

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 ・ 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	
((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	

[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≥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 (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) 該当するいずれか1つを○で囲むこと。(基準を満たさないため届出 ・ 基準を満たし取り下げ)	
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≥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	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)} × 100】	%
(f) (e)が20%以上か【(e)≥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。