

# 『新点数運用 Q&A 2026 年6月』 正誤・追補 (2026.6.10)


※「正誤」は記述の訂正です。**ゴシック太字下線**で表示しています。

※「追補」は書籍発行後の厚労省からの訂正による修正です。頁の下に■印を付し、修正箇所を**ゴシック太字下線**で表示しています。

※最新の追加は**マーカー**で示しています。

頁	訂正箇所	誤	正
8	回答の下から2行目	26. 2026年 <u>5</u> 月31日時点において…	26. 2026年 <u>3</u> 月31日時点において…
49 ■		「<参考 在宅医療充実体制加算の施設基準>」の表について、書籍発行後に厚労省から大幅な訂正があったため、対照表形式ではなく訂正を反映した表・ <b>別紙A</b> と差し替え、本資料末尾に掲載する。	
53 ■	回答 38	38. 2026年 月末時点で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（以下、在医総管等）の届出を行っている全ての医療機関は、2026年6月1日までに受理されるよう、届出の出し直しを行う必要がある。	(※回答 38 を以下に差し替える) 38. 問 39 の「月 2 回以上訪問診療を行っている場合でも月 1 回の区分で算定する規定」で求められる基準を満たせない場合は、2026年6月1日までに受理されるよう届出の出し直しを行う必要がある。(令和8年5月1日厚労省訂正)
56 ■	回答 46	46. 初回は届出を行う必要がある。その際、併せて基準の該当可否についても届出様式に記載する。	(※回答 46 を以下に差し替える) 46. 基準を満たせない場合は、2026年6月1日までに受理されるよう届出の出し直しを行う必要がある。 なお、2026年8月には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を届け出ている全ての医療機関において、基準の該当可否を確認し、確認結果を別添2の様式 19 を用いて報告する必要がある。(令和8年5月1日厚労省訂正)
126 ■	回答の下から12行目の下に右を挿入	<b>④ 急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料を届け出ている病院であって、かつ精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院</b> <b>⑤ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病院</b> <b>⑥ 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算又は児童思春期支援指導加算を届け出ている保険医療機関（20歳未満の者又は20歳未満から継続して診療を行っている者に算定する場合に限る。）</b>	
132 ■	回答の上から8行目	…心的外傷後ストレス障害 <b>又は</b> 神経性過食症の患者…	…心的外傷後ストレス障害 <b>又は</b> 、神経性過食症 <b>又は</b> <b>不眠症</b> の患者…
143 ■	回答 1	1. 看護師又は准看護師といる患者に対してオンライン診療を行い、医師の指示に基づいて、医療機関又は訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が処置を行った場合に、処置の所定点数は算定せず、看護師等遠隔診療処置実施料として、処置が1種類の場合は100点を、処置が2種類以上の場合は150点を1日につき算定する。	1. 看護師又は准看護師といる患者に対してオンライン診療を行い、医師の指示に基づいて、医療機関又は訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が処置を行った場合に、処置の所定点数は算定せず、看護師等遠隔診療処置実施料として、処置が1種類の場合は100点を、処置が2種類以上の場合は150点を1日につき算定する。 <b>また、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情報通信機器を用いた診療を行う場合にも看護師等遠隔診療処置実施料の要件を満たせば算定できる。ただし、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包括されている処置を行った場合には算定できない。(令和8年5月8日厚労省事務連絡)</b>
171	回答 46	46. 上記 <b>QA45</b> ~ <b>QA46</b> と同様の所定点数となる。	46. 上記 <b>QA44</b> ~ <b>QA45</b> と同様の所定点数となる。
174	回答 64	64. 同様である。上記 <b>QA48</b> を参照されたい。	64. 同様である。上記 <b>QA47</b> を参照されたい。
206	回答の上から11行目	制限の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。	制限の最小化に係る内容を盛り込むこと。
209	質問 6 の上から7行目	…時間数に <b>算定</b> してよい…	…時間数に <b>算入</b> してよい…
220 ■	質問の上から1行目	B005 退院時共同指導料及び…	B005 退院時共同指導料 <b>2</b> 及び…
226 ■	上記表の欄外	※Ⅲ ADL 区分評価については掲載を省略	※Ⅲ ADL 区分評価については掲載を省略 <b>※Ⅲ ADL 区分評価については掲載を省略(なお2026年5月1日付厚労省事務連絡「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」で、患者の状態評価の注書きが修正されているので注意されたい)</b>
241	質問 55 の下	<b>(A235 身体的拘束最小化推進体制加算)</b> <b>【病院・診療所】</b>	削除

頁	訂正箇所	誤	正								
243 ■	回答 60	60. ①、②とも退院時薬剤情報管理指導料は算定ができないため、算定割合の数にはカウントされないが、直近 3 カ月で退院した患者数には除外規定がないためカウントされる。	(※回答 60 を以下に差し替える) 60. ①、②とも、分母・分子ともカウントしない。(令和 8 年 4 月 20 日厚労省事務連絡) <table border="1"> <tr> <td>(参考 令和 8 年 4 月 20 日厚労省事務連絡「問 5」)</td> </tr> <tr> <td>問 5 「A 2 4 4」病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準において、「B 0 1 4」退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が、直近 3 か月間で退院患者のうち 4 割以上であること」とあるが、「退院患者」について、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象とならない入院料を算定している患者、医科点数表の第 1 章第 2 部通則 6 に規定する入院期間が通算される再入院の患者及び死亡退院の患者は、除外してよいか。</td> </tr> <tr> <td>(答) よい。</td> </tr> </table>	(参考 令和 8 年 4 月 20 日厚労省事務連絡「問 5」)	問 5 「A 2 4 4」病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準において、「B 0 1 4」退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が、直近 3 か月間で退院患者のうち 4 割以上であること」とあるが、「退院患者」について、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象とならない入院料を算定している患者、医科点数表の第 1 章第 2 部通則 6 に規定する入院期間が通算される再入院の患者及び死亡退院の患者は、除外してよいか。	(答) よい。					
(参考 令和 8 年 4 月 20 日厚労省事務連絡「問 5」)											
問 5 「A 2 4 4」病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準において、「B 0 1 4」退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が、直近 3 か月間で退院患者のうち 4 割以上であること」とあるが、「退院患者」について、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象とならない入院料を算定している患者、医科点数表の第 1 章第 2 部通則 6 に規定する入院期間が通算される再入院の患者及び死亡退院の患者は、除外してよいか。											
(答) よい。											
271 ■	回答 47	入院料 1～ 4 及び管理料について、10 月 1 日以降算定する場合は、届出直しが必要である。	入院料 1 <u>については、2026 年 3 月 31 日に算定していた場合で、8 月 1 日以降算定する場合は、届出直しが必要である。また入院料 2～ 4 及び管理料について、10 月 1 日以降算定する場合は、届出直しが必要である。</u>								
276 ■	質問の上から 12 行目	B005 退院時共同指導料及び…	B005 退院時共同指導料 <u>2</u> 及び…								
288 ■	下から 10 行目。「(2)」として新たに挿入(従前の項目番号(2)～(5)は(3)～(6)に修正)	(2) <u>経過措置が設けられ、2026 年 8 月 1 日以降算定する場合は届出が必要な項目(令和 8 年 5 月 1 日厚労省訂正)</u> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">2026 年 3 月 31 日に算定していた項目</td> </tr> <tr> <td>A308</td> <td>回復期リハビリテーション病棟入院料 1</td> </tr> </table>	2026 年 3 月 31 日に算定していた項目		A308	回復期リハビリテーション病棟入院料 1					
2026 年 3 月 31 日に算定していた項目											
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料 1										
289 ■	上から 14 行目「(5)」として新たに挿入(従前の項目番号(5)～(6)は(6)～(7)に修正)	(5) <u>経過措置が設けられ、2027 年 4 月 1 日以降算定する場合は届出が必要な項目(令和 8 年 5 月 29 日厚労省訂正)</u> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">2026 年 3 月 31 日に算定していた項目</td> </tr> <tr> <td>B001-3</td> <td>生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (脂質異常症を主病とする場合)</td> </tr> <tr> <td>B001-3-3</td> <td>生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (高血圧症を主病とする場合)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (糖尿病を主病とする場合)</td> </tr> </table>	2026 年 3 月 31 日に算定していた項目		B001-3	生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (脂質異常症を主病とする場合)	B001-3-3	生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (高血圧症を主病とする場合)		生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (糖尿病を主病とする場合)	
2026 年 3 月 31 日に算定していた項目											
B001-3	生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (脂質異常症を主病とする場合)										
B001-3-3	生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (高血圧症を主病とする場合)										
	生活習慣病管理料 (I) (II) の充実管理加算 1 (糖尿病を主病とする場合)										
357 ■	下から 7 行目	ク <u>予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料…</u>	ク <u>選定療養における</u> 予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料…								
366 ■	別表 I (5/1 修正分)	※ 「令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(2026 年 5 月 1 日付厚労省保険局医療課事務連絡) にて、別表 I の「項番」欄 4, 71, 73, 192, 193, 256, 269, 270, 340, 387, 410, 414, 415, 416, 424, 509, 541 が修正されているため、事務連絡の PDF180 枚目(右 QR コード参照)からの別表 I で修正箇所をご確認いただきたい。									
366 ■	別表 I (5/29 修正分)	※ 「令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(2026 年 5 月 29 日付厚労省保険局医療課事務連絡) にて、別表 I の「項番」欄 58, 238, 402, 407, 412, 417, 422, 478 が修正されているため、事務連絡の PDF107 枚目(右 QR コード参照)からの別表 I で修正箇所をご確認いただきたい。									
404 ■	別表 II (5/29 修正分)	※ 「令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(2026 年 5 月 29 日付厚労省保険局医療課事務連絡) にて、別表 II の「項番」欄 22, 153, 181 が修正されているため、事務連絡の PDF167 枚目(右 QR コード参照)からの別表 II で修正箇所をご確認いただきたい。									
486 ■	別表 IV (5/1 修正分)	※ 「令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(2026 年 5 月 1 日付厚労省保険局医療課事務連絡) にて、別表 IV の「レセプト電算処理システム用コード」がすべて修正されているため、厚労省 HP(右 QR コード参照)で修正後の別表 IV をご活用いただきたい。									

頁	訂正箇所	誤	正																																												
486 ■	別表Ⅳ (5/29 修正分)	※ 「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(2026年5月29日付厚労省保険局医療課事務連絡)にて、別表Ⅳの「項番」欄 16, 57が修正されているため、事務連絡のPDF198枚目(右QRコード参照)からの別表Ⅳで修正箇所をご確認いただきたい。																																													
504 ■	下から7行目	(1)~(8) (変更なし)	(1)~(7) (変更なし) (8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「 <b>保険医療機関へ情報提供調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供</b> 」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。																																												
504 ■	下から2行目の下に右を挿入	(10) (変更なし) <b>(11) 保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施するにあたり、保険薬剤師単独での訪問では当該指導の実施が担保できないおそれがある場合など、当該指導の安全かつ確実な実施を確保する観点で複数名で訪問の必要があると処方医が認めている場合はその旨を記載すること。</b> なお、この場合において、保険薬局に複数名で訪問することを指示しておくべき理由等があれば具体的に記載すること。 <b>(12) 栄養保持を目的とした医薬品を投与する場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した場合はその理由を記載すること。</b>																																													
531	イの①の表中「特定機能病院」	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">特定機能病院</th> </tr> <tr> <th>旧係数</th> <th>新係数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7対1入院基本料</td> <td>0.2236</td> <td>0.2925</td> </tr> <tr> <td>10対1入院基本料</td> <td>0.0911</td> <td>0.1588</td> </tr> </tbody> </table>		特定機能病院		旧係数	新係数	7対1入院基本料	0.2236	0.2925	10対1入院基本料	0.0911	0.1588	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">旧係数</th> <th colspan="2">特定機能病院</th> </tr> <tr> <th>A入院基本料</th> <th>新係数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">7対1入院基本料</td> <td rowspan="3">0.2236</td> <td>A入院基本料</td> <td>0.2925</td> </tr> <tr> <td>B入院基本料</td> <td><b>0.2889</b></td> </tr> <tr> <td>C入院基本料</td> <td><b>0.2461</b></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">10対1入院基本料</td> <td rowspan="3">0.0911</td> <td>A入院基本料</td> <td>0.1588</td> </tr> <tr> <td>B入院基本料</td> <td><b>0.1548</b></td> </tr> <tr> <td>C入院基本料</td> <td><b>0.1128</b></td> </tr> </tbody> </table>		旧係数	特定機能病院		A入院基本料	新係数	7対1入院基本料	0.2236	A入院基本料	0.2925	B入院基本料	<b>0.2889</b>	C入院基本料	<b>0.2461</b>	10対1入院基本料	0.0911	A入院基本料	0.1588	B入院基本料	<b>0.1548</b>	C入院基本料	<b>0.1128</b>											
	特定機能病院																																														
	旧係数	新係数																																													
7対1入院基本料	0.2236	0.2925																																													
10対1入院基本料	0.0911	0.1588																																													
	旧係数	特定機能病院																																													
		A入院基本料	新係数																																												
7対1入院基本料	0.2236	A入院基本料	0.2925																																												
		B入院基本料	<b>0.2889</b>																																												
		C入院基本料	<b>0.2461</b>																																												
10対1入院基本料	0.0911	A入院基本料	0.1588																																												
		B入院基本料	<b>0.1548</b>																																												
		C入院基本料	<b>0.1128</b>																																												
532	上から9行目	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>75対1</td> <td>0.0128</td> <td><b>0.0118</b></td> <td>0.0128</td> <td>0.0118</td> <td>0.0128</td> <td>0.0118</td> </tr> </table>		1	75対1	0.0128	<b>0.0118</b>	0.0128	0.0118	0.0128	0.0118																																				
	1	75対1	0.0128	<b>0.0118</b>	0.0128	0.0118	0.0128	0.0118																																							
532	上から14~19行目	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">2</td> <td>30対1</td> <td>0.0200</td> <td>0.0185</td> <td>0.0200</td> <td><b>0.0185</b></td> <td>0.0200</td> <td>0.0185</td> </tr> <tr> <td>40対1</td> <td>0.0171</td> <td>0.0158</td> <td>0.0171</td> <td>0.0158</td> <td>0.0171</td> <td>0.0158</td> </tr> <tr> <td>50対1</td> <td>0.0143</td> <td>0.0132</td> <td>0.0143</td> <td><b>0.0132</b></td> <td>0.0143</td> <td>0.0132</td> </tr> <tr> <td>75対1</td> <td>0.0116</td> <td>0.0107</td> <td>0.0116</td> <td>0.0107</td> <td>0.0116</td> <td>0.0107</td> </tr> <tr> <td>100対1</td> <td>0.0097</td> <td>0.0089</td> <td>0.0097</td> <td><b>0.0089</b></td> <td>0.0097</td> <td>0.0089</td> </tr> <tr> <td>25対1</td> <td>5割以上</td> <td>0.0587</td> <td>0.0576</td> <td>0.0587</td> <td><b>0.0576</b></td> <td>0.0587</td> <td>0.0576</td> </tr> </table>	2	30対1	0.0200	0.0185	0.0200	<b>0.0185</b>	0.0200	0.0185	40対1	0.0171	0.0158	0.0171	0.0158	0.0171	0.0158	50対1	0.0143	0.0132	0.0143	<b>0.0132</b>	0.0143	0.0132	75対1	0.0116	0.0107	0.0116	0.0107	0.0116	0.0107	100対1	0.0097	0.0089	0.0097	<b>0.0089</b>	0.0097	0.0089	25対1	5割以上	0.0587	0.0576	0.0587	<b>0.0576</b>	0.0587	0.0576	
2	30対1	0.0200		0.0185	0.0200	<b>0.0185</b>	0.0200	0.0185																																							
	40対1	0.0171		0.0158	0.0171	0.0158	0.0171	0.0158																																							
	50対1	0.0143		0.0132	0.0143	<b>0.0132</b>	0.0143	0.0132																																							
	75対1	0.0116		0.0107	0.0116	0.0107	0.0116	0.0107																																							
	100対1	0.0097	0.0089	0.0097	<b>0.0089</b>	0.0097	0.0089																																								
25対1	5割以上	0.0587	0.0576	0.0587	<b>0.0576</b>	0.0587	0.0576																																								
532	下から13行目	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>12対1配置加算2</td> <td>0.0220</td> <td>0.0216</td> <td>0.0220</td> <td><b>0.0216</b></td> <td>0.0220</td> <td>0.0216</td> </tr> </table>		12対1配置加算2	0.0220	0.0216	0.0220	<b>0.0216</b>	0.0220	0.0216																																					
	12対1配置加算2	0.0220	0.0216	0.0220	<b>0.0216</b>	0.0220	0.0216																																								
542	右下から21行目	A244病棟薬剤業務実施加算(32に限る)	A244病棟薬剤業務実施加算(32に限る)																																												
547	下から2つ目の右から1つ目の枠	<b>+250</b> (据え置き)	<b>+400</b> (据え置き)																																												
550	右から2つ目の枠。下から18行目	2,499 (524)	2,499 (+524)																																												
256	表下の「※3」	※3 <b>精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っている医療機関のみ。</b>	(削除)																																												

最新の正誤表については、保団連HP(<https://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介しておりますので、ご確認ください。

別紙A <参考 在宅医療充実体制加算の施設基準>

※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算から追加された内容は網掛け、廃止された内容は二重取消線で表示

※強化型支援診療・支援病（連携型）も自院のみで施設基準を満たす必要がある。

ア	常勤医師数	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名以上である ※実労働時間が週31時間以上の非常勤医師については、雇用形態に関わらず常勤換算1名として算入する。実労働時間が週31時間に満たない非常勤医師の実労働時間を常勤換算し算入するに当たっては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤換算1名として算入する（令和8年4月21日厚労省事務連絡）
イ	24時間連絡体制・24時間往診体制	強化型の在宅療養支援診療所・病院であって、自院単独で24時間連絡体制と24時間往診体制を確保している
ウ	緊急の往診・看取り実績	以下①②のいずれも満たす。 ①過去1年間の緊急の往診の実績3015件以上 ②過去1年間の以下の実績の合計が3020件以上 ・在宅における看取りの実績 ・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、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ている場合に限り）
エ	「別表第8の2」の患者割合	過去1年間において、以下①～③を算定する患者の延べ診療月数 ①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「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」 ②在宅がん医療総合診療料 ③在宅ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算（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する患者に限る） =2割以上（※） 過去1年間において、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を算定する患者の延べ診療月数 ※以下のいずれの条件も満たす場合は重症患者割合は1割5分以上でよい ・適切なケアを行う重度の認知症患者（認知症自立度Ⅳ又はMに該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近3か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者）の延べ診療月数の分母に占める割合が8分以上 ・適切なケアを行う重度の認知症患者であって在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数の分母に占める割合が4分以上
オ	医師1人当たりの訪問診療患者数の上限	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、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数は、100人以下 ※「訪問診療を担当する時間」 訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時往診に向かう時間は含めない ※訪問診療を担当する時間についての常勤換算 ・訪問診療を担当する時間が週32時間以上の医師：常勤換算1名として算入 ・上記以外の医師：以下のように算入 【常勤医師の場合】原則として常勤としての所定労働時間に占める訪問診療を担当する時間の割合により常勤換算した医師数を求めることとし、常勤としての所定労働時間が32時間を超える場合には、32時間に対する訪問診療を担当する時間の割合により常勤換算した医師数を求める 【非常勤医師の場合】32時間に対する訪問診療を担当する時間の割合により常勤換算した医師数を求める。（令和8年4月21日厚労省事務連絡） ※医師1人当たりの訪問診療患者数が緩和される要件 以下のいずれかに該当する患者は、それぞれ70人を上限として、1人を0.5人とみなして計算できる ・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単一建物診療患者が2人以上の場合の点数を算定する患者 ・月1回訪問診療を行っている患者
カ	緩和ケアの提供実績	①又は②のいずれかを満たす ①末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら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 ②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、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る）した実績を過去1年間に10件以上有している
キ	緩和ケア研修	緩和ケア研修を修了した在宅医療を担当している常勤の医師がいる
ク	看取り・緩和ケアの経験	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（在宅医療を担当する医師に限る）がいる
ケ	掲示	院内の見やすい場所等に、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われている
コ	医師等の教育実績	過去2年度以内において以下のいずれかの実績を有している。 ・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（訪問診療に同行するものに限る）の受け入れ ・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け入れ ・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であって、専門研修を目的とした専攻医の受け入れ ・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の受け入れ ※2026年度又は2027年度中に受け入れの予定がある場合、受け入れ予定があることを示す文書を届出書類と併せて厚生局へ提出すれば、2027年度までの間は現に受け入れ実績を有しているとみなしてよい（令和8年4月21日厚労省事務連絡）
サ	点数の届出要件	・在宅医療情報連携加算の届出を行っている ・在宅データ提出加算の届出を行っていることが望ましい