

埼玉県在宅医療塾
診療報酬 part1(基本)

往診から訪問診療へ

2025年6月5日
地域包括ケアシステム推進委員 遠藤一博

1

本日の内容

- 往診とは
- 普段の診療から気づきとアウトリーチ
- 往診料、加算について
- 在宅療養支援診療所の届け出
- 退院時共同指導料1と往診料・在宅患者訪問診療料のかかるターミナルケア加算について
- 訪問診療とは
- 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
- 在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
在宅早期移行加算等

2

本日の内容

- ・往診とは
 - ・ 普段の診療から気づきとアウトリーチ
 - ・ 往診料、加算
 - ・ 在宅療養支援診療所の届け出
 - ・ 退院時共同指導料¹と往診料・在宅患者訪問診療料のかかるターミナルケア加算について
 - ・ 訪問診療とは
 - ・ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
 - ・ 在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
 - 在宅早期移行加算等

3

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
 - 初診料＋往診料
 - 再診料＋往診料で算定できる
 - 往診料に加算
- 厚生労働大臣が定める患者
それ以外の患者で加算が異なる
- 初診や再診に加算がつく



4

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																		

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

5

本日の内容

- ・ 往診とは
- ・ 普段の診療から気づきとアウトリーチ
- ・ 往診料、加算について
- ・ 在宅療養支援診療所の届け出
- ・ 退院時共同指導料1とターミナルケア加算
- ・ 訪問診療とは
- ・ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
- ・ 在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
在宅早期移行加算等

6

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**
- ・訪問看護指示書に往診や訪問診療で対応しますと記入

7

往診に必要な書類

往診の同意書

往診を希望される患者様へ

当院は 24 時間 365 日

連絡を取っています。

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。

**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**

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 _____ ④



8

本日の内容

- ・ 往診とは
- ・ 普段の診療から気づきとアウトリーチ
- ・ 往診料、加算について
- ・ 在宅療養支援診療所の届け出
- ・ 退院時共同指導料1と往診料・在宅患者訪問診療料のかかるターミナルケア加算について
- ・ 訪問診療とは
- ・ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
- ・ 在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
在宅早期移行加算等

9

往診料の評価の見直し						
<p>▶ 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。</p>						
	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過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者 ② 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等を算定している患者 ③ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者 ④ 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保険施設等に入所する患者				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、 標準時間内 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準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。						

10

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(同一患者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か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

11



他の医療機関に通院の方
発熱し起き上がれない
往診依頼、緊急加算2回
厚生労働大臣が定めるか否か
60日以内に訪問診療算定
していない
過去180日間に外来3回
していない
介護施設入所
ではない

該当せず、その他で算定

- ・往診料720+325=1,045
- ・同月2回の往診依頼があり、2回とも該当せず1045×2で算定した
- ・往診に係る加算は1回毎に加算できる

【医療DX推進体制整備加算】

問1 「A000」初診料の「注16」に規定する医療DX推進体制整備加算について、初診料算定時に「C000」往診料を併せて算定する場合も算定できるか。

(答) 算定可能。

(11) * 初診料

初診 機能強化加算
外来感染対策向上加算(初診)
発熱患者等対応加算(初診)
連携強化加算(初診)
サーベイランス強化加算(初診)
抗菌薬適正使用体制加算(初診)
医療情報取得加算(初診)
医療DX推進体制整備加算1(初診)

418 × 1

(12) * 再診料, 時間外対応加算3

再診 明細書発行体制等加算

79 × 1

(14) * 往診料

往診料 緊急加算(別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者)

1045 × 2

* 往診料 在宅療養実績加算2

50 × 2

12

(12)	*再診料, 時間外対応加算3 再診 明細書発行体制等加算 外来感染症対策向上加算 (再診) 連携強化加算 (再診) サーベイランス強化加算 (再診) 抗菌薬適正使用体制加算 (再診) 医療情報取得加算 (再診)		<ul style="list-style-type: none"> ☐ R 6. 8.28 (水) ☐ R 6. 9.25 (水) ☐ R 6.10.23 (水) ☐ R 6.11.15 (金) ☐ R 6.11.20 (水) ☐ R 6.12.18 (水) ☐ R 7. 1.15 (水) ☐ R 7. 2.12 (水) ☐ R 7. 2.14 (金) ☐ R 7. 2.17 (月)
(13)	*生活習慣病管理料2		
(14)	*往診料 往診料 緊急加算 (在宅療養支援診療所等)	1370 × 1	<p>定期通院、2月末～4月末まで入院、その後、4月末に往診依頼、緊急加算を算定、半年の間に厚労大臣が定めるか否か60日以内に訪問診療算定していない 過去180日間に外来3回算定している 介護施設入所ではない</p>
	*往診料 在宅療養実績加算2	50 × 1	
(60)	*経皮的動脈血酸素飽和度測定 (1日につき)	35 × 1	
(80)	*外来・在宅ベースアップ評価料 (1) (再診時)	2 × 1	
<p>該当し、通常の加算で算定可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再診、生活習慣病管理料2 ・往診料720+緊急加算325(定める患者以外)=1,045→ ・往診料+緊急加算 1,370点 			

13

本日の内容

- ・往診とは
- ・普段の診療から気づきとアウトリーチ
- ・往診料、加算について
- ・在宅療養支援診療所の届け出
- ・退院時共同指導料1と往診料・在宅患者訪問診療料のかかるターミナルケア加算について
- ・訪問診療とは
- ・在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
- ・在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
在宅早期移行加算等

14

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）
- 強化型以外の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、以後、主として説明する
- 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。

15

- 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回在宅もい取り数を厚生局に報告する
- 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
- 訪問栄養指導管理ができる体制が望ましい
- 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ことが望ましい

16

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とする。)を行つたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前か月間において虚偽記載及び虚偽記載に基づき虚偽の申請書が提出されたことがなく、かつ虚偽記載に基づき虚偽の申請書が提出されたことがなく、かつ虚偽記載に基づき虚偽の申請書が提出されたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前か月間において、健康保険法第17条第1項及び第18条第1項の規定に基づき虚偽の申請書が提出されたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前か月間において、厚生労働大臣の定める人別患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに人間基本料の算定方法に規定する入居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。	
届出について、上記基準のすべてに適合している、別添の様式を添えて提出します。 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られる体制(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。)			

17

様式11

(1) 当該診療所の担当看護職員名: ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
(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申し文書(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) 緩和ケア研修又は在宅での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)

(6) 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年間に往診又は訪問診療を実施した患者の新割合 (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
- (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。②
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。③
 - (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。④
 - (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の連携調整を担当する者と連携していること。⑤
 - (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。⑥
 - (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携体制の構築に協力していることが望ましいこと。⑦

(記載上の注意)

- 「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に記載すること。
- 「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。
- 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。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理科及び施設入居時等医学総合管理科(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療科(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 「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。

18

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で実績報告を8月に行う
- ・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できる

19

交付年月日 令和 5 年

様

在宅支援診療所の説明文

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

○住居、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には、入院医療機関と連携し入院等の対応を行います。
○在宅療養指導管理等(在宅自己注射、在宅酸素、中心静脈栄養法、持続経口呼吸療法等)の指導管理を行います。月1回の陪審と、遠隔診療指導と療養指導の対応を行います。
○COVID-19により感染により、呼吸状態が悪化し状態を悪化した場合は、往診の依頼後、在宅療養支援を行う場合があります。
○在宅自己注射の指導、インスリンの用量調整、自己血糖測定の数値の指導及び血糖値測定用紙の確認を行います。
○在宅酸素療法について、日常生活で酸素を使用し、自宅で過ごすよう療養指導を行います。
○持続経口呼吸、群発頭痛があり在宅でCPAPという機械を装着する必要があります。患者と医療機関が契約し、緊急時にも対応いたします。頭痛や眠気などが改善することが期待できます。心臓や脳血管疾患の予防にもつながります。無呼吸数、低酸素血症の数値が>20 以上であることが、睡眠ポリグラフで確認され、日中の睡眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障が生じる場合や心不全等の合併症を引き起こされる可能性があり、CPAP 使用の必要性があります。
○医療機関が貸与する持続経口呼吸療法装置に係る費用、装置に必要な部品等が含まれています。当院が月1回の療養指導及び緊急対応が月1回訪問し機器の点検、装置の回収等を記録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

20

居宅療養管理指導契約書
(医師又は歯科医師の行なう居宅療養管理指導の場合)

利用者□□□□□□□□殿(以下「甲」という。)と事業者□**医療法人広**
 下「乙」という。)とは、居宅療養管理指導サービスの利用に関して次の
 (目的) ④

第1条□乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がそ
 可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の心身の状
 等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより甲の療養生活の
 2□乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたっては、甲の要介護
 険者証に記載された認定審査会意見に従います。④

□(契約期間) ④

第2条□この契約書の契約期間は、西暦20□□年□□月□□日から□□
 ④とします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分
 要介護(支援)認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後
 有効期間の満了日までとします。④

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
 ことに同意します。④

1. 事業者(法人)の概要	
事業者名	医療法人広博会 遠藤医院
代表者名	遠藤一博
所在地・連絡先	(住所)埼玉県狭山市狭山21-44 (電話)04-2952-2296 (FAX)04-2952-7922

2. 事業所の概要	
事業所名	医療法人広博会 遠藤医院
事業所番号	
所在地・連絡先	(住所)埼玉県狭山市狭山21-44 (電話)04-2952-2296 (FAX)04-2952-7922
①指定を受けているサービスの種類	居宅療養管理指導
②指定番号	1112701852
③サービス提供地域	狭山市

3. 従業者の勤務体制			
従業者の種類	人数		通常の勤務時間
	常勤(人)	非常勤(人)	
医師	1	0	常勤 午前9時00分～
看護師	2	1	常勤 午前9時00分～ 非常勤 午前9時00分～

21

本日の内容

- ・ 往診とは
- ・ 普段の診療から気づきとアウトリーチ
- ・ 往診料、加算について
- ・ 在宅療養支援診療所の届け出
- ・ 退院時共同指導料1と往診料・在宅患者訪問診療料のかかるターミナルケア加算について
- ・ 訪問診療とは
- ・ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
- ・ 在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
在宅早期移行加算等

22

<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
	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	
対象患者	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

在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、レセプトに死亡日を記載する

23

本日の内容

- ・往診とは
- ・普段の診療から気づきとアウトリーチ
- ・往診料、加算について
- ・在宅療養支援診療所の届け出
- ・退院時共同指導料1とターミナルケア加算
- ・訪問診療とは
- ・在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
- ・在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
在宅早期移行加算等

24

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



本日の内容

- ・往診とは
- ・普段の診療から気づきとアウトリーチ
- ・往診料、加算について
- ・在宅療養支援診療所の届け出
- ・退院時共同指導料1とターミナルケア加算
- ・訪問診療とは
- ・在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料とは、届け出等
- ・在宅医療情報連携加算、包括的支援加算
- 在宅早期移行加算等

在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

- (1) 診療所（在宅療養支援診療所）
- (2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）
- (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院
- (4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11）の届出状況を記載

- (1) 今回届出
- (2) 既届出（届出年月）： 年 月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

- 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） () %

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

「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

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

1. 必要がある場合は詳細に記録して添付すること。
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、紹介元医療機関等名の他に紹介先市町村、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。

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。

	機能強化型在宅時・在支病 (病床あり)					機能強化型在宅時・在支病 (病床なし)					在宅時・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 1月2回以上訪問 (離病等)	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,435	2,820	1,785	1,500	1,310	
2月2回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555	
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014	1,670	865	780	660	2,774	1,550	805	720	611	2,554	1,450	765	679	578	2,014	1,165	645	573	487	
4月1回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395	
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500	828	425	373	317	1,380	768	395	344	292	1,270	718	375	321	275	1,000	575	315	264	225	
施設入居時等医学総合管理料																					
① 1月2回以上訪問 (離病等)	3,885	3,225	2,865	2,400	2,110	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,435	2,010	1,785	1,500	1,310	
2月2回以上訪問	3,185	1,685	1,185	1,065	905	2,885	1,535	1,085	970	825	2,585	1,385	985	875	745	1,935	1,010	735	655	555	
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234	1,250	865	780	660	2,054	1,160	805	720	611	1,894	1,090	765	679	578	1,534	895	645	573	487	
4月1回訪問	1,965	1,065	765	670	575	1,785	975	705	615	525	1,625	905	665	570	490	1,265	710	545	455	395	
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110	618	425	373	317	1,020	573	395	344	292	940	538	375	321	275	760	440	315	264	225	

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。

	機能強化型在宅時・在支病 (病床あり)					機能強化型在宅時・在支病 (病床なし)					在宅時・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 1月2回以上訪問 (離病等)	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,435	2,820	1,785	1,500	1,310	
2月2回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555	
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014	1,670	865	780	660	2,774	1,550	805	720	611	2,554	1,450	765	679	578	2,014	1,165	645	573	487	
4月1回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395	
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500	828	425	373	317	1,380	768	395	344	292	1,270	718	375	321	275	1,000	575	315	264	225	
施設入居時等医学総合管理料																					
① 1月2回以上訪問 (離病等)	3,885	3,225	2,865	2,400	2,110	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,435	2,010	1,785	1,500	1,310	
2月2回以上訪問	3,185	1,685	1,185	1,065	905	2,885	1,535	1,085	970	825	2,585	1,385	985	875	745	1,935	1,010	735	655	555	
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234	1,250	865	780	660	2,054	1,160	805	720	611	1,894	1,090	765	679	578	1,534	895	645	573	487	
4月1回訪問	1,965	1,065	765	670	575	1,785	975	705	615	525	1,625	905	665	570	490	1,265	710	545	455	395	
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110	618	425	373	317	1,020	573	395	344	292	940	538	375	321	275	760	440	315	264	225	

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。**

在宅時 医学総合管理料	機能強化型在宅診療・在支病 (病床あり)					機能強化型在宅診療・在支病 (病床なし)					在宅診療・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~
① 1月2回以上訪問 (難病等)	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	4,435	2,820	1,785	1,500	1,310
② 2月2回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014	1,670	865	780	660	2,774	1,550	805	720	611	2,554	1,450	765	679	578	2,014	1,165	645	573	487
④ 4月1回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500	828	425	373	317	1,380	768	395	344	292	1,270	718	375	321	275	1,000	575	315	264	225
施設入居時等 医学総合管理料	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~
① 1月2回以上訪問 (難病等)	3,885	3,225	2,865	2,400	2,110	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,435	2,010	1,785	1,500	1,310
② 2月2回以上訪問	3,185	1,685	1,185	1,065	905	2,885	1,535	1,085	970	825	2,585	1,385	985	875	745	1,935	1,010	735	655	555
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234	1,250	865	780	660	2,054	1,160	805	720	611	1,894	1,090	765	679	578	1,534	895	645	573	487
④ 4月1回訪問	1,965	1,065	765	670	575	1,785	975	705	615	525	1,625	905	665	570	490	1,265	710	545	455	395
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110	618	425	373	317	1,020	573	395	344	292	940	538	375	321	275	760	440	315	264	225

31

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**

在宅自己連続携帯式腹膜還流、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

32

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。**

	機能強化型在宅・在支病 (病床あり)					機能強化型在宅・在支病 (病床なし)					③ 在宅・在支病					その他					
	1人	2~9人	10~19人	20~49人	50人~	1人	2~9人	10~19人	20~49人	50人~	1人	2~9人	10~19人	20~49人	50人~	1人	2~9人	10~19人	20~49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	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,435	2,820	1,785	1,500	1,310	
2月2回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555	
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014	1,670	865	780	660	2,774	1,550	805	720	611	2,554	1,450	765	679	578	2,014	1,165	645	573	487	
4月1回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395	
③ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500	828	425	373	317	1,380	768	395	344	292	1,270	718	375	321	275	1,000	575	315	264	225	
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	3,225	2,865	2,400	2,110	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,435	2,010	1,785	1,500	1,310	
2月2回以上訪問	3,185	1,685	1,185	1,065	905	2,885	1,535	1,085	970	825	2,585	1,385	985	875	745	1,935	1,010	735	655	555	
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234	1,250	865	780	660	2,054	1,160	805	720	611	1,894	1,090	765	679	578	1,534	895	645	573	487	
4月1回訪問	1,965	1,065	765	670	575	1,785	975	705	615	525	1,625	905	665	570	490	1,265	710	545	455	395	
③ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110	618	425	373	317	1,020	573	395	344	292	940	538	375	321	275	760	440	315	264	225	

33

単一建物診療患者数の考え方

- ・ 当該月に在宅時医学総合管理料を算定した人数
- ・ 単一建物診療患者数を1人とする例外が3つある
- ・ 同一世帯の夫婦、同一患家という (例外①)

在宅時医学管理料(在宅支援等)単一建物1人

在宅時医学管理料(在宅支援等)単一建物1人



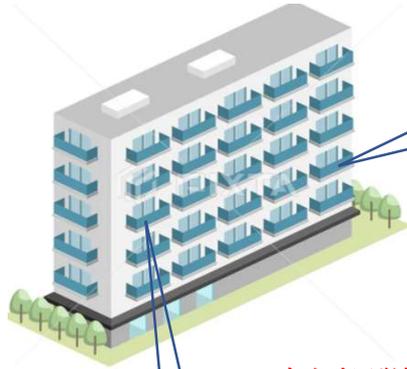
=



34

マンション

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
=25戸に2人の訪問診療 **(例外②)**
3人以上だと10%以上となる **10%超えたら単一建物2~9人で算定**



- ・在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
- ・同一日訪問の場合
在宅患者訪問診療料(1) 213点
- ・別日の訪問の場合 888点



- ・在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
- ・同一日訪問の場合 在宅患者訪問診療料(1) 213点
- ・別日の訪問の場合 888点

35

アパート

- ・単一建物診療患者数を1人とすることができる
- ・③当該建築物の戸数が20戸未満で在医総管理を行う
患者が2人以下 **(例外③)** 3人以上なら単一建物2~9人で算定



- ・在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
- ・同一日訪問の場合
在宅患者訪問診療料(1) 213点
- ・別日の訪問の場合 888点

- ・在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
- ・同一日訪問の場合
在宅患者訪問診療料(1) 213点
- ・別日の訪問の場合 888点

36



C001在宅訪問診療料(I)の考え方

同一患家 例外①



ご主人の往診から訪問診療へ

- ・在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
- ・在宅患者訪問診療料 888点



奥様も往診から訪問診療へ

- ・在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
- ・2人目:再診で請求する
(訪問診療料は算定不可)
- ・レセプトに 同一患家 と記載する

マンション、アパート

- ・訪問診療料(I)は訪問の方法で大きく変わる
- ・在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
- ・緑の方、1人の訪問の場合、888点
- ・赤の方、1人の訪問の場合、888点
- ・同一日の複数人の訪問では213点となる



在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
初診、往診 同一建物居住者以外888点



同一建物居住者213点

213点



初診、往診

在宅時医学管理料(在支援等)単一建物1人
同一建物居住者以外888点



213点

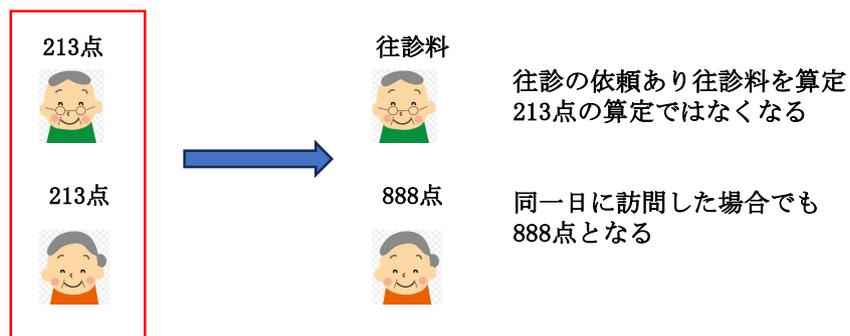


C001 訪問診療料(I)の考え方 例外②

同一建物居住者から除かれる例外

②1人往診を実施し、往診料で算定した場合

同一建物居住者



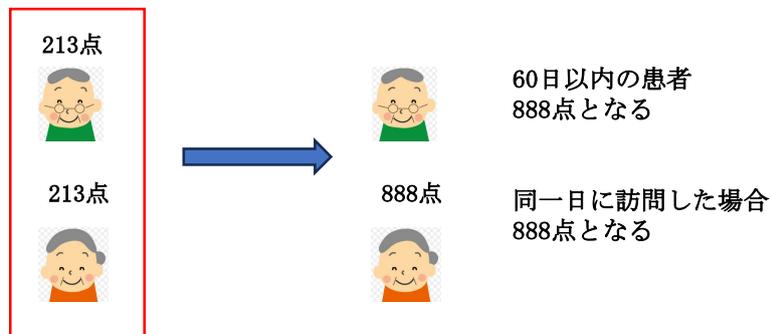
39

C001 訪問診療料(I)の考え方 例外③

同一建物居住者から除かれる例外

③末期の悪性腫瘍と診断した後、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



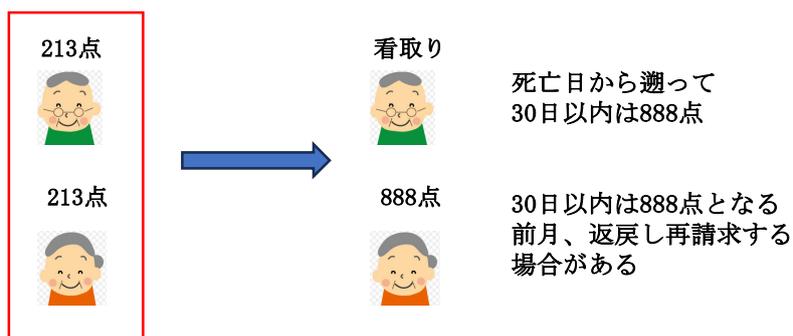
40

C001 訪問診療料(I)の考え方 例外④

同一建物居住者から除かれる例外

④死亡日から遡って、30日以内の患者

同一建物居住者



41



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り、当該月の単一建物診療患者数は、月末にならないと単一建物診療患者数はわからない、この施設に18人

- ・施設総管 単一建物診療患者数(10人~19人)
- ・月に2回以上の訪問を計画したが、結果的に月1回に変更なる場合もある

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人になったとしても、算定人数は18人とし、

- ・施設総管 単一建物診療患者数(10人~19人)
- ・訪問診療料(1)は、1人の訪問の場合 888点
2人以上の訪問の場合は213点となる

42



他の例ですが、
 前月は、単一建物患者数は18人で請求したが、前月2人退所
 当該月16人訪問診療、当該月にご夫婦が2組入居した場合の考え方
 16人で訪問開始、月中に合計4人が入居したため、
 合計20人となる

- ・月に2回以上の訪問を計画したが、結果的に月1回に変更なる場合もある
- ・施設総管 単一建物診療患者数(20人～49人) で算定とする
- ・訪問診療料(1)は、1人の訪問の場合 888点
 2人以上の訪問の場合は213点となる

43



- ・在医総管→施設に入居した場合は、→ 施設入居時等で算定
 1回 1回
- ・在医総管→施設に入居した場合は、→
 1回 2回 施設入居時等で算定
 2回 1回 在医総管で算定
 2回 3回 在医総管で算定
- ・2回目に算定した場所に応じて算定する

- ・後期高齢者への移行月は、2回目に訪問を行った時点で加入している保険で算定する

後期高齢者医療保険受給者証	
有効期限	
氏名	〇〇 △△
生年月日	〇〇/〇〇/〇〇
一時的に加入の者か	○ 否
住所	〒〇〇〇〇〇〇

44

往診医 登録患者情報共有シート 作成日 令和7年3月24日 *在宅医療支援センター保管

医療機関名:遠藤医院 医師名: 遠藤一博 〒04(0952)2295 FAX 04(0952)7302 緊急連絡先:090-7728-8815	
患者名: 性別:「男性」「女性」 生年月日: 昭和28年 1月 1日 (99歳)	病名: 高血圧、骨粗鬆症、逆流性食道炎、腰痛、 心不全、脳質異常 治療方針および緊急時の対応:往診や在宅医療利用 アレルギー:「無」「有()」 感染症:「無」「有()」
住所 家族構成	
姓(緊急連絡先(氏名) 姓 患者との関係) 実居状況:「戸建」集合住宅 階上/下:「有」「無」キーボード:「>」全介護者() 介護保険:「有(要支援 要介護)」「申請中(申請日)」「無」 病歴: 緊急の経歴(初回診日: 年 月 日) 高血圧、骨粗鬆症、逆流性食 上記にて 腰痛あり 長に訴えも少なく通院されていましたが、脚やけやあしひびれ、こむら返り等が家族に付き添われ受診する機会が多くなってきている。徐々にではあるがワレールの進行が心配である。在宅医療提供体制を理解して頂き記録になる。	
服薬:管理方法:「本人」「家族()」「その他」 宅用薬 内容:アミノ酸 40mg、アムロジピン 10mg、ネキシウムラセル 10mg、メロキシタム 10mg アルダカナ A錠 25mg、サンパゾン錠 組 処方科:薬剤科(漢方科)	
患者・家族の理解と思い 身体状況:「有」「無()」 嚥下:「有」「無()」 (本人) 食事:「自立」「介助」形態:「きさま」「ミキサー」水分:「有」「無」「1%」「2%」 自宅で過ごしたい 排泄:「自立」「清拭」入浴:「自立」「介助」 入浴:「有」「無」「1%」「2%」 入院したくない 移動:「自立」「介助」 移動:「自立」「介助」 移動:「自立」「介助」 (家族) 排泄:「自立」「介助」オムツ:「有」「無」 最終交換日 / / 自宅で様子みたい 睡眠状況:「良」「悪(軽制)」 有「有」薬物名 / / 認知症:「無」「有()」「問題行動なし」「大声」「徘徊」「夜間覚醒」「昼夜逆転」「頻回()」「暴言」「暴力」「見当識障害」「その他」	
医療処置指内容(例の状態など画像があると良い) 必要物品 鍵: 有: 在宅生活で継続すべき内容や課題 本人の状況を説明し介護者や医療者 急変時の連絡等 徹底していく。	
在宅でのサービス内容:ケアマネージャー 氏名() 事務所() () 訪問看護() ショーン 担当看護士() ・訪問看護: 回/週(曜日) ・訪問介護: 回/週(曜日) ・訪問介護: 回/週(曜日) ・訪問介護: 回/週(曜日) ・訪問介護: 回/週(曜日) ・福祉用具:	
往診時の状況 年 月 日 時 分 件数: 体温:36.2 脈:70 血圧:118/82 SF02:98 身長:	

狭山市医師会立在宅医療支援センター H27.11作成

カルテと連動しているため書式を開くと記入されるチェックマーク式にし簡便化

介護度、往診時の状況や訪問へ移行した際の状況

薬剤情報もカルテ情報から既に記入される

ACP含め、身体状況を詳しくチェックマーク式の為簡便に在宅サービス状況往診や訪問時の状況を記載多職種で連携でき、簡便な様式になっている
→MCSで連携可能となる

ホーム メンバー (遠藤一博)

< 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)

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

49

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
在宅医療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
患者さまが内務に医療・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(住診医、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・共有は必要最低限とし、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: _____ 様 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
責任者: _____

(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。
(署名代表者)
住所
氏名(署名または記名押印)

50

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)

(医療機関関係用)

(使用目的)

1 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅医療(医師)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、在宅で医療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、在宅医療(医師)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、適切と認められる通信手段(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するために、医療介護専用で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、監視体系が整った完全非公開のシステムです。
- ・災害時でも医療介護従事者間での連絡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、情報提供の相手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)

(患者親族関係用)

(使用目的)

1 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅医療(医師)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、在宅で医療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、在宅医療(医師)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、適切と認められる通信手段(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するために、医療介護専用で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、監視体系が整った完全非公開のシステムです。
- ・災害時でも医療介護従事者間での連絡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、情報提供の相手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受ける権利
- ② 当該データの提供を求めない等の第三者提供の停止を求めようとする権利
- 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除去を求める権利

(問い合わせ先)

6 当施設が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

51

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-2 医療におけるICTの活用・デジタル化への対応-⑧

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	改定後
<p>[対象患者]</p> <p>以下のいずれかに該当する患者</p> <ol style="list-style-type: none"> 要介護2以上に相当する患者 認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅡb以上の患者 月4回以上の訪問看護を受ける患者 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 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) 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 	<p>[対象患者]</p> <p>以下のいずれかに該当する患者</p> <ol style="list-style-type: none"> 要介護3以上に相当する患者 認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅢ以上の患者 月4回以上の訪問看護を受ける患者 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 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 麻薬の投薬を受けている患者 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場合(厚労大臣が定める状態の患者を除く)及び月1回訪問診療を行っている場合に加算する

52

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たすような症状・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。	たばこ道に迷うとか、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、電話の応対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たすような症状・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たすような症状・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・入浴や排泄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・立ち上がり一人でできない・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

53

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																	
<ul style="list-style-type: none"> 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 																	
<ul style="list-style-type: none"> 【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 																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">現行</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(新設) 在宅療養移行加算₁</td> <td style="text-align: right;">216点</td> </tr> <tr> <td>(新設) 在宅療養移行加算₂</td> <td style="text-align: right;">116点</td> </tr> </tbody> </table>	現行		(新設) 在宅療養移行加算 ₁	216点	(新設) 在宅療養移行加算 ₂	116点	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">改定後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>在宅療養移行加算₁</td> <td style="text-align: right;">316点</td> </tr> <tr> <td>在宅療養移行加算₂</td> <td style="text-align: right;">216点</td> </tr> <tr> <td>在宅療養移行加算₃</td> <td style="text-align: right;">216点</td> </tr> <tr> <td>在宅療養移行加算₄</td> <td style="text-align: right;">116点</td> </tr> </tbody> </table>	改定後		在宅療養移行加算 ₁	316点	在宅療養移行加算 ₂	216点	在宅療養移行加算 ₃	216点	在宅療養移行加算 ₄	116点
現行																	
(新設) 在宅療養移行加算 ₁	216点																
(新設) 在宅療養移行加算 ₂	116点																
改定後																	
在宅療養移行加算 ₁	316点																
在宅療養移行加算 ₂	216点																
在宅療養移行加算 ₃	216点																
在宅療養移行加算 ₄	116点																

54

**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

55

『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:*****	830100816	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。	830100817	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	往診料の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。	114000970	患者診療時間加算(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。	830100888	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(Ⅰ)):*****		
				850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)): (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(Ⅰ)): (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)		

56

『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	当該月において住診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	850100106	住診又は訪問診療年月日(在医総管);(元号)yy'年'mm'月'dd'日'		
				850100107	住診又は訪問診療年月日(施設総管);(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(施設総管);(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(施設総管);*****		
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	(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療をした場合など、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。	820100647	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、当該建物において当該施設医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建物の戸数の10%以下の場合又は当該建物の戸数が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)	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物の戸数の10%以下		
				820100096	当該建物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下		
			「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物の戸数の10%以下」、「当該建物の戸数が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。				
			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(施設総管));(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節 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。	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		
			[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	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		

57

『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	編し七 のみ記 載	令和6年 6月1日 適用
			1-3 要介護4	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		
			1-4 要介護3	820100630	該当する状態(包括的支援加算);2-1 ランク2b		
			(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)	820100631	該当する状態(包括的支援加算);2-2 ランク3a		
			2-1 ランクⅡb	820100632	該当する状態(包括的支援加算);2-3 ランク3b		
			2-2 ランクⅡa	820100633	該当する状態(包括的支援加算);2-4 ランク4		
			2-3 ランクⅢb	820100634	該当する状態(包括的支援加算);2-5 ランクM		
			2-4 ランクⅣ	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		
			2-5 ランクM	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		
			3 頻回の訪問看護を受けている状態	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		
			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	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		
			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	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		
			(6 その施設医療機関との連携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)	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		
			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	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経管吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		
			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経管吸引、経管栄養等の処置を行っている患者				

58

ご清聴ありがとうございました