

越谷市

入退院支援ルール



切れ目のない
医療と介護の連携を目指して

2022年4月



目次

はじめに -----	1P
入退院支援ルール対象者 -----	2P
介護保険申請の流れ -----	3P
入退院支援に係る多職種連携のイメージ図 -----	4P
病院・在宅チームの協働で目指す入退院支援の視点 -----	5P
入退院支援フローチャート -----	6P
入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬について-----	7P
多職種の連携にあたっての心構え -----	8・9P
地域包括支援センターとは -----	10・11P
在宅医療連携拠点「越谷市医療と介護の連携窓口」 -----	12・13P
越谷市内病院連携窓口リスト -----	14P
「通院・入院時あんしんセット」について -----	15P
越谷市入退院支援ルール 策定経過 -----	16P



高齢化が急速に進んでいる今、市民の医療・介護の需要は更に増えることが予想され、在宅医療の普及・推進が求められています。

そのような現状の中、誰もが住み慣れた地域で、その人らしい生活を送ることができるよう、市内の共通ルールとして、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、この度、「越谷市入退院支援ルール」を作成いたしました。医療・介護関係者のみなさまには、積極的な運用と活用へのご協力をお願いいたします。

本誌が多職種の皆様の業務に役立てば幸いです。

越谷市入退院支援ルールの目的

入退院時に医療機関とケアマネジャー等の専門職が連携を図り、利用者（患者）の必要な情報を引き継ぐことにより、切れ目ない支援体制を整えることを目的とします。

ルールの性格・見直しについて

越谷市入退院支援ルールは、強制力を持つということはありません。入退院支援に関わる職種が連携しやすいように標準的なルールを定めました。利用者（患者）によって対応は異なりますので、その都度、関係者間で調整をお願いします。ルールの運用後、定期的に運用状況の確認や評価を行い、必要に応じて関係者間で適宜見直しを行っていきます。

個人情報の取り扱いについて

医療・介護連携のためには関係者間の情報共有が不可欠ですが、個人情報の取り扱いには注意が必要です。厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」が示されていますのでご参照ください。

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf>)



入退院支援ルール対象者



ケアマネジャーがいる場合



ケアマネジャーと連携をしましょう



ケアマネジャーがない場合



介護保険の申請(P3)とともに、該当する条件を確認し、ア)、イ)へ相談

ア) 退院支援が必要な患者

- ① 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症
- ② 入退院を繰り返している
- ③ 入院前より状態が著しく変化している
- ④ 医療処置が必要（がん末期、感染症、褥瘡、在宅酸素など）
- ⑤ 服薬管理が必要
- ⑥ 福祉用具・住宅改修など環境整備が必要
- ⑦ 以下、介助が必要
 - ・食事及び口腔ケア
 - ・立位、歩行
 - ・排泄(ポータブルトイレを使用含む)
 - ・入浴、更衣

1項目でも該当すれば、
本人・家族に確認の上、
居宅介護支援事業所
(ケアマネジャー)
に相談

イ) 上記以外で地域の見守りなどが必要な患者

- ① 日常生活は、ほぼ自立している認知症
- ② 独居で調理や掃除などの身の回りのことに援助が必要
- ③ 家族はいるが、高齢や疾患などにより介護力が弱い
- ④ 日常生活は、ほぼ自立しているがん患者等で、新たに医療処置が必要または見込まれる
- ⑤ 内服薬の自己管理が難しい
- ⑥ 買い物や通院の支援が必要
- ⑦ 65歳以上で精神・知的障害がある
- ⑧ 生活困窮者
- ⑨ 虐待、もしくは虐待が疑われる

1項目でも該当すれば、
本人・家族に確認の上、
地域包括支援センター
に相談 <P11参照>
※ア)、イ)
で判断に迷う場合も含む



介護保険申請の流れ



介護保険に加入する方（被保険者）

◊第1号被保険者(65歳以上の方)

◊第2号被保険者(40歳から64歳で医療保険に加入し、下記の**特定疾病(16種類)**により介護や支援が必要となった時に市の認定を受けた方)

①がん (医師が一般に認められている医学的知見に基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)	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
②関節リウマチ	⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
③筋萎縮性側索硬化症	⑬脳血管疾患
④後縦靭帯骨化症	⑭閉塞性動脈硬化症
⑤骨折を伴う骨粗鬆症	⑮慢性閉塞性肺疾患
⑥初老期における認知症	⑯両側の膝関節または股関節に著しい变形を伴う変形性関節症
⑦進行性核上性麻痺、大脑皮質基底核変性症及びパーキンソン病	



サービスを利用するまでの流れ

介護保険を利用する場合は、お住まいの市町村の窓口に要介護認定の申請を行ってください

申請に必要なもの	要介護・要支援認定申請書
	介護保険の保険者証
	健康保険の保険者証(※第2号被保険者の場合)
	本人や代理人の身元確認の書類 等
申請者	本人または、家族、成年後見人など
	地域包括支援センター、省令で定められた居宅介護支援事業者や介護保険施設などが代行できます

認定結果が出るまでには、おおよそ1か月かかります

退院支援に係る多職種連携のイメージ図

在宅生活中

【ケアマネジャー】
あんしんセット準備の
お手伝いをお願いします

入院前

【ケアマネジャー】
検査入院や計画入院の際
は事前にかかりつけ医や
病院と相談をしましょう

入院時

【退院調整部門(MSW・NS)】
早めにケアマネジャーに連
絡をしましょう

【ケアマネジャー】
在宅生活をイメージしてい
ただけるような情報を提供
しましょう

入院期間中

【退院調整部門(MSW・NS)・病棟NS】
必要な場合は要介護申請や区分変更申請の検討をしましよう
ケアマネジャーがない場合はP2を参照し、連携を図りましょう

退院後

再発・重度化を防ぎ再入院
しないような支援を中心がけ、
自立支援の視点を持
ちましょう

退院時

◇必要な書類
(例)・診療情報提供書
・訪問看護指示書
・看護ナマリー
・リハビリサマリー
◇栄養指導

カンファレンスの開催
・ACP(人生会議)
・意思決定支援
・自立・自律支援
・ケアプランの立案
・サービス調整

【退院調整部門
(MSW・NS)】
退院時期が決まつたらケアマネジャーに連絡を取りましょう
安心して在宅生活がスタートできるよう病院と在宅チームで連携
図りましょう

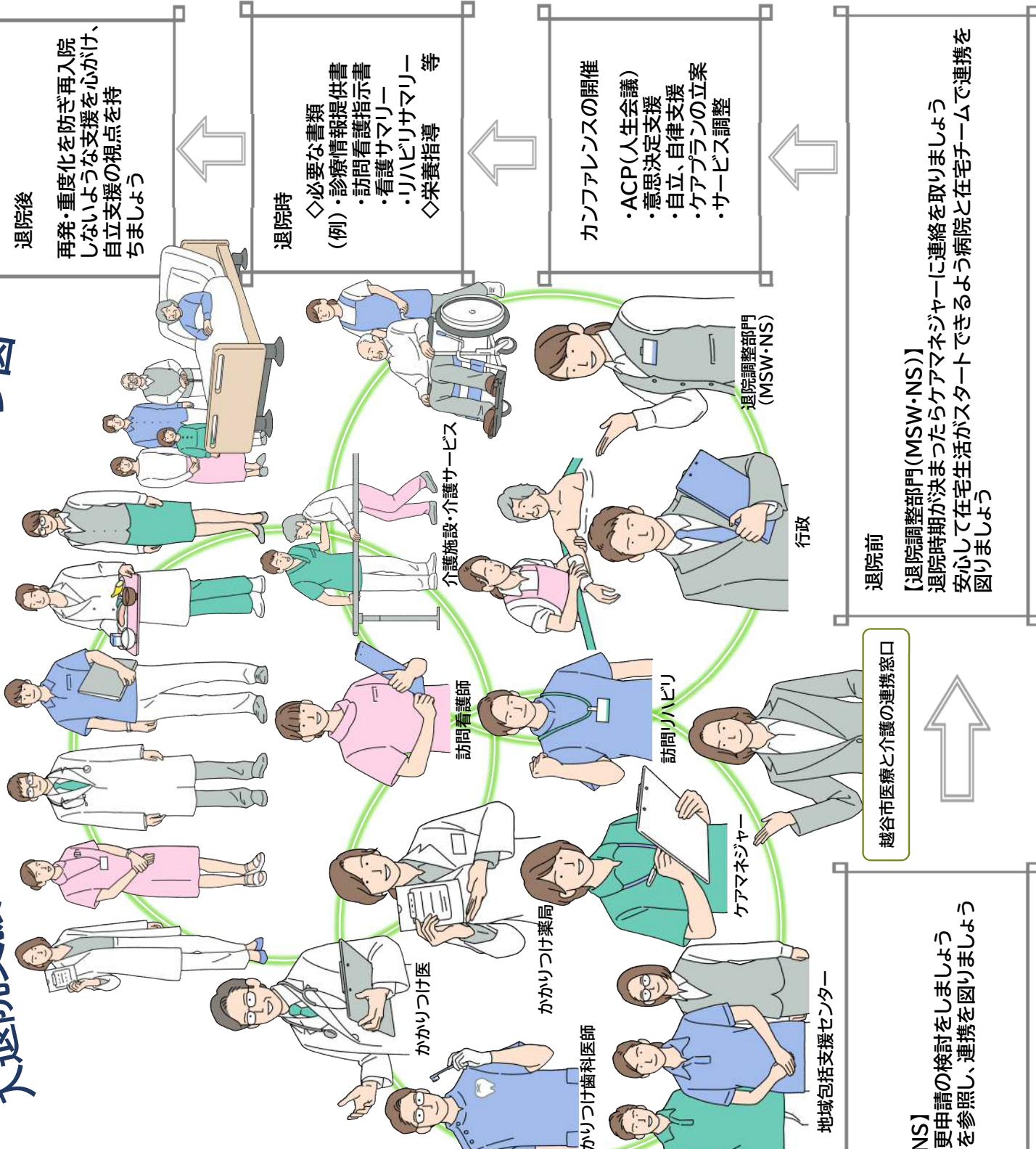
退院前

越谷市医療と介護の連携窓口

【退院調整部門(MSW・NS)】
退院時期が決まつたらケアマネジャーに連絡を取りましょう
安心して在宅生活がスタートできるよう病院と在宅チームで連携
図りましょう

退院後

再発・重度化を防ぎ再入院
しないような支援を中心がけ、
自立支援の視点を持
ちましょう





病院・在宅チームの協働で目指す入退院支援の視点

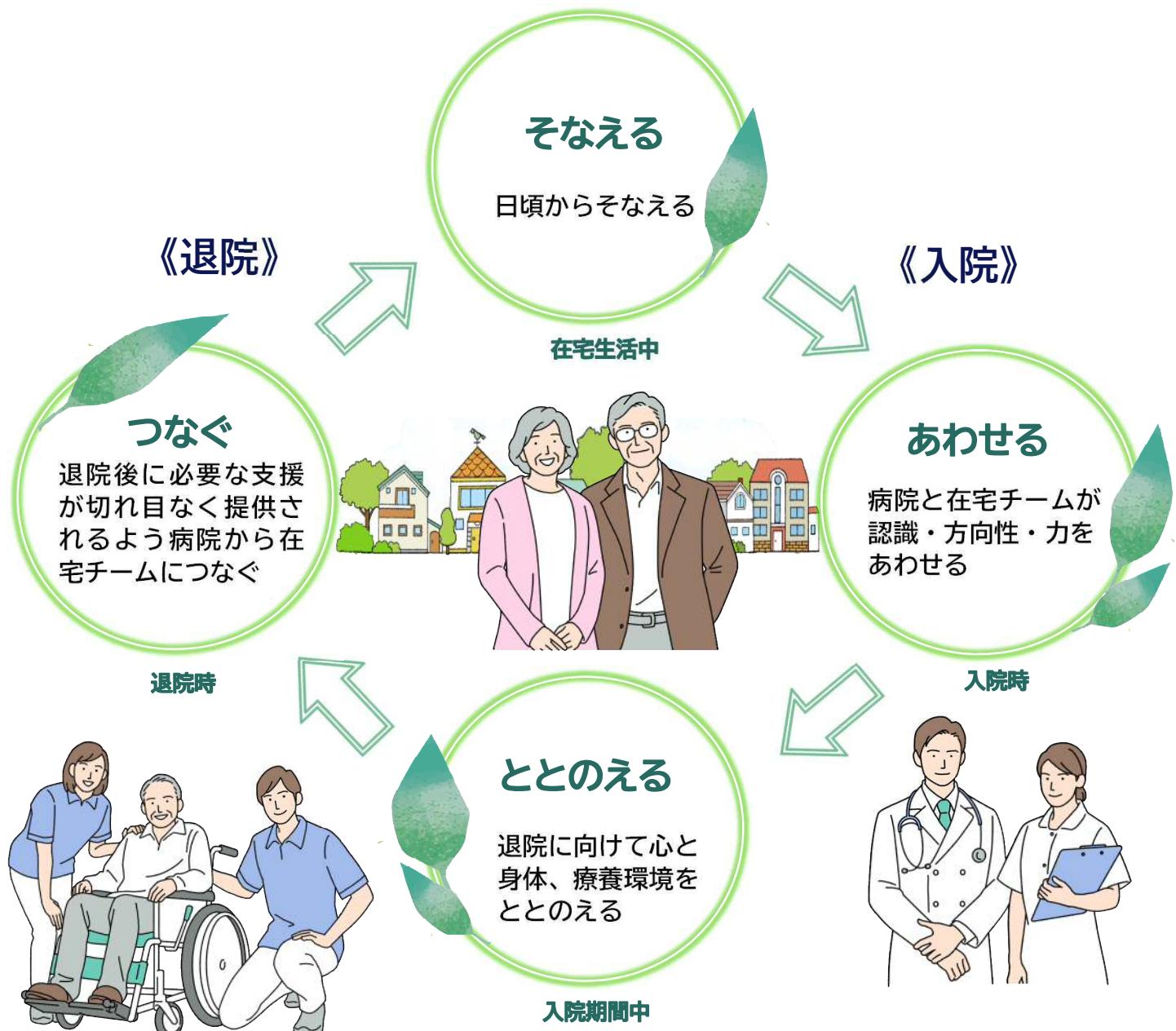
【入退院支援の目指すべき姿】

利用者（患者）が入院した場合、その人らしい暮らしの場に戻るために、病院と在宅チームとの協働が求められます。

また、退院後、再発・重度化を予防し、本人が望む在宅療養生活が継続できるよう、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、地域全体で連携し、支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ戻る際、大切にしたい視点】

本人家族の意向を基に、病院と在宅チームが協働（そなえる・あわせる・ととのえる・つなぐ）していく視点で連携を深めましょう。



入退院支援フローチャート

病院

在宅チーム

そなえる

あわせる(入院時)

ととのえる(入院期間中)

つなぐ(退院時)

そなえる

元気に過ごせるよう健康管理に気をつける

「あんしんセット」の準備

病院と在宅チームが認識・方向性・力を合わせる

3~7日以内に
入院計画

概ね3日以内に退院
支援が必要な人を
抽出
(スクリーニング)

必要に応じて、
ケアマネジャーに
連絡

3日以内に病院へ
多職種から集約した
情報を提供

専門職から集約
した情報も活用
してください

院内多職種カンファレンス
(入院計画を確認)

必要に応じて病状
説明 (IC) をする

ケアマネ
がない場合は
P2を参照し連絡

退院に向け心身の状態・療養環境を整える

1週間程度で
主治医意見書を
作成

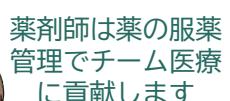
院内多職種による退院支援

- ・意思決定支援・自立支援・症状マネジメント
- ・在宅に向けた医療・ケアのアレンジ
- ・在宅医療体制の調整
- ・医療的ケアについて家族指導
- ・各種書類の準備

要検討

- ・区分変更
- ・ケアプラン変更
- ・住宅改修

かかりつけ歯科医は
入院中も診察が
できます



薬剤師は薬の服薬
管理でチーム医療
に貢献します



支援が切れ目なく提供されるよう^{在宅チームへ繋げる}

(必要時)訪問診療医
へつなぐ

退院前カンファレンス (病院から在宅チームへバトンタッチ)

診療情報提供書の
作成

看護サマリーの
作成

必要書類を家族に
渡す

- ・ケアプランの立案
- ・サービス調整

病院と在宅チームの
同職種連携・協働を
図りましょう

重度化を防止し再入院しないための支援を行う

病院からの
情報を活用し
ましょう

サービス担当者会議

【参考】入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬について

主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定に当たっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。
令和2年4月時点
入院前又は入院早期から医療と介護が連携して退院支援を行うことが、病院から地域への切れ目のない支援につながるため国が加算を作りました。加算が取れる環境はスマートな連携に基づいています。

病院

介護支援等連携指導料 400点（入院中2回）	ケアマネジャーとの連携
退院時共同指導料2 400点（入院中1回）	病院の医師等と在宅医が共同で退院後の療養状況を説明・指導 ※医師等の職種の3名以上と共同し指導を実施 2000点
退院前訪問指導料 580点（1回の入院につき1回）	退院時リハビリテーション指導料 300点（1回の入院につき1回）
退院時薬剤情報管理指導料 90点（1回の入院につき1回）	退院後訪問指導料 580点 + 訪問看護同行加算20点

ケアマネジャー

入院時情報連携時加算
(I)入院後3日以内 200単位/月
(II)入院後7日以内 100単位/月

入退院支援加算 1：600点 または1200点（退院時1回） 2：190点 または 635点（退院時1回） 入院早期より退院困難者を抽出し、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定	+地域連携診療計画加算 300点（入退院支援加算） +地域連携診療計画加算 50点（診療情報提供料 I）
---	---

多職種

歯科
診療情報提供料 I
250点
入院時に歯科医から病院へ診療情報提供料を実施

退院・退所時加算

	カンファレンス 参加無	カンファレンス 参加有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

在宅医

退院時共同指導料1
1500点（入院中1回）
病院の医師等と在宅医が共同で退院後の療養上必要な説明・指導を実施
薬剤師
退院時共同指導料
600点（入院中1回）
退院後の訪問薬剤指導を行つ薬局薬剤師が、療養上の必要な説明・指導を医師等の職種3名以上と共同して実施
訪問看護・定期巡回・看護小規模多機能（介）
退院時共同指導加算
600単位（病院内でのカンファレンス）
退院時に共同指導を行つた後に、初回の指定訪問看護を実施

緊急時等居宅カンファレンス加算
200単位（月2回）

訪問看護（医）
退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）
800点（1回の入院につき1回）



多職種の連携にあたっての心構え

連携は、心配り（あいさつ・歩み寄り・思いやり）から

医療と介護の関係者がよりスムーズに連携していくには、お互いの立場を理解し、思いやりを持って行動することが大切です。

相互の信頼関係を深めるために、普段からコミュニケーションを心掛け、顔の見える関係を築いていきましょう。



**患者さんが自宅に戻ってからの生活を
イメージすることが大切です**



**入退院を繰り返さないよう日常生活が
わかるように伝えましょう**

全ての職種のみなさまへ

- ① 思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう
- ② お互いの視点を大切に、わかりやすく相手に伝えましょう
 - ・相手が必要としている正確な情報を、なるべく専門用語を使わずに伝えましょう
 - ・5W1Hを意識し結論から伝えましょう
 - ・どの程度急ぐ要件か伝えましょう
- ③ 地域包括支援センター（高齢者の総合相談窓口）を活用しましょう <P10参照>
対応困難な時は、利用者（患者）のお住まいの地区を担当している地域包括支援センターに相談しましょう。

医師のみなさまへ

① 患者（利用者）の在宅療養生活は、医師の作成する書類から始まります

- ・主治医意見書
- ・訪問看護指示書
- ・訪問リハビリテーション指示書 など

病院スタッフのみなさまへ

① 入院中から在宅生活をイメージした支援を心がけましょう

患者・家族は退院したその日から療養生活が始まります。その人の日常生活に合わせた支援をしていきましょう。ご家族にも指導をお願いします。

② 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

③ 必要な書類はケアマネジャーと確認しましょう

退院時に必要な書類をお互いに確認しましょう。

④ 地域包括支援センター（高齢者の総合相談窓口）を利用しましょう <P10参照>

退院後、介護が必要になる患者（利用者）は、お住まいの地区を担当している地域包括支援センターに相談しましょう。

ケアマネジャーのみなさまへ

① 利用者の情報を取り扱う際には本人・家族から了承を得ましょう

② 医療機関の訪問に際しては、事前に相手方の予定を確認しましょう

③ 受診同行の際には受付時に名刺を添え、診察の場面では氏名・所属・職種・

目的を伝えましょう

④ 退院時カンファレンスの内容などは各サービス担当者と情報共有しましょう



地域包括支援センターとは

高齢者等に必要な援助・支援を総合的に行う、市の委託機関です。保健師または看護師、主任ケアマネジャー、社会福祉士を配置し、専門性を活かして支援を行っています。

業務内容

総合相談

健康、介護、生活のことなど様々な相談を受け、対応しています。
必要に応じて訪問も行います。

権利擁護

消費者被害や高齢者虐待の防止など、高齢者の権利を守るためにの支援を行います。

介護予防ケアマネジメント

要介護認定で「要支援1・2」と認定された方または、基本チェックリストにより「事業対象者」と判定された方の介護予防ケアプランを作成します。また、介護が必要な状態にならないよう介護予防教室等の紹介を行います。

包括的・継続的ケアマネジメント

高齢者が暮らしやすい地域にするため、さまざまな機関と連携し、ネットワークづくりを行っています。
また、ケアマネジャーに対する支援も行います。

例えば、どんな支援をしているの？

【虐待に関する相談支援を行います】

高齢者虐待を発見した場合には、速やかに行政や地域包括支援センターへ通報しなければなりません。また、虐待かどうか迷う場合にもご連絡をお願いします。

【要介護認定の代行申請を行います】

介護保険サービスを利用するには、申請が必要です。基本的にはご家族等が行いますが、独居や家族での対応が難しい方は、地域包括支援センターで代行することができます。

【対応困難なケースについて、一緒に検討します】

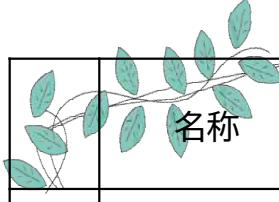
身体的、経済的な問題など、多問題を抱えた高齢者への支援は困難が予想されます。一人で抱えず、ご相談ください。また、地域ケア会議を活用することも可能です。

地域包括支援センターは高齢者の総合相談窓口です。

※地区ごとに担当が異なります。P11を参照ください。

【越谷市地域包括支援センター】

令和3年9月1日現在



	名称	所在地(越谷市)	電話番号 (048)	FAX (048)	担当地区
1	桜井	下間久里792-1 (桜井地区センター・公民館内)	970-2015	970-2016	大里、下間久里、 上間久里、大泊、平方、 平方南町、千間台東
2	新方	大吉470-1 (新方地区センター・公民館内)	977-3310	940-3339	弥十郎、大吉、向畠、 北川崎、大杉、大松、 船渡、弥栄町
3	増林	増林3-4-1 (増林地区センター・公民館内)	963-3331	940-0145	花田、増林、増森、中島、 東越谷1~4、6~10丁目
4	大袋	大竹831-1	971-1077	970-1166	恩間、大竹、大道、 三野宮、恩間新田、袋山、 大林、大房、千間台西
	せんげん台 出張所	千間台西5-26-15	940-1315	940-1315	
5	荻島・北越谷	南荻島190-1 (荻島地区センター・公民館内)	978-6500	940-1140	野島、小曾川、砂原、 南荻島、西新井、北後谷、 長島、北越谷
6	出羽	七左町4-248-1 (出羽地区センター・公民館内)	985-3303	988-8866	七左町1、4~8丁目、 大間野町、新川町、 宮本町、神明町、谷中町、 新越谷2丁目
7	蒲生	登戸町33-16 (蒲生地区センター・公民館内)	985-4700	972-6070	瓦曾根1~2丁目、登戸町、 蒲生東町、蒲生寿町、 蒲生旭町、蒲生本町、 蒲生愛宕町、蒲生南町、 南町、蒲生、蒲生西町、 南越谷1丁目
8	川柳	川柳町2-507-1 (老人福祉センターひのき荘内)	990-0753	971-5310	伊原、川柳町、 レイクタウン7丁目
9	大相模	相模町3-42-1 (大相模地区センター・公民館内)	993-4258	993-4259	西方、相模町、大成町、 東町、流通団地、 レイクタウン1~6丁目、 8~9丁目
10	大沢	東大沢1-12-1 (大沢地区センター・公民館内)	972-4185	972-4186	大沢、大沢1~4丁目、 東大沢
11	越ヶ谷	越ヶ谷4-1-1 (越谷市中央市民会館)	966-1851	965-3855	越ヶ谷、御殿町、柳町、 越ヶ谷本町、中町、 弥生町、東越谷5丁目、 赤山町1~2丁目、 赤山本町、宮前
12	南越谷	南越谷4-21-1 (南越谷地区センター・公民館内)	999-6651	999-6678	瓦曾根3丁目、 南越谷2~5丁目、 赤山町3~5丁目、 蒲生西町、新越谷1丁目、 東柳田町、元柳田町





在宅医療連携拠点 「越谷市医療と介護の連携窓口」

～多職種のチームワークが深まるよう支えます～

市民が住み慣れた地域で自分らしい生活が送れるよう

「入退院支援・日常療養生活支援・急変時の対応・看取り」体制を構築します。

<主な業務内容>

01 医療介護福祉職・地域包括支援センター等の相談窓口

02 スムーズな多職種連携に向けた対応策の検討や研修会の企画・開催

03 情報共有・連携推進 (MCS:メディカル・ケア・ステーション)

- ・医療介護現場がリアルタイムにつながる多職種連携ツールです。無料。
- ・非公開型（招待制）の高セキュリティで安心です。

※登録は越谷市医療と介護の連携窓口までご連絡ください。

04 訪問診療医の在宅療養支援ベッド調整

- ・訪問診療を受けて在宅療養生活をしている方が脱水や肺炎等で入院加療やレスパイト（介護者の休養）が必要な時に利用できるシステムです。
- ・5病院（市川胃腸科外科病院・慶和病院・越谷誠和病院・十全病院・新越谷病院）が輪番制で対応。365日（1日1床）ベッドが確保されています。

05 人生の最終段階における意思決定支援の普及 等

連絡はこちら！！

電 話 : 048-910-9140 (相談受付時間 平日9:00~17:30)

FAX : 048-910-9141

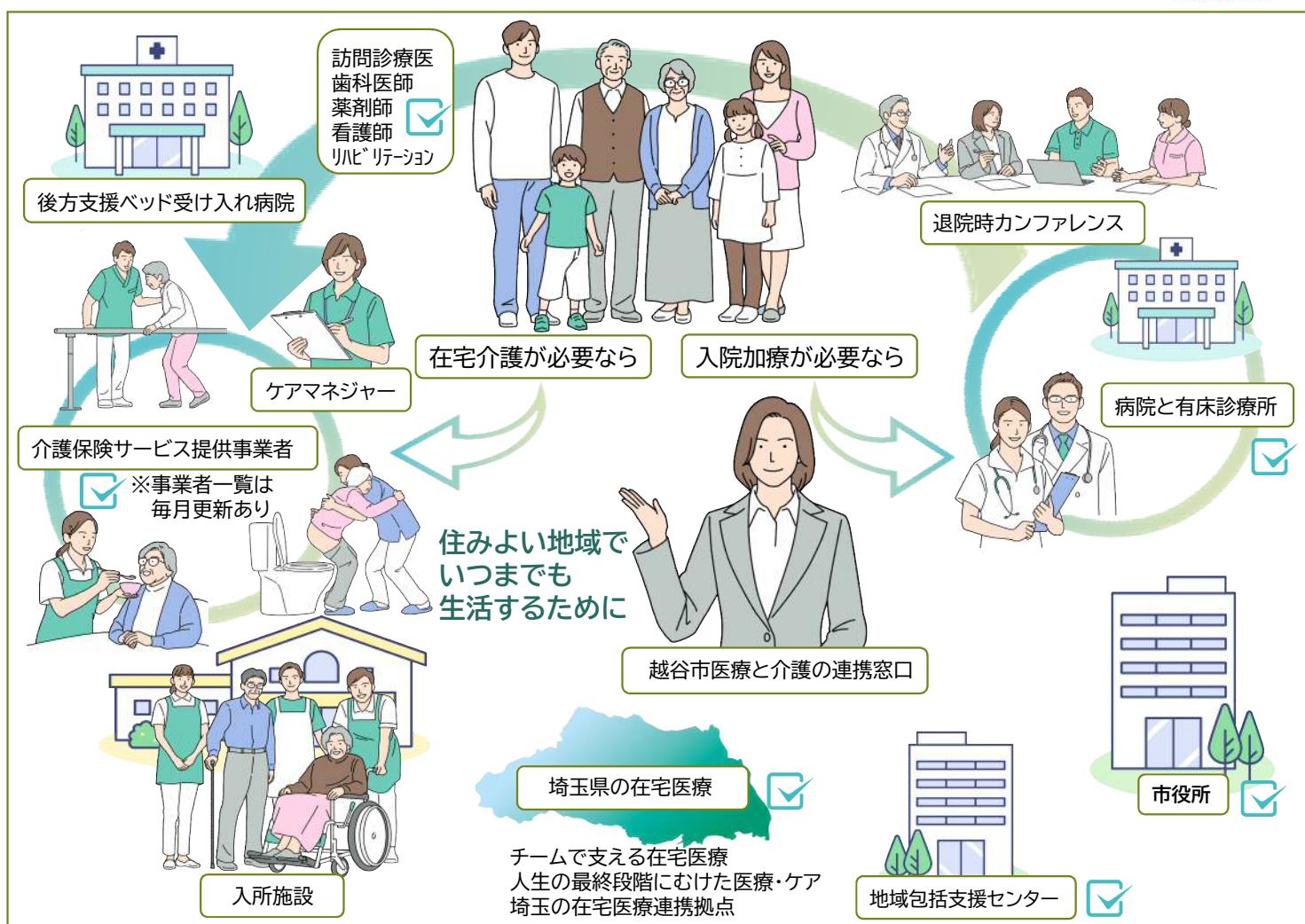
アドレス : renkei@koshigaya-med.or.jp



越谷市 医療と介護の連携窓口

「越谷市医療と介護の連携窓口」ホームページ

(R4.4月改訂予定)



事業所の方はこちら

をクリックするとパスワードで
以下の専用ページに入れます

…クリックで
リンク先へ

お知らせ	医療と介護の連携窓口便り	後方支援ベッド輪番表	後方支援ベッド利用可能な患者登録用紙	医療介護専用SNS「MCS登録」について	その他
------	--------------	------------	--------------------	----------------------	-----

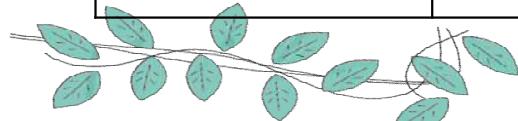
近隣の「在宅医療連携拠点」

管轄市町村	名称	電話番号
春日部市	春日部市地域包括ケアシステム推進センター	048-745-8651
吉川市、松伏町	吉川松伏在宅医療サポートセンター	048-940-8375
三郷市	三郷市在宅医療・介護連携サポートセンター	048-949-6119
草加市、八潮市	草加八潮医師会在宅医療サポートセンター	048-959-9972
川口市	川口市在宅医療サポートセンター	048-229-7670

越谷市内病院連携窓口リスト

令和3年9月1日現在

医療機関名	担当部署	住所 (越谷市)
獨協医科大学 埼玉医療センター	総合患者支援センター	〒343-8555 南越谷2-1-50
越谷市立病院	医療連携室	〒343-8577 東越谷10-32
越谷誠和病院	地域連携・医療福祉相談室	〒343-0856 谷中町4-25-5
新越谷病院	医療相談室 医療連携室	〒343-0815 元柳田町6-45
十全病院	医療相談室	〒343-0807 赤山町5-10-18
慶和病院	医療連携室	〒343-0041 千間台西2-12-8
市川胃腸科外科病院	医事課	〒343-0023 東越谷7-2-5
リハビリテーション 天草病院	総合相談部	〒343-0002 平方343-1
埼玉東部循環器病院	医療相談・地域医療連携室	〒343-0025 大沢3187-1
順天堂大学医学部附属 順天堂越谷病院	地域医療連携室 医療福祉相談室	〒343-0032 袋山560
北辰病院	医療連携室	〒343-0851 七左町4-358
南埼玉病院	入院・受診相談担当窓口	〒343-0012 増森252
レイクタウン 整形外科病院	なし	〒343-0828 レイクタウン 5-13-6



※越谷市保健所管内の病院に、リスト掲載の照会を行い、
同意を得られた病院のみ掲載しています



「通院・入院時 あんしんセット」について

医療機関やケアマネジャーは、利用者（患者）が通院や入院時に必要なものをおらかじめ準備しておくように、本人や家族に啓発しましょう。

啓発内容

- ① 「通院・入院時あんしんセット」（以下、「あんしんセット」）は、日ごろから通院や入院時に必要なものをご自身で分かりやすい袋やケースにまとめて準備しておきましょう。
- ② 「あんしんセット」を準備しておくと、医療機関とケアマネジャーで速やかな連携を図ることで、スムーズな通院、入院につながります。
- ③ 誰が見てもわかりやすい「あんしんセット」を活用することで、もしもの時に慌てず、情報共有を図ることができます。

通院・入院時 「あんしんセット」 のご準備をお願いします

- 医療保険証
- かかりつけ医療機関の診察券
- お薬手帳
- 緊急連絡先
- ケアマネジャーの名刺
- 介護保険証・介護保険負担割合証

受診や入院時にご自身が必要な大切なものをケースなどに入れ保管しておきましょう

どうして必要な？

- 事前に必要なものを準備しておくと、もしものとき慌てず安心です
- 患者様の情報が、医療機関やケアマネジャーに一度に伝わるとより円滑なサポートができます

もしもの時にはケアマネジャーに連絡をしましょう

越谷市では医療機関とケアマネジャーが連携し、市民の皆さまの入退院をスムーズに進めるよう取り組んでいます

問合せ：越谷市保健医療部地域医療課
電話：048-972-4777/FAX：048-972-6244
発行：越谷市医療と介護の連携窓口（越谷市医師会内）





「あんしんセット」とあわせて
「救急医療情報キット」を活用しましょう

- 記入用紙（本人情報・医療情報・緊急連絡先）
- 写真（本人が確認できるもの）
- 医療保険証（写し）
- 診察券（写し）
- その他 薬剤情報提供書（写し）
お薬手帳（写し）等

救急医療キットとは・・・
「かかりつけ医療機関」などの医療機関情報を容器に入れ自宅に保管しておくことで、救急隊、病院が迅速に対応できるよう備えます。

※救急医療キット内の情報を**随時更新**し、
万一の時に備えましょう

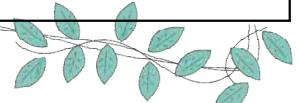
問合せ
越谷市福祉部福祉総務課 電話：048-963-9320/FAX：048-963-9174

越谷市入退院支援ルール 策定経過

令和4年2月10日現在

日にち	内 容
R2.4	◊埼玉県保健医療部医療整備課より「地域における入退院支援ルール作成の進め方」通知
R2.5	◊越谷市における入退院支援ルール作成の課題と進め方について協議
R2.10	◊「越谷市入退院支援ルール作成に関するアンケート調査」市内118か所 対象:病院・診療所・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・地域包括支援センター
R2.11	◊第1回ケアマネ意見交換会 メンバー: 市内居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 8名 越谷市医療と介護の連携窓口
R2.12	◊第1回越谷市入退院支援ルール意見交換会 メンバー: 越谷市内 4病院 看護師、ソーシャルワーカー 市内居宅介護支援事業所ケアマネジャー 8名 越谷市役所 福祉部 地域包括ケア推進課(現 地域共生部 地域共生推進課) 越谷市医療と介護の連携窓口
R3.1	◊第2回ケアマネ意見交換会
R3.1	◊第2回越谷市入退院支援ルール意見交換会
R3.3	◊第3回越谷市入退院支援ルール意見交換会
R3.8	◊越谷市リハビリテーション連絡協議会と意見交換会
R3.8	◊第4回越谷市入退院支援ルール意見交換会
R3.9	◊越谷市薬剤師会と意見交換会
R3.10	◊令和3年度 第1回越谷市地域包括ケア推進協議会
R4.2	◊令和3年度 第2回越谷市地域包括ケア推進協議会

※協議内容は越谷市医療と介護連携の会「世話人会」(年4回)にて結果報告



<世話人会 メンバー>

越谷市医師会 越谷市医療と介護の連携窓口

越谷市歯科医師会

越谷市薬剤師会

越谷市介護保険サービス事業者連絡協議会

越谷市リハビリテーション連絡協議会

越谷市訪問看護ステーション連絡協議会

越谷ケアマネの会 “ひだまり”

獨協医科大学埼玉医療センター 総合患者支援センター

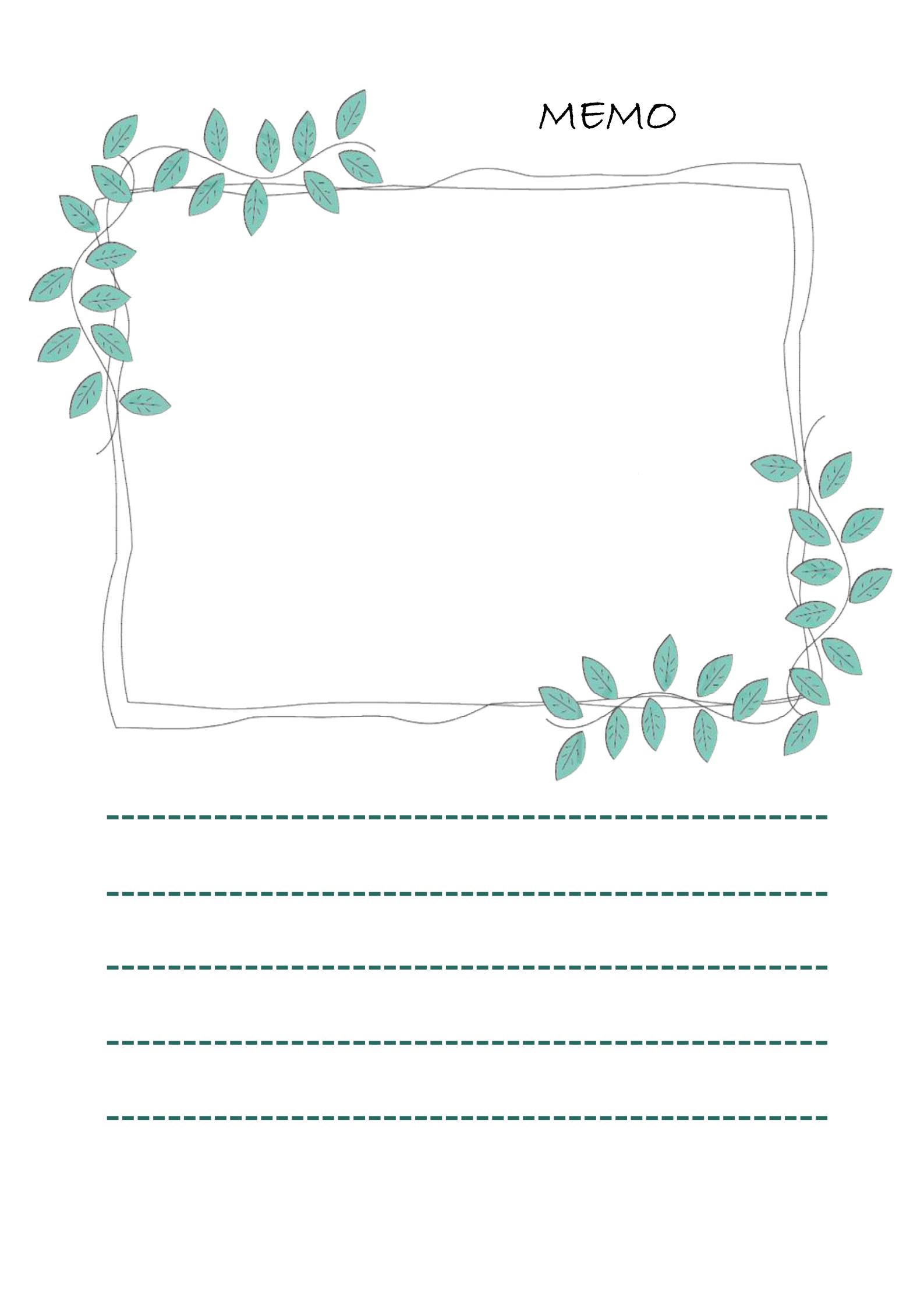
越谷市立病院 医療連携室

埼玉県立大学

越谷市 地域共生部 地域共生推進課 地域包括ケア課 介護保険課

保健医療部 地域医療課

消防局 救急課



MEMO



「越谷市入退院支援ルール」は市ホームページからもダウンロードできます

編集発行 : 越谷市 保健医療部 地域医療課
越谷市東越谷10-31(越谷市保健センター内)
TEL:048-972-4777

越谷市医療と介護の連携窓口
越谷市東越谷10-31(越谷市医師会内)
TEL:048-910-9140

