

(参考)

市町村非常勤職員の公務災害に係る診療費の算定基準（医療機関殿）

令和5年4月1日以降の診療に係る費用の算定基準は次のとおりとなっておりますので、よろしくお願ひします。また、診療費請求明細等の書類は当該市役所・町村役場の担当者あて送付くださいますよう併せてお願ひします。

○ 原則として労災保険の算定基準に準じて算定してください。ただし、次の点に留意してください。

- ① 1点の単価を12円とする。ただし、保険薬局に係る調剤費は、1点の単価を10円とする。
- ② 療養の給付請求書取扱料及び労災電子化加算は算定の対象としない。
- ③ 休業補償請求書の証明に係る文書料については、2,000円とする。
- ④ 公務災害診療は消費税法の規定により、文書料等を含め非課税であること。

なお、労災保険の算定基準に準じる部分の内容は下記のとおりです。

I 診療報酬の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号（最終改正：令和5年1月31日）の別表第1医科診療報酬点数表及び別表第2歯科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）の診療報酬点数（以下「健保点数」という。）に1点の単価12円を乗じて行うものとする。

ただし、初診料、再診料、処置、手術、リハビリテーション料の一部及び入院基本料等の額又は点数は、次に定めるところによるものとする。

1 初診料 3,820円

- (1) 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公務上の事由による負傷又は疾病により、初診を行った場合は、初診料を算定できるものとする。
- (2) 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(1)に規定する場合及び2つ目の診療科で(3)の定額負担料を徴収した場合を除く。）については、1,910円を算定できる。
- (3) 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）を傷病者から徴収した場合は、1,820円とする。

2 救急医療管理加算

初診の傷病者について救急医療を行った場合には、次の金額を算定することができるものとする。

入院 6,900円

入院外 1,250円

ただし、この算定は同一傷病につき1回限り（初診時）とする。

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

また、健保点数表における「救急医療管理加算」と重複算定することはできない。

3 再診料 1,400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ものとする。
- (2) 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、700円を算定できる。
- (3) 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）を傷病者から徴収した場合は、1,000円とする。

4 外来管理加算の特例

- (1) 外来管理加算については、健保点数表の再診料の注8にかかわらず、従前どおりの計画的な医学管理を行った場合に所定点数に52点を加算して算定することができる。
- (2) 再診時に、健保点数表において外来管理加算を算定することができない処置等を行った場合でも、その点数が外来管理加算の52点に満たない場合には、特例として外来管理加算を算定することができる。
また、外来管理加算の点数に満たない処置等が2つ以上ある場合には、最も低い点数に対して外来管理加算を算定し、他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができる。
- (3) 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。

5 再診時療養指導管理料 920円

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

6 入院基本料

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

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

なお、入院基本料は、原則として、入院診療計画書等を交付して説明することが算定条件となるが、次に掲げる事情があり、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明細書（病院・診療所用）に記載することにより、入院診療計画書等を交付して説明することができない場合であっても算定できるものとする。

- (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、入院診療計画書等を交付して説明することができなかつた場合
- (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つたため、入院診療計画書等を交付して説明することができなかつた場合
- (3) その他、上記に準ずると認められる場合

7 入院室料加算

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

ただし、健保点数表において特定入院料として定められている点数（救命救急入院料、特定集中治療室管理料等）の算定の対象となっている傷病者については、入院室料加算は算定できないものであること及び(2)の④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、傷病者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋に収容した場合。

(2) 傷病者が次の各号のいずれかに該当するものであること。

- ① 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
- ② 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。
- ③ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。
- ④ 傷病者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。

(3) 医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができる。

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には、次に示す額とする。

1日につき	個室	甲地	11,000円、乙地	9,900円
	2人部屋	甲地	5,500円、乙地	4,950円
	3人部屋	甲地	5,500円、乙地	4,950円
	4人部屋	甲地	4,400円、乙地	3,960円

なお、入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3に基づく人事院規則9-49（地域手当）により支給区分が1級地から5級地とされる地域及び当該地域に準じる地域（令和4年3月4日付け保医発0304第2号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添3第8の別紙1の人事院規則で定める地域に準じる地域のうち3級地から5級地）をいい、入院室料加算の地域区分の乙地とは、甲地以外の地域をいう。

8 病衣貸与料 1日につき10点

入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合に算定できる。

9 入院時食事療養費

入院時の食事に係る療養の給付に要する費用については、平成18年3月6日厚生労働省告示第99号別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第1食事療養に定める金額の1.2倍により算定する。

なお、10円未満の端数については四捨五入すること。

10 コンピューター断層撮影料

健保点数表に定める点数によって算定する。

なお、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における当該2回目以降の撮影に係る費用については、健保点数表を適用せず、初回撮影点数と同一の点数を算定できるものとする。

11 リハビリテーション

(1) 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。

①	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
②	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	125点
③	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
④	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	200点
⑤	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	100点
⑥	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
⑦	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	200点
⑧	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	100点
⑨	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	190点
⑩	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	180点
⑪	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	85点
⑫	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	180点
⑬	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	85点

(2) 疾患別リハビリテーションについては、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、疾患別リハビリテーション料の各規定の注1のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えて算定できることとし、健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注4、注5及び注6（注5及び注6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、適用しないものとする。

(3) 入院中の傷病者に対し、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（Ⅱ）を含む。）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ものとする。

(4) 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算及び初期加算については、健保点数表に準じるものとする。

(5) 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注4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、診療費請求明細書（病院・診療所用）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、診療費請求明細書（病院・診療所用）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労災リハビリテーション評価計画書を診療費請求明細書（病院・診療所用）に添付して提出すること。

(6) 早期リハビリテーション加算が算定できる傷病者に対し、初期加算とADL加算が算定できるリハビリテーションを行った場合は、それぞれ所定点数を算定できるものとする。

12 リハビリテーション情報提供加算 200点

健保点数表の診療情報提供料が算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士若しくは作業療法士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書（転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限り。労災診療費算定基準における別紙様式7「労災リハビリテーション実施計画書」）を、傷病者の同意を得て添付した場合に算定できるものとする。

13 初診時ブラッシング料 91点

創面が異物の混入、附着等により汚染している創傷の治療に際し、生理食塩水、蒸留水等を使用して創面のブラッシングを行った場合に算定できる。

ただし、この算定は同一傷病につき1回（初診時）限りとする。

14 四肢の傷病に係る処置等の加算

四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に係る次の処置等の点数は、健保点数（リハビリテーションについては、11の(1)の①から⑬の所定点数）の1.5倍として算定できる（1点未満の端数は1点に切り上げる。）。

なお、手（手関節以下）、手の指に係る次の(1)、(2)の処置及び(4)の手術については、健保点数の2倍として算定できる。

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

- (1) 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、重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置
- (2) 関節穿刺、粘（滑）液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧砕法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」
- (3) 絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術、皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引（2日目以降）、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、低出力レーザー照射
- (4) 皮膚切開術、創傷処理、デブリードマン、筋骨格系・四肢・体幹手術及び神経・血管の手術
- (5) リハビリテーション

15 手の指に係る創傷処理及び骨折非観血的整復術の特例

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

また、骨折非観血的整復術を手の指に行った場合、指1本の場合は所定点数の2倍、指2本の場合は指1本の場合の点数に所定点数を加算した点数、指3本の場合は指2本の場合の点数に所定点数を加算した点数、指4本の場合は指3本の場合の点数に所定点数を加算した点数、指5本の場合は所定点数を5倍した点数とする。

16 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（基節骨、中節骨、末節骨）」、「足根骨」、「膝蓋骨」及び「足趾骨」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。
- (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ものとする。

17 手指の創傷に係る機能回復指導加算 190点

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

18 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）を算定できるものとする。

19 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）を算定できるものとする。

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点を超える場合は実費相当額が算定でき、当該実費相当額が170点未満の場合は170点を算定できるが、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、同様の取扱いとする。

20 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ

通院療養中の傷病者に対して、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）を算定できるものとする。

なお、支給対象者は次の(1)及び(2)の要件を満たす者とする。

- (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、主治医が投与の必要を認めたもの。

21 消炎鎮痛等処置の特例

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

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

(2) 「湿布処置」については、1日につき所定点数（「湿布処置」の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算とする。）を算定することができる。

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

(3) 消炎鎮痛等処置等の併施について

消炎鎮痛等処置等、「湿布処置」及び肛門処置を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、「湿布処置」又は肛門処置の所定点数の他に、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こと。

なお、この場合、「湿布処置」又は肛門処置の所定点数を算定することなく、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差し支えないこと。

(4) 消炎鎮痛等処置等及び疾患別リハビリテーションの併施について

① 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部位を算定できること。

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差し支えないこと。

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

③ 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションの他、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部位又は肛門処置のいずれかの所定点数の他に、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」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部位まで算定することとして差し支えないこと。

また、「疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の1部位又は肛門処置のいずれかの所定点数」及び「「湿布処置」又は肛門処置の所定点数」を算定することなく、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差し支えないこと。

22 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（医師又は医師の指示を受けた看護職員（看護師及び准看護師。以下同じ。）、理学療法士、作業療法士及び公認心理師をいう。以下同じ。）又は医師の指示を受けたソーシャルワーカー（社会福祉士及び精神保健福祉士をいう。以下同じ。）が当該傷病者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主に対して、職業復帰のために必要な指導（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）に限り算定できるものとする。

- (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ものとする。
- (3) 精神疾患を主たる傷病とする場合にあっては、医師等に精神保健福祉士を含むものとする。
- (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ものとする。

23 精神科職場復帰支援加算 200点

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

24 石綿疾患療養管理料 225点

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

25 石綿疾患公務災害請求指導料 450点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）の診断を行った上で、傷病者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、公務による石綿ばく露が疑われる場合に公務災害請求の勧奨を行い、現に診療費請求明細書（病院・診療所用）が提出された場合に、1回に限り算定できるものとする。

26 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④について同じ。）に対し、当該傷病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」を当該傷病者に交付し、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ものとする。

- ② 傷病者の主治医が、当該傷病者の同意を得て、所属事業場の産業医（主治医が当該傷病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。
- ③ 傷病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、当該傷病者の同意を得て、当該医療機関に赴いた当該傷病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から③の算定は、同一傷病者につき、それぞれ4回を限度とする。
ただし、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とし、回数制限はない。その際、4回目以降は4回目の点数とする。
- ⑤ 傷病者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士若しくはソーシャルワーカーが、傷病者の勤務する事業所の事業主又は産業医から、文書又は口頭で、療養と就労の両方を継続するために治療上望ましい配慮等について、助言を得て、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とともに、傷病者に対し、治療計画変更の必要性の有無や具体的な変更内容等について説明を行った場合に、1回につき600点を加算できるものとする。
- (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

初回 600点

2回目 500点

- ① 傷病者（入院治療後罹患後症状の治癒のための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就労が可能と医師が認める者で、入院治療を伴わず罹患後症状のため初回受診後1か月以上の通院療養が見込まれる者。下記②及③について同じ。）に対し、当該傷病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」を当該傷病者に交付し、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ものとする。
- ② 上記(1)及び(2)の②、③及び⑤については、上記(3)においても算定できる。
- ③ 上記(3)の①及び②の算定は、同一傷病者につき、2回を限度とする。

27 社会復帰支援指導料 130点

3か月以上の療養を行っている傷病者に対して、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、同一傷病者につき、1回に限り算定できるものとする。

当該指導は、労災診療費算定基準における別紙様式8「早期社会復帰のための指導項目」の指導項目に基づいて行うこととし、算定にあたっては、同様式に必要な事項を記載して診療録に添付するものとする。

28 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を実施した画像について、再診時に診断した場合に、月1回算定できるものとする。

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、健保点数表「E203 コンピューター断層診断 450点」を算定できる場合には、当該特例は算定できない。

29 振動障害に係る検査料

振動障害に係る検査料については、次により算定することができるものとする。

- (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%）検査、つまみ力検査又はタッピング検査 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) 常温下による爪圧迫検査 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

30 訪問看護に係る療養費

指定訪問看護事業者に係る療養の給付に要する費用については、平成20年3月5日厚生労働省告示第67号（最終改正：令和4年3月4日）別表訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法により算定するものとする。

II 前記 I の診療単価は、12円とする。

III 保険薬局に係る療養に要する費用の算定は、診療報酬の算定方法別表第3調剤報酬点数表の所定点数に1点の単価10円を乗じて得た額とする。

IV 健保点数に12円を乗じて算定している項目については、改正後の健保点数により算定するものとする。

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

※ 診療費請求明細等の書類は当該市役所・町村役場の担当者あて送付してください。また、上記についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

〒020 - 8510 盛岡市山王町4 - 1 岩手県自治会館内
岩手県市町村総合事務組合 業務課 非常勤職員災害補償係
TEL 019 - 622 - 6276 (直通)
FAX 019 - 623 - 5611
E-Mail hijoukin@sougoukumiai.morioka.iwate.jp