

～多職種（地域と医療機関）連携のための～
精神障害者「入退院支援ツール(長崎県県南圏域版)」
【運用マニュアル】

令和4年 3月 作成

県南圏域精神障害者社会参加促進事業

「精神障害者の多職種（地域と医療機関）連携による入退院支援
ツール作成ワーキング」

長崎県県南保健所

も く じ

1 目 的	1
2 目 標	1
3 支援体制図	1
4 運用規準	2
5 運用手順	3
I. 入院前に相談支援専門員・訪問看護師がいる（障害福祉サービスを利用していた） 場合	
① 入院時の連絡	3
② 入院中の連携	3
③ 退院支援開始の連絡	3
④ 退院前調整	4
⑤ 退院前カンファレンス	
⑥ 退院時・退院後の情報提供	4
II. 入院前に相談支援専門員・訪問看護師がいない（障害福祉サービスを利用していない） 場合や新たに退院支援が必要と判断した場合	
① 退院支援開始の連絡	5
② 障害福祉サービス申請の支援	5
③ 担当の相談支援専門員・訪問看護師等への連絡、入院中の連携	6
④ 退院前調整	6
⑤ 退院前カンファレンス	
⑥ 退院時・退院後の情報提供	6
資 料	
・参考様式1 精神障害者連絡票（入院時）	7～8
・参考様式2 精神障害者連絡票（退院時）	9～10
・参考様式2-2 病状悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）	11
・資料1 県南圏域の精神科医療機関	12
・資料2 県南圏域の相談支援事業所	13
・資料3 県南圏域の訪問看護ステーション	14
・資料4 県南圏域（市）の障害福祉サービス申請 及び精神保健福祉に関する相談窓口	15
・資料5 入院・退院支援にかかる診療報酬および障害サービス費等報酬	16
・精神障害者の多職種（地域と医療機関）連携による 入院支援ツール作成ワーキング ワーキングメンバー名簿	17

1 目的

精神障害者が、必要な治療を継続しながら地域で安定した生活を送ることができる。

～多職種（地域と医療機関）連携のための～ 精神障害者の「入退院支援ツール（長崎県南圏域版）」は、精神障害者で障害福祉サービス等を利用している方および退院支援が必要な方が入院または退院をするにあたって、精神科病院と相談支援専門員および訪問看護師等間で着実に情報を引き継ぐための情報共有のためのツールである。

病院関係者と地域支援関係者が連携して支援を実践することで、治療中断する患者や在宅での療養生活に困る患者や家族をなくすことを目的とする。

*この“～多職種（地域と医療機関）連携のための～ 精神障害者「入退院支援ツール（長崎県南圏域版）」”は、福井県丹南健康福祉センターが平成30年9月に作成された“精神障害者「入退院支援ルール～丹南版～」”を基に作成させていただきました。

2 目標

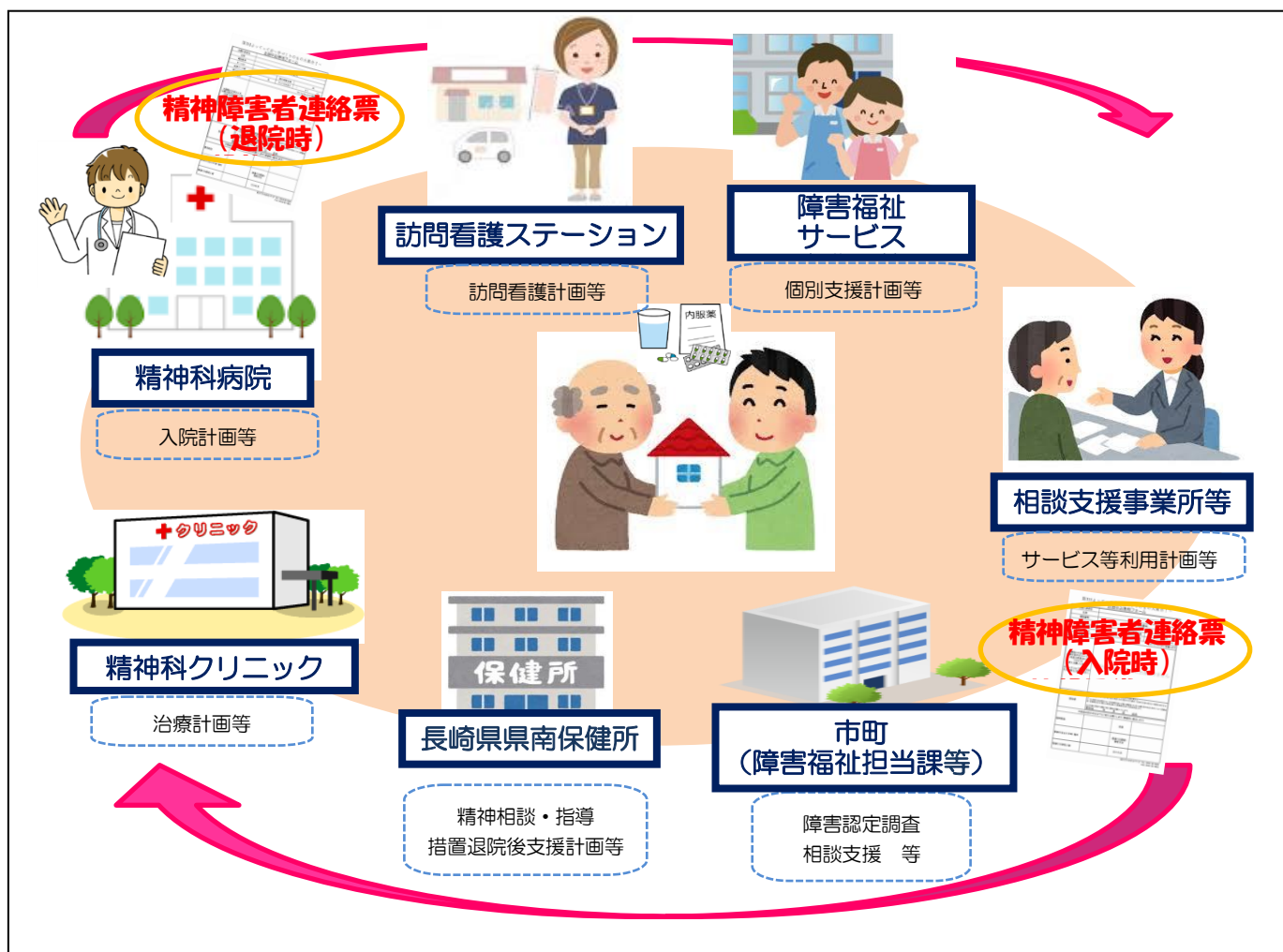
1) 関係機関が、支援が必要な対象者を適切に把握する

治療中断リスクが高いなど、支援が必要な対象者を把握し、必要な支援につなぐことができる。

2) 関係機関が連携して支援する

- ・各関係機関の特性や役割を理解することができる。
- ・連携窓口が明確になり、タイムリーに情報提供することができる。
- ・関係機関相互で情報を共有し、チームで関わることができる。

3 支援体制図（イメージ図）



4 運用規準

1) 運用地域

長崎県県南圏域（島原市、雲仙市、南島原市）

※ただし、上記以外への情報提供も可能とする。

2) 運用開始時期

令和4年4月～

3) 支援を受ける対象者

原則、国際疾病分類 I C D - 1 0 による F 2 ・ F 3 で、継続した精神科治療が必要な精神障害者

- ・統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2 0 - F 2 9）
- ・気分[感情]障害（F 3 0 - F 3 9）

※ただし、上記以外の精神障害者への使用も可能とする。

4) 支援を提供する関係機関の担当者

- ・精神科医療機関
- ・相談支援事業所
- ・訪問看護ステーション
- ・その他の関係機関（地域援助事業者、市町、保健所 等）

5) 個人情報の取扱い

個人情報保護の観点から、個人情報の取扱いには十分に留意する。

- ① 支援対象者およびその家族の情報を関係機関に提供する際は、原則として事前に同意を得る。
- ② 本事業で知り得た支援対象者およびその家族の情報は適切に管理し、第三者に漏らさない。
- ③ 個人情報の提供は必要最小限とし、目的以外には決して利用しない。

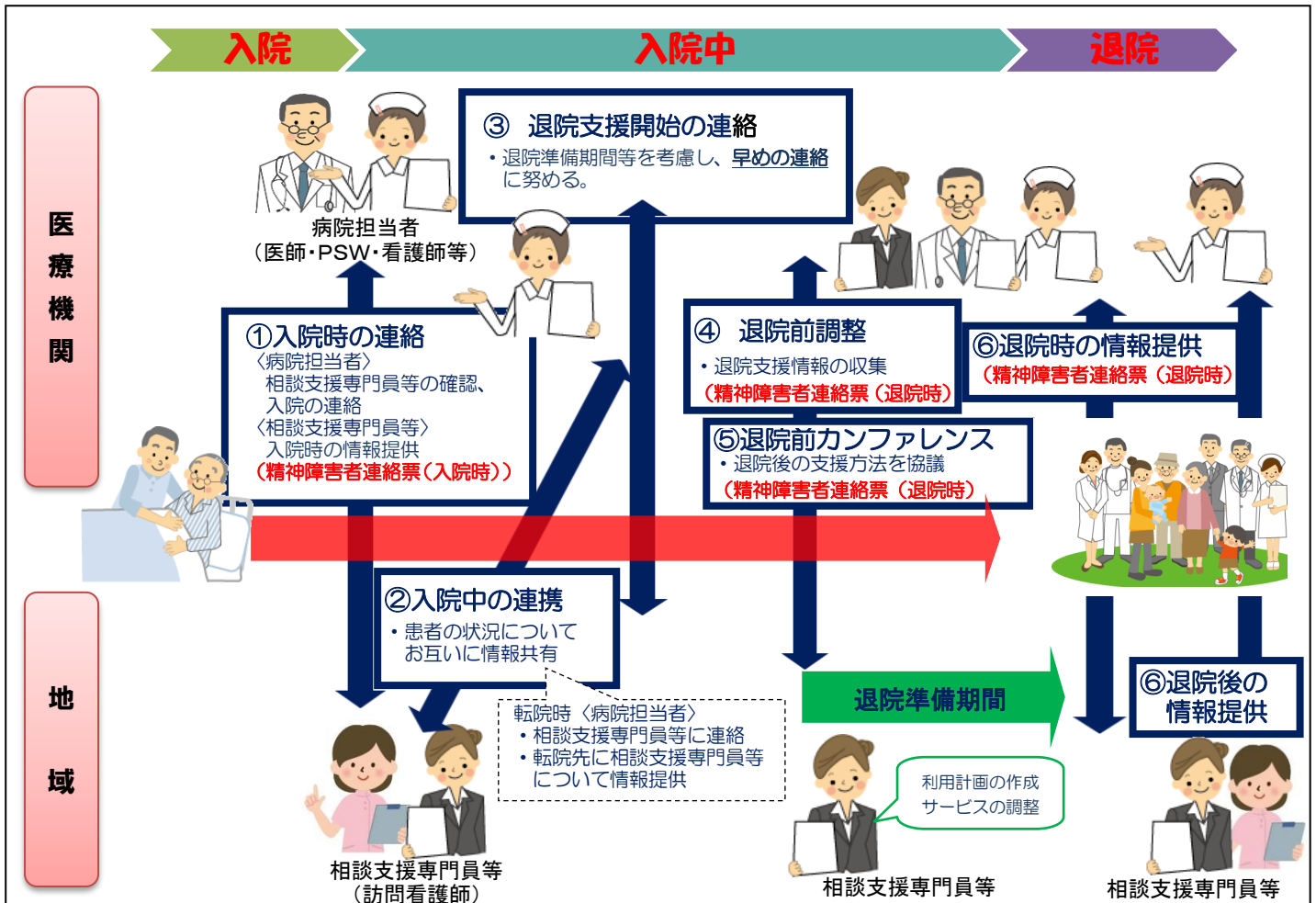
6) 運用に関する留意事項

- ・この精神障害者の「入退院支援ツール（長崎県県南圏域版）」は、精神障害者を支援する関係機関が連携して、患者のスムーズな地域移行を支援するにあたって必要な情報を共有するための基本的な流れを示したものである。情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数等については、患者の状況等に応じて、病院担当者と相談支援専門員等で調整する必要がある。
- ・添付の「精神障害者連絡票（入院時）」および「精神障者連絡票（退院時）」は参考様式であり、本様式を強制したり、現在使用している既存様式の使用を妨げるものではない。必要な情報や様式を追加することも可能である。
- ・措置入院者については、「長崎県措置入院者退院後支援の手引き（令和2年4月 長崎県障害福祉課）」※により支援する。
- ・運用状況について定期的に検証し、必要な見直しを行う。

※ 「長崎県措置入院者の退院後支援の手引き」
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1

5 運用手順

I. 入院前に相談支援専門員・訪問看護師がいる（障害福祉サービス等を利用していた）場合



① 入院時の連絡

- ・病院担当者は、患者が入院前に障害福祉サービス等を利用していたことを確認したら、すみやかに患者を担当している相談支援専門員・訪問看護師（以下、相談支援専門員等）に入院の連絡を入れる。
- ・相談支援専門員等は、利用者（＝患者）の入院が分かったら、すみやかに病院担当者に連絡を入れる（「県南圏域の精神科医療機関一覧」（資料1）を参照）。また、「精神障害者連絡票（入院時）」（参考様式1）等により病院担当者に利用者の情報を提供する。
- ・病院担当者と相談支援専門員等は、お互いにすみやかな入院時の連絡に努める。

② 入院中の連携

- ・病院担当者と相談支援専門員等は、入院期間の見込みや患者（＝利用者）の状態等について、入院時から連携して情報共有に努める。

③ 退院支援開始の連絡

- ・病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、相談支援専門員等が退院準備に必要な期間（障害福祉サービス計画等の作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、入院時情報提供があった相談支援専門員等に退院支援開始を連絡する。

注）お願い：入院中に受給者証の支援区分認定・サービス支給決定の有効期間が過ぎている場合があり、その場合は新規申請と同様の手順でサービス利用までの準備をすることとなります。早めの連絡に努めていただくようお願いします。
※支援区分変更・退院後のサービス事業所変更を要する場合等も同様です。

④ 退院前調整

- ・病院担当者は、相談支援専門員等が障害福祉サービス計画作成等に必要な情報（「精神障害者連絡票（退院時）」（参考様式2）の内容等）を、カンファレンス等の面談日までに院内の関係者から収集する。

⑤ 退院前カンファレンス

- ・病院担当者と相談支援専門員等は、カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有し、退院後の支援方法等を協議する。
（情報共有のツールとして、「精神障害者連絡票（退院時）」等を活用する。）
- ・退院前カンファレンス等で必要な情報共有を行う際は、病院担当者は、退院支援に必要な関係者（病院関係者、本人、家族、通院先医療機関、地域援助事業者その他当該患者の退院後の支援に関わる者等）を適宜選定し、招集或いは連携することとする。
- ・追加のカンファレンスの実施の要否については、病院担当者と相談支援専門員等で調整し、病院が決定する。

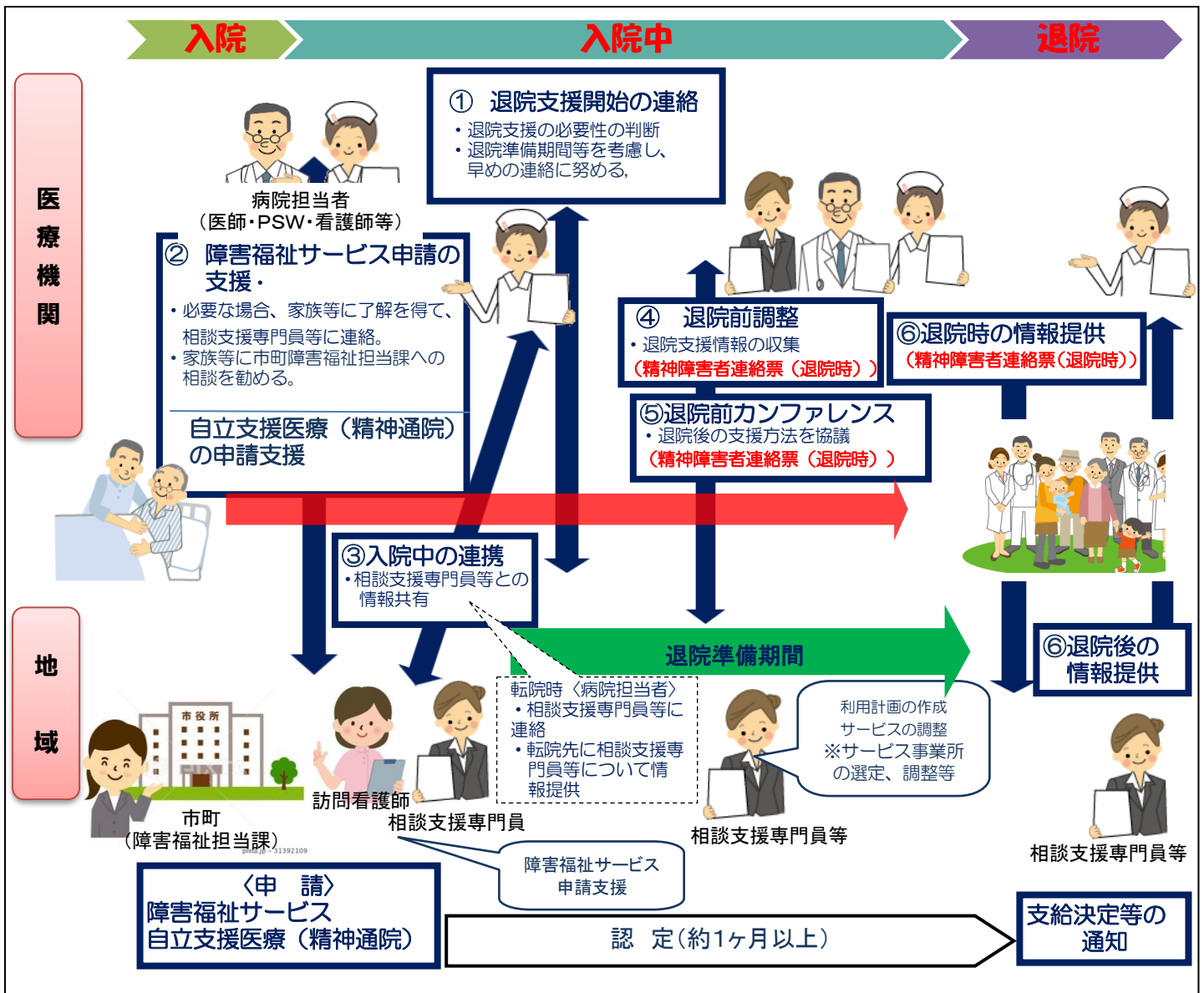
⑥ 退院時・退院後の情報提供

- ・病院担当者は、追加の情報があれば、相談支援専門員、訪問看護師等に伝える。
- ・相談支援専門員等は、原則として患者の退院後に障害福祉サービス計画等の写しを病院に提供する。

※転院時の連絡（退院後の通院先医療機関変更の場合も含む）

- ・病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかに相談支援専門員等に転院の連絡を入れるとともに、転院先の医療機関に患者の担当相談支援専門員等について情報提供を行う。（*情報提供のツールとして「精神障害者（退院時）連絡票」を活用できるものとする。）

Ⅱ. 入院前に相談支援専門員・訪問看護師がない（障害福祉サービス等を利用して
いない）場合や新たに退院支援が必要と判断した場合



① 退院支援開始の連絡

- ・病院担当者は、患者への退院支援が必要と判断した場合、退院準備に必要な期間を考慮して、相談支援専門員等に退院支援開始の連絡をする。

② 障害福祉サービス申請等の支援

(障害福祉サービスの利用を希望する場合)

- ・病院担当者は、患者およびその家族が障害福祉サービスの利用を希望する場合や、退院支援が必要と判断した場合は、家族などに居住地の市町の障害福祉担当課或いは、相談支援事業所に 障害福祉サービス利用の検討について相談に行くように説明する。また、必要時は、家族等に意向の確認と了解を得た上で、病院担当者から直接に相談支援専門員等に連絡・相談する。

※認定までに約1ヶ月以上かかることから、早めの相談に努める。

※退院後から利用を希望される場合には、退院までに事業所を選んでおくことも必要であるため、入院中からの見学や体験の期間も考慮し早めの相談に努める。

(訪問看護の利用を希望する場合)

- ・病院担当者は、患者およびその家族が訪問看護の利用を希望する場合は、主治医に相談するよう説明する。
- ・病院担当者は、患者およびその家族が希望する適切な訪問看護ステーションが見つかるように支援する。
- ・病院担当者は、患者およびその家族が訪問看護の利用を希望した場合は、自立支援医療（精神通院）の申請支援を行う。

③ 担当の相談支援専門員・訪問看護師等への連絡、入院中の連携

- ・相談支援専門員等は、入院患者の担当になることが決まれば、速やかに病院担当者に連絡を入れる。
- ・病院担当者と相談支援専門員等は、入院期間の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努める。
- ・病院担当者は、退院後の訪問看護の利用が必要な方には、入院中のうちから、訪問看護師が生活の場、地域環境の把握を行えるよう、試験外泊時等の機会を利用し、訪問看護師による訪問等が実施できるよう状況に応じて配慮・調整する。

④ 退院前調整

- ・病院担当者は、相談支援専門員等が障害福祉サービス計画等の作成に必要な情報をカンファレンス等の面談日までに院内の関係者から収集する。

⑤ 退院前カンファレンス

- ・病院担当者と相談支援専門員等は、カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有し、退院後の支援方法等を協議する。
(情報共有のツールとして「精神障害者連絡票（退院時）」等を活用する。)
- ・退院前カンファレンス等で必要な情報共有を行う際は、病院担当者は、退院支援に必要な関係者（病院関係者、本人、家族、通院先医療機関、地域援助事業者その他当該患者の退院後の支援に関わる者等）を適宜選定し、招集或いは連携することとする。
- ・追加のカンファレンスの実施の要否については、病院担当者と相談支援専門員等で調整し、病院が決定する。

⑥ 退院時・退院後の情報提供

- ・病院担当者は、追加の情報があれば、相談支援専門員等に伝える。
- ・相談支援専門員等は、原則として患者の退院後に障害福祉サービス計画等の写しを病院に提供する。

※転院時の連絡（退院後の通院先医療機関変更の場合も含む）

- ・病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかに相談支援専門員等に転院の連絡を入れるとともに、転院先の医療機関に患者の担当相談支援専門員等について情報提供を行う。（*情報提供のツールとして「精神障害者（退院時）連絡票」を活用できるものとする。）

(参考様式1)

地域関係機関⇒医療機関

精神障害者連絡票(入院時)

記入日 年 月 日 情報提供日 年 月 日

事業所名		➔	病院・診療所名	
担当者名			担当部署・担当者名	
電話番号			電話番号	
FAX番号			FAX番号	

ふりがな 氏名		生年月日	S・H・R	年齢	歳	性別
			年 月 日			

住所	〒	電話番号	
----	---	------	--

緊急時 連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号
		〒		
		〒		

家族歴	住居形態	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他
-----	------	--

家族構成図	精神科疾患	診断名
-------	-------	-----

主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	かかりつけ医 医療機関名	()	連絡先()
---------------------------	-----------------	-----	--------

身体疾患	疾患名・病名
------	--------

かかりつけ医 医療機関名	()	連絡先()
-----------------	-----	--------

アレルギーの有無	薬物アレルギー、食物アレルギー 等 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
----------	---

経済状況	<input type="checkbox"/> 本人の就労収入 <input type="checkbox"/> 家族の就労収入 <input type="checkbox"/> 本人の年金(障害()級・老齢・厚生)
	<input type="checkbox"/> 家族の年金(障害・老齢・厚生) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()

障害支援区分	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当
--------	---

障害支援区分	障害区分 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> 無
--------	---

有効期間	(年 月 日) ~ (年 月 日)
------	-----------------------

介護サービス	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
--------	---

生活歴	有効期間(年 月 日) ~ (年 月 日)
-----	---------------------------

自立支援 医療	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中
	有効期間(年 月 日) ~ (年 月 日)

サービス利用状況・サービス事業所名

<input type="checkbox"/> 訪問看護	(事業所名:) () (回/週)
-------------------------------	---------------------

<input type="checkbox"/> デイケア	(医療機関名:) () (回/週)
-------------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス	(サービス名:) (事業所名:)
-----------------------------------	--------------------

	(サービス名:) (事業所名:)
--	--------------------

	(サービス名:) (事業所名:)
--	--------------------

<input type="checkbox"/> 介護サービス	(サービス名:) (事業所名:)
---------------------------------	--------------------

精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()級 <input type="checkbox"/> 申請中
----------	--

療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()級 <input type="checkbox"/> 申請中
------	--

身障者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()級 <input type="checkbox"/> 申請中
-------	--

IADL等	自立	見守り	介一部	全介助	在宅生活の状況
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗濯・掃除・整理整頓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(家の状況衛生面等)
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
通院状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他	嗜好品、趣味等 その他必要事項				
○日頃の生活状況(周囲との関係、近隣とのトラブル、こだわり等)					
○病状に関すること(入院に至る経緯、在宅生活での症状および問題行動、悪化の前兆、病識等) ※症状は、最近の患者の状態で気になる言動等を具体的に記入。					
○家族等に関すること(病識・治療の理解度、本人との関係、生活サポート・協力の可否等)					
○本人の地域生活での希望、大事にしていること等					
○連絡事項・その他(※入院歴・通院歴等もわかれば、この欄にご記入ください。)					
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。					
この情報は、 年 月 日現在のものです。					

(参考様式2)

医療機関⇒地域関係機関

精神障害者連絡票(退院時)

		記入日 年 月 日		情報提供日 年 月 日	
病院・診療所名		➔	事業所名		
担当部署・担当者名			担当者名		
電話番号			電話番号		
FAX番号			FAX番号		
ふりがな 氏名	生年月日		S・H・R		年齢
			年 月 日		
住所	〒		電話番号		
					家族歴 家族構成図
帰住先住所	〒		電話番号		
住居形態	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他()				
緊急時 連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号	
		〒			
		〒			
入院の原因と なった病名	今回の入院日		年 月 日 (入院形態)		
	退院(予定)日		年 月 日		
入院・通院歴 (現病歴等)					
既往歴			合併症		
病院主治医	退院後の主治医 (通院先)		医療機関名	連絡先	
保険種類	<input type="checkbox"/> 健保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(世帯主・家族) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()				
経済状況	<input type="checkbox"/> 本人の就労収入 <input type="checkbox"/> 家族の就労収入 <input type="checkbox"/> 本人の年金(障害()級・老齢・厚生)				
	<input type="checkbox"/> 家族の年金(障害・老齢・厚生) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()				
障害支援 区分	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当				
	障害区分 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> 無				
	有効期間(年 月 日) ~ (年 月 日)				
介護サービス	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		
	有効期間(年 月 日) ~ (年 月 日)				
自立支援 医療	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中				
	有効期間(年 月 日) ~ (年 月 日)				

精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()級		<input type="checkbox"/> 申請中	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()級		<input type="checkbox"/> 申請中	
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()級		<input type="checkbox"/> 申請中	
病院主治医からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方 (※本人家族の治療への動機づけの現状含む)					
退院後の生活に関する本人の希望					
家族・その他の支援者の意見・希望 キーパーソン()					
IADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	入院中の生活および注意事項等
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗濯・掃除・整理整頓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬: 薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金銭管理必要な場合の程度:
日中活動	院内での作業療法等の参加など				
その他	嗜好品・趣味・その他必要事項				
入院中の療養目標					
○入院中の生活状況(周囲との関係、入院中のトラブル、こだわり等)					
○病状に関すること(入院時から退院時の症状の経過および問題行動、悪化の前兆、悪化時の症状、病識)					
○家族等に関すること(病気・治療の理解度、本人との関係、生活支援状況等)					
退院後に必要な医療・サービス支援	<input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療・サービス(訪問看護、 デイケア、 その他:)				
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス(サービス名:)				
	(サービス名:)				
	(サービス名:)				
	<input type="checkbox"/> 介護サービス (サービス名:)				
<input type="checkbox"/> その他 ()					
必要な医療・サービスの利用が継続されなかった場合の対処方針					
	退院後の情報連携窓口(医療機関名:		担当者名:)		
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。					
この情報は、 年 月 日現在のものです。					

(参考様式2-2)

病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)

年 月 日

氏名:

医療機関名:

私の調子が悪くなる前のサイン

サインに気付いたら

私がすること

周りの人にしてほしいこと

周りの人にしてほしくないこと

緊急連絡先

①所属/続柄

名前

電話番号

②所属/続柄

名前

電話番号

③所属/続柄

名前

電話番号

連絡してほしくない人

①続柄

名前

②続柄

名前

県南圏域の精神科医療機関

(病院)

No	名称	所在地	電話番号 (0957)	FAX 番号 (0957)
1	島原保養院	〒855-0866 島原市南下川尻町 8189-2	62-2969	64-2763
2	高城病院	〒855-0001 島原市中野町丙 1165	62-3105	63-7743
3	愛野ありあけ病院	〒854-0301 雲仙市愛野町甲 370	36-0153	36-1032
4	浦上病院	〒859-2411 南島原市南有馬町甲 1285-1	85-3508	85-3245

(令和3年11月30日現在)
(長崎県医療政策課作成 病院一覧より)

(診療所)

No	名称	所在地	電話番号 (0957)	FAX 番号 (0957)
1	ストレスクリニック ウィング	〒855-0042 島原市片町 643-2	62-0030	62-0031
2	島原こころのクリニック	〒855-0816 島原市蛭子町 2 丁目 934-1	65-5566	65-5588

(令和3年11月30日現在)
(長崎県医療政策課作成 診療所一覧/各医療機関ホームページより)

県南圏域の相談支援事業所

(主に精神障害に関するものを掲載しています)

(市委託相談事業所)

名称	所在地	経営主体	電話番号 FAX 番号	指定特定相談 支援事業者	地域移行 支援	地域定着 支援
はなえみ	島原市萩が丘 2丁目5732	(福)島原市手を つなぐ育成会	63-9700 73-6125	○	○	○
島原グリーン ステーション	島原市湊町2丁目 7023	(福)コスモス会	63-4808	○	○	○
BRIDGE はあと	雲仙市愛野町 乙493-6	(福)南高愛隣会	36-3850 36-3851	○	○	○
たすかる 相談支援事業所	南島原市有家町 中須川183	(福)コスモス会	82-4870 82-4870	○	○	○

(相談支援事業所)

名称	所在地	経営主体	電話番号 FAX 番号	指定特定相談 支援事業者	地域移行 支援	地域定着 支援
あいりす	島原市片町578-8	(福)悠久会	73-9553 73-9554	○	○	○
島原市医師会居宅 介護支援センター	島原市萩原1丁目 1230	(一社)島原市 医師会	62-5153 64-7467	○		
ライフサポート りよっと	島原市有明町 大三東甲2150	(福)松風会	68-1161 68-1709	○	○	○
グッド・アカデミー	島原市中安徳町 丁4265	(福)しあわせ会	60-4177 60-4177	○		
相談事業所 空	雲仙市国見町 多比良丁1366-1	(福)野の花	78-3866 78-3866	○		
たすかるⅡ 相談支援事業所	雲仙市瑞穂町 西郷己854-1	(福)コスモス会	77-4294 77-3885	○	○	○
ステラ	雲仙市愛野町 乙2336-1	(福)星のくま	27-5538 36-7576	○		
居宅介護相談支援 センター	雲仙市小浜町 北本町851-1-2	(株)こびっと	73-9500 73-9504	○		
相談支援事業所 はちまん	雲仙市南串山町 丙9679-2	(福)八幡会	88-2899 88-2887	○	○	○
普賢学園	南島原市深江町 戊2825	(福)山陰会	72-2297 65-1114	○	○	○
ライフサポート じねん	南島原市深江町 戊3880-1	(福)山陰会	72-5593 72-5390	○	○	○
相談支援事業所 つばき	南島原市加津佐町 甲5718	(福)ほかにわ 共和国	87-2347 87-2197	○		
相談支援事業所 結	南島原市南有馬町 乙1604-10	(合)結	60-4104 60-4104	○		

(県南地域 精神保健福祉 社会資源ガイド/長崎県施設・事業所一覧 指定相談支援事業所より) (令和3年7月20日現在)

県南圏域の訪問看護ステーション

(主に精神障害に関するものを掲載しています)

(訪問看護ステーション)

No	名称	所在地	電話番号 (0957)	FAX 番号 (0957)
1	指定訪問看護ステーション ウィング大手門	〒855-0031 島原市前浜町丙 21-1	63-5753	63-5752
2	島原市医師会 訪問看護ステーションQ	〒885-0851 島原市萩原1丁目1230	64-5080	64-7467
3	訪問看護ステーションこころ	〒855-0821 島原市湊新地町 429	61-1515	61-1516
4	訪問看護あおぞら福祉会	〒855-0864 島原市秩父が浦町 9-1	63-9977	73-9997
5	(株)こびっと訪問看護 ステーション美輪	〒854-0514 雲仙市小浜町北本町 851-1-2	73-9500	73-9504
6	訪問看護ステーション はまゆう	〒859-2602 南島原市加津佐町戊 4450	87-5680	87-5679
7	訪問看護ステーション ラポール	〒859-2121 南島原市有家町石田 8 番地 46	73-9840	82-0813

(令和3年7月20日現在)

(県南地域 精神保健福祉 社会資源ガイド/長崎県訪問看護サポートセンターホームページより)

(病院の訪問看護)

No	名称	所在地	電話番号 (0957)	FAX 番号 (0957)
1	愛野ありあけ病院 訪問看護	〒854-0301 雲仙市愛野町甲 370	36-0153	36-1032

(令和3年11月30日現在)

(長崎県医療政策課作成 病院一覧より)

**県南圏域（市）の障害福祉サービス申請
及び精神保健福祉に関する相談窓口**

市	名称	所在地	電話番号 (0957)	FAX 番号 (0957)
島原市	福祉保健部 福祉課	島原市上の町 537	63-1111	62-2923
	島原市保健センター	島原市霊南 2 丁目 45	64-7713	64-7714
雲仙市	健康福祉部 福祉課 健康づくり課	雲仙市千々石町戊 582 (福祉事務所)	36-2500	36-8900
南島原市	福祉保健部 福祉課	南島原市南有馬町乙 1023 (南有馬庁舎)	73-6651	85-3142

(令和3年7月20日現在)

(県南地域 精神保健福祉 社会資源ガイド/各市ホームページより)

県南保健所

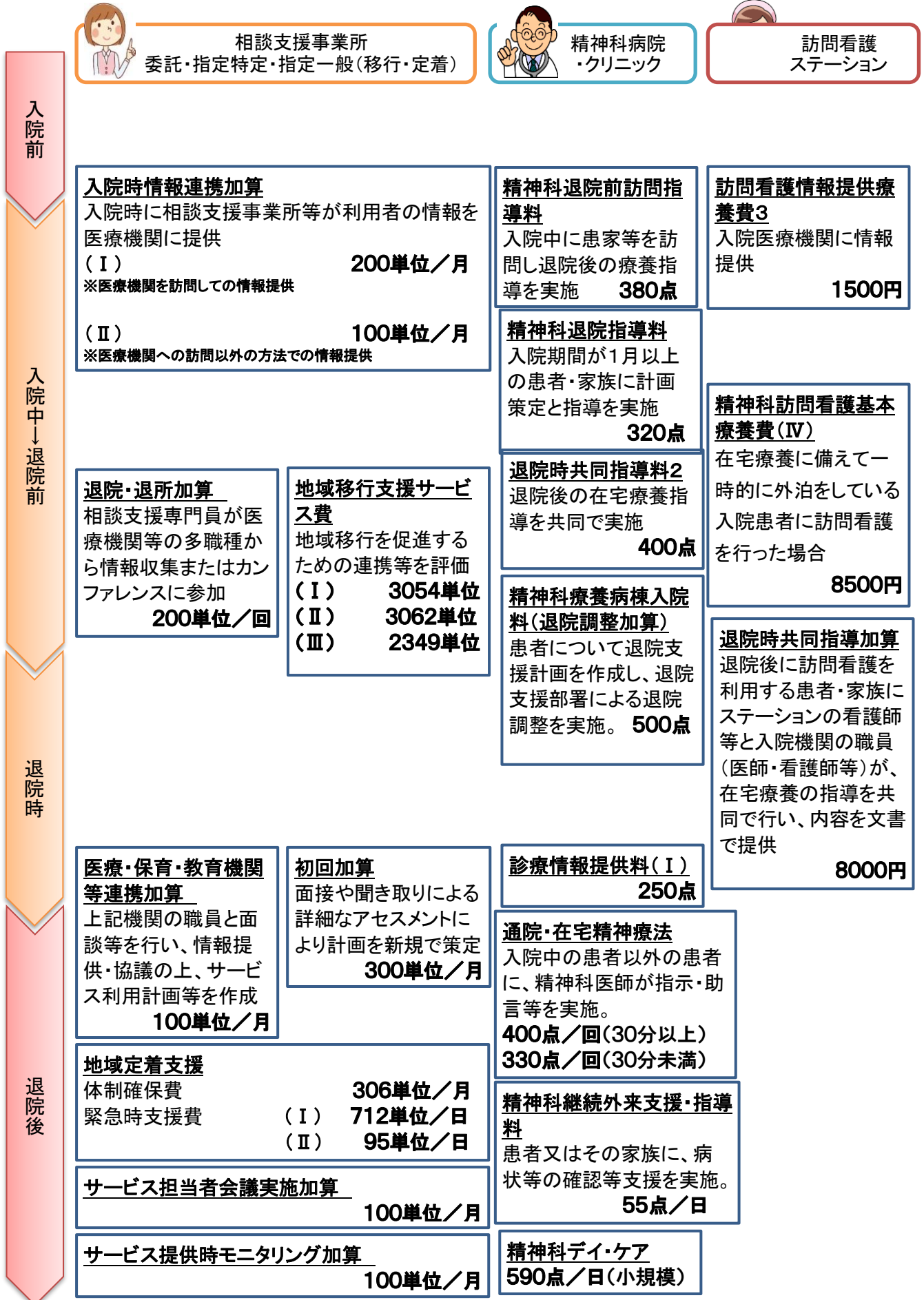
名称	所在地	電話番号 (0957)	FAX 番号 (0957)	管轄市町
県南保健所 地域保健課 保健福祉班	島原市新田町 347-9	62-3289	64-5539	島原市 雲仙市 南島原市

(令和3年7月20日現在)

＜入院・退院支援にかかる診療報酬および障害福祉サービス費等の報酬＞

(令和3年4月現在)

精神科関連の主な関係報酬のみ掲載しています。算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。



県南圏域精神障害者社会参加促進事業

精神障害者の多職種（地域と医療機関）連携による

入退院支援ツール作成ワーキング ワーキングメンバー名簿

ワーキング期間：令和3年度～

No	所属	職種・役職	氏名
1	島原保養院	精神保健福祉士	及川 由美子
2	高城病院	精神保健福祉士	多良 望
3	愛野ありあけ病院	看護部（訪問看護）	小宮 智美
4		精神保健福祉士	園田 尚子
5	浦上病院	看護師	太田 英樹
6	はなえみ	相談支援専門員	宇土 直美
7	BRIDGE はあと （旧障がい者相談支援事業所はあと）	相談支援専門員	森 純子
8	たすかる相談支援事業所	管理者（相談支援専門員）	渡辺 禎二郎
9	あいりす	管理者（相談支援専門員）	馬場 是光
10	訪問看護ステーションこころ	管理者	荒木 喜久美
11	県南保健所 地域保健課	専門幹（保健師）	松川 靖代
12		保健福祉班	係長（保健師）