

種子島地域入退院支援ルール

1 種子島地域入退院支援ルールとは

患者の退院後の生活をイメージしながら、入院時から病院とケアマネジャーが情報を共有することで、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、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、種子島保健医療圏域の連携の仕組みです。

平成30年10月からルール運用を行っており、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きます。

2 入退院支援ルールを適用する対象ケース

- ①入院前に介護保険サービスを利用していた人
- ②退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する人
- ③医療機関担当者が退院支援が必要と判断した人

【介護保険制度について】

1 介護保険制度とは

- ・介護保険制度は、居住地の市区町村（保険者）が制度を運営しています。
- ・40歳以上の人は、被保険者として介護保険に加入します。
- ・65歳以上の人は、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）

原因を問わず、寝たきりや認知症などで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、日常生活の支援を必要とする状態（要支援状態）になった場合、認定を受け介護サービスを利用することができます。

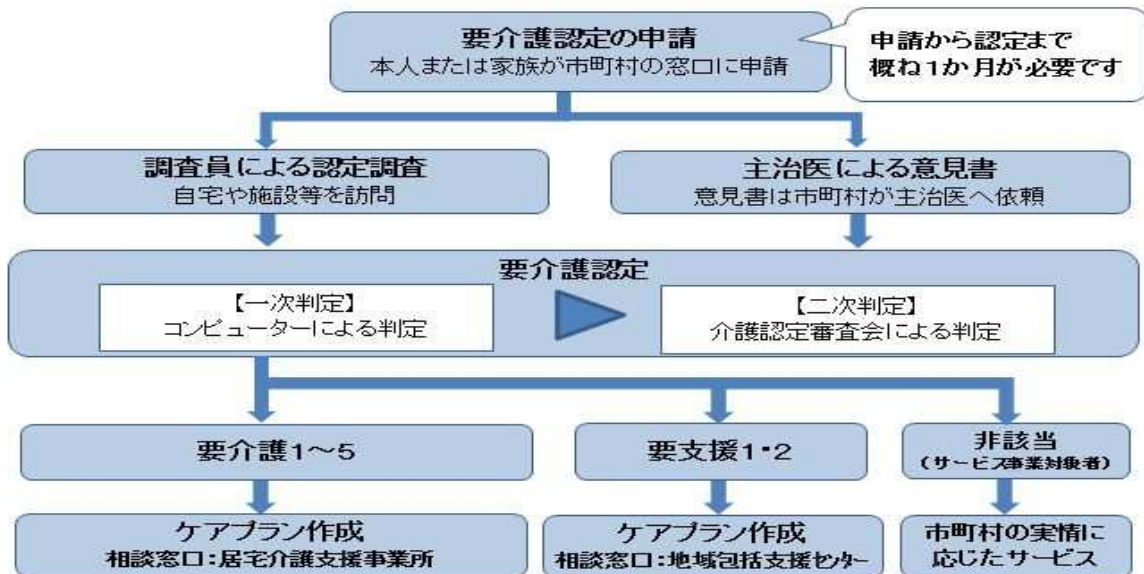
(2) 40歳～64歳までの人（第2号被保険者）

医療保険に加入していれば、老化が原因とされる病気（※特定疾病）により、介護や日常生活の支援が必要となった場合は、認定を受け介護サービスを利用することができます。

※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

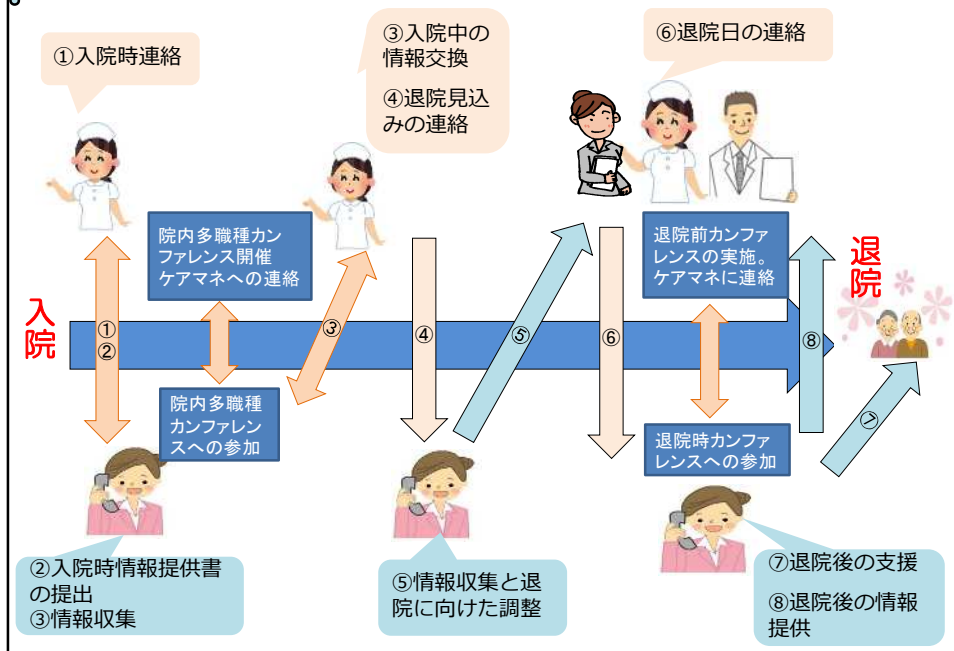
3 サービス利用までの流れ



<ケアプラン作成の流れ>

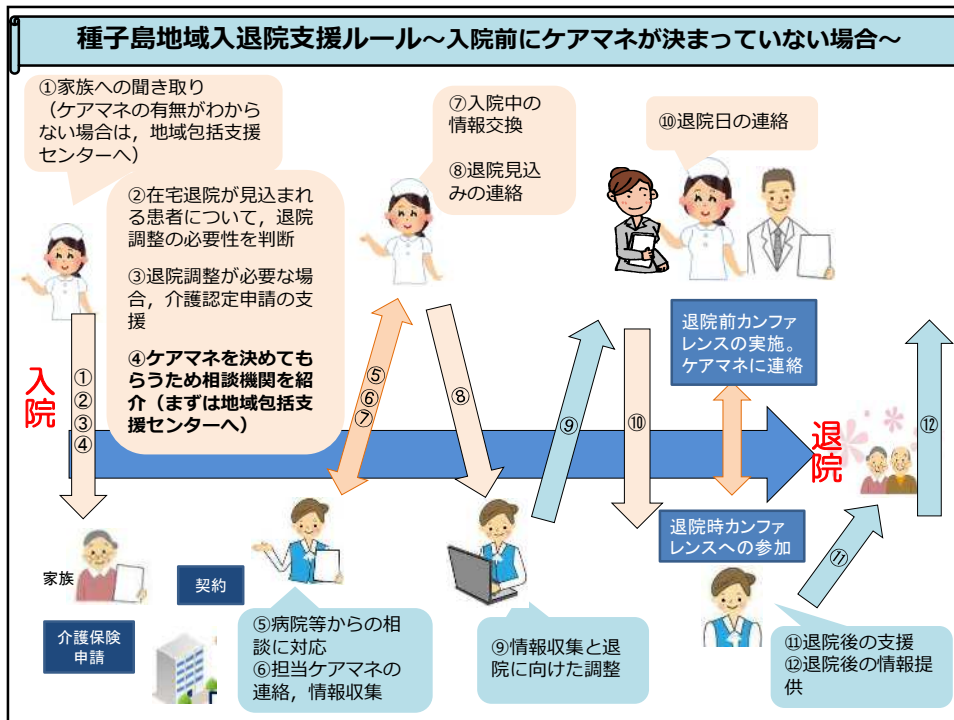
- ①契約・面談（本人・家族）：退院後の住居， 家族支援の状況確認， 本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら， 契約の手続きを行う
- ②病院からの情報収集：身体機能の低下の状況， 要因の分析， 生活機能の予後予測
- ③ケアプラン原案作成：自立支援， 課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④サービス事業所との調整：事業所の選定， 事業所へ利用者情報の提供
- ⑤退院前カンファレンス：サービス事業所を交えた医療機関との引き継ぎ
- ⑥サービス担当者会議：サービス事業所間で目標・課題を共有， 事業所の役割分担を確認
- ⑦サービス提供開始（退院）

種子島地域入退院支援ルール～入院前にケアマネが決まっている場合～



具体的な取組内容

	医療機関	ケアマネジャー (CM)
在宅時		☆利用者の入院を早期に把握するための工夫 ・利用者や家族が医療機関に介護保険証の提出し、ケアマネの存在、連絡先等を伝えられるよう説明しておく。 (重要事項説明書に記載する) ☆入院時に備えての入院時情報提供書の準備
入院	① 入院時連絡 ・ 家族への聞き取りや介護保険証等により担当ケアマネの連絡先を確認し、ケアマネに連絡	② 入院時情報提供書の提出(持参・郵送・FAX等) ・ 入院を把握したら、病院に連絡 ・ 介護保険証の提示 ・ 入院時情報提供書を作成次第、病院に提供。
	入院を把握したどちらか早い方が連絡	
退院調整期間	※ 本人・家族等に確認し、院内多職種カンファレンスの開催をケアマネに連絡	※ 院内多職種カンファレンスへの参加
	③ 入院中の情報交換(必要時やケアマネが求めた時) ・ 入院の経過、リハビリの時期や治療方法 ・ 在宅退院の可能性など	③ 情報収集
	入院時から1週間程度での情報交換	
退院調整期間	④ 退院見込みの連絡(退院目途がつき次第、速やかに) ・ 在宅退院の方は、退院許可後、ケアマネに連絡。 調整に時間がかかるケースについては、より密な連携をとる。	⑤ 情報収集と退院に向けた調整 ・ 退院後の生活に向け、ケアプランの作成をする。 【ケアプラン作成の流れ】 1) 情報収集(本人、家族、病院等より) 2) ケアプラン作成 3) サービス事業所等との調整 4) サービス担当者会議等
	※ 可能であれば、退院前カンファレンスを実施。ケアマネに連絡。	※ 退院前カンファレンス等ある場合は、参加。 (日頃から病院・家族に声をかけておく。)
退院後	⑥ 退院日等の連絡 退院日が確定したら本人・家族の同意を得て速やかにケアマネに連絡(情報共有ツールとして退院・退所情報記録書等を活用。)	⑦ 退院後の支援
		⑧ 退院後の情報提供 (医療系サービスを利用する人はケアプランを主治医へ提出)



具 体 的 な 取 組 内 容		
医療機関	ケアマネジャー	
入院	<p>① 家族への聞き取りや介護保険証等により担当ケアマネがないことを確認。 ※ 本人・家族等へ確認しても、ケアマネの有無が不明な場合は、地域包括支援センターに確認。</p>	<p>(担当ケアマネが決まるまでの間)</p> <p>※ 在宅退院が見込まれ、なおかつ退院後、新たに介護保険サービス利用が必要と思われる方の入院について、先にケアマネが把握したら、病院に情報提供する。</p>
退院調整準備期間	<p>② 病状がある程度安定し、在宅退院が見込まれる患者について、退院調整の必要性を判断する。 【退院調整が必要な患者を参照】</p> <p>③ 退院調整が必要な場合、介護保険について説明、介護認定申請の検討について助言する。</p> <p>④ ケアマネを決めてもらうため相談機関を紹介 (まずは地域包括支援センターへ)</p> <p>⑤ 病院等から相談があったら、対応する。 (介護申請認定後、契約手続き)</p> <p>⑥ 担当ケアマネの連絡、情報収集</p>	
退院調整期間	<p>※以降の流れは、「入院前にケアマネが決まっている場合」と同じ</p>	
退院後		

【退院調整が必要な患者】とは？



支援者がいない人	独居, 高齢者世帯
	支援者がいない人
医療ニーズの高い人	入退院を繰り返している人
	認知症
	末期がん
	服薬管理が必要な人
	退院後, 医療系サービスが必要な人
介護保険サービスの申請 (新規・変更等)が必要な人	排泄に介助が必要な人
	見守りが必要な人(移動・排泄・食事)
	入院後, 状態が大きく変化している人
	介護保険申請していない人
	サービス利用で改善が見込まれる人
	住宅改修が必要な人
困難ケース	虐待, その疑いがある人
	生活困窮者
退院後の生活に不安を感じている人	

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 総合事業対象				
障害高齢者の日常生活自立度	<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			<input type="checkbox"/> 医師の判断	
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			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢 ） <input type="checkbox"/> その他（特記参照）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

R6.3月修正版

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		部 位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)				褥瘡の有無	□ なし □ あり ()			
		なし	軽度	中度	重度	移動(室内)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他			
A D L	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他			
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	福祉用具種類等				
	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	外出手段	□ 徒歩 □ 車 □ 電動カー □ 知人・家族の送迎 □ タクシー			
	整 容	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助	ADLに関する特記事項				
		清拭	シャワー浴	一般浴	機械浴					
食 事	自立	見守り	一部介助	全介助						
食 事 内 容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	□ あり () □ なし □ 不明			
	食事形態	□ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養		水分とろみ	□ なし □ あり	水分制限	□ あり () □ なし □ 不明			
口 腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる	義歯	□ なし □ あり(部分・総)			
	口腔清潔	良		不良	著しく不良	口臭	□ なし □ あり			
排 泄 *	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし □ 夜間 □ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	□ なし □ 夜間 □ 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	□ なし □ あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
食事・口腔・排泄・睡眠 喫煙に関する特記事項										
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン 能 力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	□ なし □ あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	□ なし □ あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における 療養上の問題		□ なし □ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 焦燥・不穏 □ 妄想 □ 暴力/攻撃性 □ 介護への抵抗 □ 不眠 □ 昼夜逆転 □ 徘徊 □ 危険行為 □ 不潔行為 □ その他 ()								
疾患歴*		□ なし □ 悪性腫瘍 □ 認知症 □ 急性呼吸器感染症 □ 脳血管障害 □ 骨折 □ その他 ()								
入 院 歴 *	最近半年間での入院	□ なし □ あり (理由: _____ 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) □ 不明								
	入院頻度	□ 頻度は高い/繰り返している □ 頻度は低いが、これまでもある □ 今回が初めて								
入院前に実施している 医療処置*		□ なし □ 点滴 □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 気管切開 □ 胃ろう □ 経鼻栄養 □ 経腸栄養 □ 褥瘡 □ 尿道カテーテル □ 尿路ストーマ □ 消化管ストーマ □ 痛みコントロール □ 排便コントロール □ 自己注射 () □ その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□ なし □ あり ()	居宅療養管理指導	□ なし □ あり (職種:)
薬剤管理	□ 自己管理 □ 他者による管理 (・管理者: _____ ・管理方法: _____)		
服薬状況	□ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れ □ 飲み忘れが多い、処方を守られていない □ 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	□ 通院 □ 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)					
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし					
入院(所)概要	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日									
	入院原因疾患(入所目的等)									
	入院・入所先	施設名			棟		室			
	今後の医学管理	医療機関名：				方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()								
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()								
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず								
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()						UDF等の食形態区分		
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()						眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()								
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	<本人> 退院後の生活に関する意向									
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方									
	<家族> 退院後の生活に関する意向									

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 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"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()							
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()							
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)					
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。								
在宅復帰のために整えなければならない要件									
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)						会議出席	
1	年 月 日							無・有	
2	年 月 日							無・有	
3	年 月 日							無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

種子島地域入退院支援ルール 居宅介護支援事業所一覧

令和8年3月現在

※市外局番は「0997」です。

	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	わらび苑居宅介護支援事業所	891-3101	西之表市西之表3087番地2	22-2612	22-2614	
2	居宅介護支援事業所 百合砂	891-3116	西之表市鴨女町92番地1	23-6165	28-3912	
3	居宅介護支援事業所 LaLaCats	891-3101	西之表市西之表14415-24	090-9483-7906	22-1265	
4	種子屋久農業協同組合 指定居宅介護支援事業所 西之表事業所	891-3111	西之表市西之表西町6972番地	23-3971	22-9831	
5	平安閣介護支援センターつばさ	891-3101	西之表市西之表14889番地5	28-3370	28-3778	
6	ありがとう	891-3115	西之表市天神町3-12	22-9787	22-9788	
7	南界園居宅介護支援センター	891-3607	熊毛郡中種子町田島327番地1	27-8184	27-8184	
8	社会福祉法人 中種子町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	891-3604	熊毛郡中種子町野間6584番地2	080-8560-1509	27-1660	
9	種子屋久農業協同組合 指定居宅介護支援事業くまげ事業所	891-3604	熊毛郡中種子町野間5281	27-3738	24-2203	
10	芙蓉苑居宅介護支援センター	891-3701	熊毛郡南種子町中之上1702番地4	26-2320	26-2347	
11	社会福祉法人 南種子町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	891-3701	熊毛郡南種子町中之上2283番地	26-1703	26-1730	
12	居宅介護支援事業所がじゅまる	891-3701	熊毛郡南種子町中之上2759番地8	28-3471	28-3796	
13	ケアプランセンター なごみ	891-3101	西之表市西之表6417-3	23-2513	23-1528	
14	居宅介護支援センター おたつめたつ	891-3601	熊毛郡中種子町納官5170番地	24-8555	27-7496	休止中
15	ケアプランえがお	8,913,701	熊毛郡南種子町平山149番地	070-1498-4895	26-7373	休止中

種子島地域入退院支援ルール 小規模多機能型居宅介護事業所一覧

令和8年3月現在

※市外局番は「0997」です。

	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX
1	小規模多機能ホームこころ	891-3604	熊毛郡中種子町野間 11279番地	27-3390	27-3390
2	小規模多機能ホームあかり	891-3704	熊毛郡南種子町中之下 1858番地1	26-2526	26-2526

種子島地域入退院支援ルール 看護小規模多機能型居宅介護事業所一覧

令和8年3月現在

※市外局番は「0997」です。

	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX
1	看護小規模多機能型居宅介護 看多 機なごみ	891-3101	西之表市西之表6416-9	23-2513	23-1528

種子島地域入退院支援ルール 地域包括支援センター一覧

	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX
1	西之表市地域包括支援センター	891-3193	西之表市西之表7612	23-5225	23-5228
2	中種子町地域包括支援センター	891-3692	中種子町野間5186	27-1223	27-1086
3	南種子町地域包括支援センター	891-3792	熊毛郡南種子町中之上 2793-1	24-1660	24-1660

種子島地域入退院支援ルール全般に関する相談窓口
熊毛支庁保健福祉環境部健康企画課(西之表保健所)
電話：0997-22-0012