

訪問診療のご案内

あいち診療所野並

医療法人あいち診療会 あいち診療所野並
名古屋市天白区福池2丁目 330 番地の2
TEL 052-895-6637
FAX 052-895-1200

I 訪問診療について

- 毎月決められた日(曜日)に医師が訪問に伺います。標準的には毎月2回訪問いたしますが、病状やご希望により増減します。
- 症状が安定していても定期的に医師が訪問し、健康管理を含めた計画的な医療が受けられます。
- 訪問時間は、午前はおおむね9時から12時まで、午後はおおむね1時から5時までを予定しています。
- 訪問する日については、前月の訪問時にお知らせします。予定等がある場合は調整させていただきますのでご相談下さい。
- 訪問の順番は、その日の病状や地域にもよりますので、お時間の指定は基本的には出来ませんが、何かご事情ありましたら、事前にご相談ください。

II 往診について

- 定期的に訪問させていただいている患者さんで、急な体調不良等の時にご本人やご家族からのご要望で臨時に訪問することを往診といいます。
- 体調が悪くなったときや困ったこと、心配なことなどは、遠慮なくご連絡下さい。
- 担当医が外来診療や他の患者さんの診察等ですぐに訪問できない場合は、病状によっては少しお待ちいただくことや、担当医の指示を受けた訪問看護師が対応させていただくこともございます。

緊急時対応連絡先 052-895-6637

(夜間等の診療時間外はアナウンスが流れますので、アナウンスに従いご連絡をお願いします。)

(連絡担当者:院長 野村 秀樹)

診療時間内は事務職員が、診療時間外や緊急時は看護師がまず電話対応させていただきます

III 在宅医療実施地域

- 名古屋市天白区、緑区全域、およびその周辺地域
おおむね自動車で20分以内の距離

IV お薬について

- 定期薬は、訪問診療時に処方し処方箋をお渡しします。
 - 処方箋は、訪問診療時にご自宅でお渡しします。
 - 当院指定の調剤薬局はありませんので、好きな薬局を決めていただいても構いません。ただし、医療用麻薬や点滴など特殊な薬については、取り扱わない薬局もあるため当院から候補薬局をお伝えすることがあります。
 - 薬剤師によるご自宅への訪問服薬指導もあります。(医療保険・介護保険利用可)。
これは別に薬局との契約が必要となります。訪問診療時にお伝え頂ければ、薬局への情報提供も行います。
 - 当院と薬局で直接連携をするために、利用薬局は訪問時にお知らせください。

- 臨時のお薬が出る場合には、処方箋を診療所まで受け取りに来て頂く場合もございます。
- 処方箋の有効期限は、発行日を含めて4日以内です。

V 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

当院は機能強化型在宅療養支援診療所として24時間365日対応できる体制をとっています。また、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行うため、毎月1回上記の管理料を算定させていただきます。(訪問診療のあった月のみ)

在宅療養支援診療所とは、地域における在宅医療を担う診療所として、**365日24時間**いつでも往診・訪問看護に対応していることを評価したもので、次のような施設基準を満たすことが求められています。

- ・保険医療機関である診療所であること
- ・24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供すること
- ・24時間往診可能な体制を確保し、往診担当医の氏名担当日等を文書で患家に提供すること
- ・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、その担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供すること
- ・在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- ・医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員と連携していること
- ・当該診療所における在宅看取り数を報告すること
- ・「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」に従い、意思決定に沿った医療を提供すること

あいち診療所野並はこの施設基準を満たし、今後在宅療養支援診療所として皆様の在宅療養の支援を今まで以上に充実したものにしていく覚悟です。

この在宅療養支援診療所としてのサービスを提供するに当たり、連携する医療機関、訪問看護ステーション等とサービス提供に必要な情報を共有することが求められています。勿論各々の事業所が守秘義務を負っているのはご承知の通りですが、この情報共有に関しても予め皆様に同意を得ることが義務付けられています。恐縮ですが別紙の同意書の提出につきご協力いただきますようお願い申し上げます。

VI 居宅療養管理指導費について

訪問診療をご利用になり、介護保険サービスをご利用されている方は、「居宅療養管理指導費」(介護保険)を医療費と併せて請求させていただきます。「居宅療養管理指導費」とは、医師が介護支援専門員(ケアマネジャー)に対して患者さんについての居宅支援事業サービス計画書作成に必要な情報提供、助言や指導を行った場合に月2回算定します。別途同意書を頂いております。

居宅療養管理指導に関する説明書（介護予防含む）

1 当院は、愛知県知事指定の居宅療養管理指導実施施設です。（事業所番号 2311601120）

2 居宅療養管理指導の目的

医師・管理栄養士が行う居宅療養管理指導は、居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）が作成する居宅サービス計画（ケアプラン）に必要な情報の提供や、利用者・家族等に対する療養上必要な指導・助言を行います。

3 実施地域・時間

・通常事業の実施地域は、名古屋市天白区、緑区、瑞穂区とします。その他の地域は、ご相談ください。

・医師による居宅療養管理指導（月～金曜日の午後）

通常の場合、訪問診察や往診時に行います。また、電話での相談には随時応じております。

なお、居宅介護支援事業所への情報提供については随時行います。

・管理栄養士による居宅療養管理指導（月～金曜日）

4 利用料等

＜介護保険の利用料＞

医師による居宅療養管理指導費（Ⅰ）（月 2 回を限度）

・在宅時医学総合管理料を算定しない月：1 回につき 515 単位

・特定施設入居時医学総合管理料を算定しない月：1 回につき 446 単位

医師による居宅療養管理指導費（Ⅱ）（月 2 回を限度）

・在宅時医学総合管理料を算定する月：1 回につき 299 単位

・特定施設入居時医学総合管理料を算定する月：1 回につき 260 単位

管理栄養士による居宅療養管理指導費（月に 2 回を限度）

・単一建物居住者 1 人に対して行う場合：1 回につき 545 単位

※上記単位数の、1 割又は 2 割又は 3 割をご負担いただきます。

＜その他の費用＞

① 訪問診察や往診、それに伴う治療の費用、及び、治療に関する電話相談の場合は、医療保険として取り扱われるため、後期高齢者医療対象者の場合は、一部負担金が別途かかります。後期高齢者医療対象者でない方は、医療保険等の給付割合による一部負担金がかかります。

② 居宅療養管理指導を実施した場合は、次の通り交通費がかかります。

片道 6km まで無料（名古屋市天白・緑・南・瑞穂・熱田・千種・昭和区全域無料）

片道 6.1km～7km＝1500 円、7.1km から 8km＝1750 円（1km 毎 250 円加算）

5 秘密保持

① 居宅療養管理指導を実施するにあたって知り得た秘密は漏らしません。

② ただし、居宅介護支援事業者が居宅サービス計画（ケアプラン）作成のために患者さんの情報を提供する必要があります。この情報については、患者さん又は家族の了解のもとで、居宅介護支援事業者へ提供します。

6 相談・苦情処理

居宅療養管理指導等に関する相談や苦情があれば、お気軽に担当窓口までお申し出ください。

担当窓口：あいち診療所野並 事務長 藤本隆浩 電話 052-895-6637

【名古屋市の相談窓口】健康福祉局介護保険課指導係 電話 052-959-3087

Ⅶ 新規に訪問診療を行う前に準備しておいて頂く証明書関係

診療を円滑にするため、次の書類等(証明書)をご準備ください

初回訪問時にご提示頂く事と保険証等の変更や更新された場合は必ご提示ください。変更確認等のため、証明書の写真かコピーをとらせて頂きます。

○マイナンバーカード(資格確認証)

○介護保険証・介護保険負担割合証

○以前に通院されていた医療機関からの診療情報提供書やお薬手帳等

○福祉給付金資格者証(お持ちの方のみ)

○特定疾患医療受給者証 (お持ちの方のみ)

○医療費減免証(申請されている方)

○障害者手帳(身体・精神・療育、お持ちの方のみ)

Ⅷ 訪問診療のお支払いについて

- 月末で締めさせて頂き、翌月 10 日以降に請求させて頂きます。
お支払い方法は、①窓口払い ②ゆうちょ銀行自動引き落とし ③ゆうちょ銀行振込用紙にてお振込みの中からお選び下さい。
- 会計についてご不明な点やご質問がありましたら、あいち診療所事務までご連絡ください。

基本負担額概算

診療項目	診療報酬	1 割負担	3 割負担
訪問診療料	890 点	890 円	2,670 円
在宅ベースアップ評価料 I	107 点	110 円	320 円
在宅医療 DX 情報活用加算	11 点	10 円	30 円
在宅物価対応料	3 点	3 円	10 円
感染対策向上・連携強化・サーベイランス強化加算	10 点	10 円	30 円
往診料(1 回)	720 点	720 円	2,160 円
在宅時医学総管理料(月 1 回) 包括加算あり	5,035 点	5,040 円	15,110 円
在宅時医学総管理料(月 1 回) 難病加算あり	5,385 点	5,390 円	16,160 円
訪問看護指示料(訪問看護利用の方、月 1 回)	300 点	300 円	900 円
居宅療養管理指導料(医師)(月2回の場合)	598 単位	598 円	1,794 円

Ⅸ 在宅医療でかかる費用の例

- 自宅で月 2 回の訪問診療を行った場合の在宅医療費(難病加算ありの場合)
訪問診療料 2 回 + ベースアップ評価料 + 在宅医療 DX 情報活用加算 + 在宅物価対応料 + 外来感染向上・連携強化・サーベイランス強化加算 + 在宅時医学総管理料 + 訪問看護指示料
 $(890 \text{ 点} \times 2 \text{ 回}) + (107 \text{ 点} \times 2 \text{ 回}) + 11 \text{ 点} + (3 \text{ 点} \times 2) + 10 \text{ 点} + 5,385 \text{ 点} + 300 \text{ 点} = 7,706 \text{ 点}$
(自己負担額)

1 割負担の場合:7,710 円、3 割負担の場合:23,120 円

※上記以外に検査料、薬剤料、インスリン注射・在宅酸素等の指導管理料は通院の場合と同様に必要です。

※医療費減免証や福祉給付金資格証などの確認で、自己負担額を減額できる場合があります。

X 医療費自己負担限度額

● 70 歳未満(3 割負担)

標準報酬額	自己負担限度額(月額)	4 月目以降の限度額
83 万円以上 (区分ア)	252,600 円+(総医療費-842,000 円) ×1%	140,100 円
53 万円～79 万円 (区分イ)	167,400 円+(総医療費-558,000 円) ×1%	93,000 円
28 万円～50 万円 (区分ウ)	80,100 円+(総医療費-267,000 円) ×1%	44,400 円
26 万円以下 (区分エ)	57,600 円	44,400 円
住民税非課税者 (区分オ)	35,400 円	24,600 円

● 70 歳以上

標準報酬額	自己負担限度額(月額)	一部負担割合
現役並みⅢ 83 万円以上 (区分ア)	252,600 円+(総医療費-842,000 円) ×1%	3割
現役並みⅡ 53 万円～79 万円 (区分イ)	167,400 円+(総医療費-558,000 円) ×1%	3割
現役並みⅠ 28 万円～50 万円 (区分ウ)	80,100 円+(総医療費-267,000 円) ×1%	3割
一般 26 万円以下	18,000 円 (年間上限 144,000 円)	2割又は1割
低所得者Ⅱ 住民税非課税世帯	8,000 円	2割又は1割
低所得者Ⅰ 住民税非課税世帯	8,000 円	2割又は1割

※自己負担額の詳細につきましては、お住いの市町村窓口もしくは当院事務にご相談ください。

※また、医療費助成制度(福祉給付金制度等)を利用することで自己負担が少なくなる場合があります。
詳しくは当院事務にご相談ください。

XI 研修への協力のお願い

私たちの在宅医療に患者さんが安心してくださっても、それは医療システムの完成にはなりません。それが日本全体のシステムにならないければ本当の安心には結びつかないのです。

私たちの目標は『安心出来る医療システムの構築です。』

私たちは運動としてそれに取り組み、それなりの成果を出してきたと自負しています。また、多くの支援者から応援して頂いています。それも皆私たちが一医療機関の問題としてではなく世の中全体の問題として取り組んできたからだと考えています。

引き続き在宅医療が発展してゆくためには後進の育成も必要です。

看護学校の教育の中にも在宅医療が必須科目として取り入れられ、また、医学部の学生はじめ研修医・医師の実習・見学を受け入れております。

在宅医療の理解・普及と『受け手になったときに安心出来る医療システムの構築』の為に医学生等の実習・見学にご理解とご協力をお願いいたします。

なお、患者様・ご家族のご意向により、実習生の同行が難しい場合にはご遠慮なくお申し出ください。同行を控えさせていただきます。

訪問診療の申込みと同意書

『訪問診療のご案内』を検討した結果、あいち診療所野並の在宅医療を受けたいと思います。

あいち診療所野並が在宅療養支援診療所であること、居宅療養管理指導実施施設であることを理解し、その在宅医療のサービスを受けるにあたり、必要な私に関する個人情報についてあいち診療所野並が連携する医療機関や居宅介護支援事業者等と必要な範囲において共有されることに同意します。

令和 年 月 日

患者様ご氏名

印

住所

電話番号

患者様との続柄

ご家族のご署名

印

電話番号