

○ 療養費用算定基準細目(昭和63年9月1日消基発第305号)新旧対照表

(下線部分は改正部分)

| 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：<u>令和 8 年 3 月 5 日</u>）。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>[1及び2 略]</p> <p>3 再診料 <u>1,430円</u></p> <p>[(1) 略]</p> <p>(2) 健保点数表（医科に限る。）の再診料の注3に該当する場合には、<u>720円</u>を算定できる。</p> <p>(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</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：<u>令和 7 年 2 月 20 日</u>）。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>[1及び2 同左]</p> <p>3 再診料 <u>1,420円</u></p> <p>[(1) 同左]</p> <p>(2) 健保点数表（医科に限る。）の再診料の注3に該当する場合には、<u>710円</u>を算定できる。</p> <p>(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</p> |

した場合は、1,030円とする。

[4及び5 略]

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、入院診療計画に関する基準を満たすことが算定要件となるが、次に掲げる事情がある場合については、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、7日以内に入院診療計画書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、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合

(2) 患者が意識不明の状態にあり、家族等と直ちに連絡を取ることができなかったため、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合

[(3) 略]

した場合は、1,020円とする。

[4及び5 同左]

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要件となるが、次に掲げる事情がある場合については、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、7日以内に入院診療計画書等を交付して説明することが出来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、入院診療計画書等を交付して説明することができなかった場合

[(3) 同左]

[7～12 略]

13 入院室料加算

[略]

[(1)～(3) 略]

なお、入院室料加算の地域区分の甲地とは、令和8年3月5日付け保医発0305第7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1-1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。ただし、当該別紙1-2において令和9年5月31日までの間、級地の調整を行う地域が定められているため、令和9年6月1日以降は対象外地域となる地域があることに留意する必要がある。

[14及び15 略]

16 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（最終改正：令和8年3月5日）別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第一食事療養に定める金額の1.2倍により算定する。

なお、10円未満の端数については四捨五入すること。

[7～12 同左]

13 入院室料加算

[同左]

[(1)～(3) 同左]

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6年3月5日付け保医発0305第5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。

また、同法及び同規則の改正により、地域及び級地区分が見直され、令和7年4月1日から施行されたが、当面の間、従前のとおり取り扱う。

[14及び15 同左]

16 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（最終改正：令和7年2月20日）別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第一食事療養に定める金額の1.2倍により算定する。

なお、10円未満の端数については四捨五入すること。

[17～19 略]

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（最終改正：令和8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。

21 リハビリテーション

〔(1) 略〕

(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6及び注7（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、適用しないものとする。

〔(3) 略〕

(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、初期加算、急性期リハビリテーション加算、休日リハビリテーション加算及び特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合については、健保点数表に準じるものとする。

[17～19 同左]

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（最終改正：令和6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。

21 リハビリテーション

〔(1) 同左〕

(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、適用しないものとする。

〔(3) 同左〕

(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、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、健保点数表に準じるものとする。

なお、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6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、支払請求書の様式等に関する規程（昭和49年基金規程第3号）に定める別記様式第4号の1号紙診療費請求明細書（病院・診療所用）（以下「診療費請求明細書」という。）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に添付して提出することとする。

- (5) 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、急性期リハビリテーション加算、休日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つ

なお、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、支払請求書の様式等に関する規程（昭和49年基金規程第3号）に定める別記様式第4号の1号紙診療費請求明細書（病院・診療所用）（以下「診療費請求明細書」という。）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に添付して提出することとする。

- (5) 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。

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つ

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、作業療法士、言語聴覚士及び公認心理師(以下「医師等」という。)若しく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。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(人事・労務担当者等傷病者の職場復帰に関する権限を有する者も含む。)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(入院期間が継続して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]

[23～25 略]

26 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つて、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書(転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。)を、傷病者の同意を得て添付した場合に算定できるものとする。

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、作業療法士及び公認心理師(以下「医師等」という。)若しく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。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(人事・労務担当者等傷病者の職場復帰に関する権限を有する者も含む。)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(入院期間が継続して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) 同左]

[23～25 同左]

26 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つて、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士若しくは作業療法士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書(転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。)を、傷病者の同意を得て添付した場合に算定できるものとする。

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とは別に算定できるものとする。

[27及び28 略]

29 職場復帰支援・療養指導料

[(1) 略]

| | | |
|---------------|----|------|
| (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⑤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、言語聴覚士、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。また、高年齢（60歳以上）の傷病者に対して、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

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とは別に算定できるものとする。

[27及び28 同左]

29 職場復帰支援・療養指導料

[(1) 同左]

| | | |
|---------------|----|------|
| (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⑤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、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。

箋」を交付した場合には150点を加算できるものとする（その他の算定要件は60歳未満の場合と同様）。

[②～⑤ 略]

30 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、診療費請求明細書の摘要欄に、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。また、高年齢（60歳以上）の傷病者に対して、個々の高年齢の傷病者の健康や体力の状況を踏まえた具体的な指導等を行った場合には100点を加算できるものとする（その他の算定要件は60歳未満の場合と同様）。

算定方法等については、労災に準じる。

31 診断書料 6,000円

補償の実施上必要な診断書の交付に係る費用に限る。

[Ⅱ～Ⅴ 略]

Ⅵ 移送に要する費用の算定基準

[略]

[1 略]

2 費用の範囲

[②～⑤ 同左]

30 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、診療費請求明細書の摘要欄に、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ものとする。

算定方法等については、労災に準じる。

31 診断書料 5,000円

補償の実施上必要な診断書の交付に係る費用に限る。

[Ⅱ～Ⅴ 同左]

Ⅵ 移送に要する費用の算定基準

[同左]

[1 同左]

2 費用の範囲

〔(1) 略〕

(2) 自家用自動車（勤務先等の車両の場合を除く。）を使用して移動した場合であって、実費の算定が困難な場合の費用は、当該傷病者の移送に要したと認められる距離（その距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合には、切り上げること。）に応じて、走行1キロメートルにつき37円として算定した額とする。

なお、この場合の路程の算定は、当該地域の地理的条件にてらしてみても最も合理的と認められる経路及びキロ数とする。

〔(3)～(8) 略〕

VII 文書料に要する費用の算定基準

文書料に要する費用は、次表に定めるところによる。

| 支給対象 | 支給額 |
|--|---------------|
| 療養補償費内訳書における診療（施術）担当者の証明に要する費用 | <u>2,200円</u> |
| 休業補償費内訳書における診療（施術）担当者の休業に関する証明に要する費用 | <u>2,200</u> |
| 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補償年金変更内訳書に添付する「変更後の障害の程度に関する証明書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>6,000</u> |

〔(1) 同左〕

(2) 自家用自動車（勤務先等の車両の場合を除く。）を使用して行われた移送費については、当該傷病者の移送に要したと認められる距離（その距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合には、切り上げること。）に応じて走行1キロメートルにつき国家公務員等の旅費に関する法律（昭和25年法律第114号）第19条に定める車賃の額（37円）で算定した額とする。

なお、この場合の路程の算定は、当該地域の地理的条件にてらしてみても最も合理的と認められる経路及びキロ数とする。

〔(3)～(8) 同左〕

VII 文書料に要する費用の算定基準

文書料に要する費用は、次表に定めるところによる。

| 支給対象 | 支給額 |
|--|---------------|
| 療養補償費内訳書における診療（施術）担当者の証明に要する費用 | <u>2,000円</u> |
| 休業補償費内訳書における診療（施術）担当者の休業に関する証明に要する費用 | <u>2,000</u> |
| 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補償年金変更内訳書に添付する「変更後の障害の程度に関する証明書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>4,000</u> |

| | | | |
|---|--------------|---|--------------|
| 障害補償を請求する場合、障害補償費内訳書に添付する「障害の程度に関する証明書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>7,000</u> | 障害補償を請求する場合、障害補償費内訳書に添付する「障害の程度に関する証明書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>4,000</u> |
| 障害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障害補償費変更内訳書に添付する「変更後の障害の程度に関する証明書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>7,000</u> | 障害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障害補償費変更内訳書に添付する「変更後の障害の程度に関する証明書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>4,000</u> |
| 介護補償を請求する場合、介護補償費内訳書に添付する障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書に要する費用 | <u>6,000</u> | 介護補償を請求する場合、介護補償費内訳書に添付する障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書に要する費用 | <u>4,000</u> |
| 療養補償を受けている者の負傷又は疾病が、療養の開始後1年6箇月を経過した日において治っていない場合に、同日後1か月以内に提出する「療養の現状報告書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>6,000</u> | 療養補償を受けている者の負傷又は疾病が、療養の開始後1年6箇月を経過した日において治っていない場合に、同日後1か月以内に提出する「療養の現状報告書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>4,000</u> |
| 傷病補償年金の受給権者が毎年1回、2月1日から同月末日までの間に提出する「傷病補償年金定期報告書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>6,000</u> | 傷病補償年金の受給権者が毎年1回、2月1日から同月末日までの間に提出する「傷病補償年金定期報告書」における医師又は歯科医師の証明に要する費用 | <u>4,000</u> |
| 遺族補償年金の受給権者が毎年1回、2月1日から同月末日までの間に提出する「遺族補償年金定期報告書」に添付する障害の状態についての医 | <u>6,000</u> | 遺族補償年金の受給権者が毎年1回、2月1日から同月末日までの間に提出する「遺族補償年金定期報告書」に添付する障害の状態についての医 | <u>4,000</u> |

| | | | |
|---|--------------|---|--------------|
| 師の診断書に要する費用 | | 師の診断書に要する費用 | |
| 「年金に関する異動報告書」に添付する傷病補償年金、障害補償年金の受給権者又は遺族補償年金の受給権者若しくは受給資格者の障害の状態についての医師の診断書に要する費用 | <u>6,000</u> | 「年金に関する異動報告書」に添付する傷病補償年金、障害補償年金の受給権者又は遺族補償年金の受給権者若しくは受給資格者の障害の状態についての医師の診断書に要する費用 | <u>4,000</u> |
| 被災団員等の扶養親族のうち、重度心身障害者がいる場合の「事故状況等証明書」に添付する当該重度心身障害者の障害の状態についての医師の診断書に要する費用 | <u>6,000</u> | 被災団員等の扶養親族のうち、重度心身障害者がいる場合の「事故状況等証明書」に添付する当該重度心身障害者の障害の状態についての医師の診断書に要する費用 | <u>4,000</u> |
| 被災団員等の死亡の当時障害の状態にあること によって遺族補償年金の受給権者若しくは受給資格者又は遺族補償一時金の受給権者となる者の 「遺族補償費内訳書」に添付する障害の状態についての医師の診断書に要する費用 | <u>6,000</u> | 被災団員等の死亡の当時障害の状態にあること によって遺族補償年金の受給権者若しくは受給資格者又は遺族補償一時金の受給権者となる者の 「遺族補償費内訳書」に添付する障害の状態についての医師の診断書に要する費用 | <u>4,000</u> |
| はり、きゅう及びマッサージの施術に係る診断書に要する費用 | <u>4,000</u> | はり、きゅう及びマッサージの施術に係る診断書に要する費用 | <u>3,000</u> |
| 前記に掲げるもの以外に基金が、医師の診断書又は意見書の提出を求めた場合における当該診断書又は意見書に要する費用 | <u>6,000</u> | 前記に掲げるもの以外に基金が、医師の診断書又は意見書の提出を求めた場合における当該診断書又は意見書に要する費用 | <u>5,000</u> |
| 備考 表中の [] の記載は注記である。 | | | |