

労働者災害補償保険

指定医療機関診療事務必携

令和5年1月

島根労働局

目 次

I	労災保険による災害補償について	1
第1	労働者災害補償保険制度の目的	1
第2	保険給付の対象要件	1
第3	労災保険給付の対象者	2
第4	保険給付の種類及び内容	3
第5	社会復帰促進等事業	4
II	労災診療費の請求について	5
第1	労災保険指定医療機関制度の趣旨	5
第2	労災保険指定医療機関の指定等	5
第3	初診時における留意事項	6
第4	治療期間中における留意事項	9
第5	診療費請求にあたっての留意事項	18
第6	各種請求書の証明についての留意事項	28
第7	医療従事者等の針刺事故等の取扱い	31
第8	労災保険指定医療機関療養担当規程	32
第9	参考資料	41
	1. 労災保険における診断書料等一覧表	
	2. 都道府県労働局及び労働基準監督署コード表	
	3. 労災診療費請求前のご確認	
III	二次健康診断等給付について	49
第1	二次健康診断等給付	49
第2	労災保険二次健康診断等給付担当規程	53
IV	アフターケア委託費の請求について	68
第1	労災保険のアフターケア制度	68
第2	アフターケア委託費請求にあたっての留意事項	69

(請求関係様式)

1. 労災診療費請求書等用紙請求申込票(指定医療機関用)
2. 入院室料加算を算定する個室等の変更について
3. 指導管理箋(別紙様式1～4)
4. 労災リハビリテーション実施計画書(別紙様式5)
5. 早期社会復帰のための指導項目(別紙様式6)
6. 労災リハビリテーション評価計画書
7. 傷病再発に関する意見書(労災保険)
8. はり・きゅう診断書
9. マッサージ診断書
10. 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5号)
療養給付たる療養の給付請求書(様式第16号の3)
11. 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6号)
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)
12. 労働者災害補償保険診療費請求書(診機様式第1号) **7 2 3 0**
13. 診療費請求内訳書(診機様式第2号～5号、続紙)
7 2 3 1 ・ 7 2 3 2 ・ 7 2 3 3 ・ 7 2 3 4
7 2 3 5 ・ 7 2 3 6 ・ 7 2 3 7 ・ 7 2 3 8
7 2 3 9 ・ 7 2 2 2 0 ・ 7 2 2 2 1 ・ 7 2 2 2 2
7 2 2 1 3
14. 二次健康診断等給付請求書(様式第16号の10の2)
15. 労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書(二機様式第1号)
7 2 6 1 5
16. 二次健康診断等費用請求内訳書(二機様式第2号)(4枚複写) **7 2 6 2 0**
(都道府県労働局提出用)、(受診者用)、(事業主提出用)、(病院・診療所控え)
17. アフターケア委託費請求書(実施要領様式第5号) **8 1 2 0 1**
18. アフターケア委託費請求書(実施要領様式第5号の2、続紙)
8 1 2 0 3 ・ 8 1 2 0 4 ・ 8 1 2 1 4

(様式関係は添付しておりません)

※太数字は各様式の物品番号

I. 労災保険による災害補償について

第1 労働者災害補償保険制度の目的

労働者災害補償保険（以下「労災保険」という。）は、労働者の業務災害や複数業務要因災害、通勤災害に対して迅速かつ公正な保護をするために必要な保険給付を行い、併せて、早期社会復帰等の被災労働者の福祉の増進に寄与することを目的とした保険制度です。

第2 保険給付の対象要件

労災保険において、保険給付の対象となるものは、「業務災害」と「複数業務要因災害」、「通勤災害」です。

1. 業務災害

業務災害とは、業務との間に相当因果関係が認められる災害で、「業務遂行性」と「業務起因性」の2つの要件を具備し災害が発生したものが業務災害です。

（業務遂行性とは）……労働者が労働契約に従って事業主の支配下にある状態をいい、労働者が①会社で仕事をしている時、②事業主の命令により出張先で仕事をしている時、③出張先との往復等で発生した場合をいいます。

（業務起因性とは）……①従事する業務に通常伴う危険が具体化したもので、②その業務と傷病との間に相当因果関係がある場合をいいます。

2. 複数業務要因災害

複数業務要因災害とは、複数の事業の業務を要因とする災害をいいます。これは、令和2年9月の労災保険法改正によって新設された区分であり、複数の事業の業務を要因とする傷病等（負傷、疾病、障害又は死亡）について、新たに労災保険給付の対象とするものです。

（複数事業労働者とは）……被災した（業務や通勤が原因でけがや病気などになったり死亡した）時点で、事業主が同一でない複数の事業場と労働契約関係にある労働者の方をいいます。1つの会社と労働契約関係にあり、他の就業について特別加入している方や、複数の就業について特別加入をしている方も「複数事業労働者」となります。

また、被災した時点で複数の会社について労働契約関係にない場合であっても、その原因や要因となる事由が発生した時点で、複数の会社と労働契約関係にあった場合には「複数事業労働者に類する者」として労災保険給付の対象となりえます。

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、次の要件を満たす往復行為であることが必要です。

(1) 労災保険の適用事業場に使用される労働者が①業務に就くため又は業務を終了したことによる労働者の住居と就業の場所との往復行為、②複数就業者の事業場間の移動行為、③単身赴任者の赴任先住居と帰省先住居間の移動行為であること。

(2) 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。

(3) 通勤経路からう回、逸脱、中断等がないこと。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外れたり、友人と麻雀等を行った場合は、逸脱、中断となり保険給付ができなくなります。

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なります。

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の交通手段を利用している通勤途上の災害は、通勤災害でなく「業務災害」として取扱われます。

第3 労災保険給付の対象者

1. 労働者であるか否かの確認

労災保険では、労働者の業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害について保険給付を行うものでありますから、受診者又は事業主より提出される「療養の給付請求書」（様式5号等）又は「指定病院等（変更）届」（様式6号等）に記載された災害の発生状況、事業主の証明等により判断し、受診者が労働者であるか否かについて判断することとなります。

「労働者の定義」は、労働基準法第9条において「労働者とは、職業の種類を問わず、事業又は事業所に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」と定められています。

2. 特別加入による労災保険の適用を受ける者

労災保険では労働者が災害を被った場合に保険給付がなされるものですが、事業主、一人親方等であっても政府（労働局長）が認可した労働保険事務組合に事務委託をなし労災保険に特別加入した場合には、労働者と同様の保険給付を受けることができます。（二次健康診断等給付を除く。）

3. 法人組織である重役等の適用者

株式会社等の取締役、監査役等については次の条件を全て満たす者に限り労働者として保険給付が受けられます。

- （1）業務執行権又は代表権を有しないこと。従って代表取締役又は取締役会において業務執行権・代表権を付与されている者は労働者とは認められません。
- （2）取締役等の職務の外に一般の労働者と同様に労働に従事し、その対象として賃金を得ている者。
- （3）取締役等事業主として行う職務に従事していない場合（例えば、取締役、重役等の会議に出席中の災害は労災保険の給付の対象とはなりません。）

4. 個人事業の事業主と同居の親族の適用者

原則として労働者として扱いません。

ただし、一般事務又は現場作業等に従事し、事業主の指揮命令に従って業務を行っていることが明確であり、また就労実態（勤務時間、休日、休暇等）及び賃金の計算方法、支払時期等が当該事業場における他の労働者と同様である場合は、労働者として保険給付を受けられます。

第4 保険給付の種類及び内容

保険給付の種類及び内容は次のようなものです。

1. 療養（補償）等給付

業務災害は療養補償給付といい、複数事業労働者にかかる療養給付を複数事業労働者療養給付といいます。通勤災害は療養給付といいます。

これは、労働者が業務上の傷病又は通勤災害による傷病により療養を必要とする場合に行われ、この場合には現物給付としての「療養の給付」と、現金給付としての「療養の費用の給付」の2種類あり、「療養の給付」が原則で「療養の費用の給付」は近くに労災保険の指定医療機関がないため、療養の給付が受けられないような場合等に支給されます。

2. 休業（補償）等給付

業務災害は休業補償給付といい、複数事業労働者にかかる休業給付を複数事業労働者休業給付といいます。通勤災害は休業給付といいます。

これは労働者が業務上の傷病又は通勤災害による傷病により、療養のため働くことができず、賃金を受けていない場合に支給されます。ただし、休業した最初の日から3日間については給付されないため、業務災害の場合には、この3日間は事業主が支給しなければならないことになっています。

3. 障害（補償）等給付

業務災害は障害補償給付といい、複数事業労働者にかかる障害給付を複数事業労働者障害給付といいます。通勤災害は障害給付といいます。

これは業務上の傷病又は通勤災害による傷病が治ったとき、身体に障害が残っている場合に支給されます。障害は最も程度の重い第1級から軽い第14級までに区分されており、第1級から第7級までは年金として支給され、第8級から第14級までは一時金が支給されます。

4. 遺族（補償）等給付

業務災害は遺族補償給付といい、複数事業労働者にかかる遺族給付を複数事業労働者遺族給付といいます。通勤災害は遺族給付といいます。

これは業務上又は通勤災害により死亡した場合に、その遺族に支給されます。給付は年金を原則とし、年金を受ける遺族が全くいない場合は一時金を受けることのできる受給権者に対し一時金が支給されます。また、年金の前払一時金の制度もあります。

5. 葬祭料（給付）等

業務災害は葬祭料といい、複数事業労働者にかかる葬祭料を複数事業労働者葬祭給付といいます。通勤災害は葬祭給付といいます。

これは業務災害又は通勤災害により死亡した労働者の葬祭を行う者に支給されます。

6. 傷病（補償）等年金

業務災害は傷病補償年金といい、複数事業労働者にかかる傷病年金を複数事業労働者傷病年金といいます。通勤災害は傷病年金といいます。

これは業務上の傷病又は通勤災害による傷病が療養を開始してから1年6ヵ月を経過した時点で治ゆせず、その症状が傷病等級第1級から第3級のいずれかに該当する場合に年金が支給されます。

7. 介護（補償）等給付

業務災害は介護補償給付といい、複数事業労働者にかかる介護給付を複数事業労働者介護給付といいます。通勤災害は介護給付といいます。

これは障害（補償）等年金又は傷病（補償）等年金の第1級の者又は第2級（精神・神経障害及び胸腹部臓器障害の者に限る。）の者であって、常時介護又は随時介護を要する者に対して支給されます。

8. 二次健康診断等給付

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法に基づく直近の定期健康診断等（以下「一次健康診断」という。）において、脳血管疾患及び心臓疾患（以下「脳・心臓疾患」という。）に関連する一定の項目について異常の所見が認められる場合に、労働者の請求に基づき二次健康診断等給付として二次健康診断及び特定保険指導を給付します。（一次健康診断の結果、既に脳・心臓疾患の症状を有すると認められるものを除きます。）

（1）二次健康診断

脳血管及び心臓の状態を把握するために必要な検査。（1年度につき1回に限ります。）

（2）特定保健指導

脳・心臓疾患の発生の予防を図るため、面接により行われる医師又は保健師による保健指導。（二次健康診断1回につき1回に限ります。）

第5 社会復帰促進等事業

労災保険制度の目的を達成するため保険給付の事業に付帯しこれを補う事業として、義肢等の支給、アフターケア制度等の以下の社会復帰促進等の事業を行っています。

1. 療養に関する施設及びリハビリテーションに関する施設の設置及び運営その他被災労働者の円滑な社会復帰を促進するために必要な事業
2. 被災労働者の療養生活の援護、被災労働者の受ける介護の援護、その遺族の就学の援護、その他被災労働者及びその遺族の援護を図るために必要な事業
3. 労働者の安全及び衛生の確保、保険給付の適切な実施の確保並びに賃金の支払の確保を図るために必要な事業

Ⅱ. 労災診療費の請求について

第1 労災保険指定医療機関制度の趣旨

労働者が業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害によって負傷又は疾病にかかったときは、その治療等に要した費用は労災保険によって給付されますが、傷病労働者の経済的負担を回避するため、労災保険では、療養（補償）等給付は原則として療養の給付（現物給付）とされており、①労災病院等、②労災保険指定医療機関、③指定薬局において行われ、政府がその費用を直接支払うことになっています。

第2 労災保険指定医療機関の指定等

1. 指定申請

新規に労災保険指定医療機関として指定を受けることを希望する医療機関の開設者は、必要書類を、島根労働局長あてに提出して下さい。

指定申請に必要な書類は以下のとおりです。

- (ア) 様式第1号「労災保険指定医療機関指定申請書」
- (イ) 様式第2号「病院（診療所）施設等概要書」
- (ウ) 病院にあっては開設許可証、診療所にあっては開設許可証若しくは届出書の写
- (エ) 知事届出事項に係る届出書（届出番号が記載されているもの）の写
※地方厚生局指定通知書の写など
- (オ) 診機様式第20号、第21号「労災指定病院等登録（変更）報告書」

2. 指定通知

申請書類の内容を審査し、必要に応じて実地調査を行った後、その結果を通知書により申請者に通知します。

3. 指定期間等

指定日から起算して3年間ですが、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更新をしない旨の申し出がない限り、その指定は自動更新となります。

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場合には、様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」により、島根労働局長あてに提出して下さい。

4. 指定取消

以下に該当する場合には、指定医療機関の指定を取消すこととなります。

- (ア) 労災診療費の請求に関して不正が認められた場合
- (イ) 関係法令又は療養担当規程に違反した場合

5. 変更事項の届出

指定医療機関の開設者は、以下の事項に該当する場合には、診機様式第20号、第21号「労災指定病院等登録（変更）報告書」等により、速やかにその旨を島根労働局長に届け出て下さい。

- (ア) 指定医療機関の開設者又は管理者に異動があったとき
- (イ) 名称又は所在地に変更があったとき
- (ウ) 診療科目又は病床数に変更があったとき
- (エ) 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
- (オ) 指定申請時に提出した関係書類（「病院（診療所）施設等概要書」等）の内容に変更があったとき
- (カ) その他島根労働局長が必要と認める事項（入院室料加算（労災特掲）を算定する個室等の内容等）に変更があったとき

なお、（公財）労災保険情報センターと労災診療費援護貸付契約を行っている指定医療機関については、上記の（ア）、（イ）及び振込金融機関、口座名義、口座番号等について変更があった場合には、別途変更の届出が必要ですので注意して下さい。

6. 標札の掲示

労災保険指定医療機関は、「労災保険指定病院」又は「労災保険指定診療所」と文字書きされた標札（文字：白、地色：濃紺、縦10cm×横5.5cm）を見やすい場所に掲げることとなっています。

第3 初診時における留意事項

1. 診療の前に

(1) 受給資格の確認について

労災保険指定医療機関は、傷病労働者から業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の傷病について診療を求められたときは、①その労働者が労災保険の適用を受ける事業場の労働者又は特別加入者であるかどうか、かつ、②診療を求めている傷病が真に業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害によって生じたものであるかどうかを確認する必要があります。

それらを確認するために以下の手続きを必要とします。

(2) 「療養の給付請求書」について

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により負傷し又は疾病にかかった労働者が指定医療機関で診療を受けるには、まず「療養の給付請求書」（様式第5号又は第16号の3）を、指定医療機関を経由して所轄監督署に提出しなければならないことになっています。従って、指定医療機関の診療を受けようとする傷病労働者は必ずこの「療養の給付請求書」を持参することになっています。

ただし、緊急やむを得ない事由等によって当該請求書を提出することができなかった者については、後刻できるだけ早い時期にその提出を求める必要があります。

指定医療機関から当該請求書を提出するよう督促したにもかかわらず、提出されないときは、当該指定医療機関は、被災労働者の氏名、事業場の名称、及び所在並びに電話番号等を

所轄監督署に通報するなどの措置をとって下さい。

- (3) 「療養の給付請求書」が提出された時は労働保険番号を確認するとともに次の3点を確認する必要があります。

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基 幹 番 号					枝 番 号		

- ① その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。
なお、提出された「療養の給付請求書」に事業主の証明印があるものは、労災保険の適用事業場の労働者であるとして取り扱って下さい。
- ② その傷病労働者の傷病が業務上又は通勤途上の事由によって生じたものであること。
その労働者の傷病が業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害であるためには、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、又は通勤途上に通勤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。
その資料となるのが「療養の給付請求書」の⑱災害の原因及び発生状況欄又は通勤災害に関する事項欄の記載内容です。
- ③ 初診時に傷病労働者の申し立てる災害の発生状況と「療養の給付請求書」に記載証明されている状況と一致していること。
発生状況に食い違いがあるなど不審なものについては速やかにその旨を所轄監督署に連絡して下さい。（労災かくし対策）

(4) 転医及び傷病（補償）等年金の受給者の取扱い

- ① 他の指定医療機関から転医してきた場合
ア. 提出された「指定病院等（変更）届」（様式第6号又は様式第16号の4）について誤りがないかどうか確認して下さい。
イ. 前記（3）に準じ必要事項を確認して下さい。
- ② 他の非指定病院等より転医してきた場合
前記の「療養の給付請求書」の提出を求め、前記（3）に準じて必要事項を確認して下さい。
- ③ 傷病（補償）等年金の受給者の場合
被災労働者が療養を開始して1年6ヵ月経っても治らず、所轄監督署長が傷病等級に該当すると認定した場合には傷病（補償）等年金が新たに支給されることとなります。年金移行後の最初の診療レセプトには、転医でなくても、「指定病院等（変更）届」の添付が必要ですので提出を求めて下さい。（所轄監督署が傷病等級認定時に労働者に指導します。）
また、傷病（補償）等年金受給者が他の指定病院等に転医するときも同様です。
なお、上記書類のほか年金証書を提出させ、受給権者であることを確認して下さい。

2. 診療にあたって

(1) 傷病労働者の問診について

初診時、傷病労働者より次の事項を聴取し、その要点を診療録に記載して下さい。

- ① 労働保険番号、業務災害・複数業務要因災害又は通勤災害の区分
- ② 負傷（発病）の年月日、時刻及び場所
- ③ 負傷（発病）時の作業状況及び発生原因等
- ④ 負傷（発病）の部位及び負傷の程度

以上の点について、傷病労働者の申立てによる災害発生状況と受傷部位及び創傷等の状況に関連性を欠く等の不審な点がある場合は、直ちに所轄監督署に連絡して下さい。

(2) 既存障害の有無について

- ① 初診時には、傷病労働者に既存の障害がないかどうかを必ず確かめて下さい。
- ② 傷病労働者の身体に既存障害がある場合には、当該障害が業務上の障害であるか否かを問わず、すべての障害について次の事項を聴取して記録しておいて下さい。
 - ア. 負傷（発病）の年月日
 - イ. 障害の部位及び程度
- ③ 既存の障害が傷病と同一部位にある場合は、既存障害の程度等を聴取して記録して下さい。

3. 業務上疾病の認定基準等について

業務上外の認定は所轄監督署長が医証その他の資料により行いますが、疾病関係になりますと、業務起因性の判断について困難を要します。従って、それら疾病について最新の医学的知見を集約し、当該疾病の業務起因性について医学的経験則に立脚して有害因子とそのばく露期間及び各種条件等それによって引き起こされる疾病の病像、経過等を一定の限度で定型化したものが認定基準であり、この基準等に基づいて業務上疾病と認定されることとなります。

4. 第三者の行為による災害の取扱いについて

- (1) 交通事故のように、第三者の行為によって業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害を受けた労働者の診療については、事後、損害賠償の問題が生じますので、診療の際に、事故の相手方の住所・氏名・所属事業場・事業主（又は親権者）の住所・氏名等を診療録に記載して下さい。
- (2) 交通事故による災害の場合には、自賠責保険等と労災保険との双方が適用となるわけですが、労災保険では、自賠責保険等と協議の上、原則として自賠責保険等の方から先に支払うこととし、自賠責保険等の限度額を超えた場合に、その超えたときから労災保険で給付するよう指導しています。
- (3) 自賠責保険等の限度額を超え、労災保険に切りかえた場合、第1回のレセプトに「自賠等先行済」と表示して下さい。
- (4) 第三者行為災害については、被災労働者から所轄監督署あてに第三者行為災害届等の書類

を提出していただくことになっていきますので周知して下さい。

第4 治療期間中における留意事項

1. 病状経過の観察

- (1) 労災保険における傷病労働者の診療は、各種保険給付に関係してくるため、特に症状の経過を詳細に観察し、その概要を診療録に記載しておいて下さい。
- (2) 創傷汚染の著しいもの、観血的整復術を施したもの、頭部外傷等により神経系統に症状があるもの、その他症状重篤なものについては、常に綿密な監視と適切な処置を講じて下さい。
- (3) 傷病労働者の主訴する症状が、医学常識上肯定し難いにもかかわらず治療の継続を要するもの、あるいは症状経過等から判断して治療効果が期待できなくなったにもかかわらず治療を要求する等の場合は、その旨直ちに所轄監督署に連絡して下さい。
- (4) 傷病労働者が正当な理由なく療養に関する指示に従わず、傷病・障害の程度を増進させたり、その回復を妨げたときは、保険給付の一部を支給しないことができることになっていきますので、このような事実が発生したときは直ちに所轄監督署に連絡して下さい。

2. 入院の取扱い

- (1) 傷病労働者を病院又は診療所に収容（入院）するには医学的な立場からその要否を慎重に判断して下さい。
- (2) 一般に入院が療養上必要と認められるには次のような場合が考えられます。
 - ① 傷病の状態が重篤で、常に医師の監視の下に随時適切な処置を要すると認められるとき
 - ② 入院しなければその傷病に必要な措置、手術等が実施できないと認められるとき
 - ③ 歩行不能又は著しく歩行困難であるため通院に支障をきたすと認められるとき
 - ④ 歩行は可能であるが、通院することにより傷病が悪化するおそれがあると認められるとき
- (3) 次のような場合は医学的な立場からみて療養上必要な入院と認められません。
 - ① 患者の個人的な都合による入院、たとえばその患者が単身者であるためとか、あるいは単に宿舎がないという理由による入院
 - ② 地理的な事情による入院、たとえば通院に長時間を要するとか、交通が不便であるという理由の入院
 - ③ 単なる手指等の負傷で、技術的に高度の治療を行う必要のない場合の入院
 - ④ しばしば外泊するような患者の入院
 - ⑤ 患者の強要による入院
- (4) 入院期間については、医学的知見より療養目的達成上必要最低限度の期間しか認められませんので、患者の言い分のみならず常に厳正なる判断をもって対処して下さい。
- (5) 症状よりみて入院の必要がなくなると認められるときは、直ちに患者にその旨を通知し、

診療録に「 年 月 日以降入院不要通知済」と記入して下さい。

通知しても、退院を拒む患者があるときは 所轄監督署に直ちに連絡して下さい。

傷病が治ゆするまで入院している例がまれにありますが一般には傷病が軽快し、通院可能となった場合は退院させて通院療養に切り換えるべきで、特に遠隔地の入院患者が軽快した等の場合は患者の最寄りの指定医療機関に転医させ、通院加療を受けるよう勧奨して下さい。

(6) 個室等に收容した場合の入院室料の取扱い

傷病労働者を入院させる場合は、普通室に收容することを原則としていますが、療養上の必要から個室等に收容しなければならない場合は、傷病労働者が次の①及び②の要件に該当する場合に算定できます。但し②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とします。

① 保険外併用療養費における特別の療養環境の提供に関する基準を満たした病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋に收容した場合。

② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。

ア. 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの

イ. 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの

ウ. 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの

エ. 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの

なお、入院室料加算を算定する病室については、事前に島根労働局長に対して個室又は2人部屋等の別、病室番号、算定する金額について届け出る必要があります。

(注1)「傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされていること。」とは、傷病労働者を收容した病室に固定式の監視装置(テレビモニター等)が設置されているか、又は移動式の監視装置(心電図モニター等)により、患者を常時監視する装置が配置されているものをいいます。

3. 看護の取扱い

傷病労働者が医療機関に入院した場合は、その医療機関の看護師によって患者のために必要なすべての看護が行われますので、患者が特別に外部から看護師をつける必要がありません。

従って、原則として患者が入院した場合には、特別労災付添看護に該当する場合を除き、別個に看護をつけてもその費用は支給されません。

特別労災付添看護は、要件を満たした特別労災付添看護病院等において、次のいずれかに該当する場合で、要件を満たす看護を現に受けた場合に支給されます。

① 看護の支給要件

次のア～エのいずれかに該当するものであって、神経系統、精神又は胸腹部臓器の傷病により療養していて、その症状の程度が傷病等級第1級の1又は2に相当する者に支給されます。

ア. 傷病労働者の状態が重篤であって、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

イ. 傷病労働者の状態は必ずしも重篤ではないが、手術等によって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

ウ. 傷病労働者の病状から判断し、常態として体位変換又は床上起座が禁止されているか、又は不可能な場合

エ. 傷病労働者の病状から判断し、食事・用便とも弁じ得ないため常態として介助が必要である場合

従って、患者自身の単なる日常生活（入院生活）上の不自由、不便等の理由による看護は認められません。

また、重篤症状が消退し、上記の要件のいずれにも該当しなくなった時以降は、看護の費用は支給されません。

② 看護担当者の資格

ア. 看護に従事するものは、原則として看護の資格者でなければなりません。

(注) 看護の資格者とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）上の看護師、准看護師、保健師及び助産師をいいます。

これは、看護担当者の業務は内容が広範にわたり看護に対する専門的な知識と経験、技術を必要とするものですから、原則として看護の資格のあるものでなければならぬことになっています。ただし、例外として緊急その他やむを得ない事由によって、看護資格者を求めることができない場合、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、看護資格者でない者でも特別に「看護補助者」として傷病労働者の看護に当たらせることが認められています。

イ. ただし、緊急、その他やむを得ない事由により看護資格者等が得られず、これに代わって親族又は友人関係にあるものが看護を行う場合に限り看護が認められていますが、この看護は「1人付看護」の場合についてのみ認められます。

③ 看護費用の範囲

ア. 看護費用の範囲

労災保険で給付される看護料の範囲

(1) 看護料、(2) 受付手数料、(3) 紹介手数料、(4) 第二種特別加入保険料に充てるべき手数料、(5) 特別の事由ある場合の看護担当者（親族・友人の場合を除く。）の往復旅費の5種類で、看護料の額は、労災保険における看護料金算定基準に基づき島根労働局長と看護団体との協定額によることになっています。

イ. 看護費用の請求手続

傷病労働者が看護の費用の請求をしようとするときは、「看護費用の額の証明書」（様

式1号)に必要な記入を行い、

- 看護を必要とした事由について主治医の証明
- 看護担当者がその費用を受領した旨の証明

をうけ、「療養の費用請求書」(様式第7号又は様式第16号の5)に添付して所轄監督署長に提出することになっています。

なお、対象傷病労働者に代わって労災指定病院の長がその看護料を立替払いした場合には、特に診療費と合わせ「診療費請求内訳書」により請求することができ、その場合の記入方法は、当該内訳書右片の「⑧0 その他」欄に「特別労災付添看護料」と表示し、その金額を記載して下さい。

なお、この場合、当該請求書には「特別労災付添看護費用明細書」を添付することになります。

4. 治療材料及び治療用装具の取扱い

傷病労働者に装用させた治療用装具などの費用は、各医療機関で作成されたものは他の一般診療費と同様に療養の現物給付扱いとなりますが、外部の製作者に依頼して作製したものは傷病労働者に対する療養の費用払い扱いとなります。療養の費用の額は、それぞれ支給される治療用材料等により異なりますが、主なものは次表のとおりです。

労災・健保における治療用装具等の取扱い比較

項 目	労 災 保 険	健 康 保 険
装着式収尿器 (人工膀胱)	支給 (尿路障害者に支給) 療養の給付 都道府県購入価格を 10 円で 除した点数×診療単価 療養の費用 本人が購入した実費	支給されず
人工肛門受便器 (ペロッテ)	支給 (装着式収尿器の取扱者に準ずる) 人工肛門造設者に支給 療養の給付 都道府県購入価格を 10 円で 除した点数×診療単価 療養の費用 本人が購入した実費	支給されず
浣 腸 剤	支給 せき髄損傷等神経系の障害による便秘症状 のある患者で、自力による排便管理の訓練を 行っている者に支給。	浣腸については、簡単な処置として基本 診療料に含まれるので、別に算定はでき ないが、薬剤を使用した場合は薬剤料を 加算できる。
ソフトコンタクト レ ン ズ	支給 (注) 治療において、薬液を含ませて使用する度を有 しないソフトコンタクトレンズとし、視力の屈折 矯正のために使用するソフトコンタクトレンズ は除く。 療養の給付 都道府県購入価格を 10 円で 除した点数×診療単価	支給されず
補 聴 器	不支給 (傷病が治癒した者で要件を満たす場合に は、社会復帰促進等事業から支給)	支給されず
眼 鏡	不支給 (傷病が治癒した者で要件を満たす場合に は、社会復帰促進等事業から支給)	支給されず
義 眼	健保に準ずる。	眼球摘出後、眼窩保護用として支給。
義 歯	義歯を業務災害により破損した場合、これに 要する修理は療養補償の範囲に含める。	
コ ル セ ッ ト	健保に準ずる。 療養の費用 本人が購入した実費	療養上必要あるコルセットは療養の給付 として支給すべき治療材料の範囲に属す るものとして、療養費によって支給する。
歩 行 補 助 器 松 葉 杖	健保に準ずる。 療養の費用 本人が購入した実費	原則として医療機関がこれを本人に貸与 すべきであるが、療養目的をもって本人 が購入した場合は、療養費として支給し て差し支えない。

項 目	労 災 保 険	健 康 保 険
義肢装着前の 訓練用装具 (練習用仮義肢)	健保に準じて支給。 療養の費用 本人が購入した実費	診療担当医の指示、指導のもとに使用する 場合1回に限り、治療用装具として支給。 本義足、手の7割相当額を支給。
固 定 装 具	支給 療養の費用 本人が購入した実費	支給
伸 縮 性 包 帯	支給 頭部・頸部・躯幹固定用については支給。四肢 固定用についても支給を認める。 なお、バストバンド、トラコバンド等は躯幹 固定用伸縮性包帯に含める。 療養の給付 都道府県購入価格を10円で 除した点数×診療単価	支給されず
保 護 帽 子 (頭蓋骨欠損部分保護)	健保に準ずる。 療養の費用 本人が購入した実費	支給 人工骨を挿入するまでの間、頭蓋骨欠損 部分を保護するためのもの。
頸椎固定用シーネ 鎖骨固定帯 膝・足関節の創部固定 帯	支給 療養上必要なものと認められる場合。 療養の給付 都道府県購入価格を10円で 除した点数×診療単価	支給されず
フローテーション パ ッ ド	支給 自力による体位変換が不可能若しくは困難 な状態が長時間にわたると見込まれる傷病 労働者に対し、1人につき1枚支給する。 療養の費用 本人が購入した実費	支給されず
滅 菌 ガ ー ゼ	支給 せき髄損傷等による重度の障害者のうち、 尿路変更による皮膚瘻を形成しているもの、 又は、尿路へカテーテルを留置しているもの 若しくはこれらに類する創部を有するもの。 自宅等で頻繁にガーゼの交換を必要とする ため、診療担当医が投与の必要を認めたもの。 療養の給付 都道府県購入価格を10円で 除した点数×診療単価	支給されず
スポンジ円座 スポンジベッド	不支給	支給されず

療養の給付……医療機関がレセプトにより請求

療養の費用……傷病労働者が療養の費用請求書により請求

5. 治ゆと再発の取扱い

労災保険法で給付する療養（補償）等給付の範囲は「政府が必要と認めるものに限る。」とされており、この「政府が必要と認めるもの」とは「療養上一般に必要と認められ、かつ、治療効果が一般的に認められているもの」と定められています。この意図するところは、特定の医師が「この傷病には、このような治療が必要である」と判断しさえすれば保険給付の対象たる療養の範囲に全て含まれるものではないという意味であり、具体的には、医学上一般的にその傷病の身体機能の回復、てん補に必要な治療であるかどうかにより判断されるもので、あくまで現在の医学上一般的にその治療について効果が認められているものに限られることとされています。従って、実験的段階や研究的過程にあるようなものは療養の範囲に含まれないことは当然です。

(1) 治ゆ

労災保険では、傷病が治るときまで療養の給付を行います。

「傷病が治ったとき」とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、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、その医療効果が期待できなくなった状態をいい、この状態を労災保険では「治ゆ」（症状固定）といいます。従って、労災保険における症状固定とは、必ずしももとの健康状態に回復した場合だけを意味するものではありません。

治ゆの時期については、

- ① 負傷の場合は、創面がゆ合し、診療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
- ② 疾病の場合は、急性症状が消退し、慢性症状は継続してもその症状が安定し、診療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

とされています。

従って、傷病の状態が安定した状態にあつて、効果的な治療方法が期待し得なくなったときは、たとえ身体の障害が残存しても「治った」ものとして取扱い、その残存する障害は障害（補償）等給付の対象となります。

なお、症状固定した後は保険給付の対象とはなりません。傷病によっては保健上の措置等を必要とする場合があるので、これらの措置を必要とする者（障害（補償）等給付の支給等一定の要件を満たす者）に対し、社会復帰促進等事業としてアフターケアを実施することになっています。

◎ 留 意 事 項

- ① 傷病労働者の個人的な理由（就労することができない、元の職場に復帰することができない、他に配置転換する職場（職種）がない等）によって治ゆ時期を引き延ばすことは認められません。
- ② 患者の自覚症状のみ訴えが強く、これに対し何等医学的に根拠がないのに漫然と診療を継続することは認められません。

以上の基準により患者の傷病が治ゆと判断される状態になったときは、速やかにその旨を患者に言い渡すとともに、治ゆ日を診療録に記入して下さい。

(2) 再発

負傷又は疾病にかかり、その傷病が一旦症状固定と認められた後において、再び発症し、次のいずれもの要件を満たす場合には、この傷病の発生を一般に「再発」と呼んでいます。

—再発と認められる為には—

- ① その症状の悪化が当初の業務上又は通勤による傷病と相当因果関係があると認められること
- ② 症状固定の時の状態からみて明らかに症状が悪化していること
- ③ 療養を行えば、その症状の改善が期待できると医学的に認められることが必要とされています。

再発により傷病が具体的に療養（補償）等給付の対象となるためには、傷病労働者は、所轄監督署長の認定を受けなければならないことになっていきますから、このような再発による受診の申出があった場合は、所轄監督署に直接相談するよう指導して下さい。従って「再発」として認定されない場合は、労災保険で療養の給付を受けることはできません。

6. 「はり・きゅう及びマッサージ」の施術に係る保険給付の取扱い

(1) 支給対象

① はり・きゅうの場合

ア. はり・きゅう単独の場合

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、「はり・きゅう診断書」（診鍼様式第1号）（別添様式）を交付した場合には、はり・きゅう施術所において単独の施術が認められます。

なお、当該診断書は、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押印したもので、はり・きゅうの施術の適否を判断できるものであることが必要です。

イ. 一般医療とはり・きゅう併施の場合

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、担当医師が、はり・きゅうの施術を行うことを必要と認め「はり・きゅう診断書」（診鍼様式第1号）（別添様式）を交付した場合に、一般医療と医療機関外でのはり・きゅうとの併施が認められます。

なお、当該診断書は、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、医師が記名押印したもので、はり・きゅうの施術の適否を判断できるものであることが必要です。

また、一般医療を担当している医療機関において一般医療に併せてはり・きゅうの施術

を必要と認め、これに基づいてはり・きゅうの施術を実施する場合には診断書は必要ではありません。

② 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、「マッサージ診断書」（診鍼様式第2号）（別添様式）を交付した場合にマッサージの施術が認められます。

なお、当該診断書は、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、医師が記名押印したもので、マッサージの施術の適否を判断できるものであることが必要です。

（2）施術期間

① はり・きゅうの場合

ア. 施術期間は、初療の日から9ヵ月以内を限度とされています。

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

イ. 初療の日から9ヵ月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ヵ月（初療の日から12ヵ月）を限度に延長することができます。この場合にも診断書が必要です。

ウ. 12ヵ月を経過した場合の取扱いですが、はり・きゅう単独の場合、原則、施術効果が期待し得ず症状が固定したものとして扱いますが、12ヵ月経過した以降においても、医師の意見を十分に徴した上で明らかに施術効果が認められるものに限って支給される場合があります。

また、一般医療とはり・きゅう併施の場合では、初療の日から12ヵ月経過時及びそれ以降3ヵ月ごとに医師に対して診断書の提出を求め、その結果、施術経過がなお期待し得ると認めたときは、更に3ヵ月延長することが出来ます。

② マッサージの場合

施術期間は、医療上マッサージを必要とする期間とされています。

ただし、初療の日から起算して6ヵ月を超えるときは、改めて3ヵ月ごとに診断書が必要です。

（3）診断書料

はり・きゅう及びマッサージの施術に関する診断書の料金は、それぞれ1件につき3,000円です。

なお、はり・きゅう施術と一般医療の併用の場合において、「施術効果の評価表」が添付された場合の診断書料は4,000円です。

（4）請求手続

医療機関において、一般医療とはり・きゅう併施の場合の施術料の請求は、当該医療機関から提出する診療費請求内訳書の「その他」欄に、回数、種類及び金額並びに「摘要」欄に初療年月日を記載して請求します。

診断書を交付した場合は、請求内訳書の「その他」欄に「はり・きゅうのみ」、「一般医療とはり・きゅう」又は「マッサージ」と区分を注記して請求して下さい。

第5 診療費請求にあたっての留意事項

1. 労災診療費の算定方法

労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定は、「健康保険診療報酬点数表に準拠し、労災診療の特殊性を考慮して定める」とされており、労災保険診療費算定基準が、その特殊性を考慮した労災診療独自のものとして定められています。

従って、労災保険診療費算定基準に定められている項目のものについては、それぞれの項目に基づき算定しますので注意して下さい。

なお、労災保険診療費算定基準に定められている項目以外のものについては、健康保険診療報酬点数表に準拠して取り扱いますので、以下の事項等に注意して下さい。

<初 診 料>

初診時時間外等加算を算定する場合は、摘要欄に診療時刻を記入して下さい。

<再 診 料>

再診時に行った検査の結果のみを聞きに来た場合、往診等の後に薬のみを取りに来た場合、再診の後に入院のため同一日に来院した場合等は再診料の算定はできません。

また、再診時時間外等加算を算定する場合は、摘要欄に診療月日及び診療時刻を記入して下さい。

<医 学 管 理>

肺血栓栓症予防管理料は、一般的に下肢の傷病に対しては発症する危険性が高いと認められますので、予防を目的として計画的な医学管理を行った具体的な内容（弾性ストッキングによる等）をレセプトに記入して下さい。

<投薬・注射>

労災傷病名（レセプト記載）に適応のない薬剤等は支給できませんので、傷病名と併せて確認して下さい。

また、ビタミン剤に係る薬剤料を算定できるのは、患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合等に限られていますので、ビタミン剤の投与が必要有効と判断した理由を具体的にレセプトに記載して下さい。

<手 術>

創傷処理において、筋肉、臓器に達するものとして算定する場合においては、レセプトに「深部にわたる」等の傷病の状態を詳記して下さい。

創傷処理のデブリードマン加算は、汚染された挫（滅）創に対して行われた場合に算定できますが、傷病名が「切創」等の場合には算定できません。

また、創傷処理の真皮縫合加算は、露出部の創傷に対して算定できますが、眼瞼、手掌、指、踵、足趾に対しての真皮縫合加算は算定できません。

骨内異物（挿入物）除去にあたって、鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合は創傷処置又は創傷処理により算定しますので、骨内異物（挿入物）除去術で算定する場合には、前回手術における手術材料の挿入物を確認して下さい。

<麻 酔>

閉鎖循環式全身麻酔と併せて行った硬膜外麻酔の加算を算定した場合は、硬膜外麻酔の時間加算は算定できません。

閉鎖循環式全身麻酔には、呼吸心拍監視の検査の費用が含まれているので、麻酔の前後にかかわらず同一日の呼吸心拍監視料は別に算定できません。

神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射・神経幹内注射、また、トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できません。

<検 査>

尿・生化学等の諸検査は、入院時、手術前後等に必要最小限のものについて算定できますが、必要があつて頻繁に実施している場合には、必ず必要とした理由等をレセプトに記載して下さい。

A B O血液型・R h (D) 血液型の検査については、初回について算定できますので、継続患者で実施した場合には「初回」等の表示をして下さい。

「糖尿病（疑い）」が労災の関連傷病でない場合において、ヘモグロビンA 1 c 検査については算定できませんので注意して下さい。

呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定できますが、硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は静脈麻酔による手術が行われた場合で常時監視を必要とした場合にも算定は可能です。

経皮的動脈血酸素飽和度測定は、呼吸不全等の患者であつて酸素吸入を現に行っているもの又は必要があるもの、又は静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者の場合に限り算定できますので注意して下さい。

<画 像 診 断>

エックス線撮影については、診療上必要最小限のもので算定できますので、フィルムの大きさ、枚数、撮影方法及び回数が傷病の状態、傷病部位等に照らして適正な算定を行って下さい。

また、診断料及び撮影料について、一連のものとして1回で算定すべき場合に注意して下さい。

<入 院>

医療機関を退院後、同一傷病により、同一の医療機関又は当該医療機関と特別な関係にある医療機関に入院した場合は、第1回目の入院の日を起算日とします。ただし、退院後、いずれの医療機関にも入院せず3ヶ月以上経過し、その後再入院した場合は、再入院日を起算日とします。

健保における救急医療管理加算は、重篤な状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急な入院が必要であると認めた重症患者にのみ算定できますので注意して下さい。

<入院時食事療養費>

労災患者の入院にあつて、私病（糖尿病等）のための特別食を提供した場合は、算定できませんので注意して下さい。

2. 労災レセプト電算処理システムによる請求

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ー（送信用コンピューター）を労災レセプト対応に改修することでオンライン・電子媒体で請求することができます。

システム利用のためには島根労働局に届出書類を提出いただき、ID、パスワードを取得していただく必要があります。（届出書類は厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。）

請求方法については厚生労働省ホームページの「労災レセプト電算処理システム電子レセプトの作成手引」等をご覧ください。

なお、療養の給付請求書（様式第5号、第16号の3）等については、各傷病労働者の所属する事業場を所轄する監督署別に編綴し、島根労働局労働基準部労災補償課分室に提出してください。

※ 改修・導入方法については、現在お使いのレセプトコンピューターメーカーにご相談ください。

3. 紙媒体による請求

労災指定医療機関から紙媒体により提出された診療費請求書及び診療費請求内訳書（レセプト）を労働局に設置してあるOCR（光学的文字読取装置）で読み取り、請求金額等のデータは通信回線を通して厚生労働省労災保険業務課のコンピュータに入力されます。

労災保険業務課では、それらのデータについてコンピュータにより処理を行い、支払いに必要な書類を作成し、医療機関が指定する金融機関の口座に振り込まれることとなっています。

このように、請求書等に記載された文字をOCRで読み取り、コンピュータに入力しますので、請求書等の用紙は一定の規格に合ったもの（OCR帳票）を使用し、またこれに記入する文字や筆記用具に注意する必要があります。

(1) 請求書の作成単位

- ① 初回分〔「療養の給付請求書」を必ず伴うもの〕の請求書は、各傷病労働者の所属する事業場を所轄する監督署別に作成して下さい。（県内初回分は管轄区域を、県外初回分は局署コードを参照して下さい。）

編綴順序は、五十音順にまとめて療養の給付請求書（様式第5号、第16号の3）、傷病（補償）等年金受給者となった場合の指定病院等（変更）届は該当レセプトの前に添付して下さい。

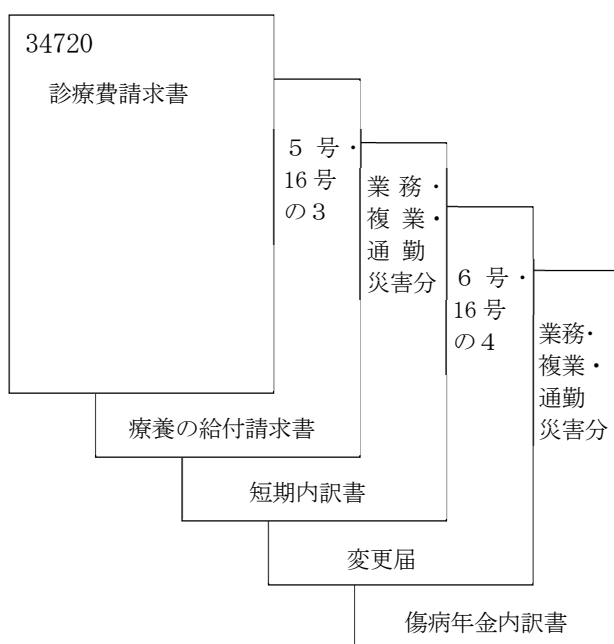
- ② 2回目以降〔「指定病院等（変更）届」を伴うものを含む。〕の請求は県内分、県外分にかかわらず1枚の請求書に五十音順にまとめて、指定病院等（変更）届は該当レセプトの前に

添付して作成して下さい。

- ③ 診療費請求書の編綴は、左の穴で紐等にて綴じて下さい。

(2) 編綴方法

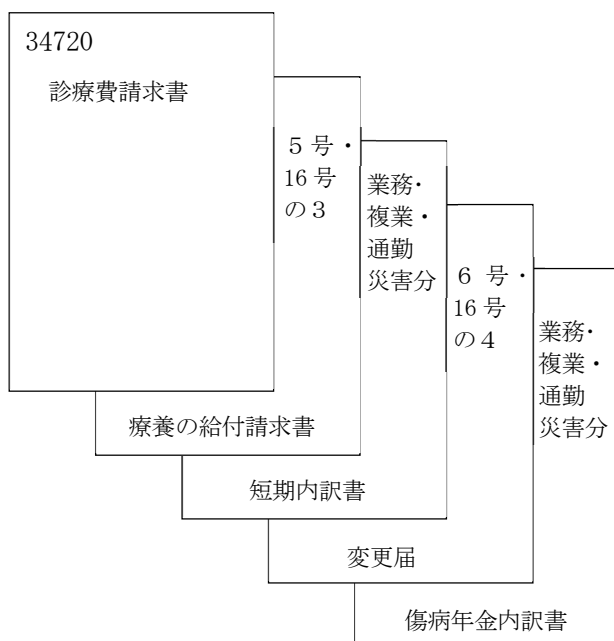
① 県内初回分（各監督署ごとに作成）



→県内各監督署ごとに請求書を作成

島根労働局労働基準部労災補償課
分室へ提出

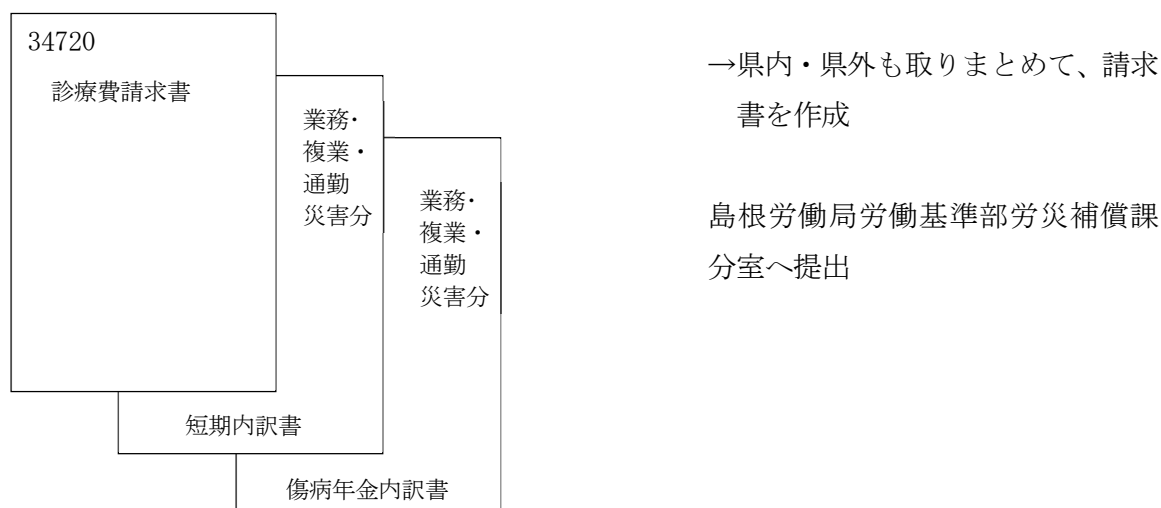
② 県外初回分（各監督署ごとに作成）



→県外各監督署ごとに請求書を作成

島根労働局労働基準部労災補償課
分室へ提出

③ 県内・県外2回目以降分（とりまとめて作成）



[注] 県内・県外とは、傷病労働者が所属する事業場を管轄する労働基準監督署の所在地が島根県の場合は県内で、島根県以外は県外となります。

(3) 請求書の提出先

島根労働局 労働基準部 労災補償課分室

〒690-0841 松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎 4階

T E L 0852-60-0855

[注] 労働保険番号が県外（府県コード32以外）で、所属事業場の所在地が島根県内の場合、「継続一括（徴収法9条）承認事業場」の可能性もありますので、島根労働局労働基準部労災補償課又は所轄監督署にお問い合わせ下さい。

(4) 請求書の提出期限

前月末までの診療分を翌月10日（必着）までに提出して下さい。

なお、10日が休日の場合は、その前日までに提出して下さい。

(5) 請求書等用紙の請求申込方法

用紙の請求については、所定の申込票を使用して郵送により島根労働局労働基準部労災補償課分室あて提出して下さい。

レセプトの提出時に、申込票を同封されてもかまいません。

(6) 再審査請求等の取扱い

査定減等に対する再審査請求にあたっては、内訳及びその理由を明記した任意の様式により、島根労働局あて提出して下さい。

また、追加請求にあたっては、請求済分及び正しい請求内訳等がわかる資料を添付して、追加請求分のみ請求書及び内訳書の余白に「追加請求分」と明記した上で、他の通常分とは別にし

て請求して下さい。

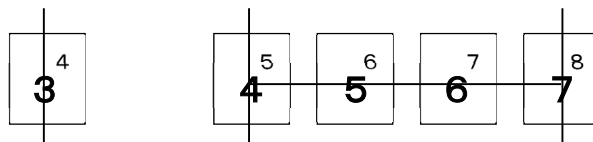
(7) 記入要領

① 全般的注意事項

請求書やレセプト（内訳書）は、OCR（光学的文字読取装置）で処理するので次の点に注意して下さい。

- ア. 筆記用具は、黒のボールペンで、「ボテ」「カスレ」の少ないものを使用して下さい。
- イ. 文字は各帳票に印刷してある「標準字体」にならって枠内に大きめに書いて下さい。記入枠からはみ出したり、小さすぎる文字は、読取不能となるので注意して下さい。
- ウ. コンピュータを使用する場合には、フォントを「標準字体」で印字して下さい。
- エ. 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下さい。

【訂正例】



ただし、診療費請求書の請求金額は訂正できませんので書き替えて下さい。

オ. 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は省略しても差し支えありません。

② 診療費請求書（診機様式第1号）の記入要領

- ア. ①「指定病院等の番号」欄は各医療機関ごとに付された重要な固有番号ですので、誤記のないよう注意して下さい。
- イ. ③「請求金額」欄はその請求書に添付されている各レセプトの「合計額」を集計した額を記入し、金額の頭に「¥」マークを記入して下さい。
提出前に必ず検算を行い、「請求金額」と各レセプトの「合計額」の集計が確実に合っているか確認して下さい。
- ウ. ④「内訳書添付枚数」欄は、その請求書に添付されているレセプト（帳票種別番号の印刷されているもの）の枚数を記入して下さい。
ただし、「療養の給付請求書」、「指定病院等（変更）届」、「レセプト（続紙）」等の枚数は、添付枚数には含めないで下さい。
提出前に必ず枚数の確認を行って下さい。
- エ. ⑤「請求年」欄は、添付されるレセプトのうち最新の診療月の属する年を記入して下さい。
- オ. ⑥「請求月」欄は、添付されるレセプトのうち最新の診療月を記入して下さい。
- カ. 郵便番号、電話番号、請求人氏名印等は、必ず記入して下さい。

③ 診療費請求内訳書の記入要領

ア. 各内訳書（診機様式2～5号）の一般的記入要領は次のとおりです。

- (ア)「指定病院等の番号」欄及び「病院等の名称」欄は誤記のないよう注意して下さい。
- (イ)「労働保険番号」・「生年月日」・「傷病年月日」欄、又は「年金証書の番号」は、支払データの基礎となる大切なものですから記入もれのないよう注意して下さい。

また、後日に誤りが判明したときは、必ず診療録の記入済分を訂正しておき、次回以降の内訳書の記入に誤りがないようにして下さい。

労働者の氏名、事業の名称、事業場の所在地についても同様です。

- (ウ)「新継再別」欄は、当該傷病労働者の負傷又は発病後最初の診療である場合には「1」（初診）を、転医により診療を開始した場合は「3」（転医始診）を、前回から継続の場合は「5」（継続）を、再発の場合は「7」（再発）をそれぞれ記入して下さい。

傷病（補償）等年金分の「新継再別」欄は、新規患者又は傷病（補償）等年金受給者を初めて診療した場合は「1」を、また継続して診療している場合は「5」（継続）を記入して下さい。

- (エ)「療養期間」欄は、当該診療費の計算の基礎となった療養期間（以下「当該療養期間」という。）を記入して下さい。1日であっても両方に記入して下さい。

例. 9.02.03.18-9.02.03.18

- (オ)「実診療日数」欄は、当該療養期間内において実際に診療を行った日数を記入して下さい。

この場合、1日に2回以上の診療(同日再診)を行っても1日として計算して下さい。

また、診断書料のみの請求の場合は「999」と記入して下さい。この場合「療養期間」欄は、休業証明料2,000円の場合は証明をした休業期間の末日を、診断書に関する意見書5,000円の場合は意見書作成日をそれぞれ記入して下さい。

例. 9.02.03.25-9.02.03.25

- (カ)「転帰事由」欄は、当該療養期間の最終日の状態について、該当する項目（治ゆ、継続、転医、中止、死亡）の数字を記入して下さい。
- (キ)「傷病の部位及び傷病名」欄は、当該診療を施した部位及び傷病名を、振動障害の場合には必ず昭和61年10月「振動障害の治療指針」に基づき症度区分も記入して下さい。

この場合、労災保険と関連のない傷病名は記入しないで下さい。

- (ク)「傷病の経過」欄は、その経過を具体的に記入して下さい。

併発症状については新たな傷病名を本欄に記入することなく「傷病の部位及び傷病名」欄に記入して下さい。

- (ケ)「摘要」欄へ内訳を記入するにあたっては、診療行為区分と対応関係が明らかになるような形で記入して下さい。

なお、内訳の記載の便宜のため診療行為区分ごとに番号が付されているので、診療行為名に代えて当該番号を「摘要」欄の左側点線内に記入したうえで内訳を記入して下さい。

また、「摘要」欄には、当該欄に記入しきれない場合の補足として使用するほか、加算事由その他高価薬の使用、特別検査、基準外診療等特殊な診療を行ったときに、それを必要とした事由及び請求上の特殊事情等について記入して下さい。

- (コ)内訳を記載するにあたって、「摘要」欄に書ききれない場合は、当該内訳書に別紙のは

り付けは絶対にせず、続紙を利用して下さい。

- (サ) 診療行為のうち、労災診療費の算定方法が定額で決められているものについては「金額」欄に、点数で定められているものについては「点数」欄にそれぞれの診療行為ごとの合計金額又は合計点数を記入することとし、労災特例点数（四肢の傷病）を摘要する場合は、「摘要」欄に「健保点数×倍率（1.5倍又は2倍）」を記入して下さい。
- (シ) 小計の「イ」欄は、合計点数に労災の診療単価を乗じた金額（円未満の端数は切捨）を記入し、小計の「ロ」欄は、定額で定められているものの小計額を記入し、OCR読取部の「合計額」欄には、「イ」欄の金額と「ロ」欄の金額の合算額を記入して下さい。
- (ス) 現に入院中の患者分については、他保険で入院料の算定が行われるものであっても入院用の診療費請求内訳書を使用して下さい。
- (セ) 健保の取扱いによる制限日数（除外対象疾患を除く。）を超えてリハビリテーションを行う場合には、「労災リハビリテーション評価計画書」（別添様式）に必要事項を記載し、制限日数を超えた日の属する請求月の診療費請求内訳書に請求月ごとに添付して提出して下さい。

イ. 入院分診療費請求内訳書（診機様式第2号、第4号）の記載要領は次のとおりです。

- (ア) 「㉑初診」欄は、初診料の金額を記入するとともに、初診時において時間外、休日及び深夜加算並びに初診料特別加算を算定し得る場合は、該当する事項を○で囲んだうえ、その合計点数を記入して下さい。

なお、この場合には「摘要」欄にその診療時刻及び初診料特別事由等内訳を記入して下さい。

- (イ) 「㉒投薬」欄は、内服薬及び浸煎薬を投与した場合は「内服」の項に、頓服薬を投与した場合は「頓服」の項に、外用薬を投与した場合は「外用」の項に単位数及びそれぞれの薬剤の総点数を記入するとともに、その内訳を「摘要」欄に記入して下さい。

- (ウ) 「㉓注射」欄は、皮下・筋肉内及び静脈内注射を行った場合は「皮下筋肉内・静脈内」の項に、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、点数を記入するとともに、その内訳を「摘要」欄に記入して下さい。

なお、投薬・注射については健保請求方法に準じ使用薬剤の薬名、規格単位（％、倍数又はmg等）使用量を「摘要」欄に記入して下さい。

- (エ) 「㉔処置」及び「㉕手術・麻酔」欄は、処置（初診時ブラッシングを含む。）及び手術名、部位、算定内訳、回数、点数を、また、処置及び手術にあたって麻酔を行った場合は、麻酔の種類、回数、点数を記入して下さい。

個々の処置、手術又は麻酔に使用した薬剤料については、健保請求方法に準じ点数を算定して点数を記入するとともに、使用薬剤の薬名、規格単位及び使用量のすべてを、処置、手術、麻酔別に「摘要」欄に記入し、また、手術等において特定治療材料を使用した場合は「薬剤」の項及びこれに対応する「摘要」欄に点数及び使用材料の名称を記入して下さい。

輸血については「手術・麻酔」欄に、輸血名、回数、点数を記入して下さい。

- (オ) 「㉖検査」欄は、検査の種類ごとに検査名、各検査の回数、点数を記入して下さい。検査に当たって薬剤を使用した場合は、「薬剤」の項及びこれに対応する「摘要」欄に薬剤

名、規格単位、使用量、点数を記入して下さい。

血液採取を伴う検査にあつては当該検査料と血液採取料を区分してそれぞれの回数、点数を記入して下さい。

また、振動障害に係る特殊検査を実施した場合には、必ず前回検査年月日を記入して下さい。

(カ) 「㉚画像診断」欄は、写真診断のみの場合は写真の種類、回数、点数を記入し、撮影と診断を併せて行った場合は、その部位、種類(撮影方法)、使用フィルムの大きさと枚数、回数、点数を記入して下さい。

なお、造影剤を使用した場合は、その造影剤名、使用量、特定レントゲン診断用器材名等を「摘要」欄に記入して下さい。

また、コンピュータ断層撮影を行った場合も上記に準じて記入して下さい。

(キ) 「㉛その他」欄は、休業等証明料、診断書料、入院室料加算、はり・きゅう施術料等金額で算定するものについて金額を記入するとともに「摘要」欄にその算定の基礎と理由、証明事項及び期間、初療日等を具体的に記入して下さい。

(ク) 「㉜入院」欄について

病院・診療所別、病衣貸与の該当する文字を○で囲んで下さい。

入院基本料、入院基本料加算については、該当する入院基本料、入院基本料加算の種類別を、「病・診・衣」欄の下の空欄(「入院基本料種別」)に記入して下さい。

「入院年月日」については、当該医療機関に入院した年月日を記入して下さい。

「㉜入院基本料・加算」については、入院基本料に係る1日あたりの所定点数(入院基本料及び入院基本料加算の合計)、日数及び合計点数を記入して下さい。

なお、入院基本料と入院基本料加算を区分して記載しても差し支えありません。

「㉜特定入院料・その他」については、算定した特定入院料の種類別を記入し、それぞれの日数及び合計点数を記入して下さい。

また、重傷者療養環境特別加算、退院時指導料等を算定した場合は、その回数及び点数を記入して下さい。

(ケ) 「㉝食事」欄について

「基準」については、算定した項目について記入して下さい。

「基準」の下の項については、食事療養に係る1食あたり所定金額及び食数を記入して下さい。

「食事療養」については、合計食数及び金額を記入して下さい。

ウ. 入院外分診療費請求内訳書(診機様式第3号、第5号)の記載要領は、次に掲げるもののほか前記イの記載要領と同一です。

(ア) 「㉞再診」欄は、再診の回数及び再診料の合計金額を記入するとともに、再診時において時間外、休日又は深夜加算を算定し得る場合は、それぞれの回数と合計点数を記入して下さい。

(イ) 「㉟指導」欄は、再診時療養指導管理料を算定し得る場合に、回数と金額を記入するとともに、「摘要」欄に指導内容を明記して下さい。

また、指導内容を診療録に記載して下さい。

(ウ)「⑭在宅」欄は、それぞれの該当の文字を○で囲み、その回数、点数を記入し、片道の往診距離を「摘要」欄に記入して下さい。

なお、「摘要」欄には、往診地域、往診距離、出発時刻、帰着時刻及び滞在時間を記入して下さい。

第6 各種請求書の証明についての留意事項

◎ 傷病労働者より各種証明を求められたときは、必ず診療録を照合の上医学的知見より判断した結果に基づき記入して、単に傷病労働者の申し出どおり記入しないようにして下さい。

また、同一事由について紛失その他特別の事情のない限り重複して証明をしないようにして下さい。

証明した際は、その内容を必ず診療録に記入しておいて下さい。

1. 療養（補償）等給付たる療養の費用請求書

移送費及び通院費

① 移送の認められる範囲

ア. 災害現場から病院又は診療所への移送

災害現場から傷病労働者を緊急に病院又は診療所へ移送する場合はこれに該当します。

イ. 医師の指示による転医等のための移送

当該病院又は診療所が傷病労働者の診療に関して専門外である場合や、患者の傷病からみて、当該病院又は診療所の諸施設では十分な診療ができない場合、また病状経過がおもわしくない等の場合に主治医の指示によって他の専門医の対診を受け、あるいは転医する等の場合の移送がこれに該当します。

ウ. 所轄監督署長の勧告による転医等のための移送

傷病労働者を応急的に収容した病院が患者の傷病に対して専門外である等のため、所轄監督署長が転医の必要を認めて他の病院又は診療所に転医する等の場合の移送がこれに該当します。

エ. 医師の指示による退院に伴う移送

病状の経過が良好で入院治療の必要がなくなり、医師の指示によって退院帰宅する等の場合の移送がこれに該当します。

オ. 傷病の状態が悪化し病院に入院する場合の移送

自宅療養又は通院療養中の患者が病状悪化のため病院に収容する必要がある場合、すなわち入院のための移送がこれに該当します。

② 通院費の認められる範囲（交通機関の利用距離が片道2キロメートルを超える通院）

ア. 住居地又は勤務先の同一市町村内にある指定医療機関へ通院

ただし、傷病の程度からみて、交通機関を使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者は、この限りではありません。（片道2キロ未満でも可）

イ. 住居地又は勤務先の同一市町村内に当該傷病に適した指定医療機関がないため、隣接する市町村の当該傷病に適した指定医療機関への通院

ウ. 同一市町村内よりも隣接する市町村の当該傷病に適した指定医療機関へ通院した方が交通事情等の状況から利便性が高い場合

エ. 所轄監督署長が勧告した医療機関への通院

③ 支給額

ア. 支給する費用は、傷病の状況からみて、一般に必要と認められるもので、傷病労働者が現実に支出する費用です。(費用の額を証明する書類は原則として領収書によります。)

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・料数)につき37円で算定した額です。

2. 休業(補償)等給付請求書

給付要件

- ① 療養のため
- ② 労働することができなかったこと
- ③ 休業中賃金を受けなかったこと

上記①②の要件は主治医によって証明しなければならないことになっています。

注1) 療養のためとは

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害による傷病を回復させるため、医療機関において診療を受けることをいうものです。従って、医療機関に受診せず自宅で静養していた場合、自然中止期間、治ゆ後の休業等については給付の対象となりません。

注2) 労働することができないとは

必ずしも負傷直前と同一の労働ができないということではなく、一般的に働けない状態をいいます。従って、療養中の労働者が軽作業なら就労し得る状態で、単に被災前の作業に就けないという理由で職場を休んでいる場合は、ここでいう労働することができない場合には当たりませんので、給付の対象としないことになります。

休業証明は、療養経過後となりますので、治療期間の中途において主治医が、労働して差し支えないと判断したときは、その旨本人に伝え、診療録に記入して下さい。

休業証明は、療養のために休業したことが明確となるように、なるべく診療費請求分について証明するようにし、診療費内訳書とも対照しつつ、証明した場合はその旨診療録に記入しておいて下さい。

休業証明は、あくまでも症状を中心に判断し、単に労働者が休業したからと申し出たために証明したり、就労可能な症状までに軽快して労働可能であるにも拘らず治ゆの日迄の証明を出すこと等のないよう留意して下さい。

3. 障害(補償)等給付請求書

給付要件

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の傷病が治ったとき、すなわち「治ゆ」したとき障害(労災法施行規則別表第1「障害等級表」に該当するものをいいます。)が残存している場合に、障害(補償)等給付が支給されます。

注) 障害が残存する場合とは

診療録を基礎に、障害(補償)等給付請求書裏面診断書にその障害状況を詳細に記入して、図示できるものは図示、X線写真のあるものは添付、当該診断書に記入できないものは別紙に記入して詳述して下さい。

証明するに当たっての留意点

- ① 患者の訴えにとらわれることなく、厳正公平に障害の有無及び程度を事実のまま記入して下さい。

特に神経障害については、当該受傷の結果、神経組織が器質的又は機能的にどのように損傷されているか等医学的知見から立証して下さい。

医学的知見より神経異常が考えられないにもかかわらず、労働者が疼痛等を訴える場合は障害に該当しません。

- ② 関節等運動範囲を角度により表示する場合は原則として他動運動に基づき測定の上記載して下さい。

自動運動による測定値を用いる場合は、その旨を明記し、理由を記載してください。

- ③ 障害該当部位に既存の障害がなかったかどうか、確かめて下さい。

もし、既存障害があった場合は、その状況をできるだけ詳しく記入して下さい。

- ④ 障害の程度が何等級に該当するかは所轄監督署長が決定する事項ですから、診断書には何級何号と記入せず、現実の障害程度を医学的根拠とともに記入して下さい。

◎ 留意事項

前記のとおり、労災保険では、療養補償給付のほかに各種の保険給付があり、これらはすべて療養の給付と密接な関係があります。

言い換えますと、業務上外、通勤災害の認定、休業の必要性、治ゆの認定、障害等級の認定等傷病労働者に関する重要な決定は、治療の状況、症状の経過等を参考としなければならない点が多くあります。

従って、指定医療機関から診療費請求書の提出が遅れたりしますと、これら所轄監督署の業務処理が出来ないばかりか、他の指定医療機関に対する支払いが遅延する場合がありますので留意して下さい。

第7 医療従事者等の針刺事故等の取扱い

医療従事者等が業務中に汚染血液等に接触する機会が多いことから、労災保険においては以下の基準により業務上の認定を行うこととしていますので、療養の範囲に注意して適正な手続きを行って下さい。

医療従事者等が注射針等により手指等を受傷し、受傷部位の洗浄、消毒、縫合等の処置が行われた場合は、当然、業務上の負傷として療養の範囲に含まれます。

なお、汚染血液等が単に皮膚に付着した場合には保険給付の対象とはなりません。

また、汚染血液等への接触前における予防を目的とした注射、ワクチンの接種等は、当然ながら保険給付の対象とはなりません。

汚染血液等への接触機会としては、汚染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場合のほか、既存の負傷部位（業務外の事由によるものを含む。）、眼球等に汚染血液等が付着した場合等が考えられますが、いずれの場合も接触した血液等が汚染されていることが確認できる場合（汚染血液等が含まれ汚染のおそれのある感染性廃棄物）に保険給付の対象となりますので、その記録を残しておいて下さい。

これらの業務上の負傷を原因として汚染血液等に感染する危険が極めて高いものについて、労災保険において取扱いの基準を定めています。

（1）汚染血液等がHBs抗原陽性・HBe抗原（陽性・陰性とも）の場合

業務上の負傷を原因としてHBs抗原陽性血液に汚染を受けたことが明らかな場合には、処置とともにHBIG注射及びHBワクチンの接種を療養の範囲としています。

なお、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り扱いとなります。

（2）汚染血液等がHCVの場合

業務上の負傷を原因としてHCV感染者及びHCV保有者の血液等に汚染を受けたことが明らかな場合には、処置とともに医師がその必要性を認めた場合に限りHCV抗体検査等の検査についても療養の範囲としています。

なお、受傷等の以前から既にHCVに感染していたことが明らかな場合のほか、受傷等の直後に行われた検査により、当該受傷等の以前からHCV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ません。

業務上の負傷を原因としてHCVに感染し発症したC型肝炎が、業務上の疾病と認められた場合には、インターフェロン製剤の投与について健康保険に準拠して取扱うこととしています。

従って、HCVの汚染血液の針刺事故等の直後におけるインターフェロン製剤の投与については、療養の範囲には含まれませんので注意して下さい。

その他、MRSA感染症、HIV感染等については、業務起因性が認められ業務上の疾病と認められた場合において保険給付の対象としています。

労 災 保 険

指 定 医 療 機 関 療 養 担 当 規 程

労災保険指定医療機関療養担当規程

第1章	診療の担当	34
第1	任 務	34
第2	療養の給付の担当の範囲	34
第3	アフターケアの担当の範囲	34
第4	療養の給付及びアフターケアの担当方針	35
第5	受給資格の確認等	35
第6	証明の記載	35
第7	助 力	35
第8	診療録の記載及び整理	36
第9	帳簿等の保存	36
第10	通 知	36
第2章	診療の方針	36
第11	診療の一般の方針	36
第12	転医及び対診	37
第13	転医の取扱い	37
第14	施術の同意	37
第3章	療養の給付に関する診療費の請求	37
第15	診療費の算定方法等	37
第16	診療費の請求手続	37
第4章	アフターケアに関する診療費の請求	38
第17	診療費の算定方法等	38
第18	診療費の請求手続	38
第5章	指定医療機関の取扱い	38
第19	指定期間等	38
第20	表 示	39
第21	指定の取消	39
第22	変更事項の届出	39
第23	規程の適用	39

第1章 診療の担当

(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条の規定に基づき島根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（以下「アフターケア」という。）を行うものとする。

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及びアフターケアを担当する。

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及びアフターケア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2 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「船舶診療所」という。）において担当する療養の給付の範囲は、前項1から3までとする。

(アフターケアの担当の範囲)

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4 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5 指定医療機関は、傷病労働者等から療養の給付、アフターケア及び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「療養補償給付又は複数事業労働者療養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、若しくは、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、この限りではない。この場合においては、その事由がやんだのち、遅滞なく、療養給付請求書又は健康管理手帳を提出させること。

- 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指定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つ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「所轄監督署長」という。）に対し、島根労働局を經由し、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、島根労働局長を經由し、所轄監督署長に提出しなければならない。

(証明の記載)

第6 指定医療機関は、傷病労働者等から「療養補償給付又は複数事業労働者療養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7 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8 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、次の事項を記録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9 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

(診療の一般的方針)

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①特殊な療法、②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綱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、年令及び性別
- 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月末ごとに締切り、翌月 10 日までに労働者災害補償保険診療費請求書に診療費請求内訳書（第 1 回目の請求については、診療費請求内訳書に「療養の給付請求書」又は「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）を必ず添付すること。）を添付して島根労働局長に提出すること。

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島根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

(委託費の算定方法等)

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添付して翌月10日までに島根労働局長に提出すること。

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。

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

くなつたときは、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」により島根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は、島根労働局長は、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、不正行為があつたとき
- 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日以内にその事由を付し島根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島根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つたとき
- 2 名称又は所在地に変更があつたとき
- 3 診療科目又は病床数に変更があつたとき
- 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つたとき(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島根労働局長が必要と認めた事項に変更があつたとき

(規程の適用)

第23 本規程は平成7年7月1日より適用するものとする。

労災保険法の規定による療養の給付 にかかると費用の額の算定方法

労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定については、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表及び第二歯科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）における診療報酬点数（以下「健保点数」という。）に、次の労災診療単価を乗ずるものとする。

1. 課税医療機関 12円

2. 非課税医療機関 11円50銭（注：円未満の端数切り捨て）

なお、非課税医療機関は次のとおりとする。

次の法人等が開設する医療機関

- 国
- 地方公共団体（都道府県、市町村）
- 日本赤十字社
- 社会福祉法人
- 私立学校法による学校法人
- 全国健康保険協会、健康保険組合、健康保険組合連合会、国民健康保険組合、国民健康保険団体連合会
- 国家公務員共済組合、国家公務員共済組合連合会
- 地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会、
- 日本私立学校振興・共済事業団
- 社会医療法人
- 公益社団法人等が独立行政法人年金・健康保健福祉施設整理機構の委託を受けて行うもの
厚生年金事業振興団、全国社会保険協会連合会、都道府県社会保険協会、
その他一部の病院（略）
- 結核予防会
- 公益法人の運営するハンセン病療養所（神山復生病院）
- 学術の研究を行う公益法人に付随するもの
- 農業協同組合連合会（財務省告示により指定するもの）

上記以外の医療機関で個別に判断する場合

医師会、歯科医師会等の公益法人で、非課税医療機関に該当するとして確定申告を行った場合

参 考 资 料

労災保険における診断書料等一覧表

支給対象	様式名	診断書 様式番号	支給額	請求方法	
				指定医療機関	非指定医療機関
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヶ月を経過した日以降傷病（補償）等年金の支給決定に必要と認めた場合に傷病の状態等に関する届書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」。	傷病の状態等に関する届 (様式第16号の2)	年金通知様式 第2号の1 第3号 第4号	4,000円	診療費請求書 (含内訳) 診機様式第1号 (含2-9) 病院 → 局(分室)	療養の費用請求書 告示様式 第7号(1) 第16号の5(1) 病院 → 労働者 → 署
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヶ月を経過した日において治っていない場合に、同日以降1ヶ月以内に提出させる傷病の状態に関する届出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」。	同上	同上	4,000円		
休業（補償）等給付の支給を受けようとする者の負傷又は疾病が毎年1月1日において療養の開始後1年6ヶ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業（補償）等給付請求書に添付して提出する傷病の状態に関する報告書に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」。	傷病の状態等に関する報告書 (様式第16号の11)	同上	4,000円		
傷病（補償）等年金の受給権者が定期報告書に添付して提出した「負傷又は疾病の状態に関する診断書」。	年金等の受給権者の定期報告書 (様式第18号)	同上	4,000円		
傷病（補償）等年金の受給権者が障害の程度に変更があった場合に提出する障害の状態の変更に関する届書に添付する「障害の状態に関する診断書」。	傷病の状態等に関する届 (様式第16号の2)	年金通知様式 第7号	4,000円		
休業（補償）等給付支給請求書における診療担当者の休業に関する証明。	休業（補償）等給付支給請求書	様式第8号 様式第16号の6	2,000円		
看護の給付の看護費用の額の証明書における診療担当者の看護に関する証明。	看護費用の額の証明書	様式1	1,000円		
はり・きゅう及びマッサージの施術に係る診断書。	はり・きゅう診断書 (はり・きゅう単独)	様式第1号	3,000円		
	はり・きゅう診断書 (一般医療とはり・きゅう併用)	様式第1号 (施術効果の評価表添付)	4,000円		
	マッサージ診断書	様式第2号	3,000円		
労働基準監督署長が、療養（補償）等給付を受けている者（傷病（補償）等年金を受けている者を含む）について療養の継続の要否、入院療養の要否、治癒等を判断するために必要と認め、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該診断書。	「診断書提出依頼について」により依頼した診断書	様式番号なし	5,000円	「検査に要した費用請求書」(診機様式第1号の2)にレセプトを添付して労働局長(分室)に請求。	「検査に要した費用請求書(非指定医療機関用)」(診機様式第1号の3)により依頼した監督署に請求。

支給対象	関係条文及び通達	告示様式等の名称番号	診断書 様式番号	支給額	請求方法	
					指定医療機関	非指定医療機関
障害（補償）等給付の支給を受けようとする者が、障害（補償）等給付請求書に添付して提出した「障害の部位及び状態に関する診断書」（以下「障害の状態に関する診断書」という）。	則第14条の2 第3項	障害（補償）等給付請求書 〔様式第10号 第16号の7〕	左記様式 裏面	4,000円	診療費請求書 （含内訳） 診機様式第1号 （含2-9） 病院→局（分室）	療養の費用請求書 告示様式 第7号(1) 第16号の5(1) 病院→労働者→署
障害（補償）等年金受給権者が、障害の程度に変更があったとして、障害（補償）等給付変更請求書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」。	則第14条の3 第3項	障害（補償）等給付変更請求書 （様式第11号）	年金通知 様式第7号	4,000円	療養の費用請求書 告示様式 第7号(1) 第16号の5(1) 病院→労働者→署	
障害（補償）等年金の受給権者が、定期報告書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」。	則第21条 第2項第1号	年金等の受給権者の定期報告書 （様式第18号）	同上	4,000円		
労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にあることにより遺族（補償）等年金転給等請求書を添付して提出した「障害の状態に関する診断書」（労働者の死亡が業務上でないという理由で遺族（補償）等年金支給の対象とならなかった場合における診断書を除く。）。	則第15条の2第3項 第5号及び第7号 則第15条の3第2項 第2号 則第15条の4第2項 第2号	遺族（補償）等年金請求書 〔様式第12号 第16号の8〕 遺族（補償）等年金転給等請求書 （様式第13号）	同上	4,000円		
障害の状態にあることにより遺族（補償）等年金の受給権者となっている者及び遺族（補償）等年金の受給権者である妻が、定期報告書に添付して提出した「障害の状態に関する診断書」（障害の状態にあることにより遺族（補償）等年金の受給資格を有し、かつ、受給権者と生計を同じくしている者についての障害の状態に関する診断書を含む。）。	則第21条第2項 第2号	年金等の受給権者の定期報告書 （様式第18号）	同上	4,000円		
介護（補償）等給付の支給を受けようとする者が介護（補償）等給付支給請求書に添付して提出した「診断書」。	則第18条の2の5 第3項第1号	介護（補償）等給付支給請求書 （様式第16号の2の2）	労働者災害 補償保険診断書 介護（補償） 等給付請求 用	4,000円		

都道府県労働局及び労働基準監督署コード表

(令和3年5月末現在)

局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード
北 海 道	0 1	宮 城 城	0 4	茨 城 城	0 8	行田	08
札幌中央	01	仙台	01	水戸	01	秩父	09
函館	02	石巻	02	日立	02	千 葉	1 2
小樽	03	古川	03	土浦	03		
岩見沢	04	大河原	04	筑西	04	千葉	01
旭川	05	瀬峰	06	古河	05	船橋	02
帯広	06	秋 田	0 5	常総	07	柏	03
滝川	07			龍ヶ崎	08	銚子	04
北見	08	鹿嶋	09	木更津	06	茂原	07
室蘭	09	秋田	01	栃 木	0 9	成田	08
釧路	10	能代	02	宇都宮	01	東金	09
名寄	11	大館	03	足利	02	東 京	1 3
倶知安(支)	12	横手	04	栃木	03		
留萌	13	大曲	05	鹿沼	05	中央	01
稚内	14	本荘	06	大田原	06	上野	03
浦河	15	山 形	0 6	日光	07	三田	04
苫小牧	17			真岡	08	品川	05
札幌東	18	山形	01	群 馬	1 0	大田	06
青 森	0 2	米沢	02			高崎	01
青森	01	庄内	03	前橋	02	新宿	08
弘前	02	新庄	05	桐生	04	池袋	09
八戸	03	村山	06	太田	05	王子	10
五所川原	04	福 島	0 7	沼田	06	足立	11
十和田	05			藤岡	07	向島	12
むつ	06	福島	01	中之条	08	亀戸	13
岩 手	0 3	郡山	02	埼 玉	1 1	江戸川	14
盛岡	01	いわき	03			さいたま	01
宮古	02	会津	04	川口	02	立川	16
花巻	03	須賀川	05	熊谷	04	青梅	17
釜石	04	白河	06	川越	05	三鷹	18
一関	05	喜多方(支)	07	春日部	06	町田(支)	19
二戸	06	相馬	08	所沢	07	小笠原(総合事務所)	20
大船渡	07	富岡	09				

局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード
神 奈 川	1 4	福 井	1 8	愛 知	2 3	大 阪	2 7
横浜南	01	福井	01	名古屋北	01	大阪中央	01
鶴見	02	敦賀	02	名古屋南	02	大阪南	02
川崎南	03	武生	03	名古屋東	03	天満	04
川崎北	04	大野	04	豊橋	04	大阪西	05
横須賀	05	山 梨	1 9	岡崎	06	西野田	06
横浜北	06	甲府	01	一宮	07	淀川	07
平塚	07	都留	02	半田	08	東大阪	08
藤沢	08	鵜沢	03	津島	09	岸和田	09
小田原	09	長 野	2 0	瀬戸	10	堺	10
厚木	10	松本	01	刈谷	11	羽曳野	11
相模原	11	長野	02	西尾(支)	12	北大阪	12
横浜西	12	岡谷	03	江南	13	泉大津	13
新 潟	1 5	上田	04	名古屋西	14	茨木	14
新潟	01	飯田	05	豊田	15		
長岡	02	中野	06	三 重	2 4	兵 庫	2 8
上越	03	小諸	07	四日市	01	神戸東	01
三条	04	伊那	08	松阪	02	神戸西	02
新発田	06	大町	10	津	03	尼崎	03
新津	07	岐 阜	2 1	伊勢	04	姫路	04
小出	08	岐阜	01	伊賀	06	伊丹	05
十日町	09	大垣	02	熊野	07	西宮	06
佐渡	11	高山	03	滋 賀	2 5	加古川	07
富 山	1 6	多治見	04	大津	01	西脇	08
富山	01	関	05	彦根	02	但馬	09
高岡	02	恵那	06	東近江	04	相生	10
魚津	03	岐阜八幡	07	京 都	2 6	淡路	11
砺波	04	静 岡	2 2	京都上	01		
石 川	1 7	浜松	01	京都下	02	奈 良	2 9
金沢	01	静岡	02	京都南	03	奈良	01
小松	02	沼津	03	福知山	04	葛城	02
七尾	03	三島	05	舞鶴	05	桜井	03
穴水	05	富士	06	丹後	06	大淀	04
		磐田	07	園部	07		
		島田	08				

局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード	局署名	局 署 コード
和 歌 山	3 0	山 口	3 5	福 岡	4 0	大 分	4 4
和歌山	01	下関	01	福岡中央	01	大分	01
御坊	02	宇部	02	大牟田	02	中津	02
橋本	03	徳山	03	久留米	03	佐伯	03
田辺	04	下松	04	飯塚	04	日田	04
新宮	05	岩国	05	北九州西	06	豊後大野	05
		山口	08	北九州東	07		
		萩	09	門司(支)	08	宮 崎	4 5
鳥 取	3 1			田川	09	宮崎	01
鳥取	01	徳 島	3 6	直方	10	延岡	02
米子	02	徳島	01	行橋	11	都城	03
倉吉	03	鳴門	02	八女	12	日南	04
島 根	3 2	三好	03	福岡東	13		
松江	01	阿南	04			鹿 児 島	4 6
出雲	02			佐 賀	4 1	鹿児島	01
浜田	03	香 川	3 7	佐賀	01	川内	02
益田	04	高松	01	唐津	02	鹿屋	03
		丸亀	02	武雄	03	加治木	04
岡 山	3 3	坂出	03	伊万里	04	名瀬	07
岡山	01	観音寺	04	長 崎	4 2		
倉敷	02	東かがわ	05	長崎	01	沖 縄	4 7
津山	04			佐世保	02	那覇	01
笠岡	05	愛 媛	3 8	江迎	03	沖縄	02
和気	06	松山	01	島原	04	名護	03
新見	07	新居浜	02	諫早	05	宮古	04
		今治	03	対馬	06	八重山	05
広 島	3 4	八幡浜	04				
広島中央	01	宇和島	05	熊 本	4 3		
呉	02			熊本	01		
福山	03	高 知	3 9	八代	02		
三原	04	高知	01	玉名	03		
尾道	05	須崎	02	人吉	04		
三次	06	四万十	03	天草	05		
広島北	07	安芸	04	菊池	06		
廿日市	09						

* 監督署コード番号は、統廃合により欠番があります。

労災診療費請求前のご確認(紙媒体による請求の場合)

診療費請求書

項目番号	確認事項
① 指定病院等の番号	指定病院番号が記入してありますか？
③ 請求金額	レセプトの「⑬合計額」の足し上げ額と一致しますか？ 傷病年金のレセプトでは「⑩合計額」です。
④ 内訳書添付枚数	レセプトの総数と一致しますか？ レセプトのみの枚数です。 「続紙」、「療養の給付請求書」、「指定病院等の変更届」は除きます。
⑤ 請求年 ⑥ 請求月	最新診療分レセプトの診療年・診療月が記入されていますか？ * 04年3月10日提出分 → ⑤04年 ⑥ 2月 です。 2月診療分レセプト 1月診療分レセプト（2月提出に間に合わなかったもの）

診療費請求内訳書 (レセプト)

項目番号	確認事項
① 新継再別	指定医から転医された患者様の初診 → 「3 転医始診」 「1 初診」ではありません。
④ 労働保険番号	患者様が所属する事業場の労働保険番号を枝番号まで記入して下さい。
傷病年金の患者様 ④ 年金証書の番号	患者様の年金証書番号（9桁）を記入して下さい。
⑦ 傷病年月日	「5号」「6号」の「負傷又は発病年月日」が転記されていますか？ * 「翌日受診」等にご注意下さい。
⑬ 合計額	合計額の計算誤りはありませんか？ * 入院外レセプト 「イ」「ロ」の合計 * 入院用レセプト 「イ」「ロ」「ハ」の合計

Ⅲ. 二次健康診断等給付について

第1 二次健康診断等給付

1. 概要

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」という。）において、脳血管疾患及び心臓疾患（以下「脳・心臓疾患」という。）に関連する一定の項目について異常の所見が認められる場合に、労働者の請求に基づき、二次健康診断及び特定保健指導を給付します。

二次健康診断等給付は、労災病院又は都道府県労働局長が指定する病院若しくは診療所（以下「健診給付病院等」といいます。）において、受けることができます。

2. 給付を受けるための要件

一次健康診断の結果において、

- ・ 血圧の検査
- ・ 血中脂質検査
- ・ 血糖検査

- ・ 腹囲の検査BMI（肥満度）の測定（※BMI＝体重（kg）／身長（m）²）

のすべての検査において異常の所見があると診断された場合に受けることができます。

ただし、労災保険の特別加入者及び脳・心臓疾患の症状を有している方は対象外となります。

3. 給付の内容

二次健康診断等給付では、二次健康診断と特定保健指導が給付されます。

二次健康診断

二次健康診断は、脳血管及び心臓の状態を把握するために必要な検査を行う健康診断であり、次の検査を行うものです。

① 空腹時採血による「LDLコレステロール」、「HDLコレステロール」及び「中性脂肪」の量の検査（血中脂質の測定）

② 空腹時採血による血中グルコースの量の検査（血糖値の測定）

③ ヘモグロビンA1c検査

ただし、一次健康診断においてヘモグロビンA1c検査を行っていた場合には検査はできません。

④ 負荷心電図検査又は胸部超音波検査（心エコー検査）（いずれか一方に限ります。）

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、一次健康診断における尿中の蛋白の有無の検査において、疑陽性（±）又は弱陽性（+）の所見があると診断された場合に限ります。

なお、微量アルブミン尿検査は「定量」により実施してください。

特定保健指導

二次健康診断の結果に基づき脳・心臓疾患の発生の予防を図るため、二次健康診断1回につき1回、以下の指導を行うものです。

ただし、二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると判断された場合は、特定保健指導を行うことはできません。

① 生活指導

飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に関する指導

② 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

③ 運動指導

必要な運動の指針を示す指導

なお、特定保健指導を行う際には、別添「特定保健指導の実施基準」に基づいて実施してください。

4. 請求にあたっての留意事項

【二次健康診断等給付請求書について】

二次健康診断等給付を受けようとする労働者は、二次健康診断等給付請求書（様式第16号の10の2）（以下「給付請求書」という。）に必要事項を記入し事業主の証明を受け、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）を添付した上で、当該給付請求書を健診給付病院等を経由して事業場の所在地を所轄する都道府県労働局長に提出しなければならないことになっています。

① 受給資格の確認

給付請求書及び一次健康診断の結果で血圧、血中脂質、血糖、BMIの検査結果が全て異常有りとなっているか確認して下さい。

なお、一次健康診断の担当医が異常無しと所見した検査項目について、産業医が異常の所見があると診断した旨の意見が付されている場合（給付請求書裏面）は、二次健康診断等給付を受ける資格があります。

② 次のような場合には二次健康診断の要件を満たしていても労災保険からの給付が行われない場合があります。

ア. 一次健康診断を受診した日から3ヵ月を過ぎて二次健康診断等給付を請求する場合

ただし、次のようなやむを得ない事情がある場合を除きます。

・天災地変により請求を行うことができない場合

・一次健康診断を行った医療機関の都合等により、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れたために請求を行うことができない場合

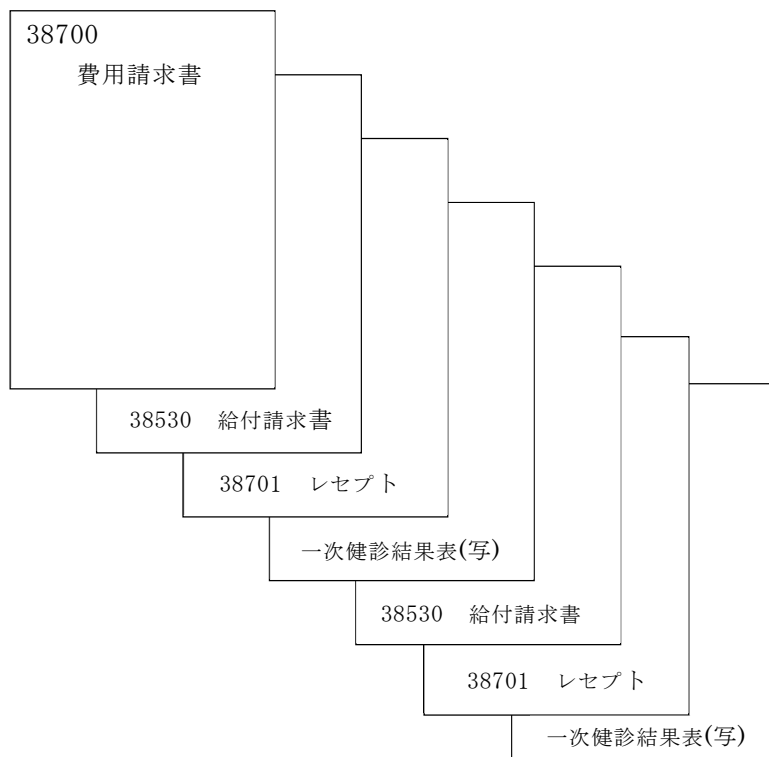
イ. 1年度に2回以上の二次健康診断等給付を請求する場合（1年度に1回のみ支給となっています。）

【二次健康診断等費用請求について】

① 請求書等の作成

二次健康診断等を行った健診給付病院等は、毎月分の健診費用の額を翌月10日(必着)までに島根労働局長あて二次健康診断等費用請求書(以下「費用請求書」という。)により請求して下さい。

請求書等の編綴は、費用請求書、給付請求書、二次健康診断等費用請求内訳書(以下「レセプト」という。)、一次健診結果表の順にして、紐等で左の穴を綴じて下さい。



② 提出先

島根労働局 労働基準部労災補償課分室

〒690-0841 松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎 4階

T E L 0852-60-0855

<記入要領について>

① 費用請求書

ア. 「①健診給付病院等の番号」欄は、労災保険二次健診等給付医療機関指定通知書の指定番号を記入して下さい。

イ. 「③請求金額」欄の額が、各受給労働者のレセプトの「⑩請求額」欄の額を足上げた額と一致するか確認して下さい。

② レセプト

ア. 検査項目1～6の検査の有無等のコードを記入して下さい。

- ・検査項目1、2、5は必ず行って下さい。
- ・検査項目3は、一次健康診断でヘモグロビンA1c検査を行っていない者に限り行って下さい。
- ・検査項目4は負荷心電図又は胸部超音波のいずれか一方の検査を行って下さい。
- ・検査項目6は一次健康診断における尿蛋白検査で、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の

所見が認められた者に限り行って下さい。

イ. 「⑰特定保健指導」欄は、二次健康診断において「⑱脳又は心臓疾患の症状の有無」欄で「3 無」のコードを記入されている場合のみ行って下さい。

ウ. 請求額は検査項目と照合して、健診費用算定組合せ表により算定して下さい。

エ. レセプトは4枚複写となっていますので、1枚目は労働局へ提出、2・3枚目は所定項目を記入の上、労働者本人に交付して下さい。

勞 災 保 險

二次健康診断等給付担当規程

労災保険二次健康診断等給付担当規程

第1章	二次健康診断等給付の担当	5 5
第1	任 務	5 5
第2	担当の範囲	5 5
第3	担当方針	5 5
第4	受給資格の確認等	5 6
第5	助 力	5 6
第6	個人情報の保護	5 6
第7	記録の記載及び整理	5 6
第8	帳簿等の保存	5 6
第9	通 知	5 7
第2章	二次健康診断等の方針	5 7
第10	一般方針	5 7
第3章	二次健康診断等の給付に関する診療費の請求	5 7
第11	算定方法等	5 7
第12	請求手続	5 7
第4章	健診給付医療機関の取扱い	5 8
第13	指定期間等	5 8
第14	表 示	5 8
第15	指定の取消	5 8
第16	変更事項の届出	5 8

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の規定に基づき島根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こと。

1 二次健康診断

- (1)空腹時の「LDLコレステロール」、「HDLコレステロール」及び「中性脂肪」の量の検査
- (2)空腹時の血中グルコースの量の検査
- (3)ヘモグロビンA1c検査
ただし、一次健康診断においてヘモグロビンA1c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の蛋白の有無の検査において、疑陽性（±）又は弱陽性（+）の所見があると診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健診給付医療機関に委託する場合には、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健診給付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、島根労働局長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きを取らせるよう、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は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、事業場を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製し、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。

『帳簿等の保存』

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了の日から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、その旨を島根労働局長に通知すること。

- 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、速やかにその旨を島根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』

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、島根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

こと。

- 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、その場合の費用分配等については、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、島根労働局長に届け出るものとする。

『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、島根労働局長は、その指定を取り消すことができること。
- 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のあるときは、決定の通知を受けた日から3か月以内に島根労働局長に再調査を申し出ることができること。

『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島根労働局長に届け出なければならないこと。
- 1 健診給付医療機関の代表者（法人にあっては当該法人の代表者、個人にあっては当該個人）に異動があったとき
 - 2 開設者の名称又は所在地に変更があったとき
 - 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島根労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

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〉

- 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当該検査は支給できない。
- 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。
- 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。
- 特定保健指導を行った場合と行わない場合とでは、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」（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4)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(必要があれば一時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取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。

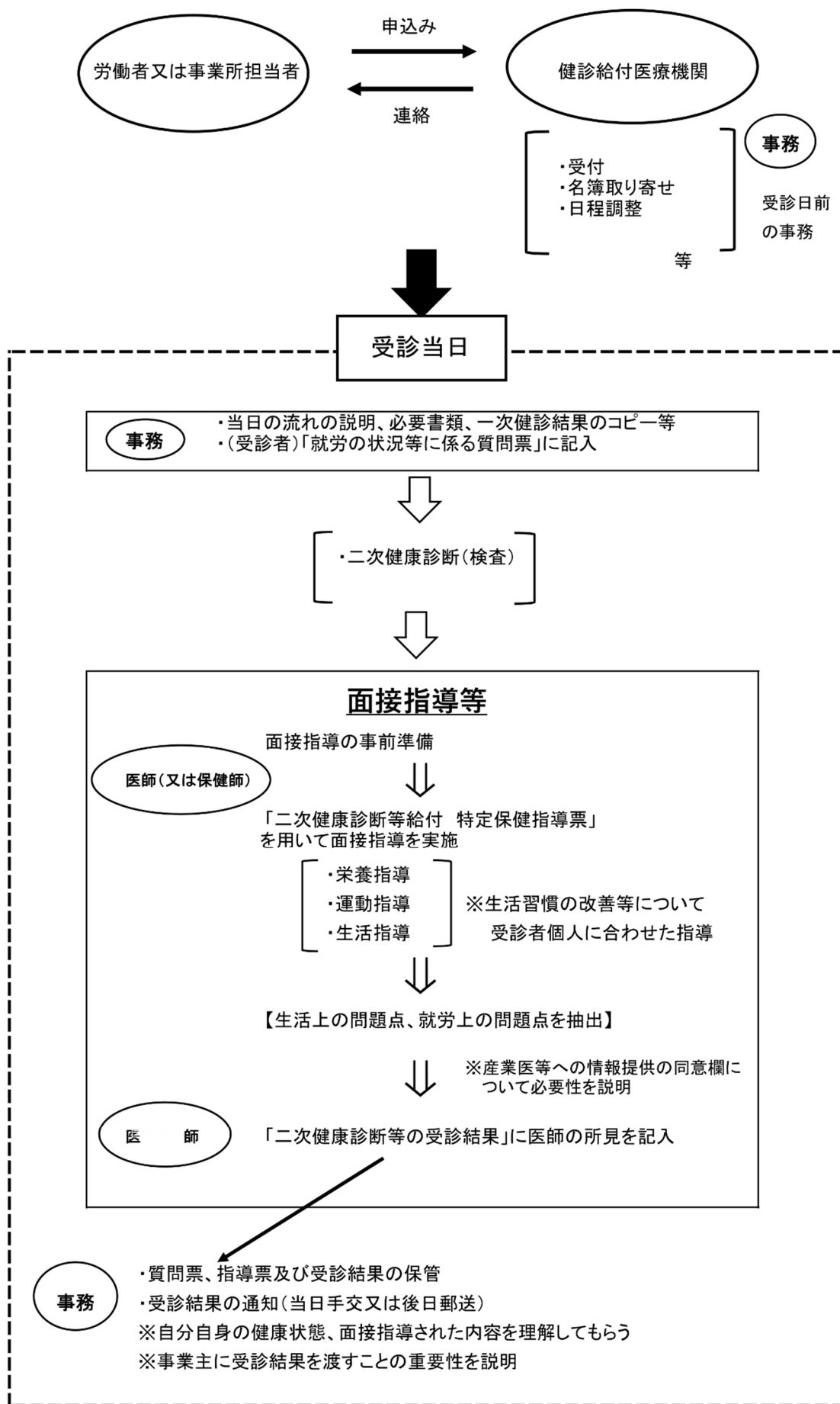
9 特定保健指導の費用の額

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と認められました。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

☆ 一時健康診断で産業医等が異常の所見があると判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。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。

Ⅳ. アフターケア委託費の請求について

第1 労災保険のアフターケア制度

労災保険制度では業務災害または通勤災害に被災された方のうち、その傷病の症状が安定し医学上一般に認められた治療を行っても治療効果が期待できない状態（以下「症状固定（治ゆ）」といいます。）になった後においても、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生させるおそれがある方については、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。

労災保険制度における診療では、被災された方々に対し健康保険の取扱いとほぼ同様に、医学上一般に認められる治療行為を行うことができますが、アフターケアは症状固定（治ゆ）後の保健上の措置であることから一定の範囲内で行うこととしており、主治医の皆様方にあつては、制度の趣旨を御理解いただき計画的な診療を行っていただくようお願いいたします。

対象となる20傷病は下記のとおりですので、詳細については別添リーフレットをご確認ください。

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

第2 アフターケア委託費請求にあたっての留意事項

アフターケアの手続き

アフターケア対象者が受診する際には、その都度、健康管理手帳を医療機関に提出することになっておりますので、医療機関において所定の欄にその結果を記入して下さい。

また、アフターケアに要した費用は、アフターケア委託費請求書により、島根労働局長あて請求することにより支払われます。

アフターケアの算定方法

アフターケアに要した費用の額は、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。

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 診療時に受診し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は、アフターケアにおける最初の診察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となります。
- 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」は、アフターケアにおいては認められませんのでご留意下さい。

2 保 健 指 導

- ア 健保点数表に定める「特定疾患療養指導料」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、保健指導の費用は算定できません。
- 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、主たる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。
- オ 「ペースメーカ等の定期チェック」及び「精神療法及びカウンセリング」と同時に行った場合は、保健指導に係る費用は算定できません。

3 保健のための処置

- ア 処置については、健保点数表に定める点数に労災単価を乗じて得た額とします。
- イ 指定薬局における薬剤の支給については、調剤点数表により算定した額とします。
- ウ 「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」の点数に労災単価を乗じて得た額とします。この場合、保健指導に係る費用は算定できません。
- エ 「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」の点数に労災単価を乗じて得た額を算定できます。

オ 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単価を乗じて得た額とします。

カ 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。

キ 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（収尿袋を含みます。）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。

ク 処置材料を算定する場合には、レセプトの処置料の欄に記載して下さい。

なお、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼの費用の請求に際しては、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。

ケ 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。

コ 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か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回目の測定及び投与量の管理を行った時に算定して下さい。

サ 「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、健保点数表に定める点数に労災単価を乗じて得た額とします。

イ 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単価を乗じて得た額とします。

ウ 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」の点数に労災単価を乗じて得た額とします。

なお、「ペースメーカー等の定期チェック」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。

エ 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単価を乗じて得た額とします。

なお、尿中のタンパク、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の検査については、費用の算定はできません。

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）」

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	335点
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の検査 ⑥ 視野検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心電図検査 ⑨ 胸部エックス線検査 ⑩ CT、MRI検査	健保点数表による所定の点数

オ 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単価を乗じて得た額とします。

カ 「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。

5 薬剤の支給

ア 健保点数表に定める点数に労災単価を乗じて得た額とします。

イ 医療機関が交付した処方箋に基づき院外薬局において薬剤の支給を行った場合には、調剤点数表により算定した額とします。

ウ 次の薬剤を支給する場合は、健保点数表に定める特定薬剤治療管理料の点数に労災単価を乗じて得た額を算定できます。ただし、健保点数表に準じて算定します。

- ① 抗てんかん剤 ② 抗不整脈剤

アフターケア委託費の請求について

アフターケアに要した費用の請求に当たっては、前記により算定した毎月分の費用の額をアフターケア委託費請求書に記載の上、毎月10日（必着）までに島根労働局長あて提出することになります。

この請求の際には、アフターケア委託費請求内訳書を1回の診察等ごとに1枚作成し、アフターケア委託費請求書に添付するものとします。