

医療と介護をつなぐブック ～長久手エリア入退院連携ガイドブック～

長久手市医療・介護・福祉ネットワーク運営分科会
入退院支援部会



やまびこ長久手キャラクター
夢つむぐちゃん

令和6年3月作成(同年7月一部内容更新)

目 次

1. はじめに	
(1)長久手市医療・介護・福祉ネットワーク運営分科会 入退院支援部会とは	 1
(2)部会の参加者について	 1
(3)ブックの活用について	 1
(4)部会での検討経過	 2
2. 長久手エリア入退院連携ガイドブック	
(1)入退院時に共有したい情報	 3・4
(2)退院調整や情報提供の対象となる方	 5
(3)入退院時の情報共有の流れ	 6
(4)入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬	 7・8・9・10
3. 情報共有シート	
(1)入院時情報提供シート	 11
入院時情報提供シート(記入説明)	 12
(2)わたしの思いをつなぐシート活用のタイミング(活用のフロー)	 13
(3)わたしの思いをつなぐシート(説明文)	 14
わたしの思いをつなぐシート	 15
4. 関係機関連絡一覧	
(1)14医療機関における連携窓口一覧	 16
(2)長久手市高齢者相談機関・介護保険サービス施設マップ	 17
(3)長久手市介護保険サービス事業所一覧	 18
(4)長久手市障がい事業所マップ・一覧	 19・20

1. はじめに

(1)長久手市医療・介護・福祉ネットワーク運営分科会 入退院支援部会とは

長久手市では、入退院時の在宅ケア側と病院側の最適な連携のあり方について検討する部会として、「入退院調整部会」を平成27年に立ち上げました。当時は市内の病院(2病院)と在宅ケア側の情報交換の場として、入退院における事例検討が主な内容でした。平成30年4月から、長久手市在宅医療・介護連携支援センター(やまびこ長久手)の運営となり、これまで続けてきた連携を近隣の病院に広げていきました。年4～5回部会を開催。令和元年度には7病院の参加となり、まずは在宅側・病院側のお互いの理解を深めるために、各病院・クリニック・ケアマネジャー・訪問看護で「入院から退院までの流れ」の作成から始め、入退院における共通の書式や、連携ツールについて検討と作成を続けてきました。R2年度からは「入退院支援部会」に名称を変更。コロナ禍では、「入退院支援部会関係のコロナ情報共有のためのプロジェクト」を立ち上げ、未知のウイルスに対しての正しい情報共有にも努めました。コロナ禍での入退院時の情報収集の難しかった経験を活かし、病院側・在宅側にとって欲しい情報を明確にすることもできました。参加病院も9病院となり、入院時や退院時になかなか引き継ぐことができていない「本人の思い」をこの部会メンバーでつなぐシートの検討を1年かけて行い、令和6年3月に完成しましたので、この機会にこの部会で作成した書式・ツールをガイドブックとしてまとめることにしました。各書式につきましては、定期的に部会で状況確認を行い、必要時は見直しをしていきます。

(2)部会の参加者について

- ・医療機関: 9病院の連携担当者・2クリニック
- ・介護事業者: 訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所
- ・市町村など: 長久手市・地域包括支援センター

(3)ブックの活用について

このブックは、入退院における医療と介護の連携に関する取組みのうち、相互の連携のきっかけとなる病院等とケアマネジャーを対象としたものです。このブックが対象とする取組みは、既に独自に各機関で進められているものではありませんが、一定の共通認識を持つことにより、目的とする医療と介護の切れ目ないサービス提供に資するものと考えています。

なお、このブックは一律強制的に適用しようとするものではなく、救急患者の入院等直ちにこのブックを適用できない場合があります。ブックに記載された内容は一般的な目安とし、個々の事情等に応じ弾力的に運用するものを妨げるものではありません。

また、入院患者が他の病院等へ転院した場合は、転院先の病院等がこのブックに基づく対応を行い、転院元の病院等はケアマネから得た情報を転院先の病院等に引き継いでください。

(4)部会での検討経過

- ・「入院時情報提供シート」作成(H.28年度)
- ・「入院時情報提供シート」の見直し(H.31年度)
- ・退院時の書式に向けての検討(H.31年度)
- ・「13医療機関における連携窓口一覧」作成(R.元年度)
- ・それぞれの立場から見た「入院から退院までの流れ」作成(R.元年度)
- ・「入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬について」作成(R.元年度)
- ・「入退院時の情報共有の流れ」作成(R.元年度)
- ・「入退院時に共有したい情報」作成(R.3年度)
- ・「退院調整や情報提供の対象となる方」作成(R.3年度)
- ・「この地域における4つの場面ごとのめざす姿と現状について」の検討(R.4年度)
- ・「14医療機関における連携窓口一覧」作成(R.4年度)
- ・「入院時情報提供シート」の見直し(R.5年度)
- ・「入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬について」の見直し(R.5年度)
- ・ACPシートの活用フロー「わたしの思いをつなぐシート活用のタイミング」作成(R.5年度)
- ・「入退院時の情報共有の流れ」の見直し(R.5年度)
- ・ACPシート「わたしの思いをつなぐシート」作成(R.5年度)
- ・「医療と介護をつなぐブック ～長久手エリア入退院連携ガイドブック～」作成(R.5年度)

部会の様子



～長久手市入退院支援部会としての共通認識～

入退院時に共有したい情報

医療と介護が連携することで、在宅から入院へ、入院から在宅へ、切れ目のない支援を提供し、入院時から退院後の在宅療養までのスムーズな移行をめざします。この共通認識をもとに連絡を取り合い、情報共有をしましょう。

入院時に共有したい情報

1) 本人の状況

- ADL
- 認知機能の程度
- 生活状況
- 在宅での支援状況、介護保険サービスの利用状況
- 要介護認定の申請状況
- 担当ケアマネジャー（事業所名）
- 主治医（かかりつけ医）



2) 家族の状況

- 家族構成とキーパーソン
- 緊急時の連絡先
- 介護力、主たる介護者
- 住宅環境、生活環境（写真があると良い）
- 家族が伝えにくく思っていること
- 生活的・経済的な課題の有無
- 家族が抱えている課題

3) 退院支援の方向性

- 本人と家族、それぞれの退院に向けての意向や退院後の生活の意向
- 施設の申し込み状況
- 住宅の状況（段差・手すりの状況）
- 在宅生活のための社会資源（介護サービス・インフォーマルサービス含む）
- リハビリのゴール（どこまで回復すれば家で過ごせるのか、等）

転院時

入院時の情報は、転院先に伝わらないこともあります。転院先にも在宅サマリーを送りましょう。

退院時に共有したい情報

1) 退院日の事前連絡

退院が決まったら、担当ケアマネージャーへの連絡をお願いします。

2) 病状・症状について

- 病名、入院中の治療内容
- 今後の治療方針や治療日程、予後予測
- 主治医からの説明を聞いた本人や家族の反応（理解状況）
- 退院後の危機予測、急変時の対応・連絡先
- 退院後の薬（退院処方はいつまでか、その後の処方先や受診予定）



3) 今の本人の状況について

- 身体状況、ADL や認知機能の変化
- 入院中に行っていた支援（今はどのような支援が必要か）
例：食事形態や内容、排泄の情報
- リハビリの内容・強度や進み具合

4) 退院後の支援について

- 新たに必要になった医療行為・処置等
- 退院後の在宅生活での医療・介護の注意点、禁忌事項
例：O₂指示(増減)、麻薬を使うタイミング
- 退院後の介護サービスに関する主治医の意見
- 退院後の医療行為、処置等の情報、家族への指導内容
- 住宅改修や福祉用具等の選定についての意見、リハビリに関する指示
- 水分・食事制限や栄養指導内容

5) 本人と家族 それぞれの意向（ACP）

病気の進行によっても、刻々と思いは変わっていきます。繰り返し確認していきましょう。

がん患者の場合 は次のような情報も必要です

- ・ 告知内容（誰に、どのように告知されているか）・ 本人や家族はどのように受け止めているか
- ・ 外来での化学療法等の情報
- ・ 疼痛コントロール（薬）の情報
- ・ 主治医の見立て（治療を続けていくのか、緩和ケアに移行していくのか）
- ・ 最期の時をどこで迎えたいか
- ・ どんな治療を望むか
- ・ 家族にどこまでの覚悟があるか（どこまで介護できるのか）

～長久手市入退院支援部会としての共通認識～

退院調整や情報提供の対象となる方

切れ目のない医療・介護の提供には、入退院における病院と在宅の円滑な情報共有が重要です。
この共通認識をもとに連絡を取り合い、情報共有をしましょう。

「退院調整または情報提供の対象となる方」

次の内容に該当する方が、退院調整または情報提供を必要としています。



■ 要介護認定を受けている場合

① 必要な支援に大きな変化があった場合

※**大きな変化**＝入院時の情報シートに記載された ADL から悪化している、
医療処置の追加もしくは変更がある、認知機能の変化がある

② (ADL は自立でも) 病状の末期で、在宅での支援を必要としている場合

- 担当ケアマネジャーがついている場合：その担当者へ連絡
- ケアマネがついていない場合：要支援→地域包括支援センターへ連絡
要介護→居宅介護支援事業所へ連絡

■ 要介護認定を受けていない場合

③ 要介護認定が必要だが、認定申請の手続きを行うこと自体に支援が必要な場合

※**支援が必要**＝申請手続きを行える家族やキーパーソンがいない、
本人と家族の意向や考えが大きく異なる

- 地域包括支援センターへ連絡（介護保険代行申請の相談）

このような方には、退院調整、または情報提供をお願いします。

※ここでの「要介護認定」には、要支援、要介護の両方を含みます。

※病状の末期とは、がん末期など、短期間で状態変化するものを想定しています。

病院

在宅

☆地域の資源を把握しておく

- 長久手市内介護保険サービス事業所一覧の活用
(長久手市ホームページにあり)

日頃からの備え

☆担当利用者・家族に、入院したら担当ケアマネに連絡するよう伝えておく

- 受診・入院時セットの準備（クリアケース等に入れ、ひとまとめにしておく）
医療保険証・介護保険証・お薬手帳・かかりつけ医の診察券
家族の連絡先・ケアマネや訪看の連絡先(名刺など)
※薬の置き場所も把握しておく

☆どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、
最期を望むのか等について、本人・家族の意思を確認し、
在宅チームで共有しておく（ACP・エンディングノート）
☆入院のリスクを考慮し、入院時情報提供書(案)を作成しておく

☆予定入院の場合は、入院前支援を行う

☆予定入院の場合には、連絡相談窓口を把握しておく

- 医療機関における連携窓口一覧の活用

（１）「病院がケアマネを把握」または「ケアマネが入院を把握」どちらか早い方が３日以内に相手に連絡する（転院時と同じ）

☆介護保険証の確認

(ケアプランを作成している居宅介護支援事業所名等が記入されている)

- ケアマネに入院したことを連絡する
・入院期間の見込み、治療方針や予後等を連絡

☆情報収集

- ケアマネ・訪問看護より入院時情報の受け入れ
※ 入院時情報提供シートに受取日時・サインを記入し写しを返却

☆スクリーニング

退院支援の必要な患者の抽出

入院から概ね３日以内

（２）ケアマネ：入院時情報の提供(入院時情報提供シートの活用)

☆病院が退院支援に取り組むにあたり、入院前の在宅生活の状態を伝える

- ・生活状況、介護力、本人や家族の意向（ACP）
□病院への要望事項があれば伝える
本人・家族へのICや入院時カンファへの同席
退院予定の連絡 退院前カンファの開催
退院前訪問指導実施の際の連絡 等
□持参の場合は、病院に事前に連絡する

☆在宅のかかりつけ医・訪問看護・介護サービス事業所等に入院の連絡

- 訪問看護： 訪問看護サマリーの提供（看護情報提供書）
●訪問リハビリ： 訪問リハビリサマリーの提供（リハビリ情報提供書）

☆カンファレンスの場を通じて

- 意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報の提供
(生活状況・介護力・本人家族の意向（ACP）)
□早期に退院支援の情報を共有する
治療方針、病状の変化、入院期間、退院日の目安
病気や症状による生活への影響の有無
退院後に必要となる医療処置・看護・リハビリ等
区分変更やケアプランの変更の必要性についての病院の見立て
●訪問看護： 必要時、在宅主治医や連携室Nsと連絡を取る

☆入院時カンファレンス（退院支援計画立案のための）

- 入院診療計画、退院支援計画の立案・作成
□看護計画の立案 □介護保険申請の支援
□本人や家族へ病状説明（入院診療計画書の提示と説明）
□退院に向けた本人や家族の思いや意向、病状認識を確認
・退院 or 転院 or 施設

入院から概ね７日以内

（３）入院中の患者情報を双方で共有し、相互に協力して退院に向けた調整を開始

◎転院時・施設入所時

- ケアマネに転院先（入所先）を連絡
□転院先(入所先) に、担当ケアマネについて情報提供

◎転院時

- 入院時情報提供書は転院先に引き継がれないため、
改めて情報提供書が必要か転院先と話し合う

◎施設入所時

- ケアマネが変わる場合は、新ケアマネに引き継ぐとともに
病院側にも伝える

退院調整

☆退院支援

- 退院見込み「いつ、どこに退院（転院）予定か」について
決まり次第早めにケアマネ等に連絡する
□退院カンファレンス・退院前訪問指導の必要性を判断
□退院カンファレンスの開催(必要時)
□退院前訪問指導の実施(必要時)
□環境整備を行う専門職(訪問看護・リハ・栄養・介護)につなぐ

（４）退院時情報の提供

- 看護サマリー □リハビリサマリー □診療情報提供書
□訪問看護指示書
□在宅サービスについての意見書等
□ケアマネへケアプランの提出を求める

退院

☆収集した情報から在宅生活の見立てを行い、調整する

- 退院カンファレンスに参加
本人・家族の意向を確認し、介護サービスを調整
サービス事業者にも参加してもらう
□退院に向けてのケアプランの作成
□サービス担当者会議の開催
□かかりつけ医に退院カンファの内容や新しいケアプランの報告
□退院前訪問指導にできるだけ同行する
●訪問看護： 退院カンファレンスに参加 □主治医の確認

☆サービス提供開始

- 退院時の見立てと現状の相違を見極め、変化や見立てとの不一致を
早期把握できるように在宅チームに依頼、必要時ケアプランの見直し
□病院へケアプランを提出
・モニタリング結果（退院後の様子）をフィードバック

入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬

① ケアマネジャーの算定できる加算

日常の療養支援

通院時情報連携加算	1日につき50単位(月1回まで)	通院に同席し、医師・歯科医師等に情報提供を行う
-----------	------------------	-------------------------

入院時

入院時情報連携加算(Ⅰ)	250単位/月	入院日以前又は入院日の情報提供 (営業時間外の入院なら翌日でも可)
入院時情報連携加算(Ⅱ)	200単位/月	入院翌日又は翌々日の情報提供 (営業時間外の入院で3日目が営業日でない時は4日目迄可)

退院時

退院・退所加算(Ⅰ)イ	450単位	病院等の職員から情報収集を1回(カンファ以外の方法で カンファレンスによる情報収集(ICT 活用でも可))
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	600単位	
退院・退所加算(Ⅱ)イ	600単位	情報収集をカンファ以外の方法で2回以上
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	750単位	情報収集2回のうち1回以上がカンファレンス(ICT でも可)
退院・退所加算(Ⅲ)	900単位	病院等の職員から情報収集を3回以上、そのうち1回以上がカンファレンス(ICT でも可)

② 訪問看護ステーションの算定できる加算

入院時

訪問看護情報提供療養費3	1500円(医)	入院にあたり情報提供する医療機関に対する情報提供 月1回まで算定
--------------	----------	-------------------------------------

外泊時

訪問看護基本療養費(Ⅲ)	8500円(医)	在宅療養に備え、一時的に外泊する場合入院中1回算定 (厚生省が定める疾病等は2回)
--------------	----------	--

退院時

退院時共同指導加算	8000円(医) 600単位(介)	退院時に入院施設職員と共同で指導を行った場合 ←退院後から介護保険利用で、初回加算(Ⅰ 350単位 ・Ⅱ 300単位)を算定した場合は算定できない
指導内容を文書以外の方法で提供が可能に		
特別管理指導加算	2000円(医)加算	厚労省の定める状態の場合
退院支援指導加算	6000円(医) 8400円(医)	退院日に訪問に行った場合(退院日のみ算定) 1回で90分を超える長時間の訪問、又は複数回の合計時間が90分を越えた場合

③ 在宅医等の算定できる加算

日常の療養支援(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院)

在宅療養患者に対し ICT での関係職種間との診療情報を共有・活用する場合の加算が新設

在宅医療情報連携加算	100点(在宅時医学総合管理料・在宅がん医療総合診療料等の加算) 5以上の医療・介護に関わる連携職種との ICT を活用した情報共有
往診時医療情報連携加算	200点(往診料の加算) 在支診が訪問診療を行っている他の医療機関(在支診以外)と連携し、診療情報を定期的に共有し、その医療機関が往診困難な時間帯に往診を行った場合に加算
在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	200点(末期がん患者急変時の ICT を用いた療養上の指導)
介護保険施設等連携往診加算	200点 平時から介護保険施設等の入所者に関する情報共有(定期カンファレンス含む)を行い、入所者の病状急変時に協力医療機関(在支診が望ましい)が往診を行った場合
協力対象施設入所者入院加算	1. 往診が行われた場合600点 2. 1以外の場合200点 介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合

入院時

診療情報提供料(Ⅰ)	250点	診療状況を示す文書の提供
療養情報提供加算	50点加算	訪問看護からの情報を併せて提供した場合

退院時

退院時共同指導料1	1500点 900点	病院でのカンファレンス参加 在宅療養支援診療所の場合 病院でのカンファレンス参加 それ以外の場合
※ICT 活用でも可		

④ 病院の算定できる加算

入院時・入院中

入院時支援加算1	240点	予定入院患者(転院は×)への全項目の支援を行った場合
入院時支援加算2	200点	一部項目の支援の場合
入院事前調整加算	200点	厚労省が定める疾患に対し在宅での障害福祉サービス事業所等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合
入退院支援加算1(要届出) 一般病棟700点 療養病棟1300点		25以上の関係機関との連携し、3回／年以上の面会 退院困難な患者の抽出原則3日以内など条件多い
入退院支援加算2(要届出) 一般病床190点 療養病棟635点		1以外、退院困難な患者の抽出は原則7日以内
総合機能評価加算	50点	介護保険の特定疾病を有す40歳以上65歳未満又は65歳以上の患者に総合的評価を行い入退院支援を行う場合
介護支援等連携指導料	400点	ケアマネとの連携 入院中2回まで算定
在宅患者緊急入院診療加算 (入院初日に限り算定)	2500点 2000点 1000点	①在宅療養患者の急変時に、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の求めに応じて行う場合 ②①以外で、連携医療機関である場合 ③①②以外の場合

退院時

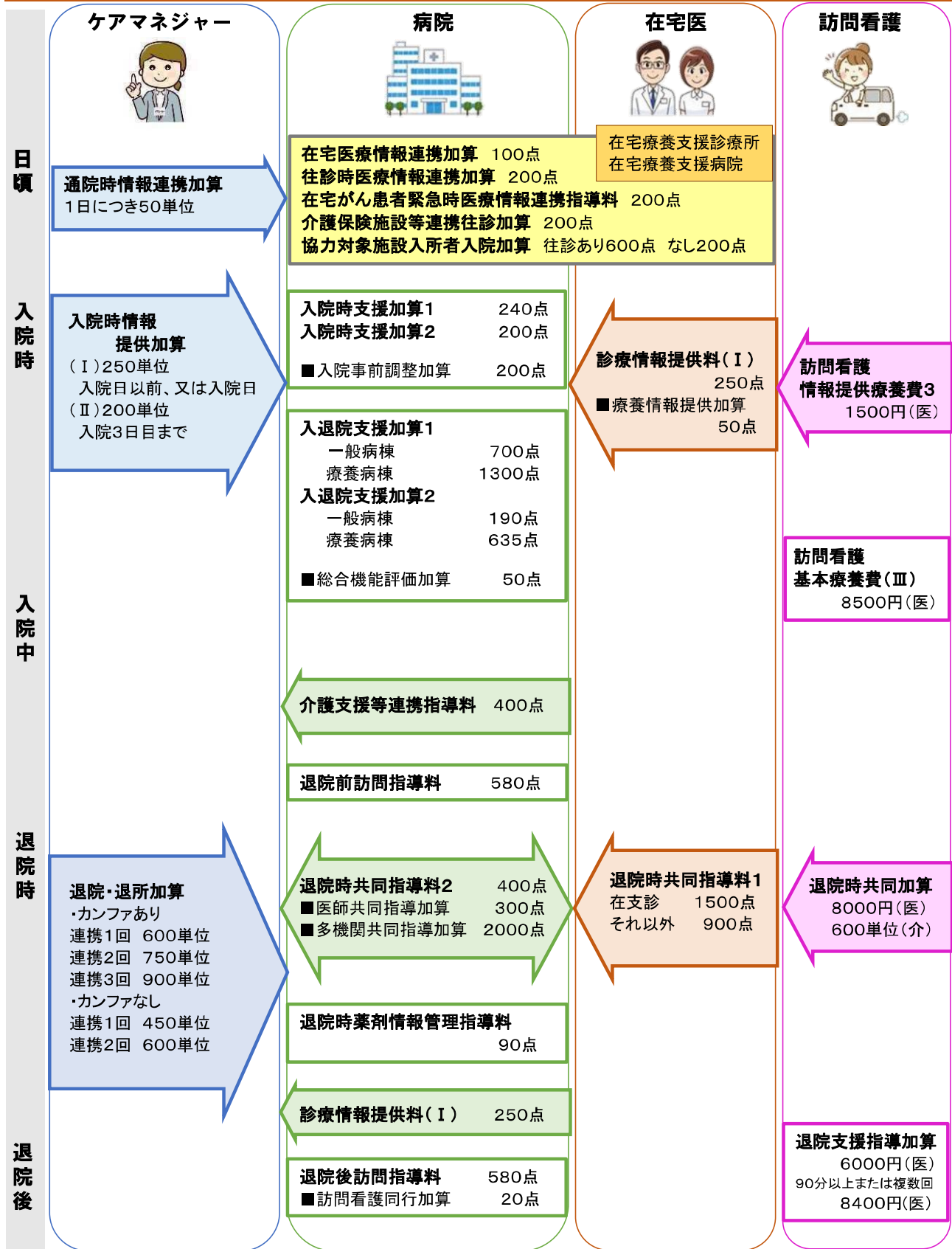
退院前訪問指導料	580点	入院期間がひと月を超えると見込まれる患者に対して 退院後の在宅療養上の指導を行った場合
退院時共同指導料2※	400点	在宅での療養上必要な説明・指導を在宅医、訪看などへ
医師共同指導加算	300点加算	入院中と在宅での両方の保険医が共同して指導
多機関共同指導加算	2000点加算	3者以上の共同

※ 1は在宅療養を担う医療機関の評価、2は入院中の医療機関の評価

薬剤総合評価調整加算	100点	①入院前6種以上の内服→内容変更と指導をした場合 または②精神病棟で抗精神病薬4種以上の内服の場合
薬剤調整加算	150点	①の場合で退院時に2種以上減った場合 または、 ②の場合で退院までに抗精神病薬が2種以上減った場合
退院時薬剤情報管理指導料	90点	入院中の薬剤を手帳に記載、退院後の指導
退院時リハビリテーション指導料	300点	在宅での基本的動作・訓練など必要な指導を行った場合
リハビリテーション計画提供料1	275点	介護保険のリハビリ事業所に情報提供
診療情報提供料(Ⅰ)	250点	診療状況を示す文書の提供 紹介医療機関ごとに月1回
退院後訪問指導料	580点	療養上の指導。退院後ひと月を限度に5回まで算定
訪問看護同行加算	20点加算	訪問看護と同行し指導を行った場合(退院後1回のみ)

「地域連携診療計画情報提供加算」、「リハビリテーション計画提供料」は廃止になりました

連携にかかる診療報酬および介護報酬（主に入退院支援）



入院時情報提供シート

この情報は利用者(患者), 家族の同意を得て提供しています 提供日 年 月 日

御中		情報提供方法		☐ 手渡し ☐ FAX ☐ 郵送 (/ 投函)		
		入院日		年 月 日		
ふりがな	様 男 ・ 女		生年月日	T・S・H 年 月 日生		
氏名			年齢 歳			
住所	〒	連絡先	氏名		TEL	
			①			
			②			
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中(新規・区分変更)		家族状況	☐ 単身世帯 ☐ 同居者有()		
有効期間	～ 自己負担割合 1割・2割・3割					
主治医	①	通院・訪問診療 ②		通院・訪問診療		
TEL		TEL				
入院に至った経緯						
住環境	持ち家・借家	エレベータ あり・なし	住宅改修 あり()・なし	住居階数() 階建() 階に居住		
サービス利用状況	☐ 訪問介護 /週 ☐ 訪問リハ /週 ☐ 通所介護 /週 ☐ 通所リハ /週 ☐ 配食サービス /週 ☐ その他()		☐ 訪問看護 /週 事業所名() ☐ 訪問入浴 /週 ☐ ショートステイ /週 ☐ 居宅療養管理指導()		☐ ワンコインサービス() ☐ 介護タクシー 福祉用具 ☐ ベッド(電動・固定) ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 手すり ☐ スロープ ☐ その他()	
	移動		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他()	
	食事	摂取 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 清潔 形態 ☐ 普通 ☐ 軟飯 ☐ 粥 ☐ その他()	☐ 入浴(自宅・施設) ☐ 清拭 ☐ していない ☐ 義歯あり・なし			
	排泄	日中 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 失禁 夜間 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 失禁	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ			
	意思疎通	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 曖昧		認知症状	☐ なし ☐ 年相応の物忘れ ☐ あり	
睡眠	☐ 良眠 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 傾眠		服薬管理	☐ できる ☐ 助けが必要()		
特記事項						
在宅生活に関する 本人 ・ 家族 の意向						
本人						
家族						
在宅介護の可能性 ☐ 可能 ☐ 不可能 ☐ 家に帰るための条件()						
ケアマネからの情報 (家族関係、ケアマネの見立て、その他医療機関に留意してほしいこと)						
担当ケアマネジャー		氏名	TEL			
事業所名		FAX				
住所		携帯電話				

この情報は利用者(患者)、家族の同意を得て提供しています

提供日

年

月

日

御中		情報提供方法		☐ 手渡し ☐ FAX ☐ 郵送 (/ 投函)	
		入院日		年 月 日	
ふりがな	様 男・女		生年月日	T・S・H 年 月 日生	年齢 歳
氏名					
住所	〒	連絡先	氏名	TEL	続柄
		①	キーパーソンを①に記入		
		②			
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中(新規・有効期間 ~		自己負担割合 1割・2割・3割		家族状況 ☐ 単身世帯 ☐ 同居者有()
主治医	① TEL		通院・訪問診療 ②		通院・訪問診療
入院に至った経緯	その方にとって重要な診療科(眼科・歯科等)				
住環境	持ち家・借家	エレベータ あり・なし	住宅改修 あり()・なし	住居階数() 階建() 階に居住	
サービス利用状況	☐ 訪問介護	／週	☐ 訪問看護	／週	☐ ワンコインサービス()
	☐ 訪問リハ	／週	事業所名()		
	☐ 通所介護	／週	☐ 訪問入浴	／週	
	☐ 通所リハ	／週	☐ ショートステイ	／週	
	☐ 配食サービス	／週	☐ 居宅療養管理指導()		☐ 歩行器 ☐ 手すり ☐ スロープ
☐ その他()	インフォーマルサービスはここに			☐ その他()	
入院前の日常生活	移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他()		
食事	摂取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	清潔	☐ 入浴(自宅・施設) ☐ 清拭 ☐ していない	
	形態	☐ 普通 ☐ 軟飯 ☐ 粥 ☐ その他()	刻み・一口大・とろみ食などはここに		
排泄	日中	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 失禁	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ		
	夜間	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 失禁			
意思疎通	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 曖昧	認知症状	☐ なし ☐ 年相応の物忘れ ☐ あり		
睡眠	☐ 良眠 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 傾眠	服薬管理	☐ できる ☐ 助けが必要()		
特記事項	・認知症状の情報として日常生活自立度や周辺症状の有無 ・住宅・生活環境の情報として、外階段・段差・手すりの有無				
在宅生活に関する 本人・家族の意向					
本人					
家族					
在宅介護の可能性	☐ 可能 ☐ 不可能 ☐ 家に帰るための条件()		どこまで回復すれば家で過ごせるのか		
ケアマネからの情報 (家族関係、ケアマネの見立て、その他医療機関に留意してほしいこと)					
・家族関係 主介護者の状況 ・生活的・経済的な課題の有無 ・家族が抱えている課題 ・施設の申し込み状況 退院時にどんな情報が欲しいかも記入					
担当ケアマネジャー	氏名		TEL		
事業所名			FAX		
住所			携帯電話		

添付資料: ☐ ケアプラン ☐ ACPシート ☐ その他()

転院時には転院先にもこのシートをお渡しください

こちらをご記入の上
返信をお願いします ⇒

受取日

年

月

日

受取者名

「わたしの思いをつなぐシート」活用のタイミング

ご本人がご本人らしく生きられるよう
支援する皆さんでご本人の思いをつなぎましょう！



元気なうちから
思いを確認しましょう

聞くタイミングがつかめない時は
担当者会議等チームで相談しましょう

もしもの時に備えて
本人の希望する医療や
ケアについて
繰り返し話し合しましょう

在宅側

確認する人

- ★ケアマネジャー 初回契約時・モニタリング時
- ★訪問看護が入っているときは、どちらが聞か相談
- ★クリニックのDr.とNs. 日頃の診察で

保管方法

- ・本人：原本を保険証・お薬手帳と一緒に保管
- ・支援チームメンバー：
電子カルテに取り込む、または顧客ファイルに綴じる

シートを取得した人が
原本を本人に渡し、
写しを取りましょう

入院時情報の提供

- 利用者が入院したことを知ったら
病院へ情報提供しましょう
- ★入院時情報提供シート
- ★ACPシート
- ※未確認の場合はその旨伝える

夢ネット(電子@連絡帳)を使って
患者タブで共有しましょう

退院時情報の共有

- ケアマネから支援チームメンバーに
サマリーとACPシートを共有しましょう

局面が
変わったとき
にも再確認

気持ちは変わります
繰り返し確認しましょう

日頃からの備え

入院が決まったら

退院

予定入院のとき

- 入院時提出書類として
ACPシートも記入してもらいましょう

入院の連絡

- ・在宅からの情報受取
- ・ACPシートの有無を確認

情報を確認したら
電子カルテに取込みましょう

入院中に確認するタイミング

- ・入院して2週間後
- ・局面が変わったとき
- ・退院が決まったとき

入院中に状態の変化があれば
聞き直しましょう

退院時情報の提供

- 入院中にACPシートの確認した
内容も伝えましょう
- ★退院サマリー
- ★ACPシート

病院専用のACPシートを使用した場合も
退院時の情報提供をお願いします

入院時カンファレンス

- ・本人や家族への病状説明
- ・退院に向けた思いや意向の確認
- ・ACPシートあり→思いの変更がないか確認
- ・ACPシートなし→このタイミングで記入

転院の時には

- 在宅での情報も引き継ぎましょう
- ★入院時情報提供シート
- ★ACPシート

病院側



元気うちから考えてみませんか？

長久手エリアACPシート 「わたしの思いをつなぐシート」

長久手市医療・介護・福祉ネットワーク運営分科会
入退院支援部会



あなたの思いや大切にしている事を
伝えるひとつの方法として
「人生会議」(ACPアドバンスケアプランニング)
があります
意思決定能力が低下する場合に備え、
あらかじめあなたの望む医療とケアについて
家族や親しい方々、あなたの医療・ケアに関わる
支援者と繰り返し話し合って共有する取り組みです

人は、誰にでも
人生の最期を迎える時が訪れます
自分にもしものことがあった時に備え、
「自分はこうしたい」
「こう生きていきたい」という希望を
元気うちから自分で考え
自分の言葉で残しておきませんか？

あなたの「思い」は
次の3つを中心に記しておきましょう

1. あなたにとって大切にしたいこと
2. あなたが受ける
「医療」や「ケア」に対する希望
3. あなたの代わりに
「医療」や「ケア」に関する選択をする「代弁者」

あなたの希望をあなたの言葉で伝えることは、
あなたの大切な人を守ることにもなります

「わたしの思いをつなぐシート」 を書くにあたっての留意点

- ・「わたしの思いをつなぐシート」は、記載することが目的ではありません。家族や親しい方々と自分の生き方(最期の時も含め)について十分に話し合う、その過程がとても大切です。かかりつけ医や主治医、ケアマネジャー、あなたの周りにいる支援者にも相談しましょう。
- ・人の気持ちは揺れ動くものです。環境や心身の調子によって変化します。気持ちが変わったときはいつでも、何度でも書き直すことができます。定期的に内容を見直すことも大切です。書き直した日付は忘れずに記載しましょう。

※「わたしの思いをつなぐシート」には法的効力や強制力はありません。

※医師をはじめとする医療従事者や介護従事者は、本人の意思が確認できる場合には、本人による意思決定を基本とした上で、医療(治療)・ケア(介護)に関する方針を決定しています。本人の意思が不明な場合は、医療・介護の妥当性・適切性を判断して、本人にとって最善な医療(治療)・ケア方針をとることを基本とします。

【参考：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 2018. 3月 厚生労働省】

わたしの思いをつなぐシート

このシートは、あなたがあなたらしく生きられるよう、支援者たちがあなたの思いを共有するシートです。あなたの思いをお聞かせください。

氏名：初回記入日：年 月 日

1. あなたにとって大切にしたいことは何ですか？もしもの時、どのように暮らしていきたいですか？

該当するものを1つから3つまで選んでください	初回	変更あり ※下記に年月日を記入			
楽しみがあること	☐	☐	☐	☐	☐
身の回りのことが自分でできること	☐	☐	☐	☐	☐
先々に起こることを詳しく知ること	☐	☐	☐	☐	☐
一日でも長く生きること	☐	☐	☐	☐	☐
家族や大切な人との時間を過ごすこと	☐	☐	☐	☐	☐
家族の負担にならないこと	☐	☐	☐	☐	☐
・その他伝えたいこと					

2. あなたが受けるケアや治療の希望は？

①もしも病気になったり、大きなケガをしたら？

該当するものに☑を入れてください	初回	変更あり ※下記に年月日を記入			
一日でも長く生きられるような治療を受けたい	☐	☐	☐	☐	☐
期間を決めて治療を受けて、それから考えたい	☐	☐	☐	☐	☐
とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい	☐	☐	☐	☐	☐
痛みや苦しみを和らげるためのケアや治療を受けたい	☐	☐	☐	☐	☐
延命は考えず、穏やかに過ごしたい	☐	☐	☐	☐	☐

②もしも介助が必要となった時は、どのようにどこで過ごしたいですか？

●どのように？	初回				
家族・親しい人に協力してもらいたい	☐	☐	☐	☐	☐
家族・親しい人に迷惑をかけたくない	☐	☐	☐	☐	☐
食事が口から食べれる生活がしたい	☐	☐	☐	☐	☐
トイレが最低限自分でできる生活がしたい	☐	☐	☐	☐	☐
・その他伝えたいこと					

●どこで？	初回				
病 院	☐	☐	☐	☐	☐
施 設	☐	☐	☐	☐	☐
自 宅	☐	☐	☐	☐	☐
・その他(最期の時はどこで？決まっていたら書きましょう)					

3. あなたの代わりの判断は誰にしてほしいですか？

●病状の悪化等により自分の考えが伝えられなくなった場合に、あなたの代わりの判断は誰にしてほしいですか？

①氏名：(続柄) 連絡先：

②氏名：(続柄) 連絡先：

14医療機関における連携窓口一覧															
病院名	住所 代表電話	外来患者相談窓口		各書類の依頼	入院前にケアマネが決まっている場合					入院時にケアマネが決まっていない場合			退院後の相談窓口		
		外来の予約を 入れる窓口	主治医の意見を 聞きたい時	訪問看護・リハビリ・ デイケアの情報提供書 (指示書)依頼	入院時情報提供書		ケアマネとの連携			介護保険に ついて家族に 説明する部署	ケアマネとの 契約について 支援する部署	契約後の ケアマネと 連絡を取る部署	退院調整を 担当する部署	退院時 サマリー等の 提供依頼方法	
					持参先	送付先 (FAX・郵送)	電話連絡する 部署	面談の主体となる 部署	退院日を連絡する 部署						
愛知医科大学病院	〒480-1195 長久手市岩作雁又1番地1 TEL(0561)62-3311	地域医療連携室 (<u>かかりつけ医からの 予約のみに対応</u>)	医事課医事係 書面でFAX FAX(0561)63-3208	医事課医事係	入退院支援センター・医療福祉相談部 平日9:00-17:00 入退院 FAX(0561)63-1285 医療福祉FAX(0561)63-8566					入退院支援センター・医療福祉相談部					
東名病院	〒480-1153 長久手市作田一丁目1110 TEL(0561)62-7511	医事課 平日8:30-17:00 ±8:30-12:30 TEL(0561)62-7511	医事課(電話に出た人がDr.に依頼) 又は 地域医療連携室		地域医療連携室 平日8:30-17:00 FAX(0561) ±8:30-12:30 62-2773			地域医療連携室							
公立陶生病院	〒489-8642 瀬戸市西追分町160番地 TEL(0561)82-5101	患者→予約センター (初診除く) 平日8:30-17:00 TEL(0561)82-5581	患者支援センター TEL(0561)82-1720 FAX(0561)87-1636	書類センター	自宅から入院：入退院支援室 施設等から：医療ソーシャルワーク室 平日8:30-17:15 FAX(0561) 82-6166			自宅への退院：入退院支援室 施設等への退院：医療ソーシャルワーク室 病棟支援の場合 ：病棟		医療ソーシャルワーク室 又は 入退院支援室		がん疾患： がん相談支援 センター	自宅へ：入退院支援室 施設へ：医療ソーシャルワーク室 がん疾患：がん相談支援センター 病棟支援：病棟		
あさい病院	〒489-0866 瀬戸市矢形町178-1 TEL(0561)84-3111	外来看護部 平日13:00-17:00 TEL(0561)84-3111	医事課 まずはお電話ください	外来患者→医事課 入院患者→医療相談室 又は入院病棟	医療相談室 又は入院病棟 平日8:30-17:00 ±8:30-12:15	医療相談室 FAX(0561) 85-6710	医療相談室 相談室が介入していない場合は入院病棟が対応								又は 入院病棟
瀬戸みどりのまち病院	〒489-0875 瀬戸市緑町二丁目114番地1 TEL(0561)84-3113	外来看護部 平日13:00-17:00 TEL(0561)84-3113	医事課 受付で相談	外来患者→医事課 入院患者→医療相談室	病院受付 又は 医療相談室 入院病棟詰所 平日8:30-17:00 ±8:30-12:15	医療相談室 FAX(0561) 84-8853	医療相談室 内容により 看護部 又は リハビリテーション科								
旭ろうさい病院	〒488-8585 尾張旭市平子町北61番地 TEL(0561)54-3131	患者→各診療科外来 (初診除く) 平日14:00-16:00	患者診察時に同行 又は 地域医療連携室に 書面でFAX FAX(0561)53-8459	入退院支援センター 又は 文書係	入退院支援センター 平日8:15-17:00 FAX(0561) 53-8459		入退院支援センター 又は 病棟看護師								
愛知国際病院	〒470-0111 日進市 米野木町南山987-31 TEL(0561)73-7721	受付 月-土8:30-17:30 TEL(0561)73-7721		又は 書面でFAX FAX(0561)73-8542	受付 月-土8:30-17:30		地域連携室 FAX(0561) 58-2507	退院支援担当者(地域連携室 又は 病棟) 退院支援担当が不明な場合はまずは地域連携室に相談							
日進おりど病院	〒470-0115 日進市 折戸町西田面110番地 TEL(0561)73-7771	専門診療科のみ (初診除く) 平日9:00-16:00 ±9:00-11:00 TEL(080)4177-7551	受付 書面でFAX FAX(0561)73-6159	入退院支援室	入院病棟 平日9:00-17:00 ±9:00-12:00	入退院支援室 FAX(0561) 73-6159	入退院支援室								
福友病院	〒470-0103 日進市 北新町殿ヶ池上539番地 TEL(0561)73-3151	医事課 平日9:00-17:30	入退院支援室 まずはお電話ください		入退院支援室 平日9:00-17:30 FAX(0561) 73-0506		入退院支援室								
東名古屋病院	〒465-8620 名古屋市 名東区梅森坂5-101 TEL(052)801-1151	患者→予約センター (再診のみ) 平日14:00-16:00 TEL(052)801-1165	外来 又は 地域医療連携室	指示書→文書窓口 情報提供書→入院病棟 又は退院支援部門	地域医療連携室 当日入院は 入院受付 平日8:30-17:00 FAX(052) 801-2104	入院病棟受け持ち看護師 又は退院支援部門	家族 又は 病棟看護師	入院病棟受け持ち看護師 又は 退院支援部門							
メイトウホスPITAL	〒465-0025 名古屋市 名東区上社三丁目1911 TEL(052)701-7000	医事課 平日8:30-17:30 ±8:30-12:30 TEL(052)701-7000	外来患者→医事課 入院患者→地域医療連携室 まずはお電話ください		地域医療連携室 対応時間 平日8:30～17:30 ±8:30～12:30					【直通】TEL(052)701-8881 FAX(052)701-8573					
川島病院	〒463-0032 名古屋市 守山区白山三丁目501番地 TEL(052)773-1155	受付 9:00-12:00 16:00-19:00 (水日祝休み、土は午前のみ) TEL(052)773-1155	受付 又は 医療福祉相談室	医療福祉相談室 8:30-17:30 FAX(052) (日祝休み) 769-6007			医療福祉相談室 【直通】TEL(052)715-5370 FAX(052)769-6007								
日本赤十字社 愛知医療センター 名古屋第二病院	〒466-8650 名古屋市 昭和区妙見町2番地の9 TEL(052)832-1121	患者→予約センター (紹介患者のみ) 平日9:00-16:30 TEL(052)832-1489	地域医療連携室 TEL(052)832-5367 電話でお問合せください	患者支援センター 又は入退院支援室(看護師)	平日8:30-17:00 FAX(052) 832-5378	患者支援センター 又は 入退院支援室(看護師)									
藤田医科大学病院	〒470-1192 豊明市 沓掛町田楽ヶ窪1番地98 TEL(0562)93-2111	地域連携室 (<u>かかりつけ医からの 予約のみに対応</u>)	主治医意見書・診療支援係 主治医連絡票：ともに郵送 医療連携福祉相談部	医療連携福祉相談部 TEL(0562)93-2983 FAX(0562)93-2927 平日9:00-16:45 ±9:00-12:15			医療連携福祉相談部 又は 入院病棟								

(R6.3改訂)



長久手市社会福祉協議会地域包括支援センター
愛知たいようの杜地域包括支援センター

愛知たいようの杜ケアプランセンター
長久手市社会福祉協議会居宅介護支援事業所
ハートフルハウス居宅介護支援事業所
ケアプランセンター いちじくの実
ジン居宅介護計画
みつばちケアプラン
ケアプラン野いちご

愛知淑徳大学クリニック
介護老人保健施設 葵の園・長久手

ハートフルハウスデイサービスセンター るんるん
ハートフルハウスデイサービスセンター
るんるんサテライト 楽顔(らくがん)
デイサービスセンター ゴジカ村
デイサービスセンターゴジカ村サテライト 杜もリトレーニング
ツクイ長久手作田
デイサービスセンターきたぐま
リハビリフィットネス長久手

愛知たいようの杜 ショートステイ
ショートステイ 杜の宿
ショートステイ長久手さつきの家

介護老人保健施設 葵の園・長久手

愛知たいようの杜ハモリー館／杜っと館

介護老人保健施設 葵の園・長久手

介護付き有料老人ホーム「サニーライフ名古屋」
介護付き有料老人ホーム「ベストライフ愛知」
住宅型有料老人ホーム「そら」
住宅型有料老人ホーム「ぬくもり」
住宅型有料老人ホーム「トラストリー長久手」
住宅型有料老人ホーム「はーとらいふ・長久手」
住宅型有料老人ホーム「楽居暮(らくぐ)」
住宅型有料老人ホーム「シニアシェアハウスハート」
住宅型有料老人ホーム「Smile Link 長久手はなみずき」
住宅型有料老人ホーム「あんのんハウス花の木」

ケアハウス「ゴジカラ村」

あんのんハウス竹の山

小規模多機能型居宅介護「楽家晴(らっかせい)」
小規模特別養護老人ホーム「だいたい村」
小規模特別養護老人ホーム「長久手さつきの家」
グループホーム「嬉楽家(きらくや)」
グループホーム「サポートハウス東名ながくて」
グループホーム「よろこぶ」
看護小規模多機能型居宅介護「Pビレッジ長久手Ⅰ」

長久手市内介護保険サービス事業所一覧

令和6年3月1日更新

《高齢者相談機関》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
長久手市社会福祉協議会地域包括支援センター		2305000016	前熊下田171番地	0561-64-1155
愛知たいようの杜地域包括支援センター		2305000032	打越2023番地	0561-64-5174

《居宅介護支援事業所》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
愛知たいようの杜 ケアプランセンター		2375000086	岩作長池48番1	0561-61-1600
長久手市社会福祉協議会居宅介護支援事業所		2375000227	前熊下田171番地	0561-61-3656
ハートフルハウス居宅介護支援事業所		2375000029	草掛4番地1	0561-63-6447
ケアプランセンター いちじくの実		2375000813	岩作向田20番地1	0561-64-3575
シン居宅介護計画		2375001308	久保山1508番地 中央観光ビル1階	0561-64-6151
みつばちケアプラン		2375001407	戸田谷511番地ピアシティ林302号室	0561-65-3783
ケアプラン野いちご		2375001464	戸田谷511番地ピアシティ林106号室	0561-64-7550

《通所リハビリテーション》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
愛知淑徳大学クリニック		2317700256	片平二丁目17番地18	0561-62-1222
介護老人保健施設 葵の園・長久手		2355080017	岩作高山43番地7	0561-67-7711

《訪問リハビリテーション》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
東名病院		2317700058	作田一丁目1110番地	0561-62-7511
愛知淑徳大学クリニック		2317700256	片平二丁目17番地18	0561-62-1222

《通所介護（デイサービス）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
ハートフルハウスデイサービスセンター るるるん	30人	2375000151	宮脇911番地	0561-63-6435
ハートフルハウスデイサービスセンター るるるんサテライト 楽膳(らくがん)	12人	2375000151	草掛4番地1	0561-64-3870
デイサービスセンター ゴジカラ村	30人	2375000268	根嶽 1211番地	0561-64-5150
デイサービスセンターゴジカラ村サテライト	10人	2375000268	岩作長池48番1	0561-56-4165
杜もりトレーニング				
ツクイ長久手作田	37人	2375000987	作田二丁目1010番地	0561-64-3820
デイサービスセンターきたぐま	19人	2375001241	坊の後1121番地	0561-76-7063
リハビリフィ트니스長久手	25人	2375001332	岩作元門69番地1	0561-64-5745

《短期入所生活介護（ショートステイ）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
愛知たいようの杜 ショートステイ	16人	2375000060	根嶽 1201番地	0561-62-5353
ショートステイ 杜の宿	10人	2375000631	前熊下田155番地	0561-76-3406
ショートステイ長久手さつきの家	10人	2375001068	岩作色金21番地1	0561-63-0010

《短期入所療養介護（医療型ショートステイ）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
介護老人保健施設 葵の園・長久手 従来型		2355080017		
ユニット型	空床利用	2355080025	岩作高山43番地7	0561-67-7711

《訪問介護（ホームヘルプ）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
愛知たいようの杜ヘルパーステーションひだまり		2375000045	岩作長池48番1	0561-65-3009
ハートフルハウス訪問介護事業所「ひなたぼっこ」		2375000136	城屋敷108番地	0561-61-3546
訪問介護トラストリー長久手		2375001159	片平一丁目1009番地	0561-61-7921
ヘルパーステーション ココ		2375001266	片平一丁目1805番地	0561-42-7860
ヘルパーステーション オリオン		2375001456	緑陰小舎B-3	0561-76-7593
			砂子901番地1	0561-76-7593

《訪問看護》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
訪問看護ステーションまりん 長久手サテライト		2364590121	戸田谷1403番地 セジュールながくて105	090-5560-7145
愛知たいようの杜 訪問看護ステーション		2365090022	岩作長池48番1	0561-61-1607
ハートフルハウス 訪問看護ステーション		2365090048	城屋敷108番地	0561-61-5100
訪問看護 ながくてステーション		2365090097	原邸710番地	0561-76-9073
訪問看護ステーション 仁 長久手		2365090170	根の神422番地	0561-64-5960
訪問看護ステーション オリオン		2365090204	砂子901番地1	0561-76-7593
東名病院		2317700058	作田一丁目1110番地	0561-62-7511
医療法人 守玄会 長久手内科胃腸科		2317700264	岩作中島32番地2	0561-62-1120

《福祉用具貸与・販売》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
ハートフルハウス福祉用具貸与事業所		2375000169	草掛4番地1	0561-63-6447
名古屋介護リフォームサービス		2375001134	砂子723番地	0561-65-3808

《介護老人福祉施設入所者生活介護（特別養護老人ホーム）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
特別養護老人ホーム 愛知たいようの杜 ハモリー館(はうす)	56人	2375000110		
杜っと館(はうす)	40人	2375001043	根嶽 1201番地	0561-62-5151

《介護老人保健施設》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
介護老人保健施設 葵の園・長久手 従来型	60人	2355080017		
ユニット型	40人	2355080025	岩作高山43番地7	0561-67-7711

《特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
有料老人ホーム サニーライフ名古屋	84人	2375000474	五合池2205番地	0561-63-0090
ベストライフ愛知	74人	2375001357	根の神1021番地	0561-65-0053

《住宅型有料老人ホーム》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
そら	50人		砂子901番地1	0561-76-7591
ぬくもり	16人		南原山12番地1	0561-61-6718
トラストリー長久手	20人		片平一丁目1009番地	0561-61-7921
はーとらいふ長久手	36人		武蔵塚610番地	0561-62-1141
楽居暮(らく)	18人		岩作中島3番地1	0561-76-2619
シニアシェアハウスハート	30人		丁子田17番地253	0561-64-5366
Smile Link 長久手はなみずき	30人		城屋敷115番地	0561-65-5571
あんのんハウス花の木	30人		片平一丁目1701番	0561-56-8117

《ケアハウス（軽費老人ホーム）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
ケアハウス「ゴジカラ村」	50人		根嶽 1211番地	0561-64-5151

《サービス付き高齢者向け住宅》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
あんのんハウス竹の山	29人		片平二丁目511番地	0561-42-7300

地域密着型サービス

※地域密着型サービスとは、住み慣れた地域での生活を続けるために、地域の特性に応じたサービスが受けられるもので、原則として長久手市民だけが利用できます。

【地域密着型】《地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模特別養護老人ホーム）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
小規模特別養護老人ホーム だいたいい村	29人	2395000033	前熊下田155番地	0561-63-3400
社会福祉法人千寿会長久手さつきの家	29人	2395000082	岩作色金21番地1	0561-63-0010

【地域密着型】《認知症対応型共同生活介護（グループホーム）》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
グループホーム 嬉楽家	18人	2375000078	前熊下田155番地	0561-61-2721
サポートハウス東名ながくて	18人	2375000250	平池406番地	0561-64-3651
ハートフルハウス グループホーム「よろこんぶ」	9人	2375000300	宮脇807番地	0561-61-2272

【地域密着型】《小規模多機能型居宅介護》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
小規模多機能型居宅介護「楽家晴(らっかせい)」	29人	2395000025	草掛1番地1	0561-64-3860

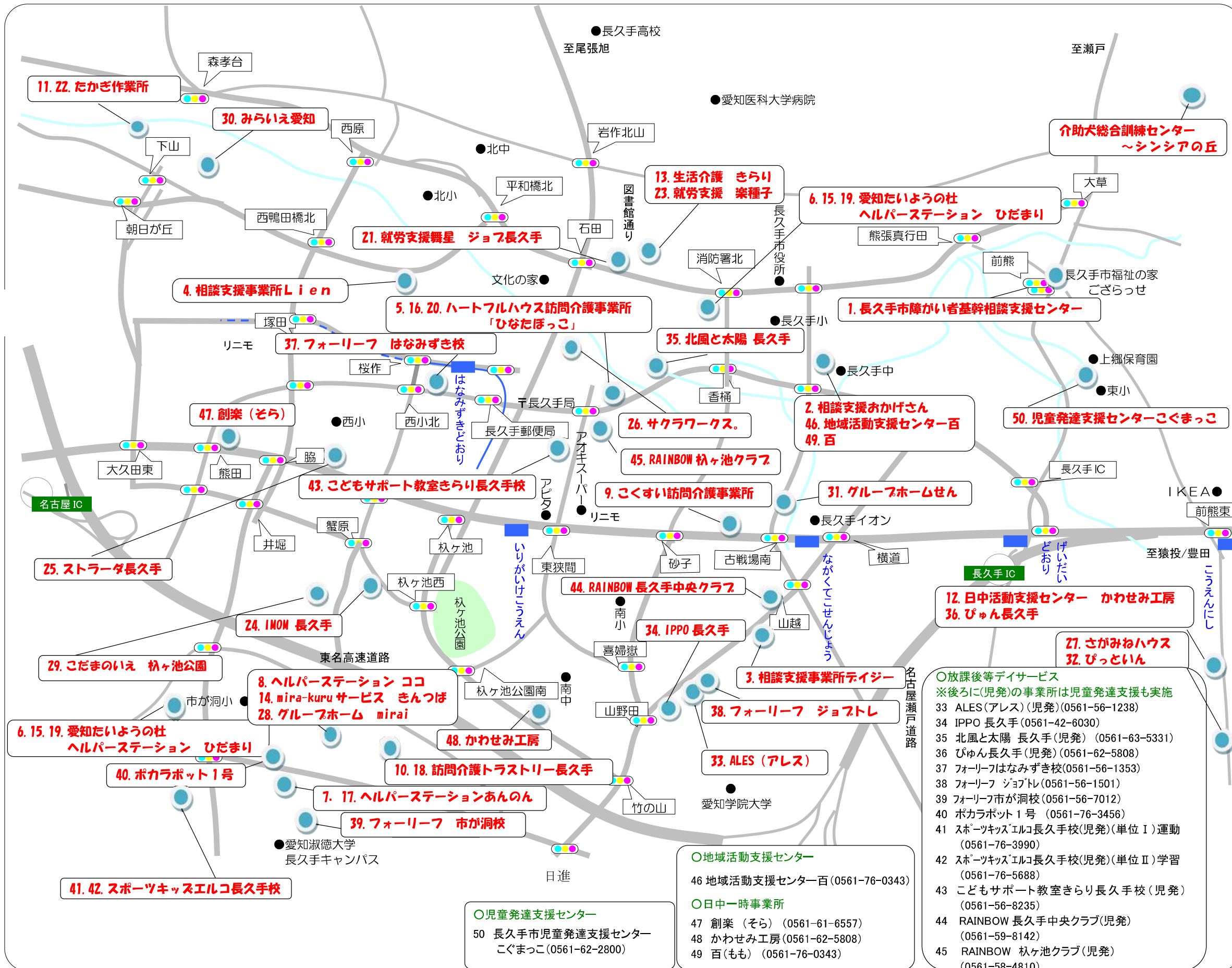
【地域密着型】《看護小規模多機能型居宅介護》

施設名	定員	指定番号	所在地	電話番号
Pビレッジ長久手Ⅰ	29人	2395000140	石場902番地	0561-62-3388

長久手市障がい事業所マップ

(令和6年4月)

名古屋



○相談支援事業所

- 1 長久手市障がい者相談支援センター (0561-64-2333)
- 2 相談支援おかげさん (0561-41-8807)
- 3 相談支援事業所デイジー (0561-76-7173)
- 4 相談支援事業所Lienくりあん (0561-61-4051)

○居宅介護(ヘルパー)事業所

- ※語尾に(移)がある事業所は移動支援も実施
- 5 ハートフルハウス訪問介護事業所「ひなたぼっこ」(移) (0561-61-3546)
 - 6 愛知たいようの杜ヘルパーステーション ひだまり(移) (0561-65-3009)
 - 7 ヘルパーステーションあんのん (0561-42-7731)
 - 8 ヘルパーステーション ココ(移) (0561-42-7860)
 - 9 こくすい訪問介護事業所(0561-62-1141)
 - 10 訪問介護トラストリー長久手(0561-61-7921)

○生活介護事業所

- 11 たかぎ作業所 (0561-62-6262)
- 12 日中活動支援センターかわせみ工房 (0561-62-5808)
- 13 生活介護 きらり (0561-42-7651)
- 14 mira-kuru サービス きんつば (0561-56-8673)

○重度訪問介護

- 15 愛知たいようの杜ヘルパーステーション ひだまり(移) (0561-65-3009)
- 16 ハートフルハウス訪問介護事業所「ひなたぼっこ」(移) (0561-61-3546)
- 17 ヘルパーステーションあんのん (0561-42-7731)
- 18 訪問介護トラストリー長久手(0561-61-7921)

○同行援護

- 19 愛知たいようの杜ヘルパーステーション ひだまり(移) (0561-65-3009)
- 20 ハートフルハウス訪問介護事業所「ひなたぼっこ」(移) (0561-61-3546)

○就労継続支援 A 型事業所

- 21 就労支援舞星 ジョブ長久手 (0561-76-4941)

○就労継続支援 B 型事業所

- 22 たかぎ作業所 (0561-62-6262)
- 23 就労支援 楽種子 (0561-42-7651)
- 24 IMOM 長久手 (0561-78-6636)
- 25 ストラダ長久手 (0561-42-8760)
- 26 サクラワークス。 (0561-76-5441)

○グループホーム

- 27 さがみねハウス (0561-57-6021)
- 28 グループホーム mirai (0561-56-8872)
- 29 こだまのいえ 杵ヶ池公園 (0561-59-2020)
- 30 みらいえ愛知 (090-2687-1681)
- 31 グループホームせん (0561-76-4566)

○短期入所

- 32 ぴっといん (0561-57-6021)

○放課後等デイサービス

※後ろに(児発)の事業所は児童発達支援も実施

- 33 ALES (アレス) (児発) (0561-56-1238)
- 34 IPPO 長久手 (0561-42-6030)
- 35 北風と太陽 長久手 (児発) (0561-63-5331)
- 36 びゅん長久手 (児発) (0561-62-5808)
- 37 フォーリーフはなみずき校 (0561-56-1353)
- 38 フォーリーフ ジョブトレ (0561-56-1501)
- 39 フォーリーフ市が洞校 (0561-56-7012)
- 40 ポカラポット 1 号 (0561-76-3456)
- 41 スポーツキッズエルコ長久手校(児発)(単位Ⅰ)運動 (0561-76-3990)
- 42 スポーツキッズエルコ長久手校(児発)(単位Ⅱ)学習 (0561-76-5688)
- 43 こどもサポート教室きらり長久手校 (児発) (0561-56-8235)
- 44 RAINBOW 長久手中央クラブ(児発) (0561-59-8142)
- 45 RAINBOW 杵ヶ池クラブ(児発) (0561-58-4810)

○地域活動支援センター

- 46 地域活動支援センター百 (0561-76-0343)

○日中一時事業所

- 47 創楽 (そら) (0561-61-6557)
- 48 かわせみ工房 (0561-62-5808)
- 49 百 (もも) (0561-76-0343)

○児童発達支援センター

- 50 長久手市児童発達支援センター こぐまっこ (0561-62-2800)

番号	種別		事業所名	住所	電話番号	FAX番号	メールアドレス
1	相談支援事業所		長久手市障がい者相談支援センター	前熊下田171番地 長久手市福祉の家内1階	0561-64-2333	0561-64-2337	nagakute-shakyo-sho-gai@hm.aitai.ne.jp
2			相談支援おかげさん	岩作平子34番地1 レジデンス千代萬1階	0561-41-8807	0561-76-1830	sodan@momochidori.jp
3			相談支援事業所ティシー	砂子722番地	0561-76-7173	0561-76-7174	focast4leaf3@gmail.com
4			相談支援事業所 Lien（りあん）	山桶101番地 UME X-7・2B	0561-61-4051	0561-50-2711	lien-soudan@outlook.jp
5	居宅介護（ヘルパー）事業所 ※右欄に「移」のマークがある事業所は、 移動支援事業も実施	移	ハートフルハウス訪問介護事業所「ひなたぼっこ」	城屋敷108番地 2F	0561-61-3546	0561-61-4747	hinata@heartful-house.com
6		移	愛知たいようの杜ヘルパーステーションひだまり	岩作長池48番1	0561-65-3009	0561-56-3061	hodohodobotiboti@yahoo.co.jp
7		移	ヘルパーステーションあんのん	片平二丁目511番地 あんのんハウス竹の山	0561-42-7731	0561-42-7301	ten@un-non-housu.jp
8		移	ヘルパーステーション ココ	片平1丁目1805番地 緑陰小舎B-3	0561-42-7860	0561-42-7851	coco@momochidori.jp
9			こくすい訪問介護事業所	武蔵塚610番地	0561-62-1141	0561-63-5941	info@kokusui.jp
10			訪問介護トラストリー長久手	片平1丁目1009番地	0561-61-7921	0561-76-7954	info@trustree.co.jp
11	生活介護事業所		たかぎ作業所	下川原4番地5	0561-62-6262	0561-63-3525	aifuku@lily.ocn.ne.jp
12			日中活動支援センター かわけみ工房	岩作三ヶ峯2番地1129	0561-62-5808	0561-59-5809	kawasemi-kobo@rainbow.plala.or.jp
13			生活介護 きらり	岩作藪田18番地3	0561-42-7651	0561-42-7652	kirari.tanoseed@gmail.com
14			mira-kuruサービス きんつば	片平1丁目1907番地2	0561-56-8673	0561-56-8671	kintoki@momochidori.jp
15	重度訪問介護		愛知たいようの杜ヘルパーステーションひだまり	岩作長池48番1	0561-65-3009	0561-56-3061	hodohodobotiboti@yahoo.co.jp
16			ハートフルハウス訪問介護事業所「ひなたぼっこ」	城屋敷108番地 2F	0561-61-3546	0561-61-4747	hinata@heartful-house.com
17			ヘルパーステーションあんのん	片平二丁目511番地 あんのんハウス竹の山	0561-42-7731	0561-42-7301	ten@un-non-housu.jp
18			訪問介護トラストリー長久手	片平1丁目1009番地	0561-61-7921	0561-76-7954	info@trustree.co.jp
19	同行援護		愛知たいようの杜ヘルパーステーションひだまり	岩作長池48番1	0561-65-3009	0561-56-3061	hodohodobotiboti@yahoo.co.jp
20			ハートフルハウス訪問介護事業所「ひなたぼっこ」	城屋敷108番地 2F	0561-61-3546	0561-61-4747	hinata@heartful-house.com
21	就労継続支援A型事業所		就労支援舞星 ジョブ長久手	岩作藪田5番地	0561-76-4941	0561-76-4981	jobnaga@iaa.itkeeper.ne.jp
22	就労継続支援B型事業所		たかぎ作業所	下川原4番地5	0561-62-6262	0561-63-3525	aifuku@lily.ocn.ne.jp
23			就労支援 楽種子（たのしーど）	岩作藪田18番地3	0561-42-7651	0561-42-7652	kirari.tanoseed@gmail.com
24			IMOM 長久手	蟹原907番地	0561-78-6636	0561-78-1588	works-nagakute@imom.co.jp
25			ストラダ長久手	打越1618番地 ハイツ峰1F	0561-42-8760	0561-42-8765	forza.ark@gmail.com
26			サクラワークス。	坊の後1418番地	0561-76-5441	0561-56-8082	sakura@mazenda.jp
27	グループホーム		さがみねハウス	岩作三ヶ峯3番地315	0561-57-6021	0561-57-6021	kawasemi-kobo@rainbow.plala.or.jp
28			グループホーム mirai	片平1丁目1906番地1907番地	0561-56-8872	0561-56-8671	homemirai@momochidori.jp
29			こだまのいえ 秋ヶ池公園	蟹原2108番地	0561-59-2020	0561-59-2020	kikyuin@gmail.com
30			みらいえ愛知	西原山14番地6	090-2687-1681	0561-56-0397	miraie396@gmail.com
31			グループホームせん	大久手136番地2 ハイムキトウ202号室	0561-76-4566	0561-76-4566	sakura@mazenda.jp
32	短期入所		ぴっといん	岩作三ヶ峯3番地315	0561-57-6021	0561-57-6021	kawasemi-kobo@rainbow.plala.or.jp
33	放課後等デイサービス事業所 児童発達支援事業所 ※右欄に「児発」のマークがある事業所 は、児童発達支援事業も実施	児発	ALES（アレス）	山野田628番地 ミツマルビル1階1A号室	0561-56-1238	0561-56-1239	ales.nagakute@gmail.com
34			IPPO長久手	山野田1125番地	0561-42-6030	0561-42-6031	info@ippo-core3.com
35		児発	北風と太陽 長久手	東浦108番地	0561-63-5331	0561-63-5332	step.kitakazetotaiyou.nagakute@gmail.com
36		児発	ひゅん長久手	岩作三ヶ峯2番地1129	0561-62-5808	0561-59-5809	kawasemi-kobo@rainbow.plala.or.jp
37			フォーリーフ はなみすき校	久保山2610番地	0561-56-1353	0561-56-1354	4leaf.hana@gmail.com
38			フォーリーフ ジョブトレ	山野田606番地	0561-56-1501	0561-56-1502	4leaf.job@gmail.com
39			フォーリーフ 市が洞校	片平2丁目713-1	0561-56-7012	0561-56-7013	4leaf.ichi@gmail.com
40			ボカラポット1号	市が洞二丁目1202番地	0561-76-3456	0561-76-3456	pokharapot2014@yahoo.co.jp
41		児発	エルコキッズ長久手校（単位Ⅰ）運動	丁子田15番地173	0561-76-3990	0561-76-3991	sportskids.nagakute@gmail.com
42		児発	エルコキッズ長久手校（単位Ⅱ）学習	丁子田15番地173	0561-76-5688	0561-76-5689	sportskids.nagakute@gmail.com
43		児発	こどもサポート教室「きらり」長久手校	氏神前304番地	0561-56-8235	0561-56-8235	kirari.nagakute@kurazemi.co.jp
44		児発	RAINBOW長久手中央クラブ	山越322	0561-59-8142	0561-59-8143	konkon007@gmail.com
45	児発のみ	RAINBOW秋ヶ池クラブ	城屋敷2513番地	0561-58-4810	0561-58-4900	konkon007@gmail.com	
46	地域活動支援センター		地域活動支援センター百	岩作平子34番地1 レジデンス千代萬1階	0561-76-0343	0561-76-1830	momo@momochidori.jp
47	日中一時支援事業所		創楽（そら）	作田二丁目1003番地	0561-61-6557	—	kirari.tanoseed@gmail.com
48			かわせみ工房	長配二丁目1501番地	0561-62-5808	0561-59-5809	kawasemi-kobo@rainbow.plala.or.jp
49			百（もも）	岩作平子34番地1 レジデンス千代萬1階	0561-76-0343	0561-76-1830	momo@momochidori.jp
50	児童発達支援センター事業所・保育所等訪問支援		長久手市児童発達支援センター こぐまっこ	前熊前山173番地3	0561-62-2800	0561-76-0057	kogumakko@momoyama.ed.jp

長久手市医療・介護・福祉ネットワーク運営分科会 入退院支援部会

構成メンバー

- ・病院： 愛知医科大学病院・東名病院・瀬戸みどりのまち病院・メイトウホスピタル・川島病院・愛知国際病院・日進おりど病院・福友病院・東名古屋病院
- ・診療所： 水野内科・アガペクリニック・永井内科クリニック・たんぽぽクリニック
- ・訪問看護ステーション： 愛知たいようの杜訪問看護ステーション
ハートフルハウス訪問看護ステーション
訪問看護ステーション仁 長久手
訪問看護ステーションまりん 長久手サテライト
- ・居宅介護支援事業所： 愛知たいようの杜ケアプランセンター
ハートフルハウス居宅介護支援事業所
長久手市社会福祉協議会居宅介護支援事業所
ケアプランセンターいちじくの実
みつばちケアプラン
ケアプラン野いちご
ジン居宅介護計画
日進居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター： 愛知たいようの杜地域包括支援センター
長久手市社会福祉協議会地域包括支援センター
- ・長久手市役所福祉部長寿課

事務局： 長久手市在宅医療・介護連携支援センター(やまびこ長久手)
TEL(0561)56-0345 FAX(0561)56-0346

