Ⅲ　労災指定医療機関制度について

1　指定契約とは

労災保険法では、保険者である政府と指定医療機関との関係について、具体的な規定はありません。したがって、福島労働局長と指定を受けることとなる医療機関との間で、傷病労働者の診療の方針や内容、診療費の算定方法、その請求方法等の必要な事項をあらかじめ定めておく必要があります。

具体的には、「労災保険指定医療機関療養担当規程」により、双方が遵守すべき事項が定められています。

これらの取り決めが、福島労働局長と指定を受けようとする医療機関との指定契約の具体的な内容となります。

指定医療機関は、労災保険法に定められた内容及び範囲によって診療等を行うことはもちろんのこと、政府が行うべき療養の給付を政府に代わって傷病労働者に行うわけですから、その公的な労災医療の担当者として諸制約にも従うことになります。

なお、労災保険においては、指定医療機関が重大な違反を犯したり、医事に関する不正事件を起こしたために労災保険の指定医療機関として診療の担当を継続させることが不適当であると認められる場合には、指定の取消しが行われます。

労災保険指定医療機関療養担当規程

第１章　診療の担当
　第１　　任務
　第２　　療養の給付の担当の範囲
　第３　　アフターケア及び外科後処置の担当の範囲
　第４　　療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針
　第５　　受給資格の確認等
　第６　　証明の記載
　第７　　助力
　第８　　診療録の記載及び整理
　第９　　帳簿等の保存
　第１０　　通知
第２章　診療の方針
　第１１　　診療の一般的方針
　第１２　　転医及び対診
　第１３　　転医の取扱い
　第１４　　施術の同意
第３章　療養の給付に関する診療費の請求
　第１５　　診療費の算定方法等
　第１６　　診療費の請求手続
第４章　アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求
　第１７　　委託費の算定方法等
　第１８　　委託費の請求手続
第５章　指定医療機関の取扱い
　第１９　　指定期間等
　第２０　　表示
　第２１　　指定の取消
　第２２　　変更事項の届出
第６章　その他
　第２３　　施行期日等

第１章　診療の担当

（任務）

第１　労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第１１条の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院又は診療所（以下「指定医療機関」という。）は、則１１条第１項の規定により、政府が行うべき療養の給付を政府に代わって行うとともに、労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第２９条第１項第１号に基づく社会復帰促進等事業としてのアフターケア及び外科後処置を行うものとする。

ただし、アフターケア及び外科後処置については、都道府県労働局長からこれらの任務を含む指定を受けた指定医療機関に限る。

②　指定医療機関は、法の規定によるほか、この規定の定めるところにより、療養の給付を受けることができる者（以下「傷病労働者」という。）の負傷又は疾病についての療養の給付、アフターケア及び外科後処置を担当する。

③　指定医療機関は、当該指定医療機関において療養の給付、アフターケア及び外科後処置に従事する医師若しくは歯科医師（以下「診療担当医」という。）又は調剤に従事する薬剤師をして前２項の規定を遵守させるものとする。

（療養の給付の担当の範囲）

第２　指定医療機関が担当する療養の給付（政府が必要と認めるものに限る。）の範囲は、次のとおりとする。

１　診察

２　薬剤又は治療材料の支給

３　処置、手術その他の治療

４　居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

５　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

②　前項の規定にかかわらず、船舶内の設置された診療所（以下「船内診療所」という。）において担当する療養の給付の範囲は、前項の１から３までとする。

（アフターケア及び外科後処置の担当の範囲）

第３　指定医療機関が担当するアフターケアの範囲は、次のとおりとする。

１　診察

２　保健指導

３　保健のための処置

４　検査

５　保健のための薬剤の支給

②　指定医療機関が担当する外科後処置の範囲は、次のとおりとする。

１　診察

２　薬剤又は治療材料の支給

３　処置、手術その他の治療

４　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

５　筋電電動義手の装着訓練等

（療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針）

第４　指定医療機関及び診療担当医は、次に掲げる方針により療養の給付、アフターケア及び外科後処置を行うものとする。

１　診察は、一般に医師又は歯科医師として療養、アフターケア及び外科後処置の必要があると認められる負傷又は疾病に対して行い、的確な診断をもととし、傷病労働者、アフターケア及び外科後処置の対象者（以下「傷病労働者等」という。）の労働能力の保全又は回復上最も妥当適切に行うこと。

２　診察に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養、アフターケア及び外科後処置上必要な事項は理解し易いように指導すること。

３　診察に当たっては、常に医学の立場を堅持して、傷病労働者等の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をすること。

（受給資格の確認等）

第５　指定医療機関は、傷病労働者等から療養の給付、アフターケア及び外科後処置を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養補償給付たる療養の給付請求書」又は「療養給付たる療養の給付請求書」（以下「療養給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があるか、健康管理手帳によってアフターケアを受ける資格があるか、又は外科後処置承認決定通知書によって外科後処置を受ける資格があることを確認した後診察すること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって療養給付請求書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出することができない者であって、療養の給付、アフターケア又は外科後処置を受ける資格があることが明らかな者については、この限りではない。この場合においては、その事由がやんだのち、遅滞なく、療養給付請求

書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出させること。

② 傷病労働者から提出された前項の療養給付請求書は、当該療養給付請求書に当該医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、傷病労働者の所属する事業場（傷病労働者が船員法第１条に規定する船員の場合にあっては当該船員が所属する船員を使用して行う事業。以下同じ。）の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「所轄労働基準監督署長」という。）に対し、当該医療機関（船内診療所にあっては当該船舶に係る事業。）の所在地を管轄する都道府県労働局（以下「管轄労働局」という。）を経由し、提出しなければならない。

③ 前２項の規定にかかわらず、船内診療所において行われた療養の給付に係る療養給付請求書については、本邦に寄港後、遅滞なく、傷病労働者から船内診療所あて提出させた後、管轄労働局長を経由し、所轄労働基準監督署長に提出しなければならない。

（証明の記載）

第６ 指定医療機関は、傷病労働者等から「療養補償給付たる療養の費用請求書」、「療養給付たる療養の費用請求書」に証明の記載を求められたときは、無償でこれを行うこと。

（助力）

第７ 指定医療機関は、傷病労働者の病状が、看護又は移送の給付が行われる必要があると認めた場合、速やかに当該傷病労働者又はその関係者にその手続きを取らせるよう必要な助力をすること。

（診療録の記載及び整理）

第８ 指定医療機関は、傷病労働者等に関する診療録を調整し、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関し、必要な事項を記載しこれを他の診療録と区別して整備すること。

② 前項の診療録には、前項の事項のほか、次の事項を記載しなければならない。

１ 診療に関して証明又は診断書の交付を行ったときは、当該証明又は診断書等の概要と交付年月日

２ 初診時に既往の身体障害が認められたときはその概要

（帳簿等の保存）

第９ 指定医療機関は、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から３年間保存すること。ただし、診療録について

は、その完結の日から５年間とする。

（通知）

第１０　指定医療機関は、傷病労働者等が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を所轄労働基準監督署長に通知すること。

１　傷病労働者の所属する事業場の保険関係について、疑わしい事情が認められるとき

２　負傷又は疾病の原因又は発生状況について、傷病労働者又はその関係者より聴取した事項と療養給付請求書に記載されている事実との間に、重大な相違が認められるとき

３　負傷又は疾病が業務上又は通勤によるものと認めることに疑いのあるとき

４　負傷又は疾病の原因が事業主又は労働者の故意又は重大な過失によるものと認められるとき

②　指定医療機関は、傷病労働者等又はその関係者が次の各号の一に該当する場合には、その診療又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働基準監督署長又は健康管理手帳及び外科後処置承認決定通知書を交付した都道府県労働局長に通知すること。

１　療養の給付、アフターケア若しくは外科後処置を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により、診察を受け若しくは受けようとし又は診察を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき

２　療養の給付、アフターケア又は外科後処置を請求した者が、正当な事由がないにもかかわらず、診療担当医の診察に関する指示に従わないとき

３　不正又は不当な証明を強要したとき

第２章　診療の方針

（診療の一般方針）

第１１　診療担当医の診察は、第４及び第１２から第１４までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

１　診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術、理学療法、その他の治療は、一般に療養上必要があると認められる場合に、必要の程度において行うこと。

２　医学上一般に医療効果の不明又は認められない特殊な療法又は新しい療法は、

これを行わないこと。

３　健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの以外の医薬品は、原則として施用し又は処方しないこと。ただし、傷病労働者の病状によりその必要が認められ、かつ、この効果が明らかに期待できると認められる場合には、この限りではないこと。

４　収容の指示は、療養上必要があると認められた場合のみ行い、収容を必要とした療養上の理由がなくなったときは、直ちに退院の指示を行うこと。

５　アフターケアは、アフターケア実施要領に定める範囲内で行うこと。

６　外科後処置は、外科後処置実施要綱に定める範囲内で行うこと。

（転医及び対診）

第１２　診療担当医は、傷病労働者等の負傷又は疾病が自己の専門外にわたるものであるとき又はその診療について疑義があるときは、他の指定医療機関に転医させ、又は他の診療担当医の対診を求める等診療について適切な措置を講ずること。

（転医の取扱い）

第１３　診療担当医は、傷病労働者が他の医療機関に転医を希望する場合には、当該傷病労働者の診察について、次に掲げる事項を記載した文書を当該傷病労働者又はその関係者に交付し、転医後の医師又は歯科医師に提出するよう指示すること。

１　傷病労働者の氏名、年齢及び性別

２　傷病の部位及び傷病名

３　初診時における負傷又は疾病の状態（初診時おいて既往の身体障害が認められたものについては、その概要も記載すること。）及び傷病の経過の概要

（手術又は検査の主要所見と病状の概要）

②　診療担当医は、他の医療機関から転医してきた傷病労働者等について、その病状から必要がある場合には、転医前の医療機関に対して当該傷病労働者にかかわる転医前の診療の経過に関する文書を求めるものとする。

（施術の同意）

第１４　診療担当医は、傷病労働者の負傷又は疾病が自己に診療行為を必要とする症状であるにかかわらず、みだりに施術業者の施術を受けることの同意を与えてはならない。

第３章　療養の給付に関する診療費の請求

（診療費の算定方法等）

第１５　指定医療機関が、療養の給付に関し政府に請求することを得る診療費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

②　政府は、指定医療機関から療養の給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

（診療費の請求手続）

第１６　指定医療機関は、第１５の規定により算定した毎月分の診療費用の額を労働者災害補償保険診療費請求書に診療費請求内訳書を添付して、管轄労働局長に提出すること。

ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

１　労働者の業務外の負傷又は疾病についての診療

２　労災保険法第１２条の２の２の規定により療養の給付の制限を行う旨所轄労働基準監督署長から通知があった後における診察

３　政府が必要と認めるものを超えた診療

②　前項本文の規定にかかわらず、船内診療所にあっては、行った診療について、本邦に寄港後、遅滞なく、労働者災害補償保険診療費請求書を管轄労働局長に提出することとする。

③　第１項の労働者災害補償保険診療費請求書及び診療費請求内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第４章　アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

（委託費の算定方法）

第１７　指定医療機関が、アフターケア及び外科後処置に関し政府に請求することを得る委託費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

②　政府は、指定医療機関からアフターケア及び外科後処置に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

（委託費の請求手続）

第１８　指定医療機関は、本規程に基づいて行ったアフターケア及び外科後処置に要した費用を請求しようとするときは、第１７の規定により算定した毎月分の診療費用の額を、アフターケアについては労働者災害補償保険アフターケア委託費請求書にアフターケア委託費請求内訳書を、外科後処置については外科後処置委託費請求書に内訳書を添付して管轄労働局長に提出すること。

ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

１　アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病以外の負傷又は疾病についての診療

２　アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病に係る政府が必要と認める診療を超えた診療

３　外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容以外についての診療

４　外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容に係る政府が必要と認める診療を超えた診療

②　前項の労働者災害補償保険アフターケア委託費請求書、アフターケア委託費請求内訳書及び外科後処置委託費請求書等は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第５章　指定医療機関の取扱い

（指定期間等）

第１９　則第１１条の規定による指定医療機関の指定は、指定日から起算して３年を経過したときはその効力を失うものとする。ただし、指定の効力を失う日前６月より同日前３月までの間に指定医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとする。

また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により指定医療機関として資格の存続ができなくなったときは、指定医療機関の指定及び指定取消事務準則の別紙様式第７号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」により、指定を受けた都道府県労働局長に届け出るものとする。

（表示）

第２０　指定医療機関は、則様式第１号又は第２号により標札を見やすい場所に掲げる

こと。

（指定の取消）

第２１　指定医療機関が次の各号の一にが該当する場合においては、都道府県労働局長は、その指定を取り消すことができる。

１　診療費用の請求に関し、不正行為があったとき

２　関係法令及び本規程に違反したとき

②　前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服のあるときは、決定の通知を受けた日から６０日以内に指定取消しを行った都道府県労働局長に再調査を申し出ることができる。

（変更事項の届出）

第２２　指定医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を指定を行った都道府県労働局長に届け出なければならない。

１　指定医療機関の開設者又は管理者に異動があったとき

２　名称又は所在地に変更があったとき

３　診療科目又は病床数に変更があったとき

４　健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等に変更があったとき（施設基準に係るものを除く）

５　指定申請の際に提出した医療機関施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

第６章　その他

（施行期日等）

第２３　平成２５年４月８日付け基発０４０８第１号による改正後の本規程は、平成２５年４月８日から施行する。

Ⅳ　労災診療費算定基準と留意点

労災診療費は、原則として、健康保険の診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）にしたがって算定しますが、次に掲げる項目については、労災保険独自の算定基準を定めていますので、令和８年６月１日以降（28 労災電子化加算（65 ページ）のみ令和８年４月以降）の診療ではこの取扱いにしたがって労災診療費を算定して下さい。

なお、療養の費用を支給する場合（非指定医療機関に受診した場合）の支給限度額の算定についても、下記の取扱いに準じて行います。

１　診療単価

診療単価は、１２円とします。ただし、以下に係るものについては、１１円５０銭とします。（円未満の端数切り捨て）

（１）国及び法人税法（昭和 40 年 3 月 31 日法律第 34 号）第２条第５号に規定する公共法人

（２）法人税法第２条第６号に規定する公益法人等であって、法人税法施行令（昭和 40 年 3 月 31 日政令第 97 号）第５条第 29 号に掲げる医療保健業を行うもの

なお、令和８年３月 31 日における上記（１）及び（２）に該当する医療機関は、参考１（79 ページ）のとおりです。

注　法人税法の規定により、医療保健業に課税されるものを課税医療機関（診療単価１２円）、課税されないものを非課税医療機関（診療単価１１円５０銭）と呼びます。

２　初診料　　医科、歯科とも３，８５０円

初診料については、健保点数表と異なり点数ではなく、上記金額で算定します。
労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できます。

したがって、既に傷病の診療を継続している期間（災害発生当日を含む。）中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できます。（労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も、初診料３，８５０円を算定できます。）

ただし、健保点数表（医科に限る。）の初診料の注５ただし書に該当する場合（上記の初診料を算定できる場合を除く。）については、１，９３０円を算定できます。

その他の初診料の算定に係る取扱いについては健保準拠です。

なお、紹介状なし受診した場合の定額負担料（健康保険におけ選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は１，８５０円を算定します。

初診料の算定例は、参考２（80 ページ）のとおりです。

３　救急医療管理加算

入 院　６，９００円（１日につき）

入院外　１，２５０円

初診時（継続診療中の初診時を含む。）に救急医療を行った場合、入院した場合は６，９００円、入院外の場合は１，２５０円を算定することができます。

ただし、これは同一傷病につき１回限り算定できるものであり、健保点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」とは重複して算定できません。

なお、入院については、初診に引き続き入院している場合に７日間を限度に算定することができます。

また、健康保険における「保険外併用療養費（初診時自己負担金）」とも重複して算定できません。

（例１）救急医療管理加算が算定できる場合
① 傷病の発生から数日間経過した後に医療機関で初診を行った場合。
② 最初に収容された医療機関においては、傷病の状態等から応急処置だけを行い、他の医療機関に転医した場合。（それぞれの医療機関で算定可）
③ 傷病の発生から長期間経過した後であっても、症状が安定しておらず、再手術等の必要が生じて転医した場合。（転医先において算定可）

（例２）救急医療管理加算が算定できない場合
① 再発の場合。
② 傷病の発生から数か月経過し、症状が安定した後に転医した場合。
③ じん肺症、振動障害等の慢性疾患あるいは遅発性疾病等、症状が安定しており救急医療を行う必要がない場合。

④　健保点数表（医科に限る。）の初診料の注５ただし書に該当する初診（１，９３０円）を算定する場合。
⑤　上記の他、初診料が算定できない場合。

注　健康保険では「救急医療管理加算１」（１，０５０点）と「救急医療管理加算２」（４２０点）に区分されていますが、労災診療費算定基準に定める救急医療管加算（以下「労災救急医療管理加算」という。）については区分を設けておらずその算定は次のとおりとなります。

労災救急医療管理加算は健保点数表における「救急医療管理加算」との重複算定はできないため、そのいずれかを算定することとなりますが、労災救急医療管理加算では、初診の傷病労働者に救急医療を行った場合には所定の金額（入院の場合　６，９００円）を算定できることから、健保点数表によれば「救急医療管理加算２」の算定となる場合であっても、労災救急医療管理加算を算定できます。

留意点

１　転医後の医療機関における算定

転医後の医療機関において救急医療管理加算を算定できる場合は、患者の症状が安定しておらず、再手術等の必要性が生じた場合に限られます。

したがって、傷病の発生から数か月経過し、患者本人の都合による転医の場合や手術等が行われず疾患別リハビリテーションのみを行っている場合は、緊急性は認められませんので救急医療管理加算を算定することはできません。

２　診療費レセプトの記載

救急医療管理加算を算定した場合は、診療費レセプトの診療内容「㊽その他」の金額欄と摘要欄に「救急医療管理加算」と記載して下さい。

４　療養の給付請求書取扱料　　２，２００円

労災指定医療機関等において、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第 16 号の３）」を取り扱った場合に２，２００円を算定できます。

ただし、再発（様式第５号又は第 16 号の３）の場合や、転医始診（様式第６号又は第 16 号の４）の場合は算定できません。

注　「療養（補償）給付たる療養の費用請求書（様式第７号（１）～（５）又は第 16 号の５（１）～（５））」を取り扱った場合は、算定できません。

留意点

1　労災非指定医療機関等から転医してきた場合

変更前の医療機関が「労災保険非指定医療機関」又は「施術所」（柔道整復師等）の場合は、傷病労働者から「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第16号の３）」の提出を受け、療養の給付請求書取扱料を算定して下さい。

2　他保険から労災保険に切り替える場合

他保険にて診療中の患者が、労災保険に切り替えて診療を行う場合は、傷病労働者から「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第16号の３）」の提出を受け、療養の給付請求書取扱料を算定して下さい。

3　休業証明料（文書料）のみの請求を行う場合

第三者行為災害等で自賠責保険等の診療中の患者に対する「休業（補償）給付支給請求書」（様式第８号、様式第16号の６）の診療担当者の休業に関する証明に係る文書料のみの請求の場合は、傷病労働者から「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第16号の３）」の提出を受け、療養の給付請求書取扱料を併せて算定して下さい。

4　療養中の新たな災害について

労災保険で療養中に、新たな災害が発生した場合については、傷病労働者から新たな災害の分として「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第16号の３）」の提出を受け、現に療養中の傷病にかかるレセプトとは別にレセプトを作成し、療養の給付請求書取扱料を算定して下さい。

5　指定病院等変更届に係る記載内容の確認

「指定病院等変更届（様式第６号又は第16号の４）」については、「⑥指定病院等の変更」欄の変更前又は変更後の医療機関の名称・所在地及び変更理由に記載もれがないよう留意して下さい。

6　診療費レセプトの記載

療養の給付請求書を取り扱った場合は、診療費レセプトの診療内容「㊵その他」の金額欄と摘要欄に「療養の給付請求書取扱料」と記載して下さい。

【算定記入例】

診療内容		金額	摘要
⑪ 初診		3,850 円	
⑫ 再診			
⑬ 指導			
80 その他	1回	2,200 円	＊療養の給付請求書取扱料 2,200 円
その他	1回	1,250 円	＊救急医療管理加算 1,250 円
小計		7,300 円	

５　再診料　　１，４３０円

一般病床の病床数２００床未満の医療機関及び一般病床の病床数２００床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科において算定します。

再診料についても初診料と同様に、点数ではなく上記金額で算定します。

ただし、健保点数表（医科に限る。）の再診料の注３に該当する場合については、７２０円を算定できます。
この場合において、夜間・早朝等加算、外来管理加算、時間外対応加算、明細書発行体制等加算等（注４から注８まで、注 10 から注 20 に規定する加算）は算定できません。

その他の再診料の算定に係る取扱いについては健保点数表の注８を除き健保準拠です。
なお、歯科、歯科口腔外科の再診について、他の病院（病床数２００床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴した場合は、１，０３０円を算定します。

（例１）業務上の事由による傷病により、同一日に同一の医療機関の複数の診療科を引き続き再診した場合
　○１つ目の診療科　　１，４３０円を算定
　○２つ目の診療科　　７２０円を算定
　○３つ目の診療科　　（算定できない。）

（例２）業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の同一の診療科を再診した場合
　○主たる傷病についてのみ、再診料を算定

（例３）業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の別の診療科を再診した場合
○主たる傷病について再診料を算定し、もう１つの傷病について２科目の再診料を算定

留意点

１　一般病床の病床数２００床以上の病院（歯科、歯科口腔外科を除く。）については、再診料（労災特掲料金）は算定できません。

健康保険と同様に外来診療料により算定することになります。

なお、病床数の考え方は、健康保険の取扱いと同様です。

２　一般病床の病床数２００床以上で医科歯科併設の保険医療機関における歯科、歯科口腔外科において再診を受けた場合は、外来診療料ではなく、再診料（労災特掲料金）を算定します。

３　再診料の告示注３に係る留意事項通知の解釈について、「同一日に他の傷病について」とは、２科目の再診料は、同一災害で負傷部位が同一部位でも、**他の傷病**である場合に算定できるものであり、**関連のある傷病**である場合については算定できません。

４　複数の診療科を受診した場合、他科で外来診療料を算定しているため、外来診療料を算定できない診療科で包括に含まれる検査を行った場合は、当該検査の判断料のみの算定となります。

６　外来管理加算の特例

再診時に、健保点数表において外来管理加算を算定することができない処置等を行った場合でも、その点数が外来管理加算の５２点に満たない場合には、特例として外来管理加算を算定することができます。

また、外来管理加算の点数に満たない処置等が２つ以上ある場合には最も低い点数に対して外来管理加算を算定し、他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができます。

注１　健保点数表において算定することができない処置等とは、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに健保点数表第２章第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置、第 10 部手術、第 11 部麻酔及び第 12 部放射線治療をいいます。
なお、別に厚生労働大臣が定める検査とは、健保点数表第２章第３部検査第

３節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいいます。

① 超音波検査等
② 脳波検査等
③ 神経・筋検査
④ 耳鼻咽喉科学的検査
⑤ 眼科学的検査
⑥ 負荷試験等
⑦ ラジオアイソトープを用いた諸検査
⑧ 内視鏡検査

注２ 四肢に対する処置等に対し１．５倍又は２倍の加算ができる取扱い（四肢加算）が適用される場合は、適用後の特例点数を基準にします。

（例）消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」（四肢）を行った場合
３５点×１．５倍＝５３点
よって、四肢加算後の特例点数５３点が基準となり、外来管理加算の５２点は算定できません。
なお、四肢の消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」に四肢加算を行わず、３５点として外来管理加算の５２点を合算して８７点を算定することはできません。

注３ 慢性疼痛疾患管理料を算定している場合であっても、慢性疼痛疾患管理料に包括される処置（介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置）以外の処置等を行った場合は、外来管理加算の特例を算定することができます。

注４ 健保点数表の再診料の注８にかかわらず従前どおり計画的な医学管理を行った場合に算定できます。

注５ 四肢以外に行った創傷処置（100㎠未満）の取扱いについては、４５点として算定し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えありません。

（例）①創傷処置（100㎠未満）を腰部（四肢以外）に行った場合
４５点＋５２点（外来管理加算）＝９７点
②創傷処置（100㎠未満）を前腕（四肢）に行った場合
５２点×１．５（四肢加算）＝７８点

留意点

１ １日に複数回の再診を行った場合において、それぞれが再診の要件を満たした場合に外来管理加算を算定することができます。

なお、電話による再診の場合は算定できません。

２ 再診料を算定できない場合には、外来管理加算も算定できません。
したがって、２００床以上の医療機関では、外来管理加算の特例の適用はありません。

また、医療機関が訪問看護を行った場合も外来管理加算は算定できません。【算定例１】　再診時に、左手部３０㎠と右前腕部５０㎠と腰部８０㎠の３部位に創傷処置１を行った場合

診　療　内　容		点数（点）	摘　　要	
⑫ 再 診	外来管理加算　　回 時間外　　回 休　日　　回			
⑩ 処 置	１回（３部位）	２３４点	⑩	創傷処置１〔右手部〕 52 点×2.0（四肢加算）＝104 点 創傷処置１〔右前腕部〕 52 点×1.5（四肢加算）＝78 点 創傷処置１〔腰部〕 52 点×1.0（四肢加算無）＝52 点 ※　外来管理加算特例の算定可否については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとに処置面積を合算して算定することができます。 したがって、この場合、外来管理加算を算定することはできません。

【算定例２】　再診時に、右眼処置と左眼に対して結膜異物除去・細隙燈顕微鏡検査（前眼部）・生体染色による再検査を行った場合

診　療　内　容		点数（点）	摘　　要	
⑫ 再 診	外来管理加算　　５２×１回 時間外　　回 休　日　　回	５２点	⑫	外来管理加算　㊨　５２点×１ ※　眼処置にプラスして外来管理加算を算定したもの。
⑩ 処 置	3回	２２９点	⑩	眼処置　　２５点×１ 細隙燈顕微鏡検査（前眼部） ㊨　５２点×１ 生体染色による再検査 ㊨　５２点×１

				※　５２点に満たない検査が２つ以上ある場合最も低い点数以外の点数は５２点に読み替えたもの。 結膜異物除去　　１００点×１

【算定例３】　再診時に、左足第３指に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）を行った場合

診　療　内　容		点数（点）	摘　　要	
⑫ 再 診	外来管理加算　　回 時間外　　回 休　日　　回 深　夜		⑫	※　四肢加算が適用される場合は、四肢加算後の特例点数を基準にするので、外来管理加算は算定できません。
㊵ 処 置	１回	５３点	㊵	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（右足指） 35 点×1.5（四肢加算）＝５３

7　再診時療養指導管理料　　９２０円

外来患者に対して再診時に療養上の指導（①食事、②日常生活動作、③機能回復訓練、④メンタルヘルスに関する指導）を行った場合に指導の都度算定できます。

注１　同一月において重複算定できない管理料等は、参考３（82 ページ）のとおりです。

注２　同一の医療機関において、同時に２以上の診療科で指導を行った場合であっても（医科と歯科及び医科と歯科口腔外科の場合を除く。）再診時療養指導管理料は１回として算定します。

留意点

１　電話再診の場合は、算定できません。

健康保険の取扱いでは、再診が電話等により行われた場合、特定疾患療養管理料は算定できないとされており、労災保険における再診時療養指導管理料も基本的な考え方は、健康保険の特定疾患療養管理料と同様になります。

2　「C005 在宅患者訪問看護・指導料」を算定した場合には、医師の診察が行われていないため算定できません。

８　入院基本料

入院の日から起算して２週間以内の期間	健保点数の１．３０倍
上記以降の期間	健保点数の１．０１倍

入院基本料は、入院の日から起算して２週間以内の期間については、健保点数の１．３０倍、それ以降の期間については、健保点数の１．０１倍の点数（いずれも１点未満の端数は四捨五入）を算定することができます。（参考４（83 ページ））

注１　各種加算の取扱いについては、以下のとおりです。

①　健保点数表の第１章第２部「入院料等」の第１節「入院基本料」について

ア　イ以外の点数については、入院基本料に当該点数を加えた後に１．３０倍又は１．０１倍することができます。

イ　入院期間に応じ加算する点数の場合は、１．３０倍又は１．０１倍することができません。

具体的には、参考５（95 ページ）のとおりとなります。

②　健保点数表における第１章第２部「入院料等」の第２節「入院基本料等加算」に示されている各種加算については１．３０倍又は１．０１倍することができません。

注２　外泊期間中の入院基本料は、すべての加算を含まない入院基本料の基本点数に０．１５を掛け、その後１．３０倍又は１．０１倍した点数となります。

注３　定数超過入院に該当する場合及び医療法に定める人員標準を著しく下回る場合の入院基本料は、健保点数表第１章第２部入院料等の通則７に従って算定した後の点数を１．３０倍又は１．０１倍することとなります。

なお、入院期間に応じた加算点数については、１．３０倍又は１．０１倍することはできません。

（例）入院基本料点数をＡ、入院期間に応じた加算をＢ、通則７の別表第一～第三に定める率をＣとした場合の算定方法は

（Ａ×Ｃ×１．３０）＋（Ｂ×Ｃ）となります。

注４　栄養管理体制に関する基準を満たすことができない医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、健保点数表第１章第２部入院料等の通則９に従って算定した後の点数を１．３０倍又は１．０１ 倍します。

注５　医療機関を退院後、同一傷病により、同一の医療機関又は当該医療機関と特別の関係にある医療機関に入院した場合には、第１回目の入院の日を起算日として計算します。

ただし、退院後、いずれの医療機関にも入院せずに３か月以上経過し、その後再入院となった場合については、再入院日を起算日として新たに入院期間を計算します。

注６　健康保険においては、入院診療計画に関する基準を満たすことが入院基本料等の算定要件の１つですが、労災保険においても、同様の算定要件となります。
しかしながら、特別の事情がある場合については、その理由を診療費請求内訳書に記載することにより、7日以内に入院診療計画書を交付して説明することができない場合であっても、入院基本料等を算定できることとします。
特別の事情とは、以下のような場合です。

① 患者の急変などにより、他の医療機関へ転院又は退院することとなったため、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合

② 患者が意識不明の状態にあり、家族等と直ちに連絡を取ることができなかったため、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合

③ その他、上記に準ずると認められる場合

注７　健保点数表における「生活療養を受ける場合」の点数については、適用しません。

注８　健保点数表における「短期滞在手術等基本料３（A400 の２）」は適用せず、対象の手術等を実施した場合であっても出来高で算定できます。

留意点

１　入院基本料を入院の日から起算して２週間以内の期間は健保点数の１．３０倍、２週間以降の期間は健保点数の１．０１倍の点数を算定できるとしていますが、入院起算日が変わらない「再入院日」が、当初の入院日より２週間を超えていた場合（退院期間を含む）には、健保点数の１．０１倍点数を算定することになります。

２　特定入院料については、健保点数の１．３０倍（１．０１倍）の特例取扱いは適用されません。

３　入院中の患者の他医療機関への受診に係る健康保険の取扱いとして、入院している患者が他の保険医療機関で治療を受けた場合には、入院医療機関の入院料等の基本点数を１０％、２０％、又は４０％を控除した点数により算定することとなっていますが、労災保険においては、入院中の被災労働者の治療に関して、他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の被災労働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、健康保険の

取扱いによらず、入院医療機関は入院料の基本点数を控除せず全額算定できます。

なお、この場合において、他医療機関は当該診療に係る費用（「医学管理等」「投薬」「注射」等）を健康保険の取扱いによらず全額算定できます。

4　特定入院料のうち「A300 救命救急入院料」、「A301 特定集中治療室管理料」、「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」を算定した場合は、「健保に定める算定要件（患者の状態）と、算定した日数の理由」についてレセプトに付記して下さい。

5　「A221 重傷者等療養環境特別加算」を算定した場合は、「健保に定める算定要件（患者の状態）と、算定した日数の理由」についてレセプトに付記して下さい。

6　継続療養中の労災患者が私病で入院した場合は、主たる疾病に係る保険で入院料を算定し、「入院料は他保険で算定」等とレセプトに付記して下さい。

９　入院室料加算

入院室料加算は、次の①及び②の要件に該当する場合に③に定める金額を算定できるものとしますが、②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から７日を限度とします。

①　保険外併用療養費における特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、２人部屋、３人部屋及び４人部屋に収容した場合。

②　傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。

ア　症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

イ　症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

ウ　医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。

エ　傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。

③　医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができます。

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には次に示す額とします。

１日につき　個　　室　甲地　１１，０００円、乙地９，９００円
　　２人部屋　甲地　　５，５００円、乙地４，９５０円
　　３人部屋　甲地　　５，５００円、乙地４，９５０円
　　４人部屋　甲地　　４，４００円、乙地３，９６０円

入院室料加算の地域区分の甲地とは、令和８年３月５日付け保医発 0305 第７号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添３第８の別紙１―１の人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域をいい、乙地とは、甲地以外の地域をいいます。ただし、当該別紙１－２において令和９年５月 31 日までの間、級地の調整を行う地域が定められているため、令和９年６月１日以降は対象外地域となる地域があることに留意する必要があります（参考６（96 ページ））

注　特定入院料、重症者等療養環境特別加算、療養環境加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、診療所療養病床療養環境加算、診療所療養病床療養環境改善加算との重複算定はできません。

留意点

１　福島県は乙地により算定します。

２　入院室料加算の支給要件①の「傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされていること。」とは、傷病労働者を収容した病室に当該傷病労働者を常時監視する固定式の監視装置（テレビ、モニター等）が設置されているか、又は移動式の監視装置（心電図モニター等）が配置できる設備が整っているものをいいます。

３　入院室料加算の支給要件②―ウの「医学上他の患者から隔離する」とは、例えば、次のような場合が考えられます。

①　他の患者に感染する可能性のある疾病の場合
②　頻繁に処置を要する傷病（重度の熱傷、褥瘡等）の場合
③　一時的に情緒不安定な場合

４　入院室料加算の支給要件②―エの「普通室が満床」とは、当該医療機関における全ての普通室が満床である場合に限られます。

５　再入院時においても支給要件②―エに該当する場合、すなわち、当該医療機関の普通室が満床であれば、特別の療養環境の提供に係る病室に収容された日を起算日として７日間

を限度に算定できます。

6　診療費レセプトの記載

入院室料加算を算定する場合は、レセプトの摘要欄に、病床番号、算定期間と算定した期間の理由及び収容理由（支給要件②によるア～エの区分）を記載して下さい。

なお、支給要件②―ウに該当する場合は、「留意点３」を参考にその理由についてレセプトに付記して下さい。

【算定記入例】

診　療　内　容		金　　額	摘　　要
⑪　初　　診		円	
80 そ　の　他	入院室料加算	２９，７００円	３０１号（個室） ６／１０～１２　（②―ウ） ９，９００円×３日

※入院室料加算に消費税は算定できません。

10　病衣貸与料　　１０　点

患者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関から病衣の貸与を受けた場合、又は傷病の感染予防上の必要性から医療機関が患者に病衣を貸与した場合には、１日につき１０点を算定できます。

留意点

1　健康保険においては病衣貸与の加算が既に廃止されているところですが、労災で入院する患者については要件を満たした場合には保険請求ができます。

労災保険においては、やむを得ない（緊急）場合又は、感染の恐れのある場合に限り保険請求ができることとしています。

個人的な理由で病衣貸与を希望する場合は、医療機関と患者本人との契約となり保険請求はできません。

2　患者が外泊した日については、病衣は貸与していないので算定することはできません。

11　入院時食事療養費

入院時食事療養費については、平成 18 年３月６日付け厚生労働省告示第 99 号（最終改正：令和８年３月５日）（以下「99 号告示」という。）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第１　食事療養」に定める金額の１．２倍により算定する（10 円未満の端数は四捨五入）こととしていますが、具体的には次の金額となります。

（１）入院時食事療養（Ⅰ）１食につき

①　②以外の食事療養を行う場合　　８８０円

別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、１日につき３食を限度として算定します。

②　流動食のみを提供する場合　　８００円

別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食（市販されているものに限る。以下同じ。）のみを経管栄養法により提供したときに、１日に３食を限度として算定します。

③　特別食加算　１食につき　　９０円

別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときに、１日につき３食を限度として加算することができます。ただし、②を算定する患者については、算定できません。

④　食堂加算　１日につき　　６０円

食堂における食事療養を行ったときに、加算することができます。（療養病棟に入院する患者を除く。）

（２）入院時食事療養（Ⅱ）１食につき

①　②以外の食事療養を行う場合　　７２０円

入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、１日につき３食を限度として算定します。

②　流動食のみを提供する場合　　６６０円

入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費として流動食のみを経管栄養法により提供したときに、１日につき３食を限度として算定します。

注　99 号告示の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第２生活療養」については、適用しません。

留意点

1　労災に係る傷病で入院中の患者に対して、私病に関する治療のための特別食が与えられている場合は支給の対象になりません。

私病に関する特別食分に関しては、他保険に請求することとなります。

なお、特別食を算定した場合は、レセプトの備考欄に「適応疾患名」と「特別食の種類」を付記して下さい。

12　コンピューター断層撮影料

コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影が同一月に２回以上行われた場合であっても、所定点数を算定できます。

注　健保点数表の同一月の２回目以降の断層撮影の費用についての逓減制については、適用しません。

（例１）同一月に１回目ＣＴ撮影ロ、２回目ＣＴ撮影ロを行った場合。

１回目	ＣＴ撮影ロ	９００点（＋断層診断４５０点）
２回目	ＣＴ撮影ロ	９００点

合　計　１，８００点（断層診断を含め２，２５０点）算定

（例２）同一月に１回目ＣＴ撮影ロ、２回目ＭＲＩ撮影２を行った場合。

１回目	ＣＴ撮影ロ	９００点（＋断層診断４５０点）
２回目	ＭＲＩ撮影２	１，３３０点

合　計　２，２３０点（断層診断を含め２，６８０点）算定

留意点

1　２以上の断層撮影を同時に行った場合は、主たる撮影の撮影料１回のみの算定になります。

したがって、２以上のコンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影請求に当たっては、撮影日時及び撮影部位をレセプトに付記して下さい。

2　エックス線撮影料は、健康保険に準じます。

13　コンピューター断層診断の特例　２２５点

他の医療機関でコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態動態検査を含み、健保点数表の「E-101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」及び「E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影」は含まない。）を実施したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、従来より「E203　コンピューター断層診断」を算定できることとされていますが、再診時に他の医療機関でコンピューター断層撮影を実施したフィルムについて診断を行った場合は、月１回に限りコンピューター断層診断の特例（２２５点）を算定できます。

ただし、他院へ画像撮影を依頼し、撮影されたフィルムについて自院または他院で「E203　コンピューター断層診断」を算定できる場合は、当該特例は算定できません。

14　リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料を算定する場合は、健保点数表のリハビリテーションの通則１にかかわらず次の点数で算定することができます。

ア　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	
（ア）理学療法士による場合	２５０点
（イ）作業療法士による場合	２５０点
（ウ）医師による場合	２５０点
（エ）看護師による場合	２５０点
（オ）集団療法による場合	２５０点
イ　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	
（ア）理学療法士による場合	１２５点
（イ）作業療法士による場合	１２５点
（ウ）医師による場合	１２５点
（エ）看護師による場合	１２５点
（オ）集団療法による場合	１２５点
ウ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	
（ア）理学療法士による場合	２５０点
（イ）作業療法士による場合	２５０点
（ウ）言語聴覚士による場合	２５０点
（エ）医師による場合	２５０点
エ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	
（ア）理学療法士による場合	２００点
（イ）作業療法士による場合	２００点
（ウ）言語聴覚士による場合	２００点
（エ）医師による場合	２００点
オ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	
（ア）理学療法士による場合	１００点

（イ）作業療法士による場合　１００点
（ウ）言語聴覚士による場合　１００点
（エ）医師による場合　１００点
（オ）（ア）から（エ）まで以外の場合　１００点

カ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）　（１単位）
（ア）理学療法士による場合　２５０点
（イ）作業療法士による場合　２５０点
（ウ）言語聴覚士による場合　２５０点
（エ）医師による場合　２５０点

キ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）　（１単位）
（ア）理学療法士による場合　２００点
（イ）作業療法士による場合　２００点
（ウ）言語聴覚士による場合　２００点
（エ）医師による場合　２００点

ク　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）　（１単位）
（ア）理学療法士による場合　１００点
（イ）作業療法士による場合　１００点
（ウ）言語聴覚士による場合　１００点
（エ）医師による場合　１００点
（オ）（ア）から（エ）まで以外の場合　１００点

ケ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　（１単位）
（ア）理学療法士による場合　１９０点
（イ）作業療法士による場合　１９０点
（ウ）医師による場合　１９０点

コ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）　（１単位）
（ア）理学療法士による場合　１８０点
（イ）作業療法士による場合　１８０点
（ウ）医師による場合　１８０点

サ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）
（ア）理学療法士による場合　８５点
（イ）作業療法士による場合　８５点
（ウ）医師による場合　８５点
（エ）（ア）から（ウ）まで以外の場合　８５点

シ　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）
（ア）理学療法士による場合　１８０点
（イ）作業療法士による場合　１８０点
（ウ）言語聴覚士による場合　１８０点
（エ）医師による場合　１８０点

ス　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
（ア）理学療法士による場合　８５点
（イ）作業療法士による場合　８５点
（ウ）言語聴覚士による場合　８５点
（エ）医師による場合　８５点

（1）疾患別リハビリテーション（※）については、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、健保点数表における疾患別リハビリテーション料の各規定の注１のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えても制限されることなく算定できます。

健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注６及び注７（注７は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に限る）については、適用しません。

（２）入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション料（Ⅱ））を含む。）を算定すべきリハビリテーションを行った場合、又は医療機関外において、疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション料（Ⅱ））を含まない。）を算定できる訓練に関するリハビリテーションを行った場合は、ＡＤＬ加算として、１単位につき３０点を所定点数に加算して算定できます。（参考７（97 ページ））

（３）健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算、休日リハビリテーション加算及び特定の患者に離床を伴わずに 20 分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合については、健保点数表に準じて算定できます。

（※）疾患別リハビリテーションとは、健保点数表における心大血管疾患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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料におけるリハビリテーションのことをいいます。

注１　健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注６に示す範囲内でリハビリテーションを行う場合（標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを１月１３単位以内で行う場合）には、診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載する必要はありません。

ただし、標準的算定日数を超え、さらに疾患別リハビリテーションを１月１３単位を超えて行う場合には、①診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載すること又は②労災リハビリテーション評価計画書（参考８（98 ページ））を診療費請求内訳書に添付して提出することとなります。

注２　早期リハビリテーション加算が算定できる傷病労働者に対し、初期加算、ＡＤＬ加算、急性期リハビリテーション加算、休日リハビリテーション加算が算定できるリハビリテーションを行った場合は、それぞれ所定点数を算定できます。

留意点

１　健康保険に定める疾患別リハビリテーション料算定の原則は下表のとおりとなっておりますので留意願います。

種　別	心大血管疾患	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
起算日	治療開始日	発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日	診断又は急性増悪の日	発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日	治療開始日
標準的算定日数	150 日	180 日	120 日	150 日	90 日

2　疾患別リハビリテーションの起算日は、上記のとおり種別により定められております。症例によっては起算日が変更になることはありますが、単に転院してリハビリテーションを継続するような場合については、起算日は変更できません。

なお、心大血管疾患リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の起算日となる治療開始日とは、リハビリテーションを開始した日になります。

3　運動器リハビリテーションについて、ある病変に対して手術を行い、後日抜釘等の手術を行った場合に、２度目以降の手術について新たに標準的算定日数の算定開始日とすることはできません。

つまり、当初の傷病に対する治療の一連の手術としてみなされるものは新たに算定開始日とすることはできません。

4　運動器リハビリテーションについて、骨折等のリハビリテーションは、拘縮等の廃用性の疾患が発症しないように実施されるべきものであることから、新たな疾患が発症したものとして取り扱うことは想定していないので、骨折等に発生する「拘縮」を「発症日」や「急性増悪日」とすることは認められません。

5　リハビリテーションについて、四肢加算が可能ですが、四肢の労災傷病や、労災傷病に付随して生じた四肢の傷病に対してリハビリテーションを行った場合について加算対象となります。よって、四肢の傷病名がない場合は算定できません。

6　ＡＤＬ加算については、早期リハビリテーション加算のような日数制限の適用はありません。

【算定記入例】

摘　　要			
80	※脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）		
	（右上肢）２単位	(250×1.5×2)	７５０×１
	（　〃　）１単位	(250×1.5×1)	３７５×１
	（対象疾患：右上肢麻痺）		
	（発症日：令和８年４月２０日）		
	（手術日：令和８年４月２６日）		
	※実施日数　２日		

（注）ア　リハビリテーション料を算定する場合は、リハビリテーションの種類、実施単位ごとの算定回数並びに実施日数を記入すること。

イ　四肢倍率で算定する場合は、実施部位を記入すること。

ウ　上記の例では、脳血管疾患等リハビリテーションでは、発症日の他に手術日で起算することが可能なので、制限日数の起算日は令和８年４月２６日となります。

15　リハビリテーション情報提供加算　２００点

（１）健保点数表の診療情報提供料Ⅰが算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書（転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。）を、傷病労働者の同意を得て添付した場合に算定できます。

なお、健保点数表の診療情報提供料Ⅰ（２５０点）及び退院後の治療計画、検査結果その他の必要な情報を添付した場合の加算（２００点）とは別に算定できます。

（２）労災リハビリテーション実施計画書は、参考９（99 ページ）の様式又はこれに準じた文書により作成することとし、

①　傷病労働者の「これまでの仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」等を踏まえた「職場復帰に向けた目標」

②　リハビリテーションの項目として、職場復帰に向けた目標を踏まえた業務内容・通勤方法等を考慮した内容（キーボードの打鍵やバスへの乗車等）を盛り込む必要があります。

注１　請求に当たっては、労災リハビリテーション実施計画書の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。

注２　健康保険のリハビリテーション（総合）実施計画書（様式）を用いる場合には、上記（２）①及び②を盛り込むことで、様式上の要件は具備されます。

注３　労災リハビリテーション実施計画書における本人及び家族の署名欄について、傷病労働者の家族が署名することが困難であり、かつ、傷病労働者の家族が署名することが困難である場合の取扱いは健康保険と同様とし、家族に情報通信機器を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容について同意を得た旨を診療録に記載することにより、傷病労働者本人又はその家族の署名を求めなくても差し支えありません。

16　初診時ブラッシング料　　９１点

創面が異物の混入、付着等により汚染している創傷の治療の前処置として、生理食塩水、蒸留水、ブラシ等を用いて創面の汚染除去を行った場合に算定できます。

ただし、同一傷病につき１回（初診時）限りとします。

注１　初診時ブラッシング料を含む処置、手術の所定点数の合計が１５０点以上の場合に限り、時間外、深夜又は休日加算が算定できます。（１点未満四捨五入）

注２　健保のデブリードマン（創傷処理におけるデブリードマン加算を含む。）とは重複算定できません。

注３　四肢の特例取扱はありませんので、たとえ四肢の創傷に対するブラッシングであっても９１点の算定となります。

留意点

１　初診時ブラッシング料は、同一災害において１回のみを認めているものであり、傷病の部位が異なる場合であっても、傷病名ごとに部位を分けて算定することはできません。

２　肘にブラッシングを行い、指に創傷処理におけるデブリードマンを行った場合の算定は、デブリードマン加算のみ算定することとなります。

つまり、部位が異なっていても初診時ブラッシング料とデブリードマン加算は重複して算定することはできません。

【算定記入例】

同一日に「左手母指及び示指」の切創に対し、ブラシを用いて創傷の汚染除去を行った後に、「創傷処置」を行った場合。

摘　　要	
40	創傷処置（左手母指・示指）　（５２×２．０）　　１０４×１ 初診時ブラッシング料　　９１×１

（注）ア　初診時ブラッシング料については、四肢倍率加算の算定はできません。

イ　手術の場合は、初診時ブラッシング料と健保の創傷処理におけるデブリードマン加算又はデブリードマンとの重複算定はできません。

ウ　初診時ブラッシング料を含む処置、手術の所定点数の合計が 150 点以上の場合に限り、時間外、深夜又は休日加算が算定できます（１点未満四捨五入）。

17　四肢に対する特例取扱い

（１）指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）

手の指の創傷処理については、健保点数にかかわらず、次に掲げる点数で算定します。ただし、筋肉に達するものは健保点数の２．０倍で算定します。

指１本　１，０６０点	（５３０点×２．０倍）	さらに四肢加算することはできません。
指２本　１，５９０点	（１，０６０点＋５３０点）	
指３本　２，１２０点	（１，５９０点＋５３０点）	
指４本　２，６５０点	（２，１２０点＋５３０点）	
指５本　２，６５０点	（５３０点×５．０倍）	

なお、創傷処理（筋肉に達しないもの。）と指（手、足）に係る手術等又は骨折非観血的整復術を各々異なる手の指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず各々の所定点数を合算した点数で算定できます。

創傷処理の算定に当たり、指で筋肉に達するものと指以外は、次の健保点数を基礎として算定します。

①　筋肉、臓器に達するもの

長径５㎝未満	１，４００点
長径５㎝以上１０㎝未満	１，８８０点
長径１０㎝以上	
イ　頭頸部のもの（長径２０㎝以上のものに限る。）	９，６３０点
ロ　その他のもの	３，０９０点

②　筋肉、臓器に達しないもの

長径５㎝未満	５３０点
長径５㎝以上１０㎝未満	９５０点
長径１０㎝以上	１，４８０点

注　筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓

器に何らかの処理を行った場合をいいます。

（２）指の骨折非観血的整復術

手の指の骨折非観血的整復術については、次に掲げる点数で算定します。

指１本　２，８８０点（１，４４０点×２．０倍） 指２本　４，３２０点（２，８８０点＋１，４４０点） 指３本　５，７６０点（４，３２０点＋１，４４０点） 指４本　７，２００点（５，７６０点＋１，４４０点） 指５本　７，２００点（１，４４０点×５．０倍）	さらに四肢加算することはできません。

なお、骨折非観血的整復術と指（手、足）に係る手術等又は創傷処理（筋肉に達しないもの。）を各々異なる手の指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず各々の所定点数を合算した点数で算定できます。

（３）処置、手術及びリハビリテーションについての特例

１．５倍（２．０倍）

① 四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に対し、次に掲げる処置、手術及びリハビリテーションの点数は、健保点数（リハビリテーションについては14のア～スの所定点数）の１．５倍として算定できます。（１点未満切上げ）

（処置）

ア　創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、熱傷処置、重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置

イ　関節穿刺、粘（滑）液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

ウ　絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術、皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引（２日目以降）、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、低出力レーザー照射

（手術）

エ　創傷処理、デブリードマン
ただし、手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）は、前記（１）による。

オ　皮膚切開術

カ　筋骨格系・四肢・体幹の手術
ただし、手の指の骨折非観血的整復術は、前記（２）による。

キ　神経、血管の手術

（リハビリテーション）

ク　疾患別リハビリテーション

② 上記①のア～イの処置及びエ～キの手術については、手（手関節以下）及び手の指に係る場合のみ健保点数の２．０倍として算定できます。

ただし、健康保険において処置面積を合算して算定する「創傷処置」等については、四肢加算の倍率（手指２倍、手指以外の四肢１．５倍、四肢以外１倍）が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率毎に処置面積を合算して算定することができます。

また、「創傷処置」等を四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって（連続して）行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定します。

なお、四肢の傷病に対する特例取扱いは適用される項目も多く誤りも多くみられますので、特に下記の点に留意してください。

注１　特例取扱いの対象となるものは前記に掲げたもののみで、薬剤料、特定保険医療材料料、輸血料、ギプス料などは、特例取扱いの対象になりません。

注２　健保点数の２．０倍として算定できるのは、手（手関節以下）、手の指に係る処置・手術のみです。
足の指の処置は１．５倍です。

注３　植皮術、皮膚移植術等の形成手術は、特例取扱いの対象になりません。

注４　処置における腰部、胸部又は頸部固定帯加算等の処置医療機器等加算及び手術における創外固定器加算等の手術医療機器等加算は、特例取扱いの対象になりません。

注５　特例取扱いの対象となる処置、手術及びリハビリテーションの所定点数の１．５倍（２．０倍）後の点数は一覧表（参考 10（100 ページ））のとおりです。

留意点

１　処置料に係る四肢に対する特例取扱いについて

（１）　同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、熱傷処置、重度褥瘡処置、皮膚科軟膏処置又は消炎鎮痛等処置の「３」湿布処置が行われた場合は、四肢加算の倍率（手指２倍、手指以外の四肢１．５倍、四肢以外１倍）が異なる範囲にまたがって（連続して）行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定することができます。

（例）創傷処置を右手＋右前腕（100 ㎠以上 500 ㎠未満）

６０点×２．０倍（四肢（手指）加算）＝１２０点

（２）　四肢加算の倍率毎に算定した点数を合計した点数について、時間外加算の可否を判断し算定します。（下記の例を参照）

労災特例においては、四肢加算があるため、所定点数の算定過程において便宜的に四肢加算の倍率毎に算定した点数を合計して算定できるとしているものであり、時間外加算の算定要件「所定点数が１５０点以上」については、当該算定過程における点数ではなく合計後の点数をもって判断します。

（例）熱傷の患者　～　時間外に受診

熱傷処置　①指・・・・100 ㎠未満・・・・・・・・・135 点

②四肢・・・100 ㎠以上 500 ㎠未満・・・147 点

③頭頸部・・100 ㎠以上 500 ㎠未満・・・147 点

①＝135 点×2.0 倍＝270 点

②＝147 点×1.5 倍＝221 点

③＝147 点×1.0 倍＝147 点

①＋②＋③＝638 点＞150 点

よって、時間外加算算定可と判断できるため

638 点×140/100＝893 点

２　手術料に係る四肢に対する特例取扱いについて

（１）　四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に係る①創傷処理、デブリードマン、②皮膚切開術、③筋骨格系・四肢・体幹の手術及び④神経、血管の手術を行った場合、健保点数を１．５倍（手（手関節以下）及び手の指に係る場合は、２．０倍）して算定することができますが、当該健保点数とは、医科診療報酬点数表の第 10 部手術の第 1 節手術料に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則（通則 12（時間外加算、休日加算及び深夜加算）を除く。）及び手術医療器機等加算の加算点数は含まれません。

よって、通則 11 の加算については、四肢加算することはできません。

（２）　健保の取扱いにおいては、同一手の母指に対して創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）と示指に骨折観血的手術を行った場合、手術「通則１４」により主たる手術のみ算定することになりますが、労災保険においては創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）と指に係る手術（第１指から第５指までを別の手術野とする手術）及び骨折非観血的整復術を各々異なる指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず、各々の所定点数を算定することになります。

ただし、創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）の場合については、健保同様の取扱いになります。

（３）　同一手の示指に対して創傷処理（筋肉・臓器に達するもの（第１指から第５指までを同一手術野とする手術））と、中指に対して創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの（労災の特例により、第１指から第５指までを別の手術野とする手術））を同時に行った場合には、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであっても、健保の医科診療報酬点数表の手術「通則１４」により、主たる手術の所定点数のみを算定することになります。

（４）　手の指と他の部位に対して同時に創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）を行った場合は別に算定できます。

例：①示指に３㎝の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）
②中指に３㎝の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）
③手の甲に６㎝の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）
①と②は長さにかかわらず労災特例の指２本の点数 1,590 点
③は長さによっての健保点数 950 点×2．0 倍（四肢加算）＝1,900 点
合計　3,490 点を算定します。

（５）　顔や躯幹に骨移植を行うに当たって、骨移植に用いる骨片を四肢から採取した場合、K059 骨移植術に四肢加算は算定できません。

四肢加算の対象となるのは、四肢の傷病に対して手術を行った場合にのみ算定できるものであることから、骨片を四肢から切採したとしても、移植先が顔や躯幹に対して行われる手術の場合については四肢加算の算定はできません。

（６）　右前腕骨骨折にて K046 骨折観血的手術を行い、その際腸骨より骨片を切採し移植した場合の K059 骨移植術に四肢加算は算定できます。

四肢の傷病に対して骨移植術が行われた場合については、躯幹部分より切採したとしても四肢に対する治療の一環として行われているので、四肢加算を算定して差し支えありません。

【算定記入例１】

「右手示指及び中指挫創」に対して、デブリードマンを行った後、創縫合による「創傷処理」を行った場合。（６月１５日手術施行）

摘　　要	
㊿	創傷処理（筋肉に達しないもの） 右手示指・中指　　指２本　　１，５９０×１ デブリードマン加算　（１００×２．０）　　２００×１ ６／１５手術
（注）ア　デブリードマン加算は、傷病名に挫創（挫滅創）がない場合は、算定することはできません。 イ　指に対する創傷処理においては、真皮縫合加算の算定はできません。	

【算定記入例２】

「左肋骨及び大腿骨の骨折」に対して、時間外に「骨折非観血的整復術並びに骨折観血的手術」を行った場合。（６月２８日初診、手術施行）

摘　　要	
50	骨折非観血的整復術（左第５肋骨）（ 1,440×1.4）　　２，０１６×１ 骨折観血的手術　（左大腿骨）　(18,810×1.5×1.4)　　３９，５０１×１ ６／２８手術　手術開始時間　１９：２０
（注）ア　摘要欄に「手術部位、算定内訳」を記載し、時間外・深夜又は休日加算を算定した場合は、手術（執刀）開始時間を付記する。 イ　入院患者に対して、休日又は深夜に手術を行い、休日又は深夜加算を算定する場合は、当該日時に手術を必要とした理由を付記する。	

３　リハビリテーション料に係る四肢に対する特例取扱いについて

（１）　四肢の傷病に対して疾患別リハビリテーションを行った場合については、四肢の特例取扱いの対象となり、疾患別リハビリテーションの所定点数に１．５倍を乗じて算定することになります。（１点未満の端数は１点に切り上げます。）

また、労災傷病に付随して生じた四肢の疾病に対して疾患別リハビリテーションを行った場合についても、四肢の特例取扱いの対象となり、所定点数に１．５倍を乗じて算定することになります。

なお、実施した四肢の部位をレセプトに付記して下さい。

（２）　脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する脳挫傷の傷病労働者に対して、右足麻痺に対して理学療法士による理学療法を１単位、失語症に対して言語聴覚療法士による言語聴覚療法を１単位行った場合の算定は、右足麻痺に対して行ったリハビリテ

ーションは、四肢の特例取扱いの対象となり、脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数に１．５倍を乗じて算定することとなります。

失語症に対して行ったリハビリテーションは、四肢の特例取扱いの対象とならないので、脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定することとなります。

（３）　ＡＤＬ加算（３０点）については、四肢の特例取扱い（１．５倍）の対象とはなりませんので、リハビリテーション料の所定点数を四肢の特例取扱した後にＡＤＬ加算をプラスすることになります。

（例）　左大腿部に運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１９０点）を１単位算定し、ＡＤＬ加算を算定する場合について

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　四肢加算　　ＡＤＬ加算

１９０点　×　１．５　＋　３０点　＝　３１５点

（４）　初期加算については、早期リハビリテーション加算やＡＤＬ加算と同様、四肢加算の対象とはなりません。

18　術中透視装置使用加算　　２２０点

ア「大腿骨」、「下腿骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」、「中手骨」、「手の種子骨」、「指骨」、「足根骨」、「膝蓋骨」、「足趾骨」、「中足骨」及び「鎖骨」の骨折観血的手術（K046）、骨折経皮的鋼線刺入固定術（K045）、骨折非観血的整復術（K044）、関節脱臼非観血的整復術（K061）又は関節内骨折観血的手術（K073）において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。

イ「脊椎」の経皮的椎体形成術（K142-4）又は脊柱固術、椎弓切除術、椎弓形成術（K142）において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。

注１　請求に当たっては、術中透視装置を使用したことを診療録に記載し明確にしておく必要があります。

注２　本加算は、四肢に対する特例取扱いの対象にはなりません。

注３　手根骨、中手骨、手の種子骨及び指骨（以下「手」という。）又は足根骨、足趾骨及び中足骨（以下「足」という。）について複数の手術を同時に行い、術中透視装置を使用した場合は、併せて１回の算定となります。

注４　右手、左手又は右足、左足にそれぞれ手術を行い、術中透視装置をそれぞれの手又は足に使用した場合は、それぞれ１回まで算定できます。

ウ「骨盤」の骨盤骨折非観血的整復術（K121）、腸骨翼骨折観血的手術（K124）、寛骨臼骨折観血的手術（K124-2）又は骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く）（K125）において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。

留意点

1　術中透視装置使用加算は、本加算の対象となる手術の算定回数に応じ、加算できるものです。

したがって、骨折観血的手術が１回の場合にはその手術に対して１回の加算が可能であり、骨折観血的手術が２回の場合は、各手術に対して計２回の加算が可能です。

2　術中透視装置使用加算に対して、時間外加算を算定することはできません。

19　手指の機能回復指導加算　　１９０点

手（手関節以下）及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、次に掲げる健保点数表における第10部手術を行った場合は１回に限り所定点数に１９０点を加算できます。

（１）創傷処理、デブリードマン
（２）皮膚切開術
（３）筋骨格系・四肢・体幹の手術

注１　時間外加算及び四肢加算はできません。

注２　右手、左手をそれぞれ手術した場合でも算定は１回限りです。

留意点

1　前腕等を負傷し、しびれ、神経麻痺が手又は手指にあり、手又は手指以外に手術（神経縫合術等）を行った場合は、手（手関節以下）及び手の指の部位について、手術（創傷処理、デブリードマン、皮膚切開術、筋骨格系・四肢・体幹の手術）を行っていなければ算定することはできません。

2　手指の創傷に係る機能回復指導加算の算定要件にある「初期治療」とは、手術後における初期治療を指していることから、初診時より数か月手術の施行がない患者が増悪により、当該算定要件を満たす手術を施行し、併せて初期治療における機能回復指導を実施してい

れば、初診時から期間が経過していたとしても、算定することができます。

20　固定用伸縮性包帯

医師の診察に基づき、処置及び手術において頭部・頸部・躯幹及び四肢に固定用伸縮性包帯の使用を必要と認める場合に実費相当額（購入価格を 10 円で除して得た点数）を算定することができます。

注１　処置及び手術に当たって通常使用される治療材料（包帯等）又は衛生材料（ガーゼ等）の費用（22 の場合を除く。）は算定できません。

注２　医師が必要と判断した場合には固定用伸縮性包帯と下記21の頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯を併せて算定できます

留意点

１　腰部に伸縮性包帯を使用した場合の、腰部固定帯加算（１７０点）は算定できません。

腰部固定帯加算は、従来、頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、平成８年の健康保険の診療報酬の改正により、簡易なコルセット状のものを使用した場合のみ加算の算定ができることとなったものであり、伸縮性包帯のみ使用した場合は腰部固定帯加算の算定はできませんが、伸縮性包帯としては算定できます。

なお、伸縮性包帯と腰部固定帯を同時に使用した場合は、重複して算定ができます。

（参考）腰部固定帯加算

①１７０点に満たない場合は、１７０点を加算する。

②１７０点を超える場合は、実費相当額で算定する。

なお、実費相当額で算定する場合は、購入価を１０円で除して得られた点数で算定する。

この場合は、購入価格をレセプトに付記して下さい。

また、胸部についても、硬質のもので胸をきっちりと固定できるものであれば、胸部固定帯加算の対象となります。

２　健康保険においては、胸部固定帯を肋骨骨折に対し骨折非観血的整復術を行った後（同一日）に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており、別に算定できないとされていますが、労災保険においては伸縮性包帯としての算定を認めています。

３　固定用伸縮性包帯は、治療上固定が必要であって、患部そのものを固定する場合に算定

を認めているものであることから、患部に当てたガーゼや湿布が動かないようにするために用いたものについては算定できません。

4　J 001-2　絆創膏固定術の算定対象外となる傷病部位に対して絆創膏固定を実施した場合に限り、固定時に使用した絆創膏の実費相当額（購入単価を 10 円で除して得た点数）を固定用伸縮性包帯に準じて算定できます。

また、実際に請求する際には、診療費請求内訳書の摘要欄に、「絆創膏固定部位」及び「絆創膏固定時に使用」と記載することが必要です。

なお、算定できる「固定時に使用した絆創膏の実費相当額」とは、実際に固定に要した絆創膏の使用部分のみの算定となることに留意願います。

21　頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯

医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と認める場合に実費相当額（購入価格を１０円で除して得た点数）を算定することができます。

また、健保点数表の腰部、胸部又は頸部固定帯加算が算定できる場合については、当該実費相当額が１７０点を超える場合は実費相当額が算定でき、当該実費相当額が１７０点未満の場合は１７０点を算定できますが、そのことを踏まえ、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯についても、同様の取扱いとします。

注１　請求に当たっては、医師の診察の結果、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と判断した旨を診療録に記載し明確にしておく必要があります。

注２　頸椎固定用シーネの費用と「J-200　腰部、胸部又は頸部固定帯加算」は重複算定できません。

注３　医師が必要と判断した場合には頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯と上記 20 の固定用伸縮性包帯を併せて算定できます。

留意点

1　頸椎カラーは、頸椎固定用シーネに含まれます。

バストバンド・トラコバンド（胸部固定帯）は固定用伸縮性包帯として算定でき、ショルダーブレース（肩関節固定帯）は固定用伸縮性包帯で代用できない場合には算定できます。

なお、サポーターについては、療養上その必要性が認められる場合であって、患部を固定する場合には、療養費として支給されます。

2　膝・足関節の創部固定帯とは、膝・足関節の安定を図るために使用される固定帯で、市販されているものをいいます。

頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯は、一般的に採寸等を必要としない市販されているもの等、規格が決まっているものを想定していますが、必要に応じて採寸を行って作成した場合には「義肢装具採寸法」を算定することになります。

なお、一般的なサポーターの取扱いに当たっては、本加算の算定対象が「患部の固定用」であることから、負傷傷病名に対して当該サポーターが患部をしっかり固定できるものであるか否かで判断することになります。また、労災特掲である「頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯」の対象部位である「膝関節」、「足関節」の創部固定帯についてはレセプト請求となり、労災特掲の対象部位以外である、「肘関節」、「手関節等」の場合は療養上その必要性が認められる場合であって、患部を固定する場合には、療養費として、療養（補償）給付たる療養の費用請求書で対応することになります（後記Ⅵ 労災診療費算定基準Q＆A 「19 頸椎固定用シーネ、鎮痛固定帯及び膝足関節の創部固定帯　Q3」もご参照ください）

3　鎖骨固定帯の手技料は、治療内容に応じて「J001－3 鎖骨骨折固定術」又は「K044―3 骨折非観血的整復術」を算定できます。

なお、「鎖骨骨折固定術」又は「骨折非観血的整復術」を算定した後の鎖骨固定帯による固定（２回目以降）は、「J000 創傷処置」で算定します。

また、膝・足関節の創部固定帯は、足関節の捻挫や膝関節の靭帯損傷の場合は「J000 創傷処置」を算定できますが、手術後に足関節の創部固定帯を使用する場合には、手技料は手術料に含まれており、別途算定できません。

22　皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ

通院療養中の傷病労働者に対して、皮膚瘻等に係る自宅療養用の滅菌ガーゼ（絆創膏を含む。）を支給した場合に実費相当額（購入価格を１０円で除して得た点数）を算定することができます。

なお、支給対象者は以下の（１）及び（２）の要件を満たす者となります。

（１）せき髄損傷等による重度の障害者のうち、尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの、尿路へカテーテルを留置しているもの、又は、これらに類する創部を有するもの。（褥瘡については、ごく小さな範囲のものに限ります。）

（2）自宅等で頻繁にガーゼの交換を必要とするため、診療担当医が投与の必要を認めたもの。

注　支給できるものは、診療担当医から直接処方・投与を受けたガーゼに限るため、診療担当医の指示によるものであっても、市販のガーゼを傷病労働者が自ら購入するものは、支給の対象となりません。　（昭和 55 年３月１日付け基発第 99 号）

23　処置等の特例　（参考 11　：　132 ページ参照）

（1）３部位（局所）の取扱いについて

①　介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、１日につき合わせて負傷にあっては受傷部位ごとに３部位を限度とし、また、疾病にあっては３局所を限度として算定できます。

②　消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、１日につき所定点数（「湿布処置」の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算とする。）を算定できます。

なお、「湿布処置」と肛門処置を倍率が異なる部位に行った場合は、倍率が異なる部位ごとに算定し合算できます。

（例１）

右上肢に「手技による療法」	３５点×１．５倍	＝	５３点
左上肢に低出力レーザー照射	３５点×１．５倍	＝	５３点
右下肢に「器具等による療法」	３５点×１．５倍	＝	５３点
左下肢に介達牽引	３５点×１．５倍	＝	５３点

３部位までの算定になりますので、５３点＋５３点＋５３点＝１５９点

（例２）

腰　部に「湿布処置」	３５点	＝	３５点
左前腕に「湿布処置」	３５点×１．５倍	＝	５３点
右手指から前腕に「湿布処置」	３５点×２．０倍	＝	７０点
合　　計			１５８点

（2）処置の併施について

介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械

矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計２部位までの所定点数を合わせて算定できます。

なお、この場合、「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。

（※）「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「「湿布処置」及び肛門処置」となります。

（例１）

左前腕に「湿布処置」	３５点×１．５倍	＝　５３点
左下肢に介達牽引	３５点×１．５倍	＝　５３点
右下肢に「手技による療法」	３５点×１．５倍	＝　５３点
腰　部に腰部固定帯固定	３５点	＝　３５点

「湿布処置」＋（介達牽引＋「手技による療法」（計２部位分））
５３点＋５３点＋５３点　＝　１５９点

（例２）

腰　部に「湿布処置」	３５点	＝　３５点
肛門処置	２４点	＝　２４点
左下肢に介達牽引	３５点×１．５倍	＝　５３点
右下肢に「手技による療法」	３５点×１．５倍	＝　５３点
左上肢に矯正固定	３５点×１．５倍	＝　５３点

「湿布処置」＋（介達牽引、「手技による療法」又は矯正固定（２部位分））の合計　３５点＋５３点＋５３点　＝　１４１点

介達牽引＋「手技による療法」＋矯正固定(合計３部位)
５３点＋５３点＋５３点　＝　１５９点
したがって、この場合は１５９点を算定します。

（３）処置等の併施について

① 疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか１部位を算定できます。

なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。

② 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、「湿布処置」の１部位又は肛門処置のいずれかの所定点数と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できます。

③ 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の１部位又は肛門処置のいずれかの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか１部位を算定できます。

なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計２部位まで算定することとして差し支えありません。

また、「疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の１部位又は肛門処置のいずれかの所定点数」及び「「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数」を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。

（※）「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「「湿布処置」及び肛門処置」となります。

（例１）

右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	８５点×１．５倍＝	１２８点
右上肢に「器具等による療法」	３５点×１．５倍＝	５３点
合　　計		１８１点

（例２）

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	８５点×１．５倍＝	１２８点
左下肢に介達牽引	３５点×１．５倍＝	５３点
左上肢に変形機械矯正術	３５点×１．５倍＝	５３点
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）＋（介達牽引又は変形機械矯正術（１部位分））の合計	１２８点＋５３点	＝ １８１点

（例３）

腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	８５点	＝ ８５点
右下肢に介達牽引	３５点×１．５倍	＝ ５３点
右上肢に「手技による療法」	３５点×１．５倍	＝ ５３点
左下肢に低出力レーザー照射	３５点×１．５倍	＝ ５３点
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）＋（介達牽引、「手技による療法」又は低出力レーザー照射（１部位分））の合計	８５点＋５３点	＝ １３８点

介達牽引＋「手技による療法」＋低出力レーザー照射（３部位）の合計
５３点＋５３点＋５３点　＝　１５９点
したがって、この場合は１５９点を算定する。

（例４）

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	８５点×１．５倍	＝１２８点
左上肢に「湿布処置」	３５点×１．５倍	＝　５３点
合計		１８１点

（例５）

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	８５点×１．５倍	＝　１２８点
右下肢に「湿布処置」	３５点×１．５倍	＝　５３点
腰　部に介達牽引	３５点	＝　３５点
右上肢に「手技による療法」	３５点×１．５倍	＝　５３点
左下肢に「器具等による療法」	３５点×１．５倍	＝　５３点
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）＋「湿布処置」＋「器具等による療法」の合計	１２８点＋５３点＋５３点	＝　２３４点

注１　四肢加算の取扱いは、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」及び低出力レーザー照射については所定点数の１．５倍、「湿布処置」は所定点数の１．５倍（手及び手指は２倍）として算定することができます。

注２　局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれを１局所とし、全身を５局所に分けたものをいいます。

注３　介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の部位（局所）、消炎鎮痛等処置の種類及び部位（局所）について、診療費請求内訳書に明確に記載してください。

注４　外来診療料を算定する医療機関においては、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は算定できません。また「湿布処置」及び肛門処置については、診療所において、入院中の患者以外の患者のみに算定することができます。

留意点

１　手術当日に手術に関連して行う処置（手術を行わなければ行わない処置が該当する。）の費用は、術前、術後を問わず算定できません。

また、術後の同日再診による処置についても、手術当日であることから算定できません。

２　J119 消炎鎮痛等処置の３湿布処置については、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲」に該当しない狭い範囲に行った場合の評価については、初診料等

の第１章基本診療料に含まれるものであることから、算定することはできません。

３　リハビリテーション及び処置の併施については、次ページの表を参考に算定願います。

処置等の特例について
（それぞれ異なる部位（局所）に同時に行った場合の算定）

グループ①
（Ｊ118）　介達牽引
（Ｊ118－2）矯正固定
（Ｊ118－3）変形機械矯正術
（Ｊ119）消炎鎮痛等処置
（マッサージ等の手技）
（Ｊ119）消炎鎮痛等処置
（器具等）
（Ｊ119－2）腰部又は胸部
固定帯固定
（Ｊ119－3）低出力レーザー
照射

グループ②
（Ｊ119）消炎鎮痛等処置
（湿布処置）
（Ｊ119－4）肛門処置
※診療所への外来のみ
算定が可能

グループ③
・疾患別リハビリテ
ーション

	①	②	③
①	①×（３部位）	①×（３部位） 又は ②＋①×（２部位）	①×（３部位） 又は ③＋①×（１部位）
②		（四肢加算の）倍率が異なる部位ごとに算定して合算可能	③＋②×（１部位）
①と②の併施			①×（３部位） 又は ②＋①×（２部位） 又は ①＋②＋③（１部位ずつ）

リハビリテーション及び処置の併施一覧表

湿布処置等及び介達牽引・手技・器具等については、それぞれ異なる部位（局所）に行った場合に限り算定できます。

なお、湿布処置等とは、「消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」、肛門処置」をいいます。

また、介達牽引・手技・器具等とは、「介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射」をいいます。

①　湿布処置等と介達牽引・手技・器具等の併施の場合

湿布処置等
四肢加算の倍率ごとに算定合算

＋

介達牽引・手技・器具等
合計２部位（局所）まで

又は

介達牽引・手技・器具等
合計３部位（局所）まで

②　リハビリテーションと介達牽引・手技・器具等の併施の場合

リハビリテーション

＋

介達牽引・手技・器具等
いずれか１部位（局所）

又は

介達牽引・手技・器具等
合計３部位（局所）まで

③　リハビリテーションと湿布処置等の併施の場合

リハビリテーション　＋　**湿布処置等**
いずれか１部位

④　リハビリテーション、湿布処置等と介達牽引・手技・器具等の併施の場合

リハビリテーション　＋　**湿布処置等**
いずれか１部位　＋　**介達牽引・手技・器具等**
いずれか１部位（局所）

又は

湿布処置等
四肢加算の倍率ごとに算定合算

＋

介達牽引・手技・器具等
合計２部位（局所まで）

介達牽引・手技・器具等
合計３部位（局所）まで

24　職業復帰訪問指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合　　１日につき７７０点

その他の疾患の場合　　１日につき５８０点

（１）傷病労働者（入院期間が１月を超えると見込まれる者又は入院治療を伴わず通院療養を２か月以上継続している者であって就労が可能と医師が認める者。）が職業復帰を予定している事業場に対し、医師等（医師又は医師の指示を受けた看護職員（注１）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び公認心理師をいう。以下同じ。）又は医師の指示を受けたソーシャルワーカー（注２）が当該傷病労働者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主（注３）に対して、職業復帰のために必要な指導（以下「訪問指導」という。）を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、入院中及び通院中に合わせて３回（入院期間が継続して６月を超えると見込まれる傷病労働者にあっては、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて６回）に限り算定できます。（注４）

（２）医師等のうち異なる職種の者２人以上が共同して訪問指導を行った場合や医師等がソーシャルワーカーと一緒に訪問指導を行った場合は、３８０点を所定点数に加算して算定できます。なお、同一の職種の者２人以上が共同して訪問指導を行った場合は、３８０点を所定点数に加算することはできません。

（３）精神疾患を主たる傷病とする場合にあっては、医師等に精神保健福祉士を含みます。

（４）訪問指導を実施した日と同一日又は訪問指導を行った後１月以内に、医師又は医師の指示を受けた看護職員、理学療法士若しくは作業療法士が上記（１）の傷病労働者のうち入院中の者に対し、本人の同意を得て、職業復帰を予定している事業場において特殊な器具、設備を用いた作業を行う職種への復帰のための作業訓練又は事業場を目的地とする通勤のための移動手段の獲得訓練を行い、診療録に訪問指導の日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載した場合は、訪問指導１回につき２回を限度に職業復帰訪問訓練加算として１日につき４００点を職業復帰訪問指導料の所定点数に加算して算定できます。

注１　看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。
　　看護師と准看護師が共同して訪問指導を行った場合は、３８０点の加算は算定できません。

注２　ソーシャルワーカーとは、社会福祉士及び精神保健福祉士をいいます。

注３　事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含みます。

注４　入院中又は通院中における算定については、指導の実施日に算定します。

注５　職業復帰訪問訓練加算の算定要件及び実施上の留意事項は以下のとおりです。
①　算定要件
ア　入院期間が１月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。

イ　傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練（以下「作業訓練」という。）及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練（以下「通勤訓練」という。）であること。

ウ　作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。

エ　作業訓練の実施時間は２０分以上（ただし、原則６０分を上限とする。）であること。

オ　通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。

カ　訪問指導と同一日又は訪問指導の日から１月以内に作業訓練又は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う場合にあっては、当該事業場へ到着の際に事業主へ訓練の状況について報告を行うこと。

キ　職業復帰予定の事業場への往復を含め、訓練の実施中は医師等が傷病労働者に常時付添い、必要に応じて速やかに入院医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

ク　診療録に訪問指導を行った日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載すること。また、職業復帰訪問訓練加算を算定する場合は、診療費請求内訳書の摘要欄に訪問指導を行った日及び訓練を行った日を記載すること。

ケ　疾患別リハビリテーション料を実施し算定する日にあっては、職業復帰訪問訓練加算を併算定できないこと。

②　実施上の留意事項

作業訓練及び通勤訓練を実施するにあたっては、明確に訓練と位置付け、職業復帰予定の事業場との間で使用従属関係下の労働とならないようにする必要があること。

留意点

１　職業復帰訪問指導料は、職場に訪問し、事業主等に対して、職業復帰のために必要な指導を行った場合に算定できるものでありますが、指導内容や指導方法は、文書・口頭等を問いません。

また、診療録には、職業復帰のために必要な指導を行った内容の要点を記載することとなりますが、レセプトの摘要欄に指導内容等を記載する必要はありません。

２　入院期間が継続して１月を超えると見込まれる傷病労働者において、結果的に入院期間が１月を超えなかった場合でも、３回までは算定できます。

ただし、入院期間が継続して６月を超えると見込まれる傷病労働者において、結果的に入院期間が６月を超えなかった場合は、３回までの算定となります。

３　職業復帰訪問訓練加算の算定要件において「エ：作業訓練の実施時間は２０分以上（ただ

し、原則６０分を上限とする。）であること。」とありますが、作業訓練の実施時間が６０分を
超えた場合も算定できます。

ただし、事業場との間で使用従属関係下の労働とならないよう留意し、傷病労働者への負担が大きくならないよう、実施時間や安全性等に十分配慮願います。

25　精神科職場復帰支援加算　　２００点

精神科を受診中の傷病労働者に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該プログラムに職場復帰支援のプログラム（※）が含まれている場合に、週に１回算定できます。

（※）職場復帰支援のプログラムとは、オフィス機器又は工具を使用した作業、擬似オフィスによる作業又は復職に向けてのミーティング、感想文等の作成等の集団で行われる職場復帰に有効な項目であって、医師、看護職員、作業療法士、ソーシャルワーカー等の医療チームによって行われるものをいいます。

注　請求に当たっては、当該プログラムの実施日及び要点を診療費請求内訳書の摘要欄に記載するか、実施したプログラムの写しを診療費請求内訳書に添付する必要があります。（職場復帰支援のプログラムの例は参考 12（133 ページ）のとおりです。）

26　石綿疾患療養管理料　　２２５点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）について、診療計画に基づく受診、検査の指示又は服薬、運動、栄養、疼痛等の療養上の管理を行った場合に月２回に限り算定できます。

注１　請求に当たっては、管理内容の要点を診療録に記載する必要があります。

注２　初診料を算定することができる日及び月においても、算定できます。また、入院中の患者においても、算定できます。

注３　同一月において重複算定できない管理料等については、参考３（82 ページ）のとおりです。

留意点

石綿疾患療養管理料について、適正に療養を遂行するため、診療計画に基づき、次期受診日又は検査を指示した場合には算定することができます。

27　石綿疾患労災請求指導料　　４５０点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）の診断を行った上で、傷病労働者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養給付請求及び複数事業労働療養給付たる療養の給付請求書（告示様式第５号）又は療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書（告示様式第７号（１））が提出された場合に、１回に限り算定できます。

注１　請求に当たっては、次の①から④の事項を診療録に記載し明確にしておく必要があります。

①　石綿関連疾患の診断を行ったこと
②　患者に行った問診内容（概要）
③　業務による石綿ばく露が疑われた理由
④　労災請求の勧奨を行ったこと

注２　本指導料は、労災請求された個別事案が業務上と認定された場合のみ支払われます。

注３　本指導料は、療養の給付請求書取扱料と併せて算定できます。

留意点

１　石綿疾患労災請求指導料については、疑い病名での算定はできません。

28　労災電子化加算　　５点

電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書１件につき５点を算定できます。

注１　薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象とはなりません。

注２「労災電子化加算」の算定は、令和１０年３月診療分までとなる予定です。

29　職場復帰支援・療養指導料

１精神疾患を主たる傷病とする場合	初回	900点
	２回目	560点
	３回目	450点
	４回目	330点
２その他の疾患の場合	初回	680点
	２回目	420点
	３回目	330点
	４回目	250点

（１）傷病労働者（入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を２か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者。下記（２）から（５）について同じ。） に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式１～４）参考13（134～139ページ）」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に算定できます。また、高年齢被災労働者（60歳以上）に対して、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式３の２又は４の２）」を交付した場合には150点を加算できます（その他の算定要件は60歳未満の場合と同様です）。

（２）傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場の産業医（主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。）に対して文書（指導管理箋等）をもって情報提供した場合についても算定できます。

（３）傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、当該労働者の同意を得て、当該医療機関等に赴いた当該労働者の所属事業場の事業主と面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合についても算定できます。

（４）上記（１）～（３）の算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ４回を限度（頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。）とします。

（５）上記（２）又は（３）を満たし、職場復帰支援・療養指導料を算定している患者であり、かつ、以下①～③の要件を満たした場合、療養・就労両立支援加算として、同一傷病労働者に対して１回につき６００点を算定することができます。

①事業主又は産業医から治療上望ましい配慮等について助言を取得すること。

②助言を踏まえて、医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うこと。

③傷病労働者に対して、治療計画変更の必要性の有無や具体的な内容等について、説明を行うこと。

注１　事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含みます。

注２　看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。

注３　ソーシャルワーカーとは、社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。

注４　請求に当たっては、職場復帰支援・療養指導料の算定時は、指導管理箋等の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。

注５　療養・就労両立支援加算の算定時は、取得した助言の内容及び患者に説明した内容を診療録に明確にしておく必要があります。

注６　同一傷病について、健康保険診療報酬点数表の療養・就労両立支援指導料を重複して算定することは、原則、認められません。ただし、同一傷病であっても、指導する内容等が異なっている場合は、それぞれ算定することができます。

留意点

１　「指導管理箋」については、主治医の指示の有無を明確にするため、主治医の医師名及び押印の上で交付する必要があります。

２　所属事業場の事業主に行う指導内容は、必ずしも「指導管理箋」の記載内容以上である必要はなく、医療機関等に赴いた事業主に対し、傷病労働者の職場復帰のために必要な説明及び指導を行えば足ります。

30　社会復帰支援指導料　　１３０点

（１）３か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して、治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活（就労を含む）上の注意事項等について、医師が所定の様式に基づき指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に、同一傷病労働者につき、１回に限り算定できます。また、高年齢被災労働者（60 歳以上）に対して、所定の様式に基づき、個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた具体的な指導等を行った場合に100 点を加算できます（その他の算定要件は60 歳未満の場合と同様です）。

ただし、転医している場合は、医療機関につき１回に限り算定できます。

（２）この指導は「早期社会復帰のための指導項目」（参考14（140、141ページ））の指導項目に基づいて行い、算定にあたっては、当該様式に必要事項を記載して診療録に添付する必要があります。

31　　振動障害に係る検査料

振動障害に係る検査料については、健保点数表に定めてありませんが、労災保険においては、次により算定することができます。

検　　査　　項　　目	点　　数
⑴握力（最大握力、瞬発握力）、維持握力（５回法）を併せて行う検査	片手、両手にかかわらず６０点
⑵維持握力（６０％法）検査	片手、両手にかかわらず６０点
つまみ力検査	片手、両手にかかわらず６０点
タッピング検査	片手、両手にかかわらず６０点
⑶常温下での手指の皮膚温検査	１指につき　７点
⑷冷却負荷による手指の皮膚温検査	１指１回につき　７点
⑸常温下による爪圧迫検査	１指につき　７点
⑹冷却負荷による爪圧迫検査	１指１回につき　７点
⑺常温下での手指の痛覚検査	１指につき　９点
⑻冷却負荷による手指の痛覚検査	１指１回につき　９点
⑼指先の振動覚（常温下での両手）検査	１指につき　４０点
⑽指先の振動覚（冷却負荷での両手）検査	１指１回につき　４０点
⑾手背等の温覚検査	１手につき　９点
⑿手背等の冷覚検査	１手につき　９点

32　文書料

アフターケア更新時の診断書料も含めて、取扱いについては文書料一覧表（69～71 ページ）のとおりです。

文書料一覧表

（1）医療機関がレセプトにより請求するもの

①　診療費とともにレセプト「㊽その他」欄で請求

様式番号等	支給対象	金　額
休業(補償)等給付請求書 様式第 8 号 様式第 16 号の6	休業(補償)給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	2,200 円
診断書 様式第 10 号（添付） 様式第 16 号の 7（添付）	障害（補償）等給付の支給を受けようとする者が、障害（補償）等給付支給請求書に添付して提出した「労働者災害補償保険診断書」	7,000 円
労災付添看護費用の額の証明書 様式第1号	看護の給付の看護費用の額の証明書における診療担当者の看護に関する証明	1,100 円
傷病の状態等に関する届 様式第 16 号の 2	労働者の負傷又は疾病が療養の開始後 1 年 6 ヵ月を経過した日において治っていない場合に同日以後 1 ヵ月以内に提出させる傷病の状態に関する届出に添付して提出した「労働者災害補償保険診断書」	6,000 円
傷病の状態等に関する報告書 様式第 16 号の 11	休業(補償)等給付の支給を受けようとする者の負傷又は疾病が毎年1月1日において療養開始後 1 年 6 ヵ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業（補償）等給付請求書に添付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付して提出した「労働者災害補償保険診断書」	6,000 円
傷病の状態の変更に関する届 年金申請様式第 4 号	傷病(補償等)年金の受給権者が障害の程度に変更があった場合に提出する傷病の状態の変更に関する届書に添付する「労働者災害補償保険診断書」	6,000 円

介護(補償)等給付支給請求書 様式第 16 号の 2 の 2	介護(補償)等給付の支給を受けようとする者が介護(補償)等給付支給請求書に添付して提出した「診断書」 ※障害(補償)等年金受給者である場合については、療養の費用請求書	6,000 円
はり・きゅう診断書 様式第 1 号	はり・きゅうの施術に係る「診断書」	○はり・きゅう単独 4, 000円 ○一般医療と併用 (評価表添付の場合) 5, 000円
マッサージ診断書 様式第 2 号	マッサージの施術に係る「診断書」	4,000 円
アフターケア更新に関する診断書 実施要領様式第 5 号の 2	アフターケア実施期間の更新に関する「診断書」	5,000 円

② 労働基準監督署から送付される請求書(「検査に要した費用等請求書(診機様式第１号の２)」)及びレセプトで診療費とは別に請求

様式番号等	支給対象	金 額
診断書等	労働基準監督署長が療養(補償)等給付を受けている者(傷病(補償)等年金を受けている者を含む。)について、療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するため、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該診断書	6,000 円

③ 医療機関が労働者(受給者)に対し請求するもの

様式番号等	支給対象	金 額
障害(補償)等給付変更請求書 様式第 11 号	障害(補償)等年金の受給権者が、障害の程度に変更があったとして障害(補償)等給付変更請求書に添付して提出した「労働者災害補償保険診断書」	7,000 円

遺族(補償)等年金請求書 様式第 12 号 様式第 16 号の 8 遺族(補償)等年金転給等請求書 様式第 13 号	労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることにより遺族(補償)等年金転給等請求書を添付して提出した「労働者災害補償保険診断書」(労働者の死亡が業務上でないという理由で遺族(補償)等年金支給の対象とならなかった場合における診断書を除く。)	6,000 円

④その他

様式番号等	支給対象	金　額
意見書の提出について 様式 2	労働基準監督署長が業務上外等の判断のために求めた専門医等の意見書	一般的な 医学的事項 8, 000円
	労働基準監督署長が労災保険法第 47 条の 2 の規定による受診命令に基づいて専門医等に作成依頼する意見書(業務災害及び通勤災害の認定)	特に高度な 医学的事項 22, 000円

33　その他の算定の留意点

1　「B000 診療情報提供料（Ⅰ）」について

「B000 診療情報提供料（Ⅰ）」については、紹介先の医療機関を特定せずに、診療状況を示す文書を患者に交付しただけの場合には算定できません。

よって、算定する場合は、紹介先の医療機関名をレセプトに付記して下さい。

2　高額レセプトに係る日計表等（写）の提出依頼について

医科３５万点以上（心・脈管に係る手術を含む場合は特定保健医療材料を除く。歯科は２０万点以上）のレセプトには、「診療日毎の症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる資料」を添付することとなっていますので、担当医が記載したもの及び日計表の添付に留意願います。

3　手術料の算定に関して

（1）手術記録（写）の提出依頼について

手術料の算定に当たっては、術式が正しく評価されているかが大変重要となりますので、次の手術については、レセプトに手術記録（写）を添付してください。

なお、これ以外の手術についても、確認のために手術記録（写）の提出を依頼することがありますのでご理解願います。

ア　指及び四肢に関する複数手術の場合	ケ　関節内異物（挿入物を含む）除去術（K065）
イ　分層植皮術（K013）	コ　切断四肢再接合術（K088）
ウ　全層植皮術（K013－2）	サ　断端形成術（骨形成を要するもの）（K087）
エ　腱縫合術（K037）	シ　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（K142）
オ　骨折観血的手術（K046）	
カ　骨内異物（挿入物を含む）除去術（K048）	
キ　骨移植術（軟骨移植術を含む）（K059）	
ク　関節内骨折観血的手術（K073）	

（2）　「K000 創傷処理」に係る「デブリードマン加算」は、「挫創」（挫滅創）の傷病名がない場合は算定できません。汚染されたものであっても、「切創」はデブリードマン加算の対象とはなりません。

したがって、この場合には、労災特掲の「初診時ブラッシング料」で算定することとなります。

（3）　「K000 創傷処理」にかかる「真皮縫合加算」は、露出部の創傷に限りますが、露出部であっても「眼瞼」や「手掌」には真皮が存在せず、また「指」は傷跡を目立たなくする医学的必要がないとされていますので、算定できません。

なお、「踵」、「足底部」については、真皮縫合加算が算定できます。

（4）　「｛K000 創傷処理｝は切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む）を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以降の手術創に対する処置は以下の処置を含め、いかなる場合も「Ｊ000 創傷処置」により算定することとなります。

・手術後、創部感染や化膿、壊死等が認められ、同一手術創に対して処置を行った場合

・医療機関で手術を行ったのちに転医し、転医先にて同一手術創に対して処置を行った場合

なお、当該処理のための術前検査、注射や入院料等は算定可能です。

（５）　「K002 デブリードマン」の算定については、「K013 分層植皮術」から「K021 - 2 粘膜弁手術」までの手術を前提に行う場合にのみ算定できるものです。

例えば、翌月に「K013 分層植皮術」を予定し、当月は「K002 デブリードマン」のみ算定している場合には、レセプトに「分層植皮術予定年月日」を必ず付記して下さい。

（６）　「K037 腱縫合術」の算定に当たり、切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、「K000 創傷処理」の「２」に準じて算定します。

なお、「伸筋腱の断裂の単なる縫合」とは、断裂した腱を縫合するに当たり、例えば補助切開等を加えることなく容易に縫合が可能な場合をいいます。

（７）　「K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術」の算定について、鋼線、銀線等で簡単に抜去し得る場合には、「J000 創傷処置」又は「K000 創傷処理」の各区分により算定することになります。

なお、「簡単に抜去し得る場合」とは、鋼線、銀線等（ボルト等は含まない。）で固定したものであって、骨内に埋め込まれたものではない場合であり、「創傷処置」により算定するものは、皮膚切開を行わないで除去した場合であり、「創傷処理」により算定するものは、簡単な皮膚切開により除去した場合が該当します。

（８）　「皮膚欠損用創傷被覆材」を「手術縫合創」に使用した場合には、算定することはできませんので留意して下さい。

よって、手術後に使用した場合で、手術縫合創に使用していない場合は、その旨をレセプトに付記して下さい。

４　検査料の算定に関して

（１）医療従事者等の針刺し事故等における感染症に係る検査について

針刺し事故直後に行われる各種感染症の検査は、この検査が既にキャリアになっているかどうかを特定するために特別に認められているものです。

感染症が特定されている場合は当該感染症に係る検査のみ算定できますが、感染症が特定されていない場合は、医師が必要と認めた感染症にかかる検査を算定することができます。

また、その後の検査については、キャリアの時期を特定するために特別に認めているので、一般的には感染症の潜伏期間内に限って認められることになります。

（２）じん肺患者に係る経皮的動脈血酸素飽和度測定について

酸素吸入を行っていないじん肺患者に対して、呼吸困難症状がある場合などに、酸素吸入を行う必要があるか否かの判断のため、経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施した結果、酸素吸入が必要ないと判断された場合でも算定可能です。

５　投薬・注射料の算定に関して

（１）Ｂ型肝炎ワクチンの取扱い

①　医療従事者等が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてＨＢｓ抗原が陽性でＨＢｅ抗原が陰性の血液による汚染を受けたことが明らかな場合は、免疫グロブリン製剤「抗ＨＢｓ人免疫グロブリン」（ＨＢＩＧ）の注射に加え、ＨＢワクチン接種が算定できます。

②　医療従事者等の既存の負傷（業務上外を問わず、医療従事者等が受けたすべての負傷をいう。）に業務上の事由によりＨＢｓ抗原が陽性でＨＢｅ抗原が陰性の血液が付着した場合においても、ＨＢＩＧ注射とＨＢ型ワクチン接種が算定できます。

（２）インターフェロン製剤の取扱い

インターフェロンの投与については、ＨＣＶ汚染血液等に業務上接触したことに起因してＨＣＶに感染し、当該Ｃ型肝炎が業務上疾病と認められたものについては、保険給付の対象としていますが、当該疾病の発症前（針刺し事故直後）にインターフェロンを投与することは、健康保険においても算定できないこととされていることから、労災保険においても保険給付の対象となりません。

（３）沈降破傷風トキソイドについて

受傷後一般に２～３回（初回、１か月後、１年後）投与するものであることから、受傷後１年を経過し再度使用した場合であっても算定できます。

（４）骨粗鬆症治療剤について

骨折にて治療継続中の傷病労働者に対して、骨癒合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤を投与した場合は、健保では保険適用外となるため、労災保険においても算定できません。

ただし、私病である骨粗鬆症の治療が、業務上疾病である骨折の治療上明らかに必要であると医師が認めた場合には、骨粗鬆治療剤を算定できます。

（５）タケプロンカプセル等のプロトンポンプ阻害剤について

骨折等の鎮痛等を目的として、ロキソニン等の非ステロイド性抗炎症薬が投与されることがあるが、この非ステロイド性抗炎症薬の副作用等により生ずる胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎等は業務上の傷病ではないが、業務上の傷病の治療上明らかに必要と認められる場合や、業務上の傷病の治療に関連したものであれば、薬効、適応及び用法を満たしていれば、労災保険給付の対象となります。

ただし、胃潰瘍等が業務上の傷病の治療に関連しない私病である場合には、労災保険給付の対象とはなりません。

（６）抗ＨＩＶ薬について（ＨＩＶ感染の有無が確認されるまでの投与期間）

医療従事者等の針刺し事故等の受傷等の後ＨＩＶ感染の有無が確認されるまでの間に行われた抗ＨＩＶ薬の投与は、受傷等に起因して体内に侵入したＨＩＶの増殖を抑制し、感染を防ぐ効果があることから、感染の危険に対し有効であると認められる場合には、療養の範囲として取扱うとされています。

なお、具体的には以下のとおりとされていますので留意願います。

マニュアル及びガイドラインによれば、医療従事者等の針刺し事故等の受傷後、可及的速やか（可能であれば２時間以内）に投与することを推奨し、４週間程度の服用が有効とされていることから、原則として、受傷後４週間まで投与を算定可としています。

なお、抗ＨＩＶ薬の範囲については、原則として、マニュアル及びガイドラインに記載されている抗ＨＩＶ薬の投与に限るものであります。

６　歯科診療について

（１）　義歯の業務上災害による破損について

既に義歯を装着している者が業務災害のため当該義歯を破損した場合之が修理費（修理不能の場合の新たな義歯を装着する費用を含む）の取扱いについて

義歯は、義肢、義眼等の如き身体障害の補助具と異なり、寧ろ生歯に近いものであり、これを破損した場合は咀嚼力を低下し、消化器官を損ない延いては生理障害の因をなすものであるから、業務災害により義歯を破損した場合は、これに要する修理は療養補償の範囲に属するものとなります。

（２）　労災診療費における歯冠補修及び欠損補綴の取扱いについて

①　原状復帰について

業務災害又は通勤災害により、保険適用外の材料を用いた補綴等を破損した場合

には、当該補綴等を原状復帰するための費用は療養（補償）給付の対象とします。

② ①以外で保険適用外の材料を用いた場合について

業務災害又は通勤災害により、補綴等を必要とされる場合の当該補綴等の種類（材料）と費用については、下表のとおりとするので、同表により療養（補償）給付の対象とします。

【歯科における保険適用外の材料等一覧】

	名称	内容	診療費
1	オールセラミック	全体がセラミック（陶器）でできている。	材料費について、1本当たり原則8万円を上限とする。
2	ハイブリッドセラミック	セラミックとレジンを混ぜた材質でできている。	
3	メタルボンド	中身は金属で外から見える部分はセラミックでできている。	

※1 上記以外の材料の使用又は診療費の上限額を超える場合については、個別に必要性を勘案した上で協議することになります。

※2 診療費欄の8万円には、歯冠修復にあっては歯冠形成（歯台築造を含む。）以降、欠損補綴にあっては補綴時診断以降を含みます。

（3） 保険適用外の義歯（セラミック等）を装着している者が、業務上災害のため当該義歯を破損した場合、新たに同様の義歯を装着する費用は、当該補綴等を原状復帰するための費用に当たるため療養補償給付の範囲として取り扱います。

（4） 歯牙破損した被災労働者に対して、医学的判断に基づき、インプラント以外の治療方法がないと判断される場合についてのインプラント治療費については、労災保険においては健康保険に準拠していることから、「J 109 広範囲顎骨支持型装置埋入手術」の施設基準及び算定要件を満たす場合については支給対象となりますが、それ以外については支給対象となりません。

ただし、業務災害又は通勤災害により、保険適用外の材料を用いた補綴等を破損した場合、当該補綴等を原状復帰するための費用は療養（補償）給付の対象になります。

34　労災保険における治療用材料及び治療用装具の取扱い

傷病労働者に装用させた治療用装具等の費用は、指定医療機関で作製されたものは他の一般診療費と同様に療養の現物給付扱いとなりますが、外部の製作業者に依頼して作製したものは傷病労働者に対する療養の費用払い扱いとなります。療養の費用の額は、それぞれ支給される治療用材料等により異なりますが、主なものは下表のとおりです。

項　　目	取　扱　い
装着式収尿器（人工膀胱）	支給。尿路障害者に支給
人工肛門受便器（ペロッテ）	支給（装着式収尿器の取扱いに準ずる。） 人工肛門造設者に支給
浣腸剤	支給。せき髄損傷等神経系の障害による便秘症のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給
ソフトコンタクトレンズ	支給。（注）視力の屈折矯正のために使用するコンタクトレンズは除く。
補聴器	不支給（傷病が治ゆした者には、社会復帰促進等事業から支給）
眼鏡	不支給（業務災害により、視力が0.6以下に低下したものについては、社会復帰促進等事業から支給）
義眼	眼球摘出後眼窩保護用として支給
義歯	義歯を業務災害により破損した場合、これに要する修理は療養補償範囲に含める。
腰部又は胸部固定帯、頚椎固定用シーネ、鎖骨固定帯、膝・足関節の創部固定滞（コルセット、ポリネック、クラビクルバンド等）	療養上必要あるものは療養の給付として支給すべき治療材料に属するものとして療養費として支給する。
歩行補助器 松葉杖	医療機関がこれを本人に貸与すべきであるが、療養目的をもって自己が購入した場合は、療養費として支給して差し支えない。
義肢装着前の訓練用装具（練習用仮義肢）	症状固定前の仮義手及び仮義足（義手に係る装飾用並びに義足に係る作業用は除く。）については、診療担当に当たる医師の

	指示、指導のもとに使用する場合、１回に限り、治療用装具として療養費を支給する。
伸縮性包帯	頭部・頸部・躯幹固定用の他、四肢固定用についても支給を認める。なお、バストバンド、トラコバンド等は躯幹固定用伸縮性包帯に含める。
保護帽子 （頭蓋骨欠損部分保護）	人口骨を挿入するまでの間、頭蓋骨欠損部分を保護するためのものとして支給
フローテーションパッド	支給 自力による体位変換が不可能若しくは困難な状態が長期間にわたると見込まれる傷病労働者に対し、１人につき１枚支給
滅菌ガーゼ	支給 せき髄損傷等による重度の障害者のうち、尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの又は尿路へカテーテルを留置しているもの若しくはこれらに類する創部を有するもの 自宅等で頻繁にガーゼを必要とするため、診療担当医が投与の必要を認めたもの（通院療養者に限る。）