

西北五地域における
医療機関とケアマネジャーの入退院調整ルール
の手引き

五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町
深浦町、鶴田町、中泊町

青森県西北保健所

令和8年7月改定

目 次

1	趣旨	1
2	ルールを利用する機関	1
3	ルールの対象者	2
4	ルールに関する問い合わせ先	2
5	入退院調整ルール	3
	(1) 入退院調整のイメージ	
	①介護認定されていて担当ケアマネジャーがいる場合	3
	②新たに介護保険サービスを受ける場合	4
	入退院調整が必要な患者の基準	5
	(2) 入退院調整ルール運用にあたっての補足	6
	(3) 様式集	
	①入院時情報提供書(様式1)	9
	②退院調整時の聞き取りシート(様式2)	10
6	地域包括支援センターの業務	11
7	退院調整におけるケアマネの役割	11
8	関係機関等一覧	12
	(1) 医療機関相談窓口一覧	13
	(2) 医療機関機能等一覧	14
	(3) 市町担当課一覧	15
	(4) 地域包括支援センター一覧	16
	(5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口	16
	(6) 居宅介護支援事業所一覧	17
	(7) 小規模多機能型居宅介護支援事業所一覧	20

<参考資料>

(1)	介護保険の概要	参考－1
(2)	個人情報利用同意書(参考例)	参考－7

1 趣旨

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。

このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市町が中心となって、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する必要がある。

西北五地域の医療・介護連携の現状は、平成28年7月に実施したケアマネジャーへのアンケート調査によると、医療機関からケアマネジャーに退院時の情報提供がなかった割合が37.8%、入院時にケアマネジャーから医療機関に情報提供のなかった割合が56.5%であり、それぞれの抱えている課題についても十分把握できていない状況であった。

そこで、医療機関に入院している要介護（要支援）状態の患者が、居宅へ退院するための準備の際に、医療機関からケアマネジャーへ着実な連絡・つながりを行うために、医療機関、居宅介護支援事業所の介護支援専門員、市町（地域包括支援センター）が協議を重ね、入退院調整のためのルールを策定した。この入退院調整ルールの活用により、在宅療養をするご本人・ご家族を中心に、医療機関とケアマネジャーが対話し、ご本人・ご家族と医療・介護関係者が、同じ方向を向いて在宅療養の支援を行うことができると考える。

本手引きについては、医療と介護が連携を図ることにより、医療機関から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して医療機関への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的に、医療機関とケアマネジャー間の入退院調整ルールを策定し、その活用方法について記載したものである。

一人でも多くの方が安心して在宅療養できるよう、医療機関担当者、ケアマネジャーの皆さまがこの手引きを活用して、円滑に入退院支援をしていただきたいと考えている。

なお、入退院調整ルールについては、運用状況をモニタリングしながら、関係者で議論を重ね修正していく予定である。

2 ルールを利用する機関

青森県西北五地域（五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町）の医療機関、市町介護保険担当課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所。

3 ルールの対象者

65歳以上または40～64歳の特定疾病該当者（P 2 - 2参照）のうち、すべての介護保険・総合事業利用者と介護保険・総合事業申請者（一部を除く）を対象とする。

なお、介護保険申請者のうち「要介護」と思われる場合*¹はすべて対象とし、「要支援」と思われる場合*²と「総合事業対象者」については、独居または家族に問題のある場合のみ対象とする。

* 1 : 明らかに要介護と思われる患者（以下の項目が1つでもあてはまる場合）

- ① 立ち上がりや歩行に介助が必要な患者
 - ・ 日常生活動作に介助が必要な患者
 - ・ 入院後ADL が低下している患者
- ② 食事に介助が必要な患者
- ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中の患者
 - ・ バルンカテーテル交換の必要な患者
- ④ 日常生活に支障をきたすような症状の認知症の患者
 - ・ 精神的な面での問題行動のあった患者
 - ・ 認知機能の低下のみられる患者や認知面で生活能力に不安のある患者
- ⑤ 医療処置が必要な患者
 - ・ 感染症のある患者
 - ・ 医療処置や療養上の注意の必要な患者（インスリンや床ずれ、在宅酸素など）
 - ・ 褥瘡等皮膚疾患のある患者

* 2 : 要支援と思われる独居又は家族に問題（以下の項目）のある患者

- ・ 独居もしくは協力者がいないため援助が必要な患者
- ・ キーパーソンに問題がある患者
- ・ 家族が介護困難、介護協力のない患者
- ・ 独居や高齢世帯の患者
- ・ 家族の理解力が低い患者

4 ルールに関する問い合わせ先

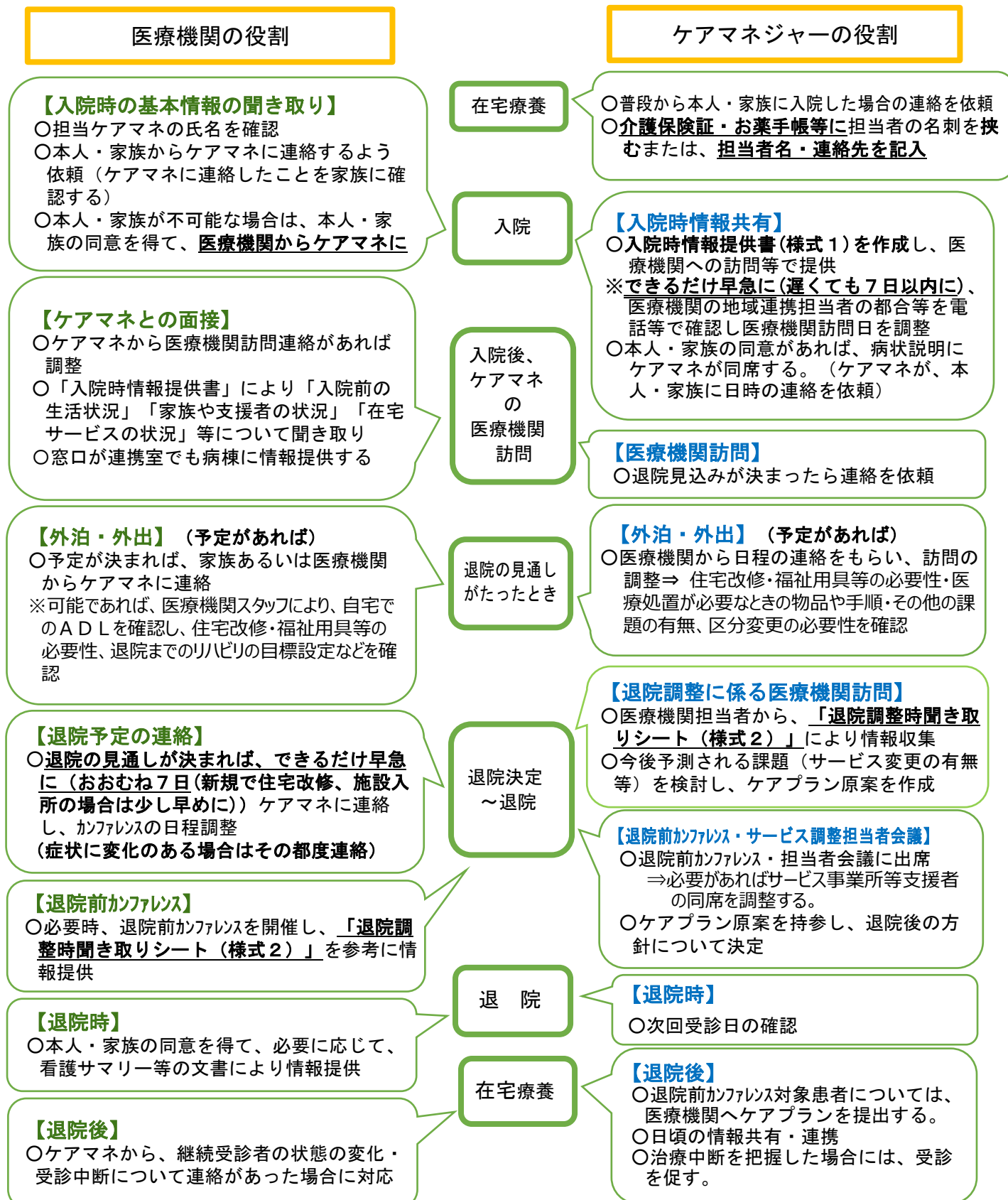
本手引きの内容に関する問い合わせは、医療機関は保健所、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）は管轄市町介護保険担当課（P15 担当課一覧参照）とする。市町が回答困難な事例が生じた場合は保健所と協議の上、回答する。

青森県西北保健所 TEL 0173-34-2108

5 入退院調整ルール

(1) 入退院調整のイメージ

①介護認定がされていて担当ケアマネジャーがいる場合



②新たに介護保険サービスを受ける場合

医療機関の役割

自宅に退院予定で「連携の基準」該当の方

○本人・家族に介護認定について説明し、申請を勧める。

○病棟または地域連携室から、地域包括支援センター（下記連絡窓口）へ連絡し、今後の対応について協議

※下記＜連携の基準＞①～⑤で「要介護」が明らかな場合、居宅介護支援事業所に直接連絡することもある。

＜連絡窓口＞

市町	連絡先
五所川原市	地域包括支援センター (TEL0173-35-2111)
つがる市	地域包括支援センター (TEL0173-69-7117)
鯉ヶ沢町	地域包括支援センター (TEL0173-82-0959)
深浦町	地域包括支援センター (TEL0173-74-4421)
鶴田町	地域包括支援センター (TEL0173-22-3918)
中泊町	地域包括支援センター (TEL0173-57-3601)

＜連携の基準＞＊別紙

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要な患者
- ②食事に介助が必要な患者
- ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中の患者
- ④日常生活に支障をきたすような症状がある認知症の患者
- ⑤医療処置が必要な患者
- ⑥独居または家族に問題のある患者

【ケアマネとの面接】

○ケアマネの医療機関訪問があれば情報提供「これまでの経過と入院理由」「在宅療養に向けてどのようなことが課題と考えられるか」「家族や支援者の状況」等

① 介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

① 介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

① 介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

① 介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

入院中

医療機関から連絡を受けた地域包括支援センター（または地域包括支援センター・医療機関から連絡を受けた居宅介護支援事業所）は、概要を確認したうえで、医療機関への訪問等対応について検討し、返答する

【担当依頼の連絡後】

○本人家族面談・医療機関担当者との面談

・病状や本人家族の在宅療養についての思い等の聞き取り

・介護保険制度やサービスの利用に関する説明

○サービス利用の合意が出来れば契約（申請中の場合は仮契約、介護認定決定後に本契約）

○ケアプラン原案作成

○サービス調整

○サービス担当者会議

※契約（仮契約）からサービス決定までの期間はサービスの種類、量により変わるが1～2週間必要

介護認定の結果が出るまでに約1か月を要する。

※ケアマネ決定が早ければ、次の外泊・外出時訪問から順次調整が進められる

入院後、ケアマネの医療機関訪問

退院の見通しがたったとき

①介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

退院決定

①介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

退院

①介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

在宅療養

①介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

入退院調整が必要な患者の基準

1 **すでに介護認定を受けていて担当ケアマネのいる場合**

要介護・要支援に関係なく全例対象とする。

2 **新たに介護保険サービスを受ける場合**

(1) **是非、連絡してほしい患者**

(以下の項目が1つでも当てはまる場合)

① **立ち上がりや歩行に介助が必要な患者**

- ・日常生活動作に介助が必要な患者
- ・入院後 ADL が低下している患者

② **食事に介助が必要な患者**

③ **排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中の患者**

- ・バルンカテーテル交換の必要な患者

④ **日常生活に支障をきたすような症状の認知症の患者**

- ・精神的な面での問題行動のあった患者
- ・認知機能の低下のみられる患者
- ・認知面で生活能力に不安のある患者

⑤ **医療処置が必要な患者**

- ・感染症のある患者
- ・医療処置や療養上の注意の必要な患者
(インスリンや床ずれ、在宅酸素等)
- ・褥瘡等皮膚疾患のある患者

(2) **(1)には当てはまらないが、支援が必要と思われる患者**

- ・独居もしくは協力者がいないため援助が必要な患者
- ・キーパーソンに問題がある患者
- ・家族が介護困難、介護協力のない患者
- ・独居や高齢世帯の患者
- ・家族の理解力が低い患者

（２）入退院調整ルール運用にあたっての補足

１）医療機関の役割

①入院時

ア 入院時のケアマネジャーへの連絡

- ・基本的には、本人・家族から担当ケアマネジャーへ入院の連絡をするが、入院当日は多忙で連絡できなかったり、連絡を忘れたりする場合も多いため、医療機関スタッフが本人・家族に対し、ケアマネジャーに連絡したかどうかを確認する。
- ・休日に入院した場合、担当ケアマネジャーへの連絡は、緊急ケース以外は休み明けとする。

イ 入院時情報提供書について

- ・本人・家族、あるいは医療機関から担当ケアマネジャーに入院の連絡をした後、ケアマネジャーからの入院時情報提供書の提出がない場合には、医療機関からケアマネジャーに連絡する。

②退院決定～退院時

ア 退院予定の連絡

- ・退院の見通しが決まった段階（在宅退院できそうと判断できれば）で、ケアマネジャーが退院準備（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）に必要な期間を考慮して、ケアマネジャーに連絡する。
目安としておおむね７日（新規で住宅改修、施設入所が必要な場合は少し早めに）としているが、できる限り早めに連絡する。
- ・状態が変化しやすい高齢者については、連絡のタイミングが難しい場合が多いが、新たに介護保険サービスを利用する患者についての連絡先は、地域包括支援センターとなったため、病状がある程度落ち着いた段階で、医療機関から家族に対して介護保険の申請について説明するとともに、医療機関から住所地の地域包括支援センターに連絡し、今後の対応を協議する。
- ・介護認定結果が明らかに「要介護」となるケースの場合、医療機関から居宅介護支援事業所に直接連絡することもある。
- ・急な退院となった場合には、直ちにケアマネジャーに連絡する。

イ 退院前カンファレンス

- ・カンファレンスは、必ず全員実施しなければならないということではなく、情報共有のためにカンファレンスを実施するようにしたいという意図である。医療機関でカンファレンスが必要だと判断した患者については、医療機関から担当ケアマネに連絡する。
- ・「退院調整時間き取りシート」の服薬管理について、提供可能な医療機関は、薬局の「薬剤情報提供書」の写しを提供する。

ウ 退院時のサマリー

- ・様式は任意とする。各医療機関で使用しているものを継続使用してもよい。

※転院時の連絡

- ・患者の転院が決まった場合、医療機関担当者からケアマネジャーに連絡をするとともに、転院先の医療機関に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供する。

２）ケアマネジャーの役割

①在宅療養中

- ・ケアマネジャーは、自分の受け持ち患者の状態を把握し、患者の状態に変化があればかかりつけ医に連絡する。

- ・「入院した場合、医療機関から『担当ケアマネジャーの氏名』を必ず聞かれること」を普段から説明しておく。
- ・患者・家族が担当ケアマネジャーの名前を覚えていないこともあるため、入院時には、介護保険証・お薬手帳等（担当ケアマネジャーの名刺をクリップ止めして挟んだり、ケアマネジャーの氏名・連絡先を記入したもの）を、必ず医療機関に持参するよう普段から説明することが大切である。

②入院時（入院時情報提供書について）

- ・入院時情報提供書の重要性が増すのは、「入院した日」であるため、利用者の入院を把握したケアマネジャーは、できるだけ早急に入院時情報提供書を提供する。
- ・入院時情報提供書の提供にあたっては、事前に各医療機関の相談窓口へ電話連絡し、持参する。緊急時、やむを得ずFAXを使用する場合は、個人の特定につながる情報（氏名、住所、電話番号等）は抹消し、事前に各医療機関の相談窓口へ電話連絡し、FAX送信について了承を得たうえで送信する等、特に慎重に行う必要がある。

<入院時情報提供書の記載にあたっての留意点>

- ・把握していない情報は「未把握に☑」、「内容に取消線を引く」等により、空欄にしないよう徹底する。
- ・入退院を繰り返しているケースについて、情報提供書の提供に迷った場合には、医療機関に確認する。
- ・「既往歴」については、現在の病状に関連のあるものを記載する。
- ・「食事」について、経管栄養の場合は、「連絡事項・その他」に把握している詳細情報を記載する。把握していない場合は「未把握」にチェックする。
- ・「食事」について、主食の「摂取量（ 割）」はおおよその量を記入するが、記入が難しい場合は取消線を引く。
- ・「医療処置」の特記事項には、以下の内容が記載されていると参考になる。
 - ・褥創処置内容、吸引回数、酸素量、ストーマの交換、
 - ・トラブルの内容（本人がカテーテルを引っ張ろうとする等）等
- ・「連絡事項・その他」欄の活用について
 - ・生活状況、家族の状況や意向等、詳細を追加した方がよい内容を記載する。
 - ・入院後のせん妄や認知症の症状悪化等への対応にあたり、「利用者の日常習慣」や「個人史」、「認知症の症状への対応のコツ」、「利用者とのかわりのなかで大切にしているポイント・留意点」等の記載があれば、医療機関スタッフのよりよいケアの提供につながるため、できるだけ記載する。
 - ・サービス利用事業所については、施設入所の場合のみ施設名を記載する。それ以外は、必要時面接で聞き取りする。

③入院中

- ・患者の入院中、ケアマネジャーは、医療機関からの退院連絡が入るまで待機することではなく、退院に向けた支援のため、医療機関担当者と連携を図りながら医療機関を訪問するなどし、できる限り患者の状態確認に努める。

④退院決定～退院

- ・「退院調整時の聞き取りシート」は確認すべきポイントをA4版1枚にまとめたため、記入枠が狭小になっている。使用するケアマネジャーが、適宜、記入枠の拡張等を行い使用する。

3) 個人情報の適切な取り扱いについて

- ・医療・介護の連携で必要な情報共有について、事前に利用者（患者）本人・家族の同意を得ておくことを基本とする。

- ・居宅介護支援等の契約時において、今後の支援を見据えて、「個人情報の利用（取得および提供）に関する同意書（参考）」（P 罫 - 7 参照）の内容が網羅された同意書への署名により、同意を得る。

4) Q & A

Q 1：死亡退院の場合はどうするのが明確ではない。

⇒ A 1：死亡退院の場合には本ルールの対象にはならないが、対応が必要なこともあるので、その都度ケアマネジャーに情報提供してほしい。

Q 2：患者家族が医療機関からケアマネジャーへの連絡を拒否した場合はどうするか。

⇒ A 2：家族あるいは本人から連絡してもらうよう説明してほしい。

Q 3：患者都合もしくは診療上急な退院（強制退院等）も考えられるが、そういった場合はフローチャートどおりに行かないこともあると思われる。形通りに行かないケースにおいては致し方ないものか。

⇒ A 3：流れのとおりに進まないこともあると思われるが、その場合はケースバイケースの対応とする。

(3) 様式集

①入院時情報提供書（様式1）

(様式1)

入院時情報提供書

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護 ⇒ 医療機関)

情報提供先		病院		様	
情報提供元		事業所名 担当者名 電話番号 FAX番号			
記入日: 令和 年 月 日 (入院日: 令和 年 月 日)					
退院予定が決まりましたら、早めにご連絡いただきますようお願いいたします。					
氏名	生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別 男性・女性
住所	電話番号	健康保険 (選択) (選択)			
氏名	続柄	住所	電話番号	職業	
緊急時連絡先					
家族構成・家族背景	住環境	一戸建て・集合住宅	階建て 階	エレベーター: 有・無	
主・主介護者 次・次介護者 ○・女性 □・男性	病名	医療機関名(診療科)	通院・訪問診療(頻度)	次回受診	
現病歴			(選択) (回/月) 月 日		
			(選択) (回/月) 月 日		
			(選択) (回/月) 月 日		
			(選択) (回/月) 月 日		
既往歴			年 月 日 (選択)		
			年 月 日 (選択)		
			年 月 日 (選択)		
			年 月 日 (選択)		
要介護度	(選択) 要支援1・2、要介護1・2・3・4・5 備考: 期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 認定年月日: 平成・令和 年 月 日				
サービス利用状況	訪問介護 (回/週)	訪問看護 (回/週)	通所介護 (回/週)	通所リハビリ (回/週)	施設入所 (施設名)
ADL	歩行	自立	食事	排泄	入浴
移動方法	わかる範囲で記載する ※未把握の項目は、「未把握」に記し、内容に取捨をひく等し、空欄にしないこと (令和 年 月 日 時点)				自室
口腔清潔	嚥下: なし・あり (上・下) 歯: なし・あり				身長 cm 体重 kg
食事	普通・治療食 (治療食を選択) (備考: 主食: (選択) 摂取量: 割 水分: (選択) 副食: (選択) とろみ剤: (選択) 調理: (選択) (備考: □ 経管栄養 □ 中心静脈栄養 ・1回量・1日回数: ・種類: ・備考:				
更衣	麻痺: (選択) 拘縮: (選択) 備考:				
入浴	場所: (選択) (利用中事業所名:)				
排泄	場所: (選択) (備考:) 自宅トイレ: (選択)				
服薬管理	禁忌薬: (選択) (薬剤名・症状等:)				
療養上の問題	□ 無 □ 有 → □ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 不穏 □ 妄想 □ 暴力 □ 介護への抵抗 □ 昼夜逆転 □ 不眠 □ 徘徊 □ 危険行為 □ 不潔行為 □ 意思疎通困難 その他・特記事項:				
医療処置	□ バリケール □ ストマ □ 気切 □ 痰吸引 □ 呼吸器管理 □ 経管栄養(方法) □ 褥瘡 □ その他: 次回交換予定日: 特記事項:				
退院後の行先	施設の申込状況: (選択) → (申込先:) 特記事項(現時点で本人・家族の希望等があれば):				
その他	感染症 (有:) アレルギー (有:) 予防接種: (選択) ・今シーズンのインフルエンザ: (選択) ・新型コロナウイルス: (選択) → (回) 公費負担 (選択) → □ 特定医療 □ 自立支援(更生医療、精神通院医療) □ その他:				
連絡事項・その他 (生活状況・家族状況・意向等や、認知症の対応のコツ・日常習慣・個人史等のほか、上記チェック項目についても詳細[使用物品やパワチャ換頻度等]を追加する必要がある場合は記載。)					

(この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。) ver.6 令和8年7月改定
 ※様式ファイル内に、記入方法及び記入例があるため、ご参考になさってください。

②退院調整時の聞き取りシート（様式2-1、2-2）

退院調整時の聞き取りシート(様式2-1)

担当ケアマネ()

ふりがな 氏名			生年月日	大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女
住所			電話番号			健康保険	国保・社保・後期高齢・生保		
介護保険の申請	☐ 事業対象者 ☐ 有(要支援1・2、要介護1・2・3・4・5) ☐ 未 ☐ 申請中・ ☐ 区分変更中(令和 年 月 日)								
面談日時	令和 年 月 日()	午前・午後	時 分～	時 分	場所				
面談者			病院の連絡窓口(所属)			病院 ()			
入院の原因となった病名						合併症			
既往歴						入院日	令和 年 月 日		
病院主治医			在宅主治医			通院予定日	令和 年 月 日頃		
次回受診日					次回受診日	令和 年 月 日			
①病院から患者・家族への病状説明内容、②患者・家族の受け止め方、③患者・家族の今後の希望							家族構成とキーパーソン		
							キーパーソン: (続柄:)		
							連絡先:		
ADL	自立	要 介 助	一部 介 助	全 介 助	病棟での様子				
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器使用 ☐ 器具・補助具使用 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ その他:	麻痺	☐ なし ☐ あり	部位:	
更衣	☐	☐	☐	☐		拘縮	☐ なし ☐ あり	部位:	
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 無 ☐ 有(上:全、部分、なし、下:全、部分、なし) 歯: ☐ 無 ☐ 有				
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食(kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ 塩分制限 ☐ その他:				
					☐ 経管栄養 ☐ 中心静脈栄養(1回量・回数: 、種類: 、備考:)				
					主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー 嚥下機能: ☐ 問題なし ☐ 問題あり 備考:				
					副食: ☐ 通常 ☐ 大 ☐ 小 ☐ 刻み ☐ ソフト食 ☐ ミキサー、摂取量: 割 ※とろみ剤: ☐ なし ☐ あり 水分制限: ☐ なし ☐ あり→ ml/日 ※とろみ剤: ☐ なし ☐ あり				
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴制限: ☐ なし ☐ あり(機械浴・シャワー浴・清拭) ☐ その他:) 最終入浴日: 月 日()				
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ベッド ☐ トイレ ☐ 原器 ☐ オムツ、便意: ☐ 無 ☐ 有、原意: ☐ 無 ☐ 有、最終排便: 月 日()				
服薬管理	☐	☐	☐	☐	当科処方: 他科処方: 禁忌事項: 【備考(服薬タイミング等)】				
療養上の 問題	☐ なし ☐ あり: ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 暴力 ☐ 意思疎通困難 ☐ 危険行為 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ その他:								
医療処置	☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 気切 ☐ 吸引 ☐ 呼吸器管理(在宅酸素、常時レスビ、夜間レスビ) ☐ 経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管) ☐ 褥瘡() ☐ その他:								
感染症	☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症(部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ 梅毒 ☐ その他:								
家族への 介護指導	☐ なし ☐ あり→理解力状況: ☐ 十分 ☐ 不十分(問題点:) 介 護 力 : ☐ なし ☐ あり(続柄:) <具体的内容>								
リハビリ (リハビリ から確認)	目標: 内容:								
退院先 について	本人の意向 ☐ 在宅 ☐ 施設→施設名: 家族の意向 ☐ 在宅 ☐ 施設→施設名: 在宅の場合→住宅改修: ☐ 否 ☐ 要、福祉用具: ☐ 否 ☐ 要 備考:								
備考欄									

ver.5令和8年7月改定

※様式ファイル内に、プルダウンで入力可能な様式2-2を追加したため、ご活用ください。

6 地域包括支援センターの業務

- ・高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、さまざまな面から総合的に支えていくための相談機関で市町村が設置し、当保健所管内には6か所設置されています。
- ・地域包括支援センターの業務
 - ① 総合相談（様々な相談に対応します）
高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスにつなげます。
相談の内容によってサービス、制度に関する情報提供や、関係機関への紹介をします。
 - ② 介護予防ケアマネジメント（自立した生活ができるよう支援します）
体力等の低下がみられ、今後介護が必要となる恐れがある方などに対して、要支援・要介護状態にならないように介護予防事業の紹介や支援などを行います。
 - ③ 包括的・継続的マネジメント（様々な方面から皆様を支えます）
高齢者の生活を支えるために、医療・介護・地域の関係機関などのネットワークづくりをしていきます。
また、地域のケアマネが、円滑に仕事ができるようサポートします。
 - ④ 権利擁護（権利・尊厳を守ります）
高齢者虐待の防止やその対応、消費者被害の防止やその対応を行います。
また、認知症等による財産管理の問題などアドバイスを行います。
 - ⑤ 介護予防支援（自立した生活ができるよう支援します）
介護保険で「要支援1、2」と判定された方への介護予防ケアプランの作成などの支援を行います。

7 退院調整におけるケアマネの役割

対象者：介護（要支援）認定を受けている人・見込みの人、かつ、ケアマネ契約が整った人

条件：本人・家族が在宅退院（自宅とは限らない）の意思を持っている人

業務：ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと

* 退院調整の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ
（介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない）

8 関係機関等一覧

- (1) 医療機関相談窓口一覧
- (2) 医療機関機能等一覧
- (3) 市町担当課一覧
- (4) 地域包括支援センター一覧
- (5) 居宅介護支援事業所一覧

(1) 医療機関相談窓口一覧

令和 8 年 5 月現在

医療機関名			つがる西北五広域連合 つがる総合病院	つがる西北五広域連合 かなぎ病院	(医) 慈仁会 尾野病院	(医) 白生会 白生会クリニック	(医) 清泉会 布施病院	(医) 済生堂 増田病院	(医) 誠仁会 尾野病院	つがる西北五広域連合 鰺ヶ沢病院	
住所			037-0074 五所川原市字岩木町 12 番地 3	037-0202 五所川原市金木町 菅原 13-1	037-0202 五所川原市金木町 字朝日山 453	037-0066 五所川原市字 中平井町 142-1	037-0085 五所川原市字芭蕉 18-4	037-0045 五所川原市新町 41	038-3194 つがる市木造若竹 5	038-2761 鰺ヶ沢町大字舞戸町 字蒲生 106-10	
代表電話			0173-35-3111	0173-53-3111	0173-53-2071	(代表) 0173-34-6111 (地域連携室直通) 0173-38-4668	(代表) 0173-35-3470 (医療連携室直通) 0173-35-3472	0173-35-2726	0173-42-2133	0173-72-3111	
すでに 介護保 険を利用 している (ケア マネが 付いて いる) 場合	①ケア マネから の入 院時情 報はど こに？	(電話を してから) 手渡しの場合	○精神科以外 地域連携室 (休日は病棟) ○精神科 精神科病棟	地域連携室	相談室	地域連携室	医療連携室	地域連携担当者 または病棟 (事前に連絡)	地域連携室	病棟または 地域連携室	
		(電話を してから) F A X の場合	○精神科以外 地域連携室 ○精神科 精神科病棟	地域連携室	相談室	地域連携室	医療連携室	地域連携室担当者	地域連携室	地域連携室	
		F A X	0173-33-4501 (地域連携室) 0173-26-7594 (精神科外来)	0173-53-3183 (地域連携室直通)	0173-53-3420	0173-38-4670 (地域連携室直通)	0173-35-6419	0173-33-2251	0173-42-2245	0173-82-2902 (地域連携室直通)	
	②退院調整の期間 を残し、看護師 (P S W) が在宅 の判断は可能？		× (判断は出来ても決定は医師。ケースにより異なる。)	× (Dr 判断)	× Dr の判断 家族の希望	Dr 指示確認後、 Ns 判断で○	× (Dr 判断)	Dr と Ns	× (Dr 判断)	× (Dr 判断)	
	③誰がケアマネと 連絡をとるのか？		地域連携室 (夜間・休日は病棟 Ns)	地域連携室 病棟	相談室	地域連携室	医療連携室	地域連携担当者 または病棟師長	地域連携室	地域連携室	
	④ケアマネとの 面談主体は？		地域連携室 (状態確認の場合は 病棟 Ns)	地域連携室 病棟	相談室	地域連携室、 または病棟 Ns	医療連携室	地域連携担当者	地域連携室	・ 地域連携室 ・ 状態確認の場合は 病棟 Ns	
	⑤誰がケアマネに 退院日を連絡する のか？		地域連携室 または家族	地域連携室 病棟	相談室	地域連携室	医療連携室	・ 地域連携担当者 ・ 病棟師長	地域連携室	地域連携室	
	新た に介 護保 険を利用 する場合	⑥誰が介護保険の 説明をするのか？		地域連携室	地域連携室 病棟	相談室	病棟 Ns または地域連携室	医療連携室	地域連携担当者	地域連携室	地域連携室 または病棟 Ns
		⑦誰がケアマネ契約 の支援をするのか？		地域連携室	地域連携室	相談室	地域連携室	医療連携室	地域連携担当者	地域連携室	地域連携室
⑧誰が契約後のケア マネと連絡をとるのか？		地域連携室 または病棟 Ns	地域連携室 病棟	相談室	地域連携室	医療連携室	地域連携担当者 または病棟師長	地域連携室	地域連携室		
⑨ケアマネが医療機関に 電話連絡する時間帯			○休日以外 8 : 15~17 : 00	○月～金 (祝日除く) 8 : 30~17 : 00	○月～金 (祝日除く) 8 : 30~17 : 00	○月～金 (祝日除く) 8 : 30~17 : 30	○月～金 (祝日除く) 8 : 30~12 : 00 13 : 00~16 : 00	○月～金 8 : 30~17 : 00	○月～金 (祝日除く) 8 : 30~16 : 45 ○土 (祝日除く) 8 : 30~12 : 00	○月～金 (祝日除く) 8 : 30~17 : 00	

(2) 医療機関機能等一覧

医療機関名	許可病床数					診療科	救急告示	特記事項	看護基準	地域連携室について					退院調整担当部署	
	総数	一般	療養	精神	感染症					連携室の有無	スタッフ数	専任職員数	専任職員の職種	退院調整対象者	地域連携室(相談室)	病棟
つがる西北五広域連合 つがる総合病院	438	390	0	44	4	内 外 小 精 整 リウ 脳外 産婦 眼 耳 皮 泌 形 放 麻 齒外 神内	○		一般病棟7対1	○	9人	8人	社会福祉士 看護師 保健師	全退院患者	○	○
つがる西北五広域連合 かなぎ病院	70	50	20 (休床中)	0	0	内 小 外 整 眼 婦 (休診中)	○	地包ケア (注1)	一般病床 (13床) 10対1 地域包括ケア病 床 (37床) 13対1	○	3人	2人	社会福祉士 看護師	一部患者 (退院支援総合評 価スクリーニン グで必要と判断 した患者)	○	○
(医) 慈仁会 尾野病院	28	0	28	0	0	内 整 皮			医療療養病床 (28床) 4対1 介護医療院 (73床) 6対1	○	1人	1人	看護師 介護支援 専門員	一部患者 (介護状態が改 善された場合、 家族の希望があ った場合)	○	○
(医) 白生会 白生会クリニック	19	0	19	0	0	内 消内 外 泌 整			一般病棟 7対1	○	1人	1人	看護師 介護支援 専門員	一部患者 (高齢者、障害 がある患者、独 居者、身寄りの ない患者等)	○	
(医) 清泉会 布施病院	120	0	0	120	0	精			一般病棟 15対1	○	5人	4人	精神保健 福祉士 事務職	全患者	○	○
(医) 済生堂 増田病院	75	0	75	0	0	内 循 呼			医療療養病 棟 (75床) 20対1	○	2人	2人	社会福祉士 看護師	一部 (退院困難とみ なされた患者)	○	○
(医) 誠仁会 尾野病院	43	0	43	0	0	内 胃 小 外 整 皮 リハ			医療療養型 (43 床) 20対1 介護医療院 (22 床) 6対1	○	9人	9人	社会福祉士 介護支援 専門員 看護師	全患者	○	
つがる西北五広域連合 鯉ヶ沢病院	60 (休床4床)	60 (休床4床)	0	0	0	内 外 整 眼 耳 齒 小 婦 (休診中)	○	地包ケア (注1)	一般・地域包 括ケア混合 13 対1 (一般 19床、 地域包括ケア 37床)	○	3人	3人	看護師 社会福祉士 事務職	全患者	○	○
計	853	500	166	164	4											

※注1 地包ケア：地域包括ケア病棟

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等の機能を有し、

地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟または病室（平成26年度診療報酬改正で新設）

(3) 市町担当課一覧

市町名	相談項目	課名	電話番号	住所
五所川原市	保健に係る相談	健康推進課	0173-35-2111	〒037-8686 五所川原市字布屋町 41-1
	介護に係る相談	介護福祉課		
	障害に係る相談	福祉政策課		
	生活保護に係る相談	生活応援課		
つがる市	保健に係る相談	健康推進課	0173-23-4311	〒038-3131 つがる市木造千年 3 番地 3 (つがる市民健康づくり センター内)
	介護に係る相談	介護課	0173-42-2111	〒038-3192 つがる市木造若緑 61-1
	障害に係る相談	福祉課		
	生活保護に係る相談	保護課		
鰯ヶ沢町	保健に係る相談	ほけん福祉課	0173-82-0955	〒038-2792 鰯ヶ沢町大字舞戸町字鳴戸 321 番地
	介護に係る相談		0173-82-0957 0173-82-0959	
	障害に係る相談		0173-82-0951	
	生活保護に係る相談		0173-82-0951	
深浦町	保健に係る相談	健康推進課	0173-82-0288	〒038-2321 深浦町大字広戸字家野上 104-1
	介護に係る相談	福祉課	0173-74-2117	〒038-2324 深浦町大字深浦字苗代沢 84-2
	障害に係る相談			
	生活保護に係る相談			
鶴田町	保健に係る相談	子ども健康課	0173-22-2111	〒038-3503 鶴田町大字鶴田字早瀬 200-1
	介護に係る相談	福祉介護課		
	障害に係る相談			
	生活保護に係る相談			
中泊町	保健に係る相談	町民課	0173-57-2111	〒037-0392 中泊町大字中里字紅葉坂 209
	介護に係る相談	福祉課		
	障害に係る相談			
	生活保護に係る相談			

(4) 地域包括支援センター一覧

名称	設置主体	住所	電話番号	FAX
五所川原市 地域包括支援センター	五所川原市	〒037-8686 五所川原市字布屋町 41-1	0173- 35-2111	0173- 34-1018
つがる市 地域包括支援センター	つがる市 社会福祉協 議会	〒037-0104 つがる市稲垣町豊川 宮川 42-3	0173- 69-7117	0173- 46-3340
鰯ヶ沢町 地域包括支援センター	鰯ヶ沢町 社会福祉協 議会	〒038-2753 鰯ヶ沢町大字本町 209-2 中央公民館内	0173- 82-0111	0173- 82-0111
深浦町 地域包括支援センター	深浦町	〒038-2321 深浦町大字広戸字家 野上 104-1	0173- 74-4421	0173- 82-0158
鶴田町 地域包括支援センター	鶴田町 社会福祉協 議会	〒038-3503 鶴田町大字鶴田 字沖津 193	0173- 22-3918	0173- 22-6322
中泊町 地域包括支援センター	内潟療護園	〒037-0305 中泊町大字中里 字亀山 170-1	0173- 57-3601	0173- 57-3602

(5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口

- ・各市町地域包括支援センター（住所等詳細は上記のとおり。）

※五所川原市では、令和3年度から「医療法人白生会クリニック地域連携室」に一部委託し、主に医療・介護関係者等支援者側の相談に対応している。白生会クリニック地域連携室の住所、電話番号等は（1）医療機関相談窓口一覧（13頁）参照。

(6) 居宅介護支援事業所一覧

◇五所川原市

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
あかね居宅介護支援センター	037-0631	五所川原市大字前田野 目字長峰 112-2	0173- 29-3532	0173- 29-3525
あけぼの居宅介護支援センター	037-0068	五所川原市大字長橋 字橋元 75-1	0173- 26-7108	0173- 26-7124
あずましや居宅介護支援事業所	037-0033	五所川原市字鎌谷町 520-4	0173- 26-6627	0173- 34-5856
うめた居宅介護支援センター	037-0022	五所川原市大字梅田 字福浦 405-2	0173- 28-2829	0173- 27-1123
介護の森 居宅介護支援事業所	037-0036	五所川原市中央一丁目 42	0173- 38-5322	0173- 38-5370
居宅介護支援事業所 あおぞら	037-0035	五所川原市大字湊 字船越 311-1	0173- 34-8701	0173- 34-8705
居宅介護支援事業所 あしの園	037-0201	五所川原市金木町川倉 七タ野 84-442	0173- 54-1003	0173- 53-2216
居宅介護支援事業所 さかもと	037-0016	五所川原市字一ツ谷 548-8	080-8215 6973	0173- 34-9645
居宅介護支援事業所 すわんの里	037-0405	五所川原市脇元磯辺 365-1	0173- 62-2622	0173- 62-2623
居宅介護支援事業 のざと	037-0611	五所川原市大字神山 字牧原 56-1	0173- 26-6303	0173- 26-6527
居宅介護支援事業所 ふぁみりあ	037-0632	五所川原市大字高野 字北原 222-1	0173- 26-7161	0173- 26-7162
居宅介護支援事業所 森の明	037-0602	五所川原市松野木花笠 95-2	0173- 26-7730	0173- 26-7760
居宅介護支援事業所 みどり	037-0024	五所川原市みどり町 四丁目 46	0173- 26-7705	0173- 26-7706
ケアセンターいこい	037-0016	五所川原市字一ツ谷 554-9	0173- 33-4308	0173- 33-4309
五所川原市社会福祉協議会	037-0065	五所川原市字幾世森 24 番地 38 五所川原市地域 福祉センター内	0173- 34-3400	0173- 35-5855
五所川原市社会福祉協議会 金木支所	037-0201	五所川原市金木町 川倉七タ野 426-11	0173- 54-1051	0173- 54-1052
五所川原中央居宅介護支援センター	037-0036	五所川原市中央一丁目 87	0173- 38-5511	0173- 38-5515
さかえ居宅介護支援センター	037-0012	五所川原市大字水野尾 字懸樋 222-3	0173- 38-3000	0173- 38-3003
サポートセンターインディゴ	037-0202	五所川原市金木町朝日 山 427	0173- 26-7506	050- 3538-0913
サンライフ居宅介護支援事業所	037-0202	五所川原市金木町芦野 200-176	0173- 53-3350	0173- 53-3379

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
市浦在宅介護支援センター	037-0401	五所川原市相内 273	0173-62-3303	0173-27-7015
祥光苑居宅介護支援事業所	037-0092	五所川原市大字沖飯詰 字帯刀 357-1	0173-36-3300	0173-36-3130
青山荘居宅介護支援事業所	037-0011	五所川原市大字金山 字盛山 42-8	0173-35-5225	0173-38-1216
白生会 指定居宅介護支援事業所	037-0011	五所川原市大字金山 字竹崎 254	0173-33-3102	0173-33-3105
白生会 居宅介護支援事業所けやき	037-0067	五所川原市字敷島町 1-3	0173-38-3381	0173-33-0661
ハルニレ居宅介護支援センター	038-0053	五所川原市字布屋町 9 番 地 3	0173-33-8292	0173-33-8292
有限会社ケアサービスたんぽぽ	037-0202	五所川原市金木町芦野 200-263	0173-54-2770	0173-54-2784
みちのく居宅介護支援事業所	037-0015	五所川原市姥范船橋 245-2 2F	0173-26-6185	0173-26-6186

◇つがる市

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
株式会社ケアライフ青森木造営業所	038-3138	つがる市木造若緑 87-8	0173-49-1171	0173-49-1161
居宅介護支援事業所 つがる	038-2808	つがる市木造 吹原西前田 21-18	0173-26-6525	0173-49-7008
居宅介護支援事業所 和み	038-3123	つがる市木造藤田 44-5	0173-49-2250	0173-42-6268
くれもとデイサービスセンター	038-3144	つがる市木造曙 39-1	0173-49-1077	0173-42-2080
ずぐりケアプランセンター	038-3133	つがる市木造末広 18	0173-42-1144	0173-42-6188
つがる市社協ケアプランセンターしゃきょう	038-3138	つがる市木造若緑 52	0173-42-4620	0173-42-4686
柏風園居宅介護支援事業所	038-3282	つがる市木造 筒木坂字鳥谷沢 18-9	0173-45-3006	0173-49-5015
明光園居宅介護支援事業所	038-2818	つがる市森田町 大館勝山 142-3	0173-26-2026	0173-26-4138
居宅介護支援事業所 桑寿園	038-3104	つがる市柏桑野木田 若宮 255-1	0173-25-2115	0173-25-2117
つがる市社協ケアプランセンターいなぎ	037-0104	つがる市稲垣町豊川宮川 42-3	0173-46-2902	0173-46-2903
つがる市社協ケアプランセンターしゃりき	038-3302	つがる市豊富町屏風山 1-377 (特別養護老人ホ ームゆうあいの里内)	0173-56-3000	0173-69-5101

◇鰯ヶ沢町

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
鰯ヶ沢町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	038-2761	鰯ヶ沢町大字舞戸町 字後家屋敷 9-4	0173- 82-1602	0173- 72-5804
居宅介護支援事業センター 「けやきの里」	038-2712	鰯ヶ沢町大字長平町 字甲音羽山 65-412	0173- 72-1313	0173- 72-1118
つくし荘在宅介護支援センター	038-2701	鰯ヶ沢町大字北浮田町 字今須 87-1	0173- 72-7111	0173- 72-7058

◇深浦町

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
介護保険指定居宅介護支援 事業所 はまなす介護相談 センター	038-2412	深浦町大字轟木字津山 118-44	0173- 82-0515	0173- 82-0516
在宅介護支援センター しらかみのさと	038-2503	深浦町大字関字小島崎 58-3	0173- 84-3020	0173- 84-3021
サンタ園介護支援センター	038-2202	深浦町大字岩崎字松原 57-2	0173- 77-2020	0173- 77-2088
深浦町社会福祉協議会	038-2324	深浦町大字深浦 字中沢 34-1	0173- 74-3111	0173- 74-4488

◇鶴田町

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
介護老人保健施設 湖水荘 居宅介護支援事業所	038-3542	鶴田町大字廻堰 字東下山 91-2	0173- 22-5694	0173- 22-5876
鶴松園居宅介護支援事業所	038-3542	鶴田町大字廻堰 字上野尻 142	0173- 22-6688	0173- 22-2293
居宅介護支援事業所 アップル鶴の里	038-3511	鶴田町大字横范 字矢留崎 97	0173- 27-1235	0173- 28-3535
鶴田町社会福祉協議会	038-3503	鶴田町大字鶴田字沖津 193	0173- 22-3394	0173- 22-6322

◇中泊町

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
泉の里 居宅介護支援事業所 (休止中)	037-0301	中泊町大字今泉字神山 141	0173- 58-3115	0173- 58-3114
うぐいすの森 居宅介護支援センター	037-0305	中泊町大字中里字亀山 449-1	0173- 57-4773	0173- 57-4773
内湯療護園相談センター	037-0318	中泊町大字田茂木 字若宮 1933	0173- 58-3182	0173- 69-3315

介護相談センター花まる	037-0311	中泊町大字大沢内 字海原 148-184	0173- 26-5570	0173- 26-5573
中泊町社会福祉協議会 居宅介護支援センター小泊	037-0305	中泊町大字小泊字朝間 25	0173- 64-2905	0173- 64-3683
介護支援事業所間茶	037-0318	中泊町大字田茂木字 川袋島 122-95	0173- 26-7698	0173- 26-7699

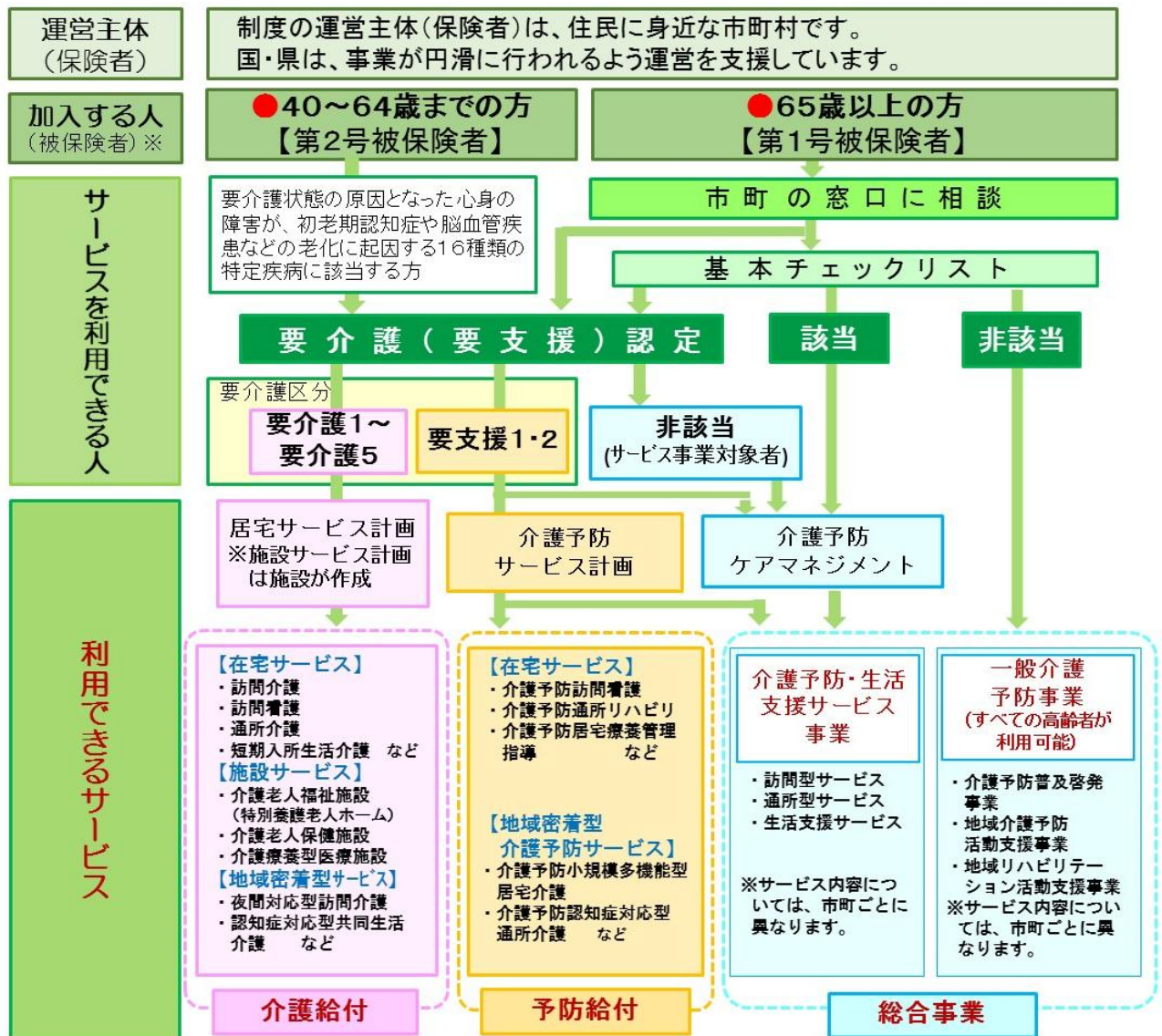
(7) 小規模多機能型居宅介護支援事業所一覧

事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
小規模多機能型居宅介護 ESCORT ケア ここあん	037-0046	五所川原市字栄町 26	0173- 23-0757	0173- 23-0758
小規模多機能型居宅介護 ケアホームのりた	037-0006	五所川原市松島町 4-55	0173- 34-4856	0173- 34-7340
小規模多機能型居宅介護 ふれあいホームいこい	037-0017	五所川原市大字漆川 字浅井 143-4	0173- 26-5518	0173- 26-5519
よりあい処わらび	037-0012	五所川原市大字水野尾 字懸樋 222-5	0173- 38-3008	0173- 38-3128
地域密着型小規模多機能型 居宅介護 ひばり野	038-2702	鰯ヶ沢町大字建石町 字雲雀野 124-18	0173- 82-0707	0173- 82-0708
小規模多機能型居宅介護 ケアホーム華	038-2505	深浦町大字田野沢 字汐干浜 5-3	0173- 82-0098	0173- 82-0880
小規模多機能型居宅介護 なかさと	037-0305	中泊町大字中里 字亀山 434-1	0173- 26-0193	0173- 26-0194
プラットフォームさくら	037-0305	中泊町大字中里 字亀山 777-164	0173- 69-1088	0173- 69-1087

＜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後縦靱帯骨化症
- 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多系統萎縮症
- 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。
- ③二次判定 一次判定の結果と主治医意見書をもとに、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。



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(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割又は3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(一定以上の所得がある方については2割又は3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(一定以上の所得がある方については2割又は3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) 個人情報利用同意書参考例

個人情報の利用（取得及び提供）に関する同意書

私（及びその関係家族等）の個人情報について、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で利用（取得及び提供）することに同意します。

- 1 利用（取得及び提供）目的
 - (1) 貴事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行う居宅介護支援業務において必要な場合
 - (2) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、私の状態、家族の状況等を把握するために必要な場合
 - (3) 上記(2)の他、介護支援専門員又は介護サービス事業者、県及び各市町村担当窓口、その他各種関係機関等との連絡調整・連携により、心身の健康の保持及び生活の安全のために必要な援助を行う場合
 - (4) 入院・通院時の医療機関への情報提供や情報取得が必要な場合
- 2 個人情報を利用（取得及び提供）する事業者等の範囲
 - (1) 居宅サービス計画書に記載されている介護サービス事業所、介護保険外サービス事業所の担当者
 - (2) 主治医や医療機関の担当者等（体調を崩し又はケガ等で診療、入院することとなった場合）
 - (3) 県及び各市町村担当窓口、その他民生委員などの各種関係機関（団体）の担当者等
- 3 個人情報を利用（取得及び提供）する期間
この契約が締結された日から、居宅介護支援の契約が解約される日まで
- 4 利用（取得及び提供）条件
 - (1) 個人情報の利用（取得及び提供）については、必要最小限の範囲で利用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払う。
 - (2) 個人情報を利用（取得及び提供）した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

○ ○ ○ ○ ○ 居宅介護支援事業所 殿

利用者
(住所) _____
(氏名) _____ 印

利用者家族、代理人・立会人等
(住所) _____
(氏名) _____ 印