

- (5) 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（開放病床が明示されていること。）を記載すること。
- (6) 地域医療支援病院にあっては、上記(2)から(5)までの記載を要せず、地域医療支援病院である旨を記載すること。

第9 在宅療養支援診療所

1 在宅療養支援診療所の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、「C000」往診料の注1に規定する加算、「C000」往診料の注3に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、「C002」在宅時医学総合管理料、「C002-2」施設入居時等医学総合管理料及び「C003」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

- (1) 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 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

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。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ 有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

- カ 別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ク 当該地域において、他の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と連携していること。
- ケ 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。
- コ 当該診療所において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
なお、緊急の往診とは、「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。
- サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を4件以上有していること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、オにおける受入医療機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、在宅における看取りの実績に含めることができる。
- シ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからサまでの基準に加え、次の要件のいずれも満たすこと。
- （イ） 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
- （ロ） 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を10件以上有していることをいう。
- （ハ） 直近1か月に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患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
- （ニ） 直近1か月に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患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。
- ス 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の

診療所及び介護保険施設等と連携し、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に出席していることが望ましいこと。

セ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

ソ 当該診療所において、厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

タ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

チ 地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい。

ツ 各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

(2) 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（診療所又は許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）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。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下の要件、病院にあっては第14の2の1(2)の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ア 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ 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、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、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、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を文書上に明示すること。

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者に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第 6 の 2 に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが 24 時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患者に提供している場合は、この限りでない。

エ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

オ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

ただし、当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

カ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

なお、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月 1 回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク 当該地域において、他の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と連携していること。

ケ 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。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添 2 の様式 11 の 4 を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1 つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

コ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去 1 年間の緊急の往診の実績を 10 件以上有し、かつ、当該診療所において 4 件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、「C 0 0 0」の注 1 に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

サ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有していること。また、当該診療所において過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 2 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3 回以上定期的な訪問診療を実施し、「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料又は「C 0 0 2－2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限

- る。)を2件以上有すること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又はオにおける受入医療機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合(当該保険医療機関が、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」、「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)の「イ」又は「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。)も、当該診療所における在宅における看取りの実績に含めることができる。
- シ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからサまでの基準に加え、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすこと。
- ス 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、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に出席していることが望ましいこと。
- セ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。
- ソ 当該診療所において、厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。
- タ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。
- チ 地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。
- ツ 各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあつては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。
- (3) 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 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。
- イ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、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。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

ウ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

オ 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

カ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ 当該地域において、他の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と連携していること。

ク 年に1回、在宅看取り数等を別添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。

ケ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからクまでの基準に加え、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすこと。

なお、「I O 1 6」精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている診療所であつて、G A F尺度による判定が40以下の統合失調症の患者を10人以上診療している保険医療機関にあつては、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件を満たしていても差し支えないものとする。

コ 当該診療所において、厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

サ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

シ 地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

(4) 令和6年3月31日時点で在宅療養支援診療所の届出を行っている診療所については、(1)のツ又は(2)のツについては、令和7年5月31日の間に限り、基準を満たしているものとする。

2 往診料の加算等の適用

(1) 往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」とは、1の(1)のオに規定する有床診療所、1の(2)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している場合をいう。