

ケアプラン自己作成のながれ

介護保険のサービスの利用は、ケアプランにもとづいて行われます。

ケアプランは、サービス利用票・別表、サービス提供票・別表の4種類の書類で構成されています。おもにケアマネジャーが作成しますが、自己作成される場合は、以下のながれにそって作成してください。

(1) 居宅サービス計画作成依頼届出書の提出

通常はプランを作成する居宅介護支援事業者と契約をかわした後、高齢者支援課に提出するものですが、自己作成する場合も同様に届け出てください。届出がないとサービス利用ができません。

(2) 1ヶ月の予定を立てる

利用する月の前月中に、要介護度ごとの単位数を超過しないように注意して、利用したいサービスを組み合わせた計画を立ててください

【要介護度別の単位数】

要支援1	4,970	単位
要支援2	10,400	単位
要介護1	16,580	単位
要介護2	19,480	単位
要介護3	26,750	単位
要介護4	30,600	単位
要介護5	35,830	単位

(3) 事業者を予約する

計画に沿って、各サービス事業者を予約します

※(1)(2)については、状況によりどちらが先でも可

(4) ケアプランの書類を作成する

【作成する書類】

① サービス利用票…その月に利用する予定のサービスをすべて記入

② サービス利用票別表

…事業者ごとに、事業者コード、単位数、保険給付額等を記入します

※1行につき1事業者を記入してください

③ サービス提供票…事業者ごとに、その月に利用するサービスを記入

④ サービス提供票別表

…事業者ごとに事業者コード、単位数、保険給付額等を記入します

※1事業者につき1枚、作成します

例) 4つの事業者を利用する場合、③④は4事業者×2枚で計8枚作成することになります

(5) ケアプランを高齢者支援課へ届ける

サービスを利用する前の月 20 日ごろまでに、高齢者支援課へ届けてください。高齢者支援課で確認印を押したうえ、皆さんにお返しします

(6) ケアプランの管理

高齢者支援課からケアプランが戻ってきたら、

- ①サービス利用票・別表：被保険者が保管
- ②サービス提供票・別表：利用予定の事業者に送付する

(7) 介護サービスの利用

皆さんが作成したケアプランに基づき、サービスを利用します

(8) 給付管理票の作成（高齢者支援課の作業）

皆さんが利用したサービスの事業所からの実績報告をもとに、利用した月の翌月に高齢者支援課で作成し、千葉県国民健康保険団体連合会へ送付します。併せて、利用された事業者からも国保連合会へ請求します。

【その他】

(ア)自己作成の場合は、居宅サービス計画の作成料は請求できません

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

		区 分	被保険者証回収日			
		新規・変更	平成	年	月	日
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号				
フリガナ						
		生 年 月 日			性 別	
		明・大・昭 年 月 日			男・女	
居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼(変更)する事業所						
事業所名			事業所の所在地	〒 —		
自 己 作 成						
		電話番号 ()				
担当者氏名			事業所番号			
事業所を 変更する場合 の事由等	事 由 (事業所を変更する場合のみ記入してください) 変更年月日 平成 年 月 日 ※サービス開始の年月日を記入してください					
柏 市 長 様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。 <div style="text-align: right;">平成 年 月 日</div>						
		住 所	柏市受付欄			
		被保険者 氏 名				
		電話番号 ()				
サービス利用適用日: 平成 年 月 日から利用する						
柏市確認欄	<input type="checkbox"/> 端末入力 <input type="checkbox"/> 被保険者証発行 <input type="checkbox"/> 要介護申請中					

- 注 意**
- 1 この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所と計画作成の契約を行った後に、柏市高齢者支援課に提出してください。
 - 2 届出書を提出する際には、介護保険被保険者証を忘れずに添付してください。添付がないと、新しい被保険者証の発行ができない場合があります。また、被保険者証を紛失、破損した場合は、速やかに再交付の申請を行ってください。
 - 3 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更する場合には、変更年月日を明記のうえ、必ず柏市に届け出てください。届出がない場合、サービスに係る費用を、一旦全額自己負担していただくことがあります。

第1表

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 月 日

認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の介護に対する意向	----- ----- -----
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	----- ----- -----
統合的な援助の方針	----- ----- ----- -----
家事援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他 ()

第3表

週間サービス計画表

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____
開催日 _____ 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

第5表

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者名

殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

