

セルフケアプラン

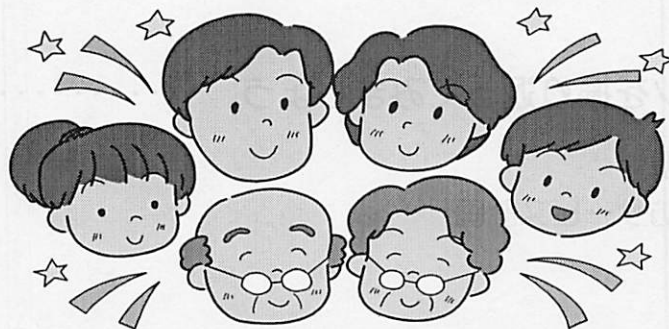
～予防～

自分にあったケアプランを作ってみましょう。

介護保険では利用者の心身の状態や家族の状況等に応じていろいろなサービスを組み合わせ、計画的かつ効果的にサービスの利用ができるように、あらかじめ居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「ケアプラン等」といいます。）を作成します。

ケアプラン等の作成は、居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は介護予防支援事業所の保健師等に依頼する方法と自分で作成をする方法「セルフケアプラン」があります。

藤沢市では、本人が自立支援を目的としてご自分でご自身のケアプランを作ってみようとお考えの方に対し、ケアマネリーダー事業や地域包括支援センターと連携して自立した生活を支援していきます。



藤沢市 介護保険課 総務・給付担当

2007年4月1日

～目次～

第1章	頁
今までの生活を振り返って、整理してみましょう。……………	2
用意する帳票	
☆ 自己紹介カード（基本情報）	
第2章	
セルフケアプランを作ってみましょう。……………	6
用意する帳票	
☆ 介護予防サービス計画	
☆ 介護予防サービス担当者会議の要点	
☆ 介護予防サービス提供票	
☆ 介護予防サービス提供票別表	
第3章	
サービス内容などを振り返ってみましょう。……………	8
用意する帳票	
☆ 介護予防サービス利用票	
☆ 介護予防サービス利用票別表	
☆ 介護予防サービス計画評価表	
第4章	
セルフケアプランを振り返ってみましょう。……………	9
用意する帳票	
☆ 介護予防サービス計画	
まとめ	
ケアプラン作成の基本的な流れ……………	10

それでは、具体的に考えていきましょう！

第1章 今までの生活を振り返って、整理してみましょう。

これは、サービスを利用する前に、自分の今までの生活、これから自分を含めて周りの人たちとどのように暮らしていきたいか？を整理することです。

- 今まで自分で身の回りのことなどを頑張ってきたけど、身の回りのことに少し不便を感じてきたのでサービスを利用したいな。

今までの生活とくらべて、不便になった事ってどんなことだろう？

具体的に書いてみましょう。



- サービスを利用する前に、今の自分に何ができるのだろう？

具体的に書いてみましょう。



●自分らしく送る生活とは、目指す生活とは、どんな生活ですか？

具体的に書いてみましょう。



●どんなサービスが利用できるのかな？

介護保険制度のパンフレットなどを参考に、サービスの種類やその内容を確認してみましょう。また、介護保険以外でも、藤沢市が行っている事業や各種サービスの情報等もぜひ活用してください。パンフレットなどは、市役所介護保険課、地区福祉窓口にあります。なお、入手が困難な場合には、郵送しますので連絡してください。

【連絡先】 藤沢市介護保険課 総務・給付担当（新館2階）
電話 0466-50-3527（直通）
FAX 0466-23-5174

ケアプランに基づき利用することができるサービス

訪問介護・介護予防訪問介護

ホームヘルパーが自宅を訪問し、食事、入浴、排せつなどの介護や、調理、掃除、洗濯などの日常生活の世話をを行います。通院のための乗車又は降車等の介助もあります。

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

移動入浴車などで自宅を訪問し、浴槽を持ち込んで入浴の介護を行います。

訪問看護・介護予防訪問看護

看護師などが自宅を訪問し、主治医と連携を取りながら、療養上の世話や必要な診療の補助を行います。

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が自宅を訪問し、医師の指示に基づき、必要なリハビリテーションを行います。

- 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
医師、歯科医師、薬剤師などが自宅を訪問し、療養上の管理及び指導を行います。
- 通所介護・介護予防通所介護
デイサービスセンターなどに通い、入浴、食事の提供と介護、機能訓練、日常生活の世話を受けます。
- 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
老人保健施設や病院などに通い、理学療法士や作業療法士などによるリハビリテーションを受けます。
- 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
特別養護老人ホームなどに短期間入所し、日常生活の世話や機能訓練を受けます。
- 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
老人保健施設などに短期間入所し、日常生活の世話や機能訓練を受けます。
- 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与
日常生活の自立を助ける福祉用具の貸出を行います。要介護1以下の人は利用することができる品目に制限があります。
- 夜間対応型訪問介護（要支援状態区分の方は利用できません。）
夜間の定期的な巡回訪問や通報により、ホームヘルパーなどが自宅を訪問し、排せつなどの介護や日常生活の世話をを行います。
- 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
認知症の人がデイサービスセンターなどに通い、入浴、食事の提供と介護、機能訓練、日常生活の世話を受けます。

その他、利用することができるサービス

- 福祉用具購入・介護予防福祉用具購入
次の福祉用具を購入した際に、10万円を上限額として購入金額の9割を支給します。
 - ・入浴補助用具
 - ・特殊尿器
 - ・移動用リフトのつり具の部分
 - ・腰掛便座
 - ・簡易浴槽
- 住宅改修・介護予防住宅改修
住民登録地の住宅を改修した際に、20万円を上限額として改修金額の9割を支給します。
 - ・手すりの取付け
 - ・滑り防止等のための床材の変更
 - ・引き戸等への扉の取替え
 - ・段差の解消
 - ・その他改修に付帯して必要となる工事

- 自立した生活、目指す生活を実現するために、どんなサービスを利用したいですか？

具体的に書いてみましょう。

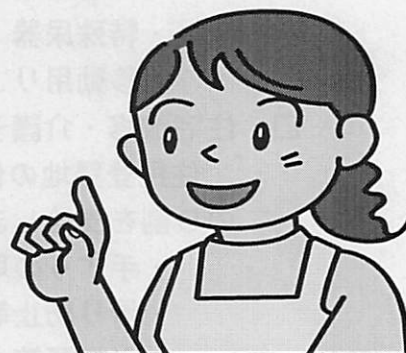


将来的には、施設等に入居又は入所したい意向はありますか？

例えば、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、グループホーム、小規模多機能型居宅介護 とか…。

※ここまでで、「自分のこれまでの生活や周りの人たちとどのように暮らしていきたいか？」という目的、また、「その目的を達成するための具体的なサービスの種類や内容」が明確に見えてきましたか？ ここまでの分析は、セルフケアプランの要になりますので、自分なりにきちんとまとめてみてください。

※具体的に記入してきたことを、「自己紹介カード」に転記してみましょう。



第2章 セルフケアプランを作ってみましょう。

ここでは、実際にサービスを利用するにあたり、本当に自立した生活を実現するために必要な役にたつサービスなのか？を改めて考えてみます。また、利用したいサービスが決まったら、サービスを提供する事業者と利用に係る契約が必要になります。

●利用したいサービスはどんな種類のサービスですか？

具体的に書いてみましょう。



●自立した生活を送るために利用するサービスの目的は何ですか？

具体的に書いてみましょう。



※ ここまでで、第1章で見た目的を達成するための、必要なサービスの内容や種類が決まります。サービスを利用する前には、介護予防サービス提供事業者との契約や、サービスを提供する事業者と“介護予防サービス担当者会議”を開催し、利用したい曜日やサービスの量を調整します。

※ 具体的に記入してきたことを、「介護予防サービス計画」に転記してみましょう。



介護予防サービス担当者会議とは？

第1章、第2章で明らかにした目標や課題を整理し、ご自身で作成したケアプランの原案を、主治医や関係する介護予防サービス提供事業者らと確認し、協議、調整するための会議です。ここでは、ご自身の意向を伝えると共に、今の生活状況や周りの環境等、解決する課題でもっとも優先するものは何か？ご自身が必要としているものを充足させるためには何が必要か？について、それぞれの立場から意見を出してもらい、関係者の合意のもとに、ケアプランを作成します。

会議では、次の項目について具体的に明確にしていきます。

- ・ サービスの内容、時間、回数、実施曜日、期間
- ・ サービス利用に要する費用等の試算

介護予防サービス担当者会議の開催は、ご自身の心身の状況や生活の環境等の情報を介護予防サービス提供事業者と共有することも重要な意義の一つです。日ごろから、介護予防サービス提供事業者との情報を共有する関係作りが重要です。

※介護予防サービス担当者会議で検討した内容に沿って、いよいよ“ケアプラン”を作成します。「介護予防サービス提供票」、「介護予防サービス提供票別表」を作成し、第2章で作成した「介護予防サービス計画」とともに、介護予防サービス提供事業者に提出します。

※介護予防サービス担当者会議は、新しく認定を受けたときや更新をしたとき、心身の状態に変化があったときに開催し、「介護予防サービス担当者会議の記録」に内容を記載します。

※介護予防サービス担当者会議には、地域包括支援センターの職員も参加します。地域のボランティアや民生委員との関わりがあれば、参加を依頼してみるのもよいでしょう。

さあ、いよいよサービスの利用を開始します！



第3章 サービス内容などを振り返ってみましょう。

ここでは、サービスを利用したあとに、サービスの内容はどうだったのか？また、サービスを利用して生活はどうなったのか？ を自分なりに評価してみます。

- サービスの内容や時間は適当なものになっていましたか？ サービスの利用によって生活に変化はありますか？

具体的に書いてみましょう。

※ここでは、作成したケアプランに基づいたサービスが提供されているか？ 困ったことがないか？ 解決しそうな課題や新たな課題はないか？ をご自分なりに評価してみます。この評価は、第4章で行う翌月以降のケアプランを再検討するために、毎月行う重要なものです。

- ・サービスはご希望どおりに提供されていますか？
- ・困ったことはありませんか？
- ・解決しそうな課題はありますか？
- ・新たに発生した課題はありますか？

※この評価は、今後のケアプランの内容や自立した生活を送るための課題や目的に大きく影響するものです。じっくりと見直しをして、必要があれば、改めて介護予防サービス担当者会議を開催し、良いアドバイスをもらってください。

また、「以前より身体の状態が悪くなってしまった」、「新たに利用したいサービスがある」場合には、第1章、第2章で見た目的を再検討する必要があります。

※実際のサービス利用状況について、「介護予防サービス利用票」に実績を記入したあと、具体的に、「介護予防サービス計画評価表」に記載してみましょう。

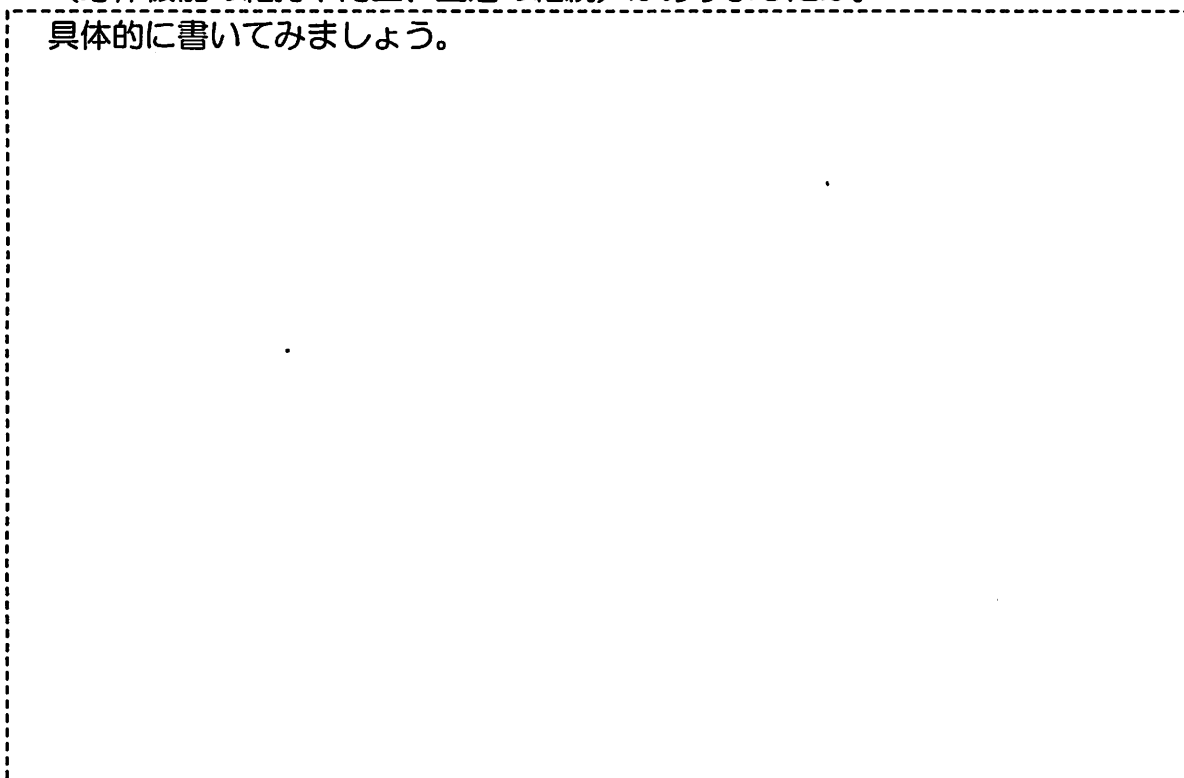
第4章 セルフケアプランを振り返ってみましょう。

ここでは、より内容の濃いケアプランを実現するために、サービスを利用したことによって、自分の体や周りの環境にどういった変化があったのか？ また、その変化により、これからのサービスの種類や内容について改めて考えてみます。

- これからのサービスの種類や内容について考え、自分の体の状態に合わせたサービス利用を考えてみましょう。

サービスを利用したことにより、自分の体の状況や周りの環境にどのような変化（身体機能の維持や向上、生活の継続）がありましたか。

具体的に書いてみましょう。



※ 自分の体の状況や周りの環境に変化があった場合には、第1章の「これまでの生活を振り返って、整理してみましょう。」から改めて考えてみる必要があります。これは、ケアプラン作成の基本だからです。

自分の体の状況や周りの環境に変化があり、サービスの種類や内容が今までと変わった場合には、改めて介護予防サービス担当者会議も開催します。

ケアプラン作成の基本的な流れ

- ① ケアプランを自分で作ってみよう！
ケアプランを自分で作る事が決まったら、市に、介護保険被保険者証又は資格者証を添えて、「居宅サービス等計画作成依頼（変更）届出書」を提出します。
- ② 自分の身体状況や自分を取り巻く環境の把握
- ③ 自立した生活を送る上での課題の把握
「自己紹介カード（基本情報）」を作成します。
- ④ ケアプランの原案作成
「自己紹介カード（基本情報）」を基に、「介護予防サービス計画」を作成します。
- ⑤ 利用するサービス種類の決定、介護予防サービス提供事業者との契約
- ⑥ 介護予防サービス担当者会議の開催
「自己紹介カード（基本情報）」と「介護予防サービス計画」をもとに、介護予防サービス提供事業者らと会議を開催し、サービスの内容や時間、回数、実施曜日、期間等を具体的にして、「介護予防サービス担当者会議の記録」を作成します。必要があれば、「介護予防サービス計画」を変更・修正します。
- ⑦ 介護予防サービス提供票・介護予防サービス提供票別表の作成
実際に利用するサービスの種類や内容をもとに、介護予防サービス提供票・介護予防サービス提供票別表を作成し、市と介護予防サービス提供事業者に提出します。毎月作成します。
- ⑧ サービスの利用
介護予防サービス提供事業者は、介護予防サービス提供票・介護予防サービス提供票別表に基づき、サービスを提供します。
- ⑨ 介護予防サービス利用票等の提出
サービスを利用したのちに、利用実績が確認できる介護予防サービス利用票・介護予防サービス利用票別表、介護予防サービス提供事業所確認表を毎月、市に提出します。
- ⑩ サービスの利用状況の把握
介護予防サービス提供事業者がケアプランに沿って、契約したとおりにサービスを開始し実行しているか、必要な支援が受けられているかを「介護予防サービス計画評価表」に記載し、目標の達成について評価をしながら、ケア項目の修正・終了について判断します。体の状態や周りの環境に変化があったことにより、利用するサービスの種類や回数を変更する場合には、改めて②から始めます。

自己紹介カード(基本情報)

作成日 年 月 日

フリガナ				性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和
氏名							年 月 日(歳)
住所	〒 —			本人の連絡先		— —	
被保険者番号				要介護度	要支援1・要支援2		
					要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
認定年月日		認定有効期間					
年 月 日	平成	年	月	日	～	平成	年 月 日
							新規・更新・区分変更
年 月 日	平成	年	月	日	～	平成	年 月 日
							新規・更新・区分変更
年 月 日	平成	年	月	日	～	平成	年 月 日
							新規・更新・区分変更
医療機関名				主治医の氏名			
医療機関の住所							
【家族・生活環境】 (主たる介護者に○印をつけてください。)							
氏名	年齢	続柄	職業	住所			連絡先
居住環境	自宅	一戸建て	エレベーター	トイレ	浴室	住宅改修	
	賃貸	集合(階の 階)	有・無	和式・洋式	有・無	全部済・一部済・未改修	
第1緊急連絡先	フリガナ				続柄	電話番号	
	氏名						
第2緊急連絡先	フリガナ				続柄	電話番号	
	氏名						

暮らし・介護に対する考え方	
---------------	--

日常生活の中で、自分で出来ること	
------------------	--

日常生活の中で、困っていること	
-----------------	--

性格	
趣味(好きなこと)	

※”そのために必要な支援やサービス欄”に記入したサービスを書き出してみましょう。

--

基本チェックリスト

記載日

年 月 日

社会性に関する項目		回答(どちらかに○)	
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

(点/5点)

運動機能に関する項目		回答(どちらかに○)	
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？	0 はい	1 いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか？	0 はい	1 いいえ

(点/5点)

栄養状態に関する項目		回答(どちらかに○)	
11	6ヶ月間で2~3kgの体重減少がありましたか？	0 はい	1 いいえ
12	身長 cm 体重 kg ※体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)が18.5以上ですか？	0 はい	1 いいえ

(点/2点)

口の中の状態に関する項目		回答(どちらかに○)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？	0 はい	1 いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか？	0 はい	1 いいえ
15	口の渇きがきになりますか？	0 はい	1 いいえ

(点/3点)

閉じこもり度に関する項目		回答(どちらかに○)	
16	週に1回は外出していますか？	0 はい	1 いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか？	0 はい	1 いいえ

(点/2点)

物忘れ度に関する項目		回答(どちらかに○)	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか？	0 はい	1 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？	0 はい	1 いいえ

(点/3点)

うつ傾向に関する項目		回答(どちらかに○)	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない。	0 はい	1 いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。	0 はい	1 いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じる。	0 はい	1 いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない。	0 はい	1 いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れた感じがする。	0 はい	1 いいえ

(点/5点)

合計点数

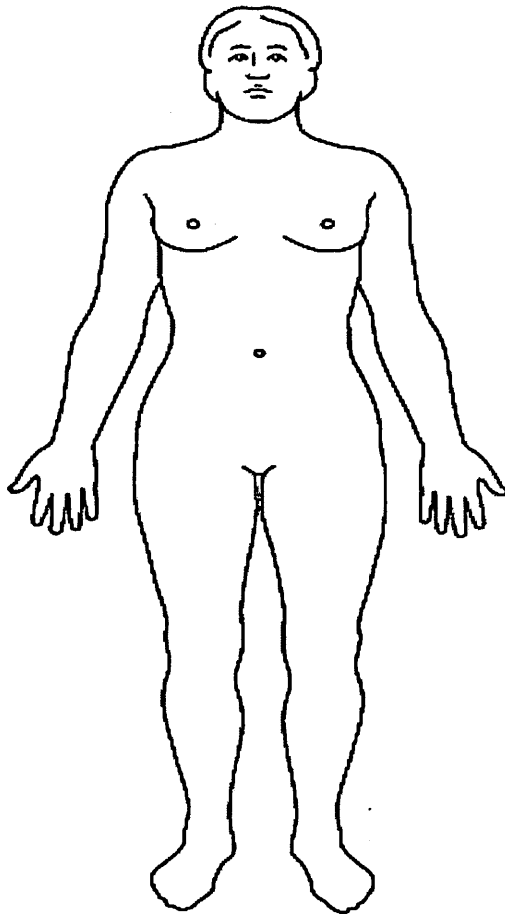
点/25点

～ 私の姿と気持ちシート ～

※空白部分に私のありのままの姿を書いてみましょう。

私の不安や苦痛、悲しみは…

私が嬉しい、楽しいと感じることは…



私が受けている医療への願いや要望は…

私がやりたいことや願いは…

↑
身体的に不自由に感じているところに○印をつけましょう。

介護予防サービス計画

計画作成者氏名 _____ 印
 要支援状態区分 要支援 1 ・ 要支援 2

住所 _____ 電話 _____
 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

作成日 年 月 日	こうなりたい	どうすればいいか	そのために必要な支援やサービス		
			自分で出来ること	家族等の支援	サービスなど
目指している暮らし（こんな風に暮らしたいな）	ゆくゆくは…				
	すぐにでも…				
自分でこんな風にやってみたい。	ゆくゆくは…				
	すぐにでも…				
地域や周りの人たちとこんな風に関わっていききたい。	ゆくゆくは…				
	すぐにでも…				

基本チェックリスト	社会性に関する項目	運動機能に関する項目	栄養状態に関する項目	口の中の状態に関する項目	閉じこもり度に関する項目	物忘れ度に関する項目	うつ傾向に関する項目
チェックシートの結果	(/5)	(/5)	(/2)	(/3)	(/2)	(/3)	(/5)
個別課題、提案(地域包括支援センター記入)							
総合的な課題、提案(地域包括支援センター記入)							

平成 年 月 日
 藤沢市第 地域包括支援センター 担当者 _____ 印

介護予防サービス計画評価表

計画作成者氏名 _____ 印 _____
 要支援状態区分 要支援 1 ・ 要支援 2

認定有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

		こうなりたい	ケアプラン達成状況	やってみてどうだったか？	前月との心身、環境の変化		これから
目指している暮らし（こんな風に暮らしたいな）	ゆくゆくは…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
	すぐにでも…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
自分でこんな風にやってみたい。	ゆくゆくは…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
	すぐにでも…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
地域や周りの人たちとこんな風に関わっていきたい。	ゆくゆくは…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
	すぐにでも…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)

【今後に向けてのアドバイス】

介護予防サービス担当者会議の要点

			作成者	
開催年月日	年	月	日	開催場所

事業者名	利用サービス	担当者	出席方法
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX

相談した内容	
検討した内容	
結論、今後の考え方	
残された課題	

	氏名	印
--	----	---

平成 年 月分 介護予防サービス利用票(兼介護予防サービス計画)

保険者番号	142059	保険者名	介護予防支援事業者事業所名	作成年月日	年 月 日	利用者確認
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名	担当者	届出年月日	年 月 日	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	要支援状態区分 要支援1・要支援2	区分支給限度基準額	単位/月	限度額適用期間
		変更後要支援状態区分 変更日				平成 年 月から 平成 年 月まで

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業者名	月間サービス計画及び実績の記録																																	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数	
			曜日																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	

作成年月日 年 月 日
利用者氏名 様

平成 年 月分 介護予防サービス利用票 別表

介護予防サービス区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位数/金額	種類支給限度額基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額(保険対象分)	給付率%	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(全額負担分)
					率%	単位数											
			区分支給限度基準額(単位)				合計										

公費分等補足説明

[Empty box for public fee supplement explanation]

その他

[Empty box for other information]

平成 年 月分 介護予防サービス提供票(兼介護予防サービス計画)

保険者番号	142059	保険者名	介護予防支援事業者事業所名	作成年月日	年 月 日	利用者確認
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名	担当者	届出年月日	年 月 日	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	要支援状態区分 要支援1・要支援2	区分支給限度基準額	単位/月	限度額適用期間
		変更後要支援状態区分 変更日				平成 年 月から 平成 年 月まで

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業者名	月間サービス計画及び実績の記録																																	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数	
			曜日																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	

作成年月日 年 月 日
利用者氏名 様

平成 年 月分 介護予防サービス提供票 別表

介護予防サービス区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位数/金額	種類支給限度額基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額(保険対象分)	給付率%	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(全額負担分)
					率%	単位数											
			区分支給限度基準額(単位)				合計										

公費分等補足説明

その他

セルフケアプラン

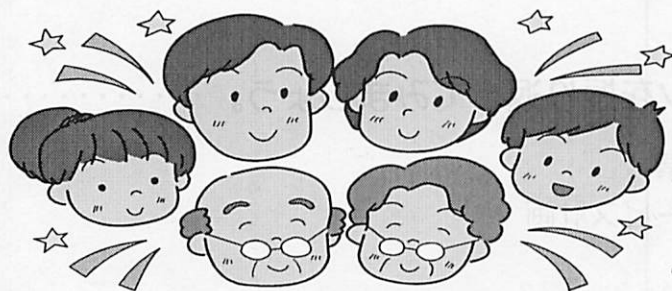
～介護～

自分にあったケアプランを作ってみましょう。

介護保険では利用者の心身の状態や家族の状況等に応じていろいろなサービスを組み合わせ、計画的かつ効果的にサービスの利用ができるように、あらかじめ居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「ケアプラン等」といいます。）を作成します。

ケアプラン等の作成は、居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は介護予防支援事業所の保健師等に依頼する方法と自分で作成をする方法「セルフケアプラン」があります。

藤沢市では、本人が自立支援を目的としてご自分でご自身のケアプランを作ってみようとお考えの方に対し、ケアマネリーダー事業や地域包括支援センターと連携して自立した生活を支援していきます。



藤沢市 介護保険課 総務・給付担当

2007年4月1日

～目次～

第1章	頁
今までの生活を振り返って、整理してみましょう。……………	2
用意する帳票	
☆ 自己紹介カード（基本情報）	
第2章	
セルフケアプランを作ってみましょう。……………	6
用意する帳票	
☆ 居宅サービス計画	
☆ サービス担当者会議の要点	
☆ サービス提供票	
☆ サービス提供票別表	
第3章	
サービス内容などを振り返ってみましょう。……………	8
用意する帳票	
☆ サービス利用票	
☆ サービス利用票別表	
☆ 居宅サービス計画評価表	
第4章	
セルフケアプランを振り返ってみましょう。……………	9
用意する帳票	
☆ 居宅サービス計画	
まとめ	
ケアプラン作成の基本的な流れ……………	10

それでは、具体的に考えていきましょう！

第1章 今までの生活を振り返って、整理してみましょう。

これは、サービスを利用する前に、自分の今までの生活、これから自分を含めて周りの人たちとどのように暮らしていきたいか？を整理することです。

- 今まで自分で身の回りのことなどを頑張ってきたけど、身の回りのことに少し不便を感じてきたのでサービスを利用したいな。

今までの生活とくらべて、不便になった事ってどんなことだろう？

具体的に書いてみましょう。



- サービスを利用する前に、今の自分に何ができるのだろう？

具体的に書いてみましょう。



●自分らしく送る生活とは、目指す生活とは、どんな生活ですか？

具体的に書いてみましょう。



●どんなサービスが利用できるのかな？

介護保険制度のパンフレットなどを参考に、サービスの種類やその内容を確認してみましょう。また、介護保険以外でも、藤沢市が行っている事業や各種サービスの情報等もぜひ活用してください。パンフレットなどは、市役所介護保険課、地区福祉窓口にあります。なお、入手が困難な場合には、郵送しますので連絡してください。

【連絡先】 藤沢市介護保険課 総務・給付担当（新館2階）
電話 0466-50-3527（直通）
FAX 0466-23-5174

ケアプランに基づき利用することができるサービス

□ 訪問介護・介護予防訪問介護

ホームヘルパーが自宅を訪問し、食事、入浴、排せつなどの介護や、調理、掃除、洗濯などの日常生活の世話をを行います。通院のための乗車又は降車等の介助もあります。

□ 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

移動入浴車などで自宅を訪問し、浴槽を持ち込んで入浴の介護を行います。

□ 訪問看護・介護予防訪問看護

看護師などが自宅を訪問し、主治医と連携を取りながら、療養上の世話や必要な診療の補助を行います。

□ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が自宅を訪問し、医師の指示に基づき、必要なリハビリテーションを行います。

- 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
医師、歯科医師、薬剤師などが自宅を訪問し、療養上の管理及び指導を行います。
- 通所介護・介護予防通所介護
デイサービスセンターなどに通い、入浴、食事の提供と介護、機能訓練、日常生活の世話を受けます。
- 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
老人保健施設や病院などに通い、理学療法士や作業療法士などによるリハビリテーションを受けます。
- 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
特別養護老人ホームなどに短期間入所し、日常生活の世話や機能訓練を受けます。
- 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
老人保健施設などに短期間入所し、日常生活の世話や機能訓練を受けます。
- 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与
日常生活の自立を助ける福祉用具の貸出を行います。要介護1以下の人は利用することができる品目に制限があります。
- 夜間対応型訪問介護（要支援状態区分の方は利用できません。）
夜間の定期的な巡回訪問や通報により、ホームヘルパーなどが自宅を訪問し、排せつなどの介護や日常生活の世話をを行います。
- 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
認知症の人がデイサービスセンターなどに通い、入浴、食事の提供と介護、機能訓練、日常生活の世話を受けます。

その他、利用することができるサービス

- 福祉用具購入・介護予防福祉用具購入
次の福祉用具を購入した際に、10万円を上限額として購入金額の9割を支給します。
 - ・入浴補助用具
 - ・特殊尿器
 - ・移動用リフトのつり具の部分
 - ・腰掛便座
 - ・簡易浴槽
- 住宅改修・介護予防住宅改修
住民登録地の住宅を改修した際に、20万円を上限額として改修金額の9割を支給します。
 - ・手すりの取付け
 - ・滑り防止等のための床材の変更
 - ・引き戸等への扉の取替え
 - ・段差の解消
 - ・その他改修に付帯して必要となる工事

- 自立した生活、目指す生活を実現するために、どんなサービスを利用したいですか？

具体的に書いてみましょう。

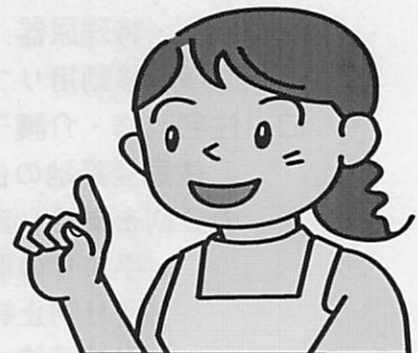


将来的には、施設等に入居又は入所したい意向はありますか？

例えば、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、グループホーム、小規模多機能型居宅介護 とか…。

※ここまでで、「自分のこれまでの生活や周りの人たちとどのように暮らしていきたいか？」という目的、また、「その目的を達成するための具体的なサービスの種類や内容」が明確に見えてきましたか？ ここまでの分析は、セルフケアプランの要になりますので、自分なりにきちんとまとめてみてください。

※具体的に記入してきたことを、「自己紹介カード」に転記してみましょう。



第2章 セルフケアプランを作ってみましょう。

ここでは、実際にサービスを利用するにあたり、本当に自立した生活を実現するために必要な役にたつサービスなのか？を改めて考えてみます。また、利用したいサービスが決まったら、サービスを提供する事業者と利用に係る契約が必要になります。

●利用したいサービスはどんな種類のサービスですか？

具体的に書いてみましょう。



●自立した生活を送るために利用するサービスの目的は何ですか？

具体的に書いてみましょう。



※ ここまでで、第1章で見えた目的を達成するための、必要なサービスの内容や種類が決まります。サービスを利用する前には、サービス提供事業者との契約や、サービスを提供する事業者と“サービス担当者会議”を開催し、利用したい曜日やサービスの量を調整します。

※ 具体的に記入してきたことを、「居宅サービス計画」に転記してみましょう。



サービス担当者会議とは？

第1章、第2章で明らかにした目標や課題を整理し、ご自身で作成したケアプランの原案を、主治医や関係するサービス提供事業者らと確認し、協議、調整するための会議です。ここでは、ご自身の意向を伝えると共に、今の生活状況や周りの環境等、解決する課題でもっとも優先するものは何か？ご自身が必要としているものを充足させるためには何が必要か？について、それぞれの立場から意見を出してもらい、関係者の合意のもとに、ケアプランを作成します。会議では、次の項目について具体的に明確にしていきます。

- ・ サービスの内容、時間、回数、実施曜日、期間
- ・ サービス利用に要する費用等の試算

サービス担当者会議の開催は、ご自身の心身の状況や生活の環境等の情報をサービス提供事業者と共有することも重要な意義の一つです。日ごろから、サービス提供事業者との情報を共有する関係作りが重要です。

※サービス担当者会議で検討した内容に沿って、いよいよ“ケアプラン”を作成します。「サービス提供票」、「サービス提供票別表」を作成し、第2章で作成した「居宅サービス計画」とともに、サービス提供事業者に提出します。

※サービス担当者会議は、新しく認定を受けたときや更新をしたとき、心身の状態に変化があったときに開催し、「サービス担当者会議の記録」に内容を記載します。

※サービス担当者会議には、ケアマネリーダーも参加します。地域のボランティアや民生委員との関わりがあれば、参加を依頼してみるのもよいでしょう。

さあ、いよいよサービスの利用を開始します！



第3章 サービス内容などを振り返ってみましょう。

ここでは、サービスを利用したあとに、サービスの内容はどうだったのか？また、サービスを利用して生活はどうなったのか？ を自分なりに評価してみます。

- サービスの内容や時間は適当なものになっていましたか？ サービスの利用によって生活に変化はありますか？

具体的に書いてみましょう。

※ここでは、作成したケアプランに基づいたサービスが提供されているか？ 困ったことがないか？ 解決しそうな課題や新たな課題はないか？ をご自分なりに評価してみます。この評価は、第4章で行う翌月以降のケアプランを再検討するために、毎月行う重要なものです。

- ・サービスはご希望どおりに提供されていますか？
- ・困ったことはありませんか？
- ・解決しそうな課題はありますか？
- ・新たに発生した課題はありますか？

※この評価は、今後のケアプランの内容や自立した生活を送るための課題や目的に大きく影響するものです。じっくりと見直しをして、必要があれば、改めてサービス担当者会議を開催し、良いアドバイスをもらってください。

また、「以前より身体の状態が悪くなってしまった」、「新たに利用したいサービスがある」場合には、第1章、第2章で見えた目的を再検討する必要があります。

※実際のサービス利用状況について、「サービス利用票」に実績を記入したあと、具体的に、「居宅サービス計画評価表」に記載してみましょう。

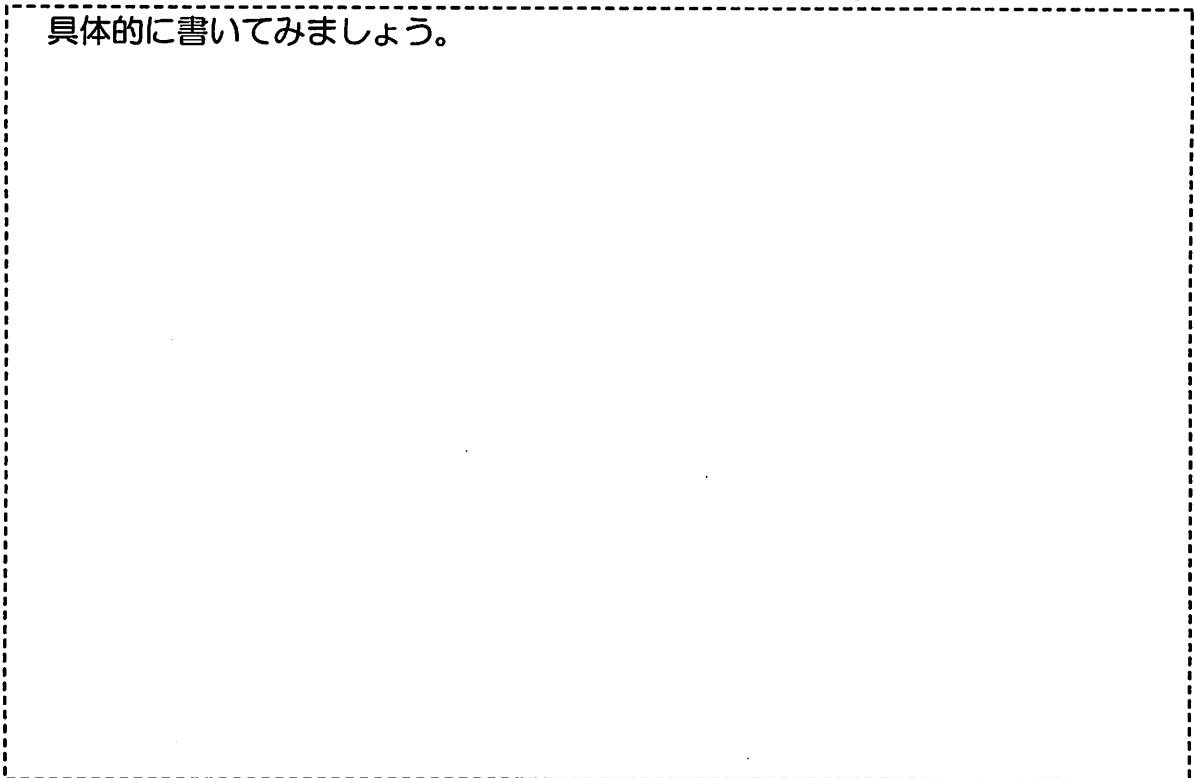
第4章 セルフケアプランを振り返ってみましょう。

ここでは、より内容の濃いケアプランを実現するために、サービスを利用したことによって、自分の体や周りの環境にどういった変化があったのか？ また、その変化により、これからのサービスの種類や内容について改めて考えてみます。

- これからのサービスの種類や内容について考え、自分の体の状態に合わせたサービス利用を考えてみましょう。

サービスを利用したことにより、自分の体の状況や周りの環境にどのような変化（身体機能の維持や向上、生活の継続）がありましたか。

具体的に書いてみましょう。



- ※ 自分の体の状況や周りの環境に変化があった場合には、第1章の「これまでの生活を振り返って、整理してみましょう。」から改めて考えてみる必要があります。これは、ケアプラン作成の基本だからです。

自分の体の状況や周りの環境に変化があり、サービスの種類や内容が今までと変わった場合には、改めてサービス担当者会議も開催します。

ケアプラン作成の基本的な流れ

- ① ケアプランを自分で作ってみよう！
ケアプランを自分で作る事が決まったら、市に、介護保険被保険者証又は資格者証を添えて、「居宅サービス等計画作成依頼(変更)届出書」を提出します。
- ② 自分の身体状況や自分を取り巻く環境の把握
- ③ 自立した生活を送る上での課題の把握
「自己紹介カード(基本情報)」を作成します。
- ④ ケアプランの原案作成
「自己紹介カード(基本情報)」を基に、「居宅サービス計画」を作成します。
- ⑤ 利用するサービス種類の決定、サービス提供事業者との契約
- ⑥ サービス担当者会議の開催
「自己紹介カード(基本情報)」と「居宅サービス計画」をもとに、サービス提供事業者らと会議を開催し、サービスの内容や時間、回数、実施曜日、期間等を具体的にして、「サービス担当者会議の記録」を作成します。必要があれば、「居宅サービス計画」を変更・修正します。
- ⑦ サービス提供票・サービス提供票別表の作成
実際に利用するサービスの種類や内容をもとに、サービス提供票・サービス提供票別表を作成し、市とサービス提供事業者に提供します。毎月作成します。
- ⑧ サービスの利用
サービス提供事業者は、サービス提供票・サービス提供票別表に基づき、サービスを提供します。
- ⑨ サービス利用票等の提出
サービスを利用したのちに、利用実績が確認できるサービス利用票・サービス利用票別表、サービス提供事業所確認表を毎月、市に提出します。
- ⑩ サービスの利用状況の把握
サービス提供事業者がケアプランに沿って、契約したとおりにサービスを開始実行しているか、必要な支援が受けられているかを「居宅サービス計画評価表」に記載し、目標の達成について評価をしながら、ケア項目の修正・終了について判断します。体の状態や周りの環境に変化があったことにより、利用するサービスの種類や回数を変更する場合には、改めて②から始めます。

自己紹介カード(基本情報)

作成日 年 月 日

フリガナ				性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和
氏名							年 月 日(歳)
住所	〒 -			本人の連絡先		- -	
被保険者番号				要介護度	要支援1・要支援2		
					要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
認定年月日		認定有効期間					
年 月 日	平成	年	月	日	~	平成	年 月 日
新規・更新・区分変更							
年 月 日	平成	年	月	日	~	平成	年 月 日
新規・更新・区分変更							
年 月 日	平成	年	月	日	~	平成	年 月 日
新規・更新・区分変更							
医療機関名				主治医の氏名			
医療機関の住所							
【家族・生活環境】 (主たる介護者に○印をつけてください。)							
氏名	年齢	続柄	職業	住所			連絡先
居住環境	自宅	一戸建て	エレベーター	トイレ	浴室	住宅改修	
	賃貸	集合(階の 階)	有・無	和式・洋式	有・無	全部済・一部済・未改修	
第1緊急連絡先	フリガナ				続柄	電話番号	
	氏名						
第2緊急連絡先	フリガナ				続柄	電話番号	
	氏名						

暮らし・介護に対する考え方	
---------------	--

日常生活の中で、自分で出来ること	
------------------	--

日常生活の中で、困っていること	
-----------------	--

性格	
趣味(好きなこと)	

※”そのために必要な支援やサービス欄”に記入したサービスを書き出してみましよう。

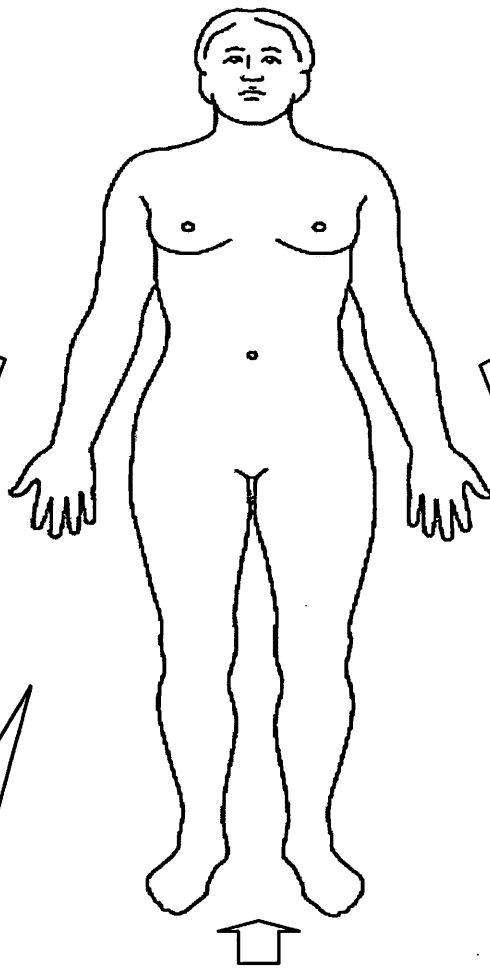
--

～ 私の姿と気持ちシート ～

※空白部分に私のありのままの姿を書いてみましょう。

私の不安や苦痛、悲しみは…

私が嬉しい、楽しいと感じることは…



私が受けている医療への願いや要望は…

私がやりたいことや願いは…

身体的に不自由と感じているところに○印をつけましょう。

居宅サービス計画

計画作成者氏名 _____ 印 _____
 要介護状態区分 _____

住所 _____ 電話 _____
 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

作成日 年 月 日	こうなりたい	どうすればいいか	そのために必要な支援やサービス		
			自分で出来ること	家族等の支援	サービスなど
目指している暮らし（こんな風に暮らしたいな）	ゆくゆくは…				
	すぐにでも…				
自分でこんな風にやってみたい。	ゆくゆくは…				
	すぐにでも…				
地域や周りの人たちとこんな風に関わっていきたい。	ゆくゆくは…				
	すぐにでも…				

サービス種類	サービス提供事業者	頻度	サービス期間	具体的な内容

年 月 日 作成

居宅サービス計画評価表

計画作成者氏名 _____ 印

要介護状態区分 _____

認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

		こうなりたい	ケアプラン達成状況	やってみてどうだったか？	前月との心身、環境の変化		これから
目指している暮らし（こんな風に暮らしたいな）	ゆくゆくは…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
	すぐにも…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
自分でこんな風にやってみたい。	ゆくゆくは…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
	すぐにも…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
地域や周りの人たちとこんな風に関わっていきたい。	ゆくゆくは…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)
	すぐにも…		1 全部できた 2 一部できていない 3 できていない		1 あり 2 なし		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 見直し <input type="checkbox"/> 終了(達成)

【今後に向けてのアドバイス】

サービス担当者会議の要点

			作成者	
開催年月日	年	月	日	開催場所

事業者名	利用サービス	担当者	出席方法
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX
			出席・電話・FAX

相談した内容	
検討した内容	
結論、今後の考え方	
残された課題	

	氏名	印
--	----	---

質問・相談・連絡票

年月日	連絡先	質問・相談内容	回答年月日	回答者	回答内容