

2 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳に記載せず、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合は、所定点数にかかわらず、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）10点を算定する。

3 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患者については、算定しない。

注 第1部に規定する指導管理等以外の指導管理等（次に掲げる指導管理等を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び心臓ペースメーカー指導管理料の注中「区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患外来総合診療料、老人慢性疾患外来共同指導料、老人慢性疾患生活指導料、痴呆患者在宅療養指導管理料又は寝たきり老人訪問指導管理料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「老人初診料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「第1章第2部第1節に掲げる入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、在宅患者入院共同指導料(I)及び在宅患者入院共同指導料(II)の注中「区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）」とあるのは「寝たきり老人在宅総合診療料、在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く。）」と、手術前医学管理料及び手術後医学管理料の注中「第1章第2部第3節に掲げる特定入院料」とあるのは「老人特定入院料」と、それぞれ読み替えるものとする。

- イ 特定疾患療養指導料
- ロ 生活習慣病指導管理料
- ハ 退院時共同指導料
- ニ 退院前訪問指導料
- ホ 薬剤情報提供料

#### 第2部 在宅医療

##### 1 寝たきり老人在宅総合診療料

- イ 院外処方せんを交付する場合 2,290点
- ロ 院外処方せんを交付しない場合 2,575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都道府県知事に届け出た診療所である保険医療機関（以下この表において「寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関」という。）が、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるもの（以下この表において「在宅寝たきり老人等」という。）に対して、在宅療養計画を策定し、計画的な医学的管理の下に、1月に2回以上訪問して診療を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

2 イについては、寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅寝たきり老人等について、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算定する。

3 ロについては、寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅寝たきり老人等について、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以外の場合に算定する。

4 寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅寝たきり老人等に対して、別に厚生労働大臣が定める施設基準による寝たきり老人在宅総合診療を行った場合は、緊急時入院体制加算として、所定点数に100点を加算する。

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都道府県知事に届け出た寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅寝たきり老人等に対して、当該基準による寝たきり老人在宅総合診療を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ24時間連携体制加算として所定点数に加算する。

- イ 24時間連携体制加算(I) 1,400点
- ロ 24時間連携体制加算(II) 1,400点
- ハ 24時間連携体制加算(III) 410点

6 寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が、在宅で死亡した者について、寝たきり老

人在宅総合診療料を1月以上算定し、かつ、ターミナルケアを行っていた場合は、在宅老人ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。

- 7 寝たきり老人在宅総合診療料を算定すべき寝たきり老人在宅総合診療を行った場合においては、老人慢性疾患生活指導、寝たきり老人訪問指導管理、検査及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 8 在宅末期医療総合診療料を算定した日の属する月に行った寝たきり老人在宅総合診療料を算定すべき寝たきり老人在宅総合診療の費用は算定しない。

## 2 寝たきり老人訪問指導管理料 430点

注1 在宅寝たきり老人等に対して、訪問して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に算定する。

- 2 老人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から1月以内に行った指導の費用は、老人初診料に含まれるものとする。
- 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、老人入院基本料に含まれるものとする。
- 4 寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を行った場合においては、老人慢性疾患生活指導、皮膚科特定疾患指導管理又は痴呆患者在宅療養指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 5 医科点数表第2章第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理（退院前在宅療養指導管理を除く。）を受けている患者に対して行った指導管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 6 同一の患者につき1月以内に寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理料は1回とし、1回目の指導を行ったときに算定する。

## 3 退院患者継続訪問指導料 360点

注1 入院期間が1月を超える患者の退院の日から30日以内に、当該保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行わせた場合に、2回を限度として算定する。ただし、当該指導につき在宅患者訪問看護・指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料又は精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、所定点数は算定しない。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

注 第2部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料（在宅時医学管理料を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅患者訪問診療料の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「第1章第1部第1節に規定する老人初診料」と、「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」とあるのは「同部第2節に規定する老人再診料及び老人外来診療料」と、在宅末期医療総合診療料の注中「居宅において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」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、訪問看護指示料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。

### 第3部 検査

## 1 老人精神病棟等入院時基本検査料（1月につき） 43点

注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者（以下この表において「老人精神病棟等入院患者」という。）に対して、次に掲げる検査のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。ただし、当該検査に係る検体検査判断料は、老人入院基本料に含まれるものとする。

イ 尿中特殊物質定性定量検査

(1) 蛋白定量

(2) 糖定量

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液一般検査

- 2 注1に掲げる検査に係る検体検査実施料は、所定点数に含まれるものとする。

## 2 老人精神病棟等検体検査判断料

イ 尿・糞便等検査判断料	32点
ロ 血液学的検査判断料	130点
ハ 生化学的検査(I)判断料	150点
ニ 生化学的検査(II)判断料	130点
ホ 免疫学的検査判断料	140点
ヘ 微生物学的検査判断料	145点

注1 老人精神病棟等検体検査判断料は、患者が老人精神病棟等入院患者の場合、該当する検体検査（第3部の注1のイの(2)及び(3)に掲げる検査並びに老人精神病棟等入院時基本検査料の注1に掲げる検査を除く。）の種類又は回数にかかわらず、それぞれ月1回に限り算定できるものとする。

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都道府県知事に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1月に1回に限り、次に掲げる点数（検体検査管理加算(II)については入院中の患者に限る。）を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(II)を算定した場合には、検体検査管理加算(I)は算定しない。

イ 検体検査管理加算(I)	30点
ロ 検体検査管理加算(II)	250点

3 注1に掲げる検体検査に係る検体検査判断料は、所定点数に含まれるものとする。

注1 第3部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、基本的検体検査実施料の注中「第1章第2部第2節に規定するH I V感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者」とあるのは、「H I V感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は老人特定入院料を算定している患者」と読み替えるものとする。ただし、イに掲げる検査料については入院中の患者以外の患者に対して行った場合（(I)及び(3)については、当該保険医療機関内で検査を行った場合に限る。）に限り算定し、ロに掲げる検査料については当該検査を老人精神病棟等入院患者に対して行った場合は算定せず、ハに掲げる検体検査及び老人精神病棟等検体検査判断料を算定した場合の検体検査については検体検査判断料は算定せず、ニに掲げる検査料については、老人精神病棟等入院患者であって入院期間が1年を超えるものに対して行った場合には、急性増悪等特に必要があると認められる場合を除き、その回数にかかわらず、3月に1回に限り算定する。

イ 次に掲げる検査料（入院中の患者以外の患者に対して行った場合に限る算定できる検査料）

- (1) 尿中一般物質定性半定量検査
- (2) 糞便検査の潜血反応検査
- (3) 血液形態・機能検査の赤血球沈降速度測定

ロ 次に掲げる検体検査（老人精神病棟等入院患者に対して行った場合に算定できない検査料）

- (1) 尿中特殊物質定性定量検査の蛋白定量及び糖定量
- (2) 血液形態・機能検査の末梢血液一般検査

ハ 次に掲げる検体検査（検体検査判断料が算定できない検査）

- (1) 尿中一般物質定性半定量検査（当該検査の所定点数を算定した場合に限る。）
- (2) 糞便検査の潜血反応検査（入院中の患者に対して行ったものに限る。）
- (3) 血液形態・機能検査の赤血球沈降速度測定（入院中の患者に対して行ったものに限る。）
- (4) 尿中特殊物質定性定量検査の蛋白定量及び糖定量（患者が老人精神病棟等入院患者の場合に限る。）
- (5) 血液形態・機能検査の末梢血液一般検査（患者が老人精神病棟等入院患者の場合に限る。）

ニ 次に掲げる検査料

- (1) 腫瘍マーカー
- (2) 超音波検査（末梢血管血行動態検査及び血管内超音波法を除き、記録に要する費用を含む。）
- (3) 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）

- (4) 精密眼底検査料（片側）
- (5) 屈折検査
- (6) 調節検査
- (7) 矯正視力検査（眼鏡処方せんの交付を含む。）

2 手術前医学管理料、手術後医学管理料若しくは慢性維持透析患者外来医学管理料を算定すべき医学管理の基礎となる検査又は基本的検体検査実施料若しくは基本的検体検査判断料を算定すべき検査を行った場合には、注1の規定にかかわらず、当該検査に係る検査料の算定は、医科点数表の例による。

#### 第4部 画像診断

注 画像診断料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、造影剤注入手技1点滴注射中「区分番号G004に掲げる点滴注射」とあるのは「点滴注射」と、基本的エックス線診断料の注中「第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者」とあるのは「HIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は老人特定入院料を算定している患者」とそれぞれ読み替えるものとする。ただし、次に掲げる画像診断料については、行ったコンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、急性増悪等特に必要があると認められる場合を除き、老人病棟又は結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者（以下この表において「老人病棟等入院患者」という。）であって入院期間が1年を超えるものに対して行った場合は、1月に1回に限り、かつ、同一の部位につき3月に1回に限り所定点数を算定するものとし、コンピューター断層診断については、コンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。）の種類又は回数にかかわらず、急性増悪等特に必要があると認められる場合を除き、老人病棟等入院患者であって入院期間が1年を超えるものに対して行ったときは、同一の部位につき、3月に1回に限り所定点数を算定するものとする。

イ コンピューター断層撮影（一連につき）

ロ 非放射性キセノン脳血流動態検査

#### 第5部 投薬

注 投薬料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、処方料の注中「第1章第2部第1節に掲げる入院基本料」とあるのは、「老人入院基本料」と、薬剤の注中「健康保険法第43条ノ17第1項」とあるのは「老人保健法第31条の2第1項」と、処方料及び処方せん料の注中「別に厚生労働大臣が定める疾患」とあるのは「悪性新生物その他別に厚生労働大臣が定める慢性疾患」と、それぞれ読み替えるものとする。

#### 第6部 注射

老人精神病棟等点滴注射料（1日分の注射量が500mL以上の場合）（1日につき） 29点

注1 老人精神病棟等入院患者に対して点滴注射を行った場合は、その回数にかかわらず、所定点数を算定する。

2 点滴回路に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

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都道府県知事に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものについて必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、所定点数に1日につき40点を加算する。

4 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合は、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。

5 急性増悪等特に必要があると認められる場合においては、注1の規定にかかわらず、第6部の注のイに掲げる所定点数を算定する。

注 第6部に規定する注射料以外の注射料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、薬剤の注中「健康保険法第43条ノ17第1項」とあるのは「老人保健法第31条の2第1項」と読み替えるものとし、入院中の患者（老人精神病棟等入院患者を除く。）に対して点滴注射を行った場合（1日分の注射量が500mL以上の場合に限る。）は、次に掲げる点数を算定するものとし、老人精神病棟等点滴注射料を算定した場合は、点滴注射に係る注射料は算定しないものとする。

イ 入院期間が1年以内の患者に対して行った場合

40点

- ロ 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して行った場合 29点  
注 急性増悪等特に必要があると認められる場合においては、イに掲げる所定点数を算定する。

第7部 リハビリテーション

1 老人理学療法(1日につき)

イ 老人理学療法(I)

- (1) 個別療法(1単位) 250点  
(2) 集団療法(1単位) 100点

ロ 老人理学療法(II)

- (1) 個別療法(1単位) 180点  
(2) 集団療法(1単位) 80点

ハ 老人理学療法(III)

- (1) 個別療法(1単位) 100点  
(2) 集団療法(1単位) 40点

ニ 老人理学療法(IV)

- (1) 個別療法(1単位) 50点  
(2) 集団療法(1単位) 35点

注1 イからハまでについては、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都道府県知事に届け出た保険医療機関において行われる場合に当該基準に係る区分に従ってそれぞれ算定し、ニについてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に算定する。

2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。

5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、老人理学療法(I)(個別療法に限る。)又は老人理学療法(II)(個別療法に限る。)を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数を所定点数に加算する。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした老人理学療法(I)(個別療法に限る。)又は老人理学療法(II)(個別療法に限る。)を行った場合は、1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。

イ 発症後14日以内に行われた場合(1単位につき) 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合(1単位につき) 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合(1単位につき) 30点

6 当該保険医療機関において注5に規定する加算を算定した患者等に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、当該患者の退院後に個別療法(老人理学療法(I)又は老人理学療法(II)に限る。)を行った場合は退院後2月に限り1単位につき50点を加算する。

7 鋼線等による直達牽引又は消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、老人理学療法の所定点数のみにより算定する。

8 慢性疼痛疾患管理を受けている患者に対して行った老人理学療法(IV)を算定すべき理学療法に係る費用は算定しない。

2 老人作業療法

イ 老人作業療法(I)

- (1) 個別療法(1単位) 250点  
(2) 集団療法(1単位) 100点

ロ 老人作業療法(II)

- (1) 個別療法(1単位) 180点  
(2) 集団療法(1単位) 80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都道府県知事に届け出た保険医療機関において行われる場合に、当該基準に係る区分に従いそれぞれ算定する。

2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。

5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、老人作業療法(I)(個別療法に限る。)又は老人作業療法(II)(個別療法に限る。)を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数を所定点数に加算する。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした老人作業療法(I)(個別療法に限る。)又は老人作業療法(II)(個別療法に限る。)を行った場合は、1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。

イ 発症後14日以内に行われた場合(1単位につき) 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合(1単位につき) 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合(1単位につき) 30点

6 当該保険医療機関において注5に規定する加算を算定した患者等に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、当該患者の退院後に個別療法(老人作業療法(I)又は老人作業療法(II)に限る。)を行った場合は退院後2月に限り1単位につき50点を加算する。

3 老人リハビリテーション総合計画評価料 480点

注 老人理学療法(I)又は老人作業療法(I)に係る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都道府県知事に届け出た保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき老人理学療法を算定すべき理学療法又は老人作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該理学療法又は作業療法を最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。

4 入院生活リハビリテーション管理指導料(1週間につき) 300点

注1 療養病棟若しくは老人病棟(第1章第2部第1節に規定する老人療養病棟入院基本料及び老人病棟老人入院基本料の算定に係る老人特別入院基本料を算定すべき基準に適合するものとして届出を行った病棟を除く。以下この表において同じ。)又は有床診療所(療養病床に係るものに限る。)に入院している患者に対して、理学療法士、作業療法士等が、当該患者の入院している病棟又は病室において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導(以下「入院生活リハビリテーション管理指導」という。)を週1回以上行った場合(入院生活リハビリテーション管理指導料を算定すべき入院生活リハビリテーション管理指導を行った月において老人理学療法又は老人作業療法を算定した場合に限る。)は、入院の日から起算して6月までの間において、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

2 入院生活リハビリテーション管理指導を行った日に行った理学療法又は作業療法に係る費用については、老人理学療法及び老人作業療法は算定しない。

注 第7部に規定するリハビリテーション料以外のリハビリテーション料(次に掲げるリハビリテーション料を除く。)の算定は、医科点数表の例による。この場合において、通則中「理学療法(I)又は理学療法(II)」とあるのは「老人理学療法(I)又は老人理学療法(II)を算定する理学療法」と読み替えるものとする。

イ 理学療法(I)

ロ 理学療法(II)

ハ 理学療法(III)

- ニ 理学療法(Ⅳ)
- ホ 作業療法(Ⅰ)
- ヘ 作業療法(Ⅱ)

ト リハビリテーション総合計画評価料

第8部 精神科専門療法

1 重度痴呆患者デイ・ケア料（1日につき）

イ 重度痴呆患者デイ・ケア料(Ⅰ)

- (1) 4時間以上であり6時間に満たない場合 705点
- (2) 6時間以上の場合 1,060点

ロ 重度痴呆患者デイ・ケア料(Ⅱ)

- (1) 4時間以上であり6時間に満たない場合 953点
- (2) 6時間以上の場合 1,308点

注1 イについては、精神症状及び行動異常が著しい痴呆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都道府県知事に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。ただし、当該デイ・ケアにつき精神科デイ・ケア料又は重度痴呆患者デイ・ケア料(Ⅱ)を算定した場合は、所定点数は算定しない。

2 ロについては、精神症状及び行動異常が著しい痴呆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都道府県知事に届け出た保険医療機関において、通院途上における機能訓練等と併せて行った場合に算定する。ただし、当該デイ・ケアにつき精神科デイ・ケア料又は重度痴呆患者デイ・ケア料(Ⅰ)を算定した場合は、所定点数は算定しない。

3 当該保険医療機関において、重度痴呆患者デイ・ケア料を算定すべき重度痴呆患者デイ・ケアを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。

2 重度痴呆患者入院治療料（1日につき）

イ 入院の日から起算して3月以内の期間 365点

ロ 入院の日から起算して3月を超える期間 260点

注1 精神症状及び行動異常が特に著しい痴呆患者を、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都道府県知事に届け出た保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院させて、生活機能回復のための訓練及び指導を行った場合に算定する。ただし、当該入院につき老人性痴呆疾患治療病棟入院料を算定した場合は算定しない。

2 臨床心理・神経心理検査に掲げる検査の検査料、老人理学療法、老人作業療法、老人リハビリテーション総合計画評価料、精神科作業療法及び痴呆性老人入院精神療法料は、重度痴呆患者入院治療料に含まれるものとする。

3 痴呆性老人入院精神療法料（1週間につき）

330点

注 老人性痴呆疾患治療病棟入院料又は老人性痴呆疾患療養病棟入院料を算定する保険医療機関が、老人性痴呆疾患治療病棟入院医療又は老人性痴呆疾患療養病棟入院医療を受けている患者について、痴呆性老人入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

注 第8部に規定する精神科専門療法料以外の精神科専門療法料（次に掲げる精神科専門療法料を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、通院精神療法の注中「区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患外来総合診療料、老人慢性疾患外来共同指導料又は老人慢性疾患生活指導料」と、「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「老人初診料」と、心身医学療法の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「老人初診料」と、それぞれ読み替えるものとする。

イ 精神科退院指導料

ロ 痴呆患者特殊療法料

ハ 精神科退院前訪問指導料

第9部 処置

1 老人処置料（1日につき）

12点

注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数に

かかわらず、所定点数を算定する。

2 当該褥瘡処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。

2 老人精神病棟等処置料（1日につき） 15点

注1 老人精神病棟等入院患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、老人処置料の規定にかかわらず、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

イ 創傷処置（熱傷（電撃傷、薬傷及び凍傷を含む。）に対するものを除く。）

(1) 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの

(2) 1肢又はこれに準ずる範囲のもの

ロ 皮膚科軟膏処置

(1) 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの

(2) 1肢又はこれに準ずる範囲のもの

2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。

3 老人留置カテーテル設置料 35点

注1 患者に対し、留置カテーテルを設置した場合に算定する。

2 膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。

3 在宅自己導尿指導管理又は在宅寝たきり患者処置指導管理を受けている患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。

4 老人導尿料 35点

注1 患者に対し、尿道拡張を要する導尿を行った場合に算定する。

2 在宅自己導尿指導管理又は在宅寝たきり患者処置指導管理を受けている患者に対して行った導尿の費用は算定しない。

注 第9部に規定する処置料以外の処置料（次に掲げる処置に係るものを除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、通則中「区分番号A000に掲げる初診料の注5」とあるのは「老人初診料の注3」と、「同注5」とあるのは「同注3」と、それぞれ読み替えるものとする。

イ 留置カテーテル設置

ロ 導尿（尿道拡張を要するものに限る。）

第10部 手術

注 手術料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、通則中「区分番号A000に掲げる初診料の注5」とあるのは「老人初診料の注3」と、「同注5」とあるのは「同注3」と、それぞれ読み替えるものとする。

第11部 麻酔

注 麻酔料の算定は、医科点数表の例による。この場合において、通則中「区分番号A000に掲げる初診料の注5」とあるのは「老人初診料の注3」と読み替えるものとする。

第12部 放射線治療

注 放射線治療料の算定は、医科点数表の例による。

第3章 介護老人保健施設入所者に対する医療に係る診療料

介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った医療に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。

第1部 併設保険医療機関の医療に関する事項

1 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

薬剤 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、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

注 使用薬剤の薬価は、健康保険の算定方法に基づき別に厚生労働大臣が定めるところによる。

2 施設入所者材料料

イ 医科点数表第2章第2部第4節区分番号C300特定保険医療材料

ロ 医科点数表第2章第2部第2節の各区分の注中に掲げる加算として算定できる材料

注 イ及びロの算定方法については医科点数表の例による。

3 その他の診療料