

福岡医発第625号(地)
平成19年 7月13日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義 武

労災診療費算定マニュアル（平成19年度）及び医療関係
質疑応答集（平成19年5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が作成する「労災診療費算定マニュアル（平成19年度）」及び「医療関係質疑応答集（平成19年5月）」が日本医師会より送付してまいりましたので、ご参考までに各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



労災診療費算定マニュアル

平成 1 9 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・・・・・・・・	3
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・・・・・・・・・・・・・・・・	11
13	入院時食事療養費・・・・・・・・・・	12
14	コンピューター断層撮影料・・・・・・・・	13
15	リハビリテーション・・・・・・・・・・	14
16	初診時ブラッシング料・・・・・・・・	15
17	四肢に対する特例取扱い・・・・・・・・	15
18	手指の機能回復指導加算・・・・・・・・	17
19	固定用伸縮性包帯・・・・・・・・・・	18
20	処置等の特例・・・・・・・・・・・・・・・・	18
21	振動障害に係る検査料・・・・・・・・	23
22	文書料・・・・・・・・・・・・・・・・	24

II 参考

1	処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い・・・・・・・・	27
2	入院基本料特例取扱点数一覧表・・・・・・・・	28
3	労災治療計画書・・・・・・・・・・・・・・・・	35
4	労災リハビリテーション評価計画書・・・・・・・・	36

I 労災診療費算定基準（平成19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。

ただし、健保点数表（医科に限る。）の注2のただし書きに該当する場合については、1,820円を算定します。

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（1日につき）
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。

なお、入院については初診に引き続き入院している場合については7日間を限度に算定することができます。

また、健康保険における「保険外併用療養費（初診時自己負担金）」とも重複して算定できません。

（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）
- ⑤ 同一日複数科受診時の2つ目の診療科に限り算定する初診料（1,820円）を算定する場合

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, 360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（介達牽引及び消炎鎮痛等処置）以外の処置等を行った場合は、外来管理加算の特例を算定することができます。

注4 労災保険においては、介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術の逓減制については適用しません。（18ページ参照。）

よって、健保点数表の逓減後の点数をもって、外来管理加算の特例を算定することはできません。

7 再診時療養指導管理料 —— 920円

外来患者に対して再診時に療養上の指導（食事、日常生活動作、機能回復訓練、メンタルヘルスに関する指導）を行った場合に指導の都度算定できます。

注1 同一月において健保点数表の特定疾患療養管理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管理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 —— 3,000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3,000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3,000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については、入院患者の入院期間に応じ、加算する点数のみ上記健保点数に含みません（例1）。逆に、入院患者の入院期間に応じ、加算する点数以外の場合は、上記健保点数に含みます（例2、例3、例4、例5）。

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）

———— 1.30倍、1.01倍した後に加算します。

（例2）療養病棟入院基本料2及び有床診療所療養病床入院基本料2に係る加算（日常生活障害加算、認知症加算）

———— 加算後の点数を1.30倍、1.01倍します。

（例3）精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）に係る加算（重度認知症加算）

———— 加算後の点数を1.30倍、1.01倍します。

（例4）有床診療所入院基本料1に係る加算（医師の配置及び看護配置に係る加算、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。

（例5）療養病棟入院基本料2及び有床診療所療養病床入院基本料2の入院基本料Cに係る加算（認知機能障害加算）

———— 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倍した後に加算します。

- ③ 「10 労災治療計画加算（100点加算）」

———— 1.30倍、1.01倍した後に加算します。

注2 外泊期間中の入院基本料は、すべての加算を含まない入院基本料の基本点数に0.15を掛け、その後1.30倍ないし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) 入院基本料基本点数×別表第一、別表第二及び別表第三(※)に定める率=A

$$A \times 1.30 \text{ or } 1.01 = A'$$

初期加算点数×別表第一、別表第二及び別表第三(※)に定める率=B

$$\text{入院基本料所定点数} = A' + B$$

(※) 健保点数表第1章第2部入院料等の通則5の別表第一、別表第二及び別表第三

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。

注5 健康保険においては、入院診療計画に関する基準を満たすことが入院基本料等の算定要件の1つとなったため、労災保険においても、入院診療計画書又は労災治療計画書(以下、「労災治療計画書等」という。)を交付して説明することが入院基本料等の算定要件となります。

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

特別の事情とは、以下のような場合です。

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

注6 健保点数表における「生活療養を受ける場合」の点数については、適用しません。

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交付し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。（35ページ参照）

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

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

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

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

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

② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。

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

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

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

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

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（地域手当）により支給区分が1級地から5級地とされる地域をいい、乙地とは甲地以外の地域をいいます。

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18年4月1日現在）

都道府県	地 域 区 分
宮 城 県	仙台市
茨 城 県	取手市、つくば市、水戸市、土浦市、守谷市、日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市
栃 木 県	宇都宮市
埼 玉 県	和光市、さいたま市、志木市、鶴ヶ島市、川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市
千 葉 県	成田市、印西市、船橋市、浦安市、袖ヶ浦市、千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市、茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市
東 京 都	特別区、武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、多摩市、稲城市、西東京市、八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市、三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市
神奈川県	鎌倉市、厚木市、横浜市、川崎市、海老名市、横須賀市、藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市、平塚市、秦野市、三浦郡葉山町
山 梨 県	甲府市
静 岡 県	静岡市、沼津市、御殿場市
愛 知 県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市
三 重 県	鈴鹿市、津市、四日市市
滋 賀 県	大津市、草津市、守山市

都道府県	地 域 区 分
京 都 府	京都市、宇治市、亀岡市、京田辺市
大 阪 府	大阪市、守口市、門真市、吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市、豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市、河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市、堺市、東大阪市、岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市
兵 庫 県	芦屋市、西宮市、宝塚市、神戸市、尼崎市、伊丹市、三田市
奈 良 県	天理市、奈良市、大和郡山市、大和高田市、橿原市
広 島 県	広島市
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18年3月6日付け厚生労働省告示第99号（以下「99号告示」という。）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第1 食事療養」に定める金額の1.2倍により算定します。（10円未満の端数は四捨五入）

(1) 入院時食事療養（Ⅰ）1食につき 770円

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方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、1日につき3食を限度として算定します。

① 特別食加算 1食につき 90円

別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときに、1日につき3食を限度として加算することができます。

② 食堂加算 1日につき 60円

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

(2) 入院時食事療養（Ⅱ）1食につき 610円

入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定します。

注 99号告示の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第2 生活療養」については、適用しません。

14 コンピューター断層撮影料

健保点数表では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回目以降の断層撮影の費用については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定することとなっていますが、労災保険ではこの規定は適用されません。

(例1) 同一月に1回目単純CT撮影口、2回目単純CT撮影口を行った場合。

1回目	単純CT撮影口	660点(+断層診断450点)
2回目	単純CT撮影口	660点

合 計 1,320点(断層診断を含め1,770点)算定

(例2) 同一月に1回目単純CT撮影口、2回目単純MRI撮影口を行った場合。

1回目	単純CT撮影口	660点(+断層診断450点)
2回目	単純MRI撮影口	1,080点

合 計 1,740点(断層診断を含め2,190点)算定

(例3) 同一月に1回目単純CT撮影口、2回目単純MRI撮影口、3回目特殊CT撮影を行った場合。

1回目	単純CT撮影口	660点(+断層診断450点)
2回目	単純MRI撮影口	1,080点
3回目	特殊CT撮影	950点

合 計 2,690点(断層診断を含め3,140点)算定

15 リハビリテーション

疾患別リハビリテーション（※１）については、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、健保点数表に定める制限日数を超えて算定できます。

なお、健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の注２（通減制の取扱い）及び疾患別リハビリテーション医学管理料（※２）については適用しません。

（※１）疾患別リハビリテーションとは、健保点数表における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料におけるリハビリテーションのことをいいます。

（※２）疾患別リハビリテーション医学管理料とは、健保点数表における心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料、呼吸器リハビリテーション医学管理料のことをいいます。

注 健保点数表において算定日数の上限を超えて疾患別リハビリテーション料を行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等の別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）については、以下のいずれかの措置を求めることとなります。

① 診療費請求内訳書の摘要欄に継続の理由等の必要事項を記載する。

② 「労災リハビリテーション評価計画書」を診療費請求内訳書に添付して提出する。

なお、算定日数の上限の除外対象とならなかった傷病であって、算定日数の上限を超えて疾患別リハビリテーションを行う必要性及び効果が認められるものは、「労災リハビリテーション評価計画書」を診療費請求内訳書に添付して提出することになります。

（３６ページ参照）

16 初診時ブラッシング料 ―― 91点

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

ただし、同一傷病につき1回（初診時）限りとします。

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

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

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

17 四肢に対する特例取扱い

（1）指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）

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

(2) 指の骨折非観血的整復術

手の指の骨折非観血的整復術については、次に掲げる点数で算定します。

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

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

(3) 処置、手術及びリハビリテーションについての特例

1. 5倍（2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)

ア 創傷処置（術後創傷処置を含む。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、熱傷処置（電撃傷、薬傷及び凍傷を含む。）、重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置

イ 関節穿刺、粘（滑）液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

ウ 絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術、皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引（2日目以降）、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、低出力レーザー照射

(手術)

エ 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（1）による。

オ 皮膚切開術

カ 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（2）による。

キ 神経、血管の手術

(リハビリテーション)

ク 疾患別リハビリテーション

② 上記①のア～イの処置及びエ～キの手術については、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医療機器等加算は、対象になりません。

18 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。

19 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（170点）については、170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 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。

20 処置等の特例

（1）逡減について

健保点数表における介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術の
逡減制については適用しません。

（2）3部位（局所）の取扱いについて

① 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち
「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又
は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を行った場合は、1日
につき合わせて負傷にあつては受傷部位ごとに3部位を限度とし、
また、疾病にあつては3局所を限度として算定できます。

② 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、1日につき所
定点数（「湿布処置」の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算
とする。）を算定できます。

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

（例1）

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

（例2）

腰部に「湿布処置」イ	35点	=	35点
左前腕に「湿布処置」イ	35点×1.5倍	=	53点
右手指に「湿布処置」ロ	24点×2.0倍	=	48点
合 計			136点

(3) 処置の併施について

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

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

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

(例1)

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

(例2)

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

介達牽引＋「手技による療法」＋矯正固定（合計3部位）

$$53点＋53点＋53点 = 159点$$

したがって、この場合は159点を算定します。

(4) 処置等の併施について

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

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

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

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

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

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

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

(例 1)

右上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) 1 単位	80 点 × 1.5 倍	=	120 点
右上肢に「器具等による療法」	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
合 計			173 点

(例 2)

左上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) 1 単位	80 点 × 1.5 倍	=	120 点
左下肢に介達牽引	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
左上肢に変形機械矯正術	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) + (介達牽引又は変形機械矯正術 (1 部位分)) の合計	120 点 + 53 点	=	173 点

(例 3)

腰部に運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) 1 単位	80 点	=	80 点
右下肢に介達牽引	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
右上肢に「手技による療法」	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
左下肢に低出力レーザー照射	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) + (介達牽引、「手技による療法」又は低出力レーザー照射 (1 部位分)) の合計	80 点 + 53 点	=	133 点
介達牽引 + 「手技による療法」 + 低出力レーザー照射 (3 部位) の合計	53 点 + 53 点 + 53 点	=	159 点
したがって、この場合は159点を算定する。			

(例 4)

左上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) 1 単位	80 点 × 1.5 倍	=	120 点
左上肢に「湿布処置」イ	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
合 計			173 点

(例 5)

左上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) 1 単位	80 点 × 1.5 倍	=	120 点
右下肢に「湿布処置」イ	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
腰部に介達牽引	35 点	=	35 点
右上肢に「手技による療法」	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
左下肢に「器具等による療法」	35 点 × 1.5 倍	=	53 点
運動器リハビリテーション料 (Ⅱ) + 「湿布処置」 + 「器具等による療法」 の合計	120 点 + 53 点 + 53 点	=	226 点

注 1 四肢加算の取扱いは、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」及び低出力レーザー照射については所定点数の 1.5 倍、「湿布処置」は所定点数の 1.5 倍（手及び手指は 2 倍）として算定することができます。

注2 局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれを1局所とし、全身を5局所に分けたものをいいます。

注3 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の部位（局所）、消炎鎮痛等処置の種類及び部位（局所）について、レセプトに明確に記載するよう医療機関に指導してください。

注4 外来診療料を算定する医療機関においては、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は算定できません。また「湿布処置」及び肛門処置については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定することができます。

21 振動障害に係る検査料

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

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

22 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	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	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	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

Ⅱ 参考

1 処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い

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

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

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

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

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

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

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

※注 7 健保点数表における介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術の通減制については適用しません。

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

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,555 点	7:1以上 70%以上	19日以内	2,022 点	1,571 点
10対1入院基本料	1,269 点	10:1以上 70%以上	21日以内	1,650 点	1,282 点
13対1入院基本料	1,092 点	13:1以上 70%以上	24日以内	1,420 点	1,103 点
15対1入院基本料	954 点	15:1以上 40%以上	60日以内	1,240 点	964 点

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
特別入院基本料	575 点	上記各区分の要件に該当しない 医療機関		748 点	581 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

1 療養病棟入院基本料1 (平成18年6月30日まで) (略)

2 療養病棟入院基本料2 (平成18年7月1日から)

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	2 週間以内 (1. 3 0 倍)	2 週間超 (1. 0 1 倍)
入院基本料 A	1, 740 点	2 5 : 1 以上 (2 0 : 1 以上) ※	2 5 : 1 以上 (2 0 : 1 以上) ※	2, 262 点	1, 757 点
入院基本料 B	1, 344 点			1, 747 点	1, 357 点
入院基本料 C	1, 220 点	1, 586 点		1, 232 点	
入院基本料 D	885 点	1, 151 点		894 点	
入院基本料 E	764 点	993 点		772 点	

※当該病棟の入院患者の内入院基本料A～Cを算定する患者が8割以上であるとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟については、看護配置及び看護補助配置の要件が（ ）内の基準となる。

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	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	563 点	上記要件に該当しない医療機関		732 点	569 点

*注1 入院の日から起算して(1日につき)

A 1 0 2 結核病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,447点	7:1以上 70%以上	25日以内	1,881点	1,461点
10対1入院基本料	1,161点	10:1以上 70%以上	25日以内	1,509点	1,173点
13対1入院基本料	949点	13:1以上 70%以上	28日以内	1,234点	958点
15対1入院基本料	886点	15:1以上 40%以上	—	1,152点	895点
18対1入院基本料	757点	18:1以上 40%以上	—	984点	765点
20対1入院基本料	713点	20:1以上 40%以上	—	927点	720点

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
特別入院基本料	550点	上記各区分の要件に該当しない医療機関		715点	556点

*注1 入院の日から起算して(1日につき)

A 1 0 3 精神病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
10対1入院基本料	1,209点	10:1以上 70%以上	25日以内	1,572点	1,221点
15対1入院基本料	800点	15:1以上 40%以上	—	1,040点	808点
18対1入院基本料	712点	18:1以上 40%以上	—	926点	719点
20対1入院基本料	658点	20:1以上 40%以上	—	855点	665点

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
特別入院基本料	550点	上記各区分の要件に該当しない医療機関		715点	556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

病棟区分	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)
一般病棟	7対1入院基本料	1,555 点	7:1以上 70%以上	28日以内	2,022 点	1,571 点
	10対1入院基本料	1,269 点	10:1以上 70%以上		1,650 点	1,282 点
結核病棟	7対1入院基本料	1,447 点	7:1以上 70%以上	28日以内	1,881 点	1,461 点
	10対1入院基本料	1,161 点	10:1以上 70%以上		1,509 点	1,173 点
	13対1入院基本料	949 点	13:1以上 70%以上	36日以内	1,234 点	958 点
	15対1入院基本料	886 点	15:1以上 70%以上	—	1,152 点	895 点
精神病棟	7対1入院基本料	1,311 点	7:1以上 70%以上	28日以内	1,704 点	1,324 点
	10対1入院基本料	1,209 点	10:1以上 70%以上		1,572 点	1,221 点
	15対1入院基本料	839 点	15:1以上 70%以上	—	1,091 点	847 点

*注1 入院の日から起算して（1日につき）

A 1 0 5 専門病院入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,555 点	7 : 1 以上 70%以上	30日以内	2,022 点	1,571 点
10対1入院基本料	1,269 点	10 : 1 以上 70%以上	33日以内	1,650 点	1,282 点
13対1入院基本料	1,092 点	13 : 1 以上 70%以上	36日以内	1,420 点	1,103 点

*注1 入院の日から起算して(1日につき)

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
10対1入院基本料	1,269 点	10 : 1 以上 70%以上	1,650 点	1,282 点
13対1入院基本料	1,092 点	13 : 1 以上 70%以上	1,420 点	1,103 点
15対1入院基本料	954 点	15 : 1 以上 40%以上	1,240 点	964 点

*注1 入院の日から起算して(1日につき)

A 1 0 8 有床診療所入院基本料

1 有床診療所入院基本料 1

	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7日以内	810点	看護職員5人以上 (看護職員5人以上のうち、看護師 が1名以上いることが望ましい。)	1,053点	
8日以上14日以内の期間	660点		858点	
15日以上30日以内の期間	490点			495点
31日以上	450点			455点

2 有床診療所入院基本料 2

	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7日以内	640点	看護職員1人以上5人未満	832点	
8日以上14日以内の期間	480点		624点	
15日以上30日以内の期間	320点			323点
31日以上	280点			283点

*注1 入院の日から起算して(1日につき)

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料

1 有床診療所療養病床入院基本料 1 (平成 1 8 年 6 月 3 0 日まで)
(略)

2 有床診療所療養病床入院基本料 2 (平成 1 8 年 7 月 1 日から)

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2 週間以内 (1. 3 0 倍)	2 週間超 (1. 0 1 倍)
入院基本料 A	975 点	6 : 1 以上 (4 : 1 以上) ※	6 : 1 以上 (4 : 1 以上) ※	1,268 点	985 点
入院基本料 B	871 点			1,132 点	880 点
入院基本料 C	764 点			993 点	772 点
入院基本料 D	602 点			783 点	608 点
入院基本料 E	520 点			676 点	525 点

※当該病棟の入院患者の内入院基本料 A ～ C を算定する患者が 8 割以上であるとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟については、看護配置及び看護補助配置の要件が () 内の基準となる。

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2 週間以内 (1. 3 0 倍)	2 週間超 (1. 0 1 倍)
特別入院基本料	450 点	上記要件に該当しない医療機関		585 点	455 点

*注 1 入院の日から起算して (1 日につき)

3 労 災 治 療 計 画 書

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。

注2) 入院期間は、現時点で予想されるものである。

注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。

労災リハビリテーション評価計画書

注1 本計画書は、制限日数を超えた日の属する請求月以降、毎月の診療費請求内訳書に添付すること。
注2 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。

医療関係質疑応答集

平成 1 9 年 5 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	6
4	再診料・外来診療料・外来管理加算	7
5	再診時療養指導管理料	12
6	指導管理等・在宅医療	16
7	検査料	18
8	画像診断	20
9	投薬・注射	22
10	リハビリテーション	24
11	処置料	27
12	手術料	36
13	入院基本料	46
14	入院室料加算	52
15	初診時ブラッシング料	56
16	病衣貸与料	58
17	固定用伸縮性包帯	59
18	その他	61

2. 柔道整復師

1	柔道整復師の施術について	63
---	--------------	----

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（3,640円）は算定できるのか。

A. 算定できない。

一定の場合を除き、現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り1,820円を算定できる。

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（3,640円）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（3,640円）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（3, 640円）を算定できるのか。

A. 初診料（3, 640円）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（3,640円）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（3,640円）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、傷病発生から数か月経過し、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。

Q 6 同一日複数科受診時の初診料（1, 820円）を算定する患者に対して、救急医療が行われた場合に、救急医療管理加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

同一日複数科受診時の初診料（1, 820円）を算定する場合については、救急医療管理加算は算定できない。

Q 7 初診時に救急医療が行われ、即入院することとなった患者が、入院後4日目には状態が回復し、救急医療が行われなくなった場合に、救急医療管理加算は算定できるのか。

A. 算定できる。

入院の時点での状態が基準に該当すれば、その後病状が改善していても7日間まで算定することができる。

Q 8 最初に收容された医療機関で、初診時に救急医療が行われ、即入院し4日間経過後に、容態の急変等により他の医療機関に転院した場合、転院先医療機関は救急医療管理加算を算定できるのか。

A. 算定できる。

最初に收容された医療機関で4日間算定していても、転院先の医療機関で初診時に算定要件を満たしているのであれば、入院日数に応じて7日を限度として救急医療管理加算を算定できる。

Q 9 初診時に救急医療が行われ、即入院することとなった患者について、救命救急入院料を算定する病室に入院し、4日目から一般病棟入院基本料を算定する病室へ転室となった。この場合、4日目から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。

救急医療管理加算と救命救急入院料については、重複して算定できないが、入院の時点での状態が基準に該当すれば、一般病棟入院基本料を算定する4日目から、4日間救急医療管理加算を算定できる。

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・外来管理加算・外来診療料

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. 再診料は算定できない。
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 100 平方センチメートル未満のもの及び 100 平方センチメートル以上 500 平方センチメートル未満のものについては、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、熱傷処置の所定点数で算定できなくなる 2 か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。

運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位（右上肢）

120点（80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）

A. 消炎鎮痛等処置（頸部）の算定点数が52点未満であることから、消炎鎮痛等処置（頸部）を算定する場合については、外来管理加算は算定できる。

次の①から③の何れかにより算定する。

① 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（右上肢）120点と、消炎鎮痛等処置（頸部）35点を算定した場合は、消炎鎮痛等処置（頸部）の所定点数が52点未満であることから、外来管理加算は算定できる。

120点＋35点＋52点（外来管理加算）＝207点

② 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（右上肢）120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（右上肢）の所定点数が52点を超えていることから、外来管理加算は算定できない。

120点＋53点＝173点

③ 消炎鎮痛等処置（頸部）35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（頸部）の所定点数が52点未満であることから、外来管理加算は算定できる。

35点＋53点＋52点（外来管理加算）＝140点

したがって、①及び③については、外来管理加算は算定できるが、最も算定点数が高くなる①により算定する。

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、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、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置）以外の処置等を行った場合、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 介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術については、同一月における実施回数に関係なく、逓減制を適用しないこととなっているが、逓減した点数により算定し、その点数が52点未満であれば、外来管理加算の特例を算定することができるのか。

A. 算定できない。

健康保険における介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術の逓減制については、適用しないこととしており、逓減した後の点数により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管理料の取扱いに準拠する。

(参考)

診察に基づき計画的な診療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管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。

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、特定疾患療養管理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管理料と同様である。

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のみを行った際、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。

ただし、同一保険医療機関において、同一日に私病の治療とあわせて労災の傷病について新たに別の診療科を初診として受診したのであれば、労災の傷病の治療を行った診療科については1,820円を算定することとなり、この場合であれば、再診時療養指導管理料は算定できない。

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、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、メンタルヘルスに関する指導）について、患者の症状に応じて必要な指導を1つでも行った場合は、その都度算定できる

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再診で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つ以上の診療科を再診で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、その後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管理料及び、特定疾患療養管理料と重複算定できないと規定されている管理料・指導料等である。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については、同一月において特定疾患療養管理料とは重複算定できない。

また、特定疾患療養管理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ない。

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から同一月において重複算定できる。

Q 10 歯科診療に関する医学管理等に、歯周疾患指導管理料、歯科衛生実地指導料、歯科口腔衛生指導料及び歯科特定疾患療養管理料があるのだが、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、歯科特定疾患療養管理料及び歯科口腔衛生指導料については、重複算定できない。

歯周疾患指導管理料（月1回、100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、歯科特定疾患療養管理料（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、歯科口腔衛生指導料（月1回、100点）は、齲蝕又は歯肉炎に罹患している患者に対して、口腔の状態、心身の状態等について、当該患者又はその家族等に対し、療養上必要な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管理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については、同一月において特定疾患療養管理料とは重複算定できない。

また、特定疾患療養管理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ない。

なお、特定疾患療養管理料と重複算定できないと規定されている管理料・指導料等とは、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。

したがって、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することはできない。

Q12 認知症患者やその家族に対して療養上の指導を行った場合に、再診時療養指導管理料を算定できるのか。

A. 算定できる。

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場合は、再診時療養指導管理料を算定できる。

6 医学管理等・在宅医療

Q 1 在宅医療に関し、往診あるいは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るが、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 眼科を標榜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、眼科医の対診を求めた場合に、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 肺血栓塞栓症予防管理料については、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、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. 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の費用は、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60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、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（一連につき650点）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（650点）は適用されない。

（例1）

同一月に1回目単純CT撮影口、2回目単純CT撮影口を行った場合。

1回目	単純CT撮影口	660点（+断層診断 450点）
2回目	単純CT撮影口	660点

合 計 1, 320点（断層診断を含め1, 770点）
算定できる。

（例2）

同一月に1回目単純CT撮影口、2回目単純MRI撮影口を行った場合。

1回目	単純CT撮影口	660点（+断層診断 450点）
2回目	単純MRI撮影口	1, 080点

合 計 1, 740点（断層診断を含め2, 190点）算定できる。

（例3）

同一月に1回目単純CT撮影口、2回目単純MRI撮影口、3回目特殊CT撮影を行った場合。

1回目	単純CT撮影口	660点（+断層診断 450点）
2回目	単純MRI撮影口	1, 080点
3回目	特殊CT撮影	950点

合 計 2, 690点（断層診断を含め3, 140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. 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 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料（以下、「疾患別リハビリテーション」という。）に係る四肢の特例取扱い（1.5倍）についてはどのように算定するのか。

A. 四肢の傷病に対して疾患別リハビリテーションを行った場合については、四肢の特例取扱いの対象となり、疾患別リハビリテーションの所定点数に1.5倍を乗じて算定することとなる。

また、労災傷病に付随して生じた四肢の疾病に対して疾患別リハビリテーションを行った場合についても、四肢の特例取扱いの対象となり、所定点数に1.5倍を乗じて算定することとなる。

Q2 右下腿と腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（80点）をそれぞれ1単位ずつ行った場合は、どのように算定するのか。

A. 以下のとおり部位ごとに算定する。

右下腿に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	80点×1.5倍
腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	80点
合 計	200点

Q3 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する脳挫傷の傷病労働者に対して、右足麻痺に対して理学療法士による理学療法を1単位、失語症に対して言語聴覚療法士による言語聴覚療法を1単位行った場合は、どのように算定するのか。

A. 右足麻痺に対して行ったリハビリテーションは、四肢の特例取扱いの対象となり、脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数に1.5倍を乗じて算定することとなる。

失語症に対して行ったリハビリテーションは、四肢の特例取扱いの対象とならないので、脳血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定することとなる。

Q 4 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者が、新たに運動器リハビリテーション料の対象患者となった場合について、どのように算定するのか。

A. 病態の異なる疾患である場合には、脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料のそれぞれについて算定することができる。

ただし、疾患別リハビリテーション料については、健保点数表において患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については9単位）に限り算定できることとなっているため、これを超えて算定することはできない。

Q 5 疾患別リハビリテーションを行っている傷病労働者が転院した場合、疾患別リハビリテーションの起算日は、医療機関ごとに算定するのか、あるいは医療機関を通算して起算日から算定するのか。

A. 疾患別リハビリテーションの起算日は、心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は、治療開始日、脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料は発症、手術又は急性増悪からとなっている。

よって、症例によっては起算日が変わることにはあるが、単に転院してリハビリテーションを継続するような場合については、起算日は変更できない。

Q 6 リハビリテーションの通則5のADL加算（30点）を算定する場合、四肢の特例取扱い（1.5倍）についてどのように算定するのか。

A. ADL加算については、四肢の特例取扱いの対象とはならない。

（例）左大腿部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（80点）を1単位算定し、ADL加算を算定する場合について

運動器リハビリ

テーション料（Ⅱ）	四肢加算		ADL加算		
80点	×	1.5倍	+	30点	= 150点

Q 7 心大血管疾患リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の起算日となる治療開始日とは、リハビリテーションを開始した日なのか。

A. リハビリテーションを開始した日である。

Q 8 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の起算日は、発症、手術又は急性増悪の日となっているが、手術を行った場合及び急性増悪となった場合は、起算日に変更されるのか。

A. 変更できる。

手術を行った場合及び急性増悪となった場合は、新たな起算日となる。

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創傷処置（術後）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。

手術創に対する処置は創傷処置（術後）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、同じ眼に対する創傷処置（術後）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、熱傷処置、重度褥瘡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、熱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、熱傷処置、重度褥瘡処置、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。

(例) 創傷処置右手+右前腕（100平方センチメートル 以上500平方センチメートル未満）

(四肢(手指)加算)

49点	×	2.0倍	=	98点
-----	---	------	---	-----

Q 7 平成18年4月の健康保険の診療報酬の改定により、熱傷処置及び重度褥瘡処置が創傷処置より独立した手技料として算定できることとなったが、これら独立した処置についても、それぞれ面積を合算して算定することができるのか。

また、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のか。

A. それぞれ算定することができる。

Q 8 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

熱傷処置

①指・・・100平方センチメートル未満

135点

②四肢・・・100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

147点

③頭頸部・・・100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

147点

$$\textcircled{1} = 135 \times 2.0 = 270 > 150$$

$$\textcircled{1}' = 270 \times 140 / 100 = 378$$

$$\textcircled{2} = 147 \times 1.5 = 221 > 150$$

$$\textcircled{2}' = 221 \times 140 / 100 = 309$$

$$\textcircled{3} = 147 \times 1.0 = 147 < 150$$

$$\textcircled{3}' = 147$$

$$\textcircled{1} + \textcircled{2} + \textcircled{3} = 638$$

$$\textcircled{1}' + \textcircled{2}' + \textcircled{3}' = 834$$

$$638 \times 140 / 100 = 893$$

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。（893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 9 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。

Q10 平成18年4月の健康保険の診療報酬の改定により、矯正固定、変形機械矯正術が介達牽引から、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射が消炎鎮痛等処置からそれぞれ独立した手技料として算定できることとなったが、これら独立した処置についても、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、疾患別リハビリテーションと併施した場合も疾患別リハビリテーションの所定点数とこれら独立した処置を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。

Q11 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。

Q12 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」を算定するのではなく、1局所として取扱う。

Q13 介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術については、同一月における実施回数に関係なく、逓減制は適用されず所定点数が算定できるのか。

A. 貴見のとおり。

健保における介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術の逓減制については適用しないものであり、所定点数を算定できる。

Q14 同一日に腰部及び左前腕に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置イ」、右手指に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置ロ」、右上腕及び左下腿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」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。

腰部に「湿布処置イ」	35点×1.0倍＝	35点
左前腕に「湿布処置イ」	35点×1.5倍＝	53点
右手指に「湿布処置ロ」	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

Q15 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、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計2部位（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、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計2部位までの所定点数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、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を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、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の所定点数のみを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

Q16 右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	80点× 1.5倍 = 120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
を同一日に行った場合、どのように算定するのか。	

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

なお、同一部位に対して疾患別リハビリテーションと介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合であっても、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。

右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	80点× 1.5倍 = 120点
右上肢に「器具等による療法」	35点× 1.5倍 = 53点
合 計	= 173点

Q17 左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	80点× 1.5倍 = 120点
左上肢に消炎鎮痛等処置「湿布処置Ⅰ」	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. 「湿布処置」と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、「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。）と疾患別リハビリテーション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」と疾患別リハビリテーション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。

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	80点× 1.5倍 = 120点
左上肢に「湿布処置Ⅰ」	35点× 1.5倍 = 53点
合 計	= 173点

Q18 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 1単位	80点	= 80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. 疾患別リハビリテーション、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、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」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、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」）、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか1部位を算定できる。

ただし、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を複数部位に行っている場合については、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定して差し支えない。

したがって次のように算定することができる。

・呼吸器リハビリテーション料＋介達牽引、「手技による療法」、「器具等による療法」（1部位）
80点＋53点＝133点

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

よって、この場合は159点を算定する。

Q 19	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
	左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	
		80点 × 1.5倍 = 120点 × 1単位 = 120点
	を同一日に行った場合、どのように算定するのか。	

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

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

また、疾患別リハビリテーションと「湿布処置」の所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定することとしても差し支えない。

したがって次のように算定することができる。

運動器リハビリテーション料（Ⅱ）＋「湿布処置」（1部位）＋介達牽引又は「器具等による療法」（1部位）

$$120 \text{ 点} + 87 \text{ 点} + 53 \text{ 点} = 260 \text{ 点}$$

「湿布処置」＋介達牽引＋「器具等による療法」

$$87 \text{ 点} + 53 \text{ 点} + 53 \text{ 点} = 193 \text{ 点}$$

よって、この場合は、260点を算定する。

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. 同じ取扱いである。

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 14」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14」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場合には、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. 「簡単に除去し得る場合」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～K022-2）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、創外固定器加算（10,000点）を加算することができるが、この創外固定器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。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）。

Q21 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。

K013 全層、分層植皮術(露出部)(25平方センチメートル未満)	5, 880点
K016 動脈(皮)弁術	21, 900点
K087 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14」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を行った場合は、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14」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		
5,880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	
= 33, 880点				

Q 22 同一手に対して、断端形成術（骨形成を要するもの）（示指）、骨折観血的手術（中指、環指）を複数指に対して行った場合は、それぞれ算定できるのか。

A. 算定できる。

指に係る同一手術野の範囲と算定方法において、K087断端形成術（骨形成を要するもの）及びK046骨折観血的手術は、第1指から第5指までを別の手術野として算定できるものであり、複数指について行った場合には、それぞれの指につい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。

断端形成術（示指）

四肢加算

$$6,100 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍} = 12,200 \text{ 点} \cdots \cdots \textcircled{1}$$

骨折観血的手術（中指、環指）

四肢加算

$$5,610 \text{ 点} \times 2.0 \text{ 倍} \times 2 \text{ 本} = 22,440 \text{ 点} \cdots \cdots \textcircled{2}$$

$$\textcircled{1} + \textcircled{2} = 34,640 \text{ 点}$$

Q 23 足を骨折した労災患者に行った画像診断の結果、腫瘍が発見された。骨折の治療を行う上でどうしてもこの腫瘍を取り除かなければならない場合、当該腫瘍を摘出する手術も含め算定して差し支えないか。

A. 算定して差し支えない。

骨折に関する手術に付随するものとして、算定して差し支えない。

なお、「傷病の経過」欄には、腫瘍を摘出しなければならなかった理由等を記載すること。

Q 24 業務上災害により腎不全となり、人工透析を行う必要が生じたことから、手首にシャント手術を実施した。

このような場合、シャント手術に対しての四肢加算は算定できるのか。

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行われた処置、手術等であり、人工透析を行うために必要とされるシャント手術については、四肢の傷病には該当しないことから、四肢加算を算定できない。

Q 25 慢性硬膜下血腫に対して行われた穿孔洗浄術の算定について、頭部両側（左・右）に当該手術を行った場合、それぞれ算定できるのか。それともK 1 4 8（試験開頭術）の補足に、穿頭術及び試験開頭術を同時又は短時間の間隔において2か所以上行った場合の点数はK 1 4 8 試験開頭術により1回に限り算定するとなっていることから、それぞれ算定できないのか。

A. 左右それぞれ算定できる。

慢性硬膜下血腫の穿孔術（穿頭による洗浄・除去術）の所定点数は、穿孔して血腫を洗浄するという一連の行為に対して、設定されているものであり、穿孔、開窓するにとどまる、あるいは穿孔、開窓して脳室穿刺を行う場合の点数設定とは明確に区分されている。したがって、それぞれ算定できる。

Q 26 健康保険の医科診療報酬点数表の手術通則 1 1 によると、C型肝炎感染患者等に対してマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に100点を加算することができるが、C型肝炎等を有する被災労働者が四肢の傷病に係る手術を行った場合、当該加算について四肢加算することができるのか。

A. 四肢加算できない。

四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に係る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・体幹の手術及び④神経、血管の手術を行った場合、健保点数を1.5倍（手（手関節以下）及び手の指に係る場合は、2.0倍）して算定することができるが、当該健保点数とは、医科診療報酬点数表の第10部手術の第1節手術料に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則（時間外加算、休日加算及び深夜加算を除く。）及び手術医療器械等加算の加算点数は含まない。

よって、通則 1 1 の加算については、四肢加算することはできない。

Q 27 K 611抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置又はK 618中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置を四肢に設置した場合、四肢加算できるのか。

A. 四肢加算の特例取扱いについては、四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に係る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・体幹の手術及び④神経、血管の手術を行った場合について算定できるものであり、K 611抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置及びK 618中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置を四肢に設置した場合は、上記に該当しないため、四肢加算はできない。

Q 28 K 083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。

Q 29 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。

Q 30 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、K 0 5 9 骨移植術の「2」同種骨移植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K 0 5 9 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。

Q 31 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」に示されている初期加算、日常生活障害加算、認知症加算、重度認知症加算等の取扱いは以下のとおり。

- ・初期加算・・・1.3倍(1.01倍)した後に加算する。
- ・日常生活障害加算・・・加算後の点数を1.3倍(1.01倍)する。
- ・認知症加算・・・加算後の点数を1.3倍(1.01倍)する。
- ・重度認知症加算・・・加算後の点数を1.3倍(1.01倍)する。
- ・医師の配置及び看護配置に係る加算・・・加算後の点数を1.3倍(1.01倍)する。
- ・看護配置に係る加算・・・加算後の点数を1.3倍(1.01倍)する。
- ・認知機能障害加算・・・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及び看護配置加算(1日につき100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及び看護配置加算(1日につき100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」には初期加算等の加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、初期加算等の加算点数は含まない。

初期加算等の加算点数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 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。

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については、入院基本料の所定点数を1.3倍（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。
※具体的な算定方法は以下のとおり。

入院基本料基本点数×別表第一、別表第二及び別表第三（※）に定める率＝A

$A \times 1.3 \text{ 倍 } (1.01 \text{ 倍}) = A'$

初期加算点数×別表第一、別表第二及び別表第三（※）に定める率＝B

入院基本料所定点数＝A'＋B

（※）健保点数表第1章第2部入院料等の通則5の別表第一、別表第二及び別表第三

Q 5 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 6 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 7 平成18年3月までは、労災治療計画書又は入院診療計画書を未実施の場合、入院基本料の所定点数から350点を減算（入院中1回）していたが、平成18年4月より、労災治療計画書又は入院診療計画書を未実施の場合は、入院基本料等が算定できなくなるのか。

A. そのとおり。

ただし、特別の事情があり、かつ、入院後7日以内の場合については、その理由を診療費請求内訳書に記載することにより、労災治療計画書又は入院診療計画書を交付して説明することができない場合であっても、入院基本料等を算定できる。

特別の事情とは、以下のような場合である。

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

Q 8 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又は入院診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、労災治療計画書又は入院診療計画書を交付して説明する必要はない。

ただし、再入院日が新たな入院起算日となるのであれば、労災治療計画書又は入院診療計画書を交付して説明する必要がある。

Q 9 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。

Q10 特定入院料（救命救急入院料等）を算定する場合、労災治療計画書又は入院診療計画書の交付が未実施であれば、特定入院料（救命救急入院料等）を算定できないのか。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、労災治療計画書又は入院診療計画書の交付が未実施であれば特定入院料を算定できず、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交付し説明した場合には労災治療計画加算（100点）の算定が可能である。また、7日以内に労災治療計画書又は入院診療計画書を交付し説明を行わなかった場合は、入院料の算定要件を満たしていないことから、特定入院料を算定できない。（ただし、特別の事情があり、かつ、入院後7日以内の場合については、この限りではない）。

Q11 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。

Q12 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。

Q13 入院期間の計算について

- ① 平成18年7月6日～同年8月10日（労災（じん肺）で入院）
 - ② 平成18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18年12月5日～平成19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18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18年8月10日）から3か月を経過していることから、平成18年12月5日の再入院の日を起算日とする。

Q14 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項第4号の規定に基づき厚生労働大臣の定める選定療養（平成18年9月12日厚生労働省告示第495号。）第7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とされているところであるが、労災においては患者負担を適用しないとするこゝでよろしいか。

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保険外併用療養費については、原則としてこれを適用することとはならない。

Q15 傷病労働者が、D P C（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D P C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. D P C（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。

D P C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18年3月6日厚生省告示第92号）の別表第一内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項に規定する保険外併用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、D P C（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. 例えば、次のような場合が考えられる。

- 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②一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ぬ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（170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・躯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が、伸縮性包帯としては算定できる。

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

① 170点に満たない場合は、170点を加算する。

② 170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（同一日）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。

Q4 固定用伸縮性包帯を、ガーゼや湿布薬等の固定のために用いた場合、算定できるのか。

A. 算定できない。

固定用伸縮性包帯は、治療上固定が必要であって、患部そのものを固定する場合に算定を認めるものであることから、患部に当てたガーゼや湿布が動かないようにするために用いたものについては算定できない。

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に関しては、他保険にて請求することになる。

なお、健康保険においては、食事療養に要した費用の額が標準負担額に満たない場合には、当該食事療養に要した費用の額を標準負担額として徴収することとなる。

Q 6 平成18年10月より、健康保険においては、療養病床に入院する70歳以上の患者について、入院時生活療養費の対象となったが、労災に係る傷病で入院中の患者についても、入院時生活療養費の対象となるのか。

A. 対象とならない。

労災診療費算定基準における入院中の患者の食事に係る費用については、従前どおり、入院時食事療養費に定める金額を1.2倍して算定する。

なお、療養病棟入院基本料等の生活療養を受ける場合の所定点数についても対象とならない。

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, 0 2 0 円でなく $7 6 0 \text{ 円} \times 2 = 1, 5 2 0 \text{ 円}$ で算定できるのか。

A. $1, 0 2 0 \text{ 円} + 7 6 0 \text{ 円} = 1, 7 8 0 \text{ 円}$ 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, 0 2 0 円で算定できる。

(3) 電気光線療法の対象器具

Q 3 昭和 3 9 年 1 2 月 1 8 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 3 9 年当時は 2 種類に限定したものであったが、昭和 5 6 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. $90\text{円} \times 3 = 270\text{円}$ 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。