Ⅸ　アフターケア制度について

「アフターケア制度」とは

１．目　的

仕事または通勤でケガや病気をされた方に対し、そのケガや病気が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気の発症を防ぐため、必要に応じて、診察、保健指導、保健のための処置、検査を行い、円滑な社会生活を営んでいただくことを目的としています。

※「治った」とは、完全な回復だけでなく、医療を行ってもそれ以上の効果が期待できず、症状が安定した状態を含みます。

２．対象となるケガや病気、対象者

アフターケアの対象となるケガや病気は、せき髄損傷など 20 種類あり、一定の障害等級などを対象者の要件としています。

※「障害等級」とは、仕事または通勤によるケガや病気が治った後、身体に一定の障害が残った場合に、その障害の程度に応じて第 1 級から第 14 級までの 14 段階に区分し、障害の程度を評価するものです。

３．手続き

アフターケアを受けるためには、申請者の所属事業場を管轄する都道府県労働局に申請をしていただく必要があります。

申請できる期間は、対象となるケガや病気によって異なります。

４．受　診

申請が認められると、都道府県労働局からアフターケア手帳（以下「手帳」という）が交付されます。診察、保健指導、保健のための処置、検査を、アフターケア実施要領で定められた範囲内で、労災保険指定医療機関で、手帳保有者の費用負担がなく、受けることができます。

アフターケアを受けるには、労災保険指定医療機関の窓口で、その都度、手帳を提示し、所定の欄に受診結果を記入してもらう必要があります。手帳の提示がない場合は、アフターケアを受けられませんのでご注意ください。

なお、保健のための処置のうち薬剤の支給については、労災保険指定薬局で受けられます。

アフターケア対象傷病一覧

	対象傷病名	傷病コード	参照頁
1	せき髄損傷	**０１**	Ｐ２２６
2	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群）	**２１**	Ｐ２２８
	頭頸部外傷症候群等（頸肩腕障害）	**２２**	
	頭頸部外傷症候群等（腰痛）	**２３**	
3	尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後）	**２４**	Ｐ２２９
	尿路系障害（代用膀胱造設後）	**２５**	
4	慢性肝炎（ＨＢｅ抗原陽性及びＣ型肝炎ウイルス感染）	**２６**	Ｐ２３１
	慢性肝炎（ＨＢｅ抗原陰性）	**２７**	
5	白内障等の眼疾患	**０５**	Ｐ２３２
6	振動障害	**０６**	Ｐ２３３
7	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	**０７**	Ｐ２３５
8	人工関節・人工骨頭置換	**０８**	Ｐ２３６
9	慢性化膿性骨髄炎	**０９**	Ｐ２３７
10	虚血性心疾患等（虚血性心疾患）	**２８**	Ｐ２３８
	虚血性心疾患等（ペースメーカ及び除細動器）	**２９**	
11	尿路系腫瘍	**１１**	Ｐ２４０
12	脳の器質性障害（一酸化中毒（炭鉱災害を除く））	**３０**	Ｐ２４１
	脳の器質性障害（外傷による脳の器質的損傷）	**３１**	
	脳の器質性障害（減圧症）	**３２**	
	脳の器質性障害（脳血管疾患）	**３３**	
	脳の器質性障害（有機溶剤中毒等）	**３４**	
13	外傷による末梢神経損傷	**１４**	Ｐ２４４
14	熱傷	**１５**	Ｐ２４６
15	サリン中毒	**１６**	Ｐ２４７
16	精神障害	**１７**	Ｐ２４９
17	循環器障害（弁損傷及び心膜病変）	**３５**	Ｐ２５１
	循環器障害（人工弁置換後）	**３６**	
	循環器障害（人工血管置換後）	**３７**	
18	呼吸機能障害	**１９**	Ｐ２５３
19	消化器障害	**２０**	Ｐ２５４
20	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	**００**	Ｐ２５６

参考（アフターケア手帳の見本）

番号

フリガナ

氏名

労働局長　印

291

障害等級　第　級

①　アフターケア記録

傷病の種別	傷病年月日	傷病の結果	医療機関証印
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		

②

傷病の種別	傷病年月日	傷病の結果	医療機関証印
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		

労働者災害補償保険　アフターケア手帳番号

アフターケア手帳

交付

年金事務所

氏名

厚生労働省

（様式第３号別紙）

アフターケアの実施期間の更新に関する診断書

ふりがな 氏名		生年月日	（元号） 年　月　日	男・女
1　対象傷病名				
2　最近１年間の診察実施回数：　　か月に　　回程度 （例えば、「1か月に1回程度」、「1か月に2回程度」、「3か月に1回程度」と記入してください。また、最近１年間に診察がなかった場合は、「１２か月に0回程度」と記入してください。）				
3　後遺症状の状態 （1）現在における後遺症状の状態（具体的に記載してください。）： （2）後遺症状の動揺※のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） ① あり（a：治ゆ時より減少　b：治ゆ時と同程度　c：治ゆ時より増大） ② なし （3）後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） ① あり（a：治ゆ時より減少　b：治ゆ時と同程度　c：治ゆ時より増大） ② なし （2）及び（3）については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。				

（※）「後遺症状の動揺」とは、後遺症状の程度の増減又は変動をいいます。

（労基署参考　6617）

4　実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）

① あり　　② なし

※　「① あり」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。「① あり」の場合は、「（2）今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。

（1）上記の理由：

（2）今後予想される必要とする診察実施回数：＿＿＿＿か月に＿＿＿＿回程度

上記のとおり診断します。

（元号）

年　　月　　日

実施医療機関等

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（参考）　アフターケア手帳の新規・更新手続き

傷病名	申請期間	有効期間		更新時の診断書の要否
	新規 (治った日の翌日から起算して)	新規 (交付日から起算して)	更新	
せき髄損傷	いつでも	3年間	5年間	×
頭頸部外傷症候群等 ①頭頸部外傷症候群 ②頸肩腕障害 ③腰痛	2年間	2年間	更新不可	更新不可
尿路系障害	3年間	3年間	1年間	○
慢性肝炎	3年間	3年間	1年間	○
白内障等の眼疾患	2年間	2年間	1年間	○
振動障害	2年間	2年間	1年間	○
大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年間	3年間	1年間	○
人工関節・人工骨頭置換	いつでも	3年間	5年間	×
慢性化膿性骨髄炎	3年間	3年間	1年間	○
虚血性心疾患等	3年間 (虚血性心疾患) いつでも (ペースメーカ等)	3年間	1年間 (虚血性心疾患) 5年間 (ペースメーカ等)	○ (虚血性心疾患) × (ペースメーカ等)
尿路系腫瘍	3年間	3年間	1年間	○
脳の器質性障害 ①外傷による脳の器質的損傷 ②一酸化炭素中毒 （炭鉱災害によるものを除く） ③減圧症 ④脳血管疾患 ⑤有機溶剤中毒等（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含む）を除く）	2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤)	2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤)	1年間	○
外傷による末梢神経損傷	3年間	3年間	1年間	○
熱傷	3年間	3年間	1年間	○

サリン中毒	3年間	3年間	1年間	○
精神障害	3年間	3年間	1年間	○
循環器障害	3年間 (心臓弁損傷及び心膜病変) いつでも (人工弁又は人工血管)	3年間	1年間 (心臓弁損傷及び心膜病変) 5年間 (人工弁又は人工血管)	○ (心臓弁損傷及び心膜病変) × (人工弁又は人工血管)
呼吸機能障害	3年間	3年間	1年間	○
消化器障害	3年間	3年間	1年間	○
炭鉱災害による一酸化炭素中毒	3年間	3年間	1年間	○

１せき髄損傷に関するアフターケア（傷病コード 01）

趣 旨

せき髄損傷者は、症状固定後においても尿路障害、褥瘡等の予防その他の医学的措置等を必要とすることがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の（１）～（３）のすべて、または（４）を満たす方が対象）

（１） 業務災害または通勤災害によるせき髄損傷者

（２） 労災保険法による障害等級第３級以上の障害（補償）等給付を受けている方、または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

（３） 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

（４） 障害等級第４級以下の障害（補償）等給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

（１） 診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（２） 保健指導 ： 診察の都度

（３） 保健のための処置

ア 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合は、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤と潤滑剤を含む ）、滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）

尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方が対象です。

② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

③ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬

④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）

重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。

⑤ 自律神経薬

⑥ 末梢神経障害治療薬

⑦ 向精神薬

⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑨ 整腸薬、下剤及び浣腸薬

（4） 対象となる検査

① 尿検査（尿培養検査を含む）	診察の都度、必要に応じて実施
② ＣＲＰ検査	１年に２回程度
③ 末梢血液一般・生化学的検査 ④ 膀胱機能検査（残尿測定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 ⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	１年に１回程度
⑥ 損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線、ＣＴ、ＭＲＩ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、１年に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付
交付日から起算して３年間です。

（2） 更新前の手帳の有効期限が満了する日の翌日から起算して５年間です。

２頭頸部外傷症候群等に関するアフターケア（傷病コード 21～23）

趣　旨

頭頸部外傷症候群等の傷病者で、症状固定後も神経に障害を残す場合は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の（１）～（３）のすべて、または、（４）を満たす方が対象）

（１）　業務災害または通勤災害で次の①～③に掲げる傷病にり患した方

①　頭頸部外傷症候群

②　頸肩腕障害

上肢等に過度の負担のかかる業務によって、後頭部、頸部、肩甲帯、上肢、前腕、手、指に発生した運動器の障害をいう。

③　腰痛

（２）　労災保険法による障害等級第９級以上の障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

（３）　医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

（４）　障害等級第 10 級以下の障害（補償）給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

（１）　診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（２）　保健指導 ： 診察の都度

（３）　保健のための処置（薬剤の支給）

①　神経系機能賦活薬

②　向精神薬（頭頸部外傷症候群に限る）

③　筋弛緩薬

④　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

⑤　循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含む）

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給するものです。

（４）　対象となる検査

エックス線検査	各傷病について必要と認められる部位について、１年に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

交付日から起算して２年間です。

なお、アフターケア手帳の更新はできません。

３尿路系障害に関するアフターケア（傷病コード 24～25）

趣　旨

尿道断裂や骨盤骨折等で、尿道狭さくの障害を残す方と尿路変向術を受けた方は、症状固定後も尿流が妨げられるため腎機能障害や尿路感染症を発症するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務災害または通勤災害で、尿道狭さくの障害を残す方
- 尿路変向術を受けた方で、労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方、または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（１） 診　　察 ： 原則として１～３か月に１回程度

（２） 保健指導 ： 診察の都度

（３） 保健のための処置

ア　尿道ブジー（誘導ブジーを含む）

狭さくの度合い	処　置
シャリ工式尿道ブジー第 20 番がかろうじて通り、ときどき拡張術を行う必要がある	１～４か月に１回程度の拡張術
・シャリ工式尿道ブジー第 16 番または第 19 番程度で拡張術を要する ・シャリ工式尿道ブジー第 15 番程度以下のブジーで拡張術が必要	・目標番数（通常は２０番）に達するまでの３～６か月は週１回程度の拡張術 ・目標番数に達した後は、１～４か月に１回（尿道の状態確認のため尿道ブジー）
糸状ブジーがかろうじて通る	再発として扱う

イ　尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む ）と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ　薬剤の支給

①～⑤の薬剤については、尿道ブジーと尿路処置の実施の都度、必要に応じて１週間分程度支給できます。

① 止血剤

② 抗菌剤（抗生物質を含む）

③　自律神経薬
④　鎮痛・消炎薬
⑤　尿路処置用外用薬
⑥　排尿障害改善薬と頻尿治療薬

（4）　検査内容

①　尿検査（尿培養検査を含む）	１～３か月に１回程度
②　末梢血液一般・生化学的検査 ②　ＣＲＰ検査	１年に２回程度
④　エックス線検査 ⑤　腹部超音波検査	１年に１回程度
⑥　ＣＴ検査	代用膀胱を造設した方に対し、１年に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

（1）　新規の交付
交付日から起算して３年間とします。

（2）　更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間とします。

4 慢性肝炎に関するアフターケア（傷病コード 26～27）

趣　旨

慢性肝炎にり患した方で、症状固定後もウイルスの持続感染が認められる方は、肝炎の再燃または肝病変の進行をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者(以下の全てを満たす方が対象)

(1) 業務災害または通勤災害によりウイルス肝炎にり患した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）(2) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（1）　診　察

ア　ＨＢｅ抗原陽性の方とＣ型肝炎ウイルスに感染している方は、原則として１か月に１回程度

イ　ＨＢｅ抗原陰性の方は、原則として６か月に１回程度

（2）　保健指導 ： 診察の都度

（3）　対象となる検 査

① 末梢血液一般検査	６か月に１回程度
② 生化学的検査	㋐　ＨＢｅ抗原陽性者及びＣ型肝炎ウイルス感染者は、１か月に１回程度 ㋑　ＨＢｅ抗原陰性者は、６か月に１回程度
③ 腹部超音波検査	６か月に１回程度
④　Ｂ型肝炎ウイルス感染マーカー ⑤　ＨＣＶ抗体 ⑥　ＨＣＶ－ＲＮＡ同定（定性）検査 ⑦　ＡＦＰ（α-フェトプロテイン） ⑧　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ ⑨　プロトロンビン時間検査 ⑩　ＣＴ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。

アフターケア手帳の有効期間

（1）　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2）　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

5 白内障等の眼疾患に関するアフターケア（傷病コード 05）

趣 旨

白内障等の眼疾患にり患した方は、症状固定後も視機能に動揺をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者(以下の(１)～(３)のすべて、または(４)を満たす方が対象)

（１） 業務災害または通勤災害による白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患、眼瞼内反等の眼疾患の傷病者

（２） 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

（３） 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

（４） 障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限る）でも、医学的に特に必要があると認められる方

措置範囲

（１） 診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（２） 保健指導 ： 診察の都度

（３） 保健のための処置

ア　睫毛抜去　眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な方に対して行います。

イ　薬剤の支給

①　外用薬

②　眼圧降下薬

（４） 対象となる検査

①　矯正視力検査 ②　屈折検査 ③　細隙燈顕微鏡検査 ④　前房隅角検査 ⑤　精密眼圧測定 ⑥　精密眼底検査 ⑦　量的視野検査	診察の都度、必要に応じて実施

アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規の交付

交付日から起算して２年間です。

（２） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

6 振動障害に関するアフターケア（傷病コード 06）

趣　旨

振動障害にり患した方は、症状固定後も季節の変化等に伴い、後遺症状に動揺をきたす場合が見られることから、アフターケアを行います。

対象者(以下ののすべてを満たす方が対象)

(1)業務災害による振動障害の傷病者で、労災保険法による障害補償給付を受けている方または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)

(2)医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（1） 診　　察 ： 原則として１か月に２～４回程度
（寒冷期は、医師の意見を踏まえ、その必要とする回数）

（2） 保健指導

診察の都度特に身体局所に対する振動刺激を避けるよう努めさせるとともに、防寒・保温、適度の運動の実施、喫煙の禁止等日常生活上の配慮について指導します。

（3） 保健のための処置

ア　理学療法

必要と認められる場合

イ　注　　射

特に必要と認められる場合、一時的な消炎・鎮痛のために行います。

ウ　薬剤の支給

① ニコチン酸薬
② 循環ホルモン薬
③ ビタミンB_1 、B_2 、B_6 、B_{12} 、E剤
④ Ｃａ拮抗薬
⑤ 交感神経 α－受容体抑制薬
⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

（4） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 末梢循環機能検査 （ⅰ）常温下皮膚温・爪圧迫検査 （ⅱ）冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 ④ 末梢神経機能検査 （ⅰ）常温下皮膚温・爪圧迫検査 （ⅱ）冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 （ⅲ）神経伝導速度検査 （遅発性尺骨神経麻痺の場合に限る）	１年に１回程度

⑤　末梢運藤機能検査 　　握力の検査	
手関節と肘関節のＸ線検査	放射線による身体的影響を考慮して必要と認められる方に限り、２年に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

（１）　新規の交付

交付日から起算して２年間とします。

（２）　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間とします。

7 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に関するアフターケア（傷病コード 07）

趣 旨

大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者は、症状固定後も大腿骨骨頭壊死の発症をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の（１）～（３）のすべて、または（４）を満たす方が対象）

（１） 業務災害または通勤災害による大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者

（２） 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

（３） 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

（４） 障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限る）でも、医学的に特に必要があると認められる方

措置範囲

（１） 診　　察： 原則として３～６か月に１回程度

（２） 保健指導： 診察の都度

（３） 保健のための処置（薬剤の支給）
鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

（４） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② エックス線検査	３～６か月に１回程度
③ シンチグラム、ＣＴ、ＭＲＩ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規の交付
交付日から起算して３年間です。

（２） 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

８人工関節・人工骨頭置換に関するアフターケア(傷病コード 08)

趣 旨

人工関節と人工骨頭を置換した方は、症状固定後も人工関節と人工骨頭の耐久性やルースニング（機械的または感染）により症状発現するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者(以下のすべてを満たす方が対象)

- 業務災害または通勤災害で、人工関節と人口骨頭を置換した方
- 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- 医学的に早期にアフタヘケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（１） 診　　察 ： 原則として３～６か月に１回程度
（２） 保健指導 ： 診察の都度
（３） 保健のための処置（薬剤の支給）
　　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
（４） 検査対象

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② エックス線検査	３～６か月に１回程度
③ ＣＲＰ検査	１年に２回程度
④ シンチグラム検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規の交付
　　交付日から起算して３年間とします。
（２） 更新による再交付
　　更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して５年間とします。

９慢性化膿性骨髄炎に関するアフターケア（傷病コード 09）

趣 旨

骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方は、症状固定後も骨髄炎が再燃するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

(1) 業務災害または通勤災害による骨折等で化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方

(2) 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

(3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（１） 診　　察 ： 原則として１～３か月に１回程度

（２） 保健指導 ： 診察の都度

（３） 保健のための処置（薬剤の支給）

① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）

② 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

（４） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査	１～３か月に１回程度
② 細菌検査	診察の都度、必要に応じて実施
③ ＣＲＰ検査	１年に２回程度
④ エックス線検査	３～６か月に１回程度
⑤ シンチグラム、ＣＴ、ＭＲＩ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（２） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です

10 虚血性心疾患等に関するアフターケア（傷病コード 28～29）

趣 旨

虚血性心疾患にり患した方とペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方は、症状固定後も、狭心症、不整脈、心機能障害が残存することが多く、また、植え込んだペースメーカまたは除細動器は、身体条件の変化や機器の不具合等で不適正な機器の作動が生じるおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者

（1） 虚血性心疾患にり患した方（以下のア～ウのすべて、またはエを満たす方が対象）

ア 業務災害で虚血性心疾患にり患した方

イ 労災保険法による障害等級第９級以上の障害補償給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

ウ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

エ 障害等級第 10 級以下の障害補償給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

（2） ペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務災害または通勤災害でペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方
- 労災保険法による障害（補償）給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（1） 診 察

ア 虚血性心疾患にり患した方は、原則として１か月に１回程度

イ ペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方は、原則として１～３か月に１回程度

（2） 保健指導 ： 診察の都度

（3） 保健のための処置

ア ペースメーカまたは除細動器の定期チェック

ペースメーカまたは除細動器のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標の計測とともに、アフターケア上必要な指導を行うため、６か月～１年に１回程度実施します。

イ 薬剤の支給

① 抗狭心症薬

② 抗不整脈薬

③ 心機能改善薬

④ 循環改善薬（利尿薬を含む）

⑤ 向精神薬

（4） 対象となる検査

ア 虚血性心疾患にり患した方

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査（安静時及び負荷検査） ④ 胸部エックス線検査	１か月に１回程度
⑤ ホルター心電図検査 ⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

イ ペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査(安静時及び負荷検査)	１～６か月に１回程度
④ 胸部エックス線検査	６か月に１回程度
⑤ ホルター心電図検査	１年に１回程度
⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2） 更新による再交付

虚血性心疾患にり患した方	更新前の手帳の有効期限が満了する日の翌日から起算して１年間
ペースメーカまたは除細動器を植え込んだ方	更新前の手帳の有効期限が満了する日の翌日から起算して５年間

11 尿路系腫瘍に関するアフターケア（傷病コード 11）

趣　旨

尿路系腫瘍にり患した方は、症状固定後も再発する可能性が非常に高いため定期的な検査が必要となることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たし方が対象）

- 業務に起因する尿路系腫瘍にり患し、労災保険法による療養（補償）等給付を受けている方
- この尿路系腫瘍が症状固定したと認められる方
- 医学的に早期にフアターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（1） 診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（2） 保健指導 ： 診察の都度

（3） 保健のための処置（薬剤の支給）

① 再発予防のための抗がん薬

医学的に特に必要と認められる場合にのみ行われ、投与期間は症状固定後１年以内

② 抗菌薬（抗生物質を含む）

（4） 対象となる検査

① 尿検査（尿培養検査を含む） ② 尿細胞診検査	１か月に１回程度
③ 内視鏡検査 ④ 超音波検査 ⑤ 腎盂造影検査 ⑥ ＣＴ検査	３～６か月に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

12 脳の器質性障害に関するアフターケア（傷病コード 30～34）

趣 旨

脳に器質的損傷が出現した方で、症状固定後も精神または神経に障害を残す方は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の（１）～（３）のすべて、または（１）及び（４）を満たす方が対象）

（１） 業務災害または通勤災害で次の①～⑤に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方

① 外傷による脳の器質的損傷

② 一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）

③ 減圧症

④ 脳血管疾患

⑤ 有機溶剤中毒等（炭鉱災害によるものを含めた一酸化炭素中毒を除く）

（２） 労災保険法による障害等級第９級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）

（３） 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

（４） 障害等級第 10 級以下の障害（補償）給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

（１） 診　　察 ： 原則として、１か月に１回程度

（２） 保健指導 ： 診察の都度

（３） 保健のための処置

ア 精神療法とカウンセリング

アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。

そのため、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置及び尿路処置が必要となるため、次の処置と処置に伴う必要な材料の支給を行うことができます。

① 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。

② 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む）と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

① 神経系機能賦活薬

② 向精神薬
③ 筋弛緩薬
④ 自律神経薬
⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
⑥ 抗パーキンソン薬
⑦ 抗てんかん薬
外傷性てんかんのある方と外傷性てんかん発症のおそれのある方に対して支給します。
⑧ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬と昇圧薬を含む）
血液の循環の改善を必要とする方に対して必要に応じて支給します。

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給できます。

① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
尿路感染者、尿路感染のおそれのある方と褥瘡のある方が対象です。
② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
③ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬
④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）
重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。
⑤ 末梢神経障害治療薬
⑥ 整腸薬、下剤、浣腸薬

（4） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 脳波検査 ④ 心理検査	１年に１回程度
⑤ 視機能検査（眼底検査等も含む）	１年に１回程度 （眼に関する病訴は、業務上の事由または通勤による疾病以外の疾病等によるものも少なくないため、鑑別上必要な場合に実施します）
⑥ 前庭平衡機能検査	１年に１回程度 （めまい感または身体平衡障害の病訴のある方に対して必要な場合に実施します）
⑦ 頭部のエックス線検査	１年に１回程度

⑧　頭部のＣＴ、ＭＲＩ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、１年に１回程度

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置と尿路処置が必要となることから、必要に応じて月の検査をそれぞれの範囲内で行うことができます。

①　尿検査（尿培養検査を含む）	診察の都度、必要に応じて実施
②　ＣＲＰ検査	１年に２回程度
③　膀胱機能検査 （残尿策定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。	１年に１回程度
④　腎臓、膀胱、尿道のエックス線検査	診察の都度、必要に応じて実施
⑤　麻痺域関節のエックス線検査、ＣＴ、ＭＲＩ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、１年に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

（１）　新規の交付

外傷による脳の器質的損傷、一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）と減圧症にり患した方	交付日から起算して２年間
脳血管疾患と有機溶剤中毒等（炭鉱災害によるものを含めた一酸化炭素中毒を除く）にり患した方	交付日から起算して３年間

（２）　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

13 外傷による末梢神経損傷に関するアフターケア（傷病コード 14）

趣　旨

外傷により末梢神経を損傷した方は、症状固定後も末梢神経の損傷に起因する激しい疼痛等の緩和を必要とすることがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務災害または通勤災害で外傷により末梢神経障害に起因し、症状固定後も複合性局所疼痛症候群（ＣＲＰＳ。反射性交換神経性ジストロフィー（ＲＳＤ）またはカウザルギー）若しくは末梢神経障害性疼痛等による激しい疼痛が残存する方
  末梢神経障害性疼痛等の激しい疼痛が残存する方は、傷病名に加え、末梢神経に損傷があることが医学的に判断できる場合に対象となります。
- 労災保険法による障害等級第 12 級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（１）　診　　察 ： 原則として１か月に１～２回程度

（２）　保健指導 ： 診察の都度

（３）　保健のための処置

ア 注 射

１か月に２回を限度として神経ブロックを行うことができます。

（診察の結果、特に疼痛が激しく神経ブロックもやむを得ないと医師が判断した場合に限る）

イ 薬剤の支給

①　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

②　末梢神経障害治療薬

③　神経障害性疼痛治療薬

④　向精神薬

（疼痛の治療等に効果が認められている薬剤（三環系抗うつ剤等）に限る）

（４）　対象となる検査

①　末梢血液一般・生化学的検査 ②　尿検査	１か月に１回程度
③　エックス線検査 ④　骨シンチクラフィー検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、１年に２回程度

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

14 熱傷に関するアフターケア（傷病コード 15）

趣　旨

熱傷の傷病者は、症状固定後においても傷痕による皮膚のそう痒、湿疹、皮膚炎等の後遺症状を残すことがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務災害または通勤災害により熱傷となった方
- 傷痕（部分や大きさ）について労災保険法による障害等級第 14 級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（1） 診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（2） 保健指導 ： 診察の都度

（3） 保健のための処置（薬剤の支給）

① 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
② 血行促進剤（外用薬を含む）
③ 抗菌薬（外用薬を含む）
④ 皮膚保湿剤
⑤ 皮膚保護剤
⑥ 抗アレルギー薬
⑦ 末梢神経障害治療薬
⑧ 神経障害性疼痛治療薬

（4） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	１年に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

15 サリン中毒に関するアフターケア（傷病コード 16）

趣　旨

特に異常な状況下で、強力な殺傷作用を有するサリンに中毒した方は、症状固定後も、縮瞳、視覚障害、末梢神経障害、筋障害、中枢神経障害、心的外傷後ストレス障害等の後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務災害または通勤災害（「いわゆる「地下鉄サリン事件」）でサリンに中毒した方
- 労災保険法による療養（補償）等給付を受けて、サリン中毒が症状固定した方
- 次の①～④に掲げる後遺症状で、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
  - ①　縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害
  - ②　筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害と筋障害
  - ③　記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害
  - ④　心的外傷後ストレス障害

措置範囲

（1）　診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（2）　保健指導 ： 診察の都度

（3）　保健のための処置

ア 精神療法とカウンセリングの実施

(ｱ)　後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる方は、専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。

(ｲ)　アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。

そのため、その処置内容は、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 薬剤の支給

①　点眼薬

②　神経系機能賦活薬

③　向精神薬

④　自律神経薬

⑤　鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

（4） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 視機能検査（眼底検査を含む） ④ 末梢神経機能検査 （神経伝達速度検査） ⑤ 心電図検査 ⑥ 筋電図検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心理検査	１年に２回程度

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

16 精神障害に関するアフターケア（傷病コード 17）

趣　旨

業務による心理的負荷（通勤災害に伴う心理的負荷を含む）を原因として精神障害を発病した方は、症状固定後もその後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務による心理的負荷（通勤災害に伴う心理的負荷を含む）を原因として精神障害を発症した方
- 労災保険法による療養（補償）等給付を受けて、この精神障害が症状固定した方
- 次の①～④に掲げる後遺症状で、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
  - ① 気分の障害（抑うつ、不安等）
  - ② 意欲の障害（低下等）
  - ③ 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害
  - ④ 記憶の障害または知的能力の障害

措置範囲

（1） 診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（2） 保健指導 ： 診察の都度

（3） 保健のための処置

ア　精神療法及びカウンセリングの実施

(ｱ) 後遺症状として気分の障害または慢性化した幻覚性の障害もしくは慢性下した妄想性の障害があると認められる方は、診察の都度、必要に応じて専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。

(ｲ) アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。

そのため、その処置内容は、生活指導に重点を置いたものとします。

イ　薬剤の支給

① 向精神薬

② 神経系機能賦活薬

（4） 対象となる検査

① 心理検査 ② 脳波検査、ＣＴ、ＭＲＩ検査	１年に２回程度

③ 末梢血液一般・生化学的検査	向精神薬を使用している場合に、１年に２回程度

アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（２） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

17 循環器障害に関するアフターケア（傷病コード 35～37）

趣　旨

心臓弁を損傷した方、心臓の病変を残す方及び人工弁又は人工血管に置換した方は、症状固定後においても心機能の低下を残したり、血栓の形成により循環不全や脳梗塞等をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

(1) 心臓弁を損傷した方､心膜の病変の障害を残す方【35】又は人工弁に置換した方【36】
業務災害又は通勤災害により、心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方または人工弁に置換した方であって、労災保険法による障害補償給付もしくは障害給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

(2) 人工血管を置換した方【37】
業務災害または通勤災害により人工血管に置換した方であって、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

※【　】内の数字は対象傷病コードです。

措置範囲

（1） 診　　察 ： 原則として１～３か月に１回程度
（2） 保健指導：診察の都度
（3） 保健のための処置（薬剤の支給）
① 抗不整脈薬
② 心機能改善薬
③ 循環改善薬（利尿薬を含みます。）
④ 向精神薬
心臓弁を損傷した方及び人工弁に置換した方に対し支給するものです。
⑤ 血液凝固阻止薬
人工弁又は人工血管に置換した方に対し支給するものです。

（4） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	１～６か月に１回
③ 心電図検査（安静時と負荷検査） ④ エックス線検査	３～６か月に１回程度
⑤ 心音図検査	人工弁に置換した方に対し、３～６か月に１回程度
⑥ 心臓超音波検査	人工弁に置換した方に対し、１年に１回程度
⑦ ＣＲＰ検査	人工弁または人工血管に置換した方に対し、１年に２回程度
⑧ 脈波図検査	人工血管に置換した方に対し、１年に１回程度
⑨ ＣＴまたはＭＲＩ検査	人工血管に置換した方に対し、医学的に特に必要と認められる場合に限る

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2） 更新による再交付

心臓弁を損傷した方と心臓の病変を残す方	更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間
人工弁または人工血管に置換した方	更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して５年間

18 呼吸機能障害に関するアフターケア（傷病コード 19）

趣 旨

呼吸機能障害を残す方は、症状固定後も咳や痰等の後遺症状を残すため、その症状の軽減と悪化の防止を図る必要があることから、 アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務災害または通勤災害で呼吸機能障害を残す方
- 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（1） 診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（2） 保健指導 ： 診察の都度

特に喫煙者に対しては、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導します。私病であるニコチン依存症の治療を行うことはできません。

（3） 保健のための処置（薬剤の支給）

① 去痰薬
② 鎮咳薬
③ 喘息治療薬
④ 抗菌薬（抗生物質を含む）
⑤ 呼吸器用吸入薬及び貼付薬
⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

（4） 対象となる検査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② ＣＲＰ検査 ③ 喀痰細菌検査 ④ スパイログラフィー検査 ⑤ 胸部エックス線検査	１年に２回程度
⑥ 血液ガス分析	１年に２～４回程度
⑦ 胸部ＣＴ検査	１年に１回程度

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2） 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

19 消化器障害に関するアフターケア（傷病コード 20）

趣　旨

消化器を損傷した方で、症状固定後においても、消化吸収障害、逆流性食道炎、ダンピング症候群、腸管癒着、排便機能障害又は膵機能障害（以下「消化吸収障害等」の障害を残す方は、腹痛や排便機能障害等を発症するおそれがあること、また、消化器ストマ(大腸皮膚瘻、小腸皮膚瘻、人工肛門）を造設するに至った方は、反応性びらん等を発症するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- 業務災害または通勤災害で、消火吸収障害等を残す方または消火器ストマを造設した方
- 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方
- 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

（1）　診　　察 ： 原則として１か月に１回程度

（2）　保健指導 ： 診察の都度

（3）　保健のための処置

ア　ストマ処置

ストマを造設された方に、それぞれのストマの管理の方法を指導したり、管理の援助をすることです。

イ　外瘻の処置

軽微な外瘻が認められる方に対し、外瘻周辺の反応性びらん等の発症を予防するために実施するものです。

ウ　自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ　薬剤の支給

① 整腸薬、止瀉薬
② 下剤、浣腸薬
③ 抗貧血用薬
④ 消化性潰瘍用薬（逆流性食道炎が認められる場合に支給するもの）
⑤ 蛋白分解酵素阻害薬
⑥ 消化酵素薬
⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）

（4）　対象となる検査

<table>
<tr><td>①　末梢血液一般・生化学的検査
②　尿検査</td><td>３か月に１回程度</td></tr>
<tr><td>③　腹部超音波検査
④　消化器内視鏡検査（ＥＲＣＰを含む）</td><td rowspan="2">医学的に特に必要と認められる場合に限る</td></tr>
<tr><td>⑤　腹部エックス線検査
⑥　腹部ＣＴ検査</td></tr>
</table>

アフターケア手帳の有効期間

（1）　新規の交付

交付日から起算して３年間です。

（2）　更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間です。

20 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に関するアフターケア(傷病コード 00)

趣　旨

炭鉱災害による一酸化炭素中毒にり患した方は、症状固定後も季節、天候、社会環境等の変化に随伴して精神または身体の後遺症に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者

炭鉱災害による一酸化炭素中毒について労災保険法による療養（補償）等給付を受けていた方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

（1） 診　　察 ： 原則として１か月に１回程度
（2） 保健指導 ： 診察の都度
（3） 保健のための処置（薬剤の支給）
- ① 脳機能賦活薬
- ② 向精神薬
- ③ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）
- ④ 鎮痛薬
- ⑤ 血管拡張薬
- ⑥ 抗パーキンソン薬
- ⑦ 抗痙攣薬
- ⑧ 内服昇圧薬

（4） 対象となる検査(健康診断)

① 全身状態の検査 ② 自覚症状の検査 ③ 精神、神経症状の一般的検査	１年に１回程度
④ 尿中のタンパク、糖、ウロビリノーゲンの検査 ⑤ 赤血球沈降速度と白血球の検査 ⑥ 視野検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心電図検査 ⑨ 胸部エックス線検査 ⑩ ＣＴ、ＭＲＩ検査	①から③の検査の結果、医学的に特に必要と認められる場合に限る

アフターケア手帳の有効期間

（1） 新規の交付
交付日から起算して３年間とします。
（2） 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間とします

1　アフターケア委託費の請求

実施医療機関等はアフターケアに要した費用（以下「アフターケア委託費」という。）を請求するときは、毎月分の費用の額を「アフターケア委託費請求書」（様式第５号）または「アフターケア委託費請求書（薬局用）」（様式第６号）（以下「請求書」という。）に記載の上、当該実施医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出するものです。

請求する際は、「アフターケア委託費請求内訳書」（様式第５号の２、様式第５号の３）又は「アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）」（様式第６号の２）（以下「レセプト」という。）を１回の診察等又は１回の処方に係る調剤ごとに１枚作成し、請求書に添付します。

2　費用の算定方法

アフターケアに要する費用の額の算定方法は、労災診療費算定基準に準拠することになりますが、次の項目に留意してください。

なお、労災診療費算定基準および診療報酬の算定方法、別表第１医科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）および別表第３調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）が改定されたときは、改訂後の額となります。

2－（1）　診　察

① 労災診療費算定基準に定める「初診料」又は「再診料」の額若しくは健保点数表に定める「外来診療料」の点数に労災診療費算定基準に定める単価（以下「労災診療単価」という。）を乗じて得た額となります。

② 治ゆ後、療養を行っていた医療機関において引き続きアフターケアを受ける場合、アフターケアにおける最初の診察については、労災診療費算定基準に定める「再診料」または健保点数表に定める「外来診療料」を算定します。

③ 労災診療費算定基準に定める「初診時ブラッシング料」および「再診時療養指導管理料」ならびに健保点数表に定める「外来管理加算」は、アフターケアにおいては認められません。

留意点

１　初診料は労災特例により３，８５０円で算定します。

注）アフターケアを受診していた者が転医してアフターケアを受診する場合は、転医先の医療機関における最初の診察は、初診料で算定します。

2　再診料は以下により算定します。

一般病床数が２００床未満の医療機関および一般病床数２００床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科は、労災特例により　１，４３０円で算定しますが、それ以外の医療機関は、労災特例による再診料は算定できませんので、健保と同様に外来診療料７４点で算定します。

3　診察回数

労災診療と異なりアフターケアの診察回数については、各傷病区分により限度が定められているので、診察は計画的に行って下さい。

4　受診者の症状が増悪した場合（再発を疑う場合）

アフターケアの措置範囲では対応不可となる場合は「再発」として療養(補償)等給付の対象となる場合がありますので特に留意下さい。

２－（２）　保健指導

①　健保点数表に定める「Ｂ０００特定疾患療養管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

②　月２回の算定を限度とします。

③　許可病床数が２００床以上の病院においては、算定できないものです。

④　同一医療機関において、２以上の診療科にわたりアフターケアを受けている場合には、主な対象傷病に係るアフターケアに対してのみ算定します。

留意点

1　健保点数表に定める「Ｂ０００特定疾患療養管理料」の適用範囲

アフターケアの対象傷病すべてに当該点数を用いることができます。

特定疾患療養管理料は点数のみの準拠であり、アフターケアの保健指導とは別の項目であるため、アフターケアの対象傷病が健保点数表に定める特定疾患に該当するか否かは問いません。

２－（３）　保健のための処置

①　処置（保健のための薬剤の支給を含む。）については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

（ア）　労災則第１１条に規定により指定された薬局における薬剤の支給については、調剤点数表により算定した額とします。

（イ）　「精神療法およびカウンセリング」については、健保点数表に定める「通院精神療法」または「通院集団精神療法」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、当該処置を実施した場合は、保健指導の費用は重ねて算定でき

ません。

（ウ）「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬」の支給については、当該薬剤の費用と併せて健保点数表に定める「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

② 処置（保健のための薬剤の支給を除く。）に伴い、保健のために必要な材料（以下「処置材料」という。）を支給した場合には、医療機関の購入単価を１０円で除して得た点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

③ 処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られるものであります。よって、たとえ担当医の指示によるものであっても、薬局等からの市販のガーゼ、カテーテルなどを対象者が自ら購入するものは、支給対象とはなりません。

④ 自宅等で使用するためのカテーテルなどの支給に係る費用については、カテーテルなどの材料に係る費用のみを算定できるものであり、健保点数表に定める「在宅自己導尿指導管理料」は算定できません。

⑤ 医療機関は、処置材料を算定する場合には、レセプトの処置料の欄に記載ください。

なお、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼの費用の算定に際しては、褥瘡の詳細、ガーゼの枚数およびサイズ等をレセプトの裏面に記載ください。

⑥ 薬剤の支給については、鎮痛薬に対する健胃消化薬（抗潰瘍薬を含む。）等医学的に併用することが必要と認められる薬剤を支給する場合には、その費用の算定ができます。

⑦ 抗てんかん薬、不整脈用剤（抗不整脈薬）および健保点数表において特定薬剤治療管理料の対象として認められている向精神薬を継続投与する場合であって、当該薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合には、健保点数表に定める「特定薬剤治療管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額により、その費用の算定ができます。

なお、同一の者について１月以内に当該薬剤の血中濃度の測定および投与量の管理を２回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は１回とし、第１回の測定及び投与量の管理を行ったときに算定します。

⑧ 医療機関は、「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた処置（保健のための薬剤の支給を含む。）を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載ください。

留意点

１ せき髄損傷の対象者に係る取扱い

せき髄損傷で褥瘡処置等を行っている者が、アフターケアの措置範囲では対応不可となる場合は「再発」として療養(補償)等給付の対象となる場合がありますので特に留意してください。

また、重度褥瘡処置（Ｊ　001―4）の費用の算定に当たっては、労災診療費算定基準に定める四肢倍率加算の算定ができます。

2　　振動障害のアフターケアにおいては、理学療法が認められていますが、その費用の算定に当たっては、労災診療費算定基準に定める四肢倍率加算の算定ができます。

3　注射料の算定

注射については、「振動障害」および「外傷による末梢神経損傷」に対してのみ認めておりますので、それ以外は算定できません。

4　保健のための薬剤投与

保健のための薬剤についても投薬できる薬剤の範囲が定められているので、「薬剤の支給」の範囲に留意して下さい。

特に、精神・神経用剤、睡眠剤等の薬剤投与については適応疾病が限定されていますので留意して下さい。

2－（4）　検　査
①　検査については以下のほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。 （ア）　振動障害に係るアフターケアにおける「末梢循環機能検査」、「末梢神経機能検査（神経伝導速度検査を除く。）」および「末梢運動機能検査」については、定められた点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

（イ）　虚血性心疾患等に係るアフターケアにおける「ペースメーカ等の定期チェック」については、健保点数表に定める「心臓ペースメーカ指導管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、当該定期チェックを実施した場合は、保健指導の費用を重ねて算定することはできません。

（ウ）　炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケアにおける「検査（健康診断）」については、以下に掲げる点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

なお、尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査並びに赤血球沈降速度及び白血球数の検査については、費用の算定はできません。

①全身状態の検査 ②自覚症状の検査 ③精神および神経症状の一般的検査	３３５点
上記以外の検査	健保点数表による所定の点数

②　検査を行うに当たって使用される薬剤については、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

③　医療機関は、傷病別実施要綱において「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた検査を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載ください。

留意点

1　各傷病区分により検査回数及び検査の範囲は限定されていますので、前回の検査年月日を確認の上、検査実施時期又は検査の範囲に留意して下さい。

アフターケア委託費請求書等の作成及び請求手続き

1　アフターケア委託費請求書等の記入上の注意

（1）　アフターケア委託費請求書等は、ＯＣＲに直接読み取らせますので、□のＯＣＲ読み取り部については、アフターケア委託費請求書の表面右上の「標準字体」にならって、黒ボールペンを使用しカスレないように、また、枠からはみ出したり小さすぎると、読み取りが正確に行えないため、枠の中に大きめに記入願います。

（２）　書き損じた場合は、修正ペン等は使用せず、次のように訂正願います。

＜訂正記載例＞

ア　１枠の場合　　イ　複数枠の場合

枠の上下を少し超えるように縦に線を引き、枠の右上隅に正しい数字を記入します。

（注意）　請求書の「請求金額」欄は訂正することはできません。
書き損じた場合は、新しい用紙を使用してください。

２　アフターケア委託費請求書の作成

（１）アフターケア委託費請求書の作成単位

アフターケアを行った医療機関は、毎月分の「アフターケア委託費請求内訳書」（以下、「委託費レセプト」という。）を一括して１枚の「アフターケア委託費請求書」（以下、「委託費請求書」という。）を作成します。

なお、委託費レセプトは、毎月提出していただくことになりますが、やむを得ず複数月分を請求される場合であっても、委託費レセプトは１枚の委託費請求書にまとめて下さい。

この場合の委託費請求書の「⑥請求年」及び「⑦請求月」は、添付する委託費レセプトの最新の診療年月を記入して下さい。

（２）アフターケア委託費請求書の作成

委託費請求書は、次により作成して下さい。

③	指定病院等の番号	福島労働局長が、労災指定医療機関として指定通知した番号（７桁の番号）を記入します。
④	請 求 金 額 欄	委託費請求書に添付する委託費レセプトの「⑨合計額」の合算額を記入すること。金額の頭に￥マークを付けて下さい。なお、金額の訂正はできませんので書き損じた場合は新しい用紙を使用してください。
⑤	内訳書添付枚数欄	委託費請求書に添付する委託費レセプトの枚数を記入します。（「続紙」の枚数は含めません）
⑥	請　求　年	委託費請求書に添付する委託費レセプトの診察及び検査年月日の最新の「元号」及び「年」を記入します。
⑦	請　求　月	委託費請求書に添付する委託費レセプトの診察及び検査年月日の最新の「月」を記入します。
委 託 費 の 内 容		委託費請求書に添付した委託費レセプトの１枚目の受診者氏名及びその他の受診者の実数を記入します。
請 求 年 月 日		委託費請求書を提出する年月日を記入します。
請求人（責任者氏名）		委託費請求書を請求する請求人（病院又は診療所）の住所、名称、代表者氏名及び電話番号を記入します。記入はゴム印等でも構いません

	が、代表者氏名欄の記名又は署名は、必ず行ってください。(押印は省略できます)
あて先	福島労働局長と記入します。

3　アフターケア委託費請求内訳書の作成

（1）委託費レセプトの作成単位

委託費レセプトは、「受診者」ごと「診察及び検査年月日」ごとに作成して下さい。

（2）委託費レセプトの作成

委託費レセプトは、次により作成して下さい。

②	健康管理手帳	受診者が受診のために提示した「手帳の番号」を記入します。
③	診察年月日	受診者を診察した「元号」及び「年月日」を記入します。
⑤	検査年月日（健康診断年月日）	検査(健康診断)を実施した「元号」及び「年月日」を記入します。
⑬	合計額	診療内容の小計の（イ）と診療内訳の小計の（ロ）の合算額を記入します。金額の頭に￥マークは付けないで下さい。
受診者氏名		手帳に記載されている受診者の氏名を記入します。
病院等の名称		受診者を診察した実施医療機関の名称を記入します。
対象となるアフターケア傷病コード		受診者が受診のために提示した手帳の番号の「傷病番号」と、委託費レセプトの裏面に記載されている「傷病コード番号」を突合のうえ記入願います。
傷病の経過		受診者の傷病状態を記入します。
病床数		受診者を診察した実施医療機関の病床数を記入します。
前回の検査年月日		検査を実施した場合は、同種検査を実施した「前回の検査年月日」を必ず記入してください。 なお、数種の検査、画像診断を実施した場合は、「摘要」欄に各々の「前回検査年月日」を記入して下さい。
初診		診察年月日と労災特例による金額を右の欄に、時間外加算の健保点数は左の欄に記入して下さい。なお、当該金額を「小計」に記入して下さい。(ロ)
再診		診察年月日と労災特例による金額を右の欄に、時間外加算の健保点数は左の欄に記入して下さい。なお、当該金額を「小計」に記入して下さい。(ロ)
外来診療料		一般病床数が２００床以上の医療機関（歯科、歯科口腔外科を除く）は、労災特例による再診料は算定できませんので健保点数を記入して下さい。
保健指導		「傷病別実施要綱」に定められている「措置範囲」に係る費用を、「費用の額の算定方法」により算定して記入して下さい。
投薬		
注射		
処置		
麻酔		
検査		
画像診断		

そ　　の　　他	
小　　計	上記措置範囲に係る費用の点数の小計と、当該点数に労災診療単価を乗じた金額を記入して下さい。（イ）

4　委託費請求書・委託費レセプトの編綴

委託費請求書と委託費レセプトを一つの束にして紐・こより等で左最上部の綴じ込み穴を綴ってください。

また、委託費請求書、委託費レセプトは、ＯＣＲに入力しますので、のり付けや、ホッチキス等は使用せず、別に穴をあけたり、折り曲げたりしないようにしてください。

5　診療費請求書等の提出先

編綴した委託費請求書等は、労災指定医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出します。

よって、福島県内の労災指定医療機関等にあっては以下のとおりとなります。

〒９６０－８１１２
福島市花園町５番４６号
福島第二地方合同庁舎３階
福島労働局労働基準部労災補償課医療係
電話　　０２４－５２９－５３７６
E-mail　fukushima-rousai-iryou@mhlw.go.jp

6　委託費請求書の提出期限

提出期限は、原則として毎月１０日です。（福島労働局着が１０日）

ただし、当該日が閉庁の場合は、１０日以降の直近の開庁日が提出締切日となります。

7　委託費の支払い及び通知

福島労働局に提出された委託費請求書は、審査結果に基づき、原則として提出日の翌月中頃に厚生労働省から各労災指定医療機関へ審査結果（請求金額、支払金額、不支給金額、及びエラー保留金額）が通知されます。

また、支払いとなったものについては各労災指定医療機関の指定する金融機関口座へ振り込まれます。

なお、上記６の提出期限を過ぎた受付の委託費請求書は、翌月の処理扱いとなります。

8　用紙の調達方法

下記の各請求用紙は、福島労働局労働基準部労災補償課、又は最寄りの労働基準監督署より交付を受けて下さい。

①　アフターケア委託費請求書・・・・・実施要領様式第５号

②　アフターケア委託費請求内訳書・・・実施要領様式第５号の２

9　請求権の時効

アフターケア委託費の請求権の消滅時効は、民法第１６６条第１号の規定によって５年とされています。

したがって、診療日等の翌日から起算して５年を経過したアフターケア委託費については、時効が完成して請求権を失うことになりますので、請求漏れのないよう留意して下さい。

10　アフターケア手帳の有効期間と更新について

アフターケア制度は申請が認められると、永続的にアフターケアを受けられるものではなく、アフターケアの対象となるケガや病気それぞれに有効期間が定められており、これを過ぎるとアフターケアを受けることは出来なくなります。

ただし、更新を行うことが可能なアフターケアの対象となるケガや病気については、申請者が、更新の申請手続きを行い、認められると新たに手帳が交付されるとともに、有効期間や手帳番号も新たに定められます。

なお、更新の手続きには、対象となるケガや病気によって診断書が必要となります。

11　診断書作成における留意事項

診断書裏面の「４　実施機関の更新の必要性」で「①あり」又は「②なし」の該当する方を丸で囲む際の留意点として、アフターケアが必要である場合は更新の必要性「①あり」と判断願います。

アフターケアが一度認められたとしても、自動更新はされませんので、アフターケアが今後も必要となる場合、更新の必要性「②なし」とはせずに、更新の必要性あり「①あり」と判断願います。

「②なし」となった場合、労働局において、申請者にアフターケアが必要であるか調査を行った上で交付・不交付の決定を行うこととなり、時間を要することとなりますのでご留意ください。

アフターケア参考資料　1　**アフターケア委託費請求書の記入例**

実施要領様式第５号　　※標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

アフターケア委託費請求書

帳票種別 3 7 7 0 0

※修正項目番号 [ ]　①※管轄局 [ ][ ]　②※受付年月日 ９令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

年・月・日はそれぞれ右詰め

③　指定病院等の番号

0	7	○	○	○	○	○

④　請　求　金　額	⑤内訳書添付枚数
百万 千 円 [ ][ ][¥][1][2][9][0][4][6]	枚 [ ][1][0]
金額の頭に￥マークを付けて下さい。	

⑥請求年　⑦請求月　※　修正欄

９令和 [9][0][8] 年 [0][3] 月分 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

○ ○ ○ ○ ほか、 ９名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和　８ 年 ４ 月 １０ 日

郵便番号　960-8021

住　　所

(所在地)　福島市○○町１番４６号

名　　称　医療法人労働局病院

責任者氏名　理事長　○　○　○　○

電 話 番 号　024-529-5376

受付印

福　島　労　働　局　長　殿

アフターケア参考資料 2　アフターケア委託費請求内訳書の記入例

実施要領様式第5号の2

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

アフターケア委託費請求内訳書

帳票種別：3 7 7 0 2　　修正項目番号：　　①支払額：百万　千　円

②健康管理手帳番号

西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号
2 0 0 7	0 1 0	1 2 3	0	0

③診察年月日：7平成 9令和　9 0 8 0 6 1 1

④査定額：百万　千　円

⑤検査年月日（健康診断年月日）：7平成 9令和　9 0 8 0 6 1 1

⑥増減理由：　　⑦処理区分：　　⑧決定年月日：9令和　元号　年　月　日

⑬合計額　㋑+㋺：　4 7 3 0

修正欄：

受診者の氏名	労働　太郎	病院等の名称	医療法人労働局病院
対象となるアフターケア傷病コード	01	裏面の表の傷病コードを記入して下さい。	傷病の経過：外来にて経過観察中
病床数	10　床	前回の検査年月日	令和８年３月９日

診療内容		点数（点）
初診	時間外　回	
再診	時間外　1 回	1
外来診療料	時間外　回	
保健指導		
投薬	内服薬剤　単位 調剤　回 頓服薬剤　単位 外用薬剤　単位 調剤　回 処方　回 麻毒　回 調基	
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回	
処置	2 回 薬剤	112
麻酔	回 薬剤	
検査	1 回 薬剤	26
診断画像	回 薬剤	
その他	処方せん料　68×2	136
小計	275 点	（イ）3,300 円

診療内訳	金額
初診　年　月　日	円
再診　8年　6月　11日	1，430円
小計	（ロ）円 1，430円

摘要			
再診	明細書発行体制等加算	1×	1
処置	創傷処置（褥瘡処置）	52×	1
	膀胱洗浄	60×	1
検査	尿検査	26×	1
その他	処方せん料		
	整形外科	68×	1
	泌尿器科	68×	1