

高梁地域入退院支援ルール

(H29.3 修正版)

高梁地域入退院支援ルール ～目次～

P 1

- 入退院支援とは
- 入退院支援の対象者像

P 2

- 高梁市の在宅を支える連携イメージ

P 3～P 4

- 退院支援の手順

P 5

- 退院支援における主な職種の役割

P 6

- 退院調整フロー図

P 7～P 9

- 参考資料

P 1 0～P 1 2

- 入退院支援事例集

P 1 3～P 1 8

- 高梁版情報共有書

P 1 9～P 2 2

- 連絡先

入退院支援とは（高梁地域入退院支援ルール作成にあたって）

入退院支援とは、入院患者のケアと退院してからの在宅あるいは施設でのケアの両者をうまくつなぐことにより、退院後も安心・安全な療養が継続できるように入院時から取り組むケアである。

両者のケアを上手くつなぐためには、在宅支援者が持つ生活情報を、早期に病院に提供し、治療および退院支援を行う必要がある。同じく、入院中に退院に向けた情報を病院から在宅支援者へ良いタイミングで提供する必要がある。在宅から入院、入院から在宅へとそれぞれの職種の専門性を活かして連携することが重要である。

この度、高梁地域のスムーズな入退院支援を行う事を目的に、ルールの作成を行った。ルール作成にあたって、高梁地域医療連携実務者協議会を始めとして多職種の方のご協力をいただいた。

また、このルールは、入退院支援の現状等を踏まえて、多職種での検討を行い、適宜修正を加えていく事とする。

入退院支援の対象者像

以下に該当する患者がいた場合、入退院支援の必要性がある場合が想定される。なお、病院独自のスリーニングシートにおける抽出を妨げるものではない。

- ・ 単身ないし老人のみの世帯
- ・ 介護者が不在である
- ・ 障害や廃用性の変化により屋内生活の自立に困難が予想される
- ・ 意識障害または重度の認知症状を有する
- ・ 転移がんまたはターミナル期の疾患
- ・ 医療器具・医療処置が退院後必要と予想される
- ・ 入退院や転院の繰り返しがある
- ・ 経済的問題の訴えがある
- ・ 病状理解および事務手続きが困難、または情緒的に不安定な患者・家族
- ・ 以前何らかのサービスを利用していた、もしくは地域医療連携室の介入により退院した
- ・ 介護保険認定者

高梁市の在宅を支える連携イメージ

かかりつけ医



地域の病院
地域医療連携室



訪問看護
訪問歯科
訪問リハビリ
訪問薬剤師



家族

みんなが連携しあって、
ワシの在宅生活を支え
てくれるんじゃないか。



高梁市役所保険課
(地域包括支援センター)
(連携推進係)
高梁医師会



地域の見守り



在宅介護支援センター

ケアマネジャー



ホームヘルパー
デイサービス
ショートステイ 等



退院支援の手順

(1) 入院時

患者が入院してきたら、病院担当者は介護保険証や家族等からの情報提供等により、ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下、在宅担当者）の有無を判断し、在宅担当者がある場合、高梁版情報共有書（P 13～14に様式あり）等の提出を求める。

在宅担当者は病院担当者の連絡や家族等からの情報提供等で、患者の入院を知り得た場合、高梁版情報共有書等を病院担当者へ郵送もしくは持参する。

(2) 入院中

在宅担当者より提出された、高梁版情報共有書を院内多職種で共有し、退院後の在宅生活を見据えた支援を行う。なお、在宅担当者が入院前にいない患者については、介護保険申請と並行して、下記の（ア）（イ）（ウ）のパターンで在宅担当者を決定するための支援を行う。

(ア) 高梁市地域包括支援センターを紹介するパターン（要支援認定者）

退院支援が必要な要支援認定者の場合は、高梁市地域包括支援センターまたは在宅介護支援センターへ連絡をする。

(イ) ケアマネジャーを紹介するパターン（要介護認定者）

退院支援が必要な要介護認定者の場合は、居宅介護支援事業所のリストを元にケアマネジャー（在宅担当者）との契約を支援する。

(ウ) 要支援者か要介護者か判断に迷う場合

高梁市地域包括支援センターへ連絡をする。

(エ) 介護認定がでないと見込まれる場合、在宅担当者との関わりを拒否した場合

本人・家族等の同意を得たうえで、高梁市地域包括支援センターへ連絡をする。

(3) ケアマネとの退院支援面談（必要に応じて開催する）

病院担当者は病状や状態等を把握した上で、在宅担当者に患者情報を説明する。

(4) 在宅プランの立案

家族等を含めた退院支援面談を行い、退院支援情報を共有し、在宅プランを立案する。

以上を踏まえて、退院前カンファレンスの必要性を確認する。
(詳細な実施方法等は、各病院の判断基準にもとづく)

(5) 退院前カンファレンスの実施

実施の要否は、病院担当者と在宅担当者とで調整し行う。

(6) 高梁版情報共有書等を在宅担当者へ提出

病院担当者は、高梁版情報共有書その他入院中の情報等（各施設の様式で可能）を在宅担当者に提供する。

(7) 退院後の情報共有

在宅担当者と病院担当者は、退院後の支援経過等を必要に応じ相互に連絡を行う。

退院支援における主な職種の役割

○地域医療連携室

対象者：入院中の患者で支援が必要と思われる人
外来受診中の患者

主な業務内容：地域の医療機関との連携に関する業務全般
医療機関の情報把握及び管理
紹介・逆紹介等情報提供書の管理全般
診療案内
医療相談

○病棟看護師

対象者：入院中の患者

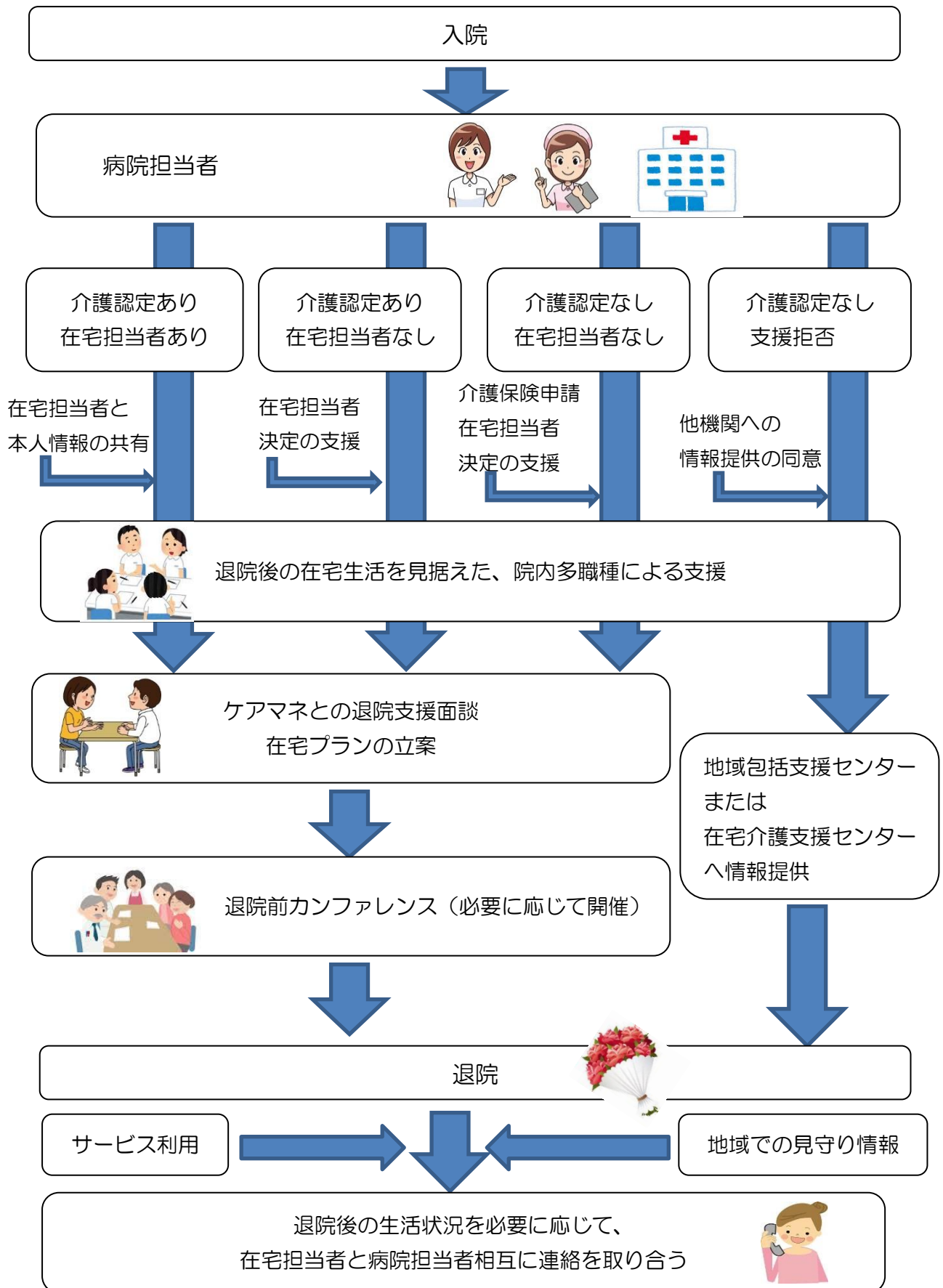
主な業務内容：治療補助、看護ケア
患者情報の収集、アセスメント
看護計画の立案、実行

○ケアマネジャー

対象者：介護（要支援）認定を受けている人及びその見込の人でケアマネジャーと契約した人

主な業務内容：退院後のケアプランの策定および適正なサービスの提供支援

退院調整フロー図



○介護認定の流れ



① 認定の申請をします

サービス利用を希望する人は、高梁市役所保険課で介護認定の申請（※①）をしてください。

申請できる人：本人、家族、成年後見人、地域包括支援センター

（担当ケアマネジャー、入所施設が代行で行う事も可能）

必要なもの：要介護・要支援認定申請書、介護保険の保険証

健康保険の保険証（40歳以上65歳未満の場合（※②））



② 調査と審査が行われます

○認定調査：心身の状況を調べるために、本人と家族などから聞き取り調査（全国共通の調査内容）などを行います。

○主治医意見書：主治医から介護を必要とする原因疾患などについての記載を受けます。意見書は、高梁市役所から主治医へ送付されます。



○一次判定（コンピュータ判定）：調査票をコンピュータ分析し、要介護状態区分を一次判定を行います。



○二次判定（介護認定審査会）：認定調査の結果と主治医意見書をもとに、保険、医療、福祉の専門家が審査を行います。

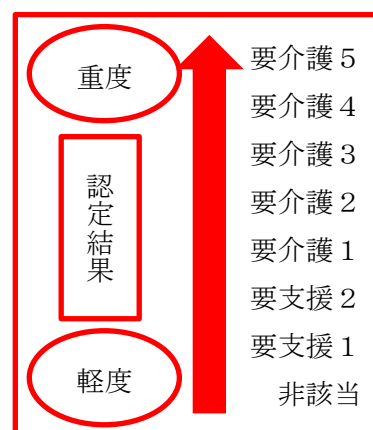


③ 認定結果が通知されます

二次判定の結果を踏まえ、認定結果が通知されます。

要支援1以上の認定を受けた人は、介護保険サービスを利用する事ができます。

認定結果は、原則として30日以内に高梁市から通知されます。



※1 介護認定申請の目安（参考例）

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に介助が必要な方
- ④ ポータブルトイレを使用中的の方
- ⑤ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある方
- ⑥ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑦ （ADLは自立でも）がん末期の方
- ⑧ （ADLは自立でも）新たに医療処置（経管栄養，吸引など）が追加された方

※2 40歳以上65歳未満の場合

介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）の方は、40歳以上65歳未満の場合でも介護認定の申請が可能です。

- 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

○ケアプラン作成の流れ



① ケアプランの作成を依頼する

要介護認定の場合
高梁市内の居宅介護
支援事業所へ連絡す
る。

要支援の認定の場合
高梁市地域包括支援センターへ連絡する。(ケアマネジ
ャーがない、またはどのケアマネジャーに頼んだら
いか分からない場合も連絡する。)



② ケアマネジャーが状態の把握を行います (アセスメント)

ケアマネジャーがお伺いし「どのようなことに困っているか?」「どんな暮らしが
したいか?」など ご本人やご家族の状況や要望をお聞きます。



③ ケアプランを作成します

アセスメントをもとに、ケアマネジャーが介護サービスの種類や内容・利用回
数・時間・利用料金などを盛り込んだ その人の状態や希望に沿ったケアプラン
を作成します。



④ ケアプランの内容を確認します

作成されたケアプランの内容を本人や家族、サービス担当者を交えて内容の確
認を行います。



⑤ サービス利用を開始します

各サービスの事業者と契約し、サービス利用を開始します。サービス利用開始
後も、本人および家族と介護サービス事業者などに継続的に連絡をとり、状態
の変化や不都合がないかを点検し、状況に応じてプランの内容を変更します。

入退院支援事例集

氏名：N氏 81歳 女性

家族構成：独居（近くに夫の弟夫婦がいるが世話になりたくない。市外に実の兄弟がいるが付き合いはない。）

主病名：慢性呼吸不全、間質性肺炎、うつ状態

関わった職種：主治医、看護師、医療ソーシャルワーカー(MSW)

ケアマネージャー(CM)、訪問看護師、デイサービス担当者
ヘルパー、司法書士

経過：慢性呼吸不全急性増悪で入退院を繰り返していた。独居であり不安感が強く、救急外来へも度々電話をかけ、受診する状況があった。平成〇年1月29日「しんどい、息が苦しい」と訴えありタクシーで受診、入院となる。

- ・病棟看護師が入院時スクリーニングシートで退院支援必要と判断する。
- ・翌日から地域連携室が介入開始し、CMへ連絡。
- ・入院7日目、状態が安定しサービス担当者会議を開催。
(本人・CM・ヘルパー事業所2か所・デイサービス担当者・看護師・MSW)

介護支援連携指導書作成

退院の方向性…自宅への支援

自宅での生活の問題点…食事が心配。

(週2回しか食事を作って貰えない。)

病院、介護支援事業員の考え…本人の訴えが日によって違い、調理も本人が希望しない。デイサービスなどで、外との交流が必要。

退院までの調整…精神科を受診するなど服薬コントロールをする。

- ・入院8日目に院内カンファレンスを実施し、本人へ精神科受診を勧める。
- ・独居生活に自信がなく、施設入所を希望。MSWが施設の空き状況を確認するが、酸素療法中での入所は困難なところが多い。
- ・精神科受診し治療開始するが、その後副作用あり中止。
- ・一人で施設見学は困難であり、金銭の管理についてもどうするかなど本人に意思を確認し、CM、MSWが主となり、ケアハウス入所と成年後見制度の利用を検討。

義理の弟夫婦に連絡を取り、手続きを進める。

- その後、「食欲がない、膝が痛い、よその施設見学をしたことがあるが、ケアハウスは全部自分でしないといけないから無理である。月 10 万円以下で世話をしてくれる施設を探してほしい」と希望あり、療養病棟へ移動し、今後を検討となる。
- 司法書士に入ってもらい、成年後見制度について話を進めていたが、実兄弟には知らせたくないとの意向があり、MSW、CM、義理の弟夫婦と連絡を取りながら進める。
- この間（入院から約 3 か月後）に本人の気持ちに変化があり、もう一度自宅での生活を送りたい思いが出現し、5 月 8 日サービス担当者会議を行う。

サービス担当者会議

本人が一番心配しているのは食事のことで、ADL は自立している。毎日サービスが利用できることで、食事の負担を軽減する必要がある。デイサービスでの入浴を検討。

介護保険は要支援 2

入院前のサービス

訪問介護 3 回/w
自費ヘルパー 3 回/w
訪問看護 1 回/w



退院時のサービス担当者会議

訪問介護 2 回/w (水・金)
自費ヘルパー 2 回/w (月・火)
通所介護 2 回/w (水・土)
訪問看護 1 回/w (金)
商店から弁当を注文

- H○年 5 月 13 日、自宅退院となる。
- 退院時、高梁版情報共有書を CM に提出。
その後、サービスが安定して利用でき、自宅での生活が継続する。

支援のポイント：情報の共有

本人の思いを受け止め、自分からどうしたいかを表出できる関わりを持つ。

不安に対する解決策を提案し、対応する。

切れ目のないサービス提供をする。

振り返り：独居、高齢、病状など不安となる要素が多く、入院中は精神面でのケアとして本人を追い詰めることなく、寄り添える支援を提供したことで気持ちに変化が生じた。また、金銭面などの自己管理ができなくなった場合のことを MSW、CM が中心となって関わり、その過

程で本人はなるべく自宅で頑張りたいという気持ちに繋がっていったと考える。自宅での生活においては、切れ目のない支援を行えるように計画した。担当業務以上にそれぞれの担当者が気配りをし、休日の食事も配慮したという情報も聞いている。

デイサービスに出かけ、人と交わること。ヘルパーに生活を見てもらい、訪問看護師に状態をチェックしてもらうなど、日々を見守る体制での支援が効果的であった。自宅訪問時、「頑張っているんよ」と言われた笑顔が物語っていた。

高梁版情報共有書

発信日	平成	年	月	日	あて先		添付書類	
発信目的		()		発信者	所属	氏名	

高梁版情報共有書

ふりがな		性別		生年月日		年齢		身長		体重	H	年	月
氏名				年	月	日		cm		kg			
住所						TEL	()	-				
入院日	平成	年	月	日	退院日	平成	年	月	日	(予定含)			
【かかりつけ医療機関(主治医)】					【家族等の状況】								
・ (先生)													
・ (先生)													
・ (先生)													
【身体障害者手帳等】					(キーパーソン)								
()					① 氏名 続柄()								
【視力】					連絡先() -								
【聴力】 補聴器					② 氏名 続柄()								
【介護認定】					連絡先() -								
保険証番号() 負担割合()割					在宅サービス利用状況								
【担当ケアマネジャー】					種類								
事業所()					事業所名								
担当者()					頻度・内容等								
連絡先()													
【施設への申し込み】													
()													
【アレルギー】 ()													
【感染症】 ()													
【既往歴】いつ頃、病名、現在の状況、通院手段等													
【経過】													
【主治医の指示等】		今回入院時の診断名()											
		医療系サービスの必要性 () 医師名() 記載日(H 年 月 日)											
		<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護											
【本人の背景】													
・性格や職歴:													
・趣味や日中の過ごし方:													
・本人や家族等の希望 ※急な入院等により直近の状況が不明の場合は、平時に把握している情報により記載													
本人)													
家族等)													
・生活環境:													
・その他:													

(H 年 月 日現在の状況)

ADL等	自立度	コメント(自立度の詳細について、特に伝えたいことがあれば具体的に記載)
寝返り		
起き上がり		
座位保持		
立ち上がり		
移乗		
歩行		
階段昇降		
口腔ケア		
義歯		
食事		
嚥下		
栄養内容		
トイレ動作		
尿意		
便意		
入浴		
更衣		
整容		
買い物		
洗濯		
掃除		
食事の準備		
意思疎通	HDS-R()点/30点	日常生活自立度 ()
夜間の状態	眠剤等 ()	
服薬管理		
医療処置	()	()
	()	()

【療養上の留意事項や日常生活での注意事項等】

主治医 ()	
()	
()	
()	
()	
()	
()	

□情報共有書選択リスト一覧

(表面)

発信目的	添付書類	性別	年号	住所	手帳等	視力	聴力	補聴器	介護認定	担当ケアマネ	施設への申し込み	アムネー	感染症	キーパース居住地	在宅サービス	医療系サービスの必要性
入院	有	男性	大正	高梁市	有	普通	普通	有	無	要支援1	有	有	有	高梁市内同居	訪問看護	有
退院	無	女性	昭和	総社市	無	弱視	やや難聴	無	無	要支援2	無	無	無	高梁市内別居	訪問介護	無
入所			平成	吉備中央町	他	全盲	難聴		申請中	要介護1	他	他	他	高梁市外	通所リハビリ	
退所				新見市		他	他			要介護2				他	通所介護	
他										要介護3					訪問入浴	
										要介護4					訪問リハビリ	
										要介護5					短期入所生活介護	
														短期入所療養介護		
														福祉用具		
														小規模多機能		
														看護職規模多機能		
														住宅改修		
														配食サービス		
														他		

(裏面)

寝返り	起き上がり	座位保持	立ち上がり	移乗	歩行	階段昇降	口腔ケア	義歯	食事	嚥下	栄養内容	トイレ動作	尿意	便意
つかまらないうでできる	つかまらないうでできる	できる	つかまらないうでできる	自立	つかまらないうでできる	つかまらないうでできる	自立	有	自立	できる	制限有	自立	有	有
何かにつかまればできる	何かにつかまればできる	自分の手で支えればできる	何かにつかまればできる	自立	何かにつかまればできる	何かにつかまればできる	一部介助	無	見守り	見守り	制限無	見守り	時々有	時々有
できない	できない	支えてもらえばできる	できない	一部介助	できない	できない	全介助		一部介助	できない		一部介助	無	無
		できない		全介助					全介助			全介助		

入浴	更衣	整容	整髪	買い物	洗濯	掃除	食事の準備	意思疎通	夜間の状態	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	眼科等	栄養管理	医療処置	職種
自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	できる	良眠	I	有	自立	気管切開	看護師
見守り	見守り	見守り	見守り	見守り	見守り	見守り	見守り	とぎとぎできる	普通	II	時々有	一部介助	吸痰	PT
一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	ほとんどできない	不眠	IIa	無	全介助	点検	ST
全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	できない		IIb			血糖子エック	OT
										III			インシュリン自己注射	SW
										IIIa			酸素吸入	栄養士
										IIIb			褥瘡	薬剤師
										IV			バルンカテーテル	ケアマネ
										M			エアマット	
													他	

□認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(抜粋)

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すような症状・行動や意志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。	
IIa	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めだつ等
IIb	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、電話の応答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すような症状・行動や意志疎通の困難さがときとき見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、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
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志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

・平成18年4月3日老発第0403003号 厚生労働省老健局長通知
「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」の一部改正について

□改訂長谷川式簡易知能評価(HDS-R)

	質問内容	配点					
1	お歳はおいくつですか？(2歳までの誤差は正解)	0	1				
2	今日は何年何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0	1			
		月	0	1			
		日	0	1			
		曜日	0	1			
3	私たちが今いるところはどこですか？ (自発的に出れば2点、5秒おいて家ですか？病院ですか？施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点)	0	1	2			
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか一つ採用した系列に○印をつけておく。) 1 a 桜 b 猫 c 電車 2 a 梅 b 犬 c 自動車	0	1				
		0	1				
		0	1				
5	100から7を順番にひいてください。 (100-7は？それからまた7をひくと？と質問する。最初の答えが不正解の場合打ち切る。)	(93)	0	1			
		(86)	0	1			
6	わたしがこれから言う数字を逆に言ってください。 (6-0-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう。三桁逆唱に失敗したら打ち切る。)	(206)	0	1			
		(9253)	0	1			
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点 a 植物 b 動物 c 乗り物)	a	0	1	2		
		b	0	1	2		
		c	0	1	2		
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 (時計、鍵、ペン、タバコ、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0	1	2	3	4	5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中でつまり、約10秒待っても出ない場合にはそこで打ち切る。) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点	0	1	2	3	4	5

満点 30点 カットオフポイント 20/21(20点以下は認知症の疑いあり)

(加藤仲司、他：老年精神医学雑誌 2：1339、1991)

□食事・栄養内容欄等には、下表を参照に記入して下さい。

主食の形状	米飯・粥(3分・5分・全等)・おにぎり・パン 泥状(ペースト・ミキサー・ブレンダーと呼ばれる物)
副食の形状	普通・一口大・きざみ 泥状(ペースト・ミキサー・ブレンダーと呼ばれる物)
特別食	高血圧食・心臓食・腎臓食・糖尿病食 等
カロリー	1日のカロリー
各制限	塩分・水分等 量も記入
トロミ	無 ・ 有 (弱め・固め)

かかりつけ医の連絡先

病院名	所在地	電話番号
医療法人 池田医院	高梁市中間町 58	0866-22-2244
医療法人 慶真会 大杉病院	高梁市柿木町 24	0866-22-5155
医療法人 三溪会 三村医院	高梁市巨瀬町 5085-1	0866-25-9010
医療法人 優輝会 尾島クリニック	高梁市柿木町 5	0866-22-2385
医療法人宏仁会 まつうらクリニック	高梁市成羽町下原 1004-1	0866-42-2315
医療法人昌陽会藤本診療所	高梁市松原通 2113	0866-22-3760
医療法人清梁会高梁中央病院	高梁市南町 53	0866-22-3636
医療法人高梁整形外科医院	高梁市本町 11-1	0866-22-1531
医療法人仲田医院	高梁市落合町阿部 1896	0866-22-0511
医療法人野村医院	高梁市巨瀬町 1650-1	0866-25-0003
有漢診療所	高梁市有漢町有漢 8213-3	0866-57-3141
桑内耳鼻咽喉科医院	高梁市松原通 2050	0866-22-2365
こころの医療 たいよの丘ホスピタル	高梁市落合町阿部 2200	0866-22-2217
高梁市川上診療所	高梁市川上町地頭 2340	0866-48-4188
高梁市国民健康保険成羽病院	高梁市成羽町下原 301	0866-42-3111
高梁市備中診療所	高梁市備中町長屋 6-1	0866-45-9001
西医院	高梁市中之町 21	0866-22-2820

備中整形外科病院	高梁市成羽町下原 254	0866-42-4311
ふじかわ眼科高梁分院	高梁市落合町阿部 599-1	0866-21-2340
渡辺医院	高梁市大工町 7	0866-22-2073

地域医療連携室の連絡先

病院名	所在地	電話番号
医療法人 慶真会 大杉病院	高梁市柿木町 24	0866-22-5155
医療法人清梁会高梁中央病院	高梁市南町 53	0866-56-3939
こころの医療 たいようの丘ホスピタル	高梁市落合町阿部 2200	0866-22-2217
高梁市国民健康保険成羽病院	高梁市成羽町下原 301	0866-42-3111
備中整形外科病院	高梁市成羽町下原 254	0866-42-4311

訪問看護ステーションの連絡先

事業所名	所在地	電話番号
高梁医師会立 訪問看護ステーションやまびこ	高梁市向町 4	0866-22-8777
高梁市川上訪問看護ステーション	高梁市川上町地頭 2340	0866-48-4184
高梁市川上訪問看護ステーション 成羽事業所	高梁市成羽町下原 301	0866-42-3370
高梁市川上診療所 訪問看護ステーション	高梁市川上町地頭 2340	0866-48-4188
医療法人清梁会 高梁中央訪問看護ステーション	高梁市頼久寺町 8-6	0866-21-1088

居宅介護支援事業所の連絡先

事業所名	住所	電話番号
ゆうゆう村在宅介護支援センター	高梁市東町 1866-3	0866-22-6308
白和荘居宅介護支援事業所	高梁市高倉町大瀬八長 2663-1	0866-22-9363
備北介護支援センター「あけぼの」	高梁市落合町近似 1390-1	0866-23-0255
高梁市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所たかはし	高梁市向町 21-3	0866-22-7244
グリーンヒル順正 居宅介護支援事業所	高梁市松原町神原 2281-8	0866-23-1230
すずらん居宅介護支援事業所	高梁市東町 1860-1	0866-22-2387
順正学園居宅介護支援センター	高梁市伊賀町 8	0866-22-4092
医療法人 高梁整形外科医院 たかせぶね 居宅介護支援事業所	高梁市本町 11-1	0866-22-1531
居宅介護支援事業所 有漢荘	高梁市有漢町有漢 7945-18	0866-57-9922
居宅介護支援事業所 そら	高梁市成羽町成羽 2337-1	0866-42-3500
居宅介護支援事業所 遊	高梁市成羽町成羽 2834-3	0866-42-5333
介護支援センター むつみの園 指定居宅介護支援事業所	高梁市成羽町下原 1004-1	0866-42-2767
高梁市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 かわかみ	高梁市川上町地頭 2070-1	0866-48-9770
介護老人保健施設ひだまり苑 指定居宅介護支援事業所	高梁市川上町地頭 2337-1	0866-48-4800
高梁市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所びっちゅう	高梁市備中町布賀 3513-2	0866-45-3131

小規模多機能型居宅介護の連絡先

事業所名	住所	電話番号
小規模多機能型居宅介護ちかのり	高梁市落合町近似 1324-1	0866-21-2110
小規模多機能ホーム ケアポート生き生き館 巨瀬	高梁市巨瀬町 5540-1	0866-25-9818
小規模多機能型居宅介護 高梁	高梁市落合町阿部 2029-1	0866-21-3010
小規模多機能型居宅介護施設 落合の里	高梁市落合町福地 380-1	0866-42-3535

地域包括支援センターの連絡先

センター名	住所	電話番号
高梁市地域包括支援センター	高梁市松原通 2043	0866-21-0300
高梁市地域包括支援センター 成羽ステーション	高梁市成羽町下原 1068-1	0866-42-3213
高梁市地域包括支援センター 川上ステーション	高梁市川上町地頭 2340	0866-48-4184
高梁市地域包括支援センター 備中ステーション	高梁市備中町布賀 29-2	0866-45-9911

在宅介護支援センターの連絡先

センター名	住所	電話番号
ゆうゆう村在宅介護支援センター	高梁市東町 1866-3	0866-22-6308
白和荘在宅介護支援センター	高梁市高倉町大瀬八長 2663-1	0866-22-5529
在宅介護支援センター グリーンヒル順正	高梁市松原町神原 2281-8	0866-23-1230
有漢在宅介護支援センター	高梁市有漢町有漢 7945-18	0866-57-9922