

居宅介護（介護予防）サービス  
計画の自己作成について

対馬市役所 福祉保険部 保険課  
2018年4月1日

## 目次

1. 居宅介護(介護予防)サービス計画について-----	p, 2
2. ケアプラン（居宅介護サービス計画）の自己作成について【要介護認定者】-----	p, 2
3. ケアプラン（介護予防支援計画）の自己作成について【要支援認定者】-----	p, 21
4. その他の注意事項-----	p, 29

## 1. 居宅介護（介護予防）サービス計画について

要介護認定を受けた方は、居宅介護支援事業所を選んで、居宅介護（介護予防）支援専門員（以下、ケアマネジャーと標記）に居宅介護（介護予防）サービス計画（以下、ケアプランと標記）を作成してもらいます。

このケアプランは被保険者自身やその家族等で作成することも可能です。  
以下は、ケアプランを自己作成する際の手続き等についてご説明します。何かご不明な点等がありましたら、保険課までご連絡ください。

## 2. ケアプラン（居宅介護サービス計画）の自己作成について【要介護認定者】

### （1）ケアプラン自己作成の流れ

ケアプランを自己作成し、介護サービスを利用する場合の手順は次のとおりです。

- ① 対馬市保険課へ相談します。
- ② 居宅サービス計画自己作成届出書を保険課へ提出します。----- p, 4
- ③ 要介護（支援）認定者の身体状況等について、フェイスシートに記入します。
- ④ フェイスシートで整理した情報をもとに、ケアプランの原案を作成します。
- ⑤ 原案に基づきサービス事業者とサービス担当者会議を開催します。併せて、サービス事業者へ利用の予約等を行います。
- ⑥ サービス事業者との決定事項をふまえて、ケアプランの本案を作成します。
- ⑦ 本案を保険課に提出します。
- ⑧ 提出された内容について、保険課が確認後、ケアプランを作成者へお返しします。
- ⑨ サービス事業所との本契約を行い、サービス利用を開始します。
- ⑩ サービスを利用した翌月 5 日までに、サービスを利用した実績を保険課へ報告します。
- ⑪ 報告された実績に基づいて、保険課が給付管理を行います。

※給付管理とは、サービス利用をした月の利用実績を国民健康保険団体連合会に報告することです。

※ 翌月以降もサービス利用を希望する場合は、（2）《次回以降》に示す資料の提出をお願いします。

※ 利用サービスの変更等、ケアプランの内容に変更があった場合は、再度③からの手順で変更する必要があります。

## (2) 要介護認定者の提出書類

提出資料については次のとおりです。

### 《初回》

① フェイスシート(7枚)	p, 5
② 居宅サービス計画書(1)	p, 12
③ 居宅サービス計画書(2)	p, 13
④ 週間サービス計画表	p, 14
⑤ サービス担当者会議の要点	p, 15
⑥ サービス提供票(事業所毎)・・・注1	p, 16
⑦ サービス提供別表(事業所毎)・・・注2	p, 17
⑧ サービス利用票兼居宅サービス計画(全体)・・・注3	p, 18
⑨ サービス利用票別表(全体)・・・注4	p, 19

### 《次回以降》

① 居宅介護支援経過(モニタリング含む)	p, 20
② サービス提供票(事業所毎)・・・注1	
③ サービス提供別表(事業所毎)・・・注2	
④ サービス利用票兼居宅サービス計画(全体)・・・注3	
⑤ サービス利用票別表(全体)・・・注4	

注1) サービス事業毎に作成する資料であり、ケアプランの自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、それぞれに1枚ずつ、計2枚作成します。)

注2) サービス事業毎に単位計算を行い作成する資料であり、ケアプランの自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算してそれぞれに1枚ずつ、計2枚作成します。)

注3) 全体のサービスで作成する資料です。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、1ヶ月の利用予定を1枚に作成します。)

注4) 全体のサービスで単位計算し作成する資料です。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算し、月額利用分を1枚に記載します。)

対馬市居宅サービス・介護予防サービス計画自己作成届出書

		区 分	
		新規・変更・終了	
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男 ・ 女

対馬市長 様

居宅サービス等計画を自己作成することを届け出ます。

年 月 日

被保険者 住所

氏名

電話番号



※届出の提出者が本人でない場合記入

提出代行者	氏名		(印) (関係: )
	住所	〒	電話番号

上記の者に本届出の提出を委任します。

本人氏名 \_\_\_\_\_



- (注) 1 届出者の氏名を本人が自署する場合は、押印を省略することができます。  
 2 新規または変更の届出をする場合は、サービス利用票と併せて提出してください。  
 3 給付管理を変更（サービス提供事業者の変更、サービスを受ける回数の変更等）するときは、必ず対馬市に届け出てください。届出のない場合は、介護保険居宅サービス等に係る費用の全額を立て替えていただくことがあります。

# フェイスシート

## ①基本情報

アセスメント実施日 平成 年 月 日

本人氏名			男・女	年齢	M T S	年 月 日生( 歳)	
住 所	〒			電話番号(自宅)			
				携帯電話			
緊急連絡先	氏名			男・女	年齢( 歳)	続柄( )	
	住所				電話番号(自宅)		
要介護認定	済 → 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				認定日	年 月 日	
	未(見込み) → 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	種 級		交付日	年 月 日	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度			交付日	年 月 日	
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	級		交付日	年 月 日	
障害福祉サービス 受給者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自立支援医療 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害支援区分→( )			

### ■これまでの生活の経過(主な生活歴)

## ②家族構成と介護状況

家族構成図			家族の介護状況・課題		
(例) 					
女性=○ 男性=□ 本人=◎、回 死亡=●、■ 同居=○ 分かれば横に年齢を記載					
氏名 (主たる介護者には※)	続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項 (自治会、ボランティア等社会的活動)
男・女		同・別			
男・女		同・別			
男・女		同・別			
男・女		同・別			
男・女		同・別			

■インフォーマルな支援活用状況(親戚、近隣、友人、同僚、ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	特記事項

本人が受けたい支援/今後必要と思われる支援	支援提供者	特記事項

③サービス利用状況

在宅利用(直近月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は現在、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数を記載)

<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> 介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> 介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 介護予防)福祉用具貸与		品目
<input type="checkbox"/> 介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売		品目
<input type="checkbox"/> 介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり	なし
<input type="checkbox"/> 介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月	日
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> 介護予防)認知症対応型通所介護	月	日
<input type="checkbox"/> 介護予防)通所リハビリテーション(デイケ)	月	回	<input type="checkbox"/> 介護予防)小規模多機能型居宅介護	月	日
<input type="checkbox"/> 介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 介護予防)認知症対応型共同生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> 介護予防)短期入所療養介護(老健・診療)	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	日
<input type="checkbox"/> 介護予防)訪問入浴介護	月	日			
<input type="checkbox"/> 配食サービス	月	回	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業)	月	回
<input type="checkbox"/> 洗濯サービス	月	回	<input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン	月	回
<input type="checkbox"/> 移動または外出支援	月	回	<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [		]
<input type="checkbox"/> 友愛訪問	月	回	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 老人福祉センター	月	回	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 老人憩いの家	月	回	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー	月	回	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 身障/補装具・日常生活用具 (			<input type="checkbox"/>		

  

直近の 入所・ 入院	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用	施設・機関名 所在地 下 電話番号
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	療養病床)	
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設(介護医療院)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	<input type="checkbox"/> その他の施設	
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)		

制度 利用 状況	年金	<input type="checkbox"/> 老齢関係 → ( )	健康 保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保)
		<input type="checkbox"/> 障害関係 → ( )		<input type="checkbox"/> 組合健保	<input type="checkbox"/> 日雇い
		<input type="checkbox"/> 遺族・寡婦 → ( )		<input type="checkbox"/> 国公共済	<input type="checkbox"/> 地方公共
	<input type="checkbox"/> 恩給			<input type="checkbox"/> 私立学校共済	<input type="checkbox"/> 船員
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当			<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	
<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 労災保険→( )			
<input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付					
<input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付					
<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)					
<input type="checkbox"/> 成年後見制度⇒ <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助					
	成年後見人等( )				
		その他	<input type="checkbox"/> ( )		
			<input type="checkbox"/> ( )		
			<input type="checkbox"/> ( )		





現在の受診状況(歯科含む)

病名				
薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受診状況	発症時期 ※主治医意見書 を参考に記入			
	受診頻度	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診
受診病院	医療機関			
	診療科			
	主治医			
	連絡先	☎	☎	☎
受診方法 留意点等				
【特記、生活上配慮すべき課題など】				

⑥本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

● 6-①基本(身体機能・起居)動作		※麻痺…自力で動かすことができない。(上げ下ろし、曲げ伸ばし) ※拘縮…自力では動かせないが、他者が動かすことができる。(上げ下ろし、曲げ伸ばし)		
1-1 麻痺等(複数可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢(腕) <input type="checkbox"/> 右上肢(腕) <input type="checkbox"/> 左下肢(足) <input type="checkbox"/> 右下肢(足) <input type="checkbox"/> その他			
1-2 拘縮(複数可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他			
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる(ベッド柵、布団等) <input type="checkbox"/> できない			
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる(ベッド柵、布団等) <input type="checkbox"/> できない			
	体位変換(寝返り)介助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	起居(体を起こす)動作	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえばできる(背もたれ等) <input type="checkbox"/> できない			
1-6 両足での立位	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる(手すり等) <input type="checkbox"/> できない			
1-7 歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる(杖、手すり、自分の膝等) <input type="checkbox"/> できない			
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる(手すり、家具等) <input type="checkbox"/> できない			
1-9 片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる(手すり等) <input type="checkbox"/> できない			
1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 自分で行うが所々介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助者が洗う <input type="checkbox"/> 行っていない			
	準備・後始末介助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	移乗移動介助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	清拭・部分浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	褥瘡・皮膚疾患の対応	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 自分で行うが何らかの介助が必要(準備、切る、後始末) <input type="checkbox"/> 全て介助者が行			
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 約1m先の物は見える			
	<input type="checkbox"/> 目の前に置いた物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えているのか判断不能			
1-13 聴力	眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	コンタクト使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> かなり大きな声なら何とか聞き取れる			
1-14 関節の動き(複数可)	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえているのか判断不能			
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	電話対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
【特記・解決すべき課題など】(6-①に関する特記)				

● 6-②生活機能(食事・排泄等)

2-1 移乗 (椅子等に移り移る行為)	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守る程度 <input type="checkbox"/> 手をひく、体の一部を支える等 <input type="checkbox"/> 介助者が抱える		
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 体を支える、手を添える等 <input type="checkbox"/> 途中から(まで)介護者が歩行器、車いすを押す <input type="checkbox"/> 介助者が常時、車いす等を押す等		
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> うまく飲み込めない、喉につまることある等 <input type="checkbox"/> できない		
2-4 食事	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 皿の位置を変えるなど声かけを行う		
	<input type="checkbox"/> 途中から(まで)食べさせる、スプーンに乗せるなど一部を介助 <input type="checkbox"/> 介助者が全て介助する		
	主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン	
副食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他		
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 声かけ・指示が必要 <input type="checkbox"/> 動作の一部に介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		
	準備・後始末介助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	移乗移動介助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ		
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 声かけ・指示が必要 <input type="checkbox"/> 動作の一部に介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		
	準備・後始末介助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	移乗移動介助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門		
2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 歯磨き中の見守り・指示・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 洗顔中の見守り・指示・準備等 <input type="checkbox"/> 全介助(介助者がおしぼりで拭く等)		
2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない(自ら手櫛で整える等) <input type="checkbox"/> 櫛を渡す等 <input type="checkbox"/> 全介助		
2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ等 <input type="checkbox"/> 動作の一部に介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		
2-11 ズボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ等 <input type="checkbox"/> 動作の一部に介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		
2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満		
2-13 飲水摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ等 <input type="checkbox"/> 一部介助(水を渡す等) <input type="checkbox"/> 全介助・経管栄養等		
【 特記・解決すべき課題など 】			

● 6-③認知機能

※選択肢 「ときどきある」⇒(月1回以上) 「ある」⇒(週1回以上)

3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる <input type="checkbox"/> ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> できない		
3-2 毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
3-3 生年月日や年齢を答える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
3-4 直前の記憶(短期記憶)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
3-5 自分の名前を答える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
3-6 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
3-7 自分のいる場所を答える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3-9 外出すると戻れない(迷子)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3-10 介護者の発言への反応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
【 特記・解決すべき課題など 】			

●6-④精神・行動障害

※選択肢 「ときどきある」⇒(月1回以上) 「ある」⇒(週1回以上)

4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-2 作話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-3 感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-5 しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-7 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-8 落ち着きがない(「家に帰る」等)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-9 外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-10 物を集める、無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-11 物を壊す、衣類を破く	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-13 独り言や独り笑い	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-14 自分勝手な行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-15 話がまとまらない、会話にならない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-16 幻視、幻聴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-17 暴言、暴力	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-18 目的なく動き回る	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-19 火の始末、管理	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-20 不潔行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-21 異食行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

【 特記・解決すべき課題など 】

●6-⑤社会生活(への適応)力

5-1 薬の内服	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り・声かけ・薬や水を準備する等	<input type="checkbox"/> 全介助
5-2 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り・指示、自分で少額管理	<input type="checkbox"/> 誰かが全て管理
5-3 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる(治療方針など日頃と異なること) <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない		
5-4 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5-5 買い物	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り・声かけ・指示 <input type="checkbox"/> 依頼・商品の選択、支払い等の一部に介助を要する	<input type="checkbox"/> 介助者が全て行う
5-6 簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り・声かけ	<input type="checkbox"/> 調理の一部を介助する <input type="checkbox"/> 調理しない
5-7 電話の利用	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助(介助者が番号を押し受話器を渡す等)	<input type="checkbox"/> 介助者が全て対応する
5-8 日中の活動(生活)状況等	<input type="checkbox"/> よく動いている <input type="checkbox"/> 座っていることが多い <input type="checkbox"/> 横になっていることが多い		
5-9 家族・居住環境・社会参加の状況などの変化	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	

【 特記・解決すべき課題など 】※家族、近親者、友人、知人、地域近隣との交流の有無など

●6-⑥医療・健康関係

※記載日から14日以内、継続的に行ったものについて記載する

処置内容	1. 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	具体的内容	
	2. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	3. 透析	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 体温・血圧・脈等のチェック	<input type="checkbox"/> 自己注射 (インスリン療法)
	4. ストーマ(人工肛門の処置)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 定期的な病状観察	
	5. 酸素療法	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 内服薬	<input type="checkbox"/> 経管栄養法
	6. レスピレーター(人工呼吸器)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 坐薬(緩下剤、解熱剤等)	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養法
	7. 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 眼・耳・鼻等の外用薬の使用等	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	8. 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 温・冷あん法	<input type="checkbox"/> 人工呼吸法
	9. 経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 湿布調布等	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ管理
特別な対応	10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 自己導尿
	11. じょくそうの処置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流
	12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門、人工膀胱管理

●1日のスケジュール

	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	必要な援助		本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	必要な援助
4				16			
5				17			
6				18			
7				19			
8				20			
9				21			
10				22			
11				23			
12				24			
13				1			
14				2			
15				3			

【 特記事項及びまとめ 】

# 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

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
---------	----------------------------------

利用者及び家族の生活に対する意向	----- ----- -----
------------------	-------------------------

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	----- ----- -----
------------------------	-------------------------

総合的な援助の方針	----- ----- ----- -----
-----------	----------------------------------

生活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（    ）
--------------	--



週間サービス計画表

利用者名 殿

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

週単位以外のサービス

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿  
 開催日 年 月 日 開催場所

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

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						
(次の開催時期)						













### 3. ケアプラン（介護予防支援計画）の自己作成について【要支援認定者】

#### (1) ケアプラン自己作成の流れ

ケアプランを自己作成し、介護サービスを利用する場合の手順は次のとおりです。

- ① 地域包括支援センターに相談します。
- ② 居宅サービス計画自己作届出書を保険課へ提出します。-----p, 4
- ③ 基本情報シート、アセスメントシート、チェックシートを記入します。
- ④ ③で整理した情報をもとに、ケアプランの原案を作成します。
- ⑤ 原案に基づきサービス事業者とサービス担当者会議を開催します。併せて、サービス事業者へ利用の予約等を行います。
- ⑥ サービス事業者との決定事項をふまえて、ケアプランの本案を作成します。
- ⑦ 本案を地域包括支援センターに提出します。
- ⑧ 提出された内容について、地域包括支援センターが確認後、ケアプランを作成者へお返しします。
- ⑨ サービス事業所との本契約を行い、サービス利用を開始します。
- ⑩ サービスを利用した翌月 5 日までに、サービスを利用した実績を包括支援センターへ報告します。
- ⑪ 報告された実績に基づいて、地域包括支援センターが給付管理を行います。  
※給付管理とは、サービス利用をした月の利用実績を国民健康保険団体連合会に報告することです。

※ 翌月以降もサービス利用を希望する場合は、下の（2）《次回以降》に示す資料の提出をお願いします。

※ 利用サービスの変更等、ケアプランの内容に変更があった場合は、再度③からの手順で変更する必要があります。

#### (2) 要支援認定者の提出書類

提出資料については次のとおりです。

《初回》

- ① 利用者基本情報(2枚)----- p, 23
- ② アセスメントシート----- p, 25
- ③ 基本チェックリスト----- p, 26
- ④ 介護予防サービス・支援計画表 ----- p, 27
- ⑤ サービス担当者会議の要点

- ⑥ サービス提供票（事業所毎）・・・注1
- ⑦ サービス提供別表（事業所毎）・・・注2
- ⑧ サービス利用票兼居宅サービス計画（全体）・・・注3
- ⑨ サービス利用票別表（全体）・・・注4

《次回以降》

- ① 居宅介護予防支援経過（モニタリング含む）-----p, 28
- ② サービス提供票（事業所毎）・・・注1
- ③ サービス提供別表（事業所毎）・・・注2
- ④ サービス利用票兼居宅サービス計画（全体）・・・注3
- ⑤ サービス利用票別表（全体）・・・注4

注1) サービス事業毎に作成する資料であり、ケアプランの自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、それぞれに1枚ずつ、計2枚作成します。）

注2) サービス事業毎に単位計算を行い作成する資料であり、介護予防支援計画の自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算してそれぞれに1枚ずつ、計2枚作成します。）

注3) 全体のサービスで作成する資料です。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、1ヶ月の利用予定を1枚に作成します。）

注4) 全体のサービスで単位計算し作成する資料です。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算し、月額利用分を1枚に記載します。）

# 利用者基本情報

作成担当者： \_\_\_\_\_

## 《基本情報》

相談日		来所 ・ 電話 その他( )	初回 再来 (前 )
把握経路			
本人の現況	在宅 ・ 入院または入所中 ( )		
フリガナ 本人氏名	男 ・ 女	生 ( ) 歳	
住所	Tel		
	Fax		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		
	認知症高齢者の日常生活自立度		
認定情報	認定期限： ~ 前回の介護度( )		
障害等認定	身障( ) ・ 療育( ) ・ 精神( ) ・ 難病( ) ・ その他( )		
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室 ( 有 %階% 階 ・ 無 ) ・ 住宅改修 ( 有 ・ 無 )		
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ( )		
来所者 (相談者)	続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
		日中独居 ( 有 ・ 無 ) 要介護者との同居世帯 高齢者のみ(合算140歳以上) 家族関係等の状況 [ ]	



## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活	%現生活%			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

### 《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
			TEL	治療中 経過観察中 その他
			TEL	治療中 経過観察中 その他
			TEL	治療中 経過観察中 その他
			TEL	治療中 経過観察中 その他

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

氏名
印

対馬市 アセスメントシート

氏名

運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	特記・課題等
	2	何もつかまらずに歩く (5m)	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
		5Mの道幅を5秒で渡りきる	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
	3	片足立ち (1秒)	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
	4	外出 日用品を買う店まで	1) 行ける(手段 ) 2) 誰かに頼む 3) 行けない	
手段 病院に行くときは		1) 行ける(手段 ) 2) 付き添いあり 3) 行けない		

日常生活(家庭生活)について	5	食事回数	1) 3食/日 2) 2食/日 3) 1食/日 4) その他( 食/日)	特記・課題等
	6	調理	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	7	掃除	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	8	洗濯	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	9	ごみ出し	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	10	買い物	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	11	金銭管理	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	

社会参加・対人関係について	12	1日誰と過ごす事が多いか	1) 家族・友人 2) ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	13	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2) ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡を取る頻度	1) 回/週 2) ほとんどない	
	15	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1) 気にしている 2) 気にならなくなった	
	16	情緒が不安になることの有無	1) ない 2) 情緒が不安定になることがある	
	17	一人きりになることへの不安	1) ない 2) 一人になることが不安である	

健康管理について	18	医師からの運動制限	1) ない 2) 運動を制限されている	特記・課題等
		その他医師からの注意	1) ない 2) 注意を受けている	
	19	定期受診	1) ある 2) ない	
	20	現在の健康状態	1) よい 2) まあまあよい 3) 普通 4) あまりよくない 5) よくない	
	21	睡眠の状態	1) 良く眠れる 2) 眠れないことがある(睡眠薬 有・無)	
	22	服薬管理の状況	1) 指示通り飲める 2) 指示があれば飲める 3) できない	
	23	一人で洗身	1) できる 2) 何とかできる 3) できない	
	24	一人で浴槽をまたぐ	1) できる 2) 何とかできる 3) できない	
25	口腔機能の状況	1) 問題なし 2) 硬い物が食べにくい 3) よくむせる 4) 口が渇く 5) 義歯が合わない		
26	歯の手入れ(義歯を含)	頻度( 回/日・週・月)・方法( )		

物忘れ等について	27	会話がまとまらない	1) いいえ 2) はい	特記・課題等
	28	物忘れが気になる	1) いいえ 2) はい	
	29	電気機器類の操作ができる	1) できる 2) 迷う 3) 難しい	
	30	火の始末は心配ですか	1) 心配ない 2) 心配している 3) 消し忘れの経験あり	
	31	悪徳商法への注意	1) 注意している 2) 注意していない 3) 被害経験あり	

## 基本チェックリスト

利用者番号： \_\_\_\_\_

記入日：平成 年 月 日 ( )

氏名		様	住所		生年月日	
希望するサービス内容						
No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)				
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			
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	1. はい	0. いいえ			
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ			
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ			
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)					
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ			
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ			
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ			
16	週に1回以上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	1. はい	0. いいえ			
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. 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	1. はい	0. いいえ			
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. 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	1. はい	0. 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られる	1. はい	0. いいえ			
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ			
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ			

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

複数項目	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	該当
20	5	2	3	NO16	3	5	非該当

# 介護予防サービス・支援計画表

No. \_\_\_\_\_ 利用者名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 初回作成日 \_\_\_\_\_ (初回作成日) \_\_\_\_\_ 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 初回・紹介・継続 認定済 申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活

1日	1年
----	----

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異体策の提案	異体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画							
							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、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間		

健康状態について

口主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】

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（該当した質問項目数）/（質問項目数）をお書き下さい。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○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業					

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意  
介護予防サービス支援計画表に同意します。

年 月 日 氏名 印



#### 4. その他の注意事項

- (1) 初回提出時からサービス内容を変更する場合、又は要介護（支援）認定の更新時は、  
《初回》提出資料を変更し提出してください。
- (2) 保険者の審査（チェック）は、被保険者の身体状況等を基に、ケアプランの内容及び  
単位計算のチェック等を行うため、1～2週間かかることがあります。また、書類等  
に不備があった場合は再提出が必要です。
- (3) 保険者の確認を受けることなくサービスを利用された場合には、給付ができません。  
また、初回確認を受けた後に、ケアプランの変更等を行った場合についても、その都  
度保険者の確認が必要となります。

ご不明な点等がありましたら、必ず保険者へ確認を行ってください。

#### 問い合わせ先

福祉保険部保険課：対馬市豊玉町仁位 380 番地  
：TEL 0920-58-1118

地域包括支援センター：対馬市巖原町東里 303 番地 1  
：TEL 0920-52-4828