



福岡県医第1184号(地)
平成22年 9月 2日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

『労災診療費算定基準(平成22年4月1日現在)』の送付について

本年4月1日実施の健康保険診療報酬点数表等の改定に伴う労災診療費算定基準の一部改定(健康保険準拠項目及び労災地域特惠項目)については、平成22年4月6日付け福岡県医第0035号(地)にてご連絡申し上げておりましたが、今般、これらの内容を含めて、日本医師会において労災診療費点数表として『労災診療費算定基準(平成22年4月1日現在)』を作成され、別添のとおり送付してまいりましたので1部お送りいたします。

なお、

- 1)『労災診療費算定基準』は、日本医師会ホームページに掲載されております。
- 2)『労災診療費算定基準』の内容につきましては、厚生労働省に確認済みであります。

小郡三井医師会より

労災担当理事 島田昇二郎
会長 蒲池 壽

(保 103)

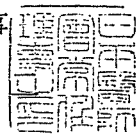
平成 22 年 8 月 24 日

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

藤 川 謙



『労災診療費算定基準（平成 22 年 4 月 1 日現在）』の送付について

本年 4 月 1 日実施の健康保険診療報酬点数表等の改定に伴う労災診療費算定基準の一部改定（健康保険準拠項目及び労災特掲項目）については、平成 22 年 3 月 31 日付け日医発第 1155 号（保 224）をもってご連絡申し上げましたが、これらの内容を含めて、本会にて労災診療報酬点数表として『労災診療費算定基準（平成 22 年 4 月 1 日現在）』を作成いたしましたので、ご参考までに 1 部お送り申し上げます。

また、『労災診療費算定基準』は、日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）に掲載することとしておりますので、各都道府県での労災診療に係る研修会や関係会員への周知等にご活用いただきますようお願い申し上げます。

なお、『労災診療費算定基準』の内容につきましては、厚生労働省に確認済みであることを申し添えます。

[添付資料]

- ・ 労災診療費算定基準（平成 22 年 4 月 1 日現在） 日本医師会



労 災 診 療 費 算 定 基 準

(平成22年4月1日現在)

- | | | |
|--------|--------------|-------------------|
| 1. 単 価 | ○昭和36年11月11日 | 11円50銭 |
| | | (武見会長・大野労災補償部長協定) |
| | ○昭和45年4月1日改定 | 私的医療機関 …… 12円 |
| | | 公的医療機関等 (非課税医療機関) |
| | | ………… 11円50銭 |
| 2. 点 数 | ○昭和36年11月11日 | 健保点数に準拠する |
| | | (武見会長・大野労災補償部長協定) |

- | | |
|---------------------|----------------------|
| ○昭和51年1月1日改定 (全面改定) | ○平成6年10月1日改定 (一部改定) |
| ○昭和52年4月1日改定 (一部改定) | ○平成8年4月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和53年2月1日改定 (健保関連) | ○平成8年5月1日改定 (一部改定) |
| ○昭和53年4月1日改定 (一部改定) | ○平成9年4月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和56年6月1日改定 (健保関連) | ○平成10年4月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和56年9月1日改定 (一部改定) | ○平成10年5月1日改定 (一部改定) |
| ○昭和58年2月1日改定 (健保関連) | ○平成12年4月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和59年3月1日改定 (健保関連) | ○平成12年5月1日改定 (一部改定) |
| ○昭和59年4月1日改定 (一部改定) | ○平成14年4月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和60年3月1日改定 (健保関連) | ○平成14年4月1日改定 (一部改定) |
| ○昭和60年4月1日改定 (一部改定) | ○平成15年9月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和61年4月1日改定 (健保関連) | ○平成16年4月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和61年5月1日改定 (一部改定) | ○平成16年4月1日改定 (一部改定) |
| ○昭和63年4月1日改定 (健保関連) | ○平成18年4月1日改定 (健保関連) |
| ○昭和63年5月1日改定 (一部改定) | ○平成18年4月1日改定 (一部改定) |
| ○平成元年4月1日改定 (健保関連) | ○平成18年10月1日改定 (健保関連) |
| ○平成元年7月1日改定 (一部改定) | ○平成20年4月1日改定 (健保関連) |
| ○平成2年4月1日改定 (健保関連) | ○平成20年4月1日改定 (一部改定) |
| ○平成2年5月1日改定 (一部改定) | ○平成22年4月1日改定 (健保関連) |
| ○平成4年4月1日改定 (健保関連) | ○平成22年4月1日改定 (一部改定) |
| ○平成4年5月1日改定 (一部改定) | |
| ○平成6年4月1日改定 (健保関連) | |
| ○平成6年5月1日改定 (一部改定) | |

日 本 医 師 会

3. 健康保険の規定以外の特例的取扱い

目 次

診 察 料	3
[初診料(3)、救急医療管理加算(3)、再診料(4)、外来管理加算に関する特例(4)、 外来診療料(5)]	
監 視 料	5
[特別監視料(5)]	
指導・管理料	6
[再診時療養指導管理料(6)、再就労療養指導管理料(6)、指導管理箋〔別紙様式〕(7)、 職業復帰訪問指導料(9)、精神科職場復帰支援加算(10)、石綿疾患療養管理料(10)、 職場復帰プログラムの例(11)]	
画像診断料	1 2
[コンピューター断層撮影診断料(12)]	
処 置 料	1 3
[四肢の傷病に対する処置に係る特例(13)、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定 及び低出力レーザー照射の特例(14)、消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーション の併施(15)、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の 併施(16)、消炎鎮痛等処置（湿布処置）と疾患別リハビリテーションの併施(17)、 介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術の特例取扱い(18)]	
手 術 料	2 3
[四肢の傷病に対する手術に係る特例(23)、 手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの。）(23)、 手の指に係る骨折非観血的整復術(24)、手指の創傷に係る機能回復指導加算(24)]	
リハビリテーション料	2 5
[リハビリテーション料(25)、理学療法併施加算(28)、早期リハビリテーション加算(28)、 労災リハビリテーション評価計画書〔様式・別紙1〕(29)]	
入 院 料	3 0
[入院基本料(30)、入院基本料特例取扱点数一覧表(32)、労災治療計画加算(43)、 労災治療計画書〔様式・別紙2〕(44)、入院室料加算(45)、 入院室料加算における地域区分(46)、病衣貸与料(47)]	
入院時食事療養費	4 8
そ の 他	4 9
[初診時ブラッシング料(49)、固定用伸縮性包帯(49)、療養の給付請求書取扱料(49)、 振動障害に係る検査料(50)、皮膚瘡等に係る滅菌ガーゼ(50)]	
文 書 料	5 1
参 考	5 5
[四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表(55)]	

本表において*印が付いているのは、平成22年4月の改定で新たに設定された項目及び算定方法が変更された項目等である。

診 察 料

*初 診 料（平 22.4 改定） 3,640 円

ア 労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できるものとする。したがって、すでに傷病の診療を継続（当日を含む。以下同じ。）している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できるものとする。

イ 健康保険診療報酬点数表（医科に限る。）の「初診料の注2のただし書き」に該当する場合（上記アに規定する場合を除く。）については、1,820 円を算定できる。

【参考 健康保険診療報酬点数表（医科）初診料「注2」】

区分 A000 初診料

注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注7までに規定する加算は算定しない。

救急医療管理加算（平 6.5 実施）（平 18.4 改定）

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

初診の傷病労働者について救急医療を行った場合に、上記金額を算定することができる。（指定医療機関が傷病労働者を受け入れる際に、当該労働者が初診である場合は、一般に緊急性があることから、入院した場合、初診に引き続き7日間を限度として、入院外の場合は初めて来院した日に限り算定できる。）

また、健康保険診療報酬点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」及び「保険外併用療養費（初診時自己負担金）」とは重複して算定することはできない。

注）初診料の「ア」に規定する「すでに傷病の診療を継続している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合」に算定する初診料についても、算定要件を満たせば救急医療管理加算の算定が可能であるが、「イ」に規定する場合については、救急医療管理加算の算定は不可である。

再 診 料（平 18.4 改定） 1,360 円

診療所及び一般病床の病床数が 200 床未満の病院において算定する。

健康保険診療報酬点数表（医科に限る。）の「再診料」の注 8 および注 9 に規定する地域医療貢献加算および明細書発行体制等加算に係る届出を行っている医療機関については、労災保険において再診料が算定された場合においても当該加算の算定が可能である。

外来管理加算に関する特例（平 4.4 実施）（平 15.9 改定）

健康保険診療報酬点数表では、一般病床の病床数が 200 床未満の病院又は診療所において、入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査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（以下「検査等」という。）を行った場合には、外来管理加算の算定はできないこととなっているが、労災保険では、健康保険診療報酬点数表で外来管理加算の算定ができないこととなっている検査等を行った場合であっても、外来管理加算の所定点数（52 点）に満たない検査等の点数がある場合に外来管理加算を算定することができる。

なお、四肢の傷病に対する処置、手術、リハビリテーションの特例取扱いの適用がある場合は、適用後の特例点数を基準に算定する。

注）健康保険診療報酬点数表における再診料「注 6」にかかわらず、従前どおり計画的な医学管理を行った場合に、外来管理加算を算定できる。

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

【算 定 例】

- (イ) 消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（四肢以外）

35 点（＜52 点） → 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 87 点（35 点＋52 点（外来管理加算））

- (ロ) 消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）（四肢）

35 点 × 1.5 倍（四肢加算）＝ 53 点（52.5 点）（＞52 点）

→ 外来管理加算を別に算定できない。

- (ハ) 創傷処置「1（100 cm²未満）」（四肢）

45 点 × 1.5 倍（四肢加算）＝ 68 点（67.5 点）（＞52 点）

→ 68 点そのまま。

消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（四肢以外）

35 点（＜52 点） → 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 155 点（68 点＋35 点＋52 点）

- (2) 外来管理加算の所定点数（52 点）に満たない検査等の点数が 2 項目以上ある場合には、そのうち最も低い所定点数に対し外来管理加算を算定し、その他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができる。

〔算 定 例〕

消炎鎮痛等処置（器具等による療法）（四肢以外）

35 点（＜52 点）→ 外来管理加算を別に算定できる。

創傷処置「1（100 cm²未満）」（四肢以外）

45 点（＜52 点）→ 52 点に読み替える。

合 計 139 点（35 点＋52 点＋52 点）

外 来 診 療 料（平 12.4 実施）（平 18.4 改定）…………… 70 点

一般病床の病床数が 200 床以上の病院における再診については、健康保険診療報酬点数表の取扱いと同様に、再診料に代えて、簡単な検査・処置等を包括した外来診療料により算定する。

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

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

なお、一般病床の病床数が 200 床以上の病院が、一般病床の病床数が 200 床未満の他の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず、傷病労働者が自己の都合等により引き続き当該病院に受診することとなった場合は、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、当該病院は傷病労働者から選定療養費（特別の料金）を徴収できることとなる。

監 視 料

特別監視料（昭 56.9 実施）（平 16.4 廃止）

指導・管理料

再診時療養指導管理料（昭 51.1 実施）（平 18.4 改定）

1 回の指導につき 920 円

外来患者に対する再診の際に、療養上の食事、日常生活動作、機能回復訓練及びメンタルヘルスに関する指導を行った場合にその都度算定する。

なお、同一月において、健康保険診療報酬点数表における特定疾患療養管理料及び健康保険診療報酬点数表において特定疾患療養管理料と重複して算定できない指導料・管理料等（ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、心臓ペースメーカー指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、在宅患者連携指導料、在宅療養指導管理料、通院・在宅精神療法及び心身医学療法）との重複算定はできない。

また、石綿疾患療養管理料とも重複して算定できない。

注）療養上の指導は、外来患者の症状に応じて必要な指導を行った場合に、その都度算定するが、行った指導の要点を診療録に記載する。

再就労療養指導管理料（昭 56.9 実施）（平 20.4 改定）

月 1 回 420 点

入院治療後、通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず、通院療養を 3 ヶ月以上継続している者で、就労が可能と医師が認める者に対し、職場に応じた就労にあたっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項（職種、就労時間、職場環境等）を記載した「指導管理箋（別紙様式）」を傷病労働者に交付し、指導を行った場合に算定することができる。

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

ただし、同一傷病労働者に対しては、各々 3 回を限度（慢性的な疾病を主病とする者で、現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数制限はない。）とする。

指導管理箋

労働者災害補償保険

第 回目

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

就労に当たって必要な指導事項

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

就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項

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

平成 年 月 日

所在地

病院又は

名称

診療所の

医師名

印

(注) この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を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、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。

労働者災害補償保険

指導管理箋(産業医提出用)

第 回 目

氏 名			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	男・女
休業前の 職 種			〔深夜勤 有・無〕	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()			
病 名	(1.) (2.)							
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)								
初診時症状 ()								
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)								
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日)								
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④その他())								
現在の症状 ()								
現在の治療内容に関する特記事項								
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)								
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)								
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日) 1月に 回程度								
就労に当たって勤務内容に対する意見								
1 勤務可能(条件なし)								
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 平成 年 月頃まで]								
ア 職務内容の変更 不要・要								
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())								
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)								
エ 遠隔地出張の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)								
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の可否 不要・要(特記事項:)								
カ その他勤務内容に対する意見 ()								
就労に当たって必要な職場での留意点								

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所在地 _____

病院又は _____

診療所の 名称 _____

医師名 _____ ㊞

***職業復帰訪問指導料（平 20.4 実施）（平 22.4 改定）**

精神疾患を主たる傷病とする場合（1 日につき）	760 点
その他の疾患の場合（1 日につき）	570 点

ア 入院期間が継続して1月を超えると見込まれる傷病労働者が職業復帰を予定している事業場に対し、医師又は医師の指示を受けた看護職員（看護師及び准看護師をいう。以下、同じ。）、理学療法士若しくは作業療法士（以下「医師等」という。）が傷病労働者の職場を訪問し、当該職場の事業主等（※1）に対して、職業復帰のために必要な指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて3回（入院期間が継続して6月を超えると見込まれる傷病労働者にあつては、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて6回）に限り算定できるものとする。（※2）

イ 医師等のうち異なる職種の者2人以上が共同して又は医師等がソーシャルワーカー（社会福祉士及び精神保健福祉士に限る。（※3））と一緒に訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算して算定できるものとする。

なお、同一の職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算することはできないものである。

また、看護師と准看護師が共同して訪問指導を行った場合についても、380点の加算の算定はできないものである。

ウ 精神疾患を主たる傷病とする場合にあつては、「医師等」に精神保健福祉士を含むものとする。

※1 事業主には、事業主に代わって監督又は管理の地位にある者が含まれる。

※2 入院中における算定については、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。また、通院中における算定については、指導の実施日に算定する。

※3 ウの場合を除き、ソーシャルワーカーのみで訪問指導を行った場合は算定できないものである。

***精神科職場復帰支援加算（平 22.4 実施）**

週 1 回 …………… 200 点

精神科を受診中の傷病労働者に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該患者のプログラムに職場復帰支援のプログラム（例：次ページ参照）が含まれている場合に算定することができる。

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

また、請求に当たっては、当該プログラムの実施日及び要点を診療費請求内訳書（レセプト）の摘要欄に記載する、若しくは実施したプログラムの写しを診療費請求内訳書に添付する。

***石綿疾患療養管理料（平 22.4 実施）**

月 2 回 …………… 225 点

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

なお、初診料を算定することができる日及び月においても算定できるものであり、また、入院中の者においても算定できるものである。

また、再診時療養指導管理料、健康保険診療報酬点数表の特定疾患療養管理料及びこれらと同月に重複算定できない指導料・管理料等（ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、心臓ペースメーカー指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、在宅患者連携指導料、在宅療養指導管理料、通院・在宅精神療法及び心身医学療法）とは同月に重複算定できない。

管理内容の要点を診療録に記載する。

参考1

職場復帰プログラムの例
(精神科ショート・ケア、3時間コース)

	9:00～9:30	9:30～10:30	10:30～11:30	11:30～12:00
月曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動1 ・適切な自己表現	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	・ミーティング
火曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動2 ・心理教育	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	・ミーティング
水曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	・ミーティング
木曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	・ミーティング
金曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動5 ・ボディワーク	感想文作成及びグループミーティング ・1週間の感想等	

区 分	項 目	内 容 ・ 目 的
プログラム1	自己表現	・自分の趣味ややりたいことを対話形式で発表 ・自己表現を通したコミュニケーションのトレーニング
プログラム2	心理教育又はストレスマネジメント	・専門家から症状・薬物療法・職場の人間関係などについて、助言・指導および援助を受ける ・病状や病態を振り返り、自分で認識・把握し、再発予防を実践する
プログラム3	個別作業	・PC、工具を使った作業 ・意欲、集中力、作業能力の回復を目的として、個人ごとの状態により選択
プログラム4	グループ作業	・グループによる作業の割り振りや役割分担を決めての共同作業
プログラム5	ボディワーク	・球技、身体活動、強めの運動

画像診断料

*コンピューター断層撮影診断料（昭 53.4 実施）（平 22.4 改定）

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

コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）		
1	ＣＴ撮影	イ 16 列以上のマルチスライス型の機器 : 900 点 ロ 16 列未満のマルチスライス型の機器 : 820 点 ハ イ又はロ以外の場合 : 600 点
2	脳槽ＣＴ造影（造影を含む）	2,300 点
磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）		
1	1.5 テスラ以上の機器	: 1,330 点
2	1 以外の場合	: 1,000 点
コンピューター断層診断（月 1 回）		450 点

（健康保険診療報酬点数）

なお、健康保険診療報酬点数表においては、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を同一月に 2 回以上行った場合は、当該月の 2 回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することと規定されているが、労災保険においてはこの規定は適用されず、2 回目以降の断層撮影の費用においても、断層撮影の種類ごとにそれぞれ定められている点数（撮影料）をもって算定する。

〔算定例〕

- (1) 同一月に頭部に対し、1 回目ＣＴ撮影「ハ」、2 回目ＣＴ撮影「ハ」を行った場合

1 回目	Ｃ	Ｔ	撮	影「ハ」	600 点（＋診断料 450 点）
2 回目	Ｃ	Ｔ	撮	影「ハ」	600 点
合 計					1,200 点（診断料を含めると 1,650 点）

- (2) 同一月に頭部に対し、1 回目ＣＴ撮影「ハ」、2 回目ＭＲＩ撮影「2」を行った場合

1 回目	Ｃ	Ｔ	撮	影「ハ」	600 点（＋診断料 450 点）
2 回目	Ｍ	Ｒ	Ｉ	撮	影「2」 1,000 点
合 計					1,600 点（診断料を含めると 2,050 点）

処 置 料

四肢の傷病に対する処置に係る特例（平 18.4 改定）

1. 四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。以下同じ。）の傷病に係る「創傷（手術後の患者に対するものを含む。以下同じ。）処置」、「爪甲除去（麻酔を要しないもの）」、「穿刺排膿後薬液注入」、「熱傷（電撃傷、薬傷及び凍傷を含む。以下同じ。）処置」、「重度褥瘡処置」、「絆創膏固定術」、「鎖骨又は肋骨骨折固定術」、「ドレーン法」、「皮膚科軟膏処置」、「皮膚科光線療法」、「関節穿刺」、「粘（滑）液嚢穿刺注入」、「ガングリオン穿刺術」、「ガングリオン圧碎法」、「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」及び「低出力レーザー照射」
..... 健康保険診療報酬点数の 1.5 倍
(1 点未満の端数は 1 点として切り上げる)
2. 手（手関節以下）及び手の指に係る「創傷処置」、「爪甲除去（麻酔を要しないもの）」、「穿刺排膿後薬液注入」、「熱傷処置」、「重度褥瘡処置」、「ドレーン法」、「皮膚科軟膏処置」、「関節穿刺」、「粘（滑）液嚢穿刺注入」、「ガングリオン穿刺術」、「ガングリオン圧碎法」及び「消炎鎮痛等処置のうち湿布処置」
..... 健康保険診療報酬点数の 2.0 倍

注 1) 薬剤料、特定保険医療材料料、ギプスの費用などは、特例取扱いの対象とならない。

2) 健康保険診療報酬点数表において、処置面積を合算して算定する「創傷処置」等については、倍率が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率ごとに処置面積を合算して算定する。

3) 倍率が異なる範囲にまたがって（連続して）行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定する。

〔算 定 例〕

- (1) 頸部及び左前腕「消炎鎮痛等処置（湿布処置）」、右手指から前腕に「消炎鎮痛等処置（湿布処置）」を行った場合

頸 部（頸部の大部にわたる範囲）	35 点
左前腕（半肢の大部にわたる範囲）	53 点（35 点×1.5）
右手指（半肢の大部にわたる範囲）	70 点（35×2.0）

合 計	158 点（35 点＋53 点＋70 点）
-----	-----------------------

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

左手2指＋右手3指（100 cm ² 未満）	90点（45点×2.0）
腰部（500 cm ² 以上 3,000 cm ² 未満）	85点
右前腕＋右下腿（500 cm ² 以上 3,000 cm ² 未満）	128点（85点×1.5）

合 計	303点（90点＋85点＋128点）
-----	--------------------

消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の特例

（平 20.4 改定）

（参考）

消炎鎮痛等処置

- | | |
|-------------------|-----|
| 1. マッサージ等の手技による療法 | 35点 |
| 2. 器具等による療法 | 35点 |
| 3. 湿布処置 | 35点 |

腰部又は胸部固定帯固定	35点
-------------	-----

低出力レーザー照射	35点
-----------	-----

注1）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」）、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射（以下、処置料の項において「消炎鎮痛等処置等」という。）に係る点数は、負傷にあつては受傷部位ごとに、疾病にあつては1局所（上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹をそれぞれ指し、全身を5局所に分けるものである。）ごとに、1日につき所定点数を算定する。

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

- 2）「湿布処置」については、1日につき所定点数（倍率が異なる部位ごとに面積を合算する。）を算定する。

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る。

- 3）消炎鎮痛等処置及び低出力レーザー照射の四肢加算の取扱いは、消炎鎮痛等処置の「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については所定点数の1.5倍として、「湿布処置」については所定点数の1.5倍（手及び手指は2倍）として算定できる。

- 4）消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の種類及び部位（局所）については、レセプト上明確に記載する。

消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーションの併施

(平 6.5 実施) (平 18.4 改定)

健康保険の規定に係わらず、消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーションを併せて行った場合は、消炎鎮痛等処置等に係る点数（1 部位（局所）分）と疾患別リハビリテーションの点数をそれぞれ算定できる。

ただし、消炎鎮痛等処置等を複数部位（局所）に行っている場合で、3 部位までの点数の合計が上記取扱いによる点数の合計を超える場合については、消炎鎮痛等処置等の 3 部位までの点数をそれぞれ算定して差し支えない。

【算 定 例】

注) 以下の算定例は、消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーションの併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

- (1) 右上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1 単位を行った場合

（右上肢）消炎鎮痛等処置（器具等） 53 点（35 点×1.5）

（右上肢）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

120 点（80 点×1.5）

合 計	173 点（53 点+120 点）
-----	-------------------

- (2) 頸部、右上肢及び左上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）2 単位を行った場合

（頸 部）消炎鎮痛等処置（器具等） 35 点

（右上肢）消炎鎮痛等処置（器具等） 53 点（35 点×1.5）

（左上肢）消炎鎮痛等処置（器具等） 53 点（35 点×1.5）

（左上肢）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）2 単位

240 点（80 点×1.5=120×2）

消炎鎮痛等処置（1 部位）+運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

293 点（53 点+240 点）

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

したがって、この場合は、293 点を算定する。

- (3) 右下肢、右上肢及び左上肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位を行った場合

（右下肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（右上肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（腰 部）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	

80 点

消炎鎮痛等処置（１部位）＋運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

133 点（53 点＋80 点）

消炎鎮痛等処置（３部位）の合計 159 点（53 点＋53 点＋53 点）

したがって、この場合は、159 点を算定する。

消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の併施

（平 8.5 実施）（平 18.4 改定）

健康保険の規定に係わらず、消炎鎮痛等処置の「湿布処置」又は肛門処置と消炎鎮痛等処置等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」又は肛門処置^(※)の所定点数に加えて、消炎鎮痛等処置等に係る点数（２部位（局所）分）が算定できる。

ただし、消炎鎮痛等処置等を３部位（局所）以上に行っている場合は、従前どおり「湿布処置」又は肛門処置^(※)の点数を算定することなく消炎鎮痛等処置等の点数のみ３部位（局所）まで算定することとして差し支えない。

〔^(※)「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。〕

〔算 定 例〕

注）以下の算定例は、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

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

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

湿布処置（所定点数）＋器具等による療法（２部位）

159 点（53 点＋106 点）

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

したがって、この場合は、159 点を算定する。

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

(頸部) 湿布処置	35 点
(右下肢) 器具等による療法	53 点 (35 点×1.5)
(右上肢) 器具等による療法	53 点 (35 点×1.5)
(左上肢) 器具等による療法	53 点 (35 点×1.5)

湿布処置 (所定点数) + 器具等による療法 (2 部位)

141 点 (35 点 + 106 点)

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

したがって、この場合は、159 点を算定する。

消炎鎮痛等処置 (湿布処置) と疾患別リハビリテーションの併施

(平 12.5 実施) (平 18.4 改定)

健康保険の規定に係わらず、消炎鎮痛等処置 (湿布処置) 又は肛門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、消炎鎮痛等処置 (湿布処置) 又は肛門処置のいずれかに係る点数と疾患別リハビリテーションの点数を算定できる。

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

また、消炎鎮痛等処置 (湿布処置) 又は肛門処置と疾患別リハビリテーションに加えて消炎鎮痛等処置等を併施する場合については、合計 3 項目まで算定できる。

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、消炎鎮痛等処置 (湿布処置) 又は肛門処置^(※)の所定点数の他に、消炎鎮痛等処置等のうち、計 2 部位まで算定することとして差し支えない。

(^(※) 「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。)

[算定例]

注) 以下の算定例は、消炎鎮痛等処置 (湿布処置) と疾患別リハビリテーションの併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

- (1) 頸部に消炎鎮痛等処置（湿布処置）、左上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置）、左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位を行った場合

（頸部）湿 布 処 置	35 点
（左上肢）湿 布 処 置	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	120 点（80 点×1.5）

湿布処置（１部位）＋運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
173 点（53 点＋120 点）

湿布処置（２部位）の合計 88 点（35 点＋53 点）
したがって、この場合は 173 点を算定する。

- (2) 右上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置）、頸部及び右下肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位を行った場合

（右上肢）湿 布 処 置	53 点（35 点×1.5）
（頸 部）消炎鎮痛等処置（器具等）	35 点
（右下肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）１単位	120 点（80 点×1.5）

湿布処置＋消炎鎮痛等処置（器具等）（１部位）
＋運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 226 点（53 点＋53 点＋120 点）
湿布処置＋消炎鎮痛等処置（器具等）（２部位）
141 点（53 点＋88 点）

したがって、この場合は、226 点を算定する。

介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術の特例取扱い（平 20.4 改定）

介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術（以下、「介達牽引等」という。）
に係る点数の算定は、消炎鎮痛等処置等に係る点数の算定と同様とする。 #1、#2

- | | |
|---|---|
| { | <p>#1：消炎鎮痛等処置等の取扱いと同様に、負傷にあつては３部位、疾病にあつては３局所を限度に算定することができる。</p> <p>#2：消炎鎮痛等処置等と介達牽引等を併せて実施する場合、負傷にあつては３部位、疾病にあつては３局所を限度に算定することができる。</p> |
|---|---|

注 1) 介達牽引等の併施等の具体的な取扱いは次のとおりである。

- ① 介達牽引等と消炎鎮痛等処置（「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）、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異なる部位（局所）にそ

れぞれ行った場合は、湿布処置の所定点数の他に、介達牽引等及び消炎鎮痛等処置等のうち計2部位（局所）までの所定点数を併せて算定できる。

なお、この場合、「湿布処置」の所定点数を算定することなく、介達牽引等及び消炎鎮痛等処置等を合計で3部位（局所）まで算定することとして差し支えない。

〔「肛門処置」については、消炎鎮痛等処置の「湿布処置」に準じて算定する。〕

[算 定 例]

注) 以下の算定例は、介達牽引等の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

左下肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置）、左上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置）、右上肢に介達牽引、頸部及び右下肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）を行った場合

（左下肢）湿 布 処 置	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）湿 布 処 置	53 点（35 点×1.5）
（右上肢）介 達 牽 引	53 点（35 点×1.5）
（頸 部）消炎鎮痛等処置（器具等）	35 点
（右下肢）消炎鎮痛等処置（器具等）	53 点（35 点×1.5）

湿布処置（所定点数）＋介達牽引＋消炎鎮痛等処置（器具等）（1 部位）
212 点（106 点＋53 点＋53 点）

湿布処置（所定点数）＋消炎鎮痛等処置（器具等）（2 部位）
194 点（106 点＋35 点＋53 点）

介達牽引＋消炎鎮痛等処置（器具等）（2 部位）
141 点（53 点＋35 点＋53 点）

したがって、この場合は、212 点を算定する。

- ② 介達牽引等と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、介達牽引等の1部位と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できる。

また、介達牽引等と疾患別リハビリテーションの他、消炎鎮痛等処置等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に介達牽引等及び消炎鎮痛等処置等のいずれか1部位（局所）を算定できる。

さらに、介達牽引等と疾患別リハビリテーションの他、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、介達牽引等及び消炎鎮痛等処置等のいずれか1部位（局所）を算定できる。

なお、この場合、「湿布処置」と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、介達牽引等及び消炎鎮痛等処置等を合計で3部位（局所）まで算定することとして差し支えない。

〔「肛門処置」については、消炎鎮痛等処置の「湿布処置」に準じて算定する。〕

〔算 定 例〕

注）以下の算定例は、介達牽引等と疾患別リハビリテーション等の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

- (1) 右上肢に介達牽引、右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位を行った場合

（右上肢）介 達 牽 引	53 点 (35 点×1.5)
（右上肢）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1 単位	120 点 (80 点×1.5)
合 計	173 点 (53 点+120 点)

- (2) 右上肢に介達牽引、頸部に消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）、腰部に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）2単位を行った場合

（右上肢）介 達 牽 引	53 点 (35 点×1.5)
（頸 部）消炎鎮痛等処置（マッサージ）	35 点
（腰 部）消炎鎮痛等処置（器具等）	35 点
（左上肢）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）2 単位	240 点 (80 点×1.5=120×2)

介達牽引+運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
293 点 (53 点+240 点)
消炎鎮痛等処置（1 部位）+運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
275 点 (35 点+240 点)
介達牽引+消炎鎮痛等処置（2 部位） 123 点 (53 点+35 点+35 点)
したがって、この場合は、293 点を算定する。

- (3) 右上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置）、右下肢に介達牽引、
頸部に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、左上肢に運動器
リハビリテーション料（Ⅲ）1単位を行った場合

（右上肢）湿 布 処 置 53 点（35 点×1.5）

（右下肢）介 達 牽 引 53 点（35 点×1.5）

（頸 部）消炎鎮痛等処置（器具等） 35 点

（左上肢）運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

120 点（80 点×1.5）

湿布処置＋介達牽引＋運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

226 点（53 点＋53 点＋120 点）

湿布処置＋介達牽引＋消炎鎮痛等処置（器具等）

141 点（53 点＋53 点＋35 点）

湿布処置＋消炎鎮痛等処置（器具等）（1 部位）

＋運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 208 点（53 点＋35 点＋120 点）

したがって、この場合は、226 点を算定する。

- 2) 介達牽引等の部位（局所）について、レセプト上に明確に記載する。

[参 考]

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」、「器具等による療法」及び「湿布処置」）、疾患別リハビリテーションの取扱い

	介 達 牽 引 ^{#3}	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」） ^{#4}	消炎鎮痛等処置 「湿布処置」 ^{#5} ※診療所外来のみ	疾患別リハビリ テーション
介 達 牽 引	3 部位（局所）まで算定		「湿布処置」の 所 定 点 数 の 他 に、介達牽引、 消炎鎮痛等処置 （「マッサージ 等による療法」 及び「器具等に よる療法」）の うちいずれか2 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、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 うちいずれか1 部位（局所）ま で算定
消炎鎮痛等処置 （「マッサージ等の 手技による療法」及 び「器具等による療 法」）				
消炎鎮痛等処置 「湿布処置」 ※診療所外来のみ			1 日につき所定 点数を算定 [倍率が異なる 部位ごとに算定 し合算とする]	「湿布処置」1 部位及び疾患別 リハビリテーシ ョンの所定点数 を算定 （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」）を併施し ている場合は合 計3項目まで算 定）
疾患別リハビリ テーション				1 日につき所 定点数を算定

#3：矯正固定及び変形機械矯正術は、介達牽引の取扱いと同様。

#4：腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射は、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）の取扱いと同様。

#5：肛門処置は、消炎鎮痛等処置「湿布処置」の取扱いと同様。

手術料

四肢の傷病に対する手術に係る特例（平 12.5 改定）

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

注）「植皮術、皮膚移植術」等の形成手術は特例取扱いの対象とならない。

また、薬剤料、特定保険医療材料料、輸血料なども対象とならない。

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

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

〔参考〕	指 1 本の場合	940 点（ 470 点×2.0 倍）
	指 2 本	1,410 点（ 940 点+470 点）
	指 3 本	1,880 点（1,410 点+470 点）
	指 4 本	2,350 点（1,880 点+470 点）
	指 5 本	2,350 点（ 470 点×5.0 倍）

なお、指と他の部位に対し同時に創傷処理（筋肉に達しないもの。）を行った場合は、別に算定できるものとする。

（例）示指に 3 cm の創傷処理	□	長さにかかわらず、
中指に 3 cm の創傷処理	□	1,410 点
手の甲に 6 cm の創傷処理		長さによって、
		850 点×2.0 倍（四肢加算）＝ 1,700 点
合 計		3,110 点

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

注) 手の指に係る創傷処理に対して、真皮縫合加算を算定する場合は、労災保険の点数を所定点数として真皮縫合加算(460点)を算定する。

手の指に係る骨折非観血的整復術(平 8.5 実施)(平 14.4 改定)

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

〔参考〕	指1本の場合	2,880点(1,440点×2.0倍)
	指2本	4,320点(2,880点+1,440点)
	指3本	5,760点(4,320点+1,440点)
	指4本	7,200点(5,760点+1,440点)
	指5本	7,200点(1,440点×5.0倍)

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

(例) 環指中節骨、小指末節骨、第5中手骨に骨折非観血的整復術を行った場合

(環指中節骨) 骨折非観血的整復術	□	指2本の場合
(小指末節骨) 骨折非観血的整復術	□	4,320点
(第5中手骨) 骨折非観血的整復術	3(手)	
		1,440点×2.0(四肢加算) = 2,880点
合 計		7,200点

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

手指の創傷に係る機能回復指導加算(昭 63.5 文言整理)

1 回限り 190 点

手(手関節以下)及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、健康保険診療報酬点数表における「創傷処理」、「皮膚切開術」、「デブリードマン」及び「筋骨格系・四肢・体幹の手術」を行った場合に、1回に限り当該所定点数に加算する。

リハビリテーション料

* リハビリテーション料

(昭 56.9 実施) (平 4.4 文言整理) (平 22.4 改定)

ア 疾患別リハビリテーション（健康保険診療報酬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及び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）を算定する場合は、健康保険診療報酬点数表のリハビリテーションの通則 1 にかかわらず、次の点数で算定する。

なお、四肢の傷病に対する疾患別リハビリテーションについては、次の点数の 1.5 倍（1 点未満の端数は 1 点として切り上げる）により算定する。

- | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|
| (1) 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) | (1 単位) …… | 250 点 |
| | (II) (1 単位) …… | 100 点 |
| (2) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) | (1 単位) …… | 250 点 |
| | (II) (1 単位) …… | 200 点 |
| | (III) (1 単位) …… | 100 点 |
| (3) 運動器リハビリテーション料 (I) | (1 単位) …… | 180 点 |
| | (II) (1 単位) …… | 180 点 |
| | (III) (1 単位) …… | 80 点 |
| (4) 呼吸器リハビリテーション料 (I) | (1 単位) …… | 180 点 |
| | (II) (1 単位) …… | 80 点 |

イ 疾患別リハビリテーションについては、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、健康保険診療報酬点数表における疾患別リハビリテーション料の各規定の注 1 のただし書にかかわらず、健康保険診療報酬点数表に定める標準的算定日数を超えて算定できるものである。

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

エ 健康保険診療報酬点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算については、健康保険診療報酬点数表に準じるものとする。なお、健康保険診療報酬点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注 3（運動器リハビリテーション料においては注 4）については、適用しないものとする。また、早期リハビリテーシ

ョン加算を算定した傷病労働者に対し、ADL加算を算定すべきリハビリテーションを実施した場合には、早期リハビリテーション加算とADL加算を併せて算定することができる。

健康保険診療報酬点数表に定める標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者については、診療報酬請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等の記載を行うものとする。

なお、別紙1「労災リハビリテーション評価計画書」を診療報酬請求内訳書に添付して提出する場合には、診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載する必要はないものとする。

[別に厚生労働大臣が定める患者（疾患別リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者）（健康保険診療報酬点数表「特掲診療料の施設基準等」別表第九の八）]

- 一 失語症、失認及び失行症の患者
高次脳機能障害の患者
重度の頸髄損傷の患者
頭部外傷及び多部位外傷の患者
慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者
心筋梗塞の患者
狭心症の患者
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
亜急性期入院医療管理料の注2に規定するリハビリテーション提供体制加算を算定する患者
難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く。）
障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。）
その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの
- 二 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）

[疾患別リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合（健康保険診療報酬点数表「特掲診療料の施設基準等」別表第九の九）]

- 一 別表第九の八第一号に規定する患者については、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
- 二 別表第九の八第二号に規定する患者については、患者の疾患、状態等

を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合

《参考》

健康保険診療報酬点数表「特掲診療料の施設基準等」

別表第九の四 心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者

急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者

慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の五 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者

脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者

パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者

失語症、失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者

難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者

顎、口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを有する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

別表第九の六 運動器リハビリテーション料の対象患者等

一 運動器リハビリテーション料の対象患者

上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者

関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

二 運動器リハビリテーション料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める患者

上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者であって、入院中の患者以外のもの

関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者（当該疾患の手術後の患者であって、入院中のものを除く。）

別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者

肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者
食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

また、疾患別リハビリテーションについては、傷病労働者 1 人につき 1 日合計 6 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 9 単位）に限り算定する。

[別に厚生労働大臣が定める患者（健康保険診療報酬点数表第 2 章第 7 部リハビリテーションの通則 4 に規定する患者（1 日合計 9 単位に限り算定））]

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
脳血管疾患等の患者のうちで発症後 60 日以内のもの
入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADL の自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

疾患別リハビリテーションの算定に係る起算日の取扱いについては、健康保険診療報酬点数表に定めるリハビリテーションと同様に取扱うものとし、疾患別リハビリテーションの起算日がレセプトの「傷病年月日」欄に記載された日と異なる場合にあっては、その起算日をレセプトに明記するものとする。

理学療法併施加算（平 12.5 実施）（平 18.4 廃止）

早期リハビリテーション加算（平 16.4 実施）（平 18.4 廃止）

※労災特掲項目のもの

労災リハビリテーション評価計画書

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

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

入 院 料

入院基本料（平 12.4 実施）（平 20.4 改定）

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

入院基本料は、入院の日から起算して2週間以内の期間については、健康保険診療報酬点数の 1.30 倍、それ以降の期間については、一律、健康保険診療報酬点数の 1.01 倍とする。

健康保険診療報酬点数表の改定により、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、説明することが入院基本料等の算定要件となるが、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、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することができるものである。

特別の事情とは、

- (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、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、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

をいうものである。

注1) 各種加算の取扱いについては、以下のとおりとする。

- ① 入院患者の入院期間に応じた加算（療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に係る「救急・在宅等支援療養病床初期加算」、有床診療所入院基本料に係る「有床診療所一般病床初期加算」を含む。）
→ 入院基本料の所定点数を 1.30 倍、1.01 倍した後に加算する。
- ② 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に係る「褥瘡評価実施加算」
→ 入院基本料の所定点数に一定点数を加算した後の点数を 1.30 倍、1.01 倍する。

- ③ 有床診療所入院基本料に係る「夜間緊急体制確保加算」、「医師配置加算（有床診療所入院基本料 1 及び有床診療所入院基本料 2 に限る。）」、「看護配置加算（有床診療所入院基本料 1 及び有床診療所入院基本料 2 に限る。）」、「夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料 1 及び有床診療所入院基本料 2 に限る。）」
→ 入院基本料の所定点数に一定点数を加算した後の点数を 1.30 倍、1.01 倍する。
 - ④ 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「重度認知症加算」
→ 入院基本料の所定点数に一定点数を加算した後の点数を 1.30 倍、1.01 倍する。
 - ⑤ 健康保険診療報酬点数表における第 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
→ 入院基本料の所定点数を 1.30 倍、1.01 倍した後に加算する。
 - ⑥ 労災治療計画加算
→ 入院基本料の所定点数を 1.30 倍、1.01 倍した後に加算する。
- 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（療養病棟入院基本料を算定する療養病棟にあつては、外泊前日の入院基本料）の基本点数の 15% に相当する点数を 1.30 倍ないし 1.01 倍した点数となる。
- 3) 療養病床に入院する 70 歳以上の高齢者について適用される「生活療養を受ける場合」の入院料等の点数は、労災保険においては適用しないものである。

入院基本料特例取扱点数一覧表

1. 一般病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14 日以内 (1.30 倍)	15～30 日 (1.01 倍)	31 日超 (1.01 倍)
7 対 1 入院基本料 〔注〕	1,555 点	70%以上	19 日以内	2,022 点 [2,472 点]	1,571 点 [1,763 点]	1,571 点
10 対 1 入院基本料	1,300 点		21 日以内	1,690 点 [2,140 点]	1,313 点 [1,505 点]	1,313 点
13 対 1 入院基本料	1,092 点		24 日以内	1,420 点 [1,870 点]	1,103 点 [1,295 点]	1,103 点
15 対 1 入院基本料	934 点	40%以上	60 日以内	1,214 点 [1,664 点]	943 点 [1,135 点]	943 点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14 日以内（450 点）及び 15～30 日以内（192 点）を加算した点数としている。

《注》医師配置：当該病棟の入院患者数の 10/100 以上。また、看護必要度の基準を満たす患者を 1 割以上入院させる病棟である。（救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟を除く。）

〔一般病棟看護必要度評価加算〕

10 対 1 入院基本料を届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、1 日につき所定点数に 5 点を加算する。

	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14 日以内 (1.30 倍)	15～30 日 (1.01 倍)	31 日超 (1.01 倍)
7 対 1 特別入院基本料	1,244 点	7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料の届出医療機関において、月平均夜勤時間 72 時間以内の要件のみを満たせない場合、3 カ月を限度に算定		1,617 点 [1,917 点]	1,256 点 [1,411 点]	1,256 点
10 対 1 特別入院基本料	1,040 点			1,352 点 [1,652 点]	1,050 点 [1,205 点]	1,050 点
特別入院基本料	575 点	上記各区分に該当しない医療機関		748 点 [1,048 点]	581 点 [736 点]	581 点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14 日以内（300 点）及び 15～30 日以内（155 点）を加算した点数としている。

2. 療養病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

（1）療養病棟入院基本料1

区分	健保点数	看護配置	看護師比率	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料A	1,758点	20:1以上	20%以上	20:1以上	2,285点	1,776点
入院基本料B	1,705点				2,217点	1,722点
入院基本料C	1,424点				1,851点	1,438点
入院基本料D	1,369点				1,780点	1,383点
入院基本料E	1,342点				1,745点	1,355点
入院基本料F	1,191点				1,548点	1,203点
入院基本料G	934点				1,214点	943点
入院基本料H	887点				1,153点	896点
入院基本料I	785点				1,021点	793点

※当該病棟の入院患者のうち、医療区分3及び医療区分2の患者の割合が8割以上。

(2) 療養病棟入院基本料 2

区分	健保点数	看護配置	看護師比率	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料 A	1,695 点	25 : 1 以上	20%以上	25 : 1 以上	2,204 点	1,712 点
入院基本料 B	1,642 点				2,135 点	1,658 点
入院基本料 C	1,361 点				1,769 点	1,375 点
入院基本料 D	1,306 点				1,698 点	1,319 点
入院基本料 E	1,279 点				1,663 点	1,292 点
入院基本料 F	1,128 点				1,466 点	1,139 点
入院基本料 G	871 点				1,132 点	880 点
入院基本料 H	824 点				1,071 点	832 点
入院基本料 I	722 点				939 点	729 点

	健保点数	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

[褥瘡評価実施加算]

入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態（ADL 区分の判定が 23 点以上）の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1 日につき 15 点を所定点数に加算する。

[救急・在宅等支援療養病床初期加算]

当該病棟の入院患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して 14 日を限度として、1 日につき 150 点を所定点数に加算する。

3. 結核病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分 (看護配置)	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31～90日 (1.01倍)	91日超 (1.01倍)
7対1 入院基本料 (注)	1,447点	70%以上		1,881点 [2,281点]	1,461点 [1,761点]	1,461点 [1,561点]	1,461点
10対1 入院基本料	1,192点			1,550点 [1,950点]	1,204点 [1,504点]	1,204点 [1,304点]	1,204点
13対1 入院基本料	949点			1,234点 [1,634点]	958点 [1,258点]	958点 [1,058点]	958点
15対1 入院基本料	886点	40%以上		1,152点 [1,552点]	895点 [1,195点]	895点 [995点]	895点
18対1 入院基本料	757点			984点 [1,384点]	765点 [1,065点]	765点 [865点]	765点
20対1 入院基本料	713点			927点 [1,327点]	720点 [1,020点]	720点 [820点]	720点

※上記2つの表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（400点）、15～30日以内（300点）および31～90日以内（100点）を加算した点数としている。

※7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出病棟の入院患者であって、別に厚生労働大臣が定めるもの（感染症法第19条、第20条及び第22条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者）については、特別入院基本料を算定する。

《注》医師配置：当該病棟の入院患者数の10/100以上。また、看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟である。（救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟を除く。）

	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31～90日 (1.01倍)	91日超 (1.01倍)
7対1特別 入院基本料	1,158点	7対1入院基本料及び10対1入院基本料の届出医療機関において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合、3ヵ月を限度に算定		1,505点 [1,825点]	1,170点 [1,410点]	1,170点 [1,270点]	1,170点
10対1特別 入院基本料	954点			1,240点 [1,560点]	964点 [1,204点]	964点 [1,064点]	964点
特 別 入院基本料	550点	上記各区分に該当しない医療機関		715点 [1,035点]	556点 [796点]	556点 [656点]	556点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（320点）、15～30日以内（240点）および31～90日以内（100点）を加算した点数としている。

4. 精神病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分 (看護配置)	看護師比率　：　70%以上				平均在院日数　：　40日以内		
	新規入院患者のうち、G A F 尺度 3 0 以下の患者が 5 割以上						
	健保点数	14 日以内 (1.30 倍)	15～30 日 (1.01 倍)	31～90 日 (1.01 倍)	91～180 日 (1.01 倍)	181 日～1 年 (1.01 倍)	1 年超 (1.01 倍)
10 対 1 入院基本料	1, 240 点	1, 612 点 [2, 077 点]	1, 252 点 [1, 502 点]	1, 252 点 [1, 377 点]	1, 252 点 [1, 262 点]	1, 252 点 [1, 255 点]	1, 252 点

区分 (看護配置)	看護師比率　：　70%以上			平均在院日数　：　80日以内			
	新規入院患者のうち、G A F尺度30以下の患者又は身体合併症を有する患者が4割以上。また、身体疾患への治療体制を確保していること。						
	健保点数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31～90日 (1.01倍)	91～180日 (1.01倍)	181日～1年 (1.01倍)	1年超 (1.01倍)
13対1 入院基本料	920点	1,196点 [1,661点]	929点 [1,179点]	929点 [1,054点]	929点 [939点]	929点 [932点]	929点

区分 (看護配置)	看護師比率 ： 40%以上				平均在院日数 ： —		
	健保点数	14 日以内 (1.30 倍)	15～30 日 (1.01 倍)	31～90 日 (1.01 倍)	91～180 日 (1.01 倍)	181 日～1 年 (1.01 倍)	1 年超 (1.01 倍)
15 対 1 入院基本料	800 点	1,040 点 [1,505 点]	808 点 [1,058 点]	808 点 [933 点]	808 点 [818 点]	808 点 [811 点]	808 点
18 対 1 入院基本料	712 点	926 点 [1,391 点]	719 点 [969 点]	719 点 [844 点]	719 点 [729 点]	719 点 [722 点]	719 点
20 対 1 入院基本料	658 点	855 点 [1,320 点]	665 点 [915 点]	665 点 [790 点]	665 点 [675 点]	665 点 [668 点]	665 点

※上記3つの表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（465点）、15～30日以内（250点）、31～90日以内（125点）、91～180日以内（10点）および181日～1年以内（3点）を加算した点数としている。

	健保点数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31～90日 (1.01倍)	91～180日 (1.01倍)	181日～1年 (1.01倍)	1年超 (1.01倍)
10対1 特別 入院基本料 ^{〔注1〕}	992点	1,290点 [1,590点]	1,002点 [1,157点]	1,002点 [1,102点]	1,002点 [1,012点]	1,002点 [1,005点]	1,002点
特 別 入院基本料 ^{〔注2〕}	550点	715点 [1,015点]	556点 [711点]	556点 [656点]	556点 [566点]	556点 [559点]	556点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（300点）、15～30日以内（155点）、31～90日以内（100点）、91～180日以内（10点）および181日～1年以内（3点）を加算した点数としている。

〔注1〕月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合、3ヵ月を限度に算定

〔注2〕看護配置：25：1以上、看護師比率・平均在院日数：上記各区分に該当しない医療機関。

〔重度認知症加算〕

当該病棟の入院患者が、重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態である場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。（入院日から3月以内に限る。）

5. 特定機能病院入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

①一般病棟の場合

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31日超 (1.01倍)
7対1入院基本料 (注)	1,555点	70%以上	28日以内	2,022点 [2,734点]	1,571点 [1,778点]	1,571点
10対1入院基本料	1,300点			1,690点 [2,402点]	1,313点 [1,520点]	1,313点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（712点）および15～30日以内（207点）を加算した点数としている。

《注》当該病棟の入院患者の看護必要度等について継続的に測定し、評価を行っている。

〔一般病棟看護必要度評価加算〕

10対1入院基本料を届け出た病棟（一般病棟に限る。）において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、1日につき所定点数に5点を加算する。

②結核病棟の場合

区分 (看護配置)	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31～90日 (1.01倍)	91日超 (1.01倍)
7対1 入院基本料 (注)	1,447点	70%以上		1,881点 [2,211点]	1,461点 [1,791点]	1,461点 [1,661点]	1,461点
10対1 入院基本料	1,192点			1,550点 [1,880点]	1,204点 [1,534点]	1,204点 [1,404点]	1,204点
13対1 入院基本料	949点			1,234点 [1,564点]	958点 [1,288点]	958点 [1,158点]	958点
15対1 入院基本料	886点			1,152点 [1,482点]	895点 [1,225点]	895点 [1,095点]	895点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、30日以内（330点）および31～90日以内（200点）を加算した点数としている。

※7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出病棟の入院患者であって、別に厚生労働大臣が定めるもの（感染症法第19条、第20条及び第22条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者）については、区分番号「A102」結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料を算定する。

《注》当該病棟の入院患者の看護必要度等について継続的に測定し、評価を行っている。

③精神病棟の場合

区分 (看護配置)	看護師比率　：　70%以上			平均在院日数　：　40 日以内			
	新規入院患者のうち、G A F 尺度 3 0 以下の患者が 5 割以上						
	健保点数	14 日以内 (1.30 倍)	15～30 日 (1.01 倍)	31～90 日 (1.01 倍)	91～180 日 (1.01 倍)	181 日～1 年 (1.01 倍)	1 年超 (1.01 倍)
7 対 1 入院基本料	1,311 点	1,704 点 [2,209 点]	1,324 点 [1,574 点]	1,324 点 [1,449 点]	1,324 点 [1,354 点]	1,324 点 [1,339 点]	1,324 点
10 対 1 入院基本料	1,240 点	1,612 点 [2,117 点]	1,252 点 [1,502 点]	1,252 点 [1,377 点]	1,252 点 [1,282 点]	1,252 点 [1,267 点]	1,252 点

区分 (看護配置)	看護師比率：70%以上			平均在院日数：80 日以内			
	新規入院患者のうち、G A F 尺度 3 0 以下の患者又は身体合併症を有する患者が 4 割以上。また、身体疾患への治療体制を確保していること。						
	健保点数	14 日以内 (1.30 倍)	15～30 日 (1.01 倍)	31～90 日 (1.01 倍)	91～180 日 (1.01 倍)	181 日～1 年 (1.01 倍)	1 年超 (1.01 倍)
13 対 1 入院基本料	920 点	1,196 点 [1,701 点]	929 点 [1,179 点]	929 点 [1,054 点]	929 点 [959 点]	929 点 [944 点]	929 点

区分 (看護配置)	看護師比率　：　70%以上				平均在院日数　：　—		
	G A F 尺度　：　—						
	健保点数	14 日以内 (1.30 倍)	15～30 日 (1.01 倍)	31～90 日 (1.01 倍)	91～180 日 (1.01 倍)	181 日～1 年 (1.01 倍)	1 年超 (1.01 倍)
15 対 1 入院基本料	839 点	1,091 点 [1,596 点]	847 点 [1,097 点]	847 点 [972 点]	847 点 [877 点]	847 点 [862 点]	847 点

※表中の [] 内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14 日以内 (505 点)、15～30 日以内 (250 点)、31～90 日以内 (125 点)、91～180 日以内 (30 点) および 181 日～1 年以内 (15 点) を加算した点数としている。

[重度認知症加算]

当該病棟 (精神病棟に限る。) の入院患者が、重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態である場合には、1 日につき 100 点を所定点数に加算する。(入院日から 3 月以内に限る。)

6. 専門病院入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31日超 (1.01倍)
7対1 入院基本料 ^{〔注〕}	1,555点	70%以上	30日以内	2,022点 [2,534点]	1,571点 [1,778点]	1,571点
10対1 入院基本料	1,300点		33日以内	1,690点 [2,202点]	1,313点 [1,520点]	1,313点
13対1 入院基本料	1,092点		36日以内	1,420点 [1,932点]	1,103点 [1,310点]	1,103点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（512点）および15～30日以内（207点）を加算した点数としている。

〔注〕医師配置：当該病棟の入院患者数の10/100以上。また、看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟である。（救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟を除く。）

〔一般病棟看護必要度評価加算〕

10対1入院基本料を届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、1日につき所定点数に5点を加算する。

7. 障害者施設等入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31日超 (1.01倍)
7対1入院基本料 ^{〔注〕}	1,555点	70%以上	2,022点 [2,334点]	1,571点 [1,738点]	1,571点
10対1入院基本料	1,300点		1,690点 [2,002点]	1,313点 1,480点	1,313点
13対1入院基本料	1,092点		1,420点 [1,732点]	1,103点 [1,270点]	1,103点
15対1入院基本料	954点	40%以上	1,240点 [1,552点]	964点 [1,131点]	964点

※表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（312点）および15～30日以内（167点）を加算した点数としている。

〔注〕当該病棟の入院患者のうち、超重症の状態及び準超重症の状態の患者の合計が3割以上。

〔重症児（者）受入連携加算〕

他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号「A238-3」に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合は、入院初日に限り所定点数に1,300点を加算する。

8. 有床診療所入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

①有床診療所入院基本料 1

	看護配置	14 日以内	15～30 日	31 日超
健保点数	看護職員 7 人以上	760 点	590 点	500 点
労災点数		(1.30 倍)	(1.01 倍)	
		988 点	596 点	505 点

②有床診療所入院基本料 2

	看護配置	14 日以内	15～30 日	31 日超
健保点数	看護職員 4 人以上 7 人未満	680 点	510 点	460 点
労災点数		(1.30 倍)	(1.01 倍)	
		884 点	515 点	465 点

③有床診療所入院基本料 3

	看護配置	14 日以内	15～30 日	31 日超
健保点数	看護職員 1 人以上 4 人未満	500 点	370 点	340 点
労災点数		(1.30 倍)	(1.01 倍)	
		650 点	374 点	343 点

【有床診療所入院基本料１、有床診療所入院基本料２および有床診療所入院基本料３に係る加算】

- (1) 入院患者の病状の急変に備えた夜間における緊急の診療提供体制を確保している場合は、夜間緊急体制確保加算として、１日につき所定点数に１５点を加算する。
- (2) 在宅療養支援診療所（過去一年間に訪問診療を実施）又は急性期医療を担う診療所若しくは緩和ケアに係る実績を有する診療所の入院患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して７日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、１日につき１００点を所定点数に加算する。

【有床診療所入院基本料１および有床診療所入院基本料２に係る加算】

- (1) 当該診療所における医師の数が以下の基準を満たす場合に、それぞれ１日につき所定点数に加算する。
 - イ 医師配置加算１（医師の数が２以上であって在宅療養支援診療所（訪問診療を実施）又は急性期医療を担う診療所）…………… ８８点
 - ロ 医師配置加算２（医師の数が２以上（イに該当する場合を除く。））…………… ６０点
- (2) 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員について、以下の配置基準を満たす場合に、それぞれ１日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護配置加算１（看護職員の数が看護師３を含む１０以上）…………… ２５点
 - ロ 看護配置加算２（看護職員の数が１０以上（イに該当する場合を除く。））…………… １０点
 - ハ 夜間看護配置加算１（夜間の看護要員の数が、看護職員１を含む２以上）…………… ８０点
 - ニ 夜間看護配置加算２（夜間の看護職員の数が１以上（ハに該当する場合を除く。））…………… ３０点

9. 有床診療所療養病床入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分	健保点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料A	975点	6:1以上 (4:1以上) 《注》	6:1以上 (4:1以上) 《注》	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

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

	健保点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
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

〔褥瘡評価実施加算〕

入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態（ADL区分の判定が23点以上）の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、1日につき15点を所定点数に加算する。

〔救急・在宅等支援療養病床初期加算〕

在宅療養支援診療所（過去一年間に訪問診療を実施）の入院患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

労災治療計画加算（平 10.5 実施）（平 18.4 改定）

病院・診療所 100 点

収容施設を有する診療所及び病院において、入院の際に医師、看護師、その他関係職種が共同して総合的な治療計画を策定し、医師が入院後 7 日以内に労災治療計画書（様式・別紙 2）又はこれに準ずる文書（以下、「様式」という。）を交付し、傷病名及び傷病の部位、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、入院中の注意事項、退院時において見込まれる回復の程度等について説明を行った場合、1 回の入院につき、1 回限り所定点数（100 点）を入院基本料又は特定入院料に加算する。

ただし、入院基本料と特定入院料において、それぞれ算定できるものではない。

また、特別の事情があり、かつ、入院後 7 日以内の場合であって、様式を交付して説明できない場合については、その理由を診療費請求内訳書（レセプト）に記載する。（入院基本料の項を参照。）

なお、その他の具体的な取扱いはおりのとおりとする。

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

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

勞 災 治 療 計 画 書

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
傷病名 （他に考え得る病名）	
傷病部位	
症 状	
入院日及び 推定される入院期間	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
入 院 中 の 注 意 事 項	
退 院 時 に お い て 回復が見込まれる程度	
そ の 他 （看護、リハビリテーション等の計画）	

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

2) 入院期間は、現時点で予想されるものである。

3) 退院時において回復が見込まれる程度は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

入院室料加算（平 20.4 改定（甲地対象地域の追加））

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する。

なお、②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とする。

また、健康保険診療報酬点数表において特定入院料として定められている点数（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び広範囲熱傷特定集中治療室管理料等）の算定の対象となっている傷病労働者については、入院室料加算は算定できないものであること。

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る。

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する。

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

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ない。

入院室料加算における地域区分

(甲地)

[平成 22 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、石岡市、那珂市、東海村、阿見町
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、羽生市、鳩ヶ谷市、蕨市、富士見市、新座市、三芳町、狭山市
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、習志野市、我孫子市、鎌ヶ谷市、八千代市、長柄町、長南町、木更津市、君津市
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、羽村市、日の出町、檜原村、東久留米市、小金井市、奥多摩町
神奈川県	鎌倉市、厚木市、横浜市、川崎市、海老名市、藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市、横須賀市、平塚市、秦野市、三浦郡葉山町、愛川町、座間市、綾瀬市、伊勢原市、逗子市、清川村、寒川町、山北町
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、尾張旭市、長久手町
三 重 県	鈴鹿市、津市、四日市市
滋 賀 県	大津市、草津市、守山市、栗東市
京 都 府	京都市、宇治市、亀岡市、京田辺市、南丹市、久御山町、

	八幡市、城陽市、宇治田原町
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、堺市、東大阪市、河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市、岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、島本町、摂津市、松原市、大阪狭山市、豊能町
兵 庫 県	芦屋市、西宮市、宝塚市、神戸市、尼崎市、伊丹市、三田市、猪名川町、川西市
奈 良 県	天理市、奈良市、大和郡山市、大和高田市、橿原市、御所市
広 島 県	広島市、府中町
福 岡 県	福岡市

甲地：一般職の職員の給与に関する法律（昭和 25 年法律第 95 号）第 11 条の 3 に基づく人事院規則 9－ 49（地域手当）により支給区分が 1 級地から 5 級地とされる地域及び当該地域に準じる地域。

乙地：甲地以外の地域

病衣貸与料（昭 51.1 実施）（平 10.4 改定）

1 日につき 7 点

入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合（患者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関が病衣を貸与した場合、若しくは傷病の感染予防上の必要性から医療機関が患者に病衣を貸与した場合）に算定する。

入院時食事療養費

入院時食事療養費（平 6.10 実施）（平 18.10 改定）

入院時食事療養費に係る金額は、健康保険における「食事療養及び生活療養の費用額算定表（平成 18 年 3 月 6 日厚生労働省告示第 99 号（別表）」に定める金額の 1.2 倍により算定する。（10 円未満の端数は四捨五入）

食事療養及び生活療養の費用額算定表

第一 食事療養

1 入院時食事療養（Ⅰ）（1 食につき）…………… 770 円

注 1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生（支）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する。

2 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1 食につき 90 円を、1 日につき 3 食を限度として加算する。（特別食加算）

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

2 入院時食事療養（Ⅱ）（1 食につき）…………… 610 円

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

第二 生活療養 （略）※適用しない

そ の 他

初診時ブラッシング料（昭 63.5 改定）

同一傷病につき 1 回限り（初診時）…………… 91 点

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

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

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

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

固定用伸縮性包帯（平 8.5 実施）（平 18.4 改定）

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

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

なお、健康保険診療報酬点数表における腰部、胸部又は頸部固定帯加算が算定できる場合は、当該実費相当額が 170 点を超える場合は実費相当額を算定でき、当該実費相当額が 170 点未満の場合は 170 点を算定できる。

療養の給付請求書取扱料（平 1.7 実施）…………… 2,000 円

労災指定医療機関等において、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第 5 号又は第 16 号の 3）」を取り扱った場合（再発を除く。）に算定することができる。

なお、非指定医療機関においては算定できない。

振動障害に係る検査料

検 査 項 目	点 数
(1) 握力（最大握力、瞬発握力）、 維持握力（5回法）を併せて行う検査	片手、両手にかかわらず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) 常温下での爪圧迫検査	1指につき 7点
(6) 冷却負荷による爪圧迫検査	1指1回につき 7点
(7) 常温下での手指の痛覚検査	1指につき 9点
(8) 冷却負荷による手指の痛覚検査	1指1回につき 9点
(9) 指先の振動覚（常温下での両手）検査	1指につき 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

皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ（昭55.3月実施）

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

※支給対象者は以下の（1）および（2）の要件を満たす者となる。

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

《注》支給対象は、診療担当医から直接処方・投与を受けたガーゼに限る。

文 書 料

文 書 料（平 16.4 現在）

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

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

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名 称 番 号	請 求 方 法	料 金
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6カ月を経過した日以後傷病（補償）年金の支給決定に必要と認めた場合に傷病の状態等に関する届書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 [様式] 第16号の2	指定病院等	4,000 円
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6カ月を経過した日において治っていない場合に、同日以後1カ月以内に提出させる傷病の状態に関する届書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 [様式] 第16号の2	診療費請求書 （含内訳） 診機様式 第1号 （含2～5） 病院等 → 局	4,000 円
休業（補償）給付の支給を受けようとする者の負傷又は疾病が毎年1月1日において療養開始後1年6カ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業（補償）給付請求書に添付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第19条の2第2項	傷病の状態等に関する届 [様式] 第16号の11	非指定病院等 療養の費用 請求書 告示様式 第7号(1)、 第16号の5(1)	4,000 円
傷病（補償）年金の受給権者が定期報告書に添付して提出した「負傷又は疾病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第21条第2項第3号	年金等の受給権者の定期報告書 [様式] 第18号	病院等 → 労働者 → 署	4,000 円
傷病（補償）年金の受給権者が障害の程度に変更があった場合に提出する傷病の状態の変更に関する届書に添付する「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第21条の2第4項	傷病の状態の変更に関する届 [年金申請 様式] 第4号		4,000 円
介護（補償）給付の支給を受けようとする者が介護（補償）給付支給請求書に添付して提出した「診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第18条の3の5 第3項第1号	介護（補償）給付支給請求書 [様式] 第16号 の2の2	※ 障害（補償）年金受給者である場合には、療養の費用請求書	4,000 円

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名 称 番 号	請 求 方 法	料 金
労働基準監督署長が、療養（補償）給付を受けている者（傷病（補償）年金を受けている者を含む。）について療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために必要と認め、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該診断書			指定病院等 通達別紙 請求書 診機様式 第1号の2 病院等 → 局 非指定病院等 通達別紙 請求書 診機様式 第1号の3 病院等 → 署	5,000 円
休業（補償）給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	労働者災害補償保険法 施行規則 第13条第2項	休業（補償） 給付請求書 〔様式〕 第8号 第16号の6	指定病院等 診療費請求書 （含内訳） 診機様式 第1号 （含2～5） 病院等 → 局 非指定病院等 療養の費用 請求書 告示様式 第7号(1)、 第16号の5(1) 病院等 → 労働者 → 署	2,000 円
看護の給付の看護費用の額の証明書における診療担当者の看護に関する証明	労働者災害補償保険法 施行規則 第12条の2第3項	昭和63年 5月12日 基発第315号 別紙様式1	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 非指定病院等 療養の費用 請求書 告示様式 第7号(1)、 第16号の5(1) 病院等 → 労働者 → 署	1,000 円
労働基準監督署長が労働者災害補償保険法第47条の2の規定による受診命令に基づいて作成依頼する意見書等	労働者災害補償保険法 第47条の2 平成8年7月24日 基発第479号			一般的な 医学事項 7,000 円 特に高度な 医学的事項 20,000 円

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名 称 番 号	請 求 方 法	料 金
はり・きゅう及びマッサージの施術に係る診断書	昭和 57 年 6 月 2 日 基発第 384 号	はり・きゅう 診断書 〔様式〕 第 1 号 マッサージ 診断書 〔様式〕 第 2 号 昭和 57 年 5 月 31 日 基発第 375 号	指定病院等 診療費請求書 （含内訳） 診機様式 第 1 号 （含 2～5） 病院等 → 局	はり・きゅう 単独 3,000 円
			非指定病院等 療養の費用 請求書 告示様式 第 7 号(1)、 第 16 号の 5(1) 病院等 → 労働者 → 署	一般医療と はり・きゅう 併用 3,000 円 「施術効果の 評価表」添付の 場合 4,000 円 マッサージ 3,000 円

参 考 四肢に対する特例取扱い（1.5 倍・2 倍）の点数一覧表
処置

		健保点数	×1.5	×2.0
J000	創傷処置（100㎢未満）	45	68	90
	創傷処置（100㎢以上500㎢未満）	55	83	110
	創傷処置（500㎢以上3,000㎢未満）	85	128	170
	創傷処置（3,000㎢以上6,000㎢未満）	155	233	310
	創傷処置（6,000㎢以上）	270	405	540
J001	熱傷処置（100㎢未満）	135	203	270
	熱傷処置（100㎢以上500㎢未満）	147	221	294
	熱傷処置（500㎢以上3,000㎢未満）	225	338	450
	熱傷処置（3,000㎢以上6,000㎢未満）	420	630	840
	熱傷処置（6,000㎢以上）	1,250	1,875	2,500
J001-4	重度褥瘡処置（100㎢未満）	90	135	180
	重度褥瘡処置（100㎢以上500㎢未満）	98	147	196
	重度褥瘡処置（500㎢以上3,000㎢未満）	150	225	300
	重度褥瘡処置（3,000㎢以上6,000㎢未満）	280	420	560
	重度褥瘡処置（6,000㎢以上）	500	750	1,000
J001-7	爪甲除去（麻酔を要しないもの）	45	68	90
J001-8	穿刺排膿後薬液注入	45	68	90
J002	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）	50	75	100
	ドレーン法（ドレナージ）（その他）	25	38	50
J053	皮膚科軟膏処置（100㎢以上500㎢未満）	55	83	110
	皮膚科軟膏処置（500㎢以上3,000㎢未満）	85	128	170
	皮膚科軟膏処置（3,000㎢以上6,000㎢未満）	155	233	310
	皮膚科軟膏処置（6,000㎢以上）	270	405	540
J116	関節穿刺（片側）	100	150	200
J116-2	粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）	80	120	160
J116-3	ガングリオン穿刺術	80	120	160
J116-4	ガングリオン圧碎法	80	120	160
J119	消炎鎮痛等処置（湿布処置）	35	53	70
J001-2	絆創膏固定術	500	750	
J001-3	鎖骨又は肋骨骨折固定術	500	750	
J054	皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）	45	68	
	皮膚科光線療法（長波紫外線又は中波紫外線療法）	150	225	
	皮膚科光線療法（中波紫外線療法）	350	525	
J117	鋼線等による直達牽引（2日目以降）	50	75	
J118	介達牽引	35	53	
J118-2	矯正固定	35	53	
J118-3	変形機械矯正術	35	53	
J119	消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）	35	53	
	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	35	53	
J119-3	低出力レーザー照射	35	53	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K000	創傷処理（筋肉、臓器に達する）（長径5cm未満）	1,250	1,875	2,500
	創傷処理（筋肉、臓器に達する）（長径5cm以上10cm未満）	1,680	2,520	3,360
	創傷処理（筋肉、臓器に達する）（長径10cm以上）	2,000	3,000	4,000
	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径5cm未満）	470	705	940
	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径5cm以上10cm未満）	850	1,275	1,700
	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径10cm以上）	1,320	1,980	2,640
K002	デブリードマン（100cm未満）	1,020	1,530	2,040
	デブリードマン（100cm以上3,000cm未満）	2,300	3,450	4,600
	デブリードマン（3,000cm以上）	4,810	7,215	9,620
K001	皮膚切開術（長径10cm未満）	470	705	940
	皮膚切開術（長径10cm以上20cm未満）	820	1,230	1,640
	皮膚切開術（長径20cm以上）	1,470	2,205	2,940
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	1,260	1,680
K024	筋切離術	2,370	3,555	4,740
K025	股関節内転筋切離術	3,390	5,085	
K026	股関節筋群解離術	9,340	14,010	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）	16,700	25,050	
K027	筋炎手術（腸腰筋、殿筋、大腿筋）	2,060	3,090	
	筋炎手術（その他の筋）	1,210	1,815	2,420
K028	腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む）	2,050	3,075	4,100
K029	筋肉内異物摘出術	2,840	4,260	5,680
K030	四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹）	6,060	9,090	
	四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（手、足）	3,750	5,625	7,500
K031	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹）	15,860	23,790	
	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（手、足）	10,200	15,300	20,400
K033	筋膜移植術（指（手、足））	6,070	9,105	12,140
	筋膜移植術（その他）	8,180	12,270	16,360
K034	腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む）	3,300	4,950	6,600
K035	腱剥離術（関節鏡下によるものを含む）	8,790	13,185	17,580
K035-2	腱滑膜切除術	6,760	10,140	13,520
K037	腱縫合術	8,710	13,065	17,420
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	13,065	
K038	腱延長術	8,980	13,470	17,960
K039	腱移植術（人工腱形成術を含む）（指（手、足））	10,470	15,705	20,940
	腱移植術（人工腱形成術を含む）（その他）	13,910	20,865	27,820
K040	腱移行術（指（手、足））	10,470	15,705	20,940
	腱移行術（その他）	13,910	20,865	27,820
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	10,470	15,705	20,940
K042	骨穿孔術	1,730	2,595	3,460
K043	骨搔爬術（肩甲骨、上腕、大腿）	8,580	12,870	
	骨搔爬術（前腕、下腿）	5,150	7,725	
	骨搔爬術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	3,590	5,385	7,180

K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術（肩甲骨、上腕、大腿）	8,580	12,870	
	骨関節結核瘻孔摘出術（前腕、下腿）	5,150	7,725	
	骨関節結核瘻孔摘出術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	3,590	5,385	7,180
K043-3	骨髓炎手術（骨結核手術を含む）（肩甲骨、上腕、大腿）	8,580	12,870	
	骨髓炎手術（骨結核手術を含む）（前腕、下腿）	5,150	7,725	
	骨髓炎手術（骨結核手術を含む）（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	3,590	5,385	7,180
K044	骨折非観血的整復術（肩甲骨、上腕、大腿）	1,600	2,400	
	骨折非観血的整復術（前腕、下腿）	1,780	2,670	
	骨折非観血的整復術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	1,440	2,160	2,880
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術（肩甲骨、上腕、大腿）	5,430	8,145	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術（前腕、下腿）	3,600	5,400	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	1,660	2,490	3,320
K046	骨折観血的手術（肩甲骨、上腕、大腿）	14,470	21,705	
	骨折観血的手術（前腕、下腿、手舟状骨）	11,390	17,085	
	骨折観血的手術（鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く）、足、指（手、足）その他）	7,290	10,935	14,580
K047	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	5,000	7,500	10,000
K048	骨内異物（挿入物を含む）除去術（頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿）	6,050	9,075	
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕、下腿）	4,180	6,270	
	骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	2,900	4,350	5,800
K049	骨部分切除術（肩甲骨、上腕、大腿）	5,900	8,850	
	骨部分切除術（前腕、下腿）	4,410	6,615	
	骨部分切除術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,280	4,920	6,560
K050	腐骨摘出術（肩甲骨、上腕、大腿）	11,510	17,265	
	腐骨摘出術（前腕、下腿）	8,020	12,030	
	腐骨摘出術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	3,420	5,130	6,840
K051	骨全摘術（肩甲骨、上腕、大腿）	21,450	32,175	
	骨全摘術（前腕、下腿）	10,040	15,060	
	骨全摘術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	5,160	7,740	10,320
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）	5,160	7,740	10,320
K052	骨腫瘍切除術（肩甲骨、上腕、大腿）	13,390	20,085	
	骨腫瘍切除術（前腕、下腿）	7,210	10,815	
	骨腫瘍切除術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,340	5,010	6,680
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術（肩甲骨、上腕、大腿）	13,390	20,085	
	多発性軟骨性外骨腫摘出術（前腕、下腿）	7,210	10,815	
	多発性軟骨性外骨腫摘出術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,340	5,010	6,680
K052-3	多発性骨腫摘出術（肩甲骨、上腕、大腿）	13,390	20,085	
	多発性骨腫摘出術（前腕、下腿）	7,210	10,815	
	多発性骨腫摘出術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	3,340	5,010	6,680

K053	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨、上腕、大腿）	21,700	32,550	
	骨悪性腫瘍手術（前腕、下腿）	20,200	30,300	
	骨悪性腫瘍手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	14,470	21,705	28,940
K054	骨切り術（肩甲骨、上腕、大腿）	21,700	32,550	
	骨切り術（前腕、下腿）	15,860	23,790	
	骨切り術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	6,100	9,150	12,200
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	33,900	50,850	
K055-3	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術	28,900	43,350	
K056	偽関節手術（肩甲骨、上腕、大腿）	21,700	32,550	
	偽関節手術（前腕、下腿、手舟状骨）	20,020	30,030	40,040
	偽関節手術（鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く）、足、指（手、足）その他）	11,150	16,725	22,300
K057	変形治癒骨折矯正手術（肩甲骨、上腕、大腿）	24,050	36,075	
	変形治癒骨折矯正手術（前腕、下腿）	21,190	31,785	
	変形治癒骨折矯正手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	12,130	18,195	24,260
K058	骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）	12,570	18,855	25,140
	骨長調整手術（骨短縮術）	11,510	17,265	23,020
	骨長調整手術（骨延長術）（指（手、足））	12,610	18,915	25,220
	骨長調整手術（骨延長術）（指（手、足）以外）	20,540	30,810	41,080
K059	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家骨移植）	10,790	16,185	21,580
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（生体））	12,870	19,305	25,740
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（非生体））	11,830	17,745	23,660
K060	関節切開術（肩、股、膝）	2,770	4,155	
	関節切開術（胸鎖、肘、手、足）	1,280	1,920	2,560
	関節切開術（肩鎖、指（手、足））	680	1,020	1,360
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	2,770	4,155	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩、股、膝）	15,400	23,100	
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（胸鎖、肘、手、足）	10,100	15,150	20,200
	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩鎖、指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K061	関節脱臼非観血的整復術（肩、股、膝）	1,580	2,370	
	関節脱臼非観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	1,000	1,500	2,000
	関節脱臼非観血的整復術（肩鎖、指（手、足）、小児肘内障）	800	1,200	1,600
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（リーメンビュール法）	2,050	3,075	
	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（その他）	2,950	4,425	
K063	関節脱臼観血的整復術（肩、股、膝）	21,700	32,550	
	関節脱臼観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	14,470	21,705	28,940
	関節脱臼観血的整復術（肩鎖、指（手、足））	11,600	17,400	23,200
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	16,250	24,375	
K065	関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩、股、膝）	9,560	14,340	
	関節内異物（挿入物を含む）除去術（胸鎖、肘、手、足）	4,600	6,900	9,200
	関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩鎖、指（手、足））	2,950	4,425	5,900

K065-2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩、股、膝）	11,700	17,550	
	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（胸鎖、肘、手、足）	9,460	14,190	18,920
	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩鎖、指（手、足））	6,100	9,150	12,200
K066	関節滑膜切除術（肩、股、膝）	13,650	20,475	
	関節滑膜切除術（胸鎖、肘、手、足）	9,800	14,700	19,600
	関節滑膜切除術（肩鎖、指（手、足））	6,500	9,750	13,000
K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術（肩、股、膝）	13,800	20,700	
	関節鏡下関節滑膜切除術（胸鎖、肘、手、足）	13,100	19,650	26,200
	関節鏡下関節滑膜切除術（肩鎖、指（手、足））	12,350	18,525	24,700
K066-3	滑液膜摘出術（肩、股、膝）	13,650	20,475	
	滑液膜摘出術（胸鎖、肘、手、足）	9,800	14,700	19,600
	滑液膜摘出術（肩鎖、指（手、足））	6,500	9,750	13,000
K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術（肩、股、膝）	13,800	20,700	
	関節鏡下滑液膜摘出術（胸鎖、肘、手、足）	13,100	19,650	26,200
	関節鏡下滑液膜摘出術（肩鎖、指（手、足））	12,350	18,525	24,700
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除術	9,800	14,700	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	13,100	19,650	
K066-7	掌指関節滑膜切除術	6,500	9,750	13,000
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	12,350	18,525	24,700
K067	関節鼠摘出手術（肩、股、膝）	10,000	15,000	
	関節鼠摘出手術（胸鎖、肘、手、足）	8,680	13,020	17,360
	関節鼠摘出手術（肩鎖、指（手、足））	3,970	5,955	7,940
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術（肩、股、膝）	14,100	21,150	
	関節鏡下関節鼠摘出手術（胸鎖、肘、手、足）	14,690	22,035	29,380
	関節鏡下関節鼠摘出手術（肩鎖、指（手、足））	9,230	13,845	18,460
K068	半月板切除術	8,800	13,200	
K068-2	関節鏡下半月板切除術	12,610	18,915	
K069	半月板縫合術	9,800	14,700	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	11,700	17,550	23,400
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	14,470	21,705	
K070	ガングリオン摘出術（手、足、指（手、足））	3,050	4,575	6,100
	ガングリオン摘出術（その他）（ヒグローム摘出術を含む）	3,190	4,785	6,380
K072	関節切除術（肩、股、膝）	14,820	22,230	
	関節切除術（胸鎖、肘、手、足）	12,360	18,540	24,720
	関節切除術（肩鎖、指（手、足））	4,360	6,540	8,720
K073	関節内骨折観血の手術（肩、股、膝）	16,800	25,200	
	関節内骨折観血の手術（胸鎖、肘、手、足）	13,130	19,695	26,260
	関節内骨折観血の手術（肩鎖、指（手、足））	7,980	11,970	15,960
K074	靱帯断裂縫合術（十字靱帯）	13,130	19,695	
	靱帯断裂縫合術（膝側副靱帯）	12,740	19,110	
	靱帯断裂縫合術（指（手、足）その他の靱帯）	6,450	9,675	12,900

K074-2	関節鏡下靱帯断裂縫合術（十字靱帯）	16,900	25,350	
	関節鏡下靱帯断裂縫合術（膝側副靱帯）	12,700	19,050	
	関節鏡下靱帯断裂縫合術（指（手、足）その他の靱帯）	12,090	18,135	24,180
K075	非観血的関節授動術（肩、股、膝）	1,320	1,980	
	非観血的関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	1,260	1,890	2,520
	非観血的関節授動術（肩鎖、指（手、足））	490	735	980
K076	観血的関節授動術（肩、股、膝）	38,890	58,335	
	観血的関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	21,700	32,550	43,400
	観血的関節授動術（肩鎖、指（手、足））	8,460	12,690	16,920
K077	観血的関節制動術（肩、股、膝）	21,060	31,590	
	観血的関節制動術（胸鎖、肘、手、足）	11,970	17,955	23,940
	観血的関節制動術（肩鎖、指（手、足））	5,550	8,325	11,100
K078	観血的関節固定術（肩、股、膝）	18,400	27,600	
	観血的関節固定術（胸鎖、肘、手、足）	14,300	21,450	28,600
	観血的関節固定術（肩鎖、指（手、足））	5,540	8,310	11,080
K079	靱帯断裂形成手術（十字靱帯）	21,700	32,550	
	靱帯断裂形成手術（膝側副靱帯）	14,470	21,705	
	靱帯断裂形成手術（指（手、足）その他の靱帯）	12,580	18,870	25,160
K079-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術（十字靱帯）	31,200	46,800	
	関節鏡下靱帯断裂形成手術（膝側副靱帯）	13,500	20,250	
	関節鏡下靱帯断裂形成手術（指（手、足）その他の靱帯）	12,610	18,915	25,220
K080	関節形成手術（肩、股、膝）	39,750	59,625	
	関節形成手術（胸鎖、肘、手、足）	21,700	32,550	43,400
	関節形成手術（肩鎖、指（手、足））	10,570	15,855	21,140
K080-2	内反足手術	25,930	38,895	
K080-3	肩腱板断裂手術	18,700	28,050	
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術	27,040	40,560	
K081	人工骨頭挿入術（肩、股）	15,000	22,500	
	人工骨頭挿入術（肘、手、足）	14,470	21,705	28,940
	人工骨頭挿入術（指（手、足））	6,980	10,470	13,960
K082	人工関節置換術（肩、股、膝）	28,990	43,485	
	人工関節置換術（胸鎖、肘、手、足）	21,700	32,550	43,400
	人工関節置換術（肩鎖、指（手、足））	10,240	15,360	20,480
K082-2	人工関節抜去術（肩、股、膝）	23,250	34,875	
	人工関節抜去術（胸鎖、肘、手、足）	15,860	23,790	31,720
	人工関節抜去術（肩鎖、指（手、足））	10,730	16,095	21,460
K082-3	人工関節再置換術（肩、股、膝）	50,850	76,275	
	人工関節再置換術（胸鎖、肘、手、足）	26,300	39,450	52,600
	人工関節再置換術（肩鎖、指（手、足））	15,340	23,010	30,680
K083	鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所につき）	2,030	3,045	4,060
K083-2	内反足足板挺子固定	2,030	3,045	
K084	四肢切断術（肩甲帯）	28,080	42,120	

	四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿、下腿、足）	18,710	28,065	37,420
	四肢切断術（指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K084-2	肩甲帯離断術	28,080	42,120	
K085	四肢関節離断術（肩、股、膝）	20,020	30,030	
	四肢関節離断術（肘、手、足）	10,100	15,150	20,200
	四肢関節離断術（指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K086	断端形成術（軟部形成のみ）（指（手、足））	2,770	4,155	5,540
	断端形成術（軟部形成のみ）（その他）	3,300	4,950	6,600
K087	断端形成術（骨形成を要する）（指（手、足））	6,100	9,150	12,200
	断端形成術（骨形成を要する）（その他）	8,760	13,140	17,520
K088	切断四肢再接合術（四肢）	96,600	144,900	193,200
	切断四肢再接合術（指（手、足））	54,600	81,900	109,200
K089	爪甲除去術	640	960	1,280
K090	ひょう疽手術（軟部組織）	990	1,485	1,980
	ひょう疽手術（骨、関節）	1,280	1,920	2,560
K090-2	風棘手術	990	1,485	1,980
K091	陥入爪手術（簡単）	1,400	2,100	2,800
	陥入爪手術（爪床爪母の形成を伴う複雑なもの）	2,490	3,735	4,980
K093	手根管開放手術	4,110	6,165	8,220
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	9,230	13,845	18,460
K094	足三関節固定（ランブリヌディ）手術	19,500	29,250	
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術	2,750	4,125	5,500
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	4,785	6,380
K098	手掌屈筋腱縫合術	8,530	12,795	17,060
K099	指瘻痕拘縮手術	5,290	7,935	10,580
K099-2	デュプイトレン拘縮手術（1指）	8,020	12,030	16,040
	デュプイトレン拘縮手術（2指から3指）	17,290	25,935	34,580
	デュプイトレン拘縮手術（4指以上）	22,880	34,320	45,760
K100	多指症手術（軟部形成のみ）	2,640	3,960	5,280
	多指症手術（骨関節、腱の形成を要する）	10,190	15,285	20,380
K101	合指症手術（軟部形成のみ）	5,630	8,445	11,260
	合指症手術（骨関節、腱の形成を要する）	10,700	16,050	21,400
K101-2	指癒着症手術（軟部形成のみ）	5,630	8,445	11,260
	指癒着症手術（骨関節、腱の形成を要する）	10,700	16,050	21,400
K102	巨指症手術（軟部形成のみ）	6,410	9,615	12,820
	巨指症手術（骨関節、腱の形成を要する）	11,840	17,760	23,680
K103	屈指症手術、斜指症手術（軟部形成のみ）	8,850	13,275	17,700
	屈指症手術、斜指症手術（骨関節、腱の形成を要する）	11,840	17,760	23,680
K105	裂手、裂足手術	19,500	29,250	39,000
K106	母指化手術	24,900	37,350	49,800
K107	指移植手術	63,750	95,625	127,500
K108	母指対立再建術	12,810	19,215	25,620
K109	神経血管柄付植皮術（手・足）	31,650	47,475	63,300

K110	第四足指短縮症手術	9,060	13,590	
K110-2	第一足指外反症矯正手術	9,060	13,590	
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670		
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	8,920		
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	13,520		
K117	脊椎脱臼非観血の整復術	2,570		
K117-2	頸椎非観血の整復術	2,570		
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570		
K118	脊椎・骨盤脱臼観血の手術	21,700		
K119	仙腸関節脱臼観血の手術	18,710		
K120	恥骨結合離開観血の手術	6,430		
K120-2	恥骨結合離開非観血の整復固定術	1,580		
K121	骨盤骨折非観血の整復術	2,570		
K124	腸骨翼骨折観血の手術	12,120		
K125	骨盤骨折観血の手術（腸骨翼骨折を除く）	22,450		
K126	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（棘突起、腸骨翼）	3,150		
	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（その他）	4,510		
K128	脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術	9,820		
K131	椎弓切除術	12,100		
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	12,100		
K132	椎弓形成手術	21,700		
K133	黄色靱帯骨化症手術	22,100		
K134	椎間板摘出術（前方摘出術）	26,780		
	椎間板摘出術（後方摘出術）	18,090		
	椎間板摘出術（側方摘出術）	21,700		
	椎間板摘出術（経皮的髓核摘出術）	12,930		
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	50,400		
	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	25,800		
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	25,610		
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	46,650		
K137	骨盤切断術	37,420		
K138	脊椎披裂手術（神経処置を伴うもの）	20,540		
	脊椎披裂手術（その他）	12,700		
K139	脊椎骨切り術	40,350		
K140	骨盤骨切り術	25,870		
K141	臼蓋形成手術	21,710		
K141-2	寛骨臼移動術	28,000		
K142	脊椎固定術（前方椎体固定）	37,240		
	脊椎固定術（後方又は後側方固定）	29,900		
	脊椎固定術（後方椎体固定）	37,420		
	脊椎固定術（前方後方同時固定）	75,000		
K142-2	脊椎側彎症手術（固定術）	37,420		
	脊椎側彎症手術（矯正術）初回挿入	112,260		

	脊椎側彎症手術（矯正術）交換術	37,420		
	脊椎側彎症手術（矯正術）伸展術	20,540		
K142-3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	67,940		
K143	仙腸関節固定術	22,450		
K144	体外式脊椎固定術	22,000		
K182	神経縫合術（指（手、足））	12,640	18,960	25,280
	神経縫合術（その他）	18,850	28,275	37,700
K182-2	神経交差縫合術（指（手、足））	27,940	41,910	55,880
	神経交差縫合術（その他）	38,100	57,150	76,200
K188	神経剥離術	10,900	16,350	21,800
K193	神経腫切除術（指（手、足））	5,770	8,655	11,540
	神経腫切除術（その他）	9,020	13,530	18,040
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 1	1,660	2,490	3,320
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 2	3,670	5,505	7,340
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 3	4,360	6,540	8,720
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 1	1,280	1,920	
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 2	3,230	4,845	
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 3	4,160	6,240	
K194	神経捻除術（後頭神経）	4,410		
	神経捻除術（上眼窩神経）	4,410		
	神経捻除術（眼窩下神経）	4,410		
	神経捻除術（おとがい神経）	4,410		
	神経捻除術（下顎神経）	6,170		
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410		
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410		
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410		
K195	交感神経切除術（頸動脈周囲）	6,500		
	交感神経切除術（股動脈周囲）	6,170	9,255	
K195-2	尾動脈腺摘出術	6,170		
K196	交感神経節切除術（頸部）	18,200		
	交感神経節切除術（胸部）	14,000		
	交感神経節切除術（腰部）	12,490		
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500		
K196-3	ストッフエル手術	9,610	14,415	19,220
K196-4	閉鎖神経切除術	9,610	14,415	19,220
K196-5	末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経）	9,610	14,415	
K197	神経移行術	18,200	27,300	36,400
K198	神経移植術	18,090	27,135	36,180
K606	血管露出術	530	795	1,060
K607	血管結紮術（開胸又は開腹を伴う）	8,610		
	血管結紮術（その他）	3,130	4,695	6,260
K607-2	血管縫合術（簡単）	3,130	4,695	6,260
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	7,500	

K608	動脈塞栓除去術（開胸又は開腹を伴う）	21,970		
	動脈塞栓除去術（その他）（観血的）	9,470	14,205	18,940
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680		
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130		
K609	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）	31,500	47,250	
	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	29,250	43,875	
	動脈血栓内膜摘出術（その他）	19,890	29,835	39,780
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	33,150		
K610	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	52,550		
	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）	44,400		
	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）	44,400		
	動脈形成術、吻合術（指（手、足）の動脈）	11,800	17,700	23,600
	動脈形成術、吻合術（その他の動脈）	13,910	20,865	27,820
K610-2	脳新生血管造成術	52,550		
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	13,910		
K610-4	四肢の血管吻合術	13,910	20,865	27,820
K610-5	血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）	13,910	20,865	27,820
K611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置（開腹）	17,940		
	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置（四肢）	16,250	24,375	
	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置（頭頸部その他）	16,640		
K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760		
K613	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	29,580		
K614	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）	70,700		
	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）	61,500		
	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）	56,560		
	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	55,050		
	血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	23,300	34,950	46,600
K615	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）	16,510		
K615-2	経皮的動脈遮断術	1,390		
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	23,700	31,600
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800		
K617	下肢静脈瘤手術（抜去切除術）	10,200	15,300	
	下肢静脈瘤手術（硬化療法）	1,720	2,580	
	下肢静脈瘤手術（高位結紮術）	3,130	4,695	
K617-2	大伏在静脈抜去術	10,200	15,300	20,400
K617-3	静脈瘤切除術（下肢以外）	1,680	2,520	3,360
K618	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置（四肢）	10,500		
	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置（頭頸部その他）	10,800		
K619	静脈血栓摘出術（開腹を伴う）	19,000		
	静脈血栓摘出術（その他）（観血的）	13,100	19,650	26,200
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	48,150	
K620	下大静脈フィルター留置	8,000		
K621	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	32,000		

K622	胸管内頸静脈吻合術	28,940		
K623	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）	24,700		
	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）	24,700		
	静脈形成術、吻合術（指（手、足）の静脈）	10,850	16,275	21,700
	静脈形成術、吻合術（その他の静脈）	13,500	20,250	27,000
K623-2	脾腎静脈吻合術	20,800		

疾患別リハビリテーション

		点数	×1.5	×2.0
H000	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	250	375	
	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	100	150	
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	250	375	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	200	300	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	100	150	
H002	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	180	270	
	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	180	270	
	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	80	120	
H003	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	180	270	
	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	80	120	