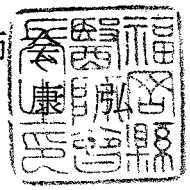
福県医発第１０２４号（保）
平成１６年　９月１０日

各　医　師　会　長　殿

福　岡　県　医　師
会長　竹　嶋　康



「労災診療費算定マニュアル」平成１６年度版の送付について

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課の作成する「労災診療費算定マニュアル」平成１６年度版が、日本医師会より別添のとおり送付してきましたので、ご参考までに１部お送りいたします。

小郡三井医師会より　　**担当理事　島田昇二郎**

丸山泉

事務連絡（保75）
平成16年8月31日

都道府県医師会
　労災保険担当理事　殿

日本医師会常任理事
土　屋　　隆

「労災診療費算定マニュアル」平成16年度版の送付について

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課の作成する「労災診療費算定マニュアル」平成１６年度版を入手いたしましたので，ご参考までに１部お送り申し上げます。

この「労災診療費算定マニュアル」に関するお問い合わせ等につきましては，各都道府県労働局にご連絡いただきますようお願いいたします。

労災診療費算定マニュアル

平 成 １ ６ 年 度 版

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課

目　次

I　労災診療費算定基準と留意点

1　診療単価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
2　初診料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
3　救急医療管理加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
4　療養の給付請求書取扱料・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
5　再診料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
6　外来管理加算の特例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
7　再診時療養指導管理料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
8　再就労療養指導管理料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
9　入院基本料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
10　労災治療計画加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
11　入院室料加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
12　病衣貸与料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
13　入院時食事療養費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
14　コンピューター断層撮影料・・・・・・・・・・・・・・・・・12
15　リハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
16　早期リハビリテーション加算・・・・・・・・・・・・・・・・15
17　理学療法併施加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
18　初診時ブラッシング料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
19　四肢に対する特例取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
20　手指の機能回復指導加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
21　固定用伸縮性包帯・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
22　介達牽引及び消炎鎮痛等処置の特例・・・・・・・・・・・・・21
23　振動障害に係る検査料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
24　文書料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

II　参考

1　介達牽引、消炎鎮痛等処置及び理学療法の取扱い・・・30
2　入院基本料特例取扱点数一覧表・・・・・・・・・・・・31

Ⅰ　労災診療費算定基準（平成１６年４月１日以降の診療）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。

なお、療養の費用を支給する場合（非指定医療機関に受診した場合）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、療養の給付請求書取扱料は算定できません。

1　診療単価

診療単価は労災診療の特殊性を考慮して次のとおりとなっています。

(1) 課税医療機関　　１２円

(2) 非課税医療機関　１１円５０銭（注：円未満の端数切り捨て）

なお、非課税医療機関は次のとおりです。

イ　次の法人等が開設する医療機関

- ○　国
- ○　地方公共団体（都道府県、市町村）
- ○　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

ロ　上記イ以外の法人税法（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

2　初診料 ―― 医科、歯科とも３，６４０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。

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。

3　救急医療管理加算 ―― 入院６，０００円、入院外１，２００円

初診時に救急医療を行った場合、入院した場合は6,000円、入院外の場合は1,200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。また、健康保険における「特定療養費（初診時自己負担金)」とも重複して算定できません。

（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診察を受けた場合

②　最初に収容された医療機関においては、傷病の状態等から応急処置だけを行い、他の医療機関に転医した場合。（それぞれの医療機関で算定可）

③　傷病発生後長期間経過した後であっても、症状が安定しておらず、再手術等の必要が生じて転医した場合。（転医先でも算定可）

（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　傷病発生後数カ月経過し、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のような症状が安定しており治療するに当たり緊急性のない場合。

④　初診料が算定できない場合。（他保険で既に通院中であるため初診料が算定できない場合等）

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（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第16号の３）」を取り扱った場合に2,000円を算定できます。

ただし、再発（様式第５号又は第16号の３）の場合や、転医始診（様式第６号又は第16号の４）の場合は算定できません。

5　再診料――１，３７０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。

その他の再診料の算定に係る取扱いについては健保準拠です。

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、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部検査の第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×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、消炎鎮痛等処置及び理学療法(Ⅳ)）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　リハビリテーション料のうち個別療法及び集団療法を実施した場合、１単位ごとの点数が外来管理加算の所定点数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。

例　月の初めに四肢以外の傷病に対する理学療法(Ⅳ)集団療法(35点)を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)を算定し、２単位目の３５点を５２点に読み替えて算定することができます。

7　再診時療養指導管理料 ―― 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）を行った場合に指導の都度算定できます。

注１　同一月において健保点数表の特定疾患療養指導料とは重複算定できません。

また、健保点数表において特定疾患療養指導料と重複算定できない管理料・指導料等についても、同様に重複算定できません。（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、慢性疼痛疾患管理料、退院前在宅療養指導管理料、在宅自己注射指導管理料、在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、在宅自己導尿指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料、在宅自己疼痛管理指導管理料、在宅肺高血圧症患者指導管理料、在宅気管切開患者指導管理料、通院精神療法、心身医学療法とは重複算定できません。）

注２　同時に２以上の診療科で指導を行った場合であっても（医科と歯科及び医科と歯科口腔外科の場合を除く。）再診時療養指導管理料は１回として算定します。

8　再就労療養指導管理料 ―― 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ヵ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月１回につき２，４００円を算定できます。

さらに、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に対して、文書（指導管理箋等）をもって情報提供した場合（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。）にも月１回につき２，４００円を算定できます。

ただし、同一傷病労働者につき各々３回を限度（頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。）とします。

9　入院基本料

入院の日から起算して２週間以内の期間	健保点数の１．３０倍
上記以降の期間	健保点数の１．０１倍

入院基本料は、入院の日から起算して２週間以内の期間については、健保点数の１．３０倍、それ以降の期間については、健保点数の１．０１倍の点数（いずれも１点未満の端数は四捨五入）を算定することができます。

注１　各種加算、減算の取扱いについては、以下のとおりです。

①　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」に示されている各種加算、減算については、入院患者の入院期間に応じ、加算し又は減算する点数のみ上記健保点数には含まれません（例１）。逆に、入院患者の入院期間に応じ、加算し又は減算する点数以外の場合は、上記健保点数に含まれます（例２、例３、例４、例５、例６、例７）。

具体的には、以下のとおりです。

例１　入院患者の入院期間に応じた加算（初期加算）、減算（長期減算）――　１．３０倍、１．０１倍した後に加算、減算します。

例２　看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟についての減算（看護師比率減算）――　減算後の点数を１．３０倍、１．０１倍します。

例３　労災治療計画未実施（「10 労災治療計画加算」参照）、院内感染防止対策未実施の場合の減算（労災治療計画未実施減算、院内感染防止対策未実施減算）
――　減算後の点数を１．３０倍、１．０１倍します。

例４　医療安全管理体制未整備減算、褥瘡対策未実施減算
――　減算後の点数を１．３０倍、１．０１倍します。

例５　日常生活障害加算、痴呆加算　―――　加算後の点数を１．３０倍、１．０１倍します。

例６　褥瘡患者管理加算　――― 加算後の点数を１．３０倍、１．０１倍します。

例７　有床診療所入院基本料のＩ群入院基本料１に係る加算（「医師の配置その他の事項に係る加算」、「看護配置に係る加算」）――― 加算後の点数を１．３０倍、１．０１倍します。

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
―― １．３０倍、１．０１倍した後に加算

③ 「10 労災治療計画加算（１００点加算)」
―― １．３０倍、１．０１倍した後に加算

注２ 外泊期間中の入院基本料は、すべての加算、減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倍ないし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、以下の点数となります。

例１ （入院基本料基本点数－看護師比率減算）－（入院基本料基本点数－看護師比率減算）×減額率＝Ａ
Ａ×１．３０ｏｒ１．０１＝Ａ’
初期加算（長期減算）点数－初期加算（長期減算）点数×減額率＝Ｂ
入院基本料所定点数＝Ａ’＋Ｂ
更に 労災治療計画未実施減算、院内感染防止対策未実施減算がある場合
（Ａ－未実施減算点数）×１．３０ｏｒ１．０１＝Ａ”
入院基本料所定点数＝Ａ”＋Ｂ

注４ 医療機関を退院後、同一傷病により、同一の医療機関又は当該医療機関と特別の関係にある医療機関に入院した場合には、第１回目の入院の日を起算日として計算します。
ただし、退院後、いずれの医療機関にも入院せずに３ヵ月以上経過し、その後再入院となった場合については、再入院日を起算日として新たに入院期間を計算します。

10　労災治療計画加算 ―― 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（又はこれに準ずる文書）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１００点を入院基本料又は特定入院料に加算できます。

ただし、これを行わなかった場合にあっては、健保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点減算して算定することになります。

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

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

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

11　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すが、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 特定療養費における特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、２人部屋、３人部屋及び４人部屋に収容した場合。

② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。

ア 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

ウ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。

エ 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。

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。

１日につき	個　　室	甲地	10,000円、乙地 9,000円
	２人部屋	甲地	5,000円、乙地 4,500円
	３人部屋	甲地	5,000円、乙地 4,500円
	４人部屋	甲地	4,000円、乙地 3,600円

（入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和２５年法律第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、乙地とは甲地以外の地域をいいます。）

注　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及び診療所療養病床療養環境加算との重複算定はできません。

入院室料加算における地域区分（甲地）
（平成16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

12　病衣貸与料 ―― 7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7点を算定できます。

13　入院時食事療養費

入院時食事療養費については、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日付け厚生省告示第237号の別表「食事療養の費用額算定表」に定める金額の1.2倍により算定します。（１０円未満の端数は四捨五入）

(1)　入院時食事療養（Ⅰ）１日につき　　２，３００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算定します。

①　特別管理加算　　２４０円

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に算定します。

②　特別食加算　　４２０円

別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときに算定することができます。

③　食堂加算　　６０円

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

④　選択メニュー加算　　６０円

複数の献立による食事療養を行ったときに算定することができます。

(2)　入院時食事療養（Ⅱ）１日につき　　１，８２０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算定します。

14　コンピューター断層撮影料

健保点数表では同一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が同一月に２回以上行われた場合、当該月の２回目以降の撮影の費用は、撮影部位（頭部、躯幹及び四肢）に応じて別に掲げる点数により算定することとなっていますが、労災ではこの規定は適用されません。

（例１）同一月に四肢に対して１回目単純ＣＴ撮影、２回目単純ＣＴ撮影を行った場合。

１回目	単純ＣＴ撮影	５７０点（＋断層診断４５０点）
２回目	単純ＣＴ撮影	５７０点
合　計	１，１４０点（断層診断を含め１，５９０点）算定	

（例２）同一月に頭部に対して１回目単純ＣＴ撮影、２回目単純ＭＲＩ撮影を行った場合。

１回目	単純ＣＴ撮影	６２０点（＋断層診断450点）
２回目	単純ＭＲＩ撮影	１，１４０点
合　計	１，７６０点（断層診断を含め２，２１０点）算定	

（例３）同一月に躯幹に対して１回目単純ＣＴ撮影、２回目単純ＭＲＩ撮影、３回目特殊ＣＴ撮影を行った場合。

１回目	単純ＣＴ撮影	８３０点（＋断層診断450点）
２回目	単純ＭＲＩ撮影	１，２２０点
３回目	特殊ＣＴ撮影	９５０点
合　計	３，０００点（断層診断を含め３，４５０点）算定	

15　リハビリテーション

発症の日から起算して６月以内の期間において、リハビリテーションのうち個別療法と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月の合計単位数の逓減又は制限を行うことなく算定できます。

注１　発症日については、健保点数表に定めるリハビリテーションの発症日と同様に取り扱うことになります。

なお、発症日がレセプトの「傷病年月日」欄に記載された日と異なる場合については、その発症日をレセプトに明記するように医療機関に指導してください。

注２　発症日から６月を超える日以降の期間の算定は次のとおりになります。

イ　個別療法は１月に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することになります。

なお、この場合の四肢加算は１単位ごとに逓減したのちの所定点数に四肢加算の倍率を乗じることになります。

ロ　集団療法は１月合計８単位に限り算定することになります。

ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者については、上記イの逓減を行うことなく算定できます。

注３　発症日から６ヵ月を超える日の初日が月の途中であった場合には、当該６ヵ月を超える日の初日から月末までの間において、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ことになります。

例えば、２月１０日が発症日である場合は、８月９日までが６ヵ月以内であり、８月１０日が６ヵ月を超える初日となり、８月１０日から８月３１日の期間の間で個別療法は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ことになります。

注４　個別療法は、傷病労働者１人につき１日３単位に限り算定できます。

集団療法は、傷病労働者１人につき１日２単位に限り算定できます。

なお、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については、患者１人につき１日合計４単位（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者及び急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後９０日以内の患者については１日合計６単位）に限り算定できます。

16　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」及び言語聴覚療法（Ⅲ）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）及び言語聴覚療法（Ⅲ）の所定点数に加算して算定できます。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ことができます。

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ます。また、早期リハビリテーション加算は、四肢加算の対象とはなりません。

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

注１　「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、脳腫瘍などの開頭術後、急性発症した脳炎・ギランバレーなどの神経筋疾患、高次脳機能障害、脳性麻痺、四肢（手部・足部を含む。）の骨折・切断・離断・腱損傷、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、四肢の熱傷（Ⅱ度の熱傷では体表面積15%以上、Ⅲ度の熱傷では10%以上）、気道熱傷を伴う熱傷、多発外傷及び植皮術後であり、理学療法が必要と認められる患者をいいます。この場合、脳血管疾患とは、急激な意識障害発作を伴った脳内出血、脳塞栓、脳血栓、くも膜下出血、脳動脈瘤破裂等をいい、症状の発現の緩徐な慢性脳循環不全症等はこれに該当しません。

注２　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及び言語聴覚療法の実施を前提として、理学療法（Ⅰ・Ⅱ）及び言語聴覚療法（Ⅰ・Ⅱ）を算定する医療機関以外の医療機関においても早期リハビリテーション加算を算定することができます。

この場合、理学療法（Ⅲ）及び言語聴覚療法（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・Ⅱ）及び言語聴覚療法（Ⅰ・Ⅱ）を算定する医療機関と同様に取り扱うことができます。

また、理学療法の施設基準の届出を行っていない医療機関であって、リハビリテーション計画書を作成し、それに基づく理学療法を実施した場合に限り、早期リハビリテーション加算が算定できます。ただし、この場合、早期リハビリテーション加算を算定する場合は、各月のレセプトに当該リハビリテーション計画書（写）を添付しなければなりません。

なお、このリハビリテーション計画書は、健康保険における様式を準用してください。

（例）　理学療法の施設基準の届出を行っていない医療機関において、発症後２０日目の大腿骨頸部骨折の患者に対して、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、「個別療法　２単位」を行った場合

理学療法（Ⅲ）「個別療法」の１単位＝１００点

四肢加算

１００点　×　１．５　＝　１５０点

１５０点　×　２単位　＝　３００点 ―― ①

早期リハ加算

８０点　×　２単位　＝　１６０点 ―― ②

①　＋　②　＝　４６０点

17　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点を加算して算定することができます。

ただし、この加算の算定は１日につき１回限りとします。

（例１）理学療法（Ⅱ）の所定点数を算定することができる医療機関において、「個別療法１単位・上腕」を５日間行い、うち３日間については「集団療法１単位・上肢」を併施した場合。

＊理学療法（Ⅱ）	（個別療法１単位・上腕） （１８０点×１．５倍）	２７０×５
＊理学療法併施加算		１０×３
合　計		１，３８０点

18　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。

19　四肢に対する特例取扱い

Ⅰ　指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）

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

指１本	940点	(470点×2.0倍)	さらに四肢加算することはできません。
指２本	1,410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、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	1,250点
長径５cm以上10cm未満	1,680点
長径10cm以上	2,000点

2　筋肉、臓器に達しないもの

長径５cm未満	470点
長径５cm以上10cm未満	850点
長径10cm以上	1,320点

Ⅱ　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。

Ⅲ　処置及び手術についての特例 ―― １．５倍（２倍）

(1)　四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に対し、次に掲げる処置、手術及びリハビリテーションの点数は健保点数の１．５倍として算定できます。（１点未満切上げ）

(処置)

①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

②関節穿刺及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

③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、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」

(手術)

④創傷処理、デブリードマン
ただし、指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）は、前記Ⅰによる。

⑤皮膚切開術

⑥筋骨格系・四肢・体幹の手術
ただし、指の骨折非観血的整復術は、前記Ⅱによる。

⑦神経、血管の手術

(リハビリテーション)

⑧理学療法、作業療法

(2)　上記(1)の①～②の処置及び④～⑦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上に掲げたもののみですので、薬剤料、特定保険医療材料料、輸血料、ギプス料などは対象となりません。

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とはなりません。

注４　処置における腰部固定帯加算、手術における創外固定器加算等の材料評価は、対象になりません。

20　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。

21　固定用伸縮性包帯

労災で使用する伸縮性包帯は、処置及び手術において頭部・頸部・躯幹の他、四肢に使用した場合も算定することができます。

なお、健保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（購入価格を１０円で除して得た点数）で算定することができます。

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）の費用は算定できません。

22　介達牽引及び消炎鎮痛等処置の特例

Ⅰ　逓減について

介達牽引及び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、介達牽引及び消炎鎮痛等処置（「器具等による療法」、「湿布処置」に限る。）を同一部位（局所）に対して併せて５回以上行った場合は、５回目以降については健保点数の１００分の５０に相当する点数により算定することになります。

ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後１８０日以内のものについては、同一月において同一部位（局所）に対して併せて７回以上行った場合は、７回目以降については健保点数の１００分の５０に相当する点数により算定することになります。

注１　急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって、発症後１８０日を超える日が月の途中であるときには、当該月において発症後１８０日目までにすでに当該月の合計回数が４回以上の場合には、１８１日目から月末までの期間について、健保点数の１００分の５０に相当する点数により算定することになります。

また、発症後１８０日目までの当該月の合計回数が４回未満の場合には、１８１日目から月末までの期間について、当該月の合計回数が４回目までは健保点数の１００分の１００で算定し、５回目以降は健保点数の１００分の５０に相当する点数により算定することになります。

（例）

同一月に左上肢に「器具等による療法」を２回、介達牽引を２回、「湿布処置」を２回行った場合（急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者でない場合）。

左上肢に「器具等による療法」
53点（35点×1.5倍（１点未満切り上げ））×２回　＝106点
左上肢に介達牽引
53点（35点×1.5倍（１点未満切り上げ））×２回　＝106点
左上肢に「湿布処置」
27点（35点×50/100＝18点 18点×1.5倍）×２回　＝ 54点

Ⅱ　介達牽引及び消炎鎮痛等処置の３部位（局所）の取扱いについて

①　介達牽引と消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」を行った場合は、１日につき合わせて負傷にあっては受傷部位ごとに３部位を限度とし、また、疾病にあっては３局所を限度として算定できます。

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。

（例１）

右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	＝	53点
左上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	＝	53点
右下肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍	＝	53点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍	＝	53点

３部位までの算定になりますので　159点　となります。

（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
右手指に「湿布処置」	24点×2.0倍	＝	48点
合　　計			136点

Ⅲ　介達牽引及び消炎鎮痛等処置の併施について

介達牽引と消炎鎮痛等処置（「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、「湿布処置」の所定点数の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」のうち計２部位までの所定点数を合わせて算定できます。

なお、この場合、「湿布処置」の所定点数を算定することなく、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。

（例１）

左前腕に「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
頸　部に「器具等による療法」	35点	＝	35点

「湿布処置」＋（介達牽引＋「手技による療法」（計２部位分））

159点（53点＋106点）

（例２）

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

介達牽引＋「手技による療法」＋「器具等による療法」

（合計３部位）

159点（53点＋53点+53点）

Ⅳ　理学療法、介達牽引及び消炎鎮痛等処置の併施について

①　理学療法、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を同一日に行った場合は、理学療法の所定点数の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」のいずれか１部位を算定できます。

なお、この場合、理学療法の所定点数を算定することなく、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」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」と理学療法を同一日に行った場合は、「湿布処置」の１部位と理学療法の所定点数を算定できます。

③ 「湿布処置」と理学療法の他、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を同一日に行った場合は、理学療法の所定点数と「湿布処置」（１部位に限る。）の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」のいずれか１部位を算定できます。

なお、この場合、理学療法の所定点数を算定することなく、「湿布処置」の所定点数の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」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、理学療法と「湿布処置」の所定点数を算定することなく、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を合計で３部位まで算定することとしても差し支えありません。

（例１）

右上肢に理学療法 (Ⅳ) 集団療法1単位	35点×1.5倍 ＝	53点
右上肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍 ＝	53点
合　　計		106点

（例２）

左上肢に理学療法 (Ⅳ) 集団療法1単位	35点×1.5倍 ＝	53点
左上肢に「湿布処置」	35点×1.5倍 ＝	53点
合　　計		106点

（例３）

左上肢に理学療法 (Ⅳ) 集団療法1単位	35点×1.5倍 ＝	53点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍 ＝	53点
左上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍 ＝	53点
理学療法＋（介達牽引又は「手技による療法」（１部位分））		
	53点＋53点 ＝	106点

（例４）

左上肢に理学療法 (Ⅳ) 集団療法1単位	35点×1.5倍 ＝	53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
左下肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍 ＝	53点
理学療法＋「湿布処置」＋「器具等による療法」		
	53点＋53点＋53点 ＝	159点

（例５）

左上肢に理学療法（Ⅳ）集団療法1単位	35点×1.5倍	＝	53点
腰　部に「湿布処置」	35点	＝	35点
右 下 肢 に介達牽引	35点×1.5倍	＝	53点
右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	＝	53点
左 下 肢 に「器具等による療法」	35点×1.5倍	＝	53点

理学療法＋「湿布処置」＋（介達牽引、「手技による療法」又は「器具等による療法」（１部位分））の合計

53点＋35点＋53点　＝　141点

介達牽引＋「手技による療法」＋「器具等による療法」（３部位）の合計

53点＋53点＋53点　＝　159点

したがって、この場合は159点を算定する。

注２　四肢加算の取扱いは、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」については所定点数の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３　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４　介達牽引の部位（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するよう医療機関に指導してください。

注５　外来診療料を算定する医療機関においては、介達牽引及び消炎鎮痛等処置は算定できません。また「湿布処置」については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定することができます。

23　振動障害に係る検査料

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

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

24　文書料

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	支給額
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。）	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 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) 病院等 →労働者 →署	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」	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
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。）	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）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）		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。）	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

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）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	同　上	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	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）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届（様式第16号の11）		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」	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）		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」	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」	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ついては、療養の費用請求書	4,000円

労働基準監督署長が、療養（補償）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	則第13条第２項	休業（補償）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
労働基準監督署長が労災法第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	労災法第47条の２ 平8.7.24 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
はり・きゅ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・きゅう診断書（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・きゅう単独 3,000円 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

Ⅱ　参考

1　介達牽引、消炎鎮痛等処置及び理学療法の取扱い

<table>
<tr><th></th><th>介達牽引</th><th>「マッサージ等の手技による療法」</th><th>「器具等による療法」</th><th>「湿布処置」（診療所外来のみ）</th><th>理学療法</th></tr>
<tr><td>1　介達牽引</td><td colspan="3" rowspan="3">3部位（局所）まで算定</td><td rowspan="3">「湿布処置」の所定点数の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」のうち計2部位（局所）まで算定
＊注1
＊注2</td><td rowspan="3">理学療法の所定点数の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」のいずれか1部位（局所）を算定
＊注3</td></tr>
<tr><td>2　「マッサージ等の手技による療法」</td></tr>
<tr><td>3　「器具等による療法」</td></tr>
<tr><td>4　「湿布処置」（診療所外来のみ）</td><td colspan="3"></td><td>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〕</td><td>「湿布処置」1部位及び理学療法の所定点数を算定</td></tr>
<tr><td>5　上記1、2、3及び4の処置を併施した場合</td><td colspan="3"></td><td></td><td>理学療法の所定点数と「湿布処置」1部位の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」のいずれか1部位（局所）を算定
＊注4</td></tr>
</table>

＊注1　上記1、2、3及び4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1、2及び3のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、4の所定点数を算定することなく、1、2及び3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3　上記1、2及び3のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、理学療法の所定点数を算定することなく、1、2及び3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、2、3及び4のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、理学療法の所定点数を算定することなく、4の所定点数の他に1、2及び3のうち計2部位（局所）までの点数、若しくは、1，2及び3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　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。

＊注6　同一月において、上記1、3及び4を同一部位（局所）に対して併せて5回以上行った場合は、5回目以降については健保点数の100分の50に相当する点数により算定することになります。

ただし、健康保険における急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって、発症後180日以内のものについては、同一月において同一部位（局所）に対して併せて7回以上行った場合は、7回目以降については健保点数の100分の50に相当する点数により算定することになります。

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

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	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	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	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	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

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）
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	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	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

＊注１　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

	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

	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	看護配置５：１未満又は 看護補助配置５：１未満		1,173 点	911 点

＊注１　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

	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%未満		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%未満		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%未満		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%未満		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%未満		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%未満		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%未満		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％未満		631 点	490 点
特別入院基本料　2	469 点	６：１未満		610 点	474 点

＊注１　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

	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

＊注１　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（Ｉ群）

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

＊注１　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（Ⅱ群）

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	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	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

＊注１　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

	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

＊注１　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

	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

＊注１　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

	基本点数	看護配置	２週間以内 （１．３０倍）	２週間超 （１．０１倍）
Ⅰ群入院基本料　1	489 点	１０人以上	636 点	494 点
Ⅰ群入院基本料　2	456 点	５人以上	593 点	461 点
Ⅰ群入院基本料　3	415 点	１人以上	540 点	419 点
Ⅱ群入院基本料　3	380 点	１人以上	494 点	384 点
Ⅱ群入院基本料　4	345 点	規定無し	449 点	348 点

＊注１　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

	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

＊注１　入院の日から起算して（１日につき）