

泉佐野泉南医師会圏域
医療介護連携マニュアル
(第2版)

令和6年6月改訂

泉佐野泉南医師会圏域
「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」

目 次

	医療介護連携マニュアルについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 2
I	入退院時の連携についてのマニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・	P 4
	入退院時の連携についてのフローチャート・・・・・・・・・・	P 6
II	在宅における医療と介護の連携についてのマニュアル・・・・・・・・	P 7
III	薬局連携についてのマニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 10
IV	様式集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 12
	「医療・介護 情報連携シート」（様式 1・共通）・・・・・・・・	P 13
	「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書（別紙様式 1 2 の 4）」（様式 2・在宅）・・・・	P 14
	「医師・介護支援専門員への報告書」（様式 3・薬局）・・・・	P 15
	「口腔情報提供書」（様式 4・歯科 1）・・・・・・・・・・・・	P 16
	「口腔・服薬アセスメント表」（様式 5・歯科 2）・・・・	P 17
	「長谷川式簡易知能評価スケール（改訂版）」（様式 6・長谷川式）・・・	P 18
	報酬加算について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 20

【医療介護連携マニュアルについて】

1. はじめに

【泉州南圏域における医療と介護の現状】

高齢者人口の増加や在院日数の短縮化などにより、今後在宅で療養する高齢者の数は増加していくことが予測されます。そのような状況の中、高齢者が在宅での療養生活を安定的に継続するためには、介護支援サービスに加え、在宅での医療ケアを切れ目なく、一体的に提供していくことが重要です。

しかし、在宅で療養する高齢者を支援する多くの居宅介護支援事業所等と医療機関との間で、「連携先の情報不足」を解決することが重要であるという認識が浮き彫りとなっており、医療と介護の連携は、必ずしも十分に図れているとは言えないのが現状です。

【医療と介護の連携に向けて】

泉州南圏域では、平成 25 年 4 月、「医療と介護等多職種連携会議」を設置し、その後、令和 3 年 7 月には「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」を設置し、医療と介護の関係機関がお互いに必要な情報を円滑に共有できる仕組みづくりについての検討を進めています。

平成 26 年 3 月、「医療と介護等多職種連携会議」において、今後の圏域内の連携の強化の一助となるよう医療介護連携マニュアルの第 1 版を作成しました。

そして、今回の第 2 版は、診療報酬改定や介護報酬改定に沿うよう時点修正し改訂したものです。

医療と介護の関係機関の皆様には、本マニュアルの積極的なご活用についてご理解・ご協力をお願いします。

2. 情報連携シートの目的・今後の予定

情報連携シートは、在宅療養高齢者等の支援に必要な情報のやり取りを、医療と介護の関係者間で効果的かつ円滑に行うためのツールとして作成したものです。今後、多職種連携会議のなかで協議を進め、連携の事例の増補（マニュアルの改訂）を予定しています（例：ケアマネジャーと歯科医師、歯科衛生士、看護師との連携について等）。

3. 情報連携シートの用途

医療と介護の関係者間の意見交換、情報提供、情報共有強化の手段として幅広くご利用ください。

主な用途としては、本人や家族とのやり取りのみでは、十分な情報の把握・共有ができない場合、その情報を補完するために必要な他の関係機関との情報のやり取りに使用します。

例えば、「必要な情報を提供して欲しい」「情報を共有しておきたい」「専門的な意見を聞きたい」などのやり取りが想定されます。

その他、入退院時における情報のやり取りやちょっとした意見交換・挨拶など、コミュニケーションのツールとしてフレキシブルに活用していただいて構いません。

本マニュアルに掲載されている様式及びフローについては、あくまでも圏域での現状を鑑み、共有の促進を図るための参考事例となります。既に、独自の様式を用いて情報のやり取りを行っている場合は、そのシートの活用やフローを妨げるものではありません。

※本マニュアルにつきまして、泉佐野泉南医師会圏域における多職種連携がより円滑に進むよう、「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」のなかで検討し発行しています。

本マニュアルが、地域の多職種連携の一助となるよう、地域の多職種の皆様のご意見を参考にして、より良いマニュアルにしていきたいと考えています。

本マニュアルのお気づきの点やご意見などがありましたら、泉佐野市役所・泉南市役所・阪南市役所・熊取町役場・田尻町役場・岬町役場のそれぞれの在宅医療介護連携事業担当までお願いいたします。

I 【入退院時の連携についてのマニュアル】

1. 入退院の連携について

(1) 利用者が入院の運びとなった場合、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）は、各病院の相談窓口へ電話をかけてください。その後、必要に応じて利用者の心身の状況、生活情報、介護サービス利用状況等を利用者の同意を得た上で、「医療・介護 情報連携シート」（様式1・共通）を病院・診療所等関係者に提供します。

(2) 退院の方向性が決まった、ケアマネジャーとの個人情報の共有について利用者と家族の同意があるときのみ、病院はケアマネジャー等の出席を求めて※「退院支援カンファレンス」を行います。ここでは、利用者、家族と院内の多職種が協働して、利用者の退院後の生活の見込み等について協議されます。

利用者が在宅生活となる場合、ケアマネジャーは必ず出席して意見等を述べるとともに、医療系サービスの提供の要否等を主治医から確認する機会として下さい。

(3) 退院日の決定時、病院はケアマネジャーの出席を求めて※「退院時カンファレンス」を行います。

ここでは、退院後の具体的な介護サービスの内容の確認や療養生活上の指導事項が協議されます。

「看護サマリー」を病院で作成し、ケアマネジャーにお渡しします。

利用者が在宅生活となる場合、ケアマネジャーは必ず出席して意見等を述べるとともに、退院後のケアプランの作成に資する情報を確認して下さい。

(4) 上記の連携は、短期間入院などの理由にてカンファレンスが開催できない場合、また患者の状態により、※「退院支援カンファレンス」とばし、※「退院時カンファレンス」のみ開催する場合があります。

(5) 医師や看護師等に質問や確認を行う場合には必ず各病院の相談窓口にご連絡下さい。
病棟直接の対応はできません。

2. 退院時にケアマネジャーが医療情報を聞き取る様式「看護サマリー」について

各医療機関作成の「看護サマリー」をお渡しします。

3. 様式の統一性について

現状においても、居宅介護支援事業所がそれぞれオリジナルの様式を使用している場合もありますが、情報共有を迅速に行うため、可能な限り「医療・介護 情報連携シート」（様式1・共通）を活用してください。ただし、必要な情報の把握・共有のためのものですので、すでに独自の様式や別の方法で情報のやり取りを行っている場合は、その活用を妨げるものではありません。

4. 検査、診察等の依頼について

- (1) かかりつけ医、病院等から各病院の相談窓口にご連絡をいただき、検査、診察等の予約を行います。
- (2) 予約完了後、予約依頼書を依頼元にFAXにて送信します。
- (3) 急な検査や診察依頼も同様、各病院の相談窓口にご連絡いただければ調整を行います。

5. 退院等における医師面談依頼について

医師、看護師との面談希望の場合、各病院の相談窓口にご連絡してください。速やかに日程調整を図ります。

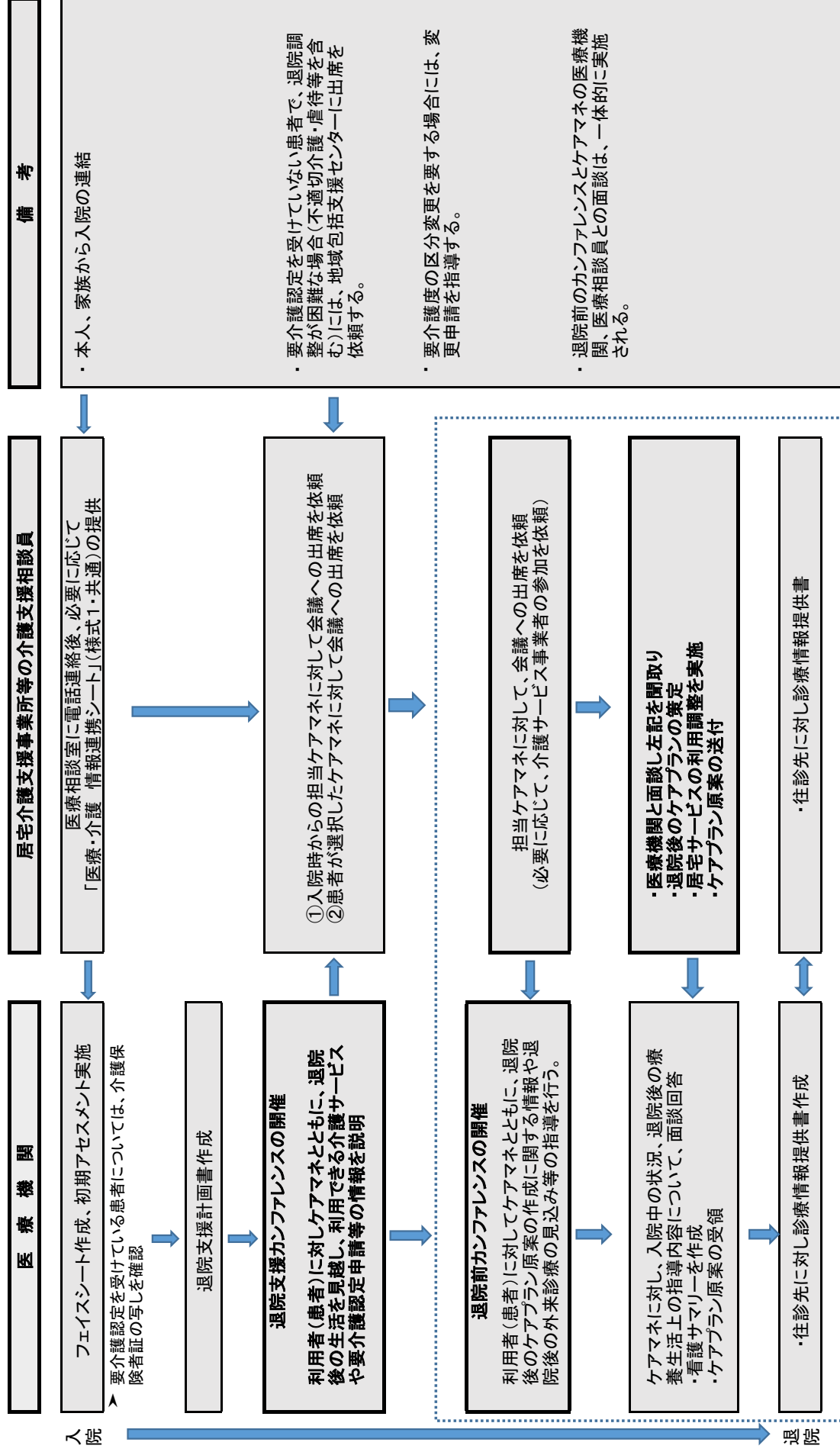
6. 退院等における患者面談について

各病院の相談窓口にご連絡して下さい。病棟確認を行い、返答します。

7. ショート扱いの入院または入所依頼について

医療依存度等総合的に判断し、施設や入院先を選定します。

入退院時の連携についてフローチャート



Ⅱ 【在宅における医療と介護の連携についてのマニュアル】

1. ケアマネジャーが、かかりつけ医・歯科医師と連携するタイミング

ケアマネジャーは以下の5点のタイミングで、かかりつけ医・歯科医師と連携してください。

(1) 担当ケアマネジャーとなったことのあいさつ

かかりつけ医は、意見書を作成した利用者について、誰が担当のケアマネジャーであるか知る方法がありませんので、連携の第一歩として、自分が担当ケアマネジャーとなったことをかかりつけ医に伝えてください。

(2) 介護認定申請についての連絡

要介護・支援認定の更新申請や区分変更申請を申請代行した時に、ケアマネジャーはかかりつけ医に連絡をして下さい。これにより、かかりつけ医は意見書を作成する準備をすることができます。

意見書の作成にあたって留意してほしい点などがあれば、併せて伝えてください。

(3) ケアプランを作成するにあたっての相談

医療情報を踏まえた適切なケアプランを作成するため、ケアマネジャーは以下のような状況の際にはかかりつけ医・歯科医師に意見を照会してください。

①医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・短期入所療養介護）の利用について

②軽度者（要支援1・2、要介護1）に対する福祉用具貸与の例外給付について

③在宅生活での療養上の留意すべき事項について

必要な場合は、サービス担当者会議への出席を、かかりつけ医・歯科医師に依頼して下さい。

(4) 作成したケアプランの情報提供

ケアマネジャーは、作成したケアプランについて情報提供して下さい。

なお、情報提供には、原則

要介護認定者・・・居宅サービス計画書（1）・居宅サービス計画書（2）、
週間サービス計画表

要支援認定者・・・介護予防サービス・支援計画表

事業対象者・・・介護予防サービス・支援計画表

を使用し、それ以外については、必要に応じて個別に対応して下さい。

(5) 利用者の状態変化などに応じた対応

医療的ケアの有無に関わらず、利用者の状態変化や認知症状の進行など、病状の変化に応じた適切な対応をするため、ケアマネジャーはかかりつけ医・歯科医師に情報提供して下さい。

2. かかりつけ医・歯科医師とケアマネジャーの連携ツール

1で挙げた5点のタイミングでかかりつけ医・歯科医師と連携する際、「医療・介護情報連携シート」(様式1・共通)を活用してください。

3. 「医療・介護 情報連携シート」(様式1・共通)の取り扱い手順について

(1) 意見照会にあたっては、「医療・介護 情報連携シート」(様式1・共通)の使用について、利用者(家族)に説明し、必ず了承を得ておいて下さい。

この「医療・介護 情報連携シート」(様式1・共通)については、個人情報の取扱いに注意して、かかりつけ医・歯科医師に提供してください。

(2) かかりつけ医・歯科医師は、「医療・介護 情報連携シート」(様式1・共通)に回答を記載し、ケアマネジャーに渡してください。

かかりつけ医より詳しい情報提供が必要な場合には、「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(医科診療報酬点数表別添様式12の4)」(様式2・在宅)により、回答してください。全ての項目に記入すれば、診療情報提供料の算定が可能です。ただし患者負担が発生しますので、事前に患者などの同意が必要となります。

(3) かかりつけ医・歯科医師からの返信内容を踏まえ、ケアマネジャーはかかりつけ医・歯科医師を訪問または電話をして、指導や助言を受けて下さい。

4. 認知症早期発見・早期受診への取り組み

(1) ケアマネジャーは、担当している利用者が認知症と疑われる場合は、まず、かかりつけ医に「医療・介護 情報連携シート」(様式1・共通)を用いて情報提供して下さい。

(2) かかりつけ医は、「長谷川式簡易知能評価スケール(改訂版)」(様式6・長谷川

式)もしくはその他の診断方法を用いて簡易検査を行って下さい。長谷川式の場合は20点以下であれば認知症の可能性が高く、簡易検査により認知症と疑われる場合には、専門医による確定診断につなげるため紹介するようにして下さい。

- (3) かかりつけ医は、確定診断をふまえてケアマネジャーに必要な情報提供や指示を行って下さい。

5. このマニュアルの適用範囲について

このマニュアルは、泉佐野泉南医師会圏域の市町（泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町）にお住まい（住民票の有無に関わらず）の要介護・要支援認定を受けられた方及び事業対象者で、居宅介護支援・介護予防支援利用者に対して適用することとします。

このマニュアルは、圏域での現状を鑑み、共有の促進を図るための参考事例として作成したものです。現在、独自の様式を用いて情報のやり取りを行っている場合には、そのシートの活用やフローを妨げるものではありません。

Ⅲ 【薬局との連携についてのマニュアル】

1. ケアマネジャーが薬局（薬剤師）と連携が必要なケース

- （１）複数の疾患を併有し、複数の医療機関を頻回受診する利用者
 - ・多剤併用が多くなるため、重複投薬、薬物間相互作用のリスクが問題となる。
- （２）視覚や聴覚機能の低下、嚥下障害などにより、服薬の自己管理や服薬自体に支援が必要な利用者
 - ・錠剤・カプセル、または粉薬が飲めない。
- （３）認知機能の低下や精神疾患等により、服薬の自己管理ができない利用者
 - ・何の薬か理解できない、薬自体の管理ができない、飲み忘れによる残薬。
- （４）自己流の服薬調整により、必要な薬を飲まない利用者
 - ・何の薬か理解していない、特に体調が悪くないから飲まない等。
- （５）利用者の状態変化などに応じた対応が必要となる場合
 - ・医療的サービスの割合が高いターミナルケアや困難事例等。

2. 薬局（薬剤師）とケアマネジャーの連携ツール

1で挙げた5点で薬局と連携する際、「医療・介護 情報連携シート」（様式1・共通）を活用してください。

3. 取り扱い手順について

- （１）意見照会にあたっては、「医療・介護 情報連携シート」（様式1・共通）の使用について、利用者（家族）に説明し、必ず了承を得ておいてください。
このシートについては、個人情報の取扱いに注意して、薬局（薬剤師）に提供してください。
- （２）薬局（薬剤師）からの返答を踏まえ、ケアマネジャーは薬局（薬剤師）を訪問また

は電話をして指導や助言を受けてください。

- (3) 必要に応じて薬局（薬剤師）は、「医師・介護支援専門員への報告書」（様式 3・薬局）を使用してください。

4. 今後の課題

- (1) 訪問指導を行っている薬局と行っていない薬局との連携について
マニュアルに沿って連携を進める中で、課題等が出てきた段階で順次解決を図っていきます。
- (2) お薬手帳の活用について
「医療・介護 情報連携シート」（様式 1・共通）、「医師・介護支援専門員への報告書」（様式 3・薬局）を使用しながら、必要に応じて活用して下さい。お薬手帳については、裏表紙の内側にケアマネジャーの連絡先を記入等しておくとう便利です。

IV 様式集

「医療・介護 情報連携シート」（様式 1・共通）・・・・・・・・・・ P 13

「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け
診療情報提供書（別紙様式 1 2 の 4）」（様式 2・在宅）・・・・・・・・ P 14

「医師・介護支援専門員への報告書」（様式 3・薬局）・・・・・・・・ P 15

「口腔情報提供書」（様式 4・歯科 1）・・・・・・・・・・ P 16

「口腔・服薬アセスメント表」（様式 5・歯科 2）・・・・・・・・ P 17

「長谷川式簡易知能評価スケール（改訂版）」（様式 6・長谷川式）・・・ P 18

医療・介護 情報連携シート

作成日：R . . .

フリガナ 氏名			性別	男・女	生年 月日	大正 昭和	年	月	日	歳
利用者住所 連絡先	〒 -				家族構成（同一世帯は○で囲む・キーパーソンは☆をつける）					
	TEL - -									
緊急連絡先	様		続柄							
	TEL									
介護度			期間				負担割合	割負担		
かかりつけ医 等	医師名： Dr TEL：072 - -									
	医療機関名：									
	病名/障害名		(発症年月日)		病名/障害名		(発症年月日)			
意見書傷病名 ほか病名/障害名										
認知症高齢者 自立度		障害/日常生活 自立度		認知症の症状	徘徊・記憶障がい・失見当識・実行機能障がい・（他）					
視力	普通	弱視	全盲	[]	食事摂取	自立	一部介助	全介助		
聴力	普通	難聴	[]		移動 (屋内)	自立	一部介助	全介助		
意思 疎通	普通	やや困難	困難	[]	移動 (屋外)	自立	一部介助	全介助		
麻痺	無	有	[]		排泄	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	支えが必要	出来ない	[]	更衣	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	つまかれば可	出来ない	[]	入浴	自立	一部介助	全介助		
普段の生活								利用サービス		

退院後又は療養先 もしくは 利用者の生活に対する希望・思い等

退院サマリ等の希望（有・無）

☐ 自宅 ☐ 施設 () ☐ 未定 ☐ 医療機関 ()										
フリースペース										
介護支援専門員			事業所名				TEL			
* 平時の連携を目的とした報告の有無【 有 ・ 無 】【報告日： 年 月 日】										
服薬 状況	☐ なし ☐ 処方通り ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否									
	特記									
口腔 トラブル	☐ 歯の状態 () ☐ 口腔清潔 ☐ 問題あり ☐ 問題なし ☐ その他 (口臭等)									
	特記									
スキン トラブル	☐ あり ☐ なし	特記								
リハビリ 必要性	☐ あり ☐ なし	特記								

【様式2(在宅)】

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

年 月 日

担当 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

患者氏名		性別	男 ・ 女
		職業	
電話番号		生年月日	年 月 日生 () 歳
患者住所			
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日： 年 月 日		
	発症日： 年 月 日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日： 年 月 日
			退院日： 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意等			

障害高齢者の生活自立度			
☐ 自立	☐ J 1	☐ J 2	☐ A 1
☐ A 2	☐ B 1	☐ B 2	☐ C 1
☐ C 2			
認知症高齢者の日常生活自立度			
☐ 自立	☐ I	☐ II	☐ II a
☐ II b	☐ III	☐ III a	☐ III b
☐ IV	☐ M		

【様式3（薬局）】

医師・介護支援専門員への報告書

訪問薬剤管理指導・報告書			
所属名			
担当者名			
氏 名		男・女	年 月 日 (歳)
訪問回数	2 週間毎・1 週間毎・1 ヶ月毎・その他 () 月・火・水・木・金・土・日曜日 訪問		
服薬管理	本人・家族・ヘルパー・その他 ()		
管理方法	お薬カレンダー・配薬ボックス・薬袋・その他 ()		
調剤形態	完全分包：別包あり・なし 散剤：ヒート・分包・粉碎		
併用薬			
特記事項			
上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告します。			
年 月 日		薬局	

口腔情報提供書

記入日 年 月 日

利用者	(ふりがな)	男 女	住所 TEL
	昭・大 年 月 日生 (歳)		

初診日 年 月 日

歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理指導・訪問歯科診療の受給状況

1) 歯科医師による居宅療養管理指導の利用

☐利用なし
☐現在利用中（頻度 回／月）

2) 歯科衛生士による居宅療養管理指導の利用

☐利用なし
☐現在利用中（頻度 回／月）

3) 訪問歯科診療の利用

☐過去に利用
☐現在利用中（頻度 回／月）

	有・無／種類	経過等コメント
口腔内状態		
清掃の状況	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良	
口腔乾燥	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	
むし歯	☐ なし ☐ あり（緊急性 ☐ あり ☐ なし）	
歯周疾患	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	
口腔軟組織疾患	☐ なし ☐ あり（緊急性 ☐ あり ☐ なし）	
義歯の使用状況	☐ なし ☐ あり	
噛み合わせの安定	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良	
口腔機能の状態		
咀嚼機能	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良	
摂食・嚥下機能	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良	
発音機能	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良	
管理計画		
治療	☐ むし歯 ☐ 歯周病 ☐ その他（ ）	
口腔衛生	緊急性（ ☐ あり ☐ なし） 継続性（ ☐ あり ☐ なし）	
口腔機能	緊急性（ ☐ あり ☐ なし） 継続性（ ☐ あり ☐ なし）	
改善目標		
☐ 口腔衛生の改善	☐ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ 咀嚼機能の改善	
☐ 発音機能の改善	☐ 摂食・嚥下機能の改善	

利用者の日常生活上の留意事項

介護支援専門員 様

指定居宅療養管理指導事業所名 所在地・電話番号 主治医名	TEL
------------------------------------	-----

口腔・服薬アセスメント表

作成日	年 月 日		
氏名		生年月日	
住所		連絡先	
病院名		主治医	
内服薬			
抗血小板薬の服用	有	無	
アレルギー	有 (	) 無	
薬の分包の必要性	有	無	
薬の間違いや飲み忘れ	有	無	
服薬を見守る人	いない	いる	

障害の有無	言語	聴力	視力
運動麻痺	上肢 (右 ・ 左)		下肢 (右 ・ 左)
水分摂取	飲めない	吸い飲み	コップ飲み
噛み合わせ	奥歯で噛めない	片方の奥歯	両方の奥歯
義歯使用	有	無	
義歯の痛み	有	無	
義歯作製	必要	不要	
義歯着脱	できない	要介助	できる
義歯清掃	できない	要介助	できる
自分でブラッシング	できない	できる	
開口状態	2 指以下	2指以上	3 指以上
流涎	有	無	
頬ふくらまし	不十分	やや不十分	左右十分
ぶくぶくうがい	できない	できる	
口唇閉鎖	できない	できる	
口臭	有	無	
食事	全介助	部分介助	自立
食事への意欲	無	あまり無	有
食形態	ミキサー食	全粥きざみ	きざみ 普通食
嚥下	できない	困難だができる	できる
食事中・食後のむせ	多い	ときどき	無
その他			
アセスメント結果	・ 歯科受診		
	・ 歯科へ訪問依頼		
	・ 薬剤師へ訪問依頼		
	・ その他 ()		

7 先ほど覚えてもらった言葉（問4の3つの言葉）をもう一度言ってみてください。

正答がでなかった言葉にはヒントを与える。

※ 自発的に答えられた 2点
ヒント a) 植物 b) 動物 c) 乗り物 を与えたら正解できた 1点
不正解 0点

8 これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。

1つずつ名前を言いながら並べ覚えさせる。次に隠す。

時計、くし、はさみ、タバコ、ペンなど必ず相互に無関係なものを使う。

※ 1つ正答するごとに1点
5つ正解 5点
4つ正解 4点
3つ正解 3点
2つ正解 2点
1つ正解 1点
全問不正解 0点

9 知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。

答えた野菜の名前を記入する。

途中で詰まり、約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る。

※ 正答数ごとに右記点数
正答数10個以上 5点
正答数9個 4点
正答数8個 3点
正答数7個 2点
正答数6個 1点
正答数0～5個 0点

合計得点 点

質問内容の解説

1：年齢 2：日時の見当識 3：場所の見当識 4：言葉の即時記憶 5：計算 6：数字の逆唱
7：言葉の遅延再生 8：物品記憶 9：言葉の流暢性

<注1> 30点満点で、20点以下のとき、認知症の可能性が高いと判断される。

<注2> 認知症の重症度別の平均点

非認知症：24.3点／軽度認知症：19.1点／中等度認知症15.4点／
やや高度認知症：10.7点／高度認知症：4.0点

令和6年6月1日改訂

＜診療報酬加算（病院側）＞

入院

＜介護報酬加算＞

入院時支援加算1

- 1 240点
- 2 200点

（施設基準の追加あり） 転院または退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携室連携機関の数が25以上であることに加え、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟または病室を有する場合は当該連携機関のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者もしくは施設サービス事業者等であること。

入院事前調整加算(新設)

200点

特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態に対し、入院前に医療機関と本人・家族と障害福祉サービス事業所等で事前調整を行う。

在宅医療情報連携加算（新設）

100点

（医療ケアに関わる関係職種とのICTを活用した情報の共有）施設基準あり

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（新設）

200点

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍患者の病状の急変時に、ICTを活用によって医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行う。＊在支診・病以外の医療機関でも算定可能

往診時医療情報連携加算(新設)

200点

他の保健医療機関（在支診・在支病以外）と月1回程度の定期的なカンファレンスまたはICTの活用により、患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が患者の対し、他の保健医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に共有された当該患者の情報を参考にして往診を行った場合に算定できる。（対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号および担当者の氏名等を提供されている患者に限る）

退院

在宅

入院時情報連携加算（ケアマネ）

- I 250単位
- II 200単位

利用者が入院する場合において、介護支援専門員が利用者の情報を医療機関の職員に提供する。I.利用者が病院または診療所に入院した日（＊）のうちに、当該病院または診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していることが要件。＊入院時以前の情報提供を含む。＊営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。II.入院後3日以内の情報提供の場合に適応。

（＊令和6年4月1日改訂）

退院時共同指導加算（新設）

退院時1回のみ 600単位

リハビリテーション事業所の医師・PT・OT・STが退院前にカンファレンスに参加しリハビリテーション実施計画書の入手を行い、退院時共同指導を行う。

※報酬加算の記載内容については、加算等の概要を示したものであり、2024年4月・6月の介護報酬改定及び診療報酬改定の内容を反映したものです。加算の内容や詳細については、別途ご確認ください。

泉佐野泉南医師会圏域医療介護連携マニュアル

編集・発行

泉佐野泉南医師会圏域

「泉州南圏域医療・介護連携推進会議」

第2版 令和 6年6月