

在宅療養支援診療所に係る報告書
（在宅療養実績加算を含む）

（令和6年8月1日現在）

保険医療機関コード

保険医療機関名

在宅療養実績加算の届出の有無

-
- 別添1の「第9」の1の(1)
-
-
- 別添1の「第9」の1の(2)
-
-
- 別添1の「第9」の1の(3)

に規定する在宅療養支援診療所
※ 届出している区分にチェックを入れてください。

-
- 在宅療養実績加算1
-
-
- 在宅療養実績加算2
-
-
- 届出なし

※加算の区分にチェックを入れてください。

I. 直近1年間(令和5年8月1日～令和6年7月31日)に在宅療養を担当した患者について

1 平均診療期間	※「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。(例)在宅医療を開始してから12ヶ月目の患者1名及び30ヶ月目の患者1名の場合： $(12+30) \div 2(\text{人}) = 21\text{ヶ月}$	(月)
2 合計診療患者数		(名)
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④	(名)
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+②	(名)
ア うち自宅での死亡者数	①	(名)
イ うち自宅以外での死亡者数	②	(名)
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④	(名)
ア うち連携医療機関での死亡者数	③	(名)
イ うち連携医療機関以外での死亡者数	④	(名)
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、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を算定したものに限り。)		(名)

Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については「イ うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出している医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものです。

II. 直近1年間(令和5年8月1日～令和6年7月31日)の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1) 往診	【再掲】	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
		うち緊急の往診		
①+②+③ (回)	① (回)	(回)	② (回)	③ (回)

IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について(期間: 令和6年7月1日～令和6年7月31日)

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数(外来患者を含む。)	()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)	()%

※ IIIの③が95%以上の保険医療機関は、裏面の「IV. 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」についても記入すること。

※ 別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、裏面の「V. 在宅支援連携体制」についても記入すること。

IV.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(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間;令和5年8月1日～令和6年7月31日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る期間;令和6年7月1日～令和6年7月31日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③/(①+②)		%

V. 在宅支援連携体制について

1 在宅医療を担当する常勤の医師数	(名)
2 連携する保険医療機関数	(医療機関)
以下は機能強化型の在支診のみ回答。	
3 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への出席回数(直近1年間)	(回)
4 往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	(医療機関)

Vの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載してください。

1・2については、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所が記載してください。

3～6については、機能強化型の在宅療養支援診療所のみ記載してください。