

基補発 0928 第 1 号
平成 28 年 9 月 28 日

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局補償課長

医療関係質疑応答集の一部改定について

医療関係質疑応答集については、平成 27 年 7 月 15 日付け基補発 0715 第 1 号「「医療関係質疑応答集」の送付について」により取り扱ってきたところであるが、今般、労災診療費算定基準の一部が改定されたことなどに伴い、医療関係質疑応答集を別添のとおり一部改めたので、今後の診療費審査業務等に活用されたい。

医療関係質疑応答集

平成28年9月

厚生労働省労働基準局補償課

目 次

1 . 一般医療	
1 初診料	1
2 救急医療管理加算	4
3 療養の給付請求書取扱料	7
4 再診料・外来診療料・外来管理加算	8
5 再診時療養指導管理料	14
6 医学管理等・在宅医療	19
7 検査料	21
8 画像診断	24
9 投薬・注射	27
10 リハビリテーション	29
11 処置料	36
12 手術料	48
13 入院基本料	64
14 入院室料加算	70
15 初診時ブラッシング料	74
16 病衣貸与料	76
17 固定用伸縮性包帯	77
18 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	79
19 職業復帰訪問指導料	82
20 職場復帰支援・療養指導料	84
21 精神科職場復帰支援加算	86
22 石綿疾患労災請求指導料、石綿疾患療養管理料	87
23 その他	88
2 . 柔道整復師	
1 柔道整復師の施術について	91
3 . 看護	
1 訪問看護	97

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(3,760円)は算定できるのか。

A. 算定できる。

診療報酬点数表(医科に限る。)の初診料の注5前段にかかわらず、健康保険等他保険及び自費(医療保険給付対象外)により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、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、または、健康診断に引き続いて、当該健康診断を受けた医療機関において、業務上の事由又は通勤による疾病により、初診を行った場合は、初診料を算定できる。

労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も、初診料3,760円を算定できる。ただし、診療報酬点数表(医科に限る。)の初診料の注5ただし書に該当する場合については、初診料の半額の1,880円を算定する。

Q 2 他保険等により傷病の診療を継続している期間中に、同一医療機関で、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、初診料を算定できるが、他保険等で診療を継続している診療科と、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病による初診を行った診療科が同一の診療科でも、労災保険による初診料は算定できるか。また、別々の診療科であっても、診療を行う医師が同一の場合の算定は可能か。

A. 他保険等で診療を継続している診療科と同一であっても、その医療機関の主治医は、すでに把握している病態をもって、労災事故に係る負傷等に対する確な治療に資することは現実的にはできず、初めて受診する医療機関における主治医と同様の事項について確認を行う必要がある。

すなわち、労災事故の状態の把握、業務中又は通勤途上で発生したかどうかを確認する必要があるため、他保険等で診療継続中であるかどうかにかかわらず、医師の負担に変わりはないものであるとの考え方から、初診料を算定できる。

また、別々の診療科で同一の医師が診療を行った場合も同様である。

Q 3 同一月に同一患者が労災事故を2度起こし、2度とも同一医療機関を受診した場合、初診料（3,760円）は労災事故ごとに算定できるのか。

A. 算定できる。

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。ただし、異なる災害で生じた傷病を、同一の医師が同時に診察をした場合等、明らかに初診行為が一つである場合においては、各々算定することはできない。

Q 4 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（3,760円）は算定できるのか。

A. 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。

ただし、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。

Q 5 初診料及び再診料について、同一日に同一の医療機関の複数科を受診した場合、「異なる傷病の場合は両科で算定可能。同一の傷病又は互いに関連のある傷病の場合は主たる診療科で算定する。」と解釈しているが、「異なる傷病」、「互いに関連のある傷病」に該当するのは、具体的にどのような場合か。

A. 具体例を挙げると、脊髄損傷で整形外科、神経因性膀胱で泌尿器科を受診した場合には、傷病名が関連すると思料されるため、算定できない。また、左頸骨骨折で整形外科とリハビリテーション科を受診した場合は、同一傷病と思料されるため、算定できない。

（参考：平成24年3月30日 医療課事務連絡）

Q 6 初診料について、診療報酬点数表（医科に限る。）の初診料注5ただし書に該当する点数が算定できるのは、具体的にどのような場合か。

A. 具体例を挙げると、同一災害により薬品が①目に入るとともに②手（皮膚）に付着し、①眼科及び②皮膚科を同一日に受診した場合に、ただし書きの所定点数を算定することができる。また、同一の爆発災害により①耳が聞こえなくなるとともに、②火傷をし、①耳鼻科及び②皮膚科を同一日に受診した場合に、ただし書きの所定点数を算定することができる。

（平成28年3月4日保医発0304第3号）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

（参考箇所：A000 初診料）

Q 7 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（3,760円）を算定できるのか。

A. 初診料（3,760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。

Q 8 夜間・早朝等加算の対象となる時間帯はいつか。

A. 対象となる夜間・早朝等とは、午後6時（土曜日にあっては正午）から午前8時までの間（深夜（午後10時から午前6時までの間）及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間である。

（平成28年厚生労働省告示第52号）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）」

（参考箇所：A000初診料、及びA001再診料）

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労災傷病について初診を行った場合、救急医療管理加算は算定できるのか。

A. 算定できる。
当該加算は、初診料（3,760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（3,760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（1,880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（1,880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、「A 205 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。

（平成28年3月4日保医発0304第3号）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

（参考箇所：A 205 救急医療管理加算）

Q 8 最初に収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。

最初に収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、「A 300 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「A 205 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。

(平成28年厚生労働省告示第52号)
「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)」
(参考箇所：A 300 救命救急入院料)

(平成28年3月4日保医発0304第3号)
「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」
(参考箇所：A 205 救急医療管理加算)

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。

(昭和51年1月13日基発第72号)

「労災診療費算定基準について」

(参考箇所：(18) 療養の給付請求書取扱料)

4 再診料・外来診療料・外来管理加算

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

A. 同一日に同一の医療機関の同一診療科を再診した場合は、主たる傷病についてのみ再診料を算定する。

一方、同一日に同一の医療機関の別の診療科を再診した場合は、主たる傷病について再診料を算定し、もう1つの傷病について2科目の再診料を算定する。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：A001 再診料)

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。

(昭和51年1月13日基発第72号)

「労災診療費算定基準について」

(参考箇所：(4) 再診料)

Q 3 同一日に他の傷病について、一方は他保険で再診として受診し、もう一方は労災で別の診療科を再診として受診した場合について、再診料の算定はどのようにしたらよいか。

A. 業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関で同一の診療科を再診した場合は、主たる傷病について再診料を算定する。

また、同一日に同一の医療機関で別の診療科を再診した場合は、主たる傷病について再診料を算定し、他方の傷病について2科目の再診料を算定する。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：A001 再診料)

Q 4 再診料の告示注3に係る留意事項通知の解釈について、「同一日に他の傷病について」とは、例えば、同一災害で負傷部位が同一であっても、複数の診療科を受診している場合は算定できるのか。

A. 2科目の再診料は、同一部位でも、他の傷病である場合に算定できる。
ただし、関連のある傷病については算定できない。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：A001 再診料)

Q 5 別災害の労災で同一日に同一の医療機関で2つの診療科を受診した場合、それぞれの診療科において再診料(1,390円)を算定できるのか。

A. 主たる傷病に係る診療科において再診料(1,390円)を算定し、2つ目の診療科においては、2科目の再診料(690円)の算定となる。再診料の2科目の算定に当たっては、同一災害か別災害かという観点ではなく、他の疾病について、別の診療科を再診として受診した場合に、2つ目の診療科に限り、2科目の再診料を算定できるものである。

Q 6 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。

(昭和51年1月13日基発第72号)

「労災診療費算定基準について」

(参考箇所：(4) 再診料)

Q 7 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 8 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 9 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。

(平成20年3月28日事務連絡：厚生労働省保険局医療課)
「疑義解釈資料の送付について」

Q 10 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 11 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

Q12 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）

270点（180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）270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。

$270点 + 35点 + 52点（外来管理加算） = 357点$

- ② 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（右上肢）270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。

$270点 + 53点 = 323点$

- 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。

Q13 次のような場合に外来管理加算は算定できるのか。

湿布処置（右足部）	53点（35点×1.5）
肛門処置	24点
介達牽引（左下肢）	53点（35点×1.5）
矯正固定（左上肢）	53点（35点×1.5）
低出力レーザー照射（右上肢）	53点（35点×1.5）

A. 肛門処置の算定点数が52点未満であることから、肛門処置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及び②の何れかにより算定する。

- ① 湿布処置及び肛門処置（それぞれ倍率が異なる部位であるため）を算定する場合は、湿布処置（右足部）53点及び肛門処置24点の他に、介達牽引（左下肢）53点、矯正固定（左上肢）53点、低出力レーザー照射（右上肢）53点のうち計2部位まで算定できる。肛門処置の所定点数が52点未満であることから、外来管理加算を算定できる。

湿布処置 53点 + 肛門処置 24点 + 介達牽引 53点 + 矯正固定 53点
+ 外来管理加算 52点 = 235点

- ② 湿布処置及び肛門処置を算定しない場合は、介達牽引（左下肢）53点、矯正固定（左上肢）53点、低出力レーザー照射（右上肢）53点を計3部位まで算定できる。

介達牽引 53点 + 矯正固定 53点 + 低出力レーザー照射 53点 = 159点
したがって、最も算定点数の高くなる①により算定する。

Q14 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。

Q15 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。

Q 16 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 「D 273 細隙燈顕微鏡検査（前眼部）」48点と「D 255 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 「D 259 精密視野検査（片側）」38点と「D 276 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。

Q 17 B 001(17) 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。

5 再診時療養指導管理料

Q 1 2科目の外来診療料を算定できる場合に、再診時療養指導管理料は算定できるのか。

A. 同一の医療機関において、同一日に2以上の診療科で指導を行った場合であっても、再診時療養指導管理料は1回として算定することとなる。
なお、医科と歯科の場合について、それぞれ算定できる。

Q 2 外来リハビリテーション診療料を算定した場合に、併せて再診時療養指導管理料を算定できるのか。

A. 主治医が診療（再診）を行い、療養上の指導を行った場合であって、外来リハビリテーション診療料1又は外来リハビリテーション診療料2を算定できる場合には、再診時療養指導管理料を算定することができる。

Q 3 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。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：B 000 特定疾患療養管理料)

Q 4 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 5 C 005 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 6 再診時療養指導管理料は、訪問診療を行い、C 001 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 7 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 8 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 9 再診時療養指導管理料とB 001(2) 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 10 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 11 歯科診療に関する医学管理等に、B 000-4 歯科疾患管理料、B 001-2 歯科衛生実地指導料及びB 002 歯科特定疾患療養管理料があるが、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。歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料については、重複算定できない。

①歯科疾患管理料、②歯科特定疾患療養管理料は、次の算定要件に該当する場合にそれぞれ月2回を限度として算定することとなっており、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。

【主な算定要件】

①歯科疾患管理料

継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して、口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により行う口腔管理に加えて、症状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防を評価したものいい、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定する。

②歯科特定疾患療養管理料

口腔領域の悪性新生物（エナメル上皮腫を含む。）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算定する。

また、歯科衛生実地指導料は、健康保険の取扱いにおいて、歯科疾患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。

Q 12 B 001(17) 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。（労災診療費算定マニュアルを参照）

Q13 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。

Q14 他保険にて主たる治療を行い、再診料を算定し、労災にて2科目の再診料を算定した場合に再診時療養指導管理料を算定できるか。

A. 算定できる。

再診時療養指導管理料は、再診料が算定できる場合にその算定が認められるものである。また、同一の医療機関において、同時に2以上の診療科で指導を行った場合であっても（医科と歯科の場合を除く。）、再診時療養指導管理料は1回として算定するとされているが、再診時療養指導管理料は、労災独自の評価項目（労災特掲）であり、本件の場合、仮に他保険傷病に関して療養上の指導が行われたとしても、再診時療養指導管理料は算定されないため。

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 B 001-5 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。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：第2部入院料等 通則5)

(参考箇所：B 001-5 手術後医学管理料)

Q 4 B 001-6 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、肺血栓塞栓症予防管理料は、入院中 1 回のみ算定である。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

(参考箇所：B 001-6 肺血栓塞栓症予防管理料)

Q 5 B 001-6 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。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

(参考箇所：B 001-6 肺血栓塞栓症予防管理料)

7 検査料

Q 1 「糖尿病」や「心臓疾患」等の私病（基礎疾患）を有する者が業務上負傷した場合、その私病に対する治療や検査、投薬がどの程度認められるものか。

A. 業務上疾病の治療上必要と認められる私病の治療費については、私病に対する治療が業務上疾病の治療上明らかに必要と認められた場合には保険給付の対象となる。

当該私病に対する治療が業務上疾病の治療上必要であるものであるか否かは、医学的な判断となることから、診療費審査委員会の意見を踏まえた上で判断すること。

Q 2 医療従事者等が針刺事故を起こした場合のHCV抗体検査については、HCV陽性患者であることが明らかな血液等に接触した場合に限られるのか。

A. 平成5年10月29日付け基発第619号「C型肝炎、エイズ及びMRSA感染症に係る労災保険における取扱いについて」の記の1（3）イ（イ）aに定める「HCVに汚染された血液等」とは、

- ① HCVに感染していることが明らかなもの
- ② HCVに感染している蓋然性が高いと医学的に認められるもの
(例)

- ・ ウイルス感染等は不明であるが、肝機能障害の診断にて受診中の患者の血液等に接触した場合
- ・ 医療廃棄物等による受傷の場合であって、当該廃棄物に含まれる複数の注射針のうち、HCVに汚染された血液を含む注射針が混入していることが明らかな場合

②の「蓋然性が高いと医学的に認められるもの」の判断が困難なものについては、その医学的妥当性について個別に判断することとなる。

なお、針刺事故による受傷時には上記「HCVに汚染された血液等」に該当するものと認められなかった場合において、当該血液等がHCVに汚染されていたことが後日明らかとなり、受傷の日付がHCVの潜伏期間に該当していた場合は、上記①に該当することとなるため、被災労働者に対するHCV感染の有無についての検査は給付の対象となるものである。

Q 3 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、医師がその必要性を認めた場合に限り、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である。目安としては、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）を合算した期間内となるが、その期間を超えた場合においても、医師が検査を必要とした理由を徴して、診療費審査委員会に諮った結果、妥当であると判断された場合には、支給して差し支えない。

Q 4 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であって、医師がその必要性を認めた場合については、針刺事故に伴う負傷に対する治療の一環として保険給付の対象となる。

Q 5 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 6 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 7 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 8 救急にて搬送された患者が、処置の途中で結核と診断されたことから、直接接触し救急処置を行った医師、看護師、コ・メディカル等に対して医療機関は、X線写真、ツ反、喀痰等の検査を行った。

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

A. 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 9 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。

Q 10 振動障害の検査料のうち、「指先の振動覚（常温下での両手）検査」については、「1指につき40点」となっている。今般、振動障害の請求人に対し、両手の3指（示指、中指、環指）につき、周波数を変えて3回ずつ測定を行ったが、周波数を変える度に、それぞれ1回として算定することは可能か。

それとも、「1回」とは、周波数を変えた一連の検査測定と考えるべきか。

A. 「指先の振動覚（常温下での両手）検査」については、「1指につき40点」となっていることから、周波数を変えて検査測定を行ったとしても、それは一連の検査測定と考え、検査を行った1指について40点しか算定できない。

8 画像診断

Q 1 胸部及び左足に対して単純撮影を行い、各々に撮影した画像を電子化して管理及び保存を行った場合、部位ごとに57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. 時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は算定できる。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：第4部 画像診断 通則3)

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。

ただし、時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合においては、A000初診料の「注9」及びA001再診料の「注7」に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：第4部 画像診断 通則3)

Q 5 健康保険の取扱いにおいて、E 200 コンピューター断層撮影(C T撮影)及びE 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(M R I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の算定については、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とされているが、労災保険においては、健康保険診療報酬点数表の規定に関わらず、2回目以降の断層撮影においても所定点数を算定できるのか。

A. 算定できる。

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算定に係る規定は適用されない。

(例1)

同一月に1回目C T撮影口、2回目C T撮影口を行った場合。

1回目 C T撮影口 900点 (+ E 203 コンピュータ断層診断 450点)

2回目 C T撮影口 900点

合 計 1,800点 (断層診断を含め2,250点) 算定できる。

(例2)

同一月に1回目C T撮影口、2回目M R I撮影2を行った場合。

1回目 C T撮影口 900点 (+ E 203 コンピュータ断層診断 450点)

2回目 M R I撮影2 1,330点

合 計 2,230点 (断層診断を含め2,680点) 算定できる。

(例 3)

同一月に 1 回目 C T 撮影口、2 回目 M R I 撮影 2、3 回目 C T 撮影口を行った場合。

1 回目	C T 撮影口	900点 (+ E 203 コンピュータ断層診断 450点)
2 回目	M R I 撮影 2	1,330点
3 回目	C T 撮影口	900点
<hr/>		
合 計		3,130点 (断層診断を含め3,580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は、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、骨癒合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆症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症治療剤は、骨癒合を促進するために投与した場合、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、私病である骨粗鬆症の治療が業務上疾病である骨折の治療上明らかに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。

Q 6 骨折等の鎮痛等を目的として、ロキソニン等の非ステロイド性抗炎症薬が投与されることがあるが、この非ステロイド性抗炎症薬の副作用等に対してタケプロンカプセル等のプロトンポンプ阻害剤が投与された場合、労災保険の対象となるのか。

A. 非ステロイド性抗炎症薬の副作用等により生ずる胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎等は業務上の傷病ではないが、業務上の傷病の治療上明らかに必要と認められる場合や業務上の傷病の治療に関連したものであれば、薬効、適応及び用法を満たしていれば、労災保険給付の対象となる。

ただし、胃潰瘍等が業務上の傷病の治療に関連しない私病である場合には、労災保険給付の対象とはならない。

10 リハビリテーション

Q 1 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、廃用症候群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。

Q 2 右下腿と腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（180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	180点×1.5倍
腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	1単位	180点
合	計	450点

Q 3 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、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日、廃用症候群リハビリテーション料は、廃用症候群の診断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更になることはあるが、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 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 7 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、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日となっているが、手術を行った場合及び急性増悪となった場合は、起算日が変更されるのか。

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。

Q 8 A D L 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. A D L 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（I）（190点）を1単位算定し、A D L 加算を算定する場合について

$$\begin{array}{rcccccc} \text{運動器リハビリテーション料（I）} & & \text{四肢加算} & & \text{A D L 加算} & & \\ 190\text{点} & \times & 1.5\text{倍} & + & 30\text{点} & = & 315\text{点} \end{array}$$

Q 9 リハビリテーション料のA D L 加算については、早期リハビリテーション加算のような日数制限の適用はないと考えてよいか。

A. A D L 加算について、日数制限の適用はない。

Q 10 リハビリテーション料の初期加算については、四肢加算の対象となるか。

A. 初期加算については、早期リハビリテーション加算やA D L 加算と同様、四肢加算の対象とはならない。

Q 11 早期リハビリテーション加算とA D L 加算を同時に算定することはできるのか。

A. 早期リハビリテーション加算とA D L 加算については、併せて算定することができる。

Q 12 リハビリテーション情報提供加算について、B 009 診療情報提供料（I）と同様に提出先ごとに複数でも算定できるのか。

A. リハビリテーション情報提供加算の目的は、早期職場復帰に向けて、傷病労働者のリハビリが転院後においても、早期にかつ計画的に行われることを促進することにあることから、リハビリを伴わない治療のために医療機関を紹介した場合には算定できない。

Q13 リハビリテーション情報提供加算については、B009 診療情報提供料（Ⅰ）が算定される場合であって、労災リハビリテーション実施計画書を添付した場合に算定することとされているが、その際にリハビリテーション総合計画評価料は算定できるのか。

A. リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づき行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できるものである。

そのため、リハビリテーション情報提供加算とは関係なく、リハビリテーション総合計画評価料の算定要件を具備していれば算定できる。

Q14 労災リハビリテーション実施計画書の「具体的アプローチ」欄にはどのような内容を記載すればよいのか。また、説明者サイン欄は誰が記載すればよいのか。

A. 労災リハビリテーション実施計画書における「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ業務内容・通勤方法等を考慮したアプローチ（キーボードの打鍵、バスへの乗車等）など、目標達成のためにどのようなことを行うのかについて記載する必要がある。

また、説明者サイン欄は、被災労働者に対してどのようなリハビリを行うのか説明を行った医療機関の担当者がサインを行うこととなる。

Q15 リハビリテーション総合計画評価料は「適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者」が医師の監督の下でリハビリテーション総合実施計画書を作成した場合には算定できるのか。

A. 医師とあん摩マッサージ指圧師等の従事者が共同して作成している場合については、その他の算定条件も満たしていれば算定できる。

（平成20年3月28日事務連絡：厚生労働省保険局医療課）
「疑義解釈資料の送付について」

Q16 リハビリテーション総合計画評価料は算定できる期間に上限はないのか。

A. 上限はない。算定要件を満たすリハビリテーション総合実施計画書を作成して、患者に交付した場合にはリハビリテーションの開始時期や実施期間にかかわらず算定できる。従って、健康保険における標準的算定日数の上限を超えても引き続き算定できる。

(平成20年3月28日事務連絡：厚生労働省保険局医療課)
「疑義解釈資料の送付について」

Q17 月の途中で転院した場合、リハビリテーション総合計画評価料の算定はどのようになるか。

A. 当該点数の算定要件を満たすものであれば、転院前及び転院先の保険医療機関において、それぞれ算定できる。

(平成20年3月28日事務連絡：厚生労働省保険局医療課)
「疑義解釈資料の送付について」

Q18 傷病に関わらず、健康保険におけ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継続して行う場合は、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とあるが、標準的算定日数を超えた場合は、全ての傷病に対して、医学的所見等の記載が必要であるのか。

A. 標準的算定日数を超え、さらに1月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを継続して行う場合に限り、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載又は労災リハビリテーション評価計画書の添付が必要となる。

Q19 診療費請求内訳書の摘要欄に記載する標準的算定日数を超え、さらに1月13単位を超えてリハビリテーションを行うべき医学的所見等とは、「労災リハビリテーション評価計画書」と全て同内容を記載すればよいのか、それとも、単に必要性・医学的効果等のみの記載でよいのか。

A. 標準的算定日数を超え、さらに1月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを継続して行う場合は、標準的算定日数を超えて行うべき必要性、医学的効果等の医学的所見等の記載を必要としているものであり、「労災リハビリテーション評価計画書」の全ての内容を記載する必要はない。

なお、労災リハビリテーション評価計画書をレセプトに添付して提出する場合には、レセプトの摘要欄に、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。

Q20 健康保険においては、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のうち、リハビリテーション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は、リハビリテーションの実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーションの継続の理由を摘要欄に記載した上で、リハビリテーション実施計画書の写を添付することでも差し支えないとされている。

このような場合においても、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載または「労災リハビリテーション評価計画書」の添付が必要となるのか。

A. 労災保険においては、標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを1月13単位以内で行う場合には、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載または労災リハビリテーション評価計画書の添付は必要ないが、標準的算定日数を超え、さらに疾患別リハビリテーションを1月13単位を超えて行う場合には診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載又は、労災リハビリテーション評価計画書の添付が必要となる。

ただし、リハビリテーションの実施計画書を作成した月にあつて、改善に要する見込み期間とリハビリテーションの継続の理由を摘要欄に記載した上で、リハビリテーション実施計画書の写しを添付する場合には、診療費請求内訳書の摘要欄に医学的所見の記載又は、労災リハビリテーション評価計画書の添付は必要ない。

Q21 平成20年3月28日付け保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料」において、「(問121) 運動器リハビリテーションについて、ある病変に対して手術を行い、後日抜釘等の手術を行った場合に、2度目以降の手術について新たに標準的算定日数の算定開始日とすることは可能か」との質問に対し、「(答) ある疾患に対する治療の一連の手術としてみなせる場合については不可」との回答ですが、労災保険における抜釘後の運動器リハビリテーションの起算日の取扱いについては、健康保険と同様に扱うのか。

A. 労災保険における抜釘後の運動器リハビリテーションの起算日の取扱いについては、健康保険と同様である。

したがって、新たに特掲診療料の施設基準等の別表第9の6における運動器リハビリテーション料の対象患者に該当しない限り、新たな運動器リハビリテーションの起算日とはならない。

なお、労災保険においては、抜釘術の施行後、当初の起算日から運動器リハビリテーション料の標準的算定日数を超えて運動器リハビリテーションを行った場合であっても、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を記載することなどにより、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、健保点数表に定める月の算定単位の制限等にかかわらず運動器リハビリテーション料の算定が可能である。

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 J 000 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 J 090 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 J 086 眼処置と J 000 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 J 119 消炎鎮痛等処置の 3 湿布処置について

「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するもの」とあるが、その範囲に達していない場合は、算定できないと考えるのか。

A. 湿布処置は、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲」に該当しない狭い範囲に行った場合の評価については、初診料等の第 1 章基本診療料に含まれるものであることから、算定することはできない。

（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 3 号）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

（参考箇所：J 119 消炎鎮痛等処置 3 湿布処置）

Q 6 J 000 創傷処置を右の手指から前腕にかけて行ったのだが、四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがっている場合の算定はどうするのか。

A. 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、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）

$$60点 \times 2.0倍 = 120点$$

Q 7 J 001 熱傷処置及び J 001-4 重度褥瘡処置についても、創傷処置と同様に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。

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。（下記の例を参照）

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。

（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 |

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

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

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

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

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

Q 9 右前腕に J 000 創傷処置を行い同時に J 119 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 J119 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」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（前腕～上腕）〇〇（点）×〇（回）」

と記載することとなる。

Q11 頭部外傷に伴う併発疾病として、右上肢にシビレがある患者に対して、右手関節と右肘関節に対してJ119 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。

Q12 同一日に腰～背部及び左前腕～上腕に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」、右手指～前腕に消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」、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～背部に「湿布処置」	$35\text{点} \times 1.0\text{倍} =$	35点
左前腕～上腕に「湿布処置」	$35\text{点} \times 1.5\text{倍} =$	53点
右手指～前腕に「湿布処置」	$35\text{点} \times 2.0\text{倍} =$	70点
右上腕に「マッサージ等の手技による療法」	$35\text{点} \times 1.5\text{倍} =$	53点
左下腿に「マッサージ等の手技による療法」	$35\text{点} \times 1.5\text{倍} =$	53点
合	計	264点

Q13 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」	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

Q 14 右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 1 単位	180点 × 1.5倍 = 270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	180点 × 1.5倍 = 270点
右上肢に「器具等による療法」	35点 × 1.5倍 = 53点
合 計	= 323点

Q 15 左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 1 単位	180点 × 1.5倍 = 270点
左上肢に消炎鎮痛等処置「湿布処置」	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	180点 × 1.5倍 = 270点
左上肢に「湿布処置」	35点 × 1.5倍 = 53点
合 計	= 323点

Q16 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）1単位	85点	= 85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）
85点 + 53点 = 138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。

Q17 頸部に消炎鎮痛等処置（湿布処置）	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	180点 × 1.5倍 = 270点 × 1単位 = 270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」、肛門処置及び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、「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」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ない。

また、「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」及び「「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）

$$270点 + 87点 + 53点 = 410点$$

「湿布処置」＋介達牽引＋「器具等による療法」

$$87点 + 53点 + 53点 = 193点$$

よって、この場合は、410点を算定する。

Q 18 右足、右手と部位が異なる場合の湿布の取扱いについて、平成20年4月の改定前は、四肢加算の倍率ごとに算定するため、

右足 24点 × 1.5倍 = 36点

右手 24点 × 2.0倍 = 48点 合計 84点

と算定できたが、

平成20年4月の改定により、湿布処置の24点がなくなったため、倍率ごとに分けると、それぞれ「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」（35点）には該当しない。この場合の取扱いはどうなるか。

A. 平成28年3月4日付け保医発第0304第3号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」では、「同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。」となっている。よって、同一疾病又はこれに起因する病変に対して湿布処置を複数の部位に行った場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。ただし、労災保険において四肢加算の倍率（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、それぞれの倍率ごとに処置面積を合算して算定することができる。

なお、「湿布処置」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することができる。四肢加算の倍率が異なる範囲に連続しないで「湿布処置」を行って、かつ、処置面積を合算し「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる範囲の湿布処置が行われた場合は、処置部位の中で最も高い倍率で算定することになる。

※「湿布処置」の算定例

「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」を100とする。

（処置面積の100については、算定方法（例）の解説のため、便宜上用いた数字であり、実際の請求においては、処置を担当する医師により「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当するか判断するものである。）

（例1）

部位（面積）	（H20）改定後	（H20）改定前
手：2.0倍（100）	35×2.0	35×2.0
腕：1.5倍（100）	35×1.5	35×1.5
背：1.0倍（100）	35×1.0	35×1.0

手、腕、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、倍率ごとに処置面積を合算して算定。

(例 2)

部位 (面積)	(H20) 改定後	(H20) 改定前
手 : 2.0倍 (50)	35×2.0 ←	24×2.0
腕 : 1.5倍 (100)	35×1.5	35×1.5
背 : 1.0倍 (50)		24×1.0

腕については、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、1.5倍で算定。

手、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当しないが、手と背の処置範囲は連続していないことが明らかであり、手、背の処置面積を合算すると「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、最も高い倍率（手：2.0倍）で算定。

(例 3)

部位 (面積)	(H20) 改定後	(H20) 改定前
手 : 2.0倍 (30)	35×2.0 ←	24×2.0
腕 : 1.5倍 (35)		24×1.5
背 : 1.0倍 (40)		24×1.0

手、腕、背については、四肢加算の倍率が異なる部位ごとにおいて、処置面積が「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当しないが、手、腕、背の処置面積を合算すると「半肢の大部又は頭部、頸部又は顔面の大部以上」に該当することから、最も高い倍率（手：2.0倍）で算定。

Q 19 2つの別災害にて加療中の患者（発症日が別のためレセプトが2枚に分かれる患者）に対して、災害ごとにそれぞれ3部位（局所）に対して消炎鎮痛等処置を実施した場合、1つの災害につき3部位（局所）まで算定することは可能か。

A. それぞれ別の部位に対して消炎鎮痛等処置が必要な場合は算定できる。

労災診療費の算定基準における3部位の取扱いは、工場、作業現場等による突発的災害により、複合部位の受傷が多く発生し、労働災害によって損失した機能回復を図るためのものであり、今回のケースのように別々の労働災害により受傷して、それぞれ別の部位に対して消炎鎮痛等処置が必要な場合においては、1つの災害につき3部位（局所）まで算定できる。

Q 20 J000 創傷処置について、午前中に特定の創傷に対して創傷処置を行い、帰宅後、午後再度受診した場合に、同じ創傷に対して創傷処置を行った場合の算定は、どのようにすればいいのか。

A. 「手術後の患者」でない場合においては、医学的必要性に照らし合わせて判断されたい。

Q 21 J000 創傷処置について、右手に怪我をして医療機関を受診。翌日、左手に怪我をして医療機関を受診したところ、両手の怪我に対して創傷処置が行われた。この場合の創傷処置は、どのように算定すればいいのか。

A. これらの怪我は、同一の傷病又はこれに起因する病変ではないことから、それぞれの処置面積に対応する区分の点数をそれぞれ算定されたい。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

(参考箇所：J 000 創傷処置)

1 2 手術料

Q 1 健康保険の医科診療報酬点数表の手術通則11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1,000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. 四肢加算はできない。

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（通則12（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11の加算については、四肢加算することはできない。

Q 2 手の指にかかるK000 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5cm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5cm以上10cm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 3 右拇指に対してK 000 創傷処理（筋肉に達しないもの）を行い、右示指に対してK 046 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 4 頭部に対するK 000 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 5 左手示指及び中指に対してK 000 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10cm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 6 K 000 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点 × 2.0倍（四肢加算）	= 1,700点
合	計	3,110点

Q 7 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 8 真皮縫合加算については、「踵」、「足底部」は算定不可と考えてよいか。

A. 「踵」、「足底部」については、真皮縫合加算が算定できる。

（平成24年 8 月 9 日保険局医療課事務連絡）

「疑義解釈資料の送付について（その 8）」

Q 9 「右慢性硬膜下血腫」に対して、K 164-2 慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術が施行され、ステープラーで縫合。後日、麻酔使用なしでステープラー抜鉗した際の術式として、K 000 創傷処理が算定されているが、算定は認められるか。

A. 創傷処理とは切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第 1 回目の治療のことであることから、ステープラーを抜鉗したのみをもって結紮又は縫合に準じて算定することは妥当ではなく、J 000 創傷処置として算定することが妥当である。

Q10 広範囲皮膚欠損の患者に対して右前腕及び左前腕にK013 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分層植皮術は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定することができる。

（平成28年3月4日保医発0304第3号）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

（参考箇所：K013 分層植皮術）

Q11 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。

Q12 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、K014 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と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か。

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 13 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。

Q 14 健康保険の医科診療報酬点数表 K 037 腱縫合術の算定にあたり、「切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、K 000 創傷処理の「2」に準じて算定する。」となっているが、伸筋腱の断裂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。

Q 15 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。

Q 16 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。

Q 17 同日に同一部位に対して行った、K 044 骨折非観血的整復術とK 083 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。

Q 18 右前腕の尺骨と橈骨に対してK 046 骨折観血的手術を行った場合、尺骨と橈骨各々の手術は、それぞれに算定できるのか。

A. 算定できる（ただし、皮切が別々である場合）。

Q 19 K 046 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。

Q 20 開放骨折、粉碎骨折以外の骨折に対して、区分番号「K 047-3」超音波骨折治療法を算定できるか。

A. 開放骨折、粉碎骨折以外の骨折についても、四肢（手足を含む。）の観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合には算定できる。

（平成28年3月4日保医発0304第3号）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」

（参考箇所：K 047-3 超音波骨折治療法）

Q 21 「K 048 骨内異物（挿入物を含む。）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、J 000 創傷処置又はK 000 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って、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。

Q 22 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、K 059 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。

Q 23 右前腕骨骨折にてK 046 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K 059 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。

Q 24 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 25 同一手に対して、K 087 断端形成術（骨形成を要するもの）（示指）、K 046 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、K 087 断端形成術（骨形成を要するもの）及びK 046 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、本件事例の場合は次のように算定することとなる。

断端形成術（示指）

$$\begin{array}{rcll} & & \text{四肢加算} & \\ 7,410\text{点} & \times & 2.0\text{倍} & = 14,820\text{点} \cdots \text{①} \end{array}$$

骨折観血的手術（中指、環指）

$$\begin{array}{rcll} & & \text{四肢加算} & \\ 9,480\text{点} & \times & 2.0\text{倍} \times 2\text{本} & = 37,920\text{点} \cdots \text{②} \end{array}$$

$$\text{①} + \text{②} = 52,740\text{点}$$

Q 26 K 088 切断四肢再接合術について、手術に関する書籍には「適応となる部位は上肢では反対側が使えない時、部位では母指指節間関節より近位の切断、2 指～5 指では基節～手掌より近位の多指切断」とあるが、指についてはこれ以外の部位は算定できないのか。

A. 手術に関する書籍等は、1 つの考えが紹介されているものであり、参考にはなるものの、算定の根拠になるものではない。そのため、その治療の必要性や算定方法については、このような資料を参考にしつつ、局の労災診療費審査委員に見解を求めていただきたい。

Q 27 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K148（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をおいて2か所以上行った場合の点数はK148 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 28 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 29 K046 骨折観血的手術を行う際に創外固定器を使用した場合、K932 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。

Q30 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、創外固定器加算（10,000点）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。

Q31 区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合の計算方法は、どのようになるか。

A. マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式麻酔の計算方法

例) 次の様な閉鎖循環式麻酔を実施した場合		
1	L008の5 (麻酔困難)	8分
2	L008の3 (麻酔困難)	59分
3	L008の2 (麻酔困難)	137分
4	L008の3 (麻酔困難)	55分
5	L008の5 (麻酔困難)	9分
	合計	268分

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

L008の2 (麻酔困難)	137分
L008の3 (麻酔困難)	114分
L008の5 (麻酔困難)	17分

(ロ) 麻酔時間の基本となる2時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

L008の2 (麻酔困難)	120分	16,600点
L008の2 (麻酔困難)	17分	
L008の3 (麻酔困難)	114分	
L008の5 (麻酔困難)	17分	

(ハ) (ロ) の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注2」の規定に従い30分又はその端数を増すごとに加算を行う。

L 008の2 (麻酔困難)	120分	16,600点
L 008の3 (麻酔困難)	90分	2,700点
L 008の3 (麻酔困難)	24分・・・①	
L 008の2 (麻酔困難)	17分・・・②	
L 008の5 (麻酔困難)	17分・・・③	

(二) (ハ) の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

ア 合算時間

$$\text{①}24\text{分} + \text{②}17\text{分} + \text{③}17\text{分} = \text{④}58\text{分}$$

↓

イ 実施時間の長い順、更に実施時間が等しい場合は、点数の高い順

L 008の3 (麻酔困難)	24分・・・①
L 008の2 (麻酔困難)	17分・・・②
L 008の5 (麻酔困難)	17分・・・③

↓

ウ 合算時間が0分を超えているので、

L 008の3 (麻酔困難)	30分・・・⑤	900点
----------------	---------	------

↓

エ 合算時間から30分を引いた時間が

$$\text{④}58\text{分} - \text{⑤}30\text{分} = \text{⑥}残り28\text{分}$$

であり、0分を超えているので、

L 008の2 (麻酔困難)	30分・・・⑦	1,200点
----------------	---------	--------

オ 合算時間から30分を引いた時間から30分を引いた時間が

$$\text{⑥}28\text{分} - \text{⑦}30\text{分} = \Delta 2\text{分}$$

であり、0分を超えないため、更なる加算は算定しない。

以上の点数を合計して計算終了

L 008の2 (麻酔困難)	16,600点
L 008の3 (麻酔困難)	2,700点
L 008の3 (麻酔困難)	900点
L 008の2 (麻酔困難)	1,200点
合計	21,400点

Q 32 区分番号「L 008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の各区分の麻酔の開始時間及び終了時間はどの時点をいうのか。

- A. 「分離肺換気麻酔」については、挿管を行った時点から抜管した時点までをいう。
ただし、腹部や頸部操作を伴う食道手術の際のように、同一麻酔で分離した肺換気を全く行っていない時間帯がある場合には、当該時間は算入しない。
- 「低体温麻酔」については、クーリングを開始した時点から、復温する時点までをいう。ただし、当該麻酔の開始以前に既にクーリングを行っていた場合、又は復温しないまま麻酔を終了した場合は、それぞれ、麻酔の開始又は終了の時間をもって、低体温麻酔の開始又は終了の時間とする。
- 「低血圧麻酔」については、人為的低血圧を開始した時点(降圧剤投与開始等)から、「低血圧」を離脱する時点までをいう。また、ここでいう「低血圧」とは、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」の「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 (7) 麻酔の種類等について」において規定するところによる。
- 「高頻度換気法による麻酔」については、特殊な換気装置を作動させた時点から、終了した時点までをいう。
- 「人工心肺を使用した時間」については、人工心肺装置に接続し、装置を動かし始めた時点から、装置を停止した時点までをいう。

Q 33 右手指に対して、次のような手術を行った場合の算定はどうか。

第1指：K 000 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）

第2指：K 046 骨折観血的手術

K 059 骨移植術（自家骨移植）

第3指：K 182 神経縫合術

K 016 動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術

A. 医科診療報酬点数表「第10部手術」通則14及び平成26年3月5日付け保医発0305第3号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の「第10部手術」の〈通則〉の14（4）「指に係る同一手術野の範囲」－（エ）に基づいて算定を行う。

それぞれの手術について、指に係る同一手術野の範囲は

①右第1指 創傷処理（筋肉に達しないもの）

労災特掲により

手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの）を各々異なる指に対して行った場合には、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する。

②右第2指 K 046 骨折観血的手術

第1指から第5指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む）のそれぞれを同一手術野とする手術

③右第3指 K 182 神経縫合術

第1指から第5指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない）のそれぞれを同一手術野とする手術

④右第3指 K 016 動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術

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

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（①～③）と、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（④）を同時に行った場合にあっては、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、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定めた場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、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複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

なお、K 059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）は、当該手術の留意事項通知により、「骨移植術に併せて他の手術を行った場合は、本区分の所定点数に他の手術の所定点数を併せて算定する」とあることから、他の手術と合算して算定できる。

・骨移植術（自家骨移植）（K 059） 14,030×2.0 = 28,060点・・・A

- ・第1指から第5指までを同一の手術野として取り扱う手術を合算した場合
第3指：動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術（K016） 41,120点・・・B
- ・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合算した場合
第1指：創傷処理（労災）指1本 (470×2.0) = 940点
第2指：骨折観血的手術（K046） 9,480×2.0 = 18,960点
第3指：神経縫合術（K182） 12,640×2.0 = 25,280点
計 45,180点・・・C

B<Cとなっていることから、Cの点数を採用し、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と骨移植術（A）と合算して

第1指：創傷処理（労災）指1本	(470×2.0) =	940点
第2指：骨折観血的手術（K046）	9,480×2.0 =	18,960点
第3指：神経縫合術（K182）	12,640×2.0 =	25,280点
骨移植術（自家骨）（K059）	14,030×2.0 =	28,060点
	計	73,240点と算定する。

Q34 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）を行っていないならば算定することはできない。

Q35 術中透視装置使用加算について、算定要件は「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」及び「足の舟状骨」の骨折観血的手術又は骨折経皮的鋼線刺入固定術とあるが、これは部位と傷病名のどちらを指しているのか。

A. 「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」及び「足の舟状骨」は部位を指しているものである。

Q36 術中透視装置使用加算は、「鎖骨」、「膝蓋骨」、「骨盤骨」等の骨折観血的手術には適用されないのか。また、関節内骨折観血的手術には適用されないのか。

A. 術中透視装置使用加算の対象部位は、算定要件に明記された部位に限定されることから、それ以外の部位は加算対象とはならない。また、術式についても同様である。

Q 37 術中透視装置使用加算について、同一傷病において前腕骨及び舟状骨を負傷し、前腕骨及び舟状骨を同一皮切により骨折観血的手術を行った場合には加算も1回、別皮切で行った場合には加算も2回となるのか。

A. 術中透視装置使用加算は、本加算の対象となる手術の算定回数に応じ、加算できるものである。

したがって、骨折観血的手術が1回の算定となる場合にはその手術に対して1回の加算が可能であり、骨折観血的手術が2回の算定となる場合は、各手術に対して計2回の加算が可能である。

Q 38 「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」及び「足の舟状骨」に対するK 046 骨折観血的手術又はK 045 骨折経皮的鋼線刺入固定術、「脊椎」に対するK 142-4 経皮的椎体形成術において、「イメージ・インテンシファイア間接撮影装置」を使用した場合、「術中透視装置使用加算」を算定することはできるか。

A. 「術中透視装置使用加算」は、「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」及び「足の舟状骨」に対するK 046 骨折観血的手術又はK 045 骨折経皮的鋼線刺入固定術、「脊椎」に対するK 142-4 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ものであり、当装置を術中に使用する際に、TVモニターで動画として見て透視していれば、算定できる。

Q 39 「術中透視装置使用加算」に対し、医科点数表の第10部手術の通則12に定められている時間外加算を算定することはできるか。

A. 算定できない。

手術料の通則12に定められている時間外加算等を加算する所定点数とは、第1節手術料の各区分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のことをいうことから、「術中透視装置使用加算」は対象とならない。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：第10部手術料通則12-(3))

Q 40 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 41 初診時より数ヶ月手術の施行がない患者が増悪により、手術を施行し手指の創傷に係る機能回復指導を行った場合には、算定要件にある「初期治療」には該当しないものとして、手指の創傷に係る機能回復指導加算を算定することはできないと解してよいか。

A. 「手指の創傷に係る機能回復指導加算」の算定要件にある「初期治療」とは、手術後における初期治療を指していることから、当該算定要件を満たす手術を行い、併せて初期治療における機能回復指導を実施していれば、初診時から期間が経過していたとしても、算定することができる。

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」に示されている入院期間に応じた加算、褥瘡評価実施加算、重度認知症加算等の取扱いは以下のとおり。

<1.30倍、1.01倍できるもの>・・・加算後の点数を1.3倍（1.01倍）する。

- ・看護必要度加算
- ・一般病棟看護必要度評価加算
- ・褥瘡評価実施加算
- ・慢性維持透析管理加算
- ・在宅復帰機能強化加算
- ・重度認知症加算
- ・精神保健福祉士配置加算
- ・夜間緊急体制確保加算
- ・医師配置加算
- ・看護配置加算
- ・夜間看護配置加算
- ・看護補助配置加算
- ・栄養管理実施加算
- ・有床診療所在宅復帰機能強化加算
- ・有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算

<1.30倍、1.01倍できないもの>・・・1.3倍（1.01倍）した後に加算する。

- ・入院期間に応じた加算
- ・救急・在宅等支援病床初期加算
- ・ADL維持向上等体制加算
- ・救急在宅等支援療養病床初期加算
- ・救急支援精神病棟初期加算
- ・有床診療所一般病床初期加算
- ・看取り加算

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配置に係る加算や看護配置加算も含まれるのか。

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配置に係る加算や看護配置加算も含まれる。
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」には入院期間に応じた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、入院期間に応じた加算等の加算点数は含まない。
入院期間に応じた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いか。

A. 入院基本料に係る労災の特例取扱いにおいては、入院基本料の所定点数を1.3倍（1.01倍）した後に、入院期間に応じた加算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

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

入院期間に応じた加算点数×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6の別表第一、別表第二及び別表第三

Q 5 総合入院体制加算等の入院基本料等加算は、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 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が、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

一方、再入院日が新たな入院起算日となる場合には、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がある。

Q 8 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。

Q 9 有床診療所入院基本料の注6の加算について、「イ 看護配置加算1」又は「ロ 看護配置加算2」、「ハ 夜間看護配置加算1」又は「ニ 夜間看護配置加算2」及び、「ホ 看護補助配置加算1」又は「ヘ 看護補助配置加算2」については、併算定は可能なのか。

A. それぞれの施設基準に適合するものとして届出を行っている場合には、「イ：看護配置加算1」又は「ロ：看護配置加算2」、「ハ：夜間看護配置加算1」又は「ニ：夜間看護配置加算2」及び「ホ：看護補助配置加算1」又は「ヘ：看護補助配置加算2」の併算定が可能である。

(平成28年3月4日保医発0304第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」

(参考箇所：A108 有床診療所入院基本料)

Q 10 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. 入院基本料等(特別入院基本料等及び特定入院基本料を含む)の施設基準において、入院診療計画の基準として「当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、7日以内に説明が行われていること。」としており、「説明に用いた文書は、患者(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ものとする。」と定められていることから、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及び説明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。

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することができる。

なお、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

をいうものであること。

Q 11 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。

Q 12 入院中の患者の他医療機関への受診に係る健康保険の取扱いとして、入院している患者が他の保険医療機関で治療を受けた場合には、入院医療機関の入院料等の基本点数を10%、20%又は40%を控除した点数により算定することとなっているが、労災保険において、この取扱いは適用されるのか。

A. 労災保険においては、入院中の被災労働者の治療に関して、他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の被災労働者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、健康保険の取扱いによらず、入院医療機関は入院料の基本点数を控除せず全額算定できる。なお、この場合において、他医療機関は当該診療に係る費用（「医学管理等」、「投薬」、「注射」等）を健康保険の取扱いによらず全額算定できる。

Q 13 労災保険においても A 207 診療録管理体制加算を算定できるのか。

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。

Q 14 入院期間の計算について

① 平成25年7月6日～同年8月10日（労災（じん肺）で入院）

② 平成25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25年12月5日～平成26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25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25年8月10日）から3か月を経過していることから、平成25年12月5日の再入院の日を起算日とする。

Q 15 健康保険においては、入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、入院期間が180日を超える入院（健康保険法第63条第2項第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のでよろしいか。

A. 適用されない。

保険外併用療養費に係る「入院期間が180日を超える入院」の選定療養について、労災保険ではこれを適用せず、健保点数表に定められている所定点数をもとに算定する。

Q 16 傷病労働者が、D P C（入院医療の包括評価）対象病院に入院した場合、どのように算定することになるのか。

A. 労災診療費算定基準では、「労働者災害補償保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定は、医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬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する。」とされているため、診断群分類点数表に基づいて算定を行うD P Cを適用することはできず、従前どおり、診療報酬点数表の一般病床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ことから、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るとして、当該理由②一工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）がない場合において、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A 221 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としては、特定入院料、療養環境加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、診療所療養病床療養環境加算、診療所療養病床療養環境改善加算がある。

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、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
る状態であ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とはならないという狭義の解釈ではなく、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視して随時適切な措置を講ずる必要のある重症患者であれば対象となる。

1 5 初診時ブラッシング料

Q 1 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。

Q 2 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。

Q 3 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、指に創傷処理における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）算定できるとなっている。

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

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例があるが、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。

被災状況や傷病名に留意する必要があるものの、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。

1 6 病衣貸与料

Q 1 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。

Q 2 業務災害による熱傷の被災労働者に対して、熱傷部位からの滲出液が大量に浸潤するため、医療機関が病衣を1日350円でレンタルしている。

労災診療費算定基準では、病衣貸与料として1日につき9点算定できることとしているが、レンタル料が病衣貸与料の9点（108円）を超えるため、療養の費用として病衣貸与料を超えた額（350円－108円＝242円）の支給をすることはできるか。

A. 労災保険においては、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、病衣貸与料として1日につき9点算定できることとしているものである。

本件は、熱傷部位からの滲出液の浸潤による必要性から、医療機関が病衣を貸与していることから、労災診療費算定基準における病衣貸与料（9点）に限り支給することができるが、病衣貸与料を超えた額を療養の費用として支給することはできない。

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、伸縮性包帯のみを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

①170点に満たない場合は、170点を加算する。

②170点を超える場合は、実費相当額で算定する。

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

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

Q 2 健康保険においては、胸部固定帯を肋骨骨折に対し骨折非観血的整復術を行った後（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。

健康保険においては、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。

Q 4 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。

Q 5 固定用伸縮性包帯については、挫傷、挫創、捻挫等の多様なケースで請求が行われているが、どのような場合に算定可とすべきか。

A. 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、固定を要すると考えられる傷病名であれば、算定可として差し支えない。なお、固定する必要性が認められない場合は、医学的に必要か否か判断を要するため、医療機関に確認し、診療費審査委員会に諮ること。

Q 6 J 001-2 絆創膏固定術の算定対象外となる傷病部位に対して、絆創膏固定を行った。この場合、J 001-2 絆創膏固定術を算定することはできないが、実際に固定に使用した絆創膏の実費費用を固定用伸縮性包帯に準じて算定できるか。

A. 算定できる。

J 001-2 絆創膏固定術の算定対象外となる傷病部位に対して絆創膏固定を実施した場合に限り、固定時に使用した絆創膏の実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を固定用伸縮性包帯に準じて算定できる。また、実際に請求する際には、診療費請求内訳書の適用欄に「絆創膏固定部位」及び「絆創膏固定時に使用」と記載させること。

なお、算定できる「固定時に使用した絆創膏の実費相当額」とは、実際に固定に要した絆創膏の使用分のみ算定となることに留意されたい。

1 8 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

Q 1 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について、頸椎カラー、各部のサポーターを含むのか。

A. 頸椎カラーは頸椎固定用シーネに含まれる。バストバンド・トラコバンド（胸部固定帯）は固定用伸縮性包帯として算定でき、ショルダーストレース（肩関節固定帯）は固定用伸縮性包帯で代用できない場合には算定できる。

なお、サポーターについては、療養上その必要性が認められる場合であって、患部を固定する場合には、療養費として支給して差し支えない。

Q 2 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について、膝・足関節の創部固定帯とは具体的にどのようなものか。

A. 膝・足関節の安定を図るために使用される固定帯で、市販されているものをいう。

Q 3 膝・足関節の創部固定帯について、対象となる疾患名はあるのか。足関節捻挫、膝関節靭帯損傷も含まれるのか。

A. 主には、膝関節の靭帯損傷と足関節の捻挫、手術後に使用する場合が含まれる。

Q 4 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について、頸椎カラーは頸椎固定用シーネに含まれるのか。

A. 頸椎カラーは、頸椎固定用シーネに含まれる。

Q 5 膝関節や足関節の医療用サポーターと称する商品が多数あるが、具体的な対象範囲はどこまでなのか。

また、部位が膝関節、足関節の場合は創部固定帯扱いでレセプト請求、それ以外の部位（肘関節や手関節等）は費用請求という取扱としてよいか。

A. 算定対象になるものは「患部の固定用」であることから、負傷傷病名に対して、当該サポーターが患部をしっかりと固定できるものであるか否かで判断することになり、疑義が生じた場合には診療費審査委員会に諮らねたい。

また、労災特掲である「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」の対象部位である「膝関節」、「足関節」の創部固定帯についてはレセプト請求となり、労災特掲の対象部位以外である、「肘関節」、「手関節等」の場合は、療養上その必要性が認められる場合であって、患部を固定する場合には、療養費として、療養（補償）給付たる療養の費用請求書で対応することとなる。

Q 6 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について、鎖・膝・足関節の固定時の手技料は何で算定するのか。

A. 鎖骨固定帯の手技料は、治療内容に応じて「J001-3 鎖骨骨折固定術」又は「K044-3 骨折非観血的整復術」を算定できる。なお、「鎖骨骨折固定術」又は「骨折非観血的整復術」を算定した後の鎖骨固定帯による固定（2回目以降）は、「J000 創傷処置」で算定する。

また、膝・足関節の創部固定帯は、足関節の捻挫や膝関節の靭帯損傷の場合は「J000 創傷処置」を算定できるが、手術後に足関節の創部固定帯を使用する場合には、手技料は手術料に含まれており、別途算定できない。

Q 7 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について、足関節捻挫又は膝関節靭帯損傷に対して絆創膏で固定し、さらに創部固定帯で固定した場合、「J001-2 絆創膏固定術」の点数と固定帯の点数の双方を算定可能か。

A. 絆創膏で固定後、創部固定帯で更に固定したというレセプト請求がなされた場合には、主治医にその治療の必要性を確認の上、診療費審査委員会にその治療上の必要性を確認して判断していただきたい。

Q 8 肋骨骨折の患者に対して、バストバンドのみで固定した場合、J001-3 肋骨骨折固定術を算定できるのか。

A. 算定できない。

胸部固定帯のみで固定した場合には、「J 119-2 腰部又は胸部固定帯固定」で算定することになる。留意事項通知において、「腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して胸部固定帯で胸部を固定した場合に1日につき所定点数を算定する。」としている。

なお、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については、当該実費相当額が170点を超える場合は実費相当額が算定でき、当該実費相当額が170点未満の場合は170点を算定することになる。

(平成26年3月5日保医発0305第3号)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」
(参考箇所：J 119-2 腰部又は胸部固定帯固定)

Q 9 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について、「採寸」の算定は「義肢装具採寸法200点」でよいのか。

A. 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は、一般的に採寸等を必要としない市販されているもの等、規格が決まっているものを想定しているが、必要に応じて採寸を行って作成した場合には「義肢装具採寸法」を算定して差し支えない。

Q 10 頸椎固定用シーネの創部固定の算定について、頸部の運動を制限することを目的とした装具であり、市販されているものであれば金額の制限はないのか。

A. 医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネの使用が必要と認める場合に実費相当額(購入価格を10円で除して得た点数)を算定することができ、著しく市場価格と乖離していない限り、現に購入した費用の範囲内で支給して差し支えない。

1 9 職業復帰訪問指導料

Q 1 職業復帰訪問指導料について、診療録にはどの程度の内容を記載すればよいのか。

A. 診療録には、職業復帰のために必要な指導を行った内容の要点を記載すればよい。

Q 2 職業復帰訪問指導料について、指導内容・指導方法（文書・口頭等）は医療機関の任意でよいのか。

A. 職場に訪問し、事業主等に対して、職業復帰のために必要な指導を行った場合に算定できるものであるが、指導内容や指導方法は、文書・口頭等を問わない。

Q 3 職業復帰訪問指導料について、診療費請求内訳書の記載方法はどのように行えばよいのか、摘要欄に指導内容等の記載をする必要があるのか。

A. レセプトの摘要欄に指導内容等を記載する必要はない。

Q 4 職業復帰訪問指導料について、入院見込は主治医の判断によるものと考えられるが、結果的に1月又は6月を超える入院をしなかった場合でも算定できるのか。

A. 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において、結果的に入院期間が1月を超えなかった場合でも、3回まで算定できる。ただし、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おいて、結果的に入院期間が6月を超えなかった場合は、3回までの算定となる。

Q 5 職業復帰訪問指導料について、再入院の場合、新たに算定できるのか。

A. 再入院（入院期間が1月を超えると見込まれる場合）の場合でも、職業復帰訪問指導料の算定要件を満たせば、算定できる。

Q 6 職業復帰訪問指導料について、指導時期に制限はないのか。（入院直後に数回指導等）

A. 指導時期に制限はないが、主治医の判断で適切な時期に実施されたい。

Q 7 算定要件として、「入院中及び通院中に合わせて3回に限り算定できる」とあるが、退院後の通院中は、入院していた病院から転医し通院している病院でも算定可能か。また、その際、1か月入院していた病院で退院時1回算定していると、転医先では2回の算定になるのか。

A. 職業復帰訪問指導料は、傷病労働者の早期職場復帰を目的として行うものであることから入院の医療機関と退院後の通院の医療機関とは必ずしも同一医療機関である必要はなく、退院後の転医通院中であっても、入院した医療機関を含めた算定回数範囲内であれば算定可能である。

Q 8 職業復帰訪問訓練加算の算定要件において「エ：作業訓練の実施時間は20分以上（ただし、原則60分を上限とする。）であること。」とあるが、作業訓練の実施時間が60分を超えた場合は算定できないのか。

A. 算定できる。

ただし、事業場との間で使用従属関係下の労働とならないよう留意し、傷病労働者への負担が大きくなるように、実施時間や安全性等に十分配慮すること。

20 職場復帰支援・療養指導料

Q 1 職場復帰支援・療養指導料について、主治医の指示を受けた医療従事者が指導等を行った場合でも、「指導管理箋」は主治医が記載し、主治医の医師名及び押印の上で交付するのか。

A. 「指導管理箋」については、主治医の指示の有無を明確にするため、主治医の医師名及び押印の上で交付する必要がある。

Q 2 職場復帰支援・療養指導料について、主治医の指示を受けた医療従事者が指導等を行う場合には、「指導管理箋」に医療従事者の氏名を明記する必要があるか。

A. 医療従事者による傷病労働者に対する指導については、主治医の指示の下に行われるものであり、主治医の医師名及び押印があれば足りる。

Q 3 職場復帰支援・療養指導料について、所属事業場の事業主に行う指導の内容は、「指導管理箋」の記載内容以上でなければならないのか。
また、指導内容が「指導管理箋」の記載内容未満の場合、算定できないのか。

A. 所属事業場の事業主に行う指導内容は、必ずしも「指導管理箋」の記載内容以上である必要はなく、医療機関等に赴いた事業主に対し、傷病労働者の職場復帰のために必要な説明及び指導を行えば足りる。

Q 4 職場復帰支援・療養指導料について、上限は「それぞれ3回」とされているが、「精神疾患を主たる傷病とする場合」と「その他の疾患の場合」にそれぞれ3回という理解でよいか。

A. この場合の「それぞれ3回」とは、ア～ウ（当該労働者に対する指導、所属事業場の産業医への情報提供、所属事業場の事業主に対する指導）のそれぞれの区分ごとに、3回を上限として算定可能という趣旨である。

Q 5 職場復帰支援・療養指導料について、再発の場合、3回の上限はリセットされるのか。

A. 再発の場合、通算回数はリセットされるものである。

2 1 精神科職場復帰支援加算

Q 1 精神疾患職場復帰支援加算は週に1回算定できるが、「週」をどのように考えたらよいか。

A. この場合の週に1回とは、日曜日から土曜日の暦週で1回となる。

2 2 石綿疾患労災請求指導料、石綿疾患療養管理料

Q 1 石綿疾患労災請求指導料の取扱いについて、療養補償給付たる療養の給付請求書（告示様式第 5 号）又は療養補償給付たる療養の費用請求書（告示様式第 7 号（1））が提出された場合、疑い病名でも算定は可能か。

また、労災請求の勧奨を行ったことにより、療養の給付請求書取扱料が算定できる時のみ算定可能か。

A. 石綿疾患労災請求指導料について、疑い病名での算定はできない。

また、当該請求指導料は、疾患名を特定した上で問診を実施し、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（告示様式第 5 号）又は療養補償給付たる療養の費用請求書（告示様式第 7 号（1））が提出された場合に、1 回に限り算定できるものであるが、療養の給付請求書取扱料と併せて算定しなければならないものではない。

Q 2 石綿疾患療養管理料と石綿疾患労災請求指導料とは併算定可能か。

A. 対象にしている内容が異なることから、1 人の傷病労働者に対してそれぞれ算定することは可能である。

Q 3 石綿疾患療養管理料について、診療計画に基づいて次期受診日又は検査を指示しただけでも算定できるのか。

A. 診療計画を立てて、それに基づく療養の適正な遂行のための指示であることから、算定できる。

2 3 その他

Q 1 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る場合に支給できる。

Q 2 「左手関節挫滅創」、「左手屈筋腱断裂」、「左正中神経損傷」、「左橈骨尺骨動脈損傷」の傷病名にて入院治療を行っている患者が、オルフィットソフトの購入代金を、治療用装具として7号で費用請求をしてきたが、支給できるか。

A. 本件材料は、特定保険医療材料の「副木」に該当していることから、「治療用装具」ではなく、「治療用材料」として取扱うことになる。また、特定保険医療材料は、算定に係る一般的事項として「薬事法上承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない」としている。

以上から、特定保険医療材料の「副木」に該当する本件材料は、薬事法上承認又は認証された使用目的として「骨折患者の安静維持、良肢位の確保を目的として、骨折部位周辺を外部より支持固定する固定用材料であること」と定義されており、本件においては傷病名の中に骨折病名がないことから、「治療用材料」として支給できない。

Q 3 装飾用手部義手を練習用装具として使用するために購入したため、7号で請求なされたが、支給はできるか。

A. 平成13年12月19日付け基労補発第32号「労災保険における練習用仮義手及び仮義足の取扱いについて」では、「症状固定前の仮義手及び仮義足については、診療担当に当たる医師の指示、指導のもとに使用する場合、一回に限り、治療用装具として療養費の支給対象とすること。」としているが、支給対象となる練習用仮義手は装飾用を除いた上腕義手、肩義手、肘義手、前腕義手とされている。

以上から、本件において請求された練習用装具は「装飾用手部義手」であることから、上記通達の支給対象には該当せず、支給できない。

Q 4 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。

Q 5 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 6 労災保険において、T字つえの支給は認められるのか。

A. 健康保険において、「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号）」の歩行補助つえの種目のなかには、T字つえという種目はないが、「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号）は、あくまでも療養費の支給額を算定する場合の基準とするものであって、支給対象装具の範囲までも示したものではない」という取扱いとされている。

以上から、歩行補助つえの種目に該当しないという理由だけでは、不支給とする根拠にはならないことから、支給にあたってはT字つえを必要とした医学的必要性を徴した上で、診療費審査委員会等に諮らねたい。

Q 7 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 8 健康保険においては、療養病床に入院する65歳以上の患者について、入院時生活療養費の対象となるが、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、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。

Q 9 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（セラミック等）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. 当該補綴等を現状復帰するための費用は療養補償給付の範囲として取扱って差し支えない。

Q 10 歯牙破損した被災労働者に対して、医学的判断に基づき、インプラント以外の治療方法がないと判断される場合については、インプラントを支給対象としてもよいか。

A. 労災保険においては健康保険に準拠していることから、「J 109 広範囲顎骨支持型装置埋入手術」の施設基準及び算定要件を満たす場合については支給対象となるが、それ以外については支給対象とはならない。

ただし、業務災害又は通勤災害により、保険適用外の材料を用いた補綴等を破損した場合、当該補綴等を原状復帰するための費用は療養（補償）給付の対象となる。

2. 柔道整復師

1 柔道整復師の施術について

(1) 初検料の算定

Q 1 初検料について、健康保険では、同じ傷病であっても1か月以上経過していれば、初検料を算定できるとされているが、労災保険においても同様の取扱いでよいか。

A. 健康保険では、「患者が任意に施術を中止し、1月以上経過した後、再び同一の施術所において施術を受けた場合には、その施術が同一負傷に対するものであっても、当該施術は初検として取扱うこと。」とあり、労災保険においても同様の取扱いとなる。

(平成9年4月17日保医発57号)

(最終改定：平成25年4月24日保医発0424第1号)

「柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の実施上の留意事項等について」

(2) 初検時相談支援料の算定

Q 2 健康保険において、柔道整復師の施術を受けている者に対して、同一施術所において、業務上による傷病で新たに初検を行った場合、初検時相談支援料を算定できるか。

A. 初検時相談支援料は、初検時において、傷病労働者に対し、次の

- ① 職業復帰に向けた施術内容、施術期間、職業復帰見込時期及び就労に当たっての励行・禁止事項をきめ細やかに説明し、その旨施術録に記載する
- ② 施術に伴う日常生活で留意すべき事項等をきめ細やかに説明し、その旨施術録に記載する。

を行った場合に算定できるものであることから、健康保険における療養にかかわらず、労災保険にて初検時において上記①、②を行った場合に算定できる。

(3) 指導管理料の算定

Q 3 医師の依頼に基づく後療であれば、初検時においても指導管理料は算定できるのか。

A. 医師の後療依頼に基づく施術の場合に限り後療料を初検時においても算定できる。指導管理料については後療時に算定できるものとしているため、本件のように初検時に後療料を算定する場合には、指導管理料を算定して差し支えない。

(4) 冷罨法の算定

Q 4 健康保険では、冷罨法の算定要件として「打撲又は捻挫の場合にあっては、受傷の日又はその翌日の初検の日に限るものとする。」とあるが、労災保険柔道整復師施術料金算定基準では、「負傷当初より行った場合に加算できる。」となっており、ここでいう「負傷当初」とは常識的に考えて、「負傷当日又は負傷翌日まで」ということでよいか。

A. 「負傷当初」とは、負傷当日又は負傷翌日のみに限定したものではない。ただし、受傷の日から相当期間を経過している場合等、一般的に「負傷当初」とは認められない場合にまで、当該施術を認めるものではない。

Q 5 健康保険では、冷罨法を算定できる期間は定められているが、労災保険柔道整復師施術料金算定基準では算定できる期間は定められていないので、算定できる期間の制限はなく冷罨法を算定することができるのか。

A. 労災保険では健康保険とは違い、算定できる期間の制限は特に設けていないが、受傷の日から相当期間を経過している場合等、一般的に「負傷当初」とは認められない場合にまで、当該施術を認めるものではない。

(5) 温罨法の算定

Q 6 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が、後療時（受傷日から7日後）に同一手の3指に対して温罨法を行った場合、どのように算定するのか。

A. $95円 \times 3 = 285円$ 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罨法を施行した場合、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、冷罨法料、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。

(6) 電気光線療法の対象器具

Q 7 昭和39年12月18日付け労災補償課長内かん「柔道整復師の施術にかかわる電気光線療法料金の取扱いについて」の3によると、「超短波と低周波の2種類についてのみ保険給付の対象とした。」となっているが、この2種類の他に対象となる器具はないのか。

A. 高周波、超音波及び赤外線についても対象となる。

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

(7) 特別材料費

Q 8 労災保険柔道整復師施術料金算定基準に定められている「特別材料費」の中に、以下の材料は含まれるのか。

- ① 「アルフェンス」
- ② 「プライトン」
- ③ 「ギプスシーネ」

A. 健康保険では、平成18年5月23日付け保医発第0523001号「「柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の実施上の留意事項等について（通知）」の一部改正について」において、「金属副子」が「金属副子等」に改められ、「金属副子等加算の対象となるのは、使用した固定部品が金属副子、合成樹脂副子又は副木・厚紙副子である場合に限ること」とされているが、労災保険においてもこの取扱いと同様となる。

以上から、本件材料が、「金属副子」、「合成樹脂副子」、「副木・厚紙副子」に該当すれば、特別材料費として支給できるものとなる。

- ① 「アルフェンス」は、薬事法上又は認証上、類別が「副木（単回使用パッド入り副木）」とされていることから、副木に該当するため支給対象となる。
- ② 「プライトン」は、構造が「熱可塑性ポリエステル樹脂」とされており、合成樹脂を使用していることから、合成樹脂副子に該当するため支給対象となる。
- ③ 「ギプスシーネ」は、作成時に使用する材料によって材質が異なることから、給付できる材質であるかによって支給の可否を判断することになる。

Q 9 腰部捻挫にて療養中の被災労働者が、接骨院にて腰部固定帯を支給され自費で支払ったものを、療養補償給付たる療養の費用請求書にて費用の請求がなされたが、支給することはできるか。

A. 労災保険柔道整復師施術料金算定基準において、特別措置料金として「特別材料費」が設定されているが、これは健康保険における「金属副子等」と同じものである。

健康保険では、「柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準」において、骨折、脱臼の整復又は不全骨折の固定にあたり、金属副子、合成樹脂副子又は副木・厚紙副子（以下「金属副子等」という。）を必要とし、これを使用した場合は、整復料又は固定料に定められた額の加算が認められているが、腰部固定帯については「金属副子等」には含まれないことから、支給することはできない。

(8) 包帯交換料及の算定について

Q10 柔道整復師の初検時に既に包帯の処置がなされていた場合、その交換であれば、初検時であっても包帯交換料は算定できるのか。

A. 算定できない。

Q11 患部固定のためのテーピングを交換した場合、包帯交換料を算定できるか。

A. 算定できる。

包帯交換料は、一般的な包帯を交換するときに算定できるものであるが、包帯を代替するようなものを使用する場合、それが包帯同様に消耗品であるときには、包帯とみなして包帯交換料を算定できる。

(9) 整復料の算定

Q12 中手骨骨折2か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。）。

Q13 業務上の災害により受傷した者が、柔道整復師の施術を受けたところ、柔道整復師は「下腿骨骨折」と判断して応急処置のみ行い、整形外科へ紹介した。整形外科において精査したところ、「足関節捻挫」と診断した。後日、初検した柔道整復師の下へ転医し、「足関節捻挫」として後療を行った。

これらの施術料の算定について、初検時の整復料を「骨折（下腿骨）」で算定できるのか。結果的に骨折ではなかったことから、初検時の整復料は「捻挫」で算定するのか。なお、後療については「捻挫」で算定している。

A. 「骨折（下腿骨）」で算定できる。

(10) 後療料の算定

Q 14 上腕 1 か所と前腕 2 か所を骨折し、拘縮した関節が 2 関節以上で 3 週間以上経過した場合、1,020円ではなく760円×2=1,520円で算定できるのか。

A. 1,020円 + 760円 = 1,780円で算定する。

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

Q 15 柔道整復師が、特に医師から後療の依頼を受けて脊椎骨折の被災労働者に対し、後療を行った場合に後療料を算定できるか。

A. 算定できる。

膝蓋骨骨折、頭蓋骨骨折又は不全骨折、脊椎骨折又は不全骨折、胸骨骨折その他単純ならざる骨折又は不全骨折については原則として整復料・固定料は算定できないが、特に医師から後療を依頼された場合に限り後療料を算定できる。この場合の料金は骨折又は不全骨折の後療料により算定できる。

(11) その他

Q 16 手の熱傷で患部を固定していたために関節の拘縮をおこした被災労働者に対して、柔道整復師が拘縮に対する施術を行った。当該施術料は労災保険柔道整復師施術料金算定基準において、どの項目で請求できるのか。

A. 労災保険柔道整復師施術料金算定基準において、患部の固定により生じた拘縮に対する施術料金は設定されていない。また、健康保険の取扱いにおいては、「療養費の支給対象となる負傷は、急性又は亜急性の外傷性の骨折、脱臼、打撲及び捻挫であり、内科的原因による疾患は含まれないこと。」とされており、熱傷により生じた拘縮に対する施術については、支給しないとされている。

以上のことから、当該施術料については、労災保険から支給できない。

3. 看護

1 訪問看護

Q 1 労災保険における訪問看護の対象者については、「業務上の事由又は通勤による傷病により療養中のものであって、重度のせき髄・頸髄損傷患者及びじん肺患者等、症状が安定又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において保健師、看護師、准看護師、理学療法士及び作業療法士（以下「看護師等」という。）が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要する者であること。」とされているが、脳血管疾患により四肢麻痺となった者についても対象者に含まれるか。

A. 対象者の要件を満たすものであれば含まれる。

「重度のせき髄・頸髄損傷患者及びじん肺患者等、症状が安定又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において看護師等が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要する者」とは、症状が安定又はこれに準ずる状態にあり、かつ、傷病が重篤であるため居宅での看護等を要する者である。

具体的には、次の2点をいずれも満たす者が考えられる。

- ① 急性期における治療を要するような状態は脱しており、居宅において療養が可能であるものの、なお継続的に医学管理を必要とする者
- ② 重度のせき髄・頸髄損傷患者及びじん肺患者に準ずる重篤な症状を呈しているものであって、当該症状を有していることにより通院が困難なため居宅での看護が必要な者

Q 2 労災保険における訪問看護を、週に3日以上受けることはできるか。

A. 労災保険の療養（診療費）については、健康保険に準拠した取扱いとなる。

健康保険では、平成28年3月4日付け保発0304第12号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」において、「利用者1人につき週3日を限度として算定すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者（特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第7に掲げる疾病等の者及び別表第8に掲げる者をいう。）については、週4日以上算定でき…（以下省略）」とあることから、労災保険もこれに準拠することになる。