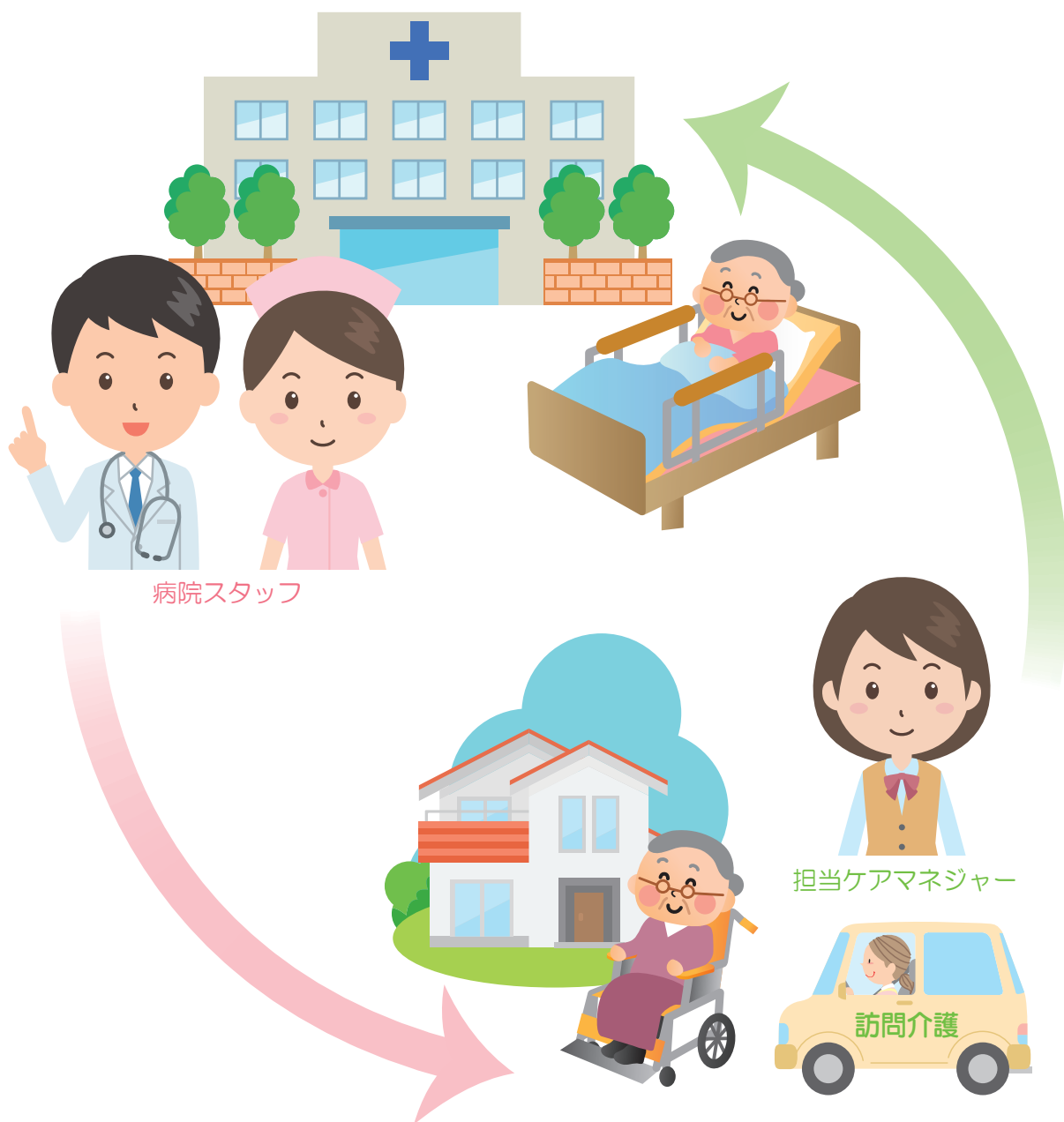


「退院調整ルール」の手引き



目

次

- 1 いわき医療圏退院調整ルールの基本 …………… 1
- 2 いわき医療圏退院調整ルールの内容 …………… 4
- 3 入院時情報提供シート、退院調整共有情報 …………… 9

参考資料

- (1) 退院調整ルール参加病院の担当窓口一覧 …………… 13
- (2) 居宅介護支援事業所一覧 …………… 22
- (3) 地域包括支援センター一覧 …………… 27
- (4) 行政機関担当部署 …………… 28
- (5) 退院調整に関する診療報酬・介護報酬 …………… 29
- (6) 個人情報の取扱について …………… 30

■ 1 いわき医療圏退院調整ルールの基本

(1) いわき医療圏退院調整ルールとは

病院から退院後に切れ間なく介護サービスを受けられるようにするため、病院とケアマネジャー（介護支援専門員）が連携し、入院時から情報を共有し、退院に向けた連絡・調整を行うための仕組みです。

患者の退院に向けて、病院とケアマネジャーが連携をとるために、それぞれの役割や様式などを定め、平成29年4月から運用を開始します。

(2) いわき医療圏の範囲

いわき市

(3) いわき医療圏退院調整ルール参加機関（平成29年2月現在）

- ① いわき市内の病院
- ② いわき市内の居宅介護支援事業所
- ③ いわき市内の地域包括支援センター
- ④ いわき市保健福祉部
- ◎ 参加病院担当窓口、居宅介護支援事業所などは、参考資料P13以降に掲載しています。
- ◎ 参加されていない病院や有床診療所、小規模多機能型事業所などについても、今後参加していただけるよう呼びかけていきます。

(4) いわき医療圏退院調整ルールの対象となる患者

次のいずれかに該当する方について、退院調整を行う必要があります。

- ① 入院時に担当ケアマネジャーが決まっている方
（入院前に介護サービスを利用していた方）
⇒要介護・要支援に関わらず、**すべて対象**となります。
- ② 入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない方
（退院後、新たに介護保険サービスを利用する方）
⇒『退院調整が必要となる患者の基準』により、**病院で退院調整が必要と判断した方が対象**となります。

(5) いわき医療圏が想定する基本的なケース

基本的には、いわき医療圏域にお住まいの退院調整ルール該当者が、いわき医療圏域の病院に入院し、退院後、在宅に戻るケースを想定しています。

これ以外のケースについても適宜、ルールを活用していただいて差し支えありません。

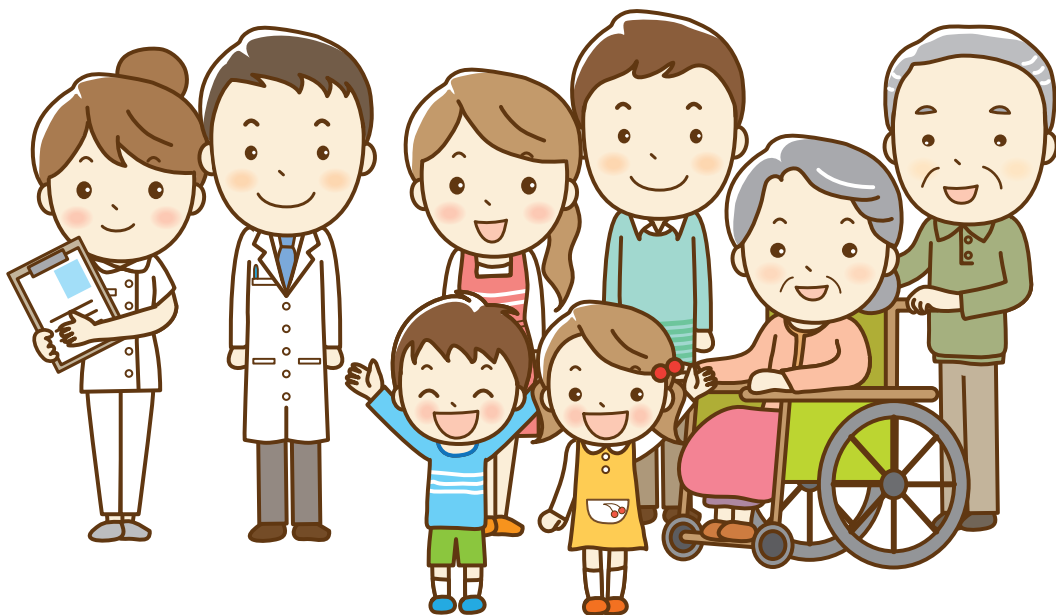
(6) いわき医療圏退院調整ルールの位置づけ

退院調整ルールは、病院とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。

ルールに定めた日数などは、「目安」として考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

(7) いわき医療圏退院調整ルールの見直し

いわき医療圏退院調整ルールは、運用後、定期的に運用状況の確認・評価を行い、必要があれば関係者間で協議の上、適時見直しを行っていきます。



■入院前にケアマネジャーが決まっていない場合の情報取得と支援

① 要介護認定の有無の確認

患者が「要介護認定を受けているかどうか」「担当ケアマネジャーがいるかどうか（※）」など、患者の介護保険サービスの利用状況が、本人や家族への聞き取りや「保険証セット」の確認などをしてもわからない場合は、病院スタッフが各地区保健福祉センター（参考資料P28を参照）に問い合わせてください。

なお、お問い合わせ前に、「介護認定情報取得及び利用同意書」若しくは、「退院調整ルール運用に係る情報取得及び利用同意書」などにより、患者から情報取得及び利用の同意を得てください。

※ 要介護認定を受けていても、介護保険サービスを利用しておらず、ケアマネジャーが決まっていない（契約していない）場合があります。

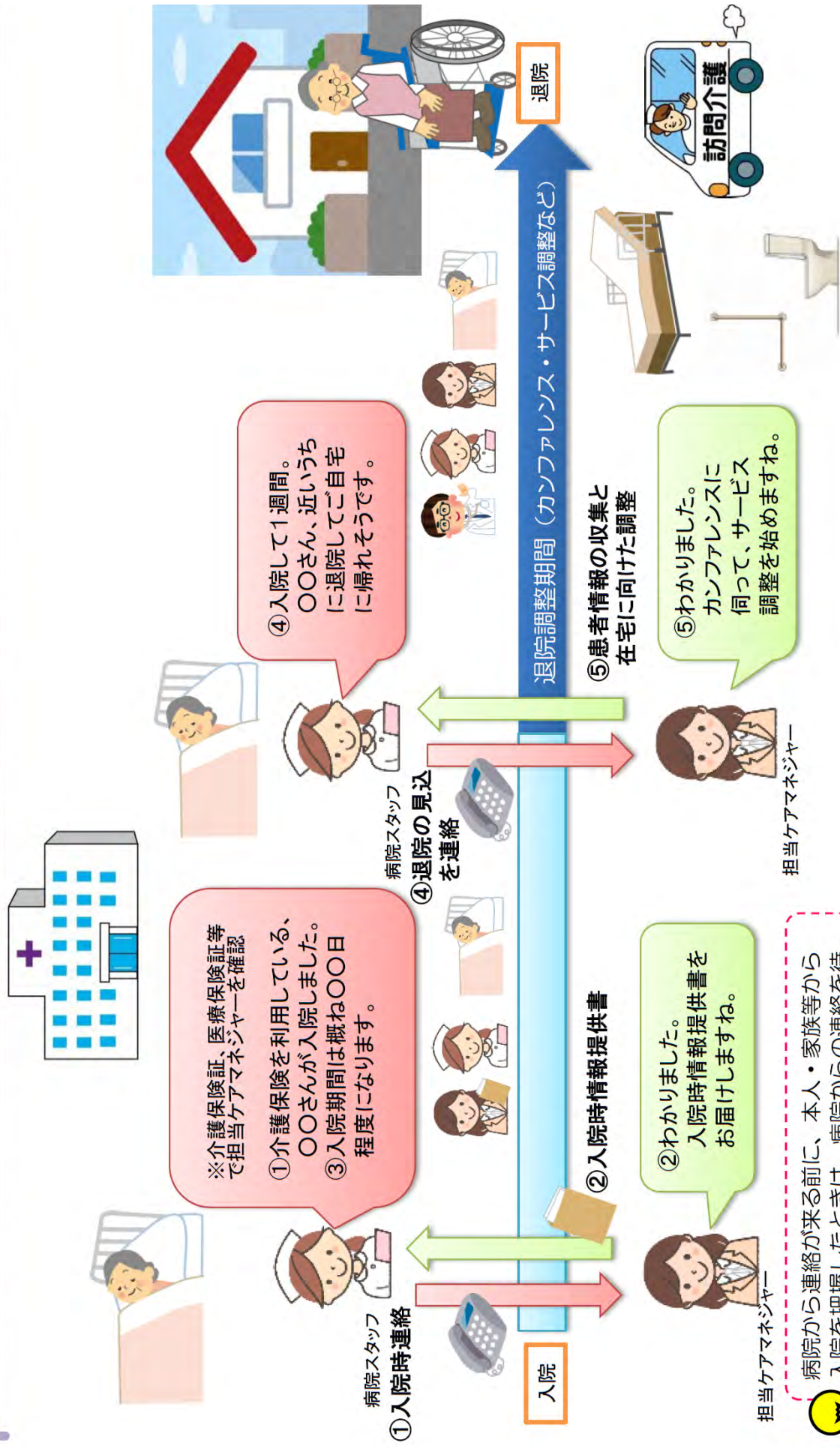
② ケアマネジャーの選定（居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの契約）の支援

担当ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の選定は、患者・家族の自由意志によることが基本となりますが、患者や家族がケアマネジャーの選定について病院の支援を必要としている場合に、病院で居宅介護支援事業所の情報がないときなどは、病院スタッフが地域包括支援センターにご連絡ください。

地域包括支援センターでは、地域内の居宅介護支援事業所の大よその空き情報などについて把握していますので、情報提供などの支援を行います。




2 いわき医療圏退院調整ルールの内容

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合(入院前に介護保険サービスを利用していた場合)



病院から連絡が来る前に、本人・家族等から入院を把握したときは、病院からの連絡を待たずに入院時情報提供書を送付する。

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合(入院前に介護保険サービスを利用していた場合)

	病院	ケアマネジャー (ケアマネ)
在宅時 		<p>◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 担当する利用者に、ケアマネの名刺を、『医療保険証』・『介護保険証』・『かかりつけ医の診察券』・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には「保険証セット」として持参するよう伝えておく。 ○ 利用者・家族に、入院したらケアマネに連絡するよう伝えておく。
入院 	<p>①入院時連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、原則として 3日以内 に連絡。 <p>③予想される入院期間情報の共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院診療計画書に記載されている入院期間の情報を担当ケアマネに伝える。 	<p>②入院時情報提供書の送付</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院を把握したら提供書を作成し、原則として 3日以内 に病院に提供 (原則として電話連絡の上、持参する)。
退院の見込 (入院後 1週間程度) 	<p>④患者の退院見込を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院後 1週間程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ○ 可能と判断されたら、原則として 退院予定日の 7日前までに、ケアマネジャーに連絡。 	<p>⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
退院調整 	<p>⑥入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院担当者 (看護師・MSW) とケアマネの退院調整開始面談 ○ 退院前カンファレンスの開催 ○ 退院時情報の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整 など
退院日決定 	<p>⑦退院日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 主治医の許可した退院日をケアマネに連絡 	
退院後	<p>⑧サマリーの提供 (必要に応じ)</p>	<p>⑨ケアプランの提供 (必要に応じ)</p>

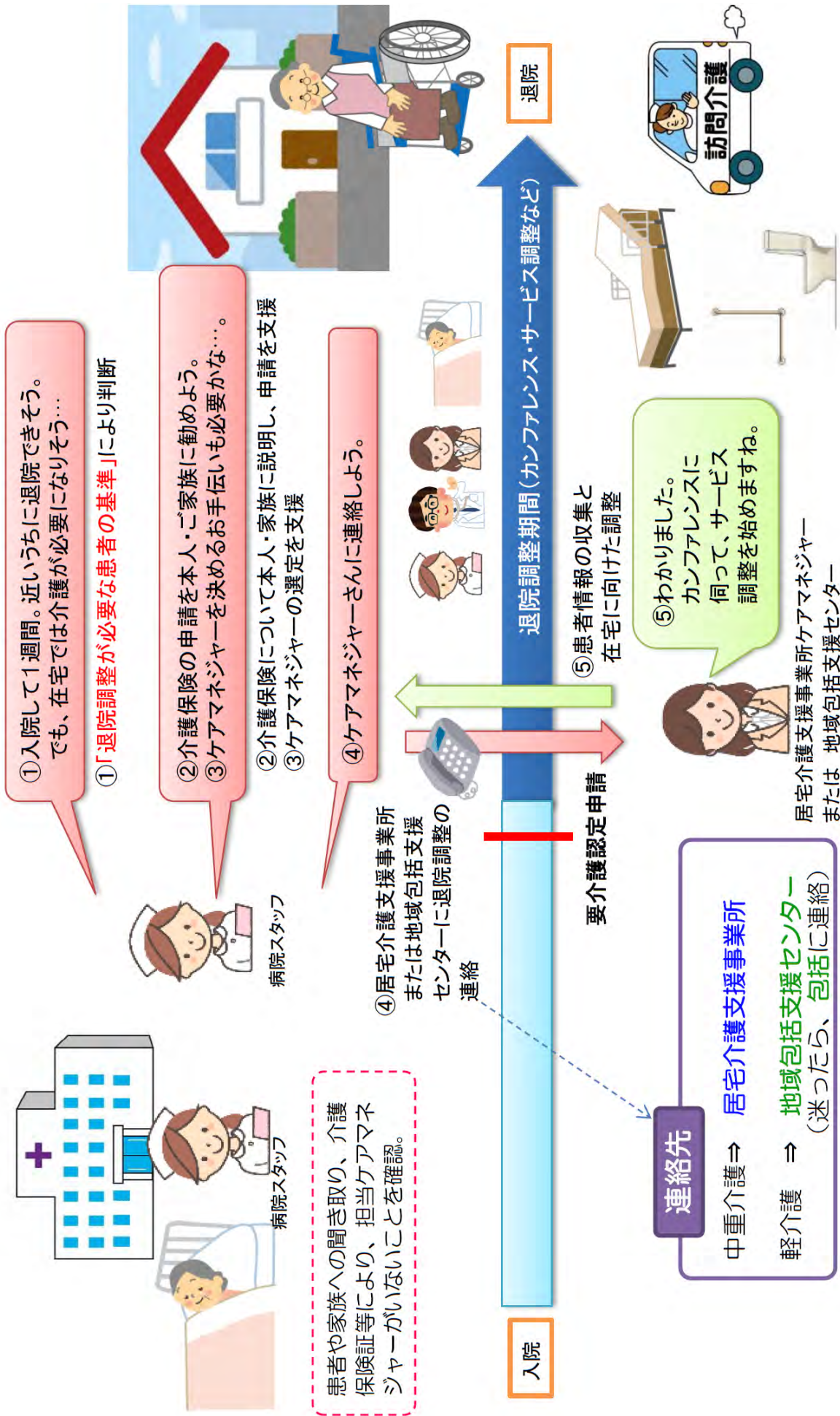


「病院がケアマネを把握」又は「ケアマネが入院を把握」、どちらか早いほうが相手にアプローチ。





入院前から、担当ケアマネが決まっている患者については、要介護・要支援を問わず、必ず引き継ぎを行うこと。

(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）



(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）

	病院	ケアマネジャー（ケアマネ）
<p>入院</p> 	<p>◇患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、担当ケアマネが決まっていないことを確認。</p>	
<p>退院の見込 (入院後 1週間程度)</p> 	<p>①退院調整の必要性の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院後1週間程度を目的に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ○ 「退院調整が必要な患者の基準」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断。 <p>②患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請等を支援。 <p>③ケアマネジャーの選定を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 必要に依り地域包括支援センターに相談し、ケアマネの選定を支援。 <p>④患者の退院の見込を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ①により、退院調整が必要と判断された患者について、退院の見込を、原則として退院予定日の7日前までに、③で選定したケアマネに連絡 <p>要介護と思われる者（中重介護） ⇒ 居宅介護支援事業所 要支援と思われる者（軽介護） ・ 判断に迷う者 ⇒ 地域包括支援センター</p>	<p>⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院の見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
<p>退院調整</p>	<p>以降の流れは、前掲『(1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合』の⑤以降と同じ。</p>	
<p>退院日決定</p>		
<p>退院後</p>		

(3) 『退院調整が必要な患者の基準』（要介護認定を受けていない患者）

1 必ず退院調整が必要な患者（要介護）


- 立ち上がりや歩行に介助が必要
- 食事に介助が必要
- 排泄に介助が必要又はポータブルトイレを使用中
- 日常生活に支障を来すような症状がある認知症
- (ADLは自立でも) がん末期の方

◎1項目でも当てはまれば(さらに重度も含めて)⇒[居宅介護支援事業所](#)へ連絡

2 上記以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）

- 独居かそれに近い状況で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- (ADLは自立でも) 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）が追加された方

⇒[地域包括支援センター](#)へ連絡
(1か2で判断に迷う場合も)


 入院前から、居宅又は包括のケアマネと契約している患者については、要介護・要支援関係なく必ず引き継ぐこと。

(4) 『病院側で在宅への退院が可能かを判断するポイント』 (ケアマネジャーが決まっている場合、決まっていない場合とも)

病院スタッフが、入院後1週間程度を目途に、次の基準により「在宅への退院が可能かどうか」を判断します。ケアマネジャーに「退院の見込み」を連絡する目安となります。

◇「在宅への退院ができそう」と判断する基準

- 1 病状が安定した状態である。
- 2 在宅での介護が可能そうである。（本人や家族の状態を考慮）

 入院期間が2週間程度の場合、入院後1週間程度で判断。
入院期間が3週間程度の場合、入院後2週間程度で判断。

3 入院時情報提供シート、退院調整共有情報

ケアマネジャーが病院へ情報提供する際の標準様式です。
いわき市ホームページからダウンロードできます。

記入年月日 平成 年 月 日

入院時情報提供シート（標準様式）

事業所名				担当者名							
電話番号				FAX番号							
氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
緊急時連絡先(優先順位)											
氏名		住所			続柄	電話番号		連絡が付きやすい時間帯			
1											
2											
3											
現病歴				既往歴							
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(有・無) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題()					
本人(回男性 ◎女性) △:キーパーソン ○:女性 □:男性		主・主介護者		在宅主治医		医療機関名		Tel		主治医名	
						医療機関名		Tel		主治医名	
要介護度				<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(月 日)		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5					
介護保険認定有効期間				年 月 日 ~ 年 月 日							
サ ー ビ ス 利 用 状 況		<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他()									
ADL等	自立	要介	要介	要介	要支援は必要事項のみ記入						
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いす・杖使用・歩行器使用・装具・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(可・不可)						
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯:無・有(上・下) 部分入歯:無・有(部位)						
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通食・治療食(Kcal) 糖尿病食 高血圧食 腎臓病食 その他() 経管栄養()						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食:米飯・粥(全・五分)・ミキサー (平均摂取量 割程度)						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食:通常・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー(とろみ付:無・有) (平均摂取量 割程度) 水分摂取:(1日 ml) 制限:無・有(1日 ml) ・とろみ剤使用(無・有) 嚥下障害(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"/>	浴室の有無(有・無) 入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他())						
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ						
療養上の問題 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他()) 認知症の症状(無・有) うつ傾向(無・有) 聴覚障害(無・有) 視覚障害(無・有)										
医療処置	無・有 ①内容:パルカテール・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素 その他() ②方法(誰が行う):本人・訪問看護・家族(具体的には誰)										
経済状況	年金・生活保護・その他()				金銭管理:本人・その他()						
世帯構成	独居・高齢者夫婦世帯・その他()				キーパーソン()						
介護力	主介護者() 主介護者以外の支援者() 介護の指導(無・有) 理解の状況:十分・不十分・問題()										
連絡事項等(日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思い)											

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。

退院調整時に病院とケアマネジャーが情報共有する項目の理由となります。
 病院で退院調整前に「共有したい情報」について把握を行ってください。

退院調整共有情報(退院に向けて共有したい情報とその理由)

	共有したい情報	その理由
本人	医療に関すること	
	診断名・合併症・既往歴	・ 特定疾患など使える情報があるか確認する必要がある。
	今回の入院の理由	・ 入院の背景を知り、これまでの服薬等の病状の管理に問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで在宅に戻った際、病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。
	病院から「病状の説明内容」と本人・家族の「受け止め方」「今後の希望」	・ 「家に帰る」ことだけを目指にするのではなく、本人が「家でどの様に過ごしていきたいのか」を目標にして支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。
	今後の治療	
	治療内容	・ 病気の再発防止のための受診の管理を行う必要がある。
	受診の必要性	・ 必要に応じて同行する。
	リハビリの必要性や内容	・ どの程度の内容で、誰が指導するのか(介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無)。 ・ 適正なリハビリの方法を知り安全に行えるようにする。
	薬物治療内容	・ 在宅でのADLに影響を及ぼすため(副作用がでるのか)。 ・ 在宅で管理できる投薬内容か確認する必要がある。 ・ 食事との組み合わせで支障がでるものがないか確認する必要がある。
	訪問看護への情報	・ 身体状況とその対応についてチームで共有する必要がある。
	医療処置	
	内容・方法	・ 事故防止のための正しい処置を確認する。 ・ 適切な処置や管理の体制を整える必要がある。
	生活上の指示	
	食事制限(形態・水分)	・ 病状のコントロールに影響するため必要(ADLと関連する)。
	活動制限	・ 利用するサービスに制限が出てくる場合がある。
	ADL等	
	移動方法・入浴・更衣・排泄・食事摂取・嚥下	・ 本人がどこまで出来るのか、介助の必要性を確認する。 ・ これまでのサービスから変更の必要があるか判断する。 ・ 住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性を確認する。
	療養上の問題	
	服薬管理	・ 服薬管理が出来るのか。介助が必要なのか。
	理解力	・ どの程度の理解力があるのか。治療や介護の同意が可能か知る。
周辺症状の有無	・ 家族の介護負担に大きく影響する。あればそのときの対処の仕方などを知る。	
感染症		
感染症の有無	・ 感染症の有無によりサービスの利用に支障がでる場合がある。	
経済状況		
制度利用の有無	・ サービス利用等について各制度の担当と連携する必要があるため。	
金銭管理	・ 本人以外の方が管理する場合、費用が発生する際の相談をする必要が出てくる。 ・ 経済的な虐待が疑われる場合の対応に配慮が必要になってくる場合がある。	
家族	世帯構成	・ 家族状況・血縁者の存在を確認する。
	主介護者や介護力	・ ヘルパー利用の必要性および支援の内容、時間が変わる。
	様々な場面でのキーパーソン	・ (経済)在宅サービスの利用において、負担可能な範囲を確認する必要がある。 ・ (様々な方針決定)家族内の意見が異なることが多い。窓口となる方を決める。
	緊急連絡先	・ 在宅での急変時、サービス中のアクシデント等の際に判断を仰ぐ。
	家族の支援状況・思い	・ 在宅療養の長期化、看取りを視野に入れて支援する必要が出てくる。 ・ 同居家族がいる場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある。
	家族以外の支援者	・ 支援できる家族がいない場合、生活保護、様々な決定支援等を支える人が必要。 ・ 金銭管理、契約等に関する支援者がいる場合、連携のために把握する必要がある。

情報共有する項目の標準様式となり、基本的には、ケアマネジャーが病院から聞き取りを行い記載するものとなります。
様式については、いわき市ホームページからダウンロードできます。

記入年月日 平成 年 月 日

退院調整共有情報

担当ケアマネ()

面談日時	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分	場所	
面接参加者	病棟の連絡窓口(所属) ()		
氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別 男・女
病名 (入院理由)	合併症		
既往歴	入院期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(予定)		
病院主治医 (診療科名)	在宅主治医		
①病院から本人・家族への病状の説明内容 ②本人・家族の受け止め方 ③本人・家族の今後の希			
今後治療方針等(治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など)			
退院後受診 医療機関	本院・在宅医・その他()		次回受診予定: 平成 年 月 日
リハビリ	無・有 (内容)		
薬物治療	無・有 (内容)		
医療処置	無・有 ①内容: バルカテール・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう(部位)・気管切開・在宅酸素 その他() ②方法(誰が行う): 本人・訪問看護・家族(具体的には誰)		
生活上の指示	無・有 (内容)		
A D L 等	自立	要介助	介助
病棟での様子			
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養上の問題 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他()) 認知症の症状(無・有) うつ傾向(無・有) 聴覚障害(無・有) 視覚障害(無)		
感染症	MRSA保菌(保菌部位: 痰・血液・尿・創部・鼻腔)・HBV・HCV・疥癬・その他()		
経済状況	年金・生活保護・その他() 金銭管理: 本人・その他()		
世帯構成	独居・高齢者夫婦世帯・その他() キーパーソン()		
介護力	主介護者() 主介護者以外の支援者() 介護の指導(無・有) 理解の状況: 十分・不十分・問題()		
備考欄			

< 参考資料 >

(1) 退院調整ルール参加病院の担当窓口一覧

- ① 新田目病院、いわき病院、長春館病院
- ② 舞子浜病院、松尾病院、松村総合病院
- ③ 石井脳神経外科・眼科病院、泉保養院、磐城中央病院
- ④ 小名浜中央病院、小名浜生協病院、中村病院
- ⑤ かしま病院、櫛田病院、こうじま慈愛病院
- ⑥ なこそ病院、矢吹病院、呉羽総合病院
- ⑦ いわき湯本病院、常磐病院、大河内記念病院
- ⑧ 長橋病院、福島労災病院、総合磐城共立病院
- ⑨ 四倉病院

(2) 居宅介護支援事業所一覧

(3) 地域包括支援センター一覧

(4) 行政機関担当部署一覧

(5) 退院調整に関する診療報酬・介護報酬

(6) 個人情報の取扱いについて

(7) 患者・利用者向けチラシ

(1) 退院調整ルール参加病院の担当窓口一覧

病院名		新田目病院	いわき病院	長春館病院
代表電話番号		0246-28-1222	0246-55-8261	0246-39-3090
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先 持参する場合 ※必ず事前連絡をすること	地域連携・医療福祉相談室 【電話】 0246-28-1232	地域医療連携室 【電話】 0246-55-8261(代表)	相談員 大川原 【電話】 0246-39-3279
	持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	地域連携・医療福祉相談室 【FAX】 0246-28-1224 0246-29-4031	地域医療連携室 【FAX】 0246-55-5052(直通)	相談員 大川原 【FAX】 0246-39-3774 (代表)
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断	医師判断	医師判断 家族希望
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	地域連携・医療福祉相談室 病棟管理者	地域医療連携室 MSW	相談員 大川原
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	地域連携・医療福祉相談室 病棟管理者	病棟看護師長 地域医療連携室MSW	病棟看護師長 相談員
⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	地域連携・医療福祉相談室 病棟管理者	地域医療連携室 MSW	相談員 大川原	
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名	地域連携・医療福祉相談室	地域医療連携室 MSW	相談員 大川原
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名	地域連携・医療福祉相談室	地域医療連携室 MSW	相談員 大川原
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名	地域連携・医療福祉相談室	地域医療連携室 MSW	相談員 大川原

病院名		舞子浜病院	松尾病院	松村総合病院
代表電話番号		0246-39-2059	0246-22-4421	0246-23-2161
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先 持参する場合 ※必ず事前連絡をすること	心理福祉室 ケースワーカー 【電話】 0246-39-2059	地域連携室 【電話】 0246-22-4421(内線227) 0246-21-0209(直通)	医療相談室 【電話】 0246-22-9971
	持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	心理福祉室 ケースワーカー 【FAX】 0246-39-4044	地域連携室 【FAX】 0246-21-0209(直通)	医療相談室 【FAX】 0246-22-9946
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断	医師判断 ケースバイケース	医師の判断 (多職種カンファレンスの結果)
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	心理福祉室 ケースワーカー	地域連携室 病棟事務	医療相談室 MSW
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	心理福祉室 ケースワーカー	病棟看護師 地域連携室	医療相談室 MSW
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	心理福祉室 ケースワーカー	病棟看護師 地域連携室	医療相談室 MSW
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名	心理福祉室 ケースワーカー	地域連携室	医療相談室 MSW
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名	心理福祉室 ケースワーカー	地域連携室	医療相談室 MSW
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名	心理福祉室 ケースワーカー	地域連携室	医療相談室 MSW

病院名		石井脳神経外科・眼科病院	泉保養院	磐城中央病院	
代表電話番号		0246-58-3121	0246-56-6611	0246-53-2267	
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先	持参する場合 ※必ず事前連絡をすること	退院支援(地域連携)室 【電話】 0246-58-3121	自立支援室 【電話】 0246-56-6611	MSW 【電話】 0246-53-2267 【受付】 月～金 9:00-17:00 土 9:00-12:30 ※窓口で担当者呼び出しを依頼する。
		持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	石井脳神経外科・眼科病院 【FAX】 0246-58-3293	自立支援室 【FAX】 0246-56-6612	MSW 【FAX】 0246-54-5756
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断		医師判断	医師判断	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名		退院支援(地域連携)室	自立支援室	病棟看護師 MSW
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名		病棟看護師 退院支援(地域連携)室	自立支援室	病棟看護師 MSW
⑤ケアマネに退院予定日連絡する部署及び担当者名		退院支援(地域連携)室	自立支援室	病棟看護師 MSW	
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名		病棟看護師 退院支援(地域連携)室	自立支援室	MSW
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名		病棟看護師 退院支援(地域連携)室	自立支援室	MSW
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名		退院支援(地域連携)室	自立支援室	MSW

病院名		小名浜中央病院	小名浜生協病院	中村病院
代表電話番号		0246-53-6631	0246-53-4374	0246-53-3141
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先 持参する場合 ※必ず事前連絡をすること	MSW 【電話】 0246-53-6631 【受付】 月～金 9:00-17:00 土 9:00-12:30 ※窓口で担当者呼び出しを依頼する。	3階病棟 【電話】 0246-92-3715 【受付】 月～金 9時～17時	医療相談室 【電話】 0246-53-3141
	持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	MSW 【FAX】 0246-53-6632	3階病棟 【FAX】 0246-54-2642 【受付】 月～金 9時～17時	医療相談室 【FAX】 0246-54-1503
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断	医師と病棟看護師長	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	病棟看護師 MSW	病棟看護師 MSW	病棟看護師 医療相談室
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	病棟看護師 MSW	病棟看護師 MSW	病棟看護師 医療相談室
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	病棟看護師 MSW	病棟看護師 MSW	病棟看護師
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名	MSW	MSW	医療相談室
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名	MSW	MSW	医療相談室
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名	MSW	MSW	医療相談室

病院名		かしま病院	櫛田病院	こうじま慈愛病院
代表電話番号		0246-58-8010	0246-63-3202	0246-63-5141
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先 持参する場合 ※必ず事前連絡をすること	地域医療連携室 【電話】 0246-76-0350	病棟師長・病棟クラーク 【電話】 0246-63-3202	一般病棟 看護師 【電話】 0246-63-5141
	持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	地域医療連携室 【FAX】 0246-76-0352	病棟師長・病棟クラーク 【FAX】 0246-62-7200	一般病棟 【FAX】 0246-62-7080
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師	医師判断	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	病棟看護師 医療社会福祉相談室	病棟師長・病棟クラーク	病棟看護師 ※入院直近の日勤リーダー
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	病棟看護師 医療社会福祉相談室	病棟師長・病棟クラーク	病棟看護師
⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	病棟看護師 医療社会福祉相談室	病棟師長・病棟クラーク	病棟看護師 ※決定日のリーダー看護師	
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名	医療社会福祉相談室	病棟師長・病棟クラーク	看護部長ないし福祉部長
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名	医療社会福祉相談室	病棟師長・病棟クラーク	看護部長ないし福祉部長
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名	医療社会福祉相談室	病棟師長・病棟クラーク	一般病棟 看護課長ないし病棟看護師

病院名		なこそ病院	矢吹病院	呉羽総合病院
代表電話番号		0246-65-7755	0246-63-1818	0246-63-2181
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先 持参する場合 ※必ず事前連絡をすること	医事課窓口 【電話】 0246-65-7755	地域医療連携室 【電話】 0246-63-1818	地域連携支援室 【電話】 0246-62-3178
	持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	医事課内連携室 【FAX】 0246-65-7920	地域医療連携室 【FAX】 0246-62-5043	地域連携支援室 【FAX】 0246-62-2035
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断	医師判断及び家族の受入状況	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	医事課内連携室 松下 敏江	【医療療養病棟】地域医療連携室 【介護療養病棟】介護支援相談室	地域連携支援室 MSW
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	病棟看護師長 大泉 善子	【医療療養病棟】地域医療連携室 【介護療養病棟】介護支援相談室 状態確認は各病棟師長	地域連携支援室 MSW
⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	病棟看護師長 大泉 善子	【医療療養病棟】地域医療連携室 【介護療養病棟】介護支援相談室	地域連携支援室 MSW	
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名	医事課内連携室 松下 敏子	【医療療養病棟】地域医療連携室 【介護療養病棟】介護支援相談室	地域連携支援室 MSW
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名	医事課内連携室 松下 敏子	【医療療養病棟】地域医療連携室 【介護療養病棟】介護支援相談室	地域連携支援室 MSW
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名	医事課内連携室 松下 敏子	【医療療養病棟】地域医療連携室 【介護療養病棟】介護支援相談室	地域連携支援室 MSW

病院名		いわき湯本病院	常磐病院	大河内記念病院
代表電話番号		0246-42-3188	0246-43-4175	0246-26-2588
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先 持参する場合 ※必ず事前連絡をすること	地域医療連携センター 【電話】 0246-42-3510	地域医療連携課 社会支援係 【電話】 0246-43-4175(代表)	相談員 中島 太郎 【電話】 0246-27-0878
	持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	地域医療連携センター 【FAX】 0246-42-3520	地域医療連携課 社会支援係 【FAX】 0246-80-7003	相談員 中島 太郎 【FAX】 0246-26-4895
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断	医師判断	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	地域医療連携センター 山野 早苗	地域医療連携課 社会支援係 医療ソーシャルワーカー (社会福祉士)	相談員 中島 太郎
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	地域医療連携センター 山野 早苗	地域医療連携課 社会支援係 医療ソーシャルワーカー (社会福祉士)	相談員 中島 太郎
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	地域医療連携センター 山野 早苗	地域医療連携課 社会支援係 医療ソーシャルワーカー (社会福祉士)	相談員 中島 太郎
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名	地域医療連携センター 山野 早苗	地域医療連携課 社会支援係 医療ソーシャルワーカー (社会福祉士)	相談員 中島 太郎
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名	地域医療連携センター 山野 早苗	地域医療連携課 社会支援係 医療ソーシャルワーカー (社会福祉士)	相談員 中島 太郎
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名	地域医療連携センター 山野 早苗	地域医療連携課 社会支援係 医療ソーシャルワーカー (社会福祉士)	相談員 中島 太郎

病院名		長橋病院	福島労災病院	総合磐城共立病院
代表電話番号		0246-26-3526	0246-26-1111	0246-26-3151
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先	医療相談室 【電話】 0246-26-3526	病棟看護師長 【電話】 0246-26-1111	医療福祉相談室 【電話】 0246-26-3117 【受付】 月～金 8:30～17:15 《留意事項》 原則FAX送信とし、「医療福祉相談室宛」と明記する。 持参の場合は、事前に要連絡面会希望の場合には、 14:00～17:15
	持参する場合 ※必ず事前連絡をすること			
	持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること	医療相談室 【FAX】 0246-27-4499	相談支援センター 【FAX】 0246-45-2252	医療福祉相談室 【FAX】 0246-26-3184 《留意事項》 原則、FAX送信とし、「医療福祉相談室宛」と明記する。
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断	相談支援センター(MSW)か病棟看護師を通じて医師へ確認	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	医療相談員	相談支援センター(MSW) 病棟看護師長	医療福祉相談室
④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	医療相談員 病棟看護師	相談支援センター(MSW) 病棟看護師長	病棟看護師 医療福祉相談室	
⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	医療相談員	相談支援センター(MSW) 病棟看護師長	医療福祉相談室	
入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名	医療相談員	相談支援センター(MSW)	医療福祉相談室
	⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名	医療相談員	相談支援センター(MSW)	医療福祉相談室
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名	医療相談員	相談支援センター(MSW) 病棟看護師長	医療福祉相談室

病院名		四倉病院
代表電話番号		0246-32-5321
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先	<p>持参する場合 ※必ず事前連絡をすること</p> <p>持参以外の場合 ※必ず事前連絡をすること</p>
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する部署及び担当者名	医療相談室
	④ケアマネとの面談の主体となる部署及び担当者名	医療相談室
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する部署及び担当者名	医療相談室
	入院前にケアマネが決まっていない場合	⑥本人や家族に介護保険について説明する部署及び担当者名
⑦ケアマネとの契約の支援をする部署及び担当者名		医療相談室
⑧契約後のケアマネと連絡を取る部署及び担当者名		医療相談室

(2) 居宅介護支援事業所一覧

※いわきホームページ「介護保険事業者情報」より作成（平成29年2月1日現在）

No.	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話
1	公益財団法人磐城済世会 松村居宅介護支援事業所	970-8516	平字小太郎町1-1	22-9961
2	居宅介護支援事業所町なか相談室きづな	970-8026	平字小太郎町4番地の9 3階	35-1010
3	社会福祉法人いわき市社会福祉協議会	970-8026	平字菱川町1-3	35-2822
4	介護サービスいわき有限会社	970-8026	平字南町76	24-2307
5	居宅介護支援事業所シャローム	970-8026	平字堂ノ前2	23-8733
6	アースサポートいわき	970-8052	平祢宜町1-2	22-5900
7	居宅介護支援事業所ケアパートナー	970-8054	平鎌田町1-2	35-6332
8	ケアプランの介護の相談室	970-8023	平鎌田町12	35-7115
9	ケアプランあゆみ	970-8026	平字梅香町3-14	23-1538
10	介護の森居宅介護支援事業所	970-8026	平字紅葉町40-9	23-3910
11	i-stepケアプランセンター	970-8026	平字紅葉町43-4	84-5815
12	指定居宅介護支援事業所なごみ	970-8026	平字旧城跡8-イ	35-0755
13	居宅介護支援事業所恵和	970-8026	平字愛谷町4-8-1	35-5546
14	あいの手居宅介護支援事業所	970-8024	平北白土字宮田5-2	38-4363
15	いわきソーシャルワーカーズ	970-8024	平北白土字筑田19-2 1F	21-3802
16	幸寿苑	970-8001	平上平窪字原田13-1	22-8100
17	にじいろケアプランサービス	970-8003	平下平窪字寺内241番地の7	51-4703
18	居宅介護支援事業所初音	970-8003	平下平窪字味噌農10-3-C	22-5758
19	ケアプラン まろん	970-8003	平下平窪二丁目6番地の5	22-2546
20	えくぼ居宅介護支援事業所	970-8014	平幕ノ内字五反田9-1	25-3898
21	有限会社タロサ ケアプラン タロー	970-8036	平谷川瀬字明治町77 2F	21-0101
22	医和生会居宅介護支援事業所	970-8036	平谷川瀬字三十九町19-3	21-5596
23	なないろくれよん福祉センター	970-8034	平上荒川字長尾74-8-107	28-8802
24	ニチイケアセンターいわき	970-8034	平上荒川字桜町49-1	46-1181
25	はなまる共和国居宅介護支援事業所	970-8034	平上荒川字林作207-5	46-1870
26	太陽の里いわき居宅介護支援事業所	970-8011	平上片寄字上ノ内193	34-1730
27	亀齢荘居宅介護支援事業所	970-0106	平山崎字熊ノ宮30	34-6111
28	福島さくら農業協同組合いわき福祉センター 居宅介護支援事業所ほほえみ	970-8033	自由ヶ丘39番地の2	28-9102
29	居宅介護支援事業所いちごいち笑	970-8021	平中神谷字南鳥沼27	88-8383
30	ケアプラン平相談室	970-8021	平中神谷字六本榎17番地1	84-5282

No.	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話
31	介護サポート遊	970-0101	平下神谷字仲田57番地の1	88-6525
32	居宅介護支援事業所そら	970-0101	平下神谷字出口17-1	34-8661
33	愛心会居宅介護支援センター	970-0101	平下神谷字後原47-1	57-0202
34	IN居宅介護支援事業所	970-0221	平下高久字馬場114	84-6731
35	ケアプランステーション大和田	970-0222	平沼ノ内字新街20-3	39-4733
36	カーナケアプランサービス	979-3131	平赤井字深田28	23-1350
37	悠々の里居宅介護支援センター	970-8045	郷ヶ丘二丁目10-8	46-1175
38	久世原ケアプランサービス	970-8045	郷ヶ丘二丁目30-5-1	28-2500
39	安島内科クリニック居宅介護支援センター	970-8045	郷ヶ丘二丁目33-1	46-1610
40	ケアプラン あい・あい	970-8045	郷ヶ丘二丁目55-3	46-1631
41	ケアサービス げんき	970-8045	郷ヶ丘三丁目2番地の12	28-7585
42	有限会社ケアネット・どばし	970-8045	郷ヶ丘二丁目17番地の10	46-2500
43	すいとぴー介護ステーション中央台	970-8044	中央台飯野四丁目7-2	46-1902
44	悠ケアプランセンター	970-8044	中央台飯野三丁目33-1	29-3111
45	中央台居宅介護支援事業所	970-8043	中央台鹿島三丁目42-2	31-0475
46	特定非営利活動法人 いわき自立生活センター	970-8047	中央台高久二丁目 26-4	68-8927
47	ツクイいわき中央台	970-8047	中央台高久一丁目15-3	46-2536
48	八千代ケアプラン	970-8047	中央台高久二丁目8-3	28-4141
49	愛護居宅介護支援事業所	970-8035	明治団地50-19	35-7883
50	ケアマネオフィス希望の花	973-8412	平成一丁目7番地の1	84-9224
51	居宅介護支援事業所 希望	970-8033	自由ヶ丘39-4-A101	88-7995
52	居宅介護支援事業所福寿草	970-8033	自由ヶ丘24-9	29-2152
53	福ケアプランサービス	970-8017	石森一丁目17-12	21-4192
54	華陽居宅介護支援事業所	971-8162	小名浜花畑町8-3	84-6217
55	らくえん居宅介護支援事業所	971-8101	小名浜字古湊152	54-5483
56	ケアプランセンターみずき	971-8101	小名浜字松之中13	84-5224
57	おなはま居宅介護支援事業所	971-8101	小名浜鳥居北13-21	54-7918
58	株式会社 こころの駅	971-8101	小名浜字中原17-1	54-5000
59	介護支援サービスあげいん	971-8101	小名浜字大原境西166-1	88-9991
60	ひかり居宅介護支援事業所	971-8163	小名浜中町境13 A-103	92-3116

No.	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話
61	翔洋会在宅介護支援センター 指定居宅介護支援事業所	971-8112	小名浜南富岡薬師前5番地の1	54-8787
62	医療法人恒英会 永井整形外科	971-8167	小名浜西君ヶ塚町19番地の9	73-3588
63	すみのや居宅介護支援事業所	971-8122	小名浜林城字辻前2	58-1157
64	スマイルケア もみじ	971-8164	小名浜寺廻町5-1	92-2611
65	医療生協在宅福祉センター	971-8151	小名浜岡小名字山ノ神40	92-2400
66	わごころケアプランサービス	971-8151	小名浜岡小名二丁目3-1	88-1575
67	ニチイケアセンター小名浜	971-8151	小名浜岡小名三丁目6-14	73-0105
68	居宅介護支援事業所カンナ	971-8151	小名浜住吉字飯塚2-1	38-7411
69	指定居宅介護支援事業所輝清	971-8127	小名浜玉川町南17-4	76-1582
70	居宅介護支援事業所サニーポート小名浜	971-8101	小名浜字神成塚133番地1	92-3323
71	ときわ会居宅介護支援センター	971-8135	小名浜金成字町田31-8	76-1020
72	ケアプランゆい	971-8161	小名浜諏訪町29番地の9	070-5058-5611
73	居宅介護支援事業所かすみ草	971-8165	小名浜愛宕町15-6	84-8751
74	ケアマネジメントオフィストモ・ハウス	970-0313	中之作字勝見ヶ浦49-18	55-5510
75	社団医療法人養生会かしま病院	971-8143	鹿島町下蔵持字中沢目22-1	76-0427
76	かしま居宅介護支援事業所	971-8143	鹿島町下蔵持字中沢目24	58-8279
77	有限会社ケイアンドワイ	971-8171	泉ヶ丘二丁目10-6	56-3252
78	ケアプランサービス七音	971-8171	泉ヶ丘二丁目46-2	84-8507
79	つかさケアプランサービス	971-8182	泉町下川字神山前91-7	75-0530
80	里緒ケアサービス	971-8182	泉町滝尻字前坪68	090-7567-5171
81	いわきケアプランセンター	971-8182	いわき市泉町滝尻字定ノ田91番	88-8119
82	リンクスケア	971-8182	泉町滝尻字下谷地18番地	38-3464
83	有限会社 泉町三丁目ヘルパーステーション	971-8185	泉町三丁目6-6	56-4451
84	居宅介護支援事業所こひやま	974-8261	植田町中央二丁目9-10	62-2788
85	わかばケアプランサービス	974-8261	植田町本町二丁目5-7	62-5990
86	たからや居宅介護支援事業所	974-8261	植田町本町12	63-4135
87	ニチイケアセンター植田	974-8261	植田町中央三丁目1番地の6 D	77-2131
88	ハートフルなこそ居宅介護支援事業所	974-8261	植田町小名田13-1	77-2741
89	せいざん荘居宅介護支援事業所	974-8261	植田町堂ノ作49-12	77-0770
90	ケアプランたいよう	974-8203	後田町町田43	68-8131

No.	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話
91	プランニング福ふく	974-8261	植田町根小屋42番地	84-6182
92	ブレイブはーと有限会社	974-8212	東田町金子平1-56	63-9510
93	真生会居宅介護事業所	974-8223	佐糠町東二丁目6-9 B棟	88-1351
94	アマユケアプランサービス	974-8223	佐糠町碓田60番地の5	77-2230
95	いきがい村居宅介護支援事業所	974-8221	小浜町東ノ作164-2	77-3223
96	居宅介護支援事業所おりいぶ	974-8222	岩間町塚原20番地	62-0007
97	あいりすケアセンター	974-8232	錦町江栗3丁目107	85-5515
98	クレハスタッフサービス株式会社 シルバーサービス部	974-8232	錦町落合135番地	62-7604
99	すいとぴー介護ステーション勿来	974-8261	植田町中央1-8-19	77-1787
100	介護じゃんけんぼん居宅介護支援センター	974-8232	錦町江栗馬場85-2	77-0551
101	こうじま慈愛居宅介護支援事業所	974-8232	錦町鈴鹿103-1	62-7754
102	ほし居宅介護支援事業所	974-8232	錦町細谷3	63-9678
103	ガーデニアケアプランサービス	974-8232	錦町落合1-1	77-2201
104	はなみずき居宅介護支援センター	974-8232	錦町糠塚6-21	68-8812
105	ささえ愛ケアプランセンター	974-8232	錦町中迎二丁目2-5	38-4321
106	ハンドサポートいわした	974-8232	錦町中迎三丁目6番地の20	62-6529
107	だんらん ケアプラン	974-8232	錦町釈迦堂60番地	38-7561
108	ケアパートナー みたけ	974-8232	錦町南城35番地3 II-1-B	38-8591
109	あい居宅介護支援事業所	979-0146	勿来町関田南町28	65-2205
110	ケアプラン 光輝	979-0146	勿来町関田浜田3-2	88-8870
111	合同会社風社会福祉事務所	979-0142	勿来町酒井酒井原54-4	65-7491
112	介護サービスゆかり	979-0142	勿来町酒井関根57-6	88-6036
113	福島さくら農業協同組合いわき南福祉センター 居宅介護支援事業所めだか	974-8203	後田町柳町52番地	38-5701
114	居宅介護支援事業所よろこび	974-8211	金山町朝日台132	62-0186
115	佳勝園ケアプランサービス	974-8211	金山町月見台134-1	62-0880
116	居宅介護支援事業所いわきケアクラブ	972-8232	常磐松が台174	51-5060
117	居宅介護支援事業所まごの手	972-8321	常磐湯本町宝海127-10	38-6933
118	ゆもと居宅介護支援センター	972-8321	常磐湯本町向田44	44-5005
119	いわき市健康・福祉プラザ 指定居宅介護支援事業所	972-8321	常磐湯本町上浅貝22-1	43-0806
120	ケアサポートつばさ	972-8321	常磐湯本町台山6 (いわき湯本病院内)	42-3431

No.	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話
121	ケアプランさくら	972-8321	常磐湯本町天王崎1-166	38-8464
122	ケアマネージャーステーション居宅介護支援センター	972-8318	常磐関船町上関23-1	72-2880
123	ケアーズファミリー居宅介護支援センター	972-8318	常磐関船町南館2-9	44-6345
124	うらら苑居宅介護支援事業所	972-8315	常磐長孫町大平80	44-2459
125	ゆうかケアプラン事務所	972-8317	常磐下湯長谷町古館57-1	44-1402
126	いわさき荘居宅介護支援事業所	972-8322	常磐上湯長谷町上ノ台88-1	43-6826
127	クリナップキャリアサービス株式会社介護南部センター	972-8316	常磐西郷町金山14-1	72-1260
128	仁愛ケアプランサポートセンター	972-8325	常磐白鳥町壱丁田23番地の4	88-8920
129	指定居宅介護支援事業所 サンライフゆもと	972-8326	常磐藤原町大畑13-1	72-0565
130	居宅介護支援事業所ながやま	973-8405	内郷白水町浜井場1	88-8805
131	エクセルシオール居宅介護支援事業所	973-8405	内郷白水町川平14-22	26-3395
132	かいごステーションさざんか	973-8408	内郷高坂町一丁目85-6	45-2237
133	すみれ居宅介護支援相談所	973-8402	内郷御厩町四丁目1	26-4566
134	居宅介護支援事業所聖徳荘	973-8407	内郷宮町金坂184-3	45-2833
135	ホートク物産介護事業部	973-8407	内郷宮町町田57-1	45-1234
136	高原整形外科居宅介護支援センター	973-8403	内郷綴町川原田126	45-0123
137	ニチイケアセンターうちごう	973-8403	内郷綴町榎下55-1	45-3353
138	やました福寿苑内郷 居宅介護支援	973-8403	内郷綴町大木下19-1	26-7111
139	いたばしケア居宅介護支援事業所	973-8403	内郷綴町榎下35-2	38-9196
140	内郷ケアプランサービス	973-8408	内郷高坂町大町27-1	27-7311
141	居宅介護支援介護プランこうの	973-8402	内郷御厩町二丁目74番地	26-5789
142	森の樹のケアマネジメント	973-8402	内郷御厩町二丁目87-2F	84-5472
143	社会福祉法人光美会 人生の里居宅介護支援事業所	973-8406	内郷高野町五合田36-1	27-2500
144	ケアサービス そると	973-8402	内郷御厩町三丁目41番地	88-7583
145	社会福祉法人りんさく福祉会望洋荘 豊間居宅介護支援事業所	973-8411	小島町一丁目5-2	27-7597
146	医療法人あさうら会須田医院	973-8411	小島町一丁目5-2	27-6060
147	あったかほーむケアプラン	973-8411	小島町一丁目4-2	38-8136
148	株式会社 アイカワ	979-0202	四倉町上仁井田字東山20	32-7200
149	楽寿荘居宅介護支援事業所	979-0202	四倉町上仁井田字横川74-1	32-6387
150	ポエム居宅介護支援事業所	979-0204	四倉町細谷字菖蒲谷地40-3	68-7210

No.	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話
151	クリナップキャリアサービス株式会社	979-0204	四倉町細谷字江向6	57-1170
152	ヘルパーステーション小川	979-3125	小川町福岡字飯森37-2	83-1901
153	居宅介護支援事業所ふたつや	979-3124	小川町上小川字大坂68-1	48-4000
154	ケアプランのラピライネット	970-1153	好間町上好間字南町田1-2	47-1411
155	ケアプランのあんさあ倶楽部	970-1153	好間町上好間字洞34-1	36-6633
156	ケアプランのえんがわ倶楽部	970-1152	好間町中好間字六反歩1-46	45-1702
157	ケアプラン和奏	970-1151	好間町下好間字一町坪20番地の1-102	38-3567
158	プラン工房 ゆらぎ	970-1141	好間町愛谷字花輪15	38-5035
159	ケアプランサービス白樺	970-1147	好間町大利字小川崎212-4	36-5759
160	居宅介護支援事業所よつば・みわ	970-1374	三和町上三坂字山神前50-7	85-2377
161	翠祥園居宅介護支援センター	979-0331	久之浜町末続字深谷33-1	82-2970
162	指定居宅介護支援センターあすなる	979-0333	久之浜町久之浜字九反坪1-1	79-0037
163	久之浜居宅介護支援事業所	979-0333	久之浜町久之浜字猫作14-2	79-0501
164	さとはまケアプラン	979-0337	大久町小久字下蔵内34-5	84-8945

(3) 地域包括支援センター一覧

名称	所在	電話 FAX	所管区域
平地域 包括支援センター	平字梅本 21 (市役所1階)	22-1174 22-7505	平地区 ※若葉台・小島町・内郷小島 町の区域含む
小名浜地域 包括支援センター	小名浜花畑町 34-2 (小名浜支所 北分庁舎内)	53-4760 92-5202	小名浜地区
勿来・田人地域 包括支援センター	錦町大島1 (勿来支所内)	63-2140 62-2154	勿来地区・田人地区
常磐・遠野地域 包括支援センター	常磐湯本町吹谷 76 (常磐支所内)	43-2151 43-2205	常磐地区・遠野地区 ※若葉台の区域を除く
内郷・好間・三和地域 包括支援センター	内郷高坂町四方木田 191 (総合保健福祉センター内)	27-8660 27-8640	内郷地区・好間地区・三和地区 ※小島町・内郷小島町の区域を除く
四倉・久之浜大久地域 包括支援センター	四倉町字西四丁目 11-3 (四倉支所内)	32-2115 32-2258	四倉地区・久之浜大久地区
小川・川前地域 包括支援センター	小川町高萩字下川原 15 (小川支所内)	83-1411 83-1329	小川地区・川前地区

(4) 行政機関担当部署

- 退院調整ルールに関する窓口
保健福祉部 地域医療介護室 地域医療課
電話 22-7510 FAX 22-7481
- 介護保険制度に関する窓口
保健福祉部 地域医療介護室 長寿介護課
電話 22-7453 FAX 22-7547
- 地域の保健と福祉に関する窓口

名 称	所 在	電話 FAX	認定情報 問い合わせ先
平地区 保健福祉センター	平字梅本 21 (市役所1階)	22-1163 21-0696	福祉介護係 22-7457 (直通)
小名浜地区 保健福祉センター	小名浜花畑町 34-2 (小名浜支所 北分庁舎)	54-2111 92-4531	福祉介護係 54-2111 (代表)
勿来・田人地区 保健福祉センター	錦町大島1 (勿来支所1階)	63-2111 62-2154	福祉介護係 63-2111 (代表)
常磐・遠野地区 保健福祉センター	常磐湯本町吹谷 76 (常磐支所1階)	43-2111 43-2205	福祉介護係 43-2111 (代表)
内郷・好間・三和地区 保健福祉センター	内郷高坂町四方木田 191 (総合保健福祉センター2階)	27-8690 27-8640	福祉介護係 27-8691 (直通)
四倉・久之浜大久地区 保健福祉センター	四倉町字西四丁目 11-3 (四倉支所1階)	32-2114 32-2258	福祉係 32-2114 (代表)
小川・川前地区 保健福祉センター	小川町高萩字下川原 15 (小川支所内)	83-1329 83-1329	福祉係 83-1329 (代表)

※所管地域は、地域包括支援センターと同じ

(5) 退院調整に関する診療報酬・介護報酬 (H28.4月現在)

※算定にあたっては、算定要件・施設基準を確認してください。

	病 院	居宅介護支援事業所
入院	<p>退院支援加算 1 又は 2 のいずれか</p> <p>退院支援加算 1 (A246)</p> <p>一般病棟 : 600 点 療養病棟 : 1,200 点</p> <p>※入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出。 ※入院後 7 日以内(療養は14日以内)に患者家族と面談し話し合いを行い、退院支援計画作成に着手。 ※入院後 7 日以内に多職種カンファレンスを実施。 ※退院支援部門を設置し専従 1 名配置。 ※2 病棟に 1 名以上の専従退院支援職員の配置。 ※退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等に出向くなどして、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。 ※20 以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っていること。 ※連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が、3 回/年以上の頻度で面会し、転院・退院体制について情報の共有等を行っていること。介護支援連携指導料の算定開始回数が一般病床の15%(療養病床の10%)以上であること。</p> <p>退院支援加算 2</p> <p>一般病棟 : 190点 療養病棟 : 635点</p> <p>※入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ※早期に患者家族と面談し、入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手。 ※カンファレンスを実施する。 ※退院調整部門を設置し専従 1 名配置。</p> <p>介護支援連携指導料 ① 400点</p> <p>介護支援連携指導料 ② 400点</p> <p>(入院中 2 回に限り算定。 B005-1-2)</p> <p>※入院患者の退院後の介護サービス等について、医師・看護師・社会福祉士等が介護支援専門員と共同して指導した場合に算定</p> <p>※やむを得ない事由により介護支援専門員がその場に同席できない場合は、適切な手段(携帯電話等によるテレビ通話等)により連携・患者への共同指導が行われていれば算定可(厚生労働省)。</p> <p>※ケアプランは患者同意を得て診療録に添付。</p> <p>退院時共同指導料 2 (B005)</p> <p>※ 入院保険医療機関の保険医が、多職種の 3 者以上と共同した場合 2,000点 (B005注3)</p> <p>※入院中の患者に対し、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師・看護師、歯科医師・歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーション看護師、理学療法士、作業療法士、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうち 3 者以上と共同で指導を行う場合。</p>	<p>入院時情報連携加算</p> <p>出向いた上で面談による情報提供 : 200 単位</p> <p>上記以外の方法による情報提供 : 100 単位 (FAX・電話等による提供等)</p> <p>※心身の状況・生活環境・サービスの利用状況について情報提供。 ※入院してから遅くとも 7 日以内に情報提供した場合に算定可。</p> <p>退院・退所加算① 300 単位</p> <p>退院・退所加算② 300 単位</p> <p>※病院・診療所に入院、地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設に入所していた者の退院・退所にあたり、当該病院等の職員と面談し、必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、利用に関する調整した場合。</p> <p>※初回加算算定の場合は加算しない。 ※やむを得ず出向いての面談が出来ない場合は、適切な手段による面談により共同で情報提供が出来れば、2 回まで算定可(厚生労働省)。</p> <p>退院・退所加算③ 300 単位</p> <p>※退院・退所加算を 3 回まで算定することができるのは、そのうち 1 回について、入院中の病院の医師とのカンファレンスに参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明(左記【病院】の退院時共同指導料 2 に記載の※下線部)を行った場合に限る。</p>
退院へ		

(6) 個人情報の取扱いについて

医療・介護関係者間の連携においても、個人情報の取扱いには細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者に不利益となります。そこで、厚生労働省から出されている『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ドライン』を参考にしてください。

《 退院調整ルールに関連する内容のポイント 》

- 医療機関は、院内（掲示板等）に「当院では、適切な医療・介護サービスのために、患者の個人情報をその患者が関係する医療・介護関係者に提供します。異論がある場合は申し出てください。」という内容の文書を掲示しておき、反対がなければ患者の関係する介護事業者や診療所に個人情報を提供してよい。
- 介護事業者は、利用者との契約時に同意をもらうことで、利用者が関係する医療・介護事業者には個人情報を提供することができる。

※『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ドライン』は、厚生労働省のホームページから入手できます。

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

なお、退院調整ルール運用のための個人情報に関する同意書、要介護認定状況について患者・家族から確認ができない場合に介護保険被保険者であるいわき市から介護認定状況を取得するための同意書について、標準様式を作成し、いわき市ホームページに掲載しています。

《編集発行》

いわき市保健福祉部 地域医療介護室 地域医療課

〒970-8686 福島県いわき市平字梅本21番地

TEL 0246-22-7510

FAX 0246-22-7481

ホームページ <http://www.city.iwaki.lg.jp/>

平成29年2月発行