

れるものであること。

M001 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 コバルト⁶⁰遠隔大量照射とは、大量のコバルト⁶⁰線源のガンマ線を使用した固定コバルト装置以外のコバルト装置による遠隔照射療法をいう。
 - ウ 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ン治療装置使用による照射療法をいう。
 - エ 強度変調放射線治療（IMRT）とは、多分割絞り（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2方向以上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。
- (2) 体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数、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方向以上の照射であっても当該所定点数のみにより算定する。
- (3) 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、ア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、イの所定点数を1日に2回分算定できる。
- (4) 「注3」の体外照射用固定器具加算は、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）に対して体外照射を行う際に頭頸部を精密に固定する器具を使用した場合に限り、患者1人につき1回に限り算定できる。

M001-2 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集束させ、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 直線加速器による定位放射線治療

- (1) 直線加速器による定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトンを含む。）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2mm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5mm以内であるものをいう。
- (2) 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。）及び脳動静脈奇形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、原発病巣の直径5cm以内で転移病巣のない原発性肺癌又は原発性肝癌、及び3個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、並びに脊髄動静脈奇形（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。
- (3) 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。

M002 全身照射

全身照射は、1回の骨髄移植について、一連として1回に限り算定できる。

M003 電磁波温熱療法

- (1) 「1」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半がおおむね皮下6センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。
- (2) 四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリーケーターを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「2」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。
- (3) 電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。
- (4) 「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。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、1回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。
- (6) 電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

M004 密封小線源治療

- (1) 密封小線源治療の治療料は疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として所定点数を算定する。
- (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4cm以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。
- (3) 腔内照射
ア 高線量率イリジウム照射を行った場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム¹⁹²管を挿入し照射する場合であり、アプリーケーターの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。
イ 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源による腔内照射は「ロ」旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合により算定する。
ウ その他の場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム¹³⁷管等を挿入して照射する場合や眼窩内等にストロンチウム容器を挿入して照射する場合であり、アプリーケーターの挿入から抜去までを一連として算定するものとし、新型コバルト小線源治療装置を用いた場合又は旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合には、「イ」又は「ロ」により算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

(4) 組織内照射

- ア 前立腺癌に対する永久挿入療法とは、前立腺組織内にヨウ素¹²⁵粒子を挿入する療法をいい、当該療法の実施に当たっては、関係法令及び関係学会のガイドラインを踏まえ、適切に行われるよう十分留意すること。
- イ 高線量率イリジウム照射を行った場合とは、イリジウム¹⁹²線源を挿入する場合であり、外套針の刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、外套針の刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。
- ウ 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源を用いるものは該当しない。
- エ その他の場合とは、舌その他の口腔癌、皮膚癌、乳癌等の癌組織内にコバルト針、セシウム針等を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

(5) 放射性粒子照射

放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注6」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

(6) 同一の高線量率イリジウムを使用し、1人又は複数の患者に対して1回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した高線量率イリジウムの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。

(7) 同一の低線量率イリジウムを使用し、1人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した低線量率イリジウムの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。

M005 血液照射

(1) 血液照射は、輸血後移植片対宿主病予防のために輸血用血液に対して放射線照射を行った場合に算定する。

(2) 血液照射料は、血液照射を行った血液量が400mL以下の場合には110点、これ以降400mL又はその端数を増すごとに110点を加えて計算する。なお、血液照射を行った血液のうち、実際に輸血を行った1日当たりの血液量についてのみ算定する。

(3) 血液量は、実際に照射を行っ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。

(4) 放射線を照射した血液製剤を使用した場合は、当該血液照射は別に算定できない。

(5) 血液照射に当たっては、「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）その他の関係通知及び関係学会から示されている血液照射についてのガイドラインを遵守するよう努めるものとする。

第13部 病理診断

<通則>

- 1 病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の person 費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。
- 2 病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。
- 3 病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。
- 4 第1節に掲げられていない病理標本作製であって簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。
- 5 第1節に掲げる病理標本作製料の項に掲げられていない病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内議し、最も近似する病理標本作製として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。

第1節 病理標本作製料

N000 病理組織標本作製

- (1) 病理組織標本作製について、次に掲げるものは、各区分ごとに1臓器として算定する。
 - ア 気管支及び肺臓
 - イ 食道
 - ウ 胃及び十二指腸
 - エ 小腸
 - オ 盲腸
 - カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸
 - キ S状結腸
 - ク 直腸
 - ケ 子宮体部及び子宮頸部
- (2) 病理組織標本作製において、1臓器から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、1臓器の標本作製として算定する。
- (3) 病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。
- (4) 当該標本作製をヘリコバクター・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）に即して行うこと。

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製

- (1) 電子顕微鏡病理組織標本作製は、甲状腺腫を除く内分泌臓器の機能性腫瘍、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症、慢性腎不全等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本作製した場合に算定できる。
- (2) 電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製、区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- (1) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。
- (2) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。
- (3) 「1」のエストロゲンレセプターの免疫染色と「2」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。
- (4) 「3」のHER2タンパクは、半定量検査又はEIA法（酵素免疫測定法）による検査を行った場合に限り算定する。

N003 術中迅速病理組織標本作製

- (1) 術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製と検鏡を完了した場合において、1手術につき1回算定する。
なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織標本作製を行った場合は、区分番号「N000」病理組織標本作製の所定点数を別に算定する。
- (2) テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において術中迅速病理組織標本作製及び区分番号「N006」病理診断料を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

N004 細胞診

- (1) 腔脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡におけるTzanck細胞の標本作製は、細胞診により算定する。
- (2) 同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。

N005 HER2遺伝子標本作製

HER2遺伝子標本作製は、乳癌の術後の患者又は乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を

判断することを目的として、F I S H法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

なお、本標本作製と区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「3」を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料

- (1) 病理診断料を算定できる保険医療機関は、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院でなければならないが、年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること、病理部門の要員を備えていること等を満たしている程度の保険医療機関であることが望ましい。
- (2) 当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、病理診断料は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断のみを行った場合には、月1回に限り所定点数を算定する。
なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合（テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行う場合を除く。）においては、療養の給付の対象とならない。
- (4) 病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を請求することができる。

N007 病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を請求することができる。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療所

<通則>

介護老人保健施設には常勤医師が配置されているので、比較的病状が安定している者に対する療養については、介護老人保健施設の医師が対応できることから、介護老人保健施設の入所者である患者（以下「施設入所者」という。）が、往診又は通院により受ける医療に係る診療料については、施設入所者以外の患者に対する算定方法とは別の算定方法を設けたものであり、施設入所者に対しては、第1章基本診療料又は第2章特掲診療料は適用せず、第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料に規定するところによるものであること。

第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

併設保険医療機関とは、「併設保険医療機関の取扱いについて」（平成14年3月8日保医発第0308008号）に規定する保険医療機関をいう。

1 緊急時施設治療管理料

- (1) 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「介護療養型老健施設」という。）においては、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものである。
- (2) 介護療養型老健施設の併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定する。ただし、患者1人につき1日1回、1月につき4回に限る。
- (3) 患者の緊急時とは、次のいずれかの状態の患者に対して、当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合のことをいう。
 - ア 意識障害又は昏睡
 - イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
 - エ ショック
 - オ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
 - カ その他薬物中毒等で重篤なもの
- (4) 併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合には、往診を行った患者の状態、当該介護療養型老健施設の医師の氏名及び往診を行った日時について診療録に記載するとともに、診療報酬請求明細書の摘要欄に次の事項を記載すること。
 - ア 併設保険医療機関の保険医が往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時
 - イ 対象患者が当該介護療養型老健施設の入所者である旨の記載

2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。
- (2) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

3 施設入所者材料料

- (1) 施設入所者材料料は、第2章第2部第2節第1款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。）において算定できるとされている特定保険医療材料及び同節第2款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。
- (2) 在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。
- (3) 施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

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が算定できるのは別紙のとおりであること。
- (2) 特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。
- (3) 算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第1章及び第2章の例により算定できるものであること。

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養又は医療に関する事項

1 施設入所者共同指導料

- (1) 施設入所者共同指導料は、介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当する病院である保険医療機関の医師（以下「担当医」という。）が、介護老人保健施設に赴き、介護老人保健施設の医師と共同して、退所後の療養上必要な指導を行った場合に、1入所につき1回に限り算定できるものであること。
- (2) 施設入所者共同指導料は、退所して家庭に復帰する予定の患者が算定の対象となるものであること。
- (3) 施設入所者共同指導料は、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等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ものであること。
- (4) 施設入所者共同指導料を算定した場合は、初診料、再診料、外来診療料、地域連携退院時共同指導料、往診料及び在宅患者訪問診療料は算定できないものであること。
- (5) 施設入所者共同指導料を算定する場合においては、担当医は診療録に介護老人保健施設において行った指導の要点を記入すること。
- (6) 特別の関係にある病院又は介護老人保健施設における算定は、行わないものであること。

2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。

(2) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

3 施設入所者材料料

(1) 施設入所者材料料は、在宅療養指導管理料において算定できるとされている特定保険医療材料及び第2章第2部第2節第2款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

(2) 在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

(3) 施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

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のとおりであること。

(2) 特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

(3) 算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第1章及び第2章の例により算定できるものであること。

(別紙)

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項 目	小 項 目	併 設 保 険 医 療 機 関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料	×	○
	診療情報提供料(Ⅰ)(注4に限る。)	×	○
	診療情報提供料(Ⅱ)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第〇〇号)の第十六及び別表第十二により規定されているものである。