

アフターケア制度について

アフターケアとは（１）

労災保険制度では、業務災害又は通勤災害により被災された方に対して、その方の症状が固定（治ゆ）した後においても、後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあることから、必要に応じ予防その他の保健上の措置として、「アフターケア」を実施しています。

アフターケアは、対象となる20傷病（コードは31種類）について、1か月に1回（6か月に1回も有）程度の診察、保健指導及び検査等一定の範囲内で必要な措置を行うものです。

アフターケアとは（2）

令和5年4月、「健康管理手帳」から「アフターケア手帳」へ名称改定が行われましたが、医療機関及び薬局からの委託費・薬剤費請求書及び請求内訳書については、これまでの帳票を引き続き使用することができます。

アフターケア手帳番号の確認

労働者災害補償保険

アフターケア手帳番号

アフターケア手帳

交付
有効期限
氏名

厚生労働省

労働局長 印

労働保険番号

被災時の所属事業場
名称

所在地

被災年月日

療養期間

療養開始

症状固定(治ゆ)

障害等級 第 級

症状固定(治ゆ)時における障害の部位・状態

カナ
氏名

生年月日

住所

手帳有効期限

アフターケア傷病コード（1）

② アフターケア手帳番号

| 西暦年 | 所轄局 | 傷病番号 | 振出番号 | 枝番号 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |

A dashed circle highlights the '傷病番号' (Injury Code) field in the form.

アフターケアの傷病ごとの処置・検査・保健のための薬剤等を確認してください。

アフターケア傷病コード（2）

| | |
|----|---------------------|
| 00 | 炭鉱災害による一酸化炭素中毒 |
| 01 | せき髄損傷 |
| 05 | 白内障等の眼疾患 |
| 06 | 振動障害 |
| 07 | 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折 |
| 08 | 人工関節・人工骨頭置換 |
| 09 | 慢性化膿性骨髄炎 |
| 11 | 尿路系腫瘍 |
| 14 | 外傷による末梢神経損傷 |
| 15 | 熱傷 |
| 16 | サリン中毒 |
| 17 | 精神障害 |
| 19 | 呼吸機能障害 |
| 20 | 消化器障害 |

| | |
|----|----------------------------|
| 21 | 頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群） |
| 22 | 頭頸部外傷症候群等（頸肩腕障害） |
| 23 | 頭頸部外傷症候群等（腰痛） |
| 24 | 尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後） |
| 25 | 尿路系障害（代用膀胱造設後） |
| 26 | 慢性肝炎（HB e抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染） |
| 27 | 慢性肝炎（HB e抗原陰性） |
| 28 | 虚血性心疾患等（虚血性心疾患） |
| 29 | 虚血性心疾患等（ペースメーカー及び除細動器） |
| 30 | 脳の器質性障害（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く）） |
| 31 | 脳の器質性障害（外傷による脳の器質的損傷） |
| 32 | 脳の器質性障害（減圧症） |
| 33 | 脳の器質性障害（脳血管疾患） |
| 34 | 脳の器質性障害（有機溶剤中毒等） |
| 35 | 循環器障害（弁損傷及び心膜病変） |
| 36 | 循環器障害（人工弁置換後） |
| 37 | 循環器障害（人工血管置換後） |

アフターケア手帳番号の枝番号

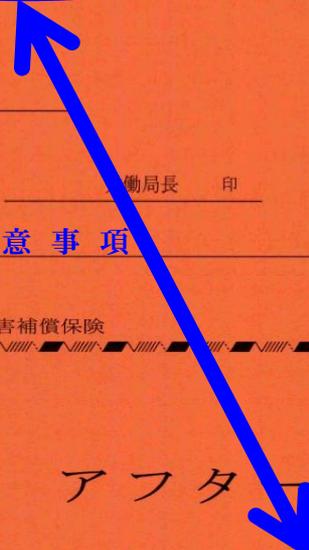
② アフターケア手帳番号

| 西暦年 | 所轄局 | 傷病番号 | 振出番号 | 枝番号 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |

枝番号は更新の都度が変わります。

| | |
|--------|--|
| 番号 | |
| カナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 住所 | |
| 手帳有効期限 | |

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| 労働保険番号 | |
| 被災時の所属事業場名称 | |
| 所在地 | |
| 被災年月日 | |
| 療養期間 | |
| 療養開始 | |
| 症状固定(治ゆ) | |
| 障害等級 | 第 <input type="checkbox"/> 級 |
| 症状固定(治ゆ)時における障害の部位・状態 | |
| | |

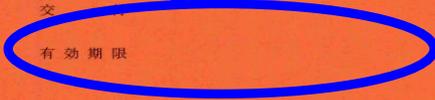


労働者災害補償保険 アフターケア手帳番号

アフターケア手帳

交
有効期限

氏名

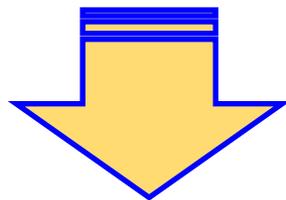


有効期限の確認をお願い致します。

手帳の有効期限

アフターケア手帳の更新について

アフターケア手帳有効期限1か月前から更新手続きを行っていますので、有効期限1か月前の受診者には、更新の有無について確認をお願い致します。



有効期限が切れた手帳を提示した場合及び有効期限前に更新をした場合の旧健康管理手帳は無効となります。

アフターケアの記録

| ① アフターケア記録 | | | | ② | | | |
|------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
| 措置の種別 | 措置年月日 | 措置の結果 | 医療機関認印 | 措置の種別 | 措置年月日 | 措置の結果 | 医療機関認印 |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |

受診年月日、措置を行った内容を簡単に記載してください。（ex.検査、薬剤処方）

アフターケア委託費請求手続きについて

実施要領様式第5号

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8

アフターケア委託費請求書

標準種別 37700

修正項目番号 ① 支払額

② 申請年月日 年 月 日

③ 指定病院等の番号

④ 請求金額

⑤ 内訳書添付枚数

⑥ 請求年 ⑦ 請求月

⑧ 請求人 (病院又は診療所) 名称

代表者氏名

電話番号

労働局長殿

受付印

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

郵便番号

住所 (所在地)

印 (記名押印又は署名)

アフターケア委託費請求内訳書

実施要領様式第5号の2

※標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

標準種別 37702

修正項目番号 ① 支払額

② アフターケア手帳番号

③ 診療年月日

④ 査定額

⑤ 検査年月日 (健康診断年月日)

⑥ 増減理由

⑦ 処理区分

⑧ 決定年月日

⑨ 合計額

修正欄

受診者の氏名

病院等の名称

対象となるアフターケアコード

裏面の表の傷病コードを記入してください。

傷病の経過

| 病床数 | 床 | 前回の検査年月日 | 年 月 日 | 診療内訳 | 点数(点) | 診療内訳 | 金額 |
|------|-------|----------|-------|------|-------|------|----|
| 初診 | 時間外 | 回 | | 初診 | 年 月 日 | | 円 |
| 再診 | 時間外 | 回 | | 再診 | 年 月 日 | | 円 |
| 外来 | 時間外 | 回 | | 小計 | (ロ) | | 円 |
| 診療料 | 時間外 | 回 | | 摘要 | | | |
| 内服薬剤 | 調剤 | 単位 | | | | | |
| 調剤 | 回 | | | | | | |
| 注射薬剤 | 単位 | | | | | | |
| 外用薬剤 | 調剤 | 回 | | | | | |
| 実方 | 回 | | | | | | |
| 麻薬 | 回 | | | | | | |
| 調剤 | 回 | | | | | | |
| 注射 | 皮下筋内内 | 回 | | | | | |
| 静脈内 | 回 | | | | | | |
| 置 | 回 | | | | | | |
| 麻酔 | 回 | | | | | | |
| 静 | 回 | | | | | | |
| 疾 | 回 | | | | | | |
| 全 | 回 | | | | | | |
| 部 | 回 | | | | | | |
| 部 | 回 | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |
| 小計 | | | 点 (イ) | | | | 円 |

(物品番号 81203) 4.5

対象となる傷病コードの記載 病床数の記載

ア
●
委
託
費
請
●
求
内

| | | | | | | |
|------------------|------|----------|----------------------|--------|----|-------|
| 受診者の氏名 | | | | 病院等の名称 | | |
| 対象となるアフターケア傷病コード | - | | 裏面の表の傷病コードを記入してください。 | 傷病の経過 | | |
| 病床数 | 床 | 前回の検査年月日 | 年 | 日 | 日 | |
| 診療内訳 | | | | 訳 | 金額 | |
| 初診 | 時間外 | | 回 | 月 | 日 | 円 |
| 再診 | 時間外 | | 回 | 月 | 日 | 円 |
| 外来診療料 | 時間外 | | 回 | 小計 | | (口) 円 |
| 保指 健導 | | | | 摘要 | | |
| 投 薬 | 内服薬剤 | | 単位 | | | |
| | 調剤 | | 回 | | | |
| | 屯服薬剤 | | 単位 | | | |
| | 外用薬剤 | | 単位 | | | |
| | 調剤 | | 回 | | | |
| | 処方 | | 回 | | | |
| | 麻毒 | | 回 | | | |
| | 調剤 | | 回 | | | |

病床数を記入してください

対象の傷病コードを記載してください

特定疾患療養管理料

| | | | | | | | |
|---|----------------------|------|----------|--------------------------|--------|---|----|
| ア ● 委 託 費 請 求 ● 内 | 受診者の氏名 | | | | 病院等の名称 | | |
| | 対象となる アフターケア傷病コード | - | | 裏面の表の傷病コード を記入してください。 | 傷病の経過 | | |
| | 病床数 | 床 | 前回の検査年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 診療内訳 | | | 点数(点) | 診療内訳 | | 金額 |
| | 初診 | 時間外 | 回 | | 初診 | 年 | 月 |
| | 再診 | 時間外 | 回 | | | | 日 |
| | 外来 | | | | | | 円 |
| | 診療料 | 時間外 | 回 | | | | |
| | 保指 健導 | | | | | | |
| | 投 薬 | 内服薬剤 | 単位 | | | | |
| | 調剤 | 回 | | | | | |
| | 屯服薬剤 | 単位 | | | | | |
| | 外用薬剤 | 単位 | | | | | |
| | 調剤 | 回 | | | | | |
| | 処方 | 回 | | | | | |
| | 麻毒 | 回 | | | | | |
| | 調剤 | | | | | | |

**B000 特定疾患療養管理料
月2回を限度に算定可**

診療所 225点
100床未満 147点
100～200床未満 87点
200床以上 算定不可

◆ 注 意 事 項 ◆

- 初診時ブラッシング料
- 再診時療養指導管理料
- 外来管理加算
- 在宅自己導尿指導管理料
- 特定疾患治療管理料 等

算定
不可

※健保点数表の『在宅医療』は算定出来ない

査定した事例について

- HbA1cの検査など私病に対する検査
- せき髄損傷に対する点滴や注射（処置の範囲と認められていません。）、D215超音波検査（残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。）
- 外傷による末梢神経損傷に対する1ヶ月3回目のブロック注射（1, 2回目についても医師がやむを得ないと判断した場合に限ります。）
- 眼疾患に対する眼底カメラ、眼底三次元画像解析（算定できる検査は7つに限られています。）

レセプトは診療日毎に1枚作成

1人に対して複数枚になることもあります。

③ 診察年月日

| | | | | | | | |
|-----|----|--|---|--|---|--|---|
| 7平成 | 元号 | | 年 | | 月 | | 日 |
| 9令和 | | | | | | | |

年・月・日はそれぞれ右詰め

⑤ 検査年月日 (健康診断年月日)

| | | | | | | | |
|-----|----|--|---|--|---|--|---|
| 7平成 | 元号 | | 年 | | 月 | | 日 |
| 9令和 | | | | | | | |

年・月・日はそれぞれ右詰め

⑨ 合計額

| | | | | | | | |
|---------|----|--|--|---|--|--|---|
| | 百万 | | | 千 | | | 円 |
| (イ)+(四) | | | | | | | |

◆ 記入上の注意点について ◆

実施要領様式第5号

標準字体 0123
アフターケア委託費請求書

指定病院等の番号は必ずご記入ください

帳票種別 37700
 修正項目番号 □ ① 管轄局
 ② 受付年月日 9令和 □□□□ 年・月・日

③ 指定病院等の番号 □□□□□□□□

④ 請求金額 ⑤ 内訳書添付枚数

百 千 円
 □□□□□□□□□□
 金額の頭に千マークを付けてください。

⑥ 請求年 ⑦ 請求月

9令和 □□□□ 年 □□□□ 月分

請求書の請求年
内訳書の診察年月日
検査年月日は
元号(令和は9)を必ずご記入
ください

帳票種別 37702 修正項目番号 □ ① 支払額 百万 □□□□ 千 □□□□ 円
 ② アフターケア手帳番号
 西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号
 □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□
 ③ 診療年月日
 7平成 元号 □□□□ 年 □□□□ 月 □□□□ 日
 9令和 □□□□ 年 □□□□ 月 □□□□ 日
 年・月・日はそれぞれ右詰め
 ④ 検査年月日(健康診断年月日)
 7平成 元号 □□□□ 年 □□□□ 月 □□□□ 日
 9令和 □□□□ 年 □□□□ 月 □□□□ 日
 年・月・日はそれぞれ右詰め
 ⑤ 合計額 百万 □□□□ 千 □□□□ 円 (円+0)
 ⑥ 査定額 増減 □□□□ 百万 □□□□ 千 □□□□ 円
 ⑦ 増減理由 ⑧ 処理区分 ⑨ 9令和 □□□□ □□□□ □□□□ □□□□
 修正欄 □□□□□□□□□□

労災以外の私病の診療費及び 薬剤の処方について

労災保険は、請求があった薬局から直接査定します。誤って私病分を含んで処方されていたことにより薬剤費が査定となる事案が見受けられます。

私病がある場合には、労災と健保の処方箋を必ず分けてください。

アフターケアの実施期間の更新に関する診断書

| | | | |
|---|------|-------|-----|
| 姓 氏名 | 生年月日 | (元号) | 男・女 |
| | | 年 月 日 | |
| 1 対象傷病名 | | | |
| 2 最近1年間の診察実施回数： 月に 回程度 〔 例えば、「1か月に1回程度」、「1か月に2回程度」、「3か月に1回程度」と記入してください。また、最近1年間に診察がなかった場合は、「1.2か月に0回程度」と記入してください。 〕 | | | |
| 3 後遺症状の状態 (1) 現在における後遺症状の状態（具体的に記載してください。）： | | | |
| * (2) 後遺症状の動揺のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） ① あり（a：治ゆ時より減少 b：治ゆ時と同程度 c：治ゆ時より増大） ② なし (3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） ① あり（a：治ゆ時より減少 b：治ゆ時と同程度 c：治ゆ時より増大） ② なし 〔 (2) 及び (3) については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。 〕 | | | |

(※) 「後遺症状の動揺」とは、後遺症状の程度の増減又は変動をいいます。

4 実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）
① あり ② なし
※ 「① あり」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。
「① あり」の場合は、「(2) 今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。

(1) 上記の理由：

(2) 今後予想される必要とする診察実施回数： 月に 回程度

上記のとおり診断します。

(元号)

年 月 日

実施医療機関等
名 称

所在地

診療科

医師名

診断書（表面）下部

(2) 後遺症状の動揺のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。）

① あり

a : 治ゆ時より減少 b : 治ゆ時と同程度 c : 治ゆ時より増大

② なし

(3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。）

① あり

a : 治ゆ時より減少 b : 治ゆ時と同程度 c : 治ゆ時より増大

② なし

（2）及び（3）については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。

診断書（裏面）上部

4 実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）

① あり

② なし

※ 「① あり」の場合には、以下の「(1) 実施期間の更新を必要とする理由」を具体的に記述し、「(2) 今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。

(1) 実施期間の更新を必要とする理由：

※アフターケアに係る診断書料は、本人負担となっております。

令和6年4月からの改正点について

【変更となる対象傷病】

- 外傷による末梢神経損傷
- 熱傷

○外傷による末梢神経損傷

1 新たに対象となる方

CRPS（RSDまたはカウザルギー）の診断がなくとも、外傷後の後遺障害の痛みが、障害等級第12級と認定され、他覚的所見（手術所見、電気生理学的検査、画像所見等）等により末梢神経が損傷されていることが医学的に確認できる場合は、アフターケアの対象となりました。

2 新たに対象となる薬剤

鎮痛・消炎薬等に加え、疼痛の治療等に効果が認められている向精神薬（※）が支給できるようになりました。

※支給できる向精神薬の例

三環系抗うつ薬、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）

○熱傷

1 新たに対象となる方

熱傷により残存した傷痕が、障害等級第14級と認定された方もアフターケアの対象となりました。

2 新たに対象となる薬剤

外用薬だけでなく、内用薬（飲み薬）が支給できるようになりました。

支給できる薬剤は以下のとおりです。

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

オンラインレセプト請求について

健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピュータを労災レセプト対応に改修することでご利用できます。

また、アフターケアの委託費についても令和3年3月からオンライン請求が可能となっております。

オンライン請求をご希望の場合は、（労災）電子情報処理組織の使用による費用請求に関する届出の提出をお願いします。