

○厚生労働省告示第七十六号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百九十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、平成二十四年四月一日から適用する。ただし、この告示による改正後の別表第一区分番号A100の注10、注11及び注13、区分番号A104の注7及び注8並びに区分番号A105の注6及び注7に係る規定は平成二十四年十月一日から適用し、この告示による改正後の別表第一区分番号A000の注2、区分番号A002の注2及び区分番号A312の注4のただし書に係る規定は平成二十四年四月一日から適用し、平成二十四年三月三十一日において現にこの告示による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A222に係る届出（療養病棟療養環境加算3）又は療養病棟療養環境加算4に係るものに限る。）又は区分番号A223に係る届出（診療所療養病床療養環境加算2）に係るものに限る。）を行っている病棟又は病床における療養病棟療養環境加算又は診療所療養病床療養環境加算の算定については、同年九月三十日までの間は、なお従前の例によることができる。

平成二十四年三月五日

厚生労働大臣 小宮山洋子

第七号中「別表第三」の下に「まで」を加える。

別表第一から別表第三までを次のように改める。



## 第2部 入院料等

### 通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等又は区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。
- 4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。
- 5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡<sup>じよくそう</sup>対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

### 第1節 入院基本料

#### 区分

#### A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,566点
2	10対1入院基本料	1,311点
3	13対1入院基本料	1,103点
4	15対1入院基本料	945点

注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け

- A 2 2 6 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき） 150点  
注 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診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。
- A 2 2 7 精神科措置入院診療加算（入院初日） 2,500点  
注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算（入院初日） 2,500点  
注 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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項に規定する入院等に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 2 9 精神科隔離室管理加算（1日につき） 220点  
注 精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、月7日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の4第1項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。
- A 2 3 0 精神科棟入院時医学管理加算（1日につき） 5点  
注 医師の配置その他の事項につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神科棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算（1日につき） 10点  
注 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、精神科棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神科棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算（1日につき） 450点  
注 精神科を標榜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保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。
- A 2 3 0 - 4 精神科リエゾンチーム加算（週1回） 200点  
注 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、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を



有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

#### A 2 3 1 削除

##### A 2 3 1 - 2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき） 300点

注 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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。

##### A 2 3 1 - 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

1 30日以内 200点

2 31日以上60日以内 100点

注 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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

##### A 2 3 1 - 4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

1 30日以内 200点

2 31日以上60日以内 100点

注 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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

##### A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 500点

注 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、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、がん診療連携拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

#### A 2 3 3 削除

##### A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点

注1 栄養管理体制その他の事項につき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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、

区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

- 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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については、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、100点を所定点数に加算することができる。

A234 医療安全対策加算（入院初日）

- 1 医療安全対策加算1 85点  
2 医療安全対策加算2 35点

注 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

A234-2 感染防止対策加算（入院初日）

- 1 感染防止対策加算1 400点  
2 感染防止対策加算2 100点

注1 組織的な感染防止対策につき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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

- 2 感染防止対策加算1を算定する保険医療機関であって、感染防止対策に関する医療機関の連携体制につき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に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、更に所定点数に100点を加算する。

A234-3 患者サポート体制充実加算（入院初日）

70点

注 患者に対する支援体制につき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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A235 削除

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）

500点

注 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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき）

1,200点

注 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が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

掲げる認知症治療病棟入院料を算定する病棟（以下この区分番号において「認知症治療病棟入院料算定病棟」という。）に限る。）に転院させた場合であって、当該転院の日から60日以内に、当該認知症治療病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関に入院した場合には、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携認知症支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 9 地域連携認知症集中治療加算（退院時1回） 1,500点

注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（区分番号A 1 0 1に掲げる療養病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）又は病床（区分番号A 1 0 9に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に限る。）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者（第3節の特定入院料のうち、地域連携認知症集中治療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時に所定点数に加算する。

A 2 3 9 削除

A 2 4 0 総合評価加算（入院中1回） 100点

注 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が、入院中の患者であって、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 削除

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算（週1回） 150点

注 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 1 1 - 4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

1 後発医薬品使用体制加算1 35点

2 後発医薬品使用体制加算2 28点

注 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入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週1回） 100点

注 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入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）

のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

A 2 4 5 データ提出加算 (入院中1回)

- |   |              |      |
|---|--------------|------|
| 1 | データ提出加算 1    |      |
| イ | 200床以上の病院の場合 | 100点 |
| ロ | 200床未満の病院の場合 | 150点 |
| 2 | データ提出加算 2    |      |
| イ | 200床以上の病院の場合 | 110点 |
| ロ | 200床未満の病院の場合 | 160点 |

注 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、手術の実施状況等の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に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

区分

A 3 0 0 救命救急入院料 (1日につき)

- |   |                   |         |
|---|-------------------|---------|
| 1 | 救命救急入院料 1         |         |
| イ | 3日以内の期間           | 9,711点  |
| ロ | 4日以上7日以内の期間       | 8,786点  |
| ハ | 8日以上14日以内の期間      | 7,501点  |
| 2 | 救命救急入院料 2         |         |
| イ | 3日以内の期間           | 11,211点 |
| ロ | 4日以上7日以内の期間       | 10,151点 |
| ハ | 8日以上14日以内の期間      | 8,901点  |
| 3 | 救命救急入院料 3         |         |
| イ | 救命救急入院料           |         |
|   | (1) 3日以内の期間       | 9,711点  |
|   | (2) 4日以上7日以内の期間   | 8,786点  |
|   | (3) 8日以上14日以内の期間  | 7,501点  |
| ロ | 広範囲熱傷特定集中治療管理料    |         |
|   | (1) 3日以内の期間       | 9,711点  |
|   | (2) 4日以上7日以内の期間   | 8,786点  |
|   | (3) 8日以上60日以内の期間  | 7,901点  |
| 4 | 救命救急入院料 4         |         |
| イ | 救命救急入院料           |         |
|   | (1) 3日以内の期間       | 11,211点 |
|   | (2) 4日以上7日以内の期間   | 10,151点 |
|   | (3) 8日以上14日以内の期間  | 8,901点  |
| ロ | 広範囲熱傷特定集中治療管理料    |         |
|   | (1) 3日以内の期間       | 11,211点 |
|   | (2) 4日以上7日以内の期間   | 10,151点 |
|   | (3) 8日以上14日以内の期間  | 8,901点  |
|   | (4) 15日以上60日以内の期間 | 7,901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

第2章 特掲診療料  
第1部 医学管理等

区分

B000 特定疾患療養管理料

- |                            |      |
|----------------------------|------|
| 1 診療所の場合                   | 225点 |
| 2 許可病床数が100床未満の病院の場合       | 147点 |
| 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 | 87点  |
- 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から1月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

B001 特定疾患治療管理料

- 1 ウイルス疾患指導料
- |              |      |
|--------------|------|
| イ ウイルス疾患指導料1 | 240点 |
| ロ ウイルス疾患指導料2 | 330点 |
- 注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
- 2 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、ロの指導が行われる場合は、所定点数に220点を加算する。
- 2 特定薬剤治療管理料 470点
- 注1 ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
- 2 同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- 3 ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。
- 4 抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 5 てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。

6 臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、所定点数に2,740点を加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に280点を加算する。

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- イ 尿中B T Aに係るもの 220点
- ロ その他のもの
  - (1) 1項目の場合 360点
  - (2) 2項目以上の場合 400点

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、ロの所定点数に150点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。

5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。

6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

- イ 月の1回目 500点
- ロ 月の2回目 400点

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する<sup>ぼう</sup>保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

5 小児科療養指導料 250点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する<sup>ぼう</sup>保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B 0 0 1の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

ものとする。

- 22 がん性疼痛緩和指導管理料
- 1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点
  - 2 1以外の場合 100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において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。
- 23 がん患者カウンセリング料 500点
- 注 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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。
- 24 外来緩和ケア管理料 300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において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。
  - 3 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。
- 25 移植後患者指導管理料
- 1 臓器移植後の場合 300点
  - 2 造血幹細胞移植後の場合 300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において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
- 26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点
- 注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
- 27 糖尿病透析予防指導管理料 350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において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認め、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

#### B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1 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

イ 初診時 560点

ロ 再診時 380点

2 1以外の場合

イ 初診時 670点

ロ 再診時 490点

注1 小児科を標榜する保険医療機関であって地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 区分番号A001に掲げる再診料の注8に規定する場合又は第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合については、算定しない。

3 区分番号A000に掲げる初診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注6及び注7に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5及び注6に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注4及び注5に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注6及び注7に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

#### B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

1 地域連携小児夜間・休日診療料1

450点

2 地域連携小児夜間・休日診療料2

600点

注 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小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

#### B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

130点

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

#### B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料

200点

注 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



## 第5部 投薬

### 通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

### 第1節 調剤料

### 区分

#### F000 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
    - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点
    - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点
  - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点をそれぞれ加算する。

### 第2節 処方料

### 区分

#### F100 処方料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点
  - 2 1以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
  - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
  - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
  - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
  - 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
  - 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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。

### 第3節 薬剤料

### 区分

- F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。
- |      |    |
|------|----|
| 使用薬剤 | 単位 |
|------|----|

内服薬及び浸煎薬	1 剤 1 日分
屯服薬	1 回分
外用薬	1 調剤

- 注 1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
- 2 1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。
- 3 健康保険法第 85 条第 1 項及び高齢者医療確保法第 74 条第 1 項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第 85 条の 2 第 1 項及び高齢者医療確保法第 75 条第 1 項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。
- 4 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第 4 節 特定保険医療材料料

##### 区分

- F 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数  
注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第 5 節 処方せん料

##### 区分

- F 4 0 0 処方せん料
- 1 7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のものを除く。）を行った場合 40 点
- 2 1 以外の場合 68 点
- 注 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付 1 回につき算定する。
- 2 3 歳未満の乳幼児に対して処方せんを交付した場合は、処方せんの交付 1 回につき 3 点を加算する。
- 3 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月 2 回に限り、処方せんの交付 1 回につき 18 点を加算する。
- 4 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき 65 点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注 3 の加算は算定できない。
- 5 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（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算と

して、月 1 回に限り、処方せんの交付 1 回につき 70 点を加算する。

6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付 1 回につき 2 点を加算する。

#### 第 6 節 調剤技術基本料

区分

#### F 5 0 0 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
  - 2 その他の患者に投薬を行った場合 8点
- 注 1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。
- 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を 2 回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月 1 回に限り算定する。
  - 3 1 において、調剤を院内製剤の上行った場合は、所定点数に 10 点を加算する。
  - 4 区分番号 B 0 0 8 に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号 C 0 0 8 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

## 第6部 注射

### 通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、前2号により算定した点数に15点を加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、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保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。

#### イ 外来化学療法加算1

##### (1) 外来化学療法加算A

- |         |      |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 780点 |
| ② 15歳以上 | 580点 |

##### (2) 外来化学療法加算B

- |         |      |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 630点 |
| ② 15歳以上 | 430点 |

#### ロ 外来化学療法加算2

##### (1) 外来化学療法加算A

- |         |      |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 700点 |
| ② 15歳以上 | 450点 |

##### (2) 外来化学療法加算B

- |         |      |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 600点 |
| ② 15歳以上 | 350点 |

- 7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 8 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

### 第1節 注射料

#### 通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

#### 第1款 注射実施料

#### 区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 18点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

- 2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

G 0 0 5 - 3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入	700点
	注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。	
G 0 0 5 - 4	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入	2,500点
	注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。	
G 0 0 6	植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）	125点
G 0 0 7	腱鞘内注射	25点
G 0 0 8	骨髄内注射	
	1 胸骨	80点
	2 その他	90点
G 0 0 9	脳脊髄腔注射	
	1 脳室	300点
	2 後頭下	220点
	3 腰椎	140点
	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。	
G 0 1 0	関節腔内注射	80点
G 0 1 0 - 2	滑液囊穿刺後の注入	80点
G 0 1 1	気管内注入	100点
G 0 1 2	結膜下注射	25点
G 0 1 2 - 2	自家血清の眼球注射	25点
G 0 1 3	角膜内注射	35点
G 0 1 4	球後注射	60点
G 0 1 5	テノン氏嚢内注射	60点
G 0 1 6	硝子体内注射	580点

第2款 無菌製剤処理料

区分

G 0 2 0	無菌製剤処理料	
	1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）	
	イ 閉鎖式接続器具を使用した場合	
	（1）揮発性の高い薬剤の場合	150点
	（2）（1）以外の場合	100点
	ロ イ以外の場合	50点
	2 無菌製剤処理料2（1以外のもの）	40点
	注 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、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。	

第2節 薬剤料

区分

G 1 0 0	薬剤	
	1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合	1点
	2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合	薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に

## 第8部 精神科専門療法

### 通則

- 1 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜<sup>ぼう</sup>する保険医療機関において算定する。

### 第1節 精神科専門療法料

### 区分

#### I 0 0 0 精神科電気痙攣療法<sup>けいれん</sup>

- 1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 3,000点
  - 2 1以外の場合 150点
- 注1 1日に1回を限度として算定する。
- 2 1については、第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。

#### I 0 0 1 入院精神療法（1回につき）

- 1 入院精神療法(I) 360点
  - 2 入院精神療法(II)
    - イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 150点
    - ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 80点
- 注1 1については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。
- 2 2については、入院中の患者について、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定する。

#### I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

- 1 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点
  - 2 1以外の場合
    - イ 30分以上の場合 400点
    - ロ 30分未満の場合 330点
- 注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
- 2 通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
  - 3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内（区分番号A 3 1 1－4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。
  - 4 2のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標に

よる当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定点数に25点を加算する。

I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 55点

注1 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。

2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

3 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。

4 抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定点数に25点を加算する。ただし、区分番号I 0 0 2に掲げる通院・在宅精神療法の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。

5 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 3 標準型精神分析療法（1回につき） 390点

注 診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。

I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1日につき）

1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点

2 1以外の場合 420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において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

2 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。

3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 4 心身医学療法（1回につき）

1 入院中の患者 150点

2 入院中の患者以外

イ 初診時 110点

ロ 再診時 80点

注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

3 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。

4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、初診日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。

2 当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

3 精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

注1 1については、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

2 2については、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、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

I 0 1 4 医療保護入院等診療料 300点

注 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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の4第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき） 1,040点

注1 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、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、1日につき6時間以上行った場合に算定する。

2 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

3 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、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、所定点数に100点を加算する。

4 重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。

第2節 薬剤料

区分

I 1 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。