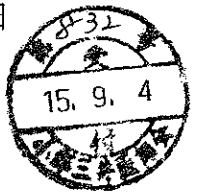


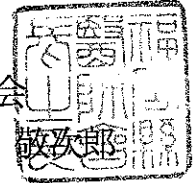


福岡県医師会第1088号(保)
平成15年 9月 3日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関 原 敬次郎



労災診療費算定基準の一部改定について

標記の件につきましては、平成15年9月1日付け福岡県医師会第1066号(保)にて再診料、外来管理加算及び外来診療料の逓減制が平成15年9月1日より廃止される旨ご連絡いたしておりましたが、今般、日本医師会からも同様の通知が別添のとおりまいりましたので、お知らせいたします。

なお、リハビリテーション料(発症の日から起算して3月超の場合)及び消炎鎮痛等処置に関する月内逓減制につきましては、現行どおり引き続き適用されますのでお間違いのないようお取扱いいただきますようお願い申し上げます。

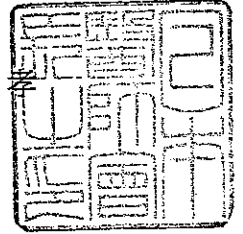
記

※平成15年9月1日より再診料、外来管理加算及び外来診療料の逓減制の廃止

- | | |
|-----------|--------|
| 1. 再診料 | 1,370円 |
| 2. 外来管理加算 | 52点 |
| 3. 外来診療料 | 68点 |

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
坪井 栄孝



労災診療費算定基準の一部改定について

健康保険診療報酬点数表等の一部改正が本年6月1日に実施されたことに伴い、労災診療費算定基準における再診料、外来管理加算及び外来診療料の取扱いが一部改定され、本年9月1日より実施されることとなり、厚生労働省労働基準局長及び労働基準局労災補償部補償課長より、関係機関に対し別紙のとおり通知されましたのでご連絡申し上げます。

今回の改定は、健康保険診療報酬において、再診料、外来管理加算及び外来診療料における月内通減制が廃止されたことを受け、労災診療費算定基準における再診料、外来管理加算及び外来診療料の月内通減制を廃止し、再診料については1,380円から1,370円(−10円)に改定され、外来管理加算及び外来診療料については、健康保険診療報酬に準じた取扱い(外来管理加算:52点、外来診療料:68点)としたものであります。

本取扱いについては、本年9月診療分の請求より適用されるものでありますので、関係会員への周知方ご高配賜わりたくよろしくお願い申し上げます。

なお、リハビリテーション料(発症の日から起算して3月超の場合)及び消炎鎮痛等処置に関する月内通減制につきましては、現行どおり引き続き適用されますのでお間違いのないようお取扱いいただきたくお願い申し上げます。

また、本会が作成しております労災点数表『労災診療費算定基準』につきましては、別紙のとおり修正し、また、ホームページにも掲載しておりますので、ご活用いただきますようお願いいたします。

<添付資料>

- ・労災診療費算定基準の一部改定について
(平15.8.28 基発第0828008号 厚生労働省労働基準局長)
- ・労災診療費算定基準の一部改定に伴う実施上の留意事項について
(平15.8.28 基労補発第0828001号 厚生労働省労働基準局労災補償部補償課長)
- ・『労災診療費算定基準(平成15年9月1日現在)』(日本医師会)



基 発 第 0828008 号
平成 15 年 8 月 28 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

労災診療費算定基準の一部改定について

労災診療費の算定については、昭和 51 年 1 月 13 日付け基発第 72 号「労災診療費算定基準について」(最終改正平成 14 年 11 月 19 日付け基発第 1119004 号)をもって取り扱ってきたところであるが、健康保険法(大正 11 年法律第 70 号)の規定による診療報酬点数表の一部改正(平成 15 年 5 月 29 日厚生労働省告示第 216 号)が行われたこと等の諸般の事情を考慮し、今般、労災診療費算定基準の一部を下記のとおり改め、平成 15 年 9 月 1 日以降の診療に係るものから適用することとしたので了知の上、関係職員及び医療機関等に対する周知に努めるとともに、その取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

- 1 記の 1 中「平成 14 年 3 月 8 日厚生労働省告示第 71 号」を「平成 15 年 5 月 29 日厚生労働省告示第 216 号」に改める。
- 2 記の 1 (4) を次のように改める。
再診料 1, 370 円

○ 労 災 診 療 費 算 定 基 準

	(昭和51年 1 月13日 付け基発第	72 号)
改定	昭和52年 4 月20日 付け基発第	228 号
改定	昭和53年 2 月22日 付け基発第	106 号
改定	昭和53年 3 月25日 付け基発第	176 号
改定	昭和56年 6 月 9 日 付け基発第	344 号
改定	昭和56年 9 月 2 日 付け基発第	554 号
改定	昭和59年 3 月 3 日 付け基発第	103 号
改定	昭和60年 2 月12日 付け基発第	74 号
改定	昭和60年 3 月 7 日 付け基発第	116 号
改定	昭和60年 3 月28日 付け基発第	167 号
改定	昭和60年 4 月10日 付け基発第	208 号
改定	昭和61年 3 月27日 付け基発第	171 号
改定	昭和62年 4 月 1 日 付け基発第	190 号
改定	昭和63年 4 月27日 付け基発第	291 号
改定	昭和63年 5 月12日 付け基発第	313 号
改定	平成元年 3 月29日 付け基発第	148 号
改定	平成元年 6 月12日 付け基発第	319 号
改定	平成 2 年 3 月30日 付け基発第	181 号
改定	平成 2 年 6 月12日 付け基発第	382 号
改定	平成 4 年 3 月30日 付け基発第	176 号
改定	平成 4 年 5 月28日 付け基発第	314 号
改定	平成 5 年 4 月 6 日 付け基発第	257 号
改定	平成 6 年 4 月11日 付け基発第	219 号
改定	平成 6 年 5 月23日 付け基発第	313 号
改定	平成 6 年 9 月27日 付け基発第	591 号
改定	平成 6 年10月28日 付け基発第	661 号
改定	平成 8 年 3 月29日 付け基発第	180 号
改定	平成 8 年 5 月29日 付け基発第	342 号
改定	平成 9 年 4 月15日 付け基発第	308 号
改定	平成10年 3 月31日 付け基発第	153 号
改定	平成10年 5 月29日 付け基発第	327 号
改定	平成12年 4 月13日 付け基発第	304 号
改定	平成12年 5 月17日 付け基発第	365 号
改定	平成14年 4 月10日 付け基発第	0410007 号
改定	平成14年11月19日 付け基発第	1119004 号
改定	平成15年 8 月28日 付け基発第	0828008 号

標記については、昭和51年1月13日付け基発第72号（最終改正平成14年11月19日）により取扱ってきたところであるが、今般、下記のとおり改め平成15年9月1日以降の診療に係るものから適用するので、了知のうえ取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

- 1 労働者災害補償保険法（以下「法」という。）の規定による療養の給付に要する診療費の算定は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成15年5月29日厚生労働省告示第216号による改正後の平成6年3月16日厚生省告示第54号）の別表第一医科診療報酬点数表及び第二歯科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）の診療報酬点数（以下「健保点数」という。）に労災診療単価を乗じて行うものとする。

ただし、初診料、再診料、処置、手術、リハビリテーション料の一部及び入院基本料等の額又は点数は、次に定めるところによるものとする。

(1) 初診料 3,590 円

(2) 削除

(3) 初診時ブラッシング料 91 点

創面が異物の混入、附着等により汚染している創傷の治療に際し、生理食塩水、蒸留水等を使用して創面のブラッシングを行った場合に算定できる。

ただし、この算定は同一傷病につき1回限り（初診時）とする。

(4) 再診料 1,370 円

(5) 再診時療養指導管理料 900 円

外来患者に対して再診の際に、療養上の食事、日常生活動作及び機能回復訓練に関する指導を行った場合に算定できる。

(6) 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

入院基本料の点数を、入院の日から起算して2週間以内の期間について

ては、健保点数（入院患者の入院期間に応じ、加算し又は減算する点数は含まない。）の 1.30 倍、それ以降の期間については、一律、健保点数の 1.01 倍（いずれも 1 点未満の端数は四捨五入する。）とする。

(7) 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加算

四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。)の傷病に係る次の処置等の点数は、健保点数の 1.5 倍として算定できる。(1 点未満の端数は 1 点に切り上げる。)

なお、手(手関節以下)、手の指に係る次のイ、ロの処置及びニの手術については、健保点数の 2 倍として算定できる。

また、次のニの手の指に係る創傷処理(筋肉に達しないもの。)については、指 1 本の場合は健保点数表における創傷処理の筋肉、臓器に達しないもの(長径 5 センチメートル未満)の点数(以下この項において「基本点数」という。)の 2 倍とし、指 2 本の場合は指 1 本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指 3 本の場合は指 2 本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指 4 本の場合は指 3 本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指 5 本の場合は基本点数を 5 倍した点数とする。

イ 創傷処置、術後創傷処置、絆創膏固定術、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置

ロ 関節穿刺及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

ハ 皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引(2 日目以降)、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」

ニ 皮膚切開術、創傷処理、デブリードマン、筋骨格系・四肢・体幹手術及び神経・血管の手術

ホ リハビリテーション

(8) 手指の創傷に係る機能回復指導加算 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、健保点数表における「皮膚切開術」、「創傷処理」、「デブリードマン」及び「筋骨格系・四肢・体幹」の手術を行った場合に一回に限り所定点数にさらに 190 点を加算できる。

(9) 削除

(10) 再就労療養指導管理料 月 1 回 2,400 円

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及

び入院治療を伴わず、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した「指導管理箋」を傷病労働者に交付し、指導を行った場合に算定できるものとする。

また、傷病労働者の主治医が、当該労働者の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。）に対して文書をもって情報提供をした場合についても算定できる。

ただし、同一傷病者につき各々3回を限度（慢性的な疾病を主病とする者で現に就労しているものについては、医師が必要と認める期間）とする。

(11) 入院室料加算

- | | | | |
|-------|------|----|-------------------------|
| 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。 |

入院室料加算は、次の①及び②の要件に該当する場合に算定できるものとし、その請求に当たっては、医療機関が表示している金額とする。

ただし、健保点数表において特定入院料として定められている点数（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び広範囲熱傷特定集中治療室管理料等）の算定の対象となっている傷病労働者については、入院室料加算は算定できないものであること及び②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とする。

- ① 厚生労働大臣から特別の療養環境の提供の承認を受けた病室で、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
 - 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。

(12) 削除

(13) 特別監視料 1日につき 200 点

頭部外傷等の傷病労働者が意識消失し、極めて重篤な症状にあり、常時監視し症状の変化に順応した適切な処置を講ずる必要がある場合に算定できる。

ただし、健保点数表における特定入院料の算定対象となっている傷病労働者については、特別監視料は算定できない。

(14) 消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）に係る点数は、負傷にあつては受傷部位ごとに、疾病にあつては1局所（上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの軀幹をそれぞれ1局所とする。）ごとに、1日につきそれぞれ健保点数を算定できる。

ただし、3部位以上又は3局所以上にわたり当該処置を施した場合は、1日につき3部位又は3局所を限度とする。

なお、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）と理学療法を同時に行った場合は、理学療法の点数と、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）の1部位（局所）に係る点数をそれぞれ算定できる。

(15) 病衣貸与料 1日につき 7 点

入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合に算定できる。

(16) 削除

(17) 削除

(18) 療養の給付請求書取扱料 2,000 円

労災保険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（告示様式第5号又は第16号の3）」を取り扱った場合（再発を除く。）に算定できる。

(19) 四肢固定用伸縮性包帯

四肢固定用伸縮性包帯を特定保険医療材料とする。

算定額は、実際に医療機関が購入した価格を10円で除し、労災診療単価を乗じた額とする。

(20) 救急医療管理加算

初診の傷病労働者について救急医療を行った場合に、次の金額を算定できる。

なお、健保点数表における「救急医療管理加算」と重複算定することはできない。

入院 6,000 円

入院外 1,200 円

ただし、この算定は同一傷病につき 1 回限り（初診時）とする。

(21) 理学療法併施加算 10 点

同一の患者に対し、健保点数表に定める理学療法の個別療法と集団療法を同一日に実施した場合は、個別療法の所定点数に10点を加算して算定できる。

ただし、この加算の算定は1日につき1回限りとする。

(22) リハビリテーション

発症の日から起算して3月以内の期間において、リハビリテーション料のうち個別療法又は集団療法を行った場合については、健保点数表に定める患者1人につき1月の合計単位数の逡減又は制限を行うことなく算定できる。

(23) 早期リハビリテーション加算

急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法（Ⅲ）程度の「個別療法」を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数を健保点数表における理学療法（Ⅲ）の所定点数に加算して算定できる。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした個別療法を行った場合は、１単位につき更に３０点を健保点数表における所定点数に加算する。

なお、当該加算の対象疾病については、健保点数表における「早期リハビリテーション加算」において定めているものと同様とし、(7)の四肢加算については上記加算前の点数を基礎として算定する。

イ 発症後 14 日以内に行われた場合 (1 単位につき) 100 点

ロ 発症後 15 日以上 30 日以内の期間に行われた場合
(1 単位につき) 80 点

ハ 発症後 31 日以上 90 日以内の期間に行われた場合
(1 単位につき) 30 点

- 2 前記 1 の労災診療単価は、別紙 1 に掲げる指定病院等に係るものは 11 円 50 銭とし、その他の指定病院等に係るものは 12 円とする。
- 3 指定薬局に係る療養の給付に要する費用の算定は、前記 1 の厚生省告示別表第三調剤報酬点数表に基づき行うものとする。
- 4 入院時の食事に係る療養の給付に要する費用については、平成 12 年 12 月 28 日厚生省告示第 569 号による改正後の平成 6 年 8 月 5 日厚生省告示第 237 号別表食事療養の費用額算定表に定める金額の 1.2 倍により算定するものとする。
なお、10 円未満の端数については四捨五入すること。
- 5 指定訪問看護事業者に係る療養の給付に要する費用については、平成 14 年 3 月 8 日厚生労働省告示第 83 号による改正後の平成 6 年 9 月 9 日厚生省告示第 296 号別表指定訪問看護の費用額算定表により算定するものとする。
- 6 法の規定による療養の費用を支給する場合の支給限度額の算定は、以上の取扱いに準じて行うものとする。
- 7 健保点数に労災診療単価を乗じて算定している項目については、改正後の健保点数により算定するものとする。
なお、薬価基準による算定についても、改正後の薬価基準によるので留意すること。
- 8 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(調整手当)により支給区分が甲地とされる地域をいい、入院室料加算の地域区分の乙地とは、同地域区分の甲地以外の地域をいう。

別紙 1

- 1 次の法人等が開設する医療機関
国（厚生労働省、文部科学省等）
地方公共団体（都道府県、市町村）
労働福祉事業団
厚生年金事業振興団（厚生団）
国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会
健康保険組合及び健康保険組合連合会
日本赤十字社
社会福祉法人
私立学校法による学校法人
国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会、日本私立学校振興・共済事業団及び国家公務員共済組合連合会
（社）全国社会保険協会連合会、（財）都道府県社会保険協会
船員保険会
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。）
結核予防会
公益法人の運営するハンセン病療養所（神山復生病院）
学術の研究を行う公益法人に付随するもの
- 2 上記 1 以外の法人税法（昭和 40 年法律第 34 号）別表第 2 の公益法人等が開設する医療機関のうち、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医療機関及び同法別表第 1 の公共法人が開設する医療機関



基労補発第0828001号
平成15年 8月28日

都道府県労働局
労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長
(契 印 省 略)

労災診療費算定基準の一部改定に伴う実施上の留意事項について

健康保険法（大正11年法律第70号）の規定による診療報酬点数表の一部改正（平成15年5月29日厚生労働省告示216号、以下「健保改正」という。）が行われ、平成15年6月1日より別紙のとおり、再診料、外来管理加算及び外来診療料の遡減制が廃止されたところである。

こうした健保改正等に伴う労災診療費の取扱いについては、平成15年8月28日付基発第0828008号「労災診療費算定基準の一部改定について」により指示されたところであるが、この運用に当たっては下記の事項に留意のうえ、その取扱いに遺漏のないよう留意されたい。

記

1 外来管理加算

再診料の加算である外来管理加算については、改定前は、労災診療費算定基準に基づき再診料の算定回数等に応じて改正前の健保点数を加算することとされていたところであるが、今般の改定によってこれが廃止されたことから、平成15年9月1日以降の診療については、改正後の健保点数により算定するものであること。

2 外来診療料

外来診療料については、改正後の健保点数により算定するものであること。

健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の改正

現 行	改 正
A001 再診料 1 病院の場合 イ 月の1回目の受診の場合 65点 ロ 月の2回目又は3回目の受診の場合 59点 ハ 月の4回目以降の受診の場合 30点 注 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者については、ロに掲げる所定点数を算定する。 2 診療所の場合 イ 月の1回目の受診の場合 81点 ロ 月の2回目又は3回目の受診の場合 74点 ハ 月の4回目以降の受診の場合 37点 注 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者については、ロに掲げる所定点数を算定する。 注1～3 (略) 4 入院中の患者以外の患者に対して、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を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 月の3回目までの受診の場合 52点	A001 再診料 1 病院の場合 58点 2 診療所の場合 73点 注1～3 (略) 4 入院中の患者以外の患者に対して、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を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。

ロ 月の4回目以降の受診の場合 26点

注 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者については、イに掲げる所定点数を算定する。

5・6 (略)

A002 外来診療料

1 月の1回目の受診の場合 77点

2 月の2回目以降の受診の場合

イ 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者の

場合 70点

ロ イ以外の場合 35点

注 1～4 (略)

5・6 (略)

A002 外来診療料 68点

注 1～4 (略)

労 災 診 療 費 算 定 基 準

(平成 1 5 年 9 月 1 日現在)

1. 単 価	○昭和36年11月11日	11 円 50 銭
		(武見会長・大野労災補償部長協定)
	○昭和45年 4 月 1 日改定	私的医療機関 …………… 12 円
		公的医療機関等 (非課税医療機関)
		…………… 11 円 50 銭

2. 点 数	○昭和36年11月11日	健保点数に準拠する
		(武見会長・大野労災補償部長協定)

○昭和51年1月1日改定 (全面改定)
○昭和52年4月1日改定 (一部改定)
○昭和53年2月1日改定 (健保関連)
○昭和53年4月1日改定 (一部改定)
○昭和56年6月1日改定 (健保関連)
○昭和56年9月1日改定 (一部改定)
○昭和58年2月1日改定 (健保関連)
○昭和59年3月1日改定 (健保関連)
○昭和59年4月1日改定 (一部改定)
○昭和60年3月1日改定 (健保関連)
○昭和60年4月1日改定 (一部改定)
○昭和61年4月1日改定 (健保関連)
○昭和61年5月1日改定 (一部改定)
○昭和63年4月1日改定 (健保関連)
○昭和63年5月1日改定 (一部改定)
○平成元年4月1日改定 (健保関連)
○平成元年7月1日改定 (一部改定)

○平成2年4月1日改定 (健保関連)
○平成2年5月1日改定 (一部改定)
○平成4年4月1日改定 (健保関連)
○平成4年5月1日改定 (一部改定)
○平成6年4月1日改定 (健保関連)
○平成6年5月1日改定 (一部改定)
○平成6年10月1日改定 (一部改定)
○平成8年4月1日改定 (健保関連)
○平成8年5月1日改定 (一部改定)
○平成9年4月1日改定 (健保関連)
○平成10年4月1日改定 (健保関連)
○平成10年5月1日改定 (一部改定)
○平成12年4月1日改定 (健保関連)
○平成12年5月1日改定 (一部改定)
○平成14年4月1日改定 (健保関連)
○平成14年4月1日改定 (一部改定)
○平成15年9月1日改定 (健保関連)

日 本 医 師 会

3. 健康保険の規定以外の特例的取扱い

目 次	
診 察 料	3
[初診料(3), 救急医療管理加算(3), 再診料(3), 外来管理加算に関する特例(3), 外来診療料(5)]	
監 視 料	5
[特別監視料(5)]	
指導・管理料	6
[再診時療養指導管理料(6), 再就労療養指導管理料(6)]	
画 像 診 断 料	7
[コンピューター断層撮影診断料(7)]	
処 置 料	8
[四肢の傷病に対する処置に係る特例(8), 消炎鎮痛等処置の特例(9), 消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」及び 「器具等による療法」と理学療法の併施(10), 消炎鎮痛等処置の併施(11), 消炎鎮痛等処置(湿布処置)と理学療法の併施(12)]	
手 術 料	14
[四肢の傷病に対する手術に係る特例(14), 手の指に係る創傷処理(筋肉に達しないもの。)(14), 手の指に係る骨折非観血的整復術(15), 手指の創傷に係る機能回復指導加算(15)]	
リハビリテーション料	16
[リハビリテーション料(16), 理学療法併施加算(17), 早期リハビリテーション加算(17)]	
入 院 料	20
[入院基本料(20), 入院基本料特例取扱点数一覧表(21), 労災治療計画加算(30), 入院室料加算(32), 入院室料加算における地域区分(33), 病衣貸与料(33)]	
入院時食事療養費	34
そ の 他	35
[初診時ブラッシング料(35), 固定用伸縮性包帯(35), 療養の給付請求書取扱料(35), 振動障害に係る検査料(36)]	
文 書 料	37

本表において*印が付いているのは、平成14年4月及び平成15年9月の改定で新たに設定された項目及び算定方法が変更された項目等である。

診 察 料

初 診 料（平 10.5 改定） 3,590 円

救急医療管理加算（平 6.5 実施）（平 8.5 改定）

同一傷病につき 1 回限り（初診時） 入 院：6,000 円
入院外：1,200 円

初診の傷病労働者について救急医療を行った場合に、上記金額を算定することができる。（指定医療機関が傷病労働者を受け入れる際に、当該労働者が初診である場合は、一般に緊急性があることから、入院した場合には入院初日に限り、入院外の場合は初めて来院した日に限り算定できる。）

なお、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」とは重複して算定することはできない。

また、健康保険における「特定療養費（初診時自己負担金）」とも重複して算定することはできない。

* 再 診 料（平 15.9 改定）

診療所及び病床数が 200 未満の病院において算定する。

..... 1,370 円

注）病床数の考え方は、健康保険診療報酬点数表の取扱いと同様。

* 外来管理加算に関する特例（平 4.4 実施）（平 15.9 改定）

健康保険診療報酬点数表では、病床数が 200 未満の病院又は診療所において、入院中の患者以外の患者に対して、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、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（以下「検査等」という。）を行った場合には、外来管理加算の算定はできないこととなっているが、労災保険では、健康保険診療報酬点数表で外来管理加算の算定ができないこととなっている検査等を行った場合であっても、外来管理加算の所定点数（52 点）に満たない検査等の点数がある場合に外来管理加算を算定することができる。

なお、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取扱いの適用がある場合は、適用後の特例点数を基準に算定する。

- (1) 外来管理加算の所定点数(52点)に満たない検査等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができる。

[算定例]

(イ) 消炎鎮痛等処置(器具等による療法)(四肢以外)

35点(<52点) → 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 87点(35点+52点(外来管理加算))

(ロ) 消炎鎮痛等処置(湿布処置「ロ」)(手若しくは手指)

24点 × 2.0倍(四肢加算) = 48点(<52点)

→ 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 100点(48点+52点(外来管理加算))

(ハ) 消炎鎮痛等処置(マッサージ等の手技による療法)(四肢)

35点 × 1.5倍(四肢加算) = 53点(52.5点)(>52点)

→ 外来管理加算を別に算定できない。

(ニ) 創傷処置「1」(四肢)

42点 × 1.5倍(四肢加算) = 63点(>52点)

→ 63点そのまま。

消炎鎮痛等処置(器具等による療法)(四肢以外)

35点(<52点) → 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 150点(63点+35点+52点)

(ホ) 慢性疼痛疾患管理料 130点 → 130点そのまま。

理学療法(Ⅲ)(集団療法)(四肢以外) 1単位

40点(<52点) → 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 222点(130点+40点+52点)

- (2) 外来管理加算の所定点数(52点)に満たない検査等の点数が2項目以上ある場合には、そのうち最も低い所定点数に対し外来管理加算を算定し、その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る。

[算定例]

消炎鎮痛等処置(器具等による療法)(四肢以外)

35点(<52点) → 外来管理加算を別に算定できる。

創傷処置「1」(四肢以外)

42点(<52点) → 52点に読み替える。

合 計 139点(35点+52点+52点)

*** 外 来 診 療 料**（平 12.4 実施）（平 15.9 改定）

..... **68 点**

病床数が 200 以上の病院における再診については、健康保険の取扱いと同様に、再診料に代えて、簡単な検査等を包括した外来診療料により算定する。

したがって、外来管理加算及び外来管理加算に関する特例についても算定することはできない。

また、外来診療料に包括される処置については、四肢加算の対象となる場合であっても、当該処置の点数及び当該四肢加算の点数を外来診療料の点数とは別に算定することはできない。

なお、病床数が 200 以上の病院が病床数 200 未満の他の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず、傷病労働者が自己の都合等により引き続き当該病院に受診することとなった場合は、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、当該病院は傷病労働者から選定療養費（特別の料金）を徴収できることとなる。

注）病床数の考え方は、健康保険診療報酬点数表の取扱いと同様。

監 視 料

特別監視料（昭 56.9 実施）

1 日につき **200 点**

頭部外傷等により意識消失し極めて重篤な状態にある患者に対して、常時監視し病状の変化に即応した適切な処置を講ずる必要がある場合（症状が固定し、植物状態にある患者は含まれない。）に算定することができる。

なお、健康保険診療報酬点数表における特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、広範囲熱傷特定集中治療室管理料等）との重複算定はできない。

指導・管理料

再診時療養指導管理料（昭 51.1 実施）（平 8.5 改定）

1 回の指導につき 900 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，機能回復訓練に関する指導）を行った場合に算定する。（指導の都度算定可能。ただし，療養上の指導の要点を診療録に記載する。）

なお，同一月において，健康保険診療報酬点数表における特定疾患療養指導料及び健康保険診療報酬点数表において特定疾患療養指導料と重複して算定できない指導料・管理料等（ウイルス疾患指導料，てんかん指導料，難病外来指導管理料，皮膚科特定疾患指導管理料，心臓ペースメーカー指導管理料及び慢性疼痛疾患管理料並びに在宅療養指導管理料，通院精神療法及び心身医学療法）との重複算定はできない。

再就労療養指導管理料（昭 56.9 実施）（昭 60.4 改定）（平 6.5 注の変更）

月 1 回 2,400 円

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 ヶ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，就労にあ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（職種，就労時間，職場環境等）を記載した「指導管理箋」を傷病労働者に交付し，指導を行った場合に算定することができる。

また，傷病労働者の主治医が，当該労働者の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，文書をもって情報提供した場合についても算定できる。

ただし，同一傷病労働者に対しては，各々 3 回を限度（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。）とする。

画像診断料

* コンピューター断層撮影診断料（昭 53.4 実施）（平 14.4 改定）

撮影料及び診断料の算定については、健康保険診療報酬点数表に定める該当するものの点数（下表）をもって算定する。

	頭 部	軀 幹	四 肢
単 純 C T 撮 影	620 点	830 点	570 点
特 殊 C T 撮 影	715 点	960 点	670 点
単 純 M R I 撮 影	1,140 点	1,220 点	1,160 点
特 殊 M R I 撮 影	1,760 点	1,880 点	1,790 点
コ ン ピ ュ ー タ ー 断 層 診 断	450 点（月 1 回）		

（健康保険診療報酬点数）

なお、健康保険においては、同一の部位に対して、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を同一月に 2 回以上行った場合は、当該月の 2 回目以降の断層撮影の費用は、撮影部位に応じて別に掲げる点数を算定することと規定されているが、労災保険においてはこの規定によらず、2 回目以降の断層撮影の費用においても、断層撮影の種類ごとにそれぞれ定められている点数をもって算定する。

〔算 定 例〕

- (1) 同一月に頭部に対し、1 回目単純 C T 撮影、2 回目単純 C T 撮影を行った場合

1 回目	単 純 C T 撮 影	620 点（＋診断料 450 点）
2 回目	単 純 C T 撮 影	620 点

合 計 1,240 点（診断料を含めると 1,690 点）

- (2) 同一月に頭部に対し、1 回目単純 C T 撮影、2 回目単純 M R I 撮影を行った場合

1 回目	単 純 C T 撮 影	620 点（＋診断料 450 点）
2 回目	単 純 M R I 撮 影	1,140 点

合 計 1,760 点（診断料を含めると 2,210 点）

- (3) 同一月に軀幹に対し、1 回目単純 C T 撮影、2 回目単純 M R I 撮影、3 回目特殊 C T 撮影を行った場合

1 回目	単 純 C T 撮 影	830 点（＋診断料 450 点）
2 回目	単 純 M R I 撮 影	1,220 点
3 回目	特 殊 C T 撮 影	960 点

合 計 3,010 点（診断料を含めると 3,460 点）

処 置 料

* 四肢の傷病に対する処置に係る特例（平 14.4 改定）

1. 四肢（鎖骨，肩甲骨及び股関節を含む。以下同じ。）の傷病に係る「創傷（熱傷，電撃傷，薬傷及び凍傷を含む。以下同じ。）処置」，「術後創傷処置」，「絆創膏固定術」，「ドレーン法」，「皮膚科軟膏処置」，「皮膚科光線療法」，「関節穿刺」，「鋼線等による直達牽引（2 日目以降。）」及び「消炎鎮痛等処置」

..... 健康保険診療報酬点数の 1.5 倍
（1 点未満の端数は 1 点として切り上げる）

2. 手（手関節以下）及び手の指に係る「創傷処置」，「術後創傷処置」，「絆創膏固定術」，「ドレーン法」，「皮膚科軟膏処置」，「関節穿刺」及び「消炎鎮痛等処置のうち湿布処置」

..... 健康保険診療報酬点数の 2.0 倍

注 1）薬剤料，特定保険医療材料料などは，特例取扱いの対象とならない。

- 2）健康保険診療報酬点数表において，処置面積を合算して算定する「創傷処置」等については，それぞれの倍率ごとに処置面積を合算して算定する。

- 3）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。

〔算 定 例〕

- (1) 頸部，右前腕及び右手指に「消炎鎮痛等処置（湿布処置「イ」）」を行った場合

頸 部（頸部の大部にわたる範囲）	35 点
右前腕（半肢の大部にわたる範囲）	53 点（35 点×1.5）
右手指（その他のもの）	48 点（24×2.0）

合 計	136 点（35 点+53 点+48 点）
-----	-----------------------

- (2) 左手 2 指，右手 3 指，右前腕，腰部及び右下腿に対する「創傷処置」を行った場合

左手指 2 指+右手 3 指（手にわたる範囲）	84 点（42 点×2.0）
腰部（1 肢に準ずる範囲）	75 点
右前腕+右下腿（1 肢に準ずる範囲）	113 点（75 点×1.5）

合 計	272 点（84 点+75 点+113 点）
-----	------------------------

*** 消炎鎮痛等処置の特例（平 14.4 改定）**

- | | |
|---|------|
| 1. マッサージ等の手技による療法 | 35 点 |
| 2. 器具等による療法（介達牽引を含む。） | 35 点 |
| 3. 湿布処置 | |
| イ 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの
..... | 35 点 |
| ロ その他のもの | 24 点 |

注 1) 消炎鎮痛等処置については、同一の傷病労働者につき同一月において、「器具等による療法」又は「湿布処置」を同一の部位（局所）に対して合わせて 5 回以上行った場合は、5 回目以降については健康保険診療報酬点数（上記点数）の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

- 2) 消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）に係る点数は、負傷にあつては受傷部位ごとに、疾病にあつては 1 局所（上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹をそれぞれ指し、全身を 5 局所に分けるものである。）ごとに、1 日につき所定点数を算定する。

ただし、3 部位以上又は 3 局所以上にわたり当該処置を施した場合は、1 日につき 3 部位又は 3 局所を限度とする。

なお、介達牽引は「器具等による療法」に含まれるため、3 部位又は 3 局所を限度として算定する。

- 3) 「湿布処置」については、1 日につき所定点数（倍率が異なる部位ごとに面積を合算する。）を算定する。
- 4) 消炎鎮痛等処置の四肢加算の取扱いは、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」については所定点数の 1.5 倍として、「湿布処置」については所定点数の 1.5 倍（手及び手指は 2 倍）として算定できる。
- 5) 消炎鎮痛等処置の種類及び部位（局所）については、レセプト上明確に記載する。

*** 消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」と理学療法の併施（平 6.5 実施）（平 14.4 改定）**

健康保険の規定に係わらず、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」と理学療法を併せて行った場合は、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）に係る点数（1 部位（局所）分）と理学療法の点数をそれぞれ算定できる。

ただし、消炎鎮痛等処置を複数部位（局所）に行っている場合で、その点数の合計が上記取扱いによる点数の合計を超える場合については、消炎鎮痛等処置の合計点数を算定して差し支えない。

〔算 定 例〕

注）以下の算定例は、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」と理学療法の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

- (1) 右上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法），右上肢に理学療法（Ⅳ）集団療法 1 単位を行った場合

（右上肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（右上肢）理学療法（Ⅳ）集団療法	53 点（35 点×1.5）

合 計	106 点（53 点+53 点）
-----	------------------

- (2) 頸部，右上肢及び左上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法），左上肢に理学療法（Ⅳ）集団療法 2 単位を行った場合

（頸 部）消炎鎮痛等処置（器具等）	35 点
（右上肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）理学療法（Ⅳ）集団療法	106 点（35 点×1.5=53×2）

消炎鎮痛等処置（1 部位）+理学療法	159 点（53 点+106 点）
--------------------	-------------------

消炎鎮痛等処置（3 部位）の合計	141 点（35 点+53 点+53 点）
------------------	-----------------------

したがって、この場合は、159 点を算定する。

- (3) 右下肢，右上肢及び左上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法），左上肢に理学療法（Ⅳ）集団療法 1 単位を行った場合

（右下肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（右上肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）理学療法（Ⅳ）集団療法	53 点（35 点×1.5）

消炎鎮痛等処置（1 部位）+理学療法	106 点（53 点+53 点）
--------------------	------------------

消炎鎮痛等処置（3 部位）の合計	159 点（53 点+53 点+53 点）
------------------	-----------------------

したがって、この場合は、159 点を算定する。

*** 消炎鎮痛等処置の併施（平 8.5 実施）（平 14.4 改定）**

健康保険の規定に係わらず、「湿布処置」と「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を同一日にそれぞれ異なる部位（局所）に行った場合は、「湿布処置」の所定点数に加えて、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」に係る点数（2 部位（局所）分）が算定できる。

ただし、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を 3 部位（局所）以上に行っている場合は、従前どおり「湿布処置」の点数を算定することなく「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」の点数のみ 3 部位（局所）まで算定することとして差し支えない。

[算 定 例]

注）以下の算定例は、消炎鎮痛等処置の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いとは加味されていない。

- (1) 右手指に湿布処置「ロ」、左上肢に湿布処置「イ」、頸部、右上肢及び右下肢に器具等による療法を行った場合

（右手指）湿 布 処 置「ロ」	48 点（24 点×2.0）
（左上肢）湿 布 処 置「イ」	53 点（35 点×1.5）
（頸 部）器具等による療法	35 点
（右上肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）
（右下肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）

湿布処置（所定点数）＋器具等による療法（2 部位）

207 点（101 点＋106 点）

器具等による療法（3 部位）の合計 141 点（35 点＋53 点＋53 点）

したがって、この場合は、207 点を算定する。

- (2) 頸部に湿布処置「イ」、右下肢、右上肢及び左上肢に器具等による療法を行った場合

（頸 部）湿 布 処 置「イ」	35 点
（右下肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）
（右上肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）

湿布処置（所定点数）＋器具等による療法（2 部位）

141 点（35 点＋106 点）

器具等による療法（3 部位）の合計 159 点（53 点＋53 点＋53 点）

したがって、この場合は、159 点を算定する。

*** 消炎鎮痛等処置（湿布処置）と理学療法の併施（平 12.5 実施）（平 14.4 改定）**

健康保険の規定に係わらず、消炎鎮痛等処置（湿布処置）と理学療法を同一日に行った場合は、消炎鎮痛等処置（湿布処置）に係る点数と理学療法の点数をそれぞれ算定できる。

ただし、消炎鎮痛等処置（湿布処置）に係る点数は、四肢加算の倍率が異なる複数の部位に行った場合であっても、いずれか1部位に係るものに限る。

また、消炎鎮痛等処置（湿布処置）と理学療法に加えて消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）を併施する場合については、合計3項目まで算定できる。

[算定例]

注）以下の算定例は、消炎鎮痛等処置（湿布処置）と理学療法の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

- (1) 右手指に消炎鎮痛等処置（湿布処置「ロ」）、左上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置「イ」）、左上肢に理学療法（Ⅳ）集団療法1単位を行った場合

（右手指）湿 布 処 置「ロ」	48 点（24 点×2.0）
（左上肢）湿 布 処 置「イ」	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）理学療法（Ⅳ）集団療法	53 点（35 点×1.5）

湿布処置（1 部位）＋理学療法（Ⅳ）集団

106 点（53 点＋53 点）

湿 布 処 置（2 部位）の合計 101 点（48 点＋53 点）

したがって、この場合は 106 点を算定する。

- (2) 右上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置「イ」）、頸部及び右下肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、左上肢に理学療法（Ⅳ）集団療法1単位を行った場合

（右上肢）湿 布 処 置「イ」	53 点（35 点×1.5）
（頸 部）消炎鎮痛等処置（器具等）	35 点
（右下肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）理学療法（Ⅳ）集団療法	53 点（35 点×1.5）

湿布処置＋消炎鎮痛等処置（器具等）（1 部位）＋理学療法

159 点（53 点＋53 点＋53 点）

湿布処置＋消炎鎮痛等処置（器具等）（2 部位）

141 点（53 点＋88 点）

消炎鎮痛等処置（器具等）（1 部位）＋理学療法

106 点（53 点＋53 点）

したがって、この場合は、159 点を算定する。

[参 考]

消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」），
消炎鎮痛等処置「湿布処置」，理学療法の取扱い

	消炎鎮痛等処置 「マッサージ等の 手技による療法」 「器具等による療法」	消炎鎮痛等処置 「湿布処置」 ※診療所外来のみ	理 学 療 法
消炎鎮痛等処置 「マッサージ等の 手技による療法」 「器具等による療法」	3 部 位（局所） まで算定	「湿布処置」の所 定点数及び（「マ ッサージ等によ る療法」及び「器 具等による療 法」）2 部位（局 所）まで算定	（「マッサージ等 の手技による療 法」及び「器具等 による療法」）1 部位（局所）及び 「理学療法」の所 定点数を算定
消炎鎮痛等処置 「湿布処置」 ※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 合算とする]	「湿布処置」1 部 位及び「理学療 法」の所定点数を 算定 （「マッサージ等 の手技による療 法」及び「器具等 による療法」を併 施している場合 は合計 3 項目ま で算定）
理 学 療 法			1 日につき所定 点数を算定

手術料

四肢の傷病に対する手術に係る特例（平 12.5 改定）

1. 四肢の傷病に係る「創傷処理」，「皮膚切開術」，「デブリードマン」，
「筋骨格系・四肢・体幹手術」及び「神経・血管の手術」
…………… 健康保険診療報酬点数（時間外加算等を含む。）の1.5倍
（1点未満の端数は1点として切り上げる）
2. 手（手関節以下）及び手の指に係る「創傷処理」，「皮膚切開術」，
「デブリードマン」，「筋骨格系・四肢・体幹手術」及び「神経・血管
の手術」
…………… 健康保険診療報酬点数（時間外加算等を含む。）の2.0倍

注)「植皮術、皮膚移植術」等の形成手術は特例取扱いの対象とならない。
また、薬剤料、特定保険医療材料料、輸血料なども対象とならない。

*手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの。）（平4.5実施）（平14.4改定）

手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの。）については、傷の長さにかかわらず指1本の場合は、健康保険診療報酬点数表の創傷処理の筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm未満）の点数の2倍とし、指2本の場合は指1本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指3本の場合は指2本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指4本の場合は指3本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指5本の場合は健保点数を5倍した点数とする。

[参考]	指1本の場合	940点 (470点×2.0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×5.0倍)

なお、指と他の部位に対し同時に創傷処理を行った場合は、別に算定できるものとする。

(例) 示指に 3 cm の創傷処理 □ 長さにかかわらず、
中指に 3 cm の創傷処理 1,410 点
手の甲に 6 cm の創傷処理 □ 長さによって、
 $850 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍（四肢加算）} = 1,700 \text{ 点}$

合 計 3,110 点

また、創傷処理（筋肉に達しないもの。）、骨折非観血的整復術及び指（手、足）に係る手術等を各々異なる手の指に対して併せて行った場合は、同一手術野とはみなさず各々の所定点数を合算した点数を算定する。

注) 手の指に係る創傷処理に対して、真皮縫合加算を算定する場合は、労災保険の点数を所定点数として真皮縫合加算(100分の50)を算定する。

*** 手の指に係る骨折非観血的整復術 (平 8.5 実施) (平 14.4 改定)**

手の指に係る骨折非観血的整復術については、指1本の場合は、健康保険診療報酬点数表の骨折非観血的整復術の点数の2倍とし、指2本の場合は指1本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指3本の場合は指2本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指4本の場合は指3本の点数に健保点数を加算した点数、指5本の場合は健保点数を5倍した点数とする。

〔参考〕 指1本の場合	2,880点 (1,440点×2.0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×5.0倍)

なお、指と他の部位に対し同時に骨折非観血的整復術を行った場合は、別に算定できるものとする。

(例) 環指中節骨、小指末節骨、第5中手骨に骨折非観血的整復術を行った場合

(環指中節骨) 骨折非観血的整復術	┌	指2本の場合
(小指末節骨) 骨折非観血的整復術		
(第5中手骨) 骨折非観血的整復術 3 (手)		
		4,320点
		1,440点×2.0 (四肢加算) = 2,880点

合	計	7,200点
---	---	--------

また、骨折非観血的整復術、創傷処理(筋肉に達しないもの。)及び指(手、足)に係る手術等を各々異なる手の指に対して併せて行った場合は、同一手術野とはみなさず各々の所定点数を合算した点数を算定する。

手指の創傷に係る機能回復指導加算 (昭 63.5 文言整理)

1 回限り 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、健康保険診療報酬点数表における「創傷処理」, 「皮膚切開術」, 「デブリードマン」及び「筋骨格系・四肢・体幹」の手術を行った場合に、1回に限り当該所定点数に加算する。

リハビリテーション料

＊リハビリテーション料（昭 56.9 実施）（平 4.4 文言整理）（平 14.4 改定）

1. 四肢の傷病に対するリハビリテーション

..... 健康保険診療報酬点数の1.5倍
（1点未満の端数は1点として切り上げる）

2. 四肢の傷病以外のリハビリテーション

..... 健康保険診療報酬点数に準拠

発症の日から起算して3月以内の期間において、リハビリテーション料のうち、個別療法又は集団療法を行った場合については、健康保険診療報酬点数表に定める患者1人につき1月の合計単位数の通減又は制限を行うことなく算定できる。

ただし、個別療法については、傷病労働者1人につき1日3単位に限り算定し、集団療法については、傷病労働者1人につき1日2単位に限り算定する。

なお、四肢の傷病に対するリハビリテーション料は、1単位ごとに所定点数に四肢加算の倍率を乗じるものとする。

また、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については、傷病労働者1人につき1日合計4単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計6単位）に限り算定する。

発症の日から起算して3月を超える日以降の期間においては次のとおり算定する。

イ 個別療法については、健康保険診療報酬点数表に定める別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者（傷病労働者）に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

なお、この場合の四肢加算は、1単位ごとに通減した後の所定点数に四肢加算の倍率を乗じるものとする。

ロ 集団療法については、1月合計8単位に限り算定する。

注1）発症の日から起算して3月を超える日の初日が月の途中であった場合には、当該3月を超える日の初日から月末までの間の受診において、個別療法は11単位目以降のものについて、所定点数の100分の70に相当する点数により算定し、集団療法は、8単位に限り算定する。

2）発症の日から起算して3月以内の期間の計算は、暦月によるものとする。

発症の日とは、レセプトの「傷病年月日」欄に記載された日をいう。（再診料においては、救急医療管理加算を算定した日を発症の日とすることができるが、リハビリテーション料においては、当該取扱いはできない。）

[別に厚生労働大臣が定める患者]

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- (2) 早期リハビリテーション加算を算定する患者

[経過措置]

平成14年3月31日以前に発症したものに係る発症の日については、平成14年4月1日を発症の日とみなす。

なお、早期リハビリテーション加算の算定に係る発症の日については、経過措置の取扱いの対象とされない。（レセプトに記載される「傷病年月日」を発症の日として算定する。）

*** 理学療法併施加算（平12.5実施）（平14.4改定）**

1日につき 10点

同一の患者に対し、健康保険診療報酬点数表に定める理学療法の個別療法と集団療法を同一日に実施した場合、健康保険においては、個別療法の所定点数のみにより算定するものであるが、労災保険においては、個別療法の所定点数に理学療法併施加算の10点を加算して算定できる。

ただし、この加算の算定は1日につき1回限りとする。

*** 早期リハビリテーション加算（平14.4実施）**

イ 発症後14日以内に行われた場合

1単位につき 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合

1単位につき 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合

1単位につき 30点

健康保険においては、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法（Ⅰ）（個別療法に限る。）又は理学療法（Ⅱ）（個別療法に限る。）を行った場合に、早期リハビリテーション加算を算定できるとされているが、労災保険においては、リハビリテーション計画の作成及びそれに基づく理学療法の実施を前提として、理学療法（Ⅰ）及び理学療法（Ⅱ）以外の医療機関においても算定できる。

この場合、理学療法（Ⅲ）を算定する医療機関にあっては、地方社会保険事務局に対し施設基準の届出が行われていることから、理学療法（Ⅰ）

及び理学療法（Ⅱ）を算定する医療機関と同様に取扱うこととし、理学療法（Ⅳ）を算定する医療機関にあつては、リハビリテーション実施計画書（健康保険における様式を準用。別紙参照。）を作成し、それに基づく理学療法（Ⅲ）程度の「個別療法」を行った場合は、上記区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ上記点数を健康保険診療報酬点数表における理学療法（Ⅲ）の所定点数に加算して算定できる。

ただし、理学療法（Ⅳ）を算定する医療機関が早期リハビリテーション加算を算定する場合においては、各月のレセプトに当該リハビリテーション実施計画書（写）を添付する。

また、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした個別療法を行った場合は、1単位につき更に30点を健康保険診療報酬点数表における所定点数に加算する。

なお、当該加算の対象疾病については、健康保険診療報酬点数表における「早期リハビリテーション加算」において定めているものと同様とし、四肢加算については上記加算前の点数を基礎として算定する。（早期リハビリテーション加算は四肢加算の対象としない。）

[早期リハビリテーション加算の対象疾患]

「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」とは、脳血管疾患、脊髄損傷等の脳・脊髄（中枢神経）外傷、大腿骨頸部骨折、下肢・骨盤等の骨折、上肢骨折又は開腹術・開胸術後の患者であり、理学療法による治療が必要と認められる患者をいう。

また、脊椎・関節の手術を受けた患者については、これらの患者のうち、理学療法による治療が必要と認められる患者については、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当する。

なお、開腹術・開胸術後の患者及び脊椎・関節の手術を受けた患者における発症の日の取扱いは、当該手術の日を発症の日として起算して算定し、この場合、レセプトの「摘要」欄に当該手術の日を記載する。

[理学療法（Ⅳ）を算定する医療機関における算定方法]

理学療法（Ⅳ）を算定する医療機関において、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に対して、リハビリテーション実施計画書を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法（Ⅲ）程度の「個別療法」を行った場合は、理学療法（Ⅲ）の個別療法の所定点数（1単位につき100点、傷病労働者1人につき1日3単位を限度。）に早期リハビリテーション加算の点数を加算して算定する。

この場合、レセプトにリハビリテーション実施計画書の写しを添付して請求する。

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	☐ 意識障害：（3-3-9：） ☐ 痴呆： ☐ 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： ☐ 筋力低下（部位，MMT：）					☐ 失行・失認： ☐ 音声・発話障害（ ☐ 構音障害， ☐ 失語症：種類） ☐ 摂食機能障害： ☐ 排泄機能障害： ☐ 拘縮： ☐ 褥瘡： ☐ 起立性低血圧：					
	基本動作	立位保持（装具：） ☐ 手放し， ☐ つかまり， ☐ 不可 平行棒内歩行（装具：） ☐ 独立， ☐ 一部介助， ☐ 非実施 訓練室内歩行（装具：） ☐ 独立， ☐ 一部介助， ☐ 非実施									

自立度 A D L・A S L等	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”」								
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・実行場所・介助内容等	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・場所（訓練室・病棟等）・介助内容等
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： ☐ 無， ☐ 有（時間帯：理由） 日中座位： ☐ 椅子， ☐ 車椅子， ☐ ベッド上， ☐ ギャッチアップ													

参加	職業（含：主婦・学業）（職種・業種・仕事内容：）	社会参加（内容・頻度等，発症前状況を含む）

目標	本人の希望
	家族の希望
	リハビリテーション終了の目安・時期

方針	
----	--

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
-----------------	-------	-------	--------

入 院 料

* 入院基本料（平 12.4 実施）（平 14.4 改定）

- イ 入院の日から起算して 2 週間以内の期間
..... 健康保険診療報酬点数の 1.30 倍
- ロ 上記以降の期間 健康保険診療報酬点数の 1.01 倍
(いずれも 1 点未満の端数は四捨五入)

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、健康保険診療報酬点数（入院患者の入院期間に応じ、加算又は減算する点数は含まない。）の 1.30 倍、それ以降の期間については、一律、健康保険診療報酬点数の 1.01 倍とする。

なお、健康保険において、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟として、入院基本料の所定点数から一定点数を減算する場合にあっては、当該減算後の所定点数を 1.30 倍ないし 1.01 倍するものである。

また、入院診療計画の基準、院内感染防止対策の基準、医療安全管理体制の基準及び褥瘡対策の基準を満たさないために、入院基本料の所定点数から一定点数を減算する場合にあっては、当該減算後の所定点数を 1.30 倍ないし 1.01 倍するものである。

さらに、日常生活障害加算及び痴呆加算を算定する場合にあっては、入院基本料の所定点数に日常生活障害加算及び痴呆加算を加算した後の所定点数を 1.30 倍ないし 1.01 倍するものである。

注）医療安全管理体制未整備減算及び褥瘡対策未実施減算は、平成 14 年 10 月 1 日から適用されるものである。

入院基本料特例取扱点数一覧表

1. 一般病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

I 群		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)
入院基本料 1		1,209点	2:1 70%以上	21日以内 〔平成14年9月30日まで 25日以内〕	1,572点	1,221点
		1,121点	2:1 40%以上 70%未満		1,457点	1,132点
入院基本料 2		1,107点	2.5:1 70%以上	26日以内 〔平成14年9月30日まで 28日以内〕	1,439点	1,118点
		1,031点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,340点	1,041点
入院基本料 3		939点	3:1 40%以上	28日以内	1,221点	948点
		849点	3:1 20%以上 40%未満		1,104点	857点
入院基本料 4		842点	3.5:1 40%以上	28日以内	1,095点	850点
		804点	3.5:1 20%以上 40%未満		1,045点	812点
入院基本料 5		783点	4:1 40%以上	28日以内	1,018点	791点
		768点	4:1 20%以上 40%未満		998点	776点

II 群		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)
入院基本料 3		974点	3:1 40%以上	29日以上 60日以内	1,266点	984点
		884点	3:1 20%以上 40%未満		1,149点	893点
入院基本料 4		880点	3.5:1 40%以上	29日以上 90日以内	1,144点	889点
		842点	3.5:1 20%以上 40%未満		1,095点	850点
入院基本料 5		820点	4:1 40%以上	29日以上	1,066点	828点
		805点	4:1 20%以上 40%未満		1,047点	813点

		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)
I 群	特別入院 基本料 1	569点	4:1 以上 20%未満	28日以内	740点	575点
	特別入院 基本料 2	540点	4:1 未満		702点	545点
II 群	特別入院 基本料 1	608点	4:1 以上 20%未満	29日以上	790点	614点
	特別入院 基本料 2	580点	4:1 未満		754点	586点

2. 療養病棟入院基本料（入院の日から起算して（１日につき））

	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 1	1,209点	5:1以上 20%以上	4:1以上	1,572点	1,221点
入院基本料 2	1,138点		5:1以上	1,479点	1,149点
入院基本料 3	1,098点		6:1以上	1,427点	1,109点
入院基本料 4	1,204点	6:1以上 20%以上	3:1以上	1,565点	1,216点
入院基本料 5	1,129点		4:1以上	1,468点	1,140点
入院基本料 6	1,076点		5:1以上	1,399点	1,087点
入院基本料 7	1,041点		6:1以上	1,353点	1,051点

〔健康保険診療報酬点数表における経過措置（算定制限）〕

療養病棟入院基本料の入院基本料３から７までは、当該入院基本料３から７までの算定要件を満たす保険医療機関のうち、平成１４年３月３１日において改正前の療養病棟入院基本料の入院基本料３から７までのいずれかを算定する病棟を有する病院である保険医療機関においてのみ、当該病棟に入院している患者について、平成１５年３月３１日までの間に限り算定できる。

〔平成１５年３月３１日まで〕

	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)
特別入院基本料 1	871点	6:1以上 20%未満	6:1以上	1,132点	880点
特別入院基本料 2	800点	6:1以上	6:1未満	1,040点	808点
		6:1未満	6:1以上		
		6:1未満	6:1未満		

〔平成１５年４月１日から〕

	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)
特別入院基本料 1	973点	5:1以上 20%未満	5:1以上	1,265点	983点
特別入院基本料 2	902点	5:1以上	5:1未満	1,173点	911点
		5:1未満	5:1以上		
		5:1未満	5:1未満		

3. 結核病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

	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)
入院基本料 1	1,101点	2:1 70%以上	25日以内	1,431点	1,112点
	1,013点	2:1 40%以上 70%未		1,317点	1,023点
入院基本料 2	1,002点	2.5:1 70%以上	28日以内	1,303点	1,012点
	926点	2.5:1 40%以上 70%未		1,204点	935点
入院基本料 3	858点	3:1 40%以上		1,115点	867点
	768点	3:1 20%以上 40%未		998点	776点
入院基本料 4	772点	3.5:1 40%以上		1,004点	780点
	734点	3.5:1 20%以上 40%未		954点	741点
入院基本料 5	713点	4:1 40%以上		927点	720点
	698点	4:1 20%以上 40%未		907点	705点
入院基本料 6	614点	5:1 40%以上		798点	620点
	602点	5:1 20%以上 40%未		783点	608点
入院基本料 7	572点	6:1 40%以上		744点	578点
	561点	6:1 20%以上 40%未		729点	567点

	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)
特別入院基本料 1	485点	6:1 以上 20%未		631点	490点
特別入院基本料 2	469点	6:1 未		610点	474点

4. 精神病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

	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)
入院基本料 1	1,037点	2:1 70%以上	25日以内	1,348点	1,047点
	949点	2:1 40%以上 70%未満		1,234点	958点
入院基本料 2	940点	2.5:1 70%以上	28日以内	1,222点	949点
	864点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,123点	873点
入院基本料 3	800点	3:1 40%以上		1,040点	808点
	710点	3:1 20%以上 40%未満		923点	717点
入院基本料 4	712点	3.5:1 40%以上		926点	719点
	674点	3.5:1 20%以上 40%未満		876点	681点
入院基本料 5	658点	4:1 40%以上		855点	665点
	643点	4:1 20%以上 40%未満		836点	649点
入院基本料 6	589点	5:1 40%以上		766点	595点
	577点	5:1 20%以上 40%未満		750点	583点
入院基本料 7	548点	6:1 40%以上		712点	553点
	537点	6:1 20%以上 40%未満		698点	542点

	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)
特別入院基本料 1	459点	6:1以上 20%未満		597点	464点
特別入院基本料 2	438点	6:1未満		569点	442点

5. 特定機能病院入院基本料〔Ⅰ群〕（入院の日から起算して（1日につき））

Ⅰ群	病棟区分	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)
入院基本料 1	一般病棟	1,209点	2:1 70%以上	28日以内	1,572点	1,221点
		1,121点	2:1 40%以上 70%未満		1,457点	1,132点
	結核病棟	1,101点	2:1 70%以上		1,431点	1,112点
		1,013点	2:1 40%以上 70%未満		1,317点	1,023点
	精神病棟	1,037点	2:1 70%以上		1,348点	1,047点
		949点	2:1 40%以上 70%未満		1,234点	958点
入院基本料 2	一般病棟	1,107点	2.5:1 70%以上		1,439点	1,118点
		1,031点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,340点	1,041点
	結核病棟	1,002点	2.5:1 70%以上		1,303点	1,012点
		926点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,204点	935点
	精神病棟	940点	2.5:1 70%以上		1,222点	949点
		864点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,123点	873点

〔健康保険診療報酬点数表における経過措置（算定制限）〕

特定機能病院入院基本料のうち一般病棟に係るものは、当該入院基本料の一般病棟に係るものの算定要件を満たす保険医療機関のうち、特定機能病院である保険医療機関においてのみ、当該入院基本料の一般病棟に係るものを算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、平成15年3月31日までの間において別に厚生労働大臣が定める日までの間に限り算定できる。

5-2. 特定機能病院入院基本料〔Ⅱ群〕（入院の日から起算して（1日につき））

Ⅱ群	病棟区分	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)
入院基本料 1	一般病棟	1,244点	2:1 70%以上	29日以上 33日以内	1,617点	1,256点
		1,156点	2:1 40%以上 70%未満		1,503点	1,168点
	結核病棟	1,101点	2:1 70%以上		1,431点	1,112点
		1,013点	2:1 40%以上 70%未満		1,317点	1,023点
	精神病棟	1,037点	2:1 70%以上		1,348点	1,047点
		949点	2:1 40%以上 70%未満		1,234点	958点
入院基本料 2	一般病棟	1,142点	2.5:1 70%以上	29日以上 36日以内	1,485点	1,153点
		1,066点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,386点	1,077点
	結核病棟	1,002点	2.5:1 70%以上		1,303点	1,012点
		926点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,204点	935点
	精神病棟	940点	2.5:1 70%以上		1,222点	949点
		864点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,123点	873点
入院基本料 3	一般病棟	983点	3:1 70%以上	29日以上	1,278点	993点
		971点	3:1 40%以上 70%未満		1,262点	981点
	結核病棟	883点	3:1 70%以上		1,148点	892点
		871点	3:1 40%以上 70%未満		1,132点	880点
	精神病棟	811点	3:1 70%以上		1,054点	819点
		799点	3:1 40%以上 70%未満		1,039点	807点

〔健康保険診療報酬点数表における経過措置（算定制限）〕

特定機能病院入院基本料のうち一般病棟に係るものは、当該入院基本料の一般病棟に係るものの算定要件を満たす保険医療機関のうち、特定機能病院である保険医療機関においてのみ、当該入院基本料の一般病棟に係るものを算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、平成15年3月31日までの間において別に厚生労働大臣が定める日までの間に限り算定できる。

6. 専門病院入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

	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)
入院基本料 1	1,209点	2:1 70%以上	33日以内	1,572点	1,221点
	1,121点	2:1 40%以上 70%未満		1,457点	1,132点
入院基本料 2	1,107点	2.5:1 70%以上	36日以内	1,439点	1,118点
	1,031点	2.5:1 40%以上 70%未満		1,340点	1,041点

7. 障害者施設等入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

	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)
入院基本料 1	1,244点	2:1 70%以上	1,617点	1,256点
	1,156点	2:1 40%以上 70%未満	1,503点	1,168点
入院基本料 2	1,142点	2.5:1 70%以上	1,485点	1,153点
	1,066点	2.5:1 40%以上 70%未満	1,386点	1,077点
入院基本料 3	974点	3:1 40%以上	1,266点	984点
	884点	3:1 20%以上 40%未満	1,149点	893点
入院基本料 4	877点	3.5:1 40%以上	1,140点	886点
	839点	3.5:1 20%以上 40%未満	1,091点	847点
入院基本料 5	818点	4:1 40%以上	1,063点	826点
	803点	4:1 20%以上 40%未満	1,044点	811点

8. 老人病棟入院基本料（入院の日から起算して（１日につき））

	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 1	1,153 点	6 : 1 以上 20%以上	3 : 1 以上	1,499 点	1,165 点
入院基本料 2	1,078 点		4 : 1 以上	1,401 点	1,089 点
入院基本料 3	1,025 点		5 : 1 以上	1,333 点	1,035 点
入院基本料 4	990 点		6 : 1 以上	1,287 点	1,000 点
入院基本料 5	860 点	6 : 1 以上	8 : 1 以上	1,118 点	869 点

特別入院基本料	737 点	看護配置 6 : 1 未満又は 看護補助配置 8 : 1 未満	958 点	744 点
---------	-------	------------------------------------	-------	-------

〔健康保険診療報酬点数表における経過措置（算定制限）〕

老人病棟入院基本料は、当該入院基本料の算定要件を満たす保険医療機関のうち、平成14年3月31日において、改正前の老人病棟入院基本料を算定する病棟を有する病院である保険医療機関においてのみ、当該病棟に入院している患者について、平成15年8月31日までの間に限り算定できる。

9. 有床診療所入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

I 群	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料 1	489点	10人以上	636点	494点
入院基本料 2	456点	5人以上	593点	461点
入院基本料 3	415点	1人以上	540点	419点

II 群	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料 3	380点	1人以上	494点	384点
入院基本料 4	345点	規定無し	449点	348点

10. 有床診療所療養病床入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

	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	816点	6:1以上	6:1以上	1,061点	824点
特別入院基本料	711点	算定基準に該当しない場合		924点	718点

*** 労災治療計画加算（平 10.5 実施）（平 14.4 改定）**

病院・診療所 100 点

収容施設を有する診療所及び病院において、入院の際に医師、看護師、その他関係職種が共同して総合的な治療計画を策定し、医師が入院後 7 日以内に労災治療計画書（別紙様式）又はこれに準ずる文書（以下、「様式」という。）により傷病名及び傷病の部位、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、入院中の注意事項、退院時において見込まれる回復の程度等について説明を行った場合、1 回の入院につき、1 回限り所定点数（100 点）を入院基本料又は特定入院料に加算する。

ただし、入院基本料と特定入院料において、それぞれ算定できるものではない。

なお、取扱いはおのとおりにする。

- (1) 入院が予定されている傷病労働者（以下、「患者」という。）に対して、外来において治療計画を策定し、様式による説明を行った場合は、入院初日に当該加算を算定する。
- (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扱われる再入院については、当該加算の算定はできない。
- (3) 入院時、治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあつては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載する。
- (4) 医師の病名等の説明に対して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る。
- (5) 説明に用いた様式は、患者（医師の説明に対して理解ができないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付する。
- (6) 労災治療計画加算の請求にあたっては、診療費請求内訳書（レセプト）の「特定入院料・その他」欄に点数、「摘要」欄に名称を記載する。

ただし、当該加算を算定した年月日と「入院年月日」欄の年月日が異なる場合は、「摘要」欄にその加算を算定した「年月日」を記載する。

注）当該治療計画の策定及び説明を行わない場合にあつては、当該加算を算定できないことはもとより、健康保険における取扱いと同様に、1 入院中 1 回について、入院基本料又は特定入院料の所定点数から 350 点を減算して算定する。

労 災 治 療 計 画 書

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
傷病名 （他に考え得る病名）	
傷病部位	
症状	
入院日及び 推定される入院期間	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
入院中の注意事項	
退院時において 回復が見込まれる程度	
その他 （看護、リハビリテーション等の計画）	

注1) 傷病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって、変わり得るものである。

2) 入院期間は、現時点で予想されるものである。

3) 退院時において回復が見込まれる程度は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 印

* 入院室料加算（平 14.4 改定）

1. 個 室（1日につき）	甲地）10,000 円を限度 乙地）9,000 円を限度
2. 2 人部屋（1日につき）	甲地）5,000 円を限度 乙地）4,500 円を限度
3. 3 人部屋（1日につき）	甲地）5,000 円を限度 乙地）4,500 円を限度
4. 4 人部屋（1日につき）	甲地）4,000 円を限度 乙地）3,600 円を限度

入院室料加算は、次の(1)及び(2)の要件に該当する場合に算定できるものとし、その請求に当たっては、上記設定額を限度とし、医療機関が表示している金額又は入院室料加算の限度額のいずれか低い額とする。

なお、(2)のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度として算定する。

また、健康保険診療報酬点数表において特定入院料として定められている点数（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び広範囲熱傷特定集中治療室管理料等）、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及び診療所療養病床療養環境加算との重複算定はできない。

(1) 厚生労働大臣から特別の療養環境の提供の承認を受けた病室で、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ると認めたもの。

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。

入院室料加算における地域区分

(甲地)

[平成 14 年 4 月 1 日現在]

都 道 府 県	地 域 区 分
埼 玉 県	さいたま市
千 葉 県	千葉市
東 京 都	特別区，八王子市，立川市，武蔵野市，三鷹市，府中市，調布市，町田市，小金井市，国分寺市，国立市，狛江市，多摩市，稲城市，西東京市
神 奈 川 県	横浜市，川崎市，横須賀市，鎌倉市，三浦郡葉山町
愛 知 県	名古屋市
京 都 府	京都市
大 阪 府	大阪市，豊中市，吹田市，高槻市，守口市，枚方市，茨木市，寝屋川市，箕面市，高石市，堺市，岸和田市，池田市，泉大津市，貝塚市，八尾市，泉佐野市，富田林市，和泉市，東大阪市
兵 庫 県	神戸市，尼崎市，西宮市，芦屋市，伊丹市，宝塚市
福 岡 県	福岡市

甲地：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（調整手当）により支給区分が甲地とされる地域

乙地：甲地以外の地域

病衣貸与料（昭 51.1 実施）（平 10.4 改定）

1 日につき 7 点

入院患者に対し，医療機関が病衣を貸与した場合（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場合，若しくは傷病の感染予防上の必要性から医療機関が患者に病衣を貸与した場合）に算定する。

入院時食事療養費

入院時食事療養費（平 6.10 実施）（平 12.4 改定）

金額は、健康保険における「食事療養の費用額算定表」に定める金額の
1.2 倍により算定する。（10 円未満の端数は四捨五入）

食事療養の費用額算定表

1 入院時食事療養（Ⅰ）（1 日につき）…………… 2,300 円

注 1 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社会保険事務局長に届け出て当該基準による食事療養を行う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算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める特別管理に関する基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出て当該基準による特別管理を行ったときは、**240 円**を加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、**420 円**を加算する。

4 当該患者（療養病棟に入院する患者を除く。）について、食堂における食事療養を行ったときは、**60 円**を加算する。

5 複数の献立による食事療養を行ったときは、**60 円**を加算する。

2 入院時食事療養（Ⅱ）（1 日につき）…………… 1,820 円

注 入院時食事療養（Ⅰ）を算定する医療機関以外の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算定する。

そ の 他

初診時ブラッシング料（昭 63.5 改定）

同一傷病につき 1 回限り（初診時）…………… 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る。

ただし，健康保険診療報酬点数表上（手術の項）の「デブリードマン」及び「創傷処理におけるデブリードマン加算」との重複算定はできない。

なお，健康保険診療報酬点数表における処置，手術の時間外，深夜又は休日加算の算定にあたっては，初診時ブラッシング料の点数をそれぞれの所定点数に含めて取扱う。

したがって，初診時ブラッシング料を含む処置の所定点数の合計が 150 点未満の場合には，時間外等加算の対象とはならない。

* 固定用伸縮性包帯（平 8.5 実施）（平 14.4 改定）

固定用伸縮性包帯については，処置及び手術において頭部・頸部・躯幹及び四肢に使用した場合に算定できる。

算定額は，実際に医療機関が購入した価格を 10 円で除し，労災診療単価を乗じた額とする。

なお，健康保険診療報酬点数表における腰部固定帯加算（180 点）については，180 点を超える腰部固定帯を使用した場合は，実費相当額で算定して差し支えない。

療養の給付請求書取扱料（平 1.7 実施）…………… 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（告示様式第 5 号又は第 16 号の 3）」を取り扱った場合（再発を除く。）に算定することができる。

なお，非指定医療機関においては算定できない。

振動障害に係る検査料

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 6 0 点
(2) 維持握力（60％法）検査	片手，両手にかかわらず 6 0 点
つまみ力検査	片手，両手にかかわらず 6 0 点
タッピング検査	片手，両手にかかわらず 6 0 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) 常温下での爪圧迫検査	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 4 0 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 4 0 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

文 書 料

文 書 料 (平 8.4 改定)

次の各請求書，報告書に記載若しくは添付すべき証明書，診断書の料金はそれぞれ以下に定めるところによる。（各 1 通につき）

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名 称 番 号	請 求 方 法	料 金
障害（補償）給付の支給を受けようとする者が，障害（補償）給付請求書に添付して提出した「障害の部位及び状態に関する診断書」（以下「障害の状態に関する診断書」という。）	労働者災害補償保険法 施行規則 第 14 条の 2 第 3 項	障害（補償） 給付請求書 [様式] 第 10 号 第 16 号の 7	療養の費用 請求書	4,000 円
障害（補償）年金の受給権者が，障害の程度に変更があったとして，障害（補償）給付変更請求書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第 14 条の 3 第 3 項	障害（補償）給 付変更請求書 [様式] 第 11 号		4,000 円
障害（補償）年金の受給権者が定期報告書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第 21 条第 2 項第 1 号	年金等の受給 権者の定期報 告書 [様式] 第 18 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）年金転給等請求書を添付して提出した「障害の状態に関する診断書」（労働者の死亡が業務上でないという理由で遺族（補償）年金支給の対象とならなかった場合における診断書を除く。）	労働者災害補償保険法 施行規則 第 15 条の 2 第 3 項第 5 号 第 7 号 第 15 条の 3 第 2 項第 2 号 第 15 条の 4 第 2 項第 2 号	遺族（補償） 年金請求書 [様式] 第 12 号 第 16 号の 8 遺族（補償） 年金転給等 請求書 [様式] 第 13 号	告示様式 第 7 号(1) 第 16 号の 5(1) 病院等 → 労働者等 → 署	4,000 円
障害の状態にあることにより遺族（補償）年金の受給権者となっている者及び遺族（補償）年金の受給権者である妻が，定期報告書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」（障害の状態にあることにより遺族（補償）年金の受給資格を有し，かつ，受給権者と生計を同じくしている者についての障害の状態に関する診断書を含む。）	労働者災害補償保険法 施行規則 第 21 条第 2 項第 2 号	年金等の受給 権者の定期報 告書 [様式] 第 18 号		4,000 円

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名 称 番 号	請 求 方 法	料 金
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6カ月を経過した日以後傷病（補償）年金の支給決定に必要と認めた場合に傷病の状態等に関する届出書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 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	4,000 円
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6カ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カ月以内に提出させる傷病の状態に関する届出書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 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	診療費請求書 （含内訳） 診機様式 第1号 （含2～9） 病院等 → 局	4,000 円
休業（補償）給付の支給を受けようとする者の負傷又は疾病が毎年1月1日において療養開始後1年6カ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業（補償）給付請求書に添付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第19条の2第2項	傷病の状態等に関する届 [様式] 第16号の11	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)	4,000 円
傷病（補償）年金の受給権者が定期報告書に添付して提出した「負傷又は疾病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第21条第2項第3号	年金等の受給権者の定期報告書 [様式] 第18号	病院等 → 労働者 → 署	4,000 円
傷病（補償）年金の受給権者が障害の程度に変更があった場合に提出する傷病の状態の変更に関する届書に添付する「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 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）給付の支給を受けようとする者が介護（補償）給付支給請求書に添付して提出した「診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第18条の3の5 第3項第1号	介護（補償）給付支給請求書 [様式] 第16号 の2の2	※障害（補償）年金受給者である場合には、療養の費用請求書	4,000 円

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名 称 番 号	請 求 方 法	料 金
労働基準監督署長が、療養（補償）給付を受けている者（傷病（補償）年金を受けている者を含む。）について療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために必要と認め、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該診断書			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）給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	労働者災害補償保険法 施行規則 第 13 条第 2 項	休業（補償） 給付請求書 [様式] 第 8 号 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	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の看護に関する証明	労働者災害補償保険法 施行規則 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	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	1,000 円
労働基準監督署長が労働者災害補償保険法第 47 条の 2 の規定による受診命令に基づいて作成依頼する意見書等	労働者災害補償保険法 第 47 条の 2 平成 8 年 7 月 24 日 基発第 479 号			一般的な 医 学 事 項 7,000 円 特に高度な 医学的事項 20,000 円

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名 称 番 号	請 求 方 法	料 金
はり・きゅう及びマッサージの施術に係る診断書	昭和 57 年 6 月 2 日 基発第 384 号	はり・きゅう 診断書 〔様式〕 第 1 号 マッサージ 診断書 〔様式〕 第 2 号 昭和 57 年 5 月 31 日 基発第 375 号	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	はり・きゅう 単独 3,000 円
			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	一般医療と はり・きゅう 併用 3,000 円 「施術効果の評価表」添付の場合 4,000 円
				マッサージ 3,000 円

労災診療費算定基準の一部改定に関する『Q & A』

(平成 14 年 4 月 1 日改定分)

[診 察 料]

Q 1. 再診料における発症の日について、傷病年月日と救急医療管理加算の算定日が同一日の場合、レセプトの「摘要」欄に救急医療管理加算の算定日を記載する必要があるか。

A. 必要ない。傷病年月日と救急医療管理加算の算定日が同一日の場合、レセプトの「傷病年月日」欄に記載された日を発症の日とするため、救急医療管理加算の算定日を記載する必要はない。

Q 2. 再診料において、救急医療管理加算を算定した日を発症の日として算定する場合、当該加算の算定日が傷病年月日と同一日ではないが、当該月においては、傷病年月日を起算日としても 3 月以内にあたる場合は、レセプトの「摘要」欄への当該加算算定日の記載を省略することが可能か。

A. 可能である。ただし、傷病年月日から起算して 3 月を超える日の属する月においては、レセプトの「摘要」欄に救急医療管理加算の算定日を必ず記載すること。

Q 3. 再診料における経過措置（発症の日）の取扱いについて、レセプトの「摘要」欄等に何か記載が必要となるのか。

A. 必要ない。「傷病年月日」欄に記載された日が、平成 14 年 3 月 31 日以前のものについては、自動的に平成 14 年 4 月 1 日を発症の日とみなす。

Q 4. 慢性疼痛疾患管理料を算定した月においても、外来管理加算の特例取扱いは適用されるのか。

A. 労災保険においては、慢性疼痛疾患管理料（130 点）を算定した場合であっても、外来管理加算の所定点数（52 点又は 26 点）に満たない検査等の点数がある場合には、外来管理加算の算定が可能であり、外来管理加算の所定点数に満たない検査等の点数が 2 項目以上ある場合は、最も低い検査等に対し外来管理加算を算定し、その他の検査等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る。

Q 5. 慢性疼痛疾患管理料を算定する傷病労働者については、発症の日にかかわらず算定月における再診料は、逡減することなく 1,380 円を算定することとなるが、外来管理加算の特例取扱いにおいても同様に、発症の日にかかわらず外来管理加算の所定点数を 52 点として算定することとなるのか。

A. 慢性疼痛疾患管理料を算定する傷病労働者においては、算定月における再診

料は通減することなく 1,380 円を算定するが、外来管理加算の特例取扱いについては、発症の日から起算して 3 月以内の期間及び発症の日から起算して 3 月を超える日以降における月の 1 回目から 5 回目までの受診の場合、外来管理加算の所定点数（52 点）に満たない検査等の点数がある場合に外来管理加算を算定することができ、発症の日から起算して 3 月を超える日以降における月の 6 回目以降の受診の場合、外来管理加算の通減後の所定点数（26 点）に満たない検査等の点数がある場合に外来管理加算を算定することができる。

Q 6. 外来診療料には、再診料における「発症の日から 3 月以内は通減しない特例」や「月の 5 回目まで通減しない特例」の取扱いは適用されないのか。

A. 適用されない。外来診療料については、健康保険診療報酬点数表の算定方法に準ずる。

[指 導 ・ 管 理 料]

Q 7. 同一月において、慢性疼痛疾患管理料と再診時療養指導管理料を重複して算定することは可能か。

A. 再診時療養指導管理料は、健康保険診療報酬点数表において特定疾患療養指導料と重複して算定することができない指導料・管理料等との重複算定はできない。したがって、慢性疼痛疾患管理料と再診時療養指導管理料を同一月に重複して算定することはできない。

[処 置 料]

Q 8. 健康保険診療報酬点数表において、術後創傷処置は術後 14 日を限度に算定することとなったが、労災保険においても同様の取扱いとなるのか。

A. 健康保険に準じて、術後 14 日以内に実施された創傷処置は「術後創傷処置」により算定し、14 日を超えて実施した場合は「創傷処置」として算定する。

Q 9. 健康保険診療報酬点数表の改定により、介達牽引が消炎鎮痛等処置に含まれたが、介達牽引についても 1 日につき 3 部位又は 3 局所を限度に算定が可能か。

A. 可能である。

Q10. 健康保険診療報酬点数表の改定により、介達牽引が消炎鎮痛等処置に含まれたため、外来診療料を算定する場合、介達牽引は別途算定できなくなったのか。

A. そのとおり。外来診療料に消炎鎮痛等処置が含まれるため、介達牽引を別途算定することはできない。

Q11. 健康保険診療報酬点数表の改定により、消炎鎮痛等処置のうち「器具等による療法」及び「湿布処置」については、同一の患者に同一月に合わせて 5 回以

上行った場合、5回目以降については50/100に相当する点数により算定することとなったが、労災保険においてはどのような取扱いとなるのか。

- A. 労災保険においては、同一の患者について同一月に同一部位に対して合わせて5回以上行った場合、5回目以降については50/100に相当する点数により算定する。したがって、消炎鎮痛等処置（器具等による療法）は、3部位（局所）まで算定することが可能であるため、それぞれの部位ごとに4回目までは100/100、5回目以降は50/100に相当する点数により算定することとなる。

Q12. 消炎鎮痛等処置を算定する場合、レセプトには「消炎鎮痛等処置〇〇（点）×〇（回）」と記載すればよいのか。

- A. 消炎鎮痛等処置には、「1. マッサージ等の手技による療法」、「2. 器具等による療法」、「3. 湿布処置イ又はロ」があり、特例取扱い等により算定方法が異なることから、レセプトに記載する際にはその種類及び部位（局所）について、具体的に明記する必要がある。

例えば、「消炎鎮痛等処置1（腰部）〇〇（点）×〇（回）」

「消炎鎮痛等処置器具等（腰部）〇〇（点）×〇（回）」

「湿布処置イ（頸部）〇〇（点）×〇（回）」

と記載する。

Q13. 健康保険診療報酬点数表の改定により、ギプス料が処置に移項されたが、これにより休日加算、時間外加算及び深夜加算の算定が可能となったのか。

- A. そのとおり。処置に移項されたことに伴い、処置の通則に規定されているとおり処置点数が150点以上の場合には、休日加算（80/100）、時間外加算（40/100）及び深夜加算（80/100）の算定が可能である。

[手術料]

Q14. 右前腕及び左前腕に全層、分層植皮術（広範囲熱傷以外）を行った場合、それぞれ所定点数を算定することができるか。

- A. 算定できる。健康保険診療報酬点数表の改定により、広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定することができる。

[リハビリテーション料]

Q15. リハビリテーション料における発症の日は、再診料における発症の日と同一日と考えてよいのか。

- A. リハビリテーション料の発症の日とは、レセプトの「傷病年月日」欄に記載

された日を指すものであり、再診料の発症の日とは、「傷病年月日」若しくは「救急医療管理加算を算定した日」となるので、必ずしも同一日になるとは限らない。

Q16. リハビリテーション料における発症の日から起算して3月以内の期間とは、暦月による期間をいい、早期リハビリテーション加算は発症の日から90日以内の日数による期間をいうもので、期間の計算方法が異なると考えてよいのか。

A. そのとおり。例えば、発症の日が4月10日の場合、リハビリテーション料については、7月9日までが3月以内の期間となり、早期リハビリテーション加算については、7月8日までが90日以内の期間となる。

Q17. 発症の日から3月以内はリハビリテーション料の逓減や制限をしない特例取扱いはあるが、言語聴覚療法も適用されるか。

A. 適用される。

Q18. 理学療法（Ⅳ）集団療法（35点）を四肢の傷病に対し、1日に2単位実施した場合の算定方法は、下記のいずれか。

1. $70 \text{ 点} \times 1.5 \text{ (四肢加算)} = 105 \text{ 点}$
2. $35 \text{ 点} \times 1.5 \text{ (四肢加算)} = 53 \text{ 点 (52.5 点)} \times 2 \text{ (単位)} = 106 \text{ 点}$

A. 2. の算定方法により請求する。四肢の傷病に対するリハビリテーション料の算定は、1単位ごとに所定点数に四肢加算の倍率を乗じるものとする。

Q19. 四肢以外の傷病に対する理学療法（Ⅳ）集団療法（35点）を1日に2単位実施した場合、1単位目の35点に外来管理加算（52点）を加え、2単位目の35点を52点に読み替えて算定することとなるか。

A. そのとおり。四肢加算と同様に、1単位ごとを所定点数として算定する。

Q20. 労災保険では、理学療法（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定する医療機関であっても、要件を満たすことにより「理学療法（Ⅲ）個別療法」及び「早期リハビリテーション加算」を算定することができるが、この場合、月の11単位目以降70/100算定の除外規定も適用されるか。

A. 適用される。

〔入院料〕

Q21. 健康保険診療報酬点数表の改定により、特定入院料を算定する場合にあっても入院診療計画の基準が適用されることとなったが、労災治療計画加算についても特定入院料に適用されるのか。

A. 適用される。健康保険において、特定入院料を算定する場合であっても入院診療計画の基準が適用されるため、労災保険においては労災治療計画を策定し、医師が入院後7日以内に労災治療計画書により説明した場合に労災治療計画加算の算定が可能である。また、7日以内に説明を行わなかった場合は、1入院中1回、特定入院料の所定点数から350点を減算する。

Q22. 入院室料加算は、3人部屋及び4人部屋に収容した場合であっても算定することができるようになったが、傷病労働者を3人部屋又は4人部屋に収容すれば設定額を算定することができるのか。

A. 入院室料加算は、①及び②の算定要件に該当する場合であって、健康保険において特別な療養環境にかかる病室として、特別の料金を設定している4床以下の病室に収容した場合に算定できる。ただし、医療機関が特別の料金として表示している額が、入院室料加算の限度額を超える場合は、入院室料加算の限度額により算定し、医療機関の表示額が入院室料加算の限度額よりも低い場合は、医療機関の表示額により算定することとなる。

Q23. 入院室料加算の算定要件において、「症状が重篤であって」とあるが、これは生死にかかる状態でなければ対象とならないということか。

A. 「重篤」という表現については、必ずしも生死にかかる状態でなければならないという狭義の解釈ではなく、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視して随時適切な措置を講ずる必要のある重症患者であれば対象となる。

[その他]

Q24. 労災診療費の請求においてもレセプトに「主傷病」の表示が必要か。

A. 必要ない。労災保険による診療費の請求にかかる傷病名が記載されていればよい。

Q25. レセプトの記載について、健康保険においては205円ルールの見直しが行われたが、労災保険においても同様の対応となるのか。

A. 労災保険においても健康保険に準じた対応となる。したがって、基本的には205円以下の薬剤についても、レセプトに薬剤名を記載する必要があるが、手書き等の医療機関においては、175円以下の薬剤についてレセプトへの薬剤名の記載を省略することができる。なお、労災保険においては、特に手書きの請求である旨の届出等の必要はない。