

【前橋版】

退院調整ルールの手引き

～病院と在宅を結ぶ輪となるために～



令和 7 年 4 月(改訂版)

前橋市



は じ め に

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の利用がすぐに受けられなかったり、相談等がきちんとできなかったりすることで、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。また、患者さんが入院したときに、家族等からケアマネジャーに入院した旨の連絡が行き届いていない場合もあります。

前橋市においては、前橋市内の病院関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター、関係団体などが、多くの方々と平成28年度に会議を重ね検討・協議を行い、介護を必要とする患者さんが、疾患を問わず、前橋市内のどの病院から入退院しても、必要な介護サービスや相談ができ、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）の連携をとりやすくし、強化した支援ができるよう平成29年2月に「前橋版退院調整ルール」を策定しました。

そして、平成30年4月の介護保険制度改正に伴い、居宅介護支援の加算における見直しと共に、国標準様式例が示されたことから、連携及び加算において対応できるように病院及びケアマネジャーとの会議において意見交換・情報共有を行い、参考様式を見直しました。令和6年4月には、厚生労働省から新たな参考様式が示されたことから、参考様式の変更を行いました。そのほか、事業所や包括支援センター連絡先、病院窓口等の情報を年1回更新しています。

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（市内全域）で支えるため、関係者の皆様に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いたします。

目 次

1	ルールの基本・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
	（１）前橋版退院調整ルールとは	
	（２）ルールを利用する主な関係機関	
	（３）ルールの対象となる患者	
	（４）ルールが想定する基本的なケース・位置づけ	
	（５）ルールの普及	
2	ルールの内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	（１）入院前にケアマネジャーが決まっている患者の場合	
	（２）入院前にケアマネジャーが決まっていない患者の場合	
	（３）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）	
	（４）病院が在宅への退院を可能と判断する基準	
	（５）地域包括支援センターの業務	
	（６）ケアマネジャーの業務及び役割	
	（７）ケアプラン作成の流れ	
	（８）退院調整におけるケアマネジャーの業務	
3	介護保険の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	12
4	参考様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	13
	（１）入院時情報提供書（参考様式１－１）	
	（２）入院時の情報提供連絡票（参考様式１－２）	
	（３）退院・退所情報記録書（参考様式２－１）	
	（４）退院調整時の情報提供連絡票（参考様式２－２）	
5	居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型 居宅介護事業所・地域包括支援センター連絡先一覧・・・・・・・・	21
	（１）前橋市５ブロック制	
	（２）前橋市地域包括支援センター担当地区一覧	
	（３）連絡先一覧	
6	入退院調整のための病院相談窓口等一覧・・・・・・・・	33
7	参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	36
	◇退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（令和７年）	
	◇地域包括ケアシステム	
	◇居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所とは	
	◇おうちで療養相談センターまえばし	
	◇退院調整ルール策定経過	

1 ルールの基本

(1) 前橋版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切れ目なく受けられるよう、前橋市内の病院とケアマネジャーが、患者さん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前橋市における連携の仕組みです。

患者さんの退院に向けて、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必要な内容が把握できるように項目を整理した様式など、参考としていただける内容をお示ししています。

このルールの運用は、平成29年2月から開始しています。

(2) ルールを利用する主な関係機関

このルールは、市内にある次の医療・介護関係機関が連携して利用します。

- ①病院・診療所
- ②居宅介護支援事業所
- ③小規模多機能型居宅介護事業所
- ④看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑤おうちで療養相談センターまえばし
- ⑥地域包括支援センター
- ⑦前橋市保健所

(3) ルールの対象となる患者

次のような内容に該当する方が、退院調整を必要としています。

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、すべて対象となります。

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)

⇒『退院調整が必要な患者の基準』(P. 6)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。

(4) ルールが想定する基本的なケース・位置づけ

基本的には、前橋市内にお住まいの退院調整ルール対象者が、市内の病院に入院し、退院後、在宅に戻るケースを想定しています。

このルールは、主に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。

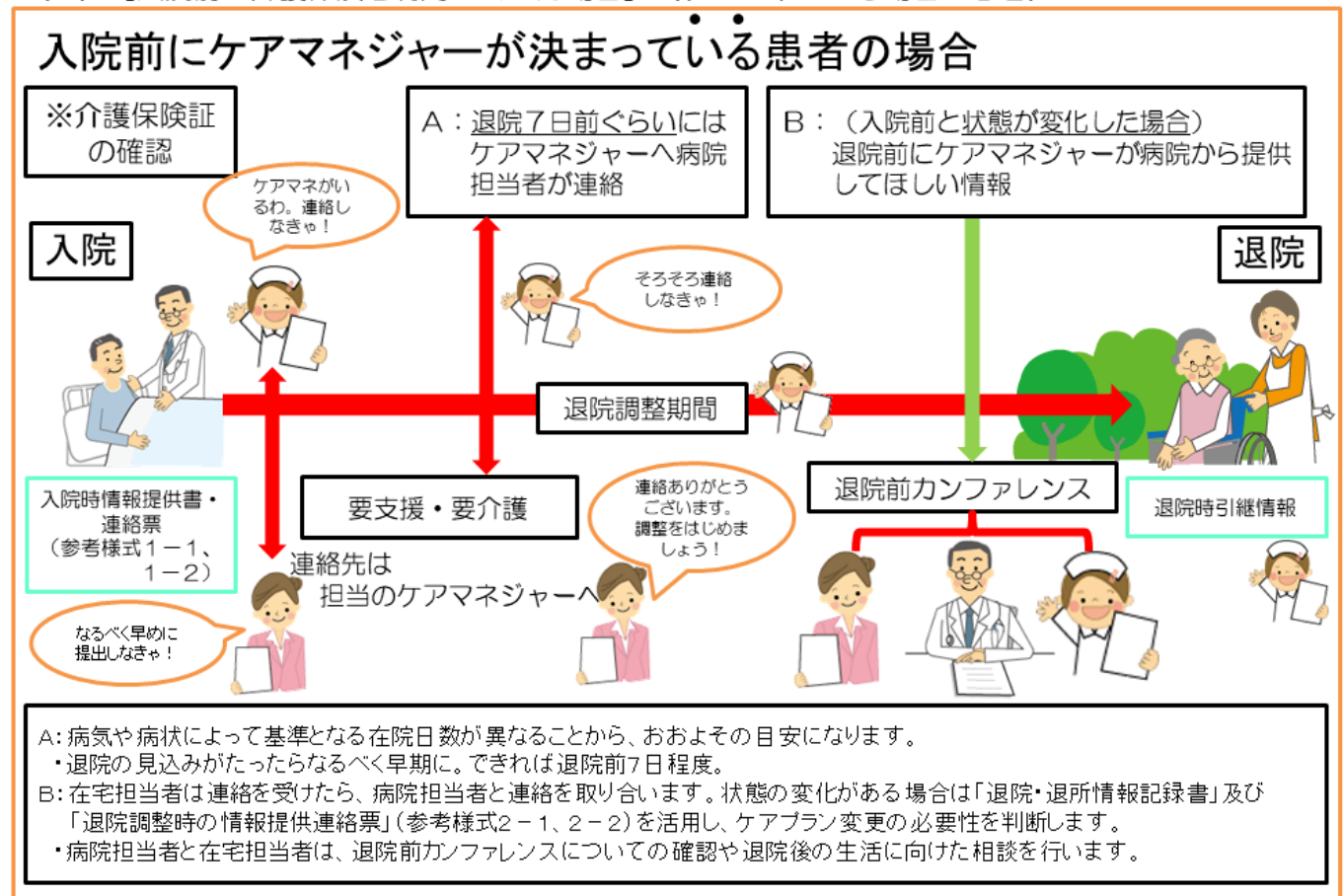
ルールに定めた日数などは、「目安」と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

(5) ルールの普及

ルール運用後、関係者間で普及に努めるとともに定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議を行っていきます。

2 ルールの内容

(1) 【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる場合の患者）



	病 院	ケアマネジャー
在宅時		①利用者の入院を早期に把握するために普段から工夫を！！ (例) 利用者や家族にお願いをしておくこと ・担当ケアマネジャーの名刺を、『医療保険証』、『介護保険証』、『お薬手帳』などと一緒に保管し、入院の際には、必要な物のセットとして持参するようにする。 ・利用者、家族に、入院したら担当ケアマネジャーに連絡するようにする。
入院	②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ジャーを把握 →入院したことを連絡	③入院時情報提供シートの提出 ・病院に情報提供 (1)入院時の情報提供連絡票 (2)入院時情報提供シート ※原則、持参とする。(病院の指定するFAXの送信も可。)
退院見込	④患者の退院見込みがたったことを連絡 ・「在宅への退院が可能かどうか」を判断 ・可能と判断されたら、担当ケアマネジャーに連絡 (原則、退院予定日の7日前)	⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ・病院から退院見込みの連絡 →退院調整のための利用者情報の共有について、病院と調整
退院調整	⑥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等）と担当ケアマネジャー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 ・退院調整共有情報シートの提供 など ※詳細な実施方法は各病院に確認して進めます。	
退院日決定	⑦退院日を連絡 ・主治医の許可した退院日を担当ケアマネジャーに連絡	
退院後	⑧サマリーの提供	⑨ケアプランの提供

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・要支援を問わず、必ず引継ぎを行います。

1) 在宅時

- ①ケアマネジャー及び地域包括支援センター（以下「在宅担当者」）は、普段から利用者や家族に「入院したら電話をください。」と伝えておき、在宅担当者の情報が伝わるよう工夫をしておきます。

・健康保険証や介護保険証、お薬手帳などと一緒に担当ケアマネジャーの名刺を挟んで保管し、入院時に介護保険証も一緒に病院に提示することをケアマネジャーから利用者及び家族に伝えておく。

・利用者及び家族の同意を得て介護保険証に担当する事業所の電話番号等を記入しておく。

など

2) 入院

- ②病棟看護師・地域連携室の退院担当者（以下「病院担当者」）は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼します。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡します。

- ③在宅担当者は、本人の入院を把握したら、病院に連絡して「入院時情報提供書」及び「入院時の情報提供連絡票」（参考様式 1 - 1、1 - 2）を作成し、病院に提供します。提供方法は、原則持参としますが、病院の指定する F A X へ送信することも可能とします。F A X の場合、個人情報としての取扱いに注意してください。

3) 退院見込

- ④病院担当者は、医師等により「在宅への退院が可能かどうか」を判断し、患者の退院見込みがたったら、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間（原則、7 日前）を考慮して連絡をします。

- ⑤在宅担当者は、病院から退院の見込みがたった連絡があった場合、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

4) 退院調整

- ⑥病院担当者と在宅担当者は、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します。

【情報提供方法】

- ・在宅担当者は、入院前と状態が変化した場合、ケアプランの修正に必要な情報（退院・退所情報記録書（参考様式 2 - 1））を病院内の関係者から聞き取りをして収集します。
- ・病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明します。
- ・病院担当者と在宅担当者は、退院の目途がたったら追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認します。
- ・病院担当者と在宅担当者は、本人や家族を交えて看護・リハビリ・栄養などと、在宅での看護・リハビリなど必要なサービスとの引継ぎとして実施します。

※詳細な実施方法は各病院の指示に基づきます。

- ・病院担当者は、「退院・退所情報記録書」（参考様式 2 - 1）の項目を参考にしながら、看護・介護の引継情報（退院後に想定される看護・介護の問題等）を在宅担当者に提供するようにします。なお、情報が把握できる病院様式（看護サマリー等）の提供としてもかまいません。
- ・在宅担当者は、聞き取り等により必要な情報を把握するようにします。

5) 退院日決定

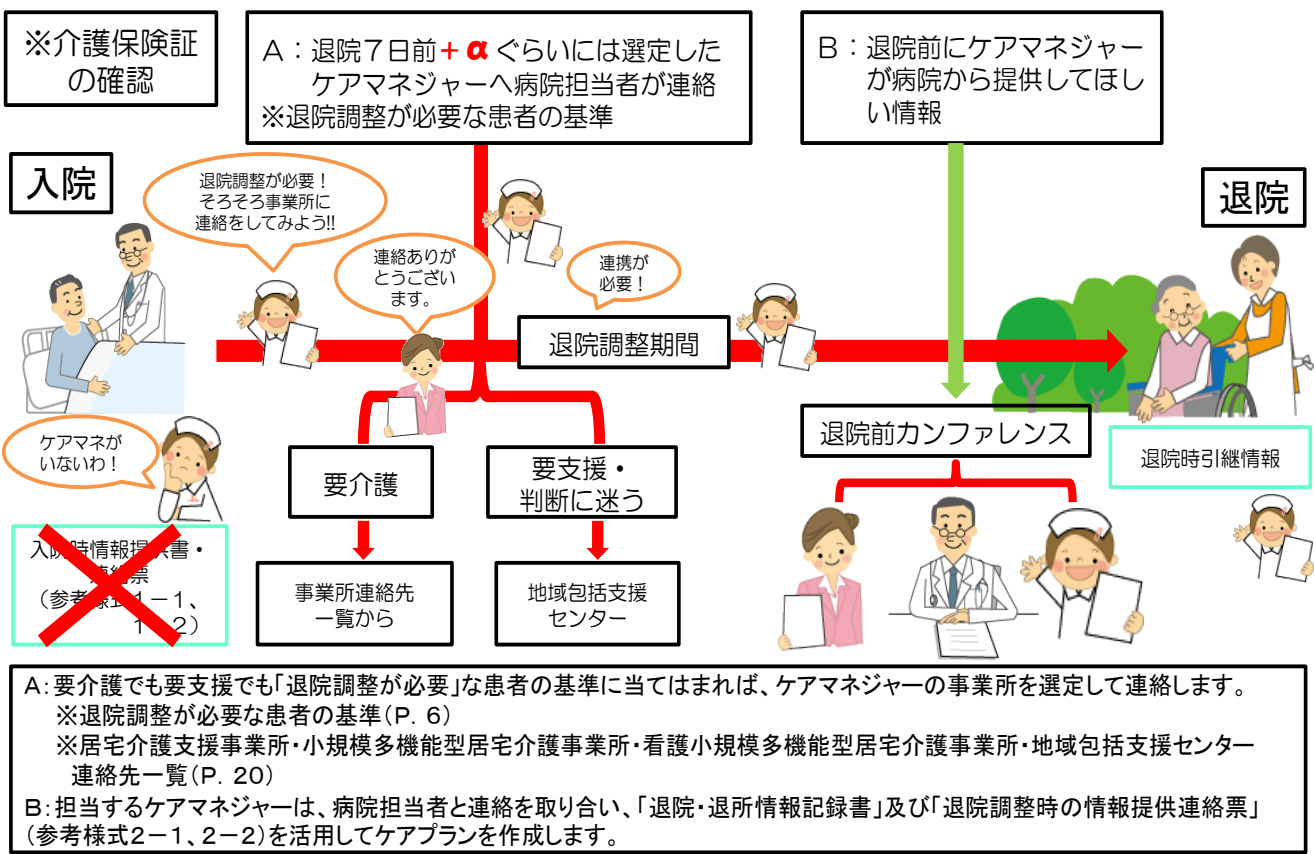
- ⑦病院担当者は、主治医の許可した退院日を在宅担当者に連絡します。

6) 退院後

- ⑧病院担当者は、サマリーを在宅担当者に提供します。
- ⑨在宅担当者は、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。

(2) 【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（入院前にケアマネがない患者の場合）

入院前にケアマネジャーが決まっていない患者の場合



	病 院	ケアマネジャー
入院 ↓	①患者・家族への聞き取り →介護保険証、担当ケアマネジャーの名刺の有無等により、担当ケアマネジャーが決まっていないことを確認	
退院の見込 ↓	②退院調整の必要性の判断 ・「在宅への退院が可能かどうか」を判断 →「退院調整が必要な患者の基準」(P. 6)や40歳以上65歳未満の患者の場合(P. 7)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断 ・可能な範囲で退院調整に必要な期間(退院予定日の7日前+α)を考慮して調整を開始 ③患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援 ・②により、退院調整(介護保険の利用)が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をして申請等を支援 ④ケアマネジャーの選定を支援 ・必要に応じ、退院調整時の情報提供連絡票(P. 17)により相談・調整し、ケアマネジャーを選定 【要介護】⇒居宅介護支援事業所 【要支援・判断に迷う】⇒患者の住所地の地域包括支援センター ⑤患者の退院見込みを連絡 ・②により、退院調整が必要とされた患者について、退院の見込みを④で選定したケアマネジャーに連絡 (退院予定日の7日前+α)	⑥患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ・病院から退院見込みの連絡 →退院調整のための利用者情報の共有について、病院と調整
退院調整	以降の流れは、前掲『入院前にケアマネジャーが決まっている患者の場合』(P. 2)の⑤以降と同じ	
退院日決定		
退院後		

1) 入院

- ①病棟看護・地域連携室の退院担当者（以下「病院担当者」）は、本人や家族への聞き取りにより、介護保険証やケアマネジャー及び地域包括支援センター（以下「在宅担当者」）の名刺の有無等を確認し、在宅担当者がいないことを確認します。

2) 退院見込

- ②病院担当者は、医師等により「在宅への退院が可能かどうか」を判断します。
- ・「退院調整が必要な患者の基準」（P. 6）や40歳以上65歳未満の患者の場合（P. 7）に基づき、退院調整が必要かどうかを判断します。
 - ・退院調整が必要と判断した場合、可能な範囲で調整に必要な期間（7日前+a）を考慮して患者や家族への支援、在宅担当者の選定のため早めに調整を始めます。
- ③病院担当者は、介護保険を利用するため、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行い、申請等を支援します。（ケアマネジャーが代行申請することも可能です。）
- ④病院担当者は、在宅担当者の選定を支援するため、必要に応じて事業所連絡先一覧（P. 21）から事業所を選定し、「退院調整時の情報提供連絡票」（参考書式2-2）により相談や調整を行います。
- ・退院調整が必要とされた患者は、在宅担当者を選定するため次のところに連絡します。
- 【要介護】は、事業所連絡先一覧（P. 21）から選定した事業所へ
- 【要支援・判断に迷う】は、患者の住所地の地域包括支援センターへ
- ⑤病院担当者は、患者の退院見込みがたったら、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間（7日前+a）を考慮して連絡をします。
- ⑥在宅担当者は、病院から退院の見込みがたった連絡があった場合、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

以降の流れは、『入院前にケアマネジャーが決まっている患者の場合』（P. 2）の退院調整以降と同じです。

3) 退院調整

- ⑦病院担当者と在宅担当者は、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します。
- 【情報提供方法】
- ・在宅担当者は、入院前と状態が変化した場合、ケアプランの作成に必要な情報（退院・退所情報記録書（参考様式2-1））を病院内の関係者から聞き取りをして収集します。
 - ・病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明します。
 - ・病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院カンファレンスの必要性などを確認します。
 - ・病院担当者と在宅担当者は、本人や家族を交えて看護・リハビリ・栄養などと、在宅での看護・リハビリなど必要なサービスとの引継ぎとして実施します。
- ※詳細な実施方法は各病院の指示に基づきます。
- ・病院担当者は、「退院・退所情報記録書」（参考様式2-1）の項目を参考にしながら、看護・介護の引継情報（退院後に想定される看護・介護の問題等）を在宅担当者に提供するようにします。なお、情報が把握できる病院様式（看護サマリー等）の提供としてもかまいません。
 - ・在宅担当者は、聞き取り等により必要な情報を把握するようにします。

4) 退院日決定

- ⑧病院担当者は、主治医の許可した退院日を在宅担当者に連絡します。

5) 退院後

- ⑨病院担当者は、サマリーを在宅担当者に提供します。
- ⑩在宅担当者は、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。

- (3) 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 65歳以上の患者の場合

【前提】入院前からケアマネジャー・地域包括支援センターと契約している患者については、要介護・要支援には関係なく担当者へ引継ぎをしてもらいます。

1 退院調整が必要な患者（要介護認定に該当しそうな者）

- 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精神症状又は認知症状のある方

※ 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 それ以外で見逃してはいけない患者（要支援認定に該当しそうな者）

- ⑤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
- ⑥（ADLは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方

⇒ 患者の住所地の地域包括支援センター[※]へ連絡

3 判断に迷った場合

⇒ 患者の住所地の地域包括支援センター[※]へ連絡

※居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターの連絡先一覧は P.20

② 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が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）で、かつ、前ページの1又は2の「退院調整が必要な患者の基準」に当てはまる場合

【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

①がん

（医師が一般に認められている知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）

②関節リウマチ

③筋萎縮性側索硬化症

④後縦靱帯骨化症

⑤骨折を伴う骨粗鬆症

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

（4）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、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「退院の見込み」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。

(5) 地域包括支援センターの業務

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、さまざまな面から総合的に支えていくための相談機関で、前橋市では市内12か所に設置されています。

①総合相談（さまざまな相談に対応します）

高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスにつなげます。

相談の内容によってサービス、制度に関する情報提供や、関係機関への紹介をします。

②介護予防ケアマネジメント（自立した生活ができるように支援します）

介護保険で「要支援1・2」と判定された方や総合事業の対象となる方（介護予防・生活支援サービス事業対象者）一人ひとりに合わせた介護予防プランを作成し、自立した日常生活が送れるように支援します。また、介護予防サービス等が利用できるよう連絡調整を行います。

③包括的・継続的マネジメント（さまざまな方面から皆様を支えます）

高齢者が、適切なサービスを利用できるように、地域の関係者などと、常に協力していきます。

また、地域のケアマネジャーが円滑に仕事ができるよう支援し、より暮らしやすい地域にするため関係機関と協力していきます。

④権利擁護（権利・尊厳を守ります）

高齢者虐待の防止やその対応、消費者被害の防止やその対応を行います。

また、認知症等による財産管理の問題などアドバイスを行います。

(6) ケアマネジャーの業務及び役割

①業務

平成12年（2000年）4月から始まった「介護保険制度」において、要支援又は要介護と認定された人が、自立支援や課題解決に向けた適切な介護サービス等を受けられるようにするために、介護サービス計画（ケアプラン）を作成する専門職をケアマネジャー（介護支援専門員）と言います。

介護を必要な方の状況や家族がどんなことに困っているのかを理解し、計画を立て、必要なサービス等を受けられるように、サービス事業者等へ手配を行っています。

主な内容として

- ・ケアプラン（介護計画）の作成
- ・介護サービス等の利用調整
- ・医療機関・主治医との連携
- ・毎月1回以上の利用者宅訪問（モニタリング）
- ・給付管理（介護保険請求）業務 など

②役割（退院調整）

対象者：要介護（要支援）認定を受けている人・見込みの人、

総合事業のサービスを受ける人（介護予防・生活支援サービス事業対象者）

条 件：本人・家族が在宅退院（自宅とは限らない）の意思を持っている人でケアマネ契約が整った人

業 務：ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院調整の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成し、サービス利用した場合のみ（介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない）

（７）ケアプラン作成の流れ

①契約・面談（本人・家族）

退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行う。

②病院からの情報収集

身体機能の低下の状況と原因の分析、生活機能の今後の見込み

③ケアプラン原案作成

自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定

④サービス事業所との調整

事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供

⑤退院前カンファレンス

サービス事業所を交えた病院との引継ぎ

⑥サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認

⑦サービス提供開始（退院）

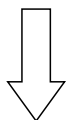
※詳しくは、「ケアマネジャーの業務」をご覧ください。

(8) 退院調整におけるケアマネジャーの業務

☆病院から退院するケース（認定申請の場合）：

新規受付～在宅受け入れ可能になるまで☆

居宅新規受付



- 1) 病院又は家族から電話で依頼受付
- 2) 事業所内で担当者を決定
- 3) 初回訪問の日程調整

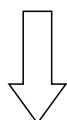
- ・介護保険証の確認が出来れば早い。
⇒未申請であれば、代行申請から必要。
- ・ケアマネジャーの担当できる件数が決まっているため、担当者を決める時間が必要。
- ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。

Check

病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント)

- 1) 介護保険証の確認
- 2) 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、記名をもらい一部交付
- 3) 「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書／介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の記載依頼
- 4) 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける
- 5) 基本情報聴取・アセスメント(課題分析)を実施
- 6) サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める（検討する時間・見学等も含む）
- 7) 居宅へ訪問(家屋状況の確認)

居宅訪問

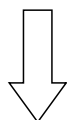


- ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。
しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。
⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。
- ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。また、事務手続きには1か月位かかるかもしれない。

Check

事務処理

事前の情報提供がされていれば1日でも可能



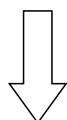
- 1) 市介護保険課窓口へ書類提出代行申請
「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書／介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」
「要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書」
※主治医意見書・認定調査票の情報提供申請
- 2) 利用者台帳・基本情報の作成（パソコン入力）
- 3) アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成
- 4) 必要と思われるサービス事業者の調整
- 5) 主治医との連携
- 6) サービス担当者会議の開催調整と書類準備
（利用票・提供票、介護保険証の写しなど）

- ・事業所の営業日や市役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言をもらうことが必修。
⇒「医療と介護の連絡用紙」を活用するが、主治医との連絡調整にも時間を要する。

Check

ケアプランの確定

（ケアプランの交付）



- 1) 担当者会議の開催で情報共有
- 2) ケアプランの修正・確定
- 3) ケアプラン・利用票について、利用者又は家族に説明し、同意を得たのち、記名をもらい一部を交付
- 4) 担当者会議録の作成
- 5) 提供票の交付

- ・担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。欠席する事業所には事前に照会での意見聴取が必要。
⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。
- ・提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。

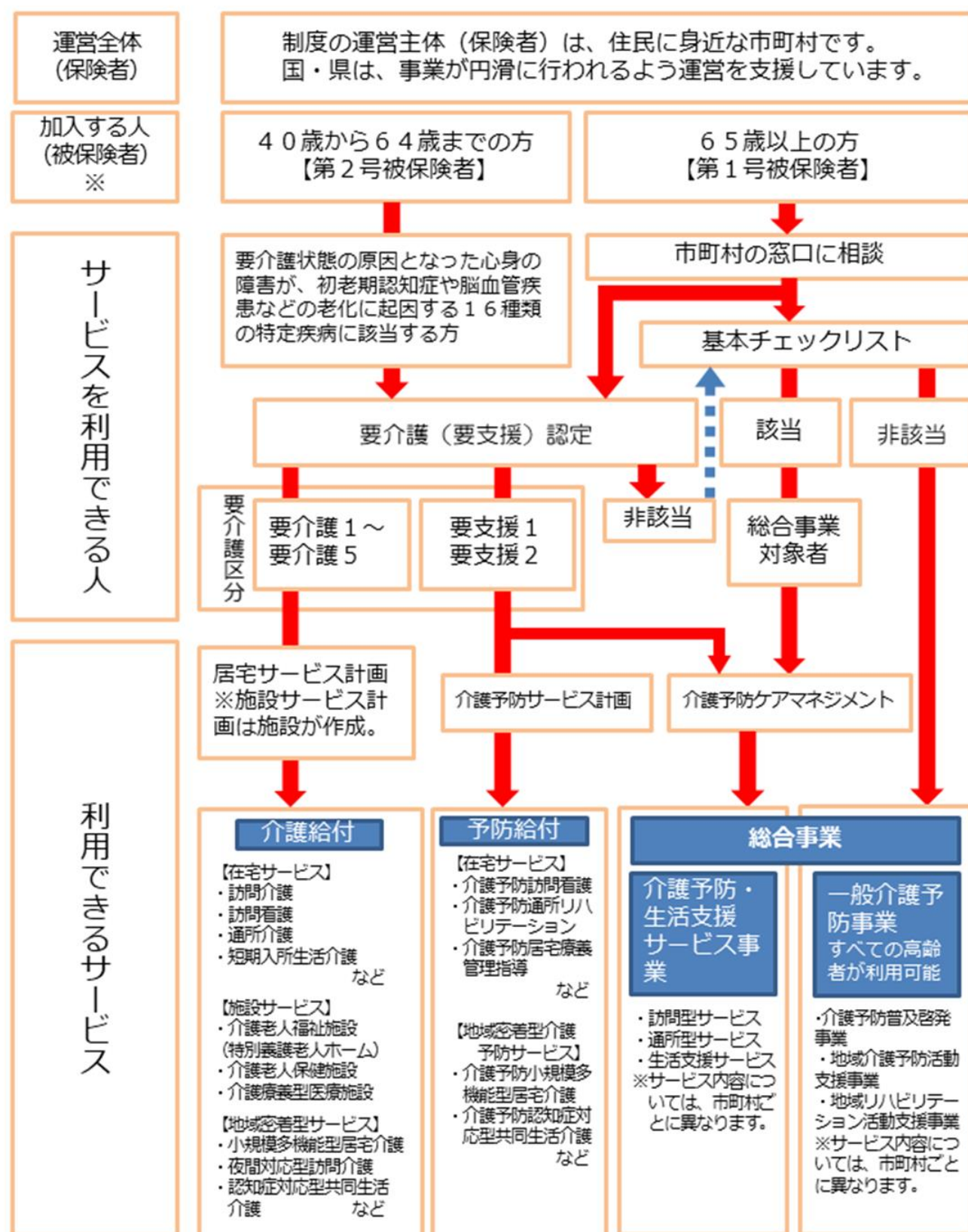
Check

（サービス事業者の契約同行）

- *当然のことながら、利用者は1人ではありません。他のケースも動いています。
- *動きは全て、支援経過として記録する必要があります。
- *新しい総合事業を利用する場合は、一部手続きが簡素化される部分もあります。

3 介護保険の概要

①介護保険制度のあらまし ※平成29年4月からの新しい総合事業の流れを含みます。



4 参考様式

入退院時において、病院とケアマネジャーが情報共有していくため、次の参考様式を作成しましたので、ご活用ください。

なお、様式の項目については、患者さんの様子がわかる内容を掲載していますが、聞き取り時などにおいて、追加で必要な項目が生じる場合もありますので、その際には適宜対応をお願いします。

①ケアマネジャーから病院へ連絡

- (1) 入院時情報提供書（参考様式 1 - 1） ※ A 4 版両面
 - ・ケアマネジャーが有する情報を病院に提供する場合に使用します。
- (2) 入院時の情報提供連絡票（参考様式 1 - 2）
 - ・入院時情報提供書を渡すときに連絡票として使用します。

②病院からケアマネジャーへ連絡

- (3) 退院・退所情報記録書（参考様式 2 - 1） ※ A 4 版両面
 - ・病院担当者等と打合せをするときに患者さんの情報を聞き取る場合に、使用します。
- (4) 退院調整時の情報提供連絡票（参考様式 2 - 2）
 - ・病院からケアマネジャーへ最初に連絡するときに使用します。

※なお、個人情報の取扱いには、十分ご注意ください。

※参考様式については、前橋市ホームページに掲載していますので、ダウンロードしてご活用ください。

入院時情報提供書〈在宅版〉

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
 ご担当者名：



事業所名：
 ケアマネジャー氏名：
 TEL：

FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、____年____月____日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
			年齢	歳		
入院時の要介護度	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 総合事業対象 ☐ 申請中 (申請日 /) ☐ 区分変更 (申請日 /) ☐ 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
介護保険の自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明		障害手帳の有無	☐ なし ☐ あり (身体・精神・知的) 級		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ 日中独居 ☐ その他 ()		
主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	

3. 意思疎通について

視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思疎通	☐ 会話が支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐ 会話が成り立たないが、発語はある ☐ 発語がなく、無言である
聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難		
眼鏡	☐ なし ☐ あり		
補聴器	☐ なし ☐ あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養	食物アレルギー	☐ なし ☐ あり ()
摂食嚥下機能障害	☐ なし ☐ あり	水分(とろみ)	☐ なし ☐ あり (☐ 薄い・ ☐ 中間・ ☐ 濃い)
食形態(主食)	☐ 白飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他 ()	食形態(副食)	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ その他 ()
義歯使用	☐ なし ☐ あり (☐ 部分・ ☐ 総)	左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる	☐ できる ☐ できない
歯の汚れ	☐ なし ☐ あり	歯肉の腫れ、出血	☐ なし ☐ あり ()
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	☐ なし ☐ あり	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり (職種：)
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 (介助内容：)		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否 ☐ 全介助		
薬剤アレルギー	☐ なし ☐ あり ()	特記事項	☐ なし ☐ あり ()

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 ※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること									
意向の話し合い	☐ 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日 ） ☐ 話し合いを実施していない（ ☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外 ）								
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載									
本人・家族の意向	☐ 下記をご参照ください ☐ 別紙参照（書類名： ）								
話し合いへの参加者	☐ 本人 ☐ 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） ☐ 医療・ケアチーム ☐ その他（ ）								
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※									
その他	（上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容）								
8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況	☐ 右上肢	☐ 左上肢	☐ 右下肢	☐ 左下肢	褥瘡等の有無	☐ なし ☐ あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	☐ エアーマット ☐ クッション ☐ 体位交換（ 時間毎） ☐ その他（ ） ☐ なし								
移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
移動（屋外）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他	移動（屋内）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他
食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（ ）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☐ なし ☐ あり 								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か ☐ 見守ってもらうことなく過ごすことができる ☐ 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる ☐ 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐ 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる ☐ 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☐ 年月日はわかる ☐ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐ 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる ☐ その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる ☐ 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか ☐ 常に覚えている ☐ たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる ☐ 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある ☐ きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない ☐ 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか ☐ 自由に操作できる ☐ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える ☐ リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない ☐ リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（頻度： ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回以上 ） （直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等	
介護/医療の状況・ 本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画(1)～(3) ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（ ） ペット飼育の有無： ☐ あり ☐ なし 特記事項：
10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）	
住環境 ※可能ならば「写真」 などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て。 居室_____階。 エレベーター（ ☐ あり ☐ なし ） 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）
退院後の支援者	☐ 家族の支援が見込める（ ☐ 十分・ ☐ 一部 ） ☐ 家族以外の支援が見込める（ ☐ 十分・ ☐ 一部 ） ☐ 支援は見込めない ☐ 家族のや家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名： _____ 続柄： _____ 年齢： _____）
家族や同居者等による 虐待の疑い	☐ なし ☐ あり（ _____ ）
特記事項	
11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）	
「退院前カンファレンス」 への参加	☐ 希望あり 具体的な要望（ _____ ）
「退院前訪問指導」 を実施する場合の同行	☐ 希望あり 具体的な要望（ _____ ）

令和 年 月 日

入院時の情報提供連絡票

(医療機関名)

ご担当者様

(事業所名)

(担当ケアマネジャー)

TEL: — —

FAX : — —

平素より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

利用者名： 様

入院時の情報については、別添「入院時情報提供書」のとおりです。

送付枚数： A 4 枚（本票含む）

【通信欄】

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

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

2. 課題認識のための情報

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

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

令和 年 月 日

退院調整時の情報提供連絡票

(事業所・地域包括支援センター名)

御中

(医療機関名)

(担当者名)

TEL : — —

FAX : — —

平素より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

※送付枚数： A 4 枚 (本票含む)

患者名： 様

患者生年月日： 明・大・昭 年 月 日 () 歳

患者住所：

《退院調整が必要な患者の基準：該当する基準の□にチェック》

1 退院調整が必要な患者の基準 (要介護認定に該当しそうな者) ※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	
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 精神症状または認知症状のある方	☐
2 それ以外で見逃してはいけない患者 (要支援認定に該当しそうな者) ⇒ 患者の住所地の地域包括支援センターへ	
⑤ 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	☐
⑥ (ADLは自立でも) がん末期の方、新たに医療処置 (膀胱バルーン カテーテル留置、経管栄養、吸引など) が追加された方	☐
3 判断に迷った場合 ⇒ 患者の住所地の地域包括支援センターへ	☐

【前提】入院前からケアマネジャー・地域包括支援センターと契約している患者については、
要介護・要支援には関係なく担当者へ引き継ぎする。

【通信欄】

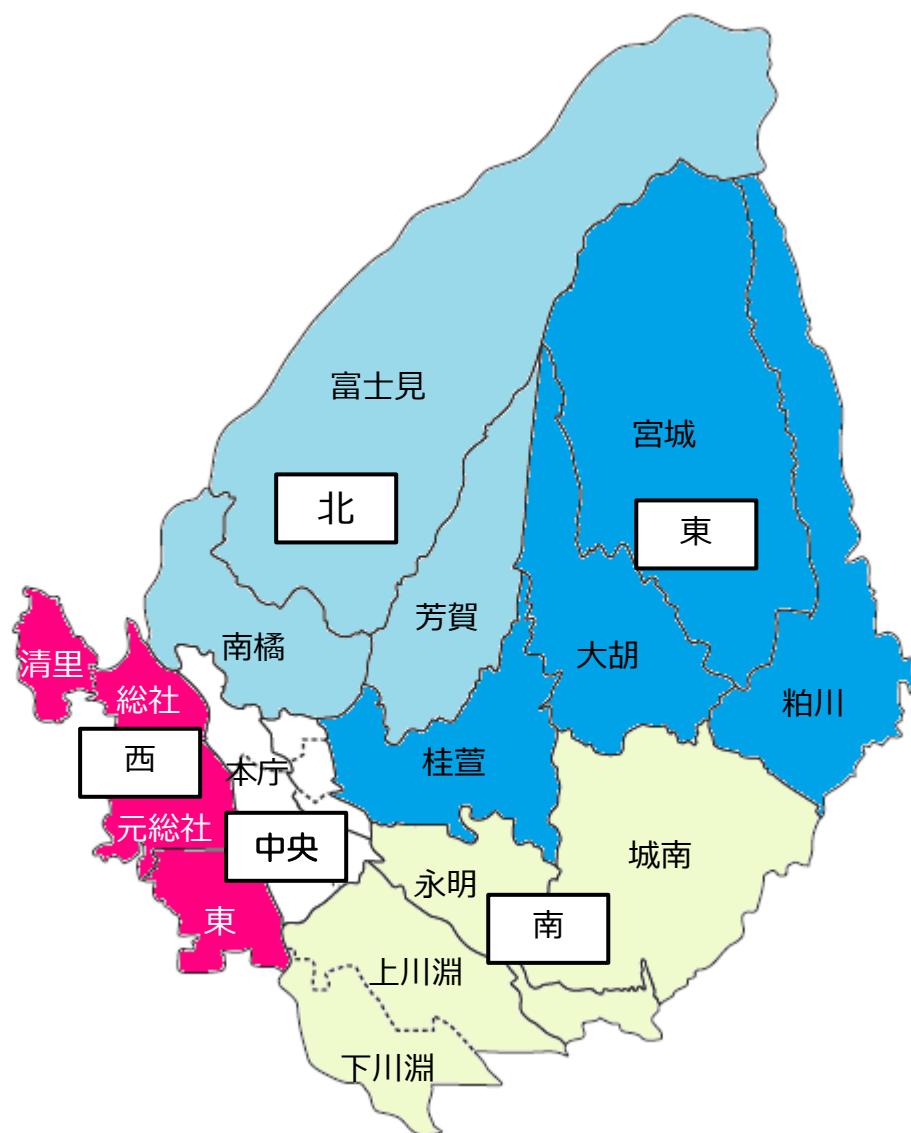
.....

5 居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所

・地域包括支援センター連絡先一覧

(1) 前橋市5ブロック制

前橋市では市内を5つのブロックに分け、医師会、歯科医師会等の多職種と連携できる仕組みづくりを進めています。(ブロックの地域については、P. 21 参照)



ブロック	地 区
中央	本庁(若宮・城東・中川・北部・中部・文京・南部)
東	桂萱・大胡・宮城・粕川
西	東・元総社・総社・清里
南	上川淵・下川淵・永明・城南
北	南橘・芳賀・富士見

(2) 前橋市地域包括支援センター担当地区一覧

ブロック	地域包括支援センター名	担当地区	町 名
中央 P.24	中央	文京・南部	天川原町一・二丁目、六供町一～五丁目、天川町、文京町一～四丁目、南町二～四丁目
	中央西	北部・中部	岩神町一～四丁目、敷島町、緑が丘町、昭和町一～三丁目、平和町一・二丁目、住吉町一・二丁目、大手町一～三丁目、紅雲町一・二丁目、千代田町一～五丁目、本町一・二丁目、表町一・二丁目、南町一丁目
	中央東	若宮・城東・中川	国領町一・二丁目、若宮町一～四丁目、日吉町一～四丁目、城東町一～五丁目、本町三丁目、三河町一・二丁目、朝日町一～四丁目
東 P.26	桂萱	桂萱	三俣町一～三丁目、幸塚町、上沖町、下沖町、西片貝町一～五丁目、東片貝町、上泉町、石関町、亀泉町、荻窪町、堀之下町、堤町、江木町、富田町の一部（東口ースタウン）
	東部	大胡・宮城粕川	大胡町、茂木町、堀越町、横沢町、滝窪町、東金丸町、河原浜町、樋越町、上大屋町、鼻毛石町、柏倉町、市之関町、三夜沢町、苗ヶ島町、馬場町、大前田町、粕川町（中之沢、室沢、月田、稲里、新屋、込皆戸、深津、女洲、西田面、前皆戸、上東田面、下東田面、一日市、中、膳）
西 P.28	東	東	箱田町、後家町、前箱田町、前箱田町二丁目、川曲町、稻荷新田町、下新田町、上新田町、小相木町、小相木町一丁目、古市町、古市町一・二丁目、江田町、朝日が丘町、光が丘町、大利根町一・二丁目、新前橋町、青葉町
	西部	元総社 総社・清里	元総社町、元総社町一～三丁目、大友町一～三丁目、大渡町一・二丁目、石倉町、石倉町一～五丁目、鳥羽町、下石倉町、総社町総社、総社町一～四丁目、総社町植野、総社町高井、高井町一丁目、総社町桜が丘、問屋町一・二丁目、池端町、上青梨子町、青梨子町、清野町
南 P.30	南部	上川淵 下川淵	上佐鳥町、礪島町、朝倉町、朝倉町一～四丁目、後関町、下佐鳥町、宮地町、西善町、山王町、山王町一・二丁目、中内町、東善町、広瀬町一～三丁目、公田町、横手町、亀里町、鶴光路町、新堀町、下阿内町、力丸町、徳丸町、房丸町、下川町
	永明	永明	天川大島町、天川大島町一～三丁目、上大島町、女屋町、上長磯町、東上野町、野中町、下長磯町、小島田町、駒形町、下大島町、下増田町
	城南	城南	下大屋町、泉沢町、富田町の一部（東口ースタウンを除く）、荒口町、荒子町、西大室町、東大室町、飯土井町、新井町、二之宮町、今井町、筑井町、小屋原町、上増田町、鶴が谷町、神沢の森
北 P.32	南橋	南橋	上細井町、下細井町、北代田町、下小出町一～三丁目、上小出町一～三丁目、龍蔵寺町、青柳町、荒牧町、荒牧町一～四丁目、日輪寺町、川端町、田口町、関根町、関根町一～三丁目、川原町、川原町一・二丁目、南橋町
	北部	芳賀 富士見	勝沢町、小神明町、端気町、五代町、鳥取町、小坂子町、嶺町、金丸町、高花台一・二丁目、富士見町（田島、引田、横室、原之郷、小沢、皆沢、時沢、小暮、石井、漆窪、市之木場、山口、米野、赤城山）

(3)居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧

中央

(中央ブロック:包括中央・中央西・中央東圏域)

居宅介護支援事業所(要介護の場合)

令和7年3月現在(新規事業所は令和7年4月現在)

No.	事業所名	所在地()	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	居宅介護支援センターいしかい	岩神町2-3-5	233-2263	233-8812	月-土	8:45-17:00 土曜のみ(8:45-12:00)	対応可	4人 (2・2)	有	中央西
2	在宅介護支援センター岩神	岩神町2-5-5	235-5181	235-5188	月-金	8:30-17:15	対応可	7人 (0・7)	有	中央西
3	ほたか居宅介護支援事業所	昭和町3-11-18	212-4802	212-6556	月-土 ・祝	9:00-18:00	対応可	9人 (1・8)	有	中央西
4	ライフ・リレーション	昭和町3-12-15	257-2135	257-8731	月-金	9:00-17:00	対応可	10人 (1・9)	有	中央西
5	株式会社サンケア	住吉町2-2-2	260-1227	260-1228	月-土	8:30-17:30	対応可	3人 (0・3)	有	中央西
6	居宅介護支援事業所すみよし	住吉町2-6-11	288-0606	288-0600	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	有	中央西
7	群馬中央病院附属居宅介護支援センター	紅雲町1-7-13	243-0080	220-5219	月-金	8:30-17:15	応相談	2人 (0・2)	有	中央西
8	居宅介護支援事業所シャリティエまえばし	表町2-18-8	221-6517	212-6555	月-土	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	有	中央西
9	居宅介護支援事業所ひまわり	表町2-30-3 ハーモニービル4F	212-0833	289-6007	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (0・1)	有	中央西
10	居宅介護支援事業所くるみ	天川原町2-1-1 B101号	221-5137	212-4261	月-金	9:00-17:00	応相談	1人 (0・1)	無	中央
11	ケアプランセンターマエバシ	天川原町2-46-22 五十嵐ビル202号室	212-2630	212-2635	月-金 ・祝	9:00-18:00	対応可	4人 (0・4)	無	中央
12	ライフケア和の樹	六供町2-1-1 グラ・エス・ワールド405	212-7078	212-8517	月-金	9:00-18:00	対応可	2人 (1・1)	有	中央
13	ニチイケアセンター前橋	六供町3-34-7	210-6120	210-6271	月-金	9:00-18:00	対応可	2人 (1・1)	有	中央
14	エフビー居宅介護支援事業所前橋	南町2-43-5 シェア前橋103号	226-1131	226-5337	月-金	9:30-17:00	対応可	3人 (1・2)	有	中央
15	群馬県看護協会前橋南居宅介護支援事業所	南町2-65-13	289-9550	260-8182	月-金	9:00-17:00	応相談	4人 (0・4)	有	中央
16	ケアサポート栞	南町3-21-3 松本ビル2F	212-0012	212-7754	月-金	8:30-17:30	対応可	4人 (0・4)	有	中央
17	ケアプランセンターげんき前橋南町	南町3-23-6	289-0099	289-0352	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (1・0)	有	中央
18	接骨師介護センター南部	南町3-39-8	257-8558	257-8558	月-日 ・祝	9:00-18:00	応相談	2人 (0・2)	無	中央
19	ケアマネジメント風の音	若宮町3-6-16	289-5049	050-3537-1218	月-土	8:30-17:00	応相談	3人 (1・2)	有	中央東
20	前橋市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	日吉町2-17-10	237-1113	219-0557	月-金	8:30-17:15	応相談	7人 (0・7)	有	中央東

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
21	社会福祉法人 恵風会 恵風園	日吉町2-20-14	233-5838	231-3420	月-金	8:30-17:30	対応可	4人 (1・3)	有	中央東
22	株式会社 小池ケアサービス	本町3-1-23	223-9988	289-0119	月-土 ・祝	8:30-17:30	応相談	5人 (1・4)	有	中央東
23	居宅介護支援事業所愛(まな)の家	朝日町4-5-5	225-2316	225-2317	月-金 ・祝	8:30-17:30	対応可	3人 (0・3)	有	中央東
24	ケアプランやよい	城東町5-2-6	289-8943	289-8947	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	無	中央東

小規模多機能型居宅介護事業所(要支援、要介護を問わず小規模多機能型の利用を考えている場合)

No.	事業所名	所在地()	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	小規模多機能ホームしょうわ	昭和町2-1-2	212-0660	212-0666	365日	24時間	応相談	2人 (0・2)	有	中央西
2	小規模多機能型居宅介護 ふれあいの家六供	六供町5-11-14	243-8800	243-8801	365日	24時間	対応可	2人 (0・2)	無	中央
3	小規模多機能ホーム 朱咲の家	南町1-12-7	289-3100	289-3101	365日	24時間	対応可	1人 (1・0)	有	中央
4	若宮こぐま館	若宮町4-16-1	225-5111	233-1011	365日	24時間	対応可	1人 (1・0)	有	中央東

看護小規模多機能型居宅介護事業所(医療的ケアが必要な要介護の方で、小規模多機能型の利用を考えている場合)

No.	事業所名	所在地()	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	こぐま館	日吉町2-8-3	232-6111	231-5211	365日	24時間	対応可	1人 (1・0)	有	中央東

地域包括支援センター(要支援または判断に迷う場合)

No.	事業所名	所在地()	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ
			電話番号	FAX番号					
1	前橋市地域包括支援センター中央	大手町二丁目12-1	898-6275	223-4400	月～金	8:30～17:15	応相談	9人 (1・8)	有
2	前橋市地域包括支援センター中央西	紅雲町一丁目7-13	288-0462	288-0463	月～金	8:30～17:15	応相談	6人 (3・3)	有
3	前橋市地域包括支援センター中央東	日吉町二丁目20-14	260-6815	260-6816	月～金	8:30～17:30	応相談	8人 (1・7)	有

※1 対応可:原則として営業日以外も対応は可能

(体制が薄い場合や対応可能な曜日を限定する場合あり)

応相談:緊急対応や営業時間内に事前相談があった場合などは状況により対応可能

(担当利用者のみで新規利用者には対応できない場合など、対象を限定する場合あり)

居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧
(東ブロック:包括桂萱・東部圏域)

東

居宅介護支援事業所(要介護の場合)

令和7年3月現在(新規事業所は令和7年4月現在)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	ニコットプラン前橋	三俣町3-30-3 NFビル3F	230-8050	230-8051	月-金	9:00-17:00	応相談	1人 (0・1)	有	桂萱
2	居宅介護支援事業所かりん	西片貝町1—313—5新昇マンション201	289-8024	289-8034	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (0・1)	無	桂萱
3	ケアプランセンターあゆいーね	西片貝町2-116 藤ハイB202	212-8286	212-8286	月-金 ・祝	9:00-17:00	応相談	1人 (0・1)	無	桂萱
4	SOMPOケア前橋居宅介護支援	西片貝町5-19-6 EAST STREET南棟A号室	224-1760	243-8823	月-金	9:00-18:00	応相談	1人 (0・1)	有	桂萱
5	ケアマネジメント片貝	東片貝町97-7	243-1380	212-2275	月-金	9:00-17:00	対応可	1人 (0・1)	無	桂萱
6	ルル居宅介護支援事業所	東片貝町525-1 アンソル1三崎101	212-5630	212-5430	月-金	8:30-17:30	応相談	3人 (1・2)	有	桂萱
7	こぐま館居宅介護支援事業所	上泉町677-2	288-0111	231-2211	月-金 ・祝	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	有	桂萱
8	群馬県看護協会訪問看護ステーション居宅介護支援事業所	上泉町 1858-7	269-5726	264-0078	月-金	9:00-17:00	応相談	6人 (0・6)	有	桂萱
9	明風園居宅介護支援事業所	亀泉町1-26	260-3205	269-4389	月-金	8:30-17:30	応相談	3人 (1・2)	有	桂萱
10	居宅介護支援事業所やまと	江木町76	289-0164	289-8016	月-金	8:30-17:30	応相談	3人 (1・2)	有	桂萱
11	ビハーラ寿苑居宅介護支援センター	江木町1072	269-1161	269-1134	月-土 ・祝	9:00-17:00	対応可	1人 (0・1)	有	桂萱
12	やすらぎ園居宅介護支援事業所	江木町1225-1	269-1667	269-6250	月-金	8:30-17:30	応相談	3人 (0・3)	有	桂萱
13	居宅介護支援事業所あらとがわ	茂木町1388-1 グリーンハイツ6-101号	212-2530	212-2531	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	無	東部
14	居宅介護支援事業所 明光園	樋越町19- 1	283-3258	289-6022	月-金	8:30-17:30	応相談	2人 (0・2)	有	東部
15	きずな居宅介護支援事業所	上大屋町365-19	283-9641	212-3282	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (1・0)	無	東部
16	居宅介護支援事業所あゆみの里	柏倉町2189-223	280-2520	280-2324	月-金	8:30-17:30	応相談	3人 (1・2)	有	東部
17	宮城の里居宅介護支援事業所	市之関町401	230-4107	230-4132	月-土 ・祝	8:00-17:00	対応可	6人 (1・5)	有	東部
18	居宅介護支援事業所花びより	苗ヶ島町1552-2	289-8587	289-8589	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	無	東部
19	居宅介護支援事業所元気の郷	粕川町月田400	280-9111	280-9110	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	有	東部
20	ケアプランセンターすまいる	粕川町深津1938-23	080-4868-0836	212-0680	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (1・0)	有	東部
21	居宅介護支援事業所長屋	粕川町女淵1115-3	285-5589	285-5589	月-金	8:30-18:00	対応可	1人 (1・0)	無	東部

小規模多機能型居宅介護事業所(要支援、要介護を問わず小規模多機能型の利用を考えている場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	小規模多機能ホームみつまた	三俣町1-5-17	289-3322	289-3323	365日	8:30-17:30	対応可	1人 (1・0)	有	桂萱
2	小規模多機能の家 おぎくぼんち	荻窪町1266-10	212-6734	212-6735	365日	9:00-18:00	応相談	2人 (0・2)	有	桂萱

前橋市地域包括支援センター(要支援または判断に迷う場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ
			電話番号	FAX番号					
1	前橋市地域包括支援センター桂萱	江木町1251-1	264-0808	264-0556	月～金	8:30～17:30	応相談	7人 (4・3)	有
2	前橋市地域包括支援センター東部	堀越町1658-1	283-8655	283-2448	月～金	8:30～17:15	応相談	9人 (2・7)	有

※1 対応可:原則として営業日以外も対応は可能

(体制が薄い場合や対応可能な曜日を限定する場合あり)

応相談:緊急対応や営業時間内に事前相談があった場合などは状況により対応可能

(担当利用者のみで新規利用者には対応できない場合など、対象を限定する場合あり)

居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧
(西ブロック:包括東・西部圏域)

西

居宅介護支援事業所(要介護の場合)

令和7年3月現在(新規事業所は令和7年4月現在)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	前橋ケアセンターそよ風	箱田町428-1	280-4805	280-4808	月-金	9:00-18:00	応相談	1人 (0・1)	有	東
2	あじさい園	川曲町536	280-5588	280-5589	月-金	8:30-17:30	対応可	4人 (1・3)	有	東
3	居宅介護支援事業所あずま荘	上新田町603-1	255-1511	255-1512	月-金	8:30-17:15	応相談	6人 (2・4)	有	東
4	ケアプランセンター アズイズ	上新田町1029-2- A	225-2331	225-2334	月-金	9:00-17:30	対応可	1人 (1・0)	無	東
5	居宅介護支援事業所コスモス苑	光が丘町11-3	215-8900	215-9387	月-土 ・祝	9:00-18:00	対応可	1人 (1・0)	無	東
6	前橋ケアプラザ	大利根町1-38-7 C I T 大利根ビル201	212-0127	212-0128	月-金	9:00-17:00	応相談	3人 (0・3)	無	東
7	大利根ろまん亭	大利根町2-39-9	252-7735	252-7782	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	有	東
8	わかば病院居宅介護支援事業所	新前橋町4-4	280-4777	212-5670	月-土	9:00-17:30 (土12時半迄)	不可	2人 (0・2)	無	東
9	県央福祉ケアプラン	新前橋町18-48 ひいらぎ駅前ビル2F	289-0256	289-0257	月-金	9:00-18:00	対応可	3人 (1・2)	有	東
10	居宅介護支援事業所里のうさぎ	元総社町143 上信コーポ312号	225-2128	225-2129	月-金	9:00-18:00	応相談	1人 (0・1)	無	西部
11	前橋川原ケースマネジメント	元総社町992-17	289-0073	256-8185	月-土	8:30-17:30	応相談	6人 (1・5)	有	西部
12	エムダブルエス日高元総社	元総社町1213-2	212-9711	212-9712	月-土 ・祝	8:30-17:30	対応可	4人 (0・4)	有	西部
13	株式会社ケア・グループ	元総社町1-7-5	219-3533	219-3534	月-金	9:00-18:00	応相談	2人 (1・1)	有	西部
14	居宅介護支援事業所クレスト	大友町2-29-28 あさひレジデンス大友201	289-5283	289-5483	月-金	9:00-18:00	対応可	3人 (2・1)	無	西部
15	ケアプランなつめ	大友町2-10-9	289-6865	289-6265	月-金	8:30-17:30	不可	1人 (0・1)	無	西部
16	ケアプランセンターあたたか前橋	大友町2-25-12 YKt`#2階	212-4205	212-4217	月-金	9:00-18:00	対応可	2人 (0・2)	無	西部
17	ケアプランセンター老研	大友町3-22-9	253-3398	254-3836	月-土	8:30-17:00 第1・3・5土曜は12:30迄	対応可	9人 (2・7)	有	西部
18	ウェルスタイル前橋居宅介護支援事業所	大渡町1-22-7	256-7675	260-8231	月-土	9:00-18:00	対応可	5人 (3・2)	有	西部
19	居宅介護支援センターおうみ	総社町総社2628	212-1782	212-1781	月-金	8:30-17:30	応相談	2人 (2・0)	無	西部
20	ケアプランセンター陽光	総社町総社3051-4	253-8343	253-8347	月-金	8:30-17:30	応相談	5人 (0・5)	有	西部

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
21	ケアプランセンターFIRST	総社町2-5-12 NHビル1階2号	212-3677	212-3602	月-金	9:00-18:00	対応可	3人 (0・3)	有	西部
22	まごころハウス	総社町桜が丘1035-3	251-0180	251-0220	月-金	9:00-18:00	応相談	1人 (0・1)	有	西部
23	居宅介護支援室フルール	池端町621-4	080-1009-5974	257-7019	月-金	9:00-18:00	対応可	1人 (1・0)	有	西部
24	居宅介護支援事業所 清里荘	青梨子町503	254-1400	254-1514	月・土 ・祝	8:30-17:30	不可	3人 (1・2)	有	西部

小規模多機能型居宅介護事業所(要支援、要介護を問わず小規模多機能型の利用を考えている場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	小規模多機能あづま	箱田町206-1	212-7171	212-7172	365日	24時間	対応可	1人 (0・1)	有	東
2	小規模多機能居宅ホームあじさいでんでんタウン	川曲町41-1	289-9797	289-9798	365日	24時間	対応可	1人 (0・1)	有	東
3	小規模多機能の家じゃんけんぼん大根前橋	上新田町881	226-5002	226-5003	365日	24時間	対応可	1人 (0・1)	有	東
4	小規模多機能型居宅介護 総社の杜	大渡町1-11-8	255-3322	251-3360	365日	9:00-17:00	対応可	2人 (0・2)	有	西部
5	サテライト型小規模多機能樹の花やまぼうし	大渡町1-14-12	253-6567	226-5511	365日	24時間	対応可	2人 (0・2)	有	西部

前橋市地域包括支援センター(要支援または判断に迷う場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ
			電話番号	FAX番号					
1	前橋市地域包括支援センター東	川曲町536	280-5590	280-5589	月～金	8:30～17:30	応相談	8人 (0・8)	有
2	前橋市地域包括支援センター西部	大友町3-22-9	255-3100	254-3836	月～金	8:30～17:00 第1・3・5土曜のみ (8:30～12:30)	応相談	7人 (3・4)	有

※1 対応可:原則として営業日以外も対応は可能

(体制が薄い場合や対応可能な曜日を限定する場合あり)

応相談:緊急対応や営業時間内に事前相談があった場合などは状況により対応可能

(担当利用者のみで新規利用者には対応できない場合など、対象を限定する場合あり)

居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧

南

(南ブロック:包括南部・永明・城南圏域)

居宅介護支援事業所(要介護の場合)

令和7年3月現在(新規事業所は令和7年4月現在)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	在宅介護支援センター春日の里	上佐鳥町774	265-6688	265-6662	月-金	8:30-17:30	応相談	4人(3・1)	有	南部
2	在宅支援センター朝倉	朝倉町831-1	265-3501	265-3910	月-金	8:30-17:00	応相談	11人(2・9)	無	南部
3	居宅介護支援事業所 ほなみ	朝倉町842-1	212-3025	212-3024	月-金	8:30～17:30	応相談	2人(0・2)	有	南部
4	居宅介護支援事業所ハンドツートハンド	朝倉町947-1	290-3388	289-9192	月-金 ・祝	9:00-18:00	応相談	1人(0・1)	無	南部
5	介護老人保健施設 山王ライフ	山王町133	266-8611	266-8612	月-金	8:30-17:30	応相談	3人(1・2)	有	南部
6	プランセンターあすなろ	山王町1-3-4	266-5704	215-0070	月-金 ・祝	9:00-18:00	対応可	1人(1・0)	無	東部
7	居宅介護支援事業所ウィル	山王町2-20-16	266-7886	266-7886	月-土	8:45-18:00 (水、土曜13時迄)	対応可	1人(0・1)	無	南部
8	J A 前橋市居宅介護支援事業所	中内町40-4	226-5253	226-5490	月-金	8:30-17:30	対応可	4人(1・3)	有	南部
9	居宅介護支援事業所リハ・エイド	新堀町819-2	289-6480	289-6482	月-金	9:00-17:00	応相談	1人(0・1)	無	南部
10	居宅介護支援事業所桜桃園	房丸町48-1	289-0112	290-3737	月-金	8:30-17:30	対応可	2人(0・2)	有	南部
11	かけはし居宅介護支援事業所	天川大島町57-1	289-2207	289-2208	月-金	9:00-17:00	応相談	4人(0・4)	無	永明
12	ケアプランゆたか	天川大島町124-1 ひまわりｸﾞﾗﾝᴳA棟2号	212-8817	226-1129	月-金	8:30-17:30	対応可	1人(1・0)	無	永明
13	やまきケアマネジメント	天川大島町3-10-1	289-0714	289-0715	月-金 ・祝	8:30-17:30	対応可	2人(0・2)	無	永明
14	ケアプランセンターあい	天川大島町3-17-24	287-3232	287-3222	月-金	9:00-18:00	応相談	4人(0・4)	有	永明
15	ケアプランセンター音色	天川大島町3-27-1	212-0796	212-0797	月-金	8:30-17:00	応相談	1人(0・1)	無	永明
16	居宅介護支援事業所 えいめい	天川大島町3-705	290-2333	290-2558	月-金	8:30-17:30	応相談	4人(2・2)	有	永明
17	居宅介護支援事業所いちか	東上野町139-1	212-6009	212-8160	月-金	8:30-17:30	対応可	1人(0・1)	無	永明
18	けやき苑居宅介護支援センター	下大島町596-1	266-2286	266-5166	月-金	8:30-17:15	対応可	4人(0・4)	有	永明
19	居宅介護支援事業所 福助	下増田町745-20	080-4028-2462	288-0263	月-金	9:00-18:00	応相談	1人(1・0)	無	永明
20	ケアサポートますだ	下増田町1202-2	212-6094	266-5094	月-金	9:00-18:00	応相談	1人(1・0)	無	永明

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
21	すみれ荘居宅介護支援事業所	富田町1180-1	268-5565	268-5563	月-土	8:30-17:30	対応可	6人 (3・3)	有	城南
22	居宅介護支援事業所シグナル	西大室町1781-2	268-2091	268-3800	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	無	城南
23	有限会社ケア青い鳥	西大室町2431-2	268-3868	268-3869	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	無	城南
24	善衆会介護支援事業所	筑井町54-1	289-3864	289-3874	月-金	8:30-17:00	応相談	6人 (2・4)	有	城南
25	居宅介護支援事業所きせ	小屋原町977-3	267-9955	266-1928	月-土	8:30-17:30	応相談	2人 (0・2)	有	城南
26	ふれんずケアプラン	上増田町566	266-1450	266-1481	月-金	9:00-17:00	対応可	1人 (1・0)	無	城南
27	上毛の里介護支援センター	上増田町600	267-0820	266-9502	月-土	8:30-17:30	応相談	4人 (0・4)	有	城南

小規模多機能型居宅介護事業所(要支援、要介護を問わず小規模多機能型の利用を考えている場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	J A 前橋市小規模多機能ホーム上陽	中内町40-4	226-5933	226-5762	365日	8:30-17:30	応相談	2人 (1・1)	有	南部
2	ウェルスタイル朝倉	朝倉町894-2	265-5703	265-5705	365日	8:30-17:30	対応可	1人 (0・1)	有	南部
3	小規模多機能ホームすずかけの家	天川大島町1441	289-6877	289-6866	365日	24時間	応相談	1人 (0・1)	有	永明
4	小規模多機能型居宅介護ウェルスタイル筑井	筑井町16-1	263-8131	261-8303	365日	24時間	応相談	1人 (1・0)	有	城南

前橋市地域包括支援センター(要支援または判断に迷う場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ
			電話番号	FAX番号					
1	前橋市地域包括支援センター南部	朝倉町830-1	265-1700	265-6612	月～金	8:30～17:00	応相談	9人 (1・8)	有
2	前橋市地域包括支援センター永明	天川大島町3-705	290-2880	290-2881	月～金	8:30～17:30	応相談	7人 (2・5)	有
3	前橋市地域包括支援センター城南	上増田町600	267-9898	266-9502	月～金	8:30～17:30	応相談	6人 (3・3)	有

※1 対応可:原則として営業日以外も対応は可能

(体制が薄い場合や対応可能な曜日を限定する場合あり)

応相談:緊急対応や営業時間内に事前相談があった場合などは状況により対応可能

(担当利用者のみで新規利用者には対応できない場合など、対象を限定する場合あり)

居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧

北

(北ブロック:包括南橋・北部圏域)

居宅介護支援事業所(要介護の場合)

令和7年3月現在(新規事業所は令和7年4月現在)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	医療法人前橋北病院ほそい居宅介護支援事業所	下細井町692	080-5203-5829	289-6625	月-金	9:00-18:00	応相談	1人 (0・1)	有	南橋
2	あなたサポート	北代田町597-5	257-0583	257-8489	月-金	8:30-17:15	対応可	1人 (1・0)	無	南橋
3	介護支援センターおやこ	上小出町1-33-5	225-7021	225-7145	月-金	9:00-17:00	対応可	3人 (0・3)	有	南橋
4	居宅介護支援事業所かいたく	上小出町2-34-16 ケイ・エス 101	212-0953	212-0954	月-金	8:30-17:00	対応可	2人 (0・2)	無	南橋
5	四季の杜介護相談室	下小出町1-28-19	225-8011	225-8033	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (1・0)	有	南橋
6	ケア桃太郎前橋営業所	下小出町1-29-31 コーポ 藤205	231-2555	226-6055	月-金	9:00-18:00	応相談	1人 (0・1)	無	南橋
7	ひより居宅介護支援センター	青柳町379-1	212-1117	212-1116	月-金	9:00-18:00	対応可	1人 (0・1)	有	南橋
8	パナケア真中(株)前橋居宅介護支援事業所	荒牧町1-15-4	226-5888	230-1511	月-金	8:30-17:30	応相談	4人 (0・4)	有	南橋
9	居宅介護支援事業所孫の手・ぐんま中央	荒牧町1-34-10	231-3005	231-3006	月-金 ・祝	8:30-17:30	応相談	6人 (0・6)	有	南橋
10	介護支援センター創春館	日輪寺町342-1	289-0854	234-6456	月-土	8:30-17:30	応相談	5人 (3・2)	有	南橋
11	ケアプランセンター絆	田口町1205-4	232-4165	232-6541	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (0・1)	有	南橋
12	在宅介護支援センターせきね園	関根町668	235-3768	235-3587	月-金	8:30-17:30	応相談	3人 (1・2)	有	南橋
13	ケアプラン太陽	五代町120-1	264-1300	269-1581	月-金	8:30-17:30	対応可	3人 (0・3)	無	北部
14	ベースヒル居宅介護支援事業所	鳥取町766-23	226-5585	212-6086	月-金	8:30-17:30	応相談	1人 (0・1)	無	北部
15	老人保健施設一羊館居宅介護支援事業所	小坂子町1012-5	257-0603	269-6668	月-金	8:30-17:30	対応可	3人 (2・1)	有	北部
16	ほのぼの荘居宅介護支援事業所	金丸町252-1	269-1207	269-1173	月-金	8:30-17:30	応相談	5人 (0・5)	有	北部
17	ケアプランセンターゆとり	富士見町原之郷893-1 シェルA102	212-0818	212-0848	月-金	8:30-17:30	応相談	2人 (0・2)	無	北部
18	ふじみ居宅介護支援センター	富士見町小沢117-2	288-1800	212-8815	月-土 ・祝	8:30-17:30	応相談	5人 (0・5)	有	北部
19	JA群馬厚生連	富士見町小沢534-9	230-5277	230-5278	月-金	8:30-17:00	不可	2人 (0・2)	有	北部
20	居宅介護支援室みゅーず	富士見町時沢1365-2	288-8634	212-8001	月-金	9:00- 17:00	応相談	3人 (1・2)	無	北部

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
21	富士見ケアマネジメント	富士見町小暮1588-9	288-8906	288-4816	月-金	8:00-16:00	対応可	1人 (0・1)	有	北部
22	ケアプランセンター蒼(そら)	富士見町石井1034-7	289-6957	289-6967	月-金	9:00-18:00	応相談	1人 (1・0)	無	北部
23	居宅介護支援事業所ミント	富士見町漆窪16	289-2056	289-2141	月-金	8:30-17:30	対応可	1人 (1・0)	有	北部

小規模多機能型居宅介護事業所(要支援、要介護を問わず小規模多機能型の利用を考えている場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ	包括圏域
			電話番号	FAX番号						
1	小規模多機能あったかほーむ前橋下小出	下小出町2-30-18	219-2200	219-2211	365日	24時間	対応可	1人 (1・0)	有	南橋
2	小規模多機能ホーム春らんらん	荒牧町2-36-1	288-0200	234-2223	365日	24時間	応相談	1人 (0・1)	有	南橋
3	小規模多機能居宅介護 芳賀のうさぎ	鳥取町780-1	226-5805	226-5815	365日	24時間	対応可	2人 (1・1)	有	北部
4	小規模多機能ホーム星辰の家	富士見町時沢703-1	212-8800	212-8811	365日	9:00～16:00	応相談	1人 (1・0)	有	北部

前橋市地域包括支援センター(要支援または判断に迷う場合)

No.	事業所名	所在地(前橋市)	市外局番 027		営業日	営業時間	営業時間外 の対応(※1)	ケアマネ人数 (男・女)	ホーム ページ
			電話番号	FAX番号					
1	前橋市地域包括支援センター南橋	関根町668	235-3577	235-3587	月～金	8:30～17:30	応相談	8人 (1・7)	有
2	前橋市地域包括支援センター北部	富士見町小沢117-2	288-7770	288-7745	月～土	8:30～17:30	応相談	8人 (1・7)	有

※1 対応可:原則として営業日以外も対応は可能

(体制が薄い場合や対応可能な曜日を限定する場合あり)

応相談:緊急対応や営業時間内に事前相談があった場合などは状況により対応可能

(担当利用者のみで新規利用者には対応できない場合など、対象を限定する場合あり)

6 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

(令和7年1月現在)

病院名 (病院所在地)	すでに介護保険を利用していた (ケアマネが付いている場合)		②退院調整の期間 (7日間程度)を残し、 在宅判断は可能？ (判断をするのは誰か)	③誰がケアマネ に電話をする？	④ケアマネとの 面談主体は？	⑤誰がケアマネ に退院日を連絡 する？	新たに介護保険を利用する場合		
	①担当ケアマネからの 入院時情報の提出先						⑥誰が介護保険 を説明する？	⑦誰がケアマネ 契約の支援をす る？	⑧誰が契約後の ケアマネと連絡を 取り合う？
	(電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合							
国立大学法人 群馬大学医学部附属病院 (〒371-8511 前橋市昭和町3-39-15)	入退院センター TEL:027-220-8777	入退院センター FAX:027-220-8779 ※送信時に電話連絡 TEL:027-220-8777	△(Dr判断) ※急性期病院であり、病状の回復とともに医師の判断で退院が決まるため、7から10日前に在宅判断をできないこともある。	入退院支援担当者又は 病棟看護師	病棟看護師	患者支援センターが退院調整に介入していれば、 患者支援センターの担当者。調整に介入していない場合、病棟看護師	患者支援センターの担当者	患者支援センターの担当者	患者支援センターの担当者
群馬県立心臓血管センター (〒371-0004 前橋市亀泉町甲3-12)	直接病棟看護師 (電話連絡不要。) ※入院先が分からない時は入院窓口又は事務当直に確認 (病棟での対応) ①当日受け持ち看護師 ②看護師長又は師長代行 代表TEL:027-269-7455	地域医療連携室(MSW直通) FAX:027-269-7050	△(Dr判断)	<病棟> ①当日受け持ち看護師 ②看護師長又は師長代行	<病棟> ①当日受け持ち看護師 <地域連携室> MSW	<病棟> ①当日受け持ち看護師 ②看護師長又は師長代行 <地域連携室> MSW	<地域連携室> MSW	<地域連携室> MSW	<地域連携室> MSW
日本赤十字社 前橋赤十字病院 (〒371-0811 前橋市朝倉町389-1)	患者支援センター 代表TEL:027-265-3333	患者支援センター (退院支援室) FAX:027-225-5273	× ※医師は治癒終了の判断を行う。在宅可能かは本人・家族との話し合いが必要。	退院支援室 MSW 病棟看護師 家族	MSW 病棟看護師	MSW 病棟看護師 家族	MSW	MSW	MSW
公益財団法人 老年病研究所附属病院 (〒371-0847 前橋市大友町3-26-8)	電話連絡後、地域連携室・相談室へ TEL:027-253-4108	地域連携室・相談室 FAX:027-253-4135	△(Dr判断) 病状や家族との相談による	地域連携室・相談室の 担当MSW 家族	地域連携室・相談室の 担当MSW 状態確認のみの場合は 病棟看護師	地域連携室・相談室の 担当MSW 家族	地域連携室・相談室の 担当MSW	地域連携室・相談室の 担当MSW	地域連携室・相談室の 担当MSW
独立行政法人 地域医療機能推進機構 群馬中央病院 (〒371-0025 前橋市紅雲町1-7-13)	地域医療連携センター (患者支援室、医療福祉相談室) 代表TEL:027-221-8165	地域医療連携センター FAX:027-223-1374	△(多職種カンファレンス)	地域医療連携センター (担当MSW、担当患者 支援室Ns) または病棟Ns	地域医療連携センター (担当MSW、担当患者 支援室Ns)	地域医療連携センター (担当MSW、担当患者 支援室Ns) または病棟Ns	地域医療連携センター(担当MSW、担当患者支援室Ns)	地域医療連携センター(担当MSW、担当患者支援室Ns)	地域医療連携センター(担当MSW、担当患者支援室Ns)
公益社団法人前橋積善会 厩橋病院 (〒371-0002 前橋市江木町1241)	医療福祉相談室 代表TEL:027-269-2530	医療福祉相談室 FAX:027-269-2545	○(主治医判断) ※本人、家族との相談による	医療福祉相談室 担当PSW	医療福祉相談室 担当PSW 状態確認の場合は主治医又は病棟Ns	医療福祉相談室 担当PSW	医療福祉相談室 担当PSW	医療福祉相談室 担当PSW	医療福祉相談室 担当PSW

6 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

(令和7年1月現在)

病院名 (病院所在地)	すでに介護保険を利用していた (ケアマネが付いている場合)		②退院調整の期間 (7日間程度)を残し、 在宅判断は可能？ (判断をするのは 誰か)	③誰がケアマネ に電話をする？	④ケアマネとの 面談主体は？	⑤誰がケアマネ に退院日を連絡 する？	新たに介護保険を利用する場合		
	①担当ケアマネからの 入院時情報の提出先						⑥誰が介護保険 を説明する？	⑦誰がケアマネ 契約の支援をす る？	⑧誰が契約後の ケアマネと連絡を 取り合う？
	(電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合							
医療法人高柳会 赤城病院 (〒371-0002 前橋市江木町1072)	医療福祉相談室 代表TEL:027-269-5111	医療福祉相談室 代表FAX:027-269-5112	△(Dr判断)	医療福祉相談室又は、 家族	医療福祉相談室 状態確認の場合は、Ns.	医療福祉相談室又は、 家族	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室又は、家 族
医療法人中沢会 上毛病院 (〒379-2152 前橋市下大島町596-1)	医療福祉相談室 代表TEL:027-266-1482	医療福祉相談室 FAX:027-266-1615	○(Dr判断や家族希望で×の場 合も)	医療福祉相談室	医療福祉相談室 状態確認の場合は、病 棟Ns	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室
東前橋整形外科病院 (〒379-2104 前橋市西大室町1302-2)	病院 代表TEL:027-268-5777	病院 FAX:027-226-5234	△(Dr判断)	地域医療連携室の 社会福祉士	地域医療連携室の 社会福祉士	地域医療連携室の 社会福祉士	地域医療連携室の 社会福祉士	地域医療連携室の 社会福祉士	地域医療連携室の 社会福祉士
社会福祉法人恩賜財団 済生会支部 群馬県済生会前橋病院 (〒371-0821 前橋市上新田町564-1)	医療福祉相談課 入退院支援センター TEL:027-252-6011	医療福祉相談課 入退院支援センター FAX:027-289-6088	△(医師の判断) ※急性期病院であり、病状の回 復とともに医師の判断で退院が 決まるため、7から10日前に在宅 判断をできないこともある。	家族又は病棟Ns 退院支援専任者 (入退院Ns or MSW)	退院支援専任者 (入退院Ns or MSW) 又は病棟Ns	病棟Ns又は家族 退院支援専任者 (入退院Ns or MSW)	退院支援専任者 (入退院Ns or MSW)	退院支援専任者 (入退院Ns or MSW)	退院支援専任者 (入退院Ns or MSW)
群馬中央医療生活協同 組合 前橋協立病院 (〒371-0811 前橋市朝倉町828-1)	病棟 (電話連絡不要。) ※入院病棟がわからない場合 は、ご家族に確認又は地域連 携相談センターへ連絡。 代表TEL:027-265-3511	地域連携相談センター FAX:027-265-5980	△(医師の判断)	病棟NsもしくはMSW・退 院支援Ns	病棟NsもしくはMSW・退 院支援Ns	病棟NsもしくはMSW・退 院支援Ns	病棟Nsもしくは依頼があ ればMSW・退院支援Ns	病棟Nsもしくは依頼があ ればMSW・退院支援Ns	病棟NsもしくはMSW・退院 支援Ns
医療法人社団善衆会 善衆会病院 (〒379-2115 前橋市箕井町54-1)	地域連携室 TEL:027-289-8854 ※事前連絡により、担当のMS W・Nsが出来る限り対応し、 情報共有をさせて頂きたい。	地域連携室 専用FAX027-289-8910	多職種で検討して判断可 (次回の採血結果次第、来週中 等の目安で報告することで良け れば可能)	地域連携室 病棟担当MSW、退院支 援Ns	地域連携室 病棟担当MSW、退院支 援Ns	地域連携室 病棟担当MSW、退院支 援Ns	地域連携室 病棟担当MSW、退院支 援Ns	地域連携室 病棟担当MSW、退院支 援Ns	地域連携室 病棟担当MSW、退院支 援Ns

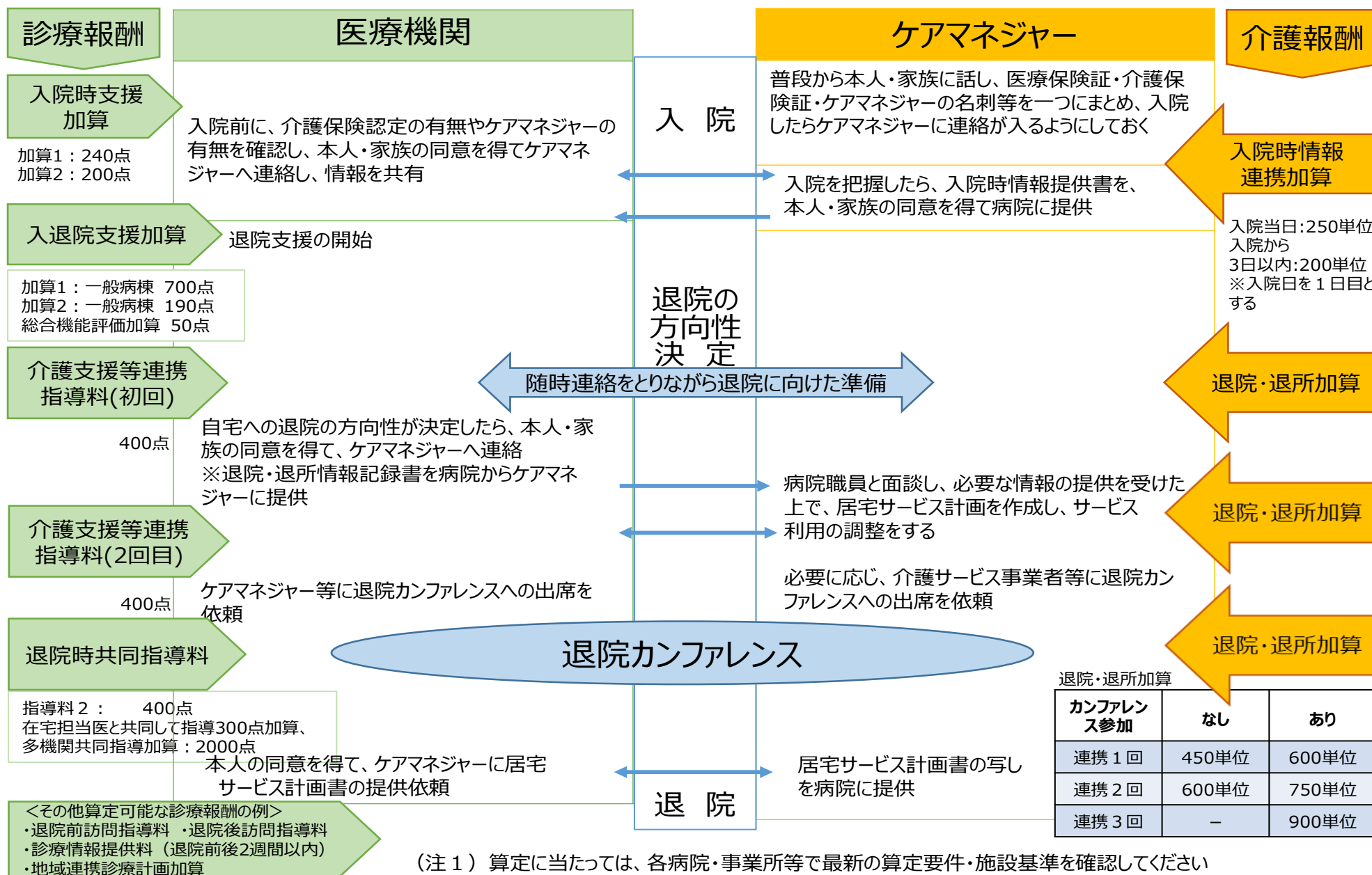
6 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

(令和7年1月現在)

病院名 (病院所在地)	すでに介護保険を利用していた (ケアマネが付いている場合)		②退院調整の期間 (7日間程度)を残し、 在宅判断は可能？ (判断をするのは 誰か)	③誰がケアマネ に電話をする？	④ケアマネとの 面談主体は？	⑤誰がケアマネ に退院日を連絡 する？	新たに介護保険を利用する場合		
	①担当ケアマネからの 入院時情報の提出先						⑥誰が介護保険 を説明する？	⑦誰がケアマネ 契約の支援をす る？	⑧誰が契約後の ケアマネと連絡を 取り合う？
	(電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合							
医療法人社団敬寿会 前橋城南病院 (〒379-2161 前橋市富田町1172-1)	地域医療連携室 代表TEL:027-268-4111	地域医療連携室 代表FAX:027-268-4114	△(Dr判断)	地域医療連携室 又は家族	地域医療連携室 又は家族	地域医療連携室 又は家族	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
医療法人積心会 富沢病院 (〒371-0014 前橋市朝日町4-17-1)	地域医療連携室 代表TEL:027-224-3955	地域医療連携室 FAX:027-224-3902	△(Dr判断) 病棟や家族との相談による	地域医療連携室又は 家族	地域医療連携室又は 家族	地域医療連携室又は 家族	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室又は 家族
医療法人一羊会 上武呼吸器科内科病院 (〒371-0048 前橋市田口町586-1)	医療連携室 代表TEL:027-232-5000	医療連携室 代表FAX:027-232-5002	△(Dr判断)	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室	事業所一覧を渡して補足 説明(契約案内そのもの は、自施設誘導を避けるた め病院ではしていない。)	医療連携室
医療法人 前橋北病院 (〒371-0054 前橋市下細井町692)	地域連携室MSW 代表TEL:027-235-3333 直通TEL:080-5323-8435	地域連携室 直通FAX:027-289-3387	○(Dr判断)	地域連携室 病棟Ns	地域連携室	地域連携室 病棟Ns	地域連携室	地域連携室	地域連携室
医療法人相生会 わかば病院 (〒371-0843 前橋市新前橋町3-3)	患者支援室、病棟 代表TEL:027-255-5252	患者支援室 代表FAX:027-255-5353	△(Dr判断)	患者支援室 家族 病棟Ns	患者支援室 病棟Ns(状態確認の場 合)	患者支援室 病棟Ns	患者支援室	患者支援室	患者支援室 病棟Ns リハビリスタッフ
医療法人社団清宮医院 山王リハビリテーション病 院 (〒379-2123 前橋市山王町133)	病院MSW TEL:027-266-8622	病院 FAX:027-266-8623	○(Dr判断)	MSW	MSW	MSW	MSW	MSW	MSW

7 参考資料 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（令和7年）

前橋市長寿包括ケア課確認



◇地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

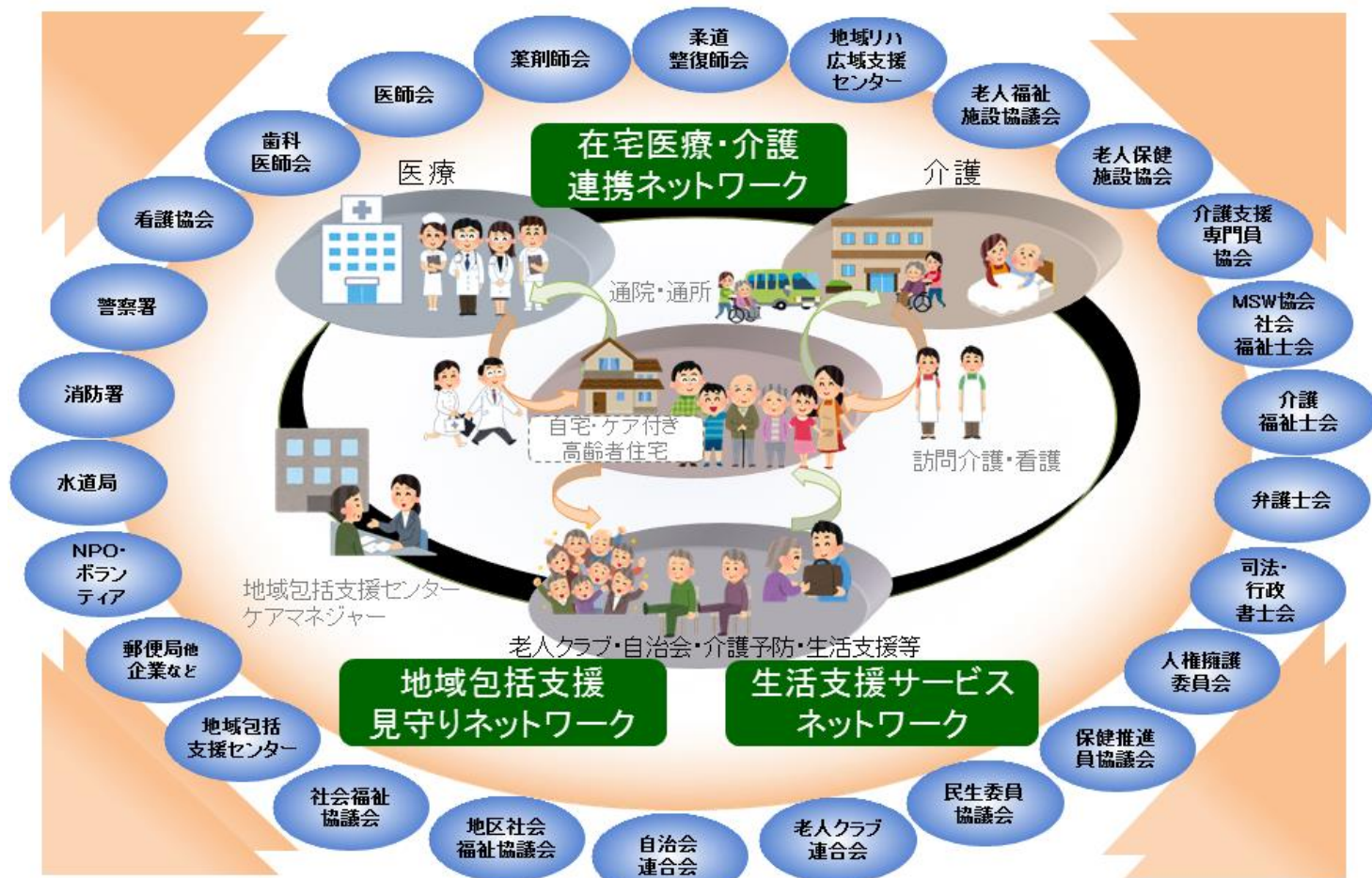
今後も認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていくことが必要となります。

また、都市部や町村部等、人口の増減や高齢化の進展状況には大きな地域差も生じてきます。高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加することが見込まれる中、その地域に合わせた「自助・互助・共助・公助」の取組みについても考えていかなければなりません。

こうしたことから、前橋市では「生活支援サービス」、「地域包括支援ネットワーク」、「在宅医療・介護連携ネットワーク」のネットワークを3本の柱とし、自治会や医師会、社会福祉協議会など多様な関係団体と連携し、フォーマル・インフォーマル資源を統合・共有しながら、次の図のようにイメージしたシステムの構築を目指しています。

前橋市の目指す地域包括ケアシステムのイメージ



前橋市の目指す地域包括ケアのイメージ

前橋市の地域包括ケアネットワーク

生活支援サービス ネットワーク

生活支援の担い手として高齢者をはじめ広く市民が社会参加することで健康で元氣な生活が継続できる

- 住民主体、NPO、民間企業等が多様なサービスを提供できる
- 新たな趣味や持てる能力を活かした社会活動にチャレンジできる
- 支え合いや社会参加活動の広がりが介護予防に繋がる

自治会、民生委員、シルバー、ボランティア、NPO、ケアマネジャー、介護予防サポーター、企業、社会福祉法人、社協、包括 など

地域包括支援見守り ネットワーク

地域全体が高齢者をはじめ広く市民の生活を緩やかに見守ることにより市民が安心して生活ができる

- 高齢者など市民の生活の安全・安心を多角的に見守る仕組みができる
- 認知症を理解し認知症の人を支える仕組みができる
- 住み慣れた地域での生活の継続に繋がる

自治会、民生委員、弁護士、司法書士、警察、消防、水道、社会福祉士、ケアマネジャー、社協、包括 など

在宅医療・介護連携 ネットワーク

疾病を抱えても住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けながら安心して生活を継続することができる

- おうちで療養相談センターまえばしを中心に本市の恵まれた医療資源が連携できる
- 退院支援や緩和ケア、看取りなどを支える仕組みができる
- 在宅でも充実したサービスが受けられ安心した生活に繋がる

医師、歯科医師、MSW、薬剤師、柔道整復師、看護師、訪問看護師、ケアマネジャー、リハ職、介護福祉士、ヘルパー、社協、包括 など

◇居宅介護支援事業所とは

在宅の要介護者についてのケアマネジメントを行う都道府県知事（指定都市・中核市の市長）が指定した事業所です。この事業所に介護支援専門員（ケアマネジャー）が在籍しています。要介護者が、居宅サービスや地域密着型サービス及び必要な保健医療・福祉サービスの適切な利用ができるように、①居宅サービス計画を作成するとともに、②計画にもとづくサービス提供が確保されるようにサービス事業者等との連絡調整等を行い、③介護保険施設等への入所が必要な場合は紹介等を行っています。

◇小規模多機能型居宅介護事業所とは

登録された利用者を対象に、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせサービスを提供することで居宅における生活の継続を支援する事業所です。①居宅で又はサービスの拠点への②通所や③短期間宿泊により、入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活相談・助言や健康状態の確認などの日常生活上の世話、機能訓練を行い、能力に応じ居宅で自立した日常生活を営むことができるようにするものです。小規模多機能型居宅介護を利用する場合には、事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）が居宅サービス計画の作成をはじめとするケアマネジメントを担当し、小規模多機能型居宅介護計画（個別サービス計画）を作成します。

◇看護小規模多機能型居宅介護事業所とは

医療ニーズの高い要介護者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じ訪問看護を提供できる事業所です。別々に指定しサービス提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置された介護支援専門員（ケアマネジャー）によるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能です。

◇おうちで療養相談センターまえばし

在宅医療や病院・診療所連携の推進を図るため、(公社)前橋市医師会が設置したセンターです。前橋市では当センターに「在宅医療・介護連携推進事業」を業務委託し、平成28年4月のセンター設置に合わせて事業をスタートしました。この事業は、医療と介護の両方を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、地域における保健、医療、介護及び福祉に関する関係者相互間の在宅医療及び介護に対する理解を深めるとともに、地域に住む人々への支援を行う上で課題を解決するため、円滑な連携体制整備の推進を目的としています。

おうちで療養相談センターまえばし

〈在宅療養相談・在宅医療介護の講座等のご相談など〉

前橋市岩神町二丁目3-5（前橋市医師会館1階）

月～金曜日 9時～17時（休祝日、年末年始は除く）

電話：027-233-2264 F A X：027-233-8813

<https://maebashi.gunma.med.or.jp/ouchi/>

☆HPでは医療や介護に関する地域の情報・多職種研修会案内・連携関連書式・過去に受けた相談内容の一部(概要)等をご覧いただけます。



◇退院調整ルール策定経過

退院調整ルールの策定は、医療介護連携調整実証事業（県・市共同事業）として実施しました。

平成28・29・30年度 医療介護連携調整実証事業スケジュール（前橋地域）

	会議名	テーマ	参加者		
			看護部長 MSW等	ケアマネ 代表	ケア マネ
H28 6月10日	病院会議	退院調整状況の確認(H27.12調査結果説明) 退院調整ルール作成の必要性の確認 病院の退院調整状況と課題の抽出	●		
7月13日	ケアマネ会議①	退院調整状況の確認(H27.12調査結果説明) 調整ルール原案の修正			○
8月8日	ケアマネ会議②	調整ルール原案の修正			○
9月9日	ケアマネ代表者会議①	調整ルール原案のまとめ、病院・ケアマネ会議準備		●	
10月7日	病院・ケアマネ 合同代表者会議①	調整ルール原案の検討	●	●	
11月15日	ケアマネ会議③ ケアマネ代表者会議②	調整ルール原案の修正、情報提供書等の様式案作成 ケアマネ会議③終了後、病院・ケアマネ会議準備		● ●	○
12月9日	病院・ケアマネ 合同代表者会議②	情報提供書等の様式案検討・ケアマネアンケート回収	●	●	
H29 2月22日	全体会	退院調整ルールの完成、開始日決定	●	●	○
H30 2月15日	ケアマネ代表者会議	対応状況アンケート報告、課題の提示・協議		●	
2月19日	病院会議	対応状況アンケート報告、課題の提示・協議	●		
3月19日	病院・ケアマネ代表者合同会議	課題の検討・見直しのまとめ	●	●	
7月23日	病院・ケアマネ全体会議	退院調整ルールと加算の算定における様式の整理・見直し	●	●	○
8月27日	病院・ケアマネ代表者合同会議	課題の協議・意見集約における様式の整理	●	●	

◆ ご協力をいただいたみなさん ◆

市 内 病 院
市内居宅介護支援事業所
市内小規模・看護小規模多機能型居宅介護事業所
おうちで療養相談センターまえばし（前橋市医師会）
前橋市地域包括支援センター
前橋市保健所
前 橋 市
群 馬 県

問い合わせ先 前橋市福祉部 長寿包括ケア課 地域包括ケア推進係

TEL 027-898-6276（直通）

FAX 027-223-4400