○　療養に要する費用の算定に関する基準

昭和 49 年 7 月 16 日
基 金 規 程 第　2　号

改正　昭和 63 年６月１日基金規程第　２号

非常勤消防団員に係る損害補償の基準を定める政令（昭和 31 年政令第 335 号）第４条第２項又は第３項の規定による療養に要する費用の算定基準は、労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）第 13 条に規定する療養の給付に要する費用の算定基準の例により消防団員公務災害補償等共済基金が定めるところによる。

附　則

この規程は、昭和 63 年９月１日から施行し、同年５月１日から適用する。この場合において、必要な経過措置については別に定める。

○　療養費用算定基準細目

［昭和 63 年９月１日
消基発第 305 号］

改正　平成元年５月18日消基発第211号
同　２年８月14日同　第326号
同　２年９月21日同　第393号
同　３年５月21日同　第165号
同　４年６月16日同　第219号
同　４年７月30日同　第268号
同　４年９月18日同　第307号
同　６年６月21日同　第198号
同　６年７月26日同　第229号
同　６年11月24日同　第361号
同　７年１月12日同　第 13号
同　８年７月９日同　第189号
同　８年８月９日同　第218号
同　８年９月26日同　第274号
同　９年６月27日同　第236号
同　10年４月23日同　第114号
同　10年６月17日同　第173号
同　10年10月13日同　第298号
同　12年６月20日同　第164号
同　12年８月16日同　第232号
同　14年３月15日同　第 88号
同　14年４月30日同　第145号
同　14年８月26日同　第245号
同　15年10月27日同　第360号
同　16年３月31日同　第159号
同　16年５月28日同　第244号
同　18年４月12日同　第270号
同　18年８月30日同　第481号
同　20年５月22日同　第166号
同　20年９月29日同　第370号
同　20年９月30日同　第371号
同　22年４月16日同　第176号
同　22年９月９日
同　27年３月23日同　第227号
同　28年８月18日同　第467号
同　28年10月31日同　第620号

同　30年４月 9日同　　第190号
同　30年10月 5日同　　第558号
令和元年12月18日同　　第776号
同　３年３月30日同　　第 86号
同　４年７月12日同　　第223号
同　４年11月25日同　　第454号
同　５年６月27日同　　第269号
同　６年５月７日同　　第188号
同　６年11月15日同　　第540号
同　７年６月17日同　　第308号

Ⅰ　診療に要する費用の算定基準

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：令和７年２月 20 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。

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。

１　初診料　3,850 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、1,930 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、1,850 円とする。

２　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ものとする。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。

注１　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、深夜又は休日加算が算定できます（１点未満四捨五入）。

注２　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。）とは重複算定はできないものとする。

注３　四肢の特例取扱はないため、四肢の創傷に対するブラッシングであっても 91 点の算定となる。

３　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、710 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、1,020 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（100 ㎠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ものとする。

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、入院診療計画等を交付して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

７　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。

(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、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

８　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、21 の(1)の①から⑬の所定点数）の 1.5 倍（１点未満の端数があるときは、これを１点に切り上げる。以下同じ。）として算定できるものとする。

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ものする。

ただし、健康保険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、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）が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率毎に処置面積を合算して算定することができるものとする。

また、「創傷処置」等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ものとする。

(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

(注) 前記に掲げる以外の、薬剤料、特定保健医療材料料、輸血料、ギプス料などは加算の対象にはならないこと。

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

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。

(1) 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。

(2) 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。

９　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は、１回に限り所定点数にさらに 190 点を加算できるものとする。

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　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。

12　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) 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。

13　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、健保点数表における特定入院料、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)　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　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と「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。

15　病衣貸与料　１日につき 10 点

傷病者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関から病衣の貸与を受けた場合、又は傷病の感染予防上の必要性から医療機関が傷病者に病衣を貸与した場合に算定できるものとする。

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　治療用装具　労災保険の保険給付の例による。

18　四肢又は頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯

医師の診察に基づき、処置及び手術において四肢又は頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯の使用が必要と認める場合に算定できるものとする。

算定額は、実費相当額（購入した価格を 10 円で除して得た点数）とする。

19　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）とし、健保点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」と重複して算定することはできない。

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ものとする。

また、健康保険における「保険外併用療養費（初診時自己負担金）」とも重複して算定することはできない。

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)　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）

ア　理学療法士による場合　250 点

イ　作業療法士による場合　250 点

ウ　医師による場合　250 点

エ　看護師による場合　250 点

オ　集団療法による場合　250 点

②　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）

ア　理学療法士による場合　125 点

イ　作業療法士による場合　125 点

ウ　医師による場合　125 点

エ　看護師による場合　125 点

オ　集団療法による場合　125 点

③　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）

ア　理学療法士による場合　250 点

イ　作業療法士による場合　250 点

ウ　言語聴覚士による場合　250 点

エ　医師による場合　250 点

④　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　200 点
　イ　作業療法士による場合　200 点
　ウ　言語聴覚士による場合　200 点
　エ　医師による場合　200 点
⑤　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　100 点
　イ　作業療法士による場合　100 点
　ウ　言語聴覚士による場合　100 点
　エ　医師による場合　100 点
　オ　アからエまで以外の場合 100 点
⑥　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　250 点
　イ　作業療法士による場合　250 点
　ウ　言語聴覚士による場合　250 点
　エ　医師による場合　250 点
⑦　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　200 点
　イ　作業療法士による場合　200 点
　ウ　言語聴覚士による場合　200 点
　エ　医師による場合　200 点
⑧　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　100 点
　イ　作業療法士による場合　100 点
　ウ　言語聴覚士による場合　100 点
　エ　医師による場合　100 点
　オ　アからエまで以外の場合 100 点
⑨　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　190 点
　イ　作業療法士による場合　190 点
　ウ　医師による場合　190 点
⑩　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　180 点
　イ　作業療法士による場合　180 点
　ウ　医師による場合　180 点
⑪　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）
　ア　理学療法士による場合　85 点
　イ　作業療法士による場合　85 点
　ウ　医師による場合　85 点
　エ　アからウまで以外の場合　85 点
⑫　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）

ア　理学療法士による場合　180 点
イ　作業療法士による場合　180 点
ウ　言語聴覚士による場合　180 点
エ　医師による場合　180 点

⑬　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）　（１単位）
ア　理学療法士による場合　85 点
イ　作業療法士による場合　85 点
ウ　言語聴覚士による場合　85 点
エ　医師による場合　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)　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、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、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っては、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。

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明細書の摘要欄に記載するか、実施したプログラムの写しを診療費請求明細書に添付する必要がある。

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　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　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」、「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。

(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。

(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ものとする。

28　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。

29　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。

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（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、当該医療機関等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①～③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、頚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、回数の制限はない。その際、４回目以降は４回目の点数とする。

⑤ 上記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傷病者であり、かつ、以下 a～c 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者に対して１回につき 600 点を算定できるものとする。

a 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。

b 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。

c 傷病者に対して、治療計画の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 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こと。

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る。

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 保険薬局に係る療養に要する費用の算定基準

保険薬局に係る療養に要する費用は、診療報酬の算定方法別表第三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。

Ⅲ　柔道整復師の施術に要する費用の算定基準

柔道整復師の施術に要する費用は、次の各号に定めるところにより算定した額の範囲内とする。

１　初検料　2,575 円

当該施術所が表示する施術時間以外の時間において初検を行った場合は、所定金額に 650 円を加算する。

ただし、午後 10 時から午前６時までの間の初検料については、所定金額に 3,740 円を、また、休日において初検を行った場合には 1,870 円を、所定金額にそれぞれ加算する。

２　初検時相談支援料　150 円

(1)　初検時において、傷病者に対し、次の①及び②を行った場合に初検時相談支援料を算定する。

①　職業復帰に向けた施術内容、施術期間、職業復帰見込時期（施術計画）及び就労に当たっての励行・禁止事項をきめ細やかに説明し、その旨施術録に記載する。

②　次のアからエの施術に伴う日常生活で留意すべき事項等をきめ細やかに説明し、その旨施術録に記載する。

ア　日常生活上の励行・禁止事項（入浴・歩行・運動等）

イ　傷病の状態（公務災害の対象となる疾病、負傷名と施術部位）

ウ　公務災害補償における受任者払い等の取扱い及び請求書の記載方法等を含めた公務災害請求等の事項（医師の同意に関する事項も含む）

エ　その他、柔道整復師が必要と認めた事項

(2)　初検料のみ算定した場合においては、初検時相談支援料を算定できないものとする。

３　往療料　2,760 円

(1)　往療距離が片道４km を超えた場合は、3,060 円を算定する。

(2)　夜間（午後 10 時から午前６時までの間を除く。）往療については、所定金額（前記(1)の加算金額を含む。）の 100 分の 100 に相当する金額を加算する。

(3)　午後 10 時から午前６時までの間、難路又は暴風雨時若しくは暴風雪時の往療については、所定金額（前記(1)の加算金額を含む。）のそれぞれ 100 分の 200 に相当する金額を加算する。

(4)　２戸以上の患家に対して引き続いて往療した場合の往療順位第２位以下の患家に対する往療距離の計算は、当該施術所の所在地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起点とする。

４　再検料　490 円

(1)　再検料の算定は、初検料を算定した月においては１回、翌月以降は１か月２回を限度とする。

(2)　再検料の算定は、初検料を算定した月の翌々月を限度とする。

５　整復料、固定料、施療料及び後療料

骨折等における整復料、固定料、施療料及び後療料は、次の区分のとおりとする。

部　　位	整復(固定・	後療料	備　考

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td>施療)料</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>大腿骨</td><td>14,100 円</td><td></td><td rowspan="7">1　関節骨折又は脱臼骨折は、骨折の部に準ずる。
2　関節近接部位の骨折により生じた拘縮が 2 関節以上に及ぶ場合で、かつ、一定期間（3 週間）経過した場合の料金は、算定部位を変更せず一括して 1,310 円とする。
3　後療時に、関節可動域・筋力の評価を行い、早期職場復帰に向けた経過及び所見を施術録に記載する。</td></tr>
<tr><td>上腕骨・下腿骨</td><td>14,100</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">骨折（整復料）</td><td>鎖骨</td><td>6,540</td><td rowspan="4">1,020 円</td></tr>
<tr><td>前腕骨</td><td>14,100</td></tr>
<tr><td>肋骨</td><td>6,540</td></tr>
<tr><td>手根骨・足根骨・中手骨・中足骨・指（手・足）骨</td><td>6,540</td></tr>
<tr><td rowspan="5">不全骨折（固定料）</td><td>骨盤</td><td>11,340</td><td rowspan="5">870</td><td rowspan="5">1　関節近接部位の骨折により生じた拘縮が 2 関節以上に及ぶ場合で、かつ、一定期間（3 週間）経過した場合の料金は、算定部位を変更せず一括して 1,150 円とする。
2　後療時に、関節可動域・筋力の評価を行い、早期職場復帰に向けた経過及び所見を施術録に記載する。</td></tr>
<tr><td>胸骨・肋骨・鎖骨</td><td>4,860</td></tr>
<tr><td>大腿骨</td><td>11,340</td></tr>
<tr><td>下腿骨・上腕骨・前腕骨・膝蓋骨</td><td>8,700</td></tr>
<tr><td>手根骨・足根骨・中手骨・中足骨・指（手・足）骨</td><td>4,620</td></tr>
<tr><td rowspan="5">脱臼（整復料）</td><td>股関節</td><td>11,100</td><td rowspan="5">870</td><td rowspan="5">1　脱臼の際、不全骨折を伴った場合は、脱臼の部に準ずる。
2　後療時に、関節可動域・筋力の評価を行い、早期職場復帰に向けた経過及び所見を施術録に記載する。</td></tr>
<tr><td>肩関節</td><td>9,780</td></tr>
<tr><td>肘関節・膝関節</td><td>4,620</td></tr>
<tr><td>顎関節</td><td>3,060</td></tr>
<tr><td>手関節・足関節・指（手・足）関節</td><td>4,620</td></tr>
<tr><td>打撲及び捻挫（施療料）</td><td>打撲・捻挫</td><td>910</td><td>615</td><td>1　不全脱臼は、捻挫の部に準ずる。筋、腱の断裂（いわゆる肉ばなれをいい挫傷を伴う場合もある。）は、打撲及び捻挫に準ずる。
2　手の指の打撲・捻挫の施療料及び後療料は、指 1 本の場合は所定料金とし、指 2 本の場合は所定料金を 2 倍した金額、指 3 本の場合は所定料金を 3 倍した金額、指 4 本以上の場合は所定料金を 4 倍した金額とする。
3　施術料は、別紙に掲げる部位を単位として算定する。</td></tr>
</table>

備考　後療において強直緩解等のため、温罨法を併施した場合は、骨折又は不全骨折の

場合にあっては、その受傷した日から起算して７日間を除き、脱臼、打撲、不全脱臼又は捻挫の場合にあっては、その受傷した日から起算して５日間を除き、１回につき95円を加算する。

（別紙）

打　　撲	捻　　挫
頭部	頸部
顔面部	肩関節
頸部	肘関節
胸部	手関節
背部（肩部を含む。）	中手指・指関節
上腕部	腰部
肘部	股関節
前腕部	膝関節
手根・中手部	足関節
指部	中足趾・趾関節
腰臀部	
大腿部	
膝部	
下腿部	
足根・中足部	
趾部	

６　指導管理料　１回につき　680円

傷病者の日常生活動作訓練及び機能回復訓練（矯正のための訓練、筋力増強訓練等）の指導管理を行った場合には、１週間に１回程度、１か月（暦月）に５回を限度とし、後療時に算定できるものとする。

７　運動療法料　１回につき　380円

運動機能の回復を目的とした各種運動を行った場合に算定できるものとし、その算定方法は、次のとおりとする。

(1) １週間に１回程度、１か月（暦月）に５回を限度とし、後療時に算定できる。

(2) 部位、回数に関係なく１日分の金額とし、20分程度運動療法を行うこと。

８　電気光線療法料　１回につき　553円

柔道整復師が施術効果を促進させるため、柔道整復業務の範囲内において保健衛生上人体に害のない電気光線器具を使用した場合に算定できる。

ただし、１日に２回以上又は２種類以上の電気光線療法を行っても１回として算定されるものであること。

９　レントゲン診断料　健保点数表（医科に限る。）に定める点数による。

柔道整復師が施術を行うにあたり、レントゲン診断が行われた場合は、柔道整復師の施術に関する適法に行われたレントゲン診断であって、照射（撮影を含む。）が、診療エッ

クス線技師の資格を有する柔道整復師によって行われた場合に限り算定できるものであること。

10　宿泊料及び食事料　宿泊料　１日につき　1,400 円
　　食事料　１食につき　　470 円

柔道整復師の施術所に通院することが極めて困難な症状にある者が、柔道整復師の施術を受けるために当該施術所に宿泊した場合に限り算定できるものであること。

11　特別措置料金

整復等の施術上、特別に材料を必要とした場合は、特別措置料金として、次の額が算定できる。

区　　分	特別材料費	包帯交換料
骨折・不全骨折・脱臼	1,670 円	770 円
捻挫・打撲	1,020	410

(1) 特別材料費は、１負傷部位について１回算定できる。

なお、骨折、不全骨折又は脱臼について、特別材料の交換が必要となった場合は、２回まで特別材料費として算定できる。

(2) 包帯交換料は、１負傷部位について初回の包帯交換時に１回算定できるほか、初検日から起算して、１週間以内の包帯交換について１回、１週間を超え２週間以内の包帯交換について１回、２週間を超え３週間以内の包帯交換について１回、３週間を超え４週間以内の包帯交換について１回、４週間を超えての包帯交換について１回、それぞれ算定できるものとする。

したがって、包帯交換料は施療期間が４週間を超えている場合には、最高６回まで算定できるものであること。

（注）不全脱臼は、捻挫の部に準ずる。筋、腱の断裂（いわゆる肉ばなれをいい挫傷を伴う場合もある。）は、打撲及び捻挫に準ずる。

12　冷罨法料　１回につき　100 円

受傷当時より冷罨法を行った場合に限り算定できる。

ただし、同一日において、温罨法料と重複して算定することはできない。

13　施術情報提供料　1,000 円

骨折、不全骨折又は脱臼に係る応急施術を行った後に、医療機関に対して施術の状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定できる。

Ⅳ　はり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準

はり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用は、次の各号に定めるところにより算定した額の範囲とする。

１　支給対象

(1) はり・きゅうの場合

①　公務による傷病の治療効果がもはや期待できないと医学的に認められるものであって、その傷病の後遺症状としての疼痛、シビレ及び麻痺等の改善が期待し得るも

のとして、医師（当該傷病に対する治療に当たっていた主治医をいう。以下同じ。）が、はり・きゅうの施術を行うことを必要と認めて診断書を交付したものについて支給の対象とする。

② 傷病の個々の症例によっては、一般医療（主として理学療法をいう。以下同じ。）と、はり・きゅうの施術を併せて行うことにより運動機能等の回復が期待し得るものとして、医師が、はり・きゅうの施術を行うことを必要と認めて治療目的を明記した診断書によって指示を与えた場合は、支給の対象とする。

(2) マッサージの場合

医師が、医療上マッサージの施術を行うことを必要と認め、診断書を交付したものについて、支給の対象とする。

2 施術期間

(1) はり・きゅうの場合

① 施術期間は、初療の日から９か月を限度とする。

ただし、初療の日から６か月を経過したものについては、改めて診断書を必要とする。

② 初療の日から９か月を経過した時点において、はり師又はきゅう師に意見書及び症状経過表の提出を求め、更に医師に対しはり・きゅうの施術効果について診断・意見を求め、その結果、施術効果がなお期待し得ると認めたときは、更に３か月（初療の日から 12 か月）を限度に延長することができる。

(2) マッサージの場合

施術期間は、医療上マッサージを必要とする期間とする。

ただし、この場合は、６か月を超えるときは、改めて３か月ごとに診断書を必要とする。

3 施術料金

(1) 初検料

① １術の場合 3,150 円

② ２術（はり・きゅう併用）の場合 3,350 円

注１ 当該施術所が表示する施術時間以外の時間において初検を行った場合は、所定金額に 650 円を加算する。

ただし、休日において初検を行った場合は、所定金額に 1,870 円を加算する。

注２ マッサージのみの場合は算定できない。

(2) 往療料 2,760 円

① 夜間往療については、所定金額の 100 分の 100 に相当する金額を加算する。

② ２戸以上の患家に対して引き続いて往療した場合の往療順位第２位以下の患家に対する往療距離の計算は、当該施術所の所在地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起点とする。

③ 片道 16km を超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(3) 施術料① はり・きゅう

a　１術の場合　１日１回限り　3,000 円

b　２術（はり・きゅう併用）の場合　１日１回限り　4,230 円

注１　傷病部位が２以上にわたり、かつ、当該部位に施術を行った場合には、所定金額の 100 分の 20 に相当する金額を加算する。

注２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき 300 円を加算する。

なお、片道 16km を超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

※　「特別地域」は、労災に準じるものとする（以下同じ。）。

②　マッサージ

a　マッサージを行った場合　１日１回限り　3,000 円

注１　特定の組織又は臓器を施術の対象とする特殊マッサージ（結合織マッサージ、内臓マッサージ（胃、腸、肝、心等））を行った場合には所定金額の 100 分の 20 に相当する金額を加算する。

注２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき 300 円を加算する。

なお、片道 16km を超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

b　温罨法を併施した場合　１回につき　205 円加算

（注）変形徒手矯正術との併施は認められない。

c　変形徒手矯正術を行った場合　１肢につき　470 円加算

（注）　マッサージの加算とする取扱いとして同一部位にマッサージ及び変形徒手矯正術（※）を行った場合に限り、両方の料金を算定すること。

※　６大関節（肩、肘、手首、股関節、膝、足首）を対象とし、１肢（右上肢、左上肢、右下肢、左下肢）毎に算定する。

③　はり又はきゅうとマッサージの併用の場合　１日１回限り　4,230 円

注１　傷病部位が２以上にわたり、かつ、当該部位に施術を行った場合及び特定の組織又は臓器を施術の対象とする特殊マッサージ（結合織マッサージ、内臓マッサージ（胃、腸、肝、心等））を行った場合には所定金額の 100 分の 20 に相当する金額を加算する。

注２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき 300 円を加算する。

なお、片道 16km を超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(4) 訪問施術料

はり・きゅう	訪問施術料１ １術の場合 ２術の場合	１回につき 5,760 円 6,990 円	１　傷病部位が２以上にわたり、かつ、当該部位に施術を行った場合には、所定金額の 100 分の 20 に相当する金額を加算する。 ２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につ
	訪問施術料２ １術の場合	１回につき 4,380 円	

	２術の場合	5,610 円	き 300 円を加算する。 なお、片道 16 kmを超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。
	訪問施術料３ （３～９人の場合） １術の場合 ２術の場合	１回につき 3,550 円 4,780 円	
	訪問施術料３ (10 人以上の場合) １術の場合 ２術の場合	１回につき 3,180 円 4,410 円	
マッサージ	訪問施術料１	１回につき 5,760 円	１　特定の組織又は臓器を施術の対象とする特殊マッサージ（結合織マッサージ、内臓マッサージ（胃、腸、肝、心等））を行った場合には所定金額の 100 分の 20 に相当する金額を加算する。 ２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき 300 円を加算する。 なお、片道 16km を超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。
	訪問施術料２	１回につき 4,380 円	
	訪問施術料３ （３～９人の場合）	１回につき 3,550 円	
	訪問施術料３ (10 人以上の場合)	１回につき 3,180 円	
	温罨法を併施した場合	１回につき 205 円加算	変形徒手矯正術との併施は認められない。
	変形徒手矯正術を行った場合	１肢につき 470 円加算	マッサージの加算とする取扱いとして同一部位にマッサージ及び変形徒手矯正術（※）を行った場合に限り、両方の料金を算定すること。 ※　６大関節（肩、肘、手首、股関節、膝、足首）を対象とし、１肢（右上肢、左上肢、右下肢、左下肢）毎に算定する。
はり又はきゅうとマッサージの併用 訪問施術料１ 訪問施術料２ 訪問施術料３ （３～９人の場合） 訪問施術料３ (10 人以上の場合)		 6,990 円 5,610 円 4,780 円 4,410 円	１　傷病部位が２以上にわたり、かつ、当該部位に施術を行った場合及び特定の組織又は臓器を施術の対象とする特殊マッサージ（結合織マッサージ、内臓マッサージ（胃、腸、肝、心等））を行った場合には所定金額の 100 分の 20 に相当する金額を加算する。 ２　特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として１回につき 300 円を加算する。 なお、片道 16km を超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認め

		られないこと。

※　「訪問施術料」とは、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第２条第１号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 27 項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が１人の場合は訪問施術料１、２人の場合は訪問背実亮２、３人以上の場合はその人数に応じた訪問施術料３の各区分により、算定する。

(5) 電気・光線器具による療法　１日１回限り　553 円加算

あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師が傷病者の施術に当たって、その施術効果を促進するため、あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師の業務の範囲内において電気・光線器具（あん摩マッサージ指圧師にあっては超音波（若しくは極超短波）又は低周波、はり師及びきゅう師にあっては、電気鍼又は電気温灸器及び電気光線器具に限る。）を使用した場合に算定する。

ただし、１日に２回以上又は２種類以上の電気・光線器具を使用しても１回として算定する。

４　担当方針

施術所の開設者又は施術者は、次に掲げる方針により施術を担当するものとする。

(1) 施術は、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和 22 年法律第 217 号）第１条の規定による免許を受けた者が行うものであること。

(2) 施術は、療養上妥当適切なものでなければならないこと。

(3) 施術に当たっては、常に傷病者の心身の状態を観察し、心理的効果を挙げることができるよう適切な指導をしなければならないこと。

Ⅴ　付添看護に要する費用の算定基準

付添看護に要する費用は、次の各号に定めるところにより算定した額の範囲内とする。

１　特別看護

特別看護とは、傷病者が医療機関において入院療養を受ける際に、当該医療機関の看護を担当する者による看護以外に、その症状等から判断して医師が治療上必要と認め、看護を担当する者（以下「看護担当者」という。）を外部から求める場合の看護をいう。

なお、看護の支給の対象となるのは、傷病者の症状等から判断し、療養上必要とされる期間中に行われるものに限られるものであり、また、単に傷病者の不自由又は不便等を補うために行われるものは支給の対象とはならない。

２　看護の支給の基準等

(1) 看護の支給の基準について

支給の対象となる特別看護は、次の①及び④の要件を満たす医療機関において入院療養中の傷病者が、②の支給要件に該当し、かつ、③の看護形態等による看護を受けた場合の看護とする。

①　対象医療機関

対象となる医療機関（以下「特別看護病院等」という。）は、入院基本料の届出をした医療機関とする。

② 支給要件

特別看護は、次のａ～ｄのいずれかに該当するものであって、神経系統、精神又は胸腹部臓器の傷病により療養しており、その症状の程度が傷病等級第１級の１又は２に相当する者に支給する。

ａ 傷病者の病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合

ｂ 傷病者の病状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長期間にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合

ｃ 傷病者の病状から判断し、常態として体位変換又は床上起座が禁止されているか、又は不可能な場合

ｄ 傷病者の病状から判断し、食事・用便とも弁じ得ないため常態として介助が必要である場合

③ 看護形態

ａ 看護担当者数については、上記②の支給要件に該当する傷病者（以下「対象傷病者」という。）２人につき看護担当者１人の割合（傷病者数を２で除した場合に生じた端数については切り上げるものとする。ただし、健康保険における入院基本料の看護配置が７対１、10 対１又は 13 対１の病院においてはこれを切り捨てるものとする。）で認めることができるものとする。

なお、対象傷病者が親族、友人による看護を受ける場合は、当該傷病者を除いた対象傷病者２人につき看護担当者１人の割合（対象傷病者数を２で除した数に端数が生じた場合はこれを切り上げるものとする。）で認めるものとする。

ｂ 看護形態については、傷病者の症状に応じ医師の判断によるものとする。

④ 入院患者数

特別看護病院等は、対象傷病者を常時２人以上収容していること。

この場合において、「常時２人以上収容する」とは、当該医療機関において対象傷病者を月間の実数で２人以上収容していることを常態とするものであること。したがって、対象傷病者が月間の実数で２人未満となった場合には、当該月以降は当該特別看護病院等に入院療養する対象傷病者には特別看護は認められない。

ただし、従来から特別看護を認めていた対象傷病者については、当該月以降１年間に限り、引き続き特別看護を認めて差し支えないものとするが、２人未満となって１年を経過したときは、当該対象傷病者についても特別看護は認められなくなるものであり、この旨を対象傷病者、特別看護病院等に十分説明し、その周知を図ること。

(2) 看護担当者について

① 看護担当者は、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）に基づく保健師、助産師、看護師又は准看護師のいずれかの免許を有するもの（以下「看護資格者」という。）とする。

ただし、看護資格者を求めることができないと認められる場合において、看護資格者以外の者（以下「看護補助者」という。）が当該医療機関の主治医又は看護師の指揮を受けて看護の補助を行うときには、当該看護補助者を看護資格者に準じて取り扱うものとする。

② 傷病者と親族又は友人関係にある者によって当該傷病者が受けた看護は、支給の対象として認められないが、緊急その他やむを得ない事由により前記①の一般の看護担当者を求めることが出来ない場合に限り、これらの者による看護についても支給の対象とする。ただし、この看護は看護担当者１人が傷病者１人を担当する看護（１人付看護）の場合についてのみ認めるものとする。

(3) 看護費用の範囲について

① 看護に係る費用のうち支給の対象となるのは、看護料、受付手数料、紹介手数料及び次の④で定める看護担当者の往復旅費とする。

② 看護料には、看護担当者の食事料、寝具料等看護に必要な一切の費用を含むものとする。

③ 受付手数料及び紹介手数料は、傷病者が有料職業紹介機関を通じて看護担当者を求めるために当該手数料を負担した場合に限り支給するものとし、その額は職業安定法施行規則第 20 条の別表に定める額の範囲において実際に負担した額とする。

④ 看護担当者は、傷病者が入院している医療機関に近い地域において求めるのが原則であるが、やむを得ない事由により当該医療機関より片道、鉄道 100 キロメートル、水路 50 キロメートル又は陸路 25 キロメートルを超える地域において看護担当者を求めた場合で、かつ、看護担当者の旅費を傷病者が負担した場合に限り、看護担当者の旅費としてその雇入れ期間を通じ１往復の実費（最も経済的な通常の経路及び方法によること。）を支給するものとする。

ただし、看護担当者が傷病者の親族又は友人であるときは、旅費は支給しない。

(4) 看護料の支給基準について

① 看護師による看護

（傷病者１人１日当たりの看護料）

地域区分	１人付看護	２人付看護	３人付看護
１級地から５級地	11,540 円	5,770 円	4,650 円
６級地	10,910	5,460	4,430
その他の地域	10,600	5,300	4,300

② 准看護師による看護

（傷病者１人１日当たりの看護料）

地域区分	１人付看護	２人付看護	３人付看護
１級地から５級地	9,810 円	5,430 円	4,650 円
６級地	9,270	5,170	4,430
その他の地域	9,000	5,010	4,300

③ 看護補助者による看護

（傷病者１人１日当たりの看護料）

地域区分	１人付看護	２人付看護	３人付看護

１級地から５級地	8,650 円	5,430 円	4,650 円
６級地	8,180	5,170	4,430
その他の地域	7,950	5,010	4,300

（注）上記①、②及び③において、看護担当者が傷病者４人以上を看護した場合の看護担当者１日当たりの看護料は、３人付看護に係る傷病者１日１人当たりの看護料に３を乗じた額を限度とする。

④　親族又は友人による看護

地域区分	看 護 料
１級地から５級地	3,930 円
６級地	3,720
その他の地域	3,610

(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（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及び当該地域に準じる地域）の区分とする。

(6) 看護料の割増加算について

看護料の加算については、特別看護について認めるものとし、その取扱いは次によるものとする。

①　泊り込み看護の場合は、看護料の 47 パーセントとすること。

②　せき髄損傷、じん肺症及び頭部外傷の傷病者に対する看護の場合は、看護料の 10 パーセント増とすること。

③　親族又は友人による看護については、看護料の加算は認められないこと。

3　経過措置

平成 18 年３月 31 日において、この通知による改正前の療養費用算定基準細目（以下「旧通知」という。）による一般看護を受けており、引き続き看護が必要な傷病者については、この通知の支給基準等にかかわらず、旧通知の一般看護の基準により支給することとする。

Ⅵ　移送に要する費用の算定基準

移送に要する費用は、次の各号に定めるところにより算定した額の範囲内とする。

傷病者が診療等を受けるため電車、バス、車等で医療機関等に赴くために要した費用については、必要と認められる範囲内で、移送費として支給することができる。

１　移送の範囲

(1) 災害現場等から医療機関等への移送

災害現場から医療機関等への傷病者の移送及び療養中の傷病者に入院の必要が生じ、自宅等から医療機関に収容するための移送

(2) 転医等に伴う移送

① 市町村長等の勧告による転医（転地療養又は帰郷療養を含む。）又は、傷病者の診療を行っている医師の指示による転医又は対診のための移送

② 傷病者の診療を行っている医師の指示による退院に必要な移送

(3) 通院

① 傷病者の住居地又は勤務地と同一の市町村（特別区を含む。以下同じ。）内に存在する当該傷病の診療に適した医療機関等への通院（傷病者の住居地又は勤務地から片道２キロメートル以上の通院に限る。）

② 傷病者の住居地若しくは勤務地と同一の市町村内に当該傷病の診療に適した医療機関等が存在しない場合、又は交通事情等の状況から傷病者の住居地若しくは勤務地と同一の市町村に隣接する市町村内の当該傷病の診療に適した医療機関等への通院の方が利便性が高いと認められる場合における傷病者の住居地若しくは勤務地と同一の市町村に隣接する市町村内にある当該傷病の診療に適した医療機関等への通院（傷病者の住居地又は勤務地から片道２キロメートル以上の通院に限る。）

③ 傷病者の住居地又は勤務地と同一の市町村内及び傷病者の住居地又は勤務地と同一の市町村に隣接する市町村内に当該傷病の診療に適した医療機関等が存在しない場合における最寄りの当該傷病の診療に適した医療機関等への通院（傷病者の住居地又は勤務地から片道２キロメートル以上の通院に限る。）

④ 傷病者の住居地又は勤務地から片道２キロメートル未満の通院であっても、傷病者の傷病の症状の状態からみて、交通機関を利用しなければ通院することが著しく困難であると認められる場合における当該傷病の診療に適した医療機関等への通院

⑤ 市町村長が診療を受けることを勧告した医療機関等への通院

2 費用の範囲

(1) 移送費として支給する費用は、当該傷病者の傷病の状況等からみて、その移送の方法や程度が一般に必要と認められるもので、傷病者が現実に支出する費用とする。

(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最も合理的と認められる経路及びキロ数とする。

(3) 同一の自家用自動車に傷病者が数名で相乗りして移送する場合の移送費は、前記②で算定した額を当該傷病者数で除して得た額とする。

(4) 医療機関の患者輸送車(やむを得ない場合には病院等の自家用車)を使用した場合の移送費については、社会通念上妥当と認められる範囲で、その実費相当額とする。

(5) 宿泊料については、特殊な検査等のため遠方の医療機関に移送する場合で、その距

離、傷病の症状の程度等からみて宿泊を必要とすると認められるときは、社会通念上妥当と認められる範囲内で、その実費相当額とする。

(6) 傷病者の移送に従事した付添看護人の日当は、当該地域における看護料の（一般看護）の看護担当者の看護料を基準として計算した額を限度とする。

(7) 傷病者の移送に従事した付添看護人の宿泊料は、前記(5)の取扱いと同様とする。

(8) 傷病者の配偶者及び二親等内の血族が移送に従事する場合には、当該親族にかかわる費用のうち、日当は支給しないものとする。

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	2,000 円
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	2,000
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	4,000
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	4,000
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	4,000
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	4,000
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	4,000
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	4,000
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師の診断書に要する費用	4,000
「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	4,000
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	4,000

の医師の診断書に要する費用	
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	4,000
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	3,000
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	5,000

附　記

1　この基準のはり、きゅう及びマッサージの施術、付添看護並びに文書料に要する費用のうち、昭和63年9月1日前に補償事由の生じた療養に要する費用等で同年5月1日以後に支払われることとなるものについては、なお従前の例による。

2　「療養に要する費用の算定に関する基準の制定について（昭和49年消基発315号）」及び「自家用自動車による移送に要する費用の取扱いについて(昭和46年消基発464号)については、廃止する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成元年5月18日から施行する。

2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成元年4月1日以降の施術に係るものから、付添看護に要する費用の算定基準は、平成元年5月1日以降の看護に係るものから、それぞれ適用する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成2年8月14日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成2年5月1日以降の診療に係るものから、柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成2年7月1日以降の施術に係るものから、それぞれ適用する。

附　記

改正後の基準は、平成3年5月1日以降の看護に係るものから適用する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成4年6月16日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準及び文書料に要する費用の算定基準は、平成4年5月1日以降の診療及び文書料に係るものから、付添看護に要する費用の算定基準は、平成4年6月1日以降の看護に係るものから、それぞれ適用する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成4年7月30日から施行する。

2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成4年7月1日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成６年６月 21 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準及び文書料に要する費用の算定基準は、平成６年５月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成６年７月 26 日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成６年７月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成６年 11 月 24 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成６年 10 月１日から適用する。

附　記

1　この改正後の基準は、平成７年１月 12 日から施行する。
2　改正後の付添看護に要する費用の算定基準は、平成６年 12 月１日から適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成８年７月９日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成８年５月１日（四肢の傷病に係る処置等の加算中手指及び足指に行った当該処置の点数を 40 点として算定する取扱いの廃止は、平成８年４月１日）以降の診療に係るものから、改正後の文書料に要する費用の算定基準は、平成８年４月１日以降の文書料に係るものから、それぞれ適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成８年８月９日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成８年７月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成８年９月 26 日から施行する。
2　改正後のはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成８年９月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成９年６月 27 日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成９年４月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 10 年４月 23 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成 10 年４月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 10 年６月 17 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成 10 年５月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 10 年 10 月 13 日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用に算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成 10 年８月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 12 年６月 20 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成 12 年４月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 12 年８月 16 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準、柔道整復師の施術に要する費用の算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成 12 年７月１日以降の診療及び施術に係るものから適用する。

附　記

この基準細目の改正は、平成 14 年３月 15 日から施行する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 14 年４月 30 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準及び保健薬局に係る療養に要する費用の算定基準は、平成 14 年４月１日以降の診療及び保健薬局に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 14 年８月 26 日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成 14 年８月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 15 年 10 月 27 日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成 15 年９月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

この基準細目の改正は、平成 16 年４月１日から施行する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成 16 年５月 28 日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成16年４月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成18年４月12日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成18年４月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成18年８月30日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成18年８月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成20年５月22日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、平成20年４月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　この基準細目の改正は、平成20年９月29日から施行する。
2　改正後のはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成20年８月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成20年９月30日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成20年９月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成22年４月16日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成22年４月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成22年９月９日から施行する。
2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成22年８月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成27年３月23日から施行する。
2　改正後の診療に要する費用の算定基準、柔道整復師の施術に要する費用の算定基準、はり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準、付添看護に要する費用の算定基準並びに移送に要する費用の算定基準は、平成26年４月１日以降の診療、施術、付添看護及び移送に係るものから適用する。ただし、改正後の診療に要する費用の算定

基準のうち診断書料については、平成27年４月１日以後において発生した事故に係る診断書について適用する。

3　平成22年８月１日から平成25年６月30日までの間におけるはり・きゅう及びマッサージの施術については、改正前のはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準の３の(1)中「2,250円」とあるのは「2,580円」と、同(3)の②のｃ中「530円」とあるのは「535円」とし、平成25年７月１日から平成26年３月31日までの間における柔道整復師の施術については、改正前の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準の１中「2,250円」とあるのは「2,360円」と、同４中「320円」とあるのは「350円」とし、当該期間におけるはり・きゅう及びマッサージの施術については、改正前のはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準の３の(1)中「2,250円」とあるのは「2,710円」と、同(3)の①のａ中「2,510円」とあるのは「2,550円」と、同ｂ中「3,940円」とあるのは「3,950円」と、同算定基準の３の(3)の②のａ中「2,510円」とあるのは「2,550円」と、同ｂ中「90円」とあるのは「95円」と、同ｃ中「535円」とあるのは「555円」と、同算定基準の３の(3)の③中「3,940円」とあるのは「3,950円」とする。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成28年８月18日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準及び付添看護に要する費用の算定基準は、平成28年４月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成28年10月31日から施行する。

2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成28年11月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成30年４月９日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準及び付添看護に要する費用の算定基準は、平成30年４月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、平成30年10月５日から施行する。

2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、平成30年９月１日以降の施術に係るものから、改正後のはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、平成30年８月１日以降の施術に係るものから、それぞれ適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和元年12月18日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準、柔道整復師の施術に要する費用の算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、令和元年10月１日以降の診療及び施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和３年３月 30 日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、令和２年４月１日以降の診療に係るものから適用する。ただし、Ｉの 11 及び 30 に係るものについては、令和２年６月１日以降の診療に係るものから適用する。また、柔道整復師の施術に要する費用の算定基準は、令和２年９月１日以降の施術に係るものから、改正後のはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、令和３年２月１日以降の施術に係るものから、それぞれ適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和４年７月 12 日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、令和４年４月１日以降の診療に係るものから適用する。ただし、Ｉの１(3)及び３(3)は、令和４年 10 月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和４年 11 月 25 日から施行する。

2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、令和４年 10 月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和５年６月 27 日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、令和４年４月１日以降の診療に係るものから適用する。ただし、Ｉの１(3)及び３(3)は、令和４年 10 月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和６年５月７日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準並びに付添看護に要する費用の算定基準は、令和６年６月１日以降の診療に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和６年 11 月 15 日から施行する。

2　改正後の柔道整復師の施術に要する費用の算定基準並びにはり・きゅう及びマッサージの施術に要する費用の算定基準は、令和６年 10 月１日以降の施術に係るものから適用する。

附　記

1　改正後の基準細目は、令和７年６月 17 日から施行する。

2　改正後の診療に要する費用の算定基準は、令和７年４月１日以降の診療に係るものから適用する。