

与論地区 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 与論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、与論町における医療・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調整の流れ、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、令和2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（食事）・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その他

- ・本人や家族が、退院後の生活に不安を抱えている
- ・病状は安定しているが、本人の希望により入退院を繰り返している

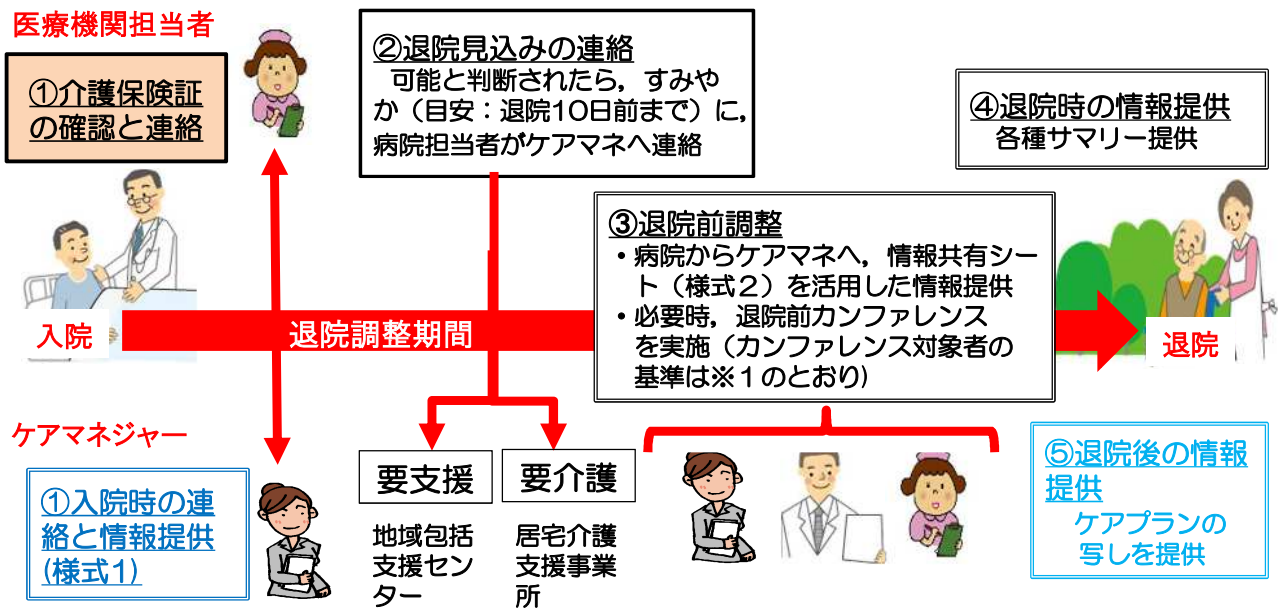
3 ルールの位置付け

与論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：退院前カンファレンス対象者の基準

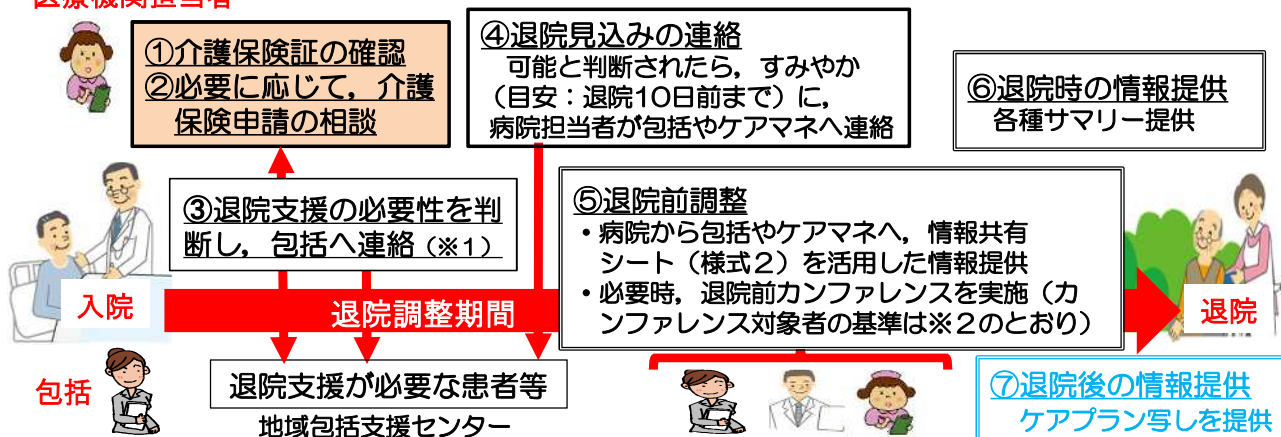
- ①入院前と比べて明らかにADLの状況が変化したもの
- ②治療内容（薬剤の内容や量、リハビリ等）が変更になったもの
- ③痰吸引や在宅酸素療法、経管栄養、膀胱留置カテーテル、透析など医療への依存度が高いもの
- ④退院後の生活や治療について、本人と家族の意向が異なる場合
- ⑤本人が自宅に退院するにあたり、家族が、介護の負担や介護への不安を強く感じている場合

	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 ↓	①介護保険証を確認し、入院時の連絡 ・担当ケアマネを確認し、入院したことを、すみやかに連絡する	①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のうえ、入院時情報提供シート（様式1）を作成し、すみやか（7日以内）に提供する
	入院時情報提供シート作成対象者：原則、全員。ケアマネが医療機関担当者と相談のうえ、決定する。	
退院支援 ↓	②在宅への退院の見込みを連絡 ・可能と判断されたら、すみやか（目安：退院予定日の10日前まで）に、担当ケアマネジャーへ連絡する。	○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。
	③退院前調整（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。 ・医療機関担当者は、退院日までに「退院支援情報共有シート（様式2）」を活用して、ケアマネジャーへ情報提供する。 ・医療機関担当者とケアマネジャーは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報や患者・家族の意向等を共有する。 ・ケアマネジャーは、介護サービスの調整等を行う。 退院前調整のための退院前カンファレンスや情報提供： 医療機関担当者が、いつ、どのように行うかを、ケアマネジャーと検討しながら調整する。	
退院日決定 ↓	④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	
	各種サマリーの提供：ケアマネジャーと相談のうえ、決定する。	
退院後		⑤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

医療機関担当者



※1：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（食事）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

③その他

- ・本人や家族が、退院後の生活に不安を抱えている
- ・病状は安定しているが、本人の希望により入退院を繰り返している

※2：退院前カンファレンス対象者の基準

- ①入院前と比べて明らかにADLの状況が変化したもの
- ②治療内容（薬剤の内容や量、リハビリ等）が変更になったもの
- ③痰吸引や在宅酸素療法、経管栄養、膀胱留置カテーテル、透析など医療への依存度が高いもの
- ④退院後の生活や治療について、本人と家族の意向が異なる場合
- ⑤本人が自宅に退院するにあたり、家族が、介護の負担や介護への不安を強く感じている場合

	医療機関	地域包括支援センター	ケアマネジャー
入院 ↓	①介護保険証を確認し、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、地域包括支援センターへ問い合わせる。		
退院支援 ↓	②介護保険申請に係る相談 ・地域包括支援センターと情報共有しながら、介護保険申請について検討。 ・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。 ③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。 ④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10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 ・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。 ○ケアマネジャーとの連携 ○担当ケアマネジャーの連絡 ・担当ケアマネジャーが決定したら、医療機関へ連絡する。 ○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。	○担当ケアマネジャーの連絡 ・担当が決まったら、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。
	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 ↓	⑤退院前調整（必要時、退院前カンファレンスを実施）		
退院後	⑥退院時の情報提供		⑦退院後の情報提供

様式1 入院時情報提供シート(与論地区)

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		電話番号	
担当者名		FAX番号	

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 主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	住環境	☐ 一戸建 ☐ 集合住宅 (階建て 階) ベッド: ☐ 無 ☐ 有 手すり: ☐ 無 ☐ 有 段差: ☐ 無 ☐ 有 住宅改修: ☐ 無 ☐ 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	☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援 () ☐ 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)	☐ 自立 ☐ 1 ☐ 2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2									
	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M									
指定難病受給者証	☐ 無 ☐ 有 (疾患名:)										
障害者手帳	☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 () 生保受給 ☐ 無 ☐ 有 (担当CW名:)										

サービス利用状況・サービス事業所名	
☐ 訪問看護 (回/週) () ☐ 訪問介護 (回/週) () ☐ 通所リハ (回/週) () ☐ 福祉用具貸与 (内容:)	☐ 通所介護 (回/週) () ☐ 短期入所 (回/週) () ☐ 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	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 (☐ T字 ☐ 四点 ☐ その他) ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用	
移乗方法	☐	☐	☐	☐		
起居動作	☐	☐	☐	☐		
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 無 ☐ 有 (☐ 全義歯 ☐ 部分)	
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (Kcal: ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー, 水分制限: ☐ 無 ☐ 有 (ml/日), とろみ剤使用 ☐ 無 ☐ 有 副食: ☐ 通常 ☐ ひとくち大 ☐ 刻み 極小刻み ミキサー (☐ とろみ付) ☐ ソフト食 アレルギー: ☐ 無 ☐ 有 (), 食への意欲 ☐ 無 ☐ 有 摂取方法: ☐ 箸 ☐ スプーン ☐ その他 (), 嚥下障害 ☐ 無 ☐ 有	
更衣	☐	☐	☐	☐		
入 浴	☐	☐	☐	☐	☐ 自宅(浴室) (回/週) ☐ 清拭 (回/週) ☐ 訪問入浴 (回/週) ☐ 通所系サービス (回/週)	
排 泄	☐	☐	☐	☐	日中: ☐ トイレ ☐ ポータブ ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハパン ☐ パット 夜間: ☐ トイレ ☐ ポータブ ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハパン ☐ パット 排尿回数: (回/日中, 回/夜間), 排便回数: (回/ 日), 失禁: 無 時々有 ☐ 常時 下剤使用: ☐ 無 ☐ 有	
服薬管理	☐	☐	☐	☐	☐ お薬箱 ☐ お薬カレンダー ☐ どちらも不要 情報提供書の添付: ☐ 無 ☐ 有	
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・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他:)					
医療処置	☐ 無 ☐ 有 (パルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょうそう・気管切開・在宅酸素 等・その他:)	家族での対応: ☐ 可 ☐ 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)

◆リハビリ担当者にご相談・依頼したいこと ☐あり ☐なし

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 退院支援情報共有シート(与論地区)

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)

様

年 月 日作成

医療機関名	Tel		作成者	職種	氏名
患者氏名・性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月 日 年齢 歳
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・状態像			既往症		
指定難病受給者証	☐ 無 ☐ 有 (疾患名:)				
障害者手帳	☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 () 生保受給 ☐ 無 ☐ 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	☐ 無 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有 ()				
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 (☐ T字 ☐ 四点 ☐ その他) ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用
移乗方法	☐	☐	☐	☐	
起居動作	☐	☐	☐	☐	
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 無 ☐ 有 (☐ 全義歯 ☐ 部分)
食 事	☐	☐	☐	☐	栄養管理情報書の添付: ☐ 無 ☐ 有 *「有」の場合は, 以下の食事欄の記載は省略
					☐ 普通食 ☐ 治療食 (Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養
					主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー, 水分制限: ☐ 無 ☐ 有 (ml/日), とろみ剤使用: ☐ 無 ☐ 有
					副食: ☐ 通常 ☐ ひとくち大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ とろみ付) ☐ ソフト食 (摂取量: 割)
					アレルギー: ☐ 無 ☐ 有 (), 食への意欲 ☐ 無 ☐ 有
更衣	☐	☐	☐	☐	摂取方法: ☐ 箸 ☐ スプーン ☐ その他 (), 嚥下障害 ☐ 無 ☐ 有
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 浴槽 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他:)
排 泄	☐	☐	☐	☐	日中: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハパン ☐ パット
					夜間: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハパン ☐ パット
					排尿回数: (回/日中, 回/夜間), 排便回数: (回/ 日), 失禁: ☐ 無 ☐ 時々有 ☐ 常時
服薬管理	☐	☐	☐	☐	薬の管理や副作用等での留意点: ☐ 無 ☐ 有 (), 情報提供書の添付: ☐ 有 ☐ 無
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・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他:)				
医療処置	☐ 無 ☐ 有 (バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょうそう・気管切開・在宅酸素 等・その他:)				
感染症	☐ 無 ☐ 有: ☐ HBV ☐ HCV, MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症 (部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ 結核 ☐ その他				
◆療養上注意する事項, その他の連絡事項(看護を行っていて気になったこと等)					
◆リハビリ目標及び内容, 頻度, 運動制限(リハビリ担当から確認)					
◆本人・家族の退院に対する意向(患者と家族の意向の乖離等)					

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。

与論地区 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7年3月現在)

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
与論徳洲会病院	地域医療連携室	97-2511	97-2711	地域医療連携室		地域医療連携室			地域医療連携室		
						入院当日の日勤リーダー	面談当日の日勤リーダー等	退院日が決定した日の日勤リーダー	説明が必要となった時の日勤リーダー・副主任・看護部長のいずれか		
龍美クリニック	外来	97-5607	97-2097	外来窓口	外来	外来看護師			併設老人保健施設 ケアマネジャー		

□居宅介護支援事業所

事業所名	TEL	FAX	〒番号	住所
与論徳洲会病院 居宅介護支援事業所	97-5300	97-2711	891-9301	与論町茶花403番地1
指定居宅介護支援事業所 かざはな	97-5071	97-5012	891-9300	与論町麦屋1305番地5
居宅介護支援事業所 輝	090-3882-5367	84-3009	891-9300	与論町麦屋868番地2

□小規模多機能型居宅介護

事業所名	TEL	FAX	〒番号	住所
小規模多機能ホーム フワイ・ドゥール	85-1022	85-1023	891-9301	与論町茶花2607番地1

□地域包括支援センター

町名	TEL	FAX	〒番号	住所
与論町地域包括支援センター	97-3112	97-4196	891-9301	与論町茶花1418番地1

与論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

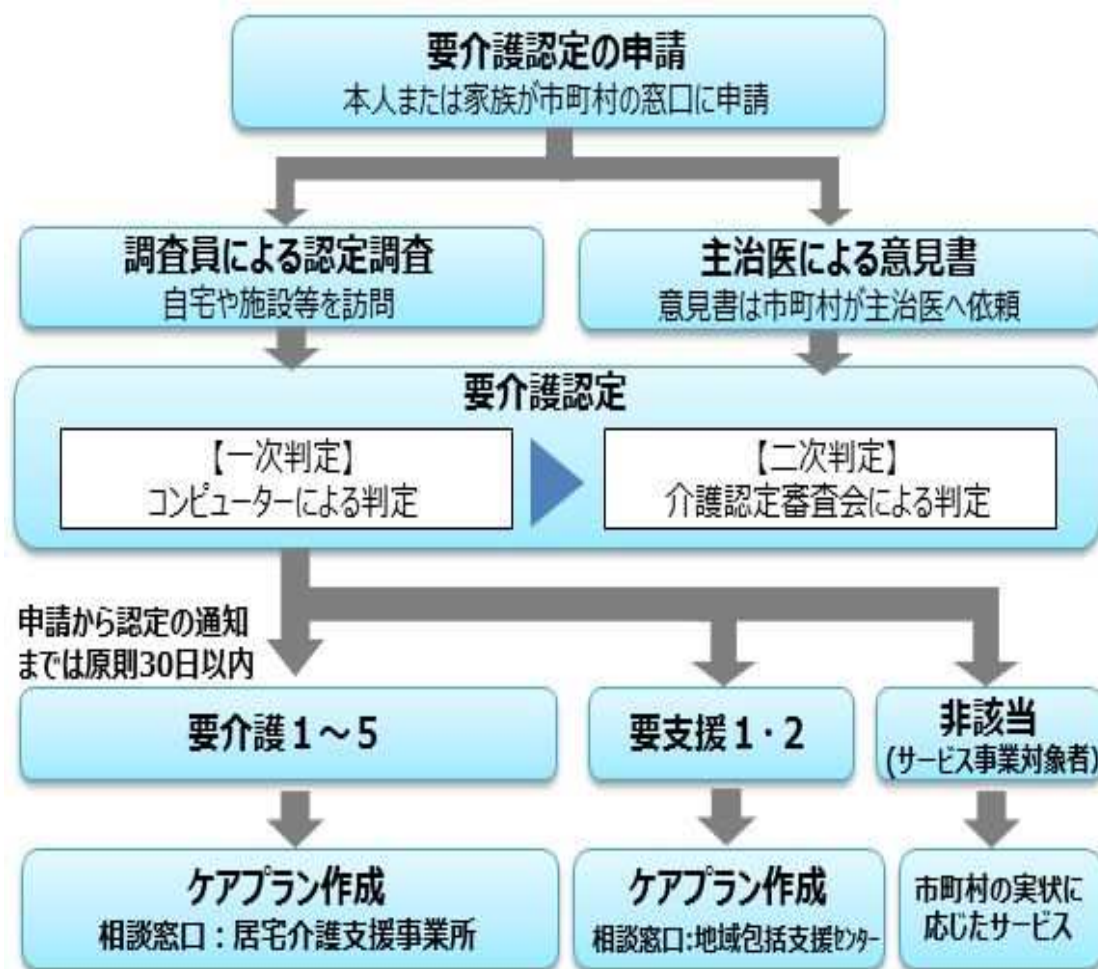
※特定疾病

- 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

<介護保険被保険者証の見本>

(1)		(2)		(3)	
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		内容	
番号		認定年月日		開始年月日	
住所		認定の有効期間		終了年月日	
フリガナ		在宅サービス		開始年月日	
氏名		(うち種類支給限度基準額)		終了年月日	
生年月日		サービスの種類		開始年月日	
性別		種類支給限度基準額		終了年月日	
交付年月日		認定意見及び指定		在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	
保険者番号並びに保険者の名称及び印		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		届出年月日	
				届出年月日	
				種類	
				名称	
				入所等年月日	
				種類	
				名称	
				入所等年月日	
				種類	
				名称	
				入所等年月日	

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. 自力では寝返りも出来ない

※ 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