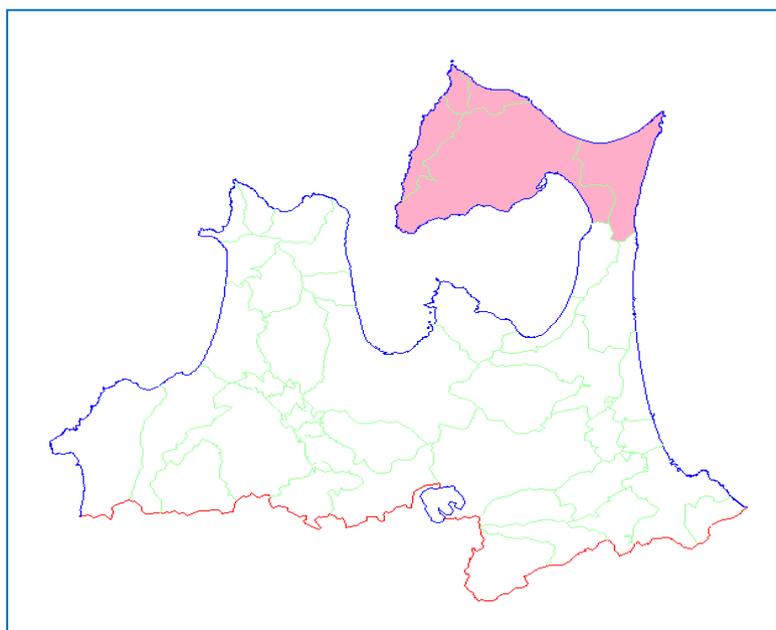


下北圏域の入退院調整に関する報告書 ～医療介護連携調整実証事業の実施結果から～

むつ市 大間町 東通村 風間浦村 佐井村



下北地域県民局地域健康福祉部保健総室（むつ保健所）

平成30年3月（令和5年3月改訂）

目次

1	趣旨	1
2	平成29年度医療介護連携調整実証事業の実施経過	2
3	ケアマネージャーアンケート調査	
(1)	～下北圏域における～入退院調整の現状に関する ケアマネージャーアンケート調査結果について	3
(2)	様式1 ケアマネージャーアンケート調査用紙	13
4	入退院調整	
(1)	入退院調整の流れ	14
(2)	様式2 入退院情報提供書	17
5	関係機関一覧	
(1)	病院相談窓口一覧	19
(2)	市町村担当課一覧	19
(3)	地域包括支援センター一覧	19
(4)	居宅介護支援事業所一覧	20
(5)	小規模多機能型居宅介護事業所	21

1 趣旨

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。

このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市町村が中心となって地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する必要がある。

下北地域では、患者が安心して円滑に生活の場に移行できるようにすることを目的に、平成14年度に「橋渡し」を担う人材を養成し、平成15年度には、むつ総合病院に地域医療連携室が設置され、具体的に「橋渡し窓口」が機能することになった。また、平成16年度には、橋渡しをする情報の標準化と継続看護を図るため、看護基準を作成し、看護情報提供書を用いて関係機関との連絡調整を行っている。

「橋渡し窓口」の活動の基盤として、「むつ・下北地域看護と介護の連携づくり委員会」が重要な役割を果たしている。この委員会は、行政の担当者やむつ・下北地域の各拠点病院や回復期病院、介護関係の地域サービス代表者等のメンバーで構成され、医療資源の少ないむつ・下北地域で、今後とも顔と顔の見える関係づくりを大事にし、「橋渡し窓口」の内容の充実と橋渡し看護・介護の質向上に努めており、現在も継続している。

そこで、医療介護連携調整実証事業として、ケアマネージャーへアンケート調査を実施した結果(平成29年8月実施)、入院時にケアマネージャーから病院へ情報提供のあった割合が70.3%、退院時に病院からケアマネージャーに情報提供のあった割合が85.9%であり、医療と介護の連携がよく図られている状況であった。

本報告書では、アンケート調査の結果や現在の入退院調整の流れ等について整理したものであり、今後、更に医療と介護の連携が深まり、継続していくために、関係者間の業務の参考としていただくことを期待している。

2 平成 29 年度 医療介護連携調整実証事業の実施経過

年 月 日	内 容
平成 29 年 6 月 12 日 13 日	<p><病院等へ事業説明></p> <ul style="list-style-type: none"> ・モデル事業開始にあたり、むつ総合病院、むつリハビリテーション病院、大間病院、むつ下北医師会長へ高齢福祉保険課及び保健所で説明廻り (院長、総看護師長、連携室等関係職員)
平成 29 年 8 月 24 日	<p><市町村等担当者会議></p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村及び地域包括支援センター職員が 19 人出席 ・市町村及び地域包括支援センターへ事業説明及びケアマネアンケート調査の依頼、入退院調整の現状及び在宅医療介護連携推進事業の進捗状況等について意見交換
平成 29 年 8~10 月	<p><ケアマネアンケート調査></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各市町村に対し、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所のケアマネを対象としたアンケート調査の集計を依頼し、調査結果を分析
平成 29 年 11 月 21 日	<p><ケアマネ協議></p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村及び地域包括支援センター職員が 22 人出席 ・市町村及び地域包括支援センターへケアマネアンケート調査結果の情報提供及び現状の入退院調整の流れを確認
平成 30 年 1 月 26 日 31 日	<p><病院へ事業実施状況等説明></p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村及び地域包括支援センター職員が 22 人出席 ・ケアマネアンケート調査結果の報告等について、むつ総合病院、むつリハビリテーション病院、大間病院へ高齢福祉保険課及び保健所で説明廻り(総看護師長、連携室等関係職員)
平成 30 年 2 月 23 日	<p><市町村・ケアマネ事業報告会></p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村及び地域包括支援センター職員が 24 人出席 ・市町村及び地域包括支援センターへ事業報告書の内容等の意見交換
平成 30 年 3 月	<p><事業報告書の作成></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等関係機関あて報告書を送付 ※むつ下北医師会へは持参

3 ケアマネージャーアンケート調査

～下北圏域における～

入退院調整の現状に関する ケアマネージャーアンケート 調査結果について

下北地域県民局地域健康福祉部保健総室
(むつ保健所) 健康増進課

アンケートの実施

調査目的: 圏域内の病院とケアマネの入退院調整に
関する現状及び課題を把握

調査期間: H29年7月1日～7月31日

調査対象: 管内すべての地域包括支援センター及び
居宅介護支援事業所

調査内容: H29年7月中の入退院状況、入退院時の
病院との連携での課題及びうまくいって
いる点等

ケアマネージャーアンケート調査は令和2年度
まで毎年度実施しました。

各年度の調査結果は、関係機関の皆様へ送付して
おります。また、むつ保健所ホームページにも掲
載しておりますので、そちらをご覧ください。

回答のあった施設数及びケアマネ数

<回答施設数>

	対象施設数	回答数	回答率
地域包括支援センター	7	7	100%
居宅介護支援事業所	30	29	96.7%
計	37	36	97.3%

<回答ケアマネ数>

	回答数
地域包括支援センター	17
居宅介護支援事業所	77
計	94

利用者数(ケアマネ担当ケース数)

	予防	介護	合計(予防+介護)
地域包括支援センター	424	1	425
居宅介護支援事業所	340	2,036	2,376
計	764	2,037	2,801

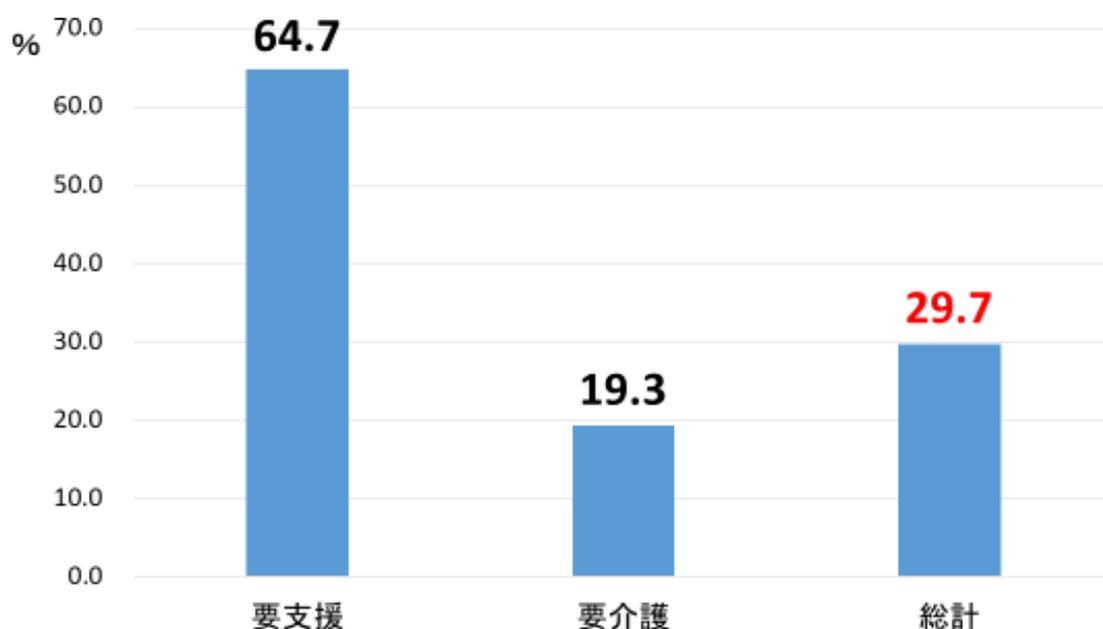
入院件数及び入院時情報提供書送付件数 (平成29年7月)

ケアマネ⇒病院

	予防	介護	合計(予防+介護)
入院件数	17	57	74
入院時情報提供書送付件数	6	46	52
情報提供のあった割合	35.3%	80.7%	70.3%

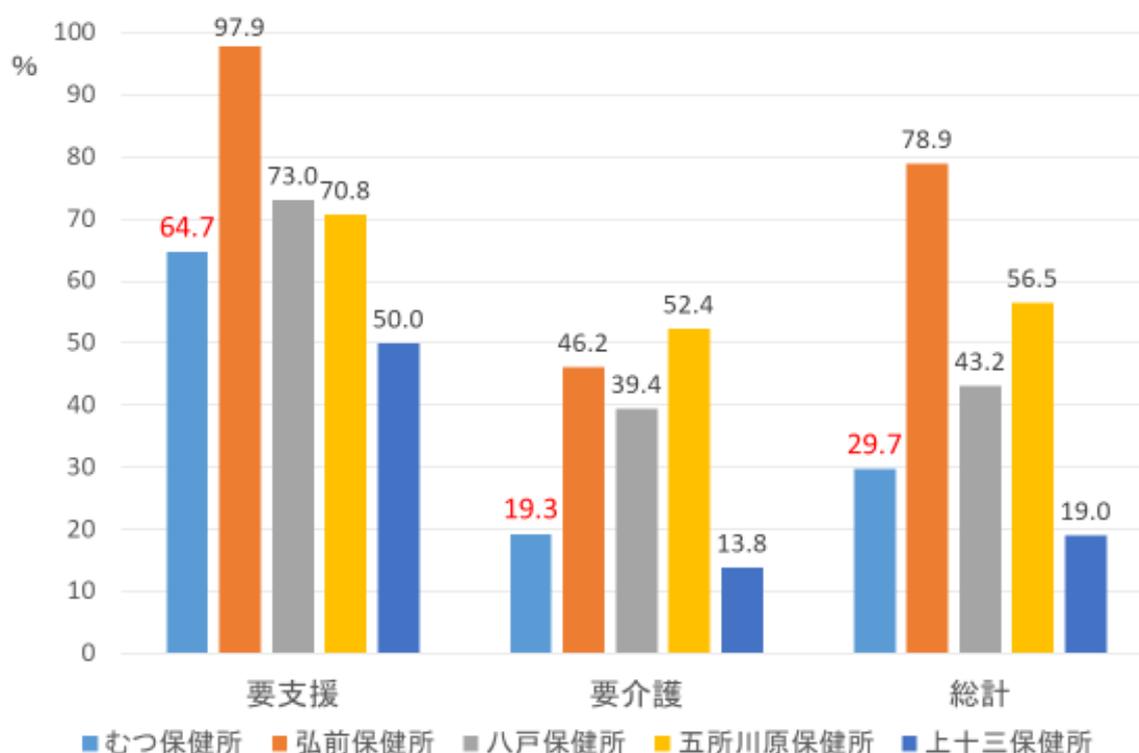
下北圏域の入院時情報提供もれ率

ケアマネ⇒病院



入院時情報提供もれ率(%)=ケアマネから病院への入院時情報提供書送付なし件数÷入院件数×100

圏域別の入院時情報提供もれ率



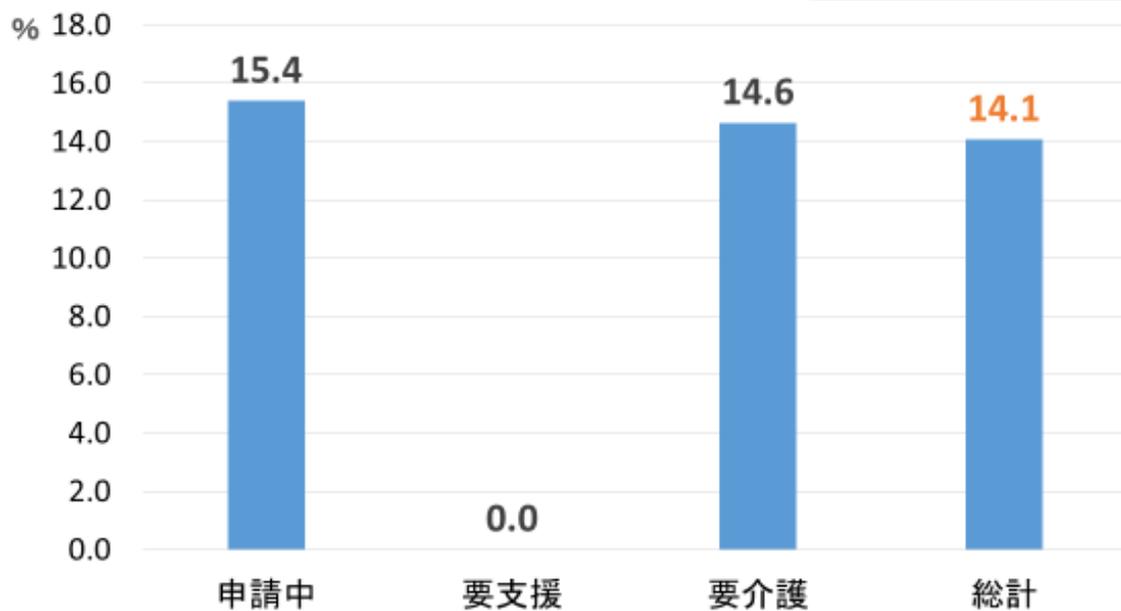
退院件数及び退院調整連絡件数 (平成29年7月)

病院⇒ケアマネ

	件数及び割合
退院件数	64
退院調整の連絡件数	55
退院調整のあった割合	85.9%

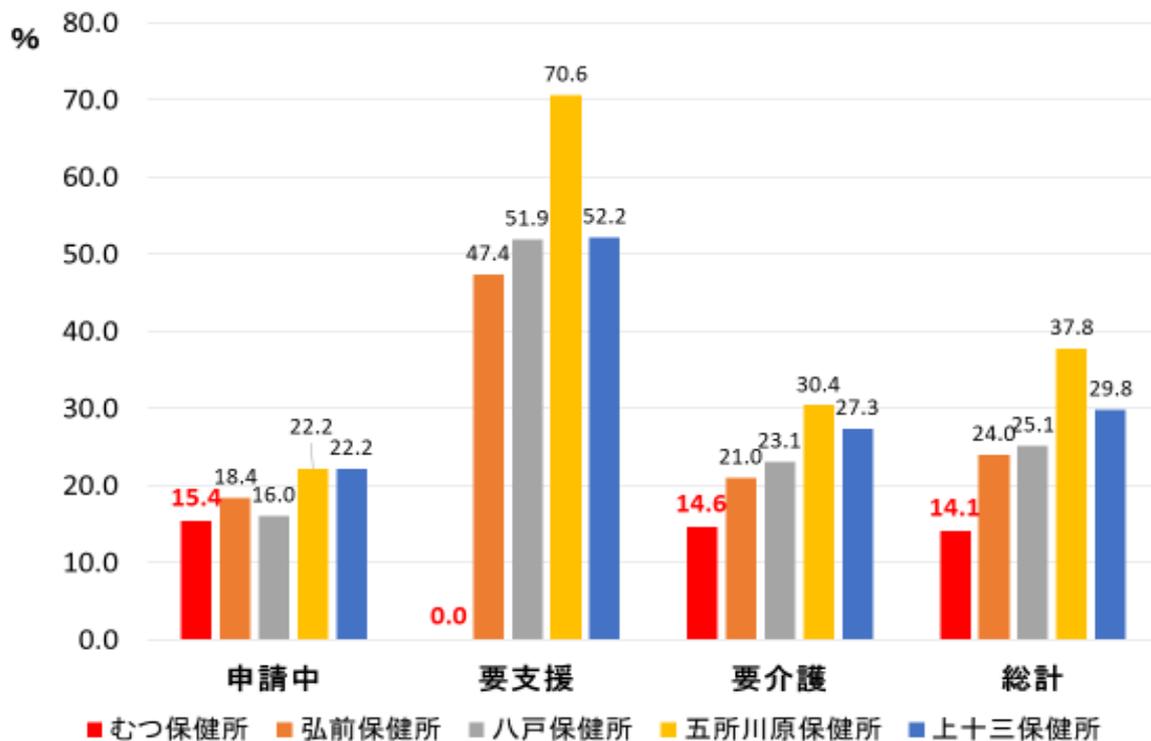
下北圏域の退院調整もれ率

病院⇒ケアマネ



退院調整もれ率(%) = 病院からケアマネへの退院調整連絡なし件数 ÷ 退院件数 × 100

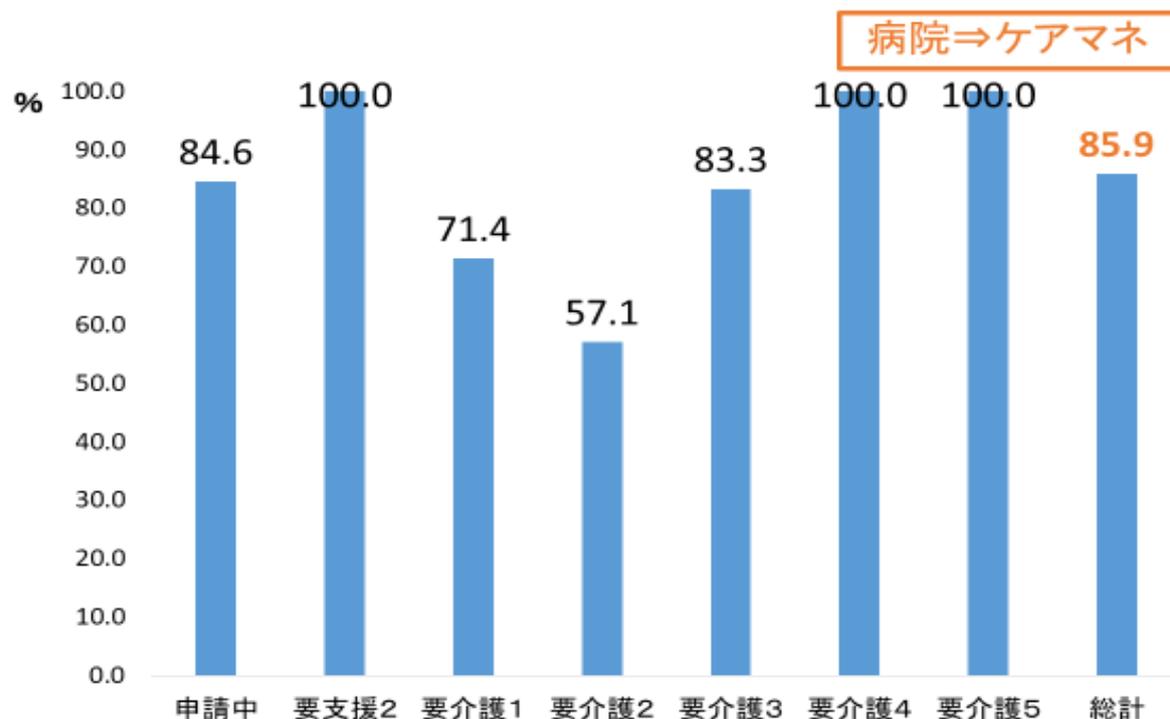
圏域別の退院調整もれ率



介護保険申請別の退院調整連絡状況 (平成29年7月)

介護保険申請別	退院調整連絡なし		退院調整連絡あり		総計
	件数	%	件数	%	
総合事業利用（未申請）	1	100.0	0	0.0	1
申請中	2	15.4	11	84.6	13
要支援	0	0.0	9	100.0	9
要支援1	0	0.0	0	0.0	0
要支援2	0	0.0	9	100.0	9
要介護	6	14.6	35	85.4	41
要介護1	2	28.6	5	71.4	7
要介護2	3	42.9	4	57.1	7
要介護3	1	16.7	5	83.3	6
要介護4	0	0.0	13	100.0	13
要介護5	0	0.0	8	100.0	8
総計	9	14.1	55	85.9	64

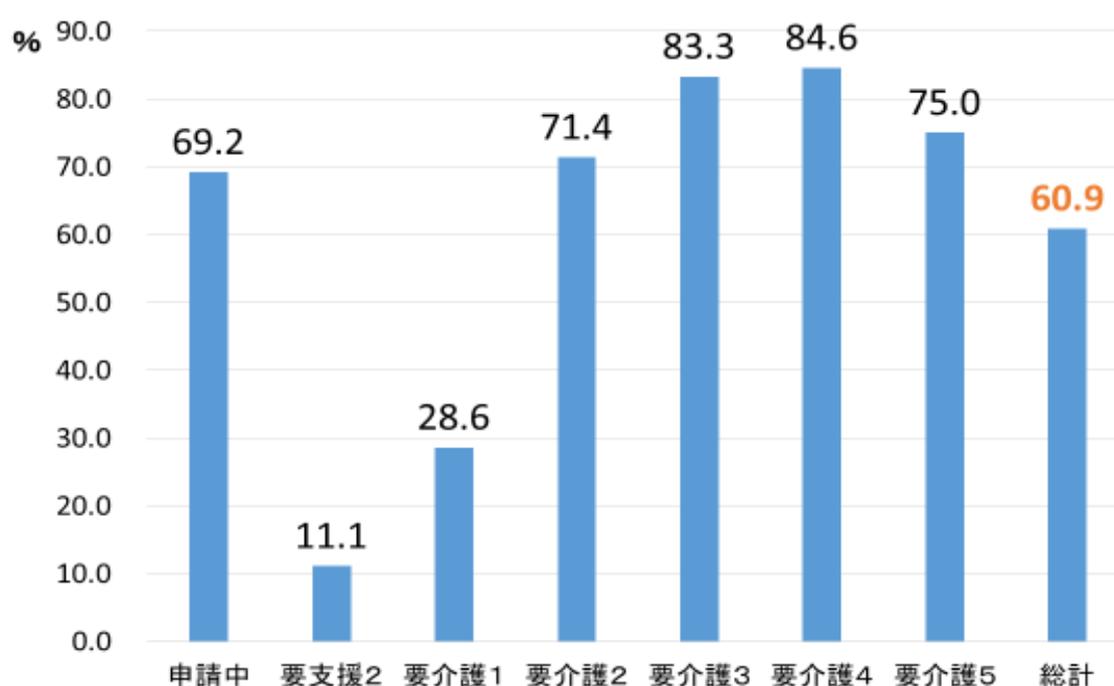
介護保険申請別の退院調整連絡状況



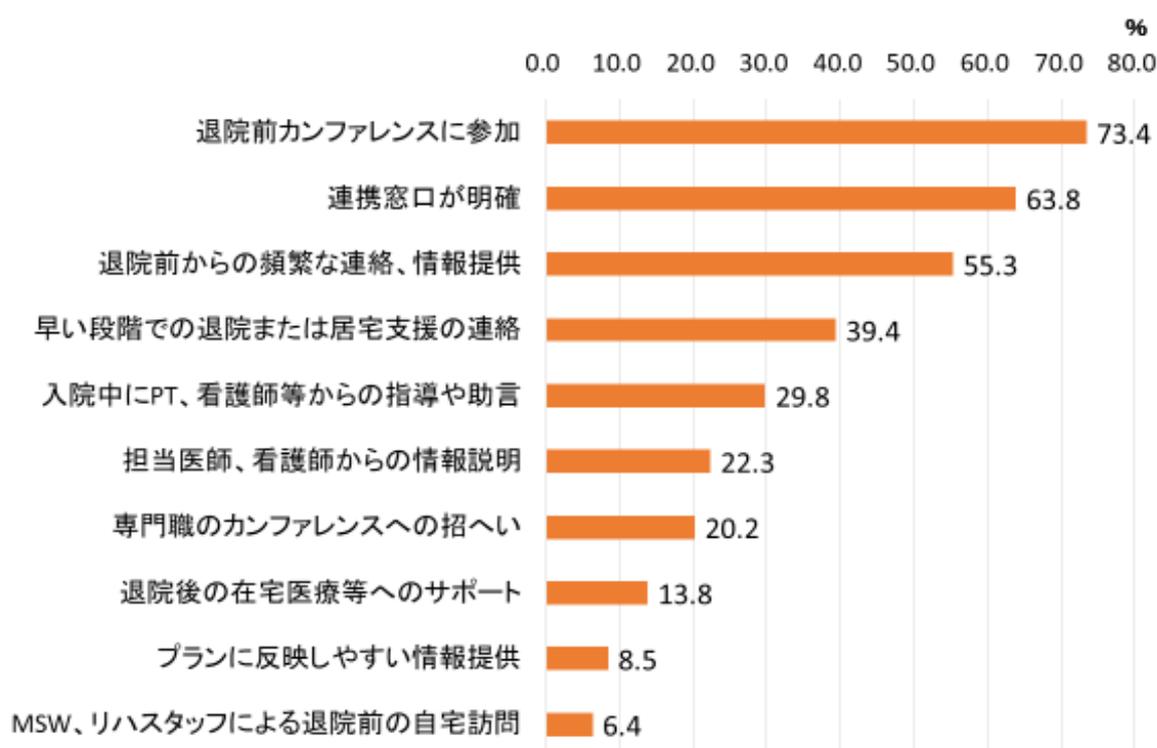
介護保険申請別のケア会議開催状況 (平成29年7月)

介護保険申請別	開催あり	%	開催なし	%
総合事業利用（未申請）	0	0.0	1	100.0
申請中	9	69.2	4	30.8
要支援	1	11.1	8	88.9
要支援1	0	0.0	0	0.0
要支援2	1	11.1	8	88.9
要介護	29	70.7	12	29.3
要介護1	2	28.6	5	71.4
要介護2	5	71.4	2	28.6
要介護3	5	83.3	1	16.7
要介護4	11	84.6	2	15.4
要介護5	6	75.0	2	25.0
総計	39	60.9	25	39.1

介護保険申請別のケア会議開催状況 (平成29年7月)



退院時の病院との連携でうまくいっている点



退院時の病院との連携の課題



退院調整等について日頃から感じていること (自由記載)1

連携でうまくいっていること

- ・調整が必要な利用者の退院時には早目に連絡をもらっている
ので助かっています。
- ・A病院と対応することがほとんどですが、MSWの方が頻繁に
やり取りしてくれて、随時情報交換ができます。また、退院時に
は情報提供書を頂戴しています。
- ・退院前のカンファレンス行い、スムーズに在宅に帰ることがで
きています。

連絡窓口との連携がとれており、退院調整がスムーズにでき
ている

退院調整等について日頃から感じていること (自由記載)2

連携の課題

- ・MSWや担当者により、院内調整や連絡調整の対応に差がある。
- ・現場、病棟の看護師が忙しそうで話しかけにくい。
- ・入院中にいただいた情報と在宅に戻ってからの本人の状態が違う。
- ・提供した情報提供書が活用されているのか不明な場面がある。本人
や家族と相談員との連携が十分でないために不安の声が多々ある。
- ・医師や看護師から家族への病状説明や治療経過等の説明が十分
にされていない。不安や心配をしている家族が多い。

連携室及び病棟の院内調整や連絡調整の対応が異なっている。
病院内で情報共有してほしい。

退院調整等について日頃から感じていること (自由記載)3

連携の課題

- ・病院によって異なるが、入院中の経過や退院について連絡がない。
- ・病院看護師とは退院カンファのみで連携できていないと感じている。面会時に状態等の情報がほしいと思います。
- ・急な退院は介護サービスが調整できず困る。退院日が決まったり急変したときは連絡をいただきたい。
- ・サマリーがすぐにいただけなかった。催促して結果1月くらい後にいただいたことがあった。
- ・退院連携の得手不得手はケアマネスキルの不足が大きい。上手くいかないと話すケアマネほど自ら行動しない人が多いと思います。

退院調整に時間が必要なので退院のめどが経ったら早めに連絡がほしい。入院及び退院時の情報は共有する必要がある。

退院調整等について日頃から感じていること (自由記載)4

要望

- ・担当者により頻繁な連絡があり情報をいただけるが、ほとんど連絡もなく退院が決まりそうになってから連絡をくれる方もいるので、同じように連携体制があればよい。
- ・忙しそうなので対応時間を明確にしていただければ助かります。
- ・県内各地で医療機関とケアマネの退院支援(調整)ルールが運用されていますが、下北圏域でも運用できるようになればいいと思います。

現在、連携体制はできているが、更にスムーズに連携できる体制が望ましい。

**医療介護連携調整実証事業に係る
入退院調整の現状に関するケアマネージャーアンケート調査用紙**

*アンケートの記入にあたっては、別添「ケアマネージャーのみなさまへ」を参考にしてください。

事業所名 _____ 市町村名 _____ 電話番号 _____
 ケアマネージャー名 _____ 職種 _____
 地域包括支援センターのみ職種も記載する

1. 7月末時点の担当ケース件数 (介護) _____ 件
 (予防) _____ 件
2. 担当ケースのうち7月中に病院から退院した件数 (介護) _____ 件
 (※検査目的の入院は除いてください。) (予防) _____ 件

また、7月中に病院から退院したケース一人ひとりの状況について記載してください。

利用者	退院された病院名	病院からの退院調整の連絡	退院前ケア会議の開催	介護保険 (介護保険を利用していない方は「未申請」となります)	総合事業の利用
1		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
2		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
3		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
4		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
5		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
6		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
7		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
8		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
9		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無
10		有・無	有・無	未申請・申請中・要支援()・要介護()	有・無

※退院前ケア会議は、単独・多職種、会議の形態に関わらず、退院に向けての情報交換の有無をご記入ください。
 ※介護保険及び総合事業の欄は、退院時点のものをご記入ください。

3. 担当ケースのうち7月中に病院に入院した件数 (介護) _____ 件
 (予防) _____ 件
4. 3のうち、病院に入院時情報提供書を送った件数 (介護) _____ 件
 (予防) _____ 件

5. 入退院時の病院との連携のうち、課題やうまくいっている点として考えられるもののうち、
 (1) 課題として特に重要なもの(5つまで)を○で囲んでください。
 (2) また、うまくいっている点として当てはまるものがあれば全て○で囲んでください。

課題(5つまで) _____ うまくいっていること(該当するものすべて)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| ①急に退院が決まった、早期退院を迫られる | ①退院前からの頻繁な連絡、情報提供 |
| ②介護保険や在宅療養環境への理解不足 | ②退院前カンファレンスに参加 |
| ③退院(転院)したことを知らなかった | ③MSW、リハスタッフによる退院前の自宅訪問 |
| ④退院時カンファレンス、退院時訪問の未実施 | ④専門職のカンファレンスへの招へい |
| ⑤経過や見通しの説明不足 | ⑤早い段階での退院又は居宅支援の連絡 |
| ⑥サマリー等情報がもらえない | ⑥担当医師、看護師からの情報説明 |
| ⑦退院後すぐに症状の悪化、再入院 | ⑦連携窓口が明確 |
| ⑧知らない間に方向性が決まっている | ⑧プランに反映しやすい情報提供 |
| ⑨支援・対応方法、連絡窓口の不明確 | ⑨入院中にPT、看護師等からの指導や助言 |
| ⑩利用者本位でない、病院側の都合 | ⑩退院後の在宅医療等へのサポート |
| ⑪退院日が決まった後に連絡があった | ⑪その他() |
| ⑫協力姿勢がない | |
| ⑬入院中に認知症が進行した | |
| ⑭病院から得た情報と実際のずれがある | |
| ⑮その他() | |

6. 入退院調整等について、日頃から感じていることなどありましたら、簡潔にお書きください。

[_____]

ご協力ありがとうございました。 **9月15日まで**に管轄市町村あてにFAX又は郵送でご返送ください。

4 入退院調整

入退院調整の流れ

①介護認定がされていて担当ケアマネージャーがいる場合

入院前
(在宅療養)



入院時



入院中
(外出・外泊も含む)



退院決定～退院



退院時



退院後
(在宅療養)

<ケアマネ→病院>

- ・できるだけ早く、遅くとも7日以内に「看護情報提供書」「フェイスシート」等を送付し、入院時の情報を共有する
- ※様式は各施設で使用しているものでも可

<ケアマネ→病院>

- ・本人の状態確認のため、連絡し病院を訪問する
- ・退院見込みが決まったら連絡をもらうよう依頼する

※外出・外泊の予定があれば、必要時、病院からケアマネに連絡あり

<病院→ケアマネ>

- ・退院予定が決まれば連絡あり
- ・退院前カンファレンスについて連絡し開催する

<ケアマネ→病院>

- ・サービスの変更が生じる場合等、必要時、病院を訪問(情報を共有する場の活用等)し、情報を聞き取る

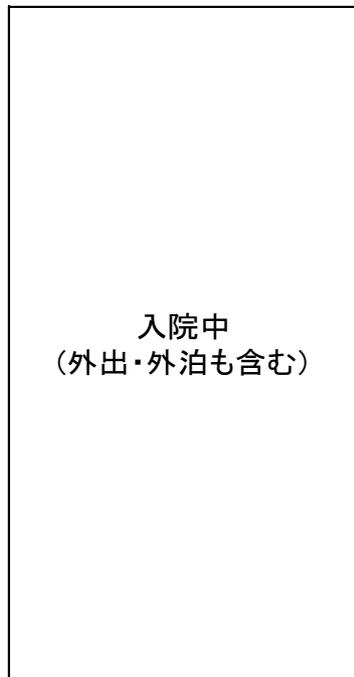
<病院→ケアマネ>

- ・「看護情報提供書」等を送付し、退院時の情報を提供する

※入院時情報連携加算を参考とする

入退院調整の流れ

②新たに介護保険サービスを受ける場合



<病院→ケアマネ>

自宅に退院予定で「* 退院調整が必要な患者の基準」
該当の方 * 別紙参照

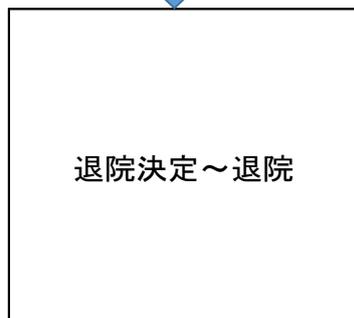
- ・本人・家族に介護認定について説明し、申請を勧める
- 明らかに要介護だと思われる場合、希望する事業所がある場合、要支援またはどちらか判断に悩む場合
- いずれも居宅介護支援事業所

- ・病院から、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議
- 「看護情報提供書」等を送付し、入院中の情報を共有する

<ケアマネ→病院>

- ・病院訪問等により、本人・家族、病院担当者と面談
- ・サービス調整等を行う

※外出・外泊の予定があれば、必要時、病院からケアマネに連絡あり



<病院→ケアマネ>

- ・退院予定が決まれば連絡あり
- ・退院前カンファレンスについて連絡し開催する

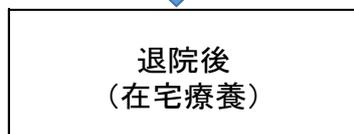
<ケアマネ→病院>

- ・サービスの変更が生じる場合等、必要時、病院を訪問(情報を共有する場の活用等)し、情報を聞き取る



<病院→ケアマネ>

- ・「看護情報提供書」等を送付し、退院時の情報を提供する



※入院時情報連携加算を参考とする

1 すでに介護認定を受けていて担当ケアマネのいる場合

要介護・要支援に関係なく引継ぎ

2 新たに介護保険サービスを受ける場合**(1) 明らかに要介護と思われる患者(以下の項目が1つでもあてはまる場合)****① 立ち上がりや歩行に介助が必要な患者**

- ・日常生活動作に介助が必要な患者
- ・入院後ADLが低下している患者

② 食事に介助が必要な患者

- ・食事に注意が必要な患者

③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中の患者

- ・バルンカテーテル交換の必要な患者

④ 日常生活に支障をきたすような症状の認知症の患者

- ・精神的な面での問題行動のあった患者
- ・認知機能の低下のみられる患者
- ・認知面で生活能力に不安のある患者

⑤ 医療処置が必要な患者

- ・感染症のある患者
- ・医療処置や療養上の注意の必要な患者
(インスリンや床ずれ、在宅酸素など)
- ・褥瘡等皮膚疾患のある患者

(2) 要支援と思われる場合又は、総合事業を利用している場合で、独居又は家族に**問題(以下の項目)のある患者**

- ・独居もしくは協力者がいないため援助が必要な患者
- ・キーパーソンに問題がある患者
- ・家族が介護困難、介護協力のない患者
- ・独居や高齢世帯の患者
- ・家族の理解力が低い患者

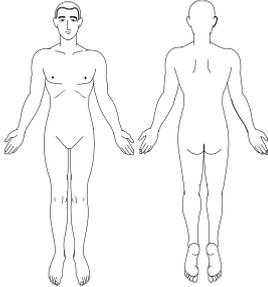
看護情報提供書

様式 2

施設名 _____

様

お世話になります。下記の患者様について看護の情報を提供いたします。

フリガナ 氏名	性別	生年月日 年 月 日	住所
入院年月日	R 年 月 日	~R 年 月 日	TEL - - - -
医師よりの説明(病状、今後について)			家族構成
本人・家族の意向			
既往歴			本人との関係 キーパーソン: () 連 ① TEL () 絡 ② TEL () 先 ③ TEL ()
看護の経過			感染症: HBsAg () HCV () TPHA () MRSA () (検出部) (最終検査日) アレルギー: () () その他:
			リハビリ状況
			ドレーン挿入部・処置部・装具など  褥瘡 () 部位 各チューブ・カテーテル
処方内容			
申し送り事項			かかりつけ医 () 有の場合 () ID: 受診予定日: R 年 月 日 予約 () ()
介護保険			障害手帳 () 身体 種 級 知的 種 級 精神 種 級
居宅介護支援事業所名			介護支援専門員 様

むつ・下北看護と介護の連携作り委員会

氏名		様	
注: 痴呆スケールは痴呆性老人の日常生活自立度判定基準を使用する。 寝たきり度は障害者老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準を使用する。			
項目	現状	看護及び介護の状況	今後の介護者・社会資源
食事	摂取状態: 食種: 形態:		
薬	自己管理:		
移動	寝たきり度:		
排泄	便 回/ 日 尿 回/ 日 最終排便: 月 日	緩下剤使用:	
清潔	最終入浴日: 洗面: 義歯:		
更衣			
コミュニケーション	痴呆の状態 聴覚: 問題 視覚: 問題 意思の疎通: 問題 認知: 問題行動: 認知スケール:		
睡眠		睡眠剤使用:	
その他			
<p>情報提供同意 提供先:</p> <p>退院にあたり、私の看護に関する情報を提供することを同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 代理()</p> <p>緊急時口頭で同意</p> <p>令和 年 月 日 同意者氏名</p> <p>記載者氏名</p>			
<p>以上、よろしく願いたします。尚、ご不明な点があればご連絡をお願いいたします。</p> <p>施設名: 一部事務組合下北医療センター むつ総合病院(階病棟)</p> <p>発信元住所: 〒035-8601 青森県むつ市小川町1丁目2番8号 TEL: 0175-22-2111(内線)</p> <p>記入年月日: 令和 年 月 日 記載者: 責任者:</p> <p>入院中の主治医:</p>			
むつ・下北看護と介護の連携作り委員会			

5 関係機関一覧 (R4年3月現在)

(1) 病院相談窓口一覧

病院名	相談窓口	電話番号	FAX 番号
むつ総合病院	地域連携部	22-2111	23-7718
むつりハビリテーション病院	医療相談係・地域医療連携係	24-1211	24-4820
大間病院	連携・退院支援係	37-2105	32-1012

(2) 市町村担当課一覧

市町村名	担当課	電話番号	FAX 番号
むつ市	健康づくり推進課	22-1111	22-5044
	地域包括支援センター	22-1111	33-1101
大間町	健康づくり推進課	37-2111	37-2478
東通村	健康福祉課	28-5800	48-2570
風間浦村	村民生活課	35-3111	35-3733
佐井村	福祉健康課	38-2111	38-2492

(3) 地域包括支援センター一覧

センター名	設置主体	電話番号	FAX 番号
むつ市地域包括支援センター	むつ市	22-1111	33-1101
むつ市地域包括支援センターみちのく	青森社会福祉振興団	23-7930	23-7931
むつ市地域包括支援センター桜木	桜木会	23-3560	33-9152
大間町地域包括支援センターくろまつ	大間町社会福祉協議会	37-5113	37-5115
東通村地域包括支援センター	地域医療振興協会	28-5700	48-2510
風間浦村地域包括支援センター	風間浦村	35-3111	35-3733
佐井村地域包括支援センター	佐井村	38-4193	38-4193

(4) 居宅介護支援事業所一覧
 <むつ市>

事業所名	電話番号	FAX 番号
いこいの里在宅介護支援センター	44-2690	44-2691
いわや介護相談所	31-0760	31-0761
ケアプランセンターバンドー	29-2626	29-2682
ケアプランニングアイランド	31-0890	31-0891
ニチイケアセンターむつ	45-1531	45-1534
みちのくケアプランセンター	23-7070	23-7953
みちのく金谷ケアプランセンター	31-1799	23-7931
むつりハビリテーション病院在宅介護支援センター	24-1211	24-2082
むつ市ホームヘルプステーション	<訪問介護> 23-9119 <居宅介護> 33-2355	23-5093
むらなか居宅介護支援事業所	33-8020	33-8021
延寿園在宅介護支援センター	34-4477	34-4478
株式会社ケアライフ青森むつ営業所	33-8150	33-8151
株式会社ケアライフ青森大畑営業所	45-3600	45-3601
居宅介護支援センターあすなろ	34-9085	34-9086
居宅介護支援事業所たなぶ	31-1637	31-1638
居宅介護支援事業所しもきた	34-1447	28-3635
恵光園在宅介護支援センター	26-2681	26-2682
公済会居宅介護支援事業所やまびこ	23-7228	23-7235
在宅介護支援センターかわうち	31-2555	31-2556
老人保健施設シルバーケアセンターむつ	22-9925	22-9928

<大間町>

事業所名	電話番号	FAX 番号
介護支援センターくろまつ	37-5111	37-5115

<東通村>

事業所名	電話番号	FAX 番号
居宅介護支援センター和	45-5687	45-5688
有限会社竹洞ソーシャルワーカー事務所	31-1016	31-1017
居宅介護支援事業所ゆめこし	31-0152	31-0153
公益社団法人地域医療振興協会東通村保健福祉センター	28-5600	48-2510

<風間浦村>

事業所名	電話番号	FAX 番号
合同会社大室介護支援事業所居宅介護支援事業所	31-0540	31-0541
社会福祉法人風間浦村社会福祉協議会	35-2243	35-2177

<佐井村>

事業所名	電話番号	FAX 番号
社会福祉法人佐井村社会福祉協議会居宅介護支援事業所	38-4181	38-2383

(5) 小規模多機能型居宅介護事業所一覧

<むつ市>

事業所名	電話番号	FAX 番号
おおみなと園	28-3310	28-3635