

埼玉県在宅医療塾
診療報酬 part1(基本)

2023年7月6日

地域包括ケアシステム推進委員 遠藤一博

在宅医療の対象

- 病気やケガなどで自力での通院が困難な患者で、独歩や家族の手助けなく通院できる方は対象になりません。
通院困難な状態か否かは、医師の判断となる。

普段の診療から往診を念頭に

- 外来の延長と考える、診察室に入って来られる状況から判断する。
- 家族が付き添って来院された、院内の移動が車椅子、服薬管理ができない
- 専門外来を受診していたが、通院が困難な状況で自院での通院となった。近くの医療機関を希望しているなど
- フレイル(ふらつき、転倒、骨折のエピソードがあった)
- 往診等は可能か、診療時に尋ねられた場合など→往診

訴えられない方、気づいていない方 気づきと対応

往診と訪問診療

• 往診

- 患者又は家族と患者の看護に当たるものが、医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に可及的速やかに患家に赴き診察を行った場合に算定する。
- 定期的に計画的に患家に赴いて診察を行った場合には算定できない。
- 初・再診料を併せて算定できる。

• 訪問診療

- 計画的な医学管理の下に定期的又は計画的に通院困難な患者に対し患家に赴き診察した場合に算定する。
- 初診は往診で算定する。再診料は訪問診療に含まれている

往診料、在宅療養指導料を除く在宅医療

第一節 在宅患者診療・指導料

- C000 往診料
- C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）
- C002 在宅時医学総合管理料
- C002-2 施設入所時医学総合管理料
- C003 在宅がん医療総合診療料
- C004 救急搬送診療料
- C005 在宅患者訪問看護・指導料 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- C006 在宅患者問リハビリテーション指導管理料
- C007 訪問看護指示料 介護職員等喀痰吸引等指示料
- C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料（薬剤師が算定）
- C009 在宅患者訪問栄養食事指導料
- C010 在宅患者連携指導料
- C011 在宅患者緊急時等カンファランス料
- C012 在宅患者共同診療料
- C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- C014 外来在宅共同指導料

C000往診料

・ステップ1

①往診・訪問診療の同意書 例 万能な同意書

緊急連絡先 クリニックの電話
或いは 携帯電話
訪問看護との連携等の説明文書

②訪問した場合の計画書作成 5枚後のスライドに示します

往診を希望される患者様へ

当院は 24 時間 365 日

連携を取っています。

そこで、スムーズな在宅での療養、患者様の在宅療養中の不安解消のため、以下の緊急連絡方法をご了承いただければ幸いです。

①電話 _____ または _____
へ電話をしてください。

②当院 _____ 医師、あるいは、連携している訪問看護ステーションがご自宅へ伺い在宅医療を提供します。(ただし、緊急の際は救急車を呼ぶように御案内することもあります。)

上記の内容に関してご了解をいただけるのであれば署名をお願い致します。

患者 _____ は、上記項目に同意し、 _____ 医師

による在宅医療の提供を依頼します。

署名人 _____ ㊟

C000 往診料

C000 往診料		720点			
		強化型 病床有 届出	強化型 病床無 届出	強化型以外 在支診 届出	その他
	緊急往診加算（診療従事中）	850	750	650	325
	夜間（午後6時～午前8時 深夜除く） 休日加算（日、祝日）	1,700	1,500	1,300	650
	深夜加算（午後10時～午前6時）	2,700	2,500	2,300	1,300
届出	在宅緩和ケア充実加算診療所	100	100	—	—
届出	在宅療養実績加算1			75	
届出	在宅療養実績加算2			75	
	診療時間加算（1時間超30分毎）	100	100	100	100
	死亡診断加算	200	200	200	200

緊急往診、夜間、休日、深夜等の加算あり、更に医療機関の体制に応じて加算が変わってくる、届け出がなくても赤枠は算定可能

往診と初再診の加算

例：診察時間 9時～12時 15時～18時

【平日】

時	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
往診加算	深夜加算						夜間加算	加算なし	緊急往診加算			加算なし			緊急往診加算			夜間加算							
初・再診加算	深夜加算						時間外加算			加算なし						時間外加算									

【休日】

時	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
往診加算	深夜加算						夜間休日加算																		
初・再診加算	深夜加算						夜間休日加算																		

往診では緊急加算

初・再診加算では時間外加算となる

(11) *初診料
初診 機能強化加算
外来感染対策向上加算 (初診)
連携強化加算 (初診)
サーベイランス強化加算 (初診)

(14) *往診料 720 × 1

(80) *処方箋料 (その他) 68 × 1

*一般名処方加算 1 (処方箋料) 7 × 1

往診+初診の算定例です。往診単独のため日時の記載は不要
注意点としてオンライン資格確認に伴い医療情報・システム
基盤整備充実加算が初診や再診に自動算定に設定する場合が
あり加算が付き返戻されるケースが多くなっています。自動
算定しないコードの設定をお願いします。

傷病名	(1) 高血圧症 (主)				診察開始日	(1)令和 5年 1月 9日	診療日	診察日	2	日			
	(2) 慢性気管支炎				診察開始日	(2)令和 5年 1月 9日		診察日	①		日		
					診察開始日			診察日	②		日		
11	初診			回									
12	再診	89×	1	回	89	(12)	*再診料, 時間外対応加算 2 再診 明細書発行体制等加算 外来感染対策向上加算 (再診) 連携強化加算 (再診) サーベイランス強化加算 (再診)						
再	外未管理加算	52×	1	回	52		(13)	*特定疾患療養管理料 <u>225 × 2</u>					
診	時間外	×		回				(14)	*往診料 往診を行った年月日 ; <u>令和 5年 5月 1日</u> 720 × 1 *在宅患者訪問診療料 (I) 1 (同一建物居住者以外) (1日につき) 訪問診療を行った年月日 (在宅患者訪問診療料 (1)) : <u>令和 5年 5月 16日</u> 888 × 1				
診	休日	×		回					20	21 内服薬剤			
診	深夜	×		回						22 内服薬剤 × 回			
診	深夜	×		回						23 外用薬剤			
13	医学管理				450		24 外用薬剤 × 回						
14	往診		1	回	720		25 処方 × 回						
在	夜間			回			26 麻薬 回						
	深夜・緊急			回			27 調剤 回						
	在宅患者訪問診療		1	回	888								
宅	その他												
	薬剤												

- ・ 高血圧、慢性気管支炎、通院困難となり、往診（昼休み）加算なし、届出なし、
- ・ 往診料 その他の720点、再診、特定疾患療養指導料 5/1
- ・ 在宅患者訪問診療料 888点、特定疾患療養指導料 5/16 日付入力必要です
- ・ 訪問計画書作成する

「在宅療養計画書」(医師→本人、家族及び介護に従事する方等)

在宅療養計画書

令和5年 1月7日

利用者様

紹介元医療機関の所在地及び名称 〒350-1334 埼玉県狭山市狭山
医療法人社団 広博会 遠藤 医院

電話 番号 04-2952-

医師 氏 名 遠藤一博

当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問を行った場合に算定することから、計画書を策定

利用者氏名		性別	
利用者住所		電話	
要介護認定	要支援 1・2・要介護・要介護 1・2・3・4・5		
障害高齢者日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V		
病状	高血圧症、脳梗塞		
病状経過等	安定してきている、訪看で内服確認		
訪問に際しての留意点・介護方法等	転倒や骨折防止		
訪問計画	毎月の訪問日時 1月7日訪問予定、時間 13時から20分		
在宅療養計画	在宅療養指導管理(自己注射、在宅酸素、在宅中心静脈栄養等) 在宅時医学管理料、在宅訪問診療料 投薬・注射等 投薬にて経過観察 検査予定等 定期採血施行 処置予定等 特記事項なし		
備考			

2月4日

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

C000 往診料

【往診時のカルテ記載 まとめ】

1号用紙 傷病名:主病を記載、レセプトと同じになるように
転帰も記載する

2号用紙 症状、身体所見、経過等を記載する
採血した場合は、結果をカルテに記載します。

- ・ ○月○日、○時より、ろれつが回らず、往診は可能かの問い合わせあり、
- ・ 往診の必要性があると判断し14時往診、時刻も記入
- ・ 血圧、熱、脈拍、酸素飽和度、所見、神経学的所見など
- ・ 急性増悪あり又は新たな疾患等の状態や所見があれば記入する
- ・ 採血施行、貧血12.5→13.2と変化なし、肝機能、脂質異常はGOT, LDL正常
血糖140、HbA1c7→6.8と改善、BNP40⇒88と上昇するも心不全の悪化なし、
数値を添付すれだけでなく、評価することが必要です。なぜなら
- ・ 尿・糞便等検査、血液学的検査、生化学(I)(II)にそれぞれ判断料が
ありますので評価したことがわかるようカルテに記載する必要がある

【レセプト】

○選択式コメントが求められ、レセプト表示文書も確認する必要がある
往診のみの場合は日時等の記載は求められていないが、
当該月に訪問診療をした場合には日時をレセプトに記載する

C000往診料から訪問診療

・ステップ2

24時間往診体制、或いは 24時間連絡が取れる体制整備

- ①往診・訪問診療の同意書 再掲
緊急連絡先 クリニックの電話
或いは 携帯電話
訪問看護との連携等の説明文書

- ②厚生局への届け出 様式19

- ③訪問した場合の計画書作成

往診を希望される患者様へ

当院は24時間365日

連携を取っています。

そこで、スムーズな在宅での療養、患者様の在宅療養中の不安解消のため、以下の緊急連絡方法をご了承いただければ幸いです。

①電話 _____ または _____
へ電話をしてください。

②当院 _____ 医師、あるいは、連携している訪問看護ステーションがご自宅へ伺い在宅医療を提供します。(ただし、緊急の際は救急車を呼ぶように御案内することもあります。)

上記の内容に関してご了解をいただけるのであれば署名をお願い致します。

患者 _____ は、上記項目に同意し、 _____ 医師

による在宅医療の提供を依頼します。

署名人 _____ ⑩

「在宅療養計画書」(医師→本人、家族及び介護に従事する方等)

在宅療養計画書

令和5年 1月7日

利用者様

紹介元医療機関の所在地及び名称 〒350-1334 埼玉県狭山市狭山
医療法人社団 広博会 遠藤 医院
電 話 番 号 04-2952-
医 師 氏 名 遠藤一博

当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問を行った場合に算定することから、計画書を策定

再掲

利用者氏名		性別	
利用者住所		電話	
要介護認定	要支援 1・2・要介護・要介護 1・2・3・4・5		
障害高齢者日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V		
病状	高血圧症、脳梗塞		
病状経過等	安定してきている、訪看で内服確認		
訪問に際しての留意点・介護方法等	転倒や骨折防止		
訪問計画	毎月の訪問日時 1月7日訪問予定、時間 13時から20分		
在宅療養計画	在宅療養指導管理(自己注射、在宅酸素、在宅中心静脈栄養等) 在宅時医学管理料、在宅訪問診療料 投薬・注射等 投薬にて経過観察 検査予定等 定期採血施行 処置予定等 特記事項なし		
備考			

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

2月4日

C002 在宅時医学総合管理料
(C002-2 施設入所時等医学総合管理料)

届け出

在宅時医学総合管理料 (月 1 回)

(点)

		訪問診療の回数		単一建物診療患者数		
				1人	2～9人	10人以上
1 強化型支援診・支援病	イ病床あり	月2回以上	別に定める状態の患者	5,400	4,500	2,880
			上記以外	4,500	2,400	1,200
		月1回		2,760	1,500	780
	ロ病床なし	月2回以上	別に定める状態の患者	5,000	4,140	2,640
			上記以外	4,100	2,200	1,100
		月1回		2,520	1,380	720
2 強化型以外の支援診・支援病	月2回以上	別に定める状態の患者	4,600	3,780	2,400	
		上記以外	3,700	2,000	1,000	
	月1回		2,300	1,280	680	
3 上記以外	月2回以上	別に定める状態の患者	3,450	2,835	1,800	
		上記以外	2,750	1,475	750	
	月1回		1,760	995	560	

在宅療養移行加算1.2

216 或いは 116

施設入居時等医学総合管理料 (月 1 回)

(点)

		訪問診療の回数		単一建物診療患者数		
				1人	2～9人	10人以上
1 強化型支援診・支援病	イ病床あり	月2回以上	別に定める状態の患者	3,900	3,240	2,880
			上記以外	3,200	1,700	1,200
		月1回		1,980	1,080	780
	ロ病床なし	月2回以上	別に定める状態の患者	3,600	2,970	2,640
			上記以外	2,900	1,550	1,100
		月1回		1,800	990	720
2 強化型以外の支援診・支援病	月2回以上	別に定める状態の患者	3,300	2,700	2,400	
		上記以外	2,600	1,400	1,000	
	月1回		1,640	920	680	
3 上記以外	月2回以上	別に定める状態の患者	2,450	2,025	1,800	
		上記以外	1,950	1,025	750	
	月1回		1,280	775	560	

在宅療養移行加算1.2

216 或いは 116

在宅療養移行加算

- **在宅療養支援診療所以外の診療所** (在宅患者95%以上で在宅支援診療所でない診療所も含む) の訪問診療に対し **地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等** に加入し、市区町村・医師会と連携して体制を確保した場合の評価が新設され、継続診療加算が在宅療養移行加算に名称が変更され1、2に区分された。
- **当該診療の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して** 訪問診療を実施した場合に算定する。
- 主治医、副主治医制や輪番制に在宅当番制にしている場合に相当する。
- **様式19の在医総管・施設総管の(2)の在支診以外で届出**

在宅療養移行加算1の施設基準

- 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、**24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有している。**
- 当該医療機関または連携する医療機関の連絡担当の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等緊急時の注意事項等並びに**往診担当医の氏名等について、**患者又は患者の家族に文書により提供し説明している。

在宅療養移行加算2の施設基準

- 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している
- 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、**24時間の連絡体制を有する。**
- 当該医療機関または連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先、**電話番号等**、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し説明している。

*在宅患者訪問診療料 (I) 1 (同一建物居住者以外) (1日につき)
 訪問診療を行った年月日 (在宅患者訪問診療料 (1)) ; 令和 5年 6月 2日
 外来感染対策向上加算 (在宅医療)
 連携強化加算 (在宅医療)
 サーベイランス強化加算 (在宅医療)
 898 × 1

(二) (月1回・単一建物診療患者1人)
 往診又は訪問診療年月日 (在医総管) ; 令和
 5年 6月 2日 1760 × 1

*在宅療養移行加算 1 (在宅時医学総合管理料 3及び施設入居時等医学総合管理料 3)
 (在支診等以外) 216 × 1

*在宅療養移行加算 2 (在宅時医学総合管理料 3及び施設入居時等医学総合管理料 3)
 (在支診等以外) 116 × 1

脳梗塞で通院、家人が付き添って受診するようになり、在宅医療へ移行となる

- 4回以上の外来診療後移行した場合
- 月1回訪問へ
- 訪問診療料 (I)
- 在医総管
- 在宅療養移行加算 1 或いは、加算2

様

・ ステップ3

① 厚生局への届け出

・ 在宅支援診療所
様式11

・ 在宅療養実績加算
様式11

・ 在医総管、施設総管
様式19

② 在宅支援診療所の説明⇒

③ 訪問計画書

当診療所は在宅療養支援診療所として登録しています。
緊急時の連絡先についておしらせ致します。

1、 診療時間内 遠藤医院 電話：04-
(連絡担当者：看護師 遠藤)

診療時間 平日は、 午前9時から12時、午後3時から6時
土曜日 午前9時から12時、午後2時から5時

2、 診療時間外 (平日の夜間、休日等)
携帯電話：090-
(連絡担当者：院長 遠藤一博)

休診日 木曜日および休日、祝日

●当診療所は月2回の定期訪問診察をいたします。

●健康状態の維持管理を行い、緊急対応が必要な場合は入院医療機関と連携し入院等
対応をしております。在宅酸素療法の必要性について、説明します。

呼吸不全に対し酸素療法、経鼻カテーテルを用いた継続使用と、定期的な酸素飽和
状態の際は看護師に申し出て、当院が対応させていただきます。

糖尿病に対し自己血糖測定(〇〇回)、自己注射の必要性があります。低血糖の際は
出て、当院が対応させていただきます。

上記項目に同意し、訪問診療を依頼します。

署名： _____

申請日 令和 5 年 4 月

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準 届け出

- 区分が1. 2. 3に分かれている。区分によって加算の点数が異なる。
- 在宅療養患者に対し24時間対応が可能な医療機関を評価する施設基準である
- 在宅療養支援診療所1は強化型在宅療養支援診療所（単独型）
- 在宅療養支援診療所2は強化型在宅療養支援診療所（連携型）
- 在宅療養支援診療所3は在宅療養を担当する医師が1名で可能ですので、主として3を説明する。
- 在宅療養支援診療所3の施設基準、強化型以外の在宅支援診療所
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定すること、直接連絡がとれる番号、緊急時の連絡先等を患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること

- 当該診療所において、又は別の保健医療機関の保健医との連携により、患家の求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保していること。
- 当該診療所において、又は別の医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて当該診療所の医師の指示に基づき24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し担当者氏名担当日等を患家に提供している。
- 当該診療所において、又は別の医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受け入れ医療機関の名称等を厚生局に届け出ている。
- 病状、治療計画、緊急時の対応等を随時文書により提供している福祉サービスとの連携や年1回届出を提出する
- 当該診療所において厚生労働省人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドライン等の内容を踏まえ、適切な医師決定支援に関する指針を作成していること

様式11

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：			
(届出事項) [] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ罰に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
令和 年 月 日			
保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称		開設者名	印
殿			
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

様式11

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。) (1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所 (2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所 (3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所の在宅医療を担当する医師			
常勤の医師名	① ② ③		
3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関			
名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		()床	
②		()床	
③		()床	
④		()床	
⑤		()床	
⑥		()床	
⑦		()床	
⑧		()床	
4 当該診療所における24時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。) (1) 担当者が固定している場合 (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当医師名： ・看護職員名： ・連絡先：			
5 24時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。) (1) 当該診療所の担当医師名： (2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名 ・名称： ・担当医師名：			
6 24時間訪問看護が可能な体制 ((2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)			

様式11

(1) 当該診療所の担当看護職員名:
(2) 連携保険医療機関の名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
(3) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)
(1) 当該診療所のみで確保
(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保 ・名称: ・開設者:
(3) 連携保険医療機関のみで確保 ・名称: ・開設者:
8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。
(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。
(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出
(1) 届出の有無
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有・無)
② 在宅療養実績加算1 (有・無)
③ 在宅療養実績加算2 (有・無)
(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()
(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師
① 氏名 ()
② 勤務を行った保険医療機関名 ()
③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)
(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)	名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数	名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日)	
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数	名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2)/(1)	%
11 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況	

- 8 次の項目に対応可能である場合・該当する場合に○をつけること。←
- (1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。←
なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。←
 - (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。←
 - (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。←
 - (4) 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。←
 - (5) 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。←

【記載上の注意】

- 1 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 2 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受けられる体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合には、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)を添付すること。

在宅療養実績加算（強化型以外の支援診）

	実績加算 1	実績加算2
過去1年以内の緊急の往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅における看取り実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修	条件なし	研修終了し届出る

- がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修、又は、緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等を終了している常勤医師がいる
- 様式11で届け出、様式11-5で実績報告する。

往診料、在宅療養指導料を除く在宅医療

第一節 在宅患者診療・指導料

- C000 往診料
- C001 在宅患者訪問診療料（I）
- C002 在宅時医学総合管理料
- C002-2施設入所時医学総合管理料
- C003 在宅がん医療総合診療料
- C004 救急搬送診療料
- C005 在宅患者訪問看護・指導料 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- C006 在宅患者問リハビリテーション指導管理料
- C007 訪問看護指示料 介護職員等喀痰吸引等指示料
- C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料（薬剤師が算定）
- C009 在宅患者訪問栄養食事指導料
- C010 在宅患者連携指導料
- C011 在宅患者緊急時等カンファランス料
- C012 在宅患者共同診療料
- C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- C014 外来在宅共同指導料

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）

1. イ	同一建物居住者以外	888点	1人のみ診察
ロ	同一建物居住者	213点	同一日に複数人

- ・当該患者1人につき週3回に限り（別に厚生労働大臣が定める疾患等の患者に対する場合を除く）算定する。

参考

○診療時間加算（1時間超30分毎）	100点
○在宅ターミナルケア加算	
在宅支援診療所	4,500点
（一般の診療所	3,500点）
○届出在宅療養実績加算1/2	750点/500点
○看取り加算	3,000点
（死亡診断加算200点、併算定不可）	

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）

週3回の訪問回数制限がない疾患等

- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋萎縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンチントン病
- ⑧進行性筋ジストロフィー
- ⑨パーキンソン病関連
- ⑩多系統萎縮症
- ⑪プリオン病
- ⑫亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ライソゾーム病
- ⑭副腎白質ジストロフィー
- ⑮脊髄性筋萎縮症
- ⑯球脊髄性筋萎縮症
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頸髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態
ASVを使用し在宅持続陽圧療法
加算を算定している患者は含まない



同一患家 > 同一建物居住者 (同一に複数人)

○複数の患者が同居する同一世帯をいう

○1人目：同一建物居住者以外 888点

○2人目：再診で請求

○マンションの2階の夫婦も一軒家と同じ考えで算定する。

レセプトに 同一患家と記載



マンション、アパート

- 複数の患者が同居する同一建物(集合住宅)
- 同一建物居住者の考え方です。
- 訪問診療料(I)訪問の方法で大きく変わる
- 1人訪問から、2人訪問の場合



同一建物居住者213点

初診、往診



同一建物居住者以外888点



初診、往診



同一建物居住者以外888点



213点



213点



C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 例外①

○同一建物居住者の取り扱いから除かれる場合

- ・往診を実施した患者は除かれる。



- ・ 同一日に2人訪問した場合、 213×2 ですが、



- ・ 往診依頼 再診＋往診料で算定した日に



- ・ もう1人同一日に訪問した場合、213でなく888となる

C001 在宅患者訪問診療料（I） 例外②

○末期の悪性腫瘍と診断された後、訪問診療を開始してから
60日以内の患者



・ 同一建物居住者 213×2 ですが、



・ 末期の悪性腫瘍と診断された後、訪問診療を開始してから60日以内の患者は同一建物居住者の取り扱いから除かれ、同一建物居住者以外 888となる



・ 診断されるまで、同一建物居住者、診断後60日以内は888、61日目から213と複雑

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 例外③

○死亡日から遡って30日以内の患者

- ・遡るため、取り下げでの再請求になる場合もある。

往診料、在宅療養指導料を除く在宅医療

第一節 在宅患者診療・指導料

- C000 往診料
- C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）
- C002 **在宅時医学総合管理料**
- C002-2**施設入所時医学総合管理料**
- C003 在宅がん医療総合診療料
- C004 救急搬送診療料
- C005 在宅患者訪問看護・指導料 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- C006 在宅患者問リハビリテーション指導管理料
- C007 訪問看護指示料 介護職員等喀痰吸引等指示料
- C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料（薬剤師が算定）
- C009 在宅患者訪問栄養食事指導料
- C010 在宅患者連携指導料
- C011 在宅患者緊急時等カンファランス料
- C012 在宅患者共同診療料
- C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- C014 外来在宅共同指導料

「在宅療養計画書」(医師→本人、家族及び介護に従事する方等)

在宅療養計画書

令和5年 1月7日

利用者様

紹介元医療機関の所在地及び名称 〒350-1334 埼玉県狭山市狭山
医療法人社団 広博会 遠藤 医院
電 話 番 号 04-2952-
医 師 氏 名 遠藤一博

当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問を行った場合に算定することから、計画書を策定

再掲

利用者氏名		性別	
利用者住所		電話	
要介護認定	要支援1・2・要介護・要介護1・2・3・4・5		
障害高齢者日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V		
病状	高血圧症、脳梗塞		
病状経過等	安定してきている、訪看で内服確認		
訪問に際しての留意点・介護方法等	転倒や骨折防止		
訪問計画	毎月の訪問日時 1月7日訪問予定、時間 13時から20分		
在宅療養計画	在宅療養指導管理(自己注射、在宅酸素、在宅中心静脈栄養等) 在宅時医学管理料、在宅訪問診療料 投薬・注射等 投薬にて経過観察 検査予定等 定期採血施行 処置予定等 特記事項なし		
備考			

2月4日

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

C002 在宅時医学総合管理料
 (C002-2 施設入所時等医学総合管理料)

在宅時医学総合管理料 (月 1 回)

(点)

		訪問診療の回数		単一建物診療患者数		
				1人	2～9人	10人以上
1 強化型支援診・支援病	イ 病床あり	月2回以上	別に定める状態の患者	5,400	4,500	2,880
			上記以外	4,500	2,400	1,200
		月1回		2,760	1,500	780
	ロ 病床なし	月2回以上	別に定める状態の患者	5,000	4,140	2,640
			上記以外	4,100	2,200	1,100
		月1回		2,520	1,380	720
2 強化型以外 の支援診・支 援病	月2回以上	別に定める状態の患者	4,600	3,780	2,400	
		上記以外	3,700	2,000	1,000	
	月1回		2,300	1,280	680	
3 上記以外	月2回以上	別に定める状態の患者	3,450	2,835	1,800	
		上記以外	2,750	1,475	750	
	月1回		1,760	995	560	

C002 - 2 施設入所時等医学総合管理料

施設入居時等医学総合管理料 (月 1 回)

(点)

		訪問診療の回数		単一建物診療患者数		
				1人	2～9人	10人以上
1 強化型支援診・支援病	イ病床あり	月2回以上	別に定める状態の患者	3,900	3,240	2,880
			上記以外	3,200	1,700	1,200
		月1回		1,980	1,080	780
	ロ病床なし	月2回以上	別に定める状態の患者	3,600	2,970	2,640
			上記以外	2,900	1,550	1,100
		月1回		1,800	990	720
2 強化型以外の支援診・支援病	月2回以上	別に定める状態の患者	3,300	2,700	2,400	
		上記以外	2,600	1,400	1,000	
	月1回		1,640	920	680	
3 上記以外	月2回以上	別に定める状態の患者	2,450	2,025	1,800	
		上記以外	1,950	1,025	750	
	月1回		1,280	775	560	

単一建物診療患者数		
1人	2～9人	10人以上

在医総管の単一建物診察患者数1人とすることができる場合について

①同一患家の場合（一軒家の夫婦、マンションの一部屋の夫婦）

②対象となる点数の対象患者数が当該建物の戸数の10%以下の場合
実際の戸数を把握しておく必要がある。

10%以上とは、20戸のマンションに3人、30戸のマンションに4人

③戸数が20戸未満の建物であって、対象となる点数の対象患者が2人
以下の場合

・それ以外の2～9人、10人以上の請求は、まれ



単一建物診療患者数		
1人	2～9人	10人以上

施設総管の単一建物診察患者数1人とすることができる場合

①同一患家のみ場合に限り、利用者が夫婦のみの場合に限り。

- ・施設入所の場合、当該月に入所する場合があるため、診察患者数が増えていく
3人、4人・・・10人以上と変化する
- ・月末になり、その月のトータルの訪問した人数となる
月の途中で入居者数に変動した場合も、単一建物診療患者数に含める。

単一建物診療患者数		
1人	2～9人	10人以上

例外として

- ユニット数が3以下の認知症グループホームにおいては、
ユニットごとに単一建物患者の人数をカウントできる
2階建て、1階ユニットに訪問5人であれば、2～9人で算定
2階ユニットに10人訪問すれば、10人以上となる

月2回以上	別に定める状態の患者	3,300	2,700	2,400
-------	------------	-------	-------	-------

在医総管
施設総管の表

月2回、別に定める状態の患者とある

月1回の場合は別に定める状態の患者の項はない

C002在医総管理・C002-2施設管理料(月2回訪問診療を行っている場合の別に厚生労働大臣が定める状態)

○以下の疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍、スモン、難病法5条第1項に規定する指定難(受給者証の交付がなくても、医師が病名及び重症度が基準に満たすことを客観的な根拠とともに医学的に明確に診断できる場合には該当する)、AIDS、脊髄腫瘍、真皮を越える褥瘡

○以下の状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜還流、在宅血液透析、在宅酸素療法
在宅中心静脈栄養療法、在宅成分栄養経管栄養療法、在宅
自己導尿、在宅人工呼吸、植え込み脳、脊髄刺激装置による疼痛管理、肺高血圧であって、プロスタグランジンI₂製剤を投与、
気管切開、気管カニューレを使用、ドレーンチューブ又は留置
カテーテルを使用、(胃瘻は含まれない)
人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

C002在宅時医学総合管理料加算・C002-2施設入居時等医学管理料加算

包括的支援加算の対象となる状態 150点加算

- ・ 要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態
- ・ 医師が認知症高齢者の日常生活自立度2b以上(服薬管理ができない電話の応対や留守番ができない)
- ・ 週に1回以上訪問看護を受けている状態
- ・ 訪問診療又は訪問看護において、処置を受けている状態
- ・ 介護保険法に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入所し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- ・ その他関係機関との調整のため訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

注意点

- ・ 月2回訪問診療を行っている厚労大臣が定める状態に対応する点数を算定する場合は、上記の状態であっても算定できない

C002在宅時医学総合管理料加算・C002-2施設入居時等医学管理料加算

在宅移行早期加算 100点

- ・退院後に在宅において療養を始めた患者であって、在医総管又は施設総管を算定開始月から3月を限度として、月1回算定する。
- ・退院から1年を経過した患者に対しては算定できない、但し一度算定した患者が再入院し、その後退院し場合には新たに3月算定できる。

C002在宅時医学総合管理料加算・C002-2施設入居時等医学管理料加算

頻回訪問加算の算定対象となる状態(1月に4回以上の往診又は訪問診療)
600点

○末期の悪性腫瘍の患者(在宅がん医療総合診療料算定している患者は除く)

○アであって、イ又はウの状態である患者

ア：在宅自己腹膜還流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理在宅中心静脈栄養療法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている患者

イ：ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある者

ウ：人工肛門又は人工膀胱を留置している状態にある者

○在宅で療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

- ・高度とは、アの2つ以上行っているもの、カテーテル挿入のみではなく、排液の性状、量などの観察、薬剤注入、水分のバランスの計測等計画的な管理を行っている場合に算定できる。

- 同一患家 夫婦
 - 訪問診療料 **888点**
 - 同一建物居住者以外
 - 月1回の単一建物診療患者**1人**
 - 実績加算2
 - 包括的支援加算**2b**
 - 訪問看護指示料
-
- カルテに訪問診療の要点を記載
 - 訪問日 1日
 - 訪問時間は13時から20分間など
-
- 訪問看護師指示書記載し、印鑑押してスキャンしておく保存

*在宅患者訪問診療料（Ⅰ）1（同一建物居住者以外）（1日につき）			
外未感染対策向上加算（在宅医療）			
連携強化加算（在宅医療）			
サーベイランス強化加算（在宅医療）			
		898 ×	1
*在宅時医学総合管理料2（在支診等）（Ⅱ）			
（月1回・単一建物診療患者1人）			
往診又は訪問診療年月日（在医総管）；令和			
5年 4月 1日		2300 ×	1
*在宅療養実績加算2（在宅時医学総合管理料）（単一建物診療患者1人）		200 ×	1
*包括的支援加算（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料）			
該当する状態（包括的支援加算）：2－1			
ランク2b		150 ×	1
*訪問看護指示料		300 ×	1

【症状詳記】訪問1日

11	初診		1回	
12	再診	89×	1回	89
	再診 外来管理加算	52×	1回	52
	時間外	×	1回	
	休日	×	1回	
	夜	×	1回	

(12)	*再診料, 時間外対応加算 2 再診 明細書発行体制等加算 外来感染対策向上加算 (再診)		
	医療情報システム導入促進等加算 (再診) (経過措置)	89 ×	1
(13)	*診療情報提供料 (I)	250 ×	1
(14)	*包括的支援加算 (在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料) 該当する状態 (包括的支援加算) : 2-1 ランク 2b	150 ×	1
	*在宅時医学総合管理料 2 (在宅時等) (ニ) (月 1回・単一建物診療患者 1人) 往診又は訪問診療年月日 (在医総管) ; 令和 5年 4月 1日	2300 ×	1
	*在宅療養実績加算 2 (在宅時医学総合管理料) (単一建物診療患者 1人)	200 ×	1
	*訪問看護指示料	300 ×	1
	【症状詳記】 1日 同一患者		

- 同一患者訪問診療 888で算定せず、再診で算定
- 単一建物診察患者 1人
- 訪問看護指示料
- 同一患者を記入
- 訪問診療の要点をカルテに記載

ご清聴ありがとうございました。

