

質の高い在宅医療・訪問看護の推進

在宅医療・訪問看護のポイント

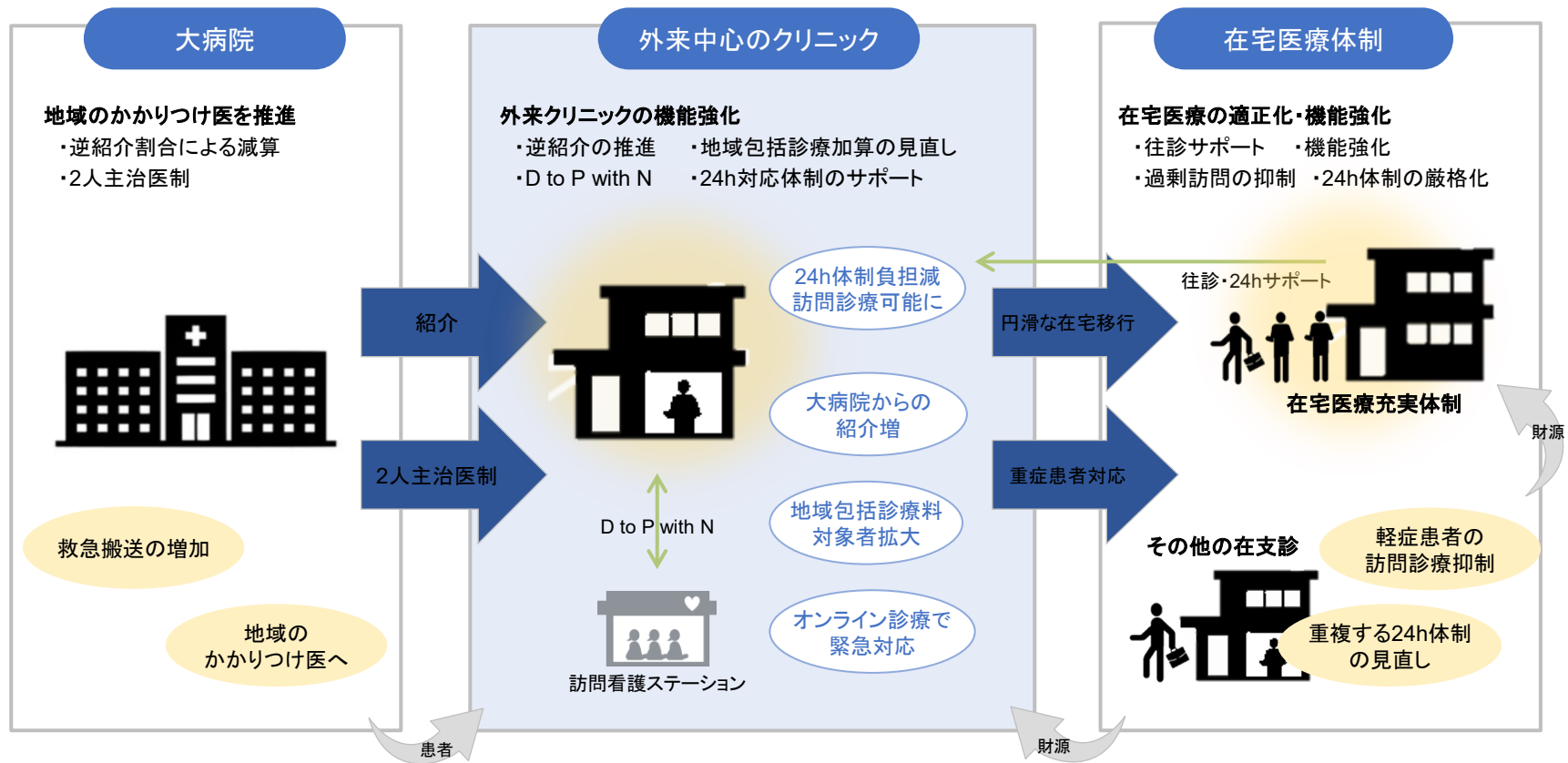
24時間365日の体制で、重症患者中心にした在宅医療を後押しするべく施設基準を厳格化。人口減少地域等での体制確保が重視され、人口少数地域において外来・在宅医療の確保支援や緊急入院受入を行う病院を評価する「医療提供機能連携確保加算」(入院初日600点、医学管理50点)が新設されます。また、在宅療養支援診療所等の機能強化として、継続的な賃上げを実施している場合のベースアップ評価料の区分が設けられます

- **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(要件を満たせば2倍に):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
- 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:**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
- 在宅療養支援診療所・病院の見直し:**第三者(株式会社等)によって24時間連絡体制等を確保する場合の要件明確化**
- **業務継続計画(BCP)**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。
- **薬剤師同行訪問**:「訪問診療薬剤師同時指導料」(300点、6月に1回)を新設。
- 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
- 在医総管(含む施設)で、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**
- **へき地診療所の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**

都市部在支診偏重 → かかりつけ医を軸とした地域医療体制 を重視

(改定前の課題)

- 外来需要縮小が見込まれている中で、外来クリニックの新たな役割や出口戦略が課題。
- 在宅療養支援診療所は高い収益を上げているとの調査もあり、地域への還元のあり方も論点に。
- 軽症患者への過剰な訪問診療など、医療費抑制の必要性も。



(改定の方向性)

- 外来クリニックの訪問診療参加を促進 (在支診よりも優先)
- 外来→在宅医療の円滑な移行と、都市部以外の地域での在宅医療の担い手拡大を図る

在宅医療充実体制加算(旧:在宅緩和ケア充実診療所・病院加算)

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-①

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。	

1. 名称の変更

【現行】在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
 →【改定】在宅医療充実体制加算に名称変更。

2. 施設基準の見直し

名称変更に伴い、施設に求められる要件(施設基準)の焦点が「緩和ケア」から「重症な在宅患者の診療」へと変更されます。

- 【現行】「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】「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」

3. 評価(算定点数)の大幅な引き上げ

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、各医学管理料等における加算点数が、**現行の2倍の点数へと大幅に引き上げ。**

在宅医療充実体制加算の新設

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-①

在宅医療充実体制加算の新設②

加算が倍増

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。
I C T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	○	○	○

退院後訪問栄養食事指導料

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-③

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】)

1. 算定回数・期間の限度

- 算定期間: 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)の期間に限定。
- 算定回数: 上記の期間内に4回を限度として算定可能。

2. 対象となる患者

以下のいずれかに該当し、円滑な在宅療養への移行・継続のために支援が必要な患者が対象。

- 疾病治療の直接手段として、医師が発行する食事箋に基づく「特別食」を必要とする患者
※特別食の例: 腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、小児食物アレルギー食など(単なる流動食や軟食は除く)
- がん患者
- 摂食機能または嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

4. その他の留意点(併算定・交通費等)

- 交通費の取り扱い: 指導に要した交通費は、患者の負担(実費)。
- 併算定不可の項目: この点数を算定する場合、同じ期間に「外来栄養食事指導料」や「在宅患者訪問栄養食事指導料」を別に算定できない。

機能強化型在支診・在支診の24時間対応体制の厳格化

令和8年度診療報酬改定

(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 24時間の連絡応需体制 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		② 24時間の往診体制 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	③ 24時間の訪問看護体制 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ④ 緊急時の入院体制 ⑨ 業務継続計画の策定		
	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			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 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 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	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。

14

機能強化型在支診・在支診の24時間対応体制の厳格化

施設類型 (在医総管等)	機能強化型在支診(単独・連携) ※在支病は別	従来の在支診病	在支診病以外
患者への案内	往診担当医氏名、担当日等を文書で患者に提供		
コール体制	コールセンターが担う場合は、 <u>①あらかじめ患者に説明、②コールセンターからの連絡を24時間対応</u> (自院でコール体制がある場合は問題ない)		
往診体制	<ul style="list-style-type: none"> 連携体制等で確保 自院で平時から訪問診療を行っている医師による往診体制(月4回以上)を確保 (医師の条件) <ul style="list-style-type: none"> ①前日からカルテ閲覧可能 ②担当医師と方針を共有 ③当該医療機関で往診10回以上 		
	<u>もし予定外の往診医になった場合でも、</u> <u>①往診日以前に常勤医師と事前面談</u> <u>②診療方針等の共有を行っている</u>		

満たせない場合は、在支診以外 →

満たせない場合は、従来の在支診 →

満たせない場合は、在支診以外 →

月2回以上訪問診療を行う患者の対象の厳格化

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

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。

1. 施設基準の厳格化(重症患者割合の要件化)

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料「月2回以上訪問診療を行っている場合」の点数を算定する患者数に占める重症度の高い患者が2割以上
- 具体的には、以下のいずれかを満たす必要がある。
 - 当該医療機関において、**月2回以上訪問診療を行う患者の延べ診療月数が30月未満**
 - **月2回以上訪問診療を行う患者数に占める、「特掲診療料の施設基準等別表第8の2」または「別表第8の3」に該当する患者の割合が2割以上**であること。

2. 基準を満たさない場合の減算措置

- 基準を満たさない場合、「月2回以上訪問診療を行っている場合」に代えて、「**月1回訪問を行っている場合**」を算定する。

(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

① 月2回区分における重症患者割合要件の新設

	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	2,355点	2,010点	1,765点	3,355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 (つち2月日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 (つち2月日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

※ 矢印は各要件を満たさない場合に算定する区分を示す。

在宅療養支援診療所・病院の施設基準にBCP(業務継続計画)の策定・定期的な見直しが追加

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-②

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)

【在宅療養支援診療所】

[施設基準]

六 在宅療養支援診療所の施設基準

次のいずれかに該当するものであること。

(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ～タ(略)

レ 業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うこと。

[経過措置]

令和8年3月31日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、第三の六の(1)のレに該当するものとする。

※ 機能強化型(連携型)在宅療養支援診療所・病院及び機能強化型ではない在宅療養支援診療所・病院についても同様。

第三者の利用による24時間連絡体制・往診体制の確保の要件の明確化

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

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して連絡先電話番号等、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して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）

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

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して連絡先電話番号等、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して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う場合は、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）

1. 24時間連絡体制をコールセンター等に委託する場合

患者や家族に提供する24時間の連絡先について、医療機関のスタッフではなくコールセンター等（第三者）が一次受けを担う場合は、以下の対応が必須となる。

- **連絡先がコールセンター等であることを、あらかじめ患者等に説明しておくこと。**
- **医療機関側は、そのコールセンター等からの連絡を24時間いつでも受けられる体制を確保していること。**

2. 事前に知らせていない外部の医師等が往診する場合

- 原則として、24時間往診体制を確保するにあたっては「往診担当医の氏名や担当日」を事前に文書で患者に提供する必要がある。
- **やむを得ない事情で、事前に氏名を伝えていない医師（外部の往診代行サービスの医師など）が往診を行う場合は、以下の条件を満たさなければならない。**
 - **事前の面談と情報共有**

在宅療養指導管理材料加算 3月に3回の算定に統一化

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-⑦

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

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

21

【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。**

訪問診療薬剤師同時指導料(300点) <新設>

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-⑧

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、患者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、患者における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患者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者を訪問し、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。

(新) 訪問診療薬剤師同時指導料(6月に1回) 300点

[算定要件]

(1) 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者(施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。)であって、通院が困難なものに対して、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を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と**同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。**

(2) 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、**第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。**

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**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**処方箋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、患者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**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】
患者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。**

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 へき地診療所

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-⑩

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】

- 1 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。
ア (略)
イ 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】

- 1 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。
ア (略)
イ 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】

- 1 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。

ア (略)

イ 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同意していない患者の情報については、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)



訪問看護のポイント

物価高騰対応として「訪問看護物価対応料」が新設されます。また、同一建物居住者への訪問については、利用者の人数等に応じたきめ細かな評価へと見直され、効率性と公平性の観点から適正化が図られます。また包括評価も新設されます。精神科訪問看護においても地域連携を評価する新たな区分が検討されています。

- 「訪問看護物価対応料」の新設:月の初回の訪問時に60円(R9年度は120円)等を加算。
- 同一建物居住者への訪問看護の適正化:
同一建物内の利用者数や訪問回数に応じたきめ細かな評価に見直し、効率性を反映
同一建物居住者への訪問看護について、1日当たりの包括評価体系(包括型訪問看護療養費)の導入
- 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価:精神科訪問看護利用者等を受け入れ、地域の関係機関と連携する体制が整備された場合を、機能強化型訪問看護管理療養費において新たに評価する。

訪問看護に関する診療報酬改定の全体像

適正な訪問看護提供体制の構築の推進

- 適正な訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護の運営基準や療養担当規則等の見直しを行う。
 - 適正な訪問看護の推進
訪問看護の実施にあたって漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことや、記録書等に訪問開始時刻と終了時刻等を記載することを明記する。
 - 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し
適正な手続きの確保、健全な運営の確保、経済上の利益の提供による誘引や誘導の禁止、事故発生時等の安全管理の体制確保等を新たに規定する。
 - 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し
経済上の利益の提供による特定の訪問看護ステーションや介護サービス事業者等への誘導の禁止を新たに規定する。

利用者のニーズに応じた訪問看護の推進

- 利用者のニーズに応じた質の高い訪問看護を推進する観点から、機能強化型訪問看護管理療養費等の見直しを行う。
 - 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価
支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、地域の関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションを機能強化型訪問看護管理療養費において新たに評価する。
 - 訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の評価を新設する。

同一建物居住者等への訪問看護の見直し

- 同一建物（単一建物）に居住する利用者への訪問看護について、人数や訪問日数に応じたきめ細かな評価に見直すとともに、1日当たりの包括で評価する体系を新設する。
 - 訪問看護管理療養費の見直し
月の初日の評価を充実するとともに、月の2日目以降は訪問看護管理療養費1と2を統合及び施設基準の届出を不要とし、1月当たりの訪問日数及び単一建物に居住する利用者数によって評価を細分化する。
 - 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し
訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合の訪問看護の時間とは30分以上を標準とし、20分を下回るものは算定できないこと、及び同一敷地内の建物も同一建物とすること等の規定を設ける。
訪問看護基本療養費（Ⅱ）等やその加算について、1月当たりの訪問日数や建物内の訪問看護実施人数等に応じたきめ細かな評価に見直す。
 - 包括型訪問看護療養費の新設
高齢者向け住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（別表第7、別表第8又は特別訪問看護指示）に対して、24時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の1日当たりで算定する包括型訪問看護療養費を新設する。

23

適正な訪問看護提供体制 の構築の推進

- 看護実施時間の記載
- 運営基準見直し

同一建物居住者等への訪 問看護の見直し

- 評価細分化
- 包括型訪問看護新設

ニーズに応じた質の高い 訪問看護の推進

- 難病/乳幼児等への対応
- 精神科訪問看護の充実

ICT・DX 業務効率化

- ICTを用いた連携
- DtoPwithNの推進
- 書面の捺印廃止

適正な訪問看護の推進【訪問看護計画に沿った看護、訪問看護時間の記録】

- 指定訪問看護の実施にあたって利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことを明記する。

【算定留意事項通知】

【第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

- 2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については30分から1時間30分程度を標準とする。なお、標準の実施時間に応じた訪問看護計画を作成し、当該計画に基づき訪問したが、訪問時の利用者側のやむを得ない事情により標準の時間を下回る指定訪問看護の実施となった場合等を除き、標準の時間を下回る指定訪問看護の実施が、同一日に、同一の利用者に複数回又は複数の利用者に行われるなど、頻繁に行われている場合には、指定訪問看護を実施したとは認められないことに留意すること。
- 3 指定訪問看護の実施にあたっては、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」第14条第1項に規定しているように、利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものとならないよう、看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこと。利用者の心身の状況等を踏まえずに一律に指定訪問看護の日数、回数、実施時間及び人数（この項において「指定訪問看護の日数等」という。）を定めることや、定期的な指定訪問看護を実施していない者が指定訪問看護の日数等を定めることは認められないことに留意すること。
- 4 指定訪問看護の提供に当たっては、目標達成の程度及びその効果等について評価を行うとともに、評価に関する内容を訪問看護記録書に記録すること。また、必要に応じて訪問看護計画書の見直しを行い、指定訪問看護の改善を図る等に努めなければならないものであること。

短時間・頻回の
訪問看護は認めず

- 指定訪問看護の実施に係る記録書等において、指定訪問看護の内容に係る評価の記載を求めるとともに、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載する必要があることを明確化する。

【算定留意事項通知】

【第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

- 6 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護の実施に要した時間等の概要・・・（略）・・・を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（実際の指定訪問看護の開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

開始時間/
終了時間の記録



人員および運営に関する基準見直し【キックバックの禁止】

- 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）を改正し、指定訪問看護事業者に対し、「適正な手続きの確保」、「健康保険事業の健全な運営の確保」、「経済上の利益の提供による誘引の禁止」及び「特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止」について義務付ける。

キックバック 禁止

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（適正な手続きの確保）

第五条の二 指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続き及び訪問看護療養費に関する費用の請求に係る手続きを適正に行わなければならない。

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第五条の三 指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

第五条の四 指定訪問看護事業者は、利用者に対して、第十三条の規定により受領する費用の額に応じて当該指定訪問看護事業者が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

2 指定訪問看護事業者は、他の事業者又はその従業員に対して、利用者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

（特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止）

第五条の五 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に関し、利用者に対して特定の医師を指定訪問看護の指示を行う主治の医師とするべき旨、又は次に掲げるサービスを提供する事業者等を利用するべき旨の指示等を行うこととの対償として、主治の医師又は当該事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）】

- イ 特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ハ 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
- ニ 指定介護予防特定施設入居者生活介護
- ホ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ヘ 指定居宅介護支援
- ト 指定介護予防支援



イ～トの事業者と併せて利用する事業者であって、当該事業者と特別の関係にある事業者

「併せて利用する事業者」に該当する場合としては、例えば、次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める事業者が該当するものであること。

- イ 患者が基準省令第5条の5第1号及び第2号並びに第4号から第7号までに掲げるサービスを利用するとき、同時に患者が居住する高齢者向け住まい等を設置・運営する事業者の事業を利用する場合 当該高齢者向け住まい等を設置・運営する事業者
- 患者に第1号から第7号までに掲げる事業者等を紹介・斡旋する事業者により、利用者が当該事業者の紹介を受け、紹介先の第1号から第7号までに掲げる事業者等を利用する場合 当該紹介・斡旋する事業者

処方時の対応

● 処方時の残薬確認

- ・在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。

● 処方箋様式の見直し

- ・処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「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」ことを可能とする。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供

調剤時の対応

● 薬局による残薬の確認と調整の評価

- ・調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときの評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

在宅訪問時の対応

● 訪問看護の情報連携推進（訪問看護の運営基準での明確化）

- ・指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定する。
- ・服薬状況については、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。

運営基準の見直し
(訪問看護記録への記載)

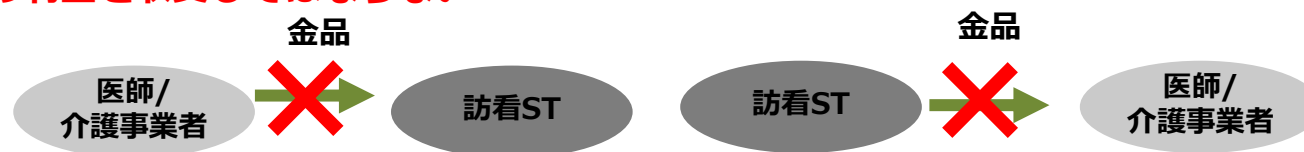
- **かかりつけ薬剤師**、**かかりつけ薬剤師**の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の推進を行うため、**(新)かかりつけ薬剤師訪問加算**を新設

【適正な訪問看護推進】

- 利用者の心身の状況等を踏まえずに**一律に**指定訪問看護の日数、回数、実施時間、人数（以下、指定訪問看護の日数等）を定めること、定期的な指定訪問看護を実施していない者が指定訪問看護の日数等を定めることは**認められない**
- **標準の時間（30－90分）を下回る指定訪問看護の実施**が、同一日に、同一利用者に複数回、または複数利用者に行われるなど、**頻繁に行われている場合**は、指定訪問看護を実施したとは認められない
- 訪問看護ステーションで記録・補完が求められる「訪問時間」は「**実際の指定訪問看護の開始時刻および終了時刻**」である（明確化）

【キックバックの禁止】

- 他事業者・その従業員に対して、**利用者を紹介する対価として金品を提供**することなどにより、利用者が自己の訪問看護を受けるように**誘引してはならない**
- 利用者に対して「特定の医師を訪問看護の指示を行う主治医とするべき旨、または介護保険サービス事業者・施設を利用するべき旨」の指示等を行うことの対償として、**主治医・介護事業者事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない**



【記録の整備】

- **指定訪問看護事業者が整備する記録の内容を以下のように明確化**するとともに、当該記録は正確かつ最新の内容を保つよう整備しなければならない旨を明確化する

＜訪問看護ステーションが整備する記録＞

- ・ 訪問看護記録書、訪問看護指示書、訪問看護計画書、訪問看護報告書
市町村等に対する情報提供書、市町村等との連絡調整に関する記録

- 残薬にかかる状況の記録を2年間保存をもとめる

単一建物への訪問看護の見直し【訪問看護管理療養費】

訪問看護管理療養費の見直し

- 月の初日の訪問看護管理療養費について評価を充実する。
- 月の2日目以降の訪問看護管理療養費について、訪問看護管理療養費1と2を統合し施設基準の届出を不要とするとともに、**訪問日数及び単一建物居住利用者の人数によって評価を細分化**する。

現行	改定後
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 13,230円 ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 10,030円 ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3 8,700円 ニ イから八まで以外の場合 7,670円 <p>2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 訪問看護管理療養費 1 3,000円 ロ 訪問看護管理療養費 2 2,500円 	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 13,760円 ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 10,460円 ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3 9,030円 ニ 機能強化型訪問看護管理療養費 4 9,030円 ホ イからニまで以外の場合 7,710円 <p>2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 単一建物居住利用者が20人未満 3,010円 ロ 単一建物居住利用者が20人以上50人未満 <ul style="list-style-type: none"> (1) 月15日目まで 2,510円 (2) 月16日目以降24日目まで 2,310円 (3) 月25日目以降 2,210円 ハ 単一建物居住利用者が50人以上 <ul style="list-style-type: none"> (1) 月15日目まで 2,410円 (2) 月16日目以降24日目まで 2,210円 (3) 月25日目以降 2,010円

<単一建物居住利用者の人数>
 当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、同月において当該訪問看護ステーションが訪問看護管理療養費又は包括型訪問看護療養費を算定する者の人数をいう。

[算定要件]

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイからニまでについては、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合（2については、**訪問日数及び単一建物居住利用者の人数に従う。**）に、訪問の都度算定する。

重症者割合の届出不要に

同一建物への訪問看護の見直し【訪問看護基本療養費Ⅱ】

訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の見直し

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等について、**1月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価**に見直す。

現行		
	同一日に2人	同一日に3人以上
イ 看護師等	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 2,780円 週4日目以降 3,280円
ロ 准看護師等	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 2,530円 週4日目以降 3,030円
ニ 理学療法士等	5,550円	2,780円



改定後			金額改定		
同一日の人数	2人	3人以上9人以下	10人以上19人以下	20人以上49人以下	50人以上
イ 看護師等	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 2,780円 週4日目以降 3,280円	月20日目まで 2,760円 月21日目以降 2,660円	月20日目まで 2,710円 月21日目以降 2,610円	月20日目まで 2,610円 月21日目以降 2,510円
ロ 准看護師等	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 2,530円 週4日目以降 3,030円	月20日目まで 2,520円 月21日目以降 2,420円	月20日目まで 2,470円 月21日目以降 2,370円	月20日目まで 2,370円 月21日目以降 2,270円
ニ 理学療法士等	5,550円	2,780円	月20日目まで 2,760円 月21日目以降 2,660円	月20日目まで 2,710円 月21日目以降 2,610円	月20日目まで 2,610円 月21日目以降 2,510円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合の取り扱いについて以下の規定を設ける。
 - ・ **訪問看護療養費を算定するに適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、それを訪問看護記録書に記載し算定する。**
 - ・ **適切な時間の指定訪問看護とは、30分以上を標準とし、20分を下回らないものであること。**
- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の算定要件における同一建物について、**同一敷地内の建物も同一建物とする**規定に見直しを行う。

同一敷地の場合、
訪問人数を通算へ

複数名による訪問看護の見直し【複数名訪問看護加算】

複数名訪問看護加算等の見直し

- 複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算について、**同一建物居住者に同一日に当該加算等を算定している人数に応じた評価**に見直す。

現行					
	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者	算定日数等	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上
イ～ニ	看護職員※1	看護師等（准看護師を除く）※2	週1日	4,500円	4,000円
イ～ニ	看護職員	准看護師	週1日	3,800円	3,400円
ニ～ハ	看護職員	その他職員※3	週3日	3,000円	2,700円
イ～ハ	看護職員	その他職員	1日に1回	3,000円	2,700円
			1日に2回	6,000円	5,400円
			1日に3回	10,000円	9,000円

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
 □ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
 ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
 ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
 ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
 ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※1 保健師、助産師、看護師、准看護師
 ※2 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
 ※3 保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護補助者



改定後						金額改定		
	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者	算定日数等	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上9人以下	同一建物内 10人以上19人以下	同一建物内 20人以上49人以下	同一建物内 50人以上
イ～ニ	看護職員	看護師等（准看護師を除く）	週1日	4,500円	4,000円	3,400円	3,000円	2,700円
イ～ニ	看護職員	准看護師	週1日	3,800円	3,400円	2,800円	2,500円	2,200円
ニ～ハ	看護職員	その他職員	週3日	3,000円	2,700円	2,100円	1,900円	1,600円
イ～ハ	看護職員	その他職員	1日に1回	3,000円	2,700円	2,100円	1,900円	1,600円
			1日に2回	6,000円	5,400円	3,800円	3,450円	3,300円
			1日に3回	10,000円	9,000円	5,500円	4,800円	4,500円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

併設・隣接施設への訪問看護評価新設【包括型訪問看護療養費】

包括型訪問看護療養費の新設

- 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（別表第7、8及び特別訪問看護指示）に24時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の、**1日当たりの訪問時間及び単一建物に居住する利用者の人数に従い算定する包括型訪問看護療養費**を新設する。

(新) 0.4 包括型訪問看護療養費(1日につき)

★訪問看護時間 = 1日に訪問看護を行った時間の合計

	イ	ロ	ハ	ニ
	訪問看護時間*が30分以上60分未満	訪問看護時間が60分以上90分未満	訪問看護時間が90分以上	訪問看護時間が90分以上 (別に厚生労働大臣が定める場合※)
1 単一建物居住利用者が20人未満の場合	7,010円	11,010円	14,010円	15,510円
2 単一建物居住利用者が20人以上50人未満の場合	6,310円	9,910円	13,730円	15,200円
3 単一建物居住利用者が50人以上の場合	5,960円	9,360円	13,450円	14,890円

緊急時体制
平均120分以上

【※1のニ、2のニ及び3のニに規定する厚生労働大臣が定める場合】

- ✓ 包括型訪問看護療養費に規定する厚生労働大臣が定める者に、訪問看護ステーションが緊急時において即時に適切な指定訪問看護が実施できる体制がある
- ✓ 当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施し、包括型訪問看護療養費を算定する利用者全員における訪問看護の実施時間の1日当たりの平均が120分以上

[算定要件等]

建物	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーションが、包括型訪問看護療養費を算定するとして届出を行った建物
利用者	<ul style="list-style-type: none"> 当該建物に居住 別表第7・8、特別訪問看護指示 and 1日に2回以上の訪問看護を行った場合
訪問看護の実施等	<ul style="list-style-type: none"> 24時間の対応体制で、計画的又は随時の対応により実施される頻回の指定訪問看護であること。 日中及び夜間帯（午後6時から午前8時までをいう。）に少なくともそれぞれ1回ずつの指定訪問看護を行う必要があること。 指定訪問看護の実施時間が1日当たり60分以上である場合には、1日当たり3回以上の訪問看護を実施すること。 1日に1回以上、看護職員（准看護師を除く。）によるものが含まれること。 訪問看護1回当たりの時間や1日当たりの訪問看護の回数の上限はないが、訪問看護の実施時間、回数、訪問看護を実施する職員の職種及び同時に訪問看護を実施する看護師等の人数等は、個別の利用者の希望や心身の状況等に応じて妥当適切に設定し行われる必要がある。 責任者が訪問看護計画書について、1日に1回以上の確認を行い、必要に応じて見直しを行うこと。
記録	<ul style="list-style-type: none"> 電子的方法によって記録すること。
包括範囲	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護基本療養費（訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）のハを除く）、精神科訪問看護基本療養費、難病等複数回訪問加算、特別地域訪問看護加算、長時間訪問看護加算、複数名訪問看護加算、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算、複数名精神科訪問看護加算、精神科複数回訪問加算、訪問看護管理療養費、24時間対応体制加算（1から3の「ニ」は緊急訪問看護加算も含む）

- 別表7、8/特指示が対象
- 1日に2回以上（日中と夜間1回ずつ）の訪問看護
- 合計60分以上は3回以上訪問看護
- 責任者が毎日訪問看護計画書を確認

- 基本療養費、管理療養費、複数名/長時間/夜間・早朝/深夜加算等は包括範囲（併算定不可）
*ただし、基本療養費（Ⅱ）-ハ（専門的なケア）は除く

精神科訪問看護の推進【機能強化型訪問看護管理療養費4】

- 難病等の重症度の高い利用者を受け入れるとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科訪問看護に求められる機能を踏まえ、精神科訪問看護における支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、24時間の対応を行い、地域との関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションについて、一定の実績等を有する場合の評価を新設する。

【新】 機能強化型訪問看護管理療養費4 9,030円（月の初日の訪問の場合）

【施設基準（概要）】

- 常勤の看護職員（保健師、助産師、看護師又は准看護師）の数が4人以上
- 看護職員の割合が6割以上
- 24時間対応体制加算の届出及び休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施
 - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことが可能。
- 重症度の高い利用者の受け入れ
 - 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者又は同別表第8に掲げる者
 - 精神障害を有する者のうち重点的な支援を要する者
- 保険医療機関との共同
 - 退院時の共同指導の実施
 - 同一敷地内に保険医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
- 地域における人材育成・連携等
 - 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修の実施
 - 地域の訪問看護ステーションや住民等への情報提供や相談対応
 - 連携機関との会議参加の実績
- 専門の研修を受けた看護師の配置（望ましい）

重症者の受け入れ

1割以上は同一敷地以外の主治医

