治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１日６単位まで算定する。

Ｈ００７－３　認知症患者リハビリテーション料（１日につき）　240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、重度認知症の状態にある患者（区分番号Ａ３１４に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して１月に限り、週３回を限度として算定する。

Ｈ００７－４　リンパ浮腫複合的治療料

１　重症の場合　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、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者１人１日につき１回算定する。

２　１の場合は月１回（当該治療を開始した日の属する月から起算して２月以内は計11回）を限度として、２の場合は６月に１回を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料（１単位）　50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、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者１人につき１日３単位まで算定する。

第２節　薬剤料

区分

Ｈ１００　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。

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（ぼう）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

Ｉ０００　精神科電気痙攣（けいれん）療法

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。

Ｉ００１　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。

Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき）

１　通院精神療法

イ　区分番号Ａ０００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精神療法を行った場合　600点

ロ　イ以外の場合

(1)　30分以上の場合　400点

(2)　30分未満の場合　330点

２　在宅精神療法

イ　区分番号Ａ０００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在宅精神療法を行った場合　600点

ロ　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60分以上の在宅精神療法を行った場合（イに該当する場合を除く。）　540点

ハ　イ及びロ以外の場合

(1)　30分以上の場合　400点

(2)　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１と２を合わせて週２回を、その他の場合にあっては１と２を合わせて週１回をそれぞれ限度として算定する。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　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Ａ０００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（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４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又は当該保険医療機関以外の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保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合に限る。）　500点

ロ　20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）