労　災　保　険

指 定 医 療 機 関 事 務 必 携

（２の２）

〔　労災診療費算定基準　〕

令和４年４月

岩　手　労　働　局

目　　次

Ⅰ　診療費請求書及び診療費請求内訳書の取扱要領

1　請求手続 …… 1

2　診療費請求書の作成単位 …… 1

3　診療費請求書の提出期限及び提出先 …… 3

4　ＯＣＲ帳票の取扱い …… 5

5　診療費請求書の記入要領 …… 6

6　診療費請求内訳書の記入要領 …… 7

Ⅱ　労災診療費算定基準

診療単価 …… 9

初診料 …… 9

救急医療管理加算 …… 10

療養の給付請求書取扱料 …… 10

再診料 …… 10

外来管理加算の特例 …… 11

再診時療養指導管理料 …… 14

入院基本料 …… 14

入院室料加算 …… 15

病衣貸与料 …… 16

入院時食事療養費 …… 16

コンピューター断層撮影料 …… 17

コンピューター断層診断の特例 …… 17

リハビリテーション …… 17

リハビリテーション情報提供加算 …… 19

初診時ブラッシング料 …… 19

四肢の傷病に対する特例取扱い（四肢加算） …… 20
手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの） …… 23
手の指の骨折非観血的整復術 …… 23
術中透視装置使用加算 …… 23
手指の機能回復指導加算 …… 24
固定用伸縮性包帯 …… 24
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 …… 25
皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ …… 25
処置等の特例 …… 26
職業復帰訪問指導料 …… 30
精神科職場復帰支援加算 …… 32
石綿疾患療養管理料 …… 32
石綿疾患労災請求指導料 …… 33
労災電子化加算 …… 33
職場復帰支援・療養指導料 …… 33
社会復帰支援指導料 …… 35
振動障害に係る検査料 …… 36
治療用材料及び装具 …… 37
診療費における消費税の取扱いについて …… 40
労災保険における診断書料早見一覧表 …… 41

Ⅲ　参　考

1　外来管理加算特例の算定例 …… 45
2　非課税医療機関一覧 …… 47
3　重複算定のできない管理料等 …… 48
4　健保点数表における「入院基本料」に示される各種加算の取扱い …… 49
5　入院基本料特例取扱点数一覧表 …… 50

6　運動器リハビリテーション料の算定一覧 …… 58

7　四肢に対する特例取扱いの点数一覧表 …… 59

8　職場復帰プログラムの例 …… 71

Ⅳ　労災保険関係様式…… 73

Ⅴ　社会復帰促進等事業におけるアフターケア制度

1　アフターケア制度について …… 131

2　アフターケアの対象傷病について …… 131

3　労災診療費とアフターケアとの違いについて …… 132

4　アフターケアの請求手続等 …… 132

5　アフターケアに要する費用の算定方法 …… 132

Ⅵ　都道府県労働局及び労働基準監督署コード表…… 169

請求書（労災診療費及びアフターケア委託費）の提出先等

岩手労働局労働基準部　労災補償課分室

〒020-8522
盛岡市盛岡駅西通一丁目９番15号　盛岡第２合同庁舎　６階

TEL：019（604）6200

※毎月１０日必着（１０日が土曜日の場合は翌々日、１０日が日曜日の場合は翌日）

Ⅰ　診療費請求書及び診療費請求内訳書の取扱要領

Ⅰ　診療費請求書及び診療費請求内訳書の取扱要領

１　請求手続

労災診療費の請求は、『労災診療費請求書』（診機様式第１号－84 頁参照）に傷病労働者ごとに作成した『**診療費請求内訳書**』（診機様式第２号から第５号－86～90 頁参照）（以下「レセプト」といいます。）を添付して、各月分について毎月１０日（１０日が土・日の場合には、翌々日又は翌日）までに岩手労働局長に対して行います。

２　診療費請求書の作成単位

(1)　作成単位

請求書を作成する際には、**「初回請求分」**の請求書と**「２回目以降（継続）の請求分」**の**２口に大別**し、それぞれの一番上に労災診療費請求書を、次にレセプトを、**「短期給付」**（「傷病（補償）等年金」以外の給付をいいます。）の業務災害・通勤災害、**「傷病（補償）等年金」**の業務災害・通勤災害の順にまとめてください。編綴順序は４頁の例を参考にしてください。

なお、初回請求の際には、**「業務災害」**であれば当該傷病労働者が初診時に提出した『**療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書**（告示様式第５号－91 頁参照）を、**「通勤災害」**であれば、『**療養給付たる療養の給付請求書**』（告示様式第１６号の３－104 頁参照）を、必ずレセプトに添付してください。

○　『初回請求分』となるレセプトは次のとおりです。

イ　労働者が被災後**最初に診療**を受けた『指定医療機関』の最初の月のレセプト。

ロ　当初非指定医療機関に受診し、その後『指定医療機関』に転医してきた場合の最初の月のレセプト。

ハ　一旦治ゆとなった傷病が**再発**した場合、最初に診療を受けた『指定医療機関』の最初の月のレセプト。

ニ　自動車事故による負傷等で自賠責保険からの切り替えをした最初の月のレセプト。

なお、これらの場合は、必ず『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、『療養給付たる療養の給付請求書』（告示様式第１６号の３）を添付し提出してください。

○　『２回目以降（継続）　の請求分』となるレセプトは次のとおりです。

イ　初診の月の翌月以降のレセプト。

ロ　他の『指定医療機関』より転医してきた場合のレセプト。

ハ　傷病（補償）等年金の支給決定を受けた者に係るレセプト。

※ロ及びハの場合、『**指定病院等（変更）届**』（告示様式第６号又は第１６号の４－93 頁、106 頁参照）を、必ずレセプトに添付してください。

○　症状照会についての回答（診断）書に係る診断書料の請求

症状照会についての回答については、『検査に要した費用等請求書』（指定医療機関用）（診機様式第１号の２－85 頁参照）により、岩手労働局に請求してください。

(2)　**労働保険番号の構成**

府　県	所　掌	管　轄	基　幹　番　号	枝　番　号
○　○ （2　桁）	○ （1　桁）	○　○ （2　桁）	○　○　○　○　○　○ （6　桁）	○　○　○ （3　桁）

↑　　↑

岩手……０３

０１ …… 盛　岡　労働基準監督署
０２ …… 宮　古　〃
０３ …… 花　巻　〃
０４ …… 釜　石　〃
０５ …… 一　関　〃
０６ …… 二　戸　〃
０７ …… 大船渡　〃

※　岩手県以外の府県及び管轄については、「都道府県労働局及び労働基準監督署コード表」（169～171 頁)を参照してください。

(3)　**岩手労働局管内の労働基準監督署管轄コード、所在地及び管轄区域**

コード 局	コード 署	局署名	所　在　地　(郵便番号)	電 話 番 号	管　　轄　　区　　域
03		**岩　手**	**盛岡市盛岡駅西通１－９－１５ 盛岡第２合同庁舎　５階 (〒020-8522)**	**019(604)3009**	
	01	盛　岡	盛岡市盛岡駅西通１－９－１５ 盛岡第２合同庁舎　６階 (〒020-8523)	019(907)9213	盛岡市、八幡平市、滝沢市、岩手郡、紫波郡
	02	宮　古	宮古市緑ヶ丘５－２９ (〒027-0073)	0193(62)6455	宮古市、田野畑村、岩泉町、山田町
	03	花　巻	花巻市城内９－２７ 花巻合同庁舎２階 (〒025-0076)	0198(20)2302	花巻市、北上市、奥州市のうち水沢・江刺・胆沢、遠野市のうち宮守町、西和賀町、金ヶ崎町
	04	釜　石	釜石市上中島町４－３－５０ NTT 東日本上中島ビル１階 (〒026-0041)	0193(23)0651	釜石市、遠野市《花巻労働基準監督署管轄区を除く》、大槌町
	05	一　関	一関市旭町５－１１ (〒021-0864)	0191(23)4125	一関市、平泉町、奥州市のうち前沢・衣川
	06	二　戸	二戸市石切所字荷渡６－１ 二戸合同庁舎２階 (〒028-6103)	0195(23)4131	二戸市、久慈市、一戸町、普代村、九戸郡
	07	大船渡	大船渡市大船渡町字台１３-１４ (〒022-0002)	0192(26)5231	大船渡市、陸前高田市、住田町

(4)　**管轄する監督署**

○　一般的には、労働保険番号の管轄コード欄に記載された監督署が管轄します。

府県０３・管轄０１の場合・・・盛岡監督署が管轄することになります。

○　事務組合に事務委託している事業場（基幹番号が９０万台）の場合には、事業場の所在地（住所）を管轄する監督署が管轄します。

府　県	所　掌	管　轄	基　幹　番　号	枝　番　号
０　３	１	０　１	９　０　０　０　７　４	○　○　○

基幹番号が９０万台で事業場の（住所）が遠野市の場合・・・管轄は０１で盛岡監督署ですが遠野市を管轄区域とする釜石監督署の管轄となります。

○　継続事業の一括扱いの認可（労働保険徴収法第９条適用事業）を受けている場合には、労働保険番号が本社の番号であっても、各支店、営業所等の所在地（住所）を管轄区域とする監督署が管轄します。

府　県	所　掌	管　轄	基　幹　番　号	枝　番　号
１　３	１	０　１	３　０　０　０　７　４	○　○　○

本社が東京都中央区で支店が岩手県奥州市水沢（継続一括認可事業場）の場合・・・労働保険番号の府県１３・管轄・０１で中央監督署となっていますが、奥州市水沢を管轄区域とする花巻監督署の管轄となります。

※　継続事業の一括扱い認可の有無等ご不明な点は、岩手労働局又は最寄りの監督署にお問い合わせください。

(5)　年金証書番号の構成

管轄局		種　別	西暦年		番　号			
○	○	1	□	□	△	△	△	△

管轄局　　「都道府県労働局コード表」(169～171 頁)を参照してください。

種　別　　１……傷病(補償)等年金　　３……障害(補償)等年金　　５……遺族(補償)等年金

なお、診療を受けることができるのは、種別「１」の傷病(補償)等年金のみですのでご注意下さい。

※　傷病(補償)等年金の年金証書番号とアフターケアの健康管理手帳番号は全く別のものです。

３　診療費請求書（診療費及びアフターケア委託費）の提出期限及び提出先

(1)　提出期限

毎月１０日必着（１０日が土曜日の場合は翌々日、１０日が日曜日の場合は翌日）

(2)　提出先

岩手労働局労働基準部　労災補償課分室
〒020-8522
盛岡市盛岡駅西通一丁目９番 15 号　盛岡第２合同庁舎　６階
TEL　　019 (604) 6200

《 編　綴　順　序 》

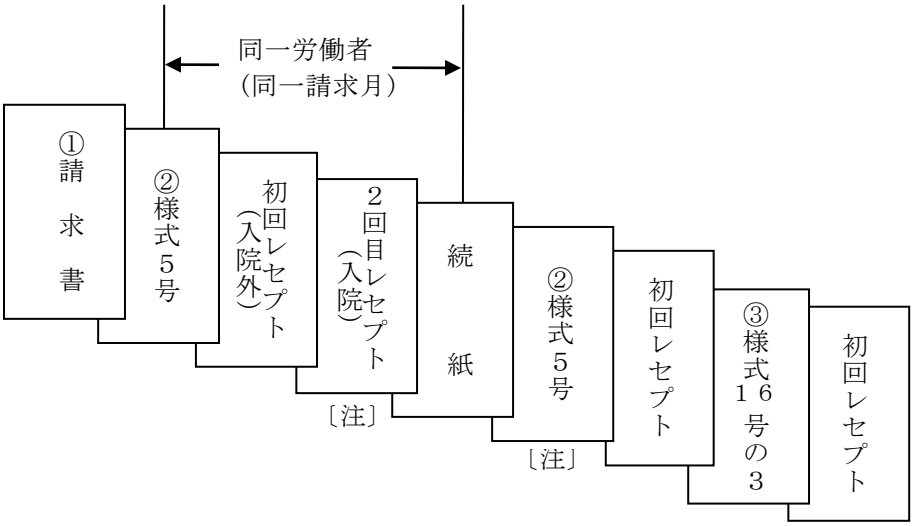
※「初回請求分」と「２回目以降（継続）の請求分」の２口に大別する。

イ　「初回請求分（再発を含みます。）」

①労災診療費請求書

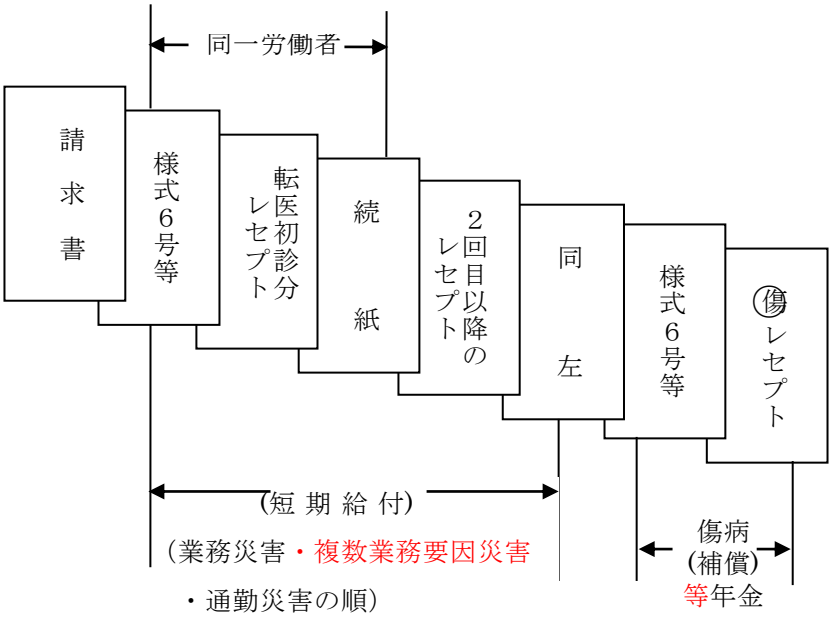
②労働者毎に
- 業務災害・複数業務要因災害　様式５号
- 初回レセプト（同一労働者で同一請求月に「入院外用」と「入院用」がある場合はセット）

③労働者毎に
- 通勤災害　様式１６号の３
- 初回レセプト（同一労働者で同一請求月に「入院外用」と「入院用」がある場合はセット）



〔注〕　初診となった当該月のレセプトが「入院外用」及び「入院用」とある場合は、傷病の経過等の確認に必要になりますので、「様式５号等」が添付されている「初回請求分」と一緒にとじ込みをしてください。

ロ　「２回目以降（継続）の請求分」



４　ＯＣＲ帳票の取扱い

(1)　OCR 帳票の取扱い（診療費請求書、内訳書（レセプト）、アフターケア委託費請求書及び内訳書）

イ　OCR 帳票は、直射日光や湿気の多いところを避けて保存してください。

ロ　OCR 帳票は、破れたものや汚れたりしたものは使用しないでください。

また、郵送等の際には折り曲げないようにしてください。

ハ　OCR 帳票は、別紙などの「貼り付け」はしないようにし、明細書等をコンピューター処理している場合や、レセプトに記入しきれない場合は、所定の「レセプト続紙」を使用してください。

ニ　請求書とレセプトをまとめて綴じ込む場合は、「とじ穴」を利用してコヨリ等で上部とじ穴 1 ヶ所をゆるめに綴じ、OCR 帳票には穴を開けないでください。

(2)　OCR 帳票の記入上の注意事項

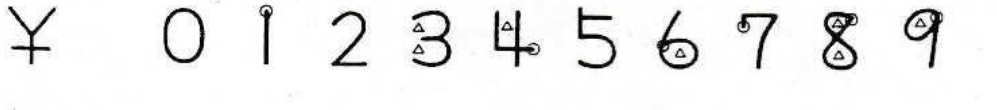
イ　筆記用具は、必ず「黒のボールペン」を使用してください。

なお、「ボテ」「カスレ」等のないように記入してください。

ロ　数字は、次のような「標準字体」にならって、記入枠の中に大きめに記入してください。

ただし、記入枠からはみ出したり、小さ過ぎないよう注意してください。

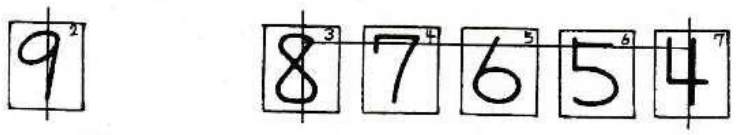
例１　記号　数字



○…特徴点　△…空ける部分

ハ　記入した数字を訂正するときは、次のように枠の上下を少しはみ出すように縦に線を引き、枠内の右上隅に正しい数字を例 2 のように訂正してください。なお、複数以上の数字を訂正するときは、例 3 のように訂正してください。

例２（1 字の場合）　　例３（複数字の場合）



また、記入すべきでなかったところの記入枠へ記入したとき（空欄とすべきもの）は、「例 2」の訂正の更に横線を引いて抹消してください。

なお、砂消しゴム、ナイフ及びインク消し等を用いての訂正や二重書きは絶対しないでください。

ニ　数字のゴム印を使用する場合は、「標準字体のゴム印」を使用し、必ず黒インクを使用してください。

ホ　**労働保険番号については「０」を省略しないで記入してください。**

（例）

府　県	所　掌	管　轄	基　幹　番　号	枝　番　号
０３	１	０１	００６７８９	０００

へ　次の場合は「０」を省略しても差し支えありません。

「年・月・日」のそれぞれ０１から０９までの場合の「０」。

（例）　令和４年４月１日→

元号		年		月		日
9		4		4		1

診療日数　７日

		7	日

５　診療費請求書（診機様式第１号＝帳票番号 34700）の記入要領

(1)　「※」印のある項目（修正項目番号、②受付年月日、修正欄）は記入しないでください。

(2)　「①指定病院等の番号」は、必ず７桁で正確に記入してください。なお、ゴム印等を使用し押捺するときは、標準字体のものを枠からはみ出さないよう、また、黒インクで鮮明に押してください。

(3)　「③請求金額」は、各レセプトの「⑬合計額」を集計した額を記入し、金額の頭には必ず「￥」マークを記入してください。

なお、「③請求金額」が各レセプトの集計額と一致しないときは、支払処理に支障を来たしますので再度検算のうえ正確に記入してください。

また、（**「③請求金額」の訂正はできませんので、改めて作成してください。**）

(4)　「④内訳書添付枚数」は、レセプトの枚数を記入してください。ただし、レセプト以外の「療養の給付請求書」、「続紙」等の枚数は含めないでください。

なお、添付枚数が一致しないときは、(3)同様支払に支障を来たすこととなりますのでご注意ください。

(5)　「⑤請求年」「⑥請求月」は、添付されるレセプトのうち、**最新の診療年・月**を記入してください。

(6)　「郵便番号」「電話番号」も必ず記入してください。

(7)　請求人（病院又は診療所）の住所（所在地）・名称・責任者氏名については、既に報告されている「指定病院等登録（変更）報告書」による内容と相違することのないよう注意してください。

また、同報告書の内容に変更があったときは、上記報告書により変更箇所のみを記入して「フリガナ」を付して岩手労働局へ提出してください。

(8)　「初回請求分」及び「2 回目以降（継続）請求分」ともに、業務災害、通勤災害、㊷傷病（補償）等年金などに区分又は表示をする必要はありません。

６　診療費請求内訳書（診機様式第２号～第９号＝帳票番号 34702～34709）の記入要領

(1)　「短期」診療費請求内訳書（レセプト）の記入要領

レセプト項目番号		項　　目	記　　入　　要　　領
①		新継再別	1　初診　　傷病後初めて指定医療機関に受診したもの。 3　転医・始診　　転医後初診のもの。 5　継続　　同一病院等で療養継続中のもの。 7　再発　　傷病が再発したもの。（始診）
②		転帰事由	1　治ゆ　　症状固定又は治ゆとなったもの。 3　継続　　療養継続中のもの。 5　転医　　他の病院等へ転医したもの。 7　中止　　療養の継続が必要であるが、相当期間来院しないもの。 9　死亡　　診療又は療養中に死亡したもの。
④	給付キー	労働保険番号	被災労働者の所属する事業場の労働保険番号を「療養の給付請求書」又は「指定病院等（変更）届」により確認し、カルテにも記載しておいてください。
⑥	給付キー	生年月日	被災労働者の生年月日 元号　　１．明治　３．大正　５．昭和　７．平成　９．令和
⑦	給付キー	負傷又は発病年月日	被災労働者の負傷又は発病年月日を記入してください。 転医始診及び再発の場合は、当初の負傷又は発病年月日を記入してください。 元号　　１．明治　３．大正　５．昭和　７．平成　９．令和
⑩		療養期間	その月に診療した（請求にかかる）療養期間を記入してください。 当該月に入院・非入院がある場合は、それぞれの療養期間を記入してください。 なお、「休業等証明料」のみの請求のときは、休業証明の対象となった期間を、「診断書料」のみの請求のときは、診断書を作成した日を、それぞれ記入してください。 元号　　１．明治　３．大正　５．昭和　７．平成　９．令和
⑪		診療実日数	⑩の療養期間内において実際に診療を行った日数を記入してください。 この場合、１日に２回以上の診療（同日再診）を行っても１日として計算します。 なお、休業等証明料又は診断書料のみの請求である場合は、「９９９」日と記入してください。
⑬		合計額	小計の㋑と小計㋺㋩の合計額を記入してください。 ㋺㋩を加えないで記入したときは、㋑の金額しか支払われないことがありますので充分注意してください。 なお、金額の頭の「Ｙ」記号は不要ですので、絶対に記入しないでください。

労働者の氏名	誤りのないよう記入してください。 （　）内には診療月における満年齢を記入してください。
事業の名称 事業場の所在地	労働者が支店（営業所）等に所属する場合は、名称、所在地とも本社（本店）ではなく支店（営業所）等を記入してください。
傷病の部位及び傷病名	当該診療を施した部位及び傷病名を省略しないで全て記入してください。 （私病に係るものは記入しないでください。）
傷病の経過	傷病の経過が分かるよう、できる限り具体的に記入してください。

(2) 傷病（補償）等年金内訳書（レセプト傷）の記入要領

レセプト項目番号	項目	記入要領
①	新継の別	1　新規　傷病後１年６ヵ月を経過した後において、「年金給付」（傷病（補償）等年金）と決定された日以降最初の診療にかかるもの。 傷病（補償）等年金としての初回分には「指定病院等（変更）届」の添付が必要です。 同一医療機関で継続療養しているいて年金受給者となった場合も、同様になります。 5　継続　傷病（補償）等年金を受けているもので、療養を継続中のもの及び転医して来たもの。 7　再発　傷病が再発したもの。（始診）
②	転帰事由	1　治ゆ　症状固定又は治ゆとなったもの。 3　継続　療養継続中のもの。 5　転医　他の病院等へ転医したもの。 7　中止　療養の継続が必要であるが、相当期間来院しないもの。 9　死亡　診療又は療養中に死亡したもの。
④	年金証書の番号	被災労働者の年金証書の番号を記入してください。 年金証書番号については、「年金証書」又は「指定病院等（変更）届」により確認し、カルテにも記載しておいてください。
⑧	療養期間	その月に診療した（請求にかかる）療養期間を記入してください。当該月に入院・非入院がある場合は、それぞれの療養期間を記入してください。 なお、「診断書料」のみの請求であるときは診断書を作成した月の月初めより月末までの期間を記入して下さい（療養継続中の場合） 元号　１．明治　３．大正　５．昭和　７．平成　９．令和
⑨	診療実日数	⑧の療養期間内において実際に診療を行った日数を記入してください。 この場合、１日に２回以上の診療（同日再診）を行っても１日として計算してください。 なお、診断書料のみの請求である場合には「９９９」日と記入してください。
⑪	合計額	点数記入欄の小計㋑と金額記入欄の小計㋺を加えた金額を記入してください。 なお、金額の頭の「¥」記号は不要ですので、絶対に記入しないでください。

労働者の氏名	誤りのないよう記入してください。 （　）内には診療月における満年齢を記入してください。
傷病の部位及び傷病名	当該診療を施した部位及び傷病名を省略しないで全て記入してください。 （私病に係るものは記入しないでください。）
傷病の経過	傷病の経過が分かるよう、できる限り具体的に記入してください。

Ⅱ　労災診療費算定基準

Ⅱ　労災診療費算定基準

労災診療費算定基準の留意点について

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。

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が、「療養の給付請求書取扱料」は算定できません。（注：療養の費用に係る証明料は算定できません。）

特例的な取扱い

労災診療の特殊性による医療機関の負担を軽減するために、労災保険独自の算定基準（これを「労災診療特掲料金」といいます。）を設けています。この特掲料金には、健保点数表で所定点数は定められているが労災保険において別個に料金を定めているもの（初診料、再診料等）と、健保点数表上点数化されてはいないが労災保険が独自に料金を定めているもの（再診時療養指導管理料等）があります。

なお、以下に示す項目以外は「健保点数表」（解釈を含みます。）に準拠して算定します。

また、後期高齢者に係る点数は適用されませんので注意してください。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
診療単価	労災保険診療単価は、 (1) 課税医療機関については１点当たり (2) 非課税医療機関については１点当たり 注　法人税法の規定により、医療保険業に課税されるものを課税医療機関、課税されないものを非課税医療機関と呼びます。	12 円 11 円 50 銭 （注 円未満の端数切り捨て）	非課税医療機関 (1) 国及び法人税法第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、法人税法施行令第５条第 29 号に掲げる医療保健業を行うもの なお、上記に該当する医療機関は 47 頁を参照してください。
初　診　料	(1) 健保点数表とは異なり点数ではなく、金額で算定します。 (2) 支給事由となる災害の発生につき算定できます。したがって、既に傷病の診療を継続している期間（災害発生当日を含む。）中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できます。（労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も初診料 3,820 円を算定できます。） ただし、健保点数表（医科に限る。）の初診料の注５ただし書に該当する場合（上記の初診料を算定できる場合及び２つ目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、初診料の半額の 1,910 円を算定できます。 その他の初診料の算定に係る取扱いについては健保準拠です。 なお、紹介状なしで受診した場合の定額負担料（健康保険にける選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,820 円を算定します。	医科、歯科とも 3,820 円	・ 診療費請求内訳書右側「⑪初診」欄に金額を記入してください。 ・ 初診料（医科に限る。）の注２から注４については、労災保険ではこれを適用しません。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
救急医療管理加算	(1) 初診時（継続療養中の初診時を含む。）に救急医療を行った場合に算定できます。ただし、同一傷病につき１回限りの算定です。 (2) 健保点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」、健康保険における「保険外併用療養費(初診時自己負担金)」とは重複算定できません。 (3) 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。 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を算定できることから、健保点数表によれば「救急医療管理加算 2」の算定となる場合であっても、労災救急医療管理加算を算定できます。	入院 6,900 円 （1 日につき） 入院外 1,250 円	・　診療費請求内訳書右側「㊽その他」欄に「救急医療管理加算」と記入してください。 ・　算定できない場合 ①　初診料を算定できない場合 ②　再発の場合 ③　症状が安定した後に転医した場合 ④　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(1,910 円)を算定する場合 等
療養の給付請求書取扱料	(1) 労災保険指定医療機関において、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第 16 号の３）」を取り扱った場合に、2,000 円を算定できます。 (2) 再発の場合や転医始診（様式第６号又は第 16 号の４）の場合は算定できません。	2,000 円	・　診療費請求内訳書の右側「㊽その他」欄に「療養の給付請求書取扱料」と記入してください。
再　診　料	(1) 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。 (2) 健保点数表とは異なり点数ではなく、金額で算定します。 　ただし、健保点数表（医科に限る。）の再診料の注３に該当する場合については、700 円を算定できます。この場合において、夜間・早朝等加算、外来管理加算、時間外対応加算、明細書発行体制等加算等（注４から注８まで、注 10 から注 17 に規定する加算）は算定できません。 　なお、歯科、口腔外科の再診について、他の病院（病床数 200 床未満に限る。）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申し出を行った	1,400 円	・　診療費請求内訳書右側「⑫再診」欄に回数・金額を記入してください。 ・　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。 ・　再診料（医科に限る。）の注２については、労災保険ではこれを適用しません。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	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、1,000 円を算定します。 （例１）　業務上の事由による傷病により、同一日に同一の医療機関の複数の診療科を引き続き再診した場合 ○ １つ目の診療科　　1,400 円を算定 ○ ２つ目の診療科　　700 円を算定 ○ ３つ目の診療科　　（算定できない。） （例２）　業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の同一の診療科を再診した場合 ○ 主たる傷病についてのみ、再診料を算定 （例３）　業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の別の診療科を再診した場合 ○ 主たる傷病について再診料を算定し、もう１つの傷病について２科目の再診料を算定		
外来管理加算の特例	再診時に、 ①　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。 ②　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外来管理加算を算定することができない処置等とは、 「慢性疼痛疾患管理」 「別に厚生労働大臣が定める検査」（※） 「リハビリテーション」 「精神科専門療法」 「処置」　「手術」　「麻酔」 「放射線治療」　をいいます。	52 点	・　労災特例取扱いによらない外来管理加算と区分するため診療費請求内訳書の「摘要」欄に**特例取扱いによる外来管理加算の回数のみを「㊖何回」** と記入してください。 ・　52 点に読み替えて算定した検査等については、健保点数表における当該所定点数にかかわらず、52 点をそれぞれの欄に記入してください。 （※）　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

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	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。 　創傷処置等について四肢加算等異なる倍率にまたがって処置等行う場合には、それぞれの倍率毎に算定することとしていますが、この場合は合計点数を基準とします。 注３　慢性疼痛疾患管理料を算定している場合であっても、慢性疼痛疾患管理料に包括される処置（介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置）以外の処置等を行った場合は、外来管理加算の特例を算定することができます。 注４　健保点数表の再診料の注８にかかわらず従前どおり計画的な医学管理を行った場合に算定できます。 注５　四肢以外に行った創傷処置（100 ㎠未満）の取扱いについては、45 点として算定し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えありません。 （例） ①創傷処置（100 ㎠未満）を腰部に行った場合 45 点＋52 点（外来管理加算）＝97 点 ②創傷処置（100 ㎠未満）を四肢に行った場合 52 点×1.5 倍（四肢加算）＝78 点		［注２の例］ 　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 点を算定することはできません。 　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。

外来管理加算の特例取扱い表（再診料を算定している場合に限ります。）

医科診療 報酬点数表の各項目	健　保	労　災
指導管理等	○	○
在宅医療	○	○
別に厚生労働大臣が定める検査	×	◎
別に厚生労働大臣が定める検査以外の検査	○	○
画像診断	○	○
投薬	○	○
注射	○	○
リハビリテーション	×	◎
精神科専門療法	×	◎
処置	×	◎
手術	×	◎
麻酔	×	◎
放射線治療	×	◎

外来管理加算

○印は、健保準拠で算定

◎印は、労災特例取扱いで算定

（52 点に満たない場合のみ）

（算定例を 45、46 頁に記載していますので、参考にしてください。）

(※)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

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
再診時療養指導管理料	外来患者に対して再診時に療養上の指導 イ　食事 ロ　日常生活動作 ハ　機能回復訓練 ニ　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「石綿疾患療養管理料」、健保点数表の「特定疾患療養管理料」とは重複算定できません。 　また、健保点数表において特定疾患療養指導料と重複算定できない管理料・指導料等についても、同様に重複算定できません。 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も（医科と歯科及び医科と歯科口腔科の場合を除く。）再診寺療養指導管理料は１回として算定します。	１回につき 920 円	・　診療費請求内訳書右側「⑬指導」欄に回数・金額を記入してください。 ・　診療費請求内訳書の「摘要」欄に指導した内容（イ－食事、ロ－日常生活動作、ハ－機能回復訓練、　ニ－メンタルヘルス）の記号及び指導月日を記入してください。 ・　同一月において重複算定できない管理料等は 48 頁を参照してください。
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 （いずれも１点未満の端数は四捨五入） 注１　各種加算の取扱いについては、次のとおりです。 ①　健保点数表の「入院基本料」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 49 頁を参照してください。 ②　健保点数表における「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×Ｃ×1.30）　＋　（Ｂ×Ｃ）　となります。 注４　栄養管理体制に関する基準を満たすことができない医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、健保点数表第１章第２部入院料等の通則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。		

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	注６　健保においては、入院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します。		
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医療機関が表示している金額を算定することができますが、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。 注　下記入院料等とは重複算定できません。 ・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	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 〔岩手県は乙地です。〕	・　入院室料の料金変更の都度、入院室料加算額報告書（必携２の１参照）を提出してください。 ・　診療費請求内訳書の右側「⑧⓪その他」欄に入院室料加算と記入し、「摘要」欄に理由（②－ア～エの記号、算定した日、加算額、個室・２人部屋等の別）を記入してください。 　また、病室番号を明記してください。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
病衣貸与料	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算定することができます。	1日につき 10点	
入院時食事療養費	平成 18 年3月6日付け厚生労働省告示第 99 号（以下「99 号告示」という。）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第1食事療養」に定める金額の 1.2 倍により算定する（10 円未満の端数は四捨五入）こととしています。 (1) 入院時食事療養（Ⅰ） ① ②以外の食事療養を行う場合 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 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日につき3食を限度として算定します。 ③ 特別食加算 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 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 ②以外の食事療養を行う場合 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 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。	1食につき 770円 1食につき 690円 1食につき 90円 1食につき 60円 1食につき 610円 1食につき 550円	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。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
コンピューター断層撮影料	コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影が同一月に２回以上行われた場合であっても、所定点数を算定できます。 注　健保点数表の同一月の２回目以降の断層撮影の費用についての逓減制については、適用しません。 （例１）　同一月に１回目 CT 撮影ロ、２回目 CT 撮影ロを行った場合 １回目　CT 撮影ロ　　900 点（＋断層診断 450 点） ２回目　CT 撮影ロ　　900 点 合計　1,800 点（断層診断を含め 2,250 点）算定 （例 2）　同一月に１回目 CT 撮影ロ、２回目 MRI 撮影２を行った場合 １回目　CT 撮影ロ　　900 点（＋断層診断 450 点） ２回目　MRI 撮影２　　1,330 点 合計　2,230 点（断層診断を含め 2,680 点）算定		
コンピューター断層診断の特　　例	他の医療機関でコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態胴体検査を含み、健保点数表の「E101-3 ポジトロン断層コンピューター断層複合撮影」及び「E101-4 ポジトロン断層複合撮影・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、他院へ画像診断を依頼し、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。	225 点	
リハビリテーション	疾患別リハビリテーション料を算定する場合は、健保点数表のリハビリテーションの通則１にかかわらず次の点数で算定することができます。 ア　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　250 点 イ　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　125 点 ウ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　250 点 エ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　200 点 オ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　100 点 カ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　250 点 キ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　200 点 ク　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　100 点		

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	ケ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） コ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） サ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） シ　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） ス　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	190点 180点 85点 180点 85点	・　四肢の傷病に対して行った場合は、所定点数の1.5倍として算定できます。
	(1) 疾患別リハビリテーション（※）については、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、健保点数表における疾患別リハビリテーション料の各規定の注１のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えても制限されることなく算定できます。 　健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注４、注５及び注６（注５及び注６は脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に限る）については、適用しません。 (2) 入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を含む。）を算定すべきリハビリテーションを行った場合、又は医療機関外において、疾患別リハビリテーション料（Ⅰ）（運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を含まない。）を算定できる訓練に関するリハビリテーションを行った場合は、ＡＤＬ加算として、１単位につき 30 点を所定点数に加算して算定できます。(58 頁参照) (3) 健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算及び初期加算については、健保点数表に準じて算定できます。 注１　健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注４に示す範囲内でリハビリテーションを行う場合（標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを１月 13 単位以内で行う場合）には、診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載する必要はありません。 　ただし、標準的算定日数を超え、さらに疾患別リハビリテーションを１月 13 単位を超えて行う場合には、①診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載すること又は②労災リハビリテーション評価計画書（75 頁参照）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、初期加算とＡＤＬ加算が算定できるリハビリテーションを行った場合は、それぞれ所定点数を算定できます。		（※）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。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
リハビリテーション情報提供加算	(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、82 頁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。	200 点	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、(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。
初診時ブラッシング料	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円未満四捨五入） 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。	91 点	・　診療費請求内訳書の「㊵処置」、「㊿手術」欄に記入してください。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
四肢の傷病に対する特例取扱い（四肢加算）	(1) 四肢の場合 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 17～18 頁のア～スの所定点数）の 1.5 倍として算定できます。（1円未満切り上げ） （処置） ① 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 ② 関節穿刺、粘（滑）液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」 ③ 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「器具等による療養」、低出力レーザー照射 （手術） ④ 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、23 頁「手の指の創傷処理(筋肉に達しないもの)」により算定してください。 ⑤ 皮膚切開術 ⑥ 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、23 頁「手の指の骨折非観血的整復術」により算定してください。 ⑦ 神経、血管の手術 （リハビリテーション） ⑧ 疾患別リハビリテーション	健保点数の **1.5 倍**	・ 診療費請求内訳書の摘要欄に㊵㊿又は㊽の番号をそれぞれ付して算式（健保点数×1.5）を記入してください。 ・ リハビリテーションについては部位を明確にしてください。 ・ 主病が体幹(せき損等)であっても、これに附随して発症した、四肢麻痺等に対して行った場合は、四肢加算が認められますが、必ず「下肢麻痺」、「片麻痺」等を明記するとともに、実施部位を記入してください。 注１ 特例取扱いの対象となるのは左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。 ＊ **特例取扱いの対象とある処置、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、点数一覧表（59 頁～）のとおりです。**

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	(2) 手関節以下の場合 手(手関節以下)、手の指に係る次の処置及び手術に限り健保点数の 2.0 倍として算定できます。 （処置） ① 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（電撃傷、薬傷、凍傷を含む）、重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置 ② 関節穿刺、粘（滑）液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」 （手術） ③ 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、23 頁「手の指の創傷処理(筋肉に達しないもの)」により算定してください。 ④ 皮膚切開術 ⑤ 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、23 頁「手の指の骨折非観血的整復術」により算定してください。 ⑥ 神経、血管の手術 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。	健保点数の 2.0 倍	・ 診療費請求内訳書の摘要欄に㊵㊿又は㊽の番号をそれぞれ付して算式（健保点数×2.0）を記入してください。 〈再掲〉 注１ 特例取扱いの対象となるのは左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。 ＊ **特例取扱いの対象とある処置、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、点数一覧表（59 頁～）のとおりです。**

四肢の傷病に対する特例取扱い早見表

<table>
<tr><th colspan="2">特例取扱いの対象となる部位
特例取扱いの対象となる項目</th><th>四　　肢
（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含み、手(手関節以下)と手の指を除く）</th><th>手
（手(手関節以下)と手の指
＊足指は除かれる）</th></tr>
<tr><td rowspan="2">処置</td><td>・創傷処置（術後創傷処置を含む）
・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（電撃傷、薬傷、凍傷）
・重度褥瘡処置
・ドレーン法
・皮膚科軟膏処置
・関節穿刺
・粘(滑)液嚢穿刺注入
・ガングリオン穿刺術
・ガングリオン圧砕法
・消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」</td><td>1.5 倍</td><td>2.0 倍</td></tr>
<tr><td>・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」、「器具等による療法」
・低出力レーザー照射</td><td colspan="2">1.5 倍</td></tr>
<tr><td>手術</td><td>・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 23 頁参照）
・皮膚切開術
・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 23 頁参照）
・神経・血管の手術</td><td>1.5 倍</td><td>2.0 倍</td></tr>
<tr><td>リハビリテーション</td><td>・疾患別リハビリテーション</td><td colspan="2">1.5 倍</td></tr>
</table>

注１　上記の「鎖骨又は肋骨骨折固定術」及び「筋骨格系・四肢・体幹の手術」とは健保点数表の項目を記載したものです。「肋骨」及び「体幹」部の処置・手術には四肢加算は適用されませんのでご注意下さい。

注２　下　線　の手術を「手及び手の指」に行った場合、「手指の機能回復指導加算」(24 頁参照)を算定できます。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの）	(1) 手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの）については、健保点数にかかわらず、右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。 (2) 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。 (3) 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、健保点数により算定してください。 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。	指 1 本 1,060 点 指 2 本 1,590 点 指 3 本 2,120 点 指 4 本 2,650 点 指 5 本 2,650 点 さらに四肢加算することはできません。	 (530 点×2.0 倍) (1,060 点＋530 点) (1,590 点＋530 点) (2,120 点＋530 点) (530 点×5.0 倍) ・ 診療費請求内訳書には、どの指に行ったかを明記してください。
手の指の骨折非観血的整復術	(1) 手の指の骨折非観血的整復術については、右に掲げる点数で算定します。 (2) 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。	指 1 本 2,880 点 指 2 本 4,320 点 指 3 本 5,760 点 指 4 本 7,200 点 指 5 本 7,200 点 さらに四肢加算することはできません。	 (1,440 点×2.0 倍) (2,880 点＋1,440 点) (4,320 点＋1,440 点) (5,760 点＋1,440 点) (1,440 点×5.0 倍) ・ 診療費請求内訳書には、どの指に行ったかを明記してください。
術中透視装置使用加算	(1) 「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（基節骨、中節骨、末節骨）」、「足根骨」、「膝蓋骨」及び「足趾骨」の骨折観血的手術（K046）、骨折経皮的鋼線刺入固定術（K045）、骨折非観血的制服術（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。 (2) 「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。	220 点	

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	注１　請求に当たっては、術中透視装置を使用したことを診療録に記載し明確にしておく必要があります。 注２　本加算は、四肢に対する特例取扱いの対象にはなりません。 注３　手根骨、中手骨、手の種子骨及び指骨（以下「手」という。）又は足根骨及び足趾骨（以下「足」という。）について複数の手術を同時に行い、術中透視装置を使用した場合は、併せて１回の算定となります。 注４　右手、左手又は右足、左足にそれぞれ手術を行い、術中透視装置をそれぞれの手又は足に使用した場合は、それぞれ１回まで算定できます。		
手の指の機能回復指導加算	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。	190 点	・　「筋骨格系・四肢・体幹の手術」とは健保点数表の項目を記載したものです。 ・　算定できるのは、手と手の指に対して、①、②、③の手術を行った場合だけとなります。 形成（植皮術等）の手術等は算定できませんのでご注意下さい。
固　定　用伸縮性包帯	医師の診察に基づき、処置及び手術において頭部・頸部・躯幹及び四肢に固定用伸縮性包帯の使用を必要と認め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。 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、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。	購入金額を 10 円で除して得た点数（端数は四捨五入）	・　診療費請求内訳書の「㊵処置」、「㊿手術」欄に「四肢固定用伸縮性包帯」と記入してください。 ・　算定できるのは、固定を要する傷病の場合のみです。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯	医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と認める場合に実費相当額（購入価格を 10 円で除して得た点数）を算定することができます。 また、健保点数表の腰部、胸部又は頸部固定帯加算が算定できる場合については、当該実費相当額が 170 点を超える場合は実費相当額が算定でき、当該実費相当額が 170 点未満の場合は 170 点を算定できますが、そのことを踏まえ、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯についても、同様の取扱いとします。 注１　請求に当たっては、医師の診察の結果、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と判断した旨を診療録に記載し明確にしておく必要があります。 注２　頸椎固定用シーネの費用と「J-200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算」は重複算定できません。 注３　医師が必要と判断した場合には、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯と固定用伸縮性包帯を併せて算定できます。	購入金額を 10 円で除して得た点数（端数は四捨五入）	
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傷病労働者のうち、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。	購入金額を 10 円で除して得た点数（端数は四捨五入）	・　診療費請求内訳書の「㊵処置」欄に滅菌ガーゼ・絆創膏名、cm×cm×枚数、@、算定理由を記入してください。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
処置等の特　　例	(1) ３部位（局所）の取扱いについて ① 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、１日につき合わせて負傷にあっては受傷部位ごとに３部位を限度とし、また、疾病にあっては３局所を限度として算定できます。 ② 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、１日につき所定点数（「湿布処置」の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算とする。）を算定できます。 なお、「湿布処置」と肛門処置を倍率が異なる部位に行った場合は、倍率が異なる部位ごとに算定し合算できます。 （例１） 右上肢に「手技による療法」　35 点×1.5 倍＝53 点 左上肢に低出力レーザー照射　35 点×1.5 倍＝53 点 右下肢に「器具等による療法」　35 点×1.5 倍＝53 点 左下肢に介達牽引　35 点×1.5 倍＝53 点 ３部位までの算定になりますので、53 点＋53 点＋53 点＝159 点 （例２） 腰　部に「湿布処置」　35 点　＝35 点 左前腕に「湿布処置」　35 点×1.5 倍＝53 点 右手指から前腕に「湿布処置」　35 点×2.0 倍＝70 点 合　　計　158 点 (2) 処置の併施について 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、「湿布処置」又は肛門処置(※)の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計２部位までの所定点数を合わせて算定できます。 なお、この場合、「湿布処置」又は肛門処置(※)の所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。 (※)「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「「湿布処置」及び肛門処置」となります。 （例１） 左前腕に「湿布処置」　35 点×1.5 倍＝53 点 左下肢に介達牽引　35 点×1.5 倍＝53 点 右下肢に「手技による療法」　35 点×1.5 倍＝53 点 腰部に腰部固定帯固定　35 点　＝35 点 「湿布処置」＋（介達牽引＋「手技による療法」（計２部位分）） 53 点＋53 点＋53 点＝159 点		・ 算定する際には、必ず受傷部位（傷病名）を確認して下さい。負傷における受傷部位は、直接の障害部を指します。 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 2.0 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、診療費請求内訳書の摘要欄に明確に記入してください。 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。（健保準拠）

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	（例２） 腰部に「湿布処置」　35 点　＝35 点 肛門処置　24 点　＝24 点 左下肢に介達牽引　35 点×1.5 倍＝53 点 右下肢に「手技による療法」　35 点×1.5 倍＝53 点 左上肢に矯正固定　35 点×1.5 倍＝53 点 「湿布処置」＋（介達牽引、「手技による療法」又は矯正固定（２部位分））の合計　35 点＋53 点＋53 点＝141 点 介達牽引＋「手技による療法」＋矯正固定（合計３部位） 53 点＋53 点＋53 点＝159 点 したがって、この場合は 159 点を算定します。 (3)　処置等の併施について ①　疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか１部位を算定できます。 なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力　レーザー照射を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。 ②　「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、「湿布処置」の１部位又は肛門処置のいずれかの所定点数と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できます。 ③　「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の１部位又は肛門処置のいずれかの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか１部位を算定できます。 なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、「湿布処置」又は肛門処置(※)の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計２部位まで算定することとして差し支えありません。		

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	また、「疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の１部位又は肛門処置のいずれかの所定点数」及び「「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数」を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。 (※)「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「「湿布処置」及び肛門処置」となります。 （例１） 右上肢に運動器リハビリテーション料(Ⅲ)１単位　85 点×1.5 倍＝128 点 右上肢に「器具等による療法」　35 点×1.5 倍＝ 53 点 合　　計　181 点 （例２） 左上肢に運動器リハビリテーション料(Ⅲ)１単位　85 点×1.5 倍＝128 点 左下肢に介達牽引　35 点×1.5 倍＝ 53 点 左上肢に変形機械矯正術　35 点×1.5 倍＝ 53 点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）＋（介達牽引又は変形機械矯正術（１部位分））の合計　128 点＋53 点＝181 点 （例３） 腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位　85 点　＝85 点 右下肢に介達牽引　35 点×1.5 倍＝53 点 右上肢に「手技による療法」　35 点×1.5 倍＝53 点 左下肢に低出力レーザー照射　35 点×1.5 倍＝53 点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）＋（介達牽引、「手技による療法」又は低出力レーザー照射（１部位分））の合計 85 点＋53 点＝138 点 介達牽引＋「手技による療法」＋低出力レーザー照射（３部位）の合計 53 点＋53 点＋53 点＝159 点 したがって、この場合は 159 点を算定する。 （例４） 左上肢に運動器リハビリテーション料(Ⅲ)１単位　85 点×1.5 倍＝128 点 左上肢に「湿布処置」　35 点×1.5 倍＝53 点 合　　計　181 点 （例５） 左上肢に運動器リハビリテーション料(Ⅲ)１単位　85 点×1.5 倍＝128 点 右下肢に「湿布処置」　35 点×1.5 倍＝ 53 点 腰　部に介達牽引　35 点　＝35 点 右上肢に「手技による療法」　35 点×1.5 倍＝ 53 点 左下肢に「器具等による療法」　35 点×1.5 倍＝ 53 点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）＋「湿布処置」＋「器具等による療法」の合計　128 点＋53 点＋53 点＝234 点		

処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い

		・介護牽引 ・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	・消炎鎮痛等処置 （湿布処置） ・肛門処置 ※診療所外来のみ	疾患別リハビリテーション
1	・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	「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	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部位（局所）を算定 ＊注４
2	・消炎鎮痛等処置（湿布処置） ・肛門処置 ※　診療所外来のみ		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。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
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士をいう。以下同じ。）又は医師の指示を受けたソーシャルワーカー（注2）が当該傷病労働者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主（注3）に対して、職業復帰のために必要な指導（以下「訪問指導」という。）を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、入院中及び通院中に合わせて3回（入院期間が継続して6月を超えると見込まれる傷病労働者にあっては、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて6回）に限り算定できます。（注4） (2) 医師等のうち異なる職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合や医師等がソーシャルワーカーと一緒に訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算して算定できます。 なお、同一の職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算することはできません。 (3) 精神疾患を主たる傷病とする場合にあっては、医師等に精神保健福祉士を含みます。 (4) 訪問指導を実施した日と同一日又は訪問指導を行った後1月以内に、医師又は医師の指示を受けた看護職員、理学療法士若しくは作業療法士が上記（1）の傷病労働者のうち入院中の者に対し、本人の同意を得て、職業復帰を予定している事業場において特殊な器具、設備を用いた作業を行う職種への復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、社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。(3)の場合を除き、ソーシャルワーカーのみで訪問指導を行った場合は、算定できません。医師等と一緒に訪問指導した場合のみ加算（380 点）の対象となります。 注3　事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含みます。 注4　入院中又は通院中における算定については、指導の実施日に算定します。 注5　職業復帰訪問訓練加算の算定要件及び実施上の留意事項は以下のとおりです。 ①　算定要件 ア　入院期間が1月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。 イ　傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練（以下「作業訓練」という。）及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練（以下「通勤訓練」という。）であること。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
			ウ　作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。 エ　作業訓練の実施時間は 20 分以上（ただし、原則 60 分を上限とする。）であること。 オ　通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。 カ　訪問指導と同一日又は訪問指導の日から１月以内に作業訓練又は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う場合にあっては、当該事業場への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。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
			ケ　疾患別リハビリテーション料を実施し算定する日にあっては、職業復帰訪問訓練加算を併算定できないこと。 ②　実施上の留意事項 　作業訓練及び通勤訓練を実施するにあたっては、明確に訓練と位置付け、職業復帰予定の事業場との間で使用従属関係下の労働とならないようにする必要があること。
精神科職場復帰支援加算	精神科を受診中の傷病労働者に、精神科ショート・ケア、精神科デイ･ケア、精神科ナイト･ケア、精神科デイ･ナイト･ケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該プログラムに職場復帰支援のプログラム(※)が含まれている場合に、週に１回算定できます。 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**（職場復帰支援プログラムの例は 71 頁のとおりです。）**を**診療費請求内訳書**に添付する必要があります。	200 点	(※)　職場復帰支援のプログラムとは、オフィス機器又は工具を使用した作業、擬似オフィスによる作業又は復職に向けてのミーティング、感想文等の作成等の集団で行われる職場復帰に有効な項目であって、医師、看護職員、作業療法士、ソーシャルワーカー等の医療チームによって行われるものをいいます。
石綿疾患療養管理料	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。	225 点	・　同一月において重複算定できない管理料等は 48 頁のとおりです。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
石綿疾患労災請求指導料	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	450 点	・　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。 ・　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。
労災電子化加算	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。 ※「労災電子化加算」の算定は、令和６年３月診療分までとなる予定です。	１件につき 5 点	・　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。
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 ２　その他の疾患の場合 (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。下記の(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、公認心理士若しくはソーシャルワーカ	月１回に限り 初回　900 点 2 回目 560 点 3 回目 450 点 4 回目 330 点 月１回に限り 初回　680 点 2 回目 420 点 3 回目 330 点 4 回目 250 点	注１　事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含みます。 注２　看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。 注３　ソーシャルワーカーとは、社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。 注４　請求に当たっては、職場復帰支援・療養指導料の算定時は、指導管理箋等の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	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）」（76～79 頁）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、公認心理士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)から(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、脛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)～(3)を満たし、職場復帰支援・療養指導料を算定している患者であり、かつ、以下①～③の要件を満たした場合、療養・就労両立支援加算として、同一傷病労働者に対して１回につき 600 点を算定することができます。 ① 事業主又は産業医から治療上望ましい配慮等について助言を取得すること。 ② 助言を踏まえて、医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うこと。 ③ 傷病労働者に対して、治療計画変更の必要性の有無や具体的な内容等について、説明を行うこと。 ３　新興感染症（新型コロナウィルス感染症）罹患後症状の場合 (1) 傷病労働者（入院治療後罹患後症状の治療のため通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初診受診後１か月以上の通院療養が見込まれる	月１回に限り 初回　600 点 2 回目 500 点 3 回目 330 点 4 回目 250 点	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等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。

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
	者。下記の（2）から（3）について同じ。）に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、公認心理士若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式５、６）」（80～81 頁）又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月１回に限り算定できます。 (2) 上記１及び２のの(2)、(3)及び(5)については、３「新興感染症（新型コロナウィルス感染症）罹患後症状の場合」においても算定できます。 (3) 上記(1)から(2)の場合の算定は、同一傷病労働者につき、２回を限度とします。		
社会復帰支援指導料	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（別紙様式８）」（83 頁）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。	130 点	

項　目	摘　　要	点数又は金額	備　　考
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。		
	(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	〃　60 点	
	つまみ力検査	〃　60 点	
	タッピング検査	〃　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	

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、傷病労働者の疾病又は負傷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られていますが、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。

また、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き必要に応じて患者に貸与すべきものですが、たまたま備付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うこととしています。（表参照）

なお、補聴器、眼鏡、本義肢、かつら等は患部の症状が治ゆ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から支給されることになっています。

労災保険・健康保険における治療用装具等の取扱い比較表

項目	労災保険		健康保険
装着式収尿器（人工膀胱）	支給されます。 尿路障害者に支給	＊療養の給付 ＊療養の費用	（支給されず。）
人工肛門受便器（ペロッテ）	支給されます。（装着式収尿器の取扱いに準ずる。） 人工肛門造設者に支給	＊療養の給付 ＊療養の費用	（支給されず。）
浣腸剤	支給されます。 せき髄損傷等神経系の障害による便秘症のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給	＊療養の給付 レセプトの「㊵処置」欄に浣腸剤と記入してください。 レセプトの「摘要」欄に浣腸剤の商品名単価、使用個数を記入してください。 ＊療養の費用	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、別に算定はしないが、薬剤を使用した場合は薬剤料を加算できる。
ソフトコンタクトレンズ	支給されます。 （注）視力の屈折矯正のために使用するソフトコンタクトレンズは除く。	＊療養の給付 （注１）39 頁参照 ＊療養の費用	（支給されず。）
補聴器	支給されません。 （傷病が治ゆした者には、社会復帰促進等事業から支給）		（支給されず。）
眼鏡	支給されません。 （業務災害により、視力が 0.6 以下に低下したものについては、社会復帰促進等事業から支給）		（支給されず。）
義眼	健保に準じます。	＊療養の費用	眼球摘出後眼窩保護用として支給
義歯 歯冠補修・欠損補綴（保険適用外の材料による補綴物）	義歯等を業務災害により破損又は補綴等を必要とする場合は、これに要する費用は療養補償範囲に含めます。	＊療養の費用 ＊療養の費用 （行政処分が必要） （注２）39 頁参照	―

項　　目	労　災　保　険		健　康　保　険
コルセット	健保に準じます。	＊療養の費用	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に属するものとして療養費の範囲として支給する。
歩行補助器 松葉杖	健保に準じます。	＊療養の費用	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）	健保に準じます。 （仮義手についても仮義足同様取扱って差し支えない。）	＊療養の費用 ＊（注３）39 頁参照	診療担当医の指示、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実費相当額を支給。
固定装具	コルセットに準じます。	＊療養の費用	コルセットに準じます。
保護帽子 (頭蓋骨欠損部分保護)	健保に準じます。	＊療養の費用	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として支給。
ポリネック	支給されます。 療養上必要なものと認められる場合は保険給付して差し支えない。	＊療養の給付	頸部固定帯については、腰部又は胸部固定帯固定＋腰部、胸部又は頸部固定帯加算で算定できる。
フローテーションパッド	支給されます。 自力による体位変換が不可能若しくは困難な状態が長期間にわたると見込まれる傷病労働者に対し、1 人につき 1 枚支給	＊療養の費用 ＊（注４）39 頁参照	（支給されず。）
滅菌ガーゼ	①②いずれの要件も満たす場合支給されます。 ① せき髄損傷等による重度の傷病労働者のうち尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの又は尿路へカテーテルを留置しているもの若しくはこれらに類する創部を有するもの。 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。	＊療養の給付 レセプトの「㊵処置」欄に滅菌ガーゼ・絆創膏名　cm×cm×枚数@　算定理由を記入してください。 (例)「尿路へカテーテル留置対象期間」 ＊（注５）39 頁参照	（支給されず）

＊療養の給付……医療機関が購入したものは「レセプト」により請求します。
（都道府県購入価格を 10 円で除して得た点数×診療単価）
＊療養の費用……自費購入者については、本人が「療養の費用請求書」(様式第 7 号(1) －95 頁、第 16 号の 5(1) 108 頁参照)により請求します。

（注１）ソフトコンタクトレンズ

イ　外傷性角膜損傷（潰瘍、乾燥症、水泡性角膜症等）、外傷性緑内障及び眼部の熱傷又は薬傷の治療においては、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とする。

ロ　視力の屈折矯正のために使用するソフトコンタクトレンズは含まないものとする。

（注２）歯冠補修及び欠損補綴

イ　保険適用外の材料を用いた補綴等を破損した場合又は補綴等を必要とする場合には、支給対象となります。

ロ　保険適用外の材料等によるオールセラミック、ハイブリッドセラミック、メタルボンドの材料費については、１本当たり原則８万円を上限とします。

（注３）義肢装着前の訓練用装具（練習用仮義手、仮義足）

イ　症状固定前の仮義手及び仮義足（以下「仮義肢」という。）については、診療担当医の指示、指導のもとに使用する場合、１回に限り、治療用装具として療養費の支給対象となります。

なお、療養期間中に仮義肢が破損し、修理を必要とする場合には、当該仮義肢の修理に要した実費相当額が療養費の支給対象額となります。

ロ　練習用仮義肢の処方、採型、装着、調整等については、仮義肢を支給する１回に限り、健保点数表の「治療装具の採型ギプス」により算定してください。

（注４）フローテーションパッド

イ　次の要件を満たす者に限ります。

（イ）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（少なくとも３か月以上）にわたると見込まれる傷病労働者（たとえば、せき髄損傷、脳損傷、じん肺による高度の呼吸機能障害者等）であって、現に褥瘡が発生しているか、又は褥瘡の発生のおそれがあると認められるもの。

（ロ）上記（イ）に該当する者のうち、診療担当医が療養上フローテーションパッドの必要を認めたものである。

ロ　支給するフローテーションパッドは１人につき１枚とし、最高価格は表に定める範囲内のものを限度とします。ただし、既に支給されたフローテーションパッドが使用不能の状態に至ったと診療担当医が認めた場合に限り、再支給することができます。

基　本　構　造
不水溶性抱水プラスチックゲルを主とする多層構造のもの
ポリマーゲル（高分子人工脂肪）又は液胞ゲル

（注５）自宅療養用の滅菌ガーゼ

通院療養者であって、次のイ及びロの要件を満たす者に限ります。

イ　せき髄損傷等による重度の障害者のうち、尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの、又は、尿路へカテーテルを留置しているもの若しくはこれらに類する創部を有するものであること。なお、褥瘡については、ごく小さな範囲のものに限る。

ロ　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であること。

（注①診療担当医から、直接処方、投与を受けたガーゼに限るものであること。したがって、たとえ診療担当医の指示によるものであっても、薬局等から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。

（注②）　１回当たりの対象投与期間は、概ね７日間とすること。

診療費における消費税の取扱いについて

労働者災害補償保険法の規定に基づく療養の給付及び療養の費用の支給に係る療養については、消費税法第６条及び別表第１第６号ホにより、労災保険の療養の給付及び療養の費用の支給に係る療養としての資産の譲渡等は非課税とされている。

ただし、これらのうち、「資産の譲渡を受けるものの選定に係る」特別の病室の提供等の財務大臣の定めるものにあっては、財務大臣の定める金額に相当する部分に限り、非課税となる。

1　入院室料加算等の取扱いについて

労災診療算定基準のうち「入院室料加算」は、医師が療養上必要と認めたものに係る取扱いであり、「資産の譲渡を受ける者の選定にかかる」ものに該当せず非課税となる。

2　診断書料等の取扱いについて

所轄労働基準監督署等が、保険給付の決定処分を行うに当たって必要となる診断書等の作成に係る費用については、消費税法第６条別表第１第６号ホに掲げる「療養」に要する費用と認められることから非課税となる。

3　治療用装具の価格の取扱いについて

治療用装具については、健康保険に準拠しており、療養費として支給する額については、障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）第５条第 19 項及び第 76 条第２項の規定に基づく「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 528 号）別表の規定による価格の 100 分の 106 に相当する額を基準として算定する。

※注　社会復帰促進等事業として支給する装具についても 100 分の 106（一部 100 分の 110）

労災保険における診断書料早見一覧表

<table>
<tr><th>支　給　対　象</th><th>告示様式の
名称番号</th><th>支　給　額</th><th>請求方法</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td>障害（補償）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）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。）</td><td>障害(補償)給付変更請求書

(様式第 11 号)</td><td>4,000 円</td><td rowspan="2">・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</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>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）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）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。）</td><td>遺族(補償)年金請求書
(様式第 12 号、第 16 号の 8)

遺族(補償)年金転給等請求書
(様式第 13 号)</td><td>4,000 円</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>支　給　対　象</th><th>告示様式の
名称番号</th><th>支　給　額</th><th>請求方法</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td>障害（補償）給付の支給を受けようとする者が、障害(補償)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」</td><td>障害(補償)給付請求書
(様式第 10 号、第 16 号の 7)</td><td>4,000 円</td><td rowspan="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
・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</td><td rowspan="6">レセプト「㊵その他」欄に診断書名、「摘要」欄に様式番号を記入してください。</td></tr>
<tr><td>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）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」</td><td>傷病の状態等に関する届
(様式第 16 号の 2)</td><td>4,000 円</td></tr>
<tr><td>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」</td><td>同　　上</td><td>4,000 円</td></tr>
<tr><td>休業（補償）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）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」</td><td>傷病の状態等に関する報告書
(様式第 16 号の 11)</td><td>4,000 円</td></tr>
<tr><td>傷病（補償）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」</td><td>傷病の状態の変更に関する届
(年金申請様式第 4 号)</td><td>4,000 円</td></tr>
<tr><td>介護（補償）給付の支給を受けようとする者が介護（補償）給付支給請求書に添付して提出した「診断書」</td><td>介護（補償）給付支給請求書
(様式第 16 号の 2 の 2)</td><td>4,000 円</td><td>※障害（補償）年金受給者である場合については、療養の費用請求書</td></tr>
</table>

支　給　対　象	告示様式の名称番号	支　給　額	請求方法	備　　考
労働基準監督署長が、療養（補償）給付を受けている者（傷病（補償）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診断書		5,000 円	・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	レセプト「㊽その他」欄に診断書の種類及び金額を記入し、検査に要した費用等請求書(診機様式第１号の 2)で請求してください。
休業（補償）給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	休業(補償)給付請求書 (様式第 8 号、様式第 16 号の 6)	2,000 円	・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	レセプト「㊽その他」欄に休業証明料又は看護の費用の証明料と記入し、「摘要」欄に**証明期間**を記入してください。
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	昭和 63 年 5 月 12 日 基発第 315 号 別紙様式 1	1,000 円		
労働基準監督署長が保険給付に関する決定に当たり専門医等から意見等を求めた場合（業務上外の認定、治ゆの認定、再発の認定、障害・傷病等級の認定、長期療養者の症状の把握等、保険給付に関する決定の前提となる事項について意見等を求めた場合）の意見（回答）書		一般的な医学的事項 7,000 円 特に高度な医学的事項 20,000 円	依頼内容に応じ ・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 若しくは 障害等級等認定関係診断等費用請求書 病院等→署	診機様式第１号の２で請求する場合は、レセプトの「㊽その他」欄に診断書の種類及び金額を記入し、添付してください。
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		一般的な医学的事項 7,000 円 特に高度な医学的事項 20,000 円	（依頼時に同封された請求書により、依頼された官署あて請求してください。）	

支　給　対　象	告示様式の名称番号	支　給　額	請求方法	備　　考
はり・きゅう及びマッサージの施術に係る診断書	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） 昭和57年5月31日基発第375号	はり・きゅう単独 3,000円 一般医療とはり・きゅう併用 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	・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	

Ⅲ　参　　考

外来管理加算特例の算定例

〔例１〕

・再　　診　　料　　1,400 円

・腰部「創傷処置１（100 ㎠未満）」　　45 点

※平成３０年度診療報酬改定で「創傷処置１（100 ㎠未満）」は 45 点から 52 点へ引き上げとなりましたが、平成３０年度労災診療費算定基準改定により、四肢加算対象以外は 45 点で算定し特例取扱いの対象として差し支えありません。

・外 来 管 理 加 算　　52 点（労災特例取扱い）

診療内容			点数（点）
⑪初診	時間外・休日・深夜		
⑫再診	外来管理加算	× 1 回	52
	時間外	× 回	
	休日	× 回	
	深夜	× 回	
⑬指導			
⑭在宅	往診	回	
	夜間	回	
	緊急・深夜	回	
	在宅患者訪問診療	回	
	その他		
	薬剤		
㉑投薬	㉑内服薬剤	単位	
	調剤	× 回	
	㉒屯服薬剤	単位	
	㉒外用薬剤	単位	
	調剤	× 回	
	㉓処方	× 回	
	㉖麻毒	回	
	㉗調基		
㉚注射	㉛皮下筋肉内	回	
	㉜静脈内	回	
	㉝その他	回	
㊵処置	薬剤	1 回	45
㊿手術・麻酔	薬剤	回	
60検査・内視鏡	薬剤	回	
70画像診断	薬剤	回	
80その他	処方せん	回	
	薬剤		
小計	点	㋐ 円	

診療内容		金額	摘要
⑪初診		円	㊕ 52×1 回
⑫再診	1 回	1,400 円	
⑬指導	回	円	
㊽その他		円	
小計		㋺ 円	

摘要

㊵ 創傷処置１（100 ㎠未満）（腰部）　45×1

〔例２〕

・再　　診　　料　　1,400 円

・背部「創傷処置１（100 ㎠未満）」　45 点→52 点　（外来管理加算の点数へ読み替え・労災特例取扱い）

※平成３０年度診療報酬改定で「創傷処置１（100 ㎠未満）」は 45 点から 52 点へ引き上げとなりましたが、平成３０年度労災診療費算定基準改定により、四肢加算対象以外は 45 点で算定し特例取扱いの対象として差し支えありません。

・腰部「消炎鎮痛等処置（器具等による療法）」　35 点

・外 来 管 理 加 算　　52 点（労災特例取扱い）

診療内容			点数(点)
⑪初診	時間外・休日・深夜		
⑫再診		× 回	
	外来管理加算	× 1 回	52
	時間外	× 回	
	休日	× 回	
	深夜	× 回	
⑬指導			
⑭在宅	往診	回	
	夜間	回	
	緊急・深夜	回	
	在宅患者訪問診療	回	
	その他		
	処置		
㉑投薬	㉑内服薬剤	単位	
	調剤	× 回	
	㉒屯服薬剤	単位	
	㉓外用薬剤	単位	
	調剤	× 回	
	㉔処方	× 回	
	㉕麻毒	回	
	㉖調基		
㉚注射	㉛皮下筋肉内	回	
	㉜静脈内	回	
	㉝その他	回	
㊱処置	薬剤	2 回	87
㊲手術	薬剤	回	
㊳検査	薬剤	回	
㊴画像診断	薬剤	回	
㊵その他	処方せん	回	
	薬剤		
小計	点㊷	円	

診療内容		金額	摘要
⑪初診		円	
⑫再診	1 回	1,400 円	㊥ 52×1 回
⑬指導	回	円	
㊵その他		円	
小計	㊸	円	

摘　　要

㊵　創傷処置１（100 ㎠未満）（背部）㊥　52×1

消炎鎮痛等処置（器具等による療法）

（腰部）　35×1

非課税医療機関一覧

（令和4年3月31日現在）

1　設立形態により判断できるもの

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

2　課税・非課税の別を医療機関に照会し判断するもの（※2）

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

（※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

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	在宅悪性腫瘍患者指導管理料
B001	ウイルス疾患管理料	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	てんかん指導料	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
	難病外来指導管理料	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
	皮膚科特定疾患指導管理料	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
	心臓ペースメーカー指導管理料	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
	慢性疼痛疾患管理料	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料
C002	在宅時医学総合管理料	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C010	在宅患者連携指導料	C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料
C100	退院前在宅療養指導管理料	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
C101	在宅自己注射指導管理料	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	C117	在宅経腸投薬指導管理料
C102-2	在宅血液透析指導管理料	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
C103	在宅酸素療法指導管理料	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	C120	在宅中耳加圧療法指導管理料
C105	在宅成分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
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	I002	通院・在宅精神療法
C106	在宅自己導尿指導管理料	I004	心身医学療法
C107	在宅人工呼吸指導管理料	I016	精神科在宅患者支援管理料
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	その他	「B000特定疾患療養管理料」と重複算定できない指導管理料等
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料		

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

病棟区分	1.30倍、1.01倍できるもの	健保点数	1.30倍、1.01倍できないもの	健保点数
一般病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	450点
			15日以上30日以内の期間の加算	192点
			救急・在宅等支援病床初期加算(14日限度)	150点
			ＡＤＬ維持向上等体制加算（14日限度）	80点
療養病棟入院基本料	褥瘡対策加算１	15点	急性期患者支援療養病床初期加算(14日限度)	300点
	褥瘡対策加算２	5点	在宅患者支援療養病床初期加算(14日限度)	350点
	慢性維持透析管理加算	100点		
	在宅復帰機能強化加算	50点		
	夜間看護加算	50点		
	看護補助体制充実加算	55点		
結核病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	400点
			15日以上30日以内の期間の加算	300点
			31日以上60日以内の期間の加算	200点
			61日以上90日以内の期間の加算	100点
精神病棟入院基本料	重度認知症加算	300点	14日以内の期間の加算	465点
	精神保健福祉士配置加算	30点	15日以上30日以内の期間の加算	250点
			31日以上90日以内の期間の加算	125点
			91日以上180日以内の期間の加算	10点
			181日以上１年以内の期間の加算	3点
			救急支援精神病棟初期加算（14日限度）	100点
特定機能病院 入院基本料	重度認知症加算	300点	一般病棟14日以内の期間の加算	712点
	看護必要度加算１	55点	一般病棟15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算２	45点	ＡＤＬ維持向上等体制加算（14日限度）	80点
	看護必要度加算３	25点	結核病棟30日以内の期間の加算	330点
			結核病棟31日以上90日以内の期間	200点
			精神病棟14日以内の期間の加算	505点
			精神病棟15日以上30日以内の期間の加算	250点
			精神病棟31日以上90日以内の期間の加算	125点
			精神病棟91日以上180日以内の期間の加算	30点
			精神病棟181日以上１年以内の期間の加算	15点
			入院栄養管理体制加算	270点
			栄養情報提供加算	50点
専門病院入院基本料	看護必要度加算１	55点	14日以内の期間の加算	512点
	看護必要度加算２	45点	15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算３	25点	ＡＤＬ維持向上等体制加算（14日限度）	80点
	一般病棟看護必要度評価加算	5点		
障害者施設等 入院基本料			14日以内の期間の加算	312点
			15日以上30日以内の期間の加算	167点
			看護補助加算（14日以内の期間）	146点
			看護補助加算（15日以上30日以内の期間）	121点
			看護補助体制充実加算（14日以内の期間）	151点
			看護補助体制充実加算（15日以上30日以内の期間）	126点
			夜間看護体制加算	150点
有床診療所 入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日限度）	150点
	医師配置加算１	120点	有床診療所在宅患者支援病床初期加算（21日限度）	300点
	医師配置加算２	90点	看取り加算	1,000点 又は 2,000点
	看護配置加算１	60点	介護連携加算１	192点
	看護配置加算２	35点	介護連携加算２	38点
	夜間看護配置加算１	105点		
	夜間看護配置加算２	55点		
	看護補助配置加算１	25点		
	看護補助配置加算２	15点		
	栄養管理実施加算	12点		
	有床診療所在宅復帰機能強化加算（15日以降）	20点		
有床診療所療養病床 入院基本料	褥瘡対策加算１	15点	有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算(21日限度)	150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)	300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	

入院基本料特例取扱点数一覧表

Ａ１００　一般病棟入院基本料

急性期一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	２週間以内 （１．３０倍）	２週間超 （１．０１倍）
急性期一般入院料１	1,650 点	７：１以上 ７０％以上	18日以内	2,145 点	1,667 点
急性期一般入院料２	1,619 点	１０：１以上 ７０％以上	21日以内	2,105 点	1,635 点
急性期一般入院料３	1,545 点	１０：１以上 ７０％以上	21日以内	2,009 点	1,560 点
急性期一般入院料４	1,440 点	１０：１以上 ７０％以上	21日以内	1,872 点	1,454 点
急性期一般入院料５	1,429 点	１０：１以上 ７０％以上	21日以内	1,858 点	1,443 点
急性期一般入院料６	1,408 点	１０：１以上 ７０％以上	21日以内	1,830 点	1,422 点
急性期一般入院料７	1,382 点	１０：１以上 ７０％以上	21日以内	1,797 点	1,396 点

地域一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	２週間以内 （１．３０倍）	２週間超 （１．０１倍）
地域一般入院料１	1,159 点	１３：１以上 ７０％以上	24日以内	1,507 点	1,171 点
地域一般入院料２	1,153 点	１３：１以上 ７０％以上	24日以内	1,499 点	1,165 点
地域一般入院料３	988 点	１５：１以上 ４０％以上	60日以内	1,284 点	998 点

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

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０１　療養病棟入院基本料

療養病棟入院料１

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	２週間以内 （１．３０倍）	２週間超 （１．０１倍）
入院料Ａ	1,813 点	２０：１以上	２０：１以上	2,357 点	1,831 点
入院料Ｂ	1,758 点			2,285 点	1,776 点
入院料Ｃ	1,471 点			1,912 点	1,486 点
入院料Ｄ	1,414 点			1,838 点	1,428 点
入院料Ｅ	1,386 点			1,802 点	1,400 点
入院料Ｆ	1,232 点	２０％以上		1,602 点	1,244 点
入院料Ｇ	968 点			1,258 点	978 点
入院料Ｈ	920 点			1,196 点	929 点
入院料Ｉ	815 点			1,060 点	823 点

療養病棟入院料２

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	２週間以内 （１．３０倍）	２週間超 （１．０１倍）
入院料Ａ	1,748 点	２０：１以上	２０：１以上	2,272 点	1,765 点
入院料Ｂ	1,694 点			2,202 点	1,711 点
入院料Ｃ	1,406 点			1,828 点	1,420 点
入院料Ｄ	1,349 点			1,754 点	1,362 点
入院料Ｅ	1,322 点			1,719 点	1,335 点
入院料Ｆ	1,167 点	２０％以上		1,517 点	1,179 点
入院料Ｇ	903 点			1,174 点	912 点
入院料Ｈ	855 点			1,112 点	864 点
入院料Ｉ	751 点			976 点	759 点

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

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０２　結核病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 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）
７対１入院基本料	1,654 点	７：１以上 ７０％以上		2,150 点	1,671 点
１０対１入院基本料	1,385 点	１０：１以上 ７０％以上		1,801 点	1,399 点
１３対１入院基本料	1,165 点	１３：１以上 ７０％以上		1,515 点	1,177 点
１５対１入院基本料	998 点	１５：１以上 ４０％以上		1,297 点	1,008 点
１８対１入院基本料	854 点	１８：１以上 ４０％以上		1,110 点	863 点
２０対１入院基本料	806 点	２０：１以上 ４０％以上		1,048 点	814 点

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

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０３　精神病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数 ＧＡＦ尺度等	２週間以内 （１．３０倍）	２週間超 （１．０１倍）
１０対１入院基本料	1,287 点	１０：１以上 ７０％以上	４０日以内 ＧＡＦ尺度３０以下の患者が５割以上	1,673 点	1,300 点
１３対１入院基本料	958 点	１３：１以上 ７０％以上	８０日以内 ＧＡＦ尺度３０以下又は身体合併症を有する患者が４割以上	1,245 点	968 点
１５対１入院基本料	830 点	１５：１以上 ４０％以上	－	1,079 点	838 点
１８対１入院基本料	740 点	１８：１以上 ４０％以上	－	962 点	747 点
２０対１入院基本料	685 点	２０：１以上 ４０％以上	－	891 点	692 点

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

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料

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

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０５　専門病院入院基本料

区分	基本点数	看護配置 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）
７対１入院基本料	1,667 点	７：１以上 ７０％以上	28日以内	2,167 点	1,684 点
１０対１入院基本料	1,396 点	１０：１以上 ７０％以上	33日以内	1,815 点	1,410 点
１３対１入院基本料	1,174 点	１３：１以上 ７０％以上	36日以内	1,526 点	1,186 点

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	２週間以内 （１．３０倍）	２週間超 （１．０１倍）
７対１入院基本料	1,615 点	７：１以上 ７０％以上	2,100 点	1,631 点
１０対１入院基本料	1,356 点	１０：１以上 ７０％以上	1,763 点	1,370 点
１３対１入院基本料	1,138 点	１３：１以上 ７０％以上	1,479 点	1,149 点
１５対１入院基本料	995 点	１５：１以上 ４０％以上	1,294 点	1,005 点

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０８　有床診療所入院基本料

有床診療所入院基本料１

区分	基本点数	看護配置	２週間以内（１．３０倍）	２週間超（１．０１倍）
１４日以内	917 点	看護職員７人以上	1,192 点	
１５日以上３０日以内	712 点			719 点
３１日以上	604 点			610 点

有床診療所入院基本料２

区分	基本点数	看護配置	２週間以内（１．３０倍）	２週間超（１．０１倍）
１４日以内	821 点	看護職員４人以上７人未満	1,067 点	
１５日以上３０日以内	616 点			622 点
３１日以上	555 点			561 点

有床診療所入院基本料３

区分	基本点数	看護配置	２週間以内（１．３０倍）	２週間超（１．０１倍）
１４日以内	605 点	看護職員１人以上４人未満	787 点	
１５日以上３０日以内	567 点			573 点
３１日以上	534 点			539 点

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０８　有床診療所入院基本料

有床診療所入院基本料４

区分	基本点数	看護配置	２週間以内（１．３０倍）	２週間超（１．０１倍）
１４日以内	824 点	看護職員７人以上	1,071 点	
１５日以上３０日以内	640 点			646 点
３１日以上	542 点			547 点

有床診療所入院基本料５

区分	基本点数	看護配置	２週間以内（１．３０倍）	２週間超（１．０１倍）
１４日以内	737 点	看護職員４人以上７人未満	958 点	
１５日以上３０日以内	553 点			559 点
３１日以上	499 点			504 点

有床診療所入院基本料６

区分	基本点数	看護配置	２週間以内（１．３０倍）	２週間超（１．０１倍）
１４日以内	543 点	看護職員１人以上４人未満	706 点	
１５日以上３０日以内	509 点			514 点
３１日以上	480 点			485 点

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	２週間以内（１．３０倍）	２週間超（１．０１倍）
入院基本料Ａ	1,057 点	６：１以上（４：１以上）※	６：１以上（４：１以上）※	1,374 点	1,068 点
入院基本料Ｂ	945 点			1,229 点	954 点
入院基本料Ｃ	827 点			1,075 点	835 点
入院基本料Ｄ	653 点			849 点	660 点
入院基本料Ｅ	564 点			733 点	570 点

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

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

＊注　入院の日から起算して（１日につき）

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	ﾘﾊﾋﾞﾘの実施状況	ＡＤＬ加算算定の可否	
運動器ﾘﾊ（Ⅰ）	入院（医療機関内）	運動器ﾘﾊ（Ⅰ）	○
	入院（医療機関外）		○
	入院外		×
運動器ﾘﾊ（Ⅱ）	入院（医療機関内）	運動器ﾘﾊ（Ⅱ）	○
	入院（医療機関外）		×
	入院外		×

四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表

処置

		健保点数	×1.5	×2.0
J000	創傷処置（100㎠未満）	52	78	104
	創傷処置（100㎠以上500㎠未満）	60	90	120
	創傷処置（500㎠以上3,000㎠未満）	90	135	180
	創傷処置（3,000㎠以上6,000㎠未満）	160	240	320
	創傷処置（6,000㎠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（100㎠未満）	135	203	270
	熱傷処置（100㎠以上500㎠未満）	147	221	294
	熱傷処置（500㎠以上3,000㎠未満）	270	405	540
	熱傷処置（3,000㎠以上6,000㎠未満）	504	756	1,008
	熱傷処置（6,000㎠以上）	1,500	2,250	3,000
J001-4	重度褥瘡処置（100㎠未満）	90	135	180
	重度褥瘡処置（100㎠以上500㎠未満）	98	147	196
	重度褥瘡処置（500㎠以上3,000㎠未満）	150	225	300
	重度褥瘡処置（3,000㎠以上6,000㎠未満）	280	420	560
	重度褥瘡処置（6,000㎠以上）	500	750	1,000
J001-7	爪甲除去（麻酔を要しないもの）	60	90	120
J001-8	穿刺排膿後薬液注入	45	68	90
J002	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）	50	75	100
	ドレーン法（ドレナージ）（その他）	25	38	50
J053	皮膚科軟膏処置（100㎠以上500㎠未満）	55	83	110
	皮膚科軟膏処置（500㎠以上3,000㎠未満）	85	128	170
	皮膚科軟膏処置（3,000㎠以上6,000㎠未満）	155	233	310
	皮膚科軟膏処置（6,000㎠以上）	270	405	540
J116	関節穿刺（片側）	120	180	240
J116-2	粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）	80	120	160
J116-3	ガングリオン穿刺術	80	120	160
J116-4	ガングリオン圧砕法	80	120	160
J119	消炎鎮痛等処置（湿布処置）	35	53	70
J001-2	絆創膏固定術	500	750	
J001-3	鎖骨又は肋骨骨折固定術	500	750	
J054	皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）	45	68	
	皮膚科光線療法（長波紫外線又は中波紫外線療法）	150	225	
	皮膚科光線療法（中波紫外線療法）	340	510	
J117	鋼線等による直達牽引（２日目以降）	50	75	
J118	介達牽引	35	53	
J118-2	矯正固定	35	53	
J118-3	変形機械矯正術	35	53	
J119	消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）	35	53	
	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	35	53	
J119-3	低出力レーザー照射	35	53	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K000	創傷処理（筋肉、臓器に達する）（長径5cm未満）	1,400	2,100	2,800
	創傷処理（筋肉、臓器に達する）（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）（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）（長径10cm以上） ロ　その他のもの	2,690	4,035	5,380
	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径5cm未満）	530	795	1,060
	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（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）（長径10cm以上）	1,480	2,220	2,960
K001	皮膚切開術（長径10cm未満）	640	960	1,280
	皮膚切開術（長径10cm以上20cm未満）	1,110	1,665	2,220
	皮膚切開術（長径20cm以上）	1,980	2,970	3,960
K002	デブリードマン（100㎠未満）	1,410	2,115	2,820
	デブリードマン（100㎠以上3,000㎠未満）	4,830	7,245	9,660
	デブリードマン（3,000㎠以上）	11,230	16,845	22,460
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	940	1,410	1,880
K024	筋切離術	3,690	5,535	7,380
K025	股関節内転筋切離術	6,370	9,555	
K026	股関節筋群解離術	12,140	18,210	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）	16,700	25,050	
K027	筋炎手術（腸腰筋、殿筋、大腿筋）	2,060	3,090	
	筋炎手術（その他の筋）	1,210	1,815	2,420
K028	腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む）	2,050	3,075	4,100
K029	筋肉内異物摘出術	3,440	5,160	6,880
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹）	7,390	11,085	
	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手、足）	3,750	5,625	7,500
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹）	24,130	36,195	
	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（手、足）	12,870	19,305	25,740
K033	筋膜移植術（指（手、足））	8,720	13,080	17,440
	筋膜移植術（その他のもの）	10,310	15,465	20,620
K034	腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む）	4,290	6,435	8,580
K035	腱剥離術（関節鏡下によるものを含む）	13,580	20,370	27,160
K035-2	腱滑膜切除術	9,060	13,590	18,120
K037	腱縫合術	13,580	20,370	27,160
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	13,065	
K038	腱延長術	10,750	16,125	21,500
K039	腱移植術（人工腱形成術を含む）（指（手、足））	18,780	28,170	37,560
	腱移植術（人工腱形成術を含む）（その他のもの）	23,860	35,790	47,720
K040	腱移行術（指（手、足））	15,570	23,355	31,140
	腱移行術（その他のもの）	18,080	27,120	36,160
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	13,610	20,415	27,220
K040-3	腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080	27,120	
K042	骨穿孔術	1,730	2,595	3,460

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K043	骨掻爬術（肩甲骨、上腕、大腿）	12,270	18,405	
	骨掻爬術（前腕、下腿）	8,040	12,060	
	骨掻爬術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	3,590	5,385	7,180
K044	骨折非観血的整復術（肩甲骨、上腕、大腿）	1,600	2,400	
	骨折非観血的整復術（前腕、下腿）	1,780	2,670	
	骨折非観血的整復術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	1,440	2,160	2,880
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術（肩甲骨、上腕、大腿）	7,060	10,590	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術（前腕、下腿）	4,100	6,150	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	2,190	3,285	4,380
K046	骨折観血的手術（肩甲骨、上腕、大腿）	18,810	28,215	
	骨折観血的手術（前腕、下腿、手舟状骨）	15,980	23,970	31,960
	骨折観血的手術（鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く）、足、指（手、足）その他）	11,370	17,055	22,740
K046-2	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（肩甲骨、上腕、大腿）	23,420	35,130	
	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（前腕、下腿）	18,800	28,200	
	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（手、足、指（手、足））	13,120	19,680	26,240
K046-3	一時的創外固定骨折治療術	34,000	51,000	68,000
K047	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	4,620	6,930	9,240
K048	骨内異物（挿入物を含む）除去術（頭蓋、顔面（複数切開を要するもの））	12,100		
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿）	7,870	11,805	
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕、下腿）	5,200	7,800	
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,620	5,430	7,240
K049	骨部分切除術（肩甲骨、上腕、大腿）	5,900	8,850	
	骨部分切除術（前腕、下腿）	4,940	7,410	
	骨部分切除術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,280	4,920	6,560
K050	腐骨摘出術（肩甲骨、上腕、大腿）	15,570	23,355	
	腐骨摘出術（前腕、下腿）	12,510	18,765	
	腐骨摘出術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	4,100	6,150	8,200
K051	骨全摘術（肩甲骨、上腕、大腿）	27,890	41,835	
	骨全摘術（前腕、下腿）	15,570	23,355	
	骨全摘術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	5,160	7,740	10,320
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（２本以上）	5,160	7,740	10,320
K052	骨腫瘍切除術（肩甲骨、上腕、大腿）	17,410	26,115	
	骨腫瘍切除術（前腕、下腿）	9,370	14,055	
	骨腫瘍切除術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	4,340	6,510	8,680
K053	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨、上腕、大腿）	36,460	54,690	
	骨悪性腫瘍手術（前腕、下腿）	32,040	48,060	
	骨悪性腫瘍手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	22,010	33,015	44,020
K054	骨切り術（肩甲骨、上腕、大腿）	28,210	42,315	
	骨切り術（前腕、下腿）	22,680	34,020	
	骨切り術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	8,150	12,225	16,300
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	44,070	66,105	
K055-3	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術	37,570	56,355	
K056	偽関節手術（肩甲骨、上腕、大腿）	30,310	45,465	

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）	1,280	1,920	2,560
	関節切開術（肩鎖、指（手、足））	680	1,020	1,360
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（観血的に行うもの）	8,640	12,960	
	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（関節鏡下で行うもの）	12,720	19,080	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩、股、膝）	20,020	30,030	
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（胸鎖、肘、手、足）	13,130	19,695	26,260
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩鎖、指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K061	関節脱臼非観血的整復術（肩、股、膝）	1,800	2,700	
	関節脱臼非観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	1,560	2,340	3,120
	関節脱臼非観血的整復術（肩鎖、指（手、足）、小児肘内障）	960	1,440	1,920
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（リーメンビューゲル法）	2,050	3,075	
	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（その他）	2,950	4,425	
K063	関節脱臼観血的整復術（肩、股、膝）	28,210	42,315	
	関節脱臼観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	18,810	28,215	37,620
	関節脱臼観血的整復術（肩鎖、指（手、足））	15,080	22,620	30,160
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	23,240	34,860	
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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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））	7,930	11,895	15,860
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））	8,880	13,320	17,760
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	膝蓋骨滑液嚢切除術	11,200	16,800	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	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
	関節鏡下関節鼠摘出手術（肩鎖、指（手、足））	12,000	18,000	24,000
K068	半月板切除術	9,200	13,800	
K068-2	関節鏡下半月板切除術	15,090	22,635	
K069	半月板縫合術	11,200	16,800	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	16,730	25,095	33,460
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	18,810	28,215	
K070	ガングリオン摘出術（手、足、指（手、足））	3,050	4,575	6,100
	ガングリオン摘出術（その他）（ヒグローム摘出術を含む）	3,190	4,785	6,380
K072	関節切除術（肩、股、膝）	23,280	34,920	
	関節切除術（胸鎖、肘、手、足）	16,070	24,105	32,140
	関節切除術（肩鎖、指（手、足））	6,800	10,200	13,600
K073	関節内骨折観血的手術（肩、股、膝、肘）	20,760	31,140	
	関節内骨折観血的手術（胸鎖、手、足）	17,070	25,605	34,140
	関節内骨折観血的手術（肩鎖、指（手、足））	11,990	17,985	23,980
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩、股、膝、肘）	27,720	41,580	
	関節鏡下関節内骨折観血的手術（胸鎖、手、足）	22,690	34,035	45,380
	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩鎖、指（手、足）	14,360	21,540	28,720
K074	靭帯断裂縫合術（十字靭帯）	17,070	25,605	
	靭帯断裂縫合術（膝側副靭帯）	16,560	24,840	
	靭帯断裂縫合術（指（手、足）その他の靱帯）	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）その他の靱帯）	15,720	23,580	31,440

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K075	非観血的関節授動術（肩、股、膝）	1,590	2,385	
	非観血的関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	1,260	1,890	2,520
	非観血的関節授動術（肩鎖、指（手、足））	490	735	980
K076	観血的関節授動術（肩、股、膝）	38,890	58,335	
	観血的関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	28,210	42,315	56,420
	観血的関節授動術（肩鎖、指（手、足））	10,150	15,225	20,300
K076-2	関節鏡下関節授動術（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
K077	観血的関節制動術（肩、股、膝）	27,380	41,070	
	観血的関節制動術（胸鎖、肘、手、足）	16,040	24,060	32,080
	観血的関節制動術（肩鎖、指（手、足））	5,550	8,325	11,100
K078	観血的関節固定術（肩、股、膝）	21,640	32,460	
	観血的関節固定術（胸鎖、肘、手、足）	22,300	33,450	44,600
	観血的関節固定術（肩鎖、指（手、足））	8,640	12,960	17,280
K079	靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	28,210	42,315	
	靭帯断裂形成手術（膝側副靭帯）	18,810	28,215	
	靭帯断裂形成手術（指（手、足）その他の靱帯）	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）その他の靱帯）	18,250	27,375	36,500
	関節鏡下靭帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靱帯）	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・上腕二頭筋の固定を伴うもの）	37,490	56,235	
	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑なもの）	38,670	58,005	
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴うもの）	45,200	67,800	
	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わないもの）	32,160	48,240	
K080-6	関節鏡下股関節唇形成術	44,830	67,245	
K080-7	上腕二頭筋腱固定術（観血的に行うもの）	18,080	27,120	
	上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下で行うもの）	23,370	35,055	
K081	人工骨頭挿入術（肩、股）	19,500	29,250	
	人工骨頭挿入術（肘、手、足）	18,810	28,215	37,620
	人工骨頭挿入術（指（手、足））	10,880	16,320	21,760
K082	人工関節置換術（肩、股、膝）	37,690	56,535	
	人工関節置換術（胸鎖、肘、手、足）	28,210	42,315	56,420
	人工関節置換術（肩鎖、指（手、足））	15,970	23,955	31,940
K082-2	人工関節抜去術（肩、股、膝）	30,230	45,345	
	人工関節抜去術（胸鎖、肘、手、足）	23,650	35,475	47,300
	人工関節抜去術（肩鎖、指（手、足））	15,990	23,985	31,980

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K082-3	人工関節再置換術（肩、股、膝）	54,810	82,215	
	人工関節再置換術（胸鎖、肘、手、足）	34,190	51,285	68,380
	人工関節再置換術（肩鎖、指（手、足））	21,930	32,895	43,860
K082-4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	91,500	137,250	183,000
K082-5	人工距骨全置換術	27,210	40,815	
K082-6	人工股関節摺動面交換術	25,000	37,500	
K083	鋼線等による直達牽引 （初日。観血的に行った場合の手技料を含む）（１局所につき）	3,620	5,430	7,240
K083-2	内反足足板挺子固定	2,030	3,045	
K084	四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿、下腿、足）	24,320	36,480	48,640
K084-2	肩甲帯離断術	36,500	54,750	
K085	四肢関節離断術（肩、股、膝）	31,000	46,500	
	四肢関節離断術（肘、手、足）	11,360	17,040	22,720
	四肢関節離断術（指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K086	断端形成術（軟部形成のみ）（指（手、足））	2,770	4,155	5,540
	断端形成術（軟部形成のみ）（その他）	3,300	4,950	6,600
K087	断端形成術（骨形成を要する）（指（手、足））	7,410	11,115	14,820
	断端形成術（骨形成を要する）（その他）	10,630	15,945	21,260
K088	切断四肢再接合術（四肢）	144,680	217,020	289,360
	切断四肢再接合術（指（手、足））	81,900	122,850	163,800
K089	爪甲除去術	770	1,155	1,540
K090	ひょう疽手術（軟部組織）	1,190	1,785	2,380
	ひょう疽手術（骨、関節）	1,280	1,920	2,560
K090-2	風棘手術	990	1,485	1,980
K091	陥入爪手術（簡単なもの）	1,400	2,100	2,800
	陥入爪手術（爪床爪母の形成を伴う複雑なもの）	2,490	3,735	4,980
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（ランブリヌディ）手術	27,890	41,835	
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術（鏡視下によるもの）	4,340	6,510	8,680
	手掌、足底腱膜切離・切除術（その他のもの）	2,750	4,125	5,500
K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	5,000	7,500	
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	4,785	6,380
K098	手掌屈筋腱縫合術	13,300	19,950	26,600
K099	指瘢痕拘縮手術	8,150	12,225	16,300
K099-2	デュプイトレン拘縮手術（１指）	10,430	15,645	20,860
	デュプイトレン拘縮手術（２指から３指）	22,480	33,720	44,960
	デュプイトレン拘縮手術（４指以上）	32,710	49,065	65,420
K100	多指症手術（軟部形成のみのもの）	2,640	3,960	5,280
	多指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
K101	合指症手術（軟部形成のみのもの）	9,770	14,655	19,540
	合指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
K101-2	指癒着症手術（軟部形成のみのもの）	7,320	10,980	14,640
	指癒着症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	13,910	20,865	27,820
K102	巨指症手術（軟部形成のみのもの）	8,720	13,080	17,440

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	巨指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	21,240	31,860	42,480
K103	屈指症手術、斜指症手術（軟部形成のみのもの）	13,810	20,715	27,620
	屈指症手術、斜指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
K105	裂手、裂足手術	27,890	41,835	55,780
K106	母指化手術	35,610	53,415	71,220
K107	指移植手術	116,670	175,005	233,340
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、骨盤骨掻爬術	17,170		
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	2,570		
K117-2	頸椎非観血的整復術	2,570		
K118	脊椎・骨盤脱臼観血的手術	31,030		
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	24,320		
K120	恥骨結合離開観血的手術	7,890		
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580		
K121	骨盤骨折非観血的整復術	2,570		
K124	腸骨翼骨折観血的手術	15,760		
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	58,840	88,260	
K125	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）	32,110		
K126	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（棘突起、腸骨翼）	3,150		
	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（その他のもの）	4,510		
K126-2	自家培養軟骨組織採取術	4,510	6,765	9,020
K128	脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術	13,520		
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	17,300		
K133	黄色靭帯骨化症手術	28,730		
K133-2	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	78,500		
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（経皮的髄核摘出術）	15,310		
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	75,600		
	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	30,390		
K134-3	人工椎間板置換術（頸椎）	40,460		
K134-4	椎間板内酵素注入療法	5,350		
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	36,620		
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	101,330		
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	113,830		
K137	骨盤切断術	48,650		
K138	脊椎披裂手術（神経処置を伴うもの）	29,370		
	脊椎披裂手術（その他のもの）	22,780		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K139	脊椎骨切り術	60,330		
K140	骨盤骨切り術	36,990		
K141	臼蓋形成手術	28,220	42,330	
K141-2	寛骨臼移動術	40,040	60,060	
K141-3	脊椎制動術	16,810		
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む）（前方椎体固定）	41,710		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む）（後方又は後側方固定）	32,890		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む）（後方椎体固定）	41,160		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む）（前方後方同時固定）	74,580		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む）（椎弓切除）	13,310		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む）（椎弓形成）	24,260		
K142-2	脊椎側彎症手術（固定術）	55,950		
	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）	112,260		
	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）	48,650		
	脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術）	20,540		
K142-3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	101,910		
K142-4	経皮的椎体形成術	19,960		
K142-5	内視鏡下椎弓形成術	30,390		
K142-6	歯突起骨折骨接合術	23,750		
K142-7	腰椎分離部修復術	28,210		
K142-8	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	24,560		
K143	仙腸関節固定術	29,190		
K144	体外式脊椎固定術	25,800		
K182	神経縫合術（指（手、足））	15,160	22,740	30,320
	神経縫合術（その他のもの）	24,510	36,765	49,020
K182-2	神経交差縫合術（指（手、足））	43,580	65,370	87,160
	神経交差縫合術（その他）	46,180	69,270	92,360
K182-3	神経再生誘導術（指（手、足））	12,640	18,960	25,280
	神経再生誘導術（その他のもの）	21,590	32,385	43,180
K188	神経剥離術（鏡視下によるもの）	14,170	21,255	28,340
	神経剥離術（その他のもの）	10,900	16,350	21,800
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術	11,000		
K188-3	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）（長径2cm未満）	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）（長径2cm以上4cm未満）	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）（長径4cm以上）	4,360	6,540	8,720
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）（長径3cm未満）	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）（長径3cm以上6cm未満）	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）（長径6cm以上）	4,160	6,240	
K194	神経捻除術（後頭神経）	4,410		
	神経捻除術（上眼窩神経）	4,410		
	神経捻除術（眼窩下神経）	4,410		
	神経捻除術（おとがい神経）	4,410		
	神経捻除術（下顎神経）	7,750		
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410		
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410		
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410		
K195	交感神経切除術（頸動脈周囲）	8,810		
	交感神経切除術（股動脈周囲）	8,810	13,215	
K195-2	尾動脈腺摘出術	7,750		
K196	交感神経節切除術（頸部）	26,030		
	交感神経節切除術（胸部）	16,340		
	交感神経節切除術（腰部）	17,530		
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500		
K196-3	ストッフェル手術	12,490	18,735	
K196-4	閉鎖神経切除術	12,490	18,735	
K196-5	末梢神経遮断(挫滅又は切断)術 (浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経)	12,490	18,735	
K197	神経移行術	23,660	35,490	47,320
K198	神経移植術	23,520	35,280	47,040
K606	血管露出術	530	795	1,060
K607	血管結紮術（開胸又は開腹を伴うもの）	12,660		
	血管結紮術（その他）	4,500	6,750	9,000
K607-2	血管縫合術（簡単なもの）	4,210	6,315	8,420
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	7,500	
K608	動脈塞栓除去術（開胸又は開腹を伴うもの）	28,560		
	動脈塞栓除去術（その他）（観血的なもの）	11,180	16,770	22,360
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130	4,695	
K609	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）	40,950	61,425	
	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	43,880		
	動脈血栓内膜摘出術（その他のもの）	28,450	42,675	56,900
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	34,740		
K610	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	99,700		
	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）	52,570		
	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）	47,790		
	動脈形成術、吻合術（指（手、足）の動脈）	18,400	27,600	36,800
	動脈形成術、吻合術（その他の動脈）	21,700	32,550	43,400
K610-2	脳新生血管造成術	52,550		

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）	23,110		
	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（選択的動脈科学塞栓術）	20,040		
	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（その他）	20,480		
K615-2	経皮的大動脈遮断術	1,660		
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590	33,885	45,180
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800		
K616-3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る）	24,550		
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	12,000	18,000	
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回の実施後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	
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	下大動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		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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

労災特掲（手術）

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

疾患別リハビリテーション

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

職場復帰プログラムの例
（精神科ショート・ケア、３時間コース）

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

区　　分	項　　目	内　　容　・　目　　的
プログラム１	自己表現	・自分の趣味ややりたいことを対話形式で発表 ・自己表現を通し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