

C112・注2	在宅気管切開患者指導管理料（人工鼻加算）	1月に1回を限度として算定する。
---------	----------------------	------------------

4 一定期間の管理を評価した項目

区分	診療行為	算定回数制限
A001・注6	再診料・継続管理加算	治療計画に基づき継続して再診を行った場合は、継続管理加算として月1回に限り、所定点数に5点を加算する。
C002	在宅時医学管理料	毎週1回以上又は月に4回以上継続して訪問診療を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、月に4回以上行う場合にあっては、訪問診療と訪問診療との間隔はいずれも10日以内であることが必要である。
C005・注4	在宅患者訪問看護・指導料（在宅移行管理加算）	退院後1月以内に訪問看護・指導料を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回に限り加算する。
M000	放射線治療管理料	患者1人につき1回に限り算定する。

5 標準回数以上については、診療報酬明細書に理由を記載することを求めている項目

区分	診療行為	算定回数制限
K614	経皮的冠動脈形成術	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614、K614-2、K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。なお、PTCA用カテーテル算定本数は、完全閉塞病変1箇所の場合2本以下、完全閉塞病変2箇所の場合3本以下、完全閉塞病変以外の病変1箇所の場合1本以下、完全閉塞病変以外の病変2箇所の場合2本以下（これらを上回る場合はレセプト詳記）とする。
K614-2	経皮的冠動脈血栓切除術	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614、K614-2、K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。
K614-3	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）	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614、K614-2、K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。
K615	経皮的冠動脈ステント留置術（完全閉塞病変1箇所の場合のPTCA用カテーテル算定本数）	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614、K614-2、K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。なお、PTCA用カテーテル算定本数及び冠動脈用ステントセット算定セット数は、完全閉塞病変1箇所の場合2本以下・1セット以下、完全閉塞病変2箇所の場合3本以下・2セット以下、完全閉塞病変以外の病変1箇所の場合1本以下・1セット以下、完全閉塞病変以外の病変2箇所の場合2本以下・2セット以下（これらを上回る場合はレセプト詳記）とする。

6 検査、画像診断が包括されている項目

区分	診療行為	算定回数制限
B001・15・注1	慢性維持透析患者外来医学管理料	検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

B001-4・注2	手術前医学管理料	同一患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。検査及び画像診断は2回以上行った場合は、第2回目以降のものについて別に算定できる。
-----------	----------	---

7 その他

区分	診療行為	算定回数制限
D100	病理組織迅速顕微鏡検査	手術の途中において迅速凍結切片等による検査を完了した場合において、1手術につき1回算定する。術後に再確認のため精密な病理組織検査を行った場合は、所定点数を別に算定する。
D007・注・ハ・注	血液化学検査（入院時初回加算）	入院時初回検査に限り加算する。（10項目以上行った場合）
I014	医療保護入院等診療料	当該入院期間中1回に限り算定する。
K・通則11	手術（HIV抗体陽性患者観血的手術加算）	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。
K・通則12	手術（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者手術加算、B型肝炎感染者患者、C型肝炎感染者患者、結核患者）	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。

(参考資料3)

患者選択の観点よりも医療上の必要性から制限回数を超える医療行為が実施されると考えられる項目

1 処置に係る項目

区分	診療行為	算定回数制限
J 018・(通)	気管支分泌物吸引(内視鏡)	内視鏡で行った気管支分泌物の吸引は、J023に準じて算定する。ただし、算定は1日に1回を限度とする。
J 038	人工腎臓	1月に15回目以降は算定できない。
J 038・(通)	持続緩徐式血液濾過術(重症急性膵炎の患者)	一連につきおおむね8回を限度として算定する。
J 038・(通)	持続緩徐式血液濾過術(劇症肝炎、術後肝不全又はこれらと同程度の急性肝不全の患者)	一連につき月10回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法(多発性骨髄腫、マクログロブリン血症)	一連につき週1回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法(劇症肝炎)	一連につき概ね10回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法(薬物中毒)	一連につき概ね8回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法(重症筋無力症)	一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法(悪性関節リウマチ)	週1回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法(全身性エリテマトーデス)	月4回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法(血栓性血小板減少性紫斑病)	一連につき週3回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法(術後肝不全)	一連につき概ね7回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法(急性肝不全)	一連につき概ね7回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法(多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎)	一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法(ギラン・バレー症候群)	一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法(天疱瘡、類天疱瘡)	一連につき週2回を限度として3月間に限って算定する。ただし、3月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上(厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア)の天疱瘡の患者については、さらに3月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法(巣状系球体硬化症)	一連につき3月間に限って12回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法(家族性高コレステロール血症)	維持療法としての実施回数は週1回を限度として算定する。

J 039	血漿交換療法（閉塞性動脈硬化症）	一連につき3月間に限って10回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（同種腎移植）	一連につき術前は4回を限度とし、術後は2回を限度として算定する。
J 041-2	血球成分除去療法（潰瘍性大腸炎）	一連の治療につき2クールを限度として算定できるが、1クールにつき週1回を限度として5週間に限って算定する。ただし、劇症患者については、第1週目に限り週2回を限度として算定できる。
J 041-2	血球成分除去療法（薬物療法抵抗する関節リウマチ）	一連の治療につき1クールを限度として算定できるが、1クールにつき週1回を限度として5週間に限って算定する。
J 044	救急処置としての体表面ペーシング法・食道ペーシング法	1日に1回を限度として算定する。
J 054-2・1・注	皮膚レーザー照射療法（色素レーザー照射療法・照射面積加算）	所定点数の100分の400を限度とする。
J 054-2・2	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付レーザー照射療法・Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法）	一連の治療終了後に再発した場合は、同一部位に対しては初回治療を含め2回を限度として算定する。
J 065	間歇的導尿	3月間を限度として算定する。
J 070・（通）	冷却痔処置	1日1ないし2回、かつ連続して5日以上実施した場合に10日間を限度として、1日につき1回算定できる。
J 070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始時点においては3週間に6回を限度とし、その後は2週間に1回を限度とする。

2 手術に係る項目

(1) 自動吻合器、自動縫合器等に係る加算点数

区分	診療行為	算定回数制限
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	四肢（手、足、指（手、足）を含む）以外の部位において微小血管自動縫合器を使用した場合は、K511・注2の加算点数に2個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	四肢（手、足、指（手、足）を含む）以外の部位において微小血管自動縫合器を使用した場合は、K511・注の自動縫合器加算点数に2個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K511・注	肺切除術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
（通）	肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に15個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K514・注	肺悪性腫瘍手術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に6個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K529・注	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）（自動吻合器又は自動縫合器加算）	「注」の加算点数に3個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K531・注	食道切除後2次的再建術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。

K655・注1	胃切除術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。
K657・注1	胃全摘術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ2個又は4個を限度として加算する。
K716	小腸切除術	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。
K719・3・注	結腸切除術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K735・注	先天性巨大結腸症手術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K740・注	直腸切除・切断術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は4個を限度として加算する。
K803・注	膀胱悪性腫瘍手術（自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として加算する。
K817・注	尿道悪性腫瘍摘出術（自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として加算する。

(2) その他

区分	診療行為	算定回数制限
K022	組織拡張器による再建手術	1患者の同一疾患に対して1回のみ算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。
K047	難治性骨折電磁波電気治療法	1患者に対して一連として1回のみ算定であり、1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該療法を退院した後も継続して行っている場合であっても別に算定できない。
K062・(通)	リーメンビューゲル法	1回に限り算定する。
K131・注	椎弓切除術（椎間加算）	1椎間を増すごとに100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K132・注	椎弓形成手術（椎間加算）	1椎間を増すごとに100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K134・4	椎間板摘出術（経皮的髄核摘出術）	1椎間につき2回を限度とする。
K142・注	脊椎固定術（椎間加算）	所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K654	内視鏡的消化管止血術	1日1回、週3回を限度として算定する。
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	1日1回、週3回を限度として算定する。

(3) 特定保険医療材料

名称	算定回数制限
副鼻腔炎治療用カテーテル	副鼻腔炎治療用カテーテルは3本を限度として算定する。
皮膚欠損用創傷被覆材	皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。

真皮欠損用グラフト	真皮欠損用グラフトについては、1局所に2回を限度として算定する。
デキストラノマー	デキストラノマーは、下腿潰瘍、第Ⅱ度熱傷、第Ⅲ度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、2週間（改善傾向が明らかな場合は、3週間）を限度として算定できる。

(参考資料4)

患者のニーズが少ないと考えられる項目

1 指導管理を評価した項目

区分	診療行為	算定回数制限
B000・注1	特定疾患療養指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。
B001・1・注	特定疾患治療管理料・ウイルス疾患指導料	イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。
B001・4・注	小児特定疾患カウンセリング料	療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。
B001・5・注1	小児療養指導料	必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・6・注1	てんかん指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・7・注1	難病外来指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・8・注1	皮膚科特定疾患指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・9・注	外来栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
B001・10・注	入院栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
B001・11・注	集団栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。入院患者は、入院期間中に2回を限度。
B001・12・注1	心臓ペースメーカー指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・18・注1	小児悪性腫瘍患者指導管理料	計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-3・注1	生活習慣病指導管理料	治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B008	薬剤管理指導料	患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。ただし、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
B008・注2	薬剤管理指導料(麻薬)	必要な薬学的管理指導(麻薬)を行った場合は1回に限り加算する。
B011-3	薬剤情報提供料	月1回に限り(処方内容に変更があった場合は、その都度)算定する。
B001・13・注1	在宅療養指導料	医師の指示に基づき、看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。

B001・ 14・注 2	高度難聴指導管理料	人工内耳埋込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。
B001・ 16・注	喘息治療管理料	ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・ 17・注	慢性疼痛疾患管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・ 19・注	植込み型補助人工心臓指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001- 6・注1	肺血栓塞栓予防管理料	必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	文書を交付して必要な指導管理を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。
C100	退院前在宅療養指導管理料	外泊の初日1回に限り算定する。
C101	在宅自己注射指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102・ 注1	在宅自己腹膜灌流指導管理料（頻回に指導管理を行う必要がある場合）	月2回に限り算定する。
C102-2	在宅血液透析指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102- 2・注1	在宅血液透析指導管理料（頻回に指導管理を行う必要がある場合）	月2回に限り算定する。
C103	在宅酸素療法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C106	在宅自己導尿指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C107	在宅人工呼吸指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C112	在宅気管切開患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。

D・第1節・第1款・通則1	検体検査実施料（時間外緊急院内検査加算）	同一患者に対して、同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、1日につき1回のみ算定する。
I 013	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。
I 015	痴呆患者在宅療養指導管理料	1月に1回を限度として算定する。

2 共同指導料

区分	診療行為	算定回数制限
B 002	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B 003	開放型病院共同指導料（Ⅱ）	当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B 004	在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）	入院日から起算して1月以内の期間にあつては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあつては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。
B 005	在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）	入院日から起算して1月以内の期間にあつては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあつては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。

3 退院指導料等

区分	診療行為	算定回数制限
B 006-2	退院指導料	指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、説明の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B 006-3	退院時リハビリテーション指導料	指導を行ったもの及び指導を受けたものが患者又はその家族であるかの如何を問わず退院日に1回に限り算定する。
B 006-4	退院時共同指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B 007	退院前訪問指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
B 008・注3	薬剤管理指導料（退院時服薬指導加算）	薬剤管理指導料の算定日にかかわらず、退院日に1回に限り算定する。
I 011	精神科退院指導料	指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族等にかかわらず、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の退院日に算定する。

4 診療情報提供料

区分	診療行為	算定回数制限
B 009	診療情報提供料（A）（診療所から診療所、病院から病院）	紹介先保険医療機関ごとに、患者1人につき月1回に限り算定する。

B009	診療情報提供料 (A) (上記以外)	患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料 (B) (診療所から病院、病院 から診療所)	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料 (B) (上記以外)	患者1人につき月1回に限り算定する。
B011	診療情報提供料 (C)	退院に際して、患者1人につき月1回に限り算定する。
B011-2	診療情報提供料 (D)	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

5 訪問看護指示料

区分	診療行為	算定回数制限
C007	訪問看護指示料	患者1人につき退院時に1回算定できるほか、在宅療養患者について1月に1回を限度として算定できる。
C007・ 注2	訪問看護指示料(特別訪 問看護指示加算)	患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

6 医療行為の特性から制限回数を超えることが考えづらい項目

区分	診療行為	算定回数制限
E・通則 3	画像診断(時間外緊急院 内画像診断加算)	同一患者に同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合(複数の区分にまたがる場合を含む。)においても1回のみ算定とする。
G003-3	肝動脈塞栓を伴う抗悪性 腫瘍剤肝動脈内注入	抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月1回に限り算定できる。
H005	視能訓練	両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のための矯正訓練を行った場合に算定できるものであり、1日につき1回のみ算定する。
I000	精神科電気痙攣療法	1日に1回を限度として算定する。
I012・ 注3	精神科訪問看護・指導料 (精神科訪問看護・指導 料(Ⅱ)・時間加算)	3時間を超えた場合は8時間を限度として加算する。
J001-2	絆創膏固定術	交換は原則として週1回とする。
J038・ 注2	人工腎臓(導入期加算)	導入期1月に限り1回につき加算する。
J089	睫毛抜去(多数)	上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とし、1日に1回を限度として算定する。
J129・ (通)	練習用仮義足	仮義足を支給する1回に限り算定する。
腹膜透析液交換セット		交換キットは、キャップ又はクラムシエルの場合は1個を、ウエハーの場合は2枚を1キットとし、1交換当たり1キットを限度として算定する。イ 交換キットは、自動腹膜透析装置を使用する場合は、A PDセット1個当たり4キット分を限度として算定する。
血管内超音波プローブ		血管内超音波プローブは、一連の検査、画像診断又は手術につき1本のみ算定できる。
尿道ステント		永久留置型尿道ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。
緊急時ブラッドアクセス用留置カ テーテル		緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルは1週間に1本を限度として算定できる。

白血球吸着用材料	白血球吸着用材料は、1日につき1個を限度として算定する。
埋込型脳・脊髄電気刺激装置（4極用）	埋込型脳・脊髄電気刺激装置（振戦軽減用）は、パーキンソン病又は本態性振戦に伴う薬物療法によって十分な治療効果の得られない振戦等の症状の軽減を目的に使用した場合に、1回の手術に対し1個を限度として算定できる。
気管・気管支ステント	気管・気管支ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。
食道用ステント	食道用ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。
内視鏡的食道静脈瘤結紮セット	実際に使用したセット数にかかわらず、1日につき1個のみ算定する。
経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料は、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術、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）又は経皮的冠動脈ステント留置術を実施した患者の日帰り又は早期退院を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、7Fr以上9Fr未満のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌日までに帰宅した場合に限り1セットについてのみ算定できる。

7 医師による病態分析・処方管理、医療機関の調剤管理を評価

区分	診療行為	算定回数制限
F100・注5	処方料（特定疾患処方管理加算）	月2回に限り算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。
F100・注6	処方料（特定疾患処方管理加算）	処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り1処方につき加算する。
F400・注3	処方せん料（特定疾患処方管理加算）	月2回に限り算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。
F400・注4	処方料（特定疾患処方管理加算）	処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り1処方につき加算する。
F500	調剤技術基本料	患者1人につき、月1回に限り算定する。