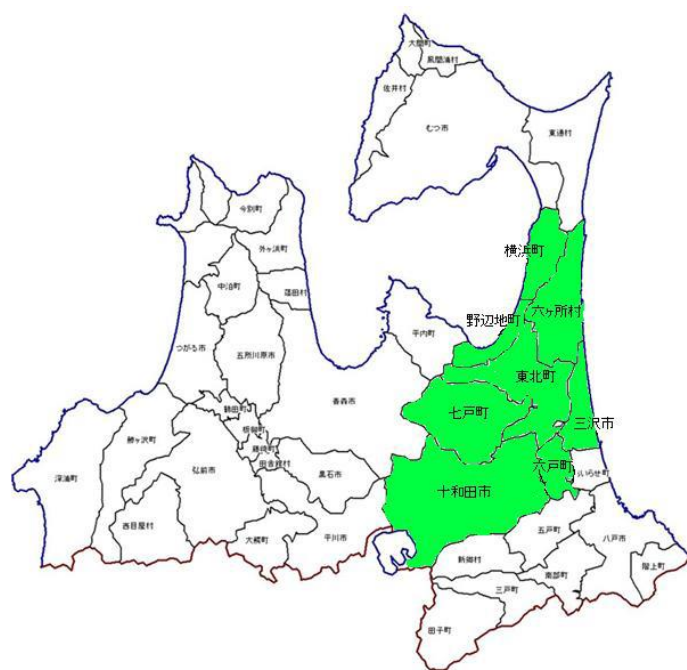


上十三圏域における医療機関とケアマネジャーの 退院調整ルールの手引き

十和田市 三沢市 野辺地町 七戸町

六戸町 横浜町 東北町 六ヶ所村



上十三地域橋渡し連携・パスネットワーク委員会
青森県上北保健所

令和7年4月改定

目 次

1 退院調整ルール利用に当って

(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) 個人情報の適切な取り扱いについて	2

2 退院調整ルール

退院調整における医療機関とケアマネの役割	3
別紙1 「退院調整における医療機関とケアマネの役割」の補足	5
別紙2 退院調整が必要な患者の基準	6
様式1 入院時情報提供シート	7
様式2 退院調整時の聞き取りシート	8

3 関係機関等一覧

(1) 医療機関一覧	9
(2) 事業所一覧	9
(3) 市町村担当課一覧	10
(4) 地域包括支援センター一覧	11

<参考資料>

(1) 地域包括支援センターの業務	参－1
(2) 退院調整におけるケアマネの役割	参－1
(3) 連携に関わる診療報酬・介護報酬	参－2
(4) 介護保険の概要	参－3

1 退院調整ルール利用に当たって

(1) 趣旨

入院している要介護（要支援）状態の患者が医療機関を退院する際に、医療機関とケアマネジャーとの間で着実な引継を行うために、医療機関、居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャー、市町村地域包括支援センターが協議を重ね、退院調整ルールを策定した。退院調整ルールは、ご本人・家族を中心として、医療機関・ケアマネジャーが、入院中のどのタイミングでどのように連携するかをルール化したものである。

本手引きには、退院調整ルールの他、関係機関の機能や連携窓口を整理し、医療機関・ケアマネジャー双方が互いの役割を理解しながら連携できるものとした。

本手引きの活用により、医療機関とケアマネジャーの顔の見える連携がより深まり、介護が必要な方が、医療機関から在宅にシームレスに移行し、安心して在宅療養できることを期待している。

なお、退院調整ルールについては、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

青森県上十三圏域（十和田市、三沢市、野辺地町、七戸町、六戸町、横浜町、東北町、六ヶ所村）の病院、診療所（六戸町国民健康保険診療所、六ヶ所村地域家庭医療センター、さとり整形外科クリニック、戸館内科整形外科医院、工藤医院、旭日クリニック）、市町村介護保険担当課、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事業所

(3) ルールの対象者

以下の基準に当てはまる方を対象とする。

なお、すでに介護認定を受けていて担当ケアマネがいる方は全員を対象とする。

①悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	・ 末期がん患者 ・ 精神的な面での問題行動のあった患者（徘徊、大声を出す等） ・ 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 ・ 感染症のある患者
②入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）	・ 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 ・ 退院後、福祉用具（歩行器、杖等）が必要になる患者
③排泄に介助を要すること	・ ポータブルトイレを使用中の患者 ・ 留置カテーテル交換の必要な患者
④必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	・ 独居や高齢世帯、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 ・ 家族の理解力が低い患者 ・ 精神疾患の既往のある患者
⑤医療処置が必要なこと	・ 医療処置や療養上の注意の必要な患者（インスリンや透析、褥瘡、在宅酸素、経管栄養など） ・ 褥瘡等皮膚疾患のある患者 ・ 末期がん患者以外の看取りを希望する患者 ・ 疼痛コントロールの必要な患者 ・ 麻薬を使用している患者
⑥入退院を繰り返していること	・ 疾病の再発や再入院の可能性のある患者
⑦長期的な低栄養状況になることが見込まれること	・ 低栄養状態の患者 ・ 食事に介助が必要な患者 ・ 食事に注意が必要な患者
⑧児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	・ ヤングケアラーの（可能性がある）患者

(4) 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提供については、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。

2 退院調整ルール

退院調整ルールにおける医療機関とケアマネの役割

① 介護認定がされていて担当ケアマネがいる場合

医療機関の役割

【入院時の基本情報の聞き取り】

- 担当ケアマネの氏名を確認（介護保険証の確認等）
- 本人・家族にケアマネに入院したことを連絡するよう依頼
- 本人家族が不可能な場合に医療機関から必ず直接ケアマネに連絡

【ケアマネとの面接：入院時情報共有】

- ケアマネから医療機関訪問連絡があれば調整
- 「入院時情報提供シート」により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等について聞き取り
- 窓口が連携室でも病棟に情報提供

【ケアマネとの面接】

- ケアマネから医療機関訪問連絡があれば調整

【外泊・外出】（予定があれば）

- 予定が決まれば家族あるいは医療機関からケアマネに連絡
- ※可能であれば、医療機関スタッフにより、自宅でのA D Lを確認し、住宅改修・福祉用具等の必要性、退院までのリハビリの目標設定などを確認

【退院予定の連絡】※補足：別紙1の注2

- 退院予定が決まった時点で、ケアマネに連絡しカンファレンスの日程調整
- 症状に変化のある場合はその都度連絡

【退院前のカンファレンス】

- 退院調整時の聞き取りシート（様式2）の項目に沿ってケアマネに情報提供（事前に情報を確認しておく）

【退院時】※補足：別紙1の注4

- 必ずサマリー等の文書により情報提供
- 入院時情報提供シートをケアマネに返却

【退院後】

- 継続受診者で状態の変化・受診中断があった場合等ケアマネに連絡

ケアマネの役割

在宅療養

- 普段から本人・家族に担当者の意識付けと、入院したら連絡をもらうよう依頼
- 担当者の名刺を介護保険証や健康保険証等に必ず挟み、入院時持参するよう説明。

入院時

【入院時情報共有】※補足：別紙1の注1

- 入院時情報提供シート（様式1）を作成し、医療機関への訪問等で提供
- ※入院当日～3日以内に、医療機関の地域連携担当者の都合等を電話等で確認し病院訪問日を調整
- 必要に応じて家族への病状説明に同席できるか確認

入院中

【医療機関訪問】

- 本人の状態の確認等を行う
- 退院見込みが決まったら連絡をもらう

外泊 外出

【外泊・外出】（予定があれば）

- 医療機関から日程の連絡をもらい、訪問の調整 ⇒ 住宅改修・福祉用具等の必要性・医療措置が必要な時の物品や手順・その他の課題の有無、区分変更の必要性を確認

退院決定 ～退院

【退院調整に係る医療機関訪問】

- 退院調整時の聞き取りシート（様式2）の項目を医療機関から聞き取り。
- 今後予測される課題（サービス変更の有無等）を検討しケアプラン原案作成

【退院前のカンファレンス】

※補足：別紙1の注3

- 医療機関から連絡があれば出席する（必要があればサービス事業所等支援者の同席を調整）
- ケアプラン原案を持参し、退院後の方針を決定

退院

【退院時】

- 次回受診日の確認
- 文書での情報提供依頼（看護サマリー、リハビリテーション実施計画書、薬剤情報提供書、使用している福祉用具等）

在宅療養

【退院後】

- ケアプランの提出
- 日頃の情報共有・連携

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

ケアマネの役割

自宅に退院予定で「退院調整が必要な患者の基準」該当の患者（詳細は別紙2）

- ① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- ② 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
- ③ 排泄に介助を要すること
- ④ 必要な養育又は介護を十分に提供できる状態にないこと
- ⑤ 医療処置が必要なこと
- ⑥ 入退院を繰り返していること
- ⑦ 長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- ⑧ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

ご本人・ご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または居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議

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

【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

入院中 (ケアマネ担当依頼後)

① 介護認定があり担当ケアマネがいる場合参照

外泊・外出

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

退院決定 ～退院

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

退 院

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

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

「退院調整における医療機関とケアマネの役割」の補足

注1 入院時情報共有(ケアマネの役割)

＜入院時情報提供シートの提出＞

- ・ 基本的には、ケアマネが担当している患者が入院した時は、全患者について、入院時情報提供シートを医療機関に提出するが、頻回に入退院を繰り返し状態が大きく変化しない等の場合は、ケアマネの判断により、シートを提出しない場合もある。

注2 退院予定の連絡(医療機関の役割)

＜退院予定の連絡時期＞

- ・ 入院中のADLの低下等により、ケアプラン変更、住宅改修、施設入所等が必要になる場合は、サービス調整に7日程度要するので、サービス調整期間を考慮してケアマネに連絡する(但し、状態によっては、入院直後より調整が必要となるケースもある)。
- ・ ADLの低下等、入院前と変化がない場合も、退院予定が決まった時点でケアマネに連絡する。

※ 長期入院患者でも契約が継続され、入院時情報提供シートを提出した場合は、ケアマネに連絡するとつながる。

＜カンファレンスのメンバー＞

- ・ 必ずしも多職種でのカンファレンスを開催するということではなく、医療機関担当者(病棟看護師等)とケアマネの面談のみを実施する場合もある。

注3 退院前のカンファレンス(ケアマネの役割)

＜カンファレンスの実施主体＞

- ・ 退院前カンファレンスは、医療機関が主催する場合もあるが、必要時、ケアマネ側からも要望、調整して実施する。

注4 退院時(医療機関の役割)

＜入院時情報提供シートのケアマネへの返却＞

- ・ ケアマネから入院時情報提供シートの提出があった場合は、シートの「医療機関からの連絡」欄に必要事項を記入し、シートにサマリー等の文書を添付してケアマネに情報提供を行う(入院時情報提供シートは、受け渡し、郵送、FAX等によりケアマネに返却する)。

退院調整が必要な患者の基準

①悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	・ 末期がん患者 ・ 精神的な面での問題行動のあった患者（徘徊、大声を出す等） ・ 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 ・ 感染症のある患者
②入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）	・ 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 ・ 退院後、福祉用具（歩行器、杖等）が必要になる患者
③排泄に介助を要すること	・ ポータブルトイレを使用中の患者 ・ 留置カテーテル交換の必要な患者
④必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	・ 独居や高齢世帯、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 ・ 家族の理解力が低い患者 ・ 精神疾患の既往のある患者
⑤医療処置が必要なこと	・ 医療処置や療養上の注意の必要な患者（インスリンや透析、褥瘡、在宅酸素、経管栄養など） ・ 褥瘡等皮膚疾患のある患者 ・ 末期がん患者以外の看取りを希望する患者 ・ 疼痛コントロールの必要な患者 ・ 麻薬を使用している患者
⑥入退院を繰り返していること	・ 疾病の再発や再入院の可能性がある患者
⑦長期的な低栄養状況になることが見込まれること	・ 低栄養状態の患者 ・ 食事に介助が必要な患者 ・ 食事に注意が必要な患者
⑧児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	・ ヤングケアラーの（可能性がある）患者

入院時情報提供シート

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 ⇒ 医療機関)

情報提供先 (医療機関名)

御中

<情報提供元>

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

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 ☐ 女
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄		電話番号					
							(時間帯:)					
							(時間帯:)					
							(時間帯:)					
家族構成・家族背景				住環境	☐ 一戸建 ☐ 集合住宅 (階建て 階)エレベーター ☐ 有 ☐ 無							
主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性				在宅主治医 (歯科医含)	医療機関名() () () 受診方法: ☐ 訪問診療 ☐ 通院 ☐ その他 ()							
				要介護度	☐ 申請中 ☐ 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
				既往歴								
				サービス利用状況								
経済状況				☐ 訪問看護 (回/週) ☐ 訪問介護 (回/週) ☐ 訪問介護 (回/週) ☐ 通所リハ (回/週) ☐ 訪問リハ (回/週) ☐ 短期入所 (回/週) ☐ 福祉用具貸与 (内容:) ☐ 生活保護担当者 () ☐ その他 () ☐ 施設入所 (施設名)								
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	わかる範囲で記載する (年 月 日 時点)							
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補装具使用						自室	☐ 有 ☐ 無
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無						ベッド	☐ 有 ☐ 無
食事 (栄養)	☐	☐	☐	☐	☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう) ☐ 経口摂取 (☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) 主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー 水分: 与え/制限 ☐ 有 ☐ 無 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ 与え/制限) 摂取量 () 調理: ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他							
更衣	☐	☐	☐	☐	金銭自己管理 ☐ 可 ☐ 不可 ()							
入浴	☐	☐	☐	☐	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス 難聴 ☐ 無 ☐ 有 () 補聴器 ☐ 無 ☐ 有 ()							
排泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ (☐ 洋式 ☐ 和式) ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ めがね ☐ 無 ☐ 有							
服薬	☐	☐	☐	☐	☐ 無 ☐ 有 (内容はお薬手帳参照)							
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 ()											
医療処置	☐ 留置カテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ その他 ()											
連絡事項・その他(感染症・障害者手帳・手当受給状況・生活状況・家族状況・意向等や、上記チェック項目についても詳細を追加する必要がある場合は記載。)												
医療機関からの連絡	受持看護師氏名				所属				担当医			
	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			記載日	令和 年 月 日						
	連絡内容	1 別添連絡票(看護情報提供書 ・ その他)を御参照ください。 2 特記事項										

(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。)

様式2

退院調整時の聞き取りシート

担当ケアマネ()

氏名				生年月日	☐ 大 ☐ 昭	年	月	日	年齢	歳	性別	☐ 男 ☐ 女
面談日時	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分			医療機関名								
面談者				医療機関の連絡窓口(所属)		()						
入院の原因となった病名						入院日	令和 年 月 日					
合併症						退院予定日	令和 年 月 日頃					
医療機関主治医				在宅主治医								
医療機関からの患者・家族への病状の説明内容(予後・今後の方針含む)、患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望、入院中の治療経過										家族構成とキーパーソン		
										キーパーソン連絡先()		
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子							備考
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用							
移乗方法	☐	☐	☐	☐								
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無							
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 経管栄養							
					☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他)							
					主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 割)							
					副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー(☐ とろみ付) (摂取量 割)							
					水分摂取制限: 1日 ml とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし 塩分制限: 1日 g							
嚥下機能: ☐ 問題なし ☐ 問題あり 禁忌食: ☐ なし ☐ あり ()												
身長: cm 体重: kg 測定日()												
更 衣	☐	☐	☐	☐								
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限: 無 ☐ 有 (☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他()							
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ 排便コントロール: ☐ 下剤 ☐ 浣腸							
服薬管理	☐	☐	☐	☐	☐ 持参薬 ☐ 処方薬 ☐ 塗布薬 薬の内容()							
精神状態 認知機能												
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 ☐ 記憶障害 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()) 退院後に予測されるリスク: ☐ なし ☐ あり ()											
医療処置	☐ 留置カテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ インスリン ☐ その他()											
感染症	☐ HBV ☐ HCV MRSA:保菌 ☐ 発症 (部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他											
介護保険の申請	☐ 有 (介護度:) ☐ 申請中 ☐ 未 ☐ 区分変更中											
家族への介護指導	☐ 有 ☐ 無 有の場合、理解の状況は: ☐ 十分 ☐ 不十分(問題点:) 家族の介護力 ☐ 有(続柄:) ☐ 無 <具体的内容>											
リハビリ (リハビリから確認)	目標: 内容: 退院後のリハビリ継続の必要性: ☐ あり ☐ なし											
退院先について	本人の意向 ☐ 在宅 ☐ 施設 () 家族の意向 ☐ 在宅 ☐ 施設 () 在宅の場合 住宅改修: ☐ 要 ☐ 否 福祉用具: ☐ 要 () ☐ 否											
退院後に注意すること												
次回受診日	令和 年 月 日() :											
備考欄												

3 関係機関等一覧

(1) 医療機関一覧



<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/imumeibo.html>

(2) 事業所一覧

十和田市		https://www.city.towada.lg.jp/fukushi/kaigo/jigyousha.html
三沢市		https://www.city.towada.lg.jp/fukushi/kaigo/jigyousha.html
野辺地町		https://www.town.noheji.aomori.jp/application/files/9415/6764/0416/zaitakuiryokaigogaidomappu.pdf
七戸町		https://www.town.shichinohe.lg.jp/kurashi/dekigoto/fukushi/post-439.html
六戸町		https://www.town.rokunohe.aomori.jp
横浜町		https://www.town.yokohama.lg.jp/index.cfm/6,11990,15,112,html
東北町		https://www.town.tohoku.lg.jp/kenkoiryofukushi/kaigohoken/kaigo_10.html
六ヶ所村		https://www.rokkasho.jp/index.cfm/10,8442,c,html/8442/20170913-111201.pdf

(3)市町村担当課一覧

市町村名	相談項目	課名	電話	郵便番号	住所
十和田市	保健に係る相談	健康増進課	0176-51-6791	034-0081	十和田市西十三番町4-37
	障害に係る相談	生活福祉課	0176-23-5111(代)	034-8615	十和田市西十二番町6-1
	介護に係る相談	高齢介護課			
	生活保護に係る相談	生活福祉課			
三沢市	保健に係る相談	健康推進課	0176-57-0707	033-0001	三沢市中央町1丁目3-10
	障がいに係る相談	障がい福祉課	0176-51-8772	033-0011	三沢市幸町3丁目11-5
	介護に係る相談	介護福祉課	0176-51-8773		
	生活保護に係る相談	生活福祉課	0176-51-8770		
野辺地町	保健に係る相談	健康づくり課	0175-64-1770	039-3131	野辺地町字野辺地123番地1
	障害に係る相談	介護・福祉課	0175-64-2111(代)		
	介護に係る相談				
	生活保護に係る相談				
七戸町	保健に係る相談	保健福祉課	0176-68-4631	039-2827	七戸町字森ノ上359-5
	障害に係る相談		0176-68-3500		
	介護に係る相談	介護高齢課			
	生活保護に係る相談	保健福祉課	0176-68-4631		
六戸町	保健に係る相談	福祉課	0176-55-3111(代)	039-2392	六戸町犬落瀬字前谷地60
	障害に係る相談		0176-27-6688	039-2371	六戸町犬落瀬字後田19-1
	介護に係る相談	福祉課		039-2392	六戸町犬落瀬字前谷地60
	生活保護に係る相談	福祉課	0176-55-3111(代)	039-2392	六戸町犬落瀬字前谷地60
横浜町	保健に係る相談	健康みらい課	0175-73-7733	039-4143	横浜町字林ノ脇79-82
	障害に係る相談	福祉課	0175-78-2111(代)	039-4145	横浜町字寺下35
	介護に係る相談				
	生活保護に係る相談				
東北町	保健に係る相談	保健衛生課	0175-63-2001	039-2667	東北町字膳前37-1
	障害に係る相談	福祉課	0176-56-3111(代)	039-2492	東北町字上北南四丁目32-484
	介護に係る相談	高齢介護課			
	生活保護に係る相談	福祉課			
六ヶ所村	保健に係る相談	保健相談センター	0175-72-2794	039-3212	六ヶ所村尾駁字野附986-4
	障害に係る相談	福祉課	0175-72-8141	039-3212	六ヶ所村尾駁字野附475
	介護に係る相談		0175-72-8140		
	生活保護に係る相談				

(4) 地域包括支援センター一覧

名称	電話番号	郵便番号	住所
十和田市東地域包括支援センター	0176-27-1513	034-0023	十和田市東十三番町18番1号
十和田市北地域包括支援センター	0176-51-6056	034-0082	十和田市西二番町4番3号
十和田市西南地域包括支援センター	0176-51-4250	034-0037	十和田市穂並町6番27号
三沢市地域包括支援センター	0176-51-8773	033-0011	三沢市幸町3丁目11-5
野辺地町地域包括支援センター	0175-65-1777	039-3164	上北郡野辺地町字前田5-2
七戸町地域包括支援センター	0176-68-3500	039-2827	上北郡七戸町字森ノ上359-5
六戸町地域包括支援センター	0176-27-6688	039-2371	上北郡六戸町犬落瀬字後田19-1
横浜町地域包括支援センター	0175-78-2111	039-4145	上北郡横浜町字寺下35
東北町地域包括支援センター	0176-56-3111	039-2492	上北郡東北町上北南4丁目32-484
六ヶ所村地域包括支援センター	0175-72-4457	039-3212	上北郡六ヶ所村尾駁字野附475

<参考資料>

(1) 地域包括支援センターの業務

- ・高齢者の方が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、様々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、上十三圏域には、10ヶ所設置されている。
- ・保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員等が配置されており、高齢者のあらゆる相談に対応している。
- ・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）
高齢者やその家族からの相談を受け、適切なサービスにつなげる。相談内容に応じ、サービス、制度に関する情報提供や関係機関への紹介をする。
 - ②権利擁護（権利・尊厳を守る）
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う。
認知症等による財産管理の問題などアドバイスを行う。
 - ③包括的・継続的マネジメント（様々な方面から支える）
高齢者を支えるために、医療・介護・地域の関係機関などのネットワークづくりをする。
 - ④介護予防ケアマネジメント（自立した生活ができるように支援）
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（二次予防対象者）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を行う。
 - ⑤介護予防支援（自立した生活ができるよう支援）
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等の支援を行う。

(2) 退院調整におけるケアマネの役割

役 割：ケアプランを作成し適正なサービスの提供の支援を行うこと

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

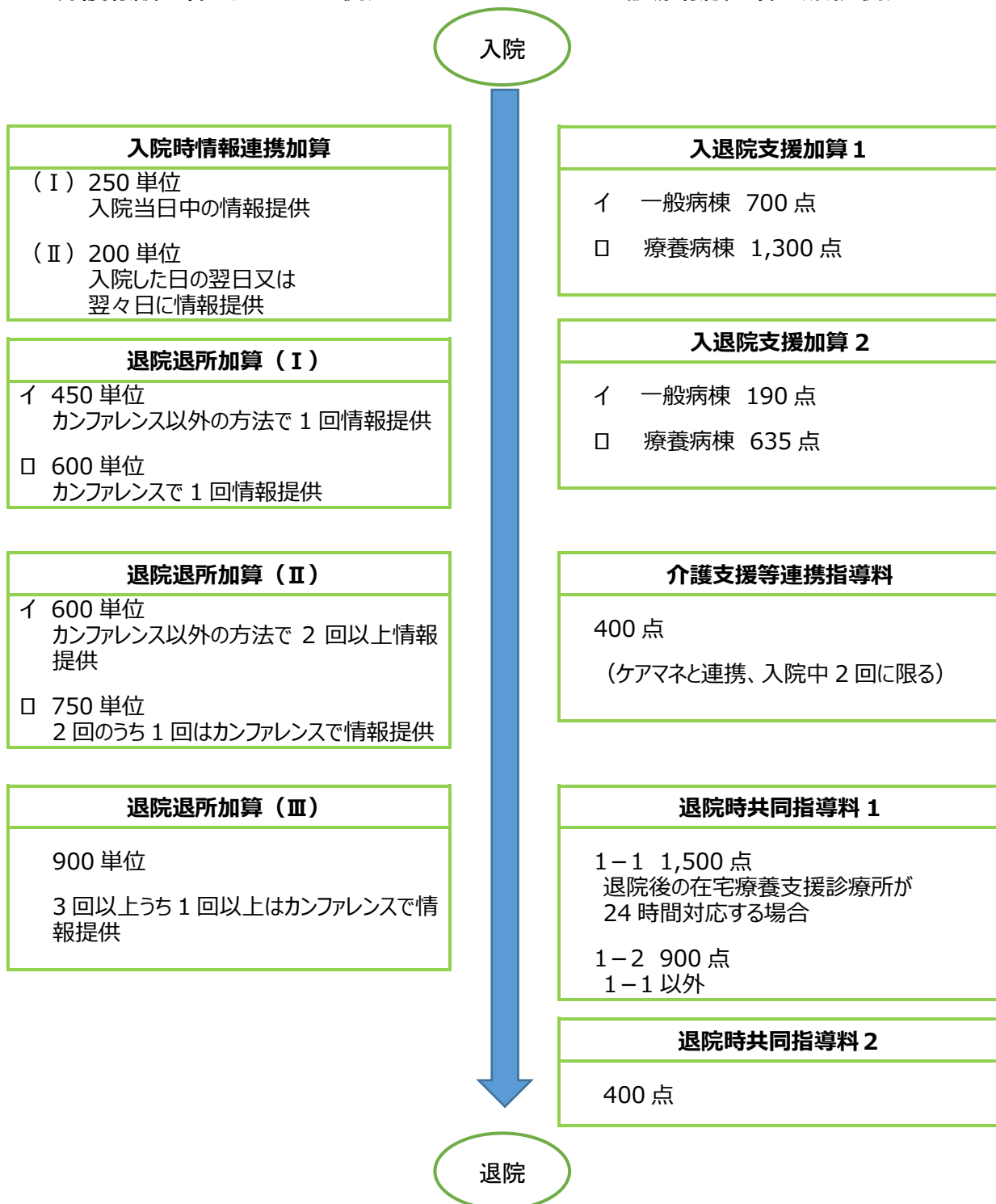
条 件：本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人

※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（施設探し等は規定された業務ではない）

(3) 連携に関わる診療報酬・介護報酬

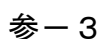
<介護報酬加算（ケアマネ側）>

<診療報酬加算（病院側）>



* 介護・診療報酬加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要がある。

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、各市町村に要介護（要支援）認定を申請し、認定を受けた後、ケアマネ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。

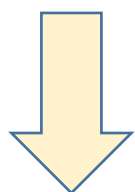
なお、相談窓口で基本チェックリストを受けていただき、一定の基準に該当する場合には、訪問・通所等の介護予防・生活支援サービス事業をご利用いただくことが可能です。

1 申請

・本人や家族が、直接、市町村へ申請します。

【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。



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、施設等を訪問し、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の内容の一部をコンピューター処理し、得られたデータをもとに、保健・医療・福祉の専門家による介護認定審査会が一次判定を確定します。

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。

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。

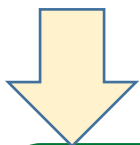
【要介護1～5と認定された方】

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（平成27年8月から、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村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村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、市町村が実施する「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、負担割合に応じて、支払った額の一部が介護保険から払い戻しされます（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、負担割合に応じて、支払った額の一部が介護保険から払い戻しされます（支給額には限度があります）。

*住宅改修を行う前に市町村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村へお問い合わせください。

※介護保険制度の概要は、東京都の介護保険制度パンフレットを参考に作成しました。

ルールに関する問い合わせ

上十三地域橋渡し連携・パスネットワーク委員会事務局
(十和田市立中央病院地域医療連携部)

TEL : 0176-23-5121