

居宅介護支援事業所 管理者 様

茨木市健康医療部
長寿介護課長 多田 明世

「介護予防及び総合事業の計画書等作成や提出について」における
取扱い変更について（通知）

日ごろから、介護保険事業の推進にご協力いただき、厚くお礼申し上げます。
さて、標題の件について、下記のとおり取扱いを変更いたしますので、ご確認の
うえご対応のほどお願いいたします。

記

1 主な変更内容

	旧	新
ケアプランの 期間	最長1年	利用者の目標達成に必要な期間 (認定有効期間内) ※利用者が具体的なゴールをイメージしやすいよう、近い未来で期間を設定することが望ましい。
評価の タイミング	中間評価：期間の中間時点	中間評価：1年ごと (期間が13か月以内の場合は不要)
	最終評価：プラン変更時等	最終評価：プラン変更時等

※ 詳細は別紙「介護予防及び総合事業の計画書等作成や提出について」をご確認ください。

2 適用開始日

令和7年6月1日（日）以降に作成するケアプランについて順次適用

3 その他

今回の取扱い変更に関わらず、利用者と支援者が一緒に取り組むことができる適切な目標及びその達成に必要な期間を設定し、細やかな支援を心がけてください。

<問合せ先>

茨木市健康医療部長寿介護課給付係

担当：出原

電話：072-620-1637 FAX：072-622-5950

Mail：kaigohoken@city.ibaraki.lg.jp

介護予防及び総合事業の計画書等作成や提出について(茨木市版)

◎ 作成と提出について

	初回月		更新時、区分変更、計画内容変更時		1年毎
	包括へ提出	事業所へ提出	包括へ提出	事業所へ提出	包括へ提出
①利用者基本情報	複写				
②基本チェックリスト	複写		複写		
③支援計画書	原本1部☆	複写	原本1部☆	複写	
④サービス担当者会議録	複写	複写	複写	複写	
⑤評価表			原本1部		原本1部
⑥モニタリング(5つの視点)	毎月実施。(提出は不要。)内容は別紙「モニタリングと評価について」の1参照。				

☆本人署名、押印(自筆署名の場合不要)、日付の入った原本を提出して下さい。包括で複写し、原本を返却します。

◎ 内容の説明

①利用者基本情報	<ul style="list-style-type: none"> 同意欄の利用者署名、印鑑は必須ではない。 緊急連絡先など変更がある場合は再提出。 認定有効期間のみ変更の場合の提出は必須ではない。 ※いずれも加筆修正したもので可。
②基本チェックリスト	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントの基礎部分。計画書作成時に必ず作成。(軽微な変更は除く) 事業対象者に該当するかを判断するチェックリストと内容は同じだが用途は異なるため、担当ケアマネジャーが計画書作成の際に改めて実施する。
③支援計画書	<ul style="list-style-type: none"> 予防給付・総合事業いずれの計画書も、プランの期間は利用者の目標達成に必要な期間(認定有効期間内)を設定する。利用者が具体的なゴールをイメージしやすいよう、近い未来で期間を設定する事が望ましい(変更がある場合は適宜再作成)。 本人の同意後、サービス事業所と本人へ、計画書の複写を交付する。※交付兼受領書については任意。 包括への計画書の提出は原本1部。*サービス担当者会議開催の際は、計画書原案を作成し持参する。 尚、要介護認定結果が末月を過ぎて決定していない場合は、アセスメント状況を踏まえて暫定プランを作成し、サービス担当者会議を開催する。介護度決定後に暫定プランの「暫定」文字部分を二重線で消して確定プランとして取り扱う。
④サービス担当者会議録	<ul style="list-style-type: none"> 居宅の担当ケアマネジャーはサービス担当者会議前に必ず包括に日程の連絡を入れる。 居宅の担当ケアマネジャーからサービス担当者会議の連絡を受けた際にサービス変更の有無等サービス内容について確認する。(担当者会議に出席できない場合は必ず)。 サービス担当者会議は更新時、区分変更時、計画内容変更時など必要時に開催する。 利用サービスが1種類のみの場合、サービス担当者会議を開催せずに「照会」のみとすることは原則認めていない。 やむを得ず、出席できない事業所には照会にて事前に意見聴取し、計画書に反映後、会議録に記載する。サービス担当者会議に出席できない事業所には、後日サービス担当者会議録を配布する。
⑤評価表	<ul style="list-style-type: none"> プラン変更時には、必ず評価表を作成し、包括へ提出する。 計画書の有効期間内は、1年毎に一度必ず評価し、包括へ提出する。1年以内の中間評価は不要。(有効期間1年や13ヶ月の場合は、一度の評価でよい)。 事業対象者は最終評価のみ提出する。 □継続、□変更、□終了のチェックは計画作成者がおこなう。サービス内容に変更がなくても、計画書を新たに作成する場合は「変更」を選択。全くサービスを利用することがなくなった場合は「終了」を選択。 福祉用具貸与等が含まれる計画書は「□予防給付」。通所型サービス、訪問型サービスのみは「□介護予防・生活支援サービス事業」を計画作成者が選択。 目標達成後、同じ目標を継続する場合は、その根拠(理由)を今後の方針に記載。 評価日は評価月末日ではなく、訪問した日(訪問は月半ば以降が望ましい)。 期間は評価期間ではなく、支援計画書で設定している期間を記載する。 ※別紙「モニタリングと評価について」の2参照。
⑥モニタリング	※別紙「モニタリングと評価について」の1参照。
参考) 認定調査票・主治医意見書	<ul style="list-style-type: none"> 初回月のみ包括から複写を提供。その後の更新以降は居宅ケアマネが取り寄せる。 軽度者レンタルを利用する場合等、必要時はその根拠として計画書に反映させ、調査票・意見書の複写を包括に提出する。
参考) 介護保険被保険者証 介護保険負担割合証	<ul style="list-style-type: none"> 保険証等の撮影は望ましくないが、やむを得ず撮影する場合は、本人同意のもと撮影し、責任を持って必ず削除すること。
参考) 計画書等の保存と廃棄	<ul style="list-style-type: none"> 計画書の計画期間の満了月、又は契約終了日から5年間保存する。(例:2025年4月30日満了であれば、2030年5月1日以降の廃棄)
参考) 訪問頻度、訪問月以外の確認、 訪問確認簿など	<ul style="list-style-type: none"> 3か月毎に1回以上の自宅訪問。 訪問しない月は電話等により状況を確認し、モニタリングとする。 訪問時には訪問確認簿へ記載し、署名または押印を得る(任意)。