

ケアマネジメントの流れ(新規)

①介護相談を受ける

- ◇未申請の場合には本人・家族に確認のうえ、申請代行手続きを実施
- ◇2号被保険者の場合には医療保険証を忘れずにコピーし申請書に添付
- ◇独居世帯の場合には相談者の居住地管轄の在宅介護支援センターへ申請した事を伝える

②自宅を訪問し、面接のうえ利用者と契約を交わす

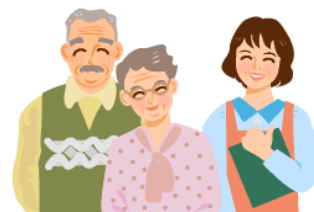
付随して実施

- ◇重要事項説明書等による説明と同意
- ◇居宅サービス計画作成依頼書に説明の上印鑑をもらう(その後市役所へ提出)
- ◇介護保険被保険者証の確認

※入院中に病院で行った聴き取りはアセスメントとしてみなされません。
在宅に戻ってから再度アセスメントを実施し記載しましょう。

【持参する書類】

- ◇契約書、重要事項説明書
- ◇基本情報及びアセスメント票
- ◇居宅サービス計画作成依頼書



③居宅サービス計画書の原案を作成する

④主治医へ計画書を添えて介護保険を利用するにあたっての注意事項について指導を仰ぐ

※直接話が出来ない場合には照会票を利用し意見をもらう。

※医療系サービスを利用する場合には、主治医の意見は必須。(通所リハ、訪問看護、訪問リハ等)

⑤サービス担当者会議を開催する

- ※検討した内容により居宅サービス原案の修正
- ※本人又は家族が欠席の場合にはその理由を記録する

- ◇出席できない事業所へは担当者へ照会を依頼する(電話でも良い)。
- ◇協議照会内容等を記載要領第4表(または第5表)に記録する。

⑥サービス計画書、サービス利用票、別表を本人・家族へ説明し了承を得たうえで印鑑をもらい配付

⑦サービス提供事業所へサービス計画書、提供票、別表、担当者会議の要点、支援経過を説明のうえ配布し印鑑をもらう

⑧居宅サービス等の提供開始

⑨モニタリング、プランの見直しを実施



1回/月、必ず自宅に訪問することが原則です。

- ◇少なくとも1回/月はモニタリングを実施し結果を項目ごとに記載する。
- ◇月末に利用した場合には、見落としがちなので要注意。
- ◇特段の事情で実施できなかった場合には支援経過に必ず記載する。

⑩支援経過に援助内容を記載する

※実施した内容がきちんと裏付けられるよう明確に記載する。

【支援経過に記載すべき内容】

- ◇モニタリングを実施した日時、場所
- ◇アセスメントを実施した日時、場所
- ◇利用票の配付日
- ◇照会の依頼先、戻った日付
- ◇カンファレンスの開催