

利根沼田圏域

退院調整ルールの手引き

～医療と介護の切れ目のない連携をめざして～



令和4年3月 改定版



目 次

第1章 退院調整ルールのお考え方	1
第2章 退院調整ルールの内容	
1 入院前から介護保険サービスを利用している場合	4
2 退院調整のフロー (入院前から介護保険サービスを利用している場合)	11
3 新たに介護保険サービスを利用する場合	12
4 退院調整のフロー (新たに介護保険サービスを利用する場合)	16
【参考】入退院支援における連携に関する診療報酬および介護報酬	17
5 様 式	18
○ 入院時情報提供シート (様式1)	
○ 退院調整情報共有シート (様式2)	
第3章 関係機関連絡先	
1 病院の担当窓口	22
2 居宅介護支援事業所等	23
3 地域包括支援センター	26
4 市町村介護保険担当部署等	27



第1章 退院調整ルールの方



1 背景

介護を必要とする患者が病院から退院する際に、病院とケアマネジャーの間の情報共有が不十分であったため、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、円滑に在宅生活へ移行できないケースが発生しています。

病院とケアマネジャーが、退院前から退院後の介護などについての調整を行ってれば、このようなことは避けられたかもしれません。

地域ぐるみで高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が求められるなか、医療と介護の連携推進は重要な課題となっています。

2 利根沼田圏域退院調整ルールとは

利根沼田圏域退院調整ルールは、患者が居宅へと退院する際に、必要となる介護サービスをタイムリーに受けられるよう病院とケアマネジャーが入院時から退院時まで情報を共有し、連携を深めるための利根沼田圏域内の仕組みです。

患者の居宅への退院に向けて、病院とケアマネジャーが連携するために、それぞれの役割や手順などを定めています。

3 利根沼田圏域退院調整ルールの性格

利根沼田圏域退院調整ルールは、病院とケアマネジャーが連携を深めるために期待される標準的な行動を定めたものであり、強制力を持つ規範ではありません。

ルールに定めた手順や日数などは、あくまで「標準的な例」と考え、個別の事情に応じ対応が必要な場合は、その都度、関係者の間で調整しましょう。

お互いの立場を尊重し、その時の状況によって取り組めることと取り組めないことがあるということを理解することが、医療と介護の連携に向けた第一歩です。

4 利根沼田圏域退院調整ルールを使用する機関

利根沼田圏域の病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護施設が対象となります。

(令和4年4月1日現在における関係機関の一覧はP22~27のとおりです。)

5 退院調整ルールの対象者

次のいずれかに該当する者が対象となります。(要介護と要支援、いずれも対象となります。)

- ① 在宅で介護保険サービスを利用している者
- ② 退院後、新たに在宅で介護保険サービスを利用することが見込まれる者

6 個人情報の取扱い

医療と介護の連携推進のためには、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を払う必要があります。

一方で、個人情報の保護のみを優先し、関係者間の情報共有をおろそかにすると、結果的に患者の不利益につながる危険性もあります。

医療と介護の関係者において、関係する法令などを遵守しながら個人情報保護のため積極的に取り組んでいるということを前提としつつ、個人情報が利用される意義について患者・利用者等の理解を得ながら進める必要があります。

医療と介護の関係者における個人情報の取扱いについては、個人情報保護委員会及び厚生労働省から「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。

※ 「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」は、厚生労働省のホームページから入手することができます。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>
(※下段 QR コードでもアクセスできます)

7 利根沼田圏域退院調整ルールへの運用

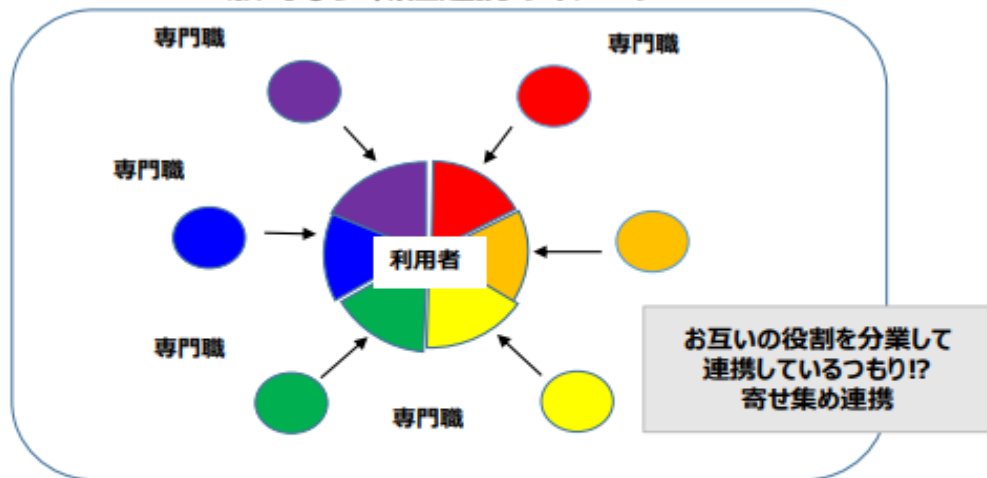
利根沼田圏域退院調整ルールの運用は、平成29年4月1日から開始いたしました。

運用開始後は、関係者の皆様のご協力にて定期的に運用状況を検証し、必要に応じてルールの見直しなどを行っております。

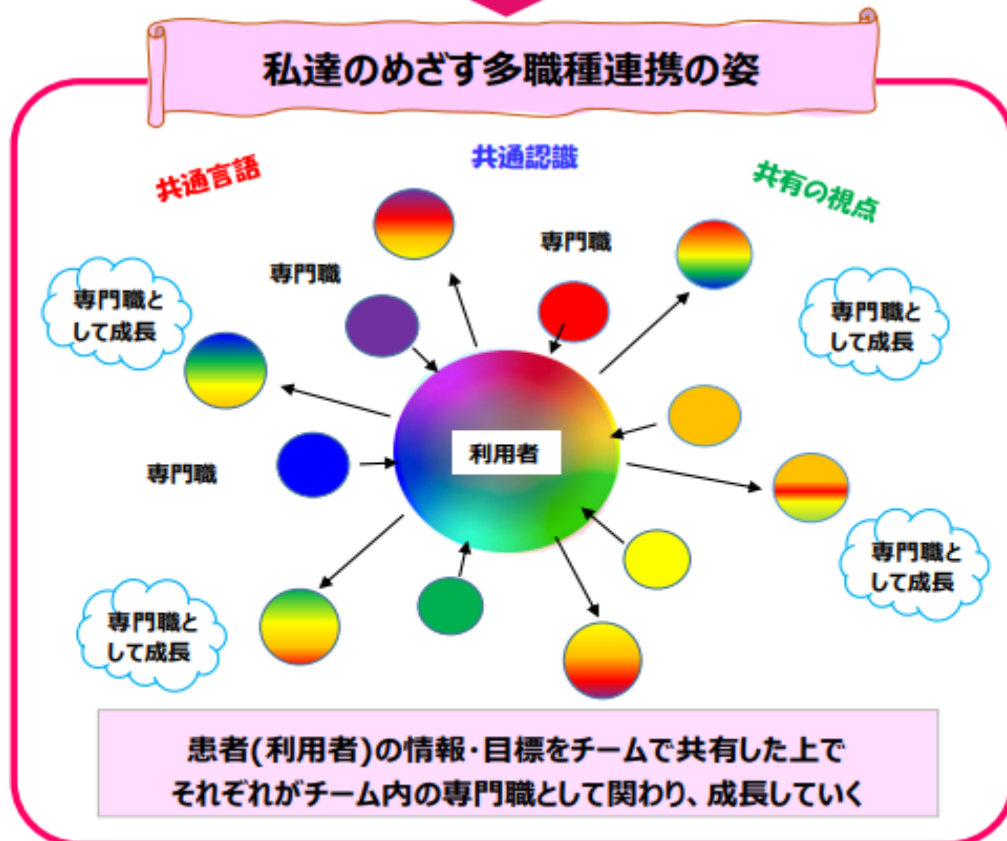


8 退院調整ルールが目指す地域内連携

一般的な多職種連携のイメージ...



私達のめざす多職種連携の姿



医療と介護の連携にて、利用者さん（患者さん）を支えながら、
お互いに成長していきましょう！

第2章 退院調整ルールの内容

利根沼田圏域退院調整ルールでは、①入院前から介護保険サービスを利用している場合（入院前にケアマネジャーが決まっている場合）と②新たに介護保険サービスを利用する場合（入院前にケアマネジャーが決まっていない場合）の2つに分けて、病院とケアマネジャーが講じるべき手順などを定めており、このマニュアルでは、病院やケアマネジャーに求められる標準的な行動を「アクション」と称し、時系列に並べています。

また、「アクション」に当たってのポイントや注意することなども併記していますので、参考にしてください。

※ルール全体図を作成しましたので、手引きと一緒にご確認ください。



1 入院前から介護保険サービスを利用している場合

（入院前にケアマネジャーが決まっている場合）



【アクション1】介護保険サービス利用者が入院したことを把握する。

<行うこと>

- ケアマネジャーは、利用者の入院が分かったら、速やかに利用者が入院した病院の担当者に連絡する。
- 病院の担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたかを確認し、利用していた場合は、速やかに担当のケアマネジャーに連絡する。

※ 病院とケアマネジャー、情報把握が早い方が相手にアプローチする。

<ポイント>

- 介護保険サービスの利用者が入院した事実を、ケアマネジャーと病院でなるべく早く共有しましょう。
- 病院とケアマネジャーの相互が、早期に事実を把握することで、早い段階から退院に向けたお互いの連携が進みます。

<注意すること>

ケアマネジャー



- ケアマネジャーは、日頃から利用者が入院したことが早期に伝わる工夫をしておきましょう。

(取組み例)

- ほほえみノートの関係者欄に連絡先を記入しておく。
- 日頃から利用者や家族に「入院したら電話をください」と依頼しておく。
- 利用者の自宅に、ケアマネジャーの連絡先を貼っておく。
- 介護保険証にケアマネジャーの名刺を挟んでおき、入院時には介護保険証も一緒に病院に提示することを利用者や家族に依頼しておく。
- 介護サービス事業所に、利用者の入院に気づいたら、ケアマネジャーに連絡するように依頼しておく。
- 利用者の病院等を把握しておく。

- また、利用者が入院した際は、病院に本人のADL等の情報を提供することを前もって説明しておき、同意を得ておきましょう。

病 院



- 病院は、患者や家族への聞き取り、介護保険証の有無などにより、要介護認定等を受けているかどうか把握しましょう。不明の場合には、市町村の地域包括支援センター（P26 参照）に照会してください。



【アクション2】病院に居宅での様子を情報提供する。

<行うこと>

- ケアマネジャーは、利用者の入院を把握したら、「入院時情報提供シート」を作成し、病院へできる限り持参する。
(持参が困難な場合は、FAXで「入院時情報提供シート」を病院に送付する。)
- 病院の担当者は、ケアマネジャーが病院を訪問した際は、患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報を伝える。

<ポイント>

- ケアマネジャーが病院に居宅での様子を早期に伝えることにより、病院は退院に向けた支援をスムーズに行うことができます。
- 退院時の目安となる、病院にとっても必要な情報を「入院時情報提供シート」に盛り込みましょう。
 - ☆ 利用者のADL → 自宅で過ごしていた普段のADLを書きましょう。
 - ☆ 生活歴や家族情報 → 治療計画の作成や退院後生活、介護力の見通しを立てることに役立ちます。
- ケアマネジャーは、病院を早期に訪問することで、利用者の退院支援に必要な情報の共有、病院との連絡をスムーズに行うことができます。

<注意すること>

ケアマネジャー



- 病院を訪問する際は、なるべく事前に電話でアポイントを取りましょう。
- 「入院時情報提供シート」をFAX送信する場合は、病院の指定する対応窓口へFAXを送る旨をまず電話で連絡し、保護すべき内容等を確認した上で送信しましょう。
- FAXでの情報提供は誤送信がないよう各事業所で十分注意してください。
- 病院の担当窓口と連絡先は、P22 を参照してください。

病 院



- ケアマネジャーから病院訪問の連絡があった場合は、積極的に対応しましょう。
- FAXを受け取ったら、その旨をケアマネジャーに電話で連絡しましょう。
- 入院時に伝えていた情報が、入院期間中に大きく変更になるような場合にはケアマネジャーに連絡をしましょう。



【アクション3】ケアマネジャーに退院の見込みを連絡する。

<行うこと>

- 病院は患者の病状が安定し、居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日の概ね10日前までに、その旨をケアマネジャーへ連絡する。
- 急性期の患者については、居宅への退院が可能であると判断でき次第、できる限り速やかにケアマネジャーへ連絡する。

<ポイント>

- 病院の担当者が、居宅への退院予定時期を予めケアマネジャーに連絡することにより、ケアマネジャーは居宅での生活に向け準備を整えることが可能となり、患者はスムーズに居宅での生活へ移行することができます。

<注意すること>

病 院



- 病院の担当者からケアマネジャーへの連絡時期の目安は「退院予定日の概ね10日前まで」としてありますが、ケアプランの修正やサービス事業所との調整など、この間にケアマネジャーが行う業務を考慮すると、なるべく早い時期に連絡することが望まれます。

ケアマネジャー



- 病院の担当者が退院予定日を予測することが困難なケースもあります。
「10日前まで」という期限は、あくまで標準的な目安と理解してください。
- ケアマネジャーも、入院時の病院訪問等で得た情報を基に入院期間を予測し、病院から退院見込みの連絡が来ない場合は、必要に応じて病院に確認をとってみましょう。





【アクション4】退院前のカンファレンスに参加する。

<行うこと>

- 病院の担当者は、退院前にカンファレンスを行う場合は、ケアマネジャーに連絡し、日程調整等を行う。
- 病院が退院前のカンファレンスを行わない場合は、ケアマネジャーは退院前の面談等を病院に依頼する。
- 病院の担当者は、カンファレンスや面談までに、ケアマネジャーがケアプランの作成等に必要の情報（「退院調整情報共有シート」の内容）を、院内の関係者から収集しておく。
- ケアマネジャーは、カンファレンスや面談で「退院調整情報共有シート」を基に、情報収集を行い、シートを記入していく。

※カンファレンスや面談が難しい場合は、病院担当者が可能な範囲で「退院調整情報共有シート」に沿った内容にて情報提供を行きましょう。

<ポイント>

- 「退院調整情報共有シート」は、ケアマネジャーが必要とする定型的な情報をまとめたものに過ぎません。カンファレンス等で情報交換を行うことで、より実態に即した情報収集となり、今後の方針等について検討することが可能となります。
- カンファレンスや面談に参加することは、短期的には業務の負担になるかもしれませんが、病院とケアマネジャーが顔見知りになり、お互いが「顔の見える関係」になることで、中長期的には効果・効率的な業務の遂行が期待できます。

<注意すること>

病 院



- 退院前カンファレンスの連絡は早めに行いましょう。またカンファレンスではケアマネジャーからの質問の機会なども設けるよう努めましょう。
- ケアマネジャーから退院前の面談等の依頼があった場合は、日程調整等に協力しましょう。

ケアマネジャー



- 病院から退院前カンファレンスの実施について連絡を受けた場合は、なるべく積極的に参加しましょう。

- 社会状況等により面談等が難しい場合もあります。病院の担当者はその時の状況に応じて調整や相談を行います。まずは相談室に問い合わせましょう。



【アクション5】ケアマネジャーに退院日を連絡する。

<行うこと>

- 病院の担当者は、退院日が決定したら、速やかにケアマネジャーに連絡する。

<ポイント>

- 退院日を病院から直接連絡をすることにより、ケアマネジャーが知らない間に利用者が退院していた、ということを防ぎます。

<注意すること>

病 院



- 退院支援や在宅への受け入れ準備には時間が必要です。退院日が決まり次第、速やかに担当ケアマネジャーや関係者に連絡しましょう。
- 退院が決まった時点で、事前に病院での利用者の ADL をケアマネジャーに伝えましょう。

ケアマネジャー



- 患者本人の希望などにより、退院日が急に決定することがあることを理解しておきましょう。

※ 転院時の連絡について

- 病院の担当者は、患者が転院することが決まった場合、担当ケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行ってください。



【アクション6】退院後もお互いに有用な情報は共有する。

<行うこと>

- 病院担当者はケアマネジャーに退院時情報（看護サマリー等）を提供する。
- ケアマネジャーは
 - ① 退院前のカンファレンスを行った場合
 - ② 医療系サービス（通所リハビリ、訪問看護等）を利用する場合
 - ③ その他病院や主治医より依頼があった場合には、病院の担当者を通じて、主治医にケアプランを提供してください。

<注意すること>

病 院

ケアマネジャー



- 退院時情報（看護サマリー等）やケアプランを提供することを前もって説明しておき、本人の同意を得ておきましょう。

※退院時情報とは

- 看護サマリーやリハビリ情報、栄養指導など「自宅生活に向けて必要な情報」を総称したものを指します。内容としては下記が含まれることが望ましいです。
- 「本人や家族の病気の受け止めや意向」ACPに関わる内容
- 「退院後の生活に引き継ぐ課題とアドバイス」退院後に予想される体調の変化や気を付けることなど、どんなことでもかまいません、医療関係者からのアドバイスをお願いします。

<ポイント>

- 患者が退院しても、通院や状態の悪化による再入院など、病院との関係がなくなる訳ではありません。退院後も医療・介護のために有用と思われる情報はお互いに共有しましょう。

※退院時情報（看護サマリー等）やケアプランは、相手方から不要との意思表示があった場合は提供する必要はありません。

2 退院調整のフロー（入院前から介護保険サービスを利用している場合）

	ケアマネジャー	病 院
入院前	① 日頃から利用者が入院したことが早期に伝わる工夫をしておく。	
入院時	②-1 利用者の入院を把握したら、「入院時情報提供シート」を作成し、病院へできる限り持参する。 （持参が困難な場合は、FAXで送付）	②-2 患者が入院前に介護保険を利用していたか確認し、利用していた場合は、担当のケアマネジャーに連絡する。
退院見込み		③ ケアマネジャーが病院を訪問した際は患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報を伝える。
退院調整	⑦ カンファレンスに参加する。 〔病院が退院前のカンファレンスを行わない場合は、退院前の面談等を病院に依頼〕	④ 居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、ケアマネジャーへ連絡する。 〔急性期の患者は、居宅への退院が可能であると判断でき次第、速やかに連絡〕
退院決定	⑧ カンファレンスや面談で「退院調整情報共有シート」を基に、情報を収集する。	⑤ カンファレンスを行う場合は、ケアマネジャーに連絡し、日程を調整する。 ⑥ カンファレンスや面談までに、「退院調整情報共有シート」の情報を、院内の関係者から収集しておく。 ※社会事情等でカンファレンスや面談が難しい場合は、シートに則して収集した情報を担当ケアマネジャーに提供する。
退院後	⑩-1 病院の担当者を通じて、病院主治医にケアプランを提供する。 ※退院時情報を紛失した場合は再発行の相談	⑨ 退院日が決定したら、ケアマネジャーに連絡する。 ※ 患者が転院する場合は、ケアマネジャーに連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供する。
		⑩-2 ケアマネジャーに退院時情報（看護サマリー等）を提供する。

3 新たに介護保険サービスを利用する場合

(入院前にケアマネジャーが決まっていない場合)



【アクション1】退院調整の必要性を判断する。

<行うこと>

- 病院の担当者は、患者の病状が安定したら、退院調整が必要か判断する。
- 退院調整の必要性は、次の2点で判断する。
 - ① 居宅への退院は可能か。
 - ② 介護保険の対象となるか（要介護又は要支援認定に該当するか）。

<ポイント>

- 退院調整のルールは、介護保険サービスの利用を前提とした仕組みであることから、介護保険の対象となるか否かの見極めは重要です。

<注意すること>

病 院



- 介護保険の対象になるかということや介護保険の申請のタイミングなど、判断に迷う場合は、市町村の地域包括支援センターに相談しましょう。
- また、介護保険の対象（要介護又は要支援認定に該当するか）については、次頁（P13）の「介護保険申請の目安」も参考にしてください。



介護保険申請の目安

<65歳以上の患者の場合>

●次の①～④までの1項目でも当てはまれば、要介護認定の可能性あります。

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ④ 日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状がある

●次の⑤または⑥に当てはまれば、要支援認定の可能性あります。

- ⑤ 居宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要
- ⑥ (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、経管栄養、吸引など)が追加された

※ 判断に迷う場合や上記の項目には該当するが本人・家族が希望していない等、困ったときは、市町村の地域包括支援センターへ相談しましょう。

<40歳以上65歳未満の患者の場合>

患者が介護保険の対象となる特定の疾病(下記の「介護保険の対象となる疾病」)で、かつ、上記①～⑥のいずれかに該当する場合

【介護保険の対象となる疾病】

- 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



【アクション2】 介護保険申請やケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の選定を支援する。

<行うこと>

- 病院の担当者は、退院調整が必要と判断した患者やその家族に、介護保険サービスを利用する意向があるか確認する。
- 介護サービスを利用する意向がある場合は、介護保険申請やケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の選定を支援する。

<ポイント>

- 身体機能等の状況から判断して、介護保険サービスの対象になると考えられる場合であっても、本人や家族がサービスの利用を希望しないケースもあります。
- 介護保険サービスを利用する意向がある場合、病院の担当者は、患者が退院後、円滑に介護保険サービスが利用できるよう、介護保険申請に関する支援を行います。（制度の内容や具体的な手続での不明な点は、市町村の介護保険担当部署や地域包括支援センターに相談するようアドバイスしましょう。）
- また介護保険の申請は、本人や家族のほか、ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）などが代行申請することも可能です。

<注意すること>

病 院



- 介護保険の申請やケアマネジャー選定の支援にあたっては、患者や家族の希望などを確認しながら進め、必要に応じて市町村の地域包括支援センターにも相談しましょう。



【アクション3】 ケアマネジャーが決定したことを連絡する。

<行うこと>

- ケアマネジャーは、患者の担当になることが決まったら、速やかに病院担当者にその旨を連絡する。
- 病院担当者は、患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報をケアマネジャーに伝える。

<ポイント>

- 介護の窓口となるケアマネジャーと病院担当者が早期に連絡を取ることで、以降の連携がスムーズになります。

【アクション4】 ケアマネジャーに退院の見込みを連絡する。



【アクション5】 退院前のカンファレンスに参加する。



【アクション6】 ケアマネジャーに退院日を連絡する。



【アクション7】 退院後もお互いに有用な情報は共有する。

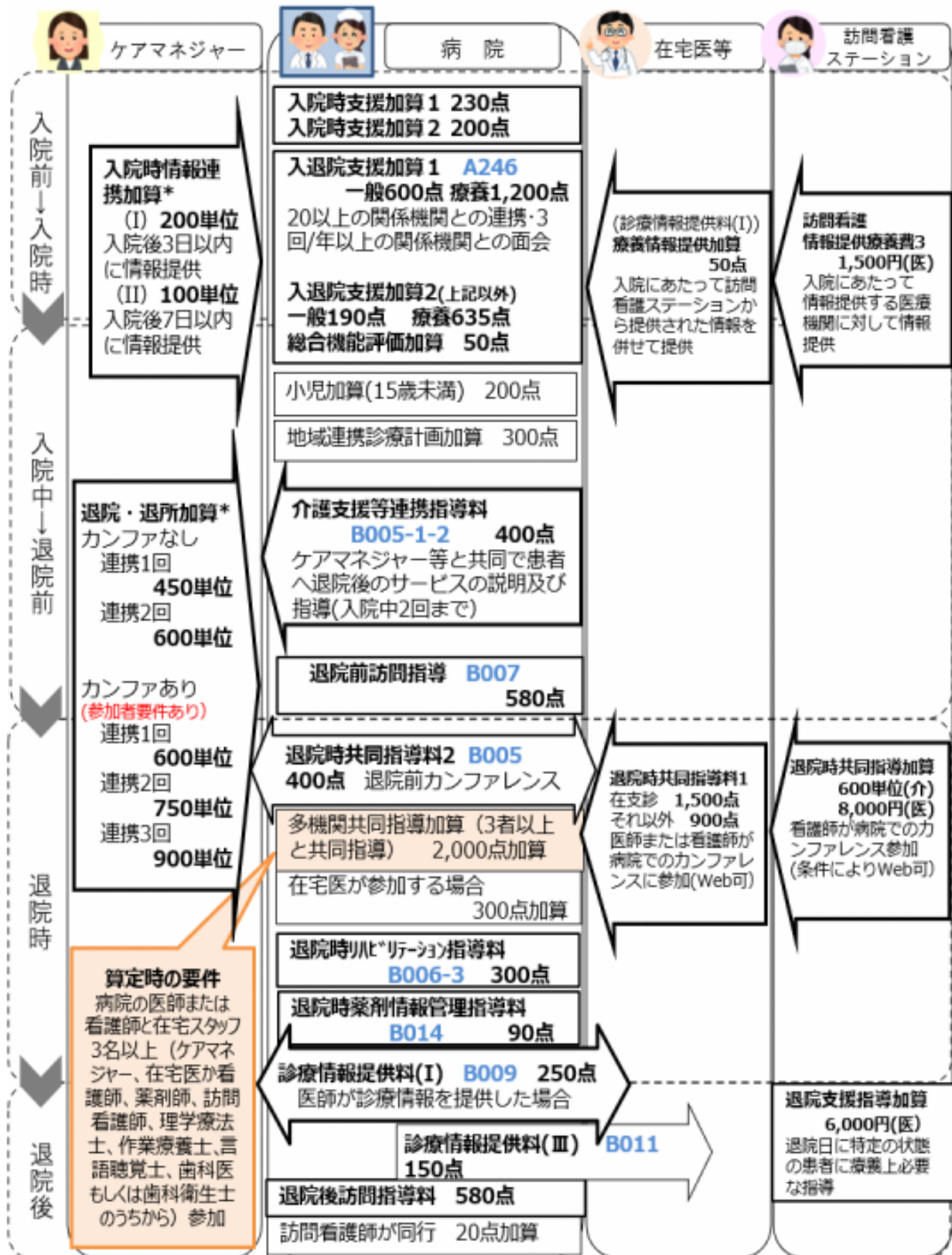
※ アクション4～7は『1 入院前から介護保険サービスを利用している場合』のアクション3～6と同様です。

4 退院調整のフロー（新たに介護保険サービスを利用する場合）

	ケアマネジャー	病 院
退 院 見 込 み	④ 患者の担当になることが決まったら、速やかに病院担当者にその旨を連絡する。	① 患者の病状が安定したら、退院調整が必要か判断する。 ↓ ② 退院調整が必要と判断した患者やその家族に、介護保険サービスを利用する意向があるか確認する。 ↓ ③ 介護保険サービスを利用する意向がある場合は、介護保険申請やケアマネジャーの選定を支援する。 ↓ ⑤ 患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報をケアマネジャーに伝える。 ↓ ⑥ 居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、ケアマネジャーへ連絡する。 ↓ [急性期の患者は、居宅への退院が可能であると判断でき次第、速やかに連絡]
退 院 調 整	⑨ カンファレンスに参加する。 ↓ [病院が退院前のカンファレンスを行わない場合は、退院前の面談等を病院に依頼] ↓ ⑩ カンファレンスや面談で「退院調整情報共有シート」を基に、情報を収集する。	⑦ 退院前にカンファレンスを行う場合はケアマネジャーに連絡し、日程を調整する。 ↓ ⑧ カンファレンスや面談までに、「退院調整情報共有シート」の情報を、院内の関係者から収集しておく。 ↓ ※社会事情等でカンファレンスや面談が難しい場合は、シートに則して収集した情報を担当ケアマネジャーに提供する。
退 院 決 定	<u>※退院時情報（看護サマリー等）を早期にいただいた場合や、カンファレンス実施後に追加で確認したいことなどあれば、病院担当者等に連絡・相談を行う。</u> <u>※医療系サービスの利用、軽度者への福祉用具貸与等が必要な場合は、「医療と介護の連絡用紙」等を活用し、利用の根拠をしっかりと準備する。</u>	⑪ 退院日が決定したらケアマネジャーに連絡する。 ↓ ※ 患者が転院する場合は、ケアマネジャーに連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供する。
退 院 後	⑫-1 病院主治医にケアプランを提供する。 ※退院時情報を紛失した場合は再発行の相談	⑫-2 ケアマネジャーに退院時情報（看護サマリー等）を提供する。

[参考]入退院支援における連携に関する診療報酬および介護報酬(令和3年4月時点)

主な関係報酬のみを掲載しています。算定にあたっては最新の算定要件・届出状況・施設基準等を確認してください。



*介護予防支援、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

5 様 式

(様式1)

NO. 1

入院日 年 月 日

記入日 年 月 日

情報提供日 年 月 日

入院時情報提供シート (介護支援専門員⇒病院)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">事業所名</td><td style="width: 100%;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">担当者名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">電話番号</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">FAX番号</td><td></td></tr> </table>	事業所名		担当者名		電話番号		FAX番号		➔	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">医療機関名</td><td style="width: 100%;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">担当部署</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">担当者名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">FAX番号</td><td></td></tr> </table>	医療機関名		担当部署		担当者名		FAX番号	
事業所名																		
担当者名																		
電話番号																		
FAX番号																		
医療機関名																		
担当部署																		
担当者名																		
FAX番号																		

ふりがな		生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	(ふりがな) 氏 名	住 所	続 柄		電 話 番 号				
緊急時連絡先	優先順位	1							
	2								
	3								
家族構成図		住 環 境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		既往歴 (入院・通院歴)							
		かかりつけ医	医療機関名 () ⅴ :						
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要介護 (区分:) <input type="checkbox"/> 要支援 (区分:) <input type="checkbox"/> 事業対象者						
		介護保険有効期限	年 月 日 から 年 月 日まで						
		障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 (手帳 等級) <input type="checkbox"/> 無						
サービス利用状況									
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) [利用事業所名:]									
<input type="checkbox"/> 訪問看護 (") [" :]									
<input type="checkbox"/> 通所介護 (") [" :]									
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (") [" :]									
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (") [" :]									
<input type="checkbox"/> 短期入所 (") [" :]									
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:) [利用事業所名:]									
<input type="checkbox"/> 訪問型サービス (回/週) [利用事業所名:]									
<input type="checkbox"/> 通所型サービス (") [" :]									
<input type="checkbox"/> そ の 他 (内容:) [利用事業所名:]									

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		
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"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 器具・補助具使用		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり（ <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可）		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯（ <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"/> 禁食 <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト（水分：とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）		
	<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"/> ペースト		
					食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
					禁 止 食 品	<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) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス		
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <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"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ）		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(処方薬)	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合の内容	
認知症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> （ ）		
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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（ ）		
麻 痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有（ ） <input type="checkbox"/> 無		
聴力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有（ ） <input type="checkbox"/> 無		
視力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有（ ） <input type="checkbox"/> 無		
興味・関心のあること							
医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡（位置： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
定期注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> リュープリン <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <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、御本人または御家族から同意をいただいています。

退院調整情報共有シート

面談日時	年 月 日 ()			面談場所	
面談者	病院担当者:			情報提供元医療機関	
	ケアマネ:				
ふりがな	氏名			生年月日	年 月 日 年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
入院の原因となった病名				合併症	
既往歴				入院日	
				退院予定日	
病院主治医				在宅主治医	
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所		続柄	電話番号
	本人			本人	
○:キーパーソン ◆:主な介護者 家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (人)					
介護認定	無 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 月 日申請) 有 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援			区分変更 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
現在の治療状況	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				
今後の治療方針	治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など				
退院後の受診医療機関	本院・在宅医・その他 ()			次回受診予定:	年 月 日
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"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺の有無 ()
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 床からの立ち上がり (可・不可)
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<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"/> 禁食
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> _____ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割)
	<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"/> ペースト (摂取量 割)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取量: 1日 _____ ml とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
					食物繊維 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
					禁止食品 <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"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴中止のバイタル(基準): 体温... _____ °C 脈拍... _____ /分 血圧... _____ / _____ mmHg

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <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"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ）	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（処方薬）	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合の内容） <input type="checkbox"/> 無
生活上の問題	<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（ ）	
医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡（位置： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
定期注射	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/> リュープリン <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他（ ）	【次回】 年 月 日
家族への介護指導	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/> 有りの場 ・指導した内容（ ） ・理解の状況 <input type="checkbox"/> 充分 <input type="checkbox"/> 不十分（問題点： ）	
感染症（保菌）	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> MRSA（検出部位 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
リハビリ目標						
本人・家族が希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療（かかりつけ医） <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
必要と思われる福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療（かかりつけ医） <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他連絡事項						

第3章 関係機関連絡先

1 病院の担当窓口

☆確認したい情報や退院についてのお問い合わせは、いつでも相談室にご連絡ください☆

病院名	住所	入院時情報提供シートの提出先		病状・入院期間等の相談窓口	カンファレンス等の窓口	退院調整情報共有シートの相談窓口	看護サマリーの相談窓口	ケアプランの提出先		その他、留意事項等
		部署名	TEL FAX					部署名	TEL FAX	
内田病院	〒378-0005 沼田市久屋原町 345-1	地域医療 連携室	0278-24-5329(画) 0278-23-1231(代) *直通連絡時ご利用	〇一般・地包 MSW内山・中西 〇回リハ MSW林・中西	同左	地域医療 連携室	病棟 看護師長	地域医療 連携室	0278-24-5329(画) 0278-23-1231(代) *直通連絡時ご利用 0278-24-5359(画)	・入院希望のご相談窓 口 □「枕カバー・小服・聖 野」 ・病棟への照会は午後 の時間帯が好ましい。
上牧温泉病院	〒379-1311 利根郡みななかみ町 石倉198-2	地域連携室	0278-72-5858 0278-72-5888	病棟 看護師長	地域連携室	病棟 看護師長	同左	地域連携室	0278-72-5858 0278-72-5888	病棟看護師長が不在 の場合、他の看護師 が対応
月夜野病院	〒379-1308 利根郡みななかみ町 真庭316	地域連携室	0278-62-2011 0278-62-2013	地域連携室	同左	同左	同左	同左	0278-62-2011 0278-62-2013	
利根中央病院	〒378-0012 沼田市沼須町 910-1	総合支援 センター	0278-22-4321 0278-25-9801	病棟看護師長	総合支援 センター	同左	病棟 看護師長	総合支援 センター	0278-22-4321 0278-25-9801	
沼田脳神経外科 循環器科病院	〒378-0014 沼田市栄町8番地	地域連携課 又は担当 SW・退院 支援Ns	0278-22-5052 0278-23-4199	担当SW・退院支 援Ns・又は病棟 師長	同左	同左	同左	地域連携課又は 担当SW・ 退院支援Ns	0278-22-5052 0278-23-4199	「医療と介護の連絡 用紙」の提出先は病 院受付にお願いしま す。
沼田病院	〒378-0051 沼田市長原町 1551-4	地域医療 連携室	0278-23-3972 0278-23-2157	病棟看護師	地域医療 連携室	同左	同左	同左	0278-23-3972 0278-23-2157	病棟への照会は13時 半～15時にお願いま す。午前や夕方以 降は避けてくださ い。
群馬バース病院	〒378-0113 利根郡川端村生品 1861	地域連携室	0278-52-3708 0278-52-2238	病棟 看護科長	地域連携室	同左	病棟 看護科長	地域連携室	0278-52-3708 0287-52-2238	病棟への連絡・照会 は午後の時間帯にし て頂きたい。

2 居宅介護支援事業所等（令和4年4月1日現在）

(1) 居宅介護支援事業所一覧（市町村別・五十音順）

◆沼田市

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
内田居宅介護支援事業所	378-0005	沼田市久屋原町345-1	0278-23-7535 0278-22-8405
チェック!	ケアマネ 7人(男性3、女性4) 半数が認知症ケア専門士。障害者支援やMSWの経験もあり。		
エールケアプランニング	378-0045	沼田市材木町1288-24	0278-25-4468 0278-25-4469
チェック!	ケアマネ 1人(男性1) 社会福祉士出身。経験年数10年以上のベテラン。		
エムダブルエス日高沼田事業所	378-0031	沼田市薄根町3300-1	0278-30-2118 0278-30-2128
チェック!	ケアマネ 2人(女性2) 2人とも10年以上の経験があるベテラン。看護師出身の職員も在籍。		
ききょうの里居宅介護支援事業所	378-0002	沼田市横塚町957-2	0278-23-8831 0278-23-8832
チェック!	ケアマネ 2人(男性1、女性1) 10年以上の経験あり。住環境コーディネーター2級資格あり。		
輝城会重度介護支援センター	378-0053	沼田市東原新町1442-7	0278-22-1040 0278-25-4307
チェック!	ケアマネ 5人(男性2、女性3) 全員が介護福祉士出身。個性的な趣味を持っている方が多い。		
在宅ケアセンターリズム	378-0061	沼田市岡谷町1077-2	0278-25-9090 0278-24-8553
チェック!	ケアマネ 2人(女性2) 2人とも介護福祉士出身。特技は電気工事とアートバルーン。		
角田居宅介護支援事業所	378-0051	沼田市上原町1555-3	① 0278-25-3359 ② 0278-22-3673 0278-30-3150
チェック!	ケアマネ 2人(女性2) 看護系のケアマネが在籍しているので、医療的知識で支援可能。		
特別養護老人ホーム花の苑ケアプランセンター	378-0015	沼田市戸鹿野町375-1	0278-22-8811 0278-22-8814
チェック!	ケアマネ 3人(女性3) 全員女性のベテラン職員。栄養士出身の職員も在籍。		
利根中央病院居宅介護支援事業所	378-0054	沼田市西原新町1864-2	0278-30-5160 0278-23-3798
チェック!	ケアマネ 5人(男性1、女性4) 管理者以外は全員女性。ベテラン職員が多く、看護師も在籍。		
沼田市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	378-0304	沼田市利根町大橋1085-3	0278-56-4606 0278-56-4600
チェック!	ケアマネ 5人(男性1、女性4) 主任ケアマネを半数以上が取得。		
訪問看護ステーションまつかぜ	378-0053	沼田市東原新町1549-1	0278-25-4401 0278-60-1663
チェック!	ケアマネ 6人(女性6) 全員女性。看護師、歯科衛生士、病院MSWの経験がある職員も在籍。		
パース居宅介護支援事業所	378-0004	沼田市下久屋町940-1	0278-30-2263 0278-30-2264
チェック!	ケアマネ 3人(女性3) 全員介護福祉士出身、5年以上経験有り。		

菜の花館園原居宅介護支援事業所	378-0324	沼田市利根町園原870	0278-56-9200 0278-56-9201
-----------------	----------	-------------	------------------------------

チェック! ケアマネ 1人(女性1) 介護福祉士。経験10年以上のベテラン。

ケアプランセンターのっく	378-0054	沼田市西原新町1372-2 スカイハイツA-2	0278-25-8871 0278-25-8871
--------------	----------	----------------------------	------------------------------

チェック! ケアマネ 1人(男性1) 介護福祉士。利根部以外の地域も対応可能。

◆片品村

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
桜花苑居宅介護支援事業所	378-0406	利根部片品村摺淵340	0278-58-4010 0278-58-4015

チェック! ケアマネ 1人(女性1) 社会福祉主事。経験年数10年以上。

片品村社会福祉協議会	378-0415	利根部片品村鎌田4051-4	0278-58-4812 0278-58-3718
------------	----------	----------------	------------------------------

チェック! ケアマネ 2人(女性2) 2人とも介護福祉士出身。ヘルパーの経験がある職員も在籍。

◆川場村

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
川場たやの家居宅介護支援事業所	378-0113	利根部川場村生品1823-1	0278-52-3080 0278-52-3611

チェック! ケアマネ 3人(女性3) 全員女性で5年以上の経験者。介護福祉士と看護師出身。

川場村社会福祉協議会	378-0101	利根部川場村谷地3086-1	0278-50-1122 0278-50-1123
------------	----------	----------------	------------------------------

チェック! ケアマネ 2人(女性2) 女性のみの職場。2人とも介護福祉士出身。

なましな居宅介護支援事業所	378-0113	利根部川場村生品1103	0278-25-3375 0278-25-3361
---------------	----------	--------------	------------------------------

チェック! ケアマネ 3人(男性1、女性2) 精神保健福祉士や社会福祉士も在籍。幅広い専門的知識。

◆昭和村

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
居宅介護支援事業所ゆずりは	379-1203	利根部昭和村系井2262-1	0278-25-4526 0278-25-4527

チェック! ケアマネ 3人(女性3) 全員女性で5年以上の経験者。社会福祉士と看護師の資格あり。

昭和村社会福祉協議会昭和の里	379-1203	利根部昭和村系井624	0278-30-2121 0278-24-5161
----------------	----------	-------------	------------------------------

チェック! ケアマネ 3人(男性1、女性2) 2人は10年以上のベテラン。社会福祉士・看護師の資格あり。

菜の花館居宅介護支援事業所	379-1203	利根部昭和村系井1757-311	0278-30-3331 0278-30-3332
---------------	----------	------------------	------------------------------

チェック! ケアマネ 4人(男性1、女性3) 様々な基礎資格を持つ職員。管理栄養士も在籍。

◆みなかみ町

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
月夜野病院総合介護センター	379-1308	利根郡みなかみ町真庭377-5	0278-20-2021 0278-20-2034
チェック!	ケアマネ 8人(男性3、女性5) 8割が介護福祉士。他に社会福祉士と准看護師が一人ずつ。		
西嶺の郷居宅介護支援事業所	379-1415	利根郡みなかみ町西峰横川472-1	0278-64-2430 0278-64-9255
チェック!	ケアマネ 2人(女性2) 女性のみで、2人とも5年以上の経験者。		
水上居宅介護支援事業所	379-1618	利根郡みなかみ町阿能川1059-1	0278-72-4524 0278-72-8435
チェック!	ケアマネ 3人(男性1、女性2) 施設・デイ・ヘルパーなどの経験あり。英語対応(少し)可。		
みなかみ社協ケアプランセンター	379-1411	利根郡みなかみ町新巻301-1	0278-64-2366 0278-64-2318
チェック!	ケアマネ 7人(男性1、女性6) 全員基礎資格は介護福祉士。ヘルパーや保育士経験者も在籍。		
やまぶきの苑	379-1311	利根郡みなかみ町石倉150-1	0278-72-8585 0278-72-8588
チェック!	ケアマネ 3人(女性3) 全員女性で5年以上の経験者。主任ケアマネが2人在籍。		
つくし居宅介護支援事業所	379-1308	利根郡みなかみ町真庭441	0278-25-8161 0278-25-8163
チェック!	ケアマネ 1人(女性1) 介護福祉士。調理師免許もあり。		

(2) 看護小規模多機能型居宅介護事業者

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
ナーシングケア本町通り	378-0047	沼田市上之町1149	0278-22-3355 0278-22-0808

チェック! ケアマネ 1人(男性1) 介護福祉士。ケアマネ不在時は管理者に連絡を。

(3) 小規模多機能型居宅介護事業者(市町村別・五十音順)

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
介護サポートかしょうの里	378-0072	沼田市中免知町1382-1	0278-23-9930 0278-50-4111

チェック! ケアマネ 1人(男性1) 介護福祉士。5年以上の経験者。

ここぶの家	378-0126	沼田市白沢町上古語父76-4	0278-53-4552 0278-53-4752
-------	----------	----------------	------------------------------

チェック! ケアマネ1人(女性1) 介護福祉士。

小規模多機能ホームいやしろ	378-0004	沼田市下久屋町285-2	0278-25-3180 0278-25-3190
---------------	----------	--------------	------------------------------

チェック! ケアマネ1人(女性1) 社会福祉士。介護福祉士、住環境コーディネーター2級の資格もあり。

小規模多機能ホーム恵の家	378-0012	沼田市沼須町750-2	0278-23-5578 0278-30-5020
--------------	----------	-------------	------------------------------

チェック! ケアマネ1人(女性1) 10年以上の経験有り。

特別養護老人ホーム花の苑 小規模多機能型居宅介護事業所	378-0015	沼田市戸鹿野町藤平349-4	0278-25-9188 0278-25-9118
--------------------------------	----------	----------------	------------------------------

チェック! ケアマネ2人(男性2) 2人とも男性。介護福祉士とヘルパーの有資格者在籍。

小規模多機能ホームゆずりは	379-1203	利根郡昭和村糸井840-5	0278-25-8431 0278-25-8432
---------------	----------	---------------	------------------------------

チェック! ケアマネ1人(男性1) 介護福祉士。経験年数10年以上。

小規模多機能月夜野の里	379-1308	利根郡みなかみ町真庭308-1	0278-25-3636 0278-25-3637
-------------	----------	-----------------	------------------------------

チェック! ケアマネ1人(女性1) 介護福祉士。10年以上の経験あり。

3 地域包括支援センター

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号
			FAX番号
沼田市地域包括支援センター	378-8501	沼田市下之町888	0278-22-1112 0278-25-3127
チェック! ケアマネ 7人(男性2、女性5) 基礎資格が様々で専門的な対応が可能。保健師や社会福祉士。			
片品村地域包括支援センター	378-0415	利根郡片品村鎌田3946	0278-58-4020 0278-58-4026
チェック! ケアマネ 2人(女性2) 歯科衛生士と社会福祉士が在籍。			
川場村地域包括支援センター	378-0101	利根郡川場村谷地2390-2	0278-50-1425 0278-50-1425
チェック! ケアマネ 3人(女性3) 全員女性。保健師、看護師、歯科衛生士が基礎資格。			
昭和村地域包括支援センター	379-1298	利根郡昭和村糸井388	0278-24-5111 0278-24-5254
チェック! ケアマネ 1人(女性1) 社会福祉士。			
みなかみ町地域包括支援センター	379-1313	利根郡みなかみ町月夜野118	0278-62-0540 0278-62-0083
チェック! ケアマネ 6人(男性1、女性5) 社会福祉士・保健師などが在籍。成年後見制度の相談・対応可。			

4 市町村等介護保険担当部署

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号
			FAX番号
沼田市健康福祉部介護高齢課	378-8501	沼田市下之町888	0278-23-2111 0278-25-3127
片品村役場保健福祉課	378-0498	利根郡片品村鎌田3967-3	0278-58-2115 0278-58-2110
川場村役場健康福祉課	378-0101	利根郡川場村谷地2390-2	0278-52-2111 0278-52-2333
昭和村役場保健福祉課	379-1298	利根郡昭和村糸井388	0278-24-5111 0278-24-5254
みなかみ町役場町民福祉課	379-1393	利根郡みなかみ町後閑318	0278-25-5012 0278-62-6610
利根沼田保健福祉事務所	378-0031	沼田市薄根町4412	0278-23-2185 0278-22-4479

5 在宅医療・介護連携についての相談窓口

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号
			FAX番号
ぬまたとね医療・介護連携相談室	378-0051	沼田市内原町1628-9 武井マンション101	0278-25-3671 0278-25-3672



「利根沼田圏域退院調整ルールの手引き」は、ぬまたとね医療・介護連携相談室のホームページからダウンロードすることができます。

〈編集発行〉

一般社団法人 沼田利根医師会

ぬまたとね医療・介護連携相談室

〒378-0051 沼田市上原町1628-9 武井マンション101

TEL：0278-25-3671

FAX：0278-25-3672

E-mail：ntishikai-soudan@ace.ocn.ne.jp

ホームページ <https://numatatone.gunma.med.or.jp/renkei/>