

平成
28
年
度

労災指定医療機関担当者必携

労
災
医
療
の
あ
ら
ま
し

労災医療のあらまし

平成28年度

労災医療のあらまし 平成28年度版

埼玉労働局 労働基準部労災補償課

〒330-6016 埼玉県さいたま市中央区新都心11-2

TEL 048-600-6207 FAX 048-600-6227

埼玉労働局 労働基準部労災補償課分室

〒330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂2-2-3

TEL 048-826-5777 FAX 048-826-0575

<http://www.saitama-roudoukyoku.isite.mhlw.go.jp/>

平成28年12月発行

埼
玉
労
働
局

埼玉労働局

目 次

診療の受付と請求書の具体的取り扱い	1
労災診療費算定基準早見表	2
診療単価	9
労災診療費請求書・診療費請求内訳書作成要領	11
1 一般的事項	11
2 診療費請求書・診療費請求内訳書等の編纂方法	11
3 労働者災害補償保険診療費請求書（診機様式第1号）記載要領	11
4 労災診療費請求内訳書（レセプト）の留意事項等	11
5 診療費請求内訳書（診療内容の記載要領及び算定基準）	14
6 提出先	15
1 初 診	16
初診料	16
初診時時間外等加算	16
救急医療管理加算	17
療養の給付請求書取扱料	18
2 再 診	18
再診料	18
外来診療料	19
再診時時間外等加算	19
外来管理加算	20
再診時療養指導管理料	23
職業復帰訪問指導料	23
精神科職場復帰支援加算	24
職場復帰支援・療養指導料	24
石綿疾患療養管理料	27
石綿疾患労災請求指導料	27
労災電子化加算	27
3 投薬・注射	29
医療関係業務従事者等の誤刺等事故の取扱い	30
4 処 置	32
初診時ブラッシング料	32
処置についての労災特例	32
介達牽引、消炎鎮痛等処置の特例	33
処置料の留意事項	38
レセプト（摘要欄等）記載要領	38

5	手術	39
	手術料についての労災特例	39
	手の指の創傷処理（筋肉に達するものを除く）の労災特例	39
	手の指の骨折非観血的整復術の労災特例	40
	手指の機能回復指導加算	41
	術中透視装置使用加算	41
	手術料の留意事項	42
	その他の手術料の取扱い	42
	レセプト記載要領	43
6	麻酔	43
	麻酔料の留意事項	43
7	検査	43
	検査料の留意事項	43
	振動障害に係る検査料	44
	レセプト（摘要欄等）記載要領	45
8	画像診断	45
	エックス線診断料	45
	コンピュータ断層撮影診断料	45
9	リハビリテーション	46
	リハビリテーション情報提供加算	47
	労災リハビリテーション評価計画書	49
	労災リハビリテーション実施計画書	50
	廃用症候群に係る評価表	51
10	入院	52
	入院料	52
	入院料の留意点	52
	入院基本料	53
	労災治療計画加算	64
	入院室料加算	64
	病衣貸与料	65
11	入院時食事療養費	65
	入院時食事療養費の留意点	65
12	労災診療費請求で見受けられる算定誤りと留意点	67
13	各種証明・診断書等	67
14	治療用材料及び装具	71
	頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定	71
	固定用伸縮性包帯	71
	皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	72

15	症状固定	75
16	再発	76
17	アフターケア	76
	対象者	76
	健康管理手帳	76
	アフターケア委託費の請求	77
	費用の算定方法	77
	アフターケア傷病コード	80
	アフターケア実施期間の更新に関する診断書	104
	アフターケア委託費請求書	106
	アフターケア委託費請求内訳書	107
18	四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表	108
各種様式等		
	施設基準等の届について	126
	労災入院室料加算している病室の届（新規）について	127
	労災入院室料加算している病室の届（変更）について	128
	労災治療計画書	129
	指導管理箋	130
	指定病院等登録（変更）報告書	134
	レセプト用紙請求申込書（指定医療機関用）	135
	アフターケア委託費請求書OCR用紙請求申込書	136
	レセプト用紙請求申込書（二次健診用）	137
	労災診療費の追加請求について	138
	埼玉県内労働基準監督署管轄区域表	141

診療の受付と請求書の具体的取り扱い

患者の受付

療養の給付は、次の請求書または届の提出により取り扱うこととなっています。

ただし、緊急やむを得ない事由等によって当該請求書または届を提出することができなかった患者については、できるだけ早い時期にその提出を求める必要があります。

療養の給付 請求書	業務災害用	様式5号	初めて労災指定病院等で治療を受ける場合に診療費請求内訳書に必ず添付します。(労災指定外病院等からの転医、再発も含みます。)
	通勤災害用	様式16号の3	
指定病院等 (変更)届	業務災害用	様式6号	他の労災指定病院等から転医してきた場合に使用する届。
	通勤災害用	様式16号の4	

診療費請求時の留意事項

受付の際には、次のことに留意してください。

(1) 提出された請求書または変更届の記入は完全になされているか。

特に、労働保険番号が記載されているかどうか。請求人、事業主の証明等の記入もれ、印もれがないかどうか (自筆に限り押印不要)。

(2) 災害原因が本人の申し立てと一致するか。

(3) 負傷部位と災害原因が一致するか。

(4) 事業主であれば、労災保険に特別加入しているか。

以上のことについて、疑問がある場合は、所轄労働基準監督署に連絡してください。

診療費請求書等の様式について

135ページにレセプト用紙請求申込書がありますのでそれを御覧ください。

※年度により、診療費請求書等の申込先が変更になる場合がありますので、ご留意願います。(変更の場合は、埼玉労働局からご連絡いたします)

提出期限

各月分の請求を翌月10日までにご請求ください。10日が土・日・祝日の場合は、次開庁日となります。

(例) 10日が土曜日の場合、12日の月曜日が提出締切日となります。

10日が日曜日で、11日の月曜日が祝日の場合、12日の火曜日が提出締切日となります。

※なお、オンライン請求の場合のみ、土・日などの開庁時間外の請求も可能であり、以下のとおりとなります。(電子媒体の場合は、毎月10日(休日の場合は翌開庁日)までにご提出ください。)

・毎月5日～7日、及び11日・12日(休日を含む)については、8:00～21:00

・毎月8日から10日(休日を含む)については、8:00～24:00

・11日及び12日は、データに不備があり、10日までに請求できなかった件数分のみ請求が可能です。

労災診療費算定基準早見表

平成28年4月1日現在

項目	内 容	記入ページ
単 価	11円50銭 国公立・非課税医療機関 12円 その他の医療機関 10円 指定薬局	9
初 診 料	3,760円 ただし、健保点数表（医科に限る）の初診料の注5のただし書きに該当する場合については、1,880円を算定する。	16
救急医療管理加算	6,000円 入院（初診入院） 入院については初診に引き続き入院している場合は7日を限度に算定できる。 1,250円 外来（初診外来）	17
療養の給付請求書取 扱 料	2,000円 初診で5号様式又は16号の3様式を取り扱った場合のみ算定できる。ただし、再発の場合や転医始診の場合は算定不可。	18
再 診 料	1,390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できる。 また、同一保険医療機関で、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合、2つ目の診療科に限り、690円を算定できる。	18
外 来 管 理 加 算	52点（一般病床数200床未満の病院又は、診療所に限る） 再診時に、健保において外来管理加算を算定することができない検査・処置等を行った場合でも、その点数が外来管理加算の点数に満たない場合には算定することができる。 また、外来管理加算の点数に満たない検査・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52点に読み替えて算定できる。	20
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、機能回復訓練及び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る。	23
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	23
精 神 科 職 場 復 帰 支 援 加 算	200点	24

項 目	内 容	記入ページ
職場復帰支援・療養指導料	<p>精神疾患を主たる傷病とする場合 560点</p> <p>その他の疾患の場合 420点</p> <p>(月1回・下記のいずれの場合も各々3回限り)</p> <p>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3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(看護師及び准看護師。以下同じ。)、理学療法士、作業療法士若しくはソーシャルワーカー(社会福祉士又は精神保健福祉士に限る、以下同じ。)が、職場に応じた就労にあたっての療養上及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に算定できる。</p> <p>②主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場の産業医に対して文書(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る。</p> <p>③主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士若しくはソーシャルワーカーが、傷病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る。</p>	24
石綿疾患療養管理料	225点	27
石綿疾患労災請求指導料	450点	27
労災電子化加算	<p>5点(診療費請求内訳書1件につき)</p> <p>平成26年3月診療分までは、3点の算定。</p> <p>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、算定できる。</p> <p>※本加算の算定は、平成30年3月診療分までとなる予定。</p>	27
初診時ブラッシング料	<p>91点(同一傷病につき1回(初診時)限り)※四肢加算不可</p> <p>創面が異物の混入等により汚染している創傷の治療の前処置として汚染除去を行った場合に算定できる。</p>	32

項 目	内 容	記入ページ
介達牽引、消炎鎮痛等処置等の特例	<p>①介達牽引、胸部又は腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、矯正固定、変形機械矯正術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」、「器具等による療法」を行った場合、1日につき合わせて負傷にあつては受傷部位ごとに3部位を、疾病にあつては3局所を限度とし算定できる。</p> <p>②「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）を算定できる。</p> <p>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」）、胸部又は腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、矯正固定、変形機械矯正術を同一日にそれぞれ異なる部位（局所）に行った場合、「湿布処置」の所定点数に介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具による療法」、胸部又は腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、矯正固定、変形機械矯正術の計2部位までの点数を合わせて算定できる。</p> <p>④「湿布処置」と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合、「湿布処置」の1部位と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できる。</p> <p>⑤疾患別リハビリテーション、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」、胸部又は腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、矯正固定、変形機械矯正術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、「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」胸部又は腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、矯正固定、変形機械矯正術のいずれか1部位を算定できる。</p> <p>⑥「湿布処置」と疾患別リハビリテーションの他、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」、胸部又は腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、矯正固定、変形機械矯正術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」（1部位に限る。）の他、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」、胸部又は腰部固定帯固定、低出力レーザー照射、矯正固定、変形機械矯正術のいずれか1部位を算定できる。</p>	33

項 目	内 容			記入ページ			
四肢の傷病に対する処置・手術・リハビリテーションの特例算定	四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む）の傷病に係る処置等の点数は、健保点数に一定の割合を乗じて算定する。						
	※1点未満の端数は切り上げとする						
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;">健保点数表の項目</th> <th style="width:20%;">四肢</th> <th style="width:20%;">手指</th> </tr> </thead> </table>				健保点数表の項目	四肢	手指
	健保点数表の項目	四肢	手指				
	処 置	創傷処置、熱傷処置、重度褥瘡処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置、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」	1.5倍		2.0倍	32	
		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	1.5倍		1.5倍	33	
手 術	創傷処理、デブリードマン、皮膚切開術 筋骨格系・四肢・体幹手術 神経・血管の手術	1.5倍	2.0倍	39			
リハビリ テーション	疾患別リハビリテーション	1.5倍	1.5倍	46			
<p>※創傷処置等について、四肢加算の倍率が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率毎に算定した点数を合計して算定することができる。</p> <p>また、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る。</p>							
<p>※四肢加算ができない主なもの</p> <p>○形成術（植皮術・皮膚移植術等） ○ギプス</p> <p>○創外固定器加算</p>							

項 目	内 容	記入ページ
手の指の創傷処理 (筋肉に達しないもの)の特例算定	<p>手の指の創傷処理については、健保点数に関わらず次により算定する。</p> <p>指1本 940点 (470点×2倍) 指2本 1,410点 (940点+470点) 指3本 1,880点 (1,410点+470点) 指4本 2,350点 (1,880点+470点) 指5本 2,350点 (470点×5倍)</p> <p>※創傷処理(筋肉に達するものを除く)と指(手、足)に係る手術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所定点数を合算した点数で算定できる。</p>	39
手の指の骨折非観血的整復術の特例算定	<p>手の指の骨折非観血的整復術については、次により算定する。</p> <p>指1本 2,880点 (1,440点×2倍) 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倍)</p> <p>※骨折非観血的整復術と指(手、足)に係る手術又は創傷処理(筋肉に達するものを除く)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る。</p>	40
手指の機能回復指導加算	<p>190点 ※時間外加算及び四肢加算は不可</p> <p>手(手関節以下)及び手の指に対して次に掲げる手術を行った場合、1回に限り算定することができる。</p> <p>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</p>	41
術中透視装置使用加算	<p>220点 ※四肢加算は不可</p> <p>術中透視装置使用加算については、次の場合算定できる。</p> <p>①「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」及び「足の舟状骨」の骨折経皮的鋼線刺入固定術(K045)又は骨折観血的手術(K046)において、術中透視装置を使用した場合に算定できる。</p> <p>②「脊椎」の経皮的椎体形成術(K142-4)において、術中透視装置を使用した場合</p>	41
コンピューター断層撮影診断料の特例算定	<p>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、2回目以降の断層撮影についても所定点数で算定できる。</p>	45

項 目	内 容	記入ページ
リハビリテーション	<p>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。</p> <p>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、下記①又は②が必要となります。</p> <p>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。</p> <p>② 労災リハビリテーション評価計画書を診療費請求内訳書に添付して提出する。</p> <p>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、それぞれの所定点数を算定できます。</p>	46
リハビリテーション情報提供加算	<p>200点</p> <p>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る。</p>	47
入院基本料	<p>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 上記以外の期間 健保点数の1.01倍</p> <p>医科点数表による第1章第2部「入院料等」の第1節「入院基本料」について加算できる。端数については1円未満四捨五入。</p> <p>※2週間については、入院日からの暦日数で14日目までとする。</p>	53
労災治療計画加算	<p>100点</p> <p>入院の際に医師・看護師・その他関係職員が共同して総合的な治療計画を策定し、「労災治療計画書」又はこれに準ずる文書により医師が入院後7日以内に説明を行った場合に、1回の入院につき1回限り、入院基本料に加算する。</p>	64
入院室料加算	<p>1日につき 個室 甲地10,000円 乙地 9,000円を限度とする。 1日につき 2人部屋 甲地 5,000円 乙地 4,500円を限度とする。 1日につき 3人部屋 甲地 5,000円 乙地 4,500円を限度とする。 1日につき 4人部屋 甲地 4,000円 乙地 3,600円を限度とする。</p> <p>※医療機関が表示している金額を算定するが、上記に示した金額を限度とする。</p>	64

項 目	内 容	記入ページ										
病衣貸与料の特例	9点（1日につき） 緊急収容され病衣を有していない入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合算定できる。	65										
入院時食事療養費の特例算定	厚生労働省告示第99号（平成18年3月6日）の別表の「食事療養及び生活療養の費用額算定表」に定める金額を1.2倍し次により算定する。（10円未満の端数は四捨五入） <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>療養費の額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院時食事療養Ⅰ（1食につき）</td> <td>770円</td> </tr> <tr> <td>特別食加算（1食につき）</td> <td>90円</td> </tr> <tr> <td>食堂加算（1日につき）</td> <td>60円</td> </tr> <tr> <td>入院時食事療養Ⅱ（1食につき）</td> <td>610円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	療養費の額	入院時食事療養Ⅰ（1食につき）	770円	特別食加算（1食につき）	90円	食堂加算（1日につき）	60円	入院時食事療養Ⅱ（1食につき）	610円	66
区 分	療養費の額											
入院時食事療養Ⅰ（1食につき）	770円											
特別食加算（1食につき）	90円											
食堂加算（1日につき）	60円											
入院時食事療養Ⅱ（1食につき）	610円											
頸椎固定用シーネ 鎖骨固定帯及び 膝・足関節の 創部固定	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る。 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る。	71										
腰部、胸部又は 頸部固定帯加算 （初回のみ）	健保の腰部、胸部又は頸部固定帯加算の点数170点を超える腰部固定帯等を使用した場合実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）で算定することができる。	71										
固定用伸縮性 包帯の特例算定	労災で使用する伸縮性包帯は、頭部・頸部・躯幹の他四肢に使用した場合も算定することができる。	71										

診 療 単 価

診療単価は、12円とします。ただし、以下に係るものについては、11円50銭とします。(円未満の端数切り捨て)

- (1) 国及び法人税法（昭和40年3月31日法律第34号）第2条第5号に規定する公共法人
- (2) 法人税法第2条第6号に規定する公益法人等であって、法人税法施行令（昭和40年3月31日政令第97号）第5条第29号に掲げる医療保健業を行うもの

なお、平成28年3月30日における上記(1)及び(2)に該当する医療機関は、非課税医療機関一覧（次のページ）のとおりです。

注1 法人税法の規定により、医療保健業に課税されるものを課税医療機関（診療単価12円）、課税されないものを非課税医療機関（診療単価11円50銭）と呼びます。

注2 社会医療法人については、非課税医療機関（診療単価11円50銭）に該当します。

非課税医療機関一覧

(平成28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
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

法人税法の取り扱いの変更等により上記に該当する場合は、必ず埼玉労働局あてご連絡願います。

労災診療費請求書・診療費請求内訳書作成要領

1 一般的事項

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

(例1)

3

(例2)

3 4 6 7 7

2 診療費請求書・診療費請求内訳書等の編纂方法

- (1) 初回分（療養の給付請求書（5号、16号の3）、再発を含む）
 - (2) 継続分（転医始診分（指定病院等（変更）届（6号、16号の4）を含む）
- (1)(2)をそれぞれ別綴りにします。
- ※ レセプト提出の際は、クリップ、こより等で束ねてください。

3 労働者災害補償保険診療費請求書（診機様式第1号）記載要領

- ※修正項目番号 * 指定医療機関においては、絶対に記入しないこと。
- ①指定病院等の番号 * 労災指定病院承認時に当局より付与された指定病院番号を記入する。
- ②※受付年月日 * 指定医療機関においては、絶対に記入しないこと。
- ③請求金額..... * レセプトの合計金額を記入してください。
..... * 請求金額を誤って記入した場合は、訂正できないので新たに作成してください。
..... * 請求金額に誤りがある場合は、新たな請求書が提出されるまで支払いできませんので、誤請求のないよう点検を行った上提出してください。
- ④内訳枚数 * 添付されているレセプトの枚数を記入（続紙は含まれません）。
..... * レセプト用紙は続紙として使用できません。
- ⑤請求年 ⑥請求月
ただし、年 月分..... * 添付されている最新の診療年月を記入してください。
診療月28年4月と28年5月のレセプトの場合は28年5月となる。
- 請求人の（病院又は診療所）
住所・名称・責任者氏名 欄 * 責任者の印鑑押印もれに注意してください。
..... * 電話番号も忘れずに記入してください。

4 労災診療費請求内訳書（レセプト）の留意事項等

1) レセプト一般注意事項

- 1 レセプト用紙は請求1件に対し1枚限りの使用となりますので、1枚で記入できない場合は必ず続紙を使用してください。
- 2 レセプト・続紙共に裏面の記載はできませんので必ず表のみ記入してください。
- 3 レセプト・続紙共に他の用紙を糊付けするとシステム上読取りができなくなりますので切り貼りはしないでください。
- 4 続紙は当局配布用紙以外でも使用可能ですが、必ず指定医療機関番号・指定医療機関名・労働者（患者）名・労働保険番号等を記入してください。ただし、用紙の大きさは同じものを使用することとなります。
- 5 記入は、ボールペンの黒で標準字体で記入し、小さすぎる文字、印字のうすいもの、枠からはみ出しているもの、サインペン等太いもの又は、かすれ等は読取りできません。
- 6 入院時は、他保険に入院料請求があっても、入院用レセプト用紙を使用してください。

2) レセプト記載要領（統計項目）

① 新継再別



初 診 1…「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号又は、第16号の3）が添付され当該傷病によるレセプト初回請求の場合。

- 1) 負傷後又は、疾病発症後最初のレセプト請求をするとき。
- 2) 初診が非労災指定医療機関・柔整師等で、労災指定医療機関に転医後、始診月のレセプト請求の場合。
- 3) 他保険で治療後、初めて労災レセプト請求する場合。
 - イ 自賠責保険使用後労災に変更の場合
 - ロ 自費治療後労災に変更する場合
 - ハ 健康保険等使用後業務上災害又は、通勤災害と判明し労災保険に切り替えた場合。
（健康保険等に被災者が返納後監督署に費用請求し、その後の治療費を労災指定医療機関が初めてレセプト請求する場合、または指定医療機関が他保険分レセプトを返戻依頼し初診から労災請求に切り替えた場合）

転医始診 3…「療養（補償）給付たる療養の給付をうける指定病院等（変更）届」（様式第6号又は、第16号の4）が添付され、労災指定病院から労災指定病院へ転医し転医始診月レセプト請求の場合。

再 発 7…「療養（補償）給付たる療養の給付請求」（様式第5号又は、第16号の3）が添付され、当該傷病が治ゆ、又は一定期間中止後に再度治療が必要となりレセプト請求する場合。

継 続 5…上記以外全て。

② 転帰事由



治 ゆ 1…労災傷病が治ゆ又は傷病の状態が症状固定となったとき。

継 続 3…1・5・7・9以外（請求の最終日以後も継続治療を必要とする場合）。

転 医 5…他の医療機関に転医した場合。

中 止 7…継続治療を必要とする状態で、治療中止した場合（他の傷病治療のため一時中止又は通院指示するも被災者理由により来院しない場合等）。

死 亡 9…被災労働者が死亡した場合。

④ 労働保険番号

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号又は、第16号の3）又は、「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号又は、第16号の4）に記載された労働保険番号を転記してください。

⑥ 生年月日

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

明治生まれ・1 大正生まれ・3 昭和生まれ・5
平成生まれ・7を元号コードとし、最初の枠に記入
してください。

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

⑦ 傷病年月日

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- 1 負傷の場合…事故発生年月日を「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号又は第16号の3）又は、「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号又は、第16号の4）と事業場担当者及び被災者本人に確認の上、誤りのないよう記入してください。（※転医始診日ではなく負傷年月日を記入してください）
- 2 疾病の場合…疾病発症確認日（振動障害等は検査「診断日」の年月日となる）が傷病年月日となります。
- 3 再発の場合…再発に起因する当初の傷病年月日となります。
- 4 同一部位再負傷の場合…骨折等の部位を他の原因なく治療中に再骨折した場合は最初の傷病年月日となります。また、就労治療中等に、再度同一部位を負傷した場合は、新たな負傷として別請求となります。（「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号又は第16号の3）が必要）。

⑩ 療養期間及び⑪実診療日数

⑩ 療養期間

⑪ 実診療日数

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1 療養期間は、次月に継続の場合はその月の療養期間の末日までを記入してください。

例 ⑩ 療養期間

2 6 0 7 1 4 2 6 0 7 3 1

⑪ 実診療日数

1 1

2 当月で最終診療（治ゆ・中止・転医等）の場合は、最終診療日までを記入してください。

例 ⑩ 療養期間

2 6 0 7 0 1 2 6 0 7 0 3

⑪ 実診療日数

2

※なお、診療日数が1日で療養期間も1日の場合は、診療した日を記入してください。

3 休業証明などの証明料のみ請求する場合の療養期間については、証明した期間を記入し、実診療日数については、「999」と記入してください。

例 ⑩ 療養期間

2 6 0 2 0 1 2 6 0 2 2 8

⑪ 実診療日数

9 9 9

⑬ 合計金額

レセプト診療内容点数小計(イ)と定額小計(ロ)、(ハ)の合計を記入してください。

5 診療費請求内訳書（診療内容の記載要領及び算定基準）

労働者の氏名

被災労働者（以下、患者という。）の氏名を記入してください。

事業の名称

患者の所属事業場名を記入してください。

事業場の所在地

患者の所属事業場の所在地を記入してください。

傷病の部位及び傷病名・傷病の経過

1 業務上災害・通勤災害及び業務上疾病にかかる傷病名を具体的部位を含め記入してください。

（骨折等の場合は、骨名及び部位まで。）

また、発症原因を必ず「傷病経過欄」に記載してください。

2 業務上災害及び通勤災害に起因しない「私病」は記入しないでください。

3 治療中に傷病名が変更になった場合は、元の傷病名を抹消しないで新たな傷病名を記入し、「**傷病の経過欄**」に、元の傷病から新たな傷病を発症した経過を必ず記入してください。

また、新たな傷病名の後ろに、発症確認（治療開始）年月日を記入してください。

- 4 治療中に業務上災害・通勤災害の傷病に起因した新たな傷病名が追加となった場合は、追加傷病名を記入し、「**傷病の経過欄**」に、**新たな傷病が追加となった経過を必ず記入してください。**
また、追加傷病名の後ろに、発症確認（治療開始）年月日を記入してください。
- 5 複数の傷病名があり、一部傷病が治ゆ・中止となった場合は、当該傷病名の後ろに転帰年月日及び転帰事由を必ず記入し一度記載した傷病名は最後まで抹消しないでください。
- 6 他の医療機関より転医してきた患者については、前医療機関の情報により前医にて確認した傷病名を全て記入してください。

記載例

1 部位明示

- ア 右足関節脱臼骨折等の場合『(脛骨顆部骨折)(腓骨顆部骨折)(脛骨遠位部骨折)等、骨折の骨名及び部位』まで記入してください。
- イ 振動障害は『V (S(2),L(2)) N (S(2),L(1))』と症度区分まで記入してください。
- ウ 続発性気管支炎等の場合『(じん肺管理3のイ)管理区分』まで記入してください。

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

2 傷病名が変更となる場合

右大転子部複雑骨折
輸血後C型肝炎(H28.6.1)→肝細胞癌(H28.6.1)

3 治療中に傷病名確認(追加)の場合

頸髄(S3/4)損傷
第12胸椎圧迫骨折
褥瘡(右大転子部)H28.6.1

4 複数傷病名の一部が治ゆした場合

左胸部裂傷(H28.5.31治ゆ)
第2腰椎圧迫骨折
右座骨骨折

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

6 提出先

提出にあたってのお願い

手術につきましては、手術記録写し・手術詳記等を添付していただくことにより、お支払いまでの処理が迅速に行うことができます。ご理解ご協力をお願いいたします。

〒330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂2-2-3 さいたま浦和ビル2階

埼玉労働局労働基準部労災補償課分室

TEL 048-826-5777

FAX 048-826-0575

1 初 診

○初診料（労災特例）医科・歯科とも 3,760円（定額）

初診料については、健保点数表と異なり点数ではなく、上記金額で算定します。

労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できます。したがって、既に傷病の診療を継続している期間（災害発生当日を含む。）中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できます。（労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も、初診料 3,760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3ただし書に該当する場合（上記の初診料を算定できる場合を除く。）については、初診料の半額の1,880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。

イ 初診料を算定できる場合

「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号又は様式第16号の3）及び「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等の（変更）届」（様式第6号又は様式第16号の4）が添付され、当該医療機関において初回のレセプト請求の時算定できます。

- 1) 負傷後（疾病発症後）初回レセプト請求をするとき（様式第5号又は様式第16号の3添付）。
- 2) 治療初診が労災非指定医療機関、柔整師等で、労災指定医療機関に転医後、初回レセプト請求するとき（様式第5号又は様式第16号の3添付）。
- 3) 労災指定医療機関で治療後、労災指定医療機関に転医した転医後初回レセプト請求するとき（様式第6号又は様式第16号の4添付）。
- 4) 以前の傷病が他保険、又は労災が治ゆと推定される時に限り算定出来ます。
- 5) 傷病が一旦治ゆした後、再発と認められる場合には、初診として算定できます。
- 6) 労働基準監督署長からの受診命令により受診した場合、算定できます。

ロ 初診料を算定できない場合

- 1) 他保険等で治療後、労災に変更（自賠責保険等より）した場合。
- 2) 本院、分院間の転医は初診を行っただけ一方のみが算定でき、一方は算定できません。

レセプト記載例

診療内容	金額	摘要
①初診	3,760円	

※健保点数表の初診料注3に該当する場合は1,880円

○初診時時間外等加算（健保準拠）時間外 85点、休日 250点、深夜 480点、特例 230点

注1) 休日とは、日曜日及び祝日のことであり、例えば土曜日の休診日に初診を行った場合は時間外加算を算定することとなります。

注2) 時間外加算は健康保険に準じ、標準時間とします。

注3) 摘要欄に診療時刻を記入してください。

レセプト記載例

時間外初診

	診療内容	点数
①初診	(時間外) 休日 深夜 1回	85点

休日初診

診 療 内 容				点数
①初 診	時間外	(休日)	深夜 1回	250点

深夜初診

診 療 内 容				点数
①初 診	時間外	休日	(深夜) 1回	480点

○救急医療管理加算（労災特例） 入院 6,000円、入院外 1,250円

指定医療機関が患者を受け入れる際に、当該患者が初診である場合（労災傷病は一般に緊急性があることから）、入院した場合は6,000円、入院外の場合は1,250円を算定することができます。なお、入院については初診に引き続き入院している場合は7日間を限度に算定できるものとします。

また、同一傷病につき一回に限り（初日に）算定できるものであり、健康保険診療報酬点数表における「救急医療管理加算」「特定入院料」とは重複算定はできません。なお、健康保険における「保険外併用療養費（初診時負担金）」とも重複算定できません。

※次の場合でも救急医療管理加算が算定できます。

- 1) 傷病の発生から数日間経過した後に医療機関で診療を受けた場合。
- 2) 最初に収容された医療機関においては、傷病の状態等から応急処置だけを行い、他の医療機関に転医した場合（それぞれの医療機関で算定可）。
- 3) 傷病発生後長期間経過した後であっても、症状が安定しておらず、再手術の必要が生じて転医した場合（転医先でも算定可）。

※次の場合は救急医療管理加算が算定できません。

- 1) 再発の場合。
- 2) 傷病発生後、症状が安定した後に転医した場合。
- 3) 傷病名が厚生労働大臣の定める慢性疾患である場合。
- 4) 傷病名が、じん肺症、振動障害、慢性中毒症等の慢性疾患あるいは遅発性疾病の場合。
- 5) 同一日複数科受診時の2つ目の診療科に限り算定する初診料（1,820円）を算定する場合。
- 6) 上記の他、初診料が算定できない場合。

注) 健康保険では、「救急医療管理加算1」（900点）と「救急医療管理加算2」（300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になりますが、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6,000円）を算定できます。このため、健保点数表による「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。

レセプト記載例

初診入院の場合

診療内容	金額	摘要
0㊟その他	6,000円	救急医療管理加算（救急加算等簡略も可）

初診外来の場合

診療内容	金額	摘要
㊟その他	1,250円	救急医療管理加算（救急加算等簡略も可）

○療養の給付請求書取扱料（労災特例） 2,000円

労災指定医療機関等において、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第5号又は第16号の3）を取り扱った場合に、2,000円を算定できます。

※ただし、再発（様式第5号及び第16号の3を取り扱った場合でも）の場合は、算定できません。

注1）療養の給付請求書取扱料の算定は、「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）を取り扱い、初診料を算定できない場合でも、次の場合算定することができます。

- 1）他の傷病で治療中に初診を行った場合。
- 2）他保険で治療後、労災に切り替えた場合。

注2）患者が療養の給付請求書を持参した場合でも、負傷から日が経過している場合（応急処置をしている場合を含み）等は、転医等の有無についても確認してください。

レセプト記載例

診療内容	金額	摘要
㊟その他	2,000円	療養の給付請求書取扱料（給付取扱料等簡略も可）

2 再 診

○再診料（労災特例） 1,390円（時間外加算65点、休日加算190点、深夜加算420点）

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できます。

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に該当する場合には、690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及び注13に規定する加算）は算定できません。

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

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 1,390円を算定
- 2つ目の診療科 690円を算定 ※同一の傷病・関連する傷病については算定不可
- 3つ目の診療科 （算定できません。）

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

- 主たる傷病により、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

※次の場合は算定できません。

- 1) 再診時に行った検査の結果のみを聞きに来た場合。
- 2) 往診等の後に薬のみを取りに来た場合。
- 3) 再診の後に入院のため同一日に来院した場合。

レセプト記載例

請求月に10日受診した場合

診療内容	金額	摘要
⑫再診 10回	13,900円	1,390×10

請求月に8日受診し、電話再診1回、同日再受診1回がある場合

診療内容	金額	摘要
⑫再診 10回	13,900円	10月4日 電話同日再診 10月15日 同日再診 1,390×10

請求月に整形に5日受診し、同一日の2科目として眼科の再診がある場合の眼科のレセプト

診療内容	金額	摘要
⑫再診 5回	3,450円	複再690×5 (整形・眼科)

○外来診療料（健保準拠）73点

注1) 一般病床数200床以上の医療機関（当該医療機関の歯科、歯科口腔外科を除く）において算定します。

注2) 外来診療料の点数、その他算定に係る取扱いについては健保準拠であり、外来診療料に包括される処置については、たとえ四肢に対する特例取扱い（32ページ参照）を行うことにより外来診療料の点数を超えるものであっても、外来診療料とは別に算定することはできません。

注3) 選定療養である「病床が200床以上の病院について受けた再診」については、労災保険の給付の対象とはなりません。

○再診時時間外等加算（健保準拠） 時間外 65点、休日 190点、深夜 420点、特例 180点

注) 休日とは、日曜日及び祝日のことであり、例えば土曜日の休診日に再診を行った場合は時間外加算を算定することとなります。

レセプト記載例

時間外再診			休日再診			深夜再診		
診療内容		点数	診療内容		点数	診療内容		点数
⑫再診	時間外 1回	65	⑫再診	時間外 1回	190	⑫再診	時間外 1回	420
	休日 1回			休日 1回			休日 1回	
	深夜 1回			深夜 1回			深夜 1回	

注) 摘要欄に診療月日及び診療時刻を記入してください。

○外来管理加算（労災特例）52点

労災保険では、健康保険で外来管理加算を算定できる場合の他、健康保険において算定できないとされている健保点数表の検査、処置等（以下の「参考…健保の取扱い」をいう）を行った場合でも、次の場合は外来管理加算を算定することができます。

- ① 外来管理加算の点数に満たない「検査、処置等」の点数が一つある場合は、外来管理加算52点を算定できます。
- ② 外来管理加算の点数に満たない「検査、処置等」の点数が二つある場合には、その最も低い点数に対し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（ただし、読み替えができる「検査・処置等」は下記の「参考…健保の取扱い」でいう、検査、処置等です）。

『参考…健保の取扱い』

入院中の患者以外の患者に対して慢性疼痛管理並びに、別に厚生労働大臣が定める検査（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）、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療に掲げられている項目を行わずに計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として52点を算定できます。

この外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できますが、複数科を標榜する医療機関において、2以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科での外来管理加算は算定できません。

注1）四肢に対する処置等に対し1.5倍又は2倍加算ができる取扱（労災特例四肢加算）が適用される場合は特例点数を基準にします。

したがって、「湿布処置（手指を含む半肢の大部分）」を施行した場合は

35点×2倍＝70点となり、四肢加算後の特例点数70点が基準となるため、外来管理加算52点は算定できません。つまり、四肢（手指を含む）に四肢加算を行わず、外来管理加算を算定することはできません。

注2）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3）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せん。

注4）電話再診の場合は算定できません。

算定例 1 52点に満たない点数が1つの場合

眼処置 25点< (52点) →25点 (外来管理加算が算定可)

外来管理加算 52点 (労災特例)

算定点数 25点「④〇欄に記載」と52点 (外来管理加算)「⑫欄に記載」が算定できます。

算定例 2 52点に満たない点数が2つ以上の場合

眼処置 25点<(52点)→25点(外来管理加算算定対象の処置)

消炎鎮痛処置(頸部) 35点<(52点)→52点(読み替え)

外来管理加算 52点(労災特例)

算定点数 25点+52点=合計77点「④欄に記載」と52点(外来管理加算)「⑫欄に記載」が算定できま
す。

外来管理加算特例取扱算定早見表

区分	項目 再診料	外来管理加算		処置等の算定	
		健保点数	特例	健保点数	特例 読替え
処置等がない時	1,390円	+52点			
52点未満の処置等が1つあるとき	1,390円		+52点	所定点数	
52点未満の処置等が2つ以上あるとき	1,390円		+52点	最も点数の低いものは所定点数	その他のものは52点と読み替える
52点以上の処置等のみのとき	1,390円			所定点数	

注1 一般病床数200床未満の病院・診療所のみ算定可能

注2 区分の点数は、四肢・手指の場合には所定点数×1.5又は2.0倍にした点数で見る

レセプトの記載例

算定例1の場合 (20ページ)

52点に満たないものの処置1回のみであり、外来管理加算が算定できる。

診療内容		点数	診療内容			金額	摘要
⑫ 再 診	外来管理加算	1回	52	⑪初診	円		
	時間外	回		⑫再診1回	1,390円		
	休日	回		⑬指導	回		円
	深夜	回		小計	⑭ 1,390円		
			摘要				
⑭ 処 置	薬剤	1回	25	⑮ (右眼) 25×1			

算定例 2 の場合 (21ページ)

最も低い52点に満たないものの「眼処置」で外来管理加算を算定し、消炎鎮痛処置は読み替え52点として算定する。

診療内容		点数			
⑫ 再 診	外来管理加算 1回	52	診療内容	金額	摘要
	時間外 回		⑪初診	円	
	休日 回		⑫再診 1回	1,390円	
	深夜 回		⑬指導 回	円	
			小計	㊦ 1,390円	
			摘要		
⑭ 処 置	2回	77	⑭ (右眼) 25×1		
	薬剤 回		消炎鎮痛処置 (頸部) 35 (読替) 52×1		

○再診時療養指導管理料 (労災特例) 920円 (定額)

外来患者に対して再診時に療養上の指導 (食事、日常生活動作及び機能回復訓練及びメンタルヘルスに関する療養上の指導) を医師が具体的に行った場合に指導の都度算定することができます。

ただし、指導内容を具体的に診療録 (カルテ) に記載されていること又レセプト摘要欄に指導内容を記載していることが算定の必要条件となります。

注1) 同一月において健保の特定疾患療養管理料とは、重複算定はできません。(28ページ)

又、健保において特定疾患療養管理料と重複算定できない管理料・指導料 (てんかん指導料等又在宅療養指導管理料に定められている各管理料及び通院精神療法等) 等とも同様に重複算定はできません。

注2) 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。

注3) 電話再診は算定できません。

注4) 同一日に2回再診の場合でも算定の必要条件 (上記) が整っている場合は算定できます。

記載例

診療内容	金額	摘要
⑪初診 回	円	食事指導 1回 機能回復 1回
⑫再診 10回	13,900円	
⑬指導 2回	1,840円	

○職業復帰訪問指導料 (労災特例) 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) 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が職業復帰を予定している事業場に対し、医師又は医師の指示を受けた看護職員 (※1)、理学療法士若しくは作業療法士 (以下「医師等」という。) が傷病労働者の職場を訪問し、当該職場の事業主 (※2) に対して、職業復帰のために必要な指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて

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。（※3）

(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（※4）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。

（※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。

（※2）事業主には、事業主に代わって監督又は管理の地位にある者も含みます。

（※3）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。

（※4）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。

記載例

診 療 内 容		点 数
⑬指 導	職業復帰訪問指導料（初回）	580

○精神科職場復帰支援加算（労災特例）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内訳書に添付する必要があります。（職場復帰支援のプログラムの例は26ページのとおりです。）

記載例

診 療 内 容		点 数
⑯その他	精神科職場復帰支援加算	200

○職場復帰支援・療養指導料（労災特例）

精神疾患を主たる傷病とする場合 月1回 560点

その他の疾患の場合 月1回 420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3カ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 4) 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)(130ページ～133ページ参照)又はこれに準じた文書を、傷病労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に算定できます。

2) 傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場の産業医(主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。)に対して、文書(指導管理箋等)をもって情報提供を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、当該医療機関等の赴いた当該労働者の所属事業場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3回を限度(頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。)とします。

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

注2) 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。

注3) ソーシャルワーカーとは社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。

注4) 請求に当たっては、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。

職場復帰プログラムの例
(精神科ショート・ケア、3時間コース)

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

区 分	項 目	内 容 ・ 目 的
プログラム1	自己表現	・自分の趣味ややりたいことを対話形式で発表 ・自己表現を通じたコミュニケーションのトレーニング
プログラム2	心理教育又はストレス マネジメント	・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、再発予防を实践する
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

○石綿疾患療養管理料（労災特例）225点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）について、診療計画に基づく受診、検査の指示又は服薬、運動、栄養、疼痛等の療養上の管理を行った場合に月2回に限り算定できます。

注1 請求に当たっては、管理内容の要点を診療録に記載する必要があります。

注2 初診料を算定することができる日及び月においても、算定できます。また、入院中の患者においても、算定できます。

注3 同一月において重複算定できない管理料等については、28ページのとおりです。

レセプト記載例

診 療 内 容		点 数
⑬指 導	石綿疾患療養管理料 225×回数	

○石綿疾患労災請求指導料（労災特例）450点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）の診断を行った上で、傷病労働者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養補償給付たる療養の給付請求書（告示様式第5号）又は療養補償給付たる療養の費用請求書（告示様式第7号(I)）が提出された場合に、1回に限り算定できます。

注1 請求に当たっては、次の①から④の事項を診療録に記載し明確にしておく必要があります。

- ① 石綿関連疾患の診断を行ったこと
- ② 患者に行った問診内容（概要）
- ③ 業務による石綿ばく露が疑われた理由
- ④ 労災請求の勧奨を行ったこと

注2 本指導料は、労災請求された個別事案が業務上と認定された場合のみ支払われます。

注3 本指導料は、療養の給付請求書取扱料と併せて算定できます。

診 療 内 容		点 数
⑳その他	石綿疾患労災請求指導料 450×1	450

○労災電子化加算（労災特例）5点

電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書1件につき5点を算定できます。

注1）平成30年3月診療分までは、電子レセプト1件につき5点の算定となります。

注2）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3）「労災電子化加算」の算定対象は、平成25年6月診療分から平成30年3月診療分（予定）までです。

初診・再診、入院・入院外ともに対象となります。

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	C106	在宅自己導尿指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	C107	在宅人工呼吸指導管理料
	てんかん指導料	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
	難病外来指導管理料	C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料
	皮膚科特定疾患指導管理料	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	心臓ペースメーカー指導管理料	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
	慢性疼痛疾患管理料	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
	耳鼻咽喉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
C002	在宅時医学総合管理料	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
C002-2	特定施設入居時等医学総合管理料	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C010	在宅患者連携指導料	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料
C100	退院前在宅療養指導管理料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C101	在宅自己注射指導管理料	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料
C102-2	在宅血液透析指導管理料	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
C103	在宅酸素療法指導管理料	I002	通院・在宅精神療法
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	I004	心身医学療法
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	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

(歯科)

※B000-4歯科疾患管理料、B002歯科特定疾患療養管理料とも重複算定できません。

3 投薬・注射（健保準拠）

社会保険診療費における投薬、注射の場合の使用薬品については、厚生労働大臣告示による薬品基準に記載されているものに限り認められており、これに未掲載の医薬品については仮に薬事審議会の承認を経て、一般市販が認められている医薬品であっても、保険の対象になりません。

労災診療における取扱いもこれに準じていますので、原則的には薬価基準に記載されている医薬品の範囲で治療することになります。

したがって、労災傷病についても投薬及び注射は一般に療養上必要があると認められる場合に必要の程度（最小限の範囲内）で行うこととします。

※参考『ビタミン剤の算定について』（健保の取扱い）

(1) 「ビタミン剤」とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含む。

(2) ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認内容に従って投与された場合に限る。

ア 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB₁₂の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

イ 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

ウ 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

エ 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分かゆを食している場合

オ 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

(3) ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

※労災診療については、記入を必要としない傷病名は負傷主病名より併発的傷病が主な傷病であることから、ビタミン剤の投与が必要、かつ有効と判断した趣旨を具体的に、診療録及びレセプトに記載してください。

注) 私病等にかかる治療費は給付できません。したがって労災傷病名(レセプト記載)に適應のない私病等のために投与した薬剤等は支給できないこととなりますので注意してください。なお、処方箋の発行の場合も同様にご留意願います。

例 骨粗鬆症治療剤、糖尿病治療薬、感冒薬、胃潰瘍薬、睡眠導入剤、緩下剤、抗アレルギー剤、降圧剤等

○医療関係業務従事者等の誤刺等事故の取扱い

1) HBs抗原陽性、HBe抗原陰性血液による汚染の場合

医療機関、試験研究機関、検査所等の労働者又は医療機関等が排出する感染性廃棄物を取り扱う労働者(以下「医療従事者等」という。)が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBs抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合、HBウイルス感染の可能性があるため、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒、縫合等の処置とともに、HBIG注射、HBワクチンの接種が行われた場合に保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷(業務上外を問わず、医療従事者等が受けた全ての負傷をいう。以下同じ。)に、業務上の事由によりHBs抗原陽性血液が付着した場合においても上記と同様に取り扱うものとします。

2) HBs抗原陽性、HBe抗原陽性血液による汚染の場合

医療従事者が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBe抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合、HBウイルス感染の危険が極めて高いと判断されるため、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHBIG注射、HBワクチンの接種が行われた場合についても保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷に、業務上の事由によりHBe抗原陽性血液が付着した場合においても上記と同様に取り扱うものとします。

3) HCV汚染血液による汚染の場合

医療従事者等が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHCV汚染血液による汚染を受けた場合、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHCV抗体検査等の検査(医師がその必要性を認めた場合に限り)についても保険給付の対象に含めるものとします。

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

4) 次の場合は給付の対象とはなりません。

① HBs抗原陽性血液、HBe抗原陽性血液等の汚染血液が単に皮膚に付着した場合

② 汚染事故前に予防を目的とした場合

等のHBIGの注射、HBワクチンの接種については、保険給付の対象とはなりません。

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

5) HIV汚染血液による汚染の場合

医療従事者等が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHIV汚染血液による汚染を受けた場合、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒等の処置とともに受傷後に行われたHIV抗体検査等の検査（医師がその必要性を認めた場合に限る）については保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷部位に、業務上の事由によりHIV汚染血液が付着した場合においても同様に扱うものとします。

6) MRSA感染症について

医療従事者等のMRSA感染症は、易感染性患者と異なり、一般的には深部感染は考えにくいことから、表層感染に限り原則として、次に掲げる要件をすべて満たすものについて、業務に起因するものと判断します。

- ① 当該医療従事者等の勤務する医療機関においてMRSAに感染していることが確認された入院患者等がみられること。
- ② 感染症状が認められる部位からMRSAが検出されていること。
- ③ 業務以外の原因によるものでないこと。

業務起因性が認められるMRSA感染症については、医学上必要な治療（検査を含む）が行われた場合、保険給付の対象に含めるものとします。

4 処 置

○初診時ブラッシング料…91点（労災特例）

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傷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（同一災害）につき初診時1回限り（複数部位にかかわらず）とします。

注1 初診時ブラッシング料を含む処置・手術の所定点数の合計が150点以上の場合に限り、時間外、深夜又は休日加算が算定できます（1点未満四捨五入）。

注2 健保のデブリードマン（創傷処理におけるデブリードマン加算を含む。）とは重複算定はできません。

注3 四肢の創傷に対するものであっても、91点算定（四肢加算不可）です。

注4 単にガーゼ、脱脂綿等で創面を拭うような場合は算定できません。

○処置についての労災特例…1.5倍（2倍）

1) 四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む）の傷病に対し、次に掲げる処置の点数は健保点数の1.5倍として算定できます（1点未満切り上げ）。

（処置）

- ① 創傷処置、熱傷処置、重度褥瘡処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、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「器具等による療法」、低出力レーザー照射

注1 処置を施行した場合、（ ）書きにて必ず施行部位を記入してください。

注2 薬剤料、特定保険医療材料などは、特例取扱の対象とはなりません。

2) 上記1)の①～②の処置は、手（手関節以下）及び手の指に係る場合（湿布処置は、手指を含む半肢の大部分の場合）のみ健保点数の2.0倍として算定できます。

注1 創傷処置等について、四肢加算の倍率（手指2倍、手指以外の四肢1.5倍、四肢以外1倍）が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率毎に算定した点数を合計して算定することができます。

（例1）右上肢の上腕に創傷処置2と右手指に創傷処置1を施行した場合。

上腕	60点	×	1.5	=	90点
手指	45点	×	2.0	=	90点
合 計					180点

注2) また、処置（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することができます。

※上記の注1)、注2)の処置算定の範囲は、健保で示す「包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さ」であり、実際に算定する場合はいずれか高い方の点数を算定します。

○介達牽引、消炎鎮痛等処置の特例

1) 介達牽引及び消炎鎮痛等処置の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行った場合は、1日につき合わせて負傷にあつては受傷部位ごとに3部位を限度とし、また、疾病にあつては3局所を限度とし算定できます。

② 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる場合に算定できるため、倍率が異なる部位が存する場合は例2～例5により算定できます。例中の（面積）欄は、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」を100とします。

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

例1

右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	=	53点
左上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	=	53点
右下肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍	=	53点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍	=	53点
<hr/>			
3部位までの算定になりますので、53点+53点+53点 = 159点			

例2

両手に「湿布処置」（面積100）	35点×2.0倍	=	70点
足に「湿布処置」（面積100）	35点×1.5倍	=	53点
背に「湿布処置」（面積100）	35点×1.0倍	=	35点
<hr/>			
158点			

両手、足、背について、四肢加算の倍率が異なる部位において、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」に該当する事から、倍率ごとの処置面積を合算して算定。

例3

手に「湿布処置」（面積 50）	35点×2.0倍	=	70点
足に「湿布処置」（面積100）	35点×1.5倍	=	53点
背に「湿布処置」（面積 50）			
<hr/>			
123点			

足について、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」に該当する事から、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、頸部及び顔面の大部以上」に該当する事から、最も高い倍率（手：2.0倍）で算定。

例 4

手に「湿布処置」(面積 30)	35点×2.0倍 = 70点
足に「湿布処置」(面積 35)	
背に「湿布処置」(面積 40)	

70点

手、足、背について、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、頸部及び顔面の大部以上」に該当しないが、手、足、背の処置面積を合算すると「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」に該当する事から、最も高い倍率(手:2.0倍)で算定。

例 5

手に「湿布処置」(面積 30)
足に「湿布処置」(面積 35)
背に「湿布処置」(面積 30)

0点

手、足、背について、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、頸部及び顔面の大部以上」に該当しない。また、手、足、背の処置面積を合算しても「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」に該当しない。したがって、湿布処置は算定不可。

2) 介達牽引及び消炎鎮痛等処置等の併施について

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」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」及び「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」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」及び「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 1

左腕に「湿布処置」	35点×1.5倍 = 53点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍 = 53点
右下肢に「手技による療法」	35点×1.5倍 = 53点
頸部に「器具等による療法」	35点 = 53点

「湿布処置」+ (介達牽引+「手技による療法」(計2部位))

53点+53点+53点 = 159点

例 2

腰部に「湿布処置」	35点	=	35点
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「器具等による療法」	35点×1.5倍	=	53点
<hr/>			
「湿布処置」+（介達牽引+「手技による療法」又は「器具等による療法」（2部位分）の合計	35点+53点+53点	=	141点
<hr/>			

介達牽引+「手技による療法」+「器具等による療法」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) 介達牽引及び消炎鎮痛等処置等並びに疾患別リハビリテーションの併施

- a 疾患別リハビリテーション、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「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。

- b 「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。

- c 「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」、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と「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 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「手技による療法」	35点×1.5倍	=	53点
運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) + (介達牽引又は「手技による療法」(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「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) + (介達牽引、「手技による療法」又は「器具等による療法」(1 部位分)) の合計			
	85点+53点	=	138点
介達牽引+「手技による療法」+「器具等による療法」(3 部位) の合計			
	53点+53点+53点	=	159点

したがって、この場合は159点を算定する。

例 4

左上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) 1 単位	85点×1.5倍	=	128点
左上肢に「湿布処置」	35点×1.5倍	=	53点
合 計			181点

例 5

左上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) 1 単位	85点×1.5倍	=	128点
右下肢に「湿布処置」	35点×1.5倍	=	53点
腰部に介達牽引	35点	=	35点
右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	=	53点
左下肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍	=	53点
運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) + 「湿布処置」 + 「器具等による療法」の合計			
	128点+53点+53点	=	234点

注 1 四肢加算の取扱いは、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」については所定の点数の1.5倍、「湿布処置」は所定点数の1.5倍（手指を含む半肢の大部分は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 介達牽引の部位（局所）、消炎鎮痛等処置等の種類及び部位（局所）について、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、介達牽引及び消炎鎮痛等処置は算定できません。また「湿布処置」については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定することができます。

介達牽引、消炎鎮痛等処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い

		<ul style="list-style-type: none"> ・介達牽引 ・矯正固定 ・変形機械矯正術 	<ul style="list-style-type: none"> ・消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法） ・消炎鎮痛等処置（器具等による療法） ・腰部又は胸部固定帯固定 ・低出力レーザー照射 	<ul style="list-style-type: none"> ・消炎鎮痛等処置（湿布処置） ・肛門処置 <p>※診療所外来のみ</p>	疾患別リハビリテーション
1	<ul style="list-style-type: none"> ・介達牽引 ・矯正固定 ・変形機械矯正術 ・消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法） ・消炎鎮痛等処置（器具等による療法） ・腰部又は胸部固定帯固定 ・低出力レーザー照射 	3部位（局所）まで算定		<p>「湿布処置」又は肛門処置の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のうち計2部位（局所）まで算定</p> <p>*注1 *注2 *注3</p>	疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のいずれか1部位（局所）を算定 *注4
2	<ul style="list-style-type: none"> ・消炎鎮痛等処置（湿布処置） ・肛門処置 <p>※診療所外来のみ</p>			1日につき所定点数を算定〔倍率が異なる部位ごとに算定し合算〕	「湿布処置」1部位又は肛門処置と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定
3	上記1及び2の処置を併施した場合				疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」1部位又は肛門処置の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のいずれか1部位（局所）を算定 *注5

*注1 上記1及び2については、それぞれ異なる部位（局所）に行った場合のみ算定できます。

*注2 上記2については、それぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「湿布処置」及び肛門処置となります。

*注3 上記1のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、上記2の所定点数を算定することなく、上記1のいずれか3部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。

*注4 上記1のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、上記1のいずれか3部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。

*注5 上記1及び2のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、上記2の所定点数の他に上記1のいずれか計2部位（局所）までの点数、若しくは、上記1のいずれか3部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。

*注6 消炎鎮痛等処置のうち湿布処置のみ四肢加算の取扱いで手指を含む半肢の大部分については2倍で算定できません。

○処置料の留意事項

- 1) 脊髄損傷患者等（体幹の疾病）に付随した四肢の疾病に対し、消炎鎮痛処置等を施行した場合も特例取扱ができます（ただし、算定は局所ごととなります）。 ※必ず、施行部位を記入して下さい。
- 2) 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか1つにより算定し、併せて算定できません。
- 3) 手術当日に手術に関連して行う処置の費用は、術前・術後を問わず算定できません（同日再診も不可）。

○レセプト（摘要欄等）記載要領

- 1) 処置名（必ず処置部位を記入する）、回数、点数を記載し、更に麻酔を行った場合は、その種類、回数、点数を記入してください。
- 2) 処置等に使用した薬剤は、薬名・規格単位・使用量を各々記載してください。
- 3) 記載例

イ 初診時ブラッシング料

診 療 内 容		点 数	摘 要
④⑩ 処 置	1 回 薬 剤 回	91	④⑩ 初診時ブラッシング（左前腕） 91×1

ロ 消炎鎮痛処置料

診 療 内 容		点 数	摘 要
④⑩ 処 置	1 回 薬 剤 回	35	④⑩ 消炎鎮痛処置(2)（頸部） 35×1

5 手 術

○手術料についての労災特例…1.5倍、2.0倍

1) 次に掲げる手術の点数は四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む）の傷病に対し、健保点数の1.5倍、手（手関節以下）及び手の指に対する場合は健保点数の2.0倍として算定できます。（1点未満切り上げ）。

イ 創傷処理（ただし、手の指の創傷処理（筋肉に達するものを除く）は次項によります）

ロ デブリードマン

ハ 皮膚切開術

ニ 筋骨格系・四肢の手術・体幹の手術

ホ 神経、血管の手術

※手術を施行した場合、手術ごとに（ ）書にして必ず施行月日及び施行部位を記載してください。

※輸血料、薬剤料、特定保険医療材料などは、特例取扱の対象となりません。

※植皮術、皮膚移植術等の形成手術は、特例取扱の対象となりません。

○手の指の創傷処理（筋肉に達するものを除く）の労災特例

1) 手の指の創傷処理については、健保点数に関わらず、次に掲げる点数で算定します（1点未満切り上げ）。

*創傷処理4～6に該当するもの

イ 指1本 940点（470点×2.0倍）

ロ 指2本 1,410点（940点+470点）

ハ 指3本 1,880点（1,410点+470点）

ニ 指4本 2,350点（1,880点+470点）

ホ 指5本 2,350点（470点×5.0倍）

さらに四肢加算することはできません

注) 指の創傷処理を算定する際は、「左示・中・環指（3本）」のように手術を施行した指を記載してください。

*同一手の2本の指にそれぞれ、「創傷処理4～6」と「創傷処理1～3」を施行した場合は主たる手術である「創傷処理1～3」のみ算定となります（同一手術野）。

*筋肉に達する「創傷処理1～3」については、指の本数にかかわらず健保点数の2.0倍で算定します（同一手術野）。

2) 創傷処理4～6と指（手、足）に係る手術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。

○手の指の骨折非観血的整復術の労災特例

1) 手の指の骨折非観血的整復術については、次に掲げる点数で算定します。

イ 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
ロ 指2本	4,320点 (2,880点+1,440点)	
ハ 指3本	5,760点 (4,320点+1,440点)	
ニ 指4本	7,200点 (5,760点+1,440点)	
ホ 指5本	7,200点 (1,440点× 5.0倍)	

2) 骨折非観血的整復術と指（手、足）に係る手術又は創傷処理（筋肉に達するものを除く）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。

※手の指にかかる手術の算定例

例1 右示指・中指に対して創傷処理4（デブリードマン加算）、右環指に対して骨折観血的手術をそれぞれ行った場合

創傷処理4（第2指・第3指）	940点+470点	=	1,410点
デブリードマン加算	100点×2.0倍	=	200点
骨折観血的手術（第4指）	9,480点×2.0倍	=	18,960点
合 計			20,570点

例2 右拇指に対して創傷処理4、右中指に対して骨折非観血的整復術、右環指に対して骨折観血的手術をそれぞれ行った場合

創傷処理4（第1指）	470点×2.0倍	=	940点
骨折非観血的整復術（第3指）	1,440点×2.0倍	=	2,880点
骨折観血的手術（第4指）	9,480点×2.0倍	=	18,960点
合 計			22,780点

例3 右拇指に対して創傷処理4、右示指に対して四肢切断術、右中指に対して断端形成術（軟部形成のみ）をそれぞれ行った場合

創傷処理4（第1指）	470点×2.0倍	=	940点
四肢切断術（第2指）	3,330点×2.0倍	=	6,660点
断端形成術（軟部形成のみ）（第3指）	2,770点×2.0倍	=	5,540点
合 計			13,140点

例4 左拇指に対して創傷処理4及び爪甲除去術を行った場合

創傷処理4（第1指）	470点×2.0倍	=	940点
爪甲除去術（第1指）	640点×2.0倍	=	1,280点
合 計（爪甲除去術のみ算定）			1,280点

（爪甲除去術は指（手、足）に係る手術に該当するが、同一指に行っているため同一手術野とみなす。）

例5 右拇指・示指に対して創傷処理4、右中指に対して創傷処理4及び爪甲除去術をそれぞれ行った場合

創傷処理4（第1指・第2指）	940点+470点	=	1,410点
爪甲除去術（第3指）	640点×2.0倍	=	1,280点
合 計			2,690点

（中指については、同一手術野となるため、主たる手術である爪甲除去術のみ算定する。）

例6 右拇指に対して筋肉内異物摘出術、右示指に対して骨折非観血的整復術をそれぞれ行った場合

筋肉内異物摘出術（第1指）	2,840点×2.0倍	=	5,680点
骨折非観血的整復術（第2指）	1,440点×2.0倍	=	2,880点
合 計（筋肉内異物摘出術のみ算定）			5,680点

（筋肉内異物摘出術は指（手、足）に係る手術に該当しないため。）

* 同一手の2本以上の指に各々異なる手術を施行した場合、健保の「特に規定する場合等の取扱」及び前述の「労災特例」以外は主たる手術点数により算定します（同一手術野）。

○手指の機能回復指導加算…190点（労災特例）

1) 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（実際に手（手関節以下）又は手指に手術を行った場合のみ）は、1回に限り当該手術の所定点数（×2.0倍）に190点を加算できます。

- イ 創傷処理、デブリードマン
- ロ 皮膚切開術
- ハ 筋骨格系・四肢・体幹の手術

* 時間外加算及び四肢特例加算はできません。

* 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。

* 初診の医療機関において当該加算点数を算定し、更に転医先の医療機関において再手術が行われた場合にも、算定することができます。

* 手術算定がなければ、算定できません。

○術中透視装置使用加算（労災特例）220点

ア 「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」及び「足の舟状骨」の骨折観血的手術（K046）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）において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。

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

注2 本加算は、四肢に対する特例取扱いの対象にはなりません。

レセプト記載例

診 療 内 容		点 数
⑤0手術・麻酔	術中透視装置使用加算×回数	

○手術料の留意事項

1) 創傷処理のデブリードマン加算は、「汚染された挫創」に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であり、通常麻酔下で行われる程度のもので行ったときに算定できます。

したがって、「挫創」以外の場合（切創等）は、初診時ブラッシング料算定になります。

2) 指とその指の属する手に対し同時に創傷処理4～6を行った場合は、別に算定できます。

(例)

示指に	3 cmの創傷処理 4	}	(940点+470点) =	1,410点
中指に	3 cmの創傷処理 4			
手背	6 cmの創傷処理 5		850点×2.0倍 =	1,700点
合 計				3,110点

3) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以降の手術創に対する処置は、創傷処置により算定します。

4) 眼球の手術については、片眼を同一手術野として取り扱います。

5) 骨内異物（挿入物）の除去において、鋼線・銀線等で簡単に除去し得るものは、創傷処理又は創傷処置により算定します（必ず、除去金属等の種類を記載してください）。

6) 手術に当たって通常使用される保険医療材料（チューブ・縫合糸（特殊縫合糸を含む）等）、衛生材料（ガーゼ・脱脂綿・絆創膏・三角巾等）は、手術の所定点数に含まれ別に算定できません。

○その他の手術料の取扱い

1) 植皮術

失われた身体的機能の回復を図るために行う植皮術は、それが治療の過程において行われるもののみ、療養の範囲に含まれます。

従って、一旦治ゆ後、（症状固定後）における植皮術は、療養補償の対象から外されています（外科後処置診療の対象）。

2) 角膜移植術

眼科で行う角膜損傷患者で適応者に対する角膜移植術は、療養の範囲として取り扱っています。

なお、症状固定時に角膜の入手が困難な場合には、一旦治ゆとし（状態に応じて障害補償給付の対象）その後の角膜移植は再発として取り扱うことにしています。

3) 切断手術の機能再建化手術

次に該当する手術及びこれに準じて行われる手指の機能再建化を図るための手術であって、医学的な評価が既に確定していると認められているものは保険給付の対象としています。

イ 切断指の再接合手術

ロ 指間の形成により母指の相対的延長手術

ハ 母指延長術

ニ 手又は足指の移植による母指化手術

○レセプト記載要領

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

6 麻 酔（健保準拠）

○麻酔料の留意事項

- 1) 閉鎖循環式全身麻酔には、呼吸心拍監視の検査料が含まれているので、麻酔の前後にかかわらず一日の呼吸心拍監視料は別に算定できません。
- 2) 閉鎖循環式全身麻酔には、体温（深部体温を含む）測定の検査料が含まれているので別に算定できません。
- 3) 神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射・神経幹内注射は、算定できません。また、トリガーポイント注射と神経幹内注射は、同時に算定できません。

7 検 査

○検査料の留意事項

検査は、診断を下す場合や治療計画作成のうえで重要な役割を果たすものですので、慎重に、かつ、適正な検査を実施する必要があります。

特に、最近では有害な化学物質等による疾病等新しい型の業務上疾病が増加していますので、このような疾病については、特に慎重な検査を行う必要があります。

しかし、これらの検査は「労災傷病」の診療上必要と認められる範囲に限られておりますので、留意する必要があります。

- 1) 尿・生化学等の諸検査は、入院時・手術前・手術後等に必要最小限度を原則とします（なお、異常のある場合等については、必要に応じて行うものとしますが頻回に実施している場合、必ず施行理由及び必要とした理由等を記載してください）。
- 2) ABO・Rh(D)（血液型検査）については、労災保険では初回のみ算定としています。継続患者については「初回」等の表示をしてください。
- 3) 病名を疑っての検査は、認められません（なお、病状に応じて必要性があれば認められますが、この場合必ず施行理由を記載してください）。

又、検査は診療上必要と認められる範囲に限られており、研究の目的等のために行われるものは認められません。

- 4) 投薬による副作用をチェックする必要がある場合の尿・生化学等の諸検査は、必要最小限とします。
- 5) 外傷患者については、MAO・ムコ蛋白・グアナーゼ・胆汁酸・リポ蛋白分画・網赤血球数等の諸検査は一般に認められていません（なお、病状等により必要に応じ行うものがあると思われませんが、必ず必要とした理由等を記載してください）。

○振動障害に係る検査料（労災特例）

*振動障害に係る検査料については、健保点数表に定めはありませんが、労災診療においては、次により算定することができます。

検 査 料

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

○レセプト（摘要欄等）記載要領

- 1) 検査の種類ごとに、検査名、検査回数及び点数を記入してください。
- 2) 検査にあたって薬剤を使用した場合は、その薬剤名、規格単位及び点数を記入してください。
- 3) 記載例

免疫学的検査

診 療 内 容		点 数	摘 要
⑥ 検査	薬 剤 2 回 回	434	⑥ 肝炎ウイルス関連検査（3項目） HBs抗原精密（RIA） HBs抗体精密 HCV抗体（2ND） 290×1 免疫学的検査判断料 144×1

8 画像診断

○エックス線診断料（健保準拠）

エックス線診断料は健康保険準拠であり、労災特例はありません。

エックス線撮影については、検査と同様に診療上必要の限度ということになります。

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

○コンピューター断層撮影診断料

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通減制については、適用しません。

(例1) 同一月に1回目CT撮影ハ、2回目CT撮影ハを行った場合。

1 回目	CT撮影ハ	750点（+断層診断450点）
2 回目	CT撮影ハ	750点
合 計		1,500点（断層診断を含め1,950点）算定

(例2) 同一月に1回目CT撮影ハ、2回目MRI撮影3を行った場合。

1 回目	CT撮影ハ	750点（+断層診断450点）
2 回目	MRI撮影3	900点
合 計		1,650点（断層診断を含め2,100点）算定

9 リハビリテーション

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

ア	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
イ	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	125点
ウ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
エ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	200点
オ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	100点
カ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
キ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	200点
ク	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	100点
ケ	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	190点
コ	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	180点
サ	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	85点
シ	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	180点
ス	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	85点

(1) 疾患別リハビリテーション（※）については、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、健保点数表における疾患別リハビリテーション料の各規定の注1のただし書きにかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えて算定できることとし、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においては、（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（Ⅰ）（運動器リハビリテーション（Ⅱ）を含まない。）を算定すべき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、健保点数表における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料におけるリハビリテーションのことをいいます。

注1 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注3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、下記①又は②いずれかの対処が必要になります。

- 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
 - ② 「労災リハビリテーション評価計画書」（49ページ）を診療費請求内訳書に添付すること
- ※目標到達時期はかならず記入してください。

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。

注3 四肢の傷病に対して行った場合、労災特例点数の1.5倍で算定できます。（手指も1.5倍）ADL加算・初期加算・早期リハビリテーション加算については四肢加算できません。

○リハビリテーション情報提供加算（労災特例）200点

(1) 健保点数表の診療情報提供料Iが算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士若しくは作業療法士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書（転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。）を、傷病労働者の同意を得て添付した場合に算定できます。

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

(2) 労災リハビリテーション実施計画書は、（50ページ）の様式又はこれに準じた文書により作成することとし、

- ① 傷病労働者の「これまでの仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」等を踏まえた「職場復帰に向けた目標」
- ② リハビリテーションの項目として、職場復帰に向けた目標を踏まえた業務内容・通勤方法等を考慮した内容（キーボードの打鍵やバスへの乗車等）を盛り込む必要があります。

注1 請求に当たっては、労災リハビリテーション実施計画書の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。

注2 健康保険のリハビリテーション（総合）実施計画書（様式）を用いる場合には、上記(2)①及び②を盛り込むことで、様式上の要件は具備されます。

診 療 内 容		点 数
⑬指 導	リハビリテーション情報提供加算 200×1	200

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)	運動器リハ(I)
入院(医療機関外)		○	
入院外		×	
運動器リハ(II)	入院(医療機関内)	運動器リハ(II)	○
	入院(医療機関外)		×
	入院外		×

労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名：	男 ・ 女	生年月日（西暦）	年 月 日
原因疾患			
[心大血管疾患 ・ 脳血管疾患等 ・ 運動器 ・ 呼吸器（該当するものに○をして下さい）] リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日）			
年 月 日			
現在の評価及び前回評価計画書作成日（ 年 月 日）からの改善・変化等			
治療目標等			
(1) 標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見（必要性・医学的効果等）			
(2) 目標到達予想時期： 年 月頃			
(3) その他特記事項			
評価計画書作成日：		年 月 日	
医療機関名		医師	㊟

注 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。

目標到達予想時期は必ず記入してください。

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年齢	職	勤務評定実施日	年 月 日
リハビリ計画	PT	OT	ST		
原因疾患(病名・受傷日)		付随疾患(心臓病・糖尿病・高血圧、心疾患、糖尿病等)			
評価項目・内容(コソシ)の欄に具体的な内容を記入)					
心身機能・状態	<input type="checkbox"/> 言語障害(口・手・足) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 シナーゴ・グー・肘の上肢 右手指 右肘関節 右下腕 左手指 左肘関節 左下腕 <input type="checkbox"/> 腕の低下(痛位、MMT)	<input type="checkbox"/> 失行・失調 <input type="checkbox"/> 音声-発話障害(口頭音障害、口失語症、嚥下)			
	<input type="checkbox"/> 歩行器具(器具) <input type="checkbox"/> 車椅子(車椅子内歩行(器具) <input type="checkbox"/> 車椅子内歩行(器具)	<input type="checkbox"/> 歩行器具(器具) <input type="checkbox"/> 車椅子(車椅子内歩行(器具) <input type="checkbox"/> 車椅子内歩行(器具)	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下性嚥下症		
行動	ADL-AAL欄	日常生活(移動)実行状況(「して」は「行動」)	訓練時能力(「できる」行動)		
		自立歩行 杖・歩行器 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行)	杖・歩行器 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行)	杖・歩行器 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行) 車椅子(車椅子内歩行)	
活動域 車椅子内歩行: <input type="checkbox"/> 杖、 <input type="checkbox"/> 車椅子 車椅子内歩行: <input type="checkbox"/> 杖、 <input type="checkbox"/> 車椅子、 <input type="checkbox"/> 歩行器、 <input type="checkbox"/> 車椅子					
生活	睡眠(日無職、日有文字、日有職中、日有夜通職、日有職中)	社会参加(内容・頻度等、発症前状況を含む)			
	これまでの睡眠・覚醒(仕事内容) これまでの活動方法 運動療法: <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 器具器具:				
目標	睡眠: <input type="checkbox"/> 夜間覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 日有 <input type="checkbox"/> その他 仕事内容の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 活動方法の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 器具器具の所持状況:	本人の希望 医師の希望			
	睡眠: <input type="checkbox"/> 夜間覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 日有 <input type="checkbox"/> その他 仕事内容の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 活動方法の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 器具器具の所持状況:				
方針	リハビリテーション終了の日数・時期				
高次ケアアロー:					
本人・家族への説明: 年 月 日 本人サイン _____ 医師サイン _____ 看護師サイン _____					

1. 「記入上の留意点」
 2. 「評価項目・内容」の「移動」欄に「これまでの睡眠・覚醒(仕事内容)」、「これまでの活動方法」、「運動療法」を記入すること。
 3. 「生活」欄には、発症前発症中の「これまでの仕事内容」、「これまでの活動方法」、「運動療法」を記入すること。仕事内容が「運動療法」の欄に記入すること。
 4. 「高次ケアアロー」欄には、医師が希望する「運動療法」の所持状況(杖・歩行器、車椅子)を、医師が希望する活動方法(杖・歩行器、車椅子)を、医師が希望するリハビリテーション終了の日数・時期を記入すること。

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院・外来	
生年月日	年 月 日 (歳)	入院日	年 月 日
生傷病		リハビリテーション起算日	年 月 日
要介護度	要介護・要支援		

認定している リハビリテーション科 (該当するものに○)		脳血管疾患等リハビリテーション科 I・II・III				
1	心大血管疾患リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科、呼吸器リハビリテーション科、障害児(者)リハビリテーション科、がん患者リハビリテーション科の科数とならない理由					
2	廃用をもたらすに至った要因 (疾病コード)					
3	手術の有無	有・無				
	手術名					
	手術年月日	年 月 日				
4	治療開始時のADL	DI	点	FIM	点	
	月毎の評価点数 (DI又はFIM どちらかを記入)	月	DI	点	FIM	点
		月	DI	点	FIM	点
		月	DI	点	FIM	点
		月	DI	点	FIM	点
		月	DI	点	FIM	点
5	一月当たりの リハビリテーション	実施 日数	日			
		提供 単位数	単位			
6	リハビリテーションの内容					
7	改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上		<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から6ヶ月		
8	前回の評価からの 改善や変化					

【記載上の注意】

- 「2」の要因については、原因疾患等について、別紙疾病分類表より疾病コードを記載すること。
- 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

10 入 院

○入院料

患者を病院又は診療所に収容して診療を行うことを入院といいますが、この入院の指示は療養のために入院が必要と認められる場合に限られます。

療養のための入院の必要性については、個々の症例について慎重な検討を要しますので一概にはいえませんが、常に医学上の立場からその要否は決定されなければならないのは当然のことです。

入院が療養上必要と認められるのは、一般的に次のような場合です。

- ア、傷病の状態が重篤で、常に医師の監視の下に随時適切な処置を要すると認められるとき
- イ、入院しなければその傷病に必要な処置、手術等が実施できないと認められるとき
- ウ、歩行不能又は著しく歩行困難であるため通院に支障をきたすと認められるとき
- エ、歩行は可能であるが、通院することにより、傷病が悪化するおそれがあると認められるとき

入院は前述のように医学的な立場からみて療養上必要な場合に限り認められ、次のような場合の入院は認められません。

- 患者の個人的な都合による入院、例えば、その患者が単身者であるとかあるいは単に宿舎がないという理由による入院
- 地理的な事情による入院、例えば、通院に長時間要するとかあるいは交通が不便であるためだけの理由による入院
- 手指等の軽度の負傷で技術的に高度の治療を行う必要のない場合のような入院
- しばしば外泊するような患者の入院
- 患者の強要による入院

入院中の患者が外泊することがしばしばありますが、入院は療養上必要と認められる場合に限るものであり、原則として入院中の労災患者に外泊を認めることは適当でないばかりでなく、外泊が可能であるような患者は、入院の必要性に疑問があります。

しかしどうしても必要な場合の外泊については、必要最小限の期間に承認を与えることもやむをえないでしょう。

入院期間は医学的な見地から療養上必要と認められる期間に限られるものですから、常に厳正な判断による措置が望まれます。

患者の傷病の状態からみて、もはや入院の必要性がないと認められるに至ったときは、直ちにその旨を患者に知らせるとともに診療録に「入院不要告示済み」（年月日）と記入しておく必要があります。

○入院料の留意点

- 1) 入院・退院を繰り返している場合は、摘要欄に必ず入院歴を記入してください。
- 2) 入院料の算定にあたっては、医療機関の別（病院・診療所）、病衣貸与料の他に地方厚生局長への届出（承認）による加算の対象事項を全て記入してください。

○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

入院基本料は、入院の日から起算して2週間以内の期間については、健保点数の1.30倍、それ以降の期間については、健保点数の1.01倍の点数（いずれも1点未満の端数は四捨五入）を算定することができます。

注1 各種加算の取扱いについては、以下のとおりです。

- ① 健保点数表の第1章第2部「入院料等」の第1節「入院基本料」について
ア イ以外の点数については、入院基本料に当該点数を加えた後に1.30倍又は1.01倍することができます。
イ 入院期間に応じ加算する点数の場合は、1.30倍又は1.01倍することができません。
具体的には、(63ページ) のとおりとなります。
- ② 健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第2節「入院基本料等加算」に示されている各種加算については1.30倍又は1.01倍することができません。
- ③ 「10 労災治療計画加算（100点加算）」については1.30倍又は1.01倍することができません。
- ④ 入院の日からは起算しての2週間とは、入院の日から歴日数での14日目までとなります。このため、2週間とは退院の日も含めた日数となります。

注2 外泊期間中の入院基本料は、すべての加算を含まない入院基本料の基本点数に0.15を掛け、その後1.30倍又は1.01倍した点数となります。

注3 定数超過入院に該当する場合及び医療法に定める人員標準を著しく下回る場合の入院基本料は、健保点数表第1章第2部入院料等の通則6に従って算定した後の点数を1.30倍又は1.01倍することとなります。

なお、入院期間に応じた加算点数については、1.30倍又は1.01倍することはできません。

(例) 入院基本料点数をA、入院期間に応じた加算をB、通則6の別表第一～第三に定める率をCとした場合の算定方法は

$$(A \times C \times 1.30) + (B \times C) \text{ となります。}$$

注4 健保改正により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、入院基本料等の所定点数から1日につき40点を減算する旨の通則8が新設されましたが、この算定については入院基本料等の所定点数から40点を減算後、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ヶ月以上経過し、その後再入院となった場合については、再入院日を起算日として新たに入院期間を計算します。

注6 健康保険においては、入院診療計画に関する基準を満たすことが入院基本料等の算定要件の1つであるが、労災保険においても、入院診療計画書又は労災治療計画書（以下「労災治療計画書等」という。）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、特別の事情があり、かつ、入院後7日以内の場合については、その理由を診療費請求内訳書に記載することにより、労災治療計画書等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。

特別な事情とは、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または退院することとなったため、労災治療計画書等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、労災治療計画書等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。

入院基本料特例取扱点数一覧表

A100 一般病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内	2週間超
		看護師比率		(1.30倍)	(1.01倍)
7対1入院基本料	1,591点	7:1以上 70%以上	18日以内	2,068点	1,607点
10対1入院基本料	1,332点	10:1以上 70%以上	21日以内	1,732点	1,345点
13対1入院基本料	1,121点	13:1以上 70%以上	24日以内	1,457点	1,132点
15対1入院基本料	960点	15:1以上 40%以上	60日以内	1,248点	970点

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内	2週間超
		看護師比率		(1.30倍)	(1.01倍)
所定点数から100分の20減算	-点	月平均夜勤時間72時間以下の要件のみを 満たせない場合(3月を限度)		-点	-点
特別入院基本料	584点	上記各区分の要件に該当しない医 療機関		759点	590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

療養病棟入院基本料 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)
入院基本料A	1,810 点	20 : 1 以上	20 : 1 以上	2,353 点	1,828 点
入院基本料B	1,755 点			2,282 点	1,773 点
入院基本料C	1,468 点			1,908 点	1,483 点
入院基本料D	1,412 点			1,836 点	1,426 点
入院基本料E	1,384 点	20%以上		1,799 点	1,398 点
入院基本料F	1,230 点			1,599 点	1,242 点
入院基本料G	967 点			1,257 点	977 点
入院基本料H	919 点			1,195 点	928 点
入院基本料I	814 点			1,058 点	822 点

療養病棟入院基本料 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)
入院基本料A	1,745 点	25 : 1 以上	25 : 1 以上	2,269 点	1,762 点
入院基本料B	1,691 点			2,198 点	1,708 点
入院基本料C	1,403 点			1,824 点	1,417 点
入院基本料D	1,347 点			1,751 点	1,360 点
入院基本料E	1,320 点	20%以上		1,716 点	1,333 点
入院基本料F	1,165 点			1,515 点	1,177 点
入院基本料G	902 点			1,173 点	911 点
入院基本料H	854 点			1,110 点	863 点
入院基本料I	750 点			975 点	758 点

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)
療養病棟入院基本料 2	所定点数から 100分の20減算	月平均夜勤時間72時間以下の要件のみを満た せない場合（3月を限度）		— 点	— 点
特別入院基本料	576 点	上記要件に該当しない医療機関		749 点	582 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	1,591点	7:1以上 70%以上		2,068点	1,607点
10対1入院基本料	1,332点	10:1以上 70%以上		1,732点	1,345点
13対1入院基本料	1,121点	13:1以上 70%以上		1,457点	1,132点
15対1入院基本料	960点	15:1以上 40%以上		1,248点	970点
18対1入院基本料	822点	18:1以上 40%以上		1,069点	830点
20対1入院基本料	775点	20:1以上 40%以上		1,008点	783点

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)
所定点数から 100分の20減算	一点	月平均夜勤時間72時間以下の要件のみを 満たせない場合(3月を限度)		一点	一点
特別入院基本料	559点	上記各区分の要件に該当しない医 療機関		727点	565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	1,271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	1,652点	1,284点
13対1入院基本料	946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	1,230点	955点
15対1入院基本料	824点	15:1以上 40%以上	—	1,071点	832点
18対1入院基本料	735点	18:1以上 40%以上	—	956点	742点
20対1入院基本料	680点	20:1以上 40%以上	—	884点	687点

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)
所定点数から 100分の20減算	一点	72時間以下の要件のみを満たせない場合 (3月を限度)		一点	一点
特別入院基本料	559点	看護配置25:1以上で上記各区分 の要件に該当しない医療機関		727点	565点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A104 特定機能病院入院基本料

区分	区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数 G A F 尺度等	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
一般病棟	7対1入院基本料	1,599点	7:1以上 70%以上	26日以内 —	2,079点	1,615点
	10対1入院基本料	1,339点	10:1以上 70%以上	28日以内 —	1,741点	1,352点
結核病棟	7対1入院基本料	1,599点	7:1以上 70%以上	—	2,079点	1,615点
	10対1入院基本料	1,339点	10:1以上 70%以上	—	1,741点	1,352点
	13対1入院基本料	1,126点	13:1以上 70%以上	—	1,464点	1,137点
	15対1入院基本料	965点	15:1以上 70%以上	—	1,255点	975点
精神病棟	7対1入院基本料	1,350点	7:1以上 70%以上	40日以内 G A F 尺度30以下の 患者が5割以上	1,755点	1,364点
	10対1入院基本料	1,278点	10:1以上 70%以上	40日以内 G A F 尺度30以下の 患者が5割以上	1,661点	1,291点
	13対1入院基本料	951点	13:1以上 70%以上	80日以内 G A F 尺度30以下又 は身体合併症を有す る患者が4割以上	1,236点	961点
	15対1入院基本料	868点	15:1以上 70%以上	—	1,128点	877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	1,591点	7:1以上 70%以上	28日以内	2,068点	1,607点
10対1入院基本料	1,332点	10:1以上 70%以上	33日以内	1,732点	1,345点
13対1入院基本料	1,121点	13:1以上 70%以上	36日以内	1,457点	1,132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	1,588点	7:1以上 70%以上	2,064点	1,604点
10対1入院基本料	1,329点	10:1以上 70%以上	1,728点	1,342点
13対1入院基本料	1,118点	13:1以上 70%以上	1,453点	1,129点
15対1入院基本料	978点	15:1以上 40%以上	1,271点	988点

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)
所定点数から 100分の20減算	—点	月平均夜勤時間72時間以下の要件のみを 満たせない場合(3月を限度)	—点	—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

1 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	861 点	看護職員 7人以上	1,119 点	
15日以上30日以内	669 点			676 点
31日以上	567 点			573 点

2 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	770 点	看護職員 4人以上 7人未満	1,001 点	
15日以上30日以内	578 点			584 点
31日以上	521 点			526 点

3 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	568 点	看護職員 1人以上 4人未満	738 点	
15日以上30日以内	530 点			535 点
31日以上	500 点			505 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

4 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	775 点	看護職員 7 人以上	1,008 点	
15日以上30日以内	602 点			608 点
31日以上	510 点			515 点

5 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	693 点	看護職員 4 人以上 7 人未満	901 点	
15日以上30日以内	520 点			525 点
31日以上	469 点			474 点

6 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	511 点	看護職員 1 人以上 4 人未満	664 点	
15日以上30日以内	477 点			482 点
31日以上	450 点			455 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	994 点	6 : 1 以上 (4 : 1 以上) ※	6 : 1 以上 (4 : 1 以上) ※	1,292 点	1,004 点
入院基本料B	888 点			1,154 点	897 点
入院基本料C	779 点			1,013 点	787 点
入院基本料D	614 点			798 点	620 点
入院基本料E	530 点			689 点	535 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	459 点	上記要件に該当しない医療機関		597 点	464 点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

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

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	看護必要度加算 1	30点	14日以内の期間の加算	450点
	看護必要度加算 2	15点	15日以上30日以内の期間の加算	192点
	一般病棟看護必要度評価加算	5点	救急・在宅等支援病床初期加算(14日限度)	150点
			A D L維持向上等体制加算(14日限度)	25点
療養病棟入院基本料	褥瘡評価実施加算	15点	救急・在宅等支援療養病床初期加算(14日限度)	150点 又は300点
	慢性維持透析管理加算	100点		
	在宅復帰機能強化加算	10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	30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	15点	A D L維持向上等体制加算(14日限度)	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
専門病院入院基本料	看護必要度加算 1	30点	14日以内の期間の加算	512点
	看護必要度加算 2	15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)	25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
有床診療所 入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	有床診療所一般病床初期加算(7日限度)	100点
	医師配置加算 1	88点	看取り加算	1000点 又は2000点
	医師配置加算 2	60点		
	看護配置加算 1	40点		
	看護配置加算 2	20点		
	夜間看護配置加算 1	80点		
	夜間看護配置加算 2	30点		
	看護補助配置加算 1	10点		
	看護補助配置加算 2	5点		
	栄養管理実施加算	12点		
有床診療所療養病床 入院基本料	褥瘡評価実施加算	15点	救急・在宅等支援療養病床初期加算(14日限度)	150点
	栄養管理実施加算	12点	看取り加算	1000点 又は2000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	

○労災治療計画加算 100点（労災特例）

入院の際に医師・看護師・その他の関係職員が共同して、総合的な治療計画を策定し、「労災治療計画書」又はこれに準ずる文書により医師が入院後7日以内に交付して説明を行った場合に1回の入院につき1回限り、100点が加算できます。（129 ページ）

注1）入院が予定されている患者に対して、外来において治療計画を策定し、計画書を交付のうえ説明を行った場合は、入院初日に算定できます。

注2）入院基本料又は特定入院料の入院期間の計算上、起算日が変わらないものとして取り扱われる再入院については算定できません。

注3）医師の病名等の説明に対し理解できないと認められる患者（例えば、意識障害者等）については、その家族等に対して行った場合に算定できます。

ただし、特別の事情があり、かつ、入院後7日以内の場合であって労災治療計画書を交付して説明できない場合については、レセプトにその理由を記載してください。

○入院室料加算（労災特例）

1日につき	個室	甲地10,000円、乙地 9,000円を限度とする。
	2人部屋	甲地 5,000円、乙地 4,500円を限度とする。
	3人部屋	甲地 5,000円、乙地 4,500円を限度とする。
	4人部屋	甲地 4,000円、乙地 3,600円を限度とする。

1) 上記の金額の限度内で医療機関が表示している金額で算定できます。

入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3に基づく人事院規則9-49（地域手当）により支給区分が1級地から5級地とされる地域をいい、乙地とは甲地以外の地域をいいます。なお、埼玉県内では、さいたま市、志木市、東松山市、朝霞市、坂戸市、和光市が甲地となります。（平成28年4月現在）

次の①及び②の要件に該当する場合に算定できることとしますが、②のエにあっては、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。（7日を限度）

- 2) 普通室が標準で、個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋への収容は必要最小限の期間とします。
- 3) 算定する場合はレセプトの「⑧〇欄その他」に収容必要々件、収容期間、病室番号及び表示金額（請求額）を記載してください。

注1 特定入院料、重傷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2 事前に労災入院室料加算している病室の届を埼玉労働局へ提出して下さい。

（関東信越厚生局へ届け出た施設基準を超えての算定はできません）

注3 消費税分については含まれません。

※記載例

- 1) 患者の症状が②のアに該当し、10月11日から10月20日まで10日間収容しその病床が個室、表示額が5,000円の場合

診療内容		金額	摘要
①初診		円	病室番号 ○○○号室 ②-ア 表示額5,000円
⑧〇その他	個室 10/11~10/20 10日間	50,000円	
小計		⑤50,000円	

- 2) 患者の要件が②のエに該当し、10月1日から10月3日まで3日間収容しその病床が2人部屋、表示額が2,000円の場合

診療内容		金額	摘要
①初診		円	病室番号 ○○○号室 ②-エ 表示額2,000円
⑧〇その他	2人部屋 10/1~10/3 3日間	6,000円	
小計		⑤6,000円	

○病衣貸与料（労災特例）

労災保険においては、患者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関が病衣を貸与したとき、あるいは、傷病の伝染予防上の必要から医療機関が患者に病衣を貸与した場合は、1日につき9点を算定することができます。

11 入院時食事療養費

入院時食事療養費については、平成18年3月6日厚生省告示第99号の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の第一食事療養に定める金額の1.2倍により算定します（10円未満の端数は四捨五入）。

○入院時食事療養費の留意点

- 1) 業務上傷病に対して治療食等を与え特別食加算を算定する場合は、備考欄にその内容を必ず記載し

てください。

なお、労災患者の私病（糖尿病等）に対して治療食を与えた場合は、労災給付の対象外ですので、誤りのないようお願いします。

- 2) 患者から特別の料金の支払いを受けることによって提供される特別メニューの食事に係る費用については、労災給付の対象とはなりません。

※入院時食事療養費の早見表（健保金額×1.2倍）

区 分	療養費の額	摘 要
入院時食事療養（Ⅰ）	（1食につき）770円	別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長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3食を限度として算定する。
特別食加算	（1食につき）90円	別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときに1日3食を限度として加算算定できる。
食堂加算	（1日につき）60円	食堂における食事療養を行ったときに加算算定できる。
入院時食事療養（Ⅱ）	（1食につき）610円	入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに1日3食を限度として算定する。

レセプト記載例（健保準拠）

入院時食事療養（Ⅰ）

⑨7 食 事		備 考
基 準 Ⅰ	770円× 60回 円× 回 円× 日	
食事療養	60回	⑨ 46,200円