

場合は、1回に15人を限度とする。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職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、精神障害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) 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は、別に算定できない。ただし、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。
- (3) 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・ケアを開始した日から起算して3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。
- (4) 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つては、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。
- (5) 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 9 精神科デイ・ケア

- (1) 精神科デイ・ケアは、精神障害者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) 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、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は、別に算定できない。
- (3) 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・ケアを開始した日から起算して3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。
- (4) 「注3」に掲げる加算の対象となる食事の提供は、あくまでも医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われた場合に算定する。
- (5) 食事の提供の実施に当たっては、概ね入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養の基準に準じるものとし、関係帳簿を整備する。
- (6) 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。
- (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。

#### I 0 1 0 精神科ナイト・ケア

- (1) 精神科ナイト・ケアは、精神障害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おいては、区分番号「A 0 0 0」初診料の注6及び「A 0 0 1」再診料の注5に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

#### 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、精神障害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ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・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) 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。

#### 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障害者である患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、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年を超える精神障害者である患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貼付すること。
- (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等の如何を問わず、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の退院日に算定する。
- (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患者については、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障害者である患者の退院に先立ち、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、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つては、6回）を限度として指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
- (3) 「注2」に係る加算は、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)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

担当してい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、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神障害者であ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」に規定する精神科訪問看護・指導料(I)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回に限り算定することとする。
- (3) 「注1」のただし書きに規定する場合とは、患者が急性増悪した状態であって、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こと。また、「注2」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」ただし書に規定する場合と、「注2」に規定する場合においては、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記載すること。
- (5) 「注4」に係る加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等による患家への訪問が必要と判断し、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の複数の保健師等が、患者又は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。なお、保健師又は看護師の訪問に、准看護師が同行した場合には、「注4」に係る加算が算定できる。
- (6) 精神科訪問看護・指導料(II)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保健師等が、グループホーム又は医師若しくは看護師の配置を義務付けられていない精神障害者施設の了解の下にこれらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、当該保険医療機関で診療を行っている複数の患者又はその介護を担当する者等に対して同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定する。
- (7) (5)に規定する精神科訪問看護・指導は、1人の保健師等が同時に行う看護・指導の対象患者等の数は5人程度を標準とし、1回の訪問看護・指導に8人を超えることはできない。
- (8) 医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。
- (9) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録にとどめておく。
- (10) 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。
- (11) 「注7」に規定する交通費は実費とする。

#### I 0 1 3 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

- (1) 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、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、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。

- (2) 持続性抗精神病注射薬剤とは、デカン酸ハロペリドール、エナント酸フルフェナジン及びデカン酸フルフェナジンをいう。
- (3) 持続性抗精神病注射薬剤治療管理を行った場合は、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

#### I 0 1 4 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あっては、患者の該当する入院形態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な（少なくとも月1回）評価を行うこと。
- (4) 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 0 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（「認知症である老人の日常生活度判定基準」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) 「注3」に掲げる加算の対象となる食事の提供については、区分「I 0 0 9」精神科デイ・ケアの(4)及び(5)の規定によるものとする。
- (4) 重度認知症患者デイ・ケアの実施時刻については、診療録等に記載すること。
- (5) 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法は、別に算定できない。

## 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・躯幹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、又は処方せん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格であり、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、処方せん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 浣腸、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、簡単な耳垢栓除去、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処置（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（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）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」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（以下「時間外加算等」という。）は、区分番号「A000」の注4、区分番号「A001」の注3、区分番号「A002」の注4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、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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 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、第3節及び第4節における費用は含まない。
- 8 4から7に規定する他、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。

9 「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。

10 第1節に掲げられていない特殊な処置の処置料は、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。

11 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、区分番号「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。

#### <処置料>

(一般処置)

#### J000 創傷処置

(1) 創傷処置、区分番号「J001」熱傷処置、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「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をいう。

(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) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C112」在宅気管切開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み、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日につき所定の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、点滴注射及び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。

#### J001 熱傷処置

(1) 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び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、薬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。

#### J 0 0 1 - 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、区分番号「J 0 0 0」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。

#### J 0 0 1 - 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。）（N P U A P分類Ⅲ度及びⅣ度）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、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

#### J 0 0 1 - 5 後期高齢者処置

- (1) 後期高齢者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あつ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 後期高齢者精神病棟等処置料

- (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」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、後期高齢者処置の所定点数により算定する。
- (3) 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が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後期高齢者精神病棟等処置料として、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 2 ドレーン法（ドレナージ）

- (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) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。
- (3) 「1」と「2」は同一日に併せて算定できない。
- (4) ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号「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。

#### J 0 0 4 流注膿瘍穿刺

区分番号「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

区分番号「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

区分番号「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

区分番号「J007」頸椎穿刺は区分番号「D403」頸椎穿刺と、区分番号「J007」胸椎穿刺は区分番号「D403」胸椎穿刺と、区分番号「J007」腰椎穿刺は区分番号「D403」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

#### J008 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、区分番号「D419」その他の検体採取の「2」により算定する。

#### J011 骨髄穿刺

区分番号「D404」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

#### J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺

区分番号「D407」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。

#### J013 ダグラス窩穿刺

区分番号「D408」ダグラス窩穿刺と同一日に算定することはできない。

#### J014 乳腺穿刺

区分番号「D410」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。

#### J015 甲状腺穿刺

区分番号「D411」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。

#### J016 リンパ節等穿刺

区分番号「D409」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。

#### J017 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。

#### J017-2 リンパ管腫局所注入

リンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。

#### J018 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、ネラトンカテーテル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、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。）、ネブライザー又は超音波ネブライザー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) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C112」在宅気管切開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。

#### J 0 1 8 - 3 干渉低周波去痰器による喀痰排出

- (1) 区分番号「J 0 1 8」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) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C 1 1 2」在宅気管切開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。

#### J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ

- (1) 2日目以降は、区分番号「J 0 0 2」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、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

#### J 0 1 9 - 2 胸腔内出血排除（非開胸的）

手術と同一日に行った胸腔内出血排除（非開胸的）は別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

#### J 0 2 0 胃持続ドレナージ

2日目以降は、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

#### J 0 2 1 持続的腹腔ドレナージ

- (1) 2日目以降は、区分番号「J 0 0 2」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、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

#### J 0 2 2 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、排便、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。

#### J 0 2 4 酸素吸入、J 0 2 4 - 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、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) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C 1 0 7」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。

#### J 0 2 5 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) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸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。

J 0 2 6 間歇的陽圧吸入法、J 0 2 6 - 2 鼻マスク式補助換気法、J 0 2 6 - 3 体外式陰圧人工呼吸器治療

- (1) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸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、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) 間歇的陽圧吸入法、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行う喀痰吸引、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。

J 0 2 7 高気圧酸素治療

- (1) 「1」は次の疾患に対して、発症後1週間以内に行う場合に、1日につき所定点数を算定する。
  - ア 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒（間歇型を含む。）
  - イ ガス壊疽
  - ウ 空気塞栓又は減圧症
  - エ 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
  - オ ショック
  - カ 急性心筋梗塞その他の急性冠不全
  - キ 脳塞栓、重症頭部外傷若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫
  - ク 重症の低酸素性脳機能障害
  - ケ 腸閉塞
  - コ 網膜動脈閉塞症
  - サ 突発性難聴
  - シ 重症の急性脊髄傷害
- (2) 「2」は次の疾患又は「1」の適応疾患であって発症後の期間が1週間を超えたものに行う場合に、1日につき所定点数を算定する。
  - ア 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
  - イ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
  - ウ 皮膚移植
  - エ スモン
  - オ 脳血管障害、重症頭部外傷又は開頭術後の運動麻痺
  - カ 一酸化炭素中毒後遺症
  - キ 脊髄神経疾患
  - ク 骨髄炎又は放射線壊死
- (3) 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日につき区分番号「J 0 2 4」酸素吸入により算定する。
- (4) 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。

#### J 0 2 8 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。

#### J 0 2 9 鉄の肺

1日につき所定点数により算定する。

#### J 0 3 4 イレウス用ロングチューブ挿入法

- (1) 2日目以降は、区分番号「J 0 0 2」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。

#### J 0 3 8 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) 入院中の患者（介護老人保健施設に入所中の患者を含む。以下この項で同じ）に人工腎臓を行った場合又は特掲診療料の施設基準等の第十一の二に規定する場合（入院中の患者以外の患者に血液濾過を行った場合又はその他特に認める場合）に該当する場合においては、「2」により算定する。なお、「入院中の患者以外の患者に血液濾過を行った場合又はその他特に認める場合」とは、入院中の患者以外の患者であって下記の場合である。

ア 血液透析濾過を行った場合

イ 生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血）を有する患者に対して血液透析を行った場合

ウ 重大な視力障害に至る可能性が著しく高い、進行性眼底出血を有する患者に血液透析を行った場合

- (3) (2)の場合（入院中の患者の場合を除く。）に該当し、「2」により算定する場合にあつては、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (4) 人工腎臓の時間は、シャントから動脈血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。
- (5) 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、患者に十分な説明を行うこと。
- (6) 妊娠中の患者以外の患者に対し、人工腎臓と区分番号「J 0 3 8 - 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、ダルベポエチン及び生理食塩水を含む。）又は特定保険医療材料料は別に算定できる。
- (7) 区分番号「C 1 0 2」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号「C 1 0 2 - 2」に掲げる在宅血液透析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、入院中の患者を除く。）については、人工腎臓の費用は別に算定できない。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。

- (8) 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、「2」により算定する。
- (9) 人工腎臓における血液透析濾過は、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「2」により算定する。
- (10) 「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っては、併せて算定できない。
- (11) 「注1」の加算を算定する場合は、区分番号「A000」初診料の注6及び区分番号「A001」再診料の注5に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (12) 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。
- (13) 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あっては、「注1」の加算を1回のみ算定できる。
- (14) 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ものであること。
- (15) 「注2」の加算については、「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月間をいい、これに該当する場合、1日につき300点を1月間に限り算定する。
- (16) 「注3」の加算については、下記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 障害者基本法にいう障害者（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 「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）の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの
  - 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

(17) 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」の場合には、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及びダルベポエチン製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」により算定する場合においても、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及びダルベポエチン製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 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、必要があつて脱イオン(純水製造装置による)を行わなければ使用できない場合であっても同様である。
- エ 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 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを設置するための手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、本カテーテルは1週間に1本を限度とする。
- カ 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。

(18) 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、「2」の場合であつて、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。

#### 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、腎不全のほか、重症急性膵炎、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。)の患者に対しても算定できる。ただし、重症急性膵炎の患者に対しては一連につき概ね8回を限度とし、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。)の患者に対しては一連につき月10回を限度として3月間に限って算定する。
- (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。
- (4) 「注1」の加算を算定する場合は、区分番号「A000」初診料の注6及び区分番号「A001」再診料の注5に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (5) 持続緩徐式血液濾過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。

- (6) 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。

#### J 0 3 9 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、巣状糸球体硬化症、溶血性尿毒症症候群、家族性高コレステロール血症、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、スティーブンス・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、A B O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又は慢性C型ウイルス肝炎の患者に対して、遠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。
- 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（CH<sub>50</sub>）の値が20単位以下、補体蛋白（C<sub>3</sub>）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當な者
- 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実施回数は、一連につき週3回を限度として、3月間に限って算定する。
- (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週以上にあつては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 ヘパプラスチンテスト (HPT) 40%以下又はComa Grade II以上の条件のうち2項目以上を有する場合

- (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プラスチ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り、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巣状糸球体硬化症は、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250mg/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総コレステロール値が500mg/dLを超えるホモ接合体の者
  - イ 血清コレステロール値が食事療法下の定常状態(体重や血漿アルブミンを維持できる状態)において400mg/dLを超えるヘテロ接合体で薬物療法を行っても血清コレステロール値が250mg/dL以下に下がらない者
- (17) 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
- (18) 当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はスティーブンス・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。
- (19) 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。

- (20) 当該療法の対象となる同種腎移植は二重濾過法により、A B O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。
- (21) 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、再度のインターフェロン療法を施行する前に、5回を限度として算定する。
- (22) 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。
- (23) 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。
- (24) 血漿交換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。

#### 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、区分番号「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は、次のアからウのいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「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であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの
  - イ 次の(イ)～(ニ)のうち2項目以上を同時に満たすもの
    - (イ) 体温が38度以上又は36度未満
    - (ロ) 心拍数が90回/分以上
    - (ハ) 呼吸数が20回/分以上又はPaCO<sub>2</sub>が32mmHg未満
    - (ニ) 白血球数が12,000/mm<sup>3</sup>以上若しくは4,000/mm<sup>3</sup>未満又は桿状核好中球が10%以上
  - ウ 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの（肝障害が重症化したもの（総ビリルビン10mg/dL以上かつヘパプラスチンテスト40%以下であるもの）を除く。）
- (3) 吸着式血液浄化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、夜間に吸着式血液浄化療法を開始し、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 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、潰瘍性大腸炎又は関節リウマチ患者（吸着式のみ。）に対して次のア又はイ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