

処置の基本

各処置料が記載されている前の通則に注意事項が記載されている
>それぞれの項目のところでは省略されている>通則はよく読んだ方がいい

同日に併用算定不可

処置料の最初に「2種類以上の処置を同一日に行った場合」と記載がある場合
>ここに記載されている項目同士は主たるものを1つしか算定できない
>また、ここには記載されていないけれども同日に併用算定できない項目もある
それらについては、それぞれの項目の注意事項や通知に記載されているので確認をして算定する

例

J097-鼻処置 と J098-口腔、咽頭処置 >同日併用算定不可

J118-介達牽引 と J119-消炎鎮痛等処置>同日併用算定不可

消炎鎮痛等処置 と 皮膚科光線療法>同日併用算定不可(皮膚科光線療法の通知部分にしか書かれていない)

基本診療料に含まれる処置

点数表で「通則3」に基本診療料に含まれる処置の項目が記載されている。これらの処置は行っても初診料や再診料に含まれてしまうため、別に算定できないという意味。しかし、これらの(基本診療料に含まれる)処置に使用した薬剤料は2点以上になる場合は算定できる。

例:この中に「100cm²未満の第Ⅰ度の熱傷」と書かれている。単純に「あ、範囲が小さいと算定できないんだ。」
「Ⅰ度で軽いと算定できないんだ。」という思い込みは、算定漏れの原因になり兼ねない。良く見ると、小さくて軽かったらという内容なので、小さくてもⅡ度以上のやけどは熱傷処置で算定できる。また、軽くても範囲が広ければ(100cm²以上なら)やはり熱傷処置で算定可能。

Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度はやけどの程度を表します。

- ・Ⅰ度の方が軽く、赤くなる程度
- ・Ⅱ度は水泡(水ぶくれ)ができる
- ・Ⅲ度は皮下組織まで損傷したもの

目や耳など対称器官の処置

通則6に「対称器官に係る処置の区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。」とある。特に規定する場合とは、処置名の末尾に「片側」「1肢につき」等と記入されたものをいう。この記載がある処置料は両側に行った場合、片側ごとに(両側ならば点数×2で)算定できる。この記載がない処置料は、片側だけに行っても両側に行っても点数は同じで1回分の点数を算定する。

遠位端・近位端とは

遠位端とは心臓から遠い>橈骨(尺骨)遠位端骨折>手(しゅ)関節のX-P

近位端は心臓に近い>橈骨(尺骨)近位端骨折>肘関節X-P

<p>整復とは</p> <p>入院をして行う手術 外来で行う徒手(とせい)整復>非観血的手術=切らない(開けない)で元に戻した>K044 骨折非観血的整復術</p>
<p>K044 骨折非観血的整復術</p> <p>整復をした骨によって点数が3つに分かれている 橈骨や尺骨の整復>2番目「前腕、下腿」を選ぶ>3番目「手、足その他」は選ばない！</p>
<p>H003-4 目標設定等支援・管理料</p>
<p>1 初回の場合</p> <p>250点</p>
<p>2 2回目以降の場合</p> <p>100点</p>
<p>注</p> <p>注 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H00 1-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護 被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。</p>
<p>通知</p> <p>(1) 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。</p> <p>(2) 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シート(別紙様式 23 の5 又はこれに準じた様式)を作成し、患者に交付し、その写しを診療録等に添付すること。</p> <p>(3) 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等(以下この区分番号において「患者等」という。)に対して説明すること。また、説明を受けた患者等の反応を踏まえ、必要に応じて適宜、リハビリテーションの内容を見直すこと。</p>
<p>ア 説明時点までの経過</p>
<p>イ 当該保険医療機関における治療開始時及び説明時点のADL評価(BI又はFIM による評価の得点及びその内訳を含む。)</p>

ウ 説明時点における患者の機能予後の見通し
エ 当該患者の生きがい、価値観等に対する医師及びその他の従事者の理解や認識及びウの機能予後の見通し等を踏まえ、どのような活動、社会参加の実現を目指してリハビリテーションを行っているか又は行う予定か。
オ 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエの 目標にどのように関係するか。
(4) 医師は、(3)の説明について、その内容、当該説明を患者等がどのように受け止め、どのように反応したかについて診療録に記載すること。
(5) 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所(当該保険医療 機関を含む。)を紹介し、見学、体験(入院中の患者以外の患者に限る。)を提案すること。

● 乳幼児感染予防策加算 50点

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、6歳未満の乳幼児(マスクの正しい着用が難しく、診察時の体動が多く、症状の聴取が困難)において、小児科学会等が定めた指針に沿った感染予防策を講じ、指針に則った診療を行っている病院は、厚生労働省通達により「乳幼児感染予防加算(50点)」の算定が可能となっております。

● B001(特定疾患治療管理料)---28 小児運動器疾患指導管理料 250点

認められない

- ・B001の5に掲げる小児科療養指導 料を算定している患者については、算定できない。
- ・厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関でない

対象病名

- ・先天性股関節脱臼斜頸
- ・内反足
- ・ペルテス病
- ・脳性
- ・脚長不等
- ・四肢の先天奇形
- ・良性骨軟部腫瘍による四肢変形
- ・外傷後の四肢変形
- ・二分脊椎
- ・脊髄係留症候群
- ・側弯症

制限
・外来のみ
・運動器疾患を有する12歳未満のもの
・計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合
保険請求
・初診として受診した時点において上記の要件を満たしていたものについては、患者及びその家族等の同意を得た場合に、当該患者が15歳になるまでの間、当該管理料を算定することができる。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、初診時の年月日、年齢、状態について記載すること。
・初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回、それ以降は6月に1回
レセプト記載事項
・「前回算定年月日」「初回」(備考欄から入れる)
C101 在宅自己注射指導管理料
1 複雑な場合
1,230点
2 1以外の場合
イ 月27回以下の場合
650点
ロ 月28回以上の場合
750点
注
1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。
2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、 導入初期加算 として、 3月を限度として、580点 を所定点数に加算する。
3 処方内容に変更 があった場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り 導入初期加算 を算定できる。
4 患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、 バイオ後続品導入初期加算 として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して 3月を限度として、150点 を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

(12)「注4」にて規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を処方した場合に、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して、3月に限り、月1回に限り算定する。「バイオ後続品を処方した場合」とは、バイオ後続品の一般的名称で処方した場合(例えば、「○○○○○(遺伝子組換え)[●●●●●後続1]」と処方した場合をいう。)又はバイオ後続品の販売名で処方した場合(例えば、「●●●●● BS 注射液 含量 会社名」と処方した場合をいう。)をいう。

● J001-2 絆創膏固定術

J001-2 絆創膏固定術

500点

通知

足関節捻挫又は膝関節靭帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定する。ただし、交換は原則として週1回とする。

認められない

・固定材料費は別途請求できない

保険請求

・交換は原則として週一回のみ算定可能

・頻回の交換の場合はJ000創傷処置で算定する

適応病名

・膝関節靭帯損傷

・足関節捻挫

・再固定時のみ準用:肋骨骨折

注意事項

・捻挫と靭帯損傷は同じ状態を意味するが、「足関節靭帯損傷」で算定すると減点される

・「交換は原則として週1回とする」という記載あり>日曜日から土曜日までの1週間に1回の算定という意味。イレギュラーの場合には詳記を記載すれば認めてもらえるかもしれないが実際にはかなり難しい

● J001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術

J001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術

500点
通知
鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、区分番号「J000」創傷処置に準じて算定し、肋骨骨折固定術の2回目以降の絆創膏貼用は、絆創膏固定術に準じて算定する。
認められない
・特定保険医療材料でもないので、鎖骨固定帯を別途請求はできず処置料に含まれる
保険請求 鎖骨
・鎖骨の8の字包帯や鎖骨固定帯の巻き替え・調整は、J000創傷処置に準じて算定する
・8の字包帯を作り替え絆創膏固定術で申請する場合は症状詳記が必要
・鎖骨の絆創膏固定の場合、2回目以降の絆創膏貼用を絆創膏固定術に準じ、週一回を原則として算定する
保険請求 肋骨
・肋骨の絆創膏固定の場合、2回目以降は週1回を原則とするJ001-2絆創膏固定術で算定する。
・弾性包帯固定では、2回目以降は創傷処置で算定するのが無難である
適応病名
・鎖骨骨折 ・肋骨骨折 ・肋骨損傷
● J000 創傷処置 <創傷処理との違いは、麻酔薬使用の有無で審査側は判断する>
1 100平方センチメートル未満
52点
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満
60点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満
90点
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満
160点
5 6,000平方センチメートル以上
275点
認められない

<ul style="list-style-type: none"> ・ガーゼや包帯、固定のためのテープ類の請求は認められない
<ul style="list-style-type: none"> ・創傷面保護のみを目的とする創傷被覆保護剤の算定は認められない
<ul style="list-style-type: none"> ・C109在宅寝たきり患者処置指導管理料、またはC112在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料または特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。
<ul style="list-style-type: none"> ・軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。
<ul style="list-style-type: none"> ・フランドルテープ等の冠血管拡張剤（狭心症/心筋梗塞）を貼付した場合は薬剤料のみ算定し、処置料は算定できない
<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。
限度
<ul style="list-style-type: none"> ・術後創傷処置は手術日から起算して2週間を限度とする
<ul style="list-style-type: none"> ・手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず1日につき算定する
皮膚欠損用被覆材
<ul style="list-style-type: none"> ・特定保険材料の皮膚欠損用被覆材の請求はその価格を請求できるが、2週間を標準とし、特に必要とするときには3週間を限度とする。このとき病名に必ず「皮膚欠損創・皮膚潰瘍」等の病名が必要である。
注意事項
<ul style="list-style-type: none"> ・同一部位に対して、創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法、湿布処置 が行われた場合はいずれか1つのみにより算定し、併せて算定できない。
<ul style="list-style-type: none"> ・同一疾病またはこれに起因する病変に対して行われた場合は、各部位の処置面積を合算する。
<ul style="list-style-type: none"> ・複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。
<ul style="list-style-type: none"> ・関節捻挫に対し副木固定のみを行った場合は創傷処置により算定する
<ul style="list-style-type: none"> ・使用薬剤は15円を超えるものは請求できる（例：消毒薬としてイソジンやヒビテンなど塗布用の抗生薬としてゲンタシン軟膏など）
<ul style="list-style-type: none"> ・各種のカテーテルの穿刺部位の消毒は、一定期間ごとに行う必要がある。この際は使用薬剤のみを前述の方法で算定する
<ul style="list-style-type: none"> ・5については、6歳未満は乳幼児加算55点
<ul style="list-style-type: none"> ・創傷処置、区分番号「J001」熱傷処置、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さをいう。
適応病名
<ul style="list-style-type: none"> ・外傷 ・軽度の褥瘡 ・創傷：術後の状態

創傷処置と皮膚科軟膏処置の違い

ルール上での違いは、「100cm²未満の処置」に対する算定

同じ広さでも、創傷処置は52点で算定できる>皮膚科軟膏処置は基本診療料に含まれて算定できない

>だからといって、そのかわりに創傷処置で算定することも認められない、

>傷の傷病名を付けられていても、明らかに皮膚疾患に対する処置であると判断された場合には減点される

虫刺症や蜂窩織炎(ほうかしきえん)

「虫刺され」で調べてみると、皮膚科への受診が一般的で、皮膚科軟膏処置かなとも思うが、創傷処置で算定されているレセプトもよく見かける。

「蜂窩織炎(皮膚の深い層から皮下の脂肪組織にかけて細菌が感染し、炎症を起こす病気)」も

どちらの処置で算定されている例もある。

これらの判断は、地域や医療機関によっても異なる。

蜂窩織炎の注意点をひとつ。蜂窩織炎は明らかな傷を伴わない場合もあり、

治療に使う抗生剤は飲み薬と注射薬は認められますが、ゲンタシン軟膏などの外用薬は適応外になる。

算定の違いは傷病名によって判断

<J000創傷処置>:切創、挫創、擦過傷、咬創などの外傷、関節捻挫に対して副木固定を行った場合(使用した副木は、特定保険医療材料の項により算定できる)"

<J001熱傷処置>:熱傷、電撃傷、薬傷、凍傷(凍瘡(しもやけ)は対象外です)"

<J053皮膚科軟膏処置>:湿疹、皮膚炎、蕁麻疹、帯状疱疹、白癬、円形脱毛症 など"

注意

皮膚疾患だけど掻きむしってしまい傷になっているところに処置をする場合、傷病名に皮膚疾患の病名しかない、創傷処置を算定すると減点になる。傷の傷病名がないと創傷処置は認められない。

J119-2 腰部又は胸部固定帯固定(1日につき)

J119-2 腰部又は胸部固定帯固定(1日につき)

35点

通知

(1) 腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に1日につき所定点数を算定する。

(2) 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

(3) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、腰部又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

限定

・腰痛症の患者に簡易式のコルセットで腰部固定を行った場合

・肋骨骨折等に対してバストバンドで胸部固定を行った場合

認められない

・B001の17 慢性疼痛疾患管理料、リハビリテーション料、消炎鎮痛等処置などを算定している場合

(コルセット代に当たる J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算 170点は算定できる)

J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算(初回のみ)

J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算(初回のみ)

170点

通知

(1) 本加算は、それぞれの固定帯を給付する都度算定する。なお、「固定帯」とは、従来、頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット 状のものをいう。

(2) 胸部固定帯については、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。

・固定に使用したコルセット代は、サイズ等に関わらず算定(頸椎カラーで固定を行った場合も同様の算定になる)

・医療機関の新しいコルセットを使って固定を行った場合>合わせて205点の算定になる

>コルセットを渡すだけのときは170点のみを算定する

>患者が持参したコルセットを使って固定を行った場合は35点だけの算定する

J057-3 鶏眼・胼胝処置 170点

注 月2回に限り算定する。

通知

鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月2回を限度として算定する。(泌尿器科処置)

適応病名

・鶏眼

・胼胝腫

保険請求

・月2回まで

・「手・足は別部位」「左右は同一部位」との考え方に変更はない。

したがって、例えば右手と右足それぞれに月2回の鶏眼・胼胝処置を行った場合は、計4回算定できる。

・スピール膏の貼り付けだけでも「鶏眼・胼胝処置」として算定できる

● J122 四肢ギプス包帯 : ギプス(巻軸帯)、ギプスシーネ

1 鼻ギプス

310点

2 手指及び手、足(片側)

490点

3 半肢(片側)

780点

4 内反足矯正ギプス包帯(片側)

1,140点

5 上肢、下肢(片側)

1,200点

6 体幹から四肢にわたるギプス包帯(片側)

1,840点

適応病名

- ・骨折
- ・脱臼
- ・捻挫
- ・靭帯損傷
- ・筋損傷
- ・化膿性関節炎など、四肢の固定や安静を要する場合に適応は広い
- ・腱縫合
- ・神経縫合
- ・血管縫合や再建手術後も縫合部に緊張をかけないため、関節を一定期間固定する場合があります、ギプス包帯をこの目的で使用することがある。

認められない

- ・ギプス(巻軸帯)、ギプスシーネは手技料のみであり材料費は請求できない

修理料

全周型:10%

シーネ・シャーレ:10%

切割使用料

全周型:20%

シーネ・シャーレ:不可

既装着のギプスを他の保険医療機関で除去
・切割使用料の2分の1(=10%)
保険請求
・下肢のヒール付ギプス包帯を行った場合のヒールは、特定保険医療材料(副木F10-d)として算定する。
・6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、所定点数の55%を加算する
注意
上肢(肩～手首)の場合： 肘よりも上から巻いたら「5 上肢」、肘よりも下から巻いたら「3 半肢」で算定する
下肢(大腿～足首)の場合： 膝よりも上から巻いたら「5 下肢」、膝よりも下から巻いたら「3 半肢」で算定する
J129-3 治療用装具採寸法(1肢につき)
J129-3 治療用装具採寸法(1肢につき)
200点
通知
(1) 区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に区分番号「J129-4」治療用装具採型法を算定している場合は算定できない。
(2) 当該採寸と区分番号「J129-4」治療用装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
J129-4 治療用装具採型法
1 体幹装具
700点
2 四肢装具(1肢につき)
700点
3 その他(1肢につき)
200点
通知

(1) 区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に区分番号「J129-3」治療用装具採寸法を算定している場合は算定できない。

(2) 区分番号「J129-3」治療用装具採寸法と当該採型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(3) フットインプレッションフォームを使用して装具の採型を行った場合は、本区分の

「3」その他の場合を算定する。

(処置医療機器等加算)

K000 創傷処理 (7通り)

1 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)

1,250点

2 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)

1,680点

3 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)

イ 頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)

8,600点

ロ その他のもの

2,400点

4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)

470点

5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)

850点

6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)

1,320点

真皮縫合加算(露出部の創傷に限る) 460点

デブリートマン加算(当初の1回限り) 100点

真皮縫合加算

皮膚は表面から、「表皮」「真皮」「皮下組織」の3つに分かれる。真皮縫合とはその名の通り真皮の部分を縫い合わせる方法のことで、傷あとを目立たなくすることが最大の利点。創傷処理のときに真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合には、露出部に限り所定点数に460点を加算することができる。露出部とは、頭部、顔面、頸部。上肢にあつては肘関節以下、下肢にあつては膝関節以下の部分をいう。わかりやすくいうと、半袖、半ズボンを着用した状態でも肌が露出している部分が露出部。しかし、露出部であっても真皮縫合加算が認められない部位もある。

【真皮縫合加算が認められない部位】

- ・手掌(手のひら)
- ・指
- ・趾
- ・眼瞼(まぶた)

※ 耳介部、手背、足背、足底部や踵は認められる

デブリードマン加算

汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り所定点数に100点を加算できる。通常麻酔下で行われる程度のもので行った場合に限られていることと、傷病名に注意。

認められない

- ・手術のときの消毒薬は算定できない

保険請求 通知

・創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合(ステープラーによる縫合を含む。)を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置は区分番号「J000」創傷処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

・創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。

・頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)は、長径20センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。

・デブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であつて、通常麻酔下で行われる程度のもので行った場合に限り算定する。

。腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットの交換のみを目的として実施した場合は、「1」、「2」又は「3」の「ロ」のいずれかを算定する。

点数を選ぶポイント

- ①患者の年齢
- ②「筋肉、臓器に」何らかの処理を行ったか
- ③傷の長径

創傷処理は、この順番で当てはまる点数を1つ選ぶ。この所定点数に、真皮縫合加算(460点)と、デブリードマン加算(100点)という2つの加算項目があるので、実際に行われた場合であつて、それぞれの要件に当てはまれば加算ができる。これらを合計した点数が算定点数になる。

患者の年齢

患者の年齢が、6歳以上と6歳未満(5歳まで)では、見る(選ぶ)項目が異なる。6歳以上の場合は、「K000 創傷処理」から選ぶ。6歳未満(5歳まで)の場合は、「K000-2小児創傷処理(6歳未満)」の中から点数を選ぶ。

傷の長径と筋肉・臓器に達するものかどうかにより異なる

"ここでの「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理(切除や縫合等)を行った場合のことをいう。また、手指については指を曲げる筋肉や腱は手のひらや前腕にあり、指にはないため、「筋肉、臓器に達する」ことはないと思われるが、実際に筋肉、臓器に達する処理が行われた場合には、レセプトにその旨の症状詳記が必要。

創傷処理・小児創傷処理算定の注意

- ・「創」: 開放性損傷:
- ・「傷」: 非開放性損傷
- ・手術の創傷処理を算定する場合は「切創」でないと減点される可能性がある
- ・創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、離れた部位であればそれぞれ別々に算定できる。
- ・6歳未満の場合は、切創、刺創、割創または挫創に対して、ボンドまたはテープにより創傷処理を行った場合でも、筋肉、臓器に達しない創傷に対してであって、切除、結紮または縫合と医療上同等の創傷処理を行った場合には、小児創傷処理での算定が認められている。
- ・露出部だから真皮縫合加算ができるのではなく、実際に行ったときに露出部であれば加算する。そして、いくら露出部であっても、医学的に真皮縫合は行わない部位もあるので、審査側でこのような判断をされた場合には減点されてしまう可能性もある。

K000-2 小児創傷処理(6歳未満) (8通り)

1 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)

1,250点

2 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)

1,400点

3 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)

2,220点

4 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)

3,430点

5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)

450点

6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)

500点

7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)

	950点
8 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	
	1,740点
B012 傷病手当金意見書交付料	
B012 傷病手当金意見書交付料	
	100点
注	
注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に 算定する。	
通知	
(1) 傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。	
(2) 傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。	
(3) 傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等 に対する療養の給付として請求する。	
なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に 相続 と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の 両方を記載する。	
(4) 医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、2度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。	
(5) 感染症法第 37 条の2による医療を受けるべき患者に対して、公費負担申請のために必	
要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を算定できる。なお、感染	
症法第 37 条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の 10	
0 分の 100 を算定できる。	
(6) 健康保険法若しくは国民健康保険法に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る 証明書又は意見書については算定しない。	

B013 療養費同意書交付料

B013 療養費同意書交付料

100点

注

注 健康保険法第87条の規定による療養費(柔道整復以外の施術に係るものに限る。)に係る同意書を交付した場合に算定する。

通知

(1) 療養費同意書交付料は、原則として当該疾病に係る主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書(以下「同意書等」という。)を交付した場合に算定する。

(2) あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。

(3) はり、きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段がないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、類症疾患についてはこれらの疾病と同一範疇と認められる疾病(頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を症状とする疾患)に限り支給対象とされているものである。具体的には、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされている。また、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする6疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されるものである。なお、これらの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされている。

(4) あん摩・マッサージ・指圧及びはり、きゅうについて、保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に向向いてきた場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付(診察、検査及び療養費同意書交付を除く。)との併用は認められていない。

(5) 初療の日から3月(変形徒手矯正術に係るものについては1月)を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。

(6) 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

