

第6章 アフターケア制度について

第1 アフターケア制度の概要

1 目的

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保健上の措置として「アフターケア」を実施しています。

2 対象傷病

アフターケアは、次のページの「アフターケア対象傷病一覧」に掲げる20傷病に限り、1か月に1回程度の診察、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。

なお、措置内容については、各対象傷病のページを参照して下さい。

3 対象者

傷病ごとに定められていますので、各対象傷病のページを参照して下さい。

4 実施医療機関

アフターケア実施医療機関は、労災指定医療機関として指定を受けた医療機関等です。

5 アフターケア手帳

対象者がアフターケアを受ける際は、その都度、アフターケア手帳を医療機関に提出し、医療機関はアフターケアの実施に関する記録を手帳に記入します。アフターケア手帳への記録は毎回必ず行うようにして下さい。

アフターケア手帳には有効期間がありますので、手帳の有効期間を必ず確認してください。

有効期間が満了した後もアフターケアを希望する方は、手帳の有効期間が満了する日の1か月前までに「アフターケア手帳更新・再交付申請書」に、主治医の記載した「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」(P125,126参照)を添付して申請することとなり、これに基づき、更新が行われます。

診断書料金はアフターケア対象者本人の負担となります。

「頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア」は更新対象外です。

「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）」「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、上記診断書は不要です。

令和6年4月より、「健康管理手帳」から「アフターケア手帳」に名称が変わりました。

アフターケア対象傷病一覧

	傷病名	傷病コード	参照頁
1	せき髄損傷	01	P.97
2	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群）	21	P.99
	“（頸肩腕症候群）	22	
	“（腰痛）	23	
3	尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後）	24	P.100
	“（代用膀胱造設後）	25	
4	慢性肝炎（HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染）	26	P.102
	“（HBe抗原陰性）	27	
5	白内障等の眼疾患	05	P.103
6	振動障害	06	P.104
7	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	07	P.106
8	人工関節・人工骨頭置換	08	P.107
9	慢性化膿性骨髄炎	09	P.108
10	虚血性心疾患等（虚血性心疾患）	28	P.109
	“（ペースメーカー及び除細動器）	29	
11	尿路系腫瘍	11	P.111
12	脳の器質性障害（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く。））	30	P.112
	“（外傷による脳の器質的損傷）	31	
	“（減圧症）	32	
	“（脳血管疾患）	33	
	“（有機溶剤中毒等）	34	
13	外傷による末梢神経損傷	14	P.115
14	熱傷	15	P.116
15	サリン中毒	16	P.117
16	精神障害	17	P.119
17	循環器障害（弁損傷及び心膜病変）	35	P.120
	“（人工弁置換後）	36	
	“（人工血管置換後）	37	
18	呼吸機能障害	19	P.122
19	消化器障害	20	P.123
20	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	00	P.124

第2 アフターケアの費用算定について

1 費用の算定方法

アフターケアに要する費用の額は、労災診療費算定基準に準拠することとなり、それぞれ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。

なお、労災診療費算定基準、健保点数表及び調剤点数表が改訂されたときは、改定後の額となります。

(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単価を乗じて得た額です。

イ 治ゆ後、療養を行っていた医療機関において引き続きアフターケアを受ける場合、アフターケアにおける最初の診察については、労災診療費算定基準に定める「再診料」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」、「再診時療養指導管理料」及び健保点数表に定める「外来管理加算」、「在宅自己導尿指導管理料」、「てんかん指導料」は、アフターケアにおいては認められていませんのでご注意ください。

また、各傷病ごとにアフターケアの範囲は決められており、範囲に含まれないものは認められません。(たとえばせき髄損傷に係るアフターケアを受けている者に対しての「注射」や「リハビリ」は範囲外で認められないこととなります。)

(2) 保健指導

ア 健保点数表に定める「特定疾患療養管理料」の点数に労災単価を乗じて得た額です。

イ 月2回の算定を限度とします。

ウ 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。

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

(3) 保健のための処置

ア 処置については、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です。

労災保険法施行規則第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です。

「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・在宅精神療法」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です。

なお、「精神療法及びカウンセリング」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。

「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、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を算定できます。

イ 処置に伴い、保健のために必要な材料(以下「処置材料」といいます。)を支給した場合には、医療機関の購入単価を10円で除して得た点数に労災診療単価を乗じて得た額となります。

ウ 処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られるものであるため、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。

エ 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、カテーテル及び留置カテーテル(収尿袋を含む。)などの材料に係る費用のみを算定できるものであり、健保点数表に定める「在宅自己導尿指導管理料」は算定できません。

オ 処置材料を算定する場合には、レセプトの処置の欄に記載して下さい。

なお、自宅等で交換のため使用する滅菌ガーゼの費用の請求に際しては、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下さい。

カ 薬剤の支給について、鎮痛薬に対する健胃消化薬（抗潰瘍薬を含みます。）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、その費用を算定できます。

キ 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して下さい。

ク 「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を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入して下さい。

(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単価を乗じて得た額です。

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きます。）」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に労災診療単価を乗じて得た額です。

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

なお、「ペースメーカ等の定期チェック」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。

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

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

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

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 「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた検査を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入して下さい。

第3 アフターケア手帳の番号について

アフターケアを受けることができる方は、必ずそれぞれの対象傷病ごとに交付されたアフターケア手帳を持っています。アフターケア手帳の表紙右上にアフターケア手帳番号が記載されており、アフターケア委託費を請求する際にこの番号が必要となります。

1 アフターケア手帳の番号

アフターケア手帳の番号は

西暦年		所轄局		傷病番号		振出番号				枝番号		
2	4	0	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0

の13桁からなっています。

西暦年・・・アフターケア手帳を最初に発行した西暦年の下2桁
2024年発行の場合は24となります。

所轄局・・・アフターケア手帳を発行した都道府県労働局のコード番号(01~47)で
宮城労働局発行の場合は「04」となります。

傷病番号・・・それぞれの対象傷病ごとに00~37までとなっています。
(P.86参照)

振出番号・・・それぞれの対象者ごとに振り出された番号

枝番号・・・アフターケア手帳は1~5年を有効期限として発行しており、最初は枝番号が000ですが、その後更新されるごとに001、002・・・・と枝番号の部分が変わっていきます。

アフターケア委託費請求の際、枝番号の誤りが多く見られます(手帳更新前の古い枝番号が記入されていることが多いためです)。必ずアフターケア手帳番号(枝番号を含む)及び有効期限を確認して下さい。

第4 アフターケアの傷病コードについて

アフターケア委託費請求内訳書には、対象となるアフターケア傷病コードを記入することとなっています。各傷病ごとにコードを付与しています(P.90参照)ので、該当する傷病コードをアフターケア委託費請求内訳書に記入して下さい。

第5 アフターケア委託費の請求方法について

1 アフターケア手帳の確認

アフターケアを受けることができる方には対象傷病ごとに「アフターケア手帳」が交付されています。

指定医療機関はアフターケア実施の都度、このアフターケア手帳を確認するとともに、手帳に措置の種類、年月日、措置結果等の記録をして下さい。

2 請求書の作成

各指定医療機関等はその月のアフターケア委託費について、受診者ごとに、診察日1日につき一枚ずつ請求内訳書を作成します。

1ヶ月分の請求内訳書をまとめ、アフターケア委託費請求書に請求金額と内訳書添付枚数、請求年月を間違いのないよう記載の上、一まとめにして提出して下さい。

実施要領様式第5号

「アフターケア委託費請求書」 …… 1ヶ月にまとめて1枚作成
(記載例P.95)

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」……1日につき1枚作成し、受診者ごとにまとめる。
(記載例P.96)

3 請求書の提出先

アフターケア手帳を発行した労働局にかかわらず、以下のとおり提出することとなっています。

宮城県内の全ての労災保険指定医療機関は、

〒 983 - 0852

仙台市宮城野区榴岡4丁目5番22号 宮城野センタービル
宮城労働局労働基準部労災補償課分室

に提出して下さい。

4 請求書の提出期限

(1) 請求書の提出期限

診療月の翌月10日まで提出して下さい。(提出期限厳守)

(2) 10日が閉庁日(土日祝日)の場合

翌開庁日の午前中までに提出して下さい。

5 アフターケア委託費の支払日

(1) 請求書を提出した翌月中旬頃に、厚生労働省から支払われることになります。

また、コンピューターの処理上エラーとなったもの、アフターケアの内容等について調査が必要などの理由で「保留」となったレセプトについては、調査完了後に支払いとなります。

なお、アフターケア委託費については、労災診療費と異なり、労災保険情報センターの立替払いの制度はありません。

アフターケア委託費請求書

実施要領様式第5号

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

アフターケア委託費請求書

振替種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">3 7 7 0 0</div>	※修正項目番号 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	① ※管轄局 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">/ /</div>	② ※受付年月日 9令和 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 月 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 日 年・月・日はそれぞれ右詰め
③ 指定病院等の番号 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0 4 7 8 9 0 1</div>			
④ 請求金額 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 百 十 元 角 分 ¥ ¥ ¥ ¥ 3 9 2 7 0 金額の頭に¥マークを付けてください。 </div>		⑤ 内訳書添付枚数 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 枚 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">3</div> </div>	
⑥ 請求年 9令和 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">9</div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">6</div> 年	⑦ 請求月 年 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">7</div> 月分	※修正欄 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

_____ ほか _____ 2 _____ 名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 6 年 8 月 1 0 日

郵便番号 983-8585

住 所
(所在地) 仙台市宮城野区鉄砲町 1

請 求 人 の
(病院又は診療所) 名 称 医療法人社団 てっぼう町クリニック

代表者氏名 院 長

電話番号 022 - 299 8843

宮城 労働局長 殿

受付印

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

① 支払額
 37702
 ② 健康管理手帳番号
 西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号
 1 4 0 4 0 1 5 5 5 5 0 0 0
 ③ 診察年月日
 7平成 元号 9令和 9 6 7 7
 ④ 査定額
 +増 〇 〇 〇 〇 〇 〇 円
 -減
 ⑤ 検査年月日 (健康診断年月日)
 7平成 元号 9令和
 ⑥ 増減理由 ⑦ 処理区分 ⑧ 決定年月日
 〇 〇 〇 〇 〇 〇 9令和 元号 〇 〇 〇 〇 〇 〇
 ⑨ 合計額
 (イ)+(ロ) 〇 〇 〇 〇 2 7 8 0
 修正欄
 〇

職員記入欄

¥は記入しないで下さい。

受診者の氏名	仙台 太郎			病院等の名称	てっぼう町クリニック		
対象となるアフターケア傷病コード	0 1		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		金額	
初診	時間外	回数		初診	年 月 日	円	
再診	時間外	回数		再診	6 年 7 月 7 日	1,420 円	
外来診療料	時間外	回数		小計	(ロ)	円	
投薬	単位	回数	金額	(40) 留置カテーテル設置 40 × 1 キシロカインゼリー2% 2ml 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル (2管一般())クリエート オールシリコクン フォーリーカテーテル 18Fr 001-027-0180 (透明タイプ)成人用 5CC18Fr(@594) 1本 75 × 1			
注射	皮下筋肉内	回数					
	静脈内	回数					
処置		1 回	40				
麻酔	薬剤	回数	75				
検査	薬剤	回数					
看護	薬剤	回数					
その他		回数					
小計		115 点 (イ)	1,380 円				

「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等を実施した場合は、所定点数の他に、「特に認められる理由」を具体的に記入する必要があります。

アフターケア委託費請求内訳書

(物品番号 81203) 2.5

1 せき髄損傷に係るアフターケア(傷病コード 01)

趣 旨

せき髄損傷者は、その症状が固定した後においても、尿路障害、褥瘡等の予防その他の医療措置を必要とすることがあることからアフターケアを行うものです。

対 象 者

- ・業務災害又は通勤災害によるせき髄損傷者で、原則として労災保険法による障害等級第3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(症状が固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められた方
- ・障害等級第4級以下の障害(補償)給付を受けている方であっても、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合には、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することができます。

イ 尿路処置(導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含みます。)

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するカテーテル、留置カテーテル(収尿袋を含みます。)、カテーテル用消毒液(洗浄剤及び潤滑剤を含みます。)及び滅菌ガーゼを支給することができます。

ウ 薬剤の支給

抗菌薬(抗生物質、外用薬を含みます。)

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とします。

褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

筋弛緩薬(鎮痙薬を含みます。)

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。

自律神経薬

末梢神経障害治療薬

向精神薬

鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)

整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 検査

尿検査(尿培養検査を含みます。)	診察の都度、必要に応じて実施
CRP検査	1年に2回程度
末梢血液一般・生化学的検査 膀胱機能検査(残尿測定検査を含みます。) 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	1年に1回程度
損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線検査、 CT及び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 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。
診断書は不要です。

2 頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア（傷病コード 21～23）

趣 旨

頭頸部外傷症候群等の傷病者で、症状固定後においても神経に障害を残す場合は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害により次の ～ に掲げる傷病に罹患した方で、労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限りません。）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
頭頸部外傷症候群
頸肩腕症候群
腰痛
- ・ 障害等級第10級以下の障害（補償）給付を受けている方であっても、医学的に特に必要があると認められる方

措 置 範 囲

(1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

神経系機能賦活薬

向精神薬

頭頸部外傷症候群に限ります。

筋弛緩薬

鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。）

血液の循環の改善を必要としているものに対して必要に応じて支給するものです。

(4) 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年間とします。

なお、健康管理手帳の更新はできません。

3 尿路系障害に係るアフターケア (傷病コード 24～25)

趣 旨

尿道断裂や骨盤骨折等により、尿道狭さくの障害を残す方及び尿路変向術を受けた方は、症状固定後においても尿流が妨げられることにより腎機能障害や尿路感染症を発症するおそれがあることからアフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害又は通勤災害により、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、労災保険法による障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状が固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察・・・原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 尿道ブジー(誘導ブジーを含みます。)

- (ア) 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回程度とします。
- (イ) 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)とします。
- (ウ) 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行う要するものの回数は、上記(イ)と同様とします。
- (エ) 糸状ブジーが辛うじて通るものは、再発として取り扱われるものです。

イ 尿路処置(導尿、膀胱洗浄及び留置カテーテル設置・交換を含みます。)

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

ウ 薬剤の支給

～ 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週間分程度支給することができます。

止血薬

抗菌薬(抗生物質を含みます。)

自律神経薬

鎮痛・消炎薬

尿路処置用外用薬

排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

(4) 検 査

尿検査(尿培養検査を含みます。)	1～3か月に1回程度
末梢血液一般・生化学的検査 CRP検査	1年に2回程度
エックス線検査 腹部超音波検査	1年に1回程度
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

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

4 慢性肝炎に係るアフターケア(傷病コード 26～27)

趣 旨

慢性肝炎に罹患した方で、症状固定後においてもウイルスの持続感染が認められる方は、肝炎の再燃又は肝病変の進行をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害又は通勤災害によりウイルス肝炎に罹患した方で、労災保険法による障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

範 囲

(1) 診 察

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

イ HBe抗原陰性の方は、原則として6か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 検 査

末梢血液一般検査	6か月に1回程度
生化学的検査	(ア) HBe抗原陽性の方及びC型肝炎ウイルスに感染者は、1か月に1回程度 (イ) HBe抗原陰性者は、6か月に1回程度
腹部超音波検査	6か月に1回程度
B型肝炎ウイルス感染マーカー HCV抗体 HCV-RNA同定(定性)検査 AFP(- フェトプロテイン) PIVKA - プロトロンビン時間検査 CT検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

平成18年4月からは、薬剤の支給、HPT、ICG15分停滞率、MRI検査及びシンチグラム検査は、アフターケアの実施項目から除外されています。

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

5 白内障等の眼疾患に係るアフターケア(傷病コード05)

趣 旨

白内障等の眼疾患に罹患した方は、症状固定後においても視機能に動揺をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害による白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患、眼瞼内反等の眼疾患の傷病者で、労災保険法による障害(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ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 障害(補償)給付を受けていない方(症状固定した方に限ります。)であっても、医学的に特に必要と認められる方

範 囲

(1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための処置

ア 睫毛抜去

眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な方に対して行うものです。

イ 薬剤の支給

外用薬

眼圧降下薬

(4) 検 査

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

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して2年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

6 振動障害に係るアフターケア (傷病コード 06)

趣 旨

振動障害にり患した方は、症状固定後においても季節の変化等に伴い、後遺症状に動揺をきたす場合が見られることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害による振動障害の傷病者で、労災保険法による障害補償給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

範 囲

(1) 診 察・・・原則として1か月に2～4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)

(2) 保 健 指 導・・・診察の都度

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

(3) 保健のための処置

ア 理学療法・・・必要と認められる場合

なお、「労災リハビリテーション評価計画書」の添付が必要になります。

イ 注 射・・・特に必要と認められる場合、一時的な消炎・鎮痛のため行います。

ウ 薬剤の支給

ニコチン酸薬

循環ホルモン薬

ビタミンB₁、B₂、B₆、B₁₂、E剤

Ca拮抗薬

交感神経 受容体抑制薬

鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)

(4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査 末梢循環機能検査 イ 常温下皮膚温・爪圧迫検査 ロ 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 末梢神経機能検査 イ 常温下痛覚・振動覚検査 ロ 冷水負荷痛覚・振動覚検査 八 神経伝導速度検査 (遅発性尺骨神経麻痺の場合に限ります。) 末梢運動機能検査 握力の検査	1年に1回程度
---	---------

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

(1) 新規の交付

交付日から起算して2年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

7 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に係るアフターケア

(傷病コード 07)

趣 旨

大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者は、症状固定後においても大腿骨骨頭壊死の発症をきたすおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害により大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者で、労災保険法による障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 障害(補償)給付を受けていない方(症状が固定した方に限ります。)であっても、医学的に特に必要と認められる方

措 置 範 囲

- (1) 診 察・・・原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための処置(薬剤の支給)
鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)
- (4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査 エックス線検査	3～6か月に1回程度
シンチグラム、CT、MRI等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

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

8 人工関節・人工骨頭置換に係るアフターケア (傷病コード 08)

趣 旨

人工関節及び人工骨頭を置換した方は、症状固定後においても人工関節及び人工骨頭の耐久性やルーシング(機械的又は感染)により症状発現するおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害又は通勤災害により、人工関節及び人工骨頭を置換した方で、労災保険法による障害(補償)給付を受けている方又は受ける見込まれる方(症状固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察・・・原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための措置(薬剤の支給)
鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)
- (4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査 エックス線検査	3～6か月に1回程度
CRP検査	1年に2回程度
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ります。 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

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

9 慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケア (傷病コード 09)

趣 旨

骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方は、症状固定後においても骨髄炎再燃のおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害又は通勤災害による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、労災保険法による障害(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ります。)のうち、医学的にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察・・・原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための処置(薬剤の支給)
 - 抗菌薬(抗生物質、外用薬を含みます。)
 - 鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)
- (4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査	1～3か月に1回程度
細菌検査	診察の都度、必要に応じて実施
CRP検査	1年に2回程度
エックス線検査	3～6か月に1回程度
シンチグラム、CT、MRI等査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

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

10 虚血性心疾患等に係るアフターケア (傷病コード 28～29)

趣 旨

虚血性心疾患にり患した方及びペースメーカ又は除細動器(以下「ペースメーカ等」といいます。)を植え込んだ方は、症状固定後においても、狭心症、不整脈あるいは心機能障害が残存することが多く、また、植え込んだペースメーカ等は、身体条件の変化や機器の不具合等により不適正な機器の作動が生じるおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

(1) 虚血性心疾患にり患した方

- ・ 業務災害又は複数業務要因災害により虚血性心疾患にり患した方で、労災保険法による障害等級第9級以上の障害補償給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- ・ 障害等級第10級以下の障害補償給付を受けている方であっても、医学的に特に必要と認められる方

(2) ペースメーカ等を植え込んだ方

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害によりペースメーカ等を植え込んだ方で、労災保険法による障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状が固定した方に限ります。)のうち医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

(1) 診 察

- ア 虚血性心疾患にり患した方は、原則として1か月に1回程度
- イ ペースメーカ等を植え込んだ方は、原則として1～3か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ペースメーカ等の定期チェック

ペースメーカ等のパルス幅、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回程度実施するものとします。

イ 薬剤の支給

- 抗狭心症薬
- 抗不整脈薬
- 心機能改善薬
- 循環改善薬(利尿薬を含みます。)
- 向精神薬

(4) 検 査

ア 虚血性心疾患にり患した方

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査 心電図検査(安静時及び負荷検査) 胸部エックス線検査	1か月に1回程度
---	----------

ホルター心電図検査 心臓超音波検査 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」 を具体的に記入する必要があります。</u>
---------------------------------	--

イ ペースメーカー等を植え込んだ方

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査 心電図検査(安静時及び負荷検査)	1～6か月に1回程度
胸部エックス線検査	6か月に1回程度
ホルター心電図検査	1年に1回程度
心臓超音波検査 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」 を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

ア 虚血性心疾患にり患した方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

イ ペースメーカー等を植え込んだ方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

11 尿路系腫瘍に係るアフターケア(傷病コード11)

趣 旨

尿路系腫瘍にり患した方は、症状固定後においても再発する可能性が非常に高いため定期的な検査が必要となることからアフターケアを行うものです。

対 象 者

業務に起因する尿路系腫瘍にり患し、労災保険法による療養補償給付を受けている方で、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

(1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための処置(薬剤の支給)

再発予防のための抗がん薬

医学的に特に必要と認められる場合にのみ行われ、投与期間は症状固定後1年以内とします。

抗菌薬(抗生物質を含みます。)

(4) 検 査

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

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

12 脳の器質性障害に係るアフターケア (傷病コード 30～34)

趣 旨

脳に器質性損傷が出現した方で、症状固定後においても精神又は神経に障害を残す方は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害により次の ～ に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方(は複数業務要因災害を含む)で、労災保険法による障害等級第9級以上の障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
 - 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きます。)
 - 減圧症
 - 脳血管疾患
 - 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みます。))を除きます。)
- ・ 障害等級第10級以下の障害(補償)給付を受けている方であっても、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

(1) 診 察・・・原則として、症状固定後2年を限度として、1か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための措置

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 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であることから、次の処置及び処置に必要な材料の支給を行うことができます。

褥瘡処置

医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼ及び絆創膏を支給することができます。

尿路処置(導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含みます。)

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カテーテル、留置カテーテル(収尿袋を含みます。)、カテーテル用消毒液(洗浄剤及び潤滑剤を含みます。)及び滅菌ガーゼを支給することができます。

ウ 薬剤の支給

神経系機能賦活薬

向精神薬

筋弛緩薬

自律神経薬

鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)

抗パーキンソン薬

抗てんかん薬

外傷性てんかんのある方及び外傷性てんかん発症のおそれのある方に対して支給するものです。

循環改善薬(鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。)

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給するものです。

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。

抗菌薬(抗生物質、外用薬を含みます。)

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とします。

褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

筋弛緩薬(鎮痙薬を含みます。)

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。

末梢神経障害治療薬

整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査 脳波検査 心理検査	1年に1回程度
視機能検査 (眼底検査等も含みます。)	1年に1回程度(眼に対する病訴は、対象傷病による調節障害もありますが、業務上の事由又は通勤による疾病以外の傷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ものとします。)
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ものとします。)
頭部のエックス線検査	1年に1回程度
頭部のCT、MRI等検査	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 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

上記のほか、四肢麻痺等が出現した者については、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それぞれの範囲内で行うことができます。

尿検査(尿培養検査を含みます。)	診察の都度、必要に応じて実施
CRP検査	1年に2回程度
膀胱機能検査 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	1年に1回程度

<p>麻痺域関節のエックス線、CT、MRI等検査</p>	<p>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 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u></p>
------------------------------	---

健康管理手帳の有効期間

(1) 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きます。)及び減圧症に罹患した方
 交付日から起算して2年間とします。
- 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含みます。))を除きます。
 交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

- 更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

13 外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア(傷病コード14)

趣 旨

外傷により末梢神経を損傷した方は、症状固定後においても、末梢神経の損傷に起因する激しい疼痛等の緩和を必要とすることがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害又は通勤災害による外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も複合性局所疼痛症候群(CRPS、反射性交換神経性ジストロフィー(RSD)またはカウザルギー)もしくは末梢神経障害性疼痛等による激しい疼痛が残存する方で、労災保険法による障害等級第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(症状が固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

(1) 診 察・・・原則として1か月に1～2回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための処置

ア 注 射・・・1か月に2回を限度として神経ブロックを行うことができます。

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

イ 薬剤の支給

鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)

末梢神経障害治療薬

神経障害性疼痛治療薬

向精神薬

(4) 検査

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査	1か月に1回程度
エックス線検査 骨シンチグラフィ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に2回程度 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

14 熱傷に係るアフターケア (傷病コード 15)

趣 旨

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

対 象 者

業務災害又は通勤災害による熱傷の傷病者で、労災保険法による障害等級第 14 級以上の障害(補償)給付を受けている方又は受ける見込まれる方(症状が固定した方に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための処置(薬剤の支給)
 - 鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)
 - 血行促進薬(外用薬を含みます。)
 - 抗菌薬(外用薬を含みます。)
 - 皮膚保湿剤
 - 皮膚保護剤
 - 抗アレルギー薬
 - 末梢神経障害治療薬
 - 神経障害性疼痛治療薬

(4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査	1年に1回程度
----------------------	---------

健康管理手帳の有効期間

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

15 サリン中毒に係るアフターケア(傷病コード16)

趣 旨

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

対 象 者

業務災害又は通勤災害(いわゆる「地下鉄サリン事件」)によりサリンに中毒した方で、労災保険法による療養(補償)給付を受けて、サリン中毒が症状固定した方のうち、次の ~ 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

縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害

筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害

記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害

心的外傷後ストレス障害

措置範囲

(1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための措置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる方について、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。

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

点眼薬

神経系機能賦活薬

向精神薬

自律神経薬

鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)

(4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査 視機能検査(眼底検査を含みます。) 末梢神経機能検査(神経伝達速度検査) 心電図検査 筋電図検査 脳波検査 心理検査	1年に2回程度
---	---------

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

16 精神障害に係るアフターケア(傷病コード17)

趣 旨

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により精神障害を発病した方については、症状固定後においても、その後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により精神障害を発病した方で、労災保険法による療養補償給付を受けて、この精神障害の症状が固定したと認められる方のうち、次の～まで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

- (1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導・・・診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

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者については、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。

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

向精神薬
神経系機能賦活薬

(4) 検査

心理検査 脳波検査、CT、MRI検査	1年に年2回程度
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限り、1年に2回程度

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

17 循環器障害に係るアフターケア (傷病コード 35～37)

趣 旨

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

対 象 者

(1) 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

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

(2) 人工血管に置換した方

業務災害又は通勤災害により、人工血管に置換した方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

(1) 診 察・・・原則として1～3か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための措置(薬剤の支給)

抗不整脈薬

心機能改善薬

循環改善薬(利尿薬を含みます。)

向精神薬

心臓弁を損傷した者及び人工弁に置換した方に支給するものです。

血液凝固阻止薬

人工弁又は人工血管に置換した方に対し支給するものです。

(4) 検査

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査	1～6か月に1回程度
心電図検査(安静時及び負荷検査) エックス線検査	3～6か月に1回程度
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
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
CRP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
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

CT又はMRI検査	人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度
-----------	-----------------------

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

ア 心臓弁を損傷した方及び心膜の病変を残す方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

イ 人工弁又は人工血管に置換した方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

18 呼吸機能障害に係るアフターケア (傷病コード 19)

趣 旨

呼吸機能障害を残す方は、症状固定後においても咳や痰等の後遺症状を残すため、その症状の軽減及び悪化の防止を図る必要があることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

業務災害又は通勤災害により呼吸機能障害を残す方で、労災保険法による障害(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ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

範 囲

(1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

特に喫煙者に対しては、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導するものとします。

私病であるニコチン依存症の治療を行うことはできません。

(3) 保健のための処置(薬剤の支給)

去痰薬

鎮咳薬

喘息治療薬

抗菌薬(抗生物質を含みます。)

呼吸器用吸入薬及び貼付薬

鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)

(4) 検 査

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

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

19 消化器障害に係るアフターケア (傷病コード 20)

趣 旨

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

対 象 者

業務災害又は通勤災害により、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、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状が固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

(1) 診 察・・・原則として1か月に1回程度

(2) 保健指導・・・診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ストマ処置

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

イ 外瘻の処置

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

ウ 自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ 薬剤の支給

整腸薬、止瀉薬

下剤、浣腸薬

抗貧血用薬

消化性潰瘍用薬

逆流性食道炎が認められる場合に支給するものです。

蛋白分解酵素阻害薬

消化酵素薬

抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）

鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

末梢血液一般・生化学的検査 尿検査	3か月に1回程度
腹部超音波検査 消化器内視鏡検査（ERCPを含みます。） 腹部エックス線検査 腹部CT検査	医学的に特に必要と認められる場合に 限ります。 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

20 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケア (傷病コード00)

趣 旨

炭鉱災害による一酸化炭素中毒に罹患した方は、症状固定後においても季節、天候、社会環境等の変化に付随して精神又は身体の後遺症に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行うものです。

対 象 者

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

措置範囲

(1)診 察・・・原則として1か月に1回程度

(2)保健指導・・・診察の都度

(3)保健のための措置(薬剤の支給)

脳機能賦活薬

向精神薬

筋弛緩薬(鎮痙薬を含みます。)

鎮痛薬

血管拡張薬

抗パーキンソン薬

抗痙攣薬

内服昇圧薬

(4)検 査(健康診断)

全身状態の検査 自覚症状の検査 精神、神経症状の一般的検査	1年に1回程度
尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査 赤血球沈降速度及び白血球数の検査 視野検査 脳波検査 心電図検査 胸部エックス線検査 CT又はMRI検査	～ の検査の結果、医学的に特に必要と認められる場合に限り、 <u>レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる理由」を具体的に記入する必要があります。</u>

健康管理手帳の有効期間

(1)新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2)更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

(様式第3号別紙)

アフターケアの実施期間の更新に関する診断書

ふりがな 氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	男・女
1 対象傷病名				
2 最近1年間の診察実施回数： か月に 回程度 〔 例えば、「 <u>1</u> か月に <u>1</u> 回程度」、「 <u>1</u> か月に <u>2</u> 回程度」、「 <u>3</u> か月に <u>1</u> 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、「 <u>1</u> <u>2</u> か月に <u>0</u> 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」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：

（2）今後予想される必要とする診察実施回数： _____ か月に _____ 回程度

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

実施医療機関等

名 称 _____

所在地 _____

診療科

医師名 _____