

在宅医療に係る多職種連携のための

東胆振

入 退 院 連 携
ガ イ ド ラ イ ン

令和7年（2025年）3月

初 版

東胆振入退院連携ガイドラインについて

はじめに

このガイドラインは、令和3年度から「東胆振入退院連携支援のあり方検討」におけるワーキングにおいて、コロナ禍の中断を経ながらも検討を重ね、作成しております。

苫小牧市を中心とした東胆振圏域において、高齢者等が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けながら療養できる支援体制の構築が求められています。

ワーキングでは、医療・介護関係者間において、在宅療養者の入院時から情報を円滑に共有し、連携を深めながら退院に向けた支援を共に行うことが望ましいと考え、入院してから退院するまでの流れを「いつ、どこで、誰と誰が連携しているのか」の視点で見える化し、まとめ、本ガイドラインとしました。

医療・介護関係者の皆様にご活用いただき、地域でのさらなる連携の一助となれば幸いです。

令和7年（2025年）3月

事務局 一般社団法人苫小牧市医師会
北海道苫小牧保健所
苫小牧市福祉部介護福祉課（事務局代表）

目次

1	ガイドラインの留意事項・読み方	P.1
2	入退院連携にかかる主な診療報酬・介護報酬加算	P.2
3	医療機関の病棟機能	P.4
4	入所施設の機能	P.4
5	入退院連携ガイドライン概要版 ※一部公開	P.5
6	各病院の連携方法 ※関係者のみに公開	P.7

留意事項

目次2の入退院にかかる主な診療報酬・介護報酬加算、3の医療機関の病棟機能、4の入所施設の機能については、学びを深めるために活用していただき、**最新の情報をご確認ください。**

目次5～6の各病院の概要版及び連携方法は、総合的なマネジメントを実施する医療及び介護等の関係者にのみ公表していますので、ご理解ください。

また、目次6の各病院の連携方法は、基本的な展開を図式化しています。患者・家族の状況により、関係者の連携時期や方法が変わることがありますので、**目安の一つ**としてご利用ください。

各病院の情報は、変更されていることもありますので、詳細は個別にご確認ください。

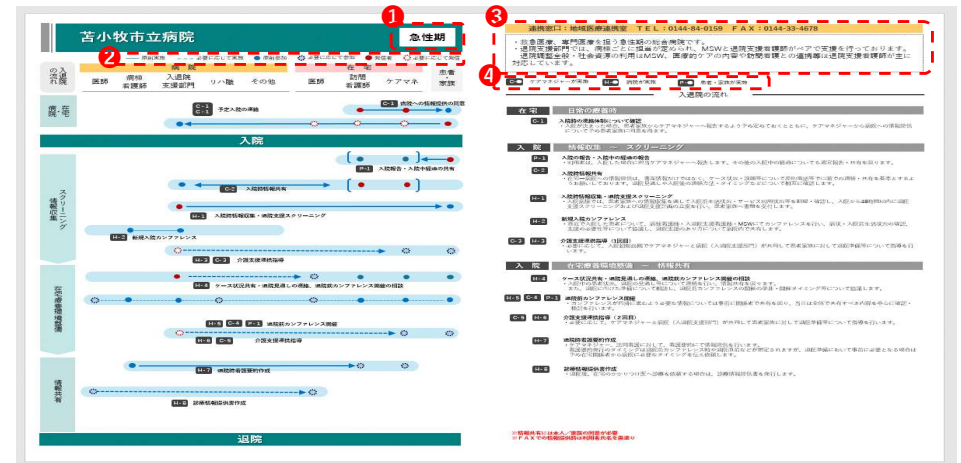
ページの構成

左ページ

入院から退院までの各時期において、関係者の連携を図式化しています

右ページ

図式化の詳細について、説明、補足内容を記載しています。



① 病棟の種類を記載

急性期：急性期一般病棟
地ケア：地域包括ケア病棟
回りハ：回復期リハビリテーション病棟
療養：医療療養病棟
緩和ケア：緩和ケア病棟
精神：精神病棟

② 各記号、実線・点線についての説明を記載

③ 病院の連絡先情報と病院の特徴を記載

④ アルファベットは職種等を表示 数字は職種等のアクションの順番を表示

C：ケアマネジャー
P：患者、家族
H：病院
AH：ほかの急性期病院
O：ほかの関係者

入退院連携にかかる主な診療報酬・介護報酬加算

病 院	
在 宅	
入院・転院	
スクリーニング	入院時支援加算 1 240点 2 200点 入院前の外来で治療内容の説明、褥瘡・栄養スクリーニング、服薬確認等を実施し、療養支援計画書を作成・共有した場合に算定する。
	入退院支援加算 1 イ 700点 □ 1,300点 2 イ 190点 □ 635点 3 1,200点 退院困難な要因を持つ患者に対し入院早期から支援計画を作成し、患者・家族に説明・交付を行う。死亡退院や一部転院では算定不可。
情報収集・共有	リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 120点 急性期病棟の患者に対し専従及び専任の理学療法士・専任管理栄養士等の多職種による計画を作成（原則入棟後48時間以内）、カンファレンス、口腔ケアを実施した場合に算定する。
	退院前訪問指導料 580点 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。
在宅療養環境整備	退院前在宅療養指導管理料 120点 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。 （外泊の初日1回に限り）
	介護支援等連携指導料 400点 入院中の患者に対し医師・看護師・社会福祉士等がケアマネジャー・相談支援専門員と共同して利用可能な介護または障害福祉サービス等について説明・指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
退院前カンファレンス	実 施 退院時共同指導料 2 400点 入院医療機関の該当職種と在宅医療担当医療機関が共同で在宅療養上必要な説明・指導を行ったうえで文書により情報提供した場合、入院中1回に限り算定できる。厚生労働大臣が定める疾病等の患者においてそれぞれの医療機関の医師または看護職または指示を受けた訪問看護STの看護師（准看護師を除く）と1回以上共同して行う場合は入院中に2回算定する。 3者以上でカンファレンスを行う場合は多機関共同指導加算として2,000点を加算、在宅医が参加する場合は300点加算する。
	退院時リハビリテーション指導料 300点 患者の退院時に患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。 この場合において、同一日に、退院時共同指導料2（PT・OT・STが指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
退院時	退院時薬剤情報管理指導料 90点 入院時に患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称に関して患者の手帳に記載した上で、退院に際して患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、退院時共同指導料2（薬剤師が指導等を行った場合）は、別に算定できない。
	診療情報提供料(Ⅰ) 250点 ・別の医療機関での診療の必要をみとめ、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添え患者の紹介を行った場合に、紹介先医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定できる。 ・指定居宅介護支援事業者に対し、診療状況を示す文書を添え、保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
在 宅	検査・画像情報提供加算 200点 ・患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合に、所定点数に加算する。

外来または在宅療養を担う医療機関	
医 科	歯 科
在 宅	診療情報提供料(Ⅰ) 250点 別の医療機関での診療の必要をみとめ、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添え患者の紹介を行った場合に、医療機関ごと患者1人につき月1回に限り算定する。
入院・転院	
スクリーニング	
情報収集・共有	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1 100点 当該医療機関の歯科医師が、他の医療機関に入院している患者に対し、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行いその結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に算定する。
	回復期等口腔機能管理計画策定料 300点 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している医療機関において、リハビリテーション等を行う医療機関からの文書による依頼に基づき、患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。
在宅療養環境整備	回復期等口腔機能管理料 200点 療養病棟、回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟に入院している患者であって、回復期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行い、管理報告書を作成し患者に提供した場合に算定する。
	回復期等専門的口腔衛生処置 100点 回復期等における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合に算定する。
退院前カンファレンス	実 施 退院時共同指導料1 「Ⅰ」1,500点 「Ⅱ」900点 入院医療機関の該当職種と在宅医療担当医療機関が、当該患者の同意を得て、共同で在宅療養上必要な説明・指導を行ったうえで文書により情報提供した場合、入院中1回に限り算定できる。 厚生労働大臣が定める疾病等の患者において入院中に2回算定する場合には、2回中1回それぞれの医療機関の医師、看護職が共同して指導する。 ※「1」在宅療養支援診療所 「2」「1」以外の場合
	実 施 精神科退院時共同指導料1 (Ⅰ)イ 1,500点 (Ⅱ)ロ 900点 他の医療機関の精神病棟に入院し該当する疾患等の患者において、 、当該患者の同意を得て、入院医療機関の多職種チームとともに、退院後の療養上必要な説明・指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、精神科または心療内科を標榜する外来または在宅療養を担う医療機関において入院中に1回に限り算定する。
退院時	
退院・転院	
在 宅	

※ 退院時カンファレンスは報酬の対象にかかわらず必要なサービス機関との連携のため参加が推奨される
※ 訪問介護、訪問入浴、通所介護、通所リハビリのサービスを利用する上で、かかりつけ医の情報提供が必要とされる

入退院連携にかかる主な診療報酬・介護報酬加算

医療保険	医療または介護保険
介護保険	

- ※ 退院時カンファレンスは報酬の対象にかかわらず必要なサービス機関との連携のため参加が推奨される
- ※ 訪問介護、訪問入浴、通所介護、通所リハビリのサービスを利用する上で、かかりつけ医の情報提供が必要とされる

在宅支援グループ				
訪問看護ステーション				
訪問看護		みなし指定訪問看護		
精神訪問看護				
在宅				
入院・転院				
スクリーニング	訪問看護情報提供療養費Ⅲ (医) 1,500円 在宅から医療機関、介護老人施設、介護医療院に入院または入所時の情報提供		退院前訪問指導料 (医) 5,800円 入院中（外泊時を含む）および退院時に利用者またはその家族に対し訪問指導を行った場合、入院中1回に限り算定できる。ただし、入院後14日以内に1回訪問した場合は2回算定できる。（あらかじめ予定して訪問するものであり、緊急出動するものではない）	訪問看護情報提供療養費Ⅲ (医) 1,500円 在宅から医療機関、介護老人施設、介護医療院に入院または入所時の情報提供
	訪問看護基本療養費Ⅲ (医) 8,500円 退院後に訪問看護を受けようとする入院患者に対し在宅療養に備えて外泊時に訪問看護を行った場合			
	退院時共同指導加算 (医) 8,000円 (介) 600単位 医療機関・施設に入院(入所)中の者が退院(退所)するに当たり、退院時共同指導(患者またはその看護に当たる者に対して、医療機関・施設と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を提供することをいう。)を行った後で、退院(退所)後に初回の訪問看護を行った場合に、当該退院(退所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者については2回)に限り、所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は算定しない。 ※(医)のみ：特別管理加算の対象者は上乗せで 特別管理指導加算 (医) 2,000円			
情報収集・共有				
在宅療養環境整備				精神科訪問看護基本療養費Ⅳ (医) 8,500円 入院中において、在宅療養に備えて一時的に外泊した際の訪問看護
退院前カンファレンス				退院時共同指導加算 (医) 8,000円 医療機関に入院中の者が退院するにあたり、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を入院中に行う
実施共有				
退院時				
退院・転院				
在宅	退院支援指導加算 (医) 6,000円 退院当日に訪問看護を行った場合	初回加算Ⅰ (介) 350単位 新規に訪問看護計画を作成し、病院・診療所等から退院した日に訪問看護を行った場合	退院時支援指導加算 (医) 6,000円 精神科訪問看護指示書が退院時に交付されている者に対する退院当日の訪問看護	
	長時間退院支援指導加算 (医) 8,400円 退院当日の複数回の訪問看護を行ったとき、複数回の合計時間が90分を超えた場合	初回加算Ⅱ (介) 300単位 新規に訪問看護計画を作成し、病院・診療所等から退院した日の翌日以降に訪問看護を行った場合	長時間退院時支援指導加算 (医) 8,400円 精神科訪問看護指示書と精神科特別訪問看護指示書の両方が退院時に交付されている者に対する退院当日の訪問看護において、1回90分以上または複数回の合計時間が90分を超えた場合	

医療機関の病棟機能

一般（入院基本料及び特定入院料）

医療機能・名称・病棟説明		ポイント・キーワード
急性期一般病棟	急性期（手術や発作などの生命の危機に深く関わる状態）の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する病棟。	・治療が終了したら退院や医療施設への転院が必要。 ・概ねの入院期間は14日～18日。 機能連携率 DPC 、 看護配置 、 重症度 、 平均在院日数 、 在宅復帰 、 病床
地域包括ケア病棟	急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者等を受け入れたり、患者の在宅復帰支援等を行う病棟。	・入院日数は最大60日。ただし、入院期間内であっても、症状が回復・安定し次第、退院となる。 ・在宅への退院が原則（★の施設を含む）。 在宅復帰率
回復期リハビリテーション病棟	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰を目的としたリハビリを集中的に提供する病棟。	・対象疾患、入院期間が決められている（※）。ただし、入院期間内であっても、症状が回復・安定し次第、退院となる。 ・在宅への退院が原則（☆の施設を含む）。 在宅復帰率
医療療養病棟	長期にわたり療養が必要な患者を受け入れる病棟。	・医療区分（※）とA D L区分による入院基準がある。（概ね医療区分2、3が対象）
緩和ケア病棟	心身の苦痛な症状を和らげ、専門的な知識と技術に基づいた緩和ケアを提供する病棟。	

精神(入院基本料及び特定入院料)

医療機能・名称・病棟説明		ポイント・キーワード
急性期治療病棟	急性期の精神症状に対し集中的な治療を行う病棟。	・精神保健福祉法によって入院形態が決められている。 ・主な入院形態として、任意入院、医療保護入院、措置入院がある。
療養病棟	長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟。	
特殊疾患病棟（精神科）	精神疾患があり、日常生活自立度Bランク以上の患者を受け入れる病棟。	
認知症治療病棟	精神症状や行動異常が特に著しい重度の認知症患者に対し、集中的な治療を行う病棟	

※回復期リハビリテーション病棟 対象疾患と入院期間

疾患		入院期間
①	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態または義肢装着訓練を要する状態	150日以内
	高次機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180日以内
②	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折または2肢以上の多発骨折の発症後または手術後の状態	90日以内
③	外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後の状態	90日以内
④	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋または靱帯損傷後の状態	60日以内
⑤	股関節または膝関節の置換術後の状態	90日以内

※医療療養病棟の対象基準となる医療区分

区分3	区分2	区分1
【疾患・状態】 スモン、医師および看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 【医療措置】 24時間持続点滴、中心静脈栄養、人工呼吸器使用、ドレーン法、胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開・気管内挿管、感染隔離室における管理、酸素療法（酸素を必要とする状態が毎日確認）	【疾患・状態】 筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病（スモンを除く）、脊髄損傷（頸椎損傷）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、陣痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内、脱水かつ発熱を伴う状態、体内出血、頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態、褥瘡、抹消循環障害による下肢末端開放創、せん妄、うつ状態、暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） 【医療措置】 透析、発熱または嘔吐を伴う場合の経腸栄養、喀痰吸引（1日8回以上）、気管切開・気管内挿管のケア、頻回の血糖検査、創傷（皮膚腫瘍、手術創、創傷措置）	医療区分2・3に該当しない者

入所施設の機能

名称・施設説明			基本性格	ポイント
介護保険適用	介護医療院	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である方に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設	入所施設	・医療提供施設。 ・対象：要介護1以上
	介護老人保健施設	リハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設。	入所施設	・医療提供施設。 ・対象：要介護1以上
	★☆☆特別養護老人ホーム	寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設。入所により、入浴・排せつ・食事などの介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話などが受けられる。定員29名以下の地域密着型の施設もある。	入所施設	・対象：要介護1以上 新規入所は原則要介護3以上。 ・医師、看護師の配置基準あり（医師は常駐とは限らない）
	★☆☆グループホーム	要介護2の認定を受けた方を対象として、認知症の高齢者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行うサービス。少人数（5人～9人）の家庭的な雰囲気の中で、症状の進行を遅らせ、できる限り自立した生活が送れるようになることを目指す。	共同生活 住居	・対象：要支援2以上の認知症状がある方。 ・医療職の配置基準はなく、事業所によって、医療連携体制となっている。
	★ショートステイ（短期入所生活介護）（短期入所療養介護）	特別養護老人ホームや老人保健施設などに短期入所してもらい、介護する家族の負担軽減を図るサービス。	居宅サービス	・医師、看護師の配置基準あり（医師は常駐とは限らない）

★地域包括ケア病棟の在宅復帰率の対象となる施設

☆☆回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率の対象となる施設

お役立ち情報

医療・介護サービス提供機関の情報や研修等のご案内

とまこまい医療介護連携センターのホームページでは、医療、介護サービス提供機関に関するマップやリストのほか、各種研修のご案内、研修等に係る活動報告など、お役立ち情報が掲載されていますので、ご利用ください。

とまこまい医療介護連携センター <https://toma-renkei.jp>



病院名	ウトナイ病院	王子総合病院	勤医協苫小牧病院	眞和会苫小牧病院	苫都病院	苫小牧市立病院
医療機能(入院基本料等)の種類	精神(急性期)	急性期	地ケア、回リハ	療養	療養	急性期
連携窓口	地域連携室 TEL:0144-84-5561(代表) TEL:0144-84-5658(直通) FAX:0144-84-5529	入退院支援室 TEL:0144-32-8111(代表) FAX:0144-33-3811	医療福祉課 TEL:0144-71-6066(直通) FAX:0144-71-6067	地域医療連携室 TEL:0144-84-7325(直通) FAX:0144-72-1203	相談員 TEL:0144-34-2135(代表) FAX:0144-36-2769	患者サポートセンター TEL:0144-84-0159(直通) FAX:0144-33-4678
連携上の留意点	・精神科病院です。 ・医療保護入院時には家族等の同意が必須です。 ・入院時には家族の同行が必要となります。 ・退院支援に力を入れています。	—	入院する病棟は病態と照らして決定します。 退院支援は、元のすまいに復帰する場合は看護師、療養先調整の場合はMSWが担当します。	他院より転院時には入院前に、患者様、患者家族様又は関係者の方に対して入院前ICを実施しています。	医療区分のある方が対象となります。	—

関係者のみに公開しています。

病院名	苫小牧澄川病院	苫小牧東病院	苫小牧緑ヶ丘病院	同樹会苫小牧病院	むかわ町鶴川厚生病院	
医療機能(入院基本料等)の種類	急性期、療養	回りハ、療養、緩和ケア	精神療養	急性期、地ケア、療養	急性期	地ケア
連携窓口	総合相談センター TEL:0144-67-3111(代表) FAX:0144-67-6520	地域連携室 TEL:0144-55-8811(代表) FAX:0144-53-6111	相談科 TEL:0144-34-4761(代表) FAX:0144-34-4762	地域医療連携室 TEL:0144-38-2020(直通) FAX:0144-32-2050	地域連携科 TEL:0145-42-2033(代表) FAX:0145-42-5270	
連携上の留意点	一般病棟の他、医療療養病棟での長期療養が可能です。また系列事業所の介護医療院への入所相談も当センターで受けております。	緩和ケア病棟は入院基準をご理解ください。(当院ホームページご参照ください)	—	—	—	—

関係者のみに公開しています。