

改 正 後	改 正 前
<p>I 診療に要する費用の算定基準</p> <p>診療に要する費用の算定基準は、診療報酬の算定方法（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 59 号（最終改正：平成 30 年 3 月 5 日）。Ⅱにおいて「診療報酬の算定方法」という。）の別表第一医科診療報酬点数表及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）の診療報酬点数（以下「健保点数」という。）に 1 点の単価 12 円を乗じて得た額の範囲内とする。</p> <p>ただし、次に掲げるものについては、当該各号に定めるところにより算定した額（点数に係るものについては、当該点数に 12 円を乗じて得た額）の範囲内とする。</p> <p>4 外来管理加算の特例</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 創傷処置（100 cm³未満）については、当該処置を四肢以外に行った場合に限り、健保点数表における当該処置の点数を適用せず、従前どおり 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。</u></p> <p>8 の 2 手の指に係る創傷処理及び骨折非観血的整復術の特例加算</p> <p><u>創傷処理（筋肉に達しないもの。）と指（手、足）に係る手術等又は骨折非観血的整復術を各々異なる手の指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず各々の所定点数を合算した点数で算定できるものとする。</u></p> <p>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。</p> <p>10 コンピューター断層撮影料</p>	<p>I 診療に要する費用の算定基準</p> <p>診療に要する費用の算定基準は、診療報酬の算定方法（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 59 号（最終改正：平成 26 年 3 月 5 日）。Ⅱにおいて「診療報酬の算定方法」という。）の別表第一医科診療報酬点数表及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）の診療報酬点数（以下「健保点数」という。）に 1 点の単価 12 円を乗じて得た額の範囲内とする。</p> <p>ただし、次に掲げるものについては、当該各号に定めるところにより算定した額（点数に係るものについては、当該点数に 12 円を乗じて得た額）の範囲内とする。</p> <p>4 外来管理加算の特例</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>8 の 2 手の指に係る創傷処理及び骨折非観血的整復術の特例加算</p> <p><u>創傷処理又は骨折非観血的整復術と指（手、足）に係る手術等を各々異なる指に対して併せて行った場合、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。</u></p> <p>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。</p> <p>10 コンピューター断層撮影料</p>

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 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、以下同じ。）を算定することができる。

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)・(2) (略)

12 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日を限度とするものであること。

(1)～(2) (略)

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

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には、次に示す額とする。

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

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關す

健保点数表に定める点数によって算定する。

なお、同一部位に対して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 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）を算定することができる。

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)・(2) (略)

12 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日を限度とするものであること。

(1)～(2) (略)

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

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には、次に示す額とする。

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

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關す

る法律（昭和 25 年法律第 95 号）第 11 条の 3 に基づく人事院規則 9-49（地域手当）により支給区分が 1 級地から 5 級地とされる地域及び当該地域に準じる地域（平成 30 年 3 月 5 日付け保医発 0305 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。

17 四肢又は頭部・頸部・軀幹固定用伸縮性包帯

四肢又は頭部・頸部・軀幹固定用伸縮性包帯を特定保険医療材料として算定できるものとする。

算定額は、実際に医療機関が購入した価格を 10 円で除し、12 円を乗じた額とする。

なお、健康保険における腰部、胸部又は頸部固定帯加算（170 点）について、170 点を超える腰部、胸部又は頸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。

19 労災治療計画加算

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 日以内に所定の様式等により傷病名及び傷病の部位、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、入院中の注意事項、退院時において見込まれる回復の程度等について交付して説明を行った場合、1 回の入院につき 1 回限り 100 点を入院基本料又は特定入院料に加算することができる。

また、入院が予定されている傷病者に対し、外来において治療計画を策定し、労災治療計画書又はこれに準ずる文書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。

なお、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傷病者（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

る法律（昭和 25 年法律第 95 号）第 11 条の 3 に基づく人事院規則 9-49（地域手当）により支給区分が 1 級地から 5 級地とされる地域及び当該地域に準じる地域（平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 1 号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 3 第 8 の別紙 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。

17 四肢又は頭部・頸部・軀幹固定用伸縮性包帯

四肢又は頭部・頸部・軀幹固定用伸縮性包帯を特定保険医療材料として算定できるものとする。

算定額は、実際に医療機関が購入した価格を 10 円で除し、12 円を乗じた額とする。

なお、健康保険における腰部、胸部又は頸部固定帯加算（170 点）について、170 点を超える腰部、胸部又は頸部固定帯を使用した場合は、実費相当額（購入価格を 10 円で除して得た点数）で算定して差し支えない。

19 労災治療計画加算

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 日以内に所定の様式等により傷病名及び傷病の部位、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、入院中の注意事項、退院時において見込まれる回復の程度等について交付して説明を行った場合、1 回の入院につき 1 回限り 100 点を入院基本料又は特定入院料に加算することができる。

また、入院が予定されている傷病者に対し、外来において治療計画を策定し、労災治療計画書又はこれに準ずる文書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。

なお、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傷病者（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。

ただし、入院基本料又は特定入院料の入院期間の計算上、起算日が変わらないものとして取り扱われる再入院については、当該加算の算定はできない。

20 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（最終改定：平成 30 年 3 月 5 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。

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、医師又は医師の指示を受けた看護職員（看護師及び准看護師。以下同じ。）、理学療法士若しくは作業療法士（以下「医師等」という。）が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)～(4) (略)

27 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）」及び「足根骨」の骨折観血的手術又は骨折経皮的鋼線刺入固定術において、術中透視装置を使用した場合に算定できるものとする。

きる。

ただし、入院基本料の入院期間の計算上、起算日が変わらないものとして取り扱われる再入院については、当該加算の算定はできない。

20 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（最終改定：平成 26 年 3 月 5 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。

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 3 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、医師又は医師の指示を受けた看護職員（看護師及び准看護師。以下同じ。）、理学療法士若しくは作業療法士（以下「医師等」という。）が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)～(4) (略)

27 術中透視装置使用加算 220 点

(1) 「大腿骨」、「下腿骨」、「踵骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」及び「足の舟状骨」の骨折観血的手術又は骨折経皮的鋼線刺入固定術において、術中透視装置を使用した場合に算定できるものとする。

(2) (略)

29 職場復帰支援・療養指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合 月1回 560点

その他の疾患の場合 月1回 420点

(1) 傷病者（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)において同じ。）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算定できるものとする。

(2)～(4) (略)

(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場の事業主等又は産業医から、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回つき600点を加算できるものとする。

(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と重複して算定することは原則認められない。

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、重複して算定することができる。

V 付添看護に要する費用の算定基準

2 看護の支給の基準等

(5) 看護料の地域区分について

看護料の地域区分については、看護が行われた医療機関の所在地が該当

(2) (略)

29 職場復帰支援・療養指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合 月1回 560点

その他の疾患の場合 月1回 420点

(1) 傷病者（入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を 3 か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者。下記(2)から(4)において同じ。）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算定できるものとする。

(2)～(4) (略)

V 付添看護に要する費用の算定基準

2 看護の支給の基準等

(5) 看護料の地域区分について

看護料の地域区分については、看護が行われた医療機関の所在地が該当

する地域区分によるものとする。また、地域区分の地域は、一般職の職員の給与等に関する法律（昭和 25 年法律第 95 号）第 11 条の 3 に基づき人事院規則 9-49（地域手当）に定める支給地域及び当該地域に準じる地域（平成 30 年 3 月 5 日付け保医発 0305 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及び当該地域に準じる地域）の区分とする。

する地域区分によるものとする。また、地域区分の地域は、一般職の職員の給与等に関する法律（昭和 25 年法律第 95 号）第 11 条の 3 に基づき人事院規則 9-49（地域手当）に定める支給地域及び当該地域に準じる地域（平成 28 年 3 月 4 日付け保医発 0304 第 1 号「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 3 第 8 の別紙 1 の人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域）の区分とする。