

労災保険診療必携

(令和4年版)

鳥取労働局

目 次

請求書の提出方法

提出先	1
提出にあたってのお願い	1
電子レセプトによる請求	2
紙媒体による請求	5
請求書の取りまとめ方	5
請求書・内訳書記載要領	6
診療の受付と請求書の具体的取り扱い	8
労働局・労働基準監督署 所在地	10

労災診療費の算定基準

I 労災診療費算定基準と留意点

1 診療単価	11
2 初診料	11
3 救急医療管理加算	13
4 療養の給付請求書取扱料	14
5 再診料	14
6 外来管理加算の特例	14
7 再診時療養指導管理料	16
8 入院基本料	18
9 入院室料加算	21
10 病衣貸与料	22
11 入院時食事療養費	22
12 コンピューター断層撮影料	23
13 コンピューター断層診断の特例	23
14 リハビリテーション	24
15 リハビリテーション情報提供加算	26
16 初診時ブラッシング料	27
17 四肢に対する特例取扱い	27
18 術中透視装置使用加算	30
19 手指の機能回復指導加算	30
20 固定用伸縮性包帯	30
21 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯	30
22 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	32
23 処置等の特例	32
24 職業復帰訪問指導料	35
25 精神科職場復帰支援加算	36
26 石綿疾患療養管理料	38
27 石綿疾患労災請求指導料	38
28 労災電子化加算	38
29 職場復帰支援・療養指導料	39
30 社会復帰支援指導料	40
31 振動障害に係る検査料	41
32 文書料	42

II 参考

1 処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い	44
2 入院基本料特例取扱点数一覧表	45

3	四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表（処置・リハ）	54
4	労災保険における治療用装具等の取扱い	56
5	Q & A	57
6	鳥取労働局における診療費審査について	61
7	非課税医療機関一覧	63
8	自動車事故の場合は？	64
9	針刺し事故に係る労災保険の取扱い	65
10	適正な「傷病名」のレセプトへの記入について	67
11	その他、レセプト記入上の留意事項について	67

Ⅲ 様式

療養の給付請求書等		
5号		69
6号		70
16号の3		71
16号の4		73
指導管理箋		74
早期社会復帰のための指導項目		80
労災リハビリテーション評価計画書		81
労災リハビリテーション実施計画書		82

労災保険指定医療機関療養担当規程	83
------------------	----

労災補償制度について

第1	労働者災害補償保険制度の目的	99
第2	保険給付の対象	99
	業務災害	99
	複数業務要因災害	99
	通勤災害	99
第3	保険給付の種類及び内容	99
	療養（補償）等給付	100
	休業（補償）等給付	100
	障害（補償）等給付	100
	遺族（補償）等給付	100
	葬祭料等	100
	傷病（補償）等年金	100
	介護（補償）等給付	101
	二次健康診断等給付	101
第4	療養の期間及び範囲	101
	療養の期間	101
	療養の範囲	103
	労災保険の療養に関する給付の流れ	106

アフターケア制度について	107
--------------	-----

二次健康診断等給付について	149
---------------	-----

本必携では以下について略称で表記しています。

○療養の給付請求書

- ・「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」(様式第5号)
- ・「療養給付たる療養の給付請求書」(様式第16号の3)

○指定病院等(変更)届

- ・「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を受ける指定病院等(変更)届」(様式第6号)
- ・「療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」(様式第16号の4)

○療養の費用請求書

- ・「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」(様式第7号)
- ・「療養給付たる療養の費用請求書」(様式第16号の5)

○業務災害等

- ・業務災害
- ・複数業務要因災害

請求書の提出方法

提出先

鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9 鳥取労働局3階

TEL 0857-29-1706

FAX 0857-23-2365



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)・手術詳記(写)及びX-P(写)等を添付していただくことにより、お支払いまでの処理を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。

電子レセプト による請求

1 オンラインによる請求の場合

毎月5日～10日に、前月分までの診療費請求書等の電子データをオンライン請求してください。

5日～7日 8:00～21:00

8日～10日 8:00～24:00

なお、検査に要した費用等請求、アフターケアなどは、電子レセプトでは請求することができませんので、今までどおり、紙媒体により請求してください。

また、「療養の給付請求書」「指定病院等（変更）届」等については、「電子レセプト請求における添付書類の送付状」（P3 参照）を付けて、10日までに鳥取労働局長に提出してください。

※ オンラインによる請求を行う場合には、「（労災）電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」の手続きが必要ですので必要事項を記載し、鳥取労働局長に提出してください。

鳥取労働局から、IDとパスワードが記載された「労災レセプト電算処理システムユーザ設定情報」が送付されますので、端末の設定作業及び確認試験を行ってください。

2 電子媒体による請求の場合

毎月10日までに届くように、前月診療分までの診療費請求書等の電子媒体と「光ディスク等送付書」「療養の給付請求書」「指定病院等（変更）届」等を鳥取労働局に提出してください。

また、電子媒体の場合には、労働局にて読込作業を行った際に、レセプトデータが受付不能エラーとなった場合には、エラーとなったレセプトデータを除いたレセプトのみで受付を行いますので、エラーとなったレセプトデータは再度提出していただくことになります。

そのため、受付日によっては、当月分の支払手続きに間に合わないことがありますので、できるだけ早めに提出してください。

なお、FD、MOの場合には、労働局では読込作業が行えないため、労働局から厚生労働省本省に回送し、読込作業を行います。そのため、さらに数日を要しますので、受付不能エラーとなった場合には、当月分の支払手続きに間に合わないおそれがありますので、オンライン又はCDでの提出をおすすめします。

※ 電子媒体による請求を行う場合には、「（労災）光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」の手続きが必要ですので、必要事項を記載し鳥取労働局長に提出してください。

令和 年 月 日

鳥取労働局長 殿

開設者 住所 _____
氏名 _____

「電子レセプト請求における添付書類の送付状」

労災保険指定 医療機関等番号	
労災保険指定 医療機関等名称	
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤
診療(調剤)月分	令和 年 月 診療(調剤)分
送信(予定)年月日	令和 年 月 日
添 付 書 類	療養の給付請求書(様式第5号) 枚 療養の給付請求書(様式第16号の3) 枚 指定病院等(変更)届(様式第6号) 枚 指定病院等(変更)届(様式第16号の4) 枚 リハビリテーション計画書 枚 その他(手術記録(写)、症状詳記(写)、X-P(写)、写真等) 枚
備 考	

- ※1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。
- ※2 本送付書は、点数表区分別に作成すること。
- ※3 点数表区分については、該当に○を付すこと。

令和 年 月 日

鳥取労働局長 殿

住 所
開設者
氏 名

光ディスク等送付書

労災保険指定 医療機関等番号			
労災保険指定 医療機関等名称			
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤		
診療（調剤）月分	令和 年 月診療（調剤）分		
提出年月日	令和 年 月 日		
媒体種類	CD	FD	MO
媒体枚数	枚		
備 考	療養の給付請求書（様式第5号） 療養の給付請求書（様式第16号の3） 指定病院等（変更）届（様式第6号） 指定病院等（変更）届（様式第16号の4） リハビリテーション計画書 その他（手術記録（写）、症状詳記（写）、X・P（写）、写真等）		枚 枚 枚 枚 枚 枚

※1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。

※2 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※3 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

※4 読込時にエラーとなった場合、当月中の請求に間に合わないことがあります。

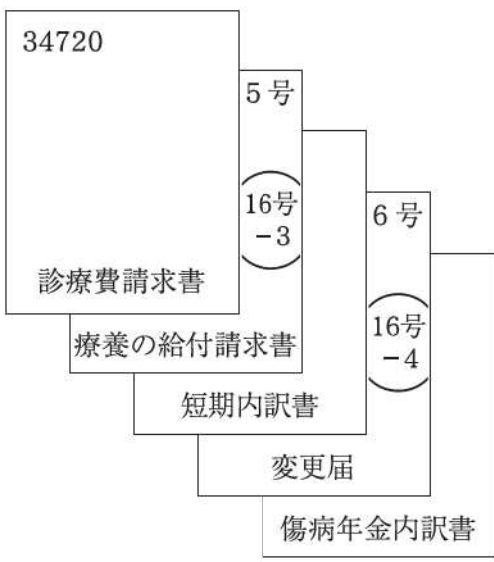
紙媒体による
請求

請求書の取り
まとめ方

毎月10日までに届くように、前月診療分までの診療費請求書等を鳥取労働局長に提出してください。

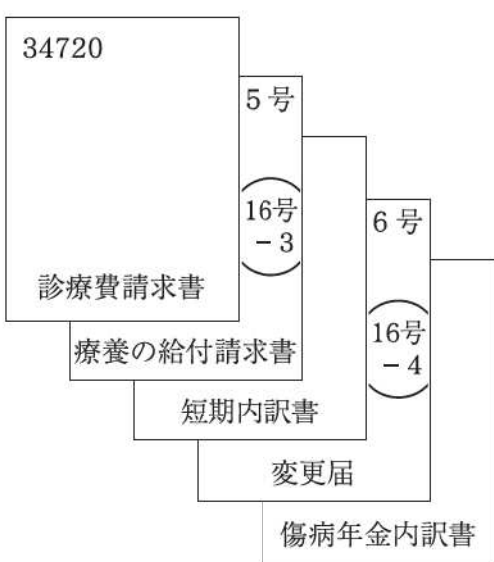
提出期日に遅れますと、翌月受付分としての取り扱いとなります。

① 県内初回分（各監督署ごとに作成）



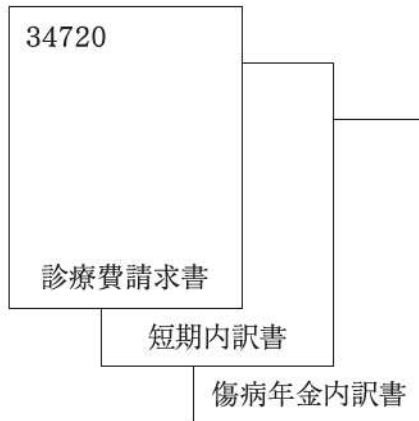
→労働保険番号の府県が31のものは、管轄01、02、03ごとに分けて、労働保険番号順にしてください。

② 県外初回分（各監督署ごとに作成）



→労働保険番号の府県が31以外のものは、各署1件ごとに分けて、労働保険番号順にしてください。

③ 県内・県外2回目以降（とりまとめて作成）



→県内、県外を問わず一つに
まとめて労働保険番号順に
してください。

※6号（16号-4）の変更届が医療機関に提出されるタイミングは、

- a)医療機関を転医した場合と、
 - b)被災労働者が新たに傷病（補償）年金の該当者になった場合の
二とおりがあります。
- a)の場合の変更届は③により、またb)の場合の変更届は①若しくは②
により取りまとめてください。

請求書・内訳書
記載要領

1 一般的事項

- (1) OCR読取り部枠内の数字は「コンピュータ印書又は黒ボールペン等」で「ポテ・カスレ」がないように「標準字体」で枠内に納まるように書いてください。

＜標準字体＞

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

＜誤読しやすい文字例＞

0 1 2 3 4 5 6 7 8

- (2) 書き損じた場合は、下記例にならない訂正してください。ただし、請求書の請求金額は訂正できませんので注意してください。

訂正例

5
3

6 7 8 9
5 6 7 8

- (3) レセプト、続紙共に他の用紙を糊付けすると、システム上読み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、労働保険番号を記入してください。

2 労働者災害補償保険診療費請求書(診機様式第1号)記入上の留意事項
・請求ごとに1枚を使用する。

①「指定病院等の番号」欄

労災指定医療機関の指定番号を記入してください。

②「受付年月日」欄

指定医療機関においては、記入しないでください。

(※は労働局使用欄)

③「請求金額」欄

全レセプトの合計金額を記入してください。また、金額の頭には「¥」マークを記入してください。

請求金額欄の訂正はできませんので、誤った場合は新たに作成してください。

④「内訳書添付枚数」欄

添付されているレセプトの枚数を記入してください。

ただし、「続紙」「療養の給付請求書」「指定病院等(変更)届」は枚数に含まれません。

⑤「請求年」⑥「請求月」欄

添付したレセプトのうち、記載している最新の療養期間の診療年月を記入してください。

3 診療費請求内訳書(レセプト)記入上の留意事項

- ・レセプト用紙は、1被災労働者、1災害、診療1か月分毎に作成し、各レセプトに指定病院等の番号(7桁)、病院等の名称を記載する。
- ・入院時は、他保険に入院料請求であっても、入院用レセプト用紙を使用する。

①「新継再別」欄

1(初診)、3(転医始診)、5(継続)、7(再発)のいずれかのコード番号を記入してください。

労災指定医療機関から転医された方の初診のコードは「1」ではなく「3」です。

②「転帰事由」欄

1(治ゆ)、3(継続)、5(転医)、7(中止)、9(死亡)のいずれかのコード番号を記入してください。

④「労働保険番号」欄

「療養の給付請求書」「指定病院等(変更)届」に記入された労働保険番号(14桁)をすべて記入してください。

枝番号(下3桁)の記載が無い場合は、“000”を記入してください。

④「年金証書の番号」欄

傷病(補償)年金の証書番号(9桁)をすべて記入してください。(傷病(補償)年金のレセプトのみです)

⑥「生年月日」欄

生年月日は必ず被災労働者等に確認し、誤りのないように記入してください。

⑦「傷病年月日」欄

「療養の給付請求書」「指定病院等(変更)届」に記入された傷病年月日を記入してください。

初診日ではなく、「負傷」又は「発病」の年月日となります。

診療の受付と
請求書の具体的
取り扱い

⑩「療養期間」欄

療養期間は、次月に継続の場合はその月の末日までを記入してください。

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。

⑪「診療実日数」欄

実際に診療した日数を右詰めで記入してください。

なお、文書料のみの請求の場合は、「999」と記入してください。

⑬「合計額」欄

当該レセプトの総額を右詰で記入してください。（入院用レセプトは、①②③の合計。入院外レセプトは、①②の合計。）

※「傷病の経過」欄

適正なレセプト審査を行うにあたって、最も重要な項目です。

傷病の経過は、できるだけ詳細に記入してください。書ききれない場合は、続紙を使用してください。

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情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、できる限り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	業務災害等用	様式5号	初めて労災指定病院（診療所）で治療を受ける場合に診療費請求内訳書（レセプト）に必ず添付します。 （労災指定外の病院（診療所）からの転医及び再発も同様。）
	通勤災害用	様式16号の3	
指定病院等 （変更）届	業務災害等用	様式6号	他の労災指定病院（診療所）から転医してきた場合に診療費請求内訳書（レセプト）に必ず添付します。
	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、次のことに特に留意してください。

- (1) 提出された請求書または、変更届に未記入の箇所はないか。
特に、労働保険番号が記入されているかどうか。
請求人、事業主の記名、証明等の記入漏れがないかどうか。
- (2) 災害原因、事故の状況が本人の申立てと一致するか。
- (3) 負傷部位、負傷の状況が災害原因等と一致するか。
- (4) 事業主であれば、労災保険の特別加入をしているか。

以上のことについて、疑問がある場合は、鳥取労働局もしくは所轄の労働基準監督署へ連絡してください。

記 載 例 (診療費請求書)

① 労災指定医療機関の指定番号を記入

帳票種別 34720	※修正項目番号 □	① 指定病院等の番号 31000001	② ※受付年月日 □□□□□□ <small>1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ</small>
③ 請求金額 千 百 万 十 千 百 十 円 ¥2176970 <small>金額の頭に¥マークを付けてください。</small>		④ 内訳書添付枚数 □21	④ 内訳書の総枚数を記入 ※内訳書の続紙や療養の給付請求書・指定病院等(変更)届は含まない
⑤ 請求年 ただし、 元号 年 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 9□□年 <small>1～9年は右へ</small>		⑥ 請求月 □8月分 <small>1～9月は右へ</small>	※修正欄 □□□□□□□□

⑤⑥ 内訳書に記載している最新の療養期間の年月を記載 (元号：令和「9」)

③ 内訳書が複数枚の場合、内訳書の「⑬合計額」の足し上げ額を記入

記 載 例 (診療費請求内訳書)

第 回 (同一傷病について) 記入

帳票種別 34722	修正項目番号 □□	①新継再別 ②転帰事由 1 初診 3 3 転医始診 3 5 療 統 3 7 再 発 3	職員記入欄
④ 労働保険番号 31102123026000		④ 指定病院等の番号 □□□□□□□□	① 労災指定医療機関からの転医で初診の場合は「3」を記入
⑥ 生年月日 元号 年 月 日 7□□3□630 <small>1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ</small>		⑦ 傷病年月日 元号 年 月 日 9□4□8□7 <small>1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ</small>	⑦ 療養の給付請求書及び指定病院等(変更)届に記載された負傷又は発病の年月日を記入 (元号：令和「9」) ※初診日とは限らないので注意が必要
⑩ 療養期間 元号 年 月 日 - 元号 年 月 日 9□4□8□7 - 9□4□831 <small>1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ</small>		⑪ 診療実日数 □□□日 合計額 イ+ロ+ハ □□120877	⑥⑦⑩ 年月日の枠がずれないように記入 (元号：令和「9」)

労働局・労働基準監督署 所在地

1 鳥取労働局

・鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9 鳥取労働局3階

TEL 0857-29-1706

FAX 0857-23-2365

2 労働基準監督署

・鳥取労働基準監督署

〒680-0845 鳥取市富安2丁目89-4 鳥取第1地方合同庁舎4階

TEL 0857-24-3211

FAX 0857-24-3213

【管轄】鳥取市・岩美郡・八頭郡

・米子労働基準監督署

〒683-0067 米子市東町124-16 米子地方合同庁舎5階

TEL 0859-59-0023

FAX 0859-34-2233

【管轄】米子市・境港市・西伯郡・日野郡

・倉吉労働基準監督署

〒682-0816 倉吉市駄経寺町2-15 倉吉地方合同庁舎3階

TEL 0858-22-6274

FAX 0858-22-6275

【管轄】倉吉市・東伯郡

労災診療費の算定基準

目 次

I 労災診療費算定基準と留意点

診 察 料

1	診療単価	11
2	初診料	11
3	救急医療管理加算	13
4	療養の給付請求書取扱料	14
5	再診料	14
6	外来管理加算の特例	14
7	再診時療養指導管理料	16

入 院 料

8	入院基本料	18
9	入院室料加算	21
10	病衣貸与料	22
11	入院時食事療養費	22

画 像 診 断

12	コンピューター断層撮影料	23
13	コンピューター断層診断の特例	23

リハビリテーション

14	リハビリテーション	24
15	リハビリテーション情報提供加算	26

手術及び処置

16	初診時ブラッシング料	27
17	四肢に対する特例取扱い	27
18	術中透視装置使用加算	30
19	手指の機能回復指導加算	30
20	固定用伸縮性包帯	30
21	頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯	30
22	皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	32
23	処置等の特例	32
24	職業復帰訪問指導料	35
25	精神科職場復帰支援加算	36
26	石綿疾患療養管理料	38
27	石綿疾患労災請求指導料	38
28	労災電子化加算	38
29	職場復帰支援・療養指導料	39
30	社会復帰支援指導料	40

検 査

31	振動障害に係る検査料	41
----	------------	----

そ の 他

32	文書料	42
----	-----	----

II 参考

1	処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い	44
2	入院基本料特例取扱点数一覧表	45
3	四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表（処置・リハ）	54
4	労災保険における治療用装具等の取扱い	56
5	Q & A	57
6	鳥取労働局における診療費審査について	61
7	非課税医療機関一覧	63
8	自動車事故の場合は？	64
9	針刺し事故に係る労災保険の取扱い	65
10	適正な「傷病名」のレセプトへの記入について	67
11	その他、レセプト記入上の留意事項について	67

III 様式

	療養の給付請求書等	69
	指導管理箋	74
	早期社会復帰のための指導項目	80
	労災リハビリテーション評価計画書	81
	労災リハビリテーション実施計画書	82

I 労災診療費算定基準と留意点

労災診療費は、原則として、健康保険の診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）にしたがって算定しますが、次に掲げる項目については、労災保険独自の特例的な算定基準を定めていますので、この取扱いにしたがって、労災診療費を算定して下さい。

なお、療養の費用を支給する場合（非指定医療機関を受診した場合）の支給限度額の算定についても、下記の取扱いに準じて行いますが、「4 療養の給付請求書取扱料」は算定できません。

診 察 料

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：円未満の端数切り捨て）
- なお、非課税医療機関は63ページのとおりです。

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、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できます。（労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も、初診料3,820円を算定できます。）

ただし、健保点数表（医科に限る。）の初診料の注5ただし書に該当する場合（上記の初診料を算定できる場合を除く。）については、初診料の半額の1,910円を算定できます。

その他の初診料の算定に係る取扱いについては、健保準拠です。

なお、紹介状なしで受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,820円を算定します。（令和4年10月1日～）

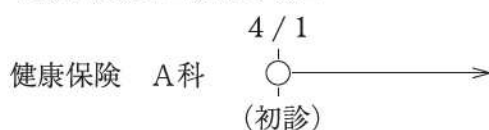
初診料の算定例は、以下のとおりです。

初診料の算定例

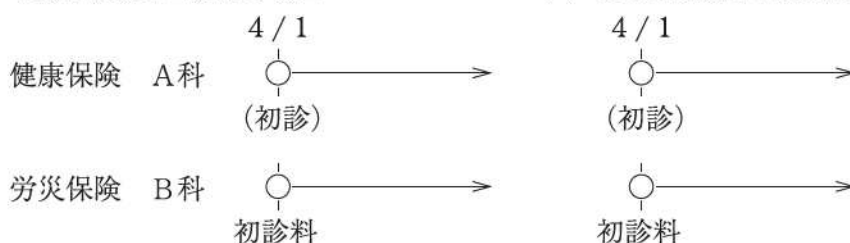
○：当科における最初の受診日、●：当科における2回目以降の受診日

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



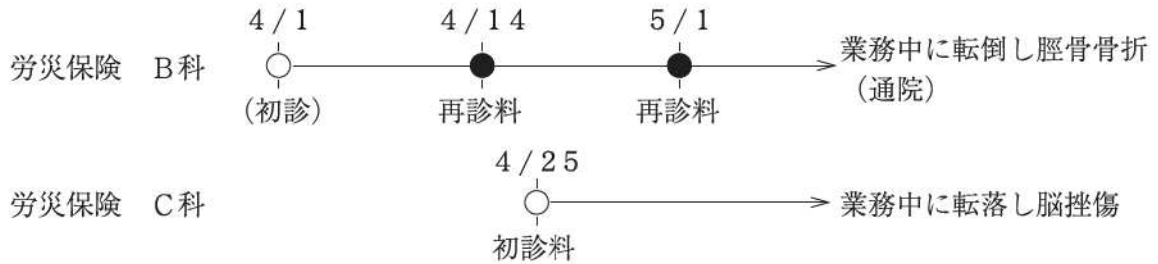
(2) 労災保険が主傷病の場合



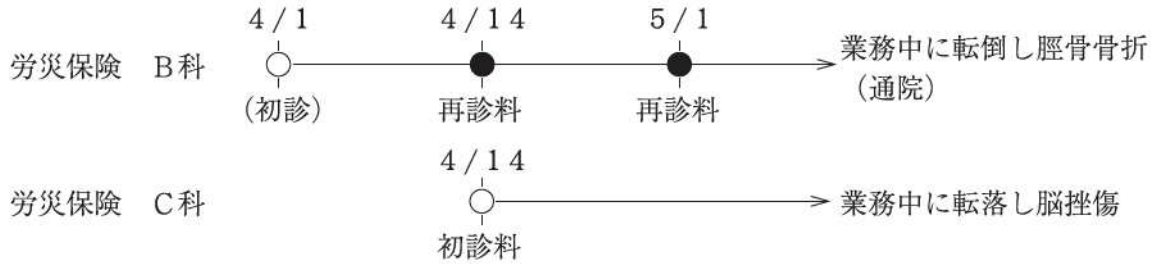
(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料（3,820円）が算定できる。

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



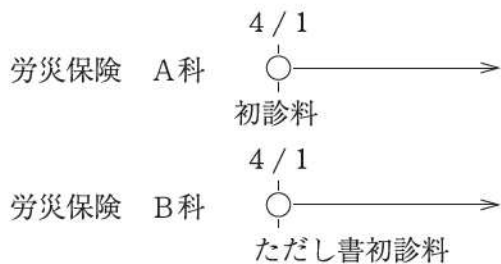
(2) 労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一の場合



(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。

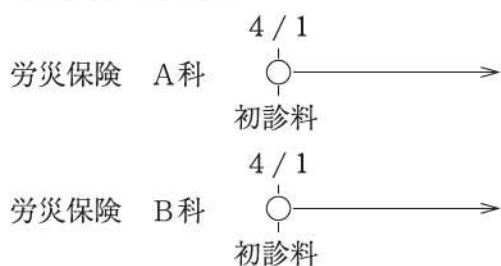
3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合

(1) 同一の災害(傷病が異なる)による場合



同一日で災害が同じ場合は、ただし書初診料(1,910円)が算定できる。

(2) 別災害による場合



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。

「健保点数表の初診料の注5のただし書」(参考)

1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点(注2から注4までに規定する場合にあっては107点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注12までに規定する加算は算定しない。

- (注1) 時間外、休日、深夜加算及び夜間・早朝等加算については、時刻又は曜日を余白に記入してください。
- (注2) 傷病労働者の傷病がいったん治めた後の再発と認められる場合は、初診として取扱い、初診料を算定できます。

3 救急医療管理加算 ——入院 6,900円 (1日につき)
入院外 1,250円

初診時（他保険等により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。

※ 金額欄（㊸ その他）に「救急医療管理加算」と記入してください。

(例1) 救急医療管理加算が算定できる場合

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

(例2) 救急医療管理加算が算定できない場合

- ① 再発の場合。
- ② 傷病の発生から数か月経過し、症状が安定した後に転医した場合。
- ③ じん肺症、振動障害等の慢性疾患あるいは遅発性疾病等、症状が安定しており救急医療を行う必要がない場合。
- ④ 健保点数表（医科に限る。）の初診料の注5ただし書に該当する初診料（1,910円）を算定する場合。
- ⑤ 上記の他、初診料が算定できない場合。

(注) 健康保険では「救急医療管理加算1」（1,050点）と「救急医療管理加算2」（420点）に区分されていますが、労災診療費算定基準に定める救急医療管理加算（以下「労災救急医療管理加算」という。）については区分を設けておらず、その算定は次のとおりとなります。

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

4 療養の給付請求書取扱料—2,000円

労災指定医療機関等において、「療養の給付請求書」を取り扱った場合に2,000円を算定できます。ただし、再発の場合や、転医始診の場合は算定できません。

(注1) 自賠責保険等、他保険から労災保険に切り替え、初めて労災請求するときは算定できます。

(注2) 他の傷病で治療中に、新たな労災傷病のため受診した場合、療養の給付請求書取扱料は算定できます。

(注3) 「療養の費用請求書」を取り扱った場合は算定できません。

※ 金額欄 (㊟その他) に「取扱料2,000円」と記入してください。

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、明細書発行体制等加算等(注4から注8まで、注10から注14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、健保点数表の再診料の注8を除き健保準拠です。

なお、歯科、歯科口腔外科の再診について、他の病院(病床数200床未満に限る)又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した場合の定額負担料(健康保険における選定療養費)を傷病労働者から徴収した場合は、1,000円を算定します。(令和4年10月1日～)

(例1) 業務上の事由による傷病により、同一日に同一の医療機関の複数の診療科を引き続き再診した場合

- 1つ目の診療科 1,400円を算定
- 2つ目の診療科 700円を算定
- 3つ目の診療科 (算定できない。)

(例2) 業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の同一の診療科を再診した場合

- 主たる傷病についてのみ、再診料を算定

(例3) 業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の別の診療科を再診した場合

- 主たる傷病について再診料を算定し、もう1つの傷病について2科目の再診料を算定

(注) 時間外、休日、深夜加算及び夜間・早朝加算は、時刻又は曜日を余白に記入してください。

6 外来管理加算の特例

再診時に、健保点数表において外来管理加算を算定することができない処置等を行った場合でも、その点数が外来管理加算の52点に満たない場合には、特例として外来管理加算を算定することができます。

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

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

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

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

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

例えば、消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」（四肢）を行った場合

$$35点 \times 1.5倍 = 53点$$

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

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

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

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

※ 特例によらない外来管理加算と区別するため、摘要欄に特例による回数のみを㊦何回と記入してください。

(注5) 四肢以外に行った創傷処置（100cm²未満）の取扱いについては、45点として算出し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えありません。

(例) ① 創傷処置（100cm²未満）を腰部（四肢以外）に行った場合

$$45点 + 52点（外来管理加算） = 97点$$

② 創傷処置（100cm²未満）を前腕（四肢）に行った場合

$$52点 \times 1.5（四肢加算） = 78点$$

外来管理加算の特例記入例

診 療 内 容		点数(点)	診 療 内 容	金 額	摘 要
⑪初診	時間外・休日・深夜		⑪初 診	円	㊦ 52×1
⑫再 診	× 回	52	⑫再 診 1回	1,400 円	
	× 1 回		⑬指 導 回	円	
	時間外 × 回 休 日 × 回 深 夜 × 回		⑭その他		
⑬指導		小 計	㊦ 1,400 円		
⑭在 宅	往 診 回		摘 要		⑮ * 消炎鎮痛等処置（器具）（腰部） 35×1 * 創傷処置 1（前額部） 52×1
	夜 間 回				
	緊急・深夜 回				
	在宅患者訪問診療 回				
	その他 回				
	薬 剤 回				
	⑯内 服 薬 剤 単 位				
	調 剤 × 回				

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。ただし、療養上の指導内容を診療録（カルテ）及びレセプト摘要欄に記入することが算定要件となります。

（注1） 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	C107	在宅人工呼吸指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
	てんかん指導料	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
	難病外来指導管理料	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	皮膚科特定疾患指導管理料	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
	心臓ペースメーカー指導管理料	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
	慢性疼痛疾患管理料	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
C002	在宅時医学総合管理料	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料
C010	在宅患者連携指導料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C100	退院前在宅療養指導管理料	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	I002	通院・在宅精神療法
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	I004	心身医学療法
C106	在宅自己導尿指導管理料	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

(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。

(注3) 外来診療料算定の医療機関でも、再診時に指導を行った場合は算定できます。

(注4) 再診が電話等により行われた場合は算定できません。

診察料等記入例

診 療 内 容		点数	診 療 内 容	金 額	摘 要
⑪初診	時間外・休日・深夜 19:15	85	⑪初 診	3,820円	⑬機能回復指導 1回 ⑳救急医療管理加算 (入院外) 取扱料 2,000円 8/5 休業証明料 (7/12 ~ 7/31)
			⑫再 診 3 回	4,200円	
			⑬指導 1 回	920円	
			㉟その他	1,250円 2,000円 2,000円	
			小 計	㊸ 14,190円	

入院料

8 入院基本料	入院の日から起算して2週間以内の期間 上記以降の期間	健保点数の1.30倍 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、別表（20ページ）のとおりとなります。

② 健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第2節「入院基本料等加算」に示されている各種加算については1.30倍又は1.01倍することができません。

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

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

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

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

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

（注4） 栄養管理体制に関する基準を満たすことができない医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、健保点数表第1章第2部入院料等の通則8に従って算定した後の点数を1.30倍又は1.01倍します。

（注5） 医療機関を退院後、同一傷病により、同一の医療機関又は当該医療機関と特別の関係にある医療機関に入院した場合には、第1回目の入院の日を起算日として計算します。

ただし、退院後、いずれの医療機関にも入院せずに3カ月以上経過し、その後再入院となった場合については、再入院日を起算日として新たに入院期間を計算します。

（注6） 健康保険においては、入院診療計画に関する基準を満たすことが入院基本料等の算定要件の1つですが、労災保険においても、入院診療計画書を交付して説明することが入院基本料等の算定要件となります。

しかしながら、特別の事情がある場合については、その理由を診療費請求内訳書に記載することにより、7日以内に入院診療計画書を交付して説明することができない場合であっても、入院基本料等を算定できることとします。

特別の事情とは、以下のような場合です。

- ① 患者の急変などにより、他の医療機関へ転院又は退院することとなったため、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合
- ② 患者が意識不明の状態にあり、家族等と直ちに連絡を取ることができなかったため、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合
- ③ その他、上記に準ずると認められる場合

(注7) 健保点数表における「生活療養を受ける場合」の点数については、適用しません。

(注8) 健保点数表における「入院期間が180日を超える入院」の取り扱いについては、適用しません。

(注9) 入院の起算日が変わらない再入院の際には、「入院の日から起算して2週間以内の期間」に退院期間が含まれることに注意してください。

(注10) 再入院時に初回の入院初日から14経日を経過後の入院に対し、労災特例の1.3倍で算定することはできません。

入院料の労災特例である1.3倍で算定できるのは、初回の入院初日から起算し経日数で2週間（14日間）となります。

例えば、

10月1日に負傷当日入院し、10月10日に退院。その後10月15日に再入院した場合は、初日（10月1日）から2週間が経過しているため、1.01倍での算定となります。

〈別表〉

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
			A D L維持向上等体制加算(14日限度)	80点
療養病棟 入院基本料	褥瘡対策加算1	15点	急性期患者支援療養病床初期加算(14日限度)	300点
	褥瘡対策加算2	5点	在宅患者支援療養病床初期加算(14日限度)	350点
	慢性維持透析管理加算	100点		
	在宅復帰機能強化加算	50点		
	夜間看護加算	50点		
	看護補助体制充実加算	55点		
結核病棟 入院基本料			14日以内の期間の加算	400点
			15日以上30日以内の期間の加算	300点
			31日以上60日以内の期間の加算	200点
			61日以上90日以内の期間の加算	100点
精神病棟 入院基本料	重度認知症加算	300点	14日以内の期間の加算	465点
	精神保健福祉士配置加算	30点	15日以上30日以内の期間の加算	250点
			31日以上90日以内の期間の加算	125点
			91日以上180日以内の期間の加算	10点
			181日以上1年以内の期間の加算	3点
			救急支援精神病棟初期加算(14日限度)	100点
特定機能病院 入院基本料	重度認知症加算	300点	一般病棟14日以内の期間の加算	712点
	看護必要度加算1	55点	一般病棟15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算2	45点	A D L維持向上等体制加算(14日限度)	80点
	看護必要度加算3	25点	結核病棟30日以内の期間の加算	330点
			結核病棟31日以上90日以内の期間	200点
			精神病棟14日以内の期間の加算	505点
			精神病棟15日以上30日以内の期間の加算	250点
			精神病棟31日以上90日以内の期間の加算	125点
			精神病棟91日以上180日以内の期間の加算	30点
			精神病棟181日以上1年以内の期間の加算	15点
			入院栄養管理体制加算	270点
			栄養情報提供加算	50点
専門病院 入院基本料	看護必要度加算1	55点	14日以内の期間の加算	512点
	看護必要度加算2	45点	15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算3	25点	A D L維持向上等体制加算(14日限度)	80点
	一般病棟看護必要度評価加算	5点		
障害者施設等 入院基本料			14日以内の期間の加算	312点
			15日以上30日以内の期間の加算	167点
			看護補助加算(14日以内の期間)	146点
			看護補助加算(15日以上30日以内の期間)	121点
			看護補助体制充実加算(14日以内の期間)	151点
			看護補助体制充実加算(15日以上30日以内の期間)	126点
有床診療所 入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	有床診療所急性期患者支援病床初期加算(21日限度)	150点
	医師配置加算1	120点	有床診療所在宅患者支援病床初期加算(21日限度)	300点
	医師配置加算2	90点	看取り加算	1000点 又は2000点
	看護配置加算1	60点	介護連携加算1	192点
	看護配置加算2	35点	介護連携加算2	38点
	夜間看護配置加算1	105点		
	夜間看護配置加算2	55点		
	看護補助配置加算1	25点		
	看護補助配置加算2	15点		
	栄養管理実施加算	12点		
	有床診療所在宅復帰機能強化加算(15日以降)	20点		
	有床診療所 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	1000点 又は2000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	

9 入院室料加算

入院室料加算は、次の(1)及び(2)の要件に該当する場合に(3)に定める金額を算定できるものとしませんが、(2)のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とします。

- (1) 保険外併用療養費における特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋に収容した場合。
- (2) 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。
- ア 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
- イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
- ウ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。
 なお、「医学上他の患者から隔離する。」とは、次のような場合をいいます。
- ① 他の患者に感染する可能性のある疾病の場合
- ② 頻繁に処置を要する傷病（重傷の熱傷、重度の褥瘡等）
- ③ 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。
- (3) 医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができます。ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には次に示す額とします。
 なお、鳥取県は乙地に該当します。

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

室料が変更となった場合は、変更届（97ページ）を提出してください。

（注1） 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及び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。

※ 請求にあたって

- ・レセプト⑧欄の「その他」欄に、「入院室料加算」とその算式を記入してください。
- ・「摘要」欄に、個室・2人部屋等の別、病室番号、個室等へ収容する必要理由及び入院室料を算定した日を明記してください。
- ・表示金額に消費税の加算はできません。

記入例

診療内容	金額	摘要
⑪ 初診	円	個室505号
⑧その他 入院室料加算 5,000円×7	35,000	(2)ーウー② 6 / 1 ~ 6 / 7

10 病衣貸与料——10点

患者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関から病衣の貸与を受けた場合、又は傷病の感染予防上の必要性から医療機関が患者に病衣を貸与した場合には、1日につき10点を算定できます。

※外泊時は算定できません。

11 入院時食事療養費

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

(1) 入院時食事療養(I) 1食につき

① ②以外の食事療養を行う場合 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等に届け出て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定します。

② 流動食のみを提供する場合 690円

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食（市販されているものに限る。以下同じ。）のみを経管栄養法により提供したときに、1日に3食を限度として算定します。

③ 特別食加算 1食につき 90円

別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときに、1日につき3食を限度として加算することができます。ただし、②を算定する患者については、算定できません。

④ 食堂加算 1日につき 60円

食堂における食事療養を行ったときに、加算することができます。（療養病棟に入院する患者を除く。）

(2) 入院時食事療養(II) 1食につき

① ②以外の食事療養を行う場合 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日につき3食を限度として算定します。

② 流動食のみを提供する場合 550円

入院時食事療養(I)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定します。

(注1) 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。

(注2) 業務上傷病に対して特別食を提供し、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）に対して特別食を提供した場合は、労災給付の対象外となりますので、ご注意ください。

画像診断

12 コンピューター断層撮影料

コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影が同一月に2回以上行われた場合であっても、所定点数を算定できます。

(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
----	------------------------	----

※ コンピューター断層撮影の種類、部位、撮影年月日を摘要欄に必ず明記してください。

13 コンピューター断層診断の特例——225点

他の医療機関でコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態胴体検査を含み、健保点数表の「E-101-3 ポジトロン断層コンピューター断層複合撮影」及び「E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影」は含まない。）を実施したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、従来より「E203 コンピューター断層診断」を算定できることとされていますが、再診時についても、月1回に限り算定できます。

リハビリテーション

14 リハビリテーション

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

ア	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	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のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えても制限されることなく算定できます。

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

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

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	
	施設内	施設外	運動器リハ（Ⅰ）	運動器リハ（Ⅱ）
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			×

(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4に示す範囲内でリハビリテーションを行う場合（標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを1月13単位以内で行う場合）には、診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載する必要はありません。

ただし、標準的算定日数を超え、さらに疾患別リハビリテーションを1月13単位を超えて行う場合には、①診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載すること、又は②労災リハビリテーション評価計画書（81ページ）を診療費請求内訳書に添付して提出してください。

(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。

なお、四肢加算は算定できません。

(注3) 四肢傷病に対するリハビリテーションについては、四肢加算として1.5倍（手指についても1.5倍）の算定ができます。（1点未満切り上げ）

(注4) 「拘縮」、「抜釘」では、起算日の変更はできません。

※ 摘要欄に部位及び算式を明記してください。

レセプトの記入例

摘 要	
⑧	<p>* 運動器リハビリテーション料（I）（右大腿部） (190×1.5) 2単位 570×1 早期リハビリテーション加算 2単位 60×1 ADL加算 2単位 60×1 (対象疾患：右大腿骨頸部骨折) (発症日：○年○月○日) 実施日数1日</p>

15 リハビリテーション情報提供加算—200点

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

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

(2) 労災リハビリテーション実施計画書は、別添様式（82ページ）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。

手術及び処置

16 初診時ブラッシング料—91点

創面が異物の混入、付着等により汚染している創傷の治療の前処置として、生理食塩水、蒸留水、ブラシ等を用いて創面の汚染除去を行った場合に算定できます。

ただし、同一傷病につき1回（初診時）限りとします。

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

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

（注3） 四肢の特例取扱はありませんので、たとえ四肢の創傷に対するブラッシングであっても91点の算定となります。

17 四肢に対する特例取扱い

(1) 指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）

手の指の創傷処理については、健保点数にかかわらず、次に掲げる点数で算定します。ただし、筋肉に達するもの（腱に達する場合をいう。）は健保点数の2.0倍で算定します。

指1本	1,060点（530点×2.0倍）	} さらに四肢加算することはできません。
指2本	1,590点（1,060点+530点）	
指3本	2,120点（1,590点+530点）	
指4本	2,650点（2,120点+530点）	
指5本	2,650点（530点×5.0倍）	

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

創傷処理の算定に当たり、指で筋肉に達するものと指以外は、次の健保点数を基礎として算定します。

① 筋肉、臓器に達するもの	
長径5cm未満	1,400点
長径5cm以上10cm未満	1,880点
長径10cm以上	
イ 頭頸部のもの	
（長径20cm以上のものに限る。）	9,630点
ロ その他のもの	2,690点
② 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

（注） 筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいいます。

(2) 指の骨折非観血的整復術

手の指の骨折非観血的整復術については、次に掲げる点数で算定します。

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

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

算定例

- (例1) 右中指及び環指 創傷処理(筋肉に達しない。)指2本 1,590点 (1,060点+530点)
右示指 創傷処理(筋肉に達する。(5cm未満)) 2,800点 (1,400点×2倍)
創傷処理(筋肉に達する。)は、指(手、足)と規定された手術に該当しないため、
主たる手術(創傷処理(筋肉に達する。)) 2,800点のみ算定する。
- (例2) 右示指及び中指 創傷処理(筋肉に達しない。)指2本 1,590点 (1,060点+530点)
デブリードマン加算 200点 (100点×2倍)
右環指 骨折観血的手術(指(手・足)) 22,740点 (11,370点×2倍)
合計 24,530点
- (例3) 右母指 創傷処理(筋肉に達しない。)指1本 1,060点 (530点×2倍)
右中指 骨折非観血的整復術 指1本 2,880点 (1,440点×2倍)
右環指 骨折観血的手術(指(手・足)) 22,740点 (11,370点×2倍)
合計 26,680点
- (例4) 左母指 創傷処理(筋肉に達しない。)指1本 1,060点 (530点×2倍)
左示指 四肢関節離断術(指(手、足)) 6,660点 (3,330点×2倍)
左中指 断端形成術(軟部形成のみ)(指(手、足)) 5,540点 (2,770点×2倍)
合計 13,260点
- (例5) 右示指・中指 創傷処理(筋肉に達しない。)指2本 1,590点 (1,060点+530点)
右環指 創傷処理(筋肉に達しない。)・爪甲除去術 1,540点 (770点×2倍)
環指については同一手術野となるため、爪甲除去術のみ算定する。
合計 3,130点
- (例6) 左母指 筋肉内異物摘出術 6,880点 (3,440点×2倍)
左示指 骨折非観血的整復術 指1本 2,880点 (1,440点×2倍)
筋肉内異物摘出手術は指(手、足)に係る手術に該当しないため、筋肉内異物摘
出術のみ算定する。

(3) 処置、手術及びリハビリテーションについての特例 1.5倍 (2.0倍)

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

(処置) ㉗・㉘は2.0倍（手・手指）又は1.5倍（手・手指以外の四肢）、㉙は1.5倍のみ

- ㉗ 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
㉘ 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」
㉙ 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) 2.0倍（手・手指）又は1.5倍（手・手指以外の四肢）

- ㉚ 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。
㉛ 皮膚切開術
㉜ 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。
㉝ 神経、血管の手術

(リハビリテーション) 1.5倍のみ

- ㉞ 疾患別リハビリテーション

- ② 上記①の㉗～㉘の処置及び㉚～㉝の手術については、手（手関節以下）及び手の指に係る場合のみ健保点数の2.0倍として算定できます。

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

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

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

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

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

足の指の処置は1.5倍です。

(注3) 植皮術、皮膚移植術等の形成手術は、特例取扱いの対象になりません。

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

※ 摘要欄に㉞㉟の番号を付して算式（健保点数×1.5又は×2）及び部位を記入してください。

※ 特例取扱いの対象となる処置及びリハビリテーションの所定点数の1.5倍（2.0倍）後の点数は、別添一覧表のとおりです。（54～55ページ、手術は省略）

18 術中透視装置使用加算—220点

ア 「大腿骨」、「下腿骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」、「中手骨」、「手の種子骨」、「指骨」、「足根骨」、「膝蓋骨」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、四肢に対する特例取扱いの対象にはなりません。

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

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

19 手指の機能回復指導加算—190点

手（手関節以下）及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、次に掲げる手術を行った場合は1回に限り所定点数に190点を加算できます。

- (1) 創傷処理、デブリードマン
- (2) 皮膚切開術
- (3) 筋骨格系・四肢・体幹の手術

（注1） 時間外加算及び四肢加算はできません。

（注2） 右手、左手をそれぞれ手術した場合でも算定は1回限りです。

20 固定用伸縮性包帯

医師の診察に基づき、処置及び手術において頭部・頸部・躯幹及び四肢に固定用伸縮性包帯の使用が必要と認める場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができます。

（注1） 処置及び手術に当たって通常使用される治療材料（包帯等）又は衛生材料（ガーゼ等）の費用（22の場合を除く。）は算定できません。

（注2） 医師が必要と判断した場合には固定用伸縮性包帯と下記21の頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯を併せて算定できます。

（注3） 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限り算定できます。通常の包帯と同じ目的での使用、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使用したものは算定できません。

21 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯

医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と認める場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができます。

また、健保点数表の腰部、胸部又は頸部固定帯加算が算定できる場合については、当該実費相当額が170点を超える場合は実費相当額が算定でき、当該実費相当額が170点未満の場合は170点を算定できますが、そのことを踏まえ、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯についても、同様の取扱いとします。

- (注1) 請求に当たっては、医師の診察の結果、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と判断した旨を診療録に記載し明確にしておく必要があります。
- (注2) 頸椎固定用シーネの費用と「J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算」は重複算定できません。
- (注3) 医師が必要と判断した場合には頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯と上記20の固定用伸縮性包帯を併せて算定できます。

1 頸椎固定用シーネ

「頸椎固定用シーネ」とは、頸部の運動を制限することを目的とした装具で、市販されているものです。

【主な対象商品】

- Soft collar（頸椎カラー・ポリネック）

【請求金額】

手技料……………J119-2 腰部又は胸部固定帯固定（35点）
 頸椎固定用シーネ……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）
 このとき、J200 頸部固定帯加算（170点）は算定できません。

2 鎖骨固定帯

「鎖骨固定帯」とは、鎖骨骨折の保存療法において体勢を保持するために使用される市販の固定帯のことです。

【主な対象商品】

- クラビクルバンド

【請求金額】 治療の状況により、次のとおり。

- ① 手技料……………K044-3 骨折非観血的整復術（1,440点）
 鎖骨固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）
- ② 手技料……………J001-3 鎖骨骨折固定術（500点）
 鎖骨固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

3 膝・足関節の創部固定帯

「膝・足関節の創部固定帯」とは、膝・足関節の安定を図るために使用される市販の固定帯のことです。足関節の捻挫、膝関節の靭帯損傷が主なものとなります。

【主な対象商品】

- 膝関係 アンローダーワン
- 膝関係 ニーブレース
- 足関係 アンクルサポート
- 足関係 エバーステップ・アンクルクロス等

【請求金額】

- ① 足関節の捻挫又は膝関節の靭帯損傷の治療の場合
 手技料……………J000 創傷処置
 （軟膏処置を行うべき広さ等で判断）

100cm ² 未満	52点
100cm ² ～500cm ² 未満	60点
500cm ² ～3,000cm ² 未満	90点

創部固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

② 手術後に膝・足関節の創部固定帯を使用した場合

創部固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

なお、手技料は「手術料」に含まれます。

* 固定用伸縮性包帯については、治療上必要と判断された場合には、「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」と併せて算定できます。

4 サポーター

サポーターは、療養上その必要性が認められる場合であって、かつ患部を固定する場合には療養費として支給できます。

22 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ

通院療養中の傷病労働者に対して、皮膚瘻等に係る自宅療養用の滅菌ガーゼ（絆創膏を含む。）を支給した場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができます。

なお、支給対象者は以下の(1)及び(2)の要件を満たす者となります。

- (1) せき髄損傷等による重度の障害者のうち、尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの、尿路へカテーテルを留置しているもの、又は、これらに類する創部を有するもの。（褥瘡については、ごく小さな範囲のものに限ります。）
- (2) 自宅等で頻繁にガーゼの交換を必要とするため、診療担当医が投与の必要を認めたもの。

（注）支給できるものは、診療担当医から直接処方・投与を受けたガーゼに限るため、診療担当医の指示によるものであっても、市販のガーゼを傷病労働者が自ら購入するものは、支給の対象となりません。
（昭和55年3月1日付け基発第99号）

23 処置等の特例

(1) 3部位（局所）の取扱いについて

- ① 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、1日につき合わせて負傷にあつては受傷部位ごとに3部位を限度とし、また、疾病にあつては3局所を限度として算定できます。
- ② 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、1日につき所定点数（「湿布処置」の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算とする。）を算定できます。

なお、「湿布処置」と肛門処置を倍率が異なる部位に行った場合は、倍率が異なる部位ごとに算定し合算できます。

(例1)

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

(例 2)

腰部に「湿布処置」	35点	= 35点
左前腕に「湿布処置」	35点×1.5倍	= 53点
右手指から前腕に「湿布処置」	35点×2.0倍	= 70点
合 計		158点

(2) 処置の併施について

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

なお、この場合、「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定することとしても差し支えありません。

（※） 「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「湿布処置」及び肛門処置」となります。

(例 1)

左前腕に「湿布処置」	35点×1.5倍	= 53点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍	= 53点
右下肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	= 53点
腰部に腰部固定帯固定	35点	= 35点
「湿布処置」+（介達牽引+「手技による療法」）（計2部位分）		
53点+53点+53点=159点		

(例 2)

腰部に「湿布処置」	35点	= 35点
肛門処置	24点	= 24点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍	= 53点
右下肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	= 53点
左上肢に矯正固定	35点×1.5倍	= 53点
「湿布処置」+（介達牽引、「手技による療法」又は矯正固定（2部位分））の合計		
35点+53点+53点=141点		
介達牽引+「手技による療法」+矯正固定（合計3部位）		
53点+53点+53点=159点		

したがって、この場合は159点を算定します。

(3) 処置等の併施について

① 疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか1部位を算定できます。

なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部

又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定することとしても差し支えありません。

② 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、「湿布処置」の1部位又は肛門処置のいずれかの所定点数と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できます。

③ 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の1部位又は肛門処置のいずれかの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか1部位を算定できます。

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

また、「疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の1部位又は肛門処置のいずれかの所定点数」及び「「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数」を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定することとしても差し支えありません。

（※） 「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「湿布処置」及び肛門処置」となります。

（例1）

右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位	85点×1.5点=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点=128点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍=53点
左上肢に変形機械矯正術	35点×1.5倍=53点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)+(介達牽引又は変形機械矯正術(1部位分))の合計	128点+53点=181点

（例3）

腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位	85点 = 85点
右下肢に介達牽引	35点×1.5倍=53点
右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍=53点
左下肢に低出力レーザー照射	35点×1.5倍=53点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)+(介達牽引、「手技による療法」又は低出力レーザー照射（1部位分）の合計	85点+53点=138点
介達牽引+「手技による療法」+低出力レーザー照射（3部位）の合計	53点+53点+53点=159点

したがって、この場合は159点を算定する。

（例4）

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位	85点×1.5点=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点=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
<hr/>	
運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) + 「湿布処置」 + 「器具等による療法」の合計	128点+53点+53点=234点

- (注 1) 四肢加算の取扱いは、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」及び低出力レーザー照射については所定点数の1.5倍、「湿布処置」は所定点数の1.5倍（手及び手指は2倍）として算定することができます。
- (注 2) 局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれを1局所とし、全身を5局所に分けたものをいいます。
- (注 3) 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の部位（局所）、消炎鎮痛等処置の種類及び部位（局所）について、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。

24 職業復帰訪問指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合	1日につき770点
その他の疾患の場合	1日につき580点

- (1) 傷病労働者（入院期間が1月を超えると見込まれる者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者であって就労が可能と医師が認める者。）が職業復帰を予定している事業場に対し、医師等（医師又は医師の指示を受けた看護職員（注1）、理学療法士、作業療法士及び公認心理師をいう。以下同じ。）又は医師の指示を受けたソーシャルワーカー（注2）が当該傷病労働者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主（注3）に対して、職業復帰のために必要な指導（以下「訪問指導」という。）を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、入院中及び通院中に合わせて3回（入院期間が継続して6月を超えると見込まれる傷病労働者にあつては、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて6回）に限り算定できます。（注4）
- (2) 医師等のうち異なる職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合や医師等がソーシャルワーカーと一緒に訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算して算定できます。なお、同一の職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算することはできません。
- (3) 精神疾患を主たる傷病とする場合にあつては、医師等に精神保健福祉士を含みます。
- (4) 訪問指導を実施した日と同一日又は訪問指導を行った後1月以内に、医師又は医師の指示を受けた看護職員、理学療法士若しくは作業療法士が上記(1)の傷病労働者のうち入院中の者に対し、本人の同意を得て、職業復帰を予定している事業場において特殊な器具、設備を用いた作業を行う職種への復職のための作業訓練又は事業場を目的地とする通勤のための移動手段の獲得訓練を行い、診療録に訪問指導の日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載した場合は、訪問指導1回につき2回を限度に職業復帰訪問訓練加算として1日につき

400点を職業復帰訪問指導料の所定点数に加算して算定できます。

(注1) 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。

看護師と准看護師が共同して訪問指導を行った場合は、380点の加算は算定できません。

(注2) ソーシャルワーカーとは、社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。

(注3) 事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含まれます。

(注4) 入院中又は通院中における算定については、指導の実施日に算定します。

(注5) 職業復帰訪問訓練加算の算定要件及び実施上の留意事項は以下のとおりです。

① 算定要件

ア 入院期間が1月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。

イ 傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練（以下「作業訓練」という。）及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練（以下「通勤訓練」という。）であること。

ウ 作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。

エ 作業訓練の実施時間は20分以上（ただし、原則60分を上限とする。）であること。

オ 通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。

カ 訪問指導と同一日又は訪問指導の日から1月以内に作業訓練又は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う場合にあっては、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。

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

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

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

② 実施上の留意事項

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

25 精神科職場復帰支援加算——200点

精神科を受診中の傷病労働者に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該プログラムに職場復帰支援のプログラム（※）が含まれている場合に、週に1回算定できます。

（※） 職場復帰支援のプログラムとは、オフィス機器又は工具を使用した作業、擬似オフィスによる作業又は復職に向けてのミーティング、感想文等の作成等の集団で行われる職場復帰に有効な項目であって、医師、看護職員、作業療法士、ソーシャルワーカー等の医療チームによって行われるものをいいます。

（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レセプトの摘要欄に記載するか、実施したプログラムの写しをレセプト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（37ページ）のとおりです。）

職場復帰プログラム例（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 ・ボデイワーク	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	ボデイワーク	・球技、身体活動、強めの運動	

26 石綿疾患療養管理料——225点

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

（注1） 請求に当たっては、管理内容の要点を診療録に記載する必要があります。

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

（注3） 同一月において重複算定できない管理料等については、7. 再診時療養指導管理料（注1）の表（16ページ）のとおりです。

27 石綿疾患労災請求指導料——450点

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

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

①石綿関連疾患の診断を行ったこと

②患者に行った問診内容（概要）

③業務による石綿ばく露が疑われた理由

④労災請求の勧奨を行ったこと

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

（注3） 本指導料は、療養の給付請求書取扱料と併せて算定できます。

28 労災電子化加算——5点

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

（注1） 薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象とはなりません。

（注2） 「労災電子化加算」の算定は、令和6年3月診療分までとなる予定です。

29 職場復帰支援・療養指導料

(1) 精神疾患を主たる傷病とする場合	初回	900点
	2回目	560点
	3回目	450点
	4回目	330点

(2) その他の疾患の場合	初回	680点
	2回目	420点
	3回目	330点
	4回目	250点

① 傷病労働者（入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者。下記②から⑤について同じ。）に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋(別紙様式1～4(74～77ページ))」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月1回に限り算定できます。

② 傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場の産業医(主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。)に対して文書(指導管理箋等)をもって情報提供した場合についても算定できます。

③ 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、当該労働者の同意を得て、当該医療機関等に赴いた当該労働者の所属事業場の事業主と面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合についても算定できます。

④ 上記①～③の算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ4回を限度(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。

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、以下のア～ウの要件を満たした場合、療養・就労両立支援加算として、同一傷病労働者に対して1回につき600点を算定することができます。

ア 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。

イ 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。

ウ 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診後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（78～79ページ）」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月1回に限り算定できます。

- ② 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。

30 社会復帰支援指導料——130点

- (1) 3か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して、治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活(就労を含む)上の注意事項等について、医師が所定の様式に基づき指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に、同一傷病労働者につき、1回に限り算定できます。

ただし、転医している場合は、医療機関につき1回に限り算定できます。

- (2) この指導は「早期社会復帰のための指導項目（80ページ）」の指導項目に基づいて行い、算定にあたっては、当該様式に必要事項を記載して診療録に添付する必要があります。

検 査

31 振動障害に係る検査料

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

検 査 項 目	点 数
(1) 握力（最大握力、瞬発握力）、維持握力（5回法）を併せて行う検査	片手、両手にかかわらず60点
(2) 維持握力（60%法）検査	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

そ の 他

支給対象	関係条文及び通達	告示様式の名称番号	請求方法	支給額	レセプト請求
障害(補償)等年金の受給権者が、障害の程度に変更があったとして、障害(補償)等給付変更請求書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」	則第14条の3第3項	障害(補償)等給付変更請求書 (様式第11号)	療養の費用請求書 告示様式第7号	4,000円	×
労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることにより遺族(補償)等年金支給等請求書を添付して提出した「障害の状態に関する診断書」(労働者の死亡が業務上でないという理由で遺族(補償)等年金支給の対象とならなかった場合における診断書を除く。)	則第15条の2第3項 第5号及び第7号 則第15条の3第2項 第2号 則第15条の4第2項 第2号	遺族(補償)等年金請求書 (様式第12号、第16号の8) 遺族(補償)等年金転給等請求書 (様式第13号)		4,000円	×
障害(補償)等給付の支給を受けようとする者が、障害(補償)等給付請求書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」	則第14条の2第3項	障害(補償)等給付請求書 (様式第10号、第16号の7)	○指定病院等 診療費請求書(含内訳) 診機様式第1号(含2~5) ○非指定病院等 療養の費用請求書告示様式 第7号(1)、第16号の5(1) 病院等→労働者→署	4,000円	○
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日以後傷病(補償)等年金の支給決定に必要と認められた場合に傷病の状態等に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 (様式第16号の2)		4,000円	○
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日において治っていない場合に、同日以後1ヵ月以内に提出させる傷病の状態等に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 (様式第16号の2)	○指定病院等 診療費請求書(含内訳) 診機様式第1号(含2~5) ○非指定病院等 療養の費用請求書告示様式 第7号(1)、第16号の5(1) 病院等→労働者→署	4,000円	○
休業(補償)等給付の支給を受けようとする者の負傷又は疾病が毎年1月1日において療養開始後1年6ヵ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業(補償)等給付請求書に添付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第19条の2第2項	傷病の状態等に関する報告書 (様式第16号の11)		4,000円	○
傷病(補償)等年金の受給権者が障害の程度に変更があった場合に提出する傷病の状態の変更に係る届書に添付する「傷病の状態に関する診断書」	則第21条の2第4項	傷病の状態の変更に関する届 (年金申請様式第4号)		4,000円	○

介護(補償)等給付の支給を受けようとする者が介護(補償)等給付支給請求書に添付して提出した「診断書」	則第18条の3の5 第3項第1号	介護(補償)等給付支給請求書 (様式第16号の2の2)	※障害(補償)等年金受給者である場合には、療養の費用請求書	4,000円	○
労働基準監督署長が、療養(補償)等給付を受けている者(傷病(補償)等年金を受けている者を含む。)について療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために必要と認め、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該診断書			○指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の2 ○病院等→局 ○非指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の3 ○病院等→署	5,000円	○
休業(補償)等給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	則第13条第2項	休業(補償)等給付請求書 (様式第8号、様式第16号の6)	○指定病院等診療費請求書(含内訳)診機様式第1号(含2~5) ○病院等→局 ○非指定病院等療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) ○病院等→労働者→署	2,000円	○
看護の給付の看護費用の額の証明書における診療担当者への看護に関する証明	則第12条の2第3項	昭和63年5月12日 基発第315号別紙様式1		1,000円	○
監督署長が傷病の治ゆの認定及び長期療養者の症状の把握のため専門医等から意見等を求めた場合	労災法第47条の2 平8.7.24 基発第479号		依頼のあった監督署から送付されてくる「検査に要した費用請求書及び内訳書」により労働局へ請求する。	一般的な医学 事項 7,000円 特に高度な医学的 事項 20,000円	○
監督署長が業務上外、再発、障害等級、傷病等級等に関する決定にあたり、専門医等から意見を求めた場合					×
はり・きゆう及びマッサージの施術に係る診断書	昭57.6.2 基発第384号	はり・きゆう診断書 (様式第1号) マッサージ診断書 (様式第2号) 昭57.5.31 基発第375号	○指定病院等 診療費請求書(含内訳) 診機様式第1号(含2~5) ○病院等→局 ○非指定病院等療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) ○病院等→労働者→署	はり・きゆう 単独、一般 療と併用 3,000円 「施術効果の 評価表」添 付の場合 4,000円 マッサージ 3,000円	○

II 参 考

1 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 ※ 診療所外来のみ	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		「湿布処置」又は肛門処置の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のうち計 2 部位（局所）まで算定 ＊注 1 ＊注 2 ＊注 3	疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のいずれか 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 ※ 診療所外来のみ			1 日につき所定点数を算定〔倍率が異なる部位ごとに算定し合算〕	「湿布処置」1 部位又は肛門処置と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定
3	上記 1 及び 2 の処置を併施した場合				疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」1 部位又は肛門処置の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のいずれか 1 部位（局所）を算定 ＊注 5

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

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

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

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

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

*注 6 消炎鎮痛等処置のうち湿布処置のみ四肢加算の取扱いで手及び手指については 2 倍で算定できます。

2 入院基本料特例取扱点数一覧表

A100 一般病棟入院基本料

急性期一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
急性期一般入院料1	1,650点	7:1以上 70%以上	18日以内	2,145点	1,667点
急性期一般入院料2	1,619点	10:1以上 70%以上	21日以内	2,105点	1,635点
急性期一般入院料3	1,545点	10:1以上 70%以上	21日以内	2,009点	1,560点
急性期一般入院料4	1,440点	10:1以上 70%以上	21日以内	1,872点	1,454点
急性期一般入院料5	1,429点	10:1以上 70%以上	21日以内	1,858点	1,443点
急性期一般入院料6	1,382点	10:1以上 70%以上	21日以内	1,797点	1,396点

地域一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
地域一般入院料1	1,159点	13:1以上 70%以上	24日以内	1,507点	1,171点
地域一般入院料2	1,153点	13:1以上 70%以上	24日以内	1,499点	1,165点
地域一般入院料3	988点	15:1以上 40%以上	60日以内	1,284点	998点

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

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A101 療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
入院料 A	1,813点	20 : 1 以上	20 : 1 以上	2,357点	1,831点
入院料 B	1,758点			2,285点	1,776点
入院料 C	1,471点			1,912点	1,486点
入院料 D	1,414点			1,838点	1,428点
入院料 E	1,386点	20% 以上		1,802点	1,400点
入院料 F	1,232点			1,602点	1,244点
入院料 G	968点			1,258点	978点
入院料 H	920点			1,196点	929点
入院料 I	815点			1,060点	823点

療養病棟入院料 2

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
入院料 A	1,748点	20 : 1 以上	20 : 1 以上	2,272点	1,765点
入院料 B	1,694点			2,202点	1,711点
入院料 C	1,406点			1,828点	1,420点
入院料 D	1,349点			1,754点	1,362点
入院料 E	1,322点	20% 以上		1,719点	1,335点
入院料 F	1,167点			1,517点	1,179点
入院料 G	903点			1,174点	912点
入院料 H	855点			1,112点	864点
入院料 I	751点			976点	759点

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

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A102 結核病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
7対1入院基本料	1,654点	7:1以上 70%以上		2,150点	1,671点
10対1入院基本料	1,385点	10:1以上 70%以上		1,801点	1,399点
13対1入院基本料	1,165点	13:1以上 70%以上		1,515点	1,177点
15対1入院基本料	998点	15:1以上 40%以上		1,297点	1,008点
18対1入院基本料	854点	18:1以上 40%以上		1,110点	863点
20対1入院基本料	806点	20:1以上 40%以上		1,048点	814点

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

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A103 精神病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率	GAF尺度等		
10対1入院基本料	1,287点	10:1以上	40日以内	1,673点	1,300点
		70%以上	GAF尺度30以下の患者が5割以上		
13対1入院基本料	958点	13:1以上	80日以内	1,245点	968点
		70%以上	GAF尺度30以下又は身体合併症を有する患者が4割以上		
15対1入院基本料	830点	15:1以上	—	1,079点	838点
		40%以上			
18対1入院基本料	740点	18:1以上	—	962点	747点
		40%以上			
20対1入院基本料	685点	20:1以上	—	891点	692点
		40%以上			
特別入院基本料	561点	看護配置 25:1 以上で上記各区分の要件等に該当しない医療機関		729点	567点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A104 特定機能病院入院基本料

区分	区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
			看護師比率	GAF尺度等		
一般病棟	7対1入院基本料	1,718点	7:1以上	26日以内	2,233点	1,735点
			70%以上	—		
	10対1入院基本料	1,438点	10:1以上	28日以内	1,869点	1,452点
			70%以上	—		
結核病棟	7対1入院基本料	1,718点	7:1以上	—	2,233点	1,735点
			70%以上	—		
	10対1入院基本料	1,438点	10:1以上	—	1,869点	1,452点
			70%以上	—		
13対1入院基本料	1,210点	13:1以上	—	1,573点	1,222点	
		70%以上	—			
15対1入院基本料	1,037点	15:1以上	—	1,348点	1,047点	
		70%以上	—			
精神病棟	7対1入院基本料	1,450点	7:1以上	40日以内	1,885点	1,465点
			70%以上	GAF尺度30以下の患者が5割以上		
	10対1入院基本料	1,373点	10:1以上	40日以内	1,785点	1,387点
			70%以上	GAF尺度30以下の患者が5割以上		
13対1入院基本料	1,022点	13:1以上	80日以内	1,329点	1,032点	
		70%以上	GAF尺度30以下又は身体合併症を有する患者が4割以上			
15対1入院基本料	933点	15:1以上	—	1,213点	942点	
		70%以上	—			

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A105 専門病院入院基本料

区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率			
7対1入院基本料	1,667点	7:1以上	28日以内	2,167点	1,684点
		70%以上			
10対1入院基本料	1,396点	10:1以上	33日以内	1,815点	1,410点
		70%以上			
13対1入院基本料	1,174点	13:1以上	36日以内	1,526点	1,186点
		70%以上			

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A106 障害者施設等入院基本料

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
		看護師比率		
7対1入院基本料	1,615点	7:1以上	2,100点	1,631点
		70%以上		
10対1入院基本料	1,356点	10:1以上	1,763点	1,370点
		70%以上		
13対1入院基本料	1,138点	13:1以上	1,479点	1,149点
		70%以上		
15対1入院基本料	995点	15:1以上	1,294点	1,005点
		40%以上		

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A108 有床診療所入院基本料

有床診療所入院基本料1

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	917点	看護職員7人以上	1,192点	
15日以上30日以内	712点			719点
31日以上	604点			610点

有床診療所入院基本料2

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	821点	看護職員4人以上7人未満	1,067点	
15日以上30日以内	616点			622点
31日以上	555点			561点

有床診療所入院基本料3

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	605点	看護職員1人以上4人未満	787点	
15日以上30日以内	567点			573点
31日以上	534点			539点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

有床診療所入院基本料4

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	824点	看護職員7人以上	1,071点	
15日以上30日以内	640点			646点
31日以上	542点			547点

有床診療所入院基本料5

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	737点	看護職員4人以上7人未満	958点	
15日以上30日以内	553点			559点
31日以上	499点			504点

有床診療所入院基本料6

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	543点	看護職員1人以上4人未満	706点	
15日以上30日以内	509点			514点
31日以上	480点			485点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A109 有床診療所療養病床入院基本料

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料 A	1,057点	6:1以上 (4:1以上) ※	6:1以上 (4:1以上) ※	1,374点	1,068点
入院基本料 B	945点			1,229点	954点
入院基本料 C	827点			1,075点	835点
入院基本料 D	653点			849点	660点
入院基本料 E	564点			733点	570点

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

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

*注 入院の日から起算して（1日につき）

3 四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表（処置・リハ） 処置

		健保点数	×1.5	×2.0
J000	創傷処置（100cm ² 未満）	52	78	104
	創傷処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	60	90	120
	創傷処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	90	135	180
	創傷処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	160	240	320
	創傷処置（6,000cm ² 以上）	275	413	550
J000-2	下肢創傷処置（足部（踵を除く。）の浅い潰瘍）	135	203	
	下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍）	147	221	
	下肢創傷処置（足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍）	270	405	
J001	熱傷処置（100cm ² 未満）	135	203	270
	熱傷処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	147	221	294
	熱傷処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	270	405	540
	熱傷処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	504	756	1,008
	熱傷処置（6,000cm ² 以上）	1,500	2,250	3,000
J001-4	重度褥瘡処置（100cm ² 未満）	90	135	180
	重度褥瘡処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	98	147	196
	重度褥瘡処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	150	225	300
	重度褥瘡処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	280	420	560
	重度褥瘡処置（6,000cm ² 以上）	500	750	1,000
J001-7	爪甲除去（麻酔を要しないもの）	60	90	120
J001-8	穿刺排膿後薬液注入	45	68	90
J002	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）	50	75	100
	ドレーン法（ドレナージ）（その他）	25	38	50
J053	皮膚科軟膏処置（100cm ² 以上500cm ² 未満）	55	83	110
	皮膚科軟膏処置（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	85	128	170
	皮膚科軟膏処置（3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満）	155	233	310
	皮膚科軟膏処置（6,000cm ² 以上）	270	405	540
J116	関節穿刺（片側）	120	180	240
J116-2	粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）	80	120	160
J116-3	ガングリオン穿刺術	80	120	160
J116-4	ガングリオン圧碎法	80	120	160
J119	消炎鎮痛等処置（湿布処置）	35	53	70
J001-2	絆創膏固定術	500	750	
J001-3	鎖骨又は肋骨骨折固定術	500	750	
J054	皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）	45	68	
	皮膚科光線療法（長波紫外線又は中波紫外線療法）	150	225	
	皮膚科光線療法（中波紫外線療法）	340	510	
J117	鋼線等による直達牽引（2日目以降）	50	75	
J118	介達牽引	35	53	
J118-2	矯正固定	35	53	

J118-3	変形機械矯正術	35	53	
J119	消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）	35	53	
	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	35	53	
J119-3	低出力レーザー照射	35	53	

疾患別リハビリテーション

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

4 労災保険における治療用装具等の取扱い

項 目	取 扱 い
装着式収尿器 (人工膀胱)	支給 尿路障害者に支給
人工肛門受便器 (ペロツテ)	支給 (装着式収尿器の取扱いに準ずる。) 人工肛門造設者に支給
浣 腸 剤	支給 せき髄損傷等神経系の障害による便秘症のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給
ソ フ ト コンタクトレンズ	支給 (注) 視力の屈折矯正のために使用するコンタクトレンズは除く。
補 聴 器	不支給 (傷病が治癒した者には、社会復帰促進等事業から支給)
眼 鏡	不支給 (業務災害により、視力が0.6以下に低下したものについては、社会復帰促進等事業から支給)
義 眼	眼球摘出後眼窩保護用として支給
義 歯	義歯を業務災害により破損した場合、これに要する修理は療養補償範囲に含める。
コ ル セ ッ ト	療養上必要あるコルセットは療養の給付として支給すべき治療材料に属するものとして療養費として支給する。
歩 行 補 助 器 松 葉 杖	医療機関がこれを本人に貸与すべきであるが、療養目的をもって自己が購入した場合は、療養費として支給して差し支えない。
義肢装着前の訓練 用装具 (練習用仮 義肢)	症状固定前の仮義手及び仮義足 (義手に係る装飾用並びに義足に係る作業用は除く。) については、診療担当に当たる医師の指示、指導のもとに使用する場合、1回に限り、治療用装具として療養費として支給する。
固 定 装 具	支給
保 護 帽 子 (頭蓋骨欠損部分 保護)	人工骨を挿入するまでの間、頭蓋骨欠損部分を保護するためのものとして支給
フ ロー テ ー シ ョ ン パ ッ ド	支給 自力による体位変換が不可能若しくは困難な状態が長期間にわたると見込まれる傷病労働者に対し、1人につき1枚支給
サ ポ ー タ ー	療養上、その必要性が認められる場合であって、かつ患部を固定する場合に療養費として支給

5 Q & A

1 初診料

Q1 他保険等により傷病の診療を継続している期間中に、同一医療機関で、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、初診料を算定できるが、他保険等により傷病の診療を継続している診療科と、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診療科が同一の診療科の場合、労災保険による初診料は算定できるか。

また、他保険等により傷病の診療を継続している診療科と業務上の事由又は通勤による負傷又は傷病により初診を行った診療科が別であっても、診療を行う医師が同一の場合、初診料は算定できるか。

A 他保険等により傷病の診療を継続している診療科と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、初診料を算定できる。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る。

Q2 労災保険で継続診療中に新たな労災事故で負傷して初診を行った場合、労災保険による初診料の算定はできるか。

A できる 労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生ごとの初診につき、算定できる。

2 再診料

Q1 労災対象の傷病と私病により、同一日に同一の医療機関で同一の診療科を再診した場合は、どちらで再診料を算定するのか。

A 主たる傷病について再診料を算定する。なお、同一日に同一の医療機関で別の診療科を再診した場合には、主たる傷病について再診料を算定し、外の傷病について2科目の再診料を算定する。

3 検査料

Q1 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抗体検査については、どの時点まで認められるか。

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

Q2 梅毒陽性患者に使用した注射針による針刺事故における検査についても保険給付の対象となるか。

A 対象となる。

Q3 じん肺症患者に対して肺癌の早期発見を目的として、スクリーニング的に腫瘍マーカー検査は、保険給付の対象として算定できるか。

A 算定できない。疾病を発症したという事実が医師の診察により確定する以前に行われる医療行為は一般的に療養給付の対象外である。

Q 4 「糖尿病」や「心臓疾患」等の私病（基礎疾患）を有する者が業務上負傷した場合、その私病に対する治療や検査、投薬がどの程度認められるものか。

A 業務上疾病の治療上必要と認められる私病の治療費については、私病に対する治療が業務上疾病の治療上明らかに必要と認められた場合には保険給付の対象となる。

当該私病に対する治療が業務上疾病の治療上必要であるものであるか否かは、医学的な判断となることから、診療費審査委員会の意見等により判断するので、私病の治療が必要であった理由をレセプトに記入すること。

4 投薬・注射

Q 1 使用済みの不特定多数の注射針による針刺事故直後に免疫グロブリンとHBワクチンを投与した場合、保険給付の対象となるか。

A B型肝炎ウイ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などにより確認できれば保険給付の対象となる。

Q 2 インターフェロン製剤について、針刺事故直後に効果があるとして使用する場合があるが、保険給付の対象となるか。

A C型肝炎の発症前の投与は対象とならない。

インターフェロンの投与はHCV汚染血液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保険給付の対象としている。

Q 3 骨折にて治療継続中の傷病労働者に対して、骨癒合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤を投与した場合、これらの薬剤は算定できるのか。

A 算定できない。

骨折患者に投与した場合、保険適用外であるため算定できない。

Q 4 骨折等の鎮痛等を目的として、ロキソニン等の非ステロイド性抗炎症薬が投与されることがあるが、この非ステロイド性抗炎症薬の副作用等に対してタケプロンカプセル等のプロトンポンプ阻害剤が投与された場合、労災保険の対象となるのか。

A 非ステロイド性抗炎症薬の副作用等により生ずる胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎等は業務上の傷病ではないが、業務上の傷病の治療上明らかに必要と認められる場合や業務上の傷病の治療に関連したものであれば、薬効、適応及び用法を満たしていれば、労災保険給付の対象となる。

ただし、胃潰瘍等が業務上の傷病の治療に関連しない私病である場合には、労災保険給付の対象とはならない。

5 リハビリテーション

Q 1 せき損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、四肢加算はできるか。

A 算定できる。

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載する。

Q 2 リハビリテーションの初期加算は、四肢加算の対象とならないか。

A 早期リハビリテーション加算と同様、初期加算は四肢加算の対象にはならない。

Q 3 労災リハビリテーション評価計画書の添付については、従来どおり健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超えた場合には、労災リハビリテーション評価計画書の添付のみで可能か。

また、月13単位を越えない場合には、同計画書の添付は不要か。

A 標準的算定日数を超えて疾患別リハビリを1ヶ月13単位以内で行う場合には、①レセプトの摘要欄への記載も、②労災リハビリテーション評価計画書の添付も必要ない。

しかしながら、1ヶ月13単位を越えてリハビリが行われている場合には、従前のおり、上記①又は②の対処が必要となる。

6 手術料

Q 1 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るが、汚染された状態であれば、挫創以外の切創も対象となるのか。

A 対象とならない。

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とならない。

Q 2 K037腱縫合術について、伸筋腱の単なる縫合は創傷処理2に準じて算定するとなっているが、伸筋腱の単なる縫合とはどのような場合か。

A 断裂した腱を縫合するにあたり、補助切開を加えることなく縫合が可能な場合をいう。

Q 3 手関節以下の手術はすべて2倍算定できるか。

A 損傷部位が手関節以下かどうかによる。

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する。

Q 4 「骨内異物除去術」の算定について、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で算定するとはどういうことか。

A 簡単に除去しうるものとは、鋼線、銀線等（ボルトは含まない。）で固定したもの。

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で、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と解する。

7 初診時ブラッシング料

Q 1 同一傷病に1回とあるが、傷病の部位が異なる場合は、部位ごとに算定できるのか。

A 部位ごとに算定はできない。

8 入院

Q 1 入院が認められる場合と認められない場合はどのようなケースがあるか。

A 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するため一概には言えないが、一般的には次のような場合である。

- 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

なお、入院は前述のように、医学的な立場から療養上必要な場合に限られ、次のような場合の入院は認められない。

- 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、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、通院に長時間を要する、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等の入院
- しばしば外泊するような患者の入院
- 患者からの強要による入院

Q2 入院患者の外泊についてはどのように取扱えばいいのか。

A 入院中の患者が外泊を希望することはしばしばあるが、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はなく、外泊が可能であるような状態の患者においては、そもそも入院の必要性に疑問が生じる。

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得ないが、その際には症状が悪化しないよう、十分な療養上の指示が必要である。

入院期間は、医学的な見地から厳正に判断し、患者の傷病の状態からみても、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「入院不要告知済み」（年月日）と記入しておく必要がある。

Q3 診療科別に病床を管理している場合、整形外科で緊急入院が必要となった患者が整形外科病棟の普通室が満床であったことから、当該理由②-エの要件で当該診療科の個室に収容したが、他科病棟においては普通室に空床が有り、該当診療科においてのみ空部屋（普通室）がない場合、入院室料加算の算定はできるか。

A 算定できない。

診療科別の病棟及び病床管理については、あくまで病院の都合によるものであることから、当該患者に係る診療科病棟の普通室が満床であることをもって入院室料加算の「普通室が満床」との要件を満たすものとして、室料加算を算定することはできない。あくまでも当該医療機関におけるすべての普通室が満床である場合に要件を満たすことになる。

6 鳥取労働局における診療費審査について

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

労災保険診療費審査委員会において算定が適正か否かを判断する際に、手術記録、症状詳記、X-P等の提出を求められることがありますので、ご理解とご協力をお願いします。

算定が適正か否か確認のため上記資料を求める主なものは以下のとおりです。

入院

特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料）

→算定要件に基づく特定入院料算定が妥当か否か

→被災労働者の傷病の状態等

手術

同一手術野に係るもの（主に指及び四肢に関する複数手術）

同一皮切により行い得る範囲にある手術について確認

・手術の通則14に基づく複数手術の妥当性

→手術の内容

→手術を実施した部位

全層植皮術、分層植皮術（真皮欠損用グラフト使用）

真皮欠損用グラフトを採皮部に使用しているか確認

・植皮範囲と真皮欠損用グラフト使用範囲から術式算定の妥当性

→植皮した部位、面積

→人工真皮を使用した部位、面積

腱縫合術（傷病名が指の腱断裂のうち、屈筋腱断裂を除く）

切創等の創傷によって生じた固有指の単なる縫合は「創傷処理(2)」に準じて算定することから、固有指の伸筋腱の単なる縫合ではないかを確認

・固有指の伸筋腱に対する腱縫合の難易度（単なる縫合であるか）→補助切開の有無

骨折等に係る手術

骨折観血的手術

内固定材料又は創外固定器の使用の有無を確認

鋼線、銀線のみを使用→術式妥当か（骨折経皮的鋼線刺入固定術の術式ではないか）

・1傷病部位に対して、髄内釘を複数使用（集束型を除く）する必要性など

→実際に髄内釘を固定材料として複数使用しているか

→皮膚切開の有無

→当該手術の概要

骨内異物（挿入物）の材料が鋼線、銀線等であるもの

前回手術の挿入物を確認→鋼線、銀線等が簡単に除去し得ないか（難易度）

→骨内異物（挿入物）の材料等

骨移植術（人工骨を使用している骨移植術）

実際に自家骨移植が併用されているかを確認→人工骨のみの使用では、骨移植術の「3同種骨移植（非生体）」の算定はできない

→移植骨（人工骨、自家骨）について

関節内骨折観血的手術（傷病名が関節内骨折のものを除く）

- ・骨折が関節内におよんでいるかどうか →関節内骨折観血的手術が妥当か否か（関節包の切開を伴う固定か）
- ・内固定材料の使用の有無 →術式の妥当性
- ・創外固定器加算又は固定器用金属ピン（創外固定器用）の請求あり →術式の妥当性

切断四肢再接合術（すべて）

骨の接合、腱・筋肉の縫合、動脈・静脈の吻合、神経縫合又は皮膚縫合に対して、それぞれの術式として算定するのではなく、切断四肢再接合術として算定する妥当性

- 全麻かどうか、時間はどうか
- 骨の接合
 - 腱又は筋肉の縫合
 - 動脈または静脈の吻合
 - 神経縫合若しくは皮膚縫合の有無
- 骨の内固定材料

7 非課税医療機関一覧

(令和4年3月31日現在)

1 設立形態により判断できるもの

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

2 課税・非課税の別を医療機関に照会し判断するもの(※2)

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

(※1) 法：法人税法、令：法人税法施行令

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

8 自動車事故の場合は？

自動車の運行に伴う、業務上災害、通勤災害のうち第三者行為災害（相手のある自動車事故）の診療費を請求する場合は、次の事項にご注意願います。

1 自賠責保険等（自動車損害賠償責任保険又は自動車損害賠償責任共済）と労災保険の関係について。

自動車事故等で自賠責保険等（自動車損害賠償責任保険又は自動車損害賠償責任共済）による保険金支払を受けることが出来る場合は、労災保険の給付と自賠責保険等による保険金支払のどちらか一方を被災労働者が選択することとなりますが、先行して自賠責保険等から保険金支払を受ける（自賠責先行）場合は、休業損害が原則として100%でん補（労災保険では60%）されることや慰謝料の支払規定があること等、被災者等にとってさまざまなメリットがあることから自賠責先行が一般的です。

しかしながら、負傷の程度等から治療費が高額になる場合などは労災保険の給付を先行した方が被災労働者の有利になる場合もありますので、判断が難しい場合は、労働基準監督署・労働局へ相談の上、選択いただくよう、被災労働者等へお願いしています。

2 自賠責保険等の傷害による損害の場合の保険金額の上限は、120万円です。

自賠責保険等の保険金額の上限は、傷害による損害の場合120万円（治療費・雑費・休業損・慰謝料の合計額）となっていますので、この上限を超える損害額がある場合は、自賠責保険等に引き続いていわゆる任意保険（自動車保険又は自動車共済）による保険金支払を受けるか、労災保険の給付を受けるかについても自賠責保険等の場合と同様に被災労働者が選択することとなります。

3 自賠責保険等の保険金額上限を超える損害額があるため、自賠責保険等に引き続いて労災保険の給付を受けることを選ばれた場合。（自賠責から労災保険への切替）

労災保険指定医療機関では、自賠責保険等の保険金額の上限を超えたことを確認した上で、自賠責保険等で療養した期間以降の診療費は、療養の給付請求書（5号又は16号の3）を添付して、労災保険の診療初回分として請求してください。

なお、自賠責保険等への診療費請求と労災保険への診療費請求が重複しないよう、レセプト作成の際には十分注意して下さい。

※レセプトに「**自賠責から労災保険への切替**」であることが判るよう表示して下さい。

9 針刺し事故に係る労災保険の取扱い

汚染された血液等に業務上接触した場合、医学上必要な治療は労災保険給付の対象となります。

◎汚染された血液等 = C型肝炎、B型肝炎、梅毒、エイズ等のウイルスの保有者の血液等

◎血液等への接触 = ・汚染された血液等の針刺し事故

・汚染された血液等が既存の切り傷や眼球に付いたとき

※単に皮膚に付いただけでは該当しません。

1 「針刺し事故」が起こったら！

		労災給付
①	汚染された血液等に使用した針であることが明らかな場合	○
②	不特定多数の注射針等の中に汚染された血液等に使用した針の混入が明らかな場合	○
③	汚染されていない血液等に使用した針の場合	×
④	汚染されていることが不明な血液等に使用した針の場合	×

①及び②の場合は…

★療養の給付請求書（様式第5号）の「災害発生状況欄」に、「汚染された血液等へ接触した」ことを明記して労災請求してください。

〈記載例〉：「HBs陽性の患者へ注射した針を処分する際に、誤って左第1指を刺した。…」

★診療費請求内訳書（レセプト）の「傷病の経過欄」にも「汚染された血液等へ接触」したことを明記してください。

2 労災保険の療養の範囲は？

ア 受傷直後の必要な検査

イ その後の潜伏期間及び抗体が陽性となるまでの期間の検査

※C型肝炎ならば最大約7カ月くらいが認められます。

ウ B型肝炎ワクチン等

汚染された血液が、HBs抗原が陽性の場合は、免疫グロブリン製剤及びHBワクチンの接種は労災保険の対象となります。

○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り）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取り扱うものとします。

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。

10 適正な「傷病名」のレセプトへの記入について

- 1 業務上災害、通勤災害により発生したことがわかる傷病名の記入をお願いします。
(例:右肩腱板損傷、腰部捻挫、左眼外傷性白内障)
- 2 傷病名については、具体的な部位を含め記入願います。(骨折等の場合は、骨名及び部位まで)
(例:右脛骨顆部骨折、第2腰椎圧迫骨折、C3～C5脊髄損傷、L4/5ヘルニア、右示指切創)
- 3 慢性疾患傷病(例:右肩関節周囲炎、L4/5ヘルニア)は、業務上の事由に起因するものか判断が難しいことから、傷病名を記入される際は、労災事故等、業務との因果関係について傷病の経過欄に詳記してください。
- 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が追加となった場合は、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。
- 5 確定診断ができていない傷病名には(疑)を付記してください。
(例:頭蓋骨骨折(疑)、右第2中手骨骨折(疑))
- 6 薬剤の支給について、鎮痛薬に対する健胃消化薬(抗潰瘍薬を含みます。)等医学的に併用することが必要と認められる薬剤を支給する場合には、傷病名を記入する必要はありません。
(例:急性胃炎、胃潰瘍、逆流性食道炎)

11 その他、レセプト記入上の留意事項について

- 1 診療情報提供料(1)については、「紹介にあたっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。」とされているため、紹介先の医療機関を特定しなければ算定できません。算定にあたっては、レセプトの摘要欄に紹介先医療機関名を必ず記載してください。
- 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 画像診断について、負傷部位と異なる部位の撮影は基本的には認められません。負傷部位と関係のない部位の撮影が医学的に必要な場合は、理由を摘要欄に記載してください。
- 4 休業証明料のみを請求する場合、レセプトには、①新継再別には「5継続」、②転帰事由には「3継続」、⑩療養期間には「休業証明した期間」、⑪診療実日数には「999」と記載してください。
- 5 疾患別リハビリテーションの実施にあたっては、「リハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後3ヵ月に1回以上、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。」とされているため、レセプトの摘要欄にリハビリテーション実施計画書の作成日を記載してください。

また、「リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。」とされているため、レセプトの摘要欄に医師の指示の有無等を記載してください。

Ⅲ 様 式

労災保険給付関係請求書等の様式は、インターネットから以下の手順でダウンロードして、一般のプリンタ等で印刷し、必要事項を記入することで使用することができます。

〈鳥取労働局ホームページ〉



〈各種法令・制度・手続き〉



〈労災保険関係〉



〈労災保険給付関係請求書等ダウンロード〉



〈・注意事項をご確認ください〉

- (1) 印刷したOCR様式をコピー使用しないでください。
- (2) 2ページ以降があるOCR様式については、必ず「両面印刷」を行ってください。
- (3) プリンタ等で印刷する際は、「ページの拡大・縮小」、「ページの回転・中央配置」等の処理を行わない設定としてください。
- (4) OCR様式印刷に使用する用紙については、以下の条件を満たすものを使用してください。
 - ・大きさ……A4サイズ
 - ・厚さ……坪量67g/m²程度
 - ・白色度……80%以上
 - ・汚れ、曲がり、濡れ、破損、変色等がないこと
- (5) 印刷後、OCR様式の印刷状況に欠け、滲み、途切れ等の問題がないことを確認してください。特に、OCR様式の3カ所に「基準マーク（3mm四方の正方形）」が正しく印刷されていることを確認してください。



〈 注意事項を読んだ 〉



〈ダウンロードする様式を選択〉

この用紙は①業務災害等の被災者が指定医療機関を転医した場合に、転医先に被災者が提出しなければなりません。

②傷病補償年金等受給者（年金証書を所持しています。）の初診の場合もこれを提出させて下さい。

③レセプトに添付して請求してください。

様式第6号(表面)

労働者災害補償保険

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を受ける指定病院等(変更)届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

	病 院	〒 _____
	診 療 所 経 由	
	薬 局	電話() _____
	訪問看護事業者	
住 所		_____ 方
届出人の		_____ 氏 名

下記により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を受ける指定病院等(変更する)で届けます。

① 労働保険番号				③ 氏 名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日		
府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号		枝 番 号	年 月 日	午 前 後 時 分 頃
.....	
② 年金証書の番号					生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
管 轄 局	種 別	西 暦 年	番 号		住 所		
.....		職 種		
⑤ 災害の原因及び発生状況				(あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。			
.....						
.....						
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。							
_____ 年 月 日		事 業 の 名 称		_____ 電話() _____			
		事 業 場 の 所 在 地		_____			
		事 業 主 の 氏 名		_____			
		(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)					
⑥ 指定病院等の変更	変 更 前 の	名 称	(労 災 指 定 医 番 号)				
		所 在 地	〒 _____				
	変 更 後 の	名 称	_____				
		所 在 地	〒 _____				
	変 更 理 由						
						
						
⑦	傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名 称	_____				
		所 在 地	〒 _____				
⑧	傷 病 名						

(イ) 災害時の通勤の種類 (該当する記号を記入)	イ、住居から就業の場所への移動 ハ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ、イに先行する住居間の移動	ロ、就業の場所から住居への移動 ホ、ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ハ) 災害発生の場所	(ニ) 就業の場所 (災害時の通勤の種類がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)	
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分	
(リ) 災害時の通勤の種類に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	[通常の通勤所要時間 時間 分]	
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所を (い)どのような方法で移動している際に (う)どのような物又はどのような状況において (え)どのようにして災害が発生したか (お)節との初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること		
(ル) 現 認 者 の 住 所 氏 名	電話() —	
(ヲ) 転任の事実の有無 (災害時の通勤の種類がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	(ワ) 転任直前の住居に係る住所

◎その他就業先の有無		
有	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況(ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日 年 月 日

[項目記入に当たっての注意事項]

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- ⑧は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載してください。
- (ト)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路を朱線等を用いて分かりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。

[標準字体記入にあたっての注意事項]

□□□□ で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キッテ →

キ	ツ	テ
---	---	---

 キョ →

キ	ヨ
---	---

 バ →

ハ	バ
---	---

- | | | | |
|---|---|---|---|
| シ | ツ | ソ | ン |
|---|---|---|---|

 は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。

- | |
|---|
| 丨 |
|---|

 はカギを付けずに垂直に、

┃

 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣先事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑧並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ)(通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。
	事業の名称 _____ 電話() —
	年 月 日 事業場の所在地 _____ 〒 —
	事業主の氏名 _____ (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —

労働者災害補償保険		指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>		
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の 職種	(深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日	(年 月 日・不明)		初診年月日	(年 月 日)
<input type="checkbox"/> 初診時症状	※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)			
<input type="checkbox"/> 前回指導時 症状				
入院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
通院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
病状経過	(①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())			
現在の症状				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
通院	(年 月 日) ~ (年 月 日)		1月に 回数程度	
症状固定の見込み	年 月頃			
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1 勤務可能(条件なし)				
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]				
ア	職務内容の変更 不要・要			
イ	作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())			
ウ	時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
エ	遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
オ	自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)			
カ	対人業務の制限 不要・要(特記事項:)			
キ	その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ()			
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。				
年 月 日		本人署名 _____		
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。				
年 月 日		所在地 _____		
		病院又は _____		
		名称 _____		
		診療所の _____		
		医師名 _____		
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

労働者災害補償保険

指導管理箋<第 回目>

氏名		生年月日	年 月 日	男・女
負傷又は 発病年月日	年 月 日	傷病名		
休業前の 職種		(深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()

就労に当たって必要な指導事項

- 1 職務内容変更の必要性
①あり(理由:) ②なし
- 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無)
①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他()
(①～③の場合その期間(推定))
(年 月 頃まで)
- 3 勤務時間調整の必要性
①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし
*②なしの場合、時間外勤務調整の必要性
①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可
- 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性
①あり(制限()・禁止) ②なし
- 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性
①あり() ②なし
- 6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について
()

就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項

- 1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項
()
- 2 今後の療養の予定
月に 回程度の診療予定

上記内容を確認しました。

年 月 日

本人署名

上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。

年 月 日

所在地

病院又は

名称

診療所の

医師名

- (注) ①この指導管理箋は、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に対し、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するものです。
②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。
③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>				
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の職種		深夜勤有・無	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()
病名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日	(年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)			
□ 初診時症状	※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)			
□ 前回指導時症状				
入院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
通院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
病状経過	(①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())			
現在の症状	()			
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院	(年 月 日) ~ (年 月 日)			
通院	(年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度			
症状固定の見込み	年 月頃			
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1	勤務可能(条件なし)			
2	勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]			
ア	職務内容の変更 不要・要			
イ	作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())			
ウ	時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
エ	遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
オ	自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)			
カ	その他勤務内容に対する意見 ()			
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。				
年 月 日 本人署名 _____				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。				
年 月 日 所在地 _____				
病院又は _____				
名称 _____				
診療所の _____				
医師名 _____				
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

労働者災害補償保険		指導管理箋<第 回目>		
氏名		生年月日	年 月 日	男・女
罹患後症状の発病年月日	年 月 日	傷病名		
休業前の職種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員等	〔深夜勤有・無〕	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()
就労に当たって必要な指導事項				
<input type="checkbox"/> 初診時症状 (<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛) <input type="checkbox"/> 前回指導時症状 (<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸) <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他() ※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)				
※ 新興感染症(新型コロナウイルス感染症)に対する治療について <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日) ~ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 自宅・宿泊療養 (年 月 日) ~ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
現在の症状 (<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛) <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸) <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()				
治療の予定 (例:入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要等)、治癒見込み等)				
復帰(就労継続)に関する意見 <input type="checkbox"/> 可 (職務への健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就労上の措置があれば可)				
就労に当たって配慮した方がよい措置(業務内容)、留意点等 (例:重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する、休憩場所を確保する等)				
上記の措置期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
上記内容を確認しました。 年 月 日 本人署名 _____				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 所在地 _____ 病院又は診療所の 名称 _____ 医師名 _____				
(注) ①この指導管理箋は、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診後1か月以上の通院療養が見込まれる者に対し、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するものです。 ②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。 ③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

労働者災害補償保険		指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>			
氏名		生年月日	年	月	日 男・女
休業前の職種	※事務職、自動車の運転手、建設作業員等	(深夜勤有・無)	復帰を希望する職種	原職・事務職・その他()	
病名	(1.) (2.)				
※ 罹患後症状に対する治療について 発症年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 初診時症状 (<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛) <input type="checkbox"/> 前回指導時症状 (<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸) <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他() ※第2回目は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)					
※ 新興感染症(新型コロナウイルス感染症)に対する治療について <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日) ~ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 自宅・宿泊療養 (年 月 日) ~ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)					
現在の症状	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()				
治療の予定 (例:入院・自宅療養・通院の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要等)、治癒見込み等)					
復帰(就労継続)に関する意見 <input type="checkbox"/> 可 (職務への健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就労上の措置があれば可)					
就労に当たって配慮した方がよい措置(業務内容)、留意点等 (例:重たいものを持たない、暑い場所での作業は避ける、残業を避ける、通院時間を確保する、休憩場所を確保する等)					
上記の措置期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。 年 月 日 本人署名 _____					
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地 _____ 名称 _____ 医師名 _____					
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。					

早期社会復帰のための指導項目

氏名 _____

発症(負傷) 年月日	年 月 日
治癒見込み 年月日	年 月 日

○職場(業務)や日常生活において注意する点(指導した項目に☑を入れること)

【全般】

- 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと
- 受傷部位を意識しすぎて他の部位に負担をかけないこと
- 受傷部位を徐々に動かして、可動範囲を広げるように努めること
- 重いものを持つときは注意すること
- 休憩時間のストレッチなど一定の姿勢をとり続けないように心がけること
- 無理な姿勢をとらないようにすること
- 車の運転は避けたほうがよい
- 睡眠時間をしっかりとること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【職場】

- 長時間の残業は避けること
- 長期の出張や海外出張は避けること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【日常生活】

- 定期的に自分で脈拍のチェックをすること
- 適度な運動を実施するように心がけること
- 当面の間は、激しい運動は避けること(概ね__月間)
- 食事の内容、摂取量について注意すること
- 患部の保温に努めること
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【その他】

- 治癒後、労働局にアフターケア制度の相談をすること(該当者のみ)
- その他注意すべきこと(具体的に記載する)

現状どおりの生活で問題がないと指導した

(該当する場合のみ☑)

指導日 年 月 日 _____

医師名 _____

労災リハビリテーション評価計画書

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

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

また、改善・変化等について記載する場合は、変化がわかるように具体的な数値を含め記入すること。

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生 (歳)	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医	PT	OT	ST			
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)			

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	

自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」					
	自	監	一	全	非	独	監	一	全	非	姿勢・場所(訓練室・病棟等)介助内容等
ADL・ASL等	立	視	部	介	助	立	視	部	介	助	使用用具・装具
屋外歩行											
病棟トイレへの歩行											
病棟トイレへの車椅子駆動											
車椅子・ベッド間移乗											
椅子座位保持											
ベッド起き上がり											
排尿(昼)											
排尿(夜)											
食事											
整容											
更衣											
装具・靴の着脱											
入浴											
コミュニケーション											
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:)					理由)					
	日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キャッチアップ										

参加	職業(<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定) これまでの職種・業種・仕事内容: これまでの通勤方法: 復職希望 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> その他: 経済状況:	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)
----	--	-------------------------

目標	復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: 仕事内容の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 職場復帰に向けた目標:	本人の希望 家族の希望
	方針	リハビリテーション終了の目安・時期

具体的アプローチ

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(記入上の留意点)
 1 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。
 2 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
 3 「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ、業務内容・通勤方法を考慮したアプローチ(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。