

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 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保険医が行う場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 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保険医が行う場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p>

① 緊急に行う往診	850点
② 夜間（深夜を除く。）の往診	1,700点
③ 深夜の往診	2,700点
(2) 病床を有しない場合	
① 緊急に行う往診	750点
② 夜間（深夜を除く。）の往診	1,500点
③ 深夜の往診	2,500点
ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	650点
(2) 夜間（深夜を除く。）の往診	1,300点
(3) 深夜の往診	2,300点
ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	325点
(2) 夜間（深夜を除く。）の往診	650点
(3) 深夜の往診	1,300点

① 緊急に行う往診	850点
② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	1,700点
③ 深夜の往診	2,700点
(2) 病床を有しない場合	
① 緊急に行う往診	750点
② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	1,500点
③ 深夜の往診	2,500点
ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	650点
(2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	1,300点
(3) 深夜の往診	2,300点
ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	325点
(2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	650点
(3) 深夜の往診	1,300点

【注の見直し】

注6 注1のロについては、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の保険医が行った場合は、在宅療養実績加算として、75点を更に所定点数に加算する。

注6 注1については、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の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

【項目の見直し】

- |                  |      |
|------------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合   | 833点 |
| 2 同一建物居住者の場合     |      |
| イ 特定施設等に入居する者の場合 | 203点 |
| ロ イ以外の場合         | 103点 |

100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

- |                |      |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 833点 |
| 2 同一建物居住者の場合   | 203点 |

【注の見直し】

注2 2のイについては、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（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、2のロについては、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（2のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる

注2 2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）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定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。