



福岡県医発第 1784 号 (地)
令和 2 年 9 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

令和 2 年度労災診療費算定実務研修会について
(本会作成資料の送付)

時下 ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、例年、本会と公益財団法人労災保険情報センター（略称 R I C）及び福岡労働局の三者共催で開催の「労災診療費算定実務研修会」につきましては開催を中止する旨、令和 2 年 7 月 29 日付け福岡県医発第 1230 号（地）にてご連絡申し上げたところです。

今般、当該通知に記載しておりました「本会作成のパワーポイント資料」（別添）を本会ホームページ（https://www.fukuoka.med.or.jp/members/iryo_hoken/rousai_jibai_iryo.html）に掲載いたしましたのでご連絡申し上げます。

また、R I C ホームページ（<https://www.rousai-ric.or.jp/tabid/551/Default.aspx>）において、「令和 2 年度労災診療費算定基準の一部改正」等について掲載されておりますので併せてお知らせいたします。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、「福岡労働局作成の資料」につきましては、当局よりご提供いただき次第、別途ご連絡申し上げます。

小郡三井医師会より

労災担当理事 田中英二
会長 島田昇二郎

労災診療費算定実務研修会

～労災診療費算定基準について～

令和2年9月
公益社団法人福岡県医師会



はじめに

労災保険は、労働者の業務災害または通勤災害による負傷、あるいは疾病に対し、各種の保険給付を行う。

特に療養については、早期治療、早期社会復帰を目的とした医療給付を行っている。

このような労災保険制度の目的から、労災診療費は原則として健康保険に準じた取扱いがなされると同時に、労働災害の実情に即した特有の診療費算定基準も定められている。



診療単価

診療単価は、労災診療の特殊性を考慮し、

課税医療機関	<u>12円</u>
非課税医療機関	<u>11円50銭</u>

注）非課税医療機関とは、
国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福祉法人などの法人等が開設する医療機関などです。



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（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。



初診料①

3,820円

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。

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、新たな業務及び通勤上の災害による疾病等により初診を行った場合は、初診料を算定できる。



初診料②

ただし、医科診療報酬点数表の初診療の注5のただし書に該当する場合については、**1,910円**を算定する。

健康保険で継続療養中に労災保険による初診を行った場合、健康保険の再診日と労災保険の初診日が同一日の場合についても、新たに**3,820円**が算定できる。



救急医療管理加算

令和2年度改定

同一傷病につき1回限り（初診時）

入院：6,300円 入院外：1,250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。

ただし、入院については、初診に引き続き入院している場合、7日間を限度に算定できる。

なお、健保点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」及び健保における「保険外併用療養費（初診時自己負担金）」とは重複算定できない。



再診料

1,400円

ただし、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合（健保点数表の再診料注3に該当する場合）については、**700円**が算定できる。

また、時間外対応加算及び明細書発行体制等加算に係る届出を行っている指定医療機関については、労災保険において再診が行われた場合においても当該加算の算定が出来る。



外来管理加算の特例①

外来管理加算：52点

- 1) 健康保険において再診時に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所定点数52点に満たない場合には、労災診療の特例として外来管理加算を算定する。
- 2) 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る。



- 3) 四肢の傷病に対する処置等の特例取扱いの適用がある場合は、特例点数を基準に算定する。
(1. 5倍又は2倍)
- 4) 慢性疼痛疾患管理料を算定している場合でも、慢性疼痛疾患管理料に包括される処置以外の処置等を行った場合は、外来管理加算の特例が算定できる。
- 5) 四肢以外に行った創傷処置（100cm²未満）を行った場合に限り、従来どおり45点として算定し、外来管理加算の特例の取扱いの対象とする。



入院基本料①

- ◎ 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1.3倍、それ以降については、健保点数の1.01倍を算定することができる。
- ◎ 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つとなっているので、労災保険においても、入院診療計画書を交付し、説明することが入院基本料等の算定要件となる。

ただし、特別の事情があり、かつ、入院後7日以内の場合は、その理由を診療費請求内訳書に記載することにより、入院診療計画書を交付し、説明することが出来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。



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または退院することとなったため、入院診療計画書を交付して、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、入院診療計画書を交付し、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。
-
- ◎ 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、適用しない。



入院室料加算①

◎算定要件について

- 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の常時監視を要し、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※

※エの要件に該当する者については、初回入院日から7日を限度とする。



◎ 算定額について

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可。
ただし、当該表示金額が以下の額を超える場合は以下の額となる。

(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

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をいい、乙地とは甲地以外の地域をいう。(甲地については、福岡県では福岡市、春日市、福津市のみ。)

- ◎ 特定入院料、重症者等療養環境特別加算、療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算及び診療所療養病床療養環境改善加算との重複算定はできない。



病衣貸与料

令和2年度改定

10点（1日につき）

患者が緊急収容され病衣を有していなかったため、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算定できる。



入院時食事療養（Ⅰ）

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局等に届け出て当該基準による食事療養を行う医療機関に入院している患者について、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できる。

① ②以外の食事療養を行う場合
1食につき 770円

② 流動食のみを提供する場合
1食につき 690円

（流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときに算定できる。）



入院時食事療養（Ⅱ）

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

① ②以外の食事療養を行う場合
1食につき 610円

② 流動食のみを提供する場合
1食につき 550円

（流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときに算定できる。）



再診時療養指導管理料

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。

※注：同一月において、健保点数表における特定疾患療養管理料等及び、石綿疾患療養管理料とは重複算定できない。

石綿疾患療養管理料

月2回に限り 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。
- ◎ 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。
- ◎ 当該管理料は、再診時療養指導管理料、健保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管理料・指導料とは同一月に重複算定できない。



石綿疾患労災請求指導料

450点

石綿関連疾患の診断を行ったうえで、
傷病労働者に対する石綿ばく露に関する
職歴の問診を実施し、業務による石
綿ばく露が疑われる場合に労災請求の
勧奨を行い、現に「療養補償給付たる
療養の給付請求書（様式第5号）」又
は「療養補償給付たる療養の費用請求
書（様式第7号（1）」が提出された
場合に1回に限り算定できる。



リハビリテーション情報提供加算

200点

- ◎ 健保の診療情報提供料（Ⅰ）が算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士又は作業療法士が作成した職場復帰に向けた「労災リハビリテーション実施計画書」を傷病労働者の同意を得て転院の際に添付した場合に算定できる。
- ◎ 健保の診療情報提供料（Ⅰ）（250点）及び診療情報提供料（Ⅰ）の注8の加算（200点）とは別に算定できる。



職場復帰支援・療養指導料①

令和2年度改定

精神疾患を主たる傷病とする場合
(月1回)

560点

その他の疾患の場合 (月1回)

420点



職場復帰支援・療養指導料②

ア 傷病労働者（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2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。
以下イからオについて同じ）に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員等が、就労にあたっての療養上及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に算定できる。



職場復帰支援・療養指導料③

- イ 傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業所の産業医（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。
- ウ 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士若しくはソーシャルワーカーが、当該労働者の同意を得て、当該医療機関等に赴いた当該労働者の所属事業場の事業主と面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合。
- エ ア～ウの算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ4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）



職場復帰支援・療養指導料④

オ イ又はウを満たし、当該指導料を算定している患者であり、かつ下記①～③の要件を満たした場合、療養・就労両立支援加算として1回につき600点を算定できる。

①事業主又は産業医から治療上望ましい配慮等について助言を取得する。

②助言を踏まえて、医師が治療計画の再評価を実施、必要に応じ治療計画の変更を実施。

③患者に対し治療計画変更の必要性の有無や具体的な内容等について説明。



職業復帰訪問指導料①

精神疾患を主たる傷病とする場合
(1日につき)

770点

その他の疾患の場合 (1日につき)

580点

職業復帰訪問指導料②

ア 入院期間が1ヶ月を超えると見込まれる者又は入院治療を伴わず通院療養を2ヶ月以上継続している者であって、就労が可能と医師が認める傷病労働者が、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、理学療法士若しくは作業療法士が、傷病労働者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主に対して、職場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、当該入院中及び通院中に合わせて3回（入院期間が継続して6ヶ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あわせて6回）に限り算定できる。



職業復帰訪問指導料③

- イ 医師、医師の指示を受けた看護職員、理学療法士又は作業療法士（以下医師等）のうち異なる職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合、又は医師等がソーシャルワーカー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。（同一職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合は加算できない。）



職業復帰訪問指導料④

- ウ 精神疾患を主たる傷病とする場合にあっては、医師等に精神保健福祉士を含むものとする。
- エ 訪問指導を実施した日と同一日又は訪問指導を行った後1ヶ月以内に、医師等が傷病労働者のうち入院中の者に対し、本人の同意を得て職業復帰を予定している事業場において特殊な器具、設備を用いた作業を行う職種への復職のための作業訓練又は事業場を目的地とする通勤のための移動手段の獲得訓練を行い、診療録に訪問指導日、訓練日、訓練時間及び内容の要点を記載した場合は、訪問指導1回につき2回を限度に職業復帰訪問訓練加算として1日につき400点を所定点数に加算できる。



社会復帰支援指導料

令和2年度改定

130点

ア 3か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して、治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活（就労を含む）上の注意事項等について、医師が所定の様式に基づき指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に、同一傷病労働者につき、**1回に限り算定**できる。

イ この指導は、「別紙様式6」の指導項目に基づいて行い、算定にあたっては、**「別紙様式6」に必要事項を記載して診療録に添付**する必要がある。



コンピューター断層診断の特例

令和2年度改定

225点

他の医療機関でコンピューター断層撮影を実施したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、従来より「E203 コンピューター断層診断」を算定できるが、**再診時についても、月1回に限り算定できる。**

※健保点数表「E203 コンピューター断層診断450点」を初診時に算定した場合は算定不可。



リハビリテーション料の特例①

＜疾患別リハビリテーション料＞

健保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できる。

(1 単位)	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
心大血管疾患 リハビリテーション料	<u>250点</u>	125点	
脳血管疾患等 リハビリテーション料	<u>250点</u>	200点	100点
廃用症候群 リハビリテーション料	<u>250点</u>	<u>200点</u>	<u>100点</u>
運動器 リハビリテーション料	<u>190点</u>	<u>180点</u>	85点
呼吸器 リハビリテーション料	<u>180点</u>	85点	

下線点数は、健保点数と相違しているので注意

リハビリテーション料の特例②

<ADL加算>

- ◎ 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、又は医療機関外において、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）を含まない）を算定できる訓練に関するリハビリテーションを行った場合に、1単位につき30点を加算して算定できる。
- ◎ 早期リハビリテーション加算が算定できる傷病労働者に対し、初期加算とADL加算が算定できるリハビリテーションを行った場合は、それぞれ所定点数を算定できる。



リハビリテーション料の特例③

＜標準的算定日数の取扱い＞

健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注4、注5、注6を適用しないこと、及び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、疾患別リハビリテーション料の各規定の注1のただし書に拘わらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えて算定できる。



労災保険では、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う場合は、傷病に拘わらず、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こと。

- ※1 ただし、1月13単位以内で継続して行う場合には記載する必要はない。
- ※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している場合には、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。



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・廃用症候群・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。

処置の特例

(a) 3部位又は3局所の取扱いについて

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」、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、一日につき、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局所を限度とし算定できる。

(b) 湿布処置の取扱いについて

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（四肢加算の倍率が異なる部位ごとに算定し合算する。）を算定できる。
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。



リハビリテーション及び 処置の併施について①

(1) 処置の併施

湿布処置 等

四肢加算の倍率ごとに算定合算

+

介達牽引・手技・器具等
合計2部位（局所）まで

又は

介達牽引・手技・器具等
合計3部位（局所）まで



リハビリテーション及び 処置の併施について②

(2) リハビリテーション及び処置の併施

リハビリ

+

介達牽引・手技・器具等
いずれか1部位（局所）

又は

介達牽引・手技・器具等
合計3部位（局所）まで



四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ①

四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む）の傷病に対し次の処置、リハビリテーション及び手術を行った場合は健保点数の1.5倍で算定できる。（四肢加算）

四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ②

(処置)

四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む）の傷病に対し、次のア、イに掲げる処置を行った場合、健保点数の1.5倍で算定可。

ア 創傷処置、熱傷処置、重度褥瘡処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、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、ガングリオン圧砕法、消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

手及び手の指の傷病に行った場合は、2.0倍で算定可。

イ 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



四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ③

- ◎ 四肢加算が適用される場合の「外来管理加算の特例」の取扱いは、四肢加算後の特例点数を基準にする。
- ◎ 健保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。
- ◎ 「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、処置面積を合算して該当する区分の所定点数に対し最も高い倍率で算定する。

※四肢の傷病に対する特例については、適用される項目も多く、誤りも多く見受けられるため特に留意すること。



四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ④

(リハビリテーション料)

疾患別リハビリテーション料

→スライド「リハビリテーション料の特例①」

- ◎早期リハビリテーション加算、初期加算及びADL加算は四肢加算を算定することはできない。



四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ⑤

(手術)

- ア 創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン
- イ 筋骨格系、四肢・体幹の手術
- ウ 神経、血管の手術

- ◎ 上記ア、イ、ウの手術を、四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む）の傷病に対し行った場合、健保点数に1.5倍して算定できる。
- ◎ 手（手関節以下）及び手の指に係る場合は、健保点数に2.0倍して算定できる。

※ただし、手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）及び手の指の骨折非観血的整復術はのぞく（労災独自の点数あり）。



四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ⑥

＜手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）＞

指1本	<u>940点</u>
指2本	<u>1, 410点</u>
指3本	<u>1, 880点</u>
指4本	<u>2, 350点</u>
指5本	<u>2, 350点</u>

※さらに四肢加算
することはできない。



四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ⑦

＜手の指の骨折非観血的整復術＞

指1本	<u>2, 880点</u>
指2本	<u>4, 320点</u>
指3本	<u>5, 760点</u>
指4本	<u>7, 200点</u>
指5本	<u>7, 200点</u>

※さらに四肢加算
することはできない。

四肢の傷病に対する特例扱い (四肢加算) ⑧

- ◎手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）及び手の指の骨折非観血的整復術については、健保点数にかかわらず、労災独自の点数で算定する。
ただし、手の指の創傷処理（筋肉に達するもの）と手の指以外については健保点数を基礎として算定する。
- ◎手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）と手の指の骨折非観血的整復術は、第1指から第5指まで（中手部、中手骨を含まない）を別の手術野として取扱う。



手指の機能回復指導加算

190点（1回に限り）

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、下記の手術を行った場合1回に限り加算できる。

- ①創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン
- ②筋骨格系・四肢・体幹の手術



術中透視装置使用加算

令和2年度改定

220点

- ア 大腿骨、下腿骨、上腿骨、前腕骨、手根骨、中手骨、手の種子骨、指骨（基節骨、中節骨、末節骨）、足根骨及び膝蓋骨の骨折観血的手術又は骨折経皮的鋼線刺入固定術において、術中透視装置を使用した場合に算定できる。
- イ 脊椎の経皮的椎体形成術において、術中透視装置を使用した場合に算定できる。
- ◎ この加算に「四肢加算」は算定できない。



初診時ブラッシング料

91点 同一傷病につき1回限り（初診時）

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。

- ※1 四肢の特例取扱いはない。
- ※2 健保のデブリードマンとは重複算定できない。

固定用伸縮性包帯

医師の診察に基づき、処置及び手術において、頭部・頸部・軀幹及び四肢に固定用伸縮性包帯の使用を必要と認め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。

※患部の固定のために使用した場合に限る。

※医師が必要と判断した場合は、固定用伸縮性包帯と頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯を併せて算定可。



頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び 膝・足関節の創部固定帯

- 医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ（ポリネック等）、鎖骨固定帯（クラビクルバンド等）及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と認める場合に、実際に医療機関が購入した価格を10円で除して得た点数を算定できる。
- 健保点数表の腰部、胸部又は頸部固定帯加算が算定できる場合、当該実費相当額が170点を超える場合は、当該実費相当額が算定でき、未満の場合は170点を算定できる。



皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ

- ◎ 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。
- ◎ 算定可能な対象者は、次の①及び②の要件を満たす者
 - 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、ごく小さな範囲のものに限る。）。
 - 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。

※支給できるガーゼは、診療担当医から直接処方・投与を受けたものに限る。



精神科職場復帰支援加算

精神科職場復帰支援加算 週1回 200点

- ◎精神科を受診中の患者に、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、当該プログラムに職場復帰支援のプログラムが含まれている場合に算定できる。
- ◎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の摘要欄に記載する、もしくは実施したプログラムの写しを添付する。



労災電子化加算

令和2年度改定

(令和4年3月診療分まで)

5点

電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書1件につき5点を算定できる。



ご閲覧ありがとうございました。

