

労 災 診 療 費 算 定 基 準

自 賠 責 保 険 診 療 費 算 定 基 準

地方公務員災害補償制度の手引

令和6年6月



公益社団法人 東京都医師会

東京労働保険医療協会

東京労働局

地方公務員災害補償基金東京都支部

一般社団法人 日本損害保険協会関東支部

損害保険料率算出機構 首都圏本部

目 次

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険).....	1
-----------------------------	---

1. 労災診療費算定基準

1 労災保険の目的と保険給付の概要について	34
2 労災診療費の算定方法.....	37
参考1 非課税医療機関一覧	38
3 診療項目別労災診療費.....	39
1. 初診料.....	39
参考2 初診料の算定例	40
2. 救急医療管理加算.....	42
3. 療養の給付請求書取扱料.....	44
4. 再診料.....	45
5. 再診時療養指導管理料.....	47
参考3 重複算定のできない管理料等	48
6. 外来管理加算の特例.....	49
外来管理加算特例取扱い算定早見表	49
7. 四肢の傷病にかかる処置・手術・リハビリテーションの加算.....	52
四肢傷病に対する特例取扱い算定早見表	52
8. リハビリテーション.....	56
疾患別リハビリテーション料一覧表	56
参考4 労災リハビリテーション評価計画書	59
9. 処置等の特例.....	60
消炎鎮痛等処置等、湿布処置及び疾患別リハビリテーションの併施の取扱い一覧表 ...	73
10. 手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）及び手の指の骨折非観血的整復術の特例 ...	74
11. 手指の機能回復指導加算.....	77
12. 初診時ブラッシング料.....	78
13. コンピューター断層撮影診断料.....	79
14. 術中透視装置使用加算.....	80
15. 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.....	81
16. 固定用伸縮性包帯.....	82
17. 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ.....	82
18. 入院基本料.....	83

参考 5	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	87
参考 6	入院基本料特例取扱点数一覧表	88
19.	病衣貸与料	98
20.	入院室料加算	98
参考 7	入院室料加算における地域区分（甲地）	100
21.	入院時食事療養費	101
22.	リハビリテーション情報提供加算	102
参考 8	労災リハビリテーション実施計画書	103
23.	社会復帰支援指導料	104
参考 9	早期社会復帰のための指導項目	105
24.	職場復帰支援・療養指導料	106
参考 10	指導管理箋	108
25.	職業復帰訪問指導料	112
26.	精神科職場復帰支援加算	114
27.	労災電子化加算	114
参考 11	職場復帰支援のプログラムの例	115
28.	石綿疾患療養管理料	116
29.	石綿疾患労災請求指導料	116
30.	治療用材料及び装具の取扱い	117
31.	振動障害にかかる検査料	119
4	請求権の時効について	120
5	その他	122
1.	労災診療費算定基準の主な改定内容（令和 6 年 6 月 1 日以降の診療より適用）	122
2.	四肢に対する特例取扱い（1.5 倍・2 倍）の点数一覧	124
3.	労災保険における診断書料早見表	142
4.	障害（補償）給付の取扱いと障害等級早見表	146
5.	薬局での労災患者の取扱いについて	154
6.	労働局・労働基準監督署一覧	156

2. 自賠責保険診療費算定基準

1	交通事故医療	164
1.	自動車保険	164
2.	請求方法	165
3.	自動車事故患者の自賠責保険チェックシート	170
4.	医療機関・被害者（患者）・損害保険会社の関係	172
5.	交通事故診療における健康保険の使用について	172
2	自賠責保険診療費算定基準〔新基準〕（手上げ方式の日医基準）	178
1.	東京都での新基準の適用経緯について	178
2.	新基準の請求方法	179
3.	日本医師会による新基準設立経緯について	180
3	自動車損害賠償責任保険 診療報酬明細書の記載要領	186
	「その他技術」・「薬剤等モノ」の区分表	192
4	自賠責保険診療報酬明細書・診療内容内訳書記載例	193
1.	診療料	193
2.	注射	195
3.	処置料	196
4.	手術料・麻酔料	196
5.	検査料	197
6.	画像診断料	197
7.	その他	198
8.	入院料	199
9.	金額欄	200
	（参考）自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書（入院）	201
	（参考）自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書（入院外）	202
	（参考）診療内容内訳書	203
5	自動車損害賠償責任保険 Q&A	204

3. 地方公務員災害補償制度

1	地方公務員災害補償制度の概要	208
1	地方公務員等の災害補償制度	208
2	地方公務員災害補償の内容	208
3	補償を受ける手続	210
2	療養補償の内容	212
1	診察	212
2	薬剤・治療材料	212
3	処置・手術等	213
4	居宅での療養上の管理や看護等	213
5	入院での療養上の管理や看護等	214
6	移送	214
3	療養補償の手続（療養の開始～終了）	216
1	療養の開始	216
2	共済組合員証（健康保険証）を提示して受診した場合	216
3	移送費、補装具購入等で自己負担した場合	217
4	転医	217
5	療養中の療養状況の把握と療養の現状等に関する報告書	218
6	治ゆ（療養の終了）	218
7	時効	218
4	療養補償請求手続の流れ	219
1	公務災害における請求手続の流れ	219
2	東京都医師会加入の指定医療機関での請求手続の流れ	220
5	請求方法	221
1	提出先	221
2	指定医療機関の提出書類	221
	○記入方法（総括表、様式第5号、都支部様式第1号）	223
	○公務災害診療費（協定金額で請求する項目）一覧表	226
	○参考様式等（総括表、都支部様式第1号、様式第5号、診断書、療養補償請求書、休業補償請求書、移送費明細書、その他証明書）	227
6	よくある質問	238
7	主な指定医療機関・問合せ先一覧	240

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

1. 診察料	2
2. 入院料	8
3. 医学管理	10
4. 画像診断料	14
5. 処置料	18
6. リハビリテーション料	24
7. 手術料	28
8. 処置医療機器等加算	30
9. 療養の給付請求書取扱料	30
10. その他	30

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
1. 診察料 (1) 初診料 ① 診療継続中の別傷病での初診料 ② 情報通信機器を用いた場合 ③ 紹介のない患者の初診料 ④ 同一日の他科初診料 ⑤ 乳幼児加算 ⑥ 時間外加算等 時間外(平日休診日含む) (平日は概ね6時から8時、18時から22時 土曜日は概ね6時から8時、12時から22時) 休日(日・祝、12/29～1/3) 深夜(22時～翌6時) ⑦ 時間外加算の特例 ⑧ 夜間・早朝等加算(診療所に限る) ⑨ 機能強化加算 ⑩ 外来感染対策向上加算(診療所に限る) ⑪ 連携強化加算(診療所に限る) ⑫ サーベイランス強化加算(診療所に限る) ⑬ 抗菌薬適正使用体制加算(診療所に限る) ⑭ 医療情報取得加算 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の 名称変更 ⑮ 医療DX推進体制整備加算 ※2024年6月新設 ⑬、⑮ ※紹介状なし受診等の定額負担を徴収 した場合	1. 診察料 (1) 初診料 291点 算定不可 ① 診療継続中の別傷病での初診料 ② 情報通信機器を用いた場合 253点 情報通信機器を用いた初診を行った結果、医師が続けて対面診療を行う 必要があると判断し、同日に対面診療を行った場合は初診料291点のみ 算定する。 ③ 紹介のない患者の初診料 216点(188点) (カッコ内は情報通信機器を用いた場合) ④ 同一日の他科初診料 146点(127点) (カッコ内は情報通信機器を用いた場合) ⑤ 乳幼児加算 75点 ⑥ 時間外、休日、深夜 85点・250点・480点 乳幼児加算 200点・365点・695点 ⑦ 時間外加算の特例 230点 乳幼児加算 345点 夜間における救急医療確保のため設けられている医療機関(深夜、休日を除 く) ⑧ 夜間・早朝等加算(診療所に限る) 50点 診療時間内の下記の時間帯 ・平日の夜間(18～22時) 早朝(6～8時) ・土曜の夜間(12～22時) 早朝(6～8時) ・休日開業の深夜以外(6～22時) ⑨ 機能強化加算 80点 地域包括診療、小児かかりつけ診療等を届出している、200床未満の病院又 は診療所に限る。 ⑩ 外来感染対策向上加算(診療所に限る 月1回) 6点 ⑪ 連携強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 3点 ⑫ サーベイランス強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 1点 ⑬ 抗菌薬適正使用体制加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 5点 ⑭ 医療情報取得加算1(月1回) 3点 医療情報取得加算2(月1回) 1点 ⑮ 医療DX推進体制整備加算(月1回) 8点 ※初診・再診の定額負担徴収の対象病院で、紹介状の ない患者の初診につき定額負担(選定療養費・7,000円 以上)を徴収した場合、200点を控除する。 ▲200点
(2) 再診料 ① 同一日の他科再診料	(2) 再診料(一般病床の病床数が200床未満の医療機関) 75点 情報通信機器を用いた場合を含む。 ① 同一日の他科再診料 38点

労災(2024年6月)	自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)
1. 診察料 (乳幼児・小児加算は他保険比較のため参考に記載。) (1) 初診料 3,850円 ①診療継続中の別傷病での初診料(別事由による) 3,850円 ②情報通信機器を用いた場合 3,850円 ③紹介のない患者の初診料 規定なし ④同一日の他科初診料(①を算定できる場合を除く) 1,930円 ⑤乳幼児加算 75点 ⑥時間外、休日、深夜 85点・250点・480点 乳幼児加算 200点・365点・695点 ⑦時間外加算の特例 230点 乳幼児加算 345点 ⑧夜間・早朝等加算(診療所に限る) 50点 ⑨機能強化加算 80点 ⑩外来感染対策向上加算(診療所に限る 月1回) 6点 ⑪連携強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 3点 ⑫サーベイランス強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 1点 ⑬抗菌薬適正使用体制加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 5点 ⑭医療情報取得加算1(月1回) 3点 医療情報取得加算2(月1回) 1点 ⑮医療DX推進体制整備加算(月1回) 8点 ※紹介状なしで受診した場合の定額負担料(健康保険における選定療養費)を傷病労働者から徴収した場合の初診料 1,850円	1. 診察料 (1) 初診料 $3,850円 \times 1.2倍 = 4,620円$ ①診療継続中の別傷病での初診料 4,620円 (別事由による) ②情報通信機器を用いた場合 $3,850円 \times 1.2倍 = 4,620円$ ③紹介のない患者の初診料 規定なし ④同一日の他科初診料 $1,930円 \times 1.2倍 = 2,316円$ (①を算定できる場合を除く) ⑤乳幼児加算 $75点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 1,080円$ ⑥時間外、休日、深夜 $(85 \cdot 250 \cdot 480)点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 1,224、3,600、6,912円$ 乳幼児加算 $(200 \cdot 365 \cdot 695)点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 2,880、5,256、10,008円$ ⑦時間外加算の特例 $230点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 3,312円$ 乳幼児加算 $345点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 4,968円$ ⑧夜間・早朝等加算(診療所に限る) $50点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 720円$ ⑨機能強化加算 $80点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 1,152円$ 左記⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮とも 所定点数 $\times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍$ ※算定要件は労災に同じ $1,850円 \times 1.2倍 = 2,220円$
(2) 再診料(一般病床の病床数200床未満の医療機関及び一般病床の200床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科) 1,420円 情報通信機器を用いた場合を含む。 ①同一日の他科再診料 710円	(2) 再診料 $1,420円 \times 1.2倍 = 1,704円$ (対象医療機関は労災に同じ) ※算定要件は労災に同じ ①同一日の他科再診料 $710円 \times 1.2倍 = 852円$

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
② 乳幼児(6歳未満)加算	②乳幼児加算 38点
③ 時間外加算等 (初診料の項 参照)	③時間外、休日、深夜 65点・190点・420点 乳幼児加算 135点・260点・590点
④ 時間外加算の特例	④時間外加算の特例 180点 乳幼児加算 250点
⑤ 夜間・早朝等加算	⑤夜間・早朝等加算(診療所に限る) 50点
⑥ 外来管理加算(200床未満)	⑥外来管理加算 52点 外来管理加算を算定できない項目 電話再診 慢性疼痛疾患管理料 検査 (超音波、脳波、神経・筋検査、耳鼻咽喉科学的検査・眼科学的検査 ・負荷試験・ラジオアイソトープを用いた諸検査・内視鏡検査等) リハビリテーション 精神科専門療法 処置 手術 麻酔 放射線治療 情報通信機器を用いた再診
⑧ 時間外対応加算1(診療所に限る) 時間外対応加算2(診療所に限る) 時間外対応加算3(診療所に限る) 時間外対応加算4(診療所に限る)	⑧時間外対応加算1(診療所に限る) 5点 時間外対応加算2(診療所に限る) 4点 時間外対応加算3(診療所に限る) 3点 時間外対応加算4(診療所に限る) 1点
⑨ 明細書発行体制等加算	⑨明細書発行体制等加算(診療所に限る) 1点 項目別に記載の明細書を無料発行した場合、但し、不要とされた場合も算定可。
⑩ 外来感染対策向上加算(診療所に限る)	⑩外来感染対策向上加算(診療所に限る 月1回) 6点
⑪ 連携強化加算(診療所に限る)	⑪連携強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 3点
⑫ サーベイランス強化加算(診療所に限る)	⑫サーベイランス強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 1点
⑬ 抗菌薬適正使用体制加算(診療所に限る)	⑬抗菌薬適正使用体制加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回) 5点
⑭ 医療情報取得加算	⑭医療情報取得加算3(3月1回) 2点 医療情報取得加算4(3月1回) 1点
⑮ 看護師等遠隔診療補助加算	⑮看護師等遠隔診療補助加算 50点
※2024年6月新設 ⑬、⑮	

労災(2024年6月)			自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)		
②乳幼児加算		38点	②乳幼児加算		38点×(12円)×1.2倍＝547円
③時間外、休日、深夜 乳幼児加算		65点・190点・420点 135点・260点・590点	左記③、④、⑤、⑥とも		所定点数×(12円)×1.2倍
④時間外加算の特例 乳幼児加算		180点 250点			
⑤夜間・早朝等加算(診療所に限る)		50点			
⑥外来管理加算(※特例取扱い)		52点	⑥外来管理加算(※特例取扱い)		※外来管理加算特例取扱いは労災に同じ
外来管理加算特例取扱い算定早見表					
項目	再診料	外来管理加算		処置等の算定	
		健保準用点数	(特例)	健保準用点数	(特例)読替え
処置等が無い時	1,420円	+52点	—	—	—
52点未満の 処置等が 1つある時	1,420円	—	+52点	所定点数	—
52点未満の 処置等が 2つ以上ある時	1,420円	—	+52点	最も点数の 低いものは 所定点数	その他のもの は52点と読 替え
52点以上の 処置等のみ の時	1,420円	—	—	所定点数	—
※ 四肢および手・手指については、四肢傷病に対する特例扱い(四肢加算)を行った後の点数で判断する。					
※ 創傷処置(100cm ² 未満)52点について、四肢以外の部位に行った場合、従来どおり45点と算定し、外来管理加算の特例取扱いの対象として差し支えない。					
⑧時間外対応加算1(診療所に限る)		5点	⑧時間外対応加算1～4(診療所に限る)		
時間外対応加算2(診療所に限る)		4点			所定点数×(12円)×1.2倍
時間外対応加算3(診療所に限る)		3点			
時間外対応加算4(診療所に限る)		1点			
⑨明細書発行体制等加算(診療所に限る)		1点	⑨明細書発行体制等加算(診療所に限る)		
労災においては発行義務は無いが、算定可能。			新基準においても発行義務は無いが、算定可能。		1点×(12円)×1.2倍＝14円
⑩外来感染対策向上加算(診療所に限る 月1回)		6点	左記⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮とも		
⑪連携強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回)		3点			所定点数×(12円)×1.2倍
⑫サーベイランス強化加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回)		1点			
⑬抗菌薬適正使用体制加算(⑩を算定する診療所に限る 月1回)		5点			
⑭医療情報取得加算3(3月1回)		2点			
医療情報取得加算4(3月1回)		1点			
⑮看護師等遠隔診療補助加算		50点			

再診時の創傷処置(100cm²未満)の取扱い例

・左顔面部(四肢以外)に創傷処置・・・52点を45点として算定

45点×1.0倍(四肢以外)＝45点→外来管理加算特例の対象

創傷処置

45点×(12円)×1.2倍＝648円

外来管理加算特例

52点×(12円)×1.2倍＝749円

(小数点以下、四捨五入)

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
(3) 外来診療料 (一般病床200床以上の医療機関)	(3) 外来診療料(一般病床200床以上の医療機関) 76点 外来診療料(特定の検査及び処置を包括) 創傷処置(100cm²未満及び100cm²以上500cm²未満のもの)、皮膚科軟膏処置(100cm²以上500cm²未満のもの)、介達牽引、消炎鎮痛等処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射等
① 情報通信機器を用いた場合	① 情報通信機器を用いた場合 75点
② 紹介のない患者の外来診療料	② 紹介のない患者の外来診療料 56点
③ 同一日の他科外来診療料	③ 同一日の他科外来診療料 38点(28点) (紹介のない患者の外来診療料の場合)
④ 乳幼児(6歳未満)加算	④ 乳幼児加算 38点
⑤ 時間外加算等 (初診料の項 参照)	⑤ 時間外、休日、深夜 65点・190点・420点 乳幼児加算 135点・260点・590点
⑥ 時間外加算の特例	⑥ 時間外加算の特例 180点 乳幼児加算 250点
⑦ 医療情報取得加算	⑦ 医療情報取得加算3(3月1回) 2点 医療情報取得加算4(3月1回) 1点
⑧ 看護師等遠隔診療補助加算	⑧ 看護師等遠隔診療補助加算 50点
※他院紹介にもかかわらず受診し定額負担を徴収した場合	※初診・再診の定額負担徴収の対象病院で、他院を紹介した患者の再診につき定額負担(選定療養費・3000円)を徴収した場合、50点を控除する。 ▲50点
(4) 再診時療養指導管理料	(4) 再診時療養指導管理料 規定なし
(5) 救急医療管理加算	(5) 救急医療管理加算1(入院1日につき) 1,050点 救急医療管理加算2(入院1日につき) 420点 救急医療管理加算1の対象病態のいずれかに該当し医師が緊急に入院を必要と認めた重症患者。 いずれも入院した日から起算して7日を限度に加算する。通院には適用なし。 救急医療管理加算2を算定する場合のうち、直近6カ月において「その他の重篤な状態」の場合が5割以上の医療機関については、210点で算定する。
① 乳幼児加算(6歳未満)加算	① 乳幼児(6歳未満)加算 400点
② 小児加算(6歳以上15歳未満)加算	② 小児(6歳以上15歳未満)加算 200点

労災(2024年6月)			自賠責保険【新基準】(日医基準) (2024年6月)												
(3) 外来診療料(一般病床200床以上の医療機関) 76点 外来診療料に包括される処置等(左記参照)は、四肢加算の対象となる場合でも、当該処置の点数や四肢加算の点数を、労災保険においても別に算定することはできない。 ①情報通信機器を用いた場合 75点 ②紹介のない患者の外来診療料 56点 ③同一日の他科外来診療料 38点(28点) (紹介のない患者の外来診療料の場合) ④乳幼児加算 38点 ⑤時間外、休日、深夜 65点・190点・420点 乳幼児加算 135点・260点・590点 ⑥時間外加算の特例 180点 乳幼児加算 250点 ⑦医療情報取得加算3(3月1回) 2点 医療情報取得加算4(3月1回) 1点 ⑧看護師等遠隔診療補助加算 50点 ※初診・再診の定額負担徴収の対象病院で、他院紹介にもかかわらず受診し、定額負担料(健保の選定療養費)を徴収した場合、50点を控除する。 ▲50点			(3) 外来診療料(一般病床200床以上の医療機関) ※算定要件は労災に同じ 76点×〈12円〉×1.2倍=1,094円 ①情報通信機器を用いた場合 75点×〈12円〉×1.2倍=1,080円 左記②～⑧とも 所定点数×〈12円〉×1.2倍 ※算定要件は労災に同じ ▲50点												
(4) 再診時療養指導管理料(再診時 指導の都度) 920円 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。			(4) 再診時療養指導管理料(再診時 指導の都度) 920円×1.2倍=1,104円												
(5) 救急医療管理加算 <table><tr><td>入院</td><td>初診に引き続き入院の場合、7日を限度で算定可(入院1日につき)</td><td>6,900円</td></tr><tr><td>入院外</td><td>同一傷病につき、初診時1回に限り算定可能</td><td>1,250円</td></tr></table> 健康保険における「救急医療管理加算」「特定入院料」「保険外併用療養費(初診時自己負担金)」とは重複算定できない。			入院	初診に引き続き入院の場合、7日を限度で算定可(入院1日につき)	6,900円	入院外	同一傷病につき、初診時1回に限り算定可能	1,250円	(5) 救急医療管理加算 <table><tr><td>入院</td><td>(入院1日につき) 6,900円×1.2倍=8,280円</td></tr><tr><td>入院外</td><td>1,250円×1.2倍=1,500円</td></tr></table> 健康保険における「救急医療管理加算」「特定入院料」「保険外併用療養費(初診時自己負担金)」とは重複算定できない。			入院	(入院1日につき) 6,900円×1.2倍=8,280円	入院外	1,250円×1.2倍=1,500円
入院	初診に引き続き入院の場合、7日を限度で算定可(入院1日につき)	6,900円													
入院外	同一傷病につき、初診時1回に限り算定可能	1,250円													
入院	(入院1日につき) 6,900円×1.2倍=8,280円														
入院外	1,250円×1.2倍=1,500円														

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)	
2. 入院料	2. 入院料 「入院基本料」「入院基本料等加算」「入院時食事療養費」により算定する。	
(1) 入院基本料	(1) 入院基本料(基本点数) 病棟の種類と看護体制の組合せにより基本点数が異なる。 栄養管理体制に関する基準を満たしていない医療機関は1日につき、基本点数から40点減算する。	
① 期間の加算	①期間の加算 入院30日目までの加算のうち、一般病棟入院基本料の場合は「～14日以内（450点）」と「15日～30日以内（192点）」を基本料に加算する。	
② 各種加算	②各種加算 褥瘡対策加算、医師配置加算、看護配置加算等	
外泊期間中の入院料	外泊期間中の入院料 入院基本料の15%を算定する。	
(2) 入院基本料等加算	(2) 入院基本料等加算	
① 入院基本料等加算	①入院基本料等加算 項目により加算日数に注意 (例) 診療録管理体制加算(初日のみ) 総合入院体制加算(1日につき、14日限度) 看護配置加算(1日につき)、地域加算(1日につき)等	
② 病衣貸与料	②病衣貸与料	規定なし
(3) 入院時食事療養費 (1日、3食が限度)	(3) 入院時食事療養費	
①入院時生活療養費	①入院時生活療養費 療養病床に入院する65歳以上の高齢者に適用。	
(4) 入院室料加算	(4) 入院室料加算 規定なし 患者の希望による「選定療養(個室～4人部屋)」を提供した場合は、患者から差額室料を徴収できる。 自賠責保険では、1日4,950円が上限。	
(5) 初回入院時諸費用	(5) 初回入院時諸費用 規定なし	

労災(2024年6月)		自賠責保険【新基準】(日医基準) (2024年6月)					
2. 入院料 入院料は、「入院基本料における特例点数と加算点数」・「入院基本料等加算」「入院室料加算などの特掲料金」により算定する。		2. 入院料 入院料は、労災にて算定した点数×12円×1.2倍と、労災の入院室料加算などの特掲料金×1.2倍により算定する。					
(1) 入院基本料(基本点数) …特例点数		(1) 入院基本料(基本点数) …特例点数 [栄養管理体制減算]					
<table><tr><td>2週間以内</td><td>健保点数の1.3倍(1点未満四捨五入)</td></tr><tr><td>2週間超</td><td>健保点数の1.01倍(1点未満四捨五入)</td></tr></table> ※栄養管理体制に係る「減算」がある場合は、減算後に1.3倍または1.01倍する。		2週間以内	健保点数の1.3倍(1点未満四捨五入)	2週間超	健保点数の1.01倍(1点未満四捨五入)	$(\text{入院基本料}-40\text{点}) \times 1.3\text{倍または}1.01\text{倍}$ $\Rightarrow \text{特例点数} \times (12\text{円}) \times 1.2\text{倍}$	
2週間以内	健保点数の1.3倍(1点未満四捨五入)						
2週間超	健保点数の1.01倍(1点未満四捨五入)						
①期間の加算 加算取扱いとは健保と同じだが、入院基本料を1.3倍または1.01倍した後に加算する。		①期間の加算 ※算定要件は労災に同じ $\text{入院基本料} \times 1.3\text{倍または}1.01\text{倍}$ $\Rightarrow (\text{特例点数} + \text{期間の加算}) \times (12\text{円}) \times 1.2\text{倍}$					
入院基本料 × (1.3倍または1.01倍) + 期間の加算							
②各種加算 (各種加算の一部については、1.3倍又は1.01倍の対象外) 加算の種類は健保と同じだが、入院基本料に各種加算をした後に、1.3倍または1.01倍。		②各種加算 ※算定要件は労災に同じ $(\text{入院基本料} + \text{各種加算}) \times 1.3\text{倍または}1.01\text{倍}$ $\Rightarrow \text{特例点数} \times (12\text{円}) \times 1.2\text{倍}$					
$(\text{入院基本料} + \text{各種加算}) \times 1.3\text{倍または}1.01\text{倍}$ 外泊期間中の入院料		外泊期間中の入院料					
$\text{入院基本料} \times 15\%$ (小数点以下四捨五入) × 1.3倍または1.01倍		$\text{入院基本料} \times 15\%$ (小数点以下四捨五入) × 1.3倍または1.01倍 $\Rightarrow \text{特例点数} \times (12\text{円}) \times 1.2\text{倍}$					
(2) 入院基本料等加算		(2) 入院基本料等加算					
①入院基本料等加算 加算の種類は健保と同じだが、入院基本料を1.3倍または1.01倍した後に加算する。		①入院基本料等加算 加算の種類は健保と同じだが、入院基本料を1.3倍または1.01倍した後に加算する。					
②病衣貸与料(1日につき)							

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
3. 医学管理 (1) 診療情報提供料(Ⅰ)	3. 医学管理 (1) 診療情報提供料(Ⅰ) 250点 患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
① 退院患者紹介加算	①退院患者紹介加算 200点
② 地域連携診療計画加算	②地域連携診療計画加算 50点
③ 検査・画像情報提供加算 イ 退院患者	③検査・画像情報提供加算 イ 退院患者(退院月又はその翌月) 200点 ①とは重複算定できない。
ロ 入院中の患者以外の患者	ロ 入院中の患者以外の患者 30点
(2) 電子的診療情報評価料	(2) 電子的診療情報評価料 30点 診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果・画像情報・画像診断の所見・投薬内容・注射内容・退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、患者の診療に活用した場合に算定する。
(3) 診療情報提供料(Ⅱ)	(3) 診療情報提供料(Ⅱ) 500点 診療を担う医師が、セカンドオピニオンの求めに応じ、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要な情報を提供した場合、患者1人につき月1回に限り算定する。
(4) 連携強化診療情報提供料	(4) 連携強化診療情報提供料(月1回) 150点 かかりつけ医機能を有する医療機関等と他の医療機関が連携することで質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。患者1人につき提供する保険医療機関ごとに1月に1回又は3月に1回限り算定する。
(5) 院内トリアージ実施料	(5) 院内トリアージ実施料 300点 夜間、休日、深夜における外来初診患者に対し、状態を評価し診療の優先順位付けを行った場合。但し、救急自動車等により緊急搬送された患者は除く。(7)「夜間休日救急搬送医学管理料」とは重複算定できない。
(6) 特定疾患療養管理料 ※2024年6月 内容変更	(6) 特定疾患療養管理料 厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に月2回に限り算定する。 【2024年改定による主な変更点】対象疾患から脂質異常症、高血圧症、糖尿病が削除され、これらの生活習慣病に対する医学管理料が生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)に一本化された。[生活習慣病(Ⅱ)]を特定疾患療養管理料による上記3疾患に対する従前の評価に代替するものとして新設。 1. 診療所の場合(カッコ内は情報通信機器を用いた場合) 225点(196点) 2. 許可病床数100床未満の病院の場合(カッコ内は情報通信機器を用いた場合) 147点(128点) 3. 許可病床数100床以上200床未満の病院の場合 87点(76点) (カッコ内は情報通信機器を用いた場合)
(7) 夜間休日救急搬送医学管理料 ① 救急搬送看護体制加算 1・2	(7) 夜間休日救急搬送医学管理料 600点 時間外(土曜日以外の日(休日を除く)にあつては夜間に限る)、休日、深夜において、救急・緊急自動車及び救急医療用ヘリコプターにより、緊急に搬送された初診患者に対して算定する。 (5)「院内トリアージ実施料」とは重複算定できない。 ①救急搬送看護体制加算 イ 救急搬送看護体制加算1 400点 年間救急搬送1,000件以上、専任看護師複数配置 ロ 救急搬送看護体制加算2 200点 年間救急搬送200件以上、専任看護師配置

労災(2024年6月)	自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)
3. 医学管理 (1) 診療情報提供料(Ⅰ) 250点 ※算定要件は健保に同じ ①退院患者紹介加算 200点 ②地域連携診療計画加算 50点 ③検査・画像情報提供加算 イ 退院患者(退院月又はその翌月) 200点 ロ 入院中の患者以外の患者 30点	3. 医学管理 (1) 診療情報提供料(Ⅰ) ※算定要件は健保に同じ 250点×〈12円〉×1.2倍＝3,600円 ①退院患者紹介加算 200点×〈12円〉×1.2倍＝2,880円 ②地域連携診療計画加算 50点×〈12円〉×1.2倍＝720円 ③検査・画像情報提供加算 イ 退院患者(退院月又はその翌月) 200点×〈12円〉×1.2倍＝2,880円 ロ 入院中の患者以外の患者 30点×〈12円〉×1.2倍＝432円
(2) 電子的診療情報評価料 30点 ※算定要件は健保に同じ	(2) 電子的診療情報評価料 ※算定要件は健保に同じ 30点×〈12円〉×1.2倍＝432円
(3) 診療情報提供料(Ⅱ) 500点 ※算定要件は健保に同じ	(3) 診療情報提供料(Ⅱ) ※算定要件は健保に同じ 500点×〈12円〉×1.2倍＝7,200円
(4) 連携強化診療情報提供料(月1回) 150点 ※算定要件は健保に同じ	(4) 連携強化診療情報提供料(月1回) ※算定要件は健保に同じ 150点×〈12円〉×1.2倍＝2,160円
(5) 院内トリアージ実施料 300点 ※算定要件は健保に同じ	(5) 院内トリアージ実施料 ※算定要件は健保に同じ 300点×〈12円〉×1.2倍＝4,320円
(6) 特定疾患療養管理料 ※算定要件は健保に同じ 1. 診療所の場合(カッコ内は情報通信機器を用いた場合) 225点(196点) 2. 許可病床数100床未満の病院の場合 147点(128点) (カッコ内は情報通信機器を用いた場合) 3. 許可病床数100床以上200床未満の病院の場合(カッコ内は情報通信機器を用いた場合) 87点(76点)	(6) 特定疾患療養管理料 ※算定要件は健保に同じ 但し、鎮痛剤投与(ロキソニン等)による「胃炎または胃潰瘍」の傷病名が付されている場合があるが、交通外傷では「主病」とは捉えられないことから自賠責保険としては認定対象外としている。
(7) 夜間休日救急搬送医学管理料 600点 ※算定要件は健保に同じ ①救急搬送看護体制加算 イ 救急搬送看護体制加算1 400点 ロ 救急搬送看護体制加算2 200点	(7) 夜間休日救急搬送医学管理料 ※算定要件は健保に同じ 600点×〈12円〉×1.2倍＝8,640円 ①救急搬送看護体制加算 イ 救急搬送看護体制加算1 400点×〈12円〉×1.2倍＝5,760円 ロ 救急搬送看護体制加算2 200点×〈12円〉×1.2倍＝2,880円

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
(8) 外来リハビリテーション診療料	(8) 外来リハビリテーション診療料 外来リハビリテーション診療料1 7日間で1回 73点 外来リハビリテーション診療料2 14日間で1回 110点 ・リハビリテーション実施計画において、7日間(診療料1)または14日間(診療料2)に2日以上、疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来患者に対して、必要な診療が行われた場合に算定する。 ・算定日から7日間(診療料1)または14日間(診療料2)は、医師による診察を行わない日であっても、疾患別リハビリテーションの費用は算定できる。但し、診察料(初診料・再診料・外来診療料)は算定できない。
(9) 療養費同意書交付料	(9) 療養費同意書交付料 100点 ・健康保険法第87条の規定による療養費(柔道整復以外の施術に係るものに限る。)に係る同意書を交付した場合に算定する。 ・診察をしている主治の医師(緊急その他やむを得ない場合は主治の医師に限らない)が、当該診察に基づき療養費の支給対象に該当すると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書(以下、「同意書等」という)を交付した場合に算定する。患者が同意書等により療養費の支給可能な期間(初療又は同意の日から6月)を超えて、さらにこれらの施術を受ける必要がある場合に医師が当該患者に同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。但し、同意書等によらず、医師の同意によった場合は算定できない。
(10) 傷病手当金意見書交付料	(10) 傷病手当金意見書交付料 100点 医師が労務不能と認め、証明した期間ごとに算定できる。傷病手当金の受給には必要となるが、自賠責保険としては認定対象外。
(11) 職場復帰支援・療養指導料 ① 精神疾患を主たる傷病とする場合 ② その他の疾患の場合 療養・就労両立支援加算	(11) 職場復帰支援・療養指導料 規定なし 療養・就労両立支援加算 規定なし
(12) 社会復帰支援指導料	(12) 社会復帰支援指導料 規定なし

労災(2024年6月)	自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)
(8) 外来リハビリテーション診療料 ※算定要件は健保に同じ 外来リハビリテーション診療料1 73点 外来リハビリテーション診療料2 110点	(8) 外来リハビリテーション診療料 ※算定要件は健保に同じ 外来リハビリテーション診療料1 $73点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 1,051円$ 外来リハビリテーション診療料2 $110点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 1,584円$
(9) はり・きゅう及びマッサージの施術に係わる診断書料 3,000円	(9) 療養費同意書交付料 適応は、ありうる $100点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 1,440円$
(10) 休業(補償)給付請求書料 証明料 2,000円	(10) 傷病手当金意見書交付料・休業(補償)給付請求書料 ※自賠責保険としては認定対象外
(11) 職場復帰支援・療養指導料(月1回) ①精神疾患を主たる傷病とする場合 初回 900点 2回目 560点 3回目 450点 4回目 330点 ②その他の疾患の場合 初回 680点 2回目 420点 3回目 330点 4回目 250点 入院治療後、通院療養をしながら就労可能と医師が認める者、又は、入院治療を伴わず通院療養を2ヶ月以上継続している者で、就労可能と医師が認める者に対し、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、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが「指導管理箋」を交付し、職場復帰のため必要な説明・指導を行った場合に、同一傷病労働者につき月1回、4回を限度(頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。)として算定可。 療養・就労両立支援加算 600点 医師又は指示を受けた看護職員、理学・作業療法士、公認心理師もしくはソーシャルワーカーが、傷病労働者の勤務する事業場の事業主又は産業医から、「療養と就労の両立を継続するため」の治療上望ましい助言を得て、医師が治療計画の再評価を実施し、労働者に変更内容等を説明した場合に、1回につき600点の加算ができる。	(11) 職場復帰支援・療養指導料(月1回) ※算定要件は労災に同じ ①精神疾患を主たる傷病とする場合 所定点数 $\times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍$ ②その他の疾患の場合 所定点数 $\times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍$ 療養・就労両立支援加算 ※算定要件は労災に同じ $600点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 8,640円$
(12) 社会復帰支援指導料 130点 3ヵ月以上の療養を行っている傷病労働者に対して。治癒が見込まれる時期及び治癒後における日常生活(就労を含む)上の注意事項について、医師が所定の様式に基づき指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治癒が見込まれる時期を記載した場合に、同一傷病労働者につき、1回に限り算定できる。但し、転医している場合は、医療機関につき1回限り算定できる。	(12) 社会復帰支援指導料 ※算定要件は労災に同じ $130点 \times \langle 12円 \rangle \times 1.2倍 = 1,872円$

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)																																								
4. 画像診断料	4. 画像診断料																																								
① 時間外緊急院内画像診断加算 (通院のみ)	①時間外緊急院内画像診断加算 (1日につき) 110点 緊急のため時間外・休日・深夜において撮影診断を行った場合に加算する。																																								
② 画像診断管理加算1・2・3・4	②画像診断管理加算1・2・3・4 (月1回) 70点・175点・235点・340点 画像診断を専ら担当する常勤の医師が、写真診断、基本的エックス線診断料、核医学診断、コンピューター断層診断を行い、文書にて報告した場合に加算する。(但し、「画像診断管理加算2・3・4」は、核医学診断、コンピューター断層診断のみに算定)																																								
(1) エックス線診断料	(1) エックス線診断料																																								
① 透視診断(X-D) 透視による病巣の診断(フィルムなし)	①透視診断 110点																																								
② 写真診断(X-P) 単純撮影 特殊撮影 造影剤使用撮影	②写真診断																																								
	<table><tr><th colspan="2" rowspan="2">種別</th><th rowspan="2">診断</th><th colspan="2">撮影</th></tr><tr><th>アナログ</th><th>デジタル</th></tr><tr><td rowspan="2">単純</td><td>頭部・胸部 腹部・脊椎</td><td>85点</td><td rowspan="2">60点</td><td rowspan="2">68点</td></tr><tr><td>その他</td><td>43点</td></tr><tr><td>特殊</td><td>一連につき (パントモ・断層・スポット等)</td><td>96点</td><td>260点</td><td>270点</td></tr><tr><td rowspan="2">造影剤 使用</td><td>消化器 その他臓器</td><td>72点</td><td>144点</td><td>154点</td></tr><tr><td>脳脊髄腔 (ミエログラフィー)</td><td>72点</td><td>292点</td><td>302点</td></tr></table>	種別		診断	撮影		アナログ	デジタル	単純	頭部・胸部 腹部・脊椎	85点	60点	68点	その他	43点	特殊	一連につき (パントモ・断層・スポット等)	96点	260点	270点	造影剤 使用	消化器 その他臓器	72点	144点	154点	脳脊髄腔 (ミエログラフィー)	72点	292点	302点												
種別					診断	撮影																																			
		アナログ	デジタル																																						
単純	頭部・胸部 腹部・脊椎	85点	60点	68点																																					
	その他	43点																																							
特殊	一連につき (パントモ・断層・スポット等)	96点	260点	270点																																					
造影剤 使用	消化器 その他臓器	72点	144点	154点																																					
	脳脊髄腔 (ミエログラフィー)	72点	292点	302点																																					
	同一部位に、同時に2以上の撮影(単純、特殊、造影剤使用撮影)を行った場合、2番目以後の診断については、50/100により算定する。 同一部位に、同時に2枚以上のフィルムを使用し、同一方法による撮影を行った場合、2～5枚目までの診断料、撮影料は50/100により算定する。																																								
	フィルム価格 (1枚につき)																																								
	<table><tr><th colspan="2">フィルムの大きさ</th><th>一般用 (アナログ)</th><th>画像記録用 (デジタル)</th></tr><tr><td>半切</td><td>35.4cm×43cm</td><td>120円</td><td>226円</td></tr><tr><td>大角</td><td>35.4cm×35.4cm</td><td>115円</td><td>188円</td></tr><tr><td>大四ツ切</td><td>27.9cm×35.4cm</td><td>76円</td><td>186円</td></tr><tr><td>四ツ切</td><td>25.2cm×30.3cm</td><td>62円</td><td>135円</td></tr><tr><td>六ツ切</td><td>20.1cm×25.2cm</td><td>48円</td><td>115円</td></tr><tr><td>八ツ切</td><td>16.4cm×21.4cm</td><td>46円</td><td>—</td></tr><tr><td>カビネ</td><td>11.9cm×16.4cm</td><td>38円</td><td>—</td></tr><tr><td>B4</td><td></td><td>—</td><td>149円</td></tr><tr><td>24cm×30cm</td><td></td><td>68円</td><td>145円</td></tr></table>	フィルムの大きさ		一般用 (アナログ)	画像記録用 (デジタル)	半切	35.4cm×43cm	120円	226円	大角	35.4cm×35.4cm	115円	188円	大四ツ切	27.9cm×35.4cm	76円	186円	四ツ切	25.2cm×30.3cm	62円	135円	六ツ切	20.1cm×25.2cm	48円	115円	八ツ切	16.4cm×21.4cm	46円	—	カビネ	11.9cm×16.4cm	38円	—	B4		—	149円	24cm×30cm		68円	145円
フィルムの大きさ		一般用 (アナログ)	画像記録用 (デジタル)																																						
半切	35.4cm×43cm	120円	226円																																						
大角	35.4cm×35.4cm	115円	188円																																						
大四ツ切	27.9cm×35.4cm	76円	186円																																						
四ツ切	25.2cm×30.3cm	62円	135円																																						
六ツ切	20.1cm×25.2cm	48円	115円																																						
八ツ切	16.4cm×21.4cm	46円	—																																						
カビネ	11.9cm×16.4cm	38円	—																																						
B4		—	149円																																						
24cm×30cm		68円	145円																																						
	※フィルム料の計算方法 サイズに応じた(1枚価格×使用枚数)／10円で点数に換算する。 (1点未満四捨五入)																																								
③ 電子画像管理加算	③電子画像管理加算 撮影した画像を、電子化して管理及び保存した場合に算定でき、フィルムへのプリントアウトを行った場合でも算定できる。但し、当該加算を算定した場合は、フィルムの費用は算定できない。																																								
	<table><tr><td>単純撮影の場合</td><td>57点</td></tr><tr><td>特殊撮影の場合</td><td>58点</td></tr><tr><td>造影剤使用の場合</td><td>66点</td></tr></table>	単純撮影の場合	57点	特殊撮影の場合	58点	造影剤使用の場合	66点																																		
単純撮影の場合	57点																																								
特殊撮影の場合	58点																																								
造影剤使用の場合	66点																																								

労災(2024年6月)	自賠責保険【新基準】(日医基準) (2024年6月)
4. 画像診断料 ※特に記載がない限り算定要件は健保に同じ ①時間外緊急院内画像診断加算 (1日につき) 110点 ②画像診断管理加算1・2・3・4 (月1回) 70点・175点・235点・340点 (1) エックス線診断料 ①～③の算定要件は健保に同じ 所定点数×単価12円	4. 画像診断料 ※算定要件は労災に同じ ①時間外緊急院内画像診断加算 (1日につき) 110点×(12円)×1.2倍＝1,584円 ②画像診断管理加算1・2・3・4 (月1回) 所定点数×(12円)×1.2倍 (1) エックス線診断料 ①～③は健保点数を準用するが、診断料・撮影料は「その他技術」の取扱いとし、フィルム料・造影剤料は「モノ」の取扱いとする。 [計算例] 頰椎アナログX-P (四切×4) 診断料 ... $85\text{点} + \frac{85\text{点}}{2} \times 3\text{回} \div 213\text{点}$ (1枚目) (2枚目以降) (四捨五入) 撮影料 ... $60\text{点} + \frac{60\text{点}}{2} \times 3\text{回} = 150\text{点}$ (1枚目) (2枚目以降) フィルム料 ... $\frac{62\text{円} \times 4\text{枚}}{10\text{円}} = 24.8 \div 25\text{点} \dots \textcircled{2}$ } 363点...① 5,527円 ① 363点 × (12円) × 1.2倍 ÷ 5,227円 (1円未満は四捨五入) ② 25点 × (12円) = 300円 } 5,527円

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)			
(2) コンピューター断層撮影診断料 ① コンピューター断層撮影(CT) ② 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI)	(2) コンピューター断層撮影診断料 ①・② CT、MRI撮影料			
	種類		撮影料 (一連)	同一月 2回目
	C T 撮 影	64列以上 マルチスライス型	共同利用施設において 1,020点	80/100
		その他の場合	1,000点	
		16列～64列未満マルチスライス型	900点	
		4列～16列未満マルチスライス型	750点	
		上記以外	560点	
		脳槽CT(造影を含む)	2,300点	
	M R I 撮 影	3テスラ以上 の機器	共同利用施設において 1,620点	+500点
		その他の場合	1,600点	
		1.5以上3テスラ未満の機器	1,330点	
		上記以外	900点	
頭部MRI撮影加算	頭部MRI撮影加算 (画像診断管理加算2・3に関する施設基準で、3テスラ以上のMRI 装置を使用して頭部の撮影をした場合)			+100点
外傷全身CT加算	全身外傷にてCT撮影を行った場合の加算			+800点
全身MRI撮影加算	全身のMRI撮影を行った場合の加算			+600点
③ コンピューター断層診断	③ コンピューター断層診断 450点 断層撮影の種類、回数に関わらず、月1回の算定とし、初回実施日に算定する。 新生児頭部外傷撮影加算(生後28日未満) 所定点数の85/100 乳幼児頭部外傷撮影加算(生後28日～3歳未満) 所定点数の55/100 幼児頭部外傷撮影加算(生後3歳～6歳未満) 所定点数の35/100 6歳未満の小児の頭部外傷に対してCTを行った場合に算定できる。関連 学会のガイドラインに沿って撮影され、医学的理由をレセプト摘要欄に記載 することが要件。 他の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には初診料を 算定した日に限り算定できる。			
コンピューター断層診断の特例	コンピューター断層診断の特例			規定なし
④ 電子画像管理加算 (一連の撮影について1回)	④ 電子画像管理加算			120点

労災(2024年6月)					自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)				
(2) コンピューター断層撮影診断料 ①・② CT、MRI撮影料					(2) コンピューター断層撮影診断料 ①・② CT、MRI撮影料 ※算定要件は労災に同じ。				
種類			撮影料 (一連)	同一月 2回目	造影剤 使用加算				
C T 撮 影	64列以上 マルチスライス型	共同利用施設において	1,020点	100/100	+ 500点				
		その他の場合	1,000点						
	16列～64列未満マルチスライス型		900点						
	4列～16列未満マルチスライス型		750点						
	上記以外		560点						
	脳槽CT(造影を含む)		2,300点			—			
M R I 撮 影	3テスラ以上 の機器	共同利用施設において	1,620点		+ 250点				
		その他の場合	1,600点						
	1.5以上3テスラ未満の機器		1,330点						
	上記以外		900点						
頭部MRI撮影加算 (画像診断管理加算2・3に関する施設基準で、3テスラ以上のMRI 装置を使用して頭部の撮影をした場合)					+ 100点				
全身外傷にてCT撮影を行った場合の加算					+800点				
全身のMRI撮影を行った場合の加算					+600点				
コンピューター断層撮影(CT)及び磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI)が 同一月に2回以上行われた場合であっても、所定点数を算定可能。健保点数 の同月の2回目以降の断層撮影の費用についての通減制については適用 しない。									
③コンピューター断層診断 ※算定要件は健保に同じ					450点				
					③コンピューター断層診断 ※算定要件は健保に同じ 450点×〈12円〉× 1.2倍 = 6,480円				
コンピューター断層診断の特例 他の医療機関でコンピューター断層診断を実施したフィルム について診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、 従来より「コンピューター断層診断」を算定できるとされて いるが、再診時に他の医療機関でコンピューター断層診断を 実施したフィルムについて診断を行った場合は、月1回に限 りコンピューター断層撮影の特例(225)を算定できる。 ただし、他院へ画像撮影を依頼し、撮影されたフィルムにつ いて自院又は他院で「コンピューター断層診断」を算定できる 場合は、当該特例は算定できない。					225点				
					コンピューター断層診断の特例 ※算定要件は労災に同じ 225点×〈12円〉× 1.2倍 = 3,240円				
④電子画像管理加算					120点				
					④電子画像管理加算 120点×〈12円〉× 1.2倍 = 1,728円				

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)	
5. 処置料	5. 処置料	
(1) 時間外加算等 ① 休日加算1 時間外加算1 深夜加算1 ② 休日加算2 時間外加算2 深夜加算2	(1) 時間外加算等 ① 所定点数1,000点以上で地方厚生局長等に届出が必要 休日加算1…所定点数の160/100 時間外加算1…所定点数の80/100 (通院に限る) 深夜加算1…所定点数の160/100 ② 所定点数150点以上で①に該当しない通院の場合 休日加算2…80/100 時間外加算2…40/100 深夜加算2…80/100	
(2) 初診時ブラッシング料	(2) 初診時ブラッシング料	規定なし 但し、手術の項目においては「創傷処理」を実施する場合、デブリードマン加算(100点・当初の1回限り)がある。
(3) 四肢に対する特例取扱い (四肢加算) ① 手指以外の四肢 (鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む)	(3) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算)	規定なし ① 手指以外の四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む) 規定なし
② 手(手関節以下)、手の指に係る 処置等の特例	② 手(手関節以下)、手の指に係る処置等の特例	規定なし

労災(2024年6月)		自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)																																
5. 処置料 処置料は、「労災診療特例点数」と「健保の所定点数」、および「労災特例取扱い」によって算定する。 (1) 時間外加算等 ①、②の算定要件は健保に同じ。		5. 処置料 ※算定要件は労災に同じ (1) 時間外加算等 ①、②の算定要件は健保に同じ。																																
(2) 初診時ブラッシング料 91点 異物混入、付着等による汚染創の前処置として、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うこと。 ・ 部位数にかかわらず初診時1回限りの算定。 ・ 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)とは重複算定できない。 ・ 四肢に対する特例取扱いの対象にはならない。(四肢の創傷に対するブラッシングも91点) ・ 四肢加算後の処置点数との合計が150点以上の場合には、時間外、休日、深夜加算が算定できる。		(2) 初診時ブラッシング料 ※算定要件は労災に同じ。 91点 × (12円) × 1.2倍 = 1,310円 (1円未満は四捨五入)																																
【計算例】時間外初診時に、創傷処置52点(下腿部) + ブラッシング <table><tr><td></td><td>創傷処置</td><td>+</td><td>ブラッシング</td><td>時間外加算の判定</td></tr><tr><td rowspan="3">四肢加算</td><td>52点 × 1.5</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>↓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>78点</td><td>+</td><td>91点</td><td>= 169点 > 150点 (時間外加算算定可能)</td></tr><tr><td rowspan="3">時間外加算</td><td>78点 × 1.4</td><td></td><td>91点 × 1.4</td><td></td></tr><tr><td>↓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>109.2 → 109点</td><td>+</td><td>127.4点 → 127点</td><td>= 236点</td></tr></table> (小数点以下は四捨五入)					創傷処置	+	ブラッシング	時間外加算の判定	四肢加算	52点 × 1.5				↓				78点	+	91点	= 169点 > 150点 (時間外加算算定可能)	時間外加算	78点 × 1.4		91点 × 1.4		↓				109.2 → 109点	+	127.4点 → 127点	= 236点
	創傷処置	+	ブラッシング	時間外加算の判定																														
四肢加算	52点 × 1.5																																	
	↓																																	
	78点	+	91点	= 169点 > 150点 (時間外加算算定可能)																														
時間外加算	78点 × 1.4		91点 × 1.4																															
	↓																																	
	109.2 → 109点	+	127.4点 → 127点	= 236点																														
(3) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算) ①手指以外の四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む) 四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む)の傷病に対し、次に掲げるイ・ロ・ハの処置は、健保点数の1.5倍を算定する。(1点未満切り上げ) イ. 創傷処置、下肢創傷処置、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、重度褥創処置、ドレーン法、皮膚科軟膏処置 ロ. 関節穿刺(片側)、粘(滑)液嚢穿刺注入(片側)、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法、消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」 ハ. 絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術(鎖骨骨折固定術のみ対象)、皮膚科光線療法、銅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 ②手(手関節以下)、手の指に係る処置等の特例 ・ 上記イ・ロの処置を、手(手関節以下)、および手の指に行った場合は、健保点数の2倍を算定できる。 ・ ハの処置を行った場合は、健保点数の1.5倍で算定する。 ・ 足の指の処置は1.5倍		(3) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算) ①手指以外の四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む) ※算定要件は労災に同じ ※四肢加算の算定では1点未満は切り上げ 【計算例 1】皮膚科軟膏処置(100～500cm ² 未満)(下腿部) 55点 × 1.5倍(四肢加算) = 82.5 → 83点 83点 × (12円) × 1.2倍 = 1,195円 【計算例 2】器具による消炎鎮痛等処置(下腿部) 35点 × 1.5倍(四肢加算) = 52.5 → 53点 53点 × (12円) × 1.2倍 = 763円 【計算例 3】創傷処置(100cm ² 未満)(手関節部) 52点 × 2.0倍(四肢加算) = 104点 104点 × (12円) × 1.2倍 = 1,498円 【計算例 4】器具による消炎鎮痛等処置(手関節部) 35点 × 1.5倍(四肢加算) = 52.5 → 53点 53点 × (12円) × 1.2倍 = 763円 【計算例 5】創傷処置(100cm ² 未満)(下腿部) 52点 × 1.5倍(四肢加算) = 78点 → 外来管理加算特例なし 78点 × (12円) × 1.2倍 = 1,123円																																

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
(4) 処置の併施の取扱い	(4) 処置の併施の取扱い 同日に、下記処置等を2つ以上併施した場合、併施の規定があり、それぞれの処置の重複算定ができず、主たるもの(又は、主たる療法の所定点数のみ)により算定する。 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、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置 ① 湿布を除く他の消炎鎮痛等処置 (3部位の取扱い) ② 湿布処置の取扱い ③ 湿布とその他処置との併施
	① 湿布を除く他の消炎鎮痛等処置(3部位の取扱い) 規定なし ② 湿布処置の取扱い ・ 診療所の、通院患者についてのみ算定できる。 ・ 半肢の大部又は頭部・頸部・顔面の大部以上にわたる範囲に行った場合に算定でき、それ以下の範囲の場合は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。 ・ 1回の治療で複数部位に湿布処置を行った場合、それぞれの処置面積を合算して点数を算定する。 ・ 同一部位に対し同時に、創傷処置、皮膚科軟膏処置、湿布処置等を行った場合は、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定し、併せて算定できない。 ③ 湿布とその他処置との併施 規定なし

労災(2024年6月)	自賠責保険【新基準】(日医基準) (2024年6月)
※ 四肢以外に行った創傷処置(100cm²未満)の取扱い 再診時、創傷処置(100cm²未満)を四肢以外の場所に行った場合に限り、従来どおり45点と算定し、外来管理加算の特例取扱いの対象として差し支えない。	【計算例 6】創傷処置(100cm²未満)(左顔面部) 四肢以外の部位 ⇒ 52点を45点と読替えて算定 45点 × 1.0倍(四肢以外) = 45点 ※ 外来管理加算特例の対象とする 創傷処置 45点 × (12円) × 1.2倍 = 648円 外来管理加算 52点 × (12円) × 1.2倍 = 749円
(4) 処置の併施の取扱い 介達牽引、消炎鎮痛等処置などの特例 同日に、左記処置等を2つ以上併施した場合でも、処置および部位により、健保の併施の規定は適用されない。	(4) 処置の併施の取扱い 介達牽引、消炎鎮痛等処置などの特例 ※算定要件は労災に同じ。

①湿布を除く他の消炎鎮痛等処置(3部位の取扱い)

- 健保の算定方法にかかわらず、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置の「マッサージ等手技による療法」、「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3部位(局所)を限度として所定点数を算定することができる。

②湿布処置の取扱い

- 診療所の、通院患者についてのみ算定できる。
- 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、1日につき所定点数(四肢加算の倍率が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率ごとに算定し合算した点数を所定点数とする)を算定できる。

[計算例1]

部位 (cm ²)	算定方法	
右手指～右肘(100)	35点×2.0倍	70点
左前腕(100)	35点×1.5倍	52.5→53点
腰部(100)	35点×1.0倍	35点
所定点数	合計158点	

(四肢加算は、小数点以下切上げ)

※ 但し、倍率ごとに分けると、それぞれが「半肢の大部又は頭部・頸部・顔面の大部以上(35点)」には該当しない場合があり、この場合には、先に処置面積を合算し、該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定することができる。

[計算例2]

部位 (cm ²)	算定方法
右手指(50) ←	35点×2.0倍
左前腕(100)	35点×1.5倍
腰部(50) —	—

[計算例3]

部位 (cm ²)	算定方法
右手指(30) ←	35点×2.0倍
左前腕(35) —	—
腰部(40) —	—

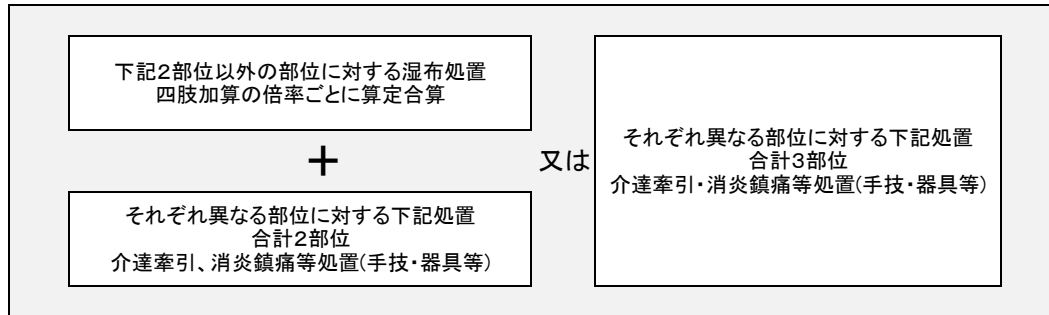
③湿布とその他処置との併施

「湿布処置」と「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法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」の所定点数に「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法の計2部位分の点数を合わせて算定できる。

但し、「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法を3部位以上に行っている場合は、「湿布処置」を算定することなく「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法を3部位分算定してもよい。

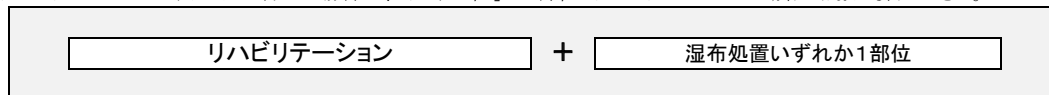
湿布処置と介達牽引・消炎鎮痛等処置(手技・器具等)は、それぞれ異なる部位に行った場合に限り算定できる。

項目	健康保険(2024年6月)
④ リハビリテーションと他の処置との併施	④リハビリテーションと他の処置との併施 最外枠の疾患別リハビリテーションの所定点数のみ算定できる。 疾患別リハビリテーション 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 腰部又は胸部固定帯固定 低出力レーザー照射 外枠の直達牽引(2日目以降)の所定点数のみ算定できる。 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 腰部又は胸部固定帯固定 低出力レーザー照射 下記楕円内のいずれか1つのみ算定できる。 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



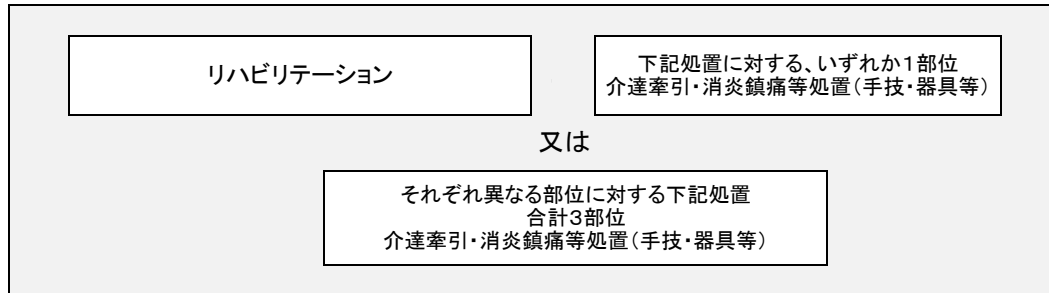
④リハビリテーションと他の処置との併施

「湿布処置」と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部位とリハビリテーションの所定点数を算定できる。



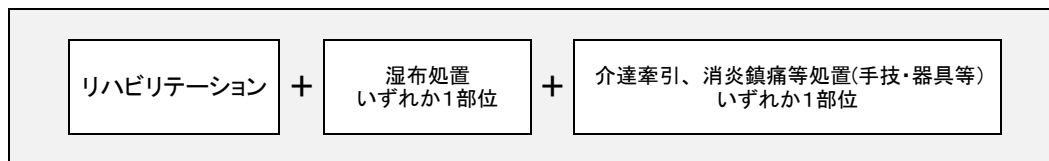
リハビリテーションと湿布の1部位は、同一部位でも算定可

「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法とリハビリテーションを同一日に行った場合は、「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法のいずれか1部位とリハビリテーションの所定点数が算定できる。



リハビリテーションと介達牽引、消炎鎮痛等処置(手技・器具等)の1部位は、同一部位でも算定可であるが、介達牽引、消炎鎮痛等処置(手技・器具等)で3部位算定の場合は、それぞれ異なる部位に限り算定できる。

「湿布処置」と「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法の他、リハビリテーションを同一日に行った場合は、「湿布処置」(1部位に限る)の他、「介達牽引」「矯正固定」「変形機械矯正術」および「消炎鎮痛等処置(手技)」「消炎鎮痛等処置(器具等)」「腰部又は胸部固定帯固定」「低出力レーザー照射」による療法のいずれか1部位とリハビリテーションの所定点数を合計して3部位まで算定できる。



湿布処置と介達牽引・消炎鎮痛等処置(手技・器具等)は、それぞれ異なる部位に行った場合に限り、算定できる

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目

6. リハビリテーション料
(1) 疾患別リハビリテーション
※2024年6月 「従事者」ごとの区分が
新設されたが、点数の差異はない。

健康保険(2024年6月)

6. リハビリテーション料
(1) 疾患別リハビリテーション
・患者1人につき、1日6単位が限度(厚生労働大臣が定める患者にあつては9単位)
・1単位の実施時間は20分以上とし、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

・入院患者に対して、医療機関外(道路、エレベーター、バス、電車、乗用車、店舗、居宅等)で訓練を行う場合も、1日に3単位に限り、疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)とみなすことができる。
但し、訓練場所との往復に要した時間は、実施時間に含めない。

	運動器	脳血管	廃用症候群	呼吸器	心大血管
リハビリ(Ⅰ)	185点	245点	180点	175点	205点
リハビリ(Ⅱ)	170点	200点	146点	85点	125点
リハビリ(Ⅲ)	85点	100点	77点	—	—
標準的算定日数 注	150日	180日	120日	90日	150日
①早期リハ加算	1単位25点(入通院)		1単位25点(入院のみ)		
②初期加算	1単位45点(入通院)		1単位45点(入院のみ)		
③急性期リハビリテーション加算	1単位50点(入院のみ)				
④ADL加算	規程なし				

注: 標準的算定日数を超えた患者
標準的算定日数を超えた後の患者は、その日数の除外対象患者として厚生労働大臣が定める患者に該当するものは月13単位を超えて実施できる。
疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超え、月13単位まで算定する場合、月13単位を超えるリハビリテーションについては選定療養となる。

① 早期リハビリテーション加算

② 初期加算

③急性期リハビリテーション加算
※2024年6月新設

①早期リハビリテーション加算 (1単位)
各起算日から30日に限り加算

②初期加算 (1単位)
各起算日から14日に限り加算

③急性期リハビリテーション加算
各起算日から14日に限り加算

①、②、③の算定対象と起算日

疾患別 リハ	運動器	脳血管	廃用症候群	呼吸器	心大血管
算定対象	①および② ・入院中の患者 ・大腿骨頸部骨折で、当該医療機関を退院した通院患者、又は他院を退院した患者で、「入退院支援加算の注4」地域連携診療計画加算を算定した患者 ③ ・入院中の患者	①および② ・入院中の患者 ・脳卒中で、当該医療機関を退院した通院患者、又は他院を退院した患者で、「入退院支援加算の注4」地域連携診療計画加算を算定した患者 ③ ・入院中の患者	・入院中のみ		
起算日	・発症 ・手術 ・急性増悪		・廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術、急性増悪 ・廃用症候群の急性増悪	・発症、手術もしくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの	

労災(2024年6月)						自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)					
6. リハビリテーション料						6. リハビリテーション料					
(1) 疾患別リハビリテーション						(1) 疾患別リハビリテーション					
※特に記載がない限り算定要件は健保に同じ						※算定要件は労災に同じ					
・ 早期リハビリテーション、初期加算、ADL加算及び急性期リハビリテーション加算は、四肢加算の対象外のため、下記、疾患別リハビリテーション特例点数の四肢加算後の点数に、各点数を加算する。						① 四肢加算の無い場合					
						(労災特例+加算点数)×〈12円〉×1.2倍					
						② 四肢加算のある場合					
						(労災特例×1.5倍+加算点数)×〈12円〉×1.2倍					
						[計算例]					
						下腿骨骨折(入院中)に対する運動器リハビリテーション I (1単位)にADL、早期リハ、初期加算が算定できる場合					
						190点×1.5倍=285点					
						(285点+30点+25点+45点)×〈12円〉×1.2倍=5,544円					
	運動器	脳血管	廃用症候群	呼吸器	心大血管						
リハビリ(I)	190点	250点	250点	180点	250点						
リハビリ(II)	180点	200点	200点	85点	125点						
リハビリ(III)	85点	100点	100点	—	—						
標準的算定日数 注	150日	180日	120日	90日	150日						
①早期リハ加算	1単位25点(入通院)		1単位25点(入院のみ)								
②初期加算	1単位45点(入通院)		1単位45点(入院のみ)								
③急性期リハビリテーション加算	1単位50点(入院のみ)										
④ADL加算	1単位30点(入院患者のみ、その他条件あり)										
注:標準的算定日数を超えた患者											
左記下線部の健保規定の適用は無し。健保点数表に定める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を診療費請求内訳書に添付して提出する。											
①早期リハビリテーション加算 (1単位)						①早期リハビリテーション加算 (1単位)					
※算定要件は健保に同じ						※算定要件は健保に同じ					
						25点 ×〈12円〉×1.2倍=360円					
②初期加算 (1単位)						②初期加算 (1単位)					
※算定要件は健保に同じ						※算定要件は健保に同じ					
						45点 ×〈12円〉×1.2倍=648円					
③急性期リハビリテーション加算						③急性期リハビリテーション加算					
※算定要件は健保に同じ						※算定要件は健保に同じ					
						50点 ×〈12円〉×1.2倍=720円					

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
④ ADL加算	④ADL加算 規定なし
⑤リハビリテーションデータ提出加算	⑤リハビリテーションデータ提出加算(通院のみ・月1回) 50点 届出医療機関で診療報酬の請求状況・診療内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に算定する。
(2) 四肢に対する特例取扱い (四肢加算) (鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む)	(2) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算) 規定なし
(3)リハビリテーション総合計画評価料	(3)リハビリテーション総合計画評価料 定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できる。患者1人につき、1月に1回に限り算定する。
リハビリテーション総合計画評価料1	リハビリテーション総合計画評価料1 300点 疾患別リハビリテーションを算定している要介護被保険者で、介護保険リハビリテーションへの移行を予定していない患者
リハビリテーション総合計画評価料2	リハビリテーション総合計画評価料2 240点 疾患別リハビリテーションを実施している要介護被保険者で、介護保険リハビリテーションへの移行を予定している患者
入院時訪問指導加算	入院時訪問指導加算 150点 医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合、入院中1回に限り加算する。
運動量増加機器加算	運動量増加機器加算 150点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の施設基準を満たす医療機関で、脳卒中又は脊髄障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者であって、発症日から起算して60日以内のものが対象。月1回に限り加算する。
(4)リハビリテーション計画提供料 リハビリテーション計画提供料1 ※2024年改定で廃止	(4)リハビリテーション計画提供料 リハビリテーション計画提供料1 275点 ・疾患別リハビリテーションを実施している患者で、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、同意を得て介護保険リハビリテーション事業所に、リハビリテーション実施計画文書を提供した場合に算定。 ・介護保険リハビリテーション移行支援料を算定している場合は、患者1人につき1回限りの算定となる。 ・診療情報提供料(Ⅰ)との重複算定はできない。
① 電子化連携加算	①電子化連携加算 5点 「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」において、利用可能な電子媒体でリハビリ実施計画書等の提供を行った場合に加算する。

労災(2024年6月)	自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)
④ADL加算 30点 入院中に、訓練室以外の病棟等で早期歩行・ADLの自立を目的に疾患別リハビリテーション(Ⅰ)(運動器リハビリテーションは(Ⅱ)を含む)を行った場合、又は医療機関外において、疾患別リハビリテーション(Ⅰ)(運動器リハビリテーションは(Ⅱ)は含まない)を行った場合は、1単位につき30点加算できる。 ⑤リハビリテーションデータ提出加算(月1回) 50点 ※算定要件は健保に同じ	④ADL加算 ※算定要件は労災に同じ 30点 × (12円) × 1.2倍 = 432円 ⑤リハビリテーションデータ提出加算(月1回) ※算定要件は健保に同じ 50点 × (12円) × 1.2倍 = 720円
(2) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算) 四肢の傷病に対するリハビリテーションは、労災特例点数の1.5倍を算定する。但し、早期リハビリテーション、初期加算、ADL加算及び急性期リハビリテーション加算は、四肢加算の対象外。	(2) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算) ※算定要件は労災に同じ 【計算例】 下腿骨骨折に対する運動器リハビリテーションⅢ(1単位) 85点 × 1.5倍 = 127.5点 → 128点 128点 × (12円) × 1.2倍 = 1,843.2円 → 1,843円
(3) リハビリテーション総合計画評価料 ※算定要件は健保に同じ リハビリテーション総合計画評価料1 300点 ※算定要件は健保に同じ リハビリテーション総合計画評価料2 240点 ※算定要件は健保に同じ 入院時訪問指導加算 150点 ※算定要件は健保に同じ 運動量増加機器加算 150点 ※算定要件は健保に同じ	(3) リハビリテーション総合計画評価料 ※算定要件は健保に同じ リハビリテーション総合計画評価料1 ※算定要件は健保に同じ 300点 × (12円) × 1.2倍 = 4,320円 リハビリテーション総合計画評価料2 ※算定要件は健保に同じ 240点 × (12円) × 1.2倍 = 3,456円 入院時訪問指導加算 ※算定要件は健保に同じ 150点 × (12円) × 1.2倍 = 2,160円 運動量増加機器加算 ※算定要件は健保に同じ 150点 × (12円) × 1.2倍 = 2,160円
(4) リハビリテーション計画提供料 リハビリテーション計画提供料1 275点 ※算定要件は健保に同じ ①電子化連携加算 5点 ※算定要件は健保に同じ	(4) リハビリテーション計画提供料 リハビリテーション計画提供料1 ※算定要件は健保に同じ 275点 × (12円) × 1.2倍 = 3,960円 ①電子化連携加算 ※算定要件は健保に同じ 5点 × (12円) × 1.2倍 = 72円

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
リハビリテーション計画提供料2	リハビリテーション計画提供料2 400点 ・退院時に「退院支援加算の注4」の地域連携診療計画加算を算定した患者で、患者の同意を得た上で退院後の外来リハビリテーションを担う他の医療機関に対して、リハビリテーション計画を文書により提供した場合、発症、手術又は急性増悪から14日以内の退院時に1回に限り算定する。
(5)リハビリテーション情報提供加算	(5)リハビリテーション情報提供加算 規定なし
7. 手術料 (1)時間外加算等 ① 休日加算1 時間外加算1 深夜加算1 ② 休日加算2 時間外加算2 深夜加算2	7. 手術料 (1)時間外加算等 ① 届出医療機関 休日加算1…所定点数の160/100 時間外加算1…所定点数の80/100(通院に限る) 深夜加算1…所定点数の160/100 ② ①以外の医療機関 休日加算2…所定点数の80/100 時間外加算2…所定点数の40/100(通院に限る) 深夜加算2…所定点数の80/100
(2)初診時ブラッシング料	(2)初診時ブラッシング料 規定なし 但し、手術の項目においては、「創傷処理」を実施する場合のデブリードマン加算(100点・当初の1回限り)と、分層植皮術等を前提としたデブリードマンがある。
(3)四肢に対する特例取扱い(四肢加算) (鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む) ① 手指の創傷処理 (筋肉・臓器に達しないもの)	(3)四肢に対する特例取扱い(四肢加算) 規定なし

労災(2024年6月)		自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)																
リハビリテーション計画提供料2 ※算定要件は健保に同じ 100点		リハビリテーション計画提供料2 ※算定要件は健保に同じ 100点×(12円)×1.2倍=1,440円																
(5) 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(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・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、患者の同意を得て添付した場合に算定できる。 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)とは別に算定できる。		(5) リハビリテーション情報提供加算 ※算定要件は労災に同じ 200点×(12円)×1.2倍=2,880円																
7. 手術料 (1) 時間外加算等 ※算定要件は健保に同じ		7. 手術料 (1) 時間外加算等 ※算定要件は健保に同じ																
(2) 初診時ブラッシング料 91点 異物混入、付着等による汚染創治療の前処置として、生理食塩水、蒸留水、ブラシ等を用いて創面の汚染除去を行った場合に算定できる。 ・ 部位数にかかわらず初診時1回限りの算定。 ・ 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)とは重複算定できない。 ・ 四肢に対する特例取扱いの対象にはならない。 (四肢の創傷に対するブラッシングも91点)		(2) 初診時ブラッシング料 ※算定要件は労災に同じ 91点×(12円)×1.2倍=1,310円																
(3) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算) 手・手指以外の四肢に対する下記の手術は、健保点数の1.5倍を算定する。 手(手関節以下)および手の指に対する下記の手術は、健保点数の2.0倍を算定する。 ・ 創傷処理、デブリードマン ただし、手の指の創傷処理(筋肉・臓器に達しないもの。)は、下記①による。 ・ 皮膚切開術 ・ 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、下記②による。 ①手指の創傷処理 (筋肉・臓器に達しないもの) 創傷処理を行った、指の本数によって算定する。 <table><tr><td>指1本</td><td>1,060点</td><td>530×2倍</td></tr><tr><td>指2本</td><td>1,590点</td><td>1,060+530点</td></tr><tr><td>指3本</td><td>2,120点</td><td>1,590+530点</td></tr><tr><td>指4本</td><td>2,650点</td><td>2,120+530点</td></tr><tr><td>指5本</td><td>2,650点</td><td>530×5倍</td></tr></table>		指1本	1,060点	530×2倍	指2本	1,590点	1,060+530点	指3本	2,120点	1,590+530点	指4本	2,650点	2,120+530点	指5本	2,650点	530×5倍	(3) 四肢に対する特例取扱い(四肢加算) ※算定要件は労災に同じ [計算例1] 骨折観血的手術(下腿部) 18,370点×1.5倍=27,555点 27,555点×(12円)×1.2倍=396,792円 [計算例2] 骨折観血的手術(右第2中手骨) 11,370点×2.0倍=22,740点 22,740点×(12円)×1.2倍=327,456円 [計算例3] 骨折観血的手術(右第2中足骨) 11,370点×1.5倍=17,055点 17,055点×(12円)×1.2倍=245,592円 ①、②の算定要件は労災に同じ 労災特例点数×(12円)×1.2倍	
指1本	1,060点	530×2倍																
指2本	1,590点	1,060+530点																
指3本	2,120点	1,590+530点																
指4本	2,650点	2,120+530点																
指5本	2,650点	530×5倍																

算定比較表(健康保険・労災保険・自賠責保険)

項目	健康保険(2024年6月)
② 手指の骨折非観血的整復術	
(4) 手指の機能回復指導加算	(4) 手指の機能回復指導加算 規定なし
(5) 術中透視装置使用加算	(5) 術中透視装置使用加算 規定なし
8. 処置医療機器等加算 (1) 腰部、胸部又は頸部固定帯加算	8. 処置医療機器等加算 (1) 腰部、胸部又は頸部固定帯加算 初回のみ 170点 胸部固定帯については、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。
(2) 固定用伸縮性包帯	(2) 固定用伸縮性包帯 処置及び手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
(3) 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	(3) 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 規定なし
9. 療養の給付請求書取扱料	9. 療養の給付請求書取扱料 規定なし
10. その他 労災電子化加算	10. その他 労災電子化加算 規定なし

労災(2024年6月)			自賠責保険【新基準】(日医基準)(2024年6月)	
②手指の骨折非観血的整復術				
	指1本	2,880点	1,440×2倍	
	指2本	4,320点	2,880+1,440点	
	指3本	5,760点	4,320+1,440点	
	指4本	7,200点	5,760+1,440点	
	指5本	7,200点	1,440×5倍	
①、②とも、さらに四肢加算をすることはできない。				
(4) 手指の機能回復指導加算 190点			(4) 手指の機能回復指導加算	
・ 手(手関節以下)及び手の指に「創傷処理、デブリードマン、皮膚切開術、筋骨格系・四肢・体幹の手術」を行った場合、初期治療における機能回復指導加算として、1回に限り加算できる。			※算定要件は労災に同じ	
・ 時間外加算及び四肢加算の算定はできない。			190点×〈12円〉×1.2倍=2,736円	
・ 右手、左手をそれぞれ手術した場合でも、算定は1回限り。				
(5) 術中透視装置使用加算 220点			(5) 術中透視装置使用加算	
※2024年6月 対象部位・対象手術拡大			※算定要件は労災に同じ	
・ 下記部位の骨折観血の手術、骨折経皮的鋼線刺入固定術、骨折非観血的整復術、関節脱臼非観血的整復術又は関節内骨折観血の手術において、術中透視装置を使用した場合に算定できる。			220点×〈12円〉×1.2倍=3,168円	
『大腿骨、下腿骨、上腕骨、前腕骨、手根骨、中手骨、手の種子骨、指骨、足根骨、膝蓋骨、足趾骨、中足骨、及び鎖骨』				
・ 『脊椎』の経皮的椎体形成術又は脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術についても算定できる。				
・ 『骨盤』の骨盤骨折非観血的整復術、腸骨翼骨折観血の手術、寛骨臼骨折観血の手術、又は骨盤骨折観血の手術(腸骨翼骨折観血の手術及び寛骨臼骨折観血の手術を除く)において、術中透視装置を使用した場合にも算定できる。				
・ 四肢に対する特例取扱いの対象にはならない。				
8. 処置医療機器等加算			8. 処置医療機器等加算 (すべて「モノ」扱い)	
(1) 腰部、胸部又は頸部固定帯加算			(1)、(2)、(3) の算定要件は労災に同じ	
・ 取扱いは左記に同じだが、170点を超える場合は、実費相当額(購入価格を10円で除して得た点数。なお、当該実費相当額が170点未満の場合は170点)を算定することができる。			170点×〈12円〉=2,040円	
			実際の購入価格を10円で除した点数 ×〈12円〉	
(2) 固定用伸縮性包帯				
・ 医師の診察に基づき、処置及び手術において頭部、頸部、躯幹及び四肢に固定用伸縮性包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る。				
(3) 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				
・ 医師が必要と認めた場合、実費相当額(購入価格を10円で除して得た点数。なお、当該実費相当額が170点未満の場合は170点)を算定できる。				
・ 但し、頸椎固定用シーネの費用と、健保「腰部、胸部又は頸部固定帯加算」は重複算定できない。				
9. 療養の給付請求書取扱料 2,000円			9. 療養の給付請求書取扱料 規定なし	
・ 労災指定医療機関等が、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算定する。			・ 自賠責保険としては認定対象外	
・ 再発は算定不可				
・ 「労災」においても自賠責保険としては認定対象外(基準案と同じ)				
10. その他			10. その他	
労災電子化加算 5点			労災電子化加算 適用なし	
電子レセプトによる労災診療費請求、又は光ディスク等を用いた労災請求を行った場合に算定可能。				
令和6年4月1日以降適用。措置期間は令和8年3月診療分までとなる予定。				

労災保険・自賠責保険共通単価 〈 〉 ⇒ 【課税医療機関】…12円 【非課税医療機関】…11円50銭

1. 労災診療費算定基準

1	労災保険の目的と保険給付の概要について	34
2	労災診療費の算定方法	37
	参考1 非課税医療機関一覧	38
3	診療項目別労災診療費	39
1.	初診料	39
	参考2 初診料の算定例	40
2.	救急医療管理加算	42
3.	療養の給付請求書取扱料	44
4.	再診料	45
5.	再診時療養指導管理料	47
	参考3 重複算定のできない管理料等	48
6.	外来管理加算の特例	49
	外来管理加算特例取扱い算定早見表	49
7.	四肢の傷病にかかる処置・手術・リハビリテーションの加算	52
	四肢傷病に対する特例取扱い算定早見表	52
8.	リハビリテーション	56
	疾患別リハビリテーション料一覧表	56
	参考4 労災リハビリテーション評価計画書	59
9.	処置等の特例	60
	消炎鎮痛等処置等、湿布処置及び疾患別リハビリテーションの併施の取扱い一覧表	73
10.	手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）及び手の指の骨折非観血的整復術の特例	74
11.	手指の機能回復指導加算	77
12.	初診時ブラッシング料	78
13.	コンピューター断層撮影診断料	79
14.	術中透視装置使用加算	80
15.	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	81
16.	固定用伸縮性包帯	82
17.	皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	82
18.	入院基本料	83
	参考5 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	87
	参考6 入院基本料特例取扱点数一覧表	88
19.	病衣貸与料	98
20.	入院室料加算	98
	参考7 入院室料加算における地域区分（甲地）	100

21. 入院時食事療養費	101
22. リハビリテーション情報提供加算	102
参考 8 労災リハビリテーション実施計画書	103
23. 社会復帰支援指導料	104
参考 9 早期社会復帰のための指導項目	105
24. 職場復帰支援・療養指導料	106
参考 10 指導管理箋	108
25. 職業復帰訪問指導料	112
26. 精神科職場復帰支援加算	114
27. 労災電子化加算	114
参考 11 職場復帰支援のプログラムの例	115
28. 石綿疾患療養管理料	116
29. 石綿疾患労災請求指導料	116
30. 治療用材料及び装具の取扱い	117
31. 振動障害にかかる検査料	119
4 請求権の時効について	120
5 その他	122
1. 労災診療費算定基準の主な改定内容（令和 6 年 6 月 1 日以降の診療より適用）	122
2. 四肢に対する特例取扱い（1.5 倍・2 倍）の点数一覧	124
3. 労災保険における診断書料早見表	142
4. 障害（補償）給付の取扱いと障害等級早見表	146
5. 薬局での労災患者の取扱いについて	154
6. 労働局・労働基準監督署一覧	156

1 労災保険の目的と保険給付の概要について

（１）労災保険の目的

労災保険制度は、業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害又は死亡等に対して、労働者やその遺族に対して必要な保険給付を行う制度である。

（２）労災保険給付について

主な労災保険給付は、下記のとおりである。

① 療養（補償）給付

療養（補償）給付は、労働者が業務上又は通勤により負傷、又は疾病にかかり治療が必要な場合に給付され、現物給付の「療養の給付」と現金給付の「療養の費用の支給」がある。

② 休業（補償）給付

労働者が業務上又は通勤による傷病のために休業し、そのために賃金を受けない場合、その4日目から支給される。

③ 傷病（補償）年金

療養（補償）給付を受けている労働者の傷病が療養開始後1年6か月経過しても治らず、傷病等級（第1級～第3級）に該当し、その状態が継続している場合に支給される。

④ 障害（補償）給付

傷病が治ゆ(病状が固定)したとき身体に一定の障害が残った場合に支給される。障害の程度に応じて障害（補償）年金と障害（補償）一時金がある。

⑤ 介護（補償）給付

障害（補償）年金又は傷病（補償）年金の第1級又は第2級（精神・神経障害及び胸腹部臓器障害の者に限る。）の者のうち、常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ現に介護を受けている場合に月を単位として支給される。

⑥ 遺族（補償）給付

労働者が業務上の事由又は通勤により死亡した場合にその遺族に対し、遺族（補償）年金と遺族（補償）一時金が支給される。

（３）医療機関における労災患者の取扱いについて

労働者が、仕事又は通勤が原因で負傷したり、病気にかかってしまった場合は、労災保険制度における「療養（補償）給付」の対象となる。

「療養（補償）給付」には「療養の給付」と「療養の費用の支給」があり、「療養の給付」は、労災保険指定医療機関で、治療費の負担なく治療や薬剤の支給を受けることができる現物給付となっている。労災保険指定医療機関以外の医療機関（以下、非指定医療機関）で治療を受けた場合は、一旦

治療費を全額自己負担し、患者自身で管轄の労働基準監督署へ負担した費用を請求し、その費用の支給を受ける現金給付となる。

●**労災保険指定医療機関における労災診療費の請求方法**
(医療機関にて請求可)

労災患者は、医療機関に「療養の給付請求書」を提出する。



労災保険指定医療機関にて「診療費請求書」、「請求内訳書」を作成し、「療養の給付請求書」とともに東京労働局又は、東京労働保険医療協会へ請求書等を送付する。

●**非指定医療機関における労災診療費の請求方法**
(医療機関にて直接請求不可)

労災患者が、直接「療養の費用請求書」を管轄監督署へ提出し、治療に負担した費用の請求をする。



非指定医療機関では、治療費については直接労災患者に請求するかわりに「療養の費用請求書」の担当医の証明欄並びに療養の内訳につき証明・記載等を行う。

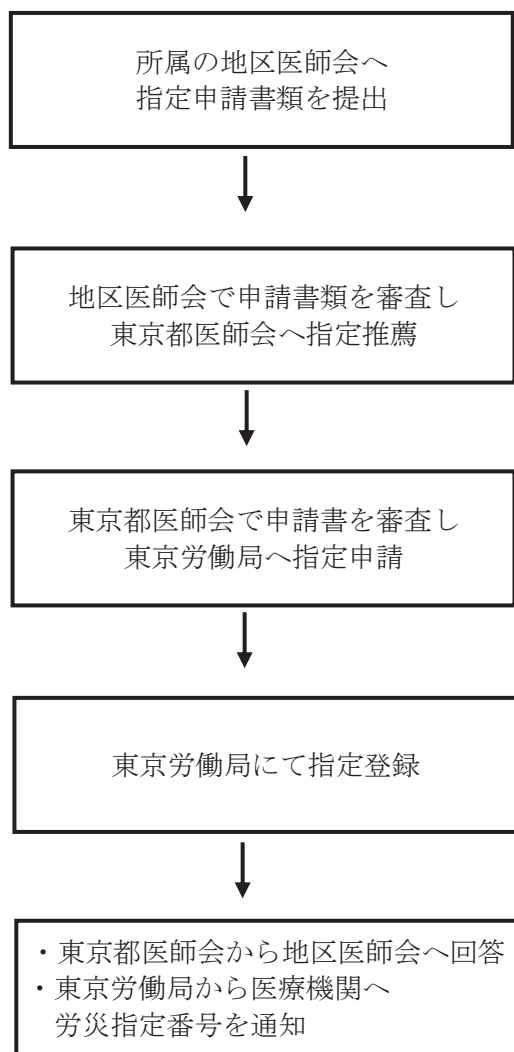
(4) **労災保険指定医療機関登録の手続き（メリット）について**

医療機関として労災保険指定医療機関登録を行うメリットとしては、労災患者は窓口負担なく安心して治療を継続して受けることができ、医療機関としても治療費につき、直接保険者へ請求できるため双方にメリットが生まれる。

労災保険指定医療機関になるためには、医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に対して必要な書類を提出し、都道府県労働局長による指定を受ける必要があるが、(公社)東京都医師会の会員については、所属する地区医師会へ「労災保険指定医療機関指定申請書」等書類を提出し、(公社)東京都医師会より指定推薦をうける形で東京労働局へ申請がなされ、審査等の手続きが簡易となる。具体的な手続きの流れは次ページのとおり。

なお、医療機関としては、原則、労災保険指定医療機関として登録された後、労災診療費を請求することになる。

●労災保険指定医療機関登録申請のながれ（東京都医師会加入の場合）



【開設者及び管理者が医師会員の場合】

所属の地区医師会へ申請書類を提出します。地区医師会では内容を審査後、東京都医師会へ指定推薦します。東京都医師会では内容を審査後、東京労働局へ指定申請をします。

東京都医師会から申請後、東京労働局で指定登録されるまでに1か月～2か月程度の期間を要します。

（公社）東京都医師会医療保険課 TEL 03-3294-8821（代表）

【指定申請書類】（医師会員の場合）

1. 「労災保険指定医療機関指定申請書」
2. 「病院(診療所)施設等概要書」
3. 管理者の「医師会履歴書」（任意様式）
4. 管理者の「医師免許証」の写し
5. 病院の場合・・・「開設許可書」の写し
診療所の場合・・・「開設届」の写し
6. 「労働保険保険関係成立届」又は「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書」の写し
7. 「労災指定病院等登録(変更)報告書」（20号・21号）

※ 申請に伴う各種書類は東京労働局労働基準部労災補償課分室から入手してください。

【医師会非会員の場合】

医師会未加入の医療機関については、医師会を通さずに指定申請をしますので、直接東京労働局労働基準部労災補償課分室にお問い合わせください。

東京労働局労働基準部労災補償課分室 TEL03-5812-8391

※ 労災保険指定医療機関登録後の変更事項、廃止・指定辞退の場合等の届出については、指定申請をした医療機関から直接、東京労働局労働基準部労災補償課分室へ届出をしてください。

東京労働保険医療協会からのお知らせ

東京労働保険医療協会会員の医療機関については、上記※の登録後の変更事項等届出について、東京労働保険医療協会へ届出をしてください。

2 労災診療費の算定方法

労災診療費は、原則として、第一内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（以下「健保点数」という。）にしたがって算定するが、診療単価については下記のとおりとなる。

また、労災保険の特殊性に鑑み、労災診療の特掲料金として、労災診療費算定基準を設けられている。（労災保険が個別又は独自に料金（点数）を定めているもの）

算定基準の詳細については P39 以降の③「診療項目別労災診療費」に記載しており、この取扱いにしたがい労災診療費を算定できる。

労災診療単価

- | | | |
|-----------|----|-----------|
| ・ 課税医療機関 | 1点 | 12 円 |
| ・ 非課税医療機関 | 1点 | 11 円 50 銭 |

診療単価は、12円となる。

ただし、以下に係るものについては、11円50銭となる。（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、令和6年3月31日における上記①及び②に該当する医療機関は、次頁の非課税医療機関一覧のとおりとなる。

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。

参考1

非課税医療機関一覧

(令和6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・国立大学法人・地方独立行政法人・独立行政法人	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号ロ
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号ニ
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号ヘ
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
公益財団法人結核予防会	令第5条第29号リ
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号ヌ
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号ル
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号ワ (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号ヲ
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号カ
上記以外の公益法人等	令第5条第29号ヨ

(※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

3 診療項目別労災診療費

1. 初診料 医科、歯科とも3,850円

- ① 病院・診療所問わず3,850円で算定できる。
- ② 労災保険では、労災保険又は他保険において診療継続中でも、1事故につき1回初診料を算定できる。
 労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できる。したがって、既に傷病の診療を継続（災害発生当日を含む。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。
 健保点数表（医科に限る）の初診料の注5のただし書き（上記の初診料を算定できる場合を除く）に該当する場合については、1,930円を算定する。
- ③ 時間外加算 85 点、休日加算 250 点、深夜加算 480 点、時間外特例医療機関加算 230 点、夜間・早朝等加算 50 点等、その他の初診料の算定に係る取扱いについては健康保険準拠。
- ④ 紹介状なしで受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,850円を算定する。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

療 費 請 求 内 訳 書	労働者の氏名	労働 太郎 (〇〇歳)		傷病の部位及び傷病名	〇〇〇切創	
	事業の名称	〇〇株式会社		傷病の経過	〇〇日に創傷処理を施行。 〇〇日抜糸をおこない、外来にて経過観察	
	事業場の所在地	東京 都府道県	千代田 郡区市			

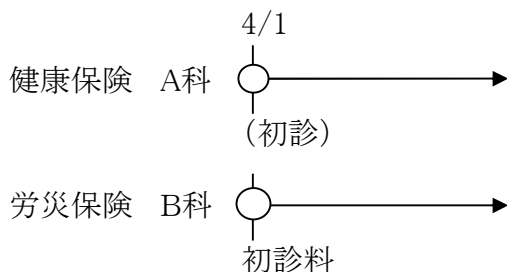
診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪ 初診 時間外 休日・深夜	85	⑪ 初診	3850円	救急医療管理加算 1250円 療養の給付請求書取扱料 2000円
⑫ 外来管理加算 52 × 1 回	52	⑫ 再診 2 回	2840円	
⑬ 指導 2 回		⑬ 指導 2 回	1840円	
⑭ 往診 1 回		⑭ その他	3250円	
⑮ 夜間 1 回		小計	11780円	
⑯ 在宅 1 回		労災保険における初診料は内訳書右側「⑪初診」欄に金額で算定する。 (健保点数での算定はしない)		
⑰ 内服薬 1 回		時間外加算等の加算(上記③)については内訳書左側「⑪初診」欄に点数で算定する。		
⑱ 外用薬 1 回				
⑲ 処方 1 回				

初診料の算定例

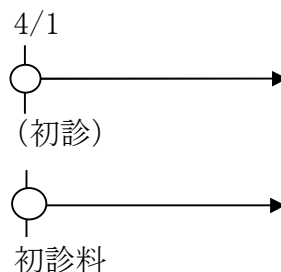
○:当科における最初の受診日、●:当科における2回目以降の受診日

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)健康保険が主傷病の場合



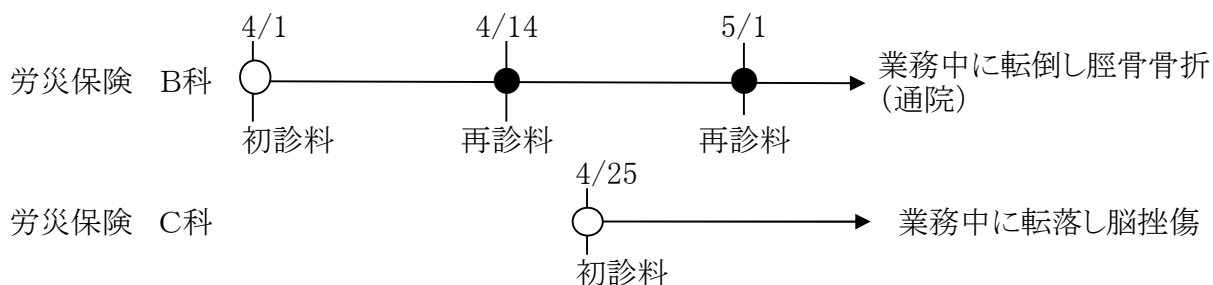
(2)労災保険が主傷病の場合



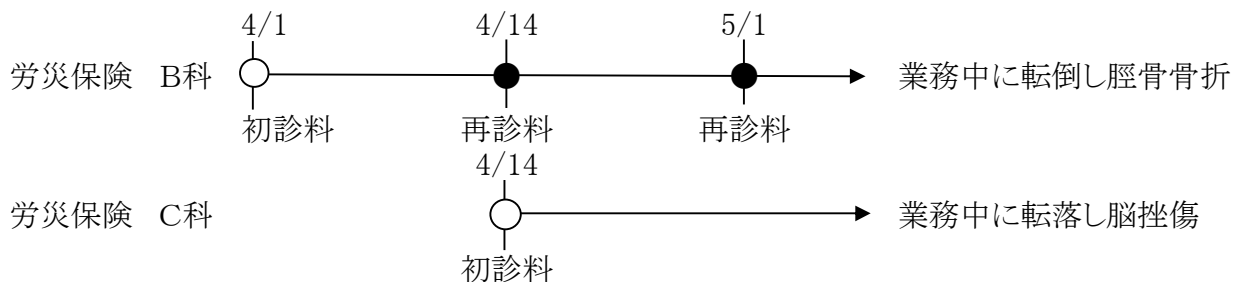
(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料(3,850円)が算定できる。

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



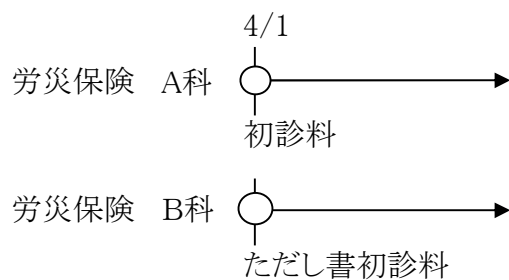
(2)労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一日の場合



(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(3,850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。

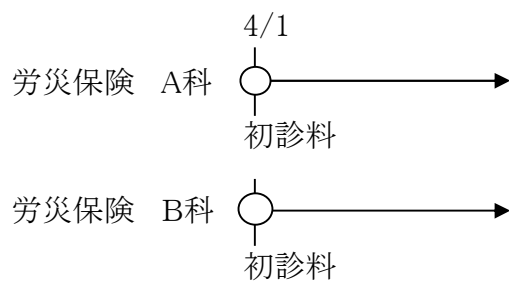
3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合

(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(1,930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(3,850円)が算定できる。

2. 救急医療管理加算 ・入院外 1,250 円 ・入院 6,900 円（7 日間を限度）

- ① 初診時（継続療養中の初診時を含む）に救急医療を行った場合、入院した場合は（1 日につき）6,900 円、入院外の場合は1,250 円を算定できる。
- ② 同一傷病につき、1 回限り算定できる。再発の場合は算定できない。
- ③ 入院については、初診に引き続き入院している場合は、7 日を限度に算定できる。また健保点数表における「救急医療管理加算」「特定入院料」とは重複算定できない。
- ④ 健康保険における「定額負担料（健康保険における選定療養費）」とも重複算定できない。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

事業場の所在地		東京 都府 千代田 市		
診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪ 初診 時間外・休日・深夜		⑪ 初診	3850 円	
		⑫ 再診 1 回	1420 円	
		⑬ 指導 1 回	920 円	
		⑭ その他	1250 円 2000	救急医療管理加算 1250 円 療養の給付請求書取扱料 2000 円
小計		⑮	9440 円	
摘要		要		

最初に収容された医療機関では、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には、それぞれの医療機関で救急医療管理加算が算定できる。
(転医始診でも条件満たせば算定できる)

内訳書右側「⑭その他」欄に金額、「摘要」欄に「救急医療管理加算」と記載する。

診機様式第 2 号 診療費請求内訳書(入院用)記載例

事業場の所在地		東京 都府 千代田 市		
診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪ 初診		⑪ 初診	3850 円	
		⑭ その他	48300 円 2000	救急医療管理加算 6900 円×7 日間 療養の給付請求書取扱料
小計		⑮	54150 円	
備考		備考		

初診時に救急医療が行われ引き続き入院した場合は7 日を 限度に 1 日につき6,900 円の救急医療管理加算が算定できる。

初診料が算定できない場合は、救急医療管理加算の算定はできない。また、健保点数表（医科に限る）の初診料注5ただし書きに該当する初診料（1,930 円）を算定する場合も同様に算定できない。

<救急医療管理加算が算定できる場合>

- ① 傷病の発生後、初診料を算定する最初の医療機関の場合（数日間経過した後でも算定可）
- ② 最初に収容された医療機関にて、傷病の状態等から応急処置だけを行い、他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）

<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5ただし書きに該当する初診料（1,930円）を算定する場合
- ⑤ 紹介状なしで受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収し、初診料1,850円を算定する場合
- ⑥ 上記の他、初診料が算定できない場合
- ⑦ 健康保険では「救急医療管理加算1」（1,050点）と「救急医療管理加算2」（420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。

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るが、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6,900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る。

3. 療養の給付請求書取扱料 2,000 円

①「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）」を取扱った場合に算定できる。

ただし、再発の場合は（様式第 5 号又は第 16 号の 3 を取扱った場合でも）算定できない。

② 転医始診における「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第 6 号又は 16 号の 4）」を取扱った場合は、算定できない。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

■ 診機様式第 3 号 第 1 回 (同一傷病)

指定病院等の番号	1 3 × × × × ×	病院等の名称	〇〇〇クリニック	
①新継再別	1	②転診理由	3	
③支払額	〇〇〇〇〇〇〇〇			
④「府県市町村管轄基礎番号」	1 3 1 0 1 2 4 5 0 0 0 0 0 0			
⑤「明証」	5			
最初に受診した労災指定医療機関で様式第 5 号又は第 16 号の 3 を取扱う。 (①新継再別が「1 初診」の場合は原則算定できる。)				
⑥「通院回数」	5			
⑦「合計額」	6 3 1 1 4			
労働者の氏名	労働 太郎 (〇〇歳)		傷病の部位及び傷病名	〇〇挫創
事業の名称	〇〇株式会社		傷病の経過	外科的に治療を行い、経過観察中
事業場の所在地	東京(都府) 千代田(市)			
診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪初診 時間外・休日・深夜		⑪初診	3850 円	
⑫再診 時間外	×	⑫再診 4 回	5680 円	
⑬再診 休日	×	⑬指導 4 回	3680 円	
⑭再診 深夜	×	⑮その他	1250 円	救急医療管理加算 1250 円
⑮指導			2000	療養の給付請求書取扱料 2000 円
⑯往診		小計	⑰ 16460 円	
⑰夜間				
⑱緊急・深夜				

内訳書右側「⑮その他」欄に金額、「摘要」欄に「療養の給付請求書取扱料」と記載する。

⑲調剤 × 回
⑳屯服薬剤 単位

注) 転医始診で療養の給付請求書（様式第 5 号又は第 16 号の 3）が必要な場合

労災患者が、労災の非指定医療機関（様式第 7 号(1)にて患者自身で療養の費用請求）受診後、労災指定医療機関へ転医してきた場合は、転医先労災指定医療機関で「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）」を取扱うこととなるので、転医始診でも 2,000 円の算定はできます。

4. 再診料 1,420 円

- ① 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。
(医科、歯科の区別なく一律 1,420 円)
- ② 一般病床の病床数 200 床以上の病院においては、外来診療料(76 点)を算定する。
- ③ 時間外加算 65 点、休日加算 190 点、深夜加算 420 点、時間外特例医療機関加算 180 点、夜間・早朝等加算 50 点、時間外対応加算、明細書発行体制等加算等は別途算定できる。
- ④ 健保点数表(医科に限る)の再診料の注 3 に該当する場合については、710 円を算定する。この場合においては、上記③(再診料の注 4 から注 8 まで、注 10 から注 20 に規定する加算)については算定ができない。
- ⑤ 患者又はその看護にあたっている者から、直接又は間接に(電話による場合も含む)治療上の意見を求められて指示した場合においても再診として算定できる。
- ⑥ 歯科、歯科口腔外科の再診について、他の病院(病床数200床未満に限る)又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した場合の定額負担料(健康保険における選定療養費)を傷病労働者から徴収した場合は、1,020 円を算定する。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

診療費請求内訳	労働者の氏名	労働 太郎 (〇〇 歳)		傷病の部位及び傷病名	〇〇打撲	
	事業の名称	〇〇株式会社		傷病の経過	外来にて経過観察中	
	事業場の所在地	東京 都府 道県	千代田 郡区 市			
	診療内容		点数(点)	診療内容	金額	摘要
	⑪ 初診	時間外・休日・深夜		⑪ 初診		
	⑫ 再診	外来管理加算	× 回	⑫ 再診 1 回	1420 円	内訳書右側「⑫再診」欄に合計回数、金額を記載する。 電話再診、同日再診も要件を満たせば算定できる。 (健保点数での算定はしない)
		時間外	× 1 回	⑬ 指導 1 回	920 円	
		休日	× 回	⑭ その他		
		深夜	× 回	小 計	⑮ 2340 円	
	⑬ 指導	往診	回	摘 要		
	⑭ 夜間	夜間	回			
	⑮ 在宅	緊急・深夜	回			
		在宅患者訪問診療	回			
		その他	回			
		時刻				

再診における時間外等の加算(上記③)については、内訳書左側「⑫再診」欄に点数で算定する。

注) 外来診療料(健康保険準拠) 76 点

一般病床数200床以上の医療機関(当該医療機関の歯科、歯科口腔外科を除く)においては、外来診療料を算定します。なお、外来診療料の点数、その他算定に係る取扱いについては健康保険準拠であり、外来診療料に包括される検査や処置などは算定することはできません。

【同日に複数科において再診を行った際の算定例】

- 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1,420円を算定
 - 2つ目の診療科710円を算定（同一の傷病・関連する傷病については算定できない）
 - 3つ目の診療科（算定できない）
- 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
 - 主たる傷病により、再診料を算定
- 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別の診療科を再診した場合
 - 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

レセプト記載例

- ① 請求月に8日受診し、電話再診1回、同日再診1回を行った場合

診療内容	金額	摘要
⑫再診 10回	14,200円	10月4日 電話再診 10月15日 同日再診 1,420×10

- ② 同一日に再診として整形外科（1科目）と眼科（2科目）を受診した場合

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

費 用 内 訳 書	事業場の所在地		都府県		郡市区	
	診療内容		点数(点)		診療内容	
請求	⑪初診	時間外・休日・深夜			⑪初診	円
	⑫再診	外来管理加算	×	回	⑫再診 2回	2130円
	⑬指導	時間外	×	回	⑬指導 1回	920円
	⑭夜間	休日	×	回	⑭その他	円
	⑮深夜	深夜	×	回	小計	⑮ 3050円
	⑯往診				摘要	
	⑰夜間					
	⑱緊急・深夜					
	⑲在宅患者訪問診療					
	⑳在宅					

1科目の整形外科では、再診料1420円、2科目の眼科では、再診料710円を算定する。
なお、2科目の眼科においては、再診時療養指導管理料は算定できない。

注) 次の場合、再診料は算定できません。

- 再診時に行った検査の結果のみを聞きに来た場合。
- 往診等の後に薬のみを取りに来た場合。

5. 再診時療養指導管理料 920 円（再診の際に指導を行った場合）

- ① 外来患者に対して再診の際に、療養上の食事、日常生活動作、機能回復訓練に関する指導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。
- ② 同一暦月において石綿疾患療養管理料、特定疾患療養指導料及び健保点数表における、特定疾患療養指導料と重複算定できない旨規定されている各管理料、指導料等とは重複算定できない。（再診時療養指導管理料と重複算定できない健保点数表の管理料等は P48 参照）
- ③ 同一の医療機関において、同時に 2 つ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主たる診療科で 1 回として算定する。
- ④ 電話再診の際は、算定できない。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

費 請 求 内 訳 書	事業場の所在地	都府 道県	郡区 市			
	診療内容			点数(点)	診療内容	金額
⑪ 初診	時間外・休日・深夜				⑪ 初診	円
	⑫ 再診	外来管理加算	×	回	⑫ 再診 2 回	2840 円
		時間外	×	回	⑬ 指導 2 回	1840 円
		休日	×	回	⑭	円
		深夜	×	回	その他	
	⑬ 指導				小計	⑮ 4680 円
	往診			回	摘要	
	⑭ 夜間			回		
	在宅	緊急・深夜		回		
	⑯ 在宅患者訪問診療			回		

内訳書右側⑬「指導」欄に合計回数、金額を記載する。

注) 再診時療養指導管理料の請求に当たっては、診療録に指導内容の記録を記載する必要があります。

再診時療養指導管理料と重複算定できない健保点数表の管理料等は P48 参照ください。

参考 3

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	C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料
	てんかん指導料	C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	難病外来指導管理料	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
	皮膚科特定疾患指導管理料	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
	心臓ペースメーカー指導管理料	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
	慢性疼痛疾患管理料	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C002	在宅時医学総合管理料	C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料
C010	在宅患者連携指導料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C100	退院前在宅療養指導管理料	C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料
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	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
C102-2	在宅血液透析指導管理料	C117	在宅経腸投薬指導管理料
C103	在宅酸素療法指導管理料	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C120	在宅中耳加圧療法指導管理料
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料
C106	在宅自己導尿指導管理料	I002	通院・在宅精神療法
C107	在宅人工呼吸指導管理料	I004	心身医学療法
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	I016	精神科在宅患者支援管理料
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	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
C108	在宅麻薬等注射指導管理料		

6. 外来管理加算の特例

- ① 再診時、健保点数表で外来管理加算を算定できないこととなっている厚生労働大臣が定める検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療（以下「処置・検査等」）を行った場合でも、その所定点数が52点に満たないものがあれば、特例として外来管理加算が算定できる。
- ② 外来管理加算の点数に満たない処置・検査等が1つ以上ある場合には、最も低い点数に対して外来管理加算を算定し、他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができる。
- ③ 処置、手術、リハビリテーションに対し、四肢加算が適用される場合は、四肢加算後の特例点数を基準とし、52点に満たない場合算定できる。
- ④ 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ている処置（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・検査等を行った場合は、外来管理加算の特例を算定できる。
- ⑤ 四肢以外に行った創傷処置（100cm²未満）の取扱いについては、45点として算定し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えない。

注1) 健保点数表の再診料の注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る。

注2) 一般病床数200床以上の病院、歯科診療を行う医療機関は算定できない。

注3) 電話再診の場合は算定できない。

外来管理加算特例取扱い算定早見表

区 分	再診料	外来管理加算		処置・検査等の算定	
		健保点数	特 例	健保点数	特例 読み替え
処置・検査等がないとき	1,420円	+52点			
52点未満の処置・検査等が1つあるとき	1,420円		+52点	所定点数	
52点未満の処置・検査等が2つ以上あるとき	1,420円		+52点	最も点数の低いものは所定点数	その他のものは52点と読み替える
52点以上の処置・検査等のみのとき	1,420円			所定点数	

注) 外来管理加算の所定点数（52点）に満たない処置・検査等が2つ以上ある場合には、そのうち最も低い点数に対して外来管理加算の点数（52点）を算定し、他の点数は外来管理加算の点数（52点）に読み替えて算定できます。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

① 52 点未満の処置を 1 つ行った場合

診療内容				点数(点)
⑪ 初診	時間外・休日・深夜			
⑫ 再診	外来管理加算	52	× 5 回	260
	時間外		× 回	
	休日		× 回	
	深夜		× 回	
⑬ 指導				
⑭ 往診			回	
⑮ 夜間			回	
⑯ 在宅	緊急・深夜		回	
	在宅患者訪問診療		回	

労災保険では、処置・検査等が行われた場合でも、その点数が52点未満であれば、特例外来管理加算の算定ができる。

薬	② 麻 毒		回	
	⑦ 調 基			
③ 注	③① 皮下筋肉内		回	
	④ 静 脈 内		回	
射	③③ そ の 他		回	
④ 処置			5 回	175
⑤ 薬剤				

診療内容		金 額	摘 要
⑪ 初診		円	
⑫ 再診	5 回	7100 円	
⑬ 指導	5 回	4600 円	
⑭ その他		円	
小 計		⑮ 11700 円	
摘		要	
⑫	外来管理加算		⑮ 52× 5
④	消炎鎮痛等処置（器具）（腰部）		35× 5

② 52 点未満の処置を 2 つ行った場合

診療内容				点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪ 初診	時間外・休日・深夜				⑪ 初診	円	
⑫ 再診	外来管理加算	52	× 3 回	156	⑫ 再診 3回	4260円	
	時間外		× 回		⑬ 指導 3回	2760円	
⑬ 指導	休日		× 回		⑭ その他	円	
	深夜		× 回				
⑭ 往診			回		小 計	⑮ 7020円	
⑮ 夜間			回		摘 要		

頸部に行った消炎鎮痛等処置（器具）35 点及び、腰部に行った消炎鎮痛等処置（湿布）はいずれも外来管理加算の所定点数 52 点に満たないので、どちらか一方に外来管理加算の特例を算定し、もう一方は 35 点を 52 点に読み替えて算定できる。

⑫	外来管理加算	⑮ 52×3
④⑩	消炎鎮痛等処置（器具）（頸部）	35×3
	消炎鎮痛等処置（湿布）（腰部）	
	（読み替え）	52×3

⑫ 静脈内注射	回	
⑫ その他	回	
④⑩ 処置	6 回	261
⑤ 薬剤		
⑤ 手麻	回	

※ 健康保険における外来管理加算とは、入院中の患者以外の患者に対して慢性疼痛管理並びに、別に厚生労働大臣が定める検査(超音波検査等・脳波検査等・神経・筋検査・耳鼻咽喉科学的検査・眼科学的検査・負荷試験等・ラジオアイソトープを用いた諸検査・内視鏡検査)、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療に掲げられている項目を行わずに計画的な医学管理を行った場合に、外来管理加算として 52 点を算定できる。この外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できるが、複数を標榜する医療機関において、2 以上の傷病で複数を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科での外来管理加算は算定できない。

③ 四肢以外に対して創傷処置 1 (100cm²未満)を行った場合 (再診時)

請求書
内
訳
書
（
入
院
外

診 療 内 容				点 数 (点)	診 療 内 容	金 額	摘 要
⑪	初診	時間外・休日・深夜			⑪ 初 診	円	
⑫	再診	外来管理加算	52	1	⑫ 再 診 1 回	1420 円	
		時間外			⑬ 指 導 1 回	920 円	
		休 日			⑭ その他	円	
		深 夜					
⑬	指導				小 計	⑮ 2340 円	
⑭	在宅	往 診			摘 要		
		夜 間			⑫ 外来管理加算	特 52×1	
		緊急・深夜			⑭ 創傷処置 1（前額部）	45×1	
		在宅患者訪問診療			再診時において、四肢以外に行った創傷処置 1（100cm² 未満）の取扱いについては、従来 どおり 45 点として算定し、特例外来管理加算 の 52 点をあわせ、算定できる。		
		その他					
		薬 剤					
⑮	投薬	⑮ 内 服 薬 剤		単位			
		⑯ 調 剤	×	回			
		⑰ 屯 服 薬 剤		単位			
		⑱ 外 用 薬 剤		単位			
		⑲ 調 剤	×	回			
		⑳ 処 方	×	回			
		㉑ 麻 毒		回			
		㉒ 調 基		回			
⑳	注射	㉓ 皮下筋肉内		回			
		㉔ 静 脈 内		回			
		㉕ そ の 他		回			
㉖	処置	薬 剤		1 回	45		
㉗	手麻						

※四肢以外に行った創傷処置1(100cm²未満)と外来管理加算の特例の取扱いとは、健保点数の一部改定に伴い、J000創傷処置1(100cm²未満)の点数が45点から52点に引き上げられた際「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(基補発0330第7号)」にて「平成30年4月1日以降の診療においても、当該処置を四肢以外の場所に行った場合に限り、従来どおり45点として算定し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えないこと。」とされるもののこと。

④ 眼科において処置・検査を行った場合

診療内容	点数(点)	診療内容	金額	摘要						
⑪ 初診	時間外・休日・深夜		円							
⑫ 再診	外来管理加算	52	×	1	回	52	⑫ 再診 1回	1420	円	
⑬ 時間外			×		回		⑬ 指導 1回	920	円	
⑭ 休日			×		回		⑯ その他		円	
⑮ 深夜			×		回		小計	⑰ 2340	円	
⑯ 指導							摘要			
⑰ 往診					回					
⑱ 夜間					回					
外来管理加算の所定点数(52点)に満たない ・検査等が2つ以上ある場合には、その 低い点数に対して特例外来管理加算の点 (52点)を算定し、他の点数は外来管理加 点数(52点)に読み替えて算定できる。										
⑲ 麻毒					回					
⑳ 調基					回					
㉑ 皮下筋肉内					回					
㉒ 静脈内					回					
㉓ その他					回					
㉔ 処置					3	回				
㉕ 薬剤						129				
㉖ 手術					回					
㉗ 麻酔					回					
㉘ 手術					回					
㉙ 麻酔					回					
㉚ 手術					回					
㉛ 麻酔					回					
㉜ 手術					回					
㉝ 麻酔					回					
㉞ 手術					回					
㉟ 麻酔					回					
㊱ 手術					回					
㊲ 麻酔					回					
㊳ 手術					回					
㊴ 麻酔					回					
㊵ 手術					回					
㊶ 麻酔					回					
㊷ 手術					回					
㊸ 麻酔					回					
㊹ 手術					回					
㊺ 麻酔					回					
㊻ 手術					回					
㊼ 麻酔					回					
㊽ 手術					回					
㊾ 麻酔					回					
㊿ 手術					回					
㊱ 麻酔					回					
㊲ 手術					回					
㊳ 麻酔					回					
㊴ 手術					回					
㊵ 麻酔					回					
㊶ 手術					回					
㊷ 麻酔					回					
㊸ 手術					回					
㊹ 麻酔					回					
㊺ 手術					回					
㊻ 麻酔					回					
㊼ 手術					回					
㊽ 麻酔					回					
㊾ 手術					回					
㊿ 麻酔					回					
㊱ 手術					回					
㊲ 麻酔					回					
㊳ 手術					回					
㊴ 麻酔					回					
㊵ 手術					回					
㊶ 麻酔					回					
㊷ 手術					回					
㊸ 麻酔					回					
㊹ 手術					回					
㊺ 麻酔					回					
㊻ 手術					回					
㊼ 麻酔					回					
㊽ 手術					回					
㊾ 麻酔					回					
㊿ 手術					回					
㊱ 麻酔					回					
㊲ 手術					回					
㊳ 麻酔					回					
㊴ 手術					回					
㊵ 麻酔					回					
㊶ 手術					回					
㊷ 麻酔					回					
㊸ 手術					回					
㊹ 麻酔					回					
㊺ 手術					回					
㊻ 麻酔					回					
㊼ 手術					回					
㊽ 麻酔					回					
㊾ 手術					回					
㊿ 麻酔					回					
㊱ 手術					回					
㊲ 麻酔					回					
㊳ 手術					回					
㊴ 麻酔					回					
㊵ 手術					回					
㊶ 麻酔					回					
㊷ 手術					回					
㊸ 麻酔					回					
㊹ 手術					回					
㊺ 麻酔					回					
㊻ 手術					回					
㊼ 麻酔					回					
㊽ 手術					回					
㊾ 麻酔					回					
㊿ 手術					回					
㊱ 麻酔					回					
㊲ 手術					回					
㊳ 麻酔					回					
㊴ 手術					回					
㊵ 麻酔					回					
㊶ 手術					回					
㊷ 麻酔					回					
㊸ 手術					回					
㊹ 麻酔					回					
㊺ 手術					回					
㊻ 麻酔					回					
㊼ 手術					回					
㊽ 麻酔					回					
㊾ 手術					回					
㊿ 麻酔					回					
㊱ 手術					回					
㊲ 麻酔					回					
㊳ 手術					回					
㊴ 麻酔					回					
㊵ 手術					回					
㊶ 麻酔					回					
㊷ 手術					回					
㊸ 麻酔					回					
㊹ 手術</										

7. 四肢の傷病にかかる処置・手術・リハビリテーションの加算

(1) 四肢加算

- ① 四肢（鎖骨・肩甲骨及び股関節を含む）の傷病に対する処置・手術・リハビリテーションの点数は健保点数の 1.5 倍として算定できる。

注) 1 点未満の端数は切り上げる。

- ② 手（手関節以下）及び手の指に係る一部の処置（湿布処置は、手指を含む半肢の大部分の場合）及び手術の点数は健保点数の 2 倍として算定する。

注) 手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの）、骨折非観血的整復術についてはP74参照。

注) 足及び足の指にかかる処置・手術は 1.5 倍として算定する。

注) 四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2 倍）の点数一覧については P124～141 参照

(2) 倍率毎の範囲合算

創傷処置、熱傷処置、消炎鎮痛等処置の「湿布処置」、皮膚科軟膏処置は四肢加算の倍率が異なる複数部位に行った場合、同一倍率の各部位ごとに面積を合算した点数を算定できる。

また、処置を四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって（連続して）行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定することができる。

（倍率毎の範囲合算については9. 処置等の特例 P62 参照）

四肢傷病に対する特例取扱い算定早見表

	手 術	処 置	疾患別 リハビリテーション	
	*創 傷 処 理 *デブリードマン *皮 膚 切 開 術 *筋骨格系・四肢 ・体幹及び神経、 血管の手術	*創 傷 処 置 *爪 甲 除 去 (麻酔を要しないもの) *穿刺排膿後薬液注入 *熱 傷 処 置 *重 度 褥 瘡 処 置 *ド レ ー ン 法 *皮 膚 科 軟 膏 処 置 *消炎鎮痛等処置の うち湿布処置 *関 節 穿 刺 *粘(滑)液嚢穿刺注入 *ガングリオン穿刺術 *ガングリオン圧砕法	*下肢創傷処置 *絆創膏固定術 *鎖骨骨折固定術 *皮膚科光線療法 *鋼線等による直達 牽引(2日目以降) *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] *矯 正 固 定 *変形機械矯正術 *低出力レーザー照射 *介 達 牽 引	*四肢加算は 1 単位ごとに算 定する (例)運動器リハ ビリテーション 料(Ⅲ)85 点× 1.5 倍=128 点 2 単位の場合は、 128 点×2=256 点で算定する。
手及び手の指	2 倍		1.5 倍	
四肢(手及び手の指を除く)	1.5 倍			

注) 四肢の部位以外における処置、手術、リハビリテーションは所定点数で算定する。

注) 四肢加算ができない主なもの

- 手術項目 形成(植皮術・皮膚移植術等)、創外固定器加算
- 処置項目 ギプス
- 薬剤料、特定保険医療材料料、輸血料

① 右手掌に創傷処置 1 (100cm² 未満) を行った場合

内 宅 投 書 薬 注 射 入 院	在	緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬 剤	回 回	
	②①	内 服 薬 剤 調 剤	×	単位 回
	②②	屯 服 薬 剤		単位
	②③	外 用 薬 剤 調 剤		単位
	②⑤	処 方	×	回
	②⑥	麻 毒		回
	②⑦	調 基		回
	③①	皮下筋肉内		回
	③②	静 脈 内		回
	③③	そ の 他		回
④①	処置 薬 剤	1	回	104

在	緊急・深夜	回	
肢加算の対象部位に鎖骨・肩甲骨及び股関節は含まれる。 肢加算後の点数に1点未満の端数が生じた場合は切り上げる。 肢加算を算定せず、外来管理加算の算定をすることとする。 外来管理加算の特例 P49 参照)			
書	②5 処方	×	回
薬	②6 麻 毒		回
	②7 調 基		
（ 入 射	③① 皮下筋肉内		回
	③② 静 脈 内		回
	③③ そ の 他		回
院	④① 処置	1	回
	薬 剤		53

C 内 記 書 C (入 院	在 宅 薬	緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬 剂	回 回	
	②① 投 薬	内 服 薬 剂 調 剤	×	単位 回
	②②	屯 服 薬 剂 調 剤		単位
	②③	外 用 薬 剂 調 剤		単位
	②⑤	処 方	×	回
	②⑥	麻 毒	×	回
	②⑦	調 基		回
	③① 注 射	皮下筋肉内 静 脈 内 そ の 他		回 回 回
	④① 処 置	薬 剂	1	回
	④②			

— 53 —

④ 右肩関節脱臼骨折に1日3単位の運動器リハビリテーション（Ⅲ）を行った場合

(入 院 外 用)	注 射	③② 静脈内 ③③ その他	回	
	処置		回	
	薬 剤		回	
	手術		回	
	検査		回	
	薬 剤		回	
	処方せん		回	1920
	薬 剤		回	
小 計		点 ①		円

⑧ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（3単位）
（ア 理学療法士による場合）
（右肩）（85×1.5） 384×5
実施日数 5日
右肩関節脱臼骨折
〇〇年〇〇月〇〇日手術

四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む）
の傷病に対して行われた疾患別リハビリテ
ーション料は四肢加算（1.5倍）の対象。

⑤ 左下腿の挫創に対し、創傷処理4（筋肉・臓器に達しないもの長径5cm未満）を行い併せてデブリードマンと真皮縫合を行った場合

(入 院 外 用)	注 射	③② 静脈内 ③③ その他	回	
	処置		回	
	薬 剤		回	
	手術		回	
	検査		回	
	薬 剤		回	
	処方せん		回	1635
	薬 剤		回	
小 計		点 ①		円

⑤ 創傷処理（筋肉・臓器に達しない5cm未満）
（左下腿）
デブリードマン加算
真皮縫合加算 1635×1

四肢加算の対象に創傷処理におけるデ
ブリードマン加算と真皮縫合加算が含ま
れる。
(真皮縫合加算)
 $(530 \text{ 点} + 100 \text{ 点} + 460 \text{ 点}) \times 1.5 = 1635$
(デブリードマン加算) (四肢加算)

⑥ 右前腕に対し骨折非観血的整復術を時間外に行った場合

(入 院 外 用)	注 射	③② 静脈内 ③③ その他	回	
	処置		回	
	薬 剤		回	
	手術		回	
	検査		回	
	薬 剤		回	
	処方せん		回	4284
	薬 剤		回	
小 計		点 ①		円

⑤ 骨折非観血的整復術（前腕）
時間外加算 2 4284×1

健保点数表 手術「通則12」（時間外
等の加算）が算定できる場合は、四
肢加算を行った後、時間外加算を行
う。
 $2040 \text{ 点} \times 1.5 \times 1.4 = 4284$
(四肢加算) (時間外)

8. リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーション料

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「通則 1」にかかわらず次の点数で算定することができる。

注) 四肢の傷病に対して行った場合、労災特例点数の1.5倍で算定できます(手指も1.5倍)

疾患別リハビリテーション料一覧表

区分 番号	疾患別リハビリテーション料 リハビリテーションの実施者	労災点数	×1.5倍	×2倍
H000	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	250	375	
	イ 作業療法士による場合	250	375	
	ウ 医師による場合	250	375	
	エ 看護師による場合	250	375	
	オ 集団療法による場合	250	375	
	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	125	188	
	イ 作業療法士による場合	125	188	
	ウ 医師による場合	125	188	
	エ 看護師による場合	125	188	
	オ 集団療法による場合	125	188	
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	250	375	
	イ 作業療法士による場合	250	375	
	ウ 言語聴覚士による場合	250	375	
	エ 医師による場合	250	375	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	200	300	
	イ 作業療法士による場合	200	300	
	ウ 言語聴覚士による場合	200	300	
	エ 医師による場合	200	300	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）			
	ア 理学療法士による場合	100	150	
	イ 作業療法士による場合	100	150	
	ウ 言語聴覚士による場合	100	150	
	エ 医師による場合	100	150	
	オア からエ まで以外の場合	100	150	

注) 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 のただし書きにかかわらず、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ことなく算定できる。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 5、注 6 及び注 7(注 6 及び注 7 は脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料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。

区分 番号	疾患別リハビリテーション料 リハビリテーションの実施者	労災点数	×1.5倍	×2倍
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	250	375	
	イ 作業療法士による場合	250	375	
	ウ 言語聴覚士による場合	250	375	
	エ 医師による場合	250	375	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	200	300	
	イ 作業療法士による場合	200	300	
	ウ 言語聴覚士による場合	200	300	
	エ 医師による場合	200	300	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）			
	ア 理学療法士による場合	100	150	
	イ 作業療法士による場合	100	150	
	ウ 言語聴覚士による場合	100	150	
	エ 医師による場合	100	150	
	オ ア からエ まで以外の場合	100	150	
H002	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	190	285	
	イ 作業療法士による場合	190	285	
	ウ 医師による場合	190	285	
	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	180	270	
	イ 作業療法士による場合	180	270	
	ウ 医師による場合	180	270	
	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）			
	ア 理学療法士による場合	85	128	
	イ 作業療法士による場合	85	128	
	ウ 医師による場合	85	128	
	エ ア からウ まで以外の場合	85	128	
H003	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	180	270	
	イ 作業療法士による場合	180	270	
	ウ 言語聴覚士による場合	180	270	
	エ 医師による場合	180	270	
	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	85	128	
	イ 作業療法士による場合	85	128	
	ウ 言語聴覚士による場合	85	128	
エ 医師による場合	85	128		

※四肢加算後の1点未満の端数は切上げとする（1単位毎）

(2) 標準的算定日数を超えた場合について

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ない。

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、下記ア又はイいずれかの対応が必要になる。

ア 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
イ 「労災リハビリテーション評価計画書」(P59参照)を診療費請求内訳書に添付すること

注)ア、イともに目標到達予想時期は必ず記入してください。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

運動器リハビリテーションを1日に2単位、再診(6回)の都度行った場合

(入院外用) ④注射 ⑤処置 ⑥手術 ⑦検査 ⑧薬剤 ⑨その他	四肢加算対象部位に疾患別リハビリテーションを行った場合は、1単位ごとに四肢加算の端数処理を行い、その後に1日の単位数を掛けます。	⑧ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) (ア 理学療法士による場合) (右肩)(2単位)(85×1.5) 256×6 (右肩腱板断裂) (発症日〇〇年〇〇月〇〇日) 実施日数 6日
	薬剤 処方せん 6回 1536	
	薬剤	
	小計 点① 円	

例) 運動器リハビリテーション(Ⅲ)を 四肢に1日2単位行った場合
 $85 \text{ 点} \times 1.5 \text{ 倍} = 127.5 \text{ 点}$ (小数点以下を四捨五入) → 1単位 128点 × 2単位 = 256点となる。

(3) ADL加算 30点

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又は、医療機関外において、疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)(運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を含まない。)を算定すべき訓練に関する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。

また、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、ADL加算、急性期リハビリテーション加算が算定できるリハビリテーションを行った場合は、それぞれ所定点数を算定できる。

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、初期加算及び急性期リハビリテーション加算については、健保点数表に準じて算定できる。

注)ADL加算・初期加算・早期リハビリテーション加算・急性期リハビリテーション加算については四肢加算できません。

参考 4

労災リハビリテーション評価計画書

[illegible]

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。

9. 処置等の特例

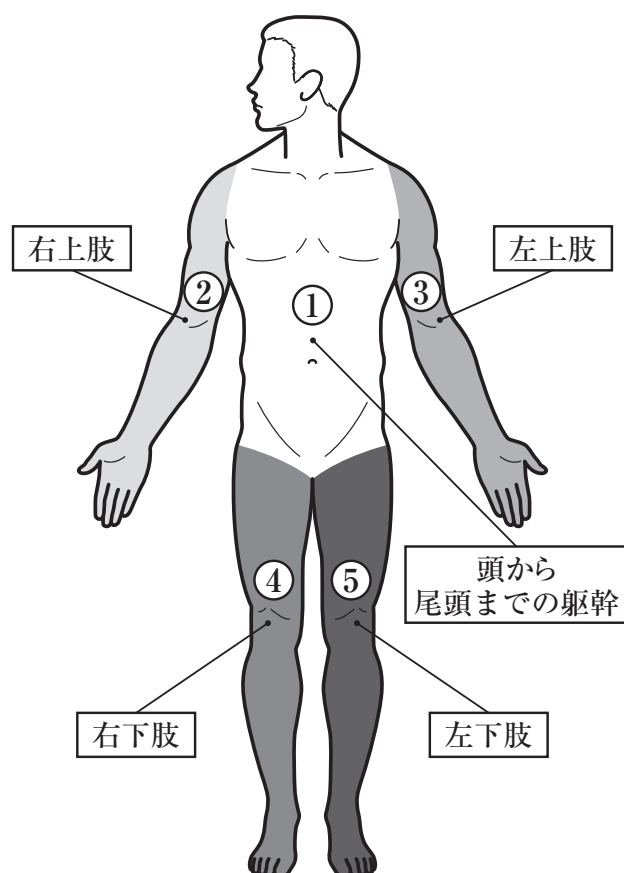
(1) 3 部位（局所）の取扱いについて

- 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（以下「消炎鎮痛等処置等」という。）を行った場合は、1日につき合わせて負傷にあつては受傷部位ごとに3部位を限度とし、また、疾病にあつては3局所を限度とし算定できる。

疾病にあつての3局所とは、上肢の左右、下肢の左右、躯幹をそれぞれ1局所とし、全身を5局所に分けたものとする。

注）3 部位（局所）の取扱い特例の対象となる処置

- 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
- 低出力レーザー照射

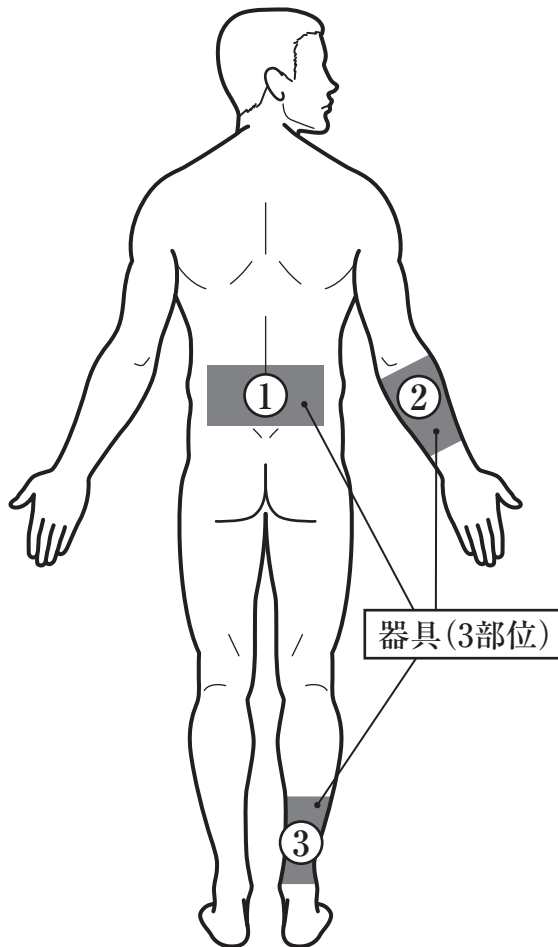


局所について

疾病にあつては、①～⑤をそれぞれ1局所とし、3局所を限度に特例の対象となる処置を算定する。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

同日に腰部、右前腕、右足関節の3部位に消炎鎮痛等処置(器具)を行った場合



① 消炎鎮痛等処置(器具)(腰部)

35 点

② 消炎鎮痛等処置(器具)(右前腕)

35 点×1.5 倍

③ 消炎鎮痛等処置(器具)(右足関節)

35 点×1.5 倍

①、②、③に併せて、(腰部) 35 点を対象に、特例外来管理加算 52 点が算定できる。

診療内容	点数(点)
① 初診 時間外・休日・深夜	6
⑫ 再 外来管理加算	52
⑬ 時間外	×
⑭ 休日	×
⑮ 深夜	×

この場合、最も低い消炎鎮痛等処置(器具)(腰部) 35 点に対し、特例外来管理加算 52 点が算定できる。

② 電 服 薬 剤	単位	
③ 外 用 薬 剤	単位	
④ 調 剤	×	回
⑤ 処 方	×	回
⑥ 麻 毒		回
⑦ 調 基		回
⑧ ⑨ 皮下筋肉内	回	
⑩ ⑪ 静 脈 内	回	
⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	回	
⑳ 処置 薬 剤	3 回	141

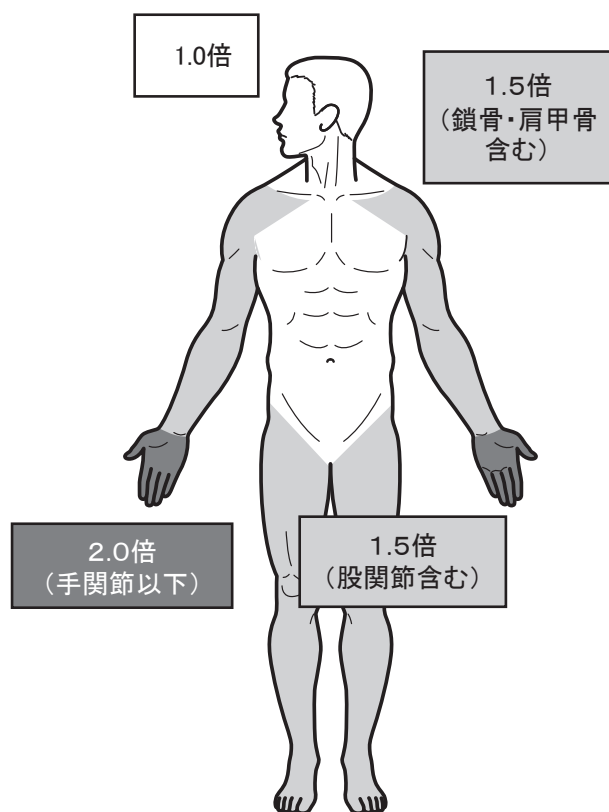
- 3部位の取扱い特例の対象となる処置は1日に3部位まで算定できる。
- 四肢加算対象部位の処置については四肢加算をする。(必ず施行部位を記入する)

摘	要
⑫	外来管理加算 ⑤ 52×1
④⑩	消炎鎮痛等処置(器具)(右前腕) 53×1 (35×1.5)
	消炎鎮痛等処置(器具)(腰部) 35×1
	消炎鎮痛等処置(器具)(右足関節) 53×1 (35×1.5)

② 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」(以下「湿布処置」という。)については、前頁の取扱いとは異なり、1日の所定点数(※四肢加算の倍率が異なる部位ごとに算定し合算した点数)を算定することができる。

なお、湿布処置については、各々の湿布処置の面積が「半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上」にわたる場合に算定できるため、各倍率(2倍、1.5倍、1倍)における処置面積の範囲を正確に把握し、算定する必要がある。

※ 四肢加算の倍率が異なる部位ごとに算定し合算(=倍率毎の範囲合算について)



「倍率毎の範囲合算」 により算定

労災保険にお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)
が異なる部位ごとに処置面積を合算する

「倍率毎の範囲合算」が 適用される処置

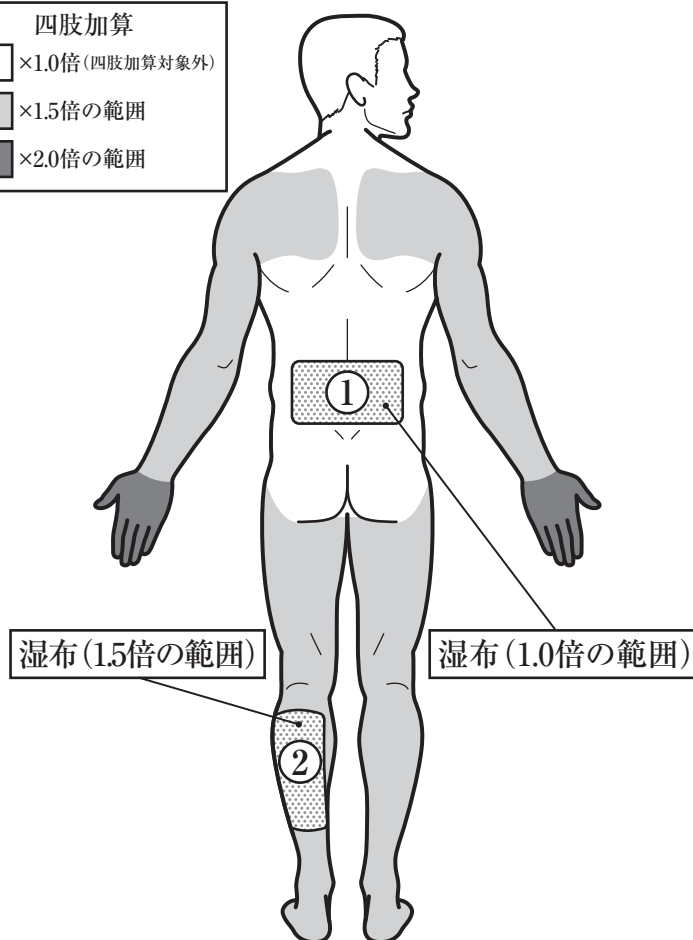
- ・創傷処置
- ・熱傷処置
- ・重度褥瘡処置
- ・皮膚科軟膏処置
- ・消炎鎮痛等処置(湿布)

●算定例については P53③記載例や P65 記載例を参照。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

同日に左下腿と腰部に対し湿布処置を行った場合

四肢加算	
	×1.0倍(四肢加算対象外)
	×1.5倍の範囲
	×2.0倍の範囲



① 消炎鎮痛等処置(湿布)(腰部)
35 点

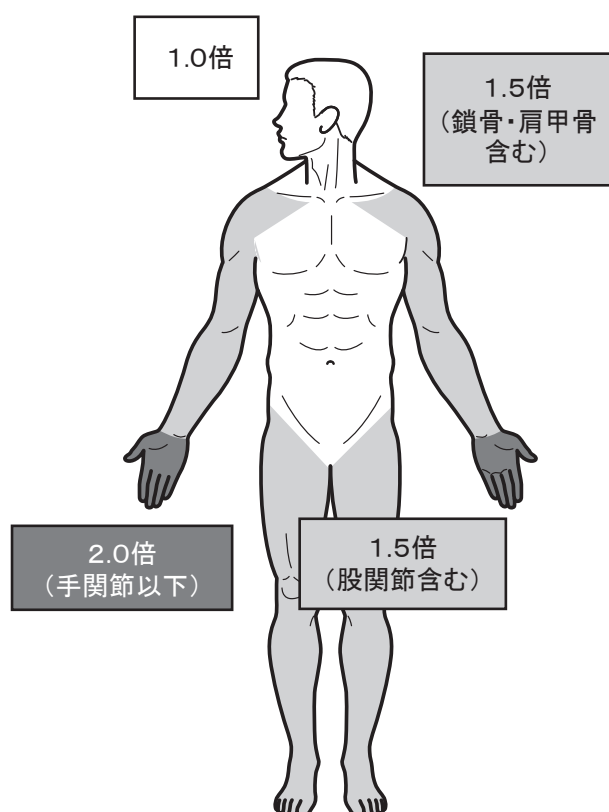
② 消炎鎮痛等処置(湿布)(左下腿)
35 点×1.5 倍

- 湿布処置については、同一倍率(2 倍、1.5 倍、1 倍)の各部位ごとに面積を合算して算定できる。
- 今回のケースで湿布処置については、1 倍の部位の腰部で35点、1.5 倍の部位の左下腿で 35点×1.5倍=53点 を算定できる。倍率ごとの範囲で算定した点数を合算した点数が所定点数となるので 今回の湿布処置の所定点数は 88 点となり、特例外来管理加算(52点)は算定できない。

		摘 要	
内 訳 書 (入 院)	⑭ 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	一回 一回 一回	
	⑳ ②① 内服薬剤 ②② 外用薬剤 ②③ 外用薬剤 ②④ 外用薬剤 ②⑤ 処方 ②⑥ 麻薬 ②⑦ 調剤	× × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 単位 回
	③① 皮下筋肉内 ③② 静脈内 ③③ その他		回 回 回
	④④ 処置 薬剤	1 回	88
	④⑤ 消炎鎮痛等処置(湿布) 88×1		
	(左下腿 35×1.5)		
	(腰部 35)		

③創傷処置については1日の所定点数(四肢加算の倍率が異なる部位ごとに算定し合算した点数)を算定することができる。

創傷処置及び湿布処置の他に熱傷処置、皮膚科軟膏処置についても同様に所定点数を算定することができる。



「倍率毎の範囲合算」により算定

労災保険にお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)
が異なる部位ごとに処置面積を合算する

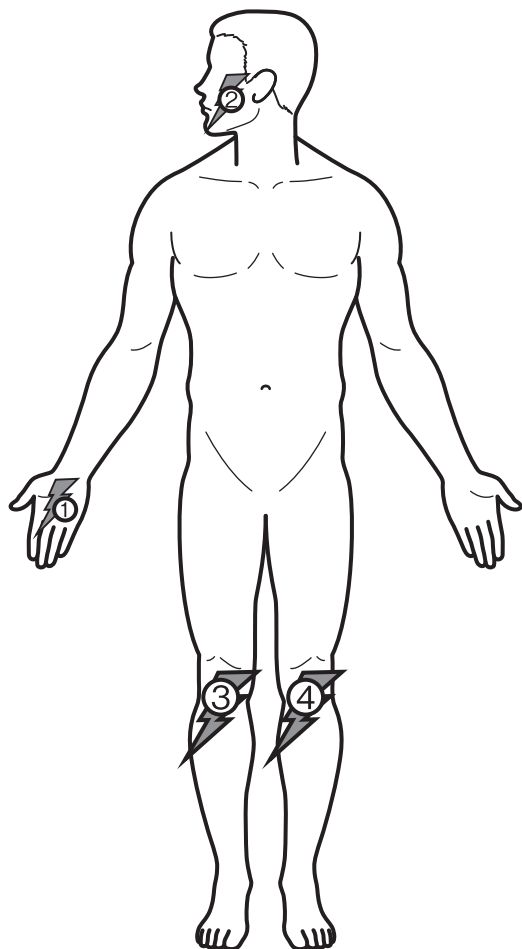
「倍率毎の範囲合算」が適用される処置

- ・創傷処置
- ・熱傷処置
- ・重度褥瘡処置
- ・皮膚科軟膏処置
- ・消炎鎮痛等処置(湿布)

●算定例については P53③記載例や P65 記載例を参照。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

複数部位に対しての創傷処置を行った場合



① 創傷処置(50cm²)

② 創傷処置(頭部25cm²)

③ 創傷処置(右膝80cm²)

④ 創傷処置(左膝40cm²)

●創傷処置については、同一倍率(2倍、1.5倍、1倍)の各部位ごとに面積を合算して算定できる。

●今回のケースで創傷処置については、1倍の部位の頭部で52点、1.5倍の部位の両下腿で60点×1.5倍=90点、2倍の部位の手で52点×2倍=104点を算定できる。

倍率ごとの範囲で算定した点数を合算し点数が所定点数となるので
今回の創傷処置の所定点数は246点となり、特例外来管理加算(52点)は算定できない。

内 訳 書 (入 院)	⑭ 夜間 在 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		単位 回 回	
	⑳ ②① 内服薬剤 投 調剤	×	単位 回	
	②② 屯服薬剤 ②③ 外用薬剤 調剤		単位 回 回	
	②⑤ 処方 ②⑥ 麻薬 ②⑦ 調基	×	回 回 回	
	③① 皮下筋肉内 ③② 静脈内 ③③ その他		回 回 回	
	④④ 処置 薬 剤		1 回	246

摘 要		
④④	創傷処置 (手 52×2) (頭部 52) (両膝 60×1.5)	246×1

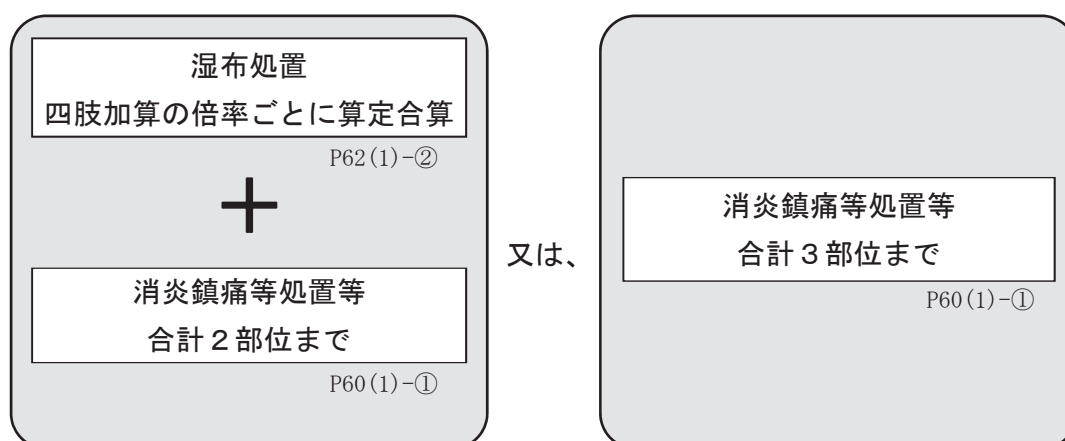
(2) 処置等の併施

① 処置の併施について

消炎鎮痛等処置等を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、湿布処置の所定点数の他に、消炎鎮痛等処置等のうち計2部位までの所定点数を合わせて算定できる。なお、この場合湿布処置の所定点数を算定することなく、消炎鎮痛等処置等を合計で3部位まで算定することとしても差し支えない。

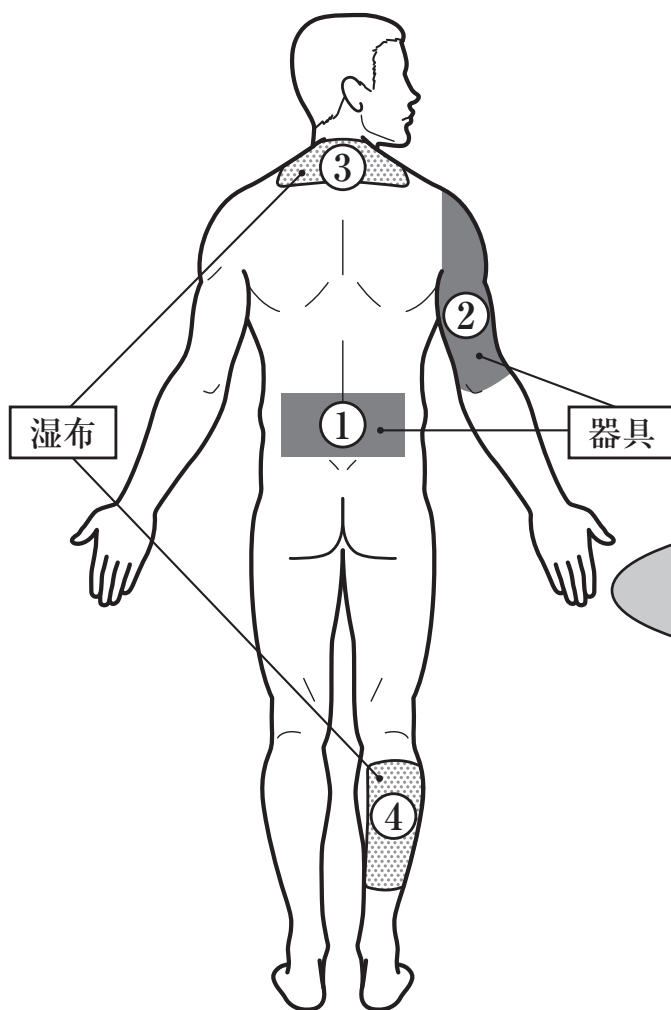
湿布処置と消炎鎮痛等処置等の併施

(各処置 異なる部位に行った場合に限る)



診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

同日に腰部と右上腕に消炎鎮痛等処置(器具)、頸部と右下腿に湿布処置を行った場合



① 消炎鎮痛等処置(器具)(腰部)

35 点

② 消炎鎮痛等処置(器具)(右上腕)

35 点×1.5 倍

③ 消炎鎮痛等処置(湿布)(頸部)

35 点

④ 消炎鎮痛等処置(湿布)(右下腿)

35 点×1.5 倍

①、②、③、④に併せて、(腰部) 35 点を対象に、特例外来管理加算 52 点が算定できる。

- 同一部位に対する算定はできない。(各処置異なる部位に行った場合のみ算定できる)
- 四肢加算対象部位の処置については四肢加算をする。
(必ず施行部位を記入する)
- 湿布処置は1日の所定点数(四肢加算の倍率が異なる部位ごとに算定し合算した点数)を算定できる。

診療内容	点数(点)
⑪ 初診 時間外・休日・深夜	
⑫ 外来管理加算	× 1 回 52
⑬ 時間外	× 回
⑭ 休日	× 回
⑮ 深夜	× 回
⑯ 夜間 在 緊急・深夜	回
⑰ 処方調剤	× 回
⑱ 処方調剤	× 回
⑲ 麻薬	回
⑳ 調基	回
㉑ 皮下筋肉内注射	回
㉒ 静脈内注射	回
㉓ その他	回
㉔ 処置薬剤	3 回 176

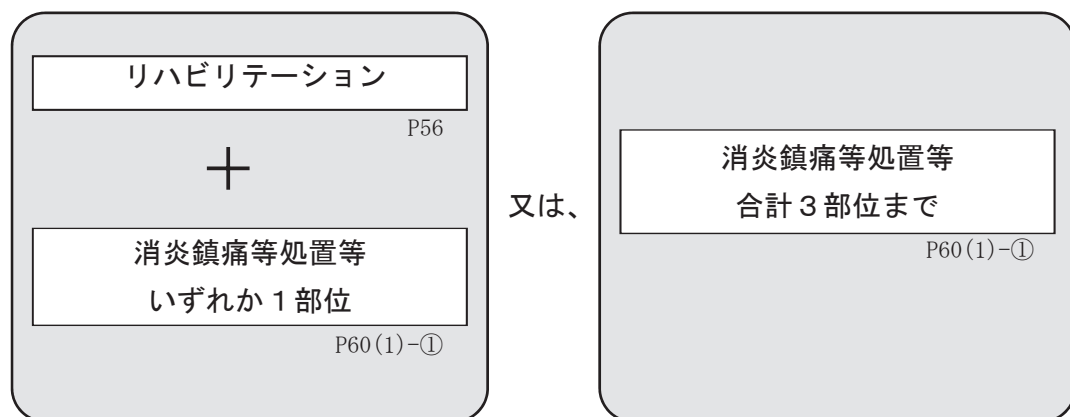
この場合、最も低い消炎鎮痛等処置(器具)(腰部) 35 点に対し、特例外来管理加算 52 点が算定できる。

摘要
⑫ 外来管理加算 ⑤ 52×1
④① 消炎鎮痛等処置(器具)(腰部) 35×1
消炎鎮痛等処置(器具)(右上腕) 53×1 (35×1.5)
消炎鎮痛等処置(湿布) 88×1
(頸部 35)
(右下腿 35×1.5)

② 疾患別リハビリテーション及び処置の併施について

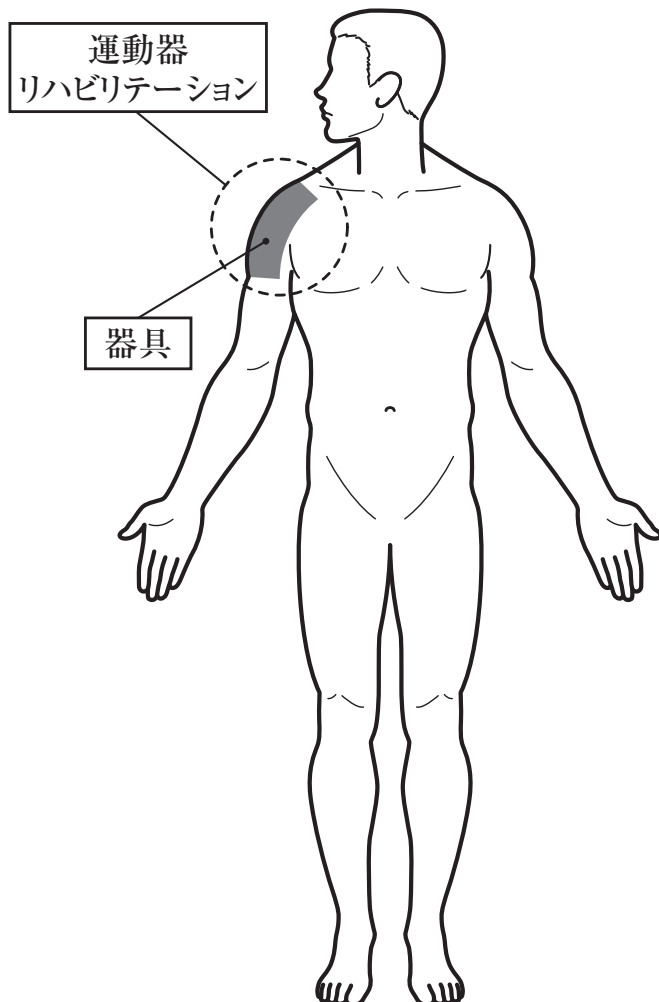
- ア) 疾患別リハビリテーションの他に、消炎鎮痛等処置等を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、消炎鎮痛等処置等のいずれか1部位を算定できる。
- なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、消炎鎮痛等処置等を合計で3部位まで算定することとしても差し支えない。
- また、消炎鎮痛等処置等の1部位は、同一部位でも算定できるが、消炎鎮痛等処置等で3部位の場合は、それぞれ異なる部位に限り、算定できる。

疾患別リハビリテーションと消炎鎮痛等処置等の併施



診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

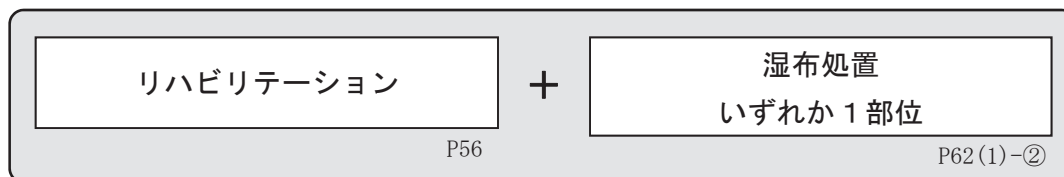
同日に右上腕に対し運動器リハビリテーション(I) (ア 理学療法士による場合) 2 単位と消炎鎮痛等処置 (器具) を行った場合



- 疾患別リハビリテーションと消炎鎮痛等処置等は、同一部位でも算定できる。
- 消炎鎮痛等処置等の点数が 52 点未満の場合、特例外来管理加算も算定できる。(対象部位が首又は腰の場合等)

（入院外用）	③①	皮下筋肉内	回																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
--------	----	-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

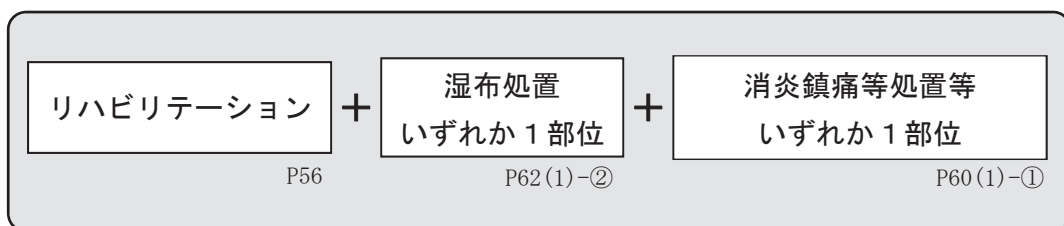
- イ) 湿布処置及び疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、湿布処置の1部位の所定点数と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できる。



疾患別リハビリテーションと湿布処置の1部位は、同一部位でも算定できる。

- ウ) 湿布処置及び疾患別リハビリテーションの他、消炎鎮痛等処置等を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数と湿布処置の1部位の所定点数の他に、消炎鎮痛等処置等のいずれか1部位を算定できる。

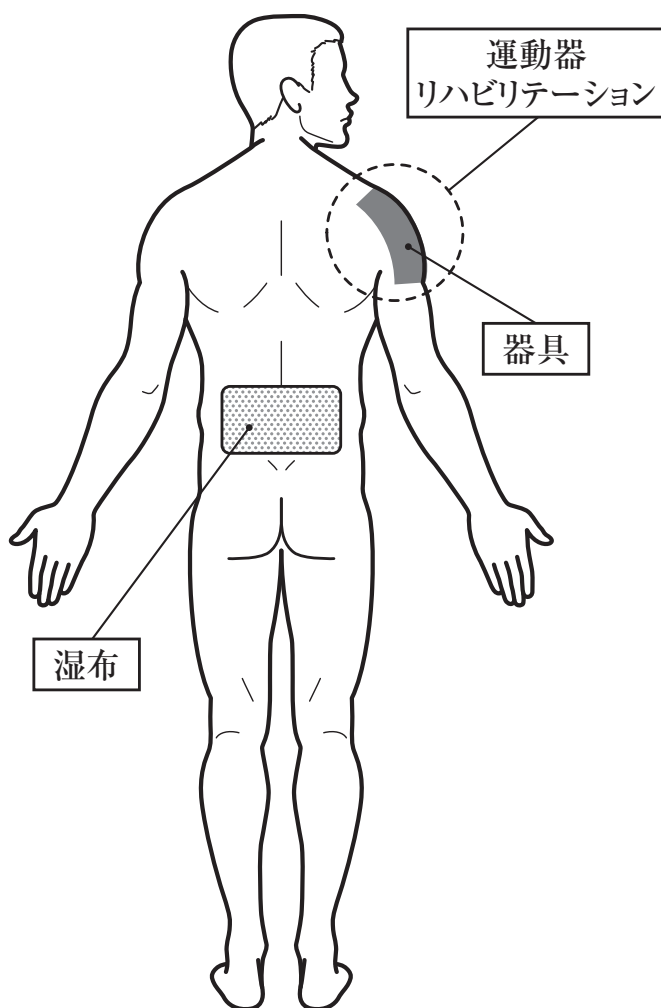
なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、湿布処置の所定点数の他に、消炎鎮痛等処置等のうち計2部位まで算定することとして差し支えありません。また、疾患別リハビリテーションと湿布処置の所定点数を算定することなく、消炎鎮痛等処置等を合計で3部位まで算定することとしても差し支えない。



湿布処置と消炎鎮痛等処置等は、それぞれ異なる部位に行った場合に限り、算定できる。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

同日に右上腕に対し運動器リハビリテーション(I) (ア 理学療法士による場合) 2 単位
と消炎鎮痛等処置 (器具)、腰部に湿布処置を行った場合



- 疾患別リハビリテーションと消炎鎮痛等処置等は、同一部位でも算定できる。
- 疾患別リハビリテーションと湿布処置の1部位は、同一部位でも算定できる。
- 湿布処置と消炎鎮痛等処置等は、それぞれ異なる部位に行った場合に限り、算定できる。

この場合、最も低い消炎鎮痛等処置 (湿布) (腰部) 35 点を対象に、特例外来管理加算 52 点が算定できる。

診療内容			点数 (点)
⑪ 初診	時間外・休日・深夜		
⑫ 再診	時間外	×	回
⑬ 再診	休日	×	回
⑭ 再診	深夜	×	回
⑮ 注射	皮下筋肉内		回
⑯ 注射	静脈内		回
⑰ 注射	その他		回
⑱ 処置	薬剤	2 回	88
⑲ 処置	薬剤		回
⑳ 処置	薬剤		回
㉑ 処置	薬剤		回
㉒ 処方せん		1 回	570
㉓ その他	薬剤		
小計	点①		円

摘要	
⑫ 外来管理加算	④ 52×1
④ 消炎鎮痛等処置(器具)(右上腕)	53×1 (35×1.5)
消炎鎮痛等処置(湿布)(腰部)	35×1
⑧ 運動器リハビリテーション (I)	(ア 理学療法士による場合)
(右上腕) (2単位)	(190×1.5) 570×1
(右上腕骨折)	
(発症日〇〇年〇〇月〇〇日)	
実施日数 1日	

項 目	算定上の留意点
消炎鎮痛等処置等の特例 (対象処置) ・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 ・低出力レーザー照射	① 消炎鎮痛等処置等に係る点数は、1日に3部位(3局所)まで算定できる。 ② 消炎鎮痛等処置等と湿布処置を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、消炎鎮痛等処置等(2部位又は2局所) + 湿布処置の所定点数を算定できる。(同一部位の算定はできない) ③ 消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数と、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。(同一部位の算定もできる) ④ 消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーション料と湿布処置を同一日に行った場合は消炎鎮痛等処置等のいずれか1部位 + 疾患別リハビリテーション料の所定点数 + 湿布処置(1部位)の合計3項目まで算定できる。 (消炎鎮痛等処置等と湿布処置はそれぞれ異なる部位に限り算定できる)
消炎鎮痛等処置のうち 「湿布処置」の特例 湿布処置は診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定できる	① 湿布処置と消炎鎮痛等処置等を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は湿布処置の所定点数 + 消炎鎮痛等処置等(2部位又は2局所)を算定できる。(同一部位の算定はできない) この組み合わせでの算定は、湿布処置における四肢加算の倍率が異なる複数部位に行った場合、同一倍率の各部位ごとに面積を合算した点数で算定できる。 ② 湿布処置と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、湿布処置(1部位) + 疾患別リハビリテーション料の所定点数を算定できる。(同一部位の算定もできる) この組み合わせでの算定は、湿布処置における四肢加算の倍率が異なる複数部位に行った場合であっても、いずれか1部位に係るものを算定する。 ③ 湿布処置と消炎鎮痛等処置等と疾患別リハビリテーション料を同一日に行った場合は湿布処置(1部位) + 消炎鎮痛等処置等(1部位) + 疾患別リハビリテーション料の所定点数の合計3項目まで算定できる。 (消炎鎮痛等処置等と湿布処置はそれぞれ異なる部位に限り算定できる) この組み合わせでの算定は、湿布処置における四肢加算の倍率が異なる複数部位に行った場合であっても、いずれか1部位に係るものを算定する。

消炎鎮痛等処置等、湿布処置及び疾患別リハビリテーションの併施の取扱い一覧表

	項 目	消炎鎮痛等処置等	・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	消炎鎮痛等処置等	3 部位（局所）まで算定	「湿布処置」又は肛門処置の所定点数の他に、消炎鎮痛等処置等のうち計 2 部位（局所）まで算定 注 1）注 2）注 3）	疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、消炎鎮痛等処置等のいずれか 1 部位（局所）を算定 注 4）
2	・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
3	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 部位又は肛門処置の他に、消炎鎮痛等処置等のいずれか 1 部位（局所）を算定 注 5）

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。

※ 消炎鎮痛等処置等とは、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」および「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のこと。

10. 手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）及び手の指の骨折非観血的整復術の特例

① 手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）については、健保点数に関わらず、次に掲げる点数で算定する。

指 1 本	1, 0 6 0 点 (530 点×2. 0倍)
指 2 本	1, 5 9 0 点 (1, 060 点+530点)
指 3 本	2, 1 2 0 点 (1, 590 点+530点)
指 4 本	2, 6 5 0 点 (2, 120 点+530点)
指 5 本	2, 6 5 0 点 (530 点×5. 0倍)

注1) 当該点数にさらに四肢加算することはできません。

注2) 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）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。

注3) 手の指の創傷処理を算定する際は、「左示・中・環指(3本)」のように手術を施行した指を記載してください。

注4) 同一手の各々異なる「手の指」に対して、創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）と創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）を施行した場合は主たる手術のみの算定となります。（同一手術野）

注5) 創傷処理（筋肉に達するもの）については、指の本数にかかわらず健保点数の 2.0 倍で算定します。

② 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する。

指 1 本	2, 8 8 0 点 (1, 440 点× 2. 0倍)
指 2 本	4, 3 2 0 点 (2, 880 点+1, 440 点)
指 3 本	5, 7 6 0 点 (4, 320 点+1, 440 点)
指 4 本	7, 2 0 0 点 (5, 760 点+1, 440 点)
指 5 本	7, 2 0 0 点 (1, 440 点× 5. 0倍)

注1) 当該点数にさらに四肢加算することはできません。

注2) 骨折非観血的整復術と指（手、足）に係る手術又は創傷処理（筋肉に達するものを除く）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。

注3) 手の指の骨折非観血的整復術を算定する際は、「左示・中・環指(3 本)」のように手術を施行した指を記載してください。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

① 右手示指の挫創に対し創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）を行った場合

		要	
内 科 書 （ 入 院 外 用	⑭ 往診 夜間 在宅 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回 回	
	⑮ 内服薬剤 調剤	×	単位 回
	⑯ 投与 外用薬剤 調剤	×	単位 回
	⑰ 処方 麻薬 調剤	×	回 回 回
	⑱ ①皮下筋肉内 ②静脈内 ③その他	回 回 回	
	⑲ 処置 薬剤	回	
	⑳ 手術 薬剤	1回	1260
	㉑	回	
	㉒	回	
	㉓	回	

② 右手示指・中指切創に対し創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）を行った場合

内 訳 書		要	
内 訳 書	⑭ 往診 夜間 在宅患者訪問診療 在宅 その他 薬剤	回 回 回 回 回	
	⑮ 内服薬剤 調剤	×	単位 回
	⑯ 外用薬剤 調剤	×	単位 回
	⑰ 処方 調剤	×	回
	⑱ 麻薬 調剤	回	回
	⑲ 皮下筋肉内 注射	回	回
	⑳ 静脈内 注射	回	回
	㉑ その他 調剤	回	
	㉒ 麻酔 薬	1 回	1590
	㉓ 手麻酔 薬	回	
⑤ 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） （右示指・中指）（2本） 1590×1		手の指に対して行われた創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）については、創傷の長さではなく、指の本数ごとに定められた点数で算定する。 （誤った算定例） 530 点×2 倍×2 本という算定はできない。 （四肢加算）（示・中指）	

- ③ 右手拇指・示指及び手の甲（7 c m）に対し創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）を行った場合

内 訳 書 （入 院 外 用	往 診 夜 間 在 緊 急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬 剤	回 回 回 回		小 冊 子	
				摘	要
内 訳 書 （入 院 外 用	①④	回		⑤ 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） （右拇指・示指）（2本） 1590×1 創傷処理5（筋肉・臓器に達しないもの） （5 cm以上 10 c m未満） （手背）（950×2） 1900×1 ①手の指に対して行われた創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）については、創傷の長さではなく、指の本数ごとに定められた点数で算定する。 ②手の甲に対して行われた創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）については健保点数に四肢加算した点数で算定する。	
	②①	単位			
	②②	回	×		
	②③	単位			
	②④	回	×		
	②⑤	回	×		
	②⑥	回			
	②⑦	回			
	③①	回			
	③②	回			
	③③	回			
	④④	回			
	⑤⑤	2 回	3490		
	⑤⑥	回			

- ④ 左手示指の切創に対して創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）、左手環指の切創に対して創傷処理（筋肉・臓器に達するもの）5 c m未満を行った場合

内 訳 書 （入 院 外 用	往 診 夜 間 在 緊 急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬 剤	回 回 回 回		小 冊 子	
				摘	要
内 訳 書 （入 院 外 用	①④	回		⑤ 創傷処理1（筋肉・臓器に達するもの） （左環指）（1400×2） 2800×1 創傷処理の筋肉・臓器に達するものと達しないものを同時に行った場合、健保点数表 手術「通則14」により、主たる手術の所定点数のみ算定する。 この場合、示指に行った創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）は、算定しない。	
	②①	単位	×		
	②②	回			
	②③	単位			
	②④	回	×		
	②⑤	回	×		
	②⑥	回			
	②⑦	回			
	③①	回			
	③②	回			
	③③	回			
	④④	回			
	⑤⑤	1 回	2800		
	⑤⑥	回			

11. 手指の機能回復指導加算 190 点（1 回限り）

手（手関節以下）及び手の指に「創傷処理」、「デブリードマン」、「皮膚切開術」及び「筋骨格系・四肢・体幹」の手術を行った場合に、初期治療における指導加算として当該所定点数に加算できる。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

右手の示指及び中指に創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）を行い、初期治療における機能回復指導を行った場合

内 訳 書 （入 院 外 用）	要 約		摘 要	
	診療項目	単 位	回 数	単 位 単 価
内 訳 書 （入 院 外 用）	⑭ 夜間 在宅 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回	1	
	⑮ 内服薬剤	×	単位	
	⑯ 外用薬剤	×	単位	
	⑰ 処方調剤	×	単位	
	⑱ 麻薬	×	単位	
	⑲ 調基	×	単位	
	⑳ 皮下筋肉内注射	回	1	
	㉑ 静脈内注射	回	1	
	㉒ その他注射	回	1	
	㉓ 薬剤	1 回	1780	
⑤① 創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） （右示指・中指）（2 本） 1590×1 手指の機能回復指導加算 190×1				

- 四肢加算、時間外等加算はできない。
- 左右の手及び手の指の手術が行われた場合であっても、1 回しか算定できない。
- 請求にあたっては、診療録に指導内容の記録をする。

12. 初診時ブラッシング料 91点（初診時1回限り）

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

同一傷病につき初診時1回に限り（傷病部位にかかわらず）算定できる。

診機様式第3号 診療費請求内訳書（入院外用）記載例

初診（時間外）の際、汚染された創傷（左前腕）の治療の前処置として、創面の汚染除去を行い、創傷処置を行った場合

療 費 請 求 内 訳 書 （ 外 用）	労働者の氏名	（ ） 歳	傷病の部位及び傷病名	左前腕擦過傷	
	初診時ブラッシング料は、病名が挫創でなくても算定できる。	郡区市	皮内に土・砂等異物の付着あり、生食にて洗浄後、創面保護。		
	診療内容	点数（点）	診療内容	金額	摘要
	⑪ 初診 時間外・休日・深夜	85	⑪ 初診	3850 円	・救急医療管理加算 ・療養の給付請求書取扱料
	⑫ 外来管理加算	×	⑫ 再診 2回	2840 円	
	⑬ 時間外	×	⑬ 指導 2回	1840 円	
	⑭ 休日	×	⑭ その他	1250 円	
	⑮ 深夜	×	⑮ その他	2000	
	⑯ 指導		小 計	⑯ 11750 円	
	⑰ 往診	回	摘 要		
	⑱ 夜間	回	⑪ 初診（時間外） 85×1		
	⑲ 緊急・深夜	回	④⑩ 創傷処置 2（左前腕）（時間外） （60×1.5×1.4） 126×1		
	⑳ 在宅患者訪問診療	回	初診時ブラッシング料（時間外） （91×1.4） 127×1		
	㉑ 薬剤		創後処置 2（左前腕） （60×1.5） 90×2		
	㉒ ① 内服薬剤	×			
	㉓ ② 調剤	×			
	㉔ ③ 外用薬剤	×			
	㉕ ④ 調剤	×			
	㉖ ⑤ 処方	×			
	㉗ ⑥ 麻薬	×			
	㉘ ⑦ 調基	×			
	㉙ ⑧ 皮下筋肉内	回			
	㉚ ⑨ 静脈内	回			
	㉛ ⑩ その他	回			
	㉜ ⑪ 処置	3 回	433		
	㉝ ⑫ 薬剤	回			

- 健保点数表のデブリードマン及び創傷処理におけるデブリードマン加算との重複算定はできない。
- 四肢加算はできない。
- 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、深夜又は休日加算の算定ができる。
（1 点未満の端数は四捨五入）

13. コンピューター断層撮影診断料

(1) コンピューター断層撮影料の特例

健保点数表では、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影が同一月に2回以上行われた場合、当該月の2回目以降の断層撮影の費用については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなっているが、労災保険ではこの規定は適用されない。

注) 労災保険では、同一月の2回目以降の断層撮影の費用について通減制の適用はありません。

労災保険におけるコンピューター断層撮影料の算定例

① 同一月に1回目 CT 撮影ハ、2回目 CT 撮影ハを行った場合

1回目	CT 撮影ハ	750 点 (+断層診断 450 点)
2回目	CT 撮影ハ	750 点
合 計		1,500 点 (断層診断を含め 1,950 点) 算定

② 同一月に1回目 CT 撮影ハ、2回目 MRI 撮影3を行った場合

1回目	CT 撮影ハ	750 点 (+断層診断 450 点)
2回目	MRI 撮影3	900 点
合 計		1,650 点 (断層診断を含め 2,100 点) 算定

③ 同一月に1回目 CT 撮影ハ、2回目 MRI 撮影3、3回目 MRI 撮影3を行った場合

1回目	CT 撮影ハ	750 点 (+断層診断 450 点)
2回目	MRI 撮影3	900 点
3回目	MRI 撮影3	900 点
合 計		2,550 点 (断層診断を含め 3,000 点) 算定

いずれの場合も、2回目以降の断層撮影の費用について、通減の必要はない。

(2) コンピューター断層診断の特例 225点

他の医療機関でコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、健保点数表の「E-101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」及び「E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影」は含まない。）を実施したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、従来より「E203 コンピューター断層診断」を算定できるとされているが、再診時に他の医療機関でコンピューター断層撮影を実施したフィルムについて診断を行った場合は、月1回に限りコンピューター断層診断の特例（225点）を算定できる。

ただし、他院へ画像撮影を依頼し、撮影されたフィルムについて自院又は他院で「E203 コンピューター断層診断」を算定できる場合は、当該特例は算定できない。

14. 術中透視装置使用加算 220 点

- ① 「大腿骨」、「下腿骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」、「中手骨」、「手の種子骨」、「指骨」、「足根骨」、「膝蓋骨」、「足趾骨」、「中足骨」及び「鎖骨」の骨折観血的手術、骨折経皮的鋼線刺入固定術、骨折非観血的整復術、関節脱臼非観血的整復術又は関節内骨折観血的手術において、術中透視装置を使用した場合に算定できる。
- ② 「脊椎」の経皮的椎体形成術又は脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術において、術中透視装置を使用した場合にも算定できる。
- ③ 「骨盤」の骨盤骨折非観血的整復術、腸骨翼骨折観血的手術、寛骨臼骨折観血的手術又は骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。）において、術中透視装置を使用した場合にも算定できる。
- ④ 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する必要がある。
- ⑤ 四肢加算はできない。
- ⑥ 手根骨、中手骨、手の種子骨及び指骨（以下「手」という。）又は足根骨、足趾骨及び中足骨（以下「足」という。）について複数の手術を同時に行い、術中透視装置を使用した場合は、併せて1回の算定ができる。
- ⑦ 右手、左手又は右足・左足にそれぞれ手術を行い、術中透視装置をそれぞれの手又は足に使用した場合は、それらを併せて1回の算定ができる。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

右前腕骨に対して、術中透視装置を使用して骨折観血的手術を行った場合

		摘 要	
内 訳 書 (入 院 外 用)	⑭ 夜間 在宅 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回	
	⑳ ②① 内服薬剤 ②② 外用薬剤 ②③ 外用薬剤 ②④ 処方 ②⑤ 麻薬 ②⑥ 調剤	× × × × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 単位 回 単位 回
	⑳ ③① 皮下筋肉内 ③② 静脈内 ③③ その他	回 回 回	
	④④ 処置 ④⑤ 薬剤	回	
	④⑥ 手術 ④⑦ 薬剤	2 回	27775
	⑤① 骨折観血的手術（前腕） （18370×1.5） 術中透視装置使用加算 27555×1 220×1		
	● 術中透視装置使用加算(220点)については、四肢加算はできない。		
	● 複数部位に対して(上記⑥の場合を除く。)、術中透視装置を用いて骨折観血的手術等の加算対象となる手術を行った場合は、それぞれの手技料に対して術中透視装置使用加算(220点)を算定することができる。		
	● 本加算は時間外加算等の対象とはならない。		

15. 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る。

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点を越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点を算定できるが、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、同様の取扱いとなる。

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・足関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健保点数表の「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固定用伸縮性包帯を併せて算定できます。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

頸椎捻挫に対しポリネック、頸椎カラー等の固定材料を使用し、固定処置を行った場合

		要 約	
④⑩ 往診 夜間 在宅 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回	④⑩	腰部又は胸部固定帯固定 35×1
			頸椎カラー (3450円) 345×1
②⑦ 内服薬 調剤	×	単位	回
②⑧ 注射薬 調剤	×	単位	回
材料費の請求は、実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を「④⑩処置」欄、「⑤⑩手術」欄の項目で算定できる。			
④⑩ 処置	1回	35	345
⑤⑩ 手術	回		
⑥⑩ 麻酔	回		
⑦⑩ 検査	回		
⑧⑩ 処方せん	回		

- 頸椎固定用シーネ
頸部の運動を制限することを目的とした装具で、市販されているもの。
(主な対象商品:Soft Collar(頸椎カラー、ポリネック))
- 鎖骨固定帯
鎖骨骨折の保存療法において体勢を保持するために使用される固定帯のことで、市販されているもの。
(主な対象商品:クラビクルバンド)
- 膝・足関節の創部固定帯
膝・足関節の安定を図るために使用される固定帯のことで、市販されているもの。
支給対象の傷病に、足関節の捻挫、膝関節の靱帯損傷が含まれます。
(主な対象商品:膝関係 アンローダーワン、ニーブレース・足関係 アンクルサポート、エバーステップ、アンクルクロス)

固定帯請求時の留意点

- 170点に満たない場合は、170点で算定できる。
- 170点を越える場合は実費相当額で算定できる。

16. 固定用伸縮性包帯

医師の診療に基づき、処置及び手術において、四肢及び頭部・頸部・軀幹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）を算定できる。

注 1）処置及び手術に当たって通常使用される治療材料（包帯材料等）又は衛生材料（ガーゼ等）の費用は算定できません。

注 2）なお、労災での固定用伸縮性包帯の給付は、骨折、捻挫、腱断裂等の場合の患部そのものの固定時であり、創面の保護（ガーゼ、湿布薬等の固定）の場合は給付されません。固定用伸縮性包帯は、治療上固定が必要であって、患部そのものを固定する場合に限り算定できるものです。通常の包帯と同じ目的での使用、患部に当てたガーゼや湿布が動かないようにするために使用した場合は算定できません。

17. 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る。

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る。

① せき髄損傷等による重度の障害者のうち、尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの、尿路へカテーテルを留置しているもの、又は、これらに類する創部を有するもの。（褥瘡については、ごく小さな範囲のものに限る。）

② 自宅等で頻繁にガーゼの交換を必要とするため、診療担当医が投与の必要を認めたもの。

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）

なお、滅菌ガーゼが処置及び手術に当たって使用された場合は、手技料等に包括され、別に算定できません。（平成 20 年 5 月 8 日付け保医発 0508001）

18. 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

健保点数表 入院料等 第1節「入院基本料」(以下「入院基本料」という。)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る。

各種加算の取扱い (1.30 倍又は 1.01 倍の対象になる加算、ならない加算)

【具体的には P87 の各種加算の取扱いを参照】

① 1.30 倍又は 1.01 倍の対象になる加算

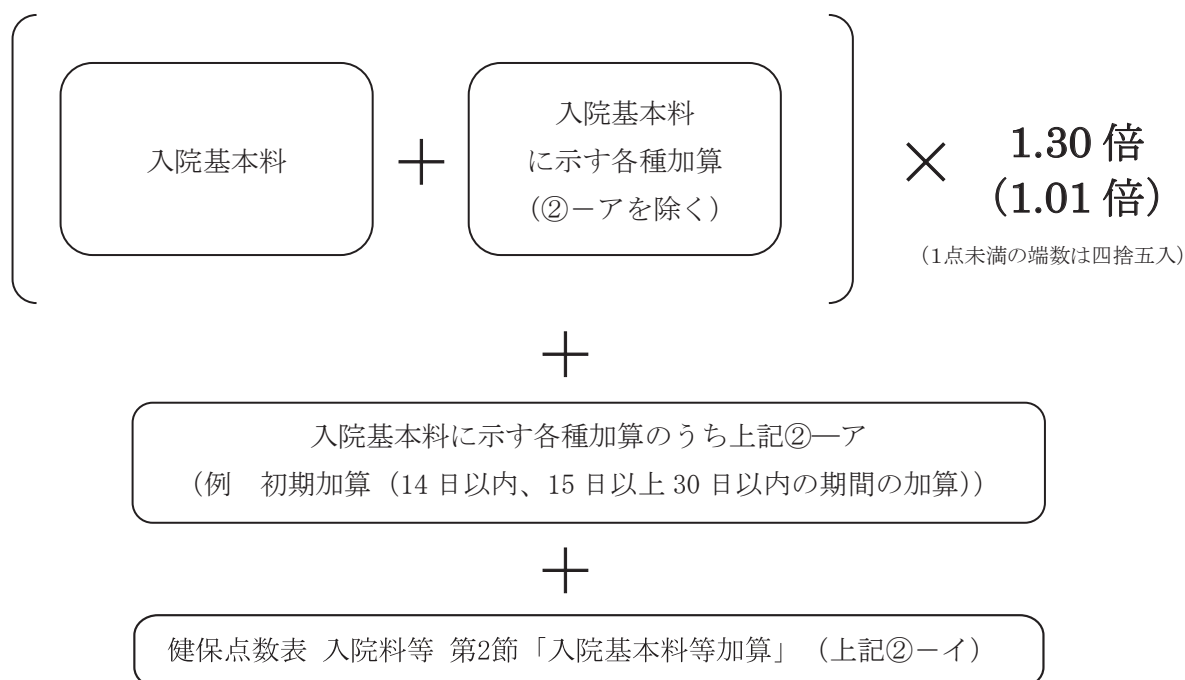
入院基本料について示される各種加算 (②を除く)

② 1.30 倍又は 1.01 倍の対象にならない加算

ア) 上記①の中の主に入院期間に応じ加算する点数については、1.30 倍又は 1.01 倍できない。

イ) 健保点数表 入院料等 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倍できない。

各種加算等を含む入院基本料の算定方法について



●入院基本料に示されている月平均夜勤時間超過減算については、入院基本料から減算後の点数を1.30倍又は1.01倍する。

●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倍した点数となる。

●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 入院料等「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。
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倍することはできない。

例) 入院基本料点数をA、入院期間に応じた加算をB、健保点数表 入院料等「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

$$(A \times C \times 1.30) + (B \times C) \quad \text{となる。}$$

●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点を減算する旨の健保点数表 入院料等「通則8」が示すとおり、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倍する。

●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する。
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は、再入院日を起算日として新たに入院期間を計算する。

●健保点数表 入院料等 第3節「特定入院料」は、1.30倍又は1.01倍することはできない。

●健保点数表における「生活療養を受ける場合」の点数については、適用しない。

注)生活療養の取扱いとは、療養病床に入院する65歳以上の高齢者の生活療養の費用及び生活療養を受ける場合の入院料の取扱いについては、労災保険ではこれを適用しません。
したがって入院料についても健保点数表に定められている「生活療養を受ける場合」以外の所定点数をもとに算定することとなります。
(入院時食事療養費についても同様の扱いです。P101参照)

●健保点数表における「短期滞在手術等基本料 3 (A400 の 2)」は適用せず、対象の手術等を実施した場合であっても出来高で算定できる。

診機様式第 2 号 診療費請求内訳書(入院用)記載例

- ① 一般病棟入院基本料の急性期一般入院料 1 に初診から引き続き 25 日間 (6 月 1 日～25 日) 入院した場合

() () 入 院 用 ()	薬 剤		入院年月日 6 年 6 月 1 日		37016 20867
	⑨ 病診衣	⑨① 入院基本料・加算	2644 × 14 日間		
	⑨② 急一般 1		1897 × 11 日間		
			× 日間		
			× 日間		
		⑨② 特定入院料・その他			

⑨② 急性期一般入院料 1
 初期加算 (14 日以内) 2644 × 14

急性期一般入院料 1
 初期加算 (15 日以上 30 日以内) 1897 × 11

(入院歴 6 月 1 日から 6 月 25 日)

入院料の算定式) 入院の日から起算して 2 週間以内の期間

$$\begin{array}{rcl} 1688 \text{ 点} & \times & 1.30 \text{ 倍} & = & 2194 \text{ 点 (小数点以下四捨五入)} \\ \text{(基本料)} & & \text{(労災特例)} & & \end{array}$$

注) 入院期間に応じ加算する初期加算 (450 点) は、労災特例加算の 1.30 倍の対象にはならない。(P87 参照)

$$\begin{array}{rcl} 2194 \text{ 点} & + & 450 \text{ 点} & = & 2644 \text{ 点} \\ & & \text{(初期加算)} & & \end{array}$$

入院料の算定式) 入院の日から起算して 2 週間を超える日以降の期間

$$\begin{array}{rcl} 1688 \text{ 点} & \times & 1.01 \text{ 倍} & = & 1705 \text{ 点 (小数点以下四捨五入)} \\ \text{(基本料)} & & \text{(労災特例)} & & \end{array}$$

$$\begin{array}{rcl} 1705 \text{ 点} & + & 192 \text{ 点} & = & 1897 \text{ 点} \\ & & \text{(初期加算)} & & \end{array}$$

診機様式第 2 号 診療費請求内訳書(入院用)記載例

- ② 一般病棟入院基本料の急性期一般入院基本料 1 に入院中、外泊を 1 日行った場合（外泊期間中の入院基本料の算定の仕方）

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の100分の15に入院の日から起算して2週間以内の期間における外泊については、1.30倍又、2週間を超える日以降の期間の外泊については1.01倍した点数を入院基本料として算定する。

(入院用)	入院年月日	6 年 6 月 1 日		
	⑨⑩ 病診衣	⑨⑩ 入院基本料・加算		
	⑨⑩ 急一般 1	2644 × 13 日間	34372	
		322 × 1 日間	322	
		×		
×				
	⑨② 特定入院料・その他			
小 計	点 ①		円	

⑨⑩ 急性期一般入院料 1
 初期加算（14日以内）
 2644×13

急性期一般入院料 1
 外泊（14日以内）
 322×1

（入院歴 6月 1日から 6月 25日）
 （外泊 6月14日）

外泊期間中の入院料の算定式（急性期一般入院基本料 1 の場合）

$$1688 \text{ 点} \times 0.15 \text{ 倍} = 253 \text{ 点 (小数点以下四捨五入)}$$

(基本料) (労災特例)

入院料の算定式) 入院の日から起算して 2 週間以内の期間

$$253 \text{ 点} \times 1.30 \text{ 倍} = 329 \text{ 点 (小数点以下四捨五入)}$$

(基本料) (労災特例)

入院料の算定式) 入院の日から起算して 2 週間を超える日以降の期間

$$253 \text{ 点} \times 1.01 \text{ 倍} = 256 \text{ 点 (小数点以下四捨五入)}$$

(基本料) (労災特例)

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

病棟区分	1.30倍、1.01倍できるもの	健保点数	1.30倍、1.01倍できないもの	健保点数
一般病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	450点
			15日以上30日以内の期間の加算	192点
			救急・在宅等支援病床初期加算(14日限度)	150点
療養病棟入院基本料	褥瘡対策加算 1	15点	急性期患者支援療養病床初期加算(14日限度)	300点
	褥瘡対策加算 2	5点	在宅患者支援療養病床初期加算(14日限度)	350点
	慢性維持透析管理加算	100点	経腸栄養管理加算(7日限度)	300点
	在宅復帰機能強化加算	50点		
	夜間看護加算	50点		
	看護補助体制充実加算 1	80点		
	看護補助体制充実加算 2	65点		
	看護補助体制充実加算 3	55点		
結核病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	400点
			15日以上30日以内の期間の加算	300点
			31日以上60日以内の期間の加算	200点
			61日以上90日以内の期間の加算	100点
精神病棟入院基本料	精神保健福祉士配置加算	30点	14日以内の期間の加算	465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
			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
			重度認知症加算(1月以内の期間)	300点
特定機能病院 入院基本料	看護必要度加算 1	55点	一般病棟14日以内の期間の加算	712点
	看護必要度加算 2	45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 3	25点	結核病棟30日以内の期間の加算	330点
	入院栄養管理体制加算	270点	結核病棟31日以上90日以内の期間	200点
			精神病棟14日以内の期間の加算	505点
			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
			重度認知症加算(1月以内の期間)	300点
専門病院入院基本料	看護必要度加算 1	55点	14日以内の期間の加算	512点
	看護必要度加算 2	45点	15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算 3	25点		
	一般病棟看護必要度評価加算	5点		
障害者施設等 入院基本料	夜間看護体制加算	161点	14日以内の期間の加算	312点
			15日以上30日以内の期間の加算	167点
			看護補助加算(14日以内の期間)	146点
			看護補助加算(15日以上30日以内の期間)	121点
			看護補助体制充実加算 1(14日以内の期間)	176点
			看護補助体制充実加算 2(14日以内の期間)	161点
			看護補助体制充実加算 3(14日以内の期間)	151点
			看護補助体制充実加算 1(15日以上30日以内の期間)	151点
			看護補助体制充実加算 2(15日以上30日以内の期間)	136点
			看護補助体制充実加算 3(15日以上30日以内の期間)	126点
有床診療所 入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	有床診療所急性期患者支援病床初期加算(21日限度)	150点
	医師配置加算 1	120点	有床診療所在宅患者支援病床初期加算(21日限度)	300点
	医師配置加算 2	90点	看取り加算	1,000点 又は2,000点
	看護配置加算 1	60点	介護障害連携加算 1	192点
	看護配置加算 2	35点	介護障害連携加算 2	38点
	夜間看護配置加算 1	105点		
	夜間看護配置加算 2	55点		
	看護補助配置加算 1	25点		
	看護補助配置加算 2	15点		
	栄養管理実施加算	12点		
	有床診療所在宅復帰機能強化加算(15日以降)	20点		
有床診療所療養病床 入院基本料	褥瘡対策加算 1	15点	有床診療所急性期患者支援療養病床 初期加算(21日限度)	300点
	褥瘡対策加算 2	5点	有床診療所在宅患者支援療養病床 初期加算(21日限度)	350点
	栄養管理実施加算	12点	看取り加算	1,000点 又は2,000点
	有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算	10点		
	慢性維持透析管理加算	100点		
算定方法	(入院基本料+加算点数)×1.3		(入院基本料×1.3)+加算点数	
	(入院基本料+加算点数)×1.01		(入院基本料×1.01)+加算点数	

参考6

入院基本料特例取扱点数一覧表

A100 一般病棟入院基本料

急性期一般入院基本料

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)
急性期一般入院料1	1,688 点	7 : 1 以上 70%以上	16日以内	2,194 点	1,705 点
急性期一般入院料2	1,644 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,137 点	1,660 点
急性期一般入院料3	1,569 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,040 点	1,585 点
急性期一般入院料4	1,462 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,901 点	1,477 点
急性期一般入院料5	1,451 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,886 点	1,466 点
急性期一般入院料6	1,404 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,825 点	1,418 点

地域一般入院基本料

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)
地域一般入院料1	1,176 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,529 点	1,188 点
地域一般入院料2	1,170 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,521 点	1,182 点
地域一般入院料3	1,003 点	15 : 1 以上 40%以上	60日以内	1,304 点	1,013 点

特別入院基本料	612 点	上記各区分の要件等に該当しない医療機関	796 点	618 点
---------	-------	---------------------	-------	-------

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A 1 0 1 療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 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)
入院料 1	1,964 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	2,553 点	1,984 点
入院料 2	1,909 点			2,482 点	1,928 点
入院料 3	1,621 点			2,107 点	1,637 点
入院料 4	1,692 点			2,200 点	1,709 点
入院料 5	1,637 点			2,128 点	1,653 点
入院料 6	1,349 点			1,754 点	1,362 点
入院料 7	1,644 点			2,137 点	1,660 点
入院料 8	1,589 点			2,066 点	1,605 点
入院料 9	1,301 点			1,691 点	1,314 点
入院料 1 0	1,831 点			2,380 点	1,849 点
入院料 1 1	1,776 点			2,309 点	1,794 点
入院料 1 2	1,488 点			1,934 点	1,503 点
入院料 1 3	1,455 点			1,892 点	1,470 点
入院料 1 4	1,427 点			1,855 点	1,441 点
入院料 1 5	1,273 点			1,655 点	1,286 点
入院料 1 6	1,371 点			1,782 点	1,385 点
入院料 1 7	1,343 点			1,746 点	1,356 点
入院料 1 8	1,189 点			1,546 点	1,201 点
入院料 1 9	1,831 点			2,380 点	1,849 点
入院料 2 0	1,776 点			2,309 点	1,794 点
入院料 2 1	1,488 点			1,934 点	1,503 点

入院料 2 2	1,442 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	1,875 点	1,456 点
入院料 2 3	1,414 点			1,838 点	1,428 点
入院料 2 4	1,260 点			1,638 点	1,273 点
入院料 2 5	983 点			1,278 点	993 点
入院料 2 6	935 点			1,216 点	944 点
入院料 2 7	830 点			1,079 点	838 点
入院料 2 8	1,831 点			2,380 点	1,849 点
入院料 2 9	1,776 点			2,309 点	1,794 点
入院料 3 0	1,488 点			1,934 点	1,503 点

療養病棟入院料 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)
入院料 1	1,899 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	2,469 点	1,918 点
入院料 2	1,845 点			2,399 点	1,863 点
入院料 3	1,556 点			2,023 点	1,572 点
入院料 4	1,627 点			2,115 点	1,643 点
入院料 5	1,573 点			2,045 点	1,589 点
入院料 6	1,284 点			1,669 点	1,297 点
入院料 7	1,579 点			2,053 点	1,595 点
入院料 8	1,525 点			1,983 点	1,540 点
入院料 9	1,236 点			1,607 点	1,248 点
入院料 1 0	1,766 点			2,296 点	1,784 点
入院料 1 1	1,712 点			2,226 点	1,729 点
入院料 1 2	1,423 点			1,850 点	1,437 点
入院料 1 3	1,389 点			1,806 点	1,403 点

入院料 1 4	1,362 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	1,771 点	1,376 点
入院料 1 5	1,207 点			1,569 点	1,219 点
入院料 1 6	1,305 点			1,697 点	1,318 点
入院料 1 7	1,278 点			1,661 点	1,291 点
入院料 1 8	1,123 点			1,460 点	1,134 点
入院料 1 9	1,766 点			2,296 点	1,784 点
入院料 2 0	1,712 点			2,226 点	1,729 点
入院料 2 1	1,423 点			1,850 点	1,437 点
入院料 2 2	1,376 点			1,789 点	1,390 点
入院料 2 3	1,349 点			1,754 点	1,362 点
入院料 2 4	1,194 点			1,552 点	1,206 点
入院料 2 5	918 点			1,193 点	927 点
入院料 2 6	870 点			1,131 点	879 点
入院料 2 7	766 点			996 点	774 点
入院料 2 8	1,766 点			2,296 点	1,784 点
入院料 2 9	1,712 点			2,226 点	1,729 点
入院料 3 0	1,423 点			1,850 点	1,437 点

特別入院基本料	582 点	上記要件等に該当しない医療機関	757 点	588 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	1,677 点	7：1 以上 70%以上		2,180 点	1,694 点
10対1入院基本料	1,405 点	10：1 以上 70%以上		1,827 点	1,419 点
13対1入院基本料	1,182 点	13：1 以上 70%以上		1,537 点	1,194 点
15対1入院基本料	1,013 点	15：1 以上 40%以上		1,317 点	1,023 点
18対1入院基本料	868 点	18：1 以上 40%以上		1,128 点	877 点
20対1入院基本料	819 点	20：1 以上 40%以上		1,065 点	827 点
特別入院基本料	586 点	上記各区分の要件等に該当しない医療機関		762 点	592 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

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数 G A F 尺度等	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
10対1入院基本料	1,306 点	10 : 1 以上 70%以上	40日以内 G A F 尺度30以下の患者 が5割以上	1,698 点	1,319 点
13対1入院基本料	973 点	13 : 1 以上 70%以上	80日以内 G A F 尺度30以下又は身 体合併症を有する患者が 4割以上	1,265 点	983 点
15対1入院基本料	844 点	15 : 1 以上 40%以上	—	1,097 点	852 点
18対1入院基本料	753 点	18 : 1 以上 40%以上	—	979 点	761 点
20対1入院基本料	697 点	20 : 1 以上 40%以上	—	906 点	704 点
特別入院基本料	566 点	看護配置25 : 1 以上で上記各区分 の要件等に該当しない医療機関		736 点	572 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	区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数 G A F 尺度等	2 週間以内 (1.30 倍)	2 週間超 (1.01 倍)
一般病棟	7 対 1 入院基本料	1,822 点	7 : 1 以上 70%以上	26日以内 —	2,369 点	1,840 点
	10対 1 入院基本料	1,458 点	10 : 1 以上 70%以上	28日以内 —	1,895 点	1,473 点
結核病棟	7 対 1 入院基本料	1,822 点	7 : 1 以上 70%以上	—	2,369 点	1,840 点
	10対 1 入院基本料	1,458 点	10 : 1 以上 70%以上	—	1,895 点	1,473 点
	13対 1 入院基本料	1,228 点	13 : 1 以上 70%以上	—	1,596 点	1,240 点
	15対 1 入院基本料	1,053 点	15 : 1 以上 70%以上	—	1,369 点	1,064 点
精神病棟	7 対 1 入院基本料	1,551 点	7 : 1 以上 70%以上	40日以内 G A F 尺度30以下の 患者が 5 割以上	2,016 点	1,567 点
	10対 1 入院基本料	1,393 点	10 : 1 以上 70%以上	40日以内 G A F 尺度30以下の 患者が 5 割以上	1,811 点	1,407 点
	13対 1 入院基本料	1,038 点	13 : 1 以上 70%以上	80日以内 G A F 尺度30以下又 は身体合併症を有す る患者が 4 割以上	1,349 点	1,048 点
	15対 1 入院基本料	948 点	15 : 1 以上 70%以上	—	1,232 点	957 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

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	1,705 点	7 : 1 以上 70%以上	28日以内	2,217 点	1,722 点
10対1入院基本料	1,421 点	10 : 1 以上 70%以上	33日以内	1,847 点	1,435 点
13対1入院基本料	1,191 点	13 : 1 以上 70%以上	36日以内	1,548 点	1,203 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	1,637 点	7 : 1 以上 70%以上	2,128 点	1,653 点
10対1入院基本料	1,375 点	10 : 1 以上 70%以上	1,788 点	1,389 点
13対1入院基本料	1,155 点	13 : 1 以上 70%以上	1,502 点	1,167 点
15対1入院基本料	1,010 点	15 : 1 以上 40%以上	1,313 点	1,020 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

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	932 点	看護職員 7 人以上	1,212 点	
15日以上30日以内	724 点			731 点
31日以上	615 点			621 点

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	835 点	看護職員 4 人以上 7 人未満	1,086 点	
15日以上30日以内	627 点			633 点
31日以上	566 点			572 点

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	616 点	看護職員 1 人以上 4 人未満	801 点	
15日以上30日以内	578 点			584 点
31日以上	544 点			549 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

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	838 点	看護職員 7 人以上	1,089 点	
15日以上30日以内	652 点			659 点
31日以上	552 点			558 点

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	750 点	看護職員 4 人以上 7 人未満	975 点	
15日以上30日以内	564 点			570 点
31日以上	509 点			514 点

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	553 点	看護職員 1 人以上 4 人未満	719 点	
15日以上30日以内	519 点			524 点
31日以上	490 点			495 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	1, 073 点	4 : 1 以上	4 : 1 以上	1, 395	1, 084 点
入院基本料 B	960 点			1, 248	970 点
入院基本料 C	841 点			1, 093	849 点
入院基本料 D	665 点			865	672 点
入院基本料 E	575 点			748	581 点
特別入院基本料	493 点	上記要件等に該当しない医療機関		641	498 点

＊注 入院の日から起算して（1日につき）

19. 病衣貸与料 1日につき10点

労災保険においては、患者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関が病衣を貸与したとき、あるいは、傷病の感染予防上の必要から医療機関が患者に病衣を貸与した場合は、1日につき10点を算定することができる。

20. 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。

なお、②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とする。

- 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 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。（初回入院日から7日を限度）

- 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11,000円、乙地 9,900円を限度とする。
2人部屋	甲地 5,500円、乙地 4,950円を限度とする。
3人部屋	甲地 5,500円、乙地 4,950円を限度とする。
4人部屋	甲地 4,400円、乙地 3,960円を限度とする。

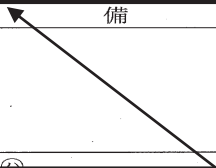
※入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3に基づく人事院規則9-49(地域手当)により支給区分が1級地から5級地とされる地域をいい、乙地とは甲地以外の地域をいいます。(甲・乙地域区分はP100参照)

- ・普通室が標準で、個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋への収容は必要最小限の期間とする。
- ・算定する場合はレセプトの右側「◎その他」欄に収容必要々件、収容期間、病室番号及び表示金額(請求額)を記載する。

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。

診機様式第2号 診療費請求内訳書(入院用)記載例

患者の症状が②のアに該当し、6月11日から6月20日まで10日間収容しその病床が個室、表示額が8,000円の場合

郡区市					
容	点数(点)	診療内容	金額	摘要	
		⑪ 初 診	3850 円	入院室料加算 201号室②－ア 8000円	
		⑧⑩ 個室 6/11～6/20 10日間	80000 円		
単位		その他			
単位		小 計	⑫ 83,850 円		
日		⑨⑦ 食 事		備 考 	
回		基準	800 円× 25 回		
回			円× 回		
回			円× 日		
回					
回		入院室料加算を算定する場合はレセプトの右側「⑧⑩その他」欄に収容期間、個室の種類、摘要欄に個室収容要件、病室番号及び表示金額(請求額)を記載する。			
回		なお、個室収容要件が、②－エ(普通室の満床かつ緊急)の場合は、入院日から7日を限度とし、入院室料加算を算定できる。			
月	日				
×	日間				
×	日間				

入院室料加算における地域区分(甲地)

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

都道府県	地 域 区 分
宮 城 県	多賀城市
茨 城 県	取手市、つくば市、守谷市、牛久市、水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、阿見町、稲敷市、つくばみらい市
埼 玉 県	和光市、さいたま市、志木市、東松山市、朝霞市、坂戸市
千 葉 県	袖ヶ浦市、印西市、千葉市、成田市、船橋市、浦安市、習志野市、市川市、松戸市、佐倉市、市原市、富津市、八千代市、四街道市
東 京 都	特別区、武蔵野市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、狛江市、清瀬市、多摩市、八王子市、青梅市、府中市、東村山市、国立市、福生市、稲城市、西東京市、東久留米市、立川市、昭島市、三鷹市、あきる野市、小金井市、羽村市、日の出町、檜原村、東大和市
神奈川県	横浜市、川崎市、厚木市、鎌倉市、相模原市、藤沢市、愛川町、清川村、横須賀市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、大和市、座間市、綾瀬市、寒川町、伊勢原市、秦野市、海老名市
愛 知 県	刈谷市、豊田市、名古屋市、豊明市、大府市、西尾市、知多市、みよし市、東海市、日進市、東郷町
三 重 県	鈴鹿市、四日市市
滋 賀 県	大津市、草津市、栗東市
京 都 府	京田辺市、京都市、八幡市
大 阪 府	大阪市、守口市、池田市、高槻市、大東市、門真市、豊中市、吹田市、寝屋川市、箕面市、羽曳野市、堺市、枚方市、茨木市、八尾市、柏原市、東大阪市、交野市、島本町、摂津市、四條畷市
兵 庫 県	西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、尼崎市、伊丹市、三田市、川西市、猪名川町
奈 良 県	天理市、奈良市、大和郡山市、川西町、生駒市、平群町
広 島 県	広島市、安芸郡府中町
福 岡 県	福岡市、春日市、福津市

21. 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日厚生労働省告示第99号（最終改正：令和6年3月5日）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）

(1) 入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき）

① ②以外の食事療養を行う場合 800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局長等に届け出て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに1日につき3食を限度として算定する。

② 流動食のみを提供する場合 730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局長等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、当該食事療養として流動食（市販されているものに限る。以下同じ。）のみを経管栄養法により提供したとき、1日につき3食を限度として算定する。

③ 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算定できる。

ただし、②を算定する患者については、算定できません。

④ 食堂加算（1日につき） 60円

食堂における当該食事療養を行ったときに加算算定できる。（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）

① ②以外の食事療養を行う場合 640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、当該食事療養を行ったときに1日につき3食を限度として算定する。

② 流動食のみを提供する場合 590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、当該食事療養として流動食のみを経管栄養法により提供したとき、1日につき3食を限度として算定する。

注）入院時食事療養費については、平成18年3月6日厚生労働省告示第99号（最終改正：令和6年3月5日）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、労災保険ではこれを適用しません。

したがって、65歳以上の傷病労働者が療養病棟に入院したとしても、「第1 食事療養」に定める金額（上記(1)、(2)の金額）により算定します。

(3) 入院時食事療養費の留意点

- ① 業務上傷病に対して治療食等を与え特別食加算を算定する場合は、内訳書右側「摘要」欄にその内容を必ず記載する。

なお、労災患者の私病（糖尿病等）に対して治療食を与えた場合は、労災給付の対象とならない。

- ② 患者から特別の料金の支払いを受けることによって提供される特別メニューの食事に係る費用については、労災給付の対象とはならない。

22. 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(別紙様式5)(次頁参照)(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る。

なお、健保点数表の診療情報提供料(Ⅰ)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)とは別に算定できる。

- ②労災リハビリテーション実施計画書は、P103の様式又はこれに準じた文書により作成することとし、下記の内容を盛り込む必要がある。

- 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」

- 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・通勤方法を考慮した内容(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)

- ③労災リハビリテーション実施計画書については、傷病労働者自ら署名することが困難であり、かつ、傷病労働者の家族が署名することが困難である場合、家族に情報通信機器を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容について同意を得た旨を診療録に記載することにより、傷病労働者本人又はその家族の署名を求めなくても差し支えない。

診機様式第2号 診療費請求内訳書(入院用)記載例

診 療 内 容		点 数 (点)	診 療 内 容	金 額	摘 要
⑪ 初診 時間外・休日・深夜			⑪ 初 診	円	
⑬ 指導			⑫ その他	円	
⑭ 在宅			小 計 ⑬	円	
⑮ ① 内服 ② ② 屯服 ③ ③ 外用 ④ ④ 調剤 ⑤ ⑤ 麻毒 ⑥ ⑥ 調基					
⑯ ⑦ 皮下筋肉内 ⑧ ⑧ 静 脈 内					
⑰ ⑨ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿					
⑱ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
⑲ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
⑳ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉑ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉒ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉓ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉔ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉕ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉖ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉗ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉘ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉙ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉚ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉛ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉜ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉝ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉞ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㉟ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊱ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊲ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊳ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊴ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊵ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊶ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊷ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊸ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊹ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊺ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊻ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊼ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊽ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊾ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					
㊿ ① 皮下筋肉内 ② 静 脈 内					

● 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する必要がある。

● 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、②を盛り込むことで、様式上の要件は具備される。

内訳書左側「⑬指導」欄に点数、右側「摘要」欄に名称を記載する。

⑬ 診療情報提供料(Ⅰ) 250×1
退院時情報加算 200×1
リハビリテーション情報提供加算 200×1
(〇〇整形外科) (〇月〇日)

参考8

別紙様式5

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女				年生（歳）		計画評価実施日 年 月 日								
リハ担当医		PT		OT		ST									
原因疾患（発症・受傷日）					合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）										
評価項目・内容（コロンの（:）の後に具体的内容を記入）															
心身機能・構造	☐ 意識障害: (3-3-9:) ☐ 認知症: ☐ 中枢性麻痺 (ステージ・グレード) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ 筋力低下 (部位, MMT:)					☐ 失行・失認: ☐ 音声・発話障害 (☐ 構音障害, ☐ 失語症: 種類) ☐ 摂食機能障害: ☐ 排泄機能障害: ☐ 拘縮: ☐ 褥瘡: ☐ 起立性低血圧:									
	基本動作 立位保持 (装具:) ☐ 手放し, ☐ つかまり, ☐ 不可 平行棒内歩行 (装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 非実施 訓練室内歩行 (装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 非実施														
活動	自立度 ADL・ASL等	日常生活 (病棟) 実行状況: 「している“活動”」				訓練時能力: 「できる“活動”」									
		自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容等	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所 (訓練室・病棟等) 介助内容等
	屋外歩行														
	病棟トイレへの歩行														
	病棟トイレへの車椅子駆動														
	車椅子・ベッド間移乗														
	椅子座位保持														
	ベッド起き上がり														
	排尿 (昼)														
	排尿 (夜)														
食事															
整容															
更衣															
装具・靴の着脱															
入浴															
コミュニケーション															
活動度	日中臥床: ☐ 無, ☐ 有 (時間帯: 日中座位: ☐ 椅子, ☐ 車椅子, ☐ ベッド上, ☐ キャッチアップ										理由 ()				
参加	職業 (☐ 無職, ☐ 病欠中, ☐ 休職中, ☐ 発症後退職, ☐ 退職予定) 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 ☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ その他: 経済状況:					社会参加 (内容・頻度等, 発症前状況を含む。)									
目標	復職 ☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他: 仕事内容の変更 ☐ 無 ☐ 有: 通勤方法の変更 ☐ 無 ☐ 有: 職場復帰に向けた目標:					本人の希望									
						家族の希望									
方針						リハビリテーション終了の目安・時期									
具体的アプローチ															
本人・家族への説明 年 月 日				本人サイン		家族サイン		説明者サイン							

(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 (キーボードの打鍵やバスへの乗車等) を記入すること。

23. 社会復帰支援指導料 130 点

- ① 3 か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して、治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活(就労を含む)上の注意事項等について、医師が指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に、同一傷病労働者につき、1 回に限り算定できる。
- ② 当該指導は、別紙様式6(次頁参照)の指導項目に基づいて行う必要がある。
- ③ 再発の場合は再発年月日から療養期間が 3 か月以上の者が対象となる。
- ④ 原則同一傷病労働者につき、1 回に限り算定できるが、転医している場合は一医療機関につき 1 回に限り算定できる。
- 注) 当該指導の算定にあたっては、別紙様式 6 に必要事項を記載して診療録に添付する必要があります。

診機様式第 3 号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

入院 外 用	診療内容		金額		摘 要
	診療内容	回数	金額	単位	
(40) 処置	薬 剤	回		円	
	(50) 手術	回		円	
	薬 剤	回		円	
	(60) 検査	回		円	
	薬 剤	回		円	
	(70) 調剤	回		円	
(80) その他	処方せん	回		円	130
	薬 剤	回		円	
小 計		点	①	円	

⑧0 社会復帰支援指導料 130×1
(指導年月日 令和○年○月○日)
(治ゆ見込日 令和△年△月△日)

内訳書左側「⑧0その他」欄に点数、「摘要」欄に名称、指導年月日および治ゆ見込日を記載する。

早期社会復帰のための指導項目

氏名

発症(負傷) 年月日	年 月 日
治癒見込み 年月日	年 月 日

○職場(業務)や日常生活において注意する点(指導した項目に☑を入れること)

【全般】

- ☐ 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと
- ☐ 受傷部位を意識しすぎて他の部位に負担をかけないこと
- ☐ 受傷部位を徐々に動かして、可動範囲を広げるように努めること
- ☐ 重いものを持つときは注意すること
- ☐ 休憩時間のストレッチなど一定の姿勢をとり続けないように心がけること
- ☐ 無理な姿勢をとらないようにすること
- ☐ 車の運転は避けたほうがよい
- ☐ 睡眠時間をしっかりとること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【職場】

- ☐ 長時間の残業は避けること
- ☐ 長期の出張や海外出張は避けること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【日常生活】

- ☐ 定期的に自分で脈拍のチェックをすること
- ☐ 適度な運動を実施するように心がけること
- ☐ 当面の間は、激しい運動は避けること(概ね__月間)
- ☐ 食事の内容、摂取量について注意すること
- ☐ 患部の保温に努めること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【その他】

- ☐ 治癒後、労働局にアフターケア制度の相談をすること(該当者のみ)
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

☐ 現状どおりの生活で問題がないと指導した

(該当する場合のみ☑)

指導日 年 月 日

医師名

24. 職場復帰支援・療養指導料

① 精神疾患を主たる傷病とする場合

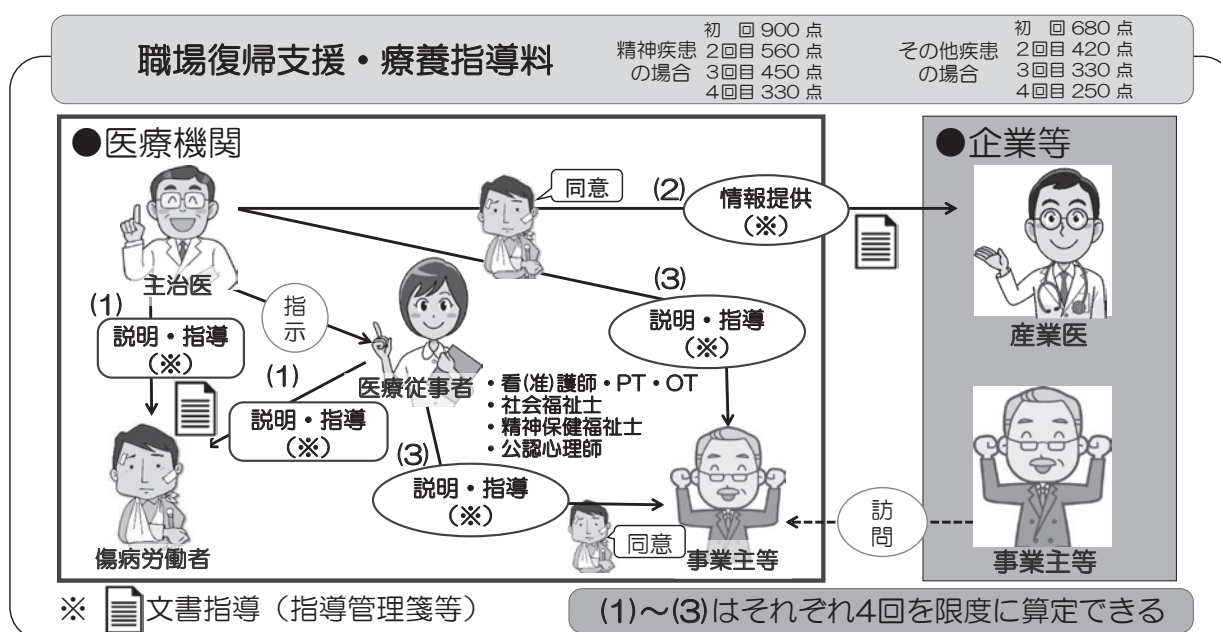
初回	900 点
2 回目	560 点
3 回目	450 点
4 回目	330 点

② その他の疾患の場合

初回	680 点
2 回目	420 点
3 回目	330 点
4 回目	250 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2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(5)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、公認心理師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）（P108～111 参照）」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月1回に限り算定できる。
- (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（指導管理箋等）をもって情報提供した場合についても算定できる。
- (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、公認心理師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。
- (4) 上記(1)～(3)の算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ4回を限度、（頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。）とする。

職場復帰支援・療養指導料の概略図

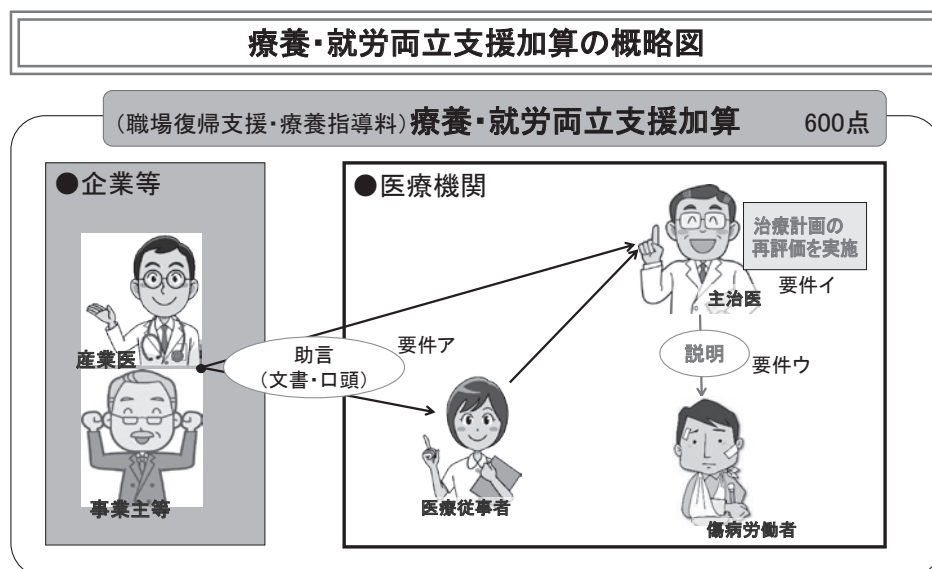


(5) (2)又は(3)を満たし、職場復帰支援・療養指導料を算定している患者であり、以下ア～ウの要件を満たした場合、療養・就労両立支援加算として、同一傷病労働者に対して1回につき600点を算定することができる。

ア 事業主又は産業医から治療上望ましい配慮等について助言を取得すること。

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

ウ 傷病労働者に対して、治療計画変更の必要性の有無や具体的な内容等について、説明を行うこと。



注1) 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まれます。

注2) 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。

注3) 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。

注4) 請求に当たっては、職場復帰支援・療養指導料の算定時は、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。

注5) 療養・就労両立支援加算の算定時は、取得した助言の内容及び患者に説明した内容を診療録に明確にしておく必要があります。

注6) 同一傷病について、健保点数表の療養・就労両立支援指導料を重複して算定することは、原則、認められません。ただし、同一傷病であっても、指導する内容等が異なっている場合は、それぞれ算定することができます。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

診 療 内 容				点数(点)	診療内容	金 額	摘 要
請求	⑪ 初診	時間外・休日・深夜			⑪ 初 診	円	
	⑫ 再診	外来管理加算	×	回	⑫ 再 診	円	
	⑬ 指導	時間外	×	回	⑬ 指 導	円	
	⑭ 夜間	休日	×	回	⑭ その他	円	
	⑮ 在宅	深夜	×	回	小 計	円	
内訳	⑬ 指導			930	摘 要		
	⑭ 夜間			回	⑬ 職場復帰支援・療養指導料(3回目) (その他疾患) 330×1 療養・就労両立支援加算 600×1		
	⑮ 在宅	緊急・深夜		回			
	⑯ 在宅	在宅患者訪問診療		回			
	⑰ 在宅	その他		回			

内訳書左側「⑬指導」欄に点数、「摘要」欄に名称・何回目かを記載する。

労働者災害補償保険 指導管理箋<第 回目 >				
氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
負傷又は 発病年月日	年 月 日	傷病名		
休業前の 職 種	深夜勤 有・無	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
就労に当たって必要な指導事項				
1 職務内容変更の必要性 ① あり(理由:) ② なし 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 肉体労働の制限 ④ 普通勤務可 ⑤ その他() ①～③の場合その期間(推定) 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 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 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 ① あり() ② なし 6 対人業務の制限の必要性 ① あり() ② なし 7 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 (例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係)				
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項				
1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 2 今後の療養の予定 月に 回程度の診療予定				
上記内容を確認しました。 年 月 日 本人署名 _____				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 所在地 _____ 病院又は 名称 _____ 診療所の 医師名 _____				
(注) ①この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2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に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。 ②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。 ③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

労働者災害補償保険		指導管理箋(産業医提出用) < 第 回目 >		
氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の 職 種	(深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
病 名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
☐ 初診時症状 (※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)) ☐ 前回指導時 症状				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状 ()				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院 (年 月 日) ~ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度				
症状固定の見込み 年 月頃				
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1 勤務可能(条件なし)				
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]				
ア 職務内容の変更 不要・要				
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ 対人業務の制限 不要・要(特記事項:)				
キ その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ()				
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。				
年 月 日 本人署名				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。				
年 月 日 所在地				
病院又は 名称				
診療所の 医師名				
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

労働者災害補償保険

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

- 1 職務内容変更の必要性
①あり(理由:) ②なし
- 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肉体力労働のみ制限 ④普通勤務可 ⑤その他()
- 〔 ①～③の場合その期間(推定)
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
- 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
- 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
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
〔 〕

- 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 回程度の診療予定

年 月 日

本人署名

上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。

年 月 日

病院又は

所在地

名称

診療所の

醫師名

(注) ①この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2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に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。
②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。
③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

労働者災害補償保険 指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>				
氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
休業前の 職 種	(深夜勤 有・無)	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()	
病 名	(1.) (2.)			
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)				
☐ 初診時症状 (※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)) ☐ 前回指導時 症状				
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日)				
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())				
現在の症状 ()				
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項				
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)				
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)				
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日) 1月に 回程度				
症状固定の見込み 年 月頃				
就労に当たって勤務内容に対する意見				
1 勤務可能(条件なし)				
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]				
ア 職務内容の変更 不要・要				
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())				
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)				
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)				
カ その他勤務内容に対する意見 ()				
就労に当たって必要な職場での留意点				
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。				
年 月 日 本人署名				
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。				
年 月 日 所在地				
病院又は 名称				
診療所の 医師名				
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。				

25. 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 770 点

その他の疾患の場合 1日につき 580 点

- (1) 傷病労働者（入院期間が1月を超えると見込まれる者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者であって、就労が可能と医師が認める者。）が職業復帰を予定している事業場に対し、医師等（※1）又は医師の指示を受けたソーシャルワーカー（※2）が当該傷病労働者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主（※3）に対して、職業復帰のために必要な指導（以下「訪問指導」という。）を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、入院中及び通院中に合わせて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つては、入院中及び通院中に合わせて6回）に限り算定できる。（※4）
- (2) 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。（共同訪問指導加算）
なお、同一の職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合は、380 点を所定点数に加算することはできない。
- (3) 精神疾患を主たる傷病とする場合にあつては、医師等に精神保健福祉士を含む。
- (4) 訪問指導を実施した日と同一日又は訪問指導を行った後1月以内に、医師又は医師の指示を受けた看護職員、理学療法士若しくは作業療法士が上記(1)の傷病労働者のうち入院中の者に対し、本人の同意を得て、職業復帰を予定している事業場において特殊な器具、設備を用いた作業を行う職種への復職のための作業訓練又は事業場を目的地とする通勤のための移動手段の獲得訓練を行い、診療録に訪問指導の日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載した場合は、訪問指導1回につき2回を限度に職業復帰訪問訓練加算として1日につき 400 点を所定点数に加算できる。（※5）

（※1）医師等とは、医師又は医師の指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士及び公認心理師をいいます。

また、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、共同訪問指導加算は算定できません。

（※2）ソーシャルワーカーとは、社会福祉士及び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共同訪問指導加算（380 点）の対象となります。

（※3）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まれます。

（※4）入院中又は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。

(※5) 職業復帰訪問訓練加算の算定要件及び実施上の留意事項は以下のとおりです。

① 算定要件

- ア 入院期間が1月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。
- イ 傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練(以下「作業訓練」という。)及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練(以下「通勤訓練」という。)であること。
- ウ 作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。
- エ 作業訓練の実施時間は20分以上(ただし、原則60分を上限とする。)であること。
- オ 通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。
- カ 訪問指導と同一日又は訪問指導の日から1月以内に作業訓練又は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う場合にあっては、当該事業場へ到着の際に事業主へ訓練の状況について報告を行うこと。
- キ 職業復帰予定の事業場への往復を含め、訓練の実施中は医師等が傷病労働者に常時付添い、必要に応じて速やかに入院医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。
- ク 診療録に訪問指導を行った日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載すること。また、職業復帰訪問訓練加算を算定する場合は、診療費請求内訳書の摘要欄に訪問指導を行った日及び訓練を行った日を記載すること。
- ケ 疾患別リハビリテーション料を実施し算定する日にあっては、職業復帰訪問訓練加算を併算定できないこと。

② 実施上の留意事項

作業訓練及び通勤訓練を実施するにあたっては、明確に訓練と位置付け、職業復帰予定の事業場との間で使用従属関係下の労働とならないようにする必要があること。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用) 記載例

診 休 日	×	回	580	小 計	⑬	円
⑬ 指導	×	回	580	摘 要		
⑭ 夜 間	回	回		⑬ 職業復帰訪問指導料(その他の疾患)(初回) 580×1 共同訪問指導加算(看護師・社会福祉士) 380×1 職業復帰訪問訓練加算 400×1		
在 緊急・深夜	回	回				
在宅患者訪問診療	回	回				
⑮ 在宅	回	回				
⑯ 在宅	回	回				
⑰ 在宅	回	回				
⑱ 在宅	回	回				
⑲ 在宅	回	回				
⑳ 在宅	回	回				
㉑ 在宅	回	回				
㉒ 在宅	回	回				
㉓ 在宅	回	回				
㉔ 在宅	回	回				
㉕ 在宅	回	回				
㉖ 在宅	回	回				
㉗ 在宅	回	回				
㉘ 在宅	回	回				
㉙ 在宅	回	回				
㉚ 在宅	回	回				
㉛ 在宅	回	回				
㉜ 在宅	回	回				
㉝ 在宅	回	回				
㉞ 在宅	回	回				
㉟ 在宅	回	回				
㊱ 在宅	回	回				
㊲ 在宅	回	回				
㊳ 在宅	回	回				
㊴ 在宅	回	回				
㊵ 在宅	回	回				
㊶ 在宅	回	回				
㊷ 在宅	回	回				
㊸ 在宅	回	回				
㊹ 在宅	回	回				
㊺ 在宅	回	回				
㊻ 在宅	回	回				
㊼ 在宅	回	回				
㊽ 在宅	回	回				
㊾ 在宅	回	回				
㊿ 在宅	回	回				

内訳書左側「⑬指導」欄に点数、「摘要」欄に名称・何回目かを記載する。

26. 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、精神科作業療法又は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回算定できる。

※ 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、作業療法士又は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次頁参照)

診機様式第3号 診療費請求内訳書（入院外用）記載例

入院外用	別記の他	回数	点数	円	摘要	
					⑧	要
④0	処置	回			精神科職場復帰支援加算 200×1 (実施日、要点を記載)	
④1	薬剤	回				
④2	薬剤	回				
④3	薬剤	回				
④4	薬剤	回				
④5	処方せん	1 回	200			
④6	その他					
小計			点①	円	内訳書左側「⑧その他」欄に点数、右側「摘要」欄に当該プログラム実施日及び要点を記載する。	

27. 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点を算定できる。

注) 「労災電子化加算」の算定は、令和8年3月診療分までです。

職場復帰支援のプログラムの例
(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 ・オフイスワーク (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 ・オフイスワーク (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 ・オフイスワーク (PCを使った個別作業)	プログラム活動 4 ・オフイスワーク (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 ・オフイスワーク (グループによる作業)	プログラム活動 4 ・オフイスワーク (グループによる作業)	・ミーティング
金曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動 5 ・ボディワーク	感想文作成及びグループミーティング ・1 週間の感想等	

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

28. 石綿疾患療養管理料 225 点（月 2 回を限度）

- ① 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。
- 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る。また、入院中の患者においても算定できる。
- ③ 再診時療養指導管理料及び特定疾患療養管理料等（P48 参照）とは同月に重複算定できない。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

診療内容			点数(点)	診療内容	金額	摘要
⑪ 初診	時間外・休日・深夜			⑪ 初診	円	
⑫ 外来管理加算		×	回	⑫ 再診	円	
⑫ 時間外		×	回	⑬ 指導	円	
⑫ 休日		×	回	⑭ その他	円	
⑫ 深夜		×	回			
⑬ 指導			450	小計	⑮ 円	
⑭ 往診			回			
⑮ 夜間			回			
⑮ 緊急・深夜			回			
⑮ 在宅患者訪問診療			回			
⑮ その他						
⑮ 薬剤						
内訳書左側「⑬指導」欄に点数、右側「摘要」欄に内訳等を記載する。				⑬ 石綿疾患療養管理料 225×2		
⑯ 投薬	⑰ 服用薬剤		単位			

注) 請求にあたっては、管理内容の要点を診療録に記載してください。

29. 石綿疾患労災請求指導料 450 点（1 回限り）

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（様式第5号）又は療養補償給付たる療養の費用請求書（様式第7号(1)）が提出された場合に算定する。

診機様式第3号 診療費請求内訳書(入院外用)記載例

入院 外用 ()	④⑤ 処置	回		小	町			
	⑤⑥ 手術			摘			要	
	⑥⑦ 検査							
	⑦⑧ 薬剤	回						
	⑧⑨ 薬							
	⑧⑨ その他	回		⑧⑨	石綿疾患労災請求指導料 450×1			
	処方せん	回	450					
	薬							
小	計	点 ①	円					

注1) 請求にあたっては、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) 療養の給付請求書取扱料と併せて算定できます。

30. 治療用材料及び装具の取扱い

労災・健保における治療用装具の取扱い比較

項 目	労 災 保 険	健 康 保 険
装着式収尿器 (人工膀胱)	支 給 尿路障害者に支給	不支給
人工肛門受便器 (ペロツテ)	支 給 (装着式収尿器の取扱いに 準ずる。) 人工肛門造設者に支給。	不支給
浣 腸 剤	支 給 せき髄損傷等神経系の障害による便秘症のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給。	浣腸については、簡単な処置として基本診療料に含まれるので、別に算定はできないが、薬剤を使用した場合は薬剤料を加算できる。
ソフトコンタクトレンズ	支 給 (注) 視力の屈折矯正のために使用するコンタクトレンズは除く。	不支給
補 聴 器	不支給 (傷病が治癒した者には、労働福祉事業から支給。)	不支給
眼 鏡	不支給 (業務災害により、視力が0.6以下に低下したものについては、労働福祉事業から支給。)	不支給
義 眼	健保に準ずる。	眼球摘出後眼窩保護用として支給。
義 歯	義歯を業務災害により破損した場合、これに要する修理は療養補償範囲に含める。	_____
コ ル セ ッ ト	健保に準ずる。	療養上必要あるコルセットは療養の給付として支給すべき治療材料に属するものとして療養費として支給する。
歩 行 補 助 器 松 葉 杖	健保に準ずる。 (やむを得ず業者から借りたレンタル料についても支給。)	医療機関がこれを本人に貸与すべきであるが、療養目的をもって自己が購入した場合は、療養費として支給する。

労災・健保における治療用装具の取扱い比較

項 目	労 災 保 険	健 康 保 険
練習用仮義足	健保に準ずる。 (練習用仮義手についても練習用仮義足の取扱いに準じて支給しても差し支えない。)	練習用仮義足のみ診療担当医の指示、指導のもとに使用する場合1回に限り治療用装具として支給。
固 定 装 具	支 給	支 給
伸 縮 性 ホ ウ タ イ (骨折・捻挫等の 固定用)	頭部・頸部・躯幹固定用の他四肢固定用についても支給を認める。 固定用とは骨折・捻挫等の動揺や再転位を防ぐためのものをいう。 なお、バストバンド、トラコバンド等は躯幹固定用伸縮性ホウタイに含める。	不支給
保 護 帽 子 (頭蓋骨欠損部分保護)	健保に準ずる。	人工骨を挿入するまでの間、頭蓋骨欠損部分を保護するためのものとして支給。
ポ リ ネ ッ ク	支 給 療養上必要なものと認められる場合は保険給付して差し支えない。	不支給
フ ロー テ ー シ ョンパッド	支 給 自力による体位変換が不可能若しくは困難な状態が長期間にわたると見込まれる傷病労働者に対し、1人につき1枚支給。	不支給
滅 菌 ガ ー ゼ	支 給 せき髄損傷者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又は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。自宅等で頻繁にガーゼを必要とするため、診療担当医が投与の必要を認めたもの。	一部支給 創傷処置及び皮膚科軟膏処置にあたって使用する場合に限る。

31. 振動障害にかかる検査料

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

振動障害に係る検査料

検 査 項 目	測 定 方 法	点 数
(1) 握力（最大握力、瞬発握力）、維持握力（5回法）を併せ行う検査		片手、両手にかかわらず 60点
(2) 維持握力（60%法）検査		片手、両手にかかわらず 60点
つまみ力検査		片手、両手にかかわらず 60点
タッピング検査		片手、両手にかかわらず 60点
(3) 常温下での手指の皮膚温検査	両手Ⅱ～Ⅴ指の末節掌側中央にて測定	1指につき 7点
(4) 冷却負荷による手指の皮膚温検査	浸漬手のⅡ～Ⅳ指のうち1指末節掌側中央にて測定	1指1回につき 7点
(5) 常温下での爪圧迫検査	両手Ⅱ～Ⅳ指にて測定	1指につき 7点
(6) 冷却負荷による爪圧迫検査	浸漬手のⅡ～Ⅳ指のうち1指について測定	1指1回につき 7点
(7) 常温下での手指の痛覚検査	両手Ⅱ～Ⅳ指の中節背側	1指につき 9点
(8) 冷却負荷による手指の痛覚検査	浸漬後、常温下で検査した1指について測定	1指1回につき 9点
(9) 指先の振動覚（常温下での両手）検査	両手Ⅱ～Ⅳ指の末節掌側中央にて測定	1指につき 40点
(10) 指先の振動覚（冷却負荷での両手）検査	浸漬後、常温下で検査した1指について測定	1指1回につき 40点
(11) 手背等の温覚検査	両手の手背等にて測定	1手につき 9点
(12) 手背等の冷覚検査	両手の手背等にて測定	1手につき 9点

4 請求権の時効について

- ① 労災指定医療機関としての診療費請求権の消滅時効は、令和2年4月1日診療分より民法第166条の規定によって5年とされている。診療月の翌月の1日から起算して5年を経過した診療費については、時効が完成し、請求権を失うこととなる。

なお、令和2年3月31日までは民法170条第1項の規定によって時効は3年とされている。

●令和4年の4月5、12、20、27日の合計4回の診療をした場合

診療費の請求は、月まとめて行うので、時効の起算日については、上記のとおり、診療月の翌月の1日から進行することとなる。5月1日から5年を経過するまでの間に、令和4年4月診療分のレセプトを請求することとなる。

したがって、令和4年4月分の診療費の請求権は、令和9年4月末日までとなる。

- ② 上記①とは違い被災労働者が自身で行う、療養の費用の請求（様式第7号(1)又は16号の5(1)）については、労働者災害補償保険法第42条により、消滅時効は療養の費用の支出が具体的に確定した日の翌日から2年とされている。

療養の費用の支給を受ける権利は、原則、療養の費用を支出した都度（又は当該費用の支出が具体的に確定した都度）発生し、それぞれその翌日から当該費用ごとの療養の費用請求権の時効が進行する。

また、健康保険等からの切替えの場合については、保険者又は機構から返還通知（納入告知）がなされるまで、被災労働者等は保険者又は機構への療養の費用の返還義務（具体的な返還額を含む。）を知り得ないものであることから、従前どおり、保険者又は機構から費用の返還通知（納入告知）があったときを当該費用の支出が具体的に確定した日として取扱うこととなる。

- ③ その他の保険給付の時効（主なもの）

●時効期間2年の保険給付

休業（補償）給付 労働不能となった日の翌日から起算して2年

介護（補償）給付 介護を受けた月の翌月の初日から起算して2年

●時効期間5年の保険給付

障害（補償）年金 傷病が治った日の翌日から起算して5年

遺族（補償）年金 労働者が死亡した日の翌日から起算して5年

5 その他

1. 労災診療費算定基準の主な改定内容（令和6年6月1日以降の診療より適用）

1 初診料 3,850円（金額の引き上げ）（下線が改定箇所）

- 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（**3,850 円**）を算定できるものとする。
- イ 健保点数表（医科に限る。）の初診料の注5 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、**1,930 円**を算定できる。
- ウ 紹介状なしで受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、**1,850 円**とする。

2 再診料 1,420円（金額の引き上げ）（下線が改定箇所）

- 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**1,420 円**を算定できるものとする。
- イ 健保点数表（医科に限る。）の再診料の注3に該当する場合については、**710 円**を算定できる。
- ウ 歯科、歯科口腔外科の再診について、他の病院（病床数200 床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、**1,020 円**とする。

3 術中透視装置使用加算（対象部位の拡大、対象手術の追加）（下線が改定箇所）

- ア 「大腿骨」、「下腿骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」、「中手骨」、「手の種子骨」、「指骨」、「足根骨」、「膝蓋骨」、「足趾骨」、「**中足骨**」及び「**鎖骨**」の骨折観血的手術、骨折経皮的鋼線刺入固定術、骨折非観血的整復術、関節脱臼非観血的整復術又は関節内骨折観血的手術において、術中透視装置を使用した場合に算定できるものとする。

【追加された手術と部位】

- ウ 「骨盤」の骨盤骨折非観血的整復術、腸骨翼骨折観血的手術、寛骨臼骨折観血的手術又は骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。）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。

4 職場復帰支援・療養指導料（区分の見直し）

令和5年5月に、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類感染症に変更され、今後は、新型コロナウイルス感染症に限定しない感染症を対象とした恒常的な対策へと見直されることに伴い、「③新興感染症（新型コロナウイルス感染症）罹患後症状の場合」の区分を見直し、今後は「②その他の疾患」の要件及び点数で算定することとした。

5 入院時食事療養費（金額の引き上げ）（下線が改定箇所）

食事療養費	① ②以外の食事	② 流動食のみ	③ 特別食加算	④ 食堂加算
入院時食事療養（Ⅰ）	800円	730円	90円	60円
入院時食事療養（Ⅱ）	640円	590円		

6 リハビリテーション(評価体系の見直し)

健康保険において、疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直しがされたことを受け、**労災診療費においても同様の評価体系に見直しをしたこと。**

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。

疾患別リハビリテーション料 リハビリテーションの実施者	労災点数
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	
ア 理学療法士による場合	250
イ 作業療法士による場合	250
ウ 医師による場合	250
エ 看護師による場合	250
オ 集団療法による場合	250
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	
ア 理学療法士による場合	125
イ 作業療法士による場合	125
ウ 医師による場合	125
エ 看護師による場合	125
オ 集団療法による場合	125
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	
ア 理学療法士による場合	250
イ 作業療法士による場合	250
ウ 言語聴覚士による場合	250
エ 医師による場合	250
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	
ア 理学療法士による場合	200
イ 作業療法士による場合	200
ウ 言語聴覚士による場合	200
エ 医師による場合	200
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	
ア 理学療法士による場合	100
イ 作業療法士による場合	100
ウ 言語聴覚士による場合	100
エ 医師による場合	100
オ アからエまで以外の場合	100
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	
ア 理学療法士による場合	180
イ 作業療法士による場合	180
ウ 言語聴覚士による場合	180
エ 医師による場合	180
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	
ア 理学療法士による場合	85
イ 作業療法士による場合	85
ウ 言語聴覚士による場合	85
エ 医師による場合	85

疾患別リハビリテーション料 リハビリテーションの実施者	労災点数
廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)	
ア 理学療法士による場合	250
イ 作業療法士による場合	250
ウ 言語聴覚士による場合	250
エ 医師による場合	250
廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)	
ア 理学療法士による場合	200
イ 作業療法士による場合	200
ウ 言語聴覚士による場合	200
エ 医師による場合	200
廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)	
ア 理学療法士による場合	100
イ 作業療法士による場合	100
ウ 言語聴覚士による場合	100
エ 医師による場合	100
オ アからエまで以外の場合	100
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	
ア 理学療法士による場合	190
イ 作業療法士による場合	190
ウ 医師による場合	190
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	
ア 理学療法士による場合	180
イ 作業療法士による場合	180
ウ 医師による場合	180
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	
ア 理学療法士による場合	85
イ 作業療法士による場合	85
ウ 医師による場合	85
エ アからウまで以外の場合	85

※各疾患別リハビリテーション毎の点数に変更はありません

●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各加算および、労災特例のADL加算については以下のとおりで算定できる。

疾患別リハビリテーション料 各加算	労災点数
早期リハビリテーション加算	25
初期加算	45
急性期リハビリテーション加算	50
ADL加算	30

2. 四肢に対する特例取扱い(1.5倍・2倍)の点数一覧

処置

		健保点数	×1.5	×2.0
J000	創傷処置 1 (100cm ² 未満)	52	78	104
	創傷処置 2 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	60	90	120
	創傷処置 3 (500cm ² 以上3,000cm ² 未満)	90	135	180
	創傷処置 4 (3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満)	160	240	320
	創傷処置 5 (6,000cm ² 以上)	275	413	550
J000-2	下肢創傷処置 (足部 (踵を除く。)) の浅い潰瘍)	135	203	
	下肢創傷処置 (足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍)	147	221	
	下肢創傷処置 (足部 (踵を除く。)) の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍)	270	405	
J001	熱傷処置 (100cm ² 未満)	135	203	270
	熱傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	147	221	294
	熱傷処置 (500cm ² 以上3,000cm ² 未満)	337	506	674
	熱傷処置 (3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満)	630	945	1,260
	熱傷処置 (6,000cm ² 以上)	1,875	2,813	3,750
J001-4	重度褥瘡処置 (100cm ² 未満)	90	135	180
	重度褥瘡処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	98	147	196
	重度褥瘡処置 (500cm ² 以上3,000cm ² 未満)	150	225	300
	重度褥瘡処置 (3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満)	280	420	560
	重度褥瘡処置 (6,000cm ² 以上)	500	750	1,000
J001-7	爪甲除去 (麻酔を要しないもの)	70	105	140
J001-8	穿刺排膿後薬液注入	45	68	90
J002	ドレーン法 (ドレナージ) (持続的吸引)	50	75	100
	ドレーン法 (ドレナージ) (その他)	25	38	50
J053	皮膚科軟膏処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	55	83	110
	皮膚科軟膏処置 (500cm ² 以上3,000cm ² 未満)	85	128	170
	皮膚科軟膏処置 (3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満)	155	233	310
	皮膚科軟膏処置 (6,000cm ² 以上)	270	405	540
J116	関節穿刺 (片側)	120	180	240
J116-2	粘 (滑) 液嚢穿刺注入 (片側)	100	150	200
J116-3	ガングリオン穿刺術	80	120	160
J116-4	ガングリオン圧碎法	80	120	160
J119	消炎鎮痛等処置 (湿布処置)	35	53	70
J001-2	絆創膏固定術	500	750	
J001-3	鎖骨骨折固定術	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)	62	93	
J118	介達牽引	35	53	
J118-2	矯正固定	35	53	
J118-3	変形機械矯正術	35	53	
J119	消炎鎮痛等処置 (マッサージ等の手技による療法)	35	53	
	消炎鎮痛等処置 (器具等による療法)	35	53	
J119-3	低出力レーザー照射	35	53	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K000	創傷処理 1 (筋肉、臓器に達するもの) (長径5cm未満)	1,400	2,100	2,800
	創傷処理 2 (筋肉、臓器に達するもの) (長径5cm以上10cm未満)	1,880	2,820	3,760
	創傷処理 3 (筋肉、臓器に達するもの) (長径10cm以上) イ 頭頸部のもの (長径20cm以上のものに限る。)	9,630		
	創傷処理 3 (筋肉、臓器に達するもの) (長径10cm以上) ロ その他のもの	3,090	4,635	6,180
	創傷処理 4 (筋肉、臓器に達しないもの) (長径5cm未満)	530	795	1,060
	創傷処理 5 (筋肉、臓器に達しないもの) (長径5cm以上10cm未満)	950	1,425	1,900
	創傷処理 6 (筋肉、臓器に達しないもの) (長径10cm以上)	1,480	2,220	2,960
K001	皮膚切開術 (長径10cm未満)	640	960	1,280
	皮膚切開術 (長径10cm以上20cm未満)	1,110	1,665	2,220
	皮膚切開術 (長径20cm以上)	2,270	3,405	4,540
K002	デブリードマン (100cm ² 未満)	1,620	2,430	3,240
	デブリードマン (100cm ² 以上3,000cm ² 未満)	4,820	7,230	9,640
	デブリードマン (3,000cm ² 以上)	11,230	16,845	22,460
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	940	1,410	1,880
K024	筋切離術	3,690	5,535	7,380
K025	股関節内転筋切離術	6,370	9,555	
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)	2,350	3,525	4,700
K029	筋肉内異物摘出術	3,440	5,160	6,880
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 (肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹)	8,490	12,735	
	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 (肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹)	27,740	41,610	
	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術 (手、足)	14,800	22,200	29,600
K033	筋膜移植術 (指 (手、足))	8,720	13,080	17,440
	筋膜移植術 (その他のもの)	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	腱剥離術 (関節鏡下によるものを含む)	13,580	20,370	27,160
K035-2	腱滑膜切除術	9,060	13,590	18,120
K037	腱縫合術	13,580	20,370	27,160

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	13,065	
K038	腱延長術	10,750	16,125	21,500
K039	腱移植術（人工腱形成術を含む）（指（手、足））	18,780	28,170	37,560
	腱移植術（人工腱形成術を含む）（その他のもの）	23,860	35,790	47,720
K040	腱移行術（指（手、足））	15,570	23,355	31,140
	腱移行術（その他のもの）	18,080	27,120	36,160
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	13,610	20,415	27,220
K040-3	腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080	27,120	
K042	骨穿孔術	1,730	2,595	3,460
K043	骨搔爬術（肩甲骨、上腕、大腿）	12,270	18,405	
	骨搔爬術（前腕、下腿）	8,040	12,060	
	骨搔爬術（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）	1,840	2,760	
	骨折非観血的整復術（前腕、下腿）	2,040	3,060	
	骨折非観血的整復術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	1,440	2,160	2,880
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術（肩甲骨、上腕、大腿）	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）	2,190	3,285	4,380
K046	骨折観血的手術（肩甲骨、上腕、大腿）	21,630	32,445	
	骨折観血的手術（前腕、下腿、手舟状骨）	18,370	27,555	36,740
	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）	11,370	17,055	22,740
K046-2	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（肩甲骨、上腕、大腿）	23,420	35,130	
	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）	18,800	28,200	
	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（手、足、指（手、足））	13,120	19,680	26,240
K046-3	一時的創外固定骨折治療術	34,000	51,000	68,000
K047	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500	18,750	25,000
K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K049	骨部分切除術（肩甲骨、上腕、大腿）	5,900	8,850	
	骨部分切除術（前腕、下腿）	4,940	7,410	
	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）	15,570	23,355	
	腐骨摘出術（前腕、下腿）	12,510	18,765	
	腐骨摘出術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	4,100	6,150	8,200
K051	骨全摘術（肩甲骨、上腕、大腿）	27,890	41,835	
	骨全摘術（前腕、下腿）	15,570	23,355	
	骨全摘術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	5,160	7,740	10,320
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）	5,930	8,895	11,860
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
K053	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨、上腕、大腿）	36,600	54,900	
	骨悪性腫瘍手術（前腕、下腿）	35,000	52,500	
	骨悪性腫瘍手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	25,310	37,965	50,620
K053-2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 1 2センチメートル以内のもの	15,000	22,500	30,000
	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 2 2センチメートルを超えるもの	21,960	32,940	43,920
K054	骨切り術（肩甲骨、上腕、大腿）	28,210	42,315	
	骨切り術（前腕、下腿）	22,680	34,020	
	骨切り術（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他）	8,150	12,225	16,300
K054-2	脛骨近位骨切り術	28,300	42,450	
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	
K055-4	大腿骨遠位骨切り術	33,830	50,745	
K056	偽関節手術（肩甲骨、上腕、大腿）	30,310	45,465	
	偽関節手術（前腕、下腿、手舟状骨）	28,210	42,315	56,420
	偽関節手術（鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く）、足、指（手、足）その他）	15,570	23,355	31,140
K056-2	難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）	34,400	51,600	
	変形治癒骨折矯正手術（前腕、下腿）	30,860	46,290	
	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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
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）	15,200	22,800	30,400
	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）	29,370	44,055	58,740
K059	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家骨移植）	16,830	25,245	33,660
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（生体））	28,660	42,990	57,320
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（非生体）） イ 同種骨移植（特殊なもの）	39,720	59,580	79,440
	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植（非生体）） ロ その他の場合	21,050	31,575	42,100
	自家培養軟骨移植術	14,030	21,045	28,060
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	22,340	33,510	44,680
K060	関節切開術（肩、股、膝）	3,600	5,400	
	関節切開術（胸鎖、肘、手、足）	1,470	2,205	2,940
	関節切開術（肩鎖、指（手、足））	780	1,170	1,560
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（観血的に行うもの）	8,640	12,960	
	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（関節鏡下で行うもの）	12,720	19,080	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（肩、股、膝）	20,020	30,030	
	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（胸鎖、肘、手、足）	13,130	19,695	26,260
	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（肩鎖、指（手、足））	3,330	4,995	6,660
K061	関節脱臼非観血的整復術（肩、股、膝）	1,800	2,700	
	関節脱臼非観血的整復術（胸鎖、肘、手、足）	1,560	2,340	3,120
	関節脱臼非観血的整復術（肩鎖、指（手、足）、小児肘内障）	960	1,440	1,920
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（リーメンビュージェル法）	2,050	3,075	
	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）（その他）	3,390	5,085	
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術（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	23,240	34,860	
K065	関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩、股、膝）	12,540	18,810	
	関節内異物（挿入物を含む）除去術（胸鎖、肘、手、足）	4,600	6,900	9,200
	関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩鎖、指（手、足））	2,950	4,425	5,900
K065-2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩、股、膝）	13,950	20,925	
	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（胸鎖、肘、手、足）	12,300	18,450	24,600

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む）除去術（肩鎖、指（手、足））	7,930	11,895	15,860
K066	関節滑膜切除術（肩、股、膝）	17,750	26,625	
	関節滑膜切除術（胸鎖、肘、手、足）	11,200	16,800	22,400
	関節滑膜切除術（肩鎖、指（手、足））	8,880	13,320	17,760
K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術（肩、股、膝）	17,610	26,415	
	関節鏡下関節滑膜切除術（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	
	滑液膜摘出術（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	関節鏡下滑液膜摘出術（肩、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
	関節鏡下滑液膜摘出術（肩鎖、指（手、足））	16,060	24,090	32,120
K066-5	膝蓋骨滑液嚢切除術	11,200	16,800	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	17,030	25,545	
K066-7	掌指関節滑膜切除術	7,930	11,895	15,860
K066-8	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）	15,600	23,400	
	関節鼠摘出手術（胸鎖、肘、手、足）	10,580	15,870	21,160
	関節鼠摘出手術（肩鎖、指（手、足））	3,970	5,955	7,940
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術（肩、股、膝）	17,780	26,670	
	関節鏡下関節鼠摘出手術（胸鎖、肘、手、足）	19,100	28,650	38,200
	関節鏡下関節鼠摘出手術（肩鎖、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	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	16,730	25,095	33,460
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	18,810	28,215	
K069-4	関節鏡下半月板制動術	21,700	32,550	
K070	ガングリオン摘出術（手、足、指（手、足））	3,050	4,575	6,100
	ガングリオン摘出術（その他）（ヒグローム摘出術を含む）	3,190	4,785	6,380
K072	関節切除術（肩、股、膝）	23,280	34,920	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	関節切除術（胸鎖、肘、手、足）	16,070	24,105	32,140
	関節切除術（肩鎖、指（手、足））	6,800	10,200	13,600
K073	関節内骨折観血の手術（肩、股、膝、肘）	20,760	31,140	
	関節内骨折観血の手術（胸鎖、手、足）	17,070	25,605	34,140
	関節内骨折観血の手術（肩鎖、指（手、足））	11,990	17,985	23,980
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血の手術（肩、股、膝、肘）	27,720	41,580	
	関節鏡下関節内骨折観血の手術（胸鎖、手、足）	22,690	34,035	45,380
	関節鏡下関節内骨折観血の手術（肩鎖、指（手、足））	14,360	21,540	28,720
K074	靱帯断裂縫合術（十字靱帯）	17,070	25,605	
	靱帯断裂縫合術（膝側副靱帯）	16,560	24,840	
	靱帯断裂縫合術（指（手、足）その他の靱帯）	7,600	11,400	15,200
K074-2	関節鏡下靱帯断裂縫合術（十字靱帯）	24,170	36,255	
	関節鏡下靱帯断裂縫合術（膝側副靱帯）	16,510	24,765	
	関節鏡下靱帯断裂縫合術（指（手、足）その他の靱帯）	15,720	23,580	31,440
K075	非観血の関節授動術（肩、股、膝）	1,590	2,385	
	非観血の関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	1,260	1,890	2,520
	非観血の関節授動術（肩鎖、指（手、足））	490	735	980
K076	観血の関節授動術（肩、股、膝）	38,890	58,335	
	観血の関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	28,210	42,315	56,420
	観血の関節授動術（肩鎖、指（手、足））	10,150	15,225	20,300
K076-2	関節鏡下関節授動術（肩、股、膝）	46,660	69,990	
	関節鏡下関節授動術（胸鎖、肘、手、足）	33,850	50,775	67,700
	関節鏡下関節授動術（肩鎖、指（手、足））	10,150	15,225	20,300
K076-3	関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）	54,810	82,215	
K077	観血の関節制動術（肩、股、膝）	27,380	41,070	
	観血の関節制動術（胸鎖、肘、手、足）	16,040	24,060	32,080
	観血の関節制動術（肩鎖、指（手、足））	5,550	8,325	11,100
K077-2	肩甲骨烏口突起移行術	27,380	41,070	
K078	観血の関節固定術（肩、股、膝）	21,640	32,460	
	観血の関節固定術（胸鎖、肘、手、足）	22,300	33,450	44,600
	観血の関節固定術（肩鎖、指（手、足））	8,640	12,960	17,280
K079	靱帯断裂形成手術（十字靱帯）	28,210	42,315	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	靱帯断裂形成手術（膝側副靱帯）	18,810	28,215	
	靱帯断裂形成手術（指（手、足）その他の靱帯）	16,350	24,525	32,700
K079-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術（十字靱帯）	34,980	52,470	
	関節鏡下靱帯断裂形成手術（膝側副靱帯）	17,280	25,920	
	関節鏡下靱帯断裂形成手術（指（手、足）その他の靱帯）	18,250	27,375	36,500
	関節鏡下靱帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靱帯）	24,210	36,315	
K080	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（肩鎖、指（手、足））	14,050	21,075	28,100
K080-2	内反足手術	25,930	38,895	
K080-3	肩腱板断裂手術（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	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの）	27,040	40,560	
	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの・上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）	37,490	56,235	
	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑なもの）	38,670	58,005	
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴うもの）	45,200	67,800	
	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わないもの）	32,160	48,240	
	関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの	46,370	69,555	
K080-6	関節鏡下股関節唇形成術	44,830	67,245	
K080-7	上腕二頭筋腱固定術（観血的に行うもの）	18,080	27,120	
	上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下で行うもの）	23,370	35,055	
K081	人工骨頭挿入術（肩、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））	10,880	16,320	21,760
K082	人工関節置換術（肩、股、膝）	37,690	56,535	
	人工関節置換術（胸鎖、肘、手、足）	28,210	42,315	56,420
	人工関節置換術（肩鎖、指（手、足））	15,970	23,955	31,940
K082-2	人工関節抜去術（肩、股、膝）	30,230	45,345	
	人工関節抜去術（胸鎖、肘、手、足）	23,650	35,475	47,300
	人工関節抜去術（肩鎖、指（手、足））	15,990	23,985	31,980
K082-3	人工関節再置換術（肩、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

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	人工関節再置換術（肩鎖、指（手、足））	21,930	32,895	43,860
K082-4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	91,500	137,250	183,000
K082-5	人工距骨全置換術	27,210	40,815	
K082-6	人工股関節摺動面交換術	25,000	37,500	
K082-7	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	43,260	64,890	
K083	鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所につき）	3,620	5,430	7,240
K083-2	内反足足板挺子固定	2,330	3,495	
K084	四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿、下腿、足）	24,320	36,480	48,640
K084-2	肩甲帯離断術	36,500	54,750	
K085	四肢関節離断術（肩、股、膝）	31,000	46,500	
	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
K086	断端形成術（軟部形成のみ）（指（手、足））	2,770	4,155	5,540
	断端形成術（軟部形成のみ）（その他）	3,300	4,950	6,600
K087	断端形成術（骨形成を要する）（指（手、足））	7,410	11,115	14,820
	断端形成術（骨形成を要する）（その他）	10,630	15,945	21,260
K088	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
K089	爪甲除去術	770	1,155	1,540
K090	ひょう疽手術（軟部組織）	1,190	1,785	2,380
	ひょう疽手術（骨、関節）	1,470	2,205	2,940
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
K093	手根管開放手術	4,110	6,165	8,220
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	10,400	15,600	20,800
K094	足三関節固定（ランブリヌディ）手術	27,890	41,835	
K096	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
	手掌、足底腱膜切離・切除術（その他のもの）	2,750	4,125	5,500
K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	5,000	7,500	
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	4,785	6,380
K099	指瘢痕拘縮手術	8,150	12,225	16,300

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K099-2	デュプイトレン拘縮手術（1指）	10,430	15,645	20,860
	デュプイトレン拘縮手術（2指から3指）	22,480	33,720	44,960
	デュプイトレン拘縮手術（4指以上）	32,710	49,065	65,420
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）	15,570	23,355	31,140
K101	合指症手術（軟部形成のみのもの）	9,770	14,655	19,540
	合指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
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）	8,720	13,080	17,440
	巨指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	21,240	31,860	42,480
K103	屈指症手術、斜指症手術（軟部形成のみのもの）	13,810	20,715	27,620
	屈指症手術、斜指症手術（骨関節、腱の形成を要するもの）	15,570	23,355	31,140
K105	裂手、裂足手術	27,890	41,835	55,780
K106	母指化手術	35,610	53,415	71,220
K107	指移植手術	116,670	175,005	233,340
K108	母指対立再建術	22,740	34,110	45,480
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	
K110-2	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	腸骨窩膿瘍搔爬術	13,920		
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	17,170		
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	2,950		
K117-2	頸椎非観血的整復術	2,950		
K118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	31,030		
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	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,810		
K121	骨盤骨折非観血的整復術	2,950		
K124	腸骨翼骨折観血的手術	15,760		
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	58,840	88,260	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K125	骨盤骨折観血の手術（腸骨翼骨折観血の手術及び寛骨臼骨折観血の手術を除く。）	32,110		
K126	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（棘突起、腸骨翼）	3,620		
	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除）（その他のもの）	4,510		
K126-2	自家培養軟骨組織採取術	4,510	6,765	9,020
K128	脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術	13,520		
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	17,300		
K133	黄色靱帯骨化症手術	28,730		
K133-2	後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）	78,500		
K134	椎間板摘出術（前方摘出術）	40,180		
	椎間板摘出術（後方摘出術）	23,520		
	椎間板摘出術（側方摘出術）	28,210		
	椎間板摘出術（経皮的髓核摘出術）	15,310		
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	75,600		
	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	30,390		
K134-3	人工椎間板置換術（頸椎）	40,460		
K134-4	椎間板内酵素注入療法	5,350		
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	36,620		
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	101,330		
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	113,830		
K137	骨盤切断術	48,650		
K138	脊椎披裂手術（神経処置を伴うもの）	29,370		
	脊椎披裂手術（その他のもの）	22,780		
K139	脊椎骨切り術	60,330		
K140	骨盤骨切り術	36,990		
K141	臼蓋形成手術	28,220	42,330	
K141-2	寛骨臼移動術	40,040	60,060	
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）	41,710		
	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）	32,890		
	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。）（後方椎体固定）	41,160		
	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）	74,580		
	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）	13,310		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	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）	24,260		
K142-2	脊椎側彎症手術（固定術）	55,950		
	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	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	101,910		
K142-4	経皮的椎体形成術	19,960		
K142-5	内視鏡下椎弓形成術	30,390		
K142-6	歯突起骨折骨接合術	23,750		
K142-7	腰椎分離部修復術	28,210		
K142-8	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	24,560		
K143	仙腸関節固定術	29,190		
K144	体外式脊椎固定術	25,800		
K182	神経縫合術（指（手、足））	15,160	22,740	30,320
	神経縫合術（その他のもの）	24,510	36,765	49,020
K182-2	神経交差縫合術（指（手、足））	43,580	65,370	87,160
	神経交差縫合術（その他）	46,180	69,270	92,360
K182-3	神経再生誘導術（指（手、足））	12,640	18,960	25,280
	神経再生誘導術（その他のもの）	21,590	32,385	43,180
K188	神経剥離術（鏡視下によるもの）	14,170	21,255	28,340
	神経剥離術（その他のもの）	10,900	16,350	21,800
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術	11,000		
K188-3	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	38,790		
K193	神経腫切除術（指（手、足））	5,770	8,655	11,540
	神経腫切除術（その他）	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	3,320
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 2	3,670	5,505	7,340
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部） 3	5,010	7,515	10,020
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 1	1,280	1,920	
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 2	3,230	4,845	
	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外） 3	4,160	6,240	
K194	神経捻除術（後頭神経）	4,410		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
	神経捻除術（上眼窩神経）	4,410		
	神経捻除術（眼窩下神経）	4,410		
	神経捻除術（おとがい神経）	4,410		
	神経捻除術（下顎神経）	7,750		
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410		
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410		
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410		
K195	交感神経切除術（頸動脈周囲）	8,810		
	交感神経切除術（股動脈周囲）	8,810	13,215	
K195-2	尾動脈腺摘出術	7,750		
K196	交感神経節切除術（頸部）	26,030		
	交感神経節切除術（胸部）	16,340		
	交感神経節切除術（腰部）	17,530		
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500		
K196-3	ストッフエル手術	12,490	18,735	
K196-4	閉鎖神経切除術	12,490	18,735	
K196-5	末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経）	12,490	18,735	
K196-6	末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）	15,000	22,500	
K197	神経移行術	23,660	35,490	47,320
K198	神経移植術	23,520	35,280	47,040
K606	血管露出術	530	795	1,060
K607	血管結紮術（開胸又は開腹を伴うもの）	12,660		
	血管結紮術（その他）	4,500	6,750	9,000
K607-2	血管縫合術（簡単なもの）	4,840	7,260	9,680
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	7,500	
K608	動脈塞栓除去術（開胸又は開腹を伴うもの）	28,560		
	動脈塞栓除去術（その他）（観血的なもの）	11,180	16,770	22,360
K608-3	内シヤント血栓除去術	3,590	5,385	
K609	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）	40,950	61,425	
	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	43,880		
	動脈血栓内膜摘出術（その他のもの）	28,450	42,675	56,900
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	34,740		

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K610	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	99,700		
	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）	52,570		
	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）	18,400	27,600	36,800
	動脈形成術、吻合術（その他の動脈）	21,700	32,550	43,400
K610-2	脳新生血管造成術	52,550		
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（上腕動脈、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テル設置（開腹）	17,940		
	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置（四肢）	16,250		
	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テル設置（頭頸部その他）	16,640		
K612	末梢動静脈瘻造設術 1 内シャント造設術 イ 単純なもの	12,080		
	末梢動静脈瘻造設術 1 内シャント造設術 ロ 静脈転移を伴うもの	15,300		
	末梢動静脈瘻造設術 2 その他のもの	7,760		
K613	腎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、バイパス移植術（腹腔内動脈）	63,350		
	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	61,660		
	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	70,190	105,285	
	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）	42,500	63,750	
	血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	30,290	45,435	60,580
K615	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（止血術）	26,570		
	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（選択的動脈化学塞栓術）	20,040		
	門脈塞栓術（開腹によるもの）	27,140		
	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）（その他）	20,480		
K615-2	経皮的動脈遮断術	1,660		
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590	33,885	45,180
K616-2	頸動脈球摘出術	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。）	27,500		
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	12,000	18,000	
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	12,000	18,000	

手術

		健保点数	×1.5	×2.0
K616-5	経皮的血管内異物除去術	14,000	21,000	28,000
K616-6	経皮的下肢動脈形成術	24,270	36,405	
K616-7	ステントグラフト内挿術（シャント）	12,000	18,000	
K616-8	吸着式潰瘍治療法（1日につき）	1,680	2,520	
K617	下肢静脈瘤手術（抜去切除術）	10,200	15,300	
	下肢静脈瘤手術（硬化療法）	1,720	2,580	
	下肢静脈瘤手術（高位結紮術）	3,130	4,695	
	下肢静脈瘤手術（静脈瘤切除術）	1,820	2,730	
K617-2	大伏在静脈抜去術	10,200	15,300	
K617-3	静脈瘤切除術（下肢以外）	1,820	2,730	3,640
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,200	15,300	
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200	15,300	
K617-6	下肢静脈瘤血管内塞栓術	14,360	21,540	
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（開腹を伴うもの）	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	6,490		
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（その他の静脈）	16,140	24,210	32,280
K623-2	脾腎静脈吻合術	21,220		

労災特掲

		点数		
	初診時ブラッシング料	91		
	手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） 1 本	1,060		
	手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） 2 本	1,590		
	手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） 3 本	2,120		
	手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） 4 本	2,650		
	手の指の創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） 5 本	2,650		
	手の指の骨折非観血的整復術 1 本	2,880		
	手の指の骨折非観血的整復術 2 本	4,320		
	手の指の骨折非観血的整復術 3 本	5,760		
	手の指の骨折非観血的整復術 4 本	7,200		
	手の指の骨折非観血的整復術 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）			
	ア 理学療法士による場合	250	375	
	イ 作業療法士による場合	250	375	
	ウ 医師による場合	250	375	
	エ 看護師による場合	250	375	
	オ 集団療法による場合	250	375	
	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	125	188	
	イ 作業療法士による場合	125	188	
	ウ 医師による場合	125	188	
	エ 看護師による場合	125	188	
	オ 集団療法による場合	125	188	
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	250	375	
	イ 作業療法士による場合	250	375	
	ウ 言語聴覚士による場合	250	375	
	エ 医師による場合	250	375	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	200	300	
	イ 作業療法士による場合	200	300	
	ウ 言語聴覚士による場合	200	300	
	エ 医師による場合	200	300	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）			
	ア 理学療法士による場合	100	150	
	イ 作業療法士による場合	100	150	
	ウ 言語聴覚士による場合	100	150	
	エ 医師による場合	100	150	
	オ アからエまで以外の場合	100	150	
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	250	375	
	イ 作業療法士による場合	250	375	
	ウ 言語聴覚士による場合	250	375	
	エ 医師による場合	250	375	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	200	300	
	イ 作業療法士による場合	200	300	
	ウ 言語聴覚士による場合	200	300	
	エ 医師による場合	200	300	

疾患別リハビリテーション

		点数	×1.5	×2.0
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）			
	ア 理学療法士による場合	100	150	
	イ 作業療法士による場合	100	150	
	ウ 言語聴覚士による場合	100	150	
	エ 医師による場合	100	150	
	オ アからエまで以外の場合	100	150	
H002	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	190	285	
	イ 作業療法士による場合	190	285	
	ウ 医師による場合	190	285	
	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	180	270	
	イ 作業療法士による場合	180	270	
	ウ 医師による場合	180	270	
	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）			
	ア 理学療法士による場合	85	128	
	イ 作業療法士による場合	85	128	
	ウ 医師による場合	85	128	
	エ アからウまで以外の場合	85	128	
H003	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）			
	ア 理学療法士による場合	180	270	
	イ 作業療法士による場合	180	270	
	ウ 言語聴覚士による場合	180	270	
	エ 医師による場合	180	270	
	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）			
	ア 理学療法士による場合	85	128	
	イ 作業療法士による場合	85	128	
	ウ 言語聴覚士による場合	85	128	
	エ 医師による場合	85	128	

3. 労災保険における診断書料早見表

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）等年金の受給権者が、障害の程度に変更があったとして、障害（補償）等給付変更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。）	則第14条の3第3項	障害（補償）等給付変更請求書 （様式第11号）	療養の費用 請求書告示 様式第7号	4,000円
労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることにより遺族（補償）等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）等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。）	則第15条の2第3項第5号及び第7号 則第15条の3第2項第2号 則第15条の4第2項	遺族（補償）等年金請求書 （様式第12号、第16号の8） 遺族（補償）等年金転給等請求書 （様式第13号）		4,000円

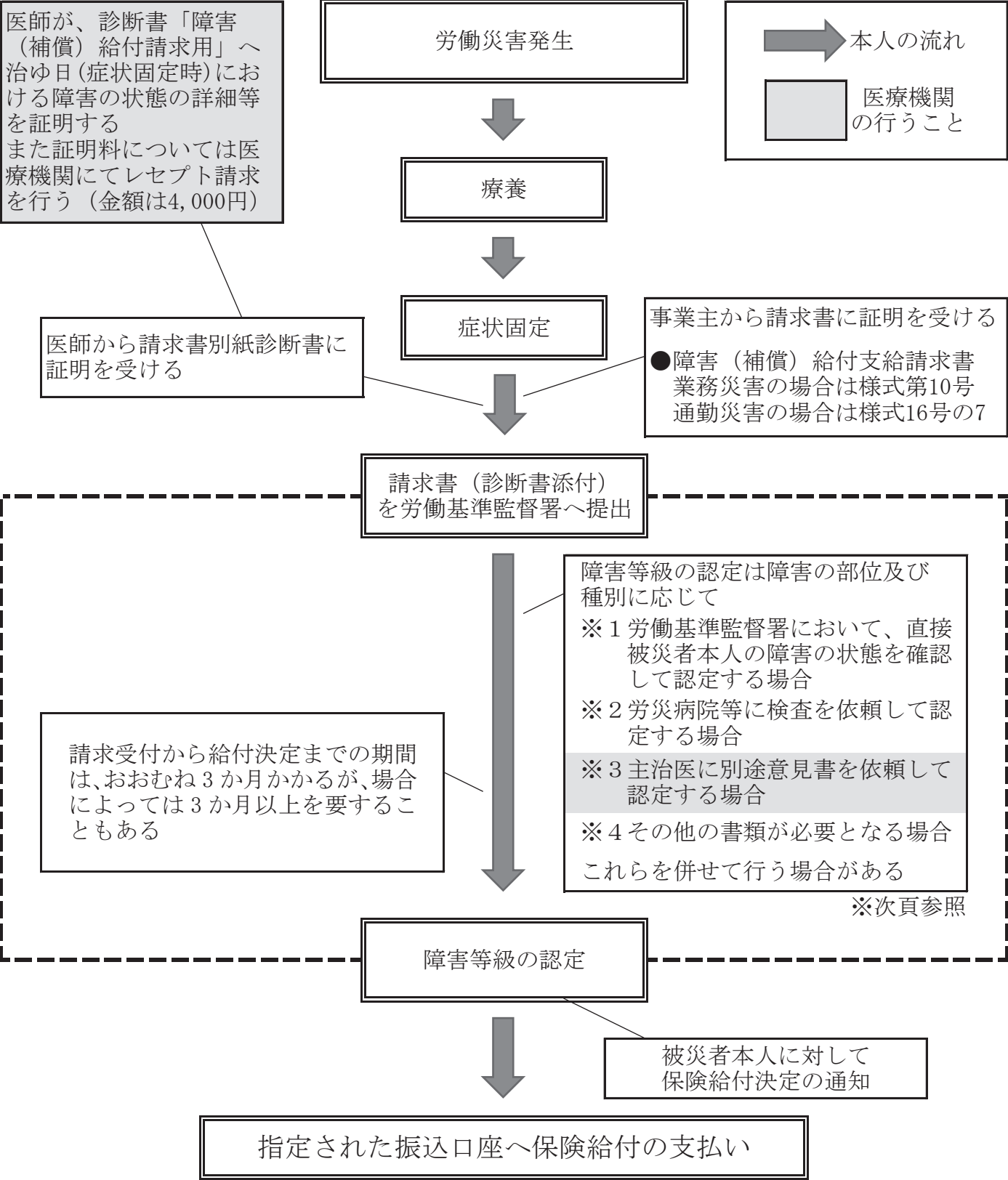
支 給 対 象	関 係 条 文 及 び 通 達	告 示 様 式 の 名 称 番 号	請 求 方 法	支 給 額
障害（補償）等給付の支給を受けようとする者が、障害（補償）等給付請求書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」	則第14条の2第3項	障害（補償）等給付請求書 （様式第10号、第16号の7）	○指定病院等 診療費請求書（含内訳） 診機様式第1号（含2～5） ○非指定病院等療養の費用請求書 告示様式第7号（1）、第16号の5（1） 病院等→労働者→署	4,000円
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日以後傷病（補償）等年金の支給決定に必要と認めた場合に傷病の状態等に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 （様式第16号の2）		4,000円
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日において治っていない場合に、同日以後1ヵ月以内に提出させる傷病の状態に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第18条の2第3項	同 上		4,000円
休業（補償）等給付の支給を受けようとする者の負傷又は疾病が毎年1月1日において療養開始後1年6ヵ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業（補償）等給付請求書に添付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第19条の2第2項	傷病の状態等に関する報告書 （様式第16号の11）		4,000円
傷病（補償）等年金の受給権者が障害の程度に変更があった場合に提出する傷病の状態の変更に関する届書に添付する「傷病の状態に関する診断書」	則第21条の2第4項	傷病の状態の変更に関する届 （年金申請様式第4号）		4,000円
介護（補償）等給付の支給を受けようとする者が介護（補償）等給付支給請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）等給付支給請求書 （様式第16号の2の2）	障害（補償）等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

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
労働基準監督署長が、療養（補償）等給付を受けている者（傷病（補償）等年金を受けている者を含む。）について療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために必要と認め、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該診断書			○指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の2 病院等→局 ○非指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の3 病院等→署	5,000円
休業（補償）等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）等給付請求書 （様式第8号、様式第16号の6）	○指定病院等 診療費請求書（含内訳） 診機様式第1号（含2～5） 病院等→局 ○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号（1）、第16号の5（1） 病院等→労働者→署	2,000円
看護の給付の看護費用の額の証明書における診療担当者の看護に関する証明	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		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	労災法第47条の2 平8.7.24基発第479号			一般的な医学事項 7,000円 特に高度な医学的事項 20,000円
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 （様式第2号） 昭57.5.31基発第375号	○指定病院等 診療費請求書（含内訳） 診機様式第1号（含2～5） 病院等→局 ○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	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 4,000円 マッサージ 3,000円

4. 障害（補償）給付の取扱いと障害等級早見表

(1) 後遺障害が残った場合の給付の手続き

請求方法	被災者本人が直接労働基準監督署へ請求書を提出
時効	傷病が治癒した日の翌日から5年



障害等級の認定は障害の部位及び種別に応じた留意事項

※1 労働基準監督署において直接被災者本人の障害の状態を確認して認定する場合

- 被災者本人に来署してもらい、地方労災医員もしくは労災職員が直接被災者本人の障害の状態を確認して認定を行う。
- 関節の可動域の測定、傷や火傷等の醜状の大きさ長さ等の測定、傷病による痛みや痺れ等の局所の神経症状の評価を行う。

※2 労災病院等に検査を依頼して認定する場合

- 目、耳、鼻、口及び胸腹部臓器の障害等、障害等級の認定に労働基準監督署で実施できない検査や測定が必要な場合、労災病院等の病院に検査を依頼し、被災者本人に検査を受けてもらい、その検査結果により障害等級を決定する。

※3 主治医に別途意見書を依頼して認定する場合

- 神経系統の機能又は精神の障害認定のうち、外傷等による脳の器質性障害による「高次脳機能障害（器質性精神障害）」や四肢麻痺等の「身体性機能障害」、せき髄損傷による麻痺や感覚障害等に対して障害等級を認定する場合、労働基準監督署から主治医に「脳損傷又はせき髄損傷による障害に対する意見書 様式1」の作成を別途依頼し、画像診断所見、麻痺の程度、高次脳機能障害の程度、介護の要否、神経因性膀胱等の尿路障害の有無等を確認し、障害等級を認定する。
- 非器質性の精神障害（脳の器質的損傷を伴わない精神障害）の障害等級は、労働基準監督署から主治医に対し「非器質性精神障害の後遺障害の状態に関する意見書 様式3」を別途依頼し障害等級を認定する。
- ※2の労災病院等に検査を依頼するような内容であっても、主治医が被災者本人の症状固定時に、障害認定に必要な検査を必要な条件下で行っている場合や、労働基準監督署の依頼により検査の実施が可能な場合は、主治医が行ったその検査結果を別途意見書等で確認して障害等級を認定する。

※4 その他の書類が必要となる場合

- 同一の事由によって、障害厚生年金、障害基礎年金等の受給を受けている場合は、支給額が証明できるものの提出を被災者本人に要求する。

(2) 障害等級早見表

部位		障害種別	第1級	第2級	第3級	第4級	第5級	第6級
			年金313日	年金277日	年金245日	年金213日	年金184日	年金156日
体幹	脊椎	運動又は変形障害						(4)せき柱に著しい変形を残すもの
	その他の骨	変形障害 (鎖骨、胸骨、ろく骨、肩こう骨又は骨盤骨)						(4)せき柱に著しい運動障害を残すもの
上肢	上(右又は左)	欠損又は機能障害	(6)両上肢をひじ関節以上で失ったもの	(3)両上肢を手関節以上で失ったもの		(4)1上肢をひじ関節以上で失ったもの	(2)1上肢を手関節以上で失ったもの	(5)1上肢の3大関節中の2関節の用を廃したものの
			(7)両上肢の用を全廃したもの				(4)1上肢の用を全廃したもの	
		変形障害 (上腕骨又は前腕骨)						
		醜状障害						
	手(右又は左)	欠損又は機能障害			(5)両手の手指の全部を失ったもの			
						(6)両手の手指の全部の用を廃したもの		(7)1手の5の手指又は母指を含み4の手指を失ったもの
下肢	下(右又は左)	欠損又は機能障害	(8)両下肢をひざ関節以上で失ったもの	(4)両下肢を足関節以上で失ったもの		(7)両足をリスフラン関節以上で失ったもの	(3)1下肢を足関節以上で失ったもの	(6)1下肢の3大関節中の2関節の用を廃したものの
			(9)両下肢の用を全廃したもの			(5)1下肢をひざ関節以上で失ったもの	(5)1下肢の用を全廃したもの	
		変形障害 (大腿骨又は下腿)						
		短縮障害						
		醜状障害						
	足(右又は左)	欠損又は機能障害					(6)両足の足指の全部を失ったもの	

(労災保険 別表第一障害等級表 平成 23 年 2 月 1 日施行)

第7級	第8級	第9級	第10級	第11級	第12級	第13級	第14級
年金131日	一時金503日	一時金391日	一時金302日	一時金223日	一時金156日	一時金101日	一時金56日
				(5)せき柱に変形を残すもの			
	(2)せき柱に運動障害を残すもの						
					(5)鎖骨、胸骨、ろく骨、肩こう骨又は骨盤骨に著しい変形を残すもの		
	(6)1上肢の3大関節中の1関節の用を廃したものの		(9)1上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの		(6)1上肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの		
					(8)長管骨に変形を残すもの		
(9)1上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの	(8)1上肢に偽関節を残すもの						
							(3)上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの
(6)1手の母指を含み3の手指又は母指以外の4の手指を失ったもの	(3)1手の母指を含み2の手指又は母指以外の3の手指を失ったもの	(8)1手の母指又は母指以外の2の手指を失ったもの		(6)1手の示指、中指又は環指を失ったもの	(8)2)1手の小指を失ったもの	(4)1手の小指の用を廃したもの (5)1手の母指の指骨の1部を失ったもの	(6)1手の母指以外の手指の指骨の1部を失ったもの
(7)1手の5の手指又は母指を含み4の手指の用を廃したもの	(4)1手の母指を含み3の手指又は母指以外の4の手指の用を廃したもの	(9)1手の母指を含み2の手指又は母指以外の3の手指の用を廃したもの	(6)1手の母指又は母指以外の2の手指の用を廃したもの		(9)1手の示指、中指又は環指の用を廃したもの		(7)1手の母指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの
(8)1足をリスフラン関節以上で失ったもの	(7)1下肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの						
			(10)1下肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの		(7)1下肢の3大関節中の1関節に機能に障害を残すもの		
(10)1下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの	(9)1下肢に偽関節を残すもの				(8)長管骨に変形を残すもの		
	(5)1下肢を5センチメートル以上短縮したもの		(7)1下肢を3センチメートル以上短縮したもの			(8)1下肢を1センチメートル以上短縮したもの	
							(4)下肢の露出面に手のひらの大きさの醜いあとを残すもの
	(10)1足の足指の全部を失ったもの	(10)1足の第1の足指を含み2以上の足指を失ったもの	(8)1足の第1の足指又は他の4の足指を失ったもの		(10)1足の第2の足指を失ったもの、第2の足指を含み2の足指を失ったもの又は第3の足指以下の3の足指を失ったもの	(9)1足の第3の足指以下の1又は2の足指を失ったもの	
(11)両足の足指の全部の用を廃したもの		(11)1足の足指の全部の用を廃したもの		(8)1足の第1の足指を含み2以上の足指の用を廃したもの	(11)1足の第1の足指又は他の4の足指の用を廃したもの	(10)1足の第2の足指の用を廃したもの、第2の足指を含み2の足指の用を廃したもの又は第3の足指以下の3の足指の用を廃したもの	(8)1足の第3の足指以下の1又は2の足指の用を廃したもの

部位		障害種別	第1級	第2級	第3級	第4級	第5級	第6級
			年金313日	年金277日	年金245日	年金213日	年金184日	年金156日
眼	眼球（両眼）	視力障害	(1)両眼が失明したもの	(1)1眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの (2)両眼の視力が0.02以下になったもの	(1)1眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になったもの	(1)両眼の視力が0.06以下になったもの	(1)1眼が失明し、他眼の視力が0.1以下になったもの	(1)両眼の視力が0.1以下になったもの
		調節機能障害						
		運動障害						
		視野障害						
	（右又は左）	欠損又は運動障害						
耳	内（両耳等）	聴力障害				(3)両耳の聴力を全く失ったもの		(3)両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの (3の2)1耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの
	耳（はか右左又）	欠損障害						
鼻		欠損及び機能障害						
口	そしゃく及び言語機能障害	(2)そしゃく及び言語の機能を廃したもの		(2)そしゃく又は言語の機能を廃したもの	(2)そしゃく及び言語の機能に著しい障害を残すもの		(2)そしゃく又は言語の機能に著しい障害を残すもの	
	歯牙障害							
神経系統の機能又は精神		神経系統の機能又は精神の障害	(3)神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの	(2の2)神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの	(3)神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの		(1の2)神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの	
頭部、顔面、頸部		醜状障害						
胸腹部臓器（外生殖器を含む）		胸腹部臓器障害	(4)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの	(2の3)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの	(2の3)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの		(1の3)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの	

第7級	第8級	第9級	第10級	第11級	第12級	第13級	第14級
年金131日	一時金503日	一時金391日	一時金302日	一時金223日	一時金156日	一時金101日	一時金56日
(1)1眼が失明し、他眼の視力が0.6以下になったもの	(1)1眼が失明し、又は1眼の視力が0.02以下になったもの	(1)両眼の視力が0.6以下になったもの (2)1眼の視力が0.06以下になったもの	(1)1眼の視力が0.1以下になったもの			(1)1眼の視力が0.6以下になったもの	
				(1)両眼の眼球に著しい調節機能障害を残すもの	(1)1眼の眼球に著しい調節機能障害を残すもの		
			(1)の2)正面視で複視を残すもの	(1)両眼の眼球に著しい運動障害を残すもの	(1)1眼の眼球に著しい運動障害を残すもの	(2)の2)正面視以外で複視を残すもの	
		(3)両眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの				(2)1眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの	
		(4)両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの		(2)両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの (3)1眼のまぶたに著しい欠損を残すもの	(2)1眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの	(3)両眼のまぶたの1部に欠損を残し、又はまつげはげを残すもの	(1)1眼のまぶたの1部に欠損を残し、又はまつげはげを残すもの
(2)両耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの (2)の2)1耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの		(6)の2)両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの (6)の3)1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの (7)1耳の聴力を全く失ったもの	(3)の2)両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの (4)1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの	(3)の3)両耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの (4)1耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの			(2)の2)1耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの
					(4)1耳の耳かくの大部分を欠損したもの		
		(5)鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの					
		(6)しゃく及び言語の機能に障害を残すもの	(2)しゃく及び言語の機能に障害を残すもの				
			(3)14歯以上に対し歯科補てつを加えたもの	(3)の2)10歯以上に対し歯科補てつを加えたもの	(3)7歯以上に対し歯科補てつを加えたもの	(3)の2)5歯以上に対し歯科補てつを加えたもの	(2)3歯以上に対し歯科補てつを加えたもの
(3)神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの		(7)の2)神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの			(12)局部にがん固な神経症状を残すもの		(9)局部に神経症状を残すもの
(12)外貌に著しい醜状を残すもの		(11)の2)外貌に相当程度の醜状を残すもの			(14)外貌に醜状を残すもの		
(5)胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの (13)両側のこう丸を失ったもの		(7)の3)胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができ、労務が相当な程度に制限されるもの (12)生殖器に著しい障害を残すもの		(9)胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの		(3)の3)胸腹部臓器の機能に障害を残すもの	

(3) 障害（補償）給付請求用診断書記入時の留意事項

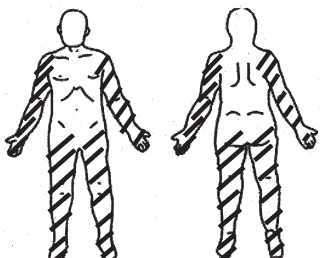
診断書表面記入例

労働者災害補償保険
診 断 書

障害（補償）等給付請求用

氏 名	労災 太郎	生 年 月 日	平成〇〇年1月1日
傷 病 名	頸髄損傷	負 傷 又 は 発 病 年 月 日	令和〇年4月1日
障 害 の 部 位	頸髄	初 診 年 月 日	令和〇年4月1日
既 往 症	なし	治 癒（症状固定） 年 月 日	令和〇年3月1日
		既 存 障 害	なし

主 な 療 養 内 容 及 び 経 過	令和〇年4月1日、作業中に高所から転倒し受傷。同日当院へ救急搬送され、MRI撮影し、上記診断を行った。 初診時から両上下肢完全麻痺あり、リハビリ加療継続するも改善なく、現在は自宅にて経過観察中。
------------------------	--

障 害 の 状 態 及 び X P 等 の 所 見	(図で示すことができるものは図解して下さい。)
	 左記斜線部分で示すとおり、両上下肢に完全麻痺が残存している。そのため、日常生活での各種動作に介護が必要な状態である。

労災保険制度の アフターケアの 必 要 性	☒ 有 ☐ 無	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、アフターケアの対象となるケガや病気は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。)
関節の機能障害 の 有 無	☒ 有 ☐ 無	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、有の場合は裏面の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載して下さい。)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇	電話 (03) 1234-〇〇〇〇
上 記 の と お り 診 断 し ま す。	所 在 地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
令和〇年 3 月 9 日	名 称 霞ヶ関総合病院
	診 断 担 当 者 氏 名 基準 花子

(裏 面 あ り)

<労働基準監督署からのお願い>

この診断書は、労働者災害補償保険の障害（補償）等給付の決定を行うために作成をお願いしているものです。
記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただきますことがありますので、ご承知おき下さい。

疼痛等の神経症状を残す場合には、その程度についても記入して下さい。

アフターケア制度については、対象となる傷病、措置内容が限定されています。
詳細は以下のリンク先をご確認下さい。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000065527_00004.html

関節の機能障害がある場合は必ず裏面の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載して下さい。

診断書裏面記入例

表面「関節の機能障害の有無」で「無」に○をつけた場合は裏面の記載は不要です

上 下 肢 等 関 節 角 度 測 定 表

関節名 部位		中手(足)指節関節		指節間関節		部位	左	右	
		左	右	左	右				
母 指 [第1足指]	屈 曲					母指	橈側外転		
	伸 展						掌側外転		
関節名 部位		中手(足)指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節			
		左	右	左	右	左	右		
示 指 [第2足指]	屈 曲								
	伸 展								
中 指 [第3足指]	屈 曲								
	伸 展								
環 指 [第4足指]	屈 曲								
	伸 展								
小 指 [第5足指]	屈 曲								
	伸 展								
運動方向 部位		屈 曲(前屈)	伸 展(後屈)	回 旋		側 屈			
				左	右	左	右		
頸 部									
胸 腰 部									
部位 運動方向		手関節		足関節		ひじ関節		ひざ関節	
		左	右	左	右	左	右	左	右
屈 曲(掌屈・底屈)									
伸 展(背屈)									
橈 屈				部位 運動方向	肩関節		股関節		
尺 屈					左	右	左	右	
部位 運動方向		前腕		屈 曲(前方拳上)					
		左	右	伸 展(後方拳上)					
回 内				外 転(側方拳上)					
回 外				内 転					
				外 旋					
				内 旋					

【注意】

- 1 本測定表のうち、必要部分のみ記載して下さい。
- 2 患側のみならず健側も測定して下さい。
- 3 原則、他動運動により測定して下さい。自動運動で測定した場合には、その理由を記載して下さい。

自動運動で測定した理由

5. 薬局での労災患者の取扱いについて

(1) 薬局で必要な労災様式について

労災保険制度では、薬局においても労災保険の指定薬局と指定を受けていない薬局（以下、非指定薬局）に分かれ、薬剤の給付を受ける際に、手続きの仕方に違いがあります。基本的には下記の取り扱いとなりますので、院外処方を行う医療機関は、参考にしてください。

労災指定薬局で処方してもらう場合

- ①指定薬局で初めて院外処方を行う場合（指定薬局より請求を行います）
業務災害であれば様式第5号、通勤災害であれば様式第16号の3を指定薬局へ
- ②別の指定薬局で院外処方を受ける場合（薬局を変更する場合）
業務災害であれば様式第6号、通勤災害であれば様式第16号の4を指定薬局へ

非指定薬局で処方してもらう場合

薬局窓口で患者が全額支払い、その後、費用請求を行います。
業務災害であれば様式第7号（2）、通勤災害であれば様式第16号の5（2）の費用請求書（いずれも傷病名については医師の証明欄あり）に薬局で証明をもらい、患者ご自身で管轄監督署に薬剤費の請求を行います。

(2) 労災患者へ処方せんを発行する場合の注意点

労災保険では、指定薬局レセプトについて査定が行われた場合、いかなる事情においても、薬局への支払いに対して査定分を減額し支払いがなされることとなります。医療保険のように、突合・縦覧点検を行い、医療機関の処方せんの内容が不適切または、誤りがあった場合に、医療機関の翌月以降の診療費より減額調整を行うようなことはしないので、「労災保険において院外処方を行う場合は、病名に対して適応があるか、投与量や日数に誤りがないか」等をよく確認のうえ、処方せんの発行をするよう注意してください。

(3) 薬局レセプト査定後の再審査請求について

薬局レセプトの査定後、薬局は、再審査請求を労働局に対し行うことができます。再審査請求では必要事項として再審査理由を記入する必要がありますので、処方した医師は、「査定された薬剤の必要性等について」薬局より証明を求められる場合があります。

薬局で必要な労災様式の例(業) = 業務災害用 (通) = 通勤災害用

(業) 様式第5号 (通) 様式第16号の3

指定薬局で初めて
院外処方を行う場合

注) 患者が労災指定薬局へ提出します。

(業) 様式第6号 (通) 様式第16号の4

別の指定薬局で
院外処方を受ける場合

注) 患者が労災指定薬局へ提出します。

(業) 様式第7号(2) (通) 様式第16号の5(2)



労災非指定薬局で
処方してもらう場合

(イ) 傷病名

⑨の者については、(イ)に記載したとおりであることを証明します。

所在地

〒

病院又は

年月日

診療所の名称

電話()

診療担当者氏名

注) 医師又は歯科医師にてここを証明し、
患者が労災非指定薬局へ提出します。

6. 労働局・労働基準監督署一覧

都道府県 (局)コード ド番号	監督署 コード 番号	郵便番号・所在地・電話番号・管轄区域
茨城	局	310－8511 水戸市宮町1の8の31 茨城労働総合庁舎 (029)224－6217
	08	水戸 310－0015 水戸市宮町1の8の31 茨城労働総合庁舎3F (029)227－7917
	01	水戸市，常陸太田市，ひたちなか市，常陸大宮市，那珂市，笠間市，東茨城郡，那珂郡，久慈郡
	日立	317－0073 日立市幸町2の9の4 (0294)88－3981
	02	日立市，高萩市，北茨城市
	土浦	300－0043 土浦市中央2の14の11 (029)882－7022
	03	土浦市，石岡市，つくば市，かすみがうら市，小美玉市，阿見町
	筑西	308－0825 筑西市下中山581の2 (0296)22－4564
	04	筑西市，結城市，下妻市，桜川市，結城郡
	古河	306－0011 古河市東3の7の32 (0280)32－3232
	05	古河市，猿島郡
	常総	303－0022 常総市水海道淵頭町3114の4 (0297)22－0264
	07	常総市，守谷市，坂東市，つくばみらい市
栃木	龍ヶ崎	301－0005 龍ヶ崎市川原代町四区6336の1 (0297)62－3331
	08	龍ヶ崎市，取手市，牛久市，稲敷市，稲敷郡（土浦署管轄を除く）
	鹿嶋	314－0031 鹿嶋市宮中1995の1 鹿嶋労働総合庁舎 (0299)83－8461
	09	鹿嶋市，潮来市，神埼市，行方市，鉾田市
	局	320－0845 宇都宮市明保野町1の4 (028)634－9118
		宇都宮第2地方合同庁舎
	労働局	分室
		320-0043 宇都宮市桜5の1の13 028-610-0900
	宇都宮	320－0845 宇都宮市明保野町1の4 (028)346－3169
	01	宇都宮第2地方合同庁舎別館
		宇都宮市，さくら市，那須烏山市，高根沢町，那珂川町
	足利	326－0807 足利市大正町864 (0284)41－1188
	02	足利市

都道府県 (局)コード 番号	監督署 コード 番号	郵便番号・所在地・電話番号・管轄区域	
栃 木	栃 木 03	328－0042 栃木市沼和田町20の24	(0282) 88－5499
		栃木市，佐野市，小山市，下野市，下都賀郡	
	鹿 沼 05	322－0063 鹿沼市戸張町2365の5	(0289) 64－3215
		鹿沼市	
	大田原 06	324－0041 大田原市本町2の2828の19	(0287) 22－2279
		大田原市，矢板市，那須塩原市，那須町	
	日 光 07	321－1261 日光市今市305の1	(0288) 22－0273
		日光市，塩谷町	
	真 岡 08	321－4305 真岡市荒町5195	(0285) 82－4443
		真岡市，河内郡，芳賀郡	
局 10 群 馬	労働局	371－8567 前橋市大手町2の3の1 前橋地方合同庁舎8 階	(027) 896－4738
	高 崎 01	370－0045 高崎市東町 134の12 高崎地方合同庁舎	(027) 367－2314
		高崎市（藤岡労働基準監督署の管轄区域を除く），富岡市，安中市，甘楽郡	
	前 橋 02	371－0026 前橋市大手町2の3の1 前橋地方合同庁舎7階	(027) 896－4537
		前橋市，渋川市，北群馬郡，伊勢崎市，佐波郡	
	前橋署伊勢 崎分庁舎 03	372－0024 伊勢崎市下植木町517	(0270) 25－3363
	桐 生 04	376－0045 桐生市末広町13の5 桐生地方合同庁舎	(0277) 44－3523
		桐生市，みどり市	
	太 田 05	373－0817 太田市飯塚町104の1	(0276) 58－9730
		太田市，館林市，邑楽郡	
	沼 田 06	378－0031 沼田市薄根町4468の4	(0278) 23－0323
		沼田市，利根郡	
	藤 岡 07	375－0014 藤岡市下栗須124の10	(0274) 22－1418
		藤岡市，高崎市のうち新町，吉井町，多野郡	
	中之条 08	377－0424 吾妻郡中之条町中之条664の1	(0279) 75－3034
		吾妻郡	

都道府県 (局)コード ド番号	監督署 コード 番 号	郵便番号・所在地・電話番号・管轄区域	
埼 玉	局 11	330－6016	さいたま市中央区新都心11の2 明治安田生命さいたま新都心ビル ランド・アクシス・タワー (048)600－6207
		分室 330-0063	0さいたま市浦和区高砂2の2の3 さいたま浦和ビル2階 (048)-826-5777
	さいたま	330－6014	さいたま市中央区新都心11の2 明治安田生命さいたま新都心ビル ランド・アクシス・タワー14階 (048)600－4802
		01	さいたま市（岩槻区を除く），鴻巣市（旧川里町を除く），上尾市，朝霞市，志木市，和光市，新座市，桶川市，北本市，北足立郡伊奈町
	川 口	332－0015	川口市川口2の10の2 (048)252－3804
		02	川口市，蕨市，戸田市
	熊 谷	360－0856	熊谷市別府5の95 (048)511－7002
		04	熊谷市，本庄市，深谷市，大里郡寄居町，児玉郡（美里町，神川町，上里町）
	川 越	350－1118	川越市豊田本1の19の8 川越地方合同庁舎 (049)242－0893
		05	川越市，東松山市，富士見市，坂戸市，鶴ヶ島市，ふじみ野市，滑川町，嵐山町，小川町，ときがわ町，川島町，吉見町，鳩山町，毛呂山町，越生町，東秩父村
	春日部	344－8506	春日部市南3の10の13 (048)735－5228
		06	春日部市，さいたま市のうち岩槻区，草加市，八潮市，三郷市，久喜市，越谷市，蓮田市，幸手市，吉川市，白岡市，宮代町，杉戸町，松伏町
	所 沢	359－0042	所沢市並木6の1の3 所沢地方合同庁舎 (04)2995－2586
		07	所沢市，飯能市，狭山市，入間市，日高市，三芳町
	行 田	361－8504	行田市桜町2の6の14 (048)556－4195
		08	行田市，加須市，羽生市，鴻巣市のうち旧川里町
秩 父	368－0024	秩父市上宮地町23の24号 (0494)22－3725	
	09	秩父市，横瀬町，皆野町，長瀨町，小鹿野町	

都道府県 (局)コード ド番号	監督署 コード 番号	郵便番号・所在地・電話番号・管轄区域	
局 12 千葉	労働局	260-8612 千葉市中央区中央4の11の1 千葉第2地方合同庁舎	(043) 221-4313
		分室 260-8625 千葉市中央区中央4の11の1 千葉第2地方合同庁舎	(043) 202-2370
	千葉 01	260-8506 千葉市中央区中央4の11の1 千葉第2地方合同庁舎3階	(043) 308-0673
		千葉市, 市原市, 四街道市	
	船橋 02	273-0022 船橋市海神町2の3の13	(047) 431-0183
		船橋市, 市川市, 習志野市, 八千代市, 鎌ヶ谷市, 浦安市, 白井市	
	柏 03	277-0005 柏市中央町3の2 柏トーセイビル3階	(047) 163-0248
		柏市, 松戸市, 野田市, 流山市, 我孫子市	
	銚子 04	288-0041 銚子市中央町8の16	(0479) 22-8100
		銚子市, 匝瑳市, 旭市, 香取郡のうち東庄町	
	木更津 06	292-0831 木更津市富士見2の4の14 木更津地方合同庁舎	(0438) 80-2831
		木更津市, 君津市, 富津市, 袖ヶ浦市, 館山市, 鴨川市, 南房総市, 安房郡	
	茂原 07	297-0018 茂原市萩原町3の20の3	(0475) 22-4551
		茂原市, 勝浦市, いすみ市, 長生郡, 夷隅郡	
	成田 08	286-0134 成田市東和田字高崎553の4	(0476) 22-5666
		成田市, 香取市, 印西市, 富里市, 印旛郡(東金署の管轄区域を除く), 香取郡(銚子署の管轄区域を除く)	
	東金 09	283-0005 東金市田間65	(047) 552-4358
		東金市, 佐倉市, 八街市, 山武市, 大網白里市, 山武郡, 印旛郡のうち酒々井町	
局 13 東京	労働局	110-0005 千代田区九段南1の2の1 九段第3合同庁舎	(03) 3512-1617
		東京労働局労災補償課 分室 110-0005 台東区上野1の10の12 商工中金・第一生命上野ビル5階	(03) 5812-8391

都道府県 (局)コード ド番号	監督署 コード 番号	郵便番号・所在地・電話番号・管轄区域	
東京 局 13	中 央 01	12－8573 文京区後楽1の9の20 飯田橋合同庁舎6・7階	(03) 5803－7383
		千代田区，中央区，文京区，大島町，八丈町，利島村，新島村，神津島村，三宅村，御蔵島村，青ヶ島村	
	上 野 03	110－0008 台東区池ノ端1の2の22 上野合同庁舎7階	(03) 6872－1316
		台東区	
	三 田 04	108－0014 港区芝5の35の2 産業安全会館3階	(03) 3452－5472
		港区	
	品 川 05	141－0021 品川区上大崎3の13の26	(03) 3443－5744
		品川区，目黒区	
	大 田 06	144－8606 大田区蒲田5の40の3 TT蒲田駅前ビル8・9階	(03) 3732－0173
		大田区	
	渋谷 07	150－0041 渋谷区神南1の3の5 渋谷神南合同庁舎	(03) 3780－6507
		世田谷区，渋谷区	
	新 宿 08	169－0073 新宿区百人町4の4の1 新宿労働総合庁舎4.5階	(03) 3361－4402
		新宿区，中野区，杉並区	
	池 袋 09	171－8502 豊島区池袋4の30の20 豊島地方合同庁舎1階	(03) 3971－1259
		豊島区，板橋区，練馬区	
	王 子 10	115－0045 北区赤羽2の8の5	(03) 6679－0226
		北区	
	足 立 11	120－0026 足立区千住旭町4の21 足立地方合同庁舎4階	(03) 3882－1189
		足立区，荒川区	
	向 島 12	131－0032 墨田区東向島4の33の13	(03) 5630－1033
		墨田区，葛飾区	
	亀 戸 13	136－8513 江東区亀戸2の19の1 カメラアプラザ8階	(03) 3637－8132
		江東区	

都道府県 (局)コード 番号	監督署 コード 番号	郵便番号・所在地・電話番号・管轄区域
東 京	江戸川 14	134－0091 江戸川区船堀2の4の11 (03)6681－8232 江戸川区
	八王子 15	192－0046 八王子市明神町4の21の2 (042)680－8923 八王子地方合同庁舎3階 八王子市，日野市，多摩市，稲城市
	立 川 16	190－8516 立川市緑町4の2 立川地方合同庁舎3階 (042)523－4474 立川市，昭島市，府中市，小金井市，小平市，東村山市，国分寺市，国立市，東大和市，武蔵村山市
	青 梅 17	198－0042 青梅市東青梅2の6の2 (0428)28－0392 青梅市，福生市，あきる野市，羽村市，西多摩郡
	三鷹 18	180－8518 武蔵野市御殿山1の1の3 (0422)67－3422 クリスタルパークビル3階 三鷹市，武蔵野市，調布市，狛江市，清瀬市，東久留米市，西東京市
	町田支署 19	194－0022 町田市森野2の28の14 (042)718－8592 町田地方合同庁舎2階 町田市
局 14 神奈川	労働局 231-0006	231－8434 横浜市中区北仲通5の57 (045)211－7355 横浜第2合同庁舎8階 分室 231-0006 横浜市中区南仲通3-32-1 (045)222－6625 みなとファンタジアビル5階
	横浜南 01	231－0003 横浜市中区北仲通5の57 (045)211－7376 横浜第2合同庁舎9階 横浜市のうち中区・南区・磯子区・港南区・金沢区
	鶴 見 02	230－0051 横浜市鶴見区鶴見中央2の6の18 (045)279－5487 横浜市のうち鶴見区（鶴見区扇島（川崎南管轄）を除く）
	川崎南 03	210－0012 川崎市川崎区宮前町8の2 (044)244－1272 川崎市のうち川崎区・幸区，横浜市鶴見区扇島
	川崎北 04	213－0001 川崎市高津区溝の口1－21－9 (044)382－3192 川崎市のうち中原区・高津区・多摩区・宮前区・麻生区
	横須賀 05	238－0005 横須賀市新港町1の8 (046)823－0858 横須賀地方合同庁舎5階 横須賀市，逗子市，三浦市，三浦郡
	横浜北 06	222－0033 横浜市港北区新横浜3の24の6 (045)474－1253 横浜港北地方合同庁舎3階 横浜市のうち神奈川区・西区・港北区・緑区・青葉区・都筑区

都道府県 (局)コード 番 号	監督署 コード 番 号	郵便番号・所在地・電話番号・管轄区域
神奈川	平 塚 07	254－0041 平塚市浅間町10の22 平塚地方合同庁舎 (0463)43－8616 平塚市，伊勢原市，秦野市，中郡
	藤 沢 08	251－0054 藤沢市朝日町5の12 (0466)97－6749 藤沢労働総合庁舎3階 藤沢市，鎌倉市，茅ヶ崎市，寒川町
	小田原 09	250－0004 小田原市浜町1の7の11 (0465)22－7152 小田原市，南足柄市，足柄上郡，足柄下郡
	厚 木 10	243－0014 厚木市中町3の2の6 (046)401－1642 厚木Tビル5階 厚木市，大和市，海老名市，座間市，綾瀬市，愛甲郡
	相模原 11	252－0236 相模原市中央区富士見6の10の10 (042)861－8632 相模原地方合同庁舎4階 相模原市
	横浜西 12	240－8612 横浜市保土ヶ谷区岩井町1の7 (045)287－0275 保土ヶ谷駅ビル4階 横浜市のうち栄区・戸塚区・泉区・瀬谷区・保土ヶ谷区・旭区
山 梨	局 19	労働局 400－8577 甲府市丸の内1の1の11 (055)225－2856
	甲 府 01	400－8579 甲府市下飯田2の5の51 (055)224－5619 中央市，甲府市，韮崎市，南アルプス市，甲斐市，笛吹市，北社市，中巨摩郡，山梨市，甲州市
	都 留 02	402－0005 都留市四日市場23の2 (0554)43－2195 都留市，富士吉田市，大月市，上野原市，南都留郡，北都留郡
	鰍 沢 03	400－0601 南巨摩郡富士川町鰍沢1760の1 (0556)22－3181 富士川地方合同庁舎5階 南巨摩郡，西八代郡

2. 自賠責保険診療費算定基準

1	交通事故医療.....	164
	1. 自動車保険.....	164
	2. 請求方法.....	165
	3. 自動車事故患者の自賠責保険チェックシート.....	170
	4. 医療機関・被害者（患者）・損害保険会社の関係.....	172
	5. 交通事故診療における健康保険の使用について.....	172
2	自賠責保険診療費算定基準〔新基準〕（手上げ方式の日医基準）...	178
	1. 東京都での新基準の適用経緯について.....	178
	2. 新基準の請求方法.....	179
	3. 日本医師会による新基準設立経緯について.....	180
3	自動車損害賠償責任保険 診療報酬明細書の記載要領.....	186
	「その他技術」・「薬剤等モノ」の区分表.....	192
4	自賠責保険診療報酬明細書・診療内容内訳書記載例.....	193
	1. 診療料.....	193
	2. 注射.....	195
	3. 処置料.....	196
	4. 手術料・麻酔料.....	196
	5. 検査料.....	197
	6. 画像診断料.....	197
	7. その他.....	198
	8. 入院料.....	199
	9. 金額欄.....	200
	（参考）自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書（入院）.....	201
	（参考）自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書（入院外）...	202
	（参考）診療内容内訳書.....	203
5	自動車損害賠償責任保険 Q&A.....	204

1 交通事故医療

交通事故診療における医療費は原則として自由診療です。したがって医療機関ごとに請求金額や請求方法は異なります。健康保険の診療費に基づいて請求している医療機関や労災診療費算定基準に準拠した自賠責保険診療費算定基準(新基準)で請求している医療機関もあります。

1. 自動車保険

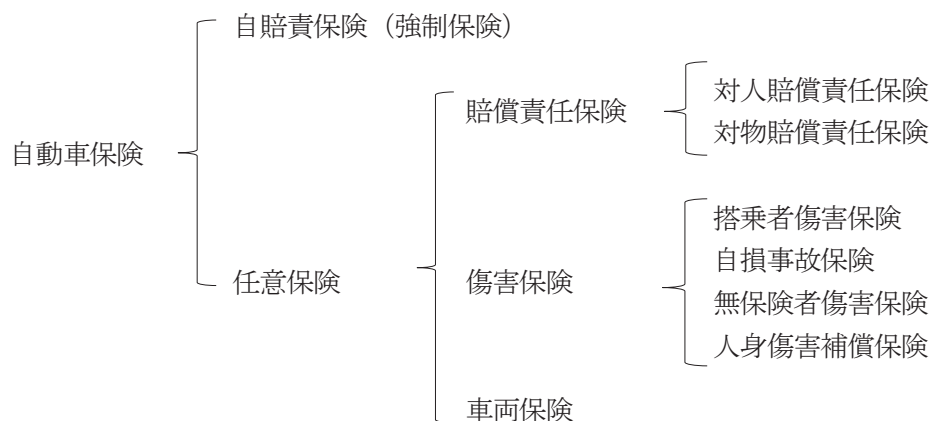
(1) 自賠責保険と任意保険

交通事故に係る医療費支払いのための自動車保険には、自動車損害賠償責任保険[自賠責保険](強制保険)と任意保険[対人賠償保険]があります。

自賠責保険は、被害者救済を目的に自動車損害賠償保障法(自賠法)ですべての自動車に加入が義務づけられていることから「強制保険」ともいわれています。自賠責保険の支払限度額はケガの場合は、120万円となっており、この中には治療費、休業損害(原則1日6,100円)、慰謝料(1日4,300円)等も含まれています。死亡の場合は、3,000万円までとなり、葬儀費、逸失利益、被害者本人の慰謝料及び遺族への慰謝料が含まれます。後遺障害(事故により、身体に回復が困難と見込まれる障害が残り、労働能力や日常生活に支障があると認められた状態)の場合には、身体に残った障害の程度に応じた等級(75万円～4,000万円まで)により逸失利益や慰謝料等が支払われます。

自賠責保険の支払限度額(平成14年4月1日以降の事故)		
死亡	後遺障害	ケガ
3,000万円まで	75万円(14級)～4,000万円(1級)まで	120万円まで

任意保険は、自賠責保険の上積み保険で、加入は自由で義務ではありません。賠償の対象は幅広く対人賠償保険、人身傷害補償保険、搭乗者傷害保険、自損事故保険、無保険者傷害保険、対物賠償保険、車両保険等があります。支払限度額も契約内容により異なります。

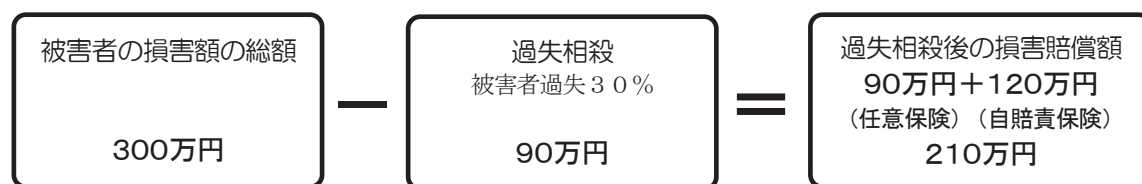


(2) 過失相殺(減額)

自賠責保険では、被害者の軽微な過失は問わず、被害者に重大な過失(70%以上の過失)がなければ、過失相殺(損害額の減額)は適用されません。※(8)減額の場合参照

一方で、任意保険は、被害者の過失が軽微であっても過失相殺が適用されます。過失相殺は医療費、休業損害、慰謝料などを含めた被害者の損害の総額に対して行われます。

(任意保険での過失相殺の例)



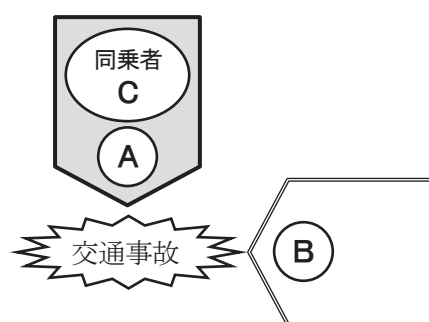
(3) 共同不法行為(複数の加害者がいる同乗者事故)

自賠責保険のケガでの支払限度額は120万円ですが、加害車両が複数ある場合は支払限度額が増える場合があります。この場合、加害者は連帯して被害者の損害賠償をおこなうため、120万円×加害車両数となります。

(例) A車両とB車両の出会い頭の交通事故で、A車両の同乗者Cが負傷した場合

この場合、A車両とB車両のそれぞれに責任があるため、同乗者Cには、A車両とB車両のそれぞれから、支払限度額120万円まで支払われます。

したがって同乗者Cは、損害額としてA車両の自賠責保険から120万円、B車両の自賠責保険から120万円の合計240万円を支払限度額として保険金を受け取ることができます。



複数の加害者が共同して被害者に損害を与え、それぞれの加害者に損害賠償責任が成立する場合を「共同不法行為」といいます。このとき、それぞれの加害者は連帯して被害者に損害賠償をしなければなりません。(民法719条に規定)

自賠責保険は、共同不法行為が成立すると加害車両の数に応じて支払限度額が倍増していきます。ただし、支払限度額が増えますが、損害賠償額が倍増するわけではありませんので注意してください。

2. 請求方法

自賠責保険では請求後に調査が行われ支払額が確定します。そのため医療費を含めて被害者や加害者からの請求前の段階では、請求額が全額支払われるのか支払額がいくらになるのか分かりません。

(1) 加害者請求

- ① 加害者から被害者へ損害賠償を支払う
- ② 加害者は支払った領収書や必要書類を添付して自賠責保険会社に保険金を請求する。(自動車損害賠償保障法15条請求)
- ③ 自賠責保険会社は自賠責損害調査事務所に事故調査を依頼、自賠責損害調査事務所は事故を調査して自賠責保険会社に報告する。
- ④ 自賠責保険会社から加害者に保険金が支払われる。

(2) 被害者請求

- ① 被害者が、加害者が加入している自賠責保険会社等に直接、必要書類等を添付して損害賠償の請求をする。(自動車損害賠償保障法16条請求)
- ② 自賠責保険会社は自賠責損害調査事務所に事故調査を依頼し、自賠責損害調査事務所は事故を調査し、必要事項等を加害者に照会した後、調査結果を自賠責保険会社に報告する。

- ③ 自賠責保険会社から被害者に保険金が支払われる。

(3) 仮渡金の請求

当座の出費にあてるために、診断書を添えて仮渡金の請求ができます。ただし、これは被害者側からの請求のみで、加害者側は請求できません。仮渡金の金額は損害の程度により異なります。

死亡事故		290万円
傷害事故	・入院14日以上かつ治療30日以上を要する場合	40万円
	・大腿または下腿の骨折 等	
	・入院14日以上または入院を要し治療30日以上を要する場合	20万円
	・上腕または前腕の骨折 等	
	・治療11日以上を要する場合	5万円

(4) 加害者が加入している任意保険(対人賠償保険)会社からの支払い(任意一括払い)

加害者が加入している任意保険会社が対人賠償保険により、被害者に対し自賠責保険部分を含めて損害賠償し、加害者の代理として自賠責保険に請求します。

[任意一括払い]

自賠責保険と任意保険は別々の異なった保険であり、請求手続きは別々に行なわなければなりませんが、任意保険会社が自賠責保険で支払われる金額を立替えて、任意保険の金額とまとめて支払う方法があります。任意保険会社は、支払った自賠責保険部分を後で自賠責保険会社に請求します。これを「一括払い」といい、支払い窓口が一元化されます。事故後、加害者側の任意保険会社から「一括払い」の同意書が送付され、被害者が「一括払い」に同意することで任意保険会社から医療機関に連絡があり、一括払が行われます。

また、患者さん(被害者)が加入している人身傷害補償保険の保険会社が、加害者が加入している保険会社に替わって損害額を先に支払うことがあります。人身傷害補償保険の保険会社は、後で損害賠償部分を加害者の加入している自賠責保険会社や任意保険会社に請求して回収しますが、請求手続きや支払内容等は「一括払い」とほぼ同じです。

※ この「一括」とは、医療機関の医療費総額を終診時に一括しまとめて支払うことではありません。

(5) 被害者が加入している任意保険(人身傷害補償保険)から支払い

被害者が加入している任意保険会社が被害者に対し自賠責保険部分を含めて保険金として支払い、被害者の代理として自賠責保険に請求します。

(6) 医療機関からの医療費の代理請求(医療費の受任請求・医療費の支払指図)

① 医療費の受任請求

医療機関が患者さんから医療費に関する請求、受領の委任状を取得することで、被害者のもつ権利の委任を受けて、加害者が加入している自賠責保険会社に直接、医療費を請求します。

② 医療費の支払指図

患者さんが自賠責保険会社に医療費等を含めて請求し、そのうち医療費については医療機関に直接支払うように自賠責保険会社に支払指図します。ただし、あくまでも請求者は患者さんですので、請求後に医療費と患者さん自身の損害額等の合計が支払限度額を超えた場合には、患者さんと打合せが必要になります。

また、①の場合と違い、自賠責損害調査事務所からの連絡は、請求者である患者さん宛に行なわれ、医療機関には連絡はありません。

(7) ひき逃げ事故、無保険車、盗難車による事故の支払い(政府の保障事業)

ひき逃げ、無保険車(自賠責保険に加入していない車両)や盗難車による事故の被害者は自賠責保険ではなく政府の保障事業に請求をします。政府が加害者に代わって被害者が受けた損害をてん補し、被害者に支払った金額は政府が加害者に求償します。請求できるのは被害者のみで加害者は請求できません。また、被害者が使える社会保険を使ってもなお不足する場合に適用が受けられます。医療費についても健康保険や労災保険等の社会保険の給付ができる分については、てん補の対象にはならず、その金額を差し引いて支払われます。問い合わせ先は損害保険会社等が窓口となっています。

(8) 減額の場合

自賠責保険でのケガの場合の限度額は、いつでも120万円とは限りません。被害者の軽い過失は問いませんが、重大な過失(70%以上の過失)がある場合には減額が適用されます。減額率は具体的な事故状況を調査したうえで判断され、「20%減」・「30%減」・「50%減」の3種類のいずれかが適用されます。しかし、「20%減」・「30%減」・「50%減」の減額割合が適用されるのは、死亡や後遺障害の場合のみで、医療費を含むケガについての減額割合は「20%減」のみの適用となります。

(ケガでの減額の例)

損害額が120万円未満の場合は・・・損害額×80%

損害額が120万円を超える場合は・・・120万円×80%=96万円

(9) 支払われない場合

自賠責保険は被害者保護を目的としており、自動車の運行により他人を死傷させ、加害者が法律上の損害賠償責任を負った場合には、その損害を支払うものです。保険金が支払われないケースはあまりありません。自賠法(2条、3条)に照らして個々に具体的に判断されます。

加害者の賠償責任の有無	被害者の一方的な過失による事故は、加害者に賠償責任がありませんので、支払いの対象にはなりません。 加害者は自動車の運行に関して注意を怠っていない。被害者または運転者以外の第三者に故意、過失がある。自動車には構造上の欠陥または機能に障害はない等。これらのすべてが立証される場合には加害者に責任が無いとみなされ、支払われない場合があります。
自動車の運行での事故	被害者のケガが、自動車(原動機付自転車を含む)の運行(停車中のドアの開閉等も運行とみなします)による事故で生じた場合に対象となります。つまり、自動車の走行中に、運転者が飲み物の空き缶を投げ、これが通行人にあたったりケガをしたような場合は、運行によるものとはみなされず、支払われない場合があります。
被害者と加害者の関係「他人」であること	被害者は、加害者からみて「他人」である必要があります。自賠責保険の「他人」とは、夫婦、親子等の関係でないということではなく、被害者が、加害車両の所有者、運転者または運転補助者以外の人であることを指します。つまり、「A」の自動車を「B」が代わりに運転し、「A」が同乗していた時に自損事故を起こし「A」が死傷した場合は被害者所有の自動車での事故となり、被害者は「他人」にはあたらないため、支払われない場合があります。

自動車損害賠償保障法（自賠法）（昭和三十年七月二十九日法律第九十七号）

第一章 総則（この法律の目的）

第一条 この法律は、自動車の運行によって人の生命又は身体が害された場合における損害賠償を保障する制度を確立することにより、被害者の保護を図り、あわせて自動車運送の健全な発達に資することを目的とする。

（定義）

第二条 この法律で「自動車」とは、道路運送車両法（昭和二十六年法律第八十五号）第二条第二項に規定する自動車（農耕作業の用に供することを目的として製作した小型特殊自動車を除く。）及び同条第三項に規定する原動機付自転車をいう。

2 この法律で「運行」とは、人又は物を運送するとしないうにかかわらず、自動車を当該装置の用い方に従い用いることをいう。

3 この法律で「保有者」とは、自動車の所有者その他自動車を使用する権利を有する者で、自己のために自動車を運行の用に供するものをいう。

4 この法律で「運転者」とは、他人のために自動車の運転又は運転の補助に従事する者をいう。

第二章 自動車損害賠償責任（自動車損害賠償責任）

第三条 自己のために自動車を運行の用に供する者は、その運行によって他人の生命又は身体を害したときは、これによって生じた損害を賠償する責に任ずる。ただし、自己及び運転者が自動車の運行に関し注意を怠らなかつたこと、被害者又は運転者以外の第三者に故意又は過失があつたこと並びに自動車に構造上の欠陥又は機能の障害がなかつたことを証明したときは、この限りでない。

（民法の適用）

第四条 自己のために自動車を運行の用に供する者の損害賠償の責任については、前条の規定によるほか、民法（明治二十九年法律第八十九号）の規定による。

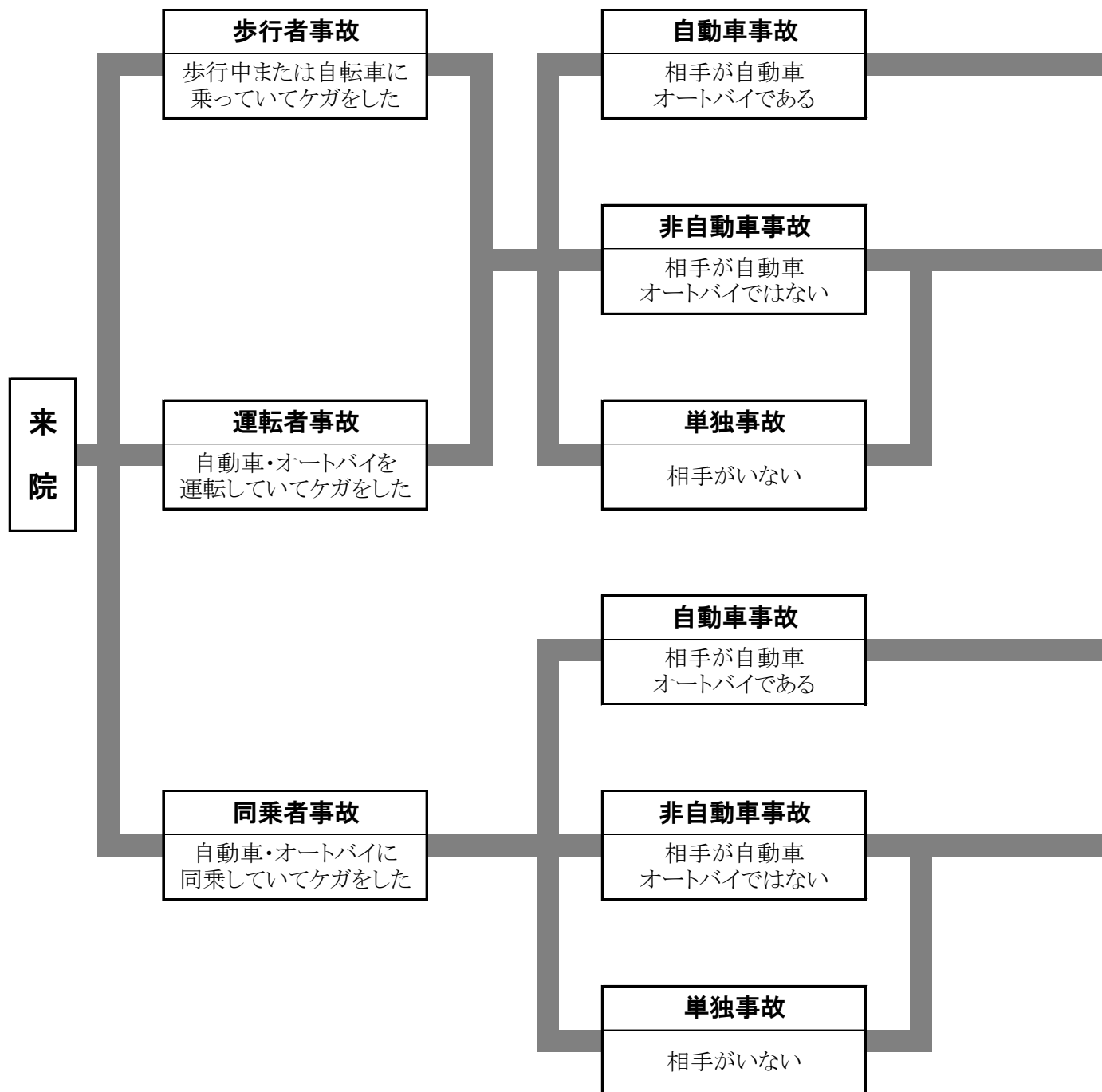
（10）時効（請求権の消滅）

自賠責保険に対する請求は3年で時効となります。医療機関でも患者さんから被害者請求の委任を受けた場合、患者さんと同等の立場となりますので3年で時効となります。ただし、加害者請求と被害者請求では時効の起算日が異なりますので注意してください。

なお、任意保険の請求権も同様に3年で時効となります（保険法95条）。

加害者請求 (平成22年4月1日以降の事故)	被害者や病院等に損害賠償金を支払った翌日から3年以内。分割して個々に支払った場合は、それぞれ支払った翌日から3年以内となります。
被害者請求 (平成22年4月1日以降の事故)	傷害の場合は事故が起こった翌日から3年以内、死亡の場合は死亡した翌日から3年以内、後遺障害の場合は後遺障害の症状が固定した翌日から3年以内となります。

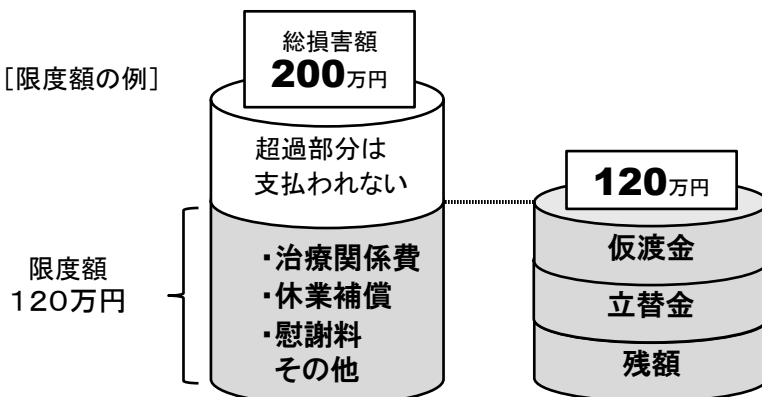
3. 自動車事故患者の自賠償保険チェックシート



120万円が自賠償保険の限度額です [限度額の例]

加害者に立替金がある場合や被害者（患者）が仮渡金を請求または受領している場合にはそれらが優先的に120万円から充当されます。

被害者（患者）に仮渡金あるいは加害者からの金銭の受領の有無を確認してください。



ひき逃げ・無保険車・盗難車の場合

政府の保障事業に請求します

相手の
自賠責保険が使えます

自賠責保険は使えません

社保または患者へ請求します

相手の
自賠責保険が使えます

↕
相手車両と同乗車両の両方の自賠責保険が使える場合があります

同乗車両の
自賠責保険が使えます

↕
患者が同乗車両の持主の場合は使えません

同乗車両の
自賠責保険が使えます

相手の車両が自賠責保険に加入しているかどうか確認してください。

無保険(自賠責保険に加入していないか、期限が切れている)の場合は、社保、患者または加害者へ請求することになります。

自賠責保険はその仕組み上、所定の請求手続きがなされてはじめて調査が開始されるため「支払われるか否か」「支払われる場合にはその支払額」が決定するまで、ある程度の時間を必要とします。

また、請求にあたっては、下記の「無責」・「減額」・「相当因果関係」・「政府の保障事業」についてご確認ください。

詳細につきましては各損害保険会社、自賠責損害調査事務所へお尋ね下さい。

無責	自賠責保険では、被害者(患者)の一方的な過失事故の場合、相手には損害賠償責任が発生しないため支払われません。
減額	一方的な過失がなくとも、それに近い事故の場合は減額されます。 いずれの場合も詳細な事故状況の調査を必要としますので、通常より時間がかかります。
相当因果関係	自賠責保険では、事故によって被った損害のみが対象となります。事故と直接関係のない私傷病、既往症等、およびそれらの影響のある部分は支払いの対象にはなりません。
政府の保障事業	ひき逃げ事故や無保険事故および盗難車による事故の被害者は、政府による救済を受けることができます。この制度は被害者のための最後の救済手段ですので、被害者が使える種々の社会保険を使ってもなお不足する場合にこの適用が受けられます。また、被害者の損害の一部(医療費等)を受任請求することはできません。

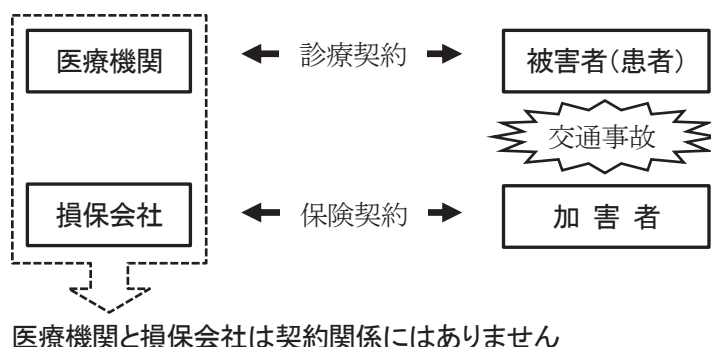
4. 医療機関・被害者(患者)・損害保険会社の関係

(1)医療機関と患者の関係について

交通事故の被害者であっても、診療契約は患者さんと医療機関との間で結ばれています。医療機関と損害保険会社は契約関係にありません。したがって医療費は患者さん自身が医療機関に支払うことが原則です。

(2)医療機関と損保会社の関係について

患者さんが医療機関に支払った治療費は、将来、交通事故の損害賠償として加害者が患者さんに支払い、更に、加害者は損保会社から保険金という形で支払を受けることから、便宜上、損保会社が直接医療機関に治療費を支払うことになります。ただし、法律上は医療機関に対して治療費の支払義務を負うのは患者さんです。



交通事故診療の際に、契約関係が無い医療機関と損害保険会社の間で、「任意一括払い」による治療費の手続が行われたのち、加害者に賠償責任が無いと判断された場合など、何らかの理由で、損害保険会社が支払義務を負わず遑って一括払いをしないケースが発生し、結果として医療費未払い等の問題が発生することがあります。治療費の請求は毎月、損害保険会社に行い、損害保険会社からの支払いが滞った場合には、直ちに損害保険会社に連絡する必要があります。

また、患者さんの治療終了後、損害保険会社に医療費をまとめて請求し、後日、加害者に賠償責任が無いとされた場合、医療費の回収が困難になるケースが発生します。加害者に賠償責任が無い場合は、治療費は患者さん(被害者)に請求することになります。

(3)個人情報の取扱いについて(損害保険会社への個人情報の提供)

個人情報保護法では、交通事故診療で損害保険会社に患者さんの診断書や明細書等の個人情報を提供する場合、患者さん本人の同意を得る必要があるとされています。損害保険会社では、保険の支払い手続きに入る時点で、情報取得を含む包括的な同意書または委任状を患者さんから取りつけますが、医療機関では、それらの書面を確認するだけでは十分ではありません。

損害保険会社に診断書や明細書等の個人情報を提供する場合、医療機関は患者さんに情報提供の内容を説明した上で、同意書の取り付けが必要になります。

5. 交通事故診療における健康保険の使用について

自動車事故等による被害者は、一義的には、自動車事故等による被害者救済を目的とした自動車損害賠償保障法に基づく自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)によって補償を受けることになります。

しかし、交通事故診療において何らかの理由により、健康保険による診療を患者さん自身が希望した場合には、医療機関の窓口で健康保険証を提示すれば健康保険で診療を受けることができます。

ただし、損害保険会社等、患者さん以外の第三者の意向で、健康保険の利用を強要されてはなりません。

(1)健康保険を使用する場合

- ① 患者さん自身が加入している健康保険の保険者に、遅滞なく「第三者行為による傷病届」を提出する必要があります。
- ② 健康保険による診療は、健康保険法等の規定に基づいて行われることになります。
- ③ 外来受診の際には、その都度、窓口で一部負担金の支払いが必要となります。
(健康保険を使用した損害保険会社からの一部負担金一括支払いは、健康保険の規則に基づくものではありません。)
- ④ 医療機関は、健康保険のレセプトの「特記事項」欄に「第三」と記載して請求します。
- ⑤ 保険者は、健康保険法の規定により損害賠償の請求権を取得し、第三者である交通事故の加害者(損害保険会社)に請求(求償)することになります。

(2)人身傷害補償保険について

人身傷害補償保険は、契約者(患者さん)が自動車事故に遭い被害者となった場合に、加害者から賠償を受けられない被害者(患者さん)自身の損害分を含めて保険会社所定の基準で計算した額が保険金額の範囲内で支払われる保険です。人身傷害補償保険の場合は、患者さんが契約した保険会社の治療費の請求をします。

- ①被害者自身の損害の補償が受けられる。
- ②被害者の過失分の補償が受けられる。
- ③加害者の過失分の立替払いが受けられる。

ただし、患者さんの過失割合にかかわらず保険金額を限度に実際の損害額に対して保険金が支払われるため、患者さんの過失割合が大きい場合など人身傷害補償保険を使用する事例はありますが、健康保険の使用を前提としているなど問題点もあります。

各損害保険会社は、人身傷害補償保険の約款に「傷害の治療を受けるに際しては、公的制度の利用等により費用の軽減に努めること。」といった努力規定を設けています。これについては、日本医師会と当時の東京海上火災保険株式会社で、平成11年5月21日に、人身傷害補償保険の約款にある努力規定の取扱いについて、公的保険の使用を強要するものではないことを確認し、「自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取り扱いとする。」、「その旨の社内徹底を図る。」旨の文書を交わしています。

[参考] 平成28年2月 日本医師会労災・自賠責委員会答申

自賠責保険と健康保険の関係について

参考

最近、自動車事故の被害者が、治療に対して健康保険または国民健康保険(健康保険等と表示)を使って欲しいとの事例が増えています。自動車損害賠償責任保険は強制的加入であり、これに入らなければ車を動かすことはできません。したがって、車との事故が起った場合、その損害を賠償する責任保険を使うのが当然と思われてきましたが、最近では健康保険等を使って欲しいとの患者が大変増えています。何故このような傾向になってきたのでしょうか。

- 一、まず、自賠責保険と健康保険等の間には法律上優先順位がありません。どちらを使ってもよいことになっているので、このような混乱が起きています。日本医師会では優先順位を付けるため交渉しています。
- 二、自動車事故を健康保険等で使用する場合、被害者は所属する健康保険等に第三者行為届というハガキをださなければならないことになっています。
- 三、しかし、実際には患者さんには面倒で第三者行為届のハガキを出さない場合が多く、未提出の事例に対しては健康保険等では交通事故かどうか判別できないので、そのまま健康保険点数として支払いをします。
- 四、本来、損保会社が後日、健康保険等より求償に対して、その自動車事故に関する費用を支払うのが前提になりますが、健康保険等では第三者行為届が未提出のため事故か私病か判別できませんので求償をしない場合がでできます。
- 五、健康保険点数は共済の制度で点数自体低く、色々制約が多く自己負担分が発生したりして相対的に低額になり、その分賠償金等いろいろ影響を及ぼしますので、損保会社が初めから健康保険等を使うようにと指導することもあるようです。
- 六、もし、健康保険等を使いたいとの患者があれば、別紙の日本医師会のパンフレットを活用して、自賠責保険を使う方が有利であることを説明して、ご指導いただくようお願いいたします。

村田 欣造（前 東京労働保険医療協会理事、前 東京都医師会理事、前 日本医師会 労災・自賠責委員会委員、前 東京都医師会 労災・自賠責委員会委員長）

交通事故の診療において健康保険を利用する場合の注意事項

【自動車の保険について】

交通事故に係る医療費支払いのための自動車保険には、自動車損害賠償責任保険（以下「自賠責保険」）と任意保険の「対人賠償保険」があります。

自賠責保険は、被害者救済を図ることを目的に自動車損害賠償保障法によりすべての自動車に加入が義務づけられた「強制保険」であり、被害者に重大な過失（実務上概ね70%以上の過失）がなければ過失相殺（損害額の減額）は適用されません。

任意保険は、自賠責保険の上積み保険で加入の義務はありませんが、現在の加入率は80%を超えるといわれ、加入が一般的となっています。

したがって、交通事故に係る診療においては、保険制度の目的等を勘案し、自動車専用の保険を利用するのが、患者さんにとって最善であると考えます。

【健康保険を利用する場合】

しかしながら、何らかの理由により、健康保険での診療を患者さん自身が希望される場合には、健康保険証を医療機関窓口に提示することで健康保険による診療が可能となります。（患者さん以外の第三者の都合や意向で健康保険の利用を強要されてはなりません。）

また、健康保険による診療を希望される場合には、あらかじめ以下の点についてご了承いただく必要があります。

- ① 患者さん自身が加入している健康保険の保険者（社会保険なら健康保険組合・社会保険事務所等、国民健康保険なら居住地の区市町村）に遅滞なく「第三者行為」の届け出を行う必要があります。
- ② 健康保険による治療は、健康保険法等に基づいて使用できる薬剤の種類・量、リハビリの回数等に制約があります。
また、外来受診の際には、その都度窓口で一部負担金（一般の被保険者・被扶養者の場合は3割負担）の支払いが必要となります。
- ③ 交通事故外傷は緊急対応を要することが多く、また、後遺症を極力残さないためにも制約のある健康保険診療は適さないものです。
しかし、患者さんの過失が大きく、更に治療費・休業損害・慰謝料等の総損害額が120万円を超えるような場合には窓口にご相談ください。
- ④ 健康保険による治療の場合は、損保会社所定の書類（診断書・明細書・後遺障害診断書）を作成する義務は医療機関にありません。
ただし、患者さんの求めにより、健康保険診療の規則に基づいて本院所定の書類を発行します。

（日本医師会 別冊「平成17年度 労災・自賠責委員会答申 資料編」 資料編10より）

保保発0809第3号
保国発0809第2号
保高発0809第3号
平成23年 8月 9日

全国健康保険協会理事長殿
健康保険組合理事長殿
都道府県国民健康保険主管課(部)長殿
都道府県後期高齢者医療主管課(部)長殿

今般、第2次犯罪被害者等基本計画(平成23年3月25日閣議決定)に、犯罪による被害を受けた者でも医療保険を利用することが可能である旨や、加害者の署名が入った損害賠償誓約書の有無にかかわらず医療保険給付が行われる旨を、保険者や医療機関に周知すること等が盛り込まれたことを踏まえ(別添)、上記の取扱いについて改めて周知をしますので、その趣旨を踏まえて適切に対応いただくとともに、都道府県国民健康保険主管課(部)におかれましては、管内の保険者等に対して、都道府県後期高齢者医療主管課(部)におかれましては、管内の後期高齢者医療広域連合及び市町村後期高齢者医療主管課(部)に対して、周知をお願いいたします。

なお、自動車事故による被害を受けた場合の医療保険の給付と自動車損害賠償保障法(昭和30年法律第97号)に基づく自動車損害賠償責任保険(以下「自賠責保険」という。)による給付の関係については、自動車事故による被害の賠償は自動車損害賠償保障法では自動車の運行供用者がその責任を負うこととしており、被害者は加害者が加入する自賠責保険によってその保険金額の限度額までの保障を受けることになっています。その際、何らかの理由により、加害者の加入する自賠責保険の保険者が保険金の支払いを行う前に、被害者の加入する医療保険の保険者から保険給付が行われた場合、医療保険の保険者はその行った給付の価額の限度において、被保険者が有する損害賠償請求権を代位取得し、加害者(又は加害者の加入する自賠責保険の保険者)に対して求償することになります(健康保険法第57条第1項、船員保険法第45条第1項、国民健康保険法第64条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項)。

一方で、加害者が不明のひき逃げ等の場合や自賠責保険の補償の範囲を超える賠償義務が発生した場合には、被害者の加入する医療保険の保険者が給付を行うたとしても、その保険者は求償する相手先がないケースや結果的に求償が困難なケースが生じ得ます。このような場合であっても、偶発的に発生する予測不能な傷病に備え、被保険者等の保護を図るという医療保険制度の目的に照らし、医療保険の保険者は、求償する相手先がないことや結果的に求償が困難であること等を理由として医療保険の給付を行わないということではできません。

さらに、加害者が自賠責保険に加入していても、速やかに保険金の支払いが行われない場合等、被害者である被保険者に一時的に重い医療費の負担が生じる場合も考えられるため、このような場合も上記と同様の趣旨から、医療保険の保険者は、被保険者が医療保険を利用することが妨げられないようにする必要があるとします。これらの取扱いは、その他の犯罪の被害による傷病についての医療保険の給付でも同様です。

なお、上記の例のように、医療保険の給付の原因となった傷病が第三者の行為によって生じたものであるときは、医療保険各法は、被害者である被保険者(国

厚生労働省保険局保険課長

厚生労働省保険局国民健康保険課長

厚生労働省保険局高齢者医療課長

犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて

犯罪や自動車事故等の被害を受けたことにより生じた傷病は、医療保険各法(健康保険法(大正11年法律第70号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号))において、一般の保険事故と同様に、医療保険の給付の対象とされています。

また、犯罪の被害によるものなど、第三者の行為による傷病について医療保険の給付を行う際に、医療保険の保険者の中には、その第三者行為の加害者が保険者に対し損害賠償責任を負う旨を記した加害者の誓約書を、被害者である被保険者に提出させるところもあるようですが、この誓約書があることは、医療保険の給付を行うために必要な条件ではないことから、提出がなくとも医療保険の給付は行われます。

民健康保険では、被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員）に対して、その事実等を保険者に届け出ることを義務づけているため、各保険者においては、その旨を被保険者等に周知するとともに、医療保険の給付を行った際には届出の提出を求め、加害者に対する適正な求償を行っていただくようお願いします。(健康保険法施行規則第 65 条、船員保険法施行規則第 57 条、国民健康保険法施行規則第 32 条の 6 及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条)

2 自賠責保険診療費算定基準[新基準](手上げ方式の日医基準)

1. 東京都での新基準の適用経緯について

自賠責保険診療費算定基準(以下:新基準)は、都道府県医師会、日本損害保険協会及び自動車保険料率算定会(現在の損害保険料率算出機構)の三者協議にて合意し採用されている制度で、国が定めた労災保険診療費に準拠した算定基準です。日本医師会から、平成元年6月28日付(日医発第221号(保41))「自賠責保険の診療費算定基準の設定について」により通達された自賠責保険診療費算定基準で、「新基準」、「基準案」、「日医基準」、「手上げ方式」等と呼ばれることもあります。

昭和59年12月に、一部医療機関等の医療費請求額が過大であることが指摘され、自賠責保険の医療費支払の適正化が要請され「新基準」が制定されました。診療費算定基準の設定と併せて、従来から問題とされていた自動車保険診療費の請求・審査・支払等に係る諸問題についてもガイドラインが示され、この「新基準」の考え方を具体化し実施するにあたっては、各地域の実情に合わせて各都道府県の三者協議会(医師会・日本損害保険協会・損害保険料率算出機構)で協議し、対応することとされました。手上げ方式により、平成2年6月1日に栃木県が最初の実施し、平成27年11月20日には、山梨県医師会が三者協議会を開催し、新基準に合意して平成28年2月1日から実施となり、これにより47都道府県すべてが実施に至りました。

東京都医師会では、三者協議会や関係機関との慎重な検討を行い、平成10年9月24日付で「自賠責保険及び自動車(任意)保険にかかる診療費問題についての確認事項」(以下参照)を取り纏め、当医師会の理事会承認後、東京都での新基準の適用を平成11年4月1日から実施することに正式合意しました。

平成10年9月24日

自賠責保険及び自動車(任意)保険にかかる診療費問題についての確認事項

東京都損害保険医療協議会

9月24日開催の東京都損害保険医療協議会において、下記の事項が確認された。

1. 東京都における交通事故診療費の自賠責保険及び自動車(任意)保険への請求については、各医療機関毎の自主料金によって行われている。

医療機関では、受傷機転の複雑さ、交通外傷の多様性、それによる身体の傷害度等を考慮しながら、種々の症状に対し多岐にわたる治療行為が施行され、被害者の早期社会復帰に努力している。しかしながら、その診療費の請求および支払いは、社会保険のような診療費算定基準が存在しないため、必ずしも円滑には行われていない状況にある。

2. 当協議会はこうした現状改善の方途につき協議を重ねてきたが、今般以下の通り合意した。

「自賠責保険の診療費算定基準案」(下記の囲みの通り)は、去る昭和59年の自賠責保険審議会答申を受けて、平成元年、日本医師会、日本損害保険協会及び自動車保険料率算定会の三者協議によって設定され、※平成10年9月現在33道府県で導入済みであり、交通事故診療費の自賠責保険および自動車保険への請求基準として、当面、一定の合理性と相当性を有しているとの認識に基づき、東京都損害保険医療協議会は、各医療機関に対し、本基準の運用につき理解、協力を求めるものとする。

1. 自動車保険の診療費については、現行労災保険診療費算定基準に準拠し、薬剤等「モノ」についてはその単価を12円とし、その他の技術料についてはこれを20%を加算した額を上限とする。
2. 薬剤等「モノ」とその他技術料の区分については、別表の通りとする。

3. 上記基準案は、その内容につき各々、各方面への周知を図った後、平成11年4月以降診療分から適用を開始するものとする。なお、本基準案の採用については、各医療機関に強制するものではない。

以上

2. 新基準の請求方法

「薬剤等モノ」については、労災診療費算定基準に準拠して単価を **12円** とする。
「その他の技術料」については、これに **20%を加算した額を上限** とする。

(1)診療費請求内訳

労災保険診療費算定基準に準拠し、「薬剤等モノ」については、その単価を12円、「その他の技術料」については、これに20%を加算した額を上限とします。※「**その他技術**」・「**薬剤等モノ**」の区分表 参照

「薬剤等モノ」	「その他の技術料」
薬剤(内服薬・外用薬・注射薬・試薬)	労災保険診療費算定基準による 左記以外の点数(金額)
酸素・窒素	
血液	
フィルム代	
衛生材料	
特定保健医療材料	

ただし、以下のものは労災保険診療費算定基準に準拠しておりません。

初回入院時諸費用(自賠責保険診療費算定基準)は2,000円を上限とする。
文書料(診断書料・明細書料金等)は特に金額を定めない。
療養の給付請求書取扱料(労災診療費算定基準)2,000円は算定不可。

(2)請求方法

医療機関は、自賠責保険診療費算定基準に基づき、所定の請求書様式により診療月の翌月末日までに損害保険会社等に請求します。所定の様式については各損害保険会社までお問合せ下さい。

(3)支払方法

損害保険会社から医療機関への支払期間は下記のとおりです。特別な理由により支払いが遅れる場合には、医療機関へ文書により通知説明があります。損害保険会社は医療費請求や治療内容に疑義が生じた場合、患者の同意を得た上で、医療機関へ問合せをする事ができます。

任意一括払い	損害保険会社は医療機関に対し、原則として請求関係書類の受付日から翌月末日までに逐次支払う。支払が困難な場合には連絡をする。 また、損害保険会社は請求書類の内容に不明な点がある場合は医療機関に速やかに照合する。
自賠責保険のみ	損害保険会社は医療機関に対し、原則として請求関係書類の受付日から翌々月末日までに逐次支払う。支払が困難な場合には連絡をする。 また、損害保険会社及び自賠責損害調査事務所は請求書類の内容に不明な点がある場合は医療機関に速やかに照合する。
「任意一括払い」 「自賠責保険のみ」 共通	・損害保険会社は支払の都度、医療機関に支払通知を行うものとする。 ・医療機関からの損害保険会社への診療費の請求は、原則として毎月行うよう努力する。 ・診療報酬明細書については、所定の自動車損害賠償責任保険様式を使用する。 ・弁護士への委任にあたっては、医療機関に対して事前に通知するよう努力する。

3. 日本医師会による新基準設立経緯について（日本医師会 労災・自賠責委員会答申 平成26年1月より引用）

（1）はじめに

昭和59年、大蔵大臣（当時）の諮問を受けた自動車損害賠償責任保険審議会は「新たな診療報酬基準案を早期に設定することが肝要である」と答申した。これを受けて、日本損害保険協会および自動車保険料率算定会（当時）は、日本医師会の協力を得て数十回に及ぶ協議を重ねた末、「自賠責保険診療費算定基準（以下、「新基準」という）。」を策定した。

平成元年6月、日本医師会は各都道府県医師会にその基準案を示し、ここに新基準がスタートした。

新基準は、自賠責診療費の請求基準であると共に、診療費の請求・支払に関する周辺問題の解決を図るという役割も担っているが、策定から既に四半世紀を経過しようとしている現在も尚、健康保険使用に係る問題、トラブルは後を絶たない。平成23年、本委員会が行った「交通事故診療に係わる健保使用問題に関する調査（以下、「アンケート調査」という。）においても、健保使用について会員から多くの苦情が挙げられた。

（2）関係省庁・団体から出された関連文書

厚生省保険局保険課長・国民健康保険課長より各都道府県民生主管部（局）長宛通知（昭和43年10月12日）

「健康保険及び国民健康保険の自動車損害賠償責任保険等に対する求償事務の取扱いについて」

（中略）自動車損害賠償保障法の規定に基づく自動車損害賠償責任保険等に対する保険者の求償事務を下記により取扱うこととしたので、今後、この通知によるよう保険者に対し、必要な指導を行われたい。

なお、最近、自動車による保険事故については、保険給付が行われないとの誤解が被保険者等の一部にあるようであるが、いうまでもなく、自動車による保険事故も一般の保険事故と何ら変わりがなく、保険給付の対象となるものであるので、この点について誤解のないように住民、医療機関等に周知を図るとともに、保険者が被保険者に対して十分理解させるよう指導されたい。（以下省略）

損保会社が健保使用を勧める拠り所となっているが、これは、新基準策定よりも20年以上前のもので、交通事故に特化された算定基準の設定は想定されていない。そもそも、本通知は交通事故診療であっても健康保険が利用できることを示しているものであり、交通事故診療において、健康保険を利用すべきであるということではない。

日本医師会法制部見解 第11回全理事会検討事項（昭和43年12月10日）

「健保法と自賠法との関係について」

－自賠法でいくか、健保法でいくかを被害者の自由選択に委ねる取扱いが妥当か－

（中略）現行法の下での解釈論として、一般に、損害賠償がとれないか、又は著しく困難なときにはじめて健保法が適用されると解し、少なくとも自動車事故の場合には自賠法が優先して適用されると解するのが妥当であるといえよう。（以下省略）

「自動車損害賠償責任保険審議会答申」

3. 責任保険制度の改善

(中略)

今後は、次の諸点について制度の改善を実施すべきである。

(1) 医療費支払の適正化

一部の医療機関等の医療費請求額が過大であることが指摘され、責任保険の医療費支払の適正化が要請されている状況にかんがみ、

イ. 自動車保険料率算定会(以下、「自算会」という。)及び損保会社の医療費調査担当者に対する研修を強化するとともに、担当者を増加する。

ロ. 自算会及び日本損害保険協会(以下、「損保協会」という)において、交通事故医療に関する調査、研究を強化する(特に医療費統計の集積)。

ハ. 自算会及び損保協会において、日本医師会の協力を得つつ、医療費統計等を参考に責任保険についての診療報酬基準案を作成し、医療機関等の医療費請求及び自算会調査事務所等での医療費調査の基準とする。

ニ. 日本医師会に対して、上記診療報酬基準案による医療費請求が行われるよう各地区医師会への徹底を図ることを依頼する。同時に、自算会調査事務所及び損保協会地方委員会より、各地区医師会に対して基準案により請求を行うことを要請する。

ホ. 診療報酬基準案が全国的に浸透し、定着化した段階で算定基準としての制度化を図る。

等の対策を講じる。(以下省略)

日医発第 221 号(保 41)

平成元年 6 月 28 日

都道府県医師会長殿

日本医師会長

羽 田 春 兔

自賠責保険の診療費算定基準の設定について

自動車事故傷害患者に対する診療費の算定基準設定に関する経緯につきましては、さきに開催いたしました都道府県医師会労災・自賠責保険担当理事連絡協議会において詳細にご説明申し上げたところですが、本年 5 月及び 6 月の両度にわたる理事会において慎重御審議を願い、御承認いただいた趣旨に基づき、日本損害保険協会及び自動車保険料率算定会と重ねて協議を行い、その結果、次のように取り扱うことを申し合わせました。

1. 自動車保険の診療費については、現行労災保険診療費算定基準に準拠し、薬剤等「モノ」についてはその単価を12円とし、その他の技術料についてはこれに20%を加算した額を上限とする。
2. ただし、これは個々の医療機関が現に請求し、支払を受けている診療費の水準を引き上げる主旨のものではない。

自動車保険の診療費基準案の策定に関しましては、昭和 59 年 12 月の自賠責保険審議会答申を受けて、大蔵省からの要請もあり、日本損害保険協会および自動車保険料率算定会との間に昭和 60 年以来数十回の協議を重ねてまいりましたが、この間、本会労災・自賠会委員会の検討を求めつつ、本会としての意見を取りまとめてまいりました。

本会としての基本的な考え方は次のとおりであります。

- (1) すべての医療機関が即時採用できるような明快なものであること。
- (2) 適正化の志向が明確で、社会的に容認され得るものであること。
- (3) 現在、個々の医療機関が得ている収入を確保できるものであること。
- (4) 物価・人件費等の上昇に対応するための改定に際して、特段の措置を必要としないものであること。

以上の基本的考え方に基づき、本会としては、薬剤等の「モノ」については単価 12 円、その他の技術料については現行の労災保険診療費算定基準に準拠し、これに一定の率を加算した額を全国的な算定基準とするという方針で損保会社側との協議を行ったわけであります。

しかし、この算定基準の設定は、先に述べましたとおり自賠責審議会の答申の主旨に基づくものであり、一部の医療機関等の医療費請求額が過大であることが指摘され、その適正化を図ることを基本としており、全国的な一定基準の設定という考え方は、結果的に現にこの水準より低い請求・支払が行われている医療機関をこのレベルにまで引き上げることになり、適正化に反するものであるとの理由から強い難色を示されました。

これに対し、本会としては従来の考え方を重ねて主張いたしましたが、さきの担当理事連絡協議会にもお示したとおり、自賠責診療費をめぐる環境条件の変化等については誠に厳しいものがあり、最終的には自賠責審議会答申の忠実な具体化もやむを得ないものと判断し、上記の合意に達した次第であります。

つきましては、この基準の考え方を各地域において具体化するに際しましては、各地域の実情とこの基準の趣旨を十分ご理解賜わり、各都道府県自動車保険医療協議会(いわゆる三者協議会)においてご協議いただいたうで、これの対応に当たっていただきますようお願い申し上げます。

平成2年6月1日栃木県の実施を嚆矢として、平成15年までに45都道府県で実施され、平成25年岡山県が実施、残るは山梨県一県となった。現在山梨県にも採用の気運があり、間もなく全都道府県で新基準が実施されることとなる。その時こそ、自動車損害賠償責任保険審議会のいう、算定基準としての制度化を検討する時期である。

日本医師会、日本損害保険協会、自動車保険料率算定会[覚書]

- ① 各都道府県医師会の中に交通事故ならびに診療報酬に係わる審査会を設置、医療及びその費用の適正化を図る。
- ② これらの具体的実施に伴う諸問題は、各都道府県の医師会、自動車保険料率算定会調査事務所、損害保険協会地方委員会(または同業会)の三者で構成する医療協議会で合議する。
- ③ 円滑な運営を図るため、本部レベルにおいても医療協議会を設置し、被害者の早期社会復帰及び交通事故医療の適正化に資する。

東京海上火災保険株式会社 約款第14条(10)(人身傷害補償保険) (平成 10 年 10 月)

TAP 普通保険約款一般条項 第14条(事故発生時の義務)(中略)

(10) 人身傷害補償条項第1条(当会社の支払責任)第1項に規定する人身傷害事故の場合において、傷害の治療を受けるに際しては、公的制度の利用等により費用の軽減につとめること。(以下省略)

日本医師会、東京海上火災保険(株)と協議

東京海上火災保険株式会社より日本医師会宛 (平成 11 年 5 月 21 日)

ご照会いただいた「TAP」の人身傷害補償保険(普通保険約款一般条項第14条(10)号)の規定は下記のように運用いたします。

記

1. 自賠責保険に係わる案件については従来と同様の取り扱いとする。
2. その旨の社内徹底を図る。

日本医師会より都道府県医師会宛通知(保38) (平成 11 年 5 月 28 日)

「東京海上火災(株)の「TAP」の人身傷害補償保険(普通保険約款一般条項第14条(10)号)」の運用について
(中略)

約款を改正することは出来ませんでした、公的保険を強要するものではないとの確約をしました。その結果を文書にして「従前どおり取り扱う」としました。(以下省略)

人身傷害補償保険に加入しておれば、相手の対人賠償保険で治療を受ける時、自分の負担となる過失相当分がこれで補償される。東京海上火災保険(株)に続いて各社から一斉に発売されたが、今は自動車保険(任意)にセットされているのが一般的である。しかし、どの会社の約款にも必ず「治療を受ける場合には、健康保険等の公的制度をご利用ください」、中には、「公的制度の利用等により費用の軽減に努めなければなりません」といった、健保使用を義務付けるような条文が入っている。

交通事故診療における健保使用が常に問題となっている中で、日医と協議することなくこのような文言を一方的に約款に盛り込むことは甚だ非紳士的であるといわざるを得ない。結局、日医と東京海上火災との折衝の結果、公的保険を強要するものではないことを確約し、従来通り扱うことを各社とも了承している。

平成16・17年度日医労災・自賠責委員会作成リーフレット

「交通事故診療において健康保険を利用する場合の注意事項」

(中略)交通事故に係る診療においては、保険制度の目的等を勘案し、自動車専用の保険を利用するのが患者さんにとって最善であると考えます。

(中略)しかしながら、何らかの理由により、健康保険での診療を患者さん自身が希望される場合には、健康保険証を医療機関窓口に提示することで健康保険による診療が可能になります。(患者さん以外の第三者の都合や意向で健康保険の利用を強要されてはなりません。)(以下省略)

平成16・17年度労災・自賠責委員会答申に掲載され、各都道府県医師会に送付された。

しかし、アンケート調査では、「リーフレットについて知らなかったが今後活用したい」と答えた医療機関が約50%であった。さらなる周知徹底が望まれる。

平成20・21年度日医労災・自賠責委員会作成リーフレット

「交通事故診療における人身傷害補償保険の利用に関する注意事項」

(中略)平成11年5月21日、日本医師会と東京海上火災保険株式会社は、人身傷害補償保険の約款にある努力規定の取り扱いについて、公的保険の使用を強要するものではないとの確約をし、「1. 自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取り扱いとする。」「2. その旨の社内徹底を図る。」旨の文書を交わしたという経緯があります。(以下省略)

平成20・21年度労災・自賠責委員会答申に掲載され、各都道府県医師会に送付された。

厚生労働省保険局保険課より日本医師会宛通知(平成23年8月9日)

「犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて」

(中略)保険者の中には、犯罪による被害者が保険診療を求めた場合、加害者に損害賠償誓約書を求めるところもあるが、こうした誓約書は医療保険の給付に必要な条件ではない。

(中略)医療保険の給付と自賠責保険による給付の関係については、自動車事故による被害の賠償は自賠法では加害者が加入する自賠責保険によってその限度額まで補償を受けることになっている。・・・加害者が自賠責保険に加入していても、速やかに保険金が支払われなくて被保険者に一時的に重い医療費の負担が生じることがあり、このような場合、医療保険の利用を妨げられないようにする必要がある。(以下省略)

平成23年3月25日の閣議決定「第2次犯罪被害者等基本計画」に基づいて、厚生労働省保険局より発出された通知であるが、通知前段の「医療保険給付に加害者の誓約書は必要でない」云々は閣議決定にあるものの、後段の「医療保険と自賠責保険の給付の関係について」は閣議決定では触れていない。速やかに保険金が支払われなくて、被保険者に負担のかかることのないように、保険会社を指導すべきである。閣議決定になかった事項をわざわざ書き加えた意図は何か、甚だ理解に苦しむ通知である。

日本医師会より都道府県医師会宛通知(保126)(平成23年8月23日)

「犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて」

(中略)なお、本取扱いにつきましては、第三者行為を原因とする自動車事故等の場合におきましても同様の取り扱いとなりますが、本来、自動車事故等による被害を受けた場合、一義的には被害者は自動車事故等による被害者救済を目的とした自動車損害賠償保障法(自賠法)に基づく自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)によって保障を受けるものであり、その点につきましては厚生労働省担当部局に確認済みであります。

日本医師会より都道府県医師会ブロック代表宛通知(保91) (平成 29 年 8 月 24 日)

「自賠責保険診療費算定基準(自賠責新基準)についてのご検討のお願い」

平成28年に山梨県が合意したことで新基準の採用が47 都道府県すべてで実現した。昭和59年12月の自賠責保険の収支改善等に関する答申では、「診療報酬基準案が全国的に浸透し、定着した段階で算定基準としての制度化を図る。」といった記述もあることから、今後は「制度化」に向けた検討をおこなっていく。これに伴い、都道府県医師会宛にアンケート調査の依頼があった。

3 自動車損害賠償責任保険 診療報酬明細書の記載要領

明細書記載上の注意事項

1. 診療行為のうち、労災診療費の算定方法が点数で定められているものについては「点数」欄の技術（左側）・薬剤等（右側）別にそれぞれの診療行為ごとの合計点数を記載し、定額で定められているものについては「金額」欄にそれぞれの診療行為ごとの合計金額を記載する。
2. 小計欄のある項目については当該項目の点数を技術・薬剤等別に合算し、小計点数を記載する。
3. 「点数」欄の技術については「10～80 点数計」欄(入院分については「10～90 点数計」欄。以下同じ。)の「イ」にそれぞれの項目の合計点数を記載し、「A」欄にその単価および所定の加算率を乗じた金額（円未満四捨五入）を記載する。
4. 「点数」欄の薬剤等については「10～80 点数計」欄の「ロ」にそれぞれの項目の合計点数を記載し、「B」欄にその単価を乗じた金額（円未満四捨五入）を記載する。
5. 「金額」欄の「10 診察」欄については「ハ」にそれぞれの項目の合計金額を記載し、「C」欄に所定の加算率を乗じた金額（円未満四捨五入）を記載する。
6. 「金額」欄の「80 その他」欄については所定の欄に金額を記載する。
診療報酬明細書（入院）の「入院室料加算」の欄については、所定の技術加算率を乗じた後の金額を記載し、「ニ」に合計金額を記載する。「97 食事」については所定の欄に金額及び回数を記載し、「ホ」に合計金額を記載する。
また、診断書料及び明細書料についてはそれぞれの通数および金額を所定の欄（入院分については「ヘ」「ト」、入院外分については「ホ」「ヘ」）に記載する。
さらに、「ニ」「ホ」「ヘ」「ト」（「ト」については入院分のみ）の合計金額を「D」欄に記載する。
7. A・B・C・Dの合計金額を「合計（A+B+C+D）」欄に記載する。

1. 「□年□月分」欄について
診療年月を記載する。
2. 「氏名」欄について
姓名を記載する。
3. 「年生／男・女 才」欄について
生まれた年および年齢を記載し、性別を○で囲む。
4. 「受傷日」欄について
受傷(事故)年月日を記載する。

5. 「初診日」欄について

当該医療機関において診療を開始した年月日を記載する。

6. 「診療実日数」欄について

- (1) 入院外分については、診療を行った実日数を記載する。

外来リハビリテーション診療料を算定している場合は、外来による診療行為が行われていることから、診療実日数として計上する。

なお、この場合、再診の回数と診療実日数とが一致しないことに注意する。

- (2) 患者またはその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は1日として数える。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲する。

- (3) 同一日に初診および再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は、1日として数える。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲する。

- (4) 入院分については、入院日数を記載する。

なお、入退院日は、それぞれ1日として数える。

7. 「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で標準的に用いられている傷病名をわかりやすく記載する。

「傷病名」欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に記載する。

8. 「診療期間」欄について

当該診療費の計算の基礎となった診療期間を記載する。ただし、前月に引き続いて診療を行う場合の診療期間の初日は当該月の月初の日を記載し、翌月以降も引き続いて診療を継続する場合の診療期間の末日は当該月の月末の日を記載する。

9. 「転帰」欄について

当該明細書に記載された診療期間の末日現在における患者の状態に該当するものを○で囲む。

10. 「点数」欄について

原則として、健康保険および労災保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

(1) 「10 診察」欄について

① 「11 初診」欄について

ア. 初診時において時間外、休日または深夜に該当する場合は、該当する文字を○で囲み、当該加算点数を記載する。

イ. 6歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、乳幼児の文字を○で囲み、当該加算点数を記載する。

ウ. 夜間・早朝等加算に該当する場合は、時間外を○で囲み当該加算点数を記載し、「摘要」欄にその旨を記載する。

エ. 初診に係るその他の加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「摘要」欄にその項目名を記載する。

② 「12 再診」欄について(入院外分のみ)

- ア. 外来管理加算または労災保険における外来管理加算の特例を算定できる場合には、外来管理加算の項に回数および合計点数を記載する。
なお、特例取扱いによらない外来管理加算と区別するため、特例取扱いによる回数を「摘要」欄に再掲する。
- イ. 時間外、休日および深夜の項には、それぞれの回数および加算点数を記載する。
- ウ. 夜間・早朝等加算に該当する場合は、時間外の項に回数および加算点数を時間外に合算して記載し、時間外加算と区別するための内訳を「摘要」欄に記載する。

③ 「13 医学管理」欄について

健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

④ 「その他」欄について(入院外分のみ)

- ア. 再診時において、乳幼児加算を算定した場合には、加算点数を記載し、「摘要」欄に項目名、回数および点数を記載する。
- イ. 再診時において、届出済みの時間外対応加算1, 2, 3, 4のいずれかに明細書発行体制等加算を算定した場合には、合算した点数を記載し、「摘要」欄に項目名、回数及び点数を記載する。
- ウ. 健康保険において診療報酬明細書の「在宅」欄に記載することとされている項目を算定した場合には、所定点数を記載し、「摘要」欄に項目名、回数および点数合計を記載する。

(2) 「20 投薬」欄について

健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

(3) 「30 注射」欄について

① 入院分について

手技料および使用した薬剤等料については、それぞれの回数および合計点数を記載し、その内訳については健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて「摘要」欄に記載する。

② 入院外分について

皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、「31 皮下筋肉内」の項に、また、静脈内注射を行った場合は、「32 静脈内」の項に、その他の注射を行った場合は、「33 その他」の項に、それぞれ回数および手技料点数を記載する。また、使用した薬剤等料については、すべて合算のうえ薬剤等の項に記載し、その内訳については、健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて、「摘要」欄に記載する。

(4) 「40 処置」欄について

- ① 処置については、回数および合計点数を記載し、「摘要」欄に当該項目名、部位、1回当たり点数および回数を記載する。
- ② 処置に伴って薬剤を使用した場合は、「薬剤等」の項に点数を記載し、薬名、規格単位(%, mg または ml 等)および使用量を個々の処置別に「摘要」欄に記載する。
- ③ 処置に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、「薬剤等」の項に点数を記載し、内訳を「摘要」欄に記載する。

(5) 「50 手術・麻酔」欄について

- ① 健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。
なお、手術を行った場合には、その部位を「摘要」欄に記載する。
- ② 手術・麻酔に伴って薬剤を使用した場合は、「薬剤等」の項に点数を記載し、薬名、規格単位(%、mg または ml 等)および使用量を個々の手術・麻酔別に「摘要」欄に記載する。
- ③ 手術・麻酔に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、「薬剤等」の項に点数を記載し、内訳を「摘要」欄に記載する。

(6) 「60 検査」欄について

- ① 健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載し、検査の種類を「摘要」欄に記載する。
- ② 検査に伴って薬剤を使用した場合は、「薬剤等」の項に点数を記載し、薬名、規格単位(%、mg または ml 等)および使用量を個々の検査別に「摘要」欄に記載する。
- ③ 検査に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、「薬剤等」の項に点数を記載し、内訳を「摘要」欄に記載する。

(7) 「70 画像診断」欄について

- ① 画像診断(手技料)の回数および点数を記載し、画像診断の種類については、「摘要」欄に記載する。
- ② フィルムを使用した場合にあっては、「フィルム・薬剤等」の項に点数を記載し、「摘要」欄にフィルムの種類、枚数および大きさを記載する。
- ③ 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、「フィルム・薬剤等」の項に点数を記載し、内訳を「摘要」欄に記載する。
- ④ 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、「フィルム・薬剤等」の項に点数を記載し、薬剤名、使用量および回数については「摘要」欄に記載する。

(8) 「80 その他」欄について

- ① 健康保険の診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。
- ② リハビリテーションについては、「リハビリテーション等」の項に点数を記載し、各項目及び区分、算定単位数、実施日数等を「摘要」欄に記載する。
- ③ リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、「薬剤等」の項に点数を記載し、薬名、規格単位(%、mg または ml 等)および使用量を「摘要」欄に記載する。
- ④ 外来リハビリテーション診療料を算定した場合は、診療内容欄に「外リ1〇〇回」、「外リ2〇〇回」と回数を記載したうえで、技術欄に合計点数を記載し、併せて「摘要」欄に“外来リハビリテーション診療料1〇〇回”、“外来リハビリテーション診療料2〇〇回”と記載する。
- ⑤ 外来患者に対し処方箋を交付した場合は、「処方せん」の項に回数および点数を記載する。

(9) 「90 入院」欄について

- ① 健康保険の診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。
- ② 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日として入院年月日を記載する。
- ③ 病院・診療所・病衣の該当する略称文字「病・診・衣」を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を空欄に略号を用いて記載する。

- ④ 「入院基本料・加算」の項について「入院基本料」と「入院基本料加算」を1日当たりの基本点数、日数および合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載する。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載する。
- ⑤ 「特定入院料・その他」の項について特定入院料を算定した場合、種別略号を記載し、それぞれの日数及び合計点数を記載する。

11. 「金額」欄

原則として労災保険における診療費請求内訳書の記載要領に準じて記載する。

(1) 「10 診察」欄

① 「11 初診」欄について

初診を行った場合に金額を記載する。

健康保険ただし書における2つ目の診療科、および労災保険継続療養中の新たな初診を算定した場合は、合算した金額を記載し、「摘要」欄に金額および回数を記載する。

② 「12 再診」欄について(入院外分のみ)

再診を行った場合には、実際に再診料を算定した回数を記入し、金額を記載するが、2つ目の診療科再診料を算定した場合は、合算した金額を記載し、「摘要」欄に”2科目710円×回数”を記載する。

③ 「指導管理」欄について(入院外分のみ)

再診時療養指導管理料または職場復帰支援・療養指導料を算定した場合に回数および合計金額を記載し、項目名、回数および指導した内容を「摘要」欄に記載する。

④ 「救急医療管理加算」欄について

救急医療管理加算を算定した場合に金額を記載する。

入院分については救急医療管理加算を算定した日数を「摘要」欄に記載する。

(2) 「80 その他」欄について

① 入院分について

ア. 入院室料加算を算定できる要件に該当した場合は、「入院室料加算」欄に1人部屋・2人部屋の別、日数および所定の技術加算率を乗じた後の合計金額を記載し、「摘要」欄に当該患者が満たした算定要件を記載する。ただし、室料が月の途中で変更した場合は、当該項目には合計金額のみを記載し、「摘要」欄に変更の前後に分けて1日当たりの室料および日数を記載する。

イ. 初回入院時諸費用を算定した場合は、「入院室料加算」欄の下にある空欄の下段に記載する。

(3) 「97 食事」欄について(入院分のみ)

原則として、健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

なお、記載する金額は、所定の技術加算率を乗じた後の金額とする。

12. 「摘要」欄について

内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載する。

なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いる場合は、当該番号を「摘要」欄の左側点線内に記載する。

また、内訳を記載するに当たって「摘要」欄に書ききれない場合には、続紙(診療報酬明細書の裏面またはそのコピー等)を使用する。

13. 「請求額の計算」欄について

A欄は「イ」欄 × 単価 × 加算率 の金額(円未満四捨五入)を記載する。

B欄は「ロ」欄 × 単価 の金額(円未満四捨五入)を記載する。

C欄は「ハ」欄 × 加算率 の金額(円未満四捨五入)を記載する。

D欄は「ニ」 + 「ホ」 + 「ヘ」 + 「ト」 の合算金額を記載する。

合計欄は A+B+C+D の欄の合計金額を記載する。

「その他技術」・「薬剤等モノ」の区分表

	診療項目	労災 特例	その他 技術	薬剤等 モノ
診 察 料	初診料	※	○	
	同一日2つ目診療科	※	○	
	時間外等加算		○	
	救急医療管理加算(入院・外来)	※	○	
	再診料(外来診療料)	※	○	
	同一日2つ目診療科	※	○	
	時間外等加算		○	
	外来管理加算		○	
	外来管理加算の特例	※	○	
	再診時療養指導管理料	※	○	
	職場復帰支援・療養指導料	※	○	
医 学 管 理	慢性疼痛疾患管理料		○	
	診療情報提供料		○	
	院内トリアージ実施料		○	
	夜間休日救急搬送医学管理料		○	
	外来リハビリテーション診療料		○	
	リハビリテーション情報提供加算	※	○	
投 薬 料	調剤料		○	
	処方料		○	
	処方箋料		○	
	調剤技術基本料		○	
	薬剤料			○
	特定保険医療材料料			○
注 射 料	注射料		○	
	薬剤料			○
	特定保険医療材料料			○
処 置 料	創傷処置		○	
	絆創膏固定術		○	
	皮膚科処置		○	
	整形外科的処置			
	関節穿刺		○	
	直達牽引(2日目以降)		○	
	鋼線等による介達牽引(矯正固定・変形機械矯正術)		○	
	その他処置		○	
	初診時ブラッシング料	※	○	
	四肢(鎖骨、肩甲骨、股関節)の傷病に対する特例	※	○	
	手の指の傷病に対する特例	※	○	
	湿布、皮膚科軟膏、創傷処置の取扱い、(面積合算)	※	○	
	介達牽引、消炎鎮痛等処置の併施	※	○	
	湿布処置と介達牽引・消炎鎮痛等処置の併施	※	○	
	湿布処置と疾患別リハビリテーション料の併施	※	○	
	薬剤料・酸素加算等			○
	腰部、胸部又は頸部固定帯加算			○
	特定保険医療材料料(含む、固定用伸縮性包帯)			○
	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	※		○
	ギブス料		○	

	診療項目	労災 特例	その他 技術	薬剤等 モノ
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 料	疾患別リハビリテーション		○	
	早期リハビリテーション加算		○	
	初期加算		○	
	ADL加算	※	○	
	四肢(鎖骨、肩甲骨、股関節)の傷病に対する特例	※	○	
	(疾)リハビリテーション料と湿布処置の併施	※	○	
手 術 ・ 麻 酔 料	(疾)リハビリテーション料と介達牽引・消炎鎮痛等処置の併施	※	○	
	薬剤料			○
	手術料		○	
	初診時ブラッシング料	※	○	
	四肢(鎖骨、肩甲骨、股関節)の傷病に対する特例	※	○	
	手指に係る手術に対する取扱	※	○	
検 査 料	手指の創傷に係る機能回復指導加算	※	○	
	創外固定器加算			○
	術中透視装置使用加算	※	○	
	輸血料		○	
	麻酔料		○	
	薬剤料、血液代、酸素代等			○
画 像 診 断 料	特定保険医療材料料(含む、固定用伸縮性包帯)			○
	検体検査料		○	
	病理学的検査料		○	
	生体検査料		○	
	診断穿刺・検体採取料		○	
	薬剤料			○
入 院 料	特定保険医療材料料			○
	X-P、X-D		○	
	CT、MRI		○	
	同一月、同一部位のCT・MRIの特例	※	○	
	薬剤料			○
	フィルム料			○
入 院 料	特定保険医療材料料			○
	入院基本料	※	○	
	初期加算		○	
	入院基本料加算(看護配置、地域加算等)		○	
	病衣貸与料(1日につき)	※	○	
	入院時食事療養費	※	○	
入 院 料	入院室料加算	※	○	
	初回入院時諸費用(自賠責基準案の特例)			○

4 自賠責保険診療報酬明細書・診療内容内訳書記載例

各項目の記入・記載を理解し易くするため項目ごとに例を挙げたので、同一事案として整合性はない。

1. 診療料

＜ 入 院 ＞

診 療 内 容			点 数	
			技 術	薬 剤 等
10 診 察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児	85点	*****点
	13 医学管理			*****
	10 小 計		85	*****

・時間外等の加算がある場合は、該当する文字を○で囲み、相当する点数を記入する。

・「小計」欄には各診療項目の合計点数を記入する。

・料金建て項目は「金額」欄に記入する。
(9. 金額欄 (診察、その他、食事、文書料) 参照)

診 療 内 容		金 額	摘 要
診 察	11 初診	3,850円	
	救急医療管理加算	6,900円	
	10 小 計	ハ 10,750円	

・入院1日につき、7日間限度で算定可。

＜ 入院外 ＞

診 療 内 容			点 数	
			技 術	薬 剤 等
10 診 察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児	85点	*****点
	12 再 診	外来管理加算 3 回	156	*****
		時間外 回		*****
		休日 回		*****
		深夜 回		*****
	13 医学管理			*****
	その他			*****
	10 小 計		241	*****

・外来管理加算は健保で算定できる回数と労災の特例取扱いにより算定できる回数を合算して記入し、このうち特例取扱いによる回数を「摘要」欄に記載する。

診 療 内 容		金 額	摘 要
10 診 察	11 初 診	3,850円	
	12 再 診 3回	4,260円	⑤ 52×2
	13 指導管理 回	円	
	救急医療管理加算	1,250円	
	10 小 計	ハ 9,360円	

・料金建て項目は「金額」欄に記入する。
(9. 金額欄 (診察、その他、食事、文書料) 参照)

< 入院外 >

診 療 内 容			点 数	
			技 術	薬 剤 等
10 診 察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児	点	*****点
	12 再 診	外来管理加算 回	280	*****
		時間外 5 回		*****
		休日 回		*****
		深夜 回		*****
	13 医学管理			*****
	その他			*****
	10 小 計		280	*****

・時間外と夜間・早朝等加算がある場合は、時間外の項に回数および加算点数を時間外に合算して記入し、時間外加算と区分するため、内訳を「摘要」欄に記載する。

診 療 内 容		金 額	摘 要
10 診 察	11 初 診	3,850円	(夜早) 50×3
	12 再 診 5 回	7,100円	
	13 指導管理 回	円	
	救急医療管理加算	1,250円	
	10 小 計	ハ 12,200円	

< 入院外 >

診 療 内 容			点 数	
			技 術	薬 剤 等
10 診 察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児	点	*****点
	12 再 診	外来管理加算 回		*****
		時間外 回		*****
		休日 回		*****
		深夜 回		*****
	13 医学管理			*****
	その他 (時間外対応3、明細書発行)		12	*****
	10 小 計		12	*****

・再診時において、届出済みの時間外対応加算1,2,3,4のいずれかに明細書発行体制加算を算定した場合、その他の項に、合算点数を記入し、「摘要」欄に項目名、回数を記載する。

摘 要		
10	時間外対応加算 3 明細書発行体制等加算	3×3 1×3

2. 注射（「技術」と「薬剤等」の分離は投薬料の場合も同様）

＜ 入 院 ＞

30 注 射	薬 剤 等	3回	306 *****	***** △△
--------------	-------	----	--------------	-------------

・技術（左側）・薬剤等（右側）別にそれぞれの合計点数を記入する。

- ・内容を記載するにあたっては、診療の番号を付して診療行為との対応関係が明らかになるような形で記載する。
- ・技術と薬剤等を分離して整理の上、記載する。

摘		要	
32	ノイロトロピン注射液 3ml 1A	△×3	
33	生 食 500ml 1V カシワドール静注 20ml 1A ビクシリンS1000 1g 1v	△×3	
	手 技 料	102×3	

＜ 入院外 ＞

30 注 射	31皮下筋肉内 回	37 *****	*****
	32静脈内 1 回		*****
	33その他 回 薬剤等	***** △	
	30小 計	37 *****	***** △

- ・手技料についてはそれぞれの診療項目ごとに合計点数を記入する。
- ・薬剤料については「薬剤等」の項に合計点数を記入のうえ「小計」欄にも記入する。「摘要」欄に薬剤名を記入する。

摘		要	
32	ノイロトロピン注射液 3ml 1A	△×1	
	手 技 料	37×1	

3. 処置料

40 処 置		4回	287	*****
	薬 剤 等		*****	△△

- ・処置名、部位、1回
当たり点数、回数を
「摘要」欄に記載する。

摘 要	
40	術後創傷処置（右前腕） (52×1.5) ×3 ゲンタシン軟膏 3g △×3 消炎鎮痛等処置（超音波）（右前腕） (35×1.5) ×1

4. 手術料・麻酔料

50 手麻 術酔		1 回	1,425	*****
	薬 剤 等		*****	△

- ・技術（左側）・薬剤等
（右側）別にそれぞれの
合計点数を記入する。

- ・手術名、大きさ、部位
などを明記し、算式を
入れて計算する。

摘 要	
50	創傷処理（筋肉・臓器に達しない）5cm以上10cm未満 （右下腿） (950×1.5) ×1 キシロカイン2 %10ml △×1

5. 検査料

60 検査	5回	772	*****
	薬 剤 等	*****	

・技術（左側）・薬剤等（右側）別にそれぞれの合計点数を記入する。

・検査の種類ごとに区分して記載する。

摘 要	
60	（尿） 尿一般、沈査 53×1 （血） 末梢血一般、像 46×1 （生 I） TP、Alb、BUN、尿酸、ChE γ-GT、LD、LAP、グルコース 中性脂肪、Na、Cl、Ca 103×1 （免） HBs抗原・抗体、梅毒トポネマ抗体 120×1 ⑦（尿、血、生 I、免） 447×1

6. 画像診断料

70 画診 像断	2回	648	*****
	フィルム・薬剤等	*****	△△

・撮影診断とフィルム等とに分けて記入する。

・画像診断の種類、撮影部位、フィルムの大きさ、枚数、回数、技術料点数、フィルム点数を「摘要」欄に記載する。

摘 要	
70	X-P 頸部 (六×6) × 1 435+△ 右前腕 (六×1) × 1 103+△ ⑦ (5/10 18:10 引き続き入院) 110

7. その他

〈入 院〉

80 そ の 他	リハビリテーション等	570	*****
	薬 剤 等	*****	

・技術（左側）・薬剤等（右側）別にそれぞれの合計点数を記入する。

・リハビリテーションの各項目および区分、対象部位、算定単位数、実施日数等を「摘要」欄に記載する。

摘 要			
80	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)（部位名）○単位 190×3		
	対象疾患名 ○○○○○	発症日 ○○年○月○日	実施日数 3日

〈入院外〉

診 療 内 容			点 数	
			技 術	薬 剤 等
10 診 察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児	点	*****点
	12 再 診	外来管理加算		*****
		時間外		*****
		休日		*****
		深夜		*****
	13 医学管理	外リ 1（外リ 2） 2 回	146	*****
	その他			*****
	10 小 計		146	*****

・外来リハビリテーション診療料を算定した場合は、13「医学管理」欄に「外リ 1〇〇回」「外リ 2〇〇回」と回数を記入し「摘要」欄に「外来リハビリテーション診療料 1〇〇回」「外来リハビリテーション診療料 2〇〇回」と記載する。
なお、実施したリハビリテーションは、「80 その他」欄に記入する。

診 療 内 容		金 額	摘 要
10 診 察	11 初 診	円	外来リハビリテーション 診療料 1 73×2
	12 再 診 回	円	
	13 指導管理 回	円	
	救急医療管理加算	円	
	10 小 計	円	

80 そ の 他	処方せん リハビリテーション等 薬 剤 等	850 *****	***** *****
-------------------	-----------------------------	--------------	----------------

摘 要	
80	運動器リハビリテーション料(Ⅲ)（部位名）○単位 85×10

＜入院外＞

80 その 他	処方せん リハビリテーション等 薬 剤 等	3回	180	***** *****
---------------	-----------------------------	----	-----	----------------

- ・処方せんを交付した場合は、処方せんの項に回数・点数を記入する。

- ・処方せんの回数、技術料点数を「摘要」欄に記載する

摘		要
80	処方せん	60×3

8. 入院料

90 入 院	入院年月日			○年 ○月 ○日	37,016 18,970 256	***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** *****
	病	診	衣	入院 基 本 料・ 加 算		2,644×14日間 1,897×10日間 256× 1日間 × 日間 × 日間
	急一般 1					
				特そ 入の ・他		
90小 計					56,242	*****

- ・病院・診療所別、病衣貸与料の該当する文字を○で囲み、入院基本料の種類別等を記載する。
- ・加算等がある場合は、「特入・その他」欄に記載する。(例：地域加算、看護補助加算、看護配置加算等)

- ・当該所定点数の内訳を「摘要」欄に記載する。

		摘	要
90	急性期一般 1	(2, 194 + 450)	2, 644 × 14
	急性期一般 1	(1, 705 + 192)	1, 897 × 10
	外泊	(○月 ○日)	256 × 1

9. 金額欄(診察、その他、食事、文書料)

〈入 院〉

(入院3日間の場合)

- 金額建て項目は「金額」欄に記載する。

- 室料加算の項には所定の技術加算率を乗じた金額
(5,500円×1.2=6,600円)を記入し「摘要」欄に該当要件を記載する。

- 「80 その他」の空欄には、初回入院時諸費用を記入する。

- 「97 食事」には算定基準、1食の所定の料金に技術加算率を乗じた金額および食事回数を記入する。
※ 670円(健保)×1.2
= 804円 ⇒ 800円
800円×1.2 = 960円
(基準案上限)

診 療 内 容			金 額	摘 要
10 診 察	11初 診		3,850円	救急医療管理加算 6,900×3
	救急医療管理加算		20,700円	
	10小 計		ハ 24,550円	
80 そ の 他	入院室料加算 2人部屋×1日間		6,600円	普通室満床のため (甲地)
	初回入院時諸費用		2,000円	
	80小 計		ニ 8,600円	
97 食 事	基準 I	960円× 6回 円× 回 円× 回		備 考
	97小 計ホ		5,760円	
診断書料			通	円
明細書料			通	円

〈入院外〉

- 健康保険ただし書における2つ目診療科の初診を算定した場合は「11 初診」欄に合算した金額を記入し「摘要」欄に金額、回数を記載する。

- 再診時において、2つ目診療科を算定した場合は、「12 再診」欄に合算した金額を記入し「摘要」欄に金額、回数を記載する。

- 再診時療養指導管理料を算定した場合は、指導内容を「摘要」欄に記載する。

診 療 内 容		金 額	摘 要
10 診 察	11初診	5,780円	2科目 1,930円×1 2科目 710円×2 再診時療養指導管理料 日常生活動作 3回
	12再診 6回	7,100円	
	指導管理 3回	2,760円	
	救急医療管理加算	1,250円	
	10小 計	ハ 16,890円	
80 そ の 他		ニ	
診断書料		通	ホ 円
明細書料		通	ヘ 円

年 月 分

自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書

(入院)

氏名			年生	受傷日	年 月 日		診療実日数	
	※ (男・女)		才	初診日	年 月 日			
傷病名				診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	※ 転 帰		
						治 癒	中 止	死 亡
診療内容			点数		診療内容	金額	摘要	
			技術	薬剤等				
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	10 11 初診	円		
	13 医学管理			*****	診 救急医療管理加算	円		
	10 小計			*****	察 10 小計	円		
20 投薬	21 内服	単位	*****		80 入院室料加算	円		
	22 屯服	単位	*****		人部屋× 日間			
	23 外用	単位	*****		その他	円		
	24 調剤	× 日	*****		80 小計	円		
	26 麻毒	× 日	*****		97 基準	円 × 回		
27 調基	× 回	*****		食	円 × 回	備考		
	20 小計		*****		97 小計		円	
30 注射	薬剤等	回	*****		診断書料	通へ	円	
40 処置	薬剤等	回	*****		明細書料	通ト	円	
50 手術	薬剤等	回	*****		摘要			
60 検査	薬剤等	回	*****					
70 画像診断	フィルム・薬剤等	回	*****					
80 リハビリテーション等		回	*****					
その他	薬剤等		*****					
90 入院	入院年月日	年 月 日	*****					
	病 診 衣	入院基本料・加算	*****					
		× 日間	*****					
		× 日間	*****					
		× 日間	*****					
		× 日間	*****					
	特入・その他	*****						
90 小計		*****						
10 ～ 90 の点数計			イ 点	ロ 点				
請求額の計算	A (イ×単価×1.) 円		B (ロ×単価) 円		C (ハ×1.) 円		D (ニ+ホ+ヘ+ト) 円	合計 (A+B+C+D) 円

上記金額¥ を 殿
(に請求・から受領)済であることを証明いたします。
(請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)

年 月 日
所在地
名称 (床)
電話
医師名

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。
署名もしくは記名押印をお願いします。

年 月分 自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書 (入院外)

氏名											年生	受 傷 日	年 月 日		診療実日数																				
											才	初 診 日	年 月 日																						
傷病名											診 療 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日	※ 転 帰																						
													治 癒	継 続	転 医	中 止	死 亡																		
診 療 内 容											点 数		診 療 内 容	金 額	摘 要																				
											技 術	薬 剤 等																							
10 診 察	11 初 診	時間外・休日・深夜・乳幼児	点	*****点	11 初 診	円																													
	12 再 診	外来管理加算	回	*****	12 再 診	円																													
	13 診 察	時間外	回	*****	指 導 管 理	円																													
	14 診 察	休 日	回	*****	救急医療管理加算	円																													
	15 診 察	深 夜	回	*****	10 小 計	ハ 円																													
	16 診 察	13 医学管理		*****	80 その他	ニ 円																													
	17 診 察	その他		*****	診断書料	通 ホ 円																													
18 小 計			*****	明細書料	通 ヘ 円																														
20 投 薬	21 内服	薬剤	単位	*****	摘 要																														
	22 内服	調剤	× 回	*****																															
	23 外用	薬剤	単位	*****																															
	24 外用	調剤	× 回	*****																															
	25 処方		× 回	*****																															
	26 麻 毒		回	*****																															
	27 調 基		回	*****																															
28 小 計			*****																																
30 注 射	31 皮下筋肉内		回	*****																															
	32 静脈内		回	*****																															
	33 その他		回	*****																															
34 小 計			*****																																
40 処置	薬 剤 等		回	*****																															
50 手術	薬 剤 等		回	*****																															
60 検査	薬 剤 等		回	*****																															
70 画像診断	フィルム・薬剤等		回	*****																															
80 その他	処方せん		回	*****																															
	リハビリテーション等		回	*****																															
	薬 剤 等		回	*****																															
10 ~ 80 点 数 計				イ 点						ロ 点																									
請 求 額 の 計 算		A(イ×単価×1.) 円								B(ロ×単価) 円				C(ハ×1.) 円				D(ニ+ホ+ヘ) 円				合計 (A+B+C+D) 円													
通院日に○印を		月	1	2						3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
つけてください。		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日

上記金額を 殿
 (に請求・から受領) 済であることを証明いたします。
 (請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
 年 月 日
 所 在 地
 名 称 (床)
 電 話
 医 師 名

受付	受付
----	----

※欄は該当する事項○で囲んでください。
 署名もしくは記名押印をお願いします。

診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
	摘 要	摘 要

(自賠調9号様式)

5 自動車損害賠償責任保険 Q&A

	質問	回答
1	新基準を採用する場合、医師会や損保協会等へ届出の必要があるのか？	届出の必要はない。新基準用レセプト(用紙)で請求するだけでよい。新基準用レセプト(用紙)は入院用、入院外用が各損害保険会社に用意されている。
2	東京は新基準を適用したが、必ず新基準で請求しなければならないのか。従来どおりの請求は受付けてもらえないのか。	従来どおりの請求であっても損害保険会社は受付ける。ただし、新基準はトラブルの無い請求や支払の円滑化を目的に設定した基準であるため、実施可能な医療機関から順次採用していただきたい。
3	外来患者のみ新基準を採用し、入院患者は従来どおりの請求をするなど、患者単位で基準を採用してもよいのか。	不可。新基準の採用は医療機関単位であり、入院・通院別や患者単位の使い分けは認められない。
4	新基準を採用した場合でも、請求先は今までどおり各損害保険会社でよいのか。	そのとおり。
5	新基準を採用した場合でも、損保会社から減額交渉などはあるのか。	診療単価そのものの引き下げ交渉はないが、診療内容と事故の因果関係に疑義を生じた時は、照会や減額交渉などが行われる場合がある。
6	①「モノ」については単価を12円とし、その他の技術料については、これに20%加算とあるが、非課税医療機関については、単価を11.5円と読替えてよいのか。 ②食事療養費、室料について、労災料金×1.2倍とあるが、非課税医療機関は1.15倍となるのか。	①そのとおり。非課税医療機関の場合は、単価は11.5円の取扱いとなる。 ②非課税医療機関の場合でも、労災料金×1.2倍の取扱いとなる。食事療養費、室料については「その他技術料」の区分となるため20%加算の取扱いとなる。 12円、11.5円の取扱いは、1点あたりの単価に対するものであり、技術料の20%加算は、課税・非課税医療機関にかかわらず取扱いは変わらない。
7	初回入院時諸費用について ①当該費用2,000円を「その他の技術料」とみなし20%を加算して算定できるか。 ②他の医療機関から転医してきて入院した場合も算定できるか。	①初回入院時諸費用は定額であり、20%の加算はできない。計上はレセプト「80 その他」の金額欄に2,000円と記載する。 ②算定できる。ただし、算定は、初回入院時に1医療機関につき1回限りであるため、同一医療機関への再入院の場合は算定できない。

8	初回入院時諸費用について、同一医療機関に再入院の場合は、算定不可とあるが、異なる事故による入院の場合も算定はできないのか。	異時共同不法行為の取扱いとなる事案となるが、この場合も再入院同様、算定はできない。労災保険においては、既に第1事故により診療を継続している期間中に、当該診療を継続している医療機関において第2事故による初診を行った場合、初診料を算定することができ、自賠責基準案においても初診料は算定できるが、入院の場合は、初回入院時諸費用は算定できない。 初回入院時諸費用は、1被害者1医療機関単位で、入院初日の1回に限り算定できる取扱いとなっている。 ただし、第1事故の治療が治癒後に、新たに発生した第2事故で入院した場合は算定可能である。
9	腰部、胸部又は頸部固定帯加算 170 点は、腰部又は胸部固定帯固定 35 点と同様に、単価×1.2 倍で算定できるか。	腰部、胸部又は頸部固定帯加算 170 点は、「モノ」扱い(P.192 参照)になるので 1.2 倍はできない。
10	新基準のレセプト(用紙)はどこにあるのか。パソコン用もあるのか。	新基準の用紙は入院用、入院外用が各損害保険会社に用意されている。これらのレセプト(用紙)はパソコン対応可能である。
11	自賠責保険における治療費等は、消費税課税対象となるのか。	自動車損害賠償保障法の対象になる治療費等に対する消費税の取り扱いは、「消費税法第6条」及び「別表 1-6-1」により非課税となることが定められており、自動車事故の治療費には消費税はかからない。 税務署で自動車事故による診療であることを証明することで消費税は課税されない。ただし、以下の場合は、消費税の課税対象となる。 ①室料差額分で医師が療養上必要と認めた場合や一般病床が満床により、患者の希望によらない場合は非課税となるが、療養上必要が無く、患者希望による室料差額分は課税対象となる。 ②診断書・診療報酬明細書などの文書料は、課税対象であるため、消費税分の請求は可能である。
12	自費診療扱いの場合、治療費等は課税対象になるのか。	自費扱いであっても治療費等に関する消費税は非課税となる。
13	受任請求の委任状は、損害保険会社に提出すべきものなのか。	医療機関から、直接、治療費を請求し受領する場合は、以下の2通りの請求方法がある。 ①患者(被害者)から委任を受け、医療機関が請求する場合には、患者(被害者)から委任状・印鑑証明を取り付け、請求書類とともに損害保険会社に提出する必要がある。 ②治療費を「支払指図」により受領する場合、患者(被害者)が自賠責保険に請求する際、医療費の支払先を医療機関に指定するよう依頼する。

14	健康保険を使用する場合の手続きの流れとは。	患者本人から健康保険使用の申し出があれば、「第三者の行為による傷病届」提出の有無を確認する必要がある。「第三者の行為による傷病届」の手続きは患者本人が行う。詳細は、患者が加入している健康保険に確認すること。
15	損害保険会社が加害者から同意書を取れず放置された場合、自賠責を使用して請求できるのか。それとも医療機関が泣き寝入りすることになるのか。	加害者及び加害者側の損害保険会社から支払が受けられない場合は、患者(被害者)あるいは、医療機関から自賠責保険に対して直接請求ができる。 医療機関からの請求については、以下の方法がある。 ①被害者請求の受任(医療費の受任請求) ②被害者請求による医療費の支払指図 したがって、医療機関が泣き寝入りすることはないが、支払金額は自賠責保険の限度額内となる。
16	私は交通事故でケガを負いました。この交通事故につき、相手方は刑事処分不起訴となりましたが、自賠責保険(共済)への請求はできるのでしょうか。 (自賠責保険(共済)損害調査のしくみより抜粋)	自賠法上の責任(過失)と刑事上の処分とは関係がありませんので、請求は可能です(事故状況によってはお支払ができないこともあります)。
17	私は今、事故の相手が加入している任意の自動車保険の契約保険会社と示談交渉を行っています。自賠責保険への請求は、どうなるのでしょうか。 (自賠責保険(共済)損害調査のしくみより抜粋)	任意の自動車保険や自動車共済では、自賠責保険(共済)からの支払分もまとめて支払う一括払制度がありますので、自賠責保険へ別途請求する必要はありません。なお、任意保険会社(協同組合)との示談が難航している場合には、一旦交渉を打ち切り、被害者が自賠責保険(共済)へ直接請求することもできます。
18	自賠責保険(共済)の調査結果や、支払金額に不服がある場合、どうしたらよいのですか。 (自賠責保険(共済)損害調査のしくみより抜粋)	調査結果や支払われた保険金(共済金)または損害賠償額に不服がある場合には、損害保険会社等宛異議申立てを行うことができます。「異議申立て」に際しては、書面に「異議申立ての主旨」等を記入のうえ、主張を裏付ける新たな資料があれば添付していただくことになります。用紙は、損害保険会社等窓口に用意してあります。また、自賠責保険・共済紛争処理機構に紛争処理申請を行うこともできます。
19	自賠責保険に被害者請求をして支払限度額まで支払われましたが、ケガが重くそれだけでは足りません。加害者に誠意がなく、話し合いにも応じてくれませんが、何かいい解決方法はないでしょうか。 (自賠責保険(共済)損害調査のしくみより抜粋)	日弁連交通事故相談センターなどに相談をしてみるほか、簡易裁判所に調停を申し立てることも考えられます。調停は、ちょうど示談と裁判の中間に当たり、示談が当事者だけの話し合いだとすれば、調停は「法律上権威のある専門家を仲立ちとした、当事者の話し合い」といえます。最終的には、裁判所に訴訟を提起して解決を図る方法があります。

3. 地方公務員災害補償制度

1	地方公務員災害補償制度の概要	208
	1. 地方公務員等の災害補償制度	208
	2. 地方公務員災害補償の内容	208
	3. 補償を受ける手続	210
2	療養補償の内容	212
	1. 診察	212
	2. 薬剤・治療材料	212
	3. 処置・手術等	213
	4. 居宅での療養上の管理や看護等	213
	5. 入院での療養上の管理や看護等	214
	6. 移送	214
3	療養補償の手続（療養の開始～終了）	216
	1. 療養の開始	216
	2. 共済組合員証（健康保険証）を提示して受診した場合	216
	3. 移送費、補装具購入等で自己負担した場合	217
	4. 転医	217
	5. 療養中の療養状況の把握と療養の現状等に関する報告書	218
	6. 治ゆ（療養の終了）	218
	7. 時効	218
4	療養補償請求手続の流れ	219
	1. 公務災害における請求手続の流れ	219
	2. 東京都医師会加入の指定医療機関での請求手続の流れ	220
5	請求方法	221
	1. 提出先	221
	2. 指定医療機関の提出書類	221
	○記入方法（総括表、様式第5号、都支部様式第1号）	223
	○公務災害診療費（協定金額で請求する項目）一覧表	226
	○参考様式等（総括表、都支部様式第1号、様式第5号、診断書、療養補償請求書、休業補償請求書、移送費明細書、その他証明書）	227
6	よくある質問	238
7	主な指定医療機関・問合せ先一覧	240

1 地方公務員災害補償制度の概要

1. 地方公務員等の災害補償制度

(1) 制度

地方公務員災害補償制度は、地方公務員災害補償法（以下「地公災法」という。）に基づいて、地方公務員等が公務上の災害（以下「公務災害」という。）又は通勤による災害（以下「通勤災害」という。）を受けた場合に、その災害によって生じた損害を補償し、必要な福祉事業を行う制度です。

(2) 適用関係

地方公務員等の公務災害又は通勤災害に対する補償は、職員（常勤職員、再任用短時間勤務職員、常勤的非常勤職員、臨時的任用職員）については地公災法の規定により地方公務員災害補償基金（以下「基金」という。）が行います。

非常勤職員については、地公災法に基づく条例、労働者災害補償保険法（以下「労災法」という。）、船員保険法、消防団員等公務災害補償等責任共済等に関する法律、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律等の法令により地方公共団体等が補償する仕組みとなっています。

2. 地方公務員災害補償の内容

(1) 補償

基金で実施する補償の種類及びその内容の概略は次表のとおりです。

なお、船員法第1条に規定する船員である職員については、予後補償及び行方不明補償等の特例が設けられています。

補償の種類	補 償 事 由	補 償 内 容
1 療 養 補 償	公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった場合	必要な療養を行い、又は必要な療養の費用を支給します。療養の範囲は次のとおりです（療養上相当と認められるものに限る。）。 (1) 診 察 (2) 薬剤又は治療材料の支給 (3) 処置、手術その他の治療 (4) 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護 (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護 (6) 移 送
2 休 業 補 償	公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかり療養のため勤務できない場合で、給与を受けないとき	1日につき平均給与額の 60%に相当する金額を支給します。傷病補償年金を受ける者には行われません。
3 傷病補償年金	公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかり、療養の開始後1年6か月を経過しても治らず、その障害の程度が規則別表第2に定める傷病等級に該当する場合	第1級から第3級までの障害の状態に応じ、年金を支給します。
4 障 害 補 償	公務又は通勤により負傷し、又は疾病にかかり、治ったとき規則別表第3に定める程度の障害が残った場合	障害の程度により、第1級から第7級までは年金を、第8級から第14級までは一時金を支給します。

補償の種類	補 償 事 由	補 償 内 容
5 介 護 補 償	傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者で、規則別表第4に定める程度の障害を有し、常時又は随時介護を受けている場合	常時又は随時介護を受ける場合、総務大臣が定める金額を、当該介護を受けている期間（病院等に入院している間又は障害者支援施設等に入所している間を除く。）支給します。
6 遺 族 補 償	公務又は通勤により死亡した場合	(1) 遺族補償年金 配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹で、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持していたものに対し、年金を支給します。 (2) 遺族補償一時金 ア (1)に掲げる要件に該当しない配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹等に対し、一時金を支給します。 イ 遺族補償年金の受給権者の受給権が消滅し、他に同年金を受けることができる者がいないときは、アの場合に支給される一時金の額を算定し、その額から、既に支給した年金及び前払一時金の額の合計額を控除しこれを一時金として上記アの者に支給します。
7 葬 祭 補 償	公務又は通勤により死亡した場合	遺族等であって社会通念上葬祭を行うとみられる者（現実に葬祭を行った者があるときは、その者）に支給します。
8 障害補償年金 差額一時金	障害補償年金の受給権者が死亡した場合	障害補償年金の受給権者が死亡した場合に、既に支給した年金及び前払一時金の額の合計額が一定の額に満たないときはその遺族に対し、その差額を支給します。
9 障害補償年金 前払一時金	障害補償年金の受給権者が申し出た場合	障害補償年金の受給権者が申し出たときは、以後その者が受けることができる年金の一部を前払一時金として支給します。
10 遺族補償年金 前払一時金	遺族補償年金の受給権者が申し出た場合	遺族補償年金の受給権者が申し出たときは、以後その者が受けることができる年金の一部を前払一時金として支給します。

(2) 福祉事業

福祉事業は、金銭給付をもって定型的に行われる補償のみによっては、必ずしも十分に被災職員及びその遺族の生活の安定、福祉の維持向上を図り得ない面があると考えられるため講ぜられる施策ないし措置です。

基金により行われる福祉事業の種類及び内容の概略は次のとおりです。

福 祉 事 業 の 種 類	福 祉 事 業 の 内 容
1 外科後処置	規則別表第3に定める程度の障害が存する者のうち、義肢装着のための断端部の再手術等の処置が必要であると認められる者等に対して診察、薬剤又は治療材料の支給等の外科後処置を行います。
2 補装具の支給	規則別表第3に定める程度の障害が存する者に対し、義肢、義眼、補聴器、車椅子等の補装具の支給を行います。

福 祉 事 業 の 種 類	福 祉 事 業 の 内 容
3 リハビリテーション	規則別表第3に定める程度の障害が存する者のうち、社会復帰のために身体的機能の回復等の措置が必要であると認められる者に対し、機能訓練等のリハビリテーションを行います。
4 アフターケア	傷病が治癒した者のうち、外傷による脳の器質的損傷等一定の障害を有する者で規則別表3に定める程度の障害を有する者等に対し、円滑な社会生活を営むために必要な一定範囲の処置等を行います。
5 休業援護金	休業による給与減等を補うことを目的として休業補償を受ける者等に対し、休業援護金を支給します。
6 在宅介護を行う介護人の派遣 (ホームヘルパー派遣事業)	傷病補償年金の受給権者又は障害等級第3級以上の障害補償年金の受給権者のうち、居宅において介護を要する者に対し、基金の指定する事業者において介護人を派遣し、又は介護等の供与に必要な費用を支給します。
7 奨学援護金	遺族補償年金の受給権者等であって学校等に在学する者等の学資の支弁を援護する目的で奨学援護金を支給します。
8 就労保育援護金	就業している遺族補償年金の受給権者等であって未就学である者の保育に係る費用を援護する目的で就学保育援護金を支給します。
9 傷病特別支給金	傷病補償年金の受給権者に対し、見舞金の趣旨で傷病等級の区分に応じて傷病特別支給金を支給します。
10 障害特別支給金	障害補償の受給権者に対し、見舞金の趣旨で障害等級の区分に応じて障害特別支給金を支給します。
11 遺族特別支給金	遺族補償の受給権者に対し、弔慰・見舞金の趣旨で受給権者の区分に応じて遺族特別支給金を支給します。
12 障害特別援護金	障害補償の受給権者に対し、生活を援護する趣旨で障害等級の区分に応じて障害特別援護金を支給します。
13 遺族特別援護金	遺族補償の受給権者に対し、生活を援護する趣旨で受給権者の区分等に応じて遺族特別援護金を支給します。
14 傷病特別給付金	傷病補償年金の受給権者に対し、期末手当等の特別給を給付内容に反映させる趣旨で傷病特別給付金を年金として支給します。
15 障害特別給付金	障害補償年金の受給権者に対しては年金として、障害補償一時金の受給権者に対しては一時金として、障害特別給付金を支給します。
16 遺族特別給付金	遺族補償年金の受給権者に対しては年金として、遺族補償一時金の受給権者に対しては一時金として、遺族特別給付金を支給します。
17 障害差額特別給付金	障害補償年金差額一時金を受けることとなった者等に対し、一時金として障害差額特別給付金を支給します。
18 長期家族介護者援護金	傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者(せき髄その他神経系統の機能若しくは精神又は胸腹部臓器の著しい障害により、常に介護を要する者に限る。)が当該年金を支給すべき事由が生じた日の翌日から起算して10年を経過した日以後に死亡した場合(その死亡が公務上の災害又は通勤による災害と認められる場合を除く。)に、一定の要件を満たす遺族に対し、一時金を支給します。

3. 補償を受ける手続

(1) 特色

基金は、補償の事由が生じたときは、被災職員若しくは遺族又は葬祭を行う者(以下「被災職員等」という。)に対して補償を行う義務を負っています。

補償の実施に当たって、傷病補償年金を除く各種補償は、当該被災職員等の請求に基づいて行われる「請求主義」がとられています。

認定とは、災害が公務(通勤)災害によって生じたものであるか否かを判断する行為です。公務(通勤)災害は、災害が公務(通勤)によって生じたものであり、かつ公務(通勤)とその負傷(疾病)との間に相当因果関係があることが要件とされ、認定はすべての補償の基本となります。

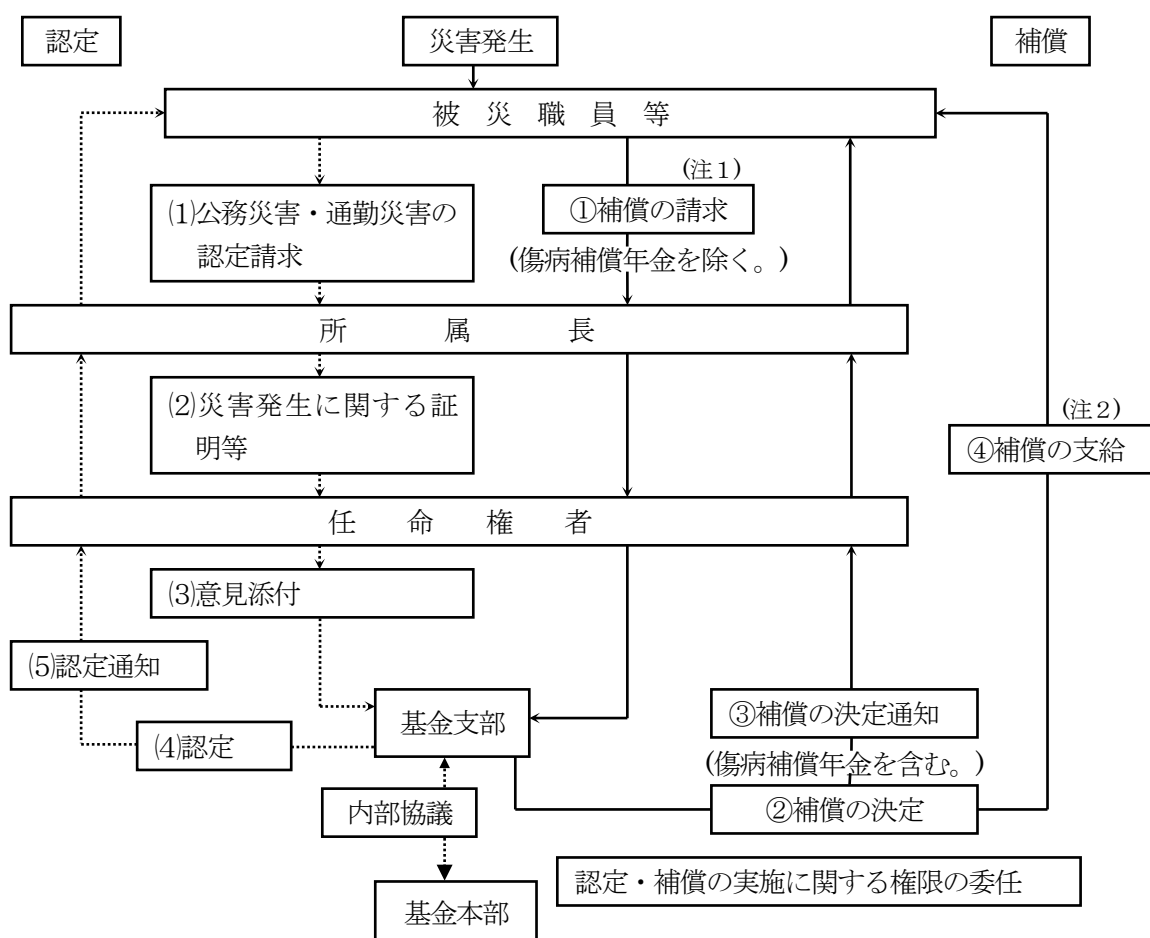
(2) 認定手続

- ① 被災職員等は、記載事項について所属長の証明を受け、任命権者に請求書を提出します。
- ② 任命権者は、提出された請求書の記載内容を点検し、職務上知り得た事実等から、当該災害の認定に関しての意見を付し、地方公務員災害補償基金東京都支部(以下「基金都支部」という。)に送付します。
- ③ 基金都支部は、認定請求について内容を審査の上、当該災害が公務又は通勤により生じたものか否かを速やかに認定し、その結果を書面をもって被災職員等及び任命権者に通知します。

(3) 補償手続

被災職員等は、公務(通勤)災害であるとの認定を受けたら、所定の様式によって補償(傷病補償年金を除く。)の請求を行います。

補償手続の流れを図示すると次のとおりです。



(注1) 福祉事業については「福祉事業の申請」となります。

(注2) 療養補償の請求手続及び書類の流れについては「**3** 療養補償の手続」以降を参照してください。

2 療養補償の内容

療養補償は、職員の公務や通勤による負傷、疾病にかかった場合にそれが治癒するまで、必要な療養(現物補償)や療養の費用が支給(金銭補償)され、現物補償、金銭補償のいずれの場合でも、被災職員は費用を負担することなく必要な療養を受けることができます(地公災法第 26 条)。療養の範囲は、以下のとおり療養上相当と認められるものであり、その内容は個々の傷病に即して医学上、社会通念上、妥当と認められるものとされています。また、基金が被災職員や医療機関に支払う療養補償の額は、原則として労災診療費算定基準に準じた額となります。なお、療養補償は、消費税法施行令により消費税は非課税となっています。

1. 診察

(1) 診察 (往診を含む。)

すべての診療科の医師及び歯科医師による診察が含まれ、療養上の指導及び監視や障害等級の決定(変更に関する決定を除く。)に必要な診察等も療養補償の対象となります。

(2) 検査 (針刺し事故等の血液汚染の取扱等)

診断上又は診療上必要な検査は、現在の医学水準からみて診療上必要な検査に限られ、診療と直接関係のない検査は認められません。

公務(通勤)災害の認定は、傷病が発症(発生)し、治療が必要な場合に行われることが原則ですが、病院等で、患者に使用した注射針を誤って自分の指などに刺してしまう、いわゆる「針刺し事故」等の血液汚染事故は、公務上の災害として取り扱われ、特例として発症以前の検査等も補償の対象とされます。ただし、経過観察に係る検査は、感染の可能性が極めて高いと判断された場合にのみ補償の対象となり、その内容は当該ウイルスに関する検査に限られ、医学的に必要と認められる最小限度の期間(受傷後 6 か月～1 年以内)とされています。

(3) 文書料 (診断書等)

診断書やその他の意見書等の文書については、補償の実施上必要な文書(正本)に限り、療養補償の対象として認められます。保険請求に使用するため保険会社へ提出する文書や、病気休暇取得のため職場に提出する診断書等の書類は療養補償の対象にはなりません。

[文書料が補償対象となる例]

- ・認定請求時の診断書(原則 1 通のみ) (○)
- ・休業補償証明、転医届証明、移送費明細書証明 (○)
- ・障害補償請求時の診断書 (○) 等

[文書料が補償対象とならない例]

- ・個人の保険請求に使用する診断書 (×)
- ・サービス関係で職場に提出する診断書 (×)

2. 薬剤・治療材料

(1) 薬剤

内服薬、外用薬の支給は、原則として医師が必要と認めるものに限り、療養補償の対象となります。被災職員自らが売薬を求めた場合の費用は、医師が必要と認め、その具体的指導のもとに購入、服用するものに限り、療養補償の対象として認められます。

(2) 治療材料

治療材料とは、一般に治療に伴う処置に使用される消耗品(例 ガーゼ、包帯、油紙、容器、コルセット、固定装具、副木等)であり、便器、氷のう、水枕、ゴム布等の療養器材についても医師が療養上必要、または直接治療に関係があると認められるものに限り、療養補償の対象となります。療養中以外でも日常生活に必要とされるようなコップ、タオル等は原則として療養補償の対象にはなりません。

3. 処置・手術等

(1) 包帯の巻き替え等の処置

包帯の巻き替え、薬の塗布、患部の洗浄、あん法、点眼、注射、輸血、酸素吸入等の処置が療養補償の対象となります。輸血には、輸血の処置費、血液の料金、輸送費、検査料等が含まれ、家族等による輸血も一般の保存血液による輸血の場合と同様に療養補償の対象となります。

(2) 切開、創傷処理、手術、麻酔、その他の治療

手術は、現在の医学通念から一般にその治療効果が認められている方法によるものが療養補償の対象となります。その他、熱気療法、温浴療法、紫外線療法、放射線療法、日光療法、機械運動療法、高原療法等は、医学上必要と認められるもので医師の指導のもとに行われることが必要です。また、温泉療法等は、温泉の化学的作用等で治療効果が期待できる疾病に限られ、適応する温泉の選択や入浴方法等は医師の直接の指導が必要です。原則として、温泉病院や温泉療養所で行うものに限り療養補償の対象となります。

(3) マッサージ、はり、きゅう、柔道整復

① あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師による施術は、医師が必要と認めるものに限り療養補償の対象となり、療養費の請求には医師の「同意書(都支部様式第 44 号)」の添付が必要です。マッサージ療法については、医師が必要と認めた期間に限りです。

② 接骨院、整骨院等で施術を受ける場合、柔道整復師による脱臼または骨折の患部に対する施術(ただし、応急手当を除く。)は、医師の同意なく行えないため、医師の同意の有無を確認する必要があります(医師の同意を得た旨、施術録等に記載されていれば、医師の「同意書(都支部様式第 44 号)」を添付する必要はありません。)

脱臼、骨折以外の施術は、柔道整復師のみで施術ができ、療養上必要であると認められれば、療養補償の対象となります。

4. 居宅での療養上の管理や看護等

(1) 居宅での療養上の管理

通院が困難であるため居宅で療養を行っている者に対する病院または診療所の医師が行う計画的な医学管理は、療養補償の対象となります。

(2) 居宅での療養に伴う世話やその他の看護

① 居宅で継続して療養を受ける状態にある者で、医師が必要と認めた場合の看護師等が行う療養上の世話や診療の補助(訪問看護事業者によるものを含む。)は、療養補償の対象となります。

この看護(療養上の世話や診療の補助)とは、医療機関が行う在宅患者訪問看護等や訪問看護事業者による訪問看護をいい、訪問看護指示書や訪問看護計画書に基づく内容を対象とし、看護師等の行う看護のほか、理学療法士、作業療法士が行う診療の補助も含まれます。

② 重症のため、医師が常に看護師(看護師がいないため、これに代わって看護を行う者を付した場合を含む。)による看護の必要性を認めた場合の看護料(①に掲げるものを除く。)は、以下のア～ウのいずれかに該当するものは療養補償の対象となります。医師の証明(「看護証明書(都支部様式第 43 号)」)には、看護を必要とする理由とその期間の明示が必要です。看護料は、当該地方の慣行料金によります。

ア 病状が重篤であり絶対安静を必要とし、看護師等の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると医師が認めた場合

イ 病状は必ずしも重篤ではないが手術等により比較的長時間にわたり、看護師等の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると医師が認めた場合

ウ その他、体位変換や床上起座が常時不可または不能であり、食事及び用便での常時介助を必要とするもの等で、看護師等の看護が特に必要かつ相当と医師が認めた場合

被災職員が、有料職業紹介機関を通じて看護師等を求めた場合に負担した受付手数料や紹介手数料等は、社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内で、実際に負担した額が療養補償の対象となります。看護料等に食事が含まれていない場合、一日につき1,800円の範囲内で、現実に必要な食事の費用が療養補償の対象となります。

看護師等の往復旅費については、被災職員がその療養の地域から看護師等を求めることができないため、やむを得ず当該地域以外の地域から看護師等を求めた場合であって、かつ、看護師等の雇入れ期間を通じ1回に限り、看護師等の居住地から被災職員の療養の地までの1往復に要する額で、被災職員が実際に負担した額(社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内に限る。)が療養補償の対象となります。

5. 入院での療養上の管理や看護等

(1) 入院（病院・診療所）

入院(入院に伴う食事を含む。)は普通室の使用が原則ですが、個室や上級室の使用は、次の①～④のいずれかに該当する場合で、当該個室や上級室に被災職員を収容せざるを得ないと認められる必要最小限の期間についてのみ、療養補償の対象となります。

- ① 療養上、他の患者から隔離しなければ適切な診療を行うことができないと認められる場合
- ② 傷病の状態から隔離しなければ他の患者の療養を著しく妨げると認められる場合
- ③ 普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要があると認められる場合
- ④ その他特別な事情があると認められる場合

個室とは1人、上級室とは2人以上の患者を収容する室で、普通室以外のものをいいます。

個室または上級室を使用し、差額室料がかかる場合、「療養費請求書(都支部様式第1号)」等に個室または上級室の使用理由が明記されていなければ、医師の証明(「個室・上級室証明書(都支部様式第46号)」)が必要です。個室または上級室の使用料については、社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内(具体的には、労働者災害補償保険診療費算定基準に定める額を上限とする。)で、被災職員が実際に負担した額が療養補償の対象となります。入院中の冷暖房費、電気代、ガス代等で入院料とは別に医療機関から当然に請求されるものについては、療養補償の対象となります。

ただし、当該器具の使用等について、被災職員の選択に任せられているもの(例:テレビ使用料、お茶代等)は、療養補償の対象にはなりません。入院中の寝具料は、入院した医療機関から寝具の貸付けを受け、これを使用した場合または貸寝具業者から寝具を借用し、賃借料を負担した場合に、当該地域における標準的な賃借料の範囲内で被災職員が実際に負担した額が療養補償の対象となります。また、入院中に死亡した場合の死体安置も療養補償の対象となります。

(2) 入院（病院・診療所）での療養上の管理や看護等

重症のため医師が常に看護師(看護師がいないためにこれに代わって看護を行う者を付した場合を含む。)の看護の必要性を認めた場合の看護料。この場合の看護とは、被災職員が入院している医療機関の看護要員以外の看護師等による看護であり、健康保険での入院基本料の届出をした医療機関に入院している場合には原則として必要な療養とは認められません。しかし、特別な事情があると認められた場合はこの限りではありません。また、被災職員1人につき看護師等2人以上による同時の看護の場合についても同様です。なお、「看護の必要性を認めた場合」の取扱い並びに看護料、有料紹介機関を通じて看護師等を求めたときの紹介手数料及び看護師等の往復旅費の取扱いについては、4の(2)の②と同様です。看護師またはこれに代わって看護を行う者を得られないため、家族が付き添った場合の費用は、当該地方において看護師に代わって看護を行う者の慣行料金によります。

6. 移送

移送は、それ自体の必要性和移送手段の妥当性の双方が認められなければなりません。このため、医学上の理由なく遠隔地の病院、診療所等へ行った場合、被災職員が恣意により転医した場合及び電車やバスで十分通院できる程度の症状であるのにタクシーを使用した場合等は、療養補償の対象となりません。「移送費明細書(都支部様式第42号)」により医師が証明します。

(1) 災害の発生場所から病院や診療所等まで移送する場合、療養中に他の病院、療養所等へ転送を必要とする場合の交通費、人件費及び宿泊料

特殊な検査のため、遠方の病院に移送する等において、その距離や被災職員の症状等から宿泊が必要と認められる場合は、社会通念上、当該地域で妥当と認められる額の範囲内で被災職員が実際に負担した額が支給されます。

(2) 病院や診療所等への受診または通院のための交通費

原則として、電車、バス等の公共交通機関の利用についてのみ認められます。ただし、傷病の部位及び程度、地理的条件及び当該地域の交通事情等を総合的に勘案し、やむを得ずタクシーを利用しなければならなかったと認められる場合には、療養補償の対象となります。この場合、その金額は、社会通念上、当該地域で妥当と認められる額の範囲内で被災職員が実際に支払った額を支給します。

自家用車の利用は、タクシー等と同様にやむを得ずこれを利用しなければならないと認められる場合に限り、病院等までの区間における最も合理的かつ経済的な通常の経路による、往復の距離 1 キロメートルにつき 37 円を乗じた額を限度として、実際に負担した額が補償の対象となります。やむを得ず友人等の自家用車を使用して謝礼を支払った場合も同様です。

補償の対象となる通院の経路は、自宅または勤務公署と病院等との往復の経路に加え、自宅から病院に行き治療を受けた後、勤務公署に出勤する場合の病院から勤務公署までの経路も補償の対象となります。ただし、実際に交通費を負担していることが必要であり、当該経路について通勤手当を受けている場合は、補償の対象となりません。タクシー利用の場合には、請求の際に領収書を添付します。交通費については、移送の事実が立証でき、かつ、当該交通機関の料金が別途立証できれば領収書等を添付する必要はありません。ただし、当該料金に I C カードと切符、現金との間に差がある場合は、最も低廉な料金を支給します。

(3) 独歩できない場合の介護付添に要する費用

給与を受けている者が付き添った場合は、付き添ったことによりその者が失った給与の額に相当する額が介護付添料として支給されます。ただし、その額が、国家公務員等の旅費に関する法律(昭和 25 年法律第 114 号)別表第 1 の 1 に定める日当の最低額に満たない場合は、当該日額の最低額とします。給与を受けていない者が付き添った場合も同様の扱いとなります。

また、介護付添人の交通費、宿泊料については、被災職員の場合と同様の扱いとなります。

(4) その他

その他、必要と認められる移送の費用で現実に要したもの(例:入院・退院のための寝具、日用品等の運送費等)や、被災職員が死亡した場合、災害時の災害発生場所、病院または診療所等から自宅までの死体運搬の費用についても療養補償の対象となります。

③ 療養補償の手続（療養の開始 ～ 終了）

1. 療養の開始

(1) 指定医療機関

受診する医療機関が、指定医療機関か、指定医療機関以外の医療機関かで手続が異なります。指定医療機関とは、(公社)東京都医師会に加入している医師が管理している医療機関等のことです。公務(通勤)災害と認定された被災職員(患者)が指定医療機関で療養を受けた場合、療養に要した費用は、基金都支部と指定医療機関との協定に基づき、基金都支部から直接、指定医療機関に支払われます。

被災職員は、初診時に公務(通勤)災害の認定請求手続中であることを指定医療機関に伝え、認定されるまでの期間、自己負担なく治療を受けられるよう依頼します。その際、認定請求用の「診断書(都支部様式第26号)」の記載を依頼します。

公務(通勤)災害の認定後は、認定番号、認定傷病名等を被災職員が主治医等に通知し、初回請求時のみ「療養の給付請求書(様式第5号)」を一緒に提出し、「療養費請求書(都支部様式第1号)」を原則1か月につき1枚を指定医療機関に持参します。指定医療機関は、(公社)東京都医師会宛に必要事項を記入した療養費請求書等の書類を送付します。

東京都医師会加入の指定医療機関が(公社)東京都医師会に送付する書類

- ・「地方公務員災害補償療養費請求総括表」(請求時に1枚必要)
※総括表は巻末コピー又は東京都医師会ホームページから入手可能
- ・「療養費請求書(都支部様式第1号)」(月ごとに1枚必要)
- ・「療養の給付請求書(様式第5号)」(初回のみ必要)

(2) 指定医療機関以外

被災職員(患者)は、初診時に公務(通勤)災害認定の請求手続中であることを医療機関に伝え、費用の取扱いについて確認します。具体的には、被災職員が一度、全額自己負担するのか、または公務(通勤)災害と認定されるまで医療機関に支払を保留してもらい認定後に「受領委任」の方法とするのかを相談し、認定請求用の「診断書(都支部様式第26号)」への記載を依頼します。

公務(通勤)災害認定後、被災職員(患者)は、認定番号、認定傷病名等を主治医等に通知します。「療養補償請求書(様式第6号)」は原則1か月毎に1枚を医療機関に持参し、記入・証明してもらい、被災職員(患者)が所属する機関(任命権者)を経由して基金都支部に費用を請求します。

「受領委任」とは…医療機関と被災職員(患者)との話し合いにより、被災職員が医療機関に費用を支払わず、基金都支部に請求した費用については、受領を医療機関に委任し、基金都支部から直接医療機関に支払われる方法です。これにより実質的に、指定医療機関で療養を受ける場合と同様の効果となります。基金都支部からの支払は、口座振込です。

2. 共済組合員証(健康保険証)を提示して受診した場合

公務(通勤)災害による負傷や疾病の場合、共済組合員証(健康保険証)を使用することはできません。公務(通勤)災害の可能性のある時には、医療機関は被災職員(患者)に対して、共済組合員証(健康保険証)を使用しない上記1の方法によるように説明して下さい。

しかし、当初は負傷や疾病が公務(通勤)災害に該当しないと判断した等の理由により、被災職員(患者)が共済組合員証を提示して受診せざるをえない場合は以下のとおりとなります。

※負傷や疾病が公務(通勤)災害と認定された場合、被災職員(患者)はその旨を医療機関に伝えます。医療機関は速やかに公務(通勤)災害への取扱いに切替えを行ってください。その際に、これまでの医療費について遡って公務(通勤)災害への切替えが可能かどうかご検討をお願いします。

(1)切り替えられる場合

被災職員(患者)が負担した一部負担金等について、医療機関から被災職員に返金を行い、当該療養費は、改めて公務(通勤)災害の療養費の請求方法で請求して下さい。

(2)切り替えられない場合

被災職員(患者)が自己負担した費用は、被災職員が「療養補償請求書(様式第6号)」に領収書を添付し、医療機関の証明を受けた上で、所属する機関(任命権者)を経由して、基金都支部に請求します。その後、公務(通勤)災害への切替えが可能となった場合の療養費については、速やかに公務(通勤)災害の請求方法で請求してください。

東京都職員共済組合 〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第一本庁舎北塔 39 階 年金保険部医療保険課給付担当 TEL 03-5320-7328
公立学校共済組合東京支部 〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第二本庁舎南側 14 階 東京都教育庁福利厚生部給付貸付課短期給付担当 TEL 03-5320-6827 福利厚生課公務災害担当 TEL 03-5320-6819
警察共済組合警視庁支部 〒135-0016 江東区東陽 7-3-5 警視庁内 給付課医療給付係 TEL 03-5635-1211
東京都市町村職員共済組合 〒190-8573 立川市錦町 1-12-1 ホテル日航立川東京(共済会館)5 階 保険福祉課保険担当 TEL 042-528-2194

3. 移送費、補装具購入等で自己負担した場合

病院、診療所等への受診または通院のための交通費を自己負担した場合は、「療養補償請求書(様式第6号)」に「移送費明細書(都支部様式第42号)」を添付して請求します。タクシーを利用した場合は、領収書を一緒に添付します。

補装具等を購入、賃借した場合も同様に、「療養補償請求書(様式第6号)」に補装具等の必要性について医師から証明を受けるか、または「補装具証明書(都支部様式第47号)」と領収書を添付した上で、被災職員(患者)が所属する機関(任命権者)を経由して基金都支部に請求します。なお、医療機関が補装具等の費用を基金に請求する場合は補装具証明書を提出する必要はありません。

4. 転医

転医については、医療上または社会通念上必要であると認められるものに限り、療養補償の対象となります。従って、必要と認められない転医をした場合、転医後の医療機関でかかった初診料、検査料等の転医前の医療機関と重複する費用及び転医前の医療機関から転医後の医療機関への移送費等についても支給されません。具体的に、医療上または社会通念上必要であると認められる転医は以下①または②のとおりです。

- ① 災害のあった最寄りの医療機関で応急手当を受けた後、勤務先または自宅から通院に便利な医療機関に転医する場合
- ② 受診している医療機関には療養に必要な医療設備等がないため、必要な医療設備のある医療機関に転医する場合。

なお、転医した時は、公務(通勤)災害認定後、「転医届(都支部様式第45号)」に医師の証明を受け、被災職員(患者)が所属する機関(任命権者)を経由して基金都支部に提出します。MRI撮影や手術のために一時的に転医し、その後、元の医療機関で療養を継続する場合は、一時的に転医する医療機関への転医届のみ必要となります。

5. 療養中の療養状況の把握と療養の現状等に関する報告書

療養の開始後1年6か月を経過した日において治っていない者は、基金都支部からの通知を受け、同日後1か月以内に「療養の現状等に関する報告書(様式第38号)」を基金都支部へ提出します。また、療養の開始後1年6か月を経過した日後において傷病等級に該当すると推定できる場合、または障害の程度に変更があると推定できる場合等により、基金都支部から通知を受けた者もこの報告書を提出します。

6. 治ゆ (療養の終了)

療養補償は、当該傷病が「治ゆ」したときをもって終了します。地方公務員災害補償制度の治ゆとは、いわゆる「完全治ゆ」のほか、「症状固定」及び「急性症状消退」も治ゆとして取り扱います。

治ゆ後は療養補償の対象とはなりません。したがって、対症療法、経過観察等のため、通院が必要な場合には共済組合員証を使用して受診することとなります。

※基金では、治癒を「治ゆ」と表記します。

「**症状固定**」…一般的に認められている医療行為では、現在の症状を将来的に軽減していく効果が期待できず、その医療行為を中止しても、現在の症状が将来変化しないと見込まれる状態にあるとき

(例) 頰椎捻挫、腰部捻挫等において、しびれ、痛み等の神経症状が残っていても月1～2回対症療法(一時的に痛みを抑えるだけの治療)だけを行う状態になったとき

「**急性症状消退**」…素因または基礎疾病等を有していた者が公務(通勤)災害により、新たに発病した場合や症状を増悪させた場合において、急性期の痛み等の症状が消滅したとき

(例) 腰椎椎間板ヘルニア、腰椎分離症等の既往症又は基礎疾患のある職員が、腰痛を発症した場合において、慢性的な痛み等は残っているものの、急性期の痛みがなくなった状態となったとき

7. 時効

(1) 地公災法第63条による時効(被災職員、指定医療機関以外の医療機関、薬局、その他等)

補償を受ける権利は、2年間(障害補償及び遺族補償、障害補償年金差額一時金、障害補償年金前払一時金及び遺族補償年金前払一時金については、5年間)行われなるときは、時効によって消滅します(地公災法第63条)。なお、「補償を受ける権利」とは、補償請求の事由となる災害が発生した場合に、補償の受給権者の要件に該当する者が基金に対して行う補償の支給決定の請求権のことです。

ただし、補償を受ける原因となった災害について、補償の種類に応じて定められている時効の期間経過前に公務(通勤)災害の認定を請求した場合は、基金が当該災害を公務(通勤)災害と認定したことを当該認定請求者が知り得た日の翌日が当該補償に係る時効の起算日となります(その日が補償を受ける権利が発生した日の以前の日であるときはこの限りではありません。)

なお、傷病補償年金は職員の請求に基づかず、基金が職権でその支給決定を行うものであり、傷病補償年金を受ける権利については時効の問題は生じません。

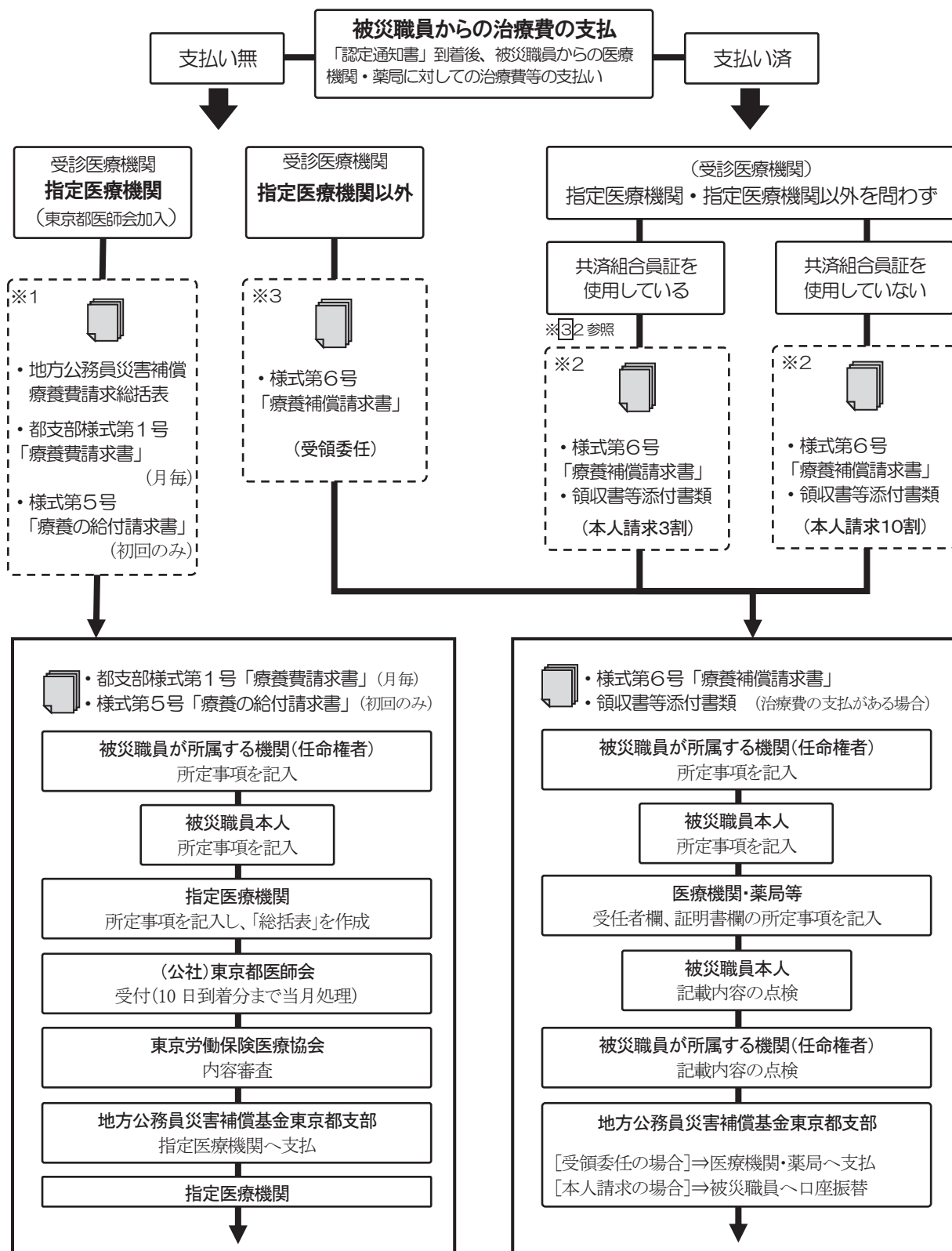
(2) 民法第166条第1項による時効(指定医療機関)

支給決定が行われた補償の給付金の支払を受ける権利については、地公災法第63条の規定の適用はなく、民法の規定が適用されます。したがって、指定医療機関の基金都支部に対する診療費の請求権については、基金都支部との契約に基づく債権であり、民法第166条第1項の規定により、①権利を行使することができることを知った時から5年間、②権利を行使することができる時から10年間のうち、①または②のいずれか早い方の経過により時効が完成します。

そして、①権利を行使することができることを知った時と、②権利を行使することができる時とは基本的に同一時点となりますので、指定医療機関の基金都支部に対する診療費の請求権は①の5年間で時効となります。

4 療養補償請求手続の流れ

1. 公務災害における請求手続の流れ



※1 指定医療機関・・・診療年月日の翌日から5年を経過した療養費の請求はできません。

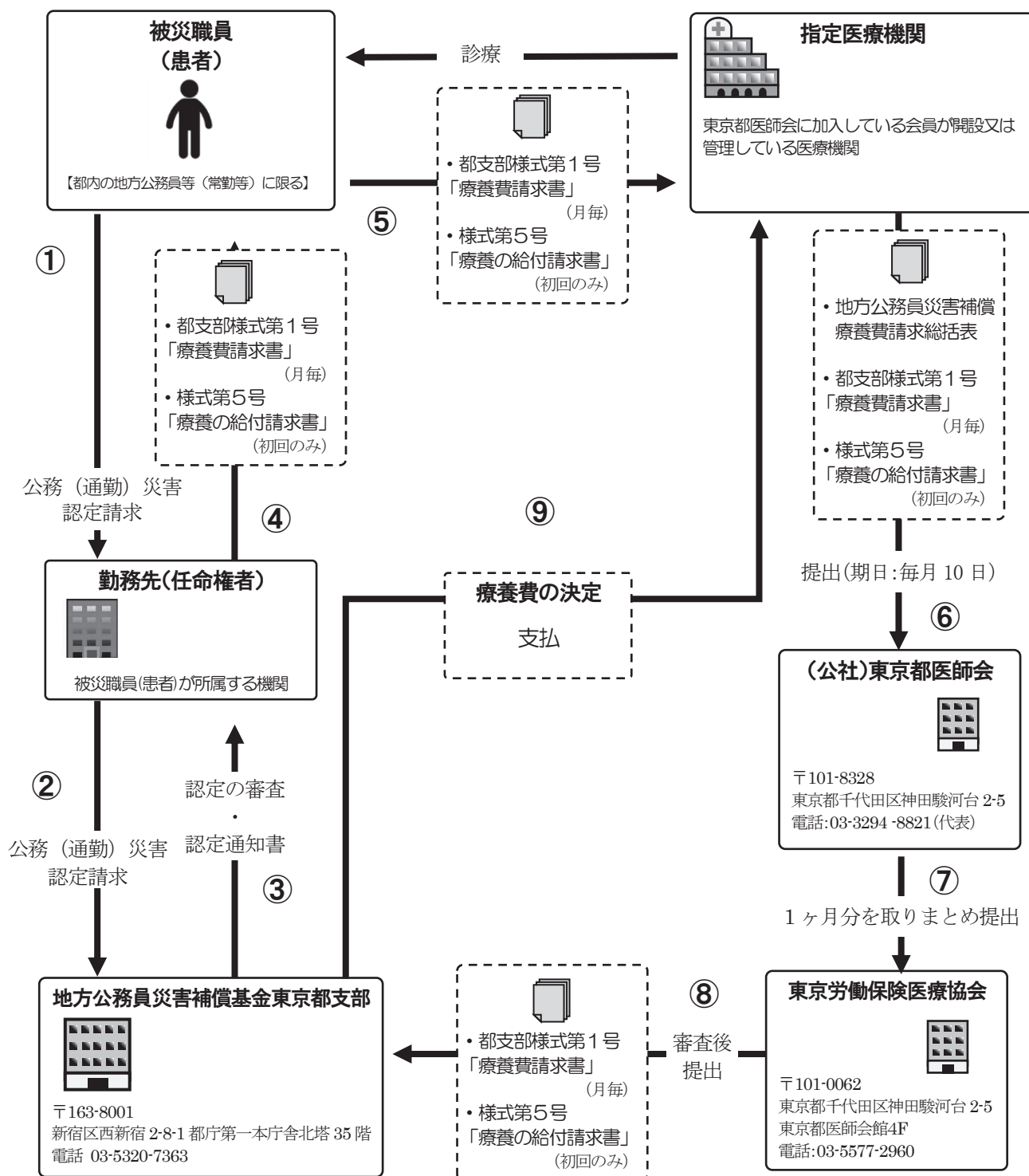
※2 被災職員・・・診療年月日の翌日から2年を経過した療養補償の請求はできません。

※3 指定医療機関以外の医療機関・・・上記※2と同様、2年となります。

(「3 7. 時効」参照)

2. 東京都医師会加入の指定医療機関での請求手続の流れ

〔 東京都医師会に加入している会員が開設又は管理している医療機関 〕



【参考】都立病院、都職員共済組合直営診療所、三楽病院、関東中央病院、東京消防協会診療所、労災病院、国家公務員共済組合連合会直営病院、厚生労働省所管の国立病院、日赤病院、済生会病院及び済生会診療所、厚生年金病院等については、基金都支部に直接、「療養費請求書(都支部様式第1号)」を提出します。

※指定医療機関…診療年月日の翌日から5年を経過した療養費の請求はできません。

(「3 7. 時効」参照)

5 請求方法

1. 提出先

- ① 指定医療機関（医療機関の管理者が東京都医師会の会員である場合）
公益社団法人東京都医師会 医療保険課
〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5
電話：03-3294-8821（代表） FAX：03-3292-7097
- ② 指定医療機関以外（非会員）
療養補償請求書（様式第6号）に必要事項を記載し、被災職員（患者）にお渡し下さい。
医療機関から基金都支部へ直接郵送はしないで下さい。

2. 指定医療機関の提出書類（※指定医療機関以外の場合は提出書類が異なります。）

- ① 「地方公務員災害補償療養費請求 総括表」
請求時には必ず必要となります。巻末の総括表をコピー又は東京都医師会ホームページから入手して下さい。
- ② 「療養費請求書」(都支部様式第1号)
1か月ごとに1枚必要です。なお、診療費内訳については、請求書裏面に記入をするか、または、電算の診療報酬明細書を添付して下さい。
- ③ 「療養の給付請求書」(様式第5号)
初回請求時のみ必要です。

※編綴方法は① → ② → ③ の順に重ね、左上をステープラで留めて提出して下さい〔次ページ「東京都医師会へ提出時の編綴イメージ(案)」参照〕。東京都医師会では、毎月 10 日までに到着した請求書は、当月請求分として処理しています。

(例) 12 月 11 日～1 月 10 日までに東京都医師会に到着した請求書 ⇒ 1 月請求分として処理

制 度	管 轄
地方公務員災害補償制度	【東京都内の地方公務員等(常勤等)の場合】 地方公務員災害補償基金 東京都支部 ※指定医療機関は、東京都医師会に提出 ※指定医療機関以外は、被災職員(患者)へ渡して下さい。
	【他道府県の地方公務員等(常勤等)の場合】 地方公務員災害補償基金 各道府県支部 ※東京都医師会では受け付けておりません。
国家公務員災害補償制度	人事院関東事務局 ※東京都医師会では受け付けておりません。
区市町村が定める非常勤職員の公務災害補償等に関する条例等に基づく補償制度	特別区人事・厚生事務組合又はそれぞれの市町村 ※東京都医師会では受け付けておりません。

東京都医師会へ提出時の編綴イメージ(例)

1. 総括表

2. 請求書(都支部様式第1号、様式第5号)

① 患者A (初回請求)

認定番号 024x-0001

令和6年7月分

療養費請求書(1号)

療養の給付請求書(5号)

② 患者A (2回目請求)

認定番号 024x-0001

令和6年8月分

療養費請求書(1号)

③ 患者B (初回請求)

認定番号 024x-0050

令和6年8月分

療養費請求書(1号)

療養の給付請求書(5号)

上から 1. 総括表、2. 請求書(①、②、③)の順番に並べる。

左上をステープラで留める。

総括表を一番上にする。

(下側)

③

②

①

総括表
(上側)

地方公務員災害補償療養費請求(総括表)

地方公務員災害補償療養費請求 総括表 (令和 6 年 9 月 請求分)				
医療機関名称 東京都医師会 開設者氏名 東京医師会 住所 〒101-8328 千代田区神田旗台2-5 電話番号 03-3294-8821				
No.	診療年月	被災者氏名	認定番号	備考
1	令和6年 6月	都医 太郎	1234-5678	
2	令和6年 7月	〃	〃	
3	令和6年 8月	〃	〃	外来
4	〃	〃	〃	入院
5	令和6年 8月	都医 花子	4321-8765	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
合計 5 件				
東京都医師会 受付番号				

提出年月を記入。当月分の〆切は10日までに到着した分です。

医療機関の情報を記入します。スタンプでも可能

被災職員1名につき1か月単位で記入してください。診療年月、氏名、認定番号を記入します。15件を超える場合は、2枚に分けて下さい。

同月で外来と入院とを分けて作成した場合は、備考欄へ記入して下さい。

請求書の合計件数を記入します。15件を超える場合は、2枚の合計件数を記入します。

東京都医師会で使用する為、記入は不要です。

※「総括表」の入手は巻末の書式をコピーするか、(公社)東京都医師会ホームページからダウンロードしてご活用ください。

「総括表」トップページ→医師のみなさまへ→各種事業 社会保障医療 労災保険/公務災害→公務災害



療養の給付請求書(様式第5号)

療養の給付請求書		認定番号
地方公務員災害補償基金東京都支部長 〇〇〇〇〇 下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求年月日 年 月 日
請求者の住所 氏 名 (自署又は押印)		
1 所属団体名	所属部署名	
氏 名	職 名	〇常 勤 〇非常勤職員
年 月 日	年 月 日	
2 療養を受けようとする指定医療機関等	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
* 受 理 (所属した年月日)	所 属 部 局	任 命 権 者
年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 通 知	年 月 日	* 決 定
		〇支給 〇不支給

【注意事項】
 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する〇にレ印を記入すること。
 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、受給事実を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。
 3 「請求者の氏名」の欄は、姓名押印すること代えて、自署による署名をすることが出来る。
 4 非常勤職員とは、定年引当付短期労働職員等及び非常勤の非常勤職員をいう。(付2-3参照)
 5 都支部様式第1号または第1号の2による初回請求時に添付してください。
 6 年月日の記載には元号を用いてください。

被災職員本人が記入

- 「療養の給付請求書(様式第5号)」は、指定医療機関で初回請求時のみ必要となり、文書料は2,000円です。
- 「療養費請求書(都支部様式第1号)」と一緒に提出して下さい。
- 転医先の指定医療機関においても、「療養の給付請求書(様式第5号)」は初回請求時に文書料2,000円を算定できます。
- 用紙はコピーではなく、被災職員(患者)本人が記入した原本を提出して下さい。
- 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」欄が未記入であれば、医療機関で記入して下さい。

療養費請求書(都支部様式第1号) 表面

「療養費請求書(都支部様式第1号)」用紙は、各被災職員(患者)に対して1か月につき1枚必要です。コピーではなく原本を提出して下さい。

被災者氏名欄が未記入の場合、本来は被災職員本人が記入すべき欄ですが、レセプトの誤認請求防止のため医療機関で被災者氏名欄に被災職員の氏名を記入して下さい。

医療機関が記入

[確認項目]

- 被災職員が記入する欄
- 指定医療機関の情報
- 請求金額は裏面の「診療費内訳」の「診療費の合計(イ)+(ロ)」と一致しているか
- 送金先(振込先銀行等、預金科目、預金名義、フリガナ)

被災職員本人または所属する機関(任命権者)が記入

都支部様式第1号

地方公務員災害補償		保険医療機関コード	
療 養 費 請 求 書			
地方公務員災害補償基金 東京都支部長 殿			
下記の療養費を請求します。			
年	月	日	
医療機関の		郵便番号 所在地 名称 氏名 電話	
請 求 金 額	百	十	万 千 百 十 円
(請求金額の内訳は裏面のとおり)			
※ 負傷又は 発病年月日	年	月	日
※ 所属団体 一 部 局	※ 認定番号		
		※ 被災者氏名	
送金先	振込先銀行	銀行 支店	
	預 金 科 目	□普通預金 No. □当座預金 No.	
	(フリガナ) 預 金 名 義		

注1 医療機関の方へ

- この請求書は、医療機関等との協定に基づき、公務上又は通勤により負傷し又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。
なお、療養に要した費用は、地方公務員災害補償基金東京都支部から、口座振替の方法により直接支払いますから、本人には請求しないでください。
- この請求書は、月ごとに次の区分により提出してください。
ア 東京都医師会に加入している会員が開設又は管理する病院又は診療所（下記イの病院等を除く。）
…………… 〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5 公益社団法人東京都医師会 あて (Tel 03-3294-8821)
イ 地方独立行政法人東京都立病院機構の病院、都職員共済組合直営診療所、三楽病院、関東中央病院、労災病院、国家公務員共済組合連合会直営病院、厚生労働省所管の国立病院及び診療所、日赤病院及び日赤診療所、済生会病院及び済生会診療所、厚生年金病院等、地方公務員災害補償基金本部指定医療機関及び指定福祉事業機関
…………… 〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第一本庁舎北塔 35 階
地方公務員災害補償基金東京都支部 あて (Tel 03-5320-7363)
- 療養費は協定料金により支払います。
- 「送金先」の欄は、明瞭に記入してください。なお、「預金名義」の欄は、通帳に記入してあるとおりに正しく記入してください。
- 請求に当り延滞のある場合は、地方公務員災害補償基金東京都支部 (Tel 03-5320-7363) にお問い合わせください。
- 年月日の記載には元号を用いてください。

2 被災職員(所属事務担当者)へ

- この請求書用紙は、上記の1の(2)のア及びイに掲げる医療機関で受診する場合にのみ使用してください。
- ※印欄は、被災職員(所属事務担当者)が記入してください。
- 初診の際(認定後)は、この用紙のほかに療養の給付請求書(様式第5号)を必ず提出してください。

※ 所 属 事 務 担 当 者	保名	氏名	電話
--------------------	----	----	----

療養費請求書(都支部様式第1号) 裏面

消費税は非課税です。

診療日、診療実日数を忘れず記載して下さい。

診療費の内訳															(年 月 日)		□初 請 求 □繰 上 げ 申 込	
診療期間	年 月 日から 年 月 日まで			診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	診療日数	診療実日数	日	
(傷病名)	(現在の状態)			(調病の経過)														
				1 現在の状態と治療内容											2 今後の療養予定			
①指導				点数(点)											診療内容		金額	
				①初診											年 月 日		円	
				(救急医療管理加算 □入院 □外来)													円	
				②再診													円	
				③指導													円	
				☐ 認定時診断書 ☐ 療養給付請求書(様式第5号) ☐ 転医証明(転医先 (年 月 分)) ☐ 移送費証明 (年 月 分) ☐ 休業補償証明 (年 月 分) ☐ その他 ()													円	
④在宅				往診 回数														
				夜間 回数														
				緊急・深夜 在宅患者訪問診療 回数														
				その他 回数														
				薬剤 単位														
⑤投薬				☐ 内服 (薬剤 調剤) ☐ 点眼 (薬剤 調剤) ☐ 外用 (薬剤 調剤) ☐ 調剤 ☐ 処方 ☐ 麻薬 ☐ 調基											☐ Ⅱ ☐ 特別管理 日間 日間 日間 日 日 日 円 円 円			
⑥注射				☐ 皮下筋肉内 ☐ 静脈内 ☐ その他											☐ Ⅱ ☐ 特別管理 日間 日間 日間 日 日 日 円 円 円			
⑦処置				薬剤 回数														
⑧手術・麻酔				薬剤 回数														
⑨検査				薬剤 回数														
⑩画像診断				薬剤 回数														
⑪その他				処方せん 回数														
				薬剤 回数														
⑫入院				入院年月日 年 月 日 病 診 衣 入院期間 月 日 ~ 月 日 日間 ☐ 入院基本料 × 日間 × 日間 × 日間 ☐ 入院基本料加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 ☐ 特定入院料・その他											課税医療機関は点数×12円、 非課税医療機関は点数×11.5円です。			
小 計				点 (f)											円			

基金に提出する書類以外は認められません。

公務災害での初・再診料は、点数ではなく金額です(200床以上の病院での再診は外来診療料の点数で算定)。

初診時に「救急医療管理加算」の要件を満たす場合は、入院・外来の区分に☑を入れ、算定して下さい。

算定可能な文書料がある場合には、該当する部分に☑を入れ、算定して下さい。
(例:初診時には療養給付請求書(様式第5号)の2,000円を算定可能)

医師会審査印

- 注1 □印の該当するところには、☑で表示してください。
 2 診療日欄は、実際に診療した日を○で囲み、日数を実日数欄に記載してください。
 3 診断書の文書料は、認定時の1通分のみ支払います。他の診断書については自己負担となります。
 4 明細書等書ききれない場合は、別紙を添付してください。

公務災害診療費(協定金額で請求する項目)一覧表

[点数×12円]…課税医療機関

[点数×11円 50銭(円未満は切り捨て)]…非課税医療機関(国立、公益法人等)

初診料			3,850 円
救急医療管理加算			7日を限度(入院患者)6,900 円 初診のみ(外来患者)1,250 円
再診料 (※1) 200 床以上の病院は「外来診療料」の点数で算定			1,420 円
再診時療養指導管理料			920 円
文書料 (※2)基金都支部の公務災害の請求に 限定した金額です。労災保険と取扱い が一部異なるものもあります。	認定請求用診断(証明)書 (都支部様式第 26 号、原則 1 通のみ)		3,000 円
	休業補償証明		2,000 円
	転医証明		500 円
	移送費証明		500 円
	補装具証明		500 円
	障害補償請求時の診断書		4,000 円
	後遺障害診断書		4,000 円
	療養の現状等に関する報告書		5,000 円
	療養給付請求書(様式第 5 号)		初回のみ 2,000 円
	同意書		500 円
	個室・上級室証明書		500 円
	看護証明書		500 円
入院室料加算	甲 地	個室	11,000 円
		二人室	5,500 円
		三人室	5,500 円
		四人室	4,400 円
	乙 地	個室	9,900 円
		二人室	4,950 円
		三人室	4,950 円
		四人室	3,960 円
入院時食事療養費(Ⅰ) (一食につき)	(1)(2)以外の食事		800 円
	(2)流動食のみ(※3)		730 円
	(加算)	特別食加算 (一食につき)	90 円
		食堂加算 (一日につき)	60 円
入院時食事療養費(Ⅱ) (一食につき)	(1)(2)以外の食事		640 円
	(2)流動食のみ(※3)		590 円

(※3)市販されている流動食を経管栄養法により提供した場合

上記以外の診療についても労災算定基準により算定して下さい。文書料に消費税はかかりません。公務(通勤)災害認定請求以外の目的の診断書は、被災職員の自己負担です。「療養費請求書(都支部様式第1号)」の文書料はありません。

以下の書類は、東京都医師会での取扱いができません。被災職員(患者)本人へ渡して下さい。

- ・療養補償請求書(様式第6号)
- ・「療養の現状等に関する報告書」文書料に係る請求書
- ・障害補償関係請求書(様式第9号等)
- ・福祉事業(外科後処置、アフターケア)申請書(様式第42号等)
※指定された福祉事業機関については、基金都支部へ直接送付して下さい。
- ・国家公務員災害補償関係請求書(人事院規則16-4 様式等)
※問合せ先:人事院関東事務局 第一課公平勤務係 Tel 048-740-2005
- ・東京都非常勤職員関係請求書(様式第3号等)
- ・消防団員等公務災害補償関係請求書
※被災職員本人または所属消防団事務局へ送付して下さい。

非 常 勤	被災職員(患者)勤務先	問合せ先	電話番号
	23区	特別区人事・厚生事務組合厚生部厚生管理課	03-5210-9844
	東京都庁	人事部職員支援課安全衛生担当	03-5388-2477
	市町村等	各市町村等それぞれの団体へ	

地方公務員災害補償療養費請求 総括表

(令和 年 月 請求分)

医療機関名称

開設者氏名

住所 〒

電話番号

No.	診療年月	被災者氏名	認定番号	備考
1			—	
2			—	
3			—	
4			—	
5			—	
6			—	
7			—	
8			—	
9			—	
10			—	
11			—	
12			—	
13			—	
14			—	
15			—	

合計 件

東京都医師会 受付番号

療 養 の 給 付 請 求 書				認 定 番 号	
地方公営農林業振興基金東京都支部長.....殿			請求年月日		年 月 日
下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。			請求者の住所..... 氏 名..... (自署又は押印)		
所属団体名		所属部局名			
1 被災職員に関する事項	氏 名	職 名		☐ 常勤 ☐ 令第1条職員	
	年 月 日生 (歳)		負傷又は発病の日		年 月 日
2 療養を受けようとする指定医療機関等	所在地		所在地		
	(新)		名称		
	(旧)		所在地		
	名称		名称		
* 受 理 (到達した年月日)		所 属 部 局		任 命 権 者	
年 月 日		年 月 日		基金支部	
* 通 知		年 月 日		* 決 定	
年 月 日		年 月 日		□支給 □不支給	

〔注意事項〕
1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。
3 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することによって代えて、自筆による署名をすることができる。
4 令第1条職員とは、定年前再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。(P.2～3参照)
5 都支部様式第1号または第1号の2による初回請求時に添付してください。
6 年月日の記載には元号を用いてください。

診 断 書
(施 術 証 明 書)

被災職員	氏 名	傷病名	
生年月日	年 月 日 (歳)		
災害発生日	年 月 日	初診日	年 月 日
問診内容 (初診)			
身体所見 関節可動域の状況 脊柱神経学的症状 運動障害 知覚障害 腱反射異常 筋萎縮 部位: 検査所見 (X線・MRI・CT・血液等) 治療内容・経過 本件傷病の主な発症原因 (素因・既往病歴との因果関係の有無) ・療養見込み ・休業見込み 現在又は最終診断日 (年 月 日現在) の所見及び今後の見通し 本診断書 (施術証明書) 記載日の状態 □治ゆ □死亡 □中止 □継続中 □転医 (医療機関名:) □不明 (理由:) 上記のとおり診断 (証明) します。 所在地 年 月 日 名称 医師名 (柔道整復師) (自署又は押印)			

注 1 公務災害・通勤災害の認定請求をされる場合、診断書(施術証明書)は、原則としてこの用紙を使用してください。
2 診断書(施術証明書)等の作成にあたっては、裏面を参照してください。
3 全診療科共通の様式です。(柔道整復師の場合は施術証明書になります。)

診断書(施術証明書)の作成等について

- 1 診断書(施術証明書)の作成につきましては、様式の記載項目について、わかる範囲で所見等を記入してください。
- 2 傷病の発症と素因との関係については、災害発生の業務内容から判断して、主治医、柔道整復師としての見解を記載願います。
- 3 診療機関の所在地、名称等の記載は、スタンプを押印する方法によっても差し支えありません。なお、医師名は自署又は押印してください。
- 4 診断書による文書料は非課税です (消費税法施行令第 14 条第 19 項及び地方公務員災害補償法第 65 条)。
- 5 医療機関等でも控えを保管してください。

地方公務員災害補償基金東京都支部 補償第一・第二担当 TEL 03 (5320) 7363・7364

認定番号	
請求回数	第 回 (年 月 分)

(注意事項)

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 〔認定書〕の欄は、1 回目の請求においては、記入する必要はない。
- 3 1 申請費用の受領印は、診療にはおいては、記入する必要はない。
- 4 請求を行う申請書に医療機関の費用を委託しようとする場合には記入すること。
- 5 令第1条関係は、従前より再任用時勤務協会の及び労働的非常労働員をいう。
- 6 15 看護費及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 6 17 上記以外の療養費(※、救急及び費用)の欄には、入院した患者を含まない場合の食事費及び「3 診療費」に含まれない療養に必要で追加された材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその明細書及び明細書を添付すること。
- 7 送金希望口座等の欄は、公金受取口座等の送金を希望する場合は、送付先金融機関(銀行)の名称等、口座振替情報等を記入すること。
- 8 ※10 診療費(請求料)、「※11 調剤費(調剤料)」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 9 〔医師、歯科医師請求料〕又は「※12 調剤費(調剤料)」又は「※12 調剤費(調剤料)」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師より計算できるようなもの(例えば、検査費及びその証明書の添付、入院室料等)を記入すること。
- 10 なお、本様式の取扱手数料は発生しません。
- 10 10 請求者の氏名)の欄は、自筆による署名など、本人確認を行うことがあります。
- 11 年月日の記載は元号を用います。各機関で提出する書類は、被保険員にお渡しください。

--	--

Figure	Figure	Figure	Figure
Figure 1	Figure 2	Figure 3	Figure 4

(自署又は押印)

都支部様式第2号

休業補償請求書	認定番号	第 回
休業援護金申請書	請求回数	第 回

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿	請求（申請） 毎月 日	年 月 日
下記の休業補償（休業授護金）を請求（申請）します。	請求（申請）者の住所 フリガナ 氏 名	個人番号 (自署文は押印)

(補償費の受領委任) この請求(申請)書による休業補償費(休業保護金)の受領を
_____(受領者) _____に委任します _____(委任者)

労働安全衛生法第67条第2項第2号ニ準拠

1 被災職員に 関する事項										所属団体名		所属部局名		職名		□ 常勤 □ 令第1条職員		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
2 請求日数										年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
* 3 所属部局 の長の証明										年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
4 休業補償										全部休業した日についての計算		円 × $\frac{60}{100}$ =		円 × $\frac{60}{100}$ =		円 × $\frac{60}{100}$ =		円 × $\frac{60}{100}$ =		円 × $\frac{60}{100}$ =		円 × $\frac{60}{100}$ =	
5 休業授渡金										全部休業した日についての計算		円 × $\frac{20}{100}$ =		円 × $\frac{20}{100}$ =		円 × $\frac{20}{100}$ =		円 × $\frac{20}{100}$ =		円 × $\frac{20}{100}$ =		円 × $\frac{20}{100}$ =	
6 他方年金の 受給関係										□ 被保険者であった。		□ 被保険者ではなかった。		□ 被保険者ではなかった。		□ 被保険者ではなかった。		□ 被保険者ではなかった。		□ 被保険者ではなかった。		□ 被保険者ではなかった。	

*7	認定傷病名	現在の状態 ☐ 治癒 ☐ 死亡 ☐ 中止 ☐ 転院 ☐ 継続中					
医師	請求日数のうち療養の日の勤務することができなかったと認められる日数	勤務することができなかったと認められる理由					
医師	年 月 日から 年 月 日まで						
の	1 の被災職員については、上記のとおりであることを証明します。						
証	年 月 日		{ 所 在 地 } 医務機関の 氏 名				
明	(白黒コピー用紙)						

8	送金希望額	任意の口座を指定する	☐	本支店等名 (フリガナ) 口座名義人	口座種別 ☐ 普通 ☐ 当座	（口座番号は2桁10桁）
9	金庫機関名	金庫機関名	☐	口座番号		
10	金庫番号	その他	☐			
11	金庫取次	金庫取次口座を利用する（本請求（申請）書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。）	☐			

* 決定金額	休業補償	法第20条の制限		有 ☐ 無 ☐	円	* 通	知	年	月	日
		休業授護金	計							
	休業授護金	円				* 支	払	年	月	日
	合	計								

* 受理 到着した年月日	所属局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日

- 1 請求（申請）者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に×印を記入すること。
- 2 複数月に渡り休業補償を請求する場合は、月別に休業補償（休業減額金）請求書（申請書）の作成が必要であること。
- 3 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。ただし、2回目以降の請求において個人番号に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 4 令第1条職員とは、再任用期間勤務職員等及び常勤非常勤職員をいう。
- 5 災害補償法施行規則（昭和42年労務省令第27号）第28条の3に該当する日がある場合は、当該日を控除した日数を記入すること。
- 6 「4 休業補償」及び「5 休業減額金」の欄の「全部休業した日についての計算」の「（平均給与額）」には、「平均給与額算定書（2号紙）」及び「2 平均給与額」の金額を、「一部休業した日についての計算」の「（平均給与額）」には、療養を開始してから1年6ヶ月を経過している場合に、平均給与額が第2条第13項の規定により総務大臣が定める最高限度額を固めている場合であっても、当該最高限度額を適用しない金額を記入すること。
- 7 「6 他法年金の受給関係」の欄は、請求者（休業補償）と同一の事由により地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号、以下「令」という。）附則第3条の2第1項の要の上欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□」の被保険者であった。」の□に×印を記入するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。なお、この請求書提出するとき、□の被保険者であること、その事実を認認できるときは添付する必要があること。ただし、基金が情報提供ネットワークシステムを利用することによりの上欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書面で報告すること。
- 8 「*7 医師の証明」の欄は、入院中の場合のうちに、既に休業補償請求等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求書において重ねて医師の証明を求め、記入する必要はないこと。
- なお、このときいう「勤務」とは、必ずしも災害発生前に従事していた業務に限るものではなく、一時態勢転換に従事する場合も含まれます。したがって、配置換え等により比較的軽易な業務に従事することになった場合には、「勤務すること」がきかない」には該当しません。長期にわたり自己治療を行っている場合等には、比較的軽易な業務に従事することが可能であるかどうかについて、療養の程度、通院の状況、治療内容及び医師の意見等を基に判断すること。
- 9 同一月内で医師の証明を変更した場合は医療機関ごとに医師の証明が必要であること。
- 10 「10 送金希望口座等」の欄は、金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関等の口座振替情報等を記入する必要はないこと。
- 11 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、2回目以後の請求において平均給与額に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 12 年月日：記載した年月日を用いること。
- 2 回目以降の請求書提出に際しては、必ず見出し第3条第3項による金額を計算し、前回の平均給与額と比較すること。

移 送 費 明 細 書

認定番号

被災職員	所 属 ・ 所 在 地																			
	住 所 ・ 氏 名																			
認定傷病名																				
移 送 費 の 明 細	利用交通機関・通院日・区間・料金	金 額	経 路 略 図 (通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと)																	
	金 額 合 計		円																	
医療機関等の証明	通 院 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	年 月 日 合計日数			
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31		
医療機関等の証明		上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所 在 地 名 称 主治医又は担当者の氏名 (自署又は押印)																		
		※傷病の部位及び程度等を樹索し、タクシー等の利用を必要とした場合のみ、担当医師がその理由及び期間を詳細に記載してください。 医師の 所 見 主治医の氏名 (自署又は押印)																		

注 1 移送費の請求の際は、通院日について医療機関等の証明が必要となります。
2 太枠の部分は、医療機関等で記入してください。
3 公共交通機関の利用のみの場合は、「医師の所見」欄への記載は必要ありません。
4 通勤手当が支給される期間は、通勤手当との重複区間は請求できません。

看 護 証 明 書

認定番号

所 属	傷病名			
氏 名				
看護の区分	☐ 看護師	☐ 准看護師	☐ その他	
	☐ 家族	(被災職員との続柄)		
看護を必要とした期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
基準看護の有無	☐ 有	☐ 無		
看護を必要とした理由 (病状等のできるだけ詳細に記載してください。)				
家族又はその他の場合 看護師等が得られなかった理由				
備考				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所 在 地 名 称 担当医師 (自署又は押印)				

注 基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。

同 意 書				認定番号	
被災職員	氏 名			生年月日	年 月 日
	住 所				
	所 属 部 局 名				
医 師 の 証 明	負傷又は発病の 年 月 日	年 月 日	療 養 の 開始年月日	年 月 日	
	傷 病 名				
	同 意 し た 理 由				
	施 術 の 種 類	マッサージ、はり、きゅう、その他（ ）			
	施 術 の 部 位	左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、軀幹、その他（ ）			
	施 術 を 必 要 と 認 め た 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	上 記 の 期 間 内 の 施 術 を 必 要 と す る 回 数	1 か月	回程度を必要とする。		
施 術 者 の 氏 名 ・ 住 所					
明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名称 } 担当医師 (自署又は押印)				

注 1 「施術を必要と認めた期間」は、3か月を限度とし、3か月以上にわたり施術を必要と認めたときは、3か月又は端数ごとに改めて同意書を交付してください。
2 上記1の期間内における施術の回数は、それぞれの必要回数を記入してください。

転 医 届				認定番号	
被災職員	所 属 ・ 所 在 地				
	住 所 ・ 氏 名				
	傷 病 名				
現在受診 している 診療機関	所 在 地				
	名 称				
	療 養 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日 間	
転医先の 診療機関	所 在 地				
	名 称				
	転 医 年 月 日	年 月 日 から			
医 師 の 証 明		以下の該当する転医理由の番号に○をしてください。 1 自宅に近いため 2 勤務先に近いため 3 医療（療養）上必要と認めたため 4 その他（4を選択した場合は、理由を記載してください。）			
	転 医 の 理 由				
	上記理由により「転医先の診療機関」へ転医させたことを証明します。 年 月 日 診療機関の { 所在地 名称 } 担当医師 (自署又は押印)				
上記のとおり届出いたします。 年 月 日 被災職員氏名 (自署又は押印)					

注 1 転医先の主治医等に認定傷病名を告げること。
2 転医先の診断で、傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡すること。

個室・上級室証明書

所 属		認定番号	
氏 名			
入院期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間
個室・上級室を必要とした期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間
個室・上級室を必要とした理由 (具体的に記載してください。)			
等級別病室詳細	差額室の種別	個 室	上 級 室
	該当項目に○印を付けてください。 1 日当たりの 室料差額料金	円	(人部屋) 円
備考			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名 称 担当医師 (自署又は押印)			

注 補償上限額は11,000円/日(甲地区、個室の場合)です。(令和4年4月現在)

補装具証明書

所 属		認定番号
氏 名		
認定傷病名		
災害発生日		年 月 日
医師の証明	装 具 名	医療機関の { 所在地 名 称 担当医師 (自署又は押印)
	必要理由	
	上記理由により、補装具が必要であることを証明します。 年 月 日	

注 1 補装具等は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償の対象となります。

2 被災職員の判断で購入した場合は、自己負担となります。

[注意事項]

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができ。
- 3 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。
- 4 年月日の記載には元号を用いる。

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の
名称

所在地

(自署又は押印)

6 よくある質問

1 公務（通勤）災害と認定されるまで、療養費の請求を保留しなければいけませんか。

公務（通勤）災害の認定結果が出るまで、指定医療機関（東京都医師会加盟の病院・診療所）の場合は、できるかぎり請求を保留していただきますようお願いいたします。

指定医療機関以外（薬局含む。）の場合は、被災職員から療養費相当額を徴収するかどうか、請求を保留するかどうかについては、被災職員と相談して決めるようにして下さい。

2 療養補償の請求書が欲しいのですが、どこで入手できますか。

被災職員が公務（通勤）災害と認定された場合は、医療機関に「公務（通勤）災害認定通知書」と一緒に請求書の用紙を持参することになっています。なお、基金都支部ホームページの請求様式集に各種様式を掲載していますので、ダウンロードしてご活用下さい。

【地方公務員災害補償基金東京都支部・様式集】 <https://chikousai-tokyo.jp/yoshiki/>



3 「療養費請求書（都支部様式第1号）」を他支部の療養費請求に使っても良いですか。

基金都支部の指定医療機関の療養給付で使用する専用の様式ですので、他支部では使えません。該当の支部にお問い合わせ下さい。なお、他の用紙についても同様です。

4 診断書等の文書料には消費税を含めて請求できますか。

公務（通勤）災害にかかる文書料は非課税となりますので、文書料の請求額に消費税を含めないで下さい。

【根拠規程等】

消費税法別表第2第6号ト、消費税法施行令第14条第19号、「消費税法の施行に伴う地方公務員災害補償の実施について」（平成元年3月31日自治給第17号）

5 被災職員から「療養補償請求書（様式第6号）」の作成を依頼されましたが、その文書料も請求できますか。

「療養補償請求書（様式第6号）」の作成にかかる文書料は補償の対象外となりますので、請求することはできません。

6 「療養補償請求書（様式第6号）」裏面の診療費の内訳欄の記載は、手書きではなく、電子レセプトの添付でも可能でしょうか。

電子レセプトの添付で結構です。

ただし、電子レセプトに公務（通勤）災害に認定されていない傷病（＝私病）が含まれていないか確認して下さい。私病が含まれている場合は、私病の療養費を訂正削除した上で添付して下さい。

7 療養費を被災職員に負担してもらっていますが、公務（通勤）災害に認定された場合、精算してお金を被災職員に返金しなければならないですか。

公務（通勤）災害の認定後、医療機関等が精算して全額を基金都支部に請求するか、または、被災職員が自己負担分全額を領収書を添付して基金に請求するかについては、特に取り決めはありませんので、被災職員と話し合って決めるようにして下さい。

8 書類の作成が終わったら、療養費の請求書をどこに提出すればよいですか。

「療養費請求書(都支部様式第1号)」で請求される指定医療機関は、請求書の「注1 医療機関の方へ(2)」に記載された送付先に提出して下さい。

指定医療機関以外の病院・薬局等は、「療養補償請求書(様式第6号)」の作成が終わりましたら、被災職員に請求書を渡して下さい。被災職員の所属を経由して基金都支部に提出されます。基金都支部へ直接送付しないで下さい。

9 「診断書(都支部様式第26号)」その他各種様式について、医師の証明欄に印を押さなくて良いですか。

医師名を医師本人の自筆で記入した場合は、押印しなくても差し支えありません。住所、医療機関名称、医師名が一体となったゴム印を使用する場合や、印刷の場合には、医師が自筆で氏名を追記するか、または、医師の印を押して下さい。

10 東京都医師会へ提出する「療養費請求書(都支部様式第1号)」について、医療機関の氏名に印鑑を押さなくて良いですか。

押印は必要ありません。

11 「療養費請求書(都支部様式第1号)」の初回請求に当たり、被災職員から添付書類で「療養の給付請求書(様式第5号)」を受け取りましたが、氏名が印刷されたもので押印されていません。このまま、東京都医師会へ提出しても良いですか。

そのまま東京都医師会へ提出して差し支えありません。

12 被災職員から書類を受け取りましたが、本人は帰られた後で、電話をかけても連絡が取れません。何か連絡を取る方法がありますか。

「療養費請求書(都支部様式第1号)」の場合、下部の「所属事務担当者」の連絡先へお問い合わせ下さい。また、「療養補償請求書(様式第6号)」の場合、「2 被災職員に関する事項」の所属部局名の電話番号へお問い合わせ下さい。

それぞれの連絡先は、被災職員(患者)の勤務している職場の連絡先ですので、本人と連絡を取ることができます。

13 被災職員から「療養の現状等に関する報告書(様式第38号)」の作成依頼がありました。その際、上部分に現状報告と○で囲まれた療養費請求書も渡されました。表面の請求金額に5,000円、下段に×印、裏面に「この面は記入不要です。」と記載があり、いつもの東京都医師会へ提出する療養費請求書(都支部様式第1号)と少し違うのですが。

医師が作成した「療養の現状等に関する報告書(様式第38号)」を被災職員(患者)へ渡す時に、その請求書(医療機関の振込先口座情報等を記入)も一緒に渡して下さい。

東京都医師会に提出しないで下さい。

14 「療養補償請求書(様式第6号)」について、補償費用の受領委任のため、口座情報を記入していますが、個人番号(マイナンバー)の欄があります。個人番号を記入するのですか。

医療機関等で個人番号(マイナンバー)を記入することはありませんので、誤って記入することの無いように注意して下さい。

7 主な指定医療機関・問合せ先一覧

名 称	所在地・連絡先
地方公務員災害補償基金東京都支部	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 東京都庁第一本庁舎北塔 35 階
管理担当	庶務等に関する事 TEL 03-5320-7362
補償第一担当	補償事務の総合調整、補償・認定に関する事 TEL 03-5320-7363
補償第二担当	認定事務の総合調整、補償・認定に関する事 TEL 03-5320-7364
年金求償担当	障害等級、年金、福祉事業に関する事 TEL 03-5320-7365 第三者事案に関する事 TEL 03-5320-7366
審査担当	支部審査会に関する事 TEL 03-5320-7367

地方公務員災害補償基金支部一覧（東京都近郊のみ抜粋）

埼玉県支部	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂 3-15-1 TEL 048-830-2437
千葉県支部	〒261-7133 千葉市美浜区中瀬 2-6-1 WBG マリブウエスト 33 階 TEL 043-350-2112
神奈川県支部	〒231-8588 横浜市中区日本大通 1 TEL 045-210-2175
横浜市支部	〒231-0005 横浜市中区本町 6-50-10 TEL 045-671-2155
川崎市支部	〒210-8577 川崎市川崎区宮本町 1 TEL 044-200-2140
千葉市支部	〒260-8722 千葉市中央区千葉港 1-1 TEL 043-245-5038
さいたま市支部	〒330-9588 さいたま市浦和区常盤 6-4-4 TEL 048-829-1091
相模原市支部	〒252-5277 相模原市中央区中央 2-11-15 TEL 042-769-8339

問合せ先

公益社団法人 東京都医師会 (指定医療機関の請求書の 提出 について)	〒101-8328 千代田区神田駿河台 2-5 事業部 医療保険課 TEL 03-3294-8821
東京労働保険医療協会 (指定医療機関の請求書の 内容審査 について)	〒100-0003 千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館4階 TEL 03-5577-2960
東京都職員共済組合	〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第一本庁舎北塔 39 階 年金保険部医療保険課給付担当 TEL 03-5320-7328
公立学校共済組合東京支部	〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第二本庁舎南側 14 階 東京都教育庁福利厚生部給付貸付課短期給付担当 TEL 03-5320-6827 福利厚生課公務災害担当 TEL 03-5320-6819
警察共済組合警視庁支部	〒135-0016 江東区東陽 7-3-5 警視庁内 給付課医療給付係 TEL 03-5635-1211
東京都市町村職員共済組合	〒190-8573 立川市錦町 1-12-1 ホテル日航立川東京(共済会館)5 階 保険福祉課保険担当 TEL 042-528-2194
人事院関東事務局 (※被災者が国家公務員の場合)	〒330-9712 埼玉県さいたま市中央区新都心 1-1 さいたま新都心合同庁舎 1 号館 6 階 人事院関東事務局 第一課公平勤務係 TEL 048-740-2005
東京都総務局 (※被災者(非常勤)勤務先が東京都)	〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第一本庁舎 13 階南側 人事部職員支援課安全衛生担当 TEL 03-5388-2477
特別区人事・厚生事務組合 (※被災者(非常勤)勤務先が 23 区) 請求手続きに ついて	〒102-0072 千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 厚生部厚生管理課 TEL 03-5210-9844

※被災者勤務先が市町村の場合は、各市町村にお問い合わせください。

指定医療機関

指定医療機関には、(公社)東京都医師会に加入している会員が開設または管理する医療機関以外に、都立病院、独立行政法人国立病院機構の病院、職員共済組合病院、労災病院等が含まれます。

名 称	所在地・連絡先
地方独立行政法人 東京都立病院機構	
東京都立広尾病院	〒150-0013 渋谷区恵比寿 2-34-10 TEL 03-3444-1181
東京都立大久保病院	〒160-8488 新宿区歌舞伎町 2-44-1 TEL 03-5273-7711
東京都立大塚病院	〒170-8476 豊島区南大塚 2-8-1 TEL 03-3941-3211
がん・感染症センター 東京都立駒込病院	〒113-8677 文京区本駒込 3-18-22 TEL 03-3823-2101
東京都立豊島病院	〒173-0015 板橋区栄町 33-1 TEL 03-5375-1234
東京都立荏原病院	〒145-0065 大田区東雪谷 4-5-10 TEL 03-5734-8000
東京都立墨東病院	〒130-8575 墨田区江東橋 4-23-15 TEL 03-3633-6151
東京都立多摩総合医療センター	〒183-8524 府中市武蔵台 2-8-29 TEL 042-323-5111
東京都立多摩北部医療センター	〒189-8511 東村山市青葉町 1-7-1 TEL 042-396-3811
東京都立東部地域病院	〒125-8512 葛飾区亀有 5-14-1 TEL 03-5682-5111
東京都立多摩南部地域病院	〒206-0036 多摩市中沢 2-1-2 TEL 042-338-5111
東京都立神経病院	〒183-0042 府中市武蔵台 2-6-1 TEL 042-323-5110
東京都立小児総合医療センター	〒183-8561 府中市武蔵台 2-8-29 TEL 042-300-5111
東京都立松沢病院	〒156-0057 世田谷区上北沢 2-1-1 TEL 03-3303-7211
東京都立がん検診センター	〒183-0042 府中市武蔵台 2-9-2 TEL 042-327-0201
東京都職員共済組合	
シティ・ホール診療所	〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第二本庁舎 17 階 TEL 03-5320-7358
公立学校共済組合	
関東中央病院	〒158-8531 世田谷区上用賀 6-25-1 TEL 03-3429-1171
公益社団法人 東京都教職員互助会	
三楽病院	〒101-8326 千代田区神田駿河台 2-5 TEL 03-3292-3981
一般財団法人 東京消防協会	
東京消防協会診療所	〒100-8119 千代田区大手町 1-3-5 東京消防庁内 12 階 TEL 03-3218-3005
本部指定医療機関及び指定福祉事業機関 (都内のみ抜粋)	
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター	〒187-8551 小平市小川東町 4-1-1 TEL 042-341-2711
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター	〒162-8655 新宿区戸山 1-21-1 TEL 03-3202-7181

厚生労働省国立ハンセン病療養所 国立療養所多磨全生園	〒189-8550 東村山市青葉町 4-1-1 TEL 042-395-1101
独立行政法人国立病院機構 東京医療センター	〒152-8902 目黒区東が丘 2-5-1 TEL 03-3411-0111
独立行政法人国立病院機構 災害医療センター	〒190-0014 立川市緑町 3256 TEL 042-526-5511
独立行政法人国立病院機構 東京病院	〒204-8585 清瀬市竹丘 3-1-1 TEL 042-491-2111
独立行政法人国立病院機構 村山医療センター	〒208-0011 武蔵村山市学園 2-37-1 TEL 042-561-1221
独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院	〒143-0013 大田区大森南 4-13-21 TEL 03-3742-7301
国家公務員共済組合連合会 立川病院	〒190-8531 立川市錦町 4-2-22 TEL 042-523-3131
国家公務員共済組合連合会 九段坂病院	〒102-0074 千代田区九段南 1-6-12 TEL 03-3262-9191
国家公務員共済組合連合会 虎の門病院	〒105-8470 港区虎ノ門 2-2-2 TEL 03-3588-1111
国家公務員共済組合連合会 三宿病院	〒153-0051 目黒区上目黒 5-33-12 TEL 03-3711-5771
国家公務員共済組合連合会 東京共済病院	〒153-8934 目黒区中目黒 2-3-8 TEL 03-3712-3151
公立学校共済組合 関東中央病院	〒158-8531 世田谷区上用賀 6-25-1 TEL 03-3429-1171
財団法人自警会 東京警察病院	〒164-8541 中野区中野 4-22-1 TEL 03-5343-5611
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 東京都済生会 東京都済生会中央病院	〒108-0073 港区三田 1-4-17 TEL 03-3451-8211
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 東京都済生会 東京都済生会向島病院	〒131-0041 墨田区八広 1-5-10 TEL 03-3610-3651
日本赤十字社 日本赤十字社医療センター	〒150-8935 渋谷区広尾 4-1-22 TEL 03-3400-1311
日本赤十字社 武蔵野赤十字病院	〒180-8610 武蔵野市境南町 1-26-1 TEL 0422-32-3111
日本赤十字社 大森赤十字病院	〒143-8527 大田区中央 4-30-1 TEL 03-3775-3111
日本赤十字社 東京かつしか赤十字母子医療センター	〒125-0051 葛飾区新宿 3-7-1 TEL 03-5876-3511
独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター	〒162-8543 新宿区津久戸町 5-1 TEL 03-3269-8111
独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター	〒169-0073 新宿区百人町 3-22-1 TEL 03-3364-0251
独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院	〒108-8606 港区高輪 3-10-11 TEL 03-3443-9191
独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京城東病院	〒136-0071 江東区亀戸 9-13-1 TEL 03-3685-1431
独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター	〒144-0035 大田区南蒲田 2-19-2 TEL 03-3738-8221

労災診療費算定基準
自賠責保険診療費算定基準
地方公務員災害補償制度の手引
令和6年6月

発行 令和6年9月

公益社団法人 東京都医師会
東京労働保険医療協会
東京労働局
地方公務員災害補償基金東京都支部
一般社団法人 日本損害保険協会関東支部
損害保険料率算出機構 自賠責損害調査センター首都圏本部
