

(参考資料2)

診療報酬の設定内容から、本来、制限回数を
超えることが想定されない項目

1 複数回の実施を一連の医療行為として評価している項目

区分	診療行為	算定回数制限
D017	排泄物，滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	染色の有無及び方法の如何にかかわらず，また，これら各種の方法を2以上用いた場合であっても，1回として算定する。
D020	抗酸菌分離培養検査	検体の採取部位が異なる場合であっても，同時に又は一連として検体を採取した場合は，1回のみ算定する。
D021・2	抗酸菌同定検査（その他の同定検査）	検査法，培地数にかかわらず1回のみ算定する。
D101・注2	病理組織顕微鏡検査（免疫抗体法加算）	方法（蛍光抗体法，酵素抗体法），試薬の種類にかかわらず，1臓器につき1回のみ算定する。
D102	細胞診検査（婦人科材料）	同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して検査を行った場合であっても，1回として算定する。
D102	細胞診検査（その他）	同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して検査を行った場合であっても，1回として算定する。
D103・注	染色体検査（分染法加算）	種類，方法にかかわらず1回の算定とする。
D200	スパイログラフィー等検査	負荷を行った場合は，負荷の種類，回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。
D201	換気力学的検査	負荷を行った場合は，負荷の種類，回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。
D202	肺内ガス分布	負荷を行った場合は，負荷の種類，回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。
D203	肺胞機能検査	負荷を行った場合は，負荷の種類，回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。
D215	超音波検査	同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は，主たる検査方法により1回として算定する。また，同一の方法による場合は，部位数にかかわらず，1回のみ算定とする。
D231	人工膀胱	2日以上にわたり連続して実施した場合においても，一連として1回の算定とする。
D234	胃・食道内24時間pH測定	概ね24時間以上連続して行われるものであり，これを1回として算定する。
D251・3	音声言語医学的検査（音声機能検査）	種類及び回数にかかわらず，一連として1回算定する。
D254	電気味覚検査	対象とする支配神経領域に関係なく一連につき1回算定する。
D264・注	精密眼圧検査（負荷加算）	検査の種類，負荷回数にかかわらず1回のみ算定する。
D287	内分泌負荷試験	一連として月1回算定する。
D292	体外からの計測によらない諸検査	検査に数日を要した場合であっても同一のラジオアイソトープを用いた検査は，一連として1回の算定とする。

D・第4節・(通)	診断穿刺・検体採取料	各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において2か所以上行った場合にも、所定点数のみの算定とする。
D416・2	臓器穿刺，組織採取（開腹によるもの（腎を含む。））	穿刺回数，採取臓器数又は採取した組織の数にかかわらず，1回として算定する。
E003・3・注	造影剤注入手技（動脈造影カテーテル法・選択的血管造影加算）	1回に限り加算する。主要血管の分枝血管を選択的造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず1回に限り算定できる。
E100	シンチグラム（画像を伴うもの）	同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。
J018・(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。
J019	持続的胸腔ドレナージ（開始日）	挿入したドレーンの本数にかかわらず，1日に1回に限り算定する。
J021	持続的腹腔ドレナージ（開始日）	挿入したドレーンの本数にかかわらず，1日に1回に限り算定する。
J054・1	皮膚科光線療法	同じものを同一日に複数回行った場合でも，1日につき算定する。
J057-3	鶏眼・胼胝処置	同一部位の一連の治療について，その範囲にかかわらず1回のみ算定する。
K000・注3	創傷処理（デブリードマン加算）	当初の1回に限り加算する。
K052・(通)	多発性骨腫摘出術	同一皮切で行いうる範囲のものは回数にかかわらず1回の算定とする。
K058	骨長調整手術	使用するステイプルの数にかかわらず1回の算定とする。
K059	骨移植術	採取した骨片を複数か所に移植した場合も1回の算定とする。
K148・(通)	穿頭術及び試験開頭術を2か所以上行った場合	1回に限り算定する。
K200-2	涙点プラグ挿入術	上下涙点に挿入した場合も含め1回のみ算定とする。
K208	麦粒腫切開術	数か所切開でも同一瞼内は1回として算定する。
K214	霰粒腫摘出術	数か所切開でも同一瞼内は1回として算定する。
K276	網膜光凝固術	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。1週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは，1回のみ所定点数を算定する。
K482	肋骨切除術	切除肋骨の本数に関係なく，2本以上を切除した場合も所定点数のみにより算定する。
K617・2	下肢静脈瘤手術（硬化療法）	一連とは所期の目的を達成するまでに行う一連の治療過程をいい，概ね2週間にわたり行われるものをいう。
K635	胸水・腹水瀘過濃縮再静注法	一連の治療期間中，第1回目の実施日に，1回に限り算定する。なお，一連の治療期間は2週間を目安とし，治療上の必要があつて初回実施後2週間以上経過して実施した場合は改めて算定する。

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	歯髓覆罩	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	抜髓	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、フラーケ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 (酸素ポンベ加算)	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 (携帯用酸素ポンベ加 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つては、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
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・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	肺血栓栓子予防管理料	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

B000-2	継続的歯科口腔衛生指導料	療養上必要な指導を継続的に行った場合に、月1回に限る
B000-2	継続的歯科口腔衛生指導料 (フッ化物洗口指導加)	継続的指導実施期間中に患者1人につき1回限る
B001	歯周疾患指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、同一暦月につき1回限る
B001-2	歯科衛生実地指導料	主治医の指示に基づき歯科衛生士が直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合に、月1回に限る
B001-3	感染予防対策管理料	病院である保険医療機関において行われた場合に、患者1人につき月1回に限る
B002	歯科特定疾患療養指導料	患者に対し療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限る
B002	歯科特定疾患療養指導料 (共同療養指導計画加算)	患者の主治医と共同で歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し当該患者にその内容を文書により提供した場合に、患者1人につき1回に限る
B004-4	病院歯科共同治療管理料 (I)	患者1人1日につき1回に限る
B004-5	病院歯科共同治療管理料 (II)	患者1人1日につき1回に限る
B004-6	歯科治療総合医療管理料	別の保険医療機関から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして、文書により診療情報の提供を受けたものに対し、処置及び手術等を行うに当たって必要な医療管理を行った場合に、患者1人につき月1回に限る
C001	訪問歯科衛生指導料	訪問指導計画を策定した歯科医師の文書による指示に基づき、療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月4回(同一月内に「複雑なもの」および「簡単なもの」を行った場合には併せて月4回)に限る

2 共同指導料

区分	診療行為	算定回数制限
B002	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。
B003	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。
B004	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。
B005	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
B006-2	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。
B006-3	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。
B006-4	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。

B007	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。
B008・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。
I011	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
B009	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。
11	薬剤情報提供料1	月4回（処方内容に変更があった場合は、その都度）に限り算定する。
12	薬剤情報提供料2	月1回（処方内容に変更があった場合は、その都度）に限り算定する。
17	服薬情報提供料	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
B001・2・注3	特定疾患治療管理料・特定薬剤治療管理料	ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。
B001・2・注5	特定薬剤治療管理料（臓器移植、初回月加算）	免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り加算する。
D010・7	特殊分析（先天性代謝異常症検査）	患者1人につき月1回に限り算定する。

D012・5	感染症血清反応（T P H A 試験（定性））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・8	感染症血清反応（T P H A 試験（定量））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・11	感染症血清反応（ウイルス抗体価（サイトメガロウイルス））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・13	感染症血清反応（H T L V - I 抗体価）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・16	感染症血清反応（H I V - 1 抗体価）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・17	感染症血清反応（H I V - 1, 2 抗体価）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・25	感染症血清反応（H T L V - I 抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・26	感染症血清反応（サイトメガロウイルス抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・35	感染症血清反応（H I V - 1 抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・30	感染症血清反応（グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定（サイトメガロウイルス））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・36	感染症血清反応（H I V - 2 抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・1	肝炎ウイルス関連検査（H B s 抗原）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・3	肝炎ウイルス関連検査（H B s 抗原精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・5	肝炎ウイルス関連検査（H C V 抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・6	肝炎ウイルス関連検査（H B c 抗体価）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・8	肝炎ウイルス関連検査（H B c 抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。

D013・9	肝炎ウイルス関連検査 (HCV特異抗体価測定による群別判定)	患者1人につき1回に限り算定する。
D023・7	微生物核酸同定・定量検査 (HBVプレコア変異変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査)	B型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者1人につき1回算定できる。B型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にALT異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。
D103-2	HER2遺伝子	乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与対象患者の選択のため、FISH法により遺伝子増幅検査を行った場合に限り1回を限度として算定する。
D206・注1	心臓カテーテル法による諸検査(新生児加算、乳幼児加算)	右心カテーテルと左心カテーテルを同時に行った場合であっても1回のみに限られる。
D206・注2	心臓カテーテル法による諸検査(左心カテーテル検査加算、経中隔左心カテーテル加算、伝導機能検査加算等)	右心カテーテルと左心カテーテルを同時に行った場合であっても1回のみに限られる。
D236-2	光トポグラフィー	手術前1回のみ算定できる。
D237・2	終夜睡眠ポリグラフィー (携帯用装置を使用した場合以外)	1月に1回を限度として算定するが、在宅持続陽圧式呼吸療法指導管理料算定患者は、初回月に限り2回を限度として算定できる。
D261	屈折検査	散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回を限度として算定する。
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ェルの場合は1個を、ウェハーの場合は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、APD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。
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。
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。

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。

F 500	調剤技術基本料	患者 1 人につき，月 1 回に限り算定する。
-------	---------	-------------------------