

## 徳之島地区 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みましょう。

### 1 徳之島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、徳之島における医療・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】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など)が追加された方

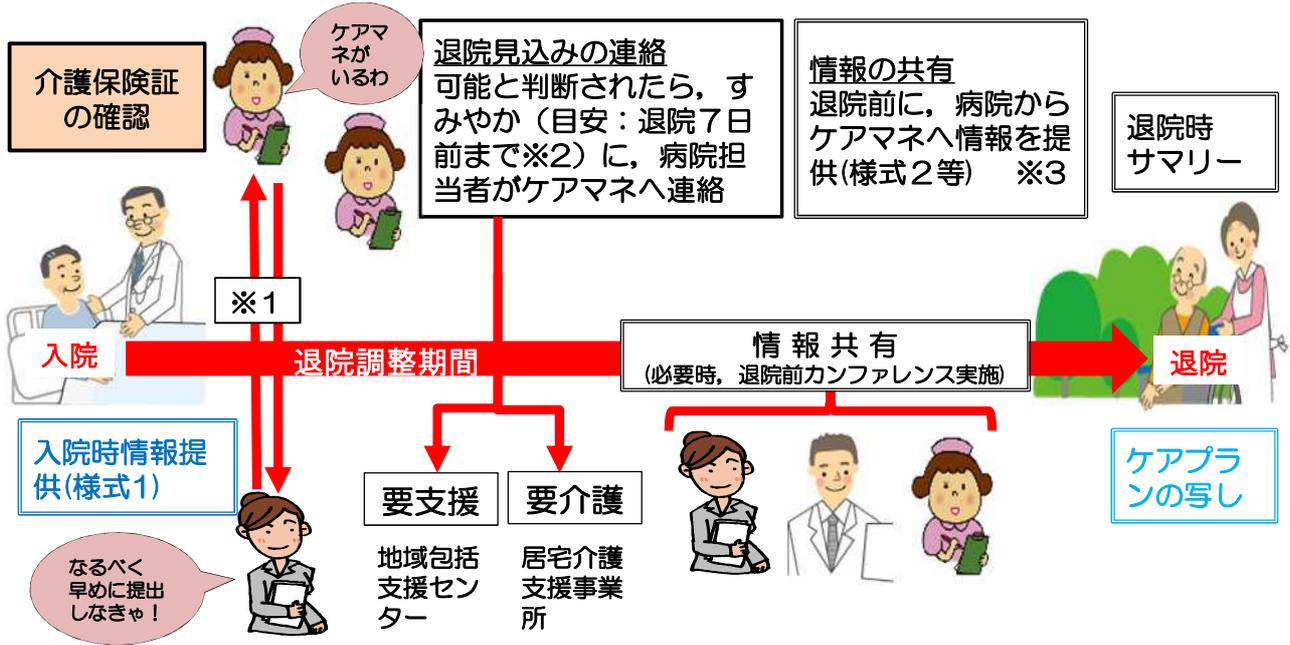
### 3 ルールの位置付け

徳之島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。

## 2. 退院支援の流れ

### A 入院前にケアマネジャー等がいる患者の場合

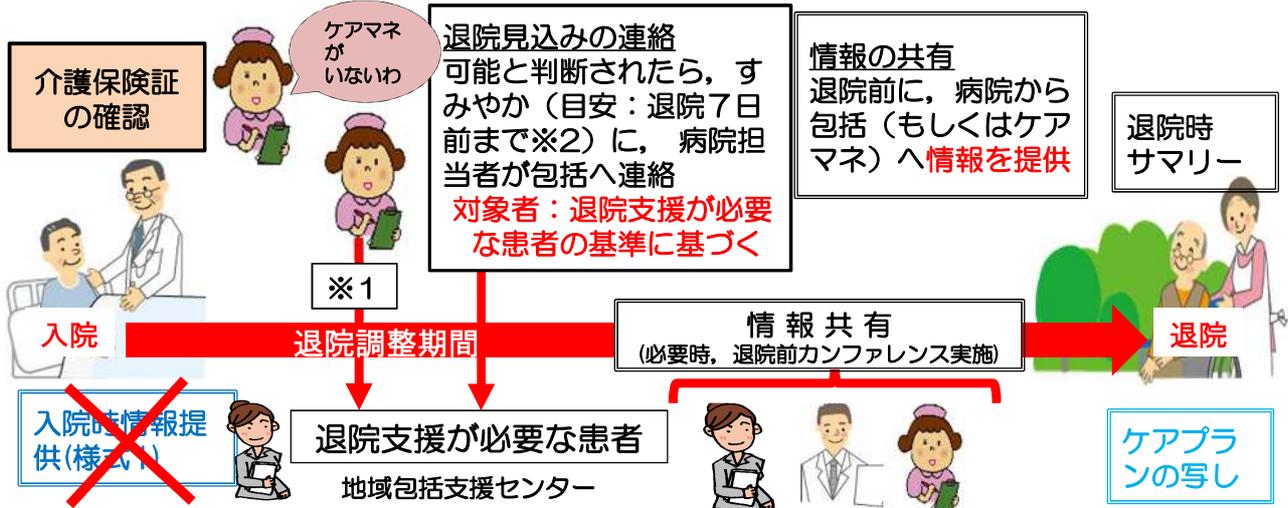


- ※1：入院時の連絡・入院時情報提供は、早い方が相手にアプローチする。
- ※2：病因・病状等によって在院日数は異なるので、あくまで目安。退院の見込みがたったら、すみやかに連絡する。
- ※3：入院時情報提供シート(様式1)の提出があった者は、退院支援情報共有シート(様式2)等を作成してケアマネへ提供

	医療機関	ケアマネジャー
在宅時 ↓		◇利用者の入院に早く気付くための工夫 入院したらケアマネに連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく
入院 ↓	○介護保険証を確認 ○入院時の連絡 ・担当ケアマネを確認し、入院したことを、すみやか(2日以内)に連絡する	○入院時情報の提供 ・入院を把握したら、医療機関担当者に連絡する。 ・入院を把握したら入院時情報提供シートを作成し、すみやか(3~7日以内)に提供する
退院支援 ↓	○退院の見込を連絡 ・在宅への退院が可能と判断されたら、すみやか(目安:退院予定日の7日前まで)に、担当ケアマネへ連絡する。	○情報収集と退院に向けた支援開始 ・情報収集を行い、アセスメントを開始する。 ・退院が決まったらケアマネへ連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく。
	退院支援のための情報共有や退院前カンファレンス: 医療機関担当者が、いつ、どのように行つか等を、ケアマネと検討しながら支援する。	
	○情報共有(必要時、退院前カンファレンスを実施) ・医療機関担当者は、退院支援に必要な情報を院内の関係者から収集する ・医療機関担当者とケアマネは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報等について、「退院支援情報共有シート」等を活用し、情報共有する。 ・医療機関担当者:入院時情報提供シートの提出があった者については退院支援共有シート等を作成し提供。 ・ケアマネ:入院時情報提供シートを提出しなかった者については、退院支援共有シートによる聴取。 ・ケアマネは、介護サービスの調整等を行う	
退院日決定 ↓	○退院時の情報提供 ・主治医が許可した退院日をケアマネに連絡する ・必要に応じて、各種サマリーを提供する	
	各種サマリリーの提供:ケアマネと相談のうえ、決定する。	
退院後		○退院後の情報提供 ・退院前カンファレンスを行った利用者のケアプラン(写)を医療機関へ提供する

## 2. 退院支援の流れ

### B 入院前にケアマネジャー等がない患者の場合



※1：患者等の状況によっては、地域包括支援センターへ連絡する。  
 ※2：病因・病状等によって在院日数は異なるので、あくまで目安。退院の見込みがたったら、すみやかに連絡する。

#### 【対象者：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：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

- ・独居または家族介護力が低い状態で、調理や掃除など身の回りのこと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など）が追加された方

	医療機関	地域包括支援センター	ケアマネジャー
入院 ↓	○介護保険証を確認 ○担当ケアマネがないことを確認 ・要介護認定を受けているか不明な場合は、各町地域包括支援センターへ問い合わせる。		
退院支援 ↓	○退院支援の必要性を判断 ・「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。 ○地域包括支援センターとの連携 ・患者や家族等に介護保険制度の説明を行い、地域包括支援センターへの相談を促す。 ・患者や家族の状況によっては、地域包括支援センターへ連絡する。 ○退院の見込みを連絡 ・在宅への退院が可能と判断されたら、すみやか（目安：退院予定日の7日前まで）に、地域包括支援センターもしくは担当ケアマネへ連絡する。	○情報収集と相談対応 ・本人の状況に応じて、本人や家族等との面接を行い、対応を検討する。 ○ケアマネとの連携 ○情報収集と退院に向けた支援開始 ・情報収集を行い、アセスメントを開始する。 ・退院が決まったら包括へ連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく。	○担当ケアマネの連絡 ・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する。 ○情報収集と退院に向けた調整開始 ・情報収集を行い、アセスメントを開始する。 ・退院が決まったらケアマネへ連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく。
	退院支援のための情報共有や退院前カンファレンス：医療機関担当者が、いつ、どのように行うか等を、包括・ケアマネと検討しながら調整する。		
	以降の流れは、A【入院前にケアマネ等がいる場合】と同じ		
退院日決定 ↓	○情報共有（必要時、退院前カンファレンスを実施）		
退院後	○退院時の情報提供		○退院後の情報提供

# 様式1 入院時情報提供シート(徳之島地区)

介護支援専門員 ⇒ 医療機関

(入院医療機関名・担当者名)

様

年 月 日作成

事業所名				担当者名				電話				FAX			
入院日	年	月	日	医療機関への情報提供日	年	月	日								
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		住環境		<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) ベッド: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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											
注: 主介護者 ☆: キーパーソン ○: 女性 □: 男性		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		* 感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )											
		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 (数たきり度)		<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													
特定医療費受給者証		<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 ( ) 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名: )													
サービス利用状況・サービス事業所名															
<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週)( ) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)( ) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週)( ) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)( ) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)( ) <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"/>	<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"/>											
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 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), とりみ剤使用: <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"/> とりみ付) <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 嫌いな物: <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"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ, 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 排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時 下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
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"/> どちらも不要, 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: ) 視力(普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力(普通・やや難聴・難聴・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 等・その他: ), 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可														
◆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)															

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。

別紙:  無  有

# 様式2 退院支援情報共有シート(徳之島地区)

医療機関 ⇒ 介護支援専門員

情報提供先(事業所・担当ケアマネ名)

様

年 月 日作成

医療機関名	TEL		作成者	職種:	氏名:
情報共有日	年 月 日	形式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> カンファレンス		
患者氏名・性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日	年齢 歳
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・状態像			合併症		
特定医療費受給者証 <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 ( ) 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名: )					
病院主治医			在宅主治医		
バイタル (退院前)	(月 日)	血圧: / mmHg,	体温: °C,	脈: 回/分	身長 cm 体重 Kg
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					
入院中の他科受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
退院後受診医療機関 本院・在宅医・その他( ), 次回受診予定日: 年 月 日					
リハビリの継続性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
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"/>	
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"/>	栄養管理情報書の添付: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *「有」の場合は, 以下の食事欄の記載は省略
					<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
					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 ( 摂取量: 割 )
					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 嫌いな物: <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"/> オムツ, 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
					排尿回数: ( 回/日 ), 排便回数: ( 回/日 ), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時
					下剤使用: <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"/>	薬の管理や副作用等での留意点: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
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: ) 視力 ( 普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲 ), 聴力 ( 普通・やや難聴・難聴・補聴器 ) キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 連絡先: ) <input type="checkbox"/> 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 ) 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"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV, MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 ( 部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部 ) <input type="checkbox"/> その他				
◆療養上注意する事項・その他					

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。

別紙:  無  有

徳之島地区 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	ケアマネとの退院支援を担当する部署			入院前にケアマネジャー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	TEL	FAX	ケアマネからの「入院時情報提供書」の持参先	ケアマネからの「入院時情報提供書」の送付先	ケアマネに電話連絡する部署	ケアマネとの面談の主体となる部署	ケアマネに退院日を連絡する部署	家族に介護保険について説明をする部署	ケアマネとの契約について、支援をする部署	契約後のケアマネと連絡を取る部署
徳之島病院	医療福祉相談室	83-0275	83-0865	医療福祉相談室 (病棟担当相談員) ※入院前は外来担当相談員がケアマネと関わります。					医療福祉相談室 (病棟担当相談員)		
宮上病院	病棟	82-0002	83-0695	連携室					連携室		
徳之島徳洲会病院	医療連携室	83-1100	83-1107 (連携室FAX)	病棟看護師および医療連携室	医療連携室	医療連携室 (生活相談員) ※必要に応じて病棟看護師			医療連携室 (生活相談員)	医療連携室 (相談員)	※必要に応じて病棟看護師
伊仙クリニック	病棟(2階)	86-3030	86-3301	2階病棟 (受け持ち看護師)					2階病棟 (看護師)		

□居宅介護支援事業所

事業所名	TEL	FAX	〒番号	住所
徳之島町社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	83-1205	83-1684	891-7101	徳之島町亀津7674番地
居宅介護支援事業所 南風	82-3200	82-1777	891-7101	徳之島町亀津2882番地1
医療法人徳洲会 徳之島徳洲会介護センター	81-1087	81-1087	891-7101	徳之島町亀津7588番地
生協在宅サービスセンター とくのしま	81-2755	81-2756	891-7612	天城町平土野7番地11
天城町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	85-5093	85-3710	891-7611	天城町天城462番地
伊仙町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	86-4809	86-4808	891-8201	伊仙町伊仙2293番地1

□小規模多機能型居宅介護

事業所名	TEL	FAX	〒番号	住所
小規模多機能 南風園	82-3200	82-1777	891-7101	徳之島町亀津2882番地1
小規模多機能 花徳南風園	81-6211	81-6222	891-7425	徳之島町花徳624番地1
ホーム 賀寿丸	81-7550	81-7551	891-8114	伊仙町面縄大当2117番地1

□地域包括支援センター

町名	TEL	FAX	〒番号	住所
徳之島町地域包括支援センター	82-1115	82-1101	891-7101	徳之島町亀津7203
天城町地域包括支援センター	85-5267	85-3110	891-7612	天城町平土野2691-1
伊仙町地域包括支援センター	81-7878	86-2064	891-8201	伊仙町伊仙1842

徳之島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 TEL: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

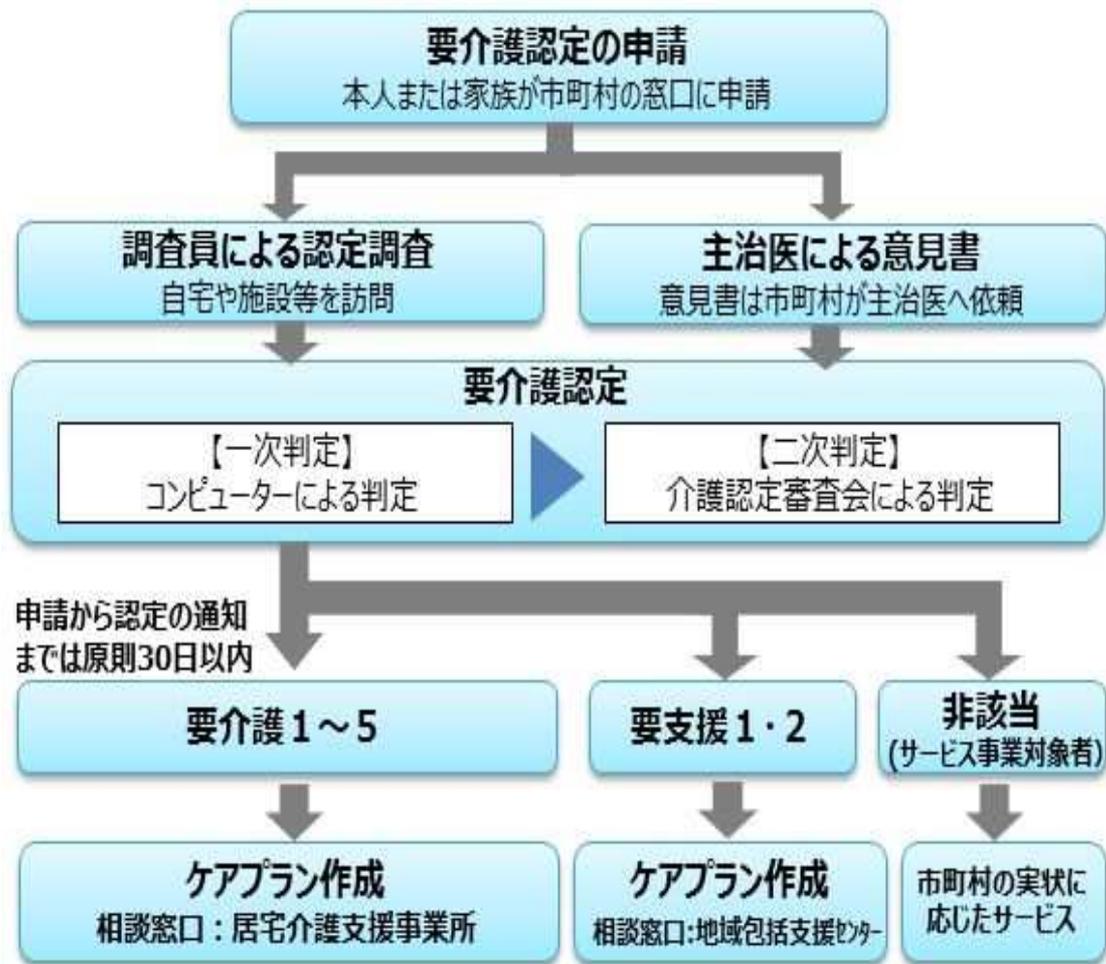
**※特定疾病**

- 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 (うち機能支援限度基準額) サービスの種類 種類支那限度基準額 認定のサ 審 会 及び 意 見 ス 指 定 種 類 の 定		給付制限 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 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