

八幡浜保健所管内
(八幡浜・大洲医療圏域)
における退院支援ルールの手引き



八幡浜保健所

目次

1 目的	1
2 ルールに携わる関係機関	1
3 退院支援ルール	1～5
介護保険の認定状況と退院支援フロー図	2
(1) 入院前に要介護認定を受けている場合 (ケアマネジャーが決まっている場合)	3～4
(2) 入院前に要介護認定を受けている場合 (ケアマネジャーが決まっていない場合)	5
(3) 入院前に要介護認定を受けていない場合	6～7
参考 在宅への退院調整が必要な患者の基準	8
参考 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	9
参考 認知症高齢者の日常生活自立度	10
参考 退院調整が必要な患者の基準(補足)	11
4 病院担当窓口一覧	12～19
5 様式	
(1) 入院時情報提供シート	20
(2) 退院調整共有情報	21
6 八幡浜保健所管内 関係機関一覧	22～25
医療機関	22
介護保険担当課	23
地域包括支援センター	23
居宅介護支援事業所	23～25
～在宅歯科についてお困りのことがあれば～在宅歯科医療連携窓口	25

八幡浜保健所管内（八幡浜・大洲医療圏域）における退院支援ルール

1 目的

医療機関とケアマネジャー間の退院時連携の現状を把握するために、平成27年11月に居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター所属のケアマネジャーを対象としたアンケート調査を実施しました。

その結果、「退院調整の連絡もれがある」、「連絡から退院するまでの日数が短い」、「医療に対して敷居が高い」など連携に関する課題が明らかになりました。

これらを受けて、医療機関と在宅のケアマネジャーが協議を行い、入退院時の連絡連携のあり方について検討し、退院支援ルールを策定することになりました。

双方が共通のルールを確認することで、経験等に関わらず一定ラインを保ちながらスムーズな連携を図り、退院時支援がなかったために困ったという事例を1例でもなくすことで、住民が退院後も安心して地域で生活できることを目指します。

2 ルールに携わる関係機関

八幡浜保健所管内（八幡浜・大洲医療圏域）の5市町（八幡浜市、大洲市、西予市、内子町、伊方町）に所在する医療機関21（15病院及び6有床診療所）、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター

3 退院支援ルール

退院支援ルールとは、要介護・要支援状態等の患者が退院する際に、病院と在宅のケアマネジャー間で確実に引き継ぐための情報共有のルールです。

ルールの運用は、既に介護保険認定を受けているか否か、ケアマネジャーが決まっているか否かによって異なります。

P2「図1 介護保険の認定状況と退院支援フロー図」を確認の上、患者の状況に応じて、(1)(2)(3)の記載に従って支援を行ってください。





介護保険の対象者は、65歳以上の方、40歳から64歳の方で特定疾病を持つ方です。入院時は、介護保険証を確認しましょう！

特定疾病（16）

- 1 がん〔がん末期〕
- 2 関節リウマチ
- 3 筋委縮性側索硬化症
- 4 後縦靭帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症

- 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底変性症及びパーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統委縮症

- 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 閉塞性脳動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性
- 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変性を伴う変形性関節症

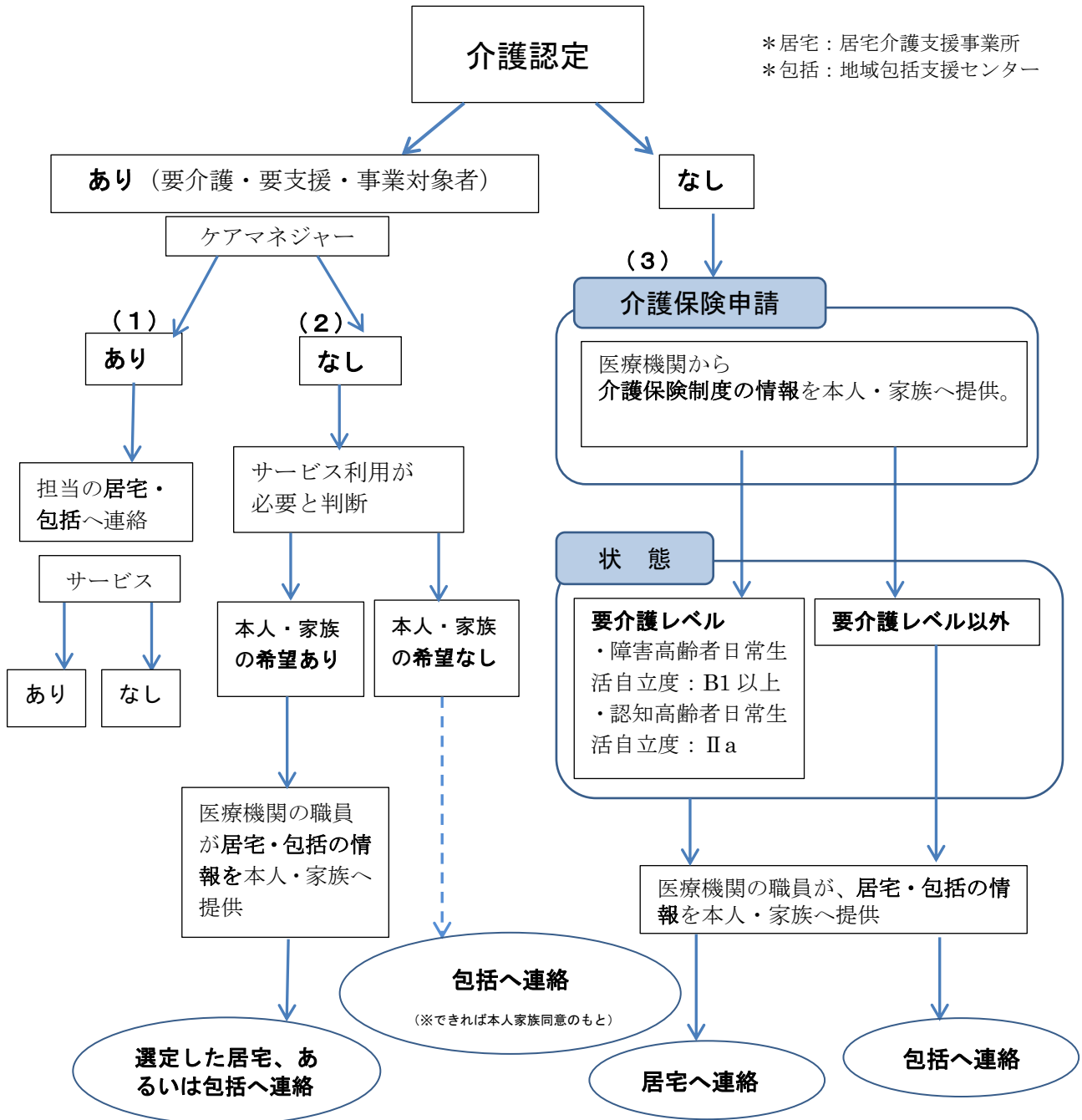


図1 介護保険の認定状況と退院支援フロー図

(1) 入院前に要介護認定を受けている場合（ケアマネジャーが決まっている場合）

①入院の連絡（医療機関→ケアマネジャー または、ケアマネジャー→医療機関）

- ・医療機関担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者・家族に担当ケアマネジャーを確認のうえ、担当ケアマネジャーへ入院した旨連絡する。
- ・入院の事実については、早く把握した側が連絡する。
*在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要があるため。

②入院時の情報提供

- ・ケアマネジャーは、入院後原則 3 日以内に、「入院時情報提供シート」（5 様式（1）参照。すでに様式を作成している事業所はそれを活用。5 様式（1）を用いてもよい。）を持参もしくは郵送、FAX する。FAX する場合は個人が特定されないよう留意する。
- ・入退院の多い人や検査等短期入院の患者についても、連絡の際に確認し、不要な場合を除いて原則、地域のケアマネジャーは医療機関へ情報提供する。

担当ケアマネジャーを把握するために次のような工夫をしましょう

- ・介護保険証と一緒にケアマネの名刺を入れておく
- ・介護保険証と医療保険証を一式セットにしてもらうよう声かけする
- ・担当ケアマネは、日頃から家人や本人に入院等あれば連絡して欲しい旨伝えておく 等

③退院の連絡

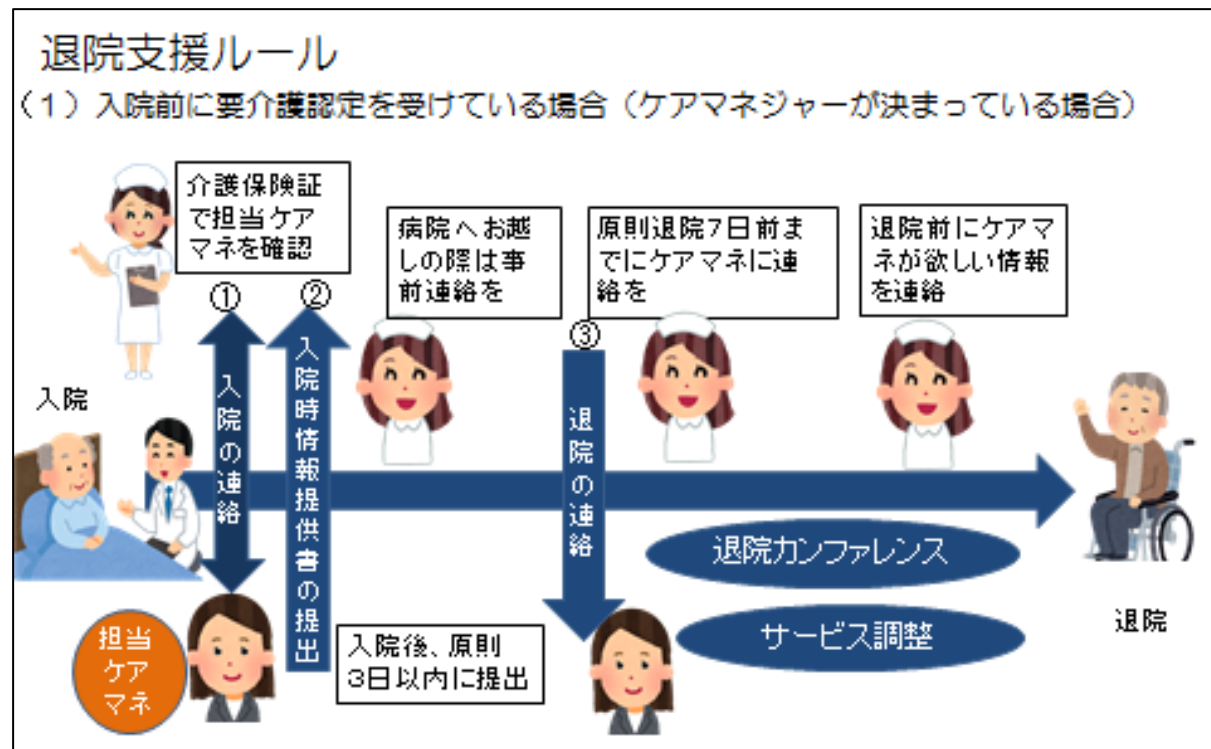
- ・医療機関担当者は、患者が退院する原則 7 日前までに、担当ケアマネジャーに退院予定日の連絡をする。また、情報提供については「退院調整共有情報」（5 様式（2）参照。退院サマリーなど既存の様式があればそれを活用。5 様式（2）を用いてもよい。）などの提供を行う。
*転院や死亡の場合もケアマネジャーに連絡をお願いします。

次の場合に留意しましょう

- ・入院時に大体の入院期間が分かることが望ましい
- ・住宅改修や区分変更が必要な場合は、調整期間が必要 等



④入退院調整の流れ



(2)入院前に要介護認定を受けている場合(ケアマネジャーが決まっていない場合)

※担当ケアマネはいないが、介護サービスが必要と考える場合

①介護サービス利用の必要性を判断し利用支援

- ・医療機関担当者は、介護サービスの利用が必要と判断したら、本人・家族に介護サービスの利用を勧める。
- ・本人・家族が希望する場合は、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの情報を提供する。
- ★本人・家族が希望しない場合は、相談窓口として地域包括支援センターを紹介し、本人・家族の同意のもと地域包括支援センターへ情報提供する。

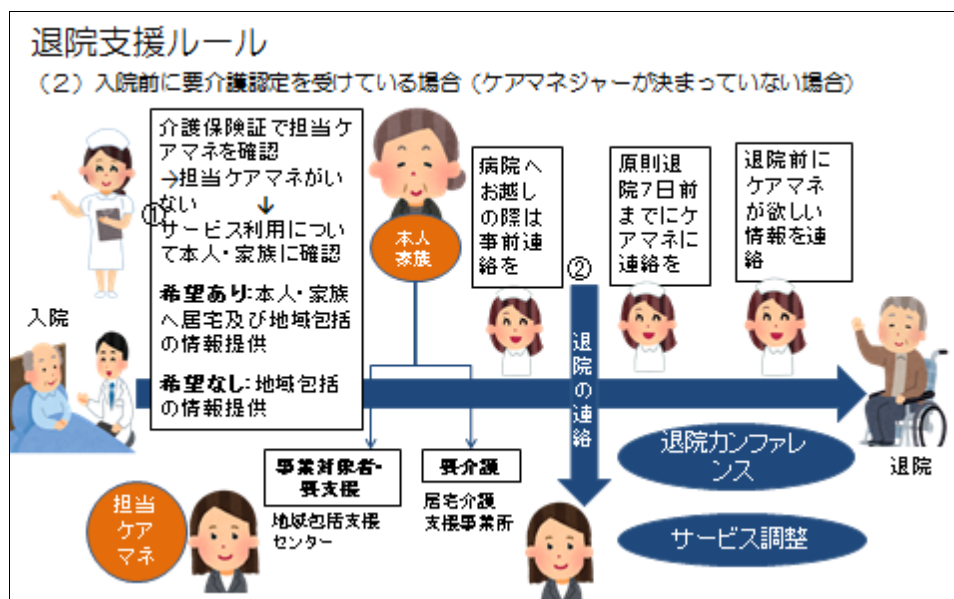
②退院の連絡

- ・医療機関担当者は、患者が退院する原則 7 日前までに、担当ケアマネジャー（①により連絡し、決定したケアマネジャー）に退院予定日について連絡をする。また、情報提供については退院調整共有情報（5 様式（2）退院サマリーなど既存の様式があればそれを活用。5 様式（2）を用いてもよい。）などの提供を行う。

次の場合に留意しましょう

- ・入院時に大体の入院期間が分かることが望ましい
- ・住宅改修や区分変更が必要な場合は、調整期間が必要
- ・ケアマネジャーにとって退院時が初めての関わりになるので、医療機関からの詳細な情報提供が望ましい 等

③入退院調整の流れ



(3)入院前に要介護認定を受けていない場合

① 退院調整の必要性の判断

- ・医療機関担当者は、患者の病状がある程度安定した状態で、また、在宅での介護が可能そうであると判断したら、「退院調整が必要な患者の基準」(P8)に該当しているか確認する。
- ・判断に迷う時は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談する。
- ・相談を受けた地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は対応に努める。

② 介護保険申請等の支援

- ・医療機関担当者は、介護保険の利用が必要な患者に、介護保険制度の説明、介護保険申請等の支援を行う。
- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は、医療機関から入院患者の介護保険の利用にかかる相談があった場合は、医療機関担当者と連携しながら支援する。
- ・市町介護保険担当者は、入院患者の介護保険申請を受け付けた場合は、認定調査を行い、退院後の円滑なサービス導入に努める。

③ 医療機関と居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターとの情報共有について

- ・医療機関担当者は、退院調整が必要な患者について「退院調整が必要な患者の基準」(P8)を参考にし、あてはまる場合は、「入院後1～2週間で在宅への退院ができそうと判断する基準」(P8 下段)に基づいて居宅介護支援事業所あるいは地域包括支援センターへ連絡をとる。
- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は、医療機関担当者と連絡連携を図りながら、入院中の患者の状況把握に努める。

④ 退院の連絡

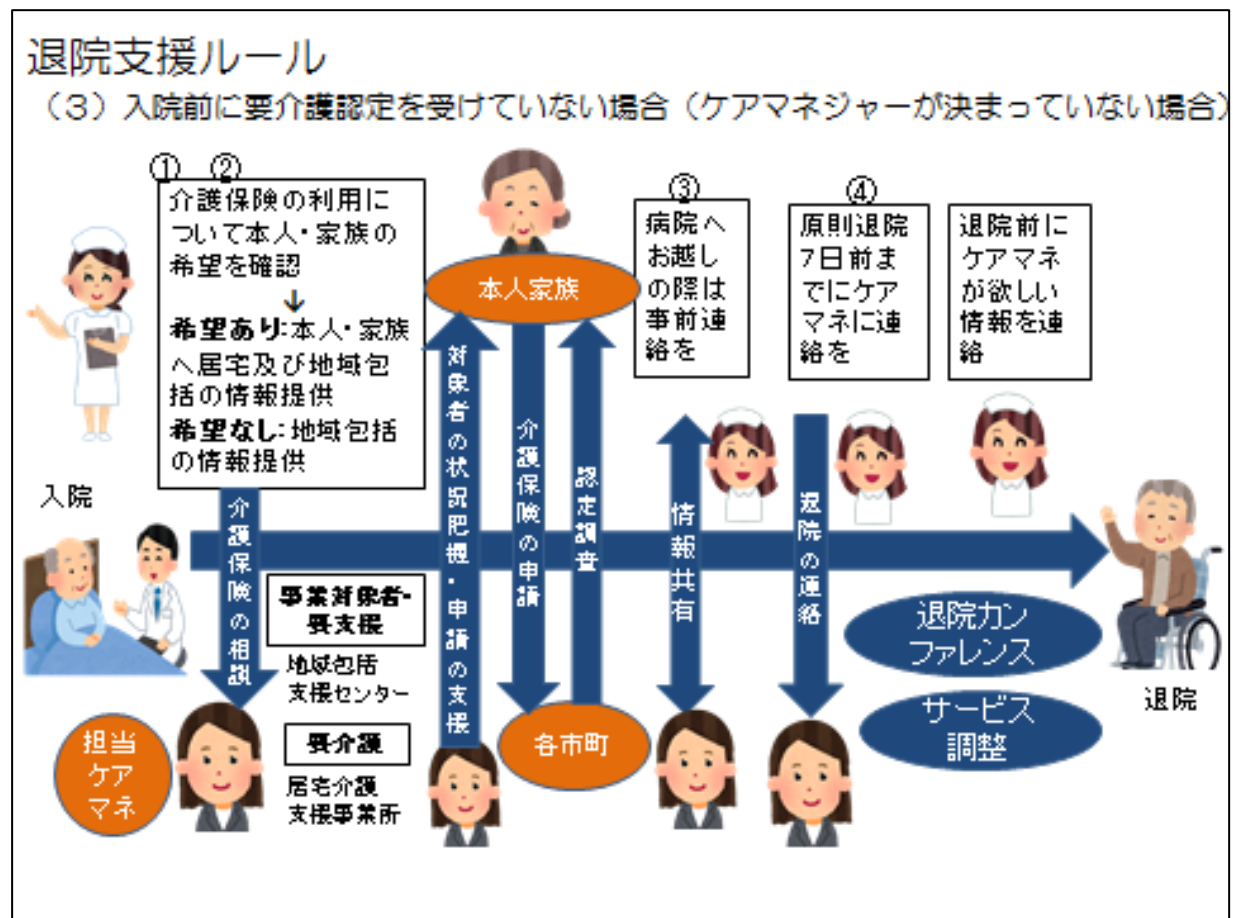
- ・医療機関担当者は、患者が退院する原則 7 日前までに地域包括支援センターあるいは居宅介護支援事業所へ連絡する。
- ・新規の場合は、手続きが多い為、早めに連絡する。

次の場合に留意しましょう

- ・入院時に大体の入院期間が分かることが望ましい
- ・住宅改修や区分変更が必要な場合は、調整期間が必要 等



⑤ 退院調整の流れ



在宅への退院調整が必要な患者の基準

*P3(1)、P5(2)、P6(3)のそれぞれの場合に応じて、退院調整が必要な患者(要介護、要支援・事業対象者の一部の患者)について、下記を参考に確認し、地域の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへ連絡する。

■1 入院前に要介護認定を受けている場合

I 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

在宅退院の場合、状態に関係なく引き継いでください。

「要介護」→ 居宅介護支援事業所へ連絡

「要支援」「事業対象者」 ①委託の場合 → 委託先の居宅介護支援事業所へ連絡
②①以外は → 地域包括支援センターへ連絡

II ケアマネジャーが決まっていない場合

I) サービスの利用が必要と判断し、本人・家族も希望している場合

「要介護」→ 本人・家族が選んだ居宅介護支援事業所へ連絡

「要支援」→ 地域包括支援センターへ連絡

II) サービスの利用が必要と判断するが拒否している場合

「要支援」「要介護」 → 地域包括支援センターへ連絡(できれば本人・家族の同意のもと)

■2 入院前に要介護認定を受けていない場合

*介護保険申請の支援

- ・医療機関は、介護保険制度の説明を行い、介護保険申請を家族が行えるよう支援する。
- ・地域包括支援センターは、医療機関から相談があった場合は、担当者と連携しながら支援する。

I 必ず退院調整が必要な患者(要介護レベル)

障害高齢者の日常生活自立度：B1以上

認知高齢者の日常生活自立度：IIa以上

どちらかが当てはまれば

→ 家族が選んだ居宅介護支援事業所へ連絡

*利用の必要があるが拒否している場合 → 地域包括支援センターへ連絡

II それ以外で見逃してはいけない患者(要支援レベルの一部)

障害高齢者の日常生活自立度：A2以下

認知高齢者の日常生活自立度：I以下

上記の場合で

*介護保険の利用に、本人・家族の希望がある

*利用の必要があるが拒否している

*独居または介護力が低い

→ 地域包括支援センターへ連絡

(できれば本人・家族の同意のもと)

■3 要介護認定を受けているかいないか不明の場合

*各市町介護保険担当課(八幡浜市：保健センター介護認定係、大洲市：高齢福祉課介護保険業務係、西予市：長寿介護課介護保険係・各支所生活福祉課健康福祉係、内子町：保健福祉課介護保険係、伊方町：保健福祉課長寿介護室)に問い合わせ、情報を得て、■1、■2の対応をする。

入院後1~2週間時点で、「在宅退院ができそう」と判断する基準

I 病状が、ある程度、安定した状態である

II 家族等による、在宅での介護が可能そうである

→ *平均在院日数が2週間程度の場合、入院1週目で、平均在院日数が3週間程度の場合、入院2週目で判断してください。

退院調整が必要な患者の基準（補足）

P8 在宅への退院調整が必要な患者の基準に係る補足を挙げている。

■入院前に要介護認定を受けていない場合（要介護レベル、要支援レベルの一部の患者）は、P10、11 日常生活自立度を確認したうえで、以下状況を参考に判断する。

■ 入院前に要介護認定を受けている場合

I ケアマネジャーが決まっていない場合

（I）サービスの利用が必要と判断し、本人・家族も希望している場合

→医療機関の連携室に情報が届いていないケースもあり、また、家族が動いているかどうか不明などに対して、地域からの情報提供が必要。

■ 入院前に要介護認定を受けていない場合（ケアマネジャーが決まっていない場合）

I 必ず退院調整が必要な患者（要介護レベル）

65歳以上の方、又は、40～64歳の方で特定疾病がある方で以下の項目が1つでもあれば。

- 立ち上がりや歩行に介助が必要
 - ・住宅改修やベッドレンタルが必要
- 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
 - ・ポータブルトイレを一人で利用できる場合は認知機能にあまり問題無ければ要支援レベルと思われる
- 日常生活に支障を来すような症状がある認知症
 - ・精神状態が不安定な人
- 追加項目
 - ・入浴に介助が必要
 - ・胃瘻、ストマ、吸引、酸素受入れ等医療処置のある人
 - ・住宅改修が必要
 - ・福祉用具が必要な方
 - ・重度身体障害、難病患者
 - ・服薬管理に介助が必要な方（管理ができないほどの認知症がある等の背景あり）

II それ以外で見逃してはいけない患者（要支援レベルの一部）

- 在宅では、独居また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
 - ・服薬管理に介助が必要な方→認知があつてを補足
 - ・MRSA や緑膿菌などの感染症
- （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
 - ・本人または家族が介護保険サービスを利用する気がない場合（本人、家族の生き方に対する考え方や経済的な理由等）
 - ・介護サービスを受け入れ難い方
 - ・軽度でも認知症状があり、周囲の見守りが必要な方
 - ・生活は出来ても家屋、住環境に支障がある人

参考

入院中に介護保険の申請の支援を行う場合、患者がどのレベルにあたるか、P8にある（要介護レベル）（要支援レベルの一部）にある日常生活自立度をランク別状態別に表したものである。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

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. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、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している 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、排せつ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. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、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。



認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	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、金銭管理などそ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、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番が出来ない等
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、排便、排尿が上手にできない、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・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すよう症状・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



4 病院担当窓口一覧

No	所在地	医療機関名	◆すでに介護保険を利用していた(ケアマネがついている)場合			
			①ケアマネからの入院時情報はどこへ提出したらよいか			②入院した時点で退院調整予定を伝えることができるか
			(電話してから)手渡しの場合 ・部署名 ・電話番号	FAXの場合 ・部署名 ・FAX番号	その他の場合	
1	八幡浜市	市立八幡浜総合病院	地域連携室 電話0894-24-2568	地域連携室 FAX0894-24-2562		入院時に医師が書く入院診療計画書に入院期間が記載されているので、その期間をお伝えすることは可能。
2	八幡浜市	広瀬病院	地域連携室 電話0894-22-2600	地域連携室 FAX0894-22-2601		入院診療計画書にて予定される入院期間はお伝えすることができる。
3	八幡浜市	宇都宮病院	地域連携室 電話0894-24-5620 (病院代表番号 0894-22-0163)	地域連携室 0894-23-2481	受診の必要性があれば内科	当療養型病院としては長期入院希望者が多い為、予定を伝える事は出来にくいと思う。
4	八幡浜市	真網代くじらリハビリテーション病院	医療情報課 電話0894-28-1123	医療情報課 FAX0894-28-1124	医療情報課	入院時に作成される入院診療計画書にて推定される入院期間は伝えられます。ただし、患者様の治療状況や状態によって変わることがあります。
5	八幡浜市	八幡浜医師会立双岩病院	外来課または病棟(受付にてお問い合わせ頂ければ、担当部署に繋ぐ) 電話0894-22-4355	外来課 FAX0894-24-7665	個人情報保護の関係上、FAXでの情報提供書の取扱いは出来るだけ避けており郵送等をお願いする。緊急時は外来看護師と連絡を取って、氏名を消す等の方法を取ってFAX有。	入院時点で、入院診療計画書が作成され、推定される入院期間(退院予定)は示されます。しかし、入院した時点で、どのような経過でどの程度良くなっていくかを予測するが出来にくい場合も精神科の場合あるかと思われるので、入院した時点で、お伝えできるのは推定入院期間になると思われます。

(令和3年3月31日現在)

			◆新たに介護保険を利用する場合		
③誰がケアマネに連絡するか	④ケアマネとの面談の主体は誰か	⑤誰がケアマネに退院日を連絡するか	⑥誰が介護保険を説明するか	⑦誰がケアマネ契約の支援をするか	⑧誰が契約後のケアマネと連絡をとるか
地域連携室	連絡は地域連携室担当者	地域連携室	地域連携室と保健センター(介護認定係)との協働になると考えられる	地域連携室と保健センター(介護認定係)との協働になると考えられる	地域連携室と保健センター(介護認定係)との協働になると考えられる
地域連携室 病棟の担当看護師	地域連携室 病棟の担当看護師	地域連携室 病棟の担当看護師	地域連携室 担当看護師	地域連携室 担当看護師	地域連携室 病棟の担当看護師
地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
医療情報課	医療情報課(内容により病棟Ns、リハ)	医療情報課、家族	医療情報課	医療情報課	医療情報課
退院調整は、ご家族と行う事が多いので、ご家族からご一報して頂く。ご本人・ご家族の了解があれば、病棟の受持ちNsが電話連絡することがある。	入院中であれば、病棟の責任者か受持ちNsが行う。退院が近くなっている場合、そこに外来課が加わる形。	基本は、ご家族からご一報頂く。それまでに連絡を取り合っている場合は、病棟から連絡することもある。	簡単な説明は病棟Nsが行うこともあるが、基本は病棟の看護師より、ご家族及び本人に、包括支援センター等へ直接相談して頂く様に伝え、詳しい説明を受けて頂く様にお願いしている。	当院では特にケアマネ契約の支援を行っていない。行政機関に繋いでいく。	基本的には、ご家族・ご本人に連絡を取って頂く。入院中であれば、病棟看護師、外来中であれば外来課が必要時に合わせて連絡を取る。

No	所在地	医療機関名	◆すでに介護保険を利用していた(ケアマネがついている)場合			
			①ケアマネからの入院時情報はどこへ提出したらよいか			②入院した時点で退院調整予定を伝えることができるか
			(電話してから)手渡しの場合 ・部署名 ・電話番号	FAXの場合 ・部署名 ・FAX番号	その他の場合	
6	八幡浜市	(診) 矢野脳神経外科医院	2F詰所 電話0894-23-0210	2F詰所 FAX0894-23-0295	なし	脳梗塞治療入院であれば入院した時点で伝える事は可能であるが、これ以外では入院した時点は難しい。
7	大洲市	市立大洲病院	総合患者支援室 電話0893-24-2151	総合患者支援室 FAX0893-24-0036	総合患者支援室	患者の重症度にもよるが、入院診療計画書をもとに伝えることはできる。
8	大洲市	喜多医師会病院	地域連携・健康推進室 電話0893-25-0535	医事課内のFAXのため表紙をお願いします FAX0893-25-0825	地域連携・健康推進室宛て郵送	不詳の場合を除き可能
9	大洲市	大洲中央病院	地域医療連携室 電話0893-24-4551	地域医療連携室 FAX0893-23-5083		病気やケガの内容・程度によって、入院時に退院日の予測を伝えることは出来ると思われる。
10	大洲市	大洲記念病院	地域連携室 電話0893-25-2022	地域連携室 FAX0893-57-7118	何かあれば地域連携室へ	可能(予定としてですが、入院中の患者の状態によって変わってくるので、その都度連絡をさせていただきます)
11	大洲市	石村病院	来院時受付 電話0893-52-0275	石村病院院長宛て FAX0893-52-1229		入院診療計画書に基づいた入院期間の予測はお伝えすることはできる。ただし、患者様の状態によっては変わる。
12	大洲市	平成病院	支援課 電話0893-24-2138	支援課 FAX0893-24-2139		入院診療計画書に推定入院期間を設定するのでその期間をお伝えすることは出来る。ただし、患者様の治療状況や状態によって変わる。

			◆新たに介護保険を利用する場合		
③誰がケアマネに連絡するか	④ケアマネとの面談の主体は誰か	⑤誰がケアマネに退院日を連絡するか	⑥誰が介護保険を説明するか	⑦誰がケアマネ契約の支援をするか	⑧誰が契約後のケアマネと連絡をとるか
詰所。主に奥谷師長	詰所。主に奥谷師長	詰所。主に奥谷師長	詰所。主に奥谷師長	詰所。主に奥谷師長	詰所。主に奥谷師長
総合患者支援室、 家族	総合患者支援室、 病棟看護師	総合患者支援室、 家族、本人	総合患者支援室	総合患者支援室	総合患者支援室
ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー もしくは病棟看護師	ソーシャルワーカー もしくは家族、本人	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー
地域医療連携室ス タッフ	地域医療連携室ス タッフ	地域医療連携室ス タッフ	地域医療連携室ス タッフ	地域医療連携室ス タッフ	地域医療連携室ス タッフ
地域連携室(MS W)	地域連携室のスタッ フですが、状況に よってNs・リハスタッ フと直接という場合 もあり。その場合は 連携室で取次ぎも可 能	主に地域連携室。 状況によっては(病 棟)Nsからもある。	地域連携室	地域連携室	地域連携室
病棟師長もしくは 担当看護師	病棟師長もしくは 担当看護師	家族もしくは 病棟師長	病棟師長もしくは当 院居宅介護支援事 業所ケアマネジャー	病棟師長もしくは当 院居宅介護支援事 業所ケアマネジャー	病棟師長もしくは 担当看護師
支援課 精神保健福祉士	支援課 精神保健福祉士	支援課 精神保健福祉士	支援課 精神保健福祉士	支援課 精神保健福祉士	支援課 精神保健福祉士

No	所在地	医療機関名	◆すでに介護保険を利用していた(ケアマネがついている)場合			
			①ケアマネからの入院時情報はどこへ提出したらよいか			②入院した時点で退院調整予定を伝えることができるか
			(電話してから)手渡しの場合 ・部署名 ・電話番号	FAXの場合 ・部署名 ・FAX番号	その他の場合	
13	大洲市	(診)池田医院	透析室または病棟 電話0893-24-3100	透析室 FAX0893-24-6949	透析室	できない。 状況を見ながら退院調整していくので難しいと思います。
14	西予市	西予市民病院	地域連携室 電話0894-62-1121	地域連携室 FAX0894-62-5576		退院調整、退院支援するかどうかについては、入院の時点で明確に返答することは難しい。おおよその入院期間については伝えることは可能。 (ただし、病状によって退院の時期が前後することはある。)
15	西予市	市立野村病院	地域連携室、 入院病棟 電話0894-72-0180	地域連携室 FAX0894-72-0938		入院治療計画書での主治医の治療推定期間などを目途に退院調整の予定を伝えることはできると考える。
16	西予市	三瓶病院	地域連携室 0894-33-1200	地域連携室 FAX0894-33-2028		入院に至った病名、入院予想期間については報告できる。

			◆新たに介護保険を利用する場合		
③誰がケアマネに連絡するか	④ケアマネとの面談の主体は誰か	⑤誰がケアマネに退院日を連絡するか	⑥誰が介護保険を説明するか	⑦誰がケアマネ契約の支援をするか	⑧誰が契約後のケアマネと連絡をとるか
透析室Ns	透析室Ns	透析室Ns	透析室Ns	透析室Ns	透析室Ns
入院の連絡は基本的に家族にしてください依頼する。緊急で情報収集等が必要な場合は、MSWが連絡を入れる	地域連携室	・退院支援している患者→MSW ・退院支援していない患者→病棟Ns Drより退院許可が出た時点で連絡	地域連携室	地域連携室	地域連携室
本人、家族、病棟(師長・主任・退院支援看護師)、地域連携室	病棟(師長・主任・退院支援看護師・プライマリ看護師)、地域医療連携室	病棟(師長・主任・退院支援看護師)、地域連携室	地域連携室、病院系列のケアマネジャー	地域連携室、病院系列のケアマネジャー、病棟(師長、主任、退院支援看護師)	病棟(師長、主任、退院支援看護師)、地域連携室
地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室

No	所在地	医療機関名	◆すでに介護保険を利用していた(ケアマネがついている)場合			
			①ケアマネからの入院時情報はどこへ提出したらよいか			②入院した時点で退院調整予定を伝えることができるか
			(電話してから)手渡しの場合 ・部署名 ・電話番号	FAXの場合 ・部署名 ・FAX番号	その他の場合	
17	西予市	(診) かどた医院	病棟 電話0894-62-6722	病棟 FAX0894-62-6892	受付	入院した時点で主治医が入院診療計画書を作成するのでその項目に(推定される入院期間)がある為予定を伝えることは可能。
18	西予市	(診) 整形外科 井関医院	2階詰所 病棟ナース 電話0894-72-0030	井関医院 看護部 FAX0894-72-2876		入院診療計画書に入院期間を記入するので伝えることができるが、病状により変更となる場合がある。
19	内子町	加戸病院	支援相談部 電話0893-44-5500	支援相談部 FAX0893-44-3300		推定される入院期間をお伝えすることはできる。
20	内子町	(診) 土居内科 外科医院	病棟Ns 電話0893-44-5521	事務佐川 (地域連携担当) FAX0893-44-5526	事務佐川 (地域連携担当)	入院時の退院調整予定は難しい。ある程度の日数は必要と思われる。
21	伊方町	(診) 瀬戸診療所	病棟詰所 電話0894-29-8811	病棟Ns FAX0894-29-8833	病棟詰所	急性期の状態では退院日を伝えることは出来ない。ただし、治療方針が決まっている疾患(例:帯状疱疹の点滴)やリハビリ目的の入院は伝えることが可能。

			◆新たに介護保険を利用する場合		
③誰がケアマネに連絡するか	④ケアマネとの面談の主体は誰か	⑤誰がケアマネに退院日を連絡するか	⑥誰が介護保険を説明するか	⑦誰がケアマネ契約の支援をするか	⑧誰が契約後のケアマネと連絡をとるか
本人又は家族	本人、家族	本人又は家族	看護師又は事務員	家族	本人又は家族
家族or病棟ナース	病棟ナース	家族or病棟ナース	病棟ナース→居宅ケアマネ	家族	本人又は家族
支援相談員	支援相談員	支援相談員or家族	支援相談員	支援相談員or家族	支援相談員or家族
佐川 (地域連携担当)	病棟Ns.(地域連携担当Ns)	佐川 (地域連携担当)	概ねは、病棟Ns(地域連携担当Ns)→詳しくはアンジュ相談員や役場にて説明を聞いてもらう	佐川 (地域連携担当)	佐川 (地域連携担当)
病棟Ns.	入院時:外来Ns。 必要であれば 医師も。 退院時:病棟Ns。 必要であれば 医師も。	家族。必要であれば 病棟Ns.	医師又は看護師 (申請を勧める程度 の説明)	病棟Ns又は家族 (手続きは家族)	家族。必要であれば 病棟Ns。

5 様式(1) 入院時情報提供シート

*ケアマネから医療機関へ提供する情報。
既存の様式を活用して構わない。

入院時情報提供シート

年 月 日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	
氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保険者番号			
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄 電話番号
	①		
	②		
家族構成図(ジェノグラム)		年金(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 収入(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性		経済状況 公費負担(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 税(<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税)	
		特別障害者手当(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 生活保護(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
住環境		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
かかりつけ医		医療機関名 医師名 TEL () () ()	
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() (有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)		
サービス利用状況 *1	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回) 事業所: 曜日: 事業所: 曜日: <input type="checkbox"/> 通所介護 (週 回) 事業所: 曜日: <input type="checkbox"/> 短期入所 (月 回) 事業所: 曜日: <input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回) 事業所: 曜日: <input type="checkbox"/> 通所リハ (週 回) 事業所: 曜日: <input type="checkbox"/> その他	
	施設の申し込み <input type="checkbox"/> 有 (施設名:) <input type="checkbox"/> 無		
	病歴	既往歴から治療中までの記載を	
	合併症		
	アレルギー <input type="checkbox"/> 有 (禁忌:) <input type="checkbox"/> 無		
障害等認定・自立度	手帳: <input type="checkbox"/> 身体(級) <input type="checkbox"/> 精神(級) <input type="checkbox"/> 療育(区分) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <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		
入院に至るまでの病状変化や経過			
本人の性格、気質、興味			
服薬状況	服薬内容、回数		
生活状況	自宅の状況: 介護の状況:		
ADL他	自立 <input type="checkbox"/>	見守り <input type="checkbox"/>	一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
要支援は必要事項のみ記入			
移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具		
口腔清潔	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<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)		
	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー とうもろこし使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とうもろこし付)		
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス		
排 泄	<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		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食 欲*2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (いつから:) 体重減少*2 <input type="checkbox"/> 有(カ月間で kg減少) <input type="checkbox"/> 無		
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他())		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥そう <input type="checkbox"/> その他()		
連絡事項・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。)

R2.3月改正: *1退院後の外来受診日の参考とするため、サービス利用の曜日を追加。

*2入院前の状態を把握し、退院に向けての参考と20のため追加。

【都道府県医療介護連携調整実証事業マニュアルより引用】

*医療からケアマネへ提供する情報。
 退院サマリーなど既存の様式を活用して構わない。
 退院時カンファレンスの聞き取りに使用してもよい。

5 様式（2）退院調整共有情報

退院調整共有情報

年 月 日

事業所名				電話番号			
担当者名				FAX番号			
情報収集日時・場所	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			【場所: _____】			
氏名			生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所				電話番号			
入院期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()			* 予定			
病院の連絡窓口(所属)							
病院主治医			在宅主治医			家族構成	
入院の原因となった病名						主に関わる家族の連絡先:	
既往歴	BPSD(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					キーパーソン、主たる介護者、介護力	
合併症							
服薬	服薬内容、退院時処方						
入院経過	治療経過・検査結果: 日中・夜間の様子: 体重(入院時 _____ kg 最終測定 _____ 月 _____ 日 _____ kg)						
病院からの患者・家族への病状説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望:							
介護保険	サービスの希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 変更や追加の必要性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更) <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() (有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)						
障害等認定・自立度	手帳: <input type="checkbox"/> 身体(_____ 級) <input type="checkbox"/> 精神(_____ 級) <input type="checkbox"/> 療育(区分 _____) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <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						
ADL他	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 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具		
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"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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(<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 (<input type="checkbox"/> とろみ付)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <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)		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事: _____ kcal/日 水分: _____ ml/日 (<input type="checkbox"/> とろみ付)		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限: <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他(_____)) <input type="checkbox"/> 無		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (最終排便: _____ 月 _____ 日)		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インスリン: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他(_____))						
医療処置	<input type="checkbox"/> ハルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥そう <input type="checkbox"/> その他(_____)						
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)						
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有(理解の状況: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点: _____)) <input type="checkbox"/> 無						
リハビリ目標 (リハビリから確認)							
今後の治療予定	(次回受診予定日: _____ 月 _____ 日)						
医療上の留意点	介護サービス利用(特に通所系)にあたっての医療上の留意点:						
備考欄							

(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。)

【都道府県医療介護連携調整実証事業マニュアルより引用】

6 八幡浜保健所管内関係機関一覧

◆医療機関

(令和3年3月31日現在)

病 院	郵便番号	住 所	電話番号	FAX
市立八幡浜総合病院	796-8502	八幡浜市大字大平 1-638	代表 0894-22-3211 連絡先 24-2568	代表 0894-24-2563 連携室 24-2562
医療法人広仁会 広瀬病院	796-0088	八幡浜市 1280 番地の 9	0894-22-2600	0894-22-2601
医療法人福寿会 宇都宮病院	796-0088	八幡浜市 1536-118	0894-22-0163	0894-23-2481
真網代くじらリハビリテーション病院	796-8053	八幡浜市真網代甲 229 番地 5	0894-28-1123	0894-28-1124
八幡浜医師会立双岩病院	796-8035	八幡浜市若山 4 番耕地 160-1	0894-22-4355	0894-24-7665
市立大洲病院	795-8501	大洲市西大洲甲 570 番地	0893-24-2151	0893-24-0036
喜多医師会病院	795-8505	大洲市東大洲 1563 番地 1	0893-25-0535	0893-25-0825
大洲中央病院	795-8507	大洲市東大洲 5 番地	0893-24-4551	0893-23-5083
大洲記念病院	795-8510	大洲市徳森 1512 番地 1	0893-25-2022	0893-57-7118
医療法人 肱嵐会 石村病院	799-3401	大洲市長浜甲 176 番地	0893-52-0275	0893-52-1229
医療法人 静心会 平成病院	795-0011	大洲市柚木 811-1	0893-24-2138	0893-24-2139
西予市立西予市民病院	797-0029	西予市宇和町永長 147 番地 1	0894-62-1121	代表 0894-62-6160 連携室 62-5576
西予市立野村病院	797-1212	西予市野村町野村 9 号 53 番地	0894-72-0180	0894-72-0938
三瓶病院	796-0907	西予市三瓶町朝立 2 番耕地 1 番地 18	0894-33-1200	0894-33-2028
加戸病院	791-3301	喜多郡内子町内子 771 番地	0893-44-5500	0893-44-3300
有床診療所	郵便番号	住 所	電話番号	FAX
矢野脳神経外科医院	796-8003	八幡浜市古町 1 丁目 6-12	0894-23-0210	0894-23-0295
医療法人社団 池田医院	795-0064	大洲市東大洲 84-11	0893-24-3100	0893-24-6949
かどた医院	797-0015	西予市宇和町卯之町 5 丁目 240 番 1	0894-62-6722	0894-62-6892
整形外科井関医院	797-1212	西予市野村町野村 11 号 110 番地	0894-72-0030	0894-72-2876
土居内科外科医院	795-0303	喜多郡内子町平岡甲 135-1	0893-44-5521	0893-44-5526
伊方町国民健康保険瀬戸診療所	796-0502	西宇和郡伊方町三机乙 2587 番地	0894-29-8811	0894-29-8833

◆市町 介護保険担当課

市 町	郵便番号	住 所	電話番号	FAX
八幡浜市保健センター 介護認定係	796-0010	八幡浜市松柏乙 1101 番地	0894-24-6628	0894-24-6652
大洲市高齢福祉課 介護保険業務係	795-8601	大洲市大洲 690-1	0893-24-2111	0893-24-0961
西予市長寿介護課 介護保険係	797-8501	西予市宇和町卯之町 3 丁目 434-1	0894-62-6406	0894-62-6543
内子町保健福祉課 介護保険係	795-0392	喜多郡内子町平岡甲 168 番地	0893-44-6154	0893-44-4116
伊方町保健福祉課 長寿介護室	796-0301	西宇和郡伊方町湊浦 1993 番地 1	0894-38-2652	0894-38-0372

◆地域包括支援センター

地域包括支援センター	郵便番号	住 所	電話番号	FAX
八幡浜市 地域包括支援センター	796-0010	八幡浜市松柏乙 1101 番地	0894-24-3918	0894-24-6652
大洲市 地域包括支援センター	795-8601	大洲市大洲 690-1	0893-24-2111 (直)0893-24-1714	0893-24-0961
〃 サブセンター大洲東 (肱川)	797-1504	大洲市肱川町山鳥坂 74	0893-34-2340	0893-34-2314
〃 サブセンター大洲西 (長浜)	797-3401	大洲市長浜甲 480-3	0893-52-1113	0893-52-0637
西予市 地域包括支援センター本所	797-1212	西予市野村町野村 12 号 15 番地	0894-72-0022	0894-72-0024
西予市 地域包括支援センター支所	797-0015	西予市宇和町卯之町四丁目 746 番地	0894-62-7730	0894-62-7735
内子町 地域包括支援センター	795-0392	喜多郡内子町平岡甲 168 番地	0893-44-6154	0893-44-4116
伊方町 地域包括支援センター	796-0301	西宇和郡伊方町湊浦 1993 番地 1	0894-38-2652	0894-38-0372

◆居宅介護支援事業所

事業所	郵便番号	住 所	電話番号	FAX
ウェル五反田居宅介護支援事業所	796-8010	八幡浜市五反田 1 番耕地 106 番地	0894-23-1611	0894-23-0106
居宅介護支援事業ことぶき荘	796-0001	八幡浜市向灘 229 番地 18	0894-24-6655	0894-22-1010
八幡浜医師会居宅介護支援事業所	796-8002	八幡浜市広瀬 1-7-17	0894-24-7707	0894-24-7907
居宅介護支援事業所西安	796-0003	八幡浜市大平 1 番耕地 870 番地 2	0894-29-1700	0894-29-1333
社会福祉法人 八幡浜市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	796-0010	八幡浜市松柏乙 1101 番地	0894-23-1616	0894-23-0506
おる d e 新町居宅介護支援事業所	796-0069	八幡浜市下道 1420	0894-22-0053	0894-22-0249
居宅介護支援あったかいご	796-8004	八幡浜市産業通 353 番 1 デイゼスあったかいご二番館	0894-24-7447	0894-35-6777
セントケア八幡浜	796-0031	八幡浜市江戸岡 1 丁目 8 番 5 号マルマビル 1 階	0894-29-1596	0894-29-1597

事業所	郵便番号	住 所	電話番号	FAX
居宅支援センター矢野脳外科	796-8003	八幡浜市古町一丁目 6 番 12 号	0894-23-0210	0894-23-0295
居宅介護支援事業所藤原合同会社	796-0088	八幡浜市 1536 番地 13	0894-23-0316	0894-27-9007
たけしケアプランセンター	796-0003	八幡浜市大平 1 番耕地 779 番 5	0894-24-6032	0894-27-9032
居宅介護支援事業所ささな湯島	796-8010	八幡浜市五反田 1 番耕地 506 番地 1	0894-21-1674	0894-21-1675
こもれび社会福祉士事務所	796-0003	八幡浜市大平 1 番耕地 794 番地 7	0894-21-2251	0894-21-2252
リアン 居宅介護支援事業所	796-0026	八幡浜市 1211 番地 1	0894-35-6118	0894-35-6128
浦岡医院	795-0012	大洲市大洲 877	0893-24-2024	0893-24-2026
在宅介護支援センター春賀	795-0046	大洲市春賀甲 1689-4	0893-26-1250	0893-26-1483
指定居宅介護支援事業所在宅介護支援センターフレンド	795-0064	大洲市東大洲 39	0893-23-5300	0893-23-5110
大洲市在宅介護支援センターひまわり	795-0061	大洲市徳森 1508 番地 1	0893-25-3438	0893-25-2151
喜多医師会指定居宅介護支援事業所	795-0064	大洲市東大洲 1563-1	0893-25-6070	0893-25-0541
有限会社介護サービスひかり	795-0064	大洲市東大洲 1339 番地 7	0893-59-4333	0893-25-4001
大洲市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所東大洲	795-0064	大洲市東大洲 270 番地 1	0893-23-0313	0893-23-0295
大洲市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 長浜	799-3401	大洲市長浜甲 489 番地の 1	0893-52-1194	0893-52-0637
大洲市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 脇川	797-1504	大洲市脇川町山鳥坂 74	0893-34-2312	0893-34-2360
指定居宅介護支援事業所長浜ひまわり	799-3432	大洲市柴甲 1422 番地 3	0893-59-7220	0893-59-7221
居宅介護支援事業所 夢と希望	795-0072	大洲市新谷甲 318 番地	0893-23-9511	0893-23-9512
居宅介護支援事業所 翠星	795-0072	大洲市新谷甲 43 番地	0893-25-5108	0893-25-5109
指定居宅介護支援事業所ながはま	799-3401	大洲市長浜甲 176	0893-52-0276	0893-52-1229
株式会社悠遊社	790-0943	松山市古川南 3-23-19	089-993-6101	089-993-6102
井関医院居宅介護支援事業所	797-1212	西予市野村町野村 11-95-1	0894-72-3801	0894-72-3809
訪問看護ステーションわかば	796-0907	西予市三瓶町朝立 1 番耕地 3 8 6 番地 1	0894-33-3387	0894-33-2707
訪問看護ステーション東宇和	797-0015	西予市宇和町卯之町三丁目 293 番地	0894-69-1140	0894-69-1345
介護支援のむら	797-1212	西予市野村町野村 9 号 53 番地	0894-72-0180	0894-72-0938
社会福祉法人 西予市社会福祉協議会 宇和支所	797-0015	西予市宇和町卯之町四丁目 746 番地	0894-62-3750	0894-62-7735
社会福祉法人 西予市社会福祉協議会 本所	797-1212	西予市野村町野村 12 号 15 番地	0894-72-2306	0894-72-0024
ケアプラン明浜館	797-0201	西予市明浜町高山甲 688 番地	0894-64-0270	0894-64-0317

事業所	郵便番号	住 所	電話番号	FAX
居宅介護支援事業所 さくら	797-0023	西予市宇和町山田 1558 番地	0894-62-8061	0894-62-8062
居宅介護支援事業所 ハッピー西予	797-0015	西予市宇和町卯之町 4-654	0894-62-5101	0894-62-5176
居宅介護支援事業所はなみずき	797-0045	西予市宇和町坂戸 437 番地	0894-62-0023	0894-62-0024
居宅介護支援事業所ふれあい	797-1212	西予市野村町野村 12 号 446 番地	0894-72-3750	0894-89-4166
指定居宅介護支援事業所ブランたかは	797-0046	西予市宇和町上松葉 184-2	0894-62-4308	0894-62-9739
J A 東宇和介護支援センター	797-1212	西予市野村町野村 12-454	0894-72-0283	0894-72-1124
居宅介護支援事業所 陽だまり	797-0015	西予市宇和町卯之町 1 丁目 246-6	0894-62-8177	0894-62-8178
居宅介護支援事業所 のんびり家	797-0021	西予市宇和町野田 45 番地	0894-89-2722	0894-89-2723
済生会小田指定居宅介護支援事業所緑風荘	791-3501	喜多郡内子町小田 149-1	0892-52-3103	0892-52-3266
特別養護老人ホームみどり苑	791-3331	喜多郡内子町立山 4740 番地 1	0893-45-0141	0893-45-0831
特別養護老人ホーム神南荘	795-0301	喜多郡内子町五十崎甲 881	0893-43-1901	0893-43-0910
指定居宅介護支援事業所 さくら	791-3301	喜多郡内子町内子 4271-15	0893-44-6711	0893-44-6713
居宅介護支援事業所 うちこ園	791-3301	喜多郡内子町内子 3683 番地	0893-59-2212	0893-44-6350
内子町在宅介護支援センター 社協	795-0392	喜多郡内子町平岡甲 168 番地	0893-57-6772	0893-50-6780
居宅介護支援事業所 アンジュ	795-0303	喜多郡内子町平岡甲 133 番地	0893-59-2280	0893-59-2281
居宅介護支援事業つわぶき荘	796-0301	西宇和郡伊方町湊浦 861-1	0894-38-1125	0894-38-1707
三崎居宅介護支援事業所	796-0801	西宇和郡伊方町三崎 1700 番地 16 三崎保健福祉センター	0894-54-2222	0894-54-2223
居宅介護支援事業所 めぐみの里	797-0111	西予市明浜町俵津 4-44	0894-69-3101	0894-69-3102

～在宅歯科についてお困りのことがあれば～

◆在宅歯科医療連携窓口

機関名	電話番号	FAX
大洲喜多歯科医師会（ふじもと歯科医院）	0893-26-0678	0893-57-7012
八幡浜市歯科医師会（王子の森歯科医院）	0894-24-3122	0894-24-3127
西宇和歯科医師会（町見歯科診療所）	0894-39-1300 (連携窓口専用)24-6849	0894-39-1303
東宇和歯科医師会（あかし歯科医院）	0894-72-3927	0894-72-1686

平成30年3月作成

令和2年3月改訂

令和3年3月一部修正

八幡浜保健所 企画課

住所 〒796 - 0048 愛媛県八幡浜市北浜1丁目3番37号

電話 0894-22-4111 (代)

FAX 0894-22-0631

公式ホームページ

<http://www.pref.ehime.jp/nan53123/yawatahama-hc/index.html>

