別紙

伊丹市介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの一部変更について

令和6年5月１日　　伊丹市介護保険課

１．変更点

A 【これまでの方法】

①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおいて、「介護予防サービス・支援計画書」の 記載を一部、省略可とする。

②ケアプランの有効期間は1年 （評価時期は1年以内とする）

B 【新たな運用】

①「介護予防サービス・支援計画表」の簡略化を廃止

②ケアプランの有効期間は、最長で認定の有効期間とする。有効期限のない事業対象者においては最長4年間とする。

（評価時期は1年以内とする）。

※介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのいずれも簡略化しない様式を使用してください。

2．「介護予防サービス・支援計画書」の簡略化を可としていた箇所

介護予防サービス･支援計画書①

＜利用者名＞

被保険者番号		初回	紹介	継続	認定済	申請中	要支援1	要支援2	事業対象者
利用者名	様	認定年月日				認定の有効期間	～		
計画作成者氏名		委託の場合の事業所名							
計画作成（変更）日		初回作成日					包括担当者		

＜目標とする生活＞

1日		1年	

＜領域別の状況と課題＞　　**＜総合的課題と具体策及び具体策に対する本人･家族の意向＞**

アセスメント領域と現在の状況	本人･家族の意欲･意向	領域における課題（背景･原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人･家族の意向
活動･移動について		□有　□無			
日常生活（家庭生活）について		□有　□無			
社会参加･対人関係コミュニケーションについて		□有　□無			
健康管理について		□有　□無			

網掛け部分を省略していましたが、記載が必要となります。

介護予防サービス・支援計画書②

＜目標と支援計画＞

目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサポート	介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）/期間

網掛け部分を省略していましたが、記載が必要となります。

＜健康状態について＞
主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点

＜本来行うべき支援が実施できない場合＞
妥当な支援の実施に向けた方針

＜総合的な方針＞
生活不活発病の改善・予防のポイント

＜基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入してください＞
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください

項目	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
質問数	/5	/2	/3	/2	/3	/5

＜地域包括支援センター＞

確認者氏名　　㊞

＜計画に関する同意＞

上記計画について、同意いたします

確認日：　　年　　月　　日

氏名　　㊞

２．新たな方法の適用時期

①新規のケアプラン作成の場合

令和６年６月1日以降に開始のプランから。

※但し、既にプランを作成し、利用者に説明済の場合においては、これまでの方法（簡略可した様式・プランの有効期間は1年）も可。

②既に有効なケアプランがある場合

ケアプランの更新時期に合わせて、順次、様式の簡略化を廃止し、ケアプランの有効期間は最長で認定の有効期間とする（評価時期は1年以内）。

注１：ケアプランの有効期間が令和6年8終了・9月更新のケアプランから順次、簡略化を廃止する。
（令和6年6月～８月の更新ケアプランについては移行期間としますので、新旧のどちらの方法でも構いません）

注２：9月更新以降のケアプランにおいて、計画書が簡略化されていた場合、地域包括支援センターは修正の上で提出するように求めること。

注３：現時点以前にケアプランを更新しているが、改めてケアプランを作成する場合は、新たな方法を適用することも可。