

診療報酬請求時留意事項(医科)

診療項目	区分	診療行為等	内 容
初・再診料	A000	初診料	初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載します。
初・再診料	A000 A001 A002	初診料 再診料 外来診療料 (複数科受診)	初診と再診を合わせて同一日の同時に3科を受診する場合、3科目の初診料又は再診料(外来診療料)を合わせて2科目までしか算定できません。
初・再診料	A001 注3	再診料	同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、36点(注2に規定する場合にあっては、26点)を算定します。この場合において、注4から注8まで及び注10から注13までに規定する加算は算定できません。
初・再診料	A001 注8	外来管理加算	外来管理加算は、同一日複数科受診時に一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科において算定できません。
初・再診料	A000 注7	休日加算	休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)第3条に規定する休日をいいます。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱います。
初・再診料	A001 注8	外来管理加算	外来管理加算は、処置を行った日には算定できません。
初・再診料	A001 注8	外来管理加算	外来管理加算は、再診料が算定された場合のみ算定できます。
初・再診料	A001 注8	外来管理加算	慢性疼痛疾患管理を算定する場合には、当該月内においては外来管理加算は算定できませんが、月の途中で慢性疼痛疾患管理料算定対象疾患が発症し、当該管理料を算定した場合には、当該管理料算定の初月に限り、その算定以前の外来管理加算は算定できます。
初・再診料	A001 注9	再診料	再診料は患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、算定することができます。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定できません。

初・再診料	A001 注11	明細書発行体制等加算	明細書発行体制等加算は、再診料に対する加算で、初診料に対して算定できません。
初・再診料	A001 注12	地域包括診療加算	地域包括診療加算は訪問診療時、往診時は算定できません。
初・再診料	A001 注12	地域包括診療加算	地域包括診療加算は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上(疑いは除く)を有するものに算定できます。
初・再診料	A001 注13	認知症地域包括診療加算	認知症地域包括診療加算は、認知症以外に1以上の疾患(疑いを除く)を有するものに算定できます。
医学管理等	B000	特定疾患療養管理料	初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できます。
医学管理等	B000	特定疾患療養管理料	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料算定した月において、特定疾患療養管理料は算定できません。
医学管理等	B000	特定疾患療養管理料	特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定できます。
医学管理等	B000 通則	特定疾患療養管理料	特定疾患療養管理料は在宅療養指導管理料と同一月には算定できません。
医学管理等	B001・2	特定薬剤治療管理料	特定薬剤治療管理料は、てんかん患者に対して「配合剤」を投与した場合、配合された成分が複数であることをもって2回算定するのではなく、1銘柄として取り扱い、1回算定します。
医学管理等	B001・2	特定薬剤治療管理料	特定薬剤治療管理料を算定した場合は、行った血中濃度測定に係る採血料は算定できません。
医学管理等	B001・3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名の記載が必要です。
医学管理等	B001・3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカー検査に係る採血料は算定できません。

医学管理等	B001・6	てんかん指導料	てんかん指導料は、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1か月以内に行った指導の費用は初診料に含まれます。
医学管理等	B001・9	外来栄養食事指導料	外来栄養食事指導料の「初回」の算定は、診療を継続している患者について他の疾病に係るものであるかにかかわらず、1回に限り算定できます。
医学管理等	B001・10	入院栄養食事指導料	入院栄養食事指導料は、入院中2回を限度として算定します。
医学管理等	B001・12	心臓ペースメーカー指導管理料	心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合は、直近の算定年月の記載が必要です。
医学管理等	B001・12	心臓ペースメーカー指導管理料	心臓ペースメーカー指導管理の導入期加算を算定した場合は、ペースメーカー移植術を行った月日の記載が必要です。
医学管理等	B001・12	心臓ペースメーカー指導管理料	心臓ペースメーカー指導管理料の着用型自動除細器による場合は、直近の算定年月、使用開始日、使用する理由及び医学的根拠の記載が必要です。
医学管理等	B001・13	在宅療養指導料	在宅療養指導料は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患者において行った場合には算定できません。
医学管理等	B001・14	高度難聴指導管理料	高度難聴指導管理料は、K328人工内耳植込術を行った患者については、1か月に1回を限度として、その他の患者については1回に限り算定できます。
医学管理等	B001・15	慢性維持透析患者外来医学管理料	同一の保険医療機関において、同一月内に入院と入院外が混在する場合は算定できません。
医学管理等	B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料	乳幼児育児栄養指導料は、A000初診料(「注5」のただし書に規定する初診を除く)を算定する初診を行った場合に算定できます。
医学管理等	B001-2-5	院内トリアージ実施料	院内トリアージ実施料は、休日または深夜において、A000に掲げる初診料を算定した患者に対し、来院後速やかに院内トリアージを実施した場合に算定できます。
医学管理等	B001-2-9	地域包括診療料	地域包括診療料は、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日を除く)に、患者1人につき月1回に限り算定できます。

医学管理等	B001-2-10	認知症地域包括診療料	認知症地域包括診療料は、初診時、訪問診療時(往診含む)は算定できません。
医学管理等	B001-3	生活習慣病管理料	生活習慣病管理料を算定する場合は、当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等(B001「20」糖尿病合併症管理料、「22」がん性疼痛緩和指導管理料、「24」外来緩和ケア管理料及び「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射、第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれます。
医学管理等	B001-3-2 注2	ニコチン依存症管理料	ニコチン依存症管理料を算定する場合は、区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれます。
医学管理等	B001-4	手術前医学管理料	手術前医学管理料を算定した月は、D026血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料及び免疫学的検査判断料は算定できません。
医学管理等	B001-5	手術後医学管理料	手術後医学管理料を算定する最初の日が属する月は、D026尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(I)判断料は算定できません。
医学管理等	B002 注2	開放型病院共同指導料(I)	開放型共同指導料1を算定した場合は、A000に掲げる初診料、A001に掲げる再診料、A002に掲げる外来診療料、C000に掲げる往診料又はC001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できません。
医学管理等	B004 注3	退院時共同指導料1	退院時共同指導料1には、A000に掲げる初診料、A001に掲げる再診料、A002に掲げる外来診療料、B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、C000に掲げる往診料又はC001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できません。
医学管理等	B005-1-2	介護支援連携指導料	介護支援連携指導料は、「初回の指導内容」と「2回目の指導内容」を同一日に行った場合、入院の経過に応じて適切な指導が行われている場合であっても、同一日に行った指導については、1回分の指導料を算定します。
医学管理等	B005-6-2 注2	がん治療連携指導料	がん治療連携指導料には計画策定病院への文書の提供に係る番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用が含まれます。

医学管理等	B005-9	排尿自立指導料	排尿自立指導料を算定した場合は、当該指導の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む)を摘要欄に記載が必要です。
医学管理等	B006-3	退院時リハビリテーション指導料	退院時リハビリテーション指導料は、他医療機関への転医の場合は算定できません。
医学管理等	B006-3	退院時リハビリテーション指導料	退院時リハビリテーション指導料は、第1章第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院をした場合には、算定できません。
医学管理等	B007-2	退院後訪問指導料	退院後訪問指導料を算定した場合は退院日の記載が必要です。
医学管理等	B007-2 注2	退院後訪問指導料	退院後訪問指導料訪問看護同行加算は、在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には退院後1回に限り算定できます。
医学管理等	B008	薬剤管理指導料	薬剤管理指導料の「1」を算定した場合は薬剤名の記載が必要です。
医学管理等	B008	薬剤管理指導料	薬剤管理指導料は、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定します。また指導を行った日の記載が必要です。
医学管理等	B009	診療情報提供料(1)	紹介先保険医療機関毎に患者一人につき月1回に限り算定できます。
医学管理等	B009 注7	退院時診療状況添付加算	診療情報提供料(1)の退院時診療状況添付加算は、保険医療機関が患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合に、所定点数に加算できます。

医学管理等	B011-3	薬剤情報提供料	薬剤情報提供料は、複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に2以上の診療科で処方された場合であっても1回のみ算定します。
医学管理等	B011-3 注1	薬剤情報提供料	薬剤情報提供料は、入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)算定します。
医学管理等	B011-3 注3	薬剤情報提供料	薬剤情報提供料は、保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定できません。
医学管理等	B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院時薬剤情報管理指導料は、第1章第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できません。
医学管理等		医学管理等	入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。)は、他医療機関において医学管理等(診療情報提供料を除く)に係る費用は算定できません。
在宅医療	C000 注1	緊急往診加算	緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に緊急に求められて往診を行った場合に算定します。
在宅医療	C001	在宅患者訪問診療料	在宅患者訪問診療料は、診療に基づき患者の症状の急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、ア当該訪問診療が必要な旨、イ当該訪問診療の必要を認めた日、ウ当該訪問診療を行った日を診療報酬明細書に付記することにより、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定できます。
在宅医療	C001 注6	在宅ターミナルケア加算	在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)に算定します。
在宅医療	C001 注8	死亡診断加算 (在宅患者訪問診療料)	死亡診断加算は、看取り加算に含まれ、併せて算定できません。

在宅医療	C002	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料を算定し、訪問診療を月1回行っている場合は、月2回以上行っている点数は算定できません。
在宅医療	C002	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料が算定されている月において、B000特定疾患療養管理料は所定点数に含まれ別に算定できません。
在宅医療	C002 C002-2	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料を算定した月は、消炎鎮痛等処置は算定できません。
在宅医療	C002 C002-2	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料を算定した月において、当該点数を算定する外来を受診した場合においても第5部投薬の費用は算定できません。
在宅医療	C002 C002-2	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定します。
在宅医療	C004	救急搬送診療料	救急搬送診療料は、入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には算定できません。
在宅医療	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合は、点滴注射を行った日の記載が必要です。
在宅医療	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	在宅患者訪問点滴注射管理指導料には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できません。
在宅医療	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、C104在宅中心静脈栄養法指導管理料又はC108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合には算定できません。
在宅医療	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、患者1人につき週1回に限り算定できます。
在宅医療	C007	訪問看護指示料	訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定できます。
在宅医療	C007 注3	衛生材料等提供加算	衛生材料等提供加算は、C002在宅時医学総合管理料、C002-2施設入居時等医学総合管理料、C003在宅がん医療総合診療料、C005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第2節第1款在宅療養指導管理料を算定した場合は別に算定できません。

在宅医療	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	在宅患者緊急時等カンファレンス料は、A000初診料、A001再診料、c001在宅患者訪問診療料は併せて算定できません。また、算定する場合は、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載が必要です。
在宅医療	C101	在宅自己注射指導管理料	在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅自己注射指導管理に係るG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等別表第9に掲げる注射薬の費用は算定できません。
在宅医療	C101	在宅自己注射指導管理料	在宅自己注射指導管理料を算定し、在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、在宅の薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等の記載が必要です。
在宅医療	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者は、週1回を限度として、J038人工腎臓又はJ042腹膜灌流の「1」の連続携帯式腹膜灌流のいずれか一方を算定できます。
在宅医療	C103	在宅酸素療法指導管理料	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度の記載が必要です。
在宅医療	C103	在宅酸素療法指導管理料	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、慢性心不全で適応になった場合、初回の指導を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸低呼吸指数の記載が必要です。
在宅医療	C103	在宅酸素療法指導管理料	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、酸素吸入(酸素代含む)の費用は算定できません。
在宅医療	C103	在宅酸素療法指導管理料	在宅酸素療法指導管理料「2その他の場合」に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者又は慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものとなっています。
在宅医療	C105-2	在宅小児経管栄養指導管理料	在宅小児経管栄養指導管理料を算定している患者(入院中の患者を除く)については、J120鼻腔栄養の費用は算定できません。

在宅医療	C106 注2	在宅自己導尿指導管理料	在宅自己導尿指導管理料は、第2款 在宅療養指導管理材料加算に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれます。
在宅医療	C150	血糖自己測定器加算	血糖自己測定器加算を算定した場合は、血糖自己測定回数及び1型糖尿病である場合は1型糖尿病であることの記載が必要です。
在宅医療	C152-2	持続血糖測定器加算	持続血糖測定器加算を算定する場合は、その理由及び医学的根拠の記載が必要です。
在宅医療	C153 1	注入器用注射針加算 (「1」の加算に限る)	注入器用注射針加算を算定した場合は、算定理由の記載が必要です。
在宅医療	C157	酸素ポンベ加算	酸素ポンベ加算は1月に3回分、または2回分の算定を行う場合は当月分に加え、翌月分、前月分の記載が必要です。
在宅医療	C158	酸素濃縮装置加算	酸素濃縮装置加算は1月に3回分、または2回分の算定を行う場合は当月分に加え、翌月分、前月分の記載が必要です。
在宅医療	C159	液化酸素装置加算	液化酸素装置加算は1月に3回分、または2回分の算定を行う場合は当月分に加え、翌月分、前月分の記載が必要です。
在宅医療	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	呼吸同調式デマンドバルブ加算は1月に3回分、または2回分の算定を行う場合は当月分に加え、翌月分、前月分の記載が必要です。
在宅医療	C164	人工呼吸器加算	在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して人工呼吸器を使用した場合、人工呼吸器加算1陽圧式人工呼吸器、2人工呼吸器、3陰圧式人工呼吸器のいずれかを加算します。
在宅医療	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算は1月に3回分、または2回分の算定を行う場合は当月分に加え、翌月分、前月分の記載が必要です。
在宅医療	C171	在宅酸素療法材料加算	在宅酸素療法材料加算は、在宅酸素療法を行っている外来の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、C103在宅酸素療法指導管理料に加算できます。
在宅医療	C171	在宅酸素療法材料加算	在宅酸素療法材料加算は1月に3回分、または2回分の算定を行う場合は当月分に加え、翌月分、前月分の記載が必要です。

在宅医療	C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算は1月に3回分、または2回分の算定を行う場合は当月分に加え、翌月分、前月分の記載が必要です。
在宅医療	C200 C200-2	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料	在宅時(施設入居時等)医学総合管理料が算定されている月において、J000創傷処置は所定点数に含まれ別に算定できません。
在宅医療	第1節	在宅患者診療・指導料	保険医療機関は、同一の患者についてC000往診料、C001在宅患者訪問診療料、C005在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料、C006在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、C008在宅患者訪問薬剤管理指導料、C009在宅患者訪問栄養食事指導料又はI012精神科訪問・看護指導料のうち、いずれか1つを算定した日においては、他のものを算定できません。ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料については、この限りではありません。
在宅医療	第2節 第1款	消毒薬	在宅療養指導管理に要するアルコール等の消毒薬は医療機関が提供することとなり算定できません。
在宅医療	第2節 第1款 通則	在宅療養指導管理料	2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定します。 (注:特に規定する場合…C101在宅自己注射指導管理料に規定あり)
在宅医療	第2節 第1款 通則1	在宅療養指導管理料	在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定します。
在宅医療	第2節 第1款 通則2	在宅療養指導管理料	在宅療養指導管理料は、同一の保険医療機関において、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定します。
在宅医療	第2節 第1款 通則2	在宅療養指導管理料	同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定します。

在宅医療		在宅医療	入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。)は、他医療機関において在宅医療に係る費用は算定できません。
在宅医療		在宅医療	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日の記載が必要です。
投薬	F000	調剤料	入院患者の外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できません。
投薬	F000 F200 F100 F400	調剤料 薬剤料 処方料 処方せん料	出来高入院料を算定する病床に入院中の患者について、入院医療機関において行うことができない専門的な診療が必要となり、他医療機関を受診した際に投薬を行った場合、その費用は他医療機関において、専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用(調剤料、薬剤料、処方料又は処方せん料等)を算定できます。また、薬局において調剤した場合には、当該薬局において調剤に係る費用を算定できます。
投薬	F100	処方料	抗うつ薬を3種類もしくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって精神科医の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合はF100処方料「2」又は「3」で算定します。
投薬	F100 注5 F400 注4	特定疾患処方管理加算	特定疾患処方管理加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して処方を行った場合に月2回に限り、1処方につき18点を加算できます。
投薬	F100 注6 F400 注5	特定疾患処方管理加算 (長期投薬加算)	特定疾患処方管理加算(長期投薬加算)は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合に月1回に限り、1処方につき65点を加算できます。
投薬	F100 注5 F400 注4	特定疾患処方管理加算	特定疾患処方管理加算と長期投薬加算は同一月に算定できません。
投薬	F100 注6	特定疾患処方管理加算(長期投薬加算)	特定疾患処方管理加算(長期投薬加算)は、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合算定できます。

投薬	F100 注6 F400 注5	特定疾患処方管理加算(長期投薬加算)	長期投薬加算は月1回に限り算定できます。
投薬	F200 注3	薬剤	F200薬剤注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く)を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定します。
投薬	F400	処方せん料	処方せん料は、入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定できませんが、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能です。
投薬	F400	処方せん料	同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方せんを交付した場合は、1回として算定します。
投薬	F400	処方せん料	複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方せん料を算定できます。
投薬	F400	処方せん料	処方せん料は、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められません。
投薬	F400 1	処方せん料	3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合は、処方せん料はF400「1」で算定します。
投薬	F400 注7	一般名処方加算	一般名処方加算は、処方回数を超える算定はできません。
投薬	F400 注4	特定疾患処方管理加算	特定疾患処方管理加算は処方せんを交付した場合、月2回に限り、処方せんの交付1回につき算定できます。
投薬	F500	調剤技術基本料	調剤技術基本料は同一月内に処方せんの交付がある場合は算定できません。
投薬	F500 注2	調剤技術基本料	調剤技術基本料は、月1回に限り算定できます。 (誤り例)入院、外来 各々で算定

投薬	F500 注4	調剤技術基本料	調剤技術基本料は、同一月にB008薬剤管理指導料又はC008在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合は算定できません。
投薬	薬剤	湿布薬	湿布薬を1処方につき70枚を超えて投薬した場合は、医師が疾患の特性等により必要であると判断した理由の記載が必要です。
投薬		内服薬	内服薬を投与した場合は、内服の「薬剤」の項で算定してください。 (誤り例)内服薬を外用の「薬剤」の項で算定
投薬		投薬	入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。)は、他医療機関において投薬(当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬に係る費用を除き、処方料、処方せん料を含む)に係る費用は算定できません。
注射	第1款	注射実施料	手術当日に、手術(自己血貯血を除く)に関連して行う注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できません。
注射	G001	静脈内注射	静脈内注射手技料は、点滴注射手技料と同一日に併せて算定できません。
注射	G004	点滴注射	点滴注射手技料は一日につき1回算定できます。
注射	G005-2 注1	中心静脈注射用カテーテル挿入	中心静脈注射用カテーテル挿入は、カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれます。
注射		注射	入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。)は、他医療機関において注射(当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の注射に係る費用を除き、外来化学療法加算を含む。)に係る費用は算定できません。
処置	J000 注1	創傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)	創傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る)についてのみ算定します。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る)については手術日から起算して14日を限度として算定します。

処置	J001	熱傷処置	熱傷処置を算定した場合は、初回の処置を行った月日の記載が必要です。
処置	J001-4 注1	重度褥瘡処置	重度褥瘡処置を算定する患者に対しては、初回の処置を行った日から起算して2カ月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置についてはJ000に掲げる創傷処置の例により算定します。
処置	J007-2	硬膜外自家血注入	硬膜外自家血注入を診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等の症状詳記が必要です。
処置	J019 注1	持続的胸腔ドレナージ	持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定します。
処置	J022	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置(開腹手術後)を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定します。
処置	J024	酸素吸入	酸素吸入は1日につき1回算定できます。
処置	J024 注3	酸素吸入	C103在宅酸素療法指導管理料又はC107在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定できません。
処置	J024 J024-2 J025	酸素吸入 突発性難聴に対する酸素療法 酸素テント	間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む)と同一日に行ったJ024酸素吸入、J024-2突発性難聴に対する酸素療法又はJ025酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できません。
処置	J026-4	ハイフローセラピー	ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧または経皮的動脈血酸素飽和度の測定結果について記載が必要です。
処置	J034	イレウス用ロングチューブ挿入法	イレウス用ロングチューブ挿入法の2日目以降は、J002ドレーン法(ドレナージ)の所定点数により算定します。

処置	J038	人工腎臓	L002硬膜外麻酔、L004脊椎麻酔若しくはL008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式麻酔による手術を実施した状態(手術前日から術後2週間に限る)場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合は「J038人工腎臓 3その他」で算定します。
処置	J038 注6	人工腎臓	人工腎臓「1」及び「2」の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できません。
処置	J038・3	人工腎臓「その他の場合」	「3 その他」により算定する場合にあつては、その理由の記載が必要です。
処置	J043-4	経管栄養カテーテル交換法	経管栄養カテーテル交換法は、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定します。
処置	J045	人工呼吸「2」 30分を超えて5時間までの場合	人工呼吸「2」は、242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数で算定します。
処置	J045-2	一酸化窒素吸入療法	一酸化窒素吸入療法を算定した場合は、開始日時、終了日時及び通算時間を、また、96時間又は168時間を超えて算定する場合は、その理由及び医学的根拠を「摘要」欄に記載が必要です。
処置	J060	膀胱洗浄	膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿(尿道拡張を要するもの)又は後部尿道洗浄(ウルツマン)を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定します。
処置	J089 注2	睫毛抜去	睫毛抜去は、1日に1回を限度として算定できます。
処置	J089・1	睫毛抜去	「1」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できません。
処置	J100 注	副鼻腔手術後の処置	副鼻腔手術後の処置と同一日に行われた区分番号J097-2副鼻腔自然口開大処置は所定点数に含まれます。

処置	J114	ネブライザー	喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む)、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は主たるものの所定点数のみ算定できます。
処置	J119 注1	消炎鎮痛等処置	消炎鎮痛等処置は、「1」から「3」まで(マッサージ等の手技による療法、器具等による療法、湿布処置)の療法を行った場合に、療法の種類、回数または部位数にかかわらず、1日につき1回算定します。
処置	J119-2	腰部又は胸部固定帯固定	同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定します。
処置	J119-4	肛門処置	C109在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定しているものを含み、入院中の患者を除く)については、肛門処置の費用は算定できません。
処置	J129-4	治療装具採型法	B001特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定できます。ただし、過去1年以内にJ129-3義肢装具採寸法を算定している場合は算定できません。
処置	J201	酸素加算	酸素加算は、地方厚生(支)局に届け出た酸素の購入単価で算定してください。
処置	第1節	処置料	手術当日に、手術(自己血貯血を除く)に関連して行う処置(ギプスを除く)の費用は、術前、術後にかかわらず算定できません。
処置	通則5	休日加算 深夜加算 時間外加算	緊急のために休日に処置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処置を行った場合において算定できます。
手術	K002	デブリードマン	デブリードマンは、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定します。また、繰り返し算定する場合は、植皮の範囲(全身に占める割合)を診療報酬明細書の摘要欄に記載が必要です。

手術	K047-3	超音波骨折治療法	超音波骨折治療法は、四肢(手足を含む)の観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定します。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当該超音波骨折治療法を開始した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載してください。
手術	K089	爪甲除去術	爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のもはJ001-7爪甲除去(麻酔を要しないもの)により算定します。
手術	K664	胃瘻造設術	胃瘻造設術を算定した場合は、実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術の別を記載してください。
手術	通則 2	外皮用殺菌剤	手術に当たって通常使用される外皮用殺菌剤は手術の所定点数に含まれます。
麻酔	L100 L101	神経ブロック	局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合、医学的必要性の記載が必要です。
麻酔	L100 L101	神経ブロック	同一日に神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については部位にかかわらず別に算定できません。
麻酔	L100 L101	神経ブロック	神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できません。
麻酔	L100 L101	神経ブロック	同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤又は高周波凝固法使用によるものは、がん性疼痛を除き、月1回に限り算定できます。
麻酔	L100 L101	神経ブロック	同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定できます。また、2種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定できます。
麻酔	L104	トリガーポイント注射	トリガーポイント注射は施行した回数及び部位にかかわらず1日1回算定できます。

検査	D001・8	アルブミン定量(尿)	アルブミン定量(尿)を算定した場合は前回実施日(初回の場合は初回である旨)の記載が必要です。
検査	D005	血液形態・機能検査	D005 血液形態・機能検査の「9」ヘモグロビンA1c(HbA1c)、D007血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合、月1回に限り主たるもののみ算定します。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できます。
検査	D005	血液形態・機能検査	同一検体について「4」好酸球数及び「3」末梢血液像(自動機械法)又は「6」末梢血液像(鏡検法)を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定します。
検査	D006・2	全血凝固時間	全血凝固時間を実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D006・35	フィブリノペプチド	フィブリノペプチドを実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D006・4	遺伝学的検査	遺伝学的検査を2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について記載してください。
検査	D006・7	ヘパプラスチンテスト	ヘパプラスチンテストを実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D006・8	血小板凝集能	血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することからD005血液形態・機能検査の「5」末梢血液一般検査を別に算定することはできません。
検査	D007	血液化学検査	「1」総鉄結合能(TIBC)(比色法)と不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)を同時に実施した場合は、「1」の不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)又は総鉄結合能(TIBC)(比色法)の所定点数を算定します。
検査	D007 注	入院時初回加算	入院後初回の検査以外の検査において10項目以上となった場合にあっては算定できません。

検査	D007・1	膠質反応 ZTT(硫酸亜鉛試験)、TTT(チモール混濁反応)	膠質反応 ZTT(硫酸亜鉛試験)、TTT(チモール混濁反応)を実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D007・3 D007・4	血液化学検査	「3」HDL-コレステロール、「3」総コレステロール(Tcho)、「4」LDL-コレステロールを併せて測定した場合は、主たる2項目のみ算定できます。
検査	D007・30	KL-6	KL-6、「34」の肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)及び「35」の肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定できます。
検査	D007・32	シスタチンC	シスタチンCは、「1」の尿素窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できます。
検査	D007・32	シスタチンC	シスタチンCを実施した場合は、前回の実施日(初回の場合は初回である旨)の記載が必要です。
検査	D007・50	CK アイソフォーム	CK アイソフォームを実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D008 注	入院患者初回加算	入院患者初回加算は入院後初回の検査以外で10項目以上を算定する場合は算定できません。
検査	D008・13	CPR	「13」のC-ペプチド(CPR)を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液のみを算定します。
検査	D008・17	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	「17」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)、「17」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)及び本区分「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定できます。

検査	D008・17	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	脳性Na利尿ペプチド(BNP)を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日(「17」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)又は本区分「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日)の記載が必要です。
検査	D008・17	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	脳性Na利尿ペプチド(BNP)は心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定できます。
検査	D008・24	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)は、「27」のインタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(IntactPINP)、「29」のI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)及びD007「41」ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)のうち2項目以上併せて実施した場合は、主たるもののみ算定します。
検査	D009	腫瘍マーカー	D009腫瘍マーカー 2から26までに掲げる検査を1回に採取した血液等を用いて2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず検査の項目数に応じて点数を算定します。
検査	D009	腫瘍マーカー	「2」癌胎児性抗原(CEA)、「4」DUPAN-2、「20」遊離型フコース(尿)のうち2項目又は3項目を併せて測定した場合は、主たるもの1つに限り算定できません。
検査	D009 注1	腫瘍マーカー	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定します。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しません。
検査	D009・6	腫瘍マーカー 前立腺特異抗原(PSA)	前立腺特異抗原(PSA)の検査結果が4.0ng/mL以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を上限として算定できます。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値の診療報酬明細書の摘要欄へ記載が必要です。
検査	D009・16	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)を実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。

検査	D009・16	SP1	SP1を算定した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D009・22	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント(HCGβ-CF)(尿)	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント(HCGβ-CF)(尿)を実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D011・3	不規則抗体	不規則抗体を算定した場合は、輸血歴又は妊娠歴がある旨の記載が必要です。
検査	D012・38	(1→3)-β-D-グルカン	「38」(1→3)-β-D-グルカンは、「22」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「27」のD-アラビニール、「29」アスペルギルス抗原、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「34」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定します。
検査	D012・39	グロブリンクラス別ウイルス抗体価	「39」グロブリンクラス別ウイルス抗体価と「11」のウイルス抗体価(定性・半定量・定量)と併せて測定した場合は、いずれか一方の点数を算定します。
検査	D012・4	マイコプラズマ抗体定性	「4」マイコプラズマ抗体定性は、「26」のマイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)又は「30」マイコプラズマ抗原定性(FA法)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定します。
検査	D012・7	アデノウイルス抗原定性(糞便)	「7」アデノウイルス抗原定性(糞便)と「8」のロタウイルス抗原定性(糞便)又は定量(糞便)を同時に行った場合は、主たる検査のみ算定します。
検査	D013・8	HA抗体	「8」のHA抗体とHA-IgM抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定します。
検査	D014	自己抗体検査	「17」抗ARS抗体と「10」抗Jo-1抗体定性、同半定量又は同定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定します。
検査	D014・24	抗TSHレセプター抗体(TRAβ)	「24」の抗TSHレセプター抗体(TRAβ)及び「31」甲状腺刺激抗体(TSAβ)を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定します。
検査	D014・24	抗カルジオリピン抗体	「24」抗カルジオリピン抗体は、「23」抗カルジオリピンβ2グリコプロテインI複合抗体と併せて実施した場合は主たるもののみ算定します。
検査	D015・21	免疫電気泳動法	免疫電気泳動法によってIgA、IgM及びIgGを同時に測定した場合は、1回の検査として「21」の免疫電気泳動法により算定します。
検査	D015・6	血清アミロイドA蛋白(SAA)	「6」血清アミロイド(SAA)は、「1」C反応性蛋白(CRP)定性又は「1」C反応性蛋白(CRP)と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定します。

検査	D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(S-M)	S-MとD002の尿沈渣(鏡検法)又はD002-2の尿沈渣(フローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類の記載が必要です。
検査	D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	同一検体について当該検査とD002に掲げる尿沈渣(鏡検法)又はD002-2掲げる尿沈渣(フローサイトメトリー法)を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定します。
検査	D018 注	嫌気性培養加算	嫌気性培養加算は、同一検体について、D018細菌培養同定検査と併せて嫌気性培養を行った場合に算定できます。
検査	D019	細菌薬剤感受性検査	細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定できません。
検査	D023・13	HPVジェノタイプ判定	HPVジェノタイプ判定を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の結果、及び組織診断の実施日、及び当該検査によって選択した治療法の記載が必要です。
検査	D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)定性	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)定性を実施した場合は、他の検査で代替できない理由の記載が必要です。
検査	D026	検体検査判断料	検査料(検体検査判断料等)を包括する入院料を算定する病棟から包括しない入院料を算定する病棟に転棟後に、検体検査判断料等を算定することはできません。
検査	D026	検体検査判断料等	診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る)は別に算定できません。
検査	D026	血液学的検査判断料 生化学的検査(I)判断料 免疫学的検査判断料	短期滞在手術等基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料は算定できません。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、入院日の前日までに行った当該判断料はこの限りではありません。
検査	D026	尿・糞便等検査判断料 血液学的検査判断料 生化学的検査(I)判断料	B001-5手術後医学管理料を算定した月に尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料は別に算定できません。
検査	D026	血液学的検査判断料 生化学検査(I)判断料 免疫学的検査判断料	B001-4手術前医学管理料を算定した月に血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料は別に算定できません。

検査	D026 注2	尿・糞便等検査判断料	区分番号D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査の所定点数を算定した場合にあっては、当該検査については尿・糞便等検査判断料は算定できません。
検査	D026 注3	検体検査管理加算	検体検査管理加算は、患者1人につき月1回に限り加算します。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は算定できません。
検査	D208	心電図検査	短期滞在手術等基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90で算定します。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、退院日の翌日以降に限り算定します。
検査	D209	負荷心電図検査	負荷心電図検査には、この検査を行うために一連として実施された心電図検査を含むものであり、同一日に行われた心電図検査は別に算定できません。
検査	D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査を行うために一連として実施されたD208心電図検査、D200スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず所定点数により算定できます。
検査	D211-3	時間内歩行試験	時間内歩行試験を算定した場合は、ア 過去の実施日、イ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針 の記載が必要です。
検査	D211-4	シャトルウォーキングテスト	シャトルウォーキングテストを算定する場合は、「過去の実施日」と「在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針」を診療報酬明細書の摘要欄に記載が必要です。
検査	D213 注2	時間内歩行試験	D200に掲げるスパイログラフィー等検査及びD220からD223-2迄に掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は所定点数に含まれ算定できません。
検査	D215	超音波検査	「1」～「5」までに掲げる超音波検査のうち2以上のものを同一月内に同一の部位について行った場合、同一月内に2回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱います。
検査	D215	超音波検査	超音波検査を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回として算定します。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみ算定できます。
検査	D215 通則	超音波検査	超音波検査は、同一月に同一検査を2回以上実施した場合、2回目以降は所定点数の90/100で算定します。
検査	D215-3	心臓超音波検査	心臓超音波検査にはパルスドプラ法の費用が含まれており別に算定できません。

検査	D215-2	肝硬度測定	肝硬度測定は、原則として3月に1回に限り算定します。ただし、医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、その理由及び医学的根拠の詳細な記載が必要です。
検査	D215-3	超音波エラストグラフィ	超音波エラストグラフィは、原則として3月に1回に限り算定します。ただし、医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠の詳細な記載が必要です。
検査	D216-2	残尿測定検査	残尿測定検査は、患者1人につき月2回に限り算定します。
検査	D217	骨塩定量検査	骨塩定量検査を算定した場合は、前回の実施日(初回の場合は初回である旨)の記載が必要です。
検査	D217 注	骨塩定量検査	骨塩定量検査は、検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定できます。
検査	D220	呼吸心拍監視	呼吸心拍監視の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視を算定した日とし、検査を中止している期間についても実施日数の計算に含めます。
検査	D220	呼吸心拍監視	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同日に行ったD220に掲げる呼吸心拍監視の費用は所定点数に含まれ算定できません。
検査	D220	呼吸心拍監視	呼吸心拍監視は、装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に算定した日です。なお、呼吸心拍監視を中止している期間についても実施日数の計算に含めます。
検査	D220	呼吸心拍監視	呼吸心拍監視の算定で7日を超えた場合は、検査に要した時間にかかわらず「2(3時間を超えた場合)」の「ロ」又は「ハ」を上限として算定します。
検査	D220	呼吸心拍監視	呼吸心拍監視は、人工呼吸を同日に行った場合は、J045人工呼吸の所定点数に含まれます。
検査	D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ、カルジオタコスコープ	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)又はカルジオタコスコープを同日に行った場合は、主たるもののみ算定します。
検査	D220・2	呼吸心拍監視	呼吸心拍監視2 3時間を超えた場合は、1日につき1回算定します。

検査	D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定	C103在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、経皮的動脈血酸素飽和度測定のコストは別に算定できません。 (C103に係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く)
検査	D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定	呼吸器リハビリテーション料と同日に行った経皮的動脈血酸素飽和度測定は呼吸器リハビリテーション料に含まれます。
検査	D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定	経皮的動脈血酸素飽和度測定は1日に1回に限り算定できます。
検査	D223 注	経皮的動脈血酸素飽和度	経皮的動脈血酸素飽和度は人工呼吸と同時に行った場合は人工呼吸の所定点数に含まれます。
検査	D237	終夜睡眠ポリグラフィー	D214脈波図、心機図、ポリグラフ検査、D223経皮的動脈血酸素飽和度測定及びD223-2終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定のコストは終夜睡眠ポリグラフィーの所定点数に含まれます。
検査	D261	屈折検査	屈折検査とD263矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り併せて算定できます。
検査	D282-3	コンタクトレンズ検査料	コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者(既装用者の場合を含む)に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「1」、「2」、「3」又は「4」の所定点数を算定し、別にD255からD282-2までに掲げる眼科学的検査は別に算定できません。(但し書きあり)
検査	D310・3	小腸内視鏡検査	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)をした場合は、診療報酬明細書に症状詳記が必要です。
検査	D400	血液採取	血液採取は入院中の患者以外の患者に1日1回に限り算定できます。
検査	D400	血液採取	血液採取は、D288糖負荷試験の所定点数に含まれ算定できません。

検査	D400	血液採取	血液採取は、B001 3悪性腫瘍特異物質治療管理料の費用に含まれ算定できません。
検査	D400	血液採取	血液採取は B001 2特定薬剤治療管理料の費用に含まれ算定できません。
検査	D400	血液採取	血液採取は、D286腎クリアランステストの所定点数に含まれ算定できません。
検査	D400	血液採取	血液採取はD287内分泌負荷試験の所定点数に含まれ算定できません。
検査	D414	内視鏡下生検法	第3部検査 第4節 通則1 手術に伴って診断穿刺又は検体採取を行った場合は算定できません。
検査	D415	経気管肺生検法	経気管肺生検法と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれます。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できません。
検査	D419・6	鼻腔・咽頭拭い液採取	鼻腔・咽頭拭い液採取は、同日に複数検体の検査を行った場合、検査の検体ごとに算定は認めらず、1日につき1回の算定となります。
検査	第1節 第1款 通則1	時間外緊急院内検査加算	時間外緊急院内検査加算は生体検査のみを行った場合は算定できません。
検査	第1節 第1款 通則3	外来迅速検体検査加算	外来迅速検体検査加算は、対象検査の中で1項目でも検査実施日に情報提供を行わないものがあつた場合は、算定できません。
検査	第1節 第1款 通則3	外来迅速検体検査加算	外来迅速検体検査加算は、対象となる検査以外では算定できません。

検査	第1節 第1款 通則3	時間外緊急院内検査加算	時間外緊急院内検査加算を算定した場合は、同一日に外来迅速検体検査加算は算定できません。
検査	第1節 第1款 通則3	外来迅速検体検査加算	外来迅速検体検査加算は、同日に複数科受診で行われる厚生労働大臣が定めるすべての検体検査について要件を満たす場合には、併せて1日5項目を限度として算定できます。
検査	第3節	内視鏡検査	内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できません。
検査	第3節 通則	内視鏡検査	D306食道ファイバースコープ、D308胃・十二指腸ファイバースコープ、D310小腸内視鏡検査、D312直腸ファイバースコープ又はD313大腸内視鏡検査を行う際に、インジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴーレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定します。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれます。
検査	第3節 通知	検査料の一般的事項	同一検体について、定性検査、半定量検査及び定量検査のうち2項目以上を併せて行った場合又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合はそれぞれ主たる検査の所定点数のみ算定します。
検査	第4節 通則2	診断穿刺・検体採取料	診断穿刺・検体採取量は、処置の部と共通の項目は、同一日に算定できません。
検査	第4節 通知2	診断穿刺・検体採取料	診断穿刺・検体採取後の創傷処置についてはJ000創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できます。
検査	第1節 第1款 通則1	時間外緊急院内検査加算	時間外緊急院内検査加算を算定した場合は、検査開始日時の記載が必要です。
画像診断	E001 E002	写真診断料 撮影料	B001 15慢性維持透析患者外来医学管理料を算定する月は、写真診断料の単純撮影(胸部)、撮影料の単純撮影(胸部)は含まれ、別に算定できません。

画像診断	E101-3	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)	同一月に、E200コンピューター断層撮影(CT撮影)を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、E101-2ポジトロン断層撮影により算定します。この場合においては、E101-2ポジトロン断層撮影の届出を行っていても差し支えありません。
画像診断	E202 注3	造影剤使用加算	造影剤使用加算は、経口造影剤を使用した場合は算定できません。
画像診断	E202 注3	造影剤使用加算	MRI撮影(脳血管に対する造影の場合は除く)について造影剤を使用した場合、所定点数に加算します。
画像診断	E203	コンピューター断層診断	他医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、初診料を算定した日に限りコンピューター断層診断料を算定できます。
画像診断	E203	コンピューター断層診断	同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてコンピューター断層撮影を実施した場合には入院もしくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定します。
画像診断	通則3	時間外緊急院内画像診断加算	時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、撮影開始日時の記載が必要です。
画像診断	特定保険医療材料	画像記録用フィルム	画像記録用フィルムは、電子画像管理加算を算定した場合は算定できません。
リハビリ	H001 注6	脳血管疾患等リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合は、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(要介護被保険者等に限る)に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定します。
リハビリ	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料を算定した場合は、廃用症候群に係る評価表(様式22号)の添付又は同様の情報の記載が必要です。
リハビリ	H001-2 注6	廃用症候群リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、注1本文に規定する患者(要介護被保険者等に限る)に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定します。

リハビリ	H002 注6	運動器リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料を算定する場合は、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(要介護被保険者等に限る)に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から50日を経過した後、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定します。
リハビリ	H003	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)を算定した場合は、リハビリ総合計画評価料は算定できません。
リハビリ	通則	疾患別リハビリテーション	疾患別リハビリテーションを算定した場合は、疾患名及び当該疾患の治療開始日または発症日、手術日または急性増悪した月日の記載が必要です。
リハビリ	通則5	リハビリテーション料	消炎鎮痛処置と運動器リハビリテーション料を合わせて行った場合は、リハビリの所定点数に含まれ算定できません。
リハビリ	通則5	リハビリテーション料	腰部又は胸部固定帯固定と運動器リハビリテーション料を合わせて行った場合はリハビリの所定点数に含まれ算定できません。
リハビリ		リハビリテーション料	入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。)は、他医療機関においてリハビリテーション(言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。)に係る費用は算定できません。
精神科 専門療法	I000 注1	精神科電気痙攣療法	精神科電気痙攣療法は1日に1回を限度として算定します。
精神科専門 療法	I001	入院精神療法	入院精神療法(Ⅰ)を行った週と同一週に行われた入院精神療法(Ⅱ)は別に算定できません。
精神科 専門療法	I001 2 注2	入院精神療法(Ⅱ)	入院精神療法(Ⅱ)は、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を限度として、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回を限度として算定します。重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定します。

精神科 専門療法	I001 注1	入院精神療法	入院精神療法(Ⅰ)については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定します。
精神科 専門療法	I001・2・イ	入院精神療法(Ⅱ)	入院起算日より6月を超えた場合は、入院精神療法(Ⅱ)(6月以内)の算定はできません。
精神科専門 療法	I002	通院・在宅精神療法	通院・在宅精神療法「1」のイ又は「2」のイ、ロを算定した場合には、診療に要した時間の記載が必要です。
精神科 専門療法	I004 注2	心身医学療法	A000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定します。
精神科 専門療法	I008-2	精神科ショート・ケア	精神科ショート・ケアを算定した場合は、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日の記載が必要です。 なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定するものについては、通算の入院期間の記載が必要です。
精神科 専門療法	I009	精神科デイ・ケア	精神科デイ・ケアを算定した場合は、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日の記載が必要です。 なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定するものについては、通算の入院期間の記載が必要です。
精神科 専門療法	I010	精神科ナイト・ケア	精神科ナイトケアを算定した場合は、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日の記載が必要です。 なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定するものについては、通算の入院期間の記載が必要です。

精神科 専門療法	I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア	精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日の記載が必要です。 なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定するものについては、通算の入院期間の記載が必要です。
精神科 専門療法	I011 注1	精神科退院指導料	入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定します。
精神科 専門療法	I011-2	精神科退院前訪問指導料	精神科退院前訪問指導料は、指導の実施日にかかわらず退院日に算定します。
精神科 専門療法	I014	医療保護入院等診療料	医療保護入院等診療料は、当該入院期間中1回に限り算定します。
入院料等	A100 注7	一般病棟看護必要度評価加算(一般病棟入院基本料)	一般病棟看護必要度評価加算は、特別入院基本料等を算定する場合には算定できません。
入院料等	A101 注4	褥瘡評価実施加算	療養病棟入院基本料の褥瘡評価実施加算は、入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態(ADL区分3の状態)の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、1日につき所定点数に加算します。
入院料等	A101 注6	救急・在宅等支援療養病床初期加算	救急・在宅等支援療養病床初期加算は、療養病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算できます。
入院料等	A108 注10	栄養管理実施加算	栄養管理実施加算を算定する場合は、B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は算定できません。

入院料等	A108 注3	有床診療所一般病床初期加算	有床診療所一般病床初期加算は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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担うほかの保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等もしくは自宅から入院した患者については転院又は入院した日から起算して7日間を限度として算定できます。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は、当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算します。
入院料等	A205 注1	救急医療管理加算	救急医療管理加算は、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算します。
入院料等	A244・1	病棟薬剤業務実施加算1	病棟薬剤業務実施加算1は、一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数 I で評価されているため、入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできません。
入院料等	A245	データ提出加算	データ提出加算は、入院中1回に限り、退院時に所定点数に加算できます。
入院料等	A245	データ提出加算	データ提出加算は、DPC対象病院において、入院中に診断群分類点数表による支払いを受けたことのある患者については、機能評価係数 I で評価されているため別途算定できません。
入院料等	A246	退院支援加算1及び2	退院支援加算1及び2は、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」とあります。一般病棟への入院と療養病棟への入院で算定が異なります。療養病棟入院基本料を算定している場合、退院支援加算(ロ)の算定となります。
入院料等	A246	退院支援加算	退院支援加算は、死亡による退院については算定できません。また、退院支援加算1又は2の「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」については、他の病院又は診療所に入院するために転院した患者については算定できません。
入院料等	A247 注2	認知症ケア加算	認知症ケア加算において、身体的拘束を実施した日は所定点数の100分の60での算定となります。

入院料等	A248 注2	精神疾患診療体制加算2	精神疾患診療体制加算2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、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者〔第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。〕に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医等の精神科医が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算できません。
入院料等	A250	薬剤総合評価調整加算	薬剤総合評価調整加算を算定した場合は、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量)の記載が必要です。
入院料等	A312 注3	非定型抗精神病薬加算	非定型抗精神病薬加算は精神科療養病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算します。
入院料等	A314 注3	認知症夜間対応加算	認知症夜間対応加算は、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届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が3人以上の場合、入院初日から起算して30日間に限り算定できます。
入院料等	A400	短期滞在手術等基本料	入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。)は、他医療機関において短期滞在手術等基本料2及び3に係る費用は算定できません。
入院料等	A400	短期滞在手術等基本料	短期滞在手術を行うことを目的として本基本料1又は2に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料1又は2に含まれ、別に算定できません。
入院料等	通則	退院時処方	投薬に係る費用が包括されている入院基本料(療養病棟入院基本料等)又は特定入院料(特殊疾患病棟入院料等)を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤(在宅医療に係る薬剤を除く)を投与した場合は、当該薬剤に係る費用(薬剤料に限る)は、算定できます。
食事生活		入院時生活療養費	入院時生活療養費制度は、療養病床に入院する65歳以上の者を対象とするため、65歳未満の患者に入院時生活療養費の算定はできません。

食事生活		食堂加算	食堂加算は、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であって、所定の要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所に入院している患者について算定できます(入院時食事療養(Ⅱ)又は入院時生活療養(Ⅱ)では算定できません)。
食事生活		食堂加算	診療所療養病床療養環境加算1、精神療養病棟入院料等の食堂の設置が要件の一つとなっている点数を算定している場合は、食堂加算をあわせて算定することはできません。
食事生活		食事療養標準負担額	平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28年4月1日以後引き続き医療機関に入院している者(当該者が一の医療機関を退院した日において他の医療機関に入院する場合を含む)として、平成28年厚生労働省告示第23号附則第3項に規定する同告示による改正前の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置(精神)入院年月日:年 月 日」と記載し、入院年月日については、同項に規定する者に該当することとなった起算日となる精神病床への入院年月日の記載が必要です。
特定保険医療材料	101	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ます。
特定保険医療材料	101	皮膚欠損用創傷被覆材	皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できません。 a 手術縫合創に対して使用した場合 b 真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合 c 皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合 d 筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
特定保険医療材料	101	皮膚欠損用創傷被覆材	皮膚欠損用創傷被覆材は、主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できません。
特定保険医療材料	104	ゼラチンスポンジ止血材	ゼラチンスポンジ止血材は、痔疾患術後における直腸肛門部の止血のために用いた場合に算定できます。
特定保険医療材料	107	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料は、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)、経皮的冠動脈ステント留置術又は末梢動脈(頸動脈、腎動脈、四肢の動脈)の経皮的血管形成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、5Fr以上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々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ます。ただし、手術後1週間以内に入院した場合は算定できません。

特定保険医療材料	145	肝動脈塞栓材	肝動脈塞栓材は、肝細胞癌患者に対する肝動脈塞栓療法において使用した場合に限り算定できます。
特定保険医療材料	163	膀胱尿管逆流症治療用注入材	膀胱尿管逆流症治療用注入材は、1回の手術に対し、一側につき3本を限度として算定します。
特定保険医療材料	165	脊椎棘間留置材料	脊椎棘間留置材料は、1回の手術に対し2個を限度として算定します。
特定保険医療材料	166	外科用接着用材料	外科用接着用材料は、1回の手術につき32.4gを限度として算定します。
特定保険医療材料	186	気管支手術用カテーテル	気管支手術用カテーテルは、1回の手術につき、1本を限度として算定できます。また、同一患者につき3本を限度として算定できます。
特定保険医療材料	189	ヒト骨格筋由来細胞シート	ヒト骨格筋由来細胞シートは、1人につき1回まで算定できることとし、使用する際は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載が必要です。
特定保険医療材料	009	血管造影用カテーテル	血管造影用カテーテル心臓マルチパーパス型は、1回の造影につき1本のみ算定できます。なお、他の血管造影用カテーテルと同時に使用した場合はいずれか主たるもののみ算定します。
特定保険医療材料	019	携帯型ディスプレイ注入ポンプ	携帯型ディスプレイ注入ポンプを算定する場合には、第6部注射の「通則」第4号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できません。
特定保険医療材料	020	プラスチックカニューレ型静脈内留置針	プラスチックカニューレ型静脈内留置針は、おおむね24時間以上にわたって経皮的静脈確保を必要とする場合又は6歳未満の乳幼児、ショック状態若しくはショック状態に陥る危険性のある症例で翼状針による静脈確保が困難な場合に限り算定できます。
特定保険医療材料	026	栄養カテーテル	栄養カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。
特定保険医療材料	027	気管内チューブ	気管内チューブは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。ただし、やむを得ず24時間未満で使用した場合は、1個を限度として算定できます。
特定保険医療材料	028	胃管カテーテル	胃管カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。

特定保険医療材料	029	吸引留置カテーテル	吸引留置カテーテルは、24時間以上体内(消化管内を含む)に留置し、ドレナージを行う場合に算定できます。
特定保険医療材料	030	イレウス用ロングチューブ	イレウス用ロングチューブは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。
特定保険医療材料	031	腎瘻又は膀胱瘻用材料	腎瘻又は膀胱瘻用材料は、いずれの材料も、原則として1個を限度として算定します。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載が必要です。
特定保険医療材料	031	膀胱瘻用カテーテル	膀胱瘻用カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。
特定保険医療材料	033	経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料	経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料は、いずれの材料も1個を限度として算定します。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載が必要です。
特定保険医療材料	034	胆道ステントセット	胆道ステントセットは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。また、ガイドワイヤーは別に算定できません。
特定保険医療材料	036	尿道ステント(1)一時留置(交換)型	一時留置(交換)型尿道ステントは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。
特定保険医療材料	037	交換用胃瘻カテーテル(1)胃留置型①バンパー型	バンパー型の交換用胃瘻カテーテルは、4カ月に1回を限度として算定できます。
特定保険医療材料	039	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できます。
特定保険医療材料	042	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ます。
特定保険医療材料	049	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します。

特定保険 医療材料	055	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します。
特定保険 医療材料	059	オプション部品 人工股関節用部品・骨盤用(Ⅱ)	人工股関節部品・骨盤用(Ⅱ)は、骨欠損の状態に応じて適切な形状のものを必要最小限使用することとし、1回の手術に対し、2個を限度として算定します。
特定保険 医療材料	094	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します。
特定保険 医療材料	095	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します。
特定保険 医療材料	098	内視鏡的食道静脈瘤結紮セット	内視鏡的食道静脈瘤結紮セットは、実際に使用したセット数にかかわらず、1日につき1個のみ算定します。
その他		診療実日数	在宅患者訪問診療料等、医師の診療がある場合は実日数として数えます。
その他		傷病名欄	傷病名を傷病名コードで入力する場合は、コードの入力間違いに注意してください。未コード化病名として直接病名を入力される場合は誤字・脱字や対象部位間違いに注意してください。
その他		特記事項欄(別表1)	特記事項欄は、記載が必要なコード及び略号が決まっています。 (誤り例)特記事項欄に記載が必要なコード以外の数値入力
その他		傷病名欄	傷病名を傷病名コードで入力する場合は、コードの入力間違いに注意してください。未コード化病名として直接病名を入力される場合は誤字・脱字や対象部位間違いに注意してください。
その他		特記事項欄	特記事項欄は、記載が必要なコード及び略号が決まっています。 (誤り例)特記事項欄に記載が必要なコード以外の数値入力
連絡事項		第三者行為による診療報酬明細書の特記事項の記載について	診療報酬請求書等の記載要領において、「患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為(交通事故等)によって生じたと認められる場合」は、特記事項欄へ「10 第三」の記載を行うことになっています。なお、事故外点数がある場合は、診療報酬明細書の摘要欄へ記載してください。

病理診断	N002	免疫染色病理組織標本作製	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に、「摘要」欄に「4免」と表示し、対象疾患名と染色抗体数の記載が必要です。
輸血	K920	不規則抗体検査加算	不規則抗体検査加算は、検査回数にかかわらず1月につき所定点数に加算できます。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回を限度として加算します。 ※頻回に輸血を行う場合…週1回以上、当該月で3週以上にわたり行われるものである。

《参考文献》

社会保険研究所  
社会保険研究所  
社会保険研究所  
医学通信社

医科点数表の解釈  
新明細書の記載要領  
保険医療材料算定の解釈  
診療点数早見表

平成28年4月版  
平成28年4月版  
平成28年4月版  
2016年4月版