注１　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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（介護保険法第８条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月２回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月１回に限り算定する。

２　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

３　在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して３月以内の期間、月１回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、１年を経過した患者については算定しない。

４　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。

５　区分番号Ｃ００２－２に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

Ｃ００２－２　特定施設入居時等医学総合管理料（月１回）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,600点

⑵　処方せんを交付しない場合　3,900点

ロ　病床を有しない場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,300点

⑵　処方せんを交付しない場合　3,600点

２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合

イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,000点

ロ　処方せんを交付しない場合　3,300点

３　１及び２に掲げるもの以外の場合

イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,500点

ロ　処方せんを交付しない場合　1,800点

注１　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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院(在宅療養支援病院を除く。)に限る。)において、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月２回以上の定期的な訪問診療を行っている場合、月１回に限り算定する。

２　特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

３　在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して３月以内の期間、月１回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、１年を経過した患者については算定しない。

４　特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。

５　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料（１日につき）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,800点

⑵　処方せんを交付しない場合　2,000点

ロ　病床を有しない場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,650点

⑵　処方せんを交付しない場合　1,850点

２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合

イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,495点

ロ　処方せんを交付しない場合　1,685点

注１　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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に１週を単位として算定する。

２　患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。

３　注２に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。

４　在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００４　救急搬送診療料　1,300点

注１　患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。

２　新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ所定点数に1,000点又は500点を加算する。

３　注１に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）

１　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合

イ　週３日目まで　555点

ロ　週４日目以降　655点

２　准看護師による場合

イ　週３日目まで　505点

ロ　週４日目以降　605点

３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡（じょくそう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点