

## 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「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「J024」酸素吸入、区分「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（外皮用殺菌剤を除く。）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すべ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。
  - 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、その実施時間が数分程度のものをいう。

(2) ガス麻酔器を使用する数分間の麻酔は、本区分により算定する。

#### L001 静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔

静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いて行う麻酔であって、その実施時間が短時間のものをいう。

#### 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。

(3) 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4」の硬膜外麻酔加算を算定した場合には、硬膜外麻酔の時間加算は算定できない。

#### 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

吸入麻酔を10分以上連続して実施した場合は、本区分により算定する。

#### 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相当長時間実施した場合は、本区分により算定し、数分間の使用にとどまる場合は、区分「L000」迷もう麻酔により算定する。

(2) 重症の患者とは、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 NYHAⅢ度以上の心不全

イ CCS分類Ⅲ度以上の狭心症

ウ 心筋梗塞発症後3月以内の者

エ 大動脈弁閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全であって、Ⅱ度以上のもの

オ 大動脈弁平均圧較差50mmHg以上の大動脈弁狭窄、僧帽弁平均圧較差10mmHg以上の僧帽弁狭窄

カ 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未満の呼吸不全

- キ 1 秒率70%未満かつ肺活量比70%未満の換気障害
  - ク 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気管支喘息
  - ケ HbA<sub>1c</sub>8.0%以上、空腹時血糖160mg/dL以上又は食後2時間血糖220mg/dL以上の糖尿病
  - コ 血清クレアチニン値4.0mg/dL以上の腎不全
  - サ Child-Pugh分類B以上の肝不全
  - シ Hb6.0g/dL未満の貧血
  - ス PT-INR2.0以上の凝固能低下
  - セ DIC
  - ソ 血小板数5万/uL未満の血小板減少
  - タ SIRSを伴う敗血症
  - チ ショック（収縮期血圧が90mmHg未満となるもの）
  - ツ 人工呼吸、心肺補助、大動脈内バルーンポンピング、又は透析を行っている者
  - テ 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者
- (3) 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。
- (4) 静脈注射用麻酔剤を用いて相当長時間にわたる全身麻酔の維持を行う場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、本区分及び各注により算定する。
- (5) 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1」、「注2」及び「注4」による加算を含むものとする。
- (6) 時間加算（注1）
- ア 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して計算する。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に算入しない。
  - 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。
- (7) 心臓手術等加算（注2）
- ア 100分の10、100分の50、100分の100又は100分の200の2つ以上に該当する場合は主たる加算のみ算定し、重複して算定できない。
  - イ 当該加算の対象となる「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。
  - ウ 100分の100の加算対象となる「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。
  - エ 100分の100の加算対象となる「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。
  - オ 脳温を32~34℃に維持する重度脳障害患者への治療的低体温は、「注2」の100分の200の加算の対象とはならない。
- (8) 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。

(9) 硬膜外麻酔加算（注4）

硬膜外麻酔加算を算定した場合は、硬膜外麻酔の時間加算は算定できない。

(10) 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 呼吸心拍監視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、呼吸心拍監視料は別に算定できない。

ウ 体温（深部体温を含む。）測定のため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

低体温療法は、直腸温35℃以下の場合に算定する。ただし、脳温を32～34℃に維持する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。

L009 麻酔管理料

(1) 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「L002」硬膜外麻酔、区分「L004」脊椎麻酔又は区分「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。

(2) 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。なお、届出の様式等については、別途通知する。

(3) 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。

(4) 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）等の神経破壊剤を注入し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、体外照射又は密封小線源治療に掲げる外部照射、腔内照射若しくは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（3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、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、各区分の照射法につき1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「M001」体外照射の「3」に掲げる高エネルギー放射線治療の際に、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。

#### 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<sup>60</sup>遠隔大量照射とは、大量のコバルト<sup>60</sup>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。
- (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<sup>60</sup>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2mm以内であるものをいい、体幹部に対する治療にあつては、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あつては、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つて、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<sup>60</sup>、セシウム<sup>137</sup>等のガンマ線又はストロンチウム<sup>90</sup>等のベータ線による4cm以下の近距離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<sup>192</sup>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 その他の場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にコバルト<sup>60</sup>管、セシウム<sup>137</sup>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。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<sup>125</sup>粒子を刺入する療法をいい、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<sup>192</sup>針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。  
ウ 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」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。