

労災診療費算定の実務

(令和4年4月改定)

福 島 労 働 局

目 次

I	労災保険給付制度の概要について	1
II	労災診療費業務の概要について	11
III	労災指定医療機関制度について	14
IV	労災診療費算定基準と留意点	24
1	診療単価	24
2	初診料	24
3	救急医療管理加算	25
4	療養の給付請求書取扱料	26
5	再診料	28
6	外来管理加算の特例	29
7	再診時療養指導管理料	32
8	入院基本料	33
9	入院室料加算	35
10	病衣貸与料	37
11	入院時食事療養費	37
12	コンピューター断層撮影料	39
13	コンピューター断層診断の特例	39
14	リハビリテーション	40
15	リハビリテーション情報提供加算	42
16	初診時ブラッシング料	43
17	四肢に対する特例取扱い	44
18	術中透視装置使用加算	51
19	手指の機能回復指導加算	51
20	固定用伸縮性包帯	52
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	53
22	皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	55
23	処置等の特例	55
24	職業復帰訪問指導料	62
25	精神科職場復帰支援加算	64
26	石綿疾患療養管理料	64
27	石綿疾患労災請求指導料	65

28	労災電子化加算	65
29	職場復帰支援・療養指導料	66
30	社会復帰支援指導料	69
31	振動障害に係る検査料	69
32	文書料	70
33	その他の算定の留意点	73
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	78
	参考1	80
	参考2	81
	参考3	83
	参考4	84
	参考5	92
	参考6	93
	参考7	94
	参考8	95
	参考9	96
	参考10	97
	参考11	118
	参考12	119
	参考13	120
	参考14	126
V	労災診療費請求書等の作成及び請求手続き	127
VI	労災診療費算定基準Q&A	143
VII	「治ったとき」とは	183
VIII	労災保険二次健康診断制度について	185
IX	アフターケア制度について	204
X	外科後処置実施要綱	255
XI	診療費関係様式一覧	259
XII	福島労働局及び管内労働基準監督署一覧	295

I 労災保険給付制度の概要について

1 業務災害について

業務災害とは、労働者が業務を原因として被った負傷、疾病、障害または死亡（以下「傷病等」という。）をいいます。

業務と傷病等との間に一定の因果関係があることを「業務上」と呼んでいます。

業務災害に対する保険給付は、労働者が労災保険の適用される事業場※に雇われて、事業主の支配下にあるときに、業務が原因となって発生した災害に対して行われます。

※法人・個人問わず一般に労働者が使用される事業は、適用事業場になります。

(1) 業務上の負傷について

①事業主の支配・管理下で業務に従事している場合

所定労働時間内や残業時間内に事業場施設内において業務に従事している場合が該当します。

この場合の災害は、被災した労働者の業務としての行為や事業場の施設・設備の管理状況などが原因となって発生するものと考えられるので、特段の事情がない限り、業務災害と認められます。

なお、次の場合には、業務災害とは認められません。

- ・ 労働者が就業中私用（私的行為）を行い、または業務を逸脱する恣意的行為をしていて、それが原因となって災害を被った場合
- ・ 労働者が故意に災害を発生させた場合
- ・ 労働者が個人的な恨みなどにより、第三者から暴行を受けて被災した場合
- ・ 地震、台風などの天災地変によって被災した場合（ただし、事業場の立地条件や作業条件・作業環境などにより、天災地変に際して災害を被りやすい業務の事情があるときは、業務災害と認められます）

②事業主の支配・管理下にあるが業務に従事していない場合

昼休みや就業時間前後に事業場施設内にいて業務に従事していない場合が該当します。

出勤して事業場施設内にいる限り、労働契約に基づき事業主の支配・管理下にあると認められますが、休憩時間や就業前後は実際に業務をしていな

いので、この時間に私的な行為によって発生した災害は業務災害とは認められません。ただし事業場の施設・設備や管理状況などが原因で発生した災害は業務災害となります。

なお、トイレなどの生理的行為については、事業主の支配下で業務に附随する行為として取り扱われますので、この時に生じた災害は就業中の災害と同様に業務災害となります。

③事業主の支配下にあるが、管理下を離れて業務に従事している場合

出張や社用での外出などにより事業場施設外で業務に従事している場合が該当します。

事業主の管理下を離れているものの、労働契約に基づき事業主の命令を受けて仕事をしているときは事業主の支配下にあることとなります。この場合積極的な私的行為を行うなどの特段の事情がない限り、一般的には業務災害と認められます。

(2) 業務上の疾病について

業務との間に相当因果関係が認められる疾病については、労災保険給付の対象となります（これを「業務上疾病」といいます）。

業務上疾病とは、労働者が事業主の支配下にある状態において発症した疾病ではなく、事業主の支配下にある状態において有害因子にさらされたことによって発症した疾病をいいます。

例えば、労働者が就業時間中に脳出血を発症したとしても、その発症原因となった業務上の理由が認められない限り、業務と疾病との間に相当因果関係は成立しません。一方、就業時間外における発症であっても、業務による有害因子にさらされたことによって発症したものと認められれば、業務と疾病との間に相当因果関係が成立し、業務上疾病と認められます。

一般的に、労働者に発症した疾病について、次の3要件が満たされる場合には、原則として業務上疾病と認められます。

① 労働の場に有害因子が存在していること

業務に内在する有害な物理的因子、化学物質、身体に過度の負担のかかる作業、病原体などの諸因子を指します。

② 健康障害を起こしうるほどの有害因子にさらされたこと

健康障害は、有害因子にさらされることによって起こりますが、その健康障害を起こすに足りる有害因子の量、期間にさらされたことが認められなければなりません。

③ 発症の経過及び病態が医学的にみて妥当であること

業務上の疾病は、労働者が業務に内在する有害因子に接触することによって起こるものであることから、少なくともその有害因子にさらされた後に発症したものでなければなりません。

しかし、業務上疾病の中には、有害因子にさらされた後、短期間で発症するものもあれば、相当長期間の潜伏期間を経て発症するものもあり、発症の時期は有害因子の性質や接触条件などによって異なります。

したがって、発症の時期は、有害因子にさらされている間またはその直後のみに限定されるものではありません。

2 複数業務要因災害について

複数業務要因災害とは、複数事業労働者の二以上の事業の業務を要因とする傷病等のことをいいます。なお、対象となる疾病等は、脳・心臓疾患や精神障害などです。

① 複数事業労働者に該当すること

複数事業労働者とは、傷病等が生じた時点において、事業主が同一でない複数の事業場に同時に使用されている労働者をいいます。

したがって、労働者として就業しつつ、同時に労働者以外の働き方で就業している者については、複数事業労働者に該当しません。また、転職等、複数の事業場に同時に使用されていない者についても、複数事業労働者には該当しません。

② 複数の事業の業務を要因とする傷病等とは

複数の事業場の業務上の負荷（労働時間やストレス等）を総合的に評価して、労災と認定できるか判断します。なお、複数事業労働者の方でも、1つの事業場のみの業務上の負荷を評価し業務上と認められる場合はこれまで通り業務災害として労災認定されます。

3 通勤災害について

通勤災害とは、通勤によって労働者が被った傷病等をいいます。

この場合の「通勤」とは、就業に関し、㊦住居と就業の場所との間の往復㊧就業の場所から他の就業の場所への移動㊨単身赴任先住居と帰省先住居との間の移動を、合理的な経路および方法で行うことをいい、業務の性質を有するものを除くとされています。移動の経路を逸脱し、または中断した場合には、逸脱または中断の間およびその後の移動は「通勤」とはなりません。

ただし、例外的に認められた行為で逸脱または中断した場合には、その後の移動は「通勤」となります。

通勤災害と認められるためには、その前提として、㊦から㊩までの移動が労災保険法における通勤の要件を満たしている必要があります。

(1) 「就業に関し」とは

通勤は、その移動が業務と密接な関連をもって行われなければなりません。

したがって、前述の㊦又は㊩の移動の場合、被災当日に就業することとなっていたこと、または現実就業していたことが必要です。このとき、遅刻やラッシュを避けるための早出など、通常の出勤時刻とある程度の前後があっても就業との関連性は認められます。

また、㊩の移動の場合、原則として、就業日とその前日又は翌日までに行われるものについて、通勤と認められます。

(2) 「住居」とは

「住居」とは、「労働者が居住している家屋などの場所で、本人の就業のための拠点となるところをいいます。

したがって、就業の必要上、労働者が家族の住む場所とは別に就業の場所の近くにアパートを借り、そこから通勤している場合には、そこが住居となります。

また、通常は家族のいる所から通勤しており、天災や交通のストライキなどにより、やむを得ず会社近くのホテルに泊まる場合には、そのホテルが住居となります。

(3) 「就業の場所」とは

「就業の場所」とは、業務を開始し、または終了する場所をいいます。

一般的には、会社や工場などをいいますが、外勤業務に従事する労働者で、特定区域を担当し、区域内にある数か所の用務先を受け持って自宅との間を往復している場合には、自宅を出てから最初の用務先が業務開始の場所となり、最後の用務先が業務終了の場所となります。

(4) 「合理的な経路および方法」とは

「合理的な経路および方法」とは、移動を行う場合に、一般に労働者が用いると認められる経路および方法をいいます。

「合理的な経路」については、通勤のために通常利用する経路が、複数ある場合、それらの経路はいずれも合理的な経路となります。

また、当日の交通事情により迂回した経路、マイカー通勤者が駐車場を

経路して通る経路など、通勤のためにやむを得ず通る経路も合理的な経路となります。

しかし、合理的な理由もなく、著しく遠回りとなる経路をとる場合は、合理的な経路とはなりません。

「合理的な方法」については、通常用いられる交通方法（鉄道、バスなどの公共交通機関を利用、自動車、自転車などの本来の用法に従って使用、徒歩など）は、平常用いているかどうかにかかわらず、合理的な方法となります。

(5) 「業務の性質を有するもの」とは

①から④までの要件を満たす移動であっても、その行為が「業務の性質を有するもの」である場合には、通勤とはなりません。

具体的には、事業主の提供する専用交通機関を利用して出退勤する場合や緊急用務のため休日に呼び出しを受けて出勤する場合などの移動による災害は、通勤災害ではなく業務災害となります。

(6) 「往復の経路を逸脱し、または中断した場合」とは

「逸脱」とは、通勤の途中で就業や通勤と関係のない目的で合理的な経路をそれることをいい、「中断」とは、通勤の経路上で通勤と関係のない行為を行うことをいいます。

具体的には、通勤途中で経路近くの公衆トイレを使用する場合や経路上の店でタバコやジュースを購入する場合などのささいな行為を行う場合には、逸脱、中断とはなりません。

通勤の途中で逸脱または中断があるとその後は原則として通勤とはなりません。これについては法律で例外が設けられており、日常生活上必要な行為であって、厚生労働省令※で定めるものをやむを得ない事由により最小限度の範囲で行う場合には、逸脱または中断の間を除き、合理的な経路に復した後は再び通勤となります。

※厚生労働省令で定める「逸脱」「中断」の例外となる行為

- ① 日用品の購入その他これに準ずる行為
- ② 職業訓練、学校教育法第1条に規定する学校において行われる教育その他これらに準ずる教育訓練であって職業能力の開発向上に資するものを受ける行為
- ③ 選挙権の行使その他これに準ずる行為
- ④ 病院または診療所において診察または治療を受けること、その他

これに準ずる行為

- ⑤ 要介護状態にある配偶者、子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹並びに配偶者の父母の介護（継続的にまたは反復して行われるものに限る）

労災保険給付等一覧

保険給付の種類	こういうときは	保険給付の内容	特別支給金の内容
療養(補償)補償等給付	業務災害、複数業務要因災害または通勤災害による傷病により療養するとき(労災病院や労災保険指定医療機関等で療養を受けるとき)	必要な療養の給付※	/
	業務災害、複数業務要因災害または通勤災害による傷病により療養するとき(労災病院や労災保険指定医療機関等以外で療養を受けるとき)	必要な療養の費用の支給※	
休業(補償)等給付	業務災害、複数業務要因災害または通勤災害による傷病の療養のため労働することができず、賃金を受けられないとき	休業4日目から、休業1日につき給付基礎日額の60%相当額	(休業特別支給金) 休業4日目から、休業1日につき給付基礎日額の20%相当額
障害(補償)等給付	障害(補償)等年金	業務災害、複数業務要因災害または通勤災害による傷病が治癒(症状固定)した後に障害等級第1級から7級までに該当する障害が残ったとき	(障害特別支給金) 障害の程度に応じ、342万円から159万円までの一時金 (障害特別年金) 障害の程度に応じ、算定基礎日額の313日分から131日分の年金
	障害(補償)等一時金	業務災害、複数業務要因災害または通勤災害による傷病が治癒(症状固定)した後に障害等級第8級から14級までに該当する障害が残ったとき	(障害特別支給金) 障害の程度に応じ、65万円から8万円までの一時金 (障害特別一時金) 障害の程度に応じ、算定基礎日額の503日分から56日分の一時金
遺族(補償)等給付	遺族(補償)等年金	業務災害、複数業務要因災害または通勤災害により死亡したとき	(遺族特別支給金) 遺族の数にかかわらず、一律300万円 (遺族特別年金) 遺族の数等に応じ、算定基礎日額の245日分から153日分の年金
	遺族(補償)等一時金	(1)遺族(補償)等年金を受け得る遺族がないとき (2)遺族(補償)等年金を受けている人が失権し、かつ、他に遺族(補償)等年金を受け得る人がない場合であって、すでに支給された年金の合計額が給付基礎日額の1000日分に満たないとき	(遺族特別支給金) 遺族の数にかかわらず、一律300万円 (遺族特別年金) 遺族の数にかかわらず、一律300万円((1)の場合のみ) (遺族特別一時金) 算定基礎日額の1000日分の一時金((2)の場合は、すでに支給した特別年金の合計額を差し引いた額)
葬祭料等(葬祭給付)	業務災害、複数業務要因災害または通勤災害により死亡した人の葬祭を行うとき	315,000円に給付基礎日額の30日分を加えた額(その額が給付基礎日額60日分に満たない場合は、給付基礎日額の60日分)	/

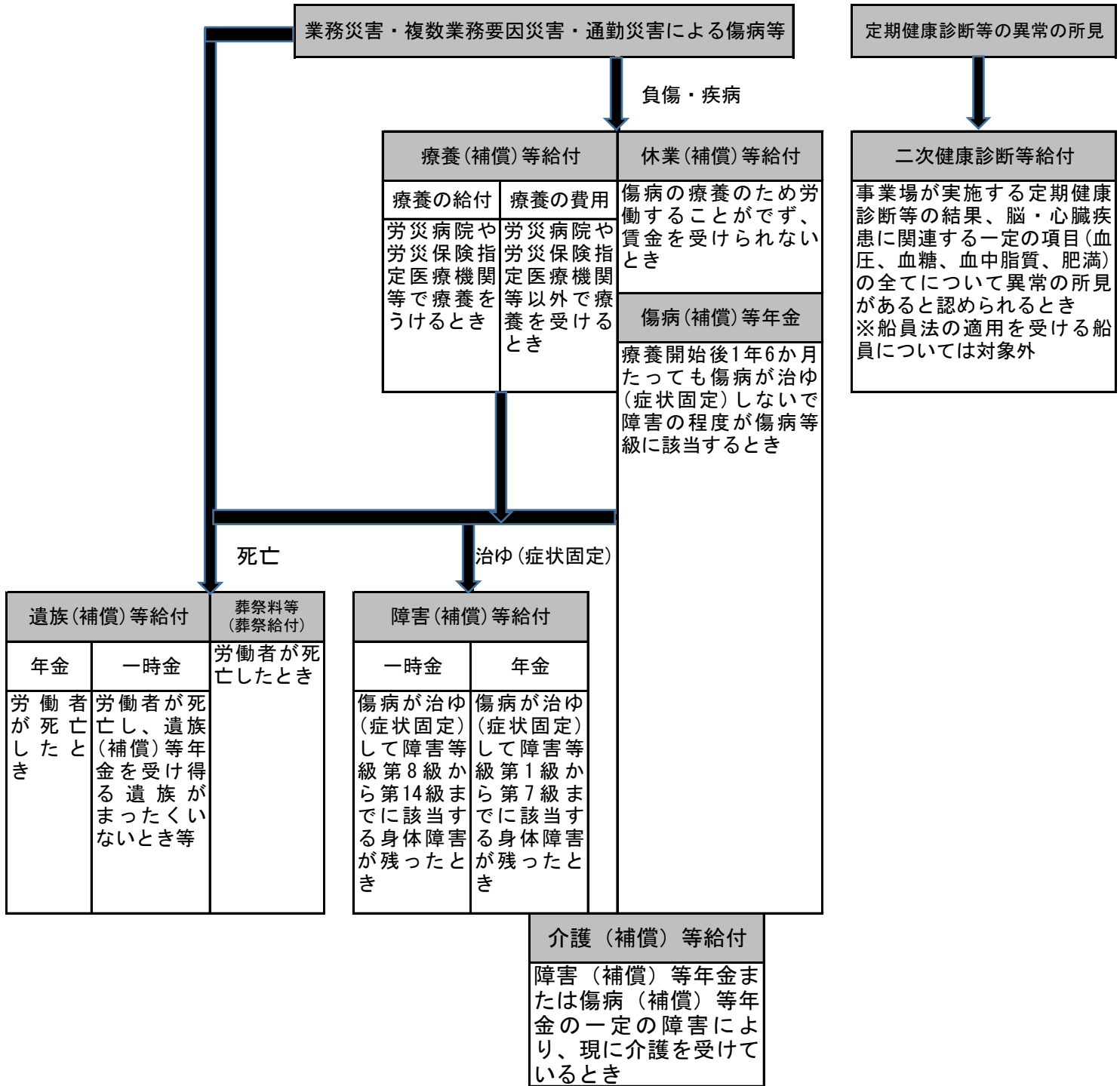
※療養のため通院したときは、通院費が支給される場合があります。

保険給付の種類	こういうときは	保険給付の内容	特別支給金の内容
傷病(補償)等年金	<p>業務災害、複数業務要因災害または通勤災害による傷病が療養開始後1年6か月を経過した日または同日後において次の各号のいずれにも該当するとき</p> <p>(1) 傷病が治ゆ(症状固定)していないこと</p> <p>(2) 傷病による障害の程度が傷病等級に該当すること</p>	<p>障害の程度に応じ、給付基礎日額の313日分から245日分の年金</p> <p>第1級 313日分</p> <p>第2級 277日分</p> <p>第3級 245日分</p>	<p>(傷病特別支給金)</p> <p>障害の程度により114万円から100万円までの一時金(傷病特別年金)</p> <p>障害の程度により算定基礎日額の313日分から245日分の年金</p>
介護(補償)等給付	<p>障害(補償)等年金または傷病(補償)等年金受給者のうち第1級の者または第2級の精神・神経の障害および胸腹部臓器の障害の者であって、現に介護を受けているとき</p>	<p>常時介護の場合は、介護の費用として支出した額(ただし、171,650円を上限とする)</p> <p>親族等により介護を受けており介護費用を支出していない場合、または支出した額が73,090円を下回る場合は73,090円</p> <p>随時介護の場合は、介護費用として支出した額(ただし、85,780円を上限とする)</p> <p>親族等により介護を受けており介護費用を支出していない場合または支出した額が36,500円を下回る場合は36,500円</p>	/
二次健康診断等給付 ※船員法の適用を受ける船員については対象外	<p>事業主が行った直近の定期健康診断等(一次健康診断)において、次の(1)(2)のいずれにも該当するとき</p> <p>(1) 血圧検査、血中脂質検査、血糖検査、腹囲またはBMI(肥満度)の測定のすべての検査において以上の所見があると診断されていること</p> <p>(2) 脳血管疾患または心臓疾患の症状を有していないと認められること</p>	<p>二次健康診断および特定保健指導の給付</p> <p>(1) 二次健康診断</p> <p>脳血管および心臓の状態を把握するために必要な、以下の検査</p> <p>① 空腹時血中脂質検査</p> <p>② 空腹時血糖値検査</p> <p>③ ヘモグロビンA1c検査(一次健康診断で行った場合には行わない)</p> <p>④ 負荷心電図検査または心エコー検査</p> <p>⑤ 頸部エコー検査</p> <p>⑥ 微量アルブミン尿検査(一次健康診断において尿蛋白検査の所見が疑陽性(±)または弱陽性(+)である者に限り行う)</p> <p>(2) 特定保健指導</p> <p>脳・心臓疾患の発生の予防を図るため、医師等により行われる栄養指導、運動指導、生活指導</p>	/

注) 表中の金額等は、令和4年3月1日現在のものです。

このほか、社会復帰促進等事業として、アフターケア、義肢等補装具の費用の支給、外科後処置、労災就学等援護費、休業補償特別援護金等の支援制度があります。詳しくは、労働基準監督署にお問い合わせください。

労災保険給付の概要



保険給付の手続き

保険給付を受けるためには、被災労働者やその遺族等が所定の保険給付請求書に必要事項を記載して、被災労働者の所属事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長（二次健康診断等給付は所轄労働局長）に提出しなければなりません。

給付の種類	請求書の様式	提出先
療養（補償）等給	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（５号） 療養給付たる療養の給付請求書（１６号の３）	病院や薬局等を経て所轄労働基準監督署長
	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（７号） 療養給付たる療養の費用請求書（１６号の５）	
休業（補償）等給	休業補償給付・複数事業労働者休業給付支給請求書（８号） 休業給付支給請求書（１６号の６）	所轄労働基準監督署長
障害（補償）等給	障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書（１０号）※ 障害給付支給請求書（１６号の７）※	
遺族（補償）等給	遺族補償年金・複数事業労働者遺族年金支給請求書（１２号）※ 遺族年金支給請求書（１６号の８）※	
	遺族補償一時金・複数事業労働者遺族一時金支給請求書（１５号） 遺族一時金支給請求書（１６号の９）	
葬祭料等（葬祭給付）	葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書（１６号） 葬祭給付請求書（１６号の１０）	
介護（補償）等給	介護補償給付・複数事業労働者介護給付・介護給付支給請求書（１６号の２の２）	
二次健康診断等給付	二次健康診断等給付請求書（１６号の１０の２）	病院または診療を経て所轄労働局長

※の様式には個人番号を記入していただく必要があります。

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	*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
小 計		7,070 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に該当する場合については、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（100㎤未満）の取扱いについては、45点として算定し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えありません。

(例) ①創傷処置（100㎤未満）を腰部（四肢以外）に行った場合

$45点 + 52点（外来管理加算） = 97点$

②創傷処置（100㎤未満）を前腕（四肢）に行った場合

$52点 \times 1.5（四肢加算） = 78点$

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	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	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		
⑭ 処 置	1回	53点	⑭ 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			
⑧	※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		
<p>（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。</p> <p>イ 四肢倍率で算定する場合は、実施部位を記入すること。</p> <p>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。</p>			

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5cm未満 | 1, 400点 |
| 長径5cm以上10cm未満 | 1, 880点 |
| 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5cm未満 | 530点 |
| 長径5cm以上10cm未満 | 950点 |
| 長径10cm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、ガングリオン圧砕法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

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

(手術)

エ 創傷処理、デブリードマン

ただし、手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）は、前記（1）による。

オ 皮膚切開術

カ 筋骨格系・四肢・体幹の手術

ただし、手の指の骨折非観血的整復術は、前記（2）による。

キ 神経、血管の手術

(リハビリテーション)

ク 疾患別リハビリテーション

② 上記①のア～イの処置及びエ～キの手術については、手（手関節以下）及び手の指に係る場合のみ健保点数の2.0倍として算定できます。

ただし、健康保険において処置面積を合算して算定する「創傷処置」等については、四肢加算の倍率（手指2倍、手指以外の四肢1.5倍、四肢以外1倍）が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率毎に処置面積を合算して算定することができます。

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

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

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

注2 健保点数の2.0倍として算定できるのは、手（手関節以下）、手の指に係る処置・手術のみです。

足の指の処置は1.5倍です。

注3 植皮術、皮膚移植術等の形成手術は、特例取扱いの対象になりません。

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

注5 特例取扱いの対象となる処置、手術及びリハビリテーションの所定点数の1.5倍（2.0倍）後の点数は一覧表（参考10（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
⑤	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
⑤	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・躯幹及び四肢に固定用伸縮性包帯の使用を必要と認める場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができます。

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

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

留意点

- 1 腰部に伸縮性包帯を使用した場合の、腰部固定帯加算（170点）は算定できません。
腰部固定帯加算は、従来、頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、平成8年の健康保険の診療報酬の改正により、簡易なコルセット状のものを使用した場合のみ加算の算定ができることとなったものであり、伸縮性包帯のみ使用した場合は腰

部固定帯加算の算定はできませんが、伸縮性包帯としては算定できます。

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

(参考) 腰部固定帯加算

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)

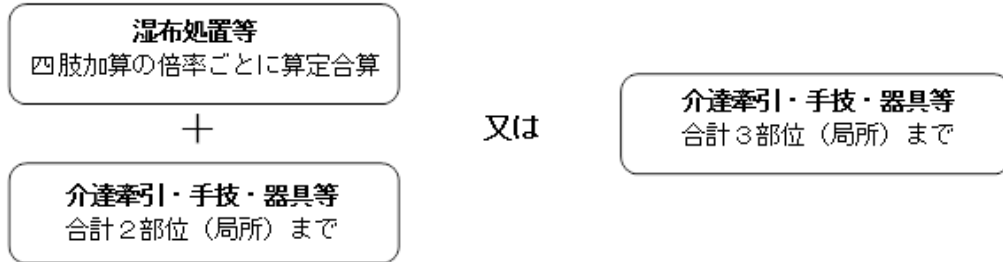
リハビリテーション及び処置の併施一覧表

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



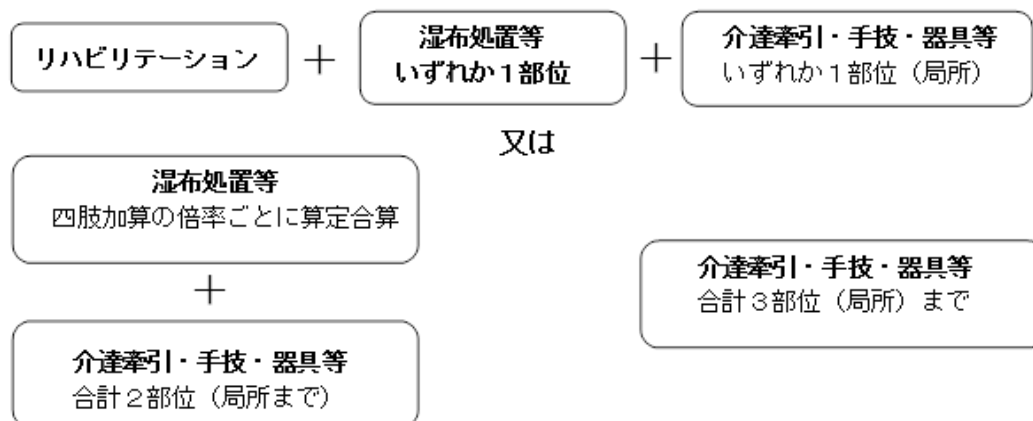
② リハビリテーションと介達牽引・手技・器具等の併施の場合



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たっては、明確に訓練と位置付け、職業復帰予定の事業場との間で使用従属関係下の労働とならないようにする必要があること。

留意点

- 1 職業復帰訪問指導料は、職場に訪問し、事業主等に対して、職業復帰のために必要な指導を行った場合に算定できるものでありますが、指導内容や指導方法は、文書・口頭等を問いません。
また、診療録には、職業復帰のために必要な指導を行った内容の要点を記載することとなりますが、レセプトの摘要欄に指導内容等を記載する必要はありません。
- 2 入院期間が継続して1月を超えると見込まれる傷病労働者において、結果的に入院期間が1月を超えなかった場合でも、3回までは算定できます。
ただし、入院期間が継続して6月を超えると見込まれる傷病労働者において、結果的に入院期間が6月を超えなかった場合は、3回までの算定となります。
- 3 職業復帰訪問訓練加算の算定要件において「エ：作業訓練の実施時間は20分以上（ただ

し、原則60分を上限とする。)であること。」とあるが、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及び日計表の添付に留意願います。

3 手術料の算定に関して

(1) 手術記録（写）の提出依頼について

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

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

ア 指及び四肢に関する複数手術の場合	ケ 関節内異物（挿入物を含む）除去術
イ 分層植皮術（K013）	（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 粘膜炎手術」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、「J 109 広範囲顎骨支持型装置埋入手術」の施設基準及び算定要件を満たす場合については支給対象となりますが、それ以外については支給対象となりません。

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

34 労災保険における治療用材料及び治療用装具の取扱い

傷病労働者に装用させた治療用装具等の費用は、指定医療機関で作製されたものは他の一般診療費と同様に療養の現物給付扱いとなりますが、外部の製作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

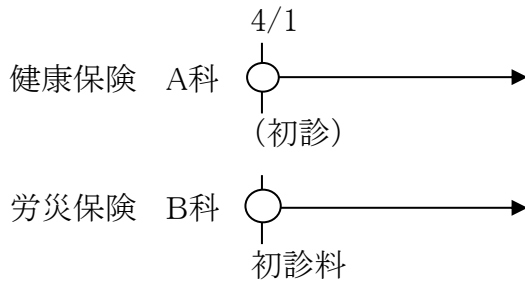
(※2)診療月の属する会計年度の前々年度(事業年度が会計年度と異なるときは診療月の属する会計年度当初において既に確定申告を行った直近の事業年度)の医療保健業について、当該法人等が非課税医療機関に該当するとして確定申告を行ったもの

初診料の算定例

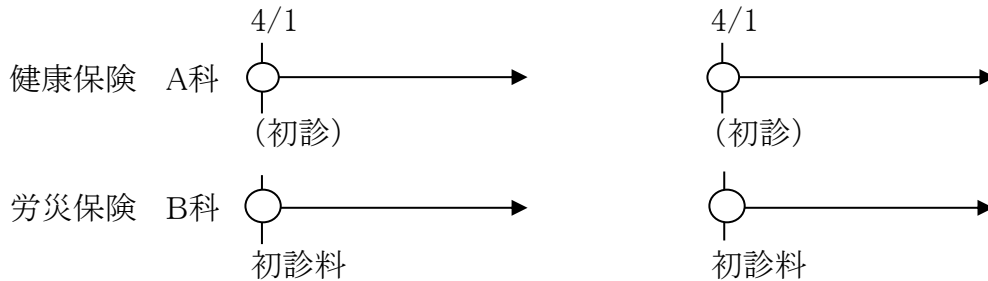
○:当科における最初の受診日、●:当科における2回目以降の受診日

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



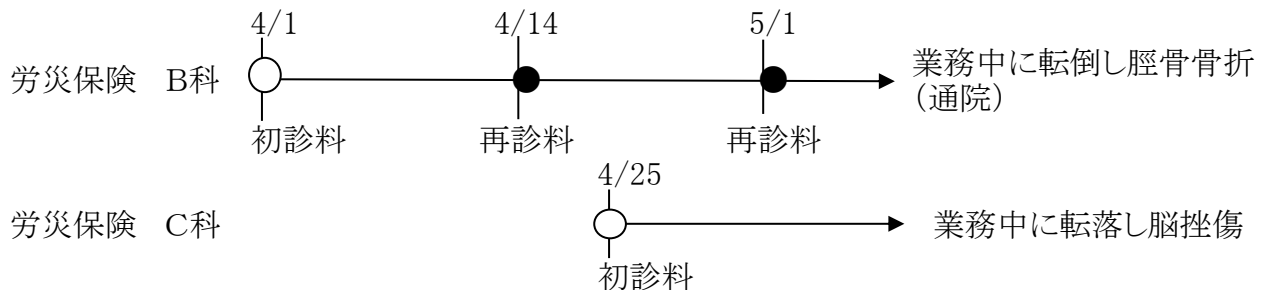
(2)労災保険が主傷病の場合



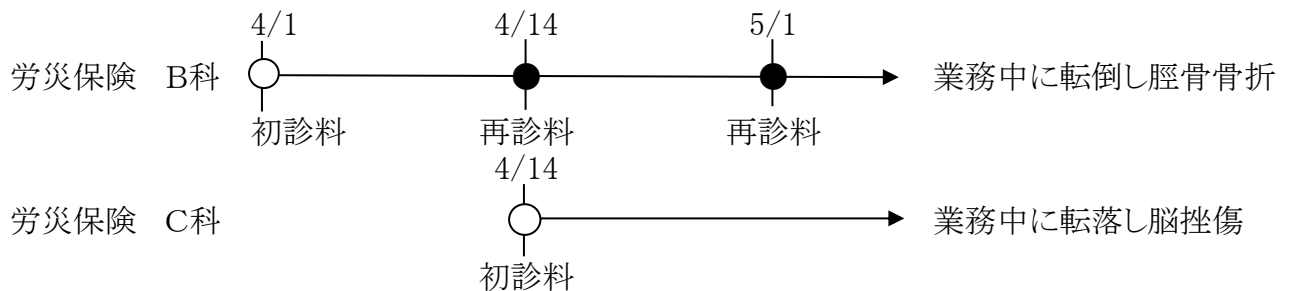
(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料(3,820円)が算定できる。

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



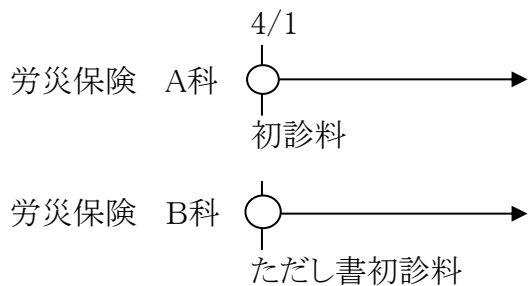
(2)労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一日の場合



(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。

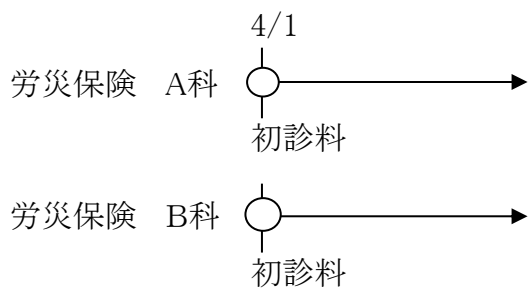
3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合

(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	
	リハビリの実施状況	ADL加算算定の可否	ADL加算算定の可否	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 ADL・ASL等		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”」									
			自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 等	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具
	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搔爬術（肩、股、膝）	20,020	30,030	
	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（胸鎖、肘、手、足）	13,130	19,695	26,260
	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（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	脊椎脱臼非観血的整復術	2,570		
K117-2	頸椎非観血的整復術	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	骨盤骨折非観血的整復術	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	経皮的大動脈遮断術	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

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 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	<input type="checkbox"/> 深夜勤 <input type="checkbox"/> 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 _____				
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 名称 診療所の 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 _____

V 労災診療費請求書等の作成及び請求手続き

1 請求書及び内訳書（レセプト）の種類

(1) 請求書

- ① 労働者災害補償保険診療費請求書・・・・・・・・・・診機様式第1号
- ② 検査に要した費用等請求書（指定医療機関用）・・診機様式第1号の2

「診断及び意見書提出の依頼について（診機様式第15号の1及び2）」に係る診断書料及び意見書料の請求を行う際に使用するもので、労働基準監督署より送付されます。

(2) 内訳書（レセプト）

【短期給付】

- ① 診療費請求内訳書（入院用）・・・・・・・・診機様式第2号
- ② 診療費請求内訳書（入院外用）・・・・・・・・診機様式第3号

【傷病（補償）年金】

- ① 診療費請求内訳書（入院用）・・・・・・・・診機様式第4号
- ② 診療費請求内訳書（入院外用）・・・・・・・・診機様式第5号

各種内訳書の摘要欄の枠に記入しきれない場合には、「診療費請求内訳書（続紙）」を使用します。内訳書や続紙の裏面には記入しないで、また資料等ののり付けは行わないで下さい。

※診療費関係様式一覧（P259）を参照ください。

2 請求書及び内訳書（レセプト）の記入上の注意

- (1) 診療費請求書等は、OCRに直接読み取らせますので、□のOCR読み取り部については、診療費請求書の表面右上及びレセプトの裏面の「標準字体」にならって、黒ボールペンを使用しカスレないように、また、枠からはみ出したり小さすぎると、読み取りが正確に行えないため、枠の中に大きめに記入願います。

- (2) 書き損じた場合は、修正ペン等は使用せず、次のように訂正願います。

<訂正記載例>

ア 1枠の場合

9
7

イ 複数枠の場合

4 0 1 2 5
9 0 3 0 8 1 5

枠の上下を少し超えるように縦に線を引き、枠の右上隅に正しい数字を記入します。

(注意) 請求書の「請求金額」欄は訂正することはできません。
書き損じた場合は、新しい用紙を使用してください。

3 「診療費請求内訳書」(レセプト)の記入要領(139ページ記入例参照)

診療費請求内訳書(レセプト)は、次により記入します。

指定病院等の番号及び 病 院 等 の 名 称	労災指定医番号(7桁)及び病院等の名称を、すべてのレセプト(続紙を含む。)に省略することなく記入します。
① 新 継 再 別	次のいずれかのコード番号を記入します。 1 「初診」・・・災害発生後第1回目の請求の場合 3 「転医始診」・・・他の労災指定医療機関から転医後の第1回目の請求の場合 5 「継続」・・・前月より引き続き診療継続している場合 7 「再発」・・・治ゆ後、症状の増悪等により、再度治療を要する場合 傷病(補償)年金へ移行後第1回目の請求の場合は「1新規」、傷病(補償)年金受給者の転医後第1回目の請求の場合は「5継続」を記入します。 「休業証明」等の文書料のみを請求する場合は、5「継続」を記入します。
② 転 帰 事 由	療養期間末日時点の状態について、次のいずれかのコード番号を記入します。 1 「治ゆ」、3 「継続」、5 「転医」、7 「中止」、9 「死亡」 「休業証明」等の文書料のみを請求する場合は、3「継続」を記入します。
④ 労 働 保 険 番 号 ⑥ 年 金 証 書 の 番 号 ⑦ 生 年 月 日 ⑦ 傷 病 年 月 日	「療養(補償)給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書(様式第5号又は第16号の3)」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給付を受ける指定病院等(変更)届(様式第6号又は第16号の4)」より転記します。 (注) 「労働保険番号は14桁全て(枝番号がない場合、下3桁は「000」)を記入します。(「年金証書の番号は9桁全てを記入。) 「傷病年月日」は、負傷又は発病した日を記入します。初診年月日ではありません。
⑩ 療 養 期 間	診療費算定の基礎となった療養の期間を記入します。 (注) 「転記事由」に「1治ゆ」5「転医」7「中止」9「死亡」を記入する場合の療養終了日は、治ゆ、転医、中止、死亡の年月日となります。

		「休業証明」等の文書料のみを請求する場合は、療養期間は休業証明を行った年月日（期間の前後とも同じ年月日）を記入します。なお、当該証明に係る休業証明期間を摘要欄に記載して下さい。
⑪	診療実日数	実際に診療した日数を右詰めで記入します。 「休業証明」等の文書料のみの請求の場合は「999」と記入します。
⑬	合計額	当該請求内訳書の総額を右詰めで記入します。¥マークは記入しないで下さい。 入院の場合・・・内訳書小計 ㊦+㊧+㊨ 入院外の場合・・・内訳書小計 ㊦+㊧
	労働者の氏名 事業の名称 事業場の所在地	「療養(補償)給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（様式第5号又は第16号の3）」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給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第6号又は第16号の4）」より転記します。
	傷病の部位 及び傷病名 傷病の経過	今回の労災に係る傷病の部位及び傷病名、治療内容・経過・予定等を記入します。 a. 診療録から誤りのないよう転記します。 b. 四肢等の傷病部位は、左右を誤らないよう記載します。 c. 複数の診療料で受診している場合は、それぞれの診療料における主たる傷病のみではなく、各診療科に係る全ての傷病の部位及び傷病名を記載します。 d. 「 <u>検査病名・投薬病名</u> 」については、その理由を付して「 <u>傷病の経過</u> 」欄に記載します。 e. 労災患者の療養が長期にわたる場合に、当初の傷病と関連する傷病が発症（偽関節、骨髄炎等）したときにおいても、必ず当初の傷病も記載します。 f. 治癒した傷病名については記載不要とします。

注1 「高血圧症」「高脂血症」「糖尿病」「不整脈（疑い）」「心筋梗塞（疑い）」等脳・心臓疾患事案の場合を除き、私病の傷病名はレセプトに記入しないでください。労災の治療と関連があると判断した場合は、関連があると判断した理由等をレセプトに記載してください。

注2 労災診療は業務災害又は通勤災害によって被った負傷又は疾病を対象としています。

基礎疾患等に対する薬剤投与は原則として算定できません。ただし、基礎疾患等に対する治療が業務災害又は通勤災害の治療上明らかに必要と認められた場合には保険給付の対象になります。この場合には、基礎疾患の治療を必要とした理由を必ず付記してください。

※ 歯科診療に係る診療内容を記載する労災保険の診療費請求内訳書は様式化されておりませんので、診療内容については健康保険の診療報酬明細書を用いて記載し、それ

を労災保険の診療費請求内訳書に添付して請求するようにお願いします。

その際、初診料と再診料は労災保険の定額になることに留意願います。

4 「労働者災害補償保険診療費請求書」の記入要領（138ページ記入例参照）

(1) 診療費請求書の作成単位

① 初回分（再発分及び傷病（補償）年金への移行後の初回を含む。）

継続分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成します。

なお、レセプトには各様式（様式第5号、様式第16号の3、様式第6号、様式第16号の4）を必ず添付して下さい。

② 継続分

初回分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成します。

※ なお、総レセプト枚数が10枚以下の場合は、初回分と継続分を1枚の診療費請求書にまとめて作成して下さい。

(2) 診療費請求書の記入要領

診療費請求書は、次により記入します。

①	指定病院等の番号	福島労働局長が、労災指定医療機関として指定通知した番号（7桁の番号）を記入します。
③	請求金額	当該請求書に添付するレセプトの「⑬の合計額」を足し合わせた総合計金額を、右詰めで記入します。金額の頭には、必ず¥マークを記入してください。 書き損じた場合は訂正を行わず、新しい請求用紙を使用してください。
④	内訳書添付枚数	当該請求書に添付するレセプトの総枚数を右詰めで記入します。 (注)「療養(補償)給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書(様式第5号又は第16号の3)」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給付を受ける指定病院等(変更)届(様式第6号又は第16号の4)」、「続紙」の枚数は含めません。
⑤	請求年	当該請求書に添付しているレセプトの診療年月を記入します。
⑥	請求月	診療年月が混在する場合は、直近の診療年月を記入します。

診 療 費 の 内 容	当該請求書に添付しているレセプトのうち、1枚目の患者の氏名及びその他の患者の実数を記入します。
請 求 年 月 日	当該請求書を提出（発送）する年月日を記入します。
請 求 人 （ 責 任 者 氏 名 ）	請求人（医療機関）の郵便番号・住所・責任者氏名・電話番号を記入します。記入はゴム印等でも構いませんが、「責任者氏名」欄の記名押印又は署名は必ず行って下さい。（押印は省略できます）

5 請求書・レセプトの編綴順序

（1）初回分（傷病（補償）年金へ移行後の初回を含む。）

継続分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成しますので、1枚の請求書に初回分の全レセプトを編綴します。

なお、初回分のレセプトには各様式（様式第5号、様式第16号の3、様式第6号、様式第16号の4）を必ず添付して下さい。

具体的には以下のとおりとします。

診療費請求書に添付するレセプトは、業務災害分、通勤災害分の順とし、初診時に労災患者が提出した「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書」（様式第5号及び第16号の3）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給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号及び16号の4）の後にレセプトを綴じ、また、傷病（補償）年金に移行された労災患者より「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号及び16号の4）が提出された場合は、その後に当該届とレセプトを業務災害分、通勤災害分の順に並べて1冊に綴じてください。下記の〔請求書・レセプトの編綴順序〕を参照してください。

（2）継続分

初回分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成しますので、1枚の請求書に継続分の全レセプトを編綴します。

具体的には以下のとおりとします。

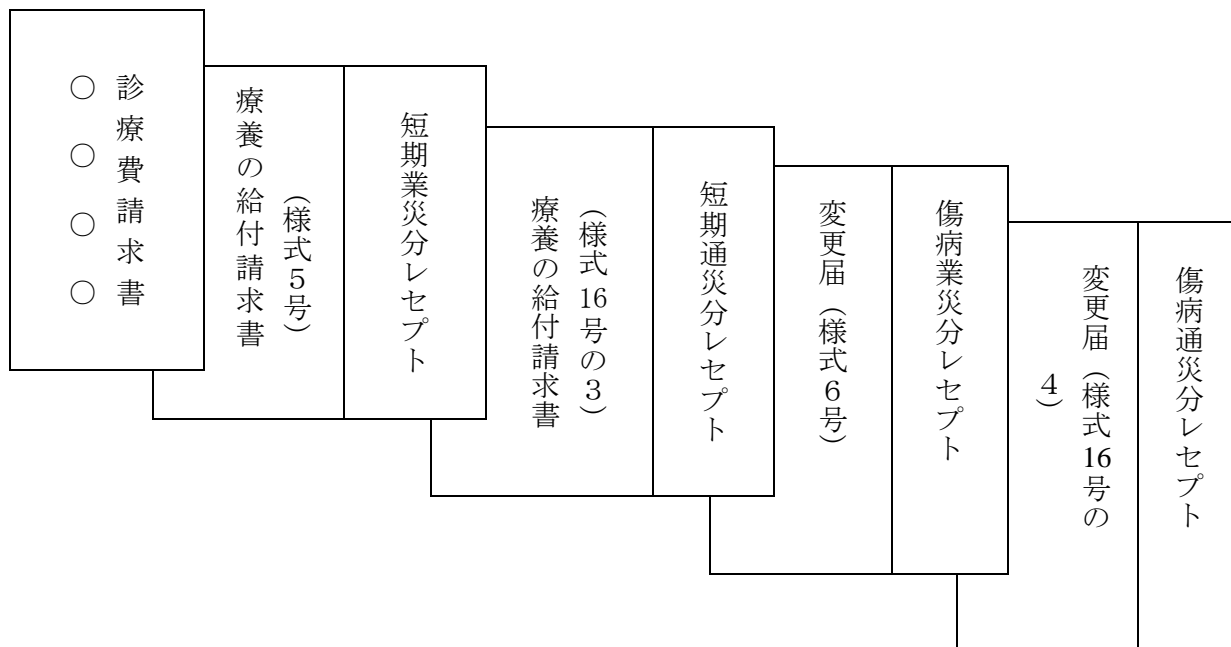
診療費請求書に添付するレセプトは、業務災害分、通勤災害分の順とし、傷病（補償）年金分がある場合は、その後尾に業務災害分、通勤災害分の順に並べて綴じてください。

（3）請求書・レセプトの綴じ方

診療費請求書及びレセプトは、請求書単位で束全体を紐・こより等で左最上部の綴じ込み穴の1ヶ所を綴ってください。

また、診療費請求書、レセプト及び療養の給付請求書は、OCRに入力しますので、のり付けや、ホッチキス等は使用せず、別に穴をあけたり、折り曲げたりしないようにしてください。

[請求書・レセプトの編綴順序]



6 診療費請求書等の提出先

編綴した診療費請求書等は、労災指定医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出します。

よって、福島県内の労災指定医療機関等にあつては以下のとおりとなります。

〒960-8021
 福島市霞町1番46号 福島合同庁舎5階
 福島労働局労働基準部労災補償課医療係
 電話 024-529-5376
 FAX 024-529-5472

7 診療費請求書の提出期限

提出期限は、原則として毎月10日です。(福島労働局着が10日)

ただし、当該日が閉庁の場合は、10日以降の直近の開庁日が提出締切日となります。

8 診療費の支払い及び通知

福島労働局に提出された請求書は、審査結果に基づき、原則として提出日の翌月中頃に厚生労働省から各労災指定医療機関へ審査結果(請求金額、支払金額、不支給金額、及びエラー保留金額)が通知されます。

また、支払いとなったものについては各労災指定医療機関の指定する金融機関口座へ振り込まれます。

なお、上記7の提出期限を過ぎた受付の診療費請求書は、翌月の処理扱いとなります。

9 用紙の調達方法

下記の各請求用紙は、福島労働局労働基準部労災補償課医療係、又は最寄りの労働基準監督署より交付を受けて下さい。

(1) 請求書

① 労働者災害補償保険診療費請求書・・・診機様式第1号

(2) 内訳書（レセプト）

【短期給付】

① 診療費請求内訳書（入院用）・・・・・・診機様式第2号

② 診療費請求内訳書（入院外用）・・・・・・診機様式第3号

【傷病（補償）年金】

① 診療費請求内訳書（入院用）・・・・・・診機様式第4号

② 診療費請求内訳書（入院外用）・・・・・・診機様式第5号

(3) 「診療費請求内訳書（続紙）」

10 差額診療費請求書の作成及び請求手続き

既に提出した診療費に請求もれ又は請求誤りがあり、その差額を請求する場合は次により請求してください。

(1) 差額診療費請求書の作成

差額診療費請求書は、次により作成して下さい。

③	請求金額	請求する差額の金額を記入します。
④	内訳書添付枚数	差額診療費請求書に添付するレセプトの枚数（既に請求済となった誤請求分のレセプト写及び続紙の枚数は除く。）を記入します。
⑤	請 求 年	誤請求した診療費請求書の請求年及び請求月を記入します。
⑥	請 求 月	
差 額 診 療 費 の 内 訳		診療費請求書の「上記金額を請求します。」の末尾に、括弧書きで「差額請求分」と記載します。

<差額診療費請求書記入例>

	③請求金額						④内訳書添付枚数					
	百万		千		円		枚					
			¥	1	1	8	8	0				1
金額の頭に¥マークを付けて下さい。												

⑤請求年	⑥請求月	※ 修正欄										
ただし、	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table> 年	9	4	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> </tr> </table> 月分	2							
9	4											
2												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>												
<p>〇〇〇〇ほか、<u>1名</u>に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。 上記の金額を請求します。 (差額請求分)</p>												

(2) 差額請求レセプトの作成

差額請求のレセプトは、次により誤請求したレセプトごとに作成し、誤請求したレセプトの写しを添付してください。

O C R 読取り項目	①②④⑥⑦⑩⑪の項目は、誤請求したレセプトより転記します。
差額請求する診療項目	<p>(ア) 算定の誤りの場合</p> <p>摘要欄に、「差額請求する理由」「診療項目番号」及び「適正算定」「誤算定」に区分し、「算定内訳」「点数」(金額)を記載すること。</p> <p>※ 記載例(1点12円で算定)</p> <p>四肢倍率算定漏れ</p> <p>④ 術後創傷処置(右手)</p> <p style="margin-left: 20px;">誤算定 52×10 =520 点</p> <p style="margin-left: 20px;">適正算定 (52×2.0)×10 =1040 点</p> <p>⑤ 創傷処理(5cm未満)(右手)</p> <p style="margin-left: 20px;">誤算定 470 点</p> <p style="margin-left: 20px;">適正算定 (470×2.0) =940 点</p> <p>今回請求額 23,760 円</p> <p>前回請求額 11,880 円</p> <p>差引額 11,880 円 ⇒ 「⑬合計金額」に転記します。</p> <p>(イ) 算定もれの場合</p> <p>算定漏れの診療項目欄に「点数」又は「金額」摘要欄には、「差額請求する理由」を記入し、算定漏れの金額を「⑬合計金額」に記入します。</p>

1.1 請求権の時効

診療費請求権の消滅時効は、民法第166条第1号の規定によって5年とされています。

したがって、診療日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過した診療費については、時効が完成して請求権を失うこととなりますので、請求漏れのないよう留意して下さい。

1.2 労災保険指定医療機関内容変更届

(1) 労災保険指定医療機関の開設者は、次の事項に変更があったときは、福島労働局長あて速やかに届け出ることとなっております。

(労災保険指定医療機関療養担当規程の第22) (23ページ参照)

- 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

ア、上記の事項のうち、

- ② 名称又は所在地に変更があったとき (口座関係を含む。)
- ③ 診療科目又は病床数に変更があったとき (従業員数を含む。)

に変更があったときは、

「労災指定病院等登録(変更)報告書」(診機様式第20号) (2枚複写式)

「労災指定病院等登録(変更)報告書」(診機様式第21号) (2枚複写式)

をもって届け出願います。(141~142ページ)

なお、用紙については、下記まで連絡のうえ交付を受けて下さい。

イ、上記の事項のうち、

- 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
- 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。)

に変更があったときは、

「労災保険指定医療機関内容変更届」をもって届け出願います。

様式は、140ページに記載してあります。

(2) 施設基準のそ及変更について

労災診療費の算定については、健保点数表の点数に労災診療単価を乗じて算定支払済みの労災診療費にも影響をあたえることから、遅滞なく労災補償課医療係に連絡してください。

1.3 管轄監督署及び労働保険番号について

(1) 労働保険番号の構成について

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
2桁	1桁	2桁	6桁	3桁

- ・府 県(2桁)：01～47 ※福島県は07
- ・所 掌(1桁)：1, 3, 7, 9のみ
- ・管 轄(2桁)：01～20 ※福島県は01～12
- ・基幹番号(6桁)：空白があるときは右詰
(例) □□□123→000123
- ・枝 番 号(3桁)：空白があるときは000になります。

※労働保険番号は14桁で構成されています。14桁以外の場合は労働保険番号の誤りが考えられますので、最寄りの労働基準監督署に正しい労働保険番号を照会願います。

(2) 福島労働局管内

監督署コード

管轄コード			監督署名	所在地	電話番号	管轄区域
府県	所掌	管轄				
07	1	01	福島	〒960-8021 福島市霞町 1-46 福島合同庁舎 1階	(024) 536-4613	福島市、二本松市、伊達市、伊達郡、相馬郡飯館村
07	1	02	郡山	〒963-8025 郡山市桑野 2丁目 1-18	(024) 922-1378	郡山市、田村市、本宮市、安達郡、田村郡
07	1	03	いわき	〒970-8026 いわき市平字堂根町 4-11 いわき地方合同庁舎 4階	(0246) 23-2258	いわき市
07	1	04	会津	〒965-0803 会津若松市城前 2-10	(0242) 88-3458	会津若松市、大沼郡、南会津郡、耶麻郡(猪苗代町・磐梯町)、河沼郡
07	1	05	須賀川	〒962-0834 須賀川市旭町 204-1	(0248) 75-3519	須賀川市、岩瀬郡、石川郡
07	1	06	白河	〒961-0074 白河市郭内 1-136 白河小峰城合同庁舎 5階	(0248) 24-1391	白河市、西白河郡、東白川郡
07	1	07	喜多方	〒966-0896 喜多方市諏訪 91	(0241) 22-4211	喜多方市、耶麻郡(西会津町・北塩原村)
07	1	08	相馬	〒976-0042 相馬市中村字桜ヶ丘 68	(0244) 36-4175	相馬市、南相馬市、相馬郡新地町
07	1	09	富岡	〒979-1112 双葉郡富岡町中央 2-104	(0240) 22-3003	双葉郡

注1 労働保険番号の管轄コードは管轄監督署になりますが、労働保険徴収法第9条(本社等の一括)の認可を受けた事業は、管轄監督署以外の労働保険番号の場合があり

ます。

注2 上記の福島労働局管内監督署コード、所在地及び管轄区域は、所掌が「1」のときに一致します。所掌「3」のときは一致しませんのでご注意ください。

注3 所掌「3」のときは、傷病労働者が直接所属する事業場（支店、営業所を含む。）の所在地により管轄区域を参照し管轄監督署がどこであるか確認してください。

【記入例】

労働者災害補償保険診療費請求書

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>3</td><td>4</td><td>7</td><td>2</td><td>0</td></tr></table>	3	4	7	2	0	※修正項目番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	①指定病院等の番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>7</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr></table> ※労災指定医療機関番号を記入すること。	0	7	○	○	○	○	○	②※受付年月日 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td>年</td><td> </td><td>月</td><td> </td><td>日</td></tr></table> 1~9年・月・日はそれぞれ右へ			年		月		日						
3	4	7	2	0																								
0	7	○	○	○	○	○																						
		年		月		日																						
③ 請求金額 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>¥</td><td>4</td><td>8</td><td>3</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> 金額の頭に¥マークを付けてください。					¥	4	8	3	5	0	0	④内訳書添付枚数 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>5</td></tr></table> ※レセプトの枚数を記入すること。					5											
			¥	4	8	3	5	0	0																			
			5																									
1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 ⑤請求年 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>9</td><td>0</td><td>4</td></tr></table> 年	9	0	4	⑥請求月 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td>4</td></tr></table> 月分		4	※修正欄 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ※最新の診療月を記入すること。																					
9	0	4																										
	4																											

〇〇〇〇 ほか 5 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。
上記の金額を請求します。

令和 4 年 5 月 10 日

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住 所 (所在地) 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

請求人の (病院又は診療所) 名 称 〇〇 クリニック

責任者氏名 院長 〇〇 〇〇

福島 労働局長 殿
(署分)

電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

受付印

労災保険指定医療機関内容変更届

令和 年 月 日

福島労働局長 殿

指定番号	0	7					
------	---	---	--	--	--	--	--

医療機関名称 _____

所在地 _____

開設者住所 _____

開設者氏名 _____

下記のとおり変更しましたので、労災保険指定医療機関療養担当規程の第22に基づき提出します。

変更事項	変更前	変更後	変更年月日
開設者住所			
開設者氏名			
管理者役職氏名			
健康保険診療報酬の算定に関する届出事項（施設基準に係るものを除く）			
その他			

VI 労災診療費算定基準 Q & A

1 初診料

Q 1 他保険により 1 傷病について診療継続中に、新たに労災の傷病が発生し、診療を行った場合、初診料（3,820 円）は算定できますか。

A. 算定できます。

診療報酬点数表（医科に限る。）の初診料の注 5 前段にかかわらず、健康保険等他保険及び自費（医療保険給付対象外）により傷病の診療を継続している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合、または、健康診断に引き続いて、当該健康診断を受けた医療機関において、業務上の事由又は通勤による疾病により、初診を行った場合は、初診料を算定できます。

労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も、初診料 3,820 円を算定できます。ただし、診療報酬点数表（医科に限る。）の初診料の注 5 ただし書に該当する場合には、初診料の半額の 1,910 円を算定します。

Q 2 他保険等により傷病の診療を継続している期間中に、同一医療機関で、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合、初診料を算定できますが、他保険等で診療を継続している診療科と、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病による初診を行った診療科が同一の診療科でも、労災保険による初診料は算定できますか。また、別々の診療科であっても、診療を行う医師が同一の場合の算定は可能ですか。

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

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

また、別々の診療科で同一の医師が診療を行った場合も同様です。

Q 3 同一月に同一患者が労災事故を 2 度起こし、2 度とも同一医療機関を受診した場合、初診料（3,820 円）は労災事故ごとに算定できますか。

A. 算定できます。

労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できます。ただし、異なる災害で生じた傷病を、同一の医師が同時に診察をした場合等、明らかに初診行為が一つである場合においては、各々算定することはできません。

Q 4 労災事故により、医科歯科併設の医療機関の整形外科に入院中の患者が、同一の災害により歯科を受診した場合、初診料（3,820円）は算定できますか。

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

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

Q 5 初診料及び再診料について、同一日に同一の医療機関の複数科を受診した場合、「異なる傷病の場合は両科で算定可能。同一の傷病又は互いに関連のある傷病の場合は主たる診療科で算定する。」と解釈していますが、「異なる傷病」、「互いに関連のある傷病」に該当するのは、具体的にどのような場合ですか。

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

Q 6 初診料について、診療報酬点数表（医科に限る。）の初診料注ただし書に該当する点数が算定できるのは、具体的にどのような場合ですか。

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

Q 7 受診命令の場合、傷病労働者の検査に要した費用として実費を支給することとされていますが、その中に初診料は含まれていますか。

また、画像（X線撮影）のみを依頼した場合は、初診料（3,820円）を算定できますか。

A. 初診料（3,820円）を含みます。ただし、当該検査に診断行為が伴う場合に限りです。

なお、X線撮影のみの場合は、診断行為が伴わないため算定できません。

Q 8 夜間・早朝等加算の対象となる時間帯はいつですか。

A. 対象となる夜間・早朝等とは、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜（午後10時から午前6時までの間）及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間となります。

2 救急医療管理加算

Q 1 労災事故で負傷した患者が、かねてより私病で受診中の医療機関で労災傷病について初診を行った場合、救急医療管理加算は算定できますか。

A. 算定できます。

当該加算は、初診料（3,820円）を算定した場合に算定できるものです。

Q 2 労災事故で負傷した患者を、救急で収容した医療機関では、応急処置のみを行い他の医療機関に転医した場合、転医先の医療機関においても救急医療管理加算を算定できますか。

A. 算定できます。

転医先の医療機関において初診料（3,820円）が算定でき、かつ、当該治療に緊急性があれば、救急医療管理加算を算定できます。

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

Q 3 救急を要しない傷病（じん肺症、振動障害等）の初診の場合において、救急医療管理加算を算定できますか。

A. 算定できません。

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

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

Q 4 初診料において手術、処置がなく、診察、投薬のみの場合でも、緊急医療管理加算を算定できますか。

A. 算定できます。

診療行為の種別に関わらず、救急医療を行った場合は算定できます。

Q 5 傷病患者がA病院に救急にて搬送されましたが、A病院には眼科が無く、傷病の状態から眼科の専門医が必要となり、B病院に眼科医の対診を依頼し処置を行った際、それぞれの医療機関において緊急医療管理加算を算定できますか。

A. 算定できます。

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

労災保険における取扱いは健康保険に準拠することから、当該加算の算定要件である初診料が算定でき、かつ、緊急性が認められる場合においては、両院とも算定できます。

Q 6 同一日複数科受診時の初診料（1,910円）を算定する患者に対して、救急医療が行われた場合に、救急医療管理加算は算定できますか。

A. 算定できません。

同一日複数科受診時の初診料（1,910円）を算定する場合については、救急医療管理加算は算定できません。

Q 7 初診時に救急医療が行われ、即入院することとなった患者が、入院後4日目には状態が回復し、緊急医療が行われなくなった場合に、「A205 救急医療管理加算」は算定できますか。

A. 算定できます。

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

Q 8 最初に收容された医療機関で、初診時に救急医療が行われ、即入院し4日間経過後に、容態の急変等により他の医療機関に転院した場合、転院先医療機関は救急医療管理加算を算定できますか。

A. 算定できます。

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

Q 9 初診時に救急医療が行われ、即入院することとなった患者について、「A300 救命救急入院料」を算定する病室に入院し、4日目から一般病棟入院基本料を算定する病室へ転室となった場合は、4日目から「A205 救急医療管理加算」を算定することができますか。

A. 算定できます。

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

3 療養の給付請求書取扱料

Q 1 新たに労災指定医療機関となったので、現在診療中の労災患者に係る「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」を取り扱ったが、療養の給付請求書取扱料を算定することができますか。

A. 算定できます。

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

この場合、療養の給付請求書を実際に取り扱っていることから、療養の給付請求書取扱料を算定することができます。

Q 2 再発の場合、療養の給付請求書取扱料を算定することができますか。

A. 算定できません。

4 再診料・外来診療料・外来管理加算

Q 1 健康保険の傷病と労災の傷病とを引き続き平行して診療する場合、同一日についてそれぞれの傷病について再診料を算定できますか。

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

一方、同一日に同一の医療機関の別の診療科を再診した場合は、主たる傷病について再診料を算定し、もう1つの傷病について2科目の再診料を算定します。

Q 2 一般病床の病床数 200 床以上の病院については、再診料（労災特掲料金）は算定できないものと解してよろしいですか。

A. 再診料は算定できません。

なお、病床数の考え方は、健康保険の取扱いと同様です。

Q 3 同一日に他の傷病について、一方は他保険で再診として受診し、もう一方は労災で別の診療科を再診として受診した場合について、再診料の算定はどのようにしたらよろしいですか。

A. 業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関で同一の診療科を再診した場合は、主たる傷病について再診料を算定することになります。

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

Q 4 再診料の告示注 3 に係る留意事項通知の解釈について、「同一日に他の傷病について」とは、例えば、同一災害で負傷部位が同一であっても、複数の診療科を受診している場合は算定できますか。

A. 2科目の再診料は、同一部位でも、他の傷病である場合は算定できます。

ただし、関連のある傷病については算定できません。

Q 5 別災害の労災で同一日に同一の医療機関で2つの診療科を受診した場合、それぞれの診療科において再診料（1,400円）を算定できますか。

A. 主たる傷病に係る診療科において再診料（1,400円）を算定し、2つ目の診療科においては、2科目の再診料（700円）の算定となります。再診料の2科目の算定に当たっては、同一災害か別災害かという観点ではなく、他の疾患について別の診療科を再診として受診した場合に、2つ目の診療科に限り、2科目の再診料を算定できるものです。

Q 6 一般病床の病床数 200 床維持用で医科歯科併設の保険医療機関における歯科、歯科口腔外科において再診を受けた場合、外来診療料は適用になりますか。

- A. 適用されません。
外来診療料ではなく再診料（労災特掲料金）を算定することになります。

Q 7 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料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算定になりますか。

- A. 判断料のみの算定となります。

Q 8 一般病床の病床数 200 床以上の病院においては、外来診療料を算定することになります。健康保険の取扱いによれば外来診療料に包括される処置等の中には、労災特掲の四肢加算を行うことにより単独で外来診療料の所定点数を超すものも含まれています。こうしたものについても外来診療料とは別に算定できないのですか。

- A. 健康保険の取扱いどおりであり、外来診療料とは別に算定することはできません。

Q 9 1日に複数回の再診を行った場合において、外来管理加算は算定できますか。

- A. 再診の要件を満たした場合に算定できます。
なお、電話による再診の場合は算定できません。

Q10 外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができることになっていますが、同一日に外来管理加算の点数を上回る処置等と、それに満たない処置等を併せて行った場合、外来管理加算の特例を算定することができますか。

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

Q11 頸部、腰部、右上腕にそれぞれ消炎鎮痛等処置（マッサージ等の主技による療法）を行った場合、外来管理加算は算定できますか。

- A. 算定できます。
(例) 消炎鎮痛等処置（頸部） 35 点（+外来管理加算 52 点）
消炎鎮痛等処置（腰部） 35 点 → 52 点（読み替え）
消炎鎮痛等処置（右上腕） 35 点×1.5 倍=53 点

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

Q12 次のような場合に外来管理加算は算定できますか。

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

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

次の①から③の何れかにより算定します。

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

$$270点 + 35点 + 52点（外来管理加算） = 357点$$

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

$$270点 + 53点 = 323点$$

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

$$35点 + 53点 + 52点（外来管理加算） = 140点$$

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

Q13 次のような場合に外来管理加算は算定できますか。

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

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

次の①及び②の何れかにより算定します。

① 湿布処置及び肛門処置（それぞれ倍率が異なる部位であるため）を算定する場合は、湿布処置（右足部）53点及び肛門処置24点の他に、介達牽引（左下肢）53点、矯正固定（左上肢）53点、低出力レーザー照射（右上肢）53点のうち計2部位まで算定できます。

$$\begin{aligned} & \text{湿布処置 } 53点 + \text{肛門処置 } 24点 + \text{介達牽引 } 53点 + \text{矯正固定 } 53点 \\ & + \text{外来管理加算 } 52点 = 235点 \end{aligned}$$

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

$$\text{介達牽引 } 53点 + \text{矯正固定 } 53点 + \text{低出力レーザー照射 } 53点 = 159点$$

よって、最も点数が高くなる①により算定します。

Q14 医療機関が訪問看護を行った場合、外来管理加算は算定できますか。

A. 算定できません。

外来管理加算は、再診料を算定した場合における加算であり、訪問看護を行った場合には、外来管理加算は算定できません。

Q15 A病院には整形外科がなく、B病院の整形外科医に対診を依頼した場合、B病院において再診料と往診料は算定できますが、処置等を行わなかった場合に外来管理加算は算定できますか。

A. 算定できません。

対診とは、計画的な医学管理を行った場合には該当しないため、たとえ処置等を行わなくても外来管理加算は算定できません。

Q16 外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができることになっており、当該処置等には眼科学的検査も含まれますが、

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

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

A. ①及び②とも算定できます。

眼科学的検査については、それぞれ別個の検査と考えられます。

Q17 B001(17) 慢性疼痛疾患管理料を算定した月においても、外来管理加算の特例を算定することはできますか。

A. 慢性疼痛疾患管理料を算定している場合であっても、慢性疼痛疾患管理料に包括される処置等（介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置）以外の処置等を行った場合、外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、特例として外来管理加算を算定することができ、同一日に外来管理加算の点数に満たない処置等の点数が2つ以上ある場合には特例として最も低い点数に対し外来管理加算を算定でき、他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができます。

5 再診時療養指導管理料

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

- A. 同一の医療機関において、同一日に2以上の診療科で指導を行った場合であっても、再診時療養指導管理料は1回として算定することとなります。
なお、医科と歯科の場合について、それぞれ算定できます。

Q 2 外来リハビリテーション診療科を算定した場合に、併せて再診時療養指導管理加算を算定できますか。

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

Q 3 自宅療養をしているせき損患者の看護人が投薬を受け取りに来た際に、日常生活等の指導を行った場合に、再診時療養指導管理料を算定することができますか。

- A. 算定できます。
健康保険の特定疾患療養管理料の取扱いに準拠します。

(参考)

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

Q 4 電話再診の場合、再診時療養指導管理料は算定できますか。

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

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

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

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

Q 5 C005 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合に、再診時療養指導管理料を併せて算定できますか。

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

Q 6 再診時療養指導管理料は、訪問診療を行い、C001 在宅患者訪問診療料（I）又

はC001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した場合においても算定できますか。

A. 算定できます。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合であっても、療養上の指導（食事、日常生活、機能回復訓練、メンタルヘルスに関する指導）について、患者の症状に応じて必要な指導を1つでも行った場合は、その都度算定できます。（再診時療養指導管理料と同月に重複算定できない管理料等に留意願います。）

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

A. 算定できません。

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

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

A. 算定できます。ただし、指導内容が各々異なっている場合に限りです。

なお、再診料が算定できない場合には、再診時療養指導管理料も算定できません。

また、電話による再診についても算定できません。

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

A. 重複算定できます。

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

Q10 再診時療養指導管理料と労災保険リハビリテーション医療における心理相談指導管理料及び医療社会復帰指導管理料を同一月において重複算定できますか。

A. 重複算定できます。

再診時療養指導管理料については、同一月において特定疾患療養管理料とは重複算定できません。

また、特定疾患療養管理料と重複算定できない管理料・指導料等についても、同様に重複算定できません。

心理相談指導管理料と医療社会復帰指導管理料はこれに該当しないことから同
一月において重複算定できます。

**Q11 歯科診療に関する医学管理等に、B000-4 歯科疾患管理料、B001-2 歯科衛生実
地指導料及びB002 歯科特定疾患療養管理料がありますが、労災特掲である再診時
療養指導管理料とは重複して算定できますか。**

- A. 歯科衛生実地指導料については、再診時療養指導管理料と重複算定できます。
歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料については、重複算定できません。
①歯科疾患管理料、②歯科特定疾患療養管理料は、次の算定要件に該当する場
合にそれぞれ月2回を限度として算定することとなっており、ともに同趣旨の
再診時療養指導管理料との重複算定はできません。

【主な算定要件】

①歯科疾患管理料

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

②歯科特定疾患療養管理料

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

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

**Q12 B001(17) 慢性疼痛疾患管理料を算定した月に、再診時療養指導管理料を重複し
て算定できますか。**

- A. 重複算定できません。
再診時療養指導管理料については、同一月において特定疾患療養管理料とは重複
算定できません。
また、特定疾患療養管理料と重複算定できない管理料・指導料等についても、
同様に重複算定できません。

**Q13 他保険にて主たる治療を行い、再診料を算定し、労災にて2科目の再診料を算定
した場合に再診時療養指導管理料を算定できますか。**

- A. 算定できます。
再診時療養指導管理料は、再診料が算定できる場合にその算定が認められるも

のです。また、同一の医療機関において、同時に2以上の診療科で指導を行った場合であっても（医科と歯科の場合を除く。）、再診時療養指導管理料は1回として算定するとされていますが、再診時療養指導管理料は、労災独自の評価項目（労災特掲）であり、本件の場合、仮に他保険傷病に関して療養上の指導が行われたとしても、再診時療養指導管理料は算定されないためです。

6 医学管理等・在宅医療

Q 1 在宅医療に関し、往診あるいは訪問診療に要した交通費については、健康保険の取扱いでは患者の負担とされているが、労災保険では支給の対象となりますか。

A. 支給対象にはなりません。

健康保険の取扱いと同様に往診時に要した交通費については、患者の負担となります。

Q 2 眼科を標榜していない医療機関に入院中の労災患者に対して、眼科専門医による診察が必要となり、眼科医の対診を求めた場合に、初診料及び往診料については算定できるとされていますが、往診した医師に対して往診に要した交通費は支給の対象となりますか。

A. 支給対象にはなりません。

往診した医師の交通費については、労災保険における療養の給付の範囲に含まれないものであり、保険給付の対象とはなりません。

Q 3 B001-5 手術後医学管理料については、「入院の日から起算して10日以内」とありますが、入退院を繰り返す場合、入院起算日は入院期間の計算と同様の考え方となりますか。

A. 入院の起算日は、入院期間の計算と同様の考え方となります。

Q 4 B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料については、同一の医療機関に再入院した際、入院の起算日が変わらなくてもガイドラインに従い、肺血栓塞栓症予防のための医学管理を適切に行った場合には、算定することはできますか。

A. 算定できます。

入院期間の計算の考え方と異なり、「入院中1回に限り」算定することとされているので、入院起算日が変わらない再入院の場合でも算定要件を満たす限り算定できます。

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

Q 5 B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料は、「肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に消炎鎮痛等処置の点数は算定できない」とされていますが、当該管理料を算定した患者に対しては、入院期間中に消炎鎮痛等処置を行っ

ても全く算定することができなくなりますか。

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

7 検査料

Q 1 「糖尿病」や「心臓疾患」等の私病（基礎疾患）を有する者が業務上負傷した場合、その私病に対する治療や検査、投薬がどの程度認められるものですか。

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

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

Q 2 H C V陽性患者に使用した注射針によって、針刺事故を起こした患者に伴うH C V抗体検査については、どの時点まで認められますか。

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

Q 3 梅毒陽性患者に使用した注射針による針刺事故における検査についても保険給付の対象となりますか。

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

Q 4 振動障害に係る検査において、つまみ力検査及びタッピング検査を各々両手に行った場合、どのように算定するのか。

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

Q 5 酸素吸入を行っていないじん肺患者に対して、酸素吸入を行う必要があるか否かの判断のため、経皮的動脈血酸素飽和度測定を算定することはできますか。

A. 算定できます。

酸素吸入を行っていない患者に対して、呼吸困難症状がある場合などに酸素吸入の可否を判断するために経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施した結果、酸素吸入が必要ないと判断された場合でも算定可能です。

8 画像診断

Q 1 胸部及び左足に対して単純撮影を行い、各々に撮影した画像を電子化して管理及び保存を行った場合、部位ごとに 57 点を算定できますか。

A. 算定できます。

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

Q 2 外来で時間外に受診した患者が、画像診断を行い、その結果緊急入院となった場合、レセプト請求では入院用を使用することとなりますが、時間外緊急院内画像診断加算は算定できますか。

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

Q 3 時間外緊急院内画像診断加算については、医療機関が表示する診療時間以外の時間に、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、算定できるとされていますが、この診療については、医療機関が表示する診療時間以外の時間に開始されたものでなければ算定できませんか。

A. 算定できます。

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

Q 4 時間外緊急院内画像診断加算は、初診又は再診に係る時間外加算等と同時に算定できますか。

A. 同時に算定できます。

ただし、時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合には、A000 初診料の「注9」及びA001 再診料の「注7」に規定する夜間・早朝等加算は算定できません。

Q 5 健康保険の取扱いにおいて、E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）及びE202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影の算定については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定するとされているが、

労災保険においては、健康保険診療報酬点数表の規定に関わらず、2回目以降の断層撮影においても所定点数を算定できますか。

A. 算定できます。

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

(例1) 同一月に1回目CT撮影口、2回目CT撮影口を行った場合。

1回目 CT撮影口	900点 (+ E203 コンピュータ断層診断 450点)
2回目 CT撮影口	900点

合計 1,800点(断層診断を含め2,250点)算定できます。

(例2) 同一月に1回目CT撮影口、2回目MRI撮影2を行った場合。

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

合計 2,230点(断層診断を含め2,680点)算定できます。

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

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

合計 3,130点(断層診断を含め3,580点)算定できます。

9 コンピューター断層診断の特例

Q1 労災疾病の部位ではなく、私病の部位を撮影したフィルムを診断した場合であっても、コンピューター断層診断の特例は算定可能でしょうか。

A. 原則として労災傷病の部位を撮影したもの以外は算定できません。

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

Q 2 初診時に自院でコンピューター断層診断（450点）を算定後、他院の画像を診断した場合はコンピューター断層診断の特例は算定可能でしょうか。

A. 算定可能です。

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

① 自院で実施（450点）他院の画像を診断（225点） → 算定可能 ○

② 初診時に他院の画像を診断（450点）＋他院の画像を診断（225点）
→ 算定不可 ×

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

Q 3 他の医療機関に依頼して撮影されたフィルムを自院で診断した場合、コンピューター断層診断の特例は算定可能でしょうか。

A. 算定可能です。

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

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

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

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

10 投薬・注射

Q 1 使用済みの不特定多数の注射針による針刺事故の際に、免疫グロブリンとHBワクチンを針刺事故直後に投与したが、これらは保険給付の対象となりますか。

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

Q 2 インターフェロン製剤の使用について、針刺し事故直後に効果があるとして使用する場合がありますが、保険給付の対象となりますか。

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

Q 3 沈降破傷風トキソイドを使用していた患者が、受傷後1年を経過し再度使用した場合は算定できますか。

- A. 算定できます。
一般に2～3回（初回、1か月後、1年後）投与するものであるため。

Q 4 骨折にて治療継続中の傷病労働者に対して、骨癒合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤を投与した場合、これらの薬剤は算定できますか

- A. 算定できません。
オステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤は、骨癒合を促進するために投与した場合、健康保険では保険適用外となるため、労災保険においても算定できません。
ただし、私病である骨粗鬆症の治療が業務上疾病である骨折の治療上明らかに必要であると医師が認めた場合には、骨粗鬆症治療剤を算定できます。

Q 5 骨折等の鎮痛等を目的として、ロキソニン等の非ステロイド性抗炎症薬が投与されることがあるが、この非ステロイド性抗炎症薬の副作用等に対してタケブロンカプセル等のプロトンポンプ阻害剤が投与された場合、労災保険対象となりますか。

- A. 非ステロイド性抗炎症薬の副作用等により生ずる胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎等は業務上の傷病ではないが、業務上の傷病の治療上明らかに必要と認められる場合や業務上の傷病の治療に関連したものであれば、薬効、適応及び用法を満たしていれば、労災保険の給付の対象となります。
ただし、胃潰瘍等が業務上の傷病の治療に関連しない私病である場合には、労災保険給付の対象とはなりません。

11 リハビリテーション

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

- A. 以下のとおり部位ごとに算定します。

右下腿に運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 1単位 180点×1.5倍
腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 1単位 180点

合 計 450点

Q 2 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者が、新たに運動器リハビリテーション料の対象患者となった場合について、どのように算定するのですか。

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

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

Q 3 疾患別リハビリテーションを行っている傷病労働者が転院した場合、疾患別リハビリテーションの起算日は、医療機関ごとに算定するのか、あるいは医療機関を通算して起算日から算定するのですか。

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

よって、症例によっては起算日に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。

Q 4 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の起算日は発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日となっていますが、手術を行った場合及び急性増悪となった場合は、起算日に変更されますか。

A. 変更されます。

手術を行った場合及び急性増悪となった場合は、新たな起算日となります。

Q 5 リハビリテーション情報提供加算については、B009 診療情報提供料（Ⅰ）が算定される場合であって、労災リハビリテーション実施計画書を添付した場合に算定することとされているが、その際にリハビリテーション総合計画評価料は算定できますか。

A. リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成

し、これに基づき行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できるものです。

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

Q 6 労災リハビリテーション実施計画書の「具体的アプローチ」欄にはどのような内容を記載すればよいのか。また、説明者サイン欄は誰が記載すればよいのか。

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

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

Q 7 ①リハビリテーション総合計画評価料は算定できる期間に上限はありませんか。②月の途中で転院した場合、リハビリテーション総合計画評価料の算定はどのようにになりますか。

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

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

Q 8 傷病に関わらず、健康保険における標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを継続して行う場合は、診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載するとあるが、標準的算定日数を超えた場合は、全ての傷病に対して、医学的所見等の記載が必要ですか。

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

Q 9 診療費請求内訳書の摘要欄に記載する標準的算定日数を超え、さらに1月13単位を超えてリハビリテーションを行うべき医学的所見等とは、「労災リハビリテーション評価計画書」と全て同内容を記載すればよいのか、それとも、単に必要性・医学的効果等のみの記載でよいのでしょうか。

A. 標準的算定日数を超え、さらに1月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを継続して行う場合は、標準的算定日数を超えて行うべき必要性、医学的効果等の医

学的所見等の記載を必要としているものであり、「労災リハビリテーション評価計画書」の全ての内容を記載する必要はありません。

なお、労災リハビリテーション評価計画書をレセプトに添付して提出する場合には、レセプトの摘要欄に、標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載する必要はありません。

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

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

A. 労災保険においては、標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを1月13単位以内で行う場合には、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載または労災リハビリテーション評価計画書の添付は必要ありませんが、標準的算定日数を超え、さらに疾患別リハビリテーションを1月13単位を超えて行う場合には診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載又は、労災リハビリテーション評価計画書の添付が必要となります。

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

1.2 処置料

Q1 健康保険におけるJ000 創傷処置の算定については、当該処置の算定点数が5段階に分かれており、処置を行った面積で判断し該当するとされる範囲が1～5段階のどれに最も近いかで算定することとなっていますが、創傷が特に深い場合の算定についても、当該処置面積での算定になるのですか。

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

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

Q 2 J119 消炎鎮痛等処置の3 湿布処置について

「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するもの」とありますが、その範囲に達していない場合は、算定できないと考えるのですか。

- A. 湿布処置は、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲」に該当しない狭い範囲に行った場合の評価については、初診料等の第1章基本診療料に含まれるものであることから、算定することはできません。

Q 3 J000 創傷処置を右の手指から前腕にかけて行いましたが、四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがっている場合の算定はどうするのですか。

- A. 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、熱傷処置、重度褥瘡処置、皮膚科軟膏処置又は消炎鎮痛等処置の「3」湿布処置が行われた場合は、四肢加算の倍率（手指2倍、手指以外の四肢1.5倍、四肢以外1倍）が異なる範囲にまたがって（連続して）行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定することができます。

したがって次のように算定することとなります。

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

（四肢（手指）加算）

$$60 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍} = 120 \text{ 点}$$

Q 4 右前腕にJ000 創傷処置を行い同時にJ119 消炎鎮痛等処置のうちマッサージ等の手技による療法又は器具等による療法を行った場合、それぞれ算定することができますか。

- A. それぞれ算定できます。

Q 5 J119 消炎鎮痛等処置を算定する場合、レセプトにはどのように記載すればよいのか。

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

例えば、「消炎鎮痛等処置1（腰部）〇〇（点）×〇（回）」

「消炎鎮痛等処置器具等（腰部）〇〇（点）×〇（回）」

「湿布処置（前腕～上腕）〇〇（点）×〇（回）」

と記載することとなります。

Q 6 頭部外傷に伴う併発疾病として、右上肢にシビレがある患者に対して、右手関節と右肘関節に対してJ119 消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を行った場合、各々算定できますか。

A. 介達牽引と消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を行った場合は、1日につき合わせて負傷にあつては受傷部位ごとに3部位を限度とし、疾病にあつては、3局所を限度として算定できます。頭部外傷は負傷であるが、右上肢のシビレは、これにより併発した疾病であるので、局所ごとの算定となります。

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

Q 7 同一日に腰～背部及び左前腕～上腕に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」、右手指～前腕に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」、右上腕及び左下腿に消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」を行った場合、どのように算定するのですか。

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

したがって次のように算定することとなります。

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

Q 8 介達牽引及び消炎鎮痛等処置について

左前腕に「湿布処置」 35点×1.5倍 = 53点

左下肢に「介達牽引」 35点×1.5倍 = 53点

右下肢に「手技による療法」 35点×1.5倍 = 53点

頸部に「器具等による療法」 35点 = 35点

を同一日に行った場合、どのように算定するのですか。

A. 同一日に介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出

力レーザー照射のうち計2部位(以上)と「湿布処置」をそれぞれ異なる部位(局所)に行った場合は、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」)、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計2部位までの所定点数と湿布処置の所定点数を合わせて算定できます。

ただし、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」)、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を3部位(局所)以上に行っている場合は、「湿布処置」の所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」)、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の所定点数のみを3部位(局所)まで算定することになります。

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

左下肢に「介達牽引」	35点×1.5倍	= 53点
右下肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	= 53点
頸部に「器具等による療法」	35点+52点(外来管理加算)	= 87点
合 計		193点

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

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

なお、同一部位に対して疾患別リハビリテーションと介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」)、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同日に行った場合であっても、上記取扱いにより算定することができます。

したがって次のように算定することとなります。

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

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

A. 「湿布処置」と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、「湿布処置」の1部位（四肢加算の倍率が異なる複数の部位に行った場合であっても、いずれか1部位に係るものに限る。）と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できます。

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

したがって次のように算定することとなります。

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

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

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

ただし、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を複数部位に行っている場合については、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定して差し支えありません。

したがって次のように算定することができます。

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

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

よって、この場合は 159 点を算定します。

Q12 頸部に消炎鎮痛等処置(湿布処置) 35点+52点(外来管理加算) = 87点
右上肢に介達牽引 35点×1.5倍 = 53点
右下肢に消炎鎮痛等処置(器具等による療法) 35点×1.5倍 = 53点
左上肢に運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 1単位
180点×1.5倍 = 270点×1単位 = 270点

を同一日に行った場合、どのように算定するのですか。

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

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

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

したがって次のように算定することができます。

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

$270 \text{ 点} + 87 \text{ 点} + 53 \text{ 点} = 410 \text{ 点}$

「湿布処置」 + 介達牽引 + 「器具等による療法」

$87 \text{ 点} + 53 \text{ 点} + 53 \text{ 点} = 193 \text{ 点}$

よって、この場合は、410 点を算定します。

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

右足 24 点 × 1.5 倍 = 36 点

右手 24 点 × 2.0 倍 = 48 点 合計 84 点

と算定できましたが、

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

A. 平成 28 年 3 月 4 日付け保医発第 0304 第 3 号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」では、「同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。」となっています。よって、同一疾病又はこれに起因する病変に対して湿布処置を複数の部位に行った場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できます。ただし、労災保険において四肢加算の倍率（手指 2 倍、手指以外の四肢 1.5 倍、四肢以外 1 倍）が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率ごとに処置面積を合算して算定することができます。

なお、「湿布処置」を四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって、連続して行う場合には、処置面積を合算し、該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定することができます。四肢加算の倍率が異なる範囲に連続しないで「湿布処置」を行って、かつ、処置面積を合算し「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合は、処置部位の中で最も高い倍率で算定することになります。

※「湿布処置」の算定例

「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」を 100 とします。

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

(例 1)

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

背：1.0倍（100）	35×1.0	35×1.0
-------------	--------	--------

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

（例2）

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

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

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

（例3）

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

手、腕、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当しないが、手、腕、背の処置面積を合算すると「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、最も高い倍率（手：2.0倍）で算定。

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

A. それぞれの部位に対して消炎鎮痛等処置が必要場合は算定できます。

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

1つの災害につき3部位（局所）まで算定できます。

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

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

1.3 手術料

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

A. 同じ取扱いとなります。

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

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

A. それぞれ算定できます。

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

ただし、創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）の場合については、健康保険と同様の取扱いとなります。

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

示指 長径5cm未満（筋肉・臓器に達するもの）

1,400点×2.0倍=2,800点

中指 長径5cm以上10cm未満（筋肉・臓器に達しないもの）

530 点×2.0 倍=1,060 点

A. 主たる手術点数で算定となります。

当該事案は、筋肉・臓器に達するもの（第1指から第5指までを同一手術野として取扱う手術）と筋肉・臓器に達しないもの（労災特例により、当該手術と第1指から第5指のそれぞれを同一手術野とする手術を各々異なる手の指に併せて行った場合は、同一手術野とはみなさず、各々の所定点数を合算した点数で算定する手術）を同時に行ったものであり、この場合にあつては、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであつても、健康保険の医科診療報酬点数表の手術「通則14」により、主たる手術の所定点数のみを算定することになっているため、主たる手術点数である（筋肉・臓器に達するもの。）2,800点での算定となります。

Q 4 デブリードマン加算の対象は、「汚染された挫創」となっているのだが、汚染された状態であれば、「挫創」以外の「切創」も加算の対象となりますか。

A. 対象とはなりません。

汚染されたものであつても、「切創」はデブリードマン加算の対象とはなりません。

Q 5 広範囲皮膚欠損の患者に対して右前腕及び左前腕に K013 分層植皮術を行った場合、それぞれの所定点数を算定することができますか。

A. それぞれの所定点数を算定することができます。

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

Q 6 植皮術を行った場合、四肢加算を算定できますか。

A. 算定できません。

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

Q 7 左足拇指切断後の皮膚壊死による骨露出のため、人工真皮（真皮欠損用グラフト）を必要として手術を行いました。当該手術の算定に当たり、全層、分層植皮術に準じて人工真皮植皮術として算定することができますか。

また、他に該当する術式があれば教えていただきたい。

A. 創傷処理にて算定になります。

骨露出の状態に真皮欠損用グラフトを使用する場合は、露出部に付けるだけで、植皮術を行う場合は、血行を一時遮断又は確保しながら行うものであるこ

とから、当該材料を使用する場合の術式に植皮術は該当せず、創傷処理にて算定することになります。

Q 8 伸筋腱等の断裂については、腱の収縮が起こるため、損傷部位が手関節より肘関節側であっても、手背手掌より腱を引き戻すため、部分的に皮切が手関節以下に及ぶ場合もありますが、このような場合についても手（手関節以下）の手術として健保点数の2倍で算定できますか。

A. 算定できません。

基本的に損傷部位が手関節以下であるかどうかによって判断するものです。

Q 9 手（手関節以下）の手術について健保点数の2倍で算定することができますが、手関節から橈・尺骨の遠位端部分に行われた骨折手術に関しては、どのように判断するのですか。

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

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

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

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

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

Q12 右前腕骨骨折にてK046 骨折観血的手術を行い、その際腸骨より骨片を切採し移植しましたが、この場合のK059 骨移植術は四肢加算の算定ができますか。

A. 算定できます。

四肢の傷病に対して骨移植術が行われた場合については、躯幹部分より切採したとしても四肢に対する治療の一環として行われているので、四肢加算を算定することができます。

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

A. 算定できます。

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

したがって、本事例の場合には次のように算定することになります。

断端形成術（示指）

7,410 点×四肢加算（2.0 倍）=14,820 点 ①

骨折観血的手術（中指、環指）

11,370 点×四肢加算（2.0 倍）×2 本=45,480 点 ②

①+②=60,300 点

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

A. 算定できません。

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

Q15 右手指に対して、次のような手術を行った場合の算定はどのようになりますか。

第1指：K000 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）

第2指：K046 骨折観血的手術

K059 骨移植術（自家骨移植）

第3指：K182 神経縫合術

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

※通則14（4）－（エ）

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

ただし、第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む）を複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う

手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

本事案におけるそれぞれの手術の指に係る同一手術野の範囲は

①右第1指 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）

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

②右第2指 K046 骨折観血的手術

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

③右第3指 K182 神経縫合術

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

④右第3指 K000 創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）

右第1指から第5指までを同一手術野とする手術

であり、

- ・第1指から第5指までを統一手術野として取り扱う手術を合算した場合
第3指：K000 創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）（長径5cm未満）

$$1,400 \text{ 点} \times 2.0 = 2,800 \text{ 点} \dots \mathbf{A}$$

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

第1指：K000 創傷処理（労災）指1本 $(530 \text{ 点} \times 2.0) = 1,060 \text{ 点}$

第2指：K046 骨折観血的手術 $11,370 \text{ 点} \times 2.0 = 22,740 \text{ 点}$

第3指：K082 神経縫合術 $15,160 \text{ 点} \times 2.0 = 30,320 \text{ 点}$

計 54,120 点 $\dots \mathbf{B}$

A < B となることから、Bの点数での算定となります。

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

A. 算定して差し支えない。

骨折に関する手術に付随するものとして算定して差し支えない。

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

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

- A. 「手指の創傷に係る機能回復指導加算」の算定要件にある「初期治療」とは、手術後における初期治療を指していることから、当該算定要件を満たす手術を行い、併せて初期治療における機能回復指導を実施していれば、初診時から期間が経過していたとしても、算定することができます。

14 入院基本料

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

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

15 入院室料加算

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

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

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

Q2 入院室料加算の志支給要件②一エによると、「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場合の入院室料加算は、初回入院日から7日を限度とする」ことになっていますが、退院後再度緊急入院が必要となった場合において、医療機関の普通室が満床で、特別の療養環境の提供に係る病室（個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋）に収容せざるを得ないときには、7日間を限度に入院室料差額を算定することはできますか。

- A. 算定できます。
再入院時においても、支給要件②一エに該当する場合、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。

Q 3 ある医療機関では、診療科別に病床を管理していることから、整形外科で緊急入院が必要となった患者が整形外科病棟の普通室が満床であるとして、当該理由②一エの要件で当該診療科の個室に收容され、入院室料加算を算定してきたものであるが、他科病棟においては普通室に空室が有り、当該診療科においてのみ空部屋（普通室）がない場合において、入院室料加算の算定はできますか。

A. 算定できません。

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

Q 4 労災保険における入院室料加算と、健康保険におけるA221 重症者等療養環境特別加算とは、重複して算定することができますか。

A. 重複算定はできません。

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

なお、重症者等療養環境加算以外に入院室料加算と重複算定できないものとしては、特定入院料、療養環境加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、診療所療養病床療養環境加算、診療所療養病床療養環境改善加算があります。

Q 5 入院室料加算の算定要件において、「症状が重篤であって」とありますが、これは生死にかかる状態でなければ対象とならないということですか。

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

16 初診時ブラッシング料

Q 1 四肢に対し、治療前処置としてブラッシングを行った場合、四肢加算は算定できますか。

A. 四肢加算は算定できません。

Q 2 初診時ブラッシング料と創傷処理におけるデブリードマン加算とは重複算定できないこととなっていますが、肘にブラッシングを行い、指に創傷処理におけるデブ

リードマンを行った場合、それぞれ算定できますか。

- A. 算定できません。
デブリードマン加算のみ算定できます。
初診時ブラッシング料は、同一傷病（同一災害により生じた傷病）につき1回（1部位）算定できることになっています。
また、創傷処理におけるデブリードマン加算と初診時ブラッシング料とは、重複算定できないこととなっています。
したがって、部位が異なっても初診時ブラッシング料とデブリードマン加算は重複して算定できません。

Q 3 眼瞼裂傷、眼球内異物混入等の傷病にて初診時ブラッシング料を算定してきている例があるが、眼科においても初診時ブラッシング料は算定できますか。

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

17 病衣貸与料

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

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

- A. 労災保険においては、患者が救急収容され病衣を有していないため医療機関から病衣の貸与を受けた場合、又は傷病の感染予防上の必要性から医療機関が患者に病衣を貸与した場合に、病衣貸与料として1日につき10点算定できるものとしております。
本件は、熱傷部位からの滲出液の浸潤による必要性から、医療機関が病衣を貸与しているため、労災診療費算定基準における病衣貸与料（10点）に限り支給することができるが、病衣貸与料を超えた額を療養の費用として支給することはできません。

18 固定用伸縮性包帯

Q 1 腰部に伸縮性包帯を使用した場合、J200 腰部、胸部又は腰部固定帯加算（170点）を算定できますか。

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

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

Q 2 腰部固定帯使用中の患者に対して、固定帯が消耗したため、新しい固定帯を使用した場合、交換の度に腰部固定帯加算を算定できますか。

A. 算定できます。

Q 3 固定用伸縮性包帯を、ガーゼや湿布薬等の固定のために用いた場合、算定できますか。

A. 算定できません。

固定用伸縮性包帯は、治療上固定が必要であって、患部そのものを固定する場合に算定を認めるものであるため、患部に当てたガーゼや湿布が動かないようにするために用いたものについては算定できません。

Q 4 J001-2 絆創膏固定術の算定対象外となる傷病部位に対して、絆創膏固定を行った。この場合、J001-2 絆創膏固定術を算定することはできないが、実際に固定に使用した絆創膏の実費費用を固定用伸縮性包帯に準じ算定できますか。

A. 算定できます。

J001-2 絆創膏固定術の算定対象外となる傷病部位に対して絆創膏固定を実施した場合に限り、固定時に使用した絆創膏の実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を固定用伸縮性包帯に準じて算定できます。また、実際に請求する際には、診療費請求内訳書の摘要欄に「絆創膏固定部位」及び「絆創膏固定時に使用」と記載してください。

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

19 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝足関節の創部固定帯

Q 1 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯について、頸椎カラー、各部のサポーターを含みますか。

A. 頸椎カラーは頸椎固定用カラー含まれます。バストバンド・トラコバンド（胸部固定帯）は固定用伸縮性包帯とし算定でき、ショルダージェット（肩関節固定帯）は固定用伸縮性包帯で代用できない場合には算定できます。

なお、サポーターについては、療養上その必要性が認められる場合であって、患部を固定する場合には、療養費として支給して差し支えありません。

Q 2 膝・足関節の創部固定帯について、対象となる疾患名はありますか。足関節捻挫膝関節靭帯損傷も含まれますか。

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

Q 3 膝関節や足関節の医療用サポーターと称する商品が多数ありますが、具体的な対

象範囲はどこまでですか。

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

- A. 算定対象となるものは「患部の固定用」であることから、負傷傷病名に対して当該サポーターが患部をしっかりと固定できるものであるか否かで判断することになります。

また、労災特掲である「頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯」の対象部位である「膝関節」、「足関節」の創部固定帯についてはレセプト請求となり、労災特掲の対象部位以外である、「肘関節」、「手関節等」の場合は療養上その必要性が認められる場合であって、患部を固定する場合には、療養費として、療養（補償）給付たる療養の費用請求書で対応することになります。

Q 4 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯について、鎖・膝・足関節の固定時の手技料は何で算定できますか。

- A. 鎖骨固定帯の手技料は、治療内容に応じて「J001-3 鎖骨骨折固定術」又は「K044-3 骨折非観血的整復術」を算定できます。なお、「鎖骨骨折固定術」又は「骨折非観血的整復術」を算定した後の鎖骨固定帯による固定（2回目以降）は、「J000 創傷処置」で算定することになります。

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

Q 5 肋骨骨折の患者に対して、バストバンドのみで固定した場合、J001-3 肋骨骨折固定術を算定できますか。

- A. 算定できません。

胸部固定帯のみで固定した場合には、「J119-2 腰部又は胸部固定帯固定」で算定することになります。留意事項通知において、「腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して胸部固定帯で胸部を固定した場合に1日につき所定点数を算定する。」としています。

なお、健保点数表の腰部、胸部又は頸部固定帯加算が算定できる場合については、当該実費相当額が170点を超える場合は実費相当額が算定でき、当該実費相当額が170点未満の場合は170点を算定することになります。

Q 6 頸椎固定用シーネの創部固定の算定について、頸部の運動を制限することを目的とした装具であり、市販されているものであれば金額の制限はありますか。

- A. 医師の診療に基づき、頸椎固定用シーネの使用が必要と認められる場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができ、著しく市場価格と乖離していない限り、現に購入した費用の範囲内で支給できます。

20 職業復帰訪問指導料

Q 1 職業復帰訪問指導料について、診療録にはどの程度の内容を記載すればよいのですか。

A. 診療録には、職業復帰のために必要な指導を行った内容の要点を記載してください。

Q 2 職業復帰訪問指導料について、入院見込みは主治医の判断によるものと考えられますが、結果的に1月又は6月を超える入院をしなかった場合でも算定できますか

A. 入院期間が継続して1月を超えると見込まれる傷病労働者において、結果的に入院期間が1月を超えなかった場合でも、3回まで算定できます。ただし、入院期間が計測して6月を超えると見込まれる傷病労働者において、結果的に入院期間が6月を超えなかった場合は、3回までの算定となります。

Q 3 職業復帰訪問指導料について、再入院の場合、新たに算定できますか。

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

Q 4 算定要件として、「入院中及び通院中に合わせて3回に限り算定できる」とありますが、退院後の通院中は、入院していた病院から転医し通院している病院でも算定可能ですか。また、その際、1か月入院していた病院で退院時1回算定していると、転医先では2回の算定になりますか。

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

23 石綿疾患労災請求指導料、石綿疾患療養管理料

Q 1 石綿疾患労災請求指導料の取扱いについて、療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（様式第5号）又は療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書（様式第7号（1））が提出された場合、疑い病名でも算定可能ですか。

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

A. 石綿疾患労災請求指導料について、疑い病名での算定はできません。

また、当該請求指導料は、疾患名を特定したうえで問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（様式第5号）又は療養補償給付及び

複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書（様式第7号（1））が提出された場合に、1回に限り算定できるものであるが、療養の給付請求書取扱料と併せて算定しなければならないものではありません。

Q 2 石綿疾患療養管理料について、診療計画に基づいて次期受診日又は検査を指示しただけでも算定できますか。

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

2 4 社会復帰支援指導料

Q 1 社会復帰支援指導料を算定できる傷病は制限されていますか。

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

Q 2 転医した場合に、転医先の医療機関であらためて3ヵ月以上の療養を行わなければ、当該指導料は算定できませんか。

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

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

Q 3 医科歯科併設の医療機関において、医科、歯科それぞれの診療科で指導を実施した場合は、それぞれの診療科において当該指導料の算定は可能ですか。

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

Q 4 職場復帰支援・療養指導料と社会復帰支援指導料は併算定可能ですか。

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

2 5 その他

Q 1 ニーブレースを傷病労働者に使用した場合は支給できますか。

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

Q 2 「左手関節挫減創」、「左手屈筋腱断裂」、「左正中神経損傷」、「左橈骨尺骨動脈損傷」の傷病名にて入院治療を行っている患者が、オルフィットソフトの購入代金を、治療用装具として7号で費用請求をしてきたが支給できますか。

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

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

Q 3 備え付けの松葉杖、歩行補助器が医療機関に無く又は不足している場合、やむを得なく業者より借りた場合のレンタル料は支給できますか。

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

Q 4 ロフトランドクラッチに係る費用について、松葉杖に準じて支給できますか。

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

Q 5 労災に係る傷病で入院中の患者に対して、私病に関する治療のための特別食が与える必要がある場合、特別食は労災保険の対象となりますか。

A. 支給の対象にはなりません。
私病に関する特別食分に関しては、他保険にて請求することになります。
なお、健康保険においては、食事療養に要した費用の額が標準負担額に満たない場合には、当該食事療養に要した費用の額を標準負担額として徴収することとなります。

Q 6 健康保険においては、療養病床に入院する 65 歳以上の患者について、入院時生活療養費の対象となりますが、労災に係る傷病で入院中の患者についても、入院時生活療養費の対象となりますか。

A. 対象となりません。
労災診療費算定基準における入院中の患者の食事に係る費用については、入院時食事療養費に定める金額を 1.2 倍して算定します。
なお、療養病棟入院基本料等の生活療養を受ける場合の所定点数についても対象となりません。

Ⅶ 「治ったとき」とは

労災保険における傷病が「治ったとき」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療(注1)を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態(注2)をいい、この状態を労災保険では「治癒」(症状固定)とといいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「治癒」(症状固定)として、療養(補償)給付を支給しないこととなっています。

- (注1) 「医学上一般に認められた医療」とは、労災保険の療養の範囲(基本的には、健康保険に準拠しています)として認められたものをいいます。したがって、実験段階または研究的過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。
- (注2) 「医療効果が期待できなくなった状態」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

例えば、次のような状態に至ったときは「治癒」(症状固定)となります。

例 1

切創もしくは割創の創面が癒着した場合または骨折で骨癒合した場合であって、たとえ疼痛などの症状が残っていても、その症状が安定した状態になり、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 2

骨癒合後の機能回復療法として理学療法を行っている場合に、治療施行時には運動障害がある程度改善されるが、数日経過すると、元の状態に戻るといった経過が一定期間にわたってみられるとき。

例 3

頭部外傷が治った後においても外傷性てんかんが残る場合があります、この時、治療によってそのてんかん発作を完全に抑制できない場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続してもそれ以上てんかん発作の抑制が期待できなくなったとき。

例 4

外傷性頭蓋内出血に対する治療後、片麻痺の状態が残っても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 5

腰部捻挫による腰痛症の急性症状は消退したが、疼痛などの慢性症状が持続している場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

Ⅷ 労災保険二次健康診断制度について

労働安全衛生法に基づいて行われる定期健康診断等のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」といいます）において、脳・心臓疾患に関連する一定の項目に異常の所見がある場合に、二次健康診断等給付が受けられます。

1 給付の要件

（１）一次健康診断の結果、異常の所見が認められること

一次健康診断の結果、次のすべての項目について、「異常の所見」があると診断されたときは、二次健康診断等給付を受けることができます。

- ① 血圧検査
- ② 血中脂質検査
- ③ 血糖検査
- ④ 腹囲の検査又は BMI（肥満度）の測定

なお、一次健康診断の担当医師により、①から④の検査項目において「異常なし」と診断された場合であっても、労働安全衛生法に基づき事業場に選任されている産業医等が、就業環境等を総合的に勘案し、異常の所見を認めた場合には、産業医等の意見を優先します。

（２）脳・心臓疾患の症状を有していないこと

一次健康診断またはその他の機会に、医師により脳・心臓疾患の症状を有すると診断された場合、二次健康診断等給付を受けることができません。

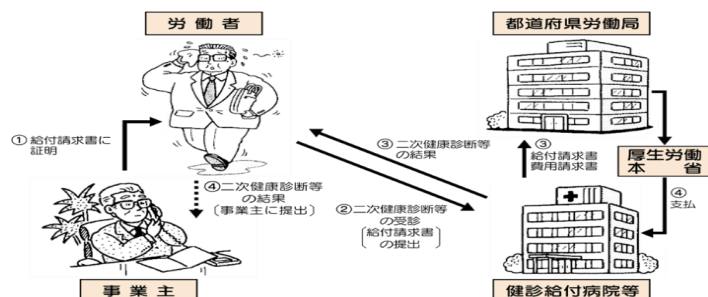
（３）労災保険の特別加入者でないこと

特別加入者の健康診断の受診は自主性に任されていることから、特別加入者は二次健康診断等給付の対象とはなりません。

二次健康診断等給付の流れ

労災病院または都道府県労働局長が指定する病院・診療所（以下「健診給付病院等」といいます）において、直接、二次健康診断および特定保健指導を無料で受診できます。

二次健康診断等給付の流れは、以下のようになります。



請求の手続き

二次健康診断等給付を受けようとする方は、「二次健康診断等給付請求書」（様式第16号の10の2）に必要事項を記入し、一次健康診断の結果を証明することができる書類（一次健康診断の結果の写しなど）を添付して、健診給付病院等を経由して、所轄の都道府県労働局長に提出してください。

請求に当たっての注意事項

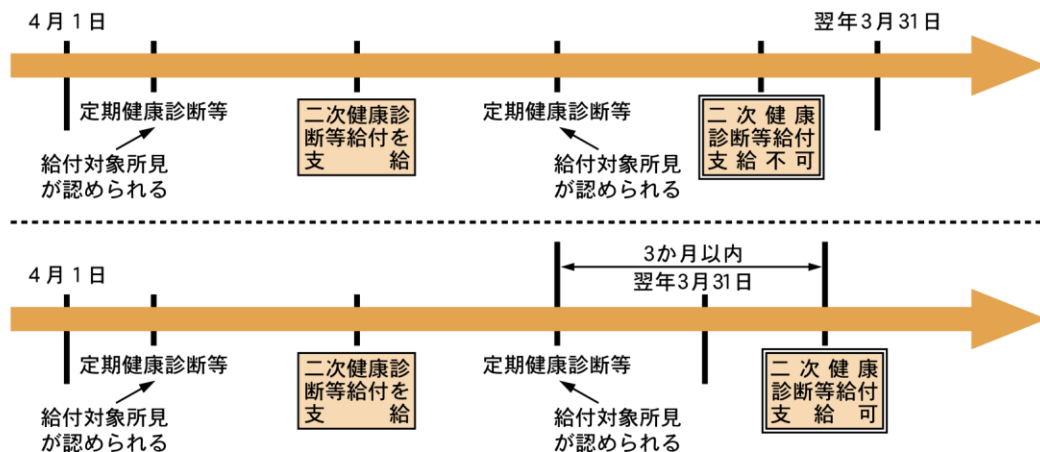
1 請求期間

二次健康診断等給付の請求は、一次健康診断の受診日から3か月以内に行ってください。ただし、次のようなやむを得ない事情がある場合は、3か月を過ぎてからの請求も認められます。

- ① 天災地変により請求を行うことができない場合
- ② 一次健康診断を行った医療機関の都合などにより、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた場合

2 給付を受けることができる回数

二次健康診断等給付は、1年度内（4月1日から翌年の3月31日までの間）に1回のみ受けることができます。そのため、同一年度内に2回以上の定期健康診断等を受診し、いずれの場合も二次健康診断等給付の要件を満たしていた場合でも、二次健康診断等給付はその年度内に1回しか受けることができません。



3 二次健康診断等給付を受けることができる医療機関

二次健康診断等給付は、健診給付病院等でのみ受けることができます。

労災保険二次健康診断等給付担当規程

第1章 二次健康診断等給付の担当

(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3の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院及び診療所（以下「健診給付医療機関」という。）は、則第11条の3第1項の規定により、政府が行うべき二次健康診断等給付を政府に代わって行うものとする。

② 健診給付医療機関は、労働者災害補償保険法の規定によるほか、この規定の定めるところにより、二次健康診断等給付を受けることができる者の二次健康診断等給付を担当すること。

③ 健診給付医療機関は、当該健診給付医療機関において二次健康診断等給付に従事する医師（以下「健診担当医」という。）をして前2項の規定に遵守させるものとする。

(二次健康診断等給付の担当の範囲)

第2 健診給付医療機関が担当する二次健康診断等給付の範囲は次のとおりとすること。

1 二次健康診断

(1) 空腹時の低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライドの量の検査

(2) 空腹時の血中グルコースの量の変化

(3) ヘモグロビンA1c検査

ただし、一次健康診断においてヘモグロビンA1c検査を行っていた場合を除く。

(4) 負荷心電図検査又は胸部超音波検査

(5) 頸部超音波検査

(6) 微量アルブミン尿検査

ただし、一次健康診断における尿中蛋白の有無の検査において、擬陽性（±）又は弱陽性（+）の所見があると判断された場合に限る。

2 特定保健指導

(1) 生活指導

(2) 栄養指導

(3) 運動指導

(二次健康診断等給付の担当方針)

第3 健診給付医療機関及び健診担当医は、次に掲げる方針により二次健康診等給付を行うものとする。

- 1 二次健康診断にあたっては、的確な診断を行うこと
 - 2 二次健康診断及び特定保健指導（以下「二次健康診断等」という。）にあたっては、懇切丁寧を旨とし、給付対象者に理解し易いように伝達・指導すること
 - 3 二次健康診断にあたっては、常に医学の立場を堅持し、給付対象者の心身の状態を観察すること
 - 4 特定保健指導については、別添「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること
- ② 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合には、胸部超音波検査及び頸部超音波検査について他の適当な医療機関を紹介すること。

(受給資格の確認等)

第4 健診給付医療機関は、給付対象者から二次健康診断等給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「二次健康診断等給付請求書」（事業主証明欄が記載されているものに限る。以下「給付請求書」という。）及び添付書類（一次健康診断の受診日及びその健康診断結果が記載されているものに限る。）によって二次健康診断等給付を受ける資格があることを確認した後、二次健康診断等を行うこと。

- ② 給付対象者から提出された前項の給付請求書は、当該給付請求書に当該健診給付請求書に当該健診給付医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、健診給付医療機関の所在地を管轄する労働局長（以下「管轄労働局長」という。）に対し提出しなければならないこと。

(助力)

第5 健診給付医療機関は、給付対象者の状態が療養を行わせる必要があると認められた場合、速やかに当該対象者又はその関係者に医療行為の手続を取らせるよう、必要な助力をすること。

この場合、全てが労働者災害補償保険の対象となるものではないことに留意すること。

(個人情報保護)

第6 健診給付医療機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、二次健康診断等に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならないこと。

② 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じること。また、みだりに他人に知らせてはならないこと。

③ 健診給付医療機関は、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、目的を的確にするとともに、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公平な手段により行われなければならないこと。また、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならないこと。

④ 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報を二次健康診断等の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならないこと。

ただし、特定保健指導の実施において給付対象者から同意を得ている場合に限り、事業場に選任されている産業医等に対し、特定保健指導の結果について提供を行うことができること。

⑤ 健診給付医療機関は、二次健康診断等を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならないこと。

ただし、健診給付医療機関が、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではないこと。

(二次健康診断等の記録の記載及び整理)

第7 健診給付医療機関は、給付対象者に関する二次健康診断等の記録を調整し、二次健康診断等給付に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録及び健康診断記録と区別して整備すること。

(帳簿の保存)

第8 健診給付医療機関は、二次健康診断等給付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。

(通知)

第9 健診給付医療機関は、給付対象者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、その旨を給付対象者の所属する事業場の所在地を管轄する労働局長（以下「管轄労働局長」という。）に通知すること。

- 1 給付対象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 一次健康診断の受診年月日に疑いのあるとき
- 3 一次健康診断の結果に疑いのあるとき

② 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、その二次健康診断等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局長に通知すること。

- 1 二次健康診断等給付を請求した者又はその関係者が詐欺その他の不正な行為により二次健康診断等を受け若しくは受けようとし又は二次健康診断等給付を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき
- 2 不正又は不当な証明を強要したとき

第2章 二次健康診断等の方針

(二次健康診断等の一般方針)

第10 健診担当医による二次健康診断等は、第3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 二次健康診断等と同時に当該給付の健康診断の検査項目以外の検査項目及び特定保健指導の指導項目以外の指導項目を行わないこと
- 2 二次健康診断の検査項目及び特定保健指導の指導項目は、その全てを行うこと
- 3 二次健康診断の検査のうち、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析以外については当該健診給付医療機関以外で行ってはならないこと
- 4 給付対象者に二次健康診断等受診結果を交付する際は、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、「事業主提出用」の用紙を確実に提出するよう働きかけを行うこと

第3章 二次健康診断等給付に関する診療費の請求

(健診費用の算定方法等)

第11 健診給付医療機関が、二次健康診断等給付に関し政府に請求することを得

る二次健康診断等に要した費用（以下「健診費用」という。）の額は、別紙により算定するものとする。

- ② 政府は、健診給付医療機関から二次健康診断等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。

（健診費用の請求手続き）

第12 健診給付医療機関は、第11の規定により算定した毎月分の健診費用の額を労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書（以下「費用請求書」という。）に二次健康診断等請求内訳書（以下「内訳書」という。）を添付して、管轄労働局長に提出すること。

ただし、健診給付医療機関が行った次の各号の一に該当する二次健康診断等については、それに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

- 1 第2の規定の1号に定める検査以外の検査及び同2号に定める特定保健指導以外の保健指導
- 2 二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合の特定保健指導

- ② 前項の費用請求書及び内訳書は、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。
- ③ 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあっては、特定保健指導を行った健診給付医療機関が健診費用を請求すること。また、その場合の費用配分等については、的確な経理管理を行うこと。

第4章 健診給付医療機関の取扱い

（指定期間等）

第13 則第11条の3の規定による健診給付医療機関の指定は、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月までの間に健診給付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健診給付医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、様式第6号「労災保険健診給付医療機関休止・辞退届」により、当該指定を行った管轄労働局長に届け出るものとする。

この場合、当該健診給付医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署長（以

下「管轄監督署長」という。)を經由する方法によることも可能とすること。

(表示)

第14 健診給付医療機関は、則様式第5号及び第6号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消し)

第15 健診給付医療機関が、次の各号の一に該当する場合には、管轄労働局長は、その指定を取り消すことができること。

- 1 健診費用の請求に関し、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り消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服があるときは、決定の通知を受けた日から3か月以内に指定取消しを行った管轄労働局長に再調査を申し出ることができること。

(変更事項の届出)

第16 健診給付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管轄労働局長に届け出なければならないこと。

この場合、管轄監督署長を經由する方法によることも可能とすること。

- 1 健診給付医療機関の代表者(法人にあっては当該法人の代表者、個人にあっては当該個人)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 指定申請の際に提出した健康診断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

健診費用健診費用組合せ表

検査項目	検査の有無							
空腹時血糖検査	○	○	○	○	○	○	○	○
空腹時血中脂質検査	○	○	○	○	○	○	○	○
ヘモグロビン A1c検査	○	×	○	×	○	×	○	×
負荷心電図検査	×	×	×	×	○	○	○	○
胸部超音波検査	○	○	○	○	×	×	×	×
頸部超音波検査	○	○	○	○	○	○	○	○
微量アルブミン尿検査	○	○	×	×	○	○	×	×
特定保健指導を行った 場合の合計額(円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	22,612
特定保健指導を行わな い場合の合計額(円)	25,132	23,044	23,500	21,412	19,132	17,044	17,500	15,412

〈留意事項〉

1 ヘモグロビン A1c 検査について

一次健康診断において、既にヘモグロビン A1c 検査を受診していた場合には、二次健康診断等給付においては当該検査は支給できない。

2 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限るものとする。

なお、負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導」により実施すること。

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

3 微量アルブミン尿検査について

一次健康診断において、尿検査の結果が擬陽性（±）又は弱陽性（+）の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給できる。

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

4 特定保健指導を行った場合と行わない場合では、金額が異なるので注意すること。

特定保健指導の実施基準

1 特定保健指導を実施する目的

特定保健指導は、医師又は保健師が受診者に栄養指導（適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導）、運動指導（必要な運動の指針を示す指導）及び生活指導（飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に係る指導）を行い、生活習慣の改善の必要性を説明するとともに、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出し、事業主に対し、二次健康診断結果と併せて就業上の配慮に結びつく情報を伝達することにより、脳・心臓疾患の発生の予防を図ることを目的としている。

2 特定保健指導の実施基準を策定した趣旨

特定保健指導は、栄養指導、運動指導及び生活指導のすべてを行うものであるが、これまで具体的な実施内容や実施方法等を定めていなかったことから、今般、特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の目安等を定めた実施基準を策定したものである。

本実施基準を策定することにより、健診給付医療機関ごとに異なっていた特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の斉一性が図られることになり、もって、脳・心臓疾患の発生の適切な予防に資することとなる。

3 特定保健指導の除外対象者

労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第 26 条第 3 項の規定により二次健康診断の結果その他の事情により既に脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有すると認められる労働者については、特定保健指導を行わないものとされている。

4 特定保健指導の実施者

(1) 法第 26 条第 2 項第 2 号の規定により、特定保健指導は医師又は保健師が行うこととされているが、二次健康診断等の受診結果には医師の所見を記入することとしており、当該所見により、事業主に対して受診者の就業上の配慮に結びつく情報が伝達されることから、面接指導は主に医師が行うものとする。

なお、面接指導の一部を保健師が行う場合は、医師の指示を基に具体的な指導

を行う。

- (2) 面接指導を行う医師は、特定保健指導を行うにあたって十分な知識と経験を有する者とする。
- (3) 栄養指導については、主として管理栄養士が実施することとしても差し支えない。

5 特定保健指導の実施内容（別紙1フロー図参照）

- (1) 労働者又は事業所担当者からの申し込みの受付
- (2) 名簿取り寄せ、日程調整等の事務処理
- (3) 就労の状況等に係る質問票の回収
- (4) 二次健康診断（検査）の実施
- (5) 面接指導の事前準備
- (6) 面接指導の実施
- (7) 二次健康診断等の受診結果の記入
- (8) 質問票、指導票及び受診結果の保管
- (9) 受診結果の通知

6 特定保健指導の実施方法（面接指導の進め方や注意点等）

(1) 面接指導の事前準備

事前準備として、受診者が記入した「就労の状況等に係る質問票」（別紙2。以下「質問票」という。）により、受診者の就労の状況、睡眠時間の状況、日常生活の状況等を把握する。

また、各種検査結果の数値や頸部超音波検査及び胸部超音波検査（該当者のみ）の画像を確認し、受診者の健康状態を把握する。

(2) 面接指導の実施

ア 「二次健康診断等給付 特定保健指導票」（別紙3。以下「指導票」という。）

に沿って、受診者に対して、①日常生活に関する事項（栄養、運動、生活）、②就労の状況に関する事項に関し順次問診し、受診者の抱える問題点を把握するこの際、問診項目の確実な実施のため、問診した項目にチェックする。

イ 問診等により明らかとなった栄養、運動、生活に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。

また、生活上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

ウ 問診等により明らかとなった就労の状況に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。また、就労上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

エ 面接指導に際し、受診者に対し、

- ・生活習慣と二次健康診断の結果との関係
- ・生活習慣を振り返る必要性
- ・脳・心臓疾患に関する知識
- ・脳・心臓疾患が受診者本人の生活に及ぼす影響等から生活習慣の改善の必要性について説明する。

オ 面接指導に当たっては、画一的な指導ではなく、個々の受診者に合わせた指導を行い、生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利益について指導する。

カ 指導票の最下段に設けた産業医等への情報提供の同意欄について、求めがあった場合に詳細な情報を提供することの必要性を説明し、情報提供の同意を得た場合、署名を求める。

(3) 二次健康診断等の受診結果の記入

ア 面接指導終了後、「二次健康診断等の受診結果」（別紙4。以下「受診結果」という。）の医師の所見欄に二次健康診断及び特定保健指導の結果を踏まえた所見を記入する。その際、「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見を記入する際に必要な視点及び記入例」（別紙5）を参考にする。

イ 特定保健指導に係る医師の所見欄には、指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する。

ウ 二次健康診断等の結果における医師の所見欄には、二次健康診断（検査）結果及び特定保健指導の結果を踏まえ、脳・心臓疾患の発生を予防するために事業主が行うべき就業上の措置（配慮）に結びつく情報を記入する。

7 特定保健指導の実施時間の目安

特定保健指導における面接指導の実施時間の目安は 20 分以上とする。

これは、二次健康診断の検査結果（必要があれば一次健康診断の検査結果も併せてを説明し、受診者が記入した質問票の内容を参考に、指導票に沿って栄養指導、運動指導及び生活指導を行い、各項目、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出して記入するまでの所要時間を考慮したものである。

8 受診結果の通知について

(1) 二次健康診断等の結果を受診者に知らせ、受診者に、自分自身の健康状態、面接指導された内容及び就業する上で事業主に取ってもらうべき必要な措置又は配慮してもらう事項を理解してもらう必要がある。

(2) 受診結果を受診者本人に直接渡す場合は、ただ渡すだけではなく、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、受診結果を事業主に確実に提出するよう働きかけを行うことが必要である。

また、郵送で受診結果を交付する場合は、直接渡す場合と同様に二次健康診断等の重要性について理解してもらうとともに、受診結果を事業主に確実に提出することを勧奨する内容を記載した文書を同封する。

9 特定保健指導の費用の額

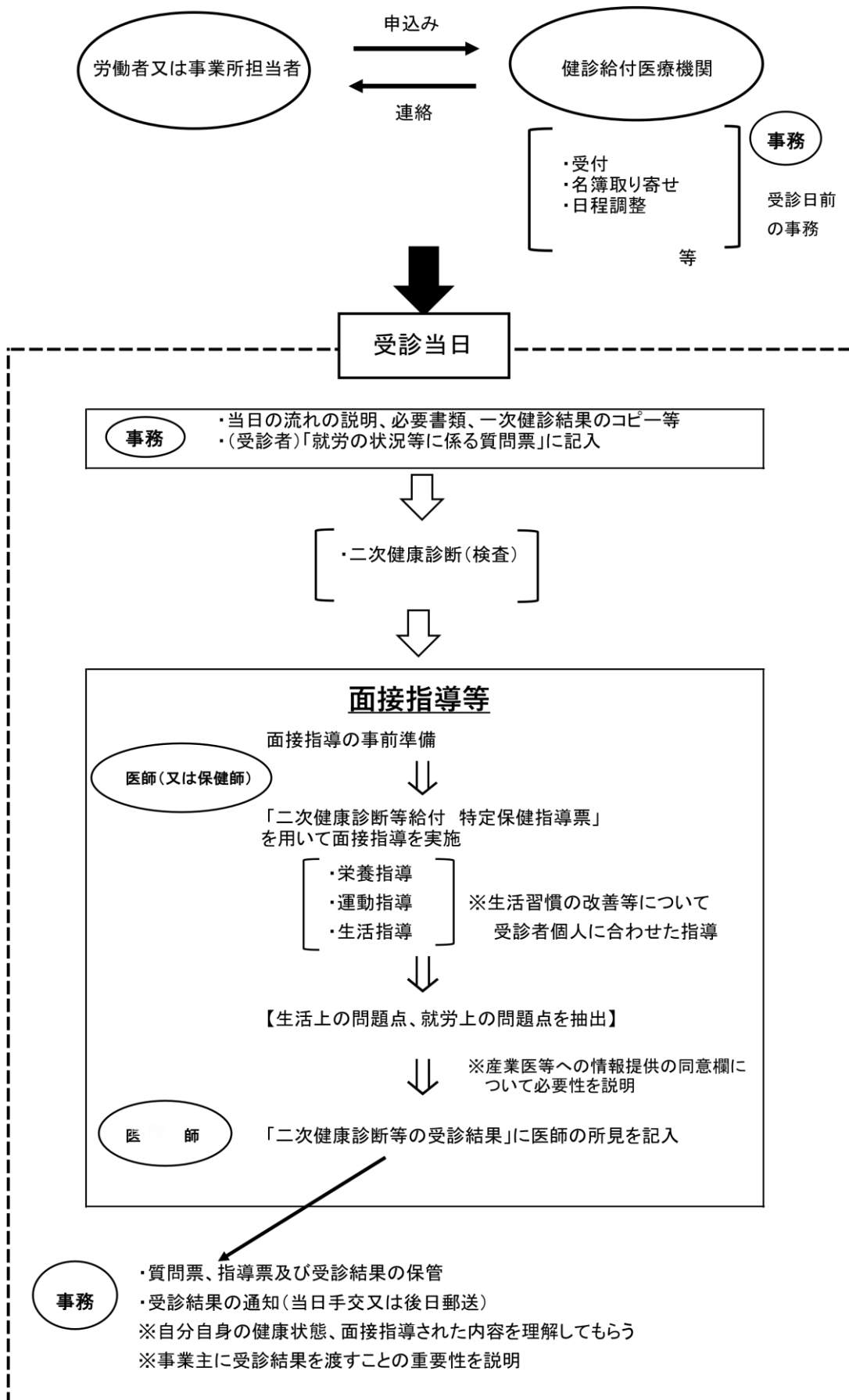
特定保健指導の費用の額は7,200円とする。

特定保健指導を行うに当たっては、医師等に加え事務担当者が様々な事務処理を行うこととなる。

費用の額は、特定保健指導の実施に要する医師等の給与、社会保険料等の人件費及び諸経費を積算して算定したものである。

特定保健指導のフロー図

別紙 1



就労の状況等に係る質問票			
◎記載に当たり、必ずお読み下さい。			
<p>【就労の状況等について質問する目的】 脳血管疾患及び虚血性心疾患は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病変が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至ります。 しかしながら、長時間労働等の業務による明らかな過重負荷が加わることにより、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症する場合がありますので、これら疾病の発生の予防に資するという二次健康診断等給付制度が創設された趣旨を踏まえ、受診者の方に就労の状況(労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等)などについて、質問させていただくものです。</p>			
給付対象者氏名	(男・女)	生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)
1. 就労の状況(可能な範囲で記載して下さい)			
<ul style="list-style-type: none"> ・職種 □屋内作業 (□デスクワーク □その他(具体的に: □屋外作業 (具体的に: ・時間外労働時間 直近6か月平均()時間程度 (最大時間の月()時間、最小時間の月()時間程度) □判断困難 ・不規則な勤務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・出張の多い業務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・交替制勤務・深夜勤務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・高温・低温等の環境 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・時差を伴う業務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 ・精神的緊張を伴う業務 □有 □無 (有の場合 具体的に:) □判断困難 <li style="padding-left: 20px;">過大なノルマ □有 □無 □判断困難 <li style="padding-left: 20px;">顧客とのトラブル □有 □無 □判断困難 <li style="padding-left: 20px;">医療従事者等の人の生命等に関わる業務 □有 □無 □判断困難 <li style="padding-left: 20px;">その他 () ・通勤手段、通勤時間 □自家用車 □公共機関() □徒歩 □その他() 通勤時間(約()分) □判断困難 ・所定休日(週休 日) □取れている □取れないことがある □ほとんど取れない □判断困難 ・年次有給休暇 □取れている □取れないことがある □ほとんど取れない □判断困難 ・休憩時間 □取れている □取れないことがある □ほとんど取れない □判断困難 ・その他(記載したいこと) () 			
2. 睡眠時間の状況(下の【注意事項】を読んでから記載して下さい)			
□4時間以下 □5時間 □6時間 □7時間 □8時間以上			
<p>【注意事項】 長時間労働により睡眠が十分に取れない場合には、疲労の回復が困難になることにより生ずる疲労の蓄積が原因となって、脳血管疾患をはじめ虚血性心疾患、高血圧、血圧上昇などの血管系への影響を与えることが医学的に指摘されていることから、質問させていただくものです。</p>			
3. 日常生活の状況等(可能な範囲で記載して下さい)			
<ul style="list-style-type: none"> ・食事に関する事項 3食規則正しい食生活 □有 □無 間食 □有(週()回 1日()回) □無 飲酒 週()日 1回あたり飲酒量(合)日本酒換算 ・運動に関する事項 運動の頻度 □週1~2日 □週3~4日 □週5日以上 (種目:) ・喫煙に関する事項 喫煙 □有(1日 本: 喫煙歴 年) □無 □過去に喫煙していたが現在は無 ・体重の増減 10年前より(kg) □増 □減 20年前より(kg) □増 □減 ・特に注意していること () 			

二次健康診断等給付 特定保健指導票

給付対象者氏名: (男・女) 生年月日: 大・昭・平 年 月 日生 (歳)

○ ねらい: 検査結果を理解し、自分の「生活上の問題点」及び「就労上の問題点」を抽出すること

検査結果	【検査項目】(血液検査を除く)	【血液検査項目】(採血日 月 日)
	・身長 () cm ・体重 () kg ・BMI () ・腹囲 () cm ・栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) ・収縮期/拡張期血圧: 現在 (/) mmHg ・負荷心電図又は胸部超音波 () ・頸部超音波 () ・尿蛋白又は微量アルブミン尿 () ・その他 ()	・血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) () mg/dL ・HbA1c () % ・総コレステロール () mg/dL ・中性脂肪 () mg/dL ・HDLコレステロール () mg/dL ・LDLコレステロール () mg/dL ・その他 ()

※一次健診又は二次健診の結果から記載(受診結果表の写しを添付することでも可とする)

○ 日常生活に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、()は具体的に記入)

【問診項目】 □栄養の状況 □運動の状況 □生活の状況
 □たばこ・飲酒の状況(□非喫煙者 □非飲酒者) □その他()

重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、()は具体的に記入、該当しない項目は空欄)

□栄養	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
□運動	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週()日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍()拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
□生活	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()

生活上の問題点 (注)

○ 就労の状況に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、()は具体的に記入)

【問診項目】(就労の状況等に係る質問票を参考に問診)

□時間外労働時間(月 時間) □不規則な勤務時間 □拘束時間の長い業務
 □出張の多い業務 □交代制勤務・深夜勤務 □精神的緊張を伴う業務
 □作業環境(高・低温、騒音、時差、その他()) □睡眠の状況
 □問診項目のうち、特筆すべき事項があれば記載
 ()

重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、()は具体的に記入、該当しない項目は空欄)

□労働時間 □勤務形態 □作業環境(高・低温、騒音、時差、その他())
 □睡眠の確保(質・量) □余暇
 □その他()

就労上の問題点 (注)

(注)「二次健康診断等の受診結果」における医師の所見欄には、上記生活上の問題点及び「就労上の問題点」の内容を踏まえた上で、就業上配慮すべき事項を記載すること。

事業場に選任されている産業医等から、本件特定保健指導の結果についての情報提供を求められた場合は、当健診給付医療機関から提供すること同意します。
同意する 同意しない 給付対象者署名 _____

(事業主提出用)

健診給付 病院等の 名 称	
---------------------	--

二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和	受診者の生年月日	元号	年	月	日
	二次健康診断受診年月日	元号	年	月	日

事業 の 名 称						
事業 場 の 所 在 地	都 道 府 県	郡 区 市				
二 次 健 康 診 断 結 果	空腹時血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	LDLコレステロール (mg/dl)				
		HDLコレステロール (mg/dl)				
		中性脂肪 (mg/dl)				
	空腹時血糖値検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	血糖値 (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	ヘモグロビンA1c検査 (%)				
	負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査) を行っております。	医師の所見				
頸部超音波検査 (頸部エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	医師の所見					
微量アルブミン尿検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	微量アルブミン尿検査	-	±	+	++	+++
特定保健指導 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。	医師の所見					
[二次健康診断等の結果における医師の所見]						
					氏 名	

「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見
を記入する際に必要な視点及び記入例

- 1 「二次健康診断結果（負荷心電図検査又は胸部超音波検査、頸部超音波検査）」に係る医師の所見を記入する際に必要な視点

☆ 検査結果を基に受診者にわかりやすい表現で記入する

【記入例】

- ・動脈瘤の大きさは、現在のところ許容範囲内ではありますが、今後も定期的な検査を受けて経過を観察し主治医の判断を仰いでください。
- ・心電図で確認したとおり不整脈があるようなので今後も定期検査を必ず受診してください。
- ・運動時のほか安静時においても発作が出る等の変化が起きた場合はすぐ主治医に相談してください。

- 2 「特定保健指導」の結果に係る医師の所見（面接指導の内容）を記入する際に必要な視点

☆ 指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する

【記入例】

- ・肥満傾向で食事量が多いため、食事摂取量を適正にするよう指導しましたが本人から前向きな回答は得られませんでした。
- ・油、味の濃いものが好きなようです。控えなければ血圧が今以上に高くなり、リスクが高まる旨お話ししましたが、好きなものを食べたいとの考えは変わっていないようです。
- ・毎日飲酒しているとのことなので、週1回休肝日を設け、毎日の飲酒量も減らすよう指導しました。本人も前向きに考えていましたので、継続して取り組んでいるか確認をお願いします。
- ・体重を減らすため毎日の運動を勧めましたが、本人は時間がとれないことを理由に前向きには考えていない様子でした。
- ・禁煙を勧めましたが本人は頑なに拒否しています。食事、運動と合わせ禁煙のメリット、身体への効果を説明して理解させることが必要なので継続して指導した方がよいと考えます。
- ・職場環境が暑いことによる体調不良を訴えていましたので、身体的負荷を減らすだけでなく、こまめな水分補給ができるような体制を作るよう検討をお願いします。

3 「二次健康診断等の結果における医師の所見（就業上の措置又は配慮すべき事項）」を記入する際に必要な視点

☆ 受診者の就業上の配慮に結びつく情報を伝達する

【記入例】

- ・検査の結果、〇〇〇〇の数値が高いことから本人には食事面の指導を重点的に行いました。また、瘤破裂が発生する可能性がありますので、職場においては不規則な食事時間を改善できるように勤務形態の見直しをすることと、身体的負荷が大きい作業は控えることが望まれます。
- ・検査の結果、心筋虚血の可能性があることが認められました。精査をお勧めするとともに、恒常的に時間外労働が多いので、睡眠が十分確保できるように勤務シフトの見直しの検討などをお願いします。
- ・短時間で食事を済ませるために食事内容に偏りが見られます。休憩時間（昼食時間）を確実に確保できるような取組や定期的に運動ができるような取組を検討してください。
- ・残業時間は月 60 時間未満ですが、検査結果、飲酒回数、飲酒量、喫煙状況及び運動不足等から産業医等による面接指導を実施し、生活習慣の改善と治療を開始することが望まれます。労働時間が増加することのないよう配慮してください。
- ・検査の結果、〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇が高めです。放置すると動脈硬化症を進行させる原因となります。規則正しい食事や適度な運動を励行して体重減少に努めるよう指導しました。不規則な勤務時間、時間外労働時間の増加を避け、睡眠時間を確保できるよう配慮してください。

4 就業上の措置又は配慮すべき事項は特にないと判断した結果を記入する視点

☆ 一次健康診断で産業医等が異常の所見があると診断した項目に対応した視点をもって記入する

【記入例】

- ・検査の結果、現時点では就業上の問題点は抽出されませんでした。受診者は血圧を気にしているようですのでご注意ください。
- ・検査の結果、現時点では〇〇〇〇に異常が認められませんでした。今後も長時間労働を避け、〇〇〇〇の数値が上昇した場合は速やかに医療機関を受診させるようご注意ください。

Ⅸ アフターケア制度について

「アフターケア制度」とは

1. 目的

仕事または通勤でケガや病気をされた方に対し、そのケガや病気が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気の発症を防ぐため、必要に応じて、診察、保健指導、保健のための処置、検査を行い、円滑な社会生活を営んでいただくことを目的としています。

※「治った」とは、完全な回復だけでなく、医療を行ってもそれ以上の効果が期待できず、症状が安定した状態を含みます。

2. 対象となるケガや病気、対象者

アフターケアの対象となるケガや病気は、せき髄損傷など 20 種類あり、一定の障害等級などを対象者の要件としています。

※「障害等級」とは、仕事または通勤によるケガや病気が治った後、身体に一定の障害が残った場合に、その障害の程度に応じて第 1 級から第 14 級までの 14 段階に区分し、障害の程度を評価するものです。

3. 手続き

アフターケアを受けるためには、申請者の所属事業場を管轄する都道府県労働局に申請をしていただく必要があります。

申請できる期間は、対象となるケガや病気によって異なります。

4. 受診

申請が認められると、都道府県労働局からアフターケア健康管理手帳（以下「手帳」という）が交付されます。診察、保健指導、保健のための処置、検査を、アフターケア実施要領で定められた範囲内で、労災保険指定医療機関で、手帳保有者の費用負担がなく、受けることができます。

アフターケアを受けるには、労災保険指定医療機関の窓口で、その都度、手帳を提示し、所定の欄に受診結果を記入してもらう必要があります。手帳の提示がない場合は、アフターケアを受けられませんのでご注意ください。

なお、保健のための処置のうち薬剤の支給については、労災保険指定薬局で受けられます。

アフターケア対象傷病一覧

	対象傷病名	傷病コード	参照頁
1	せき髄損傷	01	P 2 1 2
2	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群）	21	P 2 1 4
	頭頸部外傷症候群等（頸肩腕障害）	22	
	頭頸部外傷症候群等（腰痛）	23	
3	尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後）	24	P 2 1 5
	尿路系障害（代用膀胱造設後）	25	
4	慢性肝炎（HB e 抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染）	26	P 2 1 7
	慢性肝炎（HB e 抗原陰性）	27	
5	白内障等の眼疾患	05	P 2 1 8
6	振動障害	06	P 2 1 9
7	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	07	P 2 2 1
8	人工関節・人工骨頭置換	08	P 2 2 2
9	慢性化膿性骨髓炎	09	P 2 2 3
10	虚血性心疾患等（虚血性心疾患）	28	P 2 2 4
	虚血性心疾患等（ペースメーカー及び除細動器）	29	
11	尿路系腫瘍	11	P 2 2 6
12	脳の器質性障害（一酸化中毒（炭鉱災害を除く））	30	P 2 2 7
	脳の器質性障害（外傷による脳の器質性障害）	31	
	脳の器質性障害（減圧症）	32	
	脳の器質性障害（脳血管疾患）	33	
	脳の器質性障害（有機溶剤中毒等）	34	
13	外傷による末梢神経障害	14	P 2 3 0
14	熱傷	15	P 2 3 1
15	サリン中毒	16	P 2 3 2
16	精神障害	17	P 2 3 4
17	循環器障害（弁損傷及び心膜病変）	35	P 2 3 6
	循環器障害（人工弁置換後）	36	
	循環器障害（人工血管置換後）	37	
18	呼吸機能障害	19	P 2 3 8
19	消化器障害	20	P 2 4 0
20	炭鉱災害による一酸化中毒	00	P 2 4 2

② なし

（（2）及び（3）については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んで下さい。）

（※）「後遺症状の動揺」とは、後遺症状の程度の増減又は変動をいいます。

4 実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）

① あり ② なし

※ 「① あり」の場合には、以下の「(1) 実施期間の更新を必要とする理由」を具体的に記述し、「(2) 今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。

(1) 実施期間の更新を必要とする理由：

.....

.....

.....

.....

.....

(2) 今後予想される必要とする診察実施回数：.....か月に.....回程度

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

実施医療機関等

名 称.....

所在地.....

診療科.....

医師名.....

(参考) アフターケア健康管理手帳の新規・更新手続き

傷病名	申請期間		有効期間		更新時の診断書の要否
	新規 (治った日の翌日から起算して)	新規 (交付日から起算して)	新規	更新	
せき髄損傷	いつでも	3年間	3年間	5年間	×
頭頸部外傷症候群等 ①頭頸部外傷症候群 ②頸肩腕障害 ③腰痛	2年間	2年間	2年間	更新不可	更新不可
尿路系障害	3年間	3年間	3年間	1年間	○
慢性肝炎	3年間	3年間	3年間	1年間	○
白内障等の眼疾患	2年間	2年間	2年間	1年間	○
振動障害	2年間	2年間	2年間	1年間	○
大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年間	3年間	3年間	1年間	○
人工関節・人工骨頭置換	いつでも	3年間	3年間	5年間	×
慢性化膿性骨髄炎	3年間	3年間	3年間	1年間	○
虚血性心疾患等	3年間 (虚血性心疾患) いつでも (ペースメーカー等)	3年間	3年間	1年間 (虚血性心疾患) 5年間 (ペースメーカー等)	○ (虚血性心疾患) × (ペースメーカー等)
尿路系腫瘍	3年間	3年間	3年間	1年間	○
脳の器質性障害 ①外傷による脳の器質的損傷 ②一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを除く) ③減圧症 ④脳血管疾患 ⑤有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを除く)を含む)	2年間 (①~③) 3年間 (④、⑤)	2年間 (①~③) 3年間 (④、⑤)	2年間 (①~③) 3年間 (④、⑤)	1年間	○
外傷による末梢神経損傷	3年間	3年間	3年間	1年間	○
熱傷	3年間	3年間	3年間	1年間	○

サリン中毒	3年間	3年間	1年間	○
精神障害	3年間	3年間	1年間	○
循環器障害	3年間 (心臓弁損傷及び心膜病変) いつでも (人工弁又は人工血管)	3年間	1年間 (心臓弁損傷及び心膜病変) 5年間 (人工弁又は人工血管)	○ (心臓弁損傷及び心膜病変) × (人工弁又は人工血管)
呼吸機能障害	3年間	3年間	1年間	○
消化器障害	3年間	3年間	1年間	○
炭鉱災害による一酸化炭素中毒	3年間	3年間	1年間	○

1 せき髄損傷に関するアフターケア（傷病コード 01）

趣 旨

せき髄損傷者は、症状固定後においても尿路障害、褥瘡等の予防その他の医学的措置等を必要とすることがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の(1)～(3)のすべて、または(4)を満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害によるせき髄損傷者
- (2) 労災保険法による障害等級第3級以上の障害（補償）等給付を受けている方、または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
- (4) 障害等級第4級以下の障害(補償)等給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合は、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤と潤滑剤を含む）、滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

- ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）

尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方が対象です。

- ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
- ③ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬
- ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）

重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。

- ⑤ 自律神経薬
- ⑥ 末梢神経障害治療薬
- ⑦ 向精神薬
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- ⑨ 整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 対象となる検査

① 尿検査（尿培養検査を含む）	診察の都度、必要に応じて実施
② CRP検査	1年に2回程度
③ 末梢血液一般・生化学的検査	1年に1回程度
④ 膀胱機能検査（残尿測定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。	
⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	
⑥ 損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線、CT、MRI検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

(2) 更新前の手帳の有効期限が満了する日の翌日から起算して5年間です。

2 頭頸部外傷症候群等に関するアフターケア（傷病コード 21～23）

趣 旨

頭頸部外傷症候群等の傷病者で、症状固定後も神経に障害を残す場合は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の（1）～（3）のすべて、または、（4）を満たす方が対象）

（1） 業務災害または通勤災害で次の①～③に掲げる傷病にり患した方

① 頭頸部外傷症候群

② 頸肩腕障害

上肢等に過度の負担のかかる業務によって、後頭部、頸部、肩甲帯、上肢、前腕、手、指に発生した運動器の障害をいう。

③ 腰痛

（2） 労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

（3） 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

（4） 障害等級第10級以下の障害（補償）給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

（1） 診 察：原則として1か月に1回程度

（2） 保健指導：診察の都度

（3） 保健のための処置（薬剤の支給）

① 神経系機能賦活薬

② 向精神薬（頭頸部外傷症候群に限る）

③ 筋弛緩薬

④ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑤ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含む）

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給するものです。

（4） 対象となる検査

エックス線検査	各傷病について必要と認められる部位について、1年に1回程度
---------	-------------------------------

健康管理手帳の有効期間

交付日から起算して2年間です。

なお、健康管理手帳の更新はできません。

3 尿路系障害に関するアフターケア（傷病コード 24～25）

趣 旨

尿道断裂や骨盤骨折等で、尿道狭さくの障害を残す方と尿路変向術を受けた方は、症状固定後も尿流が妨げられるため腎機能障害や尿路感染症を発症するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務災害または通勤災害で、尿道狭さくの障害を残す方
- ・ 尿路変向術を受けた方で、労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方、または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置
 - ア 尿道ブジー（誘導ブジーを含む）

狭さくの度合い	処 置
シャリ工式尿道ブジー第20番がかろうじて通り、ときどき拡張術を行う必要がある	1～4か月に1回程度の拡張術
<ul style="list-style-type: none"> ・ シャリ工式尿道ブジー第16番または第19番程度で拡張術を要する ・ シャリ工式尿道ブジー第15番程度以下のブジーで拡張術が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目標番数（通常は20番）に達するまでの3～6か月は週1回程度の拡張術 ・ 目標番数に達した後は、1～4か月に1回（尿道の状態確認のため尿道ブジー）
糸状ブジーがかろうじて通る	再発として扱う

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む）と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

①～⑤の薬剤については、尿道ブジーと尿路処置の実施の都度、必要に応じて1週間分程度支給できます。

- ① 止血剤
- ② 抗菌剤（抗生物質を含む）

- ③ 自律神経薬
- ④ 鎮痛・消炎薬
- ⑤ 尿路処置用外用薬
- ⑥ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬

(4) 検査内容

① 尿検査（尿培養検査を含む）	1～3か月に1回程度
② 末梢血液一般・生化学的検査 ② CRP検査	1年に2回程度
④ エックス線検査 ⑤ 腹部超音波検査	1年に1回程度
⑥ CT検査	代用膀胱を造設した方に対し、1年に1回程度

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

4 慢性肝炎に関するアフターケア（傷病コード 26～27）

趣 旨

慢性肝炎にり患した方で、症状固定後もウイルスの持続感染が認められる方は、肝炎の再燃または肝病変の進行をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の全てを満たす方が対象）

業務災害または通勤災害によりウイルス肝炎にり患した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

措置範囲

（1） 診 察

ア HB e 抗原陽性の方とC型肝炎ウイルスに感染している方は、原則として1か月に1回程度

イ HB e 抗原陰性の方は、原則として6か月に1回程度

（2） 保健指導：診察の都度

（3） 対象となる検 査

① 末梢血液一般検査	6か月に1回程度
② 生化学的検査	(ア) HB e 抗原陽性者及びC型肝炎ウイルス感染者は、1か月に1回程度 (イ) HB e 抗原陰性者は、6か月に1回程度
③ 腹部超音波検査	6か月に1回程度
④ B型肝炎ウイルス感染マーカー ⑤ HCV抗体 ⑥ HCV-RNA同定（定性）検査 ⑦ AFP（ α -フェトプロテイン） ⑧ PIVKA-II ⑨ プロトロンビン時間検査 ⑩ CT検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。

健康管理手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

（2） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

5 白内障等の眼疾患に関するアフターケア（傷病コード 05）

趣 旨

白内障等の眼疾患にり患した方は、症状固定後も視機能に動揺をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者(以下の(1)～(3)のすべて、または(4)を満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害による白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患、眼瞼内反等の眼疾患の傷病者
- (2) 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- (4) 障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限る）でも、医学的に特に必要があると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置
 - ア 睫毛抜去 眼瞼内反による睫毛乱生のため必要な方に対して行います。
 - イ 薬剤の支給
 - ① 外用薬
 - ② 眼圧降下薬
- (4) 対象となる検査

<ol style="list-style-type: none">① 矯正視力検査② 屈折検査③ 細隙燈顕微鏡検査④ 前房隅角検査⑤ 精密眼圧測定⑥ 精密眼底検査⑦ 量的視野検査	診察の都度、必要に応じて実施
--	----------------

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して2年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

6 振動障害に関するアフターケア（傷病コード 06）

趣 旨

振動障害にり患した方は、症状固定後も季節の変化等に伴い、後遺症状に動揺をきたす場合が見られることから、アフターケアを行います。

対象者

- ・ 業務災害による振動障害の傷病者で、労災保険法による障害補償給付を受けている方または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に2～4回程度
(寒冷期は、医師の意見を踏まえ、その必要とする回数)
- (2) 保健指導
診察の都度特に身体局所に対する振動刺激を避けるよう努めさせるとともに、防寒・保温、適度の運動の実施、喫煙の禁止等日常生活上の配慮について指導します。
- (3) 保健のための処置
 - ア 理学療法
必要と認められる場合
 - イ 注 射
特に必要と認められる場合、一時的な消炎・鎮痛のために行います。
 - ウ 薬剤の支給
 - ① ニコチン酸薬
 - ② 循環ホルモン薬
 - ③ ビタミンB₁、B₂、B₆、B₁₂、E剤
 - ④ Ca拮抗薬
 - ⑤ 交感神経α-受容体抑制薬
 - ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 対象となる検査

<ol style="list-style-type: none"> ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 末梢循環機能検査 (i) 常温下皮膚温・爪圧迫検査 (ii) 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 ④ 末梢神経機能検査 (i) 常温下皮膚温・爪圧迫検査 (ii) 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 (iii) 神経伝導速度検査 (遅発性尺骨神経麻痺の場合に限る) 	1年に1回程度
---	---------

⑤ 末梢運藤機能検査 握力の検査	
手関節と肘関節のX線検査	放射線による身体的影響を考慮して必要と認められる方に限り、2年に1回程度

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して2年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

7 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に関するアフターケア(傷病コード 07)

趣 旨

大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者は、症状固定後も大腿骨骨頭壊死の発症をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者(以下の(1)～(3)のすべて、または(4)を満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害による大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者
- (2) 労災保険法による障害(補償)給付を受けている方または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- (4) 障害(補償)給付を受けていない方(症状固定した方に限る)でも、医学的に特に必要があると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置(薬剤の支給)
鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)
- (4) 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② エックス線検査	3～6か月に1回程度
③ シンチグラム、CT、MRI検査	医学的に特に必要と認められる場合に 限る

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

8 人工関節・人工骨頭置換に関するアフターケア(傷病コード 08)

趣 旨

人工関節と人工骨頭を置換した方は、症状固定後も人工関節と人工骨頭の耐久性やルーシング（機械的または感染）により症状発現するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者(以下のすべてを満たす方が対象)

- ・ 業務災害または通勤災害で、人工関節と人工骨頭を置換した方
- ・ 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 検査対象

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② エックス線検査	3～6か月に1回程度
③ CRP検査	1年に2回程度
④ シンチグラム検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

9 慢性化膿性骨髄炎に関するアフターケア（傷病コード09）

趣 旨

骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方は、症状固定後も骨髄炎が再燃するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務災害または通勤災害による骨折等で化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方
- ・ 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
 - ② 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査	1～3か月に1回程度
② 細菌検査	診察の都度、必要に応じて実施
③ CRP検査	1年に2回程度
④ エックス線検査	3～6か月に1回程度
⑤ シンチグラム、CT、MRI検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です

10 虚血性心疾患等に関するアフターケア（傷病コード 28～29）

趣旨

虚血性心疾患にり患した方とペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方は、症状固定後も、狭心症、不整脈、心機能障害が残存することが多く、また、植え込んだペースメーカーまたは除細動器は、身体条件の変化や機器の不具合等で不適正な機器の作動が生じるおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者

- (1) 虚血性心疾患にり患した方（以下のア～ウのすべて、またはエを満たす方が対象）
 - ア 業務災害で虚血性心疾患にり患した方
 - イ 労災保険法による障害等級第9級以上の障害補償給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
 - ウ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
 - エ 障害等級第10級以下の障害補償給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方
- (2) ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方（以下のすべてを満たす方が対象）
 - ・ 業務災害または通勤災害でペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方
 - ・ 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
 - ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診察
 - ア 虚血性心疾患にり患した方は、原則として1か月に1回程度
 - イ ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方は、原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置
 - ア ペースメーカーまたは除細動器の定期チェック

ペースメーカーまたは除細動器のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標の計測とともに、アフターケア上必要な指導を行うため、6か月～1年に1回程度実施します。
 - イ 薬剤の支給
 - ① 抗狭心症薬
 - ② 抗不整脈薬
 - ③ 心機能改善薬
 - ④ 循環改善薬（利尿薬を含む）
 - ⑤ 向精神薬

(4) 対象となる検査

ア 虚血性心疾患にり患した方

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査(安静時及び負荷検査) ④ 胸部エックス線検査	1か月に1回程度
⑤ ホルター心電図検査 ⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

イ ペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査(安静時及び負荷検査)	1～6か月に1回程度
④ 胸部エックス線検査	6か月に1回程度
⑤ ホルター心電図検査	1年に1回程度
⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付

虚血性心疾患にり患した方	更新前の手帳の有効期限が満了する日の翌日から起算して1年間
ペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方	更新前の手帳の有効期限が満了する日の翌日から起算して5年間

11 尿路系腫瘍に関するアフターケア（傷病コード11）

趣 旨

尿路系腫瘍にり患した方は、症状固定後も再発する可能性が非常に高いため定期的な検査が必要となることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たし方が対象）

- ・ 業務に起因する尿路系腫瘍にり患し、労災保険法による療養（補償）等給付を受けている方
- ・ この尿路系腫瘍が症状固定したと認められる方
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- （1）診 察：原則として1か月に1回程度
- （2）保健指導：診察の都度
- （3）保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 再発予防のための抗がん薬
医学的に特に必要と認められる場合にのみ行われ、投与期間は症状固定後1年以内
 - ② 抗菌薬（抗生物質を含む）
- （4）対象となる検査

① 尿検査（尿培養検査を含む） ② 尿細胞診検査	1か月に1回程度
③ 内視鏡検査 ④ 超音波検査 ⑤ 腎盂造影検査 ⑥ CT検査	3～6か月に1回程度

健康管理手帳の有効期間

- （1）新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- （2）更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

12 脳の器質性障害に関するアフターケア（傷病コード 30～34）

趣 旨

脳に器質的損傷が出現した方で、症状固定後も精神または神経に障害を残す方は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の(1)～(3)のすべて、または(4)を満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害で次の①～⑤に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方
 - ① 外傷による脳の器質的損傷
 - ② 一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）
 - ③ 減圧症
 - ④ 脳血管疾患
 - ⑤ 有機溶剤中毒等（炭鉱災害によるものを含めた一酸化炭素中毒を除く）
- (2) 労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- (4) 障害等級第10級以下の障害（補償）給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として、1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法とカウンセリング

アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。

そのため、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置及び尿路処置が必要となるため、次の処置と処置に伴う必要な材料の支給を行うことができます。

① 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。

② 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む）と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

① 神経系機能賦活薬

- ② 向精神薬
- ③ 筋弛緩薬
- ④ 自律神経薬
- ⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- ⑥ 抗パーキンソン薬
- ⑦ 抗てんかん薬

外傷性てんかんのある方と外傷性てんかん発症のおそれのある方に対して支給します。

- ⑧ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬と昇圧薬を含む）

血液の循環の改善を必要とする方に対して必要に応じて支給します。

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給できます。

- ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）

尿路感染者、尿路感染のおそれのある方と褥瘡のある方が対象です。

- ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

- ③ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬

- ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）

重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。

- ⑤ 末梢神経障害治療薬

- ⑥ 整腸薬、下剤、浣腸薬

（４） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 脳波検査 ④ 心理検査	1年に1回程度
⑤ 視機能検査（眼底検査等も含む）	1年に1回程度 （眼に関する病訴は、業務上の事由または通勤による疾病以外の疾病等によるものも少なくないため、鑑別上必要な場合に実施します）
⑥ 前庭平衡機能検査	1年に1回程度 （めまい感または身体平衡障害の病訴のある方に対して必要な場合に実施します）
⑦ 頭部のエックス線検査	1年に1回程度

⑧ 頭部のCT、MRI検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度
---------------	-----------------------------

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置と尿路処置が必要となることから、必要に応じて月の検査をそれぞれの範囲内で行うことができます。

① 尿検査（尿培養検査を含む）	診察の都度、必要に応じて実施
② CRP検査	1年に2回程度
③ 膀胱機能検査 （残尿策定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。	1年に1回程度
④ 腎臓、膀胱、尿道のエックス線検査	診察の都度、必要に応じて実施
⑤ 麻痺域関節のエックス線検査、CT、MRI検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

健康管理手帳の有効期間

（1）新規の交付

外傷による脳の器質的損傷、一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）と減圧症にり患した方	交付日から起算して2年間
脳血管疾患と有機溶剤中毒等（炭鉱災害によるものを含めた一酸化炭素中毒を除く）にり患した方	交付日から起算して3年間

（2）更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

13 外傷による末梢神経損傷に関するアフターケア (傷病コード 14)

趣 旨

外傷により末梢神経を損傷した方は、症状固定後も末梢神経の損傷に起因するRSD(反射性交感神経ジストロフィー)とカウザルギーによる激しい疼痛等の緩和を必要とすることがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- ・ 業務災害または通勤災害で外傷により末梢神経障害に起因し、症状固定後も激しい疼痛が残存する方
- ・ 労災保険法による障害等級第12級以上の障害(補償)等給付を受けている方または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察 : 原則として1か月に1~2回程度
- (2) 保健指導 : 診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 注 射

1か月に2回を限度として神経ブロックを行うことができます。

(診察の結果、特に疼痛が激しく神経ブロックもやむを得ないと医師が判断した場合に限る)

イ 薬剤の支給

- ① 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)
- ② 末梢神経障害治療薬

- (4) 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	1か月に1回程度
③ エックス線検査 ④ 骨シンチグラフィ検査	医学的に特に必要と認められる場合 に限り、1年に2回程度

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

14 熱傷に関するアフターケア（傷病コード 15）

趣 旨

熱傷の傷病者は、症状固定後においても傷痕による皮膚のそう痒、湿疹、皮膚炎等の後遺症状を残すことがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務災害または通勤災害による熱傷の傷病者
- ・ 労災保険法による障害等級第 12 級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- （1）診 察：原則として1か月に1回程度
- （2）保健指導：診察の都度
- （3）保健のための処置（薬剤の支給）
外用薬等（抗菌薬を含む）
- （4）対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査	1年に1回程度
② 尿検査	

健康管理手帳の有効期間

- （1）新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- （2）更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

15 サリン中毒に関するアフターケア（傷病コード16）

趣 旨

特に異常な状況下で、強力な殺傷作用を有するサリンに中毒した方は、症状固定後も、縮瞳、視覚障害、末梢神経障害、筋障害、中枢神経障害、心的外傷後ストレス障害等の後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務災害または通勤災害（「いわゆる「地下鉄サリン事件」）でサリンに中毒した方
- ・ 労災保険法による療養（補償）等給付を受けて、サリン中毒が症状固定した方
- ・ 次の①～④に掲げる後遺症状で、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
 - ① 縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害
 - ② 筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害と筋障害
 - ③ 記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害
 - ④ 心的外傷後ストレス障害

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置
 - ア 精神療法とカウンセリングの実施
 - (ア) 後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる方は、専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。
 - (イ) アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。
そのため、その処置内容は、生活指導に重点を置いたものとします。
 - イ 薬剤の支給
 - ① 点眼薬
 - ② 神経系機能賦活薬
 - ③ 向精神薬
 - ④ 自律神経薬
 - ⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 対象となる検査

<ul style="list-style-type: none"> ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 視機能検査（眼底検査を含む） ④ 末梢神経機能検査 （神経伝達速度検査） ⑤ 心電図検査 ⑥ 筋電図検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心理検査 	<p>1年に2回程度</p>
---	----------------

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

16 精神障害に関するアフターケア（傷病コード17）

趣 旨

業務による心理的負荷（通勤災害に伴う心理的負荷を含む）を原因として精神障害を発病した方は、症状固定後もその後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務による心理的負荷（通勤災害に伴う心理的負荷を含む）を原因として精神障害を発症した方
- ・ 労災保険法による療養（補償）等給付を受けて、この精神障害が症状固定した方
- ・ 次の①～④に掲げる後遺症状で、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
 - ① 気分の障害（抑うつ、不安等）
 - ② 意欲の障害（低下等）
 - ③ 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害
 - ④ 記憶の障害または知的能力の障害

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

(ア) 後遺症状として気分の障害または慢性化した幻覚性の障害もしくは慢性下した妄想性の障害があると認められる方は、診察の都度、必要に応じて専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。

(イ) アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。

そのため、その処置内容は、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 薬剤の支給

- ① 向精神薬
- ② 神経系機能賦活薬

(4) 対象となる検査

① 心理検査	1年に2回程度
② 脳波検査、CT、MRI検査	

③ 末梢血液一般・生化学的検査	向精神薬を使用している場合に、1年に2回程度
-----------------	------------------------

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

17 循環器障害に関するアフターケア（傷病コード 35～37）

趣 旨

消化器を損傷した方で、症状固定後も、消化吸収障害、逆流性食道炎、ダンピング症候群、腸管癒着、排便機能障害または膀胱機能障害（以下「消化吸収障害等」）の障害を残す方は、腹痛や排便機能障害等を発症する恐れがあること、また、消化器ストマ（大腸皮膚瘻と人工肛門）を造設するに至った方は、反応性びらん等を発症するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務災害または通勤災害で、消化吸収障害等を残す方または消化器ストマを造設した方
- ・ 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

(1) 診 察：原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導：診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ストマ処置

ストマを造設された方に、それぞれのストマの管理の方法を指導したり、管理の援助をすることです。

イ 外瘻の処置

軽微な外瘻が認められる方に対し、外瘻周辺の反応性びらん等の発症を予防するために実施するものです。

ウ 自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ 薬剤の支給

- ① 整腸薬、止瀉薬
- ② 下剤、浣腸薬
- ③ 抗貧血用薬
- ④ 消化性潰瘍用薬（逆流性食道炎が認められる場合に支給するもの）
- ⑤ 蛋白分解酸素阻害薬
- ⑥ 消化酵素薬
- ⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

(4) 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査	1～6か月に1回
② 尿検査	
③ 心電図検査(安静時と負荷検査)	3～6か月に1回程度
④ エックス線検査	
⑤ 心音図検査	人工弁に置換した方に対し、3～6か月に1回程度
⑥ 心臓超音波検査	人工弁に置換した方に対し、1年に1回程度
⑦ CRP検査	人工弁または人工血管に置換した方に対し、1年に2回程度
⑧ 脈波図検査	人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度
⑨ CTまたはMRI検査	人工血管に置換した方に対し、医学的に特に必要と認められる場合に限る

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付

心臓弁を損傷した方と心臓の病変を残す方	更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間
人工弁または人工血管に置換した方	更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間

18 呼吸機能障害に関するアフターケア（傷病コード19）

趣 旨

呼吸機能障害を残す方は、症状固定後も咳や痰等の後遺症状を残すため、その症状の軽減と悪化の防止を図る必要があることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務災害または通勤災害で呼吸機能障害を残す方
- ・ 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- （1） 診 察：原則として1か月に1回程度
- （2） 保健指導：診察の都度
特に喫煙者に対しては、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導します。
私病であるニコチン依存症の治療を行うことはできません。
- （3） 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 去痰薬
 - ② 鎮咳薬
 - ③ 喘息治療薬
 - ④ 抗菌薬（抗生物質を含む）
 - ⑤ 呼吸器用吸入薬及び貼付薬
 - ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- （4） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② CRP検査 ③ 喀痰細菌検査 ④ スパイログラフィー検査 ⑤ 胸部エックス線検査	1年に2回程度
⑥ 血液ガス分析	1年に2～4回程度
⑦ 胸部CT検査	1年に1回程度

健康管理手帳の有効期間

- （1） 新規の交付
交付日から起算して3年間です。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

19 消化器障害に関するアフターケア（傷病コード20）

趣 旨

消化器を損傷した方で、症状固定後においても、消化吸収障害、逆流性食道炎、ダンピング症候群、腸管癒着、排便機能障害又は膵機能障害（以下「消化吸収障害等」の障害を残す方は、腹痛や排便機能障害等を発症するおそれがあること、また、消化器ストマ（大腸皮膚瘻、小腸皮膚瘻、人工肛門）を造設するに至った方は、反応性びらん等を発症するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- ・ 業務災害または通勤災害で、消化吸収障害等を残す方または消化器ストマを造設した方
- ・ 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方
- ・ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

(1) 診 察：原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導：診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ストマ処置

ストマを造設された方に、それぞれのストマの管理の方法を指導したり、管理の援助をすることです。

イ 外瘻の処置

軽微な外瘻が認められる方に対し、外瘻周辺の反応性びらん等の発症を予防するために実施するものです。

ウ 自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ 薬剤の支給

- ① 整腸薬、止瀉薬
- ② 下剤、浣腸薬
- ③ 抗貧血用薬
- ④ 消化性潰瘍用薬（逆流性食道炎が認められる場合に支給するもの）
- ⑤ 蛋白分解酵素阻害薬
- ⑥ 消化酵素薬
- ⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

(4) 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	3か月に1回程度
③ 腹部超音波検査 ④ 消化器内視鏡検査（ERCPを含む）	医学的に特に必要と認められる場合に限る
⑤ 腹部エックス線検査 ⑥ 腹部CT検査	

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

20 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に関するアフターケア(傷病コード 00)

趣 旨

炭鉱災害による一酸化炭素中毒にり患した方は、症状固定後も季節、天候、社会環境等の変化に随伴して精神または身体の後遺症に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者

炭鉱災害による一酸化炭素中毒について労災保険法による療養（補償）等給付を受けていた方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 脳機能賦活薬
 - ② 向精神薬
 - ③ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）
 - ④ 鎮痛薬
 - ⑤ 血管拡張薬
 - ⑥ 抗パーキンソン薬
 - ⑦ 抗痙攣薬
 - ⑧ 内服昇圧薬
- (4) 対象となる検査(健康診断)

① 全身状態の検査 ② 自覚症状の検査 ③ 精神、神経症状の一般的検査	1年に1回程度
④ 尿中のタンパク、糖、ウロビリノーゲンの検査 ⑤ 赤血球沈降速度と白血球の検査 ⑥ 視野検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心電図検査 ⑨ 胸部エックス線検査 ⑩ CT、MRI検査	①から③の検査の結果、医学的に特に必要と認められる場合に限る

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

1 アフターケア委託費の請求

実施医療機関等はアフターケアに要した費用（以下「アフターケア委託費」という。）を請求するときは、毎月分の費用の額を「アフターケア委託費請求書」（様式第5号）または「アフターケア委託費請求書（薬局用）」（様式第6号）（以下「請求書」という。）に記載の上、当該実施医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出するものです。

請求する際は、「アフターケア委託費請求内訳書」（様式第5号の2、様式第5号の3）又は「アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）」（様式第6号の2）（以下「レセプト」という。）を1回の診察等又は1回の処方に係る調剤ごとに1枚作成し、請求書に添付します。

2 費用の算定方法

アフターケアに要する費用の額の算定方法は、労災診療費算定基準に準拠することになりますが、次の項目に留意してください。

なお、労災診療費算定基準および診療報酬の算定方法、別表第1 医科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）および別表第3 調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）が改定されたときは、改訂後の額となります。

2-（1） 診 察

- ① 労災診療費算定基準に定める「初診料」又は「再診料」の額若しくは健保点数表に定める「外来診療料」の点数に労災診療費算定基準に定める単価（以下「労災診療単価」という。）を乗じて得た額となります。
- ② 治ゆ後、療養を行っていた医療機関において引き続きアフターケアを受ける場合、アフターケアにおける最初の診察については、労災診療費算定基準に定める「再診料」または健保点数表に定める「外来診療料」を算定します。
- ③ 労災診療費算定基準に定める「初診時ブラッシング料」および「再診時療養指導管理料」ならびに健保点数表に定める「外来管理加算」は、アフターケアにおいては認められません。

留意点

- 1 初診料は労災特例により3, 820円で算定します。

注) アフターケアを受診していた者が転医してアフターケアを受診する場合は、転医先の医療機関における最初の診察は、初診料で算定します。

2 再診料は以下により算定します。

一般病床数が200床未満の医療機関および一般病床数200床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科は、労災特例により1,400円で算定しますが、それ以外の医療機関は、労災特例による再診料は算定できませんので、健保と同様に外来診療料74点で算定します。

3 診察回数

労災診療と異なりアフターケアの診察回数については、各傷病区分により限度が定められているので、診察は計画的に行ってください。

4 受診者の症状が増悪した場合（再発を疑う場合）

アフターケアの措置範囲では対応不可となる場合は「再発」として療養(補償)等給付の対象となる場合がありますので特に留意下さい。

2 - (2) 保健指導

- ① 健保点数表に定める「B000特定疾患療養管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- ② 月2回の算定を限度とします。
- ③ 許可病床数が200床以上の病院においては、算定できないものです。
- ④ 同一医療機関において、2以上の診療科にわたりアフターケアを受けている場合には、主な対象傷病に係るアフターケアに対してのみ算定します。

留意点

1 健保点数表に定める「B000特定疾患療養管理料」の適用範囲

アフターケアの対象傷病すべてに当該点数を用いることができます。

特定疾患療養管理料は点数のみの準拠であり、アフターケアの保健指導とは別の項目であるため、アフターケアの対象傷病が健保点数表に定める特定疾患に該当するか否かは問いません。

2 - (3) 保健のための処置

- ① 処置（保健のための薬剤の支給を含む。）については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
 - (ア) 労災則第11条に規定により指定された薬局における薬剤の支給については、調剤点数表により算定した額とします。
 - (イ) 「精神療法およびカウンセリング」については、健保点数表に定める「通院精神療法」または「通院集団精神療法」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、当該処置を実施した場合は、保健指導の費用は重ねて算定でき

ません。

(ウ) 「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬」の支給については、当該薬剤の費用と併せて健保点数表に定める「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

② 処置（保健のための薬剤の支給を除く。）に伴い、保健のために必要な材料（以下「処置材料」という。）を支給した場合には、医療機関の購入単価を10円で除して得た点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

③ 処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られるものであります。よって、たとえ担当医の指示によるものであっても、薬局等からの市販のガーゼ、カテーテルなどを対象者が自ら購入するものは、支給対象とはなりません。

④ 自宅等で使用するためのカテーテルなどの支給に係る費用については、カテーテルなどの材料に係る費用のみを算定できるものであり、健保点数表に定める「在宅自己導尿指導管理料」は算定できません。

⑤ 医療機関は、処置材料を算定する場合には、レセプトの処置料の欄に記載ください。

なお、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼの費用の算定に際しては、褥瘡の詳細、ガーゼの枚数およびサイズ等をレセプトの裏面に記載ください。

⑥ 薬剤の支給については、鎮痛薬に対する健胃消化薬（抗潰瘍薬を含む。）等医学的に併用することが必要と認められる薬剤を支給する場合には、その費用の算定ができます。

⑦ 抗てんかん薬、不整脈用剤（抗不整脈薬）および健保点数表において特定薬剤治療管理料の対象として認められている向精神薬を継続投与する場合であって、当該薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合には、健保点数表に定める「特定薬剤治療管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額により、その費用の算定ができます。

なお、同一の者について1月以内に当該薬剤の血中濃度の測定および投与量の管理を2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の測定及び投与量の管理を行ったときに算定します。

⑧ 医療機関は、「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた処置（保健のための薬剤の支給を含む。）を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載ください。

留意点

1 せき髄損傷の対象者に係る取扱い

せき髄損傷で褥瘡処置等を行っている者が、アフターケアの措置範囲では対応不可となる場合は「再発」として療養(補償)等給付の対象となる場合がありますので特に留意してください。

また、重度褥瘡処置(J 001-4)の費用の算定に当たっては、労災診療費算定基準に定める四肢倍率加算の算定ができます。

2 振動障害のアフターケアにおいては、理学療法が認められていますが、その費用の算定に当たっては、労災診療費算定基準に定める四肢倍率加算の算定ができます。

3 注射料の算定

注射については、「振動障害」および「外傷による末梢神経損傷」に対してのみ認めておりますので、それ以外は算定できません。

4 保健のための薬剤投与

保健のための薬剤についても投薬できる薬剤の範囲が定められているので、「薬剤の支給」の範囲に留意して下さい。

特に、精神・神経用剤、睡眠剤等の薬剤投与については適応疾病が限定されていますので留意して下さい。

2 - (4) 検査

① 検査については以下のほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

(ア) 振動障害に係るアフターケアにおける「末梢循環機能検査」、「末梢神経機能検査(神経伝導速度検査を除く。)」および「末梢運動機能検査」については、定められた点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

(イ) 虚血性心疾患等に係るアフターケアにおける「ペースメーカー等の定期チェック」については、健保点数表に定める「心臓ペースメーカー指導管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、当該定期チェックを実施した場合は、保健指導の費用を重ねて算定することはできません。

(ウ) 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケアにおける「検査（健康診断）」については、以下に掲げる点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査並びに赤血球沈降速度及び白血球数の検査については、費用の算定はできません。

①全身状態の検査	335点
②自覚症状の検査	
③精神および神経症状の一般的検査	
上記以外の検査	健保点数表による所定の点数

② 検査を行うに当たって使用される薬剤については、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

③ 医療機関は、傷病別実施要綱において「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた検査を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載ください。

留意点

1 各傷病区分により検査回数及び検査の範囲は限定されていますので、前回の検査年月日を確認の上、検査実施時期又は検査の範囲に留意して下さい。

アフターケア委託費請求書等の作成及び請求手続き

1 アフターケア委託費請求書等の記入上の注意

(1) アフターケア委託費請求書等は、OCRに直接読み取らせますので、□のOCR読み取り部については、アフターケア委託費請求書の表面右上の「標準字体」にならって、黒ボールペンを使用しカスレないように、また、枠からはみ出したり小さすぎると、読み取りが正確に行えないため、枠の中に大きめに記入願います。

(2) 書き損じた場合は、修正ペン等は使用せず、次のように訂正願います。

<訂正記載例>

ア 1 枠の場合

9
7

イ 複数枠の場合

4 0 1 2 5
9 0 3 0 8 1 5

枠の上下を少し超えるように縦に線を引き、枠の右上隅に正しい数字を記入します。

(注意) 請求書の「請求金額」欄は訂正することはできません。
書き損じた場合は、新しい用紙を使用してください。

2 アフターケア委託費請求書の作成

(1) アフターケア委託費請求書の作成単位

アフターケアを行った医療機関は、毎月分の「アフターケア委託費請求内訳書」(以下、「委託費レセプト」という。)を一括して1枚の「アフターケア委託費請求書」(以下、「委託費請求書」という。)を作成します。

なお、委託費レセプトは、毎月提出していただくこととなりますが、やむを得ず複数月分を請求される場合であっても、委託費レセプトは1枚の委託費請求書にまとめて下さい。

この場合の委託費請求書の「⑥請求年」及び「⑦請求月」は、添付する委託費レセプトの最新の診療年月を記入して下さい。

(2) アフターケア委託費請求書の作成

委託費請求書は、次により作成して下さい。

③	指定病院等の番号	福島労働局長が、労災指定医療機関として指定通知した番号(7桁の番号)を記入します。
④	請求金額欄	委託費請求書に添付する委託費レセプトの「⑨合計額」の合算額を記入すること。金額の頭に¥マークを付けて下さい。なお、金額の訂正はできませんので書き損じた場合は新しい用紙を使用してください。
⑤	内訳書添付枚数欄	委託費請求書に添付する委託費レセプトの枚数を記入します。(「続紙」の枚数は含めません)
⑥	請求年	委託費請求書に添付する委託費レセプトの診察及び検査年月日の最新の「元号」及び「年」を記入します。
⑦	請求月	委託費請求書に添付する委託費レセプトの診察及び検査年月日の最新の「月」を記入します。
	委託費の内容	委託費請求書に添付した委託費レセプトの1枚目の受診者氏名及びその他の受診者の実数を記入します。
	請求年月日	委託費請求書を提出する年月日を記入します。
	請求人(責任者氏名)	委託費請求書を請求する請求人(病院又は診療所)の住所、名称、代表者氏名及び電話番号を記入します。記入はゴム印等でも構いませんが、代表者氏名欄の記名又は署名は、必ず行ってください。(押印は省

	略できます)
あて先	福島労働局長と記入します。

3 アフターケア委託費請求内訳書の作成

(1) 委託費レセプトの作成単位

委託費レセプトは、「受診者」ごと「診察及び検査年月日」ごとに作成して下さい。

(2) 委託費レセプトの作成

委託費レセプトは、次により作成して下さい。

②	健康管理手帳	受診者が受診のために提示した「手帳の番号」を記入します。
③	診察年月日	受診者を診察した「元号」及び「年月日」を記入します。
⑤	検査年月日 (健康診断年月日)	検査(健康診断)を実施した「元号」及び「年月日」を記入します。
⑬	合計額	診療内容の小計の(イ)と診療内訳の小計の(ロ)の合算額を記入します。金額の頭に¥マークは付けないで下さい。
受診者氏名		手帳に記載されている受診者の氏名を記入します。
病院等の名称		受診者を診察した実施医療機関の名称を記入します。
対象となるアフターケア傷病コード		受診者が受診のために提示した手帳の番号の「傷病番号」と、委託費レセプトの裏面に記載されている「傷病コード番号」を突合のうえ記入願います。
傷病の経過		受診者の傷病状態を記入します。
病床数		受診者を診察した実施医療機関の病床数を記入します。
前回の検査年月日		検査を実施した場合は、同種検査を実施した「前回の検査年月日」を必ず記入してください。 なお、数種の検査、画像診断を実施した場合は、「摘要」欄に各々の「前回検査年月日」を記入して下さい。
初	診	診察年月日と労災特例による金額を右の欄に、時間外加算の健保点数は左の欄に記入して下さい。なお、当該金額を「小計」に記入して下さい。(ロ)
再	診	診察年月日と労災特例による金額を右の欄に、時間外加算の健保点数は左の欄に記入して下さい。なお、当該金額を「小計」に記入して下さい。(ロ)
外来診療料		一般病床数が200床以上の医療機関(歯科、歯科口腔外科を除く)は、労災特例による再診料は算定できませんので健保点数を記入して下さい。
保健指導		「傷病別実施要綱」に定められている「措置範囲」に係る費用を、「費用の額の算定方法」により算定して記入して下さい。
投薬		
注射		
処置		
麻酔		
検査		
画像診断		
その他		

小	計	上記措置範囲に係る費用の点数の小計と、当該点数に労災診療単価を乗じた金額を記入して下さい。(イ)
---	---	--

4 委託費請求書・委託費レセプトの編綴

委託費請求書と委託費レセプトを一つの束にして紐・こより等で左最上部の綴じ込み穴を綴ってください。

また、委託費請求書、委託費レセプトは、OCRに入力しますので、のり付けや、ホッチキス等は使用せず、別に穴をあけたり、折り曲げたりしないようにしてください。

5 診療費請求書等の提出先

編綴した委託費請求書等は、労災指定医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出します。

よって、福島県内の労災指定医療機関等にあつては以下のとおりとなります。

〒960-8021	
福島市霞町1番46号 福島合同庁舎5階	
福島労働局労働基準部労災補償課医療係	
電話	024-529-5376
FAX	024-529-5472

6 委託費請求書の提出期限

提出期限は、原則として毎月10日です。(福島労働局着が10日)

ただし、当該日が閉庁の場合は、10日以降の直近の開庁日が提出締切日となります。

7 委託費の支払い及び通知

福島労働局に提出された委託費請求書は、審査結果に基づき、原則として提出日の翌月中頃に厚生労働省から各労災指定医療機関へ審査結果(請求金額、支払金額、不支給金額、及びエラー保留金額)が通知されます。

また、支払いとなったものについては各労災指定医療機関の指定する金融機関口座へ振り込まれます。

なお、上記6の提出期限を過ぎた受付の委託費請求書は、翌月の処理扱いとなります。

8 用紙の調達方法

下記の各請求用紙は、福島労働局労働基準部労災補償課、又は最寄りの労働基

準監督署より交付を受けて下さい。

- ① アフターケア委託費請求書・・・実施要領様式第5号
- ② アフターケア委託費請求内訳書・・・実施要領様式第5号の2

9 請求権の時効

アフターケア委託費の請求権の消滅時効は、民法第166条第1号の規定によって5年とされています。

したがって、診療日等の翌日から起算して5年を経過したアフターケア委託費については、時効が完成して請求権を失うこととなりますので、請求漏れのないよう留意して下さい。

アフターケア参考資料 1 アフターケア委託費請求書の記入例

実施要領様式第5号

※標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

アフターケア委託費請求書

帳票種別 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>3</td><td>7</td><td>7</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	3	7	7	0	0	※修正項目番号 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	①※管轄局 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	9 令和	②※受付年月日 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> 年・月・日はそれぞれ右詰め																												
3	7	7	0	0																																	
③ 指定病院等の番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>7</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> </table>					0	7	○	○	○	○	○																										
0	7	○	○	○	○	○																															
④ 請求金額 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>¥</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>0</td><td>4</td><td>6</td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="font-size: small;">金額の頭に¥マークを付けて下さい。</td> </tr> </table>															¥	1	2	9	0	4	6		金額の頭に¥マークを付けて下さい。										⑤内訳書添付枚数 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td>1</td><td>0</td></tr> </table> 枚			1	0
		¥	1	2	9	0	4	6																													
金額の頭に¥マークを付けて下さい。																																					
	1	0																																			
⑥請求年 9 令和		⑦請求月 年 <table border="1" style="width: 30px; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>3</td></tr></table> 月分		0	3	※ 修正欄 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																															
0	3																																				
○○○○ ほか、 <u>9名</u> に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。 上記の金額を請求します。																																					
令和 <u>4</u> 年 <u>4</u> 月 <u>10</u> 日																																					
郵便番号 <u>960-8021</u>																																					
住 所 (所在地) <u>福島市○○町1番46号</u>																																					
名 称 <u>医療法人労働局病院</u>																																					
責任者氏名 理事長 <u>○○○○</u>																																					
電 話 番 号 <u>024-529-5376</u>																																					
受付印 <div style="border: 1px dotted black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>																																					
福 島 労 働 局 長 殿																																					

アフターケア参考資料 2 アフターケア委託費請求内訳書の記入例

実施要領様式第5号の2

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ア
フ
タ
ー
ケ
ア
委
託
費
請
求
内
訳
書

①支払額 百万 <input type="text"/> <input type="text"/> 千 <input type="text"/> <input type="text"/> 円 <input type="text"/> <input type="text"/>			
②健康管理手帳番号 西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号 2 0 0 7 0 1 0 1 2 3 0 0			
③診察年月日 7平成 9令和 9 0 4 0 3 1 1			
④査定額 百万 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 円 <input type="text"/>			
⑤検査年月日(健康診断年月日) 7平成 9令和 9 0 4 0 3 1 1			
⑥増減理由 <input type="text"/> <input type="text"/>			
⑦処理区分 <input type="text"/> <input type="text"/>			
⑧決定年月日 9令和 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/>			
⑬合計額 ①+② <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5 5 6 4			
修正欄 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
受診者の氏名	労働 太郎	病院等の名称	医療法人労働局病院
対象となるアフターケア傷病コード	01	裏面の表の傷病コードを記入して下さい。	傷病の経過 外来にて経過観察中
病床数	10 床	前回の検査年月日	令和4年2月10日
診療内容		点数(点)	診療内訳
初診	時間外 回		初診 年 月 日 円
再診	時間外 1 回	73	再診 4年 3月 11日 1,400円
外来診療料	時間外 回		小計 (口) 円
保健指導			1,400円
投薬	内服薬剤 単位 回 調剤 回 頓服薬剤 単位 回 外用薬剤 単位 回 調剤 回 処方 回 麻毒 回 調基 回		処置 創傷処置(褥瘡処置) 52×1 膀胱洗浄 60×1 検査 尿検査 26×1
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回		その他 処方せん料 整形外科 68×1 泌尿器科 68×1
処置	薬剤 2 回	112	
麻酔	薬剤 回		
検査	薬剤 1 回	26	
診画像	薬剤 回		
その他	処方せん料 68×2	136	
小計	347 点 (イ)	4,164 円	

X 外科後処置実施要綱

(平成25年5月16日付け基発0516第2号)

1 趣 旨

業務災害又は通勤災害による傷病が治ゆしたものにおいては、義肢装着のための断端部の再手術、醜状の軽減のための再手術等を必要とすることがあることにかんがみ、これらの者の社会復帰の促進を図るため、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号。以下、「労災保険法」という。）第29条第1項の社会復帰促進等事業として外科後処置を行うものとする。

2 対象者

外科後処置は、労災保険法による障害補償給付（労働者災害補償保険法の一部を改正する法律（昭和40年法律130号）第3条の規定による改正前の労災保険法の規定による障害補償費及び障害給付を含む。）又は障害給付（以下「障害（補償）給付」という。）の支給決定を受けた者であつて、外科後処置により障害（補償）給付の原因である障害によって喪失した労働能力を回復し、又は醜状を軽減し得る見込みがあるものに対して行うものとする。

3 範 囲

- (1) 外科後処置の範囲は、原則として整形外科的診療、外科的診療及び理学療法とし、その処置に必要な医療の給付は、次のとおりとする。
 - ア 診察
 - イ 薬剤又は治療材料の支給
 - ウ 処置、手術その他の治療
 - エ 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
 - オ 筋電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等並びに能動式義手の装着訓練
- (2) 事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄局長」という。）は、外科後処置を受けようとする者が労働能力を回復するため特に必要があると認めるときは、厚生労働省労働基準局長の指示を受けて、前記以外の処置による医療の給付を承認することができる。

4 実施医療機関等

- (1) 外科後処置に必要な医療の給付は、労災病院、医療リハビリテーションセンタ

一、総合せき損センター及び労働者災害補償保険法施行規則（以下「規則」という。）第 11 条第 1 項の都道府県労働局長が指定する病院又は診療所（外科後処置の任務を含む指定を受けた病院又は診療所に限る。）において行うものとする。ただし、筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等については、「義肢等補装具の支給について」（平成 18 年 6 月 1 日付け基発 0601001 号）の別添「義肢等補装具費支給要綱」（以下、「義肢等要綱」という。）の 9 の（2）で届け出を行った医療機関において行うものとする。

- (2) 薬剤の支給については、規則第 11 条第 1 項に定める薬局（外科後処置の任務を含む指定を受けた薬局に限る。以下「指定薬局」という。）において支給しても差し支えないものとする。

5 手 続

- (1) 外科後処置を受けようとする者は、外科後処置申請書（様式第 1 号）に診査表（様式第 2 号）を添付して、事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長を経由して、所轄局長に申請するものとする。
- (2) 所轄局長は、(1) の申請を受けた場合には、対象者等の要件を満たしているか否かを判断の上、承認・不承認の決定（以下「承認決定等」という。）を行い、その旨を「外科後処置承認決定通知書」（様式第 3 号（1））又は「外科後処置不承認決定通知書」（様式第 3 号（2））により通知するものとする。

また、承認決定等については、処分性が認められるため、行政事件訴訟法（昭和 37 年法律第 139 号）、行政不服審査法（昭和 37 年法律第 160 号）、行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）の適用がある。

このため、所轄局長は、次のとおり事務を行うこととする。

ア 外科後処置の承認決定等は、行政不服審査法第 2 条に規定する行政処分であるものとして、審査請求の対象として取り扱うこと。

イ 外科後処置の承認決定等に関する診査は、当該決定をした所轄局長の上級庁である厚生労働大臣が行うこと。

なお、再審査請求は行うことができないものであること。

ウ 承認決定等を行う際は、その相手方に対し、「外科後処置承認決定通知書」（様式第 3 号（1））又は「外科後処置不承認決定通知書」（様式第 3 号（2））をもって、行政不服審査法に基づく審査請求及び行政事件訴訟法に基づく取消訴訟の提起ができる旨の教示を行うこと。その際は、不服申立て手続の有無に関係なく、取消訴訟の提起が可能であることに留意すること。

エ 外科後処置の申請を不承認とする場合には、「外科後処置不承認決定通知書」（様式第 3 号（2））に当該決定の理由を付記する、又は、理由を明記した別紙を添付して通知すること。

(3) (2)の承認の決定を受けた者が、外科後処置を受けようとするときは、当該承認決定通知書を外科後処置の実施医療機関及び指定薬局に提示するものとする。

(4) 外科後処置の実施医療機関及び指定薬局は、当該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上で、給付するものとする。ただし、やむを得ない事由によって、当該承認決定通知書を提示することができない者であつて、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、遅滞なく当該承認決定通知書を提示させるものとする。

(5) 外科後処置の実施医療機関及び指定薬局は、外科後処置に要した費用を請求しようとするときは、外科後処置委託費請求書(様式第4号)により、外科後処置の承認に係る都道府県労働局の労働保険特別会計の官署支出官あて請求するものとする。

なお、当該委託費請求書には、請求の内訳を明らかにするため労働者災害補償保険診療費請求書の診療費内訳書又は労働者災害補償保険薬剤費請求書の内訳書を添付すること。

6 費用の算出方法

外科後処置に要する費用の額は、原則として、労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定方法の例により算定した額とする。ただし、上記3のオに要する費用の額は、義肢等要綱の13の(3)により算定した額とする。

7 旅費の支給

省略

8 社会復帰促進等事業原票

省略

9 施行期日

平成23年6月24日付け基発0624第2号による改正された本を要綱の施行前に、平成25年5月16日から施行し、改正後の要綱3の(1)のオのうち、片側上肢切断者に係る筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等並びに能動式義手の装着訓練については、施行後の申請に係るものから適用

10 経過措置

平成 23 年 6 月 24 日付け基発 0624 第 2 号により改正された本要綱の施行日前に、医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長と外科後処置に係る委託契約を結ぶ医療機関については、本要綱の外科後処置を実施する実施医療機関とみなすものとする。

XI 診療費関係様式一覧

【診療費関係】

様式番号	請求様式名	物品番号	備考	参照頁
診機様式第1号 帳票種別 34720	労働者災害補償保険診療費 請求書	7230		P261
診機様式第1号の2 帳票種別 34720	検査に要した費用等請求書	72227		P262
診機様式第2号 帳票種別 34721	診療費請求内訳書 (入院用)	7231	単票	P263
診機様式第3号 帳票種別 34722	診療費請求内訳書 (入院外用)	7232		P264
診機様式第4号 帳票種別 34723	診療費請求内訳書 (入院用) 傷病	7233		P265
診機様式第5号 帳票種別 34724	診療費請求内訳書 (入院外用) 傷病	7234		P266
診機様式第2号 帳票種別 34721	診療費請求内訳書 (入院用)	7235		連続 帳票 マス目 大
診機様式第3号 帳票種別 34722	診療費請求内訳書 (入院外用)	7236	P268	
診機様式第4号 帳票種別 34723	診療費請求内訳書 (入院用) 傷病	7237	P269	
診機様式第5号 帳票種別 34724	診療費請求内訳書 (入院外用) 傷病	7238	P270	
診機様式第2号 帳票種別 34725	診療費請求内訳書 (入院用)	7239	連続 帳票 マス目 小	
診機様式第3号 帳票種別 34726	診療費請求内訳書 (入院外用)	72220		P272
診機様式第4号 帳票種別 34727	診療費請求内訳書 (入院用) 傷病	72221		P273
診機様式第5号 帳票種別 34728	診療費請求内訳書 (入院外用) 傷病	72222		P274
	続紙	72213		

※福島労働局労災補償課医療係又は最寄りの労働基準監督署より交付を受けてください。

【アフターケア委託費請求書】

請求様式名	様式番号	物品番号	参考頁
アフターケア委託費請求書	実施要領様式第5号 帳票種別 37700	81201	P276
アフターケア委託費請求内訳書	実施要領様式第5号の2 帳票種別 37702	81203	P277

【二次健康診断関係様式】

請求様式名	様式番号	物品番号	参考頁
労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書	二機様式第1号 帳票種別 38700	72615	P278
二次健康診断等費用請求内訳書	二機様式第2号 帳票種別 38701	72620	P279

【給付請求書関係】

請求書の様式番号	給付の種類	参考頁
〈業務災害用 複数業務要因災害用〉		
様式第5号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書	P280
様式第6号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届	P282
〈通勤災害用〉		
様式第16号の3	療養給付たる療養の給付請求書	P284
様式第16号の4	療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届	P286
〈二次健康診断〉		
様式第16号の10の2	二次健康診断等給付請求書	P288

※労災保険給付関係請求書等（上記において太字で記載のもの）について
厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

【診断書関係様式】（主なもの）

様式番号等	様式名称	参考頁
様式第10号及び様式第16号の7に添付する「障害の部位及び状態に関する診断書	労働者災害補償保険診断書（障害（補償）給付請求用）	P290
年金通知様式第2号の1	診断書（じん肺用）	P291
年金通知様式第3号	診断書（せき髄損傷用）	P293
年金通知様式第4号	診断書（じん肺・せき髄損傷用以外用）	P294

診機様式第1号 帳票種別34720 物品番号7230

■ 診機様式第1号

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

労働者災害補償保険診療費請求書

帳票種別 34720	※修正項目番号 □	① 指定病院等の番号 □□□□□□□□	② ※受付年月日 □□□□□□ <small>1~9月は付→ 1~9日は付→ 1~9日は付→</small>
③ 請求金額 千 百 十 万 千 百 十 円 □□□□□□□□ 金額の頭に¥マークを付けてください。		④ 内訳書添付枚数 枚 □□□	
ただし、 ⑤ 請求年 □□□年 <small>1~9年は付→</small>	⑥ 請求月 □□月分 <small>1~9月は付→</small>	※修正欄 □□□□□□□□□□	
<p>_____ほか_____名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。</p> <p>上記の金額を請求します。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>_____郵便番号_____</p> <p>住 所 (所在地) _____</p> <p>請求人の 名 称 (病院又は診療所) _____</p> <p>責任者氏名 _____</p> <p>_____労働局長殿 _____電話番号 _____ (_____ 署分)</p> <p>受付印 _____</p>			

※印の欄は記入しないでください。

診機様式第1号の2 帳票種別34720 物品番号72227

診機様式第1号の2

※標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

検査に要した費用等請求書（指定医療機関用）

帳票種別 <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text" value="34720"/>	※修正項 目番号 <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/>	① 指定病院等の番号 <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/>	② ※受付年月日 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">年</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">月</td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">日</td> </tr> </table>									年		月		日									
年		月		日																					
③ 請求金額 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">千</td><td style="font-size: 8px;">百</td><td style="font-size: 8px;">十</td><td style="font-size: 8px;">百</td><td style="font-size: 8px;">十</td><td style="font-size: 8px;">百</td><td style="font-size: 8px;">十</td><td style="font-size: 8px;">円</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。		千	百	十	百	十	百	十	円									④ 内訳書添付枚数 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">枚</td> </tr> </table>					枚		
千	百	十	百	十	百	十	円																		
枚																									
⑤ 請求年 ただし、 <small>1 明大紛争 2 7 3 7 4 年</small> <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/> 年	⑥ 請求月 <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/> 月分	※修正欄 <input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/>																							

年 月 日付けをもって依頼のあった _____

にかかる _____ の費用（内訳は別添の診療費請求内訳書
のとおり）を上記のとおり請求します。

_____ 年 月 日

郵便番号 _____

住 所
（所在地） _____

請求人の 名 称
（病院又は診療所） _____

責任者氏名 _____

労働局長殿 電話番号 _____
（ 署分）

受付印

※印の欄は記入しないでください。

診機様式第2号 帳票種別34721 物品番号7231

診機様式第2号

第 回 (同一傷病)

指定病院 等の番号	病院等 の名称
--------------	------------

帳票種別 <input type="text" value="34721"/> 修正項目番号 <input type="text" value="00"/>		①新継再別 ②転帰事由 1初診 1始め 1 3転医始診 3継続 3 5継続 5続 5 7再発 7死亡 7		③支払額 百万 十万 万 千 百 十 円 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
④ 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 校 番 号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑤増減コード及び増減額 百万 十万 万 千 百 十 円 増+減- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑥増減理由 <input type="text"/> <input type="text"/>	
⑦ 生 年 月 日 ⑧ 傷 病 年 月 日 1明治 元 年 月 日 1明治 元 年 月 日 3大正 年 月 日 3大正 年 月 日 5昭和 年 月 日 5昭和 年 月 日 7平成 年 月 日 7平成 年 月 日		⑨ 療 養 期 間 元 年 月 日 元 年 月 日 1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ		⑩ 診 療 日 数 日 ⑪ 合計額 百万 十万 万 千 百 十 円 ⑫ ⑬ ⑭	
⑭ 診 療 日 数 日		⑮ 修正欄 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		⑯ 処理区分 <input type="text"/> <input type="text"/>	
労働者の氏名 (歳)		傷病の部位及び傷病名		傷病の経過	
事業の名称		都府 道 県		郡 区 市	
事業場の所在地		診 療 内 容		点 数 (点)	
①初診 ②時間外・休日・深夜 ③指導 ④在宅		⑤内服 ⑥注射 ⑦投薬 ⑧処置 ⑨麻酔 ⑩検査 ⑪診断 ⑫その他		⑬初診 ⑭その他 ⑮食事 ⑯基準 ⑰食事療養	
① 内服 単位 ② 屯服 単位 ③ 外用 単位 ④ 調剤 日 ⑤ 麻酔 日 ⑥ 調基 日		⑦ 皮下筋肉内 回 ⑧ 静脈内 回 ⑨ その他 回 ⑩ 薬剤 回 ⑪ 薬剤 回 ⑫ 薬剤 回 ⑬ 薬剤 回 ⑭ 薬剤 回		⑮ 円 × 回 ⑯ 円 × 回 ⑰ 円 × 日 ⑱ 円 回	
入院年月日 年 月 日 病 診 衣 ⑲ 入院基本料・加算		⑳ 特 定 入 院 料 ・ 其 他		⑳ 円	
小 計		点 ①		円	

診
療
費
請
求
内
訳
書
(入院用)

職員記入欄(この欄は記入しなくてもかまいません。)

診機様式第3号 帳票種別34722 物品番号7232

診機様式第3号 第 回 (同一傷病)	指定病院 等の番号	病院等 の名称	
帳票種別 34722 修正項目番号 00		①新症再別 ②転滞事由 1初診 1治療 3転院 3治療 5継続 5治療 7再診 7治療	
④労働番号 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号 ⑤生年月日 年 月 日 ⑦傷病年月日 年 月 日 ⑧治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ⑨診療表日数 日		③支払額 百 千 百 十 円 ⑩増減コード及び増減額 百 千 百 十 円 ⑪増減理由 ⑫決定年月日 年 月 日 ⑬処理区分	
労働者の氏名 (歳) 事業の名称 事業場の所在地 都府 道県 郡区 市		傷病の部位及び傷病名 傷病の経過	
診 療 費 請 求 内 訳 書 (入院外用)	診 療 内 容		点 数 (点)
	⑪初診 時間外・休日・深夜		⑪初診
	⑫再診 時間外 ⑬指導 休日 ⑭在宅 深夜 ⑮投薬 在宅患者訪問診療 ⑯処置 処方せん ⑰注射 処方せん ⑱その他		⑫再診 回 ⑬指導 回 ⑭在宅 回 ⑮投薬 回 ⑯処置 回 ⑰注射 回 ⑱その他 回
	⑰処置 薬剤		⑰処置
	⑱注射 薬剤		⑱注射
	⑲その他 薬剤		⑲その他
	⑳手麻酔 薬剤		⑳手麻酔
	㉑検査 薬剤		㉑検査
	㉒面診 薬剤		㉒面診
	㉓その他 薬剤		㉓その他
	小 計		小 計
	① 点		① 円
	① 点		① 円

職員記入欄(この欄は記入しないでください。)

診機様式第5号 帳票種別34724 物品番号7234

診機様式第5号 (傷) 第 回 (同一傷病)		指定病院 等の番号	病院等 の名称		
帳票種別 34724	修正項目 番号	①新継再別 1 新規 5 継続 7 再発	②転項事由 1 治ゆ 7 中止 3 継続 9 死亡 5 転送	③支払額 百 十 千 百 十 円 ④増減コード及び増減額 百 十 千 百 十 円 ⑤増減理由 ⑦処理区分 ⑧療養期間 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 ⑨診療日数 1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→ ⑩合計額 ④+⑤	
④管轄局種別 西暦年 番号 年金 証書の 番号		⑩決定年月日 元 年 月 日 1~9月は右→ 1~9月は右→ 1~9月は右→			
労働者の氏名 明・大・昭・平・令 (歳) 年 月 日生		傷病の経過			
傷病の部位 及び 傷病名					
診療内容 ⑪初診 時間外・休日・深夜 ⑫再診 時間外 ⑬指導		点数(点)	診療内容 ⑪初診 ⑫再診 ⑬指導 ⑭その他 小計	金額 円 円 円 円 円	摘要
⑭在宅 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回 回 回 回	摘要		
⑮投薬 ⑲内服 薬剤 ⑳外用 薬剤 ㉑処方 ㉒麻薬 ㉓調基		単位 回 単位 単位 回 回			
⑳注射 ㉔皮下筋肉内 ㉕静脈内 ㉖その他		回 回 回			
㉗処置 ㉘手麻酔 ㉙検病管理		回 回 回			
㉚画像診断 ㉛その他		回 回			
小計		点 ①	円		

診機様式第3号 帳票種別34722 物品番号7236

診機様式第3号 第 回 (再発病 について)		指定病院 等の番付	疾患等 の名称
帳票種別 34722 修正項目番号 <input type="text"/> (再発病) 再発事由 <input type="text"/>		請求期間 <input type="text"/> 請求日 <input type="text"/>	
診 療 費 ● 請 求 ● 内 訳 書 ● (入院外用)	① 診療科目	② 診療日	③ 診療時間
	④ 診療回数	⑤ 診療日	⑥ 診療時間
	⑦ 診療回数	⑧ 診療日	⑨ 診療時間
	⑩ 診療回数	⑪ 診療日	⑫ 診療時間
	⑬ 診療回数	⑭ 診療日	⑮ 診療時間
	⑯ 診療回数	⑰ 診療日	⑱ 診療時間
	⑲ 診療回数	⑳ 診療日	㉑ 診療時間
	⑳ 診療回数	㉒ 診療日	㉓ 診療時間
	㉔ 診療回数	㉕ 診療日	㉖ 診療時間
	㉗ 診療回数	㉘ 診療日	㉙ 診療時間
労働者の氏名	(歳)	傷病の部位及び傷病名	傷病の経過
事業の名称			
事業場の所在地	都府 道県	郡区 市	
診療内容	点数(点)	診療内容	金額
① 初診 時間外・休日・深夜		① 初診	円
② 再診 外来管理加算	× 回	② 再診	円
③ 再診 時間外	× 回	③ 指導	円
④ 再診 休日	× 回	④ その他	円
⑤ 再診 深夜	× 回	小 計	円
⑥ 指導		摘 要	
⑦ 往診 夜間	回	摘 要 在宅患者訪問診療 その他 在宅 ⑧ 内服薬 薬剤調剤 × 単位回 ⑨ 外用薬 薬剤調剤 × 単位回 ⑩ 処方薬 × 回 ⑪ 麻毒 × 回 ⑫ 副基 × 回 ⑬ 皮下筋肉内 × 回 ⑭ 静脈内 × 回 ⑮ その他 × 回 ⑯ 処置 薬剤 × 回 ⑰ 手術 薬剤 × 回 ⑱ 物理療法 薬剤 × 回 ⑲ 画像診断 薬剤 × 回 ⑳ その他 処方せん × 回 ㉑ その他 薬剤 × 回	
⑧ 在宅 緊急・深夜	回		
⑨ 在宅 在宅患者訪問診療	回		
⑩ 在宅 その他	回		
⑪ 在宅 在宅	回		
⑫ 内服薬 薬剤調剤	× 単位回		
⑬ 外用薬 薬剤調剤	× 単位回		
⑭ 処方薬	× 回		
⑮ 麻毒	× 回		
⑯ 副基	× 回		
⑰ 皮下筋肉内	× 回		
⑱ 静脈内	× 回		
⑲ その他	× 回		
⑳ 処置 薬剤	× 回		
㉑ 手術 薬剤	× 回		
㉒ 物理療法 薬剤	× 回		
㉓ 画像診断 薬剤	× 回		
㉔ その他 処方せん	× 回		
㉕ その他 薬剤	× 回		
小 計	点 ⑳	円	

診機様式第2号 帳票種別34725 物品番号7239

<p>診機様式第2号 第 回 (同一傷病 について)</p>	<p>指定病院 等の番号</p>	<p>病院等 の名称</p>																																																																																																																																																																															
<p>帳票種別 34725 □□</p> <p>修正項目番号 □□</p> <p>④ 労働保険番号 府県 開業 管轄 基幹番号 校番号 □□□□□□□□□□</p> <p>⑥ 生年月日 元号 年 月 日 ⑦ 傷病年月日 元号 年 月 日 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 □□□□ □□□□ □□□□ □□□□</p> <p>⑩ 療養期間 元号 年 月 日 元号 年 月 日 □□□□ □□□□ □□□□ □□□□</p> <p>⑪ 診療実日数 □□ 日</p> <p>⑬ 合計額 ①+②+③ □□□□□□□□□□</p>	<p>①新発再別 ②転帰事由 1 初診 3 転院診療 5 継続 7 再発 2 治癒 4 継続 6 転院 8 中止 9 死亡</p>	<p>③支払額 百 十 万 千 百 十 円 □□□□□□□□□□</p> <p>⑤増減コード及び増減額 百 十 万 千 百 十 円 増+減- □□□□□□□□□□</p> <p>⑧増減理由 □□ □□</p> <p>⑨決定年月日 元号 年 月 日 □□□□□□□□□□</p> <p>⑫処理区分 □□</p> <p>修正額 □□□□□□□□□□</p>																																																																																																																																																																															
<p>労働者の氏名 (歳)</p> <p>事業の名称</p> <p>事業場の所在地 都府 道県 郡区 市</p>	<p>傷病の部位及び傷病名</p> <p>傷病の経過</p>																																																																																																																																																																																
<p>①初診 ⑩時間外・休日・深夜 ⑬指導 ⑭在宅</p> <p>⑮投薬 ⑲内服 単位 ⑳屯服 単位 ㉑外用 単位 ㉒調剤 日 ㉓麻毒 日 ㉔調基</p> <p>⑳注射 ㉕皮下筋肉内 回 ㉖静脈内 回 ㉗その他 回</p> <p>㉘処置 ㉙薬剤 回</p> <p>㉚手術 ㉛薬剤 回</p> <p>㉜検査 ㉝薬剤 回</p> <p>㉞面診 ㉟薬剤 回</p> <p>㊱その他 ㊲薬剤 回</p> <p>入院年月日 年 月 日 病診衣 ㉑入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間</p> <p>㉒特定入院料・その他</p> <p>小計 点① 円</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>診療内容</th> <th>点数(点)</th> <th>診療内容</th> <th>金額</th> <th>摘要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①初診</td> <td></td> <td>①初診</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑩時間外・休日・深夜</td> <td></td> <td>⑩時間外・休日・深夜</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑬指導</td> <td></td> <td>⑬指導</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑭在宅</td> <td></td> <td>⑭在宅</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑮投薬</td> <td></td> <td>⑮投薬</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑲内服</td> <td></td> <td>⑲内服</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑳屯服</td> <td></td> <td>⑳屯服</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉑外用</td> <td></td> <td>㉑外用</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉒調剤</td> <td></td> <td>㉒調剤</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉓麻毒</td> <td></td> <td>㉓麻毒</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉔調基</td> <td></td> <td>㉔調基</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑳注射</td> <td></td> <td>⑳注射</td> <td>円× 回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉕皮下筋肉内</td> <td></td> <td>㉕皮下筋肉内</td> <td>円× 回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉖静脈内</td> <td></td> <td>㉖静脈内</td> <td>円× 回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉗その他</td> <td></td> <td>㉗その他</td> <td>円× 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉘処置</td> <td></td> <td>㉘処置</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉙薬剤</td> <td></td> <td>㉙薬剤</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉚手術</td> <td></td> <td>㉚手術</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉛薬剤</td> <td></td> <td>㉛薬剤</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉜検査</td> <td></td> <td>㉜検査</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉝薬剤</td> <td></td> <td>㉝薬剤</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉞面診</td> <td></td> <td>㉞面診</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉟薬剤</td> <td></td> <td>㉟薬剤</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㊱その他</td> <td></td> <td>㊱その他</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入院年月日</td> <td></td> <td>入院年月日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>病診衣</td> <td></td> <td>病診衣</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑩入院基本料・加算</td> <td></td> <td>⑩入院基本料・加算</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>× 日間</td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>× 日間</td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>× 日間</td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>× 日間</td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>× 日間</td> <td></td> <td>× 日間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉒特定入院料・その他</td> <td></td> <td>㉒特定入院料・その他</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td>点①</td> <td>小計</td> <td>円</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要	①初診		①初診	円		⑩時間外・休日・深夜		⑩時間外・休日・深夜	円		⑬指導		⑬指導	円		⑭在宅		⑭在宅	円		⑮投薬		⑮投薬	円		⑲内服		⑲内服	円		⑳屯服		⑳屯服	円		㉑外用		㉑外用	円		㉒調剤		㉒調剤	円		㉓麻毒		㉓麻毒	円		㉔調基		㉔調基	円		⑳注射		⑳注射	円× 回		㉕皮下筋肉内		㉕皮下筋肉内	円× 回		㉖静脈内		㉖静脈内	円× 回		㉗その他		㉗その他	円× 日		㉘処置		㉘処置	円		㉙薬剤		㉙薬剤	円		㉚手術		㉚手術	円		㉛薬剤		㉛薬剤	円		㉜検査		㉜検査	円		㉝薬剤		㉝薬剤	円		㉞面診		㉞面診	円		㉟薬剤		㉟薬剤	円		㊱その他		㊱その他	円		入院年月日		入院年月日			病診衣		病診衣			⑩入院基本料・加算		⑩入院基本料・加算			× 日間		× 日間			× 日間		× 日間			× 日間		× 日間			× 日間		× 日間			× 日間		× 日間			㉒特定入院料・その他		㉒特定入院料・その他			小計	点①	小計	円	
診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要																																																																																																																																																																													
①初診		①初診	円																																																																																																																																																																														
⑩時間外・休日・深夜		⑩時間外・休日・深夜	円																																																																																																																																																																														
⑬指導		⑬指導	円																																																																																																																																																																														
⑭在宅		⑭在宅	円																																																																																																																																																																														
⑮投薬		⑮投薬	円																																																																																																																																																																														
⑲内服		⑲内服	円																																																																																																																																																																														
⑳屯服		⑳屯服	円																																																																																																																																																																														
㉑外用		㉑外用	円																																																																																																																																																																														
㉒調剤		㉒調剤	円																																																																																																																																																																														
㉓麻毒		㉓麻毒	円																																																																																																																																																																														
㉔調基		㉔調基	円																																																																																																																																																																														
⑳注射		⑳注射	円× 回																																																																																																																																																																														
㉕皮下筋肉内		㉕皮下筋肉内	円× 回																																																																																																																																																																														
㉖静脈内		㉖静脈内	円× 回																																																																																																																																																																														
㉗その他		㉗その他	円× 日																																																																																																																																																																														
㉘処置		㉘処置	円																																																																																																																																																																														
㉙薬剤		㉙薬剤	円																																																																																																																																																																														
㉚手術		㉚手術	円																																																																																																																																																																														
㉛薬剤		㉛薬剤	円																																																																																																																																																																														
㉜検査		㉜検査	円																																																																																																																																																																														
㉝薬剤		㉝薬剤	円																																																																																																																																																																														
㉞面診		㉞面診	円																																																																																																																																																																														
㉟薬剤		㉟薬剤	円																																																																																																																																																																														
㊱その他		㊱その他	円																																																																																																																																																																														
入院年月日		入院年月日																																																																																																																																																																															
病診衣		病診衣																																																																																																																																																																															
⑩入院基本料・加算		⑩入院基本料・加算																																																																																																																																																																															
× 日間		× 日間																																																																																																																																																																															
× 日間		× 日間																																																																																																																																																																															
× 日間		× 日間																																																																																																																																																																															
× 日間		× 日間																																																																																																																																																																															
× 日間		× 日間																																																																																																																																																																															
㉒特定入院料・その他		㉒特定入院料・その他																																																																																																																																																																															
小計	点①	小計	円																																																																																																																																																																														

職員記入欄(この欄は記入しないでください。)

診療費請求書 (入院用)

診機様式第4号 帳票種別34727 物品番号72221

診機様式第4号 第 () 回 (同一傷病について)		指定病院等の番号	病院等の名称
診療費	帳票種別 <input type="text" value="34727"/> 修正項目番号 <input type="text" value="00"/> ①新発再別 <input type="checkbox"/> ②転滞事由 <input type="checkbox"/> 1 新規 2 拾遺7 中止 5 継続 3 継続9 死亡 7 再発 6 転滞	③支払額 <input type="text" value="0000000000"/> ⑤増減コード及び増減額 <input type="text" value="0000000000"/> ⑥増減理由 <input type="text" value=""/> ⑦処理区分 <input type="text" value=""/> ⑧決定年月日 <input type="text" value="0000000000"/> ⑨合計額 <input type="text" value="0000000000"/> ⑩+⑨+⑧	
	④管轄別 ④年 ④月 ④日 ④療養期間 ④年 ④月 ④日 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 ④診療実日数 <input type="text" value="0"/> 日 ④療養費 ④千 ④百 ④十 ④円	④管轄別 ④年 ④月 ④日 ④療養期間 ④年 ④月 ④日 ④療養費 ④千 ④百 ④十 ④円	
請求	労働者の氏名	傷病の経過	
	傷病の部位及び傷病名	傷病の経過	
内訳書 (入院用)	診療内容	点数(点)	診療内容
	①初診(時間外・休日・深夜)		①初診
	②指導		②その他
	③在宅		小計
	④投薬		④食事
	⑤注射		基準
	⑥処置		食事療養
	⑦手術		摘要
	⑧検査		
	⑨画像		
入院年月日	年 月 日	摘要	
病診衣	⑩入院基本料・加算		
入院	× 日間		
入院	× 日間		
入院	× 日間		
入院	× 日間		
入院	⑪特定入院料・その他		
小計	点①	円	

診療費請求内訳書 (続紙)

指定病院等の番号		病院等の名称	労働者の氏名(年齢)	(歳)
----------	--	--------	------------	-------

労働 保険 番号	府	県	所 掌	管 轄	基 幹	番 号	枝 番 号	年 金 証 の 番 号	管 轄 局	種 別	西 暦 年	番 号

摘	要

■ 実施要領様式第5号

※標準字体 **0123456789**

アフターケア委託費請求書

帳票種別 <input style="width: 100%;" type="text" value="37700"/>	※修正項目番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>	①※管轄局 <input style="width: 100%;" type="text"/>	②※受付年月日 9 令和 <input style="width: 100%;" type="text"/>	※印の欄は記入しないでください。																
③指定病院等の番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>																				
④ 請 求 金 額 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">百</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。			千	百	十	百	千	百	十	百	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	⑤内訳書添付枚数 枚 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
千	百	十	百	千	百	十	百													
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>													
⑥請求年 7平成 9令和 <input style="width: 100%;" type="text"/> 年			⑦請求月 <input style="width: 100%;" type="text"/> 月分																	
※修正欄 <input style="width: 100%;" type="text"/>																				
<p>_____ ほか _____ 名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。</p> <p>上記の金額を請求します。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____</p> <p style="text-align: center;">住 所 (所在地)</p> <p>_____</p> <p>請 求 人 の 名 称 (病院又は診療所)</p> <p>_____</p> <p>代表者氏名</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">受付印</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div> <p style="text-align: center;">労働局長 殿</p> <p>_____</p>																				

■ 二機様式第1号

※標準字体 **0123456789**

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書

帳票種別 38700	※修正項目番号 □	①健診給付病院等の番号 □□□□□□□ 9 令和	②※受付年月日 □□□□□□□□ <small>1~9月は左へ 1~9月は右へ</small>	⑦※管轄局 □□	※印の欄は記入しないでください。																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">③ 請求金額</th> <th style="width: 50%;">④ 内訳書添付枚数</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">万</td><td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p> </td> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">枚</td> </tr> <tr> <td>□□□</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		③ 請求金額	④ 内訳書添付枚数	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">万</td><td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p>		千	百	十	万	千	百	十	円	□	□	□	□	□	□	□	□	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">枚</td> </tr> <tr> <td>□□□</td> </tr> </table>	枚	□□□	⑤請求年 ただし、平成 7 年 □□ 年 <small>1~9月は左へ</small>		⑥請求月 □□ 月分 <small>1~9月は左へ</small>		※修正欄 □□□□□□□□□□
③ 請求金額	④ 内訳書添付枚数																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">万</td><td style="width: 10%;">千</td><td style="width: 10%;">百</td><td style="width: 10%;">十</td><td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">金額の頭に¥マークを付けてください。</p>	千	百	十	万	千	百	十	円	□	□	□	□	□	□	□	□	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">枚</td> </tr> <tr> <td>□□□</td> </tr> </table>	枚	□□□										
千	百	十	万	千	百	十	円																						
□	□	□	□	□	□	□	□																						
枚																													
□□□																													
<p>_____ ほか _____ 名に対する二次健康診断等費用の内訳は、別紙内訳書のとおり。 上記の金額を請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 (所在地) _____</p> <p style="text-align: right;">請 求 人 の 名 称 (病院又は診療所) _____</p> <p style="text-align: right;">責任者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">労働局長 殿 電話番号 _____</p> <p>受付印</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 200px; height: 80px; margin-left: 20px;"></div>																													

様式第5号(裏面)

㉔その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	社
有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)	
労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	
労働保険番号(特別加入)	
加入年月日	
年 月 日	

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑬は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ㉔「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

派遣元事業主 証明欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑬)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	年 月 日	事業の名称
		電話() —
		事業場の所在地
	事業主の氏名	
	(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)	

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

様式第6号 療養補償給付及び複数事業労働者

療養の給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

様式第6号(表面)

労働者災害補償保険

療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

	病 院	〒 _____
	診 療 所	
	業 局 経由	電話() _____
	訪問看護事業者	
	住 所	_____ 方
	届出人の	_____ 方
	氏 名	_____

下記により療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を(変更するので)届けます。

① 労働保険番号					③ 氏名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		年 月 日	年 月 日
					生年月日	年 月 日 (歳)	
② 年金証書の番号					労働者の 住 所	午 前 後	時 分 頃
管轄局	種別	西暦年	番 号				
⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。							
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。							
事業の名称					_____		
_____ 年 月 日					〒 _____ 電話() _____		
事業場の所在地					_____		
事業主の氏名					_____		
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)							
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称		_____		(労災指定 医 番号)		
	変更後の名称		_____		〒 _____		
	変更理由		_____				
⑦	療養補償年金又は複数事業労働者償得年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の名称		_____		〒 _____		
	所在地		_____				
⑧	傷 病 名		_____				

様式第6号(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない) 社	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日

【注意】

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - (1) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 4 複数事業労働者療養給付の届出は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って届出されなかったものとみなすこと。
- 5 ⑨「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の届出はないものとして取り扱うこと。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで届出されることとなること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

(イ) 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)	イ、住居から就業の場所への移動 ハ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ、イに先行する住居間の移動	ロ、就業の場所から住居への移動 ホ、ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ハ) 災害発生 の 場 所	就 業 の 場 所 (ニ) (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の起点たる就業の場所)	
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はロに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(リ) 災害時の通勤の種別に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	[通常の通勤所要時間 時間 分]	
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (a)どのような場所を 歩いていたか (イ)どのような状態で移動していたか (ウ)どのような物で又はどのような状況において (エ)どのようにして災害が発生したか (オ)①との距離が異なる場合はその理由を簡明に 記載すること		
(ル) 現 場 者 の 住 所 氏 名	電話() —	
(ワ) 記 任 の 事 実 の 有 無 (災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	(ヅ) 転任直前の住居に係る住所

②その他就業先の有無	
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)
無	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない) 労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	労働保険番号(特別加入)
	加入年月日
	年 月 日

[項目記入に当たっての注意事項]

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んでください。(ただし、②欄並びに③及び④欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左給で年金証書番号を記入してください。また、③及び④は記入しないでください。
- 您は、請求人が健康保険の日雇特別被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ロの場合には、後続するイの移動の起点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載してください。
- (ト)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路を朱線等を用いて分かりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。

[標準字体記入にあたっての注意事項]

□□□□ で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字認識装置(OCR)で直接読み取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 促音「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キツテ → キヨ → バ →

- は斜の線を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

- はカギを付けずに、 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣先事業主 証明書	派遣元事業主が証明する事項(表面の欄並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ワ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。	
	事業の名称	電話() —
	年 月 日 事業場の所在地	〒 —
	事業主の氏名	
	(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)	

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —

様式第16号の4 療養給付たる給付を受ける指定病院等（変更）届

様式第16号の4（表面）

労働者災害補償保険

療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

	病 院	〒 _____
	診 療 所	
	葉 局	電話 (_____) _____
	訪問看護事業者	

住所 _____ 方

氏名 _____

下記により療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を（変更するので）届けます。

① 労働保険番号					③ 氏名	(男・女)	④ 負傷又は発病年月日		
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			生年月日	年	月
② 年金証書の番号					労働者の	住所	の	職 種	午 前 時 分頃 午 後
管轄局	種別	西暦年	番 号						
⑤ 災害の原因及び発生状況 <small>(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している間に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること</small>									
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。									
_____ 年 月 日					事業の名称 _____				
					〒 _____ 電話 (_____) _____				
					事業場の所在地 _____				
					事業主の氏名 _____				
					(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)				
[注意] 事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。									
⑥ 指定病院等の変更	変更前の				名称	[労災指定医番号] 〒 _____			
					所在地				
	変更後の				名称	〒 _____			
					所在地				
変更理由									
⑦	傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の				名称	〒 _____			
					所在地				
⑧ 傷 病 名 _____									

様式第16号の4(裏面)

⑤その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況(ただし表面の事業を含まない)
	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
	労働保険番号(特別加入)	加入年月日
		年 月 日

[注意]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
 - (1) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
 - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —

一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断した場合、当該産業医等が新たに異常の所見があると診断した項目について、該当するものを○で囲んでください。		
イ	血圧	
ロ	血中脂質	
ハ	血糖値	
ニ	腹囲又はBMI (肥満度)	異常の所見があると診断した産業医等の氏名

[注意]

- 1 で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲み（⑨及び⑭から⑳までの事項並びに⑩、⑪、⑫及び⑰の元号については、該当番号を記入枠に記入すること。）、※印のついた記入欄には記入しないでください。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式表面右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入してください。
- 4 「一次健康診断」とは、直近の定期健康診断等（労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書の規定による健康診断のうち、直近のもの）をいいます。
- 5 ⑫は、実際に二次健康診断を受診した日（複数日に分けて受診した場合は最初に受診した日）を、また、⑰は、二次健康診断等給付を請求した日（二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日）をそれぞれ記入してください。
- 6 ⑭から⑰までの事項を証明することができる一次健康診断の結果を添えてください。
- 7 「二次健康診断等実施機関の名称及び所在地」の欄については、実際に二次健康診断等を受診した医療機関の名称及び所在地を記載してください（胸部超音波検査（心エコー検査）又は頸部超音波検査（頸部エコー検査）を別の医療機関で行った場合、当該医療機関については記載する必要はありません。）。
- 8 「労働者の所属事業場の名称・所在地」の欄については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
- 9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2第1項に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師をいいます。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() -

様式第10号又は様式第16号の7に添付する「障害の部位及び状態に関する診断書」

労働者災害補償保険
診 断 書

障害(補償)等給付請求用

氏 名	生年月日		明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性別	男・女
傷 病 名			負傷発病年月日	年 月 日		
障 害 の 部 位			初診年月日	年 月 日		
既 往 歴		既存障害	治ゆ年月日	年 月 日		
療養の内容及び経過						
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)					
関節運動範囲	部位	種類範囲				
		右				
		左				
		右				
		左				
		右				
	左					
上記のとおり診断します。			〒	-	電話()	-
年 月 日			所 在 地			
			名 称			
			診断担当者 氏 名			

11 日常生活状況	① 乗り物や徒歩で病院に通ったり、自宅周囲や病院構内を散歩することができ る	可	否
	② 平地をゆっくりした速度でなら1km程度以上歩くことができる。	可	否
	③ 盆栽の手入れをしたり、草花を育てたりするごく軽い趣味程度の仕事を1時間程度以上続けることができる。	可	否
	④ 坐ってテレビを見たり、新聞を読んだり、字を書いたりすることを1時間程度以上続けることができる。	可	否
	⑤ 他人の手を借りずに又はは借りて、自宅や病棟内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑥ 他人の手を借りずに又はは借りて、便所で排便することができる。	可	否
	⑦ 他人の手を借りずに又はは借りて、室内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑧ 他人の手を借りずに着物を着たり脱いだりできる。	可	否
	⑨ 他人の手を借りずに寝たり、起きたり、顔を洗ったり、食事をしたりできる。	可	否
	備考 (1) 今後6ヶ月における上記状況の変化の有無(有の場合はその理由)		
12 今後における治療の要否及びその概要	要	(要の場合は、治療の概要を記載して下さい。)	
	否		
13 今後における入院の要否及びその事由	要	(要の場合は、その事由を記載して下さい。)	
	否		
14 その他の参考事項			
上記のとおり診断します。 年 月 日			
所在地 千 所 在 地 名 称 病院又は診療所の 診断医氏名 (電話)			
(別添の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)			

年金通知様式第3号

労働者災害補償保険 診断書 (せき髄損傷用)	
1 氏名等	(男・女) 明大昭平 年 月 日
2 生年月日	年 月 日
3 傷病名	4 初診年月日
5 麻痺の状況	有 (第 せき髄以下完全・不全) 神経因性膀胱 有・無
6 及過及び去1年間の概略の療養の内容	せき髄、せき椎に対する治療
	四肢に対する治療
7 運動器系所見	尿道に対する治療
8 泌尿器系所見	その他

検査年月日 ()	左 () 右 ()	腎臓 ()、尿管 ()、膀胱 ()	理由
腎機能障害:	腎 ()	尿管 ()、尿管 ()、尿管 ()	理由
結石:			理由
感染:			理由
膿孔:			理由
BUN/肌 ()			理由
9 日常生活の状況	(1) 食事 <input type="checkbox"/> 1. 自助具を用いても不能 <input type="checkbox"/> 2. 自助具を用いれば可能 <input type="checkbox"/> 3. 介助不要		
	(2) 上肢筋力 <input type="checkbox"/> 1. 体を支持し、又は物につかまっって上体を起こすことができる <input type="checkbox"/> 2. 重い物を介助なく運搬することができる <input type="checkbox"/> 3. 歩行 <input type="checkbox"/> 1. 不能(自力で立位が保てない) <input type="checkbox"/> 2. 補装具、支持具を用いなければ歩行することができる <input type="checkbox"/> 3. 自力(一本杖を含む。)で歩行することができる		
	(4) 療養管理 <input type="checkbox"/> 1. 終日臥床 <input type="checkbox"/> 2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ		
備考:	今後6か月以内における上記症 有 (理由) 無		
10 異所他所見	(同一災害による「せき髄損傷」以外の障害の概要)		
11 運動器系所見	(1) 入院要・否	(2) 運動器系及び褥創に対する治療要・否	(3) 泌尿器系に対する治療要・否
12 その他参考事項	(1) 本症と関係のない傷害に関する所見及び治療 (2) 既往症又は既存障害		
上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 下 名 称 病院又は診療所の (電話) 診療医氏名 ()			

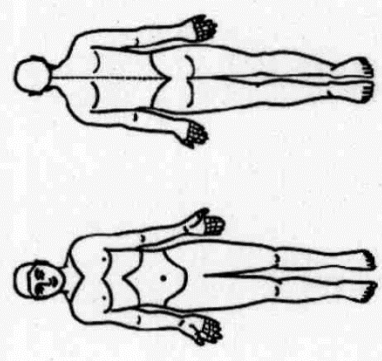
(裏面の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。) (物品番号6354)

年金通知様式第4号

8	モックス機、心電図、脳波及び筋電図等の所見 （接機能又は機能に障害がある場合にはその検査所見）	検査年月日 () () () () () ()
		検査年月日 () () () () () ()
9	その他の主要な検査成績所見	
10	日常生活の状況 （該当する項目の項目にしを記入して下さい。）	(1) 行動能力 <input type="checkbox"/> ① 終日臥床 <input type="checkbox"/> ② 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> ③ 通院（車独行）できる (2) 食事 <input type="checkbox"/> ① 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ② 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③ 支障がない (3) 用便 <input type="checkbox"/> ① 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ② 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③ 支障がない (4) 精神能力 <input type="checkbox"/> ① 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> ② 隨時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> ③ 通院可能であるが要介できない <input type="checkbox"/> ④ 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> ⑤ 他人との間によやうやく意思を通じあうことができる <input type="checkbox"/> ⑥ 支障がない (5) 言語能力 <input type="checkbox"/> ① 他人との間によやうやく意思を通じあうことができる <input type="checkbox"/> ② 支障がない <input type="checkbox"/> ③ 支障がない
11	今後の治療の要否とその他の事項	備考： 今後6ヶ月間における上記症状の变化の見込みの有無 (理由) 有 無 (概要) 入院 要 否 治療 要 否 (1) 3の傷病と関係ない傷病の状態と治療 (2) 既往症、既存障害
12	その他の事項	
13	今後6ヶ月間の療養等の見直し （要入院、通院（全部休業を要す、一部份を要す等）、治ゆ（症状固定を含む。）等の見直しについて具体的に記載して下さい。）	
上記のとおり診断します。		年 月 日 所在地 病院又は診療所の名称 診療医氏名 (電話)

(裏面の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)

(物品番号6396)

労働者災害補償保険 診断書 (じん肺以外用)	
1 氏名等	2 生年月日 年 月 日 明大 昭平 (男・女)
3 傷病名	4 負傷年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日
5 過去1年間に おける療養の 内容及び経過 の概	(治療を受けた期間) 自 年 月 日 至 年 月 日 (主たる治療及び経過)
6 (列挙して下さい)	(下記人体図を利用して、症状について、その部位、範囲、程度等を分かりやすく記載して下さい。) とくに精神神経症状の場合には、できるだけ具体的に記載して下さい。
7 他 所 的 見	

Ⅺ 福島労働局及び管内労働基準監督署一覧

令和4年4月1日現在

局 署 名	郵便番号	所 在 地	電 話 番 号 ファックス番号
福島労働局労働基準部 労災補償課	960—8021	福島市霞町1—46 (福島合同庁舎5階)	024—529—5376 024—529—5472
労働基準監督署 (管轄番号)	福 島 (01)	福島市霞町1—46 (福島合同庁舎1階)	024—536—4613 024—536—4614
	郡 山 (02)	郡山市桑野2—1—18	024—922—1378 024—922—1487
	いわき (03)	いわき市平字堂根町4—11 (いわき地方合同庁舎4階)	0246—23—2258 0246—25—1097
	会 津 (04)	会津若松市城前2—10	0242—88—3458 0242—26—6496
	須賀川 (05)	須賀川市旭町204—1	0248—75—3519 0248—75—3520
	白 河 (06)	白河市郭内1—136 (白河小峰城合同庁舎5階)	0248—24—1391 0248—24—1393
	喜多方 (07)	喜多方市諏訪91	0241—22—4211 0241—22—4212
	相 馬 (08)	相馬市中村字桜ヶ丘68	0244—36—4175 0244—36—4176
	富 岡 (09)	双葉郡富岡町中央2-104	0240—22—3003 0240—22—3027