

労災医療のあらまし

令和7年4月

(労災診療費算定基準 令和7年4月1日改正)

北海道労働局

目 次

第一部 労災保険制度の概要

1	労災保険の目的	1
2	労災医療について	1
3	労災保険指定医療機関制度	4
	労災保険指定医療機関事務取扱基準	6
	労災保険指定医療機関療養担当規程	8
4	労災保険指定薬局制度	21
	労災保険指定薬局療養担当契約事項	25

第二部 労災保険指定医療機関の診療

1	初診時における留意事項について	27
2	治ゆ・再発等の取扱い	32
3	治療時における留意事項について	34

第三部 労災診療費の請求事務

1	労災診療費算定マニュアルについて	40
2	労災レセプトのオンライン請求（労災レセプト電算処理システム）について	40
3	紙レセプトによる請求書の作成と提出方法等	
	(1) 請求書の作成方法	41
	(2) 請求書の提出先と提出日	41
	(3) 労災保険診療費の審査	42
	(4) 診療費の支払と通知	43
4	労災保険診療費請求書・診療費請求内訳書記載要領	
	(1) 一般事項	45
	(2) 労働者災害補償保険診療費請求書記載上の留意事項	45
	(3) 労災保険診療費請求内訳書（レセプト）の留意事項等	45
	(4) 労働保険番号の解説	49
5	医療関係業務従事者等の誤刺等事故の取扱	50
6	治療用材料及び装具	51
7	レセプト記載例	54

第四部 社会復帰促進事業の概要（治ゆ後の診療及びその他の取り扱い）

1	外科後処置	57
2	アフターケア	58

アフターケア手帳有効期限一覧表	61
アフターケア制度一覧表	63
3 義肢等補装具費の支給	71

第五部 労災保険二次健康診断等給付の概要

1 二次健康診断等給付の概要	80
2 支給基準	80
3 給付の内容・支給方法	80
4 請求方法等	81
5 二次健康診断等の実施にかかる留意事項	82
6 二次健康診断等を行う医療機関	83
労災保険二次健康診断等給付担当規程	88

第六部 北海道労働局・各監督署一覧及びOCR帳票諸等用紙送付申込書（見本）

1 北海道労働局及び各労働基準監督署一覧	95
2 診療費・アフターケア請求書等申込書(医療機関用)	96
3 診療費・アフターケア請求書等申込書(薬局用)	97
4 二次健康診断等費用請求書等申込書	98

第七部 労災診療費算定基準

労災診療費算定マニュアル（厚生労働省労働基準局補償課）	99
-----------------------------	----

第 一 部

労災保険制度の概要

1 労災保険の目的

私たちが、病気や怪我をしたときは、健康保険、国民健康保険等の社会保険により診療を受けることができますが、このうち、仕事が原因となって生じた負傷、疾病、身体障害、死亡、(以下「業務災害」といいます。)及び通勤が原因となって生じた負傷、疾病、身体障害、死亡、(以下「通勤災害」といいます。)については、労災保険により必要な給付を受けることとなります。

労災保険は、業務災害や通勤災害を被った労働者やその遺族のために必要な保険給付を行うことを主たる目的としており、業務上の事由又は通勤により負傷したり、疾病にかかった労働者には、労災保険から必要な医療が給付されることとなります。

しかしながら、労災保険の目的はそれだけにとどまらず、被災労働者やその遺族に対して、社会復帰を促進させるための対策を講じたり、種々の手厚い援護措置を進めています。さらには、労働災害の防止や労働者の福祉の増進を図るための各種の事業(以下「社会復帰促進事業」といいます。)を実施しています。

労災保険は、労働者災害補償保険法(以下「労災保険法」といいます。)に基づき、労働者の業務災害について、労働基準法上の災害補償と同一の水準の保護を行う制度として昭和22年に発足しましたが、その後、保険給付の年金化や数度にわたる国際水準をめざした給付水準の引き上げが行われ、さらには労働基準法以外の分野についても、特別加入制度や通勤災害保護制度の導入等保護の対象の拡大が図られるとともに、労災病院やリハビリテーション施設等各種の労働福祉事業施設の設置、被災労働者及びその遺族の援護並びに社会復帰のために必要な事業、未払賃金の立替払等、適正な災害補償に対応した保険制度から、労働災害の補償を中核としつつ労働条件をめぐる総合保険としての実質を備えた制度に発展しています。

この労災保険は、政府(厚生労働省)が保険者であり、事業主から納付される保険料収入によって運営されています。また、労災保険に関する事務を実際に行う機関は、中央では厚生労働本省、地方では各都道府県労働局及び各労働基準監督署です。

2 労災医療について

労災保険制度の目的は、労働災害を被ったことにより失われた傷病労働者の労働能力の回復、填補を図り、これらの傷病労働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することにあります。

そこで、労災保険においては、労働者が業務災害又は通勤災害により負傷したり、疾病にかかって療養を必要とする場合には、療養補償給付(通勤災害に係る傷病については、「療養給付」として業務災害に係るものと区別していますが、給付の内容は変わりません。)により傷病労働者の傷病をできる限り早く治し、かつ、できる限り後遺症を残さないような治療方法を施し、傷病労働者の早期職場復帰を図る必要があります。このように療養補償給付によって行われる各種の医療行為を総称して「労災医療」と呼んでいます。

(1) 療養補償給付

労働者が業務上負傷したり、疾病にかかり療養を必要とする場合に給付事由が生じることになりますが、これには療養の給付と療養の費用の支給とがあります。「療養の給付」は、傷病労働者が労災病院又は都道府県労働局長（以下「労働局長」といいます。）が指定した病院又は診療所（以下「指定医療機関」といいます。）において、自ら費用負担をすることなく必要な療養を受けることのできる現物給付です。これに対して「療養の費用の支給」は、傷病労働者が特別の事情により労災病院や指定医療機関以外の病院・診療所等で療養を受け、療養費を自己負担した場合に労災保険から負担相当額の費用の支払を受けるといふ現金給付で行われます。

したがって、現金給付である療養の費用は、あくまで療養の給付で果たすことのできない役割を補完するものであり、労働者に現物給付と現金給付との選択の自由を与えたものではありません。

このような取扱いは、原則的には健康保険における取扱いと同じになっています。

療養補償給付の対象には、治療費・入院の費用・看護料・移送費等の通常療養のために必要なものはすべて含まれています。

(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、労災保険法第13条に、診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術その他の治療、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、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、移送であつて、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わけですが、「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。これを具体的に述べますと、個々の傷病について身体機能の回復、填補を図るため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りません。

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課程にあるもの、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学水準の進歩と密接なかかわりを有しているといえます。

およそ傷病というものに対する治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とではその給付の内容や範囲が異なる点がなくなく、労災保険の方がはるかに充実した内容を有しています。このことは、労災保

険と健康保険の制度としての性格及び目的の差異に由来しているといえます。

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、このため傷病に対して行われる医療給付についてもこれらの私傷病を治すための適性診療を目的としており、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、使用者の支配圏内において発生し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、業務災害によって失われ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、原職場か、できる限り有利な職場に復帰させることを最終の目的として給付が行われています。従って、その治療方法等も単に傷病労働者の健康の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であって、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ることとなります。このような理由から、健康保険に比べて労災保険における療養の範囲は、やや広くとられています。しかしながら、だからといって過剰診療が認められないことは、いうまでもありません。

(3) 給付方式

労災保険における療養補償給付は、療養の給付が建前とされており、例外的な取扱いとして療養の費用の支給を行うこととしています。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、つまりは医療の現物給付方式を指します。この政府が直接傷病労働者に行う療養の給付は、労災病院と指定医療機関において行われることになっており、これらの医療機関において診療を受けることとなる傷病労働者は、自ら費用負担をすることなく政府が必要と認める範囲内で治療を受けることができる仕組みになっています。

これに対して、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払いし、その費用相当額を労災保険へ請求することにより政府が必要と認める範囲内で補償するものです。

療養の費用が支給されるのは、労災保険法施行規則第 11 条の 2 により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の理由がある場合とされています。

具体的な例をあげますと、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ぬため、最寄りの指定医療機関以外の医療機関へ受診した場合、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が、最寄りにはこれらの条件を満たす指定医療機関がなかった場合、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機関がなかった場合、等があげられます。

健康保険においては、ほとんど大部分の医療機関が保険医療機関として指定されている事情から、医療給付はこれらの保険医療機関における現物給付方式がとられており、ごく例外的に療養の費用払いが認められています。

なお、療養の費用の支給には、指定医療機関以外の医療機関（以下「非指定医療機関」

といひます。)での診療に係る診療費のほか、付添看護費用、移送費、柔道整復師施術料、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術料や傷病労働者が主治医の指示により自費で購入したコルセット、義肢等の治療用装具の費用も含まれます。

3 労災保険指定医療機関制度

(1) 制度の目的

前述しましたように、労災保険における療養（補償）給付は、原則として労災病院又は指定医療機関における現物給付方式をとっていますが、これが現物給付でなければ、労働災害を被った傷病労働者は療養の費用を自分で前払し、しかるのちにその費用を労働基準監督署長に請求して支払いを受けなければなりませんので、一時的にせよ経済的な負担を蒙ることになります。又、療養を負担した医療機関としても、個々の傷病労働者から直接費用を徴収することになるため、種々の不便や煩雑を招きかねません。

そこで労災保険では、傷病労働者が労災病院や指定医療機関で療養を受けたときは、その療養に要した費用をこれらの医療機関から直接労働局長に請求できる方法を講じています。

これはちょうど、健康保険法によって定められている保険医療機関制度と同様の制度であり、傷病労働者や医療機関が、この制度を利用することによって前記の不便や不都合を免れるばかりでなく、労災医療という公的な医療制度を統一的に運営していくこともできることとなります。

この指定医療機関の制度は、健康保険のような保険医療機関及び保険医という両者の併用方式ではなく、医療機関そのものを指定する制度となっています。現在労災保険の療養（補償）給付のほぼ全てがこの指定医療機関と労災病院によって行われています。

(2) 指定医療機関の性格

保険者である政府が傷病労働者に対して行う療養の給付を代行できる医療機関は、労災保険法施行規則第11条第1項の規定によって労災病院と指定医療機関に限られています。指定医療機関において傷病労働者の診療に要した費用については、当該指定医療機関と保険者（政府）との間で清算し労働者負担を生じさせない仕組みになっています。労災医療におけるこのような方式は、公平かつ迅速な保険給付の実施という保険の目的を満たすことにもつながっています。

ところで、この指定医療機関は政府の機関である労働局長が医療機関を指定することによって生まれることとなりますが、労働局長が医療機関を指定する行為は、法的にどのように説明されているのか簡単にふれることにします。

労働局長が医療機関を指定する行為、いいかえれば、労働局長と医療機関との間に結ばれる指定契約については、次のような法的効果を発生させるための手続的行為であると一般的に説明されます。すなわち、政府が傷病労働者について療養の給付を決定した場合には、指定医療機関が政府に対して当該療養に関する診療費償還請求権を取得し、その限度において傷病労働者に対する診療報酬請求権を失うこととなるわけです。した

がって、指定医療機関と傷病労働者との関係は、傷病労働者が業務上の傷病で診療を求めた場合には、当該指定医療機関との間には、いわゆる双務契約が成立することとなりますので、傷病労働者が当該診療につき療養の給付請求書を指定医療機関へ提出したときから、当該診療契約は政府の療養の給付を前提として傷病労働者に対する指定医療機関の診療費請求権が消滅するという条件付き契約に変わることになります。そこで、政府の療養の給付の決定が行われた場合には、前記の条件が満たされたのですから、指定医療機関の当該傷病労働者に対する診療費請求権が消滅し、同時に指定医療機関は政府に対する診療費請求権を取得することになります。

一方、政府の当該傷病労働者に対する療養の不支給決定が行われた場合には、条件が整わなかったのですから、当初の傷病労働者と指定医療機関との診療契約が継続しているとみなされて、傷病労働者が費用負担の義務を負うこととなります。

また、指定医療機関からの診療費の請求については、政府は必要と認める療養の範囲内でその費用を支払うことになっていますので、この範囲を超える部分の診療費について政府からいわゆる査定が行われ、支払われないこととなりますので注意して下さい。

(3) 指定医療機関としての留意・協力事項

指定医療機関の指定は、所轄の労働局長が行うこととなっていますが、労災保険法上、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がありません。したがって、指定を行うにあたっては、政府の機関である所轄の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指定契約によりあらかじめ定めておかなければなりません。

具体的には、「労災保険指定医療機関事務取扱基準」(6ページ)「労災保険指定医療機関療養担当規程」(8ページ)により、双方が遵守すべき事項を定めています。

これらの取決めが、所轄の労働局長が指定を行い、医療機関がこの指定をうける場合のいわゆる指定契約の具体的な内容となります。

指定医療機関制度が、労災保険上の療養の給付を行うために設けられている以上、指定医療機関はこの法律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の諸制約にも従っていただくこととなります。

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、指定の取消が行われることとなります。

労災保険指定医療機関事務取扱基準

労働者災害補償保険法（以下「労災保険法」という）第 13 条第 1 項、第 21 条の規定による療養の給付及び同法第 29 条第 1 項の規定による社会復帰促進等事業としてのアフターケア並びに外科後処置について労災保険指定医療機関は、次に掲げる諸事項を遵守して労災保険加入事業場に使用される労働者（以下「労働者」という）の業務災害・通勤災害による負傷、疾病について診療を担当するものとする。

1. 労働者の診療に関し指定医療機関の取扱う範囲は、次のとおりとする。

ア. 療養の給付

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の給付
- (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

イ. アフターケア

- (1) 診察
- (2) 保健指導
- (3) 保健のための処置
- (4) 理学療法
- (5) 注射
- (6) 検査
- (7) 精神療法, カウンセリング等
- (8) 保健のための薬剤の支給

ウ. 外科後処置

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の給付
- (3) 処置、手術その他の治療
- (4) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (5) 筋電電動義手の装着訓練等

2. 診療による報酬は別に定める労災診療費算定基準、並びに労災単価とする。

3. 指定医療機関は診療報酬を受けようとするときは、毎月 1 回とりまとめ、翌月の 10 日迄に所定の様式による請求書を北海道労働局長に提出するものとする。

4. 指定医療機関は、労働者の診療に関し、次の事項を遵守しなければならない。

- (1) 労働者の見やすい個所に「労災保険指定病院」、又は「労災保険指定診療所」という標札を掲げること。
- (2) 労災保険法及び本基準に従い、被災労働者を懇切丁寧に取り扱い、一般患者と差別待遇のないようにすること。
- (3) 被災労働者により、診断書、処方箋その他各種書類の証明を求められたときは、迅速かつ公平に行うこと。
- (4) 指定医療機関は、診療を受けようとする被災労働者に、療養補償の給付請求書（様式第 5 号）、療養の給付請求書（様式第 16 号の 3）、指定病院等（変更）届（様式第 6 号、又は様式第 16 号の 4）を提出させるものとする。

(5) 労働者の診療に際し、その負傷、又は疾病の原因が業務上、又は通勤によらないものと認められるときには、意見を附して遅滞なく所轄労働基準監督署長に通報すること。

5. 労災保険指定医療機関の有効期間は3年間とする。ただし、指定の効力を失う日前より同日前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。

6. 上記事項にかかる具体的取りきめは、別途定める「労災保険指定医療機関療養担当規程」によるものとする。

労災保険指定医療機関療養担当規程

第1章 診療の担当

- 第1 任務
- 第2 療養の給付の担当の範囲
- 第3 アフターケア及び外科後処置の担当の範囲
- 第4 療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針
- 第5 受給資格の確認等
- 第6 証明の記載
- 第7 助力
- 第8 診療録の記載及び整理
- 第9 帳簿等の保存
- 第10 通知

第2章 診療の方針

- 第11 診療の一般的方針
- 第12 転医及び対診
- 第13 転医の取扱い
- 第14 施術の同意

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

- 第15 診療費の算定方法等
- 第16 診療費の請求手続

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

- 第17 委託費の算定方法等
- 第18 委託費の請求手続

第5章 指定医療機関の取扱い

- 第19 指定期間等
- 第20 表示
- 第21 指定の取消
- 第22 変更事項の届出

第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、則第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。

指定医療機関は、法の規定によるほか、この規程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。

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
- 前項の規定にかかわらず、船舶内に設置された診療所（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

指定医療機関が担当する外科後処置の範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 筋電電動義手の装着訓練等

（療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針）

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

- 1 診療は、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 診療に当たっては、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 診療に当たっては、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、アフターケア又は外科後処置を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養補償給付たる療養の給付請求書」又は「療養給付たる療養の給付請求書」（以下「療養給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があるか、健康管理手帳によってアフターケアを受ける資格があるか、又は外科後処置承認決定通知書によって外科後処置を受ける資格があることを確認した後診察すること。

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

傷病労働者から提出された前項の療養給付請求書は、当該療養給付請求書に当該医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、傷病労働者の所属する事業場（傷病労働者が船員法第1条に規定する船員の場合にあっては当該船員が所属する船員を使用して行う事業。以下同じ。）の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「所轄労働基準監督署長」と

いう。)に対し、当該医療機関(船内診療所にあ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。

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

(証明の記載)

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

(助力)

第7 指定医療機関は、傷病労働者の病状が、看護又は移送の給付が行われる必要があると認めた場合、速やかに当該傷病労働者又はその関係者にその手続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製し、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。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

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、診療を受け若しくは受けようとし又は診療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、診療担当医の診療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 診療担当医の診療は、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療について、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）

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の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に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。

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療
- 3 政府が必要と認めるものを超えた診療

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。

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。

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

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の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号による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

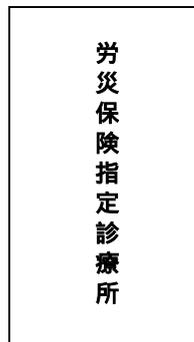
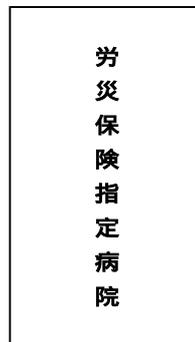
前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服のあるときは、決定の通知を受けた日から60日以内に指定取消しを行った都道府県労働局長に再調査を申し出ることができる。

(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

参 考 (第20条関係)



縦 10センチメートル
横 5.5センチメートル
地色 濃紺
文字 白

労災保険指定医療機関指定申請書

病院（診療所）	名 称	
	所在地	（ 郵便番号 ）
	管理者	
	診療科	

上記の病院（診療所）を労働者災害補償保険法施行規則第 11 条第 1 項の規定による病院（診療所）として指定されたく、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは「労災保険指定医療機関療養担当規程」及び「労災診療費算定基準」等の諸条項を遵守し、

労働者災害補償保険法第 13 条第 1 項、第 22 条の規定による療養の給付及び同法第 29 条第 1 項の規定による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

に従事することを承諾いたします。

年 月 日

（ 郵便番号 ）

開設者 住 所 _____

氏 名 _____

北 海 道 労 働 局 長 殿

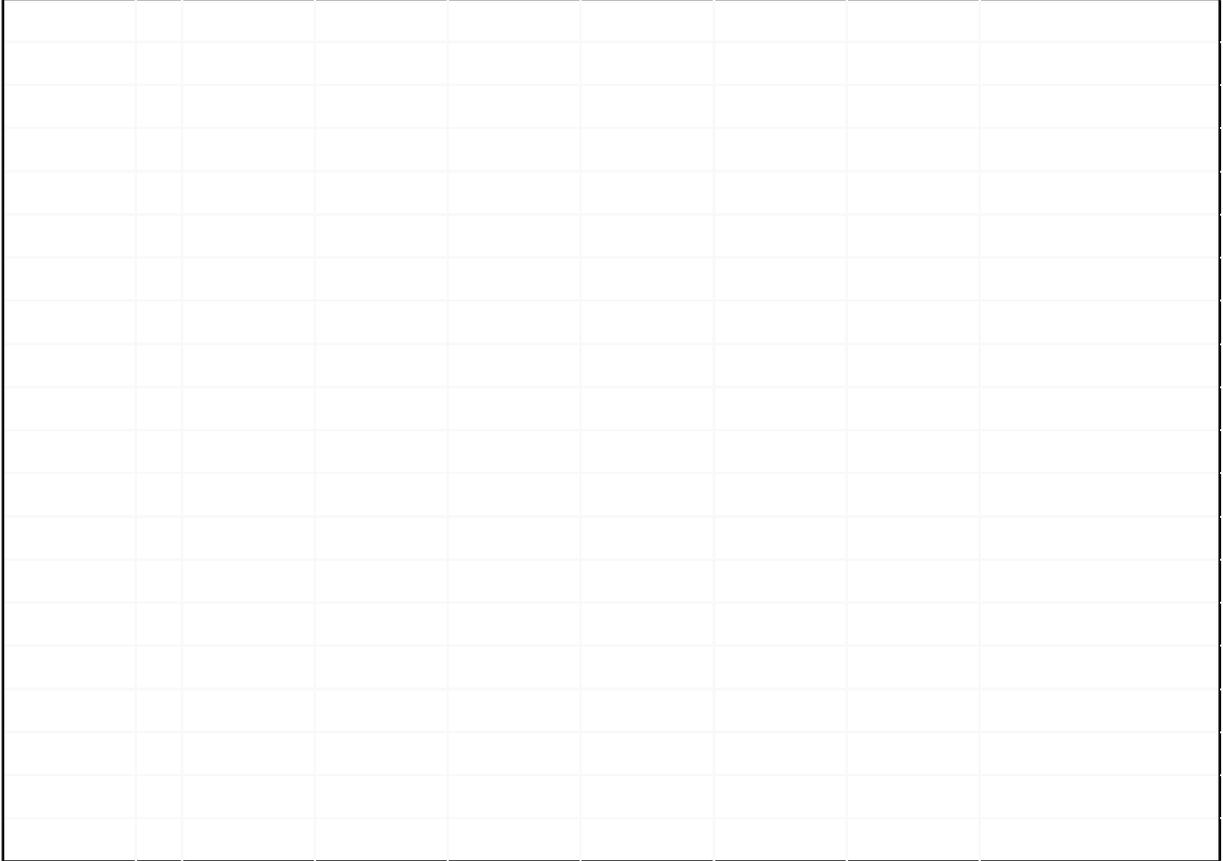
法第 29 条第 1 項の規定による社会復帰促進等事業としてのアフターケア、外科後処置の担当を希望しない場合は、上記 [] 欄の当該箇所を削除すること。

病院(診療所)施設等概要書

名称								電話局()番					
所在地													
開設者	役職氏名					院長氏名							
	住所					事務長氏名							
経営主体		1 国立 2 公立 3 社会保険団体 4 公益法人 5 医療法人 6 事業場付属 7 その他の法人 8 個人											
従事者の状況	科目	医師				その他							
		員数	責任医師名及び医療経験年数										
	科	名		年	正看護師	名	管理栄養士	名					
	科	名		年	准看護師	名	栄養士	名					
	科	名		年	看護補助者	名	臨床検査技師	名					
	科	名		年	助産婦	名	臨床工学技師	名					
	科	名		年	放射線技師	名	歯科衛生士	名					
	科	名		年	マッサージ師	名	歯科技工士	名					
	科	名		年	はり・きゅう師	名	言語療法士	名					
	科	名		年	理学療法士	名	義肢装具士	名					
科	名		年	作業療法士	名	その他	名						
その他	名	計		名	視能訓練士	名							
その他					ケースワーカー	名	事務員	名					
その他					薬剤師	名	計	名					
施設等	建物	建物面積	m ²	棟数	棟	形式	1階建・2階建 3階建・4階以上建	耐火構造	無・有 { 全部一部				
	病室	個室	2人室	3人室	4人室	5人室	6人以上室	暖房	冷房				
	床	室	室	室	室	室	室	無 { 全部一部	無 { 全部一部				
状況	施設の有無・構造の概要	施設名	有無	室数	構造設備の概要								
		診察室											
		処置室											
		手術室											
		臨床検査施設											
		エックス線装置											
		調剤所											
給食施設													
届出事項の状況	区分	届出(承認)番号		届出(承認)年月日		備考							
	看護形態					種別							
	重症者特別療養環境					病室番号							
	理学療法・作業療法					種別							
その他													
社会保険等の指定状況		健康保険		共済組合		船員保険		日雇保険		生活保護		結核予防	
嘱託事業場の状況	名称			所在地									
	名称			所在地									
過去3ヶ月の患者数		労災保険		実人員		名		健康保険等		実人員		名	
診療状況	診療時間	~		休診日				救急体制					
出入看護師会名													

従事者の状況の員数欄には、非常勤については、内数として括弧書きとすること。

病 院（ 診 療 所 ） 所 在 地 略 図



病 院（ 診 療 所 ） 施 設 等 の 配 置 図 ・ 平 面 図



様式第7号

労災保険指定医療機関休止・辞退届

病院（診療所）	名称 (指定番号)	(0 1)
	所在地	

上記病院（診療所）について、下記理由により労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の規定による病院（診療所）としての指定を休止・辞退したく届出いたします。

休止・辞退年月日	年 月 日
休止・辞退する理由	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

北海道労働局長 殿

開設者 住所 _____
名称 _____

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

年 月 日

北海道労働局長 様

名 称

氏 名

労災保険指定医療機関の変更について

標記について、下記の通り変更がありましたので報告します。

記

指定医番号	0	1						電話番号	郵便番号
指定医療機関名称									
変更項目	変更後				変更前			変更年月日	
医療機関名称									
医療機関所在地									
開設者									
院長									
診療科目									
病床数									
医師数等									
施設等の状況									
口座関係	銀行 信金 支店			銀行 信金 支店					
	口座番号			口座番号					
	(普通・当座)			(普通・当座)					
	名義人			名義人					

決 裁	課長	係長	係

帳票種別
34562 労災指定病院等登録(変更)報告書

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し()の所を谷に2つ折りにしてください。

①指定番号：新規登録の場合は無記入
 ②指定コード
 ③変更コード

※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入してください。

④ 内科	⑤ 心療内科	⑥ 精神科	⑦ 神経科	⑧ 神経内科	⑨ 呼吸器科	⑩ 消化器科
⑪ 胃腸科	⑫ 循環器科	⑬ アレルギー科	⑭ リウマチ科	⑮ 外科	⑯ 整形外科	⑰ 形成外科
⑱ 脳神経外科	⑲ 呼吸器外科	⑳ 心臓血管外科	㉑ 皮膚泌尿器科	㉒ 皮膚科	㉓ 泌尿器科	㉔ 肛門科
㉕ 眼科	㉖ 気管食道科	㉗ 耳鼻咽喉科	㉘ リハビリテーション科	㉙ 歯科	㉚ 放射線科	
㉛ 矯正歯科	㉜ 歯科口腔科	㉝ 麻酔科	㉞ 小児科	㉟ 小児外科	㊱ 性病科	㊲ 美容外科
㊳ 産婦人科	㊴ 産科	㊵ 婦人科	㊶ 小児歯科	㊷ 理学診療科	㊸ 全科	㊹ その他

※数字は右詰めで記入してください。

⑧医師数	⑨看護数	⑩薬剤師数	⑪その他の従業員数	⑫病床数
千 百 十	千 百 十	千 百 十	千 百 十	千 百 十

二次健診等費用の振込情報が口座関係1(労災診療費)と異なる場合は、二次健診等給付医療機関のみの指定申請をした場合に記入してください。

振込金融機関名 銀行 金庫 組合 振込店舗名 本社 支店 代理店 出張所

⑬預金種別 ⑭預金の口座番号(左ツメ) ⑮取消コード

⑯口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑰(ツツキ)

※アフターケア委託費の振込先が口座関係1(労災診療費)と異なる場合に記入してください。

振込金融機関名 銀行 金庫 組合 振込店舗名 本社 支店 代理店 出張所

⑰預金種別 ⑱預金の口座番号(左ツメ) ⑲取消コード2

⑳口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

㉑(ツツキ)

注) 裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項をよく読んでから、記入してください。

4 労災保険指定薬局制度

労災保険の療養の給付の一つとして、傷病の治療に必要な薬剤が支給されることは前に述べましたが、この薬剤の給付を取扱う薬局が労災保険指定薬局（以下「指定薬局」といいます。）です。

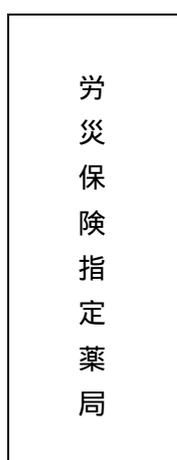
この指定を行うにあたっては、指定を受ける薬局との間で傷病労働者に対する薬剤の支給やその費用の算定及び請求方法を定めておく必要があります。これについては、厚生労働省と日本薬剤師会との間で申し合わされた「労災保険指定薬局療養担当契約事項」（25 ページ）によることになっています。

(1) 指定手続

労災保険法施行規則第11条第1項の規定に基づく指定薬局の指定を希望する薬局は、「労災保険指定薬局指定申請書」（22 ページ）に薬局の開設許可書の写を添えて、所轄労働局長に申請する必要があります。この申請書を受理した所轄労働局長は、指定薬局としての適否を審査し、指定することに決定したときは、その薬局に「労災保険指定薬局指定通知書」を交付することになります。

なお、指定期間は指定の日から3年間で指定期間満了の日前6ヵ月より同日前3ヵ月までの間に、所轄労働局長あるいは指定薬局から特に指定取消か辞退の申出がない場合には、当該指定がその都度更新されることになっていますので、改めて再指定の手続きをする必要はありません。

労災保険指定薬局としての指定を行った所轄労働局長は、指定医療機関の指定の場合と同様に、その指定薬局の名称及び所在地を公告しますが、指定を受けた薬局では、指定期間中、次に示す標札を見易い場所に掲げておかなければなりません。



縦	10 センチメートル
横	5.5 センチメートル
地色	濃紺
文字	白

(2) 薬剤の給付及び費用の請求

指定薬局が行う薬剤の給付、費用の請求等については、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」によって行うことになっています。

労災保険指定薬局指定申請書

1. 薬 局	名 称	
	所 在 地	
2. 管理薬剤師	氏 名	
	薬剤師登録番号	

労災保険薬局として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」に基づいて療養の給付を担当します。

年 月 日

開設者の住所及び氏名

〔 法人の場合は、名称、代表者の職
氏名及び主たる事務所の所在地 〕

労 働 局 長 殿

労災保険指定薬局指定通知書

1. 薬局の名称	
2. 薬局の所在地	
3. 指定の期間	年 月 日から 年 月 日まで

上記の薬局を労災保険指定薬局として指定したから通知します。

年 月 日

労 働 局 長

指定申請者 殿

(参考) 労災保険指定薬局療養担当契約事項

(療養の給付等の担当)

- 1 労災保険指定薬局(以下「指定薬局」という。)は、労働者災害補償保険法第13条第2項第2号、第21条第1号及び第29条第1項第1号に基づく療養(補償)給付及び社会復帰促進等事業に係わるアフターケア及び外科後処置のうち、薬剤の支給を行うこと。

(療養の給付請求書等の処理)

- 2 指定薬局は、傷病労働者から療養の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「療養(補償)給付たる療養の給付請求書」(告示様式第5号)又は「療養給付たる療養の給付請求書」(告示様式第16号の3)(以下「療養の給付請求書」という。)によって療養の給付を受ける資格があることを確かめること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって療養の給付請求書を提出することができない者については、この限りでないこと。この場合においては、その事由がやんだ後、遅滞なく提出させること。

傷病労働者が、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、年金証書の確認についても同様の取扱いとすること。

傷病労働者から提出された療養の給付請求書は、その者の所属する事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、その者の年金証書に記載されている給付決定を行った労働基準監督署長(以下「所轄監督署長」という。)に対し、指定薬局の所在地を管轄する都道府県労働局長(以下「所轄労働局長」という。)を経由し、提出すること。

また、「労働災害補償保険薬剤費請求書」及び「薬剤費請求内訳書」(指薬機様式1号、2号)(以下「薬剤費請求書等」という。)については、所轄労働局長に提出すること。

(療養給付等の担当方針)

- 3 指定薬局は、傷病労働者の診療を担当した医師が交付した処方箋に基づいて調剤をすること。

(所轄監督署長への通知)

- 4 指定薬局は、傷病労働者が詐欺その他不正行為により薬剤の支給を受け又は受けようとしたときは、遅滞なくその旨を所轄監督署長に通知すること。

(薬剤費の算定)

- 5 指定薬局が行う薬剤の支給に関する費用の額は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成20年3月5日付け厚生労働省告示第59号)の別表第3調剤報酬算定表により算定した額とすること。

(薬剤費の請求)

- 6 指定薬局は、薬剤の支給に関する費用について、薬剤費請求書等により、毎月分につき、その翌月10日までに所轄労働局長に請求すること。

ただし、次に掲げる各号の一に該当する場合には政府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) 業務災害又は通勤災害以外の負傷又は疾病に対して薬剤の支給を行った場合
- (2) 関係法令又は本契約事項に違反して薬剤の支給を行った場合

(アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の請求等)

- 7 アフターケア及び外科後処置に係る薬剤費の支給に関する費用の請求及びその様式については、別に通達で定めるところによること。

(処方箋の保存)

- 8 指定薬局は、傷病労働者に対する療養の給付に関する処方箋に、療養の給付請求書に記載されている労働保険番号又は年金証書番号及び事業場の名称を記載し、その完結の日から3年間保存すること。

(指定期間)

- 9 指定期間は、指定の日から原則として3年とする。ただし、指定期間満了の日前6月より同日前3月までの間に指定薬局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。

(標札の掲示)

- 10 指定薬局は、労働者災害補償保険法施行規則に定める様式第3号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消)

- 11 指定薬局が、次の各号の一に該当する場合には、所轄労働局長はその指定を取り消すことができる。

- (1) 薬剤の支給に要した費用の請求について、不正行為があったとき
- (2) 関係法令又は本契約事項に違反したとき
- (3) その他指定薬局として存続させることが不相当と認められる行為のあったとき

(変更の届出)

- 12 指定薬局の開設者は、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所轄労働局長に届け出ること。

- (1) 薬局を廃止、休止若しくは薬局を再開したとき
- (2) 管理薬剤師に異動があったとき
- (3) 開設者の氏名又は住所を変更したとき
- (4) 薬局の名称を変更したとき
- (5) 支払を受ける金融機関又は口座を変更したとき

第 二 部

労災保険指定医療機関の診療

1 初診時における留意事項について

(1) 受給資格の確認（療養（補償）給付たる療養の給付請求書）

健康保険その他の社会保険関係の患者が医療機関を訪れて診療を求めた時は、その医療機関では、診療に先立って、その患者が保険診療を受ける資格のある患者であるか否かについての確認をするために、《被保険者証（健康保険の場合）や《共済組合員証（国家公務員等共済組合の場合）等の提示を求めますが、これと同じように、指定医療機関は傷病労働者（以下「患者」という。）から診療を求められたときは、その患者が労災保険の適用を受ける事業場の労働者であり、かつ、診療を求めている傷病が業務上の事由又は、通勤によって生じた傷病であることを確認する必要があります。このような確認を行うにあたって患者に提出を求める書類が『療養（補償）給付たる療養の給付請求書（告示様式第5号又は、第16号の3）以下「療養の給付請求書」という。』です。

療養の給付請求書は、診療を申し出た患者の「傷病の原因となった具体的な状況」について事業主の証明がなされており、労働保険に加入している事業場（以下「労災適用事業場」という。）の労働者が業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかったため指定医療機関の診療を受けようとするときに、その指定医療機関を経由して所轄労働基準監督署長に提出しなければならないものです。（所轄労働局経由）

したがって、指定医療機関の診療を受けようとする患者は、必ずこの「療養の給付請求書」を持参することになっています。しかしながら、緊急を要する患者の場合には事前に提出させることが困難な場合もあります。そのような場合には療養の給付請求書の提出を待たずに診療を行わなければならないわけですが、指定医療機関としては、この療養の給付請求書の提出を受けて初めてその患者の診療を労災保険で行えるか否かを判断できるわけですから、後刻できるだけ早い時期、少なくとも当日か翌日までにその提出を求める必要があります。

また、これを患者に督促することが困難な場合には、その事業場の関係者に督促することも必要になります。

注）療養の給付請求書と初回の診療費請求内訳書（以下「レセプト」という。）による診療費請求がない場合、2回目以降のレセプトの支払いができませんので、必ず初診の翌月の10日の提出日に間に合うように提出督促し、提出のない場合は所轄労働基準監督署に連絡し提出督促を依頼する等、初回レセプトの請求遅延のないよう対処してください。

(2) 療養の給付請求書が提出されたら

まず次の2点を確認する必要があります。

患者の事業場が労災適用事業場であること。

提出された療養の給付請求書に『労働保険番号』が書かれており、事業主の証明があるものは、労災適用事業場の労働者であるとみなして取り扱って差し支えないです。

患者の傷病が業務上の事由又は通勤によって生じたものであること。

例えば、当該患者の傷病が業務上であるためには、その災害と傷病との間に相当因果関係がなければなりません。そのために、その災害（傷病）は、労働者が業務遂行中に業務に起因して発生したものであるかどうか等を判断して決定することとなっています。

その資料となるのが、「療養の給付請求書」の『 災害の原因及び発生状況』欄の記載内容です。

したがって指定医療機関としては、患者又は付添者等の申し立てる災害の発生状況、原因等と療養の給付請求書に記載されている事実とのくい違いがないかどうか、上記の要件を満たすかどうかを確認し、万一発生状況等に、くい違いがある等不審な者については、速やかに所轄労働基準監督署に連絡する必要があります。

注) 上記の療養給付請求書は、

業務上災害は、療養補償給付たる療養の給付請求書（告示様式第 5 号）です。

通勤災害は、療養給付たる療養の給付請求書（告示様式第 16 号の 3）です。

(3) 転医及び傷病（補償）年金受給者

ア 転医

すでに、指定医療機関において療養の給付を受けている患者が、帰郷等の理由で他の指定医療機関へ「転医」するときは、『療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更届（告示様式第 6 号又は第 16 号の 4（以下「指定病院等（変更）届」という。）』を、新たに療養を受けようとする指定医療機関を経由して、所轄労働基準監督署長へ提出しなければなりません（所轄労働局経由）。

したがって、転医先の指定医療機関は窓口において必ずこの「指定病院等（変更）届」の提出を求めることになります。

ただし、非指定医療機関等から指定医療機関へ転医する場合は、「指定病院等（変更）届」ではなく、「療養の給付請求書」を指定医療機関の窓口へ提出することになりますので、くれぐれも注意してください。

イ 傷病（補償）年金受給者

給付の対象となる傷病について療養の開始後 1 年 6 ヶ月を経過しても治ゆせず、傷病の程度が労働省令で定める傷病等級に該当する場合には『傷病（補償）年金』の受給者へ移行することになりますが、当該患者の療養補償は引き続き継続されることとなっています。

したがって、傷病（補償）年金へ切りかわることとなる患者については、特に受給資格の問題は生じませんが、傷病（補償）年金の受給権者が療養（補償）給付を受ける手続きとしてと同様に「指定病院等（変更）届」を現に療養を受けている指定医療機関を経由して所轄労働基準監督署長に提出しなければなりません（所轄労働局経由）。

なお、ア、イにより診療を求めてきた患者が労災保険から療養（補償）給付を受ける資格がある者であることの確認ができたなら、当該患者から提出された「指定病院等（変更）届」は、その患者の変更後の第 1 回目の診療費を所轄労働局長に請求する際に、レセプトに必ず添付しなければなりません。変更後の第 1 回目の診療費請求時にこれが添付されていないと所轄労働基準監督署長は、その患者が労災保険で診療を受けることができる者であるかどうかの確認ができないこととなり、したがって、診療費の支払いを一時保留することになります。

注) 転医してきた患者については、労災保険指定医療機関療養担当規程第 12 及び第 13 による『傷病経過等概要書』(下記参照)により

傷病労働者の氏名、年齢及び性別

傷病の部位及び傷病名

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)及び傷病の経過概要(手術又は検査の主要所見と病状の概要)

を確認し、適正な診療を行ってください。

『傷病経過等概要書』を持参しない患者については、転医前医療機関を確認し、上記～の事項について照会し、適正な診療を行ってください。

傷病経過等概要書

保険番号又は 年金証書番号	傷病労働者名	年令	性別	負傷又は発病年月日
		才	男・女	年 月 日
傷病の部位 及び 傷病名				
初診年月日				
初診時の傷病の 状態及び既往の 身体障害がある ときはその概要				
傷病経過の概要 〔手術又は検査の 主要所見と 病状の概要〕				
参考事項 (転医の理由等)				

上記のとおりです。

年 月 日

医療機関の名称

診療担当医氏名

(注) 傷病労働者が転医するときの転医先の医療機関に提出する。

(4) 交通事故等第三者の行為による災害の取扱い

交通事故や他の事業場の建物・設備、その他第三者の行為が原因となって生じた災害による傷病の場合は、民法上の不法行為にあたることとなりますので、被災労働者には労災保険に対する請求権と民法上の損害賠償請求権が発生します。

このような場合に、労災保険では次のように取扱いをします(労災保険法第12条の4)。

ア. 保険給付の原因である事故が第三者の行為によって生じた場合に、先に労災保険から被災労働者に対して保険給付したときは、政府は、保険給付の価格の限度で、被災労働者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得し、直接第三者に対して求償します。

イ. これとは逆に、労災保険から保険給付する前に、被災労働者が同一の事由によって、先に第三者から損害賠償を受けた場合には、政府は、保険給付に際し、保険給付すべき額からその損害賠償を差し引いて支給します。

なお、自動車損害賠償責任保険が適用になる場合は、原則として労災保険より先に当該保険に給付請求していただきます。

したがって、第三者の行為による業務上又は通勤による災害である場合には、初診時に、損害賠償受領の有無

労災保険と第三者に対する損害賠償といずれを先に請求するかについての意志確認
自動車損害賠償責任保険を先に請求することについて指導

～ の関連事項について、患者の所属事業場又は所轄労働基準監督署への連絡に配慮していただく必要があります。

注) 他保険先行使用時の労災診療費請求方法

1. 医療機関において治療費の一定期間分全額受領済みの場合は、受領後の労災初回分請求レセプトの摘要欄に「 年 月 日までは、自賠責保険(任意保険)より受領済み」と、記載してください。
2. 自賠責保険(任意保険)等への診療費請求額が全額支払われていない場合は、自賠責保険(任意保険)請求診療費内訳全て(ただし、労災適応外分を除く)を労災診療レセプトに切りかえ作成し自賠責保険(任意保険)請求内訳書の写しを添付し請求してください。
3. 自賠責保険先行使用の場合は、自賠責保険の限度額まで使用后、労災に切りかえ請求となりますので必ず限度額まで使用(受領)した後に労災に切りかえてください。
4. 自賠責保険適用の有無を確認せずに労災先行請求し、調査途中より自賠責保険に切りかえを行う事案が多数認められることから、初診時に患者及び事業場関係者等に十分確認のうえ誤りのないように注意してください。

なお、取扱いに疑義のある事案については、所轄労働基準監督署に連絡し適正処理をお願いします。

2 治ゆ・再発等の取扱い

(1) 治ゆ

労災保険における『治ゆ』とは、その症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなったときをいい、これをいわゆる『症状固定』といいます。

したがって、負傷の場合には、例えば切創若しくは割創の創面がゆ合した場合又は骨折で骨ゆ合した場合であって、たとえ、なお疼痛等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に『治ゆ』であり、疾病の場合には、急性症状が消退し、慢性症状は持続していてもその症状が安定し、療養を継続しても医療効果を期待することができない状態になったと判断されるに至ったときに『治ゆ』であるということになります。「治ゆの時期」をこの基準によらず、患者が就労することができない旨を申し出たために、労災診療では「治ゆ」とすべきであるにもかかわらず、その時期を引き延ばしたり、又は患者が単に自覚症状を訴えていることだけで漫然と対症療法を継続することは認められません。

労災診療では、治ゆの時期の如何によって休業(補償)給付の支給期間にも差異が生じ、また、障害が残った者については、障害(補償)給付の支給の時期が異なってくる等いろいろな差異が生じてきます。

労災保険から休業(補償)給付が支給されるのは、労働者が療養のために休業した期間に限られますので、その労働者の傷病がすでに治ゆしているにもかかわらず、治ゆとされないために診療を続けて休業(補償)給付の支給を受けたとすると、その休業(補償)給付の受給は不当なものとなります。また、傷病が治ゆした後身体に障害の残った労働者には、残存障害の程度に応じて労災保険から障害(補償)給付が支給されますが、治ゆの時期が適正に決められないと、この障害(補償)給付の支給時期を正確に求められないこととなります。さらに、治ゆとすべき患者に漫然と診療を継続した場合の診療費も、本来的には労災保険からは支給を受けられない性格のものであります。したがって、労災保険の場合の治ゆの時期の認定は、特に慎重、かつ、厳正に行われる必要があります。労災保険法上の治ゆの時期の認定は、所轄労働基準監督署長が行うことになっていますが、労働基準監督署長は、この認定にあたっては、担当医師の臨床所見を参酌して決定するのが通例です。

このように、医師の所見は治ゆの時期の認定上極めて重要なものですから、治ゆの時期を判断する場合には、あくまでも前述の基準によって公正に行い、患者の一方的な申し出に左右されることのないよう、特に留意してください。

なお、労働基準監督署では診療担当医の所見のみでは治ゆの時期の認定が困難であると判断したときは、他の専門医の鑑定を仰ぐということになります。

労災保険における治ゆの時期は、以上述べましたように『症状が固定すること』及び『療養を継続してももはや医療効果が期待できないこと』が要件になっています。この2つの要件は一般に同じ時期に満たされることになるものですが、傷病によっては、療養を継続してもその効果が期待できなくなる時期と症状が固定する時期とが必ずしも一致しない場合もあります。

例えば、上肢の傷病についてはもはや治療を必要としなくなっても、その上肢がどの程度の屈伸ができるようになるかは、その患者が一定期間実際の日常生活を行った上でなければわからないというような場合がこれに該当します。

労災保険では、障害等級の認定(障害の程度の評価)にあたって、上記のような場合には、残存する症状が自然的経過によって到達すると認められる最終の状態(症状の固定)

まで(前記の例では一定期間生活して屈伸の程度が判明するまで)待つて治ゆの時期とし、障害等級の認定をすることにしています。これを『遷延治ゆ』と呼んでいます。

なお、この取扱いは、症状固定の見込みが6ヶ月以内の期間において認められるものに限られます。

『症状の固定』とは、例えば次のような状態になったときをいいます。

例 1

切創若しくは割創の創面がゆ合した場合又は、骨折で骨ゆ合した場合であって、たとえ、なお疼痛等の症状が残っていても、その症状が安定した状態(当該症状がプラトーに達した状態)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

骨ゆ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中枢神経症状として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(当該症状がプラトーに達した状態)、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

外傷性頭蓋骨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(当該症状がプラトーに達した状態)、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状態であっても、その症状が安定し(当該症状がプラトーに達した状態)、その後療養を継続しても改善の期待ができなくなったとき。

(2) 再発

負傷又は疾病にかかり、その負傷又は疾病が、いったん「治ゆ」とされた者について数ヶ月又は数年経過後に、旧傷病との間に医学上の因果関係が認められる傷病が発症したときに、この傷病の発症を一般に『再発』と呼んでいます。労働基準法又は労災保険法における再発は、治ゆによりいったん消滅した事業主又は政府の補償義務を再び発生させるものですから、その傷病が再発として明らかに旧傷病の延長であると認められるときは、その労働者について労働基準法又は労災保険法による療養補償が開始されることとなります。

また、発症した傷病が、いったん治ゆと認定された傷病の再発であるためには、業務外の事由による発症の動機がないから発症した傷病は旧傷病の再発であるというような消極的な理由だけでなく、積極的に業務上の事由による旧傷病とその後発生した傷病との間

に医学上の相当因果関係が存在することが証明され、旧傷病の治ゆ時の状態に比してその症状が増悪しており、かつ、治療を加えることによってその効果が十分に期待できるものでなければなりません。

この再発により傷病が具体的に労災保険法上の療養補償の対象とされ、療養の給付または療養の費用の支給が行われるためには、労働者は所轄労働基準監督署長の認定を受けなければなりませんので、労働者が旧傷病の再発で診療を申し出た場合には、上記の事由について慎重に判断を行い、その旨を所轄労働基準監督署に連絡する必要があります。

なお、次のような場合には再発として取扱われます。

ア．治ゆ後の髄内釘、三翼釘等の装着金属抜去あるいは、炎症・疼痛惹起による銀線等の除去。

イ．材料入手困難なため一旦治ゆした後の角膜移植。

(3) 後遺症の取扱い

『治ゆ』となったときに残存する障害については、その程度によって障害（補償）給付が支給されますし、労働能力の回復等が見込まれる者に対しては、外科後処置・アフターケア等（別項「社会復帰促進事業の概要」参照）が受けられます。

3 治療時における留意事項について

(1) 労災診療方針

患者の療養の給付を担当する指定医療機関は、原則として次の方針〔労災保険指定医療機関療養担当規程（P8 参照）〕により診療を行う必要があります。

診療は、一般に医師又は歯科医師として療養の必要性があると認められる傷病に対して行い、的確な診断をもととし、患者の労働能力の保全又は回復上最も妥当かつ適切な診療を行うこと。

診療にあたっては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導すること。

診療にあたっては、常に医学の立場を堅持し、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導をすること。

療養の給付を請求した者、又はその関係者が詐欺その他不正な行為により診療を受け若しくは受けようとし、又は診療を受けさせ若しくは受けさせようとしたときや、療養の給付を請求した者が正当な事由がないにもかかわらず、診療に関する指示に従わないときは、その診療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に通知すること。

（ア）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、一般に療養上必要と認められる場合に必要な程度において行うこと。

（イ）医学上、一般に医療効果が不明又は認められない特殊な療法あるいは新しい療

法はこれを行わないこと。

(ウ) 使用薬品は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は原則として使用、又は処方しないこと。

(エ) 入院の指示は療養上必要があると認められる場合のみに行い、入院を必要とする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。

患者の傷病が自己の専門でないとき、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、又はそ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。

患者の傷病が自己の療養行為を必要とする症状であるにもかかわらず、みだりに施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならないこと。

(2) 指定医療機関における療養の範囲

指定医療機関に診療を求めてきた労働者について労災保険適用の患者であることの確認が済みますと、初めて労災保険による療養の給付が行われることとなります。

労災保険法はその第 13 条（業務災害）又は第 22 条（通勤災害）で、労災保険で給付される療養の範囲は、次に掲げるものであって、「政府が必要と認めるものに限る」とことと定めています。以下、業務災害を中心に説明することにします。

診察

薬剤又は治療材料の支給

処置、手術その他の治療

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

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

移送

これらの項目は、健康保険法で定める給付の範囲とまったく同じです。

このうち、指定医療機関が扱う療養の給付、すなわち、現物給付の範囲は、 の「診察」から の「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」までであり、 の「移送」が含まれないことも健康保険の場合と同様です。したがって、指定医療機関の行う療養の給付になじまない性格の「付添看護」と「移送」については、その費用を傷病労働者に直接現金給付する取扱いとなっています。

このように、労災保険で給付する療養の範囲の項目は健康保険の場合と同様ですが、具体的な範囲については必ずしも同じではありません。すなわち、労災保険法第 13 条には、療養補償給付の範囲は前記の診察から移送までの項目について「政府が必要と認めるものに限る」とされており、この政府が必要と認めるものの範囲がとりもなおさず労災保険法上の療養の範囲であるわけです。

ここでいう、「政府が必要と認めるもの」とは、

現在の医学において療養上一般に必要と認められるもの

治療効果が医学上一般的に認められるもの

治療内容が適正なもの

ということになります。

具体的にいきますと、実験段階や研究的過程にあるものは療養の範囲に含まれません。また、一般的に認められた治療を施す場合であっても、当該症状が固定し、もはやこれ以上の医療効果が期待できない場合（このような場合、労災保険では「治ゆ」として扱います。）には給付の対象とはなりません。

さらに医療効果が期待できるものであっても、その治療内容が適正を欠くもの（例えば、過剰診療等）も療養の範囲を超えることとなります。行われた診療が適正か否かについては、具体的な個々の診療につき通常考えられる診療の程度を超えたものであるか否かを医学常識に照らして判断することとなります。特に、投薬、注射、検査、画像診断、リハビリテーション等において過剰診療でないかと疑われる事例も少なからず見受けられますので、十分注意をして下さい。

また、傷病に対する単なる予防的な措置や傷病の治ゆ後における肉体的機能回復のための外科的療法等は、療養上の相当性がないとされています。前段の予防的な措置が療養上相当性を欠くことはいうまでもありませんが、後段の肉体的機能回復のための療法は、労災保険法では別に社会復帰促進事業として行われることになっており、ここにいう療養補償給付とは区分されています。

(3) 診療行為

ア 診察

診察には、初診、往診、再診のほか、診断上必要な諸検査、レントゲン等による診断等が含まれます。また、医学上対診を必要とする場合の対診も同様です。

いうまでもなく、正しい治療は的確な診断に基づいて行われなければなりません。患者の診断は、その結果が当該傷病の業務上外を判断する資料となることが多いので、特に重要な役割をもっています。

診察の結果、患者の傷病が診断を行った医師の専門外であるときや医療機関ではその傷病に対して十分な治療ができないと判断されるときは、患者にその傷病の診療にふさわしい専門医を紹介する等の方法によって最善の診療を受けられるように患者を指導することが必要です。また、患者の診療について疑義があるときは、他の専門医に対診を求める等の方法によって、的確な診断のもとに診療することも必要となります。

初診

初診にあたっては、次の事項について留意する必要があります。

- (ア) 診断の重要な基礎となる災害の発生状況等について患者から聴取した事項は、できるだけ詳細に診療録に記録すること。
- (イ) 既存傷病の有無、程度については十分確認するとともに、必ずその事実を診療録に記録すること。
- (ウ) 手指を切断した患者を診断した場合には、必ず 線写真等を撮影すること。

これらのことを記載した診療録は、後になってその傷病が業務上の事由によるものであるか否かについて疑義が生じたときの判断のための資料になり、また、不正受給の防止や発見に極めて重要な資料となります。

再診

通院患者については、初診時以降 2 度目の診療から再診になるわけですが、再診時には特に次の事項に留意する必要があります。

- (ア) 患者の労働能力の保全又は回復上最も妥当、適切な治療計画の見直し設定を行うこと。
- (イ) そのために、患者に対して療養上、あるいは日常生活動作上の適切な指導を行い、あわせて患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をあげることができるよう配慮すること。
- (ウ) 急性症状が消退し安定期に入った患者や療養期間が長期にわたる患者については、治ゆの状態にないかどうかの判断に留意し、漫然と対症療法を与えることによって患者の職場復帰をいたずらに遅延させないように配慮すること。

イ 検査・画像診断

検査

検査は、診断を下す場合や治療計画作成のうえで重要な役割を果たすものですので、慎重に、かつ、適正な検査を実施する必要があります。特に、最近では有害な化学物質等による疾病や脳・心疾患が増加していますので、このような疾病については、特に慎重な検査を行う必要があります。

このような観点から、振動障害患者については、的確な診断を行えるよう特に検査項目・料金を労災保険独自に定めています。

なお、これらの検査は診療上必要と認められる範囲に限られておりますので、留意する必要があります。

画像診断

(ア) 線診断

線写真の撮影についても検査と同様に診療上必要の限度ということになります。

なお、使用フィルムの大きさ、枚数、撮影方法、撮影回数等については、傷病の状態に照らして過剰撮影とならないよう注意が必要です。

(イ) コンピューター断層撮影診断

コンピューター断層撮影診断は、線写真に比べ精度が高く、特に頭部障害診断等には成果を示していますが、反面、機器一式が非常に高価なものであり、また線撮影と異なり、造影剤の使用に伴う苦痛等がないため、乱用される傾向がみられます。

したがって、従来の線撮影等で十分的確な診断が行えるような症状部位に対するCTや医学的にみて必要と認められる限度を超えるものは認められませんので、注意が必要です。

- (ウ) 手指を切断等により障害の残存が見込まれる患者については、障害等級決定時に必要となりますので必ず**左右対照線撮影（最終線撮影時）**を行ってください。

ウ 投薬・注射

社会保険診療における投薬、注射の場合の使用医薬品については、厚生労働大臣告示

による薬価基準に記載されているもの限り認められており、これに未収載の医薬品については仮に薬事審議会の承認を経て、一般市販が認められている医薬品であっても、保険の対象にはなりません。労災診療における取扱いもこれに準じていますので、原則的には薬価基準に収載されている医薬品の範囲内で治療することとなります。

エ 治療用材料及び装具

労災保険で支給の対象となる治療用材料及び装具は、患者の傷病の治療の遂行上必要な範囲のものに限られています。その範囲も健康保険で支給の対象とされているものは、労災保険においても認めています。それ以外にも労災保険独自にその必要性を認めているものがいくつかあります。

(4) 診療録の記載・整備

健康保険においては、「保険医療機関及び保険医療費担当者規則」により診療録の記載及び整備並びに帳簿等の保存が義務付けられていますが、労災保険においても、これに準じて取り扱うこととなります。

労災保険においては「労災保険指定医療機関療養担当規程」があります。とりわけ、労災医療では、その性格上単に傷病部位を治療するということに止まらず、積極的な身体機能の回復・補填を図らなければなりません。

このため、傷病の発生原因、災害状況、初診時の症状所見等を正確に把握し、記録・整備して治療の各段階における基礎資料にすることも大切であり、また、これらの記録は、当該傷病に係る業務上外の判定あるいは障害等級の認定を行うときの有力な判断材料となります。

そこで、特に次の事項については必ず記録・整備するよう協力していただく必要があります。

ア 傷病の発生状況について

初診時に患者より次の事項を聴き取り、その要点を診療録に記載してください。

負傷（発病）の年月日、時刻及び場所

負傷（発病）時の作業状況及び発生原因等

負傷（疾病）の部位及び程度並びに初期症状所見

以上の点について、患者の申し立てによる災害発生の状況と傷病部位、傷病の状態等との関連性に不審がある場合は、直ちに所轄労働基準監督署長に連絡してください。

注）診断の重要な基礎となる、災害の発生原因について患者から聴取した事項は、できるだけ詳細に診療録に記録してください。

イ 既存障害の有無について

初診時には、患者に既存の障害がないかどうか必ず確認してください。

患者の身体に既存障害がある場合には、それが業務上であるか否かを問わず次の事項を聴取し記録しておいてください。

(ア) 負傷（発病）の年月日

(イ) 障害の部位及び程度

既存の障害が当該傷病と同一部位にある場合は、既存障害の程度等を聴取して記録してください。

注) 既存障害の有無及び程度は後日障害の程度を認定する場合重要な項目となりますので十分確認し診療録に記載してください。

ウ 既存の傷病（当該業務上負傷または疾病と因果関係が認められない私病等）がある場合、

病名及び治療の有無について聴取し記録しておいてください。

注) 既存の傷病については、労災傷病と別請求（他保険請求）となりますので治療については別カルテを作成し治療内容を適正に分離できる診療態勢を確立し誤請求のないよう適正管理をしてください。

エ 労災診療録は、他の診療録と区別して整理するとともに、関係帳簿、書類等の整備保存をお願いします。

オ 症状経過の観察、記録

患者の診療を担当する指定医療機関は、次の事項に留意しながら当該患者の症状経過を観察してください。

労災保険における患者の診療については、その後の各種の保険給付との関係も生じますので、特に症状の経過を詳細に観察し、その概要を診療録に記載しておいてください。

創傷汚染の著しいもの、観血手術を施したもの、頭部外傷等により神経系統に症状のあるもの、その他症状の重篤なものについては、常に綿密な観察を行い適切な処置をしてください。

治療継続中に、新たな傷病名が確認された場合は「労災傷病」との因果関係が明らかかなものは「労災傷病」に追加するとともに、発症確認日及び発症原因を診療録に記録しておいてください。

なお、労災傷病との因果関係が認められない傷病が確認された場合は、私病として診療録に記録しておいてください。

患者の主訴する症状が医学常識上首肯し難いものにもかかわらず治療を要求する場合、あるいは症状の経過から判断し、治療効果が期待できなくなったにもかかわらず治療を要求する場合には、その旨所轄労働基準監督署へ連絡してください。

患者が故意の犯罪若しくは重大な過失により、又は正当な理由がないのに療養に関する指示に従わず、そのために傷病又は障害の程度を増悪させ、若しくはその回復を妨げたときは、保険給付の全部又は一部を支給しないことがありますので、このような事実が発生したときは直ちに所轄労働基準監督署へ連絡して下さい。

第 三 部

労災診療費の請求事務

1 労災診療費算定マニュアルについて

第七部【労災診療費算定マニュアル】をご確認ください。

なお、厚生労働省のホームページには、最新の労災診療費算定基準及び労災診療費算定マニュアルが掲載されておりますので、ご確認ください。

厚生労働省本省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/index.html>

労災診療費関連ページ

厚生労働省本省ホームページ 「政策について」 分野別の政策一覧

「雇用・労働」 「労働基準」 「重要なお知らせ」

2 労災レセプトのオンライン請求（労災レセプト電算処理システム）について

「労災レセプト電算処理システム」は、労災保険医療機関等が電子レセプトをオンライン又は電子媒体により都道府県労働局に提出していただき、労働局において受付、審査及び請求支払業務を行い、労災保険指定医療機関等が労災診療費を受け取る仕組みで、現在、健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピューター（送信用コンピューター）を労災レセプト対応に改修することで利用できます。

電子レセプトによる請求（労災レセプト電算処理システム）には次のようなメリットがありますので、現在、紙レセプトによる請求を行っている労災保険医療機関等におかれましては、是非その導入についてご検討いただくようお願いいたします。

査定結果・理由・支払額が分かります。

事前にデータの不備をチェックできます。

受付時間が延長されます。

個人情報の流出防止などセキュリティが向上します。

電子化による点数が算定できます。

以下は主に紙レセプトによる請求方法を説明していますが、電子レセプトによる請求については厚生労働省ホームページでご確認いただくようお願いいたします。

厚生労働省本省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/index.html>

労災診療費関連ページ

厚生労働省本省ホームページ 「政策について」 分野別の政策一覧

「雇用・労働」 「労働基準」 「施策情報（労災補償）」 「施策紹介（労災レセ

3 紙レセプトによる請求書の作成と提出方法等

(1) 請求書の作成方法

ア 診療費請求内訳書(以下、「レセプト」という。)を「初回分」(様式第5号又は第16号の3「療養(補償)給付たる療養の給付請求書」(以下、「療養の給付請求書」という。))が添付されているものと「2回目以降分」に分けます。

なお、「初回分」とは、初診及び再発初診をいいますが、転医始診であっても転医前の医療機関等が労災指定以外の医療機関であった場合には療養の給付請求書の添付が必要で、「初回分」となります。又、自費、他保険等から労災に切り替える場合も同様です。

イ アによりまとめたレセプトを集計して「労働者災害補償保険診療費請求書」(以下、「請求書」という。)を作成し、レセプトの上に添付して編綴します。

ウ 「2回目以降分」レセプトは、50件程度を目処に一まとめとして請求書を作成し、編綴します。

エ レセプトは、業務災害分、通勤災害分、傷病(補償)年金分の順に編綴します。

(2) 請求書の提出先と提出日

ア 診療費請求書は原則として診療月の翌月10日(10日が土曜日の場合12日、10日が日曜日の場合は11日)までに北海道労働局 労災補償課(分室)へ提出してください。

提出期日に遅れますと、支払いが翌月になりますので、厳守してください。

なお、電子レセプトによる請求書の提出は曜日に関係なく毎月10日が締切日となります。

イ 請求書提出上の注意

転医患者を受け入れた医療機関は、始診時に様式第6号又は第16号の4「療養(補償)給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(以下、「指定病院等(変更)届」という。)を患者から受け取っていただくこととなりますが、このレセプトは「2回目以降分」として扱います。

なお、療養が長期にわたり「傷病(補償)年金」給付対象者となった場合も前記の「指定病院等(変更)届」が提出されますが、このレセプトも同様の扱いとなります。

転医始診の場合、転医前医療機関より『傷病経過等の概要書』を患者が持参しない場合は、必ず前医療機関と連絡を取り、転医前の傷病名・傷病の経過・傷病の状態等と併せ、給付キー(労働保険番号・生年月日・傷病年月日)及び使用保険等を確認し事務処理に誤りのないように注意してください。

労働基準監督署には2回目以降のレセプトが経由しないことから「休業(補償)給付請求書」証明時には、当該休業期間において治療を実施している傷病名は必ず全て記入してください。特に

複数の診療科受診の場合、証明を行った主治医の科で治療している傷病名のみ記載している場合が散見されますので、他科との連絡を密にし記載漏れのないように注意してください。

他の医療機関に転医した患者に係る「初回分」レセプトは、必ず診療月の翌月に請求してください。

初回分の請求が遅れますと、2回目以降のレセプト請求の支払いができないばかりでなく、患者が転医した場合には、転医先の医療機関の支払いにも支障を及ぼすこととなりますのでご注意ください。

ウ 労災診療費の追加請求について

労災診療費のレセプトを提出された後に請求漏れ分を追加請求する場合は、診療費請求書(診機様式第1号)、診療費請求内訳書(診機様式第2号又は第3号)、請求済みのレセプトの写しを添付し下記記入要領に留意の上、通常請求分とは別綴として北海道労働局労災補償課分室へ提出してください。

診療費請求書(診機様式第1号)の記入要領

(ア) 請求書の余白に、追加請求と記載してください。

(イ) 請求金額は追加請求分を記入し、その他は通常と同様に記入します。

診療費請求内訳書(診機様式第2号又は第3号)の記入要領

(ア) 請求内訳書の余白に、追加請求と朱書きしてください。

(イ) 新継再別は、5(継続)と記入します。

(ウ) 転帰事由、労働保険番号、生年月日、傷病年月日、療養期間、診療実日数は請求済みのレセプトと同様に記入します。

(エ) 合計額は追加請求分を記入します。

(オ) 労働者の氏名、事業の名称、事業の所在地、傷病の部位及び傷病名、傷病の経過は請求済みのレセプトと同様に記入します。

(カ) 診療内訳、点数、金額、摘要、備考欄は、追加請求分のみを記入します。

(3) 労災保険診療費の審査

ア 所轄労働基準監督署の審査

初診請求診療費

療養の給付請求書とレセプト記載内容を確認し、当該被災者の労働者性または業務上災害・通勤途上災害等であるかを審査し、請求書上で判断できない事案については、保留し実地調査等を行うこととなります。

転医始診請求診療費

既に給付している労働保険番号・生年月日・傷病年月日の給付キーコードと確認、継続療養の必要性(転医前医療機関にて治ゆ判断後、患者独自の判断等で治療を受ける場合等による)及び傷病名等の確認審査を行い、継続療養又は傷病名変更等に疑義のある場合は保留とし実地調査を行うこととなります。

なお、転医始診であっても、前医療機関が指定医療機関以外(柔整師等を含む)他保険使用又は自費支払い後費用請求等により、労災診療上初診扱いとなるかを審査し、初診となる場合は患者より「療養の給付請求書」を提出させ、前記の審査が必要となります。

その他（２回目以降）の請求診療費

- (ア) 傷病名追加の場合、当該患者の業務災害・通勤災害に起因する傷病発症か否かについて判断をする必要がありますので、北海道労働局労災補償課において審査時に疑義のあるものは保留とし、所轄労働基準監督署が実地調査を行うこととなります。
- (イ) 療養開始１年６ヶ月経過した日において治ゆしていない場合は「傷病（補償）年金」移行の判断を行うため「傷病の状態に関する診断書」の提出を求め、年金移行該当と思われる事案については診療費を保留し、実地調査を行うこととなります。
- (ウ) 患者の治療期間が長期化し、休業療養・継続療養の必要性等、又は主治医の指示に従わず適正な治療を受けない等の疑義がある場合実地調査を行うこととなります。

イ 北海道労働局 労災補償課（分室）の審査

請求レセプト全てについて、「労災保険法第 13 条の政府が必要と認めたもの」かどうか政府の立場で判断し、業務上外について疑義あるものは所轄労働基準監督署へ調査依頼、また医学的専門知識を必要とするものは労災保険診療費審査委員会へ審査依頼し診療費の適正給付のため審査を行うこととなります。

ウ 労災保険診療費審査委員会の審査

政府が療養の給付を行うにあたって、各医療機関が行った診療が「労災保険法第 13 条の政府が必要と認めたもの」即ち、医学上一般に認められているものかどうか政府の立場で判断しなければなりません。

労災法上の審査以外に専門的知識が必要なこともあり、医師による労災保険診療費審査委員会を設け、毎月、医療機関個々の診療内容について適正なものかどうか健康保険の取扱及び労災保険診療費算定基準、あるいは医学一般常識に照らし判断していただいています。

なお、労災保険診療費審査委員会は毎月 1 回の定期開催のため、労災保険診療費審査委員会審査対象となった医療機関の請求レセプトについては、審査終了後に支払われる（開催日と診療費支払い日の関係から）こととなりますのでご了承願います。

また、必要に応じて指定医療機関等に対して北海道労働局の審査の際に、照会を行うことがありますので、診療費の迅速支払いのため、ご協力をお願い致します。

(4) 診療費の支払と通知

診療費は厚生労働省から日本銀行本店を經由して、医療機関が指定した金融機関の口座へ振込まれ、同時に「診療費支払振込通知書」も請求書ごとに郵送されます。

この通知書の記載内容は次表のとおりです。

[診療費計算結果]

この欄には、請求書の計算結果が印書されています。

項 目	印 書 内 容
内 訳 書 添 付 枚 数	請求書に記載されている内訳書添付枚数が印書されています。
請 求 書 請 求 金 額	請求書に記載されている請求金額が印書されています。
査 定 減 額 総 計	レセプトの診療内容等に査定減があったとき、その査定減額の総額が印書されています。
査 定 増 額 総 計	レセプトの診療内容等に査定増があったとき、その査定増額の総額が印書されています。
不 支 給 保 留 額 総 計	請求されたレセプトのうち調査等のため保留となったもの、または業務外等により不支給となったとき、その総額が印書されています。
以 前 保 留 分 解 除 額 総 計	保留となっていたものが解除され支払可能となったものの総額が印書されています。
追 給 額 総 計	すでに支払済のレセプトについて追給が生じたとき、その総額が印書されています。
支 払 額 総 計	今回支払われる額が印書されています。(請求書請求金額 - 査定減額総計+査定増額総計 - 不支給保留額総計+以前保留分解除額総計+追給額総計)

[下段の表]

この表には、査定、保留、追給、不支給、アンマッチ(労働保険番号がコンピューターの台帳に登録されていないが支払われるもの)となったレセプトについて、その理由等が印書されています。

項 目	印 書 内 容
通 知 番 号	レセプトの「労働保険番号」「生年月日」「負傷又は発病年月日」または「年金証書の番号」が印書されています。
請 求 年 月	請求書に記載されている「請求年月」が印書されています。
療 養 日 数	レセプトの療養期間の「暦日数」が印書されています。
実 診 療 日 数	レセプトの「実診療日数」が印書されています。
内 訳 書 請 求 金 額	レセプトの「合計額」が印書されています。
支 払 額	レセプトの「合計額」に査定増減があるとき、実際に支払われる金額が印書されています。

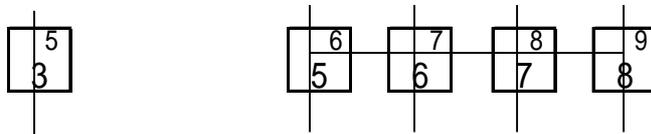
差 額	レセプトの「合計額」に査定増減があるとき、その査定額が印書されています。
差 額 理 由	レセプトの「合計額」に査定増減があるとき、その査定の理由が印書されています。
備 考	保留、保留解除、追給、不支給及びアンマッチのレセプトについて、それぞれ「ショホリユウ」「キョクホリユウ」「ホリユウ」「ツイキュウ」「フシキュウ」と印書されています。

4 労災保険診療費請求書・診療費請求内訳書記載要領

(1) 一般的事項

- ア OCR読取り部の枠内の数字は「コンピュータ印書又は黒ボールペン等」で「ポテ・カスレ」がないように「標準字体」*（請求書欄外上段を参照）で枠内に納まるように書いてください。
- イ サインペン等極太の筆記用具での記載は、OCR読取りができませんので使用しないでください。
- ウ 書き損じた場合は、下記例にならない訂正してください。ただし、請求書の請求金額は訂正できませんので注意してください。

訂正例



(2) 労働者災害補償保険診療費請求書（診機様式第1号）記載上の留意事項

「請求金額」欄・・・レセプトの合計金額を記入してください。

請求金額欄の訂正はできません。請求書を新たに作成してください。

「内訳枚数」欄・・・添付されているレセプトの枚数を記入（続紙は含まれません。）

レセプト用紙は続紙として使用できません。

「請求年」及び「請求月」欄・・・添付したレセプトのうち最新の診療年月（元号・・・平成「7」令和「9」）を記入してください。

診療月 年5月と 年6月のレセプトの場合は 年6月となる。

(3) 労災保険診療費請求内訳書（レセプト）の留意事項等

ア レセプト一般注意事項

- レセプト用紙は請求1件に対し1枚限りの使用となりますので、1枚で記入できない場合は必ず続紙を使用してください。

- ・ レセプト・続紙共に裏面の記載はできませんので必ず表のみ記入してください。
- ・ レセプト・続紙共に他の用紙を糊付けすると管理システム上読取りができなくなりますので切り貼りはしないでください。
- ・ 続紙は当局配布用紙以外でも使用可能ですが、必ず指定医療機関番号・指定医療機関名・労働者（患者）名・労働保険番号等を記入してください。ただし、用紙の大きさは同じものを使用することとなります。
- ・ 記入は、ボールペン等黒で標準字体で記入し、サインペン等太いもの又は、かすれ等は読取りできません。
- ・ 入院時は、他保険に入院料請求であっても、入院用レセプト用紙を使用してください。

イ レセプト記載要領（統計項目）

「新継再別」欄

- 初 診 1・・・「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）が添付され当該傷病によるレセプト初回請求の場合。
- （ア） 負傷後又は、疾病発症後最初のレセプト請求をするとき。
 - （イ） 初診が非労災指定医療機関・柔整師等で、労災指定医療機関に転医後、始診の月のレセプト請求の場合。
 - （ウ） 他保健で治療後、初めて労災レセプト請求する場合。
 - ・ 自賠償保険使用後労災に変更の場合
 - ・ 自費治療後労災に変更する場合
 - ・ 健康保険等使用後業務上災害又は、通勤災害と判明し労災保険に切り替えた場合、健康保険等に被災者が返納後監督署に費用請求し、その後の治療費を労災指定医療機関が初めてレセプト請求する場合、または指定医療機関が他保険分レセプトを返戻依頼し初診から労災請求に切り替えた場合
- 転医始診 3・・・「療養（補償）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）が添付され労災指定病院から労災指定病院へ転医し転医始診月レセプト請求の場合。
- 再 発 7・・・「療養（補償）給付たる療養の給付請求」（様式第 5 号又は、第 16 号の 3）が添付され当該傷病が、治ゆ又は、一定期間中止後に再度治療が必要となりレセプト請求する場合。
- 継 続 5・・・上記以外全て。

「転帰事由」欄

当該診療月における傷病労働者の最終の状態を、該当するコード番号により記入してください。

「労働保険番号」欄及び「年金証書の番号」欄

「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）又

は、「療養（補償）給付たる療養の給付をうける指定病院等（変更）届」（様式第6号又は、第16号の4）に記載された労働保険番号又は、傷病労働者の年金証書番号を記入してください。

注）労働保険番号は、労働基準監督署・労働局又は、RIC からの労働保険番号変更通知書による場合以外は変更しないでください。

「生年月日」欄

元号・・明治生まれ「1」大正生まれ「3」昭和生まれ「5」平成生まれ「7」令和生まれ「9」を記入してください。

生年月日は必ず被災者等に確認（できれば免許証等で確認）し、誤りのないように記入してください。誤記入の場合は、他の被災者（別人）として管理され、転医等の場合支払いできなくなります。

「傷病年月日」欄（元号・・昭和「5」平成「7」令和「9」を記入）

負傷の場合・・・事故発生年月日を「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）又は、「療養（補償）給付たる療養の給付をうける指定病院等（変更）届」（様式第6号又は、第16号の4）と事業場担当者及び被災者本人に確認の上、誤りのないように記入してください。

疾病の場合・・・疾病発症確認日（振動障害等は検査「診断日」の年月日となる）が傷病年月日となります。

再発の場合・・・再発に起因する当初の傷病年月日となります。

同一部位再負傷の場合・・・骨折等の部位を他の原因なく治療中に再骨折した場合は最初の傷病年月日となります。また、就労治療中等に、再度同一部位を負傷した場合は、新たな負傷として別請求となります（「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）が必要）

「療養期間」及び「診療実日数」欄

・療養期間は、次月に継続の場合はその月の療養期間（月末まで）を全て記入してください。（元号・・平成「7」令和「9」を記入）

例 療養期間 実診療日数
元号 年 月 日 元号 年 月 日
0 5 1 5 - 0 5 3 0 1 1

・当月で最終診療（治ゆ・中止・転医等）の場合は、最終診療日までを記入してください。なお、診療日数が1日で療養期間も1日の場合は、診療した日を記入して下さい。

例 療養期間 実診療日数
元号 年 月 日 元号 年 月 日
0 5 0 1 - 0 5 0 5 2

・休業証明などの「証明書料」及び「診断書料」等のみ請求する場合の療養期間については、証明した日を記入し、実診療日数については、「999」と記入してください。

注) 必ず「傷病の部位及び傷病名」を記入して下さい。

例	療養期間										実診療日数							
	元号		年		月		日		元号		年		月		日		日	
				0	5	1	5	-				0	5	1	5	9	9	9

「傷病の部位及び傷病名」欄

- ・ 業務上災害・通勤災害及び業務上疾病にかかる傷病名について具体的部位を含め記入してください(骨折等の場合は、骨名及び部位まで)。業務上災害及び通勤災害に起因しない「私病」は記入しないでください。

- ・ 治療中に傷病名が変更となった場合は、新たな傷病名を必ず記入し、発症確認(治療開始)年月日を傷病名の後ろに記入してください。

- ・ 治療中に業務上災害・通勤災害の傷病に起因し新たな傷病名が追加となった場合は、追加傷病名を必ず記入し、発症確認(治療開始)年月日を傷病名の後ろに記入してください。

(発症原因を必ず「傷病経過欄」に記載してください)

- ・ 複数の傷病名があり一部傷病が治ゆ・中止となった場合は、該当傷病名の後ろに転帰年月日及び転帰事由を必ず記入し一度記載した傷病名は最後まで抹消しないでください。

- ・ 他の医療機関より転医してきた患者については、前医療機関の情報により前医にて確認した傷病名を全て記入してください。

情報のない場合は、被災者に前医療機関を確認し、傷病名・治療経過を照会確認し記入してください。

記載例

1. 部位明示

(1) 右足関節脱臼骨折等の場合『(脛骨顆部骨折)(腓骨顆部骨折)(脛骨遠位部骨折)と骨折の骨名及び部位』まで記入してください。

(2) 振動障害は『 (S2L2)N(S2L1)』と症度区分まで記入してください。

(3) じん肺症の場合は、管理区分(「じん肺管理3のイ」等)も記入してください。

(4) 脊椎〔腰痛等〕、脊髄損傷にかかる傷病についてはL4/5ヘルニア、C3~C5脊髄損傷と詳細な部位まで記入して下さい。

注) 業務上(通災)認定傷病名及び治療中確認された業務(通災)災害との因果関係のある傷病名を記入し、私病については記入しないでください。

2. 傷病名が変更となる場合

右大転子部骨折

輸血後C型肝炎(H29.6.1) 肝細胞癌(H29.11.3)

3. 治療中に傷病名確認(追加)の場合

頸髄（C3/4）損傷

第12胸椎圧迫骨折

褥瘡（右大転子部）H29.11.3

4. 複数傷病名の一部が治癒した場合

左胸部裂傷（H29.5.31 治癒）

第2腰椎圧迫骨折

右座骨骨折

注）上記の記載例により傷病の部位、経過が判断できるように具体的傷病名を記入してください。

「傷病の経過」欄

適正なレセプト審査を行うに当って、最も重要な項目です。傷病の経過は、できるだけ詳細に記入してください。書ききれない場合は、続紙を使用してください。

（4）労働保険番号の解説

労働保険番号									
府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号		

府 県 事業場の所在する都道府県区分、事務組合「基幹番号が90万台」の場合は事務組合所在の都道府県区分

所 掌 保険料を扱う官署所区分「1」「9」は労働基準監督署、「3」は公共職業安定所

管 轄 事業場（事務組合「基幹番号が90万台」）所在地を管轄する労働基準監督署又は公共職業安定所

基幹番号 事業場又は事業場が委託している労働保険事務組合の固有番号

枝 番 号 期間に定めのある事業場又は、労働保険事務組合に委託している事業場の場合

府県が01（北海道）においては、

- ・所掌が「1」又は「9」のとき管轄は監督署コードの01～18まで。
- ・所掌が「3」のとき管轄は安定所コードの01～24まで。
- ・基幹番号の始まりが「0・4・5・6・7・8」のとき所掌は「1」となります。
- ・基幹番号の始まりが「9」で末尾が「4・5・6・7・8」のとき所掌は「1」となります。
- ・基幹番号の始まりが「9」で末尾が「0・1」のとき所掌は「3」となります。
- ・基幹番号の始まりが「1・3」のとき所掌は「9」となります。

5 医療関係業務従事者等の誤刺等事故の取扱い

(1) HBワクチンの投与の対象について

医療機関、試験研究機関、検査所等の労働者（以下「医療機関従事者」とする。）が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBs抗原が陽性でHBe抗原が陰性(労災特例)血液による汚染を受けたことが明らかな場合にHBIGの注射に加え、HBワクチン接種も保険給付の対象に含めるものとします。

なお、不特定多数の注射針による針刺事故の際に、B型肝炎ウイルスの汚染を受けたこと（B型肝炎患者に使用した針が混入されている）が確認できれば免疫グロブリンとHBワクチンが給付の対象となりますので、算定する場合はレセプト傷病欄又は摘要欄に混入の状況を記載して下さい。

また、医療従事者等の既存の負傷（業務上外を問わず、医療従事者等が受けたすべての負傷をいう）に業務上の事由によりHBs抗原が陽性でHBe抗原が陰性の血液が付着した場合においても、上記と同様に取扱うものとします。

(2) 留意事項

HBワクチンの種類、量及びその他の必要な事項については健康保険に準拠した取扱いとします。

(3) HCV汚染血液による汚染の場合

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HCV汚染血液による汚染を受けた場合、当該負傷に対する治療の一環として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHCV抗体検査等の検査（医師がその必要性を認めた場合に限り）についても保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷に業務上の事由によりHCV汚染血液が付着した場合においても上記と同様に取扱うものとします。

(4) インターフェロン製剤の投与の取扱い

医療従事者等が、HCVに汚染された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、インターフェロン製剤の投与が認められます。

したがって、HCV汚染血液による針刺事故等直後の投与は認められません。インタ-フェロン製剤の投与は、HCV-RNA検査等により、C型肝炎であることが確定された以後について、主治医の判断により投与された場合に認められます。

なお、インターフェロン製剤の種類及び量については、健康保険に準拠します。

さらにC型慢性活動肝炎に移行し主治医がインターフェロン製剤の投与が必要と認めた場合は、従来どおり、健康保険に準拠します。

(5) 次の場合は給付の対象とはなりません。

HBs抗原陽性血液、HBe抗原陽性血液等の汚染血液が単に皮膚に付着した場合
汚染事故前に予防を目的とした場合等のHBIGの注射、HBワクチンの接種につ
いては、保険給付の対象とはなりません。

注) 誤刺等のHBs・HBe等の汚染事故は、汚染源が抗原陽性血液等であることが
確認できる調査記録票等を当該医療機関において作成保管が必要です。

6 治療用材料及び装具

(1) 労災医療で支給の対象となる治療用材料及び装具について

労災医療で支給の対象となる治療用材料及び装具は、患者の傷病の治療の遂行上必
要な範囲のものに限られており、その範囲については、健康保険で支給の対象とされ
ているものは、労災保険においても認めています。労災医療の特殊性を考慮して労
災独自にその必要性を認めているものがあります。

例えば、尿路障害については装着式収尿器及び人工肛門受便器。神経系の障害
による便秘症状を伴うせき損患者等については市販の容器入り浣腸剤により自力で排
便管理を行っている場合の浣腸剤。外傷性角膜損傷、外傷性緑内障及び眼部の熱傷
又は薬傷の治療において薬液を含ませて使用する度を有しないソフトコンタクトレ
ンズ。業務上の災害により破損した義歯の補綴又は修理。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な傷病労働者であって、現に褥瘡の発生をみている
か、又はそのおそれがあると認められる者についてはフローテーションパッド。通
院療養者であって、せき損等による重度の障害者で、尿路変更による皮膚瘻を形成し
ている者、又は尿路カテーテル留置中の者、若しくはこれらに類する創部を有する者
で、自宅等で頻繁にガーゼの交換を必要とする者については滅菌ガーゼ。などが支給
対象として認められています。

この他に歩行補助器や松葉杖などは、原則として医療機関が備付けておいて必要に
応じて患者に貸与するべきものですが、たまたま備付けのない医療機関に受診し、療
養上の必要性から傷病労働者が自己負担で購入した場合には、当該傷病労働者の請求
に応じて療養の費用払いを行なうこととしています。

なお、補聴器、眼鏡、本義肢、かつら等は患部の症状が治癒した後に装用される性
質のものですから、ここにいう治療用材料等には含まれませんが、労災保険では別途
社会復帰促進等事業制度から支給されることになっています。

* 次頁比較表の労災保険欄のうち(療養の費用払)との表示があるものは、**患者が**
装具代等の代金を医療機関等購入先に支払い、「療養(補償)給付たる療養の費用請求
書(様式第7号又は第16号の5)」に医療機関の証明(無料)を受け、領収書を添付
して所轄の労働基準監督署に請求することとなります。

(2) 労災・健保における治療用装具等の取扱い比較

項 目	労 災 保 険	健 康 保 険
装着式収尿器 (人工膀胱)	支給(レセプト請求) 療養給付 都道府県購入価格を10円で除した額×診療単価 療養費 本人が購入した場合は実費(療養の費用払)	不支給
人工肛門受便器 (ペロツテ)	支給(レセプト請求) 装着式収尿器の取扱いに準ずる。	不支給
浣腸剤	支給(レセプト請求) せき損等神経障害による便秘症状のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給。	浣腸については、簡単な処置として基本診療料に含まれるので、別に算定はできないが薬剤を使用した場合は薬剤料を加算できる。
スポンジ円座 ズボンジベット	不支給	不支給
ソフトコンタクトレンズ	支給(レセプト請求) (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	不支給
補聴器	不支給 【傷病が治癒した者には、社会 復帰促進等事業制度で支給】	不支給
眼鏡	不支給 【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制度で支給】	不支給
義眼	健保に準ずる。(レセプト請求)	眼球摘出後眼窩保護用として支給。
義歯	義歯を業務災害などにより破損した場合、原状復帰するための費用は療養補償の範囲に含める。また、歯牙を破損し修復・補綴等を要する場合の材料・費用は健康保険適用外のものであっても一定範囲で対象とする。(療養の費用払)	
コルセット	健保に準ずる。(療養の費用払)	療養上必要あるコルセットは療養の給付として支給すべき治療材料の範囲に属するものとして療養費によって支給する。
歩行補助器 松葉杖	健保に準ずる。(療養の費用払)	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 (練習用仮義足)	健保に準ずる。(療養の費用払) (仮義手についても仮義足同様取り扱って差し支えない。)	療養担当医の指示、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支給。
固定装具	支給(療養の費用払)	支給
頭部・頸部・躯幹・四肢 固定用伸縮性ホウタイ	患部の固定のために用いた場合のみ支給。 なお、バストバンド、トラコバンド等は躯幹固定用伸縮性ホウタイに含める。(レセプト請求)	
保護帽子 (頭蓋骨欠損部分保護)	健保に準ずる。(療養の費用払)	支給 人工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。

滅菌ガーゼ	せき髄損傷者等重度の障害者のうち、尿路へカテーテルを留置しているもの、もしくはこれらに類する創部を有するもの。自宅など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（レセプト請求）	一部支給 創傷処置及び皮膚科軟膏処置にあたって使用する場合に限る。
-------	--	--------------------------------------

項 目	労 災 保 険	健 康 保 険
フローテーションパッド	支給（1人につき1枚） （療養の費用払） 長時間自力本位変換不能な場合。	不支給

7 レセプト記載例

レセプト記載例 1 (救急医療管理加算を算定する場合)

初診外来の場合

診療内容	金額	摘 要
80 その他	1,250円	救急医療管理加算

初診入院の場合

診療内容	金額	摘 要
80 その他	20,700円	救急医療管理加算 × 3

レセプト記載例 2 (療養給付請求書取扱料を算定する場合)

診療内容	金額	摘 要
80 その他	2,000円	療養給付請求書取扱料

レセプト記載例 3 (外来管理加算を算定する場合)

算定例 1 の場合 52 点に満たないものの処置 1 回のみであり、外来管理加算が算定できる。

診療内容	点数	診療内容	金額	摘 要
再診	外来管理加算 1 回			
	時間外 回		円	
	休日 回		1,420円	
	深夜 回		円	
		小計	□ 1,420円	
		摘 要		
40 処置	2 回	2 5	眼処置 (右眼)	2 5 × 1
	薬剤 回			

算定例 2 の場合

52 点に満たない点数が複数あるので、外来管理加算を算定し、最も低い点数の眼処置以外の消炎鎮痛処置は読み替え 52 点として算定する。

診療内容	点数	診療内容	金額	摘 要
再診	外来管理加算 1 回			
	時間外 回		円	
	休日 回		1,420円	
	深夜 回		円	
		小計	□ 1,420円	

			摘 要
40 処 置	2 回 薬 剤 回	7 7	40 眼処置 (右眼) 2 5 × 1 消炎鎮痛等処置 イ (頸部) 3 5 + 1 7 (読替) 5 2 × 1

レセプト記載例 4 (再診時療養管理指導料及び職場復帰支援・療養指導料を算定する場合)

例 1

診 療 内 容	金 額	摘 要
指 導 2 回	1, 8 4 0 円	食事指導 1 回 機能回復 1 回

例 2

	診 療 内 容	点 数	摘 要
⑧ そ の 他	職場復帰支援・療養指導料	4 2 0 点*	R . 5 . 2 (2 回目)

初回～4回目まで点数が異なります。(精神疾患を主たる傷病とする場合も同様)

レセプト記載例 5 (初診時ブラッシング料を算定する場合)

初診時ブラッシング料

	診 療 内 容	点 数	摘 要
40 処 置	1 回 薬 剤 回	91	40 初診時ブラッシング (左前腕) 91 × 1

レセプト記載例 6 (処置料を算定する場合)

創傷処置料

	診 療 内 容	点 数	摘 要
40 処 置	5 回 薬 剤 回	520	40 創傷処置 1 (右手) (52 × 2.0) 104 × 5

消炎鎮痛等処置料

	診 療 内 容	点 数	摘 要
40 処 置	1 回 薬 剤 回	35	40消炎鎮痛等処置 1 (頸部) 35 × 1

その他 レセプト記載要領

- 1) 手術については、手術名・施行部位・施行月日・点数及び麻酔を行った場合はその種類・回数・点数を記載してください。
- 2) 薬剤を使用した場合は、薬名・規格単位・使用量・点数を記載してください。
- 3) 特定治療材料を使用した場合は、使用材料・点数を記載してください。
- 4) 記載例（麻酔を含む）

イ、手指の創傷に対する手術

治療内容		点数	摘要
50	2回	1, 2 5 6	50 創傷処理（筋肉に達しないもの） （長径5cm未満）（左示指） 1, 0 6 0 × 1
手麻 術酔			（R . 4 . 3 0） 機能回復指導加算 1 9 0 × 1 局所麻酔 キシロカインポリアンブ1% 5ml 6 × 1
	薬剤 1回	6	

レセプト記載例 休業証明

注2) 休業証明料及び看護料給付証明料については、必ず証明期間を記載してください。

診療内容	金額	摘要
初診	円	
80 その他	4,000 円	休業証明 2枚 10/25 ~ 10/31 11/1 ~ 11/15

第 四 部

社会復帰促進事業の概要 (治ゆ後の診療及びその他の取り扱い)

1 外科後処置

(1) 趣旨

業務災害又は通勤災害による傷病が治癒した者においては、義肢装着のための断端部の再手術、顔面に残った醜状の軽減のための整形手術、創面治癒後に残った神経症状を消退させるための電気治療やマッサージ等の理学療法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を図るため、無料で診療の機会を与える制度を外科後処置といいます。

(2) 対象者

労災保険の障害補償給付、又は障害給付（以下「障害（補償）給付」といいます。）の支給決定を受けた者であって、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できる見込みのある者、又は醜状を軽減し得る見込みのある者に限られています。

(3) 範囲

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、次のとおりです。

診 察
薬剤、又は治療材料の支給
処置、手術、その他の治療
病院への収容
看 護

(4) 実施医療機関

労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター、及び都道府県労働局長が指定した医療機関において実施しています。

(5) 手続き

申請手続き

ア 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、所轄労働局長へ提出します。

「診査表」は、できる限り、外科後処置の実施医療機関での作成が望ましいです。

「診査表」にかかる診査の費用は、申請者の負担となります。

イ 申請を受けた所轄労働局長は、外科後処置の適格者と認められる申請者に「外科後処置承認書」（様式第3号）を交付します。

ウ 申請者は、交付された「承認書」を外科後処置実施医療機関に提示し、外科後処置を受けることとなります。

費用の請求手続

外科後処置に要した費用は、外科後処置を行った実施医療機関が、外科後処置の承認を行った都道府県労働局長へ、「外科後処置委託費請求書」(様式第4号(1))に「診療費内訳書」(様式第4号(2))を添付して請求することとなります。

申請者の自己負担はありません。

(6) 旅費の支給

対象者

外科後処置を受けるために旅行する者(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義手の装着訓練に係る旅費については、義肢等要綱による。)

範囲

ア 旅費として支給する費用は一般に必要と認められるもので、旅行する者が現実に支出する費用とする。

イ 家用自動車を使用して移動した場合であって、実費の算定が困難な場合の費用は、1キロメートルにつき、37円とし、路程の算定は、当該地域の地理的条件に照らして、最も合理的と認められる経路及びキロ数による。

ウ 外科後処置を受けるために医療機関に入院した期間については、日当として1日につき850円を支給する。

エ 移動に要する費用及び日当のほか、宿泊に要した費用については、地理的事情等により宿泊の必要が認められる場合に限り、1夜につき13,000円(北海道)の範囲内における実費額(飲酒、遊興費、その他これらに類する費用を除く)とする。

オ 旅費の支給について、要綱の規定により難しい事情がある場合には、旅費法及び同法の運用の方針に準じ、最も経済的と認められる経路及び方法により旅行した場合における旅費を支給する。

手続

旅費の支給を受けようとする者は、「旅費支給申請書」(様式第5号)を所轄労働局長へ提出します。

「旅費支給申請書」には、医師等の事実証明が必要となります。

2 アフターケア

(1) 目的

業務災害又は通勤災害により、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群、慢性肝炎、振動障害等の傷病に罹患した者にとっては、その症状が固定した後においても、後遺症状に動揺をきたす場合がみられること、後遺障害に付随する疾病を発症させる恐れがあることから、アフターケアとして必要に応じ、予防、その他の保健上の措置を講じ、当該労働者の労働能力を維持回復し円滑な社会復帰を促進するため、アフターケアを実施しています。

(2) 対象者

別掲「アフターケア制度一覧表」のとおり、対象傷病毎に定められています。

(3) 範囲

次の事項について対象傷病毎に定められており、詳細は、別掲「アフターケア制度一覧表」のとおりです。

診 察
保健指導
保健のための処置
理学療法
注 射
検 査
精神療法、カウンセリング等
保健のための薬剤の支給

上記項目は、対象傷病により異なります。

せき髄損傷、尿路系障害又は脳の器質的障害に係るアフターケアについては、保健のための処置の範囲に「尿路処置」として、導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換が含まれますが、自宅において留置カテーテルに接続する採尿バック、導尿バックにつきましても、自宅等で使用するためのカテーテル用消毒液や滅菌ガーゼと同様に、医師が必要と認めた場合には支給することができますので、取扱にご留意願います。

なお、アフターケア委託費の請求にあっては、請求内訳書の摘要欄に、金額、枚数、サイズ等を記載してください。

(4) アフターケア健康管理手帳の交付

アフターケアの対象者については、局に直接交付申請を行うことができることと改正されましたが、新規対象者については、事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長に対し報告を求め、所轄労働局長が対象者に、「アフターケア手帳」を交付することとなります。

「アフターケア手帳」の交付を受けた対象者は、アフターケア実施医療機関・薬局へその「手帳」を提示して受診することとなります。

(5) 請求書提出上の注意

アフターケアを実施した医療機関は、医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長へ、「アフターケア委託費請求書」(実施要領様式第5号)に「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)を添付して請求することとなります。

「アフターケア委託費請求内訳書」は、1診療日毎に1枚作成して下さい。

薬局に処方箋を交付する場合は、「アフターケア」の表示をして下さい。

アフターケアにかかる薬剤の処方を行った労災指定薬局は、労災指定薬局を管轄する労働局長へ、「アフターケア委託費請求書(薬局用)」(実施要領様式第6号)に「アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)」(実施要領様式第6号の2)を添

付し、請求することとなります。

「アフターケア委託費請求内訳書」は、1処方日毎に1枚作成して下さい。

アフターケア手帳は、傷病により、有効期限が定められていますので、受診の都度手帳に記載された有効期限を確認し、有効期限内の健康管理手帳番号を用いて請求して下さい（更新後は、手帳の枝番号が変わります。）

アフターケア手帳の有効期間（新規・更新）は次頁の一覧表を参照して下さい。

頭頸部外傷症候群等にかかるアフターケアは、更新できませんので、特に留意願います。

有効期限が経過している場合で更新可能な傷病の場合には、更新の手続きを行うよう指導願います。

有効期限が経過している場合で更新手続きを行っていない場合には、更新手続きが終了するまでの期間委託費の支払ができませんので留意願います。

更新手続きに係る診断書料の費用負担は、個人負担となりますので留意願います。

院外において処方されている場合には、アフターケア対象分とアフターケア対象外分とを明確にするようご留意願います。

アフターケア手帳有効期限一覧表

番号	傷病名	有効期限		更新時の 診断書について
		新規	更新	
00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒症	3年間	1年間	必要
01	せき髄損傷	3年間	5年間	不要
05	白内障等の眼疾患	2年間	1年間	必要
06	振動障害	2年間	1年間	必要
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年間	1年間	必要
08	人工関節・人工骨頭置換	3年間	5年間	不要
09	慢性化膿性骨髄炎	3年間	1年間	必要
11	尿路系腫瘍	3年間	1年間	必要
14	外傷による末梢神経損傷	3年間	1年間	必要
15	熱傷	3年間	1年間	必要
16	サリン中毒	3年間	1年間	必要
17	精神障害	3年間	1年間	必要
19	呼吸機能障害	3年間	1年間	必要
20	消化器障害	3年間	1年間	必要
21	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群）	2年間	更新不可	/
22	頭頸部外傷症候群等（頸肩腕症候群）	2年間	更新不可	/
23	頭頸部外傷症候群等（腰痛）	2年間	更新不可	/
24	尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後）	3年間	1年間	必要
25	尿路系障害（代用膀胱造設後）	3年間	1年間	必要
26	慢性肝炎（HBe 抗原陽性及びC 型肝炎ウイルス感染）	3年間	1年間	必要
27	慢性肝炎（HBe 抗原陰性）	3年間	1年間	必要
28	虚血性心疾患等（虚血性心疾患）	3年間	1年間	必要
29	虚血性心疾患等（ペースメーカー及び除細動器）	3年間	5年間	不要
30	脳の器質性障害（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く））	2年間	1年間	必要
31	脳の器質性障害（外傷による脳の器質的損傷）	2年間	1年間	必要
32	脳の器質性障害（減圧症）	2年間	1年間	必要
33	脳の器質性障害（脳血管疾患）	3年間	1年間	必要
34	脳の器質性障害（有機溶剤中毒等）	3年間	1年間	必要
35	循環器障害（弁損傷及び心膜病変）	3年間	1年間	必要
36	循環器障害（人工弁置換後）	3年間	5年間	不要
37	循環器障害（人工血管置換後）	3年間	5年間	不要

(6) 費用の算定方法

アフターケアに要した費用の額は、次の項目毎に定める方法により算定した額となります。

労災診療費算定基準に定める「初診時ブラッシング料」、「再診時療養指導管理料」、健保点数表に定める「外来管理加算」、「継続管理加算」、「在宅自己導尿指導管理料」、「てんかん指導料」は、アフターケアにおいて認められないこととなっていますので、誤って算定することのないよう、留意願います。

診察

- ・ 労災診療費算定基準に定める初診料、又は再診料の額（病床数 200 床以上の病院は、外来診療料の点数に労災単価を乗じて得た額）とします。

療養時に受診していた医療機関で症状固定となり、引き続きアフターケアで同一の医療機関で受診した場合、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（病床 200 床以上の病院は、外来診療料の点数）を算定できます。

アフターケアで受診していた者が転医した場合、最初の診療については労災診療費算定基準に定める初診料を算定できます。

保健指導

- ・ 健保点数表に定める特定疾患療養管理料の点数に労災単価を乗じて得た額とします。

月 2 回の算定を限度とし、許可病床数が 200 床以上の病院においては、算定できません。

精神療法・カウンセリング等と同時にいった場合は、算定できません。

処置

- ・ 健保点数表に定める点数に労災単価を乗じて得た額とします。
- ・ 自宅等で使用する滅菌ガーゼ、絆創膏、カテーテル等の材料を支給した場合は、医療機関の購入単価を 10 円で除し得た額を点数とします。

検査

- ・ 健保点数表に定める点数に労災単価を乗じて得た額とします。
- 振動障害にかかる検査の一部については、労災診療費算定基準に定める所定の点数に労災単価を乗じて得た額とします。

ペースメーカー等の定期チェック

- ・ 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単価を乗じて得た額です。

精神療法・カウンセリング等

- ・ 健保点数表に定める通院精神療法、通院集団精神療法の点数に労災単価を乗じて得た額とします。この場合 保健指導の請求はできません。

保健のための薬剤の支給

- ・ 健保点数表に定める点数に労災単価を乗じて得た額とします。
- ・ 医療機関が交付した処方箋に基づき、院外薬局において、薬剤の支給を行った場合は、健保の規定による療養に要する費用の額の算定方法（別表第 3 調剤報酬点数表）により算定した額とします。
- ・ 「抗てんかん剤」、「抗不正脈剤」の薬剤を支給する場合は、健保点数表に定める特定薬剤治療管理料の点数に労災単価を乗じて得た額を算定できます。

ただし、健保点数表に準じて算定します。

(7) アフターケア制度一覧表 (アフターケア制度一覧表)

	炭鉱災害による一酸化中毒症に係る アフターケア	せき髄損傷に係るアフターケア	頭頸部外傷症候群等に係る アフターケア
対象者	炭鉱災害による一酸化中毒症に罹患して、労災保険法による療養補償給付を受けていた者で、症状が固定した者	業務災害又は、通勤災害による脊髄損傷者で、原則として労災保険法による障害等級第3級以上の者(障害等級第4級以下でも医学的に特に必要と認められる者)	業務・通勤災害により次の～の傷病に罹患した者で、障害等級第9級以上の者(障害等級第10級以下でも必要な者) 頭頸部外傷症候群 頸肩腕障害 腰痛
診察	1カ月に1回程度	1カ月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置		褥瘡処置 尿路処置 医療機関での処置のほか、医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用する次の材料を支給する 褥瘡処置.....滅菌ガーゼ、絆創膏 尿路処置.....カテーテル(収尿袋を含む)、カテーテル用消毒液等、滅菌ガーゼ	
理学療法			
注射			
検査	検査(健康診断) 1年に1回 全身状態の検査 自覚症状の検査 精神・神経症状の検査 上記の検査の結果、医学的に必要な場合、さらに下記の検査を行う 尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査 赤血球沈降速度及び白血球数の検査 視野検査 脳波検査 心電図検査 胸部線検査 CT、MRI検査	診察の都度 尿検査(尿培養検査を含む) 診察の都度必要に応じて実施 CRP検査 1年に2回程度 末梢血液一般・生化学的検査 膀胱機能検査(残尿測定検査を含む) 腎臓・膀胱及び尿道の線検査 損傷せき椎及び麻痺域関節の線検査.....特に必要な場合 CT、MRI.....特に必要な場合	年に1回程度次の検査を行う エックス線検査
保健のための薬剤	脳機能賦活薬 向精神薬 筋弛緩薬(鎮痙薬を含む) 鎮痛薬 血管拡張剤 抗パーキンソン薬 抗痙れん薬 内服昇圧薬	抗菌薬(抗生物質、外用薬含む) 尿路感染者、尿路感染のおそれのある者及び褥瘡のある者を対象とする。 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 筋弛緩薬(鎮痙薬を含む) 重症痙性麻痺髄腔内持続注入用ポンプに再充填する鎮痙薬を含む 自律神経薬 末梢神経障害治療薬 向精神薬 鎮痛・消炎剤(外用薬を含む) 整腸薬、下剤及び浣腸薬	神経系機能賦活薬 向精神薬 頭頸部外傷症候群に限る 筋弛緩薬 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む) 循環改善薬(鎮痙薬、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

(アフターケア制度一覧表)

	尿路系障害に係る アフターケア	慢性肝炎に係るアフターケア	白内障等の眼疾患に係る アフターケア
対象者	業務災害又は通勤災害による尿道狭窄の障害を残す方又は尿路変向術を受けた方で、労災保険法による障害(補償)給付を受けた者	ウイルス肝炎に罹患し、労災保険法による療養(補償)給付を受け、慢性肝炎の症状が固定した者	業務災害又は通勤災害による白内障、緑内障等の眼疾患に罹患した者で障害(補償)給付を受けた者(障害補償給付を受けていない者で医学的に必要な者)
診察	1~3カ月に1回程度	HBe抗原陽性、C型肝炎感染者。1カ月に1回程度 HBe陰性、6カ月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置	<p>診察の都度</p> <p>1. 尿道ブジー(誘導ブジーを含む)</p> <p>シャリエ式尿道ブジー第20番が辛うじて通り、時々拡張術を必要とするものの回数は、1~4ヶ月に1回</p> <p>シャリエ式尿道ブジー第16番又は第19番程度により拡張術を必要とするものの回数は、目標番数(通常は20番)に達するまでの3~6ヶ月は週1回程度、目標番数達した後は、1~4ヶ月に1回</p> <p>シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下のブジーにより拡張術を必要とするものの回数は、上記と同様</p> <p>糸状ブジーが辛うじて通るものは、再発として取り扱われる。(別途労災手続きが必要)</p> <p>2. 尿路処置(導尿、膀胱洗浄及び留置カテーテル設置・交換を含む)</p> <p>必要に応じ、自宅等で使用するカテーテル(収尿袋を含む)、カテーテル用消毒液及び滅菌ガーゼ支給</p>		<p>睫毛抜去</p> <p>眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な者に対して実施。</p>
理学療法			
注射			
検査	<p>尿検査(尿培養検査を含む)</p> <p>1~3ヶ月に1回程度</p> <p>末梢血液一般・生化学検査年2回程度</p> <p>CRP検査年2回程度</p> <p>エックス検査年1回程度</p> <p>腹部超音波検査年1回程度</p> <p>CT検査(代用膀胱造設者に対し年1回程度)</p>	<p>血液一般検査、腹部超音波検査6カ月に1回程度</p> <p>血液生化学検査</p> <p>(1) HBe抗原陽性、C型肝炎ウイルス感染者.....1カ月に1回程度</p> <p>(2) HBe抗原陰性.....6カ月に1回程度</p> <p>医学的に必要と認められる場合</p> <p>B型肝炎ウイルス感染マーカー</p> <p>HCV抗体</p> <p>HCV-RNA同定(定性)検査</p> <p>AFP(-フェトプロテイン)</p> <p>PIVKA-</p> <p>プロトロンビン時間検査</p> <p>CT検査</p>	<p>診察の都度、必要に応じて実施</p> <p>矯正視力検査</p> <p>屈折検査</p> <p>細隙顕微鏡検査</p> <p>前房隅角検査</p> <p>精密眼圧測定</p> <p>精密眼底検査</p> <p>量的視野検査</p>
保健のための薬剤	<p>尿道ブジー及び尿路処置実施の都度</p> <p>1週間分程度</p> <p>止血薬</p> <p>抗菌薬(抗生物質含む)</p> <p>自律神経薬</p> <p>鎮痛・消炎薬</p> <p>尿路処置外用薬</p> <p>排尿障害改善薬及び頻尿治療薬</p>		<p>外用剤</p> <p>眼圧降下剤</p>

(アフターケア制度一覧表)

	振動障害に係る アフターケア	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に係るアフターケア	人工関節・人工骨頭置換等に係る アフターケア
対象者	振動障害に罹患した者で労災保険法による障害（補償）給付を受けた者	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折をした者で労災保険法による障害（補償）給付を受けた者（障害補償給付を受けていない者で医学的に必要な者）	人工関節及び人工骨頭を置換した者で、労災保険法による障害（補償）給付を受けた者
診察	1カ月に2～4回程度（寒冷期は、必要な回数）	3～6カ月に1回程度	3～6カ月に1回程度
保健指導	診察の都度（月2回を限度）	診察の都度	診察の都度
保健のための処置			
療学療法	特に医師が必要と認める場合		
注射	特に医師が必要と認める場合、一時的な消炎・鎮痛のための注射を行うことができるものとする。		
検査	年1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 末梢循環機能検査 ア 常温下皮膚温・爪圧迫検査 イ 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 末梢神経機能検査 ア 常温下痛覚・振動覚検査 イ 冷水負荷痛覚・振動覚検査 ウ 神経伝導速度検査（遅発性尺骨神経麻痺の場合に限る） 末梢運動機能検査（握力の検査） 手関節及び肘関節の線検査 （放射線による身体的影響を考慮して必要な場合に限り2年に1回程度）	3～6カ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 線検査 特に必要な場合 シンチグラム、CT、MRI等検査	末梢血液一般・生化学検査 線検査 3～6カ月に1回程度 CRP検査 ……1年に2回程度 シンチグラム検査 （特に必要な場合）
保健のための薬剤	ニコチン酸薬 循環ホルモン薬 ビタミンB1、B2、B6、B12、E剤 Ca拮抗薬 交感神経 - 受容体抑制薬 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）	鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）	鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

(アフターケア制度一覧表)

	慢性化膿性骨髄炎に係る アフターケア	虚血性心疾患等に係るアフターケア	尿路系腫瘍に係る アフターケア
対象者	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者で、労災保険法による障害補償給付を受けた者	・虚血性心疾患に罹患し、障害等級第9級以上の者(必要に応じて第10級以下の者) ・ペースメーカー等を植え込んだ方	尿路系腫瘍に罹患した者で、労災保険法による療養(補償)給付を受け尿路系腫瘍の症状が固定した者
診察	1~3カ月に1回程度	虚血性心疾患 1カ月に1回程度 ペースメーカー又は除細動器を植え込んだ方 1~3カ月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置		ペースメーカー又は除細動器の定期チェック 6カ月~1年に1回程度	
理学療法			
注射			
検査	末梢血液一般・生化学検査1~3カ月に1回程度 細菌検査..... 診察の都度必要に応じて CRP検査1年に2回程度 線検査...3~6カ月に1回程度 シンチグラム検査、CT、MRI等特に必要な場合	1.虚血性心疾患 月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 心電図検査(安静時及び負荷検査) 胸部エックス線検査 医学的に必要と認められる場合 ホルター心電図検査 心臓超音波検査 心臓核医学検査 2.ペースメーカー又は除細動器を植え込んだ方 1~6カ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 心電図検査(安静時及び負荷検査) 6カ月に1回程度 胸部エックス線検査 年1回程度 ホルター心電図検査 医学的に必要と認められる場合 心臓超音波検査 心臓核医学検査	尿検査.....1カ月に1回程度 尿細胞診検査...1カ月に1回程度 内視鏡検査 超音波検査 腎盂造影検査 CT検査 ~ については、3~6カ月に1回程度、必要に応じて行う
保健のための薬剤	抗菌薬(抗生物質・外用薬を含む) 鎮痛・消炎剤(外用薬を含む)	抗狭心症薬 抗不整脈薬 心機能改善薬 循環改善薬(利尿薬を含む) 向精神薬	再発予防のための抗がん剤(特に必要な場合のみ、投与期間は治癒後1年以内とする) 抗菌薬(抗生物質含む)

(アフターケア制度一覧表)

	脳の器質性障害に係るアフターケア	外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア
対象者	次の～に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残った者で、障害等級第9級以上の者（必要に応じて第10級以下の者） 外傷による脳の器質的損傷 一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く） 減圧症 脳血管疾患 有機溶剤中毒（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含む）を除く）	外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も複合性局所疼痛症候群（CRPS。反射性交換神経性ジストロフィー（RSD）またはカウザルギー）もしくは末梢神経障害性疼痛等による激しい疼痛が残存する方で、障害等級第12級以上の給付を受けた者
診察	1カ月に1回程度	1カ月に1～2回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度（月2回を限度）
保健のための処置	ア、精神療法及びカウンセリング アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、生活指導を重点に置いたものとする。 イ、四肢麻痺等が出現しているものの、褥創処置及び尿路処置について医師が必要と認めた場合は、必要な材料の支給を行う。 褥創処置 自宅等で交換するための滅菌ガーゼ及び絆創膏の支給 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む） 自宅等で使用するためのカテーテル（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）及び滅菌ガーゼを支給する。	
理学療法		
注射		特に疼痛が激しく医師がやむを得ないと判断した場合に限り、1カ月に2回を限度として神経ブロックを行うこととする
検査	1年に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 脳波検査 心理検査 視機能検査（眼底検査を含む） （眼に関する病訴は、対象傷病による調節障害もあるが、業務上の事由又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） 前庭平衡機能検査 （めまい感又は身体平衡障害の病訴のある者に必要に応じて実施） 頭部 線検査 CT、MRI（特に必要な場合） 以上のほか、四肢麻痺等が出現した者は、褥創処置及び尿路処置が必要となることから、必要に応じて次の検査を行うものとする 尿検査（尿培養検査含む）……診察の都度必要に応じて CRP検査……1年に2回程度 膀胱機能検査（残尿測定検査含む） 残尿測定検査は超音波によるものを含む 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査 ……1年に1回程度 麻痺域関節線のエックス線、CT、MRI等検査 医学的に特に必要と認められる場合1年に1回程度	末梢血液一般・生化学検査 ……月1回程度 尿検査 ……月1回程度 線検査……年2回を限度として 必要な場合 骨シンチグラム検査 ……年2回を限度として 必要な場合

	脳の器質性障害に係るアフターケア	外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア
保 健 の た め の 薬 剤	<p>神経系機能賦活薬 向精神薬 筋弛緩薬 自律神経薬 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む） 抗パーキンソン薬 抗てんかん薬 外傷性てんかん及び外傷性てんかん発作のおそれのあるものに支給 脳循環改善薬（鎮量薬、血管拡張薬及び昇圧薬含む） 血液の循環の改善を必要とするものに対し必要に応じ支給する。</p> <p>以上のほか、四肢麻痺等が出現した者は、褥創処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬の支給を行うものとする 抗菌薬（抗生物質、外用薬含む） 褥創処置用・尿路処置用外用薬 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 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む 末梢神経障害治療薬 整腸薬、下剤及び浣腸薬</p>	<p>鎮痛・消炎薬（外用薬を含む） 末梢神経障害治療薬 神経障害性疼痛治療薬 向精神薬（疼痛の治療等に効果が認められている薬剤（三環系抗うつ剤等）に限る）</p>

(アフターケア制度一覧表)

	熱傷に係るアフターケア	サリン中毒に係るアフターケア	精神障害に係るアフターケア
対象者	傷痕(部分や大きさ)について、労災保険法による障害等級第14級以上の者	サリンに中毒し労災保険法による療養(補償)給付を受け症状が固定した者で次の～に掲げる者 縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害 筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害 記憶力の低下、脳波の異常等の中樞神経障害 心的外傷後ストレス障害	業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病し労災保険法による療養補償給付を受け症状が固定した者で、次の～に掲げる者 気分の障害(抑うつ、不安等) 意欲の障害(低下等) 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害 記憶の障害又は知的能力の障害
診察	1カ月に1回程度	1カ月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度	診察の都度
保健のための処置		診察の都度 心的外傷後ストレス障害がある方は、必要に応じ精神療法及びカウンセリング等を行う 精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、生活指導に重点を置いたものとする。	診察の都度 精神療法・カウンセリングの実施 気分の障害又は慢性化した幻覚性の障害若しくは慢性化した妄想性の障害があるものに対し実施 精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、生活指導に重点を置いたものとする。
理学療法			
注射			
検査	1年に1回程度 血液一般・生化学検査 尿検査	1年に2回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 視機能検査(眼底検査を含む) 末梢神経機能検査(神経伝達速度検査) 心電図検査 筋電図検査 脳波検査 心理検査	1年に2回程度 心理検査 脳波検査、CT、MRI検査 向精神薬を使用している場合1年に2回程度 血液一般・生化学的検査(向精神薬を使用している場合)
保健のための薬剤	鎮痛・消炎薬(外用薬を含む) 血行促進剤(外用薬を含む) 抗菌薬(外用薬を含む) 皮膚保湿剤 皮膚保護剤 抗アレルギー剤 末梢神経障害治療薬 神経障害性疼痛治療薬	点眼薬 神経系機能賦活薬 向精神薬 自律神経薬 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)	向精神薬 神経系機能賦活薬

(アフターケア制度一覧表)

	循環器障害に係るアフターケア	呼吸器障害に係るアフターケア	消化器障害に係るアフターケア
対象者	1. 心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方、又は人工弁に置換した方で障害(補償)給付を受けた者 2. 人工血管に置換し、症状が固定した者	呼吸機能障害を残す方で、障害(補償)給付を受けた者	消化吸収障害等を残す方又は消化器ストマを造設した方で障害(補償)給付を受けた者
診察	1~3カ月に1回程度	1カ月に1回程度	1カ月に1回程度
保健指導	診察の都度	診察の都度 喫煙者に対しては、喫煙の禁止を指導 私病であるニコチン依存症の治療はできない。	診察の都度
保健のための処置		診察の都度	ストマ処置 外瘻の処置 外瘻周辺の反応性びらん等の発症予防するため実施 自宅等で使用するための滅菌ガーゼ支給
理学療法			
注射			
検査	1~6カ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 3~6カ月に1回程度 心電図検査(安静時及び負荷検査) エックス線検査 心音図検査(人工弁に置換した方) 年1回程度 心臓超音波検査(人工弁又は人工血管に置換した方) CRP検査 脈波図検査(人工血管に置換した方) 医学的に必要と認められる場合 CT又はMRI検査	年に2回程度 末梢血液一般・生化学検査 CRP検査 喀痰細菌検査 スパイログラフィー検査 胸部エックス線検査 年に2~4回程度 血液ガス分析 年に2~4回程度 胸部CT検査 年に1回程度	3カ月に1回程度 末梢血液一般・生化学検査 尿検査 医学的に必要と認められる場合 腹部超音波検査 消化器内視鏡検査(ERCPを含む) 腹部エックス線検査 腹部CT検査
保健のための薬剤	抗不整脈薬 心機能改善薬 循環改善薬(利尿薬を含む) 向精神薬 心臓弁を損傷した者又は人工弁に置換した者 血液凝固阻止薬 人工弁又は人工血管に置換した者	去痰薬 鎮咳薬 喘息治療薬 抗菌薬(抗生物質を含む) 呼吸器用吸入薬及び貼付薬 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)	整腸薬、止瀉薬 下剤、浣腸薬 抗貧血薬 消化性潰瘍薬 逆流性食道炎が認められる場合に支給 蛋白分解酵素阻害薬 消化酵素薬 抗菌薬(抗生物質・外用薬を含む) 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)

3 義肢等補装具費の支給

(1) 趣旨

業務災害又は通勤災害により傷病を被った者にあつては、両上下肢の亡失、機能障害等により義肢その他補装具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、義肢・装具、その他補装具の購入費用又は修理費用を支給する。

(2) 支給基準

支給種目及び支給基準は、おおむね次のとおりです。

ア 義肢

上肢又は下肢の全部又は一部を亡失したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治癒した者に限る）

上肢又は下肢の全部又は一部を亡失したことにより、労災リハビリテーション医療指定施設又は診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）に基づき定められた特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）のうち、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、運動器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の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た医療機関のうち、労災保険指定医療機関となっている医療機関において療養し、かつ、労災保険法による療養（補償）給付を受けている者であつて、症状固定後に障害（補償）給付を受けることが明らかである者

イ 筋電電動義手

(ア) 両上肢切断者

両上肢を手関節以上で失ったことにより、障害（補償）給付を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治癒した者に限る）で、次の要件（以下「装着訓練、適合判定等要件」という）を全て満たす者

- ・手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号を検出できること
- ・筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること
- ・筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力を有すること
- ・ソケットの装着が可能である断端を有すること
- ・肩及び肘の関節の機能に著しい障害がないこと

1 上肢の全部又は一部を失うとともに、他上肢の用が全廃又はこれに準じた状態になったことにより、障害（補償）給付を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治癒した者に限る）で、上記の「装着訓練、適合判断等要件」の全てを満たす者

(イ) 片側上肢切断者

1 上肢の全部又は一部を失ったことにより、障害（補償）給付を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病から治癒した者に限る。）で、以下の A から C の要件を全て満たす者

A 次のア)～ウ)のいずれかに該当する者

ア) 就労中（休職中を含む。）の者で、筋電電動義手の装着により就労時の作

業の質の向上や作業の種類の拡大等が見込まれるもの

イ) 申請時においては就労していないが、筋電電動義手装着後に就労が予定されている者（公共職業安定所への求職申込等就職活動中の者を含む。）で、筋電電動義手の装着により就労時の作業の質の向上や作業の種類の拡大等が見込まれるもの

ウ) 非切断肢側の上肢又は手指に一定以上の障害があるため、筋電電動義手を使用しなければ社会生活ができないと認められるもの

B 筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間における指導等、適合判定を実施する医療機関で、筋電電動義手の装着訓練を終了し、試用装着期間を経過している者

C 両上肢切断者の要件を全て満たす者で、筋電電動義手を継続して使用することが可能である者

ウ 上肢装具、下肢装具及び靴型装具

上肢又は下肢の機能に障害を残すことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

エ 体幹装具

せき柱に荷重障害を残すことにより、障害等級第 8 級以上の障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

オ 座位保持装置

四肢又は体幹に著しい障害を残すことにより、障害等級第 1 級の障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）であって、座位が不可能若しくは著しく困難な状態にあると認められるもの

カ 視覚障害者安全つえ

両眼に視力障害を残すことにより、障害等級第 4 級以上の障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

キ 義眼

1 眼又は両眼を失明したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

ク 眼鏡（コンタクトレンズを含む）

1 眼又は両眼に視力障害を残すことにより、障害等級第 13 級以上の障害（補償）給付の支給決定を受けた者、又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

ケ 点字器

両眼に視力障害を残すことにより、障害等級第 4 級以上の障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

コ 補聴器

1 耳又は両耳に聴力障害を残すことにより、障害等級第 11 級以上の障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

サ 人工喉頭

言語の機能を廃したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）

シ 車椅子

両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、障害（補償）給付の支給

決定を受けた者又は受けると見込まれる者(傷病が治ゆした者に限る)であって、義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの

両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、療養(補償)給付を受けている者(概ね3か月以内に退院の見込みのない入院療養の者を除く。)であって、傷病が症状固定した後においても義足及び下肢装具の使用が不可能であることが明らかであるもの

両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、傷病(補償)年金の支給決定を受けた者であって、当該傷病の療養のために通院している者で、義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの

片下肢の用を全廃又は片下肢を亡失したことにより、障害(補償)給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者(傷病が治ゆした者に限る。)であって、上肢の障害により義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの

「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む

ス 電動車椅子

両下肢及び両上肢に著しい障害を残すことにより、障害(補償)給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者(傷病が治ゆした者に限る)であって、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの

両下肢及び両上肢の傷病に関し、療養(補償)給付を受けている者(概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の者を除く。)で、傷病が症状固定した後においても車椅子の使用が不可能であることが明らかに認められるもの

両下肢及び両上肢に著しい障害を残すことにより、傷病(補償)年金の支給決定を受けた者であって、当該傷病の療養のために通院している者で、車椅子の使用が不可能であるもの

片下肢の用を全廃又は片下肢を亡失したことにより、障害(補償)給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者(傷病が治ゆした者に限る。)であって、他方の下肢及び上肢の障害により、義足及び下肢装具の使用が不可能であって、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの

業務災害又は通勤災害により呼吸器又は循環器の障害を受けた者であって、次のア又はイのいずれかに該当し、かつ、車椅子の使用が著しく困難であると認められる者

ア 呼吸器又は循環器の障害により、傷病(補償)年金第1級の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者

イ 呼吸器の障害により、障害(補償)給付第1級の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、次のいずれかの要件に該当する者

(ア) 動脈血酸素分圧が50 Torr 以下であること

(イ) 動脈血酸素分圧が50 Torr を超え60 Torr 以下であり、動脈血炭酸ガス分圧が限界値範囲(37 Torr 以上43 Torr 以下)にないこと

(ウ) 高度の呼吸困難が認められ、かつ、%1秒量が35以下又は%肺活量が40以下であること

セ 歩行器

高度の失調又は平衡機能障害を残すことにより、障害等級第3級以上の障害(補償)給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者(傷病が治ゆした者に限

- る)
- ソ 収尿器
せき髄損傷、外傷性泌尿器障害及び尿路系腫瘍等の傷病のため、尿失禁を伴うこと又は尿路変更を行ったことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）
- タ ストマ用装具
大腸又は小腸に人工肛門を造設したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）
大腸又は小腸に皮膚瘻を残し、腸内容の全部若しくは大部分が漏出すること又は腸内容がおおむね 1 日に 100ml 以上を漏出することにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）
大腸又は小腸に皮膚瘻を残し、腸内容が 1 日に少量を漏出することにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者であつて、特に医師がストマ用装具の使用の必要があると認めるもの
- チ 歩行補助つえ
下肢の全部又は一部を亡失し、又は下肢の機能に障害を残すことにより、障害等級第 7 級以上の障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）であつて、義足又は下肢装具の使用が可能であるもの
- ツ かつら
頭部に著しい醜状を残すことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）
- テ 浣腸器付排便剤
せき髄損傷者又は排便反射を支配する神経の損傷により、用手摘便を要する状態又は恒常的に 1 週間に排便が 2 回以下の高度な便秘を残すことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）で、医師が浣腸器付排便剤の使用の必要があると認めるもの
- ト 床ずれ防止用敷ふとん
傷病（補償）年金又は障害（補償）給付を受けている神経系統の機能に著しい障害を残す者又は両上下肢の用の全廃若しくは両上下肢を亡失した者のうち、常時介護に係る介護補償給付、介護給付又は複数事業労働者介護給付の支給決定を受けている者
- ナ 介助用リフター
次の 又は のいずれかに該当し、かつ、 から までのすべてに該当する者に支給する。
傷病（補償）年金の支給決定を受けた者のうち、傷病等級第 1 級第 1 号若しくは第 2 号に該当するもの又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められるものであって、自宅療養者又は義肢等の支給申請の日から 3 か月以内に退院し、自宅で療養すると見込まれる入院療養者であること
障害（補償）給付を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治ゆした者に限る）のうち、障害等級第 1 級第 3 号若しくは第 4 号に該当するもの又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められるもの
車いす又は義肢の使用が不可能である者

当該対象者の症状並びに介助用リフターの性能及び操作方法を理解し、介助用リフ

ターを安全に使用できる介護人がいること

当該療養者の家屋の構造が、介助用リフターの円滑な移動に適するものであること

社会復帰促進等事業として購入費用を支給された介助用リフターで、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方。

ニ フローテーションパッド（車椅子又は電動車椅子用）

社会復帰促進等事業として支給された車椅子又は電動車椅子を使用する者のうち、床ずれがでん部又は大腿部に発生するおそれがあり、かつ、診療担当医がフローテーションパッド（車椅子又は電動車椅子用）の使用を必要と認めたもの

ヌ ギャッチベッド

次の 又は のいずれかに該当し、かつ、 の要件に該当する者に支給する。

傷病（補償）年金の支給決定を受けた者のうち、傷病等級第1級第1号若しくは第2号に該当するもの又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められるもので、かつ、自宅療養者（義肢等の支給申請の日から3か月以内に退院し自宅で療養すると見込まれる入院療養者を含む）であるもの

障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治癒した者に限る）のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当するもの又はこれらと同等程度の障害の状態にあると認められるもの

車椅子（手押し型車椅子を除く。）及び義肢の使用が不可能であるもの

ネ 重度障害者用意思伝達装置

両上下肢の用を全廃又は両上下肢を亡失し、かつ、言語の機能を廃したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者（傷病が治癒した者に限る）で、重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であると認められるもの

（3）特に必要と認められる場合の併給

ア 車椅子の支給対象者に該当する者で、特に必要と認められる場合には、義足、下肢装具及び歩行補助つえが支給される場合があります。

イ 電動車椅子の支給対象者に該当する者で、特に必要と認められる場合には、義足、下肢装具、歩行補助つえ及び車椅子が支給される場合があります。

ウ ギャッチベッドの支給対象者に該当する者で、特に必要と認められる場合には、車椅子が支給される場合があります。

（4）修理基準

社会復帰促進事業として支給された義肢、筋電電動義手、上肢装具、下肢装具、靴型装具、体幹装具、姿勢保持装置、視覚障害者安全つえ、眼鏡（コンタクトレンズを除く）、補聴器、人工喉頭、車椅子、電動車椅子、歩行器、収尿器、歩行補助つえ、介助用リフター、フローテーションパッド及び重度障害者用意思伝達装置が、通常の使用状態においてき損した場合又は経年により劣化した場合（本人の故意による事故によって生じたき損の場合は除く）に、厚生労働省労働基準局長が定める修理基準の範

圏内で修理費用が支給されます。

(5) 手続

ア 購入（修理）費用支給申請手続き

義肢等補装具の購入（修理）費用の支給を受けようとする者は、「義肢等補装具購入・

修理費用支給申請書」（様式第1号（1））を事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出します。

なお、申請者の障害の状態の程度及び当該身体障害の状態に応じた義肢等補装具の必要性を判断するため、次の種目に対しては、所轄局長は診療担当医療機関に対して様式第16号により症状照会を行います。症状照会を受けた医療機関は回答書（様式第18号（1）～（4））により所轄局長へ提出します。

- ・眼鏡（コンタクトレンズに限る）……申請の都度
- ・ストマ用装具 ……原則、新規申請の際
- ・浣腸器付排便剤 ……原則、新規申請の際及び薬剤の銘柄又は用量を変更する場合
- ・重度障害者用意思伝達装置 ……原則、新規申請の際

また、下記種目の新規申請の際には、次の書類を添付いただいています。

添付書類の医師意見書等文書料は、支給できません。

- ・眼鏡 …… 医師の処方箋
- ・車椅子 …… 「椅子受給証明書」（医師意見書）
- ・電動車椅子 …… 「電動車椅子受給証明書」（医師意見書）
- ・フローテーションパット …… 「証明書」（医師意見書）
- ・介助用リフター …… 「介護人等の状況報告書」（様式第1号（3））
- ・座位保持装置 …… 「座位保持装置受給証明書」（医師意見書）
- ・筋電電動義手 …… 「就労状況等に関する申立書」（様式第1号（2））

次の種目に対しては、採型指導を行う。

- ・義肢
- ・筋電電動義手
- ・上肢装具、下肢装具及び靴型装具
- ・体幹装具
- ・座位保持装置
- ・車椅子（簡易電動型車いすを含む）
- ・電動車椅子

義肢・補装具等の新規製作の場合及び骨格構造義肢の修理（ソケットの交換等アライメント調整を要する）の場合は、都道府県労働局長が指定した医療機関（以下「義肢採型指導医」という）で採型指導を受けることとなりますので、申請書に希望する採型指導医療機関名を記入して下さい。

希望する製作・修理業者名を、申請書に記入して下さい。

申請を受けた所轄労働局長は、審査を行い、適格者と認められる申請者に対して、「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」様式第2号（1）を交付

します。

所轄労働局長は、採型指導を必要とする場合、申請者が希望する義肢採型指導医療機関へ、「採型指導依頼書」(様式第5号)により、義肢・補装具等の採型指導を依頼します。

採型指導を受けていただく必要がある場合には、申請者は交付された「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に記載されている義肢採型指導医療機関に提示して採型指導を受けることとなります。

採型指導の依頼を受けた義肢採型指導医は、当該義肢等補装具に関する採型を行うとともに、申請者の希望する義肢等補装具業者に対して採型結果に基づいた指導を行います。

なお、車椅子及び電動車椅子の採型指導に当たっては、申請者の障害に応じて必要な種類、部品及び付属品の選択について指導を行います。

義肢等補装具業者は、義肢等補装具を製作または修理した時は、当該義肢等補装具を義肢採型指導医に掲示して検査を受けるものとし、当該義肢採型指導医は、検査の結果、当該義肢等補装具が申請者に適合していると認めた場合には、その旨の「証明書」(様式第7号)を義肢等補装具業者に交付します。

イ 購入(修理)費用請求手続き

義肢等補装具の購入・修理に要した費用については、承認を受けた申請者が、承認を行った都道府県労働局長へ、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」(様式第8号(1))に、「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」(様式第8号(2)~(4))、「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」(写)を添付して請求します。

なお、支給する費用は、業者へ委任払いを行うことができます。

義肢採型指導を要した場合の請求は、義肢採型指導医の交付した適合判定に合格したことを証明する「証明書」(様式第7号)の添付が必要となります。

義肢採型指導に要する費用については、採型指導を行った医療機関が義肢等補装具購入・修理の承認を行った都道府県労働局長へ、「義肢採型指導料請求書」(様式第9号)で請求することとなり、申請者の自己負担はありません。

義肢採型指導料(車椅子及び電動車椅子を除く)の算定方法は、義肢・装具等を装着する1肢につき、健康保険法の規定による診療報酬算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1の医科診療報酬点数表に定める治療装具の採型ギブス等の点数に、労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、次の場合は、各項に掲げる区分を適用します。

(ア) 採寸を行った場合

治療用装具採寸法(1肢につき)

(イ) 手指及び足指切断に係る採型を行った場合

義肢採型法の四肢切断の場合(1肢につき)

(ウ) 硬性以外の体幹装具に係る採型を行った場合

義肢採型法の四肢切断の場合(1肢につき)

(エ) 座位保持装置に係る採型を行った場合

治療用装具採型法の体幹装具

義肢・装具等の採型に伴う診察料、資材費等一切の費用を含めた料金であり、初診料等を別途請求することはできません。

また、車椅子及び電動車椅子の義肢採型指導料の算定は、診療情報提供料（ ）の点数に、労災診療単価を乗じて得た額とします。

ウ 義肢採型指導医の指定を受けるための手続等

手続

義肢採型指導医の指定を受けようとする医療機関は、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に「義肢採型指導委託申請書」(様式第6号)提出する。

申請には、次の書類の添付が必要となります。

(ア) 医療機関の概要

(イ) 医療機関全体の平面図及び配置図

(ウ) 義肢採型指導担当医の医師免許証(写)、略歴及び国立障害者リハビリテーションセンター学院の実施する義肢装具等適合判定医師研修会(以下「研修会」という)の修了証(写)

指定要件

(ア) 労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター又は労災指定医療機関で、整形外科診療若しくは主としてリハビリテーション医療を行う医療機関であること。

(イ) 上記(ア)の医療機関において、整形外科又はリハビリテーション医療について2年以上の専門研究の経験を有し、かつ、その期間も含め5年以上の臨床経験を有するものであって、「研修会」を修了した医師が、実際に義肢装具の採型指導を行うものであること。

(ウ) 厚生労働省労働基準局長が定める義肢採型指導料の額で義肢採型指導を行うものであること。

(6) 旅費の支給

ア 対象者

義肢、上肢装具、下肢装具、靴型装具、体幹装具、保持装置、車椅子、電動車椅子又はかつらの採型若しくは装着のため旅行する者

筋電動義手に係る装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定のため旅行する者

能動式義手に係る装着訓練のため旅行する者

義眼の装嵌のため旅行する者

眼鏡(コンタクトレンズに限る。)又は浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査のため旅行する者

人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る。)の修理のため旅行する者

イ 範囲

旅費として支給する費用は、一般に必要と認められるもので、申請者が現実に支出する費用とし、その範囲は、日本国内の旅行であって必要と認められる限り、回数に制限を付さないものとする。

自家用自動車を使用して移動した場合であって、実費の算定が困難な場合の費用は、1キロメートルにつき37円とし、路程の算定は、当該地域の地理的条件に照らして、最も合理的と認められる経路及びキロ数による。

移動に要する費用のほか、宿泊を要した費用については、地理的事情等により宿

泊の必要が認められる場合に限り、1夜につき13,000円(北海道)の範囲内における実費額(飲酒、遊興費、その他これらに類する費用を除く)とする。

旅費の支給について、要綱の規定により難しい事情がある場合には、旅費法及び同法の運用の方針に準じ、最も経済的と認められる経路及び方法により旅行した場合における旅費を支給する。

ウ 手続

旅費の支給を受けようとする者は、「義肢等補装具旅費支給申請書」(様式第10号(1))を所轄局長に提出します。

所轄局長は、当該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うえ承認決定を行い、「義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定のお知らせ」(様式第10号(2))により通知します。

第 五 部

労災保険二次健康診断等給付の概要

1 二次健康診断等給付の概要

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法に基づく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、『過労死』等〔業務上の事由による脳血管疾患及び心臓疾患の発生（以下「脳・心臓疾患」といいます。）〕に関連する一定の項目について、異常の所見があると診断された場合に、労働者の請求に基づき、二次健康診断及び特定保健指導を給付します。

2 支給基準

二次健康診断は、以下の（１）～（５）のすべてに該当する場合に支給します。

（１）一次健康診断の結果、～すべてに、医師による異常所見が認められること

血圧の測定

血中脂質検査

血糖検査

腹囲の検査又はBMI（肥満度）の測定 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \{\text{身長 (m)} \times \text{身長 (m)}\}$

一次健康診断の担当医師により、～の項目において「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、労働者の就業環境等を総合的に勘案し、異常の所見が認められると診断した場合には、産業医等の意見を優先して、異常の所見があるとみなします。

（２）脳・心臓疾患の症状を有していないこと

（３）労災保険の特別加入者でないこと

（４）二次健康診断等給付の請求が、一次健康診断受診日から３か月以内であること

（５）当該年度内に二次健康診断等給付を受けていないこと

3 給付の内容・支給方法

（１）二次健康診断

空腹時血中脂質検査

空腹時血糖値検査

ヘモグロビンA1c検査（一次健康診断で行われていた場合は除く）

負荷心電図検査又は胸部超音波検査（心エコー検査）のいずれか一方の検査

頸部超音波検査（頸部エコー検査）

微量アルブミン尿検査（一次健康診断の尿蛋白検査で、疑陽性（±）又は弱陽性（+）の所見があると診断された場合に限る）

（２）特定保健指導

二次健康診断の結果、脳・心臓疾患を発症していないと診断した場合に限り、脳・心臓疾患の発症を予防するため、二次健康診断の結果に基づき、医師又は保健師の面接により、次の指導のすべてを行います。

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）

生活指導（飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に関する指導）

（3）支給方法

労災病院又は都道府県労働局長が指定する病院若しくは診療所（以下「健診給付病院等」といいます。）において、直接、二次健康診断及び特定保健指導を支給（現物給付）することにより行います。

4 請求方法等

（1）二次健康診断等給付請求について

二次健康診断等給付を受けようとする労働者は、「二次健康診断等給付請求書（様式第16号の10の2）」等を、二次健診給付医療機関を經由し、労働者の所属する事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出します。

請求に必要な書類

- ・二次健康診断等給付請求書（様式第16号の10の2）

添付書類 「一次健康診断結果票（写）」

一次健康診断において、4項目（血圧、血中脂質、血糖、腹囲の検査又はBMI）のすべてに異常の所見があると診断されたことを証明できる書類。

（受診年月日、病院名、担当医名が記載されているもの。）

請求にかかる留意事項

- ・請求人は、労働者（受診者）となります。
- ・請求は、一次健康診断受診日から3か月以内に限られます。
一次健康診断受診日から3か月以内に、二次健診医療機関に給付請求書を提出し、申し込みをすると、受診が一次健康診断日から3か月を超えても支給対象となります。
- ・請求は、1年度内（4月1日～翌年3月31日）に、1回に限りできます。

請求書の記載にかかる留意事項

- ・二次健康診断受診年月日欄
検査が複数の日にわたって行われた場合は最初の日を記入して下さい。
- ・請求年月日欄
二次健康診断等給付請求書を医療機関に提出した日を記入して下さい。
- ・一次健康診断結果欄（血糖検査）
血糖値検査とヘモグロビンA1c検査の両検査を行った場合には、検査方法欄は、3（ヘモグロビンA1c検査）と記入して下さい。異常所見欄には、医師診断（判定）意見を記入して下さい。
- ・事業主証明欄
必ず、事業主の証明（事業主の記名押印）を受けて下さい。
労働者の所属事業場の名称・所在地欄は、労働者が直接所属する事業場で、一括継続事業承認を受けている支店、工場等の場合に、その名称記入して下さい。

（2）二次健康診断等費用請求について

二次健診給付医療機関は、二次健康診断等給付に要した費用にかかる請求書等を、健診医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出します。

費用請求に必要な書類

- ・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）
- ・二次健康診断等費用請求内訳書（二機様式第2号）
- ・二次健康診断等給付請求書（様式第16号の10の2）

添付書類 「一次健康診断結果票（写）」

費用請求書等の提出先

直接、北海道労働局（労働基準部労災補償課）に提出して下さい。

費用請求書等の提出期日

- ・健康診断等を実施した月の翌月10日迄に提出して下さい。
- ・費用請求書は、実施月毎に作成して下さい。

費用の算定方法

実施した検査項目の組合せにより金額が定められていますので、「健診費用算定組合せ表」（労災保険二次健康診断等給付担当規程の別紙）により算定して下さい。

「健診費用算定組合せ表」は、最終ページに掲載しています。

費用請求書等の記載にかかる留意事項

- ・費用請求書……受付年月日欄は、記入不要です。
請求年月欄は、添付された費用請求内訳書の二次健診受診日の属する年月を記入して下さい。
- ・費用請求内訳書……健診給付病院等の番号、名称欄、事業の名称・所在地を、記入して下さい。

5 二次健康診断等の実施にかかる留意事項

(1) 二次健診医療機関として指定を受けていることを確認すること。

(2) 受診者（労働者）について、二次健康診断等給付の受給資格があることを確認した後、実施すること。

確認事項は、

- ・労働者が提出する「事業主の証明を受けた二次健康診断等給付請求書」の一次健康診断結果欄、「受診年月日・健診結果・病院名・担当医名が記載されている一次健康診断結果票」（写）及び産業医意見（二次健康診断等給付請求書裏面の証明を含む）において、4項目（血圧、血中脂質、血糖、腹囲の検査又はBMIの測定）のすべてに異常の所見があると診断されていること。
- ・脳・心臓疾患の症状を有していないこと。
- ・労災保険の特別加入者でないこと。
- ・一次健康診断受診年月日から3か月以内に給付請求書が提出されていること。
- ・当該年度内に、二次健康診断等給付を受けていないこと。

(3) 二次健康診断検査項目(1~6)のうち、下記検査以外は、必ず実施すること。

- ・ヘモグロビンA1c検査は、一次健康診断で実施していない場合に限り実施すること。
- ・微量アルブミン尿検査は、一次健康診断の尿蛋白検査で、(±)又は(十)と診断された場合に限り実施すること。

(4) 特定保健指導は、二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していないと診断された場合に限り、栄養・運動・生活指導のすべてを行うこと。

(5) 二次健康診断等の受診結果(費用請求内訳書4枚複写の2~3枚目)は、二次健診等医療機関から受診者へ交付し、3枚目の事業主提出用は、受診者から事業主へ提出します。

6 二次健康診断等を行う医療機関

二次健康診断等給付を行う健診給付医療機関となるには、都道府県労働局長による指定を受けることが必要となります。

なお、現在、労災指定を受けている医療機関であっても、健診給付医療機関としての指定が必要となります。

(1) 指定手続

健診給付医療機関の指定を受けることを希望する医療機関の開設者は、医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に「労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書」と添付書類を提出することとなります。

(2) 指定選考基準

二次健康診断等給付に相応した次の医療器具を具備していること。

- ・血液検査器具(低比重リポ蛋白コレステロール、高比重リポ蛋白コレステロール、血清トリグリセライドの量、血中グルコースの量、ヘモグロビンA1cの検査を行うことができるもの)
- ・負荷心電図に係る装置(トレッドミル法、エルゴメーター法またはマスター法に限ります。)
- ・尿検査器具
- ・画像診断用超音波装置(頸部及び心臓を診察できるもの)

血液検査及び尿検査器具により行った採血及び採尿を分析する器具を具備する必要はありません。

次に説明する の要件を満たせば、画像診断用超音波装置を具備しなくとも、差し支えありません。

担当する医師、保健師が労災保険及び産業保健に関する知識を有しており、二次健康診断等に積極的な協力ができること。

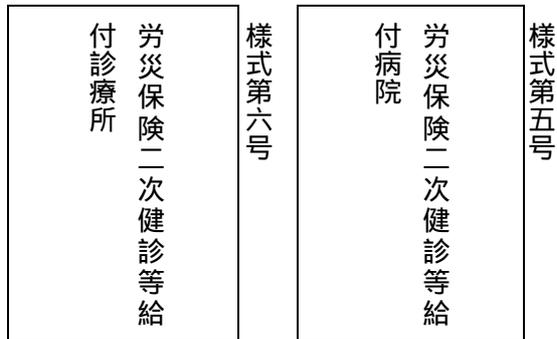
二次健康診断等の結果等の記録及び保存が適切に行われること。

二次健康診断の受診が相当に見込まれること。

健康診断の精度が高く信頼できるものであること。

胸部超音波検査及び頸部超音波検査を委託する場合は、他の適当な健診給付医療機関を紹介できる体制が整っていること。また、委託した場合の費用分配等についての的確な経理管理ができる体制が整っていること。

参考



縦 10センチメートル

横 5.5センチメートル

地色 緑

文字 白

労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書

病院 (診療所)	指定番号							* 労災指定医療機関以外は記入する 必要 がありません。
	フリガナ							
	名 称							
	フリガナ							
	所在地							
	フリガナ							
	開設者							
	診療科							
労災保険指定医療機関は開設者、診療科の記入は不要です。								

上記の病院（診療所）を労働者災害補償保険法施行規則第 11 条の 3 第 1 項の規定による
労災保険二次健診等給付医療機関として指定されたく、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは「労災保険二次健診等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱
準則」及び「労災保険二次健診等給付担当規程」等の諸条項を遵守し労働者災害補償保険法
第 26 条の規定による二次健康診断等給付に従事することを承諾いたします。

年 月 日

住所

開設者

氏名

北海道労働局長 殿

病院（診療所）施設等概要書

指定病院									* 労災指定医療機関以外は記入する必要がありません。	
名 称								電話 ()	-	
所 在 地								Fax ()	-	
開設責任者	役職者 氏 名									
	住 所									
経営主体	1 国 立		2 公 立		3 社会保険団体		4 公益法人			
	5 医療法人		6 事業場付属		7 その他の法人		8 個 人			
患者の収容施設の具備		有・無								
従業者の状況		二次健康診断等給付に従事する		医師		名				
				内 産業医		名				
				保健婦（士）		名				

検査機器の有無

検査機器の名称

血中脂質検査に係る検査機器	有・無	
血糖検査に係る検査機器	有・無	
ヘモグロビンA1cに係る検査機器	有・無	
負荷心電図検査に係る検査機器	有・無	
胸部超音波検査に係る検査機器	有・無	
頸部超音波検査に係る検査機器	有・無	
微量アルブミン尿検査に係る検査機器	有・無	

労災保険二次健診等給付医療機関
健診費用振込口座登録報告書

指定番号						

郵便番号							
			-				

病院又は診療所名（上段はフリガナ）

病院又は診療所の所在地（上段はフリガナ）

開設者（上段はフリガナ）

金融機関コード	預金の口座番号	預金の種別
		1 普通 2 当座
振込金融機関名	口座名義人（上段はフリガナ）	
振込店舗名		

年 月 日

住 所
申請者
氏 名

北海道労働局長 殿

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

- 第1 任 務
- 第2 二次健康診断等給付の担当の範囲
- 第3 二次健康診断等給付の担当方針
- 第4 受給資格の確認等
- 第5 助 力
- 第6 個人情報保護
- 第7 二次健康診断等の記録の記載及び整理
- 第8 帳簿等の保存
- 第9 通 知

第2章 二次健康診断等の方針

- 第10 二次健康診断等の一般方針

第3章 二次健康診断等給付に関する診療費の請求

- 第11 健診費用の算定方法等
- 第12 健診費用の請求手続き

第4章 健診給付医療機関の取り扱い

- 第13 指定期間等
- 第14 表 示
- 第15 指定の取消し
- 第16 変更事項の届出

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。

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、この規程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。

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。

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検査

(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の蛋白の有無の検査において、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると診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断等給付を行うものとする。

1 二次健康診断に当たっては、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。)に当たっては、懇切丁寧を旨とし、二次健康診断等給付の対象者(以下「給付対象者」という。)に理解し易いように伝達・指導すること。

二次健康診断に当たっては、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とともに、特定保健指導に当たっては、心理的な効果をも上げることができるよう適切な指導をすること。

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。

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。

(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れる必要があると認めた場合、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。

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。

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、目的を明確にするとともに、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わ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。

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、特定保健指導のじっし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。

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、健診給付医療機関は、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製し、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。

(帳簿等の保存)

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「所轄労働局長」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

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、心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。

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。

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)

第12 健診給付医療機関は、第10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。)に二次健康診断等費用請求内訳書(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。

- 1 第2各号に定める検査以外の検査及び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
- 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。

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、その場合の費用分配等については、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り扱い

(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。)を経由する方法によることも可能とする。

(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おいては、管轄労働局長は、その指定を取り消すことができる。

- 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

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管轄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。この場合、管轄監督署長を経由する方法によることも可能とする。

- 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

健診費用算定組合せ表

検査項目	検査の有無(有: 無:×)							
空腹時血中脂質検査								
空腹時血糖値検査								
ヘモグロビンA1c検査		×		×		×		×
1 負荷心電図検査	×	×	×	×				
3 胸部超音波検査					×	×	×	×
頸部超音波検査								
微量アルブミン尿検査			×	×			×	×
1 特定保健指導を行った 場合(円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	22,612
3 特定保健指導を行わない 場合(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当該検査料は支給できない。

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、尿検査の結果が疑陽性(±)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とは、金額が異なるので注意すること。

第 六 部

北海道労働局・各監督署一覧
及び OCR 帳票等用紙送付申込書（見本）

北海道労働局及び各労働基準監督署一覧

局・署名	所在地	郵便番号	電話番号
北海道労働局労働基準部 労災補償課	札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎9階	060 - 8566	011 - 709 - 2311 (合同庁舎代表)
北海道労働局労働基準部 労災補償課分室	札幌市北区北7条西1丁目2番6号 NCO札幌12階	060 - 0807	011 - 716 - 2080
札幌中央労働基準監督署	札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎7階	060 - 8587	011 - 737 - 1193
函館労働基準監督署	函館市新川町25番18号 函館地方合同庁舎1階	040 - 0032	0138 - 87 - 7607
函館労働基準監督署 江差駐在事務所	桧山郡江差町字姥神町167 江差地方合同庁舎2階	043 - 0041	0139 - 52 - 1028
小樽労働基準監督署	小樽市港町5番2号 小樽地方合同庁舎3階	047 - 0007	0134 - 33 - 7651
小樽労働基準監督署 倶知安支署	虻田郡倶知安町南1条東3丁目1 倶知安地方合同庁舎4階	044 - 0011	0136 - 22 - 0206
岩見沢労働基準監督署	岩見沢市5条東15丁目7番地7 岩見沢地方合同庁舎2階	068 - 0005	0126 - 28 - 2422
旭川労働基準監督署	旭川市宮前1条3丁目3番15号 旭川合同庁舎西館6階	078 - 8505	0166 - 99 - 4706
帯広労働基準監督署	帯広市西6条南7丁目3 帯広地方合同庁舎1階	080 - 0016	0155 - 97 - 1245
滝川労働基準監督署	滝川市緑町2丁目5番30号	073 - 8502	0125 - 24 - 7361
北見労働基準監督署	北見市青葉町6番8号 北見地方合同庁舎2階	090 - 8540	0157 - 88 - 3985
室蘭労働基準監督署	室蘭市入江町1番地13号 室蘭地方合同庁舎4階	051 - 0023	0143 - 48 - 4452
釧路労働基準監督署	釧路市柏木町2番12号	085 - 8510	0154 - 45 - 7837
名寄労働基準監督署	名寄市西4条南9丁目16	096 - 0014	01654 - 2 - 3186
留萌労働基準監督署	留萌市大町2丁目12番地 留萌地方合同庁舎1階	077 - 0048	0164 - 42 - 0463
稚内労働基準監督署	稚内市末広5丁目6番1号 稚内地方合同庁舎3階	097 - 0001	0162 - 73 - 0777
浦河労働基準監督署	浦河郡浦河町堺町西1丁目3番31号	057 - 0034	0146 - 22 - 2113
苫小牧労働基準監督署	苫小牧市港町1丁目6番15号 苫小牧港湾合同庁舎2階	053 - 8540	0144 - 88 - 8901
札幌東労働基準監督署	札幌市厚別区厚別中央2条1丁目2番5号	004 - 8518	011 - 894 - 2817

指定医療機関番号	
----------	--

医療機関用

労働者災害補償保険診療費請求書及び内訳書・アフターケア委託費請求書及び内訳書用紙申込書

指定医療機関の名称			
医療機関の所在地等	〒	電話番号	
		担当者名	



単票(用紙が一枚ごとに分かれていて、主に手書きで使用するもの)

種類	帳票番号	物品番号	請求枚数
診療費請求書	3 4 7 2 0	7 2 3 0	枚
入院用(一般)	3 4 7 2 1	7 2 3 1	枚
外来用(一般)	3 4 7 2 2	7 2 3 2	枚
入院用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 3	7 2 3 3	枚
外来用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 4	7 2 3 4	枚

連票

入院用(一般)	3 4 7 2 1	文字大	7 2 3 5	枚
外来用(一般)	3 4 7 2 2	文字大	7 2 3 6	枚
入院用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 3	文字大	7 2 3 7	枚
外来用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 4	文字大	7 2 3 8	枚
入院用(一般)コンピュータ	3 4 7 2 5	文字小	7 2 3 9	枚
外来用(一般)コンピュータ	3 4 7 2 6	文字小	7 2 2 2 0	枚
入院用(傷病年金受給者用)コンピュータ	3 4 7 2 7	文字小	7 2 2 2 1	枚
外来用(傷病年金受給者用)コンピュータ	3 4 7 2 8	文字小	7 2 2 2 2	枚
続 紙			7 2 2 1 3	枚

アフターケア委託費

アフターケア委託費請求書	3 7 7 0 0	8 1 2 0 1	枚
請求内訳書	3 7 7 0 2	8 1 2 0 3	枚
続 紙		8 1 2 1 4	枚

- 1 本様式に種類毎の請求枚数を記入し、切手を貼付した返信用封筒(レターパックを含む)又は宅配便等の着払い伝票を同封の上、下記提出先に郵送してください。(用紙代は無料です。)
- 2 返信用封筒は、A4判用紙を折らずに収納できる定形外封筒をご用意願います。(連票様式の場合は幅に余裕を持たせてください。)
- 3 貼付する切手は下記を参考にしてください。なお、規格外封筒の場合は予め郵便局にお問い合わせください。

普通郵便料(定形外規格内)	180円	270円	320円	レターパック	250g(40枚)超の場合、レターパック(ライト)または着払い宅配便等の利用を推奨します。
重量(厚さ3cm以内)	100gまで	150gまで	250gまで		
目安枚数(単票)	10枚	20枚	40枚	200枚	

- 1 郵便料金は令和6年10月1日現在のものです。改定があったときは読み替えてください。
- 2 用紙の種類、封筒の重さによっては枚数を加減する必要があることを、予めご了承ください。

申込書提出先

〒060-0807 札幌市北区北7条西1丁目2-6 NCO札幌12階
 北海道労働局労働基準部 労災補償課分室
 TEL 011-716-2080

指定薬局番号	
--------	--

調剤薬局用



労働者災害補償保険薬剤費請求書及び内訳書・アフターケア委託費請求書及び内訳書用紙申込書

指定調剤薬局の名称			
薬局の所在地等	〒	電話番号	
		担当者名	

種 類	帳票番号	物品番号	請求枚数
労働者災害補償保険薬剤費請求書	3 4 7 2 9	7 2 2 2 4	枚
薬剤費請求内訳書(一般)	3 4 7 3 0	7 2 2 2 5	枚
薬剤費請求内訳書(傷病年金受給者用)	3 4 7 3 1	7 2 2 2 6	枚
アフターケア委託費請求書(薬局用)	3 7 7 0 1	8 1 2 0 2	枚
アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	3 7 7 1 0	8 1 2 0 5	枚

- 1 本様式に種類毎の請求枚数を記入し、切手を貼付した返信用封筒(レターパックを含む)又は宅配便等の着払い伝票を同封の上、下記提出先に郵送してください。(用紙代は無料です。)
- 2 返信用封筒は、A 4 判用紙を折らずに収納できる定形外封筒をご用意願います。(連票様式の場合は幅に余裕を持たせてください。)
- 3 貼付する切手は下記を参考にしてください。なお、規格外封筒の場合は予め郵便局にお問い合わせください。

普通郵便料(定形外規格内)	180円	270円	320円	レターパック 250g(40枚)超の場合、レターパック(ライト)または着払い宅配便等の利用を推奨します。
重量(厚さ3cm以内)	100gまで	150gまで	250gまで	
目安枚数(単票)	10枚	20枚	40枚	

- 1 郵便料金は令和6年10月1日現在のものです。改定があったときは読み替えてください。
- 2 用紙の種類、封筒の重さによっては枚数を加減する必要があることを、予めご了承ください。

申込書提出先

〒060-0807 札幌市北区北7条西1丁目2-6 NCO札幌12階
 北海道労働局労働基準部 労災補償課分室
 TEL 011-716-2080

R6.10.1改訂

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書及び内訳書用紙申込書

労災指定医療機関番号	写				
指定医療機関の名称				担当者氏名	
医療機関の所在地				TEL	

種 類	帳票番号	(物品番号)	必要とする枚数
二次健康診断等費用請求書	3 8 7 0 0	(7 2 6 1 5)	枚
二次健康診断等費用請求内訳書	3 8 7 0 1	(7 2 6 2 0)	枚
二次健康診断等給付請求書	3 8 5 0 0	(7 2 6 0 0)	枚

『お願い』

- 1 レセプト用紙の申し込みは、請求する用紙の種類毎に所要枚数を記入し、当課宛郵送願います。
- 2 郵送料はご負担していただくこととなりますので、返信用封筒等に宛名を明記し、次の点にご留意のうえ、切手を貼付して申込み願います。
 - (1) 返信用封筒については、A4用紙が折らずに収納できる封筒でお願いします。
レターパック(プラス・ライト)での送付も可能です。
宅配便着払いでの発送も可 (宛先記入の着払伝票等を同封して下さい。)
 - (2) 各種様式の種類の重さの目安は、次のとおりです。
二次健康診断等費用請求書もしくは 二次健康診断等給付請求書
1枚当たり おおよそ6g
二次健康診断等費用請求内訳書は 4枚複写用紙 になっています。
1セット おおよそ17g

申込書提出先

〒060-8566

札幌市北区北8条西2丁目1-1

札幌第一合同庁舎9階

北海道労働局 労働基準部労災補償課

TEL 011-709-2311 内線 3587

第七部

労災診療費算定基準

労災診療費算定マニュアル
(厚生労働省労働基準局補償課)

労災診療費算定マニュアル

令和 7 年 4 月 版

厚生労働省労働基準局補償課

目 次

I 労災診療費算定基準と留意点

1	診療単価	3
2	初診料	3
3	救急医療管理加算	4
4	療養の給付請求書取扱料	5
5	再診料	5
6	外来管理加算の特例	5
7	再診時療養指導管理料	7
8	入院基本料	7
9	入院室料加算	9
10	病衣貸与料	10
11	入院時食事療養費	10
12	コンピューター断層撮影料	11
13	コンピューター断層診断の特例	11
14	リハビリテーション	11
15	リハビリテーション情報提供加算	14
16	初診時ブラッシング料	15
17	四肢に対する特例取扱い	15
18	術中透視装置使用加算	17
19	手指の機能回復指導加算	18
20	固定用伸縮性包帯	18
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	19
22	皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	19
23	処置等の特例	19
24	職業復帰訪問指導料	23
25	精神科職場復帰支援加算	25
26	石綿疾患療養管理料	25
27	石綿疾患労災請求指導料	26
28	労災電子化加算	26
29	職場復帰支援・療養指導料	26
30	社会復帰支援指導料	28
31	振動障害に係る検査料	29
32	文書料	29

II 参考

1	非課税医療機関一覧	31
2	初診料の算定例	32
3	重複算定のできない管理料等	34
4	入院基本料特例取扱点数一覧表	35
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	45
6	入院室料加算における地域区分(甲地)	46
7	運動器リハビリテーション料の算定一覧	47
8	労災リハビリテーション評価計画書	48
9	労災リハビリテーション実施計画書	49
10	四肢に対する特例取扱い(1.5倍・2倍)の点数一覧表	50
11	処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い	69
12	職場復帰プログラムの例	70
13	指導管理箋	71
14	早期社会復帰のための指導項目	75
15	文書料の算定一覧	76

I 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7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。

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6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（31ページ）のとおりです。

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

2 初診料 医科、歯科とも3,850円

初診料については、健保点数表と異なり点数ではなく、上記金額で算定します。労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できます。したがって、既に傷病の診療を継続している期間（災害発生当日を含む。）中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できます。（労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も、初診料3,850円を算定できます。）

ただし、健保点数表（医科に限る。）の初診料の注5ただし書に該当する場合（上記の初診料を算定できる場合及び2つ目の診療科で下記の定額負担料を徴収した場合を除く。）については、1,930円を算定できます。

その他の初診料の算定に係る取扱いについては健保準拠です。

なお、紹介状なしで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収した場合は、1,850円を算定します。

初診料の算定例は、参考2（32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料（1,930円）を算定する場合。
- ⑤ 上記の他、初診料が算定できない場合。

注 健康保険では「救急医療管理加算1」（1,050点）と「救急医療管理加算2」（420点）に区分されていますが、労災診療費算定基準に定める救急医療管理加算（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せん。

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）等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）等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。

5 再診料 1,420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、710円を算定できます。この場合において、夜間・早朝等加算、外来管理加算、時間外対応加算、明細書発行体制等加算等（注4から注8まで、注10から注20に規定する加算）は算定できません。

その他の再診料の算定に係る取扱いについては健保点数表の注8を除き健保準拠です。

なお、歯科、歯科口腔外科の再診について、他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,020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 1,420円を算定
- 2つ目の診療科 710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

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。

ます。

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

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

なお、別に厚生労働大臣が定める検査とは、健保点数表第2章第3部検査第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいいます。

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

注2 四肢に対する処置等に対し1.5倍又は2倍の加算ができる取扱い（四肢加算）が適用される場合は、適用後の特例点数を基準にします。

（例）消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」（四肢）を行った場合

35点×1.5倍＝53点

よって、四肢加算後の特例点数53点が基準となり、外来管理加算の52点は算定できません。

なお、四肢の消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」に四肢加算を行わず、35点として外来管理加算の52点を合算して87点を算定することはできません。

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

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

注5 四肢以外に行った創傷処置（100cm²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 cm²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 cm²未満)を前腕(四肢)に行った場合
52点×1.5(四肢加算)=78点

7 再診時療養指導管理料 920円

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

注1 同一月において重複算定できない管理料等は、参考3(34ページ)のとおりです。

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

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4:35ページ参照)

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(45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
 $(A \times C \times 1.30) + (B \times C)$ 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。

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

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（46ページ））

なお、同法及び同規則の改正により、地域及び級地区分が見直され、令和7年4月1日より施行されることとなりましたが、当面の間、従前のお取り扱いとします。

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。

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。

11 入院時食事療養費

入院時食事療養費については、平成18年3月6日付け厚生労働省告示第99号（最終改正：令和7年2月20日）（以下「99号告示」という。）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第1食事療養」に定める金額の1.2倍により算定する（10円未満の端数は四捨五入）こととしていますが、具体的には次の金額となります。

(1) 入院時食事療養（Ⅰ）1食につき

① ②以外の食事療養を行う場合 830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 750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 670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 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。

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せん。

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遡減制については、適用しません。

(例1) 同一月に1回目CT撮影口、2回目CT撮影口を行った場合。

1回目	CT撮影口	900点 (+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

(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 (+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

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

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

14 リハビリテーション

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

ア	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		250点
	（イ）作業療法士による場合		250点
	（ウ）医師による場合		250点
	（エ）看護師による場合		250点
	（オ）集団療法による場合		250点
イ	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		125点
	（イ）作業療法士による場合		125点
	（ウ）医師による場合		125点
	（エ）看護師による場合		125点
	（オ）集団療法による場合		125点
ウ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		250点
	（イ）作業療法士による場合		250点
	（ウ）言語聴覚士による場合		250点
	（エ）医師による場合		250点
エ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		200点
	（イ）作業療法士による場合		200点
	（ウ）言語聴覚士による場合		200点
	（エ）医師による場合		200点
オ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		100点
	（イ）作業療法士による場合		100点
	（ウ）言語聴覚士による場合		100点
	（エ）医師による場合		100点
	（オ）（ア）から（エ）まで以外の場合		100点
カ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		250点
	（イ）作業療法士による場合		250点
	（ウ）言語聴覚士による場合		250点
	（エ）医師による場合		250点
キ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		200点
	（イ）作業療法士による場合		200点
	（ウ）言語聴覚士による場合		200点
	（エ）医師による場合		200点
ク	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		100点
	（イ）作業療法士による場合		100点
	（ウ）言語聴覚士による場合		100点
	（エ）医師による場合		100点
	（オ）（ア）から（エ）まで以外の場合		100点
ケ	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合		190点
	（イ）作業療法士による場合		190点
	（ウ）医師による場合		190点

コ	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合	180点
	（イ）作業療法士による場合	180点
	（ウ）医師による場合	180点
サ	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合	85点
	（イ）作業療法士による場合	85点
	（ウ）医師による場合	85点
	（エ）（ア）から（ウ）まで以外の場合	85点
シ	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合	180点
	（イ）作業療法士による場合	180点
	（ウ）言語聴覚士による場合	180点
	（エ）医師による場合	180点
ス	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	
	（ア）理学療法士による場合	85点
	（イ）作業療法士による場合	85点
	（ウ）言語聴覚士による場合	85点
	（エ）医師による場合	85点

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

健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注5、注6及び注7（注6及び注7は脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に限る。）については、適用しません。

（2）入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を含む。）を算定すべきリハビリテーションを行った場合、又は医療機関外において、疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を含まない。）を算定できる訓練に関するリハビリテーションを行った場合は、ADL加算として、1単位につき30点を所定点数に加算して算定できます。（参考7（47ページ））

（3）健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算については、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5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（48ページ））を診療費請求内訳書に添付して提出することを求めることとなります。

注2 早期リハビリテーション加算が算定できる傷病労働者に対し、初期加算、ADL加算、急性期リハビリテーション加算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。

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る。）を、傷病労働者の同意を得て添付した場合に算定できます。

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

(2) 労災リハビリテーション実施計画書は、参考9（49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、傷病労働者自ら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。）とは重複算定はできません。

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。

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 3,090 点
 - ② 筋肉、臓器に達しないもの
 - 長径 5 cm 未満 530 点
 - 長径 5 cm 以上 10 cm 未満 950 点
 - 長径 10 cm 以上 1,480 点
- 注 筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいいます。

(2) 指の骨折非観血的整復術

手の指の骨折非観血的整復術については、次に掲げる点数で算定します。

指 1 本	2,880 点	(1,440 点 × 2.0 倍)	さらに四肢加算 することはできません。
指 2 本	4,320 点	(2,880 点 + 1,440 点)	
指 3 本	5,760 点	(4,320 点 + 1,440 点)	
指 4 本	7,200 点	(5,760 点 + 1,440 点)	
指 5 本	7,200 点	(1,440 点 × 5.0 倍)	

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

(3) 処置、手術及びリハビリテーションについての特例

1.5 倍 (2.0 倍)

- ① 四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に対し、次に掲げる処置、手術及びリハビリテーションの点数は、健保点数（リハビリテーションについては 14 のア～スの所定点数）の 1.5 倍として算定できます。（1 点未満切上げ）

(処置)

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

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

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

(手術)

エ 創傷処理、デブリードマン

ただし、手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）は、前記（1）による。

オ 皮膚切開術

カ 筋骨格系・四肢・体幹の手術

ただし、手の指の骨折非観血的整復術は、前記（2）による。

キ 神経、血管の手術
 (リハビリテーション)
 ク 疾患別リハビリテーション

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

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

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

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

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

注 2 健保点数の 2.0 倍として算定できるのは、手（手関節以下）、手の指に係る処置・手術のみです。
 足の指の処置は 1.5 倍です。

注 3 植皮術、皮膚移植術等の形成手術は、特例取扱いの対象になりません。

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

注 5 特例取扱いの対象となる処置、手術及びリハビリテーションの所定点数の 1.5 倍（2.0 倍）後の点数は一覧表（参考 10（50 ページ））のとおりです。

18 術中透視装置使用加算 220点

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

イ「脊椎」の経皮的椎体形成術（K142-4）又は脊椎固定術、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。

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

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

注2 本加算は、四肢に対する特例取扱いの対象にはなりません。

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

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

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。

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。

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。

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「J200 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。

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11：69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
<hr/>			
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
<hr/>			
「湿布処置」+（介達牽引+「手技による療法」（計2部位））			
			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
<hr/>			
「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」となりません。

（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するよう医療機関に指導してください。

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。

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職のための作業訓練又は事業場を目的地とする通勤のための移動手段の獲得訓練を行い、診療録に訪問指導の日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載した場合は、訪問指導１回につき２回を限度に職業復帰訪問訓練加算として１日につき４００点を職業復帰訪問指導料の所定点数に加算して算定できます。

- 注１ 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。
 看護師と准看護師が共同して訪問指導を行った場合は、３８０点の加算は算定できません。
- 注２ ソーシャルワーカーとは、社会福祉士及び精神保健福祉士をいいます。
- 注３ 事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含まれます。
- 注４ 入院中又は通院中における算定については、指導の実施日に算定します。
- 注５ 職業復帰訪問訓練加算の算定要件及び実施上の留意事項は以下のとおりです。
- ① 算定要件
- ア 入院期間が１月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。
- イ 傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練（以下「作業訓練」という。）及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練（以下「通勤訓練」という。）であること。
- ウ 作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。
- エ 作業訓練の実施時間は２０分以上（ただし、原則６０分を上限とする。）であること。
- オ 通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。
- カ 訪問指導と同一日又は訪問指導の日から１月以内に作業訓練又

は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う場合にあつては、当該事業場へ到着の際に事業主へ訓練の状況について報告を行うこと。

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

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

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

② 実施上の留意事項

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

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つて、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つて、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（70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(34ページ)のとおりです。

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（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。

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8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（71～74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) 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回を限度とします。

ただし、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とし、回数の制限はありません。その際、4回目以降は4回目の点数とします。

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

回につき600点を算定することができます。

- ①事業主又は産業医から治療上望ましい配慮等について助言を取得すること。
- ②助言を踏まえて、医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うこと。
- ③傷病労働者に対して、治療計画変更の必要性の有無や具体的な内容等について、説明を行うこと。

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

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、社会福祉士及び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。

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(75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 つまみ力検査 タッピング検査	片手、両手にかかわらず60点 片手、両手にかかわらず60点 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

取扱いについては参考15（76ページ）のとおりです。

Ⅱ 参 考

参考1

非課税医療機関一覧

(令和6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

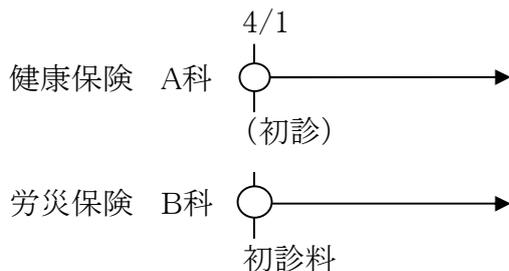
(※2)診療月の属する会計年度の前々年度(事業年度が会計年度と異なるときは診療月の属する会計年度当初において既に確定申告を行った直近の事業年度)の医療保健業について、当該法人等が非課税医療機関に該当するとして確定申告を行ったもの

初診料の算定例

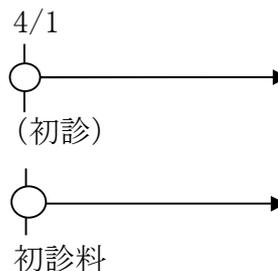
○:当科における最初の受診日、●:当科における2回目以降の受診日

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



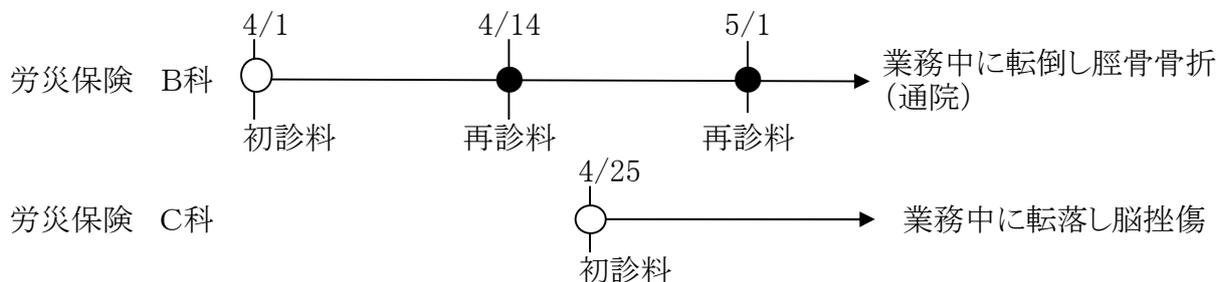
(2)労災保険が主傷病の場合



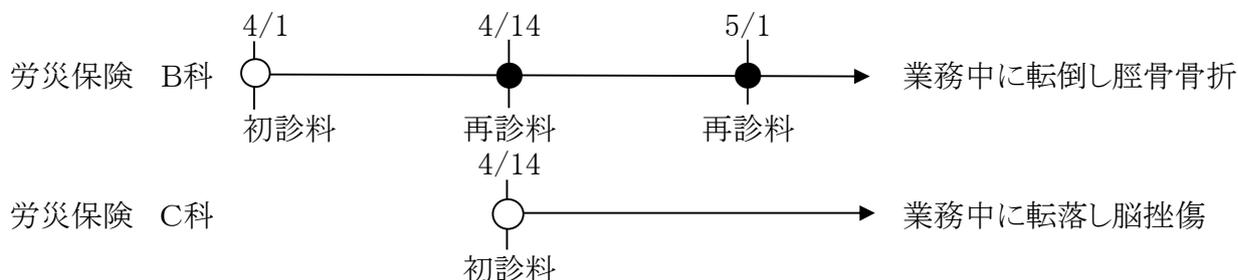
(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料(3,850円)が算定できる。

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



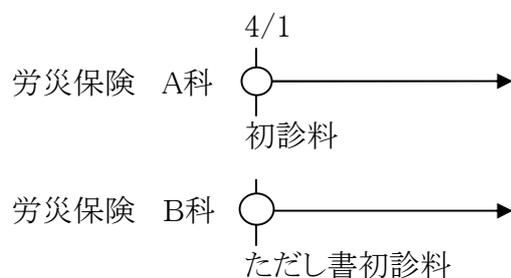
(2)労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一日の場合



(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(3,850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。

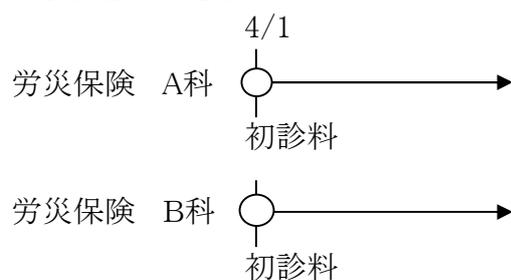
3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合

(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(1,930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(3,850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	C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料
	てんかん指導料	C108-4	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	在宅喉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	心身医学療法
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	I016	精神科在宅患者支援管理料
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	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
C108	在宅麻薬等注射指導管理料		

参考 4

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	1,688 点	7 : 1 以上 70%以上	16日以内	2,194 点	1,705 点
急性期一般入院料 2	1,644 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,137 点	1,660 点
急性期一般入院料 3	1,569 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,040 点	1,585 点
急性期一般入院料 4	1,462 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,901 点	1,477 点
急性期一般入院料 5	1,451 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,886 点	1,466 点
急性期一般入院料 6	1,404 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,825 点	1,418 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	1,176 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,529 点	1,188 点
地域一般入院料 2	1,170 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,521 点	1,182 点
地域一般入院料 3	1,003 点	15 : 1 以上 40%以上	60日以内	1,304 点	1,013 点

特別入院基本料	612 点	上記各区分の要件等に該当しない医療機関		796 点	618 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 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
入院料 1	1,964 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	2,553 点	1,984 点
入院料 2	1,909 点			2,482 点	1,928 点
入院料 3	1,621 点			2,107 点	1,637 点
入院料 4	1,692 点			2,200 点	1,709 点
入院料 5	1,637 点			2,128 点	1,653 点
入院料 6	1,349 点			1,754 点	1,362 点
入院料 7	1,644 点			2,137 点	1,660 点
入院料 8	1,589 点			2,066 点	1,605 点
入院料 9	1,301 点			1,691 点	1,314 点
入院料 10	1,831 点			2,380 点	1,849 点
入院料 11	1,776 点			2,309 点	1,794 点
入院料 12	1,488 点			1,934 点	1,503 点
入院料 13	1,455 点			1,892 点	1,470 点
入院料 14	1,427 点			1,855 点	1,441 点
入院料 15	1,273 点			1,655 点	1,286 点
入院料 16	1,371 点			1,782 点	1,385 点
入院料 17	1,343 点			1,746 点	1,356 点
入院料 18	1,189 点			1,546 点	1,201 点
入院料 19	1,831 点			2,380 点	1,849 点
入院料 20	1,776 点			2,309 点	1,794 点
入院料 21	1,488 点			1,934 点	1,503 点

入院料 2 2	1,442 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	1,875 点	1,456 点
入院料 2 3	1,414 点			1,838 点	1,428 点
入院料 2 4	1,260 点			1,638 点	1,273 点
入院料 2 5	983 点			1,278 点	993 点
入院料 2 6	935 点			1,216 点	944 点
入院料 2 7	830 点			1,079 点	838 点
入院料 2 8	1,831 点			2,380 点	1,849 点
入院料 2 9	1,776 点			2,309 点	1,794 点
入院料 3 0	1,488 点			1,934 点	1,503 点

療養病棟入院料 2

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院料 1	1,899 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	2,469 点	1,918 点
入院料 2	1,845 点			2,399 点	1,863 点
入院料 3	1,556 点			2,023 点	1,572 点
入院料 4	1,627 点			2,115 点	1,643 点
入院料 5	1,573 点			2,045 点	1,589 点
入院料 6	1,284 点			1,669 点	1,297 点
入院料 7	1,579 点			2,053 点	1,595 点
入院料 8	1,525 点			1,983 点	1,540 点
入院料 9	1,236 点			1,607 点	1,248 点
入院料 1 0	1,766 点			2,296 点	1,784 点
入院料 1 1	1,712 点			2,226 点	1,729 点
入院料 1 2	1,423 点			1,850 点	1,437 点
入院料 1 3	1,389 点			1,806 点	1,403 点

入院料 1 4	1,362 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	1,771 点	1,376 点
入院料 1 5	1,207 点			1,569 点	1,219 点
入院料 1 6	1,305 点			1,697 点	1,318 点
入院料 1 7	1,278 点			1,661 点	1,291 点
入院料 1 8	1,123 点			1,460 点	1,134 点
入院料 1 9	1,766 点			2,296 点	1,784 点
入院料 2 0	1,712 点			2,226 点	1,729 点
入院料 2 1	1,423 点			1,850 点	1,437 点
入院料 2 2	1,376 点			1,789 点	1,390 点
入院料 2 3	1,349 点			1,754 点	1,362 点
入院料 2 4	1,194 点			1,552 点	1,206 点
入院料 2 5	918 点			1,193 点	927 点
入院料 2 6	870 点			1,131 点	879 点
入院料 2 7	766 点			996 点	774 点
入院料 2 8	1,766 点			2,296 点	1,784 点
入院料 2 9	1,712 点			2,226 点	1,729 点
入院料 3 0	1,423 点			1,850 点	1,437 点
特別入院基本料	582 点	上記要件等に該当しない医療機関	757 点	588 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	1,677点	7:1以上 70%以上		2,180点	1,694点
10対1入院基本料	1,405点	10:1以上 70%以上		1,827点	1,419点
13対1入院基本料	1,182点	13:1以上 70%以上		1,537点	1,194点
15対1入院基本料	1,013点	15:1以上 40%以上		1,317点	1,023点
18対1入院基本料	868点	18:1以上 40%以上		1,128点	877点
20対1入院基本料	819点	20:1以上 40%以上		1,065点	827点
特別入院基本料	586点	上記各区分の要件等に該当しない医療機関		762点	592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	1,306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	1,698点	1,319点
13対1入院基本料	973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	1,265点	983点
15対1入院基本料	844点	15:1以上 40%以上	—	1,097点	852点
18対1入院基本料	753点	18:1以上 40%以上	—	979点	761点
20対1入院基本料	697点	20:1以上 40%以上	—	906点	704点
特別入院基本料	566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		736点	572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 看護師比率	平均在院日数 G A F 尺度等	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
一般病棟	7対1入院基本料	1,822点	7:1以上 70%以上	26日以内 —	2,369点	1,840点
	10対1入院基本料	1,458点	10:1以上 70%以上	28日以内 —	1,895点	1,473点
結核病棟	7対1入院基本料	1,822点	7:1以上 70%以上	—	2,369点	1,840点
	10対1入院基本料	1,458点	10:1以上 70%以上	—	1,895点	1,473点
	13対1入院基本料	1,228点	13:1以上 70%以上	—	1,596点	1,240点
	15対1入院基本料	1,053点	15:1以上 70%以上	—	1,369点	1,064点
精神病棟	7対1入院基本料	1,551点	7:1以上 70%以上	40日以内 G A F 尺度30以下の 患者が5割以上	2,016点	1,567点
	10対1入院基本料	1,393点	10:1以上 70%以上	40日以内 G A F 尺度30以下の 患者が5割以上	1,811点	1,407点
	13対1入院基本料	1,038点	13:1以上 70%以上	80日以内 G A F 尺度30以下又 は身体合併症を有す る患者が4割以上	1,349点	1,048点
	15対1入院基本料	948点	15:1以上 70%以上	—	1,232点	957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	2週間超
		看護師比率		(1.30倍)	(1.01倍)
7対1入院基本料	1,705点	7:1以上 70%以上	28日以内	2,217点	1,722点
10対1入院基本料	1,421点	10:1以上 70%以上	33日以内	1,847点	1,435点
13対1入院基本料	1,191点	13:1以上 70%以上	36日以内	1,548点	1,203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	2週間超
		看護師比率		
7対1入院基本料	1,637点	7:1以上 70%以上	2,128点	1,653点
10対1入院基本料	1,375点	10:1以上 70%以上	1,788点	1,389点
13対1入院基本料	1,155点	13:1以上 70%以上	1,502点	1,167点
15対1入院基本料	1,010点	15:1以上 40%以上	1,313点	1,020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	932 点	看護職員 7人以上	1,212 点	
15日以上30日以内	724 点			731 点
31日以上	615 点			621 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	835 点	看護職員 4人以上7人未満	1,086 点	
15日以上30日以内	627 点			633 点
31日以上	566 点			572 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	616 点	看護職員 1人以上4人未満	801 点	
15日以上30日以内	578 点			584 点
31日以上	544 点			549 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	838 点	看護職員 7人以上	1,089 点	
15日以上30日以内	652 点			659 点
31日以上	552 点			558 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	750 点	看護職員 4人以上7人未満	975 点	
15日以上30日以内	564 点			570 点
31日以上	509 点			514 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	553 点	看護職員 1人以上4人未満	719 点	
15日以上30日以内	519 点			524 点
31日以上	490 点			495 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	1,073 点	4 : 1 以上	4 : 1 以上	1,395	1,084 点
入院基本料B	960 点			1,248	970 点
入院基本料C	841 点			1,093	849 点
入院基本料D	665 点			865	672 点
入院基本料E	575 点			748	581 点
特別入院基本料	493 点	上記要件等に該当しない医療機関		641	498 点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

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

参考

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	
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	経腸栄養管理加算(7日限度)	300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 1	80点			
	看護補助体制充実加算 2	65点			
	看護補助体制充実加算 3	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	精神保健福祉士配置加算	30点	14日以内の期間の加算	465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	
			重度認知症加算(1月以内の期間)	300点	
特定機能病院入院基本料	看護必要度加算 1	55点	一般病棟14日以内の期間の加算	712点	
	看護必要度加算 2	45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 3	25点	結核病棟30日以内の期間の加算	330点	
	入院栄養管理体制加算	270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	
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			
	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	夜間看護体制加算	161点	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 1(14日以内の期間)	176点	
			看護補助体制充実加算 2(14日以内の期間)	161点	
			看護補助体制充実加算 3(14日以内の期間)	151点	
			看護補助体制充実加算 1(15日以上30日以内の期間)	151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	1,000点 又は2,000点	
	看護配置加算 1	60点	介護障害連携加算 1	192点	
	看護配置加算 2	35点	介護障害連携加算 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	1,000点 又は2,000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6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、東大和市
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、平群町
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 upper limb: 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(□構音障害, □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:) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施										
活動	自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」						
		自	監	部	全	非	独	監	一	全	非	
	ADL・ASL等	立	視	助	介	実	立	視	助	介	実	
	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: □無, □有(時間帯:) 理由) 日中座位: □椅子, □車椅子, □ベッド上, □キャッチアップ												
参加	職業(□無職, □病欠中, □休職中, □発症後退職, □退職予定) 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 □現職復帰 □転職 □その他: 経済状況:				社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)							
目標	復職 □現職復帰 □転職 □不可 □その他: 仕事内容の変更 □無 □有: 通勤方法の変更 □無 □有: 職場復帰に向けた目標:				本人の希望							
					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 (足部 (踵を除く。)) の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍)	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)	337	506	674
	熱傷処置 (3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満)	630	945	1,260
	熱傷処置 (6,000cm ² 以上)	1,875	2,813	3,750
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)	70	105	140
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)	100	150	200
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)	62	93	
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	3,090	4,635	6,180
	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）	2,270	3,405	4,540
K002	デブリードマン（100cm ² 未満）	1,620	2,430	3,240
	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）	2,350	3,525	4,700
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）	8,490	12,735	
	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）	27,740	41,610	
	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（手、足）	14,800	22,200	29,600
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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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）	1,840	2,760	
	骨折非観血的整復術（前腕、下腿）	2,040	3,060	
	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
K046	骨折観血的手術（肩甲骨、上腕、大腿）	21,630	32,445	
	骨折観血的手術（前腕、下腿、手舟状骨）	18,370	27,555	36,740
	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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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）	5,930	8,895	11,860
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）	36,600	54,900	/
	骨悪性腫瘍手術（前腕、下腿）	35,000	52,500	/
	骨悪性腫瘍手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	25,310	37,965	50,620
K053-2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 1 2センチメートル以内のもの	15,000	22,500	30,000
	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2 2センチメートルを超えるもの	21,960	32,940	43,920
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	/
K055-4	大腿骨遠位骨切り術	33,830	50,745	/
K056	偽関節手術（肩甲骨、上腕、大腿）	30,310	45,465	/

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	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
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）	1,470	2,205	2,940
	関節切開術（肩鎖、指（手、足））	780	1,170	1,560
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（観血的に行うもの）	8,640	12,960	/
	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（関節鏡下で行うもの）	12,720	19,080	/
K060-3	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩、股、膝）	20,020	30,030	/
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（胸鎖、肘、手、足）	13,130	19,695	26,260
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩鎖、指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K061	関節脱臼非観血的整復術（肩、股、膝）	1,800	2,700	/
	関節脱臼非観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	1,560	2,340	3,120
	関節脱臼非観血的整復術（肩鎖、指（手、足）、小児肘内障）	960	1,440	1,920
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（リーメンビューゲル法）	2,050	3,075	/
	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（その他）	3,390	5,085	/
K063	関節脱臼観血的整復術（肩、股、膝）	28,210	42,315	/

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	関節脱臼靱血の整復術（胸鎖、肘、手、足）	18,810	28,215	37,620
	関節脱臼靱血の整復術（肩鎖、指（手、足））	15,080	22,620	30,160
K064	先天性股関節脱臼靱血の整復術	23,240	34,860	
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
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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	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	
K069-4	関節鏡下半月板制動術	21,700	32,550	
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	関節内骨折観血の手術（肩、股、膝、肘）	20,760	31,140	
	関節内骨折観血の手術（胸鎖、手、足）	17,070	25,605	34,140
	関節内骨折観血の手術（肩鎖、指（手、足））	11,990	17,985	23,980
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血の手術（肩、股、膝、肘）	27,720	41,580	
	関節鏡下関節内骨折観血の手術（胸鎖、手、足）	22,690	34,035	45,380
	関節鏡下関節内骨折観血の手術（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
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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K076-2	関節鏡下関節授動術（肩、股、膝）	46,660	69,990	/
	関節鏡下関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	33,850	50,775	67,700
	関節鏡下関節授動術（肩鎖、指（手、足））	10,150	15,225	20,300
K076-3	関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）	54,810	82,215	/
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
K077-2	肩甲骨烏口突起移行術	27,380	41,070	/
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
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	/
	関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの	46,370	69,555	/

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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
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	
K082-7	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	43,260	64,890	
K083	鋼線線による直達牽引（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	2,330	3,495	
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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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）	1,470	2,205	2,940
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
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
K099	指癒痕拘縮手術	8,150	12,225	16,300
K099-2	デュブイトレン拘縮手術（1指）	10,430	15,645	20,860
	デュブイトレン拘縮手術（2指から3指）	22,480	33,720	44,960
	デュブイトレン拘縮手術（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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K106	母指化手術	35,610	53,415	71,220
K107	指移植手術	116,670	175,005	233,340
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	腸骨窩膿瘍掻爬術	13,920		
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	17,170		
K117	脊椎脱臼非観血の整復術	2,950		
K117-2	頸椎非観血の整復術	2,950		
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	1,810		
K121	骨盤骨折非観血の整復術	2,950		
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）	3,620		
	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		
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		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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	白蓋形成手術	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	/	/
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	/	/

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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（脊髄くも膜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
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	5,010	7,515	10,020
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	/	/

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	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	ストップエル手術	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	
K196-6	末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）	15,000	22,500	
K197	神経移行術	23,660	35,490	47,320
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）	4,840	7,260	9,680
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	3,590	5,385	
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		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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	/	/
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 静脈転移を伴うもの	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）	26,570	/	/
	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	/	/
	門脈塞栓術（開腹によるもの）	27,140	/	/
	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（その他）	20,480	/	/
K615-2	経皮的動脈遮断術	1,660	/	/
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590	33,885	45,180
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800	/	/
K616-3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	27,500	/	/
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	12,000	18,000	/
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	12,000	18,000	/
K616-5	経皮的血管内異物除去術	14,000	21,000	28,000
K616-6	経皮的下肢動脈形成術	24,270	36,405	/
K616-7	ステントグラフト内挿術（シャント）	12,000	18,000	/
K616-8	吸着式潰瘍治療法（1日につき）	1,680	2,520	/

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	
	下肢静脈瘤手術（静脈瘤切除術）	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）			
	イ 理学療法士による場合	250	375	
	ロ 作業療法士による場合	250	375	
	ハ 医師による場合	250	375	
	ニ 看護師による場合	250	375	
	ホ 集団療法による場合	250	375	
	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）			
	イ 理学療法士による場合	125	188	
	ロ 作業療法士による場合	125	188	
	ハ 医師による場合	125	188	
	ニ 看護師による場合	125	188	
	ホ 集団療法による場合	125	188	
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）			
	イ 理学療法士による場合	250	375	
	ロ 作業療法士による場合	250	375	
	ハ 言語聴覚士による場合	250	375	
	ニ 医師による場合	250	375	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）			
	イ 理学療法士による場合	200	300	
	ロ 作業療法士による場合	200	300	
	ハ 言語聴覚士による場合	200	300	
	ニ 医師による場合	200	300	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）			
	イ 理学療法士による場合	100	150	
	ロ 作業療法士による場合	100	150	
	ハ 言語聴覚士による場合	100	150	
	ニ 医師による場合	100	150	
ホ イからニまで以外の場合	100	150		
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）			
	イ 理学療法士による場合	250	375	
	ロ 作業療法士による場合	250	375	
	ハ 言語聴覚士による場合	250	375	
	ニ 医師による場合	250	375	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）			
	イ 理学療法士による場合	200	300	
	ロ 作業療法士による場合	200	300	
ハ 言語聴覚士による場合	200	300		
ニ 医師による場合	200	300		

疾患別リハビリテーション

		点数	×1.5	×2.0
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）			
	イ 理学療法士による場合	100	150	
	ロ 作業療法士による場合	100	150	
	ハ 言語聴覚士による場合	100	150	
	ニ 医師による場合	100	150	
	ホ イからニまで以外の場合	100	150	
H002	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）			
	イ 理学療法士による場合	190	285	
	ロ 作業療法士による場合	190	285	
	ハ 医師による場合	190	285	
	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）			
	イ 理学療法士による場合	180	270	
	ロ 作業療法士による場合	180	270	
	ハ 医師による場合	180	270	
	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）			
	イ 理学療法士による場合	85	128	
	ロ 作業療法士による場合	85	128	
	ハ 医師による場合	85	128	
	ニ イからハマまで以外の場合	85	128	
H003	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）			
	イ 理学療法士による場合	180	270	
	ロ 作業療法士による場合	180	270	
	ハ 言語聴覚士による場合	180	270	
	ニ 医師による場合	180	270	
	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）			
	イ 理学療法士による場合	85	128	
	ロ 作業療法士による場合	85	128	
	ハ 言語聴覚士による場合	85	128	
	ニ 医師による場合	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 	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	<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> <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 *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 *注4
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5

- *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。

職場復帰支援のプログラムの例
(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	

70

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

<p>労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用) <第 回目></p>				
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"/> 前回指導時症状 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) <u>1</u> 月に <u> </u> 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 _____ 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(産業医提出用) <第 回目>				
労働者災害補償保険				
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の職種	〔深夜勤 有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日 (年 月 日 ・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 初診時症状 <input type="checkbox"/> 前回指導時症状 } ※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。)				
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) 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。				

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 _____

文書料の算定一覧

支給対象	関係条文及び通達	告示様式の名称番号	請求方法	支給額
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「障害の部位及び状態に関する診断書」（以下「障害の状態に関する診断書」という。）	則第14条の3第3項	障害（補償）等給付変更請求書 （様式第11号）	療養の費用請求書 告示様式第7号	4,000円
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「障害の状態に関する診断書」（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。）	則第15条の2第3項 第5号及び第7号 則第15条の3第2項 第2号 則第15条の4第2項 第2号	遺族（補償）等年金請求書 （様式第12号、第16号の8） 遺族（補償）等年金転給等請求書 （様式第13号）		4,000円

障害（補償）等給付の支給を受けようとする者が、障害（補償）等給付請求書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」	則第14条の2第3項	障害（補償）等給付請求書 （様式第10号、第16号の7）	○指定病院等 診療費請求書（含内訳）診機様式第1号（含2～5） ○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号（1）、第16号の5（1） 病院等 → 労働者 → 署	4,000円
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日以後傷病（補償）等年金の支給決定に必要と認めた場合に傷病の状態等に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 （様式第16号の2）		4,000円
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日において治っていない場合に、同日以後1ヵ月以内に提出させる傷病の状態に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第18条の2第3項	同 上		4,000円
休業（補償）等給付の支給を受けようとする者の負傷又は疾病が毎年1月1日において療養開始後1年6ヵ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業（補償）等給付請求書に添付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第19条の2第2項	傷病の状態等に関する報告書 （様式第16号の11）		4,000円
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「傷病の状態に関する診断書」	則第21条の2第4項	傷病の状態の変更に関する届 （年金申請様式第4号）		4,000円
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」	則第18条の3の5 第3項第1号	介護（補償）等給付支給請求書 （様式第16号の2の2）		※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

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に必要と認め、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			○指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の2 病院等 → 局 ○非指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の3 病院等 → 署	5,000円
休業（補償）等給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	則第13条 第2項	休業（補償）等 給付請求書 （様式第8号、様 式第16号の6）	○指定病院等 診療費請求書（含内訳） 診機様式第1号（含2～5） 病院等 → 局	2,000円
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	則第12条の 2第3項	昭和63年5月12日 基発第315号別紙 様式1	○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) 病院等 → 労働者 → 署	1,000円
労働基準監督署長が労災法第47条の2の規定による受診命令に基づいて作成依頼する意見書等	労災法第47 条の2 平8.7.24 基発第479号			一般的な医学事項 7,000円 特に高度な医学的 事項 20,000円
はり・きゅう及びマッサージの施術に係る診断書	昭57.6.2 基発第384号	はり・きゅう診 断書 （様式第1号） マッサージ診断 書 （様式第2号） 昭57.5.31 基発第375号	○指定病院等 診療費請求書（含内訳） 診機様式第1号（含2～5） 病院等 → 局 ○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) 病院等 → 労働者 → 署	はり・きゅう単独、 一般医療と併用 3,000円 「施術効果の評価 表」添付の場合 4,000円 マッサージ 3,000円