

診療報酬明細書 点検事務の手引

富国徳の美しい“ふじのくに”



静岡県

Shizuoka Prefecture

(保険者担当用)

令和4年11月版

静岡県健康福祉部健康局 国民健康保険課

1	保険診療の基本的ルール	1 頁
	(1) 保険診療の仕組み	1 頁
	(2) 保険医と保険医療機関	2 頁
	(3) 保険診療の基本的ルール	2 頁
2	診療（調剤）報酬の算定	3 頁
	(1) 診療報酬の算定方法	3 頁
	(2) 診療報酬点数表とは	3 頁
	(3) 診療報酬点数表の構成	4 頁
3	診療（調剤）報酬明細書とは	5 頁
	(1) 診療（調剤）報酬明細書とは	5 頁
	(2) 診療（調剤）報酬明細書の構成	6 頁
	① 医科	6 頁
	② 歯科	7 頁
	③ 調剤	8 頁
4	診療報酬明細書の点検	9 頁
	(1) 一次審査と二次点検	9 頁
	(2) 二次点検の内容	9 頁
	(3) 二次点検（内容点検）における着眼点	10 頁
	① 算定できる回数や算定できる期間を超えて算定していないか	
	② 算定できる年齢を超えている患者に算定していないか	
	③ 定められた対象傷病以外に算定していないか	
	④ 算定できない場合に算定していないか	
5	二次点検実施時のポイント	11 頁
	基本診療料 A	11 頁
	(1) A000 初診料	11 頁
	特掲診療料 B（医学管理）	11 頁
	(1) B000 特定疾患療養管理料	11 頁
	(2) B001 特定疾患治療管理料	11 頁

①	B001	1	ウイルス疾患指導料	11 頁
②	B001	2	特定薬剤治療管理料	12 頁
③	B001	4	小児特定疾患カウンセリング料	12 頁
④	B001	5	小児科療養指導料	12 頁
⑤	B001	6	てんかん指導料	12 頁
⑥	B001	7	難病外来指導管理料	12 頁
⑦	B001	8	皮膚科特定疾患指導管理料	12 頁
⑧	B001	15	慢性維持透析患者外来医学管理料	13 頁
⑨	B001	18	小児悪性腫瘍患者指導管理料	13 頁
⑩	B001	21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	13 頁
⑪	B001	23	がん患者指導管理料	13 頁
⑫	B001	28	小児運動器疾患指導管理料	13 頁
⑬	B001	29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	14 頁
⑭	B001	30	婦人科特定疾患治療管理料	14 頁
⑮	B001	31	腎代替療法指導管理料	14 頁
⑯	B001	32	一般不妊治療管理料	14 頁
⑰	B001	34	二次性骨折予防継続管理料	14 頁
(3)	B001-2-7		外来リハビリテーション診療料	14 頁
(4)	B001-2-8		外来放射線照射診療料	14 頁
(5)	B001-2-12		外来腫瘍化学療法診療料	15 頁
(6)	B001-3-2		ニコチン依存症管理料	15 頁
(7)	B001-5		手術後医学管理料（1日につき）	15 頁
(8)	B001-6		肺血栓塞栓症予防管理料	15 頁
(9)	B001-7		リンパ浮腫指導管理料	15 頁
(10)	B001-9		療養・就労両立支援指導料	15 頁
(11)	B004		退院時共同指導料 1、B005 退院時共同指導料 2	15 頁
(12)	B005-1-2		介護支援等連携指導料	15 頁
(13)	B005-1-3		介護保険リハビリテーション移行支援料	15 頁
(14)	B005-4		ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	16 頁
	B005-5		ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	
(15)	B005-6		がん治療連携計画策定料	16 頁
(16)	B005-6-3		がん治療連携管理料	16 頁
(17)	B005-6-4		外来がん患者在宅連携指導料	16 頁
(18)	B005-7		認知症専門診断管理料	16 頁
(19)	B005-7-2		認知症療養指導料	16 頁
(20)	B005-7-3		認知症サポート指導料	16 頁

(21)	B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料	16 頁
(22)	B005-9	外来排尿自立指導料	16 頁
(23)	B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料 1	17 頁
	B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料 2	
(24)	B005-11	遠隔連携診療料	17 頁
(25)	B007	退院前訪問指導料	17 頁
(26)	B007-2	退院後訪問指導料	17 頁
(27)	B010-2	診療情報連携共有料	17 頁
(28)	B011	連携強化診療情報提供料	18 頁
(29)	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料	18 頁
(30)	B015	精神科退院時共同指導料	18 頁

特掲診療料 C (在宅医療)	18 頁
-----------------------	------

(1)	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	18 頁
(2)	C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料	18 頁
(3)	C010	在宅患者連携指導料	18 頁
(4)	C010	在宅患者共同診療料	18 頁
(5)	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	19 頁
(6)	C014	外来在宅共同指導料	19 頁
(7)	C101	在宅自己注射指導管理料 導入初期加算	19 頁
(8)	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	19 頁
(9)	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 導入初期加算	19 頁
(10)	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 導入初期加算	
(11)	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 導入初期加算	19 頁
(12)	C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 導入初期加算	19 頁
(13)	C150	血糖自己測定器加算	19 頁
(14)	C152	間歇注入シリンジポンプ加算	20 頁
(15)	C152-2	持続血糖測定器加算	20 頁
(16)	C152-3	経腸投薬用ポンプ加算	20 頁
(17)	C157	酸素ボンベ加算	20 頁
(18)	C158	酸素濃縮装置加算	20 頁
(19)	C159	液化酸素装置加算	20 頁
(20)	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	20 頁
(21)	C161	注入ポンプ加算	20 頁
(22)	C163	特殊カテーテル加算	20 頁

(23) C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	20 頁
(24) C171	在宅酸素療法材料加算	20 頁
(25) C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	20 頁
(26) C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算	20 頁
(27) C172	在宅経肛門的自己洗腸用材料加算	20 頁
(28) C174	在宅ハイフローセラピー装置加算	20 頁

特掲診療料 D (検査) 21 頁

特掲診療料 E (画像) 23 頁

特掲診療料 F (投薬) 23 頁

(1) F100	処方料	23 頁
(2) F400	処方箋料	23 頁

特掲診療料 G (注射) 24 頁

特掲診療料 H (リハビリテーション) 25 頁

特掲診療料 I (精神科専門療法) 26 頁

(1) I001	入院精神療法 (1 回につき)	26 頁
(2) I002	通院・在宅精神療法 (1 回につき)	26 頁
(3) I002-2	精神科継続外来支援・指導料 (1 日につき)	26 頁
(4) I002-3	救急患者精神科継続支援料	26 頁
(5) I003-2	認知療法・認知行動療法 (1 日につき)	27 頁
(6) I004	心身医学療法 (1 回につき)	27 頁
(7) I005	入院集団精神療法 (1 日につき)	27 頁
(8) I006	通院集団精神療法 (1 日につき)	27 頁
(9) I006-2	依存症集団療法 (1 回につき)	27 頁
(10) I011-2	精神科退院前訪問指導料	27 頁
(11) I012-2	精神科訪問看護指示料 手順書加算	27 頁
(12) I014	医療保護入院等診療料	28 頁
(13) I015	重度認知症患者デイ・ケア料 早期加算・夜間ケア加算	28 頁

(14) I016 精神科在宅患者支援管理料（月1回）・・・28頁

特掲診療料 J（処置）・・・28頁

(1) J001	熱傷処置	・・・28頁
(2) J001-4	重度褥瘡処置（1日につき）	・・・28頁
(3) J001-5	長期療養患者重度褥瘡等処置（1日につき）	・・・29頁
(4) J001-6	精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）	29頁
(5) J003-3	局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1日につき）	・・・29頁
(6) J019	持続的胸腔ドレナージ（開始日）	・・・29頁
(7) J020	胃持続ドレナージ（開始日）	・・・29頁
(8) J021	持続的腹腔ドレナージ（開始日）	・・・29頁
(9) J022-5	持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）	・・・29頁
(10) J027	高気圧酸素治療（1日につき）	・・・29頁
(11) J032	肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 周術期乳幼児加算	・・・29頁
(12) J034	イレウス用ロングチューブ挿入法	・・・30頁
(13) J038	人工腎臓（1日につき）透析時運動指導等加算	・・・30頁
(14) J040	局所灌流（1日につき）	・・・30頁
(15) J045	人工呼吸	・・・30頁
(16) J052-2	熱傷温浴療法（1日につき）	・・・30頁
(17) J065	間歇的導尿（1日につき）	・・・30頁
(18) J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの） 導入期加算	・・・30頁
(19) J129-3	治療用装具採寸法	・・・31頁
J129-4	治療用装具採型法	

特掲診療料 K（手術）・・・31頁

(1) K002	デブリードマン	・・・31頁
(2) K047	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	・・・31頁
K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	
(3) K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	・・・31頁
(4) K096-2	体外衝撃波疼痛治療術（一連につき）	・・・32頁
(5) K145	穿頭脳室ドレナージ術	・・・32頁
(6) K154-4	集束超音波による機能的定位脳手術	・・・32頁

(7)	K282	水晶体再建術 高次収差解析加算	32 頁
(8)	K496-5	経皮的膿胸ドレナージ術	32 頁
(9)	K522	食道狭窄拡張術	32 頁
(10)	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	32 頁
(11)	K616-8	吸着式潰瘍治療法（1日につき）	33 頁
(12)	K637-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	33 頁
(13)	K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	33 頁
(14)	K653-5	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	33 頁
(15)	K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	33 頁
(16)	K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術	33 頁
(17)	K685	内視鏡的胆道結石除去術	33 頁
(18)	K687	内視鏡的乳頭切開術	33 頁
(19)	K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	33 頁
(20)	K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	33 頁
(21)	K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	33 頁
(22)	K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	34 頁
(23)	K823-6	尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	34 頁
(24)	K921-3	末梢血単核球採取	34 頁
(25)	K922-2	CAR 発現性 T 細胞投与	34 頁

特掲診療料 M（放射線治療） 34 頁

(1)	M000	放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）	34 頁
(2)	M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	34 頁
(3)	M001-3	直線加速器放射線治療（一連につき）	34 頁
(4)	M001-4	粒子線治療（一連につき）	34 頁
(5)	M001-5	ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）	35 頁
(6)	M002	全身照射（一連につき）	35 頁
(7)	M003	電磁波温熱療法（一連につき）	35 頁

歯科 36 頁

(1)	B013	新製有床義歯管理料（1口腔につき）	36 頁
(2)	M000-2	クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）	36 頁
(3)	M018	有床義歯	36 頁

6 医療保険と介護保険の給付調整・・・・・・・・・・・・・・37頁

- (1) 介護保険優先が原則・・・・・・・・・・・・・・37頁
- (2) 月の途中で要介護被保険者等になった場合・・・・・・・・38頁
- (3) リハビリテーションの取扱い・・・・・・・・・・・・・・38頁
- (4) 特別養護老人ホーム等における取扱い・・・・・・・・・・39頁
 - ① 配置医師が行う診療について・・・・・・・・・・・・・・39頁
 - ② 配置医師以外の保険医が行う診療について・・・・・・・・40頁

参考 二次点検チェックポイント一覧表・・・・・・・・・・・・41頁

本手引使用上の注意

本手引は、診療報酬明細書の点検事務を行う際の参考となるよう、注意するポイントなどをまとめたものです。

点検を行うに当たっては、医科、歯科、調剤の各点数表、厚生労働省告示及び厚生労働省保険局医療課長による通知等を、よく確認するとともに、今後の改正や改定、疑義解釈等の通知にご注意ください。

1 保険診療の基本的ルール

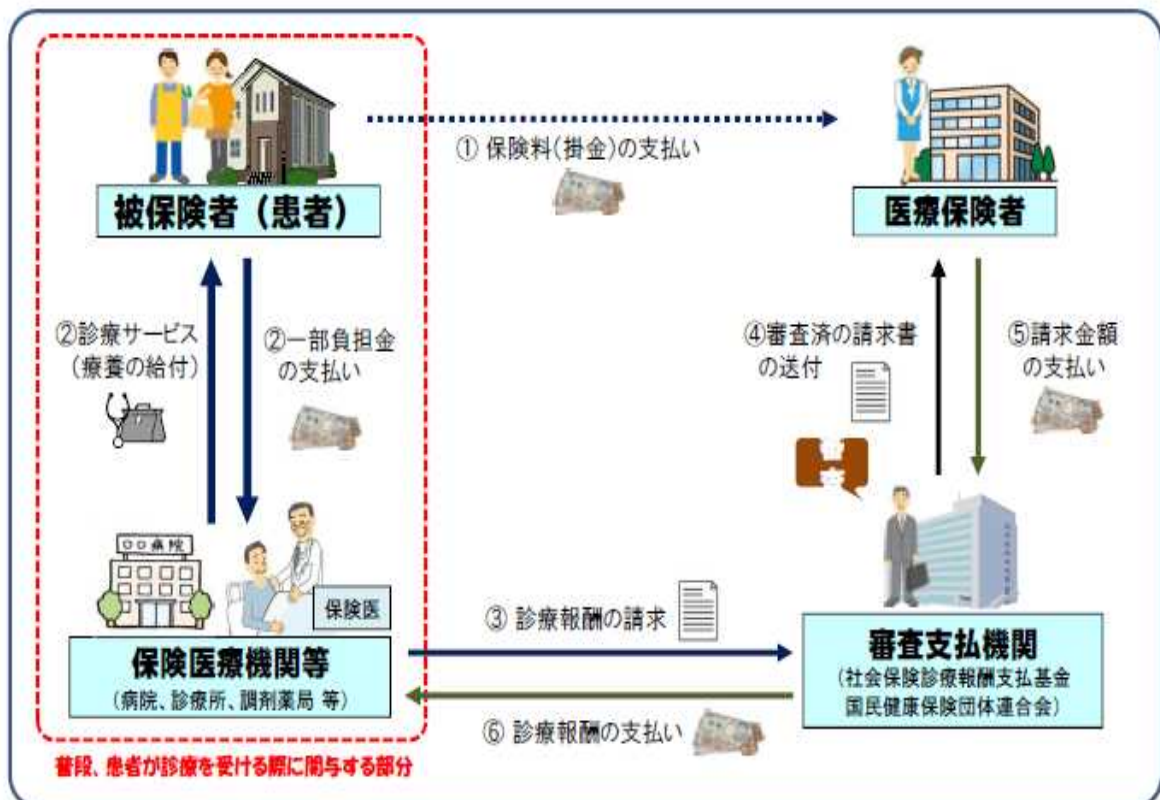
(1) 保険診療の仕組み

被保険者は患者として、保険医療機関等の窓口で一部負担金を支払う。残りの費用については、保険者から審査支払機関を通じて、保険医療機関等に支払われます。

この仕組みは健康保険法その他の医療保険各法に規定されており、それらの規定に同意した医療機関（薬局）が公法上の契約に基づき保険医療機関（保険薬局）となることにより実施されています。

保険診療の流れ

保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



(厚生労働省ホームページより抜粋)

(2) 保険医と保険医療機関

保険医療機関において国民健康保険ほか健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師（＝保険医）でなければなりません。

保険医は厚生労働省令（＝保険医療機関および保険医療養担当規則）で定めるところにより、国民健康保険ほか健康保険の診療に当たらなければなりません。

保険医療機関は、健康保険法等で規定されている療養の給付を行う病院、診療所であり、開設者がその自由意志に基づいて申請し、厚生労働大臣が指定します。

(3) 保険診療の基本的ルール

**保険診療は、健康保険法等の各法に基づき、
保険者と保険医療機関等との間の「公法上の契約」に基づいている**



保険医療機関は、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）に従って、診療や費用の請求等を行う必要がある。

保険診療として診療報酬が支払われるには、
次の条件を満たさなければならない

- (1) 保険医が、
- (2) 保険医療機関において、
- (3) 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の各種法令の規定を遵守し、
- (4) 保険医療機関および保険医療養担当規則等の規定を遵守し、
- (5) 医学的に妥当適切な診療を行い、
- (6) 診療報酬点数表に定められたとおりに、請求を行っていること

2 診療（調剤）報酬の算定

（1）診療報酬の算定方法

療養の給付に要する費用の額は、厚生労働省が定める「診療報酬点数表」及び「使用薬剤の薬価（薬価基準）」により算定する。

ただし、DPC (Diagnosis Procedure Combination) (※)対象病院については包括払により算定する。

※ DPC…急性期医療に係る「診断群分類」別包括評価。

出来高払

個々の診療行為を点数で評価した「診療報酬点数表」に基づき、1点当たり単価（現行は10円）を乗じて算定

包括払（包括評価部分＋出来高部分）

包括評価＝診断群分類ごとの1日当たり点数×医療機関別係数
×入院日数
出来高＝「診療報酬点数表」に基づいた評価

（2）診療報酬点数表とは

診療報酬点数表には、医科・歯科・調剤・診断群分類（DPC）の4種類があり、基本的に「基本診療料」と「特掲診療料」で構成されています。

「基本診療料」は、初診もしくは再診、入院の際に行われる基本的な費用を一括して評価しているものです。簡単な検査（例えば血圧測定検査等）や簡単な処置（入院の場合の皮内、皮下及び筋肉内注射及び静脈内注射の注射手技料等）が含まれています。

「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが妥当ではない特別の診療行為に対して個々に点数を設定し評価しています。特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用が含まれています。

点数を算定する時は、一般的に基本診療料と特掲診療料を併せて算定します。

また、点数の算定に当っては、診療報酬点数表のほか、保険診療において使用できる（保険請求できる）医薬品名とその価格を定めた「使用薬剤の薬価」などの関連告示も参照します。

(3) 診療報酬点数表の構成

診療報酬点数表の構成について、医科の診療報酬点数表を例に説明します。

診 療 報 酬 点 数 表 (医 科)	基 本 診 療 料 A	
	初 診 料	外来の初回の診療時に算定する
	再 診 料	外来の2回目以降の診療時に1回ごとに算定する
	入院基本料	入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用として算定する
	特定入院料	集中治療等の特定の機能を有する病棟又は病床に入院した場合に算定する
	短期滞在手術等 基本料	短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日までの入院）を行った場合に算定する
	特 掲 診 療 料 B ～ N	
	B 医学管理等	厚生労働大臣の定める疾患・施設基準に基づき、特定の医学管理等が行われた場合に算定する
	C 在宅医療	患者を訪問して医療が行われた場合、在宅における療養の為に医学管理及び医療機器の貸与等が行われた場合に算定する
	D 検 査	検体検査、生体検査等の施行時に算定する
	E 画像診断	画像撮影・診断時に算定する
	F 投 薬	投薬時に算定する
	G 注 射	注射実施時に算定する
	H リハビリテーション	リハビリテーション実施時に算定する
	I 精神科専門療法	精神疾患をもつ患者に対して治療を行ったときに算定する
	J 処 置	喀痰吸引、人工呼吸等の処置時に算定する
K 手 術	手術時に算定する	
L 麻 酔	麻酔や神経ブロックが行われた場合に算定する	
M 放射線治療	放射線（電離性を有する高いエネルギーを持った電磁波や粒子線）による治療時に算定する	
N 病 理 診 断	細胞診断、生検組織診断、病理解剖等の実施時に算定する	

3 診療（調剤）報酬明細書とは

（1）診療（調剤）報酬明細書とは

保険医療機関及び保険薬局（以後、「保険医療機関等」といいます。）が保険者（市町や国民健康保険組合等）に対して、患者（被保険者）が受けた保険診療について診療（調剤）報酬を請求するために、行った処置や使用した薬剤等を記載した明細書のことです。医科（入院）・医科（外来）・医科（DPC）・歯科（入院）・歯科（外来）・調剤・訪問看護の7種類があります。

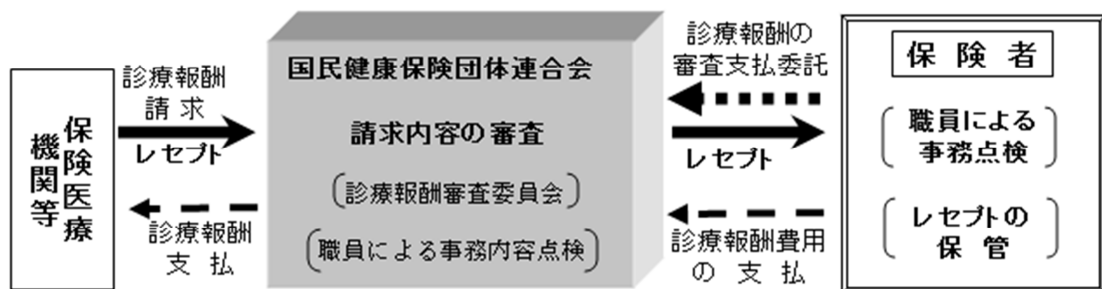
保険医療機関（医科・歯科）の場合には診療報酬明細書、保険薬局における調剤の場合には調剤報酬明細書といいますが、レセプト、又はレセということも多いです。

診療報酬明細書は、患者毎、診療月毎、入院・外来・調剤別に分けて作成され、患者の氏名、生年月日、保険者番号、病名などを記入する上書き部分と診療、検査や手術の明細、投薬の内容、診療の点数（費用）等の記載欄で構成されています。

保険医療機関等は、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書（以後、「レセプト」といいます。）を作成後、国民健康保険の被保険者の場合、都道府県毎に設置されている国民健康保険団体連合会（審査支払機関）へ提出します。なお、静岡県国民健康保険団体連合会へのレセプトの提出日は、翌月10日と定められています。

国民健康保険団体連合会は、「診療報酬審査委員会」において提出されたレセプトに何らかの不備がないか等、請求内容の審査を行った上で適正な診療報酬を決定し、保険医療機関等に対して支払いを行います。なお、存在しない被保険者の請求がなされた場合等はレセプトを保険医療機関等に対し返戻することとなります。

支払い後、レセプトは最終的に保険者に送られ、保険者による点検（二次点検）を受けることとなります。



(2) 診療（調剤）報酬明細書の構成

① 医科

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県 医療機関コード	
令和 年 月 分										1 1社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一	
上書き										2 2併 4 六外 0 高外7	
公費負担者番号①										3 3併 6 家外 0 高外7	
公費負担者番号②										7 ()	
公費負担者の受給者番号①										10 9 8	
公費負担者の受給者番号②										7 ()	
患者の氏名、性別、生年月日										患者の保険情報 (枝番)	
特記事項										被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
患者の氏名、性別、生年月日										保険医療機関の住所と名称	
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	
傷病名										診療開始日	
診療開始日										診療実日数	
点数欄										概要欄	
投薬、注射など診療カテゴリごとの点数が記載されている										点数欄の記載内容がわかるように、診療行為名、点数、回数などが記載されている	
請求点数 (1点=10円)										入院レセプトの場合、この部分 (レセプト右下) に食事・生活療養費の記入欄がある	
1 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分	点	回	点	回	点	回	点
12 再診											
13 医学管理											
14 往診											
15 夜間											
16 深夜・緊急											
17 在宅患者訪問診療											
18 その他											
20 投薬											
21 内服薬											
22 外用薬											
23 外用薬											
24 処方箋											
25 処方箋											
26 麻薬											
27 毒物											
30 注射											
31 皮下筋肉内											
32 静脈内											
33 その他											
40 処置											
50 手術											
60 検査											
70 画像											
80 処方箋											
90 その他											
請求点数 (1点=10円)											
減額 (円) 免除・支払額											

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

4 診療報酬明細書の点検

(1) 一次審査と二次点検

保険医療機関等から提出されたレセプトについては、診療（調剤）報酬を保険医療機関等に支払う前に国民健康保険団体連合会が行う一次審査と、診療報酬支払い後に保険者が医療費適正化対策として行う二次点検があります。

一次審査…当月のレセプトについて保険ルールに適合しているか診療報酬審査委員会が専門的見地から審査
二次点検…医療費適正化の観点から保険者が支払後のレセプトを点検 縦覧、横覧、突合点検など複数のレセプトを照合し点検する。

※現在、多くの保険者が二次点検を国民健康保険団体連合会に委託している。

(2) 二次点検の内容

二次点検は、単月で単一の保険医療機関等のレセプトを対象とした一次審査とは異なり、保険医療機関単位で各被保険者のレセプトを連月で点検する縦覧や、各被保険者単位で同一月の複数の保険医療機関の受診等を点検する横覧など、複数のレセプトを対象に点検を行うことで、一次審査では発見できない部分を点検するものです。

なお、二次点検の結果、不適切な診療報酬の請求を確認した場合は、国民健康保険団体連合会に対して再審査を請求します。

資格点検	被保険者資格の確認
内容点検	診療報酬点数表との照合 診療報酬明細書と調剤報酬明細書の突合 医療給付と介護給付の突合 縦覧点検（数か月分のレセプトを並べて確認） 横覧点検（同一患者の複数機関・複数科の受診状況を確認）
給付発生原因等点検	交通事故、業務上傷病等によるものかどうかを確認

(3) 二次点検（内容点検）における着眼点

複数のレセプトを対象に点検を行う二次点検において、レセプトの内容を確認するときは、以下の項目に注意して行います。

① 算定できる回数や算定できる期間を超えて算定していないか

(例)

算定項目	内 容
骨塩定量検査	算定間隔 4月に1回を限度
在宅自己注射指導管理料 導入初期加算	初回の指導を行った日の属する月から起算して 3月の間、月1回に限る

② 算定できる年齢を超えている患者に算定していないか

(例)

算定項目	内 容
小児科療養指導料	15歳未満の患者
小児運動器疾患指導管理料	20歳未満の患者
小児科外来診療料	6歳未満の患者
乳幼児加算	6歳未満の患者
乳幼児育児栄養指導料	3歳未満の患者

} 同じ小児でも
} 年齢が異なる

} 乳幼児でも違う

③ 定められた対象傷病以外に算定していないか

(例)

算定項目	内 容
骨塩定量検査	骨粗鬆症の診断及びその経過観察の場合が対象
生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病が主病

④ 算定できない場合に算定していないか

(例)

算定項目	内 容
尿・糞便等検査判断料	尿中一般物質定性半定量検査のみでは算定不可

5 二次点検実施時のポイント

基本診療料 A

(1) A000 初診料

初診とは、患者の訴えに対して初めて診察を行うことです。診療が継続中であれば、新たな傷病の診察を行っても、原則、初診料は算定できません。

縦覧点検により、診療が継続中ではないことを確認します

◆ 同日他科初診について

初・再診料を算定した同一日に、同一保険医療機関において、他の傷病（同一疾病又は互いに関連のある疾病でない）で別の診療科を初診として受診した場合に、2つ目の診療科に限り144点（又は107点）が算定できます。（情報通信機器を用いた場合は125点（又は93点）になります。）

入院料等（A100～A319）について

入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料については、日数により算定する点数が異なる（加算も含む）もの、算定できる期間の定めがあるもの、年齢の定めがあるもの等があります。入院日、生年月日等の確認を！

特掲診療料 B（医学管理）

(1) B000 特定疾患療養管理料

初診又は当該保険医療機関を退院した日から1月以内は算定できません。（初診又は退院日が3月10日の場合、4月10日から算定可能です）

診療開始日に注目！

縦覧点検により、初診日から1月以内ではないことを確認します
横覧点検により、退院日から1月以内ではないことを確認します

(2) B001 特定疾患治療管理料

① B001 1 ウイルス疾患指導料

ウイルス疾患指導料1については、1患者1回のみ算定可能です。

縦覧点検により、2回以上算定していないことを確認します

② B001 2 特定薬剤治療管理料

特定薬剤治療管理料1について、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った場合、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定することになります。

縦覧点検により、初回の算定からの月数（歴月）を確認します

上記の外、加算については回数等の算定要件があるので、御注意ください。

③ B001 4 小児特定疾患カウンセリング料

2年を限度として月2回に限り算定できます。

18歳未満の外来患者が対象！

生年月日を確認しましょう

縦覧点検により、2年を超えて算定していないことを確認します

④ B001 5 小児科療養指導料

初診日と同月内^{注意！}又は当該保険医療機関を退院した日から1月以内は算定できません。

15歳未満の患者が対象！

生年月日を確認しましょう

縦覧点検により、退院日から1月以内ではないことを確認します

入院レセプトを確認！

⑤ B001 6 てんかん指導料

⑥ B001 7 難病外来指導管理料

⑦ B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料

初診日から1月以内、又は当該保険医療機関を退院した日から1月以内は、算定できません。

診療開始日に注目！

縦覧点検により、初診日から1月以内ではないことを確認します

縦覧点検により、退院日から1月以内ではないことを確認します

⑧ B001 15 慢性維持透析患者外来医学管理料

同一保険医療機関内で同一月内に入院、外来が混在している場合は算定できません。

横覧点検により、同一月内に入院、外来が混在していないことを確認します

⑨ B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

初診日と同月内^{注意!}又は当該保険医療機関を退院した日から1月以内は算定できません。

15歳未満の外来患者が対象!

生年月日を確認しましょう

横覧点検により、退院日から1月以内ではないことを確認します

⑩ B001 21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

初診日から1月以内、又は当該保険医療機関を退院した日から1月以内は算定できません。

(15歳未満の滲出性中耳炎(疾患の反復や遷延がみられるもの)が対象)

生年月日も確認!

診療開始日に注目!

縦覧点検により、初診日から1月以内ではないことを確認します

横覧点検により、退院日から1月以内ではないことを確認します

⑪ B001 23 がん患者指導管理料

イ及びニは患者1人につき1回、ロ及びハは患者1人につき6回に限り算定できます。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

⑫ B001 28 小児運動器疾患指導管理料

6月に1回(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回)に限り算定できます。(20歳未満の患者が対象)

生年月日も確認!

縦覧点検により、6月に1回以内であることを確認します

⑬ B001 29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

1回の分娩につき、4回に限り算定できます。

縦覧点検により、4回以上算定していないことを確認します

⑭ B001 30 婦人科特定疾患治療管理料

3月に1回に限り算定できます。初診日と同月内^{注意!}は算定できません。

縦覧点検により、3月に1回以内であることを確認します

⑮ B001 31 腎代替療法指導管理料

患者1人につき2回に限り算定できます。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

⑯ B001 32 一般不妊治療管理料

3月に1回に限り算定できます。初診日と同月内^{注意!}は算定できません。

縦覧点検により、3月に1回以内であることを確認します

⑰ B001 34 二次性骨折予防継続管理料

二次性骨折予防継続管理料1及び2については入院中に1回に限り、
二次性骨折予防継続管理料3については初回算定日の属する月から起算
して1年を限度として月1回に限り算定できます。

縦覧点検により、回数や1年を超えて算定していないことを確認します

(3) B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

外来リハビリテーション診療料1は7日間に1回、
外来リハビリテーション診療料2は14日間に1回
に限り算定できます。

縦覧点検で確認!

(4) B001-2-8 外来放射線照射診療料

7日間に1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認!

(5) B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

退院した日から7日以内は算定できません。

縦覧点検により、退院日から7日以内ではないことを確認します

(6) B001-3-2 ニコチン依存症管理料

ニコチン依存症管理料1は、初回の算定日から12週間にわたり5回に限り、ニコチン依存症管理料2は初回時1回に限り算定できます。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

(7) B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

入院日から10日以内に「閉鎖循環式全身麻酔」で行った手術の患者に対して手術の翌日から起算して3日間に限り算定できます。

縦覧点検により、3日間を超えて算定していないことを確認します
入院日、閉鎖循環式全身麻酔の実施状況、手術日は摘要欄で確認できます

(8) B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料

(9) B001-7 リンパ浮腫指導管理料

入院中、1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

月またぎの入院に注意

(10) B001-9 療養・就労両立支援指導料

「2 2回目以降」は初回の算定月から起算して3月を限度として月1回算定できます。（初回の算定月に算定していない場合は、翌月から起算）

縦覧点検で確認！

(11) B004 退院時共同指導料1、B005 退院時共同指導料2

入院中1回（末期の悪性腫瘍患者等の場合は2回）に限り算定できます。

縦覧点検で確認します。月またぎの入院に注意が必要です

(12) B005-1-2 介護支援等連携指導料

入院中、2回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

月またぎの入院に注意

(13) B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

患者1人につき、1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

(14) B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)

B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料 (II)

入院中、1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認!

月またぎの入院に注意

(15) B005-6 がん治療連携計画策定料

がん治療連携計画策定料1については、退院日から30日以内に実施した場合に算定できます。がん治療連携計画策定料2については、患者1人につき月1回算定できます。

横覧点検で退院日、縦覧点検で退院日からの日数を確認します

(16) B005-6-3 がん治療連携管理料

(17) B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料

患者1人につき、1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認!

(18) B005-7 認知症専門診断管理料

認知症専門診断管理料1は1人につき1回に限り、
認知症専門診断管理料2は1人につき3月に1回
に限り算定できます。

縦覧点検で確認!

(19) B005-7-2 認知症療養指導料

治療を行った月を含めて6月を限度として、
月1回に限り算定できます。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

(20) B005-7-3 認知症サポート指導料

6月に1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認!

(21) B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料

患者1人につき、1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認!

(22) B005-9 外来排尿自立指導料

患者1人につき週1回に限り、A251 排尿自立支援加算を算定した期間と
通算して12週を限度に算定できます。

縦覧点検で、定められた期間を超えて算定していないことを確認します

(23) B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2

精神疾患を有する*又は精神疾患が疑われる者として精神科等への紹介が必要と判断された妊婦又は出産後 2 月（ハイリスク妊産婦連携指導料 2 の場合は 6 月）以内の精神疾患の患者*が対象になります。

※医科点数表第 8 部精神科専門療法のいずれかの項目が算定されていること

縦覧点検により、出産後の月数を確認します
横覧点検により、精神疾患の状況を確認します

(24) B005-11 遠隔連携診療料

遠隔連携診療料 1 については、指定難病又はてんかんの疑いのある外来患者に対して、診断確定までの間に 3 月に 1 回算定できます。

遠隔連携診療料 2 については、当該診療料を最初に算定した日から起算して 1 年を限度として、3 月に 1 回算定できます。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないこと、定められた期間を超えて算定していないことを確認します

(25) B007 退院前訪問指導料

入院中 1 回に限り算定できます。（2 回算定できる場合もあります）

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

(26) B007-2 退院後訪問指導料

退院した日から起算して 1 月以内の期間（退院日を除く）を限度として、5 回に限り算定できます。

横覧点検で、退院日を確認します。縦覧点検で、回数を確認します

(27) B010-2 診療情報連携共有料

3 月に 1 回に限り算定できます。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

(28) B011 連携強化診療情報提供料

注5に規定する場合*は3月に1回に限り算定できます。

※敷地内禁煙の医療機関で、他の医療機関から照会された妊娠患者を診療し、紹介元に診療情報を提供した場合

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

(29) B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

患者1人につき、1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

(30) B015 精神科退院時共同指導料

入院中1回に限り算定できます。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

特掲診療料 C (在宅医療)

(1) C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (1単位)

退院日から3月以内は、週12単位まで算定できます。(通常は6単位)

横覧点検で、退院日を確認します

(2) C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料

患者1人につき、3月に1回算定できます。

縦覧点検で確認！

(3) C010 在宅患者連携指導料

初診又は当該保険医療機関を退院した日から1月以内は算定できません。

診療開始日に注目！

縦覧点検により、初診日から1月以内ではないことを確認します
横覧点検により、退院日から1月以内ではないことを確認します

(4) C012 在宅患者共同診療料

最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき2回に限り算定できます。(12回算定できる場合もあります。)

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

(5) C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り算定できます。ただし、3回算定した後は、同じ患者について初回のカンファレンスから1年以内は再算定できません。

縦覧点検により、定められた回数以上算定していないことを確認します

(6) C014 外来在宅共同指導料

患者1人につき、1回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

(7) C101 在宅自己注射指導管理料 導入初期加算

新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定できます。(処方内容変更の場合、+1回)

縦覧点検により、3月を超えて算定していないことを確認します

(8) C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

最初に算定した日から起算して1年を限度として算定できます。

最初に算定した日をレセプトの摘要欄で確認します

(9) C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 導入初期加算

(10) C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 導入初期加算

植込術を行った日から3月以内に行った場合に算定できます。

植込術を行った日をレセプトの摘要欄で確認します

(11) C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 導入初期加算

(12) C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 導入初期加算

初回の指導を行った月に限り算定できます。

縦覧点検で、初回の指導を行った月であることを確認します

(13) C150 血糖自己測定器加算

3月に3回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

(14) C152 間歇注入シリンジポンプ加算

(15) C152-2 持続血糖測定器加算

(16) C152-3 経腸投薬用ポンプ加算

2月に2回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

(17) C157 酸素ポンプ加算

(18) C158 酸素濃縮装置加算

(19) C159 液化酸素装置加算

(20) C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算

3月に3回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

(21) C161 注入ポンプ加算

2月に2回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

(22) C163 特殊カテーテル加算

(23) C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

(24) C171 在宅酸素療法材料加算

(25) C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

(26) C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算

(27) C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算

(28) C174 在宅ハイフローセラピー装置加算

3月に3回に限り算定できます。

縦覧点検で確認！

特掲診療料 D (検査)

下表の検査については、算定回数等に定めがあります（右欄の期間に1回に限り算定できます※）ので、縦覧点検により定められた回数以上算定していないか確認します。 ※例外的取扱いがあるものもあります。ご注意ください。

区分番号	検査名称	期間
D001	尿中特殊物質定性定量検査	
	8 アルブミン定量 (尿)	3月
	9 トランスフェリン (尿)	3月
	13 ミオイノシトール (尿)	1年
	16 IV型コラーゲン (尿)	3月
	18 シュウ酸 (尿)	1年
	19 L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP) (尿)	3月
D003	糞便検査	
	9 カルプロテクチン (糞便)	3月
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	6月
D007	血液化学検査	
	8 マンガン(Mn)	3月
	23 総カルニチン、遊離カルニチン	6月
	25 リポ蛋白(a)	3月
	30 シスタチンC	3月
	31 25-ヒドロキシビタミンD	3月
	32 ペントシジン	3月
	33 イヌリン	6月
	43 レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)	3月
	48 マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)	3月
	57 ロイシンリッチ α 2グリコプロテイン	3月
	62 1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	3月

区分番号	検査名称	期間
D008	内分泌学的検査	
	26 低カルボキシ化オステオカルシン (ucOC)	6月
	27 I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX) (骨粗鬆症) 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	6月
	34 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)	6月
	35 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)	6月
	39 デオキシピリジノリン (DPD) (尿) (骨粗鬆症の場合)	6月
	52 抗ミュラー管ホルモン (AMH)	6月
D009	腫瘍マーカー	
	8 前立腺特異抗原 (PSA)	3月
	27 プロステートヘルスインデックス (phi)	3月
D014	自己抗体検査	
	17 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 (腎クリーゼのリスクが高い者、発症後の者)	3月
	24 抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量 (陰性の場合)	3月
	46 抗HLA抗体 (スクリーニング検査)	1年
D023	微生物核酸同定・定量検査	
	23 HIVジェノタイプ薬剤耐性	3月
D215-2	肝硬度測定	3月
D215-3	超音波エラストグラフィ	3月
D215-4	超音波減衰法検査	3月
D217	骨塩定量検査	4月
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定	3月
D237	終夜睡眠ポリグラフィ (注)	6月
D258-2	網膜機能精密電気生理検査	3月
D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図	1年
D261	屈折検査	
	注 小児矯正視力検査加算 (6歳未満の患者が対象)	3月
D265-2	角膜形状解析検査 (角膜移植後の患者の場合)	2月
D282-4	ダーモスコピー	4月
D285	認知機能検査その他の心理検査	
	1 操作が容易なもの イ 簡易なもの	3月
D286-2	イヌリンクリアランス測定	6月
D291-3	内服・点滴誘発試験	2月

(注) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者の場合

区分番号	検査名称	期間など
D211-3	時間内歩行試験	1年に4回を限度
D211-4	シャトルウォーキングテスト	1年に4回を限度
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査(注)	12月に3回を限度

(注) 16歳未満の患者。初回検査日にかかわらず、12月に3回算定できる。例えば、平成30年4月14日に当該検査を算定する場合には、平成29年4月15日から平成30年4月13日までの間の当該検査の算定回数が2回以下である必要がある

特掲診療料 E (画像)

新生児加算、乳幼児^{注1}加算、幼児^{注2}加算が算定されている場合は、生年月日を確認し、加算の対象となる者であるか確認してください。

注1…3歳未満の乳幼児(新生児を除く)、注2…3歳以上6歳未満の幼児

特掲診療料 F (投薬)

(1) F100 処方料

(2) F400 処方箋料

1については、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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投与(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、2については、1以外の場合であって、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を算定するものを除く)を行った場合、3については、1及び2以外の場合に算定できます。

横覧点検で、薬剤の種類、数量を確認します ※調剤レセプトを確認

◆ 乳幼児加算

3歳未満の乳幼児が対象になります。生年月日を確認します。

◆ 特定疾患処方管理加算 2

入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る）に対して薬剤の処方期間が28日以上※の処方を行っている場合に算定できます。（許可病床数が200床以上の病院は除く）

※ 特定疾患に対する28日以上投薬のみが対象になります

横覧点検で、薬剤の種類（特定疾患に対するものか）、処方期間を確認します ※調剤レセプトを確認します

◆ 紹介率等の低い大病院の投与期間30日以上の場合の減算

初診料の「注2」又は「注3」、外来診療料の「注2」又は「注3」を算定する保険医療機関で1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合（抗てんかん薬等を除く）、所定点数の100分の40に相当する点数で算定します。（リフィル処方箋の場合、適用されない場合があります）

横覧点検で調剤レセプトを確認し、投与期間が30日以上処方があった場合には、医科レセプトを確認します

特掲診療料 G（注射）

年齢により算定できる点数が変わるG004点滴注射や外来化学療法加算のほか、乳幼児加算（6歳未満の乳幼児に対して行った場合が対象）が算定されている場合は、生年月日を確認してください。

特掲診療料 H（リハビリテーション）

リハビリテーションには、大きく5つの疾患別にとらえたリハビリテーション（「疾患別リハビリテーション」といいます）と、それに含まれないリハビリテーションがあります。

疾患別リハビリテーションには算定日数の上限が定められており、厚生労働大臣が定める患者（←診療報酬点数表で確認してください）に対して行う場合は別として、原則、その日数を超えて算定することはできません。

区分番号	名 称	算定日数の上限
H000	心大血管疾患リハビリテーション料	150日（※1）
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	180日（※2）
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	120日（※3）
H002	運動器リハビリテーション料	150日（※2）
H003	呼吸器リハビリテーション料	90日（※1）

※1 治療開始日から

※2 発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断した日から

※3 診断又は急性増悪から

縦覧点検で、算定日数の上限を超えて算定していないことを確認します

◆ 早期リハビリテーション加算

厚生労働大臣が定める患者[※]であって、入院中のもの等[※]に対して治療開始日等から30日の間に限り30点が加算できます。

※ 各疾患別リハビリテーションで異なるので、診療報酬点数表を確認すること

◆ 初期加算

入院中のものに対して、疾患別リハビリテーションを行った場合、発症、手術若しくは急性増悪等から起算[※]して14日間に限り、初期加算として45点が加算できます。

※ 心大血管疾患リハビリテーション料と呼吸器リハビリテーション料の場合は「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから」、脳血管疾患等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及び運動器リハビリテーション料の場合は「発症、手術若しくは急性増悪等から」になります。

特掲診療料 | (精神科専門療法)

(1) I001 入院精神療法 (1回につき)

入院精神療法 (I) については、入院日より起算して3月を限度に週3回に限り算定できます。入院精神療法 (II) については、入院日より起算して4週間以内は週2回、4週間超は週1回を限度に算定できます。

縦覧点検で入院日を確認し、算定可能月数、回数について確認します

(2) I002 通院・在宅精神療法 (1回につき)

20歳未満の患者に対して行った場合で、当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内であれば、350点を加算することができます。

生年月日を確認しましょう

縦覧点検で、最初に受診した日から1年以内であることを確認します

◆ 措置入院後継続支援加算

通院精神療法のイを算定する患者が対象。

3月に1回に限り275点を加算できます。

◆ 療養生活環境整備指導加算

通院精神療法を算定する患者であって、直近の入院において、B015精神科退院時共同指導料1を算定した患者が対象。

初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を加算できます。

(3) I002-2 精神科継続外来支援・指導料 (1日につき)

1回の処方で、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種類以上の抗精神病薬を投与した場合には算定できません。(例外あり)

横覧点検で調剤レセプトを確認します

(4) I002-3 救急患者精神科継続支援料

入院中の患者については入院した日から起算して6月以内の期間に週1回に限り、入院中の患者以外の患者については退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に退院後24週を限度として週1回に限り算定できます。

縦覧点検で入院日、横覧点検で退院日を確認します

(5) I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）

一連の治療につき、16回を限度として算定できます。

縦覧点検で回数を確認

(6) I004 心身医学療法（1回につき）

入院患者は入院日から4週間以内は週2回、4週間超は週1回に限り、
外来患者は初診日から4週間以内は週2回、4週間超は週1回に限り、算
定できます。

縦覧点検で、入院日、初診日を確認します

(7) I005 入院集団精神療法（1日につき）

入院日より起算して6月を限度として、
週2回に限り算定できます。

縦覧点検で入院日を確認します

(8) I006 通院集団精神療法（1日につき）

開始日から6月を限度として、
週2回に限り算定できます。

縦覧点検で開始日を確認します

(9) I006-2 依存症集団療法（1回につき）

薬物依存症の場合は治療開始日から起算して6月を限度*として週1回
に限り、ギャンブル依存症の場合は治療開始日から起算して3月を限度と
して2週間に1回に限り、アルコール依存症の場合は週1回かつ計10回に
限り算定することができます。

* 精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から
6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算
して2年を限度として更に週1回かつ計24回に限り算定可。

縦覧点検で開始日や
回数を確認します

(10) I011-2 精神科退院前訪問指導料

入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては6回）
に限り算定できます。（指導の実施日にかかわらず退院日に算定します）

縦覧点検で入院期間、回数を確認します ※退院していることも確認しましょう

(11) I012-2 精神科訪問看護指示料 手順書加算

患者1人につき、6月に1回に限り算定できます。

縦覧点検で算定状況を確認します

(12) I014 医療保護入院等診療料

措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の患者に対して精神保健指定医が治療計画を策定し治療管理を行った場合、患者1人につき1回に限り算定できます。

縦覧点検により、2回以上算定していないことを確認します
入院形態については摘要欄で確認できます

(13) I015 重度認知症患者デイ・ケア料 早期加算・夜間ケア加算

早期加算及び夜間ケア加算は、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合に算定できます。

縦覧点検で、1年を超えて算定していないことを確認します

(14) I016 精神科在宅患者支援管理料（月1回）

精神科在宅患者支援管理料1及び2については、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として月1回、3については、初回算定日の属する月を含めて2年を限度として月1回、算定できます。

縦覧点検で、算定可能期間を超えて算定していないことを確認します

特掲診療料 J（処置）

(1) J001 熱傷処置

初回の処置日から起算して2月を限度に算定できます。「1 100cm²未満」については、外来患者及び手術日から14日以内の入院中の患者が対象です。

縦覧点検で算定可能月数や手術日からの日数を確認します

(2) J001-4 重度褥瘡処置（1日につき）

初回の処置日から起算して2月を限度に算定できます。「1 100cm²未満」については、外来患者及び手術日から14日以内の入院中の患者が対象です。

縦覧点検で算定可能月数や手術日からの日数を確認します

(3) J001-5 長期療養患者重度褥瘡等処置（1日につき）

入院期間が1年を超える入院患者が対象です。

縦覧点検で入院期間を
確認します

(4) J001-6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）

入院期間が1年を超える結核病棟又は精神病棟の入院患者が対象です。

縦覧点検で入院期間を確認します ※入院基本料で病棟も確認しましょう

(5) J003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1日につき）

10日を限度に算定できます。

縦覧点検 ※処置開始日は摘要欄で確認できます

(6) J019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）

(7) J020 胃持続ドレナージ（開始日）

(8) J021 持続的腹腔ドレナージ（開始日）

(9) J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）

開始日のみ算定できます。

（2日以降は J002 ドレーン法（ドレナージ）で算定）

(10) J027 高気圧酸素治療（1日につき）

「1 減圧症又は空気塞栓に対するもの」については、発症後から1月以内に行う場合に、一連につき7回を限度に算定できます。「2 その他のもの」については、対象疾患*により一連につき10回を限度とするものと30回を限度とするものがあります。 ※ 診療報酬点数表で確認すること

縦覧点検で、算定可能回数を超えて算定していないことを確認します

(11) J032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 周術期乳幼児加算

3歳未満の乳幼児に対して、鎖肛又は先天性腸疾患に対する根治術等の前後に肛門拡張法を行った場合に、初回の算定日から起算して3月に限り算定できます。

縦覧点検で初回の算定日からの期間を確認します ※年齢も確認しましょう

(12) J034 イレウス用ロングチューブ挿入法

開始日のみ算定できます。

(2日以降は J002 ドレーン法 (ドレナージ) で算定)

(13) J038 人工腎臓 (1日につき) 透析時運動指導等加算

当該指導を開始した日から起算して90日を限度として加算できます。

縦覧点検で、算定可能期間を超えて算定していないことを確認します

(14) J040 局所灌流 (1日につき)

開始日のみ算定できます。

(開始日の翌日以降は J000 創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定)

(15) J045 人工呼吸

「3 5時間を超えた場合 (1日につき)」について、イ 14日目までは950点、15日目以降は815点算定できます。

縦覧点検で日数を確認します

◆ 覚醒試験加算

気管内挿管が行われている患者に対して意識状態に係る評価を行った場合は、当該治療の開始日から起算して14日を限度として加算できます。

(16) J052-2 熱傷温浴療法 (1日につき)

体表面積の30%以上の広範囲熱傷の患者に対する全身温浴として、入院中の患者に対し受傷後60日以内に限り、算定できます。

摘要欄に受傷日の記載があるので、60日以内か確認します

(17) J065 間歇的導尿 (1日につき)

間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度に算定できます。

縦覧点検

(18) J118-4 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) 導入期加算

導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回に限り加算できます。

縦覧点検で期間と回数を確認します

(19) J129-3 治療用装具採寸法

J129-4 治療用装具採型法

B001 20 糖尿病合併症管理料を算定している患者について行った場合は1年に1回に限り算定できます。ただし、過去1年以内にもう1方の処置を算定している場合は算定できません。また、既製品の治療用装具を処方した場合は、算定できません（例外あり。要確認）。

縦覧点検で、期間と回数、処置の算定状況を確認。当該被保険者から提出された療養費支給申請書等で既製品ではないことを確認

特掲診療料 K（手術）

(1) K002 デブリードマン

原則、当初の1回のみ算定できます。ただし、熱傷により全身の20%以上に植皮を行う場合又はA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎の場合においては、5回に限り算定できます。

縦覧点検で回数を確認します

(2) K047 難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）

K047-2 難治性骨折超音波治療法（一連につき）

当該治療を開始してから6か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ算定できます。
※ 入院中に開始した当該療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定になります。

摘要欄に当該治療の実施予定期間及び頻度が記載されているので確認します。横覧点検で、入院と入院外のレセプトも確認しましょう

(3) K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）

当該治療を開始してから3か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ算定できます。
※ 入院中に開始した当該療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定になります。

摘要欄に当該治療の実施予定期間及び頻度が記載されているので確認します。横覧点検で、入院と入院外のレセプトも確認しましょう

(4) K096-2 体外衝撃波疼痛治療術（一連につき）

再発により2回目以降算定する場合には、少なくとも3か月以上あけて算定することとなっています。

縦覧点検で確認

(5) K145 穿頭脳室ドレナージ術

初回実施に限り算定できます。（2回目以降の処置に係るドレナージについてはJ002 ドレーン法（ドレナージ）で算定）

(6) K154-4 集束超音波による機能的定位脳手術

薬物療法で十分に効果が得られない本態性振戦及びパーキンソン病の患者に対し、MRガイド下集束超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定できます。

縦覧点検で回数を確認します

(7) K282 水晶体再建術 高次収差解析加算

水晶体偏位又は眼内レンズの患者に対して、高次収差解析を行った場合は、「1」の「イ」の逢着レンズを挿入するものの手術の前後それぞれ1回に限り算定できます。

縦覧点検で回数を確認します

(8) K496-5 経皮的膿胸ドレナージ術

初回実施に限り算定できます。（2回目以降の処置に係るドレナージについてはJ002 ドレーン法（ドレナージ）で算定）

(9) K522 食道狭窄拡張術

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回に限り算定できます。

縦覧点検で回数を確認します

(10) K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

「1 初回」については3月に1回に限り、算定できます。「1 初回」を算定してから3月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り1回を限度として「2 1の実施後3月以内に実施する場合」を算定できます。

ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合（アの場合を除く）

縦覧点検 ※2の場合、前回算定日は摘要欄で確認できます

(11) K616-8 吸着式潰瘍治療法（1日につき）

当該治療法の実施回数は、原則として一連につき3月間に限って24回を限度として算定します。

(12) K637-2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術

初回実施に限り算定できます。（2回目以降の処置に係るドレナージについてはJ002 ドレーン法（ドレナージ）で算定）

(13) K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

(14) K653-5 内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術

短期間又は同一入院期間中において、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。

縦覧点検により、2回以上算定していないか確認します

(15) K682-2 経皮的胆管ドレナージ術

(16) K682-3 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術

初回実施に限り算定できます。（2回目以降の処置に係るドレナージについてはJ002 ドレーン法（ドレナージ）で算定）

(17) K685 内視鏡的胆道結石除去術

(18) K687 内視鏡的乳頭切開術

短期間又は同一入院期間中において、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。

縦覧点検により、2回以上算定していないか確認します

(19) K691-2 経皮的肝膿瘍ドレナージ術

初回実施に限り算定できます。（2回目以降の処置に係るドレナージについてはJ002 ドレーン法（ドレナージ）で算定）

(20) K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

(21) K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

短期間又は同一入院期間中において、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。

縦覧点検により、2回以上算定していないか確認します

- (22) 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において、2回に限り算定する。

縦覧点検 ※2回目を算定する場合、摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載します

- (23) K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
効果の減弱等により再手術が必要となった場合には、
4月に1回に限り算定できます。

縦覧点検

- (24) K921-3 末梢血単核球採取
患者1人につき1回に限り算定できます。

縦覧点検

- (25) K922-2 CAR発現性T細胞投与
患者1人につき1回に限り算定できます。

縦覧点検

特掲診療料 M（放射線治療）

- (1) M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）

分布図の作成1回につき1回、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において2回に限り算定できます。ただし、子宮頸癌に対して行う場合は一連の治療過程において4回まで算定できます。

縦覧点検により、3回（又は5回）以上算定していないか確認します

- (2) M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療
(3) M001-3 直線加速器放射線治療（一連につき）
(4) M001-4 粒子線治療（一連につき）

数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数の算定は1回のみとなります。

縦覧点検により、2回以上算定していないか確認します

(5) M001-5 ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

一連の治療につき1回に限り算定できます。

縦覧点検により、2回以上
算定していないか確認します

◆ 対外照射用固定器具加算

一連の治療につき1回に限り算定できます。

(6) M002 全身照射（一連につき）

1回の造血幹細胞移植について、一連として1回に限り算定できます。

(7) M003 電磁波温熱療法（一連につき）

「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い、数か月間の一連の治療過程に複数回行う場合は1回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は算定できません。なお、医学的な必要性から、一連の治療過程後に再度、当該療法を行う場合は、2月に1回、2回を限度として算定できます。

歯科

(1) B013 新製有床義歯管理料（1口腔につき）

新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して1年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製又は有床義歯の裏装を行った場合は、新製有床義歯管理料は算定できません。

※ この場合、H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1「1 有床義歯の場合」を算定します。

縦覧点検により、過去1年間に算定していないか確認します

(2) M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）

クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した場合において、歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して2年以内は、以下の診療に係る費用は算定できません。

- ・ 当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用
- ・ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填の費用
- ・ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着

縦覧点検により、過去2年間のクラウン・ブリッジ維持管理料の算定状況を確認します

(3) M018 有床義歯

新たに有床義歯を製作する場合は、原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して6月を経過した以降に、新たに製作する有床義歯の印象採得を行うこととなっています。

※ 例外的取扱いがあるので、歯科点数表を確認するようにしてください

縦覧点検により、前回の印象採得算定日を確認します

6 医療保険と介護保険の給付調整

平成12年4月からの介護保険制度の実施に併せて、診療報酬と介護報酬の給付調整に係るルールが設けられました。診療報酬明細書の点検を行うときに、このことも念頭において実施してください。

(1) 介護保険優先が原則

介護保険の要介護（要支援）認定を受けた患者の費用は、
介護保険の給付が優先適用 <例外もあります>

同一の疾病または傷害について、介護保険法の規定により給付を受けることができる場合については、国民健康保険からの給付は行わない（介護保険優先）旨が規定※されています。

※ 国民健康保険法第56条第1項

療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、訪問看護療養費、特別療養費若しくは移送費の支給は、（中略）介護保険法の規定によって、それぞれの給付に相当する給付を受けることができる場合には、行わない。（以下、略）

ただし、要介護の患者でも、国民健康保険から給付が行われる場合があります。平成20年厚生労働省告示第128号（最終改定：令和4年厚生労働省告示第88号）を確認してください。

（例）要介護（要支援）認定を受けている患者に対するもの

訪問看護	〔	医療：在宅患者訪問看護・指導料	← 算定不可
		介護：訪問看護費	← 算定（※1）
訪問 リハビリテーション	〔	医療：在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	← 算定不可
		介護：訪問リハビリテーション費	← 算定（※2）

※1 別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者の場合は医療保険で算定します

※2 急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者の場合は医療保険で6月に1回、14日間に限り算定できます

◆ 診療報酬明細書の記載について

介護保険に相当するサービスがある診療を行った場合に、当該患者が要介護（支援）者である場合には、摘要欄に「介」と記載することとなっています。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診察を行った場合についても、摘要欄に「介」と記載することとなっています。この場合には、介護保険適用の病床において、国民健康保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のため等）も簡潔に記載することとなっています。

(2) 月の途中で要介護被保険者等になった場合

要介護被保険者等となった日から、同一の疾病等についての給付が国民健康保険から介護保険へ変更される

月の途中で要介護被保険者等になった場合、要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が国民健康保険から介護保険へ変更されることとなります。

この場合、1月あたりの算定回数に制限がある場合については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を判断することになります。（例：医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）

(3) リハビリテーションの取扱い

<原則> 介護保険のリハビリテーションに移行した翌月以降、同一疾患での医療のリハビリテーションは算定できない

【参照】「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(令和4年3月25日付け保医発0325第2号厚生労働省保険局医療課長通知)

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定するリハ

ハビリテーションを行った後、介護保険における（介護予防）訪問リハビリテーション、（介護予防）通所リハビリテーションの利用開始日を含む月の翌月以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できません*。

※ 手術、急性増悪等により医療保険の疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除く

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能*です。この場合には、診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することになります。

※ 当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までになります

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所で介護保険のリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険のリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険のリハビリテーションを行った場合は、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したとみなしません。

（４）特別養護老人ホーム等における取扱い

【参照】「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について

（令和4年3月25日付け保医発0325 第3号厚生労働省保険局医療課長通知）

① 配置医師が行う診療について

配置医師が配置施設の入所者に対して行った診療には、診療報酬を算定できないものがある

特別養護老人ホーム等*に配置されている保険医（配置医師といいます）が、配置されている施設に入所している患者に対して行った診療については、他給付（介護給付、自立支援給付等）で評価されているため、診療報

酬の算定ができないもの（初・再診料、往診料、特定疾患療養管理料など）があるので注意が必要です。

※ 養護老人ホーム（定員 111 名以上）、特別養護老人ホーム（地域密着型も含む）、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る）、療養介護事業所、救護施設（定員 111 名以上）、乳児院（定員 100 名以上）、児童心理治療施設

② 配置医師以外の保険医が行う診療について

配置医師以外の医師が特別養護老人ホーム等の入所者を診療する場合、「傷病が配置医師の専門外」で「配置医師の求めがある場合」診療報酬を算定できる

配置医師以外の保険医が、特別養護老人ホーム等に入所している患者を診療する場合には、患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、初・再診料、往診料、検査、処置等に係る診療報酬を算定できることとなります。

ただし、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、初・再診料、往診料、検査、処置等に係る診療報酬を同様に算定できます。

なお、保険医が、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療を行った場合は、診療報酬明細書に○施又は（施）の表示をすることとなっています。（氏名の横の特記事項欄に記載されていることが多いです）

参考 二次点検チェックポイント一覧表

二次点検を行う場合の参考に、チェックポイントを一覧表にしました。
この表はあくまでも参考にとどめ、必ず点数表を確認してください。

区分番号	算定項目	チェックのポイント
基本診療料 A		
A000	初診料	診療が継続中の場合、算定不可
特掲診療料 B 医学管理等		
B000	特定疾患療養管理料	初診又は退院日から1月以内は算定不可
B001	特定疾患治療管理料	
	1 ウイルス疾患指導料	1患者につき1回
	2 特定薬剤治療管理料	4月目以降、50/100 (対象等、要確認)
	4 小児特定疾患カウンセリング料	2年を限度、月2回
	5 小児科療養指導料	初診日と同月内又は退院日から1月以内は算定不可
	6 てんかん指導料	初診又は退院日から1月以内は算定不可
	7 難病外来指導管理料	初診又は退院日から1月以内は算定不可
	8 皮膚科特定疾患指導管理料	初診又は退院日から1月以内は算定不可
	15 慢性維持透析患者外来医学管理料	入院と外来混在の場合、算定不可
	18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	初診日と同月内又は退院日から1月以内は算定不可
21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	初診又は退院日から1月以内は算定不可
23	がん患者指導管理料 (イ及びニ)	患者1人につき1回
	がん患者指導管理料 (ロ及びハ)	患者1人につき6回

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 B 医学管理等		
B001	特定疾患治療管理料	
28	小児運動器疾患指導管理料	6月に1回（例外あり）
29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	1回の分娩につき4回
30	婦人科特定疾患治療管理料	3月に1回、初診日と同月内算定不可
31	腎代替療法指導管理料	患者1人につき2回
32	一般不妊治療管理料	3月に1回、初診日と同月内算定不可
34	二次性骨折予防継続管理料（1及び2） 二次性骨折予防継続管理料（3）	入院中1回 1年を限度（初回算定日の属する月から起算）
B001-2-7	外来リハビリテーション診療料1 外来リハビリテーション診療料2	7日間に1回 14日間に1回
B001-2-8	外来放射線照射診療料	7日間に1回
B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	退院日から7日以内は算定不可
B001-3-2	ニコチン依存症管理料1	初回算定日から 12週間にわたり5回
	ニコチン依存症管理料2	初回時1回
B001-5	手術後医学管理料	手術の翌日から 起算して3日間
B001-6	肺血栓塞栓症予防管理料	入院中1回
B001-7	リンパ浮腫指導管理料	入院中1回
B001-9	療養・就労両立支援指導料 1 初回	月1回
	療養・就労両立支援指導料 2 2回目以降	3月を限度（初回の算定月から起算）、月1回
B004、B005	退院時共同指導料1、退院時共同指導料2	入院中1回（例外あり）
B005-1-2	介護支援等連携指導料	入院中2回
B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料	患者1人につき1回
B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	入院中1回
B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	入院中1回
B005-6	がん治療連携計画策定料1 がん治療連携計画策定料2	退院日から30日以内 患者1人につき月1回

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 B 医学管理等		
B005-6-3	がん治療連携管理料	患者1人につき1回
B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料	患者1人につき1回
B005-7	認知症専門診断管理料1 認知症専門診断管理料2	患者1人につき1回 患者1人につき 3月に1回
B005-7-2	認知症療養指導料	治療を行った月を含めて6月限度、月1回
B005-7-3	認知症サポート指導料	6月に1回
B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料	患者1人につき1回
B005-9	外来排尿自立指導料	患者1人につき週1回、 12週を限度（要確認）
B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1	精神疾患を有する妊婦 又は出産後2月以内の 精神疾患の患者が対象
B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2	精神疾患を有する妊婦 又は出産後6月以内の 精神疾患の患者が対象
B005-11	遠隔連携診療料	診断確定までの間 3月に1回
B007	退院前訪問指導料	入院中1回（例外あり）
B007-2	退院後訪問指導料	退院日から起算して 1月以内、5回
B010-2	診療情報連携共有料	3月に1回
B011	連携強化診療情報提供料	3月に1回（注5）
B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料	患者1人につき1回
B015	精神科退院時共同指導料	入院中1回
特掲診療料 C 在宅医療		
C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	退院日から3月以内は 週12単位まで算定可
C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料	患者1人につき 3月に1回
C010	在宅患者連携指導料	初診又は退院日から 1月以内は算定不可

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 C 在宅医療		
C012	在宅患者共同診療料	最初に算定した日から起算して1年以内、患者1人につき2回（例外あり）
C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	初回のカンファレンスから起算して1年以内、患者1人につき3回、（3回算定後は初回のカンファレンスから1年以内は算定不可）
C014	外来在宅共同指導料	患者1人につき1回
C101	在宅自己注射指導管理料 導入初期加算	3月の間、月1回（例外あり）
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	最初に算定した日から1年間
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 導入初期加算	植込術を行った日から3月以内
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 導入初期加算	植込術を行った日から3月以内
C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 導入初期加算	初回の指導を行った月に限る
C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 導入初期加算	初回の指導を行った月に限る
C150	血糖自己測定器加算	3月に3回
C152	間歇注入シリンジポンプ加算	2月に2回
C152-2	持続血糖測定器加算	2月に2回
C152-3	経腸投薬用ポンプ加算	2月に2回
C157	酸素ボンベ加算	3月に3回
C158	酸素濃縮装置加算	3月に3回
C159	液化酸素装置加算	3月に3回
C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	3月に3回
C161	注入ポンプ加算	2月に2回
C163	特殊カテーテル加算	3月に3回

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 C 在宅医療		
C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	3月に3回
C171	在宅酸素療法材料加算	3月に3回
C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	3月に3回
C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算	3月に3回
C172	在宅経肛門的自己洗腸用材料加算	3月に3回
C174	在宅ハイフローセラピー装置加算	3月に3回
特掲診療料 D 検査		
D001	尿中特殊物質定性定量検査	
8	アルブミン定量 (尿)	3月に1回
9	トランスフェリン (尿)	3月に1回
13	ミオイノシトール (尿)	1年に1回
16	IV型コラーゲン (尿)	3月に1回
18	シュウ酸 (尿)	1年に1回
19	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP) (尿)	3月に1回
D003	糞便検査	
9	カルプロテクチン (糞便)	3月に1回
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	6月に1回
D007	血液化学検査	
8	マンガン(Mn)	3月に1回
23	総カルニチン、遊離カルニチン	6月に1回
25	リポ蛋白(a)	3月に1回
30	シスタチンC	3月に1回
31	25-ヒドロキシビタミンD	3月に1回
32	ペントシジン	3月に1回
33	イヌリン	6月に1回
43	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)	3月に1回
48	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)	3月に1回
57	ロイシンリッチ α 2グリコプロテイン	3月に1回
59	1,25-ジヒドロキシビタミンD3	3月に1回

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 D 検査		
D008	内分泌学的検査	
	26 低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	6月に1回
	27 I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX) (骨粗鬆症) 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	6月に1回
	34 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX) (尿)	6月に1回
	35 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	6月に1回
	39 デオキシピリジノリン(DPD) (骨粗鬆症の場合)	6月に1回
	52 抗ミュラー管ホルモン (AMH)	6月に1回
D009	腫瘍マーカー	
	8 前立腺特異抗原(PSA)	3月に1回
	27 プロスペートヘルスインデックス(phi)	3月に1回
D014	自己抗体検査	
	17 抗RNAポリメラーゼⅢ抗体 (腎クラーゼのリスクが高い者、発症後の者)	3月に1回
	24 抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量 (陰性の場合)	3月に1回
	46 抗HLA抗体 (スクリーニング検査)	1年に1回
D023	微生物核酸同定・定量検査	
	20 HIVジェノタイプ薬剤耐性	3月に1回
D215-2	肝硬度測定	3月に1回
D215-3	超音波エラストグラフィ	3月に1回
D215-4	超音波減衰法検査	3月に1回
D217	骨塩定量検査	4月に1回
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定	3月に1回
D237	終夜睡眠ポリグラフィ (注)	6月に1回
D258-2	網膜機能精密電気生理検査	3月に1回
D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図	1年に1回
D261	屈折検査	
	注 小児矯正視力検査加算 (6歳未満の患者が対象)	3月に1回
D265-2	角膜形状解析検査 (角膜移植後の患者の場合)	2月に1回
D282-4	ダーモスコピー	4月に1回

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 D 検査		
D285	認知機能検査その他の心理検査	
	1 操作が容易なもの イ 簡易なもの	3月に1回
D286-2	インスリンクリアランス測定	6月に1回
D291-3	内服・点滴誘発試験	2月に1回
D211-3	時間内歩行試験	1年に4回を限度
D211-4	シャトルウォーキングテスト	1年に4回を限度
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	12月に2回を限度 (要確認)
特掲診療料 F 投薬		
F100	処方料	薬剤の種類等を確認
F400	処方箋料	薬剤の種類等を確認
特掲診療料 H リハビリテーション		
H000	心大血管疾患リハビリテーション料	算定日数上限150日
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	算定日数上限180日
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	算定日数上限120日
H002	運動器リハビリテーション料	算定日数上限150日
H003	呼吸器リハビリテーション料	算定日数上限 90日
特掲診療料 I 精神科専門療法		
I001	入院精神療法 (I) 入院精神療法 (II)	入院日より起算して 3月を限度、週3回 入院日より起算して 4週間以内は週2回 4週間超は週1回
I002	通院・在宅精神療法	加算の条件あり
I002-2	精神科継続外来支援・指導料	投薬の状況を確認
I002-3	救急患者精神科継続支援料 (入院中) 救急患者精神科継続支援料 (入院中以外)	入院日から起算して 6月以内、月1回 退院後6月を 限度として計6回
I003-2	認知療法・認知行動療法	一連の治療につき16回

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 I 精神科専門療法		
I004	心身医学療法（入院患者）	入院日から 4週間以内は週2回、 4週間超は週1回
	心身医学療法（外来患者）	初診日から 4週間以内は週2回、 4週間超は週1回
I005	入院集団精神療法	入院日より起算して 6月を限度、週2回
I006	通院集団精神療法	開始日から6月を限度、 週2回
I006-2	依存症集団療法（薬物依存症）	治療開始日から起算し て6月（例外あり）、 週1回
	依存症集団療法（ギャンブル依存症）	治療開始日から起算し て3月、2週間に1回
I011-2	精神科退院前訪問指導料	入院中3回（例外あり）
I012-2	精神科訪問看護指示料 手順書加算	6月に1回
I014	医療保護入院等診療料	患者1人につき1回
I015	重度認知症患者デイ・ケア料 （早期加算・夜間ケア加算）	最初に算定した日から 起算して1年以内
I016	精神科在宅患者支援管理料1（イ、ロ）	初回算定日の属する月 を含めて6月を限度、 月1回
	精神科在宅患者支援管理料2	初回算定日の属する月 を含めて6月を限度、 月1回
	精神科在宅患者支援管理料3	初回算定日の属する月 を含めて2年を限度、 月1回
特掲診療料 J 処置		
J001	熱傷処置	初回の処置日から起算 して2月を限度
J001-4	重度褥瘡処置	初回の処置日から起算 して2月を限度

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 J 処置		
J001-5	長期療養患者重度褥瘡等処置	入院期間が1年を超える入院患者が対象
J001-6	精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置	入院期間が1年を超える結核病棟又は精神病棟の入院患者が対象
J003-3	局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）	10日を限度
J019	持続的胸腔ドレナージ	開始日のみ
J020	胃持続ドレナージ	開始日のみ
J021	持続的腹腔ドレナージ	開始日のみ
J022-5	持続的難治性下痢便ドレナージ	開始日のみ
J027	高気圧酸素治療 1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 高気圧酸素治療 2 その他のもの	発症から1月以内、 1連につき7回を限度 1連につき10回又は30回（対象疾患で異なる） を限度
J032	肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 周術期乳幼児加算	初回の算定日から起算して3月以内、3歳未満
J034	イレウス用ロングチューブ挿入法	開始日のみ
J038	人工腎臓 透析時運動指導等加算	指導を開始した日から起算して90日を限度
J040	局所灌流	開始日のみ
J045	人工呼吸 3 5時間を超えた場合 覚醒試験加算	日数で点数が異なる 当該治療の開始日から起算して14日を限度
J052-2	熱傷温浴療法	入院中の患者に対し、受傷後60日以内
J065	間歇的導尿	6月を限度
J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの） 導入期加算	導入期5週間、 9回に限る
J129-3	治療用装具採寸法	1年に1回（要確認）
J129-4	治療用装具採型法	1年に1回（要確認）

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 K 手術		
K002	デブリードマン	1回のみ（例外あり）
K047	難治性骨折電磁波電気治療法	当該治療を開始してから6か月間又は骨癒合するまでの間に1回
K047-2	難治性骨折超音波治療法	当該治療を開始してから6か月間又は骨癒合するまでの間に1回
K047-2	超音波骨折治療法	当該治療を開始してから3か月間又は骨癒合するまでの間に1回
K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	再発した場合の算定
K145	穿頭脳室ドレナージ術	初回実施に限る
K154-4	集束超音波による機能的定位脳手術	患者1人につき1回
K282	水晶体再建術 高次収差解析加算	手術の前後それぞれ1回
K496-5	経皮的膿胸ドレナージ術	初回実施に限る
K522	食道狭窄拡張術	短期間又は同一入院期間中、第1回目の実施日に1回
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	3月に1回 1回に限り (算定条件あり)
K616-8	吸着式潰瘍治療法	一連につき3月間に限って24回を限度
K637-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	初回実施に限る
K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	1回に限り
K653-5	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	1回に限り
K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	初回実施に限る
K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術	初回実施に限る
K685	内視鏡的胆道結石除去術	1回に限り
K687	内視鏡的乳頭切開術	1回に限り
K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	初回実施に限る

区分番号	算定項目	チェックのポイント
特掲診療料 K 手術		
K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	1回に限り
K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	1回に限り
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	2回に限り
K823-6	尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	4月に1回
K921-3	末梢血単核球採取	患者1人につき1回
K922-2	CAR発現性T細胞投与	患者1人につき1回
特掲診療料 M 放射線治療		
M000	放射線治療管理料	一連の治療過程で2回 (子宮頸癌は4回)
M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	一連の治療過程で1回
M001-3	直線加速器放射線治療	一連の治療過程で1回
M001-4	粒子線治療	一連の治療過程で1回
M001-5	ホウ素中性子捕捉療法 対外照射用固定器具加算	一連の治療につき1回 一連の治療につき1回
M002	全身照射	一連として1回
M003	電磁波温熱療法 一連の治療過程後、再度行う場合	一連の治療過程で1回 2月に1回、2回を限度

