

ケアマネージャーのしごと

ケアマネージャーは、どのようなサービスが必要かを相談し、一緒に居宅サービス計画を作成します。

居宅サービス計画の原案作成に際しては、次の点に配慮します。

- ア、訪問や面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
 - イ、利用するサービスの選択にあつたては地域におけるサービス事業者等に関する情報を提供します。
 - ウ、サービスの内容が特定の種類や事業者に不当に偏るような誘導指示は行いません。
 - エ、利用者の実情に見合ったサービスの提供になるようサービス担当者から情報を求めます。
 - オ、利用者が訪問看護等医療サービスの利用を希望される場合には利用者の同意を得て主治医の意見を求めます。
 - カ、介護保険給付の有無、利用料等のサービス選択に資する内容を説明します。
- 上記の内容を説明し同意を確認した後に原案を元に居宅サービス計画を作成し、改めて同意を得ます。
- 利用者が計画原案に同意できない場合は、再作成を依頼する事ができます。

ケアマネージャーは、サービスをどのように利用されているか、問題点はないか見守っております。

利用者、家族、サービス提供事業者と連絡をとり、計画実施状況の把握に努めるとともに、目標に沿ったサービス提供がなされるように調整を行います。

利用者の状態を定期的に評価します。

在宅での生活が困難になったと判断した場合や利用者、家族が希望する場合には、介護保険施設に関する情報を提供します。

ケアマネージャーは、現状の計画に問題点があれば早急に変更いたします。

居宅サービス計画の変更の必要性を感じた場合には、利用者と事業者双方の合意を持って計画の変更をこの居宅介護支援業務の実施方法の手順の従って実施するものとします。

ケアマネージャーは、利用者様が不便なく介護保険をご利用いただけるように調整いたします。

居宅サービス計画作成後、毎月利用表を作成し、またその内容に基づき毎月給付管理を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。(行わないと償還払い扱いとなります。)

ケアマネージャーは、利用者様の身体等の変化を見逃さずに現状にあった要介護認定等に協力いたします。

要介護(支援)認定の更新および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。

利用者が希望される場合は、要介護(支援)認定の申請を利用者に代わって行っています。

ケアマネージャーは、家族から許可を頂いたことに関してサービス事業所等に情報提供を行います。

その他、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合には、円滑に引き継げるよう利用者の申し出により居宅サービス計画等の情報の提供に誠意をもって応じます。

お願い

以下のような事があればご連絡をお願いいたします。連絡が行われなかった場合は法定代理受領が行えず、償還払いとなる場合がございますのでよろしくをお願いいたします。

1. 前もって居宅介護支援事業者を通じて調整をされずに介護保険提供サービスを直接利用された場合
2. サービスの計画対象期間中に、被保険者証の記載内容に変更が合った場合。又同様に要介護認定の申請を行った場合。
3. 事業者や、サービスの種類が居宅介護サービス計画と異なる場合
4. 居宅サービス計画に記載されている、短期入所生活介護(ショートステイ)に利用をされる前

ケアマネジメントセンター
テンドーヒル御所

6 6 - 1 6 1 1

