

労災指定医療機関のための
アフターケア解説書

滋賀労働局労働基準部
労災補償課
令和8年6月改訂版

は じ め に

労災指定医療機関の皆様には、日頃から、社会復帰促進等事業の労災保険アフターケア制度の運営に格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、労災保険では、業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により被災された労働者に対して、その方の症状が固定（治ゆ）した後において、後遺症状に動揺を来たす時や、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、必要に応じてその予防やその他の保健上の措置を講じ、被災労働者の労働能力を維持し、円滑な社会復帰を促進するため「アフターケア制度」を設け実施していますが、労災保険での受診患者と比してアフターケア受診者は多くないため、受付・措置・請求までの処理に苦慮され、問い合わせも少なくありません。そのため、当局では労災指定医療機関のためのアフターケア解説書を作成しました。

本年、診療報酬、労災診療費算定基準及びアフターケア実施要領が改定、改正されたことを受け、本書も一部改訂しました。

本書が、労災指定医療機関の皆様の実務参考書として活用いただければ幸いです。

令和 8 年 6 月

滋賀労働局労働基準部
労 災 補 償 課

労災指定医療機関のためのアフターケア解説書

目 次

第 1	アフターケア制度について	1
1	アフターケアの対象となる傷病一覧表	2
2	対象傷病別のアフターケアの内容	3
3	アフターケア手帳について	3
	アフターケア手帳の交付	
	アフターケア手帳番号について	
	アフターケア手帳の更新手続き	
	アフターケア手帳の確認及び記帳	
	傷病の再発	
第 2	アフターケア委託費の算定方法	6
1	診察	7
2	保健指導	7
3	保健のための処置	8
4	保健のための検査	9
5	院外薬局における保健のための薬剤の支給	10
6	その他	11
第 3	アフターケア委託費の請求	11
1	アフターケア委託費請求書及び内訳書の記入方法	11
2	アフターケア委託費請求書の提出先について	12
3	その他	12
第 4	傷病区分ごとの解説	13
00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	15
01	せき髄損傷	17
05	白内障等の眼疾患	19
06	振動障害	21
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	24
08	人工関節・人工骨頭置換	25
09	慢性化膿性骨髓炎	26

1 1	尿路系腫瘍	27
1 4	外傷による末梢神経損傷	28
1 5	熱傷	30
1 6	サリン中毒	32
1 7	精神障害	34
1 9	呼吸機能障害	36
2 0	消化器障害	38

「頭頸部外傷症候群等」

2 1	頭頸部外傷症候群	40
2 2	頸肩腕障害	41
2 3	腰痛	42

「尿路系障害」

2 4	尿道狭さく及び尿路変向術後	43
2 5	代用膀胱造設後	43

「慢性肝炎」

2 6	H B e 抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染	46
2 7	H B e 抗原陰性	46

「虚血性心疾患等」

2 8	虚血性心疾患	48
2 9	ペースメーカー及び除細動器	48

「脳の器質性障害」

3 0	一酸化炭素中毒（炭鉱災害以外）	51
3 1	外傷による脳の器質的損傷	51
3 2	減圧症	51
3 3	脳血管疾患	51
3 4	有機溶剤中毒等	51

「循環器障害」

3 5	弁損傷及び心膜病変	55
3 6	人工弁置換後	55
3 7	人工血管置換後	55

第5 アフターケア関係様式記入例

アフターケア手帳（表紙）	60
アフターケア手帳（記録欄）	61
アフターケア委託費請求書	62
アフターケア委託費請求書内訳書	63
アフターケア委託費請求書（薬局用）	64
アフターケア委託費請求書内訳書（薬局用）	65
アフターケア実施期間の更新に関する診断書	67

第1 アフターケア制度について

労働者災害補償保険法第29条により、この法律の適用を受ける労働者及び遺族の福祉の増進を図るため、社会復帰促進等事業を行うと規定されています。

社会復帰促進等事業には、社会復帰促進事業のほか援護を図るために必要な事業・安全衛生確保の事業・労働条件確保等の事業が行われておりますが、アフターケアは社会復帰促進事業の一部として実施されているものです。

アフターケアは、業務災害、複数業務要因災害や通勤災害により労災保険の給付を受けていた方が後遺障害を残して症状固定（治ゆ）し、その後遺障害の動揺及び付随する疾病の予防等のため、保健上の措置を講じて労働能力の維持回復を図り円滑な社会生活を営んでいただくための制度です。

よって、労災保険による治療とは異なり、積極的な治療を認めているものではないことにご留意ください。

「委託費請求の時効」

委託費請求の消滅時効は、5年です。なお、起算点は、アフターケアを実施した日の属する月の翌日1日からとなります。

「アフターケア通院費」

アフターケアを受けている方の経済的負担を軽減するために、アフターケアの通院に要する費用を支給します。なお、例外規定もありますので受診者から相談を受けた場合は、労働局（巻末の関係機関一覧をご参照ください。）に問い合わせるようご案内ください。

1 アフターケアの対象となる傷病一覧表

傷病コード	傷病名	有効期間		更新診断書
		初回	更新	
00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	3年間	1年間	○
01	せき髄損傷	3年間	5年間	×
05	白内障等の眼疾患	2年間	1年間	○
06	振動障害	2年間	1年間	○
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年間	1年間	○
08	人工関節・人工骨頭置換	3年間	5年間	×
09	慢性化膿性骨髓炎	3年間	1年間	○
11	尿路系腫瘍	3年間	1年間	○
14	外傷による末梢神経損傷	3年間	1年間	○
15	熱傷	3年間	1年間	○
16	サリン中毒	3年間	1年間	○
17	精神障害	3年間	1年間	○
19	呼吸機能障害	3年間	1年間	○
20	消化器障害	3年間	1年間	○
症候群等 頭頸部外傷	21 頭頸部外傷症候群	2年間	更新不可	—
	22 頸肩腕障害			
	23 腰痛			
障害 尿路系	24 尿道狭さく及び尿路変向術後	3年間	1年間	○
	25 代用膀胱造設後			
慢性 肝炎	26 HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染	3年間	1年間	○
	27 HBe抗原陰性			
等 心疾患 虚血性	28 虚血性心疾患	3年間	1年間	○
	29 ペースメーカー及び除細動器	3年間	5年間	×
脳の器質性障害	30 一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く）	2年間	1年間	○
	31 外傷による脳の器質的損傷			
	32 減圧症			
	33 脳血管疾患	3年間	1年間	○
	34 有機溶剤中毒等			
循環器障害	35 弁損傷及び心膜病変	3年間	1年間	○
	36 人工弁置換後	3年間	5年間	×
	37 人工血管置換後			

2 対象傷病別のアフターケアの内容

アフターケアの内容は、20 区分 31 種類の対象傷病ごとに定められた範囲（診察・処置・検査等）となります。

詳細は傷病区分ごとの解説（13～57 ページ）をご参照ください。

なお、治療を目的に行うものではないため、診察や検査等の回数に制限があります。

3 アフターケア手帳について

（1）アフターケア手帳の交付

症状固定（治ゆ）により労災保険による治療が終了し後遺障害を残した方がアフターケアを受けるためには、被災時の申請者の所属事業場の所在地を管轄する都道府県労働局に申請をしていただく必要があります。

申請は、ケガや病気の症状が固定した日（治ゆ日）の翌日から起算して対象傷病によって定められたアフターケア手帳の新規交付の有効期間として定められた期間内に行わなければなりません（2 ページ参照）。

※ただし、せき髄損傷、人工関節・人工骨頭置換、虚血性心疾患等（ペースメーカー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）は、アフターケアを必要とする期間に定めがないことからいつでも申請ができます。

（2）アフターケア手帳番号について

アフターケア手帳番号は 13 桁で、次のように振り出されています。

1 0 2 5 0 1 0 0 0 1 - 0 0 0

西暦 府県コード 傷病コード 振出番号 枝番号（更新・再交付で変更）

下 2 桁

（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満了の 1 か月前までに更新申請書を、手帳を交付した労働局へ提出します。（有効期間満了の 3 か月前に労働局から「お知らせ」を送付します。更新可能な方には申請書等も同封します。）

なお、頭頸部外傷症候群等（傷病コード：21、22、23）に係る手帳は、新規手帳の有効期間である 2 年間限りで更新することはできません。

(更新申請に必要な書類)

「アフターケア手帳更新・再交付申請書」(様式第3号)

「アフターケアの実施期間の更新に関する診断書」(様式第3号別紙)

※傷病コードが01、08、29、36、37の手帳は、診断書は不要です。

《診断書作成について》

- * 診断書は、アフターケアを受けている医療機関の主治医により作成します。
- * 診断書に記載された医学的意見等に基づき、なおかつ医学的にアフターケアを継続して行う必要があると認められる場合に手帳の更新が可能となります。
- * 診断書での評価が、治癒時と比較し「後遺症状の動揺のおそれ(「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)及び後遺症状に付随する疾病の発症のおそれの有無」を判断することとなっていますが、治癒時の状態を把握できない場合は、当該医療機関に初めてアフターケアで診察した際の状態と比較し判断してください。
- * 診断書料は委託費請求による労災指定医療機関からの請求となります。
なお、診断書料は5,000円(令和8年6月1日以降作成のもの)となります。

(4) アフターケア手帳の確認及び記帳

アフターケア対象者が受診する際は、必ずその都度、アフターケア手帳を労災指定医療機関及び薬局に提出する必要があります。

労災指定医療機関及び薬局は、アフターケア手帳の有効期限を確認のうえ、必ず手帳の「アフターケア記録」欄にその結果等を記入してください。

有効期限を経過した方にアフターケアを行われても、委託費の支払はできません。

——— 注意 ———

アフターケア受診時に手帳確認や記録記入がされなかったため、有効期間外の受診及び同一日の複数医療機関受診、受診回数オーバーにより委託費を査定(減額・不支給)する事案が発生しています。

同一日複数受診の原因は、同一日にAとBの2つの労災指定病院に受診し、A病院が記録欄に受診履歴を記入しなかったため、その後に受診したB病院はA病院での受診がわからないためアフターケアを行った結果、規定回数以上の受診となったもの等ご注意ください。

(5) 傷病の再発

アフターケア対象者が症状の悪化や抜釘術等により、労働基準監督署に再発請求をした場合は、当該日以降はアフターケアを受けることはできません。
(以降は全て労災診療費請求となります。)

なお、労働基準監督署が再発と認めなかった場合は、労災診療費が不支給となりますので、再度アフターケア委託費として遡及請求することができません。

ただし、アフターケア委託費で支給できる範囲以外のものは査定減額となりますので、本人負担(自費)として処理することとなります。

再発の請求等については、労働局又は労働基準監督署へお問合せください。

第2 アフターケア委託費の算定方法

アフターケアに要する費用の額は、それぞれ次の「診察」「保健指導」「保健のための処置」「検査」の各項目に定める方法により算定した額となります。

なお、本解説書は令和8年6月時点の労災診療費算定基準（以下「労災基準」といいます。）又は診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表（以下「健保点数表」といいます。）を基に作成されていますので、その後に改定が行われた場合は、改定後の労災基準又は健保点数表によりそれぞれ算定してください。

算定に先立ち、下表の費用は認められませんのでご注意ください。

認 め て い な い も の	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
	診療報酬点数表に定める	○診療情報提供料Ⅱ（B010）
		○外来管理加算（特例含む）
		○在宅自己疼痛管理指導管理料（C110）
		○在宅自己導尿指導管理料（C106）
		○慢性疼痛疾患管理料（B001-17）
		○てんかん指導料（B001-6）
		○特定疾患処方管理加算（脳血管疾患、虚血性心疾患等は除く）
		○療養費同意書交付料（B013）
		○在宅療養指導料（B001-13）

在宅医療の算定

アフターケアの範囲では、療養（補償）等給付のように「居宅における療養上の管理」を定めていないため、健保点数表の「在宅医療」は算定できません。

1 診察

- ① 「労災保険における診療単価」は、労災基準による 12 円を乗じて得た額で算定します。
- ただし、国、法人税法第 2 条第 5 号の公共法人、法人税法第 2 条第 6 号の公益法人等で法人税法施行令第 5 条第 29 号の医療保健業を行うものは 11.5 円を乗じて得た額で算定します。(以下「労災診療単価」といいます。)
- ② 「初診料」は、労災基準に定める 3,850 円を算定できます。
- ③ 「再診料」は、病床数 200 床未満は 1,430 円、病床数 200 床以上の医療機関は健保点数表の A002「外来診療料」(77 点)の点数に労災診療単価を乗じた額で算定します。他保険にて診察料が算定されている場合は、算定できません。
- ④ 労災保険による治療を受けていた医療機関において症状固定となり、引き続き同一の医療機関でアフターケアを受ける場合は、「初診料」は算定できません。
- この場合は、労災基準の「再診料」又は健保点数表の「外来診療料」で算定します。
- ⑤ アフターケア受診者が転医した場合、最初の診察については、労災基準に定める「初診料」が算定できます。

注意

基準の受診日数を超えた場合は、査定減額又は不支給となります。
傷病コードごとの措置範囲をご確認ください。

2 保健指導

健保点数表に定める B000「特定疾患療養管理料」の点数に準じて算定します。

診療所：225 点

100 床未満の病院：147 点

100 床以上 200 床未満の病院：87 点

に労災診療単価を乗じて得た額です。

- ※算定は、「初診」、「再診」を問わず、月 2 回に限ります。
- ※病床数が 200 床以上の病院は算定できません。(外来診療料で算定してください。)
- ※「精神療法・カウンセリング」を行った場合に、保健指導に係る費用を 重複して算定することはできません。
- ※「心臓ペースメーカー指導管理料」と 重複して算定することはできません。
- ※同一診療機関において 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のみに算定してください。

3 保健のための処置

(1) 処 置

処置（保健のための薬剤支給を含みます。）は次によるほか、健保点数表の点数に労災診療単価を乗じて得た額となります。

- ① 労災指定薬局における薬剤の支給は、調剤報酬点数表により算定した額。
- ② 「精神療法及びカウンセリング」は、健保点数表の I002-2「通院精神療法」又は I006「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。
※ I002・006 以外の「精神科専門療法」は算定できません。
- ③ 「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプに再充填する鎮痙薬剤」を支給する場合は、健保点数表の K190-5「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植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。
- ④ 四肢に処置を行った場合には、四肢加算ができます。

(2) 処置材料等

- ① 保健処置（薬剤の支給を除く。）のために必要な材料（衛生材料など。以下「処置材料」といいます。）を支給した場合は、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で算定してください。
- ② 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ので、対象者が自ら購入するものは支給対象となりません。
- ③ 処置材料を算定する場合は、レセプトの処置料の欄に記載してください。
- ④ 自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼの費用を算定する場合は、褥瘡の詳細、ガーゼの枚数、ガーゼのサイズ等をレセプトの摘要欄に記載してください。
- ⑤ 「医学的に特に必要と認められる場合」として定められた処置（薬剤の支給を含みます。）を行った場合は、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。

- ⑥ 抗てんかん薬、不整脈用剤（抗不整脈薬）、向精神薬の継続投与を行う場合であって、当該薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合には、健保点数表の B001-2「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を算定することができます。

ただし、算定は月 1 回に限ります。2 回以上の管理を行った場合は、第 1 回目の管理を行った際に算定してください。

- ⑦ 鎮痛薬を支給する場合、医学的に併用することが必要と認められる健胃消化薬（抗潰瘍薬を含む。）を支給・算定することができます。
- ⑧ 傷病コード別実施要領で支給を認めている「向精神薬」には、抗躁薬や睡眠薬が含まれます。

4 保健のための検査

- ① 検査の範囲は、対象傷病ごとに定められていますので、「第 4 傷病区分ごとの解説」をご参照ください。
- ② 検査の費用については、健保点数表に定める所定点数（振動障害に係る検査の一部については、労災基準に定める所定点数。）に労災診療単価を乗じて得た額となります。
- ③ 「末梢血液一般・生化学的検査」は、検体検査における血液学的検査のうち D005-5「末梢血液一般検査」のみ、D007「血液化学検査」（生化学的検査（Ⅰ））・D008「内分泌学的検査」（生化学的検査（Ⅱ））は対象傷病に必要な範囲を算定できます。
- ④ 対象傷病に関係しない部位及び指定した検査以外の検査は認められません。
- ⑤ ペースメーカー、除細動器の定期チェックを行った際の費用については、健保点数表の B001-12「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を算定してください。
- ⑥ 傷病コード：00「炭鉱災害による一酸化炭素中毒」に係る「検査（健康診断）」については、次の点数に労災診療単価を乗じて得た額を算定してください。
- なお、尿中の蛋白、糖、ウロビリノーゲン、赤血球沈降速度、白血球

数の検査については費用の算定はできません。

① 全身状態の検査 ② 自覚症状の検査 ③ 精神及び神経症状の一般的検査	335 点
上記以外の検査	健保点数表の点数

- ⑦ 「尿培養検査」を行った場合は、D018「細菌培養同定検査」の点数に労災診療単価を乗じて得た額を算定してください。
- ⑧ 「残尿測定（超音波による測定を含む。）」を行った場合は、D216-2「残尿測定検査」の点数に労災診療単価を乗じて得た額を算定してください。
- ⑨ 「CRP検査」を行った場合は、D015-1「C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）」の点数に労災診療単価を乗じて得た額を算定してください。（CRP検査を認めていない傷病がありますのでご注意ください。）
- ⑩ 「医学的に特に必要と認められる場合」として定められた検査を行った場合は、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」とする理由を具体的に記載してください。

5 院外労災指定薬局における保健のための薬剤の支給

薬剤の支給については、アフターケア実施医療機関の医師が交付した処方箋に基づき、院外薬局（労災指定薬局に限ります。）における支給も可能です。

ただし、アフターケアの対象傷病で定める薬剤のみ処方してください。

注意

アフターケアで認めていない薬剤を含んだ処方箋で調剤した労災指定薬局に対し、減額査定や不支給とする事案が見受けられます。

処方の際には、支給できる薬剤か否かについて十分に確認してください。

6 その他

(1) 理学療法

傷病コード：06「振動障害」のみ認めています。

費用の算定については、労災基準に定める四肢加算ができます。

(2) 注 射

傷病コード：06「振動障害」と傷病コード：14「外傷による末梢神経損傷」のみ認めています。

ただし、検査のための注射など（例えば、CT 造影検査時に吐気を抑制する薬剤を注射する場合など）は、それは、注射薬であるとしても治療目的でなく検査目的での使用であるので認められます。なお、注射料ではなく別に薬剤の費用として算定します。

(3) 診察等の回数

対象傷病ごとに「～回程度」と定められています。本人の希望によるものや常態となっているものは認められません。

委託費請求時に、摘要欄に主治医のコメントが必要な場合があります。

診療時間外の診察は、認められません。

第3 アフターケア委託費の請求

1 アフターケア委託費請求書及び内訳書の記入方法

(1) アフターケア委託費請求書（様式第5号帳票種別「37700」）

※記入例 P61 参照

記入欄③～⑦は、標準字体で記入してください。

(2) アフターケア委託費請求内訳書（帳票種別「37702」）

※記入例 P62 参照

① アフターケア委託費請求内訳書は、1回の診察ごとに1枚作成してください。

② 記入欄②、③、⑤、⑨は、標準字体で記入してください。

③ 「アフターケア手帳番号」欄は、有効な期間のアフターケア手帳より転記してください。

※ 手帳を更新又は再交付した場合、アフターケア手帳番号の枝番号が変わりますので留意してください。

- ④ 「病床数」「前回の検査年月日」及び「傷病の経過」欄を必ず記入してください。
- ⑤ 「初診・再診」欄には、年月日及び金額（「労災診療費」と同額）を記入してください。
- ⑥ 「投薬」欄は、労災の診療費請求内訳書と同じです。必ず薬剤名、規格、単位及び使用量を摘要欄に記載してください。
- ⑦ 「その他」欄には、振動障害で認められている理学療法を上肢に行った場合や、処方箋料等をこの欄に記載してください。

2 アフターケア委託費請求書の提出先について

滋賀県内の労災指定医療機関及び薬局は、滋賀労働局労働基準部労災補償課医療係に提出してください。

〒520-0806
大津市打出浜 14-15
滋賀労働総合庁舎 6階

滋賀労働局労働基準部労災補償課 医療係

※アフターケアに要した費用の請求先は、アフターケア手帳を交付した労働局に関係なく、アフターケアを実施した労災指定医療機関及び薬剤を支給した労災指定薬局の所在地を管轄する労働局となります。

3 その他

本解説書の各傷病コード別実施内容に付記した注釈（※印）は、その目的を示していますので、適否の判断に際し参考としてください。

第4 傷病区分ごとの解説

00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	15
01	せき髄損傷	17
05	白内障等の眼疾患	19
06	振動障害	21
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	24
08	人工関節・人工骨頭置換	25
09	慢性化膿性骨髓炎	26
11	尿路系腫瘍	27
14	外傷による末梢神経損傷	28
15	熱傷	30
16	サリン中毒	32
17	精神障害	34
19	呼吸機能障害	36
20	消化器障害	38

「頭頸部外傷症候群等」

21	頭頸部外傷症候群	40
22	頸肩腕障害	41
23	腰痛	42

「尿路系障害」

24	尿道狭さく及び尿路変向術後	43
25	代用膀胱造設後	43

「慢性肝炎」

26	HB e 抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染……	46
27	HB e 抗原陰性	46

「虚血性心疾患等」

28	虚血性心疾患	48
29	ペースメーカー及び除細動器	48

「脳の器質性障害」

30	一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く）	51
31	外傷による脳の器質的損傷	51
32	減圧症	51
33	脳血管疾患	51
34	有機溶剤中毒等	51

「循環器障害」

35	弁損傷及び心膜病変	55
36	人工弁置換後	55
37	人工血管置換後	55

〇〇 炭鉱災害による一酸化炭素中毒

1 趣旨

炭鉱災害による一酸化炭素中毒症にり患した方で、症状固定後においても、季節、天候、社会環境等の変化に伴っ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。

2 対象者

「炭鉱災害による一酸化炭素中毒症」により、労災保険法による療養補償給付を受けていた方で、その症状が固定した方のうち、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です。

3 措置範囲

(1) 診 察……………原則として1か月に1回程度必要に応じて行います。

(2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

(3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

なお、薬剤の支給は、中枢神経系の障害に対して維持的な効果を目的に投与するものですが、これらの薬剤を必要とする者の中には、一酸化炭素中毒以外の疾病によると思われる症状が合併していることがありますので、診察時に留意してください。

一酸化炭素中毒以外の疾病、例えば「高血圧症」、「貧血」、「胃腸疾患」、「腰痛」、「神経痛」、「頸部せき椎症」等に対する「胃腸薬」、「造血薬」、「強肝薬」、「総合ビタミン剤」等の支給は認められません。

ア 脳機能賦活薬

向精神性ビタミン剤及び代謝促進薬を主とし、使用量は急性期の場合と異なって少量持続の方針とし、次により適宜選択し投与してください。

薬 剤 の 種 類	投 与 量
① ビタミンB ₁	1日 25mg ～ 50mg
② ビタミンB ₁₂	1日 0.2mg ～ 0.5mg
③ GABA（ガンマロン）	500mg ～ 1,000mg
④ アスパラギン酸製剤	300mg ～ 600mg

イ 向精神薬、筋弛緩薬（鎮痙薬を含む。）、鎮痛薬（併用が必要な健胃薬を含む。）

薬 剤 の 種 類	投 与 量
① フェノチアジン系等 ※めまい、嘔気のある方に支給。	1 日 1 錠～3 錠程度
② ジアゼパム系等 ※肩こりなどの筋緊張性病訴、神経症的病訴のある方に支給。	
③ 鎮痛薬（外用薬を含む）	

ウ 血管拡張薬

1 日 1 錠～3 錠程度

※肩こり、頸部こり、頭痛などの自覚症状を緩和するため、前記イの薬剤と併用。

エ その他の薬剤

① 抗パーキンソン薬

※パーキンソン症候群を有する方に支給できます。

② 抗痙攣薬

※脳波異常のある者、痙攣発作をおこす方に支給できます。

③ 内服昇圧薬

※血液の循環の改善を必要とする方に支給できます。（ただし、少量。）

（４） 検 査（健 康 診 断）

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 全身状態の検査 ② 自覚症状の検査 ③ 精神、神経症状の一般的検査	1 年に 1 回程度
④ 尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査 ⑤ 赤血球沈降速度及び白血球数の検査 ⑥ 視野検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心電図検査 ⑨ 胸部エックス線検査 ⑩ C T、MR I 検査	①～③の検査の結果、 <u>医学的に特 に必要と認められる場合に限る。</u> (実施した場合は、必ず内訳書にコ メントを記載してください。)

４ アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規交付

交付日から起算して 3 年間。

（２） 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間。

01 せき髄損傷

1 趣旨

せき髄損傷者で、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、その他の医学的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。

2 対象者

業務災害又は通勤災害による「せき髄損傷」の傷病者であって、労災保険法の障害等級第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（治ゆした方に限ります。）で、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

障害等級第4級以下の方で、医学的に特に必要と認められる場合は、アフターケアを受けることができます。

3 措置範囲

(1) 診 察……原則として、1か月に1回程度に必要な応じて行います。

(2) 保 健 指 導……診察の都度、必要な応じて行います。

(3) 保健のための処置（担当医が直接授与又は処方したものに限る。）

診察の都度、必要な応じて次の処置ができます。

ア 褥瘡処置

※褥瘡が生じている者に限ります。

※入院による処置、通院による月10回以上の処置は不可。（再発対応）

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

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む。）

※医師が必要と認めたときは、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテルに接続する収（畜）尿袋（採尿バック、導尿バック）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む。）、滅菌ガーゼを支給できます。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。

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者、褥瘡のある者を対象とします。

② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

③ 排尿障害改善薬、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。

（「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填」（K190-5）の点数及び薬剤の費用を併せて算定します。）

- ⑤ 自律神経薬
- ⑥ 末梢神経障害治療薬
 - ※微小循環系賦活薬は、支給できません。
- ⑦ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬及び睡眠薬を含む）
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）
- ⑨ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）
- ⑩ 整腸薬・下剤及び浣腸薬

（４） 検 査

診察の結果、必要に応じて次の検査を行うことができます。

区 分	回 数
① 尿検査（尿培養検査（D018）を含む。）	診察の都度、必要に応じて実施。
② C R P 検査（D015-1）	1 年に 2 回程度
③ 末梢血液一般・生化学的検査 ④ 膀胱機能検査（残尿測定検査を含む。） ※残尿測定検査（D216-2）は、超音波によるものを含む。 ⑤ 腎臓、膀胱、尿道のエックス線検査	1 年に 1 回程度
⑥ 損傷せき椎、麻痺域関節のエックス線、C T、M R I 検査	1 年に 1 回程度 <u>医学的に特に必要と認められる場合に限る。</u> (実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。)

※肝及び腎のクリアランステスト（D286）、肝機能テスト（フィッシュバーグ等）（D289-2）の腎機能検査は認められません。

4 アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規交付

交付日から起算して 3 年間。

（２） 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して 5 年間。

05 白内障等の眼疾患

1 趣旨

白内障等の眼疾患等により患した方は、その症状が固定した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。

2 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（傷病が治癒した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

障害（補償）給付を受けていない方（傷病が治癒し、障害を残した方に限ります。）で、医学的に特に必要があると認められる方は、アフターケアを受けることができます。

3 措置範囲

（１） 診 察……………原則として、１か月に１回程度必要に応じて行います。

（２） 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

（３） 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

ア 睫毛抜去（眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な者に対して行います。）

※睫毛抜去（Ｊ０８９）で算定してください。

イ 薬剤の支給

① 外用薬（白内障点眼薬、眼軟膏、その他医師が必要と認める点眼薬。）

② 眼圧降下薬

（４） 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の範囲の検査ができます。

区 分	回 数
① 矯正視力検査（D263） ② 屈折検査（D261） ③ 細隙燈頭微鏡検査（D257、D273） ④ 前房隅角検査（D274） ⑤ 精密眼圧検査（D264） ⑥ 精密眼底検査（D255、D255-2） ⑦ 量的視野検査（D260）	診察の都度、必要に応じて実施

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して2年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

06 振 動 障 害

1 趣旨

振動障害にり患した方は、その症状が固定した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みられることから、アフターケアを行うものです。

2 対象者

業務災害により「振動障害」にり患した方で、労災保険法による障害補償給付を受けている方又は受けると見込まれる方（傷病が治癒した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

3 措置範囲

（１） 診 察……………原則として、１か月に２～４回程度必要に応じて行います。

※寒冷期には、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、必要に応じて行います。

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

（３） 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

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にできます。

（部位は、手指～肩関節まで）

イ 注 射

診察の結果、医師が特に必要と認めた場合に、一時的な消炎・鎮痛のために注射を行うことができます。（実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。）

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B₁、B₂、B₆、B₁₂、E剤
- ④ Ca拮抗薬
- ⑤ 交感神経α-受容体抑制薬
- ⑥ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）
- ⑦ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要な場合。抗潰瘍薬を含む。）

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
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 ア 常温下皮膚温・爪圧迫検査 イ 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 ④ 末梢神経機能検査 ア 常温下痛覚・振動覚検査 イ 冷水負荷痛覚・振動覚検査 ウ 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（握力の検査を行う。）	1年に1回程度
⑥ 手関節及び肘関節のエックス線検査	2年に1回程度（放射線障害を考慮し、必要と認められる者に限る。）

※振動障害の検査料算定については、次ページの《振動障害検査料》をご参照ください。

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して2年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

《振動障害検査料》

振動障害に係る検査料について、健保点数表に定めてありませんが、アフターケアについては次の労災基準で算定してください。

検 査 項 目		点 数
1	握力（最大握力、瞬発力）維持握力（5回法）を併せて行う検査	片手、両手に関わらず 60 点
2	維持握力（60％法）検査 つまみ力検査 タッピング検査	アフターケアでは算定できません。
3	常温下での手指の皮膚温検査	1 指につき 7 点
4	冷却負荷による手指の皮膚温検査	1 指 1 回につき 7 点
5	常温下による爪圧迫検査	1 指につき 7 点
6	冷却負荷による爪圧迫検査	1 指 1 回につき 7 点
7	常温下での手指の痛覚検査	1 指につき 9 点
8	冷却負荷による手指の痛覚検査	1 指 1 回につき 9 点
9	指先の振動覚（常温下での両手）検査	1 指につき 40 点
10	指先の振動覚（冷却負荷での両手）検査	1 指 1 回につき 40 点
11	手背等の温覚検査	1 手につき 9 点
12	手背等の冷覚検査	1 手につき 9 点

07 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折

1 趣旨

大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折をした方は、その症状が固定した後に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。

2 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」をした方で、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（傷病が治癒した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

障害（補償）給付を受けていない方（傷病が治癒し、障害を残した方に限ります。）で、医学的に特に必要と認められる方は、アフターケアを受けることができます。

3 措置範囲

人工関節・人工骨頭置換術が必要となる場合は、管轄の労働基準監督署に連絡してください。

(1) 診 察……………原則として、3～6か月に1回程度必要に応じて行います

(2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

(3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

① 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）

② 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要な場合。抗潰瘍薬を含む。）

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査 ② エックス線検査	3～6か月に1回程度
③ シンチグラム検査、CT、MRI等	医学的に特に必要な場合に限る。 (実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。)

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して3年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

08 人工関節・人工骨頭置換

1 趣旨

人工関節及び人工骨頭置換をした方は、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）により症状が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。

2 対象者

業務災害又は通勤災害により「人工関節又は人工骨頭を置換」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と見込まれる方（傷病が治癒した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

3 措置範囲

人工関節・人工骨頭の経年劣化により再置換術が必要となる場合は、術前検査からアフターケアではなく労災保険給付の【再発】の手続きを行ってください。

（１） 診 察……原則として、３～６か月に１回程度必要に応じて行います

（２） 保 健 指 導……診察の都度、必要に応じて行います。

（３） 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

① 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）

② 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要な場合。抗潰瘍薬を含む。）

（４） 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
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 ＣＲＰ検査（D015-1）	１年に２回程度
④ シンチグラム検査	医学的に特に必要な場合に限る。 （実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。）

4 アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規交付

交付日から起算して３年間。

（２） 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して５年間。

09 慢性化膿性骨髓炎

1 趣旨

骨折等により化膿性骨髓炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髓炎に移行した方は、その症状が固定した後も骨髓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。

2 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髓炎を併発し、引き続き「慢性化膿性骨髓炎」に移行した方で、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（傷病が治癒した方に限ります。）のうち、医学的にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

3 措置範囲

（１） 診 察……………原則として、１～３か月に１回程度必要に応じて行います。

（２） 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

（３） 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む。）

② 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）

③ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要な場合。抗潰瘍薬を含む。）

（４） 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査	１～３か月に１回程度
② 細菌検査	診察の都度、必要に応じて実施
③ ＣＲＰ検査（D015-1）	１年に２回程度
④ エックス線検査	３～６か月に１回程度
⑤ シンチグラム、ＣＴ、ＭＲＩ等検査	医学的に特に必要な場合に限る。 (実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。)

4 アフターケア手帳の有効期間

（１） 新規交付

交付日から起算して３年間。

（２） 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して１年間。

11 尿 路 系 腫 瘍

1 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の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。

2 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、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です。

3 処置範囲

(1) 診 察……………原則として、1 か月に1 回程度必要に応じて行います。

(2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

(3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤を支給できます。

① 再発予防のための抗がん薬

※医学的に特に必要な場合で、投与期間は治癒後1 年以内です。

(実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。)

② 抗菌薬（抗生物質を含む。）

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 尿検査（尿培養検査（D018）を含む。） ② 尿細胞診検査	1 か月に1 回程度
③ 内視鏡検査 ④ 超音波検査 ⑤ 腎盂造影検査 ⑥ C T 検査	3 ～ 6 か月に1 回程度

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して3 年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1 年間。

1 4 外傷による末梢神経損傷

1 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、アフターケアを行います。

2 対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害で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。反射性交感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による激しい疼痛が残存する方。

末梢神経障害性疼痛等の激しい疼痛が残存する方は、傷病名に加え、末梢神経に損傷があることが医学的に判断できる場合に対象となります。

- (2) 労災保険法による障害等級第 12 級以上の障害補償給付もしくは障害給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）。
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方。

3 措置範囲

- (1) 診 察……原則として 1 カ月に 1～2 回程度必要に応じて行います。
- (2) 保 健 指 導……診察の都度、必要に応じて行います。
- (3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

ア 注 射

診察の結果、特に疼痛が激しくやむを得ないと医師が認めた場合に、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。

（実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。）

イ 薬剤の支給

- ① 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む。）
- ② 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）
- ③ 末梢神経障害治療薬
- ④ 向精神薬

ただし、疼痛の治療や処置に効果が認められている薬剤（抗うつ薬、抗けいれん薬）に限る。

※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））。

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	1 か月に 1 回程度
③ エックス線検査 ④ 骨シンチグラフィー検査	1 年に 2 回程度 <u>医学的に特に必要と認められる場合に限る。</u> (実施した場合は、必ず内訳書にコメントを 記載してください。)

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して 3 年間。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間。

15 熱 傷

1 趣旨

熱傷の傷病者は、その症状が固定した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。

2 対象者

業務災害又は通勤災害による「熱傷」の傷病者で、醜状障害として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と見込まれる方（傷病が治癒した方に限ります）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

3 措置範囲

（1） 診 察……原則として 1 か月に 1 回程度必要に応じて行います。

（2） 保 健 指 導……診察の都度、必要に応じて行います。

（3） 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤を支給できます。

- ① 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- ② 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）
- ③ 血行促進剤（外用薬を含む）
- ④ 抗菌薬（外用薬を含む）
- ⑤ 皮膚保湿剤
- ⑥ 皮膚保護剤
- ⑦ 抗アレルギー薬
- ⑧ 末梢神経障害治療薬
- ⑨ 神経障害性疼痛治療薬

（4） 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査	1 年に 1 回程度
② 尿検査	

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して3年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

16 サリン中毒

1 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、縮腫、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。

2 対象者

業務災害又は通勤災害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治癒した方のうち、次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と認められる方です。

- ① 縮腫、視覚障害等の眼に関する障害
- ② 筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害及び筋障害
- ③ 記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害
- ④ 心的外傷後ストレス障害

3 措置範囲

(1) 診 察……………原則として1か月に1回程度必要に応じて行います。

(2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

(3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

ア 精神療法及びカウンセリング（保健指導に係る費用を重複して算定できません。）

※心的外傷後ストレス障害があると認められる者に、専門の医師により実施することができます。

※精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症の増悪を防止するための保健上の措置であるため、処置内容は生活指導に重点を置いたものとしてください。

※「精神科作業療法及（1007）」及び「精神科デイ・ケア（1009）」は認められません。

イ 薬剤の支給

- ① 点眼薬
- ② 神経系機能賦活薬
- ③ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬及び睡眠薬を含む）
- ④ 自律神経薬
- ⑤ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）
- ⑥ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて次の検査が、1年に2回程度実施できます。

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

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して3年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

17 精 神 障 害

1 趣旨

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害による心理的負荷を原因として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。

2 対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- (1) 業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害による心理的負荷を原因として「精神障害」を発病した方
- (2) 労災保険法による療養補償給付、複数事業労働者療養補償又は療養給付を受けて、症状固定したと認められる方
- (3) 次の①から④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と認められる方
 - ① 気分の障害（抑うつ、不安等）
 - ② 意欲の障害（低下等）
 - ③ 慢性化した幻覚性の障害又は慢性化した妄想性の障害
 - ④ 記憶の障害又は知的能力の障害

3 措置範囲

- (1) 診 察……………原則として1か月に1回程度必要に応じて行います。
- (2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。
- (3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

ア 精神療法及びカウンセリング（保健指導に係る費用を重複して算定できません。）

※「気分の障害、慢性化した幻覚性の障害、慢性化した妄想の障害」があると認められる者に、専門の医師により実施することができます。

※精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症の増悪を防止するための保健上の措置であるため、処置内容は生活指導に重点を置いたものとしてください。

※「精神科作業療法（1007）」及び「精神科デイ・ケア（1009）」は認められません。

イ 薬剤の支給

- ① 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬及び睡眠薬を含む。）
- ② 神経系機能賦活薬（鎮量剤を含む。）

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 心理検査 ② 脳波検査、C T、M R I 検査	1 年に 2 回程度
③ 末梢血液一般・生化学的検査	向精神薬を使用している場合に、1 年に 2 回程度

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して3年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

※精神療法、カウンセリング等の費用の算定方法については、診療報酬点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額としてください。なお、診療報酬点数表が改定されたときには、改定後の額にしてください。

19 呼吸機能障害

1 趣旨

呼吸機能障害を残す方は、その症状が固定した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。

2 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です。

3 措置範囲

持続性気管支炎等で再療養が必要な場合は、アフターケアではなく労災保険給付の【再発】の手続きを行ってください。

（1） 診 察……………原則として1か月に1回程度必要に応じて行います。

※咳や痰等の後遺症状の軽減及び悪化を予防するため。

（2） 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

特に喫煙者に対して、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導します。

※私病である「ニコチン依存症」の治療は行えません。

したがって、「B-001-3-2 ニコチン依存症管理料」は算定できません。

※咳や痰等の後遺症状の軽減及び悪化を予防するため。

（3） 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

① 去痰薬

※呼吸困難、咳、喘鳴、喀痰の喀困難等を訴えた場合。

② 鎮咳薬

※呼吸困難、咳、喘鳴、喀痰の喀困難等を訴えた場合。

③ 喘息治療薬

※呼吸困難、咳、喘鳴、喀痰の喀困難等を訴えた場合。

④ 抗菌薬（抗生物質を含む。）

※気道感染や肺炎等が生じた場合。

⑤ 呼吸器用吸入薬及び貼付薬

※呼吸困難、咳、喘鳴、喀痰の喀困難等を訴えた場合。

⑥ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）

※胸部外傷、気道感染、肺炎等による患部の疼痛や炎症を軽減するため。

⑦ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の範囲で検査ができます。

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査 ※障害を基礎に生じた、一過性の気道感染や肺炎等の有無及び程度を確認するため。 ② C R P 検査 (D015-1) ※感染リスクの状況を確認するため。 ③ 喀痰細菌検査 ※上記①の検査により、気道感染や肺炎が確認された場合の細菌検索のため。 「細菌培養同定検査(D018-1)」 「抗酸菌分離培養検査(D020)」 ④ スパイログラフィー等検査 (D200) ※呼吸機能低下の程度を診断するため。 ⑤ 胸部エックス線検査 ※呼吸機能低下の程度を診断するため。	1 年に 2 回程度
⑥ 血液ガス分析 ※呼吸機能低下の程度を診断するため。	1 年に 2 ～ 4 回程度
⑦ 胸部 C T 検査 ※呼吸機能低下の程度を診断するため。	1 年に 1 回程度

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して 3 年間。

(2) 更新による再交付

有効期間の満了する日の翌日から起算して 1 年間。

20 消化器障害

1 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。

2 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、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です。

3 措置範囲

(1) 診 察…………… 原則として1か月に1回程度必要に応じて行います。

※腸管の生理的な運動機能及び消化吸収機能を観察するため。

(2) 保 健 指 導…………… 診察の都度、必要に応じて行います。

※腸管の生理的な運動機能及び消化吸収機能を観察するため。

(3) 処 置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

ア ストマ処置 （ストマを造設した者）

※ストマ周辺の反応性びらん等の発症の予防のため。「ストーマ処置(J043-3)」により算定

イ 外瘻の処置 （軽微な外瘻が認められる者）

※軽微な外瘻が認められる者に、外瘻周辺の反応性びらん等の発症の予防のため。

ウ 自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

※医師が必要と認めた場合に支給できます。

※ストマ用装具は、義肢等補装具支給申請により行います。

エ 薬剤の支給

① 整腸薬、止瀉薬

※下痢等による低栄養状態を予防するため。

② 下剤、浣腸薬

※腸管運動の低下に伴う便秘等による腸閉塞を予防するため。

③ 抗貧血用薬

※貧血が認められる場合。

④ 消化性潰瘍用薬

※逆流性食道炎が認められる場合。

- ⑤ 蛋白分解酵素阻害薬
- ⑥ 消化酵素薬
 - ※膵臓の機能低下による消化酵素の欠乏が認められる場合。
- ⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）
 - ※ストマ及び外瘻の周辺に反応性びらん等が認められる場合。
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）
 - ※ストマ及び外瘻の周辺に反応性びらん等が認められる場合。
- ⑨ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ※両検査は、栄養状態の変化を捉えるため。	3 か月に 1 回程度
③ 腹部超音波検査 （注 1） ④ 消化器内視鏡検査（E R C P を含みます。） ※逆流性食道炎の悪化、便潜血を含む下血、膵機能異常が認められる場合。 ⑤ 腹部エックス線検査 （注 1） ⑥ 腹部 C T 検査 （注 1）	医学的に特に必要と認められる場合に限る。 （実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。）

（注 1）腸管癒着等により腹部膨満感及び排便機能障害を訴える者で、腸管運動・腸管内容を確認する必要がある場合に実施します。

4 アフターケア手帳の有効期間

（1）新規交付

交付日から起算して 3 年間。

（2）更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間。

2 1 頭 頸 部 外 傷 症 候 群

1 趣旨

頭頸部外傷症候群の傷病者で、その症状が固定した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その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。

2 対象者

業務災害又は通勤災害により「頭頸部外傷症候群」に罹患した方で、労災保険法の障害等級第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（傷病が治癒した方に限ります。）で医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

障害等級第 10 級以下の方で、医学的に特に必要と認められる場合は、アフターケアを受けることができます。

3 措置範囲

（1） 診 察……………原則として、1 か月に 1 回程度必要に応じて行います。

（2） 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

（3） 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

① 神経系機能賦活薬

② 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬及び睡眠薬を含む。）

③ 筋弛緩薬

④ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）

⑤ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）

⑥ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬、昇圧薬を含む。）

※血液の循環改善を必要とする場合に支給します。

（4） 検 査

診察の結果、必要に応じて次の検査が必要と認められる部位に、1 年に 1 回程度実施できます。

エックス線検査

※上記以外の検査は認められません。

4 アフターケア手帳の有効期間

交付日から起算して 2 年間。（更新による再交付はできません。）

22 頸 肩 腕 障 害

1 趣旨

頸肩腕障害の傷病者で、その症状が固定した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その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。

2 対象者

業務災害又は通勤災害により「頸肩腕障害」に罹患した方で、労災保険法の障害等級第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（傷病が治癒した方に限ります。）で医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

障害等級第 10 級以下の方で、医学的に特に必要と認められる場合は、アフターケアを受けることができます。

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。

3 措置範囲

(1) 診 察……原則として、1 か月に1 回程度必要に応じて行います。

(2) 保 健 指 導……診察の都度、必要に応じて行います。

(3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

- ① 神経系機能賦活薬
- ② 筋弛緩薬
- ③ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）
- ④ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）
- ⑤ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬、昇圧薬を含む。）

※血液の循環改善を必要とする場合に支給します。

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて次の検査が必要と認められる部位に、1 年に1 回程度実施できます。

エックス線検査

※上記以外の検査は認められません。

4 アフターケア手帳の有効期間

交付日から起算して2 年間。（更新による再交付はできません。）

2 3 腰 痛

1 趣旨

腰痛の傷病者で、その症状が固定した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その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。

2 対象者

業務災害又は通勤災害により「腰痛」に罹患した方で、労災保険法の障害等級第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（傷病が治癒した方に限ります。）で医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

障害等級第10級以下の方で、医学的に特に必要と認められる場合は、アフターケアを受けることができます。

3 措置範囲

(1) 診 察……………原則として、1か月に1回程度必要に応じて行います。

(2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

(3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

- ① 神経系機能賦活薬
- ② 筋弛緩薬
- ③ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）
- ④ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）
- ⑤ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬、昇圧薬を含む。）

※血液の循環改善を必要とする場合に支給します。

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて次の検査が必要と認められる部位に、1年に1回程度実施できます。

エックス線検査（当該傷病に必要と認められる部位に、1年に1回程度。）

※上記以外の検査は認められません。

4 アフターケア手帳の有効期間

交付日から起算して2年間。（更新による再交付はできません。）

24・25 尿 路 系 障 害

1 趣旨

尿道断裂、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。

2 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です。

「傷病コードの区分」

24 「尿道狭さく」の障害を残す方、「尿路変向術」を受けた方

25 「代用膀胱を造設」された方

3 措置範囲

- (1) 診 察……………原則として、1～3か月に1回程度必要に応じて行います。
- (2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。
- (3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

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、時々拡張術が必要な場合の回数は、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が必要な場合の回数は、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、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。
- ③ シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下の拡張術が必要な場合の回数は、②と同様とします。
- ④ 糸状ブジーが辛うじて通るものは、アフターケアの対象とせず再発申請対象とします。

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ときは、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテルに接続する収（畜）尿袋（採尿バック、導尿バック）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む。）、滅菌ガーゼを支給できます。

ハ 薬剤の支給

①～⑤の薬剤については、尿道ブジー及び尿路処置実施の都度、必要に応じて次の薬剤を1週間分程度支給できます。

① 止血薬

※尿道ブジーにより出血が認められる場合に支給できます。

② 抗菌薬（抗生物質を含む。）

※尿検査により腎・尿管の細菌感染症が確認された場合に支給できます。

③ 自律神経薬

※代用膀胱造設後の夜間尿失禁を改善するため。

④ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤、軟膏、液を含む。）

※尿道ブジー実施後に狭さく部の炎症等が認められる場合に支給できます。

⑤ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要な場合。抗潰瘍薬を含む。）

※前記④に対する障害を予防するため。

⑥ 尿路処置用外用薬

※尿路ストマに皮膚炎等が確認された場合に支給できます。

⑦ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

（４） 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の範囲で検査ができます。

検査の区分	回 数	傷病コード	
		2 4	2 5
① 尿検査（尿培養検査を含む。） ※尿路感染の把握のため。	1～3か月に1回程度	○	○
② 末梢血液一般・生化学的検査 ※血中の尿素窒素量等の確認のため。	1年に2回程度	○	○
③ CRP検査（D015-1） ※細菌性感染の有無、症状の原因の確認のため。			
④ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査 ※水腎症、水尿管症の確認のため。	1年に1回程度	○	○
⑤ 腹部超音波検査 ※水腎症、水尿管症の確認のため。			
⑥ CT検査 ※代用膀胱の状態の確認のため。	1年に1回程度	×	○

※膀胱尿道ファイバースコピーは認められません。

※β₂-ミクログロブリン測定は不必要。

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して3年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

26・27 慢性肝炎

1 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。

2 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た方です。

「傷病コードの区分」

26 HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染

27 HBe抗原陰性

3 措置範囲

（1） 診 察……………① 傷病コード26：原則として、1か月に1回程度必要に応じて行います。

※B型肝炎ウイルス感染者のうちHBe抗原陽性者はウイルス量が多く、ウイルスの増殖活性も旺盛で肝炎再燃の可能性が高いため。

C型肝炎ウイルス感染者は、肝炎再燃の可能性が高いため。

② 傷病コード27：原則として、6か月に1回程度必要に応じて行います。

※B型肝炎ウイルス感染者のうち、HBe抗原陰性者はウイルス量が少なく、肝炎再燃の可能性が低いため。

（2） 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。

（3） 保健のための薬剤

薬剤の支給はできません。

医学的に薬剤の投与が必要となった場合は、再発申請を行う必要があります。

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の範囲で検査ができます。

区 分	回 数
① 末梢血液一般検査 ※血球、特に血小板の減少等により肝炎の進行を把握するため。	6 か月に 1 回程度
② 生化学的検査	傷病コード 2 6 : 1 か月に 1 回程度 傷病コード 2 7 : 6 か月に 1 回程度
③ 腹部超音波検査 ※B型ウイルスの場合：肝細胞癌の発生を見ることがあるため。 ※C型ウイルスの場合、肝炎の進展をみることがあるため。	6 か月に 1 回程度。
④ B型肝炎ウイルス感染マーカー ※B型ウイルスの増殖活性を知る必要がある場合。 HBe 抗原・抗体の測定を含む。 ⑤ H C V 抗体 ※C型ウイルスの動態を知る必要がある場合。 ⑥ H C V-RNA 同定（定性）検査 ※抗体価が低下した場合。 ⑦ A F P（ α -フェトプロテイン） ※腫瘍マーカーの測定を実施する必要がある場合。 ⑧ P I V K A-II ※腫瘍マーカーの測定を実施する必要がある場合。 ⑨ プロトロビン時間検査 ※肝炎の進展を知る必要がある場合。 ⑩ C T 検査 ※肝腫瘍が疑われる所見が見られた場合。	医学的に特に必要と認められる場合に限る。 (実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載すること。)

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して 3 年間。

(2) 更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間。

28・29 虚血性心疾患等

1 趣旨

虚血性心疾患にり患した方及びペースメーカー又は除細動器（以下「ペースメーカー等」といいます。）を植え込んだ方にあっては、その症状が固定した後においても、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ー等については、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。

2 対象者

アフターケアを受けられる方は、次に該当する方です。

28 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もしくは複数事業労働者障害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です。

障害等級第10級以下でも、医学的に特に必要と認められる方はアフターケアを受けることができます。

29 ペースメーカー等を植え込んだ方

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により、「ペースメーカー等を植え込んだ」方で、労災保険法による障害補償給付、複数事業労働者障害給付または障害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です。

3 措置範囲

- (1) 診 察……① 傷病コード28：原則として、1か月に1回程度必要に応じて行います。
② 傷病コード29：原則として、1～3か月に1回程度必要に応じて行います。
※機器の状態の把握及びメンタルケアのため。
- (2) 保 健 指 導……診察の都度、必要に応じて行います。

(3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

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回程度実施します。

※機器の作動機能の評価のため。

イ 薬剤の支給

① 抗狭心症薬

※心電図等検査により心筋血流障害が認められ、心不全に至る恐れがある者に予防薬として支給する。

② 抗不整脈薬

※ペースメーカ等埋め込んだ者については、機器の機能を補うため。

③ 心機能改善薬

※心機能の低下を来している者の心機能収縮力の強化のため。

④ 循環改善薬（利尿薬を含む。）

※心機能の収縮力の低下を来している者の心臓に対する負荷の軽減のため。

⑤ 向精神薬（内服）※ 抗うつ剤、精神安定剤を含む。

※うつ状態、精神的不安定な症状等がある場合。

(4) 検 査……診察の結果、必要に応じて下表の範囲で検査ができます。

ア 傷病コード28

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査（安静時及び負荷検査） ④ 胸部エックス線検査	1 か月に1回程度
⑤ ホルター心電図検査 ⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	<u>医学的に特に必要と認められる場合に</u> 限る。 (実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。)

イ 傷病コード29

区 分	回 数
① 末梢血液一般・生化学的検査 ※機器が作動不全を呈する場合がありますため、スクリーニング検査として実施。 ② 尿検査 ※同上 ③ 心電図検査（安静時及び負荷検査） ※機器の心調律、ペーシング状態の確認のため。	1～6か月に1回程度
④ 胸部エックス線検査 ※機器のリードの心房、心室内の位置、走行及びリードの断線の有無を確認するため。	6か月に1回程度
⑤ ホルター心電図検査 ※機器の不必要な作動の把握のため。	1年に1回程度
⑥ 心臓超音波検査 ※心不全が疑われる場合。 ⑦ 心臓核医学検査 ※同上	<u>医学的に特に必要と認められる場合に限る。</u> （実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。）

4 アフターケア手帳の有効期間

（1）新規交付

交付日から起算して3年間。

（2）更新による再交付

有効期間が満了する日の翌日から起算して、傷病コード28は1年間、傷病コード29は5年間。

30・31・32・33・34 脳の器質性障害

1 趣旨

脳に器質的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ため、アフターケアを行うものです。

2 対象者

業務災害又は通勤災害で、次の①から⑤に揚げる傷病に由来する脳の器質性しょうがいが残存した方（④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（傷病が治癒した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方です。

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、医学的に特に必要があると認められる方はアフターケアを受けることができます。

- ① 一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）【30】
- ② 外傷による脳の器質的損傷【31】
- ③ 減圧症【32】
- ④ 脳血管疾患【33】
- ⑤ 有機溶剤中毒等（炭鉱災害によるものを含めた一酸化炭素中毒を除く）【34】

※【 】内の数字は対象傷病コードです。

3 措置範囲

- (1) 診 察……原則として、1か月に1回程度必要に応じて行います。
- (2) 保 健 指 導……診察の都度、必要に応じて行います。
- (3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の処置ができます。

ア 精神療法及びカウンセリング（保健指導に係る費用を重複して算定できません。）

※精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症の増悪を防止するための保健上の措置であるため、処置内容は生活指導に重点を置いたものとしてください。

※「精神科作業療法及（1007）」及び「精神科デイ・ケア（1009）」は認められません。

イ 四肢麻痺等が出現した場合は、次の処置及び処置に伴う必要な材料を支給できます。

① 褥瘡処置

※褥瘡が生じているものに限りします。

※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。

※医師が必要と認めた場合は、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼ、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ときは、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテルに接続する収（畜）尿袋（採尿バック、導尿バック）、カテーテル用消毒液（洗浄剤及び潤滑剤を含む。）、滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

- ① 神経系機能賦活薬
- ② 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬及び睡眠薬を含む。）
- ③ 筋弛緩薬
- ④ 自律神経薬
- ⑤ 鎮痛・消炎薬（外皮用のパップ剤・軟膏・液を含む。）
- ⑥ 健胃消化薬（鎮痛薬に対する医学的に併用が必要なもの。抗潰瘍薬を含む。）
- ⑦ 抗パーキンソン薬
- ⑧ 抗てんかん薬

※外傷性てんかんのある者及び外傷性てんかん発症のおそれのある者に支給できます。（「抗てんかん薬」に対する「肝臓用薬」は、支給できません。）

- ⑨ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬、昇圧薬を含む。）

※血液の循環の改善を必要とする者に支給できます。

四肢麻痺が出現した場合、次の薬剤が支給できます。

- ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む。）

※尿路感染者、尿路感染のおそれのある者、褥瘡のある者を対象とします。

- ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
- ③ 排尿障害改善薬、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空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。

（「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填（K190-5）」の点数及び薬剤の費用を併せて算定します。）

- ⑤ 末梢神経障害治療薬
- ⑥ 整腸薬・下剤及び浣腸薬

(4) 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の検査ができます。

区 分	回 数
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 （カウンセリングが必要な場合、精神機能変化が推定される場合。） ⑤ 視機能検査 （眼底検査等も含む。労災と私病の鑑別上必要な場合。） ⑥ 前庭平衡機能検査 （めまい感又は身体平衡障害の病訴のある者で必要な場合。） ⑦ 頭部のエックス線検査	1年に1回程度
⑧ 頭部のＣＴ、ＭＲＩ等検査	1年に1回程度 <u>（医学的に特に必要と認められる場合に限る。また、実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載してください。）</u>

四肢麻痺が出現した場合、次の検査ができます。

区 分	回 数
① 尿検査（尿培養検査（D018）を含む。）	診察の都度、必要に応じて
② ＣＲＰ検査（D015-1）	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。 （D216-2） ④ 腎臓、膀胱、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	1年に1回程度 <u>（医学的に特に必要と認められる場合に限る。また、実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載すること。）</u>

※肝及び腎のクリアランステスト（D286）、その他の機能テスト（フィッシュバーク等（D289-2））の腎機能検査は認められません。

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

傷病コード30：交付日から起算して2年間。

傷病コード31：交付日から起算して2年間。

傷病コード32：交付日から起算して2年間。

傷病コード33：交付日から起算して3年間。

傷病コード34：交付日から起算して3年間。

(2) 更新による再交付

有効期間の満了する日の翌日から起算して1年間。

35・36・37 循環器障害

1 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にあつては、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にかんがみ、アフターケアを行うものです。

2 対象者

アフターケアを受けられる方は、次に該当する方です。

35 心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方

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です。

36 人工弁に置換した方

業務災害又は通勤災害により、「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です。

37 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、症状が固定した方のうち、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です。

3 措置範囲

- (1) 診 察……………原則として1～3か月に1回程度必要に応じて行います。
- (2) 保 健 指 導……………診察の都度、必要に応じて行います。
- (3) 保健のための処置

診察の都度、必要に応じて次の薬剤が支給できます。

① 抗不整脈薬

※心電図検査により不整脈が認められた場合。

② 心機能改善薬

※心機能の低下が認められる場合。

③ 循環改善薬（利尿薬を含む。）

※機能の低下した心臓の負荷を軽減するため。

④ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬及び睡眠薬を含む）

※弁損傷による後遺症を残す者及び人工弁に置換した方で、精神的に不安定な場合。

⑤ 血液凝固阻止薬

※人工弁に置換した方、人工血管に置換した方。

（４） 検 査

診察の結果、必要に応じて下表の範囲内で検査ができます。

検査の区分	回 数	対象者傷病コード		
		３５	３６	３７
① 末梢血液一般・生化学的検査 ※身体状態を把握するため。	１～６か月に１回程度	○	○	○
② 尿検査 ※同上。				
③ 心電図検査（D208、D209） （安静時及び負荷検査が行えます。） ※心不全、不整脈を把握するため。	３～６か月に１回程度	○	○	○
④ エックス線検査 ※同上。				
⑤ 心音図検査（D213） ※人工弁の変調を確認するため。	３～６か月に１回程度	×	○	×
⑥ 心臓超音波検査（D215-3） ※人工弁の変調を確認するため。 ※人工血管の状況を確認するため。	１年に１回程度	×	○	○
⑦ CRP検査（D015-1） ※感染リスクの状況を確認するため。	１年に２回程度	×	○	○
⑧ 脈波図検査（D214） ※人工血管の状況を確認するため。	１年に１回程度	×	×	○
⑨ CT又はMRI検査 ※人工血管の状況を確認するため。	医学的に特に必要と認められる場合に限る。 （実施した場合は、必ず内訳書にコメントを記載すること。）		×	○

4 アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規交付

交付日から起算して3年間。

(2) 更新による再交付

傷病コード35：有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間。

傷病コード36：有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間。

傷病コード37：有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間。

第5 アフターケア関係様式記入例

アフターケア手帳(表紙)		60
アフターケア手帳(記録欄)		61
アフターケア委託費請求書		62
アフターケア委託費請求内訳書		63
アフターケア委託費請求書(薬局用)		64
アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)		65
アフターケア実施期間の更新に関する診断書(様式のみ)		67

アフターケア 手帳(表紙)

(オレンジ色 三つ折り)

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

アフターケア手帳(記録欄)

① アフターケア記録

措置の種類別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
初診	1 年 5月 4日	検査、指導、投薬	
再診	1 年 6月 1日	カウンセリング	
再診	1 年 7月 1日	保健指導、投薬	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

②

措置の種類別	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		

各医療機関が受診・検査回数を正しく把握できるようにするため、必ず記載してください。

③

措置の種類別	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		

④

措置の種類別	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		

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

帳票種別 3 7 7 0 0	※修正項目番号 ☐	① 密着輸局 ☒	② 受付年月日 令和 元 年 月 日 年・月・日はそれぞれ右詰め
③ 指定病院等の番号 2 5 8 0 0 0 1		④ 請求金額 千 百 十 円 ￥ 5 6 8 4 3 金額の頭に¥マークを付けてください。	
⑤ 請求年 令和 9 0 1 年		⑥ 請求月 5 月分	
⑦ 内訳書添付枚数 5 枚		※修正欄 ☐	
滋 賀 花 子 4 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 1 年 6 月 10 日 郵便番号 520 - 0057 住 所 (所在地) 大津市御幸町6-66 請 求 人 の (病院又は診療所) 名称 滋賀労災病院 代表者氏名 院長 滋賀太郎 電話番号 077 - 522 - 0000 滋 賀 労 働 局 長 殿			
⑧ 労災指定番号を必ず記入する。 先頭に¥マークを記入する。		⑨ 内訳書の枚数に 続紙は含めない。	
⑩ 内訳書の最新の年月を記入する。		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

アフターケア委託費請求内訳書

※標準 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

傷病番号によっては、5年(01. 08. 29. 36. 37)、それ以外は1年ごとに更新され枝番号が変わるので必ず対象者の手帳番号を確認のうえ記入する。

帳票種別 37702	修正項目番号 	① 支払額 百万 千 円	アフターケア手帳から転記
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 2 2 5 0 9 0 0 0 1 0 0 0			
③ 診察年月日 令和 9 0 1 0 5 1 5 年・月・日はそれぞれ右詰め		④ 査定額 + 増 百万 千 円 - 減	
⑤ 検査年月日(健康診断年月日) 令和 9 0 1 0 5 1 5 年・月・日はそれぞれ右詰め		⑥ 増減理由 ⑦ 処理区分 ⑧ 決定年月日 令和 7 年 月 日	
⑨ 合計額 (イ)+(ロ) 8521		修正欄 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	

￥マークは不要

受診者の氏名 滋 賀 花 子	09	裏面の表の傷病番号を記入してください。	必ず日付を記載してください
対象となるアフターケア傷病コード			
病床数 400	床 前回の検査年月日	薬物投与による経過観察中	
診療 療 内 訳	点数(点)	診療 療 内 訳	金 額
初診 時間外 回	回	初診 年 月 日	円
再診 時間外 回	回	再診 年 月 日	円
外来 診療料 時間外 回	77	(ロ) 円	
小 計		要	
保指 指導		⑫ 外来診療料 77 × 1	
投 内服薬剤 単位 回		⑮ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40 × 1	
屯服薬剤 単位 回		血液学的検査判断料 125 × 1	
外用薬剤 単位 回		生化学的検査(Ⅰ)判断料 144 × 1	
処方 単位 回		免疫学的検査判断料 144 × 1	
麻毒 単位 回		血液化学検査(10項目以上) 103 × 1	
調基 単位 回		<13項目>	
注射 皮下筋肉内 回		総蛋白 総ビリルビン	
静脈内 回		アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)	
処 置 薬剤 回		アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	
麻 酔 薬剤 回		乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	
検査 薬剤 6 回		クレアチンキナーゼ(CK) ナトリウム及び	
596		クロール 尿素窒素 クレアチニン 尿酸	
再診 薬剤 回		カリウム カルシウム アミラーゼ	
診断 薬剤 回		血液採取(静脈) 40 × 1	
その他 処方せん料 68		⑯ 処方せん料(その他) 68 × 1	
小 計	741 (イ)	8,521 円	

アフターケア委託費請求書(薬局用)

実施要領様式第6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 (薬局用)

振票極別 3 7 7 0 1	※修正項目番号 ☐	① ※管轄局 ☒	② ※受付年月日 令和 年 月 日 年・月・日はそれぞれ右詰め
③ 指定薬局の番号 2 5 8 0 0 0 0 2			労災指定番号を必ず記入する。
④ 請求金額 ￥ 6 4 9 0 金額の頭に¥マークを付けてください。		⑤ 内訳書 1 枚 内訳書の枚数に続紙は含めない。	
⑥ 請求年 令和 9 0 1 年 5 月 分		⑦ 請求月 5 月	
※修正欄 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
滋賀 花子 ほか 0 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 1 年 6 月 10 日 郵便番号 520 - 0057 住 所 大津市御幸町6-6 (所在地) 請求人の 名称 滋賀労災薬局大津店 (指定薬局) 代表者氏名 代表取締役 近江 次郎 滋賀 労働局長 殿 電話番号 077 - 527 - 0000 受付印			

アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)

実施要領様式第6号の2

※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内訳書(薬局用)

領票種別 3 7 7 1 0		修正項目番号 []		① 支払額 百万 [] 千 [] 円 []		
② 健康管理手帳番号 西暦年 [] 所轄局 [] 傷病番号 [] 振出番号 [] 枝番号 []						
③ 増減理由 []						
④ 処方年月日 元号 [] 年 [] 月 [] 日 令和 9 年 [] 月 [] 日 年・月・日はそれぞれ右詰め		⑤ 査定額 増 [] 減 [] ⑥ 処理区分 [] ⑦ 決定年月日 元号 [] 年 [] 月 [] 日 平成 7 年 [] 月 [] 日 令和 9 年 [] 月 [] 日 修正欄 []				
⑧ 合計額 百万 [] 千 [] 円 []						
受診者の氏名 滋賀 花子	病院名称 滋賀労災病院			又 は 所在地 大津市御幸町6-66		
薬局の名称 滋賀労災薬局大津店	診療所 石山 三郎			担当医師名		
対象となるアフターケア傷病コード 23	裏面の表の傷病コードを記入してください			摘要		
調剤年月日 1 年 5 月 15 日						
剤 型 内 服 屯 服 その他	処 方			単位薬剤料	調剤数量	調剤料点
内 服 屯 服 その他	この赤色点線の中のみ記入 (合計金額は1枚目に合算すること)					
内 服 屯 服 その他						
内 服 屯 服 その他						
内 服 屯 服 その他						
調剤基本料	点	指導料	点	合 計	点	

職員記入欄

(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

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、「1か月に1回程度」、「1か月に2回程度」、「3か月に1回程度」と記入してください。また、最近1年間に診察がなかった場合は、「12か月に0回程度」と記入してください。				
3 後遺症状の状態 (1) 現在における後遺症状の状態(具体的に記載してください。)： _____ _____ _____ _____ _____ (2) 後遺症状の動揺※ ¹ 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※ ² 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。				

※1 「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。

※2 労災保険における「治ゆ」とは、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行っても、その傷病の回復、改善が期待できなくなった状態(症状固定)をいい、アフターケアは「治ゆ(症状固定)」となっていることが前提の制度となります。

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：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.....

■関係機関一覧

名 称	郵便番号	所 在 地	T E L
滋賀労働局労働基準部 労災補償課	520-0806	大津市打出浜 14-15 滋賀労働総合庁舎 6 階	077-522-1131
大津労働基準監督署	520-0806	大津市打出浜 14-15 滋賀労働総合庁舎 3 階	077-522-6644
彦根労働基準監督署	522-0054	彦根市西今町 5 8 - 3 彦根地方合同庁舎 3 階	0749-44-8015
東近江労働基準監督署	527-8554	東近江市八日市緑町 8 - 1 4	0748-41-3367