

診療報酬点数表 改正点の解説(医科・調剤) 令和 6 年 6 月版
追補 (お詫びと修正)

令和6年3月 社会保険研究所

本書をご利用いただき、まことにありがとうございます。

本書では、医科診療報酬点数表および調剤報酬点数表の留意事項について、主要な改定部分を容易に把握できるよう、網掛け・ハイライトの処理を行っているところですが、812 頁から 901 頁にかけて網掛け・ハイライト箇所が極めて不鮮明な状態で表示されていることが判明いたしました。

お詫び申し上げますとともに、当該頁を修正した PDF データを以下に掲載しておりますので、ご確認いただきますよう、お願い申し上げます。

あり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。

- (3) マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。

- (4) 「注3」に規定する加算は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。当該加算を算定する場合には、当該麻酔科標榜医の氏名、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

1000-2 経頭蓋磁気刺激療法

- (1) 当該治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。
- (2) 経頭蓋磁気刺激療法は、抗うつ剤を使用した経験があつて、十分な効果が認められない成人のうつ病患者に用いた場合に限り算定できる。ただし、双極性感情障害、軽症うつ病エピソード、持続気分障害などの軽症例や、精神病症状を伴う重症うつ病エピソード、切迫した希死念慮、緊張病症状、速やかに改善が求められる身体的・精神医学的状态を認めるなどの電気痙攣療法が推奨される重症例を除く。

- (3) 経頭蓋磁気刺激療法は、関連学会の定める適正使用指針に基づき、適正時間の刺激により治療が行われた場合に算定できる。時間については、治療装置による治療の前後の医師又は看護師によって行われる面接の時間及び治療装置の着脱に係る時間は含まない。なお、当該治療に用いた医療機器、治療を行った日時及び刺激した時間について、診療録に記載する。

- (4) 初回の治療を行った日から起算して8週を限度として、計30回に限り算定できる。また、治療開始日と終了日の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (5) 治療開始前にHAM D 17又はHAM D 24（ハミルトンうつ病症状評価尺度）による評価を行い、その分析結果及び患者に対する本治療の説明内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 治療開始から第3週目及び第6週目にHAM D 17又はHAM D 24による再評価を行い、その分析結果を診療録に記載する。なお、第3週目の評価において、その合計スコアがHAM D 17で7以下、HAM D 24で9以下である場合は寛解と判断し当該治療は中止又は漸減する。漸減する場合、第4週目は最大週3回、第5週目は最大週2回、第6週目は最大週1回まで算定できる。また、第3週目の評価において、HAM D 17又はHAM D 24の合計スコアで寛解と判断されず、かつ治療開始前の評価より改善が20%未満の場合には中止する。

1001 入院精神療法

- (1) 入院精神療法とは、入院中の患者であつて精神疾患又は精神症状を伴う器質性障害があるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法という。

- (2) 入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神保健指定医又はその他の精神科を担当する医師が、当該保険医療機関内の精神療法を行うにふさわしい場所において、対象精神疾患の患者に対して必要な時間行った場合に限り算定する。ただし、「A230-

- 4」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている保険医療機関については、精神科を標榜していない場合にも、入院精神療法を算定できる。

- (3) 入院精神療法として算定できる回数は、医学的に妥当と認められる回数を限度とする。なお、入院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象として集団的行われた場合には、算定できない。

- (4) 患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であつて、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中2回に限り算定できる。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。なお、家族に対して入院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「家族」と記載する。

- (5) 入院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法(1)にあつては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診療録に記載する。

- (6) 患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

- (7) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

- (8) 重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。

- (9) 入院精神療法(1)を行った週と同一週に行われた入院精神療法(Ⅱ)は別に算定できない。

- (10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて「1004」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、入院精神療法のみににより算定する。

- (11) 当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と「1003」標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法により算定する。

1002 通院・在宅精神療法

- (1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患又は精神症状を伴う器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。以下この区分において同じ。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法という。

- (2) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行つた場合に限り算定する。

- (3) 通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。

- (4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「1」のハの(2)並びに「2」のイ及び「2」のハの(3)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。

- (5) 通院・在宅精神療法の「1」のロ及び「2」のロは、「A000」初診料を算定する初診の日（「A000」の初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。）は、診療に要した時間が60分以上の場合に限り算定することとし、「1」のハの(1)及び「2」のハの(2)は、診療に要した時間が30分以上の場合に、「2」のハの(1)は、診療に要した

時間が 60 分以上の場合に限り算定する。この場合において、診療に要した時間とは、医師が自ら患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診をいう。）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診察及び医師以外の職員による相談等に要する時間は含まない。

- (6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。

- (7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「1」のロ及び「2」のイ又は「2」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。

ア 「A001」再診料の時間外対応加算1の届出を行っていること。

イ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかに折り返して電話することができるとされていること。

- (8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を 10 分単位で記載すること。ただし、30 分又は 60 分を超える診療を行った場合であっても、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が 30 分又は 60 分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「○分超」などの記載でも差し支えない。また、5 分以上 10 分未満の診療を行った場合は、「5 分以上 10 分未満」と記載する。

- (9) 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「家族」と記載する。

- (10) 通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。

- (11) 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

- (12) 入院中の患者以外の精神疾患を有する患者に対して、通院・在宅精神療法に併せて「I004」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、通院・在宅精神療法のみにより算定する。

- (13) 当該患者に対する通院・在宅精神療法を算定した場合は、同じ日に「I003」標準型精神分析療法は算定できない。

- (14) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。

- (15) 通院・在宅精神療法を行った患者に対して、1 回の処方において 2 種類以上の抗うつ薬又は 2 種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- (16) 「注 3」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、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初めて受診した日から起算して 1 年以内の期間に行った場合に限る。）に、所定点数に加算する。

- (17) 「注 4」に規定する児童思春期精神科専門管理加算は、児童思春期精神科の専門の医師（精神保健指定医に指定されてから 5 年以上にわたって主に 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師をいう。）又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20 歳未満の患者（イについては 16 歳未満の患者に限る。）に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定する。

- (18) 「注 4」のロについては、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要となる者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づき、60 分以上の専門的な精神療法を実施すること。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 発達障害の評価に当たっては、ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) や DISCO (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) 等で採用されている診断項目を考慮すること。

イ 患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること。説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付すること。

- (19) 「注 5」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に稟原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に稟原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月 1 回に限り算定する。この際、別紙様式 33 に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の「注 4」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

- (20) 「注 6」に定める所定点数には、「注 3」から「注 5」まで及び「注 7」から「注 11」までの加算を含まないこと。また、別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 「当該保険医療機関において、3 種類以上の抗うつ薬及び 3 種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」とは、当該保険医療機関において抗うつ薬又は抗精神病薬のいずれれかを処方された患者のうち、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が 1 割未満であるか、その数が 20 名未満であることをいう。なお、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は「F100」処方科における計算方法

に準じる。抗うつ薬又は抗精神病薬を処方された患者のうち、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合は、「Ｆ１００」処方料（３）ウにより報告したもののうち、直近のものをを用いることとする。また、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上又は抗精神病薬を３種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）していないために当該報告を行わなかった保険医療機関については、当該要件を満たすものとして扱う。

イ 「当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること」とは、当該月を含む過去３か月以内に以下の全てを行っていることをいう。

(イ) 患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者（以下イにおいて「患者等」という。）に対して、当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。ただし、説明を行うことが診療上適切でないと考える場合は、診療録にその理由を記載すること代替して差し支えない。

(ロ) 服薬状況（残薬の状況を含む。）を患者等から聴取し、診療録に記載していること。

(ハ) ３種類以上の抗精神病薬を投与している場合は、「注５」に掲げる客観的な指標による抗精神病薬の副作用評価を行っていること。

(二) 減薬の可能性について検討し、今後の減薬計画又は減薬計画が立てられない理由を患者等に説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。

ウ 「当該処方毎の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること」とは、「Ｆ１００」処方料(３)のアの(イ)から(ニ)までのいずれかに該当するものであることをいう。

(21) 「注７」に規定する措置入院後継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「１」のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、対面又は電話で、月１回以上の指導を行った上で、３月に１回以上の頻度で当該患者の退院後支援について総合調整を担う都道府県等に対し、当該患者の治療や生活の状況及びより一層の支援が必要と考えられる課題について、文書で情報提供している場合に、３月に１回に限り算定できる。診療録等において、毎回の指導内容を記載するとともに、都道府県等への情報提供の写しを記録すること。なお、指導等を実施した月の翌月以降に通院・在宅精神療法を行った場合に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

(22) 「注８」に規定する療養生活継続支援加算は、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による 20 分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して 1 年を限度として、月 1 回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、精神病棟における直近の入院において、「Ｂ０１５」精神科退院時共同指導料の「１」精神科退院時共同指導料１を算定した患

者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したものは平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多種職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式 5 1 に掲げる「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を１つ以上満たす者であること。

イ 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、３月に１回の頻度でカンファレンスを実施すること。また、カンファレンスには、以下の(イ)から(ハ)までの職種がそれぞれ 1 名以上参加していること。なお、必要に応じて、(ニ)から(ヌ)までの職種が参加すること。ただし、(イ)から(ヘ)までについては、当該保険医療機関の者に限る。

(イ) 当該患者の診療を担当する精神科の医師
(ロ) 保健師又は看護師（以下この項において「看護師等」という。）

(ハ) 精神保健福祉士

(ニ) 薬剤師

(ホ) 作業療法士

(ヘ) 公認心理師

(ト) 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等

(チ) 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法

士

(リ) 市町村若しくは都道府県等の担当者

(ス) その他の関係職種

ウ イのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、初回の支援から 2 週間以内に、多職種が共同して別紙様式 51 の 2 に掲げる「療養生活の支援に関する計画書」

(以下この区分において「支援計画書」という。)を作成し、その写しを診療録等に添付する。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。ただし、「注 8」のイを算定する患者の場合、初回のカンファレンスについては、「Ｂ０１５」精神科退院時共同指導料に規定する指導を実施した日から当該患者の状態に著しい変化を認めない場合に限り、当該指導時に作成した支援計画書（直近の入院中に作成した支援計画書に限る。）を用いても差し支えない。

エ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、患者等に対し、ウにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族等の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

オ 担当する患者ごとに療養生活継続支援記録を作成し、当該指導記録に支援の要点、面接実施時間を明記すること。

(23) 「注 8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象となる状態の急性増悪又は

著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載すること。また、新たに重点的な支援を行うこととなった日を記載した支援計画書を、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(24) 「注9」に規定する心理支援加算は、心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定できる。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 対象となる患者は、外傷体験（身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等）をいう。以下この項において同じ。）を有し、心的外傷に起因する症状（侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の鋭性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状をいう。以下この項において同じ。）を有する者として、精神科を担当する医師が心理支援を必要と判断したものに限る。

イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無及び内容を確認した上で、当該外傷体験及び受診時の心的外傷に起因する症状の詳細並びに心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載する。

(25) 「注10」に規定する児童思春期支援指導加算は、児童思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師（以下この項において「看護師等」という。）が共同して、対面による必要な支援を行った場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の看護師等が、当該患者に対して、療養上必要な指導管理を30分以上実施した場合に算定する。なお、当該患者に対し複数の専任の看護師等がそれぞれ療養上必要な指導管理を実施することは差し支えないが、この場合にあっては、当該指導管理を実施した職員のうち少なくとも1名以上が、当該指導管理を30分以上行っていること。

イ 当該指導管理を実施した者は、指導管理の内容及び実施時間について診療録又は看護記録等に記載する。また、医師は、当該指導管理の必要性について診療録等に記載する。

ウ 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師、看護師等が、他の職種と共同して、別紙様式51の3又はこれに準じた支援計画を作成し、その写しを診療録等に添付する。支援計画の作成に当たっては、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援セ

ンター等による支援の必要性についても検討すること。

エ 当該患者の指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書等による情報提供や面接相談を適宜行う。

オ 当該患者の支援方針等について、ウに掲げる職種が共同して、概ね3月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行う。

カ 1週間当たりの算定患者数は30人以内とする。

(26) 「注11」に規定する早期診療体制充実加算は、地域において、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施するとともに、精神疾患を有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するものであり、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（支）局長に届け出た保険医療機関において通院・在宅精神療法を実施する場合に、当該加算を算定することができる。

(27) 「注11」の算定に当たっては、当該患者を診療する担当医を決めること。担当医により通院・在宅精神療法を行った場合に当該加算を算定する。なお、初回の診療であって、担当医が決まっていない場合に限り、担当医以外の医師が診療した上で、当該加算を算定することは差し支えない。ただし、初回の診療を行った医師が当該患者を診療する担当医にならない場合は、初回の診療を行った医師は、当該患者に対して、2回目以降は別の担当医が診療する旨及び当該担当医について説明すること。

(28) 「注11」の算定に当たっては、担当医は、当該患者に対して、以下の指導、服薬管理等を行うこと。また、必要に応じて、患者の家族等に対して、指導等について説明を行うこと。

ア 原則として、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。ただし、病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合等においては、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、同意が困難であった患者について、診療の都度、同意が得られる状態にあるかを確認し、可能な限り患者本人から同意が得られるよう懇切丁寧に説明する。

イ 診療に当たっては、患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。なお、症状性を含む器質性精神障害等の鑑別に当たっては、採血、画像診断、認知機能検査その他の心理検査等を実施することが望ましい。また、向精神薬を服用している患者については、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」等を参考に、定期的な採血等を実施することが望ましい。

ウ 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認等システムを活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能である。

エ 標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先に

ついて情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

オ 当該患者に対し、必要に応じて障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成する。

カ 当該患者に対し、必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。

キ 患者又は家族等の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式 51 の 4 を参考に、当該患者等の署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。ただし、直近 1 年間に 4 回以上の受診歴を有する患者等については、別紙様式 51 の 4 を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、同意書については、当該保険医療機関自ら作成した文書を用いることにより、また、初回算定時に、病状等の理由によってやむを得ず同意を得られなかった場合は、同意を得られた時点で同意書を作成し、診療録に添付することとしてよい。

ク 当該保険医療機関において、院内掲示やホームページ等により以下の対応が可能なおとを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応する。なお、連携する機関の名前を一覧にして掲載することが望ましい。

(イ) 患者ごとの相談内容に応じたケースマネジメントを行っていること。

(ロ) 障害福祉サービス等の利用に係る相談を行っていること。

(ハ) 介護保険に係る相談を行っていること。

(ニ) 当該保険医療機関に通院する患者について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 28 号）第 3 条第 1 項に規定する相談支援専門員及び介護保険法第 7 条第 5 項に規定する介護支援専門員からの相談に適切に対応すること。

(ホ) 市町村、保健所等の行政機関、地域生活支援拠点等との連携を行っていること。

(ヘ) 精神科病院等に入院していた患者の退院後支援を行っていること。

(ト) 身体疾患に関する診療又は他の診療科との連携を行っていること。

(チ) 健康相談、予防接種に係る相談を行っていること。

(リ) 可能な限り向精神薬の多剤投与、大量投与、長期処方を控えていること。

ケ 精神疾患の早期発見、早期介入を実施するに当たっては、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「早期精神の診療プランと実践例」等を参考とする。

(29) 「注 12」に規定する情報通信機器を用いた場合の精神療法については、以下のアからキまでの取扱いとす。

ア 情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者とは、情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去 1 年以内の期間に对面診療を行ったことがあるものであること。

イ 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、オンライン指針に沿った診療及び処方を行うこと。

ウ 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、厚生労働省令和 4 年度障害者総合福祉

推進事業「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針」の策定に関する検討」において作成された、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（以下「オンライン精神療法指針」という。）に沿って診療を行い、診療内容、診療日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。また、当該診療がオンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ 処方を行う際には、オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方があるオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、向精神薬等の処方に当たっては、日本精神神経学会が作成した「向精神薬の副作用モニタリング・対応マニュアル」、日本神経精神薬理学会が作成した「統合失調症治療ガイドライン 2022」、日本うつ病学会が作成した「日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病（DSM-5）／大うつ病性障害 2016」等の関係学会が定めるガイドラインを参考にすること。

オ 情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、1 回の処方において、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、当該点数を算定できない。

カ 情報通信機器を用いた精神療法を行う保険医療機関について、患者の急変や自殺未遂等の緊急時又は向精神薬等の乱用や依存の傾向が認められる場合等には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者又はその家族等に説明すること。なお、安全性を確保する観点から、情報通信機器を用いた精神療法を実施する医師自らが速やかに対面診療を行える体制を整えていることが望ましい。また、オンライン指針において、「急病急変時の対応方針（自らが対応できない疾患等の場合は、対応できる医療機関の明示）」を含む診療計画の作成が求められていることに留意すること。

キ 精神科救急医療体制整備事業における対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携する等、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に適切に対応できる体制を確保しておくことが望ましい。

1002-2 精神科継続外来支援・指導料

(1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有するものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、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継続して行う場合を評価したものである。

(2) 「注 2」については、当該保険医療機関が、1 回の処方において、向精神薬多剤投与を行った場合には、算定しない。ただし、「F100」処方料(3)の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を投与する場合で(ニ)に該当する場合は算定することができる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定

する理由を記載すること。

- (3) 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙 36 を参考にすること。

- (4) 「注 3」に規定する加算は、「注 1」に規定する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（以下「保健師等」という。）が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。

- (5) 「注 4」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性難性体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性難性体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月 1 回に限り算定する。この際、別紙様式 33 に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注 5」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

- (6) 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。

- (7) 精神科継続外来支援・指導料は、初診時（「A 0 0 0」初診料の「注 5」のただし書に規定する初診を含む。）は算定できないものとする。

- (8) 精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

- (9) 「注 5」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の二の四に掲げるものを全て満たすものという。なお、その留意事項は、「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の(20)に示すものと同様である。

I 0 0 2－3 救急患者精神科継続支援料

- (1) 救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師又は社会福祉士が、自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、精神疾患の状態にあるものに対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。

- (2) 「1」については、精神科医の指示を受けた看護師等が指導等を行う場合には、あらかじめ、当該精神科医が週に 1 回以上診察している必要があること。

- (3) 「2」については、精神科医又は当該精神科医の指示を受けた看護師等（いずれも入院中に当該患者の指導等を担当した者に限る。）が、電話等で指導等を行った場合に算定することとし、退院後 24 週を限度として、週 1 回に限り算定する。なお、指導等を実施した月の翌月以降に外来を受診した際に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

- (4) 指導等の内容の要点を診療録等に記載すること。

I 0 0 3 標準型精神分析療法

- (1) 標準型精神分析療法とは、口述による自由連想法を用いて、抵抗、転移、幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいい、当該療法に習熟した医師により行われた場合に、概ね月 6 回を標準として算定する。また、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、標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師が当該療法を行った場合においても算定できる。

- (2) 口述でなく筆記による自由連想法の手法で行う精神分析療法は、1 時間以上にわたるような場合であっても、入院中の患者にあっては「I 0 0 1」入院精神療法により、入院中の患者以外の患者にあっては「I 0 0 2」通院・在宅精神療法により算定する。

- (3) 標準型精神分析療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

I 0 0 3－2 認知療法・認知行動療法

- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。

- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって 30 分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により 30 分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により 5 分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
- (3) 一連の治療につき 16 回に限り算定する。

- (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、別に算定できない。

- (5) うつ病等の気分障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」（平成 21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

- (6) 強迫性障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「強迫性障害（強迫症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

- (7) 社交不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「社交不安障害（社交不安症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

- (8) パニック障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「パニック障害（パニック症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

(9) 心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル(持続エクスポージャー療法/P E療法) (平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」) に従って行った場合に限り、算定できる。

(10) 神経性過食症に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター研究班作成の「摂食障害に対する認知行動療法C B T－E簡易マニュアル」(平成 29 年度国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」) に従って行った場合に限り、算定できる。

(11) 認知療法・認知行動療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

(12) 認知療法・認知行動療法の「2」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(支)局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあっては、次の全てを満たすこと。

ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。

イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。

ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。

(13) 認知療法・認知行動療法の「1」及び「2」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「2」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

I 0 0 4 心身医学療法

(1) 心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。

(2) 心身医学療法は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定する。

(3) 心身医学療法は、初診時(「A 0 0 0」初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ。)には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。

この場合において診療時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見(視診、聴診、打診及び触診)及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

(4) 心身医学療法を算定する場合には、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症

による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する。

例 「胃潰瘍(心身症)」

(5) 心身医学療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

(6) 入院の日及び入院の期間の取扱いは、入院基本料の取扱いの例による。

(7) 「注5」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。

(8) 「I 0 0 1」入院精神療法、「I 0 0 2」通院・在宅精神療法又は「I 0 0 3」標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

I 0 0 5 入院集団精神療法

(1) 入院集団精神療法とは、入院中の患者であって、精神疾患を有するものに対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。

(2) 入院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。

(3) 1回に15人に限り、1日につき1時間以上実施した場合に、入院の日から起算して6月を限度として週2回に限り算定する。この場合、個々の患者について、精神科を担当する医師による治療計画が作成されていることが必要である。なお、入院の日及び入院の期間の取扱いは、入院基本料の取扱いの例による。

(4) 入院集団精神療法に使用する十分な広さを有する当該医療機関内の一定の場所及びその場所を使用する時間帯を予め定めておくこと。

(5) 入院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。

(6) 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

I 0 0 6 通院集団精神療法

(1) 通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有するものに対して、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。

(2) 通院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。

(3) 1回に10人に限り、1日につき1時間以上実施した場合に、開始日から6月を限度として週2回に限り算定する。

(4) 通院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。

(5) 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

I 0 0 6－2 依存症集団療法

(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定で

きる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、覚醒剤（覚醒剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚醒剤をいう。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条第1号に規定する麻薬をいう。）、大麻（大麻取締法（昭和23年法律第124号）第1条に規定する大麻をいう。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。）に対する物質依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも薬物依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に20人に限り、90分以上実施すること。

ウ 平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。

(2) 依存症集団療法の「2」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル（ギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）第2条に規定するギャンブル等をいう。）に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれもギャンブル依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。

ウ 平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。

(3) 依存症集団療法の「3」については、次のアからエまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、アルコールに対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれもアルコール依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、アルコールの使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。

ウ 治療プログラムはアルコール依存症の治療に関する動機付け面接及び認知行動療法の考え方に基づくプログラムであること。

エ 当該指導を行う精神保健福祉士又は公認心理師については、次に該当する研修を修了している者であること。

(イ) 国又は医療関係団体が主催する研修であること（8時間以上の研修時間であるもの。）。

(ロ) 研修内容に以下の内容を含むこと。

① アルコール依存症の概念と治療

② アルコール依存症のインテーク面接

③ アルコール依存症と家族

④ アルコールの内科学

⑤ アルコール依存症のケースワーク・事例検討

⑥ グループワーク

(ハ) 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

(4) 依存症集団療法実施後に、精神科医及び精神科医の指示を受けて当該療法を実施した従事者が、個別の患者の理解度や精神状態等について評価を行い、その要点を診療録等に記載すること。

I 0 0 7 精神科作業療法

(1) 精神科作業療法は、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

(2) 1人の作業療法士が、当該療法を実施した場合に算定する。この場合の1日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い患者数は1日2単位50人以上を標準とする。

(3) 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。

(4) 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

I 0 0 8 入院生活技能訓練療法

(1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をたらしることにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。

(2) 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある2人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも1人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の1人は精神保健福祉士、公認心理師又は看護補助者のいずれかとする必要がある。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。

- (3) 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者1人当たり1日につき1時間以上実施した場合に限り、週1回に限り算定できる。
- (4) 1人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、1回に15人に限る。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。
- (5) 当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護要員の数に算入できない。
- (6) 入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。
- (7) 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- (8) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

I 0 0 8－2 精神科ショート・ケア

- (1) 精神科ショート・ケアは、精神疾患を有する者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき3時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

- (2) 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行なった診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができ。

- (3) 精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関において実施するものも含む。）は、別に算定できない。ただし、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの（「I 0 1 1」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対しては、退院後の生活を一環として、当該他の医療機関の入院中1回に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の医療機関を含め、入院中に精神科ショート・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科ショート・ケアに引き続き、同一日に、患家又は社会復帰施設等において精神科訪問看護・指導を行う場合は、退院後3か月以内に限り、精神科訪問看護・指導料を算定できるものとする。

- (4) 同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「精神科デイ・ケア等」という。）を開始した日から起算して1年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。ただし、週4日以上算定できるのは、以下のいずれも満たす場合に限られること。

- ア 少なくとも6月に1回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的な評価を行っていること。継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載すること。

- イ 少なくとも6月に1回以上、精神保健福祉士又は公認心理師が患者の意向を聴取していること。

- ウ 精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載すること。医師は、作成した診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得ること。

- エ 当該保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たしていること。

- (イ) 直近6月の各月について、次の(a)に掲げる数を(b)に掲げる数で除して算出した数値の平均が0.8未満であること。

(a) 当該月において、14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

(b) 当該月において、1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

- (ロ) 直近1か月に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から当該月末までの月数の平均が、12か月未満であること。

- (5) 月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「紙様式31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

- (6) 精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケアの対象患者数と精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の2分の1として計算する。

- (7) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

- (8) 「注4」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。

- (9) 「注5」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（「I 0 1 1」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定できる。

- (10) 「注7」については、概ね40歳未満の患者で構成される10人以下の患者グループに対し、あらかじめ治療内容や到達目標を示した治療計画を作成し、個々の患者に説明し、治療の目的について患者本人が理解できるよう文書で説明し同意を得た上で、治療計画に従

って、2名の従事者が当該患者グループに対し精神科ショート・ケアを実施した場合に、40歳未満の患者についてそれぞれ算定する。当該加算は、あらかじめ治療計画に記載された治療期間のみ算定できる。一連の治療計画に従って精神科ショート・ケアを実施している間は、患者グループを構成する患者は固定されることが望ましいが、患者グループの人数が10人に満たない場合であって、既に患者グループを構成する患者の治療に支障のない場合には、治療計画の途中で新たな患者を患者グループに加えることも差し支えない。なお、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害の患者に対する精神科ショート・ケアの実施に当たっては、「発達障害専門プログラム」（日本医療研究開発機構「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」において作成）を参考にすることが望ましい。

- (11) 「注7」の対象患者は、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害、薬物依存症若しくは病的賭博のいずれかの疾患を有する患者又はこれらの複数の疾患を併せ持つ患者とする。一連の治療計画において治療の対象となる疾患はいずれか一つであり、例えば自閉症スペクトラムの治療のために精神科ショート・ケアを実施する患者と薬物依存症のために精神科ショート・ケアを実施する患者が、治療計画を共有する同一の患者グループを構成することはできない。また、入院中の患者についても注7に規定する加算を算定することができ、この場合「注5」の規定における「所定点数」には注7に規定する加算を含まないこと。

- (12) 入院中の患者が精神科ショート・ケアを行う場合は、対象患者数に含めること。

- (13) 精神科ショート・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア

- (1) 精神科デイ・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。また、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

- (2) 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行なった診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

- (3) 精神科デイ・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、他の保険医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの（「I 0 1 1」精神科退院指導料を算定したもの又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限り。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中1回（「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定しているものについては入院中4回）に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他の保険医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の保険医療機関を含め、入院中に精神科デイ・ケアの算定のないこと

を確認すること。また、精神科デイ・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関で実施するものを含む。）は、別に算定できない。

- (4) 同一の保険医療機関で精神科デイ・ケア等を開始した日から起算して1年を超える場合には、精神科デイ・ケア等の実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。ただし、週4日以上算定できるのは、「I 0 0 8－2」精神科ショート・ケアの(4)のAからエまでのいずれも満たす場合に限られること。
- (5) 月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

- (6) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合には、その費用は所定点数に含まれる。

- (7) 同一の患者に対して同一日に精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを併せて実施した場合は、精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。

- (8) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

- (9) 「注5」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。

- (10) 「注6」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（「I 0 1 1」精神科退院指導料を算定したもの又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限り。）に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定できる。

- (11) 「注4」に掲げる長期の入院歴を有する患者とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。

- (12) 当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院中の患者に対して精神科デイ・ケアを行う場合、当該患者は精神科デイ・ケアを提供する対象患者数に含めること。

- (13) 精神科デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 0 精神科ナイト・ケア

- (1) 精神科ナイト・ケアは、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき4時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

- (2) その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

- (3) 精神科ナイト・ケアを算定する場合には、「A 0 0 0」初診料の「注9」及び「A 0 0 1」再診料の「注7」に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

- (4) 精神科ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 0－2 精神科デイ・ナイト・ケア

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアは、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき10時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専

用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科デイ・ケア等の対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の2分の1として計算する。
- (3) 「注5」に規定する加算の対象となる患者は、多職種が共同して特掲診療料施設基準通知の別添2の様式46の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に、加算する。なお、診療終了後に、当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。
- (4) その他精神科デイ・ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。
- (5) 精神科デイ・ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 1 精神科退院指導料

- (1) 精神科退院指導料は、精神科を標榜する保険医療機関において、1月を超えて入院している精神疾患を有する者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、別紙様式24を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。また、入院期間が1年を超える精神疾患を有する者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときには、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り算定する。なお、説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

- (2) 精神科退院指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の入院中に算定する。

- (3) 入院の日及び入院期間の取扱いについては、入院基本料における取扱いと同様である。

- (4) 死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所に入院するため転院した場合には、算定できない。

I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問指導料

- (1) 精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神疾患を有する者の円滑な退院のため、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者

の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

- (2) 精神科退院前訪問指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、1回の入院につき3回（当該入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、6回）に限り指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。

- (3) 「注2」の加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

- (4) 精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

- (5) 精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。

- (6) 精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。

- (7) 保険医療機関は、精神科退院前訪問指導の実施に当たっては、保健所等の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

- (8) 退院前訪問指導料を算定した場合は、精神科退院前訪問指導料は算定できない。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

- (1) 精神科訪問看護・指導料(I)又は(III)は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当する医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。

- (2) 「注1」及び「注2」に規定する精神科訪問看護・指導料(I)及び(III)の算定回数は、週（日曜日から土曜日までの連続した7日間をいう。）について計算する。また、「注1」ただし書及び「注2」ただし書の患者に対する算定回数は、急性増悪した日から連続した7日間について計算すること。また、同一日に複数回精神科訪問看護・指導を行った場合であっても、1日につき1回に限り算定する。

- (3) 「注1」のただし書及び「注2」のただし書に規定する場合は、患者が急性増悪した状態であつて、精神科を担当している医師が患者を直接診察した上で、精神科訪問看護・指導の必要性を認め、指示した場合である。また、「注3」に規定する場合には、医師が患者を直接診察していない場合であっても、当該患者に対して精神科訪問看護・指導を行った保健師等からの情報により、精神科を担当している医師が患者の病状を十分に把握し、必要と判断して、指示した場合を含むものとする。

- (4) 「注1」ただし書及び「注2」ただし書に規定する場合並びに「注3」に規定する場合においては、それぞれの指示は月に1回ずつに限り、その必要性について、急性増悪の状態及び指示内容の要点と併せて診療録に記載し、診療報酬明細書にもその必要性について

- エ 「１０１６」精神科在宅患者支援管理料を算定する患者
- オ 精神科在宅患者支援管理料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長へ届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合
- (9) (8)のただし書の場合において、同一の患者について、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する特別の関係にある訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限り。）の算定、並びに精神科在宅患者支援管理料２を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料の算定は、この限りでない。
- (10) 同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護・指導を行う場合は、当該保険医療機関及び訪問看護ステーション間において十分に連携を図る。具体的には、精神科訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、計画の立案、精神科訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。
- (11) 介護保険法第８条第２０項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第５条第１項に規定する障害福祉サービスを行う施設又はその他の高齢者向け施設等に入所している患者に精神科訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険等による医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による精神科訪問看護・指導を区別して実施する。
- (12) 「注４」に規定する複数名精神科訪問看護・指導加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等又は看護補助者による患者への訪問が必要と判断し、患者又はその家族等が同意を得て、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師又は看護師と保健師等又は看護補助者が、患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合（３０分未満の場合を除く。）は、１日につき「注４」のイからハまでのいずれかを算定する。精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師に保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が同行する場合はイを、准看護師が同行する場合はロを、１日当たりの回数に応じて算定する。また、看護補助者が同行する場合はハを所定点数に加算すること。ただし、看護補助者が同行する場合には、週１日を限度として所定点数に加算する。単に２人の保健師等又は看護補助者が同時に精神科訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。
- また、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」に規定する複数名訪問看護・指導加算（同時に訪問看護・指導を実施する職種及び１日当たりの回

- 記載する。
- (5) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)は、精神科訪問看護・指導を受けようとする同一建物居住者に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行った場合に、以下のア又はイにより算定する。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する患者数と精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する患者数とを合算した人数とすること。
- ア 同一建物居住者が２人の場合は、当該患者全員に対して、イの(1)、ロの(1)、ハの(1)又はニの(1)により算定
- イ 同一建物居住者が３人以上の場合は、当該患者全員に対して、イの(2)、ロの(2)、ハの(2)又はニの(2)により算定
- (6) 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の患者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。
- ア 老人福祉法（昭和３８年法律第１３３号）第２０条の４に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第２０条の６に規定する監費老人ホーム、老人福祉法第２９条第１項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第２０条の５に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者
- イ 介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第８条第１８項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第６３条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第１９項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第８条の２第９項に規定する介護予防防犯型居宅介護、介護保険法第８条の２第１６項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成１８年厚生労働省令第３６号）第４４条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、（平成１８年厚生労働省令第３６号）第４４条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条の２第１７項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者
- (7) 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)は、１回の訪問の実施時間に基づき、３０分未満、３０分以上９０分程度の時間区分のいずれか一方の所定点数を算定する。３０分未満の訪問については、当該患者に短時間訪問の必要性があると医師が認めた場合にのみ算定する。
- (8) 同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。なお、オの場合にあっては、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週３日（退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５日）を限度とする。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合
- イ 服薬中断等により急性増悪した場合であって、一時的に週４日以上の頻回の精神科訪問看護・指導を行う必要を認めた患者
- ウ 当該保険医療機関を退院後３月以内の患者

数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

- ア 同一建物内に1人又は2人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(1)の①、「イ」の(2)の①、「イ」の(3)の①、「ロ」の(1)の①、「ロ」の(2)の①、「ロ」の(3)の①又は「ハ」の(1)により算定
- イ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(1)の②、「イ」の(2)の②、「イ」の(3)の②、「ロ」の(1)の②、「ロ」の(2)の②、「ロ」の(3)の②又は「ハ」の(2)により算定

- (13) 保健師又は看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず患家において両者が同時に滞在する一定の時間を確保すること。
- (14) 「注5」に規定する長時間精神科訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第十の七の(1)に規定する長時間精神科訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第十の七の(1)に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の精神科訪問看護・指導の時間が90分を超えた場合について算定するものであり、週1回(特掲診療料の施設基準等第十の七の(2)に規定する者にあつては週3回)に限り算定できるものとす

る。なお、特掲診療料の施設基準等第十の七の(1)のイ及び(2)のイに規定する者のうち、超重症児・準超重症児については、基本診療料施設基準通知の別添6の別紙14の超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

- (15) 「注6」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間(午後6時から午後10時までの時間を含む。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間を含む。)に精神科訪問看護・指導を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜(午後10時から午前6時までの時間を含む。)に精神科訪問看護・指導を行った場合に、所定点数を加算すること。当該加算は、精神科緊急訪問看護加算との併算定を可とする。

- (16) (15)は患者の求めに応じて、当該時間に精神科訪問看護・指導を行った場合に算定できるものであり、保険医療機関の都合により、当該時間に保健師等を訪問させて精神科訪問看護・指導を行った場合には算定できない。

- (17) 「注7」に規定する精神科緊急訪問看護加算は、精神科訪問看護計画に基づき定期的に行う精神科訪問看護・指導以外であつて、患者又はその家族等の緊急の求めに応じて、精神科を担当する医師の指示により、保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合に1日につき1回に限り加算すること。また、当該加算を算定する場合には、**診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。**

- (18) 精神科緊急訪問看護加算に係る精神科緊急訪問看護を行った場合は、速やかに指示を行った精神科を担当する医師に患者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、精神科訪問指導計画について見直しを行うこと。

- (19) 医師は、保健師等に対して行つた指示内容の要点を診療録に記載する。

- (20) 保健師等は、患者又はその家族等の緊急の求めの内容の要点、医師の指示及び当該指示に基づき行つた指導の内容の要点、月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録すること。また、保険医療機関における日々の精神科訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間(開始時刻及び終了時刻)及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

- (21) 保険医療機関は、精神科訪問看護・指導の実施に当たっては、保健所の実施する訪問指導事業との連携に十分配慮する。

- (22) 「注9」に規定する交通費は実費とする。

- (23) 精神科在宅患者支援管理料1又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料(作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。)及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。

- (24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、精神科在宅患者支援管理料を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。

また、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する場合には、同一建物内において、当該加算又は「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注3」に規定する難病等複数回訪問加算(1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

- ア 同一建物内に1人又は2人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注10」の「イ」の(1)又は「ロ」の(1)により算定

- イ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注10」の「イ」の(2)又は「ロ」の(2)により算定

- (25) 精神科在宅患者支援管理料1又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。

- (26) 精神科在宅患者支援管理料1又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは精神科訪問看護基本療養費を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する。

- (27) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。

- (28) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定できない。

- (29) 「注11」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃腸若しくは腸嚢による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者(以下「登録喀痰吸引等事業者等」とい

う。）の介護職員等（以下「介護職員等」という。）が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。

ア 当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、（イ）及び（ロ）の対応を行っている場合に算定する。

（イ） 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

（ロ） 介護職員等と同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

イ 当該加算は、次の場合には算定できない。

（イ） 介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問

（ロ） 同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合

ウ 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

エ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。

オ 患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるように、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

(30) 「注 12」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患者までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する患者に対して、特別地域に所在する保険医療機関の保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合は特別地域外に所在する保険医療機関の保健師等が、特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合に、精神科訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の100分の50に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患者の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

(31) 「注 13」に規定する外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者等の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、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（支）局長に届け出た診療所において精神科訪問看護・指導料を算定する場合に、患者1人につき月1回に限り加算することができ。ただし、同一月に「A000」の「注 11」、「A001」の「注 15」、第2章第1部の通則第3号又は第2部の通則第5号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。発熱患者等対応加算は、外来感染対策向上加算を算定している場合であって、発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に適切な感染対策の下で精神科訪問看護・指導料

を算定する場合に算定する。

(32) 「注 14」に規定する連携強化加算は、（31）の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、「A234-2」感染対策向上加算1を算定する保険医療機関

に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

(33) 「注 15」に規定するサーベイランス強化加算は、（31）の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

(34) 「注 16」に規定する抗菌薬適正使用体制加算は、「注 13」の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、使用する抗菌薬のうちAccess 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である場合に算定する。

(35) 「注 17」に規定する訪問看護医療DX情報活用加算は、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有し、患者の同意を得て、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより得られる患者の診療情報、薬剤情報や特定健診等情報を取得した上で計画的な管理を行うことを評価するものであり、単に健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していることのみをもって算定することではない。

I O I 2 - 2 精神科訪問看護指示料

(1) 精神科訪問看護指示料は、入院中以外の精神疾患を有する患者であって、適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17を参考として作成した精神科訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限る。）を記載して、当該患者又はその家族等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1か月の指示を行う場合には、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

(2) 精神科訪問看護指示書を交付した保険医（精神科の医師に限る。）は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料（以下「衛生材料等」という。）の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。

(3) 精神科訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、退院時に1回算定できるほか、在宅で療養を行っている患者について月1回に限り算定できる。なお、同一月において、1人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、1月に1回を限度に算定するものであること。

ただし、A保険医療機関と特別の関係にあるB保険医療機関において「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、A保険医療機関は当該患者について「C007」訪問看護指示料は算定できない。

(4) 「注2」に規定する精神科特別訪問看護指示加算は、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を当該患者に対して行う必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17の2を参考に作成した精神科特別訪問看護指示書を、当該患者等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、月1回に限り算定する。

ここでいう一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要性とは、恒常的な頻回の指定訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている指定訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、精神科特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。また、当該精神科訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。

なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を紹介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

(6) 主治医は、交付した精神科訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

(7) 患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）は、当該精神科訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができものであること。

なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

(8) 「注3」に規定する手順書加算は、当該患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、訪問看護において保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、同項第2号に規定する手順書を当該患者が選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して交付した場合に、患者1人につき6月に1回を限度として算定する。手順書を交付した保険医（精神科の医師に限る。）は当該訪問看護ステーション等の当該看護師と共に、患者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。なお、特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。

ア 気管カニューレの交換

イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ウ 膀胱ろうカテーテルの交換

エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

キ 脱水症状に対する輸液による補正

(9) 「注4」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。

(10) 「C002」在宅時医学総合管理料、「C002-2」施設入居時等医学総合管理料、「C003」在宅がん医療総合診療料、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、「注4」に規定する加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該入院における当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

(2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、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、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、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日に算定する。

(3) 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙36を参考にすること。

(4) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「2」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、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、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、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。

(5) 治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。

(6) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料を算定する場合は、治療計画及び治療内容の要点を診療録に記載する。

I014 医療保護入院等診療料

(1) 医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。

(2) 医療保護入院等診療料を算定する場合には、患者の入院形態について、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを診療報酬明細書に記載する。

(3) 医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行うこと。

(4) 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること

(平成 10 年 3 月 3 日障精第 16 号「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」)。また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。

(5) 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。

I O 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料

(1) 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」がランクMに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、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届け出た保険医療機関において、患者 1 人当たり 1 日につき 6 時間以上行った場合に算定する。

(2) 医師の診療に基づき、対象となる患者ごとにプログラムを作成し、当該プログラムに従って行うものであって、定期的にその評価を行う等計画的な医学的管理に基づいて行うものであること。

(3) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合には、その費用は所定点数に含まれる。

(4) 「注 2」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから 1 年以内又は精神病床を退院して 1 年以内の患者であること。

(5) 「注 3」に規定する夜間ケア加算の対象となる患者は、夜間の精神状態及び行動異常が著しい認知症患者で、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届け出た保険医療機関において、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算定できる。

(6) 重度認知症患者デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載すること。

(7) 重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料を算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療方は、別に算定できない。

I O 1 6 精神科在宅患者支援管理料

(1) 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）に対し、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に 1 回以上の訪問診療及び定期的な精神科訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議等により行政機関等の多機関との連絡調整を行うことを評価するものであり、月 1 回に限り算定する。なお、「1」及び「2」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の入院について、前回の入院、入院形態並びに退院日（入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時における GAF、当該月の最初の訪問診療時における GAF、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号）におけるランク、平成 31～令和 3 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式 41 の 2 に掲げる「「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」（以下この項において「在宅医療

における包括的支援マネジメント導入基準」という。）において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数、初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して 6 月以内に限り、月 1 回に限り算定すること。

ア 1 年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であつて、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去 3 月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時における GAF 尺度による判定が 40 以下の者（重度認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号）（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 6 の別紙 12 及び別紙 13 参照）におけるランク M に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）で II－3（又は 3 以上又は GCS（Glasgow Coma Scale）で 8 点以下の状態にある者）を除く。）

ウ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を 1 つ以上満たす者又は 5 点以上である者

(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て若しくはエに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して 6 月以内に限り、月 1 回に限り算定すること。

ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等と理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者

イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者

ウ 当該管理料を算定する日において GAF 尺度による判定が 40 以下の者

エ 過去 6 月以内に精神科地域包括ケア精神入院料を算定する病種から退院した患者

(4) 「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に 1 回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して 2 年に限り、月 1 回に限り算定する。なお、「3」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、「1」又は「2」の初回の算定日、「3」の初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であつて、当該管理料の算定を開始した月から、6 月を経過した患者

イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であつて、引き続き訪問診療が必要

な患者

- (5) 「3」を前月に算定した患者であって、(2)のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについては、要件を満たす場合に限り、「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」を算定して差し支えない。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪における状態像について記載すること。
- (6) 計画的な医学管理については、別紙様式 41 又はこれに準じた様式を用いて総合支援計画書を月 1 回以上作成し、総合支援計画書の写しを診療録に添付すること。
- (7) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。
- ア 算定患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、看護師又は保健師、精神保健福祉士及び作業療法士の各 1 名以上からなる専任のチームを設置すること。
- イ 当該患者に対して月 1 回以上の訪問診療と週 2 回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月 2 回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。原則として、(7)のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。
- ウ (7)のアに規定する専任のチームが週 1 回以上カンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を行うこと。うち、2 月に 1 回以上は保健所若しくは精神保健福祉センター等と共同して会議（以下「共同カンファレンス」という。）を開催すること又は患者の同意を得た上で保健所若しくは精神保健福祉センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供の上報告すること。なお、共同カンファレンスについては、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。
- (8) 「1」のロ及び「2」のロは、(7)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。
- ア 当該患者に対して月 1 回以上の訪問診療と月 2 回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月 1 回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。原則として、(7)のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。
- イ (7)のアに規定する専任のチームが月 1 回以上チームカンファレンスを行い、患者の同意を得た上で、2 月に 1 回以上保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。
- (9) 連携する訪問看護ステーションが精神科訪問看護を行う場合には、精神科在宅患者支援管理料 2 を算定する。この場合、(7)のアに規定する専任のチームに、連携する訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか 1 名以上が参加している必要があること。また、連携する訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、定期的な多職種会議の他、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を随時提供していること。なお、この場合、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。
- (10) (7)から(9)までにおいて、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際

- は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報はシステムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (11) チームカンファレンス及び共同カンファレンスの開催に当たっては、以下の点に留意すること。
- ア チームカンファレンス及び共同カンファレンスにおいて、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録等に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。
- イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。
- ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。
- (12) 特別の関係にある訪問看護ステーションと連携して行う場合は、精神科在宅患者支援管理料 1 を算定すること。
- (13) 連携する訪問看護ステーションが当該患者について訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、訪問看護ステーションが訪問を行った同一時間帯に行う「C000」往診料、「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は「I012」精神科訪問看護・指導料は算定できない。
- (14) 2 以上の保険医療機関が同一の患者について同一の精神科在宅患者支援管理料を算定すべき医学管理を行っている場合には、主たる医学管理を行っている保険医療機関において当該精神科在宅患者支援管理料を算定する。
- (15) 精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 精神科オンライン在宅管理料は、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、訪問診療を実施した時間帯以外の時間帯に情報通信機器を用いた診療による医学管理を実施した場合に算定できる。
- イ 情報通信機器を用いた診療は、アの計画に基づき、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。
- ウ 患者の同意を得た上で、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成すること。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載すること。
- エ 当該計画に沿って、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係る情報通信機器を用いた診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。
- オ 情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、精神科在宅患者支援管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が同一の保険医療機関に所属するチームで診療を行っている場合であって、

あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。

カ 情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針及びオンライン精神療法指針に沿って診療を行うこと。

キ 情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

ク 同一の患者について、情報通信機器を用いた診療による医学管理を実施した同一時間帯に連携する訪問看護ステーションが訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

ケ 同一の患者について、情報通信機器を用いた診療による医学管理を実施した日に、「C000」往診料、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は「I012」精神科訪問看護・指導料を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

コ 当該管理料を算定する場合、情報通信機器を用いた診療を受ける患者は、当該患者の自宅において情報通信機器を用いた診療を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時に情報通信機器を用いた診療を行った場合は、当該管理料は算定できない。

サ 当該診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

第2節 薬剤料

精神病特殊薬物療法は、第2章第5部投薬として算定する。

第3節 経過措置

平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

第9部 処置

<通則>

1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・軀幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、「ガーゼ等

衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。

なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方箋により投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。

2 特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は1回に使用した総量の価額であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。

3 洗眼、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤汚染撤布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

4 「通則5」の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1（以下「時間外等加算1」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。

ア 「A000」の注7、「A001」の注5、「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、「A000」の注9又は「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合は対象とされない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても、当該加算は算定できる。

イ 初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が8時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続の後の場合を含む。）

5 「通則5」の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2は、「A000」の注7、「A001」の注5、「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、「A000」の注9又は「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

6 通則5の入院中の患者に対する処置の休日加算1又は深夜加算1は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。

7 通則5の時間外等加算1は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。

- 8 処置の開始時間とは、患者に対し直接施療した時とする。なお、処置料において「１日につき」とあるものは午前０時より午後１２時までのことであり、午前０時前に処置を開始し、午前０時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算等を算定し、午前０時以降の２日目については算定できない。
- 9 処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は、時間外加算等は算定できない。
- 10 時間外加算等に係る「所定点数」とは、第１節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第２節から第４節までの費用は含まない。
- 11 ４から１０までに規定するほか、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様である。
- 12 「通則６」における「特に規定する場合」とは、処置名の末尾に「片側」、「１肢につき」等と記入したものをいう。両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。
- 13 第１節に掲げられていない特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。
- 14 血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、「Ｊ０５９－２」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。
- 15 「通則８」に規定する耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した基礎疾患のない６歳未満の患者に対して、「Ｊ０９５」から「Ｊ１１５－２」までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない者に対して、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、耳鼻咽喉科を担当する専任の医師が診察を行った初診時に、月１回に限り算定する。なお、インフルエンザの患者又はインフルエンザの疑われる患者及び新型コロナウイルス感染症の患者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる患者については、算定できない。

<処置料>

（一般処置）

Ｊ０００ 創傷処置

- (１) 創傷処置、「Ｊ００１」熱傷処置、「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ又は軟膏処置を行うべき広さという。

- (２) 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。

- (３) 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合は、いずれか１つのみにより算定し、併せて算定できない。

- (４) 「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料、「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料又は「Ｃ１１２－２」在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在

宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含む、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。

- (５) 手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、１日につき所定点数のみにより算定する。

- (６) 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。

- (７) 中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

- (８) 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

Ｊ０００－２ 下肢創傷処置

- (１) 各号に示す範囲とは、下肢創傷の部位及び潰瘍の深さをいう。

- (２) 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものという。

- (３) 下肢創傷処置を算定する場合は、「Ｊ０００」創傷処置、「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

- (４) 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

- (５) 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

Ｊ００１ 熱傷処置

- (１) 熱傷処置を算定する場合は、「Ｊ０００」創傷処置、「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

- (２) 熱傷には電撃傷、凍傷及び凍傷が含まれる。

- (３) 「１」については、第１度熱傷のみでは算定できない。

Ｊ００１－２ 絆創膏固定術

足関節捻挫又は膝関節靭帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定する。ただし、交換は原則として週１回とする。

Ｊ００１－３ 鎖骨又は肋骨骨折固定術

鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、「Ｊ０００」創傷処置に準じて算定し、肋骨骨折固定術の２回目以降の絆創膏貼用は、絆創膏固定術に準じて算定する。

Ｊ００１－４ 重度褥瘡処置

- (１) 皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R2020 分類Ｄ３、Ｄ４及びＤ５）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

- (２) 重度褥瘡処置を算定する場合は、「Ｊ０００」創傷処置、「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

Ｊ００１－５ 長期療養患者褥瘡等処置

- (１) 長期療養患者褥瘡等処置の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置（創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであり、重度褥瘡処置を含むものであること。

- (2) 褥瘡処置の回数及び部位数にかかわらず1日につき1回に限り算定するものであること。
(3) 1年を超える入院の場合において創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合は、その対象傷病名を診療報酬明細書に記載すること。

J 0 0 1－6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置

- (1) 「注1」に掲げる処置には褥瘡処置及び重度褥瘡処置を含む。
(2) 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注1」に掲げるものの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、長期療養患者褥瘡等処置の所定点数により算定する。

- (3) 結核病棟又は精神病棟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して、ドレーン法を行った場合は、その種類又は回数にかかわらず精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置として、1日につき所定点数を算定する。

J 0 0 1－9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置

肺空洞切開手術後の空洞内にヨードホルムガーゼを使用した場合に算定する。なお、ヨードホルムガーゼを多量に使用することは、中毒のおそれもあり留意すべきである。

J 0 0 1－10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

- (1) 静脈圧迫処置は、慢性静脈不全による難治性潰瘍の患者であって、次のいずれにも該当する場合に、月に1回に限り、3月を限度として算定する。ただし、初回の潰瘍の大きさが100cm²を超える場合は6月を限度として算定する。

ア 2週間以上持続し、他の治療法によっては治癒又は改善しない下肢の難治性潰瘍を有する患者である場合。

イ 次のいずれかの方法により、慢性静脈不全と診断された患者であって、それ以外の原因が否定されている場合。

- ① 下肢静脈超音波検査により、表在静脈において0.5秒、深部静脈において1秒を超える逆流所見が認められる場合又は深部静脈において有意な閉塞所見が認められる場合
② 動脈性静脈性混合性潰瘍が疑われる場合であって、足関節上腕血圧比（ABI）検査0.5以上の場合

- (2) 静脈圧迫処置は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導の下、専任の看護師が行うものについて算定する。なお、当該医師又は看護師は、関連学会が主催する所定の研修会を受講していること。

- (3) 静脈圧迫処置は、弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動及び患肢のスキんケアによるセルフケア指導を適切に組み合わせて、処置及び指導を行った場合に算定する。

- (4) 関連学会が定める指針等を遵守すること。

- (5) 診療報酬の請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。）、これまでの治療経過、慢性静脈不全と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。

J 0 0 2 ドレーン法（ドレーナージ）

- (1) 部位数、交換の有無にかかわらず、1日につき、所定点数のみにより算定する。
(2) ドレーナージの部位の消毒等の処置料は所定点数に含まれ、「J 0 0 0」創傷処置は別に算定できない。ただし、ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、「J 0 0 0」創傷

処置の「1」により手術後の患者に対するものとして算定する。

- (3) 「1」と「2」は同一日に併せて算定できない。

- (4) P T C Dチューブの単なる交換については、「2」により算定する。

J 0 0 3 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）

- (1) 入院中の患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。
(2) 「1」から「3」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さという。

- (3) 部位数にかかわらず、1日につき、所定点数により算定する。

- (4) 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、「J 0 0 1－4」重度褥瘡処置及び「J 0 5 3」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。「J 0 0 0」創傷処置、「J 0 0 0－2」下肢創傷処置又は「J 0 0 1」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

- (5) 局所陰圧閉鎖処置（入院）終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、「J 0 0 3－4」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置（多血小板血漿処置を除く。）が必要な場合は、「J 0 0 0」創傷処置により算定する。

- (6) 「注1」に規定する加算は、入院前に「J 0 0 3－2」局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定していた患者が、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置（入院）を行った場合は算定できない。

- (7) 「注2」の持続洗浄加算については、局所感染を伴う難治性創傷（局所感染が存在するが、その拡大がなく、沈静化すると考えられる創傷及び汚染創に限り、骨髄炎又は骨膜炎を除く。）に対して、持続洗浄を併せて実施した場合に算定する。持続洗浄加算を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

- (8) 骨髄炎又は骨膜炎を伴う難治性創傷に対して、局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合は、「注2」の持続洗浄加算は算定できず、「J 0 4 0」局所灌流の「2」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する。この場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

- (9) 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。

- (10) 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週3回に限り算定できる。

- (11) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (12) 「注3」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数である。

J 0 0 3－2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）

- (1) 入院中の患者以外の場合に対して陰圧創傷治療用カトリッジを用いて処置を行った場合に限り算定できる。

- (2) 「1」から「3」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さ

- をいう。
- (3) 部位数にかかわらず、1 日につき、所定点数により算定する。
- (4) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、「J 0 0 1－4」重度褥瘡処置及び「J 0 5 3」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。「J 0 0 0」創傷処置、「J 0 0 0－2」下肢創傷処置又は「J 0 0 1」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- (5) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、「J 0 0 3－4」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置（多血小板血漿処置を除く。）が必要な場合は、「J 0 0 0」創傷処置により算定する。
- (6) 「注」に規定する加算は、入院中に「J 0 0 3」局所陰圧閉鎖処置（入院）（1 日につき）を算定していた患者が引き続き入院外で局所陰圧閉鎖処置を実施した場合は算定できない。
- (7) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。
- J 0 0 3－3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1 日につき）
- (1) 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットを用いた場合に限り、10 日を限度として算定する。なお、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定する場合は、「J 0 0 3」局所陰圧閉鎖処置（入院）は併せて算定できない。
- J 0 0 3－4 多血小板血漿処置
- (1) トラフェルミン（遺伝子組換え）を用いた治療又は局所陰圧閉鎖処置を 28 日以上行っても効果が得られない難治性皮膚潰瘍に対して、多血小板血漿処置を行った場合に限り算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に当該処置を行う医学的必要性を記載すること。
- (2) 一連につき 2 クールを限度として行い、1 クール（4 週間に限る。）につき 1 回を限度として算定する。
- (3) 部位数にかかわらず、所定点数により算定する。
- (4) 多血小板血漿処置を算定する場合は、一連の期間内において、「J 0 0 1－4」重度褥瘡処置、「J 0 0 3」局所陰圧閉鎖処置（入院）、「J 0 0 3－2」局所陰圧閉鎖処置（入院外）及び「J 0 5 3」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。なお、「J 0 0 0」創傷処置、「J 0 0 0－2」下肢創傷処置又は「J 0 0 1」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- J 0 0 4 流注膿瘍穿刺
- 「J 0 0 1－8」穿刺排膿後薬液注入と同一日に算定することはできない。
- J 0 0 5 脳室穿刺
- 「D 4 0 1」脳室穿刺と同一日に算定することはできない。
- J 0 0 6 後頭下穿刺
- 「D 4 0 2」後頭下穿刺と同一日に算定することはできない。
- J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺
- 「J 0 0 7」頸椎穿刺は「D 4 0 3」頸椎穿刺と、「J 0 0 7」胸椎穿刺は「D 4 0 3」胸椎穿刺と、「J 0 0 7」腰椎穿刺は「D 4 0 3」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 0 7－2 硬膜外自家血注入

硬膜外自家血注入は、起立性頭痛を有する患者に係るものであって、関係学会の定める脳脊髄液漏出症診療指針に基づき、脳脊髄液漏出症として「確定」又は「確定」と診断されたものに対して実施した場合に限り算定できる。なお、診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に当該指針に規定する画像診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等の症状詳細を記載すること。

J 0 0 8 胸腔穿刺

- (1) 胸腔穿刺、洗浄、薬液注入又は排液について、これらを併せて行った場合においては、胸腔穿刺の所定点数を算定する。

- (2) 単なる試験穿刺として行った場合は、「D 4 1 9」その他の検体採取の「2」により算定する。

J 0 1 1 骨髄穿刺

「D 4 0 4」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺

「D 4 0 7」腎嚢胞又は水腎症穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 1 3 ダグラス窩穿刺

「D 4 0 8」ダグラス窩穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 1 4 乳腺穿刺

「D 4 1 0」乳腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J 0 1 5 甲状腺穿刺

「D 4 1 1」甲状腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J 0 1 6 リンパ節等穿刺

「D 4 0 9」リンパ節等穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J 0 1 7 エタノールの局所注入

- (1) 肝癌、有症状の甲状腺のう胞、機能性甲状腺結節（Plummer 病）、内科的治療に抵抗性の 2 次性副甲状腺機能亢進症等に対してエタノールを局所注入した場合に算定する。なお、使用したエタノールは、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 当該手技に伴って実施される超音波検査、画像診断の費用は所定点数に含まれる。

J 0 1 7－2 リンパ管腫局所注入

リンパ管腫にビシバニールを局所注入した場合に算定する。

J 0 1 8 喀痰吸引

- (1) 喀痰の凝塊又は肺切除後喀痰が気道に停滞し、喀出困難な患者に対し、ネラトンカテター及び吸引器を使用して喀痰吸引を行った場合に算定する。
- (2) 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）、ネプライザ又は超音波ネプライザを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

- (3) 「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料、「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料、「C 1 0 7－3」在宅ハイフローセラピー指導管理料、「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理

料、「C112」在宅気管切開患者指導管理料又は「C112-2」在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、喀痰吸引の費用は算定できない。

J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出

- (1) 「J018」喀痰吸引を同一日に行った場合はどちらか一方のみ算定する。
- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料、「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料、「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料、「C112」在宅気管切開患者指導管理料又は「C112-2」在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。
- (3) 算定は1日に1回を限度とする。

J019 持続的胸腔ドレナージ

- (1) 2日目以降は、「J002」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 手術と同一日に行った持続的胸腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、「J002」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。
- (3) 胸腔内出血排除（非開胸的）については本区分で算定する。

J020 胃持続ドレナージ

2日目以降は、「J002」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

J021 持続的腹腔ドレナージ

- (1) 2日目以降は、「J002」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 手術と同一日に行った持続的腹腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、「J002」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

J022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ

- (1) 持続的難治性下痢便ドレナージは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は無菌治療室管理加算を現に算定している患者であって、2時間に1回以上の反復する難治性の下痢便を認める患者又は肛門周囲熱傷を伴う患者に対し、急性期患者の皮膚・排泄ケアを実施するための適切な知識・技術を有する医師又は看護師が、便の回収を持続的かつ閉鎖的に行う機器を用いて行った場合に算定する。
- (2) 持続的難治性下痢便ドレナージは、当該技術に関する十分な経験を有する医師又は5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修を修了した看護師が実施することが望ましい。なお、ここでのいう急性期患者への看護等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療機関団体等が主催する研修であること。（6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

- (3) 開始日については、当該点数で算定し、2日目以降は「J002」ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）の「2」その他のもので算定する。

J024 酸素吸入、J024-2 突発性難聴に対する酸素療法

- (1) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。
- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料又は「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。
- (3) 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して、呼吸循環管理を目的として低濃度酸素吸入を行った場合は、「J024」酸素吸入の所定点数を算定する。

J025 酸素テント

(1) 使用したソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれる。

- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料又は「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素テントの費用は算定できない。

J026 間歇的陽圧吸入法

- (1) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料又は「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、間歇的陽圧吸入法の費用は算定できない。
- (2) 間歇的陽圧吸入法と同時にいう喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

J026-2 鼻マスク式補助換気法、J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療

- (1) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料又は「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。

- (2) 鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時にいう喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

J026-4 ハイフローセラピー（1日につき）

- (1) 動脈血酸素分圧が60mmHg以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が90%以下の急性呼吸不全の患

者に対して実施した場合に限り算定する。なお、算定に当たっては、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料又は「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。

J027 高気圧酸素治療

- (1) 「1」は減圧症又は空気塞栓に対して、発症後1か月以内に行う場合に、一連につき7回を限度として算定する。
- (2) 「2」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき10回を限度として算定する。

- ア 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒（閉歇型を含む。）
- イ 重症軟部組織感染症（ガス壊疽、壊死性筋膜炎）又は頭蓋内膿瘍
- ウ 急性末梢血管障害
- （イ）重症の熱傷又は凍傷
- （ロ）広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害
- （ハ）コンパートメント症候群又は圧挫症候群

エ 脳梗塞

オ 重症頭部外傷後若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫

カ 重症の低酸素脳症

キ 腸閉塞

- (3) 「2」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき30回を限度として算定する。

ア 網膜動脈閉塞症

イ 突発性難聴

ウ 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍

エ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害

オ 皮膚移植

カ 脊髄神経疾患

キ 骨髄炎又は放射線障害

- (4) スモンの患者に対して行う場合は、「2」により算定する。

- (5) 2絶対気圧以上の治療圧力が1時間に満たないものについては、1日につき「J024」酸素吸入により算定する。

- (6) 高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

J028 インキュベーター

- (1) インキュベーターを行うに当たって使用した滅菌精製水の費用は、所定点数に含まれる。
- (2) 1日につき所定点数により算定する。

J029 鉄の肺

1日につき所定点数により算定する。

J032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

「注」に規定する加算は、3歳未満の乳幼児に対して、鎖肛又は先天性腸疾患に対する根治術

等の前後に肛門拡張法を行った場合に限り算定できる。なお、当該加算は初回の算定日から起算して3月に限り算定できるとし、診療報酬明細書の摘要欄に初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

J034 イレウス用ロングチューブ挿入法

- (1) 2日目以降は、「J02」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 経肛門的に挿入した場合においても本区分により算定する。

J034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

- (1) EDチューブを用いて経管栄養を行うためにEDチューブを挿入した場合は、胃食道逆流症や全身状態の悪化等により、経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者に対して実施した場合に限り算定する。
- (2) 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術は、X線透視下に経鼻栄養・薬剤投与用チューブを挿入し、食道から胃を通して、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認した場合に算定する。
- (3) 経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合にも算定できる。なお、医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) EDチューブを用いて経管栄養を行う場合には、「J120」鼻腔栄養（1日につき）の所定点数により算定する。
- (5) 経鼻薬剤投与を行う場合は、レボドパ・カルピドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。なお、この場合の画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日に限り算定する。

J034-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術

一連につき、一回に限り算定する。なお、「D313」大腸内視鏡検査の費用は、所定点数に含まれる。

J038 人工腎臓

- (1) 人工腎臓には、血液透析のほか血液濾過、血液透析濾過が含まれる。

(2) 人工腎臓を行う医療機関の規模や効率性等を踏まえた評価とする観点から、「1」については「慢性維持透析を行った場合1」の施設基準、「2」については「慢性維持透析を行った場合2」の施設基準の届出を行った保険医療機関において算定する。「慢性維持透析を行った場合3」については、「1」又は「2」の施設基準のいずれかに該当するものとして届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において算定する。ただし、「慢性維持透析を行った場合3」についても、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていることが望ましい。

- (3) 人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れたときを起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終えたときまでとする。したがって、人工腎臓実施前後の準備、整理等に要する時間は除かれる。

- (4) 人工腎臓の時間等については、患者に対し十分な説明を行った上で、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）を診療録等に記載すること。また、治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明

- エ 以下のこと。
- (5) 妊娠中の患者以外の患者に対し、人工腎臓と「J038-2」持続緩徐式血液濾過を併せて1月に15回以上実施した場合（人工腎臓のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過は算定できない。ただし、薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベンタペゴル製剤、HIF-PH阻害剤及び生理食塩水を含む。）又は特定保険医療材料は別に算定できる。
- (6) 「C102」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場合には、「J042」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、「C102-2」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場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料に限り算定できる。なお、他の医療機関において「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定できる。
- (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。
- ア 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベンタペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。
- イ 「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においては、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベンタペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。
- ウ 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓灌流原液の希釈水の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。また、必要があれば脱イオン（純水製造装置による）を行わなければならない場合であっても同様である。
- エ 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓の希釈水に対してアルミニウム、フッ素、遊離塩素及びエンドトキシン等を除去する目的で逆浸透装置、活性炭フィルター及び軟水装置を用いて水処理を行った場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- オ 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓の回路を通して行う注射料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) 「4」 その他の場合は次の場合に算定する。
- ア 急性腎不全の患者に対して行った場合
- イ 透析導入期（導入後1月に限る。）の患者に対して行った場合
- ウ 血液濾過又は血液透析濾過（「注13」の加算を算定する場合を除く。）を行った場合

- エ 以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ス)までについては入院中の患者に限る。）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合
- (イ) 重大な視力障害に至る可能性が著しく高い、進行性眼底出血（発症後2週間に限る。）
- (ロ) 重篤な急性出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等）（発症後2週間に限る。）
- (ハ) ヘパリン起因性血小板減少症
- (ニ) 播種性血管内凝固症候群
- (ホ) 敗血症
- (ヘ) 急性肺炎
- (ト) 重篤な急性肝不全
- (チ) 悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る。）
- (リ) 自己免疫疾患の活動性が高い状態
- (ス) 「L002」硬膜外麻酔、「L004」脊椎麻酔又は「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後2週間に限る。）
- (9) (8)の場合に該当し、「4」により算定する場合にあっては、(8)の「ア」から「エ」までについては(イ)から(ス)までの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (10) 人工腎臓における血液濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症若しくは透析困難症の患者又は緑内障、心包炎若しくは心不全を合併する患者について、血液透析を行った上で、その後血液濾過を実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は、「4」により算定する。
- (11) 人工腎臓における血液透析濾過（「注13」の加算を算定する場合を除く。）は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症又は透析困難症の患者について実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は「4」により算定する。
- (12) 「注1」の加算については、人工腎臓を緊急のため午後5時以降に開始したため又は緊急のため休日に行ったため、通則5による時間外加算等が算定できる場合にあつては、併せて算定できない。
- (13) 「注1」の加算を算定する場合は、「A000」初診料の「注9」及び「A001」再診料の「注7」に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (14) 休日加算の対象となる休日とは、初診料における休日加算の対象となる休日と同じ取扱いである。ただし、日曜日である休日（日曜日である12月29日から1月3日までの日を除く。）は、休日加算の対象としない。
- (15) 休日の午後5時以降に開始した場合又は午後9時以降に終了した場合には、「注1」の加算を1回のみ算定できる。
- (16) 療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合には、患者から実費を徴収することができる。

(17) 「注2」の加算について、「イ」については、「導入期加算1」の施設基準、「ロ」については、「導入期加算2」の施設基準、「ハ」については、「導入期加算3」の施設基準の届出を行った保険医療機関において、それぞれ1日につき200点、410点又は810点を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。

(18) 「注3」の加算については、次に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。

ア 障害者基本法に定める障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）

イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者

ウ 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限り。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している者であって介護を要するもの（腎疾患により受給者証を発行されているものを除く。）

エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者

オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者

カ 認知症患者

キ 常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者

ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者

ケ 出血性消化器病変を有する者

コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者

サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者

シ 末期癌に合併しているために入院中の患者

ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの

セ 妊婦（妊娠中期以降）

ソ うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）

タ 12歳未満の小児

チ 人工呼吸を実施中の患者

ツ 結核菌を排菌中の患者

(19) 人工腎臓を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、「4」の場合であって、夜間に人工腎臓を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

(20) 「注10」の下肢末梢動脈疾患指導管理加算は、当該保険医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行った場合に算定できる。その際「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、下肢末梢動脈の虚血性病変が疑われる場合には

足関節上腕血圧比（ABI）検査又は皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること。また、ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行うこと。当該保険医療機関が専門的な治療体制を有している保険医療機関の要件を満たしている場合は、当該保険医療機関内の専門科と連携を行っていること。

(21) 「注11」の長時間加算については、次に掲げる状態の患者であって、通常の人工腎臓では管理困難な徴候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

ア 心不全徴候を認める又は血行動態の不安定な患者

イ 適切な除水、適切な降圧薬管理及び適切な塩分摂取管理を行っても高血圧が持続する患者

ウ 高リン血症が持続する患者

(22) 「注13」慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう。

(23) 原則として、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること及び透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(24) 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該保険医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、「F400」処方箋料の（9）の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

(25) 「注14」に掲げる透析時運動指導等加算については、透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師が1回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定できる。実施した指導等の内容を実施した医師本人又は指導等を実施した理学療法士等から報告を受けた医師が診療録に記録すること。

なお、入院中の患者については、当該療法を担当する医師、理学療法士又は作業療法士の1人当たりの患者数は1回15人程度、当該療法を担当する看護師の1人当たりの患者数は1回5人程度を上限とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度を上限とする。

(26) 透析時運動指導等加算について、指導等に当たっては、日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照すること。

(27) 指導を行う室内に心電図モニター、経皮的動脈血酸素飽和度を測定できる機器及び血圧計を指導に当たって必要な台数有していること。また、同室内に救命に必要な器具及びエルゴメータを有していることが望ましい。

(28) 当該加算を算定した日については、疾患別リハビリテーション料は別に算定できない。

J038-2 持続緩徐式血液濾過

(1) 使用した特定保険医療材料については、持続緩徐式血液濾過器として算定する。

(2) 持続緩徐式血液濾過は、次のアからケまでに掲げるいずれかの状態の患者に算定できる。

ただし、キ及びクの場合にあっては一連につき概ね8回を限度とし、ケの場合にあっては一

- 連につき月 10 回を限度として 3 月間に限って算定する。
- ア 末期腎不全の患者
- イ 急性腎障害と診断された高度代謝性アシドーシスの患者
- ウ 薬物中毒の患者
- エ 急性腎障害と診断された尿毒症の患者
- オ 急性腎障害と診断された電解質異常の患者
- カ 急性腎障害と診断された体液過剰状態の患者
- キ 急性肺炎診療ガイドライン 2015 において、持続緩徐式血液濾過の実施が推奨される重症急性肺炎の患者
- ク 重症敗血症の患者
- ケ 劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者
- （3）（2）の ア から カ までのいずれかに該当する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。
- （4）（2）の キ から ケ までのいずれかに該当する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に（2）のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
- （5）人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- （6）「注 1」の加算を算定する場合は、「A000」初診料の注 9 及び区分番号「A001」再診料の注 7 に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- （7）持続緩徐式血液濾過を夜間に開始した場合は、午後 6 時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前 0 時以降であっても、1 日として算定する。ただし、夜間に持続緩徐式血液濾過を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、2 日として算定する。
- （8）妊娠中の患者以外の患者に対し、持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて 1 月に 15 回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを 15 回以上実施した場合を含む。）は、15 回目以降の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

J039 血漿交換療法

- （1）血漿交換療法は、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血栓性血小板減少性紫斑病、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギラン・バレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、異状糸球体硬化症、膿性腎症、微小変化型ネフローゼ症候群、抗糸球体基底膜抗体（抗 GBM 抗体）型急速進行性糸球体腎炎、抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎、溶血性尿毒症候群、家族性高コレステロール血症、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、川崎病、ステイアーヴンス・ジョンソン症候群若しくはインヒビターを有する血友病の患者、ABO 血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植、ABO 血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植、移植後抗体関連型拒絶反応、慢性 C 型ウイルス肝炎又は抗 MDA 5（melanoma differentiation-associated gene 5）抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎の患者に対して、速心分離法等によ

り血漿と血漿以外とを分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定できるものであり、必ずしも血漿補充を要しない。

- （2）当該療法の対象となる多発性骨髄腫、マクログロブリン血症の実施回数は、一連につき週 1 回を限度として 3 月間に限って算定する。
- （3）当該療法の対象となる劇症肝炎については、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に行われる場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき概ね 10 回を限度として算定する。
- （4）当該療法の対象となる薬物中毒の実施回数は、一連につき概ね 8 回を限度として算定する。
- （5）当該療法の対象となる重症筋無力症については、発病後 5 年以内で重篤な症状悪化傾向のある場合、又は胸腺摘出術や副腎皮質ホルモン剤に対して十分奏効しない場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月 7 回を限度として 3 月間に限って算定する。
- （6）当該療法の対象となる悪性関節リウマチについては、都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者であって、血管炎により高度の関節外症状（難治性下腿潰瘍、多発性神経炎及び腸間膜動脈血栓症による下血等）を呈し、従来の治療法では効果の得られない者に限り、当該療法の実施回数は、週 1 回を限度として算定する。
- （7）当該療法の対象となる全身性エリテマトーデスについては、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、月 4 回を限度として算定する。なお、測定した血清補体価、補体蛋白の値又は抗 DNA 抗体の値を診療録に記載すること。
- ア 都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者
- イ 血清補体価（CH₅₀）の値が 20 単位以下、補体蛋白（C₃）の値が 40mg/dL 以下及び抗 DNA 抗体の値が著しく高く、ステロイド療法が無効又は臨床的に不適当な者
- ウ 急速進行性糸球体腎炎（RPGN）又は中枢神経性ループス（CNS ループス）と診断された者
- （8）当該療法の対象となる血栓性血小板減少性紫斑病の患者に実施する場合は、当該療法の開始後 1 月を上限として、原則として血小板数が 15 万/μL 以上となった日の 2 日後まで算定できる。ただし、血小板数が 15 万/μL 以上となった後 1 月以内に血栓性血小板減少性紫斑病が再燃した場合等、医学的な必要性により別途実施する場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。
- （9）当該療法の対象となる重度血液型不適合妊娠とは、Rh 式血液型不適合妊娠による胎内胎児仮死又は新生児黄疸の既往があり、かつ、間接クームス試験が妊娠 20 週未満にあっては 64 倍以上、妊娠 20 週以上にあっては 128 倍以上であるものをいう。
- （10）当該療法の対象となる術後肝不全については、手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序によるものを除く。）のうちの次のいずれにも該当する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね 7 回を限度として算定する。
- ア 総ビリルビン値が 5mg/dL 以上で、かつ、持続的に上昇を認める場合
- イ ヘパラスチレンテスト（HPT）40% 以下又は Coma Grade II 以上
- （11）当該療法の対象となる急性肝不全については、プロトロンビン時間、昏睡の程度、総ビリルビン及びヘパラスチレンテスト等の所見から劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈するものと判断できる場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね 7 回を限度として算定する。
- （12）当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の実施回数は、一連

につき月 7 回を限度として 3 月間に限って算定する。

(13) 当該療法の対象となるギラン・バレー症候群については、Hughes の重症度分類で 4 度以上の場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき月 7 回を限度として、3 月間に限って算定する。

(14) 当該療法の対象となる天疱瘡、類天疱瘡については、診察及び検査の結果、診断の確定したもののうち他の治療法で難治性のもので又は合併症や副作用でステロイドの大量投与ができないものに限る。当該療法の実施回数は、一連につき週 2 回を限度として、3 月間に限って算定する。ただし、3 月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については、さらに 3 月間に限って算定する。

(15) 当該療法の対象となる単状糸球体硬化症、膜性腎症又は微小変化型ネフローゼ症候群は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が 250 mg/dL 以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき 3 月間に限って 12 回を限度として算定する。

(16) 当該療法の対象となる抗糸球体基底膜抗体（抗 GBM 抗体）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（RPGN）と診断された患者のうち、抗糸球体基底膜抗体（抗 GBM 抗体）が陽性であった患者について、一連につき 2 クールを限度として行い、1 クール（2 週間に限る。）につき 7 回を限度として算定する。

(17) 当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週 1 回を限度として算定する。

ア 空腹時定常状態の血清 LDL コレステロール値が 370mg/dL を超えるホモ接合体の者
イ 食事療法及び薬物療法を行っても血清 LDL コレステロール値が 170mg/dL 以下に下がらないヘテロ接合体の者

(18) 当該療法の対象となる閉塞性動脈硬化症については、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、一連につき 3 月間に限って 10 回を限度として算定する。

ア フォンテイン分類Ⅱ度以上の症状を呈する者

イ 薬物療法で血中総コレステロール値 220mg/dL 又は LDL コレステロール値 140mg/dL 以下に下がらない高コレステロール血症の者

ウ 膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

(19) 当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はステイヤーゼンズ・ジョンソン症候群の実施回数は、一連につき 8 回を限度として算定する。

(20) 当該療法の対象となるインヒビターを有する血友病は、インヒビター力価が 5 ベセスダ単位以上の場合に限り算定する。

(21) 当該療法の対象となる同種腎移植は、遠心分離法等による血漿と血漿以外の分離又は二重濾過法により、ABO 血液型不適合間の同種腎移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は 4 回を限度とし、術後は 2 回を限度として算定する。

(22) 当該療法の対象となる同種肝移植は、二重濾過法により、ABO 血液型不適合間の同種肝移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種肝移植を実施する場合に限り、当該療法の

実施回数は一連につき術前は 4 回を限度とし、術後は 2 回を限度として算定する。

(23) 当該療法の対象となる慢性 C 型ウイルス肝炎は、セログループ 1（ジェノタイプⅡ（1b））型であり、直近のインターフェロン療法を施行した後、血液中の HCV RNA 量が 100KIU/mL 以上のものとする。なお、当該療法の実施回数は、直近のインターフェロン療法より、5 回を限度として算定する（ただしインターフェロン療法に先行して当該療法を行った場合に限る。）。

(24) 当該療法の対象となる川崎病は、免疫グロブリン療法、ステロイドパルス療法又は好中球エラスターゼ阻害薬投与療法が無効な場合又は適応とならない場合に限り、一連につき 6 回を限度として算定する。

(25) 当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき 21 回を限度として算定する。

(26) 当該療法の対象となる抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（RPGN）と診断された患者のうち、抗白血球細胞質抗体（ANCA）が陽性であった患者について、一連につき 2 クールを限度として行い、1 クール（2 週間に限る。）につき 7 回を限度として算定する。

(27) 当該療法の対象となる抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎は、急速進行性間質性肺炎と診断された患者のうち、抗 MDA5 抗体が陽性であった皮膚筋炎の患者について、一連につき週 3 回に限り 45 回を限度として算定する。

(28) 血漿交換療法を行う回数は、個々の症例に応じて臨床症状の改善状況、諸検査の結果の評価等を勘案した妥当適切な範囲であること。

(29) 本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

(30) 血漿交換療法を夜間に開始した場合は、午後 6 時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前 0 時以降であっても、1 日として算定する。ただし、夜間に血漿交換療法を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、2 日として算定する。

(31) 「注 2」に規定する難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症とは、重度尿蛋白（1 日 3 g 以上の尿蛋白を呈するもの又は尿蛋白/尿クレアチニン比が 3 g/gCr 以上のものに限る。）を呈する糖尿病性腎症（血清クレアチニンが 2mg/dL 未満のものに限る。）であって、薬物治療を行っても血清 LDL コレステロール値が 120mg/dL 未満に下がらない場合である。この場合、当該療法の実施回数は、一連につき 12 回を限度として算定する。

(32) 「注 3」については、臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき 5 回を限度として算定する。なお、医学的な必要性から一連につき 6 回以上算定する場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

J 0 4 0 局所灌流

(1) 開始日の翌日以降に行ったものについては、「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。

(2) 局所灌流を夜間に開始した場合は、午後 6 時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前 0 時以降であっても、1 日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、12 時

間以上継続して行った場合は、2 日として算定する。

J 0 4 1 吸着式血液浄化法

- (1) 吸着式血液浄化法は、肝性昏睡又は薬物中毒の患者の患者に限り算定できる。
- (2) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法において、18 歳以上の患者にあっては、次のいずれにも該当する患者に対して行った場合に、「J 0 4 1」吸着式血液浄化法により算定する。

ア エンドトキシン血症が強く疑われる状態であり、次のいずれかの項目に該当するもの。
なお、診療報酬明細書の摘要欄に①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。

- ① 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法の開始前までにを行った「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液（血液に限る。）において、グラム陰性桿菌の陽性が確認されている場合。
- ② 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていたことが証明されている患者であつて、当該医療機関において初回に実施した「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液（血液に限る。）が陰性である場合。
- ③ 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、当該医療機関において初回に実施した「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液（血液に限る。）が陰性である場合。

イ 次のいずれも満たすもの。なお、診療報酬明細書の摘要欄に①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。

- ① 「日本版敗血症診療ガイドライン 2016」に基づき、quick SOFA で2 項目以上の項目を満たし、敗血症を疑った時から臓器障害評価を行った間で、総 SOFA スコアの 2 点以上の上昇を認めること。
- ② 適切な輸液負荷にもかかわらず、平均血圧 ≥ 65 mmHg を維持するために循環作動薬を必要とし、かつ血清乳酸値 > 2 mmol/L (18 mg/dL) を認めること。
- (3) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法において、18 歳未満の患者にあっては、エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるものであつて、細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでの期間におけるエンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法の開始前の時点で、「日本版敗血症診療ガイドライン 2016」における小児 SIRS 診断基準をみたすこと。
- (4) 吸着式血液浄化法を夜間に開始した場合は、午後6 時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0 時以降であっても、1 日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化法を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、2 日として算定する。

J 0 4 1-2 血球成分除去療法

- (1) 血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式に限る。）、クローン病、膿疱性乾癬、関節症性乾癬又は移植片対宿主病（GVH

D) 患者に対して次のアからキまでのとおり実施した場合に算定できる。

ア 潰瘍性大腸炎の重症・劇症患者及び難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害

調査研究班の診断基準）に対しては、活動期の病態の改善及び緩解導入を目的として行った場合に限り算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、一連につき 10 回を限度として算定する。ただし、劇症患者については、11 回を限度として算定できる。

イ 薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者に対しては、臨床症状改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき 1 クールを限度として行い、1 クールにつき週 1 回を限度として、5 週間に限って算定できる。なお、当該療法の対象となる関節リウマチ患者は、活動性が高く薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者又は発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者であつて、以下の 2 項目を満たすものである。

(イ) 腫脹関節数 6 カ所以上

(ロ) ESR 50 mm/h 以上又は CRP 3 mg/dL 以上

ウ 栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入を目的として行った場合に限り算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、一連の治療につき 10 回を限度として算定する。

エ 薬物療法が無効又は適用できない、中等症以上の膿疱性乾癬患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準）に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき 1 クールを限度として行い、1 クールにつき週 1 回を限度として、5 週間に限って算定できる。

オ 関連学会のガイドラインに準拠した既存の薬物療法が無効又は適用できない関節症性難治性患者に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき 2 クールを限度として算定する。なお、当該療法の実施回数は、1 クールにつき週 1 回を限度として、5 週間に限って算定する。ただし、1 クール終了時に治療に対する効果を判定し、無効と判断されれば中止すること。

カ 寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、寛解維持を目的として行った場合に限り、原則として一連につき 2 週間に 1 回を限度として 48 週間に限って算定する。なお、医学的必要性から一連につき 2 週間に 2 回以上算定する場合は 48 週間を超えて算定する場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

また、初回実施に当たっては、医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

キ ステロイド抵抗性又は不耐容の慢性移植片対宿主病（GVHD）患者に対しては、臨床症状の改善又はステロイドの減量を目的として行った場合に限り、関連学会の指針に沿って一連につき 24 週間 31 回を限度として算定する。なお、医学的必要性から一連につき 2 4 週間 31 回を超えて算定する場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (2) 本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連続して連続移行式腹膜灌流を実施した一回の実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載すること。
- (3) 血球成分除去療法を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に血球成分除去療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

J 0 4 2 腹膜灌流

- (1) 腹膜灌流における導入期とは、継続して連続移行式腹膜灌流を実施する必要があると判断され、当該処置の開始日より14日間をいうものであり、再開の場合には算定できない。
- (2) 「C 1 0 2」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する患者に対して「1連続移行式腹膜灌流」を行った場合には、「J 0 3 8」人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料に限り算定できる。
- (3) 人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

J 0 4 3 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法

疾病、部位又は部位数にかかわらず1日につき所定点数により算定する。

J 0 4 3 - 2 瀉血療法

瀉血療法は、真性多血症、続発性多血症又はインターフェロンや肝底腫瘍法に抵抗性のあるC型慢性肝炎に対して行なった場合に算定する。

J 0 4 3 - 3 ストーマ処置

- (1) ストーマ処置は、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行なった場合に算定する。
- (2) ストーマ処置には、器具の交換の費用は含まれるが、器具の費用は含まない。
- (3) 「C 1 0 9」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（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）にについては、ストーマ処置の費用は算定できない。

- (4) 「注4」に規定する加算は、以下のストーマ合併症のいずれかを有し、かつ、ストーマ合併症の重症度分類グレード2以上の患者である場合に算定する。

ア 傍ストーマヘルニア

イ ストーマ脱出

ウ ストーマ腫瘍

エ ストーマ部瘻孔

オ ストーマ静脈瘤

カ ストーマ周囲肉芽腫

キ ストーマ周囲難治性潰瘍等

J 0 4 3 - 4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

- (1) 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、胃腸カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行なった場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、1回に限り算定する。
- (2) 薬剤投与を目的として胃腸カテーテルの交換を行なった場合は、レボドパ・カルビドパ水和

物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。

J 0 4 3 - 5 尿路ストーマカテーテル交換法

尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認について画像診断等を用いて行なった場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定する。

J 0 4 3 - 6 人工膝臓療法

- (1) 人工膝臓療法は、糖尿病患者の治療に際して、周術期における血糖コントロール等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定し、持続的な血糖管理を行った場合に算定できる。
- (2) 算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膝臓療法以外による血糖調整が困難であると認めたものである。
- ア 高血糖時（糖尿病性昏睡等）における救急的治療
- イ 手術、外傷及び分娩時の血糖管理
- ウ インスリン産生腫瘍摘出術の術前、術後の血糖管理
- (3) 人工膝臓療法と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。
- (4) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。
- (5) 人工膝臓療法を4日以上実施した場合の費用は、3日までの所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 4 3 - 7 経陰陰的放射線治療用材料局所注入

「M 0 0 1」に掲げる体外照射、「M 0 0 1 - 2」に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、「M 0 0 1 - 3」に掲げる直線加速器による放射線治療（一連につき）、「M 0 0 1 - 4」に掲げる粒子線治療（一連につき）又は「M 0 0 4」に掲げる密封小線源治療（一連につき）を行うに当たりハイドロゲル型の放射線治療用合成吸収性材料を用いた場合に限り算定する。（救急処置）

J 0 4 4 救命のための気管内挿管

- (1) 救命のための気管内挿管は、救命救急処置として特に設けられたものであり、検査若しくは麻酔のため挿管する場合又は既に挿管している気管内チューブを交換する場合は算定できない。

- (2) 救命のための気管内挿管に併せて、人工呼吸を行った場合は、区分番号「J 0 4 5」人工呼吸の所定点数を合わせて算定できる。

J 0 4 4 - 2 体表面ベージング法又は食道ベージング法

救急処置として体表面ベージング法又は食道ベージング法を行った場合に算定する。

J 0 4 5 人工呼吸

- (1) 胸部手術後肺水腫を併発し、応急処置として閉鎖循環式麻酔器による無水アルコールの吸入療法を行った場合は、人工呼吸の所定点数により算定し、これに要した無水アルコールの費用については「J 3 0 0」薬剤により算定する。

- (2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

- (3) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法

の費用は、所定点数に含まれる。

- (4) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクログラフター（人工蘇生器）を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガス中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (5) 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

- (6) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定できない。また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と同様の取扱いとする。

- (7) 新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（CPAP）及び間歇的強制呼吸法（IMV）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

- (8) 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、 $P a O_2 / F i O_2$ が300mmHg以下又は $P a C O_2$ が45mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。

- (9) 「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。

- (10) 「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。

- (11) 「3」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

- (12) 「注3」に規定する覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自覚覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。

イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする。

ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)等の指標を用いること。

エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

- (13) 「注4」に規定する離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自覚覚醒試験の結果、自覚呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。

イ 以下のいずれにも該当すること。

(イ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。

(ロ) 酸素化が十分であること。

(ハ) 血行動態が安定していること。

(ニ) 十分な吸気努力があること。

(ホ) 異常な呼吸様式ではないこと。

(ヘ) 全身状態が安定していること。

ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。

(イ) 吸入酸素濃度（ $F i O_2$ ）50%以下、CPAP（PEEP） $\leq 5cmH_2O$ かつ $PS \leq 5cmH_2O$

(ロ) $F i O_2$ 50%以下相当かつTピース

エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。

(イ) 酸素化の悪化の有無

(ロ) 血行動態の悪化の有無

(ハ) 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無

オ ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。

カ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

(14) 「注5」に規定する腹臥位療法加算は、人工呼吸器管理下における、中等症以上の急性呼吸窮迫症候群（ARDS）患者に対し、12時間以上の連続した腹臥位療法を実施した場合に算定することとし、腹臥位療法の実施が日をまたぐ場合については、当該療法を開始してから連続した12時間が経過した時点で算定する。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるガイドライン等を参考にすること。

J045-2 一酸化窒素吸入療法

- (1) 新生児の肺高血圧を伴う低酸素性呼吸不全の改善を目的として本療法を行った場合は、「1」により算定する。この場合、開始時刻より通算して96時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定する。ただし、医学的根拠に基づきこの限度を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

- (2) 心臓手術又は先天性横膈膜ヘルニアの周術期における肺高血圧の改善を目的として一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「2」により算定する。この場合、開始時刻より通算して168時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定するが、56時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性について検討し、その検討結果を診療録に記載すること。ただし、医学的根拠に基づき168時間を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

- (3) (1)及び(2)の開始時刻とは一酸化窒素供給装置を人工呼吸器と接続し、一酸化窒素の供給を開始した時刻を指し、本療法を実施した場合は、同時刻を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (4) (1)又は(2)と呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は一酸化窒素吸入療法の所定点数に含まれる。

(5) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は(1)及び(2)の所定点数に含まれる。

J 0 4 7 カウンターショック

(1) 非医療従事者向け自動除細動器を用いて行った場合には、「1」を算定する。ただし、保険医療機関において保険医により施行された場合においてのみ算定する。

(2) カウンターショックに伴う皮膚の創傷に対する処置に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(4) カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と「K 5 4 5」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

J 0 4 7 - 2 心腔内除細動

心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを用いて心腔内除細動を実施した場合に算定する。ただし、不整脈手術などに伴う心腔内除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

J 0 4 7 - 3 心不全に対する遠赤外線温熱療法

(1) 心不全に対する遠赤外線温熱療法の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等第十一の四の二の(2)に掲げる患者であって、以下のいずれにも該当するものであること。

ア 左室流出路の狭窄を伴わない、NYHAⅢ又はⅣの慢性心不全患者（左室駆出率 40%以下及び脳性Na利尿ペプチド (BNP) が200pg/mL以上の状態のもの又は脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) が900pg/mL以上のもの)のうち、心拍出量低下による循環不全及び全身のうっ血症状の急性増悪期の入院患者であって、座位又は車椅子移動が可能であるもの。

イ 意識障害や重症の認知機能障害がなく、医師や看護師の指示に従うことのできるもの。

(2) 心不全に対する遠赤外線温熱療法は、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行い、又は同一建物内において直接監視をしている他の従事者と医師が常時連絡を取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、当該療法に係る実施計画を作成し、診療録に添付すること。

(3) 心不全に対する遠赤外線温熱療法は、当該療法の目的で利用される医療機器として薬事承認又は認証を得ているものを使用すること。

(4) 心不全に対する遠赤外線温熱療法の実施に当たっては、関連学会から示された指針等を遵守すること。

(5) 所定点数には、同一日に行われる「D 2 0 8」に掲げる心電図検査、「D 2 0 9」に掲げる負荷心電図検査及び「D 2 2 0」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

(6) 当該療法と「H 0 0 0」に掲げる心大血管疾患リハビリテーションを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみを算定する。

(7) 当該療法の開始日及び医学的必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

J 0 5 0 気管内洗浄

(1) 気管から区域細気管支にわたる範囲で異物又は分泌物による閉塞（吐物の逆流、誤嚥、気管支喘息重症状態又は無気肺）のために急性呼吸不全を起こした患者に対し、気管内挿管下（気管切開下を含む。）に洗浄した場合に1日につき所定点数を算定する。

(2) 新たに気管内挿管を行った場合には、「J 0 4 4」救命のための気管内挿管の所定点数を合わせて算定できる。

(3) 気管支ファイバースコープを使用した場合は、「D 3 0 2」気管支ファイバースコープの所定点数のみを算定する。

(4) 気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。

J 0 5 2 - 2 熱傷温浴療法

(1) 熱傷温浴療法は、体表面積の 30%以上の広範囲熱傷に対する全身温浴として、入院中の患者に対し受傷後 60 日以内に行われたものについて算定する。

(2) 受傷日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(皮膚科処置)

J 0 5 3 皮膚科軟膏処置

(1) 「C 1 0 9」在宅療たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含む、入院中の患者を除く。）については、皮膚科軟膏処置の費用は算定できない。

(2) 100 平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第1章基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することではない。

J 0 5 4 皮膚科光線療法

(1) 赤外線療法は、ソラックス灯等の赤外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

(2) 紫外線療法は、フィンゼン灯、クロマイエル水銀石英灯等の紫外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

(3) 赤外線又は紫外線療法（長波紫外線療法及び中波紫外線療法を除く。）は、5分以上行った場合に算定する。

(4) 長波紫外線又は中波紫外線療法は、長波紫外線（概ね 315 ナノメートル以上 400 ナノメートル以下）又は、中波紫外線（概ね 290 ナノメートル以上 315 ナノメートル以下）を選択的に出力できる機器によって長波紫外線又は中波紫外線療法を行った場合に算定できるものであり、いわゆる人工太陽等の長波紫外線及び中波紫外線を非選択的に照射する機器によって光線療法を行った場合は、赤外線又は紫外線療法の所定点数によって算定する。

(5) 中波紫外線療法（308 ナノメートル以上 313 ナノメートル以下に限定したもの）は、いわゆるナローバンドUVB療法をいい、308 ナノメートル以上 313 ナノメートル以下の中波紫外線を選択的に出力できる機器によって中波紫外線療法を行った場合に算定する。

(6) 長波紫外線療法又は中波紫外線療法は乾燥癬、掌跖膿疱症、菌状患肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状乾癬疹、尋常性白斑、アトピー性皮膚炎又は円形脱毛症に対して行った場合に限って算定する。

(7) 赤外線療法、紫外線療法、長波紫外線療法又は中波紫外線療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。また、同じものを同一日に複数回行った場合で

- も、１日につき所定点数のみにより算定する。
- (8) 皮膚科光線療法は、同一日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できない。
- J 0 5 4－2 皮膚レーザー照射療法
- (1) 皮膚レーザー照射療法は、単なる美容を目的とした場合は算定できない。
- (2) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね３月間にわたり行われるものをいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、１回のみ所定点数を算定する。
- (3) 皮膚レーザー照射療法を開始した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前回の一連の治療の開始日を記載すること。
- (4) 「１」の色素レーザー照射療法は、単純性血管腫、莓状血管腫又は毛細血管拡張症に対して行った場合に算定する。
- (5) 「２」のＱスライツ付レーザー照射療法は、Ｑスライツ付ルビレーザー照射療法、ルビレーザー照射療法、Ｑスライツ付アレキサンドライトレーザー照射療法及びＱスライツ付ヤグレーザー照射療法をいう。
- (6) Ｑスライツ付レーザー照射療法は、頭頸部、左上肢、右上肢、右下肢、胸腹部又は背部（臀部を含む。）のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。また、各部位において、病変部位が重複しない複数の疾患に対して行った場合は、それぞれ算定する。
- (7) Ｑスライツ付ルビレーザー照射療法及びルビレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症、扁平母斑等に対して行った場合に算定できる。なお、一連の治療が終了した太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して再度当該療法を行う場合には、同一部位に対して初回治療を含め５回を限度として算定する。
- (8) Ｑスライツ付ルビレーザー照射療法及びルビレーザー照射療法は扁平母斑等に対しては、同一部位に対して初回治療を含め２回を限度として算定する。
- (9) Ｑスライツ付アレキサンドライトレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症等に対して行った場合に算定できる。なお、扁平母斑にあっては算定できない。
- (10) Ｑスライツ付ヤグレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して行った場合に算定できる。

- J 0 5 5－2 イオントフォレーゼ
- (1) 尋常性白斑に対するイオントフォレーゼ療法は露出部におけるもので、他の療法が無効な場合に限り、４cm四方ごとに算定する。
- (2) 汗疱状白癬、慢性湿疹、尋常性癬瘡、慢性皮膚炎、稽留性化膿性股端皮膚炎、多汗症、頑癬に対するイオントフォレーゼは、他の療法が無効な場合に限り算定する。

- J 0 5 7 軟属腫摘除
- 伝染性軟属腫の内容除去は、軟属腫摘除として算定する。
- J 0 5 7－2 面頬圧出法
- 面頬圧出法は、顔面、前胸部、上背部等に多発した面頬に対して行った場合に算定する。
- J 0 5 7－3 鶏眼・跖底処置
- 鶏眼・跖底処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず２回を限度として算定する。
- (泌尿器科処置)

- J 0 6 0 膀胱洗浄、J 0 6 0－2 後部尿道洗浄（ウルツマン）
- (1) カテーテル留置中に膀胱洗浄及び薬液膀胱内注入を行った場合は、１日につき、膀胱洗浄により算定する。
- (2) 膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。
- (3) 「C 1 0 6」在宅自己導尿指導管理料又は「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含む、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。

- J 0 6 1 腎盂洗浄
- (1) 腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。
- (2) 尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に「D 3 1 8」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる。

- J 0 6 3 留置カテーテル設置
- (1) 長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があつてカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。

- (2) 「C 1 0 6」在宅自己導尿指導管理料又は「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含む、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。
- (3) 留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

- J 0 6 4 導尿（尿道拡張を要するもの）
- 「C 1 0 6」在宅自己導尿指導管理料又は「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含む、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。

- J 0 6 5 間歇的導尿
- 間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、６月間を限度として算定する。

- J 0 6 8 嵌頓包茎整復法
- 小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。
- J 0 7 0－2 干渉低周波による膀胱等刺激法
- (1) 干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。
- (2) 治療開始時点においては、３週間に６回を限度とし、その後は２週間に１回を限度とする。

J 0 7 0－3 冷却痔処置

- (1) I 度又はⅡ度の内痔核の患者に対し、1 日 1 回又は 2 回、かつ連続して 5 日以上実施した場合に 10 日間を限度として、1 日につき 1 回算定できる。なお、当該処置に使用した冷却痔痔治療用具については、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 冷却痔処置の請求に当たっては、内痔核の重症度について、I 度又はⅡ度のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

J 0 7 0－4 磁気による膀胱等刺激療法

- (1) 次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に限り算定できる。
- ア 尿失禁治療薬を 12 週間以上服用しても症状改善がみられない患者
- イ 副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者
- (2) 1 週間に 2 回を限度とし、6 週間を 1 クールとして、1 年間に 2 クールに限り算定できる。(産婦人科処置)

J 0 7 7 子宮出血止血法

子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を行う前に他の止血法を実施した場合、主たるものののみ算定する。

J 0 7 8 子宮腔部薬物焼灼法

ゲメプロスト製剤の投与により子宮内容物の排出が認められた場合は、子宮腔部薬物焼灼法に準じて算定できる。

J 0 8 2－2 薬物放出子宮内システム処置

避妊を目的とするものは保険給付の対象とならない。

J 0 8 5－2 人工羊水注入法

人工羊水注入法は、羊水過少症等の患者に対して、超音波断層法検査及び子宮内圧測定を施行し、適正な注入量の羊水を子宮内に注入した場合に算定する。なお、当該手技に伴って実施される超音波検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(眼科処置)

J 0 8 6 眼処置

- (1) 所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気器法、熱気器法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算が含まれており、これらを包括して 1 回につき所定点数を算定する。
- (2) 点眼及び洗眼は、第 1 章基本診療料に含まれるものであり、眼処置を算定することとはできない。

J 0 8 9 睫毛除去

5 ～ 6 本程度の睫毛除去は「1」を算定する。また、「1」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できない。

(耳鼻咽喉科処置)

J 0 9 5 耳処置

- (1) 耳処置とは、外耳道入口部から鼓膜面までの処置であり、耳浴及び耳洗浄が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく 1 回につき所定点数を算定する。
- (2) 点耳又は簡単な耳垢除去は、第 1 章基本診療料に含まれるものであり、耳処置を算定することとはできない。

J 0 9 5－2 鼓室処置

鼓室処置は、急性又は慢性的の鼓膜穿孔耳に対して鼓室病変の沈静・制御を目的として、鼓室腔内の分泌物・膿汁等の吸引及び鼓室粘膜処置等を行った場合に算定する。

J 0 9 6 耳管処置

- (1) 「1」には、耳管通気が必要とする表面麻酔薬又は血管収縮薬等の塗布、噴霧等の鼻内における処置が含まれており、これらを包括して 1 回につき片側ごとに所定点数を算定する。ただし、鼻処置を必要とする疾病があつて別に鼻処置を行った場合は別に算定できるが、傷病名の記載を要する。
- (2) ポリツヅェル球により両耳に通気する場合は、片側、両側の区別なく 1 回につき所定点数を算定する。
- (3) 耳管処置に当たり咽頭処置を行った場合であっても、咽頭に特に異常がなければ、咽頭処置は算定できない。
- (4) 耳管開放症に対する処置は、「1」により算定する。

J 0 9 7 鼻処置

- (1) 鼻処置には、鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく 1 回につき所定点数を算定する。なお、口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても、口腔、咽頭処置の所定点数は別に算定できない。
- (2) 副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。

- (3) 鼻洗浄は、第 1 章基本診療料に含まれるものであり、鼻処置を算定することはできない。

J 0 9 7－2 副鼻腔自然口開大処置

副鼻腔自然口開大処置は、急性副鼻腔炎及び慢性副鼻腔炎の患者に対して、副鼻腔の換気・排液並びにネブライザ効果の増大を目的として自然口の開大処置を行った場合に算定する。

J 0 9 8 口腔、咽頭処置

- (1) 口腔、咽頭処置をそれぞれ単独に実施した場合も、同時に実施した場合も 1 回につき所定点数を算定する。
- (2) ルゴール等の噴霧吸入は口腔、咽頭処置に準ずる。
- (3) ルゴール等の噴霧吸入と鼻、口腔又は咽頭処置を同時に行った場合は、鼻処置又は口腔、咽頭処置の所定点数を算定する。

J 0 9 8－2 扁桃処置

- (1) 扁桃処置は、慢性扁桃炎の急性増悪、急性腺窩（陰窩）性扁桃炎、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍等に対し、膿栓吸引、洗浄等を行った場合に算定する。
- (2) 扁桃処置の所定点数には、咽頭処置が含まれ別途算定できない。

J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置

- (1) 間接喉頭鏡下喉頭処置には、喉頭注入が含まれており、喉頭蓋、仮声帯、披裂部、声帯等の病変に対して処置を行った場合に算定する。
- (2) 喉頭処置後の薬液注入は、間接喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。

J 1 0 0 副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降に行うのものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、「J 0 0 0」創傷処置、「J 0 0 1－7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び「J 0 0 1－8」穿刺排膿後薬液注入は別に算定できない。

J 1 1 0 2 上顎洞穿刺

「D 4 0 6」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。

J 1 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺

(1) 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は「K 3 6 8」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。

(2) 「D 4 0 6－2」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

J 1 1 1 3 耳垢栓塞除去

(1) 耳垢水等を用いなければならない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定する。
(2) 簡単な耳垢栓塞除去は、第1章基本診療料に含まれるものであり、耳垢栓塞除去を算定することはできない。

J 1 1 1 5 超音波ネブライザ

超音波ネブライザにおいて、酸素療法を併せて行った場合は「J 0 2 4」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。

J 1 1 5－2 排痰誘発法

(1) 排痰誘発法は、結核を疑う患者に対し、非能動型呼吸運動訓練装置を用いて患者の排痰を促し、培養検査等を実施した場合に1日につき算定する。
(2) 患者の排痰を促し、培養検査等を目的としてネブライザ、超音波ネブライザ又は排痰誘発法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

(整形外科的処置)

J 1 1 1 6 関節穿刺

関節穿刺を左右両側に行った場合は、それぞれ算定できるが、同一側の関節に対して、「D 4 0 5」関節穿刺、「G 0 1 0」関節腔内注射を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

J 1 1 6－5 酵素注射療法

酵素注射療法は、デュピュイトラン拘縮の患者に対し、コラゲナーゼ（クロストリジウム ヒストリチクム）を拘縮索に注射した場合に、1回の投与（同一日に複数箇所に注射を行った場合を含む。）及び伸展処置に係る一連の手法として算定する。なお、当該注射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

J 1 1 1 7 鋼線等による直達牽引

(1) 鋼線等による直達牽引は、鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含むものである。
(2) 1局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの軀幹のそれぞれをいい、全身を5局所に分けるものである。
(3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、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術料を含む。）の所定点数のみにより算定する。

J 1 1 1 8 介達牽引

(1) 介達牽引は、絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードトラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係留によるモーターを使用した断続牽引並びにペーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。

(2) 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるもののいずれかの所定点数のみにより算定する。

(3) 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術を同一日に併せて行った場合は、主たるもののいずれかの所定点数のみにより算定する。

(4) 「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、介達牽引の費用は算定できない。

J 1 1 8－2 矯正固定

(1) 変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に1日につき所定点数を算定する。

(2) 「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、矯正固定の費用は算定できない。

J 1 1 8－3 変形機械矯正術

(1) 1日につき所定点数を算定する。
(2) 「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、変形機械矯正術の費用は算定できない。

J 1 1 8－4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

(1) 脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、シャルコー・マリー・トウー ス病、遠位型ミオパチー、封入体筋炎、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー又はH T L V－1関連脊髄症（HAM）若しくは遺伝性痙性対麻痺による痙性対麻痺を有する患者に対して、ロボットスーツを装着し、関連学会が監修する適正使用ガイドを遵守して、転倒しないような十分な配慮のもと歩行運動を実施した場合に算定する。

(2) 算定に当たっては、事前に適切な計画を策定した上で実施し、計画された5週間以内に実施される9回の処置が終了した際には、担当の複数職種が参加するカンファレンスにより、9回の処置による歩行機能の改善効果を検討すること。

(3) (2)に定めるカンファレンスにより、通常の歩行運動に比して客観的に明確な上乗せの改善効果が認められると判断される場合に限り、本処置を継続して算定できるとし、カンファレンスにおける当該検討結果については、その要点（5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。）を診療録に記載した上で、診療報酬明細書に症状詳細を記載すること。

(4) 初めて当該処置を実施する場合の患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅等を勘案した当該患者に適切な装着条件の設定については、1肢毎に「J129」義肢投型法の「1」四肢切断の場合(1肢につき)に準じて算定する。

J119 消炎鎮痛等処置

- (1) 消炎鎮痛等処置は、疾病、部位又は部位数にかかわらず1日につき所定点数により算定する。
- (2) 「1」のマッサージ等の手法による療法とは、あんま、マッサージ及び指圧による療法をいう。また、「2」の器具等による療法とは、電気療法、赤外線治療、熱気浴、ホットパック、超音波療法、マイクロレダー等による療法をいう。
- (3) 消炎鎮痛を目的とする外用薬を用いた処置は「3」の湿布処置として算定する。
- (4) 患者自ら又は家人等に行わせて差し支えないと認められる湿布については、あらかじめ予見される当該湿布薬の必要量を外用薬として投与するものとし、湿布処置は算定できない。
- (5) 「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。
- (6) 「3」の対象となる湿布処置は、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について算定するものであり、湿布処置を算定することはできない。

J119-2 腰部又は胸部固定帯固定

- (1) 腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、腰部又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

J119-3 低出力レーザー照射

- (1) 筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

J119-4 肛門処置

- (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1日につき所定点数を算定する。

- (2) 単に坐薬等を挿入した場合は算定できない。
- (3) 同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (4) 「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、肛門処置の費用は算定できない。

(栄養処置)

J120 鼻腔栄養

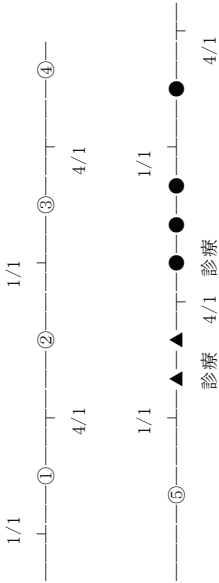
- (1) 鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず1日につき算定するものである。
- (2) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。
- (3) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養(1)又は入院時生活療養(1)の届出を行っているときは入院時食事療養(1)又は入院時生活療養(1)の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。
- (4) 薬価基準に記載されている高カロリー薬及び薬価基準に記載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、(2)又は(3)のいずれかのみにより算定する。
- (5) 胃腸より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて算定する。
- (6) 「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、「C105-2」在宅小児経管栄養法指導管理料、「C105-3」在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

1 一般的事項

- (1) 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、ギプス包帯を作成した保険医療機関もギプス包帯の切割使用に係る点数を算定できる。
- (2) 既装着のギプスを他の保険医療機関で除去したときは、ギプス除去料としてギプス包帯を切割使用した場合の2分の1に相当する点数により算定する。
- (3) ギプスベッド又はギプス包帯の修理を行ったときは、修理料として所定点数の100分の10に相当する点数を算定することができる。
- (4) プラスチックギプスを用いてギプスを行った場合にはシャーレとして用いた場合が含まれる。
- (5) ギプスシャーレは、ギプス包帯の点数(ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する場合を除く。)により算定する。
- (6) 四肢ギプス包帯の所定点数にはプラスチックギプスに係る費用が含まれ、別に算定できない。

い。 2 練習用仮義足又は仮義手採型法 練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する1回に限り算定する。 J 1 2 9 - 3 治療用装具採寸法 (1) 「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に「J 1 2 9 - 4」治療用装具採型法を算定している場合は算定できない。 (2) 当該採寸と「J 1 2 9 - 4」治療用装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 (3) 治療用装具採寸法は、既製品の治療用装具を処方した場合には、原則として算定できない。ただし、医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって、既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。 J 1 2 9 - 4 治療用装具採型法 (1) 「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に「J 1 2 9 - 3」治療用装具採寸法を算定している場合は算定できない。 (2) 「J 1 2 9 - 3」治療用装具採寸法と当該採型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。 (3) フットインプレッションフォームを使用して装具の採型を行った場合は、本区分の「3」その他の場合を算定する。 (処置医療機器等加算) J 2 0 0 腰部、胸部又は頸部固定帯加算 (1) 本加算は、それぞれの固定帯を給付する都度算定する。なお、「固定帯」とは、従来、頭部・頸部・軀幹等固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット状のものをいう。 (2) 胸部固定帯については、肋骨骨折に対し非観血的整復帯を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。 J 2 0 1 酸素加算 (1) 酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」(平成2年厚生省告示第41号)により定められており、その単価(単位 リットル。摂氏35度、1気圧における容積とする。)は、次のとおりである。 ア 離島等以外の地域に所在する保険医療機関の場合 液体酸素の単価 定置式液化酸素貯槽 (C E) に係る酸素の単価 1 リットル当たり 0.19 円 可搬式液化酸素容器 (L G C) に係る酸素の単価 1 リットル当たり 0.32 円 酸素ボンベに係る酸素の単価	大型ボンベに係る酸素の単価 1 リットル当たり 0.42 円 小型ボンベに係る酸素の単価 1 リットル当たり 2.36 円 イ 離島等に所在する保険医療機関の場合 液体酸素の単価 定置式液化酸素貯槽 (C E) に係る酸素の単価 1 リットル当たり 0.29 円 可搬式液化酸素容器 (L G C) に係る酸素の単価 1 リットル当たり 0.47 円 酸素ボンベに係る酸素の単価 大型ボンベに係る酸素の単価 1 リットル当たり 0.63 円 小型ボンベに係る酸素の単価 1 リットル当たり 3.15 円 (2) 離島等とは、以下の地域をいう。 ア 離島振興法 (昭和28年法律第72号) 第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域 イ 奄美群島振興開発特別措置法 (昭和29年法律第189号) 第1条に規定する奄美群島の地域 ウ 小笠原諸島振興開発特別措置法 (昭和44年法律第79号) 第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域 エ 沖縄振興特別措置法 (平成14年法律第14号) 第3条第3号に規定する離島 オ 過疎地域の特長的発展の支援に関する特別措置法 (令和3年法律第19号) 第2条第1項に規定する過疎地域 カ 豪雪地帯対策特別措置法 (昭和37年法律第73号) 第2条第2項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域 (3) 定置式液化酸素貯槽 (C E) とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が200万Lから1,500万Lまでのものをいい、可搬式液化酸素容器 (L G C) とは、気体酸素容量が13.3万L又は37.6万Lのものをいい、大型ボンベとは、ボンベ1本当たり通常7,000L又は6,000L用のボンベをいい3,000Lを超えるもの、小型ボンベとは、ボンベ1本当たり通常1,500L又は500L用のボンベをいい3,000L以下のものをいう。 (4) 酸素の価格については、次の算式により算出した値の1円未満を四捨五入して得た額とする。 $\text{酸素の価格 (単位 円)} = \text{酸素の単価 (単位 円)} \times \text{当該患者に使用した酸素の容積 (単位 リットル)} \times \text{補正率}$ (5) (1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が(1)に規定する単価に満たない場合には、4月1日から3月31日までの1年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。 $\text{酸素の購入価格 (単位 円)} = \text{酸素の購入単価 (単位 円)} \times \text{当該患者に使用した酸素の容積 (単位 リットル)} \times \text{補正率}$ 当該年度の前年の1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価 $\text{酸素の購入単価 (単位 円)} = \frac{\text{当該購入した酸素の容積 (単位 リットル)} \times 35}{\text{酸素の購入単価 (単位 円)}}$
--	--

なお、酸素の購入時期と請求時期との関係を以下に明示する。



●の診療に係る請求

③、④及び⑤の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

▲の診療に係る請求

①及び②の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

(6) (4)及び(5)の算式の場合において、「当該患者に使用した酸素の容積」とは、患者に使用する際の状態の温度及び気圧において測定された酸素の容積をいうものであり、一定の温度又は気圧に換算する必要がある。

また、補正率 1.3 は、購入時と使用時の気体の状態の違いに由来する容積差等を勘案の上設定したものである。

(7) 新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び(1)に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の1月から12月までの1年間において酸素の購入実績がない場合においては、当年度の3月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、(1)の購入単価とする。

ア 当該診療月前に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ポンプを廃止し、C Eに変更等）を行った場合に限る。）においては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の損氏 35 度、1 気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ アにより算出した場合の購入単価について、当年度の3月までの間については、当該診療月前に購入した全ての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の損氏 35 度、1 気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

(8) (5)並びに(7)のA及びイの関係は、当該年度（診療日の属する年度）に係る購入単価は、原則、前年の1月から12月までの購入実績に基づき算出した単価とするものであるが、年度の途中において新規又は区分の変更を行った年度に限り当該年度内の購入実績に基づき購入単価とするものである。従って、翌年度の4月1日からは、(5)により算出した購入単価によることとなる。

(9) 離島等における特別の事情とは、酸素の搬入において船舶による搬入時間が、多くの時間を要する場合や酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離であるため通常の価格では購入が困難な場合等を考慮したものであり、当該事情があると認められた場合には、

(1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに(5)に規定する算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、4月1日から3月31日までの1年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。なお、この場合、前年度の購入単価を超えることはできないものとする。ただし、大型ポンプにあっては、6,000L以上、小型ポンプにあっては、500L以上に限る。

(10) 離島等における特別の事情がある場合は、その理由を記載した書面を地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(11) 保険医療機関は、当該年度の4月1日以降の診療に係る費用の請求に当たって用いる酸素の単価並びにその算出の基礎となった前年の1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価及び当該購入した酸素の容積を別紙様式25により、当該年度の2月15日までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。ただし、(7)のA又はイの方法によって酸素の購入単価を算出している場合にあっては、随時（当該年度内において算出した購入単価に30%を超える変動があった場合を含む。）地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(12) 地方厚生（支）局においては、届出を受けた購入単価について、審査支払機関に対し通知するとともに、保険者に対し通知し、情報提供を行うこと。

(13) 酸素の価格は、液化酸素、ポンプ等の酸素の形態にかかわらず、酸素の単価に当該患者に使用した酸素の容積を乗じた値とする。なお、酸素の単価は1リットル当たり0.12円である。

(14) 酸素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置、高気圧酸素治療装置等を利用して、人工呼吸、酸素吸入、高気圧酸素治療等を行った場合、動力源として消費される酸素の費用は算定できない。また、動力源として消費される酸素の費用も算定できない。

(15) 酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

第 10 部 手術

＜通則＞

1 「通則1」の「診断穿刺・検体採取」とは、第2章第3部検査の第4節診断穿刺・検体採取料に係るものをいう。

2 「通則1」及び「通則2」は、手術料算定の内容には次の3通りあることを示しており、輸血料については、手術料の算定がなくとも単独で算定できる。

(1) 手術料（＋薬剤料等）

(2) 手術料＋輸血料（＋薬剤料等）

(3) 輸血料（＋薬剤料等）

3 手術料（輸血料を除く。）は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に2回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

4 手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手術料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できない。

5 手術に当たって通常使用される保険医療材料（チューブ、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）

等)、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等）、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される総量価格が15円を超える薬剤（手術後の薬剤病巣撒布を含み、外皮用殺菌剤を除く。）については、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び薬剤の費用を算定できる。

6 画像診断及び検査の費用を別に算定できない手術の際に画像診断又は検査を行った場合においても、当該画像診断及び検査に伴い使用したフィルムに要する費用については、「E400」（注を含む。）に掲げるフィルム料を算定できる。また、当該画像診断及び検査に伴い特定保険医療材料及び薬剤は薬剤を使用した場合、「K950」に掲げる特定保険医療材料又は「K940」に掲げる薬剤料を算定できる。なお、この場合、フィルム料、特定保険医療材料及び薬剤料以外の画像診断及び検査の費用は別に算定できない。

7 第1節手術料に掲げられていない手術のうち、簡単な手術の手術料は算定できないが、特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む。）の手術料は、その都度当局に内議し、最も近似する手術として運用が通知された算定方法により算定する。

例えば、従来一般的に開胸又は開腹により行われていた手術を内視鏡下において行った場合等はこれに該当する。

8 「通則5」に規定する体外循環を要する手術とは、「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557」から「K573」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K574-4」、**「K576」**、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで、「K592」から「K593」まで及び「K594」（「4」の「ハ」を除く。）に掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

9 「通則7」及び「通則8」の加算は、第1節手術料に定める手術にのみ適用され、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料及び特定保険医療材料は加算の対象とならない。

また、「通則7」及び「通則8」の「所定点数」とは、第1節手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

10 「通則10」の加算は、HIV-1抗体（ウエスタンブロット法）若しくはHIV-2抗体（ウエスタンブロット法）によってHIV抗体が陽性と認められた患者又はHIV-1核酸検査によってHIV-1核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に1回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

11 「通則11」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊髄麻酔を伴う観血的手術を行った場合に1回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

（1）感染症法に基づき医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師により届出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）

（2）HBs又はHBe抗原によって抗原が陽性と認められたB型肝炎患者

（3）HCV抗体定性・定量によってHCV抗体が陽性と認められたC型肝炎患者

（4）微生物学的検査により結核菌を排除していることが術前に確認された結核患者

12 「通則12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

（1）休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急手術の場合

（2）初診又は再診から手術までの間に、手術に必要な不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術（休日に行うもの又はその開始時間（執刀した時間をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が8時間以内である場合（当該手術の開始時間が入院手術の後の場合を含む。）

13 「通則12」の入院中の患者に対する手術の休日加算1及び2又は深夜加算1及び2は、病状の急変等により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。

ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

14 「通則12」の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、「A000」の注9又は「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあつては、「通則12」の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2は算定しない。また、「通則12」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則7」及び「通則8」の加算の取扱いと同様（本通則9参照）である。なお、「K780」同種死体腎移植術の「注1」に規定する移植臓器提供加算について、「通則12」の加算を算定する場合は、同種死体腎移植の開始時間により要件の該当の有無を判断するのではなく、死体腎の摘出術の開始時間をもって判断する。

15 「通則12」の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1（以下「時間外等加算1」という。）は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り算定できる。

16 「通則12」の時間外等加算1を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

17 「通則13」の「特に規定する場合」とは、各区分に掲げる手術名の末尾に両側と記入したものをいう。なお、この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定する。

また、肺の両側に對し手術を行った場合は、片側それぞれについて算定できる。

18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

（1）「通則14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合

においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

ア 肺切除術の際に併施する簡単な肺剥皮術

イ 虫垂切除術と盲腸縫縮術

ウ 子宮附属器腫瘍摘出術と卵管結紮術

(2) (1)にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内にあっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則 3」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア 胃切除術（消化器系の手術）と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術（脈管系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（開腹によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術（尿路系の手術）と肺切除術（呼吸器系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない 2 手術を同時に行う場合

イ 胃切除術と直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（開腹手術によるもの）と結腸切除術の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の 2 手術を行う場合

ウ 人工妊娠中絶術（産式手術）と卵管結紮術（開腹術）の組み合わせ等、通常行う手術の到達方法又は皮切及び手術部位が異なる場合

(3) 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成 30 年厚生労働省告示第 72 号）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（1 つに限る。）の所定点数の 100 分の 50 に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

(4) 指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア 第 1 指から第 5 指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、2 つ以上の手術を同一指について行なった場合には、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行なった場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行なった場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(イ) 第 1 指から第 5 指まで（中手骨・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

「K028」腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）

「K034」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）

「K035」腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）

「K037」腱縫合術

「K038」腱延長術

「K039」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「1」指（手、足）

「K040」腱移行術の「1」指（手、足）

「K040-2」指伸筋腱脱臼観血的整復術

「K054」骨切り術の「3」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）

(ロ) 第 1 指から第 5 指まで（中手骨・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあつては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

「K089」爪甲除去術 「K100」多指症手術

「K090」ひょう疽手術 「K101」合指症手術

「K091」陥入爪手術 「K102」巨指症手術

「K099」指癒痕拘縮手術 「K103」屈指症手術、斜指症手術

第 1 節手術料の項で「指（手、足）」と規定されている手術（「K039」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「1」指（手、足）、「K040」腱移行術の「1」指（手、足）、「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「3」中の指（手、足）、「K046」骨折観血的手術の「3」中の指（手、足）、「K054」骨切り術の「3」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）、「K063」関節脱臼観血的整復術の「3」中の指（手、足）、「K073」関節内骨折観血的手術の「3」中の指（手、足）、「K080」関節形成手術の「3」中の指（手、足）及び「K082」人工関節置換術の「3」中の指（手、足）を除く。）

(ハ) 同一指内の骨及び関節（中手骨・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術

「K046」骨折観血的手術

「K063」関節脱臼観血的整復術

「K073」関節内骨折観血的手術

「K078」観血的関節固定術

「K080」関節形成手術

「K082」人工関節置換術

「K082-3」人工関節再置換術

イ デブリードマンその他(イ)、(ロ)及び(ハ)に該当しない手術については、第 1 指から第 5 指までを同一手術野として取り扱い、当該手術のうち 2 以上の手術を複数指に行なった場合には、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ウ (イ)及び(ロ)に掲げる手術と、(ハ)に掲げる手術を同時に行なった場合にあつては、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、同一指に対して行われたものは主たる手術の点数を算定し、別々の指に対して行われたものはそれぞれ所定の点数を算定する。

エ 第 1 指から第 5 指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）と、第 1 指から第 5 指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行なった場合にあつては、それぞれの手術が別々の指に対して行

れたものであっても、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第 1 指から第 5 指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）を複数指に行行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

(5) 眼球の手術（第 1 節手術料第 4 款眼に掲げるものをいう。）については、片眼を同一手術野として取り扱う。

(6) 多発性嚢腫等で近接しているものについては、数か所の切開を行った場合でも 1 切開として算定する。また、麦粒腫、霰粒腫等については、同一瞼内にあるものについては 1 回として算定する。

(7) 骨折整復と脱臼整復を併施した場合については、骨折部位と関節との距離やそれぞれの整復が非観血的に行われたか観血的に行われたか、また、一方の整復手技が他方の整復手技と個別に行われる場合と、併せて 1 手術とみなすのが適当な場合等によって異なるが、一般には近接部位の場合は通例同一手術野の手術として「通則 14」により主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、(4)の(ハ)に掲げる場合は別に算定できる。

(8) 悪性腫瘍に対する手術において、「K 4 6 9」頸部郭清術（ネックディセクション）及び「K 6 2 7」リンパ節郭清術の「2」は所定点数に含まれ、特に規定する場合を除き、別に算定できない。

(9) 「通則 14」の植皮術とは「K 0 1 3」分層植皮術及び「K 0 1 3－2」全層植皮術をいう。

(10) 「通則 14」の神経移植術とは「K 1 9 8」神経移植術をいう。

19 手術の中絶等の場合の算定方法

(1) 手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を途中で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。

例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないのでそのまま手術創を閉じた場合は、「K 6 3 6」試験開腹術の所定点数により算定する。なお、術前において中絶した場合は、算定の対象にならない。

(2) 妊娠 9 か月において子宮出血があり、前置胎盤の疑いで入院し、止血剤注射を行い帝王切開の準備として諸器械の消毒を終わったところ出血が止まり、そのまま分娩した場合の消毒に要した諸経費は、保険給付の対象とならない。

(3) 手術の準備をしていたところ、患者が来院しなかったと又は患者が手術の術前において手術不能となった場合は保険給付の対象とならない。

20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

(1) 組織適合性試験

ア 組織適合性試験とは、HLA 型クラス I（A、B、C）、クラス II（DR、DQ、DP）、リンパ球直接交差試験（ダイレクト・クロスマツチャテスト）及び DNA タイピングをいう。

イ 次に掲げる臓器等移植の提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別

に算定できない。

「K 5 1 4－3」移植用肺採取術（死体）（両側）

「K 5 1 4－5」移植用部分肺採取術（生体）

「K 6 0 5」移植用心臓採取術

「K 6 0 5－3」移植用心臓採取術

「K 6 9 7－4」移植用部分肝採取術（生体）

「K 6 9 7－6」移植用肝採取術（死体）

「K 7 0 9－2」移植用脾採取術（死体）

「K 7 0 9－4」移植用脾臓採取術（死体）

「K 7 1 6－3」移植用部分小腸採取術（生体）

「K 7 1 6－5」移植用小腸採取術（死体）

「K 7 7 9」移植用腎採取術（生体）

「K 7 7 9－2」移植用腎臓採取術（死体）

「K 7 7 9－3」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）

「K 9 2 1」造血幹細胞採取の「1」骨髓採取の「イ」同種移植の場合

「K 9 2 1」造血幹細胞採取の「2」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合

ウ 次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

「K 0 1 4」皮膚移植術（生体・培養）

「K 0 1 4－2」皮膚移植術（死体）

「K 0 5 9」骨移植術（軟骨移植術を含む。）

「K 5 1 4－4」同種死体肺移植術

「K 5 1 4－6」生体部分肺移植術

「K 6 0 5－2」同種心移植術

「K 6 0 5－4」同種心肺移植術

「K 6 9 7－5」生体部分肝移植術

「K 6 9 7－7」同種死体肝移植術

「K 7 0 9－3」同種死体脾臓移植術

「K 7 0 9－5」同種死体脾臓移植術

「K 7 0 9－6」同種死体脾臓島移植術

「K 7 1 6－4」生体部分小腸移植術

「K 7 1 6－6」同種死体小腸移植術

「K 7 8 0」同種死体腎移植術

「K 7 8 0－2」生体腎移植術

「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「1」骨髄移植の「イ」同種移植の場合

「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「2」末梢血幹細胞移植の「イ」同種移植の場合

エ 次に掲げる臓器等移植の提供者及び移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「3」臍帯血移植

(2) 臓器等提供者に係る感染症検査

ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs 抗原、HBc 抗体半定量・定量、HCV 抗体定性・定量、HIV-1 抗体、HIV-2 抗体定性・定量、HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量、HTLV-I 抗体、HTLV-I 抗体、HTLV-I 抗体（ウェスタンブロット法及びライントロット法）、HTLV-1 核酸検出、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか1つの検査に限り、HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量及びHTLV-I 抗体については、このうちいずれか1つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。ただし、HTLV-I 抗体（ウェスタンブロット法及びライントロット法）及びHTLV-1 核酸検出については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合であって、HTLV-1 感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。

イ 次に掲げる臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニングにつき、1回に限り別に算定する。

- 「K014」皮膚移植術（生体・培養）
- 「K514-5」移植用部分肺採取術（生体）
- 「K697-4」移植用部分肝採取術（生体）
- 「K716-3」移植用部分小腸採取術（生体）
- 「K779」移植用腎採取術（生体）
- 「K779-3」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
- 「K921」造血幹細胞採取の「1」骨髓採取の「イ」同種移植の場合
- 「K921」造血幹細胞採取の「2」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合
- 「K922」造血幹細胞移植の「3」臍帯血移植

ウ 次に掲げる臓器等移植に際し行った臓器等提供者に係る感染症検査は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

- 「K259」角膜移植術
- 「K709-2」移植用膝採取術（死体）（死体膝（臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された膝を除く。）を採取する場合に限る。）
- 「K709-4」移植用膝採取術（死体）（死体膝腎（臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された膝腎を除く）を移植する場合に限る。）
- 「K780」同種死体腎移植術（死体腎（臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く）を移植する場合に限る。）

エ 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取して臓器等移植を行った場合の臓器等提供者に係る感染症検査は、次に掲げる所定点数に含まれ、別に算定できない。

- 「K914」脳死臓器提供管理料

21 第1節第2款筋骨格系・四肢・体幹に掲げる手術のうち、関節鏡下による手術については、内視鏡を用いた場合についても算定できる。

22 既に保険適用されている腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いる場合については、その都度当局に内議し準用が通知されたもののみが保険給付の対象となる。それ以外の場合については、その手術を含む診療の全体が保険適用とならないので留意されたい。なお、胸腔鏡下手術及び内視鏡手術用支援機器を用いた手術も同様の取扱いとする。

23 「通則 17」の加算を算定した場合は、周術期口腔機能管理を実施した歯科医療機関名（歯科歯科併設の保険医療機関を除く。）を診療録に記載すること。なお、悪性腫瘍手術は病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定できる。

24 性同一性障害の患者に対して次に掲げる手術を行う場合は、届出を行った場合に限り算定できる。

- 「K475」乳房切除術
- 「K818」尿道形成手術の「1」前部尿道
- 「K819」尿道下裂形成手術
- 「K819-2」陰茎形成術
- 「K825」陰茎全摘術
- 「K830」精巣摘出術
- 「K851」会陰形成手術の「1」筋層に及ばないもの
- 「K859」造陰術、陰閉鎖症術の「2」逆離植皮によるもの
- 「K859」造陰術、陰閉鎖症術の「4」腸管形成によるもの
- 「K859」造陰術、陰閉鎖症術の「5」筋皮弁移植によるもの
- 「K877」子宮全摘術
- 「K877-2」腹腔鏡下陰式子宮全摘術
- 「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「1」開腹によるもの
- 「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「2」腹腔鏡によるもの

25 「通則 19」に掲げる手術を実施するに当たっては、実施前に臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳腺外科、産婦人科又は婦人科の医師が参加するカンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じる利益及び不利益について当該患者に事前に説明を行うこと。

26 周術期栄養管理実施加算

- (1) 「通則 20」の周術期栄養管理実施加算は、専任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。なお、術前の栄養管理を実施している場合、手術中に患者が死亡し、術後の栄養管理が実施できなかった場合であっても算定可能であり、当該加算は、一連の入院期間中に実施された手術のうち主たるものについて、1回に限り算定すること。

(2) 術前・術後の栄養管理を実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又は ESPEN の「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。

- ア 栄養スクリーニング
- イ 栄養アセスメント
- ウ 周術期における栄養管理の計画を作成

エ 栄養管理の実施
オ モニタリング
カ 再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し

(3) (2)を実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

(4) 「A233-2」栄養サポートチーム加算及び「B001」の「10」入院栄養食事指導料は、別に算定できる。ただし、当該加算を算定する患者が、特定集中治療室管理料等を算定する治療室に入室した場合、早期栄養介入管理加算は算定できない。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

K000 創傷処理、K000-2 小児創傷処理

- (1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置は「J000」創傷処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。
- (2) 創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。
- (3) 「3」の「イ」頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）は、長径20センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。
- (4) 「注2」の「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。
- (5) 「注3」に規定するデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定する。
- (6) 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットの交換のみを目的として実施した場合は、「1」、

- 「2」又は「3」の「ロ」のいずれかを算定する。

K001 皮膚切開術

- (1) 長径10センチメートルとは、切開を加えた長さではなく、腫瘍、せつ又は蜂窩織炎等の大きさをいう。
- (2) 多発性せつ腫等で近接しているものについては、数か所の切開も1切開として算定する。

K002 デブリードマン

- (1) 「K013」分層植皮術から「K019」複合組織移植術及び「K020」自家逆離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）「K021-2」粘膜炎手術までの手術を前提に行う場合のみ算定する。

- (2) 面積の算定方法については、「J000」創傷処置の取扱いの例による。
- (3) 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- (4) 「注1」のA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合については、病歴、細菌培養検査及び画像所見等により、A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎と診断した場合に算定する。なお、診療報酬の請求に当たっては、病歴、細菌培養検査及び画像所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (5) 「注3」に規定する深部デブリードマン加算は、(3)でいう繰り返し算定する場合についても、要件をみたせば算定できる。

- (6) 「注4」に規定する水圧式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、水圧式ナイフを用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (7) 「注5」に規定する超音波式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、主にデブリードマンに使用する超音波手術器を用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、噴霧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K003、K004 皮膚、皮下、粘膜炎血管腫摘出術

- (1) 「露出部」とは「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、「K003」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、「K004」の所定点数により算定する。

K005、K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術

- (1) 「露出部」とは「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍等については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

- (3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、「K005」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、「K006」の所定点数により算定する。

K006-2、K006-3 鶏眼・胼胝切除術

- (1) 「露出部」とは「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 近接密生している鶏眼・胼胝等については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

- (3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、「K006-2」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、「K006-3」の所定点数により算定する。

K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

- (1) ここでいう「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね3月間にわたり行われるものをいう。

- (2) 脂漏性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法については、「J056」いぼ等冷凍凝固法により算定する。

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

- (1) 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「1」により

算定し、病巣部のみを切除した場合は「2」により算定する。

(2) 「注」に規定する皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算については、以下の要件に留意し算定すること。

ア 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫、メルケル細胞癌、乳房外パジェット病又は長径2cmを超える有棘細胞癌であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。

イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「K940」薬剤により算定する。

ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。

エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

K007-3 放射線治療用合成吸収性材料留置術

近接する消化管等のため放射線治療の実施が困難な患者に対して、シート型の放射線治療用合成吸収性材料を用いて腹腔内又は骨盤内の悪性腫瘍（後腹膜腫瘍を含む。）と消化管等との間隙を確保した場合に算定する。

K009 皮膚剥削術

皮膚剥削術（グラインダーで皮膚を剥削する手術）は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。

K010 瘻痕拘縮形成手術

(1) 単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うものに限り算定する。

(2) 指に対して行う場合には、「K099」指瘻痕拘縮手術により算定する。

K013 分層植皮術

(1) デルマトームを使用した場合は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 広範囲の皮膚欠損に対して、分層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

K013-2 全層植皮術

(1) デルマトームを使用した場合は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 広範囲の皮膚欠損に対して、全層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

K013-3 自家皮膚非培養細胞移植術

(1) 採取した健常皮膚から非培養細胞懸濁液を作製し、急性熱傷及び採皮部を対象として創傷部の治癒促進を行うことを目的とする自家皮膚細胞移植用キットを用いて、細胞懸濁液を熱傷患部に移植した場合に算定する。

(2) デルマトームを使用した場合は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 広範囲の皮膚欠損に対して、自家皮膚非培養細胞移植術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

K014 皮膚移植術（生体・培養）

- (1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。
- (3) 皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載することともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。
- (4) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (5) 自家培養表皮移植の実施に際して、自家培養表皮用皮膚採取のみに終わり、皮膚移植術に至らない場合については、「K000」創傷処理又は「K000-2」小児創傷処理（6歳未満）に準じて算定する。

K014-2 皮膚移植術（死体）

- (1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。
- (3) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

K019-2 自家脂肪注入

- (1) 自家脂肪注入は、鼻咽頭閉鎖不全の鼻漏改善を目的として行った場合に、原則として1患者の同一部位の同一疾患に対して1回のみの算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。
- (2) 自家脂肪採取に係る費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 注入した脂肪量に応じて所定の点数を算定する。なお、当該注入量を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K022 組織拡張器による再建手術

- (1) 治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。なお、ここでもう一連とは、組織拡張器の挿入、生理食塩水等の注入及び組織拡張器の除去を含めた一連の手技のことであり、治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして組織拡張器挿入時にのみ所定点数を算定する。また、拡張器の除去に要する手技料は別に算定できない。
- (2) 「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれか

に該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

ア 一次再建の場合

乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断において**早期乳癌（Stage0-ⅢA）**で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ 二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

(3) 「1」の乳房（再建手術）の場合において乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。

(4) 「2」のその他の場合は、「1」の乳房（再建手術）の場合以外の場合であって、先天異常、母斑（血管腫を含む。）、外傷性癒痕拘縮、術後癒痕拘縮及び悪性腫瘍切除後の患者に対して一般用の組織拡張器を挿入した場合に算定できる。なお、美容を目的とするものは保険給付外である。

(5) 原則として1患者の同一部位の同一疾患に対して1回のみの算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 0 2 ー 3 慢性膿皮症手術

(1) 「1」の単純なものは、関連学会等から示されているガイドライン等を踏まえ、二次治療を図るために病変部の皮膚を天蓋切開した場合に算定する。

(2) 「2」の複雑なものは、病変部を一塊として切除した場合に算定する。

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

腱形成術は、「K 0 3 4」腱切断・切除術（関節鏡下によるものを含む。）から「K 0 4 0」腱移行術までにより算定する。

K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍に係る手術については、「K 0 0 5」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は「K 0 0 6」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

K 0 3 1 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術

(1) 「注」に規定する処理骨再建加算は、骨の切除を必要とする骨軟部悪性腫瘍手術において、腫瘍の広範切除後に、切除した自家腫瘍骨を殺細胞処理し再建に用いた場合に、所定点数に加算する。

(2) 当該手術の実施及び処理骨の作製に当たっては、日本整形外科学会から示された指針を遵守すること。

(3) 処理骨再建加算は、骨軟部悪性腫瘍手術に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。

K 0 3 7 腱縫合術

(1) 「注」に規定する複数縫合加算は、前腕から手根部における腱について、複数の指に係

る腱の形成術を行った場合に、1指を増すごとに所定点数に加算する。ただし、同一の指に係る複数の腱形成術を行った場合は1指と数えることとし、1指分の加算を算定できる。

(2) 切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、「K 0 0 0」創傷処理の「2」又は「K 0 0 0ー2」小児創傷処理の「3」に準じて算定する。

K 0 4 4 骨折非観血的整復術

(1) ギプスを使用した場合にはギプス料を別に算定できる。

(2) 著しい腫脹等によりギプスを掛けられない状態にあるために徒手整復のみを行った場合についても、骨折非観血的整復術により算定できる。その際に副木を使用した場合には、当該副木の費用は別に算定できる。

(3) 徒手整復した骨折部位に対して2回目以降の処置を行った場合は、「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

K 0 4 6 骨折観血的手術

(1) 前腕骨又は下腿骨骨折の手術に際し、胛骨（橈骨と尺骨又は脛骨と腓骨）を同時に行った場合であって、皮膚切開が個別の場合には、別の手術野として骨折観血的手術の「2」の所定点数をそれぞれの手術野について算定する。

(2) 「注」に規定する緊急整復固定加算は、75歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後48時間以内に骨折部位の整復固定を行った場合（一連の入院期間において「B 0 0 1」の「34」の「イ」二次性骨折予防継続管理料1を算定する場合に限る。）に、1回に限り所定点数に加算する。当該手術後は、早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行うこと。なお、診療報酬明細書の摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。

K 0 4 6ー3 一時的創外固定骨折治療術

(1) 開放骨折、関節内骨折若しくは粉碎骨折又は骨盤骨折（腸骨翼骨折を除く。）について骨折観血的手術に当たって一時的に創外固定器を用いて骨折治療術を行った場合に算定する。

(2) 「K 9 3 2」創外固定器加算については、別に算定できない。

(3) 当該手術後に、当該骨折の治療のために行った他の手術の費用は、別に算定できる。

K 0 4 7 難治性骨折電磁波電気治療法

(1) 対象は四肢（手足を含む。）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術、「K 0 4 4」骨折非観血的整復術、「K 0 4 5」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は「K 0 4 7ー3」超音波骨折治療法などの療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行なった場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術、「K 0 4 4」骨折非観血的整復術、「K 0 4 5」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は「K 0 4 7ー3」超音波骨折治療法などの療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

(2) 当該治療を開始してから6か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(3) 当該治療法を1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該治療法を退院した

後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。
(4) 本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。

K047-2 難治性骨折超音波治療法

「K047」難治性骨折電磁波電気治療法の取扱いと同様とする。

K047-3 超音波骨折治療法

- (1) 超音波骨折治療法は、四肢（手足を含む。）の観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当該超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (2) 当該治療を開始してから3か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該治療法を1回行った後に再度行った場合は入院中に開始した当該治療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。
- (4) 本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。
- (5) 本手術に併せて行った「J119-4」肛門処置については、別に算定できない。

K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術

- (1) 「1」の「頭蓋、顔面（複数切開を要するもの）」は、顔面多発骨折手術などで、複数の骨固定材料による手術が行われた症例に対し、複数箇所の切開により複数の骨固定材料を除去・摘出する場合に算定する。
- (2) 三翼釘、髄内釘、ロッドを抜去する場合の骨内異物（挿入物を含む。）除去術は、手術を行った保険医療機関であると否にかかわらず算定できる。
- (3) 鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合には、「J000」創傷処置、「K000」創傷処理又は「K000-2」小児創傷処理の各区分により算定する。

K053 骨悪性腫瘍手術

- (1) 「注」に規定する処理骨再建加算は、骨の切除を必要とする骨軟部悪性腫瘍手術において、腫瘍の広範切除後に、切除した自家腫瘍骨を殺細胞処理し再建に用いた場合に、所定点数に加算する。また、当該手術の実施及び処理骨の作製に当たっては、日本整形外科学会から示された指針を遵守すること。
- (2) 処理骨再建加算は、骨軟部悪性腫瘍手術に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。
- (3) 処理骨を用いた再建と、「K081」人工骨頭挿入術又は「K082」人工関節置換術に掲げる手術を同時に行った場合は、主たるものにより算定する。

K053-2 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）は標準治療不適応

又は不応の骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍症例に対して、関係学会の定める指針を遵守して実施した場合に限り算定する。なお、ここである2センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

K054 骨切り術

- (1) 先天異常による骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術については本区分の所定点数により算定する。
- (2) 患者適合型変形矯正ガイド加算は、先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に、「1」の上腕又は「2」の前腕の所定点数に加算する。

K054-2 脛骨近位骨切り術

変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、脛骨近位部の骨切りを実施した場合に算定する。

K055-3 大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術

大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術とは、イムホイザー3次元骨切り術、ダン骨切り術、外反伸展骨切り術、外反屈曲骨切り術、転子間彎曲骨切り術、パウエル外反骨切り術等をいう。

K055-4 大腿骨遠位骨切り術

変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、大腿骨遠位部の骨切りを実施した場合に算定する。

K057 変形治癒骨折矯正手術

- (1) 次に掲げる変形治癒骨折矯正手術は、それぞれに規定する区分により算定する。
ア 眼窩変形治癒骨折に対する矯正術は、「K228」眼窩骨折整復術による。
イ 鼻骨変形治癒骨折に対する矯正術は、「K334-2」鼻骨変形治癒骨折矯正術による。
ウ 頬骨変形治癒骨折に対する矯正術は、「K427-2」頬骨変形治癒骨折矯正術による。
(2) 患者適合型変形矯正ガイド加算は、上腕又は前腕の変形治癒骨折矯正手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に算定する。

K058 骨長調整手術

使用するステイプルの数にかかわらず1回の算定とする。

K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

- (1) 骨移植術に併せて他の手術を行った場合は、本区分の所定点数に他の手術の所定点数を併せて算定する。
(2) 移植用に採取した健骨を複数か所に移植した場合であっても、1回のみ算定する。

(3) 移植用骨採取のみに終わり、骨移植に至らない場合については、「K126」脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）に準じて算定する。

(4) 自家軟骨の移植を行った場合は、「1」により算定する。

(5) 同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

(6) 移植用骨採取及び骨提供者の組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(7) 自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「3」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。なお、人工骨の移植部位について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(8) 同種骨移植（特殊なもの）は、腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び靱帯組織の欠損に対して、日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種骨及び靱帯組織を使用した場合に限り算定できる。なお、この場合、骨移植等を行った保険医療機関と骨移植等に用いた同種骨等を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、同種骨移植等を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

(9) 自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「4」により算定する。

K062 先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）

先天性股関節脱臼非観血的整復術のギプス料は、「J127」先天性股関節脱臼ギプス包帯により算定する。

K069-4 関節鏡下半月板制動術

関節鏡下半月板制動術は、逸脱した半月板を脛骨に制動し半月板機能を再建することを目的として、逸脱を伴う半月板損傷患者に対して、脛骨に挿入したアンカー糸を用いて半月板を縫合して脛骨に制動した場合又は半月板後根損傷患者に対して、半月板後根部に縫合した糸を脛骨に掘削した骨孔に通し制動した場合に算定する。

K077-2 肩甲骨烏口突起移行術

肩甲骨烏口突起移行術は、反復性肩関節脱臼患者に対して、再脱臼の予防を目的として、筋腱付きの肩甲骨烏口突起について関節窩前面への移行及び固定を実施した場合に算定する。

K079-2 関節鏡下靱帯断裂形成手術

「注」に規定する加算は、膝前十字靱帯断裂及び膝後十字靱帯断裂を同時に有する患者に対して、医学的な必要性から一期的に両靱帯の形成術を行った場合に算定する。なお、両靱帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靱帯形成術の医学的な必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K080 関節形成手術

同側足関節に対して、二関節固定術と後方制動術を併施した場合は、関節形成手術の「2」により算定する。

K080-2 内反足手術

内反足手術は、アキレス腱延長術・後方足関節切開術・足底腱膜切断術を行い、後足部をキルシュナー鋼線で矯正する方法により行った場合に算定する。

K080-3 肩腱板断裂手術

「2」複雑なものとは、腱板の断裂が5cm以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。

K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術

(1) 「2」簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）とは、腱板の断裂が5cm未満の症例に対して行う手術であって、「K080-7」上腕二頭筋腱固定術を併せて実施したものをいう。

(2) 「3」複雑なものとは、腱板の断裂が5cm以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。

K080-5 関節鏡下肩関節唇形成術

反復性肩関節脱臼患者に対して、再脱臼の予防を目的として、関節鏡下に剥離した関節唇の修復を実施することに加えて、関節鏡下に筋腱付きの肩甲骨烏口突起の関節窩前面への移行及び固定を実施した場合は、腱板断裂の有無に関わらず、「3」により算定する。

K080-7 上腕二頭筋腱固定術

上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷（保存的治療が奏効しないものに限る。）に対し、インターフェアレックススクリューを用いて固定を行った場合に算定する。

K081 人工骨頭挿入術

「注」に規定する緊急挿入加算は、75歳以上の上大脚骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合（一連の入院期間において「B001」の「34」の「イ」二次性骨折予防継続管理料1を算定する場合に限る。）に、1回に限り所定点数に加算する。当該手術後は、早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行うこと。なお、診療報酬明細書の摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。

K082-3 人工関節再置換術

人工関節再置換術は、「K082」人工関節置換術及び「K082-7」人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）から6か月以上経過して行った場合にのみ算定できる。

K082-4 自家肋骨助軟骨関節全置換術

肋骨助軟骨移行部から採取した骨及び軟骨を用いて、関節の両側又は片側の全置換を行った場合に算定できる。この場合、「K059」骨移植術は別に算定できない。

K082-7 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）は、変形性股関節症患者に対して、術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置を用いて、人工股関節置換術を実施した場合に算定する。

K083 鋼線等による直達牽引

(1) 鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお、鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含む。

(2) 当該鋼線等による直達牽引のうち初日に行ったものについて所定点数を算定する。なお、鋼線等の除去の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 1局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの軀幹のそれぞれをいい、全身を5局所に分けるものである。

(4) 「J1118」介連牽引、「J1118-2」矯正固定、「J1118-3」変形機械矯正術、
「J1119」消炎鎮痛等処置、「J1119-2」腰部又は胸部固定帯固定、「J1119-3」低出力レーザー照射又は「J1119-4」肛門処置を併せて行った場合であっても、
本区分の所定点数のみにより算定する。

K083-2 内反足底板挺子固定

(1) 内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板挺子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。

(2) 「J1118」介連牽引、「J1118-2」矯正固定、「J1118-3」変形機械矯正術、

「J1119」消炎鎮痛等処置、「J1119-2」腰部又は胸部固定帯固定、「J1119-3」低出力レーザー照射又は「J1119-4」肛門処置を併せて行った場合であっても、

本区分の所定点数のみにより算定する。

K086 断端形成術（軟部形成のもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、「K086」の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のもの）指（手、足）又は「K087」の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

K087 断端形成術（骨形成を要するもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、「K086」の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のもの）指（手、足）又は「K087」の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

K088 切断四肢再接合術

切断四肢再接合術は、顕微鏡下で行う手術の評価を含む。

K089 爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。

K096-2 体外衝撃波疼痛治療術

(1) 治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして算定する。再発により2回目以降算定する場合には、少なくとも3か月以上あけて算定する。

(2) 保存療法の開始日及び本治療を選択した医学的理由並びに2回目以降算定する場合にはその理由を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、本手術に併せて行った「J1119」消炎鎮痛等処置については、別に算定できない。

K099 指瘻痕拘縮手術

(1) 単なる拘縮に止まらず運動制限を伴う場合に算定する。
(2) 本手術には、Z形成術のみによるもの及び植皮術を要するものが含まれる。

K099-2 デュブイトレント拘縮手術

運動障害を伴う手掌・手指腱膜の線維性増殖による拘縮（デュブイトレント拘縮）に対して、指神経、指動脈を剥離しながら拘縮を解除し、Z形成術等の皮膚形成術を行った場合に算定する。

K1117-2 頸椎非観血的整復術

頸椎椎間板ヘルニア及び頸椎骨軟骨症の新鮮例に対する頸椎の非観血的整復術（全麻、牽引による）を行った場合に算定する（手術の前処置として変形機械矯正術（垂直牽引、グリーン

係路使用）を行った場合を除く。）。

なお、頸筋症候群及び五十肩に対するものについては算定できない。

K126-2 自家培養軟骨組織採取術

自家培養軟骨を作製するために、患者の軟骨から組織を採取した場合は、採取した回数にかかわらず、一連のものとして算定する。

K133-2 後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）

頸椎又は胸椎の1又は2以上の椎間に係る後縦靭帯骨化症に対して、前方又は前側方から病巣に到達した場合に算定する。

K134 椎間板摘出術

椎間板摘出術の「4」経皮的髄核摘出術については、1椎間につき2回を限度とする。

K134-4 椎間板内酵素注入療法

適正使用ガイドを遵守して実施した場合に限り算定する。

K141-2 寛骨臼移動術

寛骨臼全体を移動させ関節軟骨で骨頭の被覆度を高め安定した股関節を再建するものであり、寛骨臼回転骨切り術、寛骨臼球状骨切り術、ホフ骨切り術、ガンツ骨切り術、ステイールのトリプル骨切り術、サルター骨切り術等を行った場合に算定する。

K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

(1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。

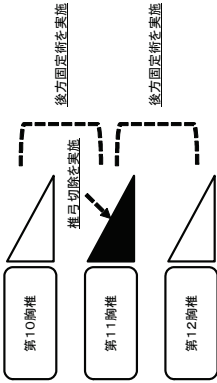
例1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記ア及びイを合算した点数を算定する。

ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数

イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数

例1



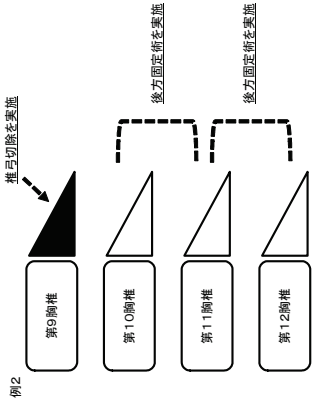
例2 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第9胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記のア、イ及びウを合算した点数を算定する。

ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数

イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数

ウ 「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数



(2) 骨形成的片側椎弓切除術及び髄核摘出術を併せて2椎間に行った場合は、「K186」
 脊髓硬膜内神経切断術に準じて算定する。

K142-2 脊椎側彎症手術

- (1) 「注」に規定する胸郭変形矯正用材料を用いた場合とは、「2」の「ロ」交換術を行う場合を指しており、「1」の場合には適用されない。
- (2) 矯正術を前提として行われるアンカー補強手術 (foundation 作成) は「K142」脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。) の「2」後方又は後側方固定にて算定する。また、その一連の治療として数か月後に行われる矯正術は「2」の「ロ」交換術にて算定する。

(3) 「2」の「ロ」交換術とは、患者の成長に伴い、ロッド又はグレードルを含めた全体の交換が必要となった場合の術式を指す。一部のクリップ等を交換し、固定位置の調整等を行った場合は「ハ」伸展術にて算定する。

K142-6 歯突起骨折骨接合術

歯突起骨折に対して、椎間の可動域を温存しながら骨接合術を行った場合に算定する。

K142-7 腰椎分離部修復術

腰椎分離症に対して、椎間の可動域を温存しながら修復術を行った場合に算定する。

K144 体外式脊椎固定術

- (1) 体外式脊椎固定術は、ハローベルビック牽引装置、ハローベラスト等の器械・器具を使用して脊椎の整復固定を行った場合に算定する。この場合において、当該器械・器具の費用は所定点数に含まれる。
- (2) ベスト式の器械・器具に用いられるベラスト部分は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り副木として算定できる。

第3款 神経系・頭蓋

第3款 神経系・頭蓋の手術において神経内視鏡を使用した場合の当該神経内視鏡に係る費用は、当該手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

K145 穿頭脳室ドレナージ術

- (1) 穿頭術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 当該手術は、初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、「J002」ドレーン法 (ドレナージ) により算定する。

K147 穿頭術 (トレパナチオン)

- (1) 穿頭術又は開頭術を行い、脳室穿刺を行った場合の手術料は当該手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 穿頭術における穿頭とは穿頭器を用いて穿孔することのみをいう。
- (3) 穿頭による慢性硬膜下血腫洗浄・除去術は、「K164-2」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術により算定する。

K147-3 緊急穿頭血腫除去術

- (1) 手術室以外の、救急初療室又は集中治療室等において実施した場合に算定する。
- (2) 一連の診療において、当該手術実施後に、第3款に定める他の手術手技を行った場合には、主たるもののみを算定する。
- (3) 関連学会が定める治療方針に沿って実施すること。

K148 試験開頭術

- (1) 試験開頭術における開頭とは、穿頭器以外の器具を用いて広範囲に開窓することをいう。
- (2) 「K147」穿頭術及び本手術を同時又は短時間の間隔を置いて2か所以上行った場合の点数は、本区分の所定点数のみにより1回に限り算定する。

K149-2 後頭蓋窩減圧術

キアリ奇形を伴う脊髄空洞症に対して行った場合に算定する。

K151-2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術

広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術は、次のような手術を行った場合に算定する。

ア 眼窩内又は副鼻腔に及ぶ腫瘍に対する眼窩内又は副鼻腔を含む前頭蓋底切除による腫瘍摘出及び再建術

イ 海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の開放を伴う腫瘍切除及び再建術

ウ 錐体骨・斜体の腫瘍に対する経口的腫瘍摘出又は錐体骨切除・S状静脈洞露出による腫瘍摘出及び再建術

エ 頸静脈孔周辺部腫瘍に対するS状静脈洞露出を伴う頸静脈孔開放術による腫瘍摘出及び再建術

K154 機能的定位脳手術

- (1) 脳性小児麻痺に対するレンズ核破壊術若しくはパーキンソニズム、振戦麻痺等の不随意運動又は筋固縮に対する脳淡蒼球内オイルプロカイン注入療法 (脳深部定位手術) を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 機能的定位脳手術に係る特殊固定装置による固定及び穿頭並びに穿刺、薬剤 (再生医療等製品を含む。) 注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、手術前に行うエックス線撮影及びフィルムによる注入部位の位置計測については、第2章第4部画像診断のエックス線診断料により別に算定できる。

K154-4 集束超音波による機能的定位脳手術

- (1) 薬物療法で十分に効果が得られない本態性振戦及びパーキンソン病の患者に対し、振戦症状の緩和を目的として、視床を標的としたMRガイド下集束超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) 薬物療法で十分に効果が得られないパーキンソン病の患者であって、脳深部刺激術が不適用の患者に対し、運動症状の緩和を目的として、淡著球を標的としたMRガイド下集束

超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

- (3) 関連学会の定める適正使用指針を遵守し、振戦及びパーキンソン病の診断や治療に関して、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の脳神経外科の医師が実施した場合に限り算定する。

K1155 脳切截術（開頭して行うもの）

本手術を両側同時に施行した場合は、片側ごとに所定点数を算定する。

K160-2 頭蓋内微小血管減圧術

後頭蓋窩の顔面神経又は三叉神経への微小血管圧迫に起因する顔面痙攣又は三叉神経痛に対して、後頭下開頭による神経減圧術を行った場合に算定する。

K164 頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）

定位的脳内血腫除去術を行った場合は、「K164-4」定位的脳内血腫除去術により算定する。

K169 頭蓋内腫瘍摘出術

(1) 「注1」に規定する脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合は、「K930」脊髄誘発電位測定等加算は算定できない。

(2) 「注3」に規定する術中MRI撮影加算は、関係学会の定めるガイドラインを遵守した場合に限り算定する。なお、MRIに係る費用は別に算定できる。

K171-2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

「注」に規定する術中MRI撮影加算は、関係学会の定めるガイドラインを遵守した場合に限り算定する。なお、MRIに係る費用は別に算定できる。

K172 脳動脈瘤奇形摘出術

「2」については、SM-Grade3から5の患者に対して実施した場合であって、当該手術について十分な経験を有する医師により実施されたときに算定する。なお、画像所見及び手術の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K174 水頭症手術

(1) 脳室穿破術、脳室腹腔シヤント手術、脳室心耳シヤント手術又は腰部くも膜下腔腹腔シヤント手術を行った場合に算定する。

(2) 「3」のシヤント再建術において、カテーテル抜去に係る費用は所定の点数に含まれ、別に算定できない。

K174-2 髄液シヤント除去術

水頭症に対してシヤント手術を実施した後、経過良好のためカテーテルを抜去した場合に算定する。

K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）

(1) 本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

(2) 「注1」に規定するロープロファイル手術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

(3) 「注2」に規定するハイプロファイル手術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢

側の血流を確保するため、上肢又は下肢又は下腕から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

- (4) 「注1」及び「注2」におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

K176-2 脳硬膜血管結紮術

当該手術を行う際には、関係学会が定めるガイドラインを遵守すること。

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

(1) 本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

(2) 「注1」に規定するロープロファイル手術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

(3) 「注2」に規定するハイプロファイル手術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、上肢又は下肢から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

(4) 「注1」及び「注2」におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

K178 脳血管内手術

(1) 脳動脈瘤、脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合に算定する。

(2) 脳血管内ステントを用いて脳血管内手術を行った場合には、手術を行った箇所数にかかわらず、「3」を算定する。

K178-2 経皮的脳血管形成術

頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて経皮的脳血管形成術を行った場合に算定する。

K178-4 経皮的脳血栓回収術

「注」に規定する脳血栓回収療法連携加算を算定する場合には、手術を実施する保険医療機関と連携する他の保険医療機関の間で合議の上、当該連携に必要な費用の精算を行うものとする。

K178-5 経皮的脳血管ステント留置術

経皮的脳血管ステント留置術は、脳血管用ステントセットを用いて経皮的脳血管ステント留置術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

K181 脳刺激装置置植込術

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛又は振戦等の神経症状の除去若しくは軽減、或いはてんかん治療を目的として行った場合に算定する。

K181-3 頭蓋内電極除去術

本手術は、電極の抜去のみを目的として開頭術を行った場合に算定する。なお、それ以外の場合にあっては、併せて行った開頭術（脳刺激装置置植込術及び頭蓋内電極置込術を含む。）の所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 1 8 1－4 迷走神経刺激装置植込術

本手術は、てんかん外科治療に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。また、当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じること。

K 1 8 1－6 頭蓋内電極植込術

「2」の「ロ」の実施に当たっては、原則として能動的定位装置を用いる等、関連学会の定める指針を遵守すること。なお、当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

K 1 8 2－2 神経交差縫合術

交通事故等により脳神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剥離し、易動性にし、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健常な神経を遊離可動化し、健常神経の末梢端と損傷神経の中極端を縫合した場合に算定する。

K 1 8 2－3 神経再生誘導術

神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。

K 1 8 8－2 硬膜外腔癒着剥離術

- (1) 経皮的にカテーテルを用いて機械的な癒着剥離を含む硬膜外腔の癒着剥離を透視下に実施した場合に算定する。
- (2) 経皮的にカテーテルを硬膜外腔に挿入し局所麻酔剤の注入等を行った場合であっても、機械的な癒着剥離を含む硬膜外腔の癒着剥離を目的としない場合は、第 11 部麻酔第 2 節神経ブロック料により算定する。

K 1 8 8－3 癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）

癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）は、くも膜下腔の癒着剥離を顕微鏡下の実施し、くも膜下腔を形成した場合に算定する。

K 1 9 0 脊髄刺激装置植込術

- (1) 薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛の除去又は軽減を目的として行った場合に算定する。
- (2) 試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「1」の所定点数に含まれ別に算定できない。

K 1 9 0－6 仙骨神経刺激装置植込術

- (1) 医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。
- (2) 患者自身により記載された同意書を診療録に添付すること。
- (3) リードの抜去に要する費用は所定点数に含まれる。試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「1」の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

K 1 9 0－7 仙骨神経刺激装置交換術

医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロール

ールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合であって、関係学会の定める診療に関する指針に従って実施した場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。

K 1 9 0－8 舌下神経電気刺激装置植込術

舌下神経電気刺激装置植込術は、以下のアからキまでの全ての全てに該当する閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、関係学会の定める適正使用指針に基づき実施した場合に限り算定する。

ア 無呼吸低呼吸指数が 20 以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。

イ C P A P 療法が不適又は不忍受であること。

ウ 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。

エ 18 歳以上であること。

オ B M I が 30 未満であること。

カ 薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。

キ 中枢性無呼吸の割合が 25%以下であること。

K 1 9 3－2 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）、K 1 9 3－3 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）

- (1) 「露出部」とは「K 0 0 0」創傷処理の「注 2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 近接密生しているレックリングハウゼン病偽神経腫については、1 個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにする。

- (3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の 5 0 % 以上の場合、 「K 1 9 3－2」の所定点数により算定し、5 0 % 未満の場合は、 「K 1 9 3－3」の所定点数により算定する。

K 1 9 6－5 末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）

疼痛に対して行う末梢神経遮断（挫滅又は切断）術は、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経の場合に限り算定する。なお、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経及び腓腹神経を同時に遮断した場合には、それぞれ別に所定点数を算定する。

K 1 9 6－6 末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）

末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）は、次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定できる。

- (1) 整形外科的な外科的治療の対象とならない変形性膝関節症に伴う慢性疼痛を有する患者のうち、既存の保存療法で奏効しない患者に対して、疼痛緩和を目的として、上外側膝神経、上内側膝神経及び下内側膝神経に末梢神経ラジオ波焼灼療法を行った場合に算定する。
- (2) 変形性膝関節症に関する専門の知識及び6年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の整形外科の医師が、関連学会の定める適正使用指針を遵守して実施した場合に限り算定する。

第4款 眼

K 2 0 0－2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術

- (1) 乾性角結膜炎（シルマースト第 1 法変法 5 mm 以下、又はローズベンガル染色試験++以上）及びシェーグレン症候群に対して行った場合に算定する。
- (2) 上下涙点に実施した場合も含め 1 回のみの算定とする。

K 2 0 8 麦粒腫切開術 数か所の切開も同一輪内にあるものについては1回として算定する。 K 2 1 2 兎眼矯正術 兎眼症に対して睑板縫合術を行った場合は、本区分により算定する。 K 2 1 4 霰粒腫摘出術 数か所の切開も同一輪内にあるものについては1回として算定する。 K 2 2 8 眼窩骨折整復術 陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。 K 2 5 9 角膜移植術 (1) 角膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。 (2) 角膜を移植する場合には、「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（平成12年1月7日健医発第25号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球のあわせん技術指針について」（平成12年1月7日健医発第26号厚生労働省保健医療局長通知）を遵守している場合に限り算定する。 (3) 眼科用レーザー角膜手術装置により角膜切片を作成し、角膜移植術を行った場合は、「注1」に規定するレーザー使用加算を併せて算定する。 (4) 水疱性角膜症の患者に対して、角膜内皮移植を実施した場合は、「注2」に規定する内皮移植加算を算定できる。 K 2 5 9－2 自家培養上皮移植術 (1) 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、自家培養角膜上皮移植又は自家培養口腔粘膜上皮移植を行った場合に算定する。 (2) 自家培養角膜上皮移植の実施に際して、角膜輪部組織採取のみに終わり、角膜移植術に至らない場合については、「K 2 4 6」角膜・強膜縫合術に準じて算定する。 (3) 自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わり、角膜移植術に至らない場合については、「K 4 2 3」頬腫瘍摘出術の「1」に準じて算定する。 (4) 自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、自家培養口腔粘膜上皮移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、自家培養口腔粘膜上皮移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。 K 2 5 9－3 ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術 (1) 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植（羊膜移植）を併用した場合を含む。）を行った場合に算定する。 (2) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わり、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植に至らない場合については、「K 4 2 3」頬腫瘍摘出術の「1」に準じて算定する。 (3) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。	K 2 6 0 強膜移植術 (1) 強膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。 (2) 強膜を移植する場合には、「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（平成12年1月7日健医発第25号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球のあわせん技術指針について」（平成12年1月7日健医発第26号厚生労働省保健医療局長通知）及び日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。 K 2 6 0－2 羊膜移植術 (1) スティーズ・グンズ・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷瘡痕、再発翼状片、角膜上皮欠損（角膜移植によるものを含む。）、角膜穿孔、角膜化学腐食、角膜瘻痕、角膜癒着、結膜上皮内過形成、結膜腫瘍等であって、羊膜移植以外では治療効果が期待できないものに対して実施した場合に算定する。 (2) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している場合に限り算定する。 (3) 羊膜採取材料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。 (4) 羊膜を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。 K 2 6 8 緑内障手術 (1) 「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術は、1眼に白内障及び緑内障がある患者に対して、水晶体再建術と同時に眼内ドレーン挿入術を関連学会の作成した使用要件基準に従って行った場合に限り算定する。なお、水晶体再建術の技術料は当該点数に含まれ、別に算定できない。 (2) 「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術を行った際は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。 (3) 眼内レンズ及び眼内ドレーンの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 K 2 7 6 網膜光凝固術 (1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。例えば、糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術の場合は、1週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、1回のみ所定点数を算定するものであり、その他数回の手術の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (2) 「2」その他特殊なものとは、裂孔源性網膜剥離、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、類囊胞黄斑浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術を行うことをいう。 K 2 7 7－2 黄斑下手術 黄斑下手術は、中心窩下新生血管膜を有する疾患（加齢黄斑変性症等）又は黄斑下血腫に対して行った場合に算定する。 K 2 8 0－2 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの） 当該手術は、高度の角膜混濁あるいは裂傷などにより、眼底の透見が困難な網膜硝子体疾患に対して行った場合に算定する。また、当該手術を行った際には、診療報酬明細書の摘要欄に、当該術式を選択した理由について詳細に記載すること。
---	---

K 2 8 1－2 網膜再建術

- (1) 未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剥離（主に家族性滲出性硝子体網膜症又は第1次硝子体過形成遺残）及び外傷による眼球破裂に対して実施した場合に算定する。なお、未熟児網膜症及び先天異常に伴う網膜剥離にあっては、線維血管増殖によって起こる、黄斑を脅かす網膜部分剥離又は網膜全剥離の状態をいい、眼球破裂例にあっては強膜の3分の1を超えたる破裂創があり、眼球内容物の脱出を認める状態をいう。
- (2) 関係学会の定める指針を遵守すること。

K 2 8 2 水晶体再建術

- (1) 1眼に白内障及び斜視があり両者に対する手術を同時に行った場合は、別に算定できる。ただし、斜視手術が保険給付の対象となる場合に限る。
- (2) 眼内レンズの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 「1」の「イ」の縫着レンズを挿入するものについては、眼内レンズを縫着し挿入した場合に算定する。
- (4) 「3」の計画的後囊切開を伴う場合は、16歳未満の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (5) 「注1」に規定する加算は、チン小帯の脆弱・断裂を有する症例に対して、水晶体囊拡張リングを用いて水晶体再建術を実施した場合に算定する。なお、水晶体囊拡張リングを使用した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載すること。
- (6) 「注2」に規定する加算は、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、「1」の「イ」の縫着レンズを挿入するものの手術の前後それぞれ1回に限り算定する。なお、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位が疑われた場合であっても、当該手術を行わなかったときは、当該加算は算定できない。

K 2 8 2－2 後発白内障手術

後発白内障切開術（観血的）は当該区分に準じて算定する。

第5款 耳鼻咽喉

K 2 9 6 耳介形成手術

耳介形成手術は、耳輪埋没症、耳垂裂等に対して行なった場合に算定する。

K 2 9 9 小耳症手術

「1」の軟骨移植による耳介形成手術においては、軟骨移植に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

K 3 0 5－2 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術

植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術は、関連学会の定める適応基準に合致する難聴患者に対して実施した場合に算定する。

K 3 0 8－3 耳管用補綴材挿入術

保存的治療が奏効しない難治性耳管開放症の症状改善を目的に耳管用補綴材を耳管内に挿入した場合に算定する。

K 3 1 1 鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）

トラフエルミン（遺伝子組換え）を用いた鼓膜穿孔閉鎖に当たっては、6か月以上続く鼓膜穿孔であって、自然閉鎖が見込まれない患者のうち、当該鼓膜穿孔が原因の聴力障害を来し、かつ本剤による鼓膜穿孔閉鎖によって聴力障害の改善が見込まれる者に対して実施した場合に

限り、本区分の所定点数により算定する。なお、診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に本剤による鼓膜穿孔閉鎖を実施する医学的必要性の症状詳記を記載すること。

K 3 1 8 鼓膜形成手術

- (1) 鼓膜形成手術に伴う鼓膜又は皮膚の移植については、別に算定できない。
- (2) 耳翼後面から植皮弁を採り Wullstein の鼓室形成手術の第1型とほぼ同様の操作（ただ鼓膜の上皮のみを除去することが異なる。）で、鼓膜形成手術を行った場合は、「K 3 1 9」鼓室形成手術により算定する。

K 3 1 9 鼓室形成手術

鼓室形成手術に伴う皮膚の移植については、算定できない。

K 3 2 8－3 植込型骨導補聴器交換術

接合子付骨導端子又は骨導端子の交換術を実施した場合に算定し、音振動変換器の交換した場合は算定できない。

K 3 3 8 鼻甲介切除術、K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術

- (1) 慢性肥厚性鼻炎兼鼻茸に対して、「K 3 3 8」鼻甲介切除術及び「K 3 4 0」鼻茸摘出術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。
- (2) 「K 3 3 8」鼻甲介切除術又は「K 3 3 9」粘膜下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術と併施した場合には、鼻甲介切除術又は粘膜下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術の遂行上行う場合以外は同一手術野とはみなさず、それぞれの所定点数を別に算定する。

K 3 4 0 鼻茸摘出術

高周波電磁波で行う場合にあっても本区分により算定する。

K 3 4 0－3 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）、K 3 4 0－4 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）、K 3 4 0－5 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）、K 3 4 0－6 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）、K 3 4 0－7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）

「K 3 4 0－3」から「K 3 4 0－7」までに掲げる手術を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

K 3 4 7－2 変形外鼻手術

- (1) 先天性の高度斜鼻・鞍鼻、口唇裂外鼻又は上顎洞・外鼻の悪性腫瘍術後等による機能障害を伴う外鼻の変形に対して、機能回復を目的として外鼻形成を行った場合に算定する。なお、外傷等による骨折治癒後の変形等に対するものは、「K 3 3 4－2」鼻骨変形治癒骨折矯正術により算定する。
- (2) 単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

K 3 5 2－3 副鼻腔炎術後後出血止血法

副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った場合をいう。）が多量で、必要があつて再び術創を開く場合に算定する。

K 3 7 7 口蓋扁桃手術

- (1) 扁桃除去を行った当日における止血については算定できない。
- (2) 口蓋扁桃手術を行った日の翌日以降の後出血が多量で、やむを得ず再び術創を開く場合における止血術は、「K 3 6 7」咽後膿瘍切開術に準じて算定する。

K 3 8 6 気管切開術

気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

K 3 8 6－2 輪状甲状軟帯切開術

気道確保のための輪状甲状軟帯膜穿刺を行った場合は、本区分により算定する。

K 3 8 8－2 喉頭粘膜下軟骨片挿入術

反回神経麻痺に対し、声帯固定のため甲状軟骨を左右に分離し、喉頭側軟骨膜下に甲状軟骨より取り出した小軟骨片を挿入した場合に算定する。

K 3 8 8－3 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）

- （１）内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）は、痙攣性発声障害に対してボツリヌス毒素を経皮的に内喉頭筋内に注入した場合に算定する。
- （２）実施に当たっては、経皮的に筋電図を使用し薬剤を注入すること。
- （３）筋電図検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術

喉頭ポリープが左右の声帯にあるときは、各側ごとに算定できる。

第 6 款 顔面・口腔・頸部

K 4 0 7－2 軟口蓋形成手術

いびきに対して軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

K 4 2 3 頬腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍の摘出術は、「K 0 0 5」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は「K 0 0 6」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

K 4 2 9－2 下顎関節突起骨折観血の手術

「２」両側は、両側の下顎関節突起骨折について観血的に手術を行った場合に算定する。

K 4 3 4 顔面多発骨折観血の手術

顔面多発骨折観血の手術は、上下顎の同時骨折の場合等複数の骨に対して観血的に手術を行った場合に算定する。

K 4 4 3 上顎骨形成術

- （１）「１」単純な場合とは上顎骨發育不全症又は外傷後の上顎骨後位癒着等に対し、Le Fort I 型切離により移動を図る場合をいう。
- （２）「注１」に規定する加算は、上顎骨發育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症又は過蓋咬合症等に対し、Le Fort I 型切離を行い、上顎骨を複数に分割して移動させた場合に算定する。

- （３）「２」複雑な場合及び２次の再建の場合とは、「１」と同様の症例に対し、Le Fort II 型若しくは Le Fort III 型切離により移動する場合又は悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し２次の骨性再建を行う場合をいう。

K 4 4 4－2 下顎骨延長術

仮骨延長法を用いて下顎骨を延長・形成する場合に算定する。

K 4 4 6 顎関節授動術

- （１）「１」の「ロ」パンピングを併用した場合は、顎関節の運動障害を有する患者に対し、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節のて、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の

授動を図ったものをいう。

- （２）「１」の「ハ」関節腔洗浄療法を併用した場合とは、局所麻酔下で上関節腔に注射針を２本刺入し、上関節腔を薬剤にて自然灌流することにより顎関節可動域の増加又は除痛を目的とするものをいう。

K 4 5 0 唾石摘出術

- （１）「１」表在性のものとは、導管開口部付近に位置する唾石をいう。
- （２）「２」深在性のものとは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。
- （３）所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

K 4 6 9 頸部郭清術

- （１）頸部郭清術（ネックディセクション）とは、頸部リンパ節群が存在する頸部領域の腫瘍細胞を根絶するため、当該領域の組織（筋、リンパ節、静脈、脂肪、結合織等）を広範囲に摘出することを含む。
- （２）頸部郭清術を他の手術に併せて行った場合は、手術の「通則 9」に規定されている所定点数を算定するものとし、独立して行った場合には本区分の所定点数を算定する。
- （３）他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清は手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、単独に行った場合は、「K 6 2 7」リンパ節群郭清術の「２」により算定する。

K 4 7 0－2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

- （１）半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定する。
- （２）本療法は、頭頸部外科について５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している医師が実施すること。

第 7 款 胸部

K 4 7 4－3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術

- （１）乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、マンモグラフィー、ＣＴ撮影、MR I 撮影、超音波検査等を行った結果、乳房に非触知病変や石灰化病変などが認められる場合に、画像ガイド下（マンモグラフィー、超音波装置又はMR I に限る。）で乳房専用の吸引システムを用いて、当該乳腺組織を摘出した場合に算定する。
- （２）当該乳腺組織の確定診断や手術適用を決定することを目的として行った場合も本区分で算定する。
- （３）組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- （４）「２」は、マンモグラフィー又は超音波検査では検出できず、MR I 撮影によってのみ検出できる病変が認められる患者に対して、当該病変が含まれる乳腺組織を摘出する目的で実施した場合に限り算定できる。

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

- （１）乳腺悪性腫瘍手術において、両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「７」により算定する。

- （２）「注１」に規定する乳癌センチネルリンパ節生検加算 1 及び「注２」に規定する乳癌センチネルリンパ節生検加算 2 については、以下の要件に留意し算定すること。

ア 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳癌に係る手術の場合

合のみ算定する。
イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「K 9 4 0」薬剤により算定する。

ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。

エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第 13 部病理診断の所定点数により算定する。

K 4 7 6－2 陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術

- (1) 授乳障害のある陥没乳頭に対して乳頭形成を行った場合、又は乳腺悪性腫瘍手術後の再建乳房に対して二期的に乳頭形成を行った場合に算定する。
- (2) 単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

K 4 7 6－3 動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）

乳房再建術（乳房切除後）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管吻合付きのもの）を実施した場合は、「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管吻合付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。

K 4 7 6－4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術

- (1) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。
- (2) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれかに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 一次一期的再建の場合

大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳房全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断において**早期乳癌(Stage0-ⅢA)**で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ 一次二期的再建の場合

乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。

ウ 二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

- (3) 乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。

- (4) 当該手術を行う際には、関係学会が定めるガイドラインを遵守すること。

K 4 7 6－5 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）は、術前診断において Stage 0 又は IA で、腫瘍径 1.5センチメートル以下の乳腺悪性腫瘍の患者に対して、関係学会の定める指針を遵守して

実施した場合に限り算定する。なお、ここでのいう 1.5センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

K 4 8 0－2 流注膿瘍切開搔爬術

流注膿瘍の切開搔爬術に当たって、原発巣まで追及して拡大手術を行った場合に算定する。

K 4 8 2 肋骨切除術

切除した肋骨の本数にかかわらず所定点数を 1 回に限り算定する。また、2 本以上の肋骨の切除と胸骨の搔爬を併施した場合も本区分により算定する。また、胸郭出口症候群根治術を行った場合は、当該区分にて算定する。

K 4 8 6 胸壁瘻手術

非開胸で肋骨の切除を行うと否とにかかわらず本区分により算定する。

K 4 8 7 漏斗胸手術

内臓の機能障害等による症状を有するものに対して行っている場合に限り算定する。

K 4 8 8 試験開胸術

開胸術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 4 8 8－3 胸腔鏡下試験開胸術

胸腔鏡による胸腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 4 8 8－4 胸腔鏡下試験切除術

胸腔鏡による胸腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 4 9 6－5 経皮的膿胸ドレナージ術

当該手術は初回実施に限り算定し、2 回目以降の処置に係るドレナージについては、「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

K 4 9 9 胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）

肺結核手術、肺切除後遺残腔等に対して行われた場合に算定する。

K 5 0 7 肺膿瘍切開排膿術

肺結核空洞吸引術（モナルジー法）又は肺結核空洞切開術を行った場合は本区分で算定する。

K 5 0 8－3 気管支熱形成術

(1) 18 歳以上の重症喘息患者に対し、気管支熱形成術（気管支サーモプラスティ）を実施した場合に、本区分の所定点数を算定する。

- (2) 気管支ファイバースコーピーに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 5 0 8－4 気管支バルブ留置術

- (1) 気管支バルブ留置術は、外科的治療を除く全ての治療法が可能な範囲で実施されている慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者に対し、関連学会の定める適正使用指針を遵守し実施した場合に限り算定する。
- (2) 本治療の実施に当たっては、「K 5 1 1」肺切除術若しくは「K 5 1 3」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 0 9－3 気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術

気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術は、放射線治療目的でマーカーを留置した場合に限り算定し、マーカー一代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

植込み型病変識別マーカーを用いて、経皮的にマーカー留置を行った場合は、気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術に準じて算定する。この際、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 5 0 9 - 4 気管支腫孔閉鎖術

- (1) 気管支腫孔閉鎖術は、気管支用充填材を用いて気管支の腫孔閉鎖を実施した場合に算定する。
- (2) 気管支ファイバースコープに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 5 1 0 - 2 光線力学療法

光線力学療法は、ポルフィロマイナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長 630nm）及びYAG-OPPOレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

K 5 1 1 肺切除術、K 5 1 7 肺縫縮術

- (1) 刺創のため開腹、開胸により心筋損傷の縫合、心臓の縫合、横隔膜の縫合、胃の腹腔内還納等の手術を併施した場合は、「K 5 1 1」肺切除術の「2」により算定する。
- (2) 肺切除と胸郭形成手術の併施は、「K 5 1 1」肺切除術の「5」により算定する。
- (3) 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術は、「K 5 1 1」肺切除術の「1」に準じて算定する。
- (4) 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術に当たって自動縫合器を使用した場合は、「K 9 3 6」自動縫合器加算の加算点数に 15 個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

K 5 1 3 胸腔鏡下肺切除術

慢性閉塞性肺炎（COPD）に対する治療的な胸腔鏡下肺切除術については「1」により算定する。

K 5 1 3 - 2 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術

- (1) 胸腔鏡下胸腺摘出術（重症筋無力症に対するものを除く）については本区分で算定する。
- (2) 胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術については、本区分で算定する。

K 5 1 4 - 3 移植用肺採取術（死体）（両側）

- (1) 移植用肺採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第 6 条第 2 項に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 移植用肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肺採取を行う際の採取前の採取対象肺の灌流、肺採取、採取肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (3) 部分肺を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。
- (4) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の

合議に委ねる。

K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術

- (1) 同種死体肺移植術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第 6 条第 2 項に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に限り算定する。
- (2) 同種死体肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (3) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 5 1 4 - 5 移植用部分肺採取術（生体）

肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

- (1) 対象疾患は、肺動脈性肺高血圧症、肺静脈狭窄症、肺毛細血管腫症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺サルコイドーシス、肺リンパ脈管筋腫症、アイゼンメンジャー症候群、その他の間質性肺炎、閉塞性細気管支炎、じん肺、肺好酸球性肉芽腫症、びまん性汎細気管支炎、慢性血栓塞栓性肺高血圧症、多発性肺動静脈瘤、α 1 アンチトリプシン欠損型肺気腫、その他の肺気腫、嚢胞性線維症、肺嚢胞症、慢性過敏性肺臓炎、その他肺・心臓移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患である。
- (2) 生体肺を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 生体肺を移植する場合においては肺提供者から移植肺を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肺移植術の所定点数に加算する。なお、肺提供者の生体肺を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 99 号）によって算定した費用額を 10 円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肺提供者から食事に係る標準負担額を求めるとはできない。
- (4) 生体部分肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (5) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 5 1 4 - 7 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）は、標準治療不適応又は不応の肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍症例に対して、関係学会の定める指針を遵守して実施した場合に限り算定する。なお、ここでいう 2 センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲では

なく、腫瘍の長径をいう。

K 5 1 6 気管支瘻閉鎖術

巨大な陳旧性空洞（排菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第 1、第 2 及び第 3 肋骨）に、肺尖剥離、空洞切開術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縫縮術を同時に行った場合は、本区分により算定する。

K 5 2 2 食道狭窄拡張術

マイクログ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 2 5－2 胸壁外皮膚管形成吻合術

薬物腐蝕による全食道狭窄に対して本手術を行った場合に算定する。

K 5 2 6 食道腫瘍摘出術

「1」を行った場合について、マイクログ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 2 6－2 内視鏡的食道粘膜切除術

マイクログ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 2 6－3 内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法

内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法は、ポルファイマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長 630nm）及び YAG-OPPO レーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行なった場合（タラボルフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いた場合は除く。）に限り算定できる。

K 5 2 6－4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法

（1）タラボルフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いて、以下のいずれにも該当する局所遠残再発食道悪性腫瘍に対して光線力学療法を実施した場合に算定する。

ア 外科的切除又は内視鏡的治療等の根治的治療が不可能であるもの

イ 壁深達度が固有筋層を越えないもの

ウ 長径が 3 cm 以下かつ周在性が 1/2 周以下であるもの

エ 頸部食道に及ばないもの

オ 遠隔転移及びリンパ節転移のいずれも有さないもの

（2）内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法の実施に当たり、追加照射の要否を判定するための内視鏡検査及び追加照射に係る費用は全て所定の点数に含まれ、別に算定できない。

K 5 2 7 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

単に腫瘍のみを切除した場合については、「K 5 2 6」食道腫瘍摘出術で算定する。

K 5 2 7－2 食道切除術（単に切除のみのもの）

（1）一期的な食道切除再建術が困難な場合であって、食道切除術を行ったときに算定する。
（2）大動脈ステント内挿術後であって、食道大動脈瘻に対する食道切除術を行った場合には、本区分の所定点数により算定する。

K 5 2 9－5 喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）

（1）頸部食道癌に対して、喉頭を温存し、顕微鏡下の血管吻合を伴う遊離空腸による再建を行ったときに算定する。
（2）消化管再建に係る費用は所定点数に含まれる。

K 5 3 0－2 腹腔鏡下食道アカラシア形成手術

胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）食道筋層切開術は本区分で算定する。

K 5 3 0－3 内視鏡下筋層切開術

食道アカラシア、食道びまん性けいれん症等の食道運動機能障害を有するもの（食道の内腔が狭窄しているものに限る。）に対して実施した場合に限り算定する。

K 5 3 3 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）

（1）「一連」とは 1 週間を目安とする。治療上の必要があって初回実施後 1 週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（2）食道・胃静脈瘤硬化療法と「K 5 3 3－2」内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術又は「K 5 3 3－3」内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）は、主たるもののみで算定する。

（3）マイクログ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 3 3－2 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術

（1）一連の期間（概ね 1 週間）において、1 回に限り算定する。治療上の必要があって初回実施後 1 週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（2）マイクログ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 3 3－3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術

（1）治療上の必要があって初回実施後 1 週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（2）一連の期間内において、「K 5 3 3」食道・胃静脈瘤硬化療法、「K 5 3 3－2」内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術、「K 6 2 1」門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）又は「K 6 6 8－2」バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を実施した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「一連」とは 1 週間を目安とする。

（3）マイクログ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 3 4－4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術

横隔膜神経電気刺激装置の電極の植込みを行った場合に算定する。

第 8 款 心・脈管

K 5 4 5 開胸心臓マッサージ

（1）開胸心臓マッサージに併せて行なった人工呼吸については、「J 0 4 5」人工呼吸により別に算定する。

（2）開胸心臓マッサージに併せて行なったカウンターストックについては、「J 0 4 7」カウンターストックにより別に算定する。

K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術

（1）「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（2）「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対

して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（「K 5 4 6」から「K 5 5 0－2」まで）又は冠動脈バイパス術（「K 5 5 2」及び「K 5 5 2－2」）後 24 時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア 心筋トロポニン T (T n T) 又は心筋トロポニン I が高値であること又は心筋トロポニン T (T n T) 若しくは心筋トロポニン I の測定ができない場合であって C K－MB が高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。

イ 以下の (イ) から (ホ) までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

- (イ) 胸痛等の虚血症状
- (ロ) 新規の S T－T 変化又は新規の左脚ブロック
- (ハ) 新規の異常 Q 波の出現
- (ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常
- (ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ 以下の (イ) 又は (ロ) のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。

- (イ) 症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間 (door to balloon time) が 90 分以内であること。
- (ロ) 症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック (Killip 分類 class IV) であること。

(3) 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア 日本循環器学会の承認を得た非 S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度 class I、class II 又は class III であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。

イ 日本循環器学会の承認を得た非 S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。

ウ 来院から 24 時間以内 (院内発症の場合は症状発現後 24 時間以内) に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。

(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数参加するカンファレンス等により医学的必要性を検討すること。また、実施の医学的必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 機能的虚血の原因である狭窄病変

イ 「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 90%以上の狭窄病変

ウ その他医学的必要性が認められる病変

(5) (2)のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、(3)のウを満たして当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。

(6) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれを上回る本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

完全閉塞病変の場合	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
	1 箇所	2 本以下
	2 箇所	3 本以下
	1 箇所	1 本以下
完全閉塞病変以外の場合	2 箇所	2 本以下

(7) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5 年間に 2 回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミナーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミナーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的根拠

(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン (2018 年改訂版)」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン (2018 年改訂版)」に沿って行われた場合に限り算定する。

K 5 4 7 経皮的冠動脈粥腫切除術

(1) 「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

(2) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5 年間に 2 回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

と。 ア 過去の実施時期 イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミートカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミートカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数 ウ 今回、経皮的冠動脈粥腫切除術を実施する理由及び医学的根拠 (3) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018 年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。 K 5 4 8 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） (1) 同一医療機関において、同一患者の同一様の病変に対して「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5 年間に 2 回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。 ア 過去の実施時期 イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミートカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミートカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数 ウ 今回、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的根拠 (2) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018 年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。 K 5 4 9 経皮的冠動脈ステント留置術 (1) 「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。 (2) 「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（「K 5 4 6」から「K 5 5 0－2」まで）又は冠動脈バイパス術（「K 5 5 2」及び「K 5 5 2－2」）後 24 時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、	診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。 ア 心筋トロポニン T (T n T) 又は心筋トロポニン I が高値であること又は心筋トロポニン T (T n T) 若しくは心筋トロポニン I の測定ができない場合であって C K－MB が高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。 イ 以下の (イ) から (ホ) までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。 (イ) 胸痛等の虚血症状 (ロ) 新規の S T－T 変化又は新規の左胸ブロック (ハ) 新規の異常 Q 波の出現 (ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常 (ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓 ウ 以下の (イ) 又は (ロ) のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。 (イ) 症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間 (door to balloon time) が 90 分以内であること。 (ロ) 症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック (Killip 分類 class IV) であること。 (3) 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。 ア 日本循環器学会の承認を得た非 S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度 class I、class II 又は class III であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。 イ 日本循環器学会の承認を得た非 S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。 ウ 来院から 24 時間以内（院内発症の場合は症状発現後 24 時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。 (4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数参加するカンファレンス等により医学的必要性を検討すること。また、実施の医学的必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 機能的虚血の原因である狭窄病変 イ 「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 90%以上の狭窄病変 ウ その他医学的必要性が認められる病変

(5) (2)のA及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、(3)のウを満たして当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。

(6) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以上の本数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数		冠動脈用ステントセット算定セット数	
		1箇所	2本以下	1セット以下	算定セット数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下		1セット以下	
	2箇所	3本以下		2セット以下	
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下		1セット以下	
	2箇所	2本以下		2セット以下	

(7) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して「K546」経皮的冠動脈形成術、「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、**「アテローム切除アブレーション」式血管形成術用カテーテル**及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈ステント留置術を繰り返して実施する理由及び医学的根拠

(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術、K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

(1) 「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術、「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び「K614」血管移植術、バイパス移植術におけるバイパス造用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術、「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び「K614」血管移植術、バイパス移植術以外の手術における自家血管の採取料については、「K000」創傷処理の「2」又は「K000-2」小児創傷処理の「3」に準じて算定する。

(3) 吻合とは、グラフトと冠動脈の吻合部位のことであり、1本のグラフトを用いて冠動脈

の2箇所について吻合を行った場合は2吻合とみなす。

(4) 「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）を「K602」経皮的心肺補助法と併施した場合は、「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術により算定する。

K554-2 胸腔鏡下弁形成術

次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

- (1) 右小開胸手術であること。
- (2) 胸骨温存手術であること（胸骨部分切開を行うものは当該手術に含めない）。
- (3) 主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。

K555 弁置換術

(1) 「K554」弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。

(2) 同種弁を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

(3) 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(4) 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、診療報酬の分配は弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

(5) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(6) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K555-2 経カテーテル弁置換術

(1) 「1」及び「2」については、経カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定する。

(2) 「3」については、関連学会の定める適正使用基準に従って、経カテーテル人工生体弁セット又は経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いて肺動脈弁置換術を実施した場合に算定する。

K555-3 胸腔鏡下弁置換術

(1) 次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

- ア 右小開胸手術であること。
- イ 胸骨温存手術であること（胸骨部分切開を行うものは当該手術に含めない）。
- ウ 主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。

(2) 「K554-2」胸腔鏡下弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。

(3) 同種弁を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

(4) 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(5) 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、この場合の診療報酬の分配は、弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

(6) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(7) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K557-3 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術

(1) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(2) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K559-3 経皮的僧帽弁クリップ術

経皮的僧帽弁クリップ術は、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いて実施した場合に算定する。

K560 大動脈瘤切除術

(1) 下行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈瘤があり、胸部及び腹部の操作を行った場合は、「5」により算定する。

(2) 腎動脈遮断を伴う腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術については、「6」により算定する。

(3) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(4) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K560-2 オープン型ステントグラフト内挿術

オープン型ステントグラフトを直視下に挿入し、中枢側血管又は中枢側人工血管と吻合した場合に、術式に応じて算定する。

K561 ステントグラフト内挿術

(1) 血管塞栓術を同時に実施した場合の血管塞栓術の手術料は、ステントグラフト内挿術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 一連の治療過程中に、血管塞栓術を実施した場合の手術料も原則として所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 「1」血管損傷の場合は、末梢血管ステントグラフトを用いて腸骨動脈以外の末梢血管に対し血管損傷治療を行った場合に算定できる。

K562 動脈管閉存症手術

ボタロー管閉存症に対して、血管カテーテルを用いて閉鎖術を行った場合は、「1」により算定する。

K562-2 胸腔鏡下動脈管閉存閉鎖術

次に定める要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

(1) 16歳未満の患者に実施すること

(2) 最大径が10mm以下で、かつ、石灰化、感染又は瘤化していない動脈管に対して実施すること。

K570-4 経皮的肺動脈穿通・拡大術

心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症の患者に対して実施した場合に算定する。

K571 肺静脈還流異常症手術

「2」の「ロ」その他のものは、上心臓型、下心臓型又は混合型の場合をいう。

K581 肺動脈閉鎖症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のため、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K583 大血管転位症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K584 修正大血管転位症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K586 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K594 不整脈手術

(1) 「4」の「イ」開胸手術によるものは、開胸的心大血管手術を受ける患者のうち、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、特に左心耳閉鎖術を併せて実施することが適当と医師が認めたものに対して行われた場合に限り算定する。

(2) 「4」の「イ」開胸手術によるものは、「K552」、「K552-2」、「K55」及び「K54」、「K555」、「K557」から「K557-3」まで、「K560」及び「K5

9 4」の「3」に掲げる手術（弁置換術については機械弁によるものを除く。）と併せて実施した場合に限り算定でき、当該手術を単独で行った場合は算定できない。

(3) 「4」の「ロ」胸腔鏡下によるものは、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、実施することが適当と医師が認めた患者に対して行われた場合に限り算定する。

(4) 「4」の「イ」開胸手術によるもの又は「ロ」胸腔鏡下によるものの診療報酬請求に当たっては、手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(5) 「4」の「ハ」経カテーテル的手術によるものは、左心耳閉鎖デバイスを用いて、左心耳の永久閉鎖を行った場合に算定する。

K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

(1) 「注1」に規定する三次元カラーマッピングとは、体表面電極から発生する微弱な電気信号を体外式ペースメーカー用カテーテル電極（磁気センサーを有するものを除く。）等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することという。

(2) 「注1」に規定する三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」並びに特定保険医療材料123の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」及び「体外式ペーシング機能付き・特殊型」については算定できない。

(3) 注2に規定する磁気ナビゲーション法は、心臓マッピングシステムワークステーションを用いて実施した場合に算定できる。

(4) 経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術を実施した場合は、本区分の所定点数を算定する。その場合、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること

K 5 9 7 ペースメーカー移植術、K 5 9 7 - 2 ペースメーカー交換術

(1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカー移植の実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。

(2) ペースメーカー本体の交換のみの場合は、「K 5 9 7 - 2」ペースメーカー交換術により算定する。

K 5 9 8 両心室ペースメーカー移植術

(1) 両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電気的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、次のいずれかの心不全に対して、治療が行われた場合に算定する。

ア 十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下のNYHAクラスⅢ又はⅣ（中等度、重度）の心不全患者の症状改善

イ 至適薬物療法が行われているペースメーカーの適応及び高頻度に心室ペーシングに依存することが予想される左室駆出率50%以下の患者の症状改善又は心不全進行（増悪）遅延

(2) 「1」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

(3) 両心室ペースメーカー移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。なお、「1」を算定する場合は、（2）に規定するカンファレンスの概要も併せて記載すること。

K 5 9 9 植込型除細動器移植術、K 5 9 9 - 2 植込型除細動器交換術

(1) 植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、植込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ 既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

(2) 「1」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

(3) 植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。なお、「1」を算定する場合は、（2）に規定するカンファレンスの概要も併せて記載すること。

(4) 植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、「K 5 9 9 - 2」植込型除細動器交換術により算定する。

(5) K 5 9 9 の「3」は、特定保険医療材料の植込型除細動器（Ⅲ型）・皮下植込式電極併用型を、植込型除細動器用カテーテル電極（皮下植込式）と組み合わせて使用した場合に算定する。

K 5 9 9 - 3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術、K 5 9 9 - 4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

(1) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ 既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気

生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

(2) 「1」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

(3) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳細を記載する。なお、「1」を算定する場合は、(2)に規定するカンファレンスの概要も併せて記載すること。

(4) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術により算定する。

K599-5 経静脈電極拔去術

当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じること。

K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

(1) ガスの価格に別に算定できない。

(2) 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）、「K601」人工心肺、「K601-2」体外式膜型人工心肺、「K602」経皮的心臓補助法、「K603」補助人工心臓又は「K602-2」経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）を併施した場合においては、1日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら6つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

K601 人工心肺

(1) 人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手術料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 人工心肺をはずすことができず、翌日以降も引き続き補助循環を行った場合は、1日につき「2」により算定する。

(3) 「注1」の補助循環を併せて行った場合の加算は、人工心肺を用いた心大血管手術後の低心拍出量症候群に対して人工心肺を用いて循環を補助した場合に限り算定できる。

(4) 「注1」の選択的冠灌流を併せて行った場合の加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

(5) 「注1」の逆行性冠灌流を併せて行った場合の加算は、冠静脈洞にバルーンカテーテルを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

K601-2 体外式膜型人工心肺

(1) 体外式膜型人工心肺は、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して使用した場合に算定する。

(2) 人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手術料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

K602-2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）

経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）の実施のために、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手術料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

K603 補助人工心臓

開心術症例の体外循環離脱困難、開心術症例の術後低心拍出症候群、その他の心原性循環不全に対して補助人工心臓を行った場合に算定する。ただし、重症感染症、重症多臓器不全を合併する症例に対して行った場合は算定できない。

K603-2 小児補助人工心臓

投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込まない小児の重症心不全患者であって、小児補助人工心臓による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に実施した場合に算定する。

K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）

(1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）は、次のいずれかの場合に算定する。

ア 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合。

イ 心臓移植不適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っている症例に対して、長期循環補助を目的とした場合。

(2) 外来で定期的な管理を行っている場合には、「C116」在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定する。

K605 移植用心臓採取術

(1) 移植用心臓採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から心臓の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 移植用心臓採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心採取を行う際の採取前の採取対象心の灌流、心採取、採取心の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、心採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(3) 心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K605-2 同種心移植術

(1) 同種心移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(2) 心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K605-3 移植用心臓採取術

(1) 移植用心臓採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から同時に心と肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 移植用心肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心肺採取を行う際の採取前の採取対象心肺の灌流、心肺採取、採取心肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、心肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(3) 心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 0 5－4 同種心肺移植術

- (1) 同種心肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 0 5－5 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

- (1) 虚血性心疾患による重症心不全患者で、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療では効果不十分として関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シート」の使用要件等の基準について」に定めるハートチームによる適応判定が行われ、かつ、根治療法として心臓移植以外に治療手段がないと考えられる症例に対して、上記基準に従って実施された場合に限り算定できる。
- (2) 本技術に先立って行われる骨格筋由来細胞シートを調整するための骨格筋採取に係る技術については、「K 0 0 0」創傷処理又は「K 0 0 0－2」小児創傷処理（6歳未満）により算定する。

K 6 0 6 血管露出術

- (1) 経皮的に留置針を挿入する場合は、血管露出術は算定できない。
- (2) 手術に伴う血管露出術は、同一術野でない場合においても算定できない。

K 6 0 8 動脈塞栓除去術

動脈血栓除去術は、本区分により算定する。

K 6 0 9－2 経皮的頸動脈ステント留置術
経皮的頸動脈ステント留置術を行う場合は、総頸動脈又は内頸動脈にステントを留置した際の血栓の移動に対する予防的措置を同時に行うこと。

K 6 1 0－2 脳新生血管造成術

脳新生血管造成術は、もやもや病に対して、浅側頸動脈及び側頭筋を硬膜に縫合することにより新生血管の造成を図った場合に算定する。

K 6 1 0－5 血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）は、上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合、上腕動脈及び正中神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

K 6 1 1 抗悪性腫瘍利動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

- (1) 悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は疼痛の制御を目的として、チ

ューブ又は皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

- (2) 設置するチューブ、体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 抗悪性腫瘍利動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の際の費用は「K 0 0 0」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）で算定する。

K 6 1 2 末梢動静脈瘻造設術

「1」のロについては、穿刺することが困難な部位を走行する静脈を長さ15cm以上遊離して遠位端を切断し、穿刺することが可能な部位に転位して、断端を動脈と吻合して動静脈瘻を造設した場合に算定する。

K 6 1 4 血管移植術、バイパス移植術

- (1) 「6」膝窩動脈は、膝関節より遠位側で下腿三分岐に至らない部分で行った場合をいう。
- (2) 大腿動脈閉塞症に対して自家血管を用いた動脈間バイパス造成術を行った場合は、「7」により算定する。
- (3) 同種血管を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

- (4) 血管提供者の移植用血管採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (5) 血管移植を行った保険医療機関と移植用血管採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、血管移植を行った保険医療機関で行うものとし、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 1 5 血管塞栓術

- (1) 「1」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。
- (2) カテーテルを肝動脈等に留置して造影CT等を行い、病変の個数及び分布を確認の上、肝細胞癌に対して区域枝より末梢側において肝動脈等の動脈化学塞栓術を行った場合には、「2」により算定する。
- (3) 「2」の選択的動脈化学塞栓術の場合、動脈化学塞栓術を選択的に行った肝動脈等の部位を診療録に記載すること。
- (4) 「2」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、脳動脈奇形摘出術前及び肝切除術前の前処置としての血管塞栓術を行った場合には、「4」により算定する。
- (5) 「2」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、多血性腫瘍又は動静脈奇形に対して、血管内塞栓材を用いて動脈塞栓術又は動脈化学塞栓術を行った場合は、本区分「4」を算定する。

K 6 1 5－2 経皮的動脈遮断術

経皮的動脈遮断術は、重度外傷等による腹腔内大量出血に対して、経皮的にバルーンカテーテルを挿入し大動脈の血行を遮断した場合に算定する。

K 6 1 6 四肢の血管拡張術・血栓除去術

膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算定できない。

K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 (1) 「1」については、3月に1回に限り算定する。 (2) 「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 透析シャント閉塞の場合 イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数 (RI) が0.6以上の場合 (アの場合を除く。) (3) 「2」については、「1」の前回算定日 (他の保険医療機関での算定を含む。) を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 K 6 1 6 - 6 経皮的下肢動脈形成術 経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して又は切前吸引型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈の狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。 K 6 1 6 - 7 ステントグラフト内挿術 (シャント) ステントグラフト内挿術 (シャント) は、人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄病変に対し、末梢血管用ステントグラフトを留置した場合に算定する。 K 6 1 6 - 8 吸着式潰瘍治療法 (1日につき) (1) 吸着式潰瘍治療法は、次のいずれにも該当する閉塞性動脈硬化症の患者に対して、吸着式血液浄化用浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) を使用して治療を行った場合に限り算定する。なお、当該治療法の実施回数は、原則として一連として一連につき3月間に限って24回を限度として算定する。 ア フォンテイン分類Ⅳ度の症状を呈する者 イ 膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療又は血管内治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者 (2) 診療報酬明細書の摘要欄にア及びイの要件を満たす医学的根拠について記載すること。 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 (1) 大腿部から下腿部に及ぶ広範囲の静脈瘤に対してストリッピングを行った場合は、「1」により算定する。 (2) 「2」における「一連」とは、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね2週間にわたり行われるものをいう。 K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 (1) 所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定し、一側につき1回に限り算定する。なお、当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。 (2) 下肢静脈瘤血管内焼灼術の実施に当たっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえ適切に行うこと。 K 6 1 7 - 5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 (1) 下腿の広範囲の皮膚に色素沈着、硬化、萎縮又は潰瘍を有しており、かつ、超音波検査等により、不全穿通枝が同定され、血液が逆流していることが確認されている患者について	て実施した場合であって、次のア又はイに該当する場合に一側につき1回のみ算定できる。 ア 下肢静脈瘤手術 (抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。)、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術を実施したが、効果が不十分な患者に対して、当該手技を実施した場合 イ 下肢静脈瘤手術 (抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。)、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術のみでは効果が不十分と予想される患者に対して、当該手技を下肢静脈瘤手術、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術と同時に実施した場合 (2) 当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。 K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り、一側につき1回に限り算定する。なお、当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定の点数に含まれる。 K 6 1 8 中心静脈注射用植込型カテーテル設置 (1) 中心静脈注射用の皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。 (2) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルの設置を行う際には、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。 (3) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルを設置した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。 (4) 体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (5) 中心静脈注射用植込型カテーテル抜去の際の費用は「K 0 0 0」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの (長径5センチメートル未満) で算定する。 K 6 2 0 下大静脈フィルター留置術 下大静脈フィルター留置術は、肺血栓塞栓症の患者又は肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して行った場合に算定する。 K 6 2 7 リンパ節群郭清術 独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。 K 6 2 7 - 2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (1) 独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。 (2) 「1」については、原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したのに対して実施した場合に限り算定する。 (3) 「2」については、子宮体がんから傍大動脈リンパ節群に転移したのに対して実施した場合に限り算定する。 (4) 「3」については、原発性泌尿器がん (腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、精巣、前立腺等のがんをいう。) から骨盤内リンパ節群に転移したのに対して実施した場合に限
--	---

り算定する。
(5) 「4」については、直腸がんから側方リンパ節群に転移したのに対して実施した場合には、本区分により算定する。

K 6 2 7 - 3 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

- (1) 独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
(2) 原発性泌尿器がん（腎、副腎、尿管、膀胱、陰茎、陰道、陰莖、前立腺等のがんをいう。）から骨盤内リンパ節群に転移したのに対して実施した場合に限り算定する。

K 6 2 7 - 4 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

- (1) 独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
(2) 原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したのに対して実施した場合に限り算定する。

第9款 腹部

K 6 3 5 胸水・腹水濾過濃縮再静注法

一連の治療過程中、第1回目の実施日に、1回に限り算定する。なお、一連の治療期間は2週間を目安とし、治療上の必要があった初回実施後2週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

K 6 3 5 - 3 連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

連続携行式腹膜灌流を開始するに当たり、当該カテーテルを留置した場合に算定できる。また、当該療法開始後一定期間を経て、カテーテル閉塞等の理由により再度装着した場合においても算定できる。

K 6 3 5 - 4 腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

連続携行式腹膜灌流を開始するに当たり、腹腔鏡下に当該カテーテルを留置した場合に算定できる。また、当該療法開始後一定期間を経て、カテーテル閉塞等の理由により再度装着した場合においても算定できる。

K 6 3 6 試験開腹術

開腹術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 6 3 6 - 2 ダメージコントロール手術

- (1) ダメージコントロール手術とは、重度胸部、腹部又は骨盤部外傷患者に対する初回手術において、止血手術、損傷臓器等に対する処置、タオルパッキング等を迅速に実施した後に、患者を一度集中治療室等に収容し、全身状態の改善を図り、二期的又は多期的手術により根治を図る段階的外科治療のことである。

- (2) 重度胸部、腹部又は骨盤部外傷に対してダメージコントロール手術を行った場合は原則として当初の1回に限り所定点数を算定し、2回目以降に行った手術については各区分に掲げる所定点数を算定する。ただし、2回目以降も当該手術を施行した場合は、当該所定点数を算定できる。

K 6 3 6 - 3 腹腔鏡下試験開腹術

腹腔鏡による腹腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 6 3 6 - 4 腹腔鏡下試験切除術

腹腔鏡による腹腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 6 3 7 - 2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術

当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

K 6 4 5 - 3 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）は標準治療不適応又は不適の骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍症例に対して、関係学会の定める指針を遵守して実施した場合に限り算定する。なお、ここでいう2センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

K 6 4 7 胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）

外傷等により破裂した胃を縫合した場合、又は胃、十二指腸潰瘍穿孔に対して大網充填術若しくは被覆術を行った場合に算定する。

K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

- (1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
(2) ポリープを数個切除又は焼灼した場合においても、切除又は焼灼したポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。
(3) 「2」及び「3」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより病変部を含む3センチメートル以上の範囲を一括で切除した場合に算定する。
(4) 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 5 3 - 3 内視鏡的食道及び胃内異物摘出術

内視鏡的食道及び胃内異物摘出術は、食道及び胃内の異物（電池、胃手術時の縫合糸、アニサキス等）を内視鏡（ファイバースコープ）下により摘出した場合に算定する。

K 6 5 3 - 4 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法

- (1) 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長 630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。
(2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 6 5 3 - 5 内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術

短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。

K 6 5 4 内視鏡的消化管止血術

- (1) 内視鏡的消化管止血術は1日1回、週3回を限度として算定する。
(2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 6 5 4－3 腹腔鏡下胃局所切除術

- (1) 「1」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設定、腹腔鏡下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。
- (2) 「1」において、内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 5 4－4 腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）

- (1) 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設定、腹腔鏡下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

- (2) 内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 5 5 胃切除術、K 6 5 5－2 腹腔鏡下胃切除術、K 6 5 5－4 噴門側胃切除術、K 6

5 7 胃全摘術、K 6 5 7－2 腹腔鏡下胃全摘術

悪性腫瘍に対する手術であっても、リンパ節都清等を伴わない単純な切除・消化管吻合術又は単純な全摘・消化管吻合術を行った場合には単純切除術又は単純全摘術により算定する。

K 6 5 5－3 十二指腸窓（内方）憩室摘出術

十二指腸窓（内方）に生じた憩室（多数）を後腹膜を切開し、大腸肝屈曲部を剥離して摘出する場合に算定する。

K 6 5 6－2 腹腔鏡下胃縮小術

- (1) 「1」スリーブ状切除によるものについては、次の患者に対して、腹腔鏡下にスリーブ状胃切除術を実施した場合に限り算定する。

ア 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが35以上の肥満症の患者であって、ヘモグロビンA1c（HbA1c）が8.0%以上（NGSP値）の糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群又は非アルコール性脂肪肝炎を含めた非アルコール性脂肪性肝疾患のうち1つ以上を合併しているもの。

イ 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが32～34.9の肥満症の患者であって、ヘモグロビンA1c（HbA1c）が8.0%以上（NGSP値）の糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、非アルコール性脂肪肝炎を含めた非アルコール性脂肪性肝疾患のうち2つ以上を合併しているもの。

- (2) 「2」スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）については、6か月以上の内科的治療に抵抗性を有するBMIが35以上の肥満症の患者であって、糖尿病を合併する患者に対して、腹腔鏡下を実施した場合に限り算定する。

- (3) 実施するに当たっては、高血圧症、脂質異常症、非アルコール性脂肪肝炎を含めた非アルコール性脂肪性肝疾患又は糖尿病の治療（「2」スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）については、糖尿病に限る。）について5年以上の経験を有する常勤の医師（当該保険医療機関に配置されている医師に限る。）が治療の必要性を診療録に記載すること。

- (4) 長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成し、当該手術の副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、術後の継続的な治療を他の保険医療機関において行う場合は、術後の継続的な治療を担う他の保険医療機関へ当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供すること。また、手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄及び診療録に記載すること。

K 6 5 9 食道下部迷走神経切除術

十二指腸潰瘍に対して迷走神経切断術及び幽門形成術を併施した場合は、「K 6 6 4」胃瘻造設術の併施の有無にかかわらず、「3」により算定する。

K 6 6 4 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）

- (1) 経皮的内視鏡下胃瘻造設術を行う場合においては、予め胃壁と腹壁を固定すること。
- (2) 実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、経皮的内視鏡下胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (4) 胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施するべき内容、嚥下調整食の内容（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。）、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (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（支）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は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

K 6 6 4－2 経皮経食道胃管挿入術（PTEG）

- (1) 経皮経食道胃管挿入術を実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (2) 経皮経食道胃管挿入術（PTEG）で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

K 6 6 4－3 薬剤投与用胃瘻造設術

- (1) 薬剤投与用胃瘻造設術を経皮的内視鏡下に行う場合においては、予め胃壁と腹壁を固定すること。

- (2) レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与する目的で胃瘻造設を行った場合に限り算定する。算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に経胃瘻空腸投与が必要なる由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。なお、薬剤投与用胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

- (3) 当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

K 6 6 5 胃瘻閉鎖術

外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡による操作等を伴う胃瘻閉鎖を行った場合に算定する。なお、胃瘻カテーテルを抜去し閉鎖した場合は算定できない。

K 6 6 5－2 胃瘻抜去術

胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定する。

K 6 6 8－2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

胃静脈縮血又は出血リスクの高い胃静脈瘤に対して行った場合に算定する。

K 6 7 0 胆 囊 切 開 結 石 摘 出 術 胆 囊 結 石 症 に 対 し て、胆 囊 結 石 の み を 摘 出 し た 場 合 に 算 定 す る も の と す る。 K 6 7 2 胆 囊 摘 出 術 胆 囊 結 石 症 及 び 腸 間 膜 動 脈 性 十 二 指 腸 閉 塞 症 に 対 し、胆 囊 摘 出 術 及 び 十 二 指 腸 空 腸 吻 合 術 (十 二 指 腸 水 平 脚 と 空 腸 起 始 部 よ り 20 cm の 部 で 側 々 吻 合 を 行 う。) を 併 施 し た 場 合 は、「K 6 5 5」胃 切 除 術 の「1」に 準 じ て 算 定 す る。 K 6 7 4 総 胆 管 拡張 症 手 術 先 天 性 胆 管 拡張 症 に 対 し、胃 切 除、総 胆 管 切 除、胆 囊 摘 出、胃 腸 吻 合 兼 ブ ラ ウ ン 吻 合、胆 管 空 腸 吻 合、十 二 指 腸 胰 頭 吻 合 及 び 空 腸 吻 合 術 を 同 時 に 行 っ た 場 合 は、「K 6 5 7」胃 全 摘 術 の「2」に 準 じ て 算 定 す る。 K 6 7 7 胆 管 悪 性 腫 瘍 手 術 胆 管 悪 性 腫 瘍 に 対 し て 胰 頭 十 二 指 腸 切 除 の み を 行 っ た 場 合、「4」そ の 他 の も の で 算 定 す る。 K 6 7 7 - 2 肝 門 部 胆 管 悪 性 腫 瘍 手 術 (1) 「1」は 門 脈 又 は 肝 動 脈 血 行 再 建 を 併 施 し た 場 合 に 算 定 す る。 (2) 肝 切 除 を 伴 う 肝 外 胆 道 悪 性 腫 瘍 切 除 術 に つ い て も、本 区 分 で 算 定 す る。 K 6 7 8 体 外 衝 撃 波 胆 石 破 砕 術 (1) 当 該 技 術 の 適 応 と な る 胆 石 は、次 の 要 件 を 満 た す も の の う ち、胆 石 破 砕 術 の 適 応 と な る も の で あ る。 ア 胆 囊 結 石 症 の 既 往 が あ る も の イ 胆 囊 に 炎 症 が な く、胆 囊 機 能 が 良 好 な 胆 囊 結 石 症 又 は 肝 内・総 胆 管 内 結 石 症 (2) 「一 連」とは、治 療 の 対 象 と な る 疾 患 に 対 し て 所 期 の 目 的 を 達 す る ま で に 行 う 一 連 の 治 療 過 程 を い う。数 日 の 間 隔 を お い て 一 連 の 治 療 過 程 に あ る 数 回 の 体 外 衝 撃 波 胆 石 破 砕 を 行 う 場 合 は、所 定 点 数 を 1 回 に 限 り 算 定 す る も の で あ り、そ の 後 に 行 わ れ た 同 一 目 的 の 手 術 の 費 用 は、所 定 点 数 に 含 ま れ 別 に 算 定 で き な い。 (3) 体 外 衝 撃 波 胆 石 破 砕 に よ っ て は 所 期 の 目 的 が 達 成 で き ず、他 の 手 術 手 技 を 行 っ た 場 合 の 費 用 は、所 定 点 数 に 含 ま れ 別 に 算 定 で き な い。 K 6 8 2 - 2 経 皮 的 胆 管 ド レ ナ ジ 術 (1) 当 該 手 術 は 初 回 実 施 に 限 り 算 定 し、2 回 目 以 降 の 処 置 に 係 る ド レ ナ ジ に つ い て は、「J 0 0 2」ド レ ー ン 法 (ド レ ナ ジ) に よ り 算 定 す る。 (2) 急 性 胆 囊 炎 に 対 し て、経 皮 的 胆 囊 穿 刺 の み を 行 い、ド レ ー ン を 留 置 し な か っ た 場 合 は、「J 0 1 0 - 2」経 皮 的 肝 膿 瘍 等 穿 刺 術 に よ り 算 定 す る。 K 6 8 2 - 3 内 視 鏡 的 経 鼻 胆 管 ド レ ナ ジ 術 (ENBD) 当 該 手 術 は 初 回 実 施 に 限 り 算 定 し、2 回 目 以 降 の 処 置 に 係 る ド レ ナ ジ に つ い て は、「J 0 0 2」ド レ ー ン 法 (ド レ ナ ジ) に よ り 算 定 す る。 K 6 8 2 - 4 超 音 波 内 視 鏡 下 膿 孔 形 成 術 (腹 腔 内 膿 瘍 に 対 す る も の) 腹 腔 内 の 膿 瘍 形 成 に 対 し、コ ン ベ ッ ク ス 型 超 音 波 内 視 鏡 を 用 い て 膿 孔 形 成 術 を 行 っ た 場 合 に 算 定 す る。こ の 際 の 超 音 波 検 査 及 び 内 視 鏡 検 査 の 費 用 は 所 定 点 数 に 含 ま れ る。な お、辟 反 性 膿 胞、臍 膿 瘍、閉 塞 性 黄 疸 又 は 骨 盤 腔 内 膿 瘍 に 対 し、コ ン ベ ッ ク ス 型 超 音 波 内 視 鏡 を 用 い て 膿 孔 形 成 術 を 行 っ た 場 合 に つ い て も 本 区 分 で 算 定 す る。	K 6 8 4 先 天 性 胆 道 閉 鎖 症 手 術 初 回 根 治 手 術 が 適 切 に 行 わ れ た 患 者 で あ っ て、初 回 手 術 後 胆 汁 排 泄 不 良 を 認 め、再 手 術 を 行 っ た も の に つ い て は、初 回 手 術 に お け る 肝 門 部 処 理 と 同 等 以 上 の 肝 門 部 処 理 が 行 わ れ た 場 合 は、2 回 目 の 手 術 に つ い て も 当 該 手 術 の 所 定 点 数 を 算 定 で き る。 K 6 8 4 - 2 腹 腔 鏡 下 胆 道 閉 鎖 症 手 術 初 回 根 治 手 術 が 適 切 に 行 わ れ た 患 者 で あ っ て、初 回 手 術 後 胆 汁 排 泄 不 良 を 認 め、再 手 術 を 行 っ た も の に つ い て は、初 回 手 術 に お け る 肝 門 部 処 理 と 同 等 以 上 の 肝 門 部 処 理 が 行 わ れ た 場 合 は、2 回 目 の 手 術 に つ い て も 当 該 手 術 の 所 定 点 数 を 算 定 で き る。 K 6 8 5 内 視 鏡 的 胆 道 結 石 除 去 術 (1) 「1」の 胆 道 砕 石 術 を 伴 う も の は、胆 道 鏡 を 用 い T 字 管 又 は 胆 管 外 瘻 孔 を 介 し、若 し く は 内 視 鏡 を 用 い 経 十 二 指 腸 的 に、電 気 水 圧 衝 撃 波、超 音 波 又 は 砕 石 用 把 持 鉗 子 等 に よ り 結 石 を 破 砕 し、バ ス ケ ッ ト ワ イ ヤー カ テー テ ル を 用 い て 摘 出 す る 場 合 に 算 定 す る。 (2) バ ス ケ ッ ト ワ イ ヤー カ テー テ ル を 用 い て、砕 石 を 行 わ ず 結 石 の 摘 出 の み を 行 っ た 場 合 は、「2」そ の 他 の も の で 算 定 す る。 (3) 短 期 間 又 は 同 一 入 院 期 間 中 に お い て、回 数 に か か わ ら ず、第 1 回 目 の 実 施 日 に 1 回 に 限 り 算 定 す る。 (4) 短 期 間 又 は 同 一 入 院 期 間 中 に お い て、「K 6 8 7」内 視 鏡 的 乳 頭 切 開 術 と「K 6 8 5」内 視 鏡 的 胆 道 結 石 除 去 術 を 併 せ て 行 っ た 場 合 は、主 た る も の の み に よ り 算 定 す る。 (5) 「注」の 加 算 に つ い て は、術 後 再 建 腸 管 を 有 す る 患 者 に 対 し て 実 施 し た 場 合 の み 算 定 で き る。 K 6 8 6 内 視 鏡 的 胆 道 拡張 術 「注」の 加 算 に つ い て は、術 後 再 建 腸 管 を 有 す る 患 者 に 対 し て 実 施 し た 場 合 の み 算 定 で き る。 K 6 8 7 内 視 鏡 的 乳 頭 切 開 術 (1) 短 期 間 又 は 同 一 入 院 期 間 中 に お い て、回 数 に か か わ ら ず、第 1 回 目 の 実 施 日 に 1 回 に 限 り 算 定 す る。 (2) 乳 頭 切 開 を 行 っ た 後、経 乳 頭 的 に 電 気 水 圧 衝 撃 波、超 音 波 又 は 砕 石 用 把 持 鉗 子 等 に よ り 結 石 を 破 砕 し、バ ス ケ ッ ト ワ イ ヤー カ テー テ ル を 用 い て 摘 出 し た 場 合 は、「2」に よ り 算 定 す る。た だ し、バ ス ケ ッ ト ワ イ ヤー カ テー テ ル を 用 い て、砕 石 を 行 わ ず 結 石 の 摘 出 の み を 行 っ た 場 合 は、「1」に よ り 算 定 す る。 (3) 乳 頭 切 開 を 行 っ た 後、経 乳 頭 的 に 胆 道 鏡 下 に 結 石 の 摘 出 を 行 っ た 場 合 は、「3」に よ り 算 定 す る。 (4) マ イ ク ロ 波 凝 固 療 法 を 実 施 し た 場 合 に お け る 当 該 療 法 に 係 る 費 用 は、所 定 点 数 に 含 ま れ る。 (5) 短 期 間 又 は 同 一 入 院 期 間 中 に お い て、「K 6 8 5」内 視 鏡 的 胆 道 結 石 除 去 術 と「K 6 8 7」内 視 鏡 的 乳 頭 切 開 術 を 併 せ て 行 っ た 場 合 は、主 た る も の の み に よ り 算 定 す る。 (6) 内 視 鏡 的 乳 頭 拡張 術 を 行 っ た 場 合 は、「1」に よ り 算 定 す る。 (7) 「注」の 加 算 に つ い て は、術 後 再 建 腸 管 を 有 す る 患 者 に 対 し て 実 施 し た 場 合 の み 算 定 で き る。 K 6 8 8 内 視 鏡 的 胆 道 ス テ ン ト 留 置 術 「注」の 加 算 に つ い て は、術 後 再 建 腸 管 を 有 す る 患 者 に 対 し て 実 施 し た 場 合 の み 算 定 で き る。
---	---

K 6 9 1－2 経皮的肝腫瘍ドレナージ術
当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、「J 0
0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

K 6 9 5 肝切除術

- (1) 「1」の「ロ」を算定する場合は、複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学
的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
(2) 尾状葉全切除は「6」の3区域切除以上のもので算定する。なお、単に、尾状葉の一部
を切除するものについては、「1」の部分切除で算定する。

K 6 9 5－2 腹腔鏡下肝切除術

- (1) 「1」の「ロ」を算定する場合は、複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学
的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
(2) 「3」から「6」までについては、血行再建や胆道再建を伴うものは対象とならない。

K 6 9 7－2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）

- (1) 「1」及び「2」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
(2) 「K 6 9 7－3」肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法と併せて行った場合には、主たるもののみ
算定する。

K 6 9 7－3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

- (1) 「1」及び「2」のそれぞれについて、「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、
主たるもののみ算定する。
(2) 「K 6 9 7－2」肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法と併せて行った場合には、主たるもののみ
算定する。
(3) ここでいう2センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をい
う。

K 6 9 7－4 移植用部分肝採取術（生体）

- (1) 「1」については、肝外科領域の部分採取を行った場合に算定する。
(2) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる
場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の
合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者
の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点
数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 6 9 7－5 生体部分肝移植術

- (1) 対象疾患は、先天性胆道閉鎖症、進行性肝内胆汁うっ滞症（原発性胆汁性肝硬変と原発性
硬化性胆管炎を含む。）、アラジール症候群、パッドキアリー症候群、先天性代謝性肝疾
患（家族性アミロイドポリニユーロパチーを含む。）、多発嚢胞肝、カロリ病、肝硬変
（非代償期）及び劇症肝炎（ウイルス性、自己免疫性、薬剤性、成因不明を含む。）であ
る。なお、肝硬変（非代償期）に肝癌（転移性のものを除く。以下同じ。）を合併してい
る場合には、速隔転移と血管侵襲を認めないもので、当該肝癌が、次の条件により、肝内
に長径5 cm以下1個、長径3 cm以下3個以内、又は長径5 cm以下5個以内かつαーフェト
プロテイン（AFP）の検査結果が500 ng/mL以下である場合に限る。また、小児肝芽腫
についても対象疾患に含むものとする。

ア 肝癌の長径及び個数については、病理結果ではなく、当該移植実施日から1月以内の
術前画像を基に判定することを基本とする。

イ 術前画像において肝癌と判定される結節性病変は、単純CTで撮影した画像において
低吸収域として描出され、造影CTで撮影した画像の動脈相において低吸収域として、
門脈相において低吸収域として描出されるものをいい、これを典型的な肝癌と判定する。
なお、非典型的な肝癌の場合は、最新の科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン作成
に関する研究班「肝癌診療ガイドライン」に基づき、肝癌と診断された場合に限る。ま
た、造影剤にアレルギーがあり造影CTが実施できない場合は、MRIで代用する。

ウ 当該移植前に肝癌に対する治療を行った症例に関しては、当該治療を終了した日から
3月以上経過後の移植前1月以内の術前画像を基に判定するものとする。なお、完全壊
死に随っている結節は、肝癌の個数には含まない。

(2) 生体肝を移植する場合には、日本移植学会が作成した「生体肝移植ガイドライン」
を遵守している場合に限り算定する。

(3) 生体肝を移植する場合には肝提供者から移植肝を摘出することに係る全ての療養
上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植術の所定点数に加算する。なお、肝提
供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、
「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算
定に関する基準」によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数
を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、
肝提供者に食事療養標準負担額を求めるとはできない。

(4) 肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送し
た場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の
算定方法により算定する。

(5) 請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の療養上の費用に係
る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報
酬明細書を添付する。

(6) 生体部分肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(7) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を摘出した保険医療機関とが異なる
場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の
合議に委ねる。

K 6 9 7－6 移植用肝採取術（死体）

(1) 移植用肝採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定す
る脳死した者の身体から肝の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において
算定する。

(2) 移植用肝採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肝採取を
行う際の採取前の採取対象肝の灌流、肝採取、採取肝の灌流及び保存並びにリンパ節の保
存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、肝採取を行
う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合におけ
る搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法によ
り算定する。

- (3) 部分肝を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。
- (4) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術

- (1) 同種死体肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 9 9 - 2 体外衝撃波碎石破砕術

- (1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波碎石破砕術を行う場合は、1回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 体外衝撃波碎石破砕によって所期の目的が達成できず、内視鏡を用いた破砕碎石の除去以外の手術手技を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

K 7 0 0 - 3 腹腔鏡下痔腫瘍摘出術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

K 7 0 0 - 4 腹腔鏡下痔中央切除術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

K 7 0 2 - 2 腹腔鏡下腺体尾部腫瘍切除術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として周辺臓器及び尿管の合併切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

K 7 0 3 - 2 腹腔鏡下痔頭部腫瘍切除術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

K 7 0 9 - 2 移植用脾採取術（死体）

- (1) 移植用脾採取術（死体）の所定点数は、死体から脾の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 死体脾には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体の脾を含む。
- (3) 移植用脾採取術（死体）の所定点数には、移植のための脾採取を行う際の採取前の対象脾の灌流、脾採取、採取脾の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、脾採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取脾を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (4) 脾移植を行った保険医療機関と脾移植に用いる健脾を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、脾移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の

合議に委ねる。

K 7 0 9 - 3 同種死体脾移植術

- (1) 同種死体脾移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 移植の対象となる死体脾には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の脾を含む。
- (3) 脾移植を行った保険医療機関と脾移植に用いる健脾を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、脾移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (4) 「注1」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための脾採取を行う際の採取前の採取対象脾の灌流、脾採取、採取脾の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、脾採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取脾を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 7 0 9 - 4 移植用脾採取術（死体）

- (1) 移植用脾採取術（死体）の所定点数は、死体から同時に脾と腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 死体脾腎には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体の脾腎を含む。
- (3) 移植用脾腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための脾腎採取を行う際の採取前の採取対象脾腎の灌流、脾腎採取、採取脾腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、脾腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取脾腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

- (1) 脾腎移植を行った保険医療機関と脾腎移植に用いる健脾腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、脾腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (2) 移植の対象となる死体脾腎には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の脾腎を含む。
- (3) 脾腎移植を行った保険医療機関と脾腎移植に用いる健脾腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、脾腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

- (1) 同種死体脾腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 移植の対象となる死体脾腎には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の脾腎を含む。
- (3) 脾腎移植を行った保険医療機関と脾腎移植に用いる健脾腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、脾腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 0 9 - 5 同種死体脾腎移植術

- (1) 同種死体脾腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 移植の対象となる死体脾腎には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の脾腎を含む。
- (3) 脾腎移植を行った保険医療機関と脾腎移植に用いる健脾腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、脾腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (4) 「注1」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための脾腎採取を行う際の採取前の採取対象脾腎の灌流、脾腎採取、採取脾腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、脾腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取脾腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 7 0 9－6 同種死体臓島移植術

- (1) 対象患者は、1 型糖尿病病患者であって、慢性腎不全を伴わない者又は腎移植後の者とする。
- (2) 同種死体臓島移植術の所定点数には、臓島分離の費用が含まれる。
- (3) 移植の対象となる死体臓島には、臓器の移植に関する法律第 6 条第 2 項に規定する脳死した身体の臓島を含む。
- (4) 臓島移植を行った保険医療機関と臓島移植に用いる健臓を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臓島の移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

- (5) 「注 1」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための臓採取を行う際の採取前の採取対象臓の灌流、臓採取、採取臓の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 7 1 4 腸管癒着症手術

腸閉塞症手術を行った場合は、その術式により腸管癒着症手術、「K 7 1 5」腸重積症整復術、「K 7 1 6」小腸切除術又は「K 7 1 9」結腸切除術等により算定する。

K 7 1 6 小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの又は悪性腫瘍に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

K 7 1 6－2 腹腔鏡下小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの又は悪性腫瘍に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

K 7 1 6－4 生体部分小腸移植術

- (1) 対象症例は、短腸症候群又は機能的難治性小腸不全であって、経静脈栄養を必要とし、経静脈栄養の継続が困難なもの又は困難になることが予測されるものとする。
- (2) 生体小腸を移植する場合においては、日本移植学会による「生体小腸移植実施指針」を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 生体小腸を移植する場合においては、小腸提供者から移植小腸を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分小腸移植術の所定点数に加算する。なお、小腸提供者の生体小腸を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」によって算定した費用額を 10 円で除して得た点数につき 1 点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、小腸提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

- (4) 小腸採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取小腸を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (5) 請求に当たっては、小腸移植者の診療報酬明細書の摘要欄に小腸提供者の療養上の費用

に係る合計点数を併せて記載するとともに、小腸提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

- (6) 生体部分小腸移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (7) 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 1 6－5 移植用小腸採取術（死体）

- (1) 移植用小腸採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第 6 条第 2 項に規定する脳死した者の身体から小腸の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 移植用小腸採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための小腸採取を行う際の採取前の採取対象小腸の灌流、小腸採取、採取小腸の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、小腸採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取小腸を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (3) 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 1 6－6 同種死体小腸移植術

- (1) 同種死体小腸移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

- (1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第 1 回目の実施日に 1 回に限り算定する。
- (2) 「1」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が 2 cm 未満の場合に算定する。
- (3) 「2」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が 2 cm 以上の場合に算定する。
- (4) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 「注 1」に規定する消化管ポリープ・ポリープの長径又は粘膜切除範囲が 2 cm 未満の場合に算定する。症患者に対して内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を行った場合、年 1 回に限り算定する。
- ア 16 歳以上であること。
- イ 大腸に腺腫が 100 個以上あること。なお、手術又は内視鏡により摘除された大腸の腺腫の数を合算しても差し支えない。
- ウ 大腸切除の手術が実施された場合においては、大腸が 10 cm 以上残存していること。
- エ 大腸の三分の一以上が密生型ではないこと。なお、密生型とは、大腸内視鏡所見において、十分に進展させた大腸粘膜を観察し、正常粘膜よりも腺腫の占拠面積が大きい場合をいう。

- (6) 「注1」の消化管ポリポシス加算を算定する場合は、長径1 cmを超える大腸のポリポスを基本的に全て摘除すること。
- (7) 「注2」に規定するバルーン内視鏡加算については、大腸ファイバースコープを実施したが、腹腔内の癒着等により上行結腸又は盲腸の病変部位まで到達できなかった患者に対して、バルーン内視鏡を用いて当該手技を実施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって「診療報酬明細書」に症状詳記を記載すること。

(8) 「注3」に規定する病変検出支援プログラム加算については、大腸内視鏡検査を実施する際に、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に、用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品を用いて診断を行い、診断されたポリープを切除した場合に、患者1人の一連の大腸内視鏡検査につき1回に限り算定できる。なお、本加算は、内視鏡検査に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により実施された場合に算定することとし、本加算の算定に当たっては、手術の概要を診療録の摘要欄に記載し、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器を使用している画面の写しを診療録に添付すること。

K721-3 內視鏡的結腸異物摘出術

「注」に規定するバルーン内視鏡加算については、大腸ファイバースコピを實施したが、腹腔内の癒着等により上行結腸又は盲腸の目的部位まで到達できなかった患者に対して、バルーン内視鏡を用いて異物の同定及び当該手技を實施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載すること。

K721-4 早期恶性肿瘤大腸粘膜下層剝離術

- (1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
- (2) 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより、最大径が2cm以上の早期癌又は最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。ただし、線維化を伴う早期癌については、最大径が2cm未満のものに対して実施した場合でも算定できる。
- (3) 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4) 「注」に規定するバルーン内視鏡加算については、大腸ファイバースコープを実施したことが、腹腔内の着等により上行結腸又は盲腸の病変部位まで到達できなかった患者に対して、バルーン内視鏡を用いて当該手技を実施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳細を記載すること。

K721-5 内視鏡的小腸ポリープ切除術

バルーン内視鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K722 小腸結腸內視鏡的止血術

- (1) 小腸結腸内視鏡の止血術は1日1回、週3回を限度として算定する。

- (2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。
- (3) 「注1」及び「注2」の加算については、小腸出血に対して内視鏡的止血術を行った場合のみ算定できる。
- (4) 「注2」に規定するスパイラル内視鏡加算は、電動回転可能なスパイラル形状のファイバーを装着した内視鏡を用いて実施した場合に算定する。

K725 腸瘻、虫垂瘻造設術

- (1) 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設する際には、腸瘻、虫垂瘻による療養の必要性、管理の方法及び腸瘻、虫垂瘻による療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、腸瘻、虫垂瘻による療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

K725-2 腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術

- (1) 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設する際には、腸瘻、虫垂瘻による栄養の必要性、管理の方法及び腸瘻、虫垂瘻による瘻養の終了の際に要される身体の状態等、瘻養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、腸瘻、虫垂瘻による瘻養の必要性、管理の方法及び腸瘻、虫垂瘻による瘻養の終了の際に要される身体の状態等、瘻養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (3) 腹腔鏡下逆流防止弁付加結腸瘻造設術についても区分で算定する。

K726 人工肛門造設術

「K740」直腸切除・切除術の「5」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

K726-2 腹腔鏡下人工肛門造設術

「K740-2」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「3」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

K729-2 多發性小腸閉鎖症手術

当該手術は、先天性小腸閉鎖に対して2箇所以上の病変に対して行われる場合に限り算定する。

K732 人工肛門閉鎖術

「2」の「イ」直腸切除術後のものについては、直腸切除術（ハルトマン手術）の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。

K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。）

直腸切除術の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。

K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

- (1) 短期間又は同一入院期間中において2回に限り算定する。なお、2回目を算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

(2) 「注2」に規定するスバイラライ内視鏡加算は、電動回転可能なスバイラ形状のフインを装着した内視鏡を用いて実施した場合に算定する。

K 7 3 5－5 腸管延長術

腸管延長術は、短腸症候群の患者の拡張した残存小腸に対し、自動縫合器を用いて切離延長を行った場合に算定する。

K 7 3 6 人工肛門形成術

人工肛門造設後における、人工肛門狭窄又は腸管断端の過不足により、改めてそれを拡張又は整形した場合は、本区分により算定する。

K 7 3 9 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 7 4 0 直腸切除・切断術

(1) 「4」については、経腹的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に手術内容を記載すること。

(2) 「4」及び「5」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 「注1」に規定する人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

K 7 4 0－2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

(1) 「4」については、経腹的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に手術内容を記載すること。

(2) 「4」及び「5」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 「注1」に規定する人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

K 7 4 1－2 直腸癌手術

直腸癌に対して、経肛的又は経肛門的に行った場合に算定する。

K 7 4 2 直腸脱手術

(1) 「1」の「ロ」は、デロルメ法又はアルテマイヤー法により実施された場合に限り算定する。

(2) 「K 8 6 5」子宮脱手術及び「K 8 8 7－2」卵管結紮術を併せて行った場合は、「4」により算定する。

K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。）

(1) 内痔核に対するミリガン・モーガン手術により1か所又は2か所以上の手術を行った場合は、「4」により算定する。

(2) ホワイトヘッド手術は、「4」により算定する。

(3) 自動吻合器を用いて痔核手術を行った場合は、本区分の「6」により算定する。ただし、

自動吻合器等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 4 3－2 肛門括約筋切開術

本手術は、結腸又は直腸の拡張を伴う慢性便秘症に対して、肛門括約筋切開術を行った場合に算定する。

K 7 4 3－5 モルガニー氏洞及び肛門管切開術、K 7 4 3－6 肛門部皮膚剥離切除術

肛門搔痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しない場合において、本手術を行った場合に算定する。

第10款 尿路系・副腎

K 7 5 4－2 腹腔鏡下副腎摘出術

腹腔鏡下副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

K 7 5 4－3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

腹腔鏡下小切開副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

K 7 5 5－3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

(1) ここでいう1センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

(2) 本療法の実施に当たっては、関係学会の定める適正使用指針を遵守すること。

(3) 本療法は、片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者であって、副腎摘出術が適応とならないものに対して実施すること。なお、本療法の実施に当たっては、副腎摘出術が適応とならない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 7 6 2 腎固定術

逆走腎兼移動性盲腸に対して、必要があつて腸固定術、腎固定術を行った際に一皮切から行い得た場合は、同一手術野の手術として「通則14」により腎固定術のみにより算定する。

K 7 6 4 経皮的尿路結石除去術

経皮的尿路結石除去術は、腎結石症又は尿管結石症に対して、経皮的に腎嚢を造設した後、腎嚢より腎盂鏡を挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等を用いて結石を摘出した場合に算定する。

K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術

(1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破碎を行う場合は、1回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 体外衝撃波腎・尿管結石破碎によつては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

K 7 6 9 腎部分切除術

残腎結核に対して、腎空洞切開術及び腎盂尿管移行部形成術を併施した場合は、「K 7 8 9」尿管腸膀胱吻合術に準じて算定する。

K 7 7 3－4 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）は経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。

K 7 7 3－5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
「1」については、原発病巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対して、腎部分切除を行った場合に算定する。

K 7 7 3－7 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）は、関係学会の定める指針を遵守して実施された場合に限り算定する。なお、ここでのいう2センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

K 7 7 9 移植用腎採取術（生体）
腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 7 7 9－2 移植用腎採取術（死体）
（1）移植用腎採取術（死体）の所定点数は、死体から腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（2）死体腎には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の腎を含む。
（3）移植用腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（4）腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 7 9－3 腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 7 8 0 同種死体腎移植術
（1）同種死体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
（2）移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の腎を含む。
（3）腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（4）「注1」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための腎採取を行う際の採取前

の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣し

た場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 7 8 0－2 生体腎移植術
（1）対象疾患は、末期慢性腎不全である。
（2）生体腎を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体腎移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（3）生体腎を移植する場合においては腎提供者から移植腎を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的に、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」によって算定した費用額を10円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事に係る標準負担額を求めるとはできない。

（4）生体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
（5）腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 7 8 1 経尿道的尿路結石除去術
経尿道的尿路結石除去術は、腎結石症、腎盂結石症又は尿管結石症に対して経尿道的に内視鏡を腎、腎盂又は尿管内に挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波、超音波又はレーザー等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテル等を用いて摘出する場合に算定する。ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、「K 7 9 8」膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。

K 7 8 1－3 経尿道的腎盂尿管凝固止血術
経尿道的腎盂尿管凝固止血術は、画像診断、血液学的検査、尿細胞診検査によっても原因が特定できない肉眼的血尿に対し、腎盂尿管鏡を用いて出血部位を特定し、Ho-YAG レーザー等を用いて、止血を行った場合に算定する。なお、内視鏡検査及び使用するレーザー等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 8 3 経尿道的尿管狭窄拡張術、K 7 8 3－2 経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3－3 経尿道的尿管ステント拔去術、K 7 8 5 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K 7 9 4－2 経尿道的尿管瘤切除術、K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K 7 9 8－2 経尿道的尿管凝固血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、K 8 0 0－2 経尿道的電気凝固術、K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K 8 1 7 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術
内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 8 3－2 経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3－3 経尿道的尿管ステント拔去術
「K 7 8 3－2」経尿道的尿管ステント留置術と「K 7 8 3－3」経尿道的尿管ステント拔去術を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

K 8 0 0－4 ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道） （１） ハンナ型間質性膀胱炎の患者に対して、ハンナ病変の切除又は焼灼を目的として実施した場合に算定する。 （２） 膀胱水圧拡張術に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 K 8 0 2－2 膀胱脱手術 「１」については、メッシュを使用した場合に算定する。 K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術 「注」に規定する狭帯域光強調加算は、上皮内癌（C I S）の患者に対し、手術中に切除範囲の決定を目的に実施した場合に限り算定する。 K 8 0 5－2 膀胱皮膚瘻造設術 K 8 0 5－3 膀胱皮膚瘻造設術 穿刺によりらず、膀胱と皮膚とを縫合することで膀胱皮膚瘻を造設した場合に算定する。 K 8 0 5－3 導尿管造設術 腸管を用いて膀胱からの導尿管を造設した場合に算定する。 K 8 0 9－3 腹腔鏡下膀胱内手術 膀胱尿管逆流症又は巨大尿管症の患者に対して行っている場合に算定する。 K 8 0 9－4 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ） 膀胱尿管逆流症又は巨大尿管症の患者に対して行っている場合に算定する。 K 8 2 1－3 尿道スラント前立腺部尿道拡張術 全身状態が不良のため、「K 8 4 0」前立腺被膜下摘出術又は「K 8 4 1」経尿道的前立腺手術を実施できない患者に対して、尿道スラントを用いて前立腺部の尿道拡張を行った場合に算定する。 K 8 2 1－4 尿道狭窄グラフト再建術 （１） 当該手術は、粘膜グラフト等を用いて尿道を再建する場合に算定するものであり、単なる端々吻合を行った場合には算定できない。 （２） グラフト採取等に係る手技は、所定点数に含まれ、別に算定できない。 K 8 2 3 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うものについては、恥骨固定式膀胱頸部吊上キットを用いて尿失禁手術を行った場合に算定する。手術に必要な保険医療材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 K 8 2 3－2 尿失禁又は膀胱尿管逆流現象カラーゲン注入手術 （１） 注入に用いるカラーゲン、皮内反応用のカラーゲン、注入針、膀胱鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 （２） 本手術の対象疾患は、１年以上改善の見られない腹圧性尿失禁又は膀胱尿管逆流症とする。 （３） 所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。 K 8 2 3－3 膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの） 所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。 K 8 2 3－6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） （１） 過活動膀胱又は神経因性膀胱の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及びβ3 作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも 12 週間の継続治療を行っても効果	が得られない又は継続が困難と医師が判断したものに對して行つた場合に限り、算定できる。 （２） 効果の減弱等により再手術が必要となった場合には、４月に１回に限り算定できる。 第 11 款 性器 K 8 2 8－2 陰茎持続勃起症手術 陰茎背静脈、尿道海綿体、大伏在静脈又は体外静脈系と陰茎海綿体のシャント術を行った場合には、「２」により算定する。 K 8 3 0－3 精巣温存手術 （１） 精巣良性疾患等に対して精巣を温存する目的で精巣部分切除術を行った場合に算定する。 （２） 当該手術を行う際には、関係学会が定める診療ガイドラインを遵守すること。 K 8 3 4－2 腹腔鏡下内精巣静脈結紮術 腹腔鏡下精索静脈瘤手術は本区分で算定する。 K 8 3 6－3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術 （１） 一期的に「K 8 3 6－2」腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術を行うことが困難となり、当該手術を実施することとなった場合に算定する。 （２） 当該手術を行う際には、関係学会が定めるガイドラインを遵守すること。 K 8 3 8－2 精巣内精子採取術 （１） 精巣内精子採取術は、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。 （２） 「１」については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として精巣内精子採取術を実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であつて、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの （３） 「２」については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として顕微鏡下精巣内精子採取術を実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 非閉塞性無精子症 イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者 （４） 精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。 （５） 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。 （６） （２）のウ又は（３）のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
---	---

K 8 4 1－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 (1) 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術は、膀胱・尿道鏡下に行われた場合に算定し、超音波ガイド下に行われた場合は算定できない。 (2) 使用されるレーザープロブの費用等レーザー照射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (3) ネオジウム・ヤグ倍周波数レーザー（グリーンレーザー）又はダイオードレーザーによる経尿道的前立腺蒸散術を行った場合には、「1」に掲げる所定点数を算定する。 K 8 4 1－3 経尿道的前立腺高温治療 (1) 本手術は、前立腺肥大組織を45℃以上で加熱するものをいう。 (2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。 (3) 所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。 K 8 4 1－4 焦点式高エネルギー超音波療法 (1) 前立腺肥大症に対して行われた場合に限り算定する。 (2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。 (3) 前立腺肥大症の治療のために行われる当該手術については、一連の手術につき1回に限り算定するものとし、治療終了後、医師が治療の必要性を認めた場合には算定できる。 K 8 4 1－5 経尿道的前立腺核出術 経尿道的前立腺核出術は、電解質溶液を灌流液として用いて、前立腺核出用電極により、経尿的に前立腺腺腫を核出した場合に算定する。 K 8 4 1－6 経尿道的前立腺吊上術 経尿道的前立腺吊上術は、前立腺用インプラントを用いて実施した場合に算定する。 K 8 4 1－7 経尿道的前立腺水蒸気治療 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムを用いて行っている場合に算定する。 K 8 4 1－8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの） 関連学会の定める適正使用指針を遵守し、前立腺肥大症の経尿道的切除術の治療に関して、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の泌尿器科医が実施した場合に限り算定する。 K 8 5 0 女子外性器悪性腫瘍手術 (1) 「注」に規定する女子外性器悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算については、以下の要件に留意し算定すること。 ア 触診及び画像診断の結果、鼠径リンパ節への転移が認められない女子外性器悪性腫瘍に係る手術の場合のみ算定できる。 イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「K 9 4 0」薬剤により算定する。 ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うものの「1」部分（静態）（一連につき））により算定する。 エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13 部病理診断の所定点数により算定する。	K 8 4 1－2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 (1) 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術は、膀胱・尿道鏡下に行われた場合に算定し、超音波ガイド下に行われた場合は算定できない。 (2) 使用されるレーザープロブの費用等レーザー照射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (3) ネオジウム・ヤグ倍周波数レーザー（グリーンレーザー）又はダイオードレーザーによる経尿道的前立腺蒸散術を行った場合には、「1」に掲げる所定点数を算定する。 K 8 4 1－3 経尿道的前立腺高温治療 (1) 本手術は、前立腺肥大組織を45℃以上で加熱するものをいう。 (2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。 (3) 所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。 K 8 4 1－4 焦点式高エネルギー超音波療法 (1) 前立腺肥大症に対して行われた場合に限り算定する。 (2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。 (3) 前立腺肥大症の治療のために行われる当該手術については、一連の手術につき1回に限り算定するものとし、治療終了後、医師が治療の必要性を認めた場合には算定できる。 K 8 4 1－5 経尿道的前立腺核出術 経尿道的前立腺核出術は、電解質溶液を灌流液として用いて、前立腺核出用電極により、経尿的に前立腺腺腫を核出した場合に算定する。 K 8 4 1－6 経尿道的前立腺吊上術 経尿道的前立腺吊上術は、前立腺用インプラントを用いて実施した場合に算定する。 K 8 4 1－7 経尿道的前立腺水蒸気治療 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムを用いて行っている場合に算定する。 K 8 4 1－8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの） 関連学会の定める適正使用指針を遵守し、前立腺肥大症の経尿道的切除術の治療に関して、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の泌尿器科医が実施した場合に限り算定する。 K 8 5 0 女子外性器悪性腫瘍手術 (1) 「注」に規定する女子外性器悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算については、以下の要件に留意し算定すること。 ア 触診及び画像診断の結果、鼠径リンパ節への転移が認められない女子外性器悪性腫瘍に係る手術の場合のみ算定できる。 イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「K 9 4 0」薬剤により算定する。 ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うものの「1」部分（静態）（一連につき））により算定する。 エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13 部病理診断の所定点数により算定する。

K 8 5 4 腔式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術 子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第2 回以後の洗浄処置については、「J 0 6 6」尿道肛

張法により算定する。 K 8 6 5 子宮脱手術 (1) 腔壁縫合術の費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。 (2) 「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）及び「K 8 7 7」子宮全摘術を併施した場合、それぞれの所定点数を別に算定する。 ただし、「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」を併施した場合は、「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」の所定点数のみにより算定する。 K 8 6 7－2 子宮腔部膿瘍等子宮腔部乱切除術 子宮腔部膿瘍（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腔部の乱切除術を行う場合に算定する。 K 8 7 2－5 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。 K 8 7 7－2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術 腹腔鏡下腔式子宮全摘術の対象疾患は、良性子宮疾患とする。 K 8 7 9－2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (1) 子宮体がんに対するものについては、日本産科婦人科学会、日本病理学会、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会が定める「子宮体癌取り扱い規約」におけるI A期の子宮体がんに対して実施した場合に算定する。 (2) 子宮体がんに対するものについては、I A期の術前診断により当該手術を行おうとしたが、術中所見でI B期以降であったため、開腹手術を実施した場合は、「K 8 7 9」子宮悪性腫瘍手術を算定する。 (3) 子宮頸がんに対するものについては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、実施すること。 K 8 8 2－2 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術は、帝王切開創子宮癒痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定する。 (1) 続発性不妊症 (2) 過長月経 (3) 器質性月経困難症 K 8 8 4－2 人工授精 (1) 人工授精は、不妊症の患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）が次のいずれかに該当する場合であって、当該患者のパートナーから採取した精子を用いて、妊娠を目的として実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 精子・精液の量的・質的異常 イ 射精障害・性交障害 ウ 精子一頸管粘液不適合	張法により算定する。 K 8 6 5 子宮脱手術 (1) 腔壁縫合術の費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。 (2) 「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）及び「K 8 7 7」子宮全摘術を併施した場合、それぞれの所定点数を別に算定する。 ただし、「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」を併施した場合は、「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」の所定点数のみにより算定する。 K 8 6 7－2 子宮腔部膿瘍等子宮腔部乱切除術 子宮腔部膿瘍（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腔部の乱切除術を行う場合に算定する。 K 8 7 2－5 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。 K 8 7 7－2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術 腹腔鏡下腔式子宮全摘術の対象疾患は、良性子宮疾患とする。 K 8 7 9－2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (1) 子宮体がんに対するものについては、日本産科婦人科学会、日本病理学会、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会が定める「子宮体癌取り扱い規約」におけるI A期の子宮体がんに対して実施した場合に算定する。 (2) 子宮体がんに対するものについては、I A期の術前診断により当該手術を行おうとしたが、術中所見でI B期以降であったため、開腹手術を実施した場合は、「K 8 7 9」子宮悪性腫瘍手術を算定する。 (3) 子宮頸がんに対するものについては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、実施すること。 K 8 8 2－2 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術は、帝王切開創子宮癒痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定する。 (1) 続発性不妊症 (2) 過長月経 (3) 器質性月経困難症 K 8 8 4－2 人工授精 (1) 人工授精は、不妊症の患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）が次のいずれかに該当する場合であって、当該患者のパートナーから採取した精子を用いて、妊娠を目的として実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 精子・精液の量的・質的異常 イ 射精障害・性交障害 ウ 精子一頸管粘液不適合

エ 機能性不妊

- (2) 人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスライムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (4) 治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討し提案すること。また、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

K 8 8 4 - 3 胚移植術

- (1) 胚移植術は、不妊症の患者に対して、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合は「1」により算定し、凍結胚を融解したものをを用いた場合は「2」により算定する。
- (2) 「注1」における治療開始日の年齢とは、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。ただし、算定回数の上限に係る治療開始日の年齢は、当該患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢により定めるものとする。
- (3) 「注1」について、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合であって、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につきさらに6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につきさらに3回に限り算定する。

- (4) 胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (7) 当該患者及びそのパートナーに係る胚移植術の実施回数合計について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、実施回数合計の記載に当たっては、当該胚移植術の実施に向けた治療計画の作成に当たり確認した事項を踏まえること。
- (8) 「注2」のアシステッドハッチングは、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であって、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 「注3」の高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置は、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であって、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 8 8 5 - 2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術

経皮的卵巣嚢腫内容排除術は、単房性の卵巣嚢腫を呈した1歳未満の患者に対して実施した場合に限り算定する。

K 8 9 0 - 2 卵管鏡下卵管形成手術

手術に伴う腹腔鏡検査等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 8 9 0 - 4 採卵術

- (1) 採卵術は、不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア 卵管性不妊
- イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）
- ウ 機能性不妊
- エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- (2) 採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (3) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録へ添付すること。

K 8 9 2 骨盤位娩出術

産科娩出術において双子の場合は、帝王切開術を除き1児ごとに所定点数を算定する。

K 8 9 8 帝王切開術

- (1) 「1」緊急帝王切開は、母体及び胎児の状況により緊急に帝王切開となった場合に算定する。なお、「2」選択帝王切開を予定していた場合であっても、母体及び胎児の状態により緊急に帝王切開となった場合は「1」により算定する。
- (2) 「注」に規定する「複雑な場合」とは以下に掲げるものをいう。
- ア 前置胎盤の合併を認める場合
- イ 32週未満の早産の場合
- ウ 胎児機能不全を認める場合
- エ 常位胎盤早期剥離を認める場合
- オ 開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。）のある妊婦に対して実施する場合
- カ 多胎の場合
- K 9 0 1 子宮双羊圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）
- 子宮双羊圧迫術を実施した後、子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を実施した場合は主たるもののみ算定する。
- K 9 0 6 子宮頸管縫縮術
- 子宮頸管縫縮術のうち、シロッカ一法は、筋膜採取を含めて所定点数による。
- K 9 0 7 胎児外回転術
- 胎児外回転術の算定は分娩時のみに限るものではないが、その効果が十分期待しうる時期に実施された場合に限り算定する。

K 9 0 9 流産手術

(1) 流産手術は原則として、あらかじめ頸管拡張を行った場合であってもそれを別に算定することなく、本区分の所定点数のみにより算定する。

(2) 人工妊娠中絶のために必要があつて、「K 8 9 8」帝王切開術、「K 8 7 7」子宮全摘術又は「K 8 7 6」子宮膣上部切断術を実施した場合は、流産手術の所定点数によらずそれぞれ所定点数により算定する。

(3) 妊娠満 22 週以上のものの中絶は、流産手術として算定せず、実際に行った分娩誘導又は産科手術の術式の所定点数によつて算定する。

K 9 1 0－2 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術は双胎間輸血症候群と診断された患者に対し、双胎間輸血症候群の十分な経験を有する医師の下で行われた場合に算定する。

K 9 1 0－3 胎児胸腔・羊水腔シャント術

胎児胸腔・羊水腔シャント術は、胎児胸水に対し、胎児胸水排出用シャントを用いて胸水を羊水腔に持続的に排出した場合に、一連につき 1 回に限り算定する。なお、使用した胎児胸水排出用シャントの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 9 1 0－4 無心体双胎焼灼術（一連につき）

無心体双胎に対するラジオ波焼灼術は、無心体双胎に対する十分な経験を有する医師の下で行われた場合に算定する。

K 9 1 0－5 胎児輸血術（一連につき）

(1) 胎児輸血術は、貧血又は血小板減少が疑われる胎児に対して、超音波ガイド下に母体経皮経腹的に子宮内の臍帯血管を穿刺し、輸血を行った場合に算定する。なお、「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。また、数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の胎児輸血を行う場合は、1 回のみ所定点数を算定する。

(2) 胎児血の採取に係る費用は、所定点数に含まれる。

(3) 胎児輸血術は、関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定する。

K 9 1 0－6 臍帯穿刺

(1) 臍帯穿刺は、貧血又は血小板減少が疑われる胎児に対して、超音波ガイド下に母体経皮経腹的に子宮内の臍帯血管を穿刺し、胎児血の採取を行った場合に算定する。

(2) 臍帯穿刺は、関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定する。

K 9 1 2 異所性妊娠手術

外妊破裂を起こさなかった場合であっても算定できる。

K 9 1 3 新生児仮死蘇生術

新生児仮死蘇生術は、「通則 7」の極低出生体重児又は新生児加算を算定できる。

K 9 1 3－2 性腺摘出術

停留精巣又は性分化異常症等による性腺等を摘出した場合に算定する。

第 12 款 削除

第 13 款 手術等管理料

K 9 1 4 脳死臓器提供管理料

(1) 脳死臓器提供管理料の所定点数は、臓器の移植に関する法律第 6 条第 2 項に規定する脳死した者の身体から臓器の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律第 6 条に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、院内のコーディネート、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

(3) 脳死臓器提供管理料は、「K 5 1 4－4」同種死肺移植術、「K 6 0 5－2」同種心移植術、「K 6 0 5－4」同種心肺移植術、「K 6 9 7－7」同種死体肝移植術、「K 7 0 9－3」同種死体脾臓移植術、「K 7 0 9－5」同種死体膝腎移植術、「K 7 0 9－6」同種死体脾臓移植術、「K 7 1 6－6」同種死体小腸移植術又は「K 7 8 0」同種死体腎移植術が算定できる場合に限り、算定する。

(4) 診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、脳死臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

(5) 脳死臓器提供管理料について、「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

K 9 1 5 生体臓器提供管理料

(1) 生体臓器提供管理料の所定点数には、採取対象臓器の評価や生体から臓器を採取する際の術中全身管理をはじめとする臓器提供者の安全管理等に係る費用が含まれる。

(2) 生体臓器提供管理料の所定点数は、移植を行った保険医療機関において算定する。

(3) 生体臓器提供管理料は、「K 5 1 4－6」生体部分肺移植術、「K 6 9 7－5」生体部分肝移植術、「K 7 1 6－4」生体部分小腸移植術又は「K 7 8 0－2」生体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

(4) 診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、生体臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

(5) 生体臓器提供管理料について、「通則 8」及び「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

K 9 1 6 体外式膜型人工肺管理料

(1) 体外式膜型人工肺管理料は、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であつて、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。

(2) 体外式膜型人工肺管理料は、「K 6 0 1－2」体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

(3) 体外式膜型人工肺管理料について、「通則 8」及び「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

K 9 1 7 体外受精・顕微授精管理料

(1) 体外受精・顕微授精管理料は、不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であつて、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として、治療計画に従つて体外受精又は顕微授精及び必要な医

学管理を行った場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 卵管性不妊

イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）

ウ 機能性不妊

エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

(2) 体外受精及び必要な医学管理を行った場合は「1」により算定し、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合は、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて「2」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定する。その際、当該管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(3) 体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスライムアップ法等により、また、凍結精子を用いた体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、精子の融解等により、また、凍結精子を用いた体外受精又は顕微授精の実施に当たっては所定点数に含まれ、別に算定できない。

(4) 体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

(6) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

(7) 「注1」の規定に従って算定する場合は、体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(8) 「注2」の卵子調整加算は、顕微授精における受精障害の既往があること等により、医師が必要と認めた場合であって、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(9) 「注3」の新鮮精子加算は、当日採精した精子を凍結せずに体外受精又は顕微授精に利用した場合に算定する。当該加算は、「K917-5」精子凍結保存管理料と併算定できない。

(10) 体外受精・顕微授精管理料について、「通則8」及び「通則10」から「通則12」までの加算は適用できない。

K917-2 受精卵・胚培養管理料

(1) 受精卵・胚培養管理料は、不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から、胚移植術を実施するために必要な初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、治療計画に従って受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に、当該管理を実施した受精卵及び胚の数に応じて算定する。その際、当該管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(2) 「注」については、作成された初期胚のうち、胚盤胞の作成を目的として管理を実施し

たものの数に応じて算定する。その際、当該管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(3) 受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。

(4) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

(5) 受精卵・胚培養管理料について、「通則8」及び「通則10」から「通則12」までの加算は適用できない。

K917-3 胚凍結保存管理料

(1) 胚凍結保存管理料は、不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、治療計画に従って初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に算定する。

(2) 凍結保存及び必要な医学管理を開始した場合は、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて「1」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定し、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合は「2」により算定する。

(3) 「1」について、初期胚又は胚盤胞の凍結を開始した場合には、当該初期胚又は胚盤胞ごとに凍結を開始した年月日を診療録等に記載すること。

(4) 「1」の算定に当たっては、凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(5) 「2」の算定に当たっては、当該維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数及び当該初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(6) 胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。

(7) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

(8) 妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患者の負担とする。

(9) 患者の希望に基づき、凍結した初期胚又は胚盤胞を他の保険医療機関に移送する場合には、その費用は患者の負担とする。

(10) 胚凍結保存管理料について、「通則8」及び「通則10」から「通則12」までの加算は適用できない。

K917-4 採取精子調整管理料

(1) 採取精子調整管理料は、不妊症の患者又はそのパートナーから「K838-2」精巣内精子採取術によって採取された精子を用いて、体外受精・顕微授精を実施するために採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等を実施することを評価したものであり、当

第2節	該手術後初めて「K 9 1 7－5」精子凍結保存管理料の「1」の「イ」を算定する場合に算定する。	
	(2)	採取精子調整管理料について、「通則8」及び「通則10」から「通則12」までの加算は適用できない。
	K 9 1 7－5 精子凍結保存管理料	
	(1)	精子凍結保存管理料は、不妊症の患者又はそのパートナーから採取した精子（精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子の場合に限る）について、体外受精・顕微授精に用いることを目的として、精子の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
	(2)	凍結保存及び必要な医学管理を開始した場合は「1」の「イ」又は「ロ」により算定し、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合は「2」により算定する。
	(3)	精巣内精子採取術によって得られた精子を凍結保存する場合は、「K 9 1 7－4」採取精子調整管理料に係る技術を実施した後に、「1」の「イ」によって算定し、高度乏精子症患者の精子を凍結保存する場合は「1」の「ロ」によって算定する。
	(4)	「1」について、精子凍結を開始した場合には、当該精子ごとに凍結を開始した年月日を診療録等に記載すること。
	(5)	「1」の算定に当たっては、凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
	(6)	「2」の算定に当たっては、当該維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
	(7)	精子凍結保存管理料には、精子の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
	(8)	治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

第2節 輸血料

K 9 2 0 輸血

- (1) 自家採血輸血、保存血液輸血、自己血輸血及び希釈式自己血輸血の算定に当たっては、200mL を単位とし、200mL 又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重1kgにつき4mL を単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。(2) 自家採血輸血及び保存血液輸血に

- における1回目とは、一連の輸血における最初の 200mL の輸血をいい、2回目とはそれ以外の輸血をいう。

- (3) 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。
- (4) 自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血を行った1日当たりの量である。
- (5) 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「1」により算定する。ただし、この場合の血液の量は 3,000mL を限度とすること。この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、「G 1 0 0」薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。
- (6) 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及びE B ウイルス感染によるB細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「1」により算定する。またこの際、自家製造したリンパ球を使用した場合には、(5)の規定に基づき、原材料として用いた血液の量に従い算定する。
- (7) 保存血液輸血の注入力は、1日における保存血及び血液成分製剤（自家製造したものを除く。）の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mLの血液から製造された30mLの血液成分製剤については30mLとして算定し、200mLの血液から製造された230mLの保存血及び血液成分製剤は、200mLとして算定する。
- (8) 血小板濃厚液の注力は、「2」により算定する。なお、血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。

- (9) 自己血貯血は、当該保険医療機関において手術又はヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。また、ヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者に関しては、「3」自己血貯血の「イ」6歳以上の患者の場合（200mL ごとに）の「（1）」の液状保存の場合により算定する。

- (10) 自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血（自己血貯血）を輸血した場合において、手術時及び手術後3日以内に輸血を行ったときに算定できる。

- (11) 自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った1日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

- (12) 希釈式自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後に、採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、手術時予め採血しておいた自己血を輸血した場合に算定できる。

- (13) 希釈式自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った1日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

- (14) 患者への説明

- ア 「注1」に規定する説明とは、別紙様式 26 を参考として、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば

小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。 イ アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき1 回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね1 週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の回復の必要性が明らかである場合はこの限りでない。 ウ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付することとする。 エ 緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。 (15) 輸血に当たっては、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」（平成11 年6 月10 日付け医薬発第715 号厚生省医薬安全局長通知）及び「血小板製剤の使用適正化の推進について」（平成6 年7 月11 日付け薬発第638 号厚生省薬務局長通知）による、面通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）を遵守するよう努めるものとする。 (16) 「注3」の加算は、第1 節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。 (17) 「注6」の頻回に輸血を行う場合とは、週1 回以上、当該月で3 週以上にわたり行われるものである。 (18) 「注7」の加算を算定できるH L A 型適合血小板輸血は、白血病又は再生不良性貧血の場合であって、抗H L A 抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血病及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ2 万/mm³以下及び1 万/mm³以下を標準とする。 (19) 「注8」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合にあっては、供血者ごとに、保存血を使用する場合にあっては、血液バッグ（袋）1 パックごとにそれぞれ算定する。 (20) 「注8」のコンピュータクロスマッチ加算は、(15)に規定する「輸血療法の実施に関する指針」を遵守してコンピュータクロスマッチを実施した場合に算定する。 (21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、H C V 抗体定性・定量、H I V－1 抗体、H I V－1、2 抗体定性、H I V－1、2 抗体半定量、H I V－1、2 抗体定量、H I V－1、2 抗原・抗体同時測定定性、H I V－1、2 抗原・抗体同時測定定量、H T L V－I 抗体、不規則抗体等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。 (22) 自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血用回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。なお、自己血の採血に伴うエリトロエチンに係る第2 章第6 部第1 節第1 款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定する。 (23) 「注12」に規定する血小板洗浄術加算は、血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として、血小板濃厚液を置換液等で洗浄操作した上で血漿成分を除去し輸血を行った場合に算定する。 血小板洗浄術の実施に当たっては関係学会の定めるガイドラインを遵守すること。	K 9 2 0－2 輸血管理料 (1) 輸血管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。 (2) 輸血管理料は、赤血球濃厚液（浮遊液を含む。）・血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月1 回を限度として算定する。 K 9 2 1 造血幹細胞採取 「K 9 2 1」造血幹細胞採取の自家移植を行う場合は、「K 9 2 2」造血幹細胞移植を行わなかった場合においても算定できる。また、「K 9 2 1」造血幹細胞採取の同種移植を行う場合は、「K 9 2 2」造血幹細胞移植の同種移植を算定した場合に限り算定できる。 なお、骨髓の採取に係る当該骨髓穿刺を行った場合は、「D 4 0 4」骨髓穿刺及び「J 0 1 1」骨髓穿刺の所定点数を別に算定できない。 K 9 2 1－2 間葉系幹細胞採取（一連につき） ヒト（自己）骨髓由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者に対して、骨髓採取を行った場合に算定する。なお、骨髓の採取に係る当該骨髓穿刺を行った場合は、「D 4 0 4」骨髓穿刺及び「J 0 1 1」骨髓穿刺の所定点数を別に算定できない。 K 9 2 1－3 末梢血単核球採取（一連につき） (1) 「1」の採取のみを行う場合は、アキシカブタゲン シロルニューセル又はリソカブタゲン マラルニューセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1 人につき1 回に限り算定する。 (2) 「2」の採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合は、チサゲンレクルニューセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1 人につき1 回に限り算定する。 K 9 2 2 造血幹細胞移植 (1) 同種移植における造血幹細胞移植の所定点数には、造血幹細胞移植に関連して実施した造血幹細胞移植者の組織適合性試験の費用が含まれる。 (2) 同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が概ね一致する提供者の造血幹細胞を移植する場合をいう。 (3) 同種移植の所定点数は、適合する造血幹細胞提供者の情報検索連絡調整に係る費用やコーディネーター中断後の再ドナー候補者に対する追加確認検査（H L A 検査等）といった安全管理の追加費用等、造血幹細胞移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。 (4) 臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のH L A 検査等の安全性確認試験の実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。 (5) 同種移植の対象疾患は、白血病、再生不良性貧血、骨髓異形成症候群、重症複合型免疫不全症等であり、また、自家骨髓移植、自家末梢血幹細胞移植の対象疾患は、化学療法や放射線療法に感受性のある白血病等の悪性腫瘍である。 (6) 同種移植の請求に当たっては、造血幹細胞移植者の診療報酬明細書の摘要欄に造血幹細胞提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、造血幹細胞提供者の
--	--

療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

(7) 造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した造血幹細胞を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(8) 移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。

(9) 造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行った医療機関と造血幹細胞移植を行った保険医療機関とが異なる場合は診療報酬の請求は、造血幹細胞移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K922-2 CAR 発現生 T 細胞投与（一連につき）
アシキブタゲン シロルユーセル、リンカブタゲン マラルユーセル又はチサゲンレクレユーセルを投与した場合に患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）
ヒト（自己）骨髄由来間葉系幹細胞を投与した場合に算定する。

K923 術中術後自己血回収術

(1) 開心術及び大血管手術で出血量が 600mL 以上（12 歳未満の患者においては 10mL/kg）の場合並びにその他無菌的手術で出血量が 600mL 以上（12 歳未満の患者においては 10mL/kg）の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。ただし、外傷のうち骨盤骨折、大腿骨骨折等の閉鎖骨折に対する手術においては算定できる。）に、術中術後自己血回収術を算定する。

(2) 術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。

(3) 「1」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濃縮及び洗浄を行った場合に算定する。

(4) 「2」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濾過を行った場合に算定する。

第 3 節 手術医療機器等加算

K930 脊髄誘発電位測定等加算

(1) 神経モニタリングについては、本区分により加算する。

(2) 「1」に規定する脳、脊髄、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術とは、「K116」から「K118」まで、「K128」から「K136」まで、「K138」、「K139」、「K142」から「K142-3」まで、「K142-5」から「K142-7」、「K149」の「1」、「K149-2」、「K151-2」、「K154」、「K154-2」、「K159」、「K160-2」、「K169」、「K170」、「K172」、「K175」から「K178-3」まで、「K181」、「K183」から「K190-2」まで、「K191」、「K192」、「K457」、「K458」、「K527」、「K529」の 1 及び 2、「K529-2」、「K529-3」、「K529-5」、「K560」、「K560-2」、「K609」及び「K609-2」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算を行わない。

(3) 「2」に規定する甲状腺又は副甲状腺の手術とは「K461」から「K465」までに掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算を行わ

ない。

K931 超音波凝固切開装置等加算

(1) ペツセルシーリングシステムについては、本区分により加算する。

(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K374-2」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K394-2」、「K395」、「K461」、「K461-2」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」から「K476」の「6」まで、「K476」の「9」、「K476-3」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K529-5」、「K531」、「K552」、「K552-2」、「K643」、「K645」、「K645-2」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。

(3) 「K716」小腸切除術の「2」、「K719」結腸切除術の「2」及び「K719-5」全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術については、クローン病又は潰瘍性大腸炎の再手術に対して超音波凝固切開装置を用いた場合に限り算定する。

K932 創外固定器加算

「K046」骨折靱血的手術及び「K073」関節内骨折靱血的手術については、開放骨折、関節内骨折又は粉碎骨折に対して創外固定器を用いた場合、「K058」骨長調整手術については、軟骨無形成症及び軟骨低形成症等の骨異形成症、四肢形成不全又は四肢変形の患者に対して脚延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、「K076」靱血的関節運動術については、外傷又は変性疾患等により拘縮となった関節に対して創外固定器を用いた場合、「K125」骨盤骨折靱血的手術（腸骨翼骨折を除く。）については骨盤骨折（腸骨翼骨折を除く。）について創外固定器を用いた場合、「K180」の 3 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うもの）については頭蓋縫合早期癒合症等の頭蓋骨変形の患者に対して骨延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、「K443」上顎骨形成術については外傷後の上顎骨後位癒着、上顎骨發育不全症又は症候性頭蓋縫合早期癒合症等の先天異常に対し Le Fort I、II 又は III 型骨切離による移動を創外固定器により行う場合、「K444」下顎骨形成術及び「K444-2」下顎骨延長術については先天性の第 1 第 2 鰓弓症候群、トリチャー・コリンズ症候群等にみられる小顎症の患者に対して骨形成術又は骨延長術を行う際に創外固定器を用いた場合に算定する。

K933 イオントフォレーゼ加算

当該加算を算定した場合、麻酔料は別に算定できない。

K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算

(1) 「K934」副鼻腔手術用内視鏡加算と併せて算定できる。

(2) 両側に使用した場合であっても一連として所定点数は 1 回に限り算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

- (1) 「K 5 1 4－3」、 「K 5 1 4－5」、 「K 5 9 4」の「3」並びに「4」の「イ」及び「ロ」、 「K 6 7 4」、 「K 6 7 4－2」、 「K 6 7 5」の「2」から「K 6 7 5」の「5」まで、 「K 6 7 7」、 「K 6 7 7－2」、 「K 6 8 0」、 「K 6 8 4－2」、 「K 6 9 6」、 「K 7 0 5」の「2」、 「K 7 0 6」、 「K 7 1 6－3」、 「K 7 1 6－5」及び「K 7 7 9－3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (2) 「K 5 2 4－2」、 「K 6 5 4－3」、 「K 6 5 5」、 「K 6 6 2」、 「K 6 6 2－2」、 「K 6 9 5」の「4」から「K 6 9 5」の「7」まで、 「K 6 9 5－2」の「4」から「K 6 9 5－2」の「6」まで、 「K 6 9 7－4」、 「K 7 0 0－2」、 「K 7 0 0－3」、 「K 7 0 9－2」から「K 7 0 9－5」まで、 「K 7 1 1－2」、 「K 7 3 2」の「2」、 「K 7 3 9」及び「K 7 3 9－3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (3) 「K 4 8 8－4」、 「K 5 2 2－3」、 「K 5 2 5」、 「K 5 2 9」の「3」、 「K 5 2 9－5」、 「K 5 3 1」、 「K 6 4 5」、 「K 6 4 5－2」、 「K 6 5 5－4」、 「K 6 5 5－5」、 「K 6 5 7－2」、 「K 7 0 0」、 「K 7 0 0－4」、 「K 7 0 2」から「K 7 0 3－2」まで、 「K 7 0 4」、 「K 7 1 6－4」、 「K 7 1 6－6」、 「K 7 1 9」から「K 7 1 9－3」まで、 「K 7 3 5」、 「K 7 3 5－3」、 「K 7 4 0」及び「K 7 4 0－2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、4個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (4) 「K 6 5 5－2」、 「K 6 5 7」（「3」を除く。）、 「K 8 0 3」から「K 8 0 3－3」まで及び「K 8 1 7」の「3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、5個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (5) 「K 5 1 1」、 「K 5 1 3」、 「K 5 1 4」、 「K 5 1 4－2」の「1」、 「K 5 1 4－4」、 「K 5 1 4－6」、 「K 7 1 6」、 「K 7 1 6－2」及び「K 6 5 6－2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (6) 「K 5 1 4－2」の「2」、 「K 5 1 4－2」の「3」、 「K 5 2 9」の「1」、 「K 5 2 9」の「2」、 「K 5 2 9－2」、 「K 5 2 9－3」及び「K 7 3 5－5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、8個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (7) 「K 5 5 2」、 「K 5 5 2－2」、 「K 5 5 4」、 「K 5 5 5」、 「K 5 5 7」、 「K 5 5 7－2」、 「K 5 5 7－3」、 「K 5 6 0」、 「K 5 9 4」の「3」及び「K 5 9 4」の「4」の「ロ」に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合は、1個を限度として本区分の所定点数を算定する。

K 9 3 6－2 自動吻合器加算

「K 6 5 5－4」、 「K 6 5 5－5」、 「K 6 5 7」及び「K 6 5 7－2」に掲げる手術に当たって自動吻合器を使用した場合は2個を限度として、それ以外の手術にあっては1個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

K 9 3 6－3 微小血管自動縫合器加算

四肢（手、足、指（手、足）を含む。）以外の部位において、「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は「K 0 2 0」自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。な

お、この場合において、2個を限度として当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。

K 9 3 7－2 術中グラフト血流測定加算

冠動脈血行再建術、四肢の血管移植術又はバイパス移植術に当たって超音波トランジッタ法又は高解像度心臓超音波法により、グラフトの血流を術中に測定した場合に算定する。

K 9 3 8 体外衝撃波消耗性電極加算

消耗性電極とは、1回又は2回以上の使用により消耗し、交換が必要となる電極をいう。なお、この加算は一連の手術について1回のみ算定する。

K 9 3 9 画像等手術支援加算

- (1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。
- (2) ナビゲーションによるものは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピュータ上で処理すること、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (3) 実物大臓器立体モデルによるものは、手術前に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (4) 患者適合型手術支援ガイドによるものは、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型手術支援ガイドとして薬事承認を得ている医療機器を、人工膝関節置換術若しくは再置換術、下顎骨部分切除術、下顎骨離断術、下顎骨悪性腫瘍手術又は下顎骨形成術を補助する目的で用いることをいう。

K 9 3 9－2 術中血管等描出撮影加算

術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術、冠動脈血行再建術、「K 0 1 7」の遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の「1」、 「K 4 7 6－3」動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除術）、 「K 6 9 5」肝切除術の「2」から「7」まで、「K 6 9 5－2」腹腔鏡下肝切除術の「2」から「6」まで又は「K 8 0 3」膀胱悪性腫瘍手術の「6」においてインドシアニングリーン若しくはアミノレブリン酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。なお、単にX線用、超音波用又はMRI用の造影剤を用いたのみでは算定できない。

K 9 3 9－3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。

K 9 3 9－5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

- (1) 胃瘻造設前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施し、その結果に基づき、当該保険医療機関に配置されている医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法の必要性及び方法、胃瘻除去又は閉鎖の可能性等について患者又はその家族等に十分に説明及び相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合（他の保険医療機関で内視鏡下嚥下機能検査を実施する場合を含む。）は、関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施すること。

- (3) 他の保険医療機関において嚥下造影による嚥下機能評価を実施した場合又は内視鏡下嚥下機能検査（関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施する場合に限る。）による嚥下機能評価を実施した場合は、当該評価を実施した保険医療機関において、その結果を患者又はその家族等に十分に説明するとともに、胃瘻造設術を実施する保険医療機関に情報提供すること。また、胃瘻造設術を実施する保険医療機関と嚥下機能評価を実施した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、胃瘻造設を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (4) 嚥下機能評価の結果及び患者又はその家族等に対する説明の要点を診療録に記載すること。
- (5) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (6) 当該加算を算定した場合であっても、「E003」の「7」嚥下造影及び「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査は別に算定できる。
- (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（支）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実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

K939-6 凍結保存同種組織加算

- (1) 「K555」、「K555-3」、「K557」、「K557-4」、「K558」、「K560」、「K566」、「K567」、「K570」、「K580」から「K587」まで、「K614」、「K623」、「K642」、「K643」、「K675」の「2」から「5」まで、「K677-2」、「K695」、「K697-5」、「K697-7」、「K702」の「4」、「K703」の「4」及び「K704」に掲げる手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に限り算定する。
- (2) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (3) 組織適合性試験及び同種組織を採取及び保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種組織である、生体弁又は血管を使用した場合に限り算定できる。なお、組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、組織移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K939-7 レーザー機器加算

レーザー機器加算は、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なものとして保険適用されている機器を使用して「注2」から「注4」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、通則14に規定する「同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合」に該当しない2以上の手術を算定した場合はそれぞれの手術において算定する。

K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算

- (1) 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算は、滲出液を持続的に除去し、切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認を得ている医療機器を、術後縫合創に対して使用した場合に算定する。
- (2) 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算の算定対象となる患者は、「A301」特定集中治療

室管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料又は「A303」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、次に掲げる患者である。なお、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

- ア BMIが30以上の肥満症の患者
- イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者
- ウ ステロイド療法を受けている患者
- エ 慢性維持透析患者
- オ 免疫不全状態にある患者
- カ 低栄養状態にある患者
- キ 創傷治癒遅延をもちます皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者
- ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

- (3) (2)以外の患者に対して当該機器を使用した場合は、当該機器に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、本加算は算定できない。

第11部 麻酔

<通則>

- 1 血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻酔薬並びに鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第3節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。
- 2 麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、「J024」酸素吸入及び「J045」人工呼吸は算定できない。
- 3 検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手術料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。
- 4 麻酔法の選択については、保険診療の原則に従い、経済面にも考慮を払いつつ、必要に応じ妥当適切な方法を選択することが必要である。なお、特に規定するものについては、当該規定に従い適切に行うこと。
- 5 第1節及び第2節に掲げる麻酔法（1つに限る。）を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。この場合、当該一連の麻酔に使用された全ての薬剤については薬剤料として算定できる。
- なお、手術中において他の麻酔法を追加併用した場合も同様算定する。
- 6 「通則」の麻酔料又は神経ブロック料の所定点数とは、麻酔料又は神経ブロック料の節に掲げられた点数及び各注に規定する加算（酸素又は窒素を使用した場合の加算を除く。）の合計をいい、「通則」の加算点数は含まない。
- 7 「通則2」の加算及び「通則3」の加算は、第1節麻酔料（麻酔管理料を除く。）又は第2節神経ブロック料について適用され、第3節薬剤料については適用されない。この場合、麻酔

に要する費用は、麻酔料及び神経ブロック料の所定点数に各通則の加算を加えた点数並びに薬剤料の合計点数により算定する。

8 「通則2」の未熟児加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に麻酔が行われた場合に限り算定できる。

9 「通則3」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（本項において「時間外加算等」という。）の取扱いは、次に掲げるものの他、初診料の時間外加算等と同様である。なお、「A000」の「注9」又は「A001」の「注7」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診において実施された麻酔については算定できない。

ア 麻酔料
時間外加算等が算定できる緊急手術に伴う麻酔に限り算定できる。

イ 神経ブロック料

緊急やむを得ない理由により時間外加算等が算定できる時間に行われた場合に算定できる。
10 麻酔料に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する麻酔として準用が通知された算定方法により算定する。

第1節 麻酔料

L000 迷もう麻酔

(1) 迷もう麻酔とは、吸入麻酔であって、実施時間が10分未満のものをいう。なお、迷もう麻酔の実施時間は、麻酔薬の吸入を最初に行った時間を開始時間とし、検査、画像診断、処置又は手術が終了した時点を終了時間とする。

(2) ガス麻酔器を使用する10分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

L001-2 静脈麻酔

(1) 静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものをいう。
(2) 「1」は、静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であつて、麻酔の実施時間が10分未満の場合に算定する。

(3) 「2」及び「3」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行つた場合であつて、「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔以外の静脈麻酔が行われた場合に算定する。ただし、安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行わなければならない。

(4) 「3」に規定する複雑な場合とは、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。

(5) 静脈麻酔の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。

(6) 「注1」における所定点数とは、「注2」における加算点数を合算した点数をいう。

L002 硬膜外麻酔

(1) 実施時間は、硬膜外腔に当該麻酔を施行するために局所麻酔剤を注入した時点を開始時

間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。
(2) 第12胸椎と第1腰椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「1」で算定する。また、第5腰椎と第1仙椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「2」で算定する。

L003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入

精密持続注入とは、自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入するものをいう。

L004 脊髄麻酔

実施時間は、くも膜下腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

L005 上・下肢伝達麻酔

(1) 上肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために腕神経叢の麻酔を行った場合に算定する。

(2) 下肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定する。

L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔

球後麻酔と顔面伝達麻酔を同時に行った場合は、主たるもののみで算定し、重複して算定できない。

L007 開放点滴式全身麻酔

ガス麻酔器を使用する10分以上20分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(1) ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合は、本区分により算定する。

(2) 静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であつて、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20分以上実施した場合は、本区分により算定する。

(3) 本区分の全身麻酔の実施時間は、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含まない。

(4) 麻酔が困難な患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

ア 心不全（NYHAⅢ度以上のものに限る。）の患者

イ 狭心症（CCS分類Ⅲ度以上のものに限る。）の患者

ウ 心筋梗塞（発症後3月以内のものに限る。）の患者

エ 大動脈閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全（いずれも中等度以上のものに限る。）の患者

オ 大動脈弁狭窄（経大動脈弁血流速度4m/秒以上、大動脈弁平均圧較差40mmHg以上又は大動脈弁口面積1cm²以下のものに限る。）又は僧帽弁狭窄（僧帽弁口面積1.5cm²以下のものに限る。）の患者

カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者

キ 先天性心疾患（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧 25mmHg 以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者

ク 肺動脈性肺高血圧症（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧 25mmHg 以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者

ケ 呼吸不全（動脈血酸素分圧 60mmHg 未満又は動脈血酸素分圧・吸入酸素分画比 300 未満のものに限る。）の患者

コ 換気障害（1 秒率 70%未満かつ肺活量比 70%未満のものに限る。）の患者

サ 気管支喘息（治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返すものに限る。）の患者

シ 糖尿病（HbA1c が JDS 値で 8.0%以上（NGSP 値で 8.4%以上）、空腹時血糖 160mg/dL 以上又は食後 2 時間血糖 220mg/dL 以上のものに限る。）の患者

ス 腎不全（血清クレアチニン値 4.0mg/dL 以上のものに限る。）の患者

セ 肝不全（Child-Pugh 分類 B 以上のものに限る。）の患者

ソ 貧血（Hb6.0g/dL 未満のものに限る。）の患者

タ 血液凝固能低下（PT-INR2.0 以上のものに限る。）の患者

チ DIC の患者

ツ 血小板減少（血小板 5 万/uL 未満のものに限る。）の患者

テ 敗血症（SIRS を伴うものに限る。）の患者

ト ショック状態（収縮期血圧 90mmHg 未満のものに限る。）の患者

ナ 完全脊髄損傷（第 5 胸椎より高位のものに限る。）の患者

ニ 心肺補助を行っている患者

ヌ 人工呼吸を行っている患者

ネ 透析を行っている患者

ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者

ハ BMT35 以上の患者

(5) (4) の場合に該当し、本区分 1 から 5 までのイに掲げる点数により算定する場合にあっては、(4) のアからハまでの中から該当する状態を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(6) 流量計を設置した酸素ボンベ及びエーテル蒸発装置を使用し、気管内チューブ挿入吹送法又はノンレブリージングバルブを使用して麻酔を維持した場合は本区分により算定できる。

(7) 本区分について「通則 3」の加算を算定する場合の所定点数は、「注 2」、「注 4」、「注 5」及び「注 7」による加算を含むものとする。

(8) 麻酔の種類等について

ア 「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。

イ 「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、1 回換気量を少なくし、換気回数を著しく増加させた換気法をいう。なお、この場合の「換気回数」は概ね 1 分間に 60 回以上である。

ウ 「低体温麻酔」は、重度脳障害患者への治療的低体温では算定できない。

(9) 麻酔の種類等における実施時間について

ア 「低体温麻酔」については、クーリングを開始した時点から復温する時点までをいう。

イ 「高頻度換気法による麻酔」については、特殊な換気装置を作動させた時点から終了させた時点までをいう。

ウ 「人工心肺を使用した麻酔」については、人工心肺装置に接続し装置を動かし始めた時点から装置を停止した時点までをいう。

(10) 複数の点数に分類される麻酔や手術が一の全身麻酔の中で行われる場合においては、行われた麻酔の中で最も高い点数のものを算定する。なお、ここでの一の全身麻酔とは、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を接続した時点を開始とし、患者が麻酔器から離脱した時点を終了とする麻酔をいう。

(11) 臓器移植術加算は、「K 5 1 4 - 4」同種死体肺移植術、「K 6 0 5 - 2」同種心移植術、「K 6 0 5 - 4」同種心肺移植術、「K 6 9 7 - 7」同種死体肝移植術、「K 7 0 9 - 3」同種死体脾移植術、「K 7 0 9 - 5」同種死体脾腎移植術、「K 7 1 6 - 6」同種死体小腸移植術又は「K 7 8 0」同種死体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

(12) 麻酔の実施時間

ア 全身麻酔の実施時間は、(3)により計算する。

イ 当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。

ウ 複数の点数の区分に当たたる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

(ロ) 麻酔時間の基本となる 2 時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

(ハ) (ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注 2」の規定に従い 30 分又はその端数を増すごとに加算を行う。

(ニ) (ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が 30 分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例 1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で 10 分間

② 次に体臥位で 2 時間 30 分間

③ 最後に仰臥位で 20 分間

の計 3 時間の麻酔を行った場合

基本となる 2 時間に②の 2 時間を充当

②の残り 30 分の加算

仰臥位で行われた①と③を合計して 30 分の加算

算定点数

例 2 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で 10 分間

② 次に側臥位で 1 時間 20 分間

③ 最後に仰臥位で 47 分間

の計 2 時間 17 分の麻酔を行った場合
基本となる 2 時間に②の 1 時間 20 分+①と③の 57 分のうち 40 分

9, 1 3 0 点

①と③の残り 17 分の加算

算定点数

600 点

9, 730 点

例 3 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

- ① 最初に仰臥位で 5 分間
- ② 次に側臥位で 21 分間
- ③ 次に分離肺換気で 1 時間 27 分間
- ④ 次に側臥位で 30 分間
- ⑤ 最後に仰臥位で 5 分間

の計 2 時間 28 分の麻酔を行った場合
基本となる 2 時間に③の 1 時間 27 分+②と④の 51 分のうち 33 分

②と④の残り 18 分+①と⑤の 10 分の合計 28 分の加算

算定点数

16, 600 点

660 点

17, 260 点

例 4 麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

- ① 最初に仰臥位で 10 分間
- ② 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 45 分間
- ③ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用して 2 時間 25 分間
- ④ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 1 時間
- ⑤ 最後に仰臥位で 10 分間

の計 4 時間 30 分の麻酔を行った場合
基本となる 2 時間に③の 2 時間を充当

②+④で 1 時間 45 分となり、このうち 30 分×3 の加算

③の残り 25 分間に④の残り 15 分間のうち 5 分間を加算

①+⑤の 20 分間に④の残り 10 分間を加算

算定点数

21, 100 点

(13) 酸素・窒素 (注 3)

ア 酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」の定めるところによる。

イ 酸素及び窒素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置を使用して全身麻酔を施行した場合、動力源として消費される酸素及び窒素の費用は、「注 3」の加算として算定できない。

(14) 硬膜外麻酔併施加算 (注 4)

硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注 4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注 5」に規定する加算を算定する。

(15) 所定点数に含まれる費用

ア 本区分の麻酔法の際に使用するソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ 「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ)、カルジオタコスコープの検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区

分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、当該検査に要する費用は別に算定できない。

ウ 体温 (深部体温を含む。) 測定の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ 経皮的動脈血酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定に要する費用は所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終末呼気炭酸ガス濃度測定は別に算定できない。

(16) 「注 7」に規定する術中経食道心エコー連続監視加算は、手術患者の心臓機能を評価する目的で経食道心エコー法を行った場合に算定できる。

(17) 「注 7」の麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患又は弁膜症の患者とは、(4)のイからオまでに掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

(18) 神経ブロックを超音波ガイド下に併せて行った場合は、「注 9」に掲げる点数を所定点数に加算する。この際、硬膜外麻酔の適応となる手術 (開胸、開腹、関節置換手術等) を受ける患者であって、当該患者の併存疾患や状態等 (服用する薬により硬膜外麻酔が行えない場合を含む。) を踏まえ、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性があるものに対して実施する場合は「イ」に掲げる点数を、それ以外の患者 (硬膜外麻酔の適応とならない手術を受ける患者を含む。) に対して実施する場合は「ロ」に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。なお、「イ」の加算を算定する場合は、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(19) 「注 10」に規定する非侵襲的血行動態モニタリング加算は、動脈圧測定用カテーテル、サーモダイリュンション用カテーテル、体外式連続心拍出量測定用センサー等を用いた侵襲的モニタリングが実施されている場合には、算定できない。

(20) 「注 11」に規定する術中脳灌流モニタリング加算は、近赤外光を用いて非侵襲的かつ連続的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に算定できる。なお、「K 5 6 1」ステントグラフト内挿術 (血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。) については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部 3 分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合にのみ算定できるとし、その医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

L 0 0 8 - 2 体温維持療法

(1) 体温維持療法は、心肺蘇生後の患者又は頭部外傷患者 (脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴う Glasgow Coma Scale (以下「GCS」という。) 8 点以下の状態にある患者に限る。) に対し、直腸温 36℃以下で 24 時間以上維持した場合に、開始日から 3 日間に限り算定する。ただし、頭部外傷患者 (脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴う GCS 8 点以下の状態にある患者に限る。) の体温維持療法は、一連の治療において、脳脊髄圧モニタリングを行った場合にのみ算定できる。

(2) 重度脳障害患者 (脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴う GCS 8 点以下の状態にある頭部外傷患者を除く。) への治療的低体温の場合は算定できない。

(3) 当該点数を算定するに当たり、必ずしも手術を伴う必要はない。

(4) 体温維持迅速導入加算は、目撃された心停止発症後 15 分以内に医療従事者による蘇生術

が開始された心停止患者に対して、心拍再開の 15 分後までに咽頭冷却装置を用いて体温維持を行った場合に算定できる。体温維持迅速導入加算の算定に当たっては、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。

(5) 中心静脈留置型経皮的体温調節装置システムを用いる場合、「G005-2」中心静脈注射用カテーテル挿入は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(6) (1)に規定する脳脊髄圧モニタリングを行った場合は、「D227」頭蓋内圧持続測定又は脳室内若しくは硬膜下腔等にカテーテルを挿入して経時的又は連続的に脳脊髄圧の測定を行った場合のことをいう。

(7) 頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うGCS8点以下の状態にある患者に限る。）に対し体温維持療法を算定した場合は、脳脊髄圧モニタリングの内容等を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

L008-3 経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき1回に限り算定する。

L009 麻酔管理料(Ⅰ)

(1) 当該点数は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

(2) 麻酔管理料(Ⅰ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医（地方厚生(支)局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。）が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が「L002」硬膜外麻酔、「L004」脊椎麻酔又は「L008」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に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

(3) 麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。

(4) 麻酔管理料(Ⅰ)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

(5) 麻酔管理料(Ⅰ)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。

(6) 「注5」に規定する周術期薬剤管理加算は、専任の薬剤師が周術期における医療従事者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周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等（以下この区分において「病棟薬剤師等」という。）と連携して実施した場合に算定する。

(7) 周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。

ア 「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和3年9月30日医政発0930第16号）」の3の3 ①等に基づき、周術期の薬学的管理

等を実施すること。

イ アについては病棟薬剤師等と連携して実施すること。ウ 時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備していること。

また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

L010 麻酔管理料(Ⅱ)

(1) 当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

(2) 麻酔管理料(Ⅱ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分において単に「担当医師」という。）又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、「L002」硬膜外麻酔、「L004」脊椎麻酔又は「L008」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に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。

(3) 主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行われなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要があること。

(4) 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。

(5) 麻酔管理料(Ⅱ)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

(6) 麻酔管理料(Ⅱ)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。

(7) 同一の患者について、麻酔管理料(Ⅰ)及び麻酔管理料(Ⅱ)を併算定することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料(Ⅰ)及び麻酔管理料(Ⅱ)の双方を異なる患者に算定することは可能であること。

(8) 「注2」に規定する周術期薬剤管理加算の取扱いは、「L009」麻酔管理料(Ⅰ)の(6)及び(7)と同様であること。

第2節 神経ブロック

L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、L101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

(1) 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50%以上）及びフェノール（2%

以上）等の神経破壊剤の注入、高周波凝固法又はパルス高周波法により、神経内の刺激伝達を遮断することという。

(2) 神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法を使用した場合に算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。

なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載すること。

(3) 同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用によるものは、がん性疼痛を除き、月1回に限り算定する。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法によるものを同一月に算定できる。

(4) 同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるものののみ算定する。また、2種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるものののみ算定する。

(5) 椎間孔を通じて脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「1」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「1」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

(6) 神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

(7) 同一日に神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、部位にかかわらず別に算定できない。

L1103 カテラン硬膜外注射

刺入する部位にかかわらず、所定点数を算定する。

L1104 トリガーポイント注射

(1) トリガーポイント注射は、圧痛点に局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤を注射する手技であり、施行した回数及び部位にかかわらず、1日につき1回算定できる。

(2) トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

L1105 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

「注」の「精密持続注入」とは、自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で麻酔剤を注入するものをいう。

第12部 放射線治療

<通則>

1 放射線治療に係る費用は、第1節放射線治療管理・実施料及び第2節特定保険医療材料料（厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち放射線治療に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

2 第1節に掲げられていない放射線治療のうち、簡単なものの費用は算定できないものであるが、特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

3 小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。

第1節 放射線治療管理・実施料

M000 放射線治療管理料

(1) 放射線治療管理料は、「M001」体外照射又は「M004」密封小線源治療の「1」に掲げる外部照射、「2」に掲げる腔内照射若しくは「3」に掲げる組織内照射による治療を行うに際して、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画（三次元線量分布図を用いるものを含む。以下同じ。）により放射線照射を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において2回に限り算定する。ただし、子宮頸癌に対して行う場合は、一連の治療過程において4回まで算定できる。

(2) 画像診断を実施し、その結果に基づき、線量分布図に基づいた照射計画を作成した場合には、画像診断の所定点数は算定できるが、照射計画の作成に係る費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。

(3) 「注2」に規定する放射線治療専任加算は、「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、放射線治療を専ら担当する医師により、照射計画の作成、照射中の患者の管理及び照射後の副作用管理を含めた放射線科的管理が行われた場合に限り算定する。

(4) 「注3」に規定する外来放射線治療加算の対象となる患者は、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であり、以下のいずれかに該当する場合に、1日につき1回に限り算定する。

ア 入院中の患者以外の患者に対して、「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合

イ 他の保険医療機関に入院中の患者に対して、「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合

(5) 「注4」に規定する遠隔放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、放射線治療を行う施設と連携した放射線治療を支援する施設の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始が必要な切迫した病態や、臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態をいう。

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

(1) 放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、当該治療を受けている患者の継続的な管理を評価するものである。

(2) 放射性同位元素内用療法管理料は入院・入院外を問わず、患者に対して放射性同位元素内用療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定できる。また、説明・指導

した内容等を診療録に記載又は添付すること。

(3) 放射性同位元素の内用後4月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。

(4) 「1」の「甲状腺癌に対するもの」は、甲状腺分化癌の患者（甲状腺分化癌であって、甲状腺組織の破壊、又は甲状腺癌の転移の治療（甲状腺全摘術、亜全摘術後及び手術により摘出できない症例等））に対して行った場合に算定する。

(5) 「3」の「固形癌骨転移による疼痛に対するもの」は、固形癌骨転移の患者（骨シンチグラフィで陽性像を呈する骨転移があつて、骨転移部位の疼痛緩和目的（他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分である症例））に対して行った場合に算定する。

(6) 「4」の「B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの」は、CD20陽性の再発又は難治性である、低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫又はマントル細胞リンパ腫の患者に対して行った場合に算定する。

(7) 「5」の「骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの」は、去勢抵抗性前立腺癌であつて、骨シンチグラフィ等で骨転移を認める患者に対して行つた場合に、1月あたりの回数によらず、放射性同位元素を内用した日に限り算定する。

(8) 「6」の「神経内分泌腫瘍に対するもの」は、ソマトスタチン受容体陽性の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者に対して行つた場合に算定する。

(9) 「7」の「褐色細胞腫に対するもの」は、メタヨードベンジルグアニジンが集積する悪性褐色細胞腫・パラガングリオーマの患者に対して行つた場合に算定する。

(10) 放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿つて行われるものであること。

(11) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

MO01 体外照射

(1) 体外照射の具体的な定義は次のとおりである。

ア エックス線表在治療とは、管電圧10万ボルト未満による照射療法をいう。

イ 高エネルギー放射線治療とは、100万電子ボルト以上のエックス線又は電子線の応用で、直線加速装置又はマイクロトロン治療装置使用による照射療法をいう。

ウ 強度変調放射線治療（IMRT）とは、多分割総り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、三次元での線量分布を最適なものとする照射療法をいう。ただし、診療報酬の算定については、関連学会のガイドラインに準拠し、3方向以上の照射角度から各門につき3種以上の線束強度変化を持つビームによる治療計画を逆方向治療計画法にて立案したもののについて照射した場合に限る。

(2) 体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数及び同一患部に対する照射方法にかかわらず、1回につき所定点数を算定する。また、2方向以上の照射があつても当該所定点数のみにより算定する。

(3) 「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療は、1日に複数部位の照射を行う場合においては、1回目とは異なる部位に係る2回目の照射に限り、「ロ」の2

回目の所定点数を算定する。1日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、1回目の照射と2回目の照射の間隔が2時間を超える場合に限り、「イ」の1回目の所定点数を1日に2回算定できる。

(4) 「3」強度変調放射線治療は、1日1回に限り算定できる。ただし、小細胞肺癌に対して、1日に2回の照射を行う場合は、1回目の照射と2回目の照射の間隔が6時間を超える場合に限り、所定点数を1日に2回算定できる。

(5) 「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療において、同一部位に対する1日2回目の照射を算定する場合は、「3」強度変調放射線治療において、小細胞肺癌に対して1日2回目の照射を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に1回目及び2回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。

(6) 一回線量増加算

ア 日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「放射線治療計画ガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

イ 患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を照射線量と回数の違いによる差異が分かるように文書を用いて詳しく説明を行い、患者の同意を得るとともに、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付すること。また、患者への説明が困難な状況にあつては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行つても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

ウ 「3」強度変調放射線治療（IMRT）の「注2」の一回線量増加算は、強度変調放射線治療（IMRT）を行う場合であつて、「注4」の「ハ」（画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報によるもの））を算定する場合に限り算定する。

(7) 「注3」の体外照射用固定器具加算は、腫瘍等に対して体外照射を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り、一連の治療につき1回に限り算定できる。

(8) 「注4」の画像誘導放射線治療（IGRT）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の三次元的な空間的再現性が5ミリメートル以内であることを照射室内で画像的に確認・記録して照射する治療のことである。

(9) 「注4」の画像誘導放射線治療加算は、「2」高エネルギー放射線治療の所定点数を1日に2回算定できる場合であつても、1日に1回の算定を限度とする。

(10) 「注5」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、食道がん、胃がん、肝がん、胆道がん、膵がん、腎がん若しくは副腎がん又は深部気位において心臓の線量低減が可能な左乳がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

MO01-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

(1) ガンマナイフによる定位放射線治療とは、半球状に配置された多数のコバルト⁶⁰の微小

線源から出るガンマ線を束束させ、病巣部を照射する治療法をいう。

- (2) 数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回の
み算定する。

- (3) 定位型手術枠（フレーム）を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、
放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- (1) 直線加速器による放射線治療は、実施された直線加速器による体外照射を一連で評価し
たものであり、「M001」体外照射を算定する場合は、当該点数は算定できない。

- (2) 定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトロンを含む。）により極小照射野で線量
を集中的に照射する治療法であり、頭頸部に対する治療については、照射中心の固定精度
が2ミリメートル以内であるものをいい、体幹部に対する治療については、照射中心の固
定精度が5ミリメートル以内であるものをいう。

- (3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含
む。）、脳動静脈奇形及び薬物療法による疼痛管理が困難な三叉神経痛に対して行った場
合にのみ算定し、体幹部に対する治療については、原発病巣が直径5センチメートル以下
であり転移病巣のない原発性肺癌、原発性肝癌又は原発性腎癌、3個以内で他病巣のない
転移性肺癌又は転移性肝癌、転移病巣のない限局性の前立腺癌又は膀胱癌、直径5センチメ
ートル以下の転移性脊椎腫瘍、5個以内のオリゴ転移及び脊髄動静脈奇形（頸部脊髄動静
脈奇形を含む。）に対して行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回
の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。

- (4) 定位放射線治療については、定位型手術枠又はこれと同等の固定精度を持つ固定装置を
取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療
に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (5) 「注2」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、
肝がん又は腎がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置
又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策の
ことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞ
れ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。
なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射
範囲について記録の上、検証すること。

- (6) 「注2」の「イ」動体追尾法は、自由呼吸の下で、呼吸運動と腫瘍位置との関係を分析
し、呼吸運動に合わせて照射野を移動して照射する方法、又は呼吸運動に合わせて腫瘍の
近傍のマーカー等をエックス線透視し、決められた位置を通過する時に照射する方法のい
ずれかの場合に算定する。

M001-4 粒子線治療（一連につき）

- (1) 重粒子線治療とは、炭素原子核を加速することにより得られた重粒子線を集中的に照射
する治療法であるものをいう。

- (2) 陽子線治療とは、水素原子核を加速することにより得られた陽子線を集中的に照射する
治療法であるものをいう。

- (3) 重粒子線治療は、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部

悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）、手術による根治的な治療法が困難であ
る早期肺癌（日本肺癌学会が定める「肺癌取扱い規約」におけるⅠ期からⅡA期までの肺
癌に限る。）、手術による根治的な治療法が困難である肝細胞癌（長径4センチメー
トル以上のものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難である肝内胆管癌、手術による
根治的な治療法が困難である局所進行性膀胱癌、手術による根治的な治療法が困難である局
所大腸癌（手術後に再発したものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難である局
所進行性子宮頸部腺癌、手術による根治的な治療法が困難である局所進行性子宮頸部扁平
上皮癌（長径6センチメートル以上のものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難
である悪性黒色腫（婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に限る。）又は限局性及び
局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療法として行った
場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、
所定点数は1回のみ算定する。

- (4) 陽子線治療は、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術による根治的な治療
法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除
く。）、手術による根治的な治療法が困難である早期肺癌（日本肺癌学会が定める「肺癌
取扱い規約」におけるⅠ期からⅡA期までの肺癌に限る。）、手術による根治的な治療法
が困難である肝細胞癌（長径4センチメートル以上のものに限る。）、手術による根治的
な治療法が困難である肝内胆管癌、手術による根治的な治療法が困難である局所進行性膀
胱癌、手術による根治的な治療法が困難である局所大腸癌（手術後に再発したものに限る。
）又は限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療
法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場
合であっても、所定点数は1回のみ算定する。

- (5) 「1」に規定する希少な疾病とは、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術
による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭
の扁平上皮癌を除く。）、手術による根治的な治療法が困難である早期肺癌（日本肺癌学
会が定める「肺癌取扱い規約」におけるⅠ期からⅡA期までの肺癌に限る。）、手術によ
る根治的な治療法が困難である肝細胞癌（長径4センチメートル以上のものに限る。）、
手術による根治的な治療法が困難である肝内胆管癌、手術による根治的な治療法が困難で
ある局所進行性膀胱癌、手術による根治的な治療法が困難である局所大腸癌（手術後に再発
したものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難である局所進行性子宮頸部腺癌、
手術による根治的な治療法が困難である局所進行性子宮頸部扁平上皮癌（長径6センチメ
ートル以上のものに限る。）又は手術による根治的な治療法が困難である悪性黒色腫（婦
人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に限る。）のことを指し、「2」に規定する「1」
以外の特定の疾病とは、限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）の
ことを指す。

- (6) 粒子線治療について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費
用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (7) 「注2」の粒子線治療適応判定加算は、当該治療の実施に当たって、治療適応判定に関
する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるも
のであり、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を