

南薩保健医療圏域入退院調整ルール

1 南薩保健医療圏域入退院調整ルールとは

患者が退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、医療機関とケアマネジャーが、患者の入院時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための、南薩保健医療圏域の連携の仕組みです。

患者の入退院に向けて、医療機関とケアマネジャーが連携をとるためのそれぞれの役割や使用する様式などを定めています。

このルールの運用は、平成 30 年 4 月から開始しました。

なお、ルール運用後は、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っています。

2 ルールの対象者

(1) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方

⇒要介護・要支援に関わらず、全て対象

*全ての対象者について「①入院時の連絡(P2 参照)」を取り合うこととし、検査入院や短期間の入院で入院前後の変化が少ない方等については「②入院時情報の提供」等を省略するかどうか医療機関担当者と担当ケアマネジャーの双方で協議する。

※担当ケアマネジャー等を把握できない場合

救急搬送された患者等で、退院後円滑に在宅へ移行するためにケアマネ等による支援が必要と判断され、要介護認定等に係る情報を得ることができない場合（例：患者が要介護認定等についての認識がなく、併せて単身者で家族等への確認もできない場合）に、病院担当者は以下に沿って市に要介護認定情報を照会する。

『照会の仕方』

1 照会方法

①病院担当者は、4 各市の相談窓口「要介護認定情報の照会先」(P2)を確認の上、市介護保険担当課へ電話または文書で問い合わせる。問い合わせの際は、「南薩保健医療圏域入退院調整ルールに基づく照会である」ことを伝える。

②市介護保険担当課等は、当該問い合わせがあった場合は、個人情報保護の観点から、一旦電話を切る。その後「参加医療機関窓口一覧」(P12,13)の「TEL」欄に記載のある電話番号に架電し、照会してきた者が病院担当者であることを確認し、必要な情報を提供する。文書の場合は、文書または電話で情報を提供する。

2 提供できる内容

- ・要介護認定の有無
- ・要介護認定を受けている場合、契約している居宅介護支援事業所等の事業所名

- (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)
 ⇒『退院調整が必要な患者の基準』により、医療機関が、退院調整が必要と判断した方

『退院調整が必要な患者の基準』

1 必ず退院調整が必要な患者（要介護レベル）

- ◇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、あるい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

1項目でも当てはまれば ⇒ 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（要支援レベルの一部）

- ◇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
- ◇（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

⇒ 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）

3 ルールの位置付け

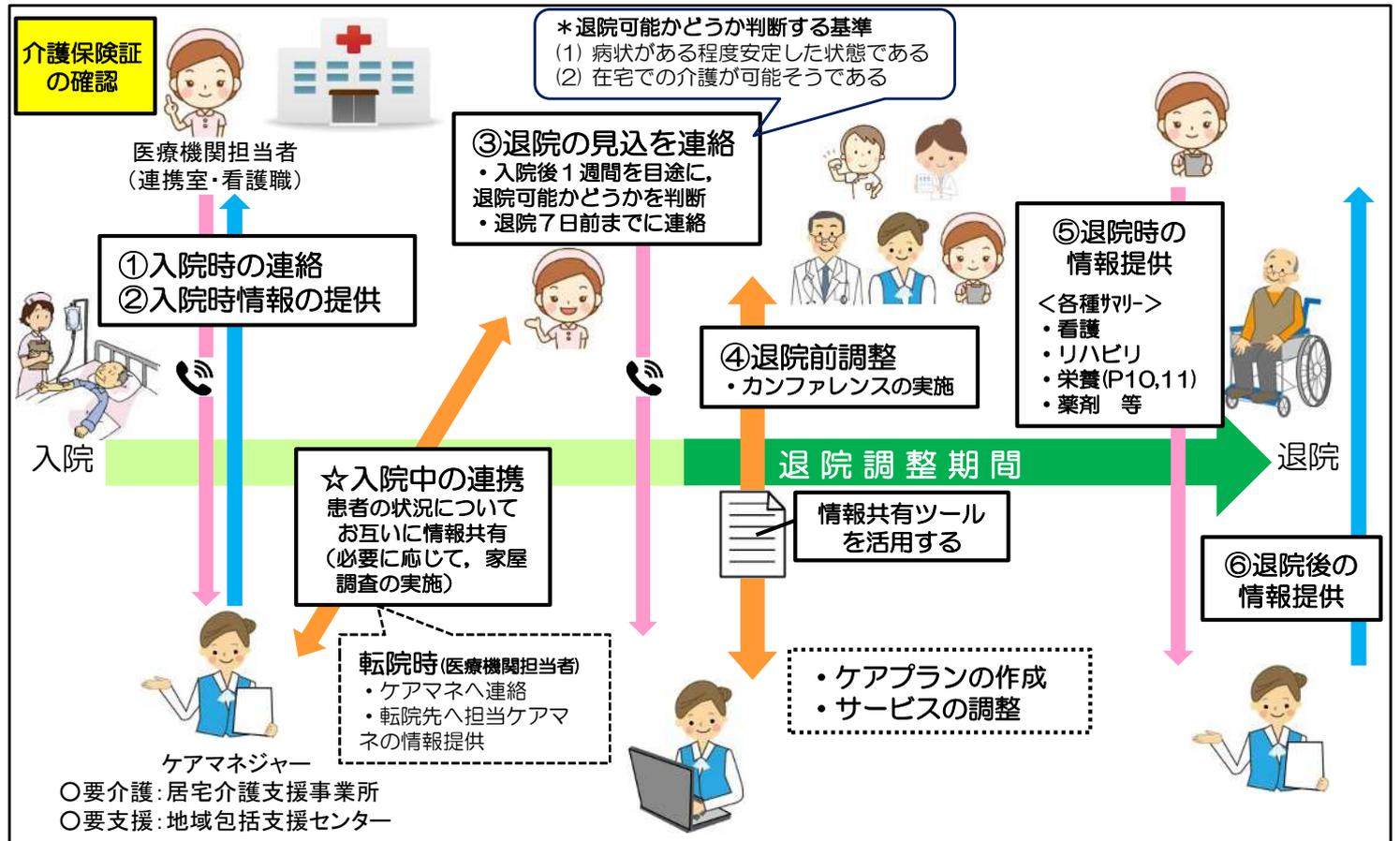
南薩圏域入退院調整ルールは、医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。

ルールの定めた日数などは「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。

4 各市の相談窓口

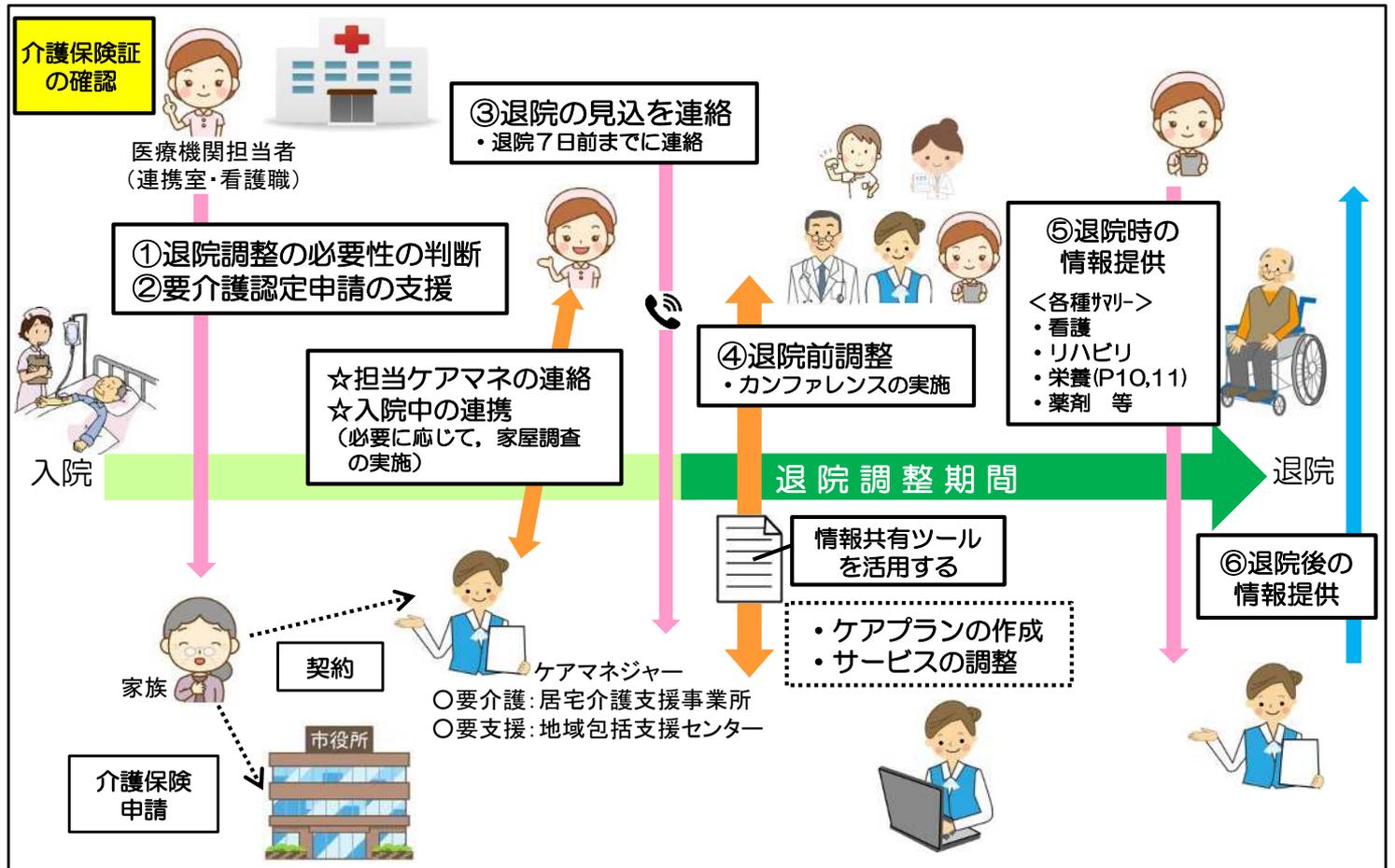
	入退院調整ルールについて	要介護認定情報の照会先
枕崎市	○枕崎市地域包括支援センター 電話：0993-72-1111	○枕崎市長寿介護課介護保険係 電話：0993-72-1111
指宿市	○指宿市地域包括支援センター 電話：0993-22-2111	○指宿市長寿支援課 電話：0993-22-2111
南さつま市	○南さつま市地域包括支援センター 電話：0993-58-2662	○南さつま市介護支援課介護給付係 電話：0993-53-2111（代表） 0993-76-1527（直通）
南九州市	○南九州市地域包括支援センター 電話：0993-56-1111	○南九州市長寿介護課介護保険係 電話：0993-56-1111

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



	医療機関	ケアマネジャー
在宅時		◇利用者の入院に早く気付くための工夫 ・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、診察券、お薬手帳等』と一緒に保管するよう勧める ・入院したらケアマネに連絡するよう、利用者、家族に伝えておく
入院	①入院時の連絡 ・担当ケアマネを確認し、入院したことをすみやか（3日以内）に連絡する ※担当ケアマネを把握できない場合は（P1, 2）参照	②入院時情報の提供 ・入院を把握したら提供書を作成し、すみやか（3日以内）に提供する（原則として、電話連絡の上、持参またはFAX）
退院の見込	③退院の見込を連絡 ・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」を判断する ・可能と判断されたら、すみやか（退院予定日の7日前まで）に、担当ケアマネへ連絡する	◇情報収集と退院に向けた調整開始 ・医療機関から退院見込の連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか医療機関と調整し、アセスメントを開始する
退院調整	④退院前調整 ・医療機関担当者は、退院支援に必要な情報を院内の関係者から収集する ・医療機関担当者とケアマネは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報や患者・家族の意向等を共有する（「退院支援情報共有シート（P 9）」等の情報共有ツールを活用） ・ケアマネは、介護サービスの調整等を行う	
退院日決定	⑤退院時の情報提供 ・主治医の許可した退院日をケアマネに連絡する ・必要に応じて、各種サリを提供する	情報共有ツール提供時点と状態の変化がなければ「看護サリ」の省略について双方で協議する
退院後		⑥退院後の情報提供 ・必要に応じて、ケアプランの写しを提供する

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



	医療機関	ケアマネジャー
入院 ↓	◇担当ケアマネがないことを確認 ・要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、各市の地域包括支援センターに問い合わせる	
退院の見込 ↓	①退院調整の必要性の判断 ・「退院調整が必要な患者の基準(P2)」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断する ②要介護認定申請の支援 ・患者や家族等に介護保険制度の説明を行い、申請を支援する ◇ケアマネの選定を支援 ・必要に応じて、各市の地域包括支援センターと相談、調整し、ケアマネの選定を支援する(P14～P15参照) ③退院の見込を連絡 ・在宅への退院が可能と判断されたら、 <u>すみやかに（退院予定日の7日前まで）</u> に、担当ケアマネへ連絡する 要介護と思われる者⇒居宅介護支援事業所 要支援と思われる者・判断に迷う者⇒地域包括支援センター	◇担当ケアマネの連絡 ・ケアマネは、入院患者の担当になることが決まったら、すみやかに医療機関担当者に連絡を入れる ◇入院中の連携 ・医療機関担当者とケアマネは、入院期間の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努める ◇情報収集と退院に向けた調整開始 ・医療機関から退院見込の連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか医療機関と調整し、アセスメントを開始する
退院調整		
退院日決定	以降の流れは「A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ	
退院後		

1 介護保険制度とは

介護保険制度は、平成12年4月からスタートしました。

居住地の市区町村（保険者）が制度を運営しています。

40歳以上の方は、被保険者として介護保険に加入します。

65歳以上の方は、市区町村が実施する要介護認定において介護が必要と認定された場合、いつでもサービスを受けることができます。

また、40歳から64歳までの人は、介護保険の対象となる特定疾病により介護が必要と認定された場合は、介護サービスを受けることができます。

2 介護保険サービスの対象者

(1) 65歳以上の人（第1号被保険者）

寝たきりや認知症などにより、介護を必要とする状態（要介護状態）になったり、家事や身じたく等、日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合

(2) 40歳～64歳までの人（第2号被保険者）

初老期の認知症、脳血管疾患など老化が原因とされる病気（※特定疾病）により、要介護状態や要支援状態になった場合

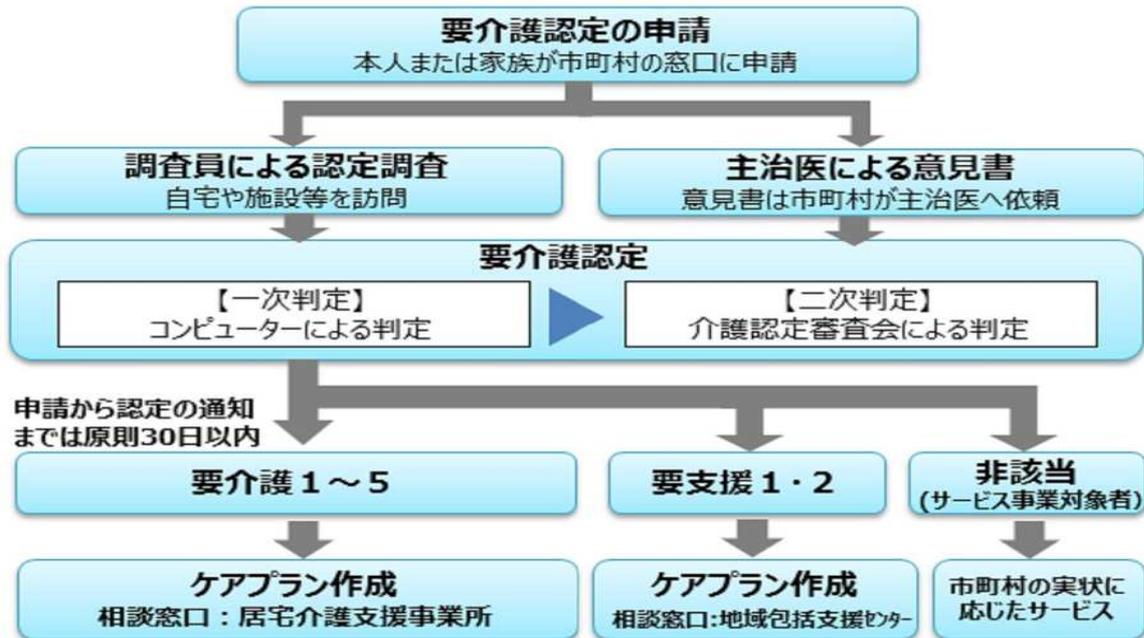
※特定疾病

- 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

<介護保険被保険者証の見本>

(1)		(2)		(3)	
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		内容	
番号		認定年月日	年月日	開始年月日	年月日
住所		認定の有効期間	年月日～年月日	終了年月日	年月日
フリガナ		居宅サービス	サービスの種類	開始年月日	年月日
氏名				終了年月日	年月日
生年月日		（うち種類支給限度基準額）		開始年月日	年月日
交付年月日		種類支給限度基準額		終了年月日	年月日
性別		認定審査及びのサービスの種類		居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称	
性 別		認定の意見及びのサービスの種類		届出年月日 年月日	
男・女		担当ケアマネがいる場合は、ココに事業所名が記載されています		届出年月日 年月日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印		介護保険施設等		届出年月日 年月日	
		種類		入所等年月日 年月日	
		名称		退所等年月日 年月日	
		種類		入所等年月日 年月日	
		名称		退所等年月日 年月日	

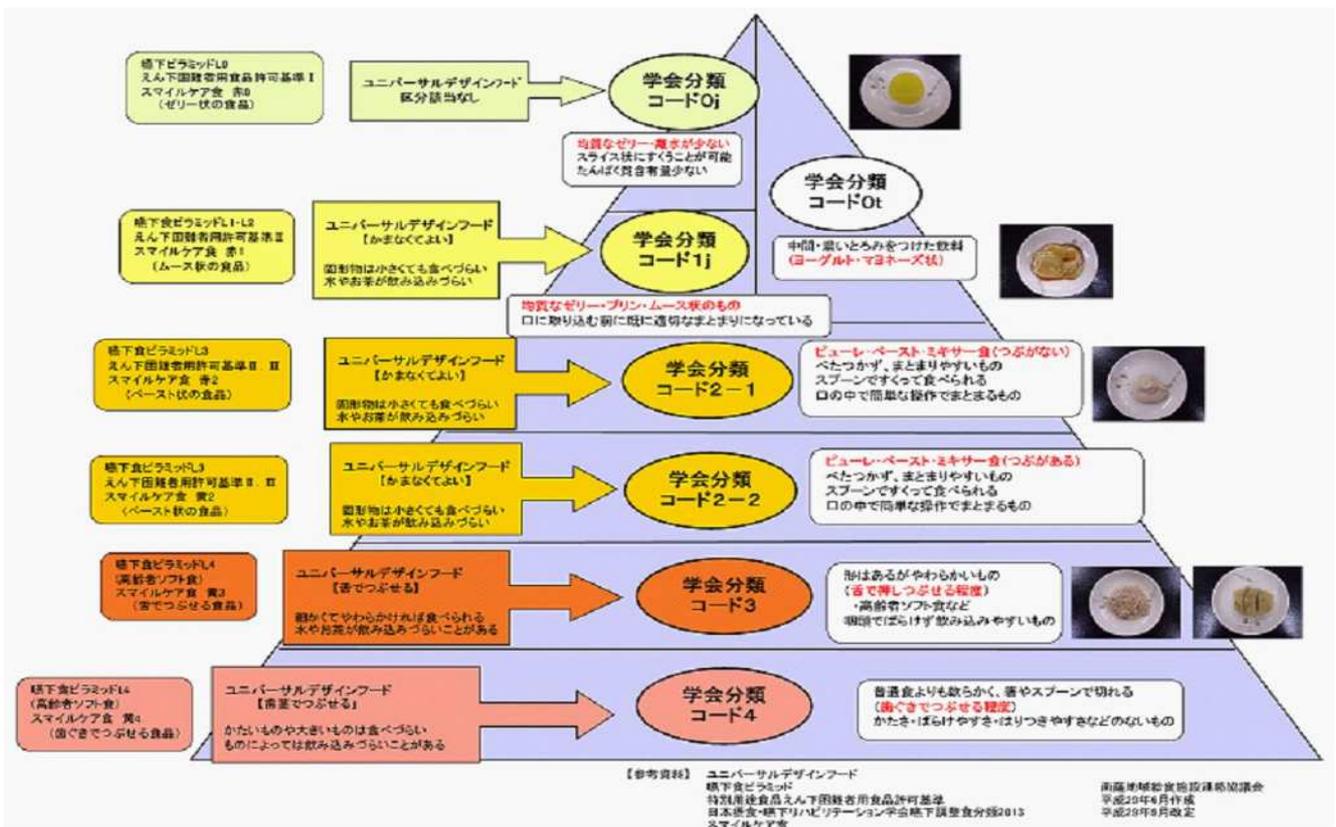
3 サービス利用までの流れ



＜ケアプラン作成の流れ＞

- ①契約・面談(本人・家族) : 退院後の住居, 家族支援の状況確認, 本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら, 契約の手続きを行う
- ②病院からの情報収集 : 身体機能の低下の状況, 要因の分析, 生活機能の予後予測
- ③ケアプラン原案作成 : 自立支援, 課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④サービス事業所との調整 : 事業所の選定, 事業所へ利用者情報の提供
- ⑤退院前カンファレンス : サービス事業所を交えた医療機関との引き継ぎ
- ⑥サービス担当者会議 : サービス事業所間で目標・課題を共有, 事業所の役割分担を確認
- ⑦サービス提供開始(退院)

4 嚥下調整食分類早見表 (P 9 「栄養管理情報」活用時参照)



5 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

自立度	ランク	判定基準
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. 隣近所なら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、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する 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、排泄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、着替えにおいて介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもつたない

※ 判定にあたっては、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。

6 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	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たすような症状・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、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・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、排泄が上手にできない、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・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・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 a 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

様式1 入院時情報提供シート

介護支援専門員 ⇒ 医療機関

入院医療機関名・担当者名

様

令和 年 月

日作成

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	
氏名	生年月日	大・昭 年 月 日	年齢 歳
住所			性別 男・女
緊急連絡先	氏名	住所	続柄 電話番号
家族構成図 ※分かる範囲で年齢、居住地を記入 <small>主・主介護者 次・キーパーソン ○・女性 □・男性</small>		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) ベッド: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手すり: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 段差: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		在宅主治医	1. 医療機関名 主治医名 2. 医療機関名 主治医名 3. 歯科医療機関名 主治医名
		既往歴	*感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 認定日: R 年 月 日 有効期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日
		障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<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
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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
		特定医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:)
		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名:)
サービス利用状況・サービス事業所名			
<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"/> 通所リハ (回/週) () <input type="checkbox"/> 訪問リハ (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	自立	見守り	一部介助
要支援は必要事項のみ記入 (令和 年 月 日時点)			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
特記事項 ()			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)			
→有の場合適合状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
口腔内衛生状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
摂食嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり 特記事項 ()			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (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"/> 経管栄養			
主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミサー, 水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日), とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <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 <input type="checkbox"/> ソフト食			
アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 ()			
嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 自宅 (浴室) 回/週 <input type="checkbox"/> 清拭 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所系サービス (回/週)			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日中: <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, 夜間: <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			
排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有			
下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> お薬箱 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> どちらも不要, 情報提供書の添付: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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: ()			
視力 (普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力 (普通・やや難聴・難聴・補聴器)			
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (バルカテール・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅酸素 (%))		
その他: () 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
◆特記事項/その他 (日中の生活, 本人・家族の思い, 在宅での目標, 介護力, 生活歴, 家族歴等)			

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。

別紙: 無 有

様式2 退院支援情報共有シート

医療機関 → 介護支援専門員

情報提供先（事業所・担当ケアマネ）

様

令和 年 月 日作成

医療機関名	TEL		作成者	職種:	氏名:
情報共有日	令和 年 月 日	形式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> カンファレンス		
患者氏名	生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳	
住 所				性別	男・女
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号	
入院期間	入院日: R 年 月 日 ~ 退院(予定)日: R 年 月 日				
入院の原因となった病名・状態像	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 認定日: R 年 月 日 有効期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
		障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) <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			
合併症	認知症高齢者の日常生活自立	<input type="checkbox"/> 自立 <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			
	特定医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:)			
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 () 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名:)			
病院主治医	在宅主治医				
バイタル	(月日) 血圧: / mmHg	体温: °C	脈: 回/分	身長: cm	体重: Kg
病院から患者・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					
退院後受診医療機関	本院・在宅医・その他 () 次回受診予定日: 令和 年 月 日				
リハビリの継続性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 特記事項 ()
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口 腔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分) →有の場合適合状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔内衛生状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	摂食嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり 特記事項 ()
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養管理情報書の添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *「有」の場合は、以下の食事欄の記載は省略 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (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"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー, 水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日)とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <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 <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割) アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<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"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワ浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他:)
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中: <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, 夜間: <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 排尿回数:(回/日), 排便回数:(回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有 下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<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"/>	薬の管理や副作用等での留意点: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他:)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	視力 (普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力 (普通・やや難聴・難聴・補聴器) キーパーソン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他 ()
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (パルカンテール・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅酸素 ()) その他:) 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部 <input type="checkbox"/> その他
◆療養上注意する事項・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。

別紙: 無 有

栄養情報提供書

医療機関・介護保険施設 ご担当者 様

記入日: _____

氏名	ふりがな _____		性別	生年月日 _____ (_____ 歳)	
	_____ 様		入所日	_____	
身長	_____ cm 測定日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)		病名 _____		
体重	直近(①): _____ kg 測定日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)	BMI	直近(①): _____ kg/m ²		
	①から1か月前: _____ kg 測定日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)		①から1か月前: _____ kg/m ²		
体重経過 _____					
栄養補給に関する事項	必要栄養量	エネルギー _____ kcal	たんぱく質 _____ g	飲水量 _____ ml	
	摂取栄養量	エネルギー _____ kcal	たんぱく質 _____ g	飲水量 _____ ml	
	経口摂取	食種	食 補助食品 (提供時間: _____) (補助食品の商品名: _____)		
		主食	形態名称 _____	主食量 _____ g	留意事項: _____
	□ 無	副食	形態名称 _____ (学会分類コード※1: _____) (形状: _____) (処理: _____) (凝固剤: _____) 留意事項: _____		
		とろみ	□ 無 □ 有 (_____) (製品名: _____) □ゼリー (製品名: _____) 留意事項: _____		
	経管栄養	□ 経鼻	栄養剤の種類 _____	濃度 _____ kcal/ml	エネルギー _____ kcal
		□ 胃瘻	栄養剤 朝 _____ kcal	昼 _____ kcal	夕 _____ kcal
		□ 腸瘻	投与水分 朝 _____ ml	昼 _____ ml	夕 _____ ml
	□ 無	備考※2 _____			
□ 無	静脈栄養	□ 末梢 (製品名・投与量等) _____ □ 中心 _____			
	□ 無				
食事に関する留意事項	食物アレルギー	□ 無 □ 有(_____)			
	その他禁止食品	□ 無 □ 治療による禁止有り(_____) □ 嗜好による禁止有り(_____)			
	その他問題点	□ 無 □ 姿勢保持不良 □ 食事への注意散漫 □ 食事時の傾眠 □ 食物の溜め込み □ 嚥下障害 □ 咀嚼困難 □ 口腔内残渣 □ 食事摂取量の低下 (いつから: _____) □ その他 (_____)			
間食	(種類・量・提供時間など _____)				
喫食率	主食 _____ 割	副食 _____ 割	食事摂取ムラ _____	食事時間 _____ 分	
食事摂取状況	食器具 _____		歯の状態 _____		
【入所中の経過・栄養食事相談の内容等】 _____ _____ _____					

※1: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」

※2: 投与方法や投与速度を必要に応じて記入すること

※ 青文字の項目は、退所時栄養情報連携加算を算定しない場合、省略可。

問合せ先 施設名: _____
 担当管理栄養士名: _____
 電話番号: _____ (FAX): _____

栄養情報提供書

記入日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

患者氏名			生年月日			歳	
			入院日				
身長	cm (測定日:)	<input type="checkbox"/> 測定不能	BMI ##### kg/m ²		<input type="checkbox"/> 算出不能		
体重	kg (測定日:)						
体重変化	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 過去 ()		変化量	kg			
体重経過							
【栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)】							
【GLIM基準による評価 <input type="checkbox"/> 非対応※】 判定日(年 月 日) 判定:							
該当項目: 表現型(<input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因(<input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)							
栄養補給に関する事項							
必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	飲水量	ml	
摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	飲水量	ml	
経口摂取	食事内容	食種	食 補助食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	注意事項						
	嚥下調整食の必要性	主食	形態名称	主食量 g			
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (学会分類コード)				
		副食	形態名称				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (学会分類コード※2) (形状:)(処理:)(凝固剤:)						
	水分摂取	とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (学会分類コード※2)				
		ゼリー	<input type="checkbox"/> とろみ摂取不可ゼリーにて対応 製品名()				
			注意事項				
	<input type="checkbox"/> 無	アレルギー食品		服薬中による禁止食品			
嗜好による禁止食品							
注意事項							
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻	注意事項(製品名、投与速度等)					
	<input type="checkbox"/> 胃婇	栄養剤の種類	濃度	kcal/ml	エネルギー	kcal	
	<input type="checkbox"/> その他	栄養剤	朝(kcal)	昼(kcal)	夕(kcal)		
<input type="checkbox"/> 無	投与水分		朝(ml)	昼(ml)	夕(ml)		
	注意事項(製品名、投与速度等)						
静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢						
	<input type="checkbox"/> 中心						
喫食量	主食	割	副食	割	食事摂取量ムラ	食事時間 分	
食事摂取状況	食器具				歯の状況		
【入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等】							

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は非対応にチェックすること。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

※ 青文字の項目は、栄養情報連携料を算定しない場合は、省略可。

問合せ先

医療機関名:

担当管理栄養士名:

電話番号:

(FAX):

南薩地域給食施設連絡協議会

南薩圏域入退院調整ルール定着支援事業参加医療機関窓口一覧

* 市外局番は「0993」です。

(令和8年3月現在)

* 情報更新は半年に1回の予定。それ以外の期間での修正は行いません。

<枕崎市>

No.	医療機関名	ケアマネとの退院調整を担当する部署			入院前に担当ケアマネが決まっている場合					入院時に担当ケアマネが決まっていない場合		
		部署名	TEL	FAX	ケアマネからの「入院時情報提供書」の持参先	ケアマネからの「入院時情報提供書」の送付先	ケアマネに電話連絡する人(部署)	ケアマネとの面談の主体となる人(部署)	ケアマネに退院日を連絡する人(部署)	家族に、介護保険について説明する人(部署)	ケアマネとの契約について、支援する人(部署)	契約後のケアマネとの連絡をとる人(部署)
1	ウエルフェア九州病院	地域連携課	72-0055	72-1199	地域連携課							
2	尾辻病院	地域連携室	72-5001	72-5070	地域連携室							
3	小原病院	地域医療連携室	72-2226	72-1683	地域医療連携室							
4	久木田整形外科病院	看護部	72-3155	72-0887	看護部(神村)							
5	ザガン・リージョン病院	患者支援相談室	73-6500	73-6511	患者支援相談室							
6	立神リハビリテーション温泉病院	医療相談室	72-7711	72-2736	医療相談室(相談員)							
7	枕崎市立病院	地域連携室	72-0303	72-0438	地域連携室, MSW							

<指宿市>

1	今林整形外科病院	医療福祉相談室	22-2710	24-4708	医療福祉相談室								
2	赤崎病院	医療相談室	32-2011	32-3869	医療相談室								
3	伊藤記念病院	退院支援相談窓口係	24-4466	23-4628	病棟	病棟・退院支援相談窓口係	看護部病棟師長	病棟・退院支援相談窓口係	看護部病棟師長	病棟看護師			
4	指宿浩然会病院	医療連携室	22-3295	23-4093	医療連携室, 不在時は該当病棟	医療連携室	医療連携室, 不在時は該当病棟	医療連携室 又は病棟担当者	医療連携室相談員(不在時は病棟担当者)				
5	指宿さがら病院	地域連携室	22-3079	22-3019	地域連携室								
6	指宿竹元病院	PSW室	23-2311	24-5860	病棟看護師長	PSW	病棟看護師長, PSW	PSW	病棟看護師長, PSW				
7	指宿医療センター	地域医療連携室	22-2231	22-2772	地域医療連携室	地域医療連携室	受持Ns, 担当Ns, 連携室	地域医療連携室	地域医療連携室				
8	西田病院	相談室	22-3352	22-5154	医療相談室								
9	山川病院	入退院支援室	35-3800	35-3810	入退院支援室								
10	生駒外科医院	病棟	22-3059	22-3422	病棟(病棟主任 又は 担当看護師)								
11	指宿脳神経外科	病棟看護部	27-1177	27-1178	病棟看護部	病棟リーダー-看護師							
12	上村内科クリニック	病棟	22-5033	24-4818	病棟	新小田 病棟師長							
13	開聞クリニック	看護部	32-5800	32-5810	看護部責任者: 松村葉月								
14	木之下クリニック	病棟	23-3940	27-1097	病棟	看護師	看護師長	看護師長, 主任	病棟リーダー, 看護師	看護師長, 主任			
15	肥後内科クリニック	看護師長	22-4148	22-3255	看護師長				院長	看護師長			

<南さつま市>

No.	医療機関名	ケアマネとの退院調整を担当する部署			入院前に担当ケアマネが決まっている場合					入院時に担当ケアマネが決まっていない場合		
		部署名	TEL	FAX	ケアマネからの「入院時情報提供書」の持参先	ケアマネからの「入院時情報提供書」の送付先	ケアマネに電話連絡する人(部署)	ケアマネとの面談の主体となる人(部署)	ケアマネに退院日を連絡する人(部署)	家族に、介護保険について説明する人(部署)	ケアマネとの契約について、支援する人(部署)	契約後のケアマネとの連絡をとる人(部署)
1	阿多病院	地域連携室	77-1211	77-1214	地域連携室							
2	有馬病院	地域医療連携室	52-2367	58-2127	地域医療連携室							
3	加世田病院	地域連携室	53-6300	53-6302	地域連携室							
4	県立薩南病院	地域医療連携室	53-5300	53-5436	地域医療連携室							
5	真愛病院(休止中)	病棟	53-7112	52-6102	2階,3階各ナースステーション	看護師長 又は 2階,3階各病棟主任						
6	南さつま市立坊津病院	地域連携室	67-1141	67-2180	地域連携室							
7	南さつま中央病院	病棟	52-0202	53-3930	病棟 師長							
8	アルティムリハビリテーションクリニック本町	在宅支援課	53-3211	53-7220	在宅支援課							
9	小山クリニック	病棟	77-2225	77-2250	病棟	病棟看護師	河野和代, 今村智美					
10	徳久整形外科	看護部	53-4311	53-4312	看護部(樫木)							
11	友松内科クリニック	病棟	52-7331	52-7507	病棟	病棟の主任		病棟スタッフ, 主任				
12	宮内クリニック	看護	77-0014	77-2545	病棟	病棟スタッフ(桑水流, 児島)						
13	唐仁原内科クリニック	看護師	53-3500	53-3533	看護師(御園)							

<南九州市>

1	菊野病院	地域連携室	56-1135	56-5654	受付、連携室	連携室	連携室MSW		連携室MSW			
2	こだま病院	地域連携室	56-4111	56-4155	地域連携室 ※事前連絡をお願いします		連携室(担当PSW)	連携室PSW及び病棟Ns	地域連携室(担当PSW)			
3	中村温泉病院	病棟看護師 医療福祉相談室	38-0046	38-2220	医療福祉相談室		医療福祉相談室, 各階病棟看護師		医療福祉相談室			
4	南薩ケアほすびたる	地域連携室	56-1155	56-1157	地域連携室							
5	南九州さくら病院	地域連携部	84-1311	84-2488	地域連携部							
6	笹川医院	看護部	27-4122	38-2020	看護部(部長又は師長)							

南薩保健医療圏域 居宅介護支援事業所一覧

*市外局番は「0993」です。

(令和8年3月現在)

*情報更新は半年に1回の予定。それ以外の期間での修正は行いません。

<枕崎市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	南方園 指定居宅介護支援事業所	73-5060	73-5062	898-0017	枕崎市住吉町14番地
2	エスポワール立神居宅介護支援事業所	73-5017	73-5021	898-0048	枕崎市火之神町630番地
3	ザザン居宅介護支援事業所	78-3362	73-5288	898-0017	枕崎市住吉町14番地
4	居宅介護支援事業所 櫻	72-5008	72-5068	898-0023	枕崎市若葉町83番地
5	福祉相談センターかけはし(休止中)	72-6039	72-6039	898-0008	枕崎市旭町29番地
6	居宅介護支援事業所 暖心	88-9004	88-9004	898-0028	枕崎市大塚中町424番地

<指宿市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	医療法人浩然会 指宿浩然会病院	22-3295	23-4093	891-0402	指宿市十町1145番地
2	ケアプラン たけのこ	23-1039	24-5912	891-0304	指宿市東方7531(指宿やすらぎ園1階事務所内)
3	開聞ケアプランセンター	27-2155	27-2156	891-0603	指宿市開聞十町1294-2
4	介護老人保健施設 ヴァンパルみどりの風	27-6611	27-6622	891-0514	指宿市山川大山2056-4
5	明正会介護支援ネットワーク 菜の花	24-3255	22-3239	891-0402	指宿市十町418-1
6	指定居宅介護支援事業所 優	24-2161	24-2161	891-0401	指宿市大牟礼一丁目32番24号
7	社会福祉法人 錦江会 湯之里園指定居宅介護支援事業所(廃止)	22-4149	24-3849	891-0304	指宿市東方828番地口
8	世光会居宅介護支援事業所(休止中)	22-1588	22-2005	891-0404	指宿市東方353メゾン・ド・さくら2階
9	社会福祉法人指宿市社会福祉協議会居宅介護支援事業所(廃止)	27-0070	22-2871	891-0497	指宿市十町2424番地
10	希望の郷居宅介護支援事業所(廃止)	26-3730	25-6003	891-0311	指宿市西方492番地1
11	指宿さがら病院	22-3079	22-3019	891-0406	指宿市湯の浜一丁目11番26号
12	居宅介護支援事業所 ゆとり(休止)	25-5711	25-5719	891-0304	指宿市東方1778
13	徳光苑在宅介護支援センター(廃止)	35-0027	35-3301	891-0513	指宿市山川岡児ヶ水1211番地
14	薩摩富士荘居宅介護支援事業所(休止中)	32-5381	32-5387	891-0604	指宿市開聞仙田6529番地1
15	いぶすきケアネットケアプランセンター	24-5851	24-3699	891-0401	指宿市大牟礼4丁目4番8号
16	居宅介護支援事業所 かえでの葉	23-1355	23-1356	891-0603	指宿市開聞十町4842番地1
17	千寿園居宅介護支援事業所	22-1588	22-2005	891-0404	指宿市東方353メゾン・ド・さくら2階
18	幸南クリニック居宅介護支援事業所	25-6090	25-5275	891-0311	指宿市西方6733番地
19	はっぴーホーム大成居宅介護支援事業所	23-8111	23-8110	891-0516	指宿市山川成川5173番地1

<南さつま市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	有馬病院	52-4230	52-4231	897-0008	南さつま市加世田地頭所570番地
2	徳久整形外科	53-4311	53-4312	897-0007	南さつま市加世田白亀1285番地1
3	吉井クリニック(廃止)	53-8895	53-8886	897-0001	南さつま市加世田村原二丁目2-7
4	真愛病院(休止中)	53-7112	53-5976	897-0031	南さつま市加世田東本町7番地3
5	小山クリニック	77-2225	77-2250	899-3403	南さつま市金峰町尾下354番地
6	さつま野菊園	63-1000	63-1950	897-1302	南さつま市笠沙町赤生木11372-397
7	養徳園指定居宅介護支援事業所	53-8830	52-7327	897-1122	南さつま市加世田小湊528番地
8	アルテンハイム・ラポール吉井 ケアマネジメントセンター	53-9999	53-5360	897-0006	南さつま市加世田本町54番6
9	加世田じゃがいの会指定居宅介護支援事業所(休止中)	52-8642	52-8643	897-1123	南さつま市加世田高橋1958番地6
10	居宅介護支援事業所 さすな	62-4168	58-5011	897-1201	南さつま市大浦町7294番地
11	居宅介護支援事業所 坊津(休止中)	67-0176	67-0182	898-0102	南さつま市坊津町泊9106番地
12	金峰苑指定居宅介護支援事業所	58-4630	58-4633	899-3511	南さつま市金峰町宮崎4019番地
13	居宅介護支援事業所 ライフデザイン	77-2110	77-2120	899-3515	南さつま市金峰町中津野1207番地1
14	コラボレーションケアスポット 加世田セントラル	76-1122	76-1123	897-1122	南さつま市加世田小湊231
15	まごころ居宅介護支援センター	76-0213	76-1150	897-00094	南さつま市加世田地頭所1600番地

<南九州市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	中村温泉病院(廃止)	38-0046	38-2220	891-0704	南九州市穎娃町別府1番地
2	まつやまクリニック(廃止)	83-3927	83-2670	897-0302	南九州市知覧町郡17533
3	川辺生協クリニック	56-6111	56-6146	897-0211	南九州市川辺町高添1118番地
4	有限会社 宇都薬局居宅介護支援事業所	83-2044	83-2351	897-0302	南九州市知覧町郡86
5	望洋の里 居宅介護支援事業所	36-3461	36-3461	891-0702	南九州市穎娃町牧之内3769番地1
6	こぎく園 居宅介護支援事業所	27-4855	27-4866	891-0704	南九州市穎娃町別府6611番地3
7	のぞく園 居宅介護支援事業所(休止中)	36-2398	36-3902	891-0703	南九州市穎娃町御領830
8	憩いの里居宅介護支援事業所	83-3206	83-3204	897-0303	南九州市知覧町永里4577-3
9	ケアプランセンター 音野舎	58-7161	58-7166	897-0302	南九州市知覧町郡2072-2
10	シルバーライフちゃん居宅介護支援事業所	85-4095	85-4096	891-0911	南九州市知覧町塩屋16016番地
11	川辺みどり園指定居宅介護支援事業所	56-6626	56-0019	897-0202	南九州市川辺町清水10131番地2
12	寿光苑 指定居宅介護支援事業所	56-3959	56-4156	897-0221	南九州市川辺町田部田4848-4
13	一歩居宅介護支援事業所	28-2112	39-1123	891-0705	南九州市穎娃町上別府8413番地1
14	しせいそう居宅介護支援事業所	27-3322	36-1116	891-0702	南九州市穎娃町牧之内2228番地5
15	こおり居宅介護支援事業所(休止中)	27-3377	36-2288	891-0701	南九州市穎娃町郡854番地1-1F
16	岡村さん家居宅介護支援事業所(休止中)	38-2840	38-2612	891-0704	南九州市穎娃町別府4845番地3
17	董里夢えい居宅介護支援事業所(廃止)	38-0354	38-0360	891-0705	南九州市穎娃町上別府489番地1
18	居宅介護支援事業所 こころ	39-1823	39-1822	891-0705	南九州市穎娃町上別府2193番地1
19	ザザン地域医療・介護支援センター 南九州	76-1117	76-1120	897-0302	南九州市知覧町郡17789-1
20	いろ葉くらしラボ	080-1280-8561	56-3883	897-0215	南九州市川辺町平山3778番地1

南薩保健医療圏域 小規模多機能型居宅介護事業所一覧

* 市外局番は「0993」です。

(令和8年3月現在)

* 情報更新は半年に1回の予定。それ以外の期間での修正は行いません。

<枕崎市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	小規模多機能型居宅介護事業所 花渡川	76-5733	76-5733	898-0051	枕崎市中央町2 1 9 番地
2	小規模多機能型居宅介護事業所「愛」	73-5055	73-5062	898-0017	枕崎市住吉町1 4 番地
3	看多機ほーむかるん	080-4206-7161	78-3909	898-0061	枕崎市桜山町249
4	小規模多機能型居宅介護事業所 火の神	0993-76-2211	58-1066	898-0048	枕崎市火之神町725番地

<指宿市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	小規模多機能ホーム 伝	26-3210	26-3212	891-0402	指宿市十町2 3 8 6 番地3
2	ケアホーム合歓の木	26-4500	26-4501	891-0506	指宿市山川金生町4 6 番地
3	小規模多機能型居宅介護 徒然館	24-5850	24-5850	891-0401	指宿市大牟礼4 丁目4 番1 9号
4	ケアホームゆとり	23-1005	23-1006	891-0311	指宿市西方4 9 1 5 番地2
5	小規模多機能ホームあいおい	26-3120	26-3124	891-0403	指宿市十二町8 8 番地1 5

<南さつま市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	小規模多機能ホーム 桑の実	77-0223	58-4301	899-3515	南さつま市金峰町中津野5 9 4 番地
2	小規模多機能ホーム尊丘之家	68-0761	68-0767	898-0211	南さつま市坊津町久志2 1 5 8 番地
3	ガレリア・ルナ	78-3320	78-3335	897-0031	南さつま市加世田東本町8 番地1 0
4	小規模多機能ホーム 街の家	53-8080	53-8088	897-0006	南さつま市加世田本町1 1 番地2
5	小規模多機能ホーム たぶせの里	78-3212	78-3213	899-3403	南さつま市金峰町尾下3 9 0 番地
6	看護小規模多機能ホーム和が家	77-2110	77-2120	899-3515	南さつま市金峰町中津野1 1 8 4 番地2
7	看護小規模多機能ホーム 友輪	58-4300	58-4301	899-3515	南さつま市金峰町中津野1 2 2 6 番地1

<南九州市>

No.	事業所名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	ふれ愛やすらぎの郷	28-2525	28-2555	891-0705	南九州市穎娃町上別府4 6 2 7 番地
2	看護小規模多機能ホーム 音野舎	83-1717	83-4771	897-0302	南九州市知覧町郡2 0 6 9 番地2
3	ひらやまのお家	56-3883	099-297-6242	897-0215	南九州市川辺町平山3 2 9 4 番地

南薩保健医療圏域 地域包括支援センター一覧

(令和8年3月現在)

No.	センター名	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	枕崎市地域包括支援センター	72-1111	72-1656	898-8501	枕崎市千代田町2 7 番地
2	指宿市地域包括支援センター	22-2111	24-4342	891-0497	指宿市十町2 4 2 4 番地
3	南さつま市地域包括支援センター	58-2662	53-2282	897-0003	南さつま市加世田川畑2 6 5 0 番地1
4	南九州市地域包括支援センター	56-1111	58-3710	897-0215	南九州市川辺町平山3 2 3 4 番地

栄養情報提供書に関する相談窓口

南薩地域給食施設連絡協議会(事務局: 今林整形外科病院)

電話: 0993-22-2710

南薩保健医療圏域入退院調整ルール全般に関する相談窓口

南薩地域振興局保健福祉環境部健康企画課(加世田保健所)

電話: 0993-53-2315