

## 第2章 労災診療費算定基準

令和4年4月1日改定

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」といいます。)に準拠して算定しますが、次に掲げる項目については、労災保険独自の特例的に定めた算定基準により算定します。(後期高齢者医療に係る点数の適用は受けません。)

### 1 診療単価

診療単価は労災診療の特殊性を考慮して次のとおりとなっています。

- (1) 課税医療機関 12円
- (2) 非課税医療機関 11円50銭(注:円未満の端数は切り捨て)

なお、非課税医療機関は次のとおりです。

#### イ 次の法人等が開設する医療機関

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

日本赤十字社

社会福祉法人

私立学校法による学校法人

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

国家公務員共済組合、国家公務員共済組合連合会

地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会

日本私立学校振興・共済事業団

社会医療法人

公益財団法人結核予防会

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)

学術の研究を行う公益法人に付随するもの

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)

- ロ 上記イ以外の「医師会、歯科医師会」「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」「それ以外の公益法人等」の場合は、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確認し、課税・非課税の別を判断します。

## 2 初 診 料 - 医科、歯科とも 3,820円

初診料については、健保点数表と異なり点数ではなく、上記金額で算定します。

労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できます。

したがって、既に傷病の診療を継続している期間(災害発生当日を含む。)中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療にかか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の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、初診料の半額の 1,910 円を算定できます。

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、1,820 円を算定します。この取扱いは、令和4年 10 月1日以降の診療に適用します。

診療内容		金額	摘要
初診		3,820円	
再診回		円	
指導回		円	
80 その他		円	
小計		3,820円	

注1 時間外加算等、その他初診料の算定に係る取扱いについては健康保険準拠です。

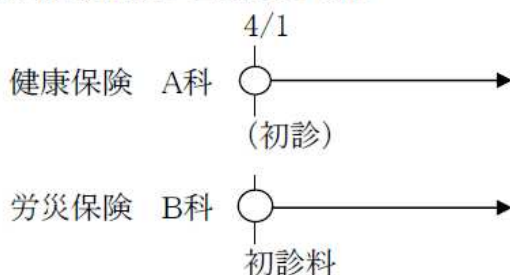
注2 ただし書きの初診料は、主病との関連がある傷病(疾病)については、算定できません。  
(例えば、せき損患者が併発疾病の治療をするために他科に受診したような場合など。)

## 初診料の算定例

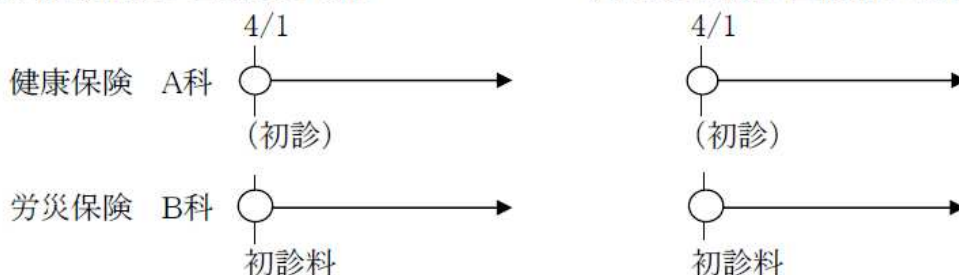
○:当科における最初の受診日、●:当科における2回目以降の受診日

### 1 健康保険の初診日と労災保険の初診日が同一日の場合

#### (1)健康保険が主傷病の場合



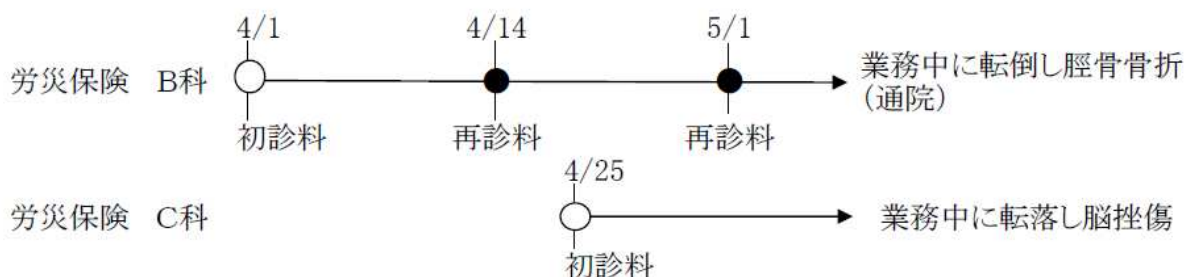
#### (2)労災保険が主傷病の場合



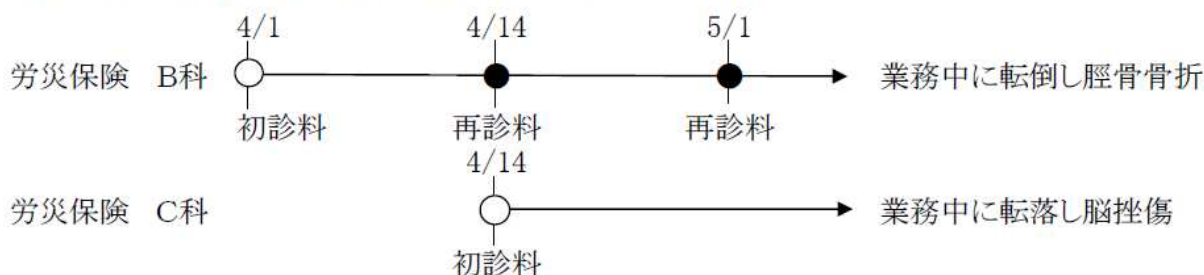
(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料(3,820円)が算定できる。

### 2 労災保険で継続療養中に、新たな労災傷病の初診を他科で行った場合

#### (1)労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が別の場合



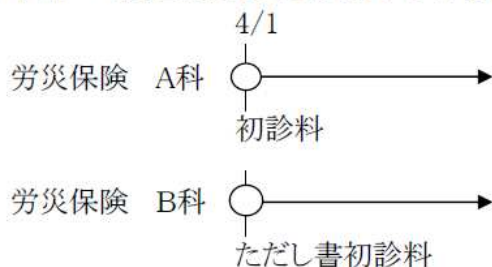
#### (2)労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一日の場合



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

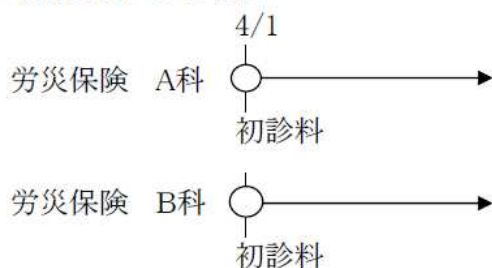
### 3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合

#### (1) 同一の災害(傷病が異なる)による場合



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

#### (2) 別災害による場合



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

### 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(継続療養中の初診時を含む。)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

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。

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)

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

再発の場合。

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。

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。

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。

上記の他、初診料が算定できない場合。

注1 救急医療管理加算は、レセプトの労災特掲項目欄「80その他」に計上し、摘要欄に「救急医療管理加算」と記載してください。

診療内容		金額	摘要
初診		3,820円	救急医療管理加算(入院) 期間:7月7日~13日
再診回		円	
指導回		円	
80 その他		44,100円	
小計		47,920円	

注2 救急医療管理加算(入院)は、当初において算定要件を満たしていれば、その後症状が回復した場合であっても入院日から最大7日間を算定することができます。

注3 救急医療管理加算(入院)は、転医先医療機関において算定要件を満たしていれば、転医前医療機関で救急医療管理加算(入院)を算定していた場合であっても、入院日から7日間は算定することができます。

注4 救急医療管理加算と救命救急入院料は重複して算定することはできませんが、入院の時点での状態が基準に該当すれば、7日以内に一般病棟入院基本料を算定する病室に転室した場合、残りの期間に救急医療管理加算を算定することができます。

注5 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」といいます。)については区分を設けておらず、その算定は次のとおりとなります。

労災救急医療管理加算は健保点数表における「救急医療管理加算」との重複算定はできないため、そのいずれかを算定することとなりますが、労災救急医療管理加算では、初診の傷病労働者に救急医療を行った場合には所定の金額(入院の場合6,900円)を算定できることから、健保点数表によれば「救急医療管理加算2」の算定となる場合であっても、労災救急医療管理加算を算定できます。

#### 4 療養の給付請求書取扱料 - 2,000円

労災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。

ただし、再発(様式第5号又は第16号の3)の場合は算定できません。

また、「指定病院等の変更届」(様式第6号又は第16号の4)の場合には算定できません。

注1 転医始診時には、必ず転医前の医療機関と労災手続きの状況を確認して下さい。

注2 転医前の医療機関等が次に該当する場合は、転医後の指定医療機関は転医始診であっても「様式第5号」又は「様式第16号の3」等を取り扱う必要があります。

イ 非指定医療機関からの転医の場合

ロ 接骨院、整骨院からの転医の場合

ハ 前医で自費又は健康保険扱いで、かつ、様式第5号の提出が困難なため労災扱いとしなかった場合

ニ 健康保険・自賠償保険等から労災へ切り替える場合

注3 指定医療機関であるかの確認は、厚生労働省ホームページの「労災指定医療機関検索」ページ(<http://rousai-kensaku.mhlw.go.jp>)で確認することができます。

注4 診療費・薬剤費の支給決定は、原則として初診医療機関から提出される「療養の給付請求書」とレセプトの記載内容(傷病名等)を審査した上で管轄監督署が行うことになっています。したがって、初診医療機関がこの療養の給付請求書を提出しないと、支給決定できないため後続のレセプトも自動的に支払保留となってしまいます。結果として、転医先医療機関に迷惑をかけることとなりますので、金額やレセプト枚数が少ない場合であっても、「療養の給付請求書」とレセプトは、毎月速やかに提出して下さい。

診療内容		金額	摘要
初診		3,820 円	救急医療管理加算 療養の給付請求書取扱料
再診回		円	
指導回		円	
80 その 他		1,250 円 2,000	
小計		7,070 円	

## 5 再診料 - 1,400円

一般病床の病床数200床未満の医療機関及び一般病床の病床数200床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科において算定します。

再診料についても初診料と同様に、点数ではなく上記金額で算定します。

ただし、健保点数表(医科に限る。)の再診料の注3に該当する場合については、700円を算定できます。この場合において、夜間・早朝等加算、外来管理加算、時間外対応加算、明細書等発行体制加算等(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。

その他、再診料の算定に係る取り扱いについては健保点数表の注8(外来管理加算)を除き健康保険準拠です。

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、1,000 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科を引き続き再診した場合

1 つめの診療科	1,400 円を算定
2 つめの診療科	700 円を算定
3 つめの診療科	(算定できない)

上記の算定ができるのは、それぞれ別の傷病(互いに関連のない傷病)について、別の診療科を再診した場合に限ります。

(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、もう一つの傷病について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。(後掲(例1参照))

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。(後掲(例2参照))

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。

- 超音波検査等
- 脳波検査等
- 神経・筋検査
- 耳鼻咽喉科学的検査
- 眼科学的検査
- 負荷試験等
- ラジオアイソトープを用いた諸検査
- 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、四肢加算適用後の特例点数を基準にします。

(例)消炎鎮痛等処置「マッサージ等手技による療法」(四肢)を行った場合

35点×1.5倍(四肢加算) = 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「マッサージ等手技による療法」に四肢加算を行わず、35点として外来管理加算の52点を合算して87点を算定することはできません。

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

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

注5 四肢以外に行った創傷処置(100 cm<sup>2</sup>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。(後掲(例3参照))

#### ◆ 外来管理加算の特例の算定例

(例1) 頸部に消炎鎮痛等処置「器具等による療法」を行った場合

消炎鎮痛等処置「器具等による療法」(頸部) 35点 (<52点)

外来管理加算 52点

---

合 計 87点

(例2) 消炎鎮痛等処置「器具等による療法」を2部位行った場合

頸部に「器具等による療法」 35点

腰部に「器具等による療法」 35点

消炎鎮痛等処置「器具等による療法」(頸部) 35点 (<52点)

外来管理加算 52点

消炎鎮痛等処置「器具等による療法」(腰部) 52点 (35点を52点に読み替え)

---

合 計 139点

(例3) 腰部に創傷処置(100 cm<sup>2</sup>未満)を行った場合

創傷処置(100 cm<sup>2</sup>未満)(腰部) 45点 (健保点数表では52点だが、45点として可)

外来管理加算 52点

---

合 計 97点

上記(例3(注5)の)取扱いは、四肢以外についての取扱いです。四肢の場合、創傷処置(100 cm<sup>2</sup>未満)は健保点数表どおり52点(更に四肢加算の点数を乗じて可)として算定するため、外来管理加算は算定できません。



## 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。

この指導料は、外来患者の症状に応じた必要な指導を行った場合に算定できるものです。

したがって、毎日のように来院されるような患者に対して同じ内容の指導を繰り返し行い、この指導に対し当該指導料を全部算定するのは妥当性を欠いています。患者の症状や経過、指導内容を十分に考慮し、前述のような算定をするようなことがないように留意して下さい。

注1 同一月において石綿疾患療養管理料とは重複算定はできません。また、それぞれ次ページに掲げる各管理料等とも同月に重複算定できません。

重複算定のできない管理料等

区分	名称	区分	名称
B000	特定疾患療養管理料	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	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		

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。

診療内容		金額	摘要
初診		円	再診時療養指導管理料 日常生活動作1回 機能回復訓練1回
再診	5回	7,000円	
指導	2回	1,840円	
80 その他		円	
小計		8,840円	

## 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

(P.48~55参照)

入院基本料は、入院の日から起算して2週間以内の期間(期間は暦日で計算し、退院期間を含みません。)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。

注1 各種入院料加算の取扱いについて

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」に示されている各種加算について

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、次ページのとおりとなります。

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
療養病棟入院基本料	褥瘡対策加算1	15点	A/D L維持向上等体制加算(14日限度)	80点
	褥瘡対策加算2	5点	急性期患者支援療養病床初期加算(14日限度)	300点
	慢性維持透析管理加算	100点	在宅患者支援療養病床初期加算(14日限度)	350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
特定機能病院入院基本料	重度認知症加算	300点	救急支援精神病棟初級加算(14日限度)	100点
	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	A/D L維持向上等体制加算(14日限度)	80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
専門病院入院基本料	看護必要度加算1	55点	栄養情報提供加算	50点
	看護必要度加算2	45点	14日以内の期間の加算	512点
	看護必要度加算3	25点	15日以上30日以内の期間の加算	207点
	一般病棟看護必要度評価加算	5点	A/D L維持向上等体制加算(14日限度)	80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
有床診療所入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	夜間看護体制加算	150点
	医師配置加算1	120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2	90点	有床診療所在宅患者支援病床初期加算(21日限度)	300点
	看護配置加算1	60点	看取り加算	1,000点 又は2,000点
	看護配置加算2	35点	介護連携加算1	192点
	夜間看護配置加算1	105点	介護連携加算2	38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(16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)
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	

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。

…… 1.30倍、1.01倍した後に加算

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(小数第一位を四捨五入)、その後1.30倍又は1.01倍した点数(小数第一位を四捨五入)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 「特定入院料」には、1.30倍、1.01倍等の特例扱いはありません。

注6 入院の日の起算について

**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ヵ月以上経過し、その後再入院となった場合などについては、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7 入院基本料等の算定要件について

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。

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

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

その他、上記に準ずると認められる場合

注8 保険外併用療養費としての「入院期間が180日を超える入院」の取扱いについては、労災保険ではこれを適用せず、健保点数表に定められている所定点数をもとに算定することとなります。

よって、選定療養には該当せず、傷病労働者から特別の料金を徴収することは認められません。

注9 療養病床に入院する65才以上の高齢者の生活療養及び生活療養を受ける場合の入院料の取扱いについては、労災保険ではこれを適用しません。

したがって、食事療養として「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倍により算定します。

また、入院料についても健保点数表に定められている「生活療養を受ける場合」以外の所定点数をもとに算定します。

注10 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。

## 9 入院室料加算

入院室料加算は、次の及びの要件に該当する場合にに定める金額を算定できるものとしますが、の工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。

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

「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設備」とは、傷病労働者を収容した病室に当該労働者を常時監視する固定式の監視装置(テレビ、モニター等)が設置されているか、又は移動式の監視装置(心電図モニター等)が配置できる設備が整っていることをいいます。

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

「医学上他の患者から隔離する」とは、例えば次のような場合が考えられます。

他の患者に感染する可能性のある疾病の場合

頻繁に処置を要する傷病(重度の熱傷、褥瘡等)

ショック、不穏等など、一時的に情緒不安定な場合

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(初回入院日から7日を限度)

保険医療機関退院後、同一傷病により「特別の関係のある保険医療機関」に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算するので、留意して下さい。

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(消費税を除く)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)により支給区分を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(注3参照)。

注1 特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室であることが算定の条件です。

注2 あらかじめ宮城労働局長に対し、労災入院室料加算している病室の届をする必要があります。  
(P138,139)

注3 宮城県内では、多賀城市が甲地で、それ以外の地域は乙地です。

注4 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。

注5 レセプトの記載例

診療内容		金額	摘要
	初診	3,820円	療養の給付請求書取扱料 205号室(個室) 4,000円 6/7~6/13 理由 - 工
	再診 回	円	
	指導 回	円	
80		2,000円	
その他		28,000円	
小計		33,820円	

## 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(例えば、観血の手術を施行したなど)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。

注1 病衣の貸与は、やむを得ない(緊急)場合、又は感染の恐れのある場合に限り認めているもので、個人(又は医療機関)の都合で病衣貸与を希望する場合は、医療機関と患者との契約となり、算定できません。

注2 外泊日は、算定できません。

## 1.1 入院時食事療養費

入院時食事療養費については、平成18年3月6日付け厚生労働省告示第99号(以下「99号告示」といいます。)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 ( ) 1食につき

**以外の食事療養を行う場合 - 770円** (健保金額 640円×1.2倍)

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。

**流動食のみを提供する場合 - 690円** (健保金額 575円×1.2倍)

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。

**特別食加算 1食につき - 90円** (健保金額 76円×1.2倍)

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、 を算定する患者については、算定できません。

注1 特別食の提供は、適応疾患が限定されています。業務又は通勤上の災害により療養中の労災患者に対する特別食の提供は、当該災害により生じた該当疾患が無い限り、特別食の算定はできません。

注2 特別食加算を算定した場合、治療食の種類をレセプトに表記して下さい。

**食堂加算 1日につき - 60円** (健保金額 50円×1.2倍)

食堂における食事療養を行ったときに、算定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 ( ) 1食につき

**以外の食事療養を行う場合 - 610円** (健保金額 506円×1.2倍)

入院時食事療養( )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。

**流動食のみを提供する場合 - 550円** (健保金額 455円×1.2倍)

入院時食事療養( )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。



## 1.2 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

## 1.3 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。

## 1.4 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1単位につき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( )	(1単位)	250点
(イ)	心大血管疾患リハビリテーション料( )	(1単位)	125点
(ウ)	脳血管疾患等リハビリテーション料( )	(1単位)	250点
(エ)	脳血管疾患等リハビリテーション料( )	(1単位)	200点
(オ)	脳血管疾患等リハビリテーション料( )	(1単位)	100点
(カ)	廃用症候群リハビリテーション料( )	(1単位)	250点
(キ)	廃用症候群リハビリテーション料( )	(1単位)	200点

(ク) 廃用症候群リハビリテーション料 ( ) (1 単位)	100 点
(ケ) 運動器リハビリテーション料 ( ) (1 単位)	190 点
(コ) 運動器リハビリテーション料 ( ) (1 単位)	180 点
(サ) 運動器リハビリテーション料 ( ) (1 単位)	85 点
(シ) 呼吸器リハビリテーション料 ( ) (1 単位)	180 点
(ス) 呼吸器リハビリテーション料 ( ) (1 単位)	85 点

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

健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注4、注5及び注6(注5及び注6は脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に限る。)については、適用しません。

- (2) 入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした疾患別リハビリテーション( )(運動器リハビリテーション科( )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( )(運動器リハビリテーション料( )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。

- (3) 健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算及び初期加算については、健保点数表に準じて算定できます。

( )疾患別リハビリテーションとは、健保点数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 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。

なお、ADL加算、早期リハビリテーション加算及び初期加算は、四肢加算の対象にはなりません。

- 注2 疾患別リハビリテーションの起算日について

疾患別リハビリテーションの起算日には十分注意して下さい。

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

前医での診療状況・手術等の有無等が不明であることを理由に、「転医始診の日」等を起算日とすることはできません。

療養途中に労災傷病(原傷病)から派生した傷病をもって、「傷病名の見直し」・「新たな傷病」とし、起算日変更(リセット)することはできません。

「急性増悪」とは、『1週間以内にFIM（機能的自立度評価法）得点、またはBI（基本的日常生活活動度）が10以上低下するような状態』に該当する場合をいいます。

「急性増悪」を起算日とする場合は、これらに基づく所見・増悪原因を診療費請求内訳書(レセプト)の摘要欄等に記載してください。

骨折後の患部固定等による関節拘縮は、傷病の「急性増悪」に該当しません。

労災傷病（原傷病）に対する「新たな手術日」は起算日変更（リセット）となります。ただし、抜釘術は起算日変更となりません。

廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、レセプトに「廃用症候群に係る評価表」を添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付するのを忘れないでください。

注3 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、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 労災リハビリテーション評価計画書(参考 P.179)を診療費請求内訳書に添付して提出してください。

(参考1) 疾患別リハビリテーション算定一覧表

	( )	( )	( )	標準的 算定日数	起算の日
心大血管疾患リハ	250点	125点	/	150日	治療開始日 (=リハ開始日)
四肢加算	375点	188点			
脳血管疾患等リハ	250点	200点	100点	180日	発症、手術 急性増悪日 又は診断日
四肢加算	375点	300点	150点		
廃用症候群リハ	250点	200点	100点	120日	診断日 又は 急性増悪日
四肢加算	375点	300点	150点		
運動器リハ	190点	180点	85点	150日	発症、手術 急性増悪日 又は診断日
四肢加算	285点	270点	128点		
呼吸器リハ	180点	85点	/	90日	治療開始日 (=リハ開始日)
四肢加算	270点	128点			

(参考2) 運動器リハビリテーション料の算定一覧

運動器リハにおけるADL加算の算定

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

【 診療費請求内訳書(レセプト)摘要欄の記載例 】

摘 要	
80	<p>* 運動器等リハビリテーション料( )2単位 (190点×1.5)(右膝・右足関節) 285×8</p> <p>* 実施日数 8日</p> <p>* 疾患名 右膝蓋骨骨折、右足関節開放骨折</p> <p>* 起算日 令和3年7月7日(手術日)</p> <p>* 継続理由                      現在、右膝関節、右足関節に運動制限、神経症状あり。                      術後、松葉杖歩行から開始し、部分荷重、右膝関節及び右足関節可動域訓練などを実施。徐々に筋力の回復、可動域の改善が認められている。                      今後、可能な日常生活動作の範囲を広げ、自立度を高めて早期の職場復帰を図るためにも、筋力 up、拘縮改善を図る必要がある。                      今後1ヶ月程度のリハビリテーション継続により更なる改善が見込めると判断される。</p>

四肢加算した場合、施行箇所を明記する。

標準的算定日数超過後も疾患別リハビリテーションを継続すべき医学的所見(必要性と効果)を具体的に記載してください。

【 労災リハビリテーション評価計画書の記載例 】

労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名： <b>宮城野 太郎</b>	男 ・ 女	生年月日（西暦） <u>昭和31年4月20日</u>
原因疾患 <b>左環指屈筋腱断裂</b>		
[ 心大血管疾患・脳血管疾患等・廃用症候群・ <b>運動器</b> ・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、 <b>手術日</b> 、急性増悪の日、治療開始日）（該当するものに をして下さい。） <u>令和3年 年 7 月 7 日</u>		
現在の評価及び前回評価計画書作成日（ <u>令和4年 3月 3日</u> ）からの改善・変化等  <b>左環指のPIP屈曲位でMP伸展可能であるが、PIP伸展するとMP伸展が悪い。 前回より伸展は改善されている。</b>		
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・医学的效果等）  <b>指の軟部組織や腱そのものの短縮、ゆ着、瘢痕拘縮があり、これによる機能障害がある。 今後も、リハビリテーションの継続により可動域の改善が見込まれる。 ただし、回復には時間を要す。</b>		
（2）目標到達予想時期： <u>令和4年 6 月頃</u>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     目標到達予想時期（見込み時期）は、必ず記入して下さい。                 </div>	
（3）その他特記事項	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     超過してリハビリを開始する前の「計画日」となります。（超過リハビリ実施各月の上旬等）                 </div>	
評価計画書作成日： <u>令和4年 4 月 1 日</u>		
医療機関名 <u>病院</u>	医師 _____	

## 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 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 (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、P.179の様式又はこれに準じた文書により作成し、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」

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)及びを盛り込むことで、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、算定は同一傷病につき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)。

例えば、以下のような算定により150点を超えた場合、初診時ブラッシング料(91点)に対して時間外又は休日加算が算定できます。

手指に創傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)	初診時ブラッシング料		
(52点×四肢加算2.0倍=104点)	(91点)	=	195点
			150点

(レセプト記入例)

		摘	要
40	* 創傷処置 1(時間外) (52 × 2.0 × 1.4)		146 × 1
	* 初診時ブラッシング料(時間外) (91 × 1.4)		127 × 1

注2 健康保険のデブリードマン (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 四肢加算の対象にはなっていないので、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) 手の指の創傷処理 (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)	

注1 創傷処理(筋肉に達しないもの)と他指に行った指(手、足)に係る手術等の併施の特例創傷処理(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。

注2 指で「筋肉に達するもの」と指以外の創傷処理の取扱い

創傷処理の算定にあたり、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。

なお、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なった場合をいいます。

筋肉、臓器に達するもの

長径5cm未満	1,400点
長径5cm以上10cm未満	1,880点
長径10cm以上	

イ 頭頸部のもの (長径20cm以上のものに限る)	9,630点
ロ その他のもの	2,690点
筋肉、臓器に達しないもの	
長径5cm未満	530点
長径5cm以上10cm未満	950点
長径10cm以上	1,480点

## (2) 手の指の「骨折非観血的整復術」の特例

手の指の骨折非観血的整復術については、健保点数にかかわらず、次に掲げる点数で算定します。  
なお、この場合の「手の指」とは、基節骨・中節骨・末節骨のことを言い、中手骨は含まれません。

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)	

### 注1 骨折非観血的整復術と指(手、足)に係る手術等の併施の特例

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 四肢加算1.5倍(2.0倍)

四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む)の傷病に対する次に掲げる処置、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

上記のア～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」等や、熱傷処置、重度褥瘡処置については、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、以上の処置を四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって(連続して)行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定します。

なお、四肢の傷病に対する四肢加算は適用される項目も多い反面、誤りも多く見られますので、特に下記の点に留意してください。

#### 四肢に対する特例に係る留意事項

注1 四肢加算は、(3)に掲げたア～クのみが対象となります。

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)及び手の指に係る処置・手術のみです。足の指に係る処置・手術は1.5倍となります。

注3 手(手関節以下)の手術のうち橈骨・尺骨の遠位端骨折については、手関節(手根部)の中に骨折が及んでいる場合には四肢加算2.0倍で算定することができます。

この場合、レセプトに手根骨まで骨折が及んでいる旨のコメントをお願いします。

注4 薬材料、特定保険医療材料、輸血料、ギプス料などは四肢加算の対象にはなりません。

注5 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、四肢加算の対象になりません。

注6 手術のうち、植皮術、皮膚形成術等の形成手術(K009～K022-2までの手術)は、四肢加算の対象にはなりません。

注7 手術通則加算のうち、通則12の加算(時間外加算・休日加算・深夜加算)は、四肢加算後の点数を所定点数として算定します。

## 1 8 術中透視装置使用加算 - 2 2 0点

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

イ 「脊椎」の経皮的椎体形成術(K142-4)又は脊椎固定術、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。

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」といいます。)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。

## 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(対象手術実施後の初期治療)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。

創傷処理、デブリードマン

皮膚切開術

筋骨格系・四肢・体幹の手術

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。

注3 足指の手術には算定できませんので注意してください。

## 20 固定用伸縮性包帯 - 購入価格を10円で除して得た点数

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 ガーゼや湿布薬等の固定のために用いた場合、算定できません。

注2 副木等の固定のために用いた場合も、算定できません。

注3 持ち帰り用として支給した場合、その費用は算定できません。

注4 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、下記22「皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ」の場合を除き、算定できません。

注5 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「頸椎固定シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯」と併せて算定できます。

## 21 頸椎固定シーネ、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録し明確にしておく必要があります。

注2 頸椎固定用シーネの費用と「J - 200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算」は重複算定できません。

注3 医師が必要と判断した場合には頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯と上記20の「固定用伸縮性包帯」を併せて算定できます。

## 2 2 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。

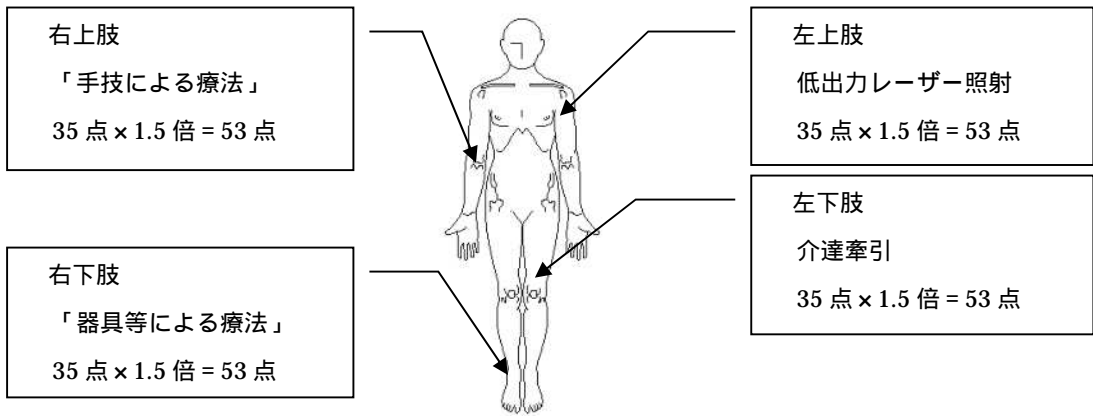
## 2 3 処置等の特例

### (1) 3部位(局所)の取扱いについて

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。(次ページ「例1」参照)

注：疾病における局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭から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。

**例 1** 介達牽引及び消炎鎮痛等処置 3 部位



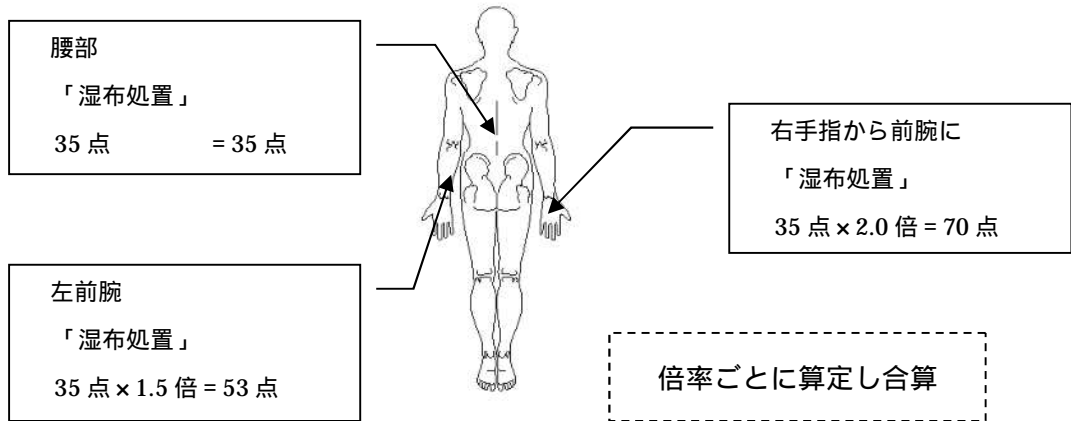
右上肢に「手技による療法」	35 点 × 1.5 倍 = 53 点	} 212 点
左上肢に低出力レーザー照射	35 点 × 1.5 倍 = 53 点	
右下肢に「器具等による療法」	35 点 × 1.5 倍 = 53 点	
左下肢に介達牽引	35 点 × 1.5 倍 = 53 点	

3 部位までの算定となるため、53 点 + 53 点 + 53 点 = 159 点 (最大)

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 (湿布処置の場合は四肢加算の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。 (「例 2」参照)

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 2** 倍率 (四肢加算) が異なる部位に行われた湿布処置



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

158 点

## (2) 処置の併施について

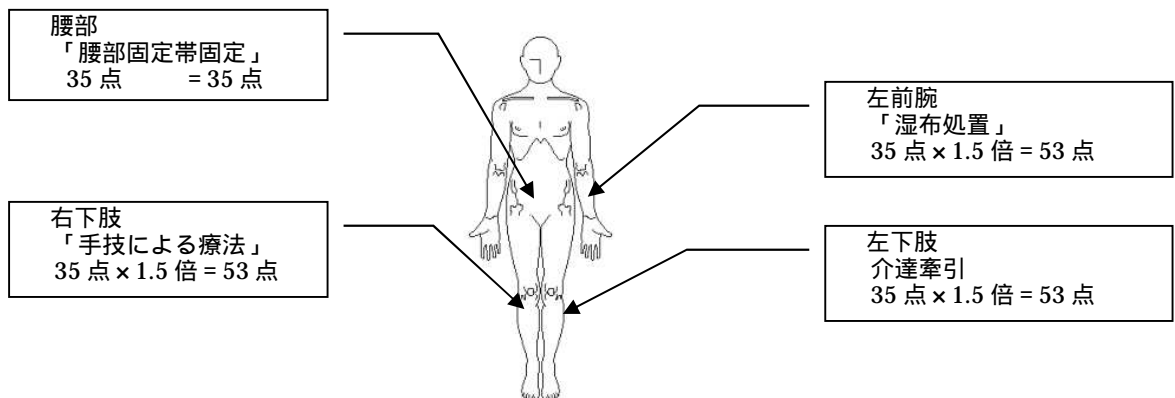
介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置(「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」)、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、「湿布処置」又は肛門処置( )の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計2部位までの所定点数を合わせて算定できます。(「例3」参照)

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。

(「例4」参照)

に診療した(請求にかかる)療養期間を記入して下さい。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3 介達牽引と消炎鎮痛等処置(「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」)を同一日にそれぞれ異なる部位(局所)に行った場合



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

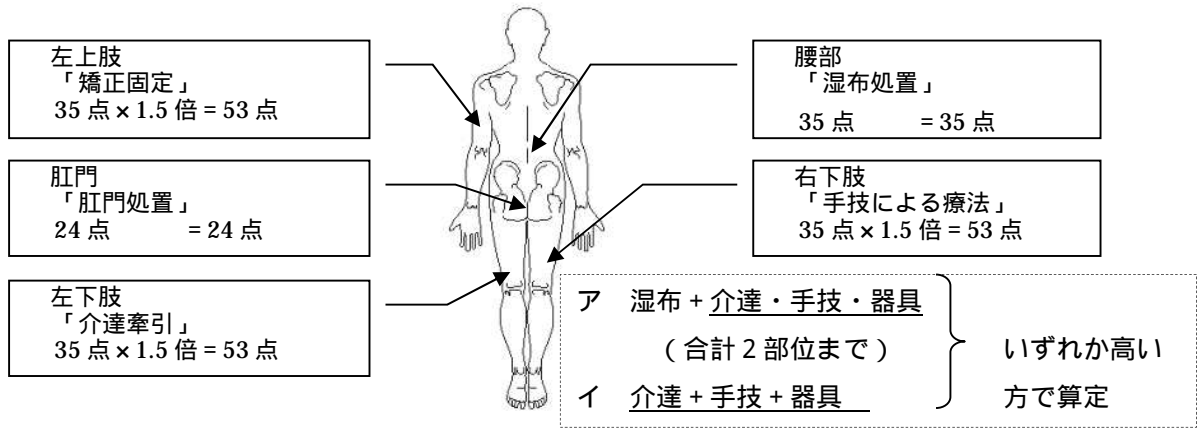
上記より ( + + ) > ( + + ) であるため

湿布処置 + (介達牽引 + 「手技による療法」(計2部位分)) 159点

(53点 + 106点)

を算定できます。

**例 4** 介達牽引と消炎鎮痛等処置(「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」)を同一日にそれぞれ異なる部位(局所)に行った場合



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
上記より ( + + ) < ( + + ) であるため <b>介達牽引 + 「手技による療法」 + 矯正固定 (合計3部位) 159点</b> (53点 + 53点 + 53点)		

を算定できます。

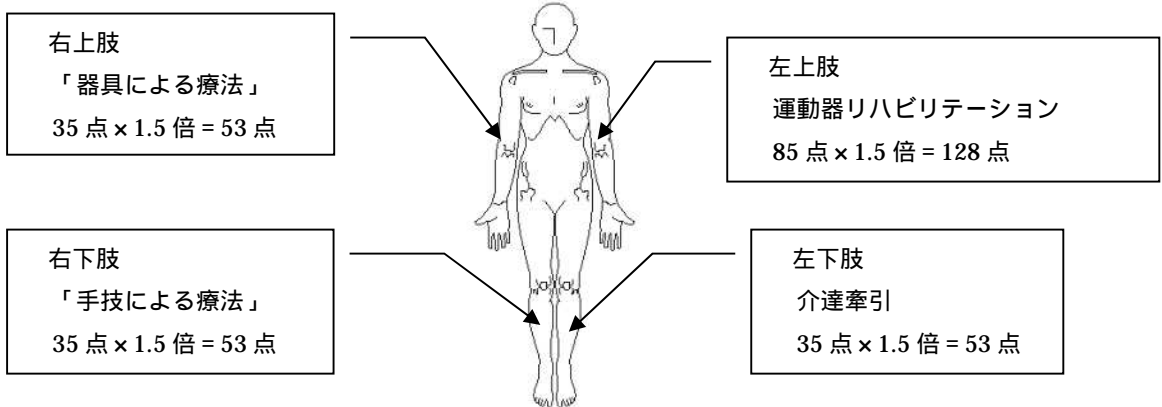
**(3) 処置とリハビリの併施について**

**疾患別リハビリテーションと、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」等を同一日に施行した場合**

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。 (「例5」参照)

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。

**例 5** 疾患別リハビリテーションと、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」等を同一日に施行した場合



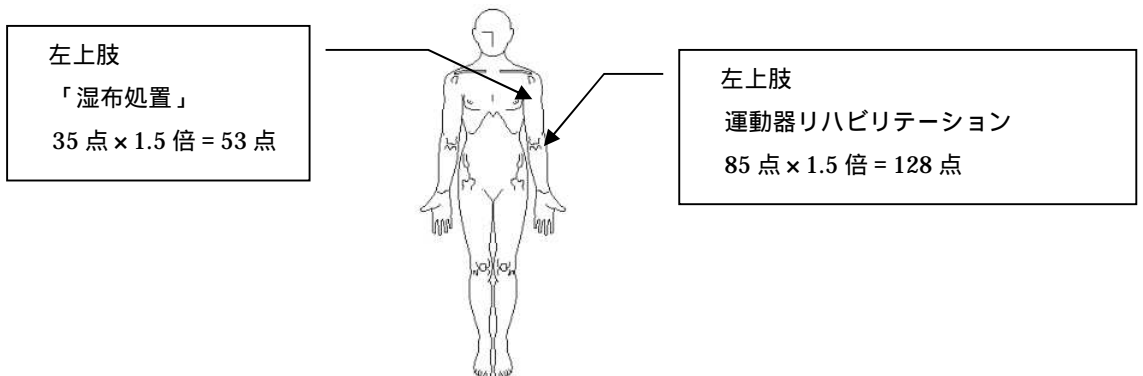
運動器リハビリテーション料 (128点)	+	介達牽引・手技・器具 いずれか1部位(1局所) (53点)	=	181点
<u>介達牽引(左下肢) + 手技(右下肢) + 器具(右上肢)</u> 合計3部位(局所)まで (53点) + (53点) + (53点)				
			=	159点

と のいずれかを選択し、算定できます。

**「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**

「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。(「例6」参照)

**例 6**



運動器リハビリテーション料 (128点)	+	1単位 + 湿布処置 (53点)	=	181点
-------------------------	---	---------------------	---	------

「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションの他、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」等を同一日に行った場合

「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。

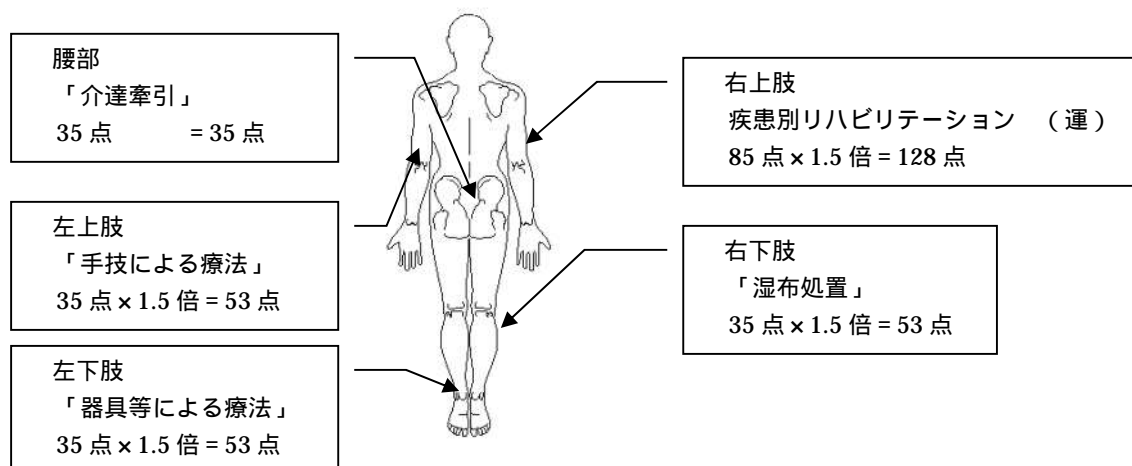
なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、「湿布処置」又は肛門処置( )の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計2部位まで算定することとして差し支えありません。

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。

(「例7」参照)

( ) 「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 7**



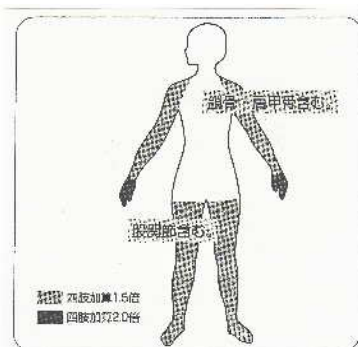
運動器リハ料	+	湿布処置	+	介達牽引・手技・器具いずれか1部位(1局所)	=	234点
(128点)		(53点)		(53点)		
湿布処置	+	介達牽引・手技・器具いずれか2部位(2局所)	=	159点		
(53点)		(53点) + (53点)				
介達牽引(腰部)	+	手技(左上肢)	+	器具(左下肢)	合計3部位(局所)まで	
(53点)		(53点)		(53点)		= 159点

のいずれかを選択し、算定できます。



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）は、レセプトに明確に記載してください。

注4 外来診療料を算定する医療機関においては、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は算定できません。

また、「湿布処置」及び肛門処置については、診療所において、入院中の患者以外の患者のみに算定することができます。

## 2.4 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。

#### 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」といいます。)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」といいます。)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っては、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。

ク 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。

ケ 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。

コ 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。

#### 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。

## 2 5 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参考例は次ページのとおりです)

**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	

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

## 2 6 石綿疾患療養管理料 - 2 2 5 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、診療計画に基づく診療、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、P.13(7 再診時療養指導管理料注1)のとおりです。

## 2 7 石綿疾患労災請求指導料 - 4 5 0 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 から の事項を診療録に記録し明確にしておく必要があります。

石綿関連疾患の診断を行ったこと

患者に行った問診内容(概要)

業務による石綿ばく露が疑われた理由

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。

## 2 8 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(レセプト)1件につき5点を算定できます。

注1 薬剤費レセプトは「労災電子化加算」の対象とはなりません。

注2 「労災電子化加算」の算定は、令和6年3月診療分までとなる予定です。

## 2 9 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	9 0 0 点
	2 回目	5 6 0 点
	3 回目	4 5 0 点
	4 回目	3 3 0 点
2 その他の疾患の場合	初 回	6 8 0 点
	2 回目	4 2 0 点
	3 回目	3 3 0 点
	4 回目	2 5 0 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)(P.181~184)」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～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1回につき600点を算定することができます。

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。

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。

傷病労働者に対して、治療計画変更の必要性の有無や具体的な内容等について、説明を行うこと。

### 3 新興感染症（新型コロナウイルス感染症）罹患後症状の場合

初回	600点
2回目	500点

- (1) 傷病労働者（入院治療後罹患後症状の治療のための通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受後1か月以上の通院療養が見込まれる者。下記(2)及び(3)について同じ。）に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式5、6）（P.185～186）」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月1回に限り算定できます。

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

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

注1 事業主には、人事・労務担当者等の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、健保点数表の療養・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。

### 3 0 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 別紙様式8 (P.187)」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。

### 3 1 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、労災においては、次により算定することができます。

検 査 項 目	点 数
(1) 握力(最大握力、瞬発握力)、維持握力(5回法)を併せて行う検査	片手、両手にかかわらず 60点
(2) 維持握力(60%法)検査	片手、両手にかかわらず 60点
つまみ力検査	片手、両手にかかわらず 60点
タッピング検査	片手、両手にかかわらず 60点
(3) 常温下での手指の皮膚温検査	1指につき 7点
(4) 冷却負荷による手指の皮膚温検査	1指1回につき 7点
(5) 常温下による爪圧迫検査	1指につき 7点
(6) 冷却負荷による爪圧迫検査	1指1回につき 7点
(7) 常温下での手指の痛覚検査	1指につき 9点
(8) 冷却負荷による手指の痛覚検査	1指1回につき 9点
(9) 指先の振動覚(常温下での両手)検査	1指につき 40点
(10) 指先の振動覚(冷却負荷での両手)検査	1指1回につき 40点
(11) 手背等の温覚検査	1手につき 9点
(12) 手背等の冷覚検査	1手につき 9点

### 3 2 文書料(診断書料、休業証明料等)

- (1) 診断書料等の額及び請求方法等について  
支給対象となる主な診断書の種類、金額及び請求方法等については、P.44の一覧表のとおりです。
- (2) 「障害(補償)給付支給請求書(様式第10号又は第16号の7)」にかかる診断書料について  
「障害(補償)給付支給請求書(様式第10号又は第16号の7)」にかかる診断書料(4,000円)をレセプトにおいて算定することは、以前はできませんでしたが、令和2年4月から、レセプト請求することが可

能となりました。

- (3) 「療養(補償)給付たる療養の費用請求書(様式第7号又は様式第16号の5)」の証明書料について  
 「療養(補償)給付たる療養の費用請求書(様式第7号又は様式第16号の5)」の医師又は歯科医師等の証明欄については、無償で行うことになっています。

参 照 : 労災保険指定医療機関療養担当規程第1章第6

(証明の記載)

第6 指定医療機関は、傷病労働者から「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。

- (4) 事業場又は生命保険会社などに提出する診断書の費用について  
 傷病労働者が事業場又は生命保険会社などへ提出するために発行した「任意の診断書」の費用については、労災傷病に関するものであっても自費扱いとなります。したがって、労災保険に請求することはできません。
- (5) 文書料のレセプトによる請求方法について  
 レセプトには80その他の金額請求欄に金額を計上し、摘要欄には診断書又は証明書の様式番号(名称でも可)種類を記入して下さい。なお、休業証明の場合は、証明した期間も記入して下さい。

診療内容		金額	摘要
初診		円	休業証明書料 2 通 R2.5.15～6.14 R2.6.15～7.14
再診	5回	7,000円	
指導	回	円	
80 そ の 他		4,000円	
小計		10,950円	

文書料のみを請求する場合は、実診療日数欄には必ず「999」と記入して下さい。

「傷病手当金意見書交付料」といった誤った記載をしないように、注意して下さい。

- (6) 労災保険法第49条に基づき監督署長が求める意見書又は診断書の提出依頼について  
 監督署長が療養の継続の可否等を判断するために求める「意見書」、「診断書」の提出依頼は労災保険法第49条を根拠に行うものです。

(労災保険法第49条)

「行政庁は、保険給付に関して必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところによって、保険給付を受け、又は受けようとする者(遺族補償年金又は遺族年金の額の算定の基礎となる者を含む。)の診療を担当した医師その他の者に対して、その行った診療に関する事項について、報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提示を命じ、又は当該職員に、これらの物件を検査させることができる。」



文書料一覧表（主なもの）

様式番号等	種 類	金 額	請 求 方 法 等
年金通知様式 第 7 号	遺族（補償）年金請求書に添付する診断書 遺族（補償）年金転給等請求書に添付する診断書 遺族（補償）年金等受給権者の定期報告書に添付する診断書	4,000 円	費用請求 直接請求。 診断書料を受領した場合は「療養の費用請求書」（様式第 7 号(1)または第 16 号の 5)の証明欄に証明する（無料証明）。 手続きを行う者が上記の費用請求書を所轄監督署へ提出する。 障害（補償）年金受給者については被災労働者に直接請求（費用請求）。
介護(補償) 給付請求用	介護（補償）給付支給請求書に添付する診断書	4,000 円	
様式第 10 号 第 16 号の 7	診断書（障害（補償）給付請求用）	4,000 円	レセプト請求 傷病（補償）年金受給者についてはレセプト請求。 診療費請求書（診機様式第 1 号）によるレセプト請求。 レセプトの「診療実日数」欄には「999」と記入する。 様式第 8 号等の休業証明の場合は、休業証明期間も記入。
様式第 8 号 第 16 号の 6	休業（補償）給付支給請求書の休業に関する診療担当者の証明	2,000 円	
様式 1	「労災付添看護費用の額の証明書」における医師及び歯科医師の証明	1,000 円	レセプト請求 診療費請求書（診機様式第 1 号）によるレセプト請求。 レセプトの「80その他」欄に文書料と記入し、金額を計上する。 また、摘要欄には左記種類（様式番号等）を記入する。
診 鍼 様 式 第 1 号 第 2 号	はり・きゅう診断書（診鍼様式第 1 号） 施術効果の評価表（診鍼様式第 1 号別添・表 1、表 2） マッサージ診断書（診鍼様式第 2 号）	はり・きゅう単独 3,000 円 一般医療と併用 3,000 円 (評価表添付の場合) 4,000 円 マッサージ 3,000 円	
年金通知様式 第 2 号の 1 第 3 号 第 4 号	傷病(補償)年金決定のための「傷病の状態に関する届書」及び「報告書」に添付する診断書 傷病（補償）年金受給権者の定期報告書に添付する診断書	4,000 円	
	監督署長が療養の継続の可否等を判断するために求めた診療担当医の診断書	5,000 円	検査に要した費用請求書（診機様式第 1 号の 2）によるレセプト請求。
	監督署長が受診命令に基づいて作成依頼する意見書等	一般的な医学事項 7,000 円 特に高度な医学的 事項 20,000 円	その他 レセプト請求の対象外。 監督署から意見書が依頼された際に所定の請求書用紙が同封される。