

Ⅱ 労災診療費業務の概要について

1 労災保険制度の目的

労災保険制度の目的は、業務災害及び通勤災害を被ったことにより損失した傷病労働者の労働能力の回復及び損害の填補を図り、これらの者を早期に社会復帰させるとともに、さらに労働災害を未然に防止し、労働者の福祉の増進を図ることにあります。

そこで、労災医療としては、傷病労働者の負傷、疾病をできる限り早く治し、できる限り後遺症を残さないように治療を施し、傷病労働者の早期職場復帰を図る必要があります。さらに、労災保険では、積極的に身体機能の回復を図り、傷病労働者の早期社会復帰を促進するため「リハビリテーション医療」を積極的に推進します。

2 療養の範囲

労災保険において給付される療養（補償）給付の範囲については、労働者災害補償保険法（以下「労災保険法」という。）第13条・第22条に、「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、⑥移送」であって、政府が必要と認めるものに限る旨定められています。

これは、すべての傷病について療養の給付の範囲を具体的に定めることが不可能なことからきているものですが、「政府が必要と認める」ものの範囲については、一般的には、「療養上相当と認められるもの」とされています。これをさらに具体的に述べると、個々の傷病について身体機能の回復、填補を図るために必要な療養であるかどうかによって判断されることになり、さらには、当該療養の効果が現在の医学上一般的に認められているもの、いいかえれば治療手段として確立しているものでなければならぬとされています。したがって、医学上一般的に認められていない新療法や新薬、又は実験段階や研究過程にあるようなもの、あるいは特殊な療法等は療養の範囲に含まれません。

また、疾病に対する予防的な措置や特殊な治療方法を施してその治療効果がたまたま認められたとしても、当該治療方法の効果が医学上一般的に是認されていないものは療養（補償）給付の対象とはなりません。

このようなことから、労災保険における療養の範囲は、量的にも質的にもわが国の医療水準の進歩と密接な係わり合いを有しています。一般的には傷病に対する医療方法やその範囲については、健康保険においてそのほとんどが網羅されているところから、実際面では、労災医療における療養の範囲は、健康保険における取扱いに準拠しています。と

ころが現実には、労災保険と健康保険ではその給付の内容や範囲が異なる点が少なくなく、両者の制度としての性格及び目的に由来して、労災保険のほうがはるかに充実した内容になっています。

すなわち、その目的において健康保険は他の社会保険と同様に国民の相互扶助の精神に基づいて被保険者の最低生活に必要な所得を保障する医療保険であり、このため負傷や疾病に対して行われる医療給付についてもこれら私傷病を治すための適正診療を目的にしており、また、それが同保険の給付の限度であるとされています。これに対して労災保険は、使用者の支配管理下において生じた労働者の業務災害について、労働基準法によって義務づけられている使用者の個別災害補償責任を保険というシステムで代替する役割を有する責任保険であり、業務災害によって損失した労働者の稼得能力の回復、填補を目的としているため、労災医療は被災労働者の傷病をできる限り早く治ゆへ導き、かつ後遺症の軽減を図り、負傷や疾病を受ける前の原職場か、できる限り有利な職場に復帰させる事を最終の目的として給付が行われています。したがって、その治療方法等も単に傷病労働者の健康回復を図るだけでは、業務上の傷病に対する医療給付としては不十分と考えられ、さらに積極的に稼得能力の回復を図るための治療手段が講じられます。このような理由から、労災保険における療養の範囲は健康保険と比べてその特殊性を加味して広く定められています。

3 給付方法

労災保険における療養（補償）給付は、労災保険法第13条・第22条において「療養の給付」が原則とされており、例外的な取扱いとして「療養の費用」の支給を行います。「療養の給付」は、保険者である政府が、傷病労働者の請求に応じて直接「療養の給付」を実施するもので、つまり医療の現物給付のことになります。

この政府が直接傷病労働者に行う「療養の給付」は、労災病院又は指定医療機関、指定薬局、指定訪問看護事業者において行われることになっており、これらの指定病院等において療養の給付を受けることになる傷病労働者は、自ら費用負担をすることなく必要な治療その他の医療を受けることができます。

これとは反対に「療養の費用」の支給は、傷病労働者が療養に要した費用をいったん立替えて支払を行い、その費用負担額を労災保険へ請求して現金により補償されます。「療養の費用」が支給されるのは、「療養の給付」を行うことが困難な場合のほか、「療養の給付」を受けないことについて労働者に相当な理由がある場合です。

具体的には、①傷病労働者の会社の所在地や居住地域等にたまたま指定医療病院等が存在しなかった場合、②傷病労働者の症状が特殊な医療技術や設備を必要とするため最寄りの指定病院等によりこれらの条件を満たす医療機関がなかった場合や、あるいは突

発的な災害により負傷し、緊急に診療を受けなければならないため最寄りの指定病院等以外の医療機関へ受診した場合等です。

そのほか、看護、移送、柔道整復師の施術、はり師・きゅう師の施術、あん摩マッサージ指圧師の施術、治療用材料及び装具の支給等があります。したがって、現金給付である「療養の費用」は、あくまでも「療養の給付」が果たすことのできない役割を補完するものであり、傷病労働者に現物給付との選択の自由を与えたものではありません。

Ⅲ 労災指定医療機関制度について

1 指定契約とは

労働者災害補償保険法（以下「労災保険法」という。）上においては、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相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 診療の一般の方針
- 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「療養補償給付及び複数事業労働者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つ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（船内診療所にあつ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「療養補償給付及び複数事業労働者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（初診時に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、船内診療所にあつては、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該当する場合には、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4年4月1日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。ただし、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収した場合の初再診料の算定方法は、令和4年10月1日以降の診療に適用します。

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4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（80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3,820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3,820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、初診料の半額の1,910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1,820円を算定します。

初診料の算定例は、参考2（81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（1,910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理加算（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「◎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 2,000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2,000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「◎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
①	初 診	3,820 円	
②	再 診		
③	指 導		
80	1 回	2,000 円	
そ の 他	1 回	1,250 円	
小 計		7,070 円	*療養の給付請求書取扱料 2,000 円 *救急医療管理加算 1,250 円

5 再診料 1,400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に該当する場合には、700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14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、1,000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 1,400円を算定
- 2つ目の診療科 700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
 $35点 \times 1.5倍 = 53点$

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（100cm³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（100cm³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（100cm³未満）を前腕（四肢）に行った場合

$52点 \times 1.5（四肢加算） = 78点$

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30cm²と右前腕部50cm²と腰部80cm²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	外来管理加算 回			
再	時間外 回			
診	休日 回			
④⑩	処 置 1回 (3部位)	234点	④⑩	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	外来管理加算 52×1回	52点	⑫	外来管理加算 ④⑩ 52点×1
再	時間外 回			※ 眼処置にプラスして外来管理加算を算定したもの。
診	休日 回			
④⑩	処 置 3回	229点	④⑩	眼処置 25点×1 細隙燈顕微鏡検査 (前眼部) ④⑩ 52点×1 生体染色による再検査 ④⑩ 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		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。
	時間外 回		
	休日 回		
	深夜		
④⑩ 処 置	1回	53点	④⑩ 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

<p>7 再診時療養指導管理料 920円</p> <p>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。</p> <p>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（83ページ）のとおりです。</p> <p>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。</p>

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（84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（92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6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6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

$$(A \times C \times 1.30) + (B \times C) \text{ となります。}$$

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8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、入院診療計画書を交付して説明することが入院基本料等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。

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、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3に基づく人事院規則9-49（地域手当）により支給区分が1級地から5級地とされ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。（参考6（93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②一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
①	初診	円	
80	入院室料加算	29,700円	301号（個室）
その他			6/10～12（②一ウ） 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

- 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。
- 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（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）こととされていますが、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

770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

690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

610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

550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

- 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。

- 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胴体検査を含み、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撮影」を算定できることとされていますが、再診時についても、月1回に限り算定できます。

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）	250点
イ	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	125点
ウ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	250点
エ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	200点
オ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	（1単位）	100点
カ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	250点
キ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	200点
ク	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）	（1単位）	100点
ケ	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	190点
コ	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	180点
サ	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	（1単位）	85点
シ	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	180点
ス	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	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4、注5及び注6（注5及び注6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（94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及び初期加算については、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4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(95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、初期加算とADL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 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：外傷性くも膜下出血）		
	（発症日：令和4年4月20日）		
	（手術日：令和4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4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若しくは作業療法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り。）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（96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	
④	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
<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p>			

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 cm未満 1, 400点
 - 長径5 cm以上10 cm未満 1, 880点
 - 長径10 cm以上
 - イ 頭頸部のもの
(長径20 cm以上のものに限る。) 9, 630点
 - ロ その他のもの 2, 690点
- ② 筋肉、臓器に達しないもの
 - 長径5 cm未満 530点
 - 長径5 cm以上10 cm未満 950点
 - 長径10 cm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)	さらに四肢加算 することはでき ません。
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)	

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、ガングリオン圧碎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（97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 cm²以上 500 cm²未満）

$$60 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍（四肢（手指）加算）} = 120 \text{ 点}$$

- (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 cm²未満・・・135点

②四肢・・・100 cm²以上 500 cm²未満・・・147点

③頭頸部・・・100 cm²以上 500 cm²未満・・・147点

$$\text{①} = 135 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍} = 270 \text{ 点}$$

$$\text{②} = 147 \text{ 点} \times 1.5 \text{ 倍} = 221 \text{ 点}$$

$$\text{③} = 147 \text{ 点} \times 1.0 \text{ 倍} = 147 \text{ 点}$$

$$\text{①} + \text{②} + \text{③} = 638 \text{ 点} > 150 \text{ 点}$$

よって、時間外加算算定可と判断できるため

$$638 \text{ 点} \times 140 / 100 = 893 \text{ 点}$$

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3cmの創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）

②中指に3cmの創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）

③手の甲に6cm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は長さによつての健保点数950点×2.0倍（四肢加算）＝1,900点

合計 3,490点を算定します。

- (5) 顔や軀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いした後に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

$$\begin{array}{rccccccc} \text{運動器リハビリテーション料(I)} & & \text{四肢加算} & & \text{ADL加算} & & \\ 190\text{点} & \times & 1.5 & + & 30\text{点} & = & 315\text{点} \end{array}$$

- (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」及び「足趾骨」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。）又は足根骨及び足趾骨（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。

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回の算定となる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回の算定となる場合は、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る場合において、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）を行っていない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・軀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・軀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

① 170点に満たない場合は、170点を加算する。

② 170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るので算定できます。

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、ショルダーストレース（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。

なお、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。

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11：118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つては受傷部位ごとに3部位を限度とし、また、疾病にあつては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
 (J 118) 介達牽引
 (J 118-2) 矯正固定
 (J 118-3) 変形機械矯正術
 (J 119) 消炎鎮痛等処置
 (マッサージ等の手技)
 (J 119) 消炎鎮痛等処置
 (器具等)
 (J 119-2) 腰部又は胸部
 固定帯固定
 (J 119-3) 低出力レーザー
 照射

グループ②
 (J 119) 消炎鎮痛等処置
 (湿布処置)
 (J 119-4) 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)

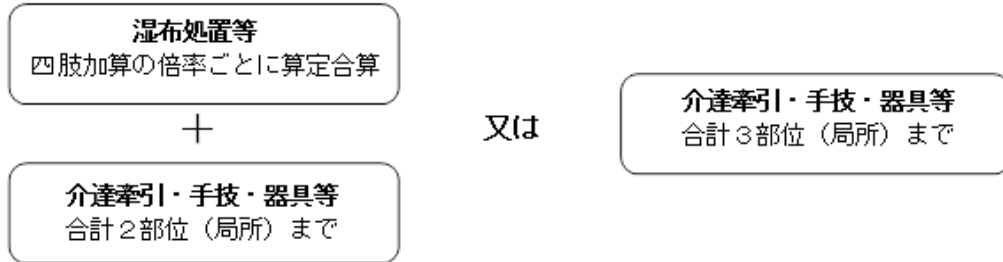
リハビリテーション及び処置の併施一覧表

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



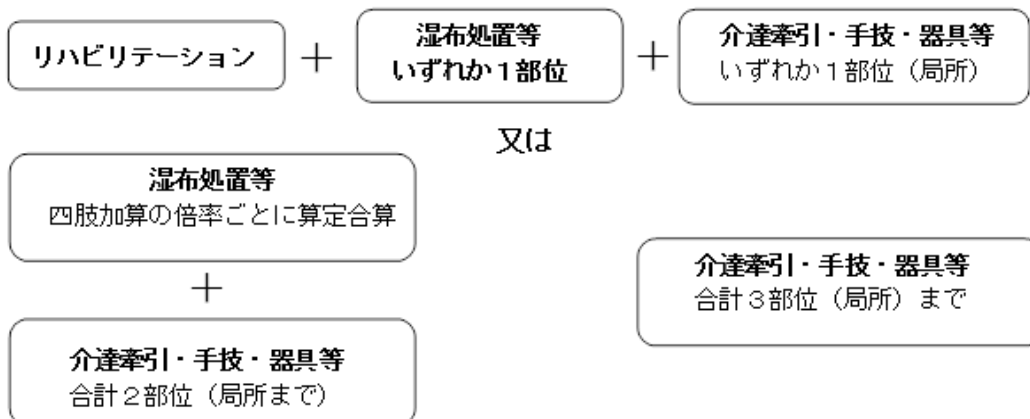
② リハビリテーションと介達牽引・手技・器具等の併施の場合



③ リハビリテーションと湿布処置等の併施の場合



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



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つては、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つては、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つては、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つては、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つては、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。」とあるが、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るよう、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(119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(83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、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あっても、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ことから算定できます。

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6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、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（120～123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。

(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、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。

3 新興感染症(新型コロナウイルス感染症) 罹患後症状の場合

初回 600点

2回目 500点

(1) 傷病労働者（入院治療後罹患後症状の治療のための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就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受診後1か月以上の通院療養が見込まれる者。下記(2)及び(3)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、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5、6）参考13（124～125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月1回に限り算定できます。

(2) 上記1及び2の(2)、(3)及び(5)については、上記3の場合においても算定できます。

(3) 上記3の(1)及び(2)の場合の算定は、同一傷病労働者につき、2回を限度とします。

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まれます。

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。

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（126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
(1)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
(2)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
(3)常温下での手指の皮膚温検査	1指につき 7点
(4)冷却負荷による手指の皮膚温検査	1指1回につき 7点
(5)常温下による爪圧迫検査	1指につき 7点
(6)冷却負荷による爪圧迫検査	1指1回につき 7点
(7)常温下での手指の痛覚検査	1指につき 9点
(8)冷却負荷による手指の痛覚検査	1指1回につき 9点

(9)指先の振動覚（常温下での両手）検査	1指につき	40点
(10)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
(11)手背等の温覚検査	1手につき	9点
(12)手背等の冷覚検査	1手につき	9点

32 文書料

取扱いについては文書料一覧表（71～73 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「④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	2,000 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」	4,000 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	1,000 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 カ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 カ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」	4,000 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 カ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」	4,000 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」	4,000 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	4,000 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 3,000円 ○一般医療と併用 (評価表添付の場合) 4,000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」	3,000 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	5,000 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」	4,000 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。)	4,000 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 7,000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 20,000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と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 イ 分層植皮術（K013）	ケ 関節内異物（挿入物を含む）除去術 （K065）
-------------------------------------	------------------------------

ウ 全層植皮術 (K013-2)	コ 切断四肢再接合術 (K088)
エ 腱縫合術 (K037)	サ 断端形成術 (骨形成を要するもの) (K087)
オ 骨折観血的手術 (K046)	シ 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (K142)
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が必要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) 「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。

- (5) 「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。

- (6) 「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。

- (7) 「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HB s 抗原が陽性でHB e 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HB s 人免疫グロブリン」(HB I G)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HB s 抗原が陽性でHB e 抗原が陰性の血液が付着した場合においても、HB I G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H I V薬について（H I V感染の有無が確認されるまで期間）

医療従事者等の針刺し事故等の受傷等の後H I V感染の有無が確認されるまでの間に行われた抗H I V薬の投与は、受傷等に起因して体内に侵入したH I V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。

以下に示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H I V薬の範囲については、原則として、以下に示すマニュアル及びガイドラインに記載されている抗H I V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、歯冠修復にあつては歯冠形成（歯台築造を含む。）以降、欠損補綴にあつ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、「J109 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（傷病が治癒した者には、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、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯、膝・足関節の創部固定帯（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。）

参考1

非課税医療機関一覧

(令和4年3月31日現在)

1 設立形態により判断できるもの

形 態	根拠条文(※1)
国・地方公共団体・国立大学法人・地方独立行政法人・独立行政法人	法第2条第5号
日本赤十字社	令第5条第29号イ
社会福祉法人	令第5条第29号ロ
私立学校法による学校法人	令第5条第29号ハ
全国健康保険協会、健康保険組合、健康保険組合連合会、国民健康保険組合、国民健康保険団体連合会	令第5条第29号ニ
国家公務員共済組合、国家公務員共済組合連合会	令第5条第29号ホ
地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会	令第5条第29号ヘ
日本私立学校振興・共済事業団	令第5条第29号ト
社会医療法人	令第5条第29号チ
公益財団法人結核予防会	令第5条第29号リ
公益社団法人等の運営するハンセン病療養所(神山復生病院)	令第5条第29号ヌ
学術の研究を行う公益法人に付随するもの	令第5条第29号ル
農業協同組合連合会(所得税法及び法人税法の規定に基づく財務省告示により指定するもの)	令第5条第29号ワ (昭和61年1月31日大蔵省告示第11号)

2 課税・非課税の別を医療機関に照会し判断するもの(※2)

形 態	根拠条文(※1)
医師会、歯科医師会	令第5条第29号ヲ
看護師等の人材確保の促進に関する法律第14条第1項による指定を受けた公益社団法人等	令第5条第29号カ
上記以外の公益法人等	令第5条第29号コ

(※1)法:法人税法、令:法人税法施行令

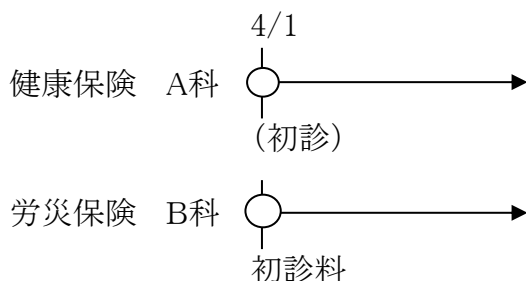
(※2)診療月の属する会計年度の前々年度(事業年度が会計年度と異なるときは診療月の属する会計年度当初において既に確定申告を行った直近の事業年度)の医療保健業について、当該法人等が非課税医療機関に該当するとして確定申告を行ったもの

初診料の算定例

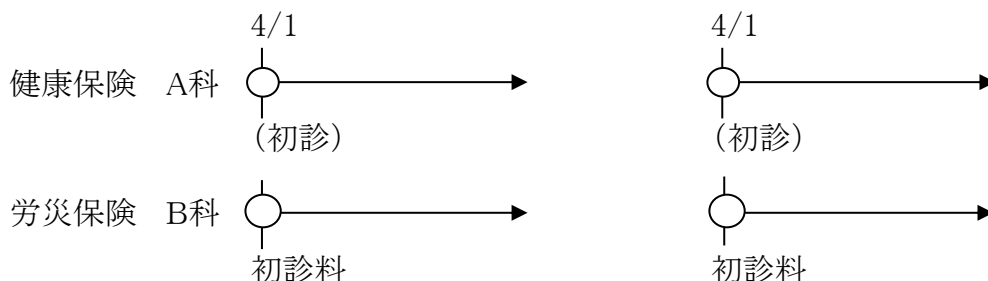
○:当科における最初の受診日、●:当科における2回目以降の受診日

1 健康保険の初診日と労災保険の初診日が同一日の場合

(1)健康保険が主傷病の場合



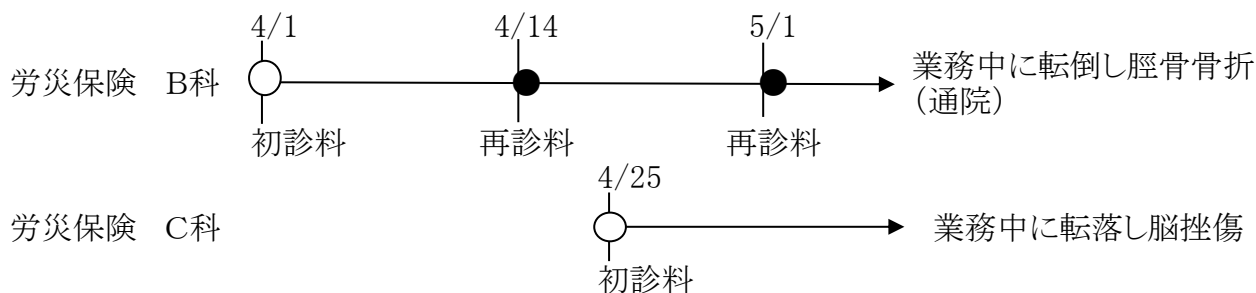
(2)労災保険が主傷病の場合



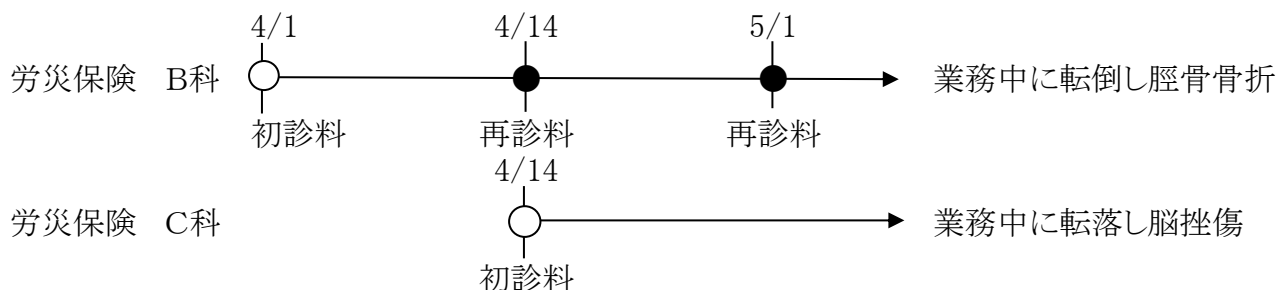
(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料(3,820円)が算定できる。

2 労災保険で継続療養中に、新たな労災傷病の初診を他科で行った場合

(1)労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が別の場合



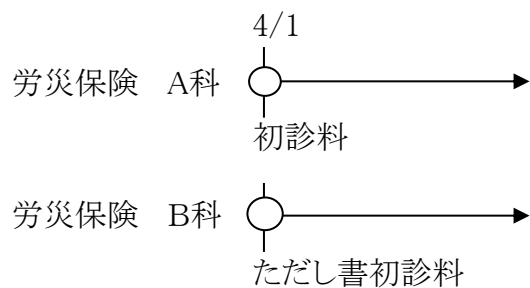
(2)労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一日の場合



(1)、(2)ともに労災保険でB科診療中であっても、新たな支給事由が発生した場合は、C科で初診料(3,820円)が算定できる。なお、同一の診療科であっても算定できる。

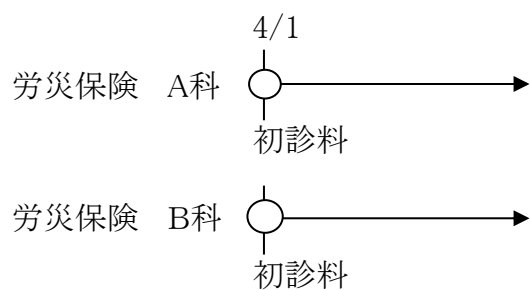
3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合

(1) 同一の災害(傷病が異なる)による場合



(1) 同一日で災害が同じ場合は、ただし書き初診料(1,910円)が算定できる。

(2) 別災害による場合



(2) 同一日で災害が異なる場合は、いずれの科も初診料(3,820円)が算定できる。

重複算定のできない管理料等

再診時療養指導管理料と石綿疾患療養管理料は同月に重複算定できません。
また、それぞれ次表に掲げる各管理料等とも同月に重複算定できません。

区分	名称	区分	名称
B000	特定疾患療養管理料	C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
	てんかん指導料	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	難病外来指導管理料	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
	皮膚科特定疾患指導管理料	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
	心臓ペースメーカー指導管理料	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
	慢性疼痛疾患管理料	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C002	在宅時医学総合管理料	C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料
C010	在宅患者連携指導料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C100	退院前在宅療養指導管理料	C112-2	在宅咽頭摘出患者指導管理料
C101	在宅自己注射指導管理料	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	C116	在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料
C102-2	在宅血液透析指導管理料	C117	在宅経腸投薬指導管理料
C103	在宅酸素療法指導管理料	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C120	在宅中耳加圧療法指導管理料
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料
C106	在宅自己導尿指導管理料	I002	通院・在宅精神療法
C107	在宅人工呼吸指導管理料	I004	心療医学療法
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	その他	「B000特定疾患療養管理料」と重複算定できない指導管理料等

入院基本料特例取扱点数一覧表

A100 一般病棟入院基本料

急性期一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
急性期一般入院料 1	1,650 点	7 : 1 以上 70%以上	18日以内	2,145 点	1,667 点
急性期一般入院料 2	1,619 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,105 点	1,635 点
急性期一般入院料 3	1,545 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,009 点	1,560 点
急性期一般入院料 4	1,440 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,872 点	1,454 点
急性期一般入院料 5	1,429 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,858 点	1,443 点
急性期一般入院料 6	1,382 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,797 点	1,396 点

地域一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
地域一般入院料 1	1,159 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,507 点	1,171 点
地域一般入院料 2	1,153 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,499 点	1,165 点
地域一般入院料 3	988 点	15 : 1 以上 40%以上	60日以内	1,284 点	998 点

特別入院基本料	607 点	上記各区分の要件等に該当しない 医療機関		789 点	613 点
---------	-------	-------------------------	--	-------	-------

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A101 療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内	2週間超
		看護師比率		(1.30倍)	(1.01倍)
入院料A	1,813 点	20 : 1 以上	20 : 1 以上	2,357 点	1,831 点
入院料B	1,758 点			2,285 点	1,776 点
入院料C	1,471 点			1,912 点	1,486 点
入院料D	1,414 点			1,838 点	1,428 点
入院料E	1,386 点	20%以上		1,802 点	1,400 点
入院料F	1,232 点			1,602 点	1,244 点
入院料G	968 点			1,258 点	978 点
入院料H	920 点			1,196 点	929 点
入院料I	815 点			1,060 点	823 点

療養病棟入院料 2

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内	2週間超
		看護師比率		(1.30倍)	(1.01倍)
入院料A	1,748 点	20 : 1 以上	20 : 1 以上	2,272 点	1,765 点
入院料B	1,694 点			2,202 点	1,711 点
入院料C	1,406 点			1,828 点	1,420 点
入院料D	1,349 点			1,754 点	1,362 点
入院料E	1,322 点	20%以上		1,719 点	1,335 点
入院料F	1,167 点			1,517 点	1,179 点
入院料G	903 点			1,174 点	912 点
入院料H	855 点			1,112 点	864 点
入院料I	751 点			976 点	759 点

特別入院基本料	577 点	上記要件等に該当しない医療機関	750 点	583 点
---------	-------	-----------------	-------	-------

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A102 結核病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
7対1入院基本料	1,654点	7:1以上 70%以上		2,150点	1,671点
10対1入院基本料	1,385点	10:1以上 70%以上		1,801点	1,399点
13対1入院基本料	1,165点	13:1以上 70%以上		1,515点	1,177点
15対1入院基本料	998点	15:1以上 40%以上		1,297点	1,008点
18対1入院基本料	854点	18:1以上 40%以上		1,110点	863点
20対1入院基本料	806点	20:1以上 40%以上		1,048点	814点

特別入院基本料	581点	上記各区分の要件等に該当しない医療機関	755点	587点
---------	------	---------------------	------	------

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A103 精神病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率	GAF尺度等		
10対1入院基本料	1,287点	10:1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の患者が5割以上	1,673点	1,300点
13対1入院基本料	958点	13:1以上 70%以上	80日以内 GAF尺度30以下又は身体合併症を有する患者が4割以上	1,245点	968点
15対1入院基本料	830点	15:1以上 40%以上	—	1,079点	838点
18対1入院基本料	740点	18:1以上 40%以上	—	962点	747点
20対1入院基本料	685点	20:1以上 40%以上	—	891点	692点

特別入院基本料	561点	看護配置25:1以上で上記各区分の要件等に該当しない医療機関	729点	567点
---------	------	--------------------------------	------	------

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A104 特定機能病院入院基本料

区分	区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
			看護師比率	GAF尺度等		
一般病棟	7対1入院基本料	1,718点	7:1以上 70%以上	26日以内 —	2,233点	1,735点
	10対1入院基本料	1,438点	10:1以上 70%以上	28日以内 —	1,869点	1,452点
結核病棟	7対1入院基本料	1,718点	7:1以上 70%以上	—	2,233点	1,735点
	10対1入院基本料	1,438点	10:1以上 70%以上	—	1,869点	1,452点
	13対1入院基本料	1,210点	13:1以上 70%以上	—	1,573点	1,222点
	15対1入院基本料	1,037点	15:1以上 70%以上	—	1,348点	1,047点
精神病棟	7対1入院基本料	1,450点	7:1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の 患者が5割以上	1,885点	1,465点
	10対1入院基本料	1,373点	10:1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の 患者が5割以上	1,785点	1,387点
	13対1入院基本料	1,022点	13:1以上 70%以上	80日以内 GAF尺度30以下又 は身体合併症を有す る患者が4割以上	1,329点	1,032点
	15対1入院基本料	933点	15:1以上 70%以上	—	1,213点	942点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A105 専門病院入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
7対1入院基本料	1,667点	7:1以上 70%以上	28日以内	2,167点	1,684点
10対1入院基本料	1,396点	10:1以上 70%以上	33日以内	1,815点	1,410点
13対1入院基本料	1,174点	13:1以上 70%以上	36日以内	1,526点	1,186点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A106 障害者施設等入院基本料

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率		
7対1入院基本料	1,615点	7:1以上 70%以上	2,100点	1,631点
10対1入院基本料	1,356点	10:1以上 70%以上	1,763点	1,370点
13対1入院基本料	1,138点	13:1以上 70%以上	1,479点	1,149点
15対1入院基本料	995点	15:1以上 40%以上	1,294点	1,005点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A108 有床診療所入院基本料

有床診療所入院基本料 1

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	917 点	看護職員 7人以上	1,192 点	
15日以上30日以内	712 点			719 点
31日以上	604 点			610 点

有床診療所入院基本料 2

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	821 点	看護職員 4人以上 7人未満	1,067 点	
15日以上30日以内	616 点			622 点
31日以上	555 点			561 点

有床診療所入院基本料 3

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	605 点	看護職員 1人以上 4人未満	787 点	
15日以上30日以内	567 点			573 点
31日以上	534 点			539 点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A108 有床診療所入院基本料

有床診療所入院基本料 4

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	824 点	看護職員 7人以上	1,071 点	
15日以上30日以内	640 点			646 点
31日以上	542 点			547 点

有床診療所入院基本料 5

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	737 点	看護職員 4人以上 7人未満	958 点	
15日以上30日以内	553 点			559 点
31日以上	499 点			504 点

有床診療所入院基本料 6

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	543 点	看護職員 1人以上 4人未満	706 点	
15日以上30日以内	509 点			514 点
31日以上	480 点			485 点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A109 有床診療所療養病床入院基本料

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料A	1,057 点	6 : 1 以上 (4 : 1 以上) ※	6 : 1 以上 (4 : 1 以上) ※	1,374 点	1,068 点
入院基本料B	945 点			1,229 点	954 点
入院基本料C	827 点			1,075 点	835 点
入院基本料D	653 点			849 点	660 点
入院基本料E	564 点			733 点	570 点

※ 当該病棟の入院患者のうち、医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割以上であるとして地方厚生(支)局長に届け出た病棟については、看護配置及び看護補助配置の要件が()内の基準となる

特別入院基本料	488 点	上記要件等に該当しない医療機関	634 点	493 点
---------	-------	-----------------	-------	-------

*注 入院の日から起算して(1日につき)

参考5

健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第1節「入院基本料」に示される各種加算の取扱い

病棟区分	1.30倍、1.01倍できるもの	健保点数	1.30倍、1.01倍できないもの	健保点数	
一般病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	450点	
			15日以上30日以内の期間の加算	192点	
			救急・在宅等支援病床初期加算(14日限度)	150点	
			A D L維持向上等体制加算(14日限度)	80点	
療養病棟入院基本料	褥瘡対策加算 1	15点	急性期患者支援療養病床初期加算(14日限度)	300点	
	褥瘡対策加算 2	5点	在宅患者支援療養病床初期加算(14日限度)	350点	
	慢性維持透析管理加算	100点			
	在宅復帰機能強化加算	50点			
	夜間看護加算	50点			
	看護補助体制充実加算	55点			
結核病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	400点	
			15日以上30日以内の期間の加算	300点	
			31日以上60日以内の期間の加算	200点	
			61日以上90日以内の期間の加算	100点	
精神病棟入院基本料	重度認知症加算	300点	14日以内の期間の加算	465点	
	精神保健福祉士配置加算	30点	15日以上30日以内の期間の加算	250点	
			31日以上90日以内の期間の加算	125点	
			91日以上180日以内の期間の加算	10点	
			181日以上1年以内の期間の加算	3点	
			救急支援精神病棟初期加算(14日限度)	100点	
特定機能病院入院基本料	重度認知症加算	300点	一般病棟14日以内の期間の加算	712点	
	看護必要度加算 1	55点	一般病棟15日以上30日以内の期間の加算	207点	
	看護必要度加算 2	45点	A D L維持向上等体制加算(14日限度)	80点	
	看護必要度加算 3	25点	結核病棟30日以内の期間の加算	330点	
			結核病棟31日以上90日以内の期間	200点	
			精神病棟14日以内の期間の加算	505点	
			精神病棟15日以上30日以内の期間の加算	250点	
			精神病棟31日以上90日以内の期間の加算	125点	
			精神病棟91日以上180日以内の期間の加算	30点	
			精神病棟181日以上1年以内の期間の加算	15点	
			入院栄養管理体制加算	270点	
			栄養情報提供加算	50点	
専門病院入院基本料	看護必要度加算 1	55点	14日以内の期間の加算	512点	
	看護必要度加算 2	45点	15日以上30日以内の期間の加算	207点	
	看護必要度加算 3	25点	A D L維持向上等体制加算(14日限度)	80点	
	一般病棟看護必要度評価加算	5点			
障害者施設等入院基本料			14日以内の期間の加算	312点	
			15日以上30日以内の期間の加算	167点	
			看護補助加算(14日以内の期間)	146点	
			看護補助加算(15日以上30日以内の期間)	121点	
			看護補助体制充実加算(14日以内の期間)	151点	
			看護補助体制充実加算(15日以上30日以内の期間)	126点	
			夜間看護体制加算	150点	
有床診療所入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	有床診療所急性期患者支援病床初期加算(21日限度)	150点	
	医師配置加算 1	120点	有床診療所在宅患者支援病床初期加算(21日限度)	300点	
	医師配置加算 2	90点	看取り加算	1000点 又は2000点	
	看護配置加算 1	60点	介護連携加算 1	192点	
	看護配置加算 2	35点	介護連携加算 2	38点	
	夜間看護配置加算 1	105点			
	夜間看護配置加算 2	55点			
	看護補助配置加算 1	25点			
	看護補助配置加算 2	15点			
	栄養管理実施加算	12点			
	有床診療所在宅復帰機能強化加算(15日以降)	20点			
	有床診療所療養病床入院基本料	褥瘡対策加算 1	15点	有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算(21日限度)	300点
		褥瘡対策加算 2	5点	有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算(21日限度)	350点
栄養管理実施加算		12点	看取り加算	1000点 又は2000点	
有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算		10点			
慢性維持透析管理加算		100点			
算定方法	(入院基本料+加算点数)×1.3		(入院基本料×1.3)+加算点数		
	(入院基本料+加算点数)×1.01		(入院基本料×1.01)+加算点数		

参考6

入院室料加算における地域区分(甲地)

(令和4年4月1日現在)

都道府県	地 域 区 分
宮 城 県	多賀城市
茨 城 県	取手市、つくば市、守谷市、牛久市、水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、阿見町、稲敷市、つくばみらい市
埼 玉 県	和光市、さいたま市、志木市、東松山市、朝霞市、坂戸市
千 葉 県	袖ヶ浦市、印西市、千葉市、成田市、船橋市、浦安市、習志野市、市川市、松戸市、佐倉市、市原市、富津市、八千代市、四街道市
東 京 都	特別区、武蔵野市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、狛江市、清瀬市、多摩市、八王子市、青梅市、府中市、東村山市、国立市、福生市、稲城市、西東京市、東久留米市、立川市、昭島市、三鷹市、あきる野市、小金井市、羽村市、日の出町、檜原村
神奈川県	横浜市、川崎市、厚木市、鎌倉市、相模原市、藤沢市、愛川町、清川村、横須賀市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、大和市、座間市、綾瀬市、寒川町、伊勢原市、秦野市、海老名市
愛 知 県	刈谷市、豊田市、名古屋市、豊明市、大府市、西尾市、知多市、みよし市、東海市、日進市、東郷町
三 重 県	鈴鹿市、四日市市
滋 賀 県	大津市、草津市、栗東市
京 都 府	京田辺市、京都市、八幡市
大 阪 府	大阪市、守口市、池田市、高槻市、大東市、門真市、豊中市、吹田市、寝屋川市、箕面市、羽曳野市、堺市、枚方市、茨木市、八尾市、柏原市、東大阪市、交野市、島本町、摂津市、四條畷市
兵 庫 県	西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、尼崎市、伊丹市、三田市、川西市、猪名川町
奈 良 県	天理市、奈良市、大和郡山市、川西町、生駒市、平群市
広 島 県	広島市、安芸郡府中町
福 岡 県	福岡市、春日市、福津市

参考 7

運動器リハビリテーション料の算定一覧

運動器リハにおけるADL加算の算定

施設基準	リハビリの実施状況		ADL加算算定の可否	
	運動器リハ(I)	入院(医療機関内)	運動器リハ(I)	○
入院(医療機関外)		○		
入院外		×		
運動器リハ(II)	入院(医療機関内)	運動器リハ(II)	○	
	入院(医療機関外)		×	
	入院外		×	

労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名：	男・女	生年月日（西暦）	年	月	日
原因疾患					
[心大血管疾患・脳血管疾患等・廃用症候群・運動器・呼吸器（該当するものに○をして下さい）] リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日）					
年 月 日					
現在の評価及び前回評価計画書作成日（ 年 月 日）からの改善・変化等					
治療目標等					
（1）標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見（必要性・医学的効果等）					
（2）目標到達予想時期： 年 月頃					
（3）その他特記事項					
評価計画書作成日： 年 月 日					
医療機関名			医師		

注 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女		年生 (歳)		計画評価実施日 年 月 日											
リハ担当医	PT	OT	ST													
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)													
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)			<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:												
	基本動作	立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施														
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」			訓練時能力:「できる“活動”」										
	ADL・ASL等		自	監	一	全	非	使用用具	姿勢・実行場所	独	監	一	全	非	使用用具	姿勢・
			立	視	部	介	実	杖・装具	等	立	視	部	介	実	杖・装具	場所(訓練室・病棟等)
	屋外歩行															
	病棟トイレへの歩行															
	病棟トイレへの車椅子駆動															
	車椅子・ベッド間移乗															
	椅子座位保持															
	ベッド起き上がり															
	排尿(昼)															
排尿(夜)																
食事																
整容																
更衣																
装具・靴の着脱																
入浴																
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:)				理由)										
		日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> ギャッチアップ														
参加	職業(<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定)			社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)												
	これまでの職種・業種・仕事内容: これまでの通勤方法: 復職希望 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> その他: 経済状況:															
目標	復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他:			本人の希望												
	仕事内容の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 職場復帰に向けた目標:			家族の希望												
方針				リハビリテーション終了の目安・時期												
具体的アプローチ																
本人・家族への説明		年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン									

(記入上の留意点)

- 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。
- 「目標」欄には、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、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
- 「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(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。

処置

		健保点数	×1.5	×2.0
J000	創傷処置（100cm ² 未満）	52	78	104
	創傷処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	60	90	120
	創傷処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	90	135	180
	創傷処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	160	240	320
	創傷処置（6,000cm ² 以上）	275	413	550
J000-2	下肢創傷処置（足部（踵を除く。）の浅い潰瘍）	135	203	
	下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍）	147	221	
	下肢創傷処置	270	405	
J001	熱傷処置（100cm ² 未満）	135	203	270
	熱傷処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	147	221	294
	熱傷処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	270	405	540
	熱傷処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	504	756	1,008
	熱傷処置（6,000cm ² 以上）	1,500	2,250	3,000
J001-4	重度褥瘡処置（100cm ² 未満）	90	135	180
	重度褥瘡処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	98	147	196
	重度褥瘡処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	150	225	300
	重度褥瘡処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	280	420	560
	重度褥瘡処置（6,000cm ² 以上）	500	750	1,000
J001-7	爪甲除去（麻酔を要しないもの）	60	90	120
J001-8	穿刺排膿後薬液注入	45	68	90
J002	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）	50	75	100
	ドレーン法（ドレナージ）（その他）	25	38	50
J053	皮膚科軟膏処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	55	83	110
	皮膚科軟膏処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	85	128	170
	皮膚科軟膏処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	155	233	310
	皮膚科軟膏処置（6,000cm ² 以上）	270	405	540
J116	関節穿刺（片側）	120	180	240
J116-2	粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）	80	120	160
J116-3	ガングリオン穿刺術	80	120	160
J116-4	ガングリオン圧碎法	80	120	160
J119	消炎鎮痛等処置（湿布処置）	35	53	70
J001-2	絆創膏固定術	500	750	
J001-3	鎖骨又は肋骨骨折固定術	500	750	
J054	皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）	45	68	
	皮膚科光線療法（長波紫外線又は中波紫外線療法）	150	225	
	皮膚科光線療法（中波紫外線療法）	340	510	
J117	鋼線等による直達牽引（2日目以降）	50	75	
J118	介達牽引	35	53	
J118-2	矯正固定	35	53	
J118-3	変形機械矯正術	35	53	
J119	消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）	35	53	
	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	35	53	
J119-3	低出力レーザー照射	35	53	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K000	創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径5cm未満）	1,400	2,100	2,800
	創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径5cm以上10cm未満）	1,880	2,820	3,760
	創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径10cm以上） イ 頭頸部のもの（長径20cm以上のものに限る。）	9,630		
	創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径10cm以上） ロ その他のもの	2,690	4,035	5,380
	創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの）（長径5cm未満）	530	795	1,060
	創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの）（長径5cm以上10cm未満）	950	1,425	1,900
	創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの）（長径10cm以上）	1,480	2,220	2,960
K001	皮膚切開術（長径10cm未満）	640	960	1,280
	皮膚切開術（長径10cm以上20cm未満）	1,110	1,665	2,220
	皮膚切開術（長径20cm以上）	1,980	2,970	3,960
K002	デブリードマン（100cm ² 未満）	1,410	2,115	2,820
	デブリードマン（100cm ² 以上3,000cm ² 未満）	4,820	7,230	9,640
	デブリードマン（3,000cm ² 以上）	11,230	16,845	22,460
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	940	1,410	1,880
K024	筋切離術	3,690	5,535	7,380
K025	股関節内転筋切離術	6,370	9,555	
K026	股関節筋群解離術	12,140	18,210	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）	16,700	25,050	
K027	筋炎手術（腸腰筋、殿筋、大腿筋）	2,060	3,090	
	筋炎手術（その他の筋）	1,210	1,815	2,420
K028	腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む）	2,050	3,075	4,100
K029	筋肉内異物摘出術	3,440	5,160	6,880
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹）	7,390	11,085	
	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手、足）	3,750	5,625	7,500
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹）	24,130	36,195	
	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（手、足）	12,870	19,305	25,740

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K033	筋膜移植術（指（手、足））	8,720	13,080	17,440
	筋膜移植術（その他のもの）	10,310	15,465	20,620
K034	腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む）	4,290	6,435	8,580
K035	腱剥離術（関節鏡下によるものを含む）	13,580	20,370	27,160
K035-2	腱滑膜切除術	9,060	13,590	18,120
K037	腱縫合術	13,580	20,370	27,160
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	13,065	
K038	腱延長術	10,750	16,125	21,500
K039	腱移植術（人工腱形成術を含む）（指（手、足））	18,780	28,170	37,560
	腱移植術（人工腱形成術を含む）（その他のもの）	23,860	35,790	47,720
K040	腱移行術（指（手、足））	15,570	23,355	31,140
	腱移行術（その他のもの）	18,080	27,120	36,160
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	13,610	20,415	27,220
K040-3	腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080	27,120	
K042	骨穿孔術	1,730	2,595	3,460
K043	骨搔爬術（肩甲骨、上腕、大腿）	12,270	18,405	
	骨搔爬術（前腕、下腿）	8,040	12,060	
	骨搔爬術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	3,590	5,385	7,180
K044	骨折非観血的整復術（肩甲骨、上腕、大腿）	1,600	2,400	
	骨折非観血的整復術（前腕、下腿）	1,780	2,670	
	骨折非観血的整復術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	1,440	2,160	2,880
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術（肩甲骨、上腕、大腿）	7,060	10,590	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術（前腕、下腿）	4,100	6,150	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	2,190	3,285	4,380

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K046	骨折観血的手術（肩甲骨、上腕、大腿）	18,810	28,215	
	骨折観血的手術（前腕、下腿、手舟状骨）	15,980	23,970	31,960
	骨折観血的手術（鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く）、足、指（手、足）その他）	11,370	17,055	22,740
K046-2	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（肩甲骨、上腕、大腿）	23,420	35,130	
	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（前腕、下腿）	18,800	28,200	
	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（手、足、指（手、足））	13,120	19,680	26,240
K046-3	一時的創外固定骨折治療術	34,000	51,000	68,000
K047	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	4,620	6,930	9,240
K048	骨内異物（挿入物を含む）除去術（頭蓋、顔面（複数切開を要するもの））	12,100		
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿）	7,870	11,805	
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕、下腿）	5,200	7,800	
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,620	5,430	7,240
K049	骨部分切除術（肩甲骨、上腕、大腿）	5,900	8,850	
	骨部分切除術（前腕、下腿）	4,940	7,410	
	骨部分切除術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,280	4,920	6,560
K050	腐骨摘出術（肩甲骨、上腕、大腿）	15,570	23,355	
	腐骨摘出術（前腕、下腿）	12,510	18,765	
	腐骨摘出術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	4,100	6,150	8,200
K051	骨全摘術（肩甲骨、上腕、大腿）	27,890	41,835	
	骨全摘術（前腕、下腿）	15,570	23,355	
	骨全摘術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	5,160	7,740	10,320
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）	5,160	7,740	10,320

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K052	骨腫瘍切除術（肩甲骨、上腕、大腿）	17,410	26,115	
	骨腫瘍切除術（前腕、下腿）	9,370	14,055	
	骨腫瘍切除術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	4,340	6,510	8,680
K053	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨、上腕、大腿）	36,460	54,690	
	骨悪性腫瘍手術（前腕、下腿）	32,040	48,060	
	骨悪性腫瘍手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	22,010	33,015	44,020
K054	骨切り術（肩甲骨、上腕、大腿）	28,210	42,315	
	骨切り術（前腕、下腿）	22,680	34,020	
	骨切り術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	8,150	12,225	16,300
K054-2	脛骨近位骨切り術	28,300	42,450	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	44,070	66,105	
K055-3	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術	37,570	56,355	
K056	偽関節手術（肩甲骨、上腕、大腿）	30,310	45,465	
	偽関節手術（前腕、下腿、手舟状骨）	28,210	42,315	56,420
	偽関節手術（鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く）、足、指（手、足）その他）	15,570	23,355	31,140
K056-2	難治性感染性偽関節手術（創外固定器によるもの）	48,820	73,230	97,640
K057	変形治癒骨折矯正手術（肩甲骨、上腕、大腿）	34,400	51,600	
	変形治癒骨折矯正手術（前腕、下腿）	30,860	46,290	
	変形治癒骨折矯正手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	15,770	23,655	31,540
K058	骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）	16,340	24,510	32,680
	骨長調整手術（骨短縮術）	15,200	22,800	30,400
	骨長調整手術（骨延長術）（指（手、足））	16,390	24,585	32,780
	骨長調整手術（骨延長術）（指（手、足）以外）	29,370	44,055	58,740

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K059	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家骨移植）	16,830	25,245	33,660
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（生体））	28,660	42,990	57,320
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（非生体）） イ 同種骨移植（特殊なもの）	39,720	59,580	79,440
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（非生体）） ロ その他の場合	21,050	31,575	42,100
	自家培養軟骨移植術	14,030	21,045	28,060
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	22,340	33,510	44,680
K060	関節切開術（肩、股、膝）	3,600	5,400	
	関節切開術（胸鎖、肘、手、足）	1,280	1,920	2,560
	関節切開術（肩鎖、指（手、足））	680	1,020	1,360
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（観血的に行うもの）	8,640	12,960	
	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（関節鏡下で行うもの）	12,720	19,080	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩、股、膝）	20,020	30,030	
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（胸鎖、肘、手、足）	13,130	19,695	26,260
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩鎖、指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K061	関節脱臼非観血的整復術（肩、股、膝）	1,800	2,700	
	関節脱臼非観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	1,560	2,340	3,120
	関節脱臼非観血的整復術（肩鎖、指（手、足）、小児肘内障）	960	1,440	1,920
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（リーメンビューゲル法）	2,050	3,075	
	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（その他）	2,950	4,425	
K063	関節脱臼観血的整復術（肩、股、膝）	28,210	42,315	
	関節脱臼観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	18,810	28,215	37,620
	関節脱臼観血的整復術（肩鎖、指（手、足））	15,080	22,620	30,160
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	23,240	34,860	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K065	関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩、股、膝）	12,540	18,810	
	関節内異物（挿入物を含む）除去術（胸鎖、肘、手、足）	4,600	6,900	9,200
	関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩鎖、指（手、足））	2,950	4,425	5,900
K065-2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩、股、膝）	13,950	20,925	
	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（胸鎖、肘、手、足）	12,300	18,450	24,600
	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩鎖、指（手、足））	7,930	11,895	15,860
K066	関節滑膜切除術（肩、股、膝）	17,750	26,625	
	関節滑膜切除術（胸鎖、肘、手、足）	11,200	16,800	22,400
	関節滑膜切除術（肩鎖、指（手、足））	8,880	13,320	17,760
K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術（肩、股、膝）	17,610	26,415	
	関節鏡下関節滑膜切除術（胸鎖、肘、手、足）	17,030	25,545	34,060
	関節鏡下関節滑膜切除術（肩鎖、指（手、足））	16,060	24,090	32,120
K066-3	滑液膜摘出術（肩、股、膝）	17,750	26,625	
	滑液膜摘出術（胸鎖、肘、手、足）	11,200	16,800	22,400
	滑液膜摘出術（肩鎖、指（手、足））	7,930	11,895	15,860
K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術（肩、股、膝）	17,610	26,415	
	関節鏡下滑液膜摘出術（胸鎖、肘、手、足）	17,030	25,545	34,060
	関節鏡下滑液膜摘出術（肩鎖、指（手、足））	16,060	24,090	32,120
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除術	11,200	16,800	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	17,030	25,545	
K066-7	掌指関節滑膜切除術	7,930	11,895	15,860
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060	24,090	32,120

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K067	関節鼠摘出手術（肩、股、膝）	15,600	23,400	
	関節鼠摘出手術（胸鎖、肘、手、足）	10,580	15,870	21,160
	関節鼠摘出手術（肩鎖、指（手、足））	3,970	5,955	7,940
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術（肩、股、膝）	17,780	26,670	
	関節鏡下関節鼠摘出手術（胸鎖、肘、手、足）	19,100	28,650	38,200
	関節鏡下関節鼠摘出手術（肩鎖、指（手、足））	12,000	18,000	24,000
K068	半月板切除術	9,200	13,800	
K068-2	関節鏡下半月板切除術	15,090	22,635	
K069	半月板縫合術	11,200	16,800	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	16,730	25,095	33,460
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	18,810	28,215	
K070	ガングリオン摘出術（手、足、指（手、足））	3,050	4,575	6,100
	ガングリオン摘出術（その他）（ヒグローム摘出術を含む）	3,190	4,785	6,380
K072	関節切除術（肩、股、膝）	23,280	34,920	
	関節切除術（胸鎖、肘、手、足）	16,070	24,105	32,140
	関節切除術（肩鎖、指（手、足））	6,800	10,200	13,600
K073	関節内骨折観血的手術（肩、股、膝、肘）	20,760	31,140	
	関節内骨折観血的手術（胸鎖、手、足）	17,070	25,605	34,140
	関節内骨折観血的手術（肩鎖、指（手、足））	11,990	17,985	23,980
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩、股、膝、肘）	27,720	41,580	
	関節鏡下関節内骨折観血的手術（胸鎖、手、足）	22,690	34,035	45,380
	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩鎖、指（手、足））	14,360	21,540	28,720
K074	靭帯断裂縫合術（十字靭帯）	17,070	25,605	
	靭帯断裂縫合術（膝側副靭帯）	16,560	24,840	
	靭帯断裂縫合術（指（手、足）その他の靭帯）	7,600	11,400	15,200

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術（十字靭帯）	24,170	36,255	
	関節鏡下靭帯断裂縫合術（膝側副靭帯）	16,510	24,765	
	関節鏡下靭帯断裂縫合術（指（手、足）その他の靭帯）	15,720	23,580	31,440
K075	非観血的関節授動術（肩、股、膝）	1,590	2,385	
	非観血的関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	1,260	1,890	2,520
	非観血的関節授動術（肩鎖、指（手、足））	490	735	980
K076	観血的関節授動術（肩、股、膝）	38,890	58,335	
	観血的関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	28,210	42,315	56,420
	観血的関節授動術（肩鎖、指（手、足））	10,150	15,225	20,300
K076-2	関節鏡下関節受動術（肩、股、膝）	46,660	69,990	
	関節鏡下関節受動術（胸鎖、肘、手、足）	33,850	50,775	67,700
	関節鏡下関節受動術（肩鎖、指（手、足））	10,150	15,225	20,300
K077	観血的関節制動術（肩、股、膝）	27,380	41,070	
	観血的関節制動術（胸鎖、肘、手、足）	16,040	24,060	32,080
	観血的関節制動術（肩鎖、指（手、足））	5,550	8,325	11,100
K078	観血的関節固定術（肩、股、膝）	21,640	32,460	
	観血的関節固定術（胸鎖、肘、手、足）	22,300	33,450	44,600
	観血的関節固定術（肩鎖、指（手、足））	8,640	12,960	17,280
K079	靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	28,210	42,315	
	靭帯断裂形成手術（膝側副靭帯）	18,810	28,215	
	靭帯断裂形成手術（指（手、足）その他の靭帯）	16,350	24,525	32,700

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	34,980	52,470	
	関節鏡下靭帯断裂形成手術（膝側副靭帯）	17,280	25,920	
	関節鏡下靭帯断裂形成手術（指（手、足）その他の靭帯）	18,250	27,375	36,500
	関節鏡下靭帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靭帯）	24,210	36,315	
K080	関節形成手術（肩、股、膝）	45,720	68,580	
	関節形成手術（胸鎖、肘、手、足）	28,210	42,315	56,420
	関節形成手術（肩鎖、指（手、足））	14,050	21,075	28,100
K080-2	内反足手術	25,930	38,895	
K080-3	肩腱板断裂手術（簡単なもの）	18,700	28,050	
	肩腱板断裂手術（複雑なもの）	24,310	36,465	
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの）	27,040	40,560	
	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの・上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）	37,490	56,235	
	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑なもの）	38,670	58,005	
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴うもの）	45,200	67,800	
	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わないもの）	32,160	48,240	
K080-6	関節鏡下股関節唇形成術	44,830	67,245	
K080-7	上腕二頭筋腱固定術（観血的に行うもの）	18,080	27,120	
	上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下で行うもの）	23,370	35,055	
K081	人工骨頭挿入術（肩、股）	19,500	29,250	
	人工骨頭挿入術（肘、手、足）	18,810	28,215	37,620
	人工骨頭挿入術（指（手、足））	10,880	16,320	21,760
K082	人工関節置換術（肩、股、膝）	37,690	56,535	
	人工関節置換術（胸鎖、肘、手、足）	28,210	42,315	56,420
	人工関節置換術（肩鎖、指（手、足））	15,970	23,955	31,940
K082-2	人工関節抜去術（肩、股、膝）	30,230	45,345	
	人工関節抜去術（胸鎖、肘、手、足）	23,650	35,475	47,300
	人工関節抜去術（肩鎖、指（手、足））	15,990	23,985	31,980

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K082-3	人工関節再置換術（肩、股、膝）	54,810	82,215	
	人工関節再置換術（胸鎖、肘、手、足）	34,190	51,285	68,380
	人工関節再置換術（肩鎖、指（手、足））	21,930	32,895	43,860
K082-4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	91,500	137,250	183,000
K082-5	人工距骨全置換術	27,210	40,815	
K082-6	人工股関節摺動面交換術	25,000	37,500	
K083	鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所につき）	3,620	5,430	7,240
K083-2	内反足足板挺子固定	2,030	3,045	
K084	四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿、下腿、足）	24,320	36,480	48,640
K084-2	肩甲帯離断術	36,500	54,750	
K085	四肢関節離断術（肩、股、膝）	31,000	46,500	
	四肢関節離断術（肘、手、足）	11,360	17,040	22,720
	四肢関節離断術（指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K086	断端形成術（軟部形成のみ）（指（手、足））	2,770	4,155	5,540
	断端形成術（軟部形成のみ）（その他）	3,300	4,950	6,600
K087	断端形成術（骨形成を要する）（指（手、足））	7,410	11,115	14,820
	断端形成術（骨形成を要する）（その他）	10,630	15,945	21,260
K088	切断四肢再接合術（四肢）	144,680	217,020	289,360
	切断四肢再接合術（指（手、足））	81,900	122,850	163,800
K089	爪甲除去術	770	1,155	1,540
K090	ひょう疽手術（軟部組織）	1,190	1,785	2,380
	ひょう疽手術（骨、関節）	1,280	1,920	2,560
K090-2	風棘手術	990	1,485	1,980
K091	陥入爪手術（簡単なもの）	1,400	2,100	2,800
	陥入爪手術（爪床爪母の形成を伴う複雑なもの）	2,490	3,735	4,980

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K093	手根管開放手術	4,110	6,165	8,220
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	10,400	15,600	20,800
K094	足三関節固定（ランプリヌディ）手術	27,890	41,835	
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術（鏡視下によるもの）	4,340	6,510	8,680
	手掌、足底腱膜切離・切除術（その他のもの）	2,750	4,125	5,500
K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	5,000	7,500	
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	4,785	6,380
K098	手掌屈筋腱縫合術	13,300	19,950	26,600
K099	指癒痕拘縮手術	8,150	12,225	16,300
K099-2	デュプイトレン拘縮手術（1指）	10,430	15,645	20,860
	デュプイトレン拘縮手術（2指から3指）	22,480	33,720	44,960
	デュプイトレン拘縮手術（4指以上）	32,710	49,065	65,420
K100	多指症手術（軟部形成のみのもの）	2,640	3,960	5,280
	多指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
K101	合指症手術（軟部形成のみのもの）	9,770	14,655	19,540
	合指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
K101-2	指癒着症手術（軟部形成のみのもの）	7,320	10,980	14,640
	指癒着症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	13,910	20,865	27,820
K102	巨指症手術（軟部形成のみのもの）	8,720	13,080	17,440
	巨指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	21,240	31,860	42,480
K103	屈指症手術、斜指症手術（軟部形成のみのもの）	13,810	20,715	27,620
	屈指症手術、斜指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
K105	裂手、裂足手術	27,890	41,835	55,780
K106	母指化手術	35,610	53,415	71,220
K107	指移植手術	116,670	175,005	233,340

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K108	母指対立再建術	22,740	34,110	45,480
K109	神経血管柄付植皮術（手・足）	40,460	60,690	80,920
K110	第四足指短縮症手術	10,790	16,185	
K110-2	第一足指外反症矯正手術	10,790	16,185	
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670		
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	13,920		
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	17,170		
K117	脊椎脱臼非観血の整復術	2,570		
K117-2	頸椎非観血の整復術	2,570		
K118	脊椎、骨盤脱臼観血の手術	31,030		
K119	仙腸関節脱臼観血の手術	24,320		
K120	恥骨結合離開観血の手術	7,890		
K120-2	恥骨結合離開非観血の整復固定術	1,580		
K121	骨盤骨折非観血の整復術	2,570		
K124	腸骨翼骨折観血の手術	15,760		
K124-2	寛骨臼骨折観血の手術	58,840	88,260	
K125	骨盤骨折観血の手術 （腸骨翼骨折観血の手術及び寛骨臼骨折観血の手術を除く。）	32,110		
K126	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（棘突起、腸骨翼）	3,150		
	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（その他のもの）	4,510		
K126-2	自家培養軟骨組織採取術	4,510	6,765	9,020
K128	脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術	13,520		
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	17,300		
K133	黄色靭帯骨化症手術	28,730		
K133-2	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	78,500		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K134	椎間板摘出術（前方摘出術）	40,180		
	椎間板摘出術（後方摘出術）	23,520		
	椎間板摘出術（側方摘出術）	28,210		
	椎間板摘出術（経皮的髓核摘出術）	15,310		
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	75,600		
	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	30,390		
K134-3	人工椎間板置換術（頸椎）	40,460		
K134-4	椎間板内酵素注入療法	5,350		
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	36,620		
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	101,330		
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	113,830		
K137	骨盤切断術	48,650		
K138	脊椎披裂手術（神経処置を伴うもの）	29,370		
	脊椎披裂手術（その他のもの）	22,780		
K139	脊椎骨切り術	60,330		
K140	骨盤骨切り術	36,990		
K141	臼蓋形成手術	28,220	42,330	
K141-2	寛骨臼移動術	40,040	60,060	
K141-3	脊椎制動術	16,810		
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（前方椎体固定）	41,710		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（後方又は後側方固定）	32,890		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（後方椎体固定）	41,160		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（前方後方同時固定）	74,580		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（椎弓切除）	13,310		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（椎弓形成）	24,260		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K142-2	脊椎側彎症手術（固定術）	55,950		
	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）	112,260		
	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）	48,650		
	脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術）	20,540		
K142-3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	101,910		
K142-4	経皮的椎体形成術	19,960		
K142-5	内視鏡下椎弓形成術	30,390		
K142-6	歯突起骨折骨接合術	23,750		
K142-7	腰椎分離部修復術	28,210		
K142-8	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	24,560		
K143	仙腸関節固定術	29,190		
K144	体外式脊椎固定術	25,800		
K182	神経縫合術（指（手、足））	15,160	22,740	30,320
	神経縫合術（その他のもの）	24,510	36,765	49,020
K182-2	神経交差縫合術（指（手、足））	43,580	65,370	87,160
	神経交差縫合術（その他）	46,180	69,270	92,360
K182-3	神経再生誘導術（指（手、足））	12,640	18,960	25,280
	神経再生誘導術（その他のもの）	21,590	32,385	43,180
K188	神経剥離術（鏡視下によるもの）	14,170	21,255	28,340
	神経剥離術（その他のもの）	10,900	16,350	21,800
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術	11,000		
K188-3	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも剥離操作を行うもの）	38,790		
K193	神経腫切除術（指（手、足））	5,770	8,655	11,540
	神経腫切除術（その他）	10,770	16,155	21,540

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 1	1,660	2,490	3,320
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 2	3,670	5,505	7,340
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 3	4,360	6,540	8,720
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 1	1,280	1,920	
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 2	3,230	4,845	
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 3	4,160	6,240	
K194	神経捻除術（後頭神経）	4,410		
	神経捻除術（上眼窩神経）	4,410		
	神経捻除術（眼窩下神経）	4,410		
	神経捻除術（おとがい神経）	4,410		
	神経捻除術（下顎神経）	7,750		
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410		
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410		
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410		
K195	交感神経切除術（頸動脈周囲）	8,810		
	交感神経切除術（股動脈周囲）	8,810	13,215	
K195-2	尾動脈腺摘出術	7,750		
K196	交感神経節切除術（頸部）	26,030		
	交感神経節切除術（胸部）	16,340		
	交感神経節切除術（腰部）	17,530		
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500		
K196-3	ストップフェル手術	12,490	18,735	
K196-4	閉鎖神経切除術	12,490	18,735	
K196-5	末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経)	12,490	18,735	
K197	神経移行術	23,660	35,490	47,320

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K198	神経移植術	23,520	35,280	47,040
K606	血管露出術	530	795	1,060
K607	血管結紮術（開胸又は開腹を伴うもの）	12,660		
	血管結紮術（その他）	4,500	6,750	9,000
K607-2	血管縫合術（簡単なもの）	4,210	6,315	8,420
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	7,500	
K608	動脈塞栓除去術（開胸又は開腹を伴うもの）	28,560		
	動脈塞栓除去術（その他）（観血的なもの）	11,180	16,770	22,360
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130	4,695	
K609	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）	40,950	61,425	
	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	43,880		
	動脈血栓内膜摘出術（その他のもの）	28,450	42,675	56,900
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	34,740		
K610	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	99,700		
	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）	52,570		
	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）	47,790		
	動脈形成術、吻合術（指（手、足）の動脈）	18,400	27,600	36,800
	動脈形成術、吻合術（その他の動脈）	21,700	32,550	43,400
K610-2	脳新生血管造成術	52,550		
K610-4	四肢の血管吻合術	18,080	27,120	36,160
K610-5	血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）	18,080	27,120	36,160
K611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置（開腹）	17,940		
	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置（四肢）	16,250		
	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置（頭頸部その他）	16,640		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K612	末梢動静脈瘻造設術 1 内シャント造設術 イ 単純なもの	12,080		
	末梢動静脈瘻造設術 1 内シャント造設術 ロ 静脈移転を伴うなもの	15,300		
	末梢動静脈瘻造設術 2 その他のもの	7,760		
K613	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	31,840		
K614	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）	70,700		
	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）	64,050		
	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）	63,350		
	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	61,660		
	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	70,190	105,285	
	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）	42,500	63,750	
	血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	30,290	45,435	60,580
K615	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（止血術）	23,110		
	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（選択的動脈化学塞栓術）	20,040		
	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（その他）	20,480		
K615-2	経皮的動脈遮断術	1,660		
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590	33,885	45,180
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800		
K616-3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	27,500		
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	12,000	18,000	
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	12,000	18,000	
K616-5	経皮的血管内異物除去術	14,000	21,000	28,000
K616-6	経皮的下肢動脈形成術	24,270	36,405	
K616-7	ステントグラフト内挿術（シャント）	12,000	18,000	
K616-8	吸着式潰瘍治療法（1日につき）	1,690	2,535	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K617	下肢静脈瘤手術（抜去切除術）	10,200	15,300	
	下肢静脈瘤手術（硬化療法）	1,720	2,580	
	下肢静脈瘤手術（高位結紮術）	3,130	4,695	
	静脈瘤切除術（下肢以外）	1,820	2,730	
K617-2	大伏在静脈抜去術	10,200	15,300	
K617-3	静脈瘤切除術（下肢以外）	1,820	2,730	3,640
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,200	15,300	
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200	15,300	
K617-6	下肢静脈瘤血管内塞栓術	14,360	21,540	
K618	中心静脈注射用植込型カテーテル設置（四肢）	10,500		
	中心静脈注射用植込型カテーテル設置（頭頸部その他）	10,800		
K619	静脈血栓摘出術（開腹を伴うもの）	22,070		
	静脈血栓摘出術（その他）（観血的なもの）	13,100	19,650	26,200
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	48,150	
K620	下大静脈フィルター留置術	10,160		
K620-2	下大静脈フィルター除去術	6,490		
K621	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	40,650		
K622	胸管内頸静脈吻合術	37,620		
K623	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）	25,200		
	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）	25,200		
	静脈形成術、吻合術（その他の静脈）	16,140	24,210	32,280
K623-2	脾腎静脈吻合術	21,220		

労災特掲

	点数		
初診時ブラッシング料	91		
指の創傷処理（労災特掲・1本）	1,060		
指の創傷処理（労災特掲・2本）	1,590		
指の創傷処理（労災特掲・3本）	2,120		
指の創傷処理（労災特掲・4本）	2,650		
指の創傷処理（労災特掲・5本）	2,650		
指の骨折非観血的手術（労災特掲・1本）	2,880		
指の骨折非観血的手術（労災特掲・2本）	4,320		
指の骨折非観血的手術（労災特掲・3本）	5,760		
指の骨折非観血的手術（労災特掲・4本）	7,200		
指の骨折非観血的手術（労災特掲・5本）	7,200		
術中透視装置使用加算	220		
手指の機能回復指導加算	190		

疾患別リハビリテーション

		点数	×1.5	×2.0
H000	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	250	375	
	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	125	188	
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	250	375	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	200	300	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	100	150	
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）	250	375	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）	200	300	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）	100	150	
H002	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	190	285	
	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	180	270	
	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	85	128	
H003	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	180	270	
	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	85	128	

処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い

	<ul style="list-style-type: none"> ・介達牽引 ・矯正固定 ・変形機械矯正術 	<ul style="list-style-type: none"> ・消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法） ・消炎鎮痛等処置（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 	<ul style="list-style-type: none"> ・消炎鎮痛等処置（湿布処置） ・肛門処置 	<p>※ 診療所外来のみ</p>	疾患別リハビリテーション
1	<ul style="list-style-type: none"> ・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） ・消炎鎮痛等処置（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 	3 部位（局所）まで算定		<p>「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、低出力レーザー照射のうち計2部位（局所）まで算定</p> <p>*注1 *注2 *注3</p>	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、低出力レーザー照射のいずれか1部位（局所）を算定 <p>*注4</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> ・消炎鎮痛等処置（湿布処置） ・肛門処置 <p>※ 診療所外来のみ</p>			1日につき所定点数を算定 〔倍率が異なる部位ごとに算定し合算〕	「湿布処置」1部位又は肛門処置と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定
3	上記1及び2の処置を併施した場合				疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」1部位又は肛門処置の他に、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、低出力レーザー照射のいずれか1部位（局所）を算定

- *注1 上記1及び2については、それぞれ異なる部位（局所）に行った場合のみ算定できます。
- *注2 上記2については、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。
- *注3 上記1のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、上記2の所定点数を算定することなく、上記1のいずれか3部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。
- *注4 上記1のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、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、上記1のいずれか3部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。
- *注5 上記1及び2のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、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、上記2の所定点数の他に上記1のいずれか計2部位（局所）までの点数、若しくは、上記1のいずれか3部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。
- *注6 消炎鎮痛等処置のうち湿布処置のみ四肢加算の取扱いで手及び手指については2倍で算定できます。

職場復帰プログラムの例
(精神科ショート・ケア、3時間コース)

	9:00～9:30	9:30～10:30	10:30～11:30	11:30～12:00
月曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動1 ・適切な自己表現	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	・ミーティング
火曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動2 ・心理教育	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	・ミーティング
水曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	・ミーティング
木曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	・ミーティング
金曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動5 ・ボディワーク	感想文作成及びグループミーティング ・1週間の感想等	

区 分	項 目	内 容 ・ 目 的
プログラム1	自己表現	・自分の趣味ややりたいことを対話形式で発表 ・自己表現を通じたコミュニケーションのトレーニング
プログラム2	心理教育又はストレスマネージメント	・専門家から症状・薬物療法・職場の人間関係などについて、助言・指導および援助を受ける ・病状や病態を振り返り、自分で認識・把握し、再発予防を実践する
プログラム3	個別作業	・PC、工具を使った作業 ・意欲、集中力、作業能力の回復を目的として、個人ごとの状態により選択
プログラム4	グループ作業	・グループによる作業の割り振りや役割分担を決めての共同作業
プログラム5	ボディワーク	・球技、身体活動、強めの運動

労働者災害補償保険		指導管理箋<第 回目>				
氏名		生年月日	年	月	日	男・女
負傷又は発症年月日	年	月	日	傷病名		
休業前の職種		〔深夜勤有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()		
就労に当たって必要な指導事項						
<p>1 職務内容変更の必要性 ①あり(理由:) ②なし</p> <p>2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体力労働の制限 ④普通勤務可 ⑤その他() 〔 ①～③の場合その期間(推定) 〕 年 月 頃まで</p> <p>3 勤務時間調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可</p> <p>4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし</p> <p>5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ①あり() ②なし</p> <p>6 対人業務の制限の必要性 ①あり() ②なし</p> <p>7 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) 〔 〕</p>						
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項						
<p>1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 〔 〕</p> <p>2 今後の療養の予定 月に 回程度の診療予定</p>						
<p>上記内容を確認しました。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人署名 _____</p>						
<p>上記とおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____ 病院又は _____ 診療所の 名称 _____ 医師名 _____</p>						
<p>(注) ①この指導管理箋は、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に対し、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するものです。 ②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。 ③事業場方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。</p>						

指導管理箋(産業医提出用)〈第 回目〉				
労働者災害補償保険		氏名	生年月日	年 月 日 男・女
休業前の職種	(深夜勤) 有・無	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 初診時症状 (※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)) <input type="checkbox"/> 前回指導時				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状 ()				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度				
症状固定の見込み 年 月頃				
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1 勤務可能(条件なし)				
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]				
ア 職務内容の変更 不要・要				
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ 対人業務の制限 不要・要(特記事項:)				
キ その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ()				
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し産業医等に提出されることに同意します。 年 月 日 本人署名				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 所在地 _____ 病院又は _____ 名称 _____ 診療所の _____ 医師名 _____				
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

指導管理箋<第 回目>				
労働者災害補償保険				
氏名			生年月日	年 月 日
負傷又は発症年月日	年 月 日		傷病名	
休業前の職種		〔深夜勤有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()
就労に当たって必要な指導事項				
1 職務内容変更の必要性 ①あり(理由:) ②なし 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他() (①～③の場合その期間(推定)) 年 月 頃まで) 3 勤務時間調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ①あり() ②なし 6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について ()				
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項				
1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 () 2 今後の療養の予定 月に 回程度の診療予定				
上記内容を確認しました。 年 月 日 本人署名 _____				
年 月 日 所在地 _____ 病院又は _____ 診療所の 名称 _____ 医師名 _____				
(注) ①この指導管理箋は、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に対し、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するものです。 ②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。 ③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用)〈第 回目〉			
氏名		生年月日	年 月 日 男・女
休業前の職種	〔深夜勤有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()
病名	(1.) (2.)		
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 初診時症状 (※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。) <input type="checkbox"/> 前回指導時			
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)			
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)			
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())			
現在の症状 ()			
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項			
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)			
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)			
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度			
症状固定の見込み 年 月頃			
就労に当たって勤務内容に対する意見			
1 勤務可能(条件なし)			
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]			
ア 職務内容の変更 不要・要			
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())			
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)			
カ その他勤務内容に対する意見 ()			
就労に当たって必要な職場での留意点			
上記内容を確認し産業医等に提出されることに同意します。 年 月 日 本人署名			
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 所在地 病院又は 名称 診療所の 医師名			
(注)産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。			

指導管理箋<第 回目>				
労働者災害補償保険				
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
罹患後症状の発病年月	年 月 日	傷病名		
休業前の職種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員等	〔深夜勤有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()
就労に当たって必要な指導事項				
<input type="checkbox"/> 初診時症状 <input type="checkbox"/> 前回指導時	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()			
※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)				
※ 新興感染症(新型コロナウイルス感染症)に対する治療について				
<input type="checkbox"/> 入院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 自宅・宿泊療養	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 通院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
現在の症状	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()			
治療の予定 (例:入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要等)、治癒見込み等)				
復帰(就労継続)に関する意見				
<input type="checkbox"/> 可 (職務への健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就労上の措置があれば可)				
就労に当たって配慮した方がよい措置(業務内容)、留意点等 (例:重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する、休憩場所を確保する等)				
上記の措置期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
上記内容を確認しました。 年 月 日 本人署名				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 所在地 病院又は 診療所の 名称 医師名				
(注) ①この指導管理箋は、入院治療後罹患後症状の治療のための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就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受診後1か月以上の通院療養が見込まれる者に対し、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するものです。 ②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。 ③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用)〈第 回目〉				
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の 職種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員等 (深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)			
※ 罹患後症状に対する治療について 発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 初診時症状 (<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛) <input type="checkbox"/> 前回指導時 (<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸) <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()) ※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)				
※ 新興感染症(新型コロナウイルス感染症)に対する治療について <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日) ~ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 自宅・宿泊療養 (年 月 日) ~ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
現在の症状	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()			
治療の予定 (例:入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要等)、治癒見込み等)				
復帰(就労継続)に関する意見 <input type="checkbox"/> 可 (職務への健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就労上の措置があれば可)				
就労に当たって配慮した方がよい措置(業務内容)、留意点等 (例:重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する、休憩場所を確保する等)				
上記の措置期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。 年 月 日 本人署名				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 所在地 _____ 病院又は _____ 診療所の 名称 _____ 医師名 _____				
(注)産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

早期社会復帰のための指導項目

氏名 _____

発症(負傷) 年月日	年 月 日
治ゆ見込み 年月日	年 月 日

○職場(業務)や日常生活において注意する点(指導した項目に☑を入れること)

【全般】

- 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと
- 受傷部位を意識しすぎて他の部位に負担をかけないこと
- 受傷部位を徐々に動かして、可動範囲を広げるように努めること
- 重いものを持つときは注意すること
- 休憩時間のストレッチなど一定の姿勢をとり続けないように心がけること
- 無理な姿勢をとらないようにすること
- 車の運転は避けたほうがよい
- 睡眠時間をしっかりとること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【職場】

- 長時間の残業は避けること
- 長期の出張や海外出張は避けること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【日常生活】

- 定期的に自分で脈拍のチェックをすること
- 適度な運動を実施するように心がけること
- 当面の間は、激しい運動は避けること (概ね__月間)
- 食事の内容、摂取量について注意すること
- 患部の保温に努めること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【その他】

- 治ゆ後、労働局にアフターケア制度の相談をすること(該当者のみ)
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

現状どおりの生活で問題がないと指導した
(該当する場合のみ☑)

指導日 年 月 日

医師名 _____