Ⅵ　労災診療費算定基準Ｑ＆Ａ

１　初診料

Ｑ１　他保険により１傷病について診療継続中に、新たに労災の傷病が発生し、診療を行った場合、初診料（3,850 円）は算定できますか。

Ａ．　算定できます。

診療報酬点数表（医科に限る。）の初診料の注５前段にかかわらず、健康保険等他保険及び自費（医療保険給付対象外）により傷病の診療を継続している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、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、または、健康診断に引き続いて、当該健康診断を受けた医療機関において、業務上の事由又は通勤による疾病により、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、診療報酬点数表（医科に限る。）の初診料の注５ただし書に該当する場合については、1,930 円を算定します。

Ｑ２　他保険等により傷病の診療を継続している期間中に、同一医療機関で、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、初診料を算定できますが、他保険等で診療を継続している診療科と、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病による初診を行った診療科が同一の診療科でも、労災保険による初診料は算定できますか。また、別々の診療科であっても、診療を行う医師が同一の場合の算定は可能ですか。

Ａ．　他保険等で診療を継続している診療科と同一であっても、その医療機関の主治医は、すでに把握している病態をもって、労災事故に係る負傷等に対し的確な治療に資することは現実的にはできず、初めて受診する医療機関における主治医と同様の事項について確認を行う必要があります。

すなわち、労災事故の状態の把握、業務中又は通勤途上で発生したかどうかを確認する必要があるため、他保険等で診療継続中であるかどうかにかかわらず、医師の負担に変わりはないものであるとの考え方から、初診料を算定できます。

また、別々の診療科で同一の医師が診療を行った場合も同様です。

ただし、同一の医師が同時に診察をした場合等、明らかに初診行為が一つである場合においては、各々算定することはできません。

Ｑ３　同一月に同一患者が労災事故を２度起こし、２度とも同一医療機関を受診した場合、初診料（3,850 円）は労災事故ごとに算定できますか。

Ａ．　算定できます。

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。ただし、異なる災害で生じた傷病を、同一の医師が同時に診察をした場合等、明らかに初

診行為が一つである場合においては、各々算定することはできません。

Ｑ４　労災事故により、医科歯科併設の医療機関の整形外科に入院中の患者が、同一の災害により歯科を受診した場合、初診料（3,850 円）は算定できますか。

Ａ．　医科診療に属する診療科に係る傷病で入院中の患者について、歯牙口腔の疾患のために歯科において初診を受けた場合、又は逆に歯科診療に係る傷病で入院中の患者について、他の傷病により医科診療に属する診療科において初診を行った場合等、医科診療と歯科診療の傷病が異なる場合は、それぞれ初診料を算定することができます。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料を算定します。

Ｑ５　初診料及び再診料について、同一日に同一の医療機関の複数科を受診した場合、「異なる傷病の場合は両科で算定可能。同一の傷病又は互いに関連のある傷病の場合は主たる診療科で算定する。」と解釈していますが、「異なる傷病」、「互いに関連のある傷病」に該当するのは、具体的にどのような場合ですか。

Ａ．　具体例を挙げると、脊髄損傷で整形外科、神経因性膀胱で泌尿器科を受診した場合には、傷病名が関連すると思料されるため、算定できません。また、左頸骨骨折で整形外科とリハビリテーション科を受診した場合は、同一傷病と思料されるため、算定できません。

Ｑ６　初診料について、診療報酬点数表（医科に限る。）の初診料注だだし書に該当する点数が算定できるのは、具体的にどのような場合ですか。

Ａ．　具体例を挙げますと、同一災害により薬品が①目に入るとともに②手（皮膚）に付着し、①眼科及び②皮膚科を同一日に受診した場合に、ただし書きの所定点数を算定することができます。また、同一の爆発災害により①耳が聞こえなくなるとともに、②火傷をし、①耳鼻科及び②皮膚科を同一日に受診した場合に、ただし書きの所定点数を算定することができます。

Ｑ７　受診命令の場合、傷病労働者の検査に要した費用として実費を支給することとされていますが、その中に初診料は含まれていますか。

また、画像（Ｘ線撮影）のみを依頼した場合は、初診料（3,850 円）を算定できますか。

Ａ．　初診料（3,850 円）を含みます。ただし、当該検査に診断行為が伴う場合に限ります。

なお、Ｘ線撮影のみの場合は、診断行為が伴わないため算定できません。

Ｑ８　夜間・早朝等加算の対象となる時間帯はいつですか。

Ａ．　対象となる夜間・早朝等とは、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜（午後 10 時から午前６時までの間）及び休日を除く。）、休日

又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間となります

２　救急医療管理加算

Ｑ１　労災事故で負傷した患者が、かねてより私病で受診中の医療機関で労災傷病について初診を行った場合、救急医療管理加算は算定できますか。

Ａ．　算定できます。

当該加算は、初診料（3,850 円）を算定した場合に算定できるものです。

Ｑ２　労災事故で負傷した患者を、救急で収容した医療機関では、応急処置のみを行い他の医療機関に転医した場合、転医先の医療機関においても救急医療管理加算を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

転医先の医療機関において初診料（3,850 円）が算定でき、かつ、当該治療に緊急性があれば、救急医療管理加算を算定できます。

ただし、傷病発生から数か月経過し、病状が安定した後に転医した場合、また再発等の場合には緊急性がないので算定できません。

Ｑ３　救急を要しない傷病（じん肺症、振動障害等）の初診の場合において、救急医療管理加算を算定できますか。

Ａ．　算定できません。

じん肺症、振動障害等の慢性疾患あるいは遅発性疾病のような、治療するに当たり緊急性のない傷病の患者については、初診料を算定できる場合であっても救急医療管理加算は算定できません。

ただし、じん肺症の合併症などで治療するに当たり緊急性があれば、救急医療療管理加算を算定できます。

Ｑ４　初診料において手術、処置がなく、診察、投薬のみの場合でも、緊急医療管理加算を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

診療行為の種別に関わらず、救急医療を行った場合は算定できます。

Ｑ５　傷病患者がＡ病院に救急にて搬送されましたが、Ａ病院には眼科が無く、傷病の状態から眼科の専門医が必要となり、Ｂ病院に眼科医の対診を依頼し処置を行った際、それぞれの医療機関において緊急医療管理加算を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

健康保険の対象に係る診療報酬請求の取扱いにおいて、初診料、往診料はそれぞれの医療機関で請求できるとされており、また、他の診療行為にかかる診療費については、主治医の属する医療機関において請求するものとされ、治療等を共同で行った場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるとされております。

労災保険における取扱いは健康保険に準拠することから、当該加算の算定要件

である初診料が算定でき、かつ、緊急性が認められる場合においては、両院とも算定できます。

Ｑ６　同一日複数科受診時の初診料（1,930 円）を算定する患者に対して、救急医療が行われた場合に、救急医療管理加算は算定できますか。

Ａ．　算定できません。

同一日複数科受診時の初診料（1,930 円）を算定する場合については、救急医療管理加算は算定できません。

Ｑ７　初診時に救急医療が行われ、即入院することとなった患者が、入院後４日目には状態が回復し、緊急医療が行われなくなった場合に、「Ａ205　救急医療管理加算」は算定できますか。

Ａ．　算定できます。

入院の時点での状態が基準に該当すれば、その後病状が改善していても７日間まで算定することができます。

Ｑ８　最初に収容された医療機関で、初診時に救急医療が行われ、即入院し４日間経過後に、容態の急変等により他の医療機関に転院した場合、転院先医療機関は救急医療管理加算を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

最初に収容された医療機関で４日間算定していても、転院先の医療機関で初診時に算定要件を満たしているのであれば、入院日数に応じて７日を限度として救急医療管理加算を算定できます。

Ｑ９　初診時に救急医療が行われ、即入院することとなった患者について、「Ａ300　救命救急入院料」を算定する病室に入院し、４日目から一般病棟入院基本料を算定する病室へ転室となった場合は、４日目から「Ａ205　救急医療管理加算」を算定することができますか。

Ａ．　算定できます。

救急医療管理加算と救命救急入院料については、重複して算定できませんが、入院の時点での状態が基準に該当すれば、一般病棟入院基本料を算定する４日目から、４日間救急医療管理加算を算定できます。

３　療養の給付請求書取扱料

Ｑ１　新たに労災指定医療機関となったので、現在診療中の労災患者に係る「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」を取り扱ったが、療養の給付請求書取扱料を算定することができますか。

Ａ．　算定できます。

非指定医療機関から労災指定医療機関に指定された場合には、当該医療機関で診療を受けている労災患者は、療養の給付請求書を提出する必要があります。

この場合、療養の給付請求書を実際に取り扱っていることから、療養の給付請求

書取扱料を算定することができます。

Ｑ２　再発の場合、療養の給付請求書取扱料を算定することができますか。

Ａ．　算定できません。

４　再診料・外来診療料・外来管理加算

Ｑ１　健康保険の傷病と労災の傷病とを引き続き平行して診療する場合、同一日についてそれぞれの傷病について再診料を算定できますか。

Ａ．　同一日に同一の医療機関の同一診療科を再診した場合は、主たる傷病についてのみ再診料を算定します。

一方、同一日に同一の医療機関の別の診療科を再診した場合は、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します。

Ｑ２　一般病床の病床数 200 床以上の病院については、再診料（労災特掲料金）は算定できないものと解してよろしいですか。

Ａ．　再診料は算定できません。

なお、病床数の考え方は、健康保険の取扱いと同様です。

Ｑ３　同一日に他の傷病について、一方は他保険で再診として受診し、もう一方は労災で別の診療科を再診として受診した場合について、再診料の算定はどのようにしたらよろしいですか。

Ａ．　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で同一の診療科を再診した場合は、主たる傷病について再診料を算定することになります。

また、同一日に同一の医療機関で別の診療科を再診した場合は、主たる傷病について再診料を算定し、他方の傷病について２科目の再診料を算定することになります。

Ｑ４　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、例えば、同一災害で負傷部位が同一であっても、複数の診療科を受診している場合は算定できますか。

Ａ．　２科目の再診料は、同一部位でも、他の傷病である場合は算定できます。

ただし、関連のある傷病については算定できません。

Ｑ５　別災害の労災で同一日に同一の医療機関で２つの診療科を受診した場合、それぞれの診療科において再診料（1,430 円）を算定できますか。

Ａ．　主たる傷病に係る診療科において再診料（1,430 円）を算定し、２つ目の診療科においては、２科目の再診料（720 円）の算定となります。再診料の２科目の算定に当たっては、同一災害か別災害かという観点ではなく、他の疾患について別の診療科を再診として受診した場合に、２つ目の診療科に限り、２科目の再診

料を算定できるものです。

Ｑ６　一般病床の病床数 200 床維持用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、外来診療料は適用になりますか。

Ａ．　適用されません。

外来診療料ではなく再診料（労災特掲料金）を算定することになります。

Ｑ７　歯科又は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し出（逆紹介）を行ったにもかかわらず、患者が当該医療機関を受診したため当該患者から「特別の料金」を徴収した場合、どのような取扱いになりますか。

Ａ．健康保険の「療担規則」において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床数 200 床以上に限る）及び紹介受診重点医療機関（一般病床数 200 床以上に限る）については、逆紹介を行ったにもかかわらず当該医療機関を外来受診した患者から、「特別の料金（定額負担料）」を徴収すること（「療担規則」第 3 の 18 参照）となっており、当該「特別の料金（定額負担料）」を徴収した医療機関においては、再診料 1,000 円を算定することとなる。

また、その他の一般病床数 200 床以上の病院で徴収することができるとされている（「療担規則」第 3 の 18 参照）「特別の料金」を徴収いている場合は、再診料 1,420 円を算定する。

なお、医科の再診については、当該「特別の料金（定額負担料）」を徴収する医療機関は外来診療料を算定することとなるため、健康保険の取り扱いに準拠した点数を算定する。

Ｑ８　１日に複数回の再診を行った場合において、外来管理加算は算定できますか。

Ａ．　再診の要件を満たした場合に算定できます。

なお、電話による再診の場合は算定できません。

Ｑ９　外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができることになっていますが、同一日に外来管理加算の点数を上回る処置等と、それに満たない処置等を併せて行った場合、外来管理加算の特例を算定することができますか。

Ａ．　算定できます。

外来管理加算の特例の算定に当たっては、単に外来管理加算の点数に満たない処置等が１つでもあればよいものであり、外来管理加算の点数を超える処置等があっても、それについては考慮する必要はありません。

Q10　頸部、腰部、右上腕にそれぞれ消炎鎮痛等処置（マッサージ等の主技による療法）を行った場合、外来管理加算は算定できますか。

Ａ．　算定できます。

（例）消炎鎮痛等処置（頸部）　　35 点（＋外来管理加算 52 点）
　　消炎鎮痛等処置（腰部）　　35 点　→　52 点（読み替え）
　　消炎鎮痛等処置（右上腕）　35 点×1.5 倍＝53 点

処置料　　140 点（35 点＋52 点＋53 点）
外来管理加算　　52 点（別途算定）
合　計　　140 点（処置料）＋52 点（外来管理加算）＝192 点

Q11　次のような場合に外来管理加算は算定できますか。

運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位（右上肢）　270 点（180 点×1.5）
消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（頸部）　35 点
消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（右上肢）　53 点（35 点×1.5）

Ａ．　消炎鎮痛等処置（頸部）の算定点数が 52 点未満であることから、消炎鎮痛等処置（頸部）を算定する場合については、外来管理加算は算定できます。

次の①から③の何れかにより算定します。

①　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（右上肢）270 点と、消炎鎮痛等処置（頸部）35 点を算定した場合は、消炎等鎮痛処置（頸部）の所定点数が 52 点未満であることから、外来管理加算は算定できます。

270 点＋35 点＋52 点（外来管理加算）＝357 点

②　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（右上肢）270 点と、消炎鎮痛等処置（右上肢）53 点を算定した場合は、消炎鎮痛等処置（右上肢）の所定点数が 52 点を超えていることから、外来管理加算は算定できません。

270 点＋53 点＝323 点

③　消炎鎮痛等処置（頸部）35 点と消炎鎮痛等処置（右上肢）53 点を算定した場合は、消炎鎮痛等処置（頸部）の所定点数が 52 点未満であることから、外来管理加算は算定できます。

35 点＋53 点＋52 点（外来管理加算）＝140 点

よって、①及び③については、外来管理加算は算定できますが、最も算定点数が高くなる①により算定します。

Q12　次のような場合に外来管理加算は算定できますか。

湿布処置（右足部）　53 点（35 点×1.5）
肛門処置　24 点
介達牽引（左下肢）　53 点（35 点×1.5）
矯正固定（左上肢）　53 点（35 点×1.5）
低出力レーザー照射（右上肢）　53 点（35 点×1.5）

Ａ．　肛門処置の算定点数が 52 点未満であることから、肛門処置を算定する場合については、外来管理加算は算定できます。

次の①及び②の何れかにより算定します。

①　湿布処置及び肛門処置（それぞれ倍率が異なる部位であるため）を算定する

場合は、湿布処置（右足部）53 点及び肛門処置 24 点の他に、介達牽引（左上肢）53 点、矯正固定（左上肢）53 点、低出力レーザー照射（右上肢）53 点のうち計２部位まで算定できます。

湿布処置 53 点＋肛門処置 24 点＋介達牽引 53 点＋矯正固定 53 点
＋外来管理加算 52 点＝235 点

② 湿布処置及び肛門処置を算定しない場合は、介達牽引（左下肢）53 点、矯正固定（左上肢）53 点、低出力レーザー照射（右上肢）53 点を計３部位まで算定できます。

介達牽引 53 点＋矯正固定 53 点＋低出力レーザー照射 53 点＝159 点

よって、最も点数が高くなる①により算定します。

Q13　外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができることになっており、当該処置等には眼科学的検査も含まれますが、

①　「D273　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）」48 点と「D255　精密眼底検査（片側）」56 点を同一日に行った場合、外来管理加算の特例を算定できますか。

②　「D259　精密視野検査（片側）」38 点と「D276　網膜中心血管圧測定（簡単なもの）42 点を同一日に行った場合、最も低い点数に外来管理加算を算定し、その他の点数は、外来管理加算の点数に読み替えて算定できますか。

Ａ．　①及び②とも算定できます。

眼科学的検査については、それぞれ別個の検査と考えられます。

Q14　B001(17) 慢性疼痛疾患管理料を算定した月においても、外来管理加算の特例を算定することはできますか。

Ａ．　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等（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、外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、特例として外来管理加算を算定することができ、同一日に外来管理加算の点数に満たない処置等の点数が２つ以上ある場合には特例として最も低い点数に対し外来管理加算を算定でき、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。

５　再診時療養指導管理料

Ｑ１　２科目の外来診療料を算定できる場合に、再診時療養指導管理料は算定できますか。

Ａ．　同一の医療機関において、同一日に２以上の診療科で指導を行った場合であっても、再診時療養指導管理料は１回として算定することとなります。

なお、医科と歯科の場合について、それぞれ算定できます。

Ｑ２　外来リハビリテーション診療科を算定した場合に、併せて再診時療養指導管理加算を算定できますか。

Ａ．　主治医が診療（再診）を行い、療養上の指導を行った場合であって、外来リハビリテーション診療科１又は外来リハビリテーション診療料２を算定できる場合には、再診時療養指導管理料を算定することができます。

Ｑ３　自宅療養をしているせき損患者の看護人が投薬を受け取りに来た際に、日常生活等の指導を行った場合に、再診時療養指導管理料を算定することができますか。

Ａ．　算定できます。

健康保険の特定疾患療養管理料の取扱いに準拠します。

（参考）

診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても特定疾患療養管理料を算定できます。

Ｑ４　電話再診の場合、再診時療養指導管理料は算定できますか。

Ａ．　算定できません。

労災保険における再診時療養指導管理料の基本的な考え方は、健康保険の特定疾患療養管理料と同様です。

健康保険の電話等による再診の取扱いにおいて、「当該再診料を算定する際には第２章第１部の各区分に規定する医学管理料等は算定できない」ことから、電話再診時における再診時療養指導管理料は算定できません。

なお、平時においては、上記のとおり、電話再診の場合は再診時療養指導管理料は算定できません。

しかしながら、新型コロナウイルスの感染拡大により、診療報酬が臨時的な取扱いをされる間は、再診時療養指導管理料は電話再診の場合でも算定可能なのでご留意願います。

Ｑ５　Ｃ005　在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合に、再診時療養指導管理料を併せて算定できますか。

Ａ．　算定できません。

医師の診療が行われない場合においては、再診時療養指導管理料を算定することはできません。

Ｑ６　再診時療養指導管理料は、訪問診療を行い、Ｃ001　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又はＣ001-2　在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した場合においても算定できますか。

Ａ．　算定できます。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合であっても、療養上の指導（食事、日常生活、機能回復訓練、メンタルヘルスに関する指導）につい

て、患者の症状に応じて必要な指導を１つでも行った場合は、その都度算定できます。（再診時療養指導管理料と同月に重複算定できない管理料等に留意願います。）

Ｑ７　同一日に１つの診療科でじん肺、もう１つの診療科で振動障害の治療を再診で行った患者について、同一日であっても傷病が異なることから再診時療養指導管理料をぞれぞれ算定できますか。

Ａ．　算定できません。

同時に２つ以上の診療科を再診で受診している場合は、主病と認められる傷病の治療を行っている診療科においてのみ算定できます。

Ｑ８　再診料は、同一日に再診が２回以上行われた場合であっても再診の都度（検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合、薬剤のみを取りに来た場合、検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、その後来院した場合を除く）算定することができますが、再診時療養指導管理料についても、同一日に２回以上再診が行われた場合、再診の都度算定できますか。

Ａ．　算定できます。ただし、指導内容が各々異なっている場合に限ります。

なお、再診料が算定できない場合には、再診時療養指導管理料も算定できません。

また、電話による再診についても算定できません。

Ｑ９　再診時療養指導管理料とＢ001（2）特定薬剤治療管理料の重複算定はできますか

Ａ．　重複算定できます。

再診時療養指導管理料と同一月に算定できないものは、健康保険の特定疾患療養管理料及び、特定疾患療養管理料と重複算定できないと規定されている管理料・指導料等です。再診時療養指導管理料と特定薬剤治療管理料では、性質が違うものなので重複して算定できます。

Q10　歯科診療に関する医学管理等に、Ｂ000-4 歯科疾患管理料、Ｂ001-2 歯科衛生実地指導料及びＢ002 歯科特定疾患療養管理料がありますが、労災特掲である再診時療養指導管理料とは重複して算定できますか。

Ａ．　歯科衛生実地指導料については、再診時療養指導管理料と重複算定できます。

歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料については、重複算定できません。

①歯科疾患管理料、②歯科特定疾患療養管理料は、次の算定要件に該当する場合にそれぞれ月２回を限度として算定することとなっており、ともに同趣旨の再診時療養指導管理料との重複算定はできません。

【主な算定要件】

①歯科疾患管理料

継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して、口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により行う口腔管理に加えて、症状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防を評価したものいい、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定します。

②歯科特定疾患療養管理料

口腔領域の悪性新生物（エナメル上皮腫を含む。）等を主病とする患者に対して治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合に算定します。

また、歯科衛生実地指導料は、健康保険の取扱いにおいて、歯科疾患管理料及び歯科特定疾患療養管理料と同一月において重複して算定することができる取扱いであることから、当該指導料と再診時療養指導管理料は重複して算定でます。

Q11　他保険にて主たる治療を行い、再診料を算定し、労災にて２科目の再診料を算定した場合に再診時療養指導管理料を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

再診時療養指導管理料は、再診料が算定できる場合にその算定が認められるものです。また、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（医科と歯科の場合を除く。）、再診時療養指導管理料は１回として算定するとされていますが、再診時療養指導管理料は、労災独自の評価項目（労災特掲）であり、本件の場合、仮に他保険傷病に関して療養上の指導が行われたとしても、再診時療養指導管理料は算定されないためです。

Q12　他保険にて主たる治療を行い、再診料を算定し、引き続き労災にて同一診療科を受診した場合に再診時療養指導管理料を算定できますか。

Ａ．　本件の場合、労災では再診料は算定できませんが、主治医が診療（再診）を行い、療養上の指導を行った場合は再診時療養指導管理料を算定できます。

６　医学管理等・在宅医療

Ｑ１　Ｂ001－5 手術後医学管理料については、「入院の日から起算して 10 日以内」とありますが、入退院を繰り返す場合、入院起算日は入院期間の計算と同様の考え方となりますか。

Ａ．　入院の起算日は、入院期間の計算と同様の考え方となります。

Ｑ２　Ｂ001-6　肺血栓塞栓症予防管理料については、同一の医療機関に再入院した際、入院の起算日が変わらなくてもガイドラインに従い、肺血栓塞栓症予防のための医学管理を適切に行った場合には、算定することはできますか。

Ａ．　算定できます。

入院期間の計算の考え方と異なり、「入院中１回に限り」算定することとされて

いるので、入院起算日が変わらない再入院の場合でも算定要件を満たす限り算定できます。

なお、入院中に「弾性ストッキング」を２回・３回必要になった場合でも、肺血栓塞栓症予防管理料は、入院中１回のみの算定となります。

Ｑ３　Ｂ001-6　肺血栓塞栓症予防管理料は、「肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に消炎鎮痛等処置の点数は算定できない」こととされていますが、当該管理料を算定した患者に対しては、入院期間中に消炎鎮痛等処置を行っても全く算定することができなくなりますか。

Ａ．　肺血栓塞栓症の予防を目的としない消炎鎮痛等処置は算定できます。

よって、肺血栓塞栓症の予防を目的としてではなく、負傷部位に対して消炎鎮痛等処置を行った場合には算定できるものです。

７　検査料

Ｑ１　「糖尿病」や「心臓疾患」等の私病（基礎疾患）を有する者が業務上負傷した場合、その私病に対する治療や検査、投薬がどの程度認められるものですか。

Ａ．　業務上疾病の治療上必要と認められる私病の治療費については、私病に対する治療が業務上疾病の治療上明らかに必要と認められた場合には保険給付の対象となります。

当該私病に対する治療が業務上疾病の治療上必要であるものであるか否かは、医学的な判断となることから、別途専門医等の意見を踏まえた上で判断することになります。

Ｑ２　ＨＣＶ陽性患者に使用した注射針によって、針刺事故を起こした患者に伴うＨＣＶ抗体検査については、どの時点まで認められますか。

Ａ．　針刺事故直後の検査については、医師がその必要性を認めた場合に限り、当該事故による負傷に対する治療の一環として認めているところです。目安としてはＣ型急性肝炎の潜伏期間（２～16 週間）及び発症後、ＨＣＶ抗体が陽性となるまでの期間（１～３か月）を合算した期間内であれば、労災保険の給付の対象として認めています。

Ｑ３　梅毒陽性患者に使用した注射針による針刺事故における検査についても保険給付の対象となりますか。

Ａ．　保険給付の対象となります。

梅毒に限らず、針刺事故に伴う直後検査であって、医師がその必要性を認めた場合については、針刺事故に伴う負傷に対する治療の一環として保険給付の対象となります。

Ｑ４　振動障害に係る検査において、つまみ力検査及びタッピング検査を各々両手に行った場合、どのように算定するのか。

Ａ．　つまみ力検査及びタッピング検査は、両手を一対として行うものであることから、片手、両手にかかわらず 60 点を算定します。

Ｑ５　酸素吸入を行っていないじん肺患者に対して、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算定することはできますか。

Ａ．　算定できます。

酸素吸入を行っていない患者に対して、呼吸困難症状がある場合などに酸素吸入の可否を判断するために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。

８　画像診断

Ｑ１　胸部及び左足に対して単純撮影を行い、各々に撮影した画像を電子化して管理及び保存を行った場合、部位ごとに 57 点を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

異なる部位に対して行った撮影は、一連の撮影とみなされないので、部位ごとに算定できます。

Ｑ２　外来で時間外に受診した患者が、画像診断を行い、その結果緊急入院となった場合、レセプト請求では入院用を使用することとなりますが、時間外緊急院内画像診断加算は算定できますか。

Ａ．　時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて､引き続き入院となった場合は算定できます。

Ｑ３　時間外緊急院内画像診断加算については、医療機関が表示する診療時間以外の時間に、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、算定できることとされていますが、この診療については、医療機関が表示する診療時間以外の時間に開始されたものでなければ算定できませんか。

Ａ．　算定できます。

当該診療は、医療機関が表示する診療時間内に開始して行われたものであっても差し支えありません。

Ｑ４　時間外緊急院内画像診断加算は、初診又は再診に係る時間外加算等と同時に算定できますか。

Ａ．　同時に算定できます。

ただし、時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合においては、Ａ000 初診料

の「注９」及びA001 再診料の「注７」に規定する夜間・早朝等加算は算定できません。

Ｑ５　健康保険の取扱いにおいて、Ｅ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）及びＥ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の断層撮影の算定については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定するとされているが、労災保険においては、健康保険診療報酬点数表の規定に関わらず、２回目以降の断層撮影においても所定点数を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

健康保険診療報酬点数表における２回目以降の断層撮影の算定に係る規定は適用されません。

（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（＋Ｅ203 コンピュータ断層診断 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)算定でます。

（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（＋Ｅ203 コンピュータ断層診断 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)算定できます。

（例３）同一月に１回目ＣＴ撮影ロ、２回目ＭＲＩ撮影２、３回目ＣＴ撮影ロを行った場合。

１回目	ＣＴ撮影ロ	900 点（＋Ｅ203 コンピュータ断層診断 450 点）
２回目	ＭＲＩ撮影２	1,330 点
３回目	ＣＴ撮影ロ	900 点

合 計　3,130 点(断層診断を含め 3,580 点)算定できます。

９　コンピューター断層診断の特例

Ｑ１　労災疾病の部位ではなく、私病の部位を撮影したフィルムを診断した場合であっ

ても、コンピューター断層診断の特例は算定可能でしようか。

Ａ．　原則として労災傷病の部位を撮影したもの以外は算定できません。

ただし、以前に撮影された私病の部位を確認することで、労災の範囲を明確にする等、労災疾病の加療を行うために私病の確認が必要であると医学的に判断することができる場合は、私病の部位を撮影したフィルムを診断した際にも算定可能です。

Ｑ２　初診時に自院でコンピューター断層診断（450 点）を算定後、他院の画像を診断した場合はコンピューター断層診断の特例は算定可能でしょうか。

Ａ．　算定可能です。

初診時の自院の撮影によるコンピーター断層診断の撮影と、他院の画像を診断したことによるコンピューター断層診断の特例の算定は、同一月であっても算定可能です。

①　自院で実施（450 点）他院の画像を診断（225 点）　→　算定可能　○

②　初診時に他院の画像を診断（450 点）＋他院の画像を診断（225 点）

→　算定不可　×

※②は同月内の場合です。他院の画像の診断が翌月だった場合はそれぞれに算定可能です。

Ｑ３　他の医療機関に依頼して撮影されたフィルムを自院で診断した場合、コンピューター断層診断の特例は算定可能でしょうか。

Ａ．　算定可能です。

他院へ画像診断を依頼し、撮影されたフィルムを自院で診断する場合は、Ｂ009 診療情報提供料（Ⅰ）の留意事項（６）にもとづいて判断するため、当該特例は算定できません。

一方で、他院からすでに撮影されたフィルムを診察時に受け取り診断した場合はＥ203 コンピューター断層診断の留意事項（３）または当該特例にて算定することになります。

そのため、他院に「これから撮影してほしい」と依頼する場合（Ｂ009 にて判断）と「以前に撮影した画像を提供してほしい」と依頼する場合（当該特例にて判断）では、算定の取扱いが異なることになります。

（例）業務中に右足を負傷。以前に私病で右足を怪我したことがあり、労災対象の範囲を明確にする目的で、私病の加療を行った医療機関から右足のレントゲン画像を取り寄せて診断を行う場合等は、コンピーター断層診断の特例が算定可能です。

１０　投薬・注射

Ｑ１　使用済みの不特定多数の注射針による針刺事故の際に、免疫グロブリンとＨＢワクチンを針刺事故直後に投与したが、これらは保険給付の対象となりますか。

Ａ．　Ｂ型肝炎ウイルスの汚染を受けたこと（不特定多数の注射針の中にＢ型肝炎患者に使用した針が混入されている場合）が、血液検査や既往歴調査等により確認できれば保険給付の対象となります。

Ｑ２　インターフェロン製剤の使用について、針刺し事故直後に効果があるとして使用する場合があるが、保険給付の対象となりますか。

Ａ．　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るが、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はなりません。

Ｑ３　沈降破傷風トキソイドを使用していた患者が、受傷後１年を経過し再度使用した場合は算定できますか。

Ａ．　算定できます。

一般に２～３回（初回、１か月後、１年後）投与するものであるため。

Ｑ４　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、これらの薬剤は算定できますか

Ａ．　算定できません。

オステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤は、骨癒合を促進するために投与した場合、健康保険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、骨粗鬆症治療剤を算定できます。

Ｑ５　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対してタケプロンカプセル等のプロトンポンプ阻害剤が投与された場合、労災保険対象となりますか。

Ａ．　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、労災保険の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。

１１　リハビリテーション

Ｑ１　右下腿と腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（180 点）をそれぞれ１単位ずつ行った場合は、どのように算定するのですか。

Ａ．　以下のとおり部位ごとに算定します。

右下腿に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位　180 点×1.5 倍

腰　部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位　180 点

合　　計　　450 点

Ｑ２　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者が、新たに運動器リハビリテーション料の対象患者となった場合について、どのように算定するのですか。

Ａ．　病態の異なる疾患である場合には、脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料のそれぞれについて算定することができます。

ただし、疾患別リハビリテーション料については、健保点数表において患者１人につき１日６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については９単位）に限り算定できることとなっているため、これを超えて算定することはできません。

Ｑ３　疾患別リハビリテーションを行っている傷病労働者が転院した場合、疾患別リハビリテーションの起算日は、医療機関ごとに算定するのか、あるいは医療機関を通算して起算日から算定するのですか。

Ａ．　疾患別リハビリテーションの起算日は、心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は、治療開始日、脳血管疾患等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は発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日、廃用症候群リハビリテーション料は、廃用症候群の診断又は急性増悪からとなっています。

よって、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。

Ｑ４　脳血管疾患等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起算日は発症、手術若しくは急性憎悪又は最初に診断された日となっていますが、手術を行った場合及び急性憎悪となった場合は、起算日が変更されますか。

Ａ．　変更されます。

手術を行った場合及び急性憎悪となった場合は、新たな起算日となります。

Ｑ５　リハビリテーション情報提供加算については、Ｂ009　診療情報提供料（Ⅰ）が算定される場合であって、労災リハビリテーション実施計画書を添付した場合に算定することとされているが、その際にリハビリテーション総合計画評価料は算定できますか。

Ａ．リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づき行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できるものです。

そのため、リハビリテーション情報提供加算とは関係なく、リハビリテーション総合計画評価料の算定要件を具備していれば算定できます。

Ｑ６　労災リハビリテーション実施計画書の「具体的アプローチ」欄にはどのような内容を記載すればよいのか。また、説明者サイン欄は誰が記載すればよいのか。

Ａ．　労災リハビリテーション実施計画書における「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ業務内容・通勤方法等を考慮したアプローチ（キーボードの打鍵、バスへの乗車等）など、目標達成のためにどのようなことを行うのかについて記載する必要があります。

また、説明者サイン欄は、被災労働者に対してどのようなリハビリを行うのか説明を行った医療機関の担当者がサインを行うこととなります。

Ｑ７　①リハビリテーション総合計画評価料は算定できる期間に上限はありませんか。
②月の途中で転院した場合、リハビリテーション総合計画評価料の算定はどのようになりますか。

Ａ．①上限はありません。算定要件を満たすリハビリテーション総合実施計画書を作成して、患者に交付した場合にはリハビリテーションの開始時期や実施期間にかかわらず算定できます。よって、健康保険における標準的算定日数の上限を超えても引き続き算定できます。

②算定要件を満たすものであれば、転院前及び転院先の保険医療機関において、それぞれ算定できます。

Ｑ８　傷病に関わらず、健康保険における標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを継続して行う場合は、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とあるが、標準的算定日数を超えた場合は、全ての傷病に対して、医学的所見等の記載が必要ですか。

Ａ．　標準的算定日数を超え、さらに１月 13 単位を超えて疾患別リハビリテーションを継続して行う場合に限り、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載又は労災リハビリテーション評価計画書の添付が必要となります。

Ｑ９　診療費請求内訳書の摘要欄に記載する標準的算定日数を超え、さらに１月 13 単位を超えてリハビリテーションを行うべき医学的所見等とは、「労災リハビリテーション評価計画書」と全て同内容を記載すればよいのか、それとも、単に必要性・医学的効果等のみの記載でよいのでしょうか。

Ａ．標準的算定日数を超え、さらに１月 13 単位を超えて疾患別リハビリテーションを継続して行う場合は、標準的算定日数を超えて行うべき必要性、医学的効果等の医学的所見等の記載を必要としているものであり、「労災リハビリテーション評価計画書」の全ての内容を記載する必要はありません。

なお、労災リハビリテーション評価計画書をレセプトに添付して提出する場合には、レセプトの摘要欄に、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。

Ｑ10　健康保険においては、標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、リハビリテーションの実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーションの継続の理由を摘要欄に記載した上で、リハビリテーション実施計画書の写を添付することでも差し支えないとされています。

このような場合においても、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載または「労災リハビリテーション評価計画書」の添付が必要となるのですか。

Ａ．　労災保険においては、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医学的所見の記載または労災リハビリテーション評価計画書の添付は必要ありませんが、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診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載又は、労災リハビリテーション評価計画書の添付が必要となります。

ただし、リハビリテーションの実施計画書を作成した月にあって、改善に要する見込み期間とリハビリテーションの継続の理由を摘要欄に記載した上で、リハビリテーション実施計画書の写しを添付する場合にあっては、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載又は、労災リハビリテーション評価計画書の添付は必要ありません。

１２　処置料

Ｑ１　健康保険におけるＪ000 創傷処置の算定については、当該処置の算定点数が５段階に分かれており、処置を行った面積で判断し該当するとされる範囲が１～５段階

のどれに最も近いかで算定することとなっていますが、創傷が特に深い場合の算定についても、当該処置面積での算定になるのですか。

Ａ．　創傷処置等の請求範囲の基準とされているのは、処置の表面的な広さであるが、創傷等が特に深い場合には、ある程度算定範囲を広げ患部を考慮した算定で差し支えありません。

なお、算定に当たっては、あくまでも医師の判断によるものであり、当該処置を行った患部に対する症状詳記等も添付されたい。

Ｑ２　Ｊ119 消炎鎮痛等処置の３ 湿布処置について

「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のものについて算定するもの」とありますが、その範囲に達していない場合は、算定できないと考えるのですか。

Ａ．　湿布処置は、「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。

Ｑ３　Ｊ000 創傷処置を右の手指から前腕にかけて行いましたが、四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがっている場合の算定はどうするのですか。

Ａ．　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。

したがって次のように算定することとなります。

（例）創傷処置右手＋右前腕（100 平方センチメートル以上 500 平方センチメートル未満）

	(四肢(手指)加算)	
60 点 ×	2.0 倍	＝ 120 点

Ｑ４　右前腕にＪ000 創傷処置を行い同時にＪ119 消炎鎮痛等処置のうちマッサージ等の手技による療法又は器具等による療法を行った場合、それぞれ算定することができますか。

Ａ．　それぞれ算定できます。

Ｑ５　Ｊ119 消炎鎮痛等処置を算定する場合、レセプトにはどのように記載すればよいのか。

Ａ．　消炎鎮痛等処置には、「１　マッサージ等の手技による療法」、「２　器具等による療法」及び「３　湿布処置」があり、特例取扱い等により算定方法が異なることから、レセプトに記載する際には、その種類及び部位（局所）について、具体的に明記する必要があります。

例えば、「消炎鎮痛等処置１（腰部）○○(点)×○(回)」
「消炎鎮痛等処置器具等（腰部）○○(点)×○(回)」
「湿布処置（前腕～上腕）○○(点)×○(回)」
と記載することとなります。

Ｑ６　頭部外傷に伴う併発疾病として、右上肢にシビレがある患者に対して、右手関節と右肘関節に対してＪ119　消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を行った場合、各々算定できますか。

Ａ．　介達牽引と消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を行った場合は、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、疾病にあっては、３局所を限度として算定できます。頭部外傷は負傷であるが、右上肢のシビレは、これにより併発した疾病であるので、局所ごとの算定となります。

したがって、右手関節と右肘関節は同一局所（右上肢）であるから、各々の消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を算定するのではなく、１局所として取扱います。

Ｑ７　同一日に腰～背部及び左前腕～上腕に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」、右手指～前腕に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」、右上腕及び左下腿に消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」を行った場合、どのように算定するのですか。

Ａ．　消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」と「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を同一日にそれぞれ異なる部位（局所）に行った場合は、「湿布処置」の所定点数に「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」の計２部位（局所）分の点数を合わせて算定できます。

したがって次のように算定することとなります。

腰～背部に「湿布処置」	35 点×1.0 倍= 35 点
左前腕～上腕に「湿布処置」	35 点×1.5 倍= 53 点
右手指～前腕に「湿布処置」	35 点×2.0 倍= 70 点
右上腕に「マッサージ等の手技による療法」	35 点×1.5 倍= 53 点
左下腿に「マッサージ等の手技による療法」	35 点×1.5 倍= 53 点
合　　計	264 点

Ｑ８　介達牽引及び消炎鎮痛等処置について

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
頸部に「器具等による療法」35 点　　＝ 35 点
を同一日に行った場合、どのように算定するのですか。

Ａ．　同一日に介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「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(以上)と「湿布処置」をそれぞれ異なる部位（局所）に行った場合は、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「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と湿布処置の所定点数を合わせて算定できます。

ただし、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「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３部位（局所）以上に行っている場合は、「湿布処置」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、消炎鎮痛等処置（「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所定点数のみを３部位（局所）まで算定することになります。

また、当該事案については、外来管理加算の所定点数に満たない処置等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができることから、次のように算定することができます。

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
頸 部に「器具等による療法」	35 点＋52 点（外来管理加算）	＝ 87 点
合　　計		193 点

Ｑ９　右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位　　180 点× 1.5 倍 ＝ 270 点
右上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）　　35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
を同一日に行った場合、どのように算定するのですか。

Ａ．　疾患別リハビリテーションと介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「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、消炎鎮痛等

処置（「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、同一部位に対して疾患別リハビリテーションと介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「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であっても、上記取扱いにより算定することができます。

したがって次のように算定することとなります。

右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位 180 点× 1.5 倍 ＝ 270 点
右上肢に「器具等による療法」 35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
合　　計 ＝ 323 点

Q10　左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位 180 点× 1.5 倍 ＝ 270 点
左上肢に消炎鎮痛等処置「湿布処置」 35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点を同一日に行った場合、どのように算定するのですか。

Ａ．　「湿布処置」と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（四肢加算の倍率が異なる複数の部位に行った場合であっても、いずれか１部位に係るものに限る。）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。

なお、同一部位に対して「湿布処置」と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合であっても、上記取扱いにより算定することができます。

したがって次のように算定することとなります。

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位 180 点× 1.5 倍 ＝ 270 点
左上肢に「湿布処置」 35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
合　　計 ＝ 323 点

Q11　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位　85 点　＝ 85 点
右下肢に介達牽引　35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
右上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
左下肢に消炎鎮痛等処置（手技による療法）　35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
を同一日に行った場合、どのように算定するのですか。

Ａ．　疾患別リハビリテーション、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「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、消炎鎮痛等処置（「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。

ただし、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「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複数部位に行っている場合については、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、消炎鎮痛等処置（「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部位まで算定して差し支えありません。

したがって次のように算定することができます。

・呼吸器リハビリテーション料＋介達牽引、「手技による療法」、「器具等による療法」（１部位）　85 点 ＋ 53 点 ＝ 138 点

・介達牽引、「手技による療法」、「器具等による療法」（３部位）
53 点 ＋ 53 点 ＋ 53 点 ＝ 159 点

よって、この場合は 159 点を算定します。

Q12　頸部に消炎鎮痛等処置（湿布処置）　35 点＋52 点(外来管理加算)＝ 87 点
右上肢に介達牽引　35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
右下肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）　35 点× 1.5 倍 ＝ 53 点
左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）１単位
180 点× 1.5 倍 ＝270 点×１単位 ＝270 点
を同一日に行った場合、どのように算定するのですか。

Ａ．　「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なります。

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なります。

したがって次のように算定することができます。

運動器リハビリテーション料（Ⅱ）＋「湿布処置」（１部位）＋介達牽引又は「器具等による療法」（１部位）

270 点 ＋ 87 点 ＋ 53 点 ＝ 410 点

「湿布処置」＋介達牽引＋「器具等による療法」

87 点 ＋ 53 点 ＋ 53 点 ＝ 193 点

よって、この場合は、410 点を算定します。

Q13　右足、右手と部位が異なる場合の湿布の取扱いについて、平成 20 年４月の改定前は、四肢加算の倍率ごとに算定するため、

右足 24 点 × 1.5 倍 ＝ 36 点

右手 24 点 × 2.0 倍 ＝ 48 点　合計 84 点

と算定できましたが、

平成 20 年４月の改定により、湿布処置の 24 点がなくなったため、倍率ごとに分けると、それぞれ「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」（35 点）には該当しない。この場合の取扱いはどうなりますか。

Ａ．　平成 28 年３月４日付け保医発第 0304 第３号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」では、「同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。」となっています。よって、同一疾病又はこれに起因する病変に対して湿布処置を複数の部位に行った場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できます。ただし、労災保険において四肢加算の倍率（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、それぞれの倍率ごとに処置面積を合算して算定することができます。

なお、「湿布処置」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することができます。四肢加算の倍率が異なる範囲に連続しないで「湿布処置」を行って、かつ、処置面積を合算し「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の

大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合は、処置部位の中で最も高い倍率で算定することになります。

※「湿布処置」の算定例

「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」を 100 とします。

（処置面積の 100 については、算定方法(例）の解説のため、便宜上用いた数字であり、実際の請求においては、処置を担当する医師により「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当するか判断するものである。）

（例１）

部位（面積）	(H20) 改定後	(H20) 改定前
手：2.0 倍（100）	35×2.0	35×2.0
腕：1.5 倍（100）	35×1.5	35×1.5
背：1.0 倍（100）	35×1.0	35×1.0

手、腕、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、倍率ごとに処置面積を合算して算定。

（例２）

部位（面積）	(H20) 改定後	(H20) 改定前
手：2.0 倍（50）	35×2.0 ←┐	24×2.0
腕：1.5 倍（100）	35×1.5	35×1.5
背：1.0 倍（50）	←┘	

腕については、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、1.5 倍で算定。

手、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当しないが、手と背の処置範囲は連続していないことが明らかであり、手、背の処置面積を合算すると「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、最も高い倍率（手：2.0 倍）で算定。

（例３）

部位（面積）	(H20) 改定後	(H20) 改定前
手：2.0 倍（30）	35×2.0 ←┐	24×2.0
腕：1.5 倍（35）	←┤	24×1.5
背：1.0 倍（40）	←┘	24×1.0

手、腕、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当しないが、手、腕、背の処

置面積を合算すると「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、最も高い倍率（手：2.0倍）で算定。

Q14　２つの別災害にて加療中の患者（発症日が別のためレセプトが２枚に分かれてる患者）に対して、災害ごとにそれぞれ３部位（局所）に対して消炎鎮痛等処置を実施した場合、１つの災害につき３部位（局所）まで算定することは可能でしょうか

Ａ．　それぞれの部位に対して消炎鎮痛等処置が必要場合は算定できます。

※　労災診療費の算定基準における３部位の取扱いは、工場、作業現場等による突発的災害により、複合部位の受傷が多く発生し、労働災害によって損失した機能回復を図るためのものであり、今回のケースのように別々の労働災害により受傷して、それぞれの部位に対して消炎鎮痛等処置が必要な場合においては１つの災害につき３部位（局所）まで算定できます。

Q15　Ｊ000 創傷処置について、右手に怪我をして医療機関を受診。翌日、左手に怪我をして医療機関を受診したところ、両手の怪我に対して創傷処置が行われました。この場合の創傷処置は、どのように算定すればよろしいでしょうか。

Ａ．　これらの怪我は、同一の傷病又はこれに起因する病変ではないことから、それぞれの処置面積に対応する区分の点数をそれぞれ算定されたい。

１３　手術料

Ｑ１　手の指にかかるＫ000 創傷処理（筋肉に達しないもの。）については、指の本数による算定として特掲点数が本数ごとに定められていますが、筋肉に達しないもの（長径５㎝以上）を行った場合でも、同じ取扱いとなりますか。

Ａ．　同じ取扱いとなります。

指にかかる創傷処置の算定方法は、健康保険における創傷の長さによる加算のかわりに、指の本数による加算を設けたものであり、指の創傷で筋肉に達しない場合（例えば、指１本で長径５㎝以上 10 ㎝未満）であっても、健康保険診療報酬点数の「950 点」を計算の基礎点数としては用いず、1,060 点（530 点×2.0 倍）で算定します。

Ｑ２　右拇指に対してＫ000 創傷処理（筋肉に達しないもの）を行い、右示指に対してＫ046 骨折観血的手術を同時に行った場合、どのように算定するのですか。

Ａ．　それぞれ算定できます。

健康保険の取扱いにおいては、同一手の拇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ができます。

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、健康保険と同様の取扱いとなります。

Ｑ３　左手示指及び中指に対してK000創傷処理を下記のように行った場合、示指及び中指に係る手術点数を合算してよいでしょうか。

示指　　長径５cm未満（筋肉・臓器に達するもの）
1,400点×2.0倍＝2,800点

中指　　長径５cm以上10cm未満（筋肉・臓器に達しないもの）
530点×2.0倍＝1,060点

Ａ．　主たる手術点数で算定となります。

当該事案は、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して取扱う手術）と筋肉・臓器に達しないもの（労災特例により、当該手術と第１指から第５指のそれぞれを同一手術野とする手術を各々異なる手の指に併せて行った場合は、同一手術野とはみなさす、各々の所定点数を合算した点数で算定する手術）を同時に行ったものであり、この場合にあっては、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、健康保険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っているため、主たる手術点数である（筋肉・臓器に達するもの。）2,800点での算定となります。

Ｑ４　デブリードマン加算の対象は、「汚染された挫創」となっているのだが、汚染された状態であれば、「挫創」以外の「切創」も加算の対象となりますか。

Ａ．　対象とはなりません。

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。

Ｑ５　広範囲皮膚欠損の患者に対して右前腕及び左前腕にK013 分層植皮術を行った場合、それぞれの所定点数を算定することができますか。

Ａ．　それぞれの所定点数を算定することができます。

広範囲皮膚欠損の患者に対して行う分層植皮術は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の２以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定することができます。

Ｑ６　植皮術を行った場合、四肢加算を算定できますか。

Ａ．　算定できません。

植皮術、皮膚移植術等（Ｋ009～Ｋ022－２）の形成手術については、四肢加算を算定することはできません。

Ｑ７　左足拇指切断後の皮膚壊死による骨露出のため、人工真皮（真皮欠損用グラフト）を必要として手術を行いましたが、当該手術の算定に当たり、全層、分層植皮術に準じて人工真皮植皮術として算定することができますか。

また、他に該当する術式があれば教えていただきたい。

Ａ．　創傷処理にて算定になります。

骨露出の状態に真皮欠損用グラフトを使用する場合は、露出部に付けるだけですが、植皮術を行う場合は、血行を一時遮断又は確保しながら行うものであることから、当該材料を使用する場合の術式に植皮術は該当せず、創傷処理にて算定することになります。

Ｑ８　伸筋腱等の断裂については、腱の収縮が起こるため、損傷部位が手関節より肘関節側であっても、手背手掌より腱を引き戻すため、部分的に皮切が手関節以下に及ぶ場合もありますが、このような場合についても手（手関節以下）の手術として健保点数の２倍で算定できますか。

Ａ．　算定できません。

基本的に損傷部位が手関節以下であるかどうかによって判断するものです。

Ｑ９　手（手関節以下）の手術について健保点数の２倍で算定することができますが、手関節から橈・尺骨の遠位端部分に行われた骨折手術に関しては、どのように判断するのですか。

Ａ．橈骨・尺骨の遠位端骨折については、手関節（手根部）の中に骨折が及んでいるかどうかで判断するものです。

Q10　開放骨折、粉砕骨折以外の骨折に対して、K047-3 超音波骨折治療法を算定できますか。

Ａ．　開放骨折、粉砕骨折以外の骨折についても、四肢（手足を含む。）の観血的手術骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から３週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合には算定できます。

Q11　「K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術」の算定について、健康保険の医科診療報酬点数表では、「鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合には、Ｊ000 創傷処置又はK000 創傷処理の各区分により算定する。」と記されていますが、「創傷処置」及び「創傷処理」それぞれの具体的算定の取扱いについて教えていただきたい。

Ａ．　「簡単に除去し得る場合」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と解するものです。

Q12　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ましたが、この場合のＫ059 骨移植術は四肢加算の算定ができますか。

Ａ．　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、四肢加算を算定することができます。

Q13　同一手に対して、Ｋ087 断端形成術（骨形成に要するもの）（示指）、Ｋ046 骨折観血的手術（中指、環指）を複数指に対して行った場合は、それぞれ算定できますか

Ａ．　算定できます。

指に係る同一手術野の範囲と算定方法においては、Ｋ087 断端形成術（骨形成を要するもの）及び Ｋ046 骨折観血的手術は、第１指から第５指までを別の手術野として算定できるものであり、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定することができます。

したがって、本事例の場合には次のように算定することになります。

断端形成術（示指）
7,410 点×四肢加算（2.0 倍）＝14,820 点　・・・・・・　①
骨折観血的手術（中指、環指）
11,370 点×四肢加算（2.0 倍）×2 本＝45,480 点・・・・　②

①＋②＝60,300 点

Q14　Ｋ046　骨折観血的手術を行う際に創外固定器を使用した場合、Ｋ932 創外固定器加算（10,000 点）を加算することができるが、この創外固定器加算について四肢加算は算定できますか。

Ａ．　算定できません。

創外固定器加算は、創外固定器が特定保健医療材料に該当しないため、材料に対する評価として設定されたものであり、当該材料については四肢加算の対象とはなりません。

Q15　右手指に対して、次のような手術を行った場合の算定はどのようになりますか。
第１指：Ｋ000 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）
第２指：Ｋ046 骨折観血的手術
Ｋ059 骨移植術（自家骨移植）
第３指：Ｋ182 神経縫合術

Ａ．　医科診療報酬点数表「第 10 部手術」通則 14 及び令和２年３月５日保医発 0305 第１号「診療放報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の第 10 部手術」の〈通則〉の 14（４）「指に係る同一手術野の範囲」－（エ）に基づいて算定を行うことになります。

※通則 14（４）－（エ）

第１指から第５指までを同一手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む）と、第１指から第５指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行った場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に行われたものであっても、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第１指から第５指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む）を複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

本事案におけるそれぞれの手術の指に係る同一手術野の範囲は

①右第１指　創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）

労災特掲により当該手術と第１指から第５指のそれぞれを同一手術野とする手術を各々異なる手の指に併せて行った場合は、同一手術野とみなさす、各々の所定点数を合算した点数で算定する手術

②右第２指　K046　骨折観血的手術

同一指内の骨及び関節（中手部・中手部若しくは中手骨・中足骨を含む）のそれぞれを同一手術野とする手術

③右第３指　K182　神経縫合術

第１指から第５指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない）のそれぞれを同一手術野とする手術

④右第３指　K000　創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）

右第１指から第５指までを同一手術野とする手術

であり、

・第１指から第５指までを統一手術野として取り扱う手術を合算した場合

第３指：K000　創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）（長径５㎝未満）

1,400 点×2.0＝2,800 点・・・**A**

・労災特掲（手の指の創傷処置（筋肉に達しないもの））と第１指から第５指までで別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む）を合算した場合

第１指：K000　創傷処理（労災）指１本　（530 点×2.0）＝1,060 点

第２指：K046　骨折観血的手術　11,370 点×2.0＝22,740 点

第３指：K182　神経縫合術　15,160 点×2.0＝30,320 点

計　54,120 点・・・**B**

Ａ＜Ｂとなることから、Ｂの点数での算定となります。

Q16　足を骨折した労災患者に行った画像診断の結果、腫瘍が発見されました。骨折の治療を行う上でどうしてもこの腫瘍を取り除かなければはらない場合、当該腫瘍の摘出する手術を含め算定して差し支えないでしょうか。

Ａ．　算定して差し支えない。

骨折に関する手術に付随するものとして算定して差し支えない。

なお、「傷病の経過」欄には、腫瘍を摘出しなければならなかった理由等を記載願います。

Q17　初診時より数ヶ月手術の施行がない患者が憎悪により、手術を施行し手指の創傷に係る機能回復指導を行った場合には、算定要件にある「初期治療むには該当しないものとして、手指の創傷に係る機能回復指導加算を算定することはできないと解してよろしいか。

Ａ．　「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、当該算定要件を満たす手術を行い、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。

１４　入院基本料

Ｑ１　健康保険においては、入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、入院期間が 180 日を超える入院（健康保険法第 63 条第２項第４号の規定に基づき厚生労働大臣の定める選定療養（平成 18 年９月 12 日厚生労働省告示第 495 号。）第７号の規定）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用の一部を患者から徴収できることとされているところですが、労災においては患者負担を適用しないとすることでよろしいですか。

Ａ．　適用されません。

保険外併用療養費に係る「入院期間が 180 日を超える入院」の選定療養について、労災保険ではこれを適用せず、健保点数表に定められている所定点数をもとに算定します。

１５　入院室料加算

Ｑ１　ある医療機関に、緊急入院を必要とする傷病労働者が搬送されましたが、当該医療機関では普通室が満床であり、特別の療養環境室料を表示した部屋に入院となりました。

このような場合、特別の療養環境室の算定要件を一部満たしていない状態であっても、入院室料加算が算定できますか。

Ａ．　算定できません。

普通室が満床による収容であっても、特別の療養環境室料の提供にかかる届出要件を満たす必要があります。

Ｑ２　入院室料加算の志支給要件②－エによると、「傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通質が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とする場合の入院室料加算は、初回入院日から７日を限度とする」ことになっていますが、退院後再度緊急入院が必要となった場合において、医療機関の普通室が満床で、特別の療養環境の提供に係る病室（個室、２人部屋、３人部屋及び４人部屋）に収容せざるを得ないときには、７日間を限度に入院室料差額ょ算定することはできますか。

Ａ．　算定できます。

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。

Ｑ３　ある医療機関では、診療科別に病床を管理していることから、整形外科で緊急入院が必要となった患者が整形外科病棟の普通室が満床であるとして、当該理由②－エの要件で当該診療科の個室に収容され、入院室料加算を算定してきたものであるが、他科病棟においては普通室に空室が有り、当該診療科においてのみ空部屋（普通室）がない場合において、入院室料加算の算定はできますか。

Ａ．　算定できません。

診療科別の病棟及び病床管理については、あくまでも病院の都合によるものであることから、当該患者に係る診療科病棟の普通室が満床であることをもって入室料加算の「普通室が満床」との要件を満たすものとして、室料加算を算定することはできません。あくまでも当該医療機関におけるすべての普通室が満床である場合に要件を満たすこととなります。

Ｑ４　労災保険における入院室料加算と、健康保険におけるＡ221　重症者等療養環境特別加算とは、重複して算定することができますか。

Ａ．　重複算定はできません。

健康保険において重症者等療養環境特別加算に関する施設基準については、特別の療養環境の提供に係る病室でないことが要件となっており、労災保険における入院室料加算は特別の療養環境の提供に係る病室であることが要件であることから、重複算定することはできません。

なお、重症者等療養環境加算以外に入院室料加算と重複算定できないものとしては、特定入院料、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があります。

Ｑ５　入院室料加算の算定要件において、「症状が重篤であって」とありますが、これは生死にかかる状態でなければ対象とならないということですか。

Ａ．　「重篤」という表現については、必ずしも生死にかかる状態でなければならないという狭義の解釈ではなく、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視して随時適切な措置を講ずる必要のある重症患者であれば対象となります。

１６　初診時ブラッシング料

Ｑ１　四肢に対し、治療前処置としてブラッシングを行った場合、四肢加算は算定できますか。

Ａ．　四肢加算は算定できません。

Ｑ２　初診時ブラッシング料と創傷処理におけるデブリードマン加算とは重複算定できないこととなっていますが、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、それぞれ算定できますか。

Ａ．　算定できません。

デブリードマン加算のみ算定できます。

初診時ブラッシング料は、同一傷病（同一災害により生じた傷病）につき１回（１部位）算定できることになっています。

また、創傷処理におけるデブリードマン加算と初診時ブラッシング料とは、重複算定できないこととなっています。

したがって、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できません。

Ｑ３　眼瞼裂傷、眼球内異物混入等の傷病にて初診時ブラッシング料を算定してきている例があるが、眼科においても初診時ブラッシング料は算定できますか。

Ａ．　算定できます。

被災状況や傷病名に留意する必要はあるものの、傷病に対する必要性から患部創面の創傷、汚染等に対して生理食塩水、蒸留水等を使用してブラッシング（汚染除去）を行った場合は、算定することができます。

１７　病衣貸与料

Ｑ１　業務災害による熱傷の被災労働者に対して、熱傷部位からの滲出液が大量に浸潤するため、医療機関が病衣を１日 350 円でレンタルしております。

労災診療費算定基準では、病衣貸与料として１日につき 10 点算定できることとしておりますが、レンタル料が病衣貸与料の 10 点（120 円）を超えるため、療養の費用として病衣貸与料を超えた額（350 円−120 円＝230 円）の支給をすることができますか。

Ａ．　労災保険においては、患者が救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、病衣貸与料として１日につき 10 点算定できるものとしているものであります。

本件は、熱傷部位からの滲出液の浸潤による必要性から、医療機関が病衣を貸

与しているため、労災診療費算定基準における病衣貸与料（10点）に限り支給することができるが、病衣貸与料を超えた額を療養の費用として支給することはできません。

１８　固定用伸縮性包帯

Ｑ１　腰部に伸縮性包帯を使用した場合、Ｊ200　腰部、胸部又は腰部固定帯加算（170点）を算定できますか。

Ａ．　算定できません。

Ｊ200　腰部、胸部又は頸部固定帯加算における固定帯とは従来、東部・頚部・躯体部等固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット状のものを言い、伸縮性包帯のみ使用した場合は腰部、胸部又は腰部固定帯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。

Ｑ２　腰部固定帯使用中の患者に対して、固定帯が消耗したため、新しい固定帯を使用した場合、交換の度に腰部固定帯加算を算定できますか。

Ａ．　算定できます。

Ｑ３　固定用伸縮性包帯を、ガーゼや湿布薬等の固定のために用いた場合、算定できますか。

Ａ．　算定できません。

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るものであるため、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。

Ｑ４　Ｊ001－２　絆創膏固定術の算定対象外となる傷病部位に対して、絆創膏固定を行った。この場合、Ｊ001－２　絆創膏固定術を算定することはできないが、実際に固定に使用した絆創膏の実費費用を固定用伸縮性包帯に準じ算定できますか。

Ａ．　算定できます。

Ｊ001－２　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（購入価格を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」と記載してください。

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分のみの算定となることに留意ください。

１９　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

Ｑ１　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、頸椎カラー、各部のサポーターを含みますか。

Ａ．　頸椎カラーは頸椎固定用カラー含まれます。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、療養費として支給して差し支えありません。

Ｑ２　膝・足関節の創部固定帯について、対象となる疾患名はありますか。足関節捻挫膝関節靱帯損傷も含まれますか。

Ａ．　主には、膝関節の靱帯損傷と足関節の捻挫、手術後に使用する場合が含まれます。

Ｑ３　膝関節や足関節の医療用サポーターと称する商品が多数ありますが、具体的な対象範囲はどこまでですか。

また、部位が膝関節、足関節の場合は絆創膏固定帯扱いでレセプト請求、それ以外の部位（膝関節や手関節等）は費用請求という取扱いとしてよろしいか。

Ａ．　算定対象となるものは「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。

Ｑ４　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、鎖・膝・足関節の固定時の手技料は何で算定できますか。

Ａ．　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」で算定することになります。

また、膝・足関節の創部固定帯は、足関節の捻挫や膝関節の靱帯損傷の場合は「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、別途算定はできません。

Ｑ５　肋骨骨折の患者に対して、バストバンドのみで固定した場合、J001-3　肋骨骨折固定術を算定できますか。

Ａ．　算定できません。

胸部固定帯のみで固定した場合には、「Ｊ119－２　腰部又は胸部固定帯固定」で算定することになります。留意事項通知において、「腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨

骨折等の患者に対して胸部固定帯で胸部を固定した場合に１日につき所定点数を算定する。」としています。

なお、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 点を算定することになります。

Ｑ６　頸椎固定用シーネの創部固定の算定について、頸部の運動を制限することを目的とした装具であり、市販されているものであれば金額の制限はありますか。

Ａ．　医師の診療に基づき、頸椎固定用シーネの使用が必要と認められ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、著しく市場価格と乖離していない限り、現に購入した費用の範囲内で支給できます。

２０　職業復帰訪問指導料

Ｑ１　職業復帰訪問指導料について、診療録にはどの程度の内容を記載すればよいのですか。

Ａ．　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してください。

Ｑ２　職業復帰訪問指導料について、入院見込みは主治医の判断によるものと考えられますが、結果的に１月又は６月を超える入院をしなかった場合でも算定できますか

Ａ．　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回まで算定できます。ただし、入院期間が計測して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。

Ｑ３　職業復帰訪問指導料について、再入院の場合、新たに算定できますか。

Ａ．　再入院（入院期間が１月を超えると見込まれる場合）の場合でも、職業復帰訪問指導料の算定要件を満たせば、算定できます。

Ｑ４　算定要件として、「入院中及び通院中に合わせて３回に限り算定できる」とありますが、退院後の通院中は、入院していた病院から転医し通院している病院でも算定可能ですか。また、その際、１か月入院していた病院で退院時１回算定していると、転医先では２回の算定になりますか。

Ａ．　職業復帰訪問指導料は、傷病労働者の早期職場復帰を目的として行うものであることから、入院の医療機関と退院後の通院の医療機関とは必ずしも同一医療機関である必要はなく、退院後の転医通院中であっても、入院した医療機関を含めた算定回数の範囲内ではれば算定可能です。

２１　石綿疾患労災請求指導料、石綿疾患療養管理料

Ｑ１　石綿疾患労災請求指導料の取扱いについて、療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（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（様式第７号（１））が提出された場合、疑い病名でも算定可能ですか。

また、労災請求の勧奨を行ったことにより、療養の給付請求書取扱料が算定できる時のみ算定可能ですか。

Ａ．　石綿疾患労災請求指導料について、疑い病名での算定はできません。

また、当該請求指導料は、疾患名を特定したうえで問診を実施し、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、現に療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（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（様式第７号（１））が提出された場合に、１回に限り算定できるものであるが、療養の給付請求書取扱料と併せて算定しなければならないものではありません。

Ｑ２　石綿疾患療養管理料について、診療計画に基づいて次期受診日又は検査を指示しただけでも算定できますか。

Ａ．　診療計画を立てて、それに基づく療養の適正な遂行のための指示であるため算定できます。

２２　社会復帰支援指導料

Ｑ１　社会復帰支援指導料を算定できる傷病は制限されていますか。

Ａ．　傷病は制限しておりません。

「治癒後における日常生活（就労を含む）上の注意事項などについて、医師が所定の様式に基づき指導を行った際に算定できる」としていることから、当該様式に沿った指導を行っていれば算定可能です。

Ｑ２　転医した場合に、転医先の医療機関であらためて３ヵ月以上の療養を行わなければ、当該指導料は算定できませんか。

Ａ．　転医前の医療機関（初回の医療機関）での療養期間も含めて３ヵ月以上療養していれば算定可能です。

しかしながら、頻繁に同患者で算定される場合は、すでに治癒しているのに自己都合で医療機関を変えながら受診している可能性があるため、状況の確認が必要となります。

Ｑ３　医科歯科併設の医療機関において、医科、歯科それぞれの診療科で指導を実施した場合は、それぞれの診療科において当該指導料の算定は可能ですか。

Ａ．　１医療機関につき１回のみ算定できるものであるため、算定不可となります。

Ｑ４　職場復帰支援・療養指導料と社会復帰支援指導料は併算定可能ですか。

Ａ．　算定可能です。

対象となる疾患、指導できる職種、指導目的、算定可能回数等が全く別であり、項目を設けた目的も異なることから併算定は可能です。

２３　その他

Ｑ１　ニーブレースを傷病労働者に使用した場合は支給できますか。

Ａ．　支給できます。

ただし、膝関節の固定に当たって、患者の症状等から当該固定帯を医師が治療上必要と認められる場合に支給できます。

Ｑ２　「左手関節挫滅創」、「左手屈筋腱断裂」、「左正中神経損傷」、「左橈骨尺骨動脈損傷」の傷病名にて入院治療を行っている患者が、オルフィットソフトの購入代金を、治療用装具として７号で費用請求をしてきたが支給できますか。

Ａ．　本件材料は、特定保険医療材料の「副木」に該当していることから、「治療用装具」ではなく、「治療用材料」として取扱うことになります。また、特定保険医療材料は、算定に係る一般的事項として「薬事法上承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない」としております。

以上から、特定保険医療材料の「副木」に該当する本件材料は、薬事法上承認又は認証された使用目的として、「骨折患者の安静維持、良肢位の確保を目的として骨折部位周辺を外部より支持固定する固定用材料であること」と定義されており、本件においては傷病名の中に骨折病名がないことから、「治療用材料」として支給できません。

Ｑ３　備え付けの松葉杖、歩行補助器が医療機関に無く又は不足している場合、やむを得なく業者より借りた場合のレンタル料は支給できますか。

Ａ．　松葉杖については、原則として医療機関が貸与すべきものとされていますが、医療機関に備付けが無い場合、あるいは不足している場合であって、療養上の必要性から医師の指示により自己負担で購入した場合に限り、療養費として支給できることとしており、レンタル料についてもこれに準じて取扱うこととなります

ただし、レンタル料の方が購入するより高額にならないように注意ください。

Ｑ４　ロフストランドクラッチに係る費用について、松葉杖に準じて支給できますか。

Ａ．　支給できます。

ただし、松葉杖の装備があるにもかかわらずロフストランドクラッチ等を自己購入する等、患者の自己都合によるものは給付の対象とはなりません。

Ｑ５　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る必要がある場合、特別食は労災保険の対象となりますか。

Ａ．　支給の対象にはなりません。

私病に関する特別食分に関しては、他保険にて請求することになります。

なお、健康保険においては、食事療養に要した費用の額が標準負担額に満たない場合には、当該食事療養に要した費用の額を標準負担額として徴収することとなります。

Ｑ６　健康保険においては、療養病床に入院する 65 歳以上の患者について、入院時生活療養費の対象となりますが、労災に係る傷病で入院中の患者についても、入院時生活療養費の対象となりますか。

Ａ．　対象となりません。

労災診療費算定基準における入院中の患者の食事に係る費用については、入院時食事療養費に定める金額を 1.2 倍して算定します。

なお、療養病棟入院基本料等の生活療養を受ける場合の所定点数についても対象となりません。