5　区分番号Ｋ０１１、Ｋ０２０、Ｋ０５３、Ｋ０７６、Ｋ０７９、Ｋ０７９－２、Ｋ０８０－２、Ｋ０８２、Ｋ１０６、Ｋ１０７、Ｋ１０９、Ｋ１３６、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１６０、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７１まで、Ｋ１７４からＫ１７８－２まで、Ｋ１８１、Ｋ１９０、Ｋ２０４、Ｋ２２９、Ｋ２３０、Ｋ２３４からＫ２３６まで、Ｋ２４４、Ｋ２５９、Ｋ２６６、Ｋ２７７－２、Ｋ２８０、Ｋ２８１、Ｋ３１９、Ｋ３２２、Ｋ３２７、Ｋ３４３、Ｋ３７６、Ｋ３９５、Ｋ４１５、Ｋ４２５、Ｋ４２７－２、Ｋ４３４、Ｋ４４２、Ｋ４４３、Ｋ４５８、Ｋ４６２、Ｋ４８４、Ｋ４９６、Ｋ４９６－３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６４５、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６９５（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７７９－３、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、Ｋ８０３（６を除く。）、Ｋ８１８からＫ８２０まで、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９並びにＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則４に掲げる手術を除く。）については、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

6　区分番号Ｋ５２８、Ｋ５３５、Ｋ５８３、Ｋ５８６の３、Ｋ５８７、Ｋ６８４、Ｋ６９５、Ｋ７５１の３及び４、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６並びにＫ７７３に掲げる手術（１歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7　区分番号Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４からＫ１５５まで、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８２まで、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１９、Ｋ５２８、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５７２まで、Ｋ５７３の２、Ｋ５７４からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６７４、Ｋ６８４、Ｋ６９７－５、Ｋ７１６の１、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２６、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７５、Ｋ８０５、Ｋ８１２－２並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して手術（区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

9　区分番号Ｋ２９３、Ｋ２９４、Ｋ３１４、Ｋ３４３、Ｋ３７４、Ｋ３７６、Ｋ３９４、Ｋ４１０、Ｋ４１２、Ｋ４１５、Ｋ４２２、Ｋ４２４、Ｋ４２５、Ｋ４３９、Ｋ４４２の２及び３、Ｋ４５５、Ｋ４５８並びにＫ４６３に掲げる手術については、区分番号Ｋ４６９に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

10　ＨＩＶ抗体陽性の患者に対して、観血的手術を行った場合は、当該手術の所定点数に4,000点を加算する。

11　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、Ｂ型肝炎感染患者（ＨＢｓ又はＨＢｅ抗原陽性の者に限る。）若しくはＣ型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号Ｌ００２に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号Ｌ００４に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。

12　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ９１４に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合の手術料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注５のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注５のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

13　対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。

14　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

15　手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を中途で中絶しなければならない場合においては、当該中絶までに行った実態に最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

区分

（皮膚、皮下組織）

Ｋ０００　創傷処理

１	筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）	1,250点
２	筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	1,680点
３	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,000点
４	筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）	470点
５	筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	850点
６	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,320点

注１　切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

２　真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り所定点数に460点を加算する。

３　汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の１回に限り100点を加算する。