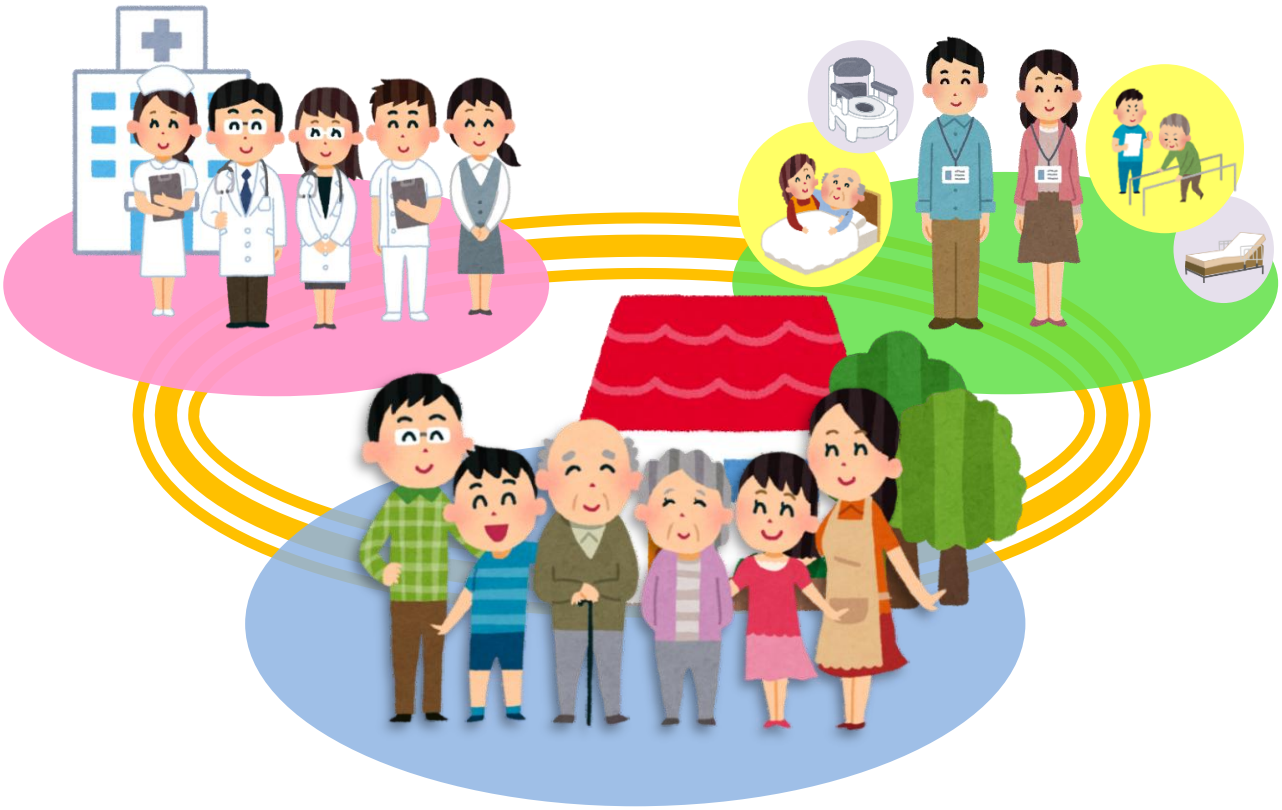
相双医療圏
退院調整ルールの手引き

～患者さんの退院を地域全体で支えるために～



令和８年９月　改訂版

福島県相双保健福祉事務所

目　次

１　相双医療圏退院調整ルール策定の目的 …… 1

２　相双医療圏退院調整ルールの基本 …… 2
⑴　相双医療圏退院調整ルールとは …… 2
⑵　相双医療圏の範囲 …… 2
⑶　相双医療圏退院調整ルール参加機関 …… 2
⑷　相双医療圏退院調整ルールの対象となる患者 …… 3
⑸　相双医療圏退院調整ルールが想定する基本的なケース …… 3
⑹　相双医療圏退院調整ルールの位置付け …… 3
⑺　相双医療圏退院調整ルールの見直し …… 4

３　相双医療圏退院調整ルールの内容 …… 5
⑴　入院前にケアマネジャーが決まっている場合 …… 5
⑵　入院前にケアマネジャーが決まっていない場合 …… 7
⑶　退院調整が必要な患者の基準（入院前にケアマネジャーが決まっていない場合）… 9
⑷　病院が在宅への退院を可能と判断する基準 …… 9
⑸　市町村との調整等（入院前にケアマネジャーが決まっていない場合） …… 10

４　病院の担当窓口一覧 …… 11

５　入院時情報提供シート（標準様式） …… 16

６　退院調整共有情報 …… 17

７　参　考 …… 19
⑴　ケアプラン（介護サービス計画）作成の流れ …… 19
⑵　退院調整ルールに関連する診療報酬・介護報酬 …… 20
⑶　個人情報の取扱について …… 21
⑷　相双医療圏退院調整ルール策定経過と今後の役割 …… 22

８　相双医療圏退院調整ルール参加・関係機関一覧 …… 24

１　相双医療圏退院調整ルール策定の目的

退院調整のための“「病院」と「ケアマネジャー」間のルール”を策定

介護を必要とする患者さんが、退院の準備をする際に、『退院調整もれ』（病院からケアマネジャーに引き継ぎがなされないこと）により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。

入院前にケアマネジャーが決まっている患者で、在宅へ向けた退院の準備をする時に病院から引き継ぎのなかった割合（退院調整もれ率）を、相双医療圏において入院の日数を問わず調査した結果は、平成２８年５月時点で、約５１％でした。

そこで、相双医療圏内の病院関係者、ケアマネジャー、市町村、地域包括支援センター、関係団体など、たくさんの方々が約８ヶ月間、検討・協議を行い、病院とケアマネジャーが連携をとりやすくするための「相双医療圏退院調整ルール」を策定しました。

この退院調整ルールを地域全体で運用し、介護を必要とする患者さんが、疾患を問わず、相双医療圏内のどの病院から退院しても、必要な介護サービスがタイムリーに受けられ、安心して在宅へ戻ることができるよう、**医療**（病院）**と介護**（ケアマネジャー・市町村）が連携を強化して支援していくことを、ルール策定の目的としています。

この手引きは、退院支援を行う病院のスタッフやケアマネジャーなど関係者に向けて作成したものです。

患者さんの退院を地域全体で支えるため、関係者の皆様で内容を共有していただき、退院調整ルールの普及・活用に、ご協力くださいますようお願いします。

２　相双医療圏退院調整ルールの基本

⑴　相双医療圏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、病院とケアマネジャーが、患者が入院した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、相双医療圏内の連携の仕組みです。

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のそれぞれの役割や使用する様式などを定めています。

平成２９年４月から運用を開始しています。

⑵　相双医療圏の範囲

《相双地域１２市町村》

相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村

⑶　相双医療圏退院調整ルール参加機関（令和８年９月現在）

《相双医療圏内》

① 病院：１０病院

② 居宅介護支援事業所：４２か所

（休止事業所及び他圏域へ移転している事業所を除く。）

③ 小規模多機能型居宅介護事業所：１か所

④ 看護小規模多機能型居宅介護事業所：１か所

⑤ 地域包括支援センター：１５か所

⑥ 市町村高齢者福祉・介護保険担当課：１２市町村

※参加機関一覧はＰ２４に掲載しています。

⑷　相双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が、退院調整を行う必要があります。

① 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方 （入院前に介護保険サービスを利用していた方）	⇒	要介護・要支援に関わらず、全て対象（※）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』（P9）により、病院が、退院調整が必要と判断した方が対象となります。

※　３日程度の短期の入院の場合（検査入院、白内障の手術による入院など）は、原則として、退院調整ルールを適用しないものとします。

ただし、関係者間で必要と判断される場合は、適宜ルールを活用していただいてさしつかえありません。

⑸　相双医療圏退院調整ルールが想定する基本的なケース

基本的には、相双医療圏内にお住まいの退院調整ルール対象者が、相双医療圏内の病院に入院し、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さしつかえありません。

⑹　相双医療圏退院調整ルールの位置付け

相双医療圏退院調整ルールは、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。

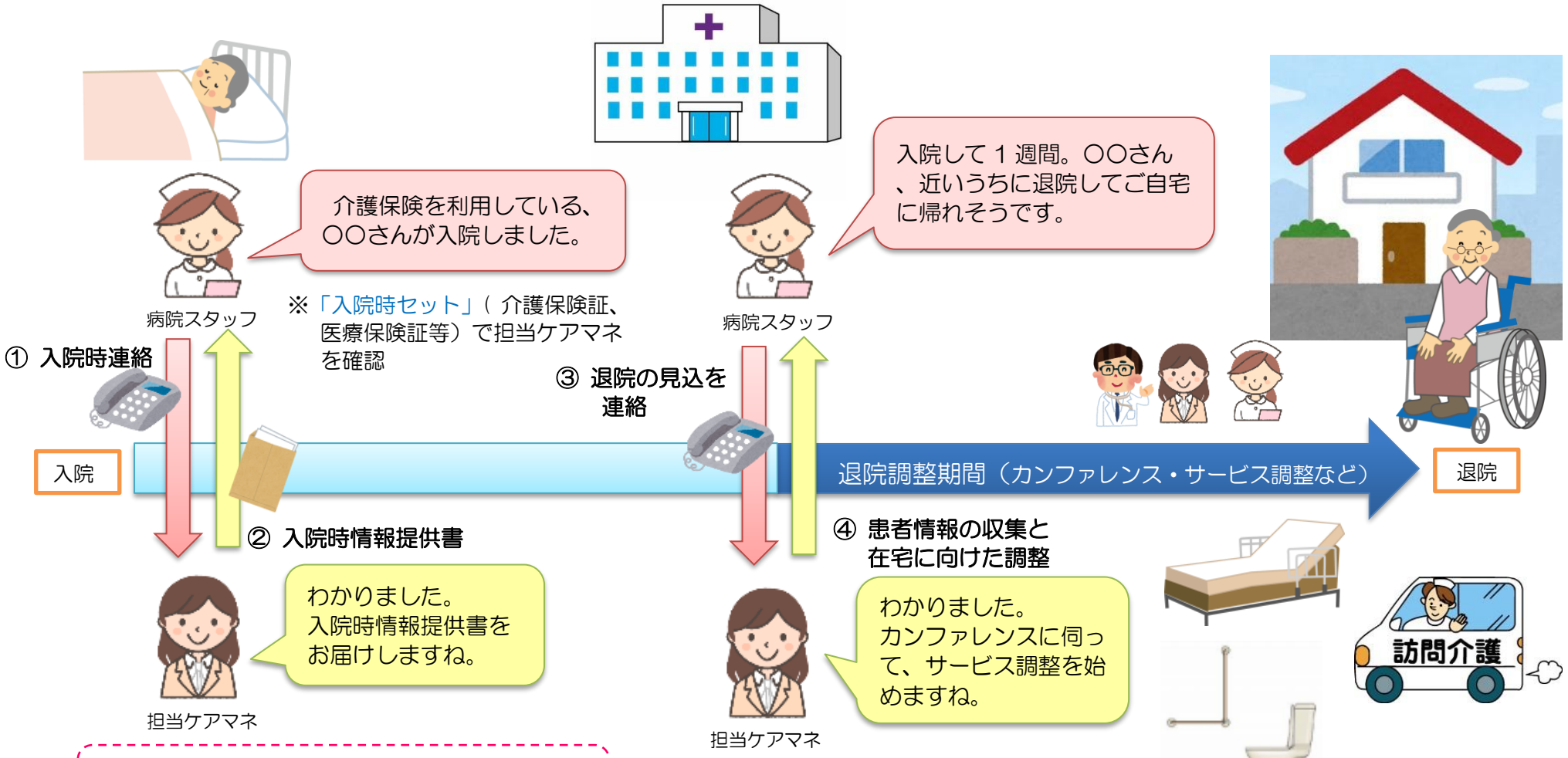
ルールに定めた日数などは、「目安」と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

⑺　相双医療圏退院調整ルールの見直し

相双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、適宜見直しをしていきます。

３　相双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。

	病　院	ケアマネジャー（ケアマネ）
在宅時		◆ 利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ◎ 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』・『お薬手帳』と一緒に保管し、通院・入院の際には「入院時セット」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	① 入院時連絡 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日以内に連絡する。	② 入院時情報提供書の送付 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する（原則として電話連絡の上、持参する。）。
退院の見込 （入院７日～10日程度）	③ 患者の退院の見込を連絡 ⑴ 入院後７～１０日程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断する。 ⑵ 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、ケアマネに連絡する。	④ 患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 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。
退院調整	⑤ 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 ➤病院担当者（看護師・MSW）とケアマネの退院調整開始面談　➤患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整 ➤退院前カンファレンスの開催　➤退院時情報の提供　など	
退院日決定	⑥ 退院日を連絡 主治医の許可した退院日をケアマネに連絡する。	
退院後	⑦ サマリーの提供（必要に応じ）	⑧ ケアプランの提供（必要に応じ）

「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する

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）



病院スタッフ

患者や家族への聞き取り、介護保険証等により、担当ケアマネがいないことを確認。

入院して１週間。近いうちに退院できそう。
でも、在宅では介護が必要になりそう…

①「退院調整が必要な患者の基準」により判断



病院スタッフ

介護保険の申請を本人・ご家族に情報提供しよう。
ケアマネを決めるお手伝いも必要かな…。

② 介護保険について本人・家族に説明し、申請を支援
③ 必要に応じてケアマネの選定を支援



ケアマネさんに退院の見込を連絡しよう。

④居宅介護支援事業所または
地域包括支援センターに
退院の見込の連絡





入院

退院調整期間（カンファレンス・サービス調整など）

退院

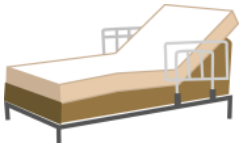
要介護認定申請

⑤ 患者情報の収集と
在宅に向けた調整



居宅介護支援事業所ケアマネ
または
地域包括支援センター

わかりました。
カンファレンスに伺って、サービス調整を始めますね。







連絡先

中重介護⇒　居宅介護支援事業所

軽介護　⇒　地域包括支援センター
（判断に迷う場合も包括に連絡）

	病　院	ケアマネジャー（ケアマネ）
入院	◆ 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** ※ 要介護認定を受けているかどうかがわからない場合は、**市町村介護保険担当課**に問い合わせる。	
退院の見込 （入院７日～10日程度）	**① 退院調整の必要性の判断** ⑴ 入院７～１０日程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断する。 ↓ ⑵「**退院調整が必要な患者の基準**」に基づき、退院調整（介護保険の利用）が必要かどうかを判断する。 **② 患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援** ①により、退院調整が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請等を支援する。 **③ 必要に応じてケアマネの選定を支援** **要介護と思われる者（中重介護）　⇒居宅介護支援事業所** ※ 必要に応じ市町村介護保険担当課と相談・調整しケアマネの選定を支援する。 **要支援と思われる者（軽介護）及び判断に迷う者** **⇒地域包括支援センター** **④ 患者の退院の見込を連絡** 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**する。	**⑤ 患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始** 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。
退院調整 **退院日決定** **退院後**	以降の流れは、前掲『⑴入院前にケアマネが決まっている場合』（Ｐ６）の⑤以降と同じ	

⑶　退院調整が必要な患者の基準（入院前にケアマネジャーが決まっていない場合）

入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない患者については、次の基準により退院調整が必要かどうかを判断します。

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
- □　排泄に介助が必要また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(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（家族がいても、高齢、疾患等により介護力が乏しいなど）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）がん末期の方
- □（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、担当ケアマネジャーが決まっている患者については、要介護・要支援に関係なく、必ず退院調整（担当ケアマネジャーへの引き継ぎ）を行います。
（P５～６参照）

⑷　病院が在宅への退院を可能と判断する基準

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」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　病状がある程度安定した状態である。
2　在宅での介護が可能そうである。

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。

⑸　市町村との調整等（入院前にケアマネジャーが決まっていない場合）

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「入院時セット」の確認などをしてもわからない場合は、病院スタッフが市町村介護保険担当課（P28）に問い合わせてください。

なお、個人情報の取扱には、十分注意してください。

※　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・ご家族の自由意思によるのが基本ですが、希望する居宅介護支援事業所の受け入れ枠に空きがない場合があります。また、地域包括支援センターには、管轄区域があります。

ケアマネジャーの選定の支援は、市町村介護保険担当課でも行っておりますが、方法が市町村によって異なります。

患者がケアマネジャーの選定について、病院の支援を必要とする場合は、病院スタッフが市町村介護保険担当課にご相談ください。

４　病院の担当窓口一覧

「相双医療圏退院調整ルール」に参加している病院の担当窓口の一覧表を、次ページ以降に掲載しています。（令和８年９月現在）

《参加病院》

１　公立相馬総合病院
２　相馬中央病院
３　南相馬市立総合病院
４　鹿島厚生病院
５　小野田病院
６　大町病院
７　雲雀ヶ丘病院
８　高野病院
９　渡辺病院
10　福島県ふたば医療センター附属病院

病院名			1	2	3
			公立相馬総合病院	**相馬中央病院**	**南相馬市立総合病院**
代表電話番号			0244-36-5101	0244-36-6611	0244-22-3181
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 ※事前に電話連絡をしてから、持参すること	地域医療・入退院支援センター 【電話】 0244-36-5101（代） 【受付】 8:30～17:15（月～金）	病棟(原則 2 階) 【電話】 0244-36-6611 【受付】 8:30～17:30	地域医療連携室に電話のうえ、入院情報を持参 【受付】 8:30～17:15（月～金）
		持参以外の場合（FAX、郵送等） ※FAX は、事前に電話連絡をしてから送信すること	地域医療・入退院支援センター 【FAX】 0244-36-5621 （地域医療連携室） 【受付】 8:30～17:00（月～金）	地域連携室 【FAX】 0244-35-4234	地域医療連携室 【FAX】 0244-25-3320 【受付】 月～金（日中のみ）
	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人(部署)		地域医療・入退院支援センター	病棟看護師、家族	地域医療連携室、病棟看護師
	④ケアマネとの面談の主体となる人(部署)		地域医療・入退院支援センター	病棟看護師	地域医療連携室 ※状態確認の場合は病棟看護師
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する人(部署)		地域医療・入退院支援センター	病棟看護師、家族	地域医療連携室
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人(部署)		地域医療・入退院支援センター	病棟看護師	介護保険の促し →看護師 介護保険の詳細説明 →看護師長、社会福祉士
	⑦ケアマネとの契約の支援をする人(部署)		地域医療・入退院支援センター	病棟看護師	地域医療連携室
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る人(部署)		地域医療・入退院支援センター	病棟看護師	地域医療連携室 ※ケースによっては、病棟看護師の場合あり。

病院名			4	5	6
			鹿島厚生病院	**小野田病院**	**大町病院**
代表電話番号			0244-46-5125	0244-24-1111	0244-24-2333
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 ※事前に電話連絡をしてから、持参すること	地域医療連携室 【電話】 0244-26-3861（直通） 0244-46-5125（代表） 【受付】 平日　9:00～16:30 土曜　9:00～12:00 ※第 1・3 土曜は除く	地域医療連携室 【電話】 0244-24-1111（代） 【受付】 月～金	地域医療連携室 【電話】 0244-26-8520 【受付】 8:30～17:30（月～金）
		持参以外の場合（FAX、郵送等） ※FAX は、事前に電話連絡をしてから送信すること	地域医療連携室 【FAX】 0244-46-3948	地域医療連携室 【FAX】 0244-24-3192 （地域医療連携室直通）	地域医療連携室 【FAX】 0244-26-8522
	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人(部署)		地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 病棟看護師
	④ケアマネとの面談の主体となる人(部署)		地域医療連携室 ※状態確認の場合は、病棟看護師につなぐ	地域医療連携室 ※状態確認の場合は、病棟看護師	地域医療連携室 ※状態確認の場合は病棟看護師
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する人(部署)		地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 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人(部署)		介護保険申請の促し →病棟看護師 地域医療連携室 介護保険の説明 →地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
	⑦ケアマネとの契約の支援をする人(部署)		地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る人(部署)		地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 ※ケースによっては病棟看護師

病院名			7	8	9
			雲雀ヶ丘病院	**高野病院**	**渡辺病院**
代表電話番号			0244-23-4166	0240-27-2901	0244-63-2100
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 ※事前に電話連絡をしてから、持参すること	相談室 【受付】 月～金　9:00～17:00	地域医療連携室 【電話】 0240-27-2901（代） 【受付】 8:30～17:00（月～金）	地域医療連携室 【電話】 0244-63-2225（直通） 0244-63-2100（代） 【受付】 月～金　9:00～16:30 土曜　9:00～12:00
		持参以外の場合（FAX、郵送等） ※FAXは、事前に電話連絡をしてから送信すること	病院代表 【FAX】 0244-22-2629 ※相談室宛	病院代表 【FAX】 0240-27-2286	地域医療連携室 【FAX】 0244-63-2226
	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人（部署）		相談室	地域医療連携室	地域医療連携室
	④ケアマネとの面談の主体となる人（部署）		相談室 ※状態確認の場合は、病棟看護師の場合もあり。	地域医療連携室	地域医療連携室 ※状態確認の場合は、病棟看護師の場合もあり。
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する人（部署）		相談室	地域医療連携室	地域医療連携室
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人（部署）		相談室	地域医療連携室	介護保険申請の促し⇒病棟看護師、地域医療連携室 介護保険の説明⇒地域医療連携室
	⑦ケアマネとの契約の支援をする人（部署）		相談室	地域医療連携室	地域医療連携室
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る人（部署）		相談室	地域医療連携室	地域医療連携室

病院名			10 **福島県ふたば医療センター附属病院**
代表電話番号			0240-23-5090
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 ※事前に電話連絡をしてから、持参すること	地域連携室 【電話】 0240－23－5082 【受付】 月～金　9:00～17:45
		持参以外の場合 (FAX、郵送等) ※FAX は、事前に電話連絡をしてから送信すること	地域連携室 【FAX】 0240－23－5093
	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人(部署)		地域連携室・病棟看護師
	④ケアマネとの面談の主体となる人(部署)		地域連携室・病棟看護師
	⑤ケアマネに退院予定日を連絡する人(部署)		地域連携室・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人(部署)		地域連携室
	⑦ケアマネとの契約の支援をする人(部署)		地域連携室
	⑧契約後のケアマネと連絡を取る人(部署)		地域連携室・病棟看護師

５　入院時情報提供シート（標準様式）

ケアマネジャーが、担当する利用者が入院したときに、病院へ情報を提供する際に使用する標準様式です。相双保健福祉事務所のホームページからダウンロードできます。

相双圏域退院調整ルール　標準様式

記入年月日　令和　　年　　月　　日
入院年月日　令和　　年　　月　　日
情報提供年月日　令和　　年　　月　　日

入院時情報提供シート

フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	年齢	歳	性別	男 ・ 女
氏名							

緊急時連絡先	優先順位	氏　名	住　所	続 柄	電話番号	連絡がつきやすい時間帯
	1					
	2					
	3					

現病歴		既往歴	

家族構成図	住環境	□一戸建　□集合住宅（　　階建て　　階）エレベーター　□有　□無		
主‥主介護者 ☆‥キーパーソン ○‥女性 □‥男性	かかりつけ医	医療機関名	TEL	主治医名
			TEL	
			TEL	
	要介護度	□申請中　□区分変更中　要支援　1　2　要介護　1　2　3　4　5		
	介護保険認定期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		

※同居を○で囲む。

サービス利用状況

□訪問介護（　　回/週）　□訪問看護（　　回/週）　□通所介護（　　回/週）
□通所リハビリ（　　回/週）　□訪問リハ（　　回/週）　□短期入所（　　回/週）
□福祉用具貸与（内容：　　）
□その他（　　）

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	□	□	□	□	□車いす　□杖使用　□歩行器使用　□装具・補助具使用
口腔清潔	□	□	□	□	義歯　：　□無　□有　：　部位等（　　）
食　事	□	□	□	□	□普通食　□治療食　：　糖尿病食・高血圧食・腎臓病食・その他（　　）
					主食：□米飯　□全粥　□ミキサー　　水分：とろみ剤使用　□あり　□なし
					副食：□通常　□一口大　□刻み　□極小刻み　□ミキサー（□とろみ付）
					嚥下機能：□むせない　□時々むせる　□常にむせる
更　衣	□	□	□	□	
入　浴	□	□	□	□	□自宅(浴室)　□訪問入浴　□通所系サービス
排　泄	□	□	□	□	方法　：昼間（トイレ・ポータブル・尿器・オムツ）、　夜間　（トイレ・ポータブル・尿器・オムツ）
服薬管理	□	□	□	□	

生活上の問題	□無　□有　幻視・幻聴・興奮・不穏・独語・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　　聴覚障害　：　□無　□有　補聴器使用（有・無）　　視覚障害　：　□無　□有
医療処置	□無　□有　バルーンカテーテル・ストマ・気管切開・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・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（　　）
介護力	主介護者（　　）　主介護者以外の支援者（　　）　介護の指導（無・有）　理解度：十分・不十分：問題（
連絡事項等	

（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。）

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

6　退院調整共有情報

退院に向けたカンファレンスなどで、病院とケアマネジャーが情報共有する項目と、その項目を様式化した参考様式（次ページ）です。相双保健福祉事務所のホームページからダウンロードできます。

退院に向けて共有したい情報　（項目とその理由）

共有したい情報		その理由
本人	医療に関すること	
	病名・合併症・既往歴	・特定疾病など使える情報があるか確認する必要がある ・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
	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。
	病院からの「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」ことだけを目標にするのではなく、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検討したい ・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。
	医療行為	
	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
	ADL	
	移動方法・入浴・更衣・排泄・食事摂取・嚥下	・自分でどこまで出来るのか？介助の必要性の確認 ・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の確認。
	服薬管理	・服薬管理が出来るのか？介助が必要なのか？
	生活上の問題	
	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・血縁者の存在の確認
	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。 ・同居家族がある場合は、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ある場合、連携のために把握する必要。

《退院調整共有情報　参考様式》

相双圏域退院調整ルール　参考様式　　記入年月日　令和　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	
面談参加者		病院の連絡窓口(所属)	(　　)

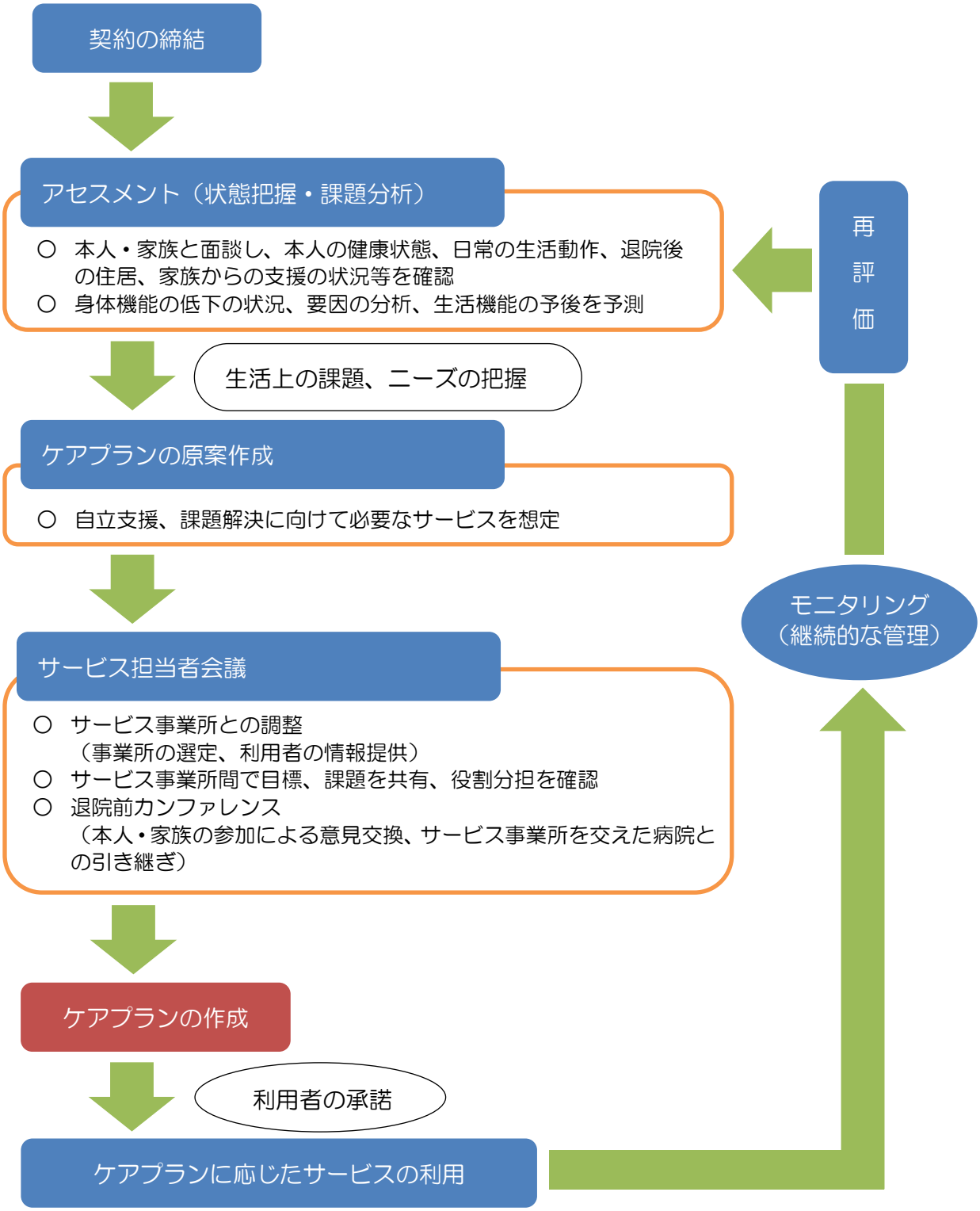
氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日	年齢	歳	性別	男・女
入院の原因となった病名							
合併症		入院期間	平成　年　月　日～平成　年　月　日(予定)				
病院主治医(診療科名)	(　　)	在宅主治医					
病院からの患者・家族への病状の説明内容、患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望、症状・病状の予後・予測、本人への病名告知等							
今後の治療方針等　(治療方針、受診計画、訪問看護への指示内容、医療系サービスの必要性に関する医師の指示等)							
退院後受診医療機関	本院・在宅医・その他(　　)　次回受診予定:平成　年　月　日						
薬物治療	□無　□有　(内容　　)						
リハビリ	□無　□有　(内容　　)						
医療処置	□無　□有　(バルーンカテーテル・ストマ・気管切開・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・その他(　　)						

ADL	自立	見守り	一部介	全介助	病棟での様子
移動方法	□	□	□	□	□車いす　□杖使用　□歩行器使用　□装具・補助具使用
移乗方法	□	□	□	□	床からの立ち上がり(　可　・不可　)
口腔清潔	□	□	□	□	義歯:□無　□有　部位等(　　)
食　事	□	□	□	□	□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
					主食:□米飯　□粥　(　全・五分　)　□ミキサー　　(摂取量　　割)
					副食:□通常　□一口大　□刻み　□極小刻み　□ミキサー(□とろみ付)　(摂取量　　割)
					水分摂取量:1日　　ml　とろみ剤使用　□無　□有　　嚥下障害　□無　□有
更　衣	□	□	□	□	
入　浴	□	□	□	□	入浴の制限　:□無　□有(□シャワー浴　□清拭　□その他(　　)
排　泄	□	□	□	□	方法:昼間(トイレ・ポータブル・尿器・オムツ)　、　夜間(トイレ・ポータブル・尿器・オムツ)
服薬管理	□	□	□	□	眠剤使用　:□無　□有

生活上の問題	□無　□有(幻視・幻聴・興奮・不穏・独語・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　　聴覚障害　:　□無　□有　補聴器使用(　有・無　)　　視覚障害　:　□無　□有
感染症	□HBV　□HCV　□MRSA保菌　(発症部位:　痰・血液・尿・創部・鼻腔　)　□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　)　理解度:十分・不十分　問題(
備考欄(禁忌事項・留意点等)	

7　参　考

(1)　ケアプラン（介護サービス計画）作成の流れ



(2)　退院調整に関連する診療報酬・介護報酬

算定にあたっては、最新の算定要件・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	**入退院支援加算１** 700 点 または 1,300 点 ※25 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/年以上の頻度で対面又はビデオ通話等で面会し、転院・退院体制について情報の共有等を行っていること。 ※700点の中でも詳細あり →一般病棟700点・緩和ケア病棟700点・地域包括ケア病棟1,000点・回復期リハビリテーション病棟1,000点	**入院時情報連携加算** 250 単位　入院した日のうちに提供 200 単位　入院した日の翌日又は翌々日に提供 ※情報提供の方法は問わない
	入退院支援加算２ 190点　または　635点	**退院・退所加算Ⅰイ**　450 単位 患者情報の提供をカンファレンス以外の方法で１回受けていること
	介護支援連携指導料　400 点 （入院中２回に限り算定） ※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患者に情報提供した場合に算定	**退院・退所加算Ⅰロ**　600 単位 患者情報の提供をカンファレンスにより１回受けていること
	退院時共同指導料２　400 点 ※医師等の職種の３者以上と共同して指導を行う場合に多機関共同指導加算 2,000 点 ※入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師もしくは看護師等、 歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等または居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうち、いずれか３者以上と共同して指導を行う場合に算定する。 この場合、ビデオ通話機器を用いて実施して差し支えない。	**退院・退所加算Ⅱイ**　600 単位 患者情報の提供をカンファレンス以外の方法で２回以上受けていること
		退院・退所加算Ⅱロ　750 単位 患者情報の提供を２回受けており、うち１回以上はカンファレンスによること
		退院・退所加算Ⅲ　900 単位 患者情報の提供を３回以上受けており、うち１回以上はカンファレンスによること ※ カンファレンスは、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。
退院へ		

⑶　個人情報の取扱について

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のためのガイダンス』**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、患者の個人情報は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のためのガイダンス』は、厚生労働省のホームページから入手できます。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

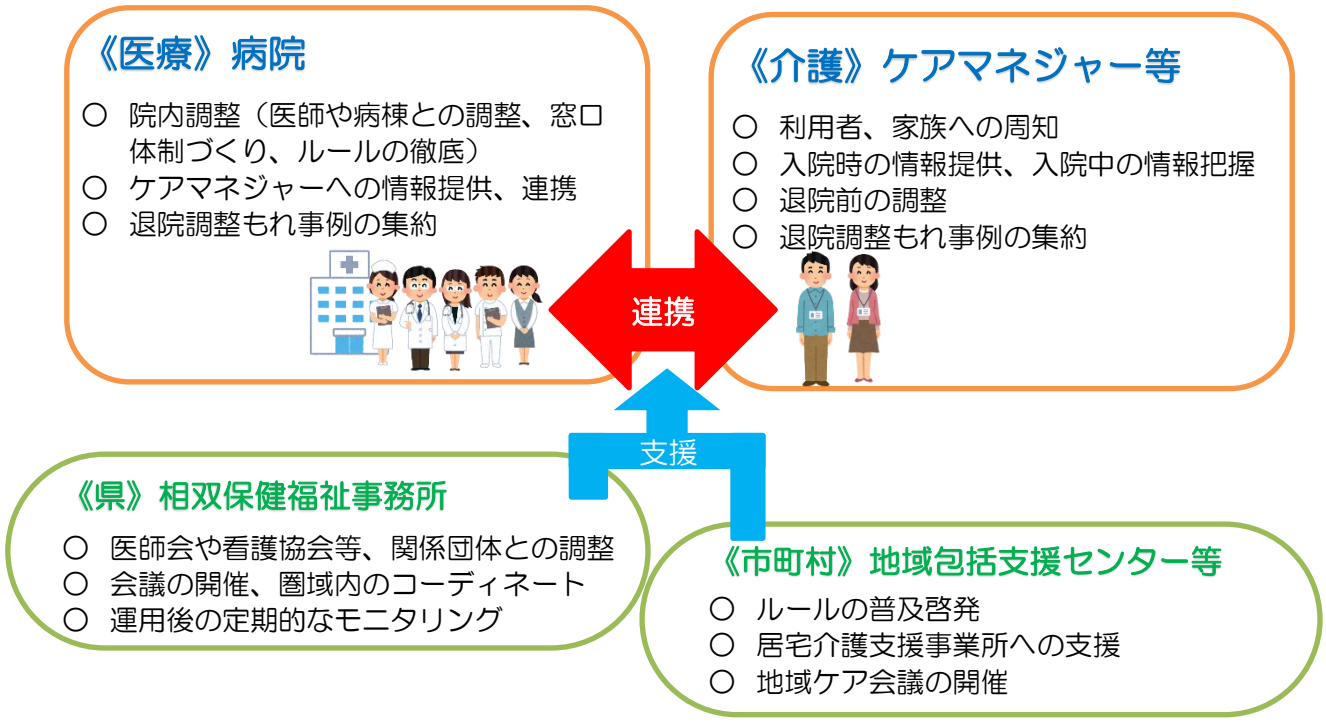
(4)　相双医療圏退院調整ルール策定経過と今後の役割

会議・検討会には、多くの関係者の皆様に参加をいただきました。

年度	月	策定経過	
２８	６	退院調整に関する実態調査（アンケート）（１～１４日）	
	７	キックオフ会議（病院説明会）（８日）	５８名参加
	８	ケアマネ説明会及び第１回退院調整ルール検討会（１０日）	７４名参加
	９	ケアマネによる第２回退院調整ルール検討会（８日）	５３名参加
	１０	ケアマネによる第３回退院調整ルール検討会（７日）	代表者９名
	１１	第１回病院・ケアマネ合同会議（１１日）	５３名参加
		ケアマネによる第４回退院調整ルール検討会（８日）	４０名参加
	１２	第２回病院・ケアマネ合同会議（１６日）	４９名参加
	１	退院調整ルール策定報告・運用説明会（２７日）	
	２	退院調整ルール試行	
	３		
２９	４	**退院調整ルール運用開始**	
２９	８	第１回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	１０	ケアマネによる第１回退院調整ルール運用評価会議（１３日）	６４名参加
		市町村担当者会議（１３日）	１９名参加
		第１回病院・ケアマネ合同会議（２５日）	６３名参加
	１２	第２回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	３	第２回病院・ケアマネ合同会議（８日）	６８名参加
３０	７	第１回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	１	第２回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	２	ケアマネジャー代表者による協議（１８日）	１６名参加
	３	第１回病院・ケアマネ合同会議（８日）	８２名参加
R1	１１	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	１	ケアマネジャー代表者による協議（３０日）	１４名参加
	２	病院・ケアマネ合同会議（２７日） ※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため中止	
R2	１１	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	２	病院・ケアマネ合同会議 ※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため中止	
R3	１１	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	２	ケアマネジャー代表者による協議、病院・ケアマネ合同会議 ※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため中止	

R４	１０	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	2	ケアマネジャー代表者による協議、病院・ケアマネ合同会議※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため中止	
R５	6	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査結果報告会（２９日）（zoom） ※令和４年度分の調査結果を報告	５５名参加
	9	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	3	退院調整ルール運用評価会議（６日）（zoom） ※ケアマネジャー代表者による協議、病院・ケアマネ合同会議に代わるもの	４８名参加
R6	8	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	2	退院調整ルール運用評価会議（１３日） ※ケアマネジャー代表者による協議、病院・ケアマネ合同会議に代わるもの	５１名参加
R7	8	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	1	退院調整ルール運用評価会議（２０日） ※ケアマネジャー代表者による協議、病院・ケアマネ合同会議に代わるもの	５３名参加

＜今後の役割＞



８　相双医療圏退院調整ルール参加・関係機関一覧

【令和８年９月現在】

《病院》

No.	名称	郵便番号	所在地	電話番号(代表)
1	相馬方部衛生組合 公立相馬総合病院	976-0011	相馬市新沼字坪ヶ迫 142	0244-36-5101
2	医療法人社団茶畑会 相馬中央病院	976-0016	相馬市沖ノ内 3 丁目 5-18	0244-36-6611
3	南相馬市立総合病院	975-0033	南相馬市原町区高見町 2 丁目 54-6	0244-22-3181
4	福島県厚生農業協同組合連合会 鹿島厚生病院	979-2442	南相馬市鹿島区横手字川原 2	0244-46-5125
5	医療法人相雲会 小野田病院	975-0004	南相馬市原町区旭町 3 丁目 21	0244-24-1111
6	医療法人社団青空会 大町病院	975-0001	南相馬市原町区大町 3 丁目 97	0244-24-2333
7	公益財団法人金森和心会 雲雀ヶ丘病院	975-0013	南相馬市原町区上町 1 丁目 30	0244-23-4166
8	医療法人社団養高会 高野病院	979-0402	双葉郡広野町大字下北迫字東町 214	0240-27-2901
9	医療法人伸裕会 渡辺病院	979-2611	相馬郡新地町駒ヶ嶺字原 92	0244-63-2100
10	福島県ふたば医療センター附属病院	979-1151	双葉郡富岡町大字本岡字王塚 817-1	0240-23-5090

《居宅介護支援事業所》

No.	名称	郵便番号	所在地	電話番号（代表）
1	相馬市在宅介護支援センター	976-0013	相馬市小泉字高池 357　相馬市総合福祉センター内	0244-36-1910
2	ニチイケアセンター　宇多の郷	976-0032	相馬市大曲字大毛内 146	0244-37-3081
3	相馬方部訪問看護ステーション	976-0011	相馬市新沼字坪ヶ迫 142	0244-35-6333
4	介護老人保健施設ベテランズサークル居宅介護支援事業所	976-0013	相馬市小泉字高池 319-1	0244-35-6588
5	特別養護老人ホーム相馬ホーム	976-0013	相馬市小泉字高池 718	0244-36-4483
6	ケアプランセンター　気ごころ	976-0006	相馬市石上字南蛯沢 403-2	0244-26-3709
7	オレンジケアー居宅介護支援事業所	976-0041	相馬市西山字表西山 114-22	0244-35-3094
8	居宅介護支援事業所友遊	976-0042	相馬市中村字北町 1-8	0244-32-0943
9	そうま介護センター	979-2541	相馬市今田字大竹 34	0244-26-3233
10	ケアプラン　福たま	976-0013	相馬市小泉字山田 6 番地の 8	080-3574-3687
11	居宅介護支援事業所 山りんご	976-0003	相馬市塚部字本社 94 番地 8	0244-37-2562
12	脇坂介護相談所	976-0042	相馬市中村字川沼 249 番地の 3	0244-26-5995
13	サンライフアライ	976-0042	相馬市中村字荒井町 22	0244-35-3533
14	ケアマネ事務所　あいざわ	976-0052	相馬市黒木字御門 168-1	0244-26-8970
15	社会福祉法人　車輪梅 在宅介護支援センターしゃりん梅	975-0006	南相馬市原町区橋本町 4-15-3	0244-25-7123
16	居宅介護支援事業所　つばさケアサポート	976-0011	相馬市新沼字坪ケ迫 11 番地の 1	0244-36-1127
17	社会福祉法人　南相馬福祉会福寿園居宅介護支援センター	975-0033	南相馬市原町区高見町 2-70	0244-23-7765
18	特別養護老人ホーム長寿荘	975-0011	南相馬市原町区小川町 409	0244-24-1677
19	ライブリー南相馬訪問看護ステーション	975-0061	南相馬市原町区大木戸字南東方 101-12	0244-25-4050
20	指定居宅介護支援事業所南相馬市社会福祉協議会	975-0011	南相馬市原町区小川町 322-1	0244-24-3418
21	指定居宅介護支援事業所　ふくろう	975-0015	南相馬市原町区国見町三丁目 5-24	080-6003-6955
22	居宅介護支援事業所　相馬ケアプラン	975-0038	南相馬市原町区日の出町 300	0244-26-7639
23	ケアプランえーる	975-0003	南相馬市原町区栄町 2 丁目 78	0244-26-3182
24	あさがお居宅介護支援事業所	979-2334	南相馬市鹿島区西町 3 丁目 62	0244-46-2093

25	指定居宅介護支援事業所　竹水園	975-0074	南相馬市原町区長野字南原 41	0244-25-3398
26	JA ふくしま未来 居宅介護支援事業所　そうま	979-2335	南相馬市鹿島区鹿島字御前ノ内 26	0244-46-5067
27	居宅介護支援事業所　いろは	979-2174	南相馬市小高区大富字東畑 23	0244-44-1681
28	居宅介護支援事業所くすのき	975-0052	南相馬市原町区中太田字西畑３４番地	0244-23-2251
29	株式会社ガジュマル マヤーズ介護支援事業所	979-2333	南相馬市鹿島区寺内字鷹巣 230	0244-26-6787
30	鹿島厚生病院居宅介護支援事業所	979-2442	南相馬市鹿島区横手字川原 2	0244-46-4894
31	広野町社会福祉協議会 広野町居宅介護支援事業所広桜荘	979-0403	双葉郡広野町大字下浅見川字桜田 119-5	0240-28-0152
32	社会福祉法人楢葉町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	979-0604	双葉郡楢葉町大字北田字鐘突堂 5-5	0240-25-4155
33	社会福祉法人　富岡町社会福祉協議会	979-1112	双葉郡富岡町中央 1-8-1　富岡町総合福祉センター内	0240-22-5522
34	富岡居宅介護支援事業所	979-1152	双葉郡富岡町本町１丁目１番地 デイサービスセンターもとまち内	0240-21-1516
35	社会福祉法人　川内村社会福祉協議会	979-1202	双葉郡川内村下川内字坂シ内 133-5	0240-38-3802
36	浪江町社会福祉協議会　指定居宅介護支援事業所	979-1521	双葉郡浪江町大字権現堂字矢沢町 6-1	0240-34-4685
37	ケアプランなみえ	979-1501	双葉郡浪江町大字立野字根渡 196	0240-23-6560
38	葛尾村社会福祉協議会	979-1602	双葉郡葛尾村大字落合字菅ノ又 6-1	0240-29-2020
39	新地町在宅介護支援センター	979-2703	相馬郡新地町小川字川向 18	0244-62-5167
40	社会福祉法人　新地町社会福祉協議会	979-2702	相馬郡新地町谷地小屋字樋掛田 40-1	0244-62-4213
41	居宅介護支援事業所　自遊楽校	979-2702	相馬郡新地町谷地小屋字新地 51-2	0244-26-7984
42	いいたて在宅介護支援センター	960-1803	相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢 571	0244-68-2144

《小規模多機能型居宅介護事業所》

No.	名称	郵便番号	所在地	電話番号
1	小規模多機能ホーム　さくら	975-0065	南相馬市原町区陣ケ崎 201	0244-26-8472

《看護小規模多機能型居宅介護事業所》

No.	名称	郵便番号	所在地	電話番号
1	看護小規模多機能型居宅介護ナーシングホームつばさ原町	975-0063	南相馬市原町区馬場字赤柴 81-7	0244-32-1682

《地域包括支援センター》

No.	名称	郵便番号	所在地	電話番号
1	相馬市地域包括支援センター	976-0013	相馬市小泉字高池 357	0244-36-2227
2	原町西地域包括支援センター	975-0011	南相馬市原町区小川町 322-1	0244-25-3329
3	小高地域包括支援センター	979-2102	南相馬市小高区小高字金谷前 84	0244-44-1700
4	鹿島地域包括支援センター	979-2334	南相馬市鹿島区西町二丁目 117	0244-46-4600
5	原町東地域包括支援センター	975-0033	南相馬市原町区高見町二丁目 70	0244-24-3390
6	広野町地域包括支援センター	979-0408	双葉郡広野町中央台一丁目 4 番地 1	0240-27-1885
7	楢葉町地域包括支援センター	979-0604	双葉郡楢葉町大字北田字鐘突堂 5-5 楢葉町保健福祉会館内	0240-25-4155
8	富岡町地域包括支援センター	979-1192	双葉郡富岡町大字本岡字王塚 622-1	0240-22-2111
		963-0201	郡山市大槻町字原ノ町 49-1	024-983-9214
		970-8024	いわき市平北白土字宮前 8	0246-88-1958
9	川内村地域包括支援センター	979-1202	双葉郡川内村大字下川内字坂シ内 133-5	0240-38-3222
10	大熊町地域包括支援センター	979-1306	双葉郡大熊町大川原字南平 1717	0240-23-7238
11	双葉町地域包括支援センター	979-0142	いわき市勿来町酒井青柳 14-5	0246-84-6729
		979-1471	双葉郡双葉町大字長塚字谷沢町 35-1	ー
12	浪江町地域包括支援センター	979-1521	双葉郡浪江町大字権現堂字矢沢町 5-3	0240-23-7130
13	葛尾村地域包括支援センター	979-1602	双葉郡葛尾村大字落合字菅ノ又 6-1	0240-29-2020
14	新地町地域包括支援センター	979-2703	相馬郡新地町小川字川向 18	0244-62-5580
15	飯舘村地域包括支援センター	960-1803	相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢 571	0244-42-1626

《市町村　高齢者福祉・介護保険担当課》

No.	名称	課名	郵便番号	所在地	電話番号
1	相馬市	高齢福祉課	976-8601	相馬市中村字北町 63-3	0244-37-3065
2	南相馬市	長寿福祉課	975-8686	南相馬市原町区本町二丁目 27	0244-24-5404
3	広野町	健康福祉課	979-0402	双葉郡広野町大字下北迫字苗代替 35	0240-27-2113
4	楢葉町	保健福祉課	979-0696	双葉郡楢葉町大字北田字鐘突堂 5-6	0240-23-6102
5	富岡町	福祉課	979-1192	双葉郡富岡町大字本岡字王塚 622-1	0240-22-2111
6	川内村	保健福祉課	979-1202	双葉郡川内村大字下川内字坂シ内 133-5 複合施設ゆふね内	0240-38-2941
7	大熊町	福祉課	979-1306	双葉郡大熊町大字大川原字南平 1717	0240-23-7226
8	双葉町	健康福祉課	979-1495	双葉郡双葉町大字長塚字町西 73-4	0240-33-0131
9	浪江町	介護福祉課	979-1592	双葉郡浪江町大字幾世橋字六反田 7-2	0240-34-0226
10	葛尾村	住民生活課	979-1602	双葉郡葛尾村大字落合字落合 16	0240-29-2112
11	新地町	保健福祉課	979-2792	相馬郡新地町谷地小屋字樋掛田 30	0244-62-2931
12	飯舘村	健康福祉課	960-1803	相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢 571	0244-42-1633

《編集発行》

福島県相双保健福祉事務所

〒９７５－００３１　　福島県南相馬市原町区錦町１－３０

TEL　０２４４－２６－１１３２

FAX　０２４４－２６－１１３９

ホームページ

http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21160a/sousou-taiin-tyousei.html