

# 2024年度 入退院時の医療・介護連携指針

	かかりつけ医	加算等	ACP
急変時	多職種による入退院時の連携イメージ② (急変時) 参照 (P5)		
在宅中	利用者の入院を早期に把握 ・ ACP 情報の確認 ⇒令和6年度診療報酬改定によりICTを活用した情報や診療体制の連携の推進、介護との連携強化を図るため、「在宅医療情報連携加算」(月1回)が新設された。(金沢市医師会のハートネットホスピタルをご利用下さい。) ・ ケアマネジャーへの連絡	在宅医療情報連携加算□	随時確認↓ □

◆在宅医療情報連携加算：100点（月1回）

## 【対象となる加算】

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

## 【主要要件】

- ・ ICTを用いて、訪問看護師や訪問薬剤師、訪問歯科医、管理栄養士、介護支援専門員と患者の診療情報やケアの記録を共有。
- ・ 共有された情報を活用し、計画的な医学管理を行う。
- ・ 情報共有に関して患者の同意を得ること。
- ・ 過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報が1つ以上あること

**ID Link**

ハートネット  
ホスピタル

R8年度改定で訪問看護  
医療情報連携加算が新設

 かがやきクリニック

# 2024年度 入退院時の医療・介護連携指針

紹介元が算定

## ◆診療情報提供料 1：250点（いわゆる紹介状）

診療情報の提供は、受診の指示を行った後、速やかに行う必要があるが、診療時間外に患者等から連絡を受けて当該指示を行い、翌日の診療を開始するまでの間に診療情報の提供を行った場合は算定できる。  
（厚労省疑義解釈,令和2年3月31日）

紹介先が算定

## ◆連携強化診療情報提供料：150点（いわゆる返書）

R4年度改定で診療情報提供料（Ⅲ）から変更  
かかりつけ機能と連携の強化が目的  
R6年度改定で算定可能な施設基準が明確化

R8年度改定の変更点

- ・算定対象医療機関を、特定機能病院等並びに許可病床数 200 床未満の病院及び診療所等に拡大
- ・3月に1回

	かかりつけ医	加算等	ACP
入院時	<b>病院との連携</b> 診療情報提供書を病院へ提供（診療情報提供料1） ・患者の同意を得て提供 ・入院後は診療情報提供料の対象外 ・病院へ診療情報提供書内にACP情報を記載するか、「居宅療養管理指導書（医師）」を添付し、ACP情報を共有  ・「入退院時におけるかかりつけ医の情報に関する病診連携の取り扱い」（金沢市医師会）を確認して下さい。（P7） <b>注1</b>	診療情報提供料 □※	□
入院	※【診療情報提供料】 ①診療情報提供料1→患者の同意を得て（訪問看護ステーションから得た情報を提供した場合の追加加算あり） ②診療情報提供料2→患者の要望（セカンドオピニオン） ③連携強化診療情報提供料→かかりつけ医からの求めに応じて病院が情報提供を行った場合、病院側で算定		□

# 診療情報提供料 1 の加算

加算	紹介先	点数	備考
ハイリスク妊婦紹介加算	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)届出機関	200点	検査結果、画像診断に係るがそう情報その他の必要な情報を添付
認知症専門医療機関紹介加算	認知症専門医療機関	100点	認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、診療状況を示す文書を添付
認知症専門医療機関連携加算	認知症専門医療機関	50点	認知症と診断された患者について症状が増悪した場合、診療状況を示す文書を添付
精神科医連携加算	精神科を標榜する別の保険医療機関	200点	うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、予約を行った上で患者の紹介を行った場合
肝炎インターフェロン治療連携加算	肝疾患に関する専門医療機関	50点	長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者で治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合
歯科医療機関連携加算 1	歯科を標榜する他の保険医療機関	100点	患者の口腔機能の管理の必要を認めた場合、診療情報を示す文書を添えて、紹介を行った場合
歯科医療機関連携加算 2	歯科を標榜する他の保険医療機関	100点	周術期等における口腔機能管理の必要を認め、受診する日の予約を行った上で紹介を行った場合
療養情報提供加算	他の保険医療機関 老健・介護医療院	50点	当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合

## ※電子的診療情報評価料 30点

- ・「B009」に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）を算定する他の保険医療機関からの 1 回の診療情報提供に対し、1 回に限り算定
- ・別の医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを閲覧または受信し、診療に活用（※要届出）

# 2024年度 入退院時の医療・介護連携指針

	かかりつけ医	加算等	ACP
退院時	サマリー等で情報受領 ・看護サマリーもしくは看護サマリーに準拠した資料を病院から受領		
	退院前カンファレンス <span>注1</span> <span>注7</span> ・訪問診療の必要性確認 ・診療情報提供書等を病院から受領 ・在宅医療計画書の作成・変更 ・在宅療養指導管理料と医療物品支給元確認 ・退院日以降の訪問看護指示書の作成元を確認	退院時共同指導料 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退院日以降	・退院前カンファレンスの結果の受領を確認		<input type="checkbox"/>

◆退院時共同指導料 1 1500点（在支診）900点（在支診以外）

◆退院時共同指導料 2 400点（入院先の病院）

⇒ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

※退院時共同指導料 2 の注意点

- 1) 在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等
- 2) 保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士
- 3) 保険薬局の保険薬剤師
- 4) 訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士
- 5) 介護支援専門員又は相談支援専門員

のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に多機関共同指導加算として、2,000点を加算。

ビデオ通話でも良いので  
できるだけ参加しましょう

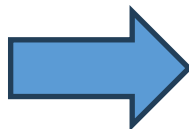
R8年度改定の変更点

B005退院時共同指導料 2 及びB005-1-2介護支援等連携指導料について、地域包括ケア病棟の包括範囲から除外

# ACPメモ／インディングノート

## 在宅医療の4つの場面ごとのACPメモ

日常の療養	<input type="checkbox"/> 現在の生活場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 治療に対する思い <input type="checkbox"/> 延命を重視 <input type="checkbox"/> 一般的な治療を重視 <input type="checkbox"/> 暮らしを重視（症状緩和を重視） <input type="checkbox"/> 避けたい医療・ケアについて <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養（経鼻／胃ろう） <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他〔 〕
入退院	<input type="checkbox"/> ①入院前のかかりつけ医〔 電話番号 〕 <input type="checkbox"/> ②入院先の希望〔① ② 〕 <input type="checkbox"/> ③退院後の場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設〔 〕 <input type="checkbox"/> 他〔 〕 <input type="checkbox"/> ④退院後のかかりつけ医〔 〕 <input type="checkbox"/> ⑤入退院の希望について
急変時	<input type="checkbox"/> ①急変時の対応 <input type="checkbox"/> 入院治療を優先 <input type="checkbox"/> 在宅医療を優先（できれば入院したくない）※在宅医療とは自宅と施設を含む <input type="checkbox"/> ②急変時の希望※本人の意識がない場合も想定 <input type="checkbox"/> 代弁者に委ねる <input type="checkbox"/> 在宅医療チームに委ねる <input type="checkbox"/> 延命処置を希望（人工呼吸器、心臓マッサージ） <input type="checkbox"/> その他〔 〕
看取り	<input type="checkbox"/> ①人生の最終段階をどこで過ごしたいか（どこで最期を迎えたいか） <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族の家 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 今は分からない <input type="checkbox"/> ②看取りについての希望 <input type="checkbox"/> ③その他〔 〕
その他の確認事項	<input type="checkbox"/> ①本人が意思決定 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ②ACP情報を聞き取った場所〔 〕 <input type="checkbox"/> ③ACP情報を聞き取った相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（氏名）（続柄） <input type="checkbox"/> ④大切にしていること／人 <input type="checkbox"/> 〔 〕 <input type="checkbox"/> ⑤要配慮事項 <input type="checkbox"/> 有り（有りの場合は備考欄に記載） <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ⑥エンディングノート <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
備考	医療・ケア等について、「して欲しいこと」等



改定中  
チェックボックスから  
フリー記載へ  
テキストで共有

(案) ▲ACPメモ（患者にお渡しすることを前提に記載してください） ver2.7.8  
このメモは本人の価値観を知るための資料であり、必要に応じて意思決定支援を行うようにしてください

氏名	金澤 太郎	フリガナ	カナザワ タロウ	性別	男性	ID	10xxxx	193x年 11月 11日生 (9x歳)
住所	石川県金沢市大手町 1-X						連絡先	076-231-XXXX
ACP実施場面	慢性心不全ステージC入院3回目 退院前共同指導							
意向についての資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（名称 人生会議ノート）							
参加者	専門職（氏名、施設、職種等） ABC病院 ○○○○医師、○○○○看護師、○○○○医療SW、XXXX診療所 ○○○○医師、 YYYY訪問看護ステーション○○○○看護師、ZZZZケアプラン事業所 ○○○○ケアマネ 家族・支援者① ○○ ○○ 続柄 妻 連絡先 090-2222-XXXX <input type="checkbox"/> 代弁者依頼 家族・支援者② ○○ ○○ 続柄 長男 連絡先 090-2222-YYYY <input type="checkbox"/> 代弁者依頼							
代弁者（自分で意思表示が行えない場合）	<input type="checkbox"/> 代弁者 <input type="checkbox"/> 医療チーム <input type="checkbox"/> 代弁者・医療チーム							
その対応：	<input type="checkbox"/> 私が望んでいた通りにして欲しい <input type="checkbox"/> 私の希望を基本に判断 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない（一任）							
大切にしていること	一緒に住んでいる妻と過ごす時間を何より大切にしたい。							
話し合った内容（自由記載）（誰がどうしたいのかを中心に記載）	前回の退院時も「自宅で妻と過ごしたい」という本人の希望が確認され、退院後は在宅療養を継続してきた。今回は心不全が悪化しているが、療養場所や医療に対する価値観は変わっていない。本人は引き続き「自宅で妻と一緒に過ごしたい」と希望し、妻も同様の意向を示している。一方で、本人は「呼吸が苦しくなったときに家で過ごせるか不安」とも話しており、状況に応じて入院も選択肢とする方針である。							
主な決定事項（自由に記載ください）	その理由等							
① 本人の思いより今後も可能な限り在宅での療養を継続することとした。	① 本人が「妻と自宅で過ごしたい」と強く希望しており、在宅療養を望んでいるため。							
② 心不全が増悪した場合には、本人・家族の希望や状態に応じて、かかりつけ医と相談の上、必要に応じて入院医療も選択肢とすることとした。	② 在宅酸素療法等を行っても緩和と管理が難しい場合は入院希望あり。							
③ 主介護者が疲れた場合は、レスパイト入院を検討する。	③ 妻の体調や介護負担を考慮し、在宅生活を続けるために休息の選択肢が必要のため。							
補足欄	理解度の留意点、代案・再確認事項、前回からの変更点、共有すべき病名、介護度、アレルギーなど記載 本人は近時記憶力の低下を認めるものの、自分の医師は伝えることができる状態。 訪問診療（週1回程度）や訪問看護（週2回程度）の支援を受けながら生活を継続し、24時間対応体制で対応。また、週2回のデイサービスを利用とする。必要に応じてデイサービス事業所への情報共有や医療的指示をかかりつけ医より行う。なお、妻が体調を崩したり介護が困難な状況となった場合には、在宅療養後方支援病院のXYZ病院へのレスパイト入院予定。							
介護度：3	寝たきり度：B1	認知症高齢者の自立度：IIb	身体障害者手帳：なし					
以下：決まっている項目があれば記載ください	主な理由・付記等							
医療に対する価値観（1つを選んでください） <input type="checkbox"/> 延命を重視 <input checked="" type="checkbox"/> 暮らしを重視（緩和とケア） <input type="checkbox"/> 一般的な治療を重視 <input type="checkbox"/> 分からない	妻と一緒に過ごす時間を最も大切にしていること、年齢から延命より苦痛のない療養生活を希望されている。							
療養場所（終の住処含む主たるAと副たるBプランについて理由等を右に記載）	Aプラン：最後まで自宅。Bプラン：自宅対応が難しい場合は最後は入院。特に主介護者の妻の体調が悪化した場合際には本人・代弁者に確認							



# 対話でつなぐ、本人らしい生き方。金沢市ACPエリアリーダー育成事業

金沢市では、患者本人の意思決定を地域全体で支えるため、多職種向けの「ACPエリアリーダー育成事業」を推進しています。

これは、共有意思決定支援（SDM）のスキル習得を目指す複数年の計画です。

## 事業の全体像

3年間で約60名のACPリーダーを育成



令和5年度、27名の  
パイオニアが誕生

国立長寿医療研究センターの研修を経て  
金沢市医師会が拠点に認定されました。



e-learning+2回の  
対面研修で実践力を養成

ロールプレイやグループ討論を通じて  
対話スキルを習得します。



多職種が連携し、地域全体で  
ACPを共有する体制を目指します。

## 研修の核心：ACPとSDMを学ぶ



ACPは「対話のプロセス」  
そのもの

書面作成がゴールではなく、  
本人の意思を共有し続けることが重要です。



技法としての  
共有意思決定支援（SDM）

患者と専門職が対等な立場で、  
情報と価値観を交換し共に決定します。



多職種チームによるアプローチ

医師・患者だけでなく、看護師や家族も関わり、  
より良い支援を実現します。