

#### K 7 5 5 副腎腫瘍摘出術

巨大な副腎腫瘍が脾臓と強く癒着しているため本手術と区分番号「K 7 1 1」脾摘出術を併施した場合は、区分番号「K 6 7 3」胆管形成手術に準じて算定する。

#### K 7 6 2 腎固定術

遊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、経皮的に腎瘻を造設した後、腎瘻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腎・尿管結石破砕を行う場合は、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 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、区分番号「K 7 8 9」尿管腸膀胱吻合術に準じて算定する。

#### K 7 7 5 経皮的腎（腎盂）瘻造設術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

#### 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氏名及び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（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の腎を含む。

(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すべて含まれる。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氏名及び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すべて含まれる。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すべ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、腎提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。
- (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氏名及び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、弾性衝撃波又は超音波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、碎石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、区分番号「K798」膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。

K783 経尿道的尿管狭窄拡張術、K783-2 経尿道的尿管ステント留置術、K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術、K785 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K798 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K798-2 経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、K800-2 経尿道的電気凝固術、K803 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K817 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、K821 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。

K783-2 経尿道的尿管ステント留置術、K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術  
区分番号「K783-2」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術

全身状態が不良のため、区分番号「K840」前立腺被膜下摘出術又は区分番号「K841」経尿道的前立腺手術を実施できない患者に対して、尿道ステ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。ただし、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K823 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。

K823-2 尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術

(1) 注入に用いるコラーゲン、皮内反応用のコラーゲン、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。

## 第11款 男子性器

K828-2 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。

K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術

(1) 経尿道的レーザー前立腺切除術は、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ー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。

K841-3 経尿道的前立腺高温度治療

(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。

K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）

- (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。

## 第12款 女子性器

### 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、区分番号「J 0 6 6」尿道拡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) 区分番号「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）及び区分番号「K 8 7 7」子宮全摘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。  
ただし、区分番号「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分番号「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」を併施した場合は、区分番号「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 子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術

子宮腔部糜爛（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性光線力学療法

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 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 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」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。

### K 9 0 6 子宮頸管縫縮術

子宮頸管縫縮術のうち、シロッカー法は、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、術式を問わず、また、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って、区分番号「K 8 9 8」帝王切開術、区分番号「K 8 7 7」子宮全摘術又は区分番号「K 8 7 6」子宮腔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の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って算定する。

#### K 9 1 2 子宮外妊娠手術

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。

### 第13款 臓器提供管理料

#### 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（平成9年法律第104号）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、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、区分番号「K 5 1 4 - 4」同種死体肺移植術、区分番号「K 6 0 5 - 2」同種心移植術、区分番号「K 6 0 5 - 4」同種心肺移植術、区分番号「K 6 9 7 - 7」同種死体肝移植術、区分番号「K 7 0 9 - 3」同種死体脾移植術、区分番号「K 7 0 9 - 5」同種死体脾腎移植術又は区分番号「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8」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」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、区分番号「K 5 1 4 - 6」生体部分肺移植術、区分番号「K 6 9 7 - 5」生体部分肝移植術又は区分番号「K 7 8 0 - 2」生体腎移植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」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。

## 第2節 輸血料

### K920 輸血

- (1) 自家採血輸血、保存血液輸血及び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、区分番号「G100」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) 同種骨髄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EB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、骨髄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。
- (7) 保存血液輸血の注入量は、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) 血小板濃厚液の注入は、「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。
- (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) 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、輸血の反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貼付することとする。

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。

- (13) 輸血に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年9月6日薬食発第0906002号）を遵守するよう努めるものとする。
- (14) 「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。
- (15) 「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。
- (16) 「注7」の加算を算定できるHLA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HLA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/mm<sup>3</sup>以下及び1万/mm<sup>3</sup>以下を標準とする。
- (17) 「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は、供血者ごとに、保存血を使用する場合には、血液バッグ（袋）1バッグごとにそれぞれ算定する。
- (18) 「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、HCV抗体価精密測定検査、HIV-1抗体価測定検査、HIV-1,2抗体価測定検査、HTLV-I抗体価測定検査及び不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。
- (19) 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スロポエチンに係る第2章第6部第1款注射実施料については、自己血輸血の所定点数とは別に算定する。

#### K920-2 輸血管管理料

- (1) 輸血管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。

#### K921 移植骨髄穿刺

移植骨髄穿刺は、区分番号「K922」骨髄移植の(2)に規定する区分番号「K922」の「1」を算定できる場合に限り、骨髄提供者に対して行った骨髄穿刺の回数にかかわらず、本区分の所定点数を別に算定できる。なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「D404」骨髄穿刺及び区分番号「J011」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できな

い。

#### K 9 2 2 骨髄移植

- (1) 骨髄移植の所定点数には、骨髄移植に関連して実施した骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定のコストがすべて含まれる。
- (2) 同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が一致する提供者の骨髄を移植する場合をいうものであり、同種移植を行う場合においては、骨髄提供者から骨髄を採取することに係るすべての費用を各所定点数により算定し、骨髄移植の所定点数に加算する。
- (3) 同種移植の所定点数は、適合する骨髄提供者の情報検索連絡調整に係る費用やコーディネート中断後の再ドナー候補者に対する追加確認検査（HLA検査等）といった安全管理の追加費用等、骨髄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) 同種移植の対象疾患は、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等であり、また、自家末梢血幹細胞移植、自家造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。
- (5) 請求に当たっては、骨髄移植者の診療報酬明細書の摘要欄に骨髄提供者の氏名及び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、骨髄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) 骨髄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した骨髄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。
- (7) 骨髄採取を行った医療機関と骨髄移植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、骨髄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 9 2 2 - 2 臍帯血移植

- (1) 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。
- (2) 臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のHLA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。

#### K 9 2 3 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以上の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。）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。

### 第3節 手術医療機器等加算

#### K 9 3 0 脊髄誘発電位測定加算

「注」に規定する脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分番号「K 1 1 6」から「K 1 1 8」まで、「K 1 2 8」から「K 1 3 6」まで、「K 1 3 8」、「K 1 3 9」、「K 1 4 2」から「K 1 4 2 - 3」まで、「K 1 8 3」から「K 1 9 0 - 2」まで、「K 1 9 1」、「K 1 9 2」及び「K 5 6 0」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目により所定点数を算定する

手術については加算は行わない。

#### K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算

ベッ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。

#### K 9 3 2 創外固定器加算

区分番号「K 0 4 6」骨折観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、区分番号「K 0 5 8」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に算定する。

#### K 9 3 3 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。

#### K 9 3 6 自動縫合器加算

- (1) 区分番号「K 5 2 9」、「K 5 3 1」、「K 6 5 5」、「K 6 5 5-2」、「K 7 1 1-2」、「K 7 1 6」及び「K 7 3 9」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。
- (2) 区分番号「K 5 1 1」、「K 5 1 3」、「K 6 5 5-4」、「K 6 5 7」、「K 6 5 7-2」、「K 7 0 2」、「K 7 0 3」、「K 7 1 9」、「K 7 1 9-2」、「K 7 1 9-3」、「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。
- (3) 区分番号「K 8 0 3」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。
- (4) 区分番号「K 5 1 4」及び「K 5 1 4-2」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。

#### K 9 3 6-2 自動吻合器加算

区分番号「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つては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 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とは、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、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とは、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。

## 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薬、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、区分番号「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、区分番号「J024」酸素吸入及び区分番号「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、麻酔の手技料は検査料、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に算定する。
- 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（麻酔管理料は除く。）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」の未熟児に対する加算は、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、区分番号「A000」の注6又は区分番号「A001」の注5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麻酔の麻酔料は、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出する。

## 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って、麻酔の実施時間が10分未満の場合に算定する。
- (3) 「2」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行った場合であって、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式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) 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。

### 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薬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 脊椎麻酔

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って、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜鉛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めない。
- (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Ⅱ度以上のものに限る。）の患者
  - オ 大動脈弁狭窄（大動脈弁平均圧較差50mmHg以上のものに限る。）又は僧帽弁狭窄（僧帽弁平均圧較差10mmHg以上のものに限る。）の患者
  - カ 植込み型ペースメーカ又は植込み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 原発性肺高血圧症（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・吸入気酸素分画比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（HbA1c8.0%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 大動脈内バルーンポンピングを行っている患者
  - ハ BMI35以上の患者
- (5) 流量計を装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。
- (6) 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」及び「注5」による加算を含むものとする。
- (7) 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 「低血圧麻酔」とは、手術操作を安全にし、出血量を減少させる目的で、脳動脈瘤手術や出血しやすい手術の際に、低血圧の状態を維持する麻酔をいう。なお、この場合の「低血圧」とは概ね、患者の通常収縮期血圧の60%又は平均動脈圧で60～70mmHgを標準とする。
  - ウ 「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、一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。
  - エ 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。
- (8) 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、ここでいう一の全身麻酔とは、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。
- (9) 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 次に伏臥位で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	9, 150点
②の残り30分の加算	900点
仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算	600点
算定点数	<u>10, 650点</u>

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, 130点
①と③の残り17分の加算	600点
算定点数	<u>9, 730点</u>

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	
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	16, 600点
②と④の残り18分+①と⑤の10分の合計28分の加算	660点
算定点数	<u>17, 260点</u>

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	16, 600点
②+④で1時間45分となり、このうち30分×3の加算	2, 700点
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, 200点
①+⑤の20分間に④の残り10分間を加算	600点
算定点数	<u>21, 100点</u>

(10) 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」（平成2年厚生省告示第41号）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。

(11) 硬膜外麻酔加算（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。

(12) 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 区分番号「D220」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。

L008-2 低体温療法

(1) 低体温療法は、心肺蘇生後の患者に対し、直腸温35℃以下で12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。

(2) 重度脳障害患者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、かならずしも手術を伴う必要はない。

L009 麻酔管理料

(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) 麻酔管理料は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（社会保険事務局長に届け出ている医師に限る。以下この項で同じ。）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区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「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) 麻酔管理料を算定しようとする保険医療機関の開設者は、当該点数を算定する常勤の麻酔科標榜医の氏名及び麻酔科標榜許可書の登録番号等を当該保険医療機関の所在地の地方社会保険事務局長に届け出なければならない。

(5) 麻酔管理料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。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) 麻酔管理料について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。

## 第2節 神経ブロック料

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（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

- (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又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。
- (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又は高周波凝固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。
- (3) 同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤又は高周波凝固法使用によるものは、癌性疼痛を除き、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又は高周波凝固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、主たるもののみ算定する。
- (5) 椎間孔を通し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) 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、別に算定できない。

L103 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。

L104 トリガーポイント注射

- (1) トリガーポイント注射は、圧痛点到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。

L105 硬膜外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>

放射線治療料の項に掲げられていない放射線治療のうち、簡単な放射線治療の放射線治療料は算定できないものであるが、特殊な放射線治療の放射線治療料は、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。

### <放射線治療料>

#### M000 放射線治療管理料

- (1) 放射線治療管理料は、区分番号「M001」体外照射又は区分番号「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。
- (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」に掲げる放射線治療専任加算は、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「4」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」に掲げる外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「4」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に、1日につき1回に限り算定する。

#### 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) 甲状腺癌に対する放射性同位元素内用療法管理料の対象疾患は、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））とする。
- (5) 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って行わ