

令和元年度 衣浦六市高齢者福祉担当課長・係長会議次第

日時 令和元年7月12日(金)  
午後3時30分～午後5時  
場所 高浜市いきいき広場 ホール

1. あいさつ

2. 自己紹介

3. 議題

4. その他

令和元年度 衣浦六市高齢者福祉担当課長・係長会議 出席者名簿

	市	課名 係名	職名	フリガナ 氏名	現職年数
1	碧南市	高齢介護課 高齢福祉係	係長	コバヤシ ケイスケ 小林 圭介	1年3月
2	碧南市	高齢介護課 高齢福祉係	担当係長	ノグチ ヨシヒロ 埜口 義広	3年3月
3	刈谷市	長寿課	高齢福祉推進監兼 長寿課長	イワミ マサト 岩見 真人	0年3月
4	刈谷市	長寿課 管理係	副主幹兼管理係長	カヤマ トオル 金山 亨	0年3月
5	刈谷市	長寿課 高齢福祉係	係長	ナギ シンイチロウ 並木 真一郎	1年3月
6	安城市	高齢福祉課	課長	スズキ タカヒロ 鈴木 貴博	0年3月
7	安城市	高齢福祉課 高齢福祉係	係長	シミス ヒロアキ 志水 浩秋	3年3月
8	西尾市	長寿課	主幹	タカヤマ タカシ 高山 崇	0年3月
9	西尾市	長寿課 高齢者福祉	主査	アライ カツユキ 新井 克幸	3年3月
10	知立市	長寿介護課	課長	ウラタ ヒロコ 浦田 浩子	1年3月
11	知立市	長寿介護課 長寿係	課長補佐	ヨコヤマ ジュンジ 横山 純司	2年3月
12	知立市	長寿介護課 地域支援係	係長	オホノチ ナオキ 大淵 直也	2年3月
13	高浜市	福祉まるごと相談 グループ	グループリーダー	ノグチ マサキ 野口 真樹	4年3月
14	高浜市	福祉まるごと相談 グループ	主査	アンドウ ミチコ 安藤 美津子	0年3月
15	高浜市	福祉まるごと相談 グループ	主査	ヤマモト シズエ 山本 静江	3年3月

衣浦六市高齢者福祉会議 輪番表

開催年度	課長・係長会議	係長・担当者会議
28年度	刈谷市	知立市
29年度	安城市	高浜市
30年度	知立市	西尾市
令和元年度	高浜市	碧南市
令和2年度	西尾市	刈谷市
令和3年度	碧南市	安城市
令和4年度	刈谷市	知立市
令和5年度	安城市	高浜市
令和6年度	知立市	西尾市

平成31年度衣浦六市高齢者福祉担当課長・係長会議議題  
各市提出議題一覧表

議題番号	議題内容	提出市名
議題1	避難行動要支援者名簿について	碧南市
議題2	高齢者の孤独死対策について	刈谷市
議題3	高齢者の移動手段について	安城市
議題4	要支援者台帳・避難行動要支援者名簿の取り扱い	西尾市
議題5	民間事業者等との高齢者の見守りについて	知立市
議題6	紙おむつ等支給事業について	知立市
議題7	ゴミ出し支援について	高浜市

議題1 避難行動要支援者名簿について  
(提案市名: 碧南市)

内容・提案理由等	<p>名簿作成は高齢介護課と福祉課(障害者担当)で対応し、自主防災会や民生委員等へ提供をしているが、具体的な活用方法や個別支援計画の作成には至っていない。各市の状況を参考にしたいため、名簿活用の具体策やどのように個別支援計画を作成しているか等、ご教示ください。</p>
碧南市	<p>(提案市) 地域防災計画に基づき、自主防災会や民生委員等へ名簿は配布しているが、名簿活用方法は配布先の判断に任せているのが現状です。</p>
刈谷市	<p>当市では、長寿課と福祉総務課で名簿作成の対応をし、対象者から直接郵送により返送された調査票に基づいて調製された名簿を、消防署、警察署、民生委員、自主防災会へ提供しています。個別支援計画を作成している自主防災会もあるようですが、市全体としての活用の具体策や個別支援計画の策定には至っておりません。</p>
安城市	<p>日ごろの名簿の活用方法としては、見守り活動、防災訓練、福祉マップ作成等に活用しています。また、要支援者と地域支援者の交流会を行っている地域もあります。個別支援計画は、当市の様式が同意書兼個人台帳となっており、これを個別支援計画と考えているため、同意書を提出される際に必要事項を記入いただいています。また、同意書兼個人台帳の写しを自主防災組織、民生委員へ配布しているの、地域で会議等が行われた後、地域支援者が追加されることもあります。修正等がある場合は、市へ連絡していただくようになっています。</p>
西尾市	<p>名簿作成は長寿課と福祉課で行っており、年度当初に開催される自主防災会議や地区の民生委員協議会の定例会で同意者名簿を提供しています。今年度、危機管理課が個別計画の作成を自主防災会へ依頼予定。個別の自主防災会で名簿からの独自個別支援計画を作成している事例はある。</p>
知立市	<p>名簿の作成は福祉課が行っています。町内会に名簿を提供し、任意で対象者の状況等を調査をしているとのことです。個別支援計画は作成に至っていないそうです。</p>
高浜市	<p>地域福祉グループが名簿を作成し、町内会、まちづくり協議会、民生委員に配布し、各地区の実情に応じ、避難訓練の安否確認等に活用いただいている。個別支援計画については、支援が必要と思われる方に対し、保健師やケアマネージャーから登録を勧奨するとともに作成についても支援していただいている。</p>

議題2 高齢者の孤独死対策について  
(提案市名: 刈谷市)

内容・提案理由等	<p>昨年度刈谷市内で一人暮らし高齢者の死に誰も気づかず、数か月経過した後に発見されたケースが数件あり、新聞にも掲載されました。</p> <p>高齢者実態調査、福祉電話を利用した民生委員による家庭訪問や声の訪問、新聞販売店などとの高齢者見守り協定による安否確認などを行っていますが、今後一人暮らしの高齢者が増加していくことを踏まえ、各市でどのような対策を行い、また、考えられているかをご教示いただきたく提案いたします。</p>
----------	---

碧南市	<p>民生委員による高齢者実態調査、緊急通報システム貸与(コールセンターから毎月1回の伺い電話あり)、見守り協定締結事業所による安否確認などを行っています。また、配食サービスにおける安否不明時の対応について、従来は配食事業者からの連絡により市が緊急連絡先へ連絡していましたが、今年度からは利用決定時に配食事業者へ緊急連絡先や担当ケアマネを知らせることとし、配食事業者が連絡する役割を担うこととしました。</p>
刈谷市	<p>(提案市)</p>
安城市	<p>地域住民による見守り活動をすべての町内福祉委員会で実施しています。対象者の隣近所の方が見守り支援をしているため、見守りの頻度が高くちょっとした異変に気づきやすい特徴があります。また市が締結している高齢者見守り事業者ネットワークのほかに、社会福祉協議会が生活支援・見守り協力店事業を実施しており、地域に根差した小売店や支店を重点的に登録してもらっています。現在約600店舗の協力店があり、随時登録を進めています。公助と互助を合わせ、重層的な見守りを実施することが重要だと思っておりますが、自助を高めることも必要だと感じています。</p>
西尾市	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員によるシルバーカード調査と調査結果に基づく定期訪問。</li> <li>・緊急通報システム設置事業。</li> <li>・配食サービス事業。</li> <li>・地域包括支援センターによる73歳訪問。</li> <li>・高齢者見守り事業(民間事業者連携)</li> </ul>
知立市	<p>当市におきましては、高齢者実態調査に基づく民生委員の見守りのほか、宅配給食、緊急通報装置等で見守りを実施しています。また、新聞配達店、ガス事業者、郵便局と協定を締結し、高齢者の見守りを行っています。今後は、老人クラブの友愛訪問、包括への独居老人結果の情報共有等を検討しています。</p>
高浜市	<p>当市では見守り協定は締結していません。</p> <p>独居高齢者等見守り推進の派遣(概ね週1回、シルバー人材センターへの委託)と民生委員による独居高齢者への家庭訪問が主となります。議題5と重なりますが、新聞が数日分溜まっていると新聞店から連絡をいただくこともあります。見守りを拒否される独居高齢者に対し、どのように安否確認を行うか、当市でも模索しているところです。</p>

議題3 高齢者の移動手段について  
(提案市名: 安城市)

内容・提案理由等

(1)鉄道、名鉄バス、各市において運行しているコミュニティバスのほかに、現在どのような移動サービスがありますか。  
(2)今後、移動サービスを拡大していく考えはありますか。

碧南市

(1)下肢、視覚障害等のため、一般の交通機関を利用することが困難な高齢者(所得制限あり)を対象として、週1回、医療機関もしくは公共施設へ福祉車両で無料送迎する外出支援サービスを実施しています。また、2事業所が福祉有償運送を行っています。  
(2)現在のところ、移動サービスの拡大予定はありません。

刈谷市

(1)公共施設連絡バスは市内に6路線あり、無料で利用できます。要支援1以上で市民税非課税世帯の65歳以上の在宅の方を対象に、高齢者タクシー料金助成利用券を配布し、介護認定を受けている特殊車両の必要な65歳以上の在宅の方を対象に、介護タクシー料金助成利用券を配布しています。  
(2)生活支援・介護予防体制整備推進協議会でも高齢者の移動手段の確保は重要な課題であると認識していますが、具体的に進めている話はないのが現状です。

安城市

(提案市)  
(1)高齢者外出支援サービス事業として、福祉タクシー(車いす・ストレッチャー乗車専用タクシー)の運賃助成事業、及び75歳以上高齢者のあんくるバス無料乗車制度を実施しています。  
(2)本市のコミュニティーバスであるあんくるバスが不便であるという声が多いことから、市長から、特に高齢者に対する移動支援策を検討するよう指示を受けており、現在、庁内関係部署(企画情報課、都市計画課、高齢福祉課)において検討を始めたところです。  
今のところ、デマンドタクシー(バス)や一般高齢者向けのタクシー料金助成などを想定しています。

西尾市

(1)・高齢者タクシー利用支援事業  
在宅で世帯員全員が75歳以上で介護保険の所得段階が1から7段階の方。  
また、自動車を保有しておらず、自動車税や軽自動車税の減免も受けていないなどの条件もあり。1ヶ月あたり500円の助成券を3枚交付。  
対象者を独居高齢者から高齢者世帯に拡大したことで利用者が急増し、H30年度に助成枚数を1ヶ月あたり4枚から3枚に変更しています。  
・デマンド型乗合タクシー「いこまいかー」  
1回300円で自宅から最寄りの駅やバス停までの移動に利用可能。今後コミュニティバスがない地域などでは地域の店舗、病院等への移動も可能としていく予定。  
(2)高齢者タクシーの申請者は年々増加しており、今年度の申請者はすでに昨年度を上回っています。このような現状を鑑みますと、高齢者タクシーの拡充は難しいと思われます。上記のいこまいかーの拡充は予定しています。

知立市

(1)高齢者外出支援サービス事業として、特殊車両タクシー(車いす・ストレッチャー乗車専用タクシー)の運賃助成事業、及び75歳以上の人にコミュニティバスの無料乗車の事業を実施しています。  
(2)コミュニティバスを利用することが困難な高齢者がおり、介護タクシーやミニバス以外の移動手段を調査しておりますが、当市の現状及び財政上の問題等から当市に合う移動手段が見つからないのが現状です。

高浜市

(1)車いす等を利用されている市民への外出支援サービス事業として、車いす、ストレッチャー対応車両で運転手が送迎する「ふれあいサービス事業」、車いす対応車両の貸し出しを社会福祉協議会に委託して行っています。  
(2)今後については、まだ具体的なものはありません。

議題4 要支援者台帳・避難行動要支援者名簿の取り扱い  
(提案市名: 西尾市)

内容・提案理由等	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 避難行動要支援者の対象者。</li> <li>(2) 避難行動要支援者への個人情報の同意はどのようにしているか。</li> <li>(3) 同意書の様式があればご提示願いたい。</li> <li>(4) 民生委員との関わり方</li> <li>(5) その他苦慮していること。</li> </ul>
----------	--

碧南市	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) ①高齢者実態調査にてひとり暮らしもしくは高齢者のみの世帯として登録されている方             <ul style="list-style-type: none"> <li>②要介護3から5までの方</li> <li>③身体障害手帳の1級または2級の方</li> <li>④精神障害者保健福祉手帳の1級または2級の方</li> <li>⑤療育手帳のA判定またはB判定の方</li> <li>⑥移動に介助を要する療育者の方</li> <li>⑦その他本人の申し出のあった方</li> </ul> </li> <li>(2) 市より対象者へ調査票兼同意書を送付し、意向調査を行っている。</li> <li>(3) 別添のとおり</li> <li>(4) 高齢者実態調査の実施直前に調査票兼同意書を送付しており、訪問時に対象者より質問等があった際は、対応して提出を勧奨するよう依頼している。また、調査票兼同意書等で既に市が把握している情報に変わりはないか確認するため、民生委員に3年に1度同意者の自宅への訪問を依頼している。</li> <li>(5) 避難行動要支援者名簿の具体的な活用方法、個別計画の策定。</li> </ul>
-----	---

刈谷市	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 次の項目①～⑦のいずれかに該当する方             <ul style="list-style-type: none"> <li>①70歳以上の単身高齢者、②80歳以上のみで構成する高齢者世帯、③在宅ねたきり・認知症高齢者見舞金受給者、④要介護3から5の認定を受けている方、⑤身障1級並びに下肢、体幹、視覚及び聴覚の2級の方、⑥療育A判定の方、⑦精神1級の方</li> </ul> </li> <li>(2) 調査票兼同意書へ署名</li> <li>(3) 別紙のとおり</li> <li>(4) 避難支援等関係者の一つとして、名簿を提供</li> <li>(5) 案内文や調査票の文章がわかりにくいとの声</li> </ul>
-----	--

安城市	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) ひとり暮らし高齢者、認知症高齢者、寝たきり高齢者、要介護3～5、肢体不自由者1～3級、視覚・聴覚障害者1～2級、知的障害者A判定、精神・発達障害者1級、難病患者(身体障害者手帳第1種)、その他市長が認める者</li> <li>(2) 昨年度までは、年に1回名簿を更新し、民生委員に調査依頼をしていましたが、今年度からは年に2回(6月、12月)名簿を更新し、新たな対象者へは郵送で案内する方法に変更しました。</li> <li>(3) 別添のとおり</li> <li>(4) 情報提供に同意された方には、救急医療情報キットを民生委員から渡していただいています。また、日ごろの見守り活動に名簿を活用していただいています。</li> <li>(5) 特にありません。</li> </ul>
-----	--

西尾市	<ul style="list-style-type: none"> <li>(提案市)</li> <li>(1) 75歳以上の一人暮らしの高齢者(市が実施する高齢者調査の登録者)             <ul style="list-style-type: none"> <li>要介護認定3以上の者</li> <li>身体障害1～2級の者、知的障害A判定の者、精神障害1級の者、難病患者</li> <li>その他支援を必要としている者(老夫婦世帯、老々介護世帯など)</li> </ul> </li> <li>(2) 対象者へ同意確認書を郵送している。</li> <li>(3) 添付のとおり。</li> <li>(4) 民生委員へ74歳以上で住民票上の一人世帯を訪問し、実際の居住実態を把握してもらっている。</li> <li>(5) 名簿の活用方法や全件名簿の開示条件が未決定のまま運用されている。</li> </ul>
-----	---



知立市	<p>(1)平成27年4月に避難行動要支援者名簿を作成しました。対象者は別添資料1のとおりとなっております。</p> <p>(2)別添資料2を郵送し、同意を得ております。</p> <p>(3)別添資料2のとおり</p> <p>(4)避難支援等関係者として避難行動要支援者名簿を提供している。</p> <p>(5)別添資料3の調査票を利用し、町内会に調査を実施してもらいたいが、負担面を考慮し、任意としている。</p>
高浜市	<p>(1)①高齢者(75歳以上の単身、または高齢者のみ世帯)</p> <p>②要介護3以上認定者</p> <p>③身障手帳1・2級、療育手帳A・B、精神手帳1級所持者</p> <p>④難病患者</p> <p>⑤上記以外の市民で要支援と認めた者</p> <p>(2)同意書を提出いただいている。</p> <p>(3)別添参照</p> <p>(4)民生委員に担当地区分の名簿を渡すとともに訪問時に制度説明及び同意書を徴収いただけるよう業務委託契約を取り交わしている。</p>

## 議題 4 關係資料

避難行動要支援者調査票兼同意書

〇〇〇〇

避難所	民生委員 〇〇 〇〇	自主防災会 〇〇〇区自主防災会
住所 愛知県碧南市〇〇町〇〇丁目〇〇番地		
氏名 〇〇 〇〇	避難支援等を必要とする事由	
電話番号 (自宅・FAX) 〇〇-〇〇〇〇	高齢者世帯	
(携帯)	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別 〇〇

1 緊急連絡先

緊急連絡先となる方（子供や兄弟など）の氏名・続柄・電話番号をご記入ください。

氏名	続柄	電話番号 (自宅・FAX)
		(携帯)
氏名	続柄	電話番号 (自宅・FAX)
		(携帯)

2 災害時における外での移動手段について、あてはまるものに○をつけてください。

- ①自立（杖などを使わずに1人で移動できる） ②杖使用 ③シルバーカー（手押し車）等使用  
④車いす使用 ⑤ストレッチャー等使用（ねたきり）⑥その他（ ）

3 その他（身体状況・必要機材等）ご記入ください。

避難行動要支援者は、避難支援者（地域等）への情報提供に同意することにより、避難支援者から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時による避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命または身体を災害から保護を受けるため、上記の内容を碧南市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

- 同意します。
- 施設等に入所しているため、情報提供は必要ありません。
- 趣旨を十分に理解したうえで、同意しません。

令和 年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 (※自署の場合は押印不要)  
【代筆 \_\_\_\_\_ (本人との関係 \_\_\_\_\_)】

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

避難行動要支援者調査票兼同意書

地区	組	班	避難所
本人住所			
本人氏名		生年月日	性別
電話番号 (自宅)	(携帯)	(FAX)	

1 緊急連絡先 ※子供や兄弟などなるべく血縁関係の近い親族をご記入ください。

緊急連絡者の名前、本人から見た続柄、連絡先をご記入ください。

氏名		続柄		電話番号	(自宅)
					(携帯)
氏名		続柄		電話番号	(自宅)
					(携帯)

2 災害時等における移動手段についてあてはまるものに○をつけてください。

- ①自立 (杖などを使わずに1人で移動できる。)      ②杖・シルバーカー (手押し車) 使用  
 ③車いす使用      ④自力移動不可 (ねたきり等)  
 ⑤その他 ( )

3 その他特記事項があればご記入ください。

避難行動要支援者は、避難支援等関係者\*への情報提供に同意することにより、避難支援等関係者から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者自身やその家族の安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。なお、同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。

私は、避難の支援、安否の確認、その他災害から生命または身体の保護を受けるために、上記内容を刈谷市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

- 同意します。  
 趣旨を十分に理解した上で、同意しません。  
 施設等に入所しているため、情報提供は必要ありません。

令和 年 月 日

(代筆の場合は、本人氏名も忘れずに)

本人氏名 (印) 代筆

(※自署の場合は押印不要)

(本人との関係 )

※避難支援等関係者とは、刈谷消防署、刈谷警察署、民生委員・児童委員及び自主防災会等をいいます。

# 安城市避難行動要支援者名簿情報提供同意書兼個人台帳

安城市長

私は、下記の内容を平常時から自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者に提供することに

同意します。                       同意しません。

年      月      日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 代理人住所 \_\_\_\_\_  
 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

自主防災組織 \_\_\_\_\_ 民生委員氏名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

要支援者 ①高齢者(ひとり暮らし・要介護・寝たきり・認知症) ②日中独居高齢者 ③高齢者のみ世帯  
 ④障害者(身体障害・知的障害・発達障害・精神障害・難病) ⑤その他(                      )

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ その他連絡先 (FAX、メールアドレス等) \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 家族構成 (本人含む) \_\_\_\_\_ 人  
 氏名 \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_ 年      月      日

緊急時連絡先	フリガナ氏名	続柄	電話番号		
			自宅	携帯	勤務先
①					
②					

災害時の避難予定場所(避難所)  
 ①(第1候補) \_\_\_\_\_ ②(第2候補) \_\_\_\_\_

特記事項  
 (必要な保健・医療・福祉サービス)

地域支援者(隣近所・福祉委員等) ※地域支援者了解の上できるだけ記入してください。

住所 _____ フリガナ氏名 _____ 世帯主 電話 _____	住所 _____ フリガナ氏名 _____ 世帯主 電話 _____
住所 _____ フリガナ氏名 _____ 世帯主 電話 _____	住所 _____ フリガナ氏名 _____ 世帯主 電話 _____

この台帳に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全を図るもののほか、日ごろの支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用することや情報を漏らすことを禁止します。

作成	年      月      日		
変更	年      月      日	理由	
廃止	年      月      日	理由	
整理番号		個人CD	

安城市長 神谷 学  
 福祉部長

裏面あり

# 緊急時連絡票

年 月 日作成

年 月 日更新

この用紙に記載されている内容について、自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者に提供することに同意します。

本人または代理人の署名

※太枠内に記入または、□にレ点をお願いします。

避難行動要支援者名簿情報提供同意書兼個人台帳と同じ

本人	フリガナ		性別	血液型	生年月日	
	氏名		男・女	A・B O・AB	年	月 日
	住所					
	電話	自宅	携帯			
緊急時 先時 連絡	氏名	続柄	電話番号		勤務先	
	①		自宅	携帯		
	②					

※必要に応じて記入してください。

普段の状態	<input type="checkbox"/> 自立(良好)	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> マヒ( )	<input type="checkbox"/> 人工透析
現病名	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 脳梗塞		<input type="checkbox"/> その他( )	
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 脳梗塞		<input type="checkbox"/> その他( )	
過去に大きな病気・手術歴	病名( ) 時期( )				
かかりつけ医	( 市 町)		( 市 町)		
かかりつけ病院	<input type="checkbox"/> 安城更生病院	<input type="checkbox"/> 八千代病院	<input type="checkbox"/> 刈谷豊田総合病院		
	<input type="checkbox"/> 碧南市民病院	<input type="checkbox"/> その他( )			
利用する介護事業所	電話				
担当のケアマネージャー または 相談支援員	事業所名	-----		介護認定 無・有	<input type="checkbox"/> 要介護( )
	担当者名	-----			<input type="checkbox"/> 要支援( )
	電話	-----			

(備考欄)

※ 定期的に更新してください。

※ 薬剤情報提供書の写しなども併せて「安心キット」に入れてください。



## 避難行動要支援者名簿の情報提供に 同意をお願いします



知立市では、平成 27 年 4 月に避難行動要支援者名簿（以下「名簿」という。）を作成しました。

この名簿には、災害時や災害の発生のおそれがあるときにひとりで避難することが困難であると予想される対象者（避難行動要支援者：裏面参照）が載っています。

災害時に、避難行動要支援者は自ら避難することやその後の避難生活が困難であることが予想されますので、名簿の情報を地域で支援する立場の人達（避難支援等関係者）に提供することで、被害を未然に防いだり、その後の避難生活を良好にすることが期待されます。

つきましては、この案内に同封の「避難行動要支援者名簿の情報提供に関する同意書」（以下「同意書」という。）の提出をお願いします。

記載例にしたがって、記入・押印の上、同封の封筒で下記期日までにご返送ください。

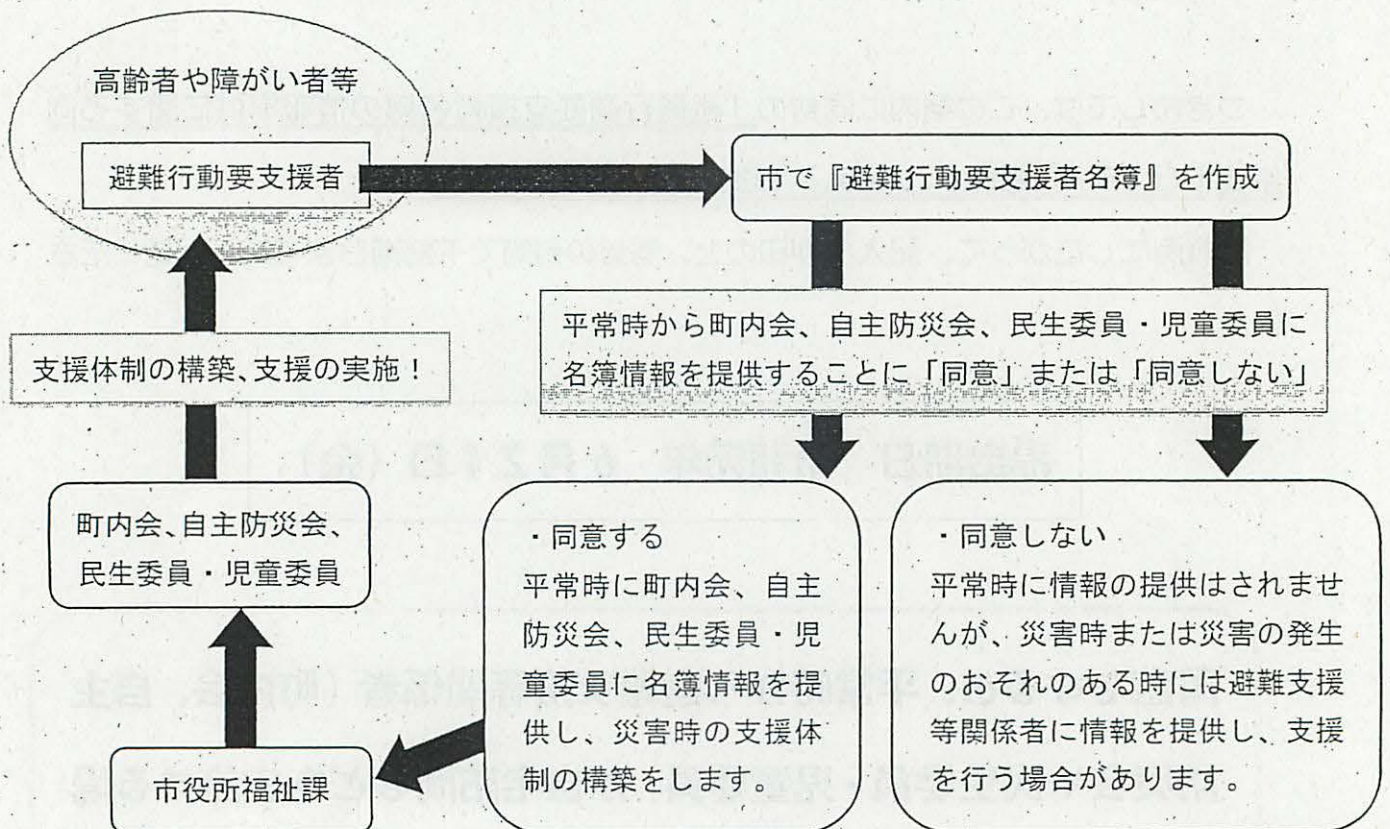
**提出期日 令和元年 6月21日（金）**

**同意をすると、平常時から避難支援等関係者（町内会、自主防災会や民生委員・児童委員）が自宅訪問などを実施する場合がありますので、地元での共助の輪が広がります。**

### 【避難行動要支援者名簿の対象者】

- (1)ひとり暮らし高齢者として市に登録されている人
- (2)要介護認定区分が3から5までの人（施設入所者を除く）
- (3)要介護認定区分が2以下で認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の人（施設入所者を除く）
- (4)要介護認定区分が2以下で障がい高齢者の日常生活自立度B以上の人（施設入所者を除く）
- (5)身体障害者手帳の交付を受けた人のうち、その障がいの程度が1級から3級までの肢体不自由、1級から6級までの視覚障がいまたは聴覚障がいである人
- (6)療育手帳の交付を受けた人のうち、その障がいの程度がA判定若しくはB判定である人またはこれと同程度の障がいである人
- (7)精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた人のうち、精神障害者保健福祉手帳による障がいの程度が1級若しくは2級である人
- (8)特定医療費の支給認定を受けた人で、知立市から特定疾患見舞金の支給を受けている人
- (9)その他支援を希望する人で市長が支援を必要と認めた人

### 【避難行動要支援者名簿利用のイメージ】





避難行動要支援者名簿の提供にかかる同意書

【提出先】知立市長様

避難行動要支援者は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、避難支援等関係者(地域等)から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、災害から保護を受けるために、下記内容(氏名、生年月日、性別、住所、障がい種別等の内容、連絡先等)及び障がい名や病名等を、避難行動要支援者名簿に関する要綱に定める避難支援等関係者に提供することに、

同意します

趣旨を十分理解した上で、同意しません。

令和 年 月 日

氏名

印

町内会	入会している ・ 入会していない	町内会名	
フリガナ			
氏名			
生年月日	平 昭 大 明 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所			
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者として市に登録されている <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている 要介護認定区分: <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している 障害名( ) 等級:( )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している 判定:( )判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している 等級:( )級 <input type="checkbox"/> 特定医療費の支給認定を受けた者であり、知立市から見舞金の支給を受けている <input type="checkbox"/> その他(理由: )		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	
緊急時の連絡先1	住所 氏名	続柄等( )	TEL
緊急時の連絡先2	住所 氏名	続柄等( )	TEL
避難支援者	近隣にお住まいの方であり災害時の避難支援を行っていただける方で、直接本人もしくは本人の家族等から依頼を受け、避難支援者として登録することに了承した者		
避難支援者1	住所 氏名		TEL
避難支援者2	住所 氏名		TEL

【特記事項】

避難行動要支援者調査票（平成28年度）

長篠町		担当民生委員 福祉 太郎 1		
フリガナ	アイネ タロウ	性別	調査結果	
氏名	アイネス 太郎	男	ひとり暮らし高齢者 要介護認定区分3~5 要介護区分2以下認知症高齢者 要介護区分2以下障害高齢者 身障手帳 知的障害者手帳 精神障害者手帳 特定疾患医療 その他	
住所	愛知県知立市長篠町 大山1番地1-1-1			
生年月日	平成20年 7月16日			
電話	0551234567 09012345678 0123456789			
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話
	テスト イタロウ		兄	07012345678 0709999999 9999999
	テスト 一太郎	コーポテストレジデンス 10123号室		
	テスト コ	テスト市福祉町26丁目26番地26号	孫(男)	050050050050 12345678901 99999999
	テスト 子			
避難支援者	氏名	住所	続柄	電話
	アイネス タロウ	テスト区テスト町一丁目17番23号	知人・友人	09012345678
	アイネス 太郎	テストコーポ101号		
	アイネ タロウ	アイネス県アイネス市アイネス町101	子	080123456789
	アイネス 太◆郎	アイネスマンション1		
備考	宅訪年月日1			
	宅訪年月日2			

※ 個人情報は、保護法によって守られ、悪用されることはありません。

普段居る部屋、寝室の位置

不在時の目印、避難済の目印など

避難場所等情報

二次避難所（福祉避難所）の必要性の有無

有

無

避難行動要支援者同意書

フリガナ			
氏名			
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性別 男・女
住所	高浜市 町 丁目 番地		
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 手帳所持 障がい名 等級 <input type="checkbox"/> その他 【特記事項】		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	

避難行動要支援者は、避難支援者（町内会、まちづくり協議会等）への情報提供に同意することにより、避難支援者から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族等の安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護をうけるために、上記内容及び障がい名や病名等を、高浜市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

- 同意します
- 趣旨を十分理解した上で、同意しません
- 同意するかしないかを判断するために、市からの詳細な説明を求めます

令和 年 月 日

氏名

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

※避難行動要支援者情報を作成するため、避難支援等関係者等が訪問調査を行いますので、その際にご協力ください。

議題5 民間事業者等との高齢者の見守りについて  
(提案市名: 知立市)

<p>内容・提案理由等</p>	<p>本市では民間事業者等と協定を結び高齢者の徘徊等をみかけた場合に連絡をお願いしております。他市の状況をお伺いします。</p> <p>(1)民間事業者等との見守りに関する事業を展開していますか (2)実績はどの程度ありますか？ (3)どのような時に連絡をしていただくか基準がありますか？ (4)連絡を受けた場合の対応はどのようにしていますか？ (5)連絡してくれた事業者へのフィードバックはどのようにしていますか？個人情報をごくまで伝えて良いか判断に迷うことがあります。</p>
<p>碧南市</p>	<p>(1)あり(平成28年度から開始)。 (2)協定数 53事業所 (平成30年度連絡数 5件) (3)見守り協定では「異変又は支援を必要とする」ことに気付いた際としています。 (4)シルバーカードで家族の連絡先がわかれば、家族に状況を確認して見に行ってもらう。その他、介護保険利用者であればケアマネへ連絡し、状況に応じて市・包括職員も現場へ出向いています。在宅介護支援センター、民生委員等で状況把握している人がいないかの確認も合わせて行っています。 (5)連絡してくれた事業者へは安否確認の結果(死亡、入院中、外出中等の最小限の情報)を伝えている。</p>
<p>刈谷市</p>	<p>(1)新聞販売店、生活協同組合、牛乳販売店、郵便局等と、刈谷市、刈谷市社協で高齢者見守り活動に関する協定を締結しています。 (2)平成30年度実績で新聞販売店から10件ほど新聞がたまっているなどを理由に通報を受けました。 (3)協力事業者が、業務活動中に異変に気づいた場合市に通報するものとし、異変か否かの判断は協力事業者の裁量によるものとし、通報の有無、誤報については責任を負わないものとしています。 (4)警察、包括等関係機関から当該者に関する情報を得るとともに、長寿課職員、必要に応じて警察、民生委員、包括等に同行をお願いし、現地調査を行います。また、社協に情報提供を行います。 (5)可能な範囲(特に基準はありません)でお礼とともに調査結果の報告をします。新聞販売店の場合、入院や親せき等別の場所にいることが分かったケースは、安否確認ができた旨伝え、亡くなられていた場合、その旨伝えました。</p>
<p>安城市</p>	<p>(1)あり(平成28年度から開始) (2)協定数 39事業所(平成30年度連絡数19件、市で把握分) (3)事業所にお任せしています。異変が疑われるポイントを手引きで示し、対象者の様子が以前と違う、ちょっと気になると感じたときに通報してもらっています。 (4)一人暮らし登録している方であれば、緊急連絡先に連絡します。ほかに介護保険の利用者であればケアマネに連絡、それ以外の方は担当の地域包括支援センターに安否確認を依頼、社協、民生委員、福祉委員会の情報を集約し、訪問が必要な時は地域包括支援センターの職員、必要に応じて市職員が行います。 (5)通報してくれた事業所には必ずフィードバックしますが、亡くなっている場合や詳細をごくまで伝えていいのか迷います。新聞など配達を止める手続きは家族がすることなので、その時に家族から事業者伝えて欲しいと伝えています。</p>

西尾市	<p>(1)あり(平成25年度から開始)。  (2)協定数 58事業所 (平成30年度連絡数 0件)  (3)各事業所の判断にお任せしています。  (4)民生委員や地域包括支援センターと連携して、速やかに生活実態や健康状態、経済状態、親族関係等の調査を行い、必要な相談・支援をします。  (5)通報をいただいた事業者には、調査や相談・支援の結果等は原則としてお知らせしません。</p>
知立市	<p>(提案市)  (1)あり(平成29年度から開始)。  (2)協定数 52事業所 (平成30年度連絡数 151件)  (3)各事業所の判断にお任せしています。  (4)介護保険利用者であるか確認し、利用者であればケアマネへ連絡。利用者でない場合は市職員が安否確認を行う。事前に地域包括支援センター、在宅介護支援センター、民生委員等で関係している人がいないか確認。  (5)連絡してくれた事業者へは安否確認の結果を必要に応じて伝えておりますが、入院等で家を留守にしていた場合など、どこまで伝えて良いか判断に迷うことがあります。本人や家族から連絡してもらうことが原則と思いますが、新聞などの配達などをとめて良いかと事業者から聞かれることもあります。</p>
高浜市	<p>(1)協定の締結はありませんが、新聞が数日分溜まっている場合に新聞店から連絡が入ることがあります。  (2)昨年度新聞店から3件連絡をいただいています。  (3)基準はありません。  (4)カルテ等確認し、ケアマネや生保CW等関係者がいる場合は現状の確認を行う。それでも不明な場合、家族への連絡や、関係者・市職員による現地への安否確認を実施。  (5)安否確認の結果については必要に応じて行っていますが、詳細や新聞の配達中止の連絡は本人や家族から行ってもらおうようにしています。</p>

# 議題 5 關係資料

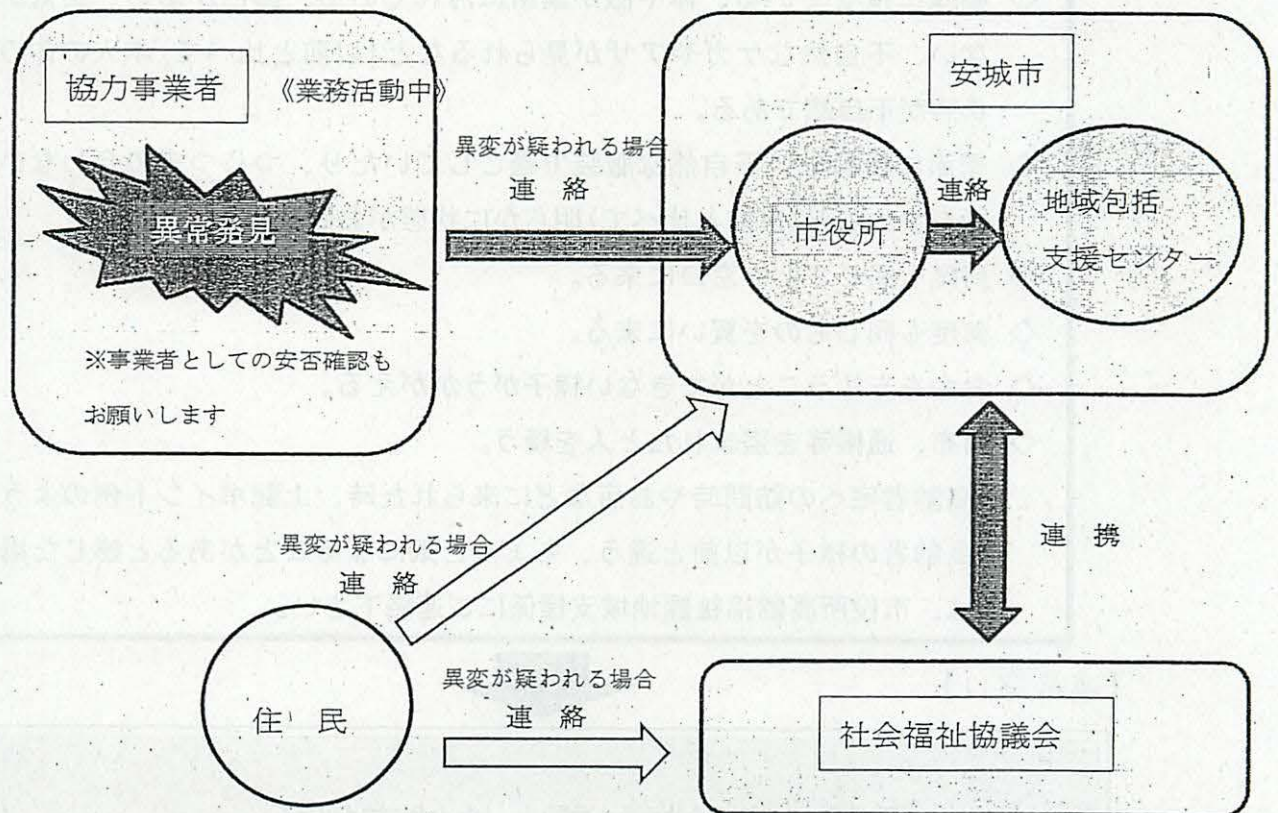
# 安城市高齢者見守り事業者ネットワーク事業手引き

## 【事業の目的】

高齢者人口が増加していく中、社会から孤立する恐れのある高齢者を早期に行政等の支援につなげることで、地域福祉の向上をはかることを目的としています。

事業者の皆さんが通常業務中に異変を発見した場合に市へ連絡していただく事業です。

## 【異常発見から安否確認までの流れイメージ】



- ・協力事業者の皆様が、自らの業務に支障のない範囲で、業務活動中の異変に気づいたときに、連絡をお願いするものです。※義務付けではありません。
- ・明らかに異常がある場合は警察又は消防に連絡してください。

## 【通報者への配慮】

- ・市は、通報者に関する情報（事業者名、氏名、連絡先など）については、見守り活動に関する事務のみに使用します。
- ・協力事業者は、通報に誤りがあった場合、または通報を行うことが出来なかった場合であっても、生じた問題にその責任を問われないものとします。



## 【異変が疑われる事例】

### 配達等で自宅にて気づくポイント

- ◇ 新聞・牛乳などの配達物が、何日も取り込まれずにたまっている。
- ◇ 何日も姿を見かけない。
- ◇ 日中なのに、玄関や室内の電灯が点いた状態が続いている。
- ◇ 雨戸やカーテンが閉まったままの状態が続いている。
- ◇ 屋でも電気がついたままになっている。
- ◇ 同じ洗濯物が干されたままの状態が続いている。
- ◇ ペットの様子がいつもと異なる。(衰弱、凶暴化している等)

### ご本人の様子で気づくポイント

- ◇ 極端に痩せている、体や服が異常に汚れている、顔色が悪い、生気がない、不自然なケガやアザが見られるなど(以前と比べて)本人の体の状態が不自然である。
- ◇ 季節に合わない不自然な服装で過ごしていたり、つじつまの合わない話をするなど(以前と比べて)明らかに状態がおかしい。
- ◇ 何度も同じことで窓口に来る。
- ◇ 何度も同じものを買いに来る。
- ◇ お金を支払うことができない様子がうかがえる。
- ◇ 財布、通帳等を盗まれたと人を疑う。

※高齢者宅への訪問時やお店などに来られた時、上記ポイント例のように高齢者の様子が以前と違う、ちょっと気になることがあると感じた場合は、市役所高齢福祉課地域支援係にご連絡下さい。

## 【連絡窓口】



### 安城市役所 高齢福祉課 地域支援係

◇ 電話：0566-71-2264 (直通)

※電話による対応は、平日の午前8時30分から午後5時15分までです。

(休日及び夜間は、当直から地域支援係担当職員に連絡が入り必要時は対応します。)

※ 緊急の場合は、警察署・消防署に通報してください。

平成29年4月作成

議題6 紙おむつ等支給事業について  
(提案市名: 知立市)

内容・提案理由等  
 当市において、紙おむつの支給事業は地域支援事業交付金の対象事業として実施していますが、令和3年度から交付金の対象外となることが予想されます。交付金の対象外となった場合、次のいずれのやりかたで実施することを考えられているのかご教示ください。  
 ・一般会計または一般会計からの繰り出し金による事業  
 ・市町村特別給付による事業  
 ・保健福祉事業

碧南市  
 他の事業費で交付金算定の上限に達しており、従来より交付金の算定経費に含めていなかったことから、今後の対象経費参入は不可とのことであつたため、今年度より一般会計の事業として実施しています。

刈谷市  
 刈谷市在宅ねたきり・認知症高齢者見舞金受給者で、常時おむつを必要としている方を対象に、高齢者おむつ費用助成利用券を交付していますが、一般会計で事業を行っています。

安城市  
 本市では現在3千万円の事業費に対し、任意事業の上限額いっぱいまでの1500万円を充当し、残りは一般会計からの繰り出し金で処理しています。今後交付金対象外になった場合は、全て一般会計からの繰り出し金で処理する予定です。  
 なお、構想レベルですが、保険者機能強化推進交付金が1500万円ほどであり、その用途が現状ではふさわしいものが無く、基金の積み立てに回り、結果として1号保険料のわずかな値下げにつながるだけですので、市町村特別給付とすることにより、市の負担を増やさず、推進交付金を充当できるのが理想だと考えています。  
 但し、本市の現状の事業では要介護者本人への支給ではなく、在宅介護をする家族への支給となっていることから、新たなスキーム構築が必要です。  
 なお、現状では本市において市町村特別給付で実施している事業はありません。

西尾市  
 30年度のおむつ支給事業の受給者は51件  
 本市も地域支援事業交付金の対象事業として実施していますが本事業が交付金の対象外になったとしても現在、事業を廃止する予定はありませんので、一般会計で事業継続すると思われれます。

知立市  
 (提案市)

高浜市  
 紙おむつの支給事業そのものを高浜市では実施しておりません。  
 当事業に代わるものとして「居宅介護支援券」の支給を実施しています。要支援者または要介護者で施設に入所していないものが対象で、対象者は申請をすると介護度に応じた金額の支援券を1割(2割もしくは3割)本人負担で購入できます。  
 支援券は、市に登録されている市内店舗で使うことができ、主に紙おむつの購入や理美容サービス利用の際に使うことができます。

議題7 ゴミ出し支援について  
(提案市名: 高浜市)

内容・提案理由等	<p>身体機能や認知機能の低下によってゴミ出しが困難になった高齢者への支援について各市の取り組みをご教示ください。 当市では、現在各町内会独自で支援をご検討いただいているところです。</p>
----------	---

碧南市	<p>日常生活に支障のある方の資源ごみのごみ出しについては、「軽度生活援助(ウエルヘルプ)」事業でシルバー人材センターに委託して実施しています。ただし、資源ごみの分別は行わず、ごみ出しのみです。また可燃ごみは対象外ですのでそれらのことはヘルパーさんをお願いしてもらっています。 利用できる方は、事業対象者、要支援認定者、要介護認定者のみの65歳以上のひとり暮らしまたは65歳以上のみの世帯です。 利用料は1時間あたり200円(介護保険料減免者は免除)となっています。</p>
刈谷市	<p>ごみ減量推進課にて下記支援を行っています。 【ごみなどの戸別収集】 下記の要件に該当するごみ出しの困難な世帯について、週1回、市職員が玄関前で戸別収集します。ごみが排出されていない場合は、声掛けし、安否確認を行います。支援対象者かどうかは、申請により調査審査のうえ決定します。 ①歩行困難などで、ごみを自力で排出することが困難 ②親族や近隣在住者などの協力を得ることが困難 ③要介護1以上もしくは身体障害者手帳などの交付を受けている方のみの世帯または病気、ケガなどにより一時的に支援が必要な単身世帯であること 【粗大ごみの搬出補助】 粗大ごみの戸別有料収集制度の利用者のうち、下記の要件に該当する場合、市職員が屋外への搬出支援を行う。支援対象者かどうかは、申請により調査審査のうえ決定します。 ①粗大ごみを屋外まで自力で搬出することが困難 ②親族や近隣在住者などの協力を得ることが困難 ③要支援認定・要介護認定もしくは身体障害者手帳などの交付を受けている方のみの世帯またはそれに準ずる程度の単身世帯であること</p>
安城市	<p>町内会単位への補助金が3万円/年あり、ゴミ出し等の生活支援サービスを行っている団体が3団体あります。そのほか、別の補助金で生活支援サービスを行う団体に対し、要支援者1人当たり500円/月の補助をしており、5団体が利用しています。なお、総合事業の訪問サービスに位置付け、地域支援事業交付金の対象としています。 課題として、なかなか担い手がないということがあります。</p>
西尾市	<p>にこやか収集(ごみ減量課で実施) 内 容 : 家庭から排出されるごみ等を所定のごみステーションまで持ち出すことが困難な高齢者や障害者等の世帯に対して、週1回市が個別に玄関先まで収集に行く。 高 齢 者 : 65歳以上で介護認定を受けている一人暮らしの世帯 可燃ごみ : 「にこやか収集シール」を貼ったバケツに入れる。 不燃ごみ : 指定のゴミ袋に入れる。 資 源 物 : それぞれの品目毎に分別する。</p>

知立市	「介護予防・日常生活支援総合事業」の中の訪問型サービスAにおいて1回60分以内(有料)で支援をしています。シルバー人材センターに委託して実施しております。訪問型サービスBが2団体あり、市民からの依頼に応じている。包括にサービスBのチラシがあり、必要時包括から案内をしている。
高浜市	(提案市)

# 議題 7 關係資料

## 安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、安城市高齢者地域生活支援促進事業実施要綱（平成27年7月15日施行）第2条第1項第2号に規定する高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業について、安城市補助金等の予算執行に関する規則（昭和39年安城市規則第16号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (事業内容)

第2条 市長は、この要綱に定めるところにより、高齢者地域生活支援等実施団体の活動を支援するため補助金を交付する。

### (補助対象団体)

第3条 補助金の交付の対象となる団体は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 安城市内で活動する団体であること。
- (2) 暴力団等との関係を有しない団体であり、政治活動、宗教活動又は営利を目的としない団体であること。
- (3) 団体の規約、会則等（以下「規約等」という。）で、その組織及び運営に関する事項が定められ、代表者が明確であること。
- (4) 法人市民税の課税対象である団体の場合は、市民税の申告を行い、安城市税を滞納していないこと。

### (補助対象活動)

第4条 補助金の交付の対象となる活動（以下「補助対象活動」という。）は、団体自らが主催及び運営をし、別表第1に掲げる日常生活支援活動又は通いの場活動を通して、高齢者を地域の中で見守り、支える活動とする。

### (補助金の額等)

第5条 補助対象経費及び補助金の額は、補助対象活動の種類に応じ、別表第2から別表第4までに掲げるとおりとする。ただし、補助金の額は、補助対象経費から利用者負担金その他の収入を控除した額を限度とする。

2 補助金の額に、100円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

### (交付申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする団体（以下「申請団体」という。）は、安

城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金交付申請書（様式第1）  
に、次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 活動計画書（様式第2）
- (2) 収支予算書（様式第3）
- (3) 団体の規約等
- (4) その他市長が必要と認める書類  
（交付決定及び通知）

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、審査の上、補助金の交付を決定したときは、規則第5条第1項の補助金等交付決定通知書により申請団体にその旨を通知するものとする。

2 市長は、前項の規定による補助金の交付を決定するときは、次に掲げる条件を付すものとする。

- (1) 従事者の清潔の保持、健康状態管理のための対策を講ずること。
- (2) 従事者又は従事者であった者は、正当な理由なく、活動上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講ずること。
- (3) 補助対象活動の実施により事故が発生した場合に、次の措置を講ずること。  
また、その実施方法を定めること。  
ア 事故発生時は、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずること。  
イ 事故の状況、事故に際して講じた措置を記録すること。  
ウ 補助対象活動の実施により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。
- (4) 補助対象活動を廃止又は中止をする場合は、第8条第1項の規定に基づき届出をするとともに、当該活動の利用者の便宜を図ること。
- (5) 市、安城市社会福祉協議会、地域包括支援センター等関係機関が市民への情報提供を目的に作成する台帳に申請団体を登録することに同意すること。
- (6) 活動の際は、従事者を必要数（通いの場活動は、常時1名以上）配置すること。
- (7) 正当な理由なく利用申込みを拒否しないこと。
- (8) 補助対象活動の円滑かつ適正な遂行を図るために市長が必要と認める場合は、市長に書面により報告をし、及び市長が実施する調査に協力すること。
- (9) この要綱に基づき提出した書類を市長が公表することに同意すること。
- (10) 補助対象活動と市の高齢福祉施策との連携に協力すること。

(11) その他市長が必要と認めること。

(計画の変更)

第8条 補助金の交付の決定を受けた申請団体（以下「補助団体」という。）は、当該活動の計画を変更する場合（廃止し、又は中止する場合を含む。）は、直ちに安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金変更交付申請書（様式第4）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(1) 活動計画書

(2) 収支予算書

(3) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項の規定により変更申請があったときは、変更内容を審査し、その内容が適当であると認めるときは、第7条の規定による補助金の交付の決定を変更し、補助団体に対して安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金変更交付決定通知書（様式第5。以下「変更通知書」という。）により通知する。

(実績報告)

第9条 補助団体は、補助対象活動の完了後30日以内又は補助金の交付の決定を受けた年度の末日のいずれか早い期日までに安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金実績報告書（様式第6）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(1) 収支決算書（様式第7）

(2) 収入及び支出の内訳が分かる領収書等の書類

(3) 通いの場活動にあつては活動の記録の分かる写真を印刷したもの

(4) その他市長が必要と認める書類

(財産の処分の制限)

第10条 補助団体は、この要綱に基づく補助の対象である設備、備品等を市長の承認を受けずに、補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない。ただし、減価償却資産の耐用年数に関する省令（昭和40年大蔵省令第15号）に定める耐用年数に相当する期間を経過しているときは、この限りでない。

(是正のための措置)

第11条 市長は、補助対象活動が第7条第2項の規定により付した条件に適合しないと認めたときは、補助団体に対して是正の措置を講ずることを命ずるものと



する。

(交付決定の取消し)

第12条 市長は、補助団体が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができるものとする。

- (1) 補助対象活動に関する申請、報告等について不正があったとき。
- (2) 補助金を当該補助対象活動以外の用途に使用したとき。
- (3) 第7条第2項に規定する条件に違反したとき。
- (4) 第8条第1項又は第9条第1項に規定する書類を提出しなかったとき。
- (5) 第10条に規定する財産処分の制限の条件に違反したとき。
- (6) 前条に規定する是正の措置の命令に従わなかったとき又は法令に違反したとき。
- (7) その他市長が取消しに相当する事由があると認めたとき。

2 市長は、前項の規定により交付の決定を取り消した場合においては、速やかに補助団体に対して安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金交付決定取消通知書(様式第8。以下「取消通知書」という。)により通知する。

3 第1項の規定は、第9条の実績報告により交付すべき補助金の額が確定した後においても適用する。

(補助金の返還)

第13条 市長は、第8条第2項の規定により補助金の交付の決定を変更したとき又は前条第1項の規定により補助金の交付の決定を取り消したときにおいて、当該変更又は取消しに係る部分において既に補助金が支払われているときは、変更通知書又は取消通知書により期限を定め、その返還を補助団体に命ずるものとする。

(委任)

第14条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年7月15日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

別表第1（第4条関係）

活動名	活動内容	利用対象者
日常生活支援活動	利用対象者の居宅を訪問し、利用対象者が自立した生活を送ることができるよう次に掲げる活動（要介護認定者の身体介護を除く。）のいずれかを行い利用対象者を支援するもの （1）ごみ出し、掃除、洗濯、買物、調理、布団干し等の家事援助 （2）外出、通院、買物等への付添い等の外出支援 （3）生活又は身上に関する相談助言等の話し相手 （4）その他の生活支援	市内に居住する要介護認定者、要支援認定者及び事業対象者
通いの場活動（一般介護予防事業型）	月2回以上、運動、交流等の多様な活動を行う自主的な通いの場を提供し、1回の開催時間の基準は、2時間以上とし、1回当たり5人以上参加するもの	市内に居住する65歳以上の高齢者（活動内容に応じて、障害者、
通いの場活動（介護予防・生活支援サービス事業型）	週1回以上、運動、交流等の多様な活動を行う自主的な通いの場を提供し、1回の開催時間の基準は2時間以上とし、1回当たり5人以上参加するもの（1回当たりの利用者のうち要支援認定者及び事業対象者が半数程度占めるもの）	子育て中の親、その子ども等、幅広い市民を対象とすることができる。）

備考 この表において「事業対象者」とは、介護保険法施行規則第140条の6第2の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）に掲げる様式第1（基本チェックリスト）の記入内容が同基準様式第2に掲げるいずれかの基準に該当した者をいう。

別表第2（第5条関係）

日常生活支援活動

基準額	補助対象経費	補助金の額
<p>運営費 利用対象者のうち支援した実利用者1人当たり500円（月額） 上限月額1万円</p>	<p>日常生活支援活動に必要な消耗品費、燃料費、印刷製本費、光熱水費、通信運搬費、保険料、利用者に対する支援を行う従事者への謝礼、物品購入費（価格が1品2万円以下の物品に係るものに限る。）、機器のリース料、その他運営に必要と認められる経費</p>	<p>基準額（月額）の1年度間の合計額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>
<p>初年度開設経費（補助金の交付初年度に限る。） 10万円</p>	<p>周知に要する費用その他の開設に必要と認められる費用（運営費に係る補助金の対象経費を除く。）</p>	<p>基準額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>

別表第3（第5条関係）

通いの場活動（一般介護予防事業型）

基準額	補助対象経費	補助金の額
<p>施設整備費（補助金の交付初年度及び当該年度の翌年度に限る。） 30万円（前年度に施設整備費に係る補助金の交付を受けている場合は、30万円から当該施設整備費に係る補助金の額を控除した額）</p>	<p>通いの場活動に使用する建物等の修繕料、工事請負費（昭和56年6月1日以降に新築の工事に着手したものに限る。）及び備品購入費（価格が1品2万円を超える物品に係るものに限る。）。ただし、個人の資産価値を向上させるものを除く。</p>	<p>基準額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>
<p>初年度開設経費（補助金の交付初年度に限る。） 10万円</p>	<p>周知に要する費用その他の開設に必要と認められる費用（施設整備費に係る補助金の対象経費を除く。）</p>	<p>基準額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>
<p>賃借料 月額1万円</p>	<p>(1) 固定資産税・都市計画税相当分（家屋及び土地）又は家賃相当分 (2) 会場使用料</p>	<p>(1) 基準額と「対象建物の賃借料総額×通いの場活動開催日数÷対象建物の開設日数」で得られた額のいずれか低い額 (2) 基準額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>

<p>運営費</p> <p>利用者（市内に居住する65歳以上高齢者に限る。）1人当たり100円（日額）</p> <p>上限月額6,000円</p>	<p>通いの場活動に必要な消耗品費、燃料費、印刷製本費、光熱水費、通信運搬費、保険料、利用者に対する支援を行う従事者への謝礼、物品購入費（価格が1品2万円以下の物品に係るものに限る。）、機器のリース料、その他運営に必要と認められる経費</p>	<p>「基準額に月間延べ利用者数を乗じて得た額（上限月額を超える場合は、上限月額）」の1年度間の合計額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>
---	---	---

別表第4（第5条関係）

通いの場活動（介護予防・生活支援サービス事業型）

基準額	補助対象経費	補助金の額
<p>施設整備費（補助金の交付初年度及び当該年度の翌年度に限る。） 30万円（前年度に施設整備費に係る補助金の交付を受けている場合は、30万円から当該施設整備費に係る補助金の額を控除した額）</p>	<p>通いの場活動に使用する建物等の修繕料、工事請負費（昭和56年6月1日以降に新築の工事に着手したものに限る。）及び備品購入費（価格が1品2万円を超える物品に係るものに限る。）。ただし、個人の資産価値を向上させるものを除く。</p>	<p>基準額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>
<p>初年度開設経費（補助金の交付初年度に限る。） 10万円</p>	<p>周知に要する費用その他の開設に必要と認められる費用（施設整備費に係る補助金の対象経費を除く。）</p>	<p>基準額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>
<p>賃借料 月額3万円</p>	<p>(1) 固定資産税・都市計画税相当分（家屋及び土地）又は家賃相当分 (2) 会場使用料</p>	<p>(1) 基準額と「対象建物の賃借料総額×通いの場活動開催日数÷対象建物の開設日数」で得られた額のいずれか低い額 (2) 基準額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>

<p>運営費 利用者（市内に居住する65歳以上高齢者に限る。）1人当たり200円（月額） 上限月額1万円。</p>	<p>通いの場活動に必要な消耗品費、燃料費、印刷製本費、光熱水費、通信運搬費、保険料、利用者に対する支援を行う従事者への謝礼、物品購入費（価格が1品2万円以下の物品に係るものに限る。）、機器のリース料、その他運営に必要と認められる経費</p>	<p>「基準額に月間延べ利用者数を乗じて得た額（上限月額を超える場合は、上限月額）」の1年度間の合計額と補助対象経費の実支出額のいずれか低い額</p>
---	---	---

年 月 日

安 城 市 長

団体名	
代表者の住所	
代表者の役職・氏名	印

安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金交付申請書

みだしのことについて、下記のとおり申請します。

記

補助金交付申請額	円	
事業の種類	<input type="checkbox"/> 日常生活支援活動 ( <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(一般介護予防事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(介護予防・生活支援サービス事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 )	
実施予定期間	年 月 日( ) ~ 年 月 日( )	
類似する補助金の受領の有無	有 無	
連絡責任者	役職・氏名	
	住所	
	電話・FAX	
	E-mail	
添付書類	1 活動計画書(様式第2) 2 収支予算書(様式第3) 3 団体の規約等 4 その他市長が必要と認める書類	



# 活 動 計 画 書

1 団体の概要

団体名				
団体の概要	(1)設立年月日	年 月 日	(2)活動者数	人
※団体の規約、その他 団体についての資料を 添付してください。	(3)組織の目的			
	(4)主な活動実績			

2 活動の目的

活動の名称	
※通いの場の名称等	
活動の目的	
※事業の目的を具体的に 記入してください。	
活動の開始(予定日)	年 月 日

3 活動の概要

①日常生活支援活動

活動拠点の住所・名称	安城市 町
活動の内容	
活動の対象者	
活動地域の範囲	
利用者負担の内容	
実利用者見込数	人      うち要介護認定者      人
活動の効果	

②通いの場活動

通いの場の区分	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業型 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業型	
通いの場の住所・名称	安城市 町	
建物区分	<input type="checkbox"/> 町内公民館等 <input type="checkbox"/> 個人所有 <input type="checkbox"/> 借用物件 <input type="checkbox"/> その他	
賃借料・使用料等	<input type="checkbox"/> 有 ( 円/回、月当たり 円) <input type="checkbox"/> 無	
1か月における開催日	1月当たり 回	
1回の開催時間		
活動の対象者		
対象者の地域限定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
延べ利用者見込数 (月平均)	人	うち 要支援認定者・事業対象者数 ※介護予防・生活支援サービス 事業型のみ記入
上記見込数の積算内訳		
活動の内容		
従事者の体制		
利用者負担の内容		
利用者負担以外の収入		
活動の効果		

4 通いの場の施設整備、初年度開設経費の概要

建物の修繕・工事内容	
備品の内容	
上記以外の初年度 開設経費の内容 ※生活支援サービスの場合 も該当あれば記入	

5 活動スケジュール

活動実施スケジュール ※準備・PRを含め、具体的に 記入してください。	時期	活動内容
	4月	
	5月	
	6月	
	7月	
	8月	
	9月	
	10月	
	11月	
	12月	
	1月	
	2月	
	3月	
	次年度以降の 事業展開の見通し	

# 収 支 予 算 書

団体名 \_\_\_\_\_

**【収入】**

科目	予算額	内訳
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
安城市補助金	円	
収入合計	円	

**【支出】**

科目	具体的内容	金額	内訳
<b>補助対象経費</b>			
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
	補助対象経費合計	円	
<b>補助対象外経費</b>			
		円	
		円	
		円	
	補助対象外経費合計	円	
	支出合計	円	

※この様式により難しいときは、これに準じた別の様式を使用することができる。

- (注) ・科目欄には次の区分による科目名を、内訳欄には購入する物品等の名称を記載してください。  
 「報償費」「需用費」「役務費」「委託料」「使用料及び賃借料」「工事請負費」「備品購入費」  
 ・1件20,000円を超える支出については、見積書又は算定の根拠となる資料を添付してください。  
 ・実績報告書の提出時には、支出した経費の領収書を添付してください。

年 月 日

安 城 市 長

団 体 名

代表者の住所

代表者の役職・氏名



安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金変更交付申請書

補助金交付 決定年月日	年 月 日 第 号
事業の種類	<input type="checkbox"/> 日常生活支援活動 ( <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(一般介護予防事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(介護予防・生活支援サービス事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 )
区分	変更 ・ 廃止 ・ 中止
変更等の内容	
変更等の理由	
連絡責任者	役職・氏名
	住所
	電話・FAX
	E-mail
添付書類	1 変更後の活動計画書(様式第2) 2 変更後の収支予算書(様式第3) 3 その他市長が必要と認める書類

年 月 日

団体名  
 代表者住所  
 代表者氏名

安城市長



安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金変更交付決定通知書

年 月 日付けの変更交付申請書に基づき、年 月 日付けの交付決定を変更しますので通知します。

下記に定める期限までに、交付済みの補助金と変更交付決定後の補助金の差額を返還してください。

記

事業の種類	<input type="checkbox"/> 日常生活支援活動 ( <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 運営費 )  <input type="checkbox"/> 通いの場活動(一般介護予防事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 )  <input type="checkbox"/> 通いの場活動(介護予防・生活支援サービス事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 )
補助金交付決定額 ( 年 月 日 番 号)	円
補助金交付済額	円
変更後の 補助金交付決定額	円
補助金の 返還を要する額	円
返還期限	年 月 日

年 月 日

安 城 市 長

団 体 名

代表者の住所

代表者の役職・氏名

印

安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金実績報告書

みだしのことについて、下記のとおり報告します。

記

補助金交付 決定年月日	年 月 日 第 号	
事業の種類	<input type="checkbox"/> 日常生活支援活動 ( <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(一般介護予防事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(介護予防・生活支援サービス事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 )	
事業実施期間	年 月 日～ 年 月 日	
補助金交付決定額	円	
補助金所要額	円	
補助金精算額	円	
連絡責任者	役職・氏名	
	住所	
	電話・FAX	
	E-mail	

※裏面にも記入してください。

活動実施内容

活動の名称	
活動の開始日	年 月 日

1 日常生活支援活動

実利用者数	人	うち要介護認定者	人
活動の従事者数(実人数)	人		
活動での支援内容 ※個々の対象者にどのような支援をしたのか具体的に記入してください。			

2 通いの場活動

月ごとの延べ利用者数・開催回数 ※要支援認定者・事業対象者数は介護予防・生活支援サービス事業型のみ記載してください。	4月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	5月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	6月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	7月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	8月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	9月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	10月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	11月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	12月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	1月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	2月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	3月	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
	計	人 (うち要支援者数・事業対象者	人)	回開催
活動の従事者数(実人数)	人			
活動の実施内容				



3 通いの場施設整備、初年度開設経費

建物の修繕・工事内容	
備品の内容	
上記以外の初年度開設経費の内容	

4 活動の効果、課題、来年度の目標等

--

5 活動の詳細

4月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月

※日常生活支援活動の場合、個々の対象者にどのような支援をしたのかを具体的に記入してください。

※通いの場活動の場合、各開催日にどのような活動を実施したのかを具体的に記入してください。

※活動の確認できる写真を適宜添付してください。(通いの場活動の場合のみ)

## 収 支 決 算 書

団体名 \_\_\_\_\_

**【収入】**

科目	金額	内訳
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
安城市補助金	円	
収入合計	円	

**【支出】**

科目	具体的内容	金額	内訳
<b>補助対象経費</b>			
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
	補助対象経費合計	円	
<b>補助対象外経費</b>			
		円	
		円	
		円	
	補助対象外経費合計	円	
	支出合計	円	

※この様式により難しいときは、これに準じた別の様式を使用することができる。

(注) ・科目欄には次の区分による科目名を、内訳欄には購入する物品等の名称を記載してください。  
 「報償費」「需用費」「役務費」「委託料」「使用料及び賃借料」「工事請負費」「備品購入費」  
 ・支出した経費の領収書を添付してください。(運営費を除く)

年 月 日

団体名  
 代表者住所  
 代表者氏名

安城市長

印

安城市高齢者地域生活支援等実施団体活動支援事業補助金交付決定取消通知書

年 月 日付けの交付決定を全部・一部取消しますので通知します。  
 下記に定める期限までに、交付済みの補助金を返還してください。

記

事業の種類	<input type="checkbox"/> 日常生活支援活動 ( <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(一般介護予防事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 ) <input type="checkbox"/> 通いの場活動(介護予防・生活支援サービス事業型) ( <input type="checkbox"/> 施設整備費 <input type="checkbox"/> 初年度開設経費 <input type="checkbox"/> 賃借料 <input type="checkbox"/> 運営費 )
取消の区分	<input type="checkbox"/> 全部取消 <input type="checkbox"/> 一部取消
補助金交付決定額 ( 年 月 日 第 号)	円
補助金交付済額	円
取消後の補助金所要額	円
補助金の返還を要する額	円
返還期限	年 月 日