

第2章第8部  
精神科専門療法

第1節 精神科専門療法

入院精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）（1回につき）

（注の変更：用語の簡素化）

（注の変更：用語の簡素化）

（注の追加）

注1 1については、入院中の患者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医が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及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医が必要と認められる場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定する。

（新設）

注1 1については、入院中の患者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下単に「精神保健指定医」という。）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られる場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定する。

3 区分番号A231に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対し

<p>通院精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）（1回につき） （項目の組み替え） ※初診時における通院精神療法の評価</p> <p>（注の追加）</p>	<p>1 病院の場合 340点</p> <p>2 診療所の場合 392点</p> <p>（新設）</p>	<p>→</p>	<p>て入院精神療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。</p> <p>1 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精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合 イ 病院の場合 320点 ロ 診療所の場合 370点</p> <p>注3 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月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。</p>
<p>心身医学療法（1回につき） （項目の組み替え）</p>	<p>1 入院中の患者 70点</p> <p>2 入院中の患者以外 90点</p>	<p>→</p>	<p>1 入院中の患者 70点</p> <p>2 入院中の患者以外 イ 初診時 110点 ロ 再診時 80点</p>

(注の追加)

(外来患者に係る算定回数制限の新設)

注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回を限度として算定する。

第2章第9部  
処置

通則

(点数の見直し)

7 処置に当たって、腰部固定帯を使用した場合は、初回に限り各区分の所定点数に220点を加算する。

7 処置に当たって、腰部固定帯を使用した場合は、初回に限り各区分の所定点数に180点を加算する。

第1節 処置料

(一般処置)

創傷処置

(注の削除)

注4 手術後の創傷処置及びドレナージについては、区分番号J001に掲げる術後創傷処置及び区分番号J002に掲げるドレーン法(ドレナージ)により算定する。

(削除)

(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)

注5 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置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創傷処置の費用は算定しない。

注4 区分番号C109又はC112に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。

(項目の新設)

(絆創膏固定術の新設)

絆創膏固定術

500点

湿布処置

(項目の削除：消炎鎮痛等処置へ統合)

湿布処置

1 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの 35点

2 その他のもの 24点

注1 診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

2 消炎鎮痛処置と併せて行った場合の費用は、当該消炎鎮痛処置の所定点数に含まれるものとする。

(削除：消炎鎮痛等処置へ統合)

エタノールの局所注入

(注の新設：施設基準の設定)

注1 甲状腺に対する局所注入については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

(注の新設：施設基準の設定)

2 甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

喀痰吸引（1日につき）

（注の追加：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注3 区分番号C103、C107、C109又はC112に掲げる在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。

酸素吸入（1日につき）

（注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注4 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸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酸素吸入の費用は算定しない。

注4 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

酸素テント（1日につき）

（注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸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酸素テントの費用は算定しない。

注3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

間歇的陽圧吸入法（1日につき）

（注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸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間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

注3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

鼻マスク式補助換気法（1日につき）

（注の追加：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

人工腎臓（1日につき）

（項目の組み替え：時間の評価の廃止）

- 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合  
（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）
- イ 4時間未満の場合 1, 630点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2, 110点
- ハ 5時間以上の場合 2, 210点

- 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合  
（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 1, 960点

	2	その他の場合		2	その他の場合	1,590点
		イ 4時間未満の場合	1,335点			
		ロ 4時間以上5時間未満の場合	1,770点			
		ハ 5時間以上の場合	1,870点			
(注の削除：食事加算の廃止)	注2	入院中の患者以外の患者に対して、人工腎臓実施時間中に食事を提供した場合は、所定点数に63点を加算する。		(削除)		
(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)	6	区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流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人工腎臓の費用は算定しない。		注5	区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。	
腹膜灌流（1日につき）						
1 連続携帯式腹膜灌流						
(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)	注3	区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流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連続携帯式腹膜灌流の費用は算定しない。		注3	区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携帯式腹膜灌流の費用は算定しない。	



ストーマ処置（1日につき）

（注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置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われたストーマ処置の費用は算定しない。

注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。

（救急処置）

人工呼吸

（点数の引き上げ）

- 1 30分までの場合 170点
- 2 30分を超えて5時間までの場合  
170点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合（1日につき）580点

- 1 30分までの場合 220点
- 2 30分を超えて5時間までの場合  
220点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合（1日につき）745点

（注の変更：包括範囲の拡大）

注 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う喀痰吸引又は酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。

（注の追加：在宅療養指導管理料との関係の整理）

2 区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。

(皮膚科処置)

皮膚科軟膏処置

(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)

注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置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膚科軟膏処置の費用は算定しない。

注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。

皮膚レーザー照射療法(一連につき)

(新設)

注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

(泌尿器科処置)

膀胱洗浄(1日につき)

(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)

注2 区分番号C106又はC109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置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膀胱洗浄の費用は算定しない。

注2 区分番号C106又はC109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。

留置カテーテル設置

(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)

注2 区分番号C106又はC109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置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留置カテーテル設置の費用は算定しない。

注2 区分番号C106又はC109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定し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。

導尿（尿道拡張を要するもの）

(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)

注 区分番号C106又はC109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置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導尿の費用は算定しない。

注 区分番号C106又はC109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。

(眼科処置)

(眼処置の範囲の拡大に伴う名称の整理)

眼処置（洗眼、点眼、肩眼帯及び巻軸帯を必要とする処置を含む。）

眼処置

(算定方法の変更、点数の見直し)

睫毛抜去（多数）（片側） 45点  
注 1日に1回を限度として算定する。

睫毛抜去（多数） 31点  
注1 上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とする。  
2 1日に1回を限度として算定する。

(項目の削除：眼処置への統合)

蒸気罨法・熱気罨法 10点  
注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

(削除：眼処置への統合)

(耳鼻咽喉科処置)

(名称の変更)

(点数の引き下げ)

(注の削除：算定回数制限の撤廃)

副鼻腔自然口開放処置

30点

注1 患者1人につき、月4回に限り算定できる。

副鼻腔自然口開大処置

25点

(削除)

(整形外科的処置)

鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所を1日につき)

(注の変更：消炎鎮痛等処置の創設に伴う改正)

注2 消炎鎮痛処置又は湿布処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

注2 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

(項目の削除：消炎鎮痛等処置への統合)

介達牽引(1日につき)

42点

注 消炎鎮痛処置又は湿布処置を併せて行った場合は、介達牽引の所定点数のみにより算定する。

(削除：消炎鎮痛等処置への統合)

(項目の組み替え)

消炎鎮痛処置 (1日につき)

35点

消炎鎮痛等処置 (1日につき)

- 1 マッサージ等の手技による療法 35点
- 2 器具等による療法 35点
- 3 湿布処置
  - イ 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの 35点
  - ロ その他のもの 24点

注1 腰部、肩部等の運動制限の原因が疼痛であって、その疼痛による運動制限を改善する目的で次の療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。

- イ マッサージ等の手技による療法
- ロ 器具等による療法

- 2 注1のイ及びロを併せて行った場合は、所定点数にかかわらず40点を算定する。
- 3 湿布処置を併せて行った場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注1 1から3までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。

- 2 同一の患者につき同一日において、1から3までの療法のうち2以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。
- 3 同一の患者につき同一月において、2及び3を合わせて5回以上行った場合は、5回目以降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。
- 4 3については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定できる。
- 5 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に

(算定回数制限の新設)

(注の追加：在宅療養指導管理料との関係の整理)

対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。

(栄養処置)

鼻腔栄養（1日につき）

（注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注 区分番号C105又はC109に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は在宅寝たきり患者処置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鼻腔栄養の費用は算定しない。

注 区分番号C105又はC109に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。

(ギプス)

（手術の部からの移動：加算の対象は従来通り）

既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は、各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定し、区分番号K931からK936までに掲げる、プラスチックギプスを用いたギプスを行った場合は、各区分の所定点数に所定点数の100分の20に相当する点数を加算した点数を算定する。

既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定し、区分番号J123からJ128までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数に所定点数の100分の20に相当する点数を加算した点数を算定する。

(項目の組み替え)

四肢ギプス包帯

- 1 胸部から上腕に及ぶもの 2, 100点
- 2 胸部から前腕又は手部に及ぶもの  
2, 280点
- 3 上腕から前腕又は手部に及ぶもの

四肢ギプス包帯

- 1 鼻ギプス 310点
- 2 手指及び手、足（片側） 490点
- 3 半肢（片側） 780点
- 4 内反足矯正ギプス包帯（片側） 950点

	4 前腕から手部に及ぶもの	1,200点		5 上肢、下肢(片側)	1,200点
	5 腰部から足部に及ぶもの	720点		6 体幹より四肢にわたるギプス包帯(片側)	1,700点
	6 大腿から足部に及ぶもの	2,580点			
	7 下腿から足部に及ぶもの	1,440点			
		876点			
(項目の変更)	斜頸ギプス包帯	2,400点	→	斜頸矯正ギプス包帯	1,500点
(項目の分割)	脊椎ギプス包帯	2,400点	→	体幹ギプス包帯	1,250点
				脊椎側弯矯正ギプス包帯	3,000点
(点数の見直し)	鎖骨ギプス包帯	1,750点	→	鎖骨ギプス包帯(片側)	1,250点
(項目の変更)	先天性股関節脱臼ギプス包帯(両側)	1,250点	→	先天性股関節脱臼ギプス包帯	2,000点
(点数の引き上げ)	ギプスベッド	1,300点	→	ギプスベッド	1,400点

<p>(項目の組み替え)</p>	<p>治療装具の採型ギプス 1,100点</p>	<p>治療装具の採型ギプス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 義肢装具採型法 200点</li> <li>2 義肢装具採型法 (四肢切断の場合) 700点</li> <li>3 体幹硬性装具採型法 700点</li> <li>4 義肢装具採型法 (股関節、肩関節離断の場合) 1,050点</li> </ul>
	<p>(酸素の価格の設定)</p>	<p>酸素及び窒素の購入価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>