

K653	内視鏡的胃，十二指腸ポリープ・粘膜切除術	短期間又は同一入院期間中，回数にかかわらず，第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K678	体外衝撃波胆石破碎術	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。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波胆石破碎を行う場合は，1回のみ所定点数を算定するものであり，その後に行われた同一目的の手術の費用は，所定点数に含まれ別に算定できない。
K678・注	体外衝撃波胆石破碎術（消耗性電極加算）	一連の手術について1回のみ算定できる。
K685	内視鏡的胆道碎石術（経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの）	短期間又は同一入院期間中，回数にかかわらず，第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K687	内視鏡的乳頭切開術	短期間又は同一入院期間中，回数にかかわらず，第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	短期間又は同一入院期間中，回数にかかわらず，第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	短期間又は同一入院期間中，回数にかかわらず，第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	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。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破碎を行う場合は，1回のみ所定点数を算定する。なお，その他数回の手術の費用は，所定点数に含まれ別に算定できない。
K768・注	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（消耗性電極加算）	一連の手術について1回のみ算定できる。
K823-2	尿失禁コラーゲン注入手術	所期の目的を達するために複数回実施しても，一連として算定する。
K841-3	経尿道的前立腺高温度治療	所期の目的を達するために複数回実施しても，一連として算定する。
M001・注2	体外照射（術中照射療法加算）	患者1人につき1日に限り加算する。
M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	数か月の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合でも，1回のみ算定する。
M001-3	直線加速器による定位放射線治療	数か月の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合でも，1回のみ算定する。
M002	全身照射	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	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。
M004	密封小線源治療	疾病の種類，部位の違い，部位数の多寡にかかわらず，一連として算定する。
M004・4	密封小線源治療（放射性粒子照射）	使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。
M004・注2	密封小線源治療（高線量率イリジウムの費用加算）	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，患者1人につき1回に限り加算する。

M004・ 注3	密封小線源治療（低線量率イリジウムの費用加算）	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、患者1人につき1回に限り加算する。
I000	普通処置（鉤歯と鉤歯の対合歯の削除）	咬合緊密である患者の義歯を製作するに当たり、レスト製作のために削除した場合は、1歯1回に限る
I001	歯髄覆罩	同一歯牙に2箇所以上に齶蝕が存在する場合に、同日又は日を異にして行った場合であっても、1歯1回に限る
I005	抜髄	1歯につき1回に限る
I006	感染根管処置	急性症状の消退を図る目的で根管拡大等を行ったときは根管数にかかわらず、1歯につき1回に限る
I008	根管充填	1歯につき1回に限る
I008	根管充填（予後観察のための暫間的根管充填）	数ヶ月間根尖部の閉鎖状態の予後観察を行うために行った場合は1回に限る
I014	暫間固定（簡単なもの）	1顎に2か所以上行っても1回の算定
M001	歯冠形成	同一歯牙について1回に限る
M006	咬合採得（欠損補綴）	欠損補綴に係る場合、2回以上行っても所定点数により算定
N004	模型調製（予測模型）	ダイナミックポジショナー及びスプリングリテーナーを製作した場合に各々につき1回。歯科矯正を開始したとき又は動的処置を開始したときは、いずれかについて1回に限る。顎離断等の手術を開始したときも1回に限る。
N008	装着（マルチブラケット装置を除く）	第1回の装着の場合のみ
N008	装着（マルチブラケット装置）	各ステップにつき1回に限る
N018	マルチブラケット装置（装着）	ステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣの各々につき最初の1装置に限る

2 判断料、診断に関する項目

区分	診療行為	算定回数制限
D026	検体検査判断料	検査の種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り、初回検査の実施日に算定する。
D026・ 注3	検体検査判断料（検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ））	患者1人につき月1回に限り加算する。
D027	基本的検体検査判断料（Ⅰ）	検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定できる。
D027・ 注2	基本的検体検査判断料（Ⅰ）（検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ））	患者1人につき月1回に限り加算する。

D028	基本的検体検査判断料 (Ⅱ)	検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定できる。
D028・ 注2	基本的検体検査判断料 (Ⅱ) (検体検査管理加 算(Ⅰ)、(Ⅱ))	患者1人につき月1回に限り加算する。
D104	病理診断料	検査の別又は回数にかかわらず月1回に限り算定する。
D105	病理学的検査判断料	病理学的検査の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。
D205	呼吸機能検査等判断料	検査の種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
D214・ 1	脈波図、心機図、ポリグラフ検査(脈波図、心機図、ポリグラフ検査実施料)	種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高誘導数による。運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ1回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の100分の200を限度として算定する。
D238	脳波検査判断料	検査の種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
D241	神経・筋検査判断料	検査の種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	検査の種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
E・通則 4	画像診断(画像診断管理加算1)	月1回に限り加算する。
E・通則 5	画像診断(画像診断管理加算2)	月1回に限り加算する。
E・通則 6	画像診断(遠隔画像診断・画像診断管理加算1)	月1回に限り加算する。
E・通則 7	画像診断(遠隔画像診断・画像診断管理加算2)	月1回に限り加算する。
E001・ (通)	写真診断(他医療機関撮影)	撮影部位及び撮影方法(単純撮影、特殊撮影又は造影剤使用撮影)別に1回の算定とするが、1つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定する。
E102	核医学診断	種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
E203	コンピューター断層診断	種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
D000	電氣的根管長測定検査	電氣的抵抗を応用して根管長を測定した場合、1歯について1回に限る
D003-2	口腔内写真検査	歯周組織検査を行った場合において、ブラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、5枚を限度
D004	平行測定	ブリッジの支台歯形成に当たり、1装置について1回に限る
D006	チェックバイト検査	計画的に欠損補綴物を製作するために1口腔1回に限る
D007	ゴシックアーチ描記法	計画的に欠損補綴物を製作するために1口腔1回に限る
D008	パントグラフ描記法	計画的に欠損補綴物を製作するために1口腔1回に限る

第4部 通則5	画像診断管理加算 (歯科診療に係るもの)	画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は月1回に限る
N000	歯科矯正診断料	歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除を実施するとき、各々につき1回に限る。
N001	顎口腔機能診断料	歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき1回に限る。
N002	歯科矯正管理料	1月以内に2回以上行った場合でも1回に限る。
N004	模型調製(平行模型)	歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を終了したとき及び保定を開始したとき、各々につき1回に限る。

3 医療機器に要する費用を評価した加算点数

区分	診療行為	算定回数制限
C101・ 注2、3	在宅自己注射指導管理料 (血糖自己測定加算)	1月に1回を限度として算定する。
C101・ 注4	在宅自己注射指導管理料 (注入器加算、間歇注入 シリンジポンプ加算)	1月に1回を限度として算定する。
C101・ 注5	在宅自己注射指導管理料 (注入器用の注射針を処 方)	1月に1回を限度として算定する。
C102・ 注2	在宅自己腹膜灌流指導管 理料(紫外線殺菌器加 算、自己腹膜灌流装置加 算)	1月に1回を限度として算定する。
C102- 2・注2	在宅血液透析指導管理料 (透析液供給装置加算)	1月に1回を限度として算定する。
C103・ 注2	在宅酸素療法指導管理料 (酸素ボンベ加算)	1月に1回を限度として算定する。
C103・ 注3	在宅酸素療法指導管理料 (酸素濃縮装置加算)	1月に1回を限度として算定する。
C103・ 注4	在宅酸素療法指導管理料 (携帯用酸素ボンベ加 算)	1月に1回を限度として算定する。
C103・ 注5	在宅酸素療法指導管理料 (設置型液化酸素装置加 算)	1月に1回を限度として算定する。
C103・ 注5	在宅酸素療法指導管理料 (携帯型液化酸素装置加 算)	1月に1回を限度として算定する。
C104・ 注2	在宅中心静脈栄養法指導 管理料(輸液セット加 算、注入ポンプ加算)	1月に1回を限度として算定する。

C105・ 注2	在宅成分栄養経管栄養法 指導管理料（栄養管セ ット加算、注入ポンプ加 算）	1月に1回を限度として算定する。
C106・ 注2	在宅自己導尿指導管理料 （間歇導尿用ディスポー ザブルカテーテル加算）	1月に1回を限度として算定する。
C107・ 注2	在宅人工呼吸指導管理料 （人工呼吸器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C107- 2・注2	在宅持続陽圧呼吸療法指 導管理料（経鼻的持続陽 圧呼吸療法治療器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C108・ 注2	在宅悪性腫瘍患者指導管 理料（注入ポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C110・ 注2	在宅自己疼痛管理指導管 理料（送信器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C111・ 注2	在宅肺高血圧症患者指導 管理料（携帯型精密輸液 ポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。
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。
A004	歯周疾患継続総合診療料	再診時に歯周組織検査、歯周基本治療及び指導管理等を行った場合に、月1回に限る
A005	歯科口腔継続管理総合診 療料	再診時に口腔内検査、機械的歯面清掃及び指導管理等を行った場合に、月1回に限る
C000	歯科訪問診療料	1日につき
C000	歯科訪問診療料 （地域医療連携体制加 算）	患者に対し連携保険医療機関に関する情報を文書提供し、かつ患者等の同意を得て当該患者の診療に必要な情報を他の保険医療機関の保険医等に提供した場合に、月1回に限る
M035	新製義歯調整指導料	有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、1口腔につき1月1回に限る。
M036	有床義歯調整・指導料	有床義歯の装着後1月を超えた期間において、1口腔につき月4回に限る。新製義歯調整指導料と同一月において行った場合は、併せて月4回に限る。

M038	有床義歯長期調整指導料（Ⅰ）	有床義歯の装着の日を含む月から起算して6月を超え1年以内の期間中1回を限度とする。
M039	有床義歯長期調整指導料（Ⅱ）	有床義歯長期調整指導料（Ⅰ）を算定した月から起算して6月を超え1年以内の期間中1回に限る。
M040	有床義歯長期調整指導料（Ⅲ）	有床義歯長期調整指導料（Ⅱ）を算定した月から起算して6月を超え1年以内の期間中1回に限る。

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年間に於いて、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年間に於いて、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年間に於いて、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年間に於いて、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）
I 014	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（H I V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)

患者が要望することが想定されない項目

1 指導管理を評価した項目

区分	診療行為	算定回数制限
B 000・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001- 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。
B 008	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。
B 008・ 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。
B 011-3	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。
B 001・ 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っては、月 2 回）に限り算定する。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
B 001・ 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。
I013	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。
I015	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。
B000	歯科口腔衛生指導料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限る