

○ ケアプラン（居宅サービス計画書等）の自己作成について ○

自己作成の大変な部分 書類の作成・提出、整備、保管、情報提供、情報収集、客観的判断

- ・ ケアマネジャー間などで入る情報（介護保険の最新情報、指定取消業者情報 等）が入手困難で時間を要すること。
- ・ 介護保険以外の周辺サービス情報の入手に時間を要すること。
- ・ 個人ではなく複数で、本人の状態や意向について検討するため時間を要すること。
- ・ 関係者（主治医やサービス事業者等）からの意見を聴取するなどの作業に時間を要すること。
- ・ 自ら若しくは家族を主観的ではなく、客観的にサービス利用が適正なのか判断すること。
- ・ 毎月、高齢介護課へ必要書類を作成するため時間を要すること、また、提出すること。
- ・ 必要がある場合に随時、各関係者を集め、サービス担当者会議を開き、家族ではなくケアマネとして参加すること。

手順：

① 高齢介護課へ自己作成する旨を届け出て必要書類を入手します。

必要な書類：ケアプランの自己作成マニュアル・居宅サービス計画書・週間サービス計画表・サービス担当者に対する照会（依頼）内容表・サービス利用表及び別表・サービス提供表及び別表・介護給付費単位数サービスコード表・記載例・介護保険事業者一覧 等

② 課題分析し、関係者・専門家と相談・検討し、ケアプランの原案作成・支給限度額の確認をする。

※心身の状態に基づき、日常生活で支障を来している課題点を整理します。その課題を解決するために必要なサービスを選定し、目標を立てます。この場合、ひとつのサービスだけではなく、いろいろなサービスを選定すること。

※サービスの種類と平行して、どの事業者からいつ、どのサービスをどの程度利用するかも決め、居宅サービス計画書並びにサービス利用票の原案を作成します。その際、自分の状態区分に応じた保険の支給限度額を確認します。同時に「単位数サービスコード表」を用い、利用するサービスの単位数を確認します。そして自分が決めたサービス量が、この支給限度額を超えていないか、自己負担はいくらになるか、などを確認します。

③ ケアプランの作成、サービス事業者を選び、直接依頼し予約をする。

※原案に基づき、希望する事業者にサービスの内容等を伝え、サービスの提供ができるかどうかを確認します。確認後、サービスの予約を入れ、居宅サービス計画書並びにサービス利用票に記載。作成したサービス利用票を複写し、サービス提供票として各事業者へ提出します。

④ ケアプラン等の書類を高齢介護課で確認をする。

※作成したケアプランを高齢介護課へ提出します。そこで内容の確認が終わると、各事業者に予約確定の連絡をします。

※ケアプランとは、

介護：居宅サービス計画書（1）（2）、サービス担当者会議の要点、サービス利用票及び別表

予防：介護予防サービス、支援計画書1・2、介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の内容が記載してあるもの）

⑤ サービス開始後は事業者と連絡調整しあう。

※翌月に計画に沿ったサービスを受けます。1ヶ月経過後(翌月10日まで)にサービス利用票(サービス提供票)とさらに翌月の予定を高齢介護課へ提出する。

具体的作業手順：

居宅サービス計画対象月の前月末までの作業～居宅サービス計画原案の作成

- ・ サービス選択、課題分析の結果に基づき、「居宅サービス計画」の原案を作成する。
- ・ なお、「居宅サービス計画」原案の作成にあたっては、サービスの標準的な利用側等を勘案し適切な作成が行われなければならない。
- ・ 「居宅サービス計画」の原案の作成と支給限度額管理・利用者負担計算は平行して行う。
- ・ 計画に位置付けたサービスについて。保険給付対象内と対象外のサービスの区分や、支給限度基準を超えるサービスを計画する場合の支給限度内と限度外のサービスの区分を明らかにして、利用者負担額の計算を行う。具体的には、「居宅サービス計画原案」をもとに「サービス利用票」に1ヶ月単位で「居宅サービス計画原案」の内容を記入し、「サービス利用票別表」で支給限度基準内外のきりわけを行って、それぞれにおいて負担額を計算することとなる。

居宅サービス計画対象月の作業～計画対象期間中の実施状況把握と連絡調整

- ・ 「居宅サービス計画」の作成後も、継続的にサービスの実施状況を把握し必要に応じて計画の変更や調整を行う。
- ・ 月途中においては、当初の計画に変更がないか確認を行い、翌月分の計画作成を行うこと。

「サービス利用票」作成前の確認事項

保険給付率の確認

○保険給付の割合が変更となるため、利用者負担額を算出する上で事前に確認する。

他制度との給付調整

○受給の有無を確認する。

○「サービス利用票」上は、保険給付外の費用も含め計算する。

○公費優先なのか、介護保険優先なのか。

利用票作成中の注意点：

～サービスコード・介護給付費の額の確認～

- ・ 「サービス利用票」には、サービス提供事業所毎、サービス内容毎の記載を行う。
- ・ サービスコード等については、『介護給付費単位数サービスコード表』により把握を行うこととなるが、以下の点について確認した上で特定する。

○時間単位○

「訪問介護」等、サービスの平均的提供時間数によってサービスコード等が異なるサービスについては、当該サービスがどの時間区分にあてはまるかを確認する。

○時間帯○

「訪問介護」の早朝、夜間などの時間帯によってサービスコード等が異なるサービスについては、当該サービスのサービス提供の時間帯を確認する。

○事業所の種類○

「訪問看護」の「訪問看護ステーション・病院または診療所の区分」等、事業所の種類によってサービスコード等が異なるサービスについては、当該サービスを提供する事業所の種類をWAMNET等により調べ、適用する介護給付費の区分を確認する。

○事業所の体制・設備等○

「通所介護」の事業所の体制・設備等によってサービスコード等が異なるサービスについては、当該サービスを提供する事業所の体制・設備等をWAMNET等により調べ、適用する体制等の区分を確認する。

○サービス担当者の資格等○

「訪問介護」の実際にサービス提供にあたる担当者の資格等により、サービスコード等が異なるサービスについては、当該サービス担当者の資格等の有無を確認する。

○事業所等の所在地○

「訪問介護」等、特別地域加算があるサービスについては、サービスを提供する事業、またはその一部として使用する事務所（注）の所在地が特別地域に該当するかについて、WAMNET等により確認する。

○基準該当事業者の適用単位○

「基準該当居宅サービス」については、通常の介護給付費の額に市町村毎、サービス種類毎に定める額を適用するため、当該基準該当事業者（所）に対して設定される額について、WAMNET等により確認する。

○加算に関連する付加的なサービス○

「訪問介護」の加算に関連する付加的なサービスによってサービスコード等が異なるサービスについては、付加的なサービス実施の有無を確認する。

○料金割引○

事業所毎、サービス種類毎に料金割引を行っている場合は、割引率を考慮する必要があるため、料金割引の有無について、WAMNET等により確認する。

Q&A:**Q1 ケアマネジャーとは？**

A 依頼を受けたら、ケアマネジャーが、本人と介護者・家族のために、本人が有する能力に応じて、自立した生活が送れるように、介護保険サービスとその他あらゆる制度のサービスを、心身の状況、置かれている環境、本人や家族の希望等を勘案して、利用するサービスの種類・内容を組み立て、滞りなくそれらのサービスが受けられるように、事業者と利用者の連絡調整などを行う。

Q2 実際にやることは？

A 申し込みがあったら→家庭訪問→本人・家族の意向を把握する→課題を明らかにする→目標と達成時期を立てる→その目標のために有効なサービス内容を検討→サービスの種類を検討→利用頻度を検討→事業者を選ぶ→コスト計算をする→実施状況を把握して→その都度見直す→この繰り返し この過程の中で、厚生労働省による標準様式にのっとり1表から8表までの書類を作成する。

第1表	本人・介護者の意向を書く。ケアマネジャーの方向性。支援の柱・方針を記載
第2表	課題と目標・サービス内容・サービス種類・頻度・事業者などを記載
第3表	日常生活、1週間の標準的な過ごし方を記載
第4表	サービス担当者会議を開いて、その内容を記載。利用者や家族を交えて開催する。
第5表	担当者会議ができなかったとき、ケアマネジャーとサービス事業者の間で交わす文書
第6表	個人やケアマネジャーの経過を記載
第7表	サービスの月間予定表（サービス利用票・提供票）
第8表	コスト計算表（サービス利用票別表・提供票別表）

Q3 ケアプランって何？

A 介護保険を利用するときには、あらかじめ翌月に使うサービスを予約しておく必要があります。ケアプランはそのサービスの注文票です。ケアプランを立てるということは、いつ、どこで、どんなサービスを、どの事業所から、どのくらいの時間受けるかを考え、利用者サービスを提供する事業者の間をコーディネートして、さらに利用料の管理を行うことです。

Q4 自己作成って何ですか。

A 介護保険サービスを利用する時に、居宅サービス計画の作成をケアマネジャーに依頼しないで、本人（実行上家族が成り代わる場合も含む。）が自ら作成した居宅サービス計画のことを「自己作成ケアプラン」、「セルフケアプラン」などと称しております。

Q5 根拠規定を明確に整理した資料はないですか。

A 自分で作成したケアプランであっても現物給付を可能とする根拠は、介護保険法第41条第6項に基づく介護保険法施行規則第64条第1号ハの規定ということになります。

Q6 自己作成のメリットは？

A 介護保険や他の介護をめぐる制度がよくわかること。事業者ともケアマネジャーとも、知識の格差が少なくなり、対等な立場で話をするができること。予定の変更など迅速にできること。

意思の疎通がうまくいくこと。介護に対して前向きになった…などなどの感想があがっています。

Q8 自己作成していて困ったとき、どこに相談に行ったらいい？

A 地域包括支援センターの役割のひとつに、「自己作成の支援」が挙げられていますので具体的にご相談ください。

Q9 ケアマネジャーにケアプラン作成をお願いしたら、作成料はどのくらい支払うの？

A ケアマネジャーに依頼したからといって、利用者に金銭的な負担は一切ありません。ケアマネジャーへの報酬は、全額が介護保険の財源の中から介護支援事業者へ支払われます。

Q10 自己作成したらお金がもらえるの？

A 報酬はありません。

Q11 給付管理はどうなるの？

A 給付管理は前月の利用実績を国民健康保険団体連合会に報告する業務です。国保連でこの報告と事業者からの請求を付き合わせて、事業者に報酬が支払われます。ケアマネジャーがプランを立てている時はケアマネジャーの仕事ですが、自己作成の場合はこの業務は自治体が行います。

Q12 予防給付の自己作成はできるのでしょうか？

A もちろんです。予防給付でも自己作成ができることは、2005年8月の全国介護保険担当課長会議のQ&Aと2006年3月の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議の資料の中に、明記されています。

居宅サービス計画書 (2)

利用者名 東村山 太郎

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容						
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間	
<p>ここは、第1表に書いた方針を受けて、解決すべき課題について要点を記載します。また上から順に優先度の高いものから記載していきます。</p>	<p>左記のニーズを受けた長期目標を記入します。基本的に長期目標は1つですが、内容によっては複数設定することも可能です。</p>		<p>長期目標を達成するための目標です。出来るだけ具体的・段階的な目標設定を行います。緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動します。また目標達成期間は、認定有効期間を考慮した上で設定します。</p>		<p>短期目標の達成に必要なサービスを記載します。また出来るだけ介護保険以外の援助(家族援助・自費等)も記載します。生活援助中心型訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載します。</p>		<p>具体的なサービスの種類及びそのサービス提供を行う事業所名、頻度について記載します。また家族が担う介護部分については、誰が行うのかを明記します。</p>				
<p>自分のことが自分で出来るようになりたい。</p>	<p>人の手を借りずに、出来ることを増やす。</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	<p>①ベッドから車椅子に自力で移れる。 ②転倒に注意し、室内移動が安全に出来る。</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	<p>A. リハビリテーション① B. 機能訓練① C. 移動介助② D. 車椅子及び特殊寝台のレンタル①② E. 手すりの取り付け②</p>	<p>○ ○ ○ ○</p>	<p>A. 医療 B. 家族通所介護 C. 訪問介護 家族 D. 福祉用具貸与 E. 住宅改修</p>	<p>●●リハビリテーション病院 妻 ▲▲テイサービスセンター ●●介護事業所 妻 ■レンタル会社 ●●工務店</p>	<p>1回/2週 随時 1回/週 2回/週</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	
<p>トイレで用を足したい。</p>	<p>元気なころと同じようにトイレで用を足すことが出来る。</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	<p>安全にトイレで用が足せる</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	<p>A. 排泄介助</p>	<p>○ ○</p>	<p>A. 家族訪問介護 通所介護</p>	<p>妻 ●●介護事業所 ▲▲テイサービスセンター</p>	<p>随時 1回/週 2回/週</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	
<p>以前と同じように友人との付き合いをしたい。</p>	<p>友人との付き合いを再開し、楽しみのある生活をする。</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	<p>①なるべく外出するようにする。 ②いろいろな人と話をする。</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	<p>A. 体を動かす① B. 趣味活動へ参加① C. 友人との交流②</p>	<p>○</p>	<p>AB. 通所介護 C. 地域活動参加</p>	<p>▲▲テイサービスセンター 友人</p>	<p>2回/週 随時</p>	<p>00.0.00 ~ 00.0.00</p>	

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

週間サービス計画表

利用者名 東村山 太郎

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
深夜	4:00	週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日や時間の表中に記載し、利用者の生活活動とサービス提供状況を分かりやすくします。								
	6:00									
早朝	8:00								起床 着替・洗顔 朝食	
	10:00									
午前	12:00	通所介護 (入浴)			通所介護 (入浴)				昼食	
	14:00			訪問介護				入浴・シャワー浴・トイレ		
午後	16:00									
	18:00								夕食	
夜間	20:00									
	22:00								就寝	
深夜	24:00	隔週(通院)や月単位(福祉用具貸与など)で提供されるサービス、ショートステイなどについて記載します。 また医療やボランティアのサービス・家族の支援等も、あれば記入しましょう。								
	2:00									
	4:00									

利用者の平均的な一日の過ごし方について記入します。
例えば、起床・就寝・食事・排泄(夜間も)・入浴・昼寝・介護者の出勤/帰宅時間など。
提供サービスと生活に無理が出ていないか確認します。

週単位以外のサービス ●●リハビリテーション病院に通院(1回/2週) 福祉用具貸与(車椅子・特殊寝台) 住宅改修(手すりの取り付け)

第4表

記載例

サービス担当者会議の要点

サービス担当者介護とは、利用者とその家族、計画作成者と関係するサービス事業者が一同に会して、サービス計画書(1~3表)を確認し、協議し、調整する会議です。

利用者名 東村山 太郎

居宅サービス計画作成者氏名 東村山 花子

認定日 平成 00 年 00 月 00 日

開催場所 ××包括支援センター

開催時間 11:00~12:00

開催回数 1 回

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	本人	A氏	××包括支援センター	G氏
	妻	B氏	家族(長女) ケアプラン作成者	H氏
	〇〇リハビリテーション病院	C氏	△△デイサービスセンター	E氏

介護の出席者名とその所属を記載します。出席できないサービス担当者がいれば、その旨も記載します。
家族の場合はその関係性が分かるように書きましょう

検討した項目
1. 退院後在宅生活の基本方針の確認。
車椅子生活での注意点。
2. 居宅サービス計画の原案について。

検討内容
1. 病状は安定しているので生活上の制限は無いが、再発には気をつける事。定期的な通院及び病院のリハビリは継続してゆく。
ベッド~車椅子間の移動・トイレ内での移動は、しばらくの間ヘルパーや家族などに介助をしてもらいながら行う。
2. 目標を確認する。妻の介護力の確認、サービス内容、回数について意見交換を行う。

結論
1. 内服薬は入院中と同じ物を継続し、退院後も生活リズムを崩さないようにする。足の筋力が低下していることから、転倒に十分注意する。
病院のリハビリテーションのほか、自宅でも自分で出来るだけ動くことを心がけてゆく。
2. 原案を確認する。当面原案の内容で実施するが、必要に応じて変更してゆく。

残された課題
1. 自宅での移動方法に危険が無いのか、無理が無いのか確認する。
2. 妻に過剰な負担がかかっていないか、確認する。
 (次回の開催時期) **次回は1ヵ月後に開催予定**

会議の目的と検討した内容について、簡潔に記載します。
「サービス担当者会議」は認定・更新ならびに区分変更時や、居宅サービス計画変更の必要がある時に開催しましょう。
 開催する場合はあらかじめ目的や日程・サービス内容について、利用者やサービス担当者に伝えて、内容について確認しておきましょう。

会議で検討した内容、及び結論について簡潔に記載します。検討項目の番号に対応させて記載すると良いでしょう。
 各サービス提供者が担当するサービスの内容について報告しあうだけではなく、提供方法・留意点・頻度・担当者などを確認・検討しましょう。
 また、結論については「いつまでに誰が〇〇をする」といった具合に、具体的な書き方で結論を明記しましょう。

結論がまとまらなかった項目について記載します。
 次回開催日時や目的なども明記しましょう。

