

労災診療費算定基準

(平成18年4月1日現在)

1. 単価	昭和36年11月11日	11円50銭 (武見会長・大野労災補償部長協定)
	昭和45年4月1日改定	私的医療機関 12円 公的医療機関等(非課税医療機関) 11円50銭
2. 点数	昭和36年11月11日	健保点数に準拠する (武見会長・大野労災補償部長協定)

昭和51年1月1日改定(全面改定)	平成4年4月1日改定(健保関連)
昭和52年4月1日改定(一部改定)	平成4年5月1日改定(一部改定)
昭和53年2月1日改定(健保関連)	平成6年4月1日改定(健保関連)
昭和53年4月1日改定(一部改定)	平成6年5月1日改定(一部改定)
昭和56年6月1日改定(健保関連)	平成6年10月1日改定(一部改定)
昭和56年9月1日改定(一部改定)	平成8年4月1日改定(健保関連)
昭和58年2月1日改定(健保関連)	平成8年5月1日改定(一部改定)
昭和59年3月1日改定(健保関連)	平成9年4月1日改定(健保関連)
昭和59年4月1日改定(一部改定)	平成10年4月1日改定(健保関連)
昭和60年3月1日改定(健保関連)	平成10年5月1日改定(一部改定)
昭和60年4月1日改定(一部改定)	平成12年4月1日改定(健保関連)
昭和61年4月1日改定(健保関連)	平成12年5月1日改定(一部改定)
昭和61年5月1日改定(一部改定)	平成14年4月1日改定(健保関連)
昭和63年4月1日改定(健保関連)	平成14年4月1日改定(一部改定)
昭和63年5月1日改定(一部改定)	平成15年9月1日改定(健保関連)
平成元年4月1日改定(健保関連)	平成16年4月1日改定(健保関連)
平成元年7月1日改定(一部改定)	平成16年4月1日改定(一部改定)
平成2年4月1日改定(健保関連)	平成18年4月1日改定(健保関連)
平成2年5月1日改定(一部改定)	平成18年4月1日改定(一部改定)

日本医師会

3 . 健康保険の規定以外の特例的取扱い

目 次

診 察 料	3
[初診料(3)、救急医療管理加算(3)、再診料(4)、外来管理加算に関する特例(4)、 外来診療料(5)]	
監 視 料	5
[特別監視料(5)]	
指導・管理料	6
[再診時療養指導管理料(6)、再就労療養指導管理料(6)]	
画像診断料	7
[コンピューター断層撮影診断料(7)]	
処 置 料	8
[四肢の傷病に対する処置に係る特例(8)、消炎鎮痛等処置の特例(9)、 消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）と 疾患別リハビリテーションの併施(9)、消炎鎮痛等処置の併施(11)、 消炎鎮痛等処置（湿布処置）と疾患別リハビリテーションの併施(12)、 介達牽引の特例取扱い(13)]	
手 術 料	1 7
[四肢の傷病に対する手術に係る特例(17)、 手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの。）(17)、 手の指に係る骨折非観血的整復術(18)、手指の創傷に係る機能回復指導加算(18)]	
リハビリテーション料	1 9
[リハビリテーション料(19)、理学療法併施加算(20)、早期リハビリテーション加算(20)、 労災リハビリテーション評価計画書〔様式・別紙 1 〕(21)]	
入 院 料	2 2
[入院基本料(22)、入院基本料特例取扱点数一覧表(24)、労災治療計画加算(32)、 労災治療計画書〔様式・別紙 2 〕(33)、入院室料加算(34)、 入院室料加算における地域区分(35)、病衣貸与料(36)]	
入院時食事療養費	3 7
そ の 他	3 8
[初診時ブラッシング料(38)、固定用伸縮性包帯(38)、療養の給付請求書取扱料(38)、 振動障害に係る検査料(39)]	
文 書 料	4 0

本表において*印が付いているのは、平成18年4月の改定で新たに設定された項目及び算定方法が変更された項目等である。

診 察 料

*初 診 料 (平 18.4 改定) 3,640 円

ただし、健康保険診療報酬点数表(医科に限る。)の「初診料の注2のただし書き」に該当する場合については、1,820 円を算定する。

【参考 健康保険診療報酬点数表(医科)初診料「注2」】

区分 A000 初診料

注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。

*救急医療管理加算(平 6.5 実施)(平 18.4 改定)

同一傷病につき1回限り(初診時) 入 院 : 6,000 円
入院外 : 1,200 円

初診の傷病労働者について救急医療を行った場合に、上記金額を算定することができる。(指定医療機関が傷病労働者を受け入れる際に、当該労働者が初診である場合は、一般に緊急性があることから、入院した場合、初診に引き続き7日間を限度として、入院外の場合は初めて来院した日に限り算定できる。)

また、健康保険診療報酬点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」及び「特定療養費(初診時自己負担金)」とは重複して算定することはできない。

*再 診 料 (平 18.4 改定)

1,360 円

診療所及び一般病床の病床数が 200 床未満の病院において算定する。

外来管理加算に関する特例 (平 4.4 実施) (平 15.9 改定)

健康保険診療報酬点数表では、一般病床の病床数が 200 床未満の病院又は診療所において、入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査、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「検査等」という。)を行った場合には、外来管理加算の算定はできないこととなっているが、労災保険では、健康保険診療報酬点数表で外来管理加算の算定ができないこととなっている検査等を行った場合であっても、外来管理加算の所定点数(52点)に満たない検査等の点数がある場合に外来管理加算を算定することができる。

なお、四肢の傷病に対する処置、手術、リハビリテーションの特例取扱いの適用がある場合は、適用後の特例点数を基準に算定する。

- (1) 外来管理加算の所定点数 (52 点) に満たない検査等の点数がある場合には、外来管理加算を算定することができる。

[算定例]

- (イ) 消炎鎮痛等処置 (器具等による療法) (四肢以外)

35 点 (< 52 点) 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 87 点 (35 点 + 52 点 (外来管理加算))

- (ロ) 消炎鎮痛等処置 (湿布処置「ロ」) (手若しくは手指)

24 点 × 2.0 倍 (四肢加算) = 48 点 (< 52 点)

外来管理加算を別に算定できる。

合 計 100 点 (48 点 + 52 点 (外来管理加算))

- (ハ) 消炎鎮痛等処置 (マッサージ等の手技による療法) (四肢)

35 点 × 1.5 倍 (四肢加算) = 53 点 (52.5 点) (> 52 点)

外来管理加算を別に算定できない。

- (ニ) 創傷処置「1 (100 cm²未満)」 (四肢)

45 点 × 1.5 倍 (四肢加算) = 68 点 (67.5 点) (> 52 点)

68 点そのまま。

- 消炎鎮痛等処置 (器具等による療法) (四肢以外)

35 点 (< 52 点) 外来管理加算を別に算定できる。

合 計 155 点 (68 点 + 35 点 + 52 点)

- (2) 外来管理加算の所定点数(52点)に満たない検査等の点数が2項目以上ある場合には、そのうち最も低い所定点数に対し外来管理加算を算定し、その他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができる。

[算定例]

消炎鎮痛等処置(器具等による療法)(四肢以外)

35点(<52点) 外来管理加算を別に算定できる。

創傷処置「1(100cm²未満)」(四肢以外)

45点(<52点) 52点を読み替える。

合計 139点(35点+52点+52点)

* 外来診療料(平12.4実施)(平18.4改定) 70点

一般病床の病床数が200床以上の病院における再診については、健康保険診療報酬点数表の取扱いと同様に、再診料に代えて、簡単な検査・処置等を包括した外来診療料により算定する。

したがって、外来管理加算及び外来管理加算に関する特例についても算定することはできない。

また、外来診療料に包括される処置については、四肢加算の対象となる場合であっても、当該処置の点数及び当該四肢加算の点数を外来診療料の点数とは別に算定することはできない。

なお、一般病床の病床数が200床以上の病院が、一般病床の病床数が200床未満の他の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず、傷病労働者が自己の都合等により引き続き当該病院に受診することとなった場合は、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、当該病院は傷病労働者から選定療養費(特別の料金)を徴収できることとなる。

監視料

特別監視料(昭56.9実施)(平16.4廃止)

指導・管理料

* 再診時療養指導管理料（昭 51.1 実施）（平 18.4 改定）

1 回の指導につき

920 円

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

なお、同一月において、健康保険診療報酬点数表における特定疾患療養管理料及び健康保険診療報酬点数表において特定疾患療養管理料と重複して算定できない指導料・管理料等（ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、心臓ペースメーカー指導管理料及び慢性疼痛疾患管理料並びに在宅療養指導管理料、通院精神療法及び心身医学療法）との重複算定はできない。

注）療養上の指導は、外来患者の症状に応じて必要な指導を行った場合に、その都度算定するが、行った指導の要点を診療録に記載する。

* 再就労療養指導管理料（昭 56.9 実施）（平 18.4 改定）

月 1 回

3,000 円

入院治療後、通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず、通院療養を 3 ヶ月以上継続している者で、就労が可能と医師が認める者に対し、就労にあ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（職種、就労時間、職場環境等）を記載した「指導管理箋」を傷病労働者に交付し、指導を行った場合に算定することができる。

また、傷病労働者の主治医が、当該労働者の所属事業場の産業医（主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。）に対して、文書をもって情報提供した場合についても算定できる。

ただし、同一傷病労働者に対しては、各々 3 回を限度（慢性的な疾病を主病とする者で、現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数制限はない。）とする。

画像診断料

* コンピューター断層撮影診断料（昭 53.4 実施）（平 18.4 改定）

撮影料及び診断料の算定については、健康保険診療報酬点数表に定める該当するものの点数（下表）をもって算定する。

コンピューター断層撮影（一連につき）		
1	単純CT撮影	イ マルチスライス型の機器 : 850 点 ロ イ以外の場合 : 660 点
2	特殊CT撮影	950 点（管腔描出を行った場合）
3	脳槽CT造影	2,300 点
磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）		
1	単純MRI撮影	イ 1.5テスラ以上の機器 : 1,230 点 ロ イ以外の場合 : 1,080 点
2	特殊MRI撮影	1,530 点（管腔描出を行った場合）
コンピューター断層診断（月1回）		450 点

（健康保険診療報酬点数）

なお、健康保険診療報酬点数表においては、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を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定することと規定されているが、労災保険においてはこの規定は適用されず、2回目以降の断層撮影の費用においても、断層撮影の種類ごとにそれぞれ定められている点数（撮影料）をもって算定する。

[算定例]

- (1) 同一月に頭部に対し、1回目単純CT撮影「ロ」、2回目単純CT撮影「ロ」を行った場合

1回目	単純CT撮影「ロ」	660点（+診断料450点）
2回目	単純CT撮影「ロ」	660点

合計 1,320点（診断料を含めると1,770点）

- (2) 同一月に頭部に対し、1回目単純CT撮影「ロ」、2回目単純MRI撮影「ロ」を行った場合

1回目	単純CT撮影「ロ」	660点（+診断料450点）
2回目	単純MRI撮影「ロ」	1,080点

合計 1,740点（診断料を含めると2,190点）

- (3) 同一月に躯幹に対し、1回目単純CT撮影「ロ」、2回目単純MRI撮影「ロ」、3回目特殊CT撮影を行った場合

1回目	単純CT撮影「ロ」	660点（+診断料450点）
2回目	単純MRI撮影「ロ」	1,080点
3回目	特殊CT撮影	950点

合計 2,690点（診断料を含めると3,140点）

処 置 料

* 四肢の傷病に対する処置に係る特例（平 18.4 改定）

- 1 . 四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。以下同じ。）の傷病に係る「創傷（手術後の患者に対するものを含む。以下同じ。）処置」、「熱傷（電撃傷、薬傷及び凍傷を含む。以下同じ。）処置」、「重度褥瘡処置」、「絆創膏固定術」、「鎖骨又は肋骨骨折固定術」、「ドレーン法」、「皮膚科軟膏処置」、「皮膚科光線療法」、「関節穿刺」、「鋼線等による直達牽引（2日目以降。）」、「介達牽引」、「矯正固定」、「変形機械矯正術」、「消炎鎮痛等処置」及び「低出力レーザー照射」

健康保険診療報酬点数の1.5倍

（1点未満の端数は1点として切り上げる）

- 2 . 手（手関節以下）及び手の指に係る「創傷処置」、「熱傷処置」、「重度褥瘡処置」、「ドレーン法」、「皮膚科軟膏処置」、「関節穿刺」及び「消炎鎮痛等処置のうち湿布処置」

健康保険診療報酬点数の2.0倍

注1) 薬剤料、特定保険医療材料料などは、特例取扱いの対象とならない。

- 2) 健康保険診療報酬点数表において、処置面積を合算して算定する「創傷処置」等については、それぞれの倍率ごとに処置面積を合算して算定する。

- 3) 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。

[算定例]

- (1) 頸部及び右前腕「消炎鎮痛等処置（湿布処置「イ」）」、右手指に「消炎鎮痛等処置（湿布処置「ロ」）」を行った場合

頸部（頸部の大部にわたる範囲）	35点
右前腕（半肢の大部にわたる範囲）	53点（35点×1.5）
右手指（その他のもの）	48点（24×2.0）

合 計 136点（35点+53点+48点）

- (2) 左手2指、右手3指、右前腕、腰部及び右下腿に対する「創傷処置」を行った場合

左手2指+右手3指（100cm ² 未満）	90点（45点×2.0）
腰部（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	75点
右前腕+右下腿（500cm ² 以上3,000cm ² 未満）	113点（75点×1.5）

合 計 278点（90点+75点+113点）

* 消炎鎮痛等処置の特例（平 18.4 改定）

- | | |
|----------------------------------|------|
| 1. マッサージ等の手技による療法 | 35 点 |
| 2. 器具等による療法 | 35 点 |
| 3. 湿布処置 | |
| イ 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの | 35 点 |
| ロ その他のもの | 24 点 |

注 1) 消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）に係る点数は、負傷にあつては受傷部位ごとに、疾病にあつては 1 局所（上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹をそれぞれ指し、全身を 5 局所に分けるものである。）ごとに、1 日につき所定点数を算定する。

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

2) 「湿布処置」については、1 日につき所定点数（倍率が異なる部位ごとに面積を合算する。）を算定する。

3) 消炎鎮痛等処置の四肢加算の取扱いは、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」については所定点数の 1.5 倍として、「湿布処置」については所定点数の 1.5 倍（手及び手指は 2 倍）として算定できる。

4) 消炎鎮痛等処置の種類及び部位（局所）については、レセプト上明確に記載する。

* 消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）と疾患別リハビリテーションの併施（平 6.5 実施）（平 18.4 改定）

健康保険の規定に係わらず、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）と疾患別リハビリテーションを併せて行った場合は、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）に係る点数（1 部位（局所）分）と疾患別リハビリテーションの点数をそれぞれ算定できる。

ただし、消炎鎮痛等処置を複数部位（局所）に行っている場合で、その点数の合計が上記取扱いによる点数の合計を超える場合については、消炎鎮痛等処置の合計点数を算定して差し支えない。

[算定例]

注)以下の算定例は、消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」と疾患別リハビリテーションの併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

(1) 右上肢に消炎鎮痛等処置(器具等による療法)、右上肢に運動器リハビリテーション料()1単位を行った場合

(右上肢)消炎鎮痛等処置(器具等) 53点(35点×1.5)

(右上肢)運動器リハビリテーション料()

120点(80点×1.5)

合 計 173点(53点+120点)

(2) 頸部、右上肢及び左上肢に消炎鎮痛等処置(器具等による療法)、左上肢に運動器リハビリテーション料()2単位を行った場合

(頸部)消炎鎮痛等処置(器具等) 35点

(右上肢)消炎鎮痛等処置(器具等) 53点(35点×1.5)

(左上肢)消炎鎮痛等処置(器具等) 53点(35点×1.5)

(左上肢)運動器リハビリテーション料()2単位

240点(80点×1.5=120×2)

消炎鎮痛等処置(1部位)+運動器リハビリテーション料()

293点(53点+240点)

消炎鎮痛等処置(3部位)の合計 141点(35点+53点+53点)

したがって、この場合は、293点を算定する。

(3) 右下肢、右上肢及び左上肢に消炎鎮痛等処置(器具等による療法)、腰部に運動器リハビリテーション料()1単位を行った場合

(右下肢)消炎鎮痛等処置(器具等) 53点(35点×1.5)

(右上肢)消炎鎮痛等処置(器具等) 53点(35点×1.5)

(左上肢)消炎鎮痛等処置(器具等) 53点(35点×1.5)

(腰部)運動器リハビリテーション料()1単位

80点

消炎鎮痛等処置(1部位)+運動器リハビリテーション料()

133点(53点+80点)

消炎鎮痛等処置(3部位)の合計 159点(53点+53点+53点)

したがって、この場合は、159点を算定する。

消炎鎮痛等処置の併施（平 8.5 実施）（平 14.4 改定）

健康保険の規定に係わらず、「湿布処置」と「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を同一日にそれぞれ異なる部位（局所）に行った場合は、「湿布処置」の所定点数に加えて、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」に係る点数（2 部位（局所）分）が算定できる。

ただし、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を 3 部位（局所）以上に行っている場合は、従前どおり「湿布処置」の点数を算定することなく「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」の点数のみ 3 部位（局所）まで算定することとして差し支えない。

[算 定 例]

注）以下の算定例は、消炎鎮痛等処置の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

(1) 右手指に湿布処置「口」、左上肢に湿布処置「イ」、頸部、右上肢及び右下肢に器具等による療法を行った場合

（右手指）湿 布 処 置「口」	48 点（24 点×2.0）
（左上肢）湿 布 処 置「イ」	53 点（35 点×1.5）
（頸 部）器具等による療法	35 点
（右上肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）
（右下肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）

湿布処置（所定点数）+ 器具等による療法（2 部位）

207 点（101 点+106 点）

器具等による療法（3 部位）の合計 141 点（35 点+53 点+53 点）

したがって、この場合は、207 点を算定する。

(2) 頸部に湿布処置「イ」、右下肢、右上肢及び左上肢に器具等による療法を行った場合

（頸 部）湿 布 処 置「イ」	35 点
（右下肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）
（右上肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）
（左上肢）器具等による療法	53 点（35 点×1.5）

湿布処置（所定点数）+ 器具等による療法（2 部位）

141 点（35 点+106 点）

器具等による療法（3 部位）の合計 159 点（53 点+53 点+53 点）

したがって、この場合は、159 点を算定する。

* 消炎鎮痛等処置（湿布処置）と疾患別リハビリテーションの併施
（平 12.5 実施）（平 18.4 改定）

健康保険の規定に係わらず、消炎鎮痛等処置（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、消炎鎮痛等処置（湿布処置）に係る点数と疾患別リハビリテーションの点数をそれぞれ算定できる。

ただし、消炎鎮痛等処置（湿布処置）に係る点数は、四肢加算の倍率が異なる複数の部位に行った場合であっても、いずれか1部位に係るものに限る。

また、消炎鎮痛等処置（湿布処置）と疾患別リハビリテーションに加えて消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）を併施する場合には、合計3項目まで算定できる。

[算定例]

注) 以下の算定例は、消炎鎮痛等処置（湿布処置）と疾患別リハビリテーションの併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

- (1) 右手指に消炎鎮痛等処置（湿布処置「ロ」）、左上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置「イ」）、左上肢に運動器リハビリテーション料

() 1 単位を行った場合
(右手指) 湿 布 処 置「ロ」 48 点 (24 点 × 2.0)
(左上肢) 湿 布 処 置「イ」 53 点 (35 点 × 1.5)
(左上肢) 運動器リハビリテーション料 () 1 単位
120 点 (80 点 × 1.5)

湿布処置 (1 部位) + 運動器リハビリテーション料 ()
173 点 (53 点 + 120 点)

湿布処置 (2 部位) の合計 101 点 (48 点 + 53 点)
したがって、この場合は 173 点を算定する。

- (2) 右上肢に消炎鎮痛等処置（湿布処置「イ」）、頸部及び右下肢に消炎鎮痛等処置（器具等による療法）、左上肢に運動器リハビリテーション料 () 1 単位を行った場合

(右上肢) 湿 布 処 置「イ」 53 点 (35 点 × 1.5)
(頸 部) 消炎鎮痛等処置 (器具等) 35 点
(右下肢) 消炎鎮痛等処置 (器具等) 53 点 (35 点 × 1.5)
(左上肢) 運動器リハビリテーション料 () 1 単位
120 点 (80 点 × 1.5)

湿布処置 + 消炎鎮痛等処置 (器具等) (1 部位)
+ 運動器リハビリテーション料 () 226 点 (53 点 + 53 点 + 120 点)

湿布処置 + 消炎鎮痛等処置 (器具等) (2 部位)
141 点 (53 点 + 88 点)

したがって、この場合は、226 点を算定する。

* 介達牽引の特例取扱い（平 18.4 改定）

介達牽引に係る点数の算定は、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）に係る点数の算定と同様とする。

なお、健康保険診療報酬点数表（医科に限る。）における介達牽引の注 2 については、適用しないものとする。

つまり、健康保険においては、従前どおり月内逓減制が適用されているが、労災保険においては、逓減制を廃止することとしたものである。

ただし、健康保険における逓減制を用いた上で、外来管理加算の特例である読替を行うことはできない。

【参考 健康保険診療報酬点数表（医科）介達牽引「注 2」】

区分 J 118 介達牽引

注 2 同一の患者につき同一月において、介達牽引及び消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置に限る。）について併せて 5 回以上行った場合は、5 回目以降については所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後 180 日以内のものについては、7 回以上行った場合は、7 回目以降については所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

注 1) 介達牽引の併施等の具体的な取扱いは次のとおりである。

介達牽引と消炎鎮痛等処置（「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）を同一日に異なる部位（局所）にそれぞれ行った場合は、湿布処置の所定点数の他に、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」のうち計 2 部位（局所）までの所定点数を併せて算定できる。

なお、この場合、「湿布処置」の所定点数を算定することなく、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を合計で 3 部位（局所）まで算定することとして差し支えない。

[算定例]

注)以下の算定例は、介達牽引の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加味されていない。

右手指に消炎鎮痛等処置(湿布処置「ロ」)、左上肢に消炎鎮痛等処置(湿布処置「イ」)、右上肢に介達牽引、頸部及び右下肢に消炎鎮痛等処置(器具等による療法)を行った場合

(右手指)湿布処置「ロ」 48点(24点×2.0)

(左上肢)湿布処置「イ」 53点(35点×1.5)

(右上肢)介達牽引 53点(35点×1.5)

(頸部)消炎鎮痛等処置(器具等) 35点

(右下肢)消炎鎮痛等処置(器具等) 53点(35点×1.5)

湿布処置(所定点数) + 介達牽引 + 消炎鎮痛等処置(器具等)(1部位)
207点(101点 + 53点 + 53点)

湿布処置(所定点数) + 消炎鎮痛等処置(器具等)(2部位)
189点(101点 + 35点 + 53点)

介達牽引 + 消炎鎮痛等処置(器具等)(2部位)
141点(53点 + 35点 + 53点)

したがって、この場合は、207点を算定する。

介達牽引と疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、介達牽引の1部位と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できる。

また、介達牽引と疾患別リハビリテーションの他、消炎鎮痛等処置の「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数に介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」のいずれか1部位(局所)を算定できる。

さらに、介達牽引と疾患別リハビリテーションの他、消炎鎮痛等処置(「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」)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」(1部位に限る。)の他、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」又は「器具等による療法」のいずれか1部位(局所)を算定できる。

なお、この場合、「湿布処置」と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、介達牽引、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」を合計で3部位(局所)まで算定することとして差し支えない。

[算定例]

注)以下の算定例は、介達牽引と疾患別リハビリテーション等の併施の具体例を示したものであり、外来管理加算の特例取扱いは加

味されていない。

- (1) 右上肢に介達牽引、右上肢に運動器リハビリテーション料
() 1 単位を行った場合

(右上肢) 介 達 牽 引 53 点 (35 点 × 1.5)

(右上肢) 運動器リハビリテーション料 () 1 単位
120 点 (80 点 × 1.5)

合 計 173 点 (53 点 + 120 点)

- (2) 右上肢に介達牽引、頸部に消炎鎮痛等処置 (マッサージ等の
手技による療法) 腰部に消炎鎮痛等処置 (器具等による療法)
左上肢に運動器リハビリテーション料 () 2 単位を行った場
合

(右上肢) 介 達 牽 引 53 点 (35 点 × 1.5)

(頸 部) 消炎鎮痛等処置 (マッサージ) 35 点

(腰 部) 消炎鎮痛等処置 (器具等) 35 点

(左上肢) 運動器リハビリテーション料 () 2 単位
240 点 (80 点 × 1.5 = 120 × 2)

介達牽引 + 運動器リハビリテーション料 ()
293 点 (53 点 + 240 点)

消炎鎮痛等処置 (1 部位) + 運動器リハビリテーション料 ()
275 点 (35 点 + 240 点)

介達牽引 + 消炎鎮痛等処置 (2 部位) 123 点 (53 点 + 35 点 + 35 点)
したがって、この場合は、293 点を算定する。

- (3) 右上肢に消炎鎮痛等処置 (湿布処置「イ」)、右下肢に介達
牽引、頸部に消炎鎮痛等処置 (器具等による療法)、左上肢に
運動器リハビリテーション料 () 1 単位を行った場合

(右上肢) 湿 布 処 置「イ」 53 点 (35 点 × 1.5)

(右下肢) 介 達 牽 引 53 点 (35 点 × 1.5)

(頸 部) 消炎鎮痛等処置 (器具等) 35 点

(左上肢) 運動器リハビリテーション料 ()
120 点 (80 点 × 1.5)

湿布処置 + 介達牽引 + 運動器リハビリテーション料 ()
226 点 (53 点 + 53 点 + 120 点)

湿布処置 + 介達牽引 + 消炎鎮痛等処置 (器具等)
141 点 (53 点 + 53 点 + 35 点)

湿布処置 + 消炎鎮痛等処置 (器具等) (1 部位)
+ 運動器リハビリテーション料 () 208 点 (53 点 + 35 点 + 120 点)
したがって、この場合は、226 点を算定する。

2) 介達牽引の部位(局所)について、レセプト上に明確に記載する。

[参 考]

介達牽引、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」及び「湿布処置」）、疾患別リハビリテーションの取扱い

	介 達 牽 引	消炎鎮痛等処置 （「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）	消炎鎮痛等処置 「湿布処置」 診療所外来のみ	疾患別リハビリテーション
介 達 牽 引	3 部位（局所）まで算定	消炎鎮痛等処置 （「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）のうちいずれか2部位（局所）まで算定	「湿布処置」の所定点数の他に、介達牽引、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等による療法」及び「器具等による療法」）のうちいずれか2部位（局所）まで算定	疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）のうちいずれか1部位（局所）まで算定
消炎鎮痛等処置 （「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）				
消炎鎮痛等処置 「湿布処置」 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とする]	「湿布処置」1部位及び疾患別リハビリテーションの所定点数を算定 （介達牽引、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）を併施している場合は合計3項目まで算定）
疾患別リハビリテーション				1日につき所定点数を算定

手術料

四肢の傷病に対する手術に係る特例（平 12.5 改定）

1. 四肢の傷病に係る「創傷処理」、「皮膚切開術」、「デブリードマン」、「筋骨格系・四肢・体幹手術」及び「神経・血管の手術」
健康保険診療報酬点数（時間外加算等を含む。）の 1.5 倍
（1 点未満の端数は 1 点として切り上げる）
2. 手（手関節以下）及び手の指に係る「創傷処理」、「皮膚切開術」、「デブリードマン」、「筋骨格系・四肢・体幹手術」及び「神経・血管の手術」

健康保険診療報酬点数（時間外加算等を含む。）の 2.0 倍

注）「植皮術、皮膚移植術」等の形成手術は特例取扱いの対象とならない。

また、薬剤料、特定保険医療材料料、輸血料なども対象とならない。

手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの。）（平 4.5 実施）（平 14.4 改定）

手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの。）については、傷の長さにかかわらず指 1 本の場合は、健康保険診療報酬点数表の創傷処理の筋肉、臓器に達しないもの（長径 5 cm 未満）の点数の 2 倍とし、指 2 本の場合は指 1 本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指 3 本の場合は指 2 本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指 4 本の場合は指 3 本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指 5 本の場合は健保点数を 5 倍した点数とする。

〔参考〕 指 1 本の場合	940 点（ 470 点×2.0 倍）
指 2 本	1,410 点（ 940 点+470 点）
指 3 本	1,880 点（1,410 点+470 点）
指 4 本	2,350 点（1,880 点+470 点）
指 5 本	2,350 点（ 470 点×5.0 倍）

なお、指と他の部位に対し同時に創傷処理（筋肉に達しないもの。）を行った場合は、別に算定できるものとする。

（例）示指に 3 cm の創傷処理	□	長さにかかわらず、	
中指に 3 cm の創傷処理	□		1,410 点
手の甲に 6 cm の創傷処理		長さによって、	
		850 点×2.0 倍（四肢加算）	= 1,700 点
合 計			3,110 点

また、創傷処理（筋肉に達しないもの。）、骨折非観血的整復術及び指（手、足）に係る手術等を各々異なる手の指に対して併せて行った場合は、同一手術野とはみなさず各々の所定点数を合算した点数を算定する。

注) 手の指に係る創傷処理に対して、真皮縫合加算を算定する場合は、労災保険の点数を所定点数として真皮縫合加算(460点)を算定する。

手の指に係る骨折非観血的整復術(平8.5実施)(平14.4改定)

手の指に係る骨折非観血的整復術については、指1本の場合は、健康保険診療報酬点数表の骨折非観血的整復術の点数の2倍とし、指2本の場合は指1本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指3本の場合は指2本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指4本の場合は指3本の場合の点数に健保点数を加算した点数、指5本の場合は健保点数を5倍した点数とする。

[参考]	指1本の場合	2,880点(1,440点×2.0倍)
	指2本	4,320点(2,880点+1,440点)
	指3本	5,760点(4,320点+1,440点)
	指4本	7,200点(5,760点+1,440点)
	指5本	7,200点(1,440点×5.0倍)

なお、指と他の部位に対し同時に骨折非観血的整復術を行った場合は、別に算定できるものとする。

(例) 環指中節骨、小指末節骨、第5中手骨に骨折非観血的整復術を行った場合

(環指中節骨)骨折非観血的整復術	□	指2本の場合
(小指末節骨)骨折非観血的整復術		4,320点
(第5中手骨)骨折非観血的整復術3(手)		
		1,440点×2.0(四肢加算) = 2,880点
合 計		7,200点

また、骨折非観血的整復術、創傷処理(筋肉に達しないもの。)及び指(手、足)に係る手術等を各々異なる手の指に対して併せて行った場合は、同一手術野とはみなさず各々の所定点数を合算した点数を算定する。

手指の創傷に係る機能回復指導加算(昭63.5文言整理)

1回限り 190点

手(手関節以下)及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、健康保険診療報酬点数表における「創傷処理」、「皮膚切開術」、「デブリードマン」及び「筋骨格系・四肢・体幹」の手術を行った場合に、1回に限り当該所定点数に加算する。

リハビリテーション料

* リハビリテーション料（昭 56.9 実施）（平 4.4 文言整理）（平 18.4 改定）

1．四肢の傷病に対する疾患別リハビリテーション

健康保険診療報酬点数の1.5倍
（1点未満の端数は1点として切り上げる）

2．四肢の傷病以外の疾患別リハビリテーション

健康保険診療報酬点数に準拠

健康保険診療報酬点数表においては、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については廃止となり、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下、「疾患別リハビリテーション」という。）が新設され、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合を除き、疾患別リハビリテーションにはそれぞれ制限日数が設けられた（心大血管疾患：150日以内、脳血管疾患等：180日以内、運動器：150日以内、呼吸器：90日以内）ことから、労災保険においても原則として制限日数を超えての算定は認められないものである。

ただし、疾患別リハビリテーションについては、医師が必要と認め、かつリハビリテーションの効果が認められるものについては、健康保険診療報酬点数表に定める制限日数を超えて算定できるものである。

なお、制限日数を超えてリハビリテーションを行う場合については、医療機関は、別紙1「労災リハビリテーション評価計画書」に必要事項を記載し、制限日数を超えた日の属する請求月以降、毎月の診療費請求内訳書に添付して提出するものである。

[別に厚生労働大臣が定める患者（疾患別リハビリテーションに規定する算定日数の上限の除外対象患者）]

- (1) 失語症、失認及び失行症
- (2) 高次脳機能障害
- (3) 重度の頸髄損傷
- (4) 頭部外傷及び多部位外傷
- (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- (6) 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
- (7) 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者

四肢の傷病に対する疾患別リハビリテーションは、1単位ごとに所定点数に四肢加算の倍率を乗じるものとする。

また、疾患別リハビリテーションについては、傷病労働者1人につき1日合計6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位）

に限り算定する。

疾患別リハビリテーションの算定に係る起算日の取扱いについては、健康保険診療報酬点数表に定めるリハビリテーションと同様に取扱うものとし、疾患別リハビリテーションの起算日がレセプトの「傷病年月日」欄に記載された日と異なる場合にあっては、その起算日をレセプトに明記するものとする。

なお、平成 18 年 3 月 31 日以前に発症等した患者については、平成 18 年 4 月 1 日を起算日とする。

[別に厚生労働大臣が定める患者（健康保険診療報酬点数表第 2 章第 7 部リハビリテーションの通則 4 に規定する患者(1 日合計 9 単位に限り算定))]

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- (2) 脳血管疾患等の患者で発症後 60 日以内の患者
- (3) 健康保険診療報酬点数表第 2 章第 7 部リハビリテーションの通則 5 に掲げる A D L 加算を算定する患者

* 理学療法併施加算（平 12.5 実施）（平 18.4 廃止）

* 早期リハビリテーション加算（平 16.4 実施）（平 18.4 廃止）

労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名：	男・女	生年月日（西暦）	年	月	日
原因疾患					
[心大血管疾患・脳血管疾患等・運動器・呼吸器（該当するものに をして下さい）]					
リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日）					
年 月 日					
現在の評価及び前回評価計画書作成日（ 年 月 日）からの改善・変化等					
治療目標等					
（１）制限日数を超えて行うべき医学的所見（必要性・医学的効果等）					
（２）目標到達予想時期： 年 月頃					
（３）その他特記事項					
評価計画書作成日： 年 月 日					
医療機関名			医師		
			印		

- 注1 本計画書は、制限日数を超えた日の属する請求月以降、毎月の診療費請求内訳書に添付すること。
 注2 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。

入院料

* 入院基本料（平 12.4 実施）（平 18.4 改定）

イ 入院の日から起算して 2 週間以内の期間

健康保険診療報酬点数の 1.30 倍

ロ 上記以降の期間

健康保険診療報酬点数の 1.01 倍
(いずれも 1 点未満の端数は四捨五入)

入院基本料は、入院の日から起算して 2 週間以内の期間については、健康保険診療報酬点数の 1.30 倍、それ以降の期間については、一律、健康保険診療報酬点数の 1.01 倍とする。

健康保険診療報酬点数表の改定により、入院診療計画に関する基準を満たすことが入院基本料等の算定要件の 1 つとなったため、労災保険においても、入院診療計画書又は労災治療計画書（以下、「労災治療計画書等」という。）を交付し、説明することが入院基本料等の算定要件となるが、特別の事情があり、かつ、入院後 7 日以内の場合については、その理由を診療費請求内訳書に記載することにより、労災治療計画書等を交付し、説明することができない場合であっても、入院基本料等を算定することができるものである。

特別の事情とは、

- (1) 患者の急変などにより、他の医療機関へ転院又は退院することとなったため、労災治療計画書等を交付し、説明することができなかった場合
- (2) 患者が意識不明の状態にあり、家族等と直ちに連絡を取ることができなかったため、労災治療計画書等を交付し、説明することができなかった場合
- (3) その他、上記に準ずると認められる場合

をいうものである。

注 1) 各種加算の取扱いについては、以下のとおりとする。

入院患者の入院期間に応じた加算（初期加算）

入院基本料の所定点数を 1.30 倍、1.01 倍した後に加算する。

療養病棟入院基本料 1 及び有床診療所療養病床入院基本料 1 に係る「日常生活障害加算」、「認知症加算」及び有床診療所入院基本料 1 に係る「医師の配置及び看護配置に係る加算」、「看護配置に係る加算」

入院基本料の所定点数に一定点数を加算した後の点数を 1.30 倍、1.01 倍する。

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）に係る「重度認知症加算」

入院基本料の所定点数に一定点数を加算した後の点数を 1.30 倍、1.01 倍する。

療養病棟入院基本料 2 及び有床診療所療養病床入院基本料 2 の入院基本料 C に係る「認知機能障害加算」

入院基本料の所定点数に一定点数を加算した後の点数を 1.30 倍、1.01 倍する。

健康保険診療報酬点数表における第 1 章第 2 部「入院料等」の第 2 節「入院基本料等加算」に示されている各種加算

入院基本料の所定点数を 1.30 倍、1.01 倍した後に加算する。

労災治療計画加算

入院基本料の所定点数を 1.30 倍、1.01 倍した後に加算する。

2) 外泊期間中の入院基本料は、すべての加算を含まない入院基本料の所定点数の 15 % に相当する点数を 1.30 倍ないし 1.01 倍した点数となる。

入院基本料特例取扱点数一覧表

1. 一般病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31日超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,555点	70%以上	19日以内	2,022点 [2,450点]	1,571点 [1,763点]	1,571点
10対1入院基本料	1,269点		21日以内	1,650点 [2,078点]	1,282点 [1,474点]	1,282点
13対1入院基本料	1,092点		24日以内	1,420点 [1,848点]	1,103点 [1,295点]	1,103点
15対1入院基本料	954点	40%以上	60日以内	1,240点 [1,668点]	964点 [1,156点]	964点

表中の[]内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内(428点)及び15～30日以内(192点)を加算した点数としている。

	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15～30日 (1.01倍)	31日超 (1.01倍)
特別入院基本料	575点	上記各区分に該当しない 医療機関		748点 [1,048点]	581点 [736点]	581点

表中の[]内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内(300点)及び15～30日以内(155点)を加算した点数としている。

2. 療養病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

療養病棟入院基本料1（平成18年6月30日まで）

区分	基本点数	看護配置	看護師比率	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料 1	1,187点	25:1以上	20%以上	20:1以上	1,543点	1,199点
入院基本料 2	1,117点			25:1以上	1,452点	1,128点

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)
特別入院基本料 1	955点	25:1以上	20%未満	25:1以上	1,242点	965点
特別入院基本料 2	885点	看護配置が25:1未満又は看護補助配置が25:1未満の医療機関			1,151点	894点

療養病棟入院基本料2（平成18年7月1日から）

区分	基本点数	看護配置	看護師比率	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料A	1,740点	25:1以上 (20:1以上) 《注》	20%以上	25:1以上 (20:1以上) 《注》	2,262点	1,757点
入院基本料B	1,344点				1,747点	1,357点
入院基本料C	1,220点				1,586点	1,232点
入院基本料D	885点				1,151点	894点
入院基本料E	764点				993点	772点

《注》当該病棟の入院患者のうち、入院基本料A～Cを算定する患者が8割以上であるとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟については、看護配置及び看護補助配置の要件が（ ）内の基準となる。

	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)
特別入院基本料	563点	上記要件に該当しない医療機関			732点	569点

3. 結核病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分 (看護配置)	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15~30日 (1.01倍)	31~90日 (1.01倍)	91日超 (1.01倍)
7対1 入院基本料	1,447点	70%以上	25日以内	1,881点 [2,281点]	1,461点 [1,761点]	1,461点 [1,561点]	1,461点
10対1 入院基本料	1,161点			1,509点 [1,909点]	1,173点 [1,473点]	1,173点 [1,273点]	1,173点
13対1 入院基本料	949点	40%以上	28日以内	1,234点 [1,634点]	958点 [1,258点]	958点 [1,058点]	958点
15対1 入院基本料	886点		-	1,152点 [1,552点]	895点 [1,195点]	895点 [995点]	895点
18対1 入院基本料	757点		984点 [1,384点]	765点 [1,065点]	765点 [865点]	765点	
20対1 入院基本料	713点			927点 [1,327点]	720点 [1,020点]	720点 [820点]	720点

表中の [] 内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（400点）、15～30日以内（300点）および31～90日以内（100点）を加算した点数としている。

	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 (1.30倍)	15~30日 (1.01倍)	31~90日 (1.01倍)	91日超 (1.01倍)
特 別 入院基本料	550点	上記各区分に該当しない 医療機関		715点 [1,035点]	556点 [796点]	556点 [656点]	556点

表中の [] 内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（320点）、15～30日以内（240点）および31～90日以内（100点）を加算した点数としている。

4. 精神病棟入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分 (看護配置)	看護師比率 : 70%以上				平均在院日数 : 25日以内		
	健保点数	14日以内 (1.30倍)	15~30日 (1.01倍)	31~90日 (1.01倍)	91~180日 (1.01倍)	181日~1年 (1.01倍)	1年超 (1.01倍)
10対1 入院基本料	1,209点	1,572点 [2,031点]	1,221点 [1,463点]	1,221点 [1,346点]	1,221点 [1,241点]	1,221点 [1,231点]	1,221点

区分 (看護配置)	看護師比率 : 40%以上				平均在院日数 : -		
	健保点数	14日以内 (1.30倍)	15~30日 (1.01倍)	31~90日 (1.01倍)	91~180日 (1.01倍)	181日~1年 (1.01倍)	1年超 (1.01倍)
15対1 入院基本料	800点	1,040点 [1,499点]	808点 [1,050点]	808点 [933点]	808点 [828点]	808点 [818点]	808点
18対1 入院基本料	712点	926点 [1,385点]	719点 [961点]	719点 [844点]	719点 [739点]	719点 [729点]	719点
20対1 入院基本料	658点	855点 [1,314点]	665点 [907点]	665点 [790点]	665点 [685点]	665点 [675点]	665点

表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（459点）、15～30日以内（242点）、31～90日以内（125点）、91～180日以内（20点）および181日～1年以内（10点）を加算した点数としている。

	看護師比率・平均在院日数 : 上記各区分に該当しない医療機関						
	健保点数	14日以内 (1.30倍)	15~30日 (1.01倍)	31~90日 (1.01倍)	91~180日 (1.01倍)	181日~1年 (1.01倍)	1年超 (1.01倍)
特別 入院基本料	550点	715点 [1,015点]	556点 [711点]	556点 [656点]	556点 [571点]	556点 [561点]	556点

表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（300点）、15～30日以内（155点）、31～90日以内（100点）、91～180日以内（15点）および181日～1年以内（5点）を加算した点数としている。

5. 特定機能病院入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

一般病棟の場合

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 （1.30倍）	15～30日 （1.01倍）	31日超 （1.01倍）
7対1入院基本料	1,555点	70%以上	28日以内	2,022点 [2,674点]	1,571点 [1,778点]	1,571点
10対1入院基本料	1,269点			1,650点 [2,302点]	1,282点 [1,489点]	1,282点

表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（652点）および15～30日以内（207点）を加算した点数としている。

結核病棟の場合

区分 （看護配置）	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 （1.30倍）	15～30日 （1.01倍）	31～90日 （1.01倍）	91日超 （1.01倍）
7対1 入院基本料	1,447点	70%以上	28日以内	1,881点 [2,211点]	1,461点 [1,791点]	1,461点 [1,661点]	1,461点
10対1 入院基本料	1,161点			1,509点 [1,839点]	1,173点 [1,503点]	1,173点 [1,373点]	1,173点
13対1 入院基本料	949点		36日以内	1,234点 [1,564点]	958点 [1,288点]	958点 [1,158点]	958点
15対1 入院基本料	886点		-	1,152点 [1,482点]	895点 [1,225点]	895点 [1,095点]	895点

表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、30日以内（330点）および31～90日以内（200点）を加算した点数としている。

精神病棟の場合

区分 （看護配置）	看護師比率：70%以上			平均在院日数：28日以内			
	健保点数	14日以内 （1.30倍）	15～30日 （1.01倍）	31～90日 （1.01倍）	91～180日 （1.01倍）	181日～1年 （1.01倍）	1年超 （1.01倍）
7対1 入院基本料	1,311点	1,704点 [2,203点]	1,324点 [1,566点]	1,324点 [1,449点]	1,324点 [1,364点]	1,324点 [1,349点]	1,324点
10対1 入院基本料	1,209点	1,572点 [2,071点]	1,221点 [1,463点]	1,221点 [1,346点]	1,221点 [1,261点]	1,221点 [1,246点]	1,221点

区分 （看護配置）	看護師比率：70%以上			平均在院日数：-			
	健保点数	14日以内 （1.30倍）	15～30日 （1.01倍）	31～90日 （1.01倍）	91～180日 （1.01倍）	181日～1年 （1.01倍）	1年超 （1.01倍）
15対1 入院基本料	839点	1,091点 [1,590点]	847点 [1,089点]	847点 [972点]	847点 [887点]	847点 [872点]	847点

表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（499点）、15～30日以内（242点）、31～90日以内（125点）、91～180日以内（40点）および181日～1年以内（25点）を加算した点数としている。

6．専門病院入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	平均在院日数	14日以内 （1.30倍）	15～30日 （1.01倍）	31日超 （1.01倍）
7対1入院基本料	1,555点	70%以上	30日以内	2,022点 [2,474点]	1,571点 [1,778点]	1,571点
10対1入院基本料	1,269点		33日以内	1,650点 [2,102点]	1,282点 [1,489点]	1,282点
13対1入院基本料	1,092点		36日以内	1,420点 [1,872点]	1,103点 [1,310点]	1,103点

表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（452点）および15～30日以内（207点）を加算した点数としている。

7．障害者施設等入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

区分（看護配置）	健保点数	看護師比率	14日以内 （1.30倍）	15～30日 （1.01倍）	31日超 （1.01倍）
10対1入院基本料	1,269点	70%以上	1,650点 [1,962点]	1,282点 [1,449点]	1,282点
13対1入院基本料	1,092点		1,420点 [1,732点]	1,103点 [1,270点]	1,103点
15対1入院基本料	954点	40%以上	1,240点 [1,552点]	964点 [1,131点]	964点

表中の〔 〕内の点数は、入院期間に応じた加算点数、14日以内（312点）および15～30日以内（167点）を加算した点数としている。

8．有床診療所入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

有床診療所入院基本料 1

	看護配置	7日以内	8～14日	15～30日	31日超
健保点数	看護職員5人以上 （看護職員5人以上のうち、看護師が1名以上いることが望ましい。）	810点	660点	490点	450点
労災点数		(1.30倍)		(1.01倍)	
		1,053点	858点	495点	455点

【有床診療所入院基本料 1 に係る加算】

- (1) 当該診療所に勤務する医師が2名以上及び当該診療所（療養病床に係るものを除く。）に勤務する看護職員が10名以上であり、かつ、夜間に看護職員を1名以上配置している場合は、1日につき所定点数に100点を加算する。
- (2) 当該診療所（療養病床に係るものを除く。）に勤務する看護職員が看護師3名以上を含む10名以上である場合は、1日につき所定点数に15点を加算する。

有床診療所入院基本料 2

	看護配置	7日以内	8～14日	15～30日	31日超
健保点数	看護職員 1人以上5人未満	640点	480点	320点	280点
労災点数		(1.30倍)		(1.01倍)	
		832点	624点	323点	283点

9. 有床診療所療養病床入院基本料（入院の日から起算して（1日につき））

有床診療所療養病床入院基本料1（平成18年6月30日まで）

	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	801点	6:1以上	6:1以上	1,041点	809点

	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
特別入院基本料	698点	上記要件に該当しない医療機関		907点	705点

有床診療所療養病床入院基本料2（平成18年7月1日から）

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	975点	6:1以上 (4:1以上) 《注》	6:1以上 (4:1以上) 《注》	1,268点	985点
入院基本料B	871点			1,132点	880点
入院基本料C	764点			993点	772点
入院基本料D	602点			783点	608点
入院基本料E	520点			676点	525点

《注》当該病棟の入院患者のうち、入院基本料A～Cを算定する患者が8割以上であるとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟については、看護配置及び看護補助配置の要件が（ ）内の基準となる。

	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
特別入院基本料	450点	上記要件に該当しない医療機関		585点	455点

* 労災治療計画加算（平 10.5 実施）（平 18.4 改定）

病院・診療所

100 点

収容施設を有する診療所及び病院において、入院の際に医師、看護師、その他関係職種が共同して総合的な治療計画を策定し、医師が入院後 7 日以内に労災治療計画書（様式・別紙 2）又はこれに準ずる文書（以下、「様式」という。）を交付し、傷病名及び傷病の部位、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、入院中の注意事項、退院時において見込まれる回復の程度等について説明を行った場合、1 回の入院につき、1 回限り所定点数（100 点）を入院基本料又は特定入院料に加算する。

ただし、入院基本料と特定入院料において、それぞれ算定できるものではない。

また、特別の事情があり、かつ、入院後 7 日以内の場合であって、様式を交付して説明できない場合については、その理由を診療費請求内訳書（レセプト）に記載する。（入院基本料の項を参照。）

なお、その他の具体的な取扱いは次のとおりとする。

- (1) 入院が予定されている傷病労働者（以下、「患者」という。）に対して、外来において治療計画を策定し、様式による説明を行った場合は、入院初日に当該加算を算定する。
- (2) 入院基本料又は特定入院料の入院期間の計算上、起算日が変わらないものとして扱われる再入院については、当該加算の算定はできない。
- (3) 入院時、治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載する。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば、意識障害者等）については、その家族等に対して行った場合に算定できる。
- (5) 説明に用いた様式は、患者（医師の説明に対して理解ができないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付する。
- (6) 労災治療計画加算の請求にあたっては、診療費請求内訳書（レセプト）の「特定入院料・その他」欄に点数、「摘要」欄に名称を記載する。

ただし、当該加算を算定した年月日と「入院年月日」欄の年月日が異なる場合は、「摘要」欄にその加算を算定した「年月日」を記載する。

労 災 治 療 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
傷 病 名 (他に考え得る病名)	
傷 病 部 位	
症 状	
入 院 日 及 び 推 定 さ れ る 入 院 期 間	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
入 院 中 の 注 意 事 項	
退 院 時 に お い て 回 復 が 見 込 ま れ る 程 度	
そ の 他 (看護, リハビリテーション等の計画)	

注 1) 傷病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって、変わり得るものである。

2) 入院期間は、現時点で予想されるものである。

3) 退院時において回復が見込まれる程度は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____

印

* 入院室料加算（平 18.4 改定(甲地対象地域の変更)）

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

なお、 の工の要件に該当する場合は、初回入院日から 7 日を限度とする。

また、健康保険診療報酬点数表において特定入院料として定められている点数（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び広範囲熱傷特定集中治療室管理料等）の算定の対象となっている傷病労働者については、入院室料加算は算定できないものであること。

特定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 人部屋に收容した場合。

傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。

ア 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

ウ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。

エ 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。

医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができる。

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には次に示す額とする。

1 日につき

個室	甲地：10,000円	乙地：9,000円
2人部屋	甲地：5,000円	乙地：4,500円
3人部屋	甲地：5,000円	乙地：4,500円
4人部屋	甲地：4,000円	乙地：3,600円

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及び診療所療養病床療養環境加算との重複算定はできない。

入院室料加算における地域区分

(甲地)

[平成18年4月1日現在]

都道府県	地 域 区 分
宮城県	仙台市
茨城県	取手市、つくば市、水戸市、土浦市、守谷市、日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市
栃木県	宇都宮市
埼玉県	和光市、さいたま市、志木市、鶴ヶ島市、川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市、
千葉県	成田市、印西市、船橋市、浦安市、袖ヶ浦市、千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市、茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市
東京都	特別区、武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、多摩市、稲城市、西東京市、八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市、三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市
神奈川県	鎌倉市、厚木市、横浜市、川崎市、海老名市、藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市、横須賀市、平塚市、秦野市、三浦郡葉山町
山梨県	甲府市
静岡県	静岡市、沼津市、御殿場市
愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市
三重県	鈴鹿市、津市、四日市市
滋賀県	大津市、草津市、守山市
京都府	京都市、宇治市、亀岡市、京田辺市
大阪府	大阪市、守口市、門真市、吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市、豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市、堺市、東大阪市、河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市、岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市

兵庫県	芦屋市、西宮市、宝塚市、神戸市、尼崎市、伊丹市、三田市
奈良県	天理市、奈良市、大和郡山市、大和高田市、橿原市
広島県	広島市
福岡県	福岡市

甲地：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

乙地：甲地以外の地域

病衣貸与料(昭51.1実施)(平10.4改定)

1日につき

7点

入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合(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場合、若しくは傷病の感染予防上の必要性から医療機関が患者に病衣を貸与した場合)に算定する。

入院時食事療養費

* 入院時食事療養費（平 6.10 実施）（平 18.4 改定）

入院時食事療養費に係る金額は、健康保険における「食事療養の費用額算定表（平成 18 年 3 月 6 日厚生労働省告示第 99 号（別表）」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）

食事療養の費用額算定表

1 入院時食事療養（ ）（1 食につき） 770 円

注 1 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社会保険事務局長に届け出て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1 日につき 3 食を限度として算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1 食につき 90 円を、1 日につき 3 食を限度として加算する。

3 当該患者（療養病棟に入院する患者を除く。）について、食堂における食事療養を行ったときは、60 円を加算する。

2 入院時食事療養（ ）（1 食につき） 610 円

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

そ の 他

初診時ブラッシング料（昭 63.5 改定）

同一傷病につき 1 回限り（初診時）

91 点

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

ただし、健康保険診療報酬点数表上（手術の項）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。

なお、健康保険診療報酬点数表における処置、手術の時間外、深夜又は休日加算の算定にあたっては、初診時ブラッシング料の点数をそれぞれの所定点数に含めて取扱う。

したがって、初診時ブラッシング料を含む処置の所定点数の合計が 150 点未満の場合には、時間外等加算の対象とはならない。

* 固定用伸縮性包帯（平 8.5 実施）（平 18.4 改定）

固定用伸縮性包帯については、処置及び手術において頭部・頸部・躯幹及び四肢に使用した場合に算定できる。

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

なお、健康保険診療報酬点数表における腰部固定帯加算（170 点）については、170 点を超える腰部固定帯を使用した場合は、実費相当額で算定して差し支えない。

療養の給付請求書取扱料（平 1.7 実施）

2,000 円

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

なお、非指定医療機関においては算定できない。

振動障害に係る検査料

検 査 項 目	点 数
(1) 握力（最大握力，瞬発握力）、 維持握力（5回法）を併せて行う検査	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	1指につき 7点
(4) 冷却負荷による手指の皮膚温検査	1指1回につき 7点
(5) 常温下での爪圧迫検査	1指につき 7点
(6) 冷却負荷による爪圧迫検査	1指1回につき 7点
(7) 常温下での手指の痛覚検査	1指につき 9点
(8) 冷却負荷による手指の痛覚検査	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	1指につき 40点
(10) 指先の振動覚（冷却負荷での両手）検査	1指1回につき 40点
(11) 手背等の温覚検査	1手につき 9点
(12) 手背等の冷覚検査	1手につき 9点

文 書 料

文 書 料（平 16.4 現在）

次の各請求書、報告書に記載若しくは添付すべき証明書、診断書の料金はそれぞれ以下に定めるところによる。（各 1 通につき）

支 給 対 象	関係条文及び 通達（記号）	告示様式の 名称番号	請 求 方 法	料 金
障害（補償）給付の支給を受けようとする者が、障害（補償）給付請求書に添付して提出した「障害の部位及び状態に関する診断書」（以下「障害の状態に関する診断書」という。）	労働者災害補償保険法 施行規則 第 14 条の 2 第 3 項	障害（補償） 給付請求書 〔様式〕 第 10 号 第 16 号の 7	療養の費用 請求書 告示様式 第 7 号(1) 第 16 号の 5(1) 病院等 労働者等 署	4,000 円
障害（補償）年金の受給権者が、障害の程度に変更があったとして、障害（補償）給付変更請求書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第 14 条の 3 第 3 項	障害（補償） 給付変更請求 書 〔様式〕 第 11 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）年金転給等請求書を添付して提出した「障害の状態に関する診断書」（労働者の死亡が業務上でないという理由で遺族（補償）年金支給の対象とならなかった場合における診断書を除く。）	労働者災害補償保険法 施行規則 第 15 条の 2 第 3 項第 5 号 第 7 号 第 15 条の 3 第 2 項第 2 号 第 15 条の 4 第 2 項第 2 号	遺族（補償） 年金請求書 〔様式〕 第 12 号 第 16 号の 8 遺族（補償） 年金転給等 請求書 〔様式〕 第 13 号		4,000 円
障害の状態にあることにより遺族（補償）年金の受給権者となっている者及び遺族（補償）年金の受給権者である妻が、定期報告書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」（障害の状態にあることにより遺族（補償）年金の受給資格を有し、かつ、受給権者と生計を同じくしている者についての障害の状態に関する診断書を含む。）	労働者災害補償保険法 施行規則 第 21 条第 2 項第 2 号	年金等の受給 権者の定期報 告書 〔様式〕 第 18 号		4,000 円

支給対象	関係条文及び通達(記号)	告示様式の名称番号	請求方法	料金
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6カ月を経過した日以後傷病(補償)年金の支給決定に必要と認められた場合に傷病の状態等に関する届出書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 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	指定病院等	4,000円
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6カ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カ月以内に提出させる傷病の状態に関する届出書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 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	診療費請求書 (含内訳) 診機様式 第1号 (含2~9)	4,000円
休業(補償)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カ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)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」	労働者災害補償保険法 施行規則 第19条の2第2項	傷病の状態等に関する届 [様式] 第16号の11	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)	4,000円
傷病(補償)年金の受給権者が定期報告書に添付して提出した「負傷又は疾病の状態に関する診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第21条第2項第3号	年金等の受給権者の定期報告書 [様式] 第18号	病院等 労働者署	4,000円
傷病(補償)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」	労働者災害補償保険法 施行規則 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)給付の支給を受けようとする者が介護(補償)給付支給請求書に添付して提出した「診断書」	労働者災害補償保険法 施行規則 第18条の3の5 第3項第1号	介護(補償)給付支給請求書 [様式] 第16号 の2の2	障害(補償)年金受給者である場合には、療養の費用請求書	4,000円

支給対象	関係条文及び 通達(記号)	告示様式の 名称番号	請求方法	料金
労働基準監督署長が、療養(補償)給付を受けている者(傷病(補償)年金を受けている者を含む。)について療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために必要と認め、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該診断書			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">指定病院等</div> 通達別紙 請求書 診機様式 第1号の2 病院等 局 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">非指定病院等</div> 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)給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	労働者災害補償保険法 施行規則 第13条第2項	休業(補償) 給付請求書 [様式] 第8号 第16号の6	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">指定病院等</div> 診療費請求書 (含内訳) 診機様式 第1号 (含2~5) 病院等 局	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	労働者災害補償保険法 施行規則 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">非指定病院等</div> 療養の費用 請求書 告示様式 第7号(1)、 第16号の5(1) 病院等 労働者 署	1,000 円
労働基準監督署長が労働者災害補償保険法第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	労働者災害補償保険法 第47条の2 平成8年7月24日 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

支給対象	関係条文及び通達(記号)	告示様式の名称番号	請求方法	料金
はり・きゅう及びマッサージの施術に係る診断書	昭和57年6月2日 基発第384号	はり・きゅう 診断書 [様式] 第1号	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">指定病院等</div> 診療費請求書 (含内訳) 診機様式 第1号 (含2~5) 病院等 局	はり・きゅう 単独 3,000円 一般医療と はり・きゅう 併用 3,000円
		マッサージ 診断書 [様式] 第2号	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">非指定病院等</div> 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">「施術効果の評価表」添付の場合</div> 4,000円
		昭和57年 5月31日 基発第375号	病院等 労働者 署	マッサージ 3,000円