

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

めざして～

(案)



はじめに

越谷市における高齢化率は 25.3%（令和3年4月）と急速に進んでいる今、市民の医療・介護の需給はさらに増えることが想定されます。住み慣れた地域の中でその人が望む生活を送るための支援、また、1人ひとりの高齢者に対して適切なサポートを行うために各関係者間で協議を重ね、この度「越谷市入退院支援ルール」を作成いたしました。

<越谷市入退院支援ルールの目的>

入退院に際して、利用者（患者）が必要なサービスを切れ目なく受けられるように、市内の病院やケアマネジャーなどの多職種が入退院時の情報を共有する方法や手順等を定めたものです。多職種が連携し、利用者（患者）にとって、スムーズな入退院支援を目指していきましょう。

<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が、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ダンス」が示されていますのでご参照してください。（<https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf>）

入退院支援ルール対象者

1) 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

2) ケアマネジャーがいない場合

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 日常生活に支障を来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 入院前より状態の変化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
※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）

◇介護保険第1号被保険者(65歳以上の方で市の認定を受けた方)

◇介護保険第2号被保険者(40歳から64歳で医療保険に加入されていて、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筋萎縮性側索硬化症

③後縦靭帯骨化症

④骨折を伴う骨粗鬆症

⑤初老期における認知症

⑥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

⑦糖尿病性神経障害、糖尿病腎症及び糖尿病性網膜症

⑧脊髄小脳変性症

⑨脊椎管狭窄症

⑩早老症

⑪多系統萎縮症

⑫関節リウマチ

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

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て要介護（要支援）認定の申請をしてください。

<申請に必要なもの>

◇要介護・要支援認定申請書

◇介護保険の保険証

健康保険の保険証（※第2号被保険者の場合）

◇本人もしくは代理人の身元確認の書類

<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

入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)
あんしんセットの準備の
お手伝いをお願いします。



入院前

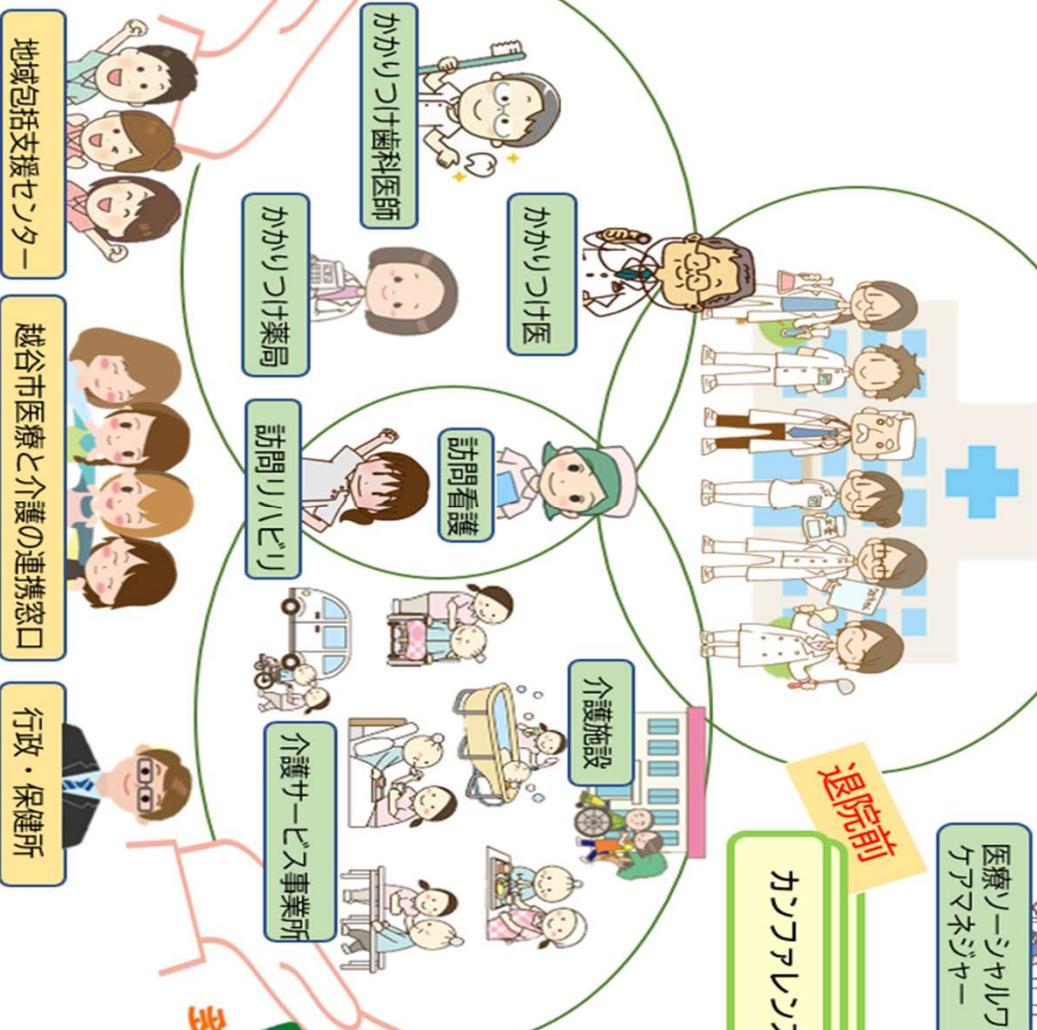
(ケアマネジャー)
検査入院や計画入院の際は、
事前にかかりつけ医やソ
シアルワーカーと相談を
しましょう。

入院後

早めに医療ソーシャルワ
ーカーとケアマネジャーは連
絡を取り合いますよう

入院期間中

- (ソーシャルワーカー)
- 入院期間(退院時期)が決まったらケアマネジャーに連絡を取り合いますよう
 - 退院準備に必要なことをお互いに確認しましょう
 - (ケアマネジャー)
 - 生活状況をお伝えし、在宅生活をイメージして頂けるようにしましょう。



退院前

医療ソーシャルワ
ーカー
ケアマネジャー

カンファレンスの開催

退院後

全ての生活環境が整うと、
安心して在宅療養生活が
送れます。

退院時

- 主に必要な書類
- 訪問看護指示書
 - 看護サマリー
 - リハビリサマリー
 - 栄養指導

退院後

- 退院準備期間が短いと、在宅
療養環境を整えることが難
しくなります。
- 住宅改修は？
 - 今日の食事の準備は？
 - 介護できるかしら？
 - サービス導入は？

家族指導
しなくちゃね



フ
ロ
ー
チ
ャ
ー
ト

(
現
在
作
成
中
)

フ
ロ
ー
チ
ャ
ー
ト

(
現
在
作
成
中
)

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
ですね



入退院を繰り返さないよう
日常生活が分かるように
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 < P9参照 >
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< P9参照 >
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。



越谷特別市民
ガーヤちゃん

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が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。P2を参考に、利用者（患者）のお住まいの地区を担当する地域包括支援センターにご相談ください。



【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 番号 (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、向畑、 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、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2階)	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、 蒲生茜町、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」

～多職種のコ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く生きることができるよう、

「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>

①医療介護福祉職・地域包括支援センター等の相談窓口

②スムーズな多職種連携に向けた対応策の検討や研修会企画開催

③情報共有・連携推進（MCS：医療介護現場が繋がる多職種連携SNS）

・多職種とタイムリーな情報共有や対応が可能。患者グループや自由グループで多様に使えます。

・無料で安全性に優れたSNSですので、貴方の登録をお待ちしています。

④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。

・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365日（1日1床）ベッドが確保されています。

⑤人生の最終段階における意思決定支援の普及 等

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

連絡はこちら！！

<ホームページはこちら>

※赤枠は検索可能項目です



地域包括ケアシステムで市民のあなたをみんなでサポート



事業所の方はこちら>

をクリックするとパスワード「renkei」で以下の専用ページに入れます

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	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（仮）

令和3年9月1日現在

医療機関名	担当部署	住所 (越谷市)	電話番号 FAX 番号 (048)	相談受付 時間
獨協医科大学埼玉 医療センター				
越谷市立病院				
越谷誠和病院				
新越谷病院				
十全病院				
慶和病院				
市川胃腸科外科病院				
リハビリテーション 天草病院				
埼玉友クリニック				
埼玉東部循環器病院				
順天堂大学医学部 附属順天堂越谷病院				
北辰病院				
南埼玉病院				
南越谷病院				
レイクタウン 整形外科病院				

医療機関へ
確認中

「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、患者（利用者）が通院や入院時に必要なものをあ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」を準備しておくことで、医療機関とケアマネジャーで速やかな連絡が行えるようになり、スムーズな通院、入院を行なうことに繋がります。
- 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に情報共有ができるようになります。

「あんしんセット」
の準備をしましょう



「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

どうして必要なの？

- ・事前に必要なものを準備しておくことで、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

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

越谷市入退院支援ルール 策定経過 令和3年9月1日現在

日程	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

※協議内容は世話人会にて結果報告

<世話人会 メンバー>

越谷市医師会
 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
 越谷市医療と介護の連携窓口

【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 令和2年4月時点

主な関係報酬のみを掲載しています。また、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。

	ケアマネジャー	病 院	在宅医療	訪問看護 ステーション
入院前↓入院時	入院時情報連携加算 (Ⅰ)200単位 入院後3日以内に情報提供 (Ⅱ)100単位 入院後7日以内に情報提供	入院時支援加算1 230点 入院時支援加算2 200点	診療情報提供料(Ⅰ) 療養情報提供加算50点 入院にあたって訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供	訪問看護情報提供療養費3 1500円(医) 入院にあたって情報提供する医療機関に対する情報提供
		入退院支援加算1 一般600点 療養1200点 20以上の関係機関との連携・ 3回/年以上の関係機関との面会 入退院支援加算2(上記以外) 一般190点 療養635点 総合機能評価加算 50点		
入院中↓退院前	退院・退所加算 カンファあり 連携1回 600単位 連携2回 750単位 連携3回 900単位 カンファなし 連携1回 450単位 連携2回 600単位	小児加算(15歳未満) 200点 地域連携診療計画加算 300点 介護支援等連携指導料 400点 ケアマネジャー等との連携	退院時共同指導料1 在支診 1500点 それ以外 900点 病院でのカンファレンス	退院時共同加算 8000円(医) 600単位(介) 病院でのカンファレンス
		退院前訪問指導料 580点 退院時共同指導料2 カンファレンス 400点 3者以上と共同指導する場合 2000点加算 在宅医が参加する場合 300点加算 退院時リハビリテーション指導料 300点 退院時薬剤情報管理指導料 90点		
退院時		診療情報提供料(Ⅰ) 250点 診療情報提供料(Ⅲ) 150点		
		退院後訪問指導料 580点 訪問看護師が同行する場合 20点加算		

※介護予防支援、小多機、看多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

【埼玉県入退院支援ルール標準例から抜粋】