3　第１節に掲げられていない手術であって特殊な手術の手術料は、第１節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

4　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０２２の１、Ｋ０５９の３のイ、Ｋ０５９の４、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６、Ｋ１９０－７、Ｋ２５４の１、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の５、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４６１－２、Ｋ４６２－２、Ｋ４６４－２、Ｋ４７６（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ４７６－４、Ｋ５１４の10、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５３０－３、Ｋ５４６、Ｋ５４８、Ｋ５４９、Ｋ５５５－２、Ｋ５６２－２、Ｋ５９５（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０３からＫ６０４－２まで、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６０５－５、Ｋ６１５－２、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６５６－２、Ｋ６７７の１、Ｋ６７８、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７２１－４、Ｋ７５４－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３からＫ７７３－５まで、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ８００－３、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８２３－５、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２からＫ８４３－４まで、Ｋ８６５－２、Ｋ８７９－２、Ｋ９１０－２及びＫ９１０－３に掲げる手術については、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。ただし、区分番号Ｋ５４６、Ｋ５４９、Ｋ５９７－３、Ｋ５９７－４、Ｋ６１５－２及びＫ６３６－２に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

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。）、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７０３－２、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及び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を満たす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、Ｋ５２８－３、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を満たす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、Ｋ１５４－２、Ｋ１５５、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Ｋ２８１まで、Ｋ２８２、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１３、Ｋ５１９、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、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、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８４、Ｋ６９７－５、Ｋ７１６の１、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２６、Ｋ７２６－２、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に掲げる中心静脈注射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に掲げる頭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、4,000点を当該手術の所定点数に加算する。

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、1,000点を所定点数に加算する。

12　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及び区分番号Ｋ９１５に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ　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

(1)　休日加算１　　所定点数の100分の160に相当する点数

(2)　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　　所定点数の100分の80に相当する点数

(3)　深夜加算１　　所定点数の100分の160に相当する点数

(4)　(1)から(3)までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　イ以外の保険医療機関において行われる場合

(1)　休日加算２　　所定点数の100分の80に相当する点数

(2)　時間外加算２（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　　所定点数の100分の40に相当する点数

(3)　深夜加算２　　所定点数の100分の80に相当する点数

(4)　(1)から(3)までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　　所定点数の100分の40に相当する点数