

保医発第0329004号
平成14年3月29日

日本病院会長 殿

厚生労働省保険局医療課長



平成14年度社会保険診療報酬改定関連通知の送付について

本日付で別添のとおり通知しましたのでお知らせいたします。

記

各地方社会保険事務局長、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）長及び
都道府県老人医療主管部（局）老人医療主管課（部）長あて通知

- 1 平成14年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について（保医発第0329001号）
- 2 緩和ケア病棟入院料等の施設基準について（保医発第0329002号）

診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第54号）及び
老人診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第72号）
の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）

別添1

医科診療報酬点数表及び老人医科診療報酬点数表に関する事項

<通則：医科診療報酬点数表に関する事項>

- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取~~り扱~~いについては、「基本診療料の施設基準等（平成14年3月厚生労働省告示第73号）」に基づくものとし、その具体的な取~~り扱~~いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取~~り扱~~いについては、「特掲診療料の施設基準等（平成14年3月厚生労働省告示第74号）」に基づくものとし、その具体的な取~~り扱~~いについては別途通知する。

第1章 基本診療料及び老人基本診療料

第1部 初・再診料（医科診療報酬点数表関係）

第1節 再診料

A001 再診料

- (5) 人工腎臓を実施している状態にある患者については、月4回目以降の受診の場合であっても、「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」により算定するものであるが、この取~~り扱~~いは、当該患者が再診時に人工腎臓を実施した場合に限り適用されるものとする。また、15歳の誕生日が属する月において、15歳の誕生日前に当該保険医療機関を受診（初診・再診は問わない。）し、初診料又は再診料を算定した場合にあっては、15歳の誕生日後に当該保険医療機関を受診した場合であっても、15歳未満の患者が受診した場合と同様の取扱いとする。

第2部 入院料等及び老人入院料等

<通則>

3 入院期間の確認について（入院料の支払要件）

(1) 保険医療機関の確認等

イ 保険医療機関は、当該患者の退院に際しては、他保険医療機関からの当該患者の入院履歴に係る問い合わせに対し速やかに対応できるよう必要な体制を整えておくこと。円滑な運用のために退院証明書（別紙様式1又はこれに準ずる様式による文書を退院証明書を参照）として患者に渡すことが望ましい。

ウ ア、イに定める確認等を怠っている場合は、入院料は算定できないものであること。

5 入院中の患者の他医療機関への受診

- (4) 他医療機関において(3)の規定により費用を算定することのできる診療を行わせる場合には、

当該患者が入院している保険医療機関において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。この場合においては、当該他医療機関において診療が行われた日に係る特定入院料等は、当該特定入院料等の所定点数から当該特定入院料等の基本点数の85%を控除した点数により算定するものとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。

8 退院時処方に係る薬剤料の取り扱~~い~~取扱い

投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（特殊疾患療養病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に居宅において使用するための薬剤を投与した場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定できる。

9 定数超過入院に該当する保険医療機関、医療法に定める人員標準を著しく下回る保険医療機関の取り扱~~い~~取扱いについては、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法（平成14年3月厚生労働省告示第75号）」に基づくものとし、その具体的な取り扱~~い~~取扱いについては別途通知する。

10 複合病棟に関する取り扱~~い~~取扱いについては、「複合病棟に関する基準等（平成12年3月厚生省告示第70号）」に基づくものとし、その具体的な取り扱~~い~~取扱いについては別途通知する。

第1節 入院基本料（医科診療報酬点数表関係）

A101 療養病棟入院基本料

(6) 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の要件を満たすとともに、次のアからエまでの要件を満たすことが必要である。

イ 当該加算算定患者については、定期的（原則として月に~~一回~~1回）に当該加算の基準に基づく評価及び対策の要点を見直し、評価日と併せて診療録に記載する。

A107 老人病棟入院基本料

(2) その他老人病棟入院基本料の算定方法については、老人保健の老人病棟老人入院基本料の例による。

~~(2) 浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については老人病棟入院基本料に含まれる。~~

~~(3) 患者が他の病棟から老人病棟入院基本料を算定する病棟に移動した日については、当該患者について老人病棟入院基本料を算定する。当該移動の日に行った投薬等老人病棟入院基本料に包括される診療行為の費用は、老人病棟入院基本料に含まれ、他の病棟等において算定できない。~~

~~(4) 老人病棟入院基本料を算定する病棟については、「注4」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。~~

第1節の2 老人入院基本料（老人医科診療報酬点数表関係）

2 老人療養病棟入院基本料

~~(2) 「注4」に掲げる加算については、健康保険の療養病棟入院基本料の例による。~~

~~(2) その他老人療養病棟入院基本料の算定方法については、健康保険の療養病棟入院基本料~~

の算定方法の例によるものとする。

8 老人病棟老人入院基本料

(1) 老人病棟老人入院基本料は、「注1」の老人入院基本料、「注2」の老人特別入院基本料から構成され、それぞれ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出した老人病棟に入院している患者について、老人入院基本料1等の各区分の所定点数を算定する。

(2) 浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については老人病棟老人入院基本料に含まれる。

(3) 患者が他の病棟から老人病棟老人入院基本料を算定する病棟に移動した日においては、当該患者について老人病棟老人入院基本料を算定する。当該移動の日に行った老人病棟老人入院基本料に包括される診療行為の費用は老人病棟老人入院基本料に含まれ、他の病棟等において算定できない。

(4) 老人病棟老人入院基本料を算定する病棟は、老人慢性疾患の患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められないこと。

なお、必要があつて他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。

(5) 老人病棟老人入院基本料を算定する病棟については、「注4」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

11 入院診療計画未実施減算、院内感染防止対策未実施減算、医療安全管理体制未整備減算及び褥瘡対策未実施減算に係る取扱いについては、健康保険の例によるものとする。

第2節 入院基本料等加算（医科診療報酬点数表関係）

A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

(1) 超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「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（平成14年3月保医発第0308002号）」別紙6の超重症児（者）判定基準による判定スコアが25以上のものをいう。

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算

(1) 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診察が行われた場合に算定する。

(3) 緩和ケアチームは初回の診察に~~あたり~~、主治医、看護師などと共同の~~うえ~~別紙様式2又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の~~うえ~~交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算

(1) 精神科応急入院施設管理加算の算定の対象となる応急入院患者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）第33条の4第1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者（以下「応急入院患者等」という。）であり、その~~取扱い~~については昭和63年4月6日健医発第43

3号厚生省保健医療局長通知に則して行うこと。

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算

- (3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式3又はこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成すること。また、作成した診療計画を保護者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。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものであること。

第3節 特定入院料（医科診療報酬点数表関係）

A 3 0 0 救命救急入院料

- (3) 「注3」に規定する掲げる加算については急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者に対して原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

A 3 0 7 小児入院医療管理料

- (1) 小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）における入院中の15歳未満の患者を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。
- (2) 「注2」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定するものであるが、小児入院医療管理料3を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。
- (5) 小児入院医療管理料1及び2において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する。

A 3 1 1 精神科救急入院料

- (5) 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。
- イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害。ただし（アルコール依存症にあっては、振戦せん妄などの離脱症状など中毒性精神病の状態にあるもの）に限り、単なる依存症及び酩酊状態を除く。）

第3節の2 老人特定入院料（老人医科診療報酬点数表関係）

- 5 入院診療計画未実施減算、院内感染防止対策未実施減算、医療安全管理体制未整備減算及び褥瘡対策未実施減算に係る取扱いについては、健康保険の例によるものとする。

第2章 特掲診療料及び老人特掲診療料

<通則>

第1部に規定する特定疾患療養指導料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料及び小児悪性腫瘍患者指導管理料並びに第2部第2節の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第8部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は同一月に算定できない。

<通則の2>

医科点数表第2章第1部指導管理等の区分B001の「1」ウイルス疾患指導料、「6」てんかん指導料、「7」難病外来指導管理料、「8」皮膚科特定疾患指導管理料、「17」慢性疼痛疾患管理料、老人医科点数表第2章第1部指導管理等の「1」老人慢性疾患外来総合診療料、「2」老人慢性疾患外来共同指導料、「3」老人慢性疾患生活指導料及び「6」痴呆患者在宅療養指導管理料、医科点数表第2章第2部第2節の各区分の在宅療養指導管理料及び老人医科点数表第2章第2部在宅医療の「2」寝たきり老人訪問指導管理料並びに医科点数表第2章第8部精神科専門療法の区分I004心身医学療法は、同一月に算定できない。

第1部 指導管理等（医科診療報酬点数表関係）

B001 特定疾患治療管理料

4 小児特定疾患カウンセリング料

- (1) 乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (2) 小児特定疾患カウンセリングの対象となる患者は、喘息、登校拒否、自閉症、周期性嘔吐症等の小児心身症及び神経症の患者である。
- (3) 小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。
- (4) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目のカウンセリングを行った日に算定する。
- (5) 当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウンセリングに係る概要を診療録に記載する。
- (6) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (7) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

8 皮膚科特定疾患指導管理料

- (2) 皮膚科特定疾患指導管理料(I)の対象となる特定疾患は、天疱瘡、類天疱瘡、エリテマトーデス（紅斑性狼瘡）、紅皮症、尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、先天性魚鱗癬、類乾癬、扁平苔癬並びに結節性痒疹及びその他の痒疹（慢性型で経過が1年以上のものに限る。）であり、皮膚科特定疾患指導管理料(II)の対象となる特定疾患は、帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎（16歳以上の患者が罹患している場合に限る。）、尋常性白斑及び円形脱毛症である。ただし、アトピー性皮膚炎については、外用療法を必要とする場合に限り算定できる。

B008 薬剤管理指導料

- (II) 薬剤管理指導、麻薬管理指導及び退院時服薬指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

第1部の2 指導管理等（老人医科診療報酬点数表関係）

2 老人慢性疾患外来共同指導料

- (2) 老人慢性疾患外来共同指導料は、悪性新生物及び慢性疾患（「特掲診療料の施設基準等」（平成14年3月厚生労働省告示第74号）別表第十一の(2)に掲げる慢性疾患に限る。）を有する患者について算定するものであること。

第2部 在宅医療（医科診療報酬点数表関係）

第1節 在宅患者診療・指導料

C000 往診料

- (8) 同一の患家で2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料又は在宅患者訪問診療料を算定せず、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料を算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注2」の加算又は在宅患者訪問診療料の「注3」の加算の点数を算定する。
- (17) 往診を求められて患家へおもむいたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。従って患者負担とする。
- (18) 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へおもむき、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。
- (19) 数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所へおもむいた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、(18)と同様である。

C003 在宅末期医療総合診療料

- (2) 当該保険医療機関において主として当該患者の診療に当たる医師（以下本項において「主治医」という。）は、次に掲げる緊急時の連絡・対応体制の確保等を行わなければならない。
ウ 緊急時の連絡方法（主治医、担当看護師等の氏名、緊急時の連絡先の電話番号等）、緊急時の入院体制、訪問診療及び訪問看護計画を予め患者等に文書で説明すること。

C103 在宅酸素療法指導管理料

- (12) 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入（酸素代も含む。）、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、喀痰吸引及び鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用は算定できない。

C107 在宅人工呼吸指導管理料

- (5) 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入（酸素代も含む。）、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、喀痰吸引、鼻マスク式補助換気法及び人工呼吸の費用は算定できない。

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- (2) 対象となる患者は、以下のすべての基準に該当する患者とする。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イ及びの要件を満たせば対象患者となる。

- ア 無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう）が20以上
- イ 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
- ウ 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

- (1) 在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内挿入ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引又は消炎鎮痛等処置をいう。

第2部の2 在宅医療（老人医科診療報酬点数表関係）

1 寝たきり老人在宅総合診療料

(4) 24時間連携体制加算の取扱い

エ 24時間連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等の同意を得て、寝たきり老人在宅総合診療料の算定対象となる在宅寝たきり老人等の療養に必要な情報を連携医師、連携保険医療機関、連携地域医師会等に対して予め文書（特掲施設基準通知「特掲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」（平成14年3月8日保医発第0308003号）に示した様式又はこれに準じた様式の文書に限る。）をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。

また、その後必要に応じて在宅寝たきり老人等の療養に必要な情報は、当該連携医師等に対し随時（容態の変化等があった場合には速やかに）、同様の様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。

第3部 検査（医科診療報酬点数表関係）

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

D007 血液化学検査

- (9) 「10」のシアル酸について、区分「D015」の「1」のC反応性蛋白（CRP）定性、同区分「2」のC反応性蛋白（CRP）定量又は同区分「4」の血清アミロイドA（SAA）蛋白精密測定と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

D012 感染症血清反応

(3) ヘリコバクター・ピロリ抗体

イ 当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に準じて行うこと。

- (4) 「8」のヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に準じて行うこと。

(13) インフルエンザウイルス抗原精密測定

イ 本検査と本区分「9」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型＝又は「16」のノイラミニダーゼを併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。

(14) ノイラミニダーゼ

イ ノイラミニダーゼと本区分「9」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型＝又は「16」のインフルエンザウイルス抗原精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(25) 「24」の大腸菌抗原同定検査は、区分「D018」細菌培養同定検査等により大腸菌が確認された後、血清抗体法により大腸菌のO抗原又はH抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において区分「D018」細菌培養同定検査等の費用は別には算定できない。

(29) 「29」の(1→3)- β -D-グルカンは、発色合成基質法又は比濁時間分析法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。

なお、本検査を「18」のカンジダ抗原、「21」のD-アラビニトール、「23」のアスペルギルス抗原＝又は「25」のクリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(34) 「37」のHTLV-I抗体価精密測定(ウエスタンブロット法)は、「11」のHTLV-I抗体価又は「25」のHTLV-I抗体価精密測定によって陽性が確認された症例について、確定診断の目的で行われた場合にのみ算定できる。~~

~~(34)~~ HIV-1核酸同定検査

ア 「36」のHIV-1核酸同定検査はPCR法により、「15」のHIV-1抗体価若しくは「16」のHIV-1、2抗体価が陽性の場合の確認診断又はHIV-1陽性者である母親からの新生児における診断に用いた場合にのみ算定できる。

イ HIV-1核酸同定検査と「35」のHIV-1抗体価精密測定を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定するものとする。

~~(35) 「37」のHTLV-I抗体価精密測定(ウエスタンブロット法)は、「11」のHTLV-I抗体価又は「25」のHTLV-I抗体価精密測定によって陽性が確認された症例について、確定診断の目的で行われた場合にのみ算定できる。~~

D013 肝炎ウイルス関連検査

(7) 「~~14~~」のHBV核酸定量測定は、分岐DNAプローブ法による。

(8) 「14」のHBV核酸同定精密測定は、核酸ハイブリダイゼーション法によるものであり、「12」のDNAポリメラーゼ及び「~~14~~」のHBV核酸定量測定を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

D018 細菌培養同定検査等

(5) 迅速ウレアーゼ試験

ア 「7」の迅速ウレアーゼ試験を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。

(6) 尿素呼気試験

ア 「8」の尿素呼気試験を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に別して行うこと。

D020 抗酸菌分離培養検査

(2) 「1」の抗酸菌分離培養検査1は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

D023 微生物核酸同定・定量検査

(1) HIV-1核酸増幅定量精密検査

ア 「9」のHIV-1核酸増幅定量精密検査はPCR法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、HIV感染者の経過観察に用いた場合又は区分「D012」感染症血清反応の「15」のHIV-1抗体価又は「16」のHIV-1、2抗体価が陽性の場合の確認診断に用いた場合にのみ算定する。

イ HIV-1核酸増幅定量精密検査と区分「D012」感染症血清反応の「35」のHIV-1抗体価精密測定を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

(6) 注3に規定する検体検査管理加算(I)は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算(II)は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者1人につき月1回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。

また、基本的検体検査判断料(I)又は(II)の注2に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

(7) 入院中の患者について注3に規定する検体検査管理加算(II)を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算(I)を算定することができる。

~~また、基本的検体検査判断料(I)又は(II)の注2に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。~~

第2節 病理学的検査

第1款 病理学的検査実施料

D101 病理組織顕微鏡検査

(7) 当該検査をヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に別して行うこと。

D~~0~~101-2 その他の病理組織検査

D102 細胞診検査

(1) 従前の腔脂膏顕微鏡検査及び当該検査を準用する胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞検査及び眼科プロヴェアツェク小体検査は、細胞診検査により算定する。

(2) 同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して検査を行った場合であっても、1回と

して算定する。

第3節 生体検査料

[呼吸循環機能検査等に係る共通事項 (D200~D214)]

(2) 呼吸循環機能検査等に係る一般事項

~~特注~~ 喘息に対する吸入誘発試験は、負荷試験に準ずる。

D222 経皮的血液ガス分圧測定

(2) 血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中の PO_2 、 PCO_2 及びpHの観血的連続測定を行った場合に、区分「D222」経皮的血液ガス分圧測定に準じて算定できる。

D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定

経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入を現に行っているもの又は酸素吸入を行う必要があるもの

イ 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合

なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。~~閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分「L008」の「注5」を算定した日と同一日には算定できない。~~

D224 終末呼吸炭酸ガス濃度測定

(2) 閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の「注6」を算定した日と同一日には算定できない。

D236-2 光トポグラフィー

(1) 光トポグラフィーは以下のア又はイの場合に限り、各手術前に1回のみ算定できる。

ア 言語野関連病変（側頭葉腫瘍等）又は正中病変における脳外科手術にあたり言語優位半球を同定する必要がある場合

イ 難治性てんかんの外科的手術にあたりてんかん焦点計測を目的に行われた場合

(2) 当該検査を算定するにあたりは、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D239 筋電図検査

「1」については、顔面及び躯幹の場合にあつては、左右、腹背を問わずそれぞれ1肢として扱い、「2」及び「3」については、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。「3」については多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を目的として、~~単発もしくは~~若しくは二連発磁気刺激法により行った場合に算定する。

D262 調節検査

(2) 負荷調節検査を行った場合であつて、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数

の100分の200の点数を限度として算定する。

D 2 7 8 眼球電位図 (E O G)

区分「D 2 5 0」平衡機能検査の「4」電気眼振図と併せて行った場合は、主たる検査の点数のみを算定する。

D 2 8 2 - 2 P L (Preferential Looking) 法

(i) P L 法は4歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、栗屋二 Mohindra方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。

D 2 8 3 発達及び知能検査、D 2 8 4 人格検査、D 2 8 5 その他の心理検査

(ii) 区分「D 2 8 5」その他の心理検査の「3」はITPA、CLAC-III、標準失語症検査、WAB失語症検査、老研版失語症検査である。

第4節 診断穿刺・検体採取料

D 4 0 3 腰椎穿刺

胸椎穿刺又は頸椎穿刺は、区分「D 4 0 3」腰椎穿刺に準じて算定する。

第4部 画像診断（医科診療報酬点数表関係）

第1節 エックス線診断料

E 0 0 1 写真診断

(3) 写真診断に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

E 0 0 2 撮影

(3) 特殊撮影とは、動態撮影、重複撮影、立体撮影、パントモグラフィー、断層撮影（同時多層撮影、回転横断撮影を含む。）及びスポット撮影（胃、胆嚢及び腸）をいう。なお、胃のスポット撮影、胆嚢スポット撮影及び腸スポット撮影については、消化管撮影の一連の診断行為の→1つとみなされる場合であっても、第1節エックス線診断料の「2」の適用の対象とする。

E 0 0 3 造影剤注入手技

(8) 経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は区分「D 3 1 4」に準じて算定し、胆管に留置したドレーンチューブ等からの造影剤注入手技は区分「E 0 0 3」の「6」の「ロ」に準じて算定する。

(9) 腎腫瘍診断における酸素注入手技料（直腸壁の周囲の仙骨側へ針を挿入し食塩水5mL程度注入して正しい位置に針先のあることを確かめ確かめて酸素の注入管とつなぎかえ酸素約1リットルを入れ、約2時間後にエックス線撮影して腎腫瘍を診断する。）は、区分「J 0 1 0」に準じて算定し、酸素代については別に加算できない。

E 0 0 4 基本的エックス線診断料

(7) 単純撮影を2枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合の手技料にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。

第2節 核医学診断料

2 ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めると

ころによる。

E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

- (1) シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用~~して~~使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

E101-2 ポジトロン断層撮影

- (2) ¹⁸F FDGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、虚血性心疾患、悪性腫瘍（脳腫瘍、頭頸部癌、肺癌、乳癌、膵癌、転移性肝癌、大腸癌、悪性リンパ腫、悪性黒色腫及び原発不明癌に限る。）の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

6. 頭頸部癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none">他の検査、画像診断により頭頸部癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
---------	---

第3節 コンピューター断層撮影診断料

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影

- (4) 「注3」~~における~~の「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

第5部 投薬（医科診療報酬点数表関係）

第2節 処方料

F100 処方料

- (3) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、~~区分F200~~薬剤の(4)に準じるものとする。

(6) 特定疾患処方管理加算

イ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

(5) ビタミン剤

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認内容に従って投与された場合に限る。

- (ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含

＝む。)であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

- (ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、
＝必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
- (ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合
- (イ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

第5節

F400 処方せん料

- (1) 処方せん料の「1」及び「2」の算定において後発医薬品（薬価算定の基準について（平成14年2月13日保発第0213008号）に規定する新規後発品として薬価収載された医薬品をいう。）を1剤以上含む処方を行った場合には「イ 後発医薬品を含む場合」として算定する。
- (5) 処方せん料における内服薬の種類については、区分「F200」薬剤の「注2」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「2」で算定する。
- (6) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方せんの備考欄にその必要性を記載する。
その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについてはF200薬剤料の(4)に準じるものとする。

第6節 調剤技術基本料

F500 調剤技術基本料

- (4) 院内製剤加算
 - ア 「注3」の院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。
 - (ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合
 - (ニ) 1種類のみを水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等＝製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。）

第6部 注射（医科診療報酬点数表関係）

<通則>

2 生物学的製剤注射加算

第1節 注射料

G005 中心静脈注射

- (3) 注2に掲げられる血漿成分製剤加算については、G004点滴注射の(4)(5)に規定する血漿成分製剤加算の例による。

- (4) 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る器具加算又は薬剤料若しく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、中心静脈注射の費用は算定できない。
- (5) 区分C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

- (4) 区分C104又は区分C108に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料及び手技料は別に算定できる。

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養

注に規定する無菌製剤処理加算は、~~区分~~G005中心静脈注射の(2)無菌製剤処理加算に規定する事項を満たした場合に算定できる。

第7部 リハビリテーション（医科診療報酬点数表関係）

第1節 リハビリテーション料

H000 心疾患リハビリテーション料

- (1) 心疾患リハビリテーション料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った病院である保険医療機関に限って算定できる。

H001 理学療法

- (1) 理学療法(I)、(II)及び(III)は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、理学療法(IV)はそれ以外の保険医療機関において算定するものであり、それぞれ基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法・実用歩行訓練・日常生活活動訓練・物理療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

- (6) 肺機能訓練については、理学療法の「集団療法」の所定点数により算定する。この場合、肺機能訓練と同時に行った酸素吸入の費用は、理学療法の~~簡単なもの~~「集団療法」の所定点数に含まれる。

- (8) 理学療法(I)及び(II)

ア 理学療法(I)は、別に厚生労働大臣が定める総合的なリハビリテーションの施設基準（「総合リハビリテーション施設」）に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、総合的に個々の症例に応じて理学療法を行った場合に算定する。

ウ 理学療法(I)及び(II)における「個別療法」は、(4)の要件のほか、1人の理学療法士が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士と患者が1対1で行った場合に算定し、実施単位数は理学療法士1人につき1日18単

位を限度とする。

また、理学療法(Ⅰ)及び(Ⅱ)における「集団療法」は、(4)の要件のほか、1人の理学療法士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者について、理学療法士の直接的監視のもとに複数の患者に対し行った場合に算定し、実施単位数は理学療法士1人当たり1日のべ54単位を限度とする。

キ 注5に掲げる加算を算定するに当たっては、理学療法開始時及び開始後は1月に1回以上、医師、理学療法士等が共同してリハビリテーション実施計画書（別紙様式12又はこれに準ずるもの）を作成し、患者又は家族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。なお、リハビリテーション総合計画評価料算定患者及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者については、リハビリテーション総合実施計画書の作成により、リハビリテーション実施計画書の作成に代えることができる。

ク 注5に掲げる加算を算定するにあたっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の対象となる疾患名及び発症日（又は新たな発症日）につき明記すること。

サ 理学療法の実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査をもとに、理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成する必要がある。なお、理学療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

(9) 理学療法(Ⅲ)

エ 理学療法(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が2名以上勤務しているものに限る。）において、運動療法機能訓練技能講習会を受講したあん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合に限りア～ウに準じて、理学療法(Ⅲ)の届出を行うことなく理学療法(Ⅲ)を算定できる。なお、この場合に監視に当たる理学療法士が理学療法を行った場合は理学療法(Ⅱ)を算定することができる。

オ 理学療法の実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査をもとに、理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成する必要がある。なお、理学療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

H002 作業療法

(7) 作業療法の実施に当たっては、医師は定期的な作業能力検査をもとに作業療法の効果判定を行い、作業療法実施計画を作成する必要がある。なお、作業療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該作業療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

(8) 「注5」に規定する加算の取扱いは、理学療法の例による。

H002-2 リハビリテーション総合計画評価料

(1) リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行った理学療法又は作業療法等の効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定するものであること。

- (2) リハビリテーション総合計画評価料の最初の算定が入院中に行われた患者が退院した場合については引き続き入院中の患者であるものとみなして、また、最初の算定が入院中以外に行われた患者が入院した場合については引き続き入院中以外の患者であるものとみなして算定するものであること。

ただし、当該リハビリテーション総合計画評価料の最初の算定が入院中以外に行われた患者が入院した場合であって、再度患者の病態等の変化を考慮の上、医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等をもとに(1)に掲げる要件を満たすリハビリテーション総合実施計画の作成及び評価を行った場合は入院中の患者であるものとして算定するものであること。

- (3) 医師等の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書（別紙様式13）を作成し、その内容を患者に説明のうえ~~上~~交付するとともに、その写しを診療録に添付する~~こと~~。

H003 言語聴覚療法

- (2) 言語聴覚療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士（平成15年3月31日までの間は、言語聴覚士法（平成9年法律第132号）の施行の際（平成10年9月1日）現に病院、診療所その他同法付則第2条に定める厚生労働省令で定める施設において適法に同法第2条に規定する業務を業として行っていた者を含む。以下同じ。）により実施された場合に算定する。

- (3) 「個別療法」は、患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、専用の言語療法室等において言語聴覚士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定し、実施単位数は言語聴覚士1人につき1日18単位を限度とする。

また、「集団療法」は、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者について、専用の言語療法室等において言語聴覚士と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定し、実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とする。なお、「個別療法」及び「集団療法」いずれについても訓練時間が20分に満たない場合は、基本診療料に含まれる。＝

- (4) 言語聴覚療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成する必要がある。なお、言語聴覚療法を実施する場合は、開始時及びその後~~々~~3か月に1回以上患者に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

H006 難病患者リハビリテーション料

- (1) 難病患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず1日につき1回のみ算定する。

第7部の2 リハビリテーション（老人医科診療報酬点数表関係）

1 老人理学療法

- (2) 外来移行加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に退院日及び注5に掲げる加算が算定された旨を記載することとする。

3 老人リハビリテーション総合計画評価料

- (1) 老人リハビリテーション総合計画評価料は、老人理学療法(1)又は老人作業療法(1)に規定す

る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると保険医療機関が届出をし、都道府県知事が受理した保険医療機関において、注に掲げる月に限り1月につき1回のみ算定するものであること。~~ただし、老人リハビリテーション計画評価料を算定した場合は算定できない。~~

- (4) 医師等の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書（別紙様式13）を作成し、その内容を患者に説明のうえ上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

第8部 精神科専門療法（医科診療報酬点数表関係）

第1節 精神科専門療法料

I 0 0 2 通院精神療法

- (0) ~~通院精神療法「1」~~は精神保健指定医又はこれに準ずる者（精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。）により初診時に通院精神療法が行われた場合に限り初診時にのみ算定できる。なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。

I 0 1 4 痴呆患者特殊療法料

- (1) 痴呆患者特殊療法料は、老人診療報酬の例により算定することとし、その実施上の留意事項は、老人保健福祉局から別途通知されるところによる。なお、「2」及び「3」については、老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているとして都道府県知事に届出を行った保険医療機関にあっては、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の規定に基づき、地方社会保険事務局長への届出が行われたものとみなす。

~~都道府県知事に届出を行った保険医療機関にあっては、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の規定に基づき、地方社会保険事務局長への届出が行われたものとみなす。~~

第9部 処置（医科診療報酬点数表関係）

<処置料>

~~J 0 0 2 ドレナ法（ドレナジ）~~

- (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」は同日に併せて算定できない。~~
- (4) ~~ドレナ抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、「J 0 0 1」術後創傷処置の「1」として算定する。~~

J 0 0 1-2 絆創膏固定術

- (1) 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。
- (2) 鎖骨骨折固定術は絆創膏固定術に準じて算定する。ただし、固定術後の包帯交換は、区分「J 0 0 1」術後創傷処置（術後14日を超える場合は区分「J 0 0 0」創傷処置）に準じて算定する。
- (3) 肋骨骨折固定術及び肋骨骨折固定術の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。

J002 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、「J001」術後創傷処置の「1」として算定する。

J019 持続的胸腔ドレナージ

- (1) 2日目以降は、≒区分「J002」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

J020 胃持続ドレナージ

2日目以降は、≒区分「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

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

J024 酸素吸入

- (2) 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3月厚生省告示第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。
 - (i) 地方社会保険事務局においては、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、保険者に対し通知するとともにし、保険者に対し情報提供を行うこと。

J054 皮膚科光線療法

- (7) 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。

第9部の2 処置（老人医科診療報酬点数表関係）

2 老人精神病棟等処置料

- (2) 老人精神病棟等入院患者であって入院期間が1年を超える患者に対して、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老人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ものであること。

第10部 手術（医科診療報酬点数表関係）

<通則>

- 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）

- 11 「通則12」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、硬膜外麻酔又は脊椎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) 感染症法に基づく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け

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抗原精密測定によって抗原が陽性と認められたB型肝炎患者

≠(3) HCV抗体価精密測定又はHCV抗体価検査によって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菌していることが術前に確認された結核患者

14 「通則13」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様である。また、「通則13」の加算に係る適用の範囲および「所定点数」については、「通則7」の加算の取扱いと同様（本通則8参照）である。なお、番号区分「K780」同種腎移植術の「注2」に規定する死体腎移植加算について、「通則13」の加算を算定する場合は、同種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。

16 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(2) (1)にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内であっても、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。

ウ 人工妊娠中絶術（腔式手術）と卵管結紮術（開腹開腹術）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

(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った場合には、「通則15」における「別に厚生労働大臣が定めた場合」に該当する場合を除き、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、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定する。

(イ) 第1指から第5指（中手部・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。

区分「K028」 腱鞘切開術

区分「K034」 腱切離術・腱切除術

区分「K035」 腱剝離術

区分「K037」 腱縫合術

区分「K038」 腱延長術

区分「K039」 腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「1」指（手、足）

区分「K040」 腱移行術の「1」指（手、足）

区分「K046」 骨折観血的手術

(ロ) 第1指から第5指（中手部・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、合指症手術にあっては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

区分「K089」 爪甲除去術

区分「K100」 多指症手術

区分「K090」 瘰癧手術

区分「K101」 合指症手術

区分「K091」陥入爪手術 区分「K102」巨指症手術
区分「K099」指癒痕拘縮手術 区分「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（区分「K046」骨折
観血的手術~~手~~、区分「K039」臍移植術（人工臍形成術を含む~~手~~）の「1」指（手、
足）及び~~手~~区分「K040」臍移行術の「1」指（手、足）を除く。）

18 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り扱い

(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~~手~~、B~~手~~、C）、クラスII（DR~~手~~、DQ~~手~~、
DP）及びDNAタイピングをいう。

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

臍形成術は、区分「K034」臍切離術・臍切除術（関節鏡下によるものを含む~~手~~）から区分
「040」臍移行術までにより算定する。

K030 ~~四肢軟部悪性腫瘍手術~~四肢軟部腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍に係る手術については、区分「K005」皮膚、皮下腫瘍摘出術
（露出部）又は区分「K006」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）に準じて算定する。

K062 先天性股関節脱臼非観血的整復術

(1) 先天性股関節脱臼非観血的整復術のギプス料は、区分「~~K034~~」127」先天性股関節
脱臼ギプス包帯~~（両側）~~により算定する。

第3款 神経系・頭蓋

K181 ~~脳刺激装置埋込植込術~~、頭蓋内電極植込術

第6款 顔面・口腔・頸部

K469 頸部郭清術

(2) 頸部郭清術を他の手術に併せて行った場合は、手術の各区分の注「通則8」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。

第7款 胸部

K511 肺切除術

(1) 肺切除術に当たって自動縫合器を使用した場合は、~~「注2」~~「注」の加算点数に4個を限
度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。ただし、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、~~「注2」~~「注」の加算点数に10個を限度と
して使用個数を乗じて得た点数を加算する。

K514 肺悪性腫瘍手術

肺悪性腫瘍手術において肺縫縮又は気管支断端縫合を行うに当たって自動縫合器を使用した
場合は、「注会」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

~~肺門リンパ節、縦隔リンパ節等のリンパ節郭清を伴わない胸腔鏡下肺切除術を行った場合に~~

~~は、胸腔鏡下肺切除術により算定する。~~

K 5 1 4 - 2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術

肺門リンパ節、縦隔リンパ節等のリンパ節郭清を伴わない胸腔鏡下肺切除術を行った場合には、胸腔鏡下肺切除術により算定する。

K 5 2 2 食道狭窄拡張術

(1) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療養に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 2 6 食道腫瘍摘出術

「1」内視鏡によるものについて、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 5 3 2 食道・胃静脈瘤手術

開腹による食道静脈瘤の手術は食道・胃静脈瘤手術の「1」により算定する。

K 5 3 3 食道・胃静脈瘤硬化療法

(2) 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術は食道・胃静脈瘤硬化療法に準じて算定する。

第8款 心・脈管

K 6 0 2 血管結紮術

簡単な血管縫合術及び人工透析患者に対する上腕動脈表在化法は、血管結紮術の「2」に準じて算定する。

K 6 1 4 - 3 経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）

同一医療機関において同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施する区分「K 6 1 4」経皮的冠動脈形成術、区分「K 6 1 4 - 2」経皮的冠動脈血栓切除術、区分「K 6 1 4 - 3」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分「K 6 1 5」経皮的冠動脈ステント留置術の合計回数は2回以下を標準とする。なお、やむを得ない理由により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、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミー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（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的な根拠

K 6 1 5 経皮的冠動脈ステント留置術

(2) 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にて算定する。なお、やむを得ない理由によりこれ以上の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な根拠を詳細に記載すること。

(3) 同一医療機関において同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施する区分「K 6 1 4」経皮的冠動脈形成術、区分「K 6 1 4 - 2」経皮的冠動脈血栓切除術、区分「K 6 1 4 - 3」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによ

るもの)又は区分「K615」経皮的冠動脈ステント留置術の合計回数は2回以下を標準とする。なお、やむを得ない理由により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すること。

ア 過去の実施時期

K620 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、肺塞栓の患者であって、再発するおそれが高いと判断されたものに対して行った場合に算定する。

K628 リンパ管吻合術

脾腎静脈吻合術は、リンパ管吻合術に準じて算定する。

第9款 腹部

K654 内視鏡的消化管止血術

(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、その費用は所定点数に含まれる。

K655 胃切除術、K657 胃全摘術

(2) 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、「注¹」の加算点数に2個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

(3) 有茎腸管移植を併せて行った場合は、「注²」の加算を算定する。

K719 結腸切除術

(2) 結腸の全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術を行うに当たって自動縫合器を使用した場合は、「3」の「注¹」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

K743 痔核手術(脱肛を含む。)

(4) 肛門掻痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しないとき、モルガニー氏洞及び肛門管切開術又は肛門部皮膚剝離切除術を行った場合は、区分「K746」痔瘻根治手術の「1」に準じて算定する。

第10款 尿路系・副腎

K773 ~~腎~~(尿管)悪性腫瘍手術

~~腎~~(尿管)悪性腫瘍手術を腹腔鏡下を実施した場合には、区分「K773」(腎)尿管悪性

K803 膀胱悪性腫瘍手術

尿路変更を伴う膀胱悪性腫瘍手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、「注¹」の加算点数に6個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

第12款 女子性器

K867 子宮頸部摘出切除術

~~K898 帝王切開術~~

~~緊急帝王切開術は、選択帝王切開以外であって、経膈分娩を予定していたが、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。~~

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

緊急帝王切開術は、選択帝王切開以外であって、経膈分娩を予定していたが、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。

K 9 1 3 新生児仮死蘇生術

新生児仮死蘇生術は、「~~通則~~7」の新生児加算を算定できる。

第2節 輸血料

K 9 2 0 輸血

(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」に準じて算定する。

(6) 「注9」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-1₂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。

第11部 麻酔（医科診療報酬点数表関係）

<通則>

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及び並びに経皮的動脈血酸素飽和度監視、終末呼気炭酸ガス濃度監視又は呼気麻酔ガス濃度監視を行っ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。

第1節 麻酔料

L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(0) 所定点数に含まれる費用

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、それぞれ本区分の「注5」又は「注6」に掲げる加算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、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。

第12部 放射線治療（医科診療報酬点数表関係）

<放射線治療料>

M 0 0 0 放射線治療管理料

(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、照射計画の作成にかかる費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。

M 0 0 4 密封小線源治療

(2) 外部照射

外部照射とは、コバルト⁶⁰、セシウム¹³⁷等のガンマ線又はストロンチウム⁹⁰等のベータ線による4 cm以下の近距離又は直接貼布する療法をいう。

第3章の2 介護老人保健施設入所者に対する医療に係る診療料（老人医科診療報酬点数表関係）

第1部 併設保険医療機関の医療に関する事項

2 施設入所者材料料

- (1) 施設入所者材料料は、医科点数表の第2章第2部第2節の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定することができることとされている特定保険医療材料及び当該指導管理料の各区分の注に規定する加算の費用を算定するものであること。

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の医療に関する事項

4 その他の診療料

- (1) 施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関以外の保険医療機関が算定できるのは別紙1のとおりであること。