

## 沖永良部地区 入退院支援ルール

退院支援がなかったために、患者さんやご家族が困っている状況があります。  
そのような事例を1例でもなくすために、それぞれができることに取り組んでいこう。

### 1 沖永良部地区入退院支援ルールとは

患者が退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、医療機関とケアマネジャーが、患者の入院時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための、沖永良部における医療・介護の連携の仕組みです。

患者の退院に向けて、医療機関とケアマネジャーが連携をとるためのそれぞれの役割や退院支援の流れ、使用する様式などについて、医療機関とケアマネジャーと行政が協議して策定しました。

このルールの運用は、平成31年4月から開始します。

なお、ルール運用後は、関係者により、運用状況を定期的に(年に1回程度)検証し、必要な見直しを行っていきます。

### 2 ルールの対象者・連絡先

#### (1) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方

【連絡先】担当ケアマネジャー

#### (2) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない方(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)

【対象者】「退院支援が必要な患者の基準」により、医療機関が退院支援が必要と判断した方

【連絡先】

和泊町 下記①②いずれの場合：地域包括支援センター

知名町 下記①の場合：居宅介護支援事業所

下記②(①か②で判断に迷う場合を含む)場合：地域包括支援センター

#### 「退院支援が必要な患者の基準」

##### ①必ず退院支援が必要な患者(要介護レベル)：以下1項目でも当てはまる場合

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要・あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症

##### ②上記以外で見逃してはいけない患者(要支援レベルの一部)

- ・独居又は家族介護力が低い状態で、調理・掃除など身の回りのことや栄養面や服薬管理に介助が必要な方
- ・(ADLは自立でも)がん末期の方・新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテル留置・在宅酸素療法・透析など)が追加された方
- ・転倒のリスクが高い方
- ・自己(事故)退院をされた方

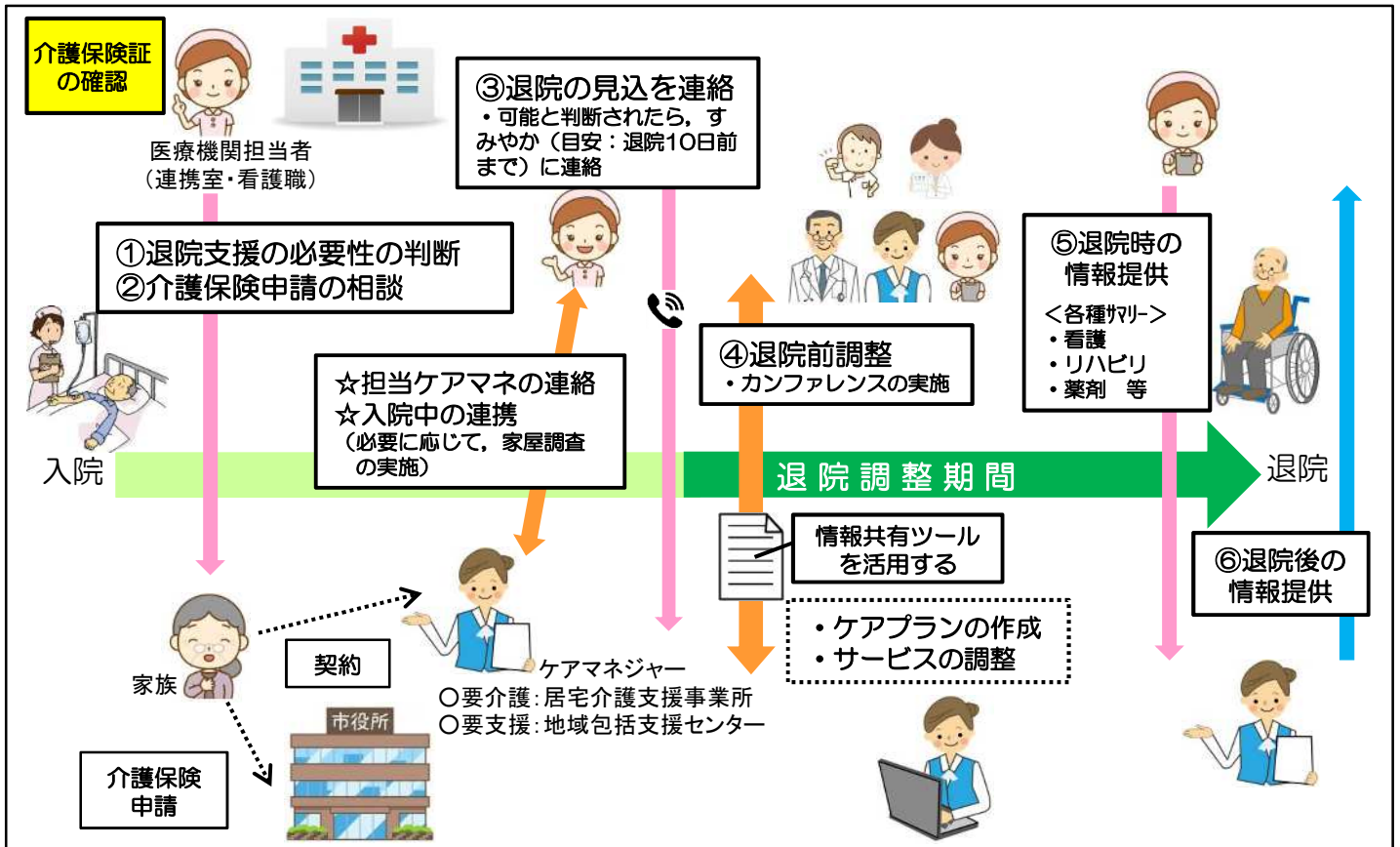
### 3 ルールの位置付け

沖永良部地区入退院支援ルールは、医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。

ルールで定めた日数などは「目安」として考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。



## B 入院前にケアマネジャーが決まっていない（退院後、新たに介護保険サービスを利用する）場合



	医療機関	ケアマネジャー
入院	<p>■担当ケアマネがないことを確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、各町の地域包括支援センターに問い合わせる</li> </ul>	
退院の見込	<p>①退院支援の必要性の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「退院支援が必要な患者の基準」に基づき、退院支援が必要かどうかを判断する</li> </ul> <p>②介護保険申請の相談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>下記機関と情報共有を行い、介護申請等について協議する</li> <li>患者や家族等に介護保険制度の説明を行い、下記機関への相談を促す</li> <li>&lt;和泊町&gt; 全て⇒地域包括支援センター</li> <li>&lt;知名町&gt; 要介護と思われる者⇒居宅介護支援事業所・保健福祉課</li> <li>要支援と思われる者・判断に迷う者⇒地域包括支援センター</li> </ul> <p>■入院中の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、連携し情報共有に努める</li> </ul> <p>③退院の見込を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅への退院が可能と判断されたら、<b>すみやか（目安：退院予定日の10日前まで）</b>に、地域包括支援センターもしくは担当ケアマネジャーへ連絡する</li> <li>連絡先は、医療機関・地域包括支援センター・担当ケアマネジャーで事前に協議する</li> </ul>	<p>■担当ケアマネジャーの連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーは、入院患者の担当になることが決まったら、すみやかに医療機関担当者に連絡を入れる</li> </ul> <p>■情報収集と退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関から退院見込の連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか医療機関と調整し、アセスメントを開始する</li> </ul>
退院支援		
退院日決定	以降の流れは「A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ	
退院後		

# 様式1 入院時情報提供シート（沖永良部地区）

介護支援専門員 ⇒ 医療機関

（入院医療機関名・担当者名）

様 **入院日** 年 月 日 **作成日** 年 月 日

事業所名	担当者名	電話	FAX
------	------	----	-----

氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳
----	------	-------	---	---	---	----	---

住所	性別	男	女
----	----	---	---

緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図 ※分かる範囲で年齢、居住地を記入 <small>◎回・本人 主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性</small>	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（階建て 階） ベッド： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，手すり： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，段差： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，住宅改修： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	在宅主治医	1. 医療機関名 主治医名 2. 医療機関名 主治医名		
	既往歴			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 認定日： 年 月 日，有効期間： 年 月 日～ 年 月 日		
	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <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		
	指定難病受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾患名： ）		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神（ ） <b>生保受給</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（担当CW名： ）			

サービス利用状況（①頻度，②曜日，③サービス事業所名）			
<input type="checkbox"/> 訪問介護（① ② ③）	<input type="checkbox"/> 訪問看護（① ② ③）		
<input type="checkbox"/> 通所介護（① ② ③）	<input type="checkbox"/> 通所リハ（① ② ③）		
<input type="checkbox"/> 訪問リハ（① ② ③）	<input type="checkbox"/> 短期入所（① ② ③）		
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（内容： ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入	（ 年 月 日 時点）
-----	----	-----	------	-----	--------------	-------------

移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用（ <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四脚 <input type="checkbox"/> その他）	<input type="checkbox"/> 歩行者使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
------	--	--------------------------------	-----------------------------------

移乗方法	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ベッド乗降	<input type="checkbox"/> 右側降り <input type="checkbox"/> 左側降り
------	---	-------	---

起居動作	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------	---

口腔清潔	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分）
------	---	--

食 事	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 特記事項（ ） 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー，水分制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ml/日），とろみ剤使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー（ <input type="checkbox"/> とろみ付） <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ），食への意欲： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他（ ），嚥下障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-----	---	---

更衣	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	---

入浴	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅（浴室）（ 回/週） <input type="checkbox"/> 清拭（ 回/週） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（ 回/週） <input type="checkbox"/> 通所系サービス（ 回/週）
----	---	--

排泄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット，夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホール <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット
----	---	---

服薬管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> お薬箱 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 家族管理（ ），情報提供書の添付： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
------	---	--

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（幻覚・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他： ）
	視力（ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 視野狭窄 <input type="checkbox"/> 視野欠損 <input type="checkbox"/> 全盲），聴力（ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器）

医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素 経・透析・その他： ）	家族での対応： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
------	---	--

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 不明
-----	--

◆特記事項/その他（日中の生活，本人・家族の思い，在宅での目標，介護力等）

# 様式2 退院支援情報共有シート（沖永良部地区） 医療機関 ⇒ 介護支援専門員

情報提供先（事業所・担当777名）

様

年 月 日作成

医療機関名	〒		作成者	職種	氏名
患者氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住 所	身長	cm	体重	kg	性別 男・女
緊急連絡先	氏 名	住 所		続柄	電話番号
入院期間	入院日	年 月 日	～	退院（予定）日	年 月 日
入院の原因となった病名・要因・きっかけ			既往歴		
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）			生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （担当CW： ）
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <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				
病院主治医			在宅主治医		
退院後受診医療機関	<input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 在宅医 <input type="checkbox"/> その他（ ）, 次回受診予定日： 年 月 日				
病院から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方, 患者・家族の今後の希望					
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用（ <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベッド乗降 <input type="checkbox"/> 右側降り <input type="checkbox"/> 左側降り
起居動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 ）
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食（ Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 経管栄養
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー, 水分制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ml/日）, とろみ剤使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー（ <input type="checkbox"/> とろみ付） <input type="checkbox"/> ソフト食（摂取量： 割）
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）, 食への意欲： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他（ ）, 嚥下障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他：
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 糞 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット, 夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット 下剤服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬剤名： ）, 最終排便日： 年 月 日
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院時の処方内容： <input type="checkbox"/> 入院前の処方と変更なし <input type="checkbox"/> 入院前の処方と変更あり 薬の名前（ ）
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他： ）			
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素 経路・透析・その他： ）, 家族での対応： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（部位： ） <input type="checkbox"/> 未, <input type="checkbox"/> その他（ ）			
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（留意点等： ）			
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（理解の程度： <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 （問題点： ）			
緊急時の対応	受診の判断： 処置の方法： 連絡先：				
◆リハビリ目標及び内容, 頻度, 運動制限（リハビリから確認）					
◆本人, 家族の退院に対する意向（患者と家族との意向の乖離）					
◆連絡事項・その他（看護を行っていて気になったこと：入院中のエピソード, 家族と当事者間の言動等）					

沖永良部地区 入退院支援ルール定着支援事業 参加関係機関 一覧表

□入退院支援ルール定着支援事業参加医療機関窓口

令和6年3月末現在

医療機関名	入退院時の連絡支援を担当する部署			入院前に担当ケアマネが決まっている場合					入院時に担当ケアマネが決まっていない場合		
	部署名	電話	FAX	「ケアマネからの持参」の「先」	「ケアマネからの送付」の「先」	ケアマネに電話連絡する人	ケアマネとの連絡となる人	ケアマネに退院日を連絡する人	説明する介護保険について	支援する人との契約について	連絡をとるケアマネと
朝戸医院	病棟 (山本看護師)	92-1131	81-4005	病棟看護師					病棟看護師 早瀬ケアマネ	早瀬ケアマネ	病棟 看護師
沖永良部 徳洲会病院	入退院支援室	93-3000	93-5002	入退院支援室					入退院支援室 沖永良部徳洲会介護センター		
本部医院	病棟 (今井看護師)	93-3131	93-2791	病棟 看護師	病棟 事務	病棟看護師					
大蔵医院	医師	93-5033	93-5036	主治医			看護師	院長	なし		

□沖永良部地区居宅介護支援事業所

事業所名	電話	FAX	郵便番号	住所
和泊町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	92-3548	92-3545	891-9112	和泊町和泊39-3
しらゆりの園指定居宅介護支援事業所	92-0059	92-1827	891-9111	和泊町手々知名781
ケアサポートひまわり	92-3365	92-3913	891-9112	和泊町和泊14
沖永良部寿恵苑指定居宅介護支援事業所	92-3691	92-3650	891-9112	和泊町和泊95-1
知名町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	93-5261	93-5723	891-9213	知名町瀬利覚287
さくら園指定居宅介護支援事業所	93-5172	93-3377	891-9214	知名町知名1952-1
沖永良部徳洲会介護センター	93-5802	93-2672 ※居宅介護支援事業所宛て	891-9213	知名町瀬利覚2279 オーシャンハイヴ101

□小規模多機能型居宅介護

事業所名	電話	FAX	郵便番号	住所
小規模多機能ホーム ぐすく	85-1885	85-1886	891-9131	和泊町内城529番地1
さくら園 ゆらりの里	93-3230	93-3230	891-9222	知名町徳時1317番地
フローラルホーム 花の家	93-1013	85-1015	891-9214	知名町知名160番地
小規模多機能ホーム 笑顔の虹	85-1001	85-1002	891-9203	知名町下平川719番地1

□沖永良部地区地域包括支援センター

センター名	電話	FAX	郵便番号	住所
和泊町地域包括支援センター	92-1651	92-0551	891-9112	和泊町和泊41-1
知名町地域包括支援センター	81-5511	81-5512	891-9214	知名町知名411

沖永良部地区入退院支援ルール全般に関する相談窓口

徳之島保健所疾病対策係 電話：0997-82-0149

**1 介護保険制度とは**

介護保険制度は、平成12年4月からスタートしました。

居住地の市区町村（保険者）が制度を運営しています。

40歳以上の人は、被保険者として介護保険に加入します。

65歳以上の方は、市区町村が実施する要介護認定において介護が必要と認定された場合、いつでもサービスを受けることができます。

また、40歳から64歳までの人は、介護保険の対象となる特定疾病により介護が必要と認定された場合は、介護サービスを受けることができます。

**2 介護保険サービスの対象者**

**(1) 65歳以上の人（第1号被保険者）**

寝たきりや認知症などにより、介護を必要とする状態（要介護状態）になったり、家事や身じたく等、日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合

**(2) 40歳～64歳までの人（第2号被保険者）**

初老期の認知症、脳血管疾患など老化が原因とされる病気（※特定疾病）により、要介護状態や要支援状態になった場合

**※特定疾病**

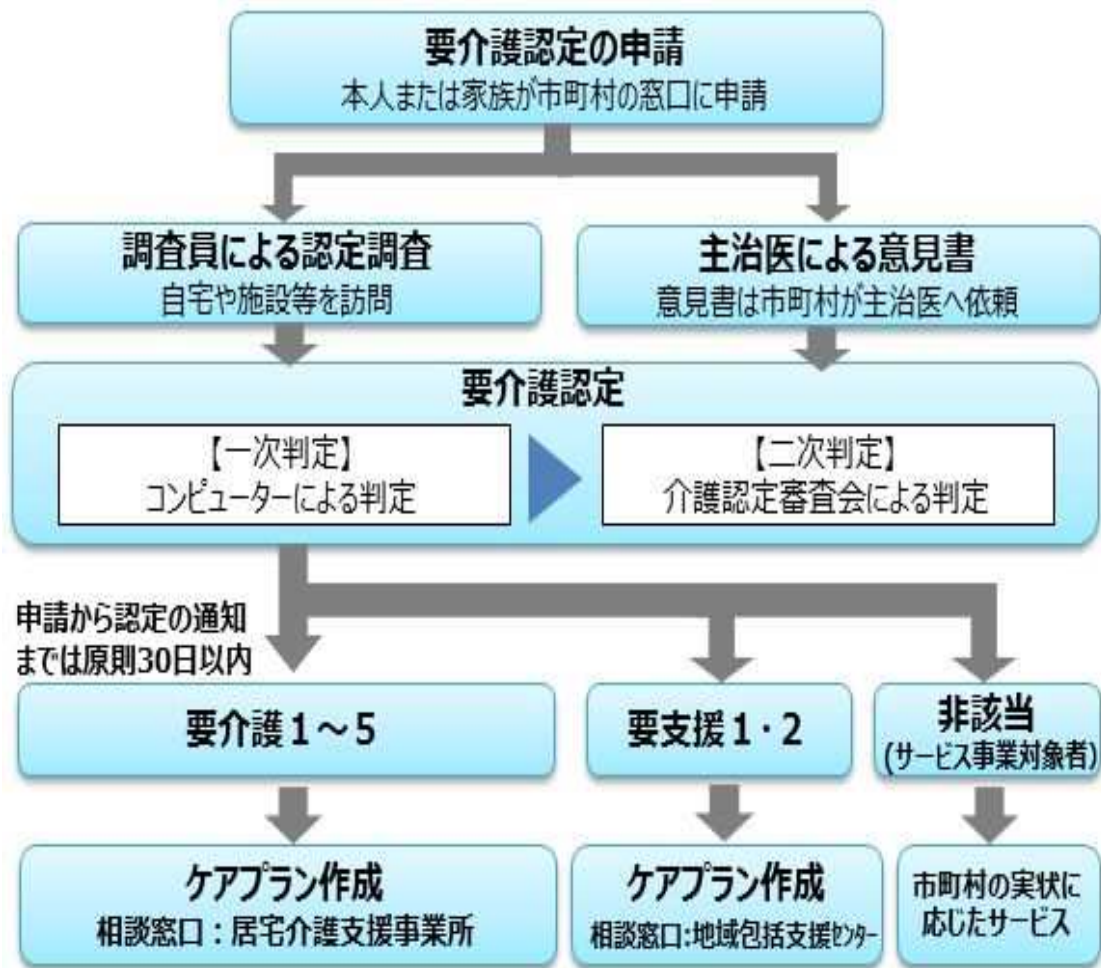
- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

**<介護保険被保険者証の見本>**

(1) 介護保険被保険者証		(2)		(3)	
番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女 交付年月日 年 月 日 保険者番号並びに保険者の名称及び印		要介護状態区分等 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 居宅サービス (うち種類支那限度基準額) サービスの種類 種類支那限度基準額 認定のサ 審 査 及 ス 指 会 び の 意 見 ビ 定 類		内容 期間 開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日 開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日 開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日 居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称 届出年月日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 介護保険施設等 種類 入所等年月日 年 月 日 名称 退所等年月日 年 月 日 種類 入所等年月日 年 月 日 名称 退所等年月日 年 月 日	
		要介護認定を受けている方は、ココに「要介護1」等が記載されています		担当ケアマネがいる場合は、ココに事業所名が記載されています	



3 サービス利用までの流れ



【ケアプラン作成の流れ】

- |               |  |
|---------------|--|
| ①契約・面談(本人・家族) | 退院後の住居, 家族支援の状況確認, 本人・家族の生活上の課題やニーズの把握をしながら, 契約の手続きを行う |
| ②病院からの情報収集    | 身体機能の低下の状況, 要因の分析, 生活機能の予後予測                           |
| ③ケアプラン原案作成    | 自立支援, 課題解決に向け必要なサービスを想定                                |
| ④サービス事業所との調整  | 事業所の選定, 事業所へ利用者情報の提供                                   |
| ⑤退院前カンファレンス   | サービス事業所を交えた医療機関との引き継ぎ                                  |
| ⑥サービス担当者会議    | サービス事業所間で目標・課題を共有, 事業所の役割分担を確認                         |
| ⑦サービス提供開始(退院) |  |



#### 4 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

自立度	ランク	判定基準
生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもつたない

※ 判定にあたっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

#### 5 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などこれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排泄が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III a に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等