ニ　月１回訪問診療を行っている場合

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	1,265点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	710点
⑶	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	545点
⑷	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	455点
⑸	⑴から⑷まで以外の場合	395点

ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	760点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	440点
⑶	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	315点
⑷	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	264点
⑸	⑴から⑷まで以外の場合	225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、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月１回に限り算定する。

２　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。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅医療充実体制加算

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	600点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	300点
⑶	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	150点
⑷	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	128点
⑸	⑴から⑷まで以外の場合	113点

ロ　在宅療養実績加算１

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	225点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	110点
⑶	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	56点
⑷	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	47点
⑸	⑴から⑷まで以外の場合	42点

ハ　在宅療養実績加算２

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	150点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	75点
⑶	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	40点
⑷	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	33点
⑸	⑴から⑷まで以外の場合	30点

４　区分番号１００２に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴の１又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑴（注１のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。

５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで、注８から注10まで及び注12から注16までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

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箋を交付する場合	1,800点
⑵	処方箋を交付しない場合	2,002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箋を交付する場合	1,650点
⑵	処方箋を交付しない場合	1,852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箋を交付する場合	1,495点
ロ	処方箋を交付しない場合	1,687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、当該患者の同意を得て、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　死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。

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。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、300点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

６　15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

７　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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月１回に限り、50点を所定点数に加算する。

８　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、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注16、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する電子的診療情報連携体制整備加算、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴の注13（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ００５－１－２の注８の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注18にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

イ	在宅医療ＤＸ情報活用加算１	11点
ロ	在宅医療ＤＸ情報活用加算２	９点