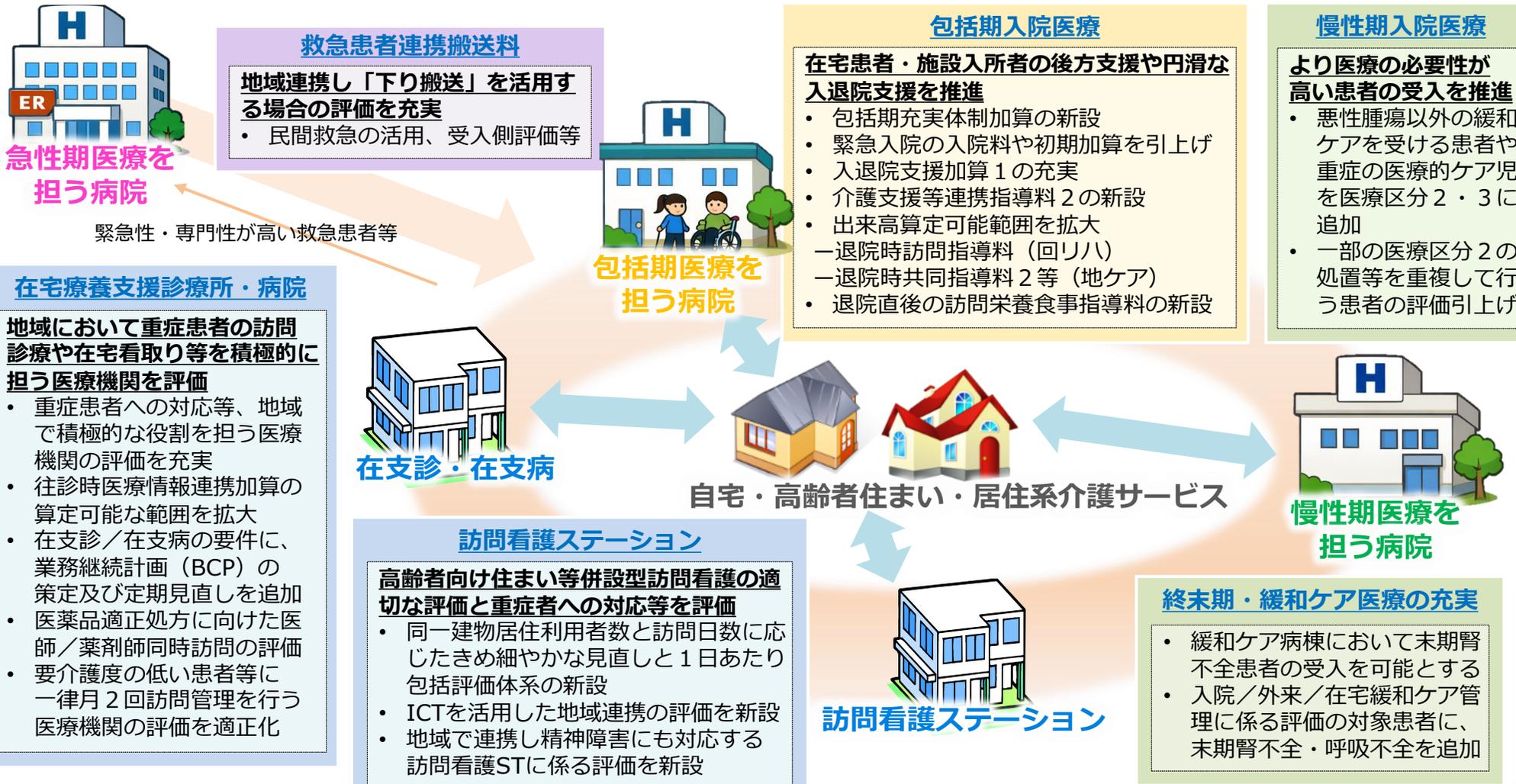


令和8年度診療報酬改定

8. 質の高い在宅医療の推進

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



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。

在宅医療充実体制加算の新設①

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

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、**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、在宅医療充実体制加算に名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。**

現行

【在宅時医学総合管理料】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

- | | |
|----------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 400点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 200点 |
| (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 | 100点 |
| (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 | 85点 |
| (5) (1)から(4)まで以外の場合 | 75点 |

【施設入居時等医学総合管理料】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

- | | |
|----------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 300点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 150点 |
| (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 | 75点 |
| (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 | 63点 |
| (5) (1)から(4)まで以外の場合 | 56点 |

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点

【ターミナルケア加算】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点

【在宅がん医療総合診療料】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点

【施設基準】

在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

改定後

【在宅時医学総合管理料】

在宅医療充実体制加算

- | | |
|----------------------------|-------------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 800点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 400点 |
| (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 | 200点 |
| (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 | 170点 |
| (5) (1)から(4)まで以外の場合 | 150点 |

【施設入居時等医学総合管理料】

在宅医療充実体制加算

- | | |
|----------------------------|-------------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 600点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 300点 |
| (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 | 150点 |
| (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 | 126点 |
| (5) (1)から(4)まで以外の場合 | 112点 |

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

在宅医療充実体制加算 200点

【ターミナルケア加算】

在宅医療充実体制加算 2,000点

【在宅がん医療総合診療料】

在宅医療充実体制加算 300点

【施設基準】

地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。



在宅医療充実体制加算の新設②

在宅医療充実体制加算の施設基準

▶ **地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療**を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

[具体的な要件の概要]

充実した人員等の体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上配置していること。 ○ 機能強化型の在支診・病であって、自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保していること。
看取り・緩和ケア等の提供機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去1年間で、緊急往診の実績を30件以上かつ看取りの実績を30件以上有すること。 ○ 緩和ケア研修を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること。 ○ 末期の悪性腫瘍等の患者自らが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実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。 ○ 緩和ケア病棟又は在宅での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常勤の医師が在宅医療を担当していること。 ○ 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示等、患者への必要な情報提供を行うこと。
重症患者の診療体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関が在宅医療を提供する患者のうち、「別表第8の2」に該当する重症度の高い患者が2割以上であること。 ○ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であること。
ICTを活用した多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。
医師等の教育実績	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。(在宅医療に携わるものに限る。) <ul style="list-style-type: none"> ・ 大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生の受入 ・ 協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医の受入 ・ 内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医の受入 ・ 地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師（研修医を含む。）の受入
在宅データの提出	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅データ提出加算に係る届出を行っていることが望ましいこと。

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	○	○	○

在宅療養支援診療所・病院の見直し①

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の細分化

- 連携型機能強化型在宅療養支援診療所において、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。**

現行

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア・イ （略）

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、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こと。（後略）

エ～ツ （略）



改定後

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件の**いずれかに**該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 以下の要件のいずれにも該当すること。

①・② （略）

③ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、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こと。**また、当該保険医療機関において普段から訪問診療等（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）を行う医師による、連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保していること。**（後略）

④～⑱ （略）

イ 以下の要件のいずれにも該当すること。

※現行と同様

※ 機能強化型在宅療養支援診療所としての点数（往診加算、在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料）は、今後はアのみが対象となり、イの場合（現行の機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準のうちアを満たさない場合）は在宅療養支援診療所としての点数を算定する。

なお、アが連携型機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準を満たすためには、引き続き、ア・イのいずれと連携することも可能。

在宅療養支援診療所・病院の見直し②

第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

- 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**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。**

現行

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】

診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア (略)

イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との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こと。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、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こと。（後略）

エ～ツ (略)

改定後

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】

診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア (略)

イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との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こと。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。**また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担当する場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受けられる体制を確保していること。**

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、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こと。

（中略）**なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下であること。**

エ～ツ (略)

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

在宅療養支援診療所・病院の見直し③

業務継続計画の策定

- ▶ 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、在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
(新設)



改定後

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
「BCP策定の手引き」(厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成)等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画(以下この項において「業務継続計画」という。)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。

看取り数等の報告要件の削除

- ▶ 業務の簡素化を図る観点から、看取り数等の報告に係る要件を削除する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。



改定後

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
(削除)

へき地診療所における在宅時医学総合管理料等の見直し

へき地診療所における常勤医師要件の緩和

- 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。

現行

【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】 【施設基準】

- 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に関する施設基準
(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。
 - （略）
 - 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。



改定後

【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】 【施設基準】

- 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に関する施設基準
(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。
 - （略）
 - 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。ただし、当該保険医療機関が「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であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保において当該へき地診療所と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においても勤務している場合においては、常勤でなくても差し支えない。

在宅医療情報連携加算の見直し

使用可能なICTの要件等の明確化

- 在宅医療情報連携加算について、適切な情報連携体制を整備する観点から、使用することができるICTの要件等について、明確化を行う。

現行

【在宅医療情報連携加算】

【施設基準】

- (1) 連携機関とICTを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること。

(新設)

- (3) 地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には、連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有については、この限りでない。

- (2)・(4)・(5) (略)



※ 在宅歯科医療情報連携加算についても同様。

改定後

【在宅医療情報連携加算】

【施設基準】

- (1) 連携機関とICTを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること。

- (2) (1)の体制は、以下の全ての要件を満たすものであること。

ア 記録された患者の診療情報等については、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。

イ 診療情報等の共有について、患者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち、患者が同意した者のみにおいて、保管された当該情報の共有がICTを用いて行われるものであること。

ウ 参加者の範囲を随時設定することが可能であること。なお、情報の内容に応じて、参加者のうち情報共有される者の範囲を任意に設定できるICTを用いることが望ましい。

エ 参加者が、保管された当該情報について、常時、閲覧・取得を行うことが可能であること。なお、保管された当該情報が、患者ごとに、時系列で速やかに表示されるICTを用いること。

オ 参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。なお、文字情報の共有だけではなく、画像・映像の共有等の機能を有するICTを用いることが望ましい。

カ 体制の整備にあたっては、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（HISPRO）が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートSNSに係る事項を参考とすること。

キ 安全な通信環境を確保するために、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考とすること。

- (4) 地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には、当該体制を運営する関係者の間で定めた取り決めに基づき、連携体制を構築すること。なお、連携体制が煩雑なものとならないよう、地域で同一の連携体制を構築することが望ましい。

- (3)・(5)・(6) (略)



協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

- **協力対象施設入所者入院加算**及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回**に見直す。

現行

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ICTによる情報連携をしている場合）

- ・ 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- ・ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針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を実施していること。

（ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**1月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。



改定後

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ICTによる情報連携をしている場合）

- ・ 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- ・ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること*。

*当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に2件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は**年に1回以上**の頻度であれば良い。

外来医師過多区域に関する対応

外来医師過多区域に関する対応

- 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について、**機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療料及び小児かかりつけ診療料の算定並びに在宅療養支援診療所の届出を不可**とする。

現行	改定後
<p>【機能強化加算】 [施設基準] 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1)~(3) (略) (新設)</p>	<p>【機能強化加算】 [施設基準] 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1)~(3) (略) (4) 健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。 ※ 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所についても同様。</p>

(参考)

○ **医療法（昭和23年法律第205号）【令和8年4月1日施行時点】**

第三十条の十八の六 都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

(中略)

6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

○ **健康保険法（大正11年法律第70号）【令和8年4月1日施行時点】**

(保険医療機関の期限付指定)

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかった場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

2 前項の規定により期限が付された第六十三条第三項第一号の指定については、前条第二項の規定は、適用しない。

(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	① <u>24時間の連絡応需体制</u> ② <u>24時間の往診体制</u> ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 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 ⑨ <u>業務継続計画の策定</u>			③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制		
	① <u>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>			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 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		
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 ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 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 ③ <u>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</u>	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 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	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 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 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
	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2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		

※ 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。

外来様式1の見直し

外来様式1の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から観点から、調査項目の新設を行う。

削除する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

身長	脳卒中の初発の種類（既往含む）
体重	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
入院の有無	慢性腎臓病の診断年月
入院時のICD10コード	高尿酸血症の有無
脂質異常症-診断年月	高尿酸血症の診断年月
リスク分類・LDLコレステロール	尿酸値
糖尿病-診断年月	高血圧症-診断年月
血糖コントロール（HbA1c）	血圧分類
慢性合併症：網膜症	リスク層
慢性合併症：腎症	収縮期血圧
慢性合併症：神経障害	拡張期血圧
急性大動脈解離の有無（初発）	喫煙区分
急性大動脈解離の初発の発症年月	1日の喫煙本数
急性冠症候群の初発の種類（既往含む）	喫煙年数

在宅データ提出加算

NRS
ブリストルスケール
褥瘡の状態
がん-ステージ分類
TNM分類

新設する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

認知症の有無	特定健康診査の受診の有無
介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	特定健康診査の受診日

在宅データ提出加算

別表第8の3に掲げる患者の状態

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

月2回以上訪問診療区分における重症患者割合要件の新設

- ▶ 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、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「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く。）」の算定に当たって、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2割以上であることを要件に追加する。

改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

注16 **月2回以上訪問診療を行っている場合**（1のイの(2)、1のイの(3)、1のロの(2)、1のロの(3)、2のロ、2のハ、3のロ及び3のハ）**について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、月1回訪問診療を行っている場合**（それぞれ1のイの(4)、1のイの(4)、1のロの(4)、1のロの(4)、2のニ、2のニ、3のニ及び3のニ）**を算定する。**

[別に厚生労働大臣が定める基準]

以下のいずれかに該当すること。

- 直近3か月に、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が30月未満であること。
- 直近3か月に、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が30月以上であり、次を満たすこと。

$$\left(\begin{array}{l} \text{在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の} \\ \text{「別に厚生労働大臣が定める状態の患者} \\ \text{〈別表第8の2に該当する患者〉に対し、} \\ \text{月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を} \\ \text{月2回以上算定し、} \\ \text{包括的支援加算を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{l} \text{在宅がん医療総合診療料} \\ \text{を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right) \geq 0.2$$

$$\left(\begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数} \\ \text{(注1)} \end{array} \right)$$

注1 ただし、当該保険医療機関において、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、当該保険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は、当該患者数に3月を乗じた月数を差し引くことができる。

※ 当該基準の該当可否については、毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合は同月中に速やかに届出を行うこと。

(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)

- 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
- 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

(参考) 令和8年度改定事項と在医総管・施設総管の関係

② 連携型機能強化型在支診の細分化

③ 第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

	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)					連携型機能強化型在支診 (往診体制未確保)・ 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~
在宅時																				
医学総合管理料																				
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	2,335点	2,010点	1,765点	3,535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

① 月2回区分における重症患者割合要件の新設

※ 矢印は各要件を満たさない場合に算定する区分を示す。

医師と薬剤師の同時訪問の推進

医
科

訪問診療薬剤師同時指導料の新設

- ▶ 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。

(新) 訪問診療薬剤師同時指導料 (6月に1回) 300点

[算定要件]

- 当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患家に同時に訪問し処方調整等の必要な対応を共同して行った場合に算定する。
- 患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患家における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患家において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施すること。
- 医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。
- 医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載すること。
- 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

調
剤

訪問薬剤管理医師同時指導料の新設

(新) 訪問薬剤管理医師同時指導料 (6月に1回) 150点

[算定要件]

- 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対し、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に患家を訪問し、薬学的管理指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
- 算定対象患者は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（いずれも個人宅への訪問の場合に限る。）を算定する患者とする。
- 同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、当該患家の患者の主治医であるものとする。
- 在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の服薬管理等に係る要件の見直し

- 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、診療の際、**患家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**とする。
- 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への**処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化**する。

現行

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】

【算定要件】

オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(イ) (略)

(ロ) 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ハ)～(ル) (略)



改定後

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】

【算定要件】

オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(イ) (略)

(ロ) 他の保険医療機関と連携**並びに**オンライン資格確認**及び電子処方箋システム等**を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。**また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、**担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ハ)～(ル) (略)

在宅時医学総合管理料等の要件の新設

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料において、**診療の際、患家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**とする。

現行

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

【算定要件】

(新設)



改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

【施設基準】

患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

- 保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、**「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。**

在宅療養指導管理材料加算の見直し

在宅療養指導管理材料加算の見直し

- 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。

現行

【在宅療養指導管理材料加算】

[算定要件]

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。



改定後

【在宅療養指導管理材料加算】

[算定要件]

通則

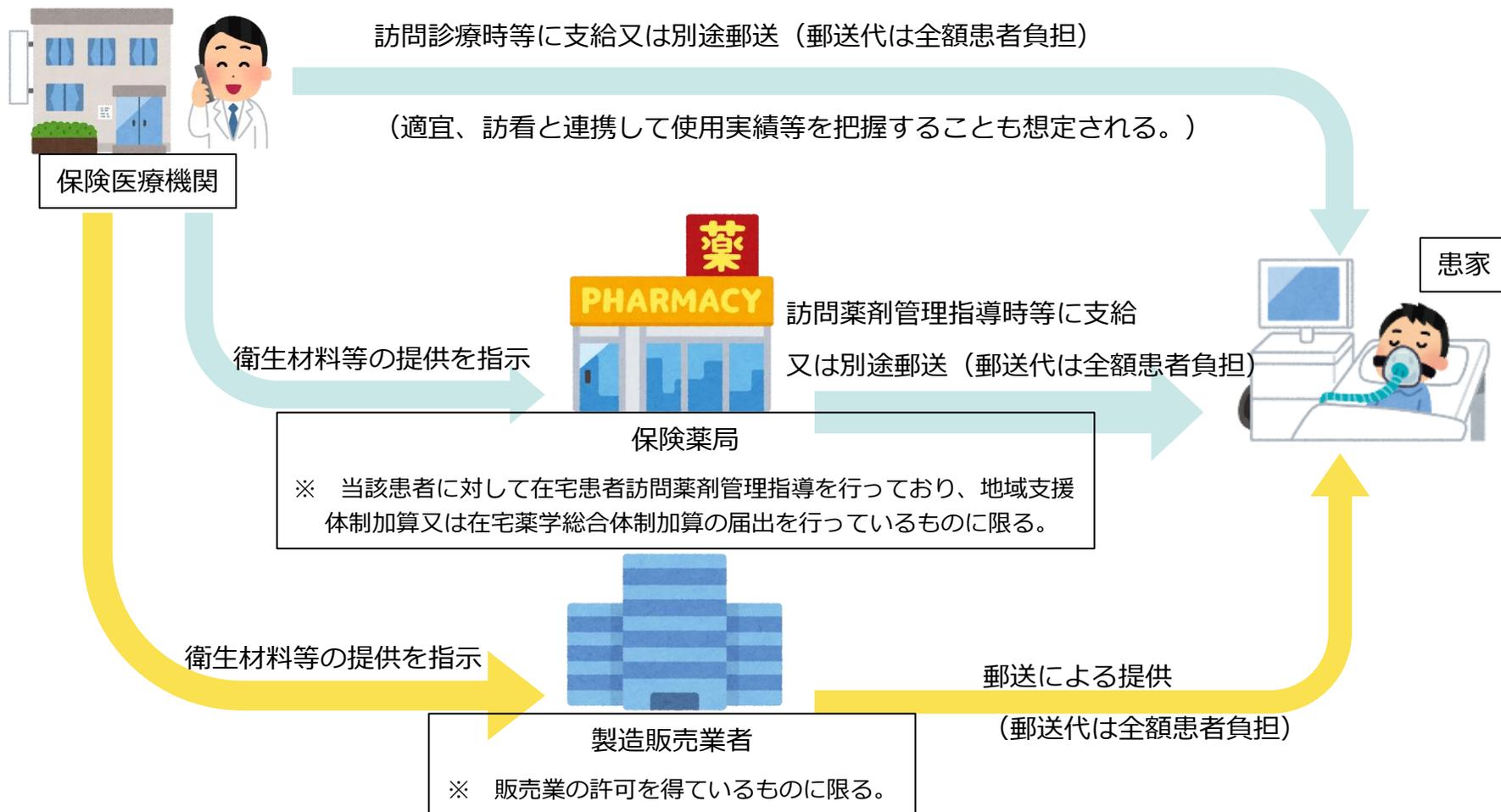
- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、**3月に3回**に限り算定する。

在宅療養指導管理材料加算の一覧		改定前	改定後		
C151 注入器加算	C166 携帯型ディスポーサブル注入ポンプ加算	月1回算定			
C153 注入器用注射針加算	C167 疼痛管理用送信機加算				
C154 紫外線殺菌機加算	C168 携帯型精密輸液ポンプ加算				
C155 自動腹膜灌流装置加算	C168-2 携帯型精密ネブライザー加算				
C156 透析液供給装置加算	C169 気管切開患者用人工鼻加算				
C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	C170 排痰補助装置加算				
C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算	C173 横隔神経電気刺激装置加算				
C164 人工呼吸器加算	C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算				
C152 間歇注入シリンジポンプ加算	C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算			2月に2回算定可能	3月に3回算定可能
C152-2 持続血糖測定器加算	C161 注入ポンプ加算				
C152-3 経腸投薬用ポンプ加算					
通則3 乳幼児呼吸管理材料加算	C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	3月に3回算定可能			
C150 自己血糖測定器加算	C171 在宅酸素療法材料加算				
C157 酸素ボンベ加算	C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算				
C158 酸素濃縮装置加算	C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算				
C159 液化酸素装置加算	C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算				
C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	C174 在宅ハイフローセラピー装置加算				
C163 特殊カテーテル加算					

在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

- 医師が支給を決定した衛生材料及び特定保険医療材料について、医療機関や薬局からの送付だけでなく、**医師の指示に基づき製造販売業者（販売業の許可を得ているものに限る。）から自宅に直接郵送できる**こととする。



退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設

- ▶ 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院後訪問栄養食事指導料 (1回につき) 530点

[対象患者]

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる **特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**

[算定要件]

- 保険医療機関を退院した対象患者に対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、**当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導**を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して **1月以内 (退院日を除く。)**の期間に限り、**4回**を限度として算定する。
- この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

退院した日から1月以内

1月超～

(新) 退院後訪問栄養食事指導料 (4回まで)

- ✗ 併算定不可
 - ・ 外来栄養食事指導料
 - ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料 (管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】)

引き続き、栄養食事指導が必要な場合は、下記を算定可

- ・ 外来栄養食事指導料
- ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料 (管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】)



遠隔連携診療料の評価の拡大①

遠隔連携診療料の見直し①

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

現行

【遠隔連携診療料】

- | | |
|--------------|------|
| 1 診断を目的とする場合 | 750点 |
| 2 その他の場合 | 500点 |

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。



改定後

【遠隔連携診療料】

- | | |
|------------------|-------------|
| 1 外来診療の場合 | 900点 |
| 2 訪問診療の場合 | 900点 |
| 3 入院診療の場合 | 900点 |

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**対面診療を行っている入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**診断又は治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者**のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**入院中の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

遠隔連携診療料の評価の拡大②

遠隔連携診療料の見直し②

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

	対象患者	遠隔診療を行う保険医療機関
外来診療 の場合	・ 指定難病の患者※ ¹	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	・ てんかんの患者※ ¹ ※ ²	てんかん診療拠点機関
	・ 希少がんの患者※ ¹	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	・ 小児慢性特定疾患医療支援の対象患者※ ¹	特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関
	・ 医療的ケア児（者）	
	・ 悪性腫瘍の患者（治療中のものに限る） ・ 膠原病の患者（治療中のものに限る） ・ 慢性維持透析の患者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
訪問診療 の場合	・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
	・ 医療的ケア児（者）	
	・ 外来緩和ケア管理料の対象患者	外来緩和ケア管理料を届け出た保険医療機関
入院診療 の場合	・ 指定難病の患者	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	・ 希少がんの患者 ・ 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	・ 小児慢性特定疾患医療支援の対象患者	特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関
	・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関

注) 青字の対象患者については、当該保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限る。

※¹ 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

※² 外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。

医療機関間連携による腹膜透析管理の推進

在宅自己腹膜灌流指導管理料の見直し

- 腹膜透析の管理を行う医療機関が乏しい二次医療圏が多いことを踏まえ、腹膜透析を導入する基幹病院とかかりつけ医の連携により、そうした地域の患者にとっての医療アクセスを確保しつつ、質の高い管理を提供することが可能となるよう、在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価を見直す。

現行

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】	
在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
(新設)	
(新設)	
注1～3 (略)	
(新設)	



改定後

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】	
在宅自己腹膜灌流指導管理料	
1 在宅自己腹膜灌流指導管理料 1	4,000点
2 在宅自己腹膜灌流指導管理料 2	1,500点
注1～3 (略)	
4 在宅自己腹膜灌流指導管理料 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、 当該指導管理料 1 を算定している他の保険医療機関の求めに応じて指導管理を行った場合に、一連の治療につき 2 回に限り算定 する。	

【算定要件 (通知)】

- 在宅自己腹膜灌流指導管理料 2 は、在宅自己腹膜灌流指導管理料 1 を算定する他の保険医療機関において当該患者が以下のアからオのいずれかに該当すると判断された場合であって、当該他の保険医療機関の求めを受けて指導管理を行った場合に、一連の治療につき 2 回に限り算定できる。
 - ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
 - イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
 - ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
 - エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
 - オ その他医師が特に必要と認めるもの

【施設基準 (通知)】

- (1) 腹膜透析の診療の経験を 5 年以上有している常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- (2) 以下のア又はイの手術を **年間 3 例以上実施**していること。
 - ア 連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術
 - イ 腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術
- (3) 必要に応じて、当該保険医療機関の病床において、**入院可能な体制**を有していること。
- (4) **在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関との連携体制を構築**していること。

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

末期呼吸器疾患患者及び末期腎不全患者に対する緩和ケア

- 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に**末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加える**。

現行

【A226-2 緩和ケア診療加算】

【B001 24 外来緩和ケア管理料】

〔算定要件（通知）〕

- (1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】

3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点

注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する

[対象患者]

- 末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。
 - ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施している。
 - ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。
- 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。
 - ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 器質的な腎障害により、適切な治療に関わらず慢性的に日本腎臓学会CKD重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態。
 - ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。
 - エ Palliative Performance Scale (PPS) が40%以下である。
 - オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。

改定後

【A226-2 緩和ケア診療加算】

【B001 24 外来緩和ケア管理料】

〔算定要件（通知）〕

- (1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、**末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全**の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】

3 心不全、呼吸器疾患**又は腎不全**の場合 1,500点

注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患**又は腎不全**の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

※ 注入ポンプ加算、携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算についても同様



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 在宅ハイフローセラピー指導管理料について、適切な治療にかかわらず重度の低酸素血症の改善が見込めない状態の呼吸器疾患患者が、入院中に高濃度酸素ハイフローセラピーを導入された後に、在宅で治療継続を希望する場合について、その指導管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅ハイフローセラピー指導管理料2 2,400点

[算定要件]

在宅ハイフローセラピーを行っている重度の低酸素血症の患者のうち、入院中の患者以外の患者に対して、高濃度の酸素吸入を伴う在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。

[対象患者]

以下のいずれも満たす重度の低酸素血症の患者であって、在宅で高濃度の酸素吸入（吸入酸素濃度（FiO₂）60%以上）を伴うハイフローセラピーを行うことが適当と医師が認めた者

- 間質性肺炎、急性呼吸窮迫症候群、重症肺炎等の呼吸器疾患に対し、入院による適切な治療が行われたにもかかわらず、常時、高濃度の酸素吸入（吸入酸素濃度（FiO₂）60%以上）を要する重度の低酸素血症が持続していること。
- 在宅において高濃度酸素ハイフローセラピーを開始する直前まで、低酸素血症の原疾患に対する治療目的に入院しており、当該入院中に高濃度の酸素吸入を伴うハイフローセラピーが開始され、離脱が困難であること。
- 適切な治療にかかわらず、原疾患の改善が見込めない状態であること。
- 上記の状態を十分に理解したうえで、患者本人が気管挿管又は気管切開による呼吸管理を希望せず、在宅における療養を希望していること。



保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- 各厚生(支)局あての申請・届出の一部については、オンライン申請が可能となっています。オンライン申請のメリットをご確認いただき、ぜひご利用をお願いします。

オンライン申請の特徴

- **いつでも申請可能で、即時受付されます。**
サービス時間内（月曜日～土曜日（8時～21時））であれば、いつでも提出可能です。
また、オンライン申請した内容は即時に受付され、審査状況の確認が可能です。
- **時間・費用が効率化できます。**
紙の申請様式を作成する時間や郵送にかかる時間が削減できます。
郵送費用が節約でき、ペーパーレス化を図ることができます。
- **再提出のリスクを軽減できます。**
システムが入力漏れや入力誤り等の最低限の入力チェック機能を備えているため、申請を行う前の点検が容易になり、差戻し等のリスクを軽減できます。

保険医療機関等の指定に係る各種届出、324施設基準の届出がオンライン申請可能です

※R8.1.26時点

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

➤ 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

ログイン

ログイン情報を入力してください。

ユーザID

45M00002X

パスワード

.....

ログイン

※ パスワードを忘れた方は[こちら](#)

トップ > 施設基準の届出等

施設基準の届出等

届出・申請書を選択する

種類

- 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出
- 施設基準等の届出
- 施設基準に係る辞退届
- 酸素の購入価格の届出

対象

- 1. 種別
 - 医科
 - 歯科
 - 薬局

2. 届出名称 必須

「施設基準名を入力」またはプルダウンで選択する

保存されたデータ
情報通信機器を用いた診療に係る基準
機能強化加算
外来感染対策向上加算
連携強化加算
サーベイランス強化加算
抗菌薬適正使用体制加算

戻る

- 専用画面からログインし、申請したい届出等を検索後、作成する様式等を選択をします。
- 様式によっては添付にて申請を行っていただくものもございます。

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算1

時間外対応加算 1

届出状況

作成中

様式を選択する

順番	届出書類	提出する	状態	操作
1	別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書	<input checked="" type="checkbox"/>	未入力	入力 <input type="button" value="D"/>
2	様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類	<input type="checkbox"/>	未入力	入力 <input type="button" value="D"/>

添付書類を選択する

順番	届出書類	操作	ファイル名
1	添付書類	ファイル選択 <input type="button" value="D"/>	-----
2	添付書類	ファイル選択 <input type="button" value="D"/>	-----

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- ▶ オンライン申請を行う「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用方法は、各厚生（支）局のホームページに詳細を示しておりますので、ご参照ください。

オンライン申請の利用方法

- 「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用にあたっては、オンライン請求ネットワークへ接続された端末と、専用のID・パスワードが必要です。ID・パスワードが分からない場合、再発行が可能ですので各厚生（支）局のホームページのチャットボットからお問い合わせください。

↓ ↓詳しくは、管轄の各厚生（支）局のホームページをご参照ください↓ ↓



システム解説動画

- 厚生労働省のYoutube公式チャンネル内の再生リスト「保険医療機関等電子申請・届出等システムについて」では、システム利用のためのセットアップ手順を動画形式で確認できます。また、よく使われる手続きを例に、オンライン申請の詳細な手順を、実際の操作画面と併せて解説しております。

↓ ↓下記のURLからぜひ動画をご覧ください↓ ↓

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgSb6dLP4zmNropige5BoOp>

