

【三鷹市介護予防ケアマネジメント等の基本的な考え方】

- (1) 事業対象者については、三鷹市独自のケアプラン様式を使用し、高齢者自身が主体的に目標設定を行い、その達成を図ること（セルフマネジメント）を支援するとともに、適切なアセスメントを実施し、必要なサービスを選択します。
- (2) 総合事業対象者確認の有効期間は 24 か月とします。
- (3) 原則的な介護予防ケアマネジメントでは、現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。利用者との面接によるモニタリング等についても、現行のマネジメントと同様の考え方で行うこととします。概ね 6 か月に 1 回評価を行います。
- (4) 初回のみ介護予防ケアマネジメントは、初回のみマネジメントを実施し、セルフマネジメントを支援します。その後の、地域包括支援センターによるモニタリングは行いません。

総合事業サービス利用の手順

みんな
たのしく
かいごよぼう

相談する

生活する上でなにか困ることが出てきたら、まずは相談してみましょう。
包括支援センターまたは市役所の窓口で、目的や希望するサービスを伝えます。

一般介護予防事業へ
参加したい など

介護予防・生活支援サー
ビス事業を利用したい など

要介護認定が必要なサー
ビスを利用したい など

お住まいの地区の地域包括支援センター窓口へ
(お越しの前にお電話ください。)



みたか日常生活チェックシート

25の項目で日常生活に必要な生活機能が低下してい
ないかを調べます。
サービス事業のみを使用したい場合には、みたか日常
生活チェックシートによる判断と、予防プランを立て
てもらふことで、サービスを利用できます。

要介護認定の
申請

要介護認定
(調査～判定)

非該当

非該当

認定

介護予防・生活支援
サービス事業対象者

要支援1・2

要介護1～5

介護予防・生活支援
サービス事業

介護予防サービス
(予防訪問、予防通所以外)

介護サービス

要支援1・2と判定された方は、「介護予防サービス」と「介
護予防・生活支援サービス事業」の利用が可能です。
(片方みの利用も可)

介護予防・生活支援サービス事業対象の方は、「介護予防・
生活支援サービス」のみ利用できます。

を利用できます。

一般介護予防事業 (すべての利用者が利用可能)

三鷹市における介護予防ケアマネジメントの種類

平成27年12月22日
事業者説明会資料②
三鷹市健康福祉部高齢者支援課

類型	サービス	単位数		地域区分 (円/単位)	委託する場合の支払額		委託しない場合
		基本報酬	基本報酬 +初回加算		居宅介護支援 事業所(%)	地域包括支援 センター(%)	
原則的なケアマネジメント (委託可)	①現行相当サービス (訪問、通所) ②市独自基準のサービス (訪問A、通所A)	430		10.7	4,141円(90%)	460円(10%)	4,601円
			730		7,039円(90%)	781円(10%)	
初回のみケアマネジメント (委託不可)	一般介護予防事業 (チャエックシートで事業該当者となつた場合)		150		委託不可		1,605円

※支払額の計算は、①単位数×地域区分(1円未満は切り捨て)
②委託支払率によって生じる金額の端数(1円未満)は、委託先居宅介護支援事業所の金額を四捨五入

※チャエックシートで非該当となつた場合や、一般応募により一般介護予防事業を利用する場合は、マネジメント報酬は発生しない。

介護予防ケアマネジメントにおける様式等の比較

介護予防サービス計画 (予防給付(総合事業との併用含む)を利用する場合)	介護予防ケアマネジメント (総合事業のサービスのみ利用する場合)
介護予防支援アセスメント用情報収集シート 【A表】介護予防サービス・支援計画表(1/3) 【B表】介護予防サービス・支援計画表(2/3) 【C表】介護予防サービス・支援計画表(3/3) 【F表】介護予防サービス・支援評価表	三鷹市 総合事業・介護予防サービス 支援計画表 (三鷹市独自様式) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・1枚でアセスメントから6か月後の評価まで対応 ・利用者本人が主体的に目標設定を行い、その達成を図ること(セルフマネジメント)を支援 </div>
【D表】介護予防週間支援計画表	左記、【D表】を活用
【E表】介護予防支援経過記録 (サービス担当者会議の要点含む)	左記、【E表】を活用

三鷹市 総合事業・介護予防サービス 支援計画表 (案)

被保険者番号 _____

計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

有効期間

認定日(※) _____ 年 _____ 月 _____ 日
(※総合事業該当者の場合は、チェックシート実施日。)

介護度		日常生活	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ
要支援1	要支援2							
		/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5
課題		目標		具休策		評価(概ね6か月後) 評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
主治医の意見・既往歴などの留意点								
現在の状況 外出・移動(屋内・屋外・交通手段等)								
日常生活(食事・入浴・家事・金銭管理等)								
社会参加・コミュニケーション(趣味・地域活動等)								
健康管理(かかりつけ医・内服管理等)								
その他								

担当包括 _____

総合事業・介護予防サービス 支援計画について同意します。

作成者 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名

みたか日常生活チェックシート（案）

被保険者番号		地域包括支援センター名		担当者	
氏名		住所	三鷹市		
生年月日	明大昭	年	月	日(歳)	性別 男・女
記入日	平成			年	月 日
連絡先氏名	(続柄)		電話	—	連絡可能な時間帯
相談内容 既往歴等					
NO	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
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
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
12	身長	cm	体重	Kg	(BMI =) (注)
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
14	ここ2週間、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	ここ2週間、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
17	昨年とくら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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか？				1. はい 0. いいえ
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週間ずっと、毎日の生活に充実感がないと感じますか？				1. はい 0. いいえ
22	ここ2週間ずっと、これまで楽しんでやれていたことが楽しめない気分ですか？				1. はい 0. いいえ
23	ここ2週間ずっと、以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じる気分ですか？				1. はい 0. いいえ
24	ここ2週間ずっと、自分が役に立つ人間だと思えない事が続いていますか？				1. はい 0. いいえ
25	ここ2週間ずっと、わけもなく疲れたような感じがしていますか？				1. はい 0. いいえ

(注) BMI=体重 (Kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする

市、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当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、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同意します。

平成 年 月 日

氏名