

玖珠郡在宅医療連携にかかる入退院の取扱いについて

玖珠郡において、患者（利用者）が適切に医療・介護サービスを受けられるよう医療・介護に携わる多職種の関係者が的確な情報伝達、円滑な情報共有を図る為、医療機関入院時に在宅介護サービスを利用している者や医療機関を退院後、在宅にて介護、福祉サービス、訪問看護（以下介護サービス等という）を利用すると思われる者が入院する場合、以下の通り取り扱うものとする。

1-1 介護サービス利用者が入院する場合

担当ケアマネージャ（以下ケアマネという）は、自らが担当する利用者が医療機関に入院する場合は、**出来るだけ早期（なるべく7日以内）**に、医療機関担当者と連絡を取り、利用者の在宅での生活状況及び介護状況について情報提供を行うものとする。

なお、その場合は、別に定める「入院時情報提供票」を使用する。

また、入院期間中、必要に応じて、医療機関（地域連携）担当者と連絡を取ると共に、退院時カンファレンスが行われる場合は、出席するよう努める。

○担当ケアマネが分からない場合

「介護保険被保険者証」三面に支援事業所名が記入されているので、医療機関担当者は速やかに連絡を取り、担当ケアマネを確認する。

1-2 介護サービス利用者が退院する場合

退院が見込まれる場合、退院時における日常生活自立度（退院時情報提供票の中の太枠内項目）によっては、医療機関は家族及び担当ケアマネ同席の下、退院時カンファレンスを開催する。なお、その場合は、別に定める「退院時情報提供票」を使用する。

2-1 退院後初めて介護サービス等が必要な患者について （介護サービス事業所がまだ決まっていない場合）

医療機関担当者は入院患者の住所地を**所管する地域包括支援センターに連絡**し、退院後介護サービス等が必要な患者が入院している旨、連絡する。

連絡を受けた地域包括支援センターは、担当ケアマネの決定、その他必要な介護サービスにかかる業務を行うとともに、適宜、退院時の調整を依頼する。

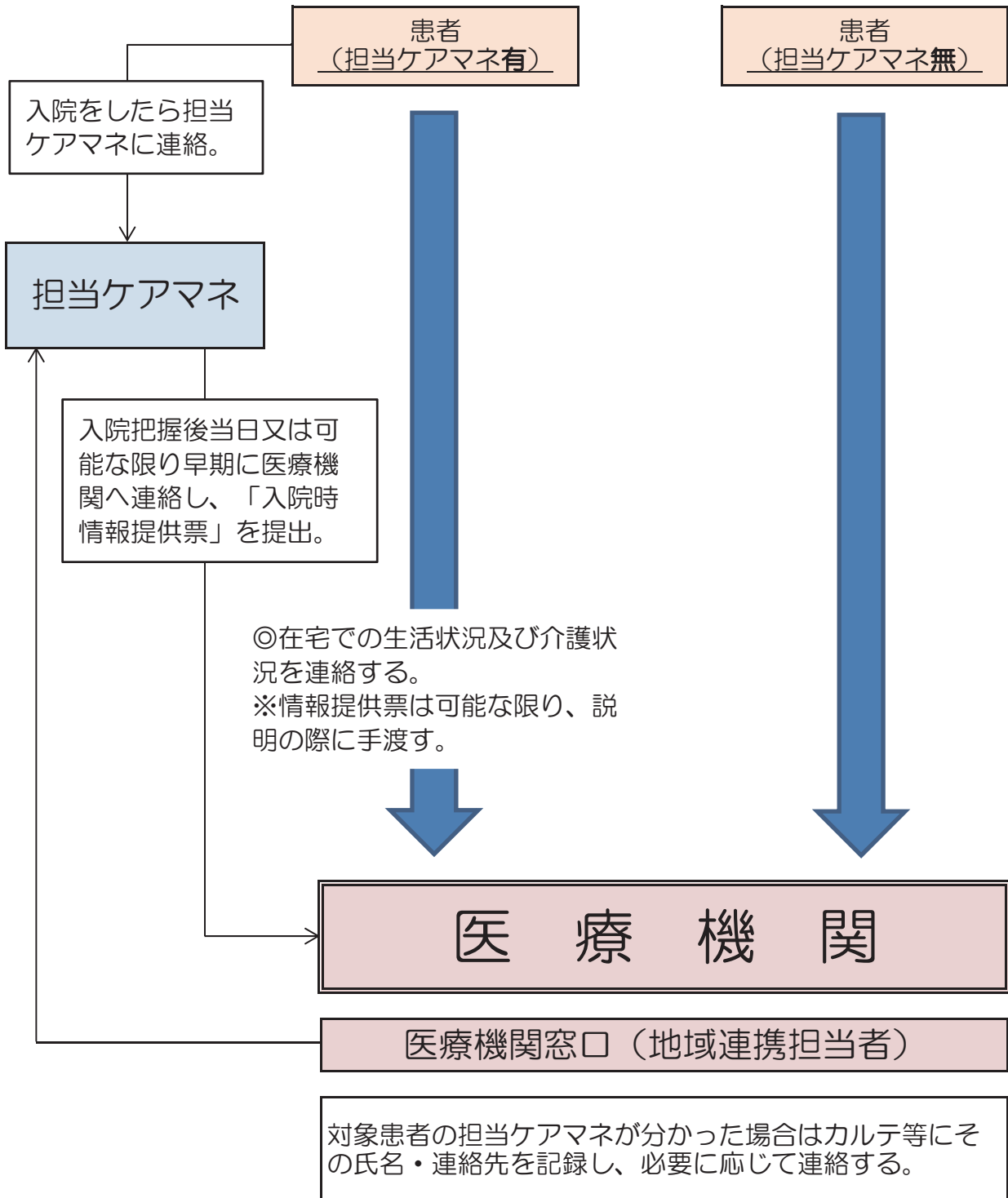
なお、その場合には、別に定める**「入院時情報提供票」及び「退院時情報提供票」を医療機関担当者が記入し使用**する。

介護認定を受けていない方、認定を受けても介護サービスを利用されていない方は、別に定める**「患者さま同意書」も添付**する事。

玖珠郡医療連携フローチャート

※対象者: 現在、医療・介護サービスを受けている方又は退院必要となる方

入院時



退院時

医療機関

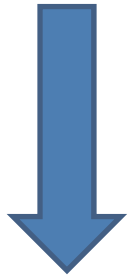
医療機関窓口（地域連液担当者）

◎退院時情報提供票の作成

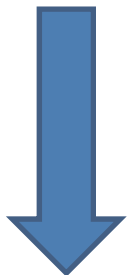
※可能な限り「入院情報提供票」を記入
必要な方は「患者・利用者同意書」も添付

患者
（担当ケアマネ有）

患者
（担当ケアマネ無）



連絡



連絡

担当ケアマネ

地域包括支援センター
（対象者の管轄地域）

「退院時カンファレンス」の開催

◎病院関係者に加えて「患者（又は家族）」、「担当ケアマネ」出席の上、カンファレンスを開催。「退院時情報提供票」の受け渡し。

（担当ケアマネがない方は医療機関で作成した「入院情報提供票」を地域包括支援センターへ渡す）



退院



介護サービス等の提供

入院時（退院時）情報提供票記入要領

1. 入院時(退院時)情報提供票作成の目的

介護支援専門員等支援計画作成者（以下「ケアマネジャー等」という。）と医師等が連携し互いの情報交換を円滑に行うことにより、在宅の要支援・要介護状態の利用者の支援を効果的に行うことを目的に、統一した情報交換の様式「入院時（退院時）情報提供票」を作成し、関係者が共通の理解のもとにこれを使用する。

2. 対象者

現在、何らかの医療・介護サービスを受けている方、又は退院後医療・介護サービスを利用する可能性のある方

3. 「入院時（退院時）情報提供票」の構成

介護サービス事業所から医療機関へ情報を提供する「入院時情報提供票」と医療機関から介護サービス事業所へ情報を提供する「退院時情報提供票」から構成される。

(1) 「入院時情報提供票」

介護サービス事業所の担当者（以下、担当ケアマネ等という）が、担当する利用者が医療機関に入院する場合、当該利用者の在宅での生活状況及び介護状況について連絡する為に使用する。

※介護サービス事業所が決まっていない患者については、医療機関担当者が分かる範囲で記入する】

(2) 「退院時情報提供票」

医療機関（地域連携）担当者が、担当する患者が退院後介護サービス等を利用すると思われる場合、入院中の経過、在宅における課題等を担当ケアマネ等に連絡するために使用する。

4. 利用上の注意事項

- (1) 入院時（退院時）情報提供票の記載にあたっては、記載にあたっての注意点及び記入例を参考に記載する。
- (2) 枠が不足する場合または、既存の資料（サマリーやお薬手帳など）を添付した方が効率的な場合は、適宜、資料を添付する。
- (3) 受け渡しにあたっては、**原則担当ケアマネと医療機関（地域連携）担当者が直接面会し、説明を行うものとする**。なお、やむを得ずFAX又はEメールによる場合は、必ず後日電話または面会の上説明を行うものとする。
- (4) 検査入院等（1泊2日～2泊3日）の場合、情報提供は必要ないが、治療に移行し継続入院が決まったら、医療機関担当者は担当ケアマネへ連絡し、担当ケアマネは情報提供を行う。
- (5) 短期間（概ね3ヶ月）に同じ医療機関で入退院を繰り返した場合、1回目と身体状況・生活環境等の状況等が変わらないようなら、2回目以降の入院時情報提供の中の「入院に至る経緯」を記入し、それ以外のものは省くことが出来る。
- (6) 転院や施設へ入所した場合、転出先へ「退院時情報提供票」を渡し、担当ケアマネへその旨、連絡する。

患者・利用者様 同意書

～ 「入院時（退院時）情報提供票」説明書 ～

「入院時（退院時）情報提供票」とは

今現在、何らかの医療・介護サービスを受けている方、または退院後に医療・介護サービスを利用する可能性のある方が、切れ目なく患者・利用者様の状態を連携機関に伝達する為、玖珠郡で統一された様式の情報提供票使用しております。

「入院時情報提供票」では、介護度・内服薬、移動や排泄に介助が必要か、食事形態など、入院前の生活状況・介護状況について、介護等支援事業所から医療機関へ情報提供するものです。

「退院時情報提供票」では、入院中の経過・退院時の内服薬・食事形態・排泄や入浴についての注意など、退院してから介護サービスを受ける際の注意点などを医療機関から介護等支援事業所等へ情報提供するものです。

以上の趣旨をご理解の上、「入院時（退院時）情報提供票」の運用にご協力いただきますようお願い申し上げます。

その際には、個人情報漏洩することがないように十分に留意致します。

ご不明な点、ご質問がございましたら、遠慮なくケアマネジャーや担当医・病院職員にお尋ねください。

令和 年 月 日 (施設名)

(説明者)

私は、「入院時（退院時）情報提供票」とその取扱いについて説明を受けました。

つきましては、記載された情報が、(社)玖珠郡医師会、受診する医療機関及び薬局、担当の介護支援専門員、地域包括支援センター並びに利用する介護保険事業所へ情報提供されることに同意します。

患者氏名 _____ (印)

代理人氏名 _____ (印)

代理人の場合、患者との続柄
()

入院時情報提供票

事業所
住所
TEL
FAX
担当者

事業所



医療機関

様

(記入日) 令和 年 月 日

在宅での生活状況及び介護状況について、下記のとおりご連絡いたします。
入院時のケアやリハビリテーション、退院調整に利用していただければ幸いです。今後の退院に向け、情報協力やご指導等頂けると助かります。よろしくお願いたします。
なお情報については、本人及びご家族の同意に基づき作成されています。

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|--------------------------------|------|--------|-------------|---|----------|----------------------------|
| 介護対象者 | | 男・女 | 生年月日 | T・S | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 住所 | | | | 電話 | | | | |
| 緊急連絡先 | 1. 氏名 | | | () | TEL | | | |
| | 2. 氏名 | | | () | TEL | | | |
| 介護度 | 申請中・要支援()・要介護() | | 障害手帳 | | 有 | | | 内服薬 |
| 有効期間 | R. 年 月 日 ~ R. 年 月 日 | | 生活保護 | | 受給 | | | |
| 既往歴・現病歴 | 年・月・日 | 病名 | | 病院名 | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| (現況)ADL・IADL | 移動 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | <家系図> | | | | |
| | 排泄 | 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 | | | | | | |
| | 更衣 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | | | | |
| | 特記事項 | | | | | | | |
| 入院に至る経緯 | | | | | | | キーパーソン: | |
| サリ 用 ビ中 スの | | | | | | | 歯の状態 | 自歯 |
| 食事形態 | (主食) | 普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ | | アレルギー | 無・有 () | | | 総義歯、部分義歯 上義歯、下義歯 () |
| | (副食) | 普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ | | | | | かかりつけ歯科医 | |
| 意思疎通 | 視力 | 支障 無・有 () | | 意思伝達 | 出来る・出来ない() | | | |
| | 聴力 | 支障 無・有 () | | 指示への反応 | | | | |
| 認知症 | 無・有 (被害妄想・感情不安定・昼夜逆転・暴言、暴行・徘徊・その他()) | | | | | | | |
| 退院後の希望(本人・家族): | | | | | | | | |

※お願い 退院時期が決まり次第、ご連絡を下されば幸いです。

入院時情報提供票

事業所
住所
TEL
FAX
担当者

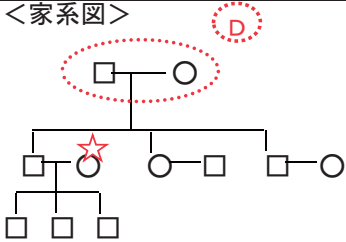
記入例

事業所 ○○事業所

医療機関 ○○○病院 様

(記入日) 令和 年 月 日

在宅での生活状況及び介護状況について、下記のとおりご連絡いたします。
入院時のケアやリハビリテーション、退院調整に利用していただければ幸いです。今後の退院に向け、情報協力やご指導等頂けると助かります。よろしくお願いたします。
なお情報については、本人及びご家族の同意に基づき作成されています。

| | | | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------|-------------------|--|
| 介護対象者 | クス タウ 玖珠 太郎 | 男・女 | 生年月日 | T (S) ○○年 ○○月 ○○日 | ○○歳 |
| 住所 | 玖珠郡玖珠町大字帆足2-6-1 | | | 電話 | 72-3111 |
| 緊急連絡先 | 1. 氏名 | 玖珠 百合子 (長男の嫁) | | TEL | 22-6299 |
| | 2. 氏名 | () | | TEL | |
| 介護度 | 申請中・要支援()・要介護(3) | | 障害手帳 | 有 | |
| 有効期間 | R. 年 月 日 ~ R. 年 月 日 | | 生活保護 | 受給 | |
| 既往歴・現病歴 | 年・月・日 | 病名 | 病院名 | | |
| | H23.12.10 | 右大腿骨頸部骨折 | ○○整形外科 | | |
| | H19.10.1 | 糖尿病 | △△内科 ☆ | | |
| | H19.10.1 | 認知症 | △△内科 | | |
| H16.5.8 | 高血圧症 | △△内科 | | | |
| (現況)ADL・IADL | 移動 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | <家系図>  |
| | 排泄 | 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 | | | |
| | 更衣 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | |
| | 特記事項 | | | | |
| 入院に至る経緯 | | | | | |
| 平成25年12月20日の2時頃、トイレで物音が聞こえたため夫が確認。本人が倒れていたため、救急車にて○○○病院へ搬送。 | | | | | |
| サ利用中のサービスの | F デイサービス 週3回 配食サービス 月・水 | | | I 歯の状態 | 自歯 総義歯、部分義歯 上義歯、下義歯 (夜間ははずす) かかりつけ歯科医 △△歯科 |
| G 食事形態 | (主食) | 普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ | H アレルギー 無・有 (そば) | | |
| | (副食) | 普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ | | | |
| 意思疎通 | J 視力 | 支障 無・有 (眼鏡使用) | | K 意思伝達 | 出来る・出来ない() |
| | 聴力 | 支障 無・有 (補聴器使用) | | 指示への反応 | |
| 認知症 | L 無・有 (被害妄想・感情不安定・昼夜逆転・暴言・暴行・徘徊・その他()) | | | | |
| M 服薬管理が困難(飲み忘れあり) : | 妻がその都度渡す。 | | | | |
| 退院後の希望(本人・家族) : | N 自宅で2人で生活したい。(サービスを利用しながら) | | | | |

※お願い 退院時期が決まり次第、ご連絡を下されば幸いです。

入院時情報提供票の記載にあたっての注意点

| | | |
|----------------|---|---|
| 既往症 現病歴 | A | 受診日の新しいものを上に記載する。 主治医が特定できる場合は、☆印をつける。 |
| 内服薬 | B | 薬の種類と頻度をわかりやすく記載する。 又は薬剤情報提供書・お薬手帳のコピーなどを添付。 |
| 現況 | C | 該当する項目に○をつけ、特記事項欄に詳細を記入する。 |
| 家系図他 | D | 本人は◎印、女性は○印、男性は□印で記載する。同居者は点線で囲む。 |
| | E | キーパーソンに☆印をつけ、氏名を記載する。 |
| 利用中の サービス | F | 介護保険以外のサービスも記載する。 |
| 食事形態 | G | 該当する項目に○をつける。 |
| アレルギー | H | 原因食品や薬品名を記載する。 |
| 歯の状態 | I | 「夜間のみ、はずす」等の特記すべき点を記載する。 かかりつけ歯科医がいれば記入する。 |
| 意思の疎通他 | J | 「有」の場合、眼鏡使用・補聴器使用・耳元で大きな声で話すなど記載する。 |
| 意思伝達 指示への反応 | K | 該当する項目に○をつける。出来ない場合は、詳細を記入する。 |
| 認知症 | L | 「有」の場合、該当する項目に○をつける。 |
| | M | 具体的な問題点やその対応方法について記載する。 |
| 退院後の希望 | N | 本人や家族の意向を把握している範囲で記載する。 |

退院時情報提供票

医療機関



事業所

様

(記入日) 令和 年 月 日

医療機関
住所
TEL
FAX
担当者

様 [生年月日 T・S 年 月 日] の、入院状況についてご連絡いたします。

| | | | | | | | |
|--|--------|--------------------------|--------------------------------|--|------------|------------------------|---|
| 病名 | | | | | 入院期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | |
| 入院中の経過及び在宅における課題 | | | | | | | |
| 次回受診日 月 日 | | | | | | | |
| 内服薬 | | | | | 服薬における注意事項 | | |
| 排泄 | 排尿 | 自立・見守り・一部介助・終日要介助() | | | | 排便最終日 | / |
| | 排便 | 自立・見守り・一部介助・終日要介助() | | | | | |
| 入浴 | 入浴動作 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | | 入浴最終日 | / |
| | 入浴方法 | 一般浴・個人浴・特浴(機械浴)・シャワー浴・清拭 | | | | | |
| 移動方法 | | 自立・見守り・一部介助・全介助() | | | | | |
| 食事 | 食事形態 | (主食) | 普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ | | | | |
| | | (副食) | 普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ | | | | |
| | 嚥下状態 | 良好・困難() | | | | | |
| | | 不可 | 胃ろう・経管栄養() | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | |
| 認知症 | 無・有() | | | | | | |
| ★太枠内の項目で「自立」以外にチェックが入ったら、多職種との連携を考えて下さい。 | | | | | | | |
| 夜間情報 | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | |

退院時情報提供票

医療機関 ○○○ 病院



事業所 ○○ 事業所 様

(記入日) 令和 年 月 日


医療機関
住所
TEL
FAX
担当者

記入例

玖珠 太郎 様 [生年月日 T・S 年 月 日] の、入院状況についてご連絡いたします。

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|-----------------------------|
| 病名 | 脳出血(左片麻痺)・高血圧症・糖尿病 | | | 入院期間 | 令和○○年○○月○○日 ～令和○○年○○月○○日 |
| 入院中の経過及び在宅における課題 ○ | | | | | |
| (入院中の経過はサマリー添付でも可) | | | | | |
| 在宅の課題は | | | | | |
| ・服薬管理 | | | | | |
| ・場所的見当識障害 | | | | | |
| ・排泄、更衣の自立 | | | | | |
| ・調理 | | | | | |
| 次回受診日 ○○月 ○○日 P | | | | | |
| 内服薬 | ○○○錠 | 1T×3回 | (又は) 薬情書添付あり | 服薬における注意事項 R | |
| | △△△錠 | 1T×朝・夕 | | | |
| □□□錠 | 1T×就寝前 | | | | |
| (外用薬やインスリン注射なども記入して下さい。) | | | | | |
| 排泄 | 排尿 | 自立・見守り・ 一部介助 ・終日要介助(紙パンツ) | 排便最終日 | / | |
| | 排便 | 自立・見守り・ 一部介助 ・終日要介助(ポータブルトイレ) | | | |
| 入浴 | 入浴動作 | 自立・見守り・ 一部介助 ・全介助 | 入浴最終日 | / | |
| | 入浴方法 | 一般浴 ・個人浴・特浴(機械浴)・シャワー浴・清拭 | | | |
| 移動方法 | 自立・見守り・ 一部介助 ・全介助(車イス使用) | | | | |
| 食事 | 食事形態 | (主食) | 普通・軟食・ 全粥 ・ミキサー・とろみ | | |
| | | (副食) | 普通・荒キザミ・ キザミ ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ | | |
| | 嚥下状態 | 良好 | 困難 (水分にむせがある) | | |
| | | 不可 | 胃ろう・経管栄養() | | |
| 特記事項 | 糖尿病及び血圧管理のため、カロリー制限・減塩が必要。 左片麻痺があるため、ベッドのギャッジアップ等で体位の保持が必要。 | | | | |
| 認知症 | 無 | 有 (服薬管理できず、トイレの場所がわからない。) | | | |
| ★太枠内の項目で「自立」以外にチェックが入ったら、多職種との連携を考えて下さい。 | | | | | |
| 夜間情報 | X 夜間せん妄あり。 | | | | |
| 特記事項 | Y トイレの場所がわからず、誘導を行う。 ズボンの上げ下げが上手くできず介助行う。 服薬管理の為、薬箱を作り。1日分(朝・昼・夕)に分けて渡し、下膳時に確認。 排泄の自立に向け、麻痺側のリハビリ中、今後の継続を本人は希望している。 調理について不安があり、配食サービスの回数を増やすことを希望している。 | | | | |

退院時情報提供票の記載にあたっての注意点

| | | |
|----------------|---|---|
| 入院中の経過 | ○ | 入院から退院までの経過を簡単に記載する。 又はサマリーの添付でも可。 |
| 在宅における課題 | | 箇条書きで記載する。 |
| 次回受診日 | P | 退院時に確定しているなら記載する。 |
| 内服薬 | Q | 薬の種類と頻度をわかりやすく記載する。 (外用薬、インスリン注射等も記入) 又は薬剤情報提供書などを添付。 |
| 服薬における 注意事項 | R | 問題点や工夫した点、在宅で起こる可能性のある点など記載する。 |
| 排泄 | S |  該当する項目に○をつける。 |
| 入浴 | T | |
| 移動方法 | U | |
| 食事 | V | 問題となる点を記載する。 |
| 認知症 | W | 該当する項目に○をつける。 特記事項にカロリー制限や体位調整等の情報を具体的に記載する。 |
| 夜間情報 | X | 徘徊、せん妄等記入。 |
| 特記事項 | Y | 医療的な注意点、禁止事項（整形的にこのような動作をすると危険等）も記載する。 |

主治医 ⇄ 介護支援専門員 連絡票

送信日：令和 年 月 日

| | | |
|-----|-----|----|
| 送信先 | 主治医 | 病院 |
| | | 先生 |

送信元：_____

いつもお世話になっております。

下記利用者様の（サービス利用・担当者会議開催）にあたり、下記にてご助言頂きますようお願い申し上げます。

利用者氏名 _____ 様（T・S 年 月 日生）

介護度 _____（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

利用中のサービス _____

希望のサービス _____

| | |
|---|---|
| <p>【質問事項】</p> | <p>【ファックスの場合はこちらにご回答ください】</p> |
|---|---|

※ 月 日頃までにご指導いただくと幸いです。

回答内容について

直接会ってお話します（ 月 日 頃お出で下さい）

電話で連絡します（ 月 日頃お電話下さい）

上記の通り連絡致します。 令和 年 月 日

返信先： _____（電話： _____ FAX： _____）

主治医 ⇄ 介護支援専門員 連絡票

CM用記入例

送信日：令和 2年 2月 21日

| | |
|-----|-----------------|
| 送信先 | 医療法人〇〇〇 〇〇〇 病院 |
| | 主治医 〇〇 〇〇 先生 |

〇〇町社会福祉協議会
送信元：〇〇 〇〇 CM

いつもお世話になっております。

下記利用者様の（サービス利用・担当者会議開催）にあたり、下記にてご助言頂きますようお願い申し上げます。

利用者氏名 玖珠 太郎 様 (T・S) 8年 2月12日生)

介護度 要介護3 (令和 1年 12月 1日～令和 2年 1月 31日)

利用中のサービス 通所介護3回/週(火・木・土)・訪問介護2回/週(月・水)

希望のサービス 訪問看護

【質問事項】

最近病院に行きたがらず、褥瘡が悪化しております。今後訪問看護での褥瘡処置等検討したいと思っております。

訪問看護利用について先生に直接お会いしてご相談したいことがありますので日時調整をお願い致します。

【ファックスの場合はこちらにご回答ください】

※ 2月 28日頃までにご指導いただくと幸いです。

回答内容について

直接会ってお話します(月 日 頃お出で下さい)電話で連絡します(月 日頃お電話下さい)

上記の通り連絡致します。 令和 年 月 日

返信先：社会福祉協議会 〇〇 〇〇 CM (電話：0973-00-0000 FAX：0973-00-0000)

主治医 ⇄ 介護支援専門員 連絡票

Dr用記入例

送信日：令和2年 2月21日

| | |
|-----|----------------|
| 送信先 | 医療法人〇〇〇 〇〇〇 病院 |
| | 主治医 |
| | 〇〇 〇〇 先生 |

〇〇町社会福祉協議会
送信元：〇〇 〇〇 CM

いつもお世話になっております。

下記利用者様の（サービス利用・担当者会議開催）にあたり、下記にてご助言頂きますようお願い申し上げます。

利用者氏名 玖珠 太郎 様 (T・S) 8年 2月12日生)

介護度 要介護3 (令和1年12月 1日～令和2年 1月31日)

利用中のサービス 通所介護3回/週 (火・木・土)・訪問介護2回/週 (月・水)

希望のサービス 訪問看護

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">【質 問 事 項】</p> <p>最近病院に行きたがらず、褥瘡が悪化しております。今後訪問看護での褥瘡処置等検討したいと思っております。</p> <p>訪問看護利用について先生に直接お会いしてご相談したいことがありますので日時調整をお願い致します。</p> | <p style="text-align: center;">【ファックスの場合はこちらにご回答ください】</p> <p style="color: red;">いつもお世話になっております。日時調整をさせて頂きました。下記の日時に当院へ来院して下さい。宜しくお願いします。</p> |
|--|--|

※ 2月 28日頃までにご指導いただけると幸いです。

回答内容について

- 直接会ってお話します (2月24日16:00頃お出で下さい)
- 電話で連絡します (月 日頃お電話下さい)

上記の通り連絡致します。令和2年 2月 21日

返信先：社会福祉協議会 〇〇 〇〇 CM (電話：0973-00-0000 FAX：0973-00-0000)

訪問歯科診療

○訪問歯科診療とは

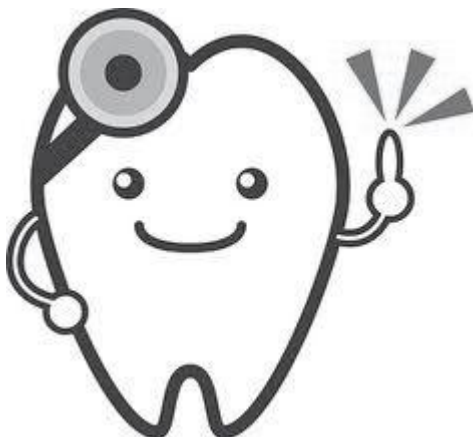
要介護高齢者が在宅や施設で歯科診療が受けられるものです。要介護高齢者の多くは歯科的な問題を抱えているにも関わらず、これまでの外来での歯科受診は70～74歳をピークに、その後急速に減少する実態がありました。歯科治療をはじめとする口腔機能の維持管理は、食べるという機能ばかりでなく、生きる力やQOLの向上に寄与することが明らかになってきました。身近なかかりつけの歯科医などに相談し、外来受診が困難な場合であっても、治療をあきらめないことが重要です。

○訪問歯科診療で行われる治療内容

基本的には、訪問歯科診療で行われる診療内容は、外来で行われるものと同じものです。しかし、治療時の姿勢の保持や照明など制約の中で行われるので、治療内容によって診療所で受診することが必要な場合があります。また、歯科医師が患者の全身状態を把握するために、かかりつけの医師や入院時の主治医などと外来診療以上に密な連携が求められます。

大事なことは外来受診が困難な場合に、本人や家族が歯科治療を受けることをあきらめないことです。入院前にかかりつけの歯科医院を持っていても、多くの場合、急性期病院等への入院から回復期、施設入所等へ移っていく間に歯科医師・患者関係が途切れてしまい、退院後の在宅療養時にかかりつけ医とかかりつけ歯科医との連携が取れていないために、結果的に口腔内状態の悪化や義歯治療などの対応が放置されるという悪循環を招いていることがしばしばみられます。

在宅療養をしている患者の歯科の問題には、義歯の不適合、むし歯に伴う歯の痛みや、歯茎の腫れ、口内炎などがあげられます。これらの多くは訪問歯科診療で対応することができます。口腔内の不具合は、食事の意欲の低下につながります。さらには、要介護高齢者における口腔清掃状態の悪化は、誤嚥性肺炎の原因にもなりますので、定期的なチェックが必要になります。また、噛むことや飲み込むことの障害（咀嚼・嚥下障害）がみられることがあり、機能低下の早期の発見と対応が必要です。そして、終末期においても最後まで口から食べるための歯科的対応は、本人の生きる力を支援するものです。これらの処置は、保険診療上でも位置づけられています。



訪問歯科診療について

～ 訪問歯科診療の実際と多職種連携の対応について ～

是永歯科医院 院長 是永 悟

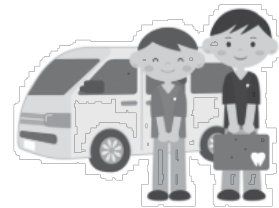


患者自身が歩行や移動・移乗困難の場合には、歯科治療のための通院受診が出来ません。しかしながら、介助者が歯科医院まで搬送でき、診療台まで導ける場合はその方がより確実な治療が出来ますし、対応も早いです。玖珠郡内には診療室が1階にある歯科医もあり、搬送できるのであればその方が良いです。これは通常診療となります。

歯科診療は基本「お口から食べる」ということを大前提に置かれています。もちろん、嚥下が出来ない、顎が痛い、舌が痛い、お口が開かない、などその他の治療も行います。

現在、訪問歯科診療の主訴で多いものは、以下のようになります。

- ① 歯が痛くて食べられない。
- ② 歯が動く。
- ③ 入れ歯が合わなくて食べられない。
- ④ 入れ歯が無くなった。(どこに行ったか分からない。)
- ⑤ 歯が抜けて食べられなくなった。



これらの症状は患者本人からの訴えもありますが、周りの者が気付くこともあります。普段から口腔ケアを行えばこそ、気付くことも訴えを聞くことも出来ると考えます。

それでは実際に、訪問歯科診療を依頼する場合、どのようにすれば良いのでしょうか？ 手順にはいくつか方法があります。その際に歯科の「訪問診療依頼」(※1)を記入の上、提示します。

(※1):『入院時(退院時)情報提供票』取扱マニュアル(黄色)を参照。

直接連絡

- ① かかりつけ医が居る場合または、入所・寝たきり直前まで診てもらった歯科医師が居る場合、その歯科医師に直接連絡し、訪問診療を受けてください。

窓口依頼

- ② 歯科医師会の訪問歯科診療依頼窓口から、派遣してもらう。
 - ・現在、訪問歯科診療窓口は、是永歯科医院となっております。
 - ・希望する歯科医院名を伝える。無ければ、歯科医師会が選定をした後、歯科医師が派遣されます。

しかし、訪問歯科診療の保険上(厚労相から)の「しぼり」というものがあります。これらにより、訪問歯科診療が出来ない場合もありますので紹介しておきます。

～ 訪問歯科診療が受けられない場合 ～



遠方である場合

- ① 診療派遣医院から半径16km以内まで。これは例えば豊後森駅とすると東は由布院の手前、西は天ヶ瀬くらいまでということになります。それより遠い場合は行くことは出来ません。

移動可能である場合

- ② 歩行困難で自力で移動できる者は対象外。訪問歯科診療には患者本人が歩行困難という条件とそれを証明する紹介状(※2)が必要です。理由を歯科医師側がカルテ摘要欄に記載しなければ保険請求できないからです。

『認知症だけで、スタスタ歩ける方への訪問歯科診療は認めない。』という事になります。

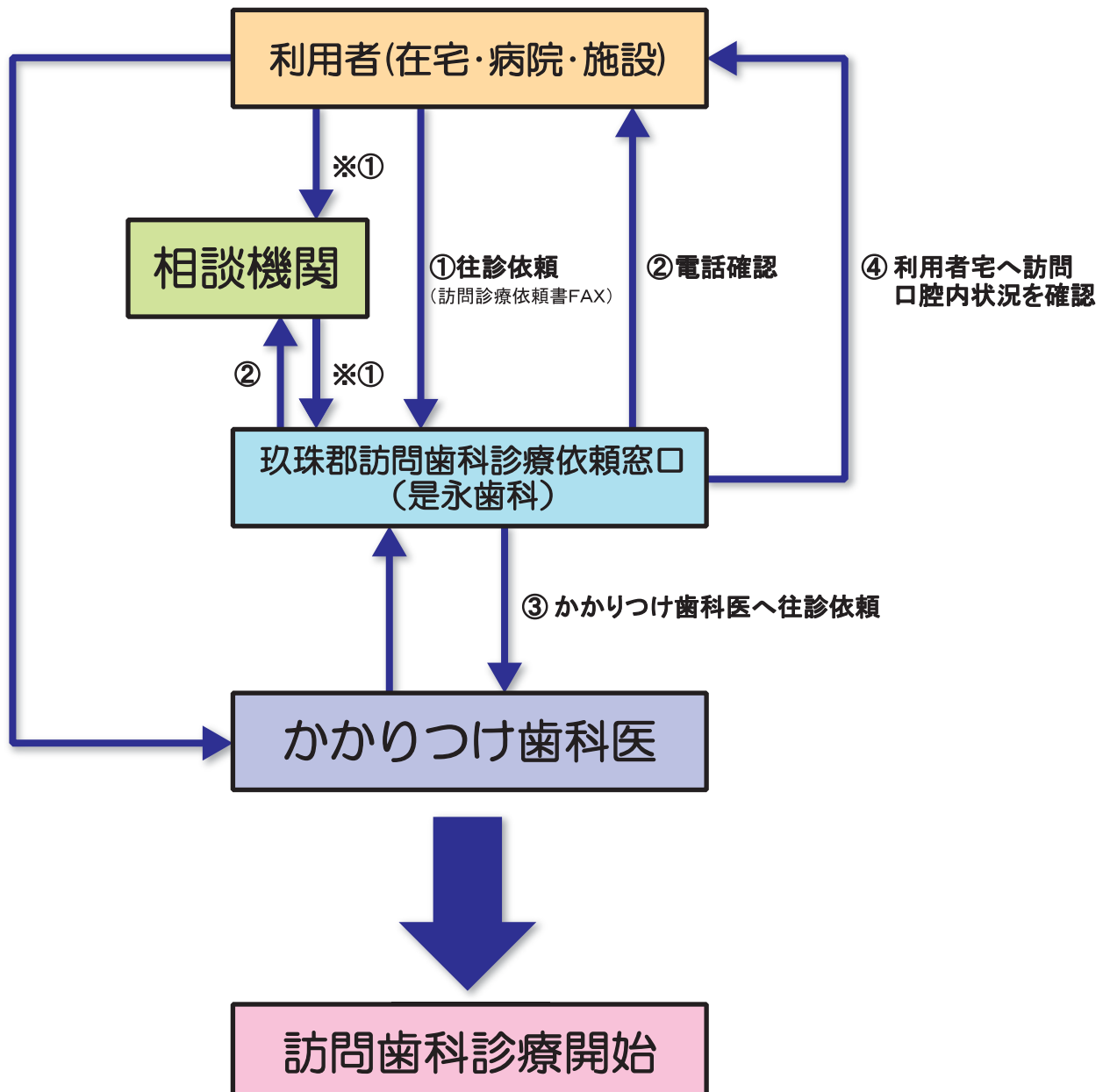
(※2): 医科の先生からの情報提供書

治療困難である場合

- ③ その他には認知症等で、非協力的な場合もできません。「口を開けない」「暴れる」「噛みつく」などの場合、危険も伴い診療は困難です。重篤緊急の場合は、大分県口腔保健センター(大分市新春日町)や済生会日田病院歯科口腔外科(日田市)にて全身麻酔下で治療することも考えられます。

最後になりますが、在宅の患者様の中にはまだ訪問歯科診療の存在すら知らない方が多くいます。在宅訪問に出られる事の多いケアマネージャーの皆さんより広報をしていただけると、もっと助かる方が増えると思いますので、今後ともよろしく願いいたします。

玖珠郡訪問歯科診療依頼の流れ



相談機関とは？

※ 相談機関とは担当CMや医療機関・施設、地域包括支援センター等代理申請を施行する機関のことである。

※ 利用者本人が依頼出来ない場合は担当CM等相談機関へ代理依頼することも可能である。

歯科訪問診療依頼

1. 日 時： 年 月 日 時 分
2. 受 付： ①電話 ②FAX ③外来受付 ④その他
3. 患者氏名： _____ 様 男・女
 生年月日：大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
4. 依頼者：本人・家族・主治医・看護師・ケアマネ・ヘルパー・施設職員
 その他（ _____ ）
5. 訪問先：①自宅 ②施設 ③病院 ④その他（ _____ ）
 施設等名称： _____
 住 所： _____
 連絡先電話： _____（ご連絡する方、担当者 _____ 様）

6. 主 訴： 義歯（入れ歯）について

[該当に○する]

| | |
|-------|---------------------------------|
| 上 顎 | 合わない・無くした・壊れた・バネが壊れた 人工歯がとれた |
| 下 顎 | |
| 部分義歯 | |
| 総 義 歯 | |

自分（天然）の歯について

[該当に○する]

| | |
|-----|---|
| 上 顎 | 抜けた・動く・痛がる・歯肉が腫れている 口が渇く・歯肉を痛がる・口が開かない 顎がおかしい・飲み込めない・むせる・不明 |
| 下 顎 | |
| 前 歯 | |
| 奥 歯 | |

その他

7. 意思の疎通：良好、困難を要する、第三者（家族等）を通じて可能、不可
8. 基礎疾患および歩行不能の原因疾患：脳卒中後遺症、廃用萎縮、
 パーキンソン氏病、肺炎、COPD、骨折術後、脊髄等損傷、DM、HT、
 心疾患、癌、リウマチ、認知症、その他（ _____ ）
9. 服薬状況：現在服用中のお薬（ _____ ）
10. 食事形態：経口摂食：普通食、とろみ、ミキサー、その他（ _____ ）
 経管栄養
11. 主治医 _____ 電話 _____
12. 担当ケアマネジャー _____ 電話 _____
13. 現在うけている介護状況：介護度、ADLなど _____
 曜日と時間 _____ 入院中
14. 訪問希望曜日と時間： _____ 曜日（午前・午後 _____ 時ごろ）
15. その他特記事項：

※訪問歯科診療以外で使用

口腔機能(事前事後)アセスメント・モニタリング表

二次予防事業

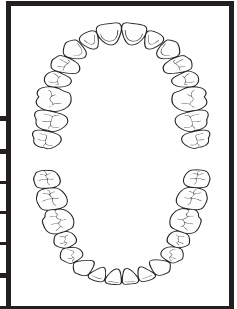
要支援

要介護

記入者:

職種(口言語聴覚士 口歯科衛生士 口看護職員)

事前実施月日: 年 月 日 事後実施月日: 年 月 日



| | | | | |
|-------------|------|----|-----|----------------------|
| 氏名 | ふりがな | 身長 | 男・女 | 目標とする生活 |
| | | 体重 | | 口の中の状態・訴え、利用者及び家族の希望 |
| 大・昭 年 月 日 歳 | | | | |

| | アセスメント・モニタリング項目 (点) | 評価 | | モニタリング | | 評価 | |
|----------------|--|------|----|--------|----|------|----|
| | | 事前 / | | / | | 事後 / | |
| A 口腔衛生状況 | ①口腔乾燥: なし(0) 少し(1) あり(2.5) | | | | | | |
| | ②食渣沈着: なし(0) 少し(1) 多量(2.5) | | 小計 | | 小計 | | 小計 |
| | ③舌苔: なし(0) 少し(1) 多量(2.5) | | | | | | |
| | ④口臭: なし(0) 弱い(1) 強い(2.5) | | | | | | |
| B 咬合力 | 1. (1)咬筋の触診 | | | | | | |
| | 右側の咬筋 ①強い(0) ②弱い(3) ③なし(5) 左側の咬筋 ①強い(0) ②弱い(3) ③なし(5) | | 小計 | | 小計 | | 小計 |
| 2. のいずれか | (2)お食事マップ使用 | | | | | | |
| | ①ピーナッツ、固焼きせんべい、するめいか(0) ②蒟蒻、ゆでだこ、かりんとう(2) ③ごはん、ウナギかば焼き、きゅうり(4) ④うどん、食パン、卵焼き(6) ⑤おかゆ、プリン、豆腐(8) ⑥水分又はなし(10) | | 小計 | | 小計 | | 小計 |
| C 口腔清掃自立 | ①習慣: なし(0) あり(2) | | | | | | |
| | ②回数: 3回以上(0) 1~2回(1) 0回(2) | | 小計 | | 小計 | | 小計 |
| | ③基本介助: 自立し(0) 一部介助(1) 全介助(2) | | | | | | |
| | ④磨き残し: なし(0) 少し(1) 多い(2) | | | | | | |
| | ⑤清掃道具: 歯ブラシ+補助道具(0) 歯ブラシ(1) なし | | | | | | |
| D 口腔・嚥下機能状況 | ①膨らまし: できる(0) やや不十分(1) 不十分(2) | | | | | | |
| | ②舌を出す: できる(0) やや不十分(1) 不十分(2) | | | | | | |
| | ③むせ: なし(0) 時々(1) よくむせる(2) | | | | | | |
| | ④RSST(30秒間測定): 3回以上(0) 1回~2回(1) 0回 | | | | | | |
| | ⑤オーラルディアドコネシス(必要に応じて) 「パ」「タ」「カ」の各音連続発声:(方法:5秒間計測20回以上) 出来る(0) 出来ない(2) | | | | | | |
| E 気道感染・栄養 | ①食事中または食後の痰の絡みはあるか: なし(0) あり(2) | | 小計 | | 小計 | | 小計 |
| | ②過去1ヶ月の発熱: なし(0) あり(2) | | | | | | |
| | ③過去1年間の肺炎既往歴: なし(0) あり(2) | | | | | | |
| | ④体重BMI: 18.5以上(0) 18.5以下(2) | | | | | | |
| | ⑤6か月間で2~3kg以上の体重減少がありますか: いいえ(0) はい(2) | | | | | | |
| F 生活機能評価 | ①食事が美味しく感じますか: はい(0) 普通(1) いいえ(2) | | 小計 | | 小計 | | 小計 |
| | ②薬は上手く飲めますか: はい(0) 時々難(1) いいえ(2) | | | | | | |
| | ③会話がスムーズですか: はい(0) 時々(1) いいえ(2) | | | | | | |
| | ④よく人と会話をしますか: はい(0) 普通(1) いいえ(2) | | | | | | |
| | ⑤調子は良いですか: はい(0) 普通(1) いいえ(2) | | | | | | |
| 表情 |  | | | | | | |
| | 合計 60点満点(フェーススケールは加算しない) | | 点 | | 点 | | 点 |

訪問看護

○訪問看護とは

訪問看護は在宅医療の鍵となるサービスで、介護保険、医療保険双方に位置付けられています。

医療保険の訪問看護は、難病・ターミナル患者・急性増悪した患者等を対象とします。一方介護保険の訪問看護では、慢性期で状態が安定した利用者の療養上の世話をを行います。要介護認定者に対しては、療養上の世話をしながら異常の早期発見に努め、急性増悪等が起これば医師に報告します。その際は医療保険で治療が行われ、看護師は診療上の世話を担当します。医療保険と介護保険の双方を視野に入れた適切な判断・対応が訪問看護に求められる重要な役割といえます。

○対象者

・医療保険

居宅において継続的に療養を受ける状態にあり、通院困難な患者。（※1）

※1 介護保険を利用している方は特例（※2）を除き、介護保険が優先となります。

※2 特例とは末期の悪性腫瘍等「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合と、急性増悪等で主治医が頻回に訪問看護が必要と判断した場合（特別訪問看護指示書を交付した場合）です。

・介護保険

居宅にいる第1号被保険者の要介護・要支援認定者

居宅にいる第2号被保険者の要介護認定者

○訪問看護の内容

- ・病状・障害の観察と判断又健康管理
- ・食事・清潔・排泄のケア、水分・栄養管理
- ・薬の飲み方と管理
- ・療養生活、看護・介護方法に関する相談・助言
- ・家族の悩みの相談
- ・終末期ケア
- ・かかりつけの医師との連絡と調整 等

○利用料の目安（1回あたり）

サービス提供機関、施設の所在地、サービスの種類、サービス利用世帯の所得等に応じて利用料が異なりますので詳しくはサービス提供事業所・市町村の担当窓口へお問い合わせ下さい。



記載例

介護予防訪問看護・訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※ 該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)
在宅注射指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|------------------|-----|----------------|---------|------|----|----|----|
| 患者氏名 | 様 | | 生年月日 大・昭・平 年 月 日 | | (歳) | | | | | |
| 患者住所 | 電 | | | | | | | | | |
| 主たる傷病名 | ※超重症児・準超重症児の場合は、状態あるいはスコアの記載をお願いします。 | | | | | | | | | |
| 現在の状況 (該当項目に○等) | 病状・治療状態 | | | | | | | | | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | | | | | | | | | |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| | | 認知症の状況 | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | M | |
| | 要介護認定の状況 | 自立 | 要支援(1 2) | | 要介護(1 2 3 4 5) | | | | | |
| | 褥瘡の深さ | NPUAP分類 | | Ⅲ度 | Ⅳ度 | DEBON分類 | | D3 | D4 | D5 |
| 装着・使用医療機器等 | 1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう:チューブサイズ) 、 日に1回交換) 8. 留置カテーテル(サイズ) 、 日に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定)) 10. 気管カニューレ(サイズ)) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他() | | | | | | | | | |
| 留意事項及び指示事項 | | | | | | | | | | |
| I 療養生活指導上の留意事項 | | | | | | | | | | |
| II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用機器等の操作援助・管理 4. その他 | | | | | | | | | | |
| 在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等) | | | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | | | | | | | | | | |
| 特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。) | | | | | | | | | | |
| 他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名 たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 指定訪問介護事業所名 | | | | | | | | | | |

※胸腔又は腹腔ドレイン、経皮経肝胆管ドレナージチューブ(PTCD)等は、8留置カテーテルの項目に記載をお願いします。

※定期巡回・随時対応型訪問看護介護事業所との連携をしています。留意点があれば記載をお願いします。

※訪問介護事業所へ特定行為等の指示をされている場合は、訪問介護事業所名の記載をお願いします。

※訪問開始月日は鉛筆書きの年月日で記載をお願いします。

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション ○○○ 様

介護予防訪問看護・訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------|--|
| 患者氏名 | 様 | | 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳) | |
| 患者住所 | 電話 () - | | | |
| 主たる傷病名 | | | | |
| 現在の状況 (該当項目に○等) | 病状・治療状態 | | | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | | | |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度 | J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | |
| | | 認知症の状況 | I IIa IIb IIIa IIIb IV M | |
| | 要介護認定の状況 | 自立 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) | | |
| | 褥瘡の深さ | NPUAP分類 III度 IV度 DESIGN分類 D3 D4 D5 | | |
| 装着・使用医療機器等 | 1.自動腹膜灌流装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法(/min) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養(経鼻・胃ろう:チューブサイズ、日に1回交換) 8.留置カテーテル(サイズ、日に1回交換) 9.人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定) 10.気管カニューレ(サイズ) 11.人工肛門 12.人工膀胱 13.その他() | | | |
| 留意事項及び指示事項 | | | | |
| I 療養生活指導上の留意事項 | | | | |
| II 1.リハビリテーション 2.褥瘡の処置等 3.装置・使用機器等の操作援助・管理 4.その他 | | | | |
| 在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等) | | | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | | | | |
| 特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。) | | | | |
| 他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 :指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 :指定訪問介護事業所名) | | | | |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション

様

記載例

精神科訪問看護指示書

指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

| | | |
|--|--------------|---|
| 患者氏名 | 様 | 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 患者住所 | 電話 () - | ※利用者が他科にもかかっている場合、必要時他科の診療情報の記載をお願いします。 |
| 主たる傷病名 | | |
| 現在の状況 | 病状・治療状況 | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | |
| | 病名告知 | あり・なし |
| | 治療の受け入れ | |
| | 複数名訪問の必要性 | あり・なし |
| | 短時間訪問の必要性 | あり・なし |
| | 日常生活自立度 | 認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M) |
| 精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項 | | |
| 1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善(家族含む) 4 社会資源活用の支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他 | | |
| 緊急時の連絡先 | | |
| 不在時の対応法 | | |
| 主治医との情報交換の手段 | | |
| 特記すべき留意事項 | | |

※運動機能低下の予防等、理学療法士等の訪問が必要な場合は記載をお願いします。

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

(F A X)

医師氏名

※訪問開始月日は鉛筆書きの年月日で記載をお願いします。

印

訪問看護ステーション ○○○

様

精神科訪問看護指示書

指示期間 (令和 年 月 日～ 年 月 日)

| | | | | | | | |
|--|--------------|-------------------------------------|-------|-----|---|---|------|
| 患者氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 患者住所 | 電話 () - | | | 施設名 | | | |
| 主たる傷病名 | | (1) | (2) | (3) | | | |
| 現在の状況 | 病状・治療状況 | | | | | | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | | | | | | |
| | 病名告知 | あり ・ なし | | | | | |
| | 治療の受け入れ | | | | | | |
| | 複数名訪問の必要性 | あり ・ なし | | | | | |
| | 短時間訪問の必要性 | あり ・ なし | | | | | |
| | 日常生活自立度 | 認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) | | | | | |
| 精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 | | | | | | | |
| 1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 (家族含む) 4 社会資源活用への支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他 | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | | | | | | | |
| 主治医との情報交換の手段 | | | | | | | |
| 特記すべき留意事項 | | | | | | | |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

指定訪問看護ステーション

殿

特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書

特別看護指示期間(年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

| | | | |
|---|--|------|--|
| 患者氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 症状・主訴 | | | |
| 留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。) | | | |
| 点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等) | | | |
| 緊急時の連絡先等 | | | |

上記のとおり指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印

殿

玖珠郡 医療・介護資源一覧

医療機関(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P1~9

| | 名 称 | 住 所 | 電話番号 |
|----|---------------|----------------|---------|
| 1 | 井上医院 | 九重町大字恵良592 | 76-2711 |
| 2 | 友成医院 | 九重町大字町田557-1 | 78-8811 |
| 3 | 飯田高原診療所 | 九重町大字田野1271 | 79-2138 |
| 4 | 矢原医院 | 九重町大字右田1028-11 | 77-6121 |
| 5 | 麻生消化器内科 | 玖珠町大字山田2289-1 | 72-7100 |
| 6 | 荒木医院 | 玖珠町大字森985-4 | 72-2466 |
| 7 | 小野眼科医院 | 玖珠町大字塚脇171-3 | 72-7120 |
| 8 | 北山田クリニック | 玖珠町大字戸畑1667-1 | 72-2030 |
| 9 | 玖珠記念病院 | 玖珠町大字塚脇441-5 | 72-1127 |
| 10 | 玖珠耳鼻いんこう科医院 | 玖珠町大字帆足222-4 | 72-2851 |
| 11 | 小中病院 | 玖珠町大字塚脇123 | 72-2167 |
| 12 | 高田病院 | 玖珠町大字帆足259 | 72-2135 |
| 13 | 武田医院 | 玖珠町大字森955 | 72-0170 |
| 14 | 長内科小児科胃腸科医院 | 玖珠町大字帆足232-8 | 72-2143 |
| 15 | 友成医院 | 玖珠町大字塚脇128 | 72-0330 |
| 16 | 三池循環器科内科クリニック | 玖珠町大字塚脇461-7 | 72-6101 |
| 17 | | | |

訪問診療対応歯科(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P11・12

| | 名 称 | 住 所 | 電話番号 |
|----|----------|---------------|---------|
| 1 | あそう歯科医院 | 九重町大字右田3359 | 76-2310 |
| 2 | 井上歯科医院 | 九重町大字右田737-3 | 77-6851 |
| 3 | 玉井歯科医院 | 九重町大字恵良540 | 76-2018 |
| 4 | 秋吉歯科医院 | 玖珠町大字帆足232-7 | 72-4549 |
| 5 | 井上第二歯科医院 | 玖珠町大字塚脇734-2 | 72-5983 |
| 6 | 倉成歯科医院 | 玖珠町大字森38-2 | 72-0450 |
| 7 | 是永歯科医院 | 玖珠町大字帆足233-18 | 72-1020 |
| 8 | 相良歯科医院 | 玖珠町大字塚脇348-1 | 72-0214 |
| 9 | たしろ歯科医院 | 玖珠町大字塚脇181-4 | 72-3838 |
| 10 | 吉武歯科医院 | 玖珠町大字帆足241-2 | 72-0615 |
| 11 | | | |

在宅調剤受入れ薬局(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P13・14

| | 名 称 | 住 所 | 電話番号 |
|---|--------|---------------|---------|
| 1 | ここのえ薬局 | 九重町大字町田564-2 | 73-2525 |
| 2 | タマヤ薬局 | 九重町大字右田1321 | 77-6838 |
| 3 | 青野薬局 | 玖珠町大字塚脇304 | 72-0325 |
| 4 | かすが薬局 | 玖珠町大字帆足258-12 | 72-4845 |

玖珠郡 医療・介護資源一覧

| | | | |
|---|----------|---------------|---------|
| 5 | シンエイ調剤薬局 | 玖珠町大字塚脇629-3 | 73-9222 |
| 6 | みしま薬局 | 玖珠町大字森987-4 | 72-0918 |
| 7 | やまだ薬局 | 玖珠町大字山田2288-1 | 72-7218 |
| 8 | みやま薬局 | 玖珠町大字塚脇171-1 | 72-3885 |

地域包括支援センター（令和2年3月1日現在）

在宅医療・介護連携ガイド P15

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|---------------|---------------|---------|
| 1 | 九重町地域包括支援センター | 九重町大字後野上8番地の1 | 76-3863 |
| 2 | 玖珠町地域包括支援センター | 玖珠町大字岩室24番地の1 | 72-7154 |

居宅介護支援事業所（令和2年3月1日現在）

在宅医療・介護連携ガイド P17・18

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|----|------------------------|------------------|--------------|
| 1 | 介護保険サービスセンター 溪和 | 九重町大字町田5481-3 | 73-2830 |
| 2 | 介護保険サービスセンターともだち村 | 九重町大字右田926番地の2 | 77-7001 |
| 3 | 介護保険サービスセンターメルヘン | 九重町大字右田3156番地の7 | 76-3500 |
| 4 | 九重町社会福祉協議会介護保険サービスセンター | 九重町大字後野上17の1 | 76-3267 |
| 5 | 明友サービスセンター居宅介護支援事業所 | 九重町大字菅原739番地の219 | 78-9765 |
| 6 | 介護保険サービスセンター ウォーク | 玖珠町大字塚脇113-13 | 72-5090 |
| 7 | 介護保険サービスセンター 玖珠園 | 玖珠町大字大隈325 | 72-7181 |
| 8 | 玖珠町介護保険サービスセンター | 玖珠町大字岩室24-1 | 72-9225 |
| 9 | 玖珠郡医師会立老人保健施設 はね | 玖珠町大字山田2696 | 72-5550 |
| 10 | 居宅介護支援センター れざんの木 | 玖珠町大字綾垣1086-1 | 72-3211 |
| 11 | 介護サポート ほほえみ | 日田市大字日高1846-1 | 0973-23-5165 |

訪問看護事業所（医療機関）（令和2年3月1日現在）

在宅医療・介護連携ガイド P19

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------------------|------------------------------|--------------|
| 1 | 長内科小児科胃腸科医院 | 玖珠町大字帆足232-8 | 72-2143 |
| 2 | 訪問看護ステーションいわさと サテライト玖珠 | 玖珠町大字岩室225-8 ドリームハイツSAKAI1-B | 77-2005 |
| 3 | 高田病院 訪問看護ステーション | 玖珠町大字帆足259 | 72-2135 |
| 4 | 湯布院病院附属 訪問看護ステーション | 由布市湯布院町川南252 | 0977-84-3171 |

訪問介護事業所（令和2年3月1日現在）

在宅医療・介護連携ガイド P21・22

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------------|------------------|---------|
| 1 | ここのえ介護事業センター訪問介護 | 九重町大字後野上17の1 | 76-3267 |
| 2 | ともだち村 訪問介護事業所 | 九重町大字右田926番地 | 77-7001 |
| 3 | ヘルパーステーションみなみの風 | 九重町大字町田52-3 | 78-8383 |
| 4 | 訪問介護ステーションメルヘン | 九重町大字右田3156番地の7 | 76-3500 |
| 5 | 明友サービスセンター 訪問介護 | 九重町大字菅原739番地の219 | 78-9765 |
| 6 | 亀鶴苑 訪問介護ステーション | 九重町大字町田46-1 | 78-8832 |
| 7 | 玖珠園訪問介護サービス | 玖珠町大字大隈325 | 72-7181 |

玖珠郡 医療・介護資源一覧

| | | | |
|----|---------------------|---------------|---------|
| 8 | 玖珠町介護保険サービスセンター訪問介護 | 玖珠町大字岩室24-1 | 72-9225 |
| 9 | ヘルパーステーション きりかぶ | 玖珠町大字塚脇678-10 | 72-4500 |
| 10 | 訪問介護支援センター れざんの木 | 玖珠町大字綾垣1086-1 | 72-3211 |

訪問リハビリテーション事業所(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P23

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------------------------|---------------|---------|
| 1 | 介護老人保健施設 ケアポート溪和 訪問リハビリテーション | 九重町大字町田5481-3 | 78-8000 |
| 2 | 訪問リハビリテーション ウォーク | 玖珠町大字塚脇113-13 | 72-5050 |
| 3 | 高田病院 訪問リハビリテーション | 玖珠町大字帆足259 | 72-3665 |

訪問入浴事業所(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P24

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------------|--------------|---------|
| 1 | このえ介護事業センター 訪問入浴 | 九重町大字後野上17の1 | 76-3267 |
| 2 | | | |

通所介護(デイサービス)事業所(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P25・26

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|----|-----------------------|------------------|---------|
| 1 | このえ介護事業センター | 九重町大字後野上17の1 | 76-3267 |
| 2 | デイサービスセンター春日荘 | 九重町大字右田3156番地の7 | 76-2100 |
| 3 | デイサービスセンターともだち村 | 九重町大字右田914番地3 | 77-7001 |
| 4 | 飯田高原福祉サービスセンター「プラトール」 | 九重町大字田野1624-79 | 73-3888 |
| 5 | 朋友サービスセンター 通所介護 | 九重町大字菅原739番地の219 | 78-9765 |
| 6 | 玖珠園デイサービスセンター 介護 | 玖珠町大字大隈315 | 72-1649 |
| 7 | 玖珠町介護保険サービスセンター通所介護 | 玖珠町大字岩室24-1 | 72-9225 |
| 8 | デイサービスセンターはるかぜ | 玖珠町大字帆足2189-1 | 72-7020 |
| 9 | デイサービス きりかぶ | 玖珠町大字塚脇678-10 | 72-4580 |
| 10 | デイサービスセンター れざんの木 | 玖珠町大字綾垣1086-1 | 72-3211 |

通所リハビリテーション(デイケア)事業所(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P27

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------------|-----------------|---------|
| 1 | 介護老人保健施設ケアポート溪和 | 九重町大字町田5481-3 | 78-8000 |
| 2 | 通所リハビリテーション ウォーク | 玖珠町大字山田塚脇113-13 | 72-5050 |
| 3 | 玖珠郡医師会立老人保健施設はね | 玖珠町大字山田2696 | 72-5550 |
| 4 | 高田病院 通所リハビリテーション | 玖珠町大字帆足259 | 72-3665 |

玖珠郡 医療・介護資源一覧

短期入所生活介護(ショートステイ)事業所(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P29

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|-----------------|-----------------|---------|
| 1 | メルヘンショートステイサービス | 九重町大字右田3156番地の7 | 76-2100 |
| 2 | 玖珠園ショートステイサービス | 玖珠町大字大隈325 | 72-3413 |
| 3 | ショートステイサービス森栄館 | 玖珠町大字森690-3 | 72-0077 |
| 4 | | | |

短期入所療養介護(ショートステイ)事業所(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P30

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------------------|---------------|---------|
| 1 | 老人保健施設ケアポート溪和 短期入所療養介護 | 九重町大字町田5481-3 | 78-8000 |
| 2 | 玖珠郡医師会立老人保健施設はね | 玖珠町大字山田2696 | 72-5550 |
| 3 | | | |

介護老人福祉施設(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P31

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|-----------------------|-----------------|---------|
| 1 | 介護老人福祉施設 シルバーランドメルヘン | 九重町大字右田3156番地の7 | 76-2100 |
| 2 | 特別養護老人ホーム玖珠園 | 玖珠町大隈325 | 72-3413 |
| 3 | 特別養護老人ホーム 共生の里メルヘン | 玖珠町帆足2189-1 | 72-1515 |
| 4 | 特別養護老人ホーム 共生の里メルヘン森栄館 | 玖珠町森690-3 | 72-0077 |
| 5 | | | |

介護老人保健施設(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P32

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------------|---------------|---------|
| 1 | 介護老人保健施設 ケアポート溪和 | 九重町大字町田5481-3 | 78-8000 |
| 2 | 玖珠郡医師会立 老人保健施設はね | 玖珠町山田2696 | 72-5550 |
| 3 | | | |

認知症対応型 共同生活介護施設(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P33

| | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|---------------------|-----------------|---------|
| 1 | グループホーム結の里 | 九重町大字右田3156番地の7 | 76-2101 |
| 2 | グループホーム笑みの里 | 玖珠町大隈322-2 | 72-7777 |
| 3 | 特定非営利活動法人グループホームなごみ | 玖珠町山田2734 | 72-7534 |
| 4 | | | |

玖珠郡 医療・介護資源一覧

有料老人ホーム(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P35

| | 名 称 | 住 所 | 電話番号 |
|---|--------------------|------------------|---------|
| 1 | グループリビング みなみの風 | 九重町大字町田52-3 | 78-8383 |
| 2 | 住居型有料老人ホーム リビング山茶花 | 九重町大字右田926番地の2 | 77-7001 |
| 3 | 宅老所 明友 | 九重町大字菅原739番地の219 | 78-9765 |
| 4 | 住宅型有料老人ホーム れざんの木 | 玖珠町綾垣1086-1 | 72-3211 |
| 5 | | | |

その他(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P36

| | 名 称 | 住 所 | 電話番号 |
|---|-------------------|---------------|---------|
| 1 | 養護老人ホーム 亀鶴苑 | 九重町大字町田46-1 | 78-8832 |
| 2 | サービス付高齢者向け住宅 きりかぶ | 玖珠町大字塚脇678-10 | 72-4500 |
| 3 | | | |

障害者施設(令和2年3月1日現在)

在宅医療・介護連携ガイド P37・38

| | 名 称 | 住 所 | 電話番号 |
|----|--------------------------------|---------------|---------|
| 1 | 九重町社会福祉協議会 | 九重町大字後野上17-1 | 76-2500 |
| 2 | 地域生活支援センターはぎの ここのえ”夢”ステーション | 九重町町田554-1 | 78-8882 |
| 3 | 一般社団法人 夢の会 指定就労継続支援B型事業所オハナ | 九重町田野1726-320 | 79-2323 |
| 4 | ほほえみ工房 玖珠 | 玖珠町大字四日市174-1 | 72-6035 |
| 5 | 特定非営利活動法人 玖珠むつみ会 | 玖珠町大字帆足211-2 | 72-6306 |
| 6 | わ〜くす・たんぼぼ | 玖珠町大字塚脇640-3 | 73-9110 |
| 7 | どり〜む・たんぼぼ | 玖珠町大字山田87-1 | 72-6556 |
| 8 | こども発達支援センターあ〜く | 玖珠町大字塚脇581-3 | 72-1023 |
| 9 | 玖珠町社会福祉協議会ケアセンター | 玖珠町大字岩室24-1 | 72-9225 |
| 10 | 老人保健施設はね | 玖珠町大字山田2696 | 72-5550 |
| 11 | 社会福祉法人 暁雲福祉会(森のクレヨン) | 玖珠町大字帆足449-1 | 72-2424 |
| 12 | 楠繫株式会社(きりかぶ) | 玖珠町大字帆足233-6 | 72-1022 |

福祉用具貸与事業所(令和2年3月1日現在)

| | 名 称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------|-------------------|---------|
| 1 | (有)家具の梶原 | 玖珠町大字塚脇447-17 | 72-5850 |
| 2 | ケアショップ・ドット | 玖珠町大字塚脇260 石田ビル3F | 72-2558 |
| 3 | | | |

特定福祉用具販売事業所(令和2年3月1日現在)

| | 名 称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|------------|-------------------|---------|
| 1 | (有)家具の梶原 | 玖珠町大字塚脇447-17 | 72-5850 |
| 2 | ケアショップ・ドット | 玖珠町大字塚脇260 石田ビル3F | 72-2558 |
| 3 | | | |

医療機関

(アポイントを取るための参考情報)

| | | | | | | | | |
|------------------|----------------------------|--------------|------|------|-----------------------|--------|------------------------|---|
| 医療機関名 | 井上医院 | | | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | 井上悦子 | 診療時間 | 月～金 9:00～12:30 14:00～18:00 土 9:00～12:00 |
| 院長名 | 井上 徹 | | | | 職 種 | 師長兼事務長 | | |
| 住 所 | 〒879-4631 大分県玖珠郡九重町大字恵良592 | | | | | | 休 日 | 日曜・祝日・8/13～15・12/29～1/3 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | | | | 電 話 | 76-2711 |
| | 訪問診療 | | | | | | FAX | 76-2761 |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | | | | メールアドレス | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | | | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 【時間帯】 状況に応じて |
| | ○ | ○ ○時間に合えば | ○ | ○ | ○ | × | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | | | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | | | | | 事前連絡をお願いします。 | |

| | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------------|------|------|------|-----------------------|-------|------------------------|--|
| 医療機関名 | 友成医院 | | | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 診療時間 | 月～金 8:30～12:00 14:00～17:30 土 8:30～12:00 (第1・第3休診) |
| 院長名 | 友成 一英 | | | | 職 種 | | | |
| 住 所 | 〒879-4723 大分県玖珠郡九重町大字町田557番地の1 | | | | | | 休 日 | 日曜・祝日・盆・年末年始 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | | | | 電 話 | 78-8811 |
| | 訪問診療 | | | | | | FAX | 78-8821 |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | | | | メールアドレス | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | | | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 月～金 【時間帯】 午後 |
| | ○ | × | ○ | × | ○ | × | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | | | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | | | | | | |

| 医療機関名 | | 飯田高原診療所 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 赤峰 | | 診療時間 | |
|------------------|-------------------------------|---------|------|-----------------------|-------|-------|-----|------------------------|------------------------|
| 院長名 | 野瀬 善明 | | | 職 種 | | 医療事務 | | 月～金 | 9:00～17:00 |
| 住 所 | 〒879-4403 大分県玖珠郡九重町大字田野1271番地 | | | | | | | 土 | 9:00～12:00 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | ・対応している | | | | 休診日 | 日曜・祝日・盆・年末年始 |
| | 訪問診療 | | | ・定期的に訪問している | | | | 電 話 | 79-2138 |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | ・していない | | | | FAX | 79-3238 |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | ・無 | | | | メールアドレス | handa-ks@oct-net.ne.jp |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 火・水・木 | |
| | ○ | x | ○ | ○ | x | x | | 【時間帯】 16:00～17:00 | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | ・15分以内なら可能 | | | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | |
| | 訪問診療に合わせ開催の場合 | | | ・困難 | | | | 事前連絡をお願いします。 | |

| 医療機関名 | | 矢原医院 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 榎木礼子 | | 診療時間 | |
|------------------|--------------------------------|------|------|-----------------------|-------|-------|-----|------------------------|---------------------------|
| 院長名 | 矢原 敏郎 | | | 職 種 | | 看護師 | | 月～金 | 9:00～12:30 14:00～17:30 |
| 住 所 | 〒879-4801 大分県玖珠郡九重町大字右田1028-11 | | | | | | | 土 | 9:00～12:00 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | ・対応している | | | | 休診日 | 日曜・祝日・8/13～15・12/31～1/3 |
| | 訪問診療 | | | ・対応している | | | | 電 話 | 77-6121 |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | ・対応している | | | | FAX | 77-6123 |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | ・無 | | | | メールアドレス | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 月・火・木・金 | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | x | | 【時間帯】 午後 | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | ・15分以内なら可能 | | | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | |
| | 訪問診療に合わせ開催の場合 | | | ・困難 | | | | 事前連絡をお願いします。 | |

| 医療機関名 | | 麻生消化器科内科 | | | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 尾方麻衣子 | | 診療時間 | |
|------------------|-----------------------------|----------|------|------|-------|-----------------------|-----|------------------------|--|---------|---------------------------|
| 院長名 | 麻生 隆良 | | | | | 職 種 | | 看護師 | | 月～金 | 8:30～12:30 13:30～17:30 |
| 住 所 | 〒879-4412 大分県玖珠郡玖珠町山田2289-1 | | | | | ・対応している | | 休診日 | | 土 | 8:30～12:30 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | | | ・対応している | | 電 話 | | 72-7100 | |
| | 訪問診療 | | | | | ・対応している | | FAX | | 72-7117 | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | | | ・対応している | | メールアドレス | | | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | | | ・無 | | | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 【時間帯】 午後 | | | |
| | ○ | x | x | x | ○ | x | | | | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | | | ・困難 | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | | | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | | | | ・困難 | | | | | |

| 医療機関名 | | 荒木医院 | | | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 事務 | | 診療時間 | |
|------------------|-----------------------------|------|------|------|-------|-----------------------|-----|------------------------|--|---------|---|
| 院長名 | 荒木 秀彦 | | | | | 職 種 | | 事務 | | 月～金 | 8:30～12:30 14:00～18:00 水曜午後のみ 17:00～18:00 |
| 住 所 | 〒879-4404 大分県玖珠郡玖珠町大字森985-4 | | | | | ・対応している | | 休診日 | | 土 | 8:30～12:30 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | | | ・対応している | | 電 話 | | 72-2466 | |
| | 訪問診療 | | | | | ・していない | | FAX | | 72-2442 | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | | | ・していない | | メールアドレス | | | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | | | ・無 | | | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 【時間帯】 | | | |
| | ○ | x | ○ | x | ○ | x | | | | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | | | ・困難 | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | | | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | | | | ・困難 | | | | | |

| 医療機関名 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 佐藤晴美 | | 診療時間 | |
|------------------------|------------------------------|-----------------------|------|---------|---------------------------|-------|----------------------|
| 院長名 | 小野 ひろみ | 職 種 | 事務 | 月～金 | 9:00～12:30 14:00～17:30 | 土 | 9:00～13:00 |
| 住 所 | 〒879-4413 大分県玖珠郡玖珠町大字塚脇171-3 | | | 休 日 | 日曜・祝日・8/13～15・12/30～1/3 | | |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | ・していない | | 電 話 | 72-7120 | | |
| | 訪問診療 | ・していない | | FAX | 72-7130 | | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | ・していない | | メールアドレス | | | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | ・無 | | | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 |
| | | | | | | | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | | | | | | | |

| 医療機関名 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 田中真須美 | | 診療時間 | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------|------|----------------------|-------------------------|-------|----------------------|
| 院長名 | 小野 正幸 | 職 種 | 看護師 | 月～金 | 9:00～12:00 | 土 | 9:00～12:00 |
| 住 所 | 〒879-4331 大分県玖珠郡玖珠町大字戸畑1667-1 | | | 休 日 | 日曜・祝日・8/13～15・12/30～1/3 | | |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | ・対応している | | 電 話 | 72-2030 | | |
| | 訪問診療 | ・定期的に訪問している | | FAX | 72-2031 | | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | ・対応している | | メールアドレス | | | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | ・無 | | kukaiono@asahinet.jp | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 |
| | ○ | × | ○ | ○ | × | × | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------|------|-----------------------|-------|-------|---|
| 医療機関名 | 玖珠記念病院 | | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | 姫野恵子 | 診療時間 | 月～金 9:00～12:30 14:00～18:00 土 9:00～12:30 |
| 院長名 | 後藤 憲文 | | | 職 種 | 看護師 | 休診日 | 日曜・祝日・8/13～15・12/30～1/3 |
| 住 所 | 〒879-4413 大分県玖珠郡玖珠町大字塚脇633-2 | | | | | 電 話 | 72-1127 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | ・対応している | | | |
| | 訪問診療 | | | ・していない(一部) | | | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | ・していない | | | |
| 医師との面談方法 | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | ・有 | | | |
| | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 |
| | x | x | x | x | ○ | x | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| | 訪問診療に合わせ開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| 多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項含む) | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------|------|-----------------------|-------|-------|---|
| 医療機関名 | 玖珠耳鼻咽喉科医院 | | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | 渡辺佐紀子 | 診療時間 | 月～金 9:00～12:00 14:00～17:30 土 9:00～12:00 |
| 院長名 | 野北 慶之助 | | | 職 種 | 看護師長 | 休診日 | 日曜・祝日 |
| 住 所 | 〒879-4403 大分県玖珠郡玖珠町大字帆足222-4 | | | | | 電 話 | 72-2851 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | | ・していない | | | |
| | 訪問診療 | | | ・していない | | | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | | ・していない | | | |
| 医師との面談方法 | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | ・無 | | | |
| | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 |
| | x | x | x | x | x | x | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| | 訪問診療に合わせ開催の場合 | | | ・困難 | | | |
| 多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項含む) | | | | | | | |

| 医療機関名 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 佐藤淑湖 | | 診療時間 | |
|--------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------|
| 院長名 | 小中 敏生 | 職 種 | 看 護 師 長 | 月～金 (水曜のみ) | 8:30～12:00 14:00～18:00 | 土 | 8:30～13:00 |
| 住 所 | 〒879-4413 大分県玖珠郡玖珠町大字塚脇123 | | | 休 診 日 | 日曜・祝日・8/13～15・12/29～1/3 | 電 話 | 72-2167 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | ・対応している | | FAX | 72-5199 | メールアドレス h.konaka@ninus.ocn.ne.jp | |
| | 訪問診療 | ・定期的に訪問している | | メール連絡 | | 【曜 日】 月～金(木曜日を除く) 【時間帯】 午後 | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | ・対応している(場合によって) | | その他 | | | |
| 医師との面談方法 | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | ・無 | | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 | | | |
| | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 |
| 担当者会議への 医師の参加 | ○ | ○ | ○ | × | ○ | × | |
| | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | ・15分以内なら可能 | | 多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項含む) | | | |
| 訪問診療に合わせ て開催の場合 | ・15分以内なら可能 | | 事前連絡をお願いします。 | | | | |

| 医療機関名 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 関 竜 太 | | 診療時間 | |
|--------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------|------------|
| 院長名 | 山下 太郎 | 職 種 | MSW | 月～金 | 8:30～12:30 13:30～17:30 | 土 | 8:30～12:30 |
| 住 所 | 〒879-4403 大分県玖珠郡玖珠町大字帆足259 | | | 休 日 | 土曜(午後)・日曜・祝日・8/13～15・12/30～1/3 | 電 話 | 72-2135 |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | ・対応している | | FAX | 72-3641 | メールアドレス メールアドレス | |
| | 訪問診療 | ・対応している | | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 | | | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | ・していない | | 【曜 日】 火・木 【時間帯】 午後 | | | |
| 医師との面談方法 | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | ・無 | | 多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項含む) | | | |
| | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 |
| 担当者会議への 医師の参加 | ○ | × | ○ | ○ | ○ | × | |
| | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | ・困難 | | 事前連絡をお願いします。 | | | |
| 訪問診療に合わせ て開催の場合 | ・困難 | | 事前連絡をお願いします。 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 医療機関名 | | 武田医院 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 診療時間 | | 月～金 9:00～12:00 13:00～18:00 | |
| 院長名 | | 武田 大威 | | 職 種 | | 休診日 | | 土曜・日曜・祝日・8/13～16・12/29～1/3 | |
| 住 所 | | 〒879-4404 大分県玖珠郡玖珠町大字森955 | | ・対応している | | 電 話 | | 72-0170 | |
| 在宅医療の取り組み | | 主治医意見書の記載 | | ・対応している | | FAX | | 72-6404 | |
| | | 訪問診療 | | ・対応している | | メールアドレス | | | |
| 医師との面談方法 | | かかりつけ患者の臨時往診 | | ・対応している | | 【曜日】 月・火・水・木・金 【時間帯】 11:00～12:00 | | | |
| | | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | ・無 | | | | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | | 直接面談 往診同席 外来同席 電話連絡 FAX連絡 メール連絡 その他 | | ○ ○ ○ ○ ○ × | | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 | | | |
| | | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | ・困難 | | | | | |
| | | 訪問診療に合わせ開催の場合 | | ・困難 | | | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | |
| | | | | ・困難 | | | | 事前連絡をお願いします。 | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------|--|----------------------|--|---|--|
| 医療機関名 | | 長内科小児科胃腸科医院 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 診療時間 | | 月～金 8:30～12:00 14:00～18:00 | |
| 院長名 | | 長 益悦 | | 職 種 | | 休 日 | | 土 8:30～12:00 日曜・祝日・8/13～15・12/30～1/3 | |
| 住 所 | | 〒879-4403 大分県玖珠郡玖珠町帆足232-8 | | ・対応している | | 電 話 | | 72-2143 | |
| 在宅医療の取り組み | | 主治医意見書の記載 | | ・対応している | | FAX | | 72-2318 | |
| | | 訪問診療 | | ・対応している | | メールアドレス | | | |
| 医師との面談方法 | | かかりつけ患者の臨時往診 | | ・対応している | | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 | | 【曜日】 火・水・木 【時間帯】 午後 | |
| | | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | ・無 | | | | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | | 直接面談 往診同席 外来同席 電話連絡 FAX連絡 メール連絡 その他 | | ○ × ○ ○ ○ × | | 比較的面談等の 対応が可能な時間帯 | | | |
| | | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | ・困難 | | | | | |
| | | 訪問診療に合わせ開催の場合 | | ・困難 | | | | 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項含む） | |
| | | | | ・困難 | | | | 事前連絡をお願いします。 | |

| 医療機関名 | | 友成医院 | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 矢野美樹子 | | 診療時間 | | 月・火・木・金 9:00～12:00 14:30～17:30 水曜午後のみ 14:00～17:00 土 9:00～12:00 | |
|------------------|------------------------------|------|---------|-----------------------|-------|-------|-------------------------|---------------|---------------------|--|--|
| 院長名 | 友成 正路 | | 職 種 | | 看護師 | | 看護師 | | | | |
| 住 所 | 〒879-4413 大分県玖珠郡玖珠町大字塚脇128-2 | | ・対応している | | | | 休診日 | | 日曜・祝日・水曜(午前)・盆・年末年始 | | |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | ・している | | | | 電 話 | | 72-0330 | | |
| | 訪問診療 | | ・適宜 | | | | FAX | | 72-3633 | | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | ・有 | | | | メールアドレス | | | | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | | | | | | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 月・火・木・金 | | 午後 | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | | 【時間帯】 | | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | ・困難 | | | | 多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項含む) | | | | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | ・困難 | | | | 事前連絡をお願いします。 | | | | |

| 医療機関名 | | 三池循環器内科クリニック | | 窓口担当者 (Dr. 代理対応の方) | | 高村 恵 | | 診療時間 | | 月～金 9:00～12:30 14:00～17:30 土 9:00～12:30 | |
|------------------|------------------------------|--------------|---------|-----------------------|-------|-------|-------------------------|---------|---------|---|--|
| 院長名 | 三池 太郎 | | 職 種 | | 看護師長 | | 看護師長 | | | | |
| 住 所 | 〒879-4413 大分県玖珠郡玖珠町大字塚脇461-7 | | ・対応している | | | | 休 日 | | 日曜・祝日 | | |
| 在宅医療の取り組み | 主治医意見書の記載 | | ・していない | | | | 電 話 | | 72-6101 | | |
| | 訪問診療 | | ・していない | | | | FAX | | 72-6415 | | |
| | かかりつけ患者の臨時往診 | | ・無 | | | | メールアドレス | | | | |
| | 在宅療養支援診療所又は病院の届け出 | | | | | | | | | | |
| 医師との面談方法 | 直接面談 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 | 【曜 日】 金 | | 16:30～17:30 | |
| | × | × | ○ | ○ | ○ | × | | 【時間帯】 | | | |
| 担当者会議への 医師の参加 | 主治医の希望時間で医療機関で開催の場合 | | ・困難 | | | | 多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項含む) | | | | |
| | 訪問診療に合わせて開催の場合 | | ・困難 | | | | 事前連絡をお願いします。 | | | | |

訪問歯科診療

訪問診療を行っている歯科医院

| 名称・所在地 | 電話 | | 診療時間 | | 訪問可能時間帯 | 備考 |
|---|---------|---------|--|-------------|-----------|--|
| | 電話 | FAX | 診療時間 | 休診日 | | |
| あそつ歯科医院 〒879-4601 九重町大字右田3359 | 76-2310 | 73-1004 | 月・水・木 9:00~12:00 14:00~17:30 火・金 9:00~12:00 14:30~18:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | 利用者との相談の上 | 入口は車椅子用のスロープ有り。 電話で依頼があれば可能な限り訪問致します。(来院が可能な方は出来るだけ来院をお願いします) |
| | | | 月～金 9:00~12:30 14:00~18:00 土 9:00~12:30 | 日曜、祝日 | | |
| 井上歯科医院 〒879-4801 九重町大字右田737-3 | 77-6851 | 77-7841 | 月～金 9:00~13:00 14:00~18:00 土 9:00~13:00 14:00~15:00 | 日曜、祝日 | 利用者との相談の上 | |
| | | | 月～金 9:00~13:00 14:00~18:00 土 9:00~13:00 14:00~15:00 | 日曜、祝日 | | |
| 玉井歯科医院 〒879-4631 九重町大字恵良540 | 76-2018 | 76-2018 | 月～金 9:00~12:00 13:30~18:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | 利用者との相談の上 | |
| | | | 月～金 9:00~12:00 13:30~18:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | | |
| 秋吉歯科医院 〒879-4403 玖珠町大字帆足232-7 | 72-4549 | 72-4549 | 月～金 9:30~12:30 14:00~18:30 土 9:30~12:30 | 日曜、祝日 | 利用者との相談の上 | |
| | | | 月～金 9:30~12:30 14:00~18:30 土 9:30~12:30 | 日曜、祝日 | | |
| 井上第二歯科医院 〒879-4413 玖珠町大字塚脇734の2 | 72-5983 | 72-6993 | 月～金 9:00~12:00 14:30~18:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | 利用者との相談の上 | |
| | | | 月～金 9:00~12:00 14:30~18:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | | |
| 倉成歯科医院 〒879-4404 玖珠町大字森38-2 | 72-0450 | 72-6186 | 月～金 9:00~12:00 13:30~16:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | 利用者との相談の上 | |
| | | | 月～金 9:00~12:00 13:30~16:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | | |
| 是永歯科 〒879-4403 玖珠町大字帆足233-18 | 72-1020 | 72-4066 | 月～金 9:00~12:00 13:30~16:00 土 9:00~12:00 | 日曜、祝日 | 17:00～ | |
| | | | 月～金 9:00~12:00 13:30~16:00 土 9:00~12:00 | 土曜日午後・日曜・祝日 | | |

訪問診療を行っている歯科医院

| 名称・所在地 | 電話 | | 診療時間 | | 訪問可能時間帯 | 備考 |
|--|---------|--|---|----|----------|----|
| | FAX | | 休日 | 診日 | | |
| 相良歯科医院 〒879-4413 玖珠町大字塚脇348-1 | 72-0214 | | 月~金 9:00~12:00 14:00~18:00 土 9:00~12:00 | | 利用者と相談の上 | |
| | 72-6824 | | 日曜、祝日 | | | |
| たしろ歯科医院 〒879-4413 玖珠町大字塚脇181-4 | 72-3838 | | 月~金 9:00~13:00 14:00~18:00 土 9:00~13:00 | | 利用者と相談の上 | |
| | 77-2123 | | 日曜、祝日 | | | |
| 吉武歯科医院 〒879-4403 玖珠町大字帆足241の2 | 72-0615 | | 月~金 9:00~12:00 14:00~18:00 土 9:00~12:00 | | 利用者と相談の上 | |
| | 72-1120 | | 日曜、祝日 | | | |

在宅調剤受入れ薬局



調剤受け入れ薬局

| 名称・所在地 | 電話 | | 営業時間 | | 訪問可能時間帯 | 麻薬の管理 | 備考 |
|---|---------|-----|--|----|------------------------|-------|----------|
| | 電話 | FAX | 営業時間 | 休日 | | | |
| このえ薬局 〒879-4723 九重町大字町田564番地の2 | 73-2525 | | 8:30~18:00 | | 不可 | × | |
| | 73-2526 | | 日曜・祝日 8/13~15・12/29~1/3 | | | | |
| タマヤ薬局 〒879-4801 九重町大字右田725-6 | 77-6838 | | 月~金 9:00~17:30 (12:30~14:00)昼休 土曜 9:00~12:30 | | 不可 | × | |
| | 77-6838 | | 日曜・祝日 8/13~15・12/30~1/3 | | | | |
| 青野薬局 〒879-4413 玖珠町大字塚脇304 | 72-0325 | | 8:00~18:00 | | 不可 | × | |
| | | | 第3日曜日 | | | | |
| かすが薬局 〒879-4403 玖珠町大字帆足258-12 | 72-4845 | | 月~金 9:00~18:00 土曜 9:00~13:00 | | ご相談のうえ | × | |
| | 72-4824 | | 日曜・祝日 | | | | |
| シンエイ調剤薬局 〒879-4413 玖珠町大字塚脇629-3 | 73-9222 | | 月~金 9:00~18:00 土曜 9:00~13:00 | | 土曜・日曜・祝日以 外は相談のうえ可能 | × | |
| | 73-9222 | | 日曜・祝日 8/13~15・12/29~1/3 | | | | |
| みしま薬局 〒879-4404 玖珠町大字森987-3 | 72-0918 | | 月~金 8:30~18:00 土曜 8:30~12:30 | | 要相談 | × | 訪問日等は要相談 |
| | 72-0918 | | 日曜・祝日・盆・年末年始 | | | | |

調剤受け入れ薬局

| 名称・所在地 | 電話 | | 営業時間 | | 訪問可能時間帯 | 麻薬の管理 | 備考 |
|---|---------|-----|---------------------------------|----|---------|-------|----------|
| | 電話 | FAX | 休日 | 休日 | | | |
| やまだ薬局 〒879-4412 玖珠町大字山田2288-1 | 72-7218 | | 月～金 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30 | 休日 | 相談のうえ | × | 訪問日等は要相談 |
| | 72-7218 | | 日曜・祝日・盆・年末年始 | | | | |
| みやま薬局 〒879-4413 玖珠町大字塚脇171-1 | 72-3885 | | 月～金 9:00～18:00 土曜 9:00～13:00 | | 相談のうえ | × | |
| | 72-3885 | | 日曜・祝日・盆・年末年始 | | | | |

地域包括支援センター

地域包括支援センター

| センター名 | 電話 | | 所在地 | 担当地区名 |
|----------------------|---------|---------|-------------------------|-------|
| | 電話 | FAX | | |
| 九重町地域包括支援センター | 76-3863 | | 〒879-4895 九重町大字後野上8番地の1 | 九重町全域 |
| | | 76-3840 | | |
| 玖珠町地域包括支援センター | 72-7154 | | 〒879-4405 玖珠町大字岩室24番地の1 | 玖珠町全域 |
| | | 72-5620 | | |

居宅介護支援事業所

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 休日 | 介護予防 支援 | ケアマネジャー の人数 | オプション・事業所のアピール |
|---|--------------------|---|---|------------|----------------|---|
| 介護保険サービスセンター 深和 〒879-4723 九重町大字町田5481-3 【玖珠郡内】 | 73-2830 78-8188 | 8:30～17:30 (月～金) (電話にて24時間対 応) | 土曜・日曜及び 12/31～1/3 | ○ | 2人 | 住み慣れた地域で身心ともに健康で自立した在宅生活が 継続できるよう柔軟・的確・迅速に対応致します。 |
| 介護保険サービスセンターともたち村 〒879-4801 九重町大字右田926番地2 【九重町・玖珠町・由布市・日田市・小国町】 | 77-7001 77-7006 | 8:30～17:30 | 土曜・日曜 | ○ | 3人 | 利用者様の立場に立ち、個別性を尊重し「生活の質」の維 持・向上を目指します。 |
| 介護保険サービスセンターメルヘン 〒879-4601 九重町大字右田3156番地の7 【九重町・玖珠町】 | 76-3500 76-3511 | 8:30～17:30 (電話にて24時間対 応) | 日曜 (必要に応じて 対応致します) | ○ | 4人 | 特定事業所加算Ⅱ(算定) 当業界での経験豊富な職員を配置しており、利用者と家 族の在宅生活を支えるために一生懸命頑張ります。 |
| 九重町社会福祉協議会 介護保険サービスセンター 〒879-4803 九重町大字後野上17の1 【九重町・玖珠町】 | 76-3267 73-2550 | 8:30～17:15 (電話にて24時間対 応) | 土・日・祝日 12/29～1/3 (携帯対応は 土・日・祝日年 末・年始) | ○ | 2人 | ご利用者の尊厳を保持し、ご自身の特性を踏まえて出来 る限り住み慣れた地域やご自宅で自立した日常生活を営 むことが出来るよう、適切な居宅介護支援を行います。 |
| 明友サービスセンター 居宅介護支援事業所 〒879-4724 九重町大字菅原739番地の219 熊本県(阿蘇郡)【玖珠郡・日田市・由布市・大分市】 | 78-9765 78-9765 | 8:30～17:30 (電話にて24時間対 応) | 土曜・日曜 (必要に応じて 対応) 12/30～1/4 | ○ | 1人 | 能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう配慮 し、利用者の選択に基づきその人らしい生活が送れるよう 支援させて頂きます。 |
| 介護保険サービスセンター ウォーク 〒879-4413 玖珠町大字塚脇113-13 【玖珠町・九重町】※飯田地区除く | 72-5090 72-7373 | 8:30～17:00 (電話にて24時間対 応) | 日・祝日 12/29～1/3 | ○ | 3人 | 住み慣れた家で地域でその方らしく生活が送れるよう、何 が一番ベストなのか常に考えながら支援させて頂きます。 |
| 介護保険サービスセンター 玖珠園 〒879-4414 玖珠町大字大隈325 【玖珠町・九重町】 | 72-7181 72-4067 | 8:30～17:30 (電話にて24時間対 応) | 日曜日 12/29～1/4 (必要に応じて 対応) | ○ | 3人 | 利用者やその家族の思いを傾聴し、その人らしい生活とが らばならない介護ができるように支援します。 |

居宅介護支援事業所

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 休日 | 介護予防 支援 | ケアマネジャー の人数 | オプション・事業所のアピール |
|---|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------|----------------|--|
| 玖珠町介護保険サービスセンター 〒879-4405 玖珠町大字岩室24-1 【玖珠町・九重町】 | 72-9225 72-2816 | 月～金 8:30～17:30 (電話により24時間対 応可能) | 土・日・祭日 12/29～1/3 (必要に応じて 対応) | ○ | 1人 | 特定事業所加算Ⅱを算定 要支援・要介護状態にあっても、できる限り自立した質の 高い生活ができるように、多職種との連携・協同を行って いきます。 |
| 老人保健施設はね はね居宅支援事業所 〒879-4412 玖珠町大字山田2696 【玖珠町・九重町】 | 72-5550 72-5521 | 8:30～17:30 (電話にて24時間対 応) | 土・日 (必要に応じて 対応) | ○ | 3人 | 介護の必要な方やご家族のご要望を尊重し、適切なサー ビスが利用できるように支援を行います。 通所リハビリ、老健と併設しており、連携した支援が可能 になります。 |
| 居宅介護支援センター れざんの木 〒879-4402 玖珠町大字綾垣1086-1 【玖珠郡・日田市など】 | 72-3211 72-3217 | 8:30～17:30 | 土曜・日曜 | ○ | 1人 | |
| 介護サポート ほほえみ 〒877-0035 日田市大字日高1846-1 【日田市・玖珠郡】 | 0973-23-5165 0973-23-5165 | 8:30～17:30 | 水・土・日 | ○ | 1人 | 独立型居宅介護支援事業所として公正中立な立場にてご 利用者様の自立支援・生活の質の向上のため誠実に支援 いたします。 |

訪問看護事業所

訪問看護事業所(医療機関)

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 24時間対応 | 土日・祝日の対応 | 夜間の対応 | 受入れ | | | | オプション 事業所のアピール |
|---|--------------------|------------|--------|------------------------------------|-------|-----|--------|-----------|---------|---|
| | | | | | | 小児 | 精神疾患の方 | 人工呼吸器装着の方 | ターミナルの方 | |
| 長内科小児科胃腸科医院 訪問看護 〒879-4403 玖珠町大字帆足232-8 | 72-2143 | 9:00~18:00 | 不可 | 土・日 祝日 不可 | 不可 | ○ | × | ○ | × | 当院の患者のみ対象となります。 |
| | 72-2318 | | | | | ○ | | | | |
| 訪問看護ステーションいわさと サテライト玖珠 (サテライト玖珠) 〒879-4405 玖珠町大字岩室225-8 ドリームハウスSAKAI 1-B (本部) 〒877-0052 日田市銭測町4-3 | 77-2005 | 8:30~17:30 | ○ | 土:可 日・祝: 不可 (相談に 応じます) | 可 | ○ | ○ | ○ | ○ | 本部は日田市です。 医療、介護と幅広く看護のサポート を行っています。 |
| | 77-2006 | | | | | ○ | | | | |
| | 22-1618 28-6700 | | | | | ○ | | | | |
| 高田病院 訪問看護ステーション 〒879-4403 玖珠町大字帆足259 | 72-2135 | 8:30~17:30 | 要相談 | 要相談 | 要相談 | × | × | × | ○ | 御利用については要相談となり おられます。 |
| | 72-3641 | | | | | ○ | | | | |
| 湯布院病院附属 訪問看護ステーション 〒879-5193 由布市湯布院町川南252 | 0977- 84-3880 | 8:30~17:15 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 急性期から終末期までのリハビリ が安定しています。 玖珠町の方は応相談になります。 サテライト有(九重野上ローソン2 階) |
| | 0977- 84-3880 | | | | | ○ | | | | |

訪問介護事業所

訪問介護事業所(ヘルパーステーション)

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 24時間対応 | 土日・祝日の対応 | 夜間の対応 | 男性スタッフ | 受入れ | | | | | | | | | | オプション・事業所のアピール |
|---|-----------|--|--------|----------|-------|--------|-----------|--------|------------|------------|-----------|-----------|---------------|------------|---------|------|--|
| | | | | | | | 胃瘻・経管栄養の方 | ストーマの方 | 酸素療法をされてる方 | 気管切開をされてる方 | 人工呼吸器装着の方 | 痰の吸引が必要な方 | 尿留置カテーテルをしてる方 | I.V.Hをしてる方 | ターミナルの方 | 難病の方 | |
| ここのえ介護事業センター 訪問介護 〒879-4801 九重町大字後野上17-1 【九重町・玖珠町】 | 76-3267 | 8:00～18:00 早朝6:00～8:00 夜間18:00～ 22:00 | 不可 | 可 | 可 | × | × | ○ | △ | △ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 介護計画に沿ったサービスの提供に加え、ぬくもりが伝わるサービスを心掛けております。同居、高齢者世帯の方が安心安全に地域で生活を続けられるように民生委員の方や関係者とも連携をとり、同じ思いで援助できるように心掛けています。 |
| | 73-2550 | | | | | | × | △ | △ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| ともだち村 訪問介護事業所 〒879-4801 九重町大字右田926番地2 【九重町・玖珠町・由布市・日田市・小国町】 | 77-7001 | 5:00～22:00 | 不可 | 可 | 可 | × | × | △ | △ | × | × | × | △ | △ | △ | ○ | 住み慣れた地域を離れる事なく安心して心豊かに生き生きと暮らしていただけるようサービスを提供します。 ※夜間対応は営業時間内 |
| | 77-7006 | | | | | | × | △ | △ | × | × | × | △ | △ | △ | ○ | |
| ヘルパーステーション みなみの風 〒879-4723 九重町大字町田52-3 【日田市・玖珠町・九重町・小国町】 | 78-8383 | 8:30～18:00 | 不可 | 可 | 不可 | ○ | △ | ○ | ○ | × | × | × | △ | △ | △ | ○ | 年中 無休です。 |
| | 78-8380 | | | | | | △ | ○ | ○ | × | × | × | △ | △ | △ | ○ | |
| 訪問介護ステーション メルヘン 〒879-4601 九重町大字右田3156番地の7 【玖珠町・九重町】 | 76-3500 | 8:00～17:00(上記時間以外に については要相談) | 可 | 可 | 可 | × | × | ○ | ○ | △ | × | × | △ | ○ | ○ | ○ | 利用者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けたい気持ちに寄り添いながら自立に向けたサービスの提供に努める。 |
| | 76-3511 | | | | | | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 明友サービスセンター 訪問介護 〒879-4724 九重町大字菅原739 【日田市・玖珠郡・由布市】 | 78-9765 | 8:00～18:00 | 可 | 可 | 可 | ○ | × | ○ | ○ | × | × | × | △ | ○ | ○ | ○ | ご利用者様の状態に応じ意向に沿いながら自立に向けたサービスの提供に努めています。 |
| | 78-9765 | | | | | | × | ○ | ○ | × | × | × | △ | ○ | ○ | ○ | |
| 亀鶴苑 訪問介護サービス 〒879-4723 九重町大字町田46-1 【九重町・玖珠町】 | 78-8832 | 8:00～18:00 | 不可 | 可 | 不可 | ○ | △ | ○ | ○ | △ | × | × | △ | ○ | ○ | ○ | |
| | 78-9928 | | | | | | △ | ○ | ○ | △ | × | × | △ | ○ | ○ | ○ | |

訪問介護事業所(ヘルパーステーション)

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 24時間対応 | 土日・祝日の対応 | 夜間の対応 | 男性スタッフ | 受入れ | | | | | | | | | オプション・事業所のアピール |
|--|-----------|------------|--------|----------|-------|--------|-----------|--------|------------|------------|-----------|-----------|-------------------|------------|---------|--|
| | | | | | | | 胃瘕・経管栄養の方 | ストーマの方 | 酸素療法をされてる方 | 気管切開をされてる方 | 人工呼吸器装着の方 | 痰の吸引が必要な方 | 尿留置カテーテルを してる方 | I V Hをしてる方 | ターミナルの方 | |
| 玖珠園訪問介護サービス 〒879-4414 玖珠町大字大隈325 | 72-7181 | 8:00~18:00 | 可 | 可 | 可 | × | △ 応相談 | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | × | 限られた時間の中で、ご利用者の自立を促し、住み慣れた自宅で安心して生活ができるようサポートします。 |
| | 72-4067 | | | | | | △ 応相談 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 玖珠町介護保険サービスセンター 訪問介護 〒879-4405 玖珠町大字岩室24-1 | 72-9225 | 8:30~17:30 | 可 | 可 | 可 | × | △ 応相談 | △ 応相談 | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | サービスを提供することで自立を促し、在宅で安心して生活できるように支援いたします。 |
| | 72-2816 | | | | | | △ 応相談 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| ヘルパーステーション きりかぶ 〒879-4413 玖珠町大字塚脇678-10 | 72-4500 | 24時間 | 可 | 可 | 可 | ○ | △ 応相談 | △ 応相談 | △ 応相談 | × | × | ○ | △ 応相談 | △ 応相談 | ○ | 24時間365日安心した生活を送れる様サービスを提供を行っています。専門のスタッフが対応しています。 |
| | 72-4570 | | | | | | △ 応相談 | △ 応相談 | △ 応相談 | × | × | ○ | △ 応相談 | △ 応相談 | ○ | |
| 訪問介護支援センター れざんの木 〒879-4402 玖珠町大字綾垣1086-1 | 72-3211 | 24時間 | 可 | 可 | 可 | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 72-3217 | | | | | | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |

訪問リハビリテーション

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 休日 | 保健の 種類 | 担当療養士 の人数 | オブション・事業所の アピール |
|--|-----------|--------------------------------|---------------------|--------------|--------------------|---|
| 介護老人保健施設 ケアポート溪和 訪問リハビリテーション 〒879-4723 九重町大字町田5481-3 【玖珠郡内】 | 78-8000 | 月～金 8:30～16:30 | 土・日 12/29～1/3 | 介護保険 | 2人 | 女性スタッフ2名(OT、ST)が勤務しております。退 院・退所後すぐの在宅生活の不安や在宅生活を安 心・安全にしたい等、生活状況や環境に合わせたリ ハビリを提供いたします。 |
| | 78-8188 | | | | | |
| 訪問リハビリテーション ウォーク 〒879-4413 玖珠町大字塚脇113-13 | 72-5050 | 月～土 8:30～17:00 | 日・祝日 12/29～1/3 | 介護保険 | 1人 | 機能訓練・基本動作訓練・ADL訓練・介護方法指 導・住宅改修等、その他必要なリハビリテーションを 提供いたします。 |
| | 72-6868 | | | | | |
| 高田病院 訪問リハビリテーション 〒879-4403 玖珠町大字帆足259 【玖珠町・九重町】 | 72-3665 | 平日 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30 | 日・祝日 お盆、年末 年始 | 介護保険 医療保険 | 理学療法士2名 作業療法士1名 | いきいきとした生活が送れるよう、利用者のニーズ に合わせたリハビリを提供いたします。 |
| | 72-3665 | | | | | |

訪問入浴サービス

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 24時間対応 | 土・日・祝日の対応 | 夜間の対応 | 男性スタッフ | 受入れ | オプション・事業所の アピール |
|---|--------------------|------------|--------|---|-------|--------|---|--|
| このえ介護事業センター 訪問入浴 〒879-4803 九重町大字後野上17の1 【九重町】 | 76-3267 73-2550 | 8:30~17:15 | 不可 | 土・日・ 曜・祝日 休み(月 曜日の 祝日は 稼働) | 不可 | ○ | 障がい者方 難病の方 ターミナルの方 尿留置カテーテルを してる方 I V H をしてる方 人工呼吸器装着の方 気管切開をされてる方 痰の吸引が必要な方 酸素療法をされてる方 ストーマの方 胃瘻・経管栄養の方 | ご利用者の尊厳を保持し心身の 特性を踏まえ、できる限り住み慣 れた自宅で生活していただくた め、自宅での入浴が困難な方に 入浴の確保に努めています。 |

通所介護事業所 (デイサービス)

通所介護事業所(デイサービス)

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 営業時間 | 休日 | 定員 (名) | 受入れ | | | | | | | | | | | オープン・事業所の アピール | | |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|--------------------|-------------------|------------------|---------|-------------------|------|--|
| | | | | | 胃瘻・経管栄養の方 | ストーマの方 | 酸素療法をされてる方 | 痰の吸引が必要な方 | 気管切開をされてる方 | 人工呼吸器装着の方 | I V H をしてる方 | 尿管留置カテーテルを してる方 | 尿留置カテーテルが 必要な方 | インスリン注射が 必要な方 | ターミナルの方 | | 難病の方 | 創傷処置が必要な方 |
| このえ介護事業センター 〒879-4803 九重町大字後野上17の1 【玖珠町・九重町】 | 76-3267 73-2550 | 9:35~ 15:50 | 日曜 と月 曜以 外の 祭日 | 40 | △ | ○ | △ | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | △ | 個別機能訓練(I) 言語聴覚士を配 置し口腔機能訓練を行っています。 入浴は温泉で個人浴槽もあります。 認知症の方を積極的に受け入れ認 知症ケアの向上に努めています。介 護予防の方の利用も受け入れていま す。 |
| デイサービスセンター春日荘 〒879-4601 九重町大字右田3156-7 【玖珠町・九重町等】 | 76-2100 76-2900 | 8:30~ 17:30 | 日曜 12/3 1~ 1/2 | 35 | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | カラオケ・脳トレ・パズルなど各種取り 揃えて明るく楽しいデイサービスで す。介護予防・運動器・個別機能訓練 も行え、理学療法士も常駐しており、 訓練実施、認知症の利用者の方にも 個別に対応いたします。 |
| デイサービスセンター ともだち村 〒879-4801 九重町大字右田914番地3 【九重町・玖珠町】 | 77-7001 77-7006 | 8:30~ 17:30 | 日曜 | 25 | × | × | × | × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | 家庭的な雰囲気楽しく穏やかに 笑って過ごしていただけるサービスを 提供します。 |
| 飯田高原福祉サービスセンター「プラトール」 〒879-4911 九重町大字田野1624-79 【九重町】 | 73-3888 73-3888 | 10:00~ 16:00 | 土・ 日曜 年末 年始 | 10 | △ | ○ | × | × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | 個別機能訓練に因る機能の維持回 復 認知症への個別対応 |
| 明友サービスセンター 通所介護 〒879-4724 九重町大字菅原739-219 【日田市・由布市(湯布院町)・玖珠郡】 | 78-9765 78-9765 | 8:30~ 17:30 | 土・ 日 12/3 1~ 1/3 | 10 | ○ | ○ | × | × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | |
| 玖珠園デイサービスセンター 〒879-4414 玖珠町大字大隈315-5 【玖珠町・九重町】 | 72-1649 72-4067 | 8:00~18:00 | 土日 12/31 ~1/3 | 35 | ○ | ○ | × | × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | リハビリに力を入れてサービスを 提供しています。 |

通所リハビリテーション (デイケア)

短期入所生活介護事業所

短期入所療養介護事業所

短期入所生活介護(ショートステイ)事業所

| 事業所名 住所 | 電話 FAX | 定員 (名) | 予約 | 受入れ時間 | 休日受入れ | 受入れ | | | | | | | | | | | | オプシヨ ン事業所 アピール | | |
|--|-----------|-----------------|--------------------|------------|---------------------------------|--------|-------|-----------|------|---------|------------------|-------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|----------------------|--|---|
| | | | | | | 精神疾患の方 | 認知症の方 | 創傷処置が必要な方 | 難病の方 | ターミナルの方 | インスリン注射が 必要な方 | 尿留置カテーテルを してる方 | I V Hをしてる方 | 人工呼吸器装着の方 | 気管切開をされてる方 | 痰の吸引が必要な方 | 酸素療法をされてる方 | | ストーマの方 | 胃瘻・経管栄養の方 |
| メルヘン ショートステイサービス 〒879-4601 九重町大字右田3156-7 【玖珠町・九重町・その他要相談】 | 76-2100 | 10 | 利用月の 前月から | 9:00~17:00 | 受け入れ 可能 (新規の 方は不 可) | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | × | △ | ○ | ○ | 新規ご利用者様は 事前訪問をさせて頂 き、その方に合った サービスを提案でき る様に対応していま す。 |
| | 76-2900 | | | | | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | × | △ | ○ | ○ | 全室個室で木のぬく もりが感じられます。 居住費は一律1,100 円に設定しており、 安価な値段でご利用 できます。 |
| 玖珠園ショートステイサービス 〒879-4414 玖珠町大字大隈325 【玖珠町・九重町など】 | 72-3413 | 15 | 空室状況 により受入 れ | 7:00~19:00 | 受入 可能 送迎 要相談 | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | △ | ○ | △ | お気軽にご相談くだ さい。 | |
| | 72-4067 | | | | | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | △ | ○ | △ | 自宅での生活と変わ りなく過ごしていただ けるよう、その方の ペースに合わせて支 援いたします。 | |
| ショートステイサービス森栄館 〒879-4404 玖珠町大字帆足690-3 【玖珠町・九重町・その他要相談】 | 72-0077 | 8 空室利 用可能 | 利用月の 前月から | 8:30~17:30 | 受入 可能 日曜のみ 送迎不可 | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | △ | ○ | △ | | |
| | 72-0080 | | | | | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | △ | ○ | △ | | |

介護老人福祉施設（特養）

介護老人保健施設（老健）

介護老人福祉施設(特養)

| 事業所名 住所 サービス対象地域 | 電話 FAX | 入所要件 | 定員 (名) | 部屋 | | | 受入れ | | | | | | | | | | | | 外部サービスの利用 | 外部のかかりつけ医の往診 | オピション 事業所の アピール | | | | | |
|---|--|--------------------|-----------|-----------|-------------|------------|-----------|--------|------------|-----------|------------|-----------|------------|--------------------|------------------|---------|------|-----------|-----------|--------------|-----------------------|-------|--------|----|----|---|
| | | | | 個室 (名) | 2人部屋 (名) | 多床室 (名) | 胃瘻・経管栄養の方 | ストーマの方 | 酸素療法をされてる方 | 痰の吸引が必要な方 | 気管切開をされてる方 | 人工呼吸器装着の方 | I V Hをしてる方 | 尿管留置カテーテルを してる方 | インスリン注射が 必要な方 | ターミナルの方 | 難病の方 | 創傷処置が必要な方 | | | | 認知症の方 | 精神疾患の方 | | | |
| 介護老人福祉施設 シルバーランドメルヘン 〒879-4601 九重町大字右田3156-7 【限定なし】 | 76-2100 76-2900 | 要介護3以上 | 50 | 1 | 1 | 50 | ○鼻腔× | ○ | △応相談 | × | × | × | × | × | × | × | △応相談 | ○ | △応相談 | △応相談 | ○ | △応相談 | △ | 不可 | 不可 | 夜間帯は介護職員のみ の対応にて医療行為を 要す方は要相談。 ※要介護1、2の方の 入所については要相談 |
| | 地域密着型介護老人福祉施設 シルバーランドメルヘン 〒879-4601 九重町大字右田3156-7 【九重町・玖珠町】 | 76-2100 76-2900 | 要介護3以上 | 15 | 15 | 1 | 1 | ○鼻腔× | ○ | △応相談 | × | × | × | × | × | × | × | △応相談 | ○ | △応相談 | △応相談 | ○ | △応相談 | △ | 不可 | 不可 |
| 介護老人福祉施設(特養) 玖珠園 〒879-4414 玖珠町大字大隈325 | 72-3413 72-4067 | 要介護3以上 | 70 | - | 18 | 52 | ○鼻腔× | ○ | △応相談 | × | × | × | × | × | × | × | △応相談 | ○ | △応相談 | △応相談 | ○ | △応相談 | △ | 不可 | 不可 | 多床室・2人部屋・4人 部屋。楽しくゆったり過 ごしていただけます。 |
| | 介護老人福祉施設 共生の里メルヘン 〒879-4403 玖珠町大字帆足2189-1 【限定なし】 | 72-1515 72-3131 | 要介護3以上 | 36 | 36 | 0 | 0 | ○鼻腔× | ○ | △応相談 | × | × | × | × | × | × | × | △応相談 | ○ | △応相談 | △応相談 | ○ | △応相談 | △ | 不可 | 不可 |
| 介護老人福祉施設 共生の里メルヘン 森栄館 〒879-4404 玖珠町大字森690-3 地域密着型【玖珠町】 | 72-0077 72-0080 | 要介護3以上 | 29 | 29 | 0 | 0 | ○鼻腔× | ○ | △応相談 | × | × | × | × | × | × | × | △応相談 | ○ | △応相談 | △応相談 | ○ | △応相談 | △ | 不可 | 不可 | 全室個室のユニット型 の施設です。家庭的な 雰囲気の中でゆっくり 生活していただけます。 ※要介護1、2の方の 入所については要相談 |

認知症対応型 共同生活介護施設

有料老人ホーム その他

障がい者施設

| 名称・所在地 | 電話 FAX | 営業時間 | | 対応障害名 | 備考 |
|---|-----------|------------------------------------|----|-------------------|--|
| | | 休日 | 休日 | | |
| このえ介護事業センター 〒879-4803 九重町大字後野上17-1 | 76-3267 | 9:45～15:45(冬期) 9:15～16:15(冬期以外) | | 身体○ 知的○ 精神△ | 生活介護 |
| | 73-2550 | | | | |
| このえ介護事業センター 訪問介護 〒879-4803 九重町大字後野上17-1 | 76-3267 | 8:00～18:00 (早朝・夜間の対応あり) | | 身体○ 知的○ 精神○ | 身体介護・家事援助 |
| | 73-2550 | | | | |
| 地域生活支援センターはぎの このえ”夢”ステーション 〒879-4723 九重町町田554-1 | 78-8882 | 8:30～17:15 | | 身体 知的 精神 | 自立訓練事業 相談支援事業 |
| | 78-8883 | 土・日・祝 年末年始 | | | |
| 一般社団法人 夢の会 指定就労継続支援B型事業所オハナ 〒879-4911 九重町田野1726-320 | 79-2323 | 月～金 10:00～15:00 | | 身体○ 知的○ 精神○ | |
| | 79-2323 | 土・日 年末年始・お盆 | | | |
| ほほえみ工房 玖珠 ホームヘルプサービスセンター ほほえみ 〒879-4401 玖珠町大字四日市174-1 | 72-6035 | 10:00～15:00 | | 身体 知的 精神 | 就労継続支援B型事業 就労継続支援B型事業 居宅介護(行動援護、身体介護、家事援助) 地域生活支援事業(移動支援) |
| | 72-6035 | 日 12月31日～1月3日 | | | |
| 社会福祉法人すぎのこ村 わ～くす・たんぽぽ 〒879-4413 玖珠町大字塚脇640-3 | 73-9110 | 月～金 8:15～17:15 | | 知的 身体 | 就労継続支援B型事業所 |
| | 73-9115 | 土・日・祝日 8月13日～15日 12月30日～1月3日 | | | |
| 社会福祉法人すぎのこ村 どり～む・たんぽぽ 〒879-4412 玖珠町大字山田87-1 | 72-6556 | 月～金 8:15～17:15 | | 知的 身体 | 生活介護 |
| | 72-6556 | 土・日 8月13日～15日 12月30日～1月3日 | | | |

| 名称・所在地 | 電話 | | 営業時間 | | 対応障害名 | 備考 |
|---|---------|---------|---|----------------------------|-----------------------|---|
| | 電話 | FAX | 休日 | 休日 | | |
| 社会福祉法人くらっぶ こども発達支援センターあ〜く こども相談支援センターのあ 〒879-4413 玖珠町大字塚脇581-3 | 72-1023 | 72-1023 | 9:00~17:30 | 土・日 年末年始・お盆 | 児童 | 児童発達支援 放課後等デイサービス 相談支援 保育所等訪問支援 |
| | 72-9225 | 72-2816 | 8:30~17:30 (上記以外でも必要に応じて対応) | 土・日 12/29~1/3(必要に応じて対応) | 身体的 知的 精神 難病 | 居宅介護(身体介護・家事援助) |
| 玖珠町社会福祉協議会ケアセンター 〒879-4405 玖珠町大字岩室24-1 | 72-5550 | 72-5521 | 月~金 8:30~17:30 | | 身体 難病 | 在宅難病あるいはその状態に近い障害のある方が対象となっています。痰吸引が必要な方、重度難病の方は応相談となります。 |
| | 72-2424 | 72-2415 | 8:30~17:00 月・火 8月13日~15日 12月29日~1月3日 | | 主に 知的障害 | 八風・マナス玖珠(グループホーム) 玖珠町大字山田字長尾3496-14 (TEL・FAX)0973-72-2425 |
| 社会福祉法人 暁雲福祉会ウインド2 (森のクレヨン) 〒879-4403 玖珠町大字帆足449-1 | 72-1022 | 72-1022 | 8:30~17:00 | 土・日 年末年始 | 精神・知的 身体・難病 | 就労継続支援B型事業所 共同生活援助(グループホーム) |
| | | | | | | |
| 楠繫株式会社 きりかぶ 〒879-4403 玖珠町大字帆足233-6 | | | | | | |

入院時（退院時）情報提供票取扱いマニュアル、及び介護連携ガイドについて各様式と内容に変更又は更新がある場合は、速やかに医師会事務局までご連絡をお願いします。

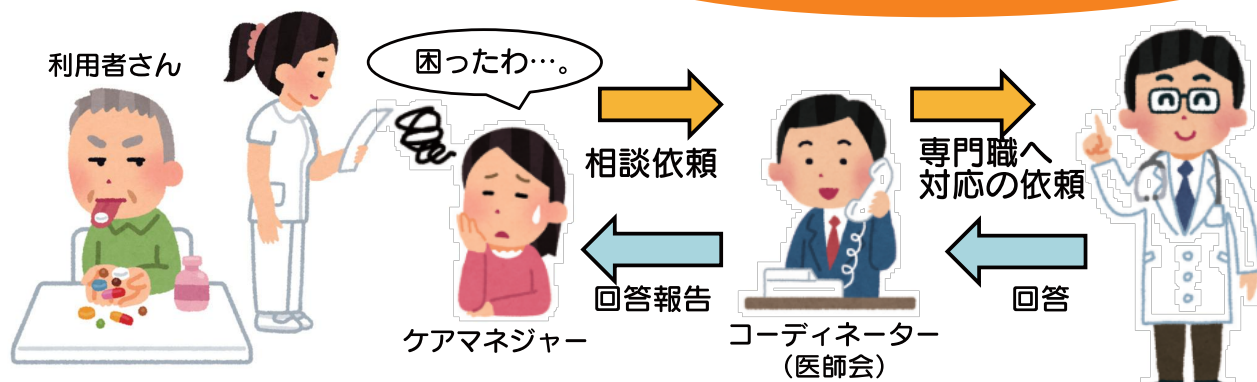
電話 0973-72-5551
ファックス 0973-72-5144
Eメール kusudrs@fat.coara.or.jp

なお、訂正後・更新後の情報は事務局より発信します。
その際は各自で差し替えをお願いします。

医療・介護関係者の 相談窓口を開設しました!

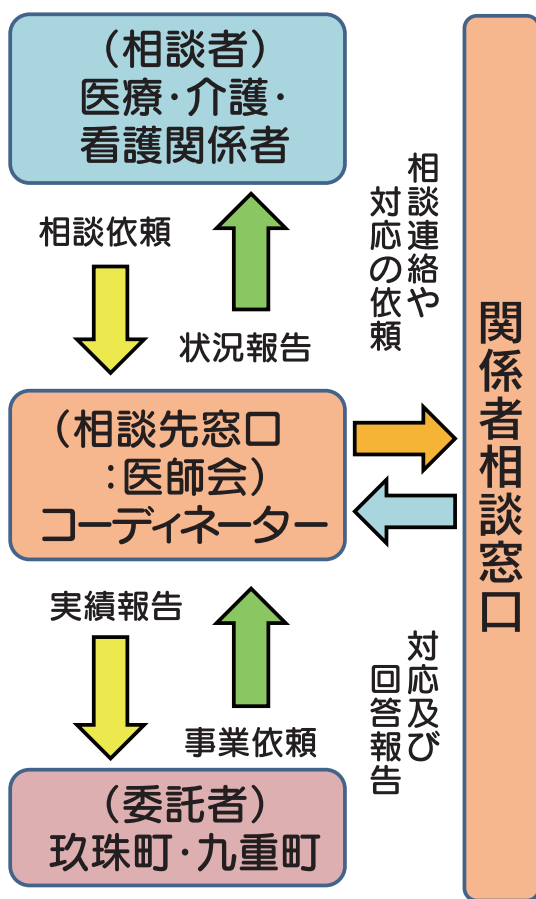
玖珠郡在宅医療・介護連携推進会議(くすここからネット)では、医療・介護関係者を対象とした在宅医療・在宅介護に関する関係者向けの相談窓口を開設しました。

例えば利用者さんのことで
お困りのことがあった場合



お問い合わせ先は、上記事務局、または裏面をご覧ください。

くすここからネット 医療・介護関係者相談体制図



【相談時のルール】

- ① 医療・介護各専門職種からの相談窓口とする。
- ② ケースの個別対応は行わない。
- ③ ケースの同行訪問は行わない

| | 専門職団体名 | 主な相談内容 |
|----|------------|-------------------------|
| 1 | 玖珠郡医師会 | 疾患や治療に関すること |
| 2 | 玖珠郡歯科医師会 | 歯科診療に関すること |
| 3 | 西部保健所 | 精神・結核・難病 (小児慢性疾患を含む) |
| | (地域福祉室) | 生活保護に関すること |
| 4 | 玖珠町・九重町 | 介護認定申請・手続き等 |
| 5 | 地域包括支援センター | 高齢者に関する相談 |
| 6 | 介護支援専門員協議会 | ケアプランに関すること |
| 7 | ソーシャルワーカー | 医療・介護・福祉の連携に関すること |
| 8 | 玖珠・九重ヘルパー会 | ヘルパー業務に関すること |
| 9 | リハビリ部会 | リハビリテーションに関すること |
| 10 | 栄養士会 | 栄養管理等に関すること |
| 11 | 看護ネットワーク | 医療現場及び看護に関すること |
| 12 | 歯科衛生士会(仮) | 口腔ケア等に関すること |
| 13 | 薬剤師会 | 薬剤に関すること |

関係者専用相談窓口

☎0973-72-5551

玖珠郡医師会事務局

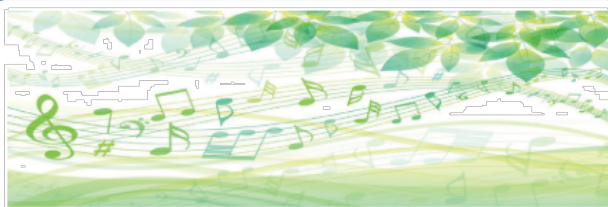
くすここからネット相談窓口まで!

玖珠郡在宅医療介護連携事業ホームページ

くすここカラネット

<http://kusukoko.net>





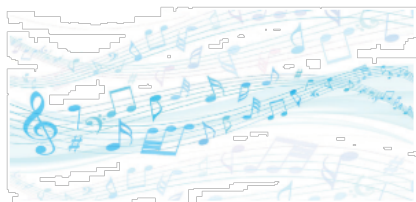
もしものときカード

書いた日 年 月 日

自分の名前 []

大切な人にああなたの「もしものとき」の
気持ちを伝えるために使いましょう。

【気持ちが変わったときは、何度でも書き直しましょう】



玖珠郡在宅医療介護連携推進会議



介護が必要になったら・・・。

(あなたの気持ちに近いものにチェックを
入れてください)

- 自宅で過ごしたい
- 専門の施設で過ごしたい
- 家族の判断に任せる
- その他

何故そう思うか書いてみましょう



玖珠郡在宅医療介護連携推進会議



病気の告知について

(あなたの気持ちに近いものにチェックを
入れてください)

- 病名・余命を告知してほしい
- 病名のみ告知してほしい
- 家族の判断に任せる

何故そう思うか書いてみましょう



玖珠郡在宅医療介護連携推進会議

最終段階の医療について

(あなたの気持ちに近いものにチェックを
入れてください)

- できるだけ延命治療をしてほしい
- 延命よりも、痛みや苦しみをとりのぞく
医療をしてほしい
- 回復の見込みがなければ延命治療は
しないでほしい

※ 延命治療

- ・点滴 ・人工呼吸器
- ・チューブを使い、鼻から栄養を入れる(経鼻胃管)
- ・胃に穴を開けて、チューブで栄養を入れる(胃ろう)

何故そう思うか書いてみましょう

Blank dashed box for writing reasons.

玖珠郡在宅医療介護連携推進会議



人生の最期をどこで 過ごしたいですか？

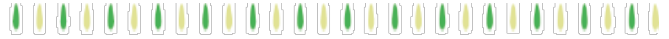
(あなたの気持ちに近いものにチェックを
入れてください)

- 自宅で過ごしたい
- 病院で看護を受けたい
- ホスピスで過ごしたい
- 家族の判断に任せる

何故そう思うか書いてみましょう



玖珠郡在宅医療介護連携推進会議



もしものとき、会いたい人、 知らせて欲しい人は

名前

(連絡先)

名前

(連絡先)

名前

(連絡先)

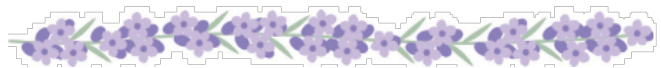


玖珠郡在宅医療介護連携推進会議



私の希望や大切にしている こと、不安な気持ち

(あなたの気持ちを書いてみましょう)



玖珠郡在宅医療介護連携推進会議



私が判断できなくなったときは 名前

(続柄：)

連絡先

の意見を尊重して、
決めてください。

認知症などで自分の意思表示が
できない場合、あなたの気持ちを代弁し
てくれる人を考えてみましょう。



玖珠郡在宅医療介護連携推進会議