日 昭和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者氏名		要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護			
				1・2	1・2・3・4・5			
	住所							

作成者	現地確認日		年 月 日	作成日	年 月 日
	所属事業所				
	資格	(作成者が介護支援専門員でないとき)			
	氏名				
	連絡先				

保険者	確認日	令和 年 月 日	評価欄	
	氏名			

(総合的状況)

利用者の身体状況	<p>生活動作（移動や立ち上がり、姿勢保持など）に関する身体状況を記載する。 また、屋内および屋外の移動方法（自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器など）を記載する。</p>	福祉用具の現状の利用状況と住宅改修後の想定		
			改修前	改修後
介護状況 (主な介護者含む)	<p>家族の状況、おもな介護者を含む介護状況を記載する。</p>	●車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により利用者は日常生活をどう変えたいか	<p>住宅改修によって利用者や家族が、介護状況・ADL・社会参加など日常生活をどう変えたいと思っているのか、何を希望しているのかを記載する。 また、その効果についても記載する。</p>	●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●手すり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●歩行補助つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●入浴補助用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

住宅改修が必要な理由書（２）

（（１）の「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活 ②具体的な困難な状況 ③改修目的と改修の方針 ④改修項目 を具体的に記入して下さい。）

	① 改善しようとしている生活動作	② ①の具体的な困難な状況 (…なので…で困っている)を記入して下さい。	③ 改修目的・期待効果をチェックした上で、改修のコメント(…することで…ができる)を記入して下さい	④改修項目（改修箇所）
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレでの動作 (原) <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 拭き <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> その他 ()	現状の改善を必要とする動作にチェック。 今回改修の対象でない項目にはチェックしない。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 手すりの配置 [] [] []
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入(扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 浴室内部での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持(洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 出入口の出入り(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内部での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他 ()	現況での困難な状況、介護の現状、生活動作での問題点を具体的に記載する。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 段差の解消 [] [] []
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え [] [] []
その他の動作(行為)			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 便器の取替え [] [] <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 [] [] <input type="checkbox"/> その他 [] []

住 宅 改 修 承 諾 書

年 月 日

川西町長 茂 木 晶 殿

(住宅所有者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

事前申請を提出する
日付を記載して下さい。

私は、（被保険者氏名） が 年 月 日付けで申請する介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書に係る住宅改修を行うことを承諾します。

住宅改修前後の状態が確認できる書類

フリガナ		保険者番号	0 6 3 8 2 6											
被保険者氏名		被保険者番号												
改修箇所及び説明			別紙間取り図No.											

改修箇所ごとに改修前の写真を貼付してください。（撮影日のわかるもの）

カメラの日付表示機能、なければ撮影日等を記載した掲示板等を一緒に撮影するなど、いつ撮影した写真か確認できるよう表示すること。

改修箇所ごとに改修後の写真を添付して下さい。（撮影日のわかるもの）

カメラの日付表示機能、なければ撮影日等を記載した掲示板等を一緒に撮影するなど、いつ撮影した写真か確認できるよう表示すること。

改修前写真と比較し、どこをどのように改修したかわかりやすいような写真を心がけて下さい。

記載例

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カワニシ ハナコ		
被保険者氏名	川西 花子	保険者番号	0 6 3 8 2 6
		被保険者番号	0 0 0 0 0 5 4 3 2 1
生 年 月 日	大 昭 2 年 1 0 月 1 9 日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 999-1234 川西町大字 ○○ △△番地 電話番号 ○○ - ○○○○		
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購 入 日
ポータブルトイレ (暖房便座付き)	(株)○○○○ △△事業所	33,000円	令和 7 年 4 月 1 日
		必要な理由を記載する。特に破損等による再購入の際は、理由欄にその旨を必ず明記すること。 ※記載欄不足の際は裏面へ又は別紙添付でも可です。	
福祉用具が必要な理由	変形性腰椎症等により腰の痛み、下肢筋力低下があり歩行不安定。居室内にポータブルトイレを設置することで、安全に排せつ動作ができるようにする。		
川西町長 上記のとおり	被保険者本人の記入が困難な場合、家族名義の申請も可		領収書は、被保険者本人あて、または「○○○○様分◇◇購入費として」と明記する等、誰のためのものかわかるよう記載してもらってください。
令和7年4月10日			
申請者 住所	川西町大字○○ △△番地		電話番号 ○○ - ○○○○
氏名	川西 花子		本人との関係 本人

- 〈注意〉 ・ この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
 ・ 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具毎に記載して下さい。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入して下さい。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	種 目	口座番号
	金融カード		店舗コード	1 普通預金	1 2 3 4 5 6 7
				2 当座預金	
				3 その他	
		カニシ ハナコ	川西 花子	家族名義の口座でも可	
郵便局（ゆうちょ銀行）の口座にも振込可です。 通帳見開き下部に印字されている、振込用の店名、口座番号をご記入下さい。		介護 度		<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護
		認定 期 間		令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
		保険料納付状況		未納（有・無）	滞納（有・無）
		利用 状 況		有・無	支給済額 円
		備 考			

(様式 1)

FAX

当日報告を要する事故用

※ 報告する総合支庁に☑チェックし、FAX送信後、FAX送信の旨電話連絡をお願いします。

- ☐ 村山総合支庁 福祉担当課 (FAX 023-622-0191 TEL 023-627-1146)
- ☐ 最上総合支庁 福祉担当課 (FAX 0233-23-7635 TEL 0233-29-1276)
- ☐ 置賜総合支庁 福祉担当課 (FAX 0238-24-8155 TEL 0238-26-6029)
- ☐ 庄内総合支庁 福祉担当課 (FAX 0235-66-4053 TEL 0235-66-5460)

下記のとおり、事故が発生したので、報告します。

報告(作成)日時 令和 年 月 日() 午前・午後 時 分

①	サービス名	
	事業所名	
②	報告担当者名	役職() 氏名 ()
	連絡先電話番号	
③	事故発生日時	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分(頃)
	事故発生場所	
④	事故の概要 ※従業員・第三者の怪我等の場合は、利用者等の氏名欄にその旨分かるように記載してください。(従業員 ○○等) ※ 特定の利用者がいない場合は、氏名欄等の記載は不要です。	利用者等の氏名 () 性別 (男 ・ 女) 年齢 (才) 要介護 () 又は要支援 () 《事故の概要》
⑤	事故原因特定事項(商品名や型番) ※飲食物や物品等が原因である事故に限る。	
⑥	被害の状況 ※被害が生じた場合に限る。	

※第一報後、数日内に速やかに「事故報告書」(様式3)を所管の総合支庁に原則メールにて送付してください。

※上記①～⑥の内容が含まれていれば、この様式以外のFAX送信票を使用しても構いません。

(様式2)

FAX

当日報告を要する事故（災害用）

※報告する総合支庁に☑チェックし、FAX送信後、FAX送信の旨電話連絡をお願いします。

☐ 村山総合支庁 福祉担当課 (FAX 023-622-0191 TEL 023-627-1146)

☐ 最上総合支庁 福祉担当課 (FAX 0233-23-7635 TEL 0233-29-1276)

☐ 置賜総合支庁 福祉担当課 (FAX 0238-24-8155 TEL 0238-26-6029)

☐ 庄内総合支庁 福祉担当課 (FAX 0235-66-4053 TEL 0235-66-5460)

下記のとおり、災害被害が発生したので、報告します。

報告(作成)日時: 令和 年 月 日() 午前・午後 時 分

①	サービス名	
	事業所名	
②	報告担当者名	役職() 氏名()
	連絡先電話番号	
③	被害発生日時	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分(頃)
④	人的被害の状況 ※従業員・利用者、それぞれ分かるように記載してください。(「従業員〇人。送迎準備中に突風に煽られ転倒し骨折」等	利用者 人、従業員 人 《被害の概要》
⑤	建物被害の状況	
⑥	利用者の避難状況	
⑦	福祉避難所としての受入れ ※福祉避難所の場合記入	
⑧	サービスの停止状況	休止: 年 月 日、再開: 年 月 日

※第一報後、翌日も引き続き、所管の総合支庁に送付してください。

※上記①～⑧の内容が含まれていれば、この様式以外のFAX送信票を使用しても構いません。

(様式 3)

事故報告書（事業者→〇〇市（町村））

※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： 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								報告担当者の役職及び氏名				
連絡先電話番号													
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									
				<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									
	対象者について、事故発生以前より職員間で情報共有されていた事項												
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"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 送迎中の交通事故										
	発生時状況、事故内容の詳細												
その他 特記すべき事項													

(様式3)

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 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名 () 警察署名 () 名称 ()									
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定										
	利用者について新たに職 員間で情報共有した事項										
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											

☐ インフルエンザ様疾患
☐ 新型コロナウイルス感染症 集団発生報告書（置賜）
（↑どちらかに✓をつけてください）

令和 年 月 日報告

施 設 種 別	
施 設 名	
担当者職氏名	
電 話 番 号	— —
F A X 番 号	— —

【1 り患者の発生状況】

(1) 入所施設

期 日	入所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割 合 B/A×100
			入所中	入院中	
令和 年 月 日現在	人	人	人	人	%

＜り患者の主な症状、対応状況等＞

(2) 通所施設

期 日	通所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割 合 B/A×100
			通所中	欠席	
令和 年 月 日現在	人	人	人	人	%

＜り患者の主な症状、対応状況等＞

2 死亡者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	死亡年月日	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	

3 重症者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		

次のいずれかの状況にあてはまる場合に、報告願います。

- インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症患者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

インフルエンザ様疾患・新型コロナウイルス感染症チェックリスト（置賜保健所）

感染対策で心配な点等がございましたら、保健所に御相談ください。

内容を確認し、保健所から連絡をさせていただく場合があります。

置賜高－１

◎発生状況の把握

施設名：

項目	チェック	備考
有症状者は１つのユニットやフロアに限局している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(現在)利用者は、ユニットやフロアをまたいで行き来している。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
(現在)職員は、ユニットやフロアをまたいでケアをしている。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

◎感染対策等の確認

項目	チェック	備考
(通所系)感染症の症状がみられる方は利用を控えてもらい、施設内で急に発症した場合には別室でケアを行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(入所系)有症状者を個室または集団隔離してケアを行っている。		
必要に応じゾーニングを実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
リクリエーションや行事等の集団活動を可能な限り控えている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
有症状者へマスク着用を促している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員はマスクを着用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
利用者・職員は、食事前や排泄後に液体石けん・流水による手洗いをしている。(速乾性すり込み式手指消毒剤で済ませない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
手拭きはペーパータオル又は個人のタオルを使用している。(共用のタオルを使用しない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員は、アルコール消毒剤を携帯(又は施設内に設置)している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員は「１ケア１手洗い」「ケア前後の手洗い」を徹底している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
皆が触れる手すり、ドアノブ、スイッチ、テーブル等は、アルコール等による消毒を実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
施設内の換気を定期的の実施し、室温・湿度等の環境を整備している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員へ発生状況を周知し、健康観察の強化、感染拡大防止対策を徹底している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<関係機関との連携等>		
夜間・休日含め、陽性者・重症者発生時には、施設医(協力医)や施設長等と速やかに連絡・相談をしている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
利用者家族への連絡、説明を行い、健康調査の協力要請や二次感染予防についての情報提供を行った。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
罹患した利用者・職員の療養期間を示している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
市町の社会福祉施設等担当部署への報告を行った。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【参考】介護現場における感染対策の手引き 第3版,厚生労働省老健局

◎保健所 記載欄	
-------------	--

記載上の留意事項

注1 「1 日患者の発生状況」の「期日」については、報告を要する状況になった日現在で記載してください。

注2 インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症の判断については、医師（嘱託医）等の判断に基づいて整理してください。

なお、「1 日患者の内訳」は、次により整理してください。

○入所中：施設内で療養している入所者数（入院せずに通院している者を含む。）

○入院中：インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症が原因となって当該施設以外の医療機関等に入院している入所者数

○通所中：通所者のうちインフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症に罹患している者の数

○欠 席：インフルエンザ様疾患又は新型コロナウイルス感染症が原因で欠席している者の数

注3 「割合」は、小数点第2位を四捨五入してください

社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告（置賜）

施設概要（高齢者施設・障がい者等施設）

報告年月日：令和 年 月 日

施設名			TEL	
施設住所			FAX	
担当者氏名	職名：	氏名：	施設長氏名	
施設医/協力医	所属：		医師名：	医師への報告：□ 済
入所者	人	定員	人	職員：__人（パート職員含む） 【内訳】介護職：__人、看護職：__人 調理員：__人、事務職：__人 その他：__人
通所者	人	定員	人	
短期入所者	人	定員	人	
喫食状況	給食 → □ 施設内調理 □ 施設外・関連施設			
行事等	最近行った行事（ 月 日： ）			

報告する疾患

報告疾患	□ 感染性胃腸炎 □ 疥癬 □ その他の感染症（ ）
主な症状	□ 嘔吐 □ 下痢 □ 腹痛 □ 発熱 □ 咳 □ 嘔気 □ その他（ ）

初発状況

発生日	令和 年 月 日（ ） 時頃	
	□ 利用者（ユニット等： ） □ 職員（職種： ）	
症状		医療機関
発生時の状況		

発生日以降の経過 ※ 新規有症状者が0人場合は0記入不要

	新規有症状者数			
	入所者	通所者	短期入所	職員
月 日	人	人	人	人
日	人	人	人	人
日	人	人	人	人
日	人	人	人	人
日	人	人	人	人

本日までの有症状者数	人	うち受診検査等での診断者数	人
------------	---	---------------	---

入院した者	性別	年齢	入所 or 通所	入院先	経過

施設で行っている対応	
------------	--

【新規発生0名が2日続いたら保健所にご連絡ください】

<感染対策チェックリスト> 感染対策で心配な点等がございましたら、保健所に御相談ください。
内容を確認し、保健所から連絡をさせていただく場合があります。

◎発生状況の把握

施設名:

項目	チェック	備考
有症状者は1つのユニットやフロアに局限しているか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(現在)有症状者のいるユニットの職員は、ユニットやフロアをまわってケアをしているか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
有症状者のみが喫食したものや参加した行事はあるか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合内容記入 →		月 日 ()

◎感染対策等の確認

項目	チェック	備考
(通所系)症状がみられる方は利用を控えてもらい、施設内で急に発症した場合には別室でケアを行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(入所系)有症状者を個室または集団隔離してケアを行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
利用者・職員は、食事前や排泄後に液体石けん流水による手洗いを行っている。(速乾性すり込み式手指消毒剤で済ませない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
手拭きはペーパータオル又は個人のタオルを使用している。(共用のタオルを使用しない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員は、アルコール消毒剤を携帯(又は施設内に設置)している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
職員は「1 ケア 1 手洗い」「ケア前後の手洗い」を徹底している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
皆が触れる手すり、ドアノブ、スイッチ、テーブル等は、アルコール等による消毒を実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※ノロウイルスの場合は、塩素系消毒薬による消毒を行う
<排泄介助・嘔吐物処理>		
排泄介助(おむつ交換)時は、使い捨て手袋とエプロンを着用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
排泄介助・嘔吐物処理の際は、手袋やエプロンは1 ケアごとに取り換え、手袋を外した際には手指衛生を行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
汚物はビニール袋等に密閉して捨てている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
嘔吐物処理用の物品が揃っている。(マスク、使い捨てエプロン・マスク、ビニール袋、消毒薬、ペーパータオル等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
嘔吐物の処理時は窓を開けて換気している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
床が汚染した場合は、嘔吐物ふき取り後に次亜塩素酸ナトリウム液(0.1~0.5%)でふき取りをしている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<関係機関との連携等>		
夜間・休日含め、陽性者・重症者発生時には、施設医(協力医)や施設長等と速やかに連絡・相談をしている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
利用者家族への連絡、説明を行い、健康調査の協力要請や二次感染予防についての情報提供を行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
市町の社会福祉施設等担当部署への報告を行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【参考】介護現場における感染対策の手引き 第3版,厚生労働省老健局

◎保健所 記載欄	
-------------	--