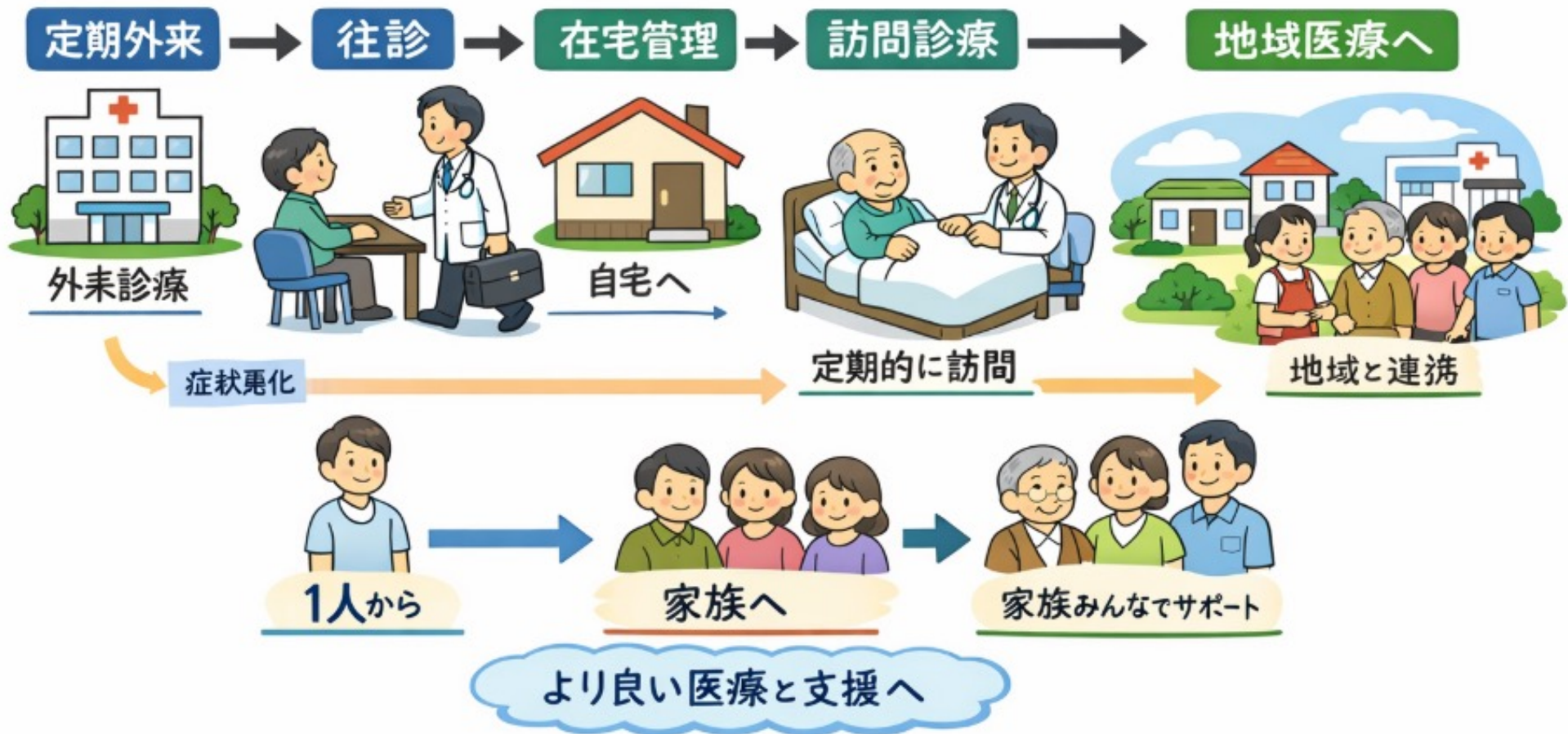


埼玉県在宅医療塾
2026年度診療報酬改定を踏まえて
part1(基本)

往診、訪問診療

2026年6月4日
地域包括ケアシステム推進委員 遠藤一博



➤ 従来型 在宅支援診療所（在宅診療）

- ・ 医師1名でも届出可能
- ・ 在医総管・施設総管の算定
- ・ 加算の確認
- ・ 届出

本日の内容

- 往診と訪問診療の違い
- 診療報酬改定後の対応
- 往診の算定方法
- 在宅支援診療所
- 在医総管等
- 訪問診療薬剤師同時指導料（新設）

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
- 往診料に加算
- 初診や再診に加算



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、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 890点 (+2点)
- ロ 同一建物居住者 215点 (+2点)

+

- C002 在宅時医学総合管理料 or

- 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料



往診を希望される患者様へ

当院は 24 時間 365 日を通して と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 _____

申請日 年 月 日

様

当医院は在宅療養支援診療所として登録しています。訪問診療同意書及び在宅療養指導も合わせて行います。訪問診療、在宅療養指導、在宅訪問診療計画の内容について説明を受け、継続して行っていくことに同意致します。また、連携医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等に情報を提供する場合もありますので、合わせて同意致します。

以下、緊急時の連絡先を示します。

1. 診療時間内 遠藤医院 電話 04-2952-2296
(連絡担当者 医師 遠藤一博、看護師 遠藤喜代美)
診療時間 平日 午前9時から12時、午後3時から6時
土曜 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 医師 遠藤一博)

休診日 木曜日及び休日、祝日

○往診、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、持続陽圧呼吸療法等)の指導管理を行います

○COVID-19 により感染により、呼吸状態が悪化し低酸素状態を来した場合は、往診の依頼後、在宅酸素装着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、自己血糖測定回数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、自宅で過ごせるよう酸素流量の調整を行います。月1回の指導と、足医療酸素導管と酸素濃度器の点検を行います。

○睡眠時無呼吸、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。業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、低酸素血症の回数が＞20以上であることが、睡眠ポリグラフィーで確認され、日中の傾眠、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陽圧呼吸療養装置に係る費用、装置に必要な部品等が含まれています。当院が月1回の療養指導及び星医療器が月1回訪問し機器の点検、装置の状況等を記録させていたがります。

上記項目に同意します。

署名:

申請日 西曆 年 月 日

本日の内容

- 往診と訪問診療の違い
- 診療報酬改定後の対応
- 往診の算定方法
- 在宅支援診療所
- 在医総管等
- 訪問診療薬剤師同時指導料（新設）

8. 質の高い在宅医療の推進に係る全体像

質の高い在宅医療提供体制の構築の更なる推進

- 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を更に推進する観点等から、在宅療養支援診療所等、在宅時医学総合管理料等の見直しを行う。

- ・ 在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止
在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の要件及び評価を見直した上で、在宅医療充実体制加算に名称を変更する。
- ・ 往診時医療情報連携加算の見直し
地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所・病院以外である場合においても算定可能とする。
- ・ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し
地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、平時から訪問診療等を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。
- ・ 在宅療養支援診療所・病院の見直し
 - 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。
 - 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを要件に追加する。
- ・ へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し
へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

患者の状態等に応じた適切な在宅医療提供の推進

- 患者にとって必要かつ十分な在宅医療の提供を推進する観点から、在宅時医学総合管理料等の見直し等を行う。

- ・ 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の月2回訪問診療区分の要件の見直し
患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、月2回以上の訪問診療を行う患者数に占める重症度の高い患者（別表第8の2）と包括的支援加算の対象患者（別表第8の3）のいずれかに該当する患者割合が一定程度以上であることを要件に追加する。
- ・ 医師と薬剤師の同時訪問の推進
在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。
- ・ 残薬対策に係る在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し
患者における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加する。
- ・ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し
患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

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**

➤ 訪問診療は 「量より質」 へ転換

一律の「月2回訪問」ではなく患者の状態に応じたメリハリある訪問が求められる

➤ 患者の状態に応じて柔軟に対応する

➤ 1回訪問

➤ 2回訪問

➤ 1回訪問＋往診

➤ 1回訪問＋訪問看護ステーション

➤ 状態悪化時のみ往診追加

➤ 必要に応じて2回訪問へ

➡ 「必要なときに必要な訪問」を行う診療体系へ

本日の内容

- 往診と訪問診療の違い
- 診療報酬改定後の対応
- 往診の算定方法
- 在宅支援診療所
- 在医総管等
- 訪問診療薬剤師同時指導料（新設）

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、
緊急加算となる、
初診或いは、再診に加算されるのは時間外加算となる

往診料の注1の加算の例

往診料の概要

出所：令和7年8月27日 中医協 総-2（在宅その1）

- 往診料は、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険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療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関へ赴いて診療を行った場合には算定できない。

	以下のいずれかに該当する場合			その他の場合	
	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				
	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、**搬送時間内**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。

往診時医療情報連携加算の見直し

往診時医療情報連携加算の見直し

- 地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算について、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外である場合においても算定可能とする。

現行

【往診料 往診時医療情報連携加算】

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。



改定後

【往診料 往診時医療情報連携加算】

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって機能強化型以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

[往診時医療情報連携加算を算定可能な組み合わせの整理]

		支援側の医療機関（＝往診時医療情報連携加算を算定）		
		単独型機能強化型	連携型機能強化型	従来型在支診・病
被支援側の医療機関 （＝平時の訪問診療を実施）	単独型機能強化型	単独で24時間体制を確保しており、想定されない。		
	連携型機能強化型	連携内で24時間体制を確保することが評価に含まれている。		
	従来型在支診・病	○	○	○
	その他	○	○	○

往診時医療情報連携加算 200点

- ・ 支援診療所・支援病院（機能強化型以外）が、主治医の計画に基づき定期的な訪問診療を受けている患者さんへ往診した場合に算定する

定期通院、2月～4月末まで入院、その後、自力での歩行不可能、呼吸苦あり往診の依頼あり

目	R 6. 8.28	(水)
目	R 6. 9.25	(水)
目	R 6.10.23	(水)
目	R 6.11.15	(金)
目	R 6.11.20	(水)
目	R 6.12.18	(水)
目	R 7. 1.15	(水)
目	R 7. 2.12	(水)
目	R 7. 2.14	(金)
目	R 7. 2.17	(月)

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

(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）	95 × 1
(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） ＊往診料 在宅療養実績加算 2	1370 × 1 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（Ⅰ）（再診時）	

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

算定項目	点数
往診料	720点
緊急加算	(従来型) 650点
再診料	併算定可
生活習慣病管理料	併算定可

往診から訪問診療へ移行、月2回訪問診療開始

(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)
 訪問診療年月日 (在宅患者訪問診療料 (1)) ; 令和 7年 5月 9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)
 抗菌薬適正使用体制加算 (在宅医療)
 903 × 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)
 訪問診療年月日 (在宅患者訪問診療料 (1)) ; 令和 7年 5月 20日 888 × 1

*血糖自己測定器加算 (月30回以上)
 (1型糖尿病・膵全摘後の患者を除く)
 1月の血糖自己測定回数 (血糖自己測定器加算) ; 35 465 × 1

*在宅自己注射指導管理料 2 (1以外の場合)
 (月28回以上の場合)
 薬剤支給日数 (在宅自己注射指導管理料) ;
 1日1回 就寝前4単位 750 × 1

*在宅時医学総合管理料 2 (在支診等) (イ)
 (難病等月2回以上・単一建物1人)
 往診又は訪問診療年月日 (在医総管) ; 令和 7年 5月 9日 4585 × 1

*在宅移行早期加算 (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)
 初回算定年月日 (在宅移行早期加算 (在医総管)) ; 令和 7年 5月 9日 100 × 1

*在宅医療情報連携加算 (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)
 100 × 1

*在宅療養実績加算 2 (在宅時医学総合管理料) (単一建物1人) 200 × 1

*導入初期加算 (在宅自己注射指導管理料) 580 × 1

*在宅医療DX情報活用加算 1 (在宅患者訪問診療料 (I) ・ (II)) 11 × 1

*訪問看護指示料 300 × 1

*特別訪問看護指示加算
 退院直後 100 × 1

算定項目	点数、備考
在医総管（従来型在支診）	難病等・月2回、1人
在宅患者訪問診療料 I	月2回
在宅移行加算	3ヶ月に限り
在宅医療情報連携加算	月1回
在宅自己注射指導管理料	月1回
血糖自己測定器加算	月30回以上の指示で35回確認し算定
導入初期加算	3か月連続算定
訪問看護指示料	月1回
特別訪問看護指示加算	退院直後

初診、発熱し起き上がれないとのこと、往診依頼



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
していない
介護施設入所
ではない

(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 <u>緊急加算 (別に厚生労働大臣が定め</u> <u>る患者以外の患者)</u> *往診料 在宅療養実績加算 2	1045 × 2 50 × 2

算定項目	点数
往診料	720点
緊急加算	その他の場合で (従来型) 325点
初診料	外来感染対策向上加算 発熱患者等対応加算

本日の内容

- 往診と訪問診療の違い
- 診療報酬改定後の対応
- 往診の算定方法
- **在宅支援診療所**
- 在医総管等
- 訪問診療薬剤師同時指導料（新設）

(参考) 在宅療養支援診療所・病院の施設基準

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		従来型	機能強化型		従来型
	単独型	連携型		単独型	連携型	
全ての 在支診・在支 病の基準	<u>① 24時間の連絡応需体制</u> ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑧ 介護保険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>② 24時間の往診体制</u> ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑨ 業務継続計画の策定		
	<u>① 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関ではないこと</u>			③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備		
機能強化型 在支診・在支 病に追加で求 める基準	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上			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 ※ 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		
	② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上			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		
	② 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で4件以上	② 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で4件以上		① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上	
	③ 自院での連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保			② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が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	② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ各医療機関で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	
	④ 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のいずれかが4件以上	④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で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のいずれかが2件以上		④ 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のいずれかが4件以上	④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で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のいずれかが2件以上	
	⑤ 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			⑤ 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		
⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出			⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出			

※ 青字は令和8年度改定において要件の追加又は明確化を行ったもの。

- 24時間連絡体制
 - ・ 外部コールセンター利用可
 - ・ 患者・家族へ事前説明を実施
 - ・ 医療機関として 24時間いつでも連絡を受けられる体制を確保
- 24時間往診体制
 - ・ やむを得ない事由により事前に名前を提示していない医師が往診する場合
 - ・ 常勤医と治療方針を事前共有（面談等）
月1回以上のカンファレンスを実施する
 - ・ 往診医は 1名以下
- BCP（業務継続計画）
 - ・ 必ず作成
 - ・ 定期的に見直し・更新

本日の内容

- 往診と訪問診療の違い
- 診療報酬改定後の対応
- 往診の算定方法
- 在宅支援診療所
- **在医総管等**
- 訪問診療薬剤師同時指導料（新設）

在宅時医学管理料・施設入居時等医学管理料

新たな算定制限を導入

➤ 目的・背景

- ・医療依存度の高い患者への訪問診療を適切に評価するため
- ・患者構成の偏りを是正し、医学管理の必要性が高い患者への対応---①

➤ 対象患者

- ・月2回以上の訪問診療を実施（うち1回はオンライン診療も含む）---②

➤ 減算の条件

- ・別表8の2、別表8の3に該当する疾患・状態の患者の割合が20%未満---①
- ・割合の計算式 は届出書参照

①医学管理の必要性が高い患者

令和8年度診療報酬改定 II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価-⑥

(参考) 重症度の高い患者等

重症度の高い患者（別表第8の2）

- 1 次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡
- 2 次に掲げる状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジンI₂製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、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、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

包括的支援加算の対象患者（別表第8の3）

以下のいずれかに該当する患者

- 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でランク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

②減算の要件、20%未満の場合 1回に訪問点数で請求

月2回区分における
重症患者割合要件の新設

在宅時 医学総合管理料	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)					従来型在支診・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～
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

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

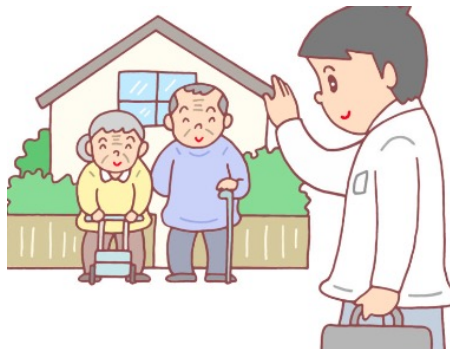
備考

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。

同一患家の訪問（同一に複数人）

- 複数の患者が同居する同一世帯
 - ・ 1人目：同一建物居住者以外 890点
 - ・ 2人目：再診で請求
- マンションの2階の夫婦も同様の算定方法
- 在宅時医学管理料(在支援等) 単一建物 1 人

レセプトに 同一患家と記載



=



在医総管 夫婦で訪問 自己注射導入訪問看護導入し月2回→1回へ

(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)		
	訪問診療年月日 (在宅患者訪問診療料 (1)) ; 令和 8年 4月 7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)		
	抗菌薬適正使用体制加算 (在宅医療)		
		903 ×	1
*	在宅医療DX情報活用加算1 (在宅患者訪問診療料 (I) ・ (II))	11 ×	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 - 2		
	ランク3b	150 ×	1
*	在宅医療情報連携加算 (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)		
		100 ×	1
*	在宅療養実績加算2 (在宅時医学総合管理		

	料) (単一建物1人)	200 ×	1
*	在宅自己注射指導管理料2 (1以外の場合) (月28回以上の場合)	750 ×	1
*	血糖自己測定器加算 (月30回以上) (1型糖尿病・膵全摘後・小児低血糖症・妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者)		
	1月の血糖自己測定回数 (血糖自己測定器加算) ; 31	465 ×	1
*	在宅時医学総合管理料2 (在支診等) (ニ) (月1回・単一建物1人)		
	往診又は訪問診療年月日 (在医総管) ; 令和 8年 4月 7日	2285 ×	1
*	訪問看護指示料	300 ×	1
*	経皮的動脈血酸素飽和度測定 (1日につき)		
		35 ×	1
*	外来・在宅ベースアップ評価料 (I) (訪問診療時) (同一建物居住者以外)		
		28 ×	1

算定項目	点数、備考
在医総管（従来型在支診）	月1回1人 2,285点
在宅患者訪問診療料Ⅰ	月1回 890点→ 903点
包括的支援加算ランク3b	月1回 150点
在宅医療情報連携加算	月1回 100点
在宅自己注射指導管理料	月1回
血糖自己測定器加算	月30回以上の指示 回数確認し31回算定
訪問看護指示料	月1回 300点

在医総管 夫婦で訪問診療 月1回

(12)	* 再診料，時間外対応加算 3			
	再診 明細書発行体制等加算			
	再診 地域包括診療加算 1			
	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）			
	抗菌薬適正使用体制加算（再診）	122	×	1
(13)	* 診療情報提供料（Ⅰ）	250	×	1
(14)	* 在宅時医学総合管理料 2（在支診等）（二） （月 1 回・単一建物 1 人）			
	往診又は訪問診療年月日（在医総管）；令和 8 年 4 月 7 日	2285	×	1
	* 在宅療養実績加算 2（在宅時医学総合管理 料）（単一建物 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 3 a	150	×	1
	* 在宅医療情報連携加算（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）	100	×	1
	* 訪問看護指示料	300	×	1
(80)	* 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（再診 時）	2	×	1

【症状詳記】 訪問日 7 日、同一患家

算定項目	点数、備考
在医総管（従来型在支診）	月1回 1人 2,285点
在宅患者訪問診療料Ⅰではなく	再診料を算定
包括的支援加算ランク3a	月1回 150点
在宅医療情報連携加算	月1回 100点
訪問看護指示料	月1回 300点
詳記	同一患家

本日の内容

- 往診と訪問診療の違い
- 診療報酬改定後の対応
- 往診の算定方法
- 在宅支援診療所
- 在医総管等
- 訪問診療薬剤師同時指導料（新設）

➤ C012-2訪問診療薬剤師同時指導料（新設）

➤ 6か月に1回・300点

➤ 算定要件

- ・ 在医総管を算定している患者
- ・ 薬剤師が訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導含む）を実施
- ・ 医師＋薬剤師が “同日に・同時に” 訪問
- ・ 事前に患者の同意を取得

➤ 内容

- ・ 残薬の確認
- ・ 服薬状況の把握
- ・ 副作用の有無の確認
- ・ 剤型・用法の調整（※変更なしでも算定可）

❌ 算定不可

- ・ 施設入居者など
- ・ 退院後1か月以内（入院基本料に包括）



届出について

➤ 在支診

- 2026年3月31日時点で在支診の届け出を行っている医療機関は、届出の出し直し
- 2027年5月31日までに出し直す必要がある
 - 1の（3）（従来型）は別添2の様式11
 - 2の（5）在宅療養実績加算2は様式11及び様式11の5を用いる

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	2701852	届 出 番 号	(支援診 3) 第 号
-----------	---------	---------	----------------

連絡先

担当者氏名： 遠藤一博

電 話 番 号： 04-2952-2296

(届出事項)

[別添 1 の「第 9」の 1 の (3) に規定する
在宅療養支援診療所] の施設基準に係る届出

[2-067]

- ☒ 当該届出を行う前 6 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。
- ☒ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- ☒ 当該届出を行う前 6 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

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. 届出医療機関の体制等に係る状況

1. 届出区分 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1. 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所 (単独型機能強化型) 2. 「第9」の1の(2)のアに規定する在宅療養支援診療所 (連携型機能強化型ア) 3. 「第9」の1の(2)のイに規定する在宅療養支援診療所 (連携型機能強化型イ) ④. 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所 (従来型)
2. 当該診療所の在宅医療を担当する常勤医師の氏名	① 遠藤一博 ②

4. 24時間の直接連絡を受ける体制

① 24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ担当者として指定するとともに、当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に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か。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	① 該当 ・ 非該当
② 連絡先をコールセンター等が担っているか。	該当 ・ ② 非該当
③ ②の場合、当該コールセンター等の連絡先	
④ ②の場合、当該コールセンター等から主に連絡を受ける担当者の氏名	
⑤ ②の場合、当該コールセンター等から主に連絡を受ける連絡先	

5-1. 24時間往診が可能な体制

24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供しているか。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	① 該当 ・ 非該当
--	------------

6. 24時間の訪問看護が可能な体制

① 24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供しているか。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	① 該当 ○ 非該当
② 訪問看護を提供する主体 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1. 届出医療機関 2. 連携する保険医療機関 ③ 連携する訪問看護ステーション
③ ②で「2」又は「3」を選択した場合、当該連携先の情報	
名称	狭山市医師会訪問看護ステーション
開設者	
連絡先	

7. 緊急時に入院できる体制

① 確保している体制 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1. 届出診療所のみで確保 2. 届出診療所及び連携保険医療機関で確保 ③ 連携保険医療機関のみで確保
② ①で「2」又は「3」を選択した場合、当該連携先の情報	

8. その他必要な体制(該当するいずれか1つを○で囲むこと)

「4」、「5-1」、「6」及び「7」の体制確保に当たって、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、あらかじめ患家の同意を得て、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、在宅医療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行うこと。	① 該当 ○ 非該当
患者に関する診療記録管理を行うにつき必要なれていること。	
当該地域において、他の保健医療サービス及びの連携調整を担当する者と連携していること。	
適切な意思決定支援に関する指針を定めている	
業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。	① 該当 ○ 非該当

2. 届出医療機関の実績等について

1. 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 ①のうち、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 × 100】	2.29	%
④ ③が95%以上か【③≥95】	該当 ○ 非該当	

- 在宅時医学管理料と施設入居時等医学管理料
 - ・ 月2回以上訪問しているかの該当可否について、毎年2月、5月、8月、11月に直近3ヶ月分を確認する
 - ・ 変更があった場合は、別添2、様式19を用いて判定し同月中に届け出る

- 2026年3月31日時点で在宅時医学管理料と施設入居時等医学管理料の届け出を行っている医療機関は 出し直しする必要がある
(2026年2月1日～4月30日までの実績を用いる)

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施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出医療機関の体制について

(1) 届出区分 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	① 在宅療養支援診療所 2. 在宅療養支援診療所以外の診療所 3. 在宅療養支援病院 4. 医療法の許可病床数が200床未満の病院
(2) 届出医療機関はへき地診療所か (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	該当 ・ ① 非該当
((2)で「非該当」を選択した場合)	
在宅医療を担当する常勤医師の氏名	遠藤一博
((2)で「該当」を選択した場合)	
① 連携するへき地医療拠点病院 又は 医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関 の名称	
② 届出医療機関及び①の医療機関で勤務する、在宅医療を担当する医師の氏名	
(3) 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(介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等)の氏名	子

[記載上の留意事項]

- (1)で「1. 在宅療養支援診療所」に○を付けた場合には様式11の提出が、「3. 在宅療養支援病院」に○を付けた場合には様式11の2の提出が必要であること。
- (2)の「へき地診療所」とは、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地診療所を指す。
- ①には、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保に当たって連携している保険医療機関名を記入すること。

2. 届出医療機関の実績等について

(1) 直近3月間の訪問診療の実施回数等について		
① 届出医療機関の訪問診療の実施回数		回
② 特別な関係の医療機関の訪問診療の実施回数 (令和6年3月31日以降に開設されたものに限る。) ※特別な関係の医療機関が複数ある場合はその合算を記載すること。		回
③ 訪問診療の合計実施回数【①+②】		回
④ ③が2,100回以上か【③ $\geq$ 2,100】	該当	・ 非該当
(2) 直近3か月間における往診又は訪問診療の状況について		
① 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数		月
② ①が30月以上か【① $\geq$ 30】	該当	・ 非該当
③ ②に「該当」する場合、		
(a) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数		回
(b) 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数		月
(c) 在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数	0	月
(d) 届出医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、届出医療機関の外来を直近3か月のうち1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合、当該患者数に3月を乗じた月数		月
(e) 重症患者等の割合【{(a)+(b)+(c)} / {(①)+(c)-(d)} $\times$ 100】	56.3	%
(f) (e)が20%以上か【(e) $\geq$ 20】	該当	・ 非該当

[記載上の留意事項]

- (1)及び(2)については、毎年2月、5月、8月及び11月に確認すること。
- (1)の②について、特別な関係の医療機関が複数ある場合はその合算を記載すること。
- (1)の④に該当する場合は、併せて様式19の2を用いて実績等の要件を確認し、在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する基準に該当しない場合は同月中に速やかに届出を行うこと。
- (2)の③の(f)が「非該当」である場合は、在宅時医学総合管理料の注16(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する基準を満たさない場合であること。

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

緩和ケア研修会

県内のがん診療連携拠点病院等において厚生労働省の開催指針に準拠した医療従事者向けの研修会を開催しています

受講の流れ

- (1) [日本緩和医療学会のウェブサイト](#)から、e-learningを受講
- (2) 集合研修主催医療機関に直接参加を申し込み、集合研修を受講
- (3) 緩和ケア研修会修了証書の交付を受ける

在療実績2の加算項目	点数
往診料、緊急往診加算 夜間・休日往診加算 深夜往診加算	50
往診料ターミナルケア加算	500
在医総管・施設総管	1人:200、人数等で異なる
在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算	500
在宅がん医療総合診療料	75

在宅療養実績加算に係る届出書添付書類

1. 届出区分 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1. 在宅療養実績加算1 ②. 在宅療養実績加算2	
2. 直近1年間の緊急往診及び看取りの実績		
(実績の期間)		7 年 4 月 1 日 ~ 8 年 3 月
① 緊急の往診の実績		件
① 看取りの実績		件
3. 緩和ケアの提供体制		
緩和ケアに係る研修を受けた医師の氏名	遠藤一博	

[記載上の留意事項]

- 「2」の①の緊急の往診とは、「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。
- 「3」は、在宅療養実績加算2の届出を行う場合に記載すること。
- 「3」の緩和ケアに係る研修とは、「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緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会(日本緩和医療学会主催)」を指す。

ご清聴ありがとうございました

