

# 医療関係質疑応答集

平成13年度

厚生労働省労働基準局  
労災補償部補償課

## 目 次

1	一般医療 .....	1
1	初診料 .....	1
2	救急医療管理加算 .....	3
	私病通院中の患者が労災にて受診した場合 .....	3
	転医先の医療機関での算定 .....	3
	救急を要しない傷病の初診時 .....	3
	診察・投薬のみの場合 .....	4
	対診を依頼した場合 .....	4
3	再診料・外来診療料・外来管理加算 .....	5
	再診料 .....	5
	外来診療料 .....	5
	外来管理加算 .....	6
4	再診時療養指導管理料 .....	9
	本人以外に行った場合 .....	9
	同日再診・電話再診時の場合 .....	9
	他保険療養中に労災診療を行った場合 .....	10
	複数診療科での算定 .....	10
	健康保険における指導料との重複算定 .....	11
5	在宅・往診料 .....	13
6	検査料 .....	14
	針刺事故の取扱い .....	14
	時間外緊急院内加算 .....	15
	振動障害 .....	15
	じん肺患者に係る腫瘍マーカー .....	15
	結核 .....	16
7	画像診断 .....	17
	デジタル映像化処理 .....	17
	時間外緊急院内画像加算 .....	17
	2回目以降の断層撮影 .....	19
8	投薬・注射 .....	20
	免疫グロブリン及びHBワクチン .....	20
	インターフェロン製剤 .....	20
	破傷風トキソイド .....	20
	バクトロバン軟膏 .....	21
	骨粗鬆症治療薬 .....	21
9	リハビリテーション .....	22
	起算日について .....	22
	四肢加算 .....	22

	言語療法 .....	24
	複数回加算の取扱い .....	25
10	処置料 .....	26
	手術に関連して行われる処置 .....	26
	創傷処置における範囲 .....	26
	眼瞼における処置 .....	26
	湿布及び消炎鎮痛処置 .....	27
	熱傷処置 .....	29
11	手術料 .....	32
	創傷処理 .....	32
	デブリードマン加算 .....	34
	植皮術 .....	35
	腱縫合術 .....	36
	骨内異物（挿入物）除去術 .....	37
	創外固定器 .....	37
	骨移植 .....	38
	同一部位に対する複数手術 .....	39
	その他 .....	41
12	入院基本料 .....	42
	入院基本料の基本点数 .....	42
	再入院時の入院基本料加算 .....	44
	労災治療計画加算 .....	44
	特定入院料 .....	45
	診療録管理体制加算 .....	46
13	入院室料加算 .....	47
	入院室料加算との重複算定 .....	47
	室料算定時の設備について .....	47
	支給要件 .....	48
14	初診時ブラッシング料 .....	50
15	特別監視料・病衣貸与料 .....	52
16	固定用伸縮性包帯 .....	53
17	その他 .....	55
2	柔道整復師 .....	57
1	柔道整復師の施術について .....	57

## 1. 一般診療

### 1 初診料

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

A. 算定できない。

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

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

A. 健康保険の取扱いに準拠する。

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

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

A. 算定できない。

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

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

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

## 2 救急医療管理加算

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

A. 算定できない。

当該加算は、初診料を算定した場合に算定できるものである。

Q 2 労災事故で負傷した患者を、救急で収容した保険医療機関では、応急処置のみを行い、他の保険医療機関に転医した場合、転医先の保険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。

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

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

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

A. 算定できない。

じん肺症、振動障害等の慢性疾患あるいは遅発性疾病のような、治療するに当たり緊急性のない傷病の患者については、初診料を算定できる場合であっても救急医療管理加算は算定できない。

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が算定できるのか。

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。

3 再診料・外来診療料・外来管理加算

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

A. 算定できない。  
主たる傷病の再診料のみ算定する。

Q 2 病床数200床以上の病院については、再診料の1,380円は算定できないものと解してよろしいか。

A. 貴見のとおり。

Q 3 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1,380円を算定する。

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

A. 判断料のみの算定となる。

Q 5 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ったが、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70点を超すものも含まれている。こうしたものについても外来診療料とは別に算定できないのか。

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

Q 6 病床数200床以上の病院で、熱傷に対する処置を初回の処置を行った日から起算して2月を経過した後に行った（手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの）場合も算定できるのか、外来診療料に含まれる処置となるのか。

A. 2月を経過した場合は、熱傷処置としての取扱いをしないこととなっている（J000創傷処置の注3）ことから、当該範囲に係る所定点数（42点又は49点）は、外来診療料に含まれ、別に算定することはできない。

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

A. 再診料の算定要件を満たした場合に算定できる。  
なお、電話による再診の場合は算定できない。

Q 8 外来管理加算の点数に満たない処置等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができることになっているが、同一日に外来管理加算の点数を上回る処置と、それに満たない消炎鎮痛処置を併せて行った場合、算定できるのか。

A. 算定できる。

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

Q 9 頸部、腰部、右上腕にそれぞれ消炎鎮痛処置を行った場合、外来管理加算は算定できるのか。

A. 算定できる。

(例)	消炎鎮痛処置 (頸部)	35点 (+外来管理加算52点)
	消炎鎮痛処置 (腰部)	35点 → 52点 (読み替え)
	消炎鎮痛処置 (右上腕)	35点 × 1.5倍 = 53点
	処置料	140点 (35点 + 52点 + 53点)
	外来管理加算	52点 (別途算定)
合計	140点 (処置料) + 52点 (外来管理加算)	= 192点

Q10 次のような場合に外来管理加算は算定できるか。

理学療法・Ⅳ（右上肢） 98点（65点×1.5）

消炎鎮痛処置（頸部） 35点

消炎鎮痛処置（右上肢） 53点（35点×1.5）

理学療法（右上肢）98点と消炎鎮痛処置（頸部）35点を算定。

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

また、理学療法（右上肢）98点と消炎鎮痛処置（右上肢）53点を算定した場合は、消炎鎮痛処置の算定点数が52点を超過していることから、外来管理加算を算定することはできない。

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

Q11 医療機関が訪問看護を行った場合、外来管理加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

外来管理加算は、外来患者について算定できるものであるから、医療機関に対する来院を伴わない在宅訪問看護を行った場合には、外来管理加算は算定できない。

Q12 A病院には整形外科がなく、B病院の整形外科医に対診を依頼した場合、B病院において再診料・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。

#### 4 再診時療養指導管理料

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

A. 算定できる。

健康保険の特定疾患療養指導料の取扱いに準拠する。

(参考)

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

Q 2 再診時療養指導管理料は、同日再診の場合であっても算定できるのか。

A. 算定できる。ただし、算定要件を満たした場合に限る。

Q 3 電話再診の場合、再診時療養指導管理料は算定できるのか。

A. 算定できない。

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

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

Q 4 他保険において、私病で療養継続中の患者に対し、労災の傷病による初診診療を行った際、診察料を再診料として算定することとなるが、この場合療養上の指導を行っていれば再診時療養指導管理料を算定できるのか。

A. 算定できる。

Q 5 在宅患者訪問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、再診時療養指導管理料を算定することはできない。

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

A. 算定できない。

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

Q 7 再診料は、同一日に再診が2回以上行われた場合であっても再診の都度（検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合、薬剤のみを取りに来た場合、検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し後刻又は後日来院した場合を除く）算定できるが、再診時療養指導管理料についても、同一日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、指導内容が各々異っている場合に限る。  
なお、再診料が算定できない場合には、再診時療養指導管理料も算定できない。  
また、電話による再診についても算定できない。

Q 8 再診時療養指導管理料と特定薬剤治療管理料の重複算定はできるのか。

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

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

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

Q10 歯科診療に関する指導管理料に、歯周疾患指導管理料、歯科衛生実地指導料、歯科特定疾患療養指導料があるのだが、労災特掲である再診時療養指導管理料とは重複して算定できるのか。

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

歯周疾患指導管理料（月1回、基本指導管理料90点・継続指導管理料130点）は、歯周疾患に罹患している患者に対して、プラークコントロール、栄養、日常生活その他療養上必要な指導を行った場合に、歯科特定疾患療養指導料（月2回150点）は、口腔軟組織の疾患等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合にそれぞれ算定することとなっていることから、ともに同趣旨の再診時療養指導管理料との重複算定はできない。

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

## 5 在宅・往診料

Q1 在宅医療に関し、往診あるいは在宅患者訪問診療に要した交通費については、健康保険の取扱いでは患者の負担とされているが、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。

Q2 眼科を併設していない医療機関に入院中の労災患者に対して、眼科専門医による診察が必要となり、眼科医の往診を求めた場合に、初診料及び往診料については算定できるとされているが、往診した医師に対して往診に要した交通費は支給の対象となるのか。

A. 支給対象にはならない。

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

## 6 検査料

Q1 HCV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HCV抗体検査については、どの時点まで認められるのか。

A. 針刺事故直後の検査については、当該事故による負傷に対する治療の一環として認めているところだが、C型急性肝炎の潜伏期間（2～16週間）及び発症後、HCV抗体が陽性となるまでの期間（1～3か月）を合算した期間内であれば、労災保険の給付の対象として認めている。

Q2 梅毒陽性患者に使用した注射針による針刺事故における検査についても保険給付の対象となるのか。

A. 保険給付の対象となる。

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

Q3 ATL（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、ATLA抗体検査を実施したが、当該検査は健康保険適用外とされている。

このような場合、自費扱いとされる検査費用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。

業務上外の認定に当たっての基礎資料として検査結果が用いられることもあることから、当該検査でなければ感染の有無等を確認できないと医師が必要性を認めた場合においては、自費扱いとされる当該検査の費用についても保険給付の対象となる。

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

A. 平成12年4月の健康保険診療報酬の改正により算定できるようになった。

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

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

Q 6 じん肺症患者に発生した原発性の肺癌については業務上の疾病として保険給付の対象としているが、当該患者に対して肺癌の早期発見を目的とし、スクリーニング的に行う腫瘍マーカー検査は、保険給付の対象として算定して差し支えないか。

A. 算定できない。

労災保険における療養の給付の対象は、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り、本件のように、肺癌の早期発見を目的として定期的（例えば月1回）に行われる検査についても給付の対象とはならない。

ただし、肺癌を発症したという事実を確認した検査に限り療養給付の対象として差し支えない。

Q 7 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、看護婦、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のか。

A. 保険給付の対象とはならない。

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

したがって、疾病を発症したという事実が医師の診察により確定する以前に行われる医療行為については、一般的に療養の給付の対象外である。

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

## 7 画像診断

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

A. 算定できる。

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

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

A. 算定できる。

Q 3 時間外緊急院内画像加算については、保険医療機関が表示する診断時間以外の時間に、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ますが、この診療については、当院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、貴院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加算は、初診又は再診に係る時間外加算等と同時に算定できるのか。

A. 同時に算定できる。

Q 5 コンピューター断層撮影料については、従前の取扱いを廃止し、健康保険の医科点数表に定める点数をもって算定することとされたが、同一部位に対してコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影を含む）を同一月に2回以上行った場合に、当該2回目以降の撮影に係る費用の算定については、健康保険の医科点数表における2回目以降の断層撮影の費用の算定に係る点数によらず、断層撮影の種類ごとにそれぞれ定められている点数をもって算定してよいのか。

A. 算定してよい。

健康保険の医科点数表における2回目以降の断層撮影の費用算定に係る点数は適用されない。

(例1)

同一月に頭部に対して1回目単純CT撮影、2回目単純CT撮影を行った場合。

1回目	単純CT撮影	655点 (+断層診断 450点)
2回目	単純CT撮影	655点
合計		1,310点 (断層診断を含め1,760点) 算定できる。

(例2)

同一月に頭部に対して1回目単純CT撮影、2回目単純MRI撮影を行った場合。

1回目	単純CT撮影	655点 (+断層診断 450点)
2回目	単純MRI撮影	1,660点
合計		2,315点 (断層診断を含め2,765点) 算定できる。

(例3)

同一月に軀幹に対して1回目単純CT撮影、2回目単純MRI撮影、3回目特殊CT撮影を行った場合。

1回目	単純CT撮影	880点 (+断層診断 450点)
2回目	単純MRI撮影	1,780点
3回目	特殊CT撮影	960点
合計		3,620点 (断層診断を含め4,070点) 算定できる。

## 8 投薬・注射

Q 1 使用済みの不特定多数の注射針による針刺事故の際に、免疫グロブリンとHBワクチンを針刺事故直後に投与したが、これらは保険給付の対象となるのか。

A. 対象となる。

B型肝炎ウイルスの汚染を受けたこと（不特定多数の注射針の中にB型肝炎患者に使用した針が混入されている場合）が確認できれば保険給付の対象となる。

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

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

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

A. 算定できる。

一般に2～3回（初回、1か月後、1年後）投与するものであるため。  
（取扱いとしては、治癒後であるため、便宜的に再発として処理）

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

A. 算定できる。ただし、医師が必要と認めた場合に限る。

Q 5 骨折にて治療継続中の傷病労働者に対して、骨融合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆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、骨折患者に対して投与した場合、健康保険では保険適用外となるため、労災保険においても算定できない。

ただし、傷病労働者が私病で骨粗鬆症に罹患しており、骨粗鬆症の治療を行わないと骨折の治療が行えないと医師が認めた場合には、算定できる。

Q 1 急性発症した脳血管疾患等の患者が退院して、4月後に再入院した場合であっても、リハの起算日は発症日としてよいのか。

A. 貴見のとおり。

Q 2 急性発症した脳血管疾患等の患者については、リハの起算日が発症の日からとなっているが、転医した場合、転医先の医療機関においては初診から6月以内で算定することができるのか。

A. 算定できない。

転医の有無にかかわらず、当該患者の疾病が発症後6月を超えている場合は、6月以内の点数の算定はできない。ただし、発症日が不明の場合は入院日、外来であれば初診の日とする。

Q 3 急性発症した脳血管疾患等の患者に対して、理学療法（Ⅰ）又は理学療法（Ⅱ）を行った場合、発症後3月以内に限り、1日につき60点をそれぞれの所定点数に加算できるとされているが、四肢加算をする場合は、所定点数に当該加算を含めた後なのか、それとも所定点数を四肢加算した後に60点を加えるのか。

A. 所定点数に60点を含めた後に四肢加算するものとする。

（例）理学療法（Ⅰ）の所定点数を算定することができる医療機関において、「簡単なもの」（発症後2か月経過）を算定する場合。

$(185点 + 60点) \times 1.5倍 = 367.5 \doteq 368$ （小数点以下四捨五入）

したがって、請求点数は368点となる。

Q 4 せき損患者の四肢に対して理学療法を行った場合、四肢の特例取扱いでの算定はできるのか。

A. 算定できる。

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

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

Q 5 労災におけるリハビリテーション医療指定施設において、理学療法における機械器具等（ハバードタンク）を使用した場合20/100を加算できるとあるが、四肢に対して理学療法を行った場合、20/100を加算した後の点数に四肢加算ができるのか。

A. 四肢加算の対象となるのは診療行為のみであり、「もの」や「施設」に対する加算は別に算定し合算する。

（例）理学療法（I）の所定点数を算定することができる医療機関で、「簡単なもの」（6月以内の期間）で、ハバードタンクを使用。

$$185 \times 1.5 = 277.5 \doteq 278$$

$$185 \times 20 / 100 = 37$$

$$278 + 37 = 315$$

よって、請求点数は315点となる。

Q 6 労災におけるリハビリテーション医療指定施設の算定基準によると、言語療法については、健康保険の医科点数表「複雑なもの」200点、「簡単なもの」135点と、労災診療費の算定では、「複雑なもの」180点、「簡単なもの」150点と違いがあり、「複雑なもの」を行った場合、健康保険の取扱いと20点の差が生じているが、「複雑なもの」を行ったとしても現時点では180点でしか算定できないのか。

A. 算定できない。

Q 7 1回の理学療法時に、右上肢と右下肢別々に当該療法を行った場合、複数回加算の算定はできるのか。

A. 算定できない。

理学療法を1日に2回行った場合にのみ、複数回加算が算定できる。

1回の理学療法時に、部位（局所）にそれぞれ当該療法を行ったとしても、一連のものとすることから、算定することはできない。

Q 8 早期理学療法についても10点加算は適用されるのか。

A. 適用される。

Q 9 理学療法を1日複数回実施した場合には、主たるものの所定点数に10点を加算して算定できるものとされたのだが、この10点加算に対して四肢加算の特例取扱いは適用になるのか。

A. 適用されない。

なお、主たるものの所定点数を1.5倍してから10点を加算する。

(例) 理学療法 (I) の所定点数を算定することができる医療機関において、「簡単なもの」(6月以内の期間)を1日2回実施した場合。

$$185\text{点} \times 1.5\text{倍} = 277.5\text{点 (四捨五入)}$$

$$278\text{点} + 10\text{点} = 288\text{点}$$

Q10 理学療法を1日複数回実施した場合の10点加算の請求については、レセプトにどのように記載すればよいのか。

A. 理学療法の所定点数とは別に記載する。

(例) 理学療法 (II) の所定点数を算定することができる医療機関において、「簡単なもの」(6月以内の期間)を5日間行い、うち3日間については複数回実施した場合。

80	*理学療法 (II) (6月以内・簡単) (170×1.5倍) 255×5
	*複数回加算 10×3

## 10 処置料

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

A. 算定できない。

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

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

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

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

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

A. 眼瞼ごとに算定できる。

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

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

A. 可能である。

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

なお、同じ眼に対する術後創傷処置と眼処置の同時請求はできない。

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

A. 四肢加算との関係から同一倍率の各部位毎に面積を合算し算定する。

(例) 左右の足  $35\text{点} \times 1.5\text{倍} = 53\text{点}$

右手  $24\text{点} \times 2\text{倍} = 48\text{点}$

合 計 101点

Q 6 右前腕に創傷処置を行い同時に消炎鎮痛処置を行った場合、それぞれ算定することができるのか。

A. それぞれ算定できる。

Q 7 頭部外傷に伴う併発疾病として、右上肢にシビレがある患者に対して、右手関節と右肘関節に対して消炎鎮痛処置を行った場合、各々算定できるのか。

A. 消炎鎮痛処置は、負傷にあっては受傷部位ごとに3部位を限度とし、疾病にあっては、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、各々の消炎鎮痛処置を算定するのではなく、1局所として取扱う。

Q 8 腰部（大部）、左前腕（大部）及び右手指に湿布処置、右上腕及び左下腿に消炎鎮痛処置を行った場合、どのように算定するのか。

A. 湿布処置と消炎鎮痛処置の併施については、各々の処置を異なる部位（局所）に行った場合、湿布処置の所定点数に加えて、消炎鎮痛処置の点数（2部位）（局所）分までを算定できることから、下記のとおり算定する。

腰部（大部）に湿布処置	35点×1.0=35点
左前腕（大部）に湿布処置	35点×1.5=53点
右手指に湿布処置	24点×2.0=48点
右上腕に消炎鎮痛処置	35点×1.5=53点
右下腿に消炎鎮痛処置	35点×1.5=53点
合 計	242点

Q 9 同一日において、下記の処置を行った場合どのように算定するのか。

- ①右上肢に消炎鎮痛処置 53点 (35点×1.5)
- ②左上肢に消炎鎮痛処置 53点 (35点×1.5)
- ③左下肢に消炎鎮痛処置 53点 (35点×1.5)
- ④頸部に介達牽引 42点

A. 148点で算定できる。

消炎鎮痛処置と介達牽引を併せて行った場合については、消炎鎮痛処置に係る点数（2部位（局所）分）と介達牽引の点数（1部位（局所）分）をそれぞれ算定できる。（また、外来管理加算の特例として、外来管理加算52点も算定することができる。）

Q10 湿布処置と介達牽引又は湿布処置と理学療法を同一部位に行った場合、主たるものの点数により算定してよいのか。

A. 算定してよい。ただし、同一部位に対して行った場合に限る。

Q11 熱傷処置を右の手指から前腕にかけて行ったが、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. 四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって（連続して）行われる場合については、該当する区分の所定点数に最も高い倍率で算定する。

（例）前腕（手指含む）に対して熱傷処置を行った場合。

$$49点 \times (300/100) \times 2.0倍 = 294点$$

Q12 平成12年4月の健康保険の診療報酬の改正において、2か月を経過した以降の熱傷処置は、創傷処置の所定点数を算定することになったが、労災保険においても同様に扱うのか。

また、熱傷の手術が行われ術後創傷処置として算定があった場合は、どのように取扱えばよいのか。

A. 健康保険の取扱いに準拠するので、労災保険においても2か月を経過した場合は、創傷処置として算定することになる。

術後創傷処置にかかる熱傷処置の規定は変更されていないので、従来どおりの取扱いとする。

Q13 四肢加算の倍率の異なる部位ごとに四肢加算後の点数をもって時間外加算（処置の所定点数が150点以上のときに、当該所定点数に40/100に相当する点数を加算）の可否を判断し所定点数を算定していたが、この方法によると、同じ創傷処置であるにもかかわらず、部位により時間外加算を行える部位と行えない部位が生じ、不都合があるように思われるが、当該処置の算定についての考え方を教えてほしい。

（例）熱傷の患者 - 時間外に受診

①指……手若しくは指にわたる範囲のもの	42点		
②四肢……半肢の大部にわたるもの	49点		
③頸部……頸部の大部にわたるもの	49点		
① = $42 \times 300 / 100 \times 2.0 = 252$	$> 150$	①' = $252 \times 140 / 100 = 353$	
② = $49 \times 300 / 100 \times 1.5 = 221$	$> 150$	②' = $221 \times 140 / 100 = 309$	
③ = $49 \times 300 / 100 \times 1.0 = 147$	$< 150$	③' = 147	
① + ② + ③ = 620		①' + ②' + ③' = 809	
$620 \times 140 / 100 = 868$			

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

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

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

A. 貴見のとおり。

指にかかる創傷処理の算定方法は、健康保険における創傷の長さによる加算のかわりに、指の本数による加算を設けたものであり、指の創傷で筋肉に達しない場合（例えば、指1本で長径5cm以上10cm未満）であっても、健康保険医科点数表の「850点」を計算の基礎点数としては用いずに、840点（420点×2倍）で算定する。

Q 2 右拇指に対して創傷処理（筋肉に達しないもの）を行い、右指示に対して骨折観血的手術を同時に行われた場合、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）と指示に骨折観血的手術を行った場合、手術通則11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（筋肉に達しないもの）と指（手・足）に係る手術等又は骨折非観血的整復術を各々異なる指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず、各々の所定点数を算定して差し支えない。

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

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

A. 算定できる。

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

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

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

指示 長径 5 cm未満（筋肉・臓器に達するもの）

$1,320 \text{点} \times 2.0 \text{倍} = 2,640 \text{点}$

中指 長径 5 cm以上10cm未満（筋肉に達しないもの）

$420 \text{点} \times 2.0 \text{倍} = 840 \text{点}$

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、「通則11」における「保険発（4）のウ」により、主たる手術の所定点数のみを算定することに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）2,640点での算定となる。

Q 5 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 6 右前腕及び左前腕に全層、分層植皮術（広範囲熱傷以外）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. 算定できない。

右前腕及び左前腕の植皮を行った面積を合算して該当する面積の所定点数で算定する。また、露出部及び露出部以外の範囲にまたがる場合は、面積の広い方の所定点数で算定する。

なお、当該手術は手術区分が形成となるため四肢加算の対象にはならない。

Q 7 全身に及ぶ広範囲熱傷（大部分が深度Ⅲ）を負った患者に対し、生体皮膚移植が行われた。

健康保険の取扱いにおいては、生体皮膚移植をする場合、ドナー（皮膚提供者）から移植用皮膚を採取することに要する費用については各所定点数により算出し、皮膚移植術の所定点数に加算する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、それとも健康保険の医科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する。

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）の指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 8 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 9 健康保険の「医科点数表の解釈」K037腱縫合術の算定にあたり、「切創等の創傷によって起こった固有指の伸筋腱の単なる縫合は、K000創傷処理の「2」に準じて算定する。」となっているが、伸筋腱の単なる縫合とはどのような場合なのか。

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

Q10 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。

Q11 手（手関節以下）の手術について2倍で算定できるようになったが、手関節から橈・尺骨の遠位端部分に行われた手術に関しては、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（主根部）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。

Q12 「骨内異物（挿入物）除去術」の算定について、健康保険の「医科点数表の解釈」では、「鋼線、銀線等で簡単に除去し得るものは、創傷処置又は創傷処理の各区分により算定する。」と記されているが、「創傷処置」及び「創傷処理」それぞれの具体的算定の取扱いについて教えていただきたい。

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

Q13 骨折観血的手術を行う際に創外固定器を使用した場合、手術の所定点数に10,000点加算することができるが、この創外固定器の加算について四肢加算は算定できるのか。

A. 算定できない。

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

Q14 健康保険の取扱いにおいて、創外固定器のフレームは保険適用外でハーフピンは保険請求可とされているが、フレームを購入していない医療機関では、業者によるレンタル（レンタル料 1日2,000円）や、個人負担として購入する場合もあると聞いているが、フレームを購入していない医療機関が緊急に必要とした創外固定器について、購入及びレンタル料を保険給付の対象として算定できるのか。

A. 算定できない。

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

Q15 関節手術において創外固定器を用いた場合、創外固定器加算の算定はできるのか。

A. 算定できない。

創外固定器加算は、健康保険の医科点数表において注が付記されているK046の骨折観血的手術、K058骨長調整手術以外の手術については算定できない。

Q16 顔や軀幹に骨移植を行うに当たって、骨移植に用いる骨片を四肢から切採した場合、骨移植術に四肢加算を算定できるのか。

A. 算定できない。

四肢加算の対象となるのは、四肢の傷病に対して手術を行った場合にのみ算定できるものであることから、骨片を四肢から切採したとしても、移植先が顔や軀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。

Q17 右前腕骨骨折にて骨折観血的手術を行い、その際腸骨より骨片を切採し移植したが、この場合の骨移植術は四肢加算の算定ができるのか。

A. 算定できる。

四肢の傷病に対して骨移植術が行われた場合については、軀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。

Q18 同日に同一部位に対して行った、骨折非観血的整復術と鋼線等による直達牽引について、それぞれ算定できるのか。

A. 算定できない。

主たる手術の点数（鋼線等による直達牽引）で算定する。

Q19 右前腕の尺骨と橈骨に対して骨折観血的手術を行った場合、尺骨と橈骨各々の手術は、それぞれに算定できるのか。

A. 算定できる。ただし、皮切が別々である場合。

Q20 同一指に対し、下記の手術を同時に行った場合、それぞれの所定点数を合算して算定できるのか。

K013	全層、分層植皮術（露出部）（25平方センチメートル未満）	6,070点
K016	動脈（皮）弁術	19,900点
K087	断端形成術（骨形成を要するもの）	5,810点

A. 下記のとおり算定できる。

「植皮術」		「他の手術」	
6,070点	+	主たる手術 (19,900点)	+ 従たる手術 (5,810点×50/100)
K013全層、分層植皮術 (露出部) (25平方センチメートル未満)		K016動脈(皮)弁術	K099指癭痕拘縮手術 (骨形成を要するもの)
= 31,780点			四肢加算 × 2.0)

Q21 同一手に対して、断端形成術（示指）、骨折観血的手術（中指、環指）を複数指に対して行った場合は、それぞれ算定できるのか。

A. 算定できる。

断端形成術（示指）  
 $5,810点 \times 2.0倍 = 11,620$  .....①  
 骨折観血的手術（中指、環指）  
 $4,880点 \times 2.0倍 \times 2本 = 19,520点$  .....②  
 ①+②=31,140点で算定する。

手術通則11より、指（手、足）と規定されている手術等については、第1指から第5指までのそれぞれを同一手術野として取扱うため、この手術等に該当する①及び②の手術の所定点数を合算して算定する。

Q22 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。

Q23 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、四肢加算は算定できない。

Q24 慢性硬膜下血腫に対して行われた穿孔洗浄術の算定について、頭部両側（左・右）に当該手術を行った場合、それぞれ算定できるのか。それともK-148（試験開頭術）の補足に、穿孔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K-148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 1 入院基本料の所定点数を1.3倍等する際の「入院基本料」には、健康保険の医科点数表における「入院料等」の第2節「入院基本料加算」に示されている加算も含まれるのか。

A. 第2節「入院基本料加算」に示されている加算は含まれない。

また、第1節「入院基本料」に示されている看護婦比率減算、院内感染防止対策未実施減算、初期加算・長期減算、入院診療計画未実施減算の取扱いは以下のとおり。

- ・看護婦比率減算……減算後の点数を1.3倍、1.01倍する。
- ・初期加算・長期減算……1.3倍、1.01倍した後に加算、減算する。
- ・入院診療計画未実施減算……減算後の点数を1.3倍する。
- ・院内感染防止対策未実施減算……減算後の点数を1.3倍、1.01倍する。

Q 2 外泊期間中の入院料等については、「入院基本料の基本点数の15%を算定する」こととされているが、この「基本点数」には初期加算・長期減算、院内感染防止対策未実施減算等の加算、減算点数は含まないのか。

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

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

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

Q 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」とされているが、看護婦比率に関する基準を満たすことができない場合における当該「基本点数」の考え方として、入院基本料の所定点数から健康保険の医科点数表に定められている一定の点数を減算した後の点数を「基本点数」とするのか、それとも減算する前の点数を「基本点数」とするのか。

A. 減算する前の点数を基本点数とする。

Q 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・減算及び看護婦比率減算を行った後の点数とされている。労災の取扱いについても健康保険準拠とすることによいのか。

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

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

※具体的な算定方法は以下のとおり。

(入院基本料基本点数－看護婦比率減算)－

(入院基本料基本点数－看護婦比率減算) × 減額率 = A

A × 1.3 or 1.01 = A'

期間加(減)算－期間加(減)算 × 減額率 = B

したがって、所定点数は A' + B

さらに、未実施減算がある場合

(A－未実施減算) × 1.3 or 1.01 = A''

したがって、所定点数は A'' + B

Q 5 入院時医学管理加算等の入院基本料加算は、再入院の場合であっても、入院のつど算定できるのか。

A. 算定できない。

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

ただし、再入院日が新たな入院起算日となる場合は、算定できる。

Q 6 入院基本料の所定点数を1.3倍する際に、労災治療計画加算の加算点数100点も含めて1.3倍するのか。

A. 加算点数は含めない。

入院基本料の所定点数を1.3倍した後に100点を加算する。

Q 7 労災治療計画未実施の場合、入院基本料の所定点数から350点を減算した後の点数を1.3倍するのか、それとも入院基本料の所定点数を1.3倍した後の点数から350点を減算するのか。

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

Q 8 同一疾病（じん肺等）により入退院を繰り返している患者に対し、再入院時に労災治療計画を行わなかったのだが、未実施として減算するのか。

A. 減算しない。

入院期間が一連となる場合には、初回入院時において減算していることから再入院時に未実施でも減算する必要はない。

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

Q 9 特定入院料には、1.3倍等の特例取扱いが適用になるのか。

A. 適用されない。

Q10 特定入院料（救命救急入院料）を算定する場合、労災治療計画が未実施であれば減算するのか。

A. 特定入院料については減算しない。

Q11 特定入院料（救命救急入院料）を算定していた患者が、快復し一般病棟へ転棟した場合、労災治療計画は未実施だが、入院基本料から減算するのか。

A. 減算しない。

Q12 労災保険においても診療録管理体制加算（入院初日30点）を算定できるのか。

A. 算定できる。

健保において、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。

## 13 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、個室等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、個室等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、入院室料加算を算定することはできない。

Q 3 個室又は2人部屋については、「傷病労働者の容態が常時監視できるような設備」等の要件がありますが、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①-2及び3の「傷病労働者の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされていること。」とは、傷病労働者を収容した病室に当該傷病労働者を常時監視する固定式の監視装置（テレビ、モニター等）が設置されているか、又は移動式の監視装置（心電図モニター等）が配置できる設備が整っているものをいう。

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

A. 主として次のような場合が掲げられる。

- 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 MRSA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。

MRSA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、個室又は2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、個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。

Q7 ある医療機関では、診療科別に病床を管理しているので、整形外科で緊急入院が必要となった患者が整形外科病棟の普通室が満床であったことから、当該理由②－エの要件で当該診療科の個室に収容され、入院室料加算を算定してきたものであるが、他科病棟においては普通室に空床が有り、該当診療科においてのみ空部屋（普通室）が無い場合、入院室料加算の算定はできるのか。

A. 算定できない。

診療科別の病棟及び病床管理については、あくまで病院の都合によるものであることから、当該患者に係る診療科病棟の普通室が満床であることをもって入院室料加算の「普通室が満床」との要件を満たすものとして、室料加算を算定することはできない。あくまでも当該医療機関におけるすべての普通室が満床である場合に要件を満たすこととなるものである。

#### 14 初診時ブラッシング料

Q1 初診時ブラッシング料は、同一傷病につき1回とあるが、傷病の部位が異なる場合は、部位ごとに算定できるのか。

A. 部位ごとの算定はできない。

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

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

A. 2回算定できる。

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

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

A. 四肢加算は算定できない。

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

A. 算定できない。

デブリードマン加算のみ算定できる。

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

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

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

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

A. 算定できる。

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

15 特別監視料・病衣貸与料

Q 1 労災特掲の特別監視料（1日200点）と健康保険の呼吸心拍監視は重複して算定できるのか。

A. 重複算定はできない。

労災特掲の特別監視料と健康保険の呼吸心拍監視は、具体的要件は異なるものの、重篤な状態にある患者に対して常時監視を行っていることを評価している点において同趣旨のものであるため、重複算定することはできない。

Q 2 健康保険においては病衣貸与の加算が廃止され、それに伴い患者が自由に選択することができるようになったのだが、労災で入院される患者については、今までどおり一律に保険請求できるのか。

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 1 腰部に伸縮性包帯を使用した場合、腰部固定帯加算（220点）を算定できるのか。

A. 算定できない。

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

なお、伸縮性包帯と腰部固定帯を同時に使用した場合は、重複して算定ができる。

（参考）腰部固定帯加算

①220点に満たない場合は、220点を加算する。

②220点を超える場合は、実費相当額で算定します。

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

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

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

A. 算定できる。

健康保険においては、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 1 ニーブレースは健康保険において、保険適用外になっていますが、労災保険においては支給できるのか。

A. 支給できる。

ただし、膝関節の固定に当たって、患者の症状等から、当該固定帯を医師が治療上必要と認めた場合。

Q 2 義歯の破損については、その修理を療養補償給付の範囲として取り扱うこととされているが、保険適用外の義歯（ポーセレン等）を装着している者が業務上災害のため、当該義歯を破損した場合、新たに同様の義歯を装着する費用を療養補償給付の範囲として取扱って差し支えないか。

A. 療養補償給付の範囲として取扱って差し支えない。

Q 3 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 4 ロフス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のか。

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ストランドクラッチ等を自己購入する等、患者の自己都合によるものは給付の対象とならない。

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

A. 支給の対象にはならない。

私病に関する特別食分（350円）に関しては、他保険にて請求することになる。

## 2. 柔道整復師

### 1 柔道整復師の施術について

#### (1) 整復料の算定

Q 1 中手骨骨折2ヶ所に施術を行った場合、整復料をそれぞれ算定できるか。

A. 算定できない。

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

#### (2) 後療料の算定

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

A. 1,020円+760円=1,780円で算定する。

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

(3) 電気光線療法の対象器具

Q 3 昭和39年12月18日付け労災補償部長内かん「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月に健保において低周波、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保と同様に対象となる。

(4) 温電法の算定

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

A.  $100円 \times 3 = 300円$ で算定する。

手の指の打撲・捻挫に係る後療において強直緩解等のため温電法を併施した場合、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倍した金額、指3本の場合は所定料金を3倍した金額、指4本以上の場合は所定料金を4倍した金額を後療料に加算することができる。

なお、手の指の打撲・捻挫に係る電気光線療法料、冷電療法料、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。