

労災保険診療の手引

令和 6 年改訂版

広島労働局

目 次

I. 労災保険における災害補償

第1 労災保険の目的	1
第2 保険給付の対象	1
1 業務災害	1
(1) 業務遂行性	1
(2) 業務起因性	1
2 複数業務要因災害	2
3 通勤災害	2
4 保険給付の種類及び内容	3
5 労災認定基準等について	4
第3 第三者行為（自動車事故等）による災害	5
1 第三者の不法行為	5
2 損害賠償請求権との調整	5
3 労災保険と自賠責保険との支払の調整	5
(1) 自賠責保険を先行させる場合	6
(2) 労災保険を先行させる場合	7
4 自動車事故以外の第三者行為災害の場合	7
5 示談	8
6 自賠責保険と通勤災害との関係	8
7 その他	8
・ 自賠責保険の内容	9

II. 労災保険指定医療機関制度

第1 労災保険指定医療機関制度の概要	11
1 労災保険指定医療機関制度の目的	11
2 労災保険指定医療機関の性格	11
第2 各種手続き	13
1 指定医療機関としての指定申請	13
(1) 提出書類	13
(2) 指定通知	13
(3) 指定の期間	14
(4) 標札の掲示	14
2 異動（変更）事項の届出	14
(1) 届出事項	14
(2) 提出書類	14
3 廃止・辞退の届出等	15
4 二次健康診断等給付医療機関の指定手続き	15
(1) 申請手続き	15
(2) 指定選考基準	15
(3) 変更事項の届出	16

III. 労災医療

第1 労災医療における留意事項	17
1 初診時の留意事項	17
(1) 受給資格の確認	17

(2) 転医及び傷病年金移行の場合	17
(3) 労災特別加入者の場合	17
2 療養の範囲	17
3 療養（診療）の期間	19
(1) 治癒	19
(2) 再発	20
4 労働基準監督署との連絡	20
第2 労災診療費の算定（「別冊 労災診療費算定マニュアル」参照）	21
第3 その他の療養の給付	22
1 看護料（特別労災付添看護）	22
(1) 対象医療機関	22
(2) 支給要件	22
(3) 看護形態	22
(4) 入院患者数	22
(5) 看護担当者	23
2 訪問看護	23
(1) 訪問看護の対象者	23
(2) 訪問看護費用	23
3 移送・通院費	24
(1) 支給対象	24
(2) 支給額	24
(3) 請求手続	24
4 はり・きゅう及びマッサージの施術	25
(1) 支給対象	25
(2) 施術期間	25
(3) 診断書	26
(4) 診断書料、意見書料	26
(5) 施術実施期間中の再診料等の取扱いについて	27
(6) 施術料について	27
(7) 請求手続きについて	27
第4 二次健康診断等給付	29
1 二次健康診断等給付の概要	29
2 給付を受けることができる要件	29
3 二次健康診断等給付の内容	29
(1) 二次健康診断	29
(2) 特定保健指導	30
4 請求手続き	30
(1) 請求期間	30
(2) 給付をうけることができる回数	30
(3) 二次健康診断等給付を受けることができる医療機関	30
IV. 社会復帰促進等事業	
第1 アフターケア制度	31
1 傷病別アフターケア制度の内容	31
2 アフターケアでの受診	31
3 アフターケア手帳の更新手続き	31
4 アフターケアの実施	32
(1) 診察	32

(2) 保険指導	32
(3) 保健のための処置	32
(4) 検査	33
第2 外科後処置	35
1 外科後処置の範囲	35
2 実施医療機関等	35
3 申請手続き	35
第3 義肢等の支給	36
1 支給種目	36
2 申請手続き	36
・義肢採型指導実施医療機関	37

V. 診療費等の請求方法

第1 労災診療費請求書の記入要領	38
1 労働者災害補償保険診療費請求書（診機様式第1号）	38
2 診療費請求内訳書（診機様式第2号）	38
（参考）・労働保険番号のしくみ	41
・アフターケア手帳番号のしくみ	41
※ 診療費請求内訳書の具体的記載例	42
第2 労災診療費等の請求方法	44
1 労災レセプト電算処理システムによる請求	44
(1) 届出手続き	44
(2) 診療費等の請求方法	45
(3) 労災レセプト電算処理システムに係る問い合わせ先	46
(4) 労災レセプト電算処理システム導入支援金	46
2 紙レセプトによる請求	47
(1) 使用する様式	47
(2) 各請求書の作成単位	48
(3) 帳票記入上の注意事項	48
(4) 提出期限	49
(5) 請求書提出先	49
第3 支払とその通知	50
※ 公益財団法人労災保険情報センター（R I C）について	52

VI. 参考資料

・労災保険指定医療機関療養担当規程	54
・労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項	61
・労災保険二次健康診断等給付担当規程	64
・労災保険障害等級表	80
・アフターケア傷病別実施要項	84
・各種認定基準等	94
（腰痛）	
「業務上腰痛の認定基準等について」（昭和51年10月16日基発第750号）	94
（感染症）	
「C型肝炎、エイズ及びMRSA感染症に係る労災保険における取扱いについて」	
（平成5年10月29日基発第619号平成22年9月9日改正 基発0909第1号）	96
「労災保険における抗HBs人免疫グロブリン及びB型肝炎ワクチンの取扱いについて」	
（昭和62年9月1日事務連絡第24号）	99

「労災保険における B 型肝炎ワクチンの取扱いについて」 （平成 16 年 3 月 30 日基労補発第 0330001 号）	100
「新型コロナウイルス感染症の労災補償における取扱いについて」 （令和 2 年 4 月 28 日基補発 0428 第 1 号）	100
「新型コロナウイルス感染症による罹患後症状の労災補償における取扱い等について」 （令和 4 年 5 月 12 日基補発 0512 第 1 号）	101

VII. 各種様式

・ 各種様式 一覧	102
-----------------	-----

※ 広島労働局管内労働基準監督署一覧表

※ お問い合わせ先

別冊 労災診療費算定マニュアル（令和6年4月版）

I	労災診療費算定基準と留意点	1
1	診療単価	1
2	初診料	1
3	救急医療管理加算	2
4	療養の給付請求書取扱料	3
5	再診料	3
6	外来管理加算の特例	3
7	再診時療養指導管理料	5
8	入院基本料	5
9	入院室料加算	7
10	病衣貸与料	8
11	入院時食事療養費	8
12	コンピューター断層撮影料	9
13	コンピューター断層診断の特例	9
14	リハビリテーション	9
15	リハビリテーション情報提供加算	12
16	初診時ブラッシング料	13
17	四肢に対する特例取扱い	13
18	術中透視装置使用加算	15
19	手指の機能回復指導加算	16
20	固定用伸縮性包帯	16
21	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	17
22	皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	17
23	処置等の特例	17
24	職業復帰訪問指導料	21
25	精神科職場復帰支援加算	23
26	石綿疾患療養管理料	23
27	石綿疾患労災請求指導料	24
28	労災電子化加算	24
29	職場復帰支援・療養指導料	24
30	社会復帰支援指導料	26
31	振動障害に係る検査料	27
32	文書料	27
II	参考	28
1	非課税医療機関一覧	28
2	初診料の算定例	29
3	重複算定のできない管理料等	31
4	入院基本料特例取扱点数一覧表	32
5	健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第1節 「入院基本料」に示される各種加算の取扱い	42
6	入院室料加算における地域区分(甲地)	43
7	運動器リハビリテーション料の算定一覧	44
8	労災リハビリテーション評価計画書	45
9	労災リハビリテーション実施計画書	46
10	四肢に対する特例取扱い(1.5倍・2倍)の点数一覧表	47
11	処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い	66
12	職場復帰プログラムの例	67
13	指導管理箋	68

14	早期社会復帰のための指導項目	72
15	文書料の算定一覧	73
16	治療用装具の取扱い	75
17	新型コロナウイルス感染症に係るQ&A	77
18	請求替えについて	79

I． 労災保険における災害補償

第1 労災保険の目的

労災保険は、労働者災害補償保険法（以下「労災保険法」といいます。）に基づき、仕事上の原因（業務上の事由）により生じた負傷、疾病、身体障害、死亡（以下「業務災害」といいます。）、二以上の事業の業務を要因とする事由により生じた負傷、疾病、身体障害、死亡（以下「複数業務要因災害」といいます。）、及び通勤が原因となって生じた負傷、疾病、身体障害、死亡（以下「通勤災害」といいます。）を被った労働者やその遺族のために必要な保険給付を行うことを主たる目的としております。

また、それだけにとどまらず、社会復帰促進等事業として被災労働者やその遺族に対して、社会復帰を促進させるための対策や、種々の手厚い援護措置を講じているほか、労働災害の防止や労働者の福祉の増進を図るための各種の事業を実施しています。

労災保険制度は、昭和22年、労働者の業務災害について労働基準法上の災害補償と同一の水準の保護を行う制度として発足しました。その後、保険給付の年金化や数度にわたる国際水準を目指した給付水準の上げが行われ、さらには特別加入制度や通勤災害保護制度の導入等、労働基準法以外の分野についても保護の対象の拡大が図られました。

また、労災病院やリハビリテーション施設等各種の労働福祉事業施設の設置、被災労働者及びその遺族の援護並びに社会復帰のために必要な事業、未払賃金の立替払等適正な労働条件の確保のための事業もあわせて行われており、かつての労働基準法の災害補償に対応した保険制度から、労働災害の補償を中核としつつ労働条件をめぐる総合保険としての実質を備えた制度に発展しています。

この労災保険は、政府（厚生労働省）が保険者であり、事業主から納付される保険料収入によって運営されています。また、労災保険に関する事務を実際に行う機関は、中央では厚生労働本省、地方では各都道府県労働局及び労働基準監督署です。

第2 保険給付の対象

労災保険において保険給付の対象となるものは、次の業務災害、複数業務要因災害及び通勤災害です。

1 業務災害

業務災害とは、業務と負傷や疾病との間に相当因果関係が認められる災害で、次に示す業務遂行性と業務起因性の2つの要件を具備していることが必要です。

(1) 業務遂行性

業務遂行性とは、労働者が労働契約に基づいて事業主の支配下にある状態をいい、労働者が事業場内で与えられた仕事をしているとき、事業主の命令により出張先での業務に従事しているとき、またその場所への往復の際に災害が発生した場合をいいます。

(2) 業務起因性

業務起因性とは、その従事する業務に通常伴う危険が具体化したもの、又は、その業務との間に相当因果関係がある場合をいいます。

〈参考：業務災害とは認められないものの例〉

- ・本来、その労働者がしなければならない仕事の範囲から外れて、やらなくてもいいことをしていた場合の災害。
- ・仕事から勝手に離れてほかのことをしていた場合とか、自分の好き勝手なことをしていた場

合の災害。

- ・会社でしなければならない仕事ではなく、私用で何かをしていた場合の災害。
- ・自分で故意に災害を起したとか、他の人間が故意に怪我をさせた場合の災害。

2 複数業務要因災害

令和2年9月1日付けで複数業務要因災害に係る労災保険制度が施行されたことにより、各保険給付の種類に複数事業労働者に係る給付が設けられました。

複数業務要因災害とは、複数事業労働者の二以上の事業の業務を要因とする傷病等のことをいいます。

なお、対象となる傷病等は、脳・心臓疾患や精神障害などです。

① 複数事業労働者に該当すること

複数事業労働者とは、傷病等が生じた時点において、事業主が同一でない複数の事業場に同時に使用されている労働者をいいます。

したがって、労働者として就業しつつ、同時に労働者以外の働き方で就業している者については、複数事業労働者に該当しません。また、転職等、複数の事業場に同時に使用されていない者についても、複数事業労働者には該当しません。

② 複数の事業の業務を要因とする傷病等とは

複数の事業場の業務上の負荷（労働時間やストレス等）を総合的に評価して、労災と認定できるか判断します。なお、複数事業労働者の方でも、1つの事業場のみの業務上の負荷を評価し業務上と認められる場合は、これまで通り業務災害として労災認定されます。

3 通勤災害

通勤災害とは、通勤により発生した災害をいい、この場合の通勤とは、次の要件をみたす往復行為であることが必要です。

- ① 労働保険の適用事業場に使用される労働者が業務に就くため、又は業務を終了したことにより、住居と就業場所との往復行為であること。
- ② 自宅等の住居と会社等の就業の場所を始点・終点とするものであること。
- ③ 通勤の経路及び方法が、社会通念上、合理的であると認められること。
- ④ 通勤経路からの迂回等、逸脱・中断がないこと。逸脱・中断があった場合には、その間及びその後の往復行為は通勤に含まれないこと。たとえば、通勤の途中で経路からはずれたり、友人と麻雀等を行った場合は、逸脱・中断となります。

ただし、その逸脱・中断が日常生活上やむを得ない必要最小限度の行為、すなわち、日用品の購入等である場合には、その間を除き通勤とされます。

なお、業務の性質を有する通勤、たとえば、事業主の提供する専用交通機関（マイクロバス等）を利用しての通勤については、通勤災害ではなく業務災害として取り扱われます。

また、複数就業者の事業場間の移動中の災害及び、単身赴任者の赴任先住居・帰省先住居間の移動中の災害は、通勤災害の対象となります。

4 保険給付の種類及び内容

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害による傷病に対する各保険給付を、「〇〇（補償）等給付」と総称します。

保険給付の種類		支 給 事 由	給 付 の 内 容
療養（補償）等給付	療養の給付	業務上の事由、二以上の事業の業務を要因とする事由、又は通勤（以下「業務災害等」といいます。）による傷病について、労災病院又は労災指定医療機関で療養した場合、指定薬局で投薬を受けた場合又は労災指定訪問看護事業者から訪問看護を受けた場合	必要な療養の給付（現物支給）
	費用の支給	業務災害等による傷病について、労災病院又は労災指定医療機関以外の医療機関等で療養した場合及び看護、移送等を行った場合	療養の給付を行い得ない事情がある場合、必要な療養費の全額
休業（補償）等給付		業務災害等による傷病について、療養のため労働することができないために賃金を受けない日が4日以上に及ぶ場合	休業第4日目以降、休業1日につき給付基礎日額の60%相当額
障害（補償）等給付	年 金	業務災害等による傷病が治った後に身体に障害等級第1級から第7級までのいずれかに該当する障害が残った場合	障害の程度に応じ、給付基礎日額の313日分から131日分までの年金
	一時金	業務災害等による傷病が治った後に身体に障害等級第8級から第14級までのいずれかに該当する障害が残った場合	障害の程度に応じ、給付基礎日額の503日分から56日分までの一時金
遺族（補償）等給付	年 金	業務災害等により死亡した場合（法律上死亡とみなされる場合及び死亡と推定される場合を含む）	遺族の数に応じ、給付基礎日額の245日分から153日分までの年金
	一時金	労働者の死亡当時に次のいずれかに該当する場合 ①遺族補償年金又は遺族年金を受け得る遺族がない場合 ②遺族補償年金又は遺族年金を受けている者が失権した場合において、他に遺族補償年金又は遺族年金を受け得る者がいなく、かつ、すでに支給された年金の合計額が給付基礎日額の1,000日分に満たないとき	給付基礎日額の1,000日分の一時金（ただし、②の場合は、すでに支給した年金の合計額を差し引いた額）
葬祭科（葬祭給付）		業務災害等により死亡した者の葬祭を行う場合	315,000円に給付基礎日額の30日分を加えた額（その額が給付基礎日額の60日分に満たない場合には、給付基礎日額の60日分）
傷病（補償）等年金		業務災害等による傷病が療養開始後1年6か月を経過した日において次の各号のいずれにも該当する場合、又は同日後次の各号のいずれにも該当することとなった場合 ①傷病が治っていないこと ②傷病による障害の程度が傷病等級の第1級から第3級に該当すること	傷病等級に応じ、給付基礎日額の313日分から245日分までの年金
介護（補償）等		障害（補償）等年金又は傷病（補償）等年金受給者のうち第1級又は第2級の者（神経・精神の障害及び胸腹部臓器の障害の者）であって、	① 常時介護を要する者 介護の費用として支出した額（上限あり）を支給する。

給 付	現に介護を受けているとき	ただし、親族等の介護を受けていた者で、介護の費用を支出していない場合又は支出した額が下限額を下回る場合は一律下限額を支給する。 ② 随時介護を要する者 介護の費用として支出した額（上限あり）を支給する。 ただし親族等の介護を受けていた者で、介護の費用を支出していない場合は一律下限額を支給する。
二次健康診断等 給 付	事業主の行う健康診断等のうち直近のもの（一次健康診断）において、次の各号のいずれにも該当することとなったとき ①検査を受けた労働者が、血圧検査、血中脂質検査、血糖検査、腹囲の測定又はBMI（肥満度）の測定のすべての検査において異常の所見があると診断されていること ②脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有していないと認められること	1 二次健康診断の給付 脳血管及び心臓の状態を把握するために必要な検査 2 特定保健指導の給付 脳・心臓疾患の発生の予防を図るため、医師等により行われる栄養指導、運動指導、生活指導 （具体的な内容は 29 頁～参照）

5 労災認定基準等について

労災（業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害）と認定されるためには、上記 1～3 の要件を満たす必要がありますが、個々の事案について迅速・適正な認定判断を行うため、類型的な傷病別の認定上の取り扱いが認定基準や通達などで示されています。

医療従事者等に多く発生する傷病等について、「VI. 参考資料」（94 頁～）に抜粋を掲載しておりますが、詳細については労働局または労働基準監督署へお尋ねください。

第3 第三者行為（自動車事故等）による災害

1 第三者の不法行為

「第三者行為災害」の第三者とは、労災保険の当事者及び受給権者以外の者、即ち政府・被災労働者及びその遺族、被災労働者の事業主以外の者をいいます。

第三者の不法行為（民法第709条）が原因となって発生した業務上又は通勤途上の災害を「第三者行為災害」（労災法第12条の4）とといいます。

通勤途上の災害については別に説明しますので、以下では業務上の災害について述べることにします。たとえば、

- ① 労災保険に加入している事業場の労働者が勤務先の用務で自動車を運転中に、第三者の運転する自動車が前方注視不充分等の過失により追突した場合
- ② 事業主の命で用務先に行く途中、歩道を通行中にビルからの落下物で被害を受けたような場合

などが第三者行為災害にあたります。

また、このような災害が常に第三者の一方的な過失により生ずるとは限りません。被災労働者の方にも過失（道路への飛出しや交差点における出会い頭の衝突事故等）がある場合の双方の過失が競合して災害が発生したときも、第三者に過失があり損害賠償義務を負う以上第三者行為災害となります。

2 損害賠償請求権との調整

第三者行為災害による被災労働者又はその遺族（受給権者）は、次のような請求権を取得することになります。

- ① 事業主に対する災害補償請求権（労働基準法第8章）
- ② 政府に対する労災保険給付請求権（労災保険法）
- ③ 第三者及びその事業主（民法第715条）に対する損害賠償請求権（民法）
- ④ 自動車事故の場合は保険会社に対する請求権（自動車損害賠償保障法（以下「自賠法」といいます。））

これらの請求権の行使は、受給権者本人の自由意思により選択できますが、これらは何れも損害のてん補を目的とするものですから、同一の事由について重複して支給を受けることは、公平を欠くこととなりますので認められません。

したがって、労災保険給付と他の損害賠償の場合もこのような不合理が起きないように労災保険法第12条の4により両者間の調整が行われることになっております。

すなわち、政府は受給権者が第三者から損害賠償を受ける前に保険給付をしたときは、その価額の限度で、受給権者が第三者に対して有する損害賠償請求権を代位取得します。

また、保険給付前に受給権者が第三者から保険給付と同一の事由について損害賠償を受けているときは、政府はその価額の限度で保険給付の義務を免れることになっています。

3 労災保険と自賠責保険との支払の調整

自動車事故による災害の場合は、労災保険と自賠責保険とが競合する事案が殆どです。前記 2 で述べましたように受給権者は労災保険に対しても、自賠責保険に対しても、それぞれの請求権を持っているわけですが、原則として労災保険に先行して自賠責保険等を受けるよう指導しています。

また、被災労働者の希望によっては労災先行の取扱いもできます。

もし、受給権者が先に労災保険に請求して受給すれば、「労災先行」の扱いとなり、その反対に先に自賠責保険に対して請求し支払を受ければ「自賠先行」として取扱います。

この場合、大事なことは受給権者が無知のため意に反して不利益をこうむることがないように指導し、常に迅速な救済を図らなければならないということです。

このことは、労災保険の目的（第 1 条）にも「迅速且つ公平な保護をするため」と規定され、一方、自賠法による仮渡金制度（自賠法第 17 条）にも「請求があったときは、遅滞なく支払う」よう明記されており、両保険とも、受給権者の保護に欠けることがないように配慮されているということです。

したがって、被災労働者（受給権者）が労災指定医療機関で診療を受けますと、当該医療機関はその費用をどこ（どの保険又は誰）に請求するかが一番問題となるわけですが、加害者が支払うときは別として、労災・自賠責各保険のいずれを先行するかは、事案の内容や事務手続上の問題のほか、後述する「自賠責保険を先行させる場合」及び「労災保険を先行させる場合」を参照の上、後日、受給権者と労災指定医療機関側とが、トラブルを起こさないようよく話し合っておくことが肝要です。

(1) 自賠責保険を先行させる場合（自賠先行）

現在、自賠責保険における負傷の場合の支払限度額は 120 万円となっています。

自賠責保険は労災保険と異なり、治療費は慣行料金、休業補償費は全額、その他慰謝料も支払われることになっていますので、被災労働者側からみると労災保険（休業 60% 慰謝料なし）よりかなり有利といえます。

このようなことから、各労働基準監督署は被災労働者（受給権者）に対し、厚生労働省の指示もあり原則として自賠責保険を先行するよう指導しています。また、当局としては治療費のみは労災保険へ、治療費以外は自賠責保険へと、請求を分割しないよう指導しておりますが、要は、被災労働者の自由意思にもとづく判断にまかされていることは前述したとおりです。

ア 自賠責保険への請求方法としては

① 加害者又は、被災労働者が立て替えて診療費を医療機関に支払い、その後、保険会社に請求する方法

② 医療機関が、被災労働者から委任状を貰って直接保険会社に請求する方法
があります。（請求方法については、省略します。）

イ 自賠責保険限度額（120 万円）を超える場合の取扱い

治療費等の損害合計額が限度額の範囲内ですむ場合は問題ありませんが、限度額を越える場合には、治療費についても労災保険に移行（請求）できます。その時は次の事項にご留意ください。

① 初回分の労災診療費請求内訳書に「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書」を添

付し、摘要欄に「〇年〇月〇日までは自賠責保険より受領済み」と記載する。

② 前記請求書を提出しない事業場（督促後）については、その旨を所轄労働基準監督署に連絡する。

③ 限度額を越えたかどうか不明の場合、即ち労災保険への移行時点が明らかでない場合は、被災労働者や保険会社との連絡のうえ、判断する。

なお、どうしても判断し難いときは、所轄労働基準監督署に相談してください。

自賠先行として保険会社に請求しているもののうち、事案によっては支払いまで長期にわたるケースが稀にあります。保険会社への照会や連絡は必要ですが、場合によっては労災先行（療養開始日から）に切りかえることもできます。

この場合、特に自賠責・労災の両保険から同一の事由について重複して支払いを受けることがないように注意し、判断し難いときは、所轄労働基準監督署へ相談してください。

ウ 加害車両が2台の場合の限度額

たとえば、車に同乗中の被災の如く、被災労働者が2台の車によって災害をうけた場合は、それぞれの加害車両の保険会社に請求できます。

したがって、限度額は240万円（120万円＋120万円）となります。

エ 仮渡金および内払金の請求

自賠責保険では、損害額が決定しない場合等には、負傷の程度によって仮渡金の請求ができます。（手続等については、自賠責保険会社へ照会してください。）

(2) 労災保険を先行させる場合（労災先行）

労災保険においては、被災労働者に対し、原則として現物支給（労災保険指定医療機関が、被災労働者の治療に要した費用を所轄の監督署長に請求する方法）を行ない、その費用は当該医療機関が請求することになっていますが、この場合、初回分の労災診療費請求内訳書には「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書」を必ず添付しなければなりません。

また、診療費は労災保険の算定基準によって請求していただくことになります。

したがって、労災保険に請求した内容のもの（労災先行）について、更に自賠責保険に重複して請求ができないことは勿論、労災先行しながら、途中で自賠責保険に切りかえるようなことは、事務が混乱しますので避けてください。

なお、次の場合は、労災先行の扱いをしてください。

- ① 被災労働者が停車中の車に追突したような事案で相手方に車の運行についての故意・過失がないと認められる場合。
- ② ひき逃げで相手方が不明の場合や無保険車により被災労働者が災害を受けた場合。
- ③ 自賠責保険の適用（自賠先行）に疑義を生じ、自賠先行にすると被災労働者の救済に欠けるような事案の場合。（この場合は、所轄労働基準監督署にご相談ください。）
- ④ 自賠責保険が適用されない次項4のような場合

4 自動車事故以外の第三者行為災害の場合

タクシーの運転手が客に暴行を受けた場合（但し、業務外と認められる喧嘩は労災の対象になり

ません。)や外務員が用務先で犬にかまれた場合のように、自賠責保険の適用が全くない災害もあります。

この場合は、普通の業務災害と同じように労災保険に請求してください。

但し、第三者（加害者）が治療費等を負担する旨の申出があるような場合は、第三者から受領してください。もし、労災保険にも請求し、支払を受けますと重複したことになりますのでご注意ください。

5 示 談

交通事故等の不法行為によって、他人から損害を受けた被害者又はその遺族は、加害者に対して損害賠償の請求ができますが、実際においては、不法行為かどうか、あるいは損害額等をめぐって紛争が起るものです。これの解決のもっとも確実な方法が訴訟です。

しかし、この紛争を迅速に解決し、和解する手段として示談があり、この示談の内容によっては、労災保険給付が支払われない場合があります。したがって、当事者間からその内容を把握することができない場合は、所轄労働基準監督署に問い合わせる必要があります。

6 自賠責保険と通勤災害との関係

通勤災害は、労災保険から給付されることになっておりますから、自賠責保険と通勤災害の保険給付が競合する場合等の取扱いは、業務災害の場合のそれと同様になります。

7 その他

- (1) 自賠責保険の賠償額は、次頁の表をご参考にしてください。
- (2) 第三者行為災害についての疑義は、所轄労働基準監督署の労災課あるいは、労働局労働基準部労災補償課の三者係へご相談ください。

自 賠 責 保 険 の 内 容

〈令和 2 年 4 月 1 日改定〉

	事故発生日	平成 6 年 6 月 1 日以降	平成 9 年 5 月 1 日以降	平成 22 年 4 月 1 日以降	令和 2 年 4 月 1 日以降
保 険 金 額	(1) 傷 害	120 万円	120 万円	120 万円	120 万円
	(2) 後遺障害 第 1 級～第 14 級	3,000 万円～ 75 万円	3,000 万円～ 75 万円	4,000 万円～ 75 万円	4,000 万円～ 75 万円
	(3) 死 亡	3,000 万円	3,000 万円	3,000 万円	3,000 万円
傷 害	(1) 近親者等の看護料 イ 入院看護をした場合 1 日につき ロ 通院付添・自宅看護をした場合 1 日につき ・支払限度額 1 日につき	4,000 円 2,000 円 立証資料により上記イ、ロの額を超える場合はその実額 18,000 円	4,000 円 2,000 円 立証資料により上記イ、ロの額を超える場合はその実額 18,000 円	4,100 円 2,050 円 立証資料により上記イ、ロの額を超える場合はその実額 19,000 円	4,200 円 2,100 円 立証資料により上記イ、ロの額を超える場合はその実額 19,000 円
	(2) 入院諸雑費 1 日につき	1,000 円	800 円	1,100 円	1,100 円
	(3) 休業損害 1 日につき ・支払限度額 1 日につき	5,200 円 立証資料により上記の額を超える場合はその実額 18,000 円	5,500 円 立証資料により上記の額を超える場合はその実額 18,000 円	5,700 円 立証資料により上記の額を超える場合はその実額 19,000 円	6,100 円 立証資料により上記の額を超える場合はその実額 19,000 円
	(4) 慰謝料 1 日につき	4,000 円	4,100 円	4,200 円	4,300 円
	後遺障害限度額 第 1 級～第 14 級 うち慰謝料 第 1 級～第 14 級 ・第 1 級、第 2 級、第 3 級の該当者に被扶養者がある場合 第 1 級 第 2 級 第 3 級	3,000～75 万円 1,050～32 万円 1,250 万円 1,088 万円 941 万円	3,000～75 万円 1,050～32 万円 1,250 万円 1,088 万円 941 万円	4,000～75 万円 1,600～32 万円 1,800 万円 1,333 万円 973 万円	4,000～75 万円 1,650～32 万円 1,850 万円 1,373 万円 1,005 万円

死	死亡限度額	3,000 万円	3,000 万円	3,000 万円	3,000 万円
	うち				
	(1) 慰謝料				
	イ 本人慰謝料	350 万円	350 万円	350 万円	400 万円
	ロ 遺族慰謝料				
亡	遺族 1 名	500 万円	500 万円	550 万円	550 万円
	〃 2 名	600 万円	600 万円	650 万円	650 万円
	〃 3 名	700 万円	700 万円	750 万円	750 万円
	なお、被害者に被扶養者がある場合は上記金額に 150 万円加算する		なお、被害者に被扶養者がある場合は上記金額に 200 万円加算する	なお、被害者に被扶養者がある場合は上記金額に 200 万円加算する	なお、被害者に被扶養者がある場合は上記金額に 200 万円加算する
	(2) 葬儀費	55 万円	60 万円	60 万円	100 万円
亡	立証資料により上記金額を超える場合はその実額		立証資料により上記金額を超える場合はその実額	立証資料により上記金額を超える場合はその実額	立証資料により上記金額を超える場合はその実額
	・支払限度額	80 万円	100 万円程度で 妥当な額	100 万円範囲内 で妥当な実費	100 万円範囲内 で妥当な実費
仮 渡 金	(1) 傷害の場合 (程度に応じて)	5 万円・20 万円・ 40 万円	5 万円・20 万円・ 40 万円	5 万円・20 万円・ 40 万円	5 万円・20 万円・ 40 万円
	(2) 死亡の場合	290 万円	290 万円	290 万円	290 万円

Ⅱ． 労災保険指定医療機関制度

第1 労災保険指定医療機関制度の概要

1 労災保険指定医療機関制度の目的

労災保険における療養（補償）等給付は、原則として労災病院又は指定医療機関における現物給付方式をとっていますが、これが現物給付でなければ、労働災害を被った傷病労働者は療養の費用を自分で前払いし、しかるのちにその費用を労働基準監督署長に請求して支払いを受けなければなりませんので、一時的にせよ経済的な負担を蒙ることになります。また、療養を担当した医療機関としても、個々の傷病労働者から直接費用を徴収することになるため、種々の不便や煩雑を招きかねません。

そこで労災保険では、傷病労働者が、労災病院や指定医療機関で療養を受けたときは、その療養に要した費用をこれらの医療機関から直接当該医療機関の所在地を管轄する労働局長（以下「所轄労働局長」といいます。）に請求できる方法を講じています。

これはちょうど、健康保険法によって定められている保険医療機関制度と同様の制度であり、傷病労働者や医療機関が、この制度を利用することによって前記の不便や不都合を免れるばかりでなく、労災医療という公的な医療制度を統一的に運用していくこともできることとなります。

この指定医療機関の制度は、健康保険のような保険医療機関及び保険医という両者の併用方式ではなく、医療機関そのものを指定する制度となっています。現在、労災保険の療養（補償）等給付請求のほとんどが労災保険指定医療機関から行われています。

2 労災保険指定医療機関の性格

保険者である政府が傷病労働者に対して行う療養の給付を代行できる医療機関は、労災保険法施行規則第11条第1項の規定によって労災病院と指定医療機関に限られています。

指定医療機関において傷病労働者の診療に要した費用については、当該指定医療機関と保険者（政府）との間で精算し、労働者負担を生じさせない仕組みになっています。労災医療におけるこのような方式は、公平かつ迅速な保険給付の実施という保険の目的を満たすことにもつながっています。

ところで、この指定医療機関は政府の機関である所轄労働局長が医療機関を指定することによって生れることとなりますが、所轄労働局長が医療機関を指定する行為は、法的にどのように説明されているのか簡単にふれることにします。

所轄労働局長が医療機関を指定する行為、いいかえれば、所轄労働局長と医療機関との間に結ばれる指定契約については、次のような法的効果を発生させるための手続的行為であると一般的に説明されます。すなわち、政府が傷病労働者について療養の給付を決定した場合には、指定医療機関が政府に対して当該療養に関する診療費償還請求権を取得し、その限度において傷病労働者に対する診療報酬請求権を失うこととなるわけです。したがって、指定医療機関と傷病労働者との関係は、傷病労働者が業務上又は通勤途上の傷病で診療を求めた場合には、当該指定医療機関との間には、いわゆる有償双務契約が成立することとなりますので、傷病労働者が当該診療につき療養の給付請求書を指定医療機関へ提出したときから、当該診療契約は政府の療養の給付を前提として傷病労働者に対する指定医療機関の診療報酬請求権が消滅するという条件付き契約に変わるようになります。そこで、政府の療養の給付の決定が行われた場合には、前記の条件が満たされたのですから、指定

医療機関の当該傷病労働者に対する診療報酬請求権が消滅し、同時に指定医療機関は政府に対する診療償還請求権を取得することになります。

一方、政府の当該傷病労働者に対する療養の不支給決定が行われた場合には、条件が整わなかったのですから、当初の傷病労働者と指定医療機関との診療契約が継続しているとみなされて、傷病労働者が費用負担の義務を負うことになります。

また、指定医療機関からの診療費の請求については、政府は必要と認める療養の範囲内でその費用を支払うことになっていますので、この範囲を超える部分の診療費について政府から、いわゆる査定が行われることとなる結果、支払われないこととなりますので注意して下さい。

第2 各種手続き

以下の手続きに必要な様式は労働局や労働基準監督署でお渡しする他、広島労働局ホームページからダウンロードしていただくこともできます（「Ⅶ. 各種様式」102頁 参照）。

また、提出先はすべて労働局です。

1 指定医療機関としての指定申請

労災保険における指定医療機関は、原則として、指定を希望する医療機関からの申請に基づいて所轄労働局長が指定する方法をとっています。

指定医療機関としての指定を受けるためには、所定の申請書に下記の書類を添付して、所轄労働局長あてに申請します。

(1) 提出書類

ア 「労災保険指定医療機関指定申請書」（様式第1号）

指定申請書には病院又は診療所の名称、所在地、管理者名、診療科名（病院又は診療所が標榜している診療科名）を記載することになっています。

イ 「病院（診療所）施設等概要書」（様式第2号）

指定医療機関から診療費の請求があった場合にその算定方法が正しいか否かの審査等を行うために提出が必要とされます。

ウ 「入院室料加算（特別の療養環境の提供の届出病室）対象病室報告」（様式第2号別紙）

届出されている場合

エ 「労災指定病院等登録（変更）報告書」（診機様式第20号）

オ 「労災指定病院等登録（変更）報告書」（診機様式第21号）

労災診療費とアフターケア委託費に係る口座関係を別口座としたい場合は、オの該当欄に記入してください。同一でよい場合は記入不要です。

カ 添付書類

・開設許可証等の写

これは医療法に基づいて設立された病院又は診療所であることを確認するためのもので、病院の場合には開設許可証、診療所の場合には使用許可証若しくは届書、国の開設する病院又は診療所の場合には承認書又は通知書のそれぞれの写若しくはそれぞれの番号及び年月日を記載した文書が必要です。

・開設者及び管理者の履歴書（写真不要）

・医師免許証（写）及び履歴書（在職全医師）

・施設の図面（施設名及び病室番号等が記されているもの）（写）

・中国四国厚生局の保険医療機関指定通知（写）

・中国四国厚生局長届出事項に係る届出受理書（届出番号が記載されているもの）（写）、承認申請に係る通知書（写）

・その他労災診療費の算定に際して必要な事項

(2) 指定通知

病院や診療所からの指定申請書を受理した所轄労働局長は、その申請書類の内容を審査し、指

定の可否を決定します。

所轄労働局長は、その病院又は診療所を労災保険の指定医療機関として指定することに決定したときは、指定年月日、指定期間、診療費算定方法等の必要事項を記載した通知書によって、指定することに決定した旨を申請者に通知することになっています。

なお、指定しないと決定したときには、指定しない旨及びその事由を記載した通知書によってその旨を申請者に通知します。

(3) 指定の期間

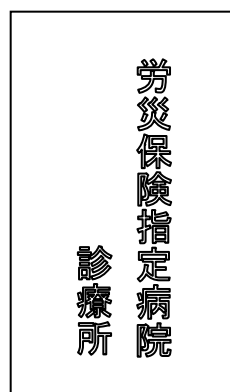
指定医療機関の指定期間は、所轄労働局長の指定した日から起算して3年間です。ただし、指定の効力を失う日の6か月前から3か月の間に指定医療機関から指定更新の意思のない旨の申出がないときは、指定は自動的に更新されます。

(4) 標札の掲示

所轄労働局長から指定医療機関としての指定をうけた病院又は診療所はそれぞれ標札を見やすい場所に掲げることになっています。

参 考(第 20 関係)

文字	・・・	白
地色	・・・	濃紺
横	・・・	5.5cm
縦	・・・	10 cm



2 異動（変更）事項の届出

(1) 届出事項

病院又は診療所について次のような異動（変更）があったときは、速やかにその旨とその内容を、指定を受けた所轄労働局長に届けなければなりません。

- ① 指定医療機関の開設者又は管理者の異動
- ② 名称及び所在地の変更
- ③ 診療科目、病床数又は従事者数の変更
- ④ 健康保険診療報酬の算定に関する届出事項の変更（施設基準に係るものを除く）
- ⑤ 指定申請の際に提出した医療機関施設概要書に記載した重要事項又は当局が指示した事項の変更
- ⑥ 診療費の振込先の銀行名・口座名・口座番号・口座名義人の変更

(2) 提出書類

ア 労災指定医療機関内容変更届

イ 指定病院等登録（変更）報告書（診機様式第 20 号）

開設者変更の場合は口座関係の変更を伴うことから、当該報告書の提出が必要です。

ウ 指定病院等登録（変更）報告書（診機様式第 21 号）

イ及びウは様式に記載された事項以外の変更の場合は提出不要です。

エ 添付書類

① 中国四国厚生局長あるいは都道府県知事への承認申請又は届出が必要な変更の場合は、その通知書又は届出受理書（写）（施設基準に係るものを除く。）

② 医師の異動の場合は、医師免許証（写）及び履歴書

※その他必要な書類がある場合がありますので、労働局へご確認ください。

3 廃止・辞退の届出等

指定を受けた病院又は診療所が医業を廃止した場合及び指定医療機関側から指定辞退の申出があった場合、さらには労災診療費の請求に不正が認められた場合や他の保険での不正等関係法令に違反した場合等には、指定医療機関の取消しが行われることになります。

・提出書類（廃止、休止、辞退）

労災保険指定医療機関休止・辞退届（様式第 7 号）

4 二次健康診断等給付医療機関の指定手続き

(1) 申請手続き

指定を受けることを希望する医療機関の開設者は、医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に「労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書」（様式第 1 号）と、添付書類を提出することになります。

添付書類は次のとおりです。

なお、現在労災指定を受けている医療機関は、アとエの書類の提出を省略することができます。

ア 開設許可証または届出書

イ 病院（診療所）施設等概要書（様式第 2 号）

ウ 労災指定病院等登録（変更）報告書（診機様式第 20 号及び第 21 号）

エ 知事届出事項に係る届出書の写

オ 検査を行うための医療器具の名称等を確認するための書類

(2) 指定選考基準

ア 二次健康診断等給付に相応した次の医療器具を具備していること

① 血液検査器具〔低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）、血清トリグリセライドの量、血中グルコースの量、ヘモグロビン A1c の検査を行うことができるもの〕

② 負荷心電図に係る装置（トレッド法、エルゴメーター法またはマスター法に限ります。）

③ 尿検査器具

④ 画像診断用超音波装置（頸部及び心臓を診察できるもの）

※ 血液検査及び尿検査器具により行った採血及び採尿を分析する器具を具備する必要はありません。

※ 下記カの要件を満たせば、画像診断用超音波装置を具備しなくとも、さしつかえありません。

イ 担当する医師、保健師が労災保険及び産業保健に関する知識を有しており、二次健康診断等に積極的な協力ができること

ウ 二次健康診断等の結果等の記録及び保管が適切に行われること

エ 二次健康診断の受診が相当程度見込まれること

オ 健康診断の精度が高く信頼できるものであること

カ 胸部超音波検査及び頸部超音波検査を委託する場合は、他の医療機関を紹介できる体制が整っていること。また、委託した場合の費用分配等についての的確な経理管理ができる体制が整っていること

(3) 変更事項の届出

上記第2の2「異動（変更）事項の届出」に準じます。

Ⅲ. 労災医療

第1 労災医療における留意事項

医療機関の指定を行うにあたっては、所轄労働局長と医療機関との間で、傷病労働者の診療の方針や内容、診療費の算定方法、その請求方法等の必要な事項を指定契約によりあらかじめ定めておかねばなりません。

具体的には、「労災保険指定医療機関療養担当規程」により、双方が遵守すべき事項を定めています。

そこで、次に労災保険の指定医療機関として指定された場合に、留意していただかなければならない事項について説明します。

1 初診時の留意事項

(1) 受給資格の確認

「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書」が提出されたらまず、次の2点を確認する必要があります。

ア 傷病労働者の事業場が労災保険の適用事業場であること。

提出された「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書」に「労働保険番号」「事業場名」の記載があり、事業主の署名のあるものは、一応労災保険適用事業場の労働者であるとみなして差し支えないでしょう。

イ 傷病労働者の傷病が業務上の事由又は通勤によって生じたものであること。

例えば、当該傷病労働者の傷病が業務上であるためには、その災害と傷病との間に相当因果関係がなければなりません。そのために、その災害（傷病）は労働者が業務遂行中に、業務に起因して発生したものかどうか等を判断して決定することになっています。

そこで、その資料となるのが「療養（補償）等給付たる療養の給付請求書」の「⑩災害の原因及び発生状況」欄の記載内容です。したがって指定医療機関としては、傷病労働者または付添者等の申し立てる災害の発生状況、原因等と請求書に記載証明されている事実との間に違いがないかどうか、上記の要件を満たすかどうかを確認し、万一発生状況等に違いがある等不信なものについては、速やかに所轄労働基準監督署に連絡する必要があります。

(2) 転医及び傷病年金移行の場合

傷病労働者が指定医療機関を転医した場合または傷病（補償）等年金の受給者である場合には「療養（補償）等給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号、様式第16号の4）を現に療養を受けている指定病院等を経由して所轄労働基準監督署へ提出することになっていますので、この届出によりその受給資格を確認する必要があります。

(3) 労災特別加入者の場合

労災特別加入者（中小事業主等）が療養の給付を受ける場合は、療養の給付請求書の他に特別加入者災害確認書も提出しなければならないことになっています。

2 療養の範囲

指定医療機関に診療を求めてきた労働者について労災患者であることの確認が済みますと、はじめて労災保険による療養の給付が行われることになります。

労災保険法はその第13条（業務災害）又は第22条（通勤災害）で、労災保険で給付される療養

の範囲は、次に掲げるものであって、「政府が必要と認めるものに限る」とことと定めています。

以下、業務災害を中心に説明します。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑥ 移送

これらの項目は、健康保険法で定める給付の範囲とまったく同じです。

このうち指定医療機関が扱う療養の給付、すなわち、現物給付の範囲は、①の「診察」から⑤「病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護」までであり、⑥の「移送」が含まれないことも健康保険の場合と同様です。したがって、指定医療機関の行う療養の給付になじまない性格の「付添看護」と⑥の「移送」については、その費用を傷病労働者に直接現金給付する取扱いとなっています。

このように、労災保険で給付する療養の範囲の項目は健康保険の場合と同様ですが、具体的な範囲については同じではありません。すなわち、労災保険法第13条には、療養補償給付の範囲は、前記の診察から移送までの項目について「政府が、必要と認めるものに限る」ものとされており、この政府が必要と認めるものの範囲がとりもなおさず労災保険法上の療養の範囲であるわけです。

ここでいう、「政府が必要と認めるもの」とは、

- ・現在の医学において療養上一般に必要と認められるもの
- ・治療効果が医学上一般的に認められるもの
- ・治療内容が適正なもの

ということになります。

具体的にいいますと、医学上一般的に認められていない新療法や新薬、または実験段階や研究的過程にあるものは療養の範囲に含まれません。また、一般的に認められた治療を施す場合であっても、当該症状が固定し、もはやこれ以上の医療効果が期待できない場合（このような場合、労災保険では「治癒」として扱います。）には給付の対象とはなりません。さらに医療効果が期待できるものであっても、その治療内容が適正を欠くもの（例えば、濃厚診療等）も療養の範囲を超えることになります。行われた診療が過剰診療や傾向診療であるか否かについては、具体的な個々の診療につき通常考えられる診療の程度を超えたものであるか否かを医学常識に照らして判断することになります。特に、投薬、注射、検査、画像診断、リハビリテーション等において過剰診療でないかと疑われる事例も少なからず見受けられますので、十分注意をして下さい。

また、傷病に対する単なる予防的な措置や傷病の治癒後における肉体的機能回復のための外科的療法等は、療養上の相当性がないとされています。前段の予防的な措置が療養上相当性を欠くことはいうまでもありませんが、後段の肉体的機能回復のための療法等は、労災保険法では別に社会復帰促進等事業として行われることになっており、ここにいう療養補償給付とは区別されています。

3 療養（診療）の期間

療養の期間については、その傷病について療養が必要な間であり、療養の必要がなくなった場合でも、その後再び療養を必要とするに至った場合は、いわゆる再発として再び給付することになります。

労災保険における治癒・再発は、次のように取り扱われることになっています。

(1) 治癒

労災保険で「治癒」とは、療養中の患者の傷病の状態が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなったときをいい、これをいわゆる「症状固定」といいます。

したがって、次の様な場合が治癒の時期とされています。

- ① 負傷の場合は、創面が癒合、又は骨折部が骨癒合した場合であって療養を継続しても医療効果を期待できない状態となったとき。
- ② 疾病の場合は、急性症状が消退し、慢性症状は持続してもその症状が安定し、療養を継続しても医療効果が期待できない状態となったとき。

(例1) 切創若しくは割創の創面が癒合した場合又は骨折で骨癒合した場合であって、たとえ、なお疼痛などの症状が残っていても、その症状が安定した状態（当該症状がプラトーに達した状態）になり、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

(例2) 骨癒合後の機能回復療法として理学療法を行っている場合に、治療施行時には運動障害がある程度改善されるが、数日経過すると、元の状態に戻るといった経過が一定期間にわたってみられるとき。

(例3) 頭部外傷が治った後においても中枢神経症状として外傷性てんかんが残る場合がある。

この時、療養によってそのてんかん発作を完全に抑制できない場合であっても、その症状が安定し（当該症状がプラトーに達した状態）その後の療養を継続してもそれ以上てんかん発作の抑制が期待できなくなったとき。

(例4) 腰部捻挫による腰痛症の急性症状は消退したが、疼痛等の慢性症状が継続している状態であっても、その症状が安定し（当該症状がプラトーに達した状態）、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

なお、傷病が症状固定（治癒）と認められるときに、疼痛、知覚異常や運動麻痺などの神経症状やその他の器質的障害や機能的障害が残ることがありますが、これらの障害が障害等級表（80頁）に該当すると認められる場合は、その程度に応じて障害（補償）等給付が支給されます。

また、労働能力の回復等が見込まれる者については、外科後処置・アフターケア等（「Ⅳ．社会復帰促進等事業」参照）が受けられます。

(留意すべき事項)

- ・患者の個人的な事由又は患者の勤務先の理由、例えば就労することができない、もとの職場に復帰することができない、他に配置換えする職場（職種）がない等の理由によって治癒時期を引延ばすことは認められません。

- ・患者の自覚症状のみで、これに対し他覚的（医学的）な根拠が明らかでない場合には、漫然と療養を継続することは認められません。

(2) 再発

負傷又は疾病にかかり、その傷病が一旦、治癒と認定された者について、相当の期間経過後、もとの傷病との間に医学的な因果関係が認められる傷病が発生したときに、この傷病の発生を一般に「再発」と呼んでいます。発生した傷病が一旦、治癒と認定された傷病の再発であるためには、次のような要件が必要です。

- ① 業務上又は通勤途上の事由による旧傷病との間に医学上の相当因果関係が認められること。
- ② もとの傷病の治癒時の状態に比して、その症状が増悪していること。
- ③ 治療を加えることによって、医療効果が十分期待できるものであること。

このように、再発による傷病が保険給付の対象となるためには、一定の要件を必要としますので、患者から再発による受診の申出があった場合は、予め所轄労働基準監督署に相談するよう指導してください。

なお、次のような場合には再発として取り扱われます。

- ・治癒後の髄内釘、三翼釘等の装着金属抜去あるいは、炎症・疼痛惹起による鋼線・銀線等の除去。
- ・材料入手困難なため一旦治癒した後の角膜移植。

4 労働基準監督署との連絡

療養の給付を請求した患者が正当な事由がないにもかかわらず担当医師の診療に関する指示に従わないときや、不正又は不当な証明を強要したような場合には、その診療又は証明を拒否するとともに、このような場合には速やかに所轄労働基準監督署に連絡して適切な処置をとることが必要です。

第2 労災診療費の算定

労災診療費の具体的な算定基準については、「別冊 労災診療費算定マニュアル（令和6年4月版）」をご参照ください。

第3 その他の療養の給付

1 看護料（特別労災付添看護）

保険給付の対象となる特別労災付添看護は、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労働者が、(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なります。

(1) 対象医療機関

対象となる医療機関（以下「特別労災付添看護病院等」という。）は、入院基本料の届出をした医療機関です。

(2) 支給要件

特別労災付添看護は病状が次に掲げる支給要件のいずれか一つに該当する場合で、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に相当する者の場合に認められます。

- ① 傷病労働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
- ② 傷病労働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
- ③ 傷病労働者の病状から判断し、常態として体位変換または床上起座が禁止されているか、又は不可能な場合
- ④ 傷病労働者の病状から判断し、食事・用便ともに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

労災保険では、傷病労働者に対してその病状に応じた適切な看護が確保されるよう、看護担当者1人が担当する傷病労働者の人数についても、次のような制限を設けています。

ア 看護担当者数については、(2)の支給要件に該当する傷病労働者（以下「対象傷病労働者」という。）2人につき看護担当者1人の割合（傷病労働者数を2で除した場合に生じた端数については切り上げます。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の病院においては切り捨てます。）で認めるものとします。

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

イ 看護形態については、傷病労働者の症状に応じ医師の判断によるものとします。

(4) 入院患者数

特別労災付添看護病院等は、対象傷病労働者を常時2人以上収容していなければなりません。この場合、「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労働者を月間実数で2人以上収容していなければなりません。したがって、対象傷病労働者が月間の実数で2人未満となった場合には、当該月以降は当該特別労災付添看護病院等に入院療養する対象傷病労働者には特別労災付添看護は認められません。

なお、従来より特別労災付添看護を認めていた対象傷病労働者については、当該月以降 1 年間に限り、引き続き特別労災付添看護が認められますが、2 人未満となって 1 年を経過したときは、当該対象傷病労働者に対する特別労災付添看護は認められなくなります。

(5) 看護担当者

看護担当者は、傷病労働者に対する看護は、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）による保健師、助産師、看護師又は准看護師のいずれかの免許を有する者（以下「看護資格者」といいます。）によって行わなければなりません。しかしながら、緊急その他やむを得ない事由によって、これらの看護資格者を求めることができない場合には、特例として、医師又は看護師の指示を受けて看護の補助を行う場合に限り、看護資格者以外の者でも特別に「看護補助者」として傷病労働者の看護に当たることを認めています。

なお、外部からの看護担当者であっても当該医療機関の主治医又は看護師の指揮の下に看護を行うこととなりますので、当該医療機関の長は当該看護担当者から主治医又は看護師の指揮に服する旨の誓約書を徴することとされています。

また、傷病労働者と親族（民法第 725 条に定められる 6 親等内の血族、配偶者及び 3 親等内の姻族をいいます。）又は友人関係にある者によって行われた看護については、保険給付の対象として認められませんが、緊急その他やむを得ない事由により、上記の一般の看護担当者を求めることができない場合に限り、親族又は友人関係にある者による看護についても、保険給付の対象となります。

2 訪問看護

労災保険法第 13 条第 2 項第 4 号における「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」に基づく療養の給付（「居宅における療養に伴う世話その他の看護」とは、在宅患者に係る訪問看護を意味します。）は、労災指定医療機関のほか、都道府県労働局長が指定する労災保険指定訪問看護事業者にも認められています。

ここで取り上げる訪問看護の費用の対象は、労災保険指定訪問看護事業者からの訪問看護の費用の請求です。

なお、労災保険指定訪問看護事業者の指定を受けようとする訪問看護事業者は、都道府県労働局長に対し、「労災保険指定訪問看護事業者指定申請書」を提出することになります。

(1) 訪問看護の対象者

訪問看護の対象となる傷病労働者は、業務災害等による傷病により療養中の者であって、重度のせき髄・頸髄損傷患者及びじん肺患者等、病状が安定又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において保健師、看護師、准看護師、理学療法士及び作業療法士が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要する者です。

(2) 訪問看護費用

訪問看護に要した費用については、健康保険における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の別表に定められた金額により算定します。

また、その他の費用の取扱いについては、健康保険の定めるところにより取扱うことになりま

す。

3 移送・通院費

(1) 支給対象

次に示すような移送（傷病労働者を輸送すること。）又は、傷病労働者の通院の場合は、保険給付の対象となります。

ア 災害現場等から医療機関への移送

災害現場から医療機関への移送及び療養中の傷病労働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

イ 転医等に伴う移送

(ア) 労働基準監督署長の勧告による転医、主治医の指示による転医又は対診のための移送。

(イ) 主治医の指示による退院に必要な移送。

ウ 通院

(ア) 傷病労働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労災病院又は労災指定医療機関（以下「労災指定医療機関等」といいます。）への通院（傷病労働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ります。）。

(イ) 傷病労働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労災指定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労働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労災指定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労働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労災指定医療機関等への通院（傷病労働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ります。）。

(ウ) 傷病労働者の住居地又は勤務地と同一の市町村内及び傷病労働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労災指定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労災指定医療機関等への通院（傷病労働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ります。）。

(エ) 傷病労働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、傷病労働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労災指定医療機関等への通院。

(オ) 労働基準監督署長が診療を受けることを勧告した労災指定医療機関等への通院。

(2) 支給額

ア 支給する費用は、傷病の状況等からみて、一般に必要と認められるもので、傷病労働者が現実に出す費用とする。（費用の額を証明する書類は原則として領収書による。）

イ 自家用自動車（所属事業場所有のものを除く）による場合の費用は、走行１キロメートル（合理的経路・キロ数）につき 37 円で算定した額とします。

(3) 請求手続

傷病労働者が「療養の費用請求書」に証明書類等を添付し、所轄労働基準監督署へ請求します。

4 はり・きゅう及びマッサージの施術

労災保険における「はり・きゅう及びマッサージ」の取扱いについては、一般医療とはり・きゅうの併施は最大12か月の施術が認められていましたが、平成8年3月1日以降は12か月経過後も施術効果がなお期待し得ると認められた場合は、施術期間を更に3か月ごとに延長することと改正されました。

つきましては、労災保険指定医療機関における一般医療とはり・きゅうの併施の取扱いは、次のような取扱いとなりますので誤りのないようお願いします。

(1) 支給対象

ア はり・きゅうの場合

(ア) 業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病（以下「原疾患」という。）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、その原疾患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（当該原疾患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診断書を交付したものについては、保険給付の対象に含めます。

(イ) 原疾患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、保険給付の対象に含めます。

イ 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は、保険給付の対象に含めます。

(2) 施術期間

ア はり・きゅうの場合

(ア) はり・きゅう単独施術

○初療の日から12か月までの取扱い

① 施術期間は初療の日から9か月以内を限度とします。

ただし、初療の日から6か月を経過したものについては、改めて診断書が必要です。

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ます。

○初療の日から12か月経過後した以降の取扱い

初療の日から12か月経過後した以降は、原則、施術効果が期待し得ず症状が固定したものとして取扱う。

ただし、12か月経過後した以降においても、医師が施術効果がなお期待し得るとして、保

険給付の請求がなされたときは、医師の意見を十分に徴したうえで明らかに施術効果が認められるものに限り支給して差し支えない。

(イ) 一般医療とはり・きゅう施術の併用

- ① 医師が施術効果が認められると判断した場合に行われた施術については保険給付の対象となります。

ただし、初療の日から6か月を経過したものについては、改めて診断書が必要です。

- 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、更に医師に対してはり・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か月延長することができます。

- ③ 初療の日から12か月以降の施術については、12か月経過時及びそれ以降3か月ごとに医師に対し診断書の提出を求め、その結果、施術効果がなお期待し得ると認めたときは、施術期間を更に3か月延長することができます。

なお、初療及び12か月以降の施術に係る診断書を作成する際には、診鍼様式第1号別添の「施術効果の評価表」若しくは「治療成績判定基準」（日本整形外科学会制定）又は「関節可動域表示ならびに測定法」（「日本整形外科学会」及び「日本リハビリテーション学会」制定）による評価を行い、その結果については診断書に添付してください。

イ マッサージの場合

医師が医療上マッサージを必要とすると認められる症例について、その必要の限度において行うものとします。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します。

(3) 診断書

ア 診鍼様式第1号による診断書は、傷病名及び傷病の部位、症状（主訴を含む。）並びに負傷又は発病年月日を明記し医師が記名したもので、はり・きゅうの施術の適否を判断できるものとしてください。

なお、上記の(1)のアの(イ)の支給対象の場合（一般医療とはり・きゅうの場合）には、当該診断書に前記事項のほか、一般医療とはり・きゅうの施術を併せて行う治療目的を明記し、さらに初回及び12か月経過以降の診断書については「施術の評価表」の添付をお願いします。

イ 診鍼様式第2号による診断書は、傷病名及び傷病の部位、症状（主訴を含む。）並びに負傷又は発病年月日を明記し医師が記名したもので、マッサージ施術の適否を判断できるものとしてください。

(4) 診断書料、意見書料

ア はり・きゅう単独の場合

- (ア) 医師がはり・きゅうの施術を必要と認め交付する診断書で初療及び初療の日から起算して6か月若しくは9か月を経過したものに対して交付する診断書

……………3,000円（診療費請求内訳書）

- (イ) 初療の日から9か月を経過した時点で監督署長が施術所から意見を求め更に医師に対しては

り・きゅうの施術効果について診断・意見を求める場合の意見書

……………7,000 円（検査に要した費用）

イ 一般医療とはり・きゅう施術の併用の場合

- (ア) 医師がはり・きゅうの施術を併せて行うことを必要と認め交付する診断書で初療及び初療の日から起算して6か月を経過したものに対して3か月ごとに交付する診断書

……………3,000 円（診療費請求内訳書）

但し、初療及び12か月を経過以降の診断書に「施術効果の評価表」が添付された場合は1,000円を加算して4,000円となります。

- (イ) 一般医療とはり・きゅうを併施している場合（院内はり・きゅう）は診断書の提出の必要はありませんが、初療の日及び12か月経過時及びそれ以降3か月ごとに提出する「施術効果の評価表」

……………4,000 円（診療費請求内訳書）

- (ウ) 初療の日から9か月を経過した時点で監督署長が医師に意見を求める場合（院内はり・きゅう）又は施術所から意見を求め、更に医師に対しはり・きゅうの施術効果について診断・意見を求める場合の意見書

……………7,000 円（検査に要した費用）

ウ マッサージの場合

医師がマッサージの施術を必要と認め初療及び初療の日から起算して6か月を経過したものに対して3か月ごとに交付する診断書

……………3,000 円（診療費請求内訳書）

- (5) 施術実施期間中の再診料等の取扱いについて

一般医療とはり・きゅうとの併施の場合はもとより、はり・きゅう単独あるいはマッサージの施術を指示した場合でも、医師は少なくとも1か月に1回は患者を診察し、症状経過の観察をする必要があります。この場合にあっては労災診療における再診料、外来管理加算及び再診時療養指導管理料の算定ならびに施術効果の判定に必要な検査の検査料は算定できます。

- (6) 施術料について

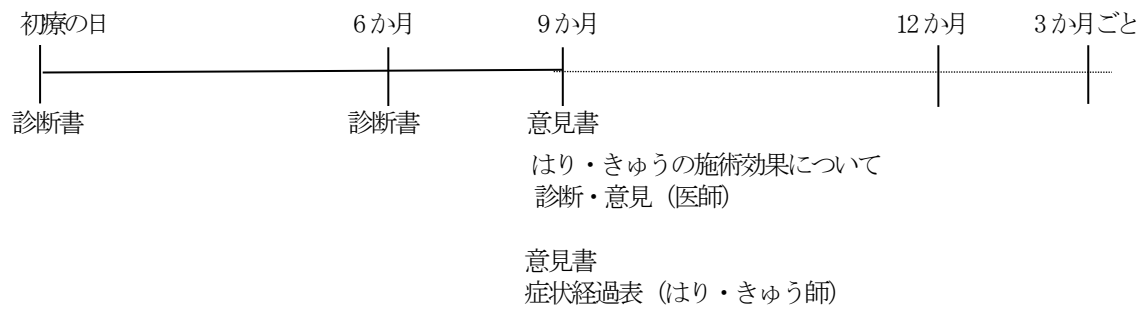
「労災保険あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師施術料金算定基準」に準拠して算定してください。

- (7) 請求手続きについて

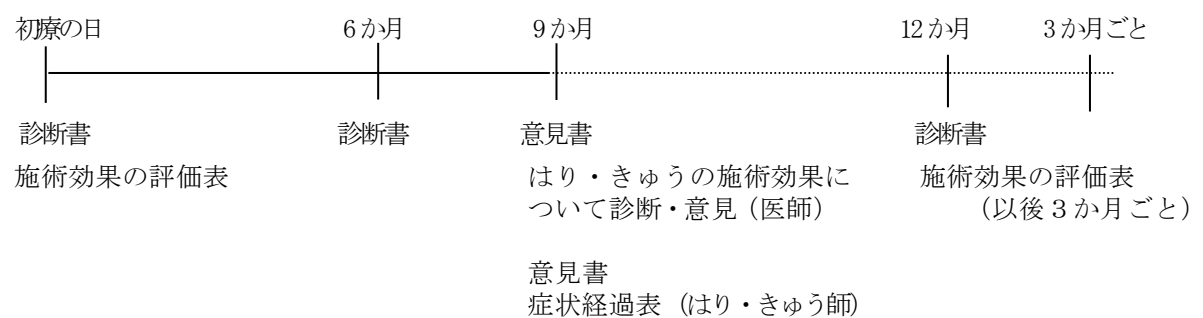
指定医療機関が行う請求手続きについては、通常の診療費請求書（診療費請求内訳書を含む。）により請求することとし、その場合には診療費請求内訳書の「・その他」欄に回数、種類、金額を記載して請求してください。なお、摘要欄にその都度初療年月日を（ ）して記載してください。

[参 考]

1 はり・きゅう単独施術の場合



2 はり・きゅう施術と一般医療の併用の場合



第4 二次健康診断等給付

1 二次健康診断等給付の概要

二次健康診断等給付は、職場の定期健康診断等（以下「一次健康診断」といいます）で異常の所見が認められた場合に、脳血管・心臓の状態を把握するための二次健康診断及び脳・心臓疾患の発症の予防を図るための特定保健指導を1年度内に1回、無料で受診することができる制度です。

2 給付を受けることができる要件

① 一次健康診断の結果、次のすべての検査項目において、異常の所見があると診断されていること。

- ・ 血圧検査
- ・ 血中脂質検査
- ・ 血糖検査
- ・ 腹囲の検査又はBMI（肥満度）の測定

なお、一次健康診断の担当医師により、これら4つの検査項目において「異常なし」と診断された場合であっても、労働安全衛生法第13条第1項に基づき事業場に選任されている産業医（産業医が選任されていない事業場については、地域産業保健センターの医師等）等が、診断を受けた労働者の就業環境等を総合的に勘案し、異常の所見が認められると診断した場合には、産業医等の意見を優先して、異常の所見があるとみなされます。

② 脳・心臓疾患の症状を有していないこと

一次健康診断又はその他の機会において、医師により脳・心臓疾患の症状を有すると診断された労働者は、二次健康診断等給付の対象とはなりません。

ただし、高血圧症、高脂血症、糖尿病等の疾患について現に治療を受けている場合あるいは一次健康診断の結果で血圧、血中脂質、血糖、腹囲の検査又はBMIの各検査項目について「要治療」の判定がなされている場合でも、医師によって脳・心臓疾患の症状を有すると診断されていない場合には、二次健康診断等給付の対象となります。

③ 特別加入者は対象となりません。

特別加入者の健康診断の受診は自主性に任されていることから、特別加入者は二次健康診断等給付の対象とはなりません。

3 二次健康診断等給付の内容

二次健康診断等給付には、二次健康診断と特定保健指導があります。

(1) 二次健康診断

二次健康診断は、脳血管と心臓の状態を把握するために行われる健康診断で、具体的には次の検査の全てを行います。

- ① 空腹時血中脂質検査〔低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライド(中性脂肪)〕
- ② 空腹時血糖値検査

- ③ ヘモグロビンA1c検査〔一次健康診断で行われていた場合は除きます〕
- ④ 負荷心電図検査または胸部超音波検査（心エコー検査）のいずれか一方の検査
- ⑤ 頸部超音波検査〔頸部エコー検査〕
- ⑥ 微量アルブミン尿検査〔ただし、一次健康診断の尿蛋白検査で、疑陽性（±）または弱陽性（+）の所見があると診断された場合に限ります〕

(2) 特定保健指導

特定保健指導は、二次健康診断の結果に基づき、脳・心臓疾患の発症の予防を図るため、医師、保健師の面接により行われる保健指導です。具体的には次の指導のすべてを行います。

なお、特定保健指導は、二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合は実施されません。

- ① 栄養指導 適切なカロリーの摂取等、食生活上の指針を示す指導
- ② 運動指導 必要な運動の指針を示す指導
- ③ 生活指導 飲酒・喫煙・睡眠等の生活習慣に関する指導

4 請求手続き

二次健康診断等給付を受けようとする方は、「二次健康診断等給付請求書」（様式第16号の10の2）に必要事項を記入し、一次健康診断の結果を証明することができる書類（一次健康診断の結果の写しなど）を添付して、健診給付病院等を経由して、所轄労働局長へ提出します。

(1) 請求期間

二次健康診断等給付の請求は、一次健康診断の受診日から3か月以内に行う必要があります。

ただし、次のようなやむを得ない事情がある場合は、3か月を過ぎてからの請求も認められます。

- ① 天災地変により請求を行うことができない場合
- ② 一次健康診断を行った医療機関の都合などにより、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた場合

(2) 給付を受けることができる回数

二次健康診断等給付は、1年度内（4月1日から翌年の3月31日までの間）に1回のみ受けることができます。同1年度内に2回以上の定期健康診断等を受診し、いずれの場合も二次健康診断等給付の要件を満たしていた場合でも、二次健康診断等給付はその年度内に1回しか受けることができません。

(3) 二次健康診断等給付を受けることができる医療機関

二次健康診断等給付は、検診給付病院等でのみ受けることができます。

広島県内の実施医療機関については、厚生労働省又は広島労働局ホームページにてご確認ください。

IV. 社会復帰促進等事業

第1 アフターケア制度

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害によりせき髄損傷等の傷病にり患した者にあつては、症状固定した後においても後遺症状に動揺を来したり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあり、予防その他の保健上の措置等を必要とする場合があります。

労災保険ではこれらの措置等を必要とする者（障害（補償）給付を支給された者等）に対し社会復帰促進等事業として以下のアフターケアを実施しています。

アフターケア実施医療機関は全ての労災指定医療機関です（アフターケアの実施に係る委託契約は必要ありません。）。

1 傷病別アフターケア制度の内容

アフターケアは、次に掲げる 20 傷病について認められています。

① せき髄損傷	⑪ 尿路系腫瘍
② 頭頸部外傷症候群等	⑫ 脳の器質性障害
③ 尿路系障害	⑬ 外傷による末梢神経損傷
④ 慢性肝炎	⑭ 熱傷
⑤ 白内障等の眼疾患	⑮ サリン中毒
⑥ 振動障害	⑯ 精神障害
⑦ 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	⑰ 循環器障害
⑧ 人工関節・人工骨頭置換	⑱ 呼吸機能障害
⑨ 慢性化膿性骨髄炎	⑲ 消化器障害
⑩ 虚血性心疾患等	⑳ 炭鉱災害による一酸化炭素中毒

各アフターケア対象者などの詳細については「VI. 参考資料 アフターケア傷病別実施要項」（84 頁）をご覧ください。（⑮及び⑳については省略しております。）

2 アフターケアでの受診

アフターケアの対象者が受診する際には、その都度、アフターケア手帳を医療機関へ提出することになっています。

受診時に手帳が有効期間外であった場合は、アフターケアに要した費用は支払われないこととなりますので、手帳表紙に記載の有効期間を必ず確認してください。

有効期間は傷病別の対象アフターケアにより、それぞれ異なりますのでご注意ください。

また、医療機関では手帳の「アフターケア記録」欄に、措置の種別（例：「診察」「検査」）、措置（受診）年月日、措置の結果（例：「変化なし」「検査結果良好」）を記載してください。

3 アフターケア手帳の更新手続き

アフターケア手帳の有効期間の満了後、引き続きアフターケアを受けることを希望する（必要性がある）場合、対象者本人から所轄労働局へ手帳の更新申請をする必要があります。（傷病別アフターケアのうち「頭頸部外傷症候群等にかかるアフターケア」に掲げる傷病については、継続する

ことができません。)

申請にあたっては、アフターケアを受けている医療機関の主治医が作成した「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」を添付することとされており、引き続き医学的にアフターケアの必要性が認められた場合に更新手帳が交付されます。

せき髄損傷、人工関節・人工骨頭置換、虚血性心疾患等（ペースメーカ又は除細動器を植え込んだ方）及び循環器障害（人工弁又は人工血管に置換した方）については、手帳の更新に当たり主治医診断書の添付は不要です。

なお、添付される診断書料につきましては、アフターケア対象者ご本人の負担となります。

4 アフターケアの実施

アフターケアの実施範囲は傷病別実施要項に定める範囲内のものに限られます。

委託費は次の項目ごとに定める方法により算定した額となります。

(1) 診 察

ア 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。

イ 治癒前に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」又は健保点数表に定める「外来診療料」を算定します。

ウ 労災診療費算定基準に定める「初診時ブラッシング料」及び「再診時療養指導管理料」並びに健保点数表に定める「外来管理加算」「継続管理加算」「在宅自己導尿指導管理料」及び「てんかん指導料」「診療情報提供料Ⅱ」「採型、採寸指導料」「甲状腺ホルモン関係」は、アフターケアにおいては認められません。

また「在宅医療」はアフターケアの対象外です。

(2) 保健指導

ア 健保点数表に定める「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を、月2回を限度に算定できます。

イ 許可病床数が200床以上の病院においては、算定できません。

ウ 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できます。

(3) 保健のための処置

ア 処置（保健のための薬剤の支給を含む。）については、傷病別実施要項に定められた範囲において、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なります。

① 労災則第11条の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。

② 傷病別実施要綱における「精神療法及びカウンセリング」については、健保点数表に

定める「通院精神療法」又は「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。

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。

- ③ 傷病別実施要綱における「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。

イ 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。）を支給された場合には、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。

なお、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、支給の対象とはなりません。

ウ 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す。よって、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。

エ 処置材料を算定される場合には、レセプトの処置料の欄に記載。

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、ガーゼの枚数及びサイズ等をレセプトの裏面に記載してください。

オ 傷病別実施要綱に定める薬剤の支給について、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。

カ 抗てんかん薬、抗不整脈薬及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、その費用を算定できます。

なお、同一の方について1月以内に当該薬剤の血中濃度の測定及び投与量の管理を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。

キ 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処置（保健のための薬剤の支給を含む。）を実施された場合には、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してください。

(4) 検査

ア 検査については、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なります。

- ① 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。）」及び「末梢運動機能検査」については、労災診療費算定基準

に定める所定の点数（別冊 27 頁）に労災診療単価を乗じて得た額。

- ② 虚血性心疾患等に係るアフターケアにおける「ペースメーカー等の定期チェック」については、健保点数表に定める「心臓ペースメーカー指導管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額。

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。

イ 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なります。

ウ 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された場合には、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してください。

第2 外科後処置

症状固定(治癒)した後で義肢装着のための再手術、醜状を軽減するための整形手術、創面固定後に残る神経症状を消退させるための物理療法などを行わなければならない場合があります。

この場合の診療費は治癒後に行う診療で一般の療養給付の対象となりませんが、一定の要件（障害（補償）給付を受けた者で障害の程度が軽減される見込みのある者等）を満たす場合に社会復帰促進等事業として外科後処置診療が受けられます。また、義眼装嵌のための診療、上肢切断者の筋電電動義手装着訓練等も外科後処置として行われます。

1 外科後処置の範囲

原則として整形外科的診療、外科的診療及び理学療法とし、その処置に必要な医療の給付は、次のとおりです。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤ 筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等並びに能動式義手の装着訓練
- ⑥ 事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄局長」という。）は、外科後処置を受けようとする者が労働能力を回復するため特に必要があると認めるときは、厚生労働省労働基準局長の指示を受けて、前記以外の処置による医療の給付を承認することができます。

2 実施医療機関等

外科後処置に必要な医療の給付は、労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター及び労働者災害補償保険法施行規則第 11 条第 1 項の都道府県労働局長が指定する病院又は診療所（外科後処置の任務を含む指定を受けた病院又は診療所に限る。）において行います。

ただし、筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等については、「義肢等補装具費支給要綱」に基づき届出を行った医療機関において行うものとします。（実施可能な医療機関については、労働局までお尋ねください。）

薬剤の支給については、規則第 11 条第 1 項に定める薬局（労災指定薬局）において支給しても差し支えないものとします。

3 申請手続き

外科後処置を受けようとする方は、「外科後処置申請書」に「診査表」を添付して、事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長を経由して、所轄局長に申請します。

所轄局長は、対象者等の要件を満たしているか否かを判断の上、承認・不承認の決定を行い、その旨を「外科後処置承認決定通知書」又は「外科後処置不承認決定通知書」により申請者に通知します。

第3 義肢等の支給

業務災害又は通勤災害により傷病を被った者で四肢喪失又は機能障害等の残った者の社会復帰には、義肢その他の補装具が必要不可欠なものとなっています。このため、一定の要件を満たす者については、社会復帰促進等事業として次の義肢等の支給を行っています。

1 支給種目

- | | |
|--------------------|-------------------------------|
| ① 義 肢 | ⑬ 歩行器 |
| ①-2 筋電電動義手 | ⑭ 収尿器 |
| ② 上肢装具及び下肢装具 | ⑮ ストマ用装具 |
| ③ 体幹装具 | ⑯ 歩行補助つえ |
| ④ 姿勢保持装置 | ⑰ かつら |
| ⑤ 視覚障害者安全つえ | ⑱ 浣腸器付排便剤 |
| ⑥ 義 眼 | ⑲ 床ずれ防止用敷ふとん |
| ⑦ 眼鏡（コンタクトレンズを含む。） | ⑳ 介助用リフター |
| ⑧ 点字器 | ㉑ フローテーションパット
(車いす・電動車いす用) |
| ⑨ 補聴器 | ㉒ ギャッチベット（特殊寝台） |
| ⑩ 人工喉頭 | ㉓ 重度障害者用意思伝達装置 |
| ⑪ 車椅子 | |
| ⑫ 電動車椅子 | |

購入費用を支給する対象者及び範囲は、「義肢等補装具費支給要綱」別表1（厚生労働省ホームページでご確認ください。）に定めています。

また、労災独自の支給基準は同要綱別表2、労災独自の修理基準は、同要綱の別表3に定めています。

2 申請手続き

義肢等補装具の購入又は修理に要する費用の支給を受けようとする方（以下「申請者」という。）は、「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」以下「申請書」という。）を所轄局長に提出します。

所轄労働局長は、申請者が「義肢等補装具費支給要綱」記載の支給基準又は修理基準の要件を満たすものであるか否かを判断の上、承認・不承認の決定を行い、その旨を「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」又は「義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書」により申請者あてに通知します。

なお、社会復帰促進等事業の詳細は、広島労働局労災補償課までお尋ねください。

義肢採型指導実施医療機関

(広島労働局管内)

実 施 機 関	所 在 地	電話番号
独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院	〒737-0193 呉市広多賀谷 1-5-1	0823 (72) 7171
国立大学法人広島大学 広島大学病院	〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3	082 (257) 5555
医療法人あかね会 土谷総合病院	〒730-8655 広島市中区中島町 3-30	082 (243) 9191
広島県立 総合リハビリテーションセンター 医療センター	〒739-0036 東広島市西条町大字田口 295-3	082 (425) 1455
独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	〒737-0023 呉市青山町 3-1	0823 (22) 3111
医療法人エム・エム会 マッターホルンリハビリテーション病院	〒737-0046 呉市中通 1-5-25	0823 (22) 6868
独立行政法人国立病院機構 福山医療センター	〒720-8520 福山市沖野上町 4-14-17	084 (922) 0001
福山市民病院	〒721-8511 福山市蔵王町 5-23-1	084 (941) 5151
日本赤十字社広島県支部 総合病院 三原赤十字病院	〒723-8512 三原市東町 2-7-1	0848 (64) 8111
尾道市立市民病院	〒722-8503 尾道市新高山 3-1170-177	0848 (47) 1155
公立みつぎ総合病院	〒722-0393 尾道市御調町大字市 124	0848 (76) 1111
市立三次中央病院	〒728-8502 三次市東酒屋町 10531	0824 (65) 0101
日本赤十字社広島県支部 総合病院 庄原赤十字病院	〒727-0013 庄原市西本町 2-7-10	0824 (72) 3111
広島医療生活協同組合 広島共立病院	〒731-0121 広島市安佐南区中須 2-20-20	082 (879) 1111
地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立リハビリテーション病院	〒731-3168 広島市安佐南区伴南 1-39-1	082 (848) 8001
社会医療法人社団陽正会 寺岡記念病院	〒729-3103 福山市新市町大字新市 37	0847 (52) 3140
地方独立行政法人府中市病院機構 府中市市民病院	〒726-8501 府中市鶴飼町 555-3	0847 (45) 3300
福原リハビリテーション整形外科・ 内科医院	〒731-5135 広島市佐伯区海老園 2-9-22	082 (925) 0555
医療法人ハートフル アマノリハビリテーション病院	〒738-0060 廿日市市陽光台 5-9	0829 (37) 0800

V. 診療費等の請求方法

第1 労災診療費請求書の記入要領

紙レセプトのほか、電子レセプトについても下記を参考に作成してください。

1 労働者災害補償保険診療費請求書（診機様式第1号）

項目（欄）	記 入 要 領
①指定病院等の番号	広島労働局長が、各労災指定医療機関に振り出した番号（7ケタ）を記入してください。 誤った番号を記入されると、支払ができない場合がありますので留意してください。
②※受付年月日	記入しないでください。
③請求金額	添付する内訳書の⑬合計額及び⑭合計額を集計した金額を記入し、金額の頭に「¥」マークを記入して下さい。請求金額を誤記した場合は、訂正できませんので、新しい請求書に書きなおしてください。
④内訳書添付枚数	添付する内訳書の枚数を記入してください（療養の給付請求書、内訳書の続紙等は含めないでください）。
⑤請求年 ⑥請求月	添付する内訳書の最新の診療年月を記入してください。
※修正欄	記入しないでください。
郵便番号・住所（所在地）・名称・責任者氏名・電話番号	忘れずに記入してください。 なお、電話の下欄に連絡（照会）のため事務担当者名の記入をお願いします。

2 診療費請求内訳書（診機様式第2号）※第2号以外も下記を参考にしてください。

項目（欄）	記 入 要 領
第 回	同一傷病について何回目の請求であるかを記入し、同一月に入院と外来、複数の診療科がある場合には、それぞれの内訳書を作成し、連番を付してください。
指定病院等の番号	診療費請求書の①指定病院等の番号を記入してください。
病院等の名称	忘れずに記入してください。
修正項目番号	記入しないでください。
①新継再別	次のコード番号を記入してください。 初 診 1 継 続 5 転医始診 3 再 発 7
②転帰事由	次のコード番号を記入してください。 治 癒 1 中 止 7 継 続 3 死 亡 9 転 医 5
③支払額	記入しないでください。
④労働保険番号	初診時に提出される療養の給付請求書（様式第5号又は様式第16号の3）あるいは転医始診時に提出される指定病院等の変更届（様式第6号又は様式第16号の4）により確認して記入してください（労働保険番号のしくみは、（P41）のとおりです）。 なお、管轄欄は、01 又は 03 のように数字が1ケタの場合は頭に0を記入してください。
④年金証書の番号 （傷内訳書）	提出された療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第6号又は様式第16号の4）及び年金証書により確認して記入してください。
⑤増減コード及び増減額	記入しないでください。

⑥生年月日	傷病労働者の次の元号コード番号及び年月日を記入してください。 明 治 …………… 1 平 成 …………… 7 大 正 …………… 3 令 和 …………… 9 昭 和 …………… 5
⑦傷病年月日	負傷又は発病した年月日を問診や提出された療養の給付請求書等で確認して記入してください（初診日ではありません。なお、傷病日と初診日に間隔がある場合には、その理由をカルテに記載しておいてください）。
⑧増減理由	記入しないでください。
⑨決定年月日	記入しないでください。
⑩療養期間	当該診療費の基礎となる療養期間は継続の場合、月の初日から末日まで、当該月に1日のみの受診であっても同様に記入してください。当該月に治癒日があれば、月の初日から治癒日までの記載とし、末日までの記入はしないでください。なお、文書料（休業証明料、診断書料等）のみの請求の場合は、文書作成日を両方に記入してください。
⑪診療実日数	⑩療養期間のうち、診療を行った日数を記入してください。 なお、同一日に2回以上の診療を行った場合も1日として計算してください。また、この場合は摘要欄に〇月〇日〇回再診と記入してください。 文書料のみの請求の場合は、「999」と記入してください。
⑫処理区分	記入しないでください。
⑬合計額	診療内容欄の小計イと小計ロ（入院用の場合は、小計イロハ）を合計した金額を記入してください。 なお、金額の頭に「¥」は記入しないでください。
修 正 欄	記入しないでください。
労働者の氏名	正確に記入してください。（読みにくい字にはふりがなをお願いします。）
事業の名称	傷病労働者の所属する事業場の名称を記入してください。 なお、支店又は出張所に所属する場合は、所属する支店名、出張所名まで記入してください。
事業場の所在地	傷病労働者の所属する事業場の所在地を都区市まで記入してください。
傷病の部位及び傷病名	診療を施した部位及び傷病名を記入してください。 新たな傷病が発生した場合は、簡単にその因果関係の意見を付して追加記入してください。また、検査のため・投薬のため等による傷病名は記入せず、摘要欄にコメントを記入してください。 複数の傷病があり、一部の傷病が治癒した場合は、治癒日を付してください。
傷病の経過	上記の傷病に係る症状及び経過等について必ず記入して下さい。 なお、当該月の請求点数の合計が40万点を超えるものについては、「症状経過表」・「日計表」を添付してください。
診 療 内 容 欄	
⑪初 診	初診料は、右の金額欄に記入してください。 なお、「救急医療管理加算」の金額・日数については、その他の欄に記入してください。 時間外・休日・深夜の時間外加算がある場合は、左の欄の該当を○で囲み、点数を記入してください。なお、この場合、摘要欄に初診を行った時間又は日を記入してください。 「療養の給付請求書取扱料」は、⑩その他の欄に金額、摘要欄に「取扱料」と記入してください。
⑫再 診	200床未満の病院又は診療所においては、再診料は、右欄に回数及び合計金額を記入してください。 200床以上の病院で外来診療料を算定した場合は、左欄の「外来管理加算」の上部余白に「外来診療料」と明示の上記入してください。 時間外・休日・深夜の特別加算がある場合は、該当を○で囲み、回数と合計点数

	を記入し摘要欄に時間外・深夜の場合は受診時間を記入してください。外来管理加算及び労災保険の特例による外来管理加算を算定した場合は、回数と合計点数を記入してください。なお、労災保険の特例によるものは、摘要欄に「㊟52×〇回」と記入してください。 「地域医療貢献加算」「明細書発行体制等加算」はこの欄の一番上に点数を計上してください。
⑬指導	右の指導欄に再診時療養指導管理料の回数及び合計金額を記入し、摘要欄に指導内容（食事・日常生活・機能回復訓練・メンタルヘルス）を略記してください。また、「診療情報提供料」「薬剤情報提供料」「職場復帰訪問指導料」「石綿疾患療養管理料」等については左側の指導欄に点数で記入してください。
⑭在宅	往診等、該当事項を○で囲み、回数を記入してください。 なお、特別往診料を算定した場合には、「深夜」の項の上に㊟と記入し、所定点数及び特別加算点数を併記してください。 また、摘要欄には往診地域・出発時刻・帰着時刻・往診の別及び滞在時間を記入してください。
⑳投薬	内服薬及び浸煎薬を投与した場合は㉑内服の項に、頓服薬を投与した場合は㉒頓服の項に、外用薬を投与した場合は㉓外用の項に単位数及びそれぞれの薬剤の総点数を記入してください。 なお、その内訳を㉔として摘要欄に記入してください。
㉑注射	皮下筋肉内、静脈内注射を行った場合は㉑皮下筋肉内、㉒静脈内の項に、㉓その他の注射を行った場合はその他の項に注射の種類・回数・点数を記入してください。その内訳を㉔として摘要欄に記入してください。
㉕処置	処置及び薬剤を施した回数及び合計点数を記入してください。なお、摘要欄に㉕として処置及び薬剤毎の内訳（処理内容・部位・薬剤名・算定点数・回数等）を記入してください。消炎鎮痛等処置の種類及び部位（局所）についても記入してください。<u>初診時ブラッシング料は、この欄に記入してください。</u>
㉖手術・麻酔	㉕処置と同様に記入してください。なお、麻酔については、摘要欄に種類・回数・点数及び施行時間を記入して下さい。また、特定保険医療材料、薬剤を使用したときは、名称・使用量及び点数を記入してください。 手指の機能回復指導加算は、この欄に「手指機能回復指導加算」として点数欄に記入してください。
㉗検査・病理	㉕処置と同様に記入してください。なお、摘要欄に検査名・回数・点数を、薬剤を使用した場合は、名称・使用量及び点数を記入してください。
㉘画像診断	画像撮影診断をした回数及び合計点数を記入してください。 なお、摘要欄に、画像診断のみの場合は、部位・種類（撮影方法）・使用フィルムの大きさと枚数・回数及び点数を記入してください。 造影剤等を使用した場合は、名称・使用量及び点数を記入してください。 コンピューター断層撮影については、上記に準じて記入してください。 同一月に2回以上算定の場合は、日付を記入してください。
㉙その他	処方せん料、リハビリテーション、精神科専門療法及びリハビリテーション医療等を行った場合に記入してください。 なお、摘要欄に対応する診療内容、点数等を記入してください。 リハビリテーションの起算日、疾患名は必ず記入してください。 「精神科職場復帰支援加算」はこの欄に点数を記入してください。
㉚入院	病院・診療所・病衣貸与料について該当する文字を○で囲んだうえ、健保における「入院料の明細書の記載」に準じて、入院基本料の種類別及びその他の届出事項を記載し、1日当り所定点数（入院基本料及び入院基本料加算の合計）、日数・合計点数を記入して「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記入してください。 「入院室料加算」を算定した場合は、㉙その他の欄に合計金額を記入し、摘要欄に収容理由・病室番号・期間・単価・日数を記入してください。

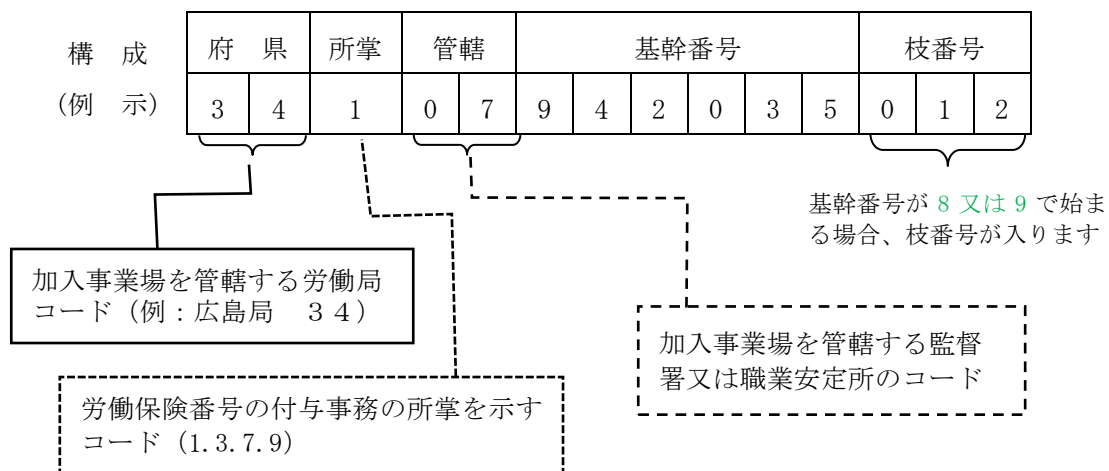
		なお、特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料等）を算定した場合は㊸特定入院料・その他欄に当該項目、回数及び点数を記入するとともに摘要欄にその算定を行った日を記入してください。 外泊がある場合は、外泊日を摘要欄に記入してください。
⑦食	事	健保の「診療報酬明細書の記載要領」に準じて、入院時食事療養Ⅰ又はⅡ及び加算の種別を記載の上、1回当りの所定金額及び回数を記入し、「食事療養」欄に合計回数及び合計金額を記入してください。
証明料・診断書料等		休業証明料、看護証明料及び各種診断書の費用については、㊸その他の欄に金額、摘要欄に種別・証明期間等を記入してください。

(参考)

◇労働保険番号のしくみ

労働保険番号（14桁）は、労災保険に加入している事業場に附与された個有番号であって、健康保険等の被保険者番号にあたるものですから、必ず正しい番号を確認してください。

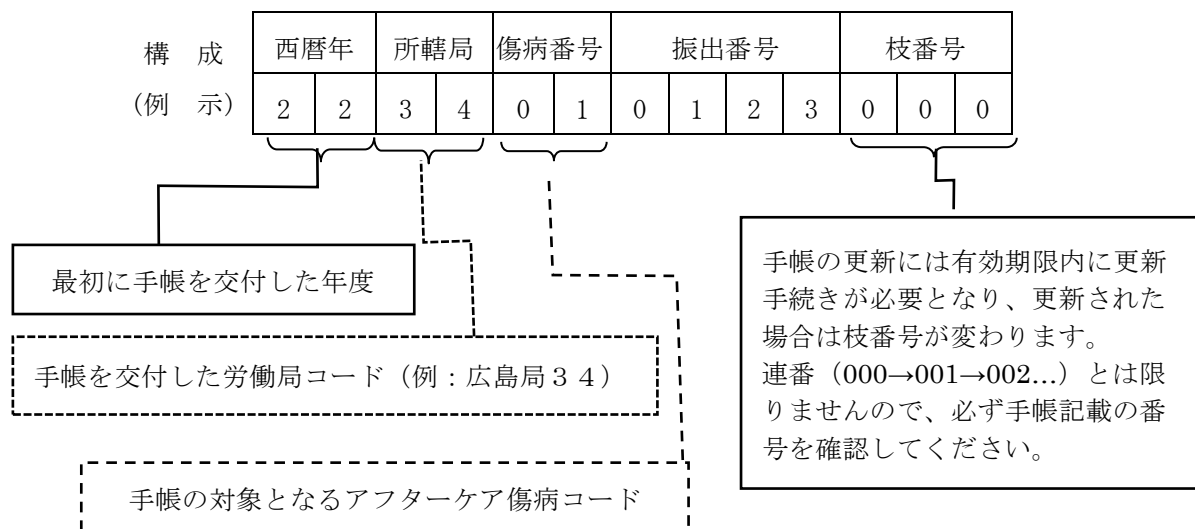
労働保険番号は次のようなしくみになっています。



◇アフターケア手帳番号のしくみ

アフターケア手帳番号（13桁）は、個々のアフターケア対象労働者・対象傷病毎に附与された個有番号です。手帳に記載されている番号を必ず確認してください。

アフターケア手帳番号は次のようなしくみになっています。



(4) 外来管理加算の特例

⑫ 再 診	外来管理加算 時間外 休日 深夜	7回 回 回 回	364	診 療 内 容		金 額	摘 要	
				⑪ 初 診		円	1,420 × 7 920 × 7	
				⑫ 再 診 7 回		9,940 円		
				⑬ 指 導 7 回		6,440 円		
				その他	円			
小 計		16,380 円						
				摘 要				
④⑩ 処 置		21回 回	980	④⑩	消炎鎮痛等処置（手技による療法）（右下肢）		53 × 7	
					35 × 1.5倍			
					消炎鎮痛等処置（器具による療法）（頸部） （特）			35 × 7
				④⑩	消炎鎮痛等処置（湿布）（腰部） （35×7 →読替 52×7）		52 × 7	

(5) 四肢の特例

ア 処 置

摘 要	
④⑩	創傷処置（母指） 52 × 2.0倍 104 × 1 消炎鎮痛等処置（器具）（前腕） 35 × 1.5倍 53 × 4

※ 処置面積により健保点数が定まった処置（創傷処置等）において、四肢特例の倍数が異なる場合は倍率毎に算定し合算する。

摘 要	
④⑩	創傷処置 （右中指） 52 × 2.0倍 （右 肘） 52 × 1.5倍 } 182 × 1

イ 手 術

摘 要	
⑤⑩	断端形成術（軟部形成のみのもの） （右中指） 2,770 × 2.0倍 5,540 × 1

※ 手の指に係る創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの）の特例

摘 要	
⑤⑩	創傷処理（右示指・右中指） 長さにかかわらず 1,590 × 1 創傷処理（右手甲 5cm） 950 × 2.0倍 1,900 × 1

(6) 消炎鎮痛等処置等

摘 要	
④⑩	消炎鎮痛等処置（器具）（左前腕） 実施日数 4日 35 × 1.5倍 53 × 4

(7) 疾患別リハビリテーション等

摘 要	
	運動器リハビリテーションⅡ （理学療法士による場合） 1単位 （左上肢）実施日数 5日間 180 × 1.5倍 270 × 5 手術年月日 06.8.5 （K046 骨折観血的手術） 疾患名 左橈骨骨折

第2 労災診療費等の請求方法

1 労災レセプト電算処理システムによる請求

労災レセプト電算処理システムは、労災保険指定医療機関等が労災診療費又はアフターケア委託費の請求について、電子レセプトをオンライン又は電子媒体により労働局に提出し、労働局において審査及び請求支払業務を行う仕組みのことです。

(1) 届出手続き

ア オンラインによる請求の届出

「(労災) 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」を広島労働局に提出してください。

労働局からは、IDとパスワードが記載された「労災レセプト電算処理システムユーザ設定情報」が送付されますので、端末の設定作業及び確認試験を実施後、オンライン請求可能日に電子レセプトを送信してください。

端末の設定作業については厚生労働省ホームページに掲載している「労災レセプト電算処理システムに関する参考資料」の「セットアップマニュアル」を参考に行ってください。また、確認試験については、「労災レセプト電算処理システムに関する参考資料」の「操作マニュアル(労災保険指定医療機関用)」を参考に行ってください。

また、アフターケア委託費のオンライン請求も行う場合は、アフターケア用のレセプト送信プログラムインストールが必要になります。

(注1) 支払基金・国保中央会のネットワークを共用しているため、労災診療費等のオンライン請求を行うためには、健康保険においてもオンライン請求を行っていることが必要です。

(注2) 設定作業終了後は、確認試験を自由に行うことができます(毎月1日～4日を除く)。

(注3) 確認作業は任意ですが、請求時のトラブルをあらかじめ避けるため、事前に行っていただくことを推奨します。

イ 電子媒体による請求の届出

労災診療費等の電子レセプトを電子媒体(CD・DVD)に保存し、都道府県労働局に送付する方法です。

電子媒体による請求を行う場合には、「(労災) 光ディスクを用いた費用の請求に関する届出」に必要事項を記載し、広島労働局に提出してください。

また、データが記録条件仕様に沿って正しく作成されているかどうかについて確認したい場合には、上記届出書を提出する前に、確認試験(注3)を実施することができます。

なお、請求前に確認試験を希望する場合には、確認試験用の電子媒体を作成し、「電子媒体確認申請書(光ディスク送付書)」とともに広島労働局に提出してください。

確認試験の終了後、都道府県労働局から試験結果(受付前点検結果リスト)をお返しします。

(注1) 届出に当たっては、「労災レセプト電算処理システム利用規約」への同意が必要です。厚生労働省ホームページなどで事前にお読みいただき、内容の確認をお願いします。

(注2) 届出事項に変更があった場合には、遅滞なく変更の届出を提出してください。

(注3) 確認試験は任意ですが、本請求時のトラブルをあらかじめ回避するため、事前に行って

いただくことを推奨します。

(2) 診療費等の請求方法

ア オンラインによる請求

次の期日までに前月分までの診療費請求書等の電子データをオンライン請求してください。

(請求受付期間)

① 毎月 5 日～7 日、11 日～12 日（土日祝日を含む） 8：00～21：00

② 毎月 8 日～10 日（土日祝日を含む） 8：00～24：00

(注 1) 11 日～12 日はデータに不備があり、10 日までに請求できなかった件数分のみ修正の上、請求することができます。

(注 2) 1 日から 4 日はシステム停止のため、労災レセプト電算処理システムを利用することはできません。

なお、療養（補償）等給付たる療養の給付請求書（様式第 5 号・様式第 16 号の 3）、指定病院等（変更）届（様式第 6 号・様式第 16 号の 4）、労災リハビリテーション評価計画書、症状詳記・日計表等は、オンラインに対応していないため、従来どおり各請求書等（紙）で、「オンレセにかかる請求書送付書」を添付して提出してください。

イ 電子媒体による請求

毎月 10 日（10 日が閉庁日の場合は翌開庁日）までに、前月診療分までの診療費請求書等の電子媒体と「光ディスク送付書」を都道府県労働局に提出してください。

また、電子媒体の場合には、都道府県労働局にて読込作業を行った際に、レセプトデータが受付不能エラーとなった場合には、エラーとなったレセプトデータを除いたレセプトのみで受付を行いますので、エラーとなったレセプトデータは再度提出していただくこととなります。

そのため、受付日によっては、当月分の支払手続きに間に合わないことがありますので、できるだけ早めに提出してください。

(電子媒体への表記方法)

労災指定医療機関（薬局）コード、労災指定医療機関（薬局）名称、点数表区分、診療（調剤）月分、提出年月日及び媒体枚数を記載してください。

また、確認試験のため電子媒体を提出する場合には、貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記してください。

なお、CD・DVD への表記レーベル面にはシールを貼付せず、フェルトペン等で記入してください（次頁図 参照）。

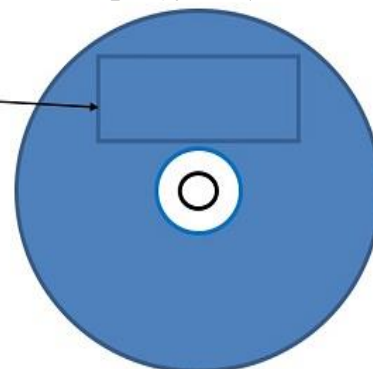
療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第 5 号・様式第 16 号の 3）、指定病院等（変更）届（様式第 6 号・様式第 16 号の 4）、労災リハビリテーション評価計画書、症状詳記・日計表等は、従来どおり紙媒体で提出してください。

ウ その他

費用の請求書（検査に要した費用等請求書）など、診療費以外の請求は、引き続き紙媒体で請求してください。

労災指定医療機関	(薬局)	コード :
労災指定医療機関	(薬局)	名称 :
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤	
	医科(アフターケア) ・ 調剤(アフターケア)	
診療 (調剤)	月	診療(調剤)分
提出年月日	年	月
媒体枚数	枚中	枚

(図) 電子媒体への表記方法



(3) 労災レセプト電算処理システムに係る問い合わせ先

労災レセプト電算処理システムについてご不明な点がある場合には、下記へご照会ください。

○ 労災レセプト電算処理システム ヘルプデスク

電話 : 0120-631-660 (フリーダイヤル)

対応時間 : 5 ~ 7 日、11 日、12 日 8 : 00 ~ 21 : 00 土、日、祝日を含む

8 日 ~ 10 日 8 : 00 ~ 24 : 00 土、日、祝日を含む

13 日 ~ 月末 9 : 00 ~ 17 : 00 平日のみ

なお、労災レセプト電算処理システムの画面が表示されず接続できないなどのネットワーク回線に関するお問い合わせは下記においても承ります。

○ ネットワークサポートデスク

電話 : 0120-220-571 (フリーダイヤル)

対応時間 : 1 ~ 4 日、11 日 ~ 月末 9 : 00 ~ 17 : 00 土、日、祝日を含む

5 ~ 7 日 8 : 00 ~ 21 : 00 土、日、祝日を含む

8 日 ~ 10 日 8 : 00 ~ 24 : 00 土、日、祝日を含む

注記 : 年末年始 (12 月 29 日から 1 月 3 日) を除く

(4) 労災レセプト電算処理システム導入支援金

労災レセプト電算処理システムの普及促進のため、レセプトを作成するために必要なソフトウェアの導入等、オンライン請求のための環境整備に係る費用の一部をお支払いするものです。

(導入対象期間 : 平成 28 年 4 月 1 日 ~ 令和 7 年 2 月 28 日)

詳しくは労災保険オンラインレセプト普及促進センターヘルプデスクへお尋ねください。

ヘルプデスク TEL : 0120-010-631

WEB : <https://www.rourece.mhlw.go.jp/>

労災レセプトオンライン化ナビ

検索



2 紙レセプトによる請求

(1) 使用する様式

	名 称	(帳票番号)様 式 名	備 考
診 療 費	労働者災害補償保険 診療費請求書	(34720) 診機様式第 1 号	診療費請求内訳書の総括表
	検査に要した費用等請求書 (指定医療機関用)	(34720) 診機様式第 1 号の 2	検査・意見書等の診療費請求内訳書の総 括表
	診 療 費 請求内訳書	入院	(34721) 診機様式第 2 号 (単票・連続帳票)
			(34725) 診機様式第 2 号 (コンピューター)
		入院外	(34722) 診機様式第 3 号 (単票・連続帳票)
			(34726) 診機様式第 3 号 (コンピューター)
		傷 入院	(34723) 診機様式第 4 号 (単票・連続帳票)
			(34727) 診機様式第 4 号 (コンピューター)
		傷 入院外	(34724) 診機様式第 5 号 (単票・連続帳票)
			(34728) 診機様式第 5 号 (コンピューター)
	(続紙)	—	各診療費請求内訳書の摘要欄に内訳を書 ききれない場合に使用する。
訪 問 看 護	労災訪問看護費用請求書	(34732) 訪様式第 8 号	
	労災保険訪問看護費用請求 内訳書	(34733) 訪様式第 9 号	
		(34734) 訪様式第 10 号	傷病(補償)等年金給付受給者の費用を請 求をする場合には(傷)を利用する。
二 次 健 康 診 断	二次健康診断等費用請求書	(38700) 二機様式第 1 号	二次健康診断等費用請求内訳書の総括表
	二次健康診断等費用請求 内訳書	(38701) 二機様式第 2 号	労働者から提出された「二次健康診断等 給付請求書」(様式第 16 号の 10 の 2) 及 び一次健康診断の結果票(写しで可)を添 付する。
ア フ タ ー ケ ア	アフターケア委託費請求書	(37700) 実施要領様式第 5 号	アフターケア委託費請求内訳書の総括表
	アフターケア委託費請求 内訳書	(37702) 実施要領様式第 5 号の 2	対象者毎かつ受診日毎に 1 件作成する。
給 付 請 求 書	療養(補償)等給付たる 療養の給付請求書	(34590) 様式第 5 号(業務・複災用)	労働者から指定医療機関へ提出されるも の。 初回分の診療費請求内訳書には、必ず添 付すること。
		(34590) 様式第 16 号の 3(通災用)	

指定病院変更届	療養(補償)等給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届	様式第6号(業務・複災用)	労働者から指定医療機関へ提出されるもの。 他の指定医療機関から転医してきた場合又は傷病(補償)等年金移行時に使用する。
		様式第16号の4(通災用)	

※各様式の入手方法は「Ⅶ. 各種様式」(102 頁) をご参照ください。

(2) 各請求書の作成単位

ア 診療費

初回分(再発・傷病(補償)年金へ移行後の初回を含む)の「診療費請求内訳書」と、2回目以降(継続分)の「診療費請求内訳書」とを分けてとりまとめ、それぞれに「労働者災害補償保険診療費請求書」を添付します。

初回分には「療養(補償)給付たる療養の給付請求書」(様式第5号、第16号の3)が添付されていることをご確認ください。

イ 労災保険訪問看護費用

労働者毎に「労災保険訪問看護費用請求内訳書」を作成し、「訪問看護指示書」の写しを添付の上、1か月分を取りまとめて「労災保険訪問看護費用請求書」を作成、添付します。

なお、内訳書は短期給付用と傷病年金用(傷の表示有)とがありますのでご注意ください。

ウ 二次健康診断費用

算定した1か月分の健診費用の額を記載した「労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書」に「二次健康診断等費用請求内訳書」と、労働者から提出された「二次健康診断等給付請求書」及び一次健康診断の結果票(写しで可)を添付します。

エ アフターケア委託費

アフターケア対象者毎及び受診日毎に1枚の「アフターケア委託費請求内訳書」を作成し、1か月分を取りまとめて1枚の「アフターケア委託費請求書」を作成、添付します。

(注) 請求書単位でクリップ等でまとめます。ホッチキスや糊は使用しないでください。

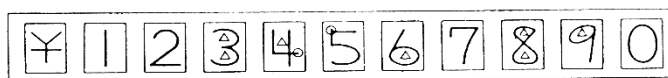
(3) 帳票記入上の注意事項

請求書やレセプトは、OCRシートを直接入力しますので次の点に注意して記入してください。

ア 筆記用具は**黒のサインペン又はボールペン**を使用してください。

イ 文字は次のような標準字体にならって**枠の中に大きめに**書いてください。

●標準字体 ○ つきだす部分 △ 空ける部分



ウ 書き損じた場合は、次のように**枠の上下を少しこえるように縦に線を引き、枠の右上隅に正しい数字**を書いてください。



なお、請求書の請求金額は訂正しないようお願いいたします。

エ 年・月・日はそれぞれ2桁で記入することが基本ですが、01 から 09 の場合の0は省略して^{ゼロ}

も差し支えありません。

例： ⑥療養期間

9	0	4	0	8	0	5	—	9	0	4	0	8	3	1	
元号		年		月		日		元号		年		月		日	

オ 他の用紙等を貼り付けないでください。（機械での読み取りに支障を来します。）

診療請求内訳書（レセプト）にやむを得ず貼り付ける必要がある場合は、「続紙」の枠内に貼って下さい。

(4) 提出期限

いずれの費用についても、前月末日までの診療費等を当月（請求月）の10日（同日が閉庁日の場合は翌開庁日）必着で提出してください。

なお、診療費の請求権の消滅時効は5年です。請求漏れのないように留意してください。

(5) 請求書提出先

広島労働局労働基準部 労災補償課分室

〒730-0013 広島県広島市中区八丁堀5-7

広島K Sビル6階

TEL (082) 225-6314

注：令和6年12月2日（月）に労災補償課分室は、下記住所に移転のため令和6年12月分（12/10締切分）以降の提出先が変更になります。

〒730-8538 広島県広島市中区上八丁堀6-30

広島合同庁舎2号館6階

TEL (082) 962-9248

第3 支払とその通知

コンピューターで計算処理された労災診療費は、厚生労働省から日本銀行本店を経由して、指定されている金融機関の口座に振り込まれます。

また、指定医療機関から請求のあった請求書毎に支払額の計算結果を印書した「労働者災害補償保険診療費支払振込通知書」を厚生労働省から直接郵送いたします。

(公財)労災保険情報センター契約指定医療機関(52頁参照。)については、毎月25日頃貸付が行われます。

支払振込通知書の印書説明 (様式は51頁参照。)

※1 「診療費計算結果」欄 この欄には、請求書の計算結果が印書されます。

項 目	印 書 内 容
① 内訳書添付枚数	請求書に記載されている内訳書添付枚数が印書されます。
② 請求書請求金額	請求書に記載されている請求金額が印書されます。
③ 査定減額総計	レセプトの診療内容等に査定減額があったとき、その査定減額の総額が印書されます。
④ 査定増額総計	レセプトの診療内容等に査定増額があったとき、その査定増額の総額が印書されます。
⑤ 不支給保留額総計	請求されたレセプトのうち調査等のため保留となったもの、又は業務外等により不支給となったとき、その総額が印書されます。
⑥ 以前保留分解除額総計	保留となっていたものが解除され支払可能となったものの総額が印書されます。
⑦ 追給額総計	すでに支払済のレセプトについて追給が生じたとき、その総額が印書されます。
⑧ 支払額総計	今回支払われる額が印書されます。 (請求書請求金額－査定減額総計＋査定増額総計 －不支給保留額総計＋以前保留分解除額総計＋追給額総計)

※2 欄

項 目	印 書 内 容
㉓㉔㉕ 通知番号	レセプトの「労働保険番号」「生年月日」「負傷又は発病年月日」又は「年金証書の番号」が印書されます。
㉖ 請求年月	請求書の「請求年月」が印書されます。以前請求分についてはレセプトの属する請求書の請求年月が印書されます。
㉗ 療養日数	レセプトの療養期間から算出した日数が印書されます。
㉘ 実診療日数	レセプトの「実診療日数」が印書されます。
㉙ 内訳書請求金額	レセプトの「合計額」が印書されます。
㉚ 支払額	レセプトの「合計額」に査定増減があるとき、実際に支払われる金額が印書されます。
㉛ 差額	レセプトの「合計額」に査定増減があるとき、その査定額が印書されます。
㉜ 差額理由	レセプトの合計支払額に査定増減があるとき、その査定の理由が印書されます。
㉝ 備考	不支給、保留、追求、保留解除となったレセプトの状態が印書されます。 不支給となったレセプト「不支給」、エラー保留のレセプト「保留」、局保留の指定のあったレセプト「局保留」、給付保留の指定のあったレセプト「署保留」、追給の生じたレセプト「追給」、保留解除となったレセプト「保留解除」と印書されます。

内訳書には査定、保留(局署)、エラー等による保留、不支給になったレセプトのみ印書し、請求どおりに支払が行われたレセプトについては印書しません。

エラー解除、保留解除、不支給及び追給となったレセプトがある場合は併せて印書します。

(様 式)

労働者災害補償保険診療費支払振込通知書

[厚生労働省]

指定病院等の番号 ***** 令和 年 月 日 1 ページ

郵便番号及び
住 所

病 院 又 は
診 療 所 名

代表者の氏名 病院長 *** *** 殿

請求年月 年 月分 (入力局 ヒロシマ)

振込先銀行名

店 舗 名

口 座 番 号

口 座 名 義 人

貴殿より請求のあった診療費の支払については、下記の支払総額総計をご指定の金融機関に振り込みましたので通知します。

〒177-0044
東京都練馬区上石神井 4-8-4

支出官 厚生労働省 労働基準局長 印

※1 (診療費計算結果)

内 訳 書 添 付 枚 数	請 求 書 請 求 金 額	査 定 減 額 総 計	査 定 増 額 総 計	不 支 給 保 留 額 総 計
①	② 円	③ 円	④ 円	⑤ 円

以 前 保 留 分 解 除 額 総 計	追 給 額 総 額	支 払 総 額 計
⑥ 円	⑦ 円	⑧ 円

※2

	通 知 番 号			請 求 年 月	療 養 日 数	実 診 療 日 数	内 訳 書 請 求 金 額	支 払 額	差 額	差額理由	備 考
	保険 (年金証書) 番号	生年月	負傷又は発病年月								
1	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘ 円	㉙ 円	㉚	㉛
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

※ 公益財団法人労災保険情報センター（R I C）について

公益財団法人労災保険情報センター（R I C）は、労災保険制度を広く多くの皆さまに知っていただくこと、また、労働災害で被災された労働者及び労災指定医療機関等を支援することなどを主な活動としている公益財団法人です。

【 活動（事業）内容 】

1 労災診療援護事業

R I Cと労災診療援護貸付金貸付契約されている労災保険指定医療機関等に、労災診療費が国から医療機関に支払われるまでの間、労災診療費相当分をR I Cが国に代わって立替払いを行うことで、労災保険指定医療機関制度の円滑な維持運営と被災された労働者の方々の福祉の向上を図っています。

※ 労災診療費の立替払い（国の補助事業）

労働基準監督署長が業務上外の決定にあたって日数を要する場合があります、この間、労災保険指定医療機関等は請求した労災診療費の支払いを受けられないことになります。また、審査で支払いが保留される場合があります。

この不利益を解消するため、R I Cが国から補助を受け、請求された労災診療費相当分を国に代わって立替払い（請求当月 25 日に支払い。無利子・無担保）を行っています。

2 労災診療互助事業

R I Cと労災診療補償保険支援契約をしている労災保険指定医療機関の経営改善のための長期運転資金を低利で貸付けを行っています（長期運転資金貸付事業）。

都道府県医師会が主催する労災医療に関する研修会の助成、労災診療費実務講習会の参加助成、セミナー運営費の補助及び労災保険に関する参考図書の配布などの互助事業を行っています。

3 労災診療補償保険事業

R I Cと労災診療補償保険支援契約をしている労災保険指定医療機関等に対して、労災診療費が不支給となった場合、労災診療として実施したにもかかわらず、労災指定医療機関は、労災保険診療に見合った収入が得られないことになります。

このため、労災保険と他の保険の差額を支払することにより、不利益を補償するための保険を提供しています。

4 労災保険に関する情報普及事業

・労災診療費算定実務研修会の開催

労災診療費の請求もれ、誤請求等の防止のため、労災保険指定医療機関等を対象とした「労災診療費算定実務研修会」を全国各地で開催しています。

・ホームページ☞<http://www.rousai-ric.or.jp>

労災保険の基本情報や仕組み、手続き方法などの情報を分かりやすく提供しています。

- ・医療機関のためのセミナー

医療機関等の皆さまを対象に、労災疾病、医療訴訟、医療サービス等に関する情報を提供しています。

5 労災保険制度支援等推進事業

- ・図書の出版販売の事業

労災保険制度、労災医療等について、わかりやすく解説した書籍及び情報誌の出版、販売を行っています。

- ・国、医師会、医療機関及び事業主等からの受託等の事業

国、医師会、医療機関及び事業主などから指定されたテーマ・ニーズ等に基づいて、講演及び研修を行っています。

また、労災保険制度及び労災医療等に関する調査・分析などを行っています。

【所在地】

公益財団法人労災保険情報センター

〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目4番25号 日教販ビル

TEL 03-5684-5511（管理部：総務等）

03-5684-5516（労災医療部：援護・保険・実務研修会等）

03-5684-5514（情報普及部：図書出版・セミナー等）

FAX 03-5684-5521・5522

VI. 參考資料

労災保険指定医療機関療養担当規程

第1章 診療の担当

- 第1 任務
- 第2 療養の給付の担当の範囲
- 第3 アフターケア及び外科後処置の担当の範囲
- 第4 療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針
- 第5 受給資格の確認等
- 第6 証明の記載
- 第7 助力
- 第8 診療録の記載及び整理
- 第9 帳簿等の保存
- 第10 通知

第2章 診療の方針

- 第11 診療の一般的方針
- 第12 転医及び対診
- 第13 転医の取扱い
- 第14 施術の同意

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

- 第15 診療費の算定方法等
- 第16 診療費の請求手続

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

- 第17 委託費の算定方法等
- 第18 委託費の請求手続

第5章 指定医療機関の取扱い

- 第19 指定期間等
- 第20 表示
- 第21 指定の取消
- 第22 変更事項の届出

第6章 その他

- 第23 施行期日等

第1章 診療の担当

(任務)

第11 労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第11条の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院又は診療所（以下「指定医療機関」という。）は、則第11条第1項の規定により、政府が行うべき療養の給付を政府に代わって行うとともに、労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第29条第1項第1号に基づく社会復帰促進等事業としてのアフターケア及び外科後処置を行うものとする。

ただし、アフターケア及び外科後処置については、都道府県労働局長からこれらの任務を含む指定を受けた指定医療機関に限る。

- ② 指定医療機関は、法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、療養の給付を受けることができる者（以下「傷病労働者」という。）の負傷又は疾病についての療養の給付、アフターケア及び外科後処置を担当する。
- ③ 指定医療機関は、当該指定医療機関において療養の給付、アフターケア及び外科後処置に従事する医師若しくは歯科医師（以下「診療担当医」という。）又は調剤に従事する薬剤師をして前2項の規定を遵守させるものとする。

(療養の給付の担当の範囲)

第21 指定医療機関が担当する療養の給付（政府が必要と認めるものに限る。）の範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

- ② 前項の規定にかかわらず、船舶内に設置された診療所（以下「船内診療所」という。）において担当する療養の給付の範囲は、前項の1から3までとする。

(アフターケア及び外科後処置の担当の範囲)

第3 指定医療機関が担当するアフターケアの範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 保健指導
- 3 保健のための処置
- 4 検査
- 5 保健のための薬剤の支給

- ② 指定医療機関が担当する外科後処置の範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 筋電動義手の装着訓練等

(療養の給付、アフターケア及び外科後処置の担当方針)

第 41 指定医療機関及び診療担当医は、次に掲げる方針により療養の給付、アフターケア及び外科後処置を行うものとする。

- 1 診療は、一般に医師又は歯科医師として療養、アフターケア及び外科後処置の必要があると認められる負傷又は疾病に対して行い、的確な診断をもとし、傷病労働者、アフターケア及び外科後処置の対象者（以下「傷病労働者等」という。）の労働能力の保全又は回復上最も妥当適切に行うこと。
- 2 診療に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養、アフターケア及び外科後処置上必要な事項は理解し易いように指導すること。
- 3 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、傷病労働者等の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をすること。

(受給資格の確認等)

第 51 指定医療機関は、傷病労働者等から療養の給付、アフターケア又は外科後処置を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養補償給付たる療養の給付請求書」又は「療養給付たる療養の給付請求書」（以下「療養給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があるか、健康管理手帳によってアフターケアを受ける資格があるか、又は外科後処置承認決定通知書によって外科後処置を受ける資格があることを確認した後診察すること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって療養給付請求書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出することができない者であって、療養の給付、アフターケア又は外科後処置を受ける資格があることが明らかな者については、この限りでない。この場合においては、その事由がやんだのち、遅滞なく、療養給付請求書、健康管理手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出させること。

- ② 傷病労働者から提出された前項の療養給付請求書は、当該療養給付請求書に当該医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、傷病労働者の所属する事業場（傷病労働者が船員法第 1 条に規定する船員の場合にあっては当該船員が所属する船員を使用して行う事業。以下同じ。）の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「所轄労働基準監督署長」という。）に対し、当該医療機関（船内診療所にあつては当該船舶に係る事業。）の所在地を管轄する都道府県労働局（以下「管轄労働局」という。）を経由し、提出しなければならない。
- ③ 前 2 項の規定にかかわらず、船内診療所において行われた療養の給付に係る療養給付請求書については、本邦に寄港後、遅滞なく、傷病労働者から船内診療所あて提出させた後、管轄労働局長を経由し、所轄労働基準監督署長に提出しなければならない。

(証明の記載)

第 61 指定医療機関は、傷病労働者等から「療養補償給付たる療養の費用請求書」、「療養給付たる療養の費用請求書」に証明の記載を求められたときは、無償でこれを行うこと。

(助力)

第 71 指定医療機関は、傷病労働者の病状が、看護又は移送の給付が行われる必要があると認めた場合、速やかに当該傷病労働者又はその関係者にその手続を取らせるよう必要な助力をすること。

(診療録の記載及び整理)

第 81 指定医療機関は、傷病労働者等に関する診療録を調製し、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関し、必要な事項を記載しこれを他の診療録と区別して整備すること。

② 前項の診療録には、前項の事項のほか、次の事項を記載しなければならない。

- 1 診療に関して証明又は診断書の交付を行ったときは、当該証明又は診断書等の概要と交付年月日
- 2 初診時に既往の身体障害が認められたときはその概要

(帳簿等の保存)

第 91 指定医療機関は、療養の給付、アフターケア又は外科後処置に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から 3 年間保存すること。ただし、診療録については、その完結の日から 5 年間とする。

(通知)

第 10 指定医療機関は、傷病労働者等が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を所轄労働基準監督署長に通知すること。

- 1 傷病労働者の所属する事業場の保険関係について、疑わしい事情が認められるとき
- 2 負傷又は疾病の原因又は発生状況について、傷病労働者又はその関係者より聴取した事項と療養給付請求書に記載されている事実との間に、重大な相違が認められるとき
- 3 負傷又は疾病が業務上又は通勤によるものと認めることに疑いのあるとき
- 4 負傷又は疾病の原因が事業主又は労働者の故意又は重大な過失によるものと認められるとき

② 指定医療機関は、傷病労働者等又はその関係者が次の各号の一に該当する場合には、その診療又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働基準監督署長又は健康管理手帳及び外科後処置承認決定通知書を交付した都道府県労働局長に通知すること。

- 1 療養の給付、アフターケア若しくは外科後処置を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により、診療を受け若しくは受けようとし又は診療を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき
- 2 療養の給付、アフターケア又は外科後処置を請求した者が、正当な事由がないにもかかわらず、診療担当医の診療に関する指示に従わないとき
- 3 不正又は不当な証明を強要したとき

第 2 章 診療の方針

(診療の一般方針)

第 11 診療担当医の診療は、第 4 及び第 12 から第 14 までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 1 診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術、理学療法、その他の治療は、一般に療養上必要があると認められる場合に、必要の程度において行うこと。
- 2 医学上一般に医療効果の不明又は認められない特殊な療法又は新しい療法は、これを行わないこと。

- 3 健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの以外の医薬品は、原則として施用し又は処方しないこと。ただし、傷病労働者の病状によりその必要が認められ、かつ、この効果が明らかに期待できると認められる場合には、この限りでないこと。
- 4 収容の指示は、療養上必要があると認められた場合のみ行い、収容を必要とした療養上の理由がなくなったときは、直ちに退院の指示を行うこと。
- 5 アフターケアは、アフターケア実施要領に定める範囲内で行うこと。
- 6 外科後処置は、外科後処置実施要綱に定める範囲内で行うこと。

(転医及び対診)

第 12 診療担当医は、傷病労働者等の負傷又は疾病が自己の専門外にわたるものであるとき又はその診療について疑義があるときは、他の指定医療機関に転医させ、又は他の診療担当医の対診を求める等診療について適切な措置を講ずること。

(転医の取扱い)

第 13 診療担当医は、傷病労働者が他の医療機関に転医を希望する場合には、当該傷病労働者の診療について、次に掲げる事項を記載した文書を当該傷病労働者又はその関係者に交付し、転医後の医師又は歯科医師に提出するよう指示すること。

- 1 傷病労働者の氏名、年齢及び性別
- 2 傷病の部位及び傷病名
- 3 初診時における負傷又は疾病の状態（初診時において既往の身体障害が認められたものについては、その概要も記載すること。）及び傷病の経過の概要（手術又は検査の主要所見と病状の概要）

- ② 診療担当医は、他の医療機関から転医してきた傷病労働者等について、その病状から必要がある場合には、転医前の医療機関に対して当該傷病労働者にかかわる転医前の診療の経過に関する文書を求めるものとする。

(施術の同意)

第 14 診療担当医は、傷病労働者の負傷又は疾病が自己の診療行為を必要とする症状であるにもかかわらず、みだりに施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない。

第 3 章 療養の給付に関する診療費の請求

(診療費の算定方法等)

第 15 指定医療機関が、療養の給付に関し政府に請求することを得る診療費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

- ② 政府は、指定医療機関から療養の給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(診療費の請求手続)

第 16 指定医療機関は、第 15 の規定により算定した毎月分の診療費用の額を労働者災害補償保険診療費請求書に診療費請求内訳書を添付して、管轄労働局長に提出すること。

第 16 ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

- 1 労働者の業務外の負傷又は疾病についての診療
 - 2 労災保険法第12条の2の2の規定により療養の給付の制限を行う旨所轄労働基準監督署長から通知があった後における診療
 - 3 政府が必要と認めるものを超えた診療
- ② 前項本文の規定にかかわらず、船内診療所にあつては、行った診療について、本邦に寄港後、遅滞なく、労働者災害補償保険診療費請求書を管轄労働局長に提出することとする。
- ③ 第1項の労働者災害補償保険診療費請求書及び診療費請求内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

(委託費の算定方法)

第17 指定医療機関が、アフターケア及び外科後処置に関し政府に請求することを得る委託費の額は、別に定めるところにより算定するものとする。

- ② 政府は、指定医療機関からアフターケア及び外科後処置に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(委託費の請求手続)

第18 指定医療機関は、本規程に基づいて行ったアフターケア及び外科後処置に要した費用を請求しようとするときは、第17の規定により算定した毎月分の診療費用の額を、アフターケアについては労働者災害補償保険アフターケア委託費請求書にアフターケア委託費請求内訳書を、外科後処置については外科後処置委託費請求書に内訳書を添付して管轄労働局長に提出すること。

第19 ただし、指定医療機関が行った次に掲げる各号の一に該当する診療については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

- 1 アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病以外の負傷又は疾病についての診療
 - 2 アフターケアの健康管理手帳に記載された疾病に係る政府が必要と認める診療を超えた診療
 - 3 外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容以外についての診療
 - 4 外科後処置承認決定通知書に記載された処置内容に係る政府が必要と認める診療を超えた診療
- ② 前項の労働者災害補償保険アフターケア委託費請求書、アフターケア委託費請求内訳書及び外科後処置委託費請求書等は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。

第5章 指定医療機関の取扱い

(指定期間等)

第19 則第11条の規定による指定医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときはその効力を失うものとする。ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月まで

の間に指定医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとする。

第 19 また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により指定医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、指定医療機関の指定及び指定取消事務準則の別紙様式第 7 号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」により、指定を受けた都道府県労働局長に届け出るものとする。

(表示)

第 20 指定医療機関は、則様式第 1 号又は第 2 号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消)

第 21 指定医療機関が、次の各号の一に該当する場合においては、都道府県労働局長は、その指定を取り消すことができる。

- 1 診療費用の請求に関し、不正行為があったとき
- 2 関係法令及び本規程に違反したとき
- ② 前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服のあるときは、決定の通知を受けた日から 60 日以内に指定取消しを行った都道府県労働局長に再調査を申し出ることができる。

(変更事項の届出)

第 22 指定医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を指定を行った都道府県労働局長に届け出なければならない。

- 1 指定医療機関の開設者又は管理者に異動があったとき
- 2 名称又は所在地に変更があったとき
- 3 診療科目又は病床数に変更があったとき
- 4 健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等に変更があったとき（施設基準に係るものを除く）
- 5 指定申請の際に提出した医療機関施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

第 6 章 その他

(施行期日等)

第 23 平成 25 年 4 月 8 日付け基発 0408 第 1 号による改正後の本規程は、平成 25 年 4 月 8 日から施行する。

労災保険指定訪問看護事業者療養担当契約事項

(療養の給付の内容)

- 1 労災保険指定訪問看護事業者(以下「労災指定訪問看護事業者」という。)は、労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項及び第18条の5第1項の規定による療養給付のうち、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護を行うこと。

(指定要件)

- 2 労災指定訪問看護事業者は、健康保険法の規定により指定訪問看護事業者に指定されている者でなければならない。

(指定の申請)

- 3 労災保険指定訪問看護事業者として指定を受けようとする者は、訪問看護を行う事業所(以下「訪問看護ステーション」という。)ごとに、別に定める様式により、訪問看護ステーションの所在地を管轄する都道府県労働局長(以下「所轄労働局長」という。)に申請すること。

(療養の給付請求書等の処理)

- 4 労災指定訪問看護事業者は、療養の給付を受けることができる者(以下「傷病労働者」という。)からの療養の給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養補償給付たる療養の給付請求書」(労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件(昭和35年4月1日労働省告示第10号)に定める様式(以下「告示様式」という。)第5号)又は「療養の給付たる療養の給付請求書」(告示様式第16号の3)(以下「療養の給付請求書」という。)によって療養の給付を受ける資格があることを確かめること。

ただし、緊急止むを得ない事由によって療養の給付請求書を提出することができない者については、この限りでない。この場合においては、事後に遅滞なく提出させること。

傷病労働者が、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、年金証書の確認を行う。

傷病労働者から提出された療養の給付請求書は、その者に係る第1回目の「労災保険訪問看護費用請求書」に添付してその者の所属する事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長、傷病補償年金又は傷病年金受給者である場合には、その者の年金証書に記載されている給付決定を行った労働基準監督署長(以下「所轄監督署長」という。)に対し、所轄労働局長を経由して提出すること。

(訪問看護の実施要件)

- 5 労災指定訪問看護事業者は、傷病労働者の診療を担当した医師の指示により訪問看護を行うこと。

(所轄監督署長への通知)

- 6 労災指定訪問看護事業者は、傷病労働者が詐欺その他の不正行為により訪問看護を受け又は受けようとしたときは、遅滞なくその旨を所轄労働局長を経由して所轄監督署長に通知すること。

(訪問看護費用の算定)

- 7 労災指定訪問看護事業者が行う訪問看護の費用の額は、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(平成20年3月5日厚生労働省告示第67号)の別表「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」により算定した額とする。

また、その他の費用の取扱いについては、健康保険の定めるところによることとする。

(訪問看護費用の請求)

- 8 労災指定訪問看護事業者は、訪問看護に係る費用について、訪問看護事業所ごとに労災保険訪問看護費用請求書に労災保険訪問看護費用請求内訳書及び主治医から交付された訪問看護指示書の写しを添付して、毎月分につきその翌月10日までに所轄労働局長に請求すること。

ただし、次に掲げる各号の一に該当する場合には、政府はそれに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

- (1) 業務災害又は通勤災害以外の負傷又は疾病に対して訪問看護を行った場合。
- (2) 関係法令又は本契約事項に違反して訪問看護を行った場合。

(指定期間)

- 9 指定期間は、原則として指定の日から3年とすること。

ただし、指定期間満了の日前6カ月より3カ月までの間に、訪問看護事業者の指定を行った所轄労働局長又は労災指定訪問看護事業者から別段の申し出がないときは、その指定はその都度更新されるものとする。

(管理者)

- 10 労災指定訪問看護事業者は、訪問看護ステーションごとに専ら訪問看護の職務に従事する管理者を置かなければならない。

なお、管理者は以下に掲げる要件を満たしていなければならない。

- (1) 管理者は、保健師又は看護師であること。
- (2) 管理者は、適切な訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者であること。

(秘密保持)

- 11 保健師、看護師、准看護師、理学療法士及び作業療法士(以下「看護師等」という。)は、正当な理由がなく、その業務上知り得た被災労働者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

(訪問看護計画書の作成等)

- 12 訪問看護計画書の作成等に当たっては、次の事項に留意すること。

- (1) 看護師等(准看護師を除く。)は、被災労働者ごとに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成しなければならない。
- (2) 事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関し、必要な管理をしなければならない。
- (3) 労災指定訪問看護事業者は、主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出しなければならない。

(指定の取消)

- 13 労災指定訪問看護事業者が次の各号の一に該当する場合には、所轄労働局長はその指定を取り消すことができる。

- (1) 健康保険法に定める指定取消事由の一に該当したとき。
- (2) 本契約事項に違反したとき。
- (3) 訪問看護費用の請求について不正行為があったとき。
- (4) その他労災指定訪問看護事業者として存続させることが不相当と認められる行為があったとき。

(変更の届出)

- 14 労災指定訪問看護事業者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を所轄労働局長に届け出ること。

- (1) 訪問看護事業者の名称、住所が変更されたとき。
 - (2) 代表者に異動があったとき。
 - (3) 支払を受ける金融機関又は口座を変更したとき。
- (休廃止に伴う届出)

15 労災指定訪問看護事業者が事業を廃止、休止、若しくは再開したときは、下記の事項を所轄労働局長に届け出ること。

- (1) 廃止又は休止した理由
 - (2) 廃止又は休止した場合においては、現に指定訪問看護を受けている者に対する措置
 - (3) 休止する場合には休止予定期間
- (施行期日)

16 本契約事項は、平成6年10月1日から実施する。

労災保険二次健康診断等給付担当規程

(平成13年3月30日付け基発第 234号)
改正 平成14年1月10日付け基発第0110001号
改正 平成15年3月31日付け基発第0331014号
改正 平成20年4月1日付け基発第040142号
改正 令和2年6月30日付け基発0630第1号
改正 令和3年3月19日付け基発0319第9号

第1章 二次健康診断等給付の担当

(任務)

- 第1 労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第11条の3の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院及び診療所（以下「健診給付医療機関」という。）は、則第11条の3第1項の規定により、政府が行うべき二次健康診断等給付を政府に代わって行うものとする。
- ② 健診給付医療機関は、労働者災害補償保険法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、二次健康診断等給付を受けることができる者の二次健康診断等給付を担当すること。
- ③ 健診給付医療機関は、当該健診給付医療機関において二次健康診断等給付に従事する医師（以下「健診担当医」という。）をして前2項の規定に遵守させるものとする。

(二次健康診断等給付の担当の範囲)

第2 健診給付医療機関が担当する二次健康診断等給付の範囲は次のとおりとする。

1 二次健康診断

- (1) 空腹時の低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライドの量の検査
- (2) 空腹時の血中グルコースの量の変化
- (3) ヘモグロビンA_{1c}検査
- ただし、一次健康診断においてヘモグロビンA_{1c}検査を行っていた場合を除く。
- (4) 負荷心電図検査又は胸部超音波検査
- (5) 頸部超音波検査
- (6) 微量アルブミン尿検査

ただし、一次健康診断における尿中蛋白の有無の検査において、疑陽性（±）又は弱陽性（+）の所見があると判断された場合に限る。

2 特定保健指導

- (1) 生活指導
- (2) 栄養指導
- (3) 運動指導

(二次健康診断等給付の担当方針)

第3 健診給付医療機関及び健診担当医は、次に掲げる方針により二次健康診断等給付を行うものとする。

- 1 二次健康診断に当たっては、的確な診断を行うこと
 - 2 二次健康診断及び特定保健指導(以下「二次健康診断等」という。)に当たっては、懇切丁寧を旨とし、給付対象者に理解し易いように伝達・指導すること
 - 3 二次健康診断に当たっては、常に医学の立場を堅持し、給付対象者の心身の状態を観察すること
 - 4 特定保健指導については、別添「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること
- ② 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあっては、胸部超音波検査及び頸部超音波検査について他の適当な医療機関を紹介すること。

(受給資格の確認等)

第4 健診給付医療機関は、給付対象者から二次健康診断等給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「二次健康診断等給付請求書」(事業主証明欄が記載されているものに限る。以下「給付請求書」という。)及び添付書類(一次健康診断の受診日及びその健康診断結果が記載されているものに限る。)によって二次健康診断等給付を受ける資格があることを確認した後、二次健康診断等を行うこと。

- ② 給付対象者から提出された前項の給付請求書は、当該給付請求書に当該健診給付医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、健診給付医療機関の所在地を管轄する労働局長(以下「所轄労働局長」という。)に対し提出しなければならないこと。

(助力)

第5 健診給付医療機関は、給付対象者の状態が療養を行われる必要があると認めた場合、速やかに当該対象者又はその関係者に医療行為の手続を取らせるよう、必要な助力をすること。

この場合、全てが労働者災害補償保険の対象となるものでないことに留意すること。

(個人情報の保護)

第6 健診給付医療機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、二次健康診断等に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなけれ

ばならないこと。

- ② 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じること。また、みだりに他人に知らせてはならないこと。
- ③ 健診給付医療機関は、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、目的を明確にするとともに、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならないこと。また、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならないこと。

- ④ 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報を二次健康診断等の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならないこと。

ただし、特定保健指導の実施において給付対象者から同意を得ている場合に限り、事業場に選任されている産業医等に対し、特定保健指導の結果について提供を行うことができること。

- ⑤ 健診給付医療機関は、二次健康診断等を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならないこと。

ただし、健診給付医療機関が、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではないこと。

(二次健康診断等の記録の記載及び整理)

- 第7 健診給付医療機関は、給付対象者に関する二次健康診断等の記録を調整し、二次健康診断等給付に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録及び健康診断記録と区別して整備すること。

(帳簿の保存)

- 第8 健診給付医療機関は、二次健康診断等給付に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存すること。

(通知)

- 第9 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を給付対象者の所属する事業場の所在地を管轄する労働局長（以下「所轄労働局長」という。）に通知すること。

- 1 給付対象者の所属する事業場の保険関係について疑わしい事情が認められるとき
- 2 一次健康診断の受診年月日に疑いのあるとき
- 3 一次健康診断の結果に疑いのあるとき

- ② 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、その二次健

康診断等又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働局長に通知すること。

- 1 二次健康診断等給付を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により二次健康診断等を受け若しくは受けようとし又は二次健康診断等給付を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき
- 2 不正又は不当な証明を強要したとき

第2章 二次健康診断等の方針

(二次健康診断等の一般方針)

第10 健診担当医による二次健康診断等は、第3の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 1 二次健康診断等と同時に当該給付の健康診断の検査項目以外の検査項目及び特定保健指導の指導項目以外の指導項目を行わないこと
- 2 二次健康診断の検査項目及び特定保健指導の指導項目は、その全てを行うこと
- 3 二次健康診断の検査のうち、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析以外については当該健診給付医療機関以外で行ってはならないこと
- 4 給付対象者に二次健康診断等受診結果を交付する際は、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、「事業主提出用」の用紙を確実に提出するよう働きかけを行うこと

第3章 二次健康診断等給付に関する診療費の請求

(健診費用の算定方法等)

第11 健診給付医療機関が、二次健康診断等給付に関し政府に請求することを得る二次健康診断等に要した費用（以下「健診費用」という。）の額は、別紙により算定するものとする。

- ② 政府は、健診給付医療機関から二次健康診断等給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(健診費用の請求手続き)

第12 健診給付医療機関は、第11の規定により算定した毎月分の健診費用の額を労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書（以下「費用請求書」という。）に二次健康診断等費用請求内訳書（以下「内訳書」という。）を添付して、管轄労働局長に提出すること。

ただし、健診給付医療機関が行った次の各号の一に該当する二次健康診断等については、それに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

- 1 第2の規定の1号に定める検査以外の検査及び同2号に定める特定保健指導以外の保健指導
 - 2 二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合の特定保健指導
- ② 前項の費用請求書及び内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。
- ③ 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあっては、特定保健指導を行った健診給付医療機関が健診費用を請求すること。また、その場合の費用配分等については、的確な経理管理を行うこと。

第4章 健診給付医療機関の取扱い

(指定期間等)

第13 則第11条の3の規定による健診給付医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときはその効力を失うものとする。

ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月までの間に健診給付医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとする。また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により健診給付医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、様式第6号「労災保険健診給付医療機関休止・辞退届」により、当該指定を行った管轄労働局長に届け出るものとする。

この場合、当該健診給付医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「管轄監督署長」という。）を経由する方法によることも可能とすること。

(表示)

第14 健診給付医療機関は、則様式第5号及び第6号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消し)

第15 健診給付医療機関が、次の各号の一に該当する場合においては、管轄労働局長は、その指定を取り消すことができる。

- 1 健診費用の請求に関し、不正行為があったとき
 - 2 関係法令及び本規程に違反したとき
- ② 前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服があるときは、決定の通知を受けた日から3か月以内に指定取消しを行った管轄労働局長に再調査を申し出ることができる。

(変更事項の届出)

第16 健診給付医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やか

にその旨及びその年月日を管轄労働局長に届け出なければならないこと。

この場合、管轄監督署長を経由する方法によることも可能とすること。

- 1 健診給付医療機関の代表者（法人にあつては当該法人の代表者、個人にあつては当該個人）に異動があつたとき
- 2 名称又は所在地に変更があつたとき
- 3 指定申請の際に提出した健康診断施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があつたとき

健診費用算定組合せ表

検査項目	検査の有無							
空腹時血糖値検査	○	○	○	○	○	○	○	○
空腹時血中脂質検査	○	○	○	○	○	○	○	○
ヘモグロビンA1c検査	○	×	○	×	○	×	○	×
負荷心電図検査	×	×	×	×	○	○	○	○
胸部超音波検査	○	○	○	○	×	×	×	×
頸部超音波検査	○	○	○	○	○	○	○	○
微量アルブミン尿検査	○	○	×	×	○	○	×	×
特定保健指導を行った 場合の合計額(円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	22,612
特定保健指導を行わな い場合の合計額(円)	25,132	23,044	23,500	21,412	19,132	17,044	17,500	15,412

<留意事項>

1 ヘモグロビンA1c検査について

一次健康診断において、既にヘモグロビンA1c検査を受診していた場合には、二次健康診断等給付においては当該検査は支給できない。

2 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限るものとする。

なお、負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導」により実施すること。

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

3 微量アルブミン尿検査について

一次健康診断において、尿検査の結果が疑陽性(±)又は弱陽性(+)の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給できる。

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

4 特定保健指導を行った場合と行わない場合では、金額が異なるので注意すること。

特定保健指導の実施基準

1 特定保健指導を実施する目的

特定保健指導は、医師又は保健師が受診者に栄養指導(適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導)、運動指導(必要な運動の指針を示す指導)及び生活指導(飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に係る指導)を行い、生活習慣の改善の必要性を説明するとともに、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出し、事業主に対し、二次健康診断結果と併せて就業上の配慮に結びつく情報を伝達することにより、脳・心臓疾患の発生の予防を図ることを目的としている。

2 特定保健指導の実施基準を策定した趣旨

特定保健指導は、栄養指導、運動指導及び生活指導のすべてを行うものであるが、これまで具体的な実施内容や実施方法を定めていなかったことから、今般、特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の目安等を定めた実施基準を策定したものである。

本実施基準を策定することにより、健診給付医療機関ごとに異なっていた特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の斉一性が図られることになり、もって、脳・心臓疾患の発生の適切な予防に資することとなる。

3 特定保健指導の除外対象者

労働者災害補償保険法(以下「法」という。)第26条第3項の規定により二次健康診断の結果その他の事情により既に脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有すると認められる労働者については、特定保健指導を行わないものとされている。

4 特定保健指導の実施者

(1) 法第26条第2項第2号の規定により、特定保健指導は医師又は保健師が行うこととされているが、二次健康診断等の受診結果には医師の所見を記入することとしており、当該所見により、事業主に対して受診者の就業上の配慮に結びつく情報が伝達されることから、面接指導は主に医師が行うものとする。

なお、面接指導の一部を保健師が行う場合は、医師の指示を基に具体的な指導を行う。

(2) 面接指導を行う医師は、特定保健指導を行うにあたって十分な知識と経験を有する者とする。

(3) 栄養指導については、主として管理栄養士が実施することとしても差し支えない

5 特定保健指導の実施内容（別紙1フロー図参照）

- (1) 労働者又は事業所担当者からの申し込みの受付
- (2) 名簿取り寄せ、日程調整等の事務処理
- (3) 就労の状況等に係る質問票の回収
- (4) 二次健康診断(検査)の実施
- (5) 面接指導の事前準備
- (6) 面接指導の実施
- (7) 二次健康診断等の受診結果の記入
- (8) 質問票、指導票及び受診結果の保管
- (9) 受診結果の通知

6 特定保健指導の実施方法（面接指導の進め方や注意点等）

(1) 面接指導の事前準備

事前準備として、受診者が記入した「就労の状況等に係る質問票」(別紙2。以下「質問票」という。)により、受診者の就労の状況、睡眠時間の状況、日常生活の状況等を把握する。

また、各種検査結果の数値や頸部超音波検査及び胸部超音波検査(該当者のみ)の画像を確認し、受診者の健康状態を把握する。

(2) 面接指導の実施

ア 「二次健康診断等給付 特定保健指導票」(別紙3。以下「指導票」という。)に沿って、受診者に対して、①日常生活に関する事項(栄養、運動、生活)、②就労の状況に関する事項に関し順次問診し、受診者の抱える問題点を把握する。この際、問診項目の確実な実施のため、問診した項目にチェックする。

イ 問診等により明らかとなった栄養、運動、生活に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。また、生活上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

ウ 問診等により明らかとなった就労の状況に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。また、就労上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

エ 面接指導に際し、受診者に対し、

- ・生活習慣と二次健康診断の結果との関係
- ・生活習慣を振り返る必要性
- ・脳・心臓疾患に関する知識
- ・脳・心臓疾患が受診者本人の生活に及ぼす影響

等から生活習慣の改善の必要性について説明する。

オ 面接指導に当たっては、画一的な指導ではなく、個々の受診者に合わせた指導を行い、生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利益について指導する。

カ 指導票の最下段に設けた産業医等への情報提供の同意欄について、求めがあった場合に詳細な情報を提供することの必要性を説明し、情報提供の同意を得た場合、署名を求める。

(3) 二次健康診断等の受診結果の記入

ア 面接指導終了後、「二次健康診断等の受診結果」(別紙4。以下「受診結果」という。)の医師の所見欄に二次健康診断及び特定保健指導の結果を踏まえた所見を記入する。その際、「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見を記入する際に必要な視点及び記入例」(別紙5)を参考にする。

イ 特定保健指導に係る医師の所見欄には、指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する。

ウ 二次健康診断等の結果における医師の所見欄には、二次健康診断(検査)結果及び特定保健指導の結果を踏まえ、脳・心臓疾患の発生を予防するために事業主が行うべき就業上の措置(配慮)に結びつく情報を記入する。

7 特定保健指導の実施時間の目安

特定保健指導における面接指導の実施時間の目安は20分以上とする。

これは、二次健康診断の検査結果(必要があれば一次健康診断の検査結果も併せて)を説明し、受診者が記入した質問票の内容を参考に、指導票に沿って栄養指導、運動指導及び生活指導を行い、各項目、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出して記入するまでの所要時間を考慮したものである。

8 受診結果の通知について

(1) 二次健康診断等の結果を受診者に知らせ、受診者に、自分自身の健康状態、面接指導された内容及び就業する上で事業主にとってもらうべき必要な措置又は配慮してもらう事項を理解してもらう必要がある。

(2) 受診結果を受診者本人に直接渡す場合は、ただ渡すだけではなく、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、受診結果を事業主に確実に提出するよう働きかけを行うことが必要である。

また、郵送で受診結果を交付する場合は、直接渡す場合と同様に二次健康診断等の重要性について理解してもらうとともに、受診結果を事業主に確実に提出することを勧奨する内容を記載した文書を同封する。

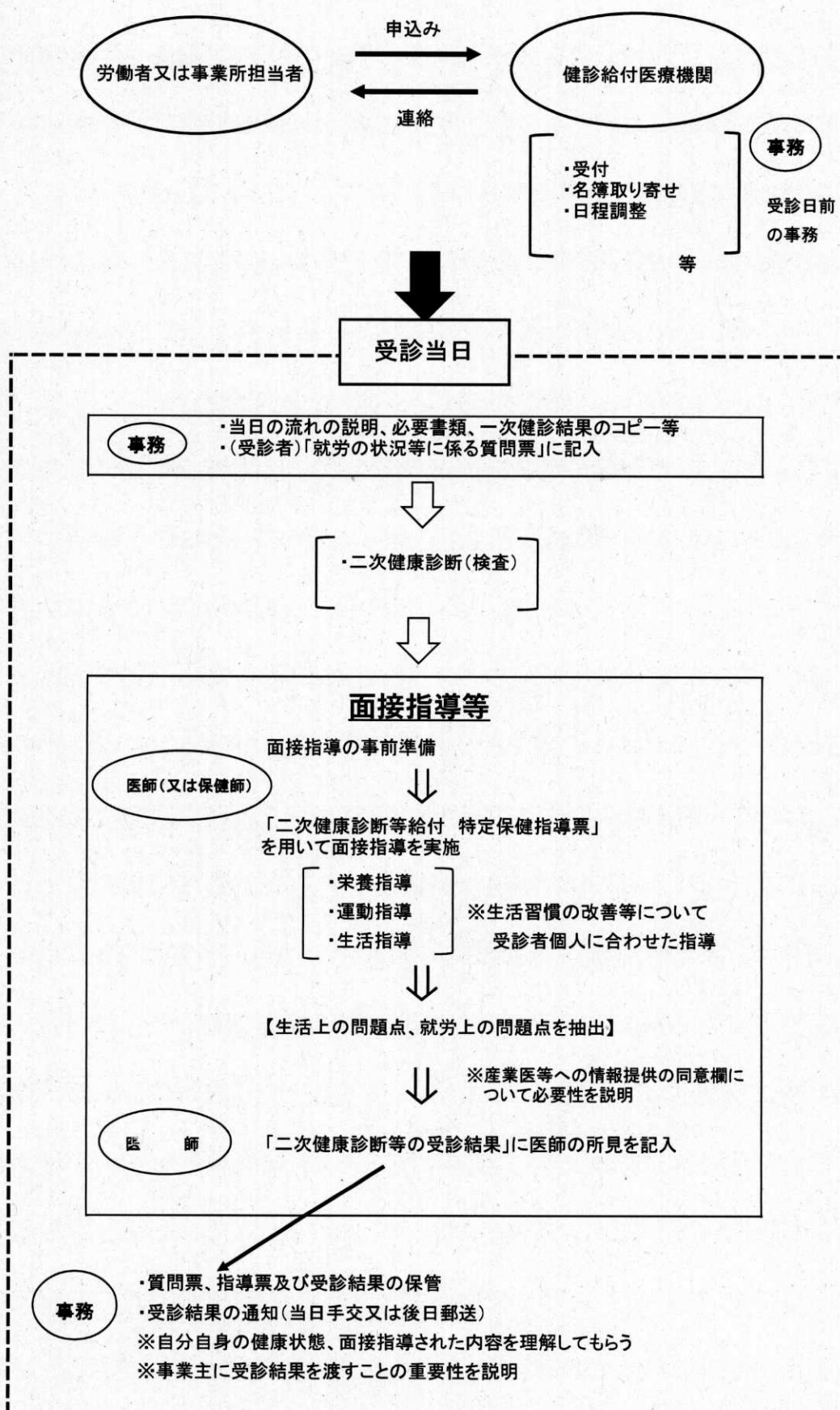
9 特定保健指導の費用の額

特定保健指導の費用の額は7,200円とする。

特定保健指導を行うに当たっては、医師等に加え事務担当者が様々な事務処理を行うこととなる。

費用の額は、特定保健指導の実施に要する医師等の給与、社会保険料等の人件費及び諸経費を積算して算定したものである。

特定保健指導のフロー図



就労の状況等に係る質問票

◎記載に当たり、必ずお読み下さい。

【就労の状況等について質問する目的】

脳血管疾患及び虚血性心疾患は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病変が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至ります。

しかしながら、長時間労働等の業務による明らかな過重負荷が加わることにより、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症する場合がありますので、これら疾病の発生の予防に資するという二次健康診断等給付制度が創設された趣旨を踏まえ、受診者の方に就労の状況(労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等)などについて、質問させていただくものです。

給付対象者氏名

(男・女)

生年月日

大・昭・平 年 月 日(歳)

1. 就労の状況(可能な範囲で記載して下さい)

・職種	☐ 屋内作業 (□デスクワーク □その他(具体的に: □屋外作業 (具体的に:			
・時間外労働時間	直近6か月平均()時間程度 (最大時間の月()時間、最小時間の月()時間程度) ☐ 判断困難			
・不規則な勤務	☐ 有 ☐ 無 (有の場合 具体的に:) ☐ 判断困難			
・出張の多い業務	☐ 有 ☐ 無 (有の場合 具体的に:) ☐ 判断困難			
・交替制勤務・深夜勤務	☐ 有 ☐ 無 (有の場合 具体的に:) ☐ 判断困難			
・高温・低温等の環境	☐ 有 ☐ 無 (有の場合 具体的に:) ☐ 判断困難			
・時差を伴う業務	☐ 有 ☐ 無 (有の場合 具体的に:) ☐ 判断困難			
・精神的緊張を伴う業務	☐ 有 ☐ 無 (有の場合 具体的に:) ☐ 判断困難			
過大なノルマ	☐ 有 ☐ 無 ☐ 判断困難			
顧客とのトラブル	☐ 有 ☐ 無 ☐ 判断困難			
医療従事者等の人の生命等に関わる業務	☐ 有 ☐ 無 ☐ 判断困難			
その他	()			
・通勤手段、通勤時間	☐ 自家用車	☐ 公共機関()	☐ 徒歩	☐ その他()
	通勤時間(約()分)	☐ 判断困難		
・所定休日(週休 日)	☐ 取れている	☐ 取れないことがある	☐ ほとんど取れない	☐ 判断困難
・年次有給休暇	☐ 取れている	☐ 取れないことがある	☐ ほとんど取れない	☐ 判断困難
・休憩時間	☐ 取れている	☐ 取れないことがある	☐ ほとんど取れない	☐ 判断困難
・その他(記載したいこと)	()			

2. 睡眠時間の状況(下の【注意事項】を読んでから記載して下さい)

☐4時間以下 ☐5時間 ☐6時間 ☐7時間 ☐8時間以上

【注意事項】

長時間労働により睡眠が十分に取れない場合には、疲労の回復が困難になることにより生ずる疲労の蓄積が原因となって、脳血管疾患をはじめ虚血性心疾患、高血圧、血圧上昇などの血管系への影響を与えることが医学的に指摘されていることから、質問させていただくものです。

3. 日常生活の状況等(可能な範囲で記載して下さい)

・食事に関する事項	3食規則正しい食生活 ☐ 有 ☐ 無 間食 ☐ 有(週()回 1日()回) ☐ 無	
	飲酒 週()日 1回あたり飲酒量(合)日本酒換算	
・運動に関する事項	運動の頻度 ☐ 週1~2日 ☐ 週3~4日 ☐ 週5日以上(種目:)	
・喫煙に関する事項	喫煙 ☐ 有(1日 本: 喫煙歴 年) ☐ 無 ☐ 過去に喫煙していたが現在は無	
・体重の増減	10年前より(kg) ☐ 増 ☐ 減 20年前より(kg) ☐ 増 ☐ 減	
・特に注意していること	()	

二次健康診断等給付 特定保健指導票

給付対象者氏名:		(男・女)		生年月日:大・昭・平 年 月 日生(歳)		
○ ねらい:検査結果を理解し、自分の「生活上の問題点」及び「就労上の問題点」を抽出すること						
検査結果	【検査項目】(血液検査を除く)			【血液検査項目】(採血日 月 日)		
	身長 () cm			血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間)		
	体重 () kg			() mg/dL		
	BMI ()			・HbA1c () %		
	腹囲 () cm			・総コレステロール () mg/dL		
	栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)			・中性脂肪 () mg/dL		
	収縮期/拡張期血圧:現在(/ mmHg)			・HDLコレステロール () mg/dL		
	負荷心電図又は胸部超音波 ()			・LDLコレステロール () mg/dL		
	頸部超音波 ()			・その他 ()		
	尿蛋白又は微量アルブミン尿 ()					
その他 ()						
※一次健診又は二次健診の結果から記載(受診結果表の写しを添付することでも可とする)						
○ 日常生活に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、()は具体的に記入)						
【問診項目】 □栄養の状況 □運動の状況 □生活の状況						
□たばこ・飲酒の状況(□非喫煙者 □非飲酒者) □その他()						
重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、()は具体的に記入、該当しない項目は空欄)						
□栄養	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える					
	□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項()					
	□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他()					
□運動	□節酒:[減らす(種類・量:)を週 (回)]					
	□間食:[減らす(種類・量:)を週 (回)]					
	□食べ方:(ゆっくり食べる・その他())					
	□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる					
□生活	□運動処方:種類(ウォーキング・)					
	時間(30分以上・),頻度(ほぼ毎日・週 (日))					
	強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 (拍/分 or))					
	□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)					
□生活	□運動時の注意事項など()					
	□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等					
	□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)					
生活上の問題点 (注)	□その他()					
○ 就労の状況に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、()は具体的に記入)						
【問診項目】(就労の状況等に係る質問票を参考に問診)						
□時間外労働時間(月 時間) □不規則な勤務時間 □拘束時間の長い業務						
□出張の多い業務 □交代制勤務・深夜勤務 □精神的緊張を伴う業務						
□作業環境(高・低温、騒音、時差、その他()) □睡眠の状況						
□問診項目のうち、特筆すべき事項があれば記載						
()						
重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、()は具体的に記入、該当しない項目は空欄)						
□労働時間 □勤務形態 □作業環境(高・低温、騒音、時差、その他())						
□睡眠の確保(質・量) □余暇						
□その他()						
就労上の問題点 (注)						

(注)「二次健康診断等の受診結果」における医師の所見欄には、上記生活上の問題点及び「就労上の問題点」の内容を踏まえた上で、就業上配慮すべき事項を記載すること。

事業場に選任されている産業医等から、本件特定保健指導の結果についての情報提供を求められた場合は、当健診給付医療機関から提供することに同意します。

□同意する □同意しない

給付対象者署名

(受診者用)
(事業主提出用)
(病院・診療所控え)

健診給付
病院等の
名称

別紙 4

二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

受診者の生年月日

3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和
元号 年 月 日

二次健康診断受診年月日

7 平成
9 令和
元号 年 月 日

事業 の 名 称			
事業 場 所 在 地	都 道 府 県	郡 区 市	
二 次 健 康 診 断 結 果	空腹時血中脂質検査 ☐ 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	LDLコレステロール (mg/dl)	
		HDLコレステロール (mg/dl)	
		中性脂肪 (mg/dl)	
	空腹時血糖値検査 ☐ 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	血糖値 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA _{1c} 検査 ☐ 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	ヘモグロビンA _{1c} 検査 (%)	
	負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査) ☐ 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査)を行っております。	医師の所見	
	頸部超音波検査 (頸部エコー検査) ☐ 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	医師の所見	
微量アルブミン尿検査 ☐ 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	微量アルブミン尿検査 ※単位を括弧内に記載してください。	()	
特定保健指導 ☐ 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。	医師の所見(面接指導の内容)		
〔二次健康診断等の結果における医師の所見 (就業上の措置又は配慮すべき事項) 〕			
		氏 名	

「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見
を記入する際に必要な視点及び記入例

- 1 「二次健康診断結果(負荷心電図検査又は胸部超音波検査、頸部超音波検査)」に係る医師の所見を記入する際に必要な視点

☆ 検査結果を基に受診者にわかりやすい表現で記入する

【記入例】

- ・動脈瘤の大きさは、現在のところ許容範囲内ではありますが、今後も定期的な検査を受けて経過を観察し主治医の判断を仰いでください。
- ・心電図で確認したとおり不整脈があるようなので今後も定期検査を必ず受診してください。
- ・運動時のほか安静時においても発作が出る等の変化が起きた場合はすぐ主治医に相談してください。

- 2 「特定保健指導」の結果に係る医師の所見(面接指導の内容)を記入する際に必要な視点

☆ 指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する

【記入例】

- ・肥満傾向で食事量が多いため、食事摂取量を適正にするよう指導しましたが本人から前向きな回答は得られませんでした。
- ・油、味の濃いものが好きなようです。控えなければ血圧が今以上に高くなり、リスクが高まる旨お話ししましたが、好きなものを食べたいとの考えは変わっていないようです。
- ・毎日飲酒しているとのことなので、週1回休肝日を設け、毎日の飲酒量も減らすよう指導しました。本人も前向きに考えていましたので、継続して取り組んでいるか確認をお願いします。
- ・体重を減らすため毎日の運動を勧めましたが、本人は時間がとれないことを理由に前向きには考えていない様子でした。
- ・禁煙を勧めましたが本人は頑なに拒否しています。食事、運動と合わせ禁煙のメリット、身体への効果を説明して理解させることが必要なので継続して指導した方がよいと考えます。
- ・職場環境が暑いことによる体調不良を訴えていましたので、身体的負荷を減らすだけでなく、こまめな水分補給ができるような体制を作るよう検討をお願いします。

- 3 「二次健康診断等の結果における医師の所見(就業上の措置又は配慮すべき事項)」を記入する際に必要な視点

☆ 受診者の就業上の配慮に結びつく情報を伝達する

【記入例】

- ・検査の結果、〇〇〇〇の数値が高いことから本人には食事面の指導を重点的に行いました。また、瘤破裂が発生する可能性がありますので、職場においては不規則な食事時間を改善できるように勤務形態の見直しをすることと、身体的負荷が大きい作業は控えることが望まれます。
- ・検査の結果、心筋虚血の可能性があることが認められました。精査をお勧めするとともに、恒常的に時間外労働が多いので、睡眠が十分確保できるように勤務シフトの見直しの検討などをお願いします。
- ・短時間で食事を済ませるために食事内容に偏りが見られます。休憩時間（昼食時間）を確実に確保できるような取組や定期的に運動ができるような取組を検討してください。
- ・残業時間は月 60 時間未満ですが、検査結果、飲酒回数、飲酒量、喫煙状況及び運動不足等から産業医等による面接指導を実施し、生活習慣の改善と治療を開始することが望まれます。労働時間が増加することのないよう配慮してください。
- ・検査の結果、〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇〇が高めです。放置すると動脈硬化症を進行させる原因となります。規則正しい食事や適度な運動を励行して体重減少に努めるよう指導しました。不規則な勤務時間、時間外労働時間の増加を避け、睡眠時間を確保できるよう配慮してください。

4 就業上の措置又は配慮すべき事項は特にないと判断した結果を記入する視点

☆ 一次健康診断で産業医等が異常の所見があると診断した項目に対応した視点をも
って記入する

【記入例】

- ・検査の結果、現時点では就業上の問題点は抽出されませんでしたが、受診者は血圧を気にかけているようですのでご注意ください
- ・検査の結果、現時点では〇〇〇〇に異常が認められませんでした。今後も長時間労働を避け、〇〇〇〇の数値が上昇した場合は速やかに医療機関を受診させるようご注意ください。

労災保険障害等級表

(労働者災害補償保険法施行規則別表第一)

障 害 等 級	身 体 障 害
第 1 級 当該障害の存する期間 1年につき給付基礎日 額の 313 日分	1 両眼が失明したもの 2 そしゃく及び言語の機能を廃したもの 3 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 4 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 5 削除 6 両上肢をひじ関節以上で失ったもの 7 両上肢の用を全廃したもの 8 両下肢をひざ関節以上で失ったもの 9 両下肢の用を全廃したもの
第 2 級 当該障害の存する期間 1年につき給付基礎日 額の 277 日分	1 1眼が失明し、他眼の視力が 0.02 以下になったもの 2 両眼の視力が 0.02 以下になったもの 2の2 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 2の3 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 3 両上肢を手関節以上で失ったもの 4 両下肢を足関節以上で失ったもの
第 3 級 当該障害の存する期間 1年につき給付基礎日 額の 245 日分	1 1眼が失明し、他眼の視力が 0.06 以下になったもの 2 そしゃく又は言語の機能を廃したもの 3 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 4 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 5 両手の手指の全部を失ったもの
第 4 級 当該障害の存する期間 1年につき給付基礎日 額の 213 日分	1 両眼の視力が 0.06 以下になったもの 2 そしゃく及び言語の機能に著しい障害を残すもの 3 両耳の聴力を全く失ったもの 4 1上肢をひじ関節以上で失ったもの 5 1下肢をひざ関節以上で失ったもの 6 両手の手指の全部の用を廃したもの 7 両足をリスフラン関節以上で失ったもの
第 5 級 当該障害の存する期間 1年につき給付基礎日 額の 184 日分	1 1眼が失明し、他眼の視力が 0.1 以下になったもの 1の2 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 1の3 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 2 1上肢を手関節以上で失ったもの 3 1下肢を足関節以上で失ったもの 4 1上肢の用を全廃したもの 5 1下肢の用を全廃したもの 6 両足の足指の全部を失ったもの
第 6 級 当該障害の存する期間 1年につき給付基礎日 額の 156 日分	1 両眼の視力が 0.1 以下になったもの 2 そしゃく又は言語の機能に著しい障害を残すもの 3 両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの

障 害 等 級	身 体 障 害
	3の2 1 耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 4 せき柱に著しい変形又は運動障害を残すもの 5 1 上肢の 3 大関節中の 2 関節の用を廃したもの 6 1 下肢の 3 大関節中の 2 関節の用を廃したもの 7 1 手の 5 の手指又は母指を含み 4 の手指を失ったもの
第 7 級 当該障害の存する期間 1 年につき給付基礎日額の 131 日分	1 1 眼が失明し、他眼の視力が 0.6 以下になったもの 2 両耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 2の2 1 耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 3 神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの 4 削除 5 胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの 6 1 手の母指を含み 3 の手指又は母指以外の 4 の手指を失ったもの 7 1 手の 5 の手指又は母指を含み 4 の手指の用を廃したもの 8 1 足をリスフラン関節以上で失ったもの 9 1 上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 10 1 下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 11 両足の足指の全部の用を廃したもの 12 外貌に著しい醜状を残すもの 13 両側のこう丸を失ったもの
第 8 級 給付基礎日額の 503 日分	1 1 眼が失明し、又は 1 眼の視力が 0.02 以下になったもの 2 せき柱に運動障害を残すもの 3 1 手の母指を含み 2 の手指又は母指以外 3 の手指を失ったもの 4 1 手の母指を含み 3 の手指又は母指以外の 4 の手指の用を廃したもの 5 1 下肢を 5 センチメートル以上短縮したもの 6 1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の用を廃したもの 7 1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の用を廃したもの 8 1 上肢に偽関節を残すもの 9 1 下肢に偽関節を残すもの 10 1 足の足指の全部を失ったもの
第 9 級 給付基礎日額の 391 日分	1 両眼の視力が 0.6 以下になったもの 2 1 眼の視力が 0.06 以下になったもの 3 両眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの 4 両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの 5 鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの 6 そしゃく及び言語の機能に障害を残すもの 6の2 両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 6の3 1 耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの 7 1 耳の聴力を全く失ったもの 7の2 神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当

障 害 等 級	身 体 障 害
	な程度に制限されるもの 7 の 3 胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの 8 1 手の母指又は母指以外の 2 の手指を失ったもの 9 1 手の母指を含み 2 の手指又は母指以外の 3 の手指の用を廃したもの 10 1 足の第 1 の足指を含み 2 以上の足指を失ったもの 11 1 足の足指の全部の用を廃したもの 11 の 2 外貌に相当程度の醜状を残すもの 12 生殖器に著しい障害を残すもの
第 10 級 給付基礎日額の 302 日分	1 1 眼の視力が 0.1 以下になったもの 1 の 2 正面視で複視を残すもの 2 そしゃく又は言語の機能に障害を残すもの 3 1 4 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの 3 の 2 両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの 4 1 耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの 5 削除 6 1 手の母指又は母指以外の 2 の手指の用を廃したもの 7 1 下肢を 3 センチメートル以上短縮したもの 8 1 足の第 1 の足指又は他の 4 の足指を失ったもの 9 1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に著しい障害を残すもの 10 1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に著しい障害を残すもの
第 11 級 給付基礎日額の 223 日分	1 両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの 2 両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの 3 1 眼のまぶたに著しい欠損を残すもの 3 の 2 1 0 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの 3 の 3 両耳の聴力が 1 メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの 4 1 耳の聴力が 40 センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 5 せき柱に変形を残すもの 6 1 手の示指、中指又は環指を失ったもの 7 削除 8 1 足の第 1 の足指を含み 2 以上の足指の用を廃したもの 9 胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの
第 12 級 給付基礎日額の 156 日分	1 1 眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの 2 1 眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの 3 7 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの 4 1 耳の耳かくの大部分を欠損したもの 5 鎖骨、胸骨、ろく骨、肩こう骨又は骨盤骨に著しい変形を残すもの 6 1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に障害を残すもの 7 1 下肢の 3 大関節中の 1 関節の機能に障害を残すもの 8 長管骨に変形を残すもの 8 の 2 1 手の小指を失ったもの 9 1 手の示指、中指又は環指の用を廃したもの

障 害 等 級	身 体 障 害
	10 1 足の第2の足指を失ったもの、第2の足指を含み2の足指を失ったもの又は第3の足指以下の3の足指を失ったもの 11 1 足の第1の足指又は他の4の足指の用を廃したもの 12 局部にがん固な神経症状を残すもの 13 削除 14 外貌に醜状を残すもの
第 13 級 給付基礎日額の 101 日分	1 1 眼の視力が 0.6 以下になったもの 2 1 眼に半盲症、視野狭さく又は視野変状を残すもの 2 の 2 正面視以外で複視を残すもの 3 両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの 3 の 2 5 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの 3 の 3 胸腹部臓器の機能に障害を残すもの 4 1 手の小指の用を廃したもの 5 1 手の母指の指骨の一部を失ったもの 6 削除 7 削除 8 1 下肢を 1 センチメートル以上短縮したもの 9 1 足の第3の足指以下の1又は2の足指を失ったもの 10 1 足の第2の足指の用を廃したもの、第2の足指を含み2の足指の用を廃したもの又は第3の足指以下の3の足指の用を廃したもの
第 14 級 給付基礎日額の 56 日分	1 1 眼のまぶたの一部に欠損を残し、又はまつげはげを残すもの 2 3 歯以上に対し歯科補てつを加えたもの 2 の 2 1 耳の聴力が 1 メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの 3 上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 4 下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの 5 削除 6 1 手の母指以外の手指の指骨の一部を失ったもの 7 1 手の母指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの 8 1 足の第3の足指以下の1又は2の足指の用を廃したもの 9 局部に神経症状を残すもの

・アフターケア傷病別実施要項

○ せき髄損傷に係るアフターケア

対象者	せき髄損傷者であって、労働者災害補償保険法による障害等級（以下「障害等級」という。）第3級以上の給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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。 なお、医学的に特に必要があると認められる時は、障害等級第4級以下の給付を受けている方についても行うことができます。												
措置範囲	ア 診 察：原則、1か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 保健のための処置 （ア）褥瘡処置 ① 褥瘡が生じている方に対し、その症状に応じて行う。療養（補償）給付の対象となる褥瘡は、アフターケアの対象となりません。したがって、若干の通院又は投薬で回復する程度の褥瘡を対象とします。 ② 医師が必要と認めた場合、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼ及び絆創膏が支給できます。 （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、自宅等で使用するためのカテーテル、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む。）及び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を対象。 ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬 ③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 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 エ 検 査 <table><tr><td>① 尿検査（尿培養検査を含む。）</td><td>診察の都度、必要に応じて実施</td></tr><tr><td>② C R P 検査</td><td>1年に2回程度</td></tr><tr><td>③ 末梢血液一般・生化学的検査</td><td rowspan="3">1年に1回程度</td></tr><tr><td>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む。</td></tr><tr><td>⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査</td></tr><tr><td>⑥ 損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線、C T M R I 検査</td><td>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</td></tr></table>			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 C R P 検査	1年に2回程度	③ 末梢血液一般・生化学的検査	1年に1回程度	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む。	⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	⑥ 損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線、C T M R I 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
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 C R P 検査	1年に2回程度												
③ 末梢血液一般・生化学的検査	1年に1回程度												
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む。													
⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査													
⑥ 損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線、C T M R I 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												
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して5年間。												

○ 頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア

対象者	次の①～③に掲げる傷病に罹患した方であって、障害等級第9級以上の給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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。 なお、頸肩腕障害とは、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、手及び指に発生した運動器の障害をいいます。 ① 頭頸部外傷症候群 ② 頸肩腕障害 ③ 腰痛 また、医学的に特に必要があると認められるときは、障害等級第10級以下の給付を受けている方についても行われます。		
措置範囲	ア 診 察：原則として、1か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 保健のための処置 (ア) 神経系機能賦活薬 (イ) 向精神薬（頭頸部外傷症候群に限る） (ウ) 筋弛緩薬 (エ) 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む。） (オ) 循環改善薬（鎮痙薬、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。 エ 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
健康管理手帳の有効期間	交付日から起算して2年間。 なお、更新による再交付はできません。

○ 尿路系障害に係るアフターケア

対象者	尿道狭さくの障害を残す方又は尿路変向術を受けた方で、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）のうち、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	ア 診 察：原則として、1～3か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 保健のための処置 (ア) 尿道ブジー（誘導ブジーを含む。） ① シャリエ式尿道ブジー第20番が辛うじて通り、時々拡張術を行う必要があるものの回数は、1～4か月に1回程度。 ② シャリエ式尿道ブジー第16番程度又は第19番程度により拡張術を要するものの回数は、目標番数（通常は20番）に達するまでの3～6か月は週1回程度とし、目標番数に達した後は、1～4か月に1回（尿道の状態の確認のための尿道ブジー）。 ③ シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下のブジーにより拡張術を要するものの回数は、上記②と同様。 ④ 糸状ブジーが辛うじて通るものは、再発として取り扱うものです。 (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、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む。）及び滅菌ガーゼを支給できます。 エ 薬剤の支給 ① 止血薬 ② 抗菌薬（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 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 （①～⑤の薬剤については、尿道ブジー及び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。） オ 検 査 <table border="1"> <tr> <td>① 尿検査（尿培養検査を含む。）</td><td>1～3か月に1回程度</td></tr> <tr> <td>② 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>1年に2回程度</td></tr> <tr> <td>③ CRP検査</td><td></td></tr> <tr> <td>④ エックス線検査</td><td>1年に1回程度</td></tr> <tr> <td>⑤ 腹部超音波検査</td><td></td></tr> <tr> <td>⑥ CT検査</td><td>代用膀胱を造設した方に対し、1年に1回程度</td></tr> </table>	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	1年に2回程度	③ CRP検査		④ エックス線検査	1年に1回程度	⑤ 腹部超音波検査		⑥ CT検査	代用膀胱を造設した方に対し、1年に1回程度
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	1年に2回程度												
③ CRP検査													
④ エックス線検査	1年に1回程度												
⑤ 腹部超音波検査													
⑥ CT検査	代用膀胱を造設した方に対し、1年に1回程度												
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1年間。												

○ 慢性肝炎に係るアフターケア

対象者	ウイルス肝炎に罹患した方であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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	ア 診 察 (ア) HB e抗原陽性の方及びC型肝炎ウイルス感染している方は原則として1か月に1回程度 (イ) HB e抗原陰性の方は原則として6か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 検 査 <table border="1"> <tr> <td>① 末梢血液一般検査</td><td>6か月に1回程度</td></tr> <tr> <td>② 生化学的検査</td><td>(ア) HB e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) HB e抗原陰性者は、6か月に1回程度</td></tr> <tr> <td>③ 腹部超音波検査</td><td>6か月に1回程度</td></tr> <tr> <td>④ B型肝炎ウイルス感染マーカー</td><td rowspan="4">医学的に特に必要と認められる場合に限る。</td></tr> <tr> <td>⑤ HCV抗体</td></tr> <tr> <td>⑥ HCV-RNA同定（定性）検査</td></tr> <tr> <td>⑦ AFP（α-フェトプロテイン）</td></tr> </table>	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) HB e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) HB e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	医学的に特に必要と認められる場合に限る。	⑤ HCV抗体	⑥ HCV-RNA同定（定性）検査	⑦ AFP（α-フェトプロテイン）
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) HB e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) HB e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	医学的に特に必要と認められる場合に限る。											
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 P I V K A - II ⑨ プロトンビン時間検査 ⑩ C T 検査	
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1年間。	

○ 白内障等の眼疾患に係るアフターケア

対象者	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であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）のうち、医学的にアフターケアの実施が早期に必要であると認められる方。 なお、医学的に特に必要があると認められるときは、眼疾患の傷病者であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限る。）についてもアフターケアを行うことができます。	
措置範囲	ア 診 察：原則として、1 か月に1 回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 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うもの。 （イ）薬剤の支給 ① 外用薬 ② 眼圧降下薬 エ 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
	※眼底三次元画像解析については「緑内障」の傷病が確認できる場合に限りします。	
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して2 年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1 年間。	

○ 振動障害に係るアフターケア

対象者	振動障害の傷病者であって、労働者災害補償保険法による障害補償給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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	ア 診 察：原則として、1 か月に 2 回ないし 4 回程度（寒冷期においては、医師の意見を踏まえその必要とする回数） イ 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するもの。 ウ 保健のための処置 (ア) 理学療法：診察の結果、医師の意見を踏まえ、必要と認められる場合。 (イ) 注射：診察の結果、医師が特に必要と認めた場合、一時的な消炎・鎮痛のため。 (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、B12、E 剤 ④ C a 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。） エ 検 査 <table><tr><td>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）常温下痛覚・振動覚検査 （ii）冷水負荷痛覚・振動覚検査 （iii）神経伝導速度検査 （ただし、遅発性尺骨神経麻痺の場合にのみ行う。） ⑤ 末梢運動機能検査 握力の検査</td><td>1 年に 1 回程度</td></tr><tr><td>⑥ 手関節及び肘関節のエックス線検査</td><td>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</td></tr></table>		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）常温下痛覚・振動覚検査 （ii）冷水負荷痛覚・振動覚検査 （iii）神経伝導速度検査 （ただし、遅発性尺骨神経麻痺の場合にのみ行う。） ⑤ 末梢運動機能検査 握力の検査	1 年に 1 回程度	⑥ 手関節及び肘関節のエックス線検査	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
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）常温下痛覚・振動覚検査 （ii）冷水負荷痛覚・振動覚検査 （iii）神経伝導速度検査 （ただし、遅発性尺骨神経麻痺の場合にのみ行う。） ⑤ 末梢運動機能検査 握力の検査	1 年に 1 回程度					
⑥ 手関節及び肘関節のエックス線検査	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					

健康管理手帳 の有効期間	ア 新規の交付 : 交付日から起算して2年間。 イ 更新による再交付 : 有効期間満了日の翌日から起算して1年間。
-----------------	--

○ 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に係るアフターケア

対象者	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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。 なお、医学的に特に必要があると認められるときは、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けていない方（症状固定した方に限る。）についても行うことができます。							
措置範囲	ア 診 察：原則として、3～6 か月に 1 回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 保健のための処置：鎮痛・消炎薬（外用薬を含む。） エ 検 査 <table><tr><td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>3～6 か月に 1 回程度</td></tr><tr><td>② エックス線検査</td><td></td></tr><tr><td>③ シンチグラム、C T、M R I 等検査</td><td>医学的に特に必要と認められる場合に限る。</td></tr></table>		① 末梢血液一般・生化学的検査	3～6 か月に 1 回程度	② エックス線検査		③ シンチグラム、C T、M R I 等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。
① 末梢血液一般・生化学的検査	3～6 か月に 1 回程度							
② エックス線検査								
③ シンチグラム、C T、M R I 等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。							
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1年間。							

○ 人工関節・人工骨頭置換に係るアフターケア

対象者	人工関節及び人工骨頭を置換した方であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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	ア 診 察 ： 原則として、3～6 か月に1 回程度	
	イ 保健指導 ： 診察の都度	
	ウ 保健のための処置 ： 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む。）	
	エ 検 査	
	① 末梢血液一般・生化学的検査	3～6 か月に1 回程度
	② エックス線検査	
	③ C R P 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。
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付 ： 交付日から起算して3 年間。 イ 更新による再交付 ： 有効期間満了日の翌日から起算して1 年間。	

○ 慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケア

対象者	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であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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	ア 診 察：原則として、1～3か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 保健のための処置 （ア）抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む。） （イ）鎮痛・消炎薬（外用薬を含む。） エ 検 査 <table><tr><td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>1～3か月に1回程度</td></tr><tr><td>② 細菌検査</td><td>診察の都度、必要に応じて実施</td></tr><tr><td>③ C R P 検査</td><td>1年に2回程度</td></tr><tr><td>④ エックス線検査</td><td>3～6か月に1回程度</td></tr><tr><td>⑤ シンチグラム、C T、M R I 等検査</td><td>医学的に特に必要と認められる場合に限る。</td></tr></table>		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 C R P 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、C T、M R I 等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。
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 C R P 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、C T、M R I 等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。											
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1年間。											

○ 虚血性心疾患等に係るアフターケア

対象者	ア 虚血性心疾患にり患した方 虚血性心疾患にり患した方であって、障害等級第9級以上の障害補償給付を受けている方又
-----	--

	は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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。 なお、医学的に特に必要があると認めるときは、障害等級第 10 級以下の障害補償給付を受けている方についても行うことができます。 イ ペースメーカ等を植え込んだ方 ペースメーカ等を植え込んだ方であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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	ア 診 察 (7) 虚血性心疾患にり患した方 原則として、1 か月に 1 回程度 (4) ペースメーカ等を植え込んだ方 原則として、1 ～ 3 か月に 1 回程度 イ 保健指導 : 診察の都度 ウ 保健のための処置 (7) ペースメーカ又は除細動器の定期チェック ペースメーカ又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。 (4) 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 エ 検 査 (7) 虚血性心疾患にり患した方 <table border="1"> <tr> <td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>1 か月に 1 回程度</td></tr> <tr> <td>② 尿検査</td><td></td></tr> <tr> <td>③ 心電図検査（安静時及び負荷検査）</td><td></td></tr> <tr> <td>④ 胸部エックス線検査</td><td></td></tr> <tr> <td>⑤ ホルター心電図検査</td><td>医学的に特に必要と認められる場合に限る。</td></tr> <tr> <td>⑥ 心臓超音波検査</td><td></td></tr> <tr> <td>⑦ 心臓核医学検査</td><td></td></tr> </table> (4) ペースメーカ又は除細動器を植え込んだ方 <table border="1"> <tr> <td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>1 ～ 6 か月に 1 回程度</td></tr> <tr> <td>② 尿検査</td><td></td></tr> <tr> <td>③ 心電図検査（安静時及び負荷検査）</td><td></td></tr> <tr> <td>④ 胸部エックス線検査</td><td>6 か月に 1 回程度</td></tr> <tr> <td>⑤ ホルター心電図検査</td><td>1 年に 1 回程度</td></tr> <tr> <td>⑥ 心臓超音波検査</td><td>医学的に特に必要と認められる場合に限る。</td></tr> <tr> <td>⑦ 心臓核医学検査</td><td></td></tr> </table>	① 末梢血液一般・生化学的検査	1 か月に 1 回程度	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		⑤ ホルター心電図検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。	⑥ 心臓超音波検査		⑦ 心臓核医学検査		① 末梢血液一般・生化学的検査	1 ～ 6 か月に 1 回程度	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	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	医学的に特に必要と認められる場合に限る。	⑦ 心臓核医学検査	
① 末梢血液一般・生化学的検査	1 か月に 1 回程度																												
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																													
⑤ ホルター心電図検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。																												
⑥ 心臓超音波検査																													
⑦ 心臓核医学検査																													
① 末梢血液一般・生化学的検査	1 ～ 6 か月に 1 回程度																												
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	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	医学的に特に必要と認められる場合に限る。																												
⑦ 心臓核医学検査																													
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して 3 年間。 イ 更新による再交付 (7) 虚血性心疾患にり患した方 有効期間満了日の翌日から起算して 1 年間。 (4) ペースメーカ等を植え込んだ方 有効期間満了日の翌日から起算して 5 年間。																												

○ 尿路系腫瘍に係るアフターケア

対象者	尿路系腫瘍にり患し、労働者災害補償保険法による療養補償給付を受けている方であって、この尿路系腫瘍が症状固定したと認められる方のうち、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	ア 診 察 : 原則として、1 か月に 1 回程度 イ 保健指導 : 診察の都度 ウ 保健のための処置 (7) 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限る（投与期間は症状固定後 1 年以内とする。）。 (4) 抗菌薬（抗生物質を含む。） エ 検 査 <table border="1"> <tr> <td>① 尿検査（尿培養検査を含む。）</td><td>1 か月に 1 回程度</td></tr> </table>	① 尿検査（尿培養検査を含む。）	1 か月に 1 回程度
① 尿検査（尿培養検査を含む。）	1 か月に 1 回程度		

		② 尿細胞診検査		
		③ 内視鏡検査 ④ 超音波検査 ⑤ 腎盂造影検査 ⑥ C T 検査	3 ～ 6 か月に 1 回程度	
健康管理手帳の有効期間	ア	新規の交付：交付日から起算して 3 年間。		
	イ	更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して 1 年間。		

○ 脳の器質性障害に係るアフターケア

対象者	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であって、障害等級第9級以上の障害(補償)給付を受けている方又は受ける見込まれる方(症状固定した方に限る。)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。 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。) 医学的に特に必要があると認められるときは、上記に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方であって、障害等級第10級以下の障害(補償)給付を受けている方についても行うことができます。
措置範囲	ア 診 察 原則として、1か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 保健のための処置 (ア) 精神療法及びカウンセリング アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するため保健上の措置であることから、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ことから、次の処置及び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：褥瘡が生じている方に対し、その症状に応じて行うもの。 療養(補償)給付の対象となる褥瘡は、アフターケアの対象となりません。 したがって、症状が若干の通院又は投薬で回復する程度の褥瘡を対象とします。 また、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及び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、自宅等で使用するためのカテーテル、カテーテル用消毒液(洗浄剤及び潤滑剤を含む。)及び滅菌ガーゼが支給できます。 (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(外用薬を含む。) 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及び同発症のおそれのある方に対して支給。) ⑧ 循環改善薬(鎮痙薬、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。 上記のほか、四肢麻痺等が出現した方については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給することができます。 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及び褥瘡のある方を対象。 ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬 ③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬 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む。 ⑤ 末梢神経障害治療薬 ⑥ 整腸薬、下剤及び浣腸薬 エ 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、対象傷病による調節障害もあるが、業務上の事由又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、これとの鑑別上必要な場合に実施する。)
	⑥ 前庭平衡機能検査	1年に1回程度(めまい感又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する。)
	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については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、必要に応じて次の検査を各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(残尿測定検査を含む。) 残尿測定検査は、超音波によるものを含む。 ④ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	1年に1回程度
	⑤ 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
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付 (ア) 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)及び減圧症にり患した方・・・交付日から起算して2年間。 (イ) 脳血管疾患及び有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒(炭鉱災害によるものを除く)を除く)にり患した方・・・交付日から起算して3年間 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1年間。	

○ 外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア

対象者	外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も激しい疼痛が残存する方であって、障害等級第12級以上の障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限る。)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	ア 診 察 : 原則として、1か月に1～2回程度 イ 保健指導 : 診察の都度 ウ 保健のための処置 (ア) 注 射 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り、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。(静脈注射 及び点滴注射は認められません。) (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(疼痛の治療や処置に効果が認められている抗うつ薬、抗けいれん薬に限る。) エ 検 査 <table><tr><td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>1か月に1回程度</td></tr><tr><td>② 尿検査</td><td></td></tr><tr><td>③ エックス線検査</td><td>医学的に特に必要と認められる場合に限り、</td></tr><tr><td>④ 骨シンチグラフィ検査</td><td>1年に2回程度</td></tr></table>		① 末梢血液一般・生化学的検査	1か月に1回程度	② 尿検査		③ エックス線検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、	④ 骨シンチグラフィ検査	1年に2回程度
① 末梢血液一般・生化学的検査	1か月に1回程度									
② 尿検査										
③ エックス線検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、									
④ 骨シンチグラフィ検査	1年に2回程度									
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付 : 交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付 : 有効期間満了日の翌日から起算して1年間。									

○ 熱傷に係るアフターケア

対象者	熱傷の傷病者であって、醜状障害として障害等級第14級以上の障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限る。)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	ア 診 察：原則として、1か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度	

	ウ 保健のための処置 (ア) 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む） (イ) 血行促進剤（外用薬を含む） (ウ) 抗菌薬（外用薬を含む） (エ) 皮膚保湿剤 (オ) 皮膚保護剤 (カ) 抗アレルギー薬 (キ) 末梢神経障害治療薬 (ク) 神経障害性疼痛治療薬 エ 検 査				
	<table border="1"> <tr> <td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>1年に1回程度</td></tr> <tr> <td>② 尿検査</td><td></td></tr> </table>	① 末梢血液一般・生化学的検査	1年に1回程度	② 尿検査	
① 末梢血液一般・生化学的検査	1年に1回程度				
② 尿検査					
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1年間。				

○ 精神障害に係るアフターケア

対象者	心理的負荷を原因として精神障害を発病した方を対象とし、労働者災害補償保険法による療養補償給付を受けていた方であって、この精神障害が症状固定した方のうち、次のア～エに掲げる後遺症状によって、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。 ア 気分の障害（抑うつ、不安等） イ 意欲の障害（低下等） ウ 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害 エ 記憶の障害又は知的能力の障害						
措置範囲	ア 診 察：原則として、1か月に1回程度 イ 保健指導：診察の都度 ウ 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 ① 後遺症状として気分の障害又は慢性化した幻覚性の障害若しくは慢性化した妄想性の障害があると認められる方については、診察の都度、必要に応じて専門の医師による精神療法及びカウンセリングを行うことができます。 ② アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、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あることから、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) 薬剤の支給 ① 向精神薬 ② 神経系機能賦活薬 エ 検 査						
	<table border="1"> <tr> <td>① 心理検査</td><td>1年に2回程度</td></tr> <tr> <td>② 脳波検査、CT、MRI検査</td><td></td></tr> <tr> <td>③ 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>向精神薬を使用している場合に、1年に2回程度</td></tr> </table>	① 心理検査	1年に2回程度	② 脳波検査、CT、MRI検査		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
① 心理検査	1年に2回程度						
② 脳波検査、CT、MRI検査							
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						
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付・・・交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付・・・有効期間満了日の翌日から起算して1年間。						

○ 循環器障害に係るアフターケア

対象者	ア 心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方又は人工弁に置換した方であって、労働者災害補償保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限る。）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 イ 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												
措置範囲	ア 診 察：原則として、1～3か月に1回程度必要 イ 保健指導：診察の都度 ウ 保健のための処置 ① 抗不整脈薬 ② 心機能改善薬 ③ 循環改善薬（利尿薬を含む。） 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。） ⑤ 血液凝固阻止薬（人工弁又は人工血管に置換した方。） エ 検 査												
	<table border="1"> <tr> <td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td>1～6か月に1回程度</td></tr> <tr> <td>② 尿検査</td><td></td></tr> <tr> <td>③ 心電図検査（安静時及び負荷検査）</td><td>3～6か月に1回程度</td></tr> <tr> <td>④ エックス線検査</td><td></td></tr> <tr> <td>⑤ 心音図検査</td><td>人工弁に置換した方に対し、3～6か月に1回程度</td></tr> <tr> <td>⑥ 心臓超音波検査</td><td>人工弁又は人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度</td></tr> </table>	① 末梢血液一般・生化学的検査	1～6か月に1回程度	② 尿検査		③ 心電図検査（安静時及び負荷検査）	3～6か月に1回程度	④ エックス線検査		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	人工弁又は人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度
① 末梢血液一般・生化学的検査	1～6か月に1回程度												
② 尿検査													
③ 心電図検査（安静時及び負荷検査）	3～6か月に1回程度												
④ エックス線検査													
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	人工弁又は人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度												

	⑦ C R P 検査	人工弁又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 C T又はMR I 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。
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付 (7) 心臓弁を損傷した方及び心膜の病変を残す方 有効期間満了日の翌日から起算して1年間。 (4) 人工弁又は人工血管に置換した方 有効期間満了日の翌日から起算して5年間。	

○ 呼吸機能障害に係るアフターケア

対象者	呼吸機能障害を残す方であって、労働者災害補償保険法による障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限る。)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	ア 診 察：原則として、1か月に1回程度 イ 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するものとします。 ただし、私病であるニコチン依存症の治療は行えません。 ウ 保健のための処置 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。) エ 検 査 <table><tr><td>① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td rowspan="5">1年に2回程度</td></tr><tr><td>② C R P検査</td></tr><tr><td>③ 喀痰細菌検査</td></tr><tr><td>④ スパイログラフィー検査</td></tr><tr><td>⑤ 胸部エックス線検査</td></tr><tr><td>⑥ 血液ガス分析</td><td>1年に2～4回程度</td></tr><tr><td>⑦ 胸部C T検査</td><td>1年に1回程度</td></tr></table>		① 末梢血液一般・生化学的検査	1年に2回程度	② C R P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	⑥ 血液ガス分析	1年に2～4回程度	⑦ 胸部C T検査	1年に1回程度
① 末梢血液一般・生化学的検査	1年に2回程度											
② C R P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												
⑥ 血液ガス分析	1年に2～4回程度											
⑦ 胸部C T検査	1年に1回程度											
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付：交付日から起算して3年間。 イ 更新による再交付：有効期間満了日の翌日から起算して1年間。											

○ 消化器障害に係るアフターケア

対象者	消化吸収障害等を残す方又は消化器ストマを造設した方であって、労働者災害補償保険法による障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限る。)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	ア 診 察 : 原則として、1 か月に 1 回程度 イ 保健指導 : 診察の都度 ウ 保健のための処置 (7) ストマ処置 (1) 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） 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。） エ 検 査 <table border="1" data-bbox="400 562 1450 725"> <tr> <td data-bbox="400 562 914 600">① 末梢血液一般・生化学的検査</td><td data-bbox="914 562 1450 600">3 か月に 1 回程度</td></tr> <tr> <td data-bbox="400 600 914 629">② 尿検査</td><td data-bbox="914 600 1450 629"></td></tr> <tr> <td data-bbox="400 629 914 658">③ 腹部超音波検査</td><td data-bbox="914 629 1450 658" rowspan="3">医学的に特に必要と認められる場合に限る。</td></tr> <tr> <td data-bbox="400 658 914 687">④ 消化器内視鏡検査（E R C P を含む。）</td></tr> <tr> <td data-bbox="400 687 914 725">⑤ 腹部エックス線検査 ⑥ 腹部 C T 検査</td></tr> </table>	① 末梢血液一般・生化学的検査	3 か月に 1 回程度	② 尿検査		③ 腹部超音波検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。	④ 消化器内視鏡検査（E R C P を含む。）	⑤ 腹部エックス線検査 ⑥ 腹部 C T 検査
① 末梢血液一般・生化学的検査	3 か月に 1 回程度								
② 尿検査									
③ 腹部超音波検査	医学的に特に必要と認められる場合に限る。								
④ 消化器内視鏡検査（E R C P を含む。）									
⑤ 腹部エックス線検査 ⑥ 腹部 C T 検査									
健康管理手帳の有効期間	ア 新規の交付 : 交付日から起算して 3 年間。 イ 更新による再交付 : 有効期間満了日の翌日から起算して 1 年間。								

(腰痛)

【業務上腰痛の認定基準等について】

(昭和 51 年 10 月 16 日基発第 750 号)

腰痛の業務上外の取扱い等については、昭和 43 年 2 月 21 日付け基発第 73 号通達をもって示しているところであるが、その後の医学的情報等について「腰痛の業務上外の認定基準の検討に関する専門家会議」において検討を続けてきたところ今般その結論が得られたので、下記のとおり改訂することとし、これに伴い上記通達を廃止するので、今後の事務処理に遺憾のないよう万全を期されたい。

なお、本通達の解説部分は認定基準の細目等を定めたものであり、通達本文と一体のものとして取り扱われるべきものであるので念のため申し添える。

記

1 災害性の原因による腰痛

業務上の負傷(急激な力の作用による内部組織の損傷を含む。以下同じ。)に起因して労働者に腰痛が発症した場合で、次の二つの要件のいずれをも満たし、かつ、医学上療養を必要とするときは、当該腰痛は労働基準法施行規則(以下「労基則」という。)別表第 1 の 2 第 1 号に該当する疾病として取り扱う。

- (1) 腰部の負傷又は腰部の負傷を生ぜしめたと考えられる通常の動作と異なる動作による腰部に対する急激な力の作用が業務遂行中に突発的なできごととして生じたと明らかに認められるものであること。
- (2) 腰部に作用した力が腰痛を発症させ、又は腰痛の既往症若しくは基礎疾患を著しく増悪させたと医学的に認めるに足りるものであること。

2 災害性の原因によらない腰痛

重量物を取り扱う業務等腰部に過度の負担のかかる業務に従事する労働者に腰痛が発症した場合で当該労働者の作業態様、従事期間及び身体的条件からみて、当該腰痛が業務に起因して発症したものと認められ、かつ、医学上療養を必要とするものについては、労基則別表第 1 の 2 の第 3 号 2 に該当する疾病として取り扱う。

〔解説〕

1 災害性の原因による腰痛

- (1) ここでいう災害性の原因とは、通常一般にいう負傷のほか、突発的なできごとで急激な力の作用により内部組織(特に筋、筋膜、靱帯等の軟部組織)の損傷を引き起こすに足りる程度のものが認められることをいう。
- (2) 災害性の原因による腰痛を発症する場合の例としては、次のような事例があ

げられる。

イ 重量物の運搬作業中に転倒したり、重量物を 2 人がかりで運搬する最中にそのうちの 1 人の者が滑って肩から荷をはずしたりしたような事故的な事由により瞬時に重量が腰部に負荷された場合

ロ 事故的な事由はないが重量物の取扱いに当たってその取扱い物が予想に反して著しく重かったり、軽かったりするときや、重量物の取扱いに不適当な姿勢をとったときに脊柱を支持するための力が腰部に異常に作用した場合

- (3) 本文記の 1 の (1) で「腰部の負傷を生ぜしめたと考えられる通常の動作と異なる動作による腰部に対する急激な力の作用が業務遂行中に突発的なできごととして生じたと明らかに認められるものであること」を認定の要件としたのは、腰部は常に体重の負荷を受けながら屈曲、伸展、回旋等の運動を行っているが、労働に際して何らかの原因で腰部にこれらの通常の運動と異なる内的な力が作用していわゆる「ぎっくり腰」等の腰痛が発症する場合があるので、前記(2)に該当するような災害性の原因が認められた場合に発症した腰痛を業務上の疾病として取り扱うこととしたことによるものである。

ぎっくり腰等の腰痛は、一般的には漸時軽快するものであるが、ときには発症直後に椎間板ヘルニアを発症したり、あるいは症状の動揺を伴いながら後になって椎間板ヘルニアの症状が顕在化することもあるので椎間板ヘルニアを伴う腰痛についても災害性の原因による腰痛として補償の対象となる場合のあることに留意すること。

- (4) 本文記の 1 の (2) で「腰部に作用した力が腰痛を発症させ、又は腰痛の既往症若しくは基礎疾患を著しく増悪させたと医学的に認めるに足りるものであること」を認定要件としたのは、腰痛の既往症又は基礎疾患(例えば椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、腰椎分離症、すべり症等)のある労働者であって腰痛そのものは消退又は軽快している状態にあるとき、業務遂行中に生じた前記の災害性の原因により再び発症又は増悪し、療養を要すると認められることもあるので、これらの腰痛についても業務上の疾病として取り扱うことによるものである。
- (5) 本文記の 1 の (1) 及び (2) に該当しない腰痛については、たとえ業務遂行中に発症したものであっても労基則別表第 1 の 2 第 1 号に掲げる疾病には該当しない。

なお、この場合同別表第 3 号 2 に該当するか否かは別途検討を要するので留意すること。

2 災害性の原因によらない腰痛

災害性の原因によらない腰痛は、次の (1) 及び (2) に類別することができ

る。

- (1) 腰部に過度の負担のかかる業務に比較的短期間(おおむね3カ月から数年以内をいう。)従事する労働者に発症した腰痛

イ ここにいう腰部に負担のかかる業務とは、次のような業務をいう。

(イ) おおむね20kg程度以上の重量物又は軽重不同の物を繰り返し中腰で取り扱う業務

(ロ) 腰部にとって極めて不自然ないしは非生理的な姿勢で毎日数時間程度行う業務

(ハ) 長時間にわたって腰部の伸展を行うことのできない同一作業姿勢を持続して行う業務

(ニ) 腰部に著しく粗大な振動を受ける作業を継続して行う業務

ロ 腰部に過度に負担のかかる業務に比較的短期間従事する労働者に発症した腰痛の発症の機序は、主として筋、筋膜、靱帯等の軟部組織の労作の不均衡による疲労現象から起こるものと考えられる。

したがって疲労の段階で早期に適切な処置(体操、スポーツ、休養等)を行えば容易に回復するが、労作の不均衡の改善が妨げられる要因があれば療養を必要とする状態となることもあるので、これらの腰痛を業務上の疾病として取り扱うこととしたものである。

なお、このような腰痛は、腰部に負担のかかる業務に数年以上従事した後

に発症することもある。

(3) 重量物を取り扱う業務又は腰部に過度の負担のかかる作業態様の業務に相当長期間(おおむね10年以上をいう。)にわたって継続して従事する労働者に発症した慢性的な腰痛

イ ここにいう「重量物を取り扱う業務」とは、おおむね30kg以上の重量物を労働時間の3分の1程度以上取り扱う業務及びおおむね20kg以上の重量物を労働時間の半分程度以上取り扱う業務をいう。

ロ ここにいう「腰部に過度の負担のかかる作業態様の業務」とは、前記イに示した業務と同程度以上腰部に負担のかかる業務をいう。

ハ 前記イ又はロに該当する業務に長年にわたって従事した労働者に発症した腰痛については、胸腰椎に著しく病的な変性(高度の椎間板変性や椎体の辺縁隆起等)が認められ、かつ、その程度が通常の加齢による骨変化の程度を明らかに超えるものについて業務上の疾病として取り扱うこととしたものである。

エックス線上の骨変化が認められものとしては、変形性脊椎症、骨粗鬆(す)う症、腰椎分離症、すべり症等がある。この場合、変形性脊椎症は一般的な加齢による退行性変性としてみられるものが多く、骨粗鬆症は骨の代謝障害

によるものであるので腰痛の業務上外の認定に当たってはその腰椎の変化と年齢との関連を特に考慮する必要がある。腰椎分離症、すべり症及び椎間板ヘルニアについては労働の積み重ねによって発症する可能性は極めて少ない。

3 業務上外の認定に当たっての一般的な留意事項

腰痛を起こす負傷又は疾病は、多種多様であるので腰痛の業務上外の認定に当たっては傷病名にとらわれることなく、症状の内容及び経過、負傷又は作用した力の程度、作業状態(取扱い重量物の形状、重量、作業姿勢、持続時間、回数等)当該労働者の身体的条件(性別、年齢、体格等)、素因又は基礎疾患、作業従事歴、従事期間等認定上の客観的な条件のは握に努めるとともに必要な場合は専門医の意見を聴く等の方法により認定の適正を図ること。

4 治療

(1) 治療法

通常、腰痛に対する治療は、保存的療法(外科的な手術によらない治療方法)を基本とすべきである。しかし、適切な保存的療法によっても症状の改善が見られないもののうちには、手術的療法が有効な場合もある。この場合の手術方式は腰痛の原因となっている腰部の病変の種類によってそれぞれ違うものであり、手術によって腰部の病変を改善することができるか否かについては医学上慎重に考慮しなければならない。

(2) 治療の範囲

腰痛の既往症又は基礎疾患のある労働者に本文記の1又は2の事由により腰痛が発症し増悪した場合の治療の範囲は、原則としてその発症又は増悪前の状態に回復させるためのものに限る。ただし、その状態に回復させるための治療の必要上既往症又は基礎疾患の治療を要すると認められるものについては、治療の範囲に含めて差し支えない。

(3) 治療期間

業務上の腰痛は、適切な療養によればほぼ3、4カ月以内にその症状が軽快するのが普通である。特に症状の回復が遅延する場合でも1年程度の療養で消退又は固定するものと考えられる。

しかし、前記2の(2)に該当する腰痛のうち、胸腰椎に著しい病変が認められるものについては、必ずしも上記のような経過をとるとは限らない。

5 再発

業務上の腰痛がいったん治癒した後、他に明らかな原因がなく再び症状が発現し療養を要すると認められるものについては、業務上の腰痛の再発として取り扱う。

ただし、業務上の腰痛が治癒後1年以上の症状安定期を経た後に他に原因がなく再発することは非常に稀であると考ええる。

(感染症)

【C型肝炎、エイズ及びMRSA感染症に係る労災保険における取扱いについて】

(平成5年10月29日基発第619号平成22年9月9日改正 基発0909第1号)

近年、医療従事者等のC型肝炎や我が国において感染者が増加している後天性免疫不全症候群(以下「エイズ」という。)、さらにはメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(以下「MRSA」という。)感染症など、細菌、ウイルス等の病原体による感染症について社会的関心が高まっていることから、これらの感染症に係る労災請求事案を処理するため、今般、標記について下記のとおり取りまとめたので、今後の取扱いに遺漏のないよう万全を期されたい。

記

1 C型肝炎について

(1) 法令上の取扱い

ウイルス性肝炎は、昭和53年3月30日付け基発第186号「労働基準法施行規則の一部を改正する省令等の施行について」(以下「186号通達」という。)の記の第2の2の(6)のイの(ハ)及び8ニ)により、労働基準法施行規則(以下「労基則」という。)別表第1の2第6号1又は5に定める業務上の疾病に該当することとしているところであるが、その原因となるウイルスが確認されている「C型肝炎」についても、A型肝炎及びB型肝炎と同様186号通達に示すウイルス性肝炎として取り扱われるものである。

なお、ウイルス性肝炎は、現在、「ウイルス肝炎」と呼称されていることから、186号通達における「ウイルス性肝炎」を「ウイルス肝炎」と改める。

(2) C型肝炎に係る医学的事項

イ 感染源、感染経路

C型肝炎ウイルス(以下「HCV」という。)は、HCV感染者及びC型肝炎患者(以下「HCV保有者」という。)の血液等の体液(以下「血液等」という。)に含まれているとされているが、感染源として重要なものは血液である。

したがって、HCVの感染経路は、HCVに汚染された血液を媒介した感染(輸血、注射針等による)が主であるが、母子感染(母親から子への子宮内あるいは出産時における感染)又はHCV保有者との性的接触等による感染の可能性もあるといわれている。

ロ 潜伏期間

C型肝炎のうち、C型急性肝炎の潜伏期間は、HCV感染後おおむね2週

間から16週間である場合が多いが、これは感染ウイルスの量によって左右されるといわれている。

ハ 症状等

(イ) C型急性肝炎の症状は、全身倦怠感、発熱、食欲不振、嘔吐等があるが、A型肝炎やB型急性肝炎に比べ軽症例が多く、また、黄疸の出現する頻度は低いとされている。

なお、臨床症状及び肝機能検査成績からは、A型肝炎及びB型急性肝炎と鑑別することは困難であるといわれている。

(ロ) C型急性肝炎の自然治癒率は約40%で、残りの約60%が慢性化に移行するといわれている。

(ハ) 一方、C型慢性肝炎は、一般に自覚症状に乏しいが、自然治癒率は2%に満たないといわれ、無治療のままで放置すれば徐々に進展して、10年以上にわたる長期間の経過で肝硬変、さらには肝がんに移行する場合があるとされている。

ニ 診断

C型肝炎の診断は、臨床症状、肝機能検査等に加え、血液中のHCV抗体を検出する検査により行われる。

HCV抗体が陽性となるのは、C型急性肝炎の発症後おおむね1か月から3か月であるとされているが、検査方法や症例によって差がみられるといわれている。

また、最近では、HCVの有無の確認方法として、HCV-RNA(HCV遺伝子)を検出する検査が開発されている。

(3) 労災保険上の取扱い

医療機関、試験研究機関、衛生検査所等の労働者又は医療機関等が排出する感染性廃棄物を取り扱う労働者(以下「医療従事者等」という。)が、HCVの感染源であるHCV保有者の血液等に業務上接触したことに起因してHCVに感染し、C型肝炎を発症した場合には、業務上疾病として取り扱われるとともに、医学上必要な治療は保険給付の対象となる。

なお、感染性廃棄物とは、「感染性病原体(人が感染し、又は感染するおそれのある病原体)が含まれ、若しくは付着している廃棄物又はこれらのおそれのある廃棄物」(廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行令別表第1)をいう。

イ 血液等に接触した場合の取扱い

(イ) 血液等への接触の機会

医療従事者等が、HCVに汚染された血液等に業務上接触する機会としては、次のような場合が考えられ、これらは業務上の負傷として取り扱わ

れる。

- a H C Vに汚染された血液等を含む注射針等（感染性廃棄物を含む。）により手指等を受傷したとき。
- b 既存の負傷部位（業務外の事由によるものを含む。）、眼球等にH C Vに汚染された血液等が付着したとき。

（ロ）療養の範囲

- a 前記（イ）に掲げる血液等への接触（以下、記の1において「受傷等」という。）の後、当該受傷等の部位に洗浄、消毒等の処置が行われた場合には、当該処置は、業務上の負傷に対する治療として取り扱われるものであり、当然、療養の範囲に含まれるものである。
- b 受傷等の後、H C V抗体検査等の検査（受傷等の直後に行われる検査を含む。）が行われた場合には、当該検査結果が、業務上外の認定に当たっての基礎資料として必要な場合もあることから、当該検査は、業務上の負傷に対する治療上必要な検査として保険給付の対象に含めるものとして取り扱うこととするが、当該検査は、医師がその必要性を認めた場合に限られるものである。

なお、受傷等以前から既にH C Vに感染していたことが判明している場合のほか、受傷等の直後に行われた検査により、当該受傷等以前からH C Vに感染していたことが明らかとなった場合には、その後の検査は療養の範囲には含まれないものである。

ロ C型肝炎の発症が確認された場合の取扱い

（イ）業務起因性の判断

a C型急性肝炎

原則として、次に掲げる要件をすべて満たすものについては、業務に起因するものと判断される。

- （a）C型急性肝炎の症状を呈していること（前記（2）のハ参照）。
- （b）H C Vに汚染された血液等を取り扱う業務に従事し、かつ、当該血液等に接触した事実が認められること（前記イの（イ）参照）。
- （c）H C Vに感染したと推定される時期からC型急性肝炎の発症までの時間的間隔がC型急性肝炎の潜伏期間と一致すること（前記（2）のロ参照）。
- （d）C型急性肝炎の発症以後においてH C V抗体又はH C V-R N Aが陽性と診断されていること（前記（2）のニ参照）。
- （e）業務以外の原因によるものでないこと。

b C型慢性肝炎

前記 a のすべての要件を満たす業務に起因するC型急性肝炎の既往の事実があると認められる場合のC型慢性肝炎については、業務に起因するものと判断される。

なお、C型急性肝炎の既往の事実が確認できないC型慢性肝炎については、受傷等の事実が認められており、当該受傷等の後においてH C V抗体が陽性化するなど、当該受傷等以前からのH C V感染が明らかに否定される場合であって、かつ、業務以外の原因によるものでない場合に限り、業務に起因するものとして取り扱う。

（ロ）療養の範囲

前記（イ）の業務起因性が認められる場合であって、C型肝炎の発症が確認された後の検査及び治療については、業務上疾病に対する療養の範囲に含まれるものである。

2 エイズについて

（省略）

3 M R S A感染症について

（1）法令上の取扱い

M R S A感染症は、その原因となる病原体がメチシリン耐性黄色ブドウ球菌であり、また、後記（2）のロに示すとおり伝染性をもつものである。

したがって、業務に起因する医療従事者等のM R S A感染症については、186号通達の記の第2の2の（6）のイの（ハ）及び（ニ）に示す「ウイルス性肝炎等」に含むこととし、労基則別表第1の2第6号1又は5に定める業務上の疾病に該当するものとする。

また、業務上の負傷（皮膚の創傷等）部位からM R S Aが侵入し、又は業務上の負傷の治療過程においてM R S Aに感染することによるM R S A感染症は、労基則別表第1の2第1号に該当するものである。

さらに、労基則別表第1の2第1号から第9号に定める業務上の疾病の治療過程においてM R S Aに感染することによるM R S A感染症は、当該業務上の疾病に付随する疾病としてそれぞれ取り扱われる。

なお、通勤災害による傷病の治療過程においてM R S Aに感染することによるM R S A 感染症は、労働者災害補償保険法施行規則第18条の4に定める通勤による負傷に起因する疾病その他通勤に起因することの明らかな疾病（以下「通勤による疾病」という。）として取り扱われる。

（2）M R S A感染症に係る医学的事項

イ M R S Aの病像等

M R S Aは、ペニシリン系はもとより、セフェム系抗生物質やアミノ配糖

体系抗生物質にも広く耐性を持つ多剤耐性の黄色ブドウ球菌である。

黄色ブドウ球菌は、ヒトの鼻腔、咽頭、口腔、皮膚及び腸管内に常在する細菌であるが、化膿性疾患の主要な原因ともなる細菌である。

黄色ブドウ球菌による感染症の治療には1940年代以降、ペニシリンG、テトラサイクリン等が使用されたが、その都度、これらの抗生物質に耐性を持つ黄色ブドウ球菌が出現した。そのため、これらの耐性黄色ブドウ球菌に優れた抗菌力を示すメチシリン、オキサシリン等の抗生物質が開発されたが、さらに、これらの抗生物質にも耐性を持つMRSAの出現をみるに至った。

その後、第一・第二世代セフェム系抗生物質の使用を経て、第三世代セフェム系抗生物質が広く使用されることとなったが、第三世代セフェム系抗生物質は、黄色ブドウ球菌に対しては第一・第二世代セフェム系抗生物質より抗菌力が劣っていたため、MRSAの出現頻度が増大し、近年、MRSAによる感染症が多発している状況にある。

MRSAは、通常の黄色ブドウ球菌と比べて、特に毒性が強いわけではなく、健康人には無害であるとされているが、免疫不全患者や高齢患者（特に寝たきりの高齢患者）などの易感染性患者（MRSAによって重篤な感染症を惹起しやすい患者）が感染すると、重篤な症状を呈するといわれている。

ロ 感染源、感染経路

（イ）MRSAは、主に医療機関内で発生することから、感染の機会も主に医療機関内であり、その主な感染源には次のものがあるとされている。

a MRSAに感染した入院患者

（a）不適切な抗生物質の使用により入院患者がもともと持っている黄色ブドウ球菌がMRSAに変異する場合

（b）他の医療機関でMRSAに感染した患者が入院した場合

b 医療従事者等の健康保菌者

MRSAに感染した入院患者等に接触することにより、MRSAの保菌状態（MRSA感染による症状を呈していない状態）にある場合

（ロ）MRSAは、感染者又は健康保菌者の鼻腔、咽頭、感染病巣等からの接触・飛沫感染により、ヒトからヒトへ直接伝播する場合とMRSAに感染された医療器具、シーツ、寝具等を介して間接伝播する場合があるとされている。

ハ 症状等

MRSA感染症は、その特有な多剤耐性という以外は、通常の黄色ブドウ球菌による感染症と同様の臨床像を呈すると考えられている。

MRSA感染としては、表層感染と深部感染の二つに大別でき、それぞれ

の概要は次のとおりである。

（イ）表層感染

表層感染によるMRSA感染症としては、皮膚の化膿巣、中耳炎等があるが、一般には良好な経過をたどるものが多いとされている。

しかし、易感染性患者においては、感染症状は遷延化し、時として深部感染に移行する場合がある。

（ロ）深部感染

深部感染によるMRSA感染症としては、髄膜炎、肺炎、腹膜炎、腸炎等があるが、適切な治療が行われないと敗血症に至り、死亡する場合がある。

（3）労災保険上の取扱い

労災保険におけるMRSA感染症の取扱いは、他の細菌による感染症と同様であるが、その感染の機会は医療機関内である場合が多いことから、労災補償の対象となるのは、業務災害又は通勤災害により療養を行っている者（以下「労災患者」という。）及び医療従事者等が考えられる。

したがって、労災患者がその療養中にMRSAに感染した場合あるいは医療従事者等がMRSAに業務上感染した場合であって、前記（2）のハに示す症状を呈するに至ったときは、当該MRSA感染症は、前記（1）の区分に従って業務上疾病又は通勤による疾病として取り扱われるとともに、医学上必要な治療（検査を含む。）は保険給付の対象となる。

イ 業務起因性の判断

（イ）労災患者の場合

労災患者のMRSA感染症で、次に掲げる要件をすべて満たすものについては、原則として、業務に起因するもの（通勤災害により療養を行っている者のMRSA感染症にあつては、通勤に起因するもの。）と判断される。

a 当該労災患者が療養を行っている医療機関において、MRSAに感染していることが確認された入院患者等（当該労災患者を含む。）がみられること（前記（2）のロの（イ）参照）。

b 感染症状が認められる部位（当該労災患者が療養を行う原因となった傷病の部位以外の部位を含む。）からMRSAが検出されていること。

c 当該労災患者が療養を行っている医療機関以外において感染したものでないこと。

（ロ）医療従事者等の場合

医療従事者等のMRSA感染症は、易感染性患者と異なり、一般的には深部感染は考えにくいものである。

したがって、表層感染に限り、原則として、次に掲げる要件をすべて満たすものについては、業務に起因するものと判断される。

- a 当該医療従事者等の勤務する医療機関においてMRSAに感染していることが確認された入院患者等がみられること（前記（２）のロの（イ）参照）。
- b 感染症状が認められる部位からMRSAが検出されていること。
- c 業務以外の原因によるものでないこと。

ロ 療養の範囲

前記イの業務起因性が認められる場合のMRSA感染症について、医学上必要な治療（検査を含む。）が行われた場合には、当該治療は、業務上疾病又は通勤による疾病に対する療養の範囲に含まれるものである。

なお、労災患者については、前記イの業務起因性が認められない場合であっても、当該労災患者が療養を行う原因となった傷病の部位からMRSAが侵入し、感染症状を呈するに至ったものと医学的に認められ、かつ、当該傷病に対する治療の必要上、MRSA感染症に対する治療も併せて行わなければ治療効果が期待できないと認められる場合には、当該MRSA感染症に対する治療は、当該傷病に対する療養の範囲に含めるものとする。

4 省略

【労災保険における抗HBs人免疫グロブリン及びB型肝炎ワクチンの取扱について】

（昭和62年9月1日事務連絡第24号）

HBs抗原陽性血液による汚染事故後のB型肝炎発症予防のための免疫グロブリン製剤「抗HBs人免疫グロブリン」（以下「HBIG」という。）については、昭和56年9月10日付け事務連絡第44号及び昭和61年11月28日付け事務連絡第53号により取扱っているところであるが、先般、厚生省から出されたB型肝炎に関する最新の医学的知見によれば、HBs抗原が陽性であってもHBe抗原が陰性である血液による汚染については、汚染後速やかにHBIGを注射すれば感染を防ぐことができるが、汚染源がHBe抗原陽性の場合にはHBIGの注射のみでは感染、発症する例もあるので、この場合、HBIG注射後さらにB型肝炎ワクチン（以下「HBワクチン」という。）を接種することにより、ほぼ完全に感染を防止することができるとされている。

ついては、B型肝炎ウィルス（以下「HBウィルス」という。）汚染事故におけるHBIG及びHBワクチンの取扱いについて、労災保険の特殊性に鑑み、昭和62年

9月1日以降の診療に係るものから下記のとおり取扱うこととしたので、了知のうえ、その取扱いに遺漏なきを期するとともに管下医療機関に対して本取扱いの周知徹底を図られたい。

なお、従前の取扱いは、昭和62年8月31日をもって廃止する。

記

1 HBs抗原陽性・HBe抗原陰性血液による汚染の場合

- （１）医療機関、試験研究機関、検査所等の労働者（以下「医療従事者等」という。）が事業上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBs抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合は、HBウィルス感染の可能性があるため、当該負傷に対する治療の一環として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHBIGの注射が行われた場合に保険給付の対象に含めるものとする。
- （２）また、医療従事者等の既存の負傷（業務上外を問わず、医療従事者等が受けたすべての負傷をいう。以下同じ。）に業務上の事由によりHBs抗原陽性血液が付着した場合においても、上記（１）と同様に取扱うものとする。

2 HBs抗原陽性・HBe抗原陽性血液による汚染の場合

- （１）医療従事者等が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBe抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合は、HBウィルス感染の危険が極めて高いと判断されるため、当該負傷に対する治療の一環として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHBIGの注射に加え、HBワクチンの接種が行われた場合についても保険給付の対象に含めるものとする。
- （２）また、医療従事者等の既存の負傷に業務上の事由によりHBe抗原陽性血液が付着した場合においても、上記（１）と同様に取扱うものとする。

3 留意事項

- （１）HBワクチンの請求額については、医療機関における購入価格とし、請求は、指定医療機関及び労災病院の場合は診療費請求内訳書により、また、その他の医療機関の場合は療養の費用請求書により行わせること。

なお、診療費請求内訳書（又は療養の費用請求書）の記入方法については、「その他」欄にHBワクチンと記入し、その金額を記載させ、「摘要」欄にHBワクチンの商品名、単価、使用量を記入させること。

- （２）前記１及び２以外の場合、例えば、

①HBs抗原陽性血液、HBe抗原陽性血液が単に皮膚に付着した場合

②汚染事故前に予防を目的とした場合

等のHBIGの注射、HBワクチンの接種については、保険給付の対象とはならないので、念のため申し添える。

- （３）医療機関に対する周知にあたっては、汚染源が抗原陽性血液であることが確

認できる記録等を医療機関において備えておくよう、特に指導すること。

【労災保険におけるB型肝炎ワクチンの取扱いについて】

(平成16年3月30日基労補発第0330001号)

標記については、昭和62年9月1日付け補償課長事務連絡第24号により、HBs抗原が陽性かつHBe抗原が陽性である血液による汚染の場合については免疫グロブリン製剤『抗HBs人免疫グロブリン』(以下「HBIG」という。)の注射及びHBワクチンの接種を保険給付の対象に含めるとし、HBs抗原が陽性かつHBe抗原が陰性である血液による汚染の場合については、HBIGの注射を保険給付の対象に含めるとしてきたところである。

最新の医学的知見によれば、HBs抗原が陽性でHBe抗原が陰性である症例において劇症肝炎を発症する例が報告されていること及びこれらの症例においてはHBIGの注射の他、HBワクチンを接種することによりB型肝炎の感染を有効に防止できるとされていることにかんがみ、平成16年4月1日以降の診療に係るものから下記のとおり取扱うこととしたので了知されたい。

記

1 HBワクチンの投与の対象について

- (1) 医療機関、試験研究機関、検査所等の労働者(以下「医療従事者等」とする。)が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBs抗原が陽性でHBe抗原が陰性の血液による汚染を受けたことが明らかな場合にHBIGの注射に加え、HBワクチン接種も保険給付の対象に含めるものとする。
- (2) また、医療従事者等の既存の負傷(業務上外を問わず、医療従事者等が受けたすべての負傷をいう。)に業務上の事由によりHBs抗原が陽性でHBe抗原が陰性の血液が付着した場合においても、上記(1)と同様に取扱うものとする。

2 留意事項

HBワクチンの種類、量及びその他の必要な事項については健康保険に準拠した取扱いとする。

【新型コロナウイルス感染症の労災補償における取扱いについて】

(令和2年4月28日基補発0428第1号)

新型コロナウイルス感染症(以下「本感染症」という。)に係る労災補償業務における留意点については、令和2年2月3日付け基補発0203第1号で通知しているところであるが、今般、本感染症の労災補償について、下記のとおり取り扱うこととしたので、本感染症に係る労災保険給付の請求や相談があった場合には、これを踏まえて適切に対応されたい。

記

1 労災補償の考え方について

本感染症については、従来からの業務起因性の考え方に基づき、労働基準法施行規則別表(以下「別表」という。)第1の2第6号1又は5に該当するものについて、労災保険給付の対象となるものであるが、その判断に際しては、本感染症の現時点における感染状況と、症状がなくとも感染を拡大させるリスクがあるという本感染症の特性にかんがみた適切な対応が必要となる。

このため、当分の間、別表第1の2第6号5の運用については、調査により感染経路が特定されなくとも、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと認められる場合には、これに該当するものとして、労災保険給付の対象とすること。

2 具体的な取扱いについて

(1) 国内の場合

ア 医療従事者等

患者の診療若しくは看護の業務又は介護の業務等に従事する医師、看護師、介護従事者等が新型コロナウイルスに感染した場合には、業務外で感染したことが明らかである場合を除き、原則として労災保険給付の対象となること。

イ 医療従事者等以外の労働者であって感染経路が特定されたもの

感染源が業務に内在していたことが明らかに認められる場合には、労災保険給付の対象となること。

ウ 医療従事者等以外の労働者であって上記イ以外のもの

調査により感染経路が特定されない場合であっても、感染リスクが相対的に高いと考えられる次のような労働環境下での業務に従事していた労働者が感染したときには、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと認められるか否かを、個々の事案に即して適切に判断すること。

この際、新型コロナウイルスの潜伏期間内の業務従事状況、一般生活状況

等を調査した上で、医学専門家の意見も踏まえて判断すること。

(ア) 複数（請求人を含む）の感染者が確認された労働環境下での業務

(イ) 顧客等との近接や接触の機会が多い労働環境下での業務

(2) 国外の場合

ア 海外出張労働者

海外出張労働者については、出張先国が多数の本感染症の発生国であるとして、明らかに高い感染リスクを有すると客観的に認められる場合には、出張業務に内在する危険が具現化したものか否かを、個々の事案に即して判断すること。

イ 海外派遣特別加入者

海外派遣特別加入者については、国内労働者に準じて判断すること。

3 省略

【新型コロナウイルス感染症による罹患後症状の労災補償における取扱い等について】

(令和4年5月12日基補発0512第1号)

新型コロナウイルス感染症（以下「本感染症」という。）の労災補償の取扱いについては、令和2年4月28日付け基補発0428第1号「新型コロナウイルス感染症の労災補償における取扱いについて」に基づき実施しているところであり、本感染症の罹患後症状についても労災保険給付の対象としてきたところであるが、今般、「新型コロナウイルス感染症診療の手引き 別冊罹患後症状のマネジメント（第1版）」（以下「診療の手引き」という。）が取りまとめられたことを踏まえ、本感染症に係る罹患後症状の労災補償における取扱いを明確にした上で、今後、より一層適切な業務運営の徹底を図ることとするので、下記により、適切な対応に遺漏なきを期されたい。

記

1 基本的な考え方

本感染症については、感染性が消失した後であっても、呼吸器や循環器、神経、精神等に係る症状がみられる場合がある。新型コロナウイルス感染後のこれらの症状については、いまだ不明な点が多く、国内における定義は定まっていないが、WHOの定義の「postCOVID-19 condition」を「COVID-19後の症状」と訳した上で、診療の手引きでは「罹患後症状」とされた。

これらの罹患後症状については、業務により新型コロナウイルスに感染した後の症状であり療養等が必要と認められる場合は、労災保険給付の対象となるもの

であること。

2 具体的な取扱い

(1) 療養補償給付

医師により療養が必要と認められる以下の場合については、本感染症の罹患後症状として、療養補償給付の対象となる。

ア 診療の手引きに記載されている症状に対する療養（感染後ある程度期間を経過してから出現した症状も含む）

イ 上記アの症状以外で本感染症により新たに発症した傷病（精神障害も含む）に対する療養

ウ 本感染症の合併症と認められる傷病に対する療養

(2) 休業補償給付

罹患後症状により、休業の必要性が医師により認められる場合は、休業補償給付の対象となる。

なお、症状の程度は変動し、数か月以上続く症状や症状消失後に再度出現することもあり、職場復帰の時期や就労時間等の調整が必要となる場合もあることに留意すること。

(3) 障害補償給付

診療の手引きによれば、本感染症の罹患後症状はいまだ不明な点が多いものの、時間の経過とともに一般的には改善が見込まれることから、リハビリテーションを含め、対症療法や経過観察での療養が必要な場合には、上記のとおり療養補償給付等の対象となるが、十分な治療を行ってもなお症状の改善の見込みがなく、症状固定と判断され後遺障害が残存する場合は、療養補償給付等は終了し、障害補償給付の対象となる。

3～5 省略

VII. 各種様式

Ⅶ. 各種様式

式番号等	様 式 名 称	ダ ウ ン ロ ー ド
(指定医療機関手続関係)		
局様式	労災保険指定医療機関内容変更届	㊦
様式第2号	病院(診療所)施設等概要書	㊦
様式第2号別紙	入院室料加算対象病室報告	㊦
診機様式第20号	労災指定病院等登録(変更)報告書 1/2	㊦
診機様式第21号	労災指定病院等登録(変更)報告書 2/2	㊦
訪様式第1号	労災保険指定訪問看護事業者指定申請書	㊦
訪様式第5号	労災保険指定訪問看護事業者変更届	㊦
診機様式第22号	指定・指名機関登録(変更)報告書 1/2	㊦
診機様式第23号	指定・指名機関登録(変更)報告書 2/2	㊦
様式第1号	労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書	㊦
(電子レセプト関係)		
	(労災) 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出	㊦
	(労災) 光ディスクを用いた費用の請求に関する届出	㊦
	電子媒体確認申請書(光ディスク送付書)	㊦
	光ディスク等送付書	㊦
	オンレセにかかる請求書送付書	㊦
(請求関係)		
診機様式第1号	労働者災害補償保険診療費請求書	不可
診機様式第1号の2	検査に要した費用等請求書	不可
診機様式第2号	診療費請求内訳書(入院用)	不可
診機様式第3号	診療費請求内訳書(入院外用)	不可
診機様式第4号	(傷病用) 診療費請求内訳書(入院用)	不可
診機様式第5号	(傷病用) 診療費請求内訳書(入院外用)	不可
診機様式	診療費請求内訳書(続紙)	不可
訪様式第8号	労災訪問看護費用請求書	㊦
訪様式第9号	労災訪問看護費用請求内訳書	㊦
訪様式第10号	(傷病用) 労災訪問看護費用請求内訳書	㊦
二機様式第1号	労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書	不可
二機様式第2号	二次健康診断等費用請求内訳書	不可
実施要領様式第5号	アフターケア委託費請求書	不可
実施要領様式第5号の2	アフターケア委託費請求内訳書	不可
(労災給付請求書・添付様式)		
様式第5号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書	㊦
様式第16号の3	療養給付たる療養の給付請求書	㊦
様式第6号	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届	㊦
様式第16号の4	療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届	㊦
様式第7号(1)	療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書	㊦
様式第16号の5(1)	療養給付たる療養の費用請求書	㊦

様式第 8 号	休業補償給付・複数事業労働者休業給付支給請求書	㊦
様式第 16 号の 6	休業給付支給請求書	㊦
様式第 10 号	障害補償給付・複数事業労働者障害給付支給請求書	㊦
様式第 16 号の 7	障害給付支給請求書	㊦
様式第 10 号、第 16 号の 7 別紙	労働者災害補償保険診断書（障害（補償）等給付請求用）	㊦
様式第 16 号の 2 の 2	介護補償給付・複数事業労働者介護給付・介護給付支給請求書	㊦
	介護に要した費用の額の証明書	㊦
（二次健康診断関係）		
様式第 16 号の 10 の 2	二次健康診断等給付請求書	㊦
	就労の状況等に係る質問票	㊦
	二次健康診断等給付特定保健指導票	㊦
	二次健康診断等の受診結果（受診記録）	不可
（アフターケア関係）		
実施要領様式第 3 号	アフターケア手帳更新・再交付申請書	㊦
実施要領様式第 3 号別紙	アフターケア実施期間の更新に関する診断書	㊦

※ ダウンロード可能な様式は、以下のホームページからダウンロードできます。

なお、OCR 様式のダウンロードについては、ホームページ掲載の注意事項をご確認の上、正しく印刷してください。

㊦：厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/>

㊦：広島労働局ホームページ <https://jsite.mhlw.go.jp/hiroshima-roudoukyoku/>

※ 不可：労働局又は労働基準監督署までお問い合わせください。

※ 郵送ご希望の場合は、必要な様式名及び必要枚数を明記の上、所要金額分の切手を貼付した返信用封筒を同封し、労働局労災補償課宛にお送りください。

また、労働局及びお近くの労働基準監督署でもお配りしています。

広島労働局管内労働基準監督署一覧表

(労働局)

名 称	所 在 地	管 轄 区 域
広島労働局	〒730-8538 広島市中区上八丁堀 6-30 広島合同庁舎第 2 号館 5 階 電 話 082-221-9245	広島県内
(分室)	〒730-0013 広島市中区八丁堀 5-7 広島 KS ビル 6 階 電 話 082-225-6314	令和 6 年 12 月 2 日(月)に労災補償課分室が 移転します。 新住所 〒730-8538 広島市中区上八丁堀 6-30 広島合同庁舎第 2 号館 6 階 新電話番号 082-962-9248

(労働基準監督署)

署 コード	監督署名	所 在 地	管 轄 区 域
0 1	広島中央	〒730-8528 広島市中区上八丁堀 6-30 広島合同庁舎第 2 号館 1 階 電 話 (082) 221-2461	広島市のうち中区、西区、東区、南区、安芸区 東広島市（呉労働基準監督署及び三原労働基準監督署の管轄区域を除く。） 安芸郡
0 2	呉	〒737-0051 呉市中央 3-9-15 呉地方合同庁舎 5 階 電 話 (0823) 88-2941	呉市 江田島市 東広島市のうち黒瀬町、黒瀬学園台、黒瀬春日野、黒瀬切田が丘、黒瀬桜が丘、黒瀬松が丘、黒瀬檜原北、黒瀬檜原東、黒瀬檜原西
0 3	福 山	〒720-8503 福山市旭町 1-7 電 話 (084) 923-0214	福山市 府中市 神石郡
0 4	三 原	〒723-0016 三原市宮沖 2-13-20 電 話 (0848) 63-3939	三原市 竹原市 豊田郡 東広島市のうち安芸津町、河内町、福富町、豊栄町
0 5	尾 道	〒722-0002 尾道市古浜町 27-13 尾道地方合同庁舎 1 階 電 話 (0848) 22-4158	尾道市 世羅郡
0 6	三 次	〒728-0013 三次市十日市東 1-9-9 電 話 (0824) 62-2104	三次市 庄原市 安芸高田市
0 7	広 島北	〒731-0223 広島市安佐北区可部南 3-3-28 電 話 (082) 812-2115	広島市のうち安佐南区、安佐北区 山県郡
0 9	廿 日市	〒738-0024 廿日市市新宮 1-15-40 廿日市地方合同庁舎 1 階 電 話 (0829) 32-1155	広島市のうち佐伯区 廿日市市 大竹市

(お問い合わせ先は、こちら)

◇ 労災保険全般に関すること

広島労働局 労災補償課 TEL : 082-221-9245

◇ 診療費の算定・レセプトに関すること

広島労働局 労災補償課分室

TEL : 082-225-6314 (令和6年11月29日まで)

TEL : 082-962-9248 (令和6年12月2日以降)

◇ 個別の労災給付に関すること

管轄の労働基準監督署