

介護予防ケアマネジメント 一部委託書類提出・チェック表

事業所名 _____ 担当 _____

ご利用者 _____ 様 の書類を下記の通り提出します
 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日提出

提出書類に ○ または ✓ を 入れてください	ケアプラン提出 ※1									終 了		
	初 回			介護保険者証 更新(認定後)			認定期間内の 更新・変更/暫定					
	提出	ケア	包括	提出	ケア	包括	提出	ケア	包括	提出	ケア	包括
利用者基本台帳	○			○			※3			×		
介護保険者証の写し	○注1			○			×			※4		
基本チェックリスト	○			○			○			×		
ケアプラン	○			○			○			×		
利用表	○			○			○			×		
サービス評価表	×			○			○			○		
支援経過記録の写し (サービス担当者会議の記録を含む)	○			○			○			○		
介護保険負担割合証の写し	※2			※2			※2			×		
証	×			×			×			○		
認定調査票・主治医意見書	×			×			×			○		

※1 ケアプラン評価期間は最長でも1年程度とし、認定期間内でも更新プランをご提出ください。

注1 委託事業所が変更した時、認定内容に変更がない場合は提出する必要はありません。

※2 介護保険負担割合が2割・3割のときにご提出ください。

※3 変更がある場合に、ご提出ください。

※4 要介護で終了の場合、ご提出ください。

確認者

終了理由:
 終了日: ____ 年 ____ 月 ____ 日

本人署名・捺印ありのプラン原本受け取り
 受取日 _____ 確認者 _____

※ 福祉用具貸与理由書について

理由書に包括印を押印後、区役所に提出。役所の印が押された理由書コピーを包括にご提出ください。

※ 理由書なしで貸与できる場合、確認できるものをご持参ください(認定調査票、主治医意見書等)

裏面の振り分けチェック表は、**介護予防型訪問サービス**を利用される場合に必要です。
利用しているときは 使っている (✓ を記入)両面印刷でご提出ください。
 利用しないときは、表面のみ記入いただきご提出ください。

訪問型サービスの振り分け票

※当てはまるところに○をして下さい！

【00-02】

西区地域包括支援センター

新総合事業移行前（H29年3月末）に既に大阪市の被保険者として介護予防訪問介護を利用しているか

（介護予防訪問介護開始日：令和 年 月 日）

はい いいえ

振り分け1 振り分け指標1：認知機能・コミュニケーションの課題があるか

- ①主治医意見書の【認知症高齢者の日常自立度】がランクⅡ以上またはM
- ②上記①には該当しないが、次の項目のいずれかに該当

<認定調査票>

1-12	視力	4.ほとんど見えない 又は、5.見えているのか判断不能
1-13	聴力	4.ほとんど聞こえない 又は、5.聞こえているのか判断不能
3-1	意思伝達	3. ほとんど伝達できない 又は4. できない
3-4	短期記憶	2.できない
4-7	介護に抵抗	2.ときどきある 又は、3.ある
5-3	意思決定	3.日常的に困難 又は、4.できない

<主治医意見書>

3-(1)	認知症の周辺症状	有
3-(4)	その他の精神・神経症状	有

はい いいえ

振り分け2 振り分け指標2：身体介護が必要か

- ①主治医意見書の【障がい高齢者の日常自立度】がランクB以上
- ②上記①には該当しないが、次の項目のいずれかに該当

<認定調査票>

1-7	歩行	2.何かにつかまればできる 又は、3.できない	両方に該当
2-2	移動	3.一部介助 又は、4.全介助	
2-3	えん下	2. 見守り等 又は3. できない	いずれか
2-4	食事摂取	3.一部介助 又は、4.全介助	
2-5	排尿	3.一部介助 又は、4.全介助	
2-6	排便	3.一部介助 又は、4.全介助	

はい

いいえ

介護予防型訪問サービス (現行相当型)	
週1	A21111 (1176単位)
週2	A21211 (2349単位)
週2以上	A21321 (3727単位)

生活援助型訪問サービス (基準緩和型)	
週1	A21121 (888単位)
週2	A21221 (1774単位)
週2以上	A21331 (2815単位)

※生活援助型訪問サービスを選択する事は可能

※介護予防型訪問サービスが必要と考える場合、別途書類提出・包括訪問確認が必要

【利用する訪問サービスに○をつけて下さい】

<input type="checkbox"/>	介護予防型訪問サービス
<input type="checkbox"/>	生活援助型サービス
<input type="checkbox"/>	サポート型訪問サービス



- ①利用する為の根拠・検討内容をサービス担当者会議録に記載していますか？
- ②根拠となる調査票・意見書を添付していますか？