

第3章 労災診療費算定基準Q & A

(初診料)

Q1 他保険により1傷病について診療継続中に、新たに労災の傷病が発生し、診療を行った場合、初診料(3,850円)は算定できますか？

A 算定できます。

なお、他保険により継続している診療科と新たに発生した労災傷病により初診を行った診療科が同一であっても、医師は、初めて受診する医療機関における医師と同様に、労災事故の状態等を把握する必要があることから初診料を算定できます。

また、診療科が別であって、診療を行う医師が同一の場合も同様に初診料を算定できます。

Q2 同一月に同一患者が労災事故を2度起こし、同一医療機関に受診した場合、初診料(3,850円)は算定できますか？

A 算定できます。

労災保険料の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できます。

Q3 労災事故により、医科歯科併設の整形外科に入院中の患者が、同一の災害により歯科を受診した場合、初診料(3,850円)は算定出来ますか？

A 歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料(外来診療料を含む。)を算定します。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には主たる診療科においてのみ初診料又は再診料(外来診療料を含む。)を算定することとなります。

(救急医療管理加算)

Q4 以前より私病で受診していた患者が、労災事故で負傷したため診療を行ったのですが、この場合救急医療管理加算は算定できますか？

A 初診料(3,850円)を算定できる場合で、救急医療を行った場合は算定できます。

Q5 労災事故で負傷した患者を、救急で収容した医療機関では、応急処置のみを行い、他の医療機関に転医した場合、転医先の医療機関においても救急医療管理加算は算定できますか？

A 転医先の医療機関において初診料(3,850円)を算定できる場合で、救急医療を行った場合は算定できます。ただし、傷病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や再発の場合等は算定できません。

(再診料)

Q6 健康保険の傷病と労災の傷病を引き続き平行して診療する場合、同一日について各々再診料は算定できますか？

A 算定できません。この場合、主たる傷病について再診料を算定して下さい。

(外来管理加算)

Q7 医療機関が訪問看護を行った場合、外来管理加算は算定できますか？

A 算定できません。この加算は、再診料を算定した場合に算定できる加算です。

(再診時療養指導管理料)

Q8 電話再診の場合、再診時療養指導管理料は算定できますか？

A 算定できません。

健康保険の取扱いでは、再診が電話等で行われた場合、特定疾患療養管理料は算定できないとされています。

労災保険における再診時療養指導管理料も基本的な考え方は、健康保険の特定疾患療養管理料と同様になります。

Q9 同一日に整形外科で骨折、眼科で眼の治療を行った患者について、同一日であっても傷病が異なるので再診時療養指導管理料をそれぞれ算定できますか？

A 算定できません。主病と認められる傷病の治療を行っている診療科においてのみ算定できます。

Q10 再診料は、同一日に再診が2回以上行われた場合であっても再診の都度算定することができますが、再診時療養指導管理料についても、同一日に2回以上再診が行われた場合、再診の都度算定できますか？

A 算定できます。ただし、指導内容が各々異なっている場合に限りです。

(医学管理等)

Q11 術後医学管理料については、「入院の日から起算して10日以内」とありますが、入退院を繰り返す場合、入院起算日は入院期間の計算と同様の考え方になるのでしょうか？

A 入院の起算日は、入院期間の計算と同様の考え方になります。例えば、前回退院日から3ヶ月経過しないで、骨内異物(挿入物)除去術の施行のために再入院した場合の入院起算日は、前回入院日が入院起算日となります。

(検査料)

Q12 HCV陽性患者に使用した注射針によって、針刺事故を起こした患者に伴うHCV抗体検査は、どの時点まで認められますか？

A 針刺事故直後の検査については、事故による負傷に対する治療の一環として認めています。C型肝炎の潜伏期間(2~16週間)及び発症後、HCV抗体が陽性となるまでの期間(1~3ヶ月)を合算した期間内であれば、労災保険の給付の対象として認めています。

Q13 梅毒陽性患者に使用した注射針による針刺し事故における検査についても保険給付の対象となりますか？

A 保険給付の対象となります。針刺し事故に伴う直後検査については、針刺し事故に伴う負傷に対する治療の一環として保険給付の対象として認めています。ただし、陰性の患者であることが明らかである場合の直後検査は、保険給付の対象にはなりません。

(投薬・注射)

Q14 使用済みの不特定多数の注射針による針刺し事故の際に、免疫グロブリンとHBワクチンを針刺し事故直後に投与しましたが、保険給付の対象になりますか？

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

なお、健康保険では、HBs抗原が陽性かつHBe抗原が陽性である血液による汚染の場合については、免疫グロブリン製剤「抗HBs人免疫グロブリン」(以下「HBIG」という。)の注射及びHBワクチンの接種が保険給付の対象とされており、HBs抗原が陽性かつHBe抗原が陰性である血液による汚染の場合については、HBIGの注射のみが保険給付の対象とされているところですが、労災保険においては、針刺し事故などにおいて、HBs抗原が陽性でHBe抗原が陰性の血液による汚染を受けた場合であっても、HBIGの注射に加え、HBワクチンの接種も保険給付の対象としています。

Q15 インターフェロン製剤の使用について、針刺し事故直後に効果があるとして使用する場合がありますが、保険給付の対象となりますか？

A インターフェロンの投与については、HCV汚染血液等に業務上接触したことに起因してHCVに感染し、当該C型肝炎が業務上疾病と認められたものについては、保険給付の対象としています。

しかし、当該疾病の発症前(針刺し事故直後)にインターフェロンを投与することは、健康保険においても算定できないこととされていますので、労災保険においても保険給付の対象とはしていません。

(リハビリテーション)

Q16 早期リハビリテーション加算及びADL加算については、四肢加算はできますか？

A 四肢の傷病に係る疾患別リハビリテーションを行った場合であっても、早期リハビリテーション加算及びADL加算については、四肢加算はできません。

Q17 疾患別リハビリテーション料の算定において、「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」とありますが、標準的算定日数を超えた場合は、全ての傷病に対して、医学的所見等の記載が必要ですか？

A 標準的算定日数を超えさらに疾患別リハビリテーションを1月13単位を超えて継続して行う場合は、全ての傷病に対して、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必要性、医学的効果等の医学的所見等の内容を記載するか、又は、労災リハビリテーション評価計画書を添付することが必要となります。

Q18 診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数をさらに疾患別リハビリテーションを1月13単位を超えて行うべき医学的所見等を記載する場合、「労災リハビリテーション評価計画書」と全て同内容を記載すればよいのでしょうか？それとも、単に必要性・医学的效果等のみの記載でよいのでしょうか？

A 標準的算定日数を超えて行うべき必要性、医学的效果等の医学的所見等の記載を必要としているものですので、「労災リハビリテーション評価計画書」の全ての内容を記載する必要はありません。(P.24の記載例を参考にして下さい。)

Q19 健康保険の取扱いにおいては、「抜釘等の手術日については、新たに標準的算定日数の算定開始日とすることは不可」とされていますが、労災保険における抜釘後のリハビリテーションの起算日は、健康保険と同様の扱いでしょうか？

A 労災保険における抜釘後のリハビリテーションの起算日の取扱いについては、健康保険と同様です。したがって、新たなリハビリテーションの起算日とはなりません。

Q20 せき髄損傷患者の四肢に対して疾患別リハビリテーションを行った場合、四肢加算での算定はできますか？

A 算定できます。
主病名がせき髄損傷(躯幹)であっても、それに付随して起きた四肢の疾病に対しても四肢加算での算定はできます。なお、レセプトの傷病名欄には「四肢麻痺」等の傷病名を、傷病の経過欄には、現在の状態等を記入するようにして下さい。

Q21 疾患別リハビリテーションを行っている傷病労働者が転院した場合、疾患別リハビリテーションの起算日は、医療機関ごとに算定するのでしょうか。あるいは医療機関を通算して起算日から算定するのでしょうか？

A 疾患別リハビリテーションの起算日は、心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は「治療(リハビリテーション)開始日」、脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料は「発症」、「手術」又は「急性増悪」からなっています。したがって、症例によっては起算日の変更となることはありますが、転院は起算日変更の要件ではないので、起算日は変更できません。

(処置)

Q22 消炎鎮痛等処置の3 湿布処置について「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる」とありますが、その範囲に達していない場合は、算定できないのでしょうか？

A 算定できません。
健保点数表において、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲より狭い範囲に行った湿布処置の評価については、基本診療料に含まれるものとされています。

「湿布処置」の算定例

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

(例1)

部位(面積)	算定
手: 2.0倍(100)	35 × 2.0
腕: 1.5倍(100)	35 × 1.5
背: 1.0倍(100)	35 × 1.0

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

(例2)

部位(面積)	算定
手: 2.0倍(50)	35 × 2.0 ←
腕: 1.5倍(100)	35 × 1.5
背: 1.0倍(50)	

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

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

(例3)

部位(面積)	算定
手: 2.0倍(30)	35 × 2.0 ←
腕: 1.5倍(35)	
背: 1.0倍(40)	

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

(例4)

部位(面積)	算定
手: 2.0倍(30)	
腕: 1.5倍(35)	
背: 1.0倍(30)	

手、腕、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当しない。また、手、腕、背の処置面積を合算しても「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当しない。したがって、湿布処置は算定不可。

Q23 複数の部位に湿布処置をおこなった場合の取扱いはどうなるのでしょうか？

- A 健康保険の規定にて「創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定する」とされています。
- したがって、湿布処置を複数の部位に行った場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できます。
- ただし、四肢加算の倍率(手指2倍、手指以外の四肢1.5倍、四肢以外1倍)が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率ごとに処置面積を合算して算定することとなります。
- なお、「湿布処置」を四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって、連続して行う場合には、処置面積を合算し、該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定することができます。四肢加算の倍率が異なる範囲に連続しないで「湿布処置」を行って、かつ、処置面積を合算し「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合は、処置部位の中で最も高い倍率で算定することとなります。

Q24 創傷処置を右の手指から前腕にかけて行いました。四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがっていますが、この場合の算定は？

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

Q25 右前腕に創傷処置を行い同時に消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を行った場合、それぞれ算定することができますか？

- A この場合、それぞれ算定することができます。

Q26 消炎鎮痛等処置を算定する場合、レセプトにはどのように記載すればいいのですか？

- A 消炎鎮痛等処置には、「1 マッサージ等の手技による療法」、「2 器具等による療法」及び「3 湿布処置」があり、特例取扱い等により算定が異なりますので、レセプトに記載する際は、その種類及び部位(局所)について、具体的に記載して下さい。

(例) 「消炎鎮痛等処置(手技による)(腰部) 35(点) × (回)」

「消炎鎮痛等処置(器具等)(左上腕) (35 × 1.5) 53(点) × (回)」

「湿布処置 (頸部) 35(点) × (回)」

Q27 頭部外傷に伴う併発疾病として、右上肢にシビレがある患者に対して、右手関節と右肘関節に対して消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を行った場合、各々算定できますか？

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

したがって、右手関節と右肘関節は同一局所(右上肢)ですので、各々の消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」)を算定するのではなく、1局所として取り扱うこととなります。

(手術)

Q28 右母指に対して創傷処理(筋肉に達しないもの)を行い、右示指に対して骨折観血的手術を同時に行った場合、どのように算定するのですか？

A それぞれ算定できます。

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

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

Q29 健保点数表K037腱縫合術の算定にあたり、「切創等の創傷によって起こった固有指の伸筋腱の単なる縫合は、K000創傷処理の「2」に準じて算定する。」となっていますが、伸筋腱の単なる縫合とはどのような場合をいうのですか？

A 断裂した腱を縫合するにあたって、例えば補助切開等を加えることなく容易に縫合が可能な場合をいいます。ただし、補助切開を加えなくても縫合が困難であった場合はその限りではありませんが、レセプトにその旨のコメントが無い場合は、文書照会により確認することとしています。

Q30 左手示指及び中指に対して創傷処理を下記のように行った場合、示指及び中指に係る手術点数を合算し算定していいですか？

示指 長径5cm未満(筋肉・臓器に達するもの)

1,400点×2.0倍 = 2,800点

中指 長径5cm以上10cm未満(筋肉・臓器に達しないもの)

530点×2.0倍 = 1,060点

A 主たる手術点数での算定となります。

当該事案は、筋肉・臓器に達するもの(第1指から第5指までを同一手術野として取り扱う手術)と筋肉・臓器に達しないもの(労災の特例により、第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術)を同時に行ったものですので、この場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであっても、健保点数表の手術「通則14」により、主たる手術の所定点数のみを算定することとなっています。したがって、主たる手術点数である(筋肉・臓器に達するもの。)2,800点での算定となります。

Q31 デブリードマン加算の対象は、「汚染された挫創」となっていますが、汚染された状態であれば、「挫創」以外の「切創」も加算の対象になりますか？

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

Q32 創傷処理（筋肉に達しないもの）を左示指（3cm）、中指（3cm）及び手の甲（6cm）に対して行った場合、どのように算定するのですか？

A 手の指と他の部位に対して同時に創傷処理（筋肉に達しないもの）を行った場合は、別に算定できます。

この場合、次のように算定できます。

示指に3cmの創傷処理（筋肉に達しないもの）	} 長さにかかわらず、指2本の点数	= 1,590点
中指に3cmの創傷処理（筋肉に達しないもの）		
手の甲に6cmの創傷処理（筋肉に達しないもの）	長さによって、	
950点 × 2.0倍（四肢加算）		= 1,900点
合計		3,490点

Q33 伸筋腱等の断裂については、腱の収縮が起こるため、損傷部位が手関節より肘関節側であっても、手背手掌より腱を引き戻すため、部分的に皮切が手関節以下に及ぶ場合があります。このような場合、手（手関節以下）の手術として健保点数の2倍で算定できますか？

A 算定できません。

基本的に損傷部位が手関節以下であるかどうかによって判断します。

Q34 手（手関節以下）の手術について健保点数の2倍で算定することができるのですが、手関節から橈・尺骨の遠位端部分に行われた骨折手術に関しては、2.0倍の四肢加算ができますか？

A 橈骨・尺骨の遠位端骨折については、手関節（手根部）の中に骨折が及んでいるかどうかで判断します。したがって、手根部に骨折が及んでいる場合は、四肢加算2.0倍で算定できます。

Q35 「骨内異物（挿入物）除去術」の算定について、健保点数表では、「鋼線、銀線等で簡単に除去し得るものは、創傷処置又は創傷処理の各区分により算定する。」と記されていますが、「創傷処置」及び「創傷処理」それぞれの具体的算定の取扱いはどうなっているのですか？

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

Q36 右前腕骨骨折にて骨折観血的手術を行い、その際腸骨より骨片を切採し移植しましたが、この場合の骨移植術に四肢加算はできますか？

A 算定できます。四肢の傷病に対して骨移植術が行われた場合には、躯幹部分より切採したとしても四肢に対する治療の一環として行われていますので、四肢加算することができます。

Q37 前腕等を負傷し、しびれ、神経麻痺が手又は手指にある場合において、手又は手指以外に手術（神経縫合等）を行った場合、機能回復指導加算は算定できますか？

A 算定できません。手（手関節以下）及び手の指の部位について、手術（創傷処理、デブリードマン、皮膚切開術、筋骨格系・四肢・体幹の手術）を行っていない場合は算定することはできません。

Q38 骨欠損を生じたため、自家骨（自分の骨）ではなく人工骨を移植したのですが、この場合K059骨移植術の「3」同種骨移植（非生体）を算定することができますか？

A 人工骨の移植のみを行った場合は算定できません。あくまで、自家骨移植又は同種骨移植が行われた場合であって、さらに特定保険医療材料078の人工骨が移植された場合に限り「3」を算定できます。

Q39 同日に同一部位に対して行った、骨折非観血的整復術と鋼線等による直達牽引について、それぞれ算定することはできますか？

A 算定できません。
主たる手術の点数（鋼線等による直達牽引）で算定します。

Q40 広範囲皮膚欠損の患者に対して右前腕及び左前腕に「全層・分層植皮術」を行った場合、それぞれの所定点数を算定することはできますか？

A それぞれの所定点数を算定することができます。
広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、「頭頸部」、「左上肢」、「左下肢」、「右上肢」、「右下肢」、「腹部又は背部」のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定することができます。

（入院料）

Q41 健康保険においては、入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、入院期間が180日を超える入院（健康保険法第63条第2項第4号の規定に基づき厚生労働大臣の定める選定療養第7号の規定）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用の一部を患者から徴収できるととされているところですが、労災では選定療養は適用されますか？

A 適用されません。
労災診療費算定基準においては、健保点数表に定める所定点数に労災診療単価を乗じて得た額をもって算定することとされています。したがって、健保点数表に定められていない保険外併用療養費については、原則としてこれを適用することはありません。

（入院室料加算）

Q42 入院室料加算の算定要件において、「症状が重篤であって」とありますが、これは生死にかかる状態でなければ対象にならないということですか？

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

Q43 労災保険における入院室料加算と、健康保険における重症者等療養環境特別加算とは、重複して算定することはできますか？

A 重複算定はできません。
健康保険において重症者等療養環境特別加算に関する施設基準については、特別の療養環境の提供に係る病室でないことが要件となっており、労災保険における入院室料加算は特別の療養環境の提供にかかる病室であることが要件ですので、重複算定することはできません。
なお、重症者等療養環境加算以外に入院室料加算と重複算定できないものには、特定入院料、療養環境加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、及び診療所療養病床療養環境改善加算があります。

(初診時ブラッシング料)

Q44 初診時ブラッシング料は、同一傷病につき1回とありますが、傷病の部位が異なる場合は部位ごとに算定できますか？

A 部位ごとの算定はできません。

初診時ブラッシング料は、同一災害において1回のみ認めているものであり、傷病名ごとに部位を分けて算定することはできません。

Q45 初診時ブラッシング料と創傷処理におけるデブリードマン加算とは重複算定できないこととなっていますが、右肘にブラッシング料を行い、左手指にデブリードマンを行った場合、それぞれ算定できますか？

A 算定できません。デブリードマン加算のみ算定できます。

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

Q46 眼科において、眼瞼裂傷、眼球内異物混入等の傷病に対し、初診時ブラッシング料は算定できますか？

A 算定できます。

傷病に対する必要性から患部の創面の創傷、汚染等に対して生理食塩水、蒸留水等を使用してブラッシング(汚染除去)を行った場合は、算定することができます。

(固定用伸縮性包帯)

Q47 腰部固定帯使用中の患者に対して、固定帯が消耗したため、新しい固定帯を使用した場合、交換の度に腰部固定帯加算は算定できますか？

A 算定できます。

Q48 固定用伸縮性包帯を、ガーゼや湿布薬等の固定のために用いた場合、算定できますか？

A 算定できません。

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

(職業復帰訪問指導料)

Q49 指導内容・指導方法(文書・口頭等)は医療機関の任意でよいのですか？また、指導の時期に制限はないのですか？(入院直後に数回指導)

A 「職業復帰訪問指導料」は、職場に訪問し、事業主等に対して、職業復帰のために必要な指導を行った場合に算定できるものですが、その指導内容や指導方法については、文書・口頭等を問わず、医療機関に任されています。

なお、指導時期に制限はありませんが、主治医の判断で適切な時期に実施してください。

Q50 診療録にはどの程度の内容を記載すればよいのですか？

A 診療録には、職業復帰のために行った指導内容の要点を記載するだけで構いません。

Q51 算定は指導した日とするのですか？また、診療費請求内訳書の摘要欄に指導内容等を記載する必要はありますか？

A 入院中における算定については、指導の実施日にかかわらず退院日に算定します。また、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。
診療費請求内訳書の摘要欄には、指導内容等を記載する必要はありません。

Q52 入院見込は主治医の判断によるものと考えられますが、結果的に1月又は6月を超える入院をしなかった場合でも算定できますか？

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

Q53 再入院や転医入院の場合、新たに算定できますか？

A いずれの入院の場合でも、職業復帰訪問指導料の算定要件を満たせば、算定できます。

(その他)

Q54 保険適用外の義歯(ポーセレン等)を装着している者が業務上災害のため、当該義歯を破損した場合、新たに同様の義歯を装着する費用を療養補償給付の範囲として認められますか？

A 認められます。ただし、当該義歯を原状復帰するための費用に限ります。

Q55 業務上の傷病で療養継続中の患者が、別の労災事故で負傷したので治療したのですが、この場合、両方の怪我の診療費をまとめて算定して差し支えありませんか？

A それぞれの負傷ごとにレセプトを作成し、請求することとなります。
この場合、療養の給付請求書取扱料は算定できますが、再診料、再診時療養指導管理料、処方せん料などは重複して算定することができないため、同一日の受診の場合、主たる傷病のレセプトで算定することとなりますので注意して下さい。

Q56 労災に係る傷病で入院中の患者に対して、私病に関する治療のための特別食を与える必要があるのですが、特別食は労災保険の対象になりますか？

A 対象にはなりません。
私病に関する特別食分に関しては、他保険にて請求することになります。

Q57 健康保険においては、療養病床に入院する65歳以上の患者について、入院時生活療養費の対象となっていますが、労災に係る傷病で入院中の患者についても、入院時生活療養費の対象になりますか？

A 対象にはなりません。労災診療費算定基準における入院中の患者に係る食事の費用については、従前どおり、入院時食事療養費を1.2倍して算定します。なお、療養病棟入院基本料等の生活療養を受ける場合の所定点数についても対象となりません。

Q58 労災に係る傷病労働者は、後期高齢者に係る点数の適用は受けますか？

A 適用を受けません。労災保険法による療養(補償)給付を受けることができる場合は、高齢者の医療の確保に関する法律の適用は受けません。

Q59 備え付けの松葉杖、歩行補助機が医療機関に無く又は不足している場合、やむ得なく業者より借りた場合のレンタル料は労災保険の対象になりますか。

A 松葉杖は、原則として医療機関が貸与すべきものとされていますが、医療機関に備え付けがない場合、あるいは不足している場合であって、療養上の必要性から医師の指示により自己負担で購入した場合に限り、療養費として支給できることとしており、レンタル料についてもこの取り扱いによることとなります。

Q60 令和6年度の診療報酬改定により、後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の処方を患者が希望した場合、特別の料金(先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1)を支払うこととされ、労災保険も健康保険と同様の取扱いとするとのことですが、被災労働者が自己負担した特別の料金は労災保険の対象になりますか。

A 対象にはなりません。
長期収載品の処方が医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品の在庫状況等を踏まえて提供することが困難な場合は、特別の料金が発生しないことから、特別の料金が発生したということは、被災労働者自身の判断で長期収載品の処方を希望したと考えられ、労災保険で支給する理由とはなりません。