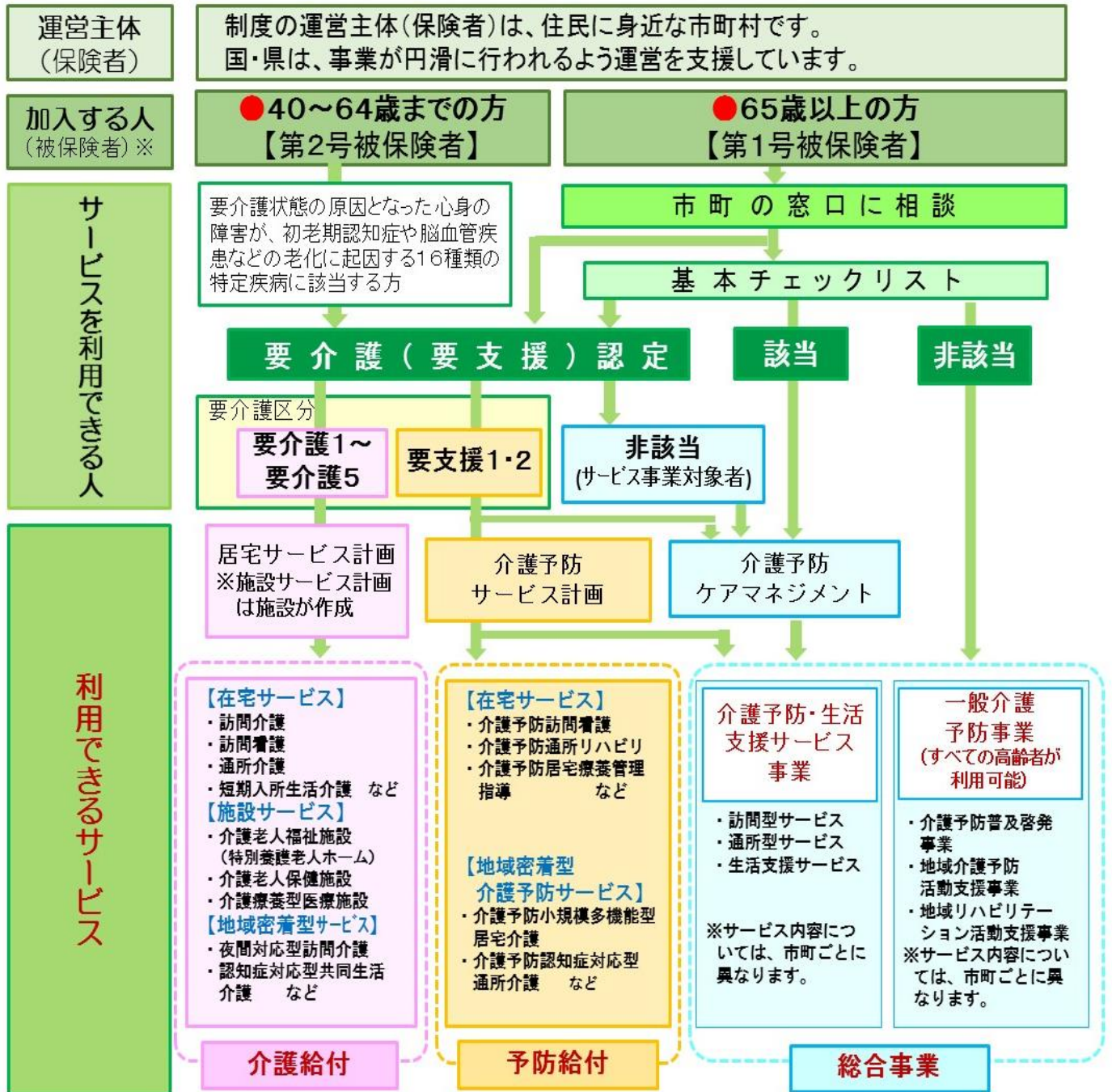


<参考資料>

(1) 介護保険の概要

① 介護保険制度のあらまし



② サービス利用の手引き

介護保険のサービスを利用する場合は、各市町に要介護（要支援）認定を申請し、認定を受けた後、ケアマネジャー等と相談して作成するケアプランに基づきサービスを利用します。

なお、相談窓口で基本チェックリストを受けていただき、一定の基準に該当する場合には、訪問・通所等の『介護予防・生活支援サービス事業』をご利用いただくことが可能です。

1 申請

- ・本人や家族が、直接、市町へ申請します。
【65歳以上の方】介護が必要になった原因を問わず、給付対象となります。
【40～64歳の方】下に掲げる特定疾病が原因で介護が必要になった場合に給付の対象となります。

特定疾病

- ①がん（末期） ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統委縮症
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患
- ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

2 要介護（要支援）認定

- ・介護や支援の必要な度合いを判定します。
- ①訪問調査 申請後、認定調査員が家庭等を訪問し、心身の状態や日常生活の状況等について聞き取り調査を行います。
- ②一次判定 訪問調査の結果と主治医意見書に基づき、コンピューター判定を行います。
- ③二次判定 一次判定の結果と主治医意見書をもとに、保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会が総合的に判断して、二次判定を行います。
- ④結果の通知 二次判定の結果に基づき、市町村が要介護（要支援）認定区分等を決定し、申請者に通知します。

3 ケアプランの作成

- ・介護保険のサービスを利用するときは、自立した日常生活を送るため、必要性に応じてサービスを組み合わせたケアプランをケアマネジャーと作成します。

【要支援1・2と認定された方】

ケアプランは、地域包括支援センターに作成を依頼することができます。自分で作成することも可能です。

【要介護1～5と認定された方】

ケアプランは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに作成を依頼することができます。自分で作成することも可能です。

- ・要介護（要支援）認定の区分によって、介護保険から給付を受けられる上限（支給限度基準額）は異なります。



4 サービス利用

- ・ケアプランに基づいて、サービス提供事業者や介護保険施設と契約を結び、サービスを利用します。
- ・契約時に、サービス時間、料金、内容、キャンセル時の取扱い、苦情への対応などを確認しましょう。
- ・サービスにかかる費用の1割（一定以上の所得がある方については2割）は自己負担となります。ただし、支給限度基準額を超えた利用部分は、全額自己負担となります。
- ・要介護（要支援）認定で非該当と認定された方でも、地域支援事業で生活機能を維持するためのサービスを利用できる場合があります。最寄りの地域包括支援センターにご相談ください。

※サービスの利用を目標にせず、サービスを利用して自分らしい生活を作っていくことを目標にしましょう。

- ・施設に入所する場合は、入所を希望する施設へ申し込み、入所した施設でケアプランを作成します。

③ 利用できるサービス

介護保険で利用できるサービスには、要介護1～5と認定された方が利用できるサービス（介護給付）と、要支援1・2と認定された方が利用できるサービス（予防給付）があります。

予防給付は、介護予防（生活機能を維持・向上させ、要介護状態になることを予防すること）に適した、軽度者向けの内容・期間・方法で、サービスが提供されます。

サービスのうち、地域密着型のサービスは、住み慣れた地域で、多様かつ柔軟なサービスを提供するための枠組みで、事業所や施設がある市町にお住まいの方の利用が基本となります。

地域密着型サービス以外のサービスは、他市町にある事業所や施設の利用も可能です。

なお、要支援1・2の方の訪問介護、通所介護は、「介護予防・生活支援サービス事業」で提供されます。

■ 家庭で受けるサービス

<訪問介護（ホームヘルプ）>

ホームヘルパーが家庭を訪問し、食事や排泄など日常生活上の介護や、調理や洗濯などの生活援助を行います。

<訪問入浴>

家庭の浴室での入浴が困難な人を対象に、浴槽を家庭に持ち込むなどしてサービスを行います。

<訪問リハビリテーション>

理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が家庭を訪問し、心身機能の維持回復と日常生活の自立に向けた訓練を行います。

<訪問看護>

看護師などが家庭を訪問し、主治医の指示に従って、療養上の世話や診療の補助などを行います。

<居宅療養管理指導>

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士などが、通院困難な利用者の心身の状況や環境などを踏まえ、指導や助言を行います。

■ 施設に通って受けるサービス

<通所介護（デイサービス）>

施設に通い、食事、入浴などの日常生活上の支援や、機能回復のための訓練・レクリエーションなどを行います。

また、口腔機能や栄養状態を改善するためのサービス、難病やがんの要介護者向けの、医療と連携したサービスを提供する事業所もあります。

<通所リハビリテーション（デイケア）>

医療機関や老人保健施設などに通い、心身機能の維持回復と日常生活の自立に向けた訓練を受けます。

口腔機能や栄養状態を改善するためのサービスを提供する事業所もあります。

<短期入所生活介護（福祉系ショートステイ）>

特別養護老人ホームなどに短期間入所し、入浴・食事などの日常生活上の介護や機能訓練を受けます。

<短期入所療養介護（医療系ショートステイ）>

医療機関や介護老人保健施設などに短期間入所し、医師や看護師等からの医学的管理のもと、療養上の世話や日常生活上の介護、機能訓練を受けます。

■ その他のサービス

<福祉用具貸与>

要介護2～5の方

介護用ベッドや車いす、床ずれ防止用具など、在宅生活を支える道具が借りられます。

要介護1・要支援の方

生活機能の維持・向上に役立つ福祉用具（原則として、手すりやスロープ、歩行器、歩行補助つえ）に限定して借りることができます。

<福祉用具購入費の支給>

腰掛け便座や特殊尿器、入浴用いすなど、貸与になじまない福祉用具を、指定を受けた事業者から購入した場合、その費用が支給されます。

利用者がいったん全額を支払った後、9割（又は8割）が介護保険から払い戻されます（支給額には限度があります）。

<住宅改修費の支給>

手すりの取付けや段差の解消など、小規模な住宅改修に要する費用が支給されます。

利用者がいったん全額を事業者に支払った後、9割（又は8割）が介護保険から払い戻されます（支給額には限度があります）。

*住宅改修を行う前に市町へ住宅改修申請等を提出する必要があります。
詳細については市町へお問い合わせください。

(2) 津軽地域ケアネットワーク様式

津軽地域ケアネットワークとは・・・

平成 19 年 6 月に設立。

津軽地域における地域連携担当者の情報共有及びスキルアップの場とし、利用者が安心して円滑に地域での生活に戻れるよう、地域の関係機関との連携づくりを推進することを目的に活動している。

津軽地域の医療機関の連携担当者（看護師・ソーシャルワーカー・事務員等）、津軽ケアネットワークに賛同した会員をもって構成している。

本事業で検討した様式ではありませんが、津軽ケアネット作成している様式について、参考のために掲載しています。

平成 26 年 6 月 27 日

津軽地域ケアネットワーク

患者情報提供用紙（１）（２）（３）運用マニュアル

<医療機関から医療機関へ>

患者情報提供用紙（１）「初回相談用」

入転院が可能かの初回相談（問い合わせ）時に使用します。または、入転院予約時点での情報提供用として使用します。

- ・ 上部に送信者と宛先が記入されていれば、FAX送信票は必要ありません。
- ・ 患者様氏名は、イニシャルまたは無記名でも構いません。
- ・ 傷病名の発症日・手術日はどちらかを○印で囲み日付を記入します。回復期リハビリテーション病棟等への入転院時に重要となります。
- ・ 既往歴は全て記入するようにします。療養型病床への入転院時に重要となる場合があります。
- ・ 現在行っている医療処置の点滴管理には、点滴や中心静脈栄養等の状況を記入します。ドレーン、疼痛処置には詳細を記入します。その他の詳細は下部にある療養上の留意事項に記入します。
- ・ 日常生活の意思疎通には、困難な状況の詳細を記入します。
- ・ 療養上の留意事項には、体内金属の有無、輸血歴、インスリン、褥瘡部位、身体拘束の状況、エアマットの使用状況などの詳細を記入します。また、転院についての患者・家族への説明と受け止め方、希望することの記入が、療養型病床への入転院時に重要となります。
- ・ 不明な項目は記載する必要はありません。

患者情報提供用紙（２）「入院時用」

入転院が決まった時点もしくは入転院時に、患者情報提供用紙（１）の追加情報として使用します。または、その他必要時使用します。

- ・ 上部に送信者と宛先が記入されていれば、FAX送信票は必要ありません。
- ・ 担当ケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーに記載してもらっても構いません。
- ・ 処方薬に関しては、診療情報提供書やお薬手帳、薬剤情報用紙のコピーを添付することができます。
- ・ 不明な項目は記載する必要はありません。

＜医療機関以外から医療機関へ＞

ケアマネジャーが担当している利用者が入院した時は、患者情報提供用紙（１）（２）を記載し、医療機関に情報提供する。（詳細は＜医療機関から医療機関へ＞に準じます）

＜医療機関から医療機関または医療機関以外へ＞

患者情報提供用紙（３）「退院時用」

退院時要約として使用することができます。但し、各医療機関にサマリーの書式がある場合は、各医療機関のサマリーで構いません。（詳細は＜医療機関から医療機関へ＞に準じます）

附則

平成 22 年 4 月 1 日 患者情報提供用紙（１）（２）（３）作成

平成 26 年 6 月 27 日 患者情報提供用紙（１）（２）（３）改訂

患者情報提供用紙(1)

初回相談用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

紹介元	
担当医師	(科)
連携窓口担当者	
TEL - -	FAX - -



紹介先	
紹介目的	
連携窓口担当者	様
TEL - -	FAX - -

患者様	ふりがな氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日
	住所		感 染 症	HB抗原(+-未) HCV(+-未) ワ氏(+-未) MRSA(+-未) 検出部位() その他()				
	TEL	-						
	キーパーソン			(続柄:)				
	連絡先		計測	身長	cm	体重	kg	(月 日)
傷病名	(発症日・手術日: 年 月 日) (入院日: 年 月 日)							
既往歴								

現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 () <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> ドレーン () <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛処置 ()	
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 半側無視 () <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴) <input type="checkbox"/> その他 ()	
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS () 特記:	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請	
居宅・包括	(介護支援専門員:)	
障害者手帳	身障・愛護・精神 (種 級 障害名:) <input type="checkbox"/> なし	
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子・ストレッチャー・)
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル留置)
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ) 最終排便: /
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()
		<input type="checkbox"/> 普通食 () <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 制限食 ()
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可(シャワー・清拭・その他:)
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏(状態等:)
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 () <input type="checkbox"/> その他 ()
認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
退院先の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ()	
療養上の留意事項	(体内金属、輸血歴、褥瘡部位、身体拘束、エアマット、患者・家族の意向、病状説明状況など)	

患者情報提供用紙(2)

入院時用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

所 属 情報提供者 TEL - - FAX - -	紹介先 連携窓口担当者 様 TEL - - FAX - -
---------------------------------	-------------------------------------

患者様	ふりがな氏名	様	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()						<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	経済状況	<input type="checkbox"/> ()年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> その他()						

生活状況	生活歴/家庭での役割/家族の状況等	<家族構成図>
------	-------------------	---------

キーパーソン	① 様(続柄:)	TEL	-	-
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	特記:		
	② 様(続柄:)	TEL	-	-
	同居の有無: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	特記:		

主治医	病院名:	診療科:	医師名:
処方薬	参照: <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報用紙		
他機関受診	病院名:	処方薬:	
	病院名:	処方薬:	
健康歴	アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ()	アルコール /日	たばこ 本/日

サービス利用状況	サービス内容	事業所	回数	サービス内容	事業所	回数
	<input type="checkbox"/> 訪問介護			<input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護			<input type="checkbox"/> 訪問リハ		
	<input type="checkbox"/> 訪問診療			<input type="checkbox"/> 通所介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ			<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 配食サービス			<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具:					
	<input type="checkbox"/> 住宅改修:					

介護保険要介護認定	有効期間	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日
居宅・包括		介護支援専門員								
TEL	-	-	F	A	X	-	-			

特記事項	
------	--

個人情報保護法により、万が一お心当たりの無い内容が届きましたら、ご一報くださいますようお願い致します。平成 26 年 6 月 27 日改訂

患者情報提供用紙(3)

退院時用

津軽地域ケアネットワーク共通様式

記入日 平成 年 月 日

入院年月日	H	年	月	日	退院年月日	H	年	月	日
-------	---	---	---	---	-------	---	---	---	---

患者様	ふりがな氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日
	住所			感染症	HB抗原(+・-・未) HCV(+・-・未) ワ氏(+・-・未)		
	TEL	- -			MRSA(+・-・未) 検出部位()		
	キーパーソン	(続柄:)			その他()		
	連絡先			計測	身長	cm	体重
傷病名	(発症日: 年 月 日)						
既往歴							<退院後の通院先> ① ② ③
入院中の経過							
処方薬							

現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 () <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (l/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> ドレーン () <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛処置 ()						
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 半側無視 () <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴) <input type="checkbox"/> その他 ()						
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS () 特記:						
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請						
居宅・包括	(介護支援専門員:)						
障害者手帳	身障・愛護・精神 (種 級 障害名:) <input type="checkbox"/> なし						
日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子・ストレッチャー・)					
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル留置)					
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・おむつ) 最終排便: /					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養()					
		<input type="checkbox"/> 普通食() <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 制限食()					
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可(シャワー・清拭・その他:)					
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()					
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏(状態等:)					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難() <input type="checkbox"/> その他()					
認知症状	記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他()						
療養上の留意事項	(体内金属、輸血歴、褥瘡部位、身体拘束、エアマットなど)						

医療機関名	(病棟)	主治医:	記載者:
-------	-------	------	------