

埼玉県在宅医療塾
診療報酬 part1(基本)

診療から往診、そして訪問

2024年6月6日

地域包括ケアシステム推進委員 遠藤一博

本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- すぐに始められる在医総管、施設総管
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- ICT
- ターミナルケア

本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- すぐに始められる在医総管、施設総管
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- ICT
- ターミナルケア

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
- 訪問看護師、ケアマネからの相談等→往診
- 訴えられない方、気づいていない方 **気づきと対応**

本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- すぐに始められる在医総管、施設総管
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- ICT
- ターミナルケア

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へ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へ赴いて診察を行った場合には算定できない
- 初診料＋往診料
- 再診料＋往診料で算定できる
- 往診料に加算
- 初診や再診に加算がつきません



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	加算なし						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																		

午前中の診療中に往診依頼があり、往診を行った場合、緊急加算となり、初診或いは、再診に加算されるのは時間外加算となる

C000 往診料

往診に必要な書類

往診・訪問診療の同意書

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



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 _____ ㊞

診療中 めまい、嘔吐で往診依頼あり

傷病名	(1) 頭位めまい症 (主)			診療 開始 日	(1)令和 5年 5月11日	診療 終了 日	診療 時間	診療 日数	1	日
	(2) 嘔吐症				(2)令和 5年 5月11日				①	日
11	初 診		1回	378	(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)				
12	再 診	×	回							
再	外来管理加算	×	回							
診	時 間 外	×	回							
	休 日	×	回							
	夜 間	×	回							
13	医学管理				(14)	*往診料 往診料 緊急加算 (在宅療養支援診療所等)				
14	往 診		1回	1370						
在	夜 間		回							
	深夜・緊急		回							
	在宅患者訪問診療		回							
宅	その他				(80)	*処方箋料 (その他)				
	薬剤									

- 初診 (医療機関によつての加算 + 往診料 (在支診の加算) + 緊急加算

- 往診の日付は不要です

- 【参考】

診療報酬明細書の摘要欄への記載が変更され、在宅患者訪問診療料 (I) 又は (II) を当該月に算定している場合は当該往診を行った年月日を記載することとされていたが、**不要**となった

往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

	以下のいずれかに該当する場合 ① 往診を行う保険医療機関において <u>過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定</u> している患者 ② 往診を行う保険医療機関と <u>連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定</u> している患者 ③ 往診を行う保険医療機関の <u>外来において継続的に診療</u> を受けている患者 ④ 往診を行う保険医療機関と <u>平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所</u> する患者				その他の場合
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	病床有	病床無			
往診料	720点				

+

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について

保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時まで**とし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時まで**とする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

6 往診料の対象患者見直しと再編②

◆ 第14の4, 往診料に規定する患者

◆ 看護等に当たる者(患者又はその家族等)からの往診料求めに、医師が往診の必要性を認めた以下のいずれかに該当する者

1, 過去60日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料を算定しているもの(同一患家2人以上の患者を診療した場合の2人目以降の初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料のみを算定した場合を含む、以下この区分において同じ)

2, 自院と連携医療機関の間で、過去60日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。この場合、連携医療機関は以下のいずれも満たしていること

(1) 計画的な医学管理の下、主治医として定期訪問している医療機関と連携体制を構築している

(2) 往診医療機関が往診を行う場合に、当該患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等(以下この項において「診療情報等」という)を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有している

(3) 連携医療機関が患者に対し、自院が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う他院の名称、電話番号及び担当者の氏名等を文書により提供している

3, 往診医療機関で過去180日間に以下を3回以上算定

再診料、外来診療料、小児科外来診療料(再診時)、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料(再診時)、外来腫瘍化学療法診療料(再診時)

4, 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において「介護保険施設等」という)に入所している患者であって、当該患者又は当該介護保険施設の従事者等が、介護保険施設等の協力医療機関として定められている当該往診医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該往診医療機関の医師が往診の必要性を認めたもの

ただし、この場合において介護保険施設等は以下のいずれかに該当する患者であること

(1) 次のア及びイに該当していること

ア、往診を行う患者の診療情報等を、あらかじめ患者の同意を得た上で、介護保険施設から往診医療機関に適切に提供されており、必要に応じて往診医療機関がICTを活用して患者の診療情報等を常に確認可能な体制を有している

イ、往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と往診医療機関とで、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

(2) 往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と当該往診医療機関とで、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンス(ビデオ通話が可能な機器を用いても可)を実施している

具体的に記載されている、上記に該当しない場合の往診料の加算はその他の場合となる

往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

往診料	以下のいずれかに該当する場合			その他の医療機関	その他の場合
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病		
	病床有	病床無			
			720点		
			+		
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について

保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- すぐに始められる在医総管、施設総管
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- ICT
- ターミナルケア

往診と訪問診療

・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

○初診は往診で算定しその後訪問診療で算定(再診料は算定しない)

C001 訪問診療料(I)

○イ 同一建物居住者以外 888点

○ロ 同一建物居住者 213点

+

○C002 在宅時医学総合管理料

○C002-2 施設入居時等総合管理料

+

○C101 在宅自己注射指導管理料

C103 在宅酸素療法指導管理等の管理料



「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

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. 必要がある場合は精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。

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 = 1人のみと同じ
 - 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

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



213点



初診、往診



同一建物居住者以外888点



213点



本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- **すぐに始められる在医総管、施設総管**
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- ICT
- ターミナルケア

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の見直し①

➤ 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の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設するとともに、処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
在宅時 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

C002 在医総管・C002-2 施設総管(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)

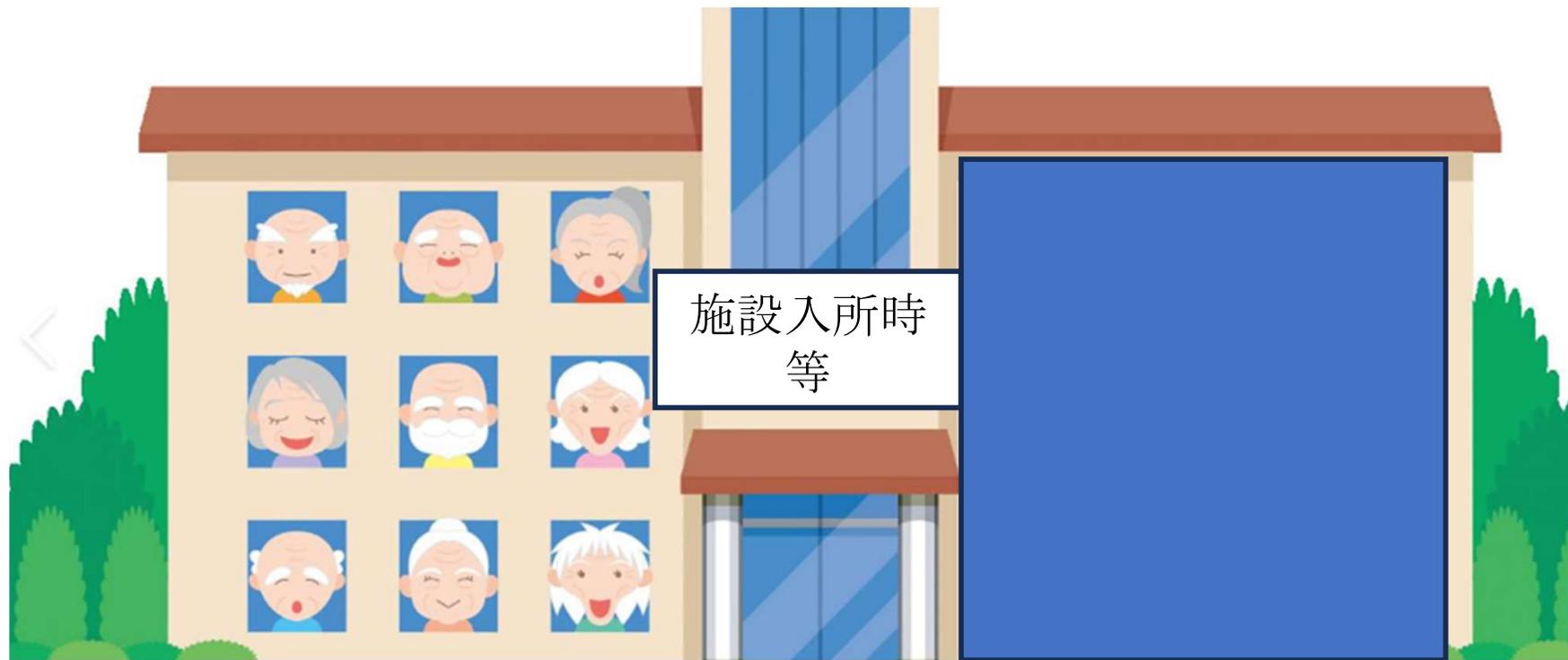
○以下の疾患に罹患している患者

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



当該月に入居したり、退所し他の施設に移ったり、入院し人数に変動がある場合があります

当該月の訪問人数によって算定する、この施設に18人

当該月、例えば退所や入院等で9人が退所、当該月は18人から9人になったが、算定人数は18人と数え、単一建物診察患者は10から19人で算定する



他の例ですが、
18人訪問し、前月2人退所、単一建物患者数は18人
今月、ご夫婦が2組入居した場合の考え方です
18人が2人減り、16人で訪問開始、月中に4人入居、合計20人
となり、20-49人で算定することになります

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

包括的支援加算の見直し

- ▶ 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

・ 包括的支援加算(在医総管・施設総管)

150点（月1回）

現行

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者（新設）
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者



改定後

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護3以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 麻薬の投薬を受けている患者**
- (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

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

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等



要支援1	立ち上がりや歩行などの動作で支えが必要・入浴や掃除などの生活の一部に助けが必要
要支援2	立ち上がりや歩行などで不安定さがある・理解の低下がある・食事や排泄に助けが必要な時がある
要介護1	食事や排泄にときどき手助けが必要・立ち上がりや歩行に不安定さがある・理解の低下がみられる
要介護2	食事や排泄に度々手助けが必要・立ち上がりや歩行に支えが必要・物忘れなどの理解の低下がある
要介護3	食事や排泄に一部助けが必要・立ち上がりが一人でできない・入浴や洋服の着脱に介助が必要
要介護4	排泄、入浴、洋服の着脱に介助が必要・立ち上がりが一人ではできない・全体的な理解の低下がある
要介護5	食事や排泄などの生活行動が著しく低下している・歩行、立ち上がりができない・意思伝達ができない



本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- すぐに始められる在医総管、施設総管
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- ICT
- ターミナルケア

(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院	
	単独型		連携型				
	診療所	病院	診療所	病院			
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい						
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満						
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	<ul style="list-style-type: none"> ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上					
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい						
	⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。						

①～⑦の施設基準があります、⑧⑨が新たに追加された

様

在宅支援診療所の説明

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回の定期訪問診療をいたします。

●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の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、定期的な酸素飽和度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。低血糖の際は看護師に申し出て、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 1

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關し、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か月間において療養規則及び業種規則並びに療養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、かつ項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關し、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。			
<p>標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">開設者名 印</p> <p style="text-align: center;">殿</p>			
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。			

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ついては、「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11-3**で実績報告する
- ・ **往診料、往診料ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算、在医総管・施設総管にそれぞれ加算がある**

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

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
- 初回算定年月日をレセプトに記載する
- **【参考】在宅療養移行加算とは異なります、今回の説明では省略しています**

現行			改定後	
(新設) 在宅療養移行加算 ₁	216点	➡	<u>在宅療養移行加算₁</u>	<u>316点</u>
(新設) 在宅療養移行加算 ₂	116点		<u>在宅療養移行加算₂</u>	<u>216点</u>
			<u>在宅療養移行加算₃</u>	<u>216点</u>
			<u>在宅療養移行加算₄</u>	<u>116点</u>

(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上		⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上			
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上			
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u>					

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②（再掲）

協力医療機関と合わせて示すICTの連携も重要

介護保険施設等連携往診加算の新設

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

[算定要件]

- (1) 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合に算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
- (2) 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

[施設基準の概要]

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

(イ) 必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。

(ロ) 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

【参考】介護保険施設等連携往診加算(要届出)の算定イメージ

Aクリニック
必要な院内掲示とウェブサイト
への掲載



協力医療機関として
介護保険施設等に定められている

介護保険施設等
(介護老人保健施設、介護医療
院、特別養護老人ホーム)

月1回程度の定期的なカンファレンス
又はICTの活用により診療情報や病
状急変時対応等の共有やを行っている



入所者の病状の急変等に伴い、
当該介護保険施設等の従事者等
の求めに応じ往診を行った場合

**介護保険施設等連携往診加算
(200点)**
が算定可能

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

- 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行

【在宅療養支援診療所】

[施設基準]
(新設)

【在宅療養支援病院】

[施設基準]
(新設)

改定後

【在宅療養支援診療所】

[施設基準]

・ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

【在宅療養支援病院】

[施設基準]

・ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

管理栄養士
栄養士のページ 

研修会申込書
ダウンロード

■ 栄養士会概要

- 会長ごあいさつ
- 目的と事業
- 組織構成
- 執行体制

Ⅰ 栄養ケア・ステーション

■ 栄養ケア・ステーションのご案内

栄養ケアステーションのパンフレットが完成いたしました。>「栄養ケアステーション パンフレット」

○栄養ケアステーションとは

「栄養ケアステーション」とは 管理栄養士・栄養士が専門的な立場から地域や医療、福祉機関に対して栄養支援を行う拠点です。

食を通じて県民の皆さまの健康づくりや病気の予防・改善をサポートします。

○どんな活動をしているの

のへまアア 学美功美市学

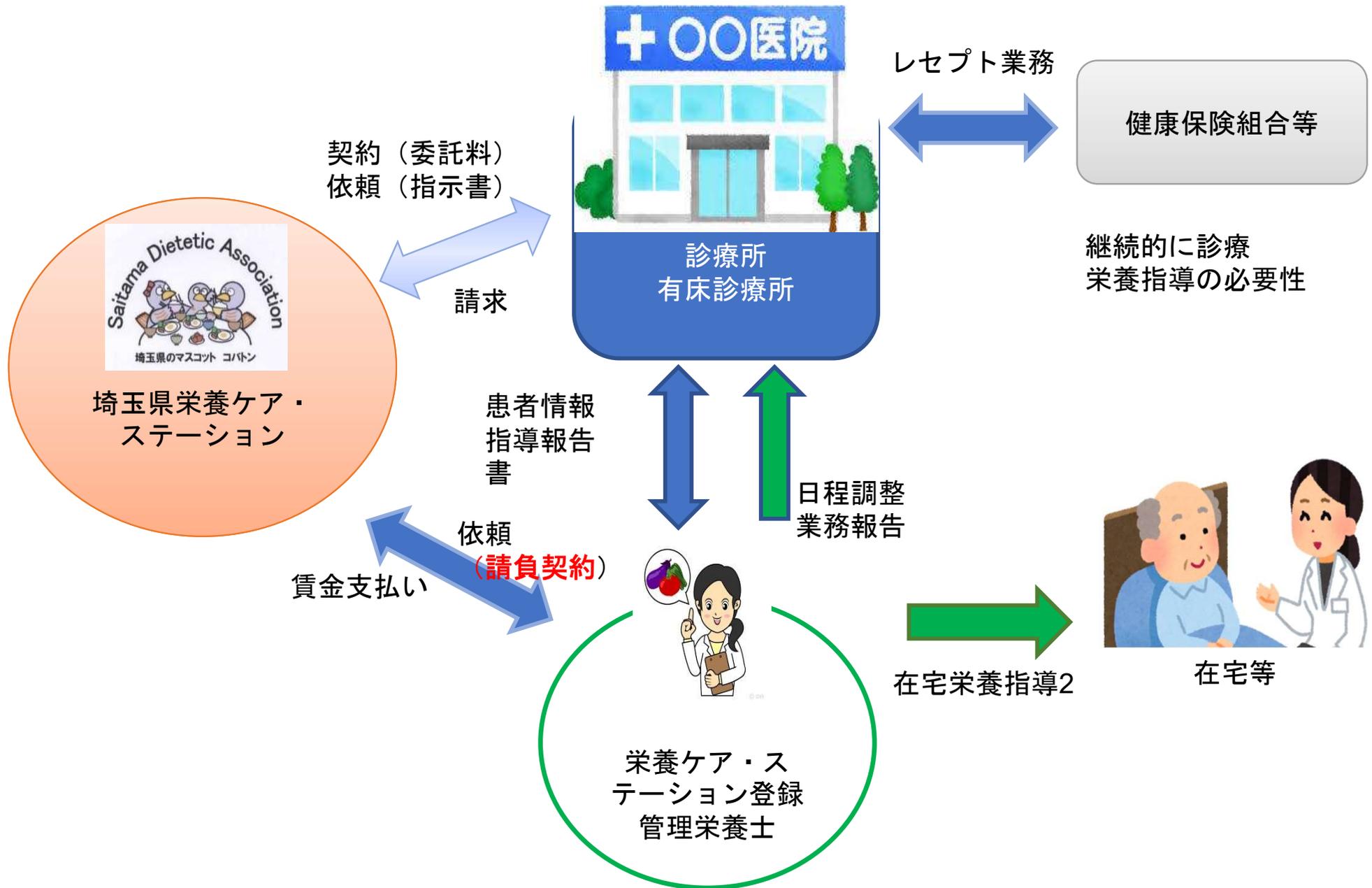
公益社団法人 埼玉県栄養士会
saitamaken-eiyoushikai.or.jp



栄養ケアステーションとは何か

- 埼玉県栄養士会の運営する栄養ケア・ステーションで管理栄養士が専門的な立場から地域や医療、福祉機関に対し栄養支援を行う拠点、11施設
 - 主に、介護予防・栄養改善事業、相談事業、食育推進健康づくり、セミナーや
 - 医療機関と連携した栄養食事相談事業（医院・クリニックへ管理栄養士を紹介し主治医の指示に基づき指導する、外来・在宅患者訪問食事指導を行っている
- ※栄養ケアユニットは、埼玉県栄養士会が認定した、保険医療機関内に置く栄養ケアステーションで5医療機関に設置しています

埼玉県栄養ケア・ステーションの役割



診療所との契約書について (案)

〇〇診療所 (以下「甲」という) と
公益社団法人埼玉県栄養士会栄養ケア・ステーション
(以下「乙」という) とは、甲の診療に係る外来栄養
食事指導、在宅患者訪問栄養食事指導及び居宅療養管理
指導 (管理栄養士の行う在宅訪問栄養食事指導) の実務
につき、乙がこれを受託して乙の管理栄養士に実施させ
るうえで必要な事項を、以下の各条の通り契約 (以下
「本契約」という。) を締結する

栄養ケア・ステーションにおける 栄養食事指導料金表 (診療所)

第3条より抜粋

- 基本登録料 5,000円/年 診療所1か所あたり
- 外来栄養食事指導料 1件 1,800円
(原則として1回2件以上)
- 在宅患者訪問栄養食事指導料 1件 4,000円
⇒管理栄養士が行う居宅療養管理指導 (介護保険)
含む。
- 在宅訪問 調理等の食材費は患家の実費負担
- 交通費および駐車料金 実費請求

※対象地域 埼玉県内

本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- すぐに始められる在医総管、施設総管
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- **ICT**
- ターミナルケア

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

- 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種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、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

- 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

〔算定要件〕（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について、適切に記録すること
 - 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
 - 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
 - 患者の医療・ケアを行う際の留意点（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
 - 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）
- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。
- 訪問診療を行う場合に、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（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報の数が1つ以上であること。
- 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

〔施設基準〕（概要）

- (1) 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上であること。
- (2) 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- (3) 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (4) (1)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- 診療情報、治療方針
- 医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- 人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

狭山市医師会
メディカル・ケアステーション(以下MCS)
運用ポリシー

2017年3月に作成

患者の同意を得ていることとは？
MCSの活用する際の個人情報同意書
及び利用同意書などを作成する必要がある

個人情報使用同意書

狭山市医師会立在宅医療支援センターおよび連携医療機関等における
在宅療養個人情報共有の同意について

私、およびその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最低限で使用することに同意します。

1. 目的
患者さまが円滑に医療・介護サービスを受けられるよう、医療・介護等の関係機関が必要な患者情報を共有する。
2. 使用する機関の範囲
患者さまが関連するサービス・援助を受けている機関(往診医、関係医療機関、ケアマネージャー、訪問看護、医療・介護その他の関連するサービス・援助を受けている機関)
3. 使用する期間
患者さまが関連するサービス・援助を受けている期間
4. 条件
(1)個人情報の提供・共有は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
(2)個人情報を使用した会議、出席者、内容等を記録しておくこと。

医療機関名:

責任者:

様

平成 年 月 日

(利用者)

住所

氏名(署名または記名押印)

(利用者家族代表者)

住所

氏名(署名または記名押印)

患者本人は、身体の状態等により署名等ができないため、患者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わり代筆しました。

(署名代筆者)

住所

氏名(署名または記名押印)

在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書(甲)

(医療機関保存用)

(使用の目的)

- 1 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養(医療)をサポートする医療関係者(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)や福祉関係者(ケアマネージャー、デイサービス、訪問ヘルパー等)が、在宅で療養を受ける方の病状の変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、その質の向上と充実を図ることを目的とします。

(インターネット等での情報共有)

- 2 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養(医療)をサポートする他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャーや介護関係者が連携を図る目的で、適切と認める通信手段(医療介護専用のコミュニケーションシステム「メディカルケアステーション(MCS)※」を含む)を用いて診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。

※メディカルケアステーション(MCS)は、株式会社日本エンブレースが提供する医療介護専用のコミュニケーションシステムで、以下のような特長があり、必要に応じて利用する場合があります。

- ・医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用開発されたシステムです。
- ・医療介護ならではのセキュリティ、アクセス制御、管理体制が整った完全非公開のシステムです。
- ・災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

(使用にあたっての条件)

- 3 個人情報の共有は、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
在宅医療連携システムで管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。患者及びその親族に利用料金がかかることは一切ありません。

(共有される情報について)

- 4 共有される情報については、以下のとおりです。
 - 患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号
 - 病歴、病名
 - 使用している薬剤
 - 日々の状態(連携者の訪問情報)
 - 紹介元医療機関、入院希望医療機関
 - 受診している医療機関
 - 利用している介護保険サービス
 - レントゲン等の画像
 - 褥瘡等の身体画像
 - その他、医療・介護に付随する情報

在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書(乙)

別紙様式3

(患者親族保存用)

(使用の目的)

- 1 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養(医療)をサポートする医療関係者(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)や福祉関係者(ケアマネージャー、デイサービス、訪問ヘルパー等)が、在宅で療養を受ける方の病状の変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、その質の向上と充実を図ることを目的とします。

(インターネット等での情報共有)

- 2 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養(医療)をサポートする他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャーや介護関係者が連携を図る目的で、適切と認める通信手段(医療介護専用のコミュニケーションシステム「メディカルケアステーション(MCS)※」を含む)を用いて診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。

※メディカルケアステーション(MCS)は、株式会社日本エンブレースが提供する医療介護専用のコミュニケーションシステムで、以下のような特長があり、必要に応じて利用する場合があります。
・医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用開発されたシステムです。
・医療介護ならではのセキュリティ、アクセス制御、管理体制が整った完全非公開型のシステムです。
・災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

(使用にあたっての条件)

- 3 個人情報の共有は、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
在宅医療連携システムで管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。患者及びその親族に利用料金がかかることは一切ありません。

(共有される情報について)

- 4 共有される情報については、以下のとおりです。
 - 患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号
 - 病歴、病名
 - 使用している薬剤
 - 日々の状態(連携者の訪問情報)
 - 紹介元医療機関、入院希望医療機関
 - 受診している医療機関
 - 利用している介護保険サービス
 - レントゲン等の画像
 - 褥瘡等の身体画像
 - その他、医療・介護に付随する情報

(患者が有する権利)

- 5 患者及びその家族は、当該データの保有する個人データについて以下の権利を有しております。
 - ① 当該データの利用目的の通知を求める権利
 - ② 当該データの開示を求める権利及び第三者提供の停止を求める権利
 - ③ 当該データに誤りがある場合にその内容の訂正、追加又は削除を求める権利
 - ④ 当該データの利用の停止又は消去を求める権利

(問い合わせ先)

- 6 当該データの保有する個人データについての問い合わせ先は、下記のとおり。

氏 名 ()
連絡先電話番号 ()

_____年____月____日



ホーム

メンバー (遠藤一)

< 戻る

+ 招待する

参加待ち (3件)



病院 2
訪問看護 1

名前、所属、専門家種別



遠藤 一博

医師 (医療法人社団 広博会 遠藤医院)

医師



狭山

看護師 (

狭山)

看護師、栄養士、ケアマネ



行

薬剤師

薬剤師



看護師 他 (狭山医師会 在宅医療支援センター)

本日の内容

- 在宅の対象、気づくことから
- 往診のイメージ
必要な書類とは
- 訪問診療のイメージ
訪問診療に必要な書類
- すぐに始められる在医総管、施設総管
届け出の○の位置が違う
- 在宅支援診療所で届け出
- ICT
- ターミナルケア

在宅ターミナルケア加算等の見直し

- 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、**死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能**とするとともに、看取り加算について、**退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能**とする。

(新) 往診料 在宅ターミナルケア加算 3,500～6,500点

[算定要件]

- 在宅ターミナルケア加算は、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合**（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

(新) 往診料 看取り加算 3,000点

[算定要件]

- 看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、**死亡日前14日以内に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患者で看取った場合**に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

≪在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し≫

現行

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

改定後

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者**若しくは退院時共同指導を行った患者**が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

往診料の加算の見直しと再編④(算定要件と施設基準)

◆ 在宅ターミナルケア加算

- ・ 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導料1を算定した上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に算定する
- ・ 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定している場合は、それぞれの在宅ターミナルケア加算を算定し往診料のターミナルケア加算は算定しない
- ・ 診療内容の要点等を診療録に記載
- ・ 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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する

◆ 有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう

- ア、施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者
- イ、障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者
- ウ、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者

◆ 酸素療法加算

- ・ 悪性腫瘍と診断されている患者の死亡月に在宅酸素療法を行った場合に算定
- ・ 在宅酸素療法を指示した医師は、夜間も含めた緊急時の対処法について患者本人及びその家族等に説明する
- ・ 在宅酸素療法のための酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時連絡方法等を装置に掲示する
- ・ 以下の項目は同一月に併算定不可
 - 在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、人工呼吸器加算、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、人工呼吸

◆ 看取り加算

- ・ 事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定
- ・ 診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載

ターミナルケア加算の中の酸素療法加算について

- ・ 悪性腫瘍と診断されている患者の死亡月に在宅酸素を行った場合に算定
- ・ 指示した医師は夜間も含めた緊急時の対応等説明する
- ・ 使用機器、ガス流量、吸入時間、緊急連絡先等装置に掲示する
- ・ 同一月に算定不可が多く、月のリース代の価格より下回るため持ち出しになる

<参考> 往診料と訪問診療料のターミナルケア加算・看取り加算

	往診料	訪問診療料
	在宅ターミナルケア加算	在宅ターミナルケア加算
対象患者	在宅で死亡した患者（*）であって、死亡日及び死亡日前14日以内計15日間に 退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した患者	① 2回以上の往診又は訪問診療を実施した患者 又は ② 退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した患者
算定要件等	診療内容の要点等を診療録に記載する ターミナルケアの実施については「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、患者本人・家族等と話し合いを行い、本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応する。	
	看取り加算	看取り加算
対象患者	死亡日に往診を行い、在宅で看取った患者（上記の往診料の在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る）	死亡日に往診又は訪問診療を行い、在宅で看取った患者
算定要件等	診療内容の要点等を診療録に記載する 事前に患者又は家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行う	

*往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む

左の往診料:訪問診療を行っていない、15日間に退院時共同指導 I、かつ、往診を行った場合に算定する レセプトに死亡日を記載する

右の訪問診療料:15日間に2回以上の往診又は訪問診療を実施している場合に算定する レセプトに死亡日の記載をする
又は、退院時共同指導(I)、かつ、訪問診療を実施した場合に算定する

B004 退院時共同指導料 1

・患者さん・ご家族



息子さん

旦那さん

・病院スタッフ



主治医



病棟看護師



理学療法士



退院調整看護師
(一)



医療ソーシャルワーカー
(二)

・在宅チーム



在宅医



訪問看護師



カメラマン



訪問ヘルパー



福祉用具専門相談員

*退院時共同指導料 1 特別管理指導加算 (5月1日)	200	×	1
*退院時共同指導料 1 (在宅療養支援診療所) 入院年月日 (退院時共同指導料 1) ; 令和 6年 4月 28日	1500	×	1
*退院時共同指導料 1 (その他) 入院年月日 (退院時共同指導料 1) ; 令和 6年	900	×	1

or

退院時共同指導料1
1500 ~~入院日の記載~~

特別管理指導加算200
~~算定日~~ (紙レセプトのみ
記載が必要)

医師が出席した場合は
実日数1とする

B004 退院時共同指導料 1

- 入院中の患者さんで
- 在宅療養担当医療機関の医師又は、当該医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士
- 患者さんの同意を得て(中略)
- 入院中の保険医療機関の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定
- 1 在宅療養支援診療所の場合 **1500点**
- 2 1以外の場合 **900点**

参考

1. 末期の悪性腫瘍の患者

(在宅がん医総診療料を算定している患者を除く。)

2. (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者 (略)

(1) 在宅自己腹膜灌流指導管理(以下省略)、在宅血液透析、在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅人工呼吸指導、在宅麻薬等注射、在宅悪性腫瘍化学療法注射、在宅強心剤持続投与、在宅自己疼痛管理、在宅肺高血圧症患者又は在宅気管切開患者を受けている状態にある者

(2) 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

(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

3. 在宅での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

注2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

注3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

(参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

往診料		720点
在宅患者訪問診療料 (I) の1 (1日につき)	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料 (II) のイ (1日につき)		150点

在宅ターミナルケア加算	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関	
	有床診・在支病	無床診			
在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の往診、訪問診療又は退院時共同指導を実施した場合に算定	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)	4,500点 (4,200点)	3,500点 (3,200点)	
+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点 (7,200点)	6,500点 (6,200点)	/		
+在宅療養実績加算1	/				5,250点 (4,950点)
+在宅療養実績加算2					5,000点 (4700点)

※1 () 内は在宅患者訪問診療料 (II) のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

※2 看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

- その他の加算■
 ○乳幼児加算 400点
 ○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算

往診料
在宅患者訪問診療料
在医総管・施設総管 の加算

- 初診・再診:夜間・早朝、時間外、深夜、休日加算
- 退院時共同指導料1:施設基準(在支診)、特別管理指導加算
- 往診料:緊急往診、夜間・休日、深夜加算、施設基準(在支診)
在宅療養実績加算
 - ・往診料のターミナルケア加算:施設基準(在支診)、看取り加算
在宅療養実績加算、酸素療法加算、死亡診断加算
- 在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算:施設基準(在支診)
看取り加算、在宅療養実績加算、酸素療法加算、死亡診断加算
- 在医総管・施設総管:施設基準(在支診)、包括的支援、
別に厚生労働大臣が定める状態 在宅移行早期加算、
在宅療養実績加算

11	初診			回					
12	再診	87×	1	回	87				
	再診	52×	1	回	52				
	外未管理加算								
	時間外	×		回					
	休日	×		回					
	深夜	×		回					
13	医学管理					2600			
14	往診		1	回	1370				
	在夜間			回					
	深夜・緊急			回					
	在宅患者訪問診療			回					
	その他				8050				
	薬剤								
20	21 内服薬剤			単					
	内服調剤	×		回					
	22 電服薬剤			単					
	23 外用薬剤			単					
	外用調剤	×		回					
	25 処方	×		回					
	26 麻薬			回					
	27 調剤			回					
30	31 皮下筋肉内			回					
	注射			回					
	32 静脈内			回					
	33 その他			回					
40	処方			回					
	薬剤			回					
50	手術・麻酔			回					
	薬剤			回					
60	検査・病理			回					
	薬剤			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) 連携強化加算 (再診) サーベイランス強化加算 (再診)	
(13)	*退院時共同指導料 1 特別管理指導加算 200 × 1 *退院時共同指導料 1 (在宅療養支援診療所) (退院時共同指導料 1) ; 令和 1500 × 1 *退院時共同指導料 1 (その他) (退院時共同指導料 1) ; 令和 900 × 1	or
(14)	*往診料 往診料 緊急加算 (在宅療養支援診療所等) 1370 × 1 *往診料 在宅療養実績加算 2 50 × 1 *在宅患者訪問診療料 (I) 1 在宅療養実績 加算 2 500 × 1 *在宅ターミナルケア加算 (有料老人ホーム等 以外) (在宅療養支援診療所等) (在宅患 者訪問診療料 (I) 1) 死亡年月日 (在宅ターミナルケア加算) ; 令 和 6年 5月 15日 4500 × 1 *看取り加算 (在宅患者訪問診療料 (I) 1・ (II) イ・往診料) 3000 × 1	

退院時共同指導 1、特別管理指導加算、往診、ターミナルケア加算
死亡日の記載が求められるが、往診日や訪問診療日の記載は不要となった

11	初診			回		
12	再診	×		回		
再	外未管理加算	×		回		
	時間外	×		回		
診	休日	×		回		
	深夜	×		回		
13	医学管理					
14	往診			回		
在	夜間			回		
	深夜・緊急			回		
	在宅患者訪問診療		1回		898	
宅	その他				2950	
	薬剤					
20	21 内服薬剤			単		
投	内服調剤	×		回		
	22 電服薬剤			単		
	23 外用薬剤			単		
	外用調剤	×		回		
薬	25 処方	×		回		
	26 麻薬			回		
	27 調剤			回		

- (14) *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 6年 2月 3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)
- *在宅時医学総合管理料 2 (在支診等) (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 6年 2月 3日
- *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)
- *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) : 1-2 要介護3
- *訪問看護指示料

- 同一患家 夫婦
- 在宅訪問診療料 同一建物居住者以外 888点
- 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 介護3
- 訪問看護指示料

11	再診		回		
12	再診	87×	1回	87	
再	外患管理加算	52×	1回	52	
診	時間外	×	回		
	休日	×	回		
	深夜	×	回		
13	医学管理				
14	往診		回		
在	夜間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
宅	その他			2950	
	薬剤				
20	21 内服薬剤		単		
投	内服調剤	×	回		
	22 電服薬剤		単		
	23 外用薬剤		単		
	外用調剤	×	回		
薬	25 処方	×	回		
	26 麻薬		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) 連携強化加算 (再診) サーベイランス強化加算 (再診)
(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) : 2-2 ランク 3 a *在宅時医学総合管理料 2 (在支診等) (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 6 年 2 月 3 日 *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) *訪問看護指示料
	【症状詳記】 3 日 同一患家

- 同一患家の夫婦の 2 人目の訪問診療 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
- 包括的支援加算 3 a
- 同一患家

『別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)』

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
112	B004	退院時共同指導料1の特別管理指導加算	算定日を記載すること。		算定日情報 (算定日)	○	
153	C000	往診料等	(往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合)当該他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名;*****		※
			(往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者に往診料を算定した場合)当該介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称を記載すること。	830100815	入所する介護保険施設等の名称;*****		※
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した日と同一日に往診料を算定した場合)患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。	830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由;*****		
154	C000	往診料特別往診料	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100087	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(特別往診料);*****		
155	C000	往診料の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114000970	患家診療時間加算(往診料)	○	
				114002470	患者診療時間加算(特別往診)	○	
156	C000	往診料在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy年mm月dd日		※
157	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)	(「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合)その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1));*****		
				850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy年mm月dd日		
				850100095	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy年mm月dd日		
159	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(「1」に限る。)の在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy年mm月dd日		
			(当該患者が在宅以外で死亡した場合)死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy年mm月dd日		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
159	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(「1」に限る。)の在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy年mm月dd日		
			(当該患者が在宅以外で死亡した場合)死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy年mm月dd日		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		

『別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)』

166	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	850100106	往診又は訪問診療年月日(在医総管);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100107	往診又は訪問診療年月日(施医総管);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	850100492	情報通信機器を用いた診療年月日(在医総管);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100493	情報通信機器を用いた診療年月日(施医総管);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100035	単一建物診療患者数(在医総管);*****	
				842100036	単一建物診療患者数(施医総管);*****	
			(在宅患者訪問診療料(I)の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000 初診料又はA001 再診料又はA002 外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合) その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超	
			(在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所	
				820100095	在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下	
				820100096	当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下	
167	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100108	初回算定年月日(在宅移行早期加算(在医総管));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100109	初回算定年月日(在宅移行早期加算(施医総管));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
168	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部 C002 在宅時医学総合管理料及び C002-2 施設入居時等医学総合管理料の(22)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。なお、(22)に規定するものについては、以下のとおりであること。 [1 要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態] 1-1 要介護2 1-2 要介護3	820100625	該当する状態(包括的支援加算):1-1 要介護2	
				820100626	該当する状態(包括的支援加算):1-2 要介護3	
				820100627	該当する状態(包括的支援加算):1-3 要介護4	
				820100628	該当する状態(包括的支援加算):1-4 要介護5	

『別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)』

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記 載	令和6年 6月1日 適用
			1-3 要介護4 1-4 要介護5 1-5 障害支援区分2以上 [2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅡb以上] 2-1 ランクⅡb 2-2 ランクⅢa 2-3 ランクⅢb 2-4 ランクⅣ 2-5 ランクM 3 頻回の訪問看護を受けている状態 4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、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 [6 その他関係機関との調整等のために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] 6-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 6-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 6-4 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820100629	該当する状態(包括的支援加算):1-5 障害支援区分2以上		
				820100630	該当する状態(包括的支援加算):2-1 ランク2b		
				820100631	該当する状態(包括的支援加算):2-2 ランク3a		
				820100632	該当する状態(包括的支援加算):2-3 ランク3b		
				820100633	該当する状態(包括的支援加算):2-4 ランク4		
				820100634	該当する状態(包括的支援加算):2-5 ランクM		
				820100635	該当する状態(包括的支援加算):3 頻回の訪問看護を受けている状態		
				820100636	該当する状態(包括的支援加算):4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		
				820100637	該当する状態(包括的支援加算):5 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		
				820100638	該当する状態(包括的支援加算):6-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者		
				820100639	該当する状態(包括的支援加算):6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者		
				820100640	該当する状態(包括的支援加算):6-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		
				820100641	該当する状態(包括的支援加算):6-4 家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		

ご清聴ありがとうございました。

