

窓口対応マニュアル

相談受付

- ・被保険者（家族等）は窓口【高齢福祉課・市民生活課】に相談する。
- ・被保険者資格の確認をする。

電話で相談の場合
 →認定申請の希望であれば、来庁いただくか、申請書の郵送も可とする。
 →困りごと等、新規相談は地域包括支援センターを案内する。

聞き取り

- 『受付シート』を用いる。受付者の氏名は必ず記入。
- ・『受付シート』によりスクリーニングを行う。（氏名等記入を求めても可）
- ・来庁者から相談の目的や必要と考えているサービス、被保険者の心身の状況等を聞き取る。
- ・明らかに要介護認定が必要な場合は、要介護認定を案内する。

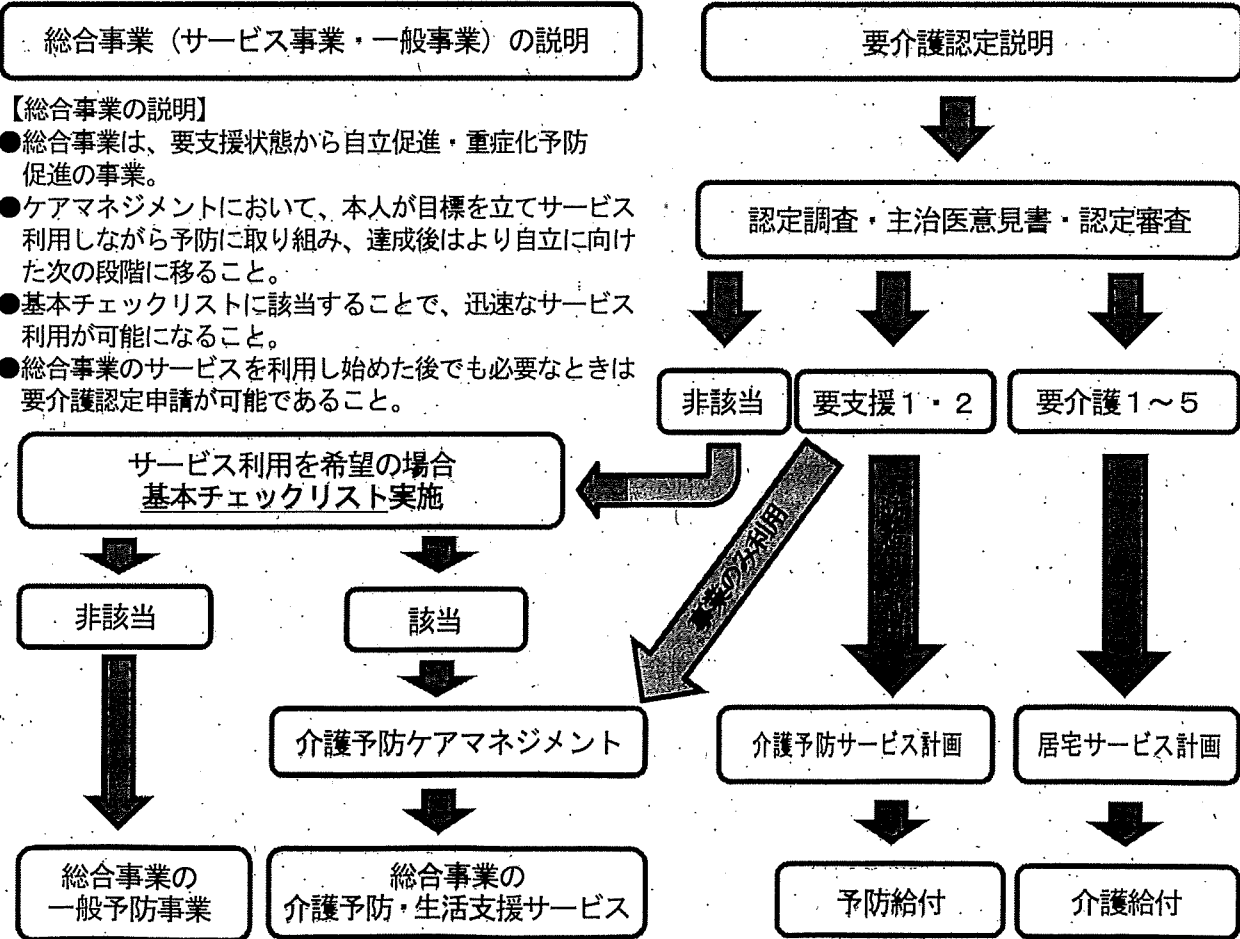
※「受付シート」
 質問項目、右欄に○が1つでも該当があれば要介護認定申請を案内する

要介護認定が必要な例（参考）
 入院中の場合。
 歩行が自力では困難。
 着替えが自力では困難。
 入浴や食事、排せつに部分的介助が必要。
 日常生活に支障がある物忘れがある。

- ・利用したいサービスに訪問看護、福祉用具レンタル・購入、住宅改修、デイケア、ショートステイなどがあれば要介護（要支援）認定申請を案内する。

説明

○要介護認定の必要性が低い方へ総合事業の説明・明らかに要介護認定が必要な方へ要介護認定説明



基本チェックリストの実施

- ・『基本チェックリスト及び確認シート実施申請書』を記入してもらう。
- ・実施した基本チェックリストは高齢福祉課、担当地域包括支援センターに提供されることについて、相談者から同意を得る。
- ・「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人（相談者）が記入又は本人に聞き取りを行い受付者が記入する。（記入できない項目は空白でもよい。）

※関係書類

【『受付シート』『基本チェックリスト及び確認シート実施申請書』『基本チェックリスト』】

※支所担当課で受け付けた場合

- ➡総合事業受付台帳に受付日、対象者氏名、引き渡し日等を記入し管理をする。
- ➡関係書類を担当地域包括支援センターに送る。
（相談者が出向いていただけようなら、包括に電話連絡しその旨伝える）

訪問調査 ○地域包括支援センター受付

- ・『受付シート』『基本チェックリスト及び確認シート実施申請書』『基本チェックリスト』を一式とし、包括に引き継ぐ。
- ・訪問日程調整等を行う。
- ・後日、包括が自宅訪問しアセスメントを行う。（空白の基本チェックリストも確認）
- ・『介護予防ケアマネジメント依頼届出書』の記入をしてもらう。
- ・『書類一式』と『生活状況を把握するための確認シート（アセスメントシート）』『介護予防ケアマネジメント依頼届出書』を高齢福祉課に提出する。

受給者台帳登録・被保険者証の発行

- ・提出のあった書類に基づき、事業対象者の特定を行い、決裁を受ける。
- ・事業対象者を受給者台帳に登録する。
- ➡有効期間は設けない。
- ・登録後、総合事業対象者決定通知書及び被保険者証を作成し、被保険者に簡易書留で郵送する。
- ・基本チェックリスト実施後、おおよそ1～2週間程度で発送予定とする。

※包括からの書類提出があった場合

- ・総合事業受付台帳に受取日を記載する。
- ➡支所で預かったときは、担当者から高齢福祉課へ支所便で書類を送る。
- ※要支援認定者で担当ケアマネージャーが確認後、総合事業の書類を提出することも可能である。

要介護認定 ○『要介護認定申請受付票』に記入しながら進めていく。

- ・2号被保険者であれば、特定疾病に該当するかどうか確認する。
- ・要介護（要支援）認定申請を記入してもらう。（最終、本人同意の署名をもらう。代筆でも可）
- ・主治医を確認する。（被保険者、家族等からも主治医意見書の依頼をもらう。）
- ・認定調査の日程調整をする。
- ・原則30日で認定結果を送付させていただくこととなるが、意見書の到着、調査の日程によっては超えることもあることを説明する。

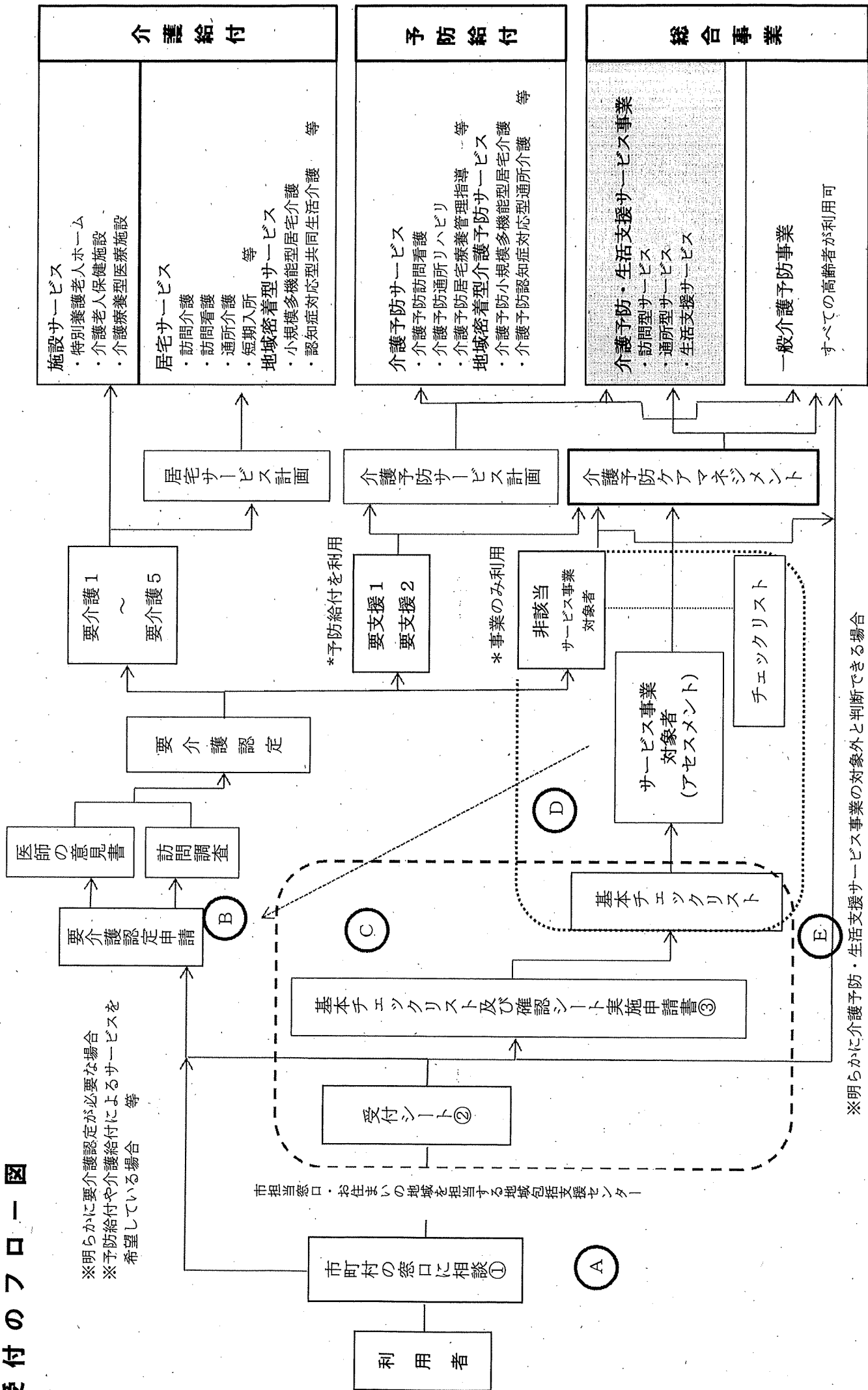
※南丹市外の病院に入院中等の場合

- ➡調査の委託【新規は住所地の市町村又は私立病院協会（事務受託法人）に依頼する】
- ➡主治医意見書の依頼【南丹市外は依頼書、様式、請求書、返信用封筒をつけて依頼する】

一般介護予防事業・その他地域の集いの場

- ・心身の状態が健康で、介護予防のための住民主体の集いの場を利用希望する場合等、一般介護予防事業につなぐ。

受付のフロー図



※明らかに介護予防・生活支援サービス事業者の対象外と判断できる場合

市担当窓口・お住まいの地域を担当する地域包括支援センター

受付者：市・包括・居宅
()

受付シート

相談者（本人・家族・その他) 記入日：平成 年 月 日

ふりがな 対象者氏名			
生年月日	大正・昭和	年 月 日	年齢 歳

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

1. 現在、介護認定を受けていますか。
- 受けていない
- 受けている ※要介護認定申請状況の確認

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口に相談に来られた理由は何ですか。
- 医療機関（医師）に勧められた
- 家族が心配して・友人等に勧められて
- 足腰が弱くなってきたから
- 使いたいサービスがある
- その他

3. 生活状況について
- 歩行（歩けるか）
- 更衣（着替えができる）
- 清潔（一人でお風呂に入れる）
- 食事（一人で食事ができるか）
- 日常生活に支障がある物忘れがある

	① 基本チェックリスト	② 要介護認定申請
	外来通院中	入院中
歩行（歩けるか）	できる・つかまれば可	できない
更衣（着替えができる）	できる・一部助けが必要	できない
清潔（一人でお風呂に入れる）	できる	できない
食事（一人で食事ができるか）	できる	できない
日常生活に支障がある物忘れがある	なし	ある
4. 使いたいサービスがありますか。	★ 訪問介護（ホームヘルプ）	通所リハビリ（デイケア）
	★ 通所介護（デイサービス）	訪問看護
	★	福祉用具貸与
	★	短期入所生活介護（ショートステイ）
	★	住宅改修
	★	施設入所

基本チェックリスト及び確認シート実施申請書

南丹市長 様

次のとおり申請いたします。

申請日 年 月 日

対象者	ふりがな			被保険者番号				
	氏名			性別	男・女	生年月日	大正・昭和 (歳)	
	住所	南丹市			電話番号	- -		
	日中連絡の つく方				電話番号	- -		
	現在の 状況	要介護認定	認定なし 要支援 1・2		有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
		利用サービス						
		居宅介護支援事業所	担当者 ()					
		生活場所	自宅・施設 ()					
			その他 () 入院中 () 退院予定： 年 月 日					
	本人の状態 困っていること							
訪問日時 について	希望日は特にない 曜日の希望あり： 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 時間の希望あり： 午前・午後 時頃							
調査時の 同席者	有 (続柄) ・ 無							

申請者	ふりがな		
	氏名	本人との関係	
	住所	電話番号	- -

サービスを利用するにあたり、基本チェックリスト及び確認シートの実施を依頼します。
また、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト、確認シート及び利用者基本情報を市、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、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに対し同意します。

氏名 _____

代理人 _____ 本人との関係 _____

南丹市 基本チェックリスト

実施日 平成 年 月 日

ふりがな		大正・昭和
氏名	生年月日	年 月 日

太線内の質問にお答えください。「はい」か「いいえ」に○をつけてください。体重・身長を記入してください。

質問項目		回答			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0 はい	1 いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0 はい	1 いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0 はい	1 いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0 はい	1 いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0 はい	1 いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0 はい	1 いいえ	5	運動機能 3/5以上
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0 はい	1 いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0 はい	1 いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1 はい	0 いいえ	2	低栄養 全て該当
10	転倒に対する不安は大きいですか	1 はい	0 いいえ		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ	2	低栄養 全て該当
12	体重 kg 身長 cm BMIが18.5未満である	* 職員記入(BMI=kg÷m÷m) BMI()			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	0 いいえ	3	口腔機能 2/3以上
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	0 いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1 はい	0 いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ	2	閉じこもり No.16に該当
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1 はい	0 いいえ		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」等の物忘れがあるとされますか	1 はい	0 いいえ	3	認知機能 1/3以上
19	自分で電話番号を調べて電話をかけることをしていますか	0 はい	1 いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1 はい	0 いいえ		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1 はい	0 いいえ	5	うつ 2/5以上
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1 はい	0 いいえ		
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1 はい	0 いいえ		
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない	1 はい	0 いいえ		
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1 はい	0 いいえ		

* 以下は記入しないでください

該当した項目に○

運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	10項目以上

基本チェックリスト確認者 (包括支援センター) 担当者:

南丹市くらし安心サポート事業

(訪問型サービスA 第1号訪問事業)

事業の目的

生活機能に低下がみられる高齢者（事業対象者および要支援1・2）に対して、自立を目的とした軽易な日常生活上の支援を実施することにより、要介護状態等となることを予防するとともに地域における自立した生活の継続を可能とし、自己実現を図ることができるよう支援する。

事業対象者

事業対象者（基本チェックリスト該当者）および要支援1・2の認定を受けた者で、介護予防ケアマネジメントにより事業の利用が必要であると認められた者。

利用回数等

サービスの回数は週2回までとし、利用1回につき1時間までとする。ただし、市が1時間以上のサービスが必要と認めた場合は、利用1回につき2時間までとする。

事業の内容

- (1) 家屋内の整理・整頓（掃除）
- (2) 洗濯・日干し（衣服、寝具）
- (3) 調理
- (4) 食材の買い物
- (5) その他市が必要と認めるもの

上記（1）から（5）のサービス提供時にサービス利用者の希望により次のアからカのサービスを提供することができる。

ア 家屋の電球の交換

イ 機器の電池の交換

ウ 機器の使用説明

エ 新聞・雑誌の梱包

オ ごみ出し

カ その他市が必要と認めるもの

上記（4）のサービス提供時にサービス利用者の希望により日用品（洗剤、トイレットペーパー等）の買い物を提供することができる。

利用料

利用1時間当たり180円（1割）

360円（2割）

事業委託料

利用1回、1時間当たり 1割負担者 1,640円

2割負担者 1,460円