

諫早市入退院支援連携ガイドブック



令和7年2月

諫早市

はじめに

全国の高齢者人口増加が続く中で、諫早市においても高齢者が増加し、要支援及び要介護認定者がさらに増加していくと推計されています。また、医療と介護の連携推進は重要な課題となっており、地域包括ケアシステムの構築、強化につなげる必要があります。

ここでいう「入退院支援連携ガイドブック」とは、対象の方が、医療機関に入院（転院）後、自宅等へ退院するにあたり、医療と介護が連携し、入院から退院後の生活および療養を支えるため、医療機関とケアマネジャー（以下「ケアマネ」という）が確実に情報共有を図るための基本的な手順のことです。

平成29年3月から4月にかけて県央保健所が実施した、諫早市内医療機関への聞き取り調査においては、「入院時の情報がない」「すべてのケアマネに病院から連絡することはむずかしい」などの意見が聞かれました。

また、同時期に実施した諫早市内ケアマネを対象としたアンケート調査では、入院時、ケアマネから医療機関へ書面による情報提供がなかった割合は45%、退院時、医療機関からケアマネへの情報提供がなかった割合は29%でした。

これらをふまえ、諫早市の医療と介護を必要とする住民が、最期まで自分らしく安心して暮らし続けることができる社会の実現のための地域包括ケアシステム構築の一環として、入退院における医療機関とケアマネの情報共有をスムーズにし、円滑な在宅等への移行を図ることを目的に、本ガイドブックを作成いたしました。

内容については発展途上のものとなります。今後多くの関係者の方々が利用する中で、沢山のご意見をお寄せいただき、皆さまのものとなるよう見直していきたいと思っておりますので、ご協力をお願いいたします。

連携するうえで、お互いの立場を尊重し、可能な範囲で活用しながら切れ目のない医療と介護の連携を目指すうな～！



目次

	ページ	
1 運用にあたっての留意事項	- 1	-
2 活用にあたっての基本的事項	- 2	-
3 入退院支援連携のフロー	- 3	-
4 協力医療機関窓口一覧①～③	- 4～6	-
 (参考様式)		
入院時情報提供書	- 7	-
退院時情報提供書	- 8	-
 (関係機関一覧)		
諫早市地域包括支援センター一覧	- 9	-
居宅介護支援事業所一覧①・②	- 9・10	-
 (参考資料)		
こんにちは、ケアマネです！	- 11	-

1 運用にあたっての留意事項

(1) 基本事項

項目	内容	
適用及び対象者	入院前に担当ケアマネが決まっている方で、諫早市内の医療機関（※1）に入院及び転院し、諫早市内の自宅等（※2）へ退院するケース	
支援者及び支援機関	【医療機関】 ・連携担当者 ・病棟看護師 等	【ケアマネ】 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・介護保険施設相談員 等
運用開始	平成30年4月	

※1 病院（但し、精神科を除く）及び有床診療所（但し、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科を除く）
※2 自宅及び在宅系施設（小規模多機能型居宅介護施設、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス）、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院

(2) 入院時の情報収集及び提供の際に気をつけること（個人情報保護の観点から）

【医療機関が情報収集するとき】

在宅生活時の状況を支援対象者や家族から十分に聞き取るとともに、支援対象者または家族の同意を得たうえで、ケアマネ等在宅担当者からも情報収集を行います。また、情報収集の窓口や希望する提供方法（電話、FAX、面談等）を明確にしておく

【ケアマネが情報提供を行うとき】

支援対象者または家族の同意を得たうえで、在宅での状況を速やかに入院医療機関へ情報提供します。



2 活用にあたっての基本的事項

【日頃から情報収集に努める】

入院が必要となる状態になる前から、支援対象者の病歴や服薬状況、キーパーソンなどを把握し、仮に入院した場合を意識することも大切です。

【入退院時情報提供書について】

○本ガイドブックにおける入院時及び退院時情報提供書は、諫早市における医療・介護連携のための参考様式としており、他の様式使用を妨げるものではありません。ただし、入院医療機関（特に急性期病院）での文書取扱いが円滑に行えるよう、参考様式の利用をお勧めします。

○本ガイドブックの入院時及び退院時情報提供書は、「協力医療機関窓口一覧」（4ページ）に掲載のない医療機関や、市外医療機関への情報提供にも活用できる内容となっておりますので、双方で様式について確認した上で、ご活用ください。

○「記入欄が狭い」「情報提供書にはない項目について情報提供したい」等という場合、記入する枠をひろげる、FAX送信欄の追加、必要な書類を添付するなど、必要に応じて各自で様式をカスタマイズし、使いやすく修正していただくことは問題ありません。

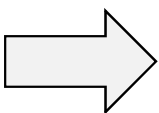

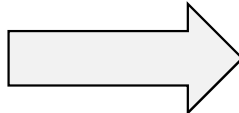

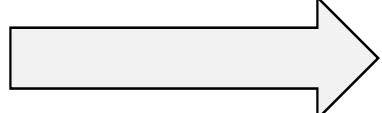
【日常の療養支援と多職種連携について】

入院前や退院後の日常の療養の場面では、地域の歯科医師、訪問看護師、薬剤師、栄養士などさまざまな職種との関わりが必要になる場合があります。支援対象者の状況に応じた連携をとるよう心がけましょう。

連携が欠かせないうな～！



3 入退院支援連携のフロー（数字は連携の流れを、●は具体的な内容を示しています）

		ケアマネ
在宅		<p>1) 担当している利用者・家族に、入院したら担当ケアマネに連絡するよう伝えておく</p> <ul style="list-style-type: none"> ●担当の名刺を渡す（介護保険被保険者証と一緒に保管） ●『こんにちは、ケアマネです！』の活用 <p> ・入院先医療機関がケアマネを把握しやすい工夫を、普段からしておきましょう</p>
入院 (又は転院)		<p>2) 「医療機関がケアマネを把握」または「ケアマネが入院を把握」どちらか早いほうが、当日又は3日以内に相手に電話連絡する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●電話連絡の中で情報提供書のやり取りが必要か、不要かを話し合う <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関が必要と判断した場合は原則、情報提供書のやり取りを行うこととする ・検査入院や繰り返す入退院等のため、不要となる場合もある <p> ・介護保険被保険者証には、ケアプランを作成した居宅介護支援事業所名称等が明記されていることを知っておきましょう</p> <p>●各医療機関への連絡方法は「協力医療機関窓口一覧」参照</p>
退院調整		<p>3) 必要に応じて、入院時情報提供書を提供</p> <p>●持参の場合は、医療機関に事前に連絡する</p>
退院	<p>4) 入院中の患者情報を双方で共有し、相互に協力して退院に向けた調整を開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者の退院見込み（いつ、どこに退院予定か）について、決まり次第早めに連絡する ●自宅等へ退院の場合→5)へ ●転院の場合→2)に戻る (転院先医療機関とケアマネとがやり取りを行う) <p>●患者・家族の意向を確認し、介護サービスを調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転院の場合、入院時情報提供書は転院先の医療機関に引き継がれないため、改めて情報提供書のやり取りが必要か不要かを、転院先医療機関と話し合いましょう ・特養や老健入所等の理由でケアマネが変わる場合は、新しいケアマネへ十分に引き継ぐとともに、医療機関へその旨伝えましょう <p>●必要に応じて、退院カンファレンスへの出席</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催希望がある場合は、事前に医療機関に伝えておきましょう！ <p>●不足情報等については随時医療機関に問い合わせる</p>	
	<p>5) 必要に応じて、退院時情報提供書の提供</p> <p>●情報の追加がある場合は適宜連絡する</p>	

協力医療機関窓口一覧①

(令和7年2月1日現在)

医療機関名		姉川病院	諫早記念病院	諫早総合病院	唐比病院	恵寿病院	佐藤病院
〒		854-0031	854-0006	854-8501	854-0208	854-0121	859-0166
所在地		小野島町2378-2	天満町2-21	永昌東町24-1	森山町唐比西1165	有喜町593-1	小長井町井崎98
代表電話		24-3180	22-0370	22-1380	36-0011	28-3832	34-2062
ファックス		24-3991	22-0371	22-1184	36-3082	28-2187	34-2801
退院調整相談窓口	部署名	地域医療福祉連携課	医療連携室	地域医療連携室	地域支援連携室	地域医療福祉連携室	社会福祉士
	電話	24-3180	47-8161	22-1380	36-0011	28-3832	34-3142
	ファックス	24-5660	22-2903	0120-1388-35	36-3082	28-2187	34-2801
連絡時間可能な	午前	8:30~17:30	9:00~12:30	9:00~17:00	8:30~12:00	8:30~17:00	9:30~12:00
	午後		13:30~17:30		13:00~17:30		13:00~16:00

医療機関名		慈恵病院	菅整形外科病院	長崎原爆諫早病院	西諫早病院	宮崎病院	山崎病院
〒		859-0401	854-0034	859-0497	854-0063	854-0066	859-0165
所在地		多良見町化屋995	小野町332	多良見町化屋986-2	貝津町3015	久山町1575-1	小長井町小川原浦656
代表電話		43-2115	23-2388	43-2111	25-1150	25-4800	34-2007
ファックス		43-2193	24-5202	43-2274	25-1551	25-7053	34-3007
退院調整相談窓口	部署名	医療連携室	地域医療連携室	医療連携室	医療連携室	地域医療連携室	ケアマネ
	電話	43-2115	46-5810	27-2311	25-1150	25-4800	34-2007
	ファックス	43-2193	35-1055	43-2870	25-3606	25-7053	34-3007
連絡時間可能な	午前	8:30~12:30	9:30~11:30	8:30~17:00	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:30
	午後	13:30~17:30	14:30~16:30		13:00~17:00	13:00~17:00	14:30~18:00

協力医療機関窓口一覧②

(令和7年2月1日現在)

医療機関名		犬尾内科医院	貝田整形外科	コムタ外科・ 整形外科医院	しば整形外科 クリニック	すばる診療所	檀野医院
〒		854-0003	854-0014	854-0022	854-0071	859-0414	859-0301
所在地		泉町14-26	東小路町12-10	幸町25-7	永昌東町20-25	多良見町元釜 5-15	長田町2592
代表電話		22-0245	22-0336	22-2597	22-1086	28-7788	23-9226
ファックス		22-7072	22-0337	22-4702	22-1083	28-7200	23-9339
退院調整 相談窓口	担当	受付	病棟看護師	病棟担当看護師	院長	総務又は 病棟看護師	院長
	電話	22-0245	22-0336	22-2597	22-1086	28-7788	23-9226
	ファックス	22-7072	22-0337	22-4702	22-1083	28-7200	23-9339
連絡 時間可 帯能 な	午前	9:00~18:00	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:30	9:00~12:30	
	午後		13:30~18:00	14:00~17:00 (土曜日は14:00~ 16:00)	14:00~18:00	13:30~17:00	13:00~18:00
備考			木・土曜日は午前のみ	木曜日は午前のみ	木・土曜日は午前のみ		木・土曜日は除く

医療機関名		長崎呼吸器 リハビリ クリニック					
〒		854-0063					
所在地		貝津町1694					
代表電話		25-2323					
ファックス		26-2434					
退院調整 相談窓口	担当	病棟担当看護師					
	電話	25-2323					
	ファックス	26-2434					
連絡 時間可 帯能 な	午前	9:00~12:00					
	午後	14:00~18:00					
備考		水曜日は午前中 土曜日は午前中					

協力医療機関窓口一覧③

(市外医療機関)

(令和7年2月1日現在)

医療機関名		愛野記念病院				
〒		854-0301				
所在地		雲仙市愛野町甲 3838番地1				
代表電話		0957-36-0015				
ファックス		0957-36-1027				
退院調整相談窓口	担当	地域医療連携室				
	電話	36-3950				
	ファックス	36-7072				
連絡時間可能な	午前	8:30~17:30				
	午後					
備考						

医療機関名						
〒						
所在地						
代表電話						
ファックス						
退院調整相談窓口	担当					
	電話					
	ファックス					
連絡時間可能な	午前					
	午後					
備考						

入院時情報提供書

令和 年 月 日

事業所名 (施設名)	担当氏名
	連絡先

ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日 (年齢)	年 月 日
氏名		<input type="checkbox"/> 女		(歳)

要介護認定	介護度 : 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	認定期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

高齢者の生活自立度	<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
認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

利用サービス (利用頻度等)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 通所介護 () <input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 通所リハ () <input type="checkbox"/> 訪問リハ () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () <input type="checkbox"/> 住宅改修 () <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------	--

キーパーソン (連絡先)	氏名	続柄	連絡先	備考

経済状況	保険種別: <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 年金種別: <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>男性 女性 (本人) (死亡) (同居)</small>	心身の状況	疾患名、既往歴など
	かかりつけ医	医療機関名: 主治医:
	生活状況 (直近数ヶ月)	

ADL等	自立	見守り	一部 介助	全介助	備考(必要事項は追記)
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯→ <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"/> 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> 制限あり () <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()
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 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			

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"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他→ ()
------	---

特記事項(生活上の課題など)

※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得ています。
(同意を得ていないものについては未記入)

退院時情報提供書

令和 年 月 日

<< 提供元医療機関 >> 診療形態 入院	所在地、名称、電話及びFAX	記入者名	
		医師氏名	(印)

入院日	月	日	退院日	月	日	退院先	
情報提供の目的							
ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	職業	
氏名				<input type="checkbox"/> 女		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所						電話番号	
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの						発症日 : 年 月 日
							発症日 : 年 月 日
その他の傷病名 (合併症・既往歴)							
経過及び治療状況							
退院時処方							
高齢者の生活自立度	<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
認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IIIa
	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M				
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等							
キーパーソン (連絡先)	氏名	続柄	連絡先	備考			
介護力	主介護者	続柄	主介護者以外の支援者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ()			
	介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (理解状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 → 問題点:)					
医療機関から本人・家族への病状の説明内容、受け止め方、本人・家族の今後の希望							
リハビリ	内容、目標						
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 経管栄養		
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> その他 → ()			
ADL等	自立	見守り	一部 介助	全介助	備考(必要事項は追記)		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 → <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 ()	食事 形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 制限あり ()		<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()
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"/>	最終入浴 ()	<input type="checkbox"/> 浴槽	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最終排便 ()		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	服薬に関して特に注意すること		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					
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 ()						
特記事項							

※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得ています。

諫早市地域包括支援センター一覧

圏域	町名	郵便番号 所在地	電話番号	運営主体
			FAX番号	
中央部	東小路町、高城町、仲沖町、上町、栄町、八坂町、本町、東本町、旭町、厚生町、幸町、八天町、西郷町、新道町、立石町、上野町、野中町、船越町、原口町、西小路町、宇都町、福田町、泉町、金谷町、城見町、天満町、日の出町、本明町、目代町	〒854-0061 諫早市宇都町29-1 (諫早市健康福祉センター内)	27-0730	諫早市
			27-0740	
北部	小船越町、中尾町、山川町、馬渡町、本野町、富川町、湯野尾町、上大渡野町、下大渡野町、永昌町、永昌東町、栄田町、西栄田町、破籠井町、真崎町、堀の内町、津水町、白岩町、堂崎町、大さこ町	〒854-0074 諫早市山川町2-13竹下ビル	25-7030	(社)諫早医師会
			25-7035	
西部	久山町、久山台、貝津町、若葉町、津久場町、青葉台、貝津ヶ丘、飯盛地域、多良見地域	〒859-0401 諫早市多良見町化屋1800 (たらみ会館内)	43-3330	(福)祥仁会
			43-3711	
南部	小ヶ倉町、小川町、鷺崎町、川床町、平山町、土師野尾町、栗面町、松里町、有喜町、早見町、天神町、中通町、鶴田町、赤崎町、黒崎町、小野町、小野島町、川内町、長野町、宗方町、森山地域	〒854-0201 諫早市森山下井牟田1238 (森山保健センター内)	35-2887	(医)和光会
			35-2886	
東部	小豆崎町、西里町、中田町、御手水町、大場町、白木峰町、長田町、正久寺町、高天町、白浜町、白原町、猿崎町、高来地域、小長井地域	〒859-0132 諫早市高来町三部巷528 (高来会館内)	32-6556	(社)長崎県看護協会
			32-6566	

居宅介護支援事業所一覧①

(令和7年2月1日現在)

	事業所の名称	所在地	電話番号	FAX番号
中央部	社会福祉法人龍美会 指定居宅介護支援事業	福田町2366-1	23-3021	24-0545
	社会福祉法人 福翠会 ケアプランセンター福田	福田町3350	21-2101	46-5552
	ケアガーデンオアシス ケアプランセンターオアシス	福田町2-22	35-5180	35-5175
	居宅介護支援事業所 楓	本明町447-5	46-3552	46-3683
	ケアプランセンター陽和	福田町2725番地4	24-3776	-
	諫早医師会居宅介護支援事業所「たんぽぽ」	泉町23-3	27-0704	24-1063
	ケアプランセンターしろみ	城見町43-1	21-6263	47-5655
	諫早記念病院 介護サービス 「ひまわり」	天満町2-21	46-8288	22-2903
	ケアプランセンター さいわい	幸町64-20	22-7890	22-7582
	居宅介護支援事業所 ひばり	船越町612-3	22-2200	22-2205
リハビリ ケアプランセンター あいのわ	幸町52-7	47-6869	46-3107	
北部	長崎県看護協会ケアプランセンター諫早	永昌町23-6	28-9200	49-8069
	居宅介護支援事業所 しあわせ	堂崎町15-14	26-2993	26-2995
	寿光会ケアプランセンター	白岩町2番地7	46-5761	46-5770
	ケアプランセンター 椿寿荘	栄田町582-9	28-9103	26-3197
	ケアマネジメントセンター利楽いさはや	馬渡町7-6	46-3834	46-3260
	ケアプランセンター スリーサポート	真崎町1738-1	26-2994	26-2994

居宅介護支援事業所一覧②

	事業所の名称	所在地	電話番号	FAX番号
西部	にしいさはやケアプラン・センター	貝津町3015	20-9133	20-9134
	社会福祉法人 真津山福祉会 高望荘ケアプランセンター	貝津町2661-1	25-5670	25-5370
	宮崎病院指定ケアマネジメントセンター	久山町1575-1	25-7755	25-7756
	慈恵病院ケアマネジメントセンター	多良見町化屋995別館2階	28-5533	43-2522
	ケアプランセンターじゅげむ	多良見町市布1272-3	43-3534	43-3544
	プランナーすみなみ	多良見町中里1738-1	43-8209	43-8209
	たらみ・いいもりケアマネジメントセンター	多良見町木床1558	28-5335	48-2668
	エコソール 居宅介護支援事業所	多良見町元釜5-15	44-1652	44-1919
	飯盛町在宅介護支援センター 特養いいもり	飯盛町開48	48-2270	48-2275
	ケアプランセンター 開	飯盛町開1368番1	48-2679	48-2680
南部	姉川病院 ケアプランセンター	小野島町2378-2	24-3180	24-3991
	医療法人社団 尚整会 「管整形」	小野町332	23-2388	24-5202
	居宅介護支援事業所 富士山	長野町1413-3	35-4848	35-4849
	ニチイケアセンター諫早	鷺崎町361-1 1F	35-8090	35-8092
	ケアプラン イーハトーブ	小川町595-35	21-1810	22-6828
	ケア・ステーション オリーブ	土師野尾町1833-1	47-6007	47-6008
	ケアプランセンター平和	平山町836-1	36-5790	36-5790
	居宅介護支援事業所 恵仁荘	有喜町648	28-3267	28-2675
	居宅介護支援事業所 森の里	森山町杉谷2899-2	36-3434	36-3420
	唐比病院指定居宅介護支援事業所 秀峰荘 ケアプランセンター	森山町唐比西1165 森山町唐比西124-5	36-0011 36-1777	36-3082 36-1528
東部	医療法人社団 古川医院	高天町2612-1	24-8300	24-8300
	居宅介護支援センター クローバー	長田町2547	24-8011	24-8908
	居宅介護支援事業所 清和	長田町2826-1	23-9680	23-9637
	指定居宅介護支援事業所 ライフ	高来町船津519	32-5450	32-5450
	ケアプランセンター 小江の里	高来町下与433	32-2224	32-2224
	リハビリケアプランセンター高来	高来町峰468番地80	51-6342	51-7182
	ふれあいケアプランセンター	高来町黒崎313-1	27-7188	32-3030
	ケアプランセンターほたる	高来町黒崎79-3	32-6022	32-6023
	居宅介護支援センター 聖フランシスコ	高来町神津倉54番地3	32-2149	32-2254
	善友会 居宅介護支援事業 医療法人二輝会 佐藤病院	小長井町小川原浦656 小長井町井崎98	34-3730 34-2062	34-4848 34-2801

こんにちは、ケアマネです！



※入院が決まったとき、
または

入院された場合には、必ず下記までご連絡ください

担当氏名	
事業所名	
連絡先	

<協力>「諫早市版入退院支援ルール」策定検討会

(平成29年度 地域包括ケアシステム構築推進事業：在宅医療・介護連携強化事業)

○検討会メンバー

(敬称略)

氏名	所属
北嶋 星子	古川医院 居宅介護支援事業所
木下 竜輔	恵寿病院 地域医療福祉連携室
久保 博子	諫早市南部地域包括支援センター
白濱 正太郎	諫早記念病院 医療連携室
友永 仁美	宮崎病院
橋口 英俊	ケアプランセンター平和
平山 香織	諫早総合病院
松尾 幸子	特別養護老人ホーム 特養いいもり
道口 誠	介護老人保健施設 恵仁荘
米田 健二	諫早市高齢介護課
入江 治美	長崎県県央保健所 地域保健課

*事務局：長崎県県央保健所

諫早市入退院支援連携ガイドブック

事務局：諫早市

問合せ：諫早市 地域包括ケア推進課

〒854-0061
長崎県諫早市宇都町29番1号
電話 (0957) 22-1500 (代表)

