事 務 連 絡 平成 26 年 4 月 1 日

都道府県労働局労働基準部 労災補償課長 殿

厚生労働省労働基準局労災補償部 補償課長補佐(医療福祉担当)

全国労災診療費担当者会議の出席予定者及び質疑事項の提出について

標記会議の開催については、平成26年4月1日付け基労発0401第1号により通知されたことから、貴局における出席予定者を別紙により、平成26年4月8日(火)までに当課医事係あて提出いただくようお願いします(電子メール可)。

また、労災診療費算定基準の改定内容に関する質疑事項がある場合は、併せて提出願います。

【提出先】

厚生労働省労働基準局労災補償部

補償課医事係

担 当:黒川

電子メールアドレス:

全国労災診療費担当者会議出席予定者及び質疑事項

·	
出席予定者	
役職名	氏 名
1	
<u> </u>	
質疑事項	
※労災診療費算定基準の改定内容に関	する質疑のみ記載してください。また、質疑のポイントが明確
になるより計画に記載してください。	,
	,
	·
· -	·
,	
,	
•	•

全国労災診療費担当者会議次第

平成26年4月22日(火)

於:中央合同庁舎第5号館専用第18·19·20会議室(17階)

	議 事		所要 時間	時 刻
	開会		分	13:10
	補償課長挨拶		10	13:10 ~ 13:20
_ 	補償課医療福祉担当補佐説明	労災診療費の適正な審査・支払の徹底等について	30	13:20 ~ 13:50
	保険局医療課担当官説明	健康保険の診療報酬の改定内容等について	60	13:50 ~ 14:50
	(休 憩)		10	14:50 ~ 15:00
	補償課担当官説明	労災診療費算定基準の改定内容について	75	15:00 ~ 16:15
	業務課担当官説明	労災レセプト電算処理システムにおける留意事項について	15	16:15 ~ 16:30
	質 疑 応 答		30	16:30 ~ 17:00
	閉 会			17:00
				,

全国労災診療費担当者会議 配付資料一覧

- 資料1 平成26年度診療報酬改定の概要
- 資料2 労災診療費算定基準改定の周知用資料(案)
- 資料3 労災診療費算定マニュアル (案)
- 資料5 労災診療費算定基準改定に関する質疑事項
- 資料6 労災診療費算定基準
- 資料7 労災診療費算定基準の一部改定に伴う運用上の留意事項 について(平成26年3月31日付け基労補発0331第5号)
- 資料8 労災診療費算定基準の一部改定に係る「労災電子化加算」 の周知用リーフレットの送付について(平成26年4月7日 付け補償課長補佐(医療福祉担当)事務連絡)
- 資料9 会計検査院指摘事項の分析結果等

- 資料 10 個人情報漏えい防止のための参考資料
- 資料 11 労災保険柔道整復師施術料金算定基準の一部改定について (平成 26 年 4 月 1 日付け基発 0401 第 54 号)
- 資料 12 労災保険あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師施術料金算定基準の一部改定について(平成 26 年 4 月 1 日付け基発 0401 第 55 号)
- 資料 13 柔道整復師の施術に係る受任者払いの事務取扱いの徹底 について(平成 22 年 3 月 24 日付け 補償課長補佐(医療 福祉担当)事務連絡)
- 資料 14 平成 26 年 4 月請求分の審査結果承認 (課長承認) タイミング

平成26年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

1

平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ <u>2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの</u> <u>構築を図る。</u>
- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

```
全体改定率
                +0.10%
                                 ※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等
                                 の課税仕入れにかかるコスト増への対応分
診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%)
                                約3,000億円(約2,600億円)】
      医科 「+0.82%(+0.71%)
                                約2,600億円(約2,200億円)]
          {--+0.-99% (+0. 87%)
                                  約300億円
                                            (約200億円)】
           +0. 22% (+0. 18%)
                                  約200億円
                                             (約100億円)]
           \triangle 0.58\% (+0.64\%)
                              【 ▲約2, 400億円(約2, 600億円)】
薬価改定
材料価格改定
           \triangle 0.05\%(+0.09\%)
                                   約200億円
                                             (約400億円)]
   ※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。
```

平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日 社会保障審議会医療保険部会 社会保障審議会医療部会

基本認識

入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、 地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携・在宅医療の充実等 次院医療・外来医療と含めた医療機関の機能分化、強化と連携・在宅医療の充実

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点 医療安全対策の推進等、患者データの提出等
- 医療従事者の負担を軽減する視点 医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点 後発医薬品の使用促進等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

3.

平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

- 重点課題 -

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



・重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

- <u>1. 入院医療について</u>
- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価
- 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について
 - ① 主治医機能の評価
 - ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化
- 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について
- 4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

- 2 外来医療の機能分化・連携の推進について
- 4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の影响について

5

平成26年度診療報酬改定

7対1入院基本料等の見直し

▶7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

- ① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った 13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の 見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部 対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日 数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。
- ※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。
- ※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

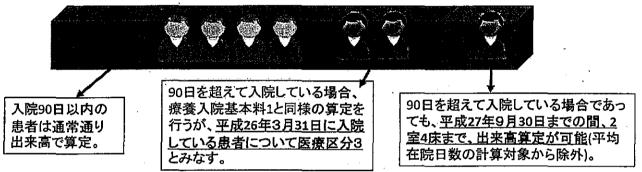
高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

- ▶7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。
- ① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。
- ※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2 室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

<上記の②を選択した場合の対応>

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

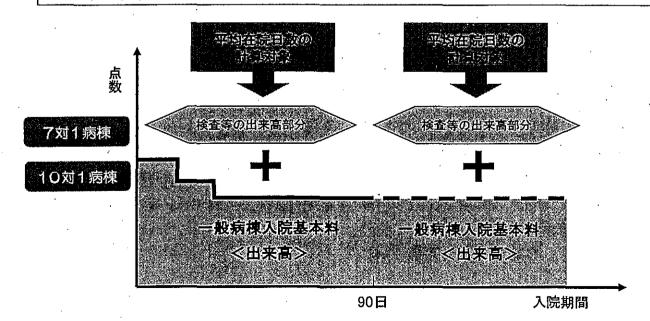
- 1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
- 2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



8平成26年度診療報酬改定

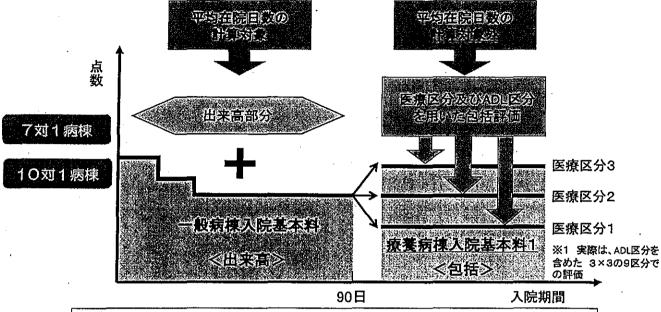
パターン①

〇 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院 日数の計算対象とする。



パターン(2)

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価 (医療区分及びADL区分を用いた包括評価)を導入し、平均在院日数の計算 対象外とする。



※2 ただし、平成26年3月31日に入院している患者については医療区分3とみなす。

平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、モニタリング及び処置等の項目(A項目)につい て、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。

2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上。
6	心電図モニター
7.	シリンジボンプの使用。
8	輸血や血液製剤の使用
a . (専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑤ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理

6 輸血や血液製剤の使用

5 シリンジボンブの使用

心電図モニター

7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服

③ 麻薬注射薬の使用、④ 麻薬の内**服・貼付**、⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、② 昇圧剤の使用、 ② 抗不整脈剤の使用、 ⑥ 抗血栓塞栓薬の持続点剤 ・⑩ ドレナージの管理

改定後(A項目) - 1 常創傷処置 複種処置 いずれか1つ以上は当する場合

・1~6は各1点

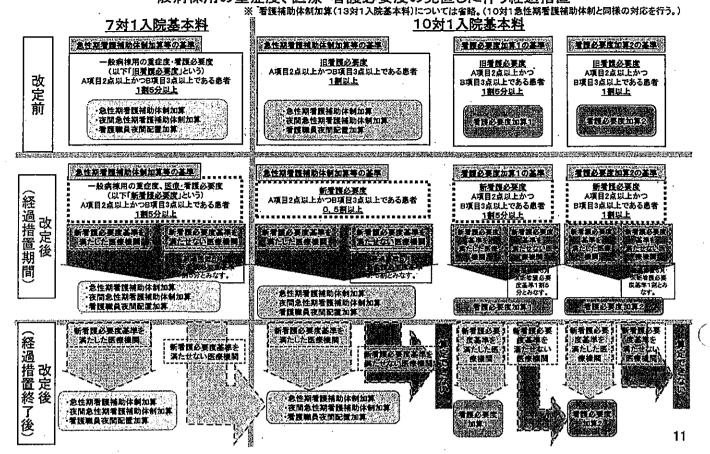
·7は①~⑩のいずれ かに該当した場合2点

2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く) 3 点滴ライン同時3本以上

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。<u>東門病院入院基本科(東洋護療で新以上)については、</u>平成26年10月1日から施行する。<u>東門病院入院基本科(東洋護療で新以上)についても、1割5分以上の基準を適用。</u>

10



平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化③

- ▶ より体制の充実した特定集中治療室(ICU)の評価を新設する。
- (新) 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間

<u>13,650点</u>

ロ 8日以上14日以内の期間 12,126点

- (新) 特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)
 - (1) 7日以内の期間

13,650点

(2) 8日以上60日以内の期間 12,319点

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、<u>特定集中治療</u> の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。
- ③ 専任の<u>臨床工学技士が、常時、院内に勤務</u>している。
- ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。
- ※<u>従前の特定集中治療室管理料1,2については、特定集中治療室管理料3,4とする</u>。 (ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更)

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化の

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ・般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、名称を「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に名 称を変更する。
- ▶急性期患者の特性を踏まえ、評価方法の変更を行うとともに、これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、新たな 評価基準を設定する。

現行	点数
特定集中治療室管理料1 イ 7日以内の期間。 ロ 8日以上14日以内の期間	9,211点 7,711点
特定集中治療室管理料2 (広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合) イ 7日以内の期間	9,211点
	7.901点

	点数	
特定集中治療室管理	科 <u>3</u> イ 7日以内の期間 ロ 8日以上14日以内の期間	9,361点 7,837点
特定集中治療室管理2 (広範囲整傷特定集中		
11-14-0 PM 11/1 (10) 1 / 1 - 1 - 1	イ 7日以内の期間	9,361点

「経過措置]

平成26年3月31 日までに届出を行っている治療室については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

ハイケアユニッド用の重症度、医療・看護必要度の見直し

>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、モニタリング及び処置等の項目(A項目)について同様に見直し、 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。

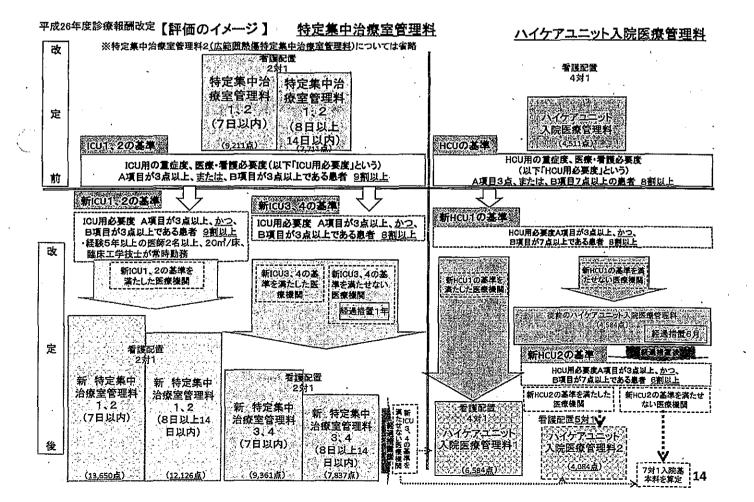
>急性期患者の特性を踏まえ、評価方法の変更を行うとともに、 これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、

新たな評価基準を設定する。

現行	点数
ハイケアユニット入院医療管理料 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上または8項目7点以上である患者が	"4,511点
8割以上であること	

改定後 点数 (改)ハイケアユニット入院医療管理料1・ 看護配置常時4对1 6,584点 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が 8割以上であること (改)ハイケアユニット入院医療管理料2 ·看護配置常時5対1 4,084点 ・A項目3点以上<u>かつ</u>B項目7点以上である患者が 6割以上であること

・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成26年9月30日までの従前の入院料を算定する。



高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化の

短期滞在手術基本料の見直し①

▶ 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを 踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範 囲を全診療報酬点数とする。

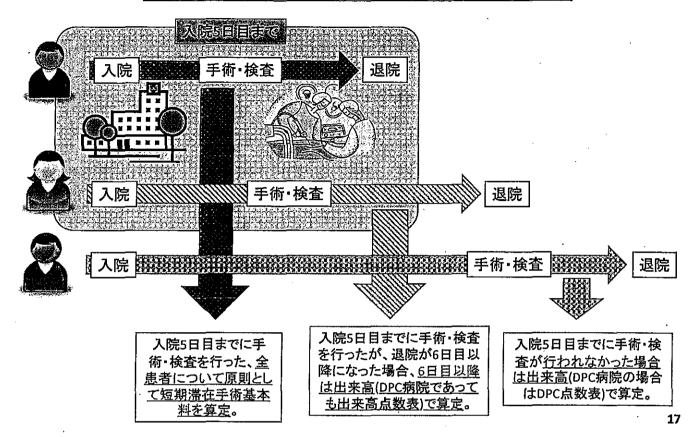
[留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院 と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)。
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として<u>本点数を算定する</u>。 また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3 を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

16平成26年度診療報酬改定

短期滞在手術基本料の見直し②	
D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合	16,773点
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	9, 383点
D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合	9, 638点
<u>D291-2 小児食物アレルギー負荷検査</u>	6, 130点
D413 前立腺針生検法	11,737点
K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術	<u>17, 485点</u>
<u>K093-2 関節鏡下手根管開放手術</u>	20, 326点
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	43, 479点
K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	27, 093 <u>点</u>
K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合	21,632点
K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満	20, 112点
K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術	<u> 27. 311点</u>
K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法	9, 850点
K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術	12, 371点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)	29, 093点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)	24, 805点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満の場合)	56, 183点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)	51, 480点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満	14,661点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上	18, 932点
K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)	13, 410点
K867 子宮頚部(腟部)切除術	18, 400点
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35, 524点

今後の短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑥

7対1入院基本料における自宅等に退院した患者の割合

▶ 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した 患者の割合について基準を新設。

<計算式>

1直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、 療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、

介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」 に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

=75%以上

「経過措置・留意事項]

- ① 平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成26年9月30日までの間は本 基準を満たしているものとする。
- ② 新しく7対1入院基本料を届け出る場合も、直近6月間の実績が上記を満たしている必要がある。

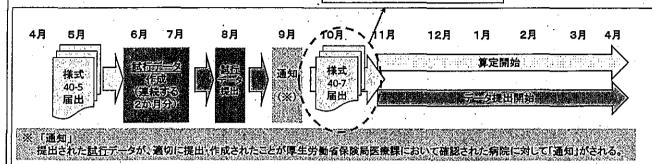
高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化の

7対1入院基本料におけるデータ提出。

▶ 7対1入院基本料において、データ提出加算の届出について基準を新設する。

<データ提出加算届出のスケジュール(詳細は後述)>

この届出を行っていること



平成26年度データ提出加算の参加の機会 : 5月20日、8月20日、11月20日、2月20日

11月20日、2月20日

平成27年4月1日届出の期限

[経過措置]

平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成27年3月31日までの間は本基準を満たしているものとする。

平成26年度診療報酬改定

高度急性期と一般急性期を担う病尿の機能分化®

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価。

➢ 総合入院体制加算について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。 なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

(新) 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点

[施設基準]

- ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。
 - ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上

エ 放射線治療(体外照射法) オ 化学療法 4,000件/年以上 4,000件/年以上

ウ 腹腔鏡下手術

400件/年以上 100件/年以上

力 分娩件数

100件/年以上

- ② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。
- ③ <u>医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</u>
- ④ <u>地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。</u>
- ⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

総合入院体制加算2 (1日につき・14日以内) 120点

※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

長期療養患者の受け皿の確保等について②

療養病棟における在宅復帰機能の評価

▶ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

(②の計算式)

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者 (退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】 継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)ー再入院患者ー死亡退院した 患者ー病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が 必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、

一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

平成26年度診療報酬改定

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価。

地域包括ケアを支援する病棟の評価・

- ▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。
 - (新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算 150点 看護補助者配置加算 150点

救急・在宅等支援病床初期加算____150点(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は酉語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次 救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入 院基本料を届け出ることはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑩ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- 看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上
- 看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)
- 救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

在宅復帰率の計算方法について

<在宅復帰率の計算式>

2直近6月間に「自宅、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」 に退院した患者+療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)へ転棟した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)+転棟した患者

=70%以上

[留意事項]

平成26年3月31日に7対1、10対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成26年9月30日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

<参考 (回復期リハビリテーション病棟)>

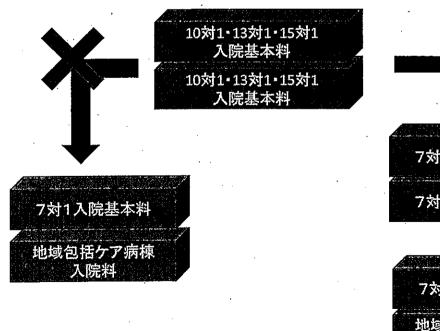
直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

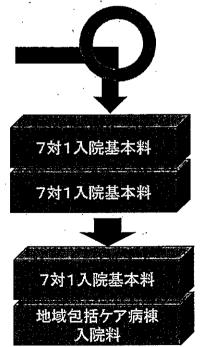
直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者一再入院患者一死亡退院した患者ー 病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での 治療が必要になり転院した患者

23

平成26年度診療報酬改定

平成26年3月31日時点で10対1、13対1、15対1入院基本料を算定する病棟の取扱い





平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟 入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはできない。

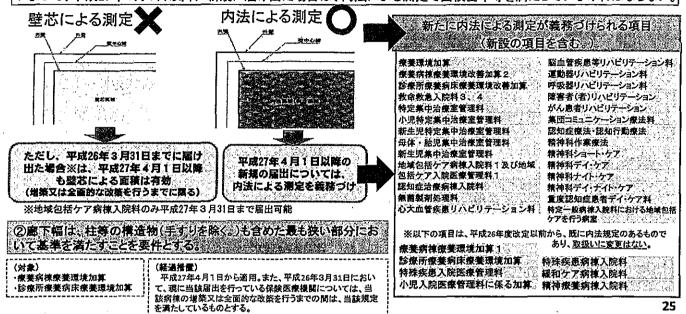
病室等の面積に関する内法の規定の統一など(以下の①、②による

①病室等の面積の測定に当たり、壁芯ではなく、内法により行う。(平成27年4月以降)

>病室や機能訓練室等の面積の測定に当たっては、一部の基準について、壁芯または内法により行うのか不明確であっ たため、内法による測定に統一し、平成27年4月1日より適用する。

>ただし、平成26年3月31日までに届け出た場合については、壁芯による測定であっても、平成27年4月1日以降も有効 なものとして取り扱う。(ただし、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間に限る。)

▶よって、平成27年4月1日以降に新規に届け出た場合は、内法による測定で面積基準等を満たしていなければならない。



平成26年度診療報酬改定

※ 医療提供しているが ※ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の

地域に配慮した評価①

医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏※)に配慮した評価について、対象医療圏は変 更せずに、地域包括ケア病棟入院料等の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等 に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価と する。 ※特定機能病院、200 床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10 対1入院基本料を算定している病院を除く

▶ 地域包括ケア病棟入院料等について、要件を緩和した評価を行う。

(新) 地域包括ケア病棟入院料1(特定地域) 2.191点(1日につき)

(新) <u>地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域)</u> 2,191点(1日につき)

地域包括ケア病棟入院料2(特定地域) 1,763点(1日につき) (新)

地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域) (新) 1,763点(1日につき)

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1以上、専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1 名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。 等

▶ 看護要員の夜勤72時間要件の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病 棟のみの病院を対象に加える。

現行

【特定一般病棟入院料】

1 特定一般病棟入院料1(13対1) 1.103点 2 特定一般病棟入院料2(15対1) 945点 [施設基準] 1病棟のものに限る



改定後

【特定一般病棟入院料】

特定一般病棟入院料1(13対1)1,121点 2 特定一般病棟入院料2(15対1) 960点 [施設基準] 一般病棟が1病棟のものに限る

平成26年度診療報酬改定

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②

地域に配慮した評価②

				 				
> チー	ームで	で診療を	行う入院基本料等	加算につ	いて、専従	要件を緩和し	,た評価	iを新設する。
,	-	<u>栄養サオ</u>	<u>ペートチーム加算(特定</u> :	也 <u>域)</u>	100点(週1回	回)(200点)	※ ()は元の点数
		緩和ケア	'診療加算(特定地域)		200点(1日	<u>につき)</u> (400点)	
. (新)	外来緩和	『ケア管理料(特定地域)	150点(月1	<u>回)</u> (300点)		
(新)	糖尿病透	断予防指導管理料(特	宇定地域)	175点(月1	回)(350点)		
(新)	褥瘡ハイ	リスク患者ケア加算(物	持定地域)	250点(入院	<u> </u>	ī)	
(新)	退院翻塞	加算(特定地域) (退	院時1回)		•		
			一般病棟等の場合		170点(14	日以内)(340点	()	
			,		75点(15	日以上30日以内	1)(150)	点)
					25点(31日	3以上)(50点)		
		•	療養病棟等の場合		400点(30)日以内)(800)	点)	
	,					日以上90日以	•	点)
		~			200点(91	日以上120日以	内)(400)点)
[施記	是基準] .		**	100点(12	日以上)(200)	<u>制</u>	
)專行	t、専任、	常勤要件を緩和する(た	とだし、医師	は常勤とする。	,)		
(2)専任	Eチームの)設置を緩和し、指導等	を行った場合	合に算定可と	する		• 15
(例)	糖尿病	透析予防护	旨導管理料の施設基準		(特定地域の点	数を算定する場合)		·
当該	保険医	療機関内に、	以下から構成される <u>透析予防</u>	診療チーム	A. Marian and Same of the late of the	成される <u>透析予防診</u> 療	ケチームによ	り、透析予防に係る
		<u>いる</u> こと。	· + 7 * F & E M	\	専門的な診療	<u>そが行われている</u> こと。	,	
			する <u>専任の</u> 医師 する専任の看護師又は保健師	· L		導の経験を有する医療		***
1			する専任の管理栄養士			導の経験を有する看 導の経験を有する管		·
> —	般病	棟入院	基本料の届出につ	いて、病	東毎の届出	才引き続きに	T能とす	る。 27

2平成26年度診療報酬改定 医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏)

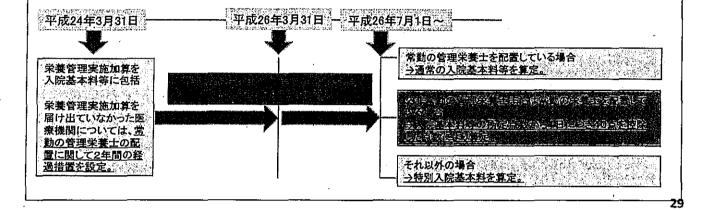
黏道府県	二次医療圈	市町村
北海道。	中空知 200	着别市《赤平市、流川市《砂川市》歌志内市。奈井江町《上砂川町》浦白町《新北津川町、雨竜町
	東胆振	「苦小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	《北見市》 稱走市。天空町。美幌町、津刈町、斜里町、清里町、小清水町、削了府町、置戸町 (1997年) 2000年 1997年 19
	十勝 (14) (15) (15)	蒂広市、青更町、士幌町、上土幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池
	T##	田町、豊頃町、本別町、足客町、陸別町、浦幌町
	釧路	翻路市。釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海
火田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本在である	(由利本在市、仁かほ市)
山形県	置賜 法人工法	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
# de And	庄内。	福岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	。会津若松市。喜多方市。北塩原村。西会津町、磐梯町、猪苗代町。会津坂下町。湯川村、柳津町。三島町。金山町、昭和
MARKE		村、会津美里町。
東京都。	島しよう。	《大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村等八丈町、青牙島村市、竹笠原村市、竹笠、江東市、山東山、
断渴 県	下越 桑 多 切 然 !	「村上市·新発田市、胎内市、関川村、栗島浦村、聖籍町
San Sa	上线上。	上越市。妙高市《余魚川市》與四個的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的語彙的
araugud	、佐渡 。 二十二	。 佐波市 海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、海、
長野県	飯伊	器飯田市。亦伊那郡(松川町等高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、报羽村場下條村。元木村、天龍村、秦阜村、春木
	2 4	。村、 豊丘村、大鹿村) 原料、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、海绵、
皮阜県 🗼	飛騨第二章	高山市、飛驒市、下呂市、白川村
印歌山県	田辺	非田辺市とみなる町で自浜町で上宮田町ですさみ町舎は名談とは、「神経の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の
島根県	隱岐 经基本条件	海上町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山·英田	軍山市《美作市《鏡野町》勝央町《奈藤町》西東倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆腐烂须丝	(小豆郡(土庄町),小豆島町)
高知県	帽多	。宿毛市、土佐清水市、四万出市、大月町、三原村、黒潮町、四、海海、河、海、河、河、河、河、河、河、河、河、河、河、河、河、河、河、河、
長崎県	五島学士学	第 五島市
WEST T	上五島	斯 <u>上五島町、小値質町。</u>
使家婦理	き岐 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	"吉岐市
	対馬 (大)	为 高市 。
能本県	球磨	- 人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	椎毛织型	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
		大学学、上京初(上苏村) 合体社 第三点中 英国中 英国中 体心囊肿 干燥肿 医丛野 机冷吹 机冷吹 医免疫
	奄美 。	帝美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
中縄県	宫古》	宫古高市《多良简月》
	八重山	石垣市。竹富町、与那国町

病院の栄養管理体制について

常勤の管理栄養士を確保できない病院に対する人院基本料等の見直し

- ▶ 平成24年改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常 勤の管理栄養士1名以上の配置に係る経過措置について、一部の病院で常勤の管理栄養士 が確保されていない実態を踏まえ以下の見直しを行う。
 - ①常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長する。
 - ②平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士を確保できない場合、

非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保している場合、入院料の所定点数から40点(1日につき)を控除した点数により算定。(ただし、平成24年3月31日において、①の経過措置に係る届出を行った医療機関に限る。)



平成26年度診療報酬改定

響看護職員の確保が困難な医療機関に対する緩和措置。

月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置の見直し

▶ 月平均夜勤時間72時間要件は維持しつつ、当該要件のみを満たせない場合に、一般病棟7対 1及び10対1入院基本料と同様に8割相当の入院基本料を算定できるよう、各入院基本料に2 割減算の規定を設ける。

【現行】

【改定後】

【一般病棟入院基本料、<u>療養病棟入院</u> 基本料25対1、結核病棟入院基本料、精 神病棟入院基本料、障害者施設等入院 基本料】

月平均夜勤時間超過滅算

20/100を減算

10対1特別入院基本料 1,040点

1,244点

CVI TINASIS SOUTH

7対1特別人院基本料。

【一般病棟入院基本料】

[算定要件]

- ① 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近3月に限り算定できる。
- ② 最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない
- ③ 毎月看護職員採用活動状況を報告
- ※ 当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

[緩和措置の対象外の入院基本料]

特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

有床診療所の機能に着目した評

有床診療所入院基本料の見直じ

▶ 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を平均1.2倍引き 上げるとともに、入院基本料3についても引き上げ(31日以上は約100点引き上げ)。

• -		
	14日以内 15~30日	31日以上
Greek institution	200.現行 建改定後數 等現行 能 改定後數	現行。這一改定後
	(新)有床診療所入院基本料; 2771点 3 861点 601点 689点	。 511点 5 67点
地域包括ケアシステムの中 で複数の機能を担う有床診	(新)有床診療所外院基本料2 → 601点 → 770点 ¥ 521点 → 1578点	471点 🕩 521点
FASTA SIMPLEM	(新)有床診療所入院基本料3 511点 588点 381点 530点	35T点》 🗪 300点
有床診療所入院基本	44(後前の大院基本針1)別 602点 - 777点 - 775点 * 601点 - 602点	510点 📂 510点
有床診療所入院基本	年5(従前の入院基本料2) 691点 今 <u>693点</u> 521点 時 <u>520点</u>	471点 🗭 469点
。 有床診療所人院基本	96(従前の入院基本料3) 🦛 511点 🕩 2511点 67 🔭 381点 🕪 417点	/# 351点。 李 450点。/

3※上記点数は、24年改定で、栄養管理実施加算の包括化に伴い、11点引き上げた入院基本料の見直しと、消費税対応分の上乗せを含む。

[算定要件]

有床診療所入院基本料1~3については以下の要件のうち2つ以上に該当するこ

- 本記示(バ)人院奉令行1~3にこいくは以下の安計のフランフ以上に該当すること。 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。(1:夜間に看護職員1人を含む2人以上を配置。加算2:夜間に看護職員1人以上を配置。) 時間外対応加算1を届け出ていること。(患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる体制がとられていること。) 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。

- 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること
- 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数があわせて30件以上であること(分娩を除く)。 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- 過去1年間に介護保険によるリハビリテ ・ション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。
- 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上である。
- ・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。 看護配置に係る基準については以下を満たすこと。

- 有床診療所入院基本料1と4は看護職員配置7人以上であること。 有床診療所入院基本料2と5は看護職員配置4人以上7人未満であること。 有床診療所入院基本料3と6は看護職員配置4人以上7人未満であること。

31

平成26年度診療報酬改定

有床診療所の機能に着目した評価②(

有床診療所入院基本料の見直し

医療従事者の配置に係る加算を全ての有床診療所入院基本料に拡大するとともに 看護職員の配置をさらに評価し、看護補助者の配置の評価を新設する。

【現行】

【改定後】

•		F-2013 1
看護配置 (看護職員数が看護師)		25点
看護配置加算2(看護職	STANKING TOTAL OF A SET WHILL I CAN LIST VINCEN	110点

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
看護配置加算1	40点
看護配置加算2	<u>20</u> 点
看護補助配置加算1(看護補助者2以上)	10点
看護補助配置加算2(看護補助者1以上)	5点

有床診療所の機能に着目した評価③(栄養管理)

栄養管理実施加算の設置

▶ 管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえ、栄養管理について、入院料への包括化 を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける。

(新) 栄養管理実施加算 12点(1日につき)

[算定要件]

・常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等

入院栄養食事指導料の見直し

▶ 栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携し、入院患者の栄養管理指導を行った場合の評価を新設する。 「現行」 「成定後」

	L-DUIJ.
(7 時中2回主力)	

	A
	W. W. (1997)
入院栄養食事指導料1	130点
	STRATE
	ALOUE N.
人院宋養其事指導和2	- 125点
The state of the s	A WITCH A SHIP THE ST

[入院栄養食事指導料2の算定要件]

- ・診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(栄養ケア・ステーション又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。
- ※栄養管理実施加算と入院栄養食事指導料を併算定することはできない。

平成26年度診療報酬改定

* 重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推 後について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化・

特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院(一般病床が200床未満の病院を除く。)については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料

209点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料

54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

※対象病院については、一部の薬剤を除き、<u>原則的に30日分以上の投薬に係る評価(処方料、</u> 処方せん料、薬剤料)を60/100に適正化する。

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生(支)局長等に報告する(毎年10月報告)

[対象病院]

[経過措置] 平成27年3月31日まで<u>(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)</u>

① 特定機能病院と<u>許可病床</u>が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率<u>50%</u>未満かつ逆紹介率<u>50%</u>未満の施設② <u>許可病床数が500床以上の全ての病院</u>(特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

紹介率=

(紹介患者数+救急患者数) 初診の患者数 逆紹介率= 逆紹介患者数 初診の患者数

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様(なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。)

35

平成26年度診療報酬改定

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化の除外薬剤について

- ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
- イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
- ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた 場合
- エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の 卵巣機能不全に対して用いた場合
- オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺 機能低下症に対して用いた場合
- カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラ クトース血症に対して用いた場合
- キ アからカの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからカに該当する疾患に対して用いた場合

充実が求められる分野を適切に評価していく視り

- 医療従事者の負担を軽減する額点

37

平成26年度診療報酬改定

かん患者指導管理の充実を

▶ がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきて いることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医 師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

可以,以本类是自然的主要的主义		第四个世界数 1
*************************************	有 内、是10、 是40	Engle
4.0思有	カノンセリングイ	1 000 M
		650 2335 21.1

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	【改定後】
がん患者指導管理料	
医師が看護師と共同して治療方針等について。	
話し合い、その内容を文書等により提供した場合。 (1回に限り)	。 <u>500点</u> 。
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するため の面接を行った場合 (6回に限り)	<u>200点</u>
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は	
注射の必要性等について文書により説明を行った。 場合((6回に限り)	200点。
	NAME OF THE OWNER, OWNE

[施設基準]

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

- ① <u>当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。</u> ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修(6月以上600時間以上)を修了した者で
- 3の場合:

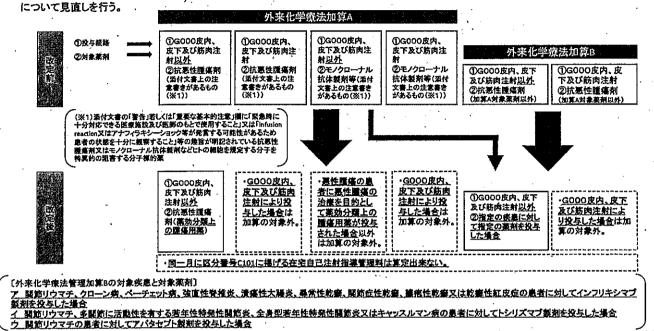
1の場合:がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

- 2の場合:がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional
- Conflict Scale)40点以上のものであること。 3の場合: 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。(算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬者しくは注射の開始日前30日以内、又 は投薬若しくは注射をしている期間に限る。)

平成26年度を水料間は定 緩和ケアを含むかん医療の推進について②

外来化学療法の評価の見直しについて

外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設の評価を目的として設定されたが、投与方法の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつある。また、加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であるとの指摘がある。さらに、一部の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていることから、外来化学療法の評価のあり方について目的しまた。



平成26年度診療報酬改定

精神病床の機能分化①

精神科急性期医療の充実。。

▶ 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- ① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。
- > 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料(精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る)において、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 院内標準診療計画加算 200点(退院時1回)

[対象患者]

①統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、②気分(感情)障害

[算定要件]

入院した日から起算して7日以内に医師、看護師及び精神保健福祉士等が共同して、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行い、当該患者が60日以内に退院した場合に退院時1回に限り所定点数に加算する。

()

精神病床の機能分化②

精神療養病棟の医師配置等の見直し

▶ 精神療養病棟入院料について、精神保健指定医配置の要件および、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直し、退院支援に係る要件を追加する。

精神療養病棟入院料 1: 061点(1日につき)

当該病棟に常動の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

精神療養病棟入院料 31,090点(1日につき)

(改)当該病棟に<u>専任の</u>常勤の<u>精神科医が1名以上配置されていること。</u>

(改)医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること<u>(看護職員25対1※以上を満たす場合を除く)。</u>※平成30年3月31日までは30対1

(新)平成26年4月1日以降。当該病棟に入院となった患者に対している 日以内に退院支援相談員を指定すること。その上で、退院支援のための 委員会を設置・開催じつつ、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等 の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

精神保健福祉士の配置の評価。

▶ 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)

[算定要件]

- ① 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ② ①とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ③ 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割以上(精神療養病棟の場合は7割以上)が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

41

平成26年度診療報酬改定

精神病床の機能分化③・・・・

精神科救急医療についての実績要件の見直し

▶ 精神救急入院料、精神科救急・合併症入院料の措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実 績要件を、現状に即した要件に見直すとともに、夜間休日の救急の受入れ実績を要件に加え る。

精神科教急入院料 2,842点~(1日につき) 精神科教急・合併症入院料 3,042点~(1日につき)

地域における1年間における措置入院、緊急措置入院 及び応急入院に係る新規次院患者のうち、原則として4 分の1以上又は30件以上の患者を当該病棟において 受け入れていること。

精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療 (電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2、5件以上であること 精神科教急入院料 2,920点~(1日につき)精神科教急・合併症入院料 3,128点~(1日につき)

(改)地域における1年間における措置入院、緊急措置 入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則と して4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟にお いて受け入れているごと。

(改)精神疾患にかかる時間外、休日又は、深夜における診療(電話再診を除く。) 件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であり、かつ、精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

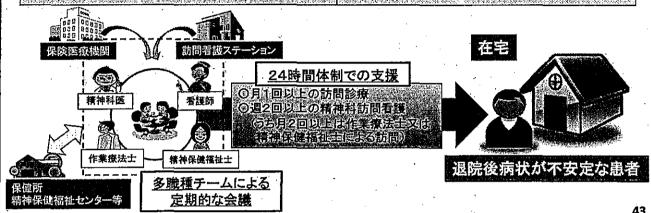
精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

精神科重症患者早期集中支援管理料①》

▶ 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

11 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	2 イク同一建物居住者以外の場合 1,1480点
口:同一建物居住者の場合	ロー同一建物居住者の場合
(1)特定施設等に入院する者の場合。900点	(1)特定施設等に入院する者の場合。740点
(2) (1)以外の場合 450点	- (2) (1)以外の場合 370点



平成26年度診療報酬改定

精神科重症患者早期集中支援管理料②

[算定要件]

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が 訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

[対象患者]

- 以下①~④のすべてを満たす者。
- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

[施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名 から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進②

- 長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する観点から、保険医療機関と連携して行う訪問看護の評価を新設する。
 - (新) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400円(月1回6月以内)

[算定要件]

- ① 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する 患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該 医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策 定する訪問看護事業所であること。
- ② 精神科訪問看護を週2回以上実施していること。
- ③ 多職種会議を<u>週1回以上</u>開催し、うち、<u>月1回以上</u>は 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議 を開催すること。

54[施設基準]

- ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護 事業所であること。
- ② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。



▶ 精神科重症患者に対し、保険医療機関と連携しながら1日複数回の訪問看護を行う 場合についての評価を新設する。

(医療機関)

(新) 精神科複数回訪問加算 450点(1日2回)

(新) 精神科複数回訪問加算 800点(1日3回以上)

(訪問看護ステーション)

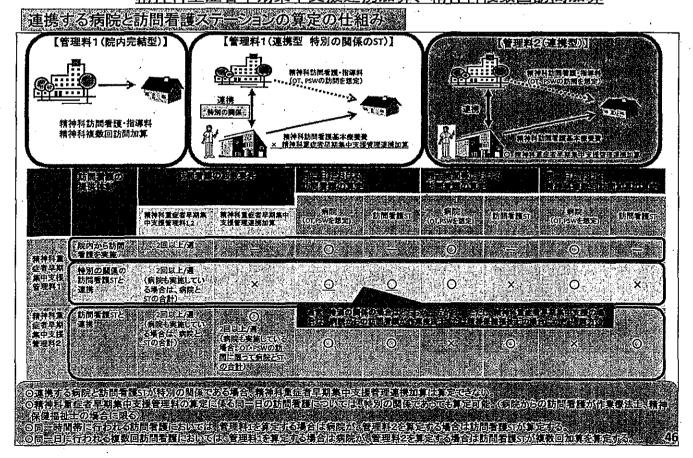
(新) 精神科複数回訪問加算 4,500円(1日2回)

(新) 精神科複数回訪問加算 8,000円(1日3回以上)

45

平成26年度診療報酬改定

精神科重症者早期集中支援連携加算、精神科複数回訪問加算



精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進③

在宅時における長時間の精神療法の評価。

▶ 通院・在宅精神療法の初診時の評価を見直すとともに、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

1 精神科教急医療体制に協力する精神保健指定医 等の初診の場合 700点 2 1以外の場合 4 イ 30分以上の場合 400点 ロ 30分未満の場合 330点



1 (改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等 の初診の場合 600点

2 (新)精神科教急医療体制に協力する精神保健指定医等 が60分以上行うた場合(在宅精神療法のみ)。第6 を540点

3 1及び2以外の場合 イ 30分以上の場合

400点

ロ 30分未満の場合

330点

精神科ディ・ケア等の見直し

▶ 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

精神科ショート・ケア等 275点~

当該療法を最初に算定した日から起算して 3年を超える場合は、週5日を限度として算定。



(改)精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

平成26年度診療報酬改定

身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療の推進

身体合併症管理の充実。

> 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算 定期間を延長する。

精神科身体合併症管理加算(1泊につき) 450点



精神科身体合併症管理加算(1日につき)

1 7日以内

。450点

<u>2 8日以上10日以内。225点(新)</u>

精神科救急・合併症人院料の算定要件の見直し。

▶ 精神科救急・合併症入院料について、他の精神科単科病院から受け入れた患者についても算定できるよう見直しを行う。また、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、手術等により一時期にU等で治療を受け、再入棟した場合についても算定できるよう見直しを行う。



精神科救急:合併症人院料算定病棟: (身体合併症対応の総合病院)



特定集中治療室管理料

・ハイケアユニット入院医療管理料
・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
・小児特定集中治療管理料

総合周産期特定集中治療室管理料 (母胎・胎児集中治療室管理料を算定 するもの)

適切な向精神薬の使用の推進の

非定型抗精神病薬加算の見直し

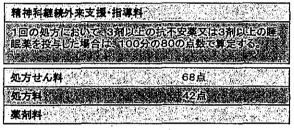
精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟に おいて、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点 ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合)

非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方の適正化の

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以 上の抗精神病薬を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料 は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。



精神科維統外来支援・指導料

1回の処方において。3種類以上の抗不安薬<3種類以上の 睡眠薬、4種類以上の抗ラコ薬又は4種類以上の抗精神病 薬を投与した場合は、算定しない。これを対象がある。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点 処方料(多剤投与の場合) また 20点 (20点) (20.) (

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80

※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

- (イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。
- (ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。
- 臨時に投与した場合
- (7) 臨時に双子した場合。 (二) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。 ※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

49

平成26年度診療報酬改定

・睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方の適正化②。

[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

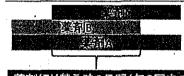
①初めて受診した日において、すでに他の 保険医療機関で多剤投与されている場合



②薬剤の切り替え時

新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合

▶(時間)



薬剤切り替え時3月間(年2回まで)

③臨時に投与した場合

連続する投与期間が2週間以内又は 14回以内の投与

- ※投与中止期間が1週間以内の場合は 連続する投与とみなす。
- ※抗不安薬及び睡眠薬については臨時 に投与した場合も種類数に含める。



④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師 が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた 場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)

※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師

- ①~④の全てを満たす者
- ①5年以上の臨床経験
- ②3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験 ③国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての
- 診断カテゴリーについて主治医として治療経験

④精神科薬物療法に関する適切な研修の修了

・ 救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

▶ 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定 基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

「「「「「「」」」 「「「」」」 「「「」」」 「「」 「「」」 「「」」 「「」」 「「」 「「」 「「」」 「「 「「」 「「 「「」 「「 「「」 「「 「 「「 「「 「「 「「 「「 「「 「「 「「 「 「「 「「 「

改定後

A205 救急医療管理加算1。 救急医療管理加算2 800点

<u>理加算2</u> 400点(新)。 (1日につき)(7日まで)

[対象患者]

次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が 必要であると認めた重症患者をいう。

<救急医療管理加算1>

- アー吐血。喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ・意識障害又は昏睡
- ウ。呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 工 急性薬物中毒
- オーショック
- 力、重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キー広範囲熱傷
- ク、外傷。破傷風等で重篤な状態
- ケー緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

- コーその他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態
- ※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。
- ※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこ

平成26年度診療報酬改定

救急医療等の推進について②

救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価。

教命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

救命救急入院料 1 イ 9869点 (3日以内の期間)

急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点

(新) 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点

[算定要件]<u>急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機</u> 器分析を自院で行った場合<u>に算定</u>

[施設基準]高度救命救急センター及び救命救急センター

※新たな届出は必要ない

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

▶ 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

(新) 精神疾患患者等受入加算 400点

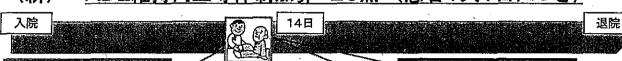
[算定要件] 対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用へリコプターで搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者又はアルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者 [施設基準] 第二次救急医療機関であること

急性期病棟におけるリバビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持。向上等に対する評価の

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院 基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場 合の評価を行う。

ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき) (新)



ADL維持向上等体制加算

患者1人につき入院した日から起算して <u>・14日間算定できる。</u>

目的

入院患者のADLの維持、向上等

取組内容

- 1. 定期的なADLの評価
- 2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
- 3. 安全管理
- 4. 患者・家族への情報提供
- 5. カンファレンスの開催
- 6. 指導内容等の記録

疾患別リハビリテーション

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者 であっても、心大血管疾患リハビリテーション料、脳 血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリ テーション料、呼吸器リハビリテーション料、摂食機 能療法、視能訓練、障害児(者)リハビリテーション 料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハ ビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料 を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該 加算を算定することはできない。

53

平成26年度診療報酬改定

及院患者のADLの維持。向生等に対する評価②

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上配置されている
- ② 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション 医療に係る研修を修了した常勤医師が 1名以上勤務していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する 総合的な内容を含む研修(2日以上かつ10時間以上で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を 含むものである。なお研修要件は平成27年4月1日より適用する。
- アリハビリテーション概論について

(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。)

- イリハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。)
- -ション治療法について ウ リハビリテー

(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、養肢装具療法及び薬物療法を含む。)

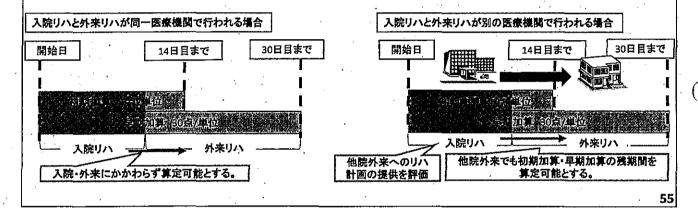
- エリハビリテーション処方について
 - (リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。)
- オ 高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む。)
- カ 脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて キ 心臓疾患(COUでのリハビリテーションを含む。)に対するリハビリテーションについて ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
- ④ 当該病棟の 1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物。 消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が 6割以上であること。
- ⑤ 以下のいずれも満たすこと。
 - ア)1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が 3%未満 であること。
 - イ) 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が 1.5%未満であること。

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進①

外来における早期リハビリテーションの評価

- ▶ 脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。
- ▶ 地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。

(新) <u>リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)</u> (発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り



平成26年度診療報酬改定

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進②。

運動器リハビリテーション料Iの評価の見直し、

▶ 外来の患者についても運動器リハビリテーション料 I を算定可能とする。

現行	対象者	
運動器リハビリテーション料(I)	入院患者	 -
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者	
運動器リハビリテーション料(皿)	入院患者 外来患者	

改定後		
区分	対象者	点数
運動器リハビリテーション料(I)	入院患者 <u>外来患者</u>	180点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	入院患者 外来患者	170点
運動器リハビリテーション料(皿)	入院患者 外来患者	85点

(注)要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーションも同様に算定可能

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価

廃用症候群に対するリハビリテーションの評価の適正化。

▶ 廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化するとともに、対象患者から 他の疾患別リハビリテーション等の対象患者を除く。

〈廃用症候群に対する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(1) 235点 ※脳血管疾患等リハビリテーショシ料(II))。 脳血管疾患等リハビリテーション料(皿)

【改定後】 | 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) | 180点 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 146点 脳血管疾患等リハビリテーション料(皿)

〈対象患者〉下線部分 を追加 (注1)要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定 程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであって、心大血管 疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、 がん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。

疾患別リハヒリテーション等の評価の充実

【現行】 心大血管疾患リハビリテーション 1 200点 運動器が心でリテーション() 呼吸器リハビリテーションエ 障害児(者)U/AEUラーション科》(6歳未満)。 220点 がん患者リハビリテーション料

	【改定後】
心大血管疾患リハビリテーションI	205点
運動器リハビリテーションエ	180点
呼吸器リハビリテーション I	175点
障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満)	225点
がん患者リハビリテーション料	<u>205点</u>

(注2)心大血管疾患リハビリテーションⅡ、運動器リハビリテーション料Ⅱ・Ⅲ、要介護被保険者等に対する運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅲ・Ⅲ、呼吸器リハビリテーション料Ⅱ、障害児(者)リハビリテーション料 6歳以上18歳未満・18歳以上も5点引き上げ。

平成26年度診療報酬改定

※ 回復期リハビリテーショシ病棟の評価の見直しの。

回復期リハビリテーショシ病棟入院料1の見直し①。

▶ 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

回復期リハビリテーション病棟入院料1

体制強化加算 (新)

200点(1日につき)

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置され ていること。
- ② 医師については、以下のいずれも満たすこと。 ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。 イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評 価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(14時間程度で、修了証が交付さ れるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1 日より適用する。
 - ア 回復期リハビリテーションの総論
- イ 脳血管リハビリテーション
- ウ・運動器リハビリテーション
- エ 回復期リハビリテーションに必要な評価

才 高次脳機能障害

カ 摂食嚥下、口腔ケア

キ 地域包括ケア

- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

回復期リハビリテーショシ病棟の評価の見直し2)

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し②

▶ 休日リハビリテーション提供体制加算を算定要件として包括して評価する。

現行



改定後

2,025点

[施設基準]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であって、休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、 平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

▶ 重症度・看護必要度の項目等の見直しを行う。

現行

当該病棟の患者全体に占める看護必要度 評価票A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割5分以上であること。



改定後

当該病棟の患者全体に占める<u>般病棟用の重症</u> 度<u>医療・看護必要度</u>A項目の得点が1点以上の 患者の割合が1割以上であること。

[経過措置]

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

59

平成26年度診療報酬改定

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し③

回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

▶ 患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

リハビリテーション総合計画評価料 (新) 入院時訪問指導加算 150点(入院中 1回)

[算定要件]

- ① 当該病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ②回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて 社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等 を訪問し、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実 施計画を作成した場合に算定する。

1. 医療技術の評価及び再評価②

検体検査実施料の見直し

- ▶ 医療技術評価分科会での評価を踏まえ、実勢価格等を参考に、実施料の引き上げ等を行う。
- 1. 評価の引き上げ

微生物学的検査等、高い検査技術を要し、また判定にも長時間の観察や熟練した技術を要する検査について、評価の引き上げを行う。

排泄物、渗出物又 細菌顕微鏡検査		50点
抗酸菌分離培養(夜体培地法)。	280点



<u>61点</u> 260点

2. 算定要件の見直し

細菌培養同定検査 血液又は穿刺液	2か所以上から血液を採取した場合に2回算定可とする。
酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ	診断補助として実施した場合とその後6ヶ月以内の治療経過観察
(TRACP-5b)	時の補助的指標として実施した場合に <u>それぞれ1回ずつ</u> 算定可と する。

処置に対する小児加算の新設。

- ▶ 創傷処置(6,000平方センチメートル以上)、熱傷処置(3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満、6,000平方センチメートル以上)、リンパ管腫局所注入、ストーマ処置について、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
- ▶ 腹膜灌流について、6歳未満の乳幼児の場合は導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、それぞれ1日につき1,000点又は500点を加算する。

平成26年度診療報酬改定

1 医療技術の評価及び再評価③

評価体系の見直し

> CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

			_
┏	70	_	ч
•	+8	~	1

	ゴューターは 重につき)。	層撮影裝置	t CT撮影	(一連につき)"1" CT摄影。
4,6	4列以上の	7/5/5/5/1	ス型の機器	の場合連	950点
	6列以上64 場合	列未溝のマ	レチスライン	₹型の機器 こ	900点
//\/4	列以上16 場合	1月月のマル	崇传依	型の機器に	780点
=	代中、八以	外の場合			600点

Į.	共众共	鳴コ	ŽĽ3	ご	斯	召撮:	影()	/IRI#	影)			85 E 63	932 jak 14 jak]
ij	43 7	スラル	IJĚσ	機器	ΙΕĴ	る場	台				·i	400	凉	-
2	1.5	テスラ	以上	3テス	ラネ	溝の	機器	احا	るり	合	į	,330	点]-
3	1.	2以9	の地	合)50.	点	

	【改定後】
 MC 602 (ID 모5 X1	是"小场影"(二

	コンピューター断層撮影装置 CT撮影 (一連につき) 連につき)	1 CT撮影 (一
	イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	1,000点
$\overrightarrow{}$	ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器に よる場合	900点
	ハ、4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	<u>270点</u>
	二一イ、ロ、ハ以外の場合	580点

	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)
	11 3テスラ以上の機器による場合 1.600点 1.600点
>	2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点
	3 1,2以外の場合 <u>920点</u>

\	眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	
	イフナログ撮影	54点
	ローデジタル撮影	58点

1 医療技術の評価及び再評価4

胸腔鏡下腹腔鏡下手術の保険導入

新規に保険導入された胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術の一例

	手術名	点数
胸腔鏡下食道悪性腫瘍	切除術 、胸部、腹部の操作による	34.00 125.240点
腹腔鏡下噴門側胃切除	Company Structure (1.1 a view of structure (1.	75 730点
腹腔鏡下副腎髓質腫瘍	ar (garata), t. ya ya mana 1969 ki magani kapang ta yang tang kapang karang atau ay ngan Paganggan	47,080点



「複数手術に係る費用の特例等」の対象拡大

▶ 「同一手術野又は同一病巣であっても、主たる手術の点数に従たる手術(1つに限る)の点数(50/100)を加えた点数が算定可能となる手術の組み合わせ」を追加(例)

手術名	手術名
大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	并形成術 。
ヘルニア手術(臍帯ヘルニア)	腸閉鎖症手術、臍腸管瘻手術、尿膜管摘出術など
肝切除術。	脾摘出術。亦為學學家學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學
腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	子宮付属器癒着剥離術(両側)(腹腔鏡によるもの)

※「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術。上記の表の左右のどちらが主たる手術となっても差し支え無い。

63

平成26年度診療報酬改定

1 医療技術の評価及び再評価の

緊急性を踏まえた評価の見直し

冠動脈インターベンションについて、緊急に実施するものと待機的に実施するものの評価の 見直しを行う。

Separation of the second secon

※ 施設基準:1年間の件数を院内掲示するとともに地方厚生局長等に届け出ること。

Consequence of the Consequence o	2000日後 (緊急性を踏まえた点数設定なじ)
K549 経皮的短動脈ステント留置術 2	4,3804
The temporary of the pro- Dourse of the San Society	改定後
K546 経皮的冠動脈形成術。 1. 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点	次のいずれにも終当すること。 アルカトロボニンITInIDIZは心筋トロボニンが高量であること又は心筋トロボニンJITInIDIZは心筋トロボニンの測定。 ができない場合であって、CK-MBが高値であること。 イクのいずれかに該当すること。 (イ)・胸痛等の虚血症状。(ロ)・新規のST-T変化または新規の左脚プロック。(ハ)・新規の異常Q皮の出現。 (二)・心臓組育液検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常。(ホ)・記動脈造影で認められる対象の心筋の可動性の低下又は壁運動異常。(ホ)・記動脈造影で認められる対象の心筋の可動性の低下又は壁運動異常。(ホ)・記動脈造影で認められる対動脈内の血栓
K543 経皮的冠動脈ステント留置術 11 象性の防硬電に対するもの。 34380点	ク、次のいずれかに該当すること。 「イ)症状免疫後12時間以内に来院し、来院からパルーンカデーテルによる責任病変の再開通までの時間(door to balloon time)が90分以内であること。 「ロ)を状免疫後36時間以内に来院に、心原性ショック(Killip分類class IV)であること。 ※ただし、ウのみ消たさず、来院から24時間以内に当該手術を開始した場合は、「2」の不安定狭心症に対するものに準じて、算定する。
K546 経皮的記動脈形成術 2. 不安定狭心症に対するもの 22,000点 K549 経皮的記動脈ステント留置術 2. 不安定狭心症に対するもの 24,380点	次のいずれにも該当すること。 ア 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定 <u>狭心症の分類で重症度class I、class I 又はclass II</u> であること。 イ 非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける <u>急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスク</u> であること。 ウ <u>来味から24時間以内に当該手術を開始</u> すること。
以上の要件以外のものは以下のどおり K546 経皮的冠動脈形成例、3 その	の他のもの、19,300点 K549 経皮的発助派ステント智量術、3: その他のもの、21:680点

医療技術の評価及び再評価⑥

静脈麻酔の評価。

- ▶ 長時間にわたる検査や侵襲が大きい処置を実施する場合等、患者の安全を確保するため、より厳重な監視を行う必要があることから、静脈麻酔の評価体系を見直し、より手厚い静脈麻酔の体制の確保を推進する。
- ▶ 具体的には、下記の場合の静脈麻酔についての評価を新設する。
 - (1) 常勤の麻酔科医が専従で静脈麻酔を実施した場合
 - ② 3才以上6才未満の幼児に対して実施した場合
 - ③ 実施時間が2時間を超える場合

【現行】

【改定後】

100	静脈麻酔						
***	1 短時	間のもの				120点	г
Sec.	2 十分	な体制で	行われる!	長時間のも	₅ の	600点	L



静脈麻酔。	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの(単純な場合)	600点
3 十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合)	· 800点
注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を 行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分 の10に相当する点数を加算する。	100分の10 に 相当する点数
注2 3 こついては、静脈麻酔の実施時間が2時間を 超えた場合は、100点を所定点数に加算する。	100点

※「複雑な場合」は、常動の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。」

61

平成26年度診療報酬改定

1 医療技術の評価及び再評価の

長時間麻酔の評価

▶ 長時間にわたる麻酔管理は、患者への負担が大きくより厳重な管理が必要であり、 かつ麻酔実施者にかかる負担も大きいため、適切な管理体制が確保されている場合 については、麻酔管理料(I)の加算として評価を新設する。

[算定要件]

指定する手術のマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の 実施時間が8時間を超える場合

【現行】

【改定後】

麻酔管理料(I)	2012 146
/1	200点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環 式全身麻酔を行った場合	900年
式全身麻酔を行った場合	

	麻醉管理料(1)	Ŋ	
`	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	6	200点
)	2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 行った場合。	ŧ,	900点
	(新設) <u>注、長時間麻酔管理加算</u>		7,500点

【対象となる手術】

K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、K020 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) その他以下の区分番号の手術を対象とする。

K 136-2, K 151-2, K 175 2, K 379-2 2, K 395, K 558, K 560 34, K 560 34, K 560 31, K 560 5, K 579-2 2, K 581 3, K 582 3, K 584 2, K 605-2, K 605-4, K 645, K 675 5, K 677-2 1, K 697-5, K 697-7, K 801 1

1 医療技術の評価及び再評価®

放射線治療の評価の見直し

▶ 照射回数を減らす治療法の新設及び評価の見直し

1回照射線量を増加することにより、照射回数を減らせる場合について、患者の時間的負担軽減につながる ことから、5年局所再発率等の差が無いということが示されている全乳房照射の場合について、加算を新設する。





【改定後】 体外照射

高エネルギー放射線治療

新飲)注2°別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものといて地方厚 生局是等に厚け出た保険医療機関において、1回の機量が2.5G/以よの全乳質 照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

【1回接書始加加算に関する施設基準】

・放射線治療を専ら担当する常動の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び放射線治療を専ら担当する常動の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。

·なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療(IMRT)、固備誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性 移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算に係る常動の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

術中照射や転移性骨腫瘍などに対する直線加速器による緩和的照射について、局所制御率の向上等の 有効性が示されていることから、評価の見直しを行う。

注2. 梅中州村東洋安市の企場合は、原東市外につき利用円限り、 所定点数(E9,000点を加集する)。 直線加速器による放射線治療(一連につき) (1) 定位放射線治療の場合 (10) 10 20 20 20 63,000 点 3.3 2. 1以外の場合 6,720点

【現行】

体外照射



【改定後】 体外照射

点数に5,000点を加算する。

直線加速器による放射線治療(一連につき) 63,000点 1. 定位放射線治療の場合。 2 1以外の場合 8,000点

8平成26年度診療報酬改定

1 医療技術の評価及び再評価9

免疫染色病理標本作製の評価

診断精度を向上させて適切な治療を行うため、4種類以上の抗体を用いて免疫染色(免疫抗体法)病理標本作製を実施した場合の加算(1,600 点) が算定可能な疾患に、<u>肺悪性腫瘍(腺癌、熏平上皮癌)及び悪性黒色腫</u>を追加する。

現行 悪性リンパ腫。悪性中皮腫。消化管間質腫瘍 (GIST)。慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、 皮膚の血管炎又は水疱症(天疱瘡》類天疱瘡





改定後

悪住リンパ腫ぐ悪性中皮腫や消化管間質腫瘍(GIS) T)、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血 管炎、水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)、肺悪性腫瘍 (腺癌、扁平上皮癌)又(ま悪性黑色腫

1,600点

液状化検体細胞診加算の見直し

婦人科材料等による液状化検体細胞診について、検体の採取と同時に行った場合に、前がん病変の検出率が向上す るというデータが示されたため、算定要件の見直しを行う。

改定後 液状化検体細胞診加算、 《新》婦人科材料等液状化核体細胞診加算。 8点 採取と同時に作成された標本に基づいた診断の結果、再検が 採取と同時に行った場合に算定できる 必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本を 作製し、診断を行った場合に限り算定できる。 ○検査の流れ 【現行】 検体採取 直接塗抹法 診断:再検必要 液状化検体細胞診 【改定後】 (新)採取と同時に実施可能とする。 **検体採取** 液状化検体細胞診

2. 外科的手術等の適切な評価①

外保連試案を活用した手術料の見直し

今般改定された「外保連試案第8.2版」において、「外保連試案第8版」と比較して相当程度人件費の増加及び減少が認められた手術を対象として、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。

増点となった 手術の例 (計19件)

手術名	男 行	克萨克 改定後 🦂
遊離皮弁術。顕微鏡下血管柄付きのもの	74,24	IO点 <u>84,050点</u>
骨移植術(軟骨移植術を含む)。同種骨移植(非生	体)》。14.77	の点。 - 18.3 <u>00点</u> ::
動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈	70,98	30点。 <u>81,720点</u>
膵頭部腫瘍切除術。膵頭十二指腸切除術の場合	1,69,84	O点 : 77,950点 :

減点となった 手術の例 (計81件)

1000年的名	然 意現行。這一個改定後 <i>別</i> 。
網膜光凝固術。その他特殊なもの	18,100点。 <u>15,960点</u> 。
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術為部分切除器。與學院	※ 66,500点 ※ 10,60 <u>170</u> 点集》
内視鏡的乳頭切開術〉乳頭括約筋切開のみのもの	12,220点 11:270点
帝王切開術《選択帝王切開》	》22,160点 20140点

69

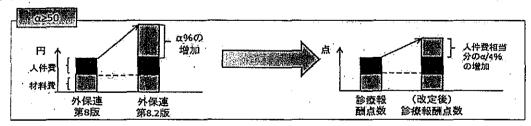
平成26年度診療報酬改定

2 外科的手術等の適切な評価②

手術料見直しの考え方。

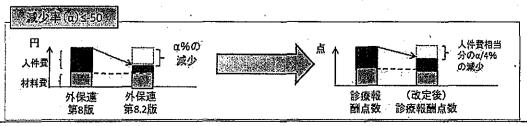
▶ 人件費が50%以上増加した場合

「外保連試案第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の 人件費に1/4相当分に当たる増点を行った。



▶ 人件費が50%以上減少した場合

「外保連試案第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の 人件費に1/4相当分に当たる減点を行った。



70

(参考)新たに施設基準の届出が必要な手術

今般の改定で、医療技術評価分科会等からの提案等により施設基準が新設された又は見直しが図られたため、新たに届出が必要な手術について以下に示す。

/ K169 注 [基	頭蓋内理瘍摘出術。脳腫瘍覚醒下マッピング加算
K190-6, 7	仙骨神経刺激装置植込術及び交換術
K260-2	《羊膜移植術》 "
K268Ø5	緑内障手術 緑内障治療用インブラント挿入術 (プレートのあるもの)。
K281-2	網膜再建体域。
K340-7	内視鏡下鼻·副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)
K502-5	·胸腔鏡下拡大胸膜擠出術為 ************************************
K504-2	胸腔鏡下縱隔恶性腫瘍手術
#K529=2.*≥	胸腔鎖不食道思性腫瘍手術。
K546	経皮的冠動脈形成術
K549	経度的冠動脈ステジト智霊術。
K562-2	胸腔鏡下動脈管閉存閉鎖術
K617-5	内技能小下技能所把不全穿通技能断值。
K627-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清係
K627-4	腹腔鎖下小切開後腹膜リンバ節群郭清緒、
K642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術

K643-2	。腹腔鏡不 心切開後腹膜恶性腫瘍手術 學
€ K649-2	腹腔鏡下胃吊り上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術。
¥-K655‡5 %	。 直腔鏡下噴門側質切除術。 1000
K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
€ K864	胃瘻造設術 建设计算
K699-2	体外衝擊波阵石破砕術
K755-2	『腹腔鏡示副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)』
K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
K802-4	腹腔鏡而小切開膀胱腫瘍摘出術。
K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術
₩ K802-6	(放腔鏡下膀胱脱手術) 建二苯
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱恶性腫瘍手術
∌ K804-2-3	腹腔鏡下尿膜管摘出術之類如果
K843-2	腹腔鏡下前立腺恶性腫瘍手術
K879=2.8	複胞鏡下子名悪性腫瘍手術(子宮体が心に限る。)
K910-3	始児胸腔・羊水腔シャント術

71

平成26年度診療報酬改定

2. 外科的手術等の適切な評価③

画像等手術支援加算の対象の明確化

画像等手術支援加算のうちナビゲーションによるものについて、医学的な有用性に基づき、通知を明確化する。

画像等手術支援加算、ナビゲーションによるもの *ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元には ・標準と参手術の過程においてき手術を補助する目的で用いることをいう。



ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、<u>3次元画像と俯野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで</u>、手術を補助する目的で用いることをいう。

心臓弁再置換術加算の対象の明確化

1,, -,-,	лд I - Фунд - ч	
100	log de Como de Carlo	注。過去に心臓弁手術を行ったもの。
STATE OF THE STATE		に対し、弁手術を行った場合には、心
K555	并置换佈	臓弁再置換術加算として、所定点数。
	Mension for	に所定点数の100分の50を加算する。
*************	property of the factor of the same	
K557=3	弁輪拡大術を伴う大き	(注の新設)
	動脈并置換術	The July 2 was a fact of the same of the s
1. 5.1 12.00 500	大動脈瘤切除術(吻合	
K560	又は移植を含む。)	<u>(注の新設)</u>
An antibinity of the control of	公人は伊催でロションの公子	PARTITION OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH



	K555	井置換析
>	K557-3	弁輪拡大術を伴う大助脈弁置換術
	K560 54	大動脈瘤切除術(吻) 合又は移植を含む。)

は二級表にり第十手柄を行ったもの ・上対し、井手斯を行った場合には、 ・心解井馬曹操術加算として、所定は 数にK555井置操術の所定点数の ・100分の50に相当する複数を加算 ・する。

植込型カテーテルによる中心静脈注射等に関する名称の見直し

▶ 植込型中心静脈カテーテルについて、中心静脈栄養だけでなく化学療法等も一般に広く行われていることから、その使用実態を踏まえて診療報酬上の名称等の見直しを行う。

現行 植込型カデーテルによる中心静脈栄養 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置	18.2 CONTRACTOR OF THE PARTY OF
--	--

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 笼実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全 で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

- 4 効率化余地がある分野を適正化する視点
- 5 消費競率8%~の引上げに能力対応

73

平成26年度診療報酬改定

患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

診療録管理体制加算の見直し

▶診療録管理体制加算について、コードに基づく診療録の管理や専従の職員の配置等、 充実した診療録管理体制を有している場合の評価を新設する。

診療録管理体制加算(入院初日)

		h	
			(新)診療
診療録管理体制加算	30点	7	診療師



[施設基準]

- ① 年間退院患者実数2,000名あたり1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、 うち1名以上が専従であること。
- ② 各退院患者の「氏名」、「生年月日」、「疾病名」及び「入院中の手術」等に関する電子的な一覧表を有し、診療録の検索・抽出が速やかにできる体制を確保していること。
- ③ 前月に退院した全診療科の全退院患者のうち、退院日の翌日から起算して14 日以内に退院 時要約が作成され、中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。

診療報酬点数表の簡素化

診療報酬点数表の簡素化

▶ 代替の医療技術に置き換わり臨床上行われていない行為等については、医療技術 評価分科会における議論等を踏まえて、診療報酬点数表等の簡素化を図る。

【廃止を行う技術の例】

項目	廃止の理由
前並原設ホスラテターセ	前立腺特異抗原(PSA)か一般化されたため、現在ほどんど 利用されでいない。
遊離脂肪酸	測定データが不安定で臨床的有用性が低い。
縦隔切開術(助骨切断)になるもの。 傍胸骨又は傍脊柱によるもの)	現在施行されていない行式である。
静脈形成術、吻合術(指の静脈)	現在施行されていない術式である。
ブリッジ修理(歯科)	現在施行されているい行式である。

75

6平成26年度診療報酬改定

医科点数表の解釈の明確化①

創傷処理に関する明確化

▶ 創傷処理及び小児創傷処理(6歳未満)における「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理(筋膜縫合、骨膜縫合等)を行うものを指すことを明確にする。

在宅人工呼吸指導管理料に関する明確化。

▶ 慢性心不全等に合併する中枢性の睡眠時無呼吸症候群(SAS)に対して、従来の陽 圧換気装置よりも効果的とされるASV(Adaptive Servo Ventilation)を用いてSASの治療 を行った場合であっても、在宅人工呼吸指導管理料を算定できないことを明確にする。

電子画像管理加算に関する明確化

▶ 電子画像管理加算の対象はデジタル撮影した画像であり、アナログ撮影した画像を デジタル映像化処理して管理・保存した場合は算定できないことを明確にする。

画像診断管理加算に関する明確化

▶ 画像診断管理加算及び遠隔画像診断における画像診断管理加算の算定について、 画像の読影等を行う外部の機関を利用した場合は、評価の対象とならないことを明確 にする。

/:

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していべ視点

2 患者等から見て分かりやすぐ納得でき、安心・安全 で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費競獎8%~の引上げに伴う対応

77

平成26年度診療報酬改定

※ 医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その1) 🕌

▶ 勤務医の負担の大きな原因となっている、当直や夜間の呼び出しなど、時間外・休日・深夜の対応についての改善を図るため、手術及び一部の処置の「休日・時間外・深夜加算」の見直しを行う。

【現行】手術・150点以上の処置

• • • • •	
休日加算	80/100
。時間外加算	4/9/1/00
深夜加算	80/100



【改定後】手術・1,000点以上の処置

休日	n ji 1	<u>160/100</u>
時間外	加算:1	<u>80/100</u>
深夜力	中 算:1	160/100

※ 従来の加算については加算「2」とする

[施設基準]

- 、 (1)及び(2)は当該加算を算定する診療科が実施していればよい。
- (1) 予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む。)の免除※を実施していること。(年12日までは実施しなくてもよい) ※摘者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に保る術者及び第一助手となっていても、当該日数にはカウントしない。
- (2)下記のいずれかを実施していること。(診療科ごとに異なってもよい)
- ①文代勤務制※(常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させる場合は休憩を置くこと)
 ※原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手 術を実施する場合を除く。
- ②子一人制(医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し、緊急呼び出し当番の翌日は休日**)
 ※1 当番日の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなくてもよい。
 ※2 緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ただし、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。
 ※3 休日・時間外・深夜の対応を当直医(他の診療科の当直医を含む。)が行ってもよい。
- ③時間外・休日・深夜の手術・1000点以上の処置の実施に係る医師(術者又は第一助手)の手当支給※
 - ※(ア)または(イ)のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局長等に届け出ること。(記載は27年3月31日までは実施していなくてもよい。) (ア)その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給 (イ)年間に行った数に応じた手当を支給

78

者の負担を軽減する取り組みの評価2

手術・処置の休日。時間外・深夜加算の見直し(その2)

[施設基準の続き]

- (3)採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として※医師以外が実施していること(新生児を除く。) ※1 教育的観点から臨床研修医1年目が実施する場合を除く。ただし、研修医が所属する診療科で実施する場合で、研修プログラムに支障のない範囲に限る。
- ※2 医師以外の医療從事者が、実際に患者に試みたが実施が困難であると判断した場合は医師が実施しても良い。(患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する 場合も含む。)
- (4)下記のいずれかに該当すること。
- ア) 年間の<u>緊急入院患者数が200名以上</u>である イ) <u>企身麻酔</u>(手術を実施した場合に限る)の患者数が<u>年800件以上</u>である
- 第三次教急医療機関、小児教会医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療
- (5)下記のア及びイの勤務医負担軽減策を実施していること
- イ) 当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会 ア) 当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置して 等を設置し、改善計画を作成すること。 いること

支援病院である

[算定要件]

- (1)手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。
- (2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設。

緊急内視鏡検査の評価を行うため、内視鏡検査の時間外・休日・深夜の加算の新設を行う。

【新設】

休日加算	<u>80/100</u>
時間外加算	40/100
深夜加算	<u>80/100</u>

[算定要件]

- (1)緊急内視鏡検査である場合のみ算定し、内視鏡検査 が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間 外、深夜に行われた場合には算定できない。
- (2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

平成26年度診療報酬改定

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価3)

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準のイメ

診療科ごとに、①から③までのいずれかを実施

【①交代勤務制の場合】



〇病棟での緊急診療



🧸 夜勤医師

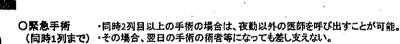
夜勤医師 (院内にいること)



夜勤医師 のみで対応



〇救急外来からの 各科コール



夜勤の翌日の日勤は休日 (日勤から夜勤の連続は可)



医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、 休日・時間外・深夜の対応を一元化

〇当該科の医師が10名の場合



〇病棟での緊急診療

〇救急外来からの 各科コール



O緊急手術

対応↑

ă 当番以外の医師 (原則翌日手術がない医師)

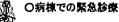
手術のために呼び出してよい ※翌日休日でなくてもよいが 翌日手術に参加する場合、 予定手術前の当直等として数える (12日以内)

🔏 緊急呼び出し当番 呼び出されて院内に 行った場合は、翌日は

休日

【③時間外等の手術等に係る手当支給の場合】

1名以上の緊急呼び出し当番を置く 原則当番を節で対応 (他の医師を呼び出しても良い)





三 世のパントート (型日手術がある医師でもよい) 手術のために呼び出してよい 手術を行った場合は、 手当を支給

当番以外の医師

緊急呼び出し当番 呼呼び出されて院内に 行った場合は、翌日の 手術の術者・第一助手 になれない

※翌日休日でなくてもよい ※翌日手術に参加しても予定手術前の 当直等として教えない。(12日以内でなくてもよい。) ただし、特定の亜純に手術等が 集中しないような配置等を行うこと

院外にいてもよい

対応

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価4

夜間における看護補助者の評価

急性期における夜間の看護補助者の配置について、評価を引き上げ、看護職 員の負担を軽減する体制の推進を図る。

夜間急性期看護補助体制加算

現行	
夜間看護補助者の配置	点数
50対1	10点
100対1	5点



		改定後	
	夜間	看護補助者の配置	点数
>	(新)	<u>25対1</u>	<u>35点</u>
	(故)	50対1	<u>25点</u>
	(改)	100対1	15点

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

(参考) 急性期看護補助体制加算の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は 10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院
- (3) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合が10対1入院基本料においては5%以上
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている。

81

平成26年度診療報酬改定

医療従事者の負担を軽減す

医師事務作業補助体制の評価。

医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、医師事務作業補助者の業務を行う場所について、一定 以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設する。

(新)

(医師事務作業補助体制加算)

現行		
医師事務作業補助者の配置	点数	
15対1	810点	
20対1	610点	
25対1	490点	
30対1	410点	
40対1	330点	
50対1	255点	
75対1	180点	
/100対1	138点	
P.L. Sp. data Ma'l		



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数分
15対1	<u>860点</u>
20対1	<u>648点</u>
25対1	<u>520点</u>
30対1	* - * <u>435点</u> - * *
40対1	350点
50対1	<u>270点</u>
75対1	<u>190点</u>
- 100対1	143点

医師事務作業補助体制加算 1

[施設基準]

- ① 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、<u>80%以上</u>を病棟又は外来とする。 ② 看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。
- ※ 従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可 とした上で、医師事務作業補助体制加算2とする。
- 2※ 病棟および外来とは、それぞれ入院医療、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。(ただ し、医局や、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務 室は含まない。)

チーム医療の推進について。 病棟薬剤業務実施加算の制限緩和~

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

現行

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注 (前略) 週1回に限り所定点 数に加算する。この場合において 療養病棟入院基本料、精神病棟入 院基本料又は特定機能病院入院基 本料(精神病棟に限る。) を算定 している患者については、入院し た日から起算して4週間を限度と する。

改定後

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注 (前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料(精神病棟入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。



83

平成26年度診療報酬改定

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 発臭が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全 で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

調剤報酬等における適正化・合理化 ~妥結率が低い保険薬局等の適正化~

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が5 0%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・ 再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料 209点(妥結率50%以下の場合) [通常:282点] (新) 外来診療料 54点(妥結率50%以下の場合) [通常: 73点] [通常: 72点] (新) 再診料 53点(妥結率50%以下の場合)

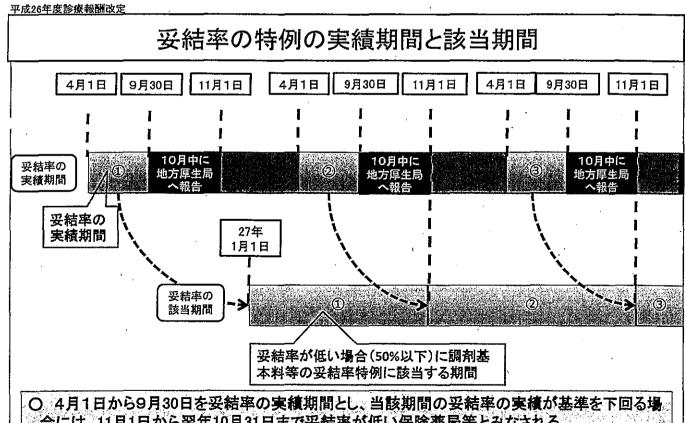
<調剤報酬>

保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料 31点(妥結率50%以下の場合) [通常: 41点] (新) 鯛剤基本料の特例 19点(妥結率50%以下の場合) [通常: 25点]

卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品 の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの) 妥結率= 当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績に ついて、地方厚生局へ報告する。



- 合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局等とみなされる。
- ただし、書類提出期間を踏まえ導入初年度のみ1月1日より適用とする。

労災診療費算定基準が改定され、平成26年 4月からの被災労働者の診療に適用されます

労災診療費算定基準が平成26年3月31日に改定され、平成26年 4月1日からの労災診療費の算定に適用されます。 改正点は、次の6点です。

1 初診料の引上げ

①初診料

3,640円 → 3,760円

②初診料(同一日の2つ目の診療科)

1,820円 → 1,880円

2 再診料の引上げ

①再診料

1.360円 $\rightarrow 1.390$ 円

②再診料(同一日の2つ目の診療科)

670円 → 690円

3 疾患別リハビリテーション料の引上げ

①心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)

100点 → 105点

②運動器リハビリテーション料(I)

180点 → 185点

③運動器リハビリテーション料(Ⅲ)

80点 → 85点

④呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)

80点 → 85点

4 術中透視装置使用加算の拡充

①対象部位 「舟状骨」を追加

②対象術式 「骨折経皮的鋼線刺入固定術」を追加

③「脊椎に対して経皮的椎体形成術を行う場合」を追加

5 職場復帰支援・療養指導料の新設

- ○「再就労療養指導管理料」を廃止し、「職場復帰支援・療養指導料」を新設
- 医師又は医師の指示を受けた医療従事者が、医療機関等に赴いた事業 主等と面談の上で必要な指導を行う場合などを評価
 - ①精神疾患を主たる傷病とする場合 560点
 - ②その他の疾患の場合

420点

6 労災電子化加算の引上げ

労災電子化加算 3点 → 5点

→ 詳細は、次頁以降をご覧ください。

厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署

1 初診料の引上げ

今般の診療報酬改定により初診料が引き上げられたことから、労災保険でも金額を引き上げました。これにより、初診料として、3,760円を算定できます。

また、同一の医療機関において、業務上の事由又は通勤による傷病について、同一日に複数の診療科を初診として受診した場合、2つ目の診療科に限り、1,880円を算定できます。

2 再診料の引上げ

今般の診療報酬改定により再診料が引き上げられたことから、労災保険でも金額を引き上げました。これにより、再診料として、1,390円を算定できます。

また、同一の医療機関において、業務上の事由又は通勤による傷病について、同一日に複数の診療科を再診として受診した場合、2つ目の診療科に限り、690円を算定できます。

3 疾患別リハビリテーション料の引上げ

今般の診療報酬改定により、疾患別リハビリテーション料が引き上げられたことから、労災保険でも一部点数を引き上げました。

改定後の疾患別リハビリテーション料は、以下のとおりです(下線部が改定された点数)。

- ・心大血管疾患リハビリテーション料(I)(1単位) 250点
- ・心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 105点
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(1単位) 250点
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 200点
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) 100点
- ・運 動 器リハビリテーション料(I)(1単位) 185点
- ・運 動 器リハビリテーション料(II)(1単位) 180点
- ・運 動 器リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) <u>85点</u>
- ・呼 吸 器リハビリテーション料(I)(1単位) 180点
- ・呼 吸 器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) <u>85点</u>

4 術中透視装置使用加算の拡充

術中透視装置使用加算の対象部位に「舟状骨」を、対象術式に「骨折経皮的鋼線刺入固定術」を追加するとともに、「脊椎」に対して「経皮的椎体形成術」を行う場合を追加しました。

術中透視装置を、①「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」及び「<u>舟状骨」</u>の骨折観血的手術又は<u>骨折経皮的鋼線刺入固定術</u>を行う際、②「脊椎」の「経皮的椎体 形成術」を行う際に使用した場合に、220点算定できます(下線部が追加された部分)。

請求に当たっては、レセプトの50.手術・麻酔欄に、回数及び合計点数を記載し、摘要欄に「*術中透視装置使用加算×回数」を記載してください。

その際には、術中透視装置を使用したことを診療録(カルテ)に記載し明確にしておいていただく必要があります。

(注) 本加算は、労災診療費算定基準の「四肢の傷病に係る処置等の加算」の対象には なりません。

5 職場復帰支援・療養指導料の新設

通院療養を継続しながら就労が可能な傷病労働者(入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を3か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者をいいます。)の職場復帰支援の充実を図るため、従来の「再就労療養指導管理料」を廃止し、「職場復帰支援・療養指導料」を新設しました。以下の①から③の指導等を行った場合に、次の点数を算定できます。

- ○「精神疾患を主たる傷病」とする場合:月1回560点
- ○その他の疾患の場合:月1回420点

なお、同一の傷病労働者に対しては、それぞれ3回が限度(慢性的な疾病を主病とし、 現在就労している傷病労働者については、医師が必要と認める期間)となります。

- ① 傷病労働者に対し、傷病労働者の主治医又はその指示を受けた医療従事者(看護職員(看護師及び准看護師)、理学療法士、作業療法士又はソーシャルワーカー(社会福祉士及び精神保健福祉士に限る。))が、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋」を交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合
- ② 傷病労働者の主治医が、傷病労働者の同意を得て、所属事業場の産業医(主治医が当該産業医を兼ねている場合は除きます。)に対して、文書をもって情報提供を行った場合
- ③ 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた医療従事者が、傷病労働者の同意を得て、医療機関等に赴いた事業主(人事・労務担当者など傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する方を含みます。)に面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合

請求に当たっては、レセプトの80.その他の欄に回数及び合計点数を記載し、摘要欄に「※職場復帰支援・療養指導料(精神疾患を主たる傷病とする場合)560×回数」又は「※職場復帰支援・療養指導料(その他の疾患の場合)420×回数)を記載してください。

(注)「指導管理箋」は、労災診療費算定基準の別紙様式1~様式4又はこれに準じた文書により作成する必要があります。

※「職場復帰支援・療養指導料」(新設)と「再就労療養指導管理料」(廃止)の比較

指導等の内容	変更点	変更内容
上記①	拡充	従来の「再就労療養指導管理料」では、主治医が傷病労働者に対して指導等を行った場合にのみ算定可能としていましたが、「職場復帰支援・療養指導料」では、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にも算定できるようになります。
上記②	変更なし	従来の「再就労療養指導管理料」と同様の内容です。
上記③	新 設	医療機関等に赴いた傷病労働者の所属事業場の事業主に対して、主治医又はその指示を受けた医療従事者が指導等を行う場合を、新たな評価対象として追加したものです。

6 労災電子化加算の引上げ

現在、電子レセプトによる労災診療費の請求ができるようになっていますが、電子レセプト 請求を実施する医療機関の負担軽減を図るため、平成26年4月診療分から、オンライン又 は電子媒体による労災診療費の請求を行った場合に、電子レセプト1件につき5点が算定 できます。(初診、再診を問いません。)

- (注1)平成26年3月診療分までは、電子レセプト1件につき3点の算定となります。
- (注2)「労災電子化加算」の算定は、平成28年3月診療分までとなる予定です。
- (注3)薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象とはなりません。
- (注4)電子レセプト請求を開始するに当たっては、所定の手続きが必要となりますので、届出・設定などの詳細は厚生労働省ホームページをご覧ください。

労災レセプト電算処理システム

検索

労災診療費算定基準の別紙様式1~様式5については、厚生労働省ホームページ (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rous ai_shinryouhi/kaitei.html)から入手できます。

別紙様式1・・・職場復帰支援・療養指導料の指導管理箋(精神疾患を主たる傷病とするもの(患者用))

様式2・・・職場復帰支援・療養指導料の指導管理箋(精神疾患を主たる傷病とするもの(産業医用))

様式3・・・職場復帰支援・療養指導料の指導管理箋(精神疾患を主たる傷病としないもの(患者用))

様式4・・・職場復帰支援・療養指導料の指導管理箋(精神疾患を主たる傷病としないもの(産業医用))

様式5・・・労災リハビリテーション実施計画書

●改定内容の詳細については、以下までお問い合わせください。

●●労働局労働基準部労災補償課

(TEL: •••--••--)

労災診療費算定マニュアル(案)

平成24年度版平成26年度版

厚生労働省労働基準局労災補償部補償課

· 目 次

I	竻	汉	:診	僚	費.	算,	定.	基	準	٢	留	蒠	点																
	1	診	療	単化	洒	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	٠	•	٠	•	•	•	•	•	_2	2-3	
	2	初	診	枓	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-2	2-3	
	3	救	急	<u>矢</u> 》	寮	管理	理	加	算	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-3	-4	
	4	療	養	の組	給	寸詞	清.	求	書	取	扱	料	•	. •	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-3	S-5.	
	5	再	診	料	•	•	•		•		•	•	•	•	•	•	•		٠	•	•	•	•	•	•	•	-4	L 5	
	6	外	来	普耳	里力	إمرا	算(の	特	例	•	•	•	•	•	•	٠	•	•	. •	•	•	•	•	•	•	-4	-5	
	7	再	診	時犯	寮	養担	指	導	管	理	料	•	•	•	•	•	٠	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-5	-6	
	-8	再	就	岩	索	影	岩	導	管	理	料	•	•	•		.•.	_•_	•_	•	•_	• .	_*_	_•_		•.		-5	-	
	-9- 8	,	入	烷基	基を	本	針	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•.	•	•	•	•	• .	•	٠.	6-7	
	10 9	t	労	終	台界	寮詞	計i	画	加	算	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• -	7 9	
	4110)	入图	完量	室料	针	bn į	算	•	•	•	•	•	•	•	•	• .	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• -	8 9	
	12 11	l	病	女生	学	与制	料	٠.	• -	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• -	9 -10	
	13 12	2	入图	浣師	寺1	食.	事》	寮	養	費	•	•	•	•	•	•	•	•	٠	•	•	•	•		•	•	٠.	9 -10	
	14 13	3	コ;	ン l	۵.	<u>۔</u> ۔	- :	タ		断	層	撮,	影	料	•	•	• .	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• -	10 11	
	15 14	1	リノ	^ l	_N]	y 5	テ・	_	シ	=	ン	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•,	•	•	•	•	• -	10 12	
	16 18	5	リノ	י > ا	<u>_w</u>]	リラ	テ・		シ	Ξ	ン	情	報	提	供	加	算	•	• .	•	•	•	•	•	•	•	• -	12 13	
	17 16	3	初記	沴	寺に	ブ	ラ :	ツ	シ	ン	グ	料	•	•	.•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• -	1214	
	18 17	7	四月	支に	た対	d-	j ,	る:	特	例	取	扱	いく	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• -	12 14	
	19 18	3	術	中達	秀衣	見剝	装记	置	使.	用	加	算	•	•	•	•	٠	.•	•	•	•	•	•	•	ě	•	• -	15 16	
	20 19)	手	省0	ひ枝	幾前	汇	口	復	指	導	加	算	•	٠	•	•	•	•	•	•	•	٠	•	•	•	• =	15 16	
	21 20)	固	它月	目巾	申約	宿	生	包:	帯	•	•	•	•	•	•	• .	•	•	•	•	•	•	•	٠	•	• -	15 17	
	22 21	L	頸椎	進固	定	用	シ		ネ.	. \$	鎖官	争促	司定	2帯	及	び	膝	•)	足	對食	ήσ)創	部	固	定	帯	٠	• 15	
	23 22	2	皮质	膏涯	复气	等!	こ1	系	る	滅	菌	ガ		ゼ	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•,	• -	16 17	
	24 23	3	処抗	置气	等0	つ 4	寺	列	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• -	16 18	
	25 24	į	職	美 征	复州	帚言	訪	謂:	指	導	料	•	•	٠	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 2	20 21	
	26 25	5	精礼	申利	斗耳	散技	婸征	复	帰	支	援	加	算	•	•	•	•	•	• '	•	•		•	•	•	•	• 2	20 22	
	27 26	3	石約	帛兆	矣息	患	寮?	養	管	理	料	•	•	•	•	•.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 2	21 23	
	28 27	7	石約	帛兆	矣息	急	分	災	請	求	指	導	料	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• 2	21 23	
	<u>28</u>	<u>労</u>	災制	髱-	<u>7-1</u>	比太	נְנוּל	<u>算</u>	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	٠	•	23	3	
	<u>29</u>	職	場征	复州	帯ラ	支扎	爱	•	療	養	指	導	料	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	÷		•	24	4	
	29 3()	振動	動隊	章	害し	こ(系	る:	検	査	料	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•		• 2	22 25	
	30 31	l	文章	書米	\$	•	•	•	•	•	• 1	•	•	•		•	•	•,	•	•	•			•	•	•	• 4	22 25	

(_)

∏ §		
1	非課税医療機関一覧・・・・・・・・・・20	6
2 ,	初診料の算定例・・・・・・・・・・・2	7
3	重複算定のできない管理料等・・・・・・・・・・・・	3 29
4	指導管理箋········	9.
5 -4	健保点数表における第1章第2部「入院料等」の	
复	1節「入院基本料」に示される各種加算の取扱い・・・33	330
-6-5	労災治療計画書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	34 31
76	入院室料加算における地域区分(甲地)・・・・・・・	3 5 32
8-7	運動器リハビリテーション料の算定一覧・・・・・・	3 7 34
9-8	脳血管疾患等リハビリテーション料の算定一覧・・・・る	38 35
10 9	労災リハビリテーション評価計画書・・・・・・・・	39 36
111	労災リハビリテーション実施計画書・・・・・・・4	10 37
12 1	四肢に対する特例取扱い(1.5倍・2倍)の点数一覧表・・・4	1438
13 1.	職場復帰プログラムの例・・・・・・・・・・・	357
<u>13</u>	指導管理箋・・・・・・・・・・・・・・・58	3
14	処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い・・・・54	l62
15	入院基本料特例取扱点数一覧表・・・・・・・・ 55	63
10	who attended on the plant to the	

I 労災診療費算定基準(平成 2426 年 4 月 1 日以降の診療)と留意点

労災診療費は、原則として、健康保険の診療報酬点数表(以下「健保点数表」という。)にしたがって算定しますが、次に掲げる項目については、労災保険独自の算定基準を定めていますので、この取扱いにしたがって、労災診療費を算定して下さい。

なお、療養の費用を支給する場合(非指定医療機関に受診した場合) の支給限度額の算定についても、下記の取扱いに準じて行います。

1 診療単価

診療単価は、12円とします。ただし、以下に係るものについては、 11円50銭とします。(円未満の端数切り捨て)

- (1) 国及び法人税法(昭和40年3月31日法律第34号)第2条第 5号に規定する公共法人
- (2) 法人税法第2条第6号に規定する公益法人等であって、法人税 法施行令(昭和40年3月31日政令第97号)第5条第29号に掲 げる医療保健業を行うもの

なお、平成 2426 年 3 月 3031 日における上記 (1) 及び (2) に 該当する医療機関は、参考 1 (26 ページ) のとおりです。

注 法人税法の規定により、医療保健業に課税されるものを課税医療機関(診療単価12円)、課税されないものを非課税医療機関(診療単価11円50銭)と呼びます。

2 初診料 医科、歯科とも3,6403,760円

初診料については、健保点数表と異なり点数ではなく、上記金額で 算定します。

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ます。したがって、既に傷病の診療を継続している期間(災害発生当日を含む。)中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できます。(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3,6403,760円を算定できます。)

ただし、健保点数表(医科に限る。)の初診料の注3-5 ただし書に該当する場合(上記の初診料を算定できる場合を除く。)については、初診料の半額の1,8201,880円を算定できます。

その他の初診料の算定に係る取扱いについては健保準拠です。初診料の算定例は、参考2(27ページ)のとおりです。

<u>注</u> <u>初診料(医科に限る。)の注2から注4については、労災保険ではこ</u> れを適用しません。

3 救急医療管理加算 入院 6,000円(1日につき) 入院外 1.200円

初診時(継続診療中の初診時を含む。) に救急医療を行った場合、 入院した場合は 6,000 円、入院外の場合は 1,200 円を算定すること ができます。

ただし、これは同一傷病につき1回限り算定できるものであり、 健保点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」とは重 複して算定できません。

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

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

(例1) 救急医療管理加算が算定できる場合

- ① 傷病の発生から数日間経過した後に医療機関で初診を行った場合。
- ② 最初に収容された医療機関においては、傷病の状態等から応急 処置だけを行い、他の医療機関に転医した場合。 (それぞれの医 療機関で算定可)
- ③ 傷病の発生から長期間経過した後であっても、症状が安定して おらず、再手術等の必要が生じて転医した場合。(転医先におい て算定可)

(例2) 救急医療管理加算が算定できない場合

- ① 再発の場合。
- ② 傷病の発生から数か月経過し、症状が安定した後に転医した場合。
- ③ じん肺症、振動障害等の慢性疾患あるいは遅発性疾病等、症状が安定しており救急医療を行う必要がない場合。
- ④ 健保点数表 (医科に限る。) の初診料の注3-5 ただし書に該当する初診料 (1,8201,880 円) を算定する場合。
- ⑤ 上記の他、初診料が算定できない場合。
- 注 健康保険では「救急医療管理加算1」(800 点)と「救急医療管理加算2」(400 点)に区分されていますが、労災診療費算定 基準に定める救急医療管理加算(以下「労災救急医療管理加算」 という。)については区分を設けておらず、その算定は次のとおりとなります。

労災救急医療管理加算は健保点数表における「救急医療管理加算」との重複算定はできないため、そのいずれかを算定することとなりますが、労災救急医療管理加算では、初診の傷病労働者に救急医療を行った場合には所定の金額(入院の場合 6,000 円)を算定できることから、健保点数表によれば「救急医療管理加算 2」の算定となる場合であっても、労災救急医療管理加算を算定できます。

4 療養の給付請求書取扱料 2,000円

労災指定医療機関等において、「療養(補償)給付たる療養の給付請求書(様式第5号又は第16号の3)」を取り扱った場合に2,000円を算定できます。

ただし、再発(様式第5号又は第16号の3)の場合や、転医始診 (様式第6号又は第16号の4)の場合は算定できません。

注 「療養(補償)給付たる療養の費用請求書(様式第7号(1)~ (5)又は第16号の5(1)~(5))」を取り扱った場合は、算 定できません。

5 再診料 1.3601.390円

一般病床の病床数 200 床未満の医療機関及び一般病床の病床数 200 床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科において算定します。

再診料についても初診料と同様に、点数ではなく上記金額で算定 します。

ただし、健保点数表(医科に限る。)の再診料の注2-3に該当する場合については、670690 円を算定できます。この場合において、 夜間・早朝等加算、外来管理加算、時間外対応加算、明細書発行体 制等加算等(注3-4から注7-8まで、注9-10 から注 1012 に規定する加算)は算定できません。

その他の再診料の算定に係る取扱いについては健保点数表の注7-8を除き健保準拠です。 (健保点数表の注9及び注10についても、いずれも算定できます。)

- (例1) 業務上の事由による傷病により、同一日に同一の医療機関 の複数の診療科を引き続き再診した場合
 - ○1つ目の診療科

1,3601,390円を算定

○2つ目の診療科

670690円を算定

○3つ目の診療科

(算定できない。)

- (例2) 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の同一の診療科を再診した場合 〇主たる傷病についてのみ、再診料を算定
- (例3) 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の<u>別の診療科</u>を再診した場合 〇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
- <u>注</u> 再診料(医科に限る。) の注2については、労災保険ではこれを適 用しません。

6 外来管理加算の特例

再診時に、健保点数表において外来管理加算を算定することができない処置等を行った場合でも、その点数が外来管理加算の52点に満たない場合には、特例として外来管理加算を算定することができます。

また、外来管理加算の点数に満たない処置等が2つ以上ある場合には最も低い点数に対して外来管理加算を算定し、他の点数は外来

管理加算の点数に読み替えて算定することができます。

注1 健保点数表において算定することができない処置等とは、慢性 疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに健保点 数表第2章第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、 第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を いいます。

なお、別に厚生労働大臣が定める検査とは、健保点数表第2章 第3部検査第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものを いいます。

- ① 超音波検査等
- ② 脳波検査等
- ③ 神経・筋検査
- ④ 耳鼻咽喉科学的検査
- ⑤ 眼科学的検査
- ⑥ 負荷試験等
- ⑦ ラジオアイソトープを用いた諸検査
- ⑧ 内视鏡検査
- 注2 四肢に対する処置等に対し1.5倍又は2倍の加算ができる取扱い(四肢加算)が適用される場合は、適用後の特例点数を基準に します。
 - (例) 消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」(四肢) を行った場合

35 点×1.5 倍=53 点

よって、四肢加算後の特例点数 53 点が基準となり、外来管理 加算の 52 点は算定できません。

なお、四肢の消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」に四肢加算を行わず、35 点として外来管理加算の 52 点を合算して 87 点を算定することはできません。

- 注3 慢性疼痛疾患管理料を算定している場合であっても、慢性疼痛疾患管理料に包括される処置(介達牽引、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は、外来管理加算の特例を算定することができます。
- 注4 健保点数表の再診料の注子8にかかわらず従前どおり計画的な 医学管理を行った場合に算定できます。

7 再診時療養指導管理料 920円

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

- 注1 同一月において重複算定できない管理料等は、参考3 (2829 ページ) のとおりです。
- 注2 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(医科と歯科及び医科と歯科口腔外科の場合を除く。)再診時療養指導管理料は1回として算定します。

8 再就労療養指導管理料

精神疾患を主たる傷病とする場合 月1回 560点 その他の疾患の場合 月1回 420点

入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者 又は入院治療を伴わず通院療養を3ヵ月以上継続している者で就労 が可能と医師が認める者に対し、職場に応じた就労に当たっての療 養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管 理箋(参考4(29ページ))」又はこれに準じた文書を傷病労働者 に交付し、指導を行った場合に、月1回に限り、精神疾患を主たる 傷病とする場合は560点、その他の疾患の場合は420点を算定でき ます。

また、傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て所属事業場の産業医に対して、文書(指導管理箋等)をもって情報提供をした場合(主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。)にも、月1回に限り、精神疾患を主たる傷病とする場合は560点、その他の疾患の場合は420点を算定できます。

ただし、同一傷病労働者につき各々3回を限度(頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。)とします。

注 請求に当たっては、指導管理箋等の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。

98 入院基本料

入院の日から起算して2週間以内の期間 健保点数の1.30倍 上記以降の期間 健保点数の1.01倍

入院基本料は、入院の日から起算して2週間以内の期間については、健保点数の1.30倍、それ以降の期間については、健保点数の1.01倍の点数(いずれも1点未満の端数は四捨五入)を算定することができます。

- 注1 各種加算の取扱いについては、以下のとおりです。
 - ① 健保点数表の第1章第2部「入院料等」の第1節「入院基本料」 について
 - ア イ以外の点数については、入院基本料に当該点数を加えた後に 1.30 倍又は 1.01 倍することができます。
 - イ 入院期間に応じ加算する点数の場合は、1.30 倍又は 1.01 倍 することができません。

具体的には、参考54 (3330ページ)のとおりとなります。

- ② 健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第2節「入院基本料等加算」に示されている各種加算については 1.30 倍又は 1.01 倍することができません。
- ③ 「109 労災治療計画加算(100 点加算)」については 1.30 倍 又は 1.01 倍することができません。
- 注2 外泊期間中の入院基本料は、すべての加算を含まない入院基本 料の基本点数に 0.15 を掛け、その後 1.30 倍又は 1.01 倍した点数 となります。
- 注3 定数超過入院に該当する場合及び医療法に定める人員標準を著しく下回る場合の入院基本料は、健保点数表第1章第2部入院料等の通則6に従って算定した後の点数を1.30倍又は1.01倍することとなります。

なお、入院期間に応じた加算点数については、1.30 倍又は 1.01 倍することはできません。

- (例) 入院基本料点数をA、入院期間に応じた加算を B、通則 6 の 別表第一〜第三に定める率を C とした場合の算定方法は (A×C×1.30) + (B×C) となります。
- 注4 健保改正により栄養管理体制に関する基準を満たすことができない医療機関(診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。)については、入院基本料等の所定点数から1日につき40点を減算する旨の通則8が新設されたが、この算定については入院基本料等の所定点数から当該減算の40点を減算後、1.30倍又は1.01 倍します。
- 注45 医療機関を退院後、同一傷病により、同一の医療機関又は当該医療機関と特別の関係にある医療機関に入院した場合には、第1回目の入院の日を起算日として計算します。

ただし、退院後、いずれの医療機関にも入院せずに3か月以上 経過し、その後再入院となった場合については、再入院日を起算 日として新たに入院期間を計算します。

注 5-6 健康保険においては、入院診療計画に関する基準を満たすことが入院基本料等の算定要件の1つですが、労災保険においても、入院診療計画書又は労災治療計画書(以下「労災治療計画書等」という。)を交付して説明することが入院基本料等の算定要件となります。

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

特別の事情とは、以下のような場合です。

- ① 患者の急変などにより、他の医療機関へ転院又は退院することとなったため、労災治療計画書等を交付して説明することができなかった場合
- ② 患者が意識不明の状態にあり、家族等と直ちに連絡を取ることができなかったため、労災治療計画書等を交付して説明することができなかった場合
- ③ その他、上記に準ずると認められる場合
- 注-6-7 健保点数表における「生活療養を受ける場合」の点数については、適用しません。

109 労災治療計画加算 100点

収容施設を有する診療所及び病院において、入院の際に医師、看護師、その他関係職種が共同して総合的な治療計画を策定し、医師が入院後7日以内に労災治療計画書(又はこれに準ずる文書)により傷病名及び傷病の部位、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、入院中の注意事項、退院時において見込まれる回復の程度等について交付して説明を行った場合、1回の入院につき1回限り100点を入院基本料又は特定入院料に加算できます。(参考-65(3431ページ))

- 注1 入院が予定されている患者に対して、外来において治療計画を 策定し、労災治療計画書を交付のうえ説明を行った場合は、入院 初日に算定できます。
- 注2 入院基本料又は特定入院料の入院期間の計算上、起算日が変わらないものとして取り扱われる再入院については算定できません。
- 注3 医師の病名等の説明に対し理解できないと認められる患者(例 えば、意識障害者等)については、その家族等に対して行った場 合に算定できます。

4110 入院室料加算

入院室料加算は、次の①及び②の要件に該当する場合に③に定める金額を算定できるものとしますが、②の工の要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とします。

- ① 保険外併用療養費における特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋に収容した場合。
- ② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。 ア 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が 常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるも の。

- イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわた り医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必 要があると認められるもの。
- ウ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができ ないと認めたもの。
- エ 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、 緊急に入院療養を必要とするもの。
- ③ 医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができます。

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には次に示す額 とします。

1日につき 個 室 甲地 10,000円、乙地9,000円 2人部屋 甲地 5,000円、乙地4,500円 3人部屋 甲地 5,000円、乙地4,500円 4人部屋 甲地 4,000円、乙地3,600円

入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3に基づく人事院規則9-49(地域手当)により支給区分が1級地から5級地とされる地域及び当該地域に準じる地域をいい、乙地とは甲地以外の地域をいいます。(参考-76(3532ページ))

注 特定入院料、重症者等療養環境特別加算、療養環境加算、療養 病棟療養環境加算、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との重複算定は できません。

4211 病衣貸与料 7点

患者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関から病衣の 貸与を受けた場合、又は傷病の感染予防上の必要性から医療機関が 患者に病衣を貸与した場合には、1日につき7点を算定できます。

4312 入院時食事療養費

入院時食事療養費については、平成18年3月6日付け厚生労働省告示第99号(以下「99号告示」という。)の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第1 食事療養」に定める金額の1.2倍により算定する(10円未満の端数は四捨五入)こととしていますが、具体的には次の金額となります。

(1)入院時食事療養(I)1食につき 770円 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方 厚生(支)局長に届け出て当該基準による食事療養を行う保険医 療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったとき に、1日につき3食を限度として算定します。

- ① 特別食加算 1食につき 90円 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときに、1日につき3食を限度として加算することができます。
- ② 食堂加算 1日につき 60円 食堂における食事療養を行ったときに、加算することができま す。 (療養病棟に入院する患者を除く。)
- (2)入院時食事療養(II)1食につき 610円 入院時食事療養(I)を算定する保険医療機関以外の保険医療 機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1 日につき3食を限度として算定します。
- 注 99 号告示の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第 2生活療養」については、適用しません。

1413 コンピューター断層撮影料

コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影が 同一月に2回以上行われた場合であっても、所定点数を算定できま す。

- 注 健保点数表の同一月の2回目以降の断層撮影の費用についての逓減制については、適用しません。
 - (例1) 同一月に1回目CT撮影ロ、2回目CT撮影口を行った場合。

1回目 CT撮影口

900点(+断層診断 450点)

2回目 CT撮影口

900 点

合 計 1,800点(断層診断を含め 2,250点) 算定

(例2) 同一月に1回目CT撮影ロ、2回目MRI撮影2を行った場合。

1回目 CT撮影口

- 900 点(+断層診断 450 点)

2回目 MR I 撮影 2

1,330 点

合 計 2,230点(断層診断を含め2,680点)算定

4514 リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料を算定する場合は、健保点数表のリハビリテーションの通則1にかかわらず次の点数で算定することができます。

- 250点 ア 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 心大血管疾患リハビリテーション料 (II) (1単位) 100105点 イ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (1単位) 250点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 200点 (1単位) 工 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 才 100点 力 運動器リハビリテーション料(I)(1単位) 180185点 キ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 180点 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 8-0-85点 (1単位) 呼吸器リハビリテーション料 (I) (1単位) 180点 コ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 8-0-85点 (1単位)
 - (1)疾患別リハビリテーション(※)については、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、健保点数表における疾患別リハビリテーション料の各規定の注1のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えても制限されることなく算定できます。

健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注4<u>及び注5 (注5は脳血管疾患等リハビリテーション料及び</u>運動器リハビリテーション料<u>においては注5</u>に限る) については、適用しません。

- (2)入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした疾患別リハビリテーション料(I)(運動器リハビリテーション料においては、(I)及び(Ⅱ))を算定すべきリハビリテーションを行った場合は、ADL加算として、1単位につき30点を所定点数に加算して算定できます。(参考7(34ページ))
- (3) 健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の各規定に おける早期リハビリテーション加算及び初期加算については、 健保点数表に準じて算定できます。
- (※)疾患別リハビリテーションとは、健保点数表における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料におけるリハビリテーションのことをいいます。
- 注1 健保点数表の脳血管疾患等リハビリテーション料の各区分の イ及びロの区別については、労災保険においては区別せずに算 定できます。(参考8(3735ページ))
- 注2 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注4 (運動器リハビリテーションにおいては注5)に示す範囲内で リハビリテーションを行う場合(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ありません。

ただし、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、①診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載すること又は②労災リハビリテーション評価計画書(参考149(3936ページ))を診療費請求内訳書に添付して提出することを求めることとなります。

- 注3 早期リハビリテーション加算が算定できる傷病労働者に対し、初期加算とADL加算が算定できるリハビリテーションを 行った場合は、それぞれ所定点数を算定できます。
- 注4 運動器リハビリテーション料 (I) 及び (II) の算定に当たっては、健保点数表の運動器リハビリテーション料の注2に準じて算定することとなります。(運動器リハビリテーション料 (I) に係る届出を行った医療機関において、運動器リハビリテーション料 (II) を算定すべきリハビリテーションを行った場合は、運動器リハビリテーション料 (II) を算定して下さい。)(参考9 (38ページ))

1615 リハビリテーション情報提供加算 200点

(1) 健保点数表の診療情報提供料 I が算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士若しくは作業療法士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書(転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。)を、傷病労働者の同意を得て添付した場合に算定できます。

なお、健保点数表の診療情報提供料 I (250 点)及び退院後の治療計画、検査結果その他の必要な情報を添付した場合の加算(200 点)とは別に算定できます。

- (2) 労災リハビリテーション実施計画書は、参考 1110 (4037 ページ) の様式又はこれに準じた文書により作成することとし、
 - ① 傷病労働者の「これまでの仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」等を踏まえた「職場復帰に向けた目標」
 - ② リハビリテーションの項目として、職場復帰に向けた目標を 踏まえた業務内容・通勤方法等を考慮した内容 (キーボードの 打鍵やバスへの乗車等)

を盛り込む必要があります。

- 注1 請求に当たっては、労災リハビリテーション実施計画書の写し を診療録に添付し明確にしておく必要があります。
- 注2 健康保険のリハビリテーション(総合)実施計画書(様式)を 用いる場合には、上記(2)①及び②を盛り込むことで、様式上 の要件は具備されます。

4716 初診時ブラッシング料 91点

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

ただし、同一傷病につき1回(初診時)限りとします。

- 注1 初診時ブラッシング料を含む処置、手術の所定点数の合計が 150 点以上の場合に限り、時間外、深夜又は休日加算が算定でき ます(1点未満四捨五入)。
- 注2 健保のデブリードマン(創傷処理におけるデブリードマン加算 を含む。)とは重複算定はできません。
- 注3 四肢の特例取扱はありませんので、たとえ四肢の創傷に対するブラッシングであっても91点の算定となります。

1817 四肢に対する特例取扱い

(1) 指の創傷処理(筋肉に達しないもの。)

手の指の創傷処理については、健保点数にかかわらず、次に 掲げる点数で算定します。ただし、筋肉に達するものは健保点 数の2.0倍で算定します。

指1本	940点	(470点×2.0倍)	
指2本	1,410点	(940点十470点)	さらに四肢加算
指3本	1,880点	(1,410点+470点)	することはでき
指4本	2,350点	(1,880点十470点)	ません。
指5本	2,350点	(470点×5.0倍)	

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

創傷処理の算定に当たり、指で筋肉に達するものと指以外は、次の健保点数を基礎として算定します。

① 筋肉、臓器に達するもの
 長径 5 cm未満 1,250 点
 長径 5 cm以上 10 cm未満 1,680 点
 長径 10 cm以上 2,000 点

 窓 筋肉、臓器に達しないもの 長径 5 cm未満 470 点 長径 5 cm以上 10 cm未満 850 点 長径 10 cm以上 1,320 点

注 筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものでは なく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいいます。 (2) 指の骨折非観血的整復術

手の指の骨折非観血的整復術については、次に掲げる点数で算定します。

指1本 2,880点。 (1,440点×2,0倍) さらに四肢加算 指2本 4,320点 (2,880点+1,440点) することはでき 5,760点 (4,320点十1,440点) 指3本 ません。 (5,760点+1,440点) 指4本 7,200点 指5本 7.200点 (1,440点×5,0倍)

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

- (3) 処置、手術及びリハビリテーションについての特例 1.5倍(2.0倍)
 - ① 四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。)の傷病に対し、次に 掲げる処置、手術及びリハビリテーションの点数は、健保点数(リ ハビリテーションについては 1514 のア〜コの所定点数)の 1.5 倍として算定できます。(1点未満切上げ) (処置)

ア 創傷処置、爪甲除去 (麻酔を要しないもの)、穿刺排膿後 薬液注入、熱傷処置、重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科 軟膏処置

イ 関節穿刺、粘(滑)液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」ウ 絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術、皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引(2日目以降)、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、低出力レーザー照射

(手術)

エ 創傷処理、デブリードマン ただし、手の指の創傷処理(筋肉に達しないもの。)は、 前記(1)による。

オ 皮膚切開術

カ 筋骨格系・四肢・体幹の手術 ただし、手の指の骨折非観血的整復術は、前記(2)による。

キ 神経、血管の手術

(リハビリテーション)

ク 疾患別リハビリテーション

② 上記①のア〜イの処置及びエ〜キの手術については、手(手関節以下)及び手の指に係る場合のみ健保点数の2.0倍として算定できます。

ただし、健康保険において処置面積を合算して算定する「創傷

処置」等については、四肢加算の倍率(手指2倍、手指以外の四肢1.5倍、四肢以外1倍)が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率毎に処置面積を合算して算定することができます。

また、「創傷処置」等を四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって(連続して)行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定します。

なお、四肢の傷病に対する特例取扱いは適用される項目も多く誤りも多くみられますので、特に下記の点に留意してください。

- 注1 特例取扱いの対象となるものは前記に掲げたもののみで、薬 剤料、特定保険医療材料料、輸血料、ギプス料などは、特例取 扱いの対象になりません。
- 注2 健保点数の 2.0 倍として算定できるのは、手(手関節以下)、 手の指に係る処置・手術のみです。 足の指の処置は 1.5 倍です。
- 注3 植皮術、皮膚移植術等の形成手術は、特例取扱いの対象になりません。
- 注4 処置における腰部、胸部又は頸部固定帯加算等の処置医療機器等 器等加算及び手術における創外固定器加算等の手術医療機器等 加算は、特例取扱いの対象になりません。
- 注5 特例取扱いの対象となる処置、手術及びリハビリデーション の所定点数の1.5倍(2.0倍)後の点数は一覧表(参考 1211(4138 ページ))のとおりです。

1918 術中透視装置使用加算 220点

- ア「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」及び、「前腕骨」 <u>及び「舟状骨」</u>の骨折観血的手術(K046)<u>又は骨折経皮的鋼線刺入</u> <u>固定術(K045)</u>において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。
- イ 「脊椎」の経皮的椎体形成術(K142-4)において、術中透視装置を 使用した場合に算定できます。
 - 注1 請求に当たっては、術中透視装置を使用したことを診療録に 記載し明確にしておく必要があります。
 - 注2 本加算は、四肢に対する特例取扱いの対象にはなりません。

2019 手指の機能回復指導加算 190点

手(手関節以下)及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、次に掲げる健保点数表における第10部手術を行った場合は1回に限り所定点数に190点を加算できます。

- (1) 創傷処理、デブリードマン
- (2) 皮膚切開術
- (3) 筋骨格系・四肢・体幹の手術
- 注1 時間外加算及び四肢加算はできません。
- 注2 右手、左手をそれぞれ手術した場合でも算定は1回限りです。

2120 固定用伸縮性包带

処置及び手術において頭部・頸部・躯幹及び四肢に使用した場合に 実費相当額(購入価格を10円で除して得た点数)を算定することがで きます。

- 注1 処置及び手術に当たって通常使用される治療材料(包帯等) 又は衛生材料(ガーゼ等)の費用(2322 の場合を除く。)は算 定できません。
- 注2 医師が必要と判断した場合には固定用伸縮性包帯と下記 2221 の頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固 定帯を併せて算定できます。

2221 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯

医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関 節の創部固定帯の使用が必要と認める場合に実費相当額(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ます。

また、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 点を算定できますが、そのことを踏まえ、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も、同様の取扱いとします。

- 注1 請求に当たっては、医師の診察の結果、頸椎固定用シーネ、 鎖骨固定帯及び膝・足節の創部固定帯の使用が必要と判断した 旨を診療録に記載し明確にしておく必要があります。
- 注2 頸椎固定用シーネの費用と「J-200 腰部、胸部又は頸部固定 帯加算」は重複算定できません。
- 注3 医師が必要と判断した場合には頸椎固定用シーネ、鎖骨固定 帯及び膝・足関節の創部固定帯と上記 2120 の固定用伸縮性包帯 を併せて算定できます。

2322 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ

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

なお、支給対象者は以下の(1)及び(2)の要件を満たす者となります。

- (1) せき髄損傷等による重度の障害者のうち、尿路変更による皮膚 瘻を形成しているもの、尿路へカテーテルを留置しているもの、 又は、これらに類する創部を有するもの。(褥瘡については、ご く小さな範囲のものに限ります。)
- (2) 自宅等で頻繁にガーゼの交換を必要とするため、診療担当医が 投与の必要を認めたもの。
- 注 支給できるものは、診療担当医から直接処方・投与を受けたガーゼに限るため、診療担当医の指示によるものであっても、市販のガーゼを傷病労働者が自ら購入するものは、支給の対象となりません。 (昭和55年3月1日付け基発第99号)

2423 処置等の特例

- (1) 3部位(局所)の取扱いについて
 - ① 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、1日につき合わせて負傷にあっては受傷部位ごとに3部位を限度とし、また、疾病にあっては3局所を限度として算定できます。
 - ② 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、1日につき所定点数(「湿布処置」の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算とする。)を算定できます。

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

(例1)

· • — / .			
右上肢に「手技による療法」	35 点×1.5 倍	=	53 点
左上肢に低出力レーザー照射	35点×1.5倍	=	53 点
右下肢に「器具等による療法」	35 点×1.5 倍	· ==	53 点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍	=	53点

3部位までの算定になりますので、53点+53点+53点=159点

(例2)

腰の部に「湿布処置」	35 点	=	35 点
左前腕に「湿布処置」	35 点×1.5 倍	=	53 点
右手指から前腕に「湿布処置」	35 点×2.0 倍	=	70 点
	, .	•	[58点

(2) 処置の併施について

介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置(「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」)、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、「湿布処置」又は肛門処置(※)の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器

具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー 照射のうち計2部位までの所定点数を合わせて算定できます。

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

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

(例1)

左前腕に「湿布処置」 35 点×1.5 倍 = 53 点 左下肢に介達牽引 35 点×1.5 倍 = 53 点 右下肢に「手技による療法」 35 点×1.5 倍 = 53 点 腰 部に腰部固定帯固定 35 点 = 35 点 「湿布処置」+(介達牽引+「手技による療法」(計2部位分))

「手校による療法」(計2部14分)) - 53 点+53 点+53 点 = 159 点

(例2)

腰 部に「湿布処置」 35 点 = 35 点 肛門処置 24 点 = 24 点 左下肢に介達牽引 35 点×1.5 倍 =53 点 右下肢に「手技による療法」 35 点×1.5 倍 =53 点 左上肢に矯正固定 35 点×1.5 倍 =53 点

「湿布処置」+(介達牽引、「手技による療法」又は矯正固定(2 部位分))の合計 35 点+53 点+53 点 = 141 点

介達牽引+「手技による療法」+矯正固定(合計3部位) 53 点+53 点+53 点 = 159 点 したがって、この場合は159 点を算定します。

(3) 処置等の併施について

① 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の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか1部位を算定できます。

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

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

③ 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションの他に、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部位を算定できます。

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

また、「疾患別リハビリテーションの所定点数と「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ありません。

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

(例1)

右上肢に運動器リハビリテーション料 (III) 1単位 8085 点×1.5 倍= 120128 点 右上肢に「器具等による療法」 35 点×1.5 倍= 53 点 合 計 173181 点

(例2)

左上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) 1単位 8085点×1.5倍= 120128点 左下肢に介達牽引 35点×1.5倍 = 53点 左上肢に変形機械矯正術 35点×1.5倍 = 53点 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) + (介達牽引又は変形機械矯正術 (1部位分))の合計 120128点+53点 = 173181点

(例3)

腰部に運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) 1単位 8085 点 = 8085 点 右下肢に介達牽引 35 点×1.5 倍 = 53 点 右上肢に「手技による療法」 35 点×1.5 倍 = 53 点 左下肢に低出力レーザー照射 35 点×1.5 倍 = 53 点 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) + (介達牽引、「手技による療法」又は低出力レーザー照射(1 部位分))の合計

8085 点十53 点 = 133138 点

介達牽引+「手技による療法」+低出力レーザー照射 (3部位) の合計 53点+53点 = 159点 したがって、この場合は159点を算定する。

(例4)

左上肢に運動器リハビリテーション料 (皿) 1単位 8085 点×1.5 倍= 120128 点左上肢に「湿 布 処 置」35 点×1.5 倍 = 53 点合 計173181 点

(例5)

左上肢に運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) 1単位 8085 点×1.5 倍 = 120128 点 右下肢に「湿布処置」 35 点×1.5 倍 = 53 点 腰 部に介達牽引 35 点 = 35 点 右上肢に「手技による療法」 35 点×1.5 倍 = 53 点 左下肢に「器具等による療法」 35 点×1.5 倍 = 53 点 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) +「湿布処置」+「器具等による療法」の合計 120128 点+53 点+53 点 = 226234 点

- 注1 四肢加算の取扱いは、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」及び 低出力レーザー照射については所定点数の1.5倍、「湿布処置」 は所定点数の1.5倍(手及び手指は2倍)として算定することが できます。
- 注2 局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹 のそれぞれを1局所とし、全身を5局所に分けたものをいいます。
- 注3 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固 定及び低出力レーザー照射の部位(局所)、消炎鎮痛等処置の種 類及び部位(局所)について、診療費請求内訳書に明確に記載す るよう医療機関に指導してください。
- 注4 外来診療料を算定する医療機関においては、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は算定できません。また「湿布処置」及び肛門処置については、診療所において、入院中の患者以外の患者のみに算定することができます。

2524 職業復帰訪問指導料

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

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

- (2) 医師等のうち異なる職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合や医師等がソーシャルワーカー(※注4) と一緒に訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算して算定できます。なお、同一の職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算することはできません。
- (3) 精神疾患を主たる傷病とする場合にあっては、医師等に精神保健福祉士を含みます。
- ※注1 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。 看護師と准看護師が共同して訪問指導を行った場合は、380 点 の加算は算定できません。
- ※注2 事業主には、事業主に代わって監督又は管理の地位にある者 も含みます。
- ※注3 入院中における算定については、指導の実施日にかかわらず 退院日に算定します。また、通院中における算定については、 指導の実施日に算定します。
- ※注4 ソーシャルワーカーとは、社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。(3)の場合を除き、ソーシャルワーカーのみで訪問指導を行った場合は、算定できません。医師等と一緒に訪問指導した場合のみ加算(380点)の対象となります。

2625 精神科職場復帰支援加算 200点

精神科を受診中の傷病労働者に、精神科ショート・ケア、精神 科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、 精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当 該プログラムに職場復帰支援のプログラム(※)が含まれている 場合に、週に1回算定できます。

- (※)職場復帰支援のプログラムとは、オフィス機器又は工具を使用した作業、擬似オフィスによる作業又は復職に向けてのミーティング、感想文等の作成等の集団で行われる職場復帰に有効な項目であって、医師、看護職員、作業療法士、ソーシャルワーカー等の医療チームによって行われるものをいいます。
- 注 請求に当たっては、当該プログラムの実施日及び要点を診療費請求内訳書の摘要欄に記載するか、実施したプログラムの写しを診療費請求内訳書に添付する必要があります。(職場復帰支援のプログラムの例は参考 1312 (5357 ページ)のとおりです。)

2726 石綿疾患療養管理料 225点

石綿関連疾患(肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。)について、診療計画に基づく受診、検査の指示又は服薬、運動、栄養、疼痛等の療養上の管理を行った場合に月2回に限り算定できます。

- 注1 請求に当たっては、管理内容の要点を診療録に記載する必要があります。
- 注2 初診料を算定することができる日及び月においても、算定できます。また、入院中の患者においても、算定できます。
- 注3 同一月において重複算定できない管理料等については、参考3 (2829 ページ) のとおりです。

2827 石綿疾患労災請求指導料 450点

石綿関連疾患(肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。)の診断を行った上で、傷病労働者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養補償給付たる療養の給付請求書(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回に限り算定できます。

- 注1 請求に当たっては、次の①から④の事項を診療録に記載し明確 にしておく必要があります。
 - ①石綿関連疾患の診断を行ったこと
 - ②患者に行った問診内容(概要)
 - ③業務による石綿ばく露が疑われた理由
 - ④労災請求の勧奨を行ったこと
- 注2 本指導料は、労災請求された個別事案が業務上と認定された場合のみ支払われます。
- 注3 本指導料は、療養の給付請求書取扱料と併せて算定できます。

28 労災電子化加算 5点

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

- <u>注1</u> 平成26年3月診療分までは、電子レセプト1件につき3点の算 定となります。
- 注2 薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象とはなりません。

29 職場復帰支援·療養指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合月1回560点 その他の疾患の場合月1回420点

- (1)傷病労働者(入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と 医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を3か月以上継続 している者で就労が可能と医師が認める者。下記(2)から(4) について同じ。)に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受 けた看護職員、理学療法士、作業療法士若しくはソーシャルワー カーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要 な指導事項を記載した「指導管理箋(別紙様式1~4)参考13(58 ページ)」を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明 及び指導を行った場合に算定できます。
- (2) 傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場 の産業医(主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねてい る場合を除く) に対して文書をもって情報提供した場合について も算定できます。
- (3) 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法 士、作業療法士若しくはソーシャルワーカーが、当該労働者の同 意を得て、当該医療機関等に赴いた当該労働者の所属事業場の事 業主と面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、 診療録に当該指導内容の要点を記載した場合についても算定でき ます。
- (4)上記(1)~(3)の算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ3回を限度(頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。)とします。
- <u>注1</u> 事業主には、人事・労務担当者等傷病者の職場復帰に関する 権限を有する者も含みます。
- 注2 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。
- <u>注3</u> <u>ソーシャルワーカーとは、社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。</u>
- <u>注4</u> 請求に当たっては、指導管理箋等の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。

2930 振動障害に係る検査料

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

検	査	項	B		点	数	(
(1) (2) (2) (3) (4) (5) 常冷 に (6) (7) (8) 指手背 (12) 手背 (12) 手)(検グのによにのに動動温を60査検手よるよ手よ覚覚験がある。の手圧爪の手常治を検査を指を正派の手常治を変換がある。の手圧爪の手常治を変換ができまる。	行う検査 膚の検迫覚の下 をを を を を を を を を を で で で で で で で で で で で で で	全 全 () () () () () () () () ()	片手、 片手、	両手にか 1指1! 1指2! 1指1: 1指1: 1指1: 1指に、 1指に、 1指に、	かかかつ回つ回つ回つ回つ回つの回つ回つの回ってきにきにきにきにきたきにきにきにきてきますする	* 6 0 0 7 7 7 7 9 9 0 4 0 4 0 4 0 4 0 4 0 4 0 4 0 4 0 4

3031 文書料

取扱いについては別表(2371ページ)のとおりです。

非課税医療機関一覧

(平成26年3月31日現在)

1 設立形態により判断できるもの

形 態	· 根拠条文(※1)
国	
地方公共団体	法第2条第5号
日本赤十字社	令第5条第29号イ
社会福祉法人	令第5条第29号口
私立学校法による学校法人	令第5条第29号ハ
全国健康保険協会、健康保険組合、健康保険組合連合会、国民健康保険組合、国民健康保険団体連合会	令第5条第29号二
国家公務員共済組合、国家公務員共済組合連合会	令第5条第29号ホ
地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会	令第5条第29号へ
日本私立学校振興·共済事業団	令第5条第29号ト
社会医療法人	令第5条第29号チ
公益社団法人等が独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構の 委託を受けて行うもの 財団法人厚生年金事業振興団 社団法人全国社会保険協会連合会 公益社団法人地域医療振興協会(東京北社会保険病院) 財団法人平成紫川会(社会保険小倉記念病院) 財団法人船員保険会(せんぼ東京高輪病院、横浜船員保険病院、大 阪船員保険病院)	令第5条第29号U
財団法人結核予防会	令第5条第29号ヌ
公益社団法人等の運営するハンセン病療養所(神山復生病院)	令第5条第29号ル
学術の研究を行う公益法人に付随するもの	令第5条第29号ヲ
農業協同組合連合会(所得税法及び法人税法の規定に基づく財務省 告示により指定するもの)	令第5条第29号力 (昭和61年1月31日大蔵省 告示第11号)

2 課税・非課税の別を医療機関に照会し判断するもの(※2)

形態	根拠条文(※1)
医師会、歯科医師会	令第5条第29号ワ
看護師等の人材確保の促進に関する法律第14条第1項による指定を受けた公益社団法人等	令第5条第29号ョ
上記以外の公益法人等	令第5条第29号夕

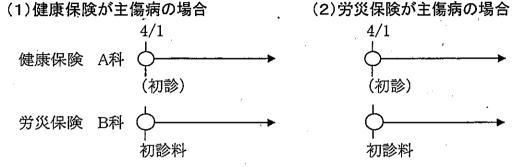
^(※1)法:法人税法、令:法人税法施行令

^(※2)診療月の属する会計年度の前々年度(事業年度が会計年度と異なるときは診療月の属する会計年度当初において既に確定申告を行った直近の事業年度)の医療保健業について、当該法人等が非課税医療機関に該当するとして確定申告を行ったもの

初診料の算定例

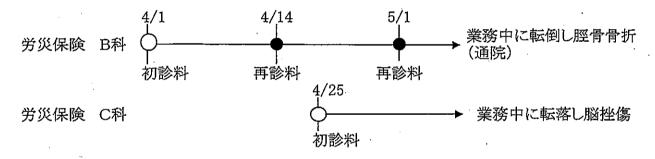
○: 当科における最初の受診日、●: 当科における2回目以降の受診日

1 健康保険の初診日と労災保険の初診日が同一日の場合

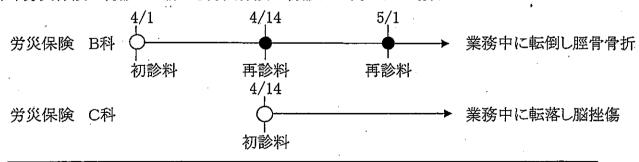


(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料(3,760円)が算定できる。

- 2 労災保険で継続療養中に、新たな労災傷病の初診を他科で行った場合
 - (1) 労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が別の場合



(2) 労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一日の場合

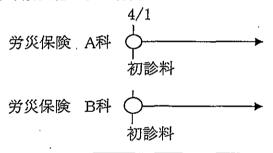


(1)、(2)ともに労災保険でB科診療中であっても、新たな支給事由が発生した場合は、C 科で初診料(3,760円)が算定できる。なお、同一の診療科であっても算定できる。 3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合 (1)同一の災害(傷病が異なる)による場合



(1)同一日で災害が同じ場合は、ただし書き初診料(1,880円)が算定できる。

(2)別災害による場合



(2)同一日で災害が異なる場合は、いずれの科も初診料(3,760円)が算定できる。

重複算定のできない管理料等

再診時療養指導管理料と石綿疾患療養管理料は同月に重複算定できません。 また、それぞれ次表に掲げる各管理料等とも同月に重複算定できません。

区分	名称	区分	名称
B000	特定疾患療養管理料	C106	在宅自己導尿指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	C107	在宅人工呼吸指導管理料
	てんかん指導料	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
	難病外来指導管理料	C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料(
	皮膚科特定疾患指導管理料	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	心臓ペースメーカー指導管理料	C109 -	在宅寝たきり患者処置指導管理料
	慢性疼痛疾患管理料	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
C002	在宅時医学総合管理料	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
C002-2	特定施設入居時等医学総合管理料	<u>C110-4</u>	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C010	在宅患者連携指導料	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料
C100	退院前在宅療養指導管理料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C101	在宅自己注射指導管理料	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	C115	在宅植込型補助人工心臟(拍動流型)指導管理料
C102-2	在宅血液透析指導管理料	C116	在宅植込型補助人工心臟(非拍動 流型)指導管理料
C103	在宅酸素療法指導管理料	1002	通院・在宅精神療法
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	1004	心身医学療法
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	その他	「B000特定疾患療養管理料」と重 複算定できない指導管理料等

健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第1節「入院基本料」に示される各種加算の取扱い

	T		TOPE SECTION OF THE PROPERTY O	1
病棟区分 一般病棟入院基本料	1.30倍、1.01倍できるもの	健保点勢	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	健保点数
	者護必要度加算 1		14日以内の期間の加第	450.5
	看護必要度加算 2		15日以上30日以内の期間の加算	192.5
	一般病棟看護必要度評価加算	5点	牧急・在宅等支援病床初期加算(14日限度)	150.5
療養病棟入院基本料		<u> </u>	ADL維持向上等体制加算(14日限度)	25.5
A SCHIAZ NICESTON	禄瘡評価実施加算 	15点	救急・在宅等支援菸養病床初期加算(14日限度)	150点 又は300点
	慢性維持透析管理加算	100点		
	在宅復帰機能強化加算	10点		
結核病棟入院基本科		" '	14日以内の期間の加算	400,
			15日以上30日以内の期間の加算	300.4
			31日以上90日以内の期間の加算	100.4
精神病棟入院基本料	重度認知症加算	300点	14日以内の期間の加算	465,
	精神保健福祉士配置加算	30点	15日以上30日以内の期間の加算	250点
			31日以上90日以内の期間の加算	125点
		7	91日以上180日以内の期間の加算	10点
*			181日以上1年以内の期間の加算	3点
			救急支援精神病棟初期加算(14日限度)	100点
特定機能病院 入院基本料	重度認知症加算	300点	一般病棟14日以内の期間の加算	712,5
	看護必要度加算1	30点	一般病棟15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算 2	15点	ADL維持向上等体制加算(14日限度)	25点
			結核病棟30日以内の期間の加算	330.∜
	·		結核病棟31日以上90日以内の期間	200点
i			精神病棟14日以内の期間の加算	505.≒
			精神病棟15日以上30日以内の期間の加算	250点
			精神病棟31日以上90日以内の期間の加算	125点
			精神病棟91日以上180日以内の期間の加算	30点
			精神病棟181日以上1年以内の期間の加算	15点
専門病院入院基本料	看護必要度加算1	30点	14日以内の期間の加算	512点
	看護必要度加算 2	15点	15日以上30日以内の期間の加算	207点
	一般病棟看護必要度評価加算	5点	ADL維持向上等体制加算(14日限度)	25点
障害者施設等 入院基本料			14日以内の期間の加算	312点
			16日以上30日以内の期間の加算	167点
有床診療所 入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	有床診療所一般病床初期加算(7日限度)	. 100点
	医師配置加算 1	88点	看取り加算	1000点 又は2000点
,		60点		3 (10.00)
-		40点		
-		20点		<u></u>
-	————————————————— 夜間看護配置加算 1	80点		
<u>-</u> -		30点		
}	看護補助配置加算 1	10点		
\ \ \ \	表	5点	7.2	
有床贮投所接径锅床	接着評価実施加算		救急・在宅等支援療養病床初期加算(14日限度)	150点
	关 接 管理実施加算			1000点
<u> </u>	宋養官理表施加導 (入院基本料+加算点数)×1.3	ISE	看取り加算 (入院基本料×1.3)+加算点数	又は2000点
算定方法	(入院基本科+加算点数)×1.3		(入院基本科×1.3) +加算点数 (入院基本料×1.01) +加算点数	

労 災 治 療 計

(患者氏名)	殿		•							
-	· 		·			平成	年	月	日	
病棟(病室)		·				· · ·				
主治医以外の担当者名					·					•
傷 病 名 (他に考え得る病名)				٠.						
傷 病 部 位						•		•		
症		-								(
入 院 日 及 び 推定される入院期間				•	•	_				, N
治療計画								,		
検査内容及び日程			1			<u> </u>	•			
手術内容及び日程										-
入院中の注意事項			•			4		٠		\subset
退院時において回復が見込まれる程度										
そ の 他 (看護、リハビリテーション等の計画)					,		•			

- 注1) 傷病名は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって、変わり得 るものである。 注2) 入院期間は、現時点で予測されるものである。 注3) 退院時において回復が見込まれる程度は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名)	Ħ
(主治医氏名)	F

入院室料加算における地域区分(甲地) (<u>平成26年4月1日現在</u>)

都道府県	地	域	区	分
宮城県	仙台市			
茨 城 県	1 .	くば市、水戸市 、牛久市、ひた 阿見町	_	_
栃木県	宇都宮市			
埼 玉 県	川口市、行 市、越谷市、	ハたま市、志木 田市、所沢市、 戸田市、入間 斉市、蕨市、富士	飯能市、加 市、朝霞市、	須市、東松山 三郷市、羽
千葉県	市、市川市、 佐倉市、柏市	西市、船橋市、 松戸市、富津 市、市原市、白 市、八千代市、	市、四街道市 井市、習志野	市、茂原市、 野市、我孫子
東京都	生市、狛江市 八王子市、5 市、日野市、	戴野市、町田市 5、清瀬市、多暦 2川市、府中市 三鷹市、青梅 日の出町、檜 を町	擎市、稲城市 、昭島市、記 市、東村山市	、西東京市、 間布市、小平 市、あきる野
神奈川県	賀市、藤沢市 市、秦野市、	ド市、横浜市、 方、茅ヶ崎市、 三浦郡葉山町 方、逗子市、清	相模原市、 、愛川町、	大和市、平塚 座間市、綾瀬
山梨県	甲府市			
静岡県	静岡市、沼泽	津市、御殿場市		

都道府県	地 域 区 分
愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、瀬戸市、碧南 市、西尾市、大府市、知多市 、尾張旭市、長久手 町
三重県	鈴鹿市、津市、四日市市
滋賀県	大津市、草津市、守山市、栗東市
京都府	京都市、宇治市、亀岡市、京田辺市、南丹市、久御山町、八幡市、城陽市、宇治田原町
大阪府	大阪市、守口市、門真市、吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市、豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市、河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市、堺市、東大阪市、岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、島本町、摂津市、松原市、大阪狭山市、豊能町
兵 庫 県	芦屋市、西宮市、宝塚市、神戸市、尼崎市、伊丹市、 三田市、猪名川町、川西市
奈良県	天理市、奈良市、大和郡山市、大和高田市、橿原市、 御所市
広島県	広島市、府中町
福岡県	福岡市

参考7

運動器リハビリテーション料の算定一覧

運動器リハにおけるADL加算の算定

施設基準	リハ	ビリの実施	状況	ADL加算算定の	可否
運動器リハ(Ⅰ)	乙	<u> </u>	院	運動器リハ(I)	0
連動器グベイン	入	院	外	<u>建期品2/八工)</u>	×
、在老10011 ** (**)	入		院	· 生毛 中 1 、 (T)	O, ,
運動器リハ(Ⅱ) ─	入	———— 院	外	── 運動器リハ(Ⅱ) 	×

脳血管疾患等リハビリテーション料の算定一覧

		健康保険			労災保険
(1)	イ	ロ以外の場合	245点	(1)	250点
	П	廃用症候群の場合	180点	. (1)	
(11)	イ	ロ以外の場合	200点	(II)	200点
(П)	п	廃用症候群の場合	146点	(II)	200点
(m)	1	ロ以外の場合	100点	(III)	100点
(III)	п	廃用症候群の場合	77点	(1117)	1.00%

[※] 健保点数表の脳血管疾患等リハビリテーション料の廃用症候群については区別せず、 脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)~(Ⅲ)として算定します。

労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名:	男・女	生年月日	一 (西暦)	年	月	B
原因疾患				,		
[心大血管疾患 ・ 脳血管疾患等 ・)	雷動哭 • 四			のにつな	1 7 7 7 1	N 1
リハビリテーション起算日(発症日、手					,0076	י, י,
年	月			,		
現在の評価及び前回評価計画書作成日(年	月		の改善・	変化等	
'						
	<u> </u>					
(1)標準的算定日数を超えて行うべき医	学的所見((必要性・国	医学的効果	等)		
						i
		•				
		•				
	. =	1/ 5				
(2)目標到達予想時期: 年	月	頃				
(2)その仏柱司東西						
(3)その他特記事項				•		
			·			`
,評価計画書作成日:	F	月	日			
医療機関名	医師		,			
				<u>-</u>		(1)

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

労災リハビリテーション実施計画書

患者	5氏名						男•	女			年生	E. (崩	ŧ)	計画評	西実 が	5日	年	月	日
リハ	担当	医	P	r	_				 ЭТ					s	Γ			l		. [
1		ー」 (発症・受傷日)	1							合併:	灰 息	コン	<u></u> ጉ=	<u></u>	ル	犬挝	₹(;	高血圧,4)疾患	,糖尿	病等)		
		•			٠										٠								
<u> </u>							<u> </u>			<u> </u>													
	一章	識障害:(3-3-9:	評1	西屯	百日		容(=	ロン	(:)0)後に)	具体					<u>ኢ)</u>							
	□認	知症:										.,,	•			*	· .	構音障電	₽ □	A- ≥Kv	亡 ,	k=	\
身		枢性麻痺 ージ グレード)右上肌		•		手指			下肢				-				(<u>_</u>	伊百 早1	₹, L	大品:	止。 作里分		. ,
機能	□筋	左上! 力低下(部位,MM			左	手	音:	左	下肢	:)		聚食 非泄	機能機能	能够能够	章管 章章	}: }:							
•		位保持(装具:				:##1	, ロっ	47∓N	口法	ਜਾ	口才	句縮	;										·
造	本平	行棒内歩行(装具:)	□独	立	, 1	部介則), Dá	丰実施				Œſ	īД	:		٠.					
	即削作	練室内歩行(装具:					, D																_
		自立度				病		行状?	兄:「〕	ている	5"活			監		A	큔	東時能力	- T				
							使用	用具	姿	勢·実 助内犯	行場		3.00		部	介	実	使用用。	姿場	勢・ 所(訓	練室・	病棟	等)
	AD	L·ASL等	立			力施		装具	介	助内邻	拏	等	立		介助			杖·装身	- [乔]	動內容	容等	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
	屋外海塘	歩行 ・ルへの歩行																	;	•			•
	病棟	イレへの車椅子駆動				-																	
	椅子	子・ペッド間移乗 座位保持				+	 -																
	排尿	起き上がり (春)	 				·	·	. 				 		- - -							·	
活	排尿 食事	(本)				<u> </u>	ļ		+				ļ										
	整容				↓	<u> </u>	ļ		1				ļ						-				
		・靴の着脱			1.						٠.												
	入浴			ĺ	•					•				i									
	コミュ	ニケーション										·			-								
						_																	
	活動	度 日中臥床:□無 日中座位:□椅						ミッド、	<u>۴</u> , ۱	_] キ '+;	ノチアッ	フ						理由)
•	これま	(□無職, □病欠中, €での職種・業種・仕³	事内	容	.中, :	□ ?	発症後	と 退職	, □:	退職子	'定)		社	会	砂力	П(内.	容·頻度	等,発	症前	状況を	さ含t	ե°)
参	これま 復職	での通勤方法:希望 □現職復帰]転	職]その作	也;			•												
加	経済	状況 :																					
	/114/1																						
	復職	□現職復帰 □転順	哉 [二不	可		その他	1:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			本	人	のオ	呈有	1						
	仕事 通勤:	内容の変更 □無 □ 方法の変更 □無 □]有]有	:																	•		
目標	職場	復帰に向けた目標:											家	族(のネ	유달	Į.						
,,,,																	_						
			<u>-</u> .										11 4	ヘレ	*11 <i>=</i>	ティ	-3	ョン終了	⊘ P !	左. 咕	:#8		
方針		•											''	٠.	77	, –	ن	コ ノ 767 】	ツロ	火 "时	, 77]		
	納ア	プローチ											Ļ			_					<u>.</u>		
>₹14	-HU/.	<i>,</i> – <i>,</i>																			•		
														_									
本人	·家/h	失への説明 年		月		Ħ	本人·	サイン	T			家	族+	ナイ	<i>-</i>	-			説明者	サイン			
												1											

⁽記入上の留意点)
1 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通効方法」、「復職希望」を記入すること。
2 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
3 「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(キーボードの打難やバスへの乗車等)を記入すること。

四肢に対する特例取扱い(1.5倍・2倍)の点数一覧表

処置

			健保点数	×1.5	×2.0
ア	J000	創傷処置(100cm未満)	45	68	90
	ļ	創傷処置(100㎡以上500㎡未満)	55	83	110
		創傷処置 (500cm以上3,000cm未満)	85	128	170
	}	創傷処置 (3,000㎡以上6,000㎡未満)	155	233	310
		創傷処置 (6,000cm以上)	270	405	540
	J001	熱傷処置(100cm未満)	135	203	270
		熱傷処置(100cm以上500cm未満)	147	221	294
	}	熱傷処置 (500cm以上3,000cm未満)	225	338	450
		熱傷処置 (3,000cm以上6,000cm未満)	420	630	840
		熱傷処置 (6,000cm以上)	1, 250	1,875	2,500
	J001-4	重度褥瘡処置(100㎡未満)	90	135	180
		重度褥瘡処置(100㎡以上500㎡未満)	98	147	196
	}	重度褥瘡処置(500㎡以上3,000㎡未満)	150	225	300
		重度褥瘡処置(3,000㎡以上6,000㎡未満)	280	420	560
	}	重度褥瘡処置(6,000㎡以上)	500	750	1,000
	J001-7	爪甲除去 (麻酔を要しないもの)	45	68	90
	J001-8	穿刺排膿後薬液注入	45	68	90
	J002	ドレーン法(ドレナージ)(持続的吸引)	50	75	100
	İ .	ドレーン法 (ドレナージ) (その他)	25	38	50
	J053	皮膚科軟膏処置(100㎡以上500㎡未満)	55	83	110
		皮膚科軟膏処置(500㎡以上3,000㎡未満)	85	128	170
		皮膚科軟膏処置(3,000㎡以上6,000㎡未満)	155	233	310
		皮膚科軟膏処置(6,000㎡以上)	270	405	540
1	J116	関節穿刺 (片側)	100	150	200
	J116-2	粘(滑)液囊穿刺注入(片側)	80	120	160
	J116-3	ガングリオン穿刺術	80	120	160
	J116-4	ガングリオン圧砕法	80	120	160
	J119	消炎鎮痛等処置(湿布処置)	35	53	70
ウ	J001-2	絆創膏固定術	500	750	
•	J001-3	鎖骨又は肋骨骨折固定術	500	750	
	J054	皮膚科光線療法(赤外線又は紫外線療法)	45	68	
		皮膚科光線療法(長波紫外線又は中波紫外線療法)	150	225	
		皮膚科光線療法 (中波紫外線療法)	340	510	
	J117	鋼線等による直達牽引 (2日目以降)	50	75	
	J118	介達牽引	35	53	
	J118-2	矯正固定	35	53	
	J118-3	変形機械矯正術	35	53	
	J119	消炎鎮痛等処置(マッサージ等の手技による療法)	35	53	
		消炎鎮痛等処置(器具等による療法)	35	53	
	J119-3	低出力レーザー照射	35	53	

手術	•			
		健保点数	×1.5	×2,0
К000	創傷処理 (筋肉、臓器に達する) (長径5cm未満)	1, 250	1,875	2, 500
	創傷処理(筋肉、躁器に達する) (長径5cm以上10cm未満)	1,680	. 2, 520	3, 360
	創傷処理 (筋肉、臓器に達する) (長径10cm以上)	2,000	3,000	4,000
	創傷処理(筋肉、臓器に達しない) (長径5cm未満)	470	705	. 940
	創傷処理(筋肉、臓器に達しない) (長径5cm以上10cm未満)	850	1, 275	1,700
÷	創傷処理 (筋肉、臓器に達しない) (長径10cm以上)	1, 320	1, 980	. 2, 640
коо1	皮膚切開術 (長径10cm未満)	. 470	705	940
	皮膚切開術 (長径10cm以上20cm未満)	820	1, 230	1,640
	皮膚切開術(長径20cm以上)	1,470	2, 205	2, 940
коо2	デブリードマン(100cm未満)	1, 020	1,530	2, 040
•	デブリードマン(100㎡以上3,000㎡未満)	2,990	4, 485	5, 980
	デブリードマン (3,000㎡以上)	7, 600	11,400	15, 200
K023	筋膜切雕術、筋膜切開術	840	1, 260	1,680
K024	筋切離術	3, 080	4, 620	6, 160
K025	股関節内転筋切離術	4, 410	6, 615	
K026	股関節筋群解離術	12, 140	18, 210	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16, 700	25, 050	
K027	筋炎手術(腸腰筋、殿筋、大腿筋)	2,060	3, 090	
	筋炎手術(その他の筋)	1, 210	1,815	2, 420
K028	腱鞘切開術 (関節鏡下によるものを含む)	2, 050	3, 075	4, 100
K029	筋肉內異物摘出術	2,840	4, 260	5, 680
козо	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(屑、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹)	7, 390	11,085	
	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術(手、足)	3, 750	5, 625	7, 500
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術(層、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹)	20, 620	30, 930	-
•,	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術(手、足)	12, 870	19, 305	25, 740
к033	筋膜移植術(指(手、足))	7,890	11,835	15, 780
	筋膜移植術(その他)	10, 310	15, 465	, 20,620
K034	腱切離・切除術 (関節鏡下によるものを含む)	4, 290	6, 435	8, 580
K035	腱剝離術(関節鏡下によるものを含む)	11, 430	17, 145	22, 860
K035-2	庭滑族切除術	7,550	11, 325	15, 100

-	7.25	
Ŧ	14T	

		健保点数	×1.5	×2.0
қ 037	避縫合術	11, 320	16, 980	22, 640
K037-2	アキレス雌断裂手術	8,710	13, 065	
K038	避延長 術	10, 750	16, 125	21, 500
к039	趾移植術(人工健形成術を含む)(指(手、足))	13, 610	20, 415	27, 220
	腱移植術(人工睫形成術を含む)(その他)	18, 080	27, 120	36, 160
K040	雕移行術(指(手、足))	13, 610	20, 415	27, 220
	趾移行術 (その他)	18, 080	20, 415	36, 160
(040-2	指伸筋跳脱臼観血的整復術	13, 610	20, 415	27, 220
(042	骨穿孔術	1,730	2, 595	3, 460
(043	骨掻爬術(肩甲骨、上腕、大腿)	11, 150	16, 725	
	骨掻爬術 (前腕、下腿)	6,700	10, 050	
	骨級爬術 (鎖骨、膝盗骨、手、足その他)	3, 590	5, 385	7, 180

<u>手術</u>				
K043-2		健保点数	×1.5	×2.0
NU43-2		11, 130		
	骨関節結核媒孔摘出術(前腕、下腿)	6, 700	10, 050	
	骨関節結核瘻孔摘出術(鎖骨、膝蓋骨、手、足その他)	3, 590	5, 385	7, 180
K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む)(層甲骨、上腕、大腿)	11, 150	16, 725	
	骨髄炎手術(骨結核手術を含む)(前腕、下腿)	6, 700	10, 050	
	骨髄炎手術(骨結核手術を含む)(鎖骨、膝蓋骨、手、足その他)	3, 590	5, 385	7, 180
K044	骨折非観血的整復術(肩甲骨、上腕、大腿)	1, 600	2,400	
	骨折非観血的繁復術 (前腕、下腿)	1, 780	2, 670	
	骨折非観血的整復術(鎖骨、膝蓋骨、手、足その他)	1, 440	2, 160	2, 880
K045	骨折経皮的銅線刺入固定符(肩甲骨、上腕、大腿)	7, 060	10, 590	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術(前腕、下腿)	4, 100	6, 150	
	骨折経皮的鋼線刺入固定術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	1,660	2, 490	3, 320
K046	骨折観血的手術(肩甲骨、上腕、大腿)	18, 810	28, 215	
	骨折観血的手術(前腕、下腿、手舟状骨)	14, 810	22, 215	29, 620
	骨折観血的手術(鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く)、足、指(手、足)その他)	9, 480	14, 220	18, 960
K046-2	観血的整復固定術(インプラント周囲省折に対するもの)(層甲骨、上腕、大腿)	21,710	32, 565	
(046–2	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)(前腕、下腿)	17, 090	25, 635	
	製血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)(手、足、指(手、足))	10, 940	16, 410	21,880
K047	難治性骨折電磁波電気治療法 (一連につき)	12, 500	18, 750	25,000
K047–2	経治性骨折超音波治療法 (一連につき)	12, 500	18, 750	25,000
K047-3	超音波骨折治療法 (一連につき)	4, 620	6, 930	9, 240
K048	骨内異物(挿入物を含む)除去術(頭蓋、顔面(複数切開を要するもの))	12, 100		
	骨内異物(挿入物を含む)除去術(その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿)	7, 870	11,805	
	骨内異物(挿入物を含む)除去術(前腕、下腿)	5, 200	7, 800	
-	骨内異物(挿入物を含む)除去術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	3, 620	5, 430	7, 240
K049	骨部分切除術(屑甲骨、上腕、大腿)	5, 900	8, 850	
	骨部分切除術 (前腕、下腿)	4, 410	6, 615	
	骨部分切除術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	3, 280	4, 920	6, 560
K050	腐骨摘出術 (肩甲骨、上腕、大腿)	14, 960	22, 440	
	腐骨摘出術(前腕、下題)	10, 430	15, 645	
	<u> </u>	1		<u> </u>

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	腐骨摘出術(鎖骨、膝蓋骨、手、足その他)	3, 420	5, 130	6, 840
K051	骨全摘術(肩甲骨、上腕、大腿)	27, 890	41,835	
	骨全摘術 (前腕、下腿)	13, 050	19, 575	
	骨全摘術 (鎖骨、膝蓋骨、手、足その他)	5, 160	7, 740	10, 320
K051-2	中手骨又は中足骨掩除術 (2本以上)	5, 160	7, 740	10, 320
K052	骨腫瘍切除術(肩甲骨、上腕、大腿)	17, 410	26, 115	
	骨腫瘍切除術 (前腕、下腿)	9, 370	14, 055	
	骨腫瘍切除術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	4, 340	6, 510	8, 680
(052-2	多発性軟骨性外骨腫續出術(肩甲骨、上腕、大腿)	17, 410	26, 115	
	多発性軟骨性外骨腫縮出術 (前腕、下腿)	9, 370	14, 055	
	多発性軟骨性外骨腫摘出術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	4, 340	6, 510	8, 680
(052-3	多発性骨腫橫出術 (肩甲骨、上腕、大腿)	17, 410	26, 115	
	多発性骨腫摘出術 (前腕、下腿)	9, 370	14, 055	
,	多発性骨腫摘出術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	4, 340	6,510	8, 680

于彻		健保点数	×1,5	×2.0
К053	骨懸性臓瘍手術(肩甲骨、上腕、大腿)	32, 550	48, 825	
	骨悪性腫瘍手術(前腕、下腿)	26, 260	. 39, 390	
	骨悪性腫瘍手術(鎖骨、膝蓋骨、手、足その他)	18, 810	28, 215	37, 620
K054	骨切り術 (層甲骨、上腕、大腿)	28, 210	42, 315	
	骨切り術(前腕、下腿)	20,620	30, 930	
. `	骨切り術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	7, 930	11,895	15, 860
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	44,070	66, 105	
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む)骨切り術	37, 570	56, 355	
K056	為関節手術(肩甲骨、上腕、大腿)	28, 210	42, 315	
	偽関節手術 (前腕、下腿、手舟状骨)	26, 030	39, 045	52, 060
•	偽関節手術(鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く)、足、指(手、足)その他)	14, 500	21, 750	29, 000
K056-2	燧治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	48, 820	73, 230	97, 640
K057	変形治癒骨折矯正手術 (肩甲骨、上腕、大腿)	31, 270	46, 905	
	変形治癒骨折矯正手術 (前腕、下腿)	27, 550	41, 325	
	変形治癒骨折矯正手術(鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他)	15, 770	23, 655	31,540
K058	骨長調整手術 (骨端軟骨発育抑制術)	16, 340	24,510	32, 680
	骨長調整手術 (骨短縮術)	14, 960	22, 440	29, 920
	骨長調整手術(骨延長術)(指(手、足))	16, 390	24, 585	32, 780
	骨長調整手術(骨延長術)(指(手、足)以外)	26, 700	40, 050	53, 400
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む)(自家骨移植)	14, 030	21,045	28, 060
	骨移植術(軟骨移植術を含む)(同種骨移植(生体))	20, 770	31, 155	41,540
	骨移植術(軟骨移植術を含む)(同種骨移植(非生体))	18, 300	27, 450	36,600
	<u>自家培養軟骨移植術</u>	14, 030	21,045	28,060
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	16, 190	24, 285	32, 380
K060	関節切開術 () 下、股、膝)	3, 600	5, 400	-
	関節切開術 (胸鎖、肘、手、足)	1, 280	1,920	2, 560
	関節切開術(肩鎖、指(手、足))	680	1,020	1, 360
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	3, 600	5, 400	
K060-3	化腺性又は結核性関節炎掻爬術(肩、股、膝)	20, 020	30, 030	
	化膜性又は結核性関節炎掻爬術(胸鎖、肘、手、足)	13, 130	19, 695	26, 260
			 	<u> </u>

	44
7	M

		健保点数	×1.5	×2.0
	化腺性又は結核性関節炎掻爬術(肩鎖、指(手、足))	3, 330	4, 995	6, 660
K061	関節脱臼非観血的整復術 (層、股、膝)	1,500	2, 250	
	関節脱臼非観血的整復術 (胸鎖、肘、手、足)	1,300	1,950	2, 600
	関節脱臼非親血的整復術(膺鎖、指(手、足)、小児肘内障)	800	1, 200	1,600
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)(リーメンビューゲル法)	2, 050	3, 075	
	、 先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)(その他)	2, 950	4, 425	
K063	関節脱臼観血的整復術(肩、股、膝)	28, 210	42, 315	
	関節脱臼観血的整復符(胸鎖、肘、手、足)	18, 810	28, 215	37, 620
	関節脱臼観血的整復術 (肩鎖、指(手、足))	15, 080	22, 620	30, 160
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	21, 130	31,695	
K065	陽節内異物(挿入物を含む)除去術(膺、股、膝)	12, 430	18, 645	
	閉節内異物(挿入物を含む)除去術(胸鎖、肘、手、足)	4, 600	6, 900	9, 200
	関節内異物(挿入物を含む)除去術(屛鎖、指(手、足))	2, 950	4, 425	5, 900

手術		健保点数	×1.5	×2,0
K065-2	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む)除去術(膺、股、膝)	13, 950	20, 925	
	関節銭下関節内異物(挿入物を含む)除去術(胸鎖、肘、手、足)	12, 300	18, 450	24, 600
	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む)除去術(順鎖、指(手、足))	7, 930	11, 895	15, 860
K066	関節滑膜切除術 (肩、股、膝)	17, 750	26, 625	
	閱節滑膜切除術(胸鎖、肘、手、足)	11, 200	16, 800	22, 400
•	開筋滑膜切除術(肩鎖、指(手、足))	7, 930	11, 895	15,860
K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術(肩、股、膝)	17, 610	26, 415	
	陽節鏡下閱節滑膜切除術 (胸鎖、肘、手、足)	17, 030	25, 545	34,060
	関節鏡下関節滑膜切除術(肩鎖、指(手、足))	16, 060	24, 090	32, 120
K066-3	滑液膜摘出術(肩、股、膝)	17, 750	26, 625	
	滑液膜擴出術(胸鎖、肘、手、足)	11, 200	16, 800	22, 400
	滑液膜摘出術(肩鎖、指(手、足))	7, 930	11,895	15,860
K066-4	関節鏡下滑液膜擴出術(曆、股、膝)	17, 610	26, 415	
	関節鏡下滑液膜摘出術(胸鎖、肘、手、足)	17, 030	25, 545	34,060
	陽節鏡下滑被膜擠出術(兩鎖、指(手、足))	16, 060	24, 090	32, 120
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除術	11, 200	16, 800	
<066~6 -	関節鏡下膝蓋骨滑被蓑切除術	17, 030	25, 545	
<066−7 ₋	华 指關節滑膜切除術	7, 930	11,895	15, 860
(066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16, 060	24, 090	32, 120
K067	関節鼠摘出手術 (肩、股、膝)	13, 000	19, 500	
	関節鼠摘出手術 (腕鎖、肘、手、足)	10, 580	. 15, 870	21, 160
	関節風摘出手術(肩鎖、指(手、足))	3, 970	5, 955	7, 940
K067 - 2	関節鏡下関節鼠摘出手術(肩、股、膝)	17, 780	26, 670	
	関節鏡下関節鼠搖出手術(胸鎖、肘、平、足)	19, 100	28, 650	38, 200
	関節鏡下関節鼠摘出手術(兩鎖、指(手、足))	12, 000	18, 000	24, 000
K068	半月板切除術	9, 200	13, 800	/.
K068-2	- 関節鏡下半月板切除術 	15, 090	22, 635	
K069	半月板縫合術	11, 200	16, 800	/
(069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・総合術	15, 210	22, 815	30, 420
K069-3	圆節鏡下半月板縫合術	18, 810	28, 215	

_	/-t-
*	OH:

于州		健保点数	×1,5	. ×2.0
К070	ガングリオン摘出術(手、足、指(手、足))	3, 050	4, 575	6, 100
	ガングリオン摘出術(その他)(ヒグローム摘出術を含む)	3, 190	4, 785	6, 380
K072	関節切除術 (膺、股、膝)	19, 270	28, 905	
	関節切除術 (胸鎖、肘、手、足)	16, 070	24, 105	32, 140
	関節切除術(層鎖、指(手、足))	5, 670	8, 505	11,340
ко73	関節内骨折観血的手術(層、股、膝、肚)	20, 760	31, 140	
	関節内骨折観血的手術 (胸鎖、駐、手、足)	17, 070	25, 605	34, 140
	関節内骨折観血的手術(肩鎖、指(手、足))	10, 370	15, 555	20, 740
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血的手術 (層、股、膝)	25,200	37,800	
	関節鏡下関節内骨折視血的手術 (胸鎖、肘、手、足)	18, 910	28, 365	37, 820
	関節鏡下関節内骨折観血的手術 (肩鎖、指(手、足))	11, 970	17, 955	23, 940
K074	韧带断裂缝合術(十字韧带)	17,070	25, 605	
	初帯断裂縫合術(膝側副靭帯)	. 16,560	24, 840	
	靭帯断裂縫合術 (指(手、足)その他の韧帯)	7, 600	11,400	15, 200

于何		健保点数	×1.5	×2.0
K074-2	関節鏡下韧带断裂縫合術(十字韧帯)	21, 970	32, 955	
	閱節鏡下靭帯断裂縫合術(膝側副靭帯)	16, 510	24, 765	
	関節鏡下靭帯断裂縫合術(指(手、足)その他の靭帯)	15, 720	23, 580	31, 440
K075	非観血的関節授動術(盾、股、膝)	1, 320	1, 980	
	非観血的関節授動術 (胸鎖、肘、手、足)	1,260	1, 890	2, 520
	非親血的関節授動術(肩鎖、指(手、足))	490	735	980
K076	観血的関節授動術(層、股、膝)	38, 890	58, 335	
	観血的関節授動術(胸鎖、肘、手、足)	28, 210	42, 315	56, 420
	彼血的関節授動術(膺鎖、指(手、足))	8, 460	12, 690	16, 920
K077	観血的関節制動術 (肩、股、膝)	27, 380	41,070	
	観血的関節制動術 (胸鎖、肘、手、足)	15, 560	23, 340	31, 120
	観血的関節制動術 (層鎖、指 (手、足))	5, 550	8, 325	11, 100
K078	親血的関節固定術 (肩、股、膝)	21, 640	32, 460	
	観血的関節固定術(胸鎖、肘、手、足)	18, 590	27, 885	37, 180
	観血的関節固定術(肩鎖、指(手、足))	7, 200	10, 800	14, 400
K079	初帮断裂形成手術(十字靭帯)	28, 210	42, 315	
	初帯断裂形成手術(膝側側韧帶)	18, 810	28, 215	
	靭帯断裂形成手術(指(手、足)その他の靭帯)	16, 350	24, 525	32, 700
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術(十字靭帯)	34, 980	52, 470	
٠	閱節鏡下靭帯衝裂形成手術(膝側副靭帯)	17, 280	25, 920	
	関節鏡下靭帯断裂形成手術(指(手、足)その他の籾帯)	16, 390	24, 585	32, 780
·	関節鏡下靱帯断裂形成手術(内側膝蓋大腿靱帯)	17, 550	26, 325	
(080	関節形成手術(肩、股、膝)	• 45, 720	68, 580	
	関節形成手術 (胸鎖、肘、手、足)	28, 210	42, 315	56, 420
	関節形成手術 (膺鎖、指 (手、足))	13, 740	20, 610	27, 480
K080-2	内反足手術	25, 930	38, 895	
K080-3	屑腱板断裂手術(簡単なもの)	18, 700	28, 050	
*****	肩腱板断裂手術 (複雑なもの)	24, 310	36, 465	
K080-4	関節鏡下層趾板断裂手術 (簡単なもの)	27, 040	40, 560	
	関節鏡下肩腱板断裂手術(複雑なもの)	35, 150	52, 725	
	<u></u>	1	l	<u> </u>

手術		健保点数	×1.5	×2.0
K080-5	関節號下層関節唇形成術	32, 160	48, 240	
K081	人工骨頭挿入術 (膺、股)	19, 500	29, 250	
	人工骨頭挿入術(肘、手、足)	18, 810	28, 215	37, 620
	人工骨頭挿入術(指(手、足))	9, 070	13, 605	18, 140
K082	人工関節置換術(層、股、膝)	37, 690	56, 535	
	人工関節置換術(胸鎖、肘、手、足)	28, 210	42, 315	56, 420
	人工閱節置換術(膺鎖、指(手、足))	13, 310	19, 965	26, 620
K082-2	人工関節抜去術(膺、股、膝)	30, 230	45, 345	
	人工閱節抜去術 (胸鎖、肘、手、足)	20,620	30, 930	41,240
	人工関節抜去術(膺鎖、指(手、足))	13, 950	20, 925	27, 900
K082-3	人工閱節再置換術 (膺、股、膝)	54,810	82, 215	
	人工関節再置換術(胸鎖、肘、手、足)	34, 190	51, 285	68, 380
	人工関節再置換術(兩鎖、指(手、足))	19, 940	29, 910	39, 880
(083	研線等による直達奉引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1 局所につき)	2,510	3, 765	5, 020
(083-2	内反足足板挺子固定	2, 030	3, 045	
(084	四肢切断術(肩甲帯)	36, 500	54, 750	
*	四肢切断術(上腕、前腕、手、大腿、下腿、足)	24, 320	36, 480	48, 640
	四肢切断術(指(手、足))	3, 330	4, 995	6, 660
084-2	肩甲 搭雕嵌術	36, 500	54, 750	
085	四肢関節離断術(層、股、膝)	26, 030	39, 045	
	四肢関節離断術(肘、手、足)	11, 360	17, 040	22, 720
	四肢関節離断術(指(手、足))	3, 330	4, 995	6, 660
086	 街端形成術(軟部形成のみ)(指(手、足)) 	2,770	4, 155	5,540
	所端形成術 (軟部形成のみ) (その他)	3, 300	4, 950	6, 600
087	断端形成術(骨形成を要する)(指(手、足))	7, 410	11, 115	14, 820
	斯端形成術(骨形成を要する) (その他)	10, 630	15, 945	21, 260
088	切断四肢再接合術 (四肢)	144, 680	217, 020	289, 360
	切断四肢再接合術(指(手、足))	81, 900	122, 850	163, 800
089	爪甲除去術	640	960	1,280

手術		健保点数	×1.5	×2.0
К090	ひょう疽手術(軟部組織)	990	1, 485	1,980
	ひょう疽手術(骨、関節)	1, 280	1, 920	2, 560
K090-2	風棘手術	990	1,485	1, 980
K091	陥入爪手術(簡単なもの)	1,400	2, 100	2, 800
	陥入爪手術 (爪床爪母の形成を伴う複雑なもの)	2, 490	3, 735	4, 980
К093	手根管開放手術	4, 110	6, 165	8, 220
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	10, 400	15, 600	20, 800
K094	足三関節固定(ランプリヌディ)手術	25, 350	38, 025	
K098	手掌、足底腱膜切離・切除術(鏡視下によるもの)	4, 340	6, 510	8, 680
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術(その他)	2,750	4, 125	5, 500
K096-2	体外衝擊被疼痛治療術	5, 000	7, 500	10, 000
K097	手拳、足底異物摘出術	3, 190	4, 785	6, 380
к098	手掌屈筋腱縫合術	. 11,090	16, 635	22, 180
K099	指瘢痕拘縮手術	6, 880	10, 320	13, 760
к099-2	デュブイトレン拘縮手術(1 指)	10, 430	15, 645	20, 860
	デュブイトレン拘縮手術(2指から3指)	22, 480	33, 720	44, 960
	デュブイトレン拘縮手術(4指以上)	29, 740	44, 610	59, 480
K100	多指症手術(軟部形成のみのもの)	2, 640	3, 960	5, 280
•	多指症手術(骨関節、腱の形成を要するもの)	13, 250	19, 875	26, 500
K101	合指症手術(軟部形成のみのもの)	7, 320	10, 980	14, 640
	合指症手術(骨関節、腱の形成を要するもの)	13, 910	20, 865	27,820
K101-2	指癒着症手術 (軟部形成のみのもの)	7, 320	10, 980	14, 640
	指癒着症手術(骨関節、腱の形成を要するもの)	13, 910	20, 865	27,820
K102	巨指症手術 (軟部形成のみのもの)	8, 330	12, 495	16, 660
	巨指症手術(骨関節、腱の形成を要するもの)	15, 390	23, 085	30,780
K103	屈指症手術、斜指症手術(軟部形成のみのもの)	11,510	17, 265	23, 020
	屈指症手術、斜指症手術(骨関節、腱の形成を要するもの)	15, 390	23, 085	30, 780
K105	裂手、裂足手術	25, 350	38, 025	50, 700
K106	母指化手術	32, 370	48, 555	64,740
K107	指移植手術	95, 630	143, 445	191,260
	1	·	<u> </u>	

_	4	-
==	Ū	FT.

-3- 747	<u> </u>	健保点数	×1.5	×2.0
K108	母指対立再建術	16, 650	24, 975	33, 300
K109	神経血管柄付植皮術(手・足)	40, 460	60, 690	80, 920
K110	第四足指短縮症手術	10,790	16, 185	
KI 10-2	第一足指外反症矯正手術	10,790	16, 185	
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4, 670		
K113	腸骨窩膿瘍掻爬術	11,600		
K116	脊椎、骨盤骨掻爬術	15, 610		
K117	脊椎脱臼非親血的整復術	2, 570		
K117-2	頸椎非観血的整復術	2, 570		
K117-3	推問板ヘルニア徒手整復術	2, 570		
K118	脊椎、骨盤脱臼親血的手術	28, 210		
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	24, 320		
K120	恥骨結合離開観血的手術	7, 890		
K120-2	驼骨結合雕	1,580		
K121	骨盤骨折非親血的整復術	2, 570		
K124	赐骨翼骨折视血的手 ੰ	15, 760		
K125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く)	29, 190		
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除)(棘突起、腸骨翼)	3, 150		
'	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除) (その他)	4, 510		
K126-2	<u>自家培養軟骨組織採取術</u>	4,510	6, 765	9, 020
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12, 770		
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	15, 730	/.	
K133	黄色韧带骨化症手術	28, 730		
K134	推閱板摘出術(前方檳出術)	34,810		
	推問板摘出術(後方摘出術)	23, 520		
	推問板摘出術(側方摘出術)	28, 210		
	椎間板摘出術(経皮的髄核摘出術)	15, 310		
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術)	75, 600		
····	内視鏡下推問板摘出(切除)術(後方摘出術)	30, 390		
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	33, 290		

-	 r.

手術		健保点数	×1.5	×2.0
K136	脊椎、骨盤悪性臓瘍手術	69, 980		
K136-2	腹瘍脊椎骨全摘術	93, 300		
K137	骨盤切断術	48, 650		
K138	脊椎披裂手術 (神経処置を伴うもの)	26, 700		
	脊椎披裂手術(その他)	16, 510	,	
K139	脊椎骨切り術	52, 460		
K140	骨盤骨切り術	33, 630		
K141	臼蓋形成手術	28, 220		
K141-2	宽骨 臼移 则 術	36, 400		./
K141-3	脊椎制動術	16, 810		
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。) (前 方椎体固定)	37, 240		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) (後 方又は後側方固定)	29, 900		
	脊椎固定術、推弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)(後 方椎体固定)	37,420		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。) (前 方後方同時固定)	66, 590		
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。) (椎弓切除)	12, 100	/	
	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) (椎 弓形成)	21,700		
(142-2	脊椎側彎症手術(固定術)	48, 650		
	脊椎側彎症手術(矯正術)(初回挿入)	112, 260		
	脊椎側彎症手術(矯正術)(交換術)	48, 650		
	脊椎側彎症手術(矯正術)(伸展術)	20, 540		
K142-3	内視線下脊椎固定術 (胸椎又は腰椎前方固定)	101,910		
K142-4	経皮的椎体形成術	19, 960		/
(143	仙腸関節固定術	29, 190		
(144	体外式脊椎固定術	25, 800		
K182	神経縫合術(指(手、足))	12, 640	18, 960	25, 280
	神経縫合術(その他)	24, 510	36, 765	49, 020
K182-2	神経交差縫合術(指(手、足))	36, 320	54, 480	72, 640
	神経交差縫合術(その他)	46, 180	69, 270	92, 360
K182-3	<u>神経再生誘導術</u>	12, 640	18, 960	25, 280
K188	神経刺離術 (銃視下によるもの)	14, 170	21,255	28, 340
	<u> </u>			

手術		健保点数	×1.5	×2.0
	神経刺離術 (その他)	10, 900	16, 350	21,80
К193	神経腫切除術(指(手、足))	5, 770 (8, 655	11, 54
	神経腫切除術(その他)	10, 770	16, 155	21,540
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部) 1	1, 660	2, 490	3, 32
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部) 2	3, 670	5, 505	7, 340
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部) 3	4, 360	6, 540	8, 720
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外) 1	1, 280	1,920	<i>.</i>
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外) 2	3, 230	4,845	
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外) 3	4, 160	6, 240	
K194	神経捻除術(後頭神経)	4, 410		
	神経捻除術(上眼窩神経)	4, 410		
	神経捻除術 (眼窩下神経)	4, 410		
	神経捻除術(おとがい神経)	4, 410		
	神経捻除術 (下颚神経)	7, 750	/	
(194-2	战隔神経麻痺術	4, 410		
194-3	眼窩下孔部神経切断術	4, 410		
194-4	おとがい孔部神経切断術	4, 410		
195	交感神経切除術(頸動脈周囲)	7, 930		
	交感神経切除術 (院動脈周囲)	7, 750	. 11, 625	
195-2	尾助脈腺擠出術	7, 750		
196	交感神経節切除術(頸部)	23, 660		
	交感神経節切除術(胸部)	16, 340		
	交感神経節切除術(腰部)	16, 240		
196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18, 500		
196-3	ストッフェル手術	12, 490	18, 735	24,980
196-4	閉鎖神経切除術	12,490	18, 735	24, 980

末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経)

K196-5

K197

K198

K606

神経移行術

神経移植術

血管露出術

18, 735

35, 490

35, 280

795

47, 320

47,040

1,060

12, 490

23,660

23, 520

530

手術	<u> </u>	T to be 100		
K607	血管結紮術(開胸又は開腹を伴う)	健保点数 10,550	×1.5	×2.0
,	血管結紮術(その他)	3, 130	4, 695	6, 260
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
K607-2	血管総合術(簡単なもの)	3, 130	4, 695	6, 260
K607-3	上院動脈表在化法	5,000	7,500	-
K608	動脈塞栓除去術 (開胸又は開腹を伴うもの) 	28, 560		
i	動脈塞栓除去術(その他)(観血的なもの)	11, 180	16, 770	22, 360
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680		
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130		
K609	動脈血栓内膜摘出術(大動脈に及ぶ)	40, 950	61, 425	
	動脈血栓内膜擠出術 (內頸動脈)	43, 880	65, 820	
	動脈血栓内膜摘出術(その他)	25, 860	38, 790	51, 720
K609-2	経皮的顎動脈ステント留置術	34,740		
K610	動脈形成符、吻合術(頃蓋内動脈)	81,720		
	動脈形成粉、吻合術(胸腔内動脈)(大動脈を除く)	47,790		
	動脈形成術、吻合術(腹腔内動脈)(大動脈を除く)	47, 790		
	動脈形成術、吻合術(指(手、足)の動脈)	15, 340	23, 010	30, 680
	動脈形成術、吻合術 (その他の動脈)	18, 080	27, 120	36, 160
K610-2	脑新生血管造成術	52, 550		
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	18,080		
K610-4	四肢の血管吻合術	18,080	27, 120	36, 160
K610-5	血管吻合術及び神経再接合術(上腕助脈、正中神経及び尺骨神経)	18,080	27, 120	36, 160
K611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーデル設置 (開腹)	17, 940		
	抗悪性順瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持統注入用植込型カテーテル設置(四肢)	16, 250	24,375	
		16, 640		
 K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760		
K613	肾血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術)	31,840		
K614	血管移植術、バイパス移植術(大動脈)	70, 700		
	血管移植術、バイパス移植術(胸腔内動脈)	64,050		
	血管移植術、パイパス移植術(腹腔内助脈)	56, 560		
	血管移植術、バイバス移植術(頭、頸部動脈)	55, 050		

手術		健保点数	×1.5	×2. 0
	血管移植術、バイバス移植術(下腿、足部助脈)	62, 670	94, 005	
	血管移植術、パイパス移植術(その他の動脈)	30, 290	45, 435	60, 580
K615	血管寒栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)(止血術)	19, 260		
	血管塞拴術(頭部、胸腔、腹腔内血管)(選択的助脈化学塞拴術)	18, 220		
	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)(その他)	16, 930		
K615-2	経皮的大動脈遮断術	1,390		
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	20, 540	30, 810	41,080
K616-2	類動脈球摘出術	10, 800		
K616-3	· 経皮的胸部血管拡張術 (先天性心疾患術後に限る。)	24, 550		
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18, 080	27, 120	36, 160
K617	下肢静脉癌手術 (抜去切除術)	10, 200	15, 300	
	下肢静脈瘤手術 (硬化療法)	1,720	2, 580	
	下肢静脈瘤手術(高位結紮術)	3, 130	4, 695	
K617-2	大伏在静脈抜去術	11,020	16, 530	22, 040
K617-3	静脈癌切除術(下肢以外)	1,820	2, 730	3, 640
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	14, 360	21,540	28, 720
<u>K617-5</u>	<u>内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通核切離桁</u>	10, 200	15, 300	
K618	中心静脈注射用植込型カテーテル設置 (四肢)	10, 500		
	中心静脈注射用植込型カテーテル設置(頭頸部その他)	10, 800		
K619	静脈血栓摘出術 (朋腹を伴うもの)	22, 070		
	静脈血栓摘出術(その他)(観血的なもの)	. 13, 100	19, 650	26, 200
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32, 100	48, 150	
K620	下大静脈フィルター留置術	10, 160		
K620-2	下大静脈フィルター除去術	6, 190		
K621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	40, 650		
K622	胸管内頸静脈吻合術	37, 620		./
K623	静脈形成術、吻合術 (胸腔内静脈)	25, 200		
	静脈形成術、吻合術 (腹腔内静脈)	25, 200		
	静脈形成術、吻合術(指-(手、足) の静脈)	12, 970	19, 455	25,940
	静脈形成術、吻合術(その他の静脈)	16, 140	24, 210	32, 280
	<u> </u>			·

		健保点数	×1.5	×2,0
623-2	牌腎静脈吻合術	21, 220		
	初診時ブラッシング料	91		
	指の創傷処理(労災特掲・1本)	940		
	指の創傷処理(労災特掲・2本)	1,410		
	指の創傷処理(労災特掲・3本)	1,880		
	指の創傷処理(労災特掲・4本)	2, 350		
	指の創傷処理(労災特掲・5本)	2, 350		
	指の骨折非観血的手術(労災特掲・1本)	2, 880		
	指の骨折非観血的手術 (労災特掲・2本)	4, 320		
	指の骨折非観血的手術(労災特掲・3本)	5, 760		
	指の骨折非観血的手術(労災特掲・4本)	7, 200		
	指の骨折非観血的手術 (労災特掲・5本)	7, 200		
	術中透視装置使用加算	220		
	手指の機能回復指導加算	190		

疾患別リハビリテーション

		点数	×1.5	×2.0
H000	心大血管疾患リハビリテーション料(I)	250	375	
	心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅱ)	105	158	
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	250	375	
	脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	200	300	
	脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ)	100	150	
H002	運動器リハビリテーション料(I)	185	278	
	運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	180	270	
	運動器リハビリテーション料 (Ⅲ)	85	128	
H003	呼吸器リハビリテーション料 (I)	180	270	
*	呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)	85	128	

職場復帰プログラムの例 (精神科ショート・ケア、3時間コース)

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

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

労働	者災害	補償保	険		-	1 H	~予 日 ~~~~	理箋	_			第	旦
氏	名						生年人	月日 明大昭平	正 和	≡ ∮	B	男	• ‡
	多又は	昭和	4	Ę	月	月	傷病	名					
	年月日 業前の	平成				「深夜	 勤) 復	 帰を希望	!				
	種					有・	- 11	する職種	原職	• 事務職 ————	・ その他(
					就	労に当れ	こって必 	必要な指	導事項		·		
1	_	内容変更		更性									
)(理由:		whi who L	erlen anler Taxa" .	. h !!!	A (6-20))	2 ts	に			
2						ありの場合				T //b /	,		
		***				平方1側のデ	אַנוּווּק (4	が、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、一つ、	务可 ⑤その	の他(,		
	ĺ	~③の場							•				
	平	戏 	年 	月 	頃まで	_ 丿							
3	勤務問	宇間調整	の必要	性									
						時	間まで)		② なし				
*	-	の場合、					. B		~ 1.	@ v**	********		
		•				時			_	③ 探	夜勤不可		
4	遠隔地	也出張(希	皆泊を作	半うもの	、海外占	出張など)の制限	の必要性	Ė ·				
	① あり	(制限() (・禁止)	2	なし	1		
5	自動車	運転・危	を険を	半う機械	操作等	、作業内	容制限	の必要性	生				
	① あり	()	2	かなし				,	
6	対人業	終の制	限の必	要性									
	① あり	()	2	なし					
7						いばならな での人間		等につい	いて				
	ſ ·)
	٠ .												<u>J</u>
				就労に	と当たっ	て必要	とされる	が療養に	関する指導	尊事項	•		
1	就労に	当たって	(必要	とされる	療養に	関する指	導事項			· · · · ·		- 	_
									•				
2	今後の	療養の	予定										
	月に		回程	度の診?	寮予定					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
平	成	年		月	月		-L	所在地			·	<u> </u>	
						病	完又は	名称	. "				
						診り	寮所の	医師名					
		旨導管理						区即省					(

労働者災害	補償保険	;	指導	管理領	箋(産業	医提出	用)	,	第	回目
氏名		,			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月 ·	男 男 ・	女
休業前の 職 種				深夜勤 有・無	復帰を希望	原職	 事務職 	その他(()
_	(1.			1 <u>@</u> H2) (2	<u></u>)
病 名	<u> </u>									
発症(受傷)	年月日 (年	月	日・不	明)初	診年月日	(年 月	1	日)
刀診時症状			•							
、院 (年	月	日)	~	(年	,月	日)			
館院 (· 年	月	月)	~	(年	月	日)			
岗状経過	(①不変	②改善例	頁向 •	③軽快	• ④ 寛解 •	⑤その他())		
見在の症状		*			•		•		_)
在の治療	 内容(薬剤の	 内容を含む)に関	する特記				- 	-)
DJT-^>1D\X	(1414) XX A3001	74.646	, /(C)X	. 7 ' 3 71'1 BL					•	
					1			·		
後の治療	予定 (①入院 ·	②入[8	完及び通	院・ ③通院	・④治療	不要)		
院 (年	月	日)	~	(年	月	日)			
院(年	月	日)	~	年	月	日)	1月に	回程度	Ē
状固定の	見込み	年	月頃	į						
労に当たっ	って勤務内容	に対する意	見				,			
L 勤務下	可能(条件なし	.)								
	可能(条件あり	_	‡のある	期間	平成	年	月頃まで	ነ .		
		•			1 /24		77 75 0	-)		
	務内容の変更		₹`• §	문		ı				
イ 作	業内容の制限									
					・肉体労働の	み制限・	普通勤務可	・その他())
ウ 時	間外労働の勢	ķ止・軽減	不要	• 要	(特記事項:			•)
エ 遠	隔地出張(宿	泊を伴うもの	2、海外	出張など)の禁止・軽減	咸		•	•	
			不要	要	(特記事項:)
才 自	動車運転·危	険を伴う機	械操作	等の制限						
7	不要 ・ 要	(特記事項	į:			•)
力 対	人業務の制限	Ę						,		
	不要 ・要	(特記事項	:)
キ そ(の他勤務内容	に対する意	見(例	:職者の力	てきさ、労働の	8度、職場で	の人間関係	案)		~
_	(•••		١
	<u>·`</u> って必要な職	 退での図音								
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	> C 201321341141	<i>(1)</i>	, Am							
•	•									
 記のとおり)診断します。				··					
平成	年	月	日		所在地	1				
一灰	-1-	/3	Н	病院又		3				
				7/3/2/0/	名称					
				診療所	<i>の</i>					
	· ·				医師名					<u> </u>

労働者災害	補償保険		指	導管:	里箋				第	回目
氏名				生年月	明治 大昭和 平成	年	月	Я	男	・女
負傷又は 発病年月日	昭和 平成	年 月	B	傷病名						
休業前の			深夜	· 11	を希望	原職・	事務職・	その他(
職種	<u>,</u>	<u>-</u>	と対して は労に当た		5職種 5な指導	事項				
1 職務内	 内容変更の必									
① あり) (理由:)	② なし				
2 作業制	削限の必要性	(職務内容変	を更ありの場	場合、作業	制限の	有無)				
①軽 /	f業可 ②-	-般事務可	③肉体労	働のみ制	限 ④	普通勤務	可 ⑤その	の他()
(0-	~③の場合そ	· の期間(推定	₹)							
平月	龙 年	月 頃ま	で							
<u> </u>	データ		J.							
) (18			存間よべ)		② なし				
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	、(Iロ の場合、時間		_	ははま ()		@140				
_				持間まで)		<i>ወ</i> ታረገ	③ 深夜	勤不可		
_	也出張(宿泊を					_		<i>59</i> 3 1 · 3		
		コープロマン、存	EN PILLIMAN C				3 <1			
_	(制限(44. S. 104. 4. 5. 4. 5.		•		②:	なし			
5 自動車	運転・危険を	:伴う機械操	作等、作業	内容制限	の必要性	生				
① あり	()	27	まし					
6 その他	就労に当たっ	って配慮しな	ければなら	ない事項	等につい	17				_
ſ			•							
٠ ـ										<u> </u>
		就労に当た			養に関	引する指導 	事項			
l 就労に <i>仁</i>	当たって必要	要とされる療 者	乗に関する	指導事項	1			-		`
								•		
· へ 2 今後の	療養の予定								•	7
月に		屋度の診療予	定							
———— 平成				F	近在地					-
1 794	•	,,		- 完又は			···			
			診り	<i></i>	<u> </u>			·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
			H27)		医師名_	·				1
入院治	旨導管理箋は 溶を伴わず〕 当たっての痞	通院療養を3	カ月以上総	続してい	る者で就	労が可能	と医師が認	ぬる者に	対し、	

労働者災害	F補償保険	扌	旨導管	 寶理	箋()	産業	医提出	用)			第	回目
氏名					生生	手月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	男	・女
休業前の 職 種				深夜勤 有・無	11	帰を希望 る職種	原職	・事務職	そ	の他()
病名	(1.) (2.			•)
発症(受傷)	年月F(年	月	日	不明)初記	9年月日	(年	月		日)
初診時症状	; (*								•		
入院(年	月	日)	~	(年	月	日)				
通院(年	月	日.)	~	(年	月	日)				
病状経過	(①不変	・ ②改善	傾向・	③軽	夬	④寛解	・⑤その化	<u>t</u> ()	•	,	
現在の症状	: []
		内尔夫会会	+ \ \ \ \ \ -	担一てル	±.≑つ *#		·					_ر
現代の行派	内容(薬剤の	内谷を古る	الم المرا	対する 1	守記事	一段			•			
1 勤務	年 年	ر(ر	日) 日) 月頃	~ ~	(年		日)	<u>1月に</u> ———		回程	建度
1	務内容の変見		更・要	į								,
イ 作	業内容の制限 不要 · 要		Т. <u> </u>	1 重 次 5	எ. க	体验制。	かり生間は	。 处记 器 数 13	হল . ১	こ の(4) (;)
 ウ 時	不安 · 安 間外労働の勢					1本万場。 2事項:	ンの大山山区	。 自 四 動 //	万 □ ~ ~	C07166 (,,
1	隔地出張(宿						圣減					,
			不要	・要	(特部	巴事項:	9	•)
才 自	動車運転・危			等の制	順							
	不要・要の他帯数中で)
カ そ	の他勤務内容 <i>(</i>	かに対する	思兄					i,				, 1
就労に当た	<u>、</u> って必要な職	場での留意	 意点							· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
		 1								•		
						•						
L				_					<u> </u>			
)診断します。											
平成	年	月	Ħ	病院	又は .	所在地				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		·
				診療原		<u>名称</u>						
				D乡7天	رب از	医師名				•		<u> </u>

処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い

İ			・介達牽引 ・矯正固定 ・変形機械矯正術 ・変形機械矯正術 ・医部又は胸部固定帯固定 ・低出力レーザー照射	・消炎鎮痛等処置 (湿布処置) ・肛門処置 ※ 診療所外来のみ	疾患別リハビリテーション
	1	・介達牽引 ・角正固定 ・変形機械矯正術 ・消炎鎮痛等処置 (マッサージ等の手技 による療法) ・消炎鎮等による療法) ・に変異等にの ・腰部又は ・低出力レーザー照射	3部位(局所)まで算定	同、	疾患別リハビリテーションの 所定点数の他に、介達率引、 が選手引、で変様の手技による 境に固定、変形の手技による 療法」、「器具等による療 法」、「器具等による療 法」、腰部又は胸部固定帯固 定、低出力レーザー照射のい ずれか1部位(局所)を算定 *注4
	2	・消炎鎮痛等処置 (湿布処置) ・肛門処置 ※ 診療所外来のみ		1 日につき所定点数を算定 【倍率が異なる部位ごとに 算定し合算】	「湿布処置」1部位又は肛門 処置と疾患別リハビリテー ションの所定点数を算定
		上記1及び2の処置を併施 した場合			疾患別リハビリテーションの 所定点数と「湿布処置」1部 を 位文は肛門処置の他に、 が 電子、 意子を で、 でマッサージ等の手は による療法」、「器具等に による療法」、医 部又 に 関部 で、 のいず一照射 のいず のいず のいず のいず のいず のいず のいず のいず のいず のいず

- *注1 上記1及び2については、それぞれ異なる部位(局所)に行った場合のみ算定できます。
- *注2 上記2については、それぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「湿布処置」及び肛門処置となります。
- *注3 上記1のいずれかを複数部位(局所)に行っている場合は、上記2の所定点数を算定することなく、上記1のいずれか 3部位(局所)までの点数を算定することとしても差し支えありません。
- *注4 上記1のいずれかを複数部位(局所)に行っている場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することな く、上記1のいずれか3部位(局所)までの点数を算定することとしても差し支えありません。
- :注5 上記1及び2のいずれかを複数部位(局所)に行っている場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、上記2の所定点数の他に上記1のいずれか計2部位(局所)までの点数、若しくは、上記1のいずれか3部位(局所)までの点数を算定することとしても差し支えありません。
- *注6 消炎鎮痛等処置のうち湿布処置のみ四肢加算の取扱いで手及び手指については2倍で算定できます。

入院基本料特例取扱点数一覧表

A100 一般病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,591 点	7:1以上 70%以上	18日以内	2,068 点	1,607 点
10対1入院基本料	1,332 点	10:1以上 70%以上	21日以内	1,732 点	1,345 点
13対1入院基本料	1,121 点	13:1以上 70%以上	24日以内	1,457 点	1,132 点
15対1入院基本料	960 点	15:1以上 40%以上	60日以内	1,248 点	970 点

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2 週間以内 (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)
所定点数から100分の20減算	- 点	月平均夜勤時間72時 満たせない場合 (3)	間以下の要件のみを 月を限度)	- 点	- 点
特別入院基本料	584 点	上記各区分の要件 療機関	に該当しない医	759 点	590 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

A101 療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料1

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料A	1,810 点			2,353 点	1,828 点
入院基本料B	1,755 点			2, 282 点	1,773 点
入院基本料C	1,468 点	20:1以上		1,908 点	1,483 点
入院基本料D	1,412 点			1,836 点	1,426 点
入院基本料E	1,384 点		20:1以上	1,799 点	1,398 点
入院基本料F	1,230 点		20%以上	1,599 点	1,242 点
入院基本料G	967 点	20%以上		1,257 点	977 点
入院基本料H	919 点			1,195 点	928 点
入院基本料 I	814 点			1,058 点	822 点

療養病棟入院基本料2

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	2 週間以内 (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料A	1,745 点			2,269 点	1,762 点
入院基本料B	1,691 点			2, 198 点	1,708 点
入院基本料C	1,403 点	25:1以上		1,824 点	1,417 点
入院基本料D	1,347 点		25:1以上 20%以上	1,751 点	1,360 点
入院基本料E	1,320 点			1,716 点	1,333 点
入院基本料F	1,165 点			1,515 点	1,177 点
入院基本料G	902 点	20%以上		1,173 点	911 点
入院基本料H	854 点			1,110 点	863 点
入院基本料 I	750 点	-		975 点	758 点

	基本点数	看護配置		2 週間以内	2週間超
区分		看護師比率		(1.30倍)	(1.01倍)
療養病棟入院基本料 2		月平均夜勤時間72時間以下の要件のみを満 たせない場合 (3月を限度)		- 点	一 点
特別入院基本料	576 点	上記要件に該当した	ない医療機関	749 点	582 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

A102 結核病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,591 点	7:1以上 70%以上		2,068 点	1,607 点
10対1入院基本料	1,332 点	10:1以上 70%以上	. /.	1,732 点	1,345 点
13対1入院基本料	1,121 点	13:1以上 70%以上		1,457 点	1,132 点
15対1入院基本料	960 点	15:1以上 40%以上		1,248 点	970 点
18対1入院基本料	822. 点	18:1以上 40%以上		1,069 点	830 点
20対1入院基本料	775 点	20:1以上 40%以上		1,008 点	783 点

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2 週間以内 (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)
所定点数から 100分の20減算	一 点	月平均夜勤時間72時 満たせない場合 (3	間以下の要件のみを 月を限度)	· 一 点	一 点
特別入院基本料	559 点	上記各区分の要件 療機関	に該当しない医	727 点	565 点

*注 入院の日から起算して(1日につき)

A103 精神病棟入院基本料

	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内	2週間超
区分	选个 点级	看護師比率	GAF尺度等	(1. 30倍)	(1.01倍)
		10:1以上	40日以内		
10対1入院基本料	1,271 点 	70%以上	GAF尺度30以下の患者 が5割以上	1,652 点	1,284 点
		13:1以上	80日以内	1,230 点	955 点
13対1入院基本料	946 点	70%以上	GAF尺度30以下又は身 体合併症を有する患者が 4割以上		
15対1入院基本料	824 点	15:1以上		1,071 点	832 点
10月1八帆盔本科	024 m	40%以上		1,011 //	002 M
18対1入院基本料	735 点	18:1以上	_	956 点	742 点
10月1八烷基平析	135 从	40%以上		300 JR	W 75.1
20対1入院基本料	680 点	20:1以上 40%以上		884 点	. 687 点

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
所定点数から 100分の20減算	一 点	72時間以下の要件のみを満たせない場合 (3月を限度)		一 点	一 点
特別入院基本料	559 点	看護配置25:15 の要件に該当しな	人上で上記各区分 ない医療機関	.727 点	565 点

^{*}注 入院の日から起算して (1日につき)

A104 特定機能病院入院基本料

	区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内	2週間超
区分			看護師比率	GAF尺度等	(1.30倍)	(1.01倍)
. A.Cort= +-tar	7対1入院基本料	1,599 点	7:1以上 70%以上	26日以内 —	2,079 点	1,615 点
一般病棟	10対1入院基本料	1,339 点	10:1以上 70%以上	28日以内	1,741 点	1,352 点
	7対1入院基本料	1,599 点	7:1以上 70%以上	_	2,079 点	1,615 点
結核病棟	10対1入院基本料	1,339 点	10:1以上 70%以上		1,741 点	1,352 点
本百1×7/91米	13対1入院基本料	1,126 点	13:1以上 70%以上		1,464 点	1,137 点
	15対1入院基本料	965 点	15:1以上 70%以上		1,255 点	975 点
-			7:1以上	40日以内	-	
	7対1入院基本料	1,350 点	70%以上	GAF尺度30以下の 患者が5割以上	1,755 点	1,364 点
			10:1以上	40日以内	, ,	
مياري مناس کے ان بواندان	10対1入院基本料	1,278 点	70%以上	GAF尺度30以下の 患者が5割以上	1,661 点	1,291 点
精神病棟			13:1以上	80日以内		
	13対1入院基本料	951 点	70%以上	GAF尺度30以下又 は身体合併症を有す る患者が4割以上	1,236 点	961 点
	15対1入院基本料	868 点	15:1以上 70%以上	-	1,128 点	877 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

A105 専門病院入院基本料

	基本点数	看護配置	平均在院日数	2 週間以内	2週間超
区分	签件示数	看護師比率	十岁在虎口数	(1.30倍)	(1.01倍)
7対1入院基本料	1,591 点	7:1以上 70%以上	28日以内	2,068 点	1,607 点
10対1入院基本料	1,332 点	10:1以上 70%以上	33日以內	1,732 点	1,345 点
13対1入院基本料	1,121 点	13:1以上 70%以上	36日以内	1,457 点	1,132 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

A106 障害者施設等入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	2 週間以内 (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,588 点	7:1以上 70%以上	2,064 点	1,604 点
10対1入院基本料	1,329 点	10:1以上 70%以上	1,728 点	1,342 点
13対1入院基本料	1,118 点	13:1以上 70%以上	1,453 点	1,129 点
15対1入院基本料	978 点 -	15:1以上 40%以上	1,271 点	988 点

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	2 週間以内 _ (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)
所定点数から 100分の20減算	一 点	月平均夜勤時間72時間以下の要件のみ を満たせない場合 (3月を限度)	一 点	- 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

A108 有床診療所入院基本料

1 有床診療所入院基本料1

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内 .	861 点		1,119 点	
15日以上30日以内	669 点	看護職員7人以上		676 点
31日以上	567 点			573 点

2 有床診療所入院基本料2

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	770 点		1,001 点	
15日以上30日以内	578 点	看護職員4人以上7人未満		584 点
31日以上	521 点			526 点

3 有床診療所入院基本料3

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	568 点		738 点	
15日以上30日以内	530 点	看護職員1人以上4人未満		535 点
31日以上	500 点			505 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

A108 有床診療所入院基本料

4 有床診療所入院基本料4

区分	基本点数	看護配置	2 週間以内 (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	775 点	,	1,008 点	
15日以上30日以内	602 点	看護職員7人以上		608 点
31日以上	510 点			515 点

5 有床診療所入院基本料 5

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	693 点		901 点	
15日以上30日以内	520 点	看護職員4人以上7人未満		525 点
31日以上	469 点			474 点

6 有床診療所入院基本料 6

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2 週間超 (1.01倍)
14日以内	511 点		664 点	
15日以上30日以内	477 点	看護職員1人以上4人未満		482 点
31日以上	450 点			455 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

A109 有床診療所療養病床入院基本料

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2 週間以内 (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)		
入院基本料A	994 点	6:1以上 (4:1以上) ※		1,292 点	1,004 点		
入院基本料B	点 888			1,154 点	897 点		
入院基本料C	779 点		(4:1以上)	(4:1以上)	6:1以上 (4:1以上)	1,013 点	787 点
入院基本料D	614 点			*	798 点	620 点	
入院基本料E	530 点	i		689 点	535 点		

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

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2 週間以内 (1. 30倍)	2週間超 (1.01倍)
特別入院基本料	459 点	上記要件に該当し	ンない医療機関	597 点	464 点

^{*}注 入院の日から起算して(1日につき)

支給対象	関係条文及び通達	告示様式の名称番号	請求方法	支給額
障害(補償)給付の支給を受けようとする者が、障害(補 償)給付請求書に添付して提出した「障害の部位及び状態に 関する診断書」(以下「障害の状態に関する診断書」という。)		障害(補償)給付請 求書 (様式第10号、第16 号の7)	療養の費用請求書 告 示 様 式 第 7 号 (1)、第16号の5(1)	4,000円
障害(補償)年金の受給権者が、障害の程度に変更があったとして、障害(補償)給付変更請求書に添付して提出した 「障害の状態に関する診断書」	l •	障害(補償)給付変 更請求書 (様式第11号)	病院等 → 労働者 → 署	4,000円
労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることにより遺族(補償)年金転給等請求書を添付して提出した「障害の状態に関する診断書」(労働者の死亡が業務上でないという理由で遺族(補償)年金支給の対象とならなかった場合における診断書を除く。)	第5号及び第7号	遺族(補償)年金請 求書 (様式第12号、第16 号の8) 遺族(補償)年金転 給等請求書 (様式第13号)		4,000円
障害の状態にあることにより遺族(補償)年金の受給権者となっている者及び遺族(補償)年金の受給権者である妻が、定期報告書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」(障害の状態にあることにより遺族(補償)年金の受給資格を有し、かつ、受給権者と生計を同じくしている者についての障害の状態に関する診断書を含む。)	則第21条第2項第2号	年金等の受給権者の 定期報告書 (様式第18号)		4,000円

7]

日以後傷病	負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した (補償)年金の支給決定に必要と認めた場合に傷 に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に 書」		傷病の状態等に関す る届 (様式第16号の2)	→ 署	4,000円
目において	負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した 治っていない場合に、同日以後1ヵ月以内に提出 の状態に関する届出に添付して提出した「傷病の る診断書」	則第18条の2第3項	同 上		4,000円
疾病が毎年 るときに同 請求書に添	i債)給付の支給を受けようとする者の負傷又は 1月1日において療養開始後1年6ヵ月を経過してい 月中のいずれかの日の分を含む休業(補償)給付 付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付 た「傷病の状態に関する診断書」	則第19条の2第2項	傷病の状態等に関す る届 (様式第16号の11)		4,000円
	償)年金の受給権者が定期報告書に添付して提出 又は疾病の状態に関する診断書」	則第21条第2項第3号	年金等の受給権者の 定期報告書 (様式第18号)		4,000円
場合に提出	i償)年金の受給権者が障害の程度に変更があった はする傷病の状態の変更に関する届書に添付する 態に関する診断書」	則第21条の2第4項	傷病の状態の変更に 関する届 (年金申請様式第4 号)		4,000円
	償) 給付の支給を受けようとする者が介護 (補償) 求書に添付して提出した「診断書」	則第18条の3の5 第3項第1号	介護(補償)給付支 給請求書 (様式第16号の2の2)	※障害(補償)年 金受給者である場 合については、療 養の費用請求書	4,000円

_					
	労働基準監督署長が、療養(補償)給付を 受けている者(傷病(補償)年金を受けてい る者を含む。)について療養の継続の要否、入 院療養の要否、治ゆ等を判断するために必要 と認め、診療担当医師に診断書の提出を求め		· .	○指定病院等通達別紙請求書、診機様式第1号の2病院等 → 局○非指定病院等	5,000円
	た場合における当該診断書			通達別紙請求書、診機様式第1号の3 病院等 → 署	
	休業(補償)給付請求書における診療担当 者の休業に関する証明	則第13条 第2項	休業(補償)給 付請求書 (様式第8号、様 式第16号の6)	診療費請求書(含内訳)	2,000円
	看護の給付の看護費用の額の証明書における診療担当者の看護に関する証明	則第12条の 2第3項	昭和63年5月12日 基発第315号別紙 様式1	○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) 病院等 → 労働者 → 署	1,000円
	労働基準監督署長が労災法第47条の2の規 定による受診命令に基づいて作成依頼する意 見書等				一般的な医学事項 7,000円 特に高度な医学的 事項 20,000円
	はり・きゅう及びマッサージの施術に係る 診断書	昭57.6.2 基発第384号	はり・きゅう診 断書 (様式第1号) マッサージ診断 書	○指定病院等 診療費請求書 (含内訳) 診機様式第1号 (含2~5) 病院等 → 局	はり・きゅう単独、 一般医療と併用 3,000円 「施術効果の評価 表」添付の場合
			(様式第2号) 昭57.5.31 基発第375号	○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) 病院等 → 労働者 → 署	4,000円 マッサージ 3,000円

初診料(注2から注4)について

診療報酬の算定方法の一部を改正する件 平成26年厚生労働省告示第57号

注2

病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)及び許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が500以上である地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

注3

病院である保険医療機関(許可病床数が500床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

注4

当該保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)における医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第495号。以下「薬価基準」という。)に収載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

救急医療管理加算について

診療報酬の算定方法の一部を改正する件 平成24年厚生労働省告示第76号

A205 救急医療管理加算(1日につき) 800点

注1 救急医療管理加算は、地域における救 急医療体制の計画的な整備のため、入院可 能な診療応需の態勢を確保する保険医療機 関であって、別に厚生労働大臣が定める施設 基準に適合しているものとして地方厚生局長 等に届け出た保険医療機関において、当該態 勢を確保している日に救急医療を受け、緊急 に入院を必要とする重症患者として入院した 患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料 等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、 救急医療管理加算を算定できるものを現に算 定している患者に限る。)について、入院した 日から起算して7日を限度として所定点数に 加算する。 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 平成26年厚生労働省告示第57号

A205 救急医療管理加算(1日につき)

- 1 救急医療管理加算1800点
- 2 救急医療管理加算2 400点

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該急等を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に第2にいる患者に限る。)について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。



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 平成24年3月5日保医発0305第1号

A205 救急医療管理加算

- (2) 当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。
- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 工 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病 等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

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 平成26年3月5日保医発0305第3号

A205 救急医療管理加算

- (2) <u>救急医療管理加算1</u>の対象となる患者は、次に 掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に 入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、 当該加算は、入院時において当該重症患者の状態 であれば算定できるものであり、当該加算の算定期 間中において継続して重症患者の状態でなくても算 定できる。
- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 工 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病 等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)の アからケに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察 等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患 者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアから ケに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであ り、当該加算の算定期間中において継続してアから ケに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。



運動器リハビリテーション料について

診療報酬の算定方法の一部を改正する件 平成22年厚生労働省告示第69号

H002 運動器リハビリテーション料

注2 運動器リハビリテーション料(I)に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料(I)を算定する。

(平成22年厚生労働省告示第73号)

- 二 運動器リハビリテーション料の注2に規定する 別に厚生労働大臣が定める患者
- ■上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺 その他の急性発症した運動器疾患又はその手術 後の患者であって、入院中の患者以外のもの
- ■関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動 機能及び日常生活能力の低下を来している患者

診療報酬の算定方法の一部を改正する件 平成26年厚生労働省告示第57号

H002 運動器リハビリテーション料

平成22年厚生労働省告示第69号注2(削除)

運動器リハビリテーション料 I が 外来でも算定可能に。

創傷処理について

診療報酬の算定方法の一部を改正する件 平成26年厚生労働省告示第57号

K000 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満) 1.250点
- 2 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) 1,680点
- 3 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) 2,000点
- 4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満) 470点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上 10センチメートル未満) 850点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上) 1,320点
- 注1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。
- 注2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の 創傷に限り460点を所定点数に加算する。
- 注3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。

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)

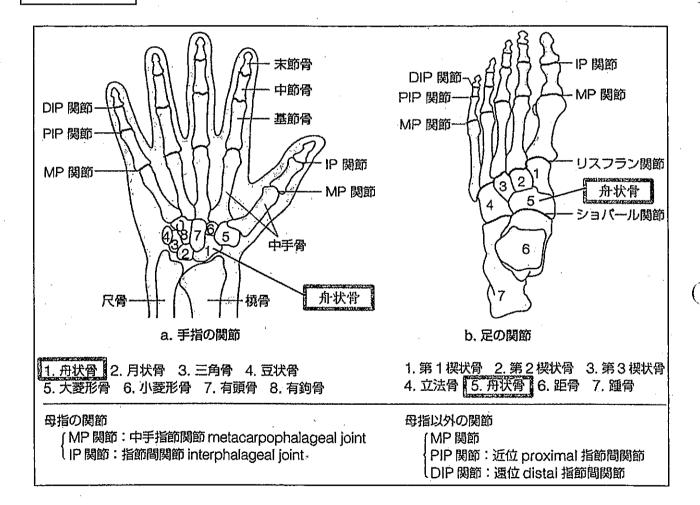
- (1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、 結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2 診以後の手術創に対する処置は区分番号「JOOO」創傷 処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するもの とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に 何らかの処理を行った場合をいう。
- (2) 創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。
- (3)「注2」の「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。
- (4)「注3」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定する。

術中透視装置使用加算について

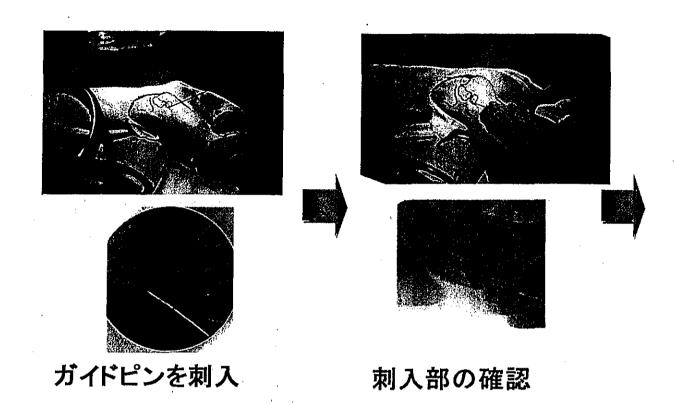
■術中透視装置使用加算

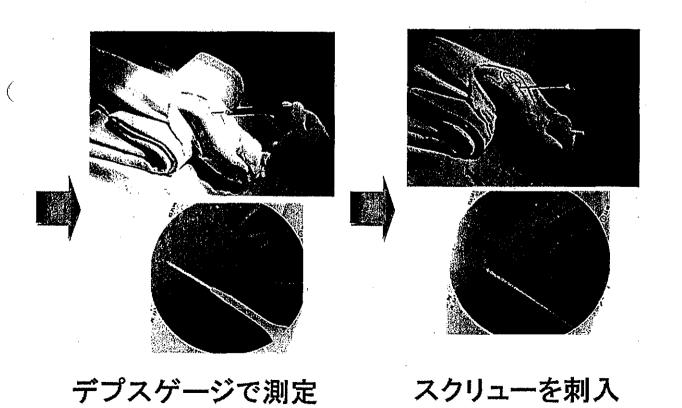
術中透視装置使用加算について、対象部位に「<u>舟状骨</u>」を、対象術式に「<u>骨折経皮的鋼線</u> <u>刺入固定術</u>」を追加するとともに、「<u>脊椎」の「経皮的椎体形成術</u>」を行う際に使用した場合に、220 点算定できることになります。

手足の骨格



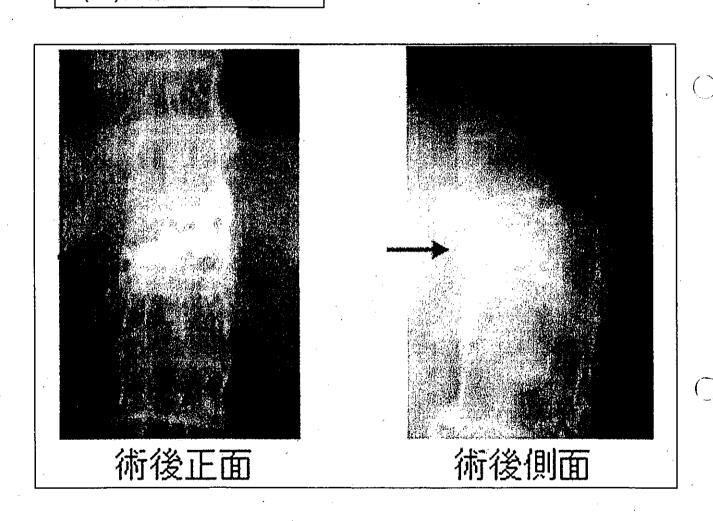
K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術





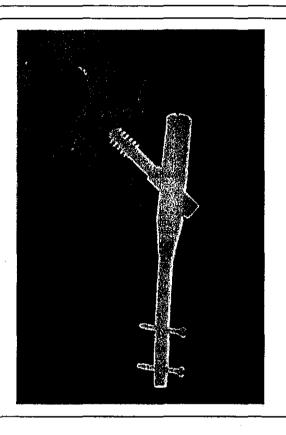
K142-4 経皮的椎体形成術

- ①経椎弓根で椎体骨内充填する。
- ②充填物
 - (a)骨セメント(即効性)
 - (b)ハイドロキシアパタイト
 - (b-1)ハイドロキシアパタイト顆粒 (b-2)リン酸カルシウム骨セメント



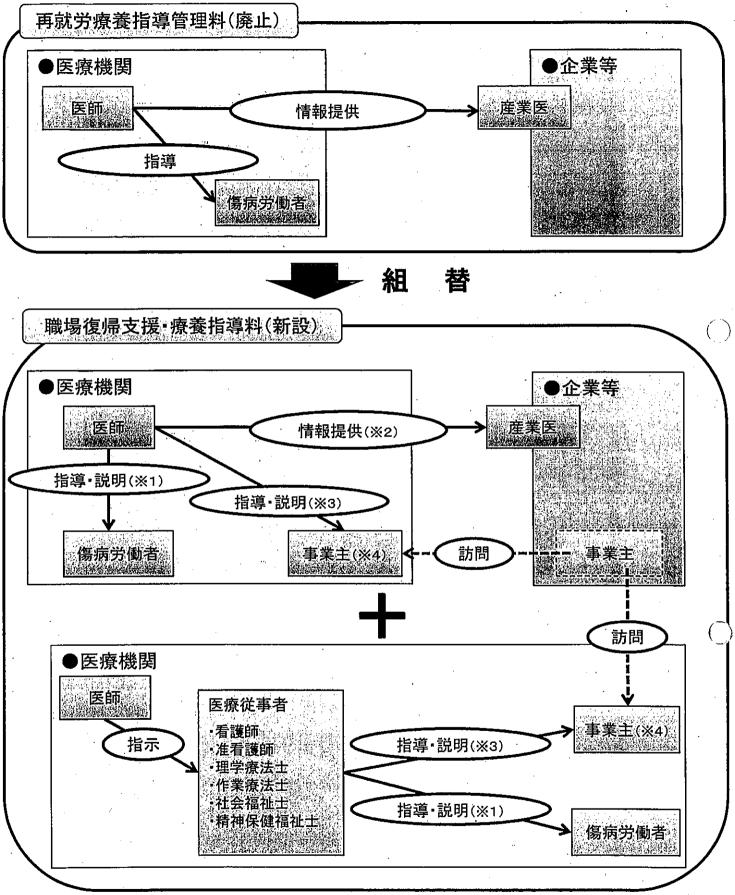
髄内釘、スクリュー固定





- 徒手整復+観血的固定
- プレート、髄内定、スクリューを用いた内固定→
- K046骨折観血的手術 18810点 術中透視装置使用加算220点 骨折観血的手術に対して(労災)

注「大腿骨転子部骨折時のガンマネイル」については、現行算定基準においても算定可能と なります。



- ※1:文書(指導管理箋等)による指導・説明
- ※2:文書(指導管理箋等)をもって情報提供
- ※3:文書又は口頭による指導・説明後、診療録に指導内容の要点を記載
- ※4: 人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者を含む

労災診療費算定基準改定に関する質疑事項

【初診料·再診料】

問1 初診料・再診料が改定されたが、旧料金で請求してくるレセプトについて 増額修正を行う必要はあるか。

【リハビリテーション】

問1 労災リハビリテーション評価計画書については、従来どおり、健康保険の標準的算定日数を超え、さらに1月に13単位を超えた場合に提出が必要になるという理解でよいか。

問2 診療報酬の改定により、脳血管疾患等リハビリテーション料の廃用症候群にかかる点数が引き下げられたが、労災保険では、従来どおり廃用症候群についても通常のリハビリテーション料で算定できるという理解でよいか。

【術中透視装置使用加算】

問1 今回の改定で「舟状骨」が追加されたが、これは文言どおり「舟状骨」の み追加されており、その他の手根骨は対象外という理解でよいか。 問2 対象となる手術は「骨折観血的手術(K046)」及び「骨折経皮的鋼線刺入 固定術(K045)」のみを指し、「関節内骨折観血的手術(K073)」などは含 まないという解釈でよいか。

問3 同一傷病で前腕骨及び舟状骨を負傷した場合において、前腕骨及び舟状骨を同一皮切で骨折観血的手術を行った場合には1回の算定、別皮切で骨折観血的手術を行った場合には2回の算定となるのか。

【労災電子化加算】

問1 算定方法は改定前と同様に、初診及び再診において、医科・歯科、入院・ 外来別にそれぞれ算定可能となるのか。

【職場復帰支援・療養指導料】

問1 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ことになる のか。 問2 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はあるか。

問3 平成26年3月までに「再就労療養指導管理料」を2回算定していた被災労働者について、平成26年4月以降に「職場復帰支援・療養指導料」が算定できる上限は1回という理解でよいか。

問4 平成26年3月までに「再就労療養指導管理料」を2回算定していた被災労働者について、平成26年4月以降に3回目の「再就労療養指導管理料」を算定することはできないという理解でよいか。

問5 再発の場合、「3回」の上限はリセットされるのか。

問6 工の括弧書きを除き、3回を算定する期限は症状固定日までと理解してよいか。

問7 当該項目の算定は、就労している(一部就労を含む)傷病労働者について 算定できないと理解してよろしいでしょうか。

問8 「当該労働者の主治医又は~」の箇所について、主治医から依頼を受けた 医師も対象となるのか。

問9 アについては、離職者についても算定可能か。

問10 アの算定について、レセプトに「指導管理箋」の写を添付する必要はない のか。

問11 ウの指導内容は、「指導管理箋」の記載内容以上の内容である必要があるものと理解してよいか。

また、指導内容が指導管理箋の記載内容未満の場合は算定できないと理解してよいか。

問12 エの「それぞれ3回」とは、「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」を指すのか。

問13 エの括弧書きについては就労していない傷病労働者が対象と思われるが、 「現に就労している」という文言と矛盾するのではないか。

仮に算定できるとなると、指導内容が指導管理箋の内容と異なってくるが、どのような内容を指導すれば算定できるのか。

問14 エの括弧書きについて、「慢性的な疾病を主病とする」とは、「じん肺」 や「振動障害」を除き、その他どのような疾病が対象となるのか。

問15 工の括弧書きは、「医師が必要と認める期間に最大3回」という理解になるのか。

問16 医療機関から当該請求がなされた場合には、医療機関に対して個別照会を 行うことなく、算定要件を満たしているものとして3回を上限に算定可とし てよいか。

【その他】

問1 健保改正により入院基本料に各種加算が新設されたが、「労災診療費算定 マニュアル」(平成24年度版)のp33の表中での位置付けはどうなるのか。 問2 労災の救急医療管理加算(入院)と改定された健保の救急医療管理加算の 算定はどのように場合分けをすればよいか。

基 発 第 7 2 号 昭和51年1月13日 最終改正 基発0331第6号 平成26年3月31日

各都道府県労働局長 殿

労働省労働基準局長

労災診療費算定基準について

標記については、昭和51年1月13日付け基発第72号(最終改正:平成26年1月14日) により取り扱ってきたところであるが、今般、下記のとおり改め、平成26年4月1日以 降の診療に適用するので、了知の上、取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

1 労働者災害補償保険法(以下「法」という。)の規定による療養の給付に要する診療費の算定は、診療報酬の算定方法(平成20年3月5日厚生労働省告示第59号(最終改正:平成26年3月5日))の別表第一医科診療報酬点数表及び第二歯科診療報酬点数表(以下「健保点数表」という。)の診療報酬点数(以下「健保点数」という。)に労災診療単価を乗じて行うものとする。ただし、初診料、再診料、処置、手術、リハビリテーション料の一部及び入院基本料等の額又は点数は、次に定めるところによるものとする。

(1) 初診料 3,760円

- ア 労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できるものとする。したがって、既に傷病の診療を継続(当日を含む。以下同じ。)している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により、初診を行った場合は、初診料を算定できるものとする。
- イ 健保点数表(医科に限る。)の初診料の<u>注 5</u>のただし書に該当する場合(上記アに規定する場合を除く。)については、<u>1,880円</u>を算定できる。

(2)削除

(3) 初診時ブラッシング料 91点 創面が異物の混入、附着等により汚染している創傷の治療に際し、生理食塩水、 蒸留水等を使用して創面のブラッシングを行った場合に算定できる。 ただし、この算定は同一傷病につき1回限り(初診時)とする。

(4) 再診料 1,390円

ア 一般病床の病床数200床未満の医療機関及び一般病床の病床数200床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科において再診を行った場合に算定できるものとする。

イ 健保点数表(医科に限る。)の再診料の<u>注3</u>に該当する場合については、690円を算定できる。

(5) 再診時療養指導管理料 920円

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

(6) 入院基本料

入院の日から起算して2週間以内の期間 健保点数の1.30倍 上記以降の期間 健保点数の1.01倍

入院基本料の点数を、入院の日から起算して2週間以内の期間については、健保 点数(入院患者の入院期間に応じ、加算する点数は含まない。)の1.30倍、それ以降 の期間については、一律、健保点数の1.01倍(いずれも1点未満の端数は四捨五入 する。)とする。

(7) 四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。)の傷病に係る処置等の加算

四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。)の傷病に係る次の処置等の点数は、健保点数の 1.5倍として算定できる (1点未満の端数は1点に切り上げる。)。

なお、手(手関節以下)、手の指に係る次のア、イの処置及びエの手術については、 健保点数の2倍として算定できる。

また、次の工の手の指に係る創傷処理(筋肉に達しないもの。)については、指1本の場合は健保点数表における創傷処理の筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)の点数(以下この項において「基本点数」という。)の2倍とし、指2本の場合は指1本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指3本の場合は指2本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指4本の場合は指3本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指5本の場合は基本点数を5倍した点数とする。

- ア 創傷処置、爪甲除去(麻酔を要しないもの)、穿刺排膿後薬液注入、熱傷処置、 重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置
- イ 関節穿刺、粘(滑)液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法 及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」
- ウ 絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術、皮膚科光線療法、鋼線等による直達 牽引 (2日目以降)、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処 置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、低出力レ

ーザー照射

- エ 皮膚切開術、創傷処理、デブリードマン、筋骨格系・四肢・体幹手術及び神経 ・血管の手術
- オ リハビリテーション
- (8) 手指の創傷に係る機能回復指導加算 190点

手(手関節以下)及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、健保点数表における「皮膚切開術」、「創傷処理」、「デブリードマン」及び「筋骨格系・四肢・体幹」の手術を行った場合に1回に限り所定点数にさらに190点を加算できる。

(9)削除

(10) 削除

(11) 入院室料加算

入院室料加算は、次の①及び②の要件に該当する場合に③に定める金額 を算定できるものとする。

ただし、健保点数表において特定入院料として定められている点数(救命救急入院料、特定集中治療室管理料等)の算定の対象となっている傷病労働者については、入院室料加算は算定できないものであること及び②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とする。

- ① 保険外併用療養費における特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋に収容した場合。
- ② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。
 - ア 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時 監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
 - イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
 - ウ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができない と認めたもの。
 - エ 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急 に入院療養を必要とするもの。
- ③ 医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができる。

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には次に示す額とする。

1日につき 個 室 甲地 10,000円、乙地9,000円 2人部屋 甲地 5,000円、乙地4,500円 3人部屋 甲地 5,000円、乙地4,500円 4人部屋 甲地 4,000円、乙地3,600円

- (12) 削除
- (13) 削除
- (14) ① 消炎鎮痛等処置(「湿布処置」を除く。)、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、介達牽引、矯正固定及び変形機械矯正術(以下「消炎鎮痛等処置等」という。)に係る点数は、負傷にあっては受傷部位ごとに、疾病にあっては1局所(上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹をそれぞれ1局所とする。)ごとに、1日につきくれぞれ健保点数を算定できる。

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

なお、消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーションを同時に行った場合は、疾患別リハビリテーションの点数と、消炎鎮痛等処置等の1部位(局所)に係る点数をそれぞれ算定できる。

- ② 削除
- (15) 病衣貸与料 1日につき7点 入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合に算定できる。
- (16) 削除
- (17)削除
- (18) 療養の給付請求書取扱料 2,000円

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

(19) 固定用伸縮性包帯

固定用伸縮性包帯を特定保険医療材料とする。

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

(20) 救急医療管理加算

初診の傷病労働者について救急医療を行った場合に、次の金額を算定で きる。

入院 6,000円

入院外 1,200円

ただし、この算定は同一傷病につき1回限り(初診時)とする。

なお、入院については初診に引き続き入院している場合は7日間を限度 に算定できるものとする。

また、健保点数表における「救急医療管理加算」と重複算定することはできない。

(21) 削除

(22) リハビリテーション

ア 疾患別リハビリテーションについては、健保点数表のリハビリテーションの通則1にかかわらず、次の点数で算定することができるものとする。

- (ア) 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) (1単位) 250点
- (イ) 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) (1単位) <u>105点</u>
 - (ウ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (1単位) 250点
 - (エ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1単位) 200点
 - (オ) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位) 100点
- (カ) 運 動 器リハビリテーション料 (I) (1単位) 185点
- (キ)運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 180点
- (ク) 運 動 器リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位) 85点
- (ケ) 呼 吸 器リハビリテーション料 (I) (1単位) 180点
 - (コ)呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 85点
- イ 疾患別リハビリテーションについては、リハビリテーションの必要性 及び効果が認められるものについては、疾患別リハビリテーション料の 各規定の注1のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定 日数を超えて算定できることとし、健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注4及び注5(注5は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に限る。) については、適用しないものとする。
- ウ 入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、 ADLの自立等を目的とした疾患別リハビリテーション料 (I)(運動器リハビリテーション料(I)を含む。)を算定すべきリハビリテーションを行った場合は、ADL加算として1単位につき30点を所定点数に加算して算定できるものとする。
- エ 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハ

ビリテーション加算及び初期加算については、健保点数表に準じるものとする。

(23) 削除

(24) 職業復帰訪問指導料

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

- ア 入院期間が1月を超えると見込まれる傷病労働者が職業復帰を予定している事業場に対し、医師又は医師の指示を受けた看護職員(看護師及び准看護師。以下同じ。)、理学療法士若しくは作業療法士(以下「医師等」という。)が傷病労働者の職場を訪問し、当該職場の事業主に対して、職業復帰のために必要な指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて3回(入院期間が6月を超えると見込まれる傷病労働者にあっては、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて6回)に限り算定できるものとする。
- イ 医師等のうち異なる職種の者 2 人以上が共同して又は医師等がソーシャルワーカー(社会福祉士又は精神保健福祉士に限る。<u>以下同じ。</u>)と 一緒に訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算して算定でき るものとする。
- ウ 精神疾患を主たる傷病とする場合にあっては、医師等に精神保健福祉 士を含むものとする。

(25) 精神科職場復帰支援加算 200点

精神科を受診中の者に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該患者のプログラムに職場復帰支援のプログラムが含まれている場合に、週に1回算定できるものとする。

(26) 石綿疾患療養管理料 225点

石綿関連疾患(肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。)について、診療計画に基づく受診、検査の指示又は服薬、運動、栄養、疼痛等の療養上の管理を行った場合に月2回に限り算定できるものとする。

(27) 石綿疾患労災請求指導料 450点

石綿関連疾患(肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。)の診断を行った上で、傷病労働者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養補償給付たる療養の給付請求書(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とする。

(28) リハビリテーション情報提供加算 200点

健保点数表の診療情報提供料が算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士若しくは作業療法士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書(転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。別紙様式5)を、傷病労働者の同意を得て添付した場合に算定できるものとする。

- (29) 術中透視装置使用加算 220点
 - ア 「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」及び「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とする。
 - イ 「脊椎」の経皮的椎体形成術において、術中透視装置を使用した場合 にも算定できるものとする。
- (30) 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯 医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の 創部固定帯の使用が必要と認める場合に、実際に医療機関が購入した価格 を10円で除し、労災診療単価を乗じた額を算定できるものとする。
- (31) 労災電子化加算 5点

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

(32) 職場復帰支援・療養指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合 月1回 560点 その他の疾患の場合 月1回 420点

- ア 傷病労働者(入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が 認める者又は入院治療を伴わず通院療養を3か月以上継続している者で 就労が可能と医師が認める者。下記イからエについて同じ。)に対し、 当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業 療法士若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な 指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋(別紙様式 1~4)」を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指 導を行った場合に算定できるものとする。
- イ 傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場の産業 医(主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除

- く。)に対して文書をもって情報提供した場合についても算定できる。
- ウ 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士若しくはソーシャルワーカーが、当該労働者の同意を得て、当該医療機関等に赴いた当該労働者の所属事業場の事業主と面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合についても算定できる。
- エ 上記ア〜ウの算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ3回を限度(慢性的な疾病を主病とする者で現に就労しているものについては、医師が必要と認める期間)とする。
- 2 前記1の労災診療単価は、12円とする。ただし、以下に係るものについては、11円50銭とする。
- (1) 国及び法人税法(昭和40年3月31日法律第34号)第2条第5号に規定する公共法人
- (2) 法人税法第2条第6号に規定する公益法人等であって、法人税法施行令 (昭和40年3月31日政令第97号)第5条第29号に掲げる医療保健業を行う もの
- 3 指定薬局に係る療養の給付に要する費用の算定は、前記1の厚生労働省告 示別表第三調剤報酬点数表に基づき行うものとする。
- 4 入院時の食事に係る療養の給付に要する費用については、平成18年3月6 日厚生労働省告示第99号別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第一食 事療養に定める金額の1.2倍により算定するものとする。

なお、10円未満の端数については四捨五入すること。

- 5 指定訪問看護事業者に係る療養の給付に要する費用については、平成20年 3月5日厚生労働省告示第67号(<u>最終改正:平成26年3月5日</u>)別表訪問看 護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法により算定するものとす る。
- 6 法の規定による療養の費用を支給する場合の支給限度額の算定は、以上の 取扱いに準じて行うものとする。
- 7 健保点数に労災診療単価を乗じて算定している項目については、改正後の 健保点数により算定するものとする。

なお、薬価基準による算定についても、改正後の薬価基準によるので留意すること。

8 入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律(昭

和25年法律第95号)第11条の3に基づく人事院規則9-49(地域手当)により支給区分が1級地から5級地とされる地域及び当該地域に準じる地域(平成26年3月5日付け保医発0305第1号 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添3第8の別紙の人事院規則で定める地域に準じる地域のうち4級地及び5級地)をいい、入院室料加算の地域区分の乙地とは、甲地以外の地域をいう。

9 削除

労働者災害	補償保険			指導	尊管理	箋				第	回目
氏名			,		生年月日	明治 大昭和 平成	年	· 月	Ħ	男	• 女
負傷又は 発病年月日	昭和 平成	年	月	日	傷病名						
休業前の 職 種	٠			深夜勤 有・無	11	•	原職・	事務職・	その他()
794 1至			 就劣		って必要な		 事項				
1 職務	内容変更の	 必要性									
① あり)(理由:)	•	② なし				
******	別限の必要性									,	
	業可 ②一			労働の制[[艮 ④普通	勤務可	⑤その他	<u>r</u> () .		
. (①·	~③の場合	その期間(推定)						X.		
平	龙 年	月	頃まで	. J -							
3 勤務時	時間調整のよ	必要性			,						*
① あり) (1目	時間まで	で、週	時間	[まで)		② なし				
	の場合、時間	•									
) (1日						②なし	③ 深夜!	勤不可		
4 遠隔均	也出張(宿泊	を伴うもの、	海外出	張など)⊄	の制限の必	要性					
① <i>あ</i> り)(制限(•)・禁止	=)	② :	なし			
5 自動車	運転·危険	を伴う機械	操作等、	作業内容	容制限の必	要性					
① あり) (4)		② ない		,			,	
6 対人業	き務の制限の	D必要性					1				,
① あ り) ()		② な)						,
	!就労に当た 战責の大きさ					ついて			•		
ſ	•					•			•	٠.)
	<u> </u>								. , <u>.</u>		<u>J</u>
					される療え	後に関	する指導	事項			,
1 就労に	当たって必	要とされる	療養に関	する指導	專事項				4.		`
,						·					
	•										
	療養の予算										
<u>月に</u>	口	程度の診り	<u> </u>		.					<u> </u>	
平成	年	月	日	病院		在地	<u> </u>				
•				診療	<u>名</u> 所の	称			•		
					医	師名		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			<u> </u>
入院浴	指導管理箋 治療を伴わす ニ当たっての	「通院療養	を3ヵ月じ	人上継続	している者	で就労	が可能と	医師が認め	る者に対し	`	

労働者災害	字補償保険		指導	算管理	箋()	産業[医提出	用)		45	第	回
氏名				- ''	生年	月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日		・女
休業前の	Ţ			『深夜勤	復帰	を希望		- 市攻陸	- ZO	 (sh /		
職種				有・無	<u> </u>	る職種	原報	・ 事務職 	(· ~0)	111. ()
病 名	(1.			-) (2.)
発症(受傷)	年月日	(年	月	日・オ	下明)初記	9年月日	(年	月		日
勿診時症状	÷ (
入院 (年	. 月	日) ~	(.	年	月	日)				
通院 (年	月	Ħ) ~	. (年	月	日)				
方状経過	(①不	変・ ②改善	景傾向 ・	③軽快	• 4)	寛解・(5)その他())	,		
日左の今仏	. (•		•)
見在の症状 	<u>, [</u>							· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	···			J
見在の治療	内容(薬剤	の内容を含	む。) に阝	目する特部	己事項							
う後の治療		(①入院			院 · ·	_	_)	,		
、院 (年		Ħ,		(年	月	日)	- 51-	_		ـ ـــ
通院 (E状固定の	年	月 年	月月) ~ =	(年	月	日)	<u>1月に</u>	1	<u>回程</u> 原	<u>.</u>
アイ・ウエ・オー	間外労働の 隔地出張(動車運転・ 不要 ・ 人業務の制	変更 不 別限 要(軽作業 の禁止・軽減 (宿泊を伴うを 危険を伴うを 要(特記事	不要 の、海タ 不要 機械操作 項:	要 役事務可 そ ・要 ト出張など で ・要	(特記 』)の禁. (特記 』	労働の。 事項: 止・軽減	ı	月頃まで))
キ そ		容に対する		:職責の	大きさ、 	労働密. 	度、職場で	の人間関係	系))
比労に当た~ -記のとおり		職場での留 - -	京									
平成	年	月	日	病院又		所在地			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
		1	-		<u>:</u>	名称						
		•		診療所		医師名						,

氏名 塩年月日 大正 RP 大正 RP 大正 RP 大正 RP 大正 RP 中成 年月日 日 保育名 養病年月日 平成 年月日 平成 年月日 不成 保養動 額 不	男・女
発病年月日 平成 年月日 (療衣動) 復帰を希望 する職種 「職職・事務職・その他(献労に当たって必要な指導事項 1 職務内容変更の必要性 ①あり(理由: ②なし 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他(①~③の場合その期間(推定) 平成 年月頃まで 3 勤務時間調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ②なし 3 深夜勤不可 2 速隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし 3 深夜勤不可 4 速隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし 6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について 〔	
探夜期 復帰を希望 する職種 原職 : 事務職 · その他(
職権	
 職務内容変更の必要性 ①あり(理由:) ②なし 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他(①~③の場合その期間(推定) 平成 年 月頃まで 3 勤務時間調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ①あり() ②なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (•
 ① あり(理由:) ②なし 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他(① (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	
2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他(①~③の場合その期間(推定) 平成 年 月頃まで ③ 勤務時間調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり(制限()・禁止) ② なし 6 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり() ② なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について 〔 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	
 ①軽作業可 ②一般事務可 ③肉体労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他(①~③の場合その期間(推定) 平成 年 月頃まで 動務時間調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり(制限()・禁止) ②なし 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり() ②なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 	
① ~ ③の場合その期間(推定) 平成 年 月頃まで 3 勤務時間調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり(制限()・禁止) ②なし 6 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり() ②なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	١
平成 年 月頃まで 3 勤務時間調整の必要性 ① あり (1日 時間まで、週 時間まで) ② なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり (1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり (制限()・禁止) ② なし 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり () ② なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	
3 勤務時間調整の必要性 ① あり (1日 時間まで、週 時間まで) ② なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり (1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり(制限()・禁止) ② なし 6 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり () ② なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	•
① あり (1日 時間まで、週 時間まで) ② なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり (1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり (制限()・禁止) ② なし 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり () ② なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (
*②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり (1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり(制限()・禁止) ② なし 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり() ② なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について 〔 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	
①あり(1日 時間まで、週 時間まで) ②なし ③深夜勤不可 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし 6 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ①あり() ②なし 6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について () 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	
 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ①あり(制限()・禁止) ②なし 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ①あり() ②なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 	
① あり(制限()・禁止) ② なし 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり() ② なし その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	
6 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり(
① あり (② なし	•
る その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	,
)
	<u> </u>
は 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項	
· ·	
	.
- C 2 今後の療養の予定	J
月に 回程度の診療予定	
平成 年 月 日 所在地 病院又は	
<u>名称</u> 診療所の	,
ジ焼所の 医師名	· (

労働者	災害補	捕償保険		指導	管理	箋(產業	医	提出	用)			第	回目
氏名						生	——— 年月日	明大昭平	正 和	年	月	日	男	・女
休業前 職 和					深夜勤 有・無	11	帰を希望する職種		原職	・事務職	・その)他()
病 名		(1.	<u>- </u>		<u> </u>	<u> </u>) (2			•)
——— 発症(受	 :傷)年	月日 (年	月	日・:	 不明) 初	—— 診年	-月日	(年	—— 月		月)
初診時短	定状		•											
入院	(年	月	Ħ) ~	(年		月	日)				ر
通院	(年 年	月	Į I) ~	(年		月	日)	•			
病状経過	a (①不変	· ②) 善傾向	• ③軽伤	夬 •	④寛解	• ⑤	その他	(,)			
現在の症	计)
			の中容 ま	-A \1-		- 								<u></u>
見住の行	S/R(Y)	谷(条利	の内谷で	と含む。)に	対りの行	市に事	坦			•				
				ب									,	
今後の治	療予	定	(①入l	院・ ②入	院及び迫	通院	・ ③通	院	• ④治;	寮不要))		
八院	(年	月	Ħ) ~	(年		月	月)				
通院	(年	月	日		(年		月	日)	<u>1月に</u>		_回程	度
定状固定			年		頁 ————		-							
		て勤務内		する意見						٠				
		能(条件だ 能(条件は	_	条件のある	お問	য	^Z 成	4	丰	月頃まで	.)			
			•				77,0			71 94 5				
ア		内容の変		不要・	安 ·						·			
イ		内容の制		業可・一	船車務市	「。 内	体学働の	ハム	生儿で見・	並活 勘 黎 7	可・ をの	7)4h ())
ゥ				深·1 / / / / / / / / / / / / / / / / / / /				,,,,	1113135	日地到777	.d .C.	7165 (<i>))</i>
エ				- io らもの、海:			-	译減	•					
	~		- I - I - I - I - I - I - I - I - I - I		・要			-,,,)
オ	自動	車運転・カ	危険を伴	∮う機械操化	- •					'				,
	不	要・見	医 (特記	事項:						•)
力	その	他勤務内	容に対	する意見										•
	(-)
优労に当	たって	て必要なり	厳場での	留意点										
	 おり診	 :断します							<u></u>			-		
平成		年	。 月	日			所在地	į						
-T-h%		- -	/1	}−4	病院又	又は	1/1717							
			-				名称						· ———	·
					診療所	ガジ	医師名	i						印

-13-

労災リハビリテーション実施計画書

患者	氏名	•						男・女				年	生(片	轰)	計画評	価	実施日	年	月	Ħ
リハ	担当医		P	Τ					07	Γ		•			S	T			ı					
原因	疾患(発症・受傷日)	1							ŀ	合併犯	灰患	・コン	\r_	·—	ル	大剪	§ (7	高血圧,	心彩	(思,糖原	(病等)) .	
		•																						
\vdash			評	価	項	目・	内	容 (コロン	·(:)の	後に	具	本的内	与名	- ドを	記	人)						
	□意識 □認知	i障害:(3-3-9:)		失行											
心	□中枢	性麻痺	• • •		`	·						🗆	音声	子	語	障	害	(⊏]構音障	害,	□失語	症:種	類	·)
身機	(ステー	ジ・グレード)右上) 左上				石手 左马			;下! 生下		:		摂食	機	能	章	≨:		•					
能	口筋力	低下(部位, MI	ИT	:)		排泄 拘縮	機										
構造	基立位	保持(装具:)				口つかま				10	褥瘡	:		, _	_							
III	聊 訓練	棒内歩行(装具: 室内歩行(装具:)				□一部介。 □一部介。				╚	起立	作·	戊[II.):	Ŀ:							
	作		TE	常	生活	活は	寅末	東)実行状	· 汐. :	ſĻ.	ている	<u> </u> 5"₹	·動" 1	Γ	<u>.</u>			訓系	東時能ナ	٦:٢	できる"ど	舌動"	 	
		自立度		監	-	全	非							独	監	_	ĪΑ	ПH						
	ADL	·ASL等			別介	介	実	使用用。 杖•装身	具:	姿勢 介目	め・実 カ内の	行; 容	場所 等			部介	介	実	使用用 杖•裝-	具具	姿勢・ 場所(訓 介助内:	練室	病棋	等)
	屋外步		埣			助			- 1					立	視	助	助	施			ינאנש וכ	公 寺		
	病棟トイ	レへの歩行		ļ.,	_	<u> </u>									.		ļ							
	病棟トイ 車椅子	レへの車椅子駆動 ・ヘット間移乗	ן ל		Ì																			
	椅子座	位保持 き上がり	Τ														<u> </u>					+	,	
3:15.	雅泉()	家)	†		-	 																		
動	排尿(7 食事	<u>友)</u>	╬	├	-	╁╌╏																		
	整容 更衣		- -	 	ļ											<u> </u>	ļ		 					
		化の着脱																	,					
	コミュニ	ケーション																						
,	or est me		_لـ	¬- <u>-</u>	- /1	o±.80	3 +12	h .						L,	_				779 ↔					$\overline{}$
	石	日中臥床:口無 日中座位:口梳							ド上	, C]+'+;	ッチブ	マッフ°					. '	理由	1	,			,
	1505.37€ / E	〕無職, □病欠中,		/-à-E:	# <u>r</u>	7 [ם כ	& 4字 6亿 5 包 H	inda r	7126	LIDE T	احشير		14.1	_	<i>'</i>	L = 1							
	これまて	・の職種・業種・仕	事	マ	FK "1	™, ∟	J 54	E71E15E 184	βX, L		₹48% 1.	ΛE,	,	社 	会	梦	η μ (M	谷•頻度	等	,発症前	T状况	を含む	(،ک
	これまで 復職希!	での通勤方法: 望 ロ現職復帰		コ転	雨	Ė	□	その他:	•					v.					-					
加	経済状況	况:																	•					
															•									
	復職 [□現職復帰 □転	厳		不下	ī (]-	その他:						本	人	<i>ත</i> ;	布皇	2						
	通勤方	容の変更 □無 [法の変更 □無 [」有 □有	i :																		•		
目標	職場復	帰に向けた目標:												家	族	න ;	布皇	<u> </u>						
																		•			•			
		· .												13	·\}	*11	- -		/ョン紋 ̄	<u> </u>	目安・時	- 田	_	
方針															٠	- /	•	•	W.S.	,	- H > - M	1 \\ \delta 1		
	的アプ	コーチ		_										<u> </u>					,					
/ r 1		•																					•	
								<u>.</u>																
本人	、家族~	への説明 年		月		B		本人サイ	ン				家	族	ナイ	ン				説明	明者サイン			
					_			<u> </u>									_			Щ.				;

⁽記入上の留意点)
1 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。
2 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
3 「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(キーボードの打難やバスへの乗車等)を記入すること。

基労補発 0331 第 5 号 平成 26 年 3 月 31 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労災補償部 補 償 課 長

労災診療費算定基準の一部改定に伴う運用上の留意事項について

労災診療費算定基準の一部改定については、平成26年3月31日付け基発0331第6号(以下「局長通達」という。)により指示されたところであるが、この運用に当たっては、下記の事項に留意の上、対応に遺漏なきを期されたい。

記

- 1 初診料及び再診料(局長通達の記の2及び3関係)
- (1) 初診料の 3,640 円及び再診料の 1,360 円については、健康保険診療報酬 点数表の改正(以下「健保改正」という。)により初診料及び再診料が改正されたことを考慮し、今般、その点数をそれぞれ 3,760 円、1,390 円としたこと。

なお、診療報酬の算定方法(平成20年3月5日厚生労働省告示第59号)の別表第一医科診療報酬点数表(以下「健保点数表」という。)の初診料の注5(健保改正前の注3)ただし書き又は再診料の注3(健保改正前の注2)に該当する場合については、その点数をそれぞれ1,880円、690円としたこと。

- (2) 健保改正により、初診料(医科に限る。)に注3及び注4が、再診料(医科に限る。)に注2が新たに設けられたが、労災保険においては、これを適用しないこと。
- 2 再就労療養指導管理料 (局長通達の記の4関係)

局長通達の記の9により、職場復帰支援・療養指導料が新たに設けられた ため、再就労療養指導管理料については廃止するものであること。

- 3 リハビリテーション (局長通達の記の5関係)
- (1) 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の改定に伴い、心大血管疾患 リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅲ) 及び呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の点数を見直したものであること。
- (2) 健保改正により、脳血管疾患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に注5が新たに設けられたが、労災保険においては、これを

適用しないこととしたこと。

4 職場復帰訪問指導料 (局長通達の記の6関係)

局長通達の記の9により、新たに職場復帰支援・療養指導料が設けられた ことに伴い、文言の整理を行ったものであること。

5 術中透視装置使用加算(局長通達の記の7関係)

傷病労働者の早期職場復帰の観点から、対象部位に舟状骨を、対象手術に骨 折経皮的鋼線刺入固定術を追加し、新たに当該加算を算定できるようにしたも のであること。

また、脊椎に経皮的椎体形成術を行う場合についても、新たに当該加算を算 定できるようにしたものであること。

6 労災電子化加算(局長通達の記の8関係)

電子レセプト請求を実施する医療機関の負担軽減を図るため、点数を引き上げたものであること。

7 職場復帰支援・療養指導料 (局長通達の記の9関係)

通院療養を継続しながら就労が可能な傷病労働者に対する支援としては、これまで「再就労療養指導管理料」により、医師が傷病労働者に対して指導等を行った場合及び産業医に対して情報提供を実施した場合を評価対象としていたところであるが、職場復帰支援の充実を図るため、これらの評価対象に加えて、医師が医療機関等に赴いた所属事業場の事業主と面談の上、必要な説明及び指導を行うことを新たに評価することとしたこと。

また、医療現場においてチーム医療が推進されている実態を踏まえ、医師の 指示を受けた看護職員(看護師及び准看護師。)、理学療法士、作業療法士及 びソーシャルワーカー(社会福祉士及び精神保健福祉士に限る。)(以下「ソ ーシャルワーカー等」という。)が傷病労働者と面談の上、指導等の内容を記 した文書を交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合のほか、 ソーシャルワーカー等が医療機関等に赴いた所属事業場の事業主に対し、職場 復帰のために必要な説明及び指導を行った場合、これを新たに評価することと したこと。

なお、事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限 を有する者も含むものであること。

8 入院基本料

- (1) 健保改正により通則8が新設されたが、この算定については入院基本料の所定点数から当該減算の40点を減算後、1.30倍又は1.01倍するものであること。
- (2) 健保改正により「月平均夜勤時間超過減算」、「慢性維持透析管理加算」、

「在宅復帰機能強化加算」、「精神保健福祉士配置加算」、「看護補助配置加算」及び「栄養管理実施加算」が新設されたが、これらの算定については入院基本料の所定点数に加算後又は減算後の点数を 1.30 倍又は 1.01 倍するものであること。

(3) 健保改正により「ADL維持向上等体制加算」が新設されたが、この算 定については入院基本料の所定点数を 1.30 倍又は 1.01 倍した後の点数に 当該加算を行うものであること。

事務連絡 平成26年4月7日

都道府県労働局労働基準部 労災補償課長 殿

> 厚生労働省労働基準局労災補償部 補償課長補佐(医療福祉担当)

労災診療費算定基準の一部改定に係る「労災電子化加算」の 周知用リーフレットの送付について

労災診療費算定基準については、平成26年3月31日付け基発0331第6号「労災診療費算定基準の一部改定について」(以下「局長通達」という。)により改定され、このうち「労災電子化加算」の改定について、局長通達の記8のとおり、点数が「3点」から「5点」へ引き上げられたところです。

このため、平成26年1月14日付け基労補発0114第1号「労災診療費算定基準の一部改定に伴う運用上の留意事項について」の記3の別紙のリーフレットを別紙のとおり改めましたので、管下の労災保険指定医療機関に対する周知等に際し、御活用願います。

電子レセプトによる労災診療費請求を行った場合、

「労災電子化加算」を算定できます

現在、労災診療費の電子レセプト請求ができるようになっていますが、 電子レセプト請求を実施する医療機関の負担軽減を図るため、**平成26年4 月診療分から**、「労災電子化加算」の点数を**3点から5点**に引き上げます。

点数

オンライン又は電子媒体による労災診療費の請求を行った場合に、 **電子レセプト1件につき5点**が算定できます(初診・再診を問いません)。

対象となる期間

平成26年4月以降の診療分から、引き上げ後の「労災電子化加算」 が算定できます。

平成26年3月診療分までは、電子レセプト1件につき3点の算定となります。

- ※ 「労災電子化加算」の算定は、平成28年3月診療分までとなる予定です。
- ※ 薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象とはなりません。

請求に当たっての注意事項

電子レセプト請求を開始するに当たっては、所定の手続きが必要となります。届出・設定などの詳細は、厚生労働省ホームページをご覧ください。

労災レセプト電算処理システム



○○労働局労働基準部労災補償課 電話xxx-xxx-xxxx

会計検査院指摘事項の分析結果等

1 本年度の指摘額について

		本年度指摘額	構成比	対前年度比	前年度指摘額
	総指摘額	1,037 万円	100.00%	▲1,702 万円(▲62.14%)	2,739 万円
	手術料	696 万円	67.12%	162 万円 (30.34%)	534 万円,
内	入院料	201 万円	19.38%	▲1,665 万円(▲89.23%)	1,866 万円
	リハビリ料	71 万円	6.85%	▲111 万円(▲60.99%)	182 万円
訳	麻酔料	55 万円	5.30%	▲21 万円 (▲27.63%)	76 万円
	その他	14 万円	1.35%	▲67 万円 (▲82.72%)	81 万円

2 (1)手術料に係る指摘事項の主な具体的態様について(指摘額上位5態様)

		指摘額	構成比
	手術料指摘額合計	696 万円	100.00%
主	本来算定すべき区分の所定点数によ		
	らず、異なる区分のより高い所定点数に	491 万円	70.55%
な	より算定しているもの。	·	
	本来算定すべき部位・範囲の所定点		
具	数を異なる部位・範囲のより高い所定点	73 万円	10.49%
	数で算定している。		
体	同一手術野の手術についてそれぞれ	20 75 17	5.46%
11	算定しているもの。	38 万円	3.40 %
的	時間外、深夜、休日加算の算定要件	00 T M	4 170/
態	を満たしていないのに算定している。	29 万円	4.17%
忠	手術の回数を誤って手術料を算定し		
様	ている。	21 万円	3.02%

(2)入院料に係る指摘事項の具体的態様について(指摘額上位3態様)

		指摘額	構成比
	入院料指摘額合計	201 万円	100.00%
主	入院基本料等加算を誤って算定してい	98 万円	48.76%
な	ప .		
具 体	算定要件を満たしていないのに特定入院	58 万円	28.86%
的	料を算定している。		
態	入院基本料について再入院日を起算日と	22 万円	10.95%
様	して算定している。		·

3 主な指摘内容について

- (1) 手術料について
 - ① 骨折観血的手術で算定すべきところ、関節内骨折観血的整復術で算定しているといった指摘。
 - ② 本来、2椎間で算定すべきところ、4椎間算定しているといった指摘。
 - ③ 同一手術野につき2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として主たる手術の所定点数のみにより算定することとなっているにもかかわらず、それぞれ算定しているといった指摘。
 - ④ 時間外、深夜、休日加算の算定要件を満たしていないのに算定しているといった指摘。
 - ⑤ 実際は脛骨についてのみ骨折観血的手術を算定すべきところ、脛骨・腓骨のそれぞ れに対し、骨折観血的手術を算定しているといった指摘。

(2)入院料について

- ① 労災特掲の救急医療管理加算は、金額算定となっているにもかかわらず、点数にて 算定しているといった指摘。
- ② 救命救急入院料の算定要件を満たしていないにもかかわらず、算定しているといった指摘。
- ③ 同一医療機関へ同一傷病による3か月以内の再入院など、入院基本料の起算日変 更の要件を満たしていないのに入院した日から起算して入院基本料を算定していると いった指摘。

(3)その他

- ① 四肢加算できないリハビリテーションに対し、四肢加算を算定しているといった指摘。
- ② 麻酔時間が20分以内であるにもかかわらず、閉鎖循環式全身麻酔を算定しているといった指摘。
- ③ 低体温療法は、重度脳障害患者について算定できないにもかかわらず、算定しているといった指摘。
- ④ 特定入院料と併算定する等、救急医療管理加算(労災特掲)の算定要件を満たしていないのに算定しているといった指摘。

【手術料】

・本来算定すべき区分の所定点数によらず、異なる区分のより高い所定点数により算定しているもの。

誤請求の実例(計4局で指摘)

	実際に算定していた手術	本来算定すべき手術	件 数
1	関節内骨折観血的手術	骨折観血的手術	1件
2	骨折観血的手術	骨折非観血的手術、創傷処理等	3件
3	偽関節手術	骨折観血的手術	1件
4	腱縫合術	創傷処理	2件
5	切断四肢再接合術	神経縫合術、動脈吻合術等	3件

簡単な手術を、より難易度の高い手術の術式で算定しているもの。(14件)

・本来算定すべき部位・範囲の所定点数を異なる部位・範囲のより高い所定点数で算定しているもの。

誤請求の実例(計2局で指摘)

脊椎固定術、関節脱臼整復術について、実際の術野とは違う部位・範囲で算定している。(2件)

・同一手術野の手術についてそれぞれ算定しているもの。

誤請求の実例(計2局で指摘)

同一手術野につき2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として主たる手術 の所定点数のみにより算定することとなっているにもかかわらず、それぞれ算定している。(8件)

【入院料】

・入院基本料等加算に関する算定誤り。 誤請求の実例(計4局で指摘)

- ① 救急医療管理加算(健保・労災)について、点数や金額を誤って算定している。(3件)
- ② 健保の救急医療管理加算の算定要件を満たしていないにもかかわらず、算定している。(1件)
- ③ 療養環境加算は入院室料加算と重複算定できないにもかかわらず、算定している。(1件)
- 特定入院料に関する算定誤り。

誤請求の実例(計1局で指摘)

救命救急入院料の算定要件を満たしていないにもかかわらず、算定している。(2件)

・入院室料加算の算定要件を満たしていないのに算定している。

誤請求の実例(計2局で指摘)

症状から入院室料加算の算定要件を満たしていないにもかかわらず、算定している。(6件)

診療項目別-具体的態様別指摘件数-額

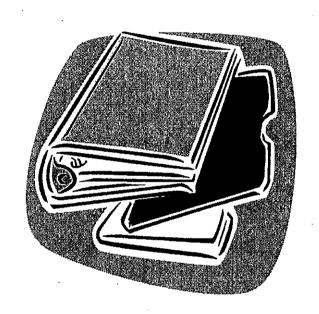
診療		H-	. 44	÷.		指	!	摘	樽	成	È	Ł
項目	具	体	的	檐	様、	件数(件)	指	摘 額(円)	件数(%)	指	摘	額(%)
	時間外、深夜、休いる	日加算の第	〔定要件を注	満たしていな	いのに算定して	1		1,020	1.32			0.0
初	救急医療管理加拿	算(労災特持	喝)の算定	要件を誤って	算定している	5.		102,000	6.58			0.9
再	その他(計算誤り	等、上記分類	領に当ては	まらないもの)	· 2		14,000	2.63			0.1
再診料	所定点数以下の対	- 心置等がな!	ハのに外来	管理加算を	算定している	1		624	1.32			0.0
		小		: 計		9		117,644	11.84			1.1
	入院基本料につい	で再入院	日を起算日	として算定し	ている	2		216,341	2.63			2.0
	入院基本料を誤っ	て算定して	いる	•		1		57,201	1.32			0.5
	入院基本料等加算	草を誤って第	草定している	5		5 .		977,400	6.58	-		9.4
入 院 料	入院室料加算の第	定要件を	満たしてい	ないのに算定	ミ している。	6		126,000	7.89			ì.2
秤	入院室料加算を認	って算定し	ている	·: - · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		.1		60,000	1.32			0.5
	算定要件を満たし	ていないの	に特定入	完料を算定し	ている	2	٤,	575,736	2.63			5.5
		小		計	,	17		2,012,678	22.37			19.4
注	労災対象外の傷痕	見に対して注	b射料を算	定している		1		7,705	1.32			0.0
注射料		小		計	× •	1		7,705	1.32			0.0
テーリ	四肢加算を誤って	算定してい	る			, 7		574,999	9.21			5.5
シハョビ	リハビリテーション	料を誤って	算定してい	る		4		137,700	5.26			1.3
ンリ 料		小		計		11		712,699	14.47			6.8
処	時間外、深夜、休 いる	日加算の算	定要件を液	尚たしていない	いのに算定して	1		5,520	1.32			0.0
処 置 料		小		計		1		5,520	1.32			0.0
	同一手術野の手術	行についても	それぞれ算	定している		8		380,290	10.53			3.6
	四肢加算を誤って	算定してい	る			2		108,411	2.63			1.0
	本来算定すべき区定点数により算定	分の所定。 している	気数によらて	げ、異なる区	分のより高い所	14		4,905,527	18.42			47.3
•	本来算定すべき部所定点数で算定し		所定点数	と異なる部位	・範囲のより高い	. 2		727,583	2.63			7.0
手	算定要件を満たし	ていない手	術料を算足	としている(加)算を含む)	2		195,480	2.63			1.8
手 術 料	処置料で算定すべ	べきところ手	術料で算定	している		2		97,440	2.63			0.9
	時間外、深夜、休 いる	日加算の算	定要件を流	満たしていな!	いのに算定して	2		290,245	2.63			2.8
	手術の回数を誤っ	て手術料を	:算定してレ	る .		1		205,020	1.32			1.9
	特定保険医療材料	斗を誤って多	定している	3		2		50,486	2.63			0.4
		小		計		35		6,960,482	46.05			67.1
<u>.</u> _	算定要件を満たし	ていない麻	酔料を算に	ぎしている(加	算を含む)	1		420,900	1.32			4.0
麻酔料	本来算定すべき区定点数により算定		点数によら	ず、異なる区	分のより高い所	1		131,698	1.32			1.2
科		小		計	<u> </u>	2		552,598	2.63			5.3
	t o		計			76		10,369,326	100.00			100.00

個人情報漏えい防止のための参考資料

- ○労働基準行政における個人情報漏えい防止マニュアル(抄)
 - ・郵便の誤送付 (p 5~7)
 - ·書類の紛失(p11~13)
 - ・個人情報保護定期チェックリスト (p22~24)
 - ・個人情報漏えい事例集 (p 26~30)
- ○同一名称の医療機関に対する誤送付事例

労働基準行政における 個人情報漏えい防止マニュアル(沙)

~個人情報漏えいゼロを目指して~



郵便の誤送付

防止のポイント!

●基本的事項

- ・作業スペースに、作業に関係のない個人情報を含む文書が無いか確認をし、整理整頓をしてから作業に入る。作業等は、来客と直接接触するような窓口とは別の場所で行う。 (4記2(2)3) アル配2(1)エ)
- ・作成した書類、封筒、宛名シールなどに誤りがないか、必ず確認する。 (A記2(2)③イ)
- ・添付書類などに他人の個人情報が記載されている場合には黒塗りを行うなど、個人が特定されないようにする。 (A記2(2)④イ)
- ・2人以上で宛先と中身の照合を行い、各自がチェックした記録を残す。その際、読み合わせ、指さしなど、視覚以外も活用した確認を行う。 (A記2(2)③ウ)

●封筒作成・封入作業

- ・送付状、封筒に宛名の記載する際には、宛名、住所の分かる最新の書類により確実に転記する。 (A記2(2)3イ)記2(1)イ)
- ・相談者などから宛先を聴き取った場合には復唱を行って確認する。
- ・インターネットなどで事業場等の所在地検索を行う場合には、古い情報が掲載されていることなどがあるため、事業場等への電話確認など正確な所在地の把握を行う。
- ・封筒又は宛名シールに記載する宛先は省略せず、氏名などは漢字表記を行う。
- ・宛名を記載した後、封入封緘時の確認のための確認印を押印する欄を封筒に表示する。 (時2(1)イ)

(例)

確言	忍 欄
封入者	確認·封緘者

- ・送付書類、送付状等に誤りがないか、宛名に誤りがないかを確認した上で、封筒に封入し、「封入者確認欄」へ押印する。(A配2(2)3才,B配2(1)イ)
- ・封入した封筒は送付先の宛名、住所の分かる書類を添付の上、確認・封緘者へ引き渡す。 (8記2(1)イ)

●確認・封緘作業(※この作業が誤送付防止において最も重要)

- ・封筒と通知書の宛名、住所を確認、また封入する添付書類も含めた1枚1枚について確認する。 (A記2(2)③イ,B記2(1)ウ)
- ・封緘後、「確認 · 封緘者印」を押印し、発送業務担当部署へ回付する。(B記2(1)ウ)

●発送のための確認作業

(発送担当者)

- ・封入封緘時の確認欄への押印(2か所)を確認した後、発送する。 (日2(1)工) (発送担当者は2人以上でチエックした記録のない郵便物の発送は行わない。)
- ・不備がある場合は、管理者等へ報告。(B記2(1)工)
- ・他の職員に郵送作業を頼む際には、どの書類をどこに送付するのか明確に伝えるとともに、多数の場合には宛先ごとにクリアファイルで分類するなど工夫をする。
- ・普通郵便で発送する場合は、個人情報を含む文書の発送数等の記録を取っておくことが望ま しい。 (昭2(1)工)

(管理者)

- ・封筒作成担当者等へ差し戻し、注意指導を行う。(B記2(1)工)
- ・再度、封入・封緘の状況を確認する。(B記2(1)工)

誤送付の原因は、宛名と封筒の中身のチェックが十分に行われていなかったものがほとんどです。

誤送付でよくあるケースは以下の事例です。いずれも、作業スペースの整理整頓や複数の チェック(ダブルチェック)を行うことで、発生を防止することが可能です。

事例1

○○事業場から提出された36協定に不備があり、返戻する際、誤って、手元に置いていた ××事業場から送られていた返信用封筒に確認を行わないまま○○事業場の36協定を封入し、××事業場に送付した。

事例 2

じん肺管理区分決定通知書及びエックス線写真を送付する際、X氏あての封筒にY氏のものを、Y氏あての封筒にX氏のものをそれぞれ誤って投入し、十分な確認を行わずに送付した。

誤送付の危険性がある書類(例)

以下の書類は平成24年度中に誤送付した書類(例)です。

「☆」がついた書類は複数回の誤送付事案が発生しており、特に注意が必要です。

【監督関係】

☆36協定

• 就業規則

【安全衛生関係】

- ・じん肺管理区分決定通知書
- · 労働者死傷病報告
- ・じん肺健康診断結果証明書
- ・じん肺胸部エックス線写真
- 健康管理手帳

【適用徴収関係】

- ☆労働保険料申告書
- ☆労働保険代理人選任・解任届
- ・労働保険等一括有期事業総括表算定基礎賃金等の報告
- · 一括有期事業開始届
- ・改善指導文書

【労災補償関係】

- ☆特別加入関係書類
- ☆医師への意見書提出依頼文書
- ☆各種労災保険請求書
- ☆各種労災保険決定通知書
- ・レントゲンの借用依頼書
- ・傷病の状態等に関する届
- 健康管理手帳更新申請書
- ・第三者行為災害届の提出依頼文書
- ・診療費請求内訳書(レセプト)
- · 受任者払関係書類

書類の紛失

防止のポイント!

●基本的事項

- ・保存年限を経過していない行政文書の適切な管理を徹底する(情報公開法、ガイドライン等 に基づき、取得から保存・廃棄に至るまでの文書管理を徹底する。)。(A記3(1))
- ・個人情報を含む書類の保管は、あらかじめ所定の保管場所を決める。特に重大な個人情報が 記載されている書類の保管は、施錠できる場所とする。(B記2(3)ア(ア))
- ・事務処理過程における未完結事案は完結するまでの間は担当者個人の机等で管理するのではなく、原則、所定の保管場所に保管し組織的に管理する。やむを得ず担当者において管理する必要がある場合には、管理者等の承諾を得て保管場所を管理者等に明らかにした上で管理する。((A記3(2)2)、配2(3)7(4))
- ・事務処理を行う際、クリアファイル等を使用する。((B記2(3)ア(ウ)))
- ・書類が誤ってゴミ箱に落ちて、誤って廃棄とならないよう、作業場所、事務机とゴミ箱の配置場所に留意すること。扇風機の近くや窓際など強風下では書類の保管作業を行わない。 ((8記2(3)ア(エ)))
- ・窓口に受付箱を設置している場合は、職員以外の者に受付箱の中の書類を勝手に持ち出されるいようにする。 (8記2(3)ア(オ))
- ・局と署・所間で複数の部署あての書類をまとめて一つの送付物に封入し送付する場合、個人情報を含む書類は必ず個別に封筒に入れること。さらに送付先部署を記載する。または封入した書類の内訳書を作成し同封する(発送時及び受領時の事跡を残すことが望ましい。)。 (((A記3(2)Q)、B記2(3)ア(中))

●留意事項

- 個人情報を含む書類を処理する時は、所定の保管場所から取り出して処理し、退庁時又は処理を中断する時は必ず所定の保管場所へ戻す(特に処理中に来庁者の窓口業務を行わなければならない時には留意する。)。(B記2(3)イ(ア))
- ・処理が完結した書類は速やかに所定のファイルに編綴する。((B記2(3)イ(イ))
- ・シュレッダー廃棄時には、1枚1枚確認した上で廃棄する。原本があった場合や誤廃棄と疑われるものがあった場合には、そのまま廃棄せず必ず担当者等に確認する。((電2(3)イ(ウ))
- 事務机、窓口、カウンター等は常に整理整頓する。((B記2(3)イ(エ))

- ・重大な個人情報が記載されている書類については、特殊取扱郵便により送付することが望ま しい。 ((A記3(2)(2))、B記2(3)イ(オ))
- ・窓口、郵送での書類受領時には、書類が不足していないか確認する。((B記2(3)イ(力))
- ・管理者等は定期的に書類の保管場所を確認し、職員が保管場所への保管を確実に行っている ことを確認する。行われていないことが判明した場合には、速やかに注意指導を行う。 ((6記2(3)イ(中))
- ・行政文書の廃棄に当たっては、段ボールに梱包した上で、専門業者に引き渡す等の適切な措置を実施する(ガイドライン、文書管理規程に基づく。)。(A記3(3))
- ・業務上の必要により、個人情報が記載されている書類(紙媒体)を持ち出す場合には、管理者等の指示を確実に受け、必要最小限の範囲内のものとする。((A記3(4))
- ・持ち出した書類の一覧を作成し、事業場から退出する際に、持ち帰る書類の確認を行う。
- ・帰庁した際に、持ち出した書類の確認を行う。
- ・書類を持ち出した場合、常に注意を払う(例えば、①書類を入れた鞄を官用車に置いたまま 放置しない、②電車の網棚に置いたまま座らない、③外出先で書類を出した場合、置き忘れ に注意する。)。

書類の紛失の原因は、管理が適切に行われていないことによるものが大半です。

書類の紛失でよくあるケースは以下の事例です。いずれも、書類の管理を適切に行うことで、 発生を防止することが可能です。

事例1

労災保険給付に係る事務処理の過程において、X氏から提出された療養補償給付たる療養の給付請求書を自席にて保管していたはずであったが、後日紛失が明らかになった。

事例 2

事業場に臨検後、署に戻った後に手持ちの書類を確認したところ、申告処理台帳一式が無いことに気付き、臨検した事業場にも見当たらず、紛失が明らかになった。

紛失の危険性がある書類 (例)

以下の書類は平成24年度中に紛失した書類(例)です。

「☆」がついた書類は複数回の紛失事案が発生しており、特に注意が必要です。

【監督関係】

- ☆36協定
- ☆監督復命書
- ☆是正勧告書

- 監察資料
- 就業規則

【安全衛生関係】

- ☆労働者死傷病報告(出力帳票含む)
- ・産業医選任報告書
- 第一種圧力容器構造検査及び溶接検査申請書

【適用徴収関係】

- ☆労働保険料申告書
- ・年度更新申告書
- · 現金領収書等
- · 臨時労働保険指導員身分証
- ・確定保険料申告書

【労災補償関係】

- ☆労災保険各種請求書
- ☆診療費請求内訳書(レセプト)
- ・審査請求関係資料
- ・特別加入に関する変更届
- ・特別加入申請書

個人情報保護定期チェックリスト

☆ 管理者及び職員各自が定期的にチェックをお願いします

窓口での対応中

	チェックポイント	確認欄
1	個人情報を含む書類の整理には、クリアファイルを用いるなど日頃から最新の注意を払っている。	
2	来署者を呼び出した場合は、「〇〇様ですか。」と本人の名前をフルネームで確認し、 「そうです。〇〇です。」という相手の返事を待ってから応対を開始している。	
3	個人情報を含む書類を本人確認などの目的のみで預からないようにしている。	
4	窓口で、突然来署者が目の前に着席した場合でも、机上に他者の個人情報を含む書類があったら待ってもらうように伝え、書類を来署者の視線や手が届かないところに保管している。	
5	個人情報が記載された書類は、カウンターなど利用者の手の届く場所に置かないようにしている。	
6	対応中の相談内容は他の利用者に聞こえないよう配慮している。	
7	電話で個人情報に係る問合せがあった場合は、急ぐ場合でも必ず一度切って本人の確認をとってから回答している。	
8	端末の使用後は必ず画面を消去するか初期状態に戻している。	
9	書類をプリントアウトした際は、出力の度に速やかに1枚ずつ氏名や事業場名を確認して プリンターから回収している。	
10	プリントアウトした書類がプリンター上に見当たらないときは、そのまま再度印刷せず必ず周囲の職員に確認している。	
1711	他の職員がプリントアウトした書類が放置されていた場合は、プリントアウトした職員に 声を掛けるか保存箱に保存している。	
l 121	書類を交付するときは、中身、枚数、裏面等を1枚1枚確認して、「1枚目○○○(書類名)・・・氏名○○さん、2枚目・・・」と氏名や事業場名をなぞりながらフルネームで読み上げて確認している。また、交付前に来署者に「間違いないですか」と最終確認をしてから交付している。	
13	個人情報を含む書類について、業務の目的の達成に必要な範囲以外で閲覧・使用・印刷を していない。	

2 書類の送付/送信時

	チェックポイント		
Γ.	事前に送付先の情報(住所、FAX番号、メールアドレス)が最新のものになっている	;	
	か、誤りがないか確認している。		

※ 郵送時

	チェックポイント	確認欄
2	書類を郵送する場合、封入作業の前に作業スペースを確保するとともに整理整頓をしている。	
3	他の職員から郵送の依頼を受けた場合、必ず書類ごとの送付先を確認してから受け取っている。	
4	封入作業は2名以上で実施し、2人以上で確認してから封をしている。	
5	封入作業は、封筒の宛先や書類を照合し、添付書類も含めて1枚1枚を確認している。	
6	個人情報を含む書類は全て内容を記録し、一覧表を付けて送付している。	

※ FAX時

	チェックポイント	確認欄	
i /	原則として個人情報を含む文書は F A X しないこととし、やむを得ず送信する場合は個人情報をマスキングしている。]
8	送信の前後にはリセットボタン等で初期画面に戻してから番号を入力している。また送信前にはFAX番号、送信内容、添付書類の確認を複数の者が2回以上行ってから送信ボタンを押している。		
9	送信後は電話等で送付先に受信を確認している。		

※メール時

	チェックポイント	確認欄
10	E-mailアドレス、送信内容、添付書類等に不適切なものや入力ミスがないか2回以上入念に確認してから送信している。	
111	同時に複数に送信する場合は、不要な添付書類がないか留意し「BCC」で送信している。	
112	送信内容に個人情報を含む場合はパスワード付けて送信し、パスワードは別途伝達している。	

3 その他

	チェックポイント	確認欄
1	インターネットに行政文書を公開した場合、登録後に画面上で確認を行うようにしてい る。	
2	個人情報を含む文書はパソコンのハードディスクに保存することなく本省所管システムのサーバに記録し確実な管理をしている。	
3	外部電磁的記録媒体は特別な場合を除き使用しないようにしているが、一時的に使用せざるを得ない場合は以下を遵守している。 1 「庁内使用管理簿」に記入した上で管理者から媒体を受け取っている。 2 来署者から手の届かない位置で使用している。 3 使用後はデータを本省所管システムのサーバに移管し、媒体内のデータを消去することを徹底している。 4 媒体内のデータを消去した後は「庁内使用管理簿」に記入し、管理者あてに返却している。	
4	個人情報を含む書類や外部電磁的記録媒体の庁舎外への持ち出しを行わないようにしているが、業務上持ち出す必要がある場合は、以下を遵守している。 1 「庁外持出し許可簿」に内容、数量、媒体の種類等を記録している。 2 出先では、肌身離さず厳重に管理している。 3 書類や外部電磁的記録媒体は管理者の許可を得てから持ち出している。 4 出張先では、情報を漏えいさせるようなソフトがインストールされていない、かつウィルスに感染していないパソコンを使用している。 5 出張先から自宅へ直帰することを極力避け、当日内に職場に持ち帰って 「庁外持出し許可簿」に記録している。	
5	個人情報を含む書類及び媒体を、管理者の許可なくFAXやメールで送信していない。	
6	個人情報が記載された書類はその都度シュレッダーにかけるか、利用者の手の届かぬ場所 に設置された「シュレッダー専用箱」に入れて業務終了後にまとめて裁断処理している。	
7	個人情報を含む書類が見当たらない場合、「探せば出てくるだろう。」などと思わず、す ぐに確認するようにしている。	
8	漏えい案件が発生した場合、疑いの段階であっても、直ちに上司(次長や課長など)に報告しなければならないことを知っている。	·

く 参 考 >

- 〇 個人情報漏えい事例集
 - 1 書類の送付(郵送)時
 - 2 FAX送信時
 - 3 電話対応時
 - 4 電子メール誤送信
 - 5 庁舎内での書類の紛失
 - 6 庁舎外での書類の紛失
 - 7 外部電磁的記録媒体の紛失
 - 8 盗難
 - 9 その他
- 〇 様式関係
- 〇 都道府県労働局保有個人情報管理規程準則

1 書類の誤送付

1	書類の誤送付	
	事 例 の 内 容	改善策
	【宛先違い】	·
	○○事業場から郵送により届けられた36協定に不備があ	
1	り、○○事業場に返戻する際、誤って手元に置いていた××事	
	業場の住所を封筒に記載、確認を行わないまま〇〇事業場の36	
	協定を封入し、郵送したもの。	
	【宛名シール貼付間違い】	· ·
2	○○事業場に労災保険休業補償給付に係る振込通知書を送付	
	する際、封筒に誤って別の事業場の宛名シールを貼付し、郵送	
ļ	したもの。	
	【宛名シール誤作成】	·
	○○事業場に賃金関係調査票の事業主控分を返送する際、○	
3	○事業場の宛名シールを印刷しようとして、誤って××事業場	
	の宛名シールを印刷した。そのまま、宛先を確認せず封筒に貼	
	付し、郵送したもの。	
	【宛名シール誤作成】	
	健康管理手帳の送付者リストの修正を行った際に操作を誤	·
4	り、住所がずれたまま宛名シールを作成した。また、送付の際	・他の書類が紛れないように、封入作業
	の宛名の照合のみチェックしたため、住所の間違いに気付か	の際には、机上を整理して実施
	ず、住所がずれたまま郵送したもの。	・封筒の宛先、宛名だけでなく、封入物
	【混入】	を1枚ずつ確認の上、中身と宛先をしっ
	A病院に照会文書を送付するに当たり、プリンターで照会文	かり確認し、他の個人情報が紛れていな
5	書を印刷した際、書類の中身を確認せずA病院に郵送した。そ	いか必ず複数で確認
	のため、照会文書に、別の職員が印刷した書類が混入したも	・特に、個人の権利利益を侵害する度合
	の。	いが高い書類を送付する場合には気をつ
	【同姓同名の第3者に誤送付】	ける。
	集合住宅に住む請求人X氏に労災保険休業給付の支払振込通	・「氏名」「住所名」等の突合など、あ
6	知書を送付するにあたり、宛先に戸番まで記載しなかったた	らかじめチェックするポイントを明確に
	め、請求人X氏と同姓同名で同じ集合住宅に住むY氏に郵送し	する。
<u> </u>	たもの。	
	【類似名称の病院に誤送付】	
7	労災保険給付に係る事務処理のため、X氏に関する診断書の	·
	提出依頼書を△△病院に送付するべきところ、類似した名称の	·
	病院の宛先を勘違いして記載し、郵送したもの。	
	【所在地検索間違い】	
8	Z健康保険組合に照会文書を発送するに当たり、インター	.
	ネット検索によりZ健康保険組合の所在地を検索したが、誤っ	
	てP健康保険組合の所在地を把握して記載し、郵送したもの。	,
	【控えの間違い】	
	労働保険に係る開始届及び特別加入申請書について、労働保	
9	険事務組合控分(4枚目)を労働保険事務組合へ送付するはず	
	が、労働局送付分(3枚目)を郵送したもの。	
\vdash	【書類誤作成】	[
10	X薬局宛に作成すべき書類をY病院宛に誤作成し、郵送した	
ا تا ا	もの。	,
┖┈┚	<u>-97-</u>	

2 FAX誤送信

	事 例 の 内 容	改善策
1	【 F A X番号未確認による漏えい】 ○○事業場の F A X番号を××事業場の F A X番号と思い込 んだまま番号確認をせずに F A X送信したもの。	・個人情報をFAXで送信することを原則禁止。 ・やむを得ず使用する際には、管理者又は補助者が立ち会いの下で送信先の宛名を確認した上で送信。(FAX送信機又はその周辺に「注意喚起」を促す文書の掲示)・報道機関等に送信する場合は誤って個人情報が記載されたままの書類を送信することがないよう、管理者の確認を得た上で送信。
2	【FAX番号メモ間違いによる漏えい】 FAX番号を誤ってメモし、FAX送信したもの。	
В	【リセットしなかったことによる漏えい】 FAX番号を入力したままの状態でその場を離れてしまい、 次にFAX送信しようとした職員がそのことに気付かずに作業 を続けたため、既に蓄積されていた番号あてにもFAX送信さ れたもの。	
4	【誤ったFAX番号の通知による漏えい】 事業場に対し自主点検を行った際、報告先に誤った労働基準 監督署のFAX番号を記載していたため、事業場からの報告 が、労働基準監督署とは別の宛先にFAX送信されたもの。	
5	【リダイヤル機能による漏えい】 短縮ダイヤルでFAX送信する際に、送信途中で不具合があったため、リダイヤル機能を使用してFAX送信したが、当該FAXのリダイヤル機能はテンキーで最後にダイヤルした番号を呼び出す機能であり、短縮ダイヤルを呼び出す機能ではなかったため、別の事業場にFAX送信したもの。	
6	【提供されたFAX番号の間違いによる漏えい】 労働局から提供されたリストに記載された〇〇事業場のFA X番号が誤っており、X氏にFAX送信したもの。	
7	【個人情報を黒塗りしなかったことのよる漏えい】 報道機関にFAXにより情報提供した際、個人名を黒塗りしないままFAX送信したもの。	

3 電話対応

	事 例 の 内 容	改善策
1	X氏の休業補償給付の支払時期や支払金額について、親族の Z氏から電話照会があり、回答したもの。	・個人情報は他者に漏らさないこと の徹底 ・親族である場合は、回答して良い か否かについて配慮

4 電子メール誤送信

	事例の内容	改善策
1	【メールアドレス間違い】 個人情報に係る書類を添付してメールする際、登録されている別のメールアドレスを誤って選択したことに気が付かないまま送信したもの。	・郵送で対応できないか検討する。 ・「CC」か「BCC」か慎重に選 択する。
2	コルがルヘキノーナロウトン・ナナー	・一度送信アイコンをクリックすると、変更がきかないことを意識して、入力ミス・選択ミスをしていないか、2回以上確認する。

5 庁舎内での書類の紛失

	事例の内容	改善策
1	【自席で保管していて紛失】 担当者は、最低賃金の減額特例許可事務処理を終了したものの、関係書類をファイルに編綴せず自席にて保管したものの、後日、紛失が発覚したもの。	・机上、机の中、キャビネットは、 常にファイリング等を行い整理する。・必要な書類を誤ってシュレッダー 廃棄しないようにする・書類等は、不在者の机に置かず面
	【誤廃棄と思われる紛失】 X氏を含む複数の請求書のデータ入力作業後、請求書の保管作業と平行して、不要となった確認資料をシュレッダーにより廃棄。翌日、X氏の請求書の紛失が発覚したもの。	前で受け渡す。 ・プリンター・コピー機に印刷書類 や原本を置き去りにしない。(置き 去りにされた書類があったら、本人 に手渡す。)

6 庁舎外での書類の紛失

	事 例 の 内 容	改善策
1	【臨検中の紛失】 事業場に臨検後、監督署に戻った後に手持ちの書類を確認したところ、申告処理台帳一式を持っておらず、臨検した事業場にもなかったものから、紛失が発覚したもの。	
2	【車での紛失】 調査のために事業場に到着した際、書類を車のトランクの上 に載せた。そのまま調査を終え、書類をトランク上に載せたま ま車を発進させて帰庁したことから、紛失したもの。	・個人情報(紙媒体に限る)を公務 で持ち出す際には許可簿に記載して 許可を受け、必要最小限の個人情報 を持ち出すこととし、庁舎へ持ち 帰った際も管理者により確認する。
3	【盗難による紛失】 労災保険の調査から車で帰宅途中、自宅近くのスーパーに買い物に立ち寄った。その際、診療費請求内訳書等の入ったバッグは車内に置いたままであった。買い物を終えて車に戻ると助手席の窓ガラスが割られてバッグが盗まれ、紛失したもの。	・個人情報が入ったカバンは常時携 行する。 ・電車やバスでの移動中、訪問先や 飲食店等での置き忘れに注意。 ・活動中の荷物は必要最小限にし、 カバンは1つにまとめる。
	【書類置き忘れ】 労働保険料算定基礎調査のために訪問したX事業場に、Z事業場の適用検索帳票などが入ったクリアファイルを置き忘れ、 紛失したもの。	

7 外部電磁的記録媒体の紛失

	事 例 の 内 容	改善策
1	【庁舎外持ち出しによる紛失】 自宅で事務処理を行うため、私物のUSBフラッシュメモリに業務情報を記録した。当該USBフラッシュメモリを鞄に入れて退庁し、そのまま忘年会に参加し、忘年会終了後、電車で帰宅途中に鞄ごとUSBフラッシュメモリを紛失したもの。	・個人所有の外部電磁的記録媒体に は個人情報を保存しないことの徹底 する。 ・自宅、私的持ち出し厳禁。
2	【管理の不徹底による紛失】 業務用パソコンに使用の都度接続する外付けHDDが、所定 の保管場所に保管されておらず紛失が発覚したもの。	・外部電磁的記録媒体は、施錠管理された所定の保管庫、棚等で施錠保管することの徹底する。

同一名称の医療機関に対する誤送付事例

	事 例
	療養6か月以上となった被災労働者についての症状照会文書等の発出におい
	て、指定医療機関番号から、指定医療機関名簿を確認して転記する際、名簿一覧
	に記載されていた病院名が同じ別の医療機関の所在地を封筒に転記し、誤送付と
1	なる。(法人名を省略して記載。)
	正 医療法人○○会 △△病院 □□市
	は、医療法人××会 △△病院 ◇◇市
-	療養6か月以上となった被災労働者についての症状照会文書等の発出におい
	て、指定医療機関の所在地を病院名からインターネットで検索し、同県内の同じ
	病院名の別の医療機関の所在地を封筒に転記し、誤送付となる。(法人名を省略
2	して記載。)
	正 医療法人○○会 △△整形外科クリニック □□市 誤 医療法人××会 △△整形外科クリニック ◇◇市
,	療養補償給付が不支給の被災労働者について、医療機関に診療費請求に係る不 支給決定通知を発出する際、病院名が同じ別の医療機関を送付先と思い込み、封
,	
. 3	筒に宛名と所在地を記載し、誤送付となる。(法人名を省略して記載。) 正
	 「療養1年以上となった被災労働者についての症状照会文書等の発出において、 長期療養者の管理名簿を作成する際、別の被災労働者の医療機関名を転記し、当
	技物療養者の管理石標を下成する際、別の板次方側者の医療機関名を転託し、自 該管理名簿を基に処理し、同県内の別の医療機関に誤送付となる。(病院名が異
4	該自連治療を基に処理し、同県内の別の医療機関に誤送的となる。(病院治が異 なる事案)
	正 ○○整形外科
	○ へへが付金がが付 □□□□◇◇ 療養6か月以上となった被災労働者についての症状照会文書等の発出におい
5	て、病院名が同じ別の病院を送付先と思い込み、封筒に宛名と所在地を記載し、 誤送付となる。(法人名を省略して記載。)
Э	
	誤 ××県立 □ △△病院 ◇◇市 □ 皮養のみにはない。
	療養6か月以上となった被災労働者についての症状照会文書等の発出におい
	て、病院名を基に指定医療機関の台帳(エクセル)を検索したところ、最初に該
6	当した病院名が同じ別の医療機関の所在地を封筒に記載し、誤送付となる。(法
	人名含め、病院名が同じ例)
	正 医療法人 △△整形外科 □□市○○区
	誤 医療法人 △△整形外科 □□市××区
	療養6か月以上となった被災労働者についての症状照会文書等の発出におい
7	て、1つの医療機関のみに照会するところ、2つの医療機関に照会が必要な他の
•	被災労働者と取り違え、別の医療機関にも照会文書を送付したもの。(療養して
	いない医療機関へ照会した例)

基発 0401 第 54 号 平成 26 年 4 月 1 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長 (公印省略)

労災保険柔道整復師施術料金算定基準の一部改定について

標記については、昭和53年3月16日付け基発第154号「労災保険における柔道整復師施術料金の算定基準等の改定について」(以下「通達」という。)により実施しているところであるが、今般、通達の別紙の算定基準を下記のとおり改定することとしたので、了知の上、別紙の改定後の算定基準に基づき、管内の柔道整復師団体と協定の締結を行い、円滑な運営を図られたい。

記

- 1 通達の一部改定
 - 诵達の別紙の一部を次のように改定する。
- (1)「平成25年7月1日以降の施術」を「平成26年4月1日以降の施術」に改める。
- (2)「初検料 2,360円」を「初検料 2,475円」に改める。
- (3)「再検料 350円」を「再検料 375円」に改める。
- (4)「包帯交換料 骨折、不全骨折又は脱臼 700円」を「包帯交換料 骨折、不全骨折 又は脱臼 720円」に改める。
- (5)「包帯交換料 捻挫・打撲 350円」を「包帯交換料 捻挫・打撲 360円」に改める。
- 2 施行期日について

本改定は、平成26年4月1日以降の施術分について適用すること。

労災保険柔道整復師施術料金算定基準

(平成26年4月1日以降の施術)

初検料	<u>2, 475</u> 円	注 当該施術所が表示する施術時間以外の時間において初検を行った場合は、所定金額に 650 円を加算する。 ただし、午後 10 時から午前 6 時までの間の初検料については、所定金額に 3,740 円を、また、休日において初検を行った場合は 1,870 円を、それぞれ所定金額に加算する。
初検時相談 支援料	100円	注1 初検時において、傷病労働者に対し、次の(1)及び(2) を行った場合に初検時相談支援料を算定する。 (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 説明し、その旨施術録に記載する。 2 初検料のみ算定した場合においては、初検時相談支援料を 算定できないものとする。
往 療 料	2, 230 円	注1 往療距離が片道 2 kmを超え 8 kmでの場合については、2 km 又は、その端数を増すごとに所定金額に 960 円を加算し、片 道 8 km超えた場合については、一律 2,880 円を加算する。 2 夜間(午後 10時から午前 6 時までの間を除く。)往療につ いては、所定金額(注1による加算金額を含む。)の 100 分 の 100 に相当する金額を加算する。 3 午後 10 時から午前 6 時までの間、難路又は暴風雨時若し くは暴風雪時の往療については、所定金額(注1による加算 金額を含む。)のそれぞれ 100 分の 200 に相当する金額を加 算する。 4 2戸以上の患家に対して引き続いて往療した場合の往療順 位第 2位以下の患家に対する往療距離の計算は、当該施術所 の所在地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起 点とする。
再検料	<u>375</u> 円	注1 再検料の算定は、初検料を算定した月においては1回、翌月以降は1か月(暦月)2回を限度とする。 2 再検料の算定は、初検料を算定した月の翌々月を限度とする。
指導管理料	680.円	注 1週間に1回程度、1か月(暦月)に5回を限度とし、後療時に算定できるものとする。
休業証明書	2,000円	
冷罨法	100円	注1 負傷当初より行った場合に加算できる。 2 温罨法との重複算定は認められない。

1 1 週間に 1 回 時に算定できる。		注 各種運動器具を使用した場合に算定できる。 1 1週間に1回程度、1か月(暦月)に5回を限度とし、後療時に算定できる。 2 部位、回数に関係なく1日340円とし、20分以上運動療法を行うこと。
施術情報提供料	1,000円	注 骨折、不全骨折又は脱臼に係る応急施術を行った後に、医療 機関に対して施術の状況を示す文書を添えて患者の紹介を行っ た場合は、情報提供料として 1,000 円を算定する。
電気光線療法料	550 円	柔道整復師が傷病労働者施術に当たり、その施術効果を促進するため、柔道整復業務の範囲内において保険衛生上人体に害のない電気光線器具を使用した場合は、1回につき550円を支給する。ただし、1日に2回以上又は2種類以上の電気光線療法を行った場合であっても1回として算定する。
宿泊料 食事料	1, 400 円 470 円	柔道整復師の施術所に通院することが極めて困難な病状にある 傷病労働者が柔道整復師の施術を受けるために当該施術所に宿泊 したときは、1日につき、宿泊料として1,400円、1食につき、 食事料として470円を支給する。

特別措置料金

	特別材料費	包带交換料	
骨折、不全骨折又は脱臼	1,620 円	<u>720</u> 円	
捻 挫 · 打 撲	970 円	<u>360</u> 円	
初検日から起算して2週間は	ご算定できる。以内の包帯交換時	11100000000000000000000000000000000000	

涪	1	立	整復(固定・施療	:) 料	後療料	備	考
	大 腿	——— 骨	10, 800	———	円	1 関節骨	 折又は脱臼骨折
骨	 上腕骨・下	腿骨	10, 800			は、骨折の 2 関節近3	の部に準ずる。 妾部位の骨折に
	鎖	骨	4, 920	.	, , ,	以上に及	た拘縮が2関節 ぶ場合で、か
折	前腕	骨	10, 800		760	経過した!	期間(3週間)場合の料金は、
整	肋	骨	4, 920	_		昇疋部位 して 1,02	を変更せず一括 0円とする。
(整復料)	手根骨・足根 中手骨・中足 指 (手・足	:骨・ 骨・) 骨	4, 920				
	骨	盤	8, 640			関節近接	部位の骨折によ
类	胸骨・肋骨・	鎖骨	3, 600		·	り生した拘束	縮が2関節以上で、かつ、一定
不全骨折	大 腿	骨	8, 640		640	別間 (3 週 合の料金は、 囲せず一括	で、かつ、一定 間)経過し、一定 算定部位を変 して900円とす
5 (固定料)	下腿骨・上腕前 腕骨・膝	骨・ 蓋骨	6, 600	;	040	る。 る。	0 ()00 ()2 9
料)	手根骨・足根 中手骨・中足 指 (手・足	骨・ 骨・) 骨	3, 360			; 	
脱	股 関	節	8, 400			脱臼の際、	不全骨折を伴 脱臼の部に準
<i>107</i> G	屑 関	節	7, 440			ずる。	Wr m on the
臼	肘関節・膝	関節	3, 360	_			
(整復料)	顎 関	節	2, 160		640		
(幹)	手関節・足関 指(手・足)	節・ 関節	3, 360				
	打 撲・捻	挫	910		615	 1 不全脱り に進ざる	日は、捻挫の部 筋、腱の断裂
打						(いわゆ)	る肉ばなれをい
僕		٠.				に準ずる。	伴う場合もあ 打撲及び捻挫
及	•					2 手の指の	の打撲・捻挫の び後療料は、指 合は所定料金と
び	2					し、指22	本の場合は所定
捻			,			3本の場合	音した金額、指合は所定料金を
挫						上の場合に 倍した金額 3 施術料に	金額、指4本以 は所定料金を4 額とする。 は、別紙に掲げ 単位として算定

備考 後療において強直緩解等のため温罨法を併施した場合は、骨折又は不全骨折の場合にあっては、その受傷の日から起算して7日間を除き、脱臼、打撲、不全脱臼又は捻挫の場合にあっては、その受傷の日から起算して5日間を除き、1回につき 95 円を加算する。 -4-

(別紙)

打	撲	捻	挫
頭顔頸胸背上肘前手指腰大膝下足趾頭顔頸胸背上肘前手指腰大膝下足趾	部部部部 ()部部部部部部部部部部部 ()部部部部部部部部部部部部部部部部部部	頸肩肘手中腰股膝足中	部節節節節部節節節節 関

基発 0401 第 55 号 平成 26 年 4 月 1 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長 (公 印 省 略)

労災保険あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師 施術料金算定基準の一部改定について

標記については、昭和57年5月11日付け基発第326号-1「労災保険における「はり・きゅう及びマッサージ」の施術に係る施術料金等の取扱いについて」(以下「通達」という。)により実施しているところであるが、今般、通達の別紙の算定基準を下記のとおり改定することとしたので、了知の上、別紙の改定後の算定基準に基づき、管内の関係団体と協定の締結を行い、円滑な運営を図られたい。

記

1 通達の一部改定

通達の別紙の一部を次のように改定する。

- (1)「平成25年7月1日以降の施術」を「平成26年4月1日以降の施術」に改める。
- (2)「初検料 2,710円」を「初検料 2,810円」に改める。
- (3)「施術料 はり・きゅう 1術の場合 1日1回限り 2,550円」を「施術料 はり・きゅう 1術の場合 1日1回限り 2,600円」に改める。
- (4)「施術料 はり・きゅう 2術(はり・きゅう併用)の場合 1日1回限り 3,950円」を「施術料 はり・きゅう 2術(はり・きゅう併用)の場合 1日1回限り 3,960円」に改める。
- (5) 「施術料 マッサージ マッサージを行った場合 1日1回限り 2,550円」を「施 術料 マッサージ マッサージを行った場合 1日1回限り 2,600円」に改める。
- (6)「施術料 マッサージ 温罨法を併施した場合 1回につき 95 円加算」を「施術料 マッサージ 温罨法を併施した場合 1回につき 100円加算」に改める。
- (7)「施術料 マッサージ 変形徒手矯正術を行った場合 1肢につき 555円」を「施

術料 マッサージ 変形徒手矯正術を行った場合 1肢につき565円」に改める。 (8)「施術料 はり又はきゅうとマッサージの併用 1日1回限り 3,950円」を「施術料 はり又はきゅうとマッサージの併用 1日1回限り 3,960円」に改める。

2 施行期日について 本改定は、平成26年4月1日以降の施術分について適用すること。

労災保険あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師施術料金算定基準

(平成26年4月1日以降の施術)

					(十次 20 十五7 工口 8/4 0 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
初		検	料	円	注 当該施術所が表示する施術時間以外の時間において初 検を行った場合は、所定金額に 650 円を加算する。 ただし、休日において初検を行った場合は、所定金額 に 1,870 円を加算する
往		寮	料	2, 160 円	注1 往療距離が片道2キロメートルを超え8キロメートルまでの場合については2キロメートル又はその端数を増すごとに所定金額に960円を加算し、片道8キロメートルを超えた場合については、一律2,880円を加算する。 2 夜間往療については、所定金額(注1による加算金額を含む。)の100分の100に相当する金額を加算する。 3 2戸以上の患家に対して引き続いて往療した場合の往療順位第2位以下の患家に対する往療距離の計算は当該施術所の所在地を起点とせず、それぞれの先順位の患家の所在地を起点とする。
	はり・き	1後の場		1月1回限り 2,600円	注 傷病部位が2以上にわたり、かつ、当該部位に施術を 行った場合には、所定金額の100分の20に相当する金額 を加算する。
	ゅう	2 術(はり・ う併用)の		1日1回限り 3,960円	
施	マツュ	マッサージを た場合	行っ	1日1回限り <u>2,600</u> 円	注 特定の組織又は臓器を施術の対象とする特殊マッサージ(結合織マッサージ、関節マッサージ、内臓マッサージ(胃、腸、肝、心等))を行った場合には所定金額の100分の20に相当する金額を加算する。
術	サージ	温罨法を併施 場合	した	1回につき <u>100</u> 円加算	
料		変形徒手矯正 行った場合	三術を	1肢につき <u>565</u> 円	
		より又はきゅう ァッサージの併		1日1回限り <u>3,960</u> 円	注 傷病部位が2以上にわたり、かつ、当該部位に施術を 行った場合及び特定の組織又は臓器を施術の対象とする 特殊マッサージ(結合織マッサージ、関節マッサージ、 内臓マッサージ(胃、腸、肝、心等))を行った場合には 所定金額の100分の20に相当する金額を加算する。
電気	電気・光線器具による療法 1日1回限り 550円加算			注 あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師が傷病 労働者の施術に当たって、その施術効果を促進するため、 あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師の業務の 範囲内において電気・光線器具(あん摩マッサージ指圧 師にあっては、超音波(若しくは極超短波)又は低周波、 はり師及びきゅう師にあっては電気鍼又は電気温灸器及 び電気光線器具に限る。)を使用した場合に算定する。 ただし、1日に2回以上又は2種類以上の電気・光線 器具を使用しても1回として算定する。	
休		差 証 明	料	1 件につき 2,000 円	休業(補償)給付請求書における証明

事 務 連 絡 平成22年3月24日

都道府県労働局労働基準部 労災補償課長 殿

> 厚生労働省労働基準局労災補償部 補償課長補佐(医療福祉担当)

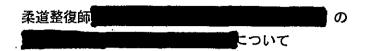
柔道整復師の施術に係る受任者払いの事務取扱いの徹底について

(会長: 氏)の会員である柔道整復師が行った施術に係る費用請求については、平成8年6月26日付け事務連絡第24号により、同会会長を受領代理人とすることを認めているところですが、一部の労働局において、施術を行った柔道整復師以外の受任者払いは認めないとして、費用請求書を受理せず返戻するなど、誤った取扱いをしている事例や、振込・支払通知書を当該受領代理人以外の者に送付している事例が見受けられます。

今後、管内の監督署に対して、かかる事態が生じないよう、当該事務連絡に 基づく事務取扱いについて改めて周知するとともに、新たに労災業務を担当す る職員の研修項目に入れる等により、不適切な事務処理の再発防止に向けて、 事務取扱いの徹底を図っていただくようお願いします。

(添付文書)

平成8年6月26日付け事務連絡第24号「柔道整復師



平成8年6月26日付け事務連絡第24号 労働省労働基準局補償課長より都道府県労働基準局労災主務課長あて

標記の
平成8年6月26日付けで
が
したのでお知らせする。
なお、 以外の者から下記3に掲げる措置と同じ取扱いを希望する旨の相談があ
った場合は、当課あて協議されたい。
1 ナル カー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
1 本件 の原因となっている施術費用については、請求内容について十 分審査を行い、所要額を受領代理人 の口座に振り込むこと。
2 労働基準監督署において保留している に係る同種の請求についても、上記1
と同様に取り扱うこと。
3 今後、 が代表を務める の会員である柔道整復師が施術した
被災労働者に係る施術費用については、代表であるを受領代理人とする一括払
を認めること。
なお、請求の都度、被災労働者との間の委任関係を明確にさせるとともに、請求内容
についても十分審査を行うものとする。
(参考)
柔道整復師というが提訴した損害賠償請求事件の経過
の会長である原告(
は、同会会員の柔道整復師より施術費用の受領の委任を受けたとして、受任者払いにより 佐佐豊田な同しに対してませるようが発生準監督 「大きない」
施術費用を同人に対して支払うよう労働基準監督署長に求めたが、署長は、同人は被災労 働者を直接施術した者でないことから施術費用を受領する者には該当しないとして支払い
側名を直接施術した名でないことから施術資用を受領する者には該当しないとして文払い を保留した。これに対して、
で、下田 した。 これがにかして、

ついて調整を進めてきたものである。

平成26年4月請求分の審査結果承認(課長承認)タイミング (キャンセルが2回発生した場合のスケジュール)

【中間払いの支払分】

データ締切日は5月12日のため、労災レセプト電算処理システムにおける課長承認の最終日は5月9日であるが、キャンセルとなった場合のことを考慮して、あらかじめ余裕をもって事前に課長承認を行うこと。

【月末払いの支払分】

データ締切日は5月26日のため、労災レセプト電算処理システムにおける課長承認の最終日は5月23日であるが、キャンセルとなった場合のことを考慮して、あらかじめ余裕をもって事前に課長承認を行うこと。 なお、中間払い後の5月12日以降に課長承認を行うこと。

曜日	一	月	火	水	木	金	多。 生生素
日付	a or sign	(24)	2732 3 10 5 13	。4月30日	1	2	3.2
データ締切日					課長承認		
支払日						, ,	
債権	7 10 X 1 X 1 X	90	100	<u> </u>		<u> </u>	
日付	4	5	6	7 \	8	9	1045
データ締切日				キャンセル発生		#+>+pu###	
支払日				修正及び 課長承認		修正及び課長 承認	
						. <u></u>	
日付	2015 116 3 2	12	13	14	15	16	图象175章
データ締切日		診療費1		,		ļ, 	
支払日					診療費1		
債権							495,455,265
日付	18.	19	20	21	22	23	14.24
データ締切日		課長承認				##>\tulke	
支払日				修正及び		修正及び課長 承認	
債権							
日付	25	26	27	28	29	. 30	31
データ綿切日		診療費2					
支払日					診療費2		
賃権				1-			