

# セルフケアプランの手引き

宇城市高齢介護課

### ◆ケアプランとは

介護保険サービスを利用するときは、利用者本人の心身の状況・生活環境・利用者本人や家族（以下、「利用者等」という）の希望等を考慮し、利用するサービスの種類・内容についてあらかじめ計画する必要があり、これを「居宅サービス計画（ケアプラン）」と言います。

介護保険サービスを利用される方の大半は、介護保険専門職としての豊富な知識や経験を用いた最適なプランの提供を受けられることから、介護保険制度を熟知しているケアマネジャーにケアマネジメント（ケアプランの作成・給付管理など）を依頼し、介護保険サービスを利用しています。なお、介護保険サービスを利用するときは、一定の利用者負担が生じますが、このケアマネジメントについては、利用者負担は生じません。

### ◆セルフケアプランとは

一方で、ケアマネジャーと契約せず、利用者等がケアプランを作成することも可能です。これを「自己作成（セルフケアプラン）」と呼びます。セルフケアプランを行うことによって、利用者等が在宅介護に前向きになり、介護保険や介護をとりまく制度の知識が深まるなどのメリットが考えられます。

ただし、セルフケアプランを行うには、ケアマネジャーが作成するケアプランと同様に、一連の業務すべてを利用者等が行わなければなりません。「ケアマネジャーが行っている一連の業務」とは、サービス事業者や関係機関を招集し専門的見地から意見を求めるサービス担当者会議を主催し、関係者間の連絡調整を行うことなどです。また、サービス利用票（予定・実績）を毎月決まった期日までに宇城市高齢介護課へ提出することも必要となります。

また、セルフケアプランは、利用者等が介護保険制度・趣旨を理解して自ら計画を立て、利用者等が作成するケアプランに責任を負えることを前提として行っていただくものです。

介護保険サービス利用時の注意点・規定等の確認や、事業所との契約・連絡調整、介護報酬の支払不能等が生じたときのトラブル対応は、ケアプランを作成された利用者等で対応していただく必要があります。

**※ 介護予防・生活支援サービス事業（訪問型サービス及び通所型サービス）の利用については、セルフケアプランに基づく利用は想定しておりません。介護給付又は予防給付（例：福祉用具貸与等）を利用する場合にのみ、セルフケアプランによることができます。**



## ◆セルフケアプラン作成の流れ

### 1 宇城市への事前相談

セルフケアプランの作成を希望される方のために、書類の作成・記入方法や手続きの流れについて説明させていただきます。あわせて必要書類の様式をお渡しします。また、ケアプランの作成にあたっては、制度・手続きの説明や書類様式の受け渡し、有資格者にケアプランの内容を確認してもらうなど、複数回のやりとりをする必要があります。

### 2 アセスメント（ケアプラン作成のために必要な情報収集・課題分析をすること）実施

介護保険では、「居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。」と示されています。

課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要です。

なお、当該課題分析は、厚生労働省から通知された「課題分析標準項目」を基にアセスメントを行う必要があります。

課題分析標準項目は 23 項目ですので、アセスメント書式は 23 項目全てが網羅されている必要があります。記載のない項目があると、アセスメントとして認められません。

アセスメントは、自立支援に向けたケアプランを作成する上で、最初の具体的作業です。課題分析標準項目に基づいた情報を収集し、何が課題となっているのかを分析してください。

また、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならないこと、アセスメントの内容を記録する必要があります。ご注意ください。

### 3 ケアプラン原案作成

アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載したケアプランの原案を作成します。

また、提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期にはケアプラン及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようになることが重要です。（介護保険被保険者証の認定有効期間内の中で目標期間を設定しなければなりません。）

介護度によっては原則利用できないサービスや利用する際、医師の指示が必要なサービスもありますので、ご自分で確認しながら進めてください。

## **4 サービス調整**

サービスを提供する事業所を選択します。(サービス提供事業所の所在地や連絡先等は、宇城市のパンフレットにて検索できます。)

サービス提供事業所に、サービス内容や回数、時間数等必要な情報を提供し、受け入れ可能なのかを確認します。

サービス提供事業所決定後に、サービス担当者会議の日程を調整します。

## **5 サービス担当者会議の開催**

作成されたケアプランの原案について、効果的かつ実現可能な質の高いケアプランとするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、ケアプランの原案に位置付けたサービス事業所等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図る「サービス担当者会議」を開催します。

会議では、作成されたケアプランの目標やサービス内容・量・実施期間等について確認し、出席者の所属(職種)及び氏名、検討した内容及び照会内容等を記録した議事録を作成し、保管する必要があります。サービス内容が確定したら、サービス提供事業所との契約を行い(契約していないとサービス実施ができません)、また、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証のコピーを渡してください。

なお、会議の開催にあたっては、利用者等がサービス事業所や状況により主治医等の関係医療機関に対して、出席依頼や日程調整をする必要があります。

## **6 ケアプランの交付**

サービス担当者会議開催後、必要に応じてケアプラン原案を修正し完成させます。

完成させたケアプランは、家族等が作成した場合は、利用者本人に説明・同意・署名の上、交付します。

また、サービス提供事業所にも利用者から同意を得たケアプランを交付するとともに、担当者に対し、個別サービス計画(各サービス事業所が作成する具体的なサービス内容等が記載された計画)の提出を求め、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認してください。

## **7 宇城市への届出**

担当者会議終了後、サービス提供開始日前に、下記書類を提出してください。

- ① アセスメントシート
- ② 第 1 表 介護サービス計画書 (1)
- ③ 第 2 表 介護サービス計画書 (2)
- ④ 第 3 表 週間サービス計画書
- ⑤ 第 4 表 サービス担当者会議の記録
- ⑥ 「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」
- ⑦ 被保険者証

## **8 サービス提供事業所への依頼・利用票・提供票作成・サービス開始**

ケアプランが確定した後は、その内容に基づいてサービス提供が開始されますが、利用予定や利用料等が記載された書類を作成し、サービス事業所に共有するとともに、実施状況の把握をする必要があります。

### **● 「サービス利用票」、「サービス利用票別表」の作成と交付**

ケアプランに基づき毎月の予定を確認した上で、1か月単位で介護保険サービスの利用予定として「サービス利用票」と支給限度額の管理や利用者負担額などの概算書となる「サービス利用票別表」を作成し、利用者に交付します。

また、利用者に内容を説明し、「サービス利用票」の内容に利用者の同意・確認を得られたら、「同意」を得たことの証拠となるように、「サービス利用票」への署名や押印によりその旨を記録するなどの方法をとることが必要です。

なお、実績確認などに「サービス利用票」の情報が必要になるため、「サービス利用票」の控えを保管してください。

### **● 「サービス提供票」、「サービス提供票別表」の作成と交付**

次に、「サービス利用票」から各サービス事業者に関係する部分を転記して「サービス提供票」と支給限度額の管理を行うための「サービス提供票別表」を作成し、それぞれのサービス事業者に交付します。

なお、翌月のサービス利用票・利用票別表は宇城市にも必ず提出してください。

### **● 実績が記入された「サービス提供票」、「サービス提供票別表」の確認**

各サービス事業者は、「サービス提供票」にもとづいてサービスを行い、提供したサービスの実績をサービス提供票の「実績」欄に記入していきます。

その月のサービス提供がすべて完了した後、実績が記された「サービス提供票」および「サービス提供票別表」は、ケアプランを作成している方に返送されますので、そこに記されている実績を控えとして保管していた「サービス利用票（控）」に転記し、「サービス利用票（控）」の予定と「サービス提供票」の実績に食い違いがないか確認します。

仮に、利用者の都合などで予定通りにサービス提供がなされなかった場合は、利用者に確認をとるなどして、サービス事業者側の記す実績に間違いがないかを確認し、「サービス利用票（控）」の実績欄を埋めていきます。

### **● 「給付管理票」の作成と宇城市高齢介護課への資料送付**

「サービス利用票（控）」が完成したら、その内容を転記して「給付管理票」を作成し、宇城市高齢介護課に必要書類を送付します。（「10 給付管理・請求業務」を参照）

※サービス利用票・別表、サービス提供票・別表は、所定の書式に記載をしてください

※サービス提供票別表等には単位数の計算があります。また、事業所により、基本単価以外に各種の加算を算定していますので、サービス提供事業所に必ず確認してください。

※サービス利用者の負担割合を確認し何割の負担をしなければならないかも必ず確認してください。（介護認定を受けられている方に、介護保険負担割合証が発行されています。）介護度により使える単位数に違いがあります。単位数を超えた単位は、全額実費負担になります。（実費負担額が10万円を超えることも想定されますので、計算確認は何度もしてください。）

## 9 モニタリング（ケアプランの内容が合っているかの確認等を行うこと）

ケアプランに基づいたサービスが予定通り提供され、設定された目標に対し効果的に運用されているのか、目標の達成状況や新たな課題が発生していないか等を検証するために、ケアプランの実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行います。

なお、サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回は利用者と面接（原則、利用者の居宅を訪問すること）を行い、その結果を記録してください。

モニタリングの記録については、指定の書式はありませんので、ご自分に合ったものを利用してください。

また、随時のモニタリング等の中で、サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供してください。

モニタリングにより「利用者の状態の変化」や「新たな解決すべき課題」などを把握した場合は、必要に応じてケアプランの変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整などを行ってください。また、ケアプランの変更が必要となった場合は、再度「1 アセスメントの実施」から実施する必要があります。

なお、利用者が「要介護・要支援更新認定を受けた場合」や「要介護状態区分の変更の認定を受けた場合」は、必ず「1 アセスメントの実施」から実施する必要があります。

## 10 給付管理・請求業務

前月のサービス終了後、サービス提供事業所から利用実績が届きます。利用日数や利用時間等を確認し、ひと月ごとに給付管理票・給付管理総括票を作成し、利用実績とともに、下記書類を**毎月3日（3日が祝日等の場合は、翌営業日）まで**に宇城市へ提出をしてください。

給付管理票・給付管理票総括票の提出がなければ、サービス提供事業所は、自己負担分以外の保険給付分を受け取ることができなくなりますので注意してください。

なお、給付管理表等に誤り等があり、請求が通らず返戻となった場合には、ケアプランを作成された利用者等で対応する必要があります。

- ① 給付管理票総括票
- ② 給付管理票
- ③ サービス提供票
- ④ サービス提供票別表
- ⑤ 第6表 サービス利用票
- ⑥ 第7表 サービス利用票別表

## 1.1 その他

### 【作成書類】

1. アセスメントシート
2. 第 1 表 介護サービス計画書 (1)
3. 第 2 表 介護サービス計画書 (2)
4. 第 3 表 週間サービス計画書
5. 第 4 表 サービス担当者会議の記録
6. 第 5 表 支援経過記録
7. モニタリングシート
8. 給付管理票総括票
9. 給付管理票
10. サービス提供票
11. サービス提供票別表
12. 第 6 表 サービス利用票
13. 第 7 表 サービス利用票別表
14. 居宅サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

※6 は必要に応じて使用してください。主に、アセスメントや担当者会議、モニタリング、介護サービス事業所からの連絡など、利用者に係る内容について、5W2Hに基づき記録します。

※14 はケアプラン確定後に、セルフケアプランを開始する際に提出いただく書類です。

### 【フローチャート】

別紙をご参照ください。

以上  
宇城市 高齢介護課 介護保険係  
連絡先：0964-32-1406 (直通)