

宇土市入退院連携ガイドブック

～病院から地域へ、切れ目のない連携を目指して～



令和 3 年 3 月作成
宇土市在宅医療介護連携推進事業検討会

【はじめに】

近年、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者が増加しており、病院から地域への移行における切れ目のない支援への需要が高まっています。医療や介護が必要な状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域の医療介護の関係者が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供する体制を構築することが重要となります。

本市では、平成 29 年に在宅医療介護連携推進事業検討会を設置し、在宅医療・介護における課題抽出及び対応策の検討を行っております。その中で令和元年度に実施した宇土市医療・介護従事者アンケート調査では、「退院調整の期間が短く、必要なサービス調整が間に合わないことがある」、「支援が必要な方がいつのまにか退院していた」などの意見が多数挙がり、入退院調整に係る課題があることがわかりました。

このことを踏まえ、医療・介護関係者が互いの立場・役割を理解し、共通認識のもと支援を行うための手引きとして「宇土市入退院連携ガイドブック」を作成いたしました。

医療・介護関係者の皆様におかれましては、本紙作成の主旨についてご理解を賜り、切れ目のない支援のためにご活用くださいますようお願い申し上げます。

宇土市長 元松 茂樹

高齢化社会の到来がすぐそこまで来ています。

宇土市の場合は、75 歳以上の人口は 2040 年頃にピークを迎え、85 歳以上の人口は 2045 年頃にピークを迎えると予想されています。

我が国は、今までどの国も経験したことのなかった超高齢化社会へと突入しつつあるのです。

これに伴い、教育や消費、娯楽などを含めた社会のいろいろな面で変革が生じてきます。特に、重要なのは医療・介護の分野です。

政府は平成 9 年に介護保険法を成立させ、平成 12 年にこれを施行しましたが、この背景には従来の老人福祉や老人医療の仕組みでは、将来の高齢化社会には対応できないとの判断があったからです。

その後も介護保険制度は改正されつつ、現状に即すべく努力が重ねられてきました。

例えば、医療と介護の密接な連携による地域包括ケアシステムの構築もその一つですし、最近では円滑な入退院を支援する在宅医療サポートセンターが県内の主要各地域に設置されました。

今後も、医師会は宇土市との密接な連携のもと、来るべき高齢化社会への対応を続けてまいる所存です。このガイドブックが、そのための一助になれば幸いです。

宇土地区医師会長 勝目 康裕

【 目 次 】

1	目的	・ ・ ・ ・ ・	P 1
2	使用上の留意点	・ ・ ・ ・ ・	P 1 ～ 2
3	入退院時の連携フローチャート		
1)	退院調整が必要な患者の目安	・ ・ ・ ・ ・	P 3
2)	入院時に要介護認定を受けている場合	・ ・ ・ ・ ・	P 4 ～ 5
3)	入院時に要介護認定を受けていない場合	・ ・ ・ ・ ・	P 6 ～ 8
4)	入院患者の要介護認定状況が不明な場合	・ ・ ・ ・ ・	P 8
4	在宅医療・介護連携に関する診療報酬及び介護報酬一覧	・ ・ ・ ・ ・	P 9 ～ 10
5	在宅医療・介護に関する相談窓口		
1)	宇土市在宅医療・介護連携支援センター	・ ・ ・ ・ ・	P10
2)	宇城地域在宅医療サポートセンター	・ ・ ・ ・ ・	P11
3)	宇土市地域包括支援センター及び協力機関	・ ・ ・ ・ ・	P11
4)	宇土市指定居宅介護支援事業所・小規模多機能事業所	・ ・ ・ ・ ・	P11
5)	その他	・ ・ ・ ・ ・	P12
	・ 介護保険被保険者証等の再発行		
	・ 第2号被保険者で医療保険未加入（生活保護受給）の方の相談窓口		
6	介護保険制度の概要		
1)	介護保険制度の利用の流れ	・ ・ ・ ・ ・	P12
2)	介護予防・日常生活支援総合事業について	・ ・ ・ ・ ・	P13
3)	要介護認定調査	・ ・ ・ ・ ・	P13～14
	【参考資料】		
	・ 介護保険申請対象者チェックリスト	・ ・ ・ ・ ・	P15
	・ 基本チェックリスト	・ ・ ・ ・ ・	P16
7	宇土市在宅医療介護連携推進事業検討会	・ ・ ・ ・ ・	P17

1 目的

医療・介護を必要とする方が、病院から地域・在宅へ、安心して移行することができるよう医療・介護関係者が互いの役割を理解した上で、切れ目なく支援を行うための手引きとして使用することを目的とします。

2 使用上の留意点

1) 位置づけ

宇土市入退院連携ガイドブック（以下、「本紙」）は、医療・介護に携わる者が円滑に連携するために期待される標準的な行動を定めたものであり、強制力を持つものではありません。

本紙に示した手順や日数などは、あくまで「目安」と考え、個別の状況に応じ対応が必要な場合は、その都度、関係者間で調整してください。

また、本紙内容については、定期的に状況確認・評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しを行っていきます。内容についてお気づきの点やご意見等がありましたら、在宅医療介護連携推進事業事務局（最終頁）までご連絡をお願いします。

2) 先行する取組との関係性

熊本県内では、すでに「がん」「脳卒中」「糖尿病」に係る地域連携クリティカルパスが作成されており、医療（医医）連携、医科歯科連携などの取組が進められています。

また、医療と介護の情報連携ツールとして、「くまもとメディカルネットワーク」「うともんネット」等の ICT の整備も進められています。

こうした既存ツールも活用しつつ、さらに宇土市内の関係者で医療介護連携を図るために、本紙を活用してください。

【取組の一例】

分野	内容	作成元
地域連携 クリティ カルパス	熊本県がん診療連携クリティカルパス 「私のカルテ」	熊本県がん診療連携協議会
	脳卒中地域連携パス	熊本脳卒中地域連連携ネットワーク 研究会
	熊本県糖尿病地域連携パス (DM 熊友パス)	熊本県糖尿病対策推進会議
医療介護 情報連携 ツール	くまもとメディカルネットワーク	熊本県医師会
	うともんネット	宇土地区医師会
	情報連携シート・退院時連携シート	熊本県介護支援専門員協会

3) 本紙を利用する主な関係機関

- ①宇土市内医療機関
- ②宇土市地域包括支援センター，ブランチ本町，ブランチ西部
- ③宇土市指定居宅介護支援事業所，小規模多機能事業所

4) 個人情報の取扱いについて

医療・介護の連携のためには，関係者間の情報共有が不可欠ですが，個人情報の取扱いには細心の注意が必要です。個人情報の取扱いについては，厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」が示されていますので，参考にしてください。

(厚生労働省ホームページ)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

5) 本紙における用語について

- ・在宅等から入院して在宅等へ退院する方を，「患者（または，本人，利用者）」とする。
- ・病院・有床診療所を，「病院」とする。
- ・地域包括支援センター及び地域包括支援センター協力機関(ブランチ)を「包括」とする。
- ・居宅介護支援事業所を「居宅」とする。
- ・地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の担当者を「ケアマネ」とする。



3 入退院時の連携フローチャート

1) 退院調整が必要な患者の目安

◆「在宅への退院ができそう」と判断する基準◆

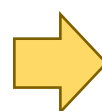
- ・症状がある程度安定した状態
- ・在宅での介護が可能である（介護をする環境が整っている）

要介護認定の有無が不明な場合は、宇土市高齢者支援課までお問合せください（詳細はP8参照）



●既に要介護認定等を受けている患者

入院前から包括又は居宅と契約している患者は、要支援・要介護に関係なく引き継ぐ



担当ケアマネに連絡

P4へ

●要介護認定等を受けていない患者

1 必ず退院調整が必要と思われる患者

- ・立ち上がり、歩行に介助が必要な患者
- ・食事に介助が必要な患者
- ・衣類の着脱や更衣、入浴時の介助が必要な患者
- ・排泄に介助が必要な患者
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症がある患者
- ・温度調整や適切な飲水など生命維持に関わるセルフケアが困難な患者
- ・高次脳機能障害の後遺症がある患者

1項目以上該当する場合は「要介護レベル」である可能性が高いと考えられます



(本人家族が希望する)
居宅介護支援事業所へ連絡

P6へ

判断に迷う場合



2 退院調整の検討が必要と思われる患者

- ・独居、もしくは高齢世帯などで家族介護力が低いなど、調理や掃除など身の回りのことに支援が必要な患者
- ・入院前と退院時でADLが悪化している患者。または一日の中でもADLの変動がある患者
- ・軽度の認知症があり、独居もしくはそれに近い状態（老老介護、介護力が低い等）。
- ・ADLは自立しているががん末期の患者、入院後新たな医療処置が追加され、継続が必要な患者（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引、在宅酸素、ストーマなど）。
- ・入退院を繰り返している方、入退院の間隔が短くなっている患者
- ・親族や友人などとの接触頻度が低く、不活発な状態の患者
- ・軽度認知障害があり、生活に多少なりとも支障をきたしている患者
- ・金銭管理や服薬管理が苦手、家族管理に抵抗を感じている患者

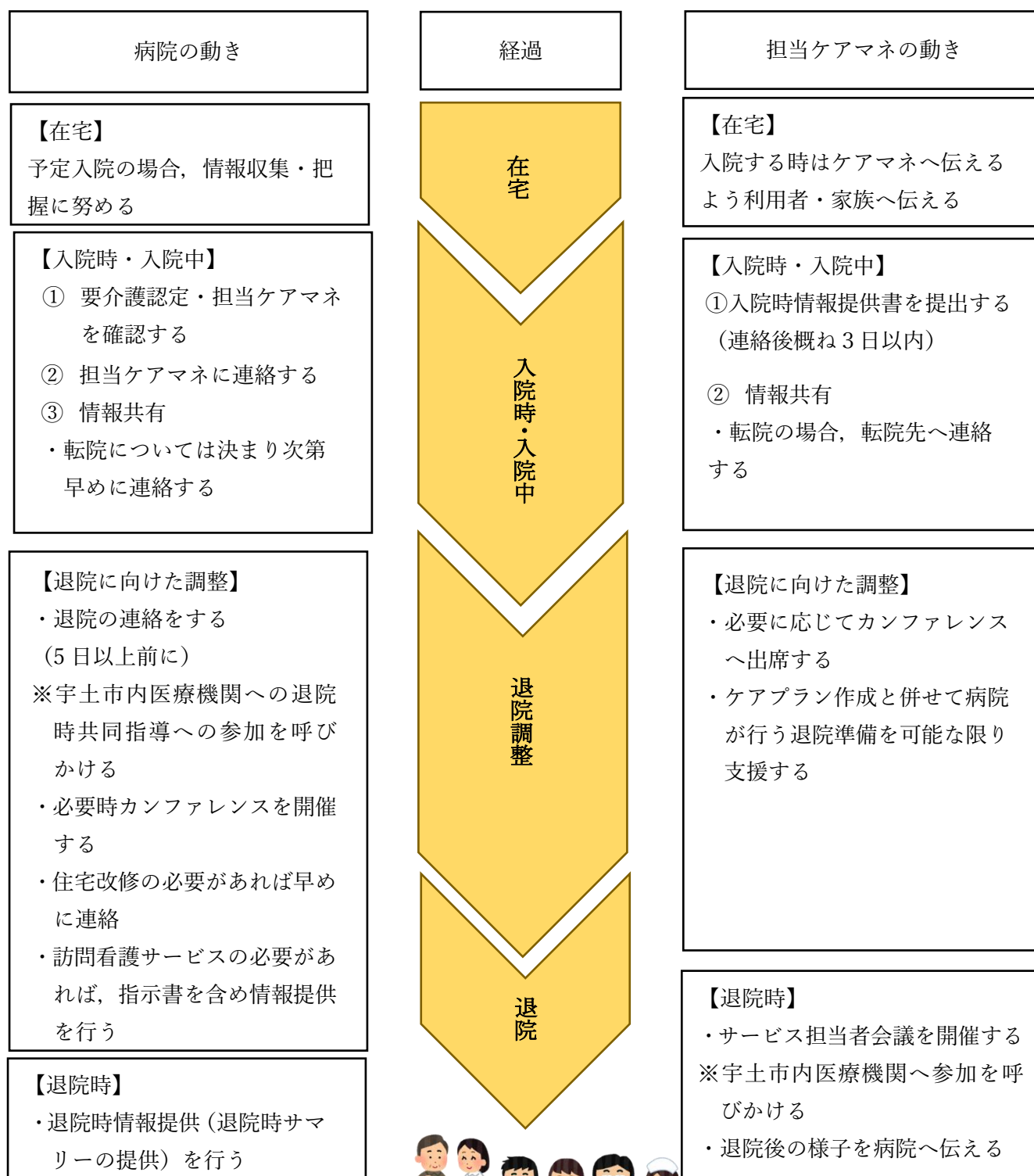


宇土市在宅医療介護連携支援センター又は患者の居住地の地域包括支援センターへ連絡

P6へ

2) 入院前に要介護認定を受けている（担当ケアマネが決まっている）場合

(1) 入退院調整の流れ（フロー図）



(2) 入退院調整の詳細

①入院の連絡（本人・家族／病院⇒担当ケアマネ）

- ・病院担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族に担当ケアマネを確認する。
- ・入院したことを患者又は家族から担当ケアマネに連絡するよう伝える。ただし、患者又は家族から連絡できない場合は、病院担当者が担当ケアマネに連絡する。

②入院時の情報提供（担当ケアマネ⇒病院）

- ・担当ケアマネは、担当する利用者の入院を把握した場合は速やかに病院担当者に情報提供する。

③病院⇔担当ケアマネの情報交換

- ・病院担当者は、入院前の状態や暮らしの確認を行い、その状態までの回復が難しい場合や現在の介護度と違いが予想される場合は、区分変更の検討が必要な場合もあるため、できるだけ早く担当ケアマネへ連絡し相談する。
- ・担当ケアマネは、利用者が家で暮らすためにはどの程度までの身体能力等の回復が必要かなどを病院担当者と共有するよう努め、治療やリハビリの参考にしてもらう。
- ・担当ケアマネは、退院後の生活を見据えて支援の準備や適宜ケアプランの変更を行うため、入院中の利用者の状況把握に努める。

④転院の連絡

- ・病院担当者は、患者が転院する事が決まったら、転院する事を患者又は家族からケアマネへ連絡するよう伝える。ただし、患者又は家族から連絡できない場合は、病院担当者が担当ケアマネに連絡する。

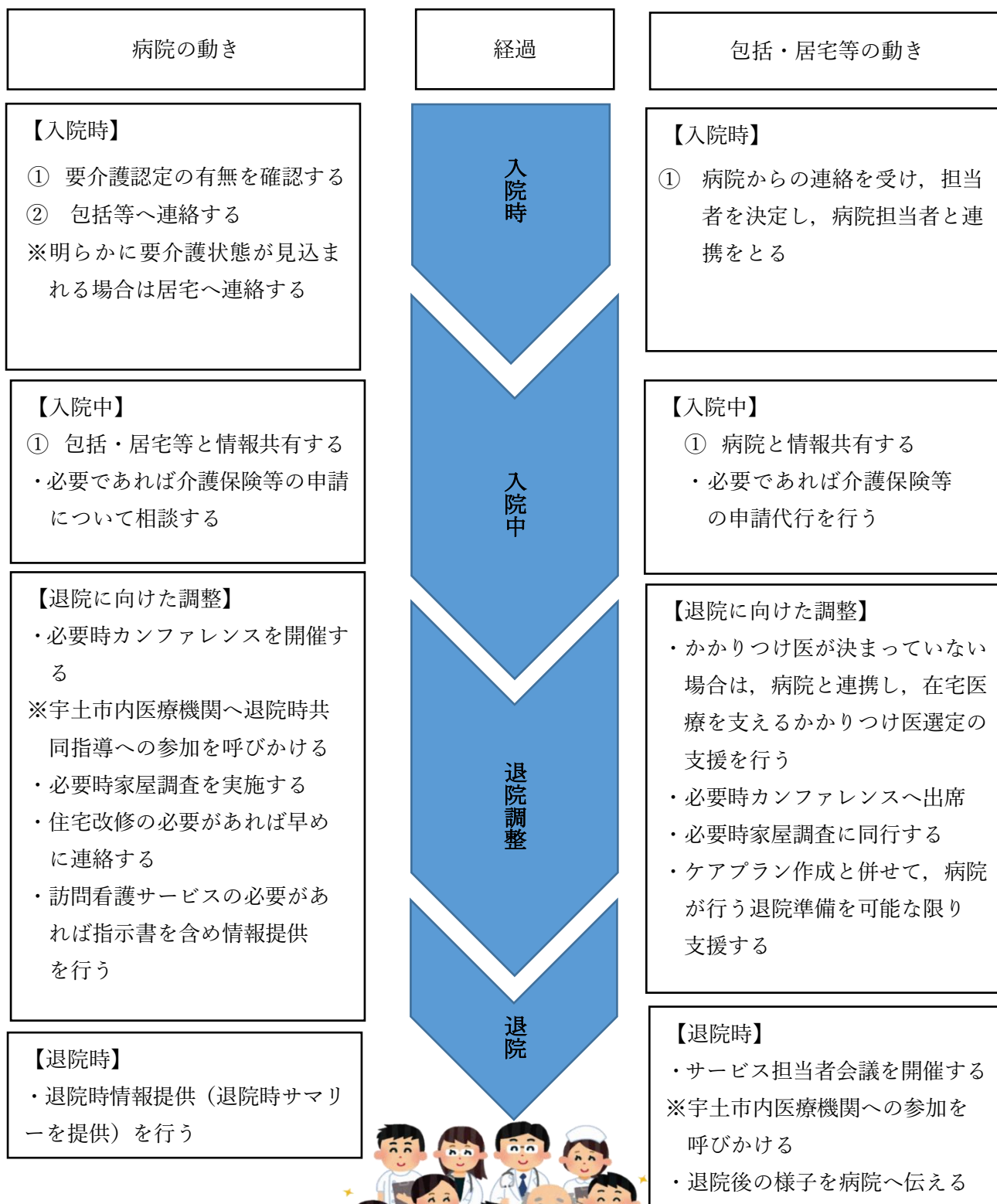
⑤退院の連絡

- ・病院担当者は、患者が退院する5日以上前に、担当ケアマネへ退院調整開始について連絡する（患者の状態や要望を反映した介護保険サービスを調整するためには、少なくとも5日は必要なため）。
- ・住宅改修や区分変更が必要な場合は、病院担当者はできるだけ早く担当ケアマネへ連絡する。
※ケアマネの調整が無く住宅改修工事を行った場合は、自費改修となる為留意する。
- ・急な退院となった場合は、病院担当者は状況に応じて担当ケアマネへ連絡する。
- ・退院調整時の情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数については、入院の内容や患者の生活環境に応じて、病院担当者と担当ケアマネで調整の上決定する。



3) 要介護認定を受けていない場合

(1) 入退院調整の流れ (フロー図)



(2) 入退院調整の詳細

①連携体制の構築

- ・病院担当者は、患者が「3-1)退院調整が必要な患者の目安 (P3)」に該当し在宅へ退院ができそうだと判断した場合は、本人・家族の同意を得た上で、在宅医療介護連携支援センター又は患者の居住地の包括へ連絡する。
- ・病院担当者は、患者の状態から「要介護レベル」の見込みが高いと判断した場合 (P3「必ず退院調整が必要と思われる患者」の項を参照) は、患者・家族へ居宅の情報提供を行い (参考: P11「宇土市指定居宅介護支援事業所・小規模多機能事業所」)、患者・家族が希望する居宅へ直接相談し支援依頼を行う。
 ※但し、「要介護レベル」か「要支援レベル」かの判断が難しい場合は、在宅医療介護連携支援センター又は包括へ相談する。
- ・患者・家族が介護保険サービス等の利用を希望していないが、病院担当者が今後の在宅療養において何らかの支援が必要と判断した場合は、その根拠を整理して本人・家族へ説明し、同意を得た上で、在宅医療介護連携支援センター、包括又は居宅のいずれか (以下「包括・居宅等」) へ相談する。

②介護保険サービス等の利用に向けた支援

- ・病院担当者は、包括・居宅等と相談しながら、患者・家族の意向を踏まえ介護保険サービスや総合事業サービスの必要性を検討し、説明をする。サービス利用が必要と判断した場合は、「6-1)介護保険制度の利用の流れ (P12)」のフローに沿って支援を行う。
- ・包括・居宅等は、病院から入院患者の介護保険制度利用を含めた相談があった場合は、病院担当者と連携の上、要介護認定申請や総合事業対象者の支援を行う。
- ・病院担当者、包括・居宅、行政機関は、がん末期、終末期の方から相談を受けた場合は、迅速に要介護認定が受けられるよう努める。
 ※ここまでは、在宅での医療提供を行う環境整備が必要。かかりつけ医が決まっていない場合は、病院と連携し、今後在宅医療を担うかかりつけ医を選定できるよう本人・家族への支援を行う。

③病院⇄包括・居宅等の情報交換

- ・包括・居宅等が、入院中に病院と情報交換を行う場合は、事前に病院担当者へ連絡の上、電話やFAX、訪問等をする事が望ましい。
- ・包括・居宅等は、病院担当者と連携を図りながら、入院中の患者の状況把握に努める。

④退院の連絡

- ・病院担当者は、患者が退院する10日以上前より、包括・居宅等に退院調整開始についての連絡を行う (介護保険サービス調整に少なくとも10日は必要なため)。

- ・住宅改修が必要な場合は、病院は退院の3週間前には包括・居宅へ連絡する。
※ケアマネの調整が無く住宅改修工事を行う場合等、自費改修となる為留意する。
- ・自己都合で急な退院となった場合は、病院担当者は状況に応じて、包括・居宅等へ連絡する。
- ・包括・居宅等は、病院から退院調整開始について連絡を受けた場合は、宇土市医療機関に退院カンファレンスへの参加や病院担当者との情報交換を行い、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。

4) 入院患者の要介護認定状況が不明な場合

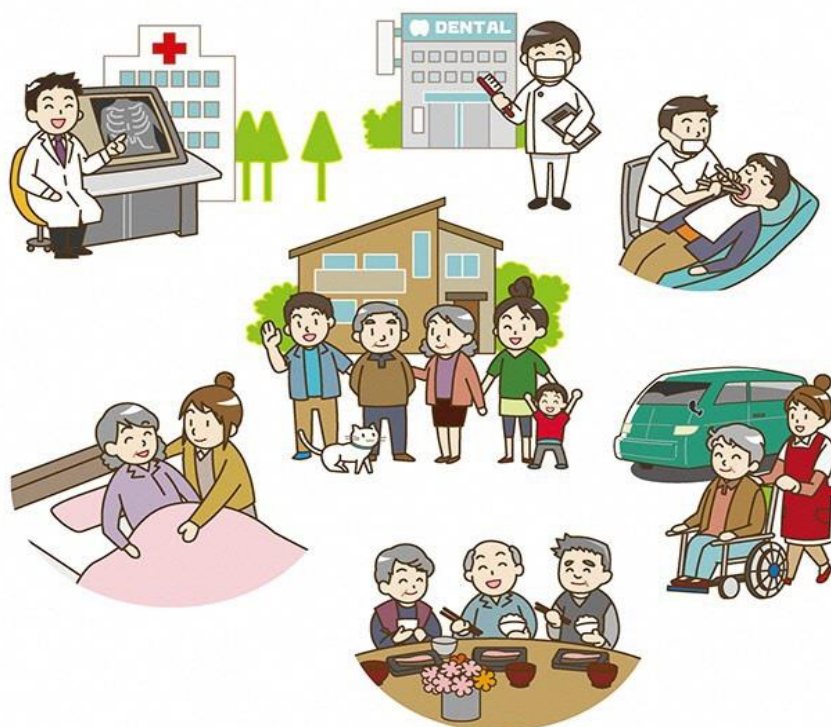
問合せ先：宇土市高齢者支援課 0964-22-1111



- ・介護認定状況の問合せは、原則本人または家族が行ってください。但し、それが困難な状況の人の場合は、本人または家族の了解を得た上で、病院担当者が市へ問い合わせてください。病院からの問合せについては、個人情報保護の観点から、一旦電話を切ってかけ直し、情報提供します。
- ・情報提供の範囲は、①要介護認定の有無、②居宅サービス計画作成届を登録している事業所（包括もしくは居宅）について回答します。要介護度や負担割合等の詳細についてはお答えできません。

◆退院調整のため認定結果の把握を急ぐ場合◆

- ・新規または区分変更申請中で、退院調整のため判定結果を早急に把握する必要がある場合は、進捗状況、一次判定区分（介護 OR 支援かの区分）、審査会予定日等のおおよその目安について回答します。



4 在宅医療・介護連携に関する診療報酬及び介護報酬一覧



診療報酬算定 (医療機関側)

入院時支援加算

入院予定の患者に対し、入院後の円滑な治療のため、外来でオリエンテーションやスクリーニング等を実施した場合に算定
(Ⅰ：230点、Ⅱ：200点)

入退院支援加算

入院早期より退院困難な要因を有する患者を把握し、退院に向けた計画を立案の上、患者家族に必要な支援を行った場合に算定
(退院時1回、算定点数は病棟分類等により異なる)

介護支援連携指導料

入院中の患者に対し、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定
(初回：400点、2回目：400点)

退院時共同指導料 1・2

入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等が、患者の入院している医療機関に赴き、患者の同意を得て、退院後の在宅療養に必要な説明・指導を、入院医療機関の医師又は看護師等と共同して行った上で、文章により情報提供した場合に、入院中に1回(末期の悪性腫瘍等、別に定める疾病の患者については2回)に限り、在宅療養を担う医療機関で指導料1(在宅療養支援診療所は1500点、それ以外は900点)を、入院医療機関で指導料2(400点)を算定

退院前訪問指導料 580点

入院期間が1か月を超えると見込まれる患者に対し、患家を訪問し、患者家族に対し退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に算定
(1回、入院後早期に訪問指導の必要性があると認められる場合は2回)

退院後訪問指導料 580点

入院していた医療機関の医師等からの指示を受け、当該医療機関の看護職が、退院後の自宅や施設で患者もしくはその家族に対し、在宅での療養に必要な事項について指導を行った場合に算定(退院から1か月以内の期間に限り5回を限度として算定)
※訪問看護同行加算(20点)：在宅療養を担う訪問看護ステーションまたは他の医療機関の看護職に同行し、必要な指導を行った場合に算定(1回限り)



随時連携を図りながら退院に向けた準備を行う



介護報酬算定 (ケアマネ側)

ケアプラン



入院時情報連携加算

利用者の入院に際し、医療機関職員に対して利用者の心身の状況や生活環境など必要な情報を提供した場合に算定できる(情報提供の方法は問わない)

Ⅰ：入院後3日以内・・・200単位
Ⅱ：入院後7日以内・・・100単位

※ケアマネ側は、利用者が入院した際、利用者又は家族が医療機関に担当のケアマネの氏名・連絡先を伝えることができるよう、事前に協力を求めている必要があります(居宅基準条例第4条第3項)

退院退所加算

利用者の退院退所に際し、医療機関職員等と面談を行い、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合、1回に限り算定

※入院・入所期間中の連携状況に応じて算定。
Ⅲを算定する場合、1回以上は退院カンファレンス等への参加が必要

連携回数	カンファレンス参加	
	無	有
Ⅰ(1回)	450単位	600単位
Ⅱ(2回)	600単位	750単位
Ⅲ(3回)	—	900単位



緊急時等居宅カンファレンス加算

医療機関の求めにより、当該医療機関の医師看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、利用者のサービス調整を行った場合に算定(+200単位/月、月2回まで)

ターミナルケアマネジメント加算

24時間の連絡体制を確保し、患者の同意を得た上で、主治医・看護師等と十分な連携を図りながら、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅支援を行った場合に算定(+400単位/月)

注) 上記以外にも、診療情報提供料(退院前後2週間以内)地域連携診療計画加算など、算定可能な診療報酬があります。診療・介護報酬加算の算定には、各々の要件・基準を満たす必要があります。算定に当たっては、最新情報を確認してください。

<memo> 医療介護連携に係る情報通信機器の活用について

令和2年診療報酬改定により、情報通信機器（以下、「ICT」）を用いたカンファレンスや共同指導について、下記のとおり算定要件の見直しがなされました。新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により、従来のように対面で連携することが難しい状況下においては、特にICTを活用した積極的な連携が期待されます。

なお、介護報酬においても、診療報酬の改定に合わせて、居宅介護支援の退院・退所加算について、利用者・家族の同意の上でICTを活用して病院の職員等と面談した場合算定できるとの見解が示されています（「居宅介護支援の退院・退所加算に関するQ&A」介護保険最新情報Vol.799 令和2年3月30日付厚生労働省老健局通知）

令和2年度診療報酬改定 I-4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進 -②-

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- ▶ 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。

【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

（訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様）

現行

原則、対面で実施



やむを得ない場合に限り、ICT活用可

改定後

原則、対面で実施



必要な場合、ICT活用可

5 在宅医療・介護に関する相談窓口

1) 宇土市在宅医療介護連携支援センター

在宅医療・介護を必要とする方の相談に対応し、多職種と連携を図りながら、必要な医療や介護のサービス調整や地域資源の情報提供を行います。

また、地域の要望に応じて、在宅医療・介護に関する出前講座等も開催しています。

相談は、電話のほか、訪問、来所でも対応可能です。（緊急時、土日祝は、まずはお電話を）

【問合せ先】

宇土市在宅医療介護連携支援センター（宇土市地域包括支援センター内）

〒869-0421 宇土市南段原町164番地5

TEL：0964-24-1555



2) 宇城地域在宅医療サポートセンター

在宅医療を推進するため、熊本県が県内の医療機関等を在宅医療サポートセンターとして指定したもので、宇城圏域では宇城総合病院内に事務局が設置されています。

宇土地区医師会、下益城郡医師会の協力のもと、必要な医療の提供体制づくりと支援、医療機関の連携促進、関係専門職の人材育成、住民への普及啓発等に取り組んでいます。

介護保険サービスや施設に関すること、医療機関の空床状況の把握、くまもとメディカルネットワークに関することなど、在宅医療に関する困りごとについてご相談ください。

【問合せ先】

宇城地域在宅医療サポートセンター（宇城総合病院内）事務局

TEL：0964-32-3218 FAX：0964-32-4655

月曜日～土曜日：8時半～17時半

熊本県在宅医療サポートセンターについて

<http://www.kumamoto.med.or.jp/zaitaku/index.html>



3) 宇土市地域包括支援センター及び協力機関

地域包括支援センターは、在宅での高齢者の安全・安心の暮らしを支える中核機関として市内3か所に設置しています。高齢者の相談内容に応じた各種対応のほか、介護予防支援事業所として高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントを行います。

高齢者に関する相談や訪問・支援依頼等は、患者の居住区の地域包括支援センターへご連絡ください。

施設名	担当地区	連絡先
宇土市地域包括支援センター	花園・轟	宇土市南段原町164番地5 TEL：0964-24-1555
宇土市地域包括支援センター協力機関 ランチ本町	宇土・走潟	宇土市本町6丁目7番地 TEL：0964-23-5266
宇土市地域包括支援センター協力機関 ランチ西部	緑川・網津・網田	宇土市上網田町3677番地 TEL：0964-27-1010

4) 宇土市指定居宅介護支援事業所・小規模多機能事業所

(宇土市ホームページ) <http://www.city.uto.kumamoto.jp/>

→ライフイベント：高齢・介護

→医療機関・介護保険サービス等事業所一覧

→宇土市内の介護保険サービス事業所等一覧

(Excel：sheet「在宅・施設、地域密着」)





5) その他

(1) 介護保険被保険者証等の再発行

窓口：宇土市高齢者支援課

- ・本人、家族、担当の介護支援専門員の申請により再発行することができます（費用不要）。
- ・申請書は、宇土市ホームページよりダウンロードしてください。

（宇土市ホームページ） <http://www.city.uto.kumamoto.jp/>

→目的別メニュー：介護保険

→介護保険に関する申請書等様式一覧

→介護保険被保険者証等再交付申請書

- ・受付時に申請者の本人確認を行いますので、免許証等の身分証明書（顔写真がない場合は、本人確認ができるもの2点）を持参されるようご説明ください。

(2) 第2号被保険者で医療保険未加入（生活保護受給者）の方の相談

窓口：宇土市福祉課生活支援係

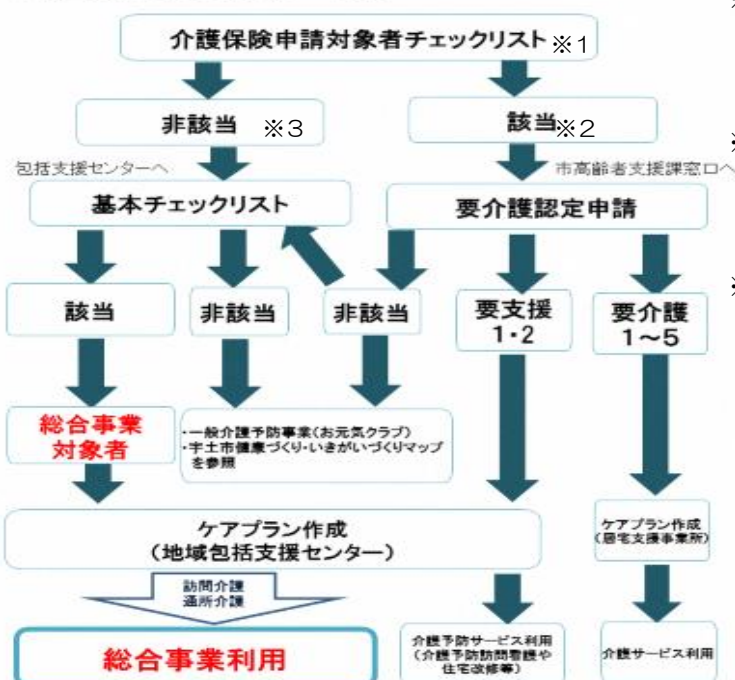
- ・第2号被保険者（40歳以上65歳未満）で医療保険未加入（生活保護受給）の方が、特定疾病（厚生労働省が定める特定疾病）に該当する場合は、生活保護法に基づく介護扶助を利用できる場合があります。宇土市福祉課生活支援係の担当ケースワーカーへご相談ください。

6 介護保険制度の概要

1) 介護保険制度の利用の流れ

被保険者が介護（予防）サービス等を利用するためには、市町村の認定を受ける必要があります。要介護認定の申請については、以下の流れに沿って対応してください。

介護保険制度利用の流れ



※1『介護保険申請対象者チェックリスト』(P15)を実施し、要介護認定申請の対象者に該当するか確認

※2：介護保険申請対象者に「該当」した場合
⇒要介護認定申請書を市高齢者支援課窓口へ提出。

※3：介護保険申請対象者に「非該当」の場合
⇒要介護認定申請を行っても要介護認定区分が「非該当もしくは要支援1・2」と判定される可能性が高いと予測されます。

⇒本人に必要なサービスが「通所介護又は訪問介護」のみである場合は、要介護認定申請を行わなくても『基本チェックリスト』(P16)により事業対象者に該当すれば総合事業サービスを利用できます（詳細はP13参照）。包括支援センターへ相談してください。

2) 介護予防・日常生活支援総合事業について

介護予防・日常生活支援総合事業とは、市町村が地域の実情に応じて柔軟なサービスを展開するために創設された事業で、従来介護予防給付サービスに位置づけられていた「通所介護」「訪問介護」は、介護予防・日常生活支援総合事業へ移行しました。

宇土市では、市独自基準に基づき通所介護・訪問介護サービスを提供する「介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）」と、地域住民による主体的な介護予防の取り組みを推進する「一般介護予防事業」を実施しています。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）

要介護認定で「要支援1・2」と判定された場合、基本チェックリスト（P16）により『事業対象者』に該当した場合は、指定介護サービス事業所による通所介護または訪問介護サービスを利用することができます。利用料も介護給付サービス同等もしくはそれよりも低い料金設定となっています。



(2) 一般介護予防事業

宇土市内約70か所（令和3年3月末現在）で住民主体の介護予防教室（お元気クラブ・ふれあいクラブ等）が開催されており、高齢者の通いの場として活発に活動しています。（どなたでも参加可、参加費無料）



※介護保険申請対象者チェックリスト（P15）では介護保険申請対象に「該当しない」が、退院後に介護予防や生活支援が必要と思われる方は、地域包括支援センター（P11）へ相談されるようご助言ください。

3) 要介護認定調査

(1) 概要

介護保険法において、「要介護(支援)状態」とは、心身の障害により日常生活での基本的な動作について「6か月にわたり継続して常時介護(支援)を要すると見込まれる状態」をいいます。「要介護(支援)状態」像を数値化し、公平・客観的に判断するために開発されたのが要介護認定調査です。そのため、要介護認定調査は、心身の状態が安定している日常の状態を調査することを原則としており、調査項目・審査・判定には全国一律の基準が用いられています。

市町村では、①被保険者からの申請を受けて、②認定調査を実施するとともに、主治医の意見を聞き(主治医意見書)、③介護認定審査に審査を依頼します。そして、④介護認定審査会の審査・判定結果に従い認定を行い、⑤被保険者に認定結果を通知する、という手順を踏みます。そのため、要介護認定申請を行ってから判定結果が出るまで1か月程度要します。



◆介護（予防）サービスを早急に利用する必要がある場合◆

新規・区分変更申請の場合、認定有効期間は申請日に遡って適用されます。これにより、認定結果が出る前でも、暫定のケアプランがあればサービスを利用することが可能です。早急に利用する必要がある場合は、包括又は居宅にご相談ください。

（２）認定調査の原則

- ・要介護認定は、原則として申請から 30 日以内に行われるよう規定されています。急病による一時的な変化や入院直後で調査対象者の心身の状態が安定するまで相当期間を有すると思われ、当面の間介護保険によるサービス利用が見込めない場合は、状態が安定してから申請されるよう、ご本人・ご家族へご助言ください。
- ・調査項目には「直近 1 週間の状況」を判断基準とする項目が複数あります。そのため、入退院直後など直近 1 週間で生活環境が大きく変化した場合等は、基準に沿った判断ができないことから、原則認定調査を行うことができません。また、調査当日の状況が日頃の状況と大きく異なる場合（体調がすぐれない、前日に転倒した等）も、認定調査を実施することはできません。

※状態が安定した後に調査日を設定しますので、早めにご相談ください。

- ・認定調査は、1 名の認定調査員が 1 回で終了することを原則としています。調査時に調査員へ日頃の状況を適切に伝えられるよう、立ち合い者の調整等にご配慮ください。
- ※調査時に配慮を要することは(別室で聞き取りが必要等)、認定申請書にご記載ください。

（３）要介護度の決定について

要介護度は、認定調査と主治医意見書に基づき、以下の手順により決定されます。

※要介護度は介護の手間（要介護認定等基準時間）の観点から区分されるものであり、病状や障害の程度や、実際の介護サービスや家庭での介護の時間を表すものではないことにご注意ください。

一次判定：認定調査の基本調査と主治医意見書の一部をもとに、コンピューターが介護にかかると想定される時間（要介護認定基準時間）を推計して算出し、要介護状態区分の分類を行います。

二次判定：認定審査会において、一次判定の結果をもとに認定調査の特記事項や主治医意見書の内容を踏まえて要介護状態区分を審査し、最終判定を行います。

※「要支援 2」と「要介護 1」では、要介護認定等基準時間は同じ区分です。どちらになるかは、状態の安定性や、認知機能や思考・感情等の障害により予防給付の利用が可能か等の観点から判断されます。



【介護保険申請対象者チェックリスト】

記入日： 年 月 日

【介護保険申請対象者に該当する基準】

- ① 1～5までの項目のうち、右側の欄で3項目以上該当
- ② 6～8までの項目のうち、右側の欄で2項目以上該当
- ③ 9～12までの項目で、それぞれ右側の欄で1つでも該当

※上記基準に該当しない場合は、要介護認定申請をしても「非該当」又は「要支援」と判定される可能性が高いため、総合事業の案内や在宅医療介護連携支援センター又は地域包括支援センター（協力機関を含む）へご相談ください。

【基本チェックリスト】

基本チェックリスト		15	記入日： 年 月 日	
氏名		住所		生年月日
質問事項			いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で一人で外出していますか		0 はい	1 いいえ
2	日用品の買い物をしていますか		0 はい	1 いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか		0 はい	1 いいえ
4	友人の家を訪ねていますか		0 はい	1 いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか		0 はい	1 いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		0 はい	1 いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか		0 はい	1 いいえ
8	15分位続けて歩いていますか		0 はい	1 いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか		1 はい	0 いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか		1 はい	0 いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		1 はい	0 いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =)		1 BMI18.5未満	0 BMI18.5以上
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		1 はい	0 いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		1 はい	0 いいえ
15	口の渇きが気になりますか		1 はい	0 いいえ
16	週に1回以上は外出していますか		0 はい	1 いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1 はい	0 いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか		1 はい	0 いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		0 はい	1 いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		1 はい	0 いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない		1 はい	0 いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった		1 はい	0 いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる		1 はい	0 いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		1 はい	0 いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		1 はい	0 いいえ

【事業対象者に該当する基準】

- ① 1～20までの項目のうち、10項目以上に該当 ④ 13～15までの項目のうち、2項目以上に該当
 ② 6～10までの項目のうち、3項目以上に該当 ⑤ 16の項目に該当 (※17の項目に該当する場合は要注意)
 ③ 11～12までの2項目の全てに該当 ⑥ 18～20までの項目のうち、1項目以上に該当
 ※BMI=体重(kg)÷{身長(m)×身長(m)} ⑦ 21～25までの項目のうち、2項目以上に該当

(注) この表における該当とは、回答部分に「1 はい」又は「1 いいえ」(12の項目については「1 BMI18.5未満」)に該当することをいう。

7 宇土市在宅医療介護連携推進事業検討会

1) 委員名簿（令和3年3月末現在）

順不同・敬称略

所属団体（職種）等	勤務先	氏 名
宇土地区医師会代表	松田内科循環器科クリニック	松田 洋実
宇土郡市歯科医師会代表	森歯科医院	森 義和
薬剤師	福永薬局	中村 真理
看護師	ケアセンターみどりかわ訪問看護ステーション	石井 梨恵
地域リハビリテーション広域支援センター	介護老人保健施設あさひコート	柏原 弘志
介護支援専門員	ケアサポートあおいそら	西村 卓訓 ※
介護老人保健施設	介護老人保健施設 景雅苑	下川 富生 ※
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	24時間ケアステーションあさひコート	岩崎 克郎 ※
病院相談員	金森医院	木吉 美代子※
認知症疾患医療センター	くまもと心療病院	松岡 龍作 ※
宇土市市民保険課国保年金係・係長		春木 咲子
宇土市健康づくり課・課長補佐		濱口 由季

※本紙作成部会委員兼務

2) 事務局（令和3年3月末現在）

所属団体・役職（職種）	氏名
宇土地区医師会・事務長	江 佳代
宇土市地域包括支援センター・管理者	平江 博美
宇土市地域包括支援センター・保健師	吉田 友美
宇土市健康福祉部・部長	岡田 郁子
宇土市高齢者支援課・課長	柘植 さや子
宇土市高齢者支援課高齢者支援係・係長	三浦 仁美
宇土市高齢者支援課高齢者支援係・保健師	舩永 裕子