

福岡県医第200号(地)
平成17年 4月22日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会
会長 竹嶋 康 弘



労災保険「医療関係質疑応答集(平成17年3月)」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作成の「医療関係質疑応答集(平成17年3月)」が、日本医師会より別紙のとおり届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



事務連絡（保 8）

平成17年4月12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



労災保険「医療関係質疑応答集（平成17年3月）」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「医療関係質疑応答集（平成17年3月）」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「医療関係質疑応答集（平成17年3月）」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。



医療関係質疑応答集

平成 1 7 年 3 月

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課

目 次

1. 一般医療

1	初診料	1
2	救急医療管理加算	3
3	療養の給付請求書取扱料	5
4	再診料・外来診療料・外来管理加算	6
5	再診時療養指導管理料	11
6	指導管理等・在宅医療	15
7	検査料	17
8	画像診断	19
9	投薬・注射	21
10	リハビリテーション	23
11	処置料	28
12	手術料	37
13	入院基本料	48
14	入院室料加算	54
15	初診時ブラッシング料	58
16	病衣貸与料	60
17	固定用伸縮性包帯	61
18	その他	62

2. 柔道整復師

1	柔道整復師の施術について	64
---	--------------	----

1. 一般医療

1 初診料

Q 1 他保険により1傷病について診療継続中に、新たに労災の傷病が発生し、診療を行った場合、初診料は算定できるのか。

A. 算定できない。

1傷病の診療継続中に、新たな傷病が発生して初診を行った場合、保険の別に関わらずその傷病に係る初診料は、併せて1回の算定とし、当初の傷病に係る初診料とは別に算定できない。

Q 2 同一月に同一患者が労災事故を2度起こし、同一医療機関に受診した場合、初診料は算定できるのか。

A. 健康保険の取扱いに準拠する。

当該事案に関しては、同一月初回の傷病が治癒した後に、当月再度労災事故を起こし受診した場合は算定できる。

Q 3 労災事故により、医科歯科併設の医療機関の整形外科に入院中の患者が、同一の災害により歯科を受診した場合、初診料は算定できるのか。

A. 算定できない。

同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料を算定する。

ただし、医科診療に属する診療科に係る傷病で入院中の患者について、歯牙口腔の疾患のために歯科において初診を受けた場合、又は逆に歯科診療に係る傷病で入院中の患者について、他の傷病により医科診療に属する診療科において初診を行った場合等、医科診療と歯科診療の傷病が異なる場合は、それぞれ初診料を算定することができる。

Q 4 受診命令の場合、傷病労働者に検査に要した費用として実費を支給することとされているが、その中に初診料は含まれているのか。
また、画像（X線撮影）のみを依頼した場合は、初診料を算定できるのか。

- A. 初診料を含む。ただし、当該検査に診断行為が伴う場合に限る。
なお、X線撮影のみの場合は、診断行為が伴わないため算定できない。

2 救急医療管理加算

Q 1 労災事故で負傷した患者が、かねてより私病で受診中の医療機関で診療を行った場合、救急医療管理加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

当該加算は、初診料を算定した場合に算定できるものである。

Q 2 労災事故で負傷した患者を、救急で収容した医療機関では、応急処置のみを行い、他の医療機関に転医した場合、転医先の医療機関においても救急医療管理加算を算定できるのか。

A. 算定できる。

転医先の医療機関において初診料が算定でき、かつ、当該治療に緊急性があれば、救急医療管理加算を算定できる。

ただし、傷病発生から数ヶ月経過し、病状が安定した後に転医した場合、また、再発等の場合には緊急性がないので算定できない。

Q 3 救急を要しない傷病（じん肺症、振動障害等）の初診の場合において、救急医療管理加算を算定できるのか。

A. 算定できない。

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、治療するに当たり緊急性のない傷病の患者については、初診料を算定できる場合であっても救急医療管理加算は算定できない。

ただし、じん肺症の合併症などで治療するに当たり緊急性があれば、救急医療管理加算を算定できる。

Q 4 初診時において手術、処置がなく、診察、投薬のみの場合でも、救急医療管理加算を算定できるのか。

A. 算定できる。

診療行為の種別に関わらず、救急医療を行った場合は算定できる。

Q 5 傷病患者がA病院に救急にて搬送されたが、A病院には眼科が無く、傷病の状態から眼科の専門医が必要となり、B病院に眼科医の対診を依頼し処置を行った。
このような場合は、それぞれの医療機関において救急医療管理加算を算定することができるのか。

A. 算定できる。

健康保険の対診に係る診療報酬請求の取扱いにおいては、初診料、往診料はそれぞれの医療機関で請求できるとされており、また、他の診療行為にかかる診療費については、主治医の属する医療機関において請求するものとされ、治療等を共同で行った場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるとされている。

労災保険における取扱いは健康保険に準拠することから、当該加算の算定要件である初診料が算定でき、かつ、緊急性が認められる場合においては、両院ともに算定できる。

3 療養の給付請求書取扱料

Q 1 新たに労災指定医療機関となったので、現在診療中の労災患者に係る「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」を取り扱ったが、療養の給付請求書取扱料を算定することができるのか。

A. 算定できる。

非指定医療機関から労災指定医療機関に指定された場合には、当該医療機関で診療を受けている労災患者は、療養の給付請求書を提出する必要がある。

この場合、療養の給付請求書を実際に取り扱っていることから、療養の給付請求書取扱料を算定することができる。

Q 2 再発の場合、療養の給付請求書取扱料を算定することができるのか。

A. 算定できない。

4 再診料・外来診療料・外来管理加算

Q 1 健康保険の傷病と労災の傷病とを引き続き平行して診療する場合、同一日について各々再診料を算定できるのか。

A. 算定できない。
主たる傷病の再診料のみ算定する。

Q 2 一般病床の病床数 200 床以上の病院については、再診料（労災特掲料金）は算定できないものと解してよろしいか。

A. 貴見のとおり。
なお、病床数の考え方は、健康保険の取扱いと同様である。

Q 3 一般病床の病床数 200 床以上で医科歯科併設の保険医療機関における歯科、歯科口腔外科において再診を受けた場合、外来診療料は適用になるのか。

A. 適用されない。
外来診療料ではなく、再診料（労災特掲料金）を算定する。

Q 4 複数の診療科を受診した場合、他科で外来診療料を算定しているため、外来診療料を算定できない診療科で包括に含まれる検査を行った場合は、当該検査の判断料のみの算定になるのか。

A. 判断料のみの算定となる。

Q 5 一般病床の病床数 200 床以上の病院においては、外来診療料を算定することになるが、健康保険の取扱いによれば外来診療料に包括される処置等の中には、労災特掲の四肢加算を行うことにより単独で外来診療料の所定点数を超すものも含まれている。こうしたものについても外来診療料とは別に算定できないのか。

A. 健康保険の取扱いどおりであり、外来診療料とは別に算定することはできない。

Q 6 外来診療料を算定する場合、創傷処置のうち手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のものについては、外来診療料に包括され別に算定できないが、熱傷処置についても算定できないのか。

A. 熱傷処置については、外来診療料に包括することなく、別に算定できる。

なお、100分の300で算定できなくなる2カ月以降の熱傷処置についても創傷処置の所定点数が算定できる。

Q 7 1日に複数回の再診を行った場合において、外来管理加算は算定できるのか。

A. 再診の要件を満たした場合に算定できる。

なお、電話による再診の場合は算定できない。

Q 8 外来管理加算の点数に満たない処置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ことになっているが、同一日に外来管理加算の点数を上回る処置等と、それに満たない処置等を併せて行った場合、外来管理加算の特例を算定することができるのか。

A. 算定できる。

外来管理加算の特例の算定に当たっては、単に外来管理加算の点数に満たない処置等が1つでもあればよいものであり、外来管理加算の点数を超える処置等があったとしても、それについては考慮する必要はない。

Q 9 頸部、腰部、右上腕にそれぞれ消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）を行った場合、外来管理加算は算定できるのか。

A. 算定できる。

(例) 消炎鎮痛等処置（頸部） 35点（＋外来管理加算52点）
消炎鎮痛等処置（腰部） 35点 → 52点（読み替え）
消炎鎮痛等処置（右上腕） 35点×1.5倍＝53点

処置料	140点（35点＋52点＋53点）
外来管理加算	52点（別途算定）

合 計 140点（処置料）＋52点（外来管理加算）＝ 192点

Q10 次のような場合に外来管理加算は算定できるのか。

理学療法(Ⅳ)個別療法1単位（右上肢）	75点（50点×1.5）
消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（頸部）	35点
消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（右上肢）	53点（35点×1.5）

理学療法（右上肢）75点と消炎鎮痛等処置（頸部）35点を算定。

A. 消炎鎮痛等処置の算定点数が52点未満であることから、外来管理加算は算定できる。

また、理学療法（右上肢）75点と消炎鎮痛等処置（右上肢）53点を算定した場合は、消炎鎮痛等処置の算定点数が52点を超過していることから、外来管理加算を算定することはできない。

さらに、頸部と右上肢に対する消炎鎮痛等処置を算定した場合は、頸部に係る算定点数が52点未満であることから、外来管理加算を算定することができる。

Q11 医療機関が訪問看護を行った場合、外来管理加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

外来管理加算は、再診料を算定した場合における加算であり、在宅訪問看護を行った場合には、外来管理加算は算定できない。

Q12 A病院には整形外科がなく、B病院の整形外科医に対診を依頼した場合、B病院において再診料と往診料は算定できるが、処置等を行わなかった場合に外来管理加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

対診とは、計画的な医学管理を行った場合には該当しないため、たとえ処置等を行わなくても外来管理加算は算定できない。

Q13 外来管理加算の点数に満たない処置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ことになっているが、当該処置等には眼科学的検査も含まれるが、

- ① 「細隙燈顕微鏡検査（前眼部）」38点と「精密眼底検査（片側）」56点を同一日に行った場合、外来管理加算の特例を算定できるのか。
- ② 「精密視野検査（片側）」38点と「網膜中心血管圧測定（簡単なもの）」42点を同一日に行った場合、最も低い点数に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できるのか。

A. ①及び②とも算定できる。

眼科学的検査については、それぞれ別個の検査と考える。

Q14 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を算定することはできるのか。

A. 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等（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、外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、特例として外来管理加算を算定することができ、同一日に外来管理加算の点数に満たない処置等の点数が2つ以上ある場合には特例として最も低い点数に対し外来管理加算を算定でき、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。

Q15 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ができるのか。

A. 算定できる。

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、外来管理加算の特例を算定することができる。

Q16 四肢以外の傷病に対する理学療法（Ⅳ）個別療法（50点）を1日に2単位と理学療法併施加算（10点）を実施した場合、外来管理加算（52点）の特例を算定することはできるのか。

A. 算定できる。

理学療法併施加算については、同一日に個別療法と集団療法を併せて実施した場合に、個別療法の所定点数に10点を加算できるものであり、当該所定点数については、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、外来管理加算の特例を算定することができることから、月の初めに、四肢以外の傷病に対する理学療法（Ⅳ）個別療法（50点）を1日に2単位と理学療法併施加算（10点）を算定した場合は、1単位目の50点に外来管理加算（52点）を加え、2単位目の50点を52点に読み替え、合わせて理学療法併施加算（10点）を算定することができる。

なお、理学療法併施加算（10点）については、外来管理加算の特例を算定することはできない。

5 再診時療養指導管理料

Q 1 自宅療養をしているせき損患者の看護人が投薬を受け取りに来た際に、日常生活等の指導を行った場合に、再診時療養指導管理料を算定することができるのか。

A. 算定できる。

健康保険の特定疾患療養指導料の取扱いに準拠する。

(参考)

診察に基づき計画的な診察計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の指導を行ったときにおいても、特定疾患療養指導料を算定できる。

Q 2 電話再診の場合、再診時療養指導管理料は算定できるのか。

A. 算定できない。

健康保険の取扱いでは、再診が電話等により行われた場合、特定疾患療養指導料は算定できないとされている。

労災保険における再診時療養指導管理料も基本的な考え方は、健康保険の特定疾患療養指導料と同様である。

Q 3 他保険において、私病で療養継続中の患者に対し、労災の傷病による初診診療を行った際、診察料を再診料として算定することとなるが、この場合療養上の指導を行っていれば再診時療養指導管理料を算定できるのか。

A. 算定できる。

Q 4 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合に、再診時療養指導管理料を併せて算定できるのか。

A. 算定できない。

医師の診察が行われない場合においては、再診時療養指導管理料を算定することはできない。

Q 5 再診時療養指導管理料は、在宅訪問診療を行い、在宅患者訪問診療料を算定した場合においても算定できるのか。

A. 算定できる。

在宅患者訪問診療料を算定している場合であっても、療養上の指導（食事、日常生活、機能回復訓練に関する指導）を行った場合は算定できる。

Q 6 同一日に1つの診療科でじん肺、もう1つの診療科で振動障害の治療を行った患者について、同一日であっても傷病が異なることから再診時療養指導管理料をそれぞれ算定できるのか。

A. 算定できない。

同時に2つ以上の診療科を受診している場合は、主病と認められる傷病の治療を行っている診療科においてのみ算定できる。

Q 7 再診料は、同一日に再診が2回以上行われた場合であっても再診の都度（検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合、薬剤のみを取りに来た場合、検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し後刻来院した場合を除く）算定することができるが、再診時療養指導管理料についても、同一日に2回以上再診が行われた場合、再診の都度算定できるのか。

A. 算定できる。ただし、指導内容が各々異なっている場合に限る。

なお、再診料が算定できない場合には、再診時療養指導管理料も算定できない。
また、電話による再診についても算定できない。

Q 8 再診時療養指導管理料と特定薬剤治療管理料の重複算定はできるのか。

A. 重複算定できる。

再診時療養指導管理料と同一月に算定できないものは、健康保険の特定疾患療養指導料及び、特定疾患療養指導料と重複算定できないと規定されている管理料等である。再診時療養指導管理料と特定薬剤治療管理料では、性質が違うものなので重複して算定できる。

Q 9 再診時療養指導管理料と労災保険リハビリテーション医療における心理相談指導管理料及び医療社会復帰指導管理料を同一月において重複算定できるのか。

A. 重複算定できる。

再診時療養指導管理料と同一月に算定できないとされるものは、健康保険の特定疾患療養指導料及び特定疾患療養指導料と重複算定できないと規定されている管理料等であるが、心理相談指導管理料と医療社会復帰指導管理料はこれに該当しないこと、また、心理相談指導管理料と医療社会復帰指導管理料は、それぞれ性格の異なるものであることから同一月に算定できる。

Q 10 歯科診療に関する指導管理料に、歯周疾患指導管理料、歯科衛生実地指導料、歯科特定疾患療養指導料があるのだが、労災特掲である再診時療養指導管理料とは重複して算定できるのか。

A. 歯科衛生実地指導料については、再診時療養指導管理料と重複算定できる。歯周疾患指導管理料及び歯科特定疾患療養指導料については、重複算定できない。

歯周疾患指導管理料（月1回、110点）は、歯周疾患に罹患している患者に対して、プラークコントロール、栄養、日常生活その他療養上必要な指導を行った場合に、歯科特定疾患療養指導料（月2回、150点）は、口腔軟組織の疾患等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合にそれぞれ算定することとなっていることから、ともに同趣旨の再診時療養指導管理料との重複算定はできない。

また、歯科衛生実地指導料（月1回、80点）は、齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士が直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合に算定できるものとされているが、健康保険の取扱いにおいて、当該指導料は、歯周疾患指導管理料及び歯科特定疾患療養指導料と同一月において重複して算定することができる取扱いであることから、当該指導料と再診時療養指導管理料は重複して算定できる。

Q11 慢性疼痛疾患管理料を算定した月に、再診時療養指導管理料を重複して算定できるのか。

A. 重複算定できない。

再診時療養指導管理料と同一月に算定できないとされるものは、健康保険の特定疾患療養指導料及び特定疾患療養指導料と重複算定できないと規定されている管理料等であり、特定疾患療養指導料と慢性疼痛疾患管理料は重複算定できないと規定されているため、再診時療養指導管理料と慢性疼痛疾患管理料を同一月において重複算定できない。

なお、特定疾患療養指導料と重複算定できないと規定されている管理料等とは、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、心身医学療法が該当する。

6 指導管理等・在宅医療

Q 1 在宅医療に関し、往診あるいは在宅患者訪問診療に要した交通費については、健康保険の取扱いでは患者の負担とされていますが、労災保険では支給の対象となるのか。

A. 支給対象にはならない。

健康保険の取扱いと同様に往診時に要した交通費については、患者の負担として
いる。

Q 2 眼科を併設していない医療機関に入院中の労災患者に対して、眼科専門医による診察が必要となり、眼科医の往診を求めた場合に、初診料及び往診料については算定できるとされているが、往診した医師に対して往診に要した交通費は支給の対象となるのか。

A. 支給対象にはならない。

往診した医師の交通費については、労災保険における療養の給付の範囲に含まれないものであり、保険給付の対象とはならない。

Q 3 手術後医学管理料については、「入院の日から起算して10日以内」とあるが、入退院を繰り返す場合、入院起算日は入院期間の計算と同様の考え方となるのか。

A. 入院の起算日は、入院期間の計算と同様の考え方となる。

Q 4 同一の医療機関に再入院した際、入院の起算日が変わらなくてもガイドラインに従い、肺血栓塞栓症予防のための医学管理を適切に行った場合には、肺血栓塞栓症予防管理料を算定することができるのか。

A. 算定できる。

入院期間の計算の考え方と異なり、「入院中1回に限り」算定することとされているので、入院起算日が変わらない再入院の場合でも算定要件を満たす限り算定できる。

なお、入院中に「弾性ストッキング」を2回・3回必要になった場合でも、入院中1回のみの算定である。

Q 5 肺血栓塞栓症予防管理料は「肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に消炎鎮痛等処置の点数は算定できない」こととされているが、当該管理料を算定した患者に対しては、入院期間中に消炎鎮痛等処置を行っても全く算定することができなくなるのか。

A. 肺血栓塞栓症の予防を目的としない消炎鎮痛等処置は算定できる。

したがって、肺血栓塞栓症の予防を目的としてではなく、負傷部位に対して消炎鎮痛等処置を行った場合には算定できるものである。

7 検査料

Q 1 H C V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H C V抗体検査については、どの時点まで認められるのか。

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ところだが、C型急性肝炎の潜伏期間（2～16週間）及び発症後、H C V抗体が陽性となるまでの期間（1～3か月）を合算した期間内であれば、労災保険の給付の対象として認めている。

Q 2 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のか。

A. 保険給付の対象となる。

梅毒に限らず、針刺事故に伴う直後検査については、針刺事故に伴う負傷に対する治療の一環として保険の給付の対象となる。

Q 3 A T L（成人T細胞白血病）の患者の採血中に針刺事故を起こしたため、H T L V－I抗体検査（A T L A抗体検査）を実施したが、保険給付の対象となるのか。

A. 保険給付の対象となる。

Q 4 夜間救急医療を実施するような特例医療機関においても、時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算が算定できるのか。

A. 算定できる。

Q 5 振動障害に係る検査において、つまみ力検査及びタッピング検査を各々両手に行った場合、どのように算定するのか。

A. つまみ力検査及びタッピング検査は、両手を一対として行うものであることから、片手、両手にかかわらず60点を算定する。

Q 6 救急にて搬送された患者が、処置の途中で結核と診断されたことから、直接接触し救急処置を行った医師、看護師、コ・メディカル等に対して医療機関は、X線写真、ツ反、喀痰等の検査を行った。

一部の従事者を除き、結果的には結核と診断されなかったが、当該患者の救急医療に従事した者に係る当該検査の費用について、保険給付の対象となるか。

A. 保険給付の対象とはならない。

労災保険における療養の給付の範囲は、労働者の業務上の事由又は通勤による負傷及び疾病であって（労災保険法第2条の2）、負傷した、あるいは、疾病を発症したという事実がなければ、給付の対象とはならないものである。

したがって、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については、一般的に療養の給付の対象外である。

当該検査によって結核を発症していることが判明した者を除く結核に係る検査については、患者との接触に伴う結核の発症後、その治療上必要なものとして行われた検査ではないことから、労災保険における療養の給付の対象とはならないものである。

Q 7 酸素吸入を行っていない、じん肺患者に対して、酸素吸入を行う必要があるか否かの判断のため、経皮的動脈血酸素飽和度測定を算定することはできるか。

A. 算定できる。

酸素吸入を行っていない患者に対して、呼吸困難症状がある場合などに酸素吸入の可否を判断するために経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施した結果、酸素吸入が必要ないと判断された場合でも算定可能である。

8 画像診断

Q 1 胸部及び左足に対して単純撮影を行い、各々にデジタル映像化処理を行った場合、部位ごとに75点を算定できるのか。

A. 算定できる。

異なる部位に対して行った撮影は、一連の撮影とみなされないので、部位ごとに算定できる。

Q 2 外来で時間外に受診した患者が、画像診断を行い、その結果緊急入院となった場合、レセプト請求では入院用を使用することとなるが、時間外緊急院内画像診断加算は算定できるのか。

A. 算定できる。

Q 3 時間外緊急院内画像診断加算については、医療機関が表示する診療時間以外の時間に、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、算定できるとされているが、この診療については、医療機関が表示する診療時間以外の時間に開始されたものでなければ算定できないのか。

A. 算定できる。

当該診療は、医療機関が表示する診療時間内に開始して行われたものであっても差し支えない。

Q 4 時間外緊急院内画像診断加算は、初診又は再診に係る時間外加算等と同時に算定できるのか。

A. 同時に算定できる。

Q 5 コンピューター断層撮影料については、同一部位に対して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を含む）を同一月に2回以上行った場合に、当該2回目以降の撮影に係る費用の算定については、健康保険診療報酬点数表における2回目以降の断層撮影の費用の算定に係る点数によらず、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してよいのか。

A. 算定してよい。

健康保険診療報酬点数表における2回目以降の断層撮影の費用算定に係る点数は適用されない。

（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）算定できる。

（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）算定できる。

（例3）

同一月に軀幹に対して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）算定できる。

9 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の際に、免疫グロブリンとHBワクチンを針刺事故直後に投与したが、これらは保険給付の対象となるのか。

A. 対象となる。

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等により確認できれば保険給付の対象となる。

なお、健康保険では、HBs抗原が陽性かつHBe抗原が陽性である血液による汚染の場合については免疫グロブリン製剤「抗HBs人免疫グロブリン」（以下「HBIG」という。）の注射及びHBワクチンの接種が保険給付の対象とされており、HBs抗原が陽性かつHBe抗原が陰性である血液による汚染の場合については、HBIGの注射のみが保険給付の対象とされているところである。

しかしながら、労災保険では、針刺事故などにおいて、HBs抗原が陽性でHBe抗原が陰性の血液による汚染を受けた場合であっても、HBIGの注射に加え、HBワクチンの接種も保険給付の対象としている。（参照：平成16年3月30日付け基労補発第0330001号「労災保険におけるB型肝炎ワクチンの取扱いについて」）

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

A. インターフェロンの投与については、HCV汚染血液等に業務上接触したことに起因してHCVに感染し、当該C型肝炎が業務上疾病と認められたものについては、保険給付の対象としているが、当該疾病の発症前（針刺し事故直後）にインターフェロンを投与することは、健康保険においても算定できないとされていることから、労災保険においても保険給付の対象とはならない。

Q 3 沈降破傷風トキソイドを使用していた患者が、受傷後1年を経過し再度使用した場合は算定できるのか。

A. 算定できる。

一般に2～3回（初回、1か月後、1年後）投与するものであるため。

（取扱いとしては、治癒後であるため、便宜的に再発として処理）

Q 4 M R S A 保菌者に対して鼻腔内の除菌のため投与したバクトロバン鼻腔内軟膏及び感受性検査については、労災保険においても算定できるのか。

A. 算定できる。ただし、医師が必要と認めた場合に限る。

Q 5 骨折にて治療継続中の傷病労働者に対して、骨融合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆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。

オステン、エルシトニン等の骨粗鬆治療剤は、骨折患者に対して投与した場合、健康保険では保険適用外となるため、労災保険においても算定できない。

ただし、本件骨折が骨粗鬆症と業務上の事由が相俟って発生した場合であって、傷病労働者の骨折治療を目的として、骨融合を促進させるために骨粗鬆症治療剤を使用することが必要であると医師が認めた場合には、骨粗鬆症治療剤を算定できる。

10 リハビリテーション

Q1 リハビリテーション料における「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」のうち、開腹術・開胸術後、脳腫瘍などの開頭術後、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、植皮術後の患者については、当該手術の日をもって新たな発症日とすることができるが、これは自院・他院を問わずに新たな発症日とすることができるという意味か。

A. 患者が手術後に転院してきた場合であっても、転院前の医療機関における手術日を起算日として算定することとなる。

Q2 リハビリテーション料における「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」について、「足関節の捻挫」や「肩腱板損傷」は、「四肢の腱損傷」に含まれるか。

A. 肩腱板損傷は算定できる。(その他、膝部・肘部・手関節部・足関節部の靱帯損傷についても算定できる。)

いわゆる捻挫については含まないとされており、足関節の捻挫は算定できない。

Q3 せき損患者の四肢に対して理学療法を行った場合、四肢の特例取扱での算定はできるのか。

A. 算定できる。

主病名がせき損（躯幹）であっても、それに付随して起きた四肢の疾病に対しても四肢の特例取扱いで算定できる。

なお、レセプトの傷病名欄には「四肢麻痺」等の傷病名を、傷病の経過欄には現在の状態等を記載されたい。

Q 4 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、下記のいずれにより算定するのか。

1 70点×1.5倍（四肢加算）＝105点

2 35点×1.5倍（四肢加算）＝53点（1点未満切り上げ）×2（単位）
＝106点

A. 2の算定方法により算定する。

四肢の傷病に対するリハビリテーション料の算定については、1単位ごとに所定点数に四肢加算の倍率を乗じることができる。

Q 5 リハビリテーション料における発症の日は、レセプトの「傷病年月日」欄に記載された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、健保点数表に定めるリハビリテーション料の発症の日と同様に取り扱うことになっているので、発症の日がレセプトの「傷病年月日」欄に記載された日と必ずしも同一日となるとは限らない。

例えば、4月1日受傷の四肢骨折の患者が4月8日に骨折整復のために関節に及ぶ手術（人工骨頭挿入術や関節内骨折観血的手術等）をした場合は、関節の手術日をもって新たな発症日として「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」の対象となるため、傷病年月日の4月1日ではなく、4月8日の関節の手術日をリハビリテーション料における発症の日として取り扱うことになる。

Q 6 リハビリテーション料における発症の日から起算して6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. 貴見のとおり。

例えば発症の日が6月15日の場合、リハビリテーション料については、12月14日までが6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、9月12日までが90日以内の期間となる。

Q 7 労災保険においては、発症の日から6月以内はリハビリテーション料の逡減や制限をしない取扱いがあるが、これは言語聴覚療法についても適用されるのか。

A. 適用される。

Q 8 労災保険においては、発症の日から6月以内はリハビリテーション料の逓減や制限をしない取扱いがあるが、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（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）に限り算定することとなっているが、これについても制限なく算定できるのか。

A. 算定できない。

労災保険において、患者1人につき1日合計で算定できる単位数については、健康保険に準じることとなり、特例取扱いとして制限なく算定することはできない。

Q 9 発症の日から6月を超える日の初日が月途中である場合、リハビリテーション料（個別療法及び集団療法）はどのように算定するのか。

A. 発症日から6月を超える日の初日が月途中である場合には、当該6月を超える日の初日から月末までの間において、個別療法においては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る。

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月以内であり、8月1日から8月9日まで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月の合計単位数の逓減又は制限を行うことなく算定できる。

また、8月10日が6月を超える日の初日となり、8月10日から8月31日の期間の間で個別療法については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る。

Q 10 労災保険においては、理学療法（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定する医療機関以外の医療機関であっても、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対しては要件を満たすことにより早期リハビリテーション加算を理学療法（Ⅲ）の所定点数に加算して算定することができるが、この場合、理学療法（Ⅰ）、（Ⅱ）と同様に、個別療法における月の逓減については適用されないこととしていいのか。

A. 適用されない。

理学療法（Ⅰ）、（Ⅱ）の取扱いと同様に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、月の逓減は適用されない。

Q11 早期リハビリテーション加算は、四肢加算の対象とならないのか。

A. 対象とならない。

(例) 四肢の傷病に対する理学療法 (I) 個別療法 1 単位と早期リハビリテーション加算 80 点を算定する場合。

理学療法 (I) 個別療法 1 単位・四肢	250 点 × 1.5 倍 = 375 点
早期リハビリテーション加算	80 点
合 計	455 点

Q12 同一の患者に対して、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 (理学療法併施加算) ものとされたが、この 10 点加算に対して四肢加算の特例取扱いが適用になるのか。

A. 適用されない。

なお、個別療法の所定点数を 1.5 倍してから 10 点を加算する。

(例) 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、四肢の傷病に係る「個別療法 1 単位」を 5 日間行い、そのうち 3 日間については「集団療法 1 単位」を併施した場合。

理学療法 (II) 個別療法 1 単位・四肢	180 点 × 1.5 倍 = 270 点 × 5
理学療法併施加算	10 点 × 3
合 計	1,380 点

Q13 理学療法併施加算については、作業療法及び言語聴覚療法についても算定の対象となるのか。

例えば、同一患者に対し、同一日に理学療法について個別療法を行い、作業療法について集団療法を行った場合は、理学療法併施加算は算定できるのか。

A. 対象とならない。

理学療法併施加算は、同一患者に対して、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のみ算定できるとしたものである。

Q14 療養病棟入院基本料を算定している被災労働者に行った理学療法（集団療法に限る。）は、当該入院基本料に含まれることになるが、理学療法併施加算については別に算定できるのか。

A. 算定できる。

理学療法併施加算は、同一患者に対して、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、個別療法の所定点数に10点を加算して算定できるとしたものであり、個別療法の所定点数の加算であるため別に算定できる。

1 1 処置料

Q 1 手術当日に手術に関連して行う処置の費用は、術前、術後を問わず算定できないとあるが、手術に関連して行う処置とはどのようなものなのか。また、術後の同日再診による処置については算定できるのか。

A. 算定できない。

手術に関連して行う処置とは、手術を行わなければ行わない処置が該当し、同日再診による処置についても、手術当日であることから算定できない。

Q 2 健康保険における創傷処置の算定については、当該処置の算定点数が5段階に分かれており、処置を行った面積で判断し該当するとされる範囲が1～5段階のどれに最も近いかで算定することとなっているが、創傷が特に深い場合の算定についても、当該処置面積での算定になるのか。

A. 創傷処置等の請求範囲の基準とされているのは、処置の表面的な広さであるが、創傷等が特に深い場合には、ある程度算定範囲を広げ患部を考慮した算定で差し支えない。

なお、算定に当たっては、あくまでも医師の判断によるものであり、当該処置を行った患部に対する症状詳記等も添付されたい。

Q 3 同一眼の上眼瞼及び下眼瞼に対してそれぞれ結膜異物除去を行った場合、眼瞼ごとに所定点数を算定できるのか。

A. 眼瞼ごとに算定できる。

結膜異物除去は、1眼瞼ごとに所定点数を算定できることとなっており、同一眼であっても眼瞼が異なればそれぞれ算定できる。

Q 4 眼科手術を行った後の処置の請求については、医療機関によって、算定される処置が眼処置と術後創傷処置とまちまちであるが、眼科の場合であっても創傷処置（術後）での算定が可能であるのか。

A. 可能である。

手術創に対する創傷処置（術後の処置）は術後創傷処置により算定できる。算定回数に関しては、健康保険の取扱い同様に処置回数にかかわらず、1日につき1回の算定とする。

なお、同じ眼に対する術後創傷処置と眼処置の同時請求はできない。

Q 5 右足、左足、右手と部位が異なる場合の湿布処置の取扱いはどうのようにすればよいのか。

A. 同一疾病又はこれに起因する病変に対して消炎鎮痛等処置の「3」湿布処置、創傷処置、術後創傷処置又は皮膚科軟膏処置が行われた場合は、四肢加算の倍率（手指2倍、手指以外の四肢1.5倍、四肢以外1倍）が異なる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る。

したがって次のように算定することとなる。

(例) 左右の足	35点	×	1.5倍	=	53点
右手	24点	×	2倍	=	48点

合 計 101点

Q 6 創傷処置を右の手指から前腕にかけて行ったのだが、四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがっている場合の算定はどうするのか。

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

したがって次のように算定することとなる。

右手+右前腕（半肢の大部にわたる範囲）

(四肢(手指)加算)

49点 × 2.0倍 = 98点

Q 7 四肢加算の倍率の異なる部位ごとに四肢加算後の点数をもって時間外加算（処置の所定点数が150点以上のときに、当該所定点数に40/100に相当する点数を加算）の可否を判断し所定点数を算定していたが、この方法によると、同じ創傷処置であるにもかかわらず、部位により時間外加算を行える部位と行えない部位が生じ、不都合があるように思われるが、当該処置の算定についての考え方を教えてほしい。

（例）熱傷の患者 — 時間外に受診

- | | |
|----------------------|-----|
| ①指・・・手若しくは指にわたる範囲のもの | 42点 |
| ②四肢・・・半肢の大部にわたるもの | 49点 |
| ③頸部・・・頸部の大部にわたるもの | 49点 |

$$\textcircled{1}=42\times300/100\times2.0=252 >150 \quad \textcircled{1}'=252\times140/100=353$$

$$\textcircled{2}=49\times300/100\times1.5=221 >150 \quad \textcircled{2}'=221\times140/100=309$$

$$\textcircled{3}=49\times300/100\times1.0=147 <150 \quad \textcircled{3}'=147$$

$$\textcircled{1}+\textcircled{2}+\textcircled{3}=620$$

$$\textcircled{1}'+\textcircled{2}'+\textcircled{3}'=809$$

$$620\times140/100=868$$

A. 四肢加算の倍率毎に算定した点数を合計した点数について、時間外加算の可否を判断し算定するものである。（868点）

労災特掲においては、四肢加算があるため、所定点数の算定過程において便宜的に四肢加算の倍率毎に算定した点数を合計して算定できるとしているものであり、時間外加算の算定要件「所定点数が150点以上」については、当該算定過程における点数ではなく合計後の点数をもって判断する。

Q 8 右前腕に創傷処置を行い同時に消炎鎮痛等処置のうちマッサージ等の手技による療法又は器具等による療法を行った場合、それぞれ算定することができるのか。

A. それぞれ算定できる。

Q 9 平成16年4月の健康保険の診療報酬の改定により、介達牽引が消炎鎮痛等処置から独立した手技料として算定できることとなったが、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できるのか。また、理学療法と併施した場合も理学療法の所定点数と介達牽引を1部位又は1局所を限度に算定することができるのか。

A. 両方ともに算定できる。

Q10 消炎鎮痛等処置を算定する場合、レセプトにはどのように記載すればよいのか。

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」及び「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）」

と記載することとなる。

Q11 頭部外傷に伴う併発疾病として、右上肢にシビレがある患者に対して、右手関節と右肘関節に対して消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」を行った場合、各々算定できるのか。

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

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

Q12 同一月に左上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）を6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〕、どのように算定するのか。

A. 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る。

よって、介達牽引のみ、「器具等による療法」のみ、「湿布処置」のみを月5回以上行っている、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る。

したがって次のように算定することとなる。

左上肢に「器具等による療法」（1回～4回目）

53点（35点×1.5倍（1点未満切り上げ）） × 4回 = 212点

左上肢に「器具等による療法」（5回～6回目）

27点（35点×50/100≒18点、18点×1.5倍） × 2回 = 54点

Q13 同一日に腰部（大部）、左前腕（大部）及び右手指に消炎鎮痛等処置（湿布処置）、右上腕及び左下腿に消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）を行った場合、どのように算定するのか。

- A. 消炎鎮痛等処置のうち「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「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」の計2部位（局所）分の点数を合わせて算定できる。
したがって次のように算定することとなる。

腰部（大部）に「湿布処置」	35点×1.0倍＝	35点
左前腕（大部）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
右上腕に「マッサージ等の手技による療法」	35点×1.5倍＝	53点
左下腿に「マッサージ等の手技による療法」	35点×1.5倍＝	53点
合 計		242点

Q14 介達牽引及び消炎鎮痛等処置について

左前腕に「湿布処置イ」	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

を同一日に行った場合、どのように算定するのか。

- A. 同一日に介達牽引と消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）のうち計2部位（以上）と「湿布処置」をそれぞれ異なる部位（局所）に行った場合は、介達牽引と消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）のうち計2部位までの所定点数と湿布処置の所定点数を合わせて算定できる。

ただし、介達牽引と消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）を3部位（局所）以上に行っている場合は、「湿布処置」の所定点数を算定することなく、介達牽引と消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）の点数のみを3部位（局所）まで算定して差し支えない。

また、当該事案については、外来管理加算の所定点数に満たない処置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ことから、次のように算定することができる。

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＋52点（外来管理加算）	＝	87点
合 計			193点

Q15 右上肢に理学療法(Ⅳ)集団療法 1 単位 $35\text{点} \times 1.5\text{倍} = 53\text{点}$
 右上肢に消炎鎮痛等処置 (器具等による療法) $35\text{点} \times 1.5\text{倍} = 53\text{点}$
 を同一日に行った場合、どのように算定するのか。

A. 理学療法と介達牽引、消炎鎮痛等処置 (「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」) を同一日に行った場合は、理学療法の所定点数に介達牽引、消炎鎮痛等処置 (「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」) のいずれか 1 部位を算定できる。

なお、同一部位に対して理学療法と介達牽引、消炎鎮痛等処置 (「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」) を同一日に行った場合であっても、上記取扱いにより算定することができる。

したがって次のように算定することとなる。

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

Q16 左上肢に理学療法(Ⅳ)集団療法 1 単位 $35\text{点} \times 1.5\text{倍} = 53\text{点}$
 左上肢に消炎鎮痛等処置 (湿布処置イ) $35\text{点} \times 1.5\text{倍} = 53\text{点}$
 を同一日に行った場合、どのように算定するのか。

A. 「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 (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。) と理学療法の所定点数を算定できる。

なお、同一部位に対して「湿布処置」と理学療法を同一日に行った場合であっても、上記取扱いにより算定することができる。

したがって次のように算定することとなる。

左上肢に理学療法(Ⅳ)集団療法 1 単位	$35\text{点} \times 1.5\text{倍}$	$=$	53点
左上肢に「湿布処置イ」	$35\text{点} \times 1.5\text{倍}$	$=$	53点
合 計		$=$	106点

Q17 左上肢に理学療法(Ⅳ)集団療法 1 単位	35点× 1.5倍 = 53点
右下肢に介達牽引	35点× 1.5倍 = 53点
右上肢に消炎鎮痛等処置 (器具等による療法)	35点× 1.5倍 = 53点
左下肢に消炎鎮痛等処置 (手技による療法)	35点× 1.5倍 = 53点
を同一日に行った場合、どのように算定するのか。	

A. 理学療法、介達牽引、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」) を同一日に行った場合は、理学療法の所定点数に介達牽引、消炎鎮痛等処置 (「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」) のいずれか 1 部位を算定できる。

ただし、介達牽引、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」) を複数部位に行っている場合については、理学療法の所定点数を算定することなく、介達牽引、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」) を合計で 3 部位まで算定して差し支えない。

したがって次のように算定することができる。

・ 理学療法＋介達牽引、「手技による療法」又は「器具等による療法」(1 部位)
 $53 \text{ 点} + 53 \text{ 点} = 106 \text{ 点}$

・ 介達牽引、「手技による療法」又は「器具等による療法」(3 部位)
 $53 \text{ 点} + 53 \text{ 点} + 53 \text{ 点} = 159 \text{ 点}$

よって、この場合は 159 点を算定する。

Q18 頸 部に消炎鎮痛等処置（湿布処置イ） 35点 + 52点（外来管理加算）= 87点
 右上肢に介達牽引 35点 × 1.5倍 = 53点
 右下肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法） 35点 × 1.5倍 = 53点
 左上肢に理学療法（Ⅳ）集団療法 2 単位
 $35点 \times 1.5倍 = 53点 \times 2 単位 = 106点$
 を同一日に行った場合、どのように算定するのか。

A. 理学療法の他に、介達牽引、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部位を算定できる。

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ない。

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ない。

したがって次のように算定することができる。

理学療法 + 「湿布処置」（1部位） + 介達牽引又は「器具等による療法」（1部位）
 $106点 + 87点 + 53点 = 246点$

「湿布処置」 + 介達牽引 + 「器具等による療法」
 $87点 + 53点 + 53点 = 193点$

よって、この場合は、246点を算定する。

Q19 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」について、発症後180日が月の途中の場合、その後の当該月における介達牽引や消炎鎮痛等処置の「器具等による療法」、「湿布処置」はどのように算定するのか。

A. 発症後180日までは、介達牽引、「器具等による療法」及び「湿布処置」を併せて7回以上行った場合、7回目以降は所定点数の100分の50に相当する点数により算定することとなるため、発症後180日となる日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、所定点数の100分の50に相当する点数により算定することとなる。

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回目までは所定点数の100分の100で算定し、5回目以降は所定点数の100分の50に相当する点数により算定することとなる。

Q20 消炎鎮痛等処置については、労災特掲として負傷にあつては3部位まで算定できることになっているが、負傷部位が数カ所あるうち、1部位だけが「急性発症した脳血管疾患等の疾患」に該当する場合、当該1部位のみが逡減制の緩和（発症後180日以内は同一月に7回以上行った場合、7回目以降は所定点数の100分の50で算定）が受けられることになるのか。

A. 貴見のとおり。

健保における消炎鎮痛等処置の算定は、療法の種類や回数、部位数にかかわらず1日につき所定点数のみの算定となっているが、労災では1日につき負傷にあつては3部位まで算定できることになっている。

しかし、負傷部位のうち1部位だけ「急性発症した脳血管疾患等の疾患」に該当する場合、当該部位以外の負傷部位についてまで発症後180日以内の逡減制の緩和が受けられるわけではない。

1 2 手術料

Q 1 手の指にかかる創傷処理（筋肉に達しないもの。）については、指の本数による算定として特掲点数が本数ごとに定められているが、筋肉に達しないもの（長径5 cm以上）を行った場合でも、同じ取扱いとなるのか。

A. 貴見のとおり。

指にかかる創傷処理の算定方法は、健康保険における創傷の長さによる加算のかわりに、指の本数による加算を設けたものであり、指の創傷で筋肉に達しない場合（例えば、指1本で長径5 cm以上10 cm未満）であっても、健康保険診療報酬点数表の「850点」を計算の基礎点数としては用いずに、940点（470点×2倍）で算定する。

Q 2 右拇指に対して創傷処理（筋肉に達しないもの）を行い、右示指に対して骨折観血的手術を同時に行った場合、どのように算定するのか。

A. それぞれ算定できる。

健康保険の取扱いにおいては、同一手の拇指に対して創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）と示指に骨折観血的手術を行った場合、手術通則15により主たる手術のみ算定することになるが、労災保険においては創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）と指に係る手術（第1指から第5指までを別の手術野とする手術）及び骨折非観血的整復術を各々異なる指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず、各々の所定点数を算定して差し支えない。

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

Q 3 頭部に対する創傷処理で、「筋肉・臓器に達するもの」の点数を算定することができるのか。

A. 算定できる。

頭部にも、前頭筋、後頭筋等の筋肉があり、該当する傷病に対して創傷処理を行ったものであれば、創傷処理「筋肉・臓器に達するもの」を算定できる。

また、骨も臓器と同様であり、頭蓋骨に達するものについても算定することができる。

Q 4 左手示指及び中指に対して創傷処理を下記のように行った場合、示指及び中指に係る手術点数を合算してよいのか。

示指 長径 5 cm 未満（筋肉・臓器に達するもの）
 $1,250 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍} = 2,500 \text{ 点}$

中指 長径 5 cm 以上 10 cm 未満（筋肉・臓器に達しないもの）
 $470 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍} = 940 \text{ 点}$

A. 主たる手術点数での算定となる。

当該事案は、筋肉・臓器に達するもの（第1指から第5指までを同一手術野として取り扱う手術）と筋肉・臓器に達しないもの（労災の特例により、第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術）を同時に行ったものであり、この場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであっても、健康保険の医科診療報酬点数表の手術「通則15」により、主たる手術の所定点数のみを算定することとなっていることから、主たる手術点数である（筋肉・臓器に達するもの。）2,500点での算定となる。

Q 5 創傷処理（筋肉に達しないもの）を左手示指（3 cm）、中指（3 cm）及び手の甲（6 cm）に対して行った場合、どのように算定するのか。

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

よって、次のように算定することとなる。

示指に 3 cm の創傷処理（筋肉に達しないもの）	} 長さにかかわらず、指 2 本の点数	1,410 点
中指に 3 cm の創傷処理（筋肉に達しないもの）		
手の甲に 6 cm の創傷処理（筋肉に達しないもの）	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

Q 6 デブリードマン加算の対象は、「汚染された挫創」となっているのだが、汚染された状態であれば、「挫創」以外の「切創」も加算の対象となるのか。

A. 対象とはならない。

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はならない。

Q 7 広範囲皮膚欠損の患者に対して右前腕及び左前腕に全層、分層植皮術を行った場合、それぞれの所定点数を算定することができるのか。

A. それぞれの所定点数を算定することができる。

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。

Q 8 全身に及ぶ広範囲熱傷（大部分が深度Ⅲ）を負った患者に対し、生体皮膚移植が行われた。

健康保険の取扱いにおいては、生体皮膚移植をする場合、ドナー（皮膚提供者）から移植用皮膚を採取することに要する費用については各所定点数により算出し、皮膚移植術の所定点数に加算することになっていることから、労災においてもドナー（皮膚提供者）に係る全ての費用を支給してよい。

また、ドナーの全ての費用が算定できるとした場合、初診料、再診料等労災診療費算定基準を適用し、労災単価での算定となるのか、それとも健康保険診療報酬点数表での算定となるのか、当該点数表での算定であれば、診療点数の単価は健康保険単価（1点単価10円）によるのか。

A. 健康保険の取扱いと同様に、ドナー（皮膚提供者）から移植用皮膚を採取することに要した療養上の費用についても支給して差し支えない。この場合、ドナー（皮膚提供者）に係る算定点数は健康保険の点数表を使用し、診療単価についても1点＝10円で計算することとなる。

なお、請求に当たっては、皮膚移植者（被災労働者）の労災診療費請求内訳書摘要欄にドナー（皮膚提供者）の氏名及び療養上の費用に係る合計金額を併せて記載し、ドナー（皮膚提供者）の療養に係る点数を記載した労災診療費請求内訳書を添付させること。

Q 9 左足拇指切断後の皮膚壊死による骨露出のため、人工真皮（真皮欠損用グラフト）を必要として手術を行ったが、当該手術の算定に当たり、全層・分層植皮術に準じて人工真皮植皮術として算定することができるのか。

また、他に該当する術式があれば教えていただきたい。

A. 創傷処理にて算定する。

骨露出の状態に真皮欠損用グラフトを使用する場合は、露出部に付けるだけであるが、植皮術を行う場合は、血行を一時遮断又は確保しながら行うものであることから、当該材料を使用する場合の術式に植皮術は該当せず、創傷処理にて算定することになる。

Q10 健康保険の医科診療報酬点数表K037腱縫合術の算定にあたり、「切創等の創傷によって起こった固有指の伸筋腱の単なる縫合は、K000創傷処理の「2」に準じて算定する。」となっているが、伸筋腱の単なる縫合とはどのような場合なのか。

A. 断裂した腱を縫合するにあたり、例えば補助切開等を加えることなく容易に縫合が可能な場合をいう。

Q11 伸筋腱等の断裂については、腱の収縮が起こるため、損傷部位が手関節より肘関節側であっても、手背手掌より腱を引き戻すため、部分的に皮切が手関節以下に及ぶ場合もあるが、このような場合についても手（手関節以下）の手術として健保点数の2倍で算定できるのか。

A. 算定できない。
基本的に損傷部位が手関節以下であるかどうかによって判断するものである。

Q12 手（手関節以下）の手術について健保点数の2倍で算定することができるが、手関節から橈・尺骨の遠位端部分に行われた骨折手術に関しては、どのように判断するのか。

A. 橈骨・尺骨の遠位端骨折については、手関節（手根部）の中に骨折が及んでいるかどうかで判断するものである。

Q13 「骨内異物（挿入物）除去術」の算定について、健康保険の医科診療報酬点数表では、「鋼線、銀線等で簡単に除去し得るものは、創傷処置又は創傷処理の各区分により算定する。」と記されているが、「創傷処置」及び「創傷処理」それぞれの具体的算定の取扱いについて教えていただきたい。

A. 「簡単に除去し得るもの」とは、鋼線、銀線等（ボルト等は含まない。）で固定したものであり、骨内に埋め込まれたものではない場合であり、「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あり、「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ものである。

Q14 植皮術を行った場合、四肢加算を算定できるのか。

A. 算定できない。

植皮術、皮膚移植術等（K009～K022）の形成手術については、四肢加算を算定することはできない。

Q15 骨折観血的手術を行う際に創外固定器を使用した場合、手術の所定点数に10,000点加算することができるが、この創外固定器の加算について四肢加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

創外固定器の加算は、創外固定器が特定保険医療材料に該当しないため、材料に対する評価として設定されたものであり、当該材料については四肢加算の対象とはならない。

Q16 健康保険の取扱いにおいて、創外固定器のフレームは保険適用外でハーフピンは保険請求可とされているが、フレームを購入していない医療機関では、業者によるレンタル（レンタル料 1日2,000円）や、個人負担として購入する場合もあると聞いているが、フレームを購入していない医療機関が緊急に必要とした創外固定器について、購入及びレンタル料を保険給付の対象として算定できるのか。

A. 算定できない。

創外固定器のフレームは、一人の患者に対してのみではなく、他の患者に対しても使用できるものであり、また、創外固定器を用いた場合、10,000点の加算も認められていることから、病院が購入等すべきものであり、保険給付の対象にはならない。

Q17 顔や躯幹に骨移植を行うに当たって、骨移植に用いる骨片を四肢から切採した場合、骨移植術に四肢加算を算定できるのか。

A. 算定できない。

四肢加算の対象となるのは、四肢の傷病に対して手術を行った場合にのみ算定できるものであることから、骨片を四肢から切採したとしても、移植先が顔や躯幹に対して行われる手術の場合については四肢加算の算定はできない。

Q18 右前腕骨骨折にて骨折観血的手術を行い、その際腸骨より骨片を切採し移植したのだが、この場合の骨移植術は四肢加算の算定ができるのか。

A. 算定できる。

四肢の傷病に対して骨移植術が行われた場合については、躯幹部分より切採したとしても四肢に対する治療の一環として行われているので、四肢加算を算定して差し支えない。

Q19 同日に同一部位に対して行った、骨折非観血的整復術と鋼線等による直達牽引について、それぞれ算定できるのか。

A. 算定できない。

主たる手術の点数（鋼線等による直達牽引）で算定する。

Q20 右前腕の尺骨と橈骨に対して骨折観血的手術を行った場合、尺骨と橈骨各々の手術は、それぞれに算定できるのか。

A. 算定できる（ただし、皮切が別々である場合）。

Q 21 同一指に対して、下記の手術を同時に行った場合、それぞれの所定点数を合算して算定できるのか。

K 013 全層、分層植皮術(露出部)(25平方センチメートル未満)	6, 070 点
K 016 動脈(皮)弁術	21, 900 点
K 087 断端形成術(骨形成を要するもの)	6, 100 点

A. 健康保険の医科診療報酬点数表の手術「通則 15」において、同一手術野または同一病巣につき植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定することができる。

また、K016動脈(皮)弁術とK087断端形成術(骨形成を要するもの)については、「通則 15」において「別に厚生労働大臣が定めた場合」(複数手術に係る費用の特例)に該当するため、主たる手術の所定点数の他、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数を、当該同一手術野または同一病巣に係る手術の所定点数として算定することができる。

なお、K013全層、分層植皮術(露出部)及びK016動脈(皮)弁術については、形成手術であり、四肢加算の特例取扱いの対象とはならない。

したがって次のように算定することとなる。

植皮術	他の手術		
6,070 点	主たる手術	従たる手術	四肢加算
+	(21,900 点	+ (6,100 点 × 50 / 100) × 2.0)	
全層、分層植皮術	動脈(皮)弁術	断端形成術	
= 34, 070 点			

Q28 K083鋼線等による直達牽引に用いたキルシュナー鋼線について、特定保険医療材料料として算定することができるのか。

A. 鋼線等による直達牽引に用いたキルシュナー鋼線は、固定用金属線として使用するのではなく、牽引の手段として用いるので、手術の手技料の所定点数に含まれ別に算定できない。

Q29 前腕等を負傷し、しびれ、神経麻痺が手又は手指にある場合において、手又は手指以外に手術（神経縫合術等）を行った場合、機能回復指導加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

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

Q30 手術の通則13（時間外加算等の取扱い）における所定点数とは、手術の通則5（施設基準の取扱い）における加算あるいは減算を行った点数をもとにするのか。

A. 貴見のとおり。

なお、複数手術に係る費用の特例においても、通則5における加算あるいは減算を行った点数をもとに、主たる手術の所定点数や従たる手術の所定点数の関係を決することになる。

Q31 骨欠損を生じたため、自家骨（自分の骨）ではなく、人工骨を移植した場合、K059骨移植術の「2」自家骨移植以外の所定点数を算定することはできるか。

A. 算定できない。

なお、骨欠損部に対し、自家骨（自分の骨）と人工骨を併用して移植した場合にはK059骨移植術の「1」自家骨移植の所定点数を算定することができる。

Q32 骨折観血的手術については、内固定材料を使用しなかった場合は算定できないのか。

A. 算定できる。

ただし、観血的手術が必要となるような骨折については、内固定材料が必要となる場合が多いと考えられるため、手術内容を確認のうえ判断されたい。

1 3 入院基本料

Q 1 入院基本料の所定点数を1.3倍(1.01倍)する際の「入院基本料」には、健康保険の医科診療報酬点数表における「入院料等」の第2節「入院基本料等加算」に示されている加算も含まれるのか。

A. 第2節「入院基本料等加算」に示されている加算は含まれない。

また、第1節「入院基本料」に示されている看護師比率減算、初期加算・長期減算、入院診療計画未実施減算、院内感染防止対策未実施減算、医療安全管理体制未整備減算、褥瘡対策未実施減算、日常生活障害加算、痴呆加算の取扱いは以下のとおり。

- ・看護師比率減算・・・減算後の点数を1.3倍、1.01倍する。
- ・初期加算・長期減算・・・1.3倍、1.01倍した後に加算、減算する。
- ・入院診療計画未実施減算・・・減算後の点数を1.3倍する。
- ・院内感染防止対策未実施減算・・・減算後の点数を1.3倍、1.01倍する。
- ・医療安全管理体制未整備減算・・・減算後の点数を1.3倍、1.01倍する。
- ・褥瘡対策未実施減算・・・減算後の点数を1.3倍、1.01倍する。
- ・日常生活障害加算・・・加算後の点数を1.3倍、1.01倍する。
- ・痴呆加算・・・加算後の点数を1.3倍、1.01倍する。

Q 2 入院基本料の所定点数を1.3倍(1.01倍)する際の「入院基本料」には、健康保険の医科診療報酬点数表における「入院料等」の第1節「入院基本料」A108有床診療所入院基本料に示されている医師の配置その他の事項に係る加算(1日につき40点)や看護配置加算(1日につき15点)も含まれるのか。

A. 第1節「入院基本料」A108有床診療所入院基本料に示されている医師の配置その他の事項に係る加算(1日につき40点)や看護配置加算(1日につき15点)も含まれる。

よって、加算後の点数を1.3倍、1.01倍する。

Q 3 外泊期間中の入院料等については、「入院基本料の基本点数の15%を算定することとされているが、この「基本点数」には初期加算・長期減算、院内感染防止対策未実施減算等の加算、減算点数は含まないのか。

また、入院基本料の所定点数を1.3倍、1.01倍する場合、0.15を先に掛けるのかそれとも後に掛けるのか。

A. 「基本点数」には、初期加算・長期減算、院内感染防止対策未実施減算等の加算、減算点数は含まない。

初期加算・長期減算、院内感染防止対策未実施減算等を含まない入院基本料の所定点数に0.15を掛け、その後1.3倍、1.01倍する。

Q 4 外泊期間中の入院料等については、「入院基本料の基本点数の15%を算定することとされているが、看護師比率に関する基準を満たすことができない場合における当該「基本点数」の考え方として、入院基本料の所定点数から健康保険の医科診療報酬点数表に定められている一定の点数を減算した後の点数を「基本点数」とするのか、それとも減算する前の点数を「基本点数」とするのか。

A. 減算する前の点数を基本点数とする。

Q 5 定数超過入院に該当する場合や、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の基本点数の考え方について。

健康保険の取扱いにおいては、定数超過入院や標欠に該当する場合、入院基本料の所定点数が一定割合減算されることとなるが、この場合の所定点数とは、入院期間に応じた加算・減算及び看護師比率減算を行った後の点数とされている。労災の取扱いについても健康保険準拠とすることによりよい。

A. 入院基本料に係る労災の特例取扱いにおいて、入院期間に応じた加算・減算については、入院基本料の所定点数を1.3倍ないし1.01倍した後にこれを行うこととしているところであり、定数超過入院及び標欠の場合にあっても当該取扱いどおりである。

なお、看護師比率減算、労災治療計画未実施減算等については、1.3倍ないし1.01倍する前にこれを行うものである。

※具体的な算定方法は以下のとおり。

(入院基本料基本点数－看護師比率減算)－

$$(入院基本料基本点数－看護師比率減算) \times 減額率 = A$$

$$A \times 1.3 \text{ or } 1.01 = A'$$

$$期間加(減)算－期間加(減)算 \times 減額率 = B$$

したがって、所定点数は $A' + B$

さらに、未実施減算がある場合

$$(A－未実施減算) \times 1.3 \text{ or } 1.01 = A''$$

したがって、所定点数は $A'' + B$

Q 6 入院時医学管理加算等の入院基本料加算は、再入院の場合であっても、入院のつど算定できるのか。

A. 算定できない。

入院基本料の起算日から通算するものであり、再入院のつど算定することはできない。

ただし、再入院日が新たな入院起算日となる場合は、算定できる。

Q 7 入院基本料の所定点数を1.3倍する際に、労災治療計画加算の加算点数100点も含めて1.3倍するのか。

A. 加算点数は含めない。

入院基本料の所定点数を1.3倍した後に100点を加算する。

Q 8 労災治療計画未実施の場合、入院基本料の所定点数から350点を減算した後の点数を1.3倍するのか、それとも入院基本料の所定点数を1.3倍した後の点数から350点を減算するのか。

A. 1入院中1回について、入院基本料の所定点数から350点を減算した後の点数を1.3倍する。

Q 9 同一疾病（じん肺等）により入退院を繰り返している患者に対し、再入院時に労災治療計画について文書による説明を行わなかったときの取扱いはどうなるのか。

A. 入院期間が一連となる場合には、もし実施していなければ初回入院時において減算となるため、再入院時に説明が未実施でも減算する必要はない。

ただし、再入院日が新たな入院起算日となり、説明が未実施の場合には、減算することになる。

Q10 特定入院料には、1.3倍（1.01倍）の特例取扱いが適用になるのか。

A. 適用されない。

Q11 特定入院料（救命救急入院料等）を算定する場合、労災治療計画が未実施であれば減算するのか。また、労災治療計画を実施した場合、100点を加算できるのか。

A. 特定入院料を算定する場合、労災治療計画が未実施であれば減算し、労災治療計画を実施した場合は100点加算できる。

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（100点）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。

Q12 1回の入院につき、労災治療計画加算（100点）を入院基本料と特定入院料にそれぞれ加算できるのか。

A. それぞれ加算できない。

労災治療計画加算は、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できるものであり、入院基本料と特定入院料において、それぞれ加算できるものではない。

なお、労災治療計画の策定及び説明を行わない場合にあっては、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点を減算するものであり、入院基本料と特定入院料において、それぞれ減算するものではない。

Q13 労災保険においても診療録管理体制加算（入院初日30点）を算定できるのか。

A. 算定できる。

健康保険において当該体制の施設基準が適合している医療機関においては算定できる。

Q14 入院期間の計算について

- ① 平成16年7月6日～同年8月10日（労災（じん肺）で入院）
 - ② 平成16年9月28日～同年11月21日（健保（脳梗塞）を主病として入院、ただし、労災（じん肺）に対する治療も行っている。）
 - ③ 平成16年12月5日～平成17年3月16日（労災（じん肺）で入院）
- ③の入院の起算日はいつか。

A. 平成16年12月5日の再入院の日を起算日とする。

脳梗塞とじん肺は明らかに別傷病であり、また、じん肺の前回退院日（平成16年8月10日）から3か月を経過していることから、平成16年12月5日の再入院の日を起算日とする。

Q 15 健康保険においては、入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、入院期間が180日を超える入院（健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養（平成6年厚生省告示第236号。）第12号の規定）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用の一部を患者から徴収できることとされたところであるが、労災においては患者負担を適用しないこととよろしいか。

A. 適用されない。

労災診療費算定基準においては、健康保険診療報酬点数表に定める所定点数に労災診療単価を乗じて得た額をもって算定することとされていることから、健保点数表に定められていない特定療養費については、原則としてこれを適用することとはならない。

Q 16 傷病労働者が、DPC（入院医療の包括評価）を導入（試行的導入も含む。）している特定機能病院やDPC試行病院などに入院した場合、どのように算定することになるのか。

A. DPC（入院医療の包括評価）については、健康保険では、平成15年4月から特定機能病院等に、また平成16年4月からはそれ以外の病院に一部、試行的に導入されているところである。

DPCに関する告示は、健康保険法第76条第2項の規定による療養に要する費用の額の算定方法（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。）に係るものではなく、同法第86条第1項に規定する特定療養費の療養に要する費用の額の算定方法を定めたものである。

したがって、労災診療費算定基準においては、健保点数表の診療報酬点数に労災診療単価を乗じて行うものと定められているところから、DPC（入院医療の包括評価）は適用されず、従前どおり、健保点数表の一般病棟に係る入院基本料を算定することになる。

1 4 入院室料加算

Q 1 ある医療機関に、緊急入院を必要とする傷病労働者が搬送されたのだが、当該医療機関では普通室が満床であり、特別の療養環境室料を表示した部屋に入院となった。

このような場合、特別の療養環境室の算定要件を一部満たしていない状態であっても、入院室料加算が算定できるのか。

A. 算定できない。

普通室が満床による収容であっても、特別の療養環境室料の提供にかかる届出要件を満たす必要がある。

Q 2 療養環境加算の届出において、1床当たりの平均床面積を求める場合、特別の療養環境の提供に係る病室は除くこととなっているが、特別の療養環境の提供に係る病室に入室している患者について入院室料加算と併せて療養環境加算を算定することができるのか。

A. 算定できない。

療養環境加算の届出は病棟単位であり、承認を受けている病棟であれば、要件を満たしていない病室に入室している患者についても療養環境加算を算定できるが、特別の療養環境の提供に係る病室については届出の段階で算定の対象外となっているため、療養環境加算を算定することはできない。

Q 3 入院室料加算の支給要件については、「傷病労働者の容態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こと」となっていますが、どのような設備があればいいのか。

A. 入院室料加算の支給要件①の「傷病労働者の容態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こと。」とは、傷病労働者を収容した病室に当該傷病労働者を常時監視する固定式の監視装置（テレビ、モニター等）が設置されているか、又は移動式の監視装置（心電図モニター等）が配置できる設備が整っているものをいう。

Q 4 入院室料加算②－ウの「医学上他の患者から隔離する」とは、具体的にはどのような場合なのか。

A. 主として次のような場合が掲られる。

- 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（重度の熱傷、褥創等）
- ③一時的に情緒不安定な場合

Q 5 M R S Aに感染した患者を個室に収容した場合、入院室料加算の対象としてよいのか。また、対象となる場合は、支給要件②－ウに該当すると考えてよいのか。

A. 対象としてよい。

M R S Aのような感染症の患者を個室に収容するのは、他の入院患者に対する感染の防止と、感染している患者を合併症から守るという理由があると考えられることから、支給要件②－ウに該当することになる。

Q 6 入院室料加算の支給要件②－エによると、「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場合の入院室料加算は、初回入院日から7日を限度とする」こととなっているが、退院後再度緊急入院が必要となった場合において、医療機関の普通室が満床で、特別の療養環境の提供に係る病室（個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋）に収容せざるを得ないときには、7日間を限度に入院室料加算を算定することはできるのか。

A. 算定できる。

再入院時においても、支給要件②－エに該当する場合、すなわち、当該医療機関の普通室が満床であれば、特別の療養環境の提供に係る病室に収容された日を起算日として7日間を限度に算定できる。

Q 7 ある医療機関では、診療科別に病床を管理しているので、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され、入院室料加算を算定してきたものであるが、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のか。

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となるものである。

Q 8 労災保険における入院室料加算と、健康保険における重症者等療養環境特別加算とは、重複して算定することができるのか。

A. 重複算定はできない。

健康保険において重症者等療養環境特別加算に関する施設基準については、特別の療養環境の提供に係る病室でないことが要件となっており、労災保険における入院室料加算は特別の療養環境の提供に係る病室であることが要件であることから、重複算定することはできない。

なお、重症者等療養環境加算以外に入院室料加算と重複算定できないものには、特定入院料、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、療養環境加算がある。

Q 9 入院室料加算は、個室や2人部屋だけでなく、傷病労働者を3人部屋及び4人部屋に収容した場合でも算定できるのか。

A. 入院室料加算は、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あれば、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3人部屋及び4人部屋に収容した場合にも算定できる。

ただし、傷病労働者が次のいずれかの要件に該当することが要件となる。

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満室で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。(初回入院日から7日を限度)

なお、入院室料加算は、3人部屋(甲地)5,000円、3人部屋(乙地)4,500円、4人部屋(甲地)4,000円、4人部屋(乙地)3,600円の限度額内で医療機関が表示している金額で算定することとなるが、医療機関の表示額が限度額を超える場合には、限度額で算定し、医療機関の表示額が限度額よりも低い場合には、医療機関の表示額で算定することとなる。

Q 10 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。

15 初診時ブラッシング料

Q1 初診時ブラッシング料は、同一傷病につき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. 部位ごとの算定はできない。

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

Q2 同一日に2回被災し、それぞれについて同一日に同一医療機関において診療を受けた場合、初診料は1回のみ算定となるが、初診時ブラッシング料は2回算定できるのか。

A. 2回算定できる。

初診時ブラッシング料は、同一傷病（同一災害により生じた傷病）につき1回（1部位）算定できるとされていることから、それぞれ算定することができる。

Q3 四肢に対し、治療前処置としてブラッシングを行った場合、四肢加算は算定できるのか。

A. 四肢加算は算定できない。

Q 4 初診時ブラッシング料と創傷処理におけるデブリードマン加算とは重複算定できないこととなっているが、肘にブラッシングを行い、指にデブリードマンを行った場合、それぞれ算定できるのか。

A. 算定できない。

デブリードマン加算のみ算定できる。

初診時ブラッシング料は、同一傷病（同一災害により生じた傷病）につき1回（1部位）算定できることとなっている。

また、創傷処理におけるデブリードマンと初診時ブラッシング料とは、重複算定ができないとなっている。

したがって、部位が異なっている場合でも初診時ブラッシング料とデブリードマン加算は重複して算定できない。

Q 5 眼瞼裂傷、眼球内異物混入等の傷病にて初診時ブラッシング料を算定してきているのだが、眼科においても初診時ブラッシング料は算定できるのか。

A. 算定できる。

発生状況や傷病名に留意はするものの、傷病に対する必要性から患部創面の創傷、汚染等に対して生理食塩水、蒸留水等を使用してブラッシング（汚染除去）を行った場合は、診療科にとらわれることなく算定して差し支えない。

16 病衣貸与料

Q1 健康保険においては病衣貸与の加算がすでに廃止されているところだが、労災で入院する患者については、一律に保険請求することができるのか。

A. 要件を満たした場合には、保険請求ができる。

労災保険においては、やむを得ない（緊急）場合または、感染の恐れのある場合に限り、保険請求ができることとしている。

個人的な理由で病衣貸与を希望する場合は、医療機関と患者本人との契約となり保険請求はできない。

1 7 固定用伸縮性包帯

Q 1 腰部に伸縮性包帯を使用した場合、腰部固定帯加算（180点）を算定できるのか。

A. 算定できない。

腰部固定帯加算は、従来、頭部・頸部・軀幹固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、平成8年の健康保険の診療報酬の改正により、簡易なコルセット状のものを使用した場合のみ加算の算定ができることとなったものであり、伸縮性包帯のみ使用した場合は腰部固定帯加算の算定はできない。

なお、伸縮性包帯と腰部固定帯を同時に使用した場合は、重複して算定ができる。

（参考）腰部固定帯加算

①180点に満たない場合は、180点を加算する。

②180点を超える場合は、実費相当額で算定します。

なお、実費相当額で算定する場合は、購入価を10円で除して得られた点数で算定する。

また、胸部についても、硬質のもので胸をきっちりと固定できるものであれば、胸部固定帯加算の対象となる。

Q 2 健康保険においては、胸部固定帯を肋骨骨折に対し骨折非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており、別に算定できないこととなっているが、労災保険においても同様に算定できないのか。

A. 算定できる。

健保においては、胸部固定帯は特定保険医療材料に該当しないため、手術等の所定点数に含まれ別途算定できないとされている。

しかしながら、労災保険においては、伸縮性包帯としての算定を認めている。

Q 3 腰部固定帯使用中の患者に対して、固定帯が消耗したため、新しい固定帯を使用した場合、交換の度に腰部固定帯加算を算定できるのか。

A. 算定できる。

18 その他

Q1 ニーブレースを傷病者に使用した場合、支給できるのか。

A. 支給できる。

ただし、膝関節の固定に当たって、患者の症状等から、当該固定帯を医師が治療上必要と認めた場合は療養費として支給できる。

Q2 義歯の破損については、その修理を療養補償給付の範囲として取り扱うこととされているが、保険適用外の義歯（ポーセレン等）を装着している者が業務上災害のため、当該義歯を破損した場合、新たに同様の義歯を装着する費用を療養補償給付の範囲として取り扱って差し支えないか。

A. 療養補償給付の範囲として取扱って差し支えない。

Q3 備え付けの松葉杖、歩行補助器が医療機関に無く又は不足している場合、やむを得なく業者より借りた場合のレンタル料は支給できるのか。

A. 松葉杖については、原則として医療機関が貸与すべきものとされているが、医療機関に備付けが無い場合、あるいは不足している場合であって、療養上の必要性から医師の指示により自己負担で購入した場合に限り、療養費として支給できることとしており、レンタル料についてもこれに準じて取扱うこととする。

ただし、レンタル料の方が購入するより高額にならないように指導すること。

Q4 ロフトランドクラッチに係る費用については、松葉杖に準じて支給して差し支えないか。

A. 支給して差し支えない。

ただし、松葉杖の備付があるにもかかわらずロフトランドクラッチ等を自己購入する等、患者の自己都合によるものは給付の対象とならない。

Q 5 労災に係る傷病で入院中の患者に対して、私病に関する治療のための特別食が与えられている場合、特別食は労災保険の対象となるのか。

A. 支給の対象にはならない。

私病に関する特別食分（350円）に関しては、他保険にて請求することになる。

2. 柔道整復師

1 柔道整復師の施術について

(1) 整復料の算定

Q 1 中手骨骨折 2 ヶ所に施術を行った場合、整復料をそれぞれ算定できるのか。

A. 算定できない。

なお、指（手、足）以外は、部位で算定する（指（手、足）の骨の骨折及び脱臼については、各指で算定できる。）。

(2) 後療料の算定

Q 2 上腕 1 ヶ所と前腕 2 ヶ所を骨折し、拘縮した関節が 2 関節以上で 3 週間以上経過した場合、1, 020 円でなく $760 \text{ 円} \times 2 = 1, 520 \text{ 円}$ で算定できるのか。

A. $1, 020 \text{ 円} + 760 \text{ 円} = 1, 780 \text{ 円}$ で算定する。

後療料は、部位毎に算定できる。また、1 部位で 2 関節以上拘縮している場合には、1, 020 円で算定できる。

(3) 電気光線療法の対象器具

Q 3 昭和 39 年 12 月 18 日付け労災補償課長内かん「柔道整復師の施術にかかわる電気光線療法料金の取扱いについて」の 3 によると、「超短波と低周波の 2 種類についてのみ保険給付の対象とした。」となっているが、この 2 種類の他に対象となる器具はないのか。

A. 高周波、超音波及び赤外線についても対象となる。

昭和 39 年当時は 2 種類に限定したものであったが、昭和 56 年 6 月に健康保険において低周波、高周波、超音波及び赤外線について対象となったことから、労災保険においても健康保険と同様に対象となる。

(4) 温電法の算定

Q 4 平成8年7月の柔道整復師施術料金算定基準の改定により、手の指の打撲・捻挫の施療料及び後療料は指の本数に応じて最高4本分まで算定できることとなったが、後療時（受傷日から7日後）に同一手の3指に対して温電法を行った場合、どのように算定するのか。

A. $100\text{円} \times 3 = 300\text{円}$ で算定する。

手の指の打撲・捻挫に係る後療において強直緩解等のため温電法を施行した場合、その受傷の日から起算して5日間を除き、1回につき指1本の場合は所定料金、指2本の場合は所定料金を2倍にした金額、指3本の場合は所定料金を3倍にした金額、指4本以上の場合は所定料金を4倍にした金額を後療時に加算することができる。

なお、手の指の打撲・捻挫に係る電気光線療法料、冷電法料、特別材料費及び包帯交換料については、同一手の複数指に対するものであっても従来どおり所定料金で算定する。