

労災保険診療必携

（令和8年版）

鳥 取 労 働 局

目 次

請求書の提出方法

提出先	1
提出にあたってのお願い	1
電子レセプトによる請求	2
紙媒体による請求	5
請求書の取りまとめ方	5
請求書・内訳書記載要領	6
診療の受付と請求書の具体的取り扱い	8
労働局・労働基準監督署 所在地	10

労災診療費の算定基準

I 労災診療費算定基準と留意点

1 診療単価	11
2 初診料	11
3 救急医療管理加算	13
4 療養の給付請求書取扱料	14
5 再診料	14
6 外来管理加算の特例	14
7 再診時療養指導管理料	16
8 入院基本料	18
9 入院室料加算	21
10 病衣貸与料	22
11 入院時食事療養費	22
12 コンピューター断層撮影料	23
13 コンピューター断層診断の特例	23
14 リハビリテーション	24
15 リハビリテーション情報提供加算	26
16 初診時ブラッシング料	27
17 四肢に対する特例取扱い	27
18 術中透視装置使用加算	30
19 手指の機能回復指導加算	30
20 固定用伸縮性包帯	30
21 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯	30
22 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	32
23 処置等の特例	32
24 職業復帰訪問指導料	35
25 精神科職場復帰支援加算	36
26 石綿疾患療養管理料	38
27 石綿疾患労災請求指導料	38
28 労災電子化加算	38
29 職場復帰支援・療養指導料	39
30 社会復帰支援指導料	40
31 振動障害に係る検査料	41
32 文書料	42

II 参考

1 処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い	44
2 入院基本料特例取扱点数一覧表	45

3	四肢に対する特例取扱い（1.5 倍・2 倍）の点数一覧表（処置・リハ）	55
4	労災保険における治療用装具等の取扱い	57
5	Q & A	58
6	鳥取労働局における診療費審査について	62
7	非課税医療機関一覧	64
8	自動車事故の場合は？	65
9	針刺し事故に係る労災保険の取扱い	66
10	適正な「傷病名」のレセプトへの記入について	68
11	その他、レセプト記入上の留意事項について	68

Ⅲ 様式

療養の給付請求書等

5 号	70
6 号	71
16 号の 3	72
16 号の 4	74
指導管理箋	75
早期社会復帰のための指導項目	81
労災リハビリテーション評価計画書	83
労災リハビリテーション実施計画書	84

労災保険指定医療機関療養担当規程	85
------------------	----

労災補償制度について

第 1	労働者災害補償保険制度の目的	103
第 2	保険給付の対象	103
	業務災害	103
	複数業務要因災害	103
	通勤災害	103
第 3	保険給付の種類及び内容	104
	療養（補償）等給付	104
	休業（補償）等給付	104
	障害（補償）等給付	104
	遺族（補償）等給付	104
	葬祭料等	104
	傷病（補償）等年金	104
	介護（補償）等給付	105
	二次健康診断等給付	105
第 4	療養の期間及び範囲	105
	療養の期間	105
	療養の範囲	107
	労災保険の療養に関する給付の流れ	110

アフターケア制度について	111
--------------	-----

二次健康診断等給付について	153
---------------	-----

本必携では以下について略称で表記しています。

○療養の給付請求書

- ・「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)

○指定病院等(変更)届

- ・「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)

○療養の費用請求書

- ・「療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書」(様式第7号)
- ・「療養給付たる療養の費用請求書」(様式第16号の5)

○業務災害等

- ・業務災害
- ・複数業務要因災害

請求書の提出方法

提出先

鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9 鳥取労働局3階

TEL 0857-29-1706



提出にあたっての
お願い

手術につきましては、手術記録(写)・手術詳記(写)及びX-P(写)等を添付していただくことにより、お支払いまでの処理を迅速に行うことができます。

ご理解ご協力をお願いいたします。

電子レセプト による請求

1 オンラインによる請求の場合

毎月5日～10日に、前月分までの診療費請求書等の電子データをオンライン請求してください。

5日～7日 8:00～21:00

8日～10日 8:00～24:00

なお、検査に要した費用等請求、アフターケアなどは、電子レセプトでは請求することができませんので、今までどおり、紙媒体により請求してください。

また、「療養の給付請求書」「指定病院等（変更）届」等については、「電子レセプト請求における添付書類の送付状」（P3 参照）を付けて、10日までに鳥取労働局長に提出してください。

※ オンラインによる請求を行う場合には、「（労災）電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」の手続きが必要ですので必要事項を記載し、鳥取労働局長に提出してください。

鳥取労働局から、IDとパスワードが記載された「労災レセプト電算処理システムユーザ設定情報」が送付されますので、端末の設定作業及び確認試験を行ってください。

2 電子媒体による請求の場合

毎月10日までに届くように、前月診療分までの診療費請求書等の電子媒体と「光ディスク等送付書」「療養の給付請求書」「指定病院等（変更）届」等を鳥取労働局に提出してください。

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

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

なお、FD、MOの場合には、労働局では読込作業が行えないため、労働局から厚生労働省本省に回送し、読込作業を行います。そのため、さらに数日を要しますので、受付不能エラーとなった場合には、当月分の支払手続きに間に合わないおそれがありますので、オンライン又はCDでの提出をおすすめします。

※ 電子媒体による請求を行う場合には、「（労災）光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」の手続きが必要ですので、必要事項を記載し鳥取労働局長に提出してください。

令和 年 月 日

鳥 取 労 働 局 長 殿

住 所

氏 名

電 話

「電子レセプト請求における添付書類の送付状」

労 災 保 険 指 定 医 療 機 関 等 番 号	
労 災 保 険 指 定 医 療 機 関 等 名 称	
点 数 表 区 分	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤
診 療 (調 剤) 月 分	令和 年 月 診 療 (調 剤) 分
送 信 (予 定) 年 月 日	令和 年 月 日
添 付 書 類	療養の給付請求書 (様式第5号) 枚 療養の給付請求書 (様式第16号の3) 枚 指定病院等 (変更) 届 (様式第6号) 枚 指定病院等 (変更) 届 (様式第16号の4) 枚 リハビリテーション計画書 枚 その他 (手術記録(写)、症状詳記(写)、X-P(写)、写真等) 枚
備 考	

※1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。

※2 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※3 点数表区分については、該当に○を付すこと。

令和 年 月 日

鳥 取 労 働 局 長 殿

住 所

氏 名

電 話

光 デ ィ ス ク 等 送 付 書

労 災 保 険 指 定 医 療 機 関 等 番 号			
労 災 保 険 指 定 医 療 機 関 等 名 称			
点 数 表 区 分	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤		
診 療 (調 剤) 月 分	令 和 年 月 診 療 (調 剤) 分		
提 出 年 月 日	令 和 年 月 日		
媒 体 種 類	C D	F D	M O
媒 体 枚 数	枚		
備 考	療養の給付請求書 (様式第 5 号) 枚 療養の給付請求書 (様式第 16 号の 3) 枚 指定病院等 (変更) 届 (様式第 6 号) 枚 指定病院等 (変更) 届 (様式第 16 号の 4) 枚 リハビリテーション計画書 枚 その他 (手術記録 (写)、症状詳記 (写)、X・P (写)、写真等) 枚		

※ 1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。

※ 2 本送付書は、点数表区別に作成すること。

※ 3 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

※ 4 読込時にエラーとなった場合、当月中の請求に間に合わないことがあります。

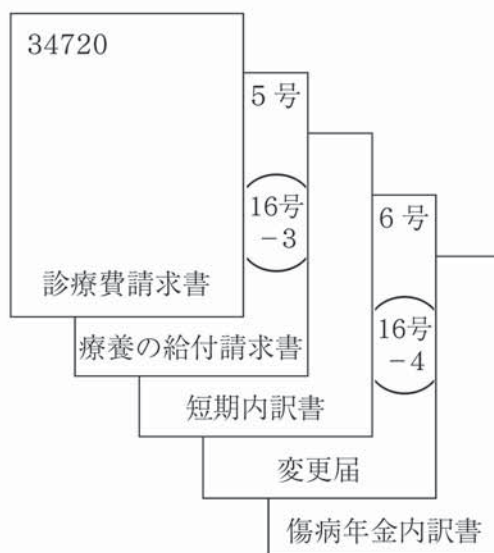
紙媒体による
請求

請求書の取り
まとめ方

毎月10日までに届くように、前月診療分までの診療費請求書等を鳥取労働局長に提出してください。

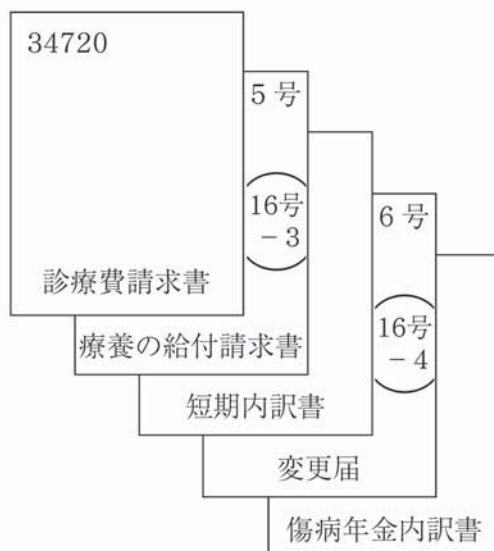
提出期日に遅れますと、翌月受付分としての取り扱いとなります。

① 県内初回分（各監督署ごとに作成）



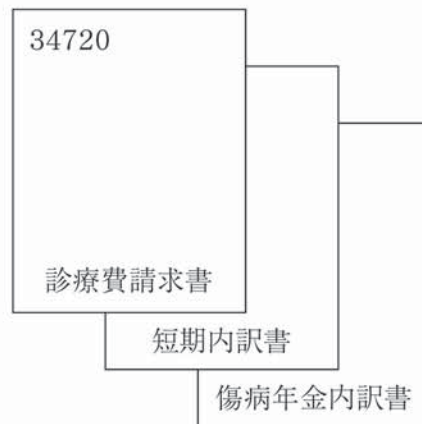
→労働保険番号の府県が31のものは、管轄01、02、03ごとに分けて、労働保険番号順にしてください。

② 県外初回分（各監督署ごとに作成）



→労働保険番号の府県が31以外のものは、各署1件ごとに分けて、労働保険番号順にしてください。

③ 県内・県外 2 回目以降（とりまとめて作成）



→県内、県外を問わず一つに
まとめて労働保険番号順に
してください。

※ 6 号（16号－4）の変更届が医療機関に提出されるタイミングは、

- a) 医療機関を転医した場合と、
- b) 被災労働者が新たに傷病（補償）年金の該当者になった場合の
二とおりがあります。
- a) の場合の変更届は③により、また b) の場合の変更届は①若しくは②
により取りまとめてください。

請求書・内訳書
記載要領

1 一般的事項

- (1) O C R 読取り部枠内の数字は「コンピュータ印書又は黒ボールペン等」で「ポテ・カスレ」がないように「標準字体」で枠内に納まるように書いてください。

＜標準字体＞

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

＜誤読しやすい文字例＞

0 1 2 3 4 5 6 7 8

- (2) 書き損じた場合は、下記例にならい訂正してください。ただし、請求書の請求金額は訂正できませんので注意してください。

訂正例

5
3

6 7 8 9
5 6 7 8

- (3) レセプト、続紙共に他の用紙を糊付けすると、システム上読み取りができなくなりますので、切り貼りはしないでください。
- (4) 続紙は当局配布用紙以外でも使用可能ですが、必ず指定医療機関番号、指定医療機関名、労働者（患者）名、労働保険番号を記入してください。

2 労働者災害補償保険診療費請求書(診機様式第1号)記入上の留意事項
・請求ごとに1枚を使用する。

①「指定病院等の番号」欄

労災指定医療機関の指定番号を記入してください。

②「受付年月日」欄

指定医療機関においては、記入しないでください。

(※は労働局使用欄)

③「請求金額」欄

全レセプトの合計金額を記入してください。また、金額の頭には「¥」マークを記入してください。

請求金額欄の訂正はできませんので、誤った場合は新たに作成してください。

④「内訳書添付枚数」欄

添付されているレセプトの枚数を記入してください。

ただし、「続紙」「療養の給付請求書」「指定病院等(変更)届」は枚数に含まれません。

⑤「請求年」⑥「請求月」欄

添付したレセプトのうち、記載している最新の療養期間の診療年月を記入してください。

3 診療費請求内訳書(レセプト)記入上の留意事項

- ・レセプト用紙は、1被災労働者、1災害、診療1か月分毎に作成し、各レセプトに指定病院等の番号(7桁)、病院等の名称を記載する。
- ・入院時は、他保険に入院料請求であっても、入院用レセプト用紙を使用する。

①「新継再別」欄

1(初診)、3(転医始診)、5(継続)、7(再発)のいずれかのコード番号を記入してください。

労災指定医療機関から転医された方の初診のコードは「1」ではなく「3」です。

②「転帰事由」欄

1(治癒)、3(継続)、5(転医)、7(中止)、9(死亡)のいずれかのコード番号を記入してください。

④「労働保険番号」欄

「療養の給付請求書」「指定病院等(変更)届」に記入された労働保険番号(14桁)をすべて記入してください。

枝番号(下3桁)の記載が無い場合は、“000”を記入してください。

④「年金証書の番号」欄

傷病(補償)年金の証書番号(9桁)をすべて記入してください。(傷病(補償)年金のレセプトのみです)

⑥「生年月日」欄

生年月日は必ず被災労働者等に確認し、誤りのないように記入してください。

⑦「傷病年月日」欄

「療養の給付請求書」「指定病院等(変更)届」に記入された傷病年月日を記入してください。

初診日ではなく、「負傷」又は「発病」の年月日となります。

⑩「療養期間」欄

療養期間は、次月に継続の場合はその月の末日までを記入してください。

当月で最終診療（治ゆ、中止、転医等）の場合は、最終診療日までを記入してください。

⑪「診療実日数」欄

実際に診療した日数を右詰めで記入してください。

なお、文書料のみの請求の場合は、「999」と記入してください。

⑬「合計額」欄

当該レセプトの総額を右詰で記入してください。（入院用レセプトは、①㊦㊧の合計。入院外レセプトは、①㊦の合計。）

※「傷病の経過」欄

適正なレセプト審査を行うにあたって、最も重要な項目です。

傷病の経過は、できるだけ詳細に記入してください。書ききれない場合は、続紙を使用してください。

患者の受付

療養の給付は、次の請求書または届の提出により取り扱うこととなっています。

ただし、緊急やむを得ない事情等によって当該請求書または届を提出することができなかった患者については、できる限り早い時期にその提出を求める必要があります。

療養の給付 請 求 書	業務災害等用	様式5号	初めて労災指定病院（診療所）で治療を受ける場合に診療費請求内訳書（レセプト）に必ず添付します。 （労災指定外の病院（診療所）からの転医及び再発も同様。）
	通 勤 災 害 用	様式16号の3	
指定病院等 （ 変 更 ） 届	業務災害等用	様式6号	他の労災指定病院（診療所）から転医してきた場合に診療費請求内訳書（レセプト）に必ず添付します。
	通 勤 災 害 用	様式16号の4	

診療費請求時の留意事項

受付の際には、次のことに特に留意してください。

- 提出された請求書または、変更届に未記入の箇所はないか。
特に、労働保険番号が記入されているかどうか。
請求人、事業主の記名、証明等の記入漏れがないかどうか。
- 災害原因、事故の状況が本人の申立てと一致するか。
- 負傷部位、負傷の状況が災害原因等と一致するか。
- 事業主であれば、労災保険の特別加入をしているか。

以上のことについて、疑問がある場合は、鳥取労働局もしくは所轄の労働基準監督署へ連絡してください。

記載例（診療費請求書）

① 労災指定医療機関の指定番号を記入

帳票種別 34720	※修正項目番号 □	① 指定病院等の番号 31000001	② ※受付年月日 元 号 年 月 日 □ □ □ □ □ □ 1～9年は右へ
③ 請求金額 千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円 □ ¥ 2 1 7 6 9 7 0 金額の頭に¥マークを付けてください。		④ 内訳書添付枚数 枚 □ 2 1	④ 内訳書の総枚数を記入 ※内訳書の続紙や療養の給付請求書・指定病院等(変更)届は含まない
⑤ 請求年 元 号 年 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 9 □ 6 年 1～9年は右へ		⑥ 請求月 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 □ 8 月分 1～9年は右へ	※修正欄 □ □ □ □ □ □ □ □

ただし、

⑤⑥ 内訳書に記載している最新の療養期間の年月を記載（元号：令和「9」）

③ 内訳書が複数枚の場合、内訳書の「⑬合計額」の足し上げ額を記入

記載例（診療費請求内訳書）

記入

第 回 (同一傷病について)

指定病院等の番号	病院等の名称
----------	--------

帳票種別 34722	修正項目番号 □ □	① 新規再別 1 初診 3 転医始診 5 継続 7 再発 3	② 転医事由 1 治療 3 継続 5 転医 7 中止 9 その他 3
④ 府県所管管轄基幹番号枝番号 31102123026000		職員記入欄	
⑥ 生年月日 元 号 年 月 日 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 7 □ 3 □ 6 3 0 1～9年は右へ		⑦ 傷病年月日 元 号 年 月 日 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 9 □ 6 □ 8 □ 7 1～9年は右へ	
⑩ 療養期間 元 号 年 月 日 1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 9 □ 6 □ 8 □ 7 - 9 □ 6 □ 8 3 1 1～9年は右へ		⑦ 療養の給付請求書及び指定病院等(変更)届に記載された負傷又は発病の年月日を記入（元号：令和「9」） ※初診日とは限らないので注意が必要	
⑪ 診療実日数 □ □ □ 日		⑬ 合計額 イ+ロ+ハ 百 万 十 万 万 千 百 十 円 □ □ 1 2 0 8 7 7	

⑥⑦⑩ 年月日の枠がずれないように記入（元号：令和「9」）

労働局・労働基準監督署 所在地

1 鳥取労働局

- ・鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9 鳥取労働局3階

TEL 0857-29-1706

2 労働基準監督署

- ・鳥取労働基準監督署

〒680-0845 鳥取市富安2丁目89-4 鳥取第1地方合同庁舎4階

TEL 0857-24-3095

【管轄】鳥取市・岩美郡・八頭郡

- ・米子労働基準監督署

〒683-0067 米子市東町124-16 米子地方合同庁舎5階

TEL 0859-59-0023

【管轄】米子市・境港市・西伯郡・日野郡

- ・倉吉労働基準監督署

〒682-0816 倉吉市駄経寺町2-15 倉吉地方合同庁舎3階

TEL 0858-22-6274

【管轄】倉吉市・東伯郡

労災診療費の算定基準

目 次

I 労災診療費算定基準と留意点

診 察 料

1 診療単価	11
2 初診料	11
3 救急医療管理加算	13
4 療養の給付請求書取扱料	14
5 再診料	14
6 外来管理加算の特例	14
7 再診時療養指導管理料	16

入 院 料

8 入院基本料	18
9 入院室料加算	21
10 病衣貸与料	22
11 入院時食事療養費	22

画 像 診 断

12 コンピューター断層撮影料	23
13 コンピューター断層診断の特例	23

リハビリテーション

14 リハビリテーション	24
15 リハビリテーション情報提供加算	26

手術及び処置

16 初診時ブラッシング料	27
17 四肢に対する特例取扱い	27
18 術中透視装置使用加算	30
19 手指の機能回復指導加算	30
20 固定用伸縮性包帯	30
21 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯	30
22 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ	32
23 処置等の特例	32
24 職業復帰訪問指導料	35
25 精神科職場復帰支援加算	36
26 石綿疾患療養管理料	38
27 石綿疾患労災請求指導料	38
28 労災電子化加算	38
29 職場復帰支援・療養指導料	39
30 社会復帰支援指導料	40

検 査

31 振動障害に係る検査料	41
---------------	----

そ の 他

32 文書料	42
--------	----

II 参考

1 処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い	44
2 入院基本料特例取扱点数一覧表	45
3 四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表（処置・リハ）	55
4 労災保険における治療用装具等の取扱い	57
5 Q & A	58
6 鳥取労働局における診療費審査について	62
7 非課税医療機関一覧	64
8 自動車事故の場合は？	65
9 針刺し事故に係る労災保険の取扱い	66
10 適正な「傷病名」のレセプトへの記入について	68
11 その他、レセプト記入上の留意事項について	68

III 様式

療養の給付請求書等	70
指導管理箋	75
早期社会復帰のための指導項目	81
労災リハビリテーション評価計画書	83
労災リハビリテーション実施計画書	84

I 労災診療費算定基準と留意点

労災診療費は、原則として、健康保険の診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）にしたがって算定しますが、次に掲げる項目については、労災保険独自の特例的な算定基準を定めていますので、この取扱いにしたがって、労災診療費を算定して下さい。

なお、療養の費用を支給する場合（非指定医療機関に受診した場合）の支給限度額の算定についても、下記の取扱いに準じて行いますが、「4 療養の給付請求書取扱料」は算定できません。

診 察 料

1 診療単価

診療単価は労災診療の特殊性を考慮して次のとおりとなっています。

- (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64ページのとおりです。

2 初診料——医科、歯科とも3,850円

初診料については、健保点数表と異なり点数ではなく、上記金額で算定します。

労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生につき算定できます。したがって、既に傷病の診療を継続している期間（災害発生日を含む。）中に、当該診療を継続している医療機関において、当該診療に係る事由以外の業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合は、初診料を算定できます。（労災保険において継続診療中に、新たな労災傷病にて初診を行った場合も、初診料3,850円を算定できます。）

ただし、健保点数表（医科に限る。）の初診料の注5ただし書に該当する場合（上記の初診料を算定できる場合を除く。）については、1,930円を算定できます。

その他の初診料の算定に係る取扱いについては、健保準拠です。

なお、紹介状なしで受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,850円を算定します。（令和6年6月1日～）

初診料の算定例は、以下のとおりです。

初診料の算定例

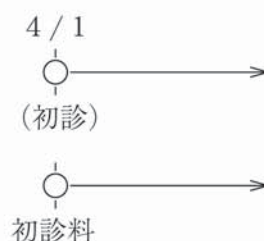
○：当科における最初の受診日、●：当科における2回目以降の受診日

1 健康保険の初診日と労災保険の初診日が同一日の場合

(1) 健康保険が主傷病の場合



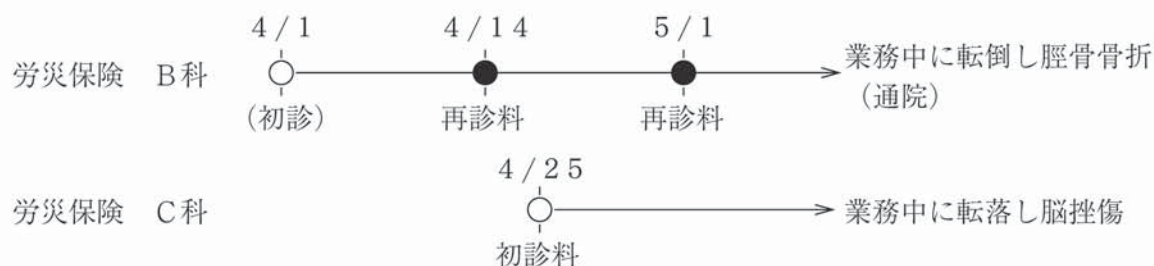
(2) 労災保険が主傷病の場合



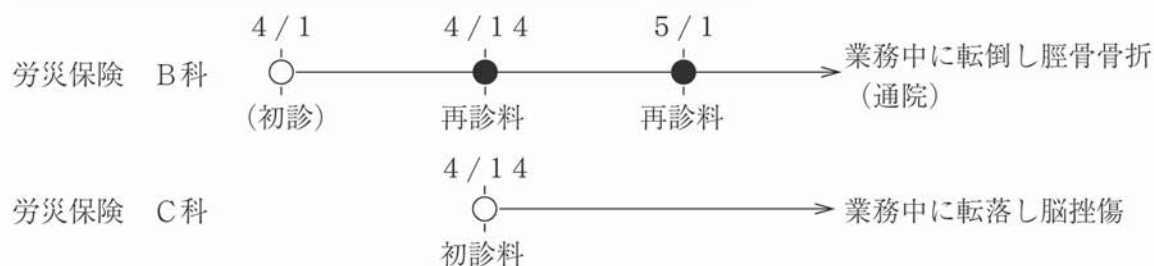
(1)、(2)ともに労災保険の支給事由発生につき、B科で初診料（3,850円）が算定できる。

2 労災保険で継続療養中に、新たな労災傷病の初診を他科で行った場合

(1) 労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が別の場合



(2) 労災保険の再診日と新たな労災保険の初診日が同一の場合



(1)、(2)ともに労災保険でB科診療中であっても、新たな支給事由が発生した場合は、C科で初診料3,850円が算定できる。なお、同一の診療科であっても算定できる。

3 労災保険の初診日に複数科を受診した場合

(1) 同一の災害（傷病が異なる）による場合



同一日で災害が同じ場合は、ただし書初診料（1,930円）が算定できる。

(2) 別災害による場合



同一日で災害が異なる場合は、いずれの科も初診料（3,850円）が算定できる。

「健保点数表の初診料の注5のただし書」（参考）

1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り146点（注2から注4までに規定する場合にあっては108点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16までに規定する加算は算定しない。

(注1) 時間外、休日、深夜加算及び夜間・早朝等加算については、時刻又は曜日を余白に記入してください。

(注2) 傷病労働者の傷病がいったん治癒した後の再発と認められる場合は、初診として取扱い、初診料を算定できます。

3 救急医療管理加算 ——入 院 6,900円 (1日につき)
入院外 1,250円

初診時（他保険等により継続療養中の初診時を含む。）に救急医療を行った場合、入院した場合は6,900円、入院外の場合は1,250円を算定することができます。

ただし、これは同一傷病につき1回限り算定できるものであり、健保点数表における「救急医療管理加算」、「特定入院料」とは重複して算定できません。

なお、入院については、初診に引き続き入院している場合に7日間を限度に算定することができます。

また、健康保険における「保険外併用療養費（初診時自己負担金）」とも重複して算定できません。

※ 金額欄（⑧ その他）に「救急医療管理加算」と記入してください。

(例1) 救急医療管理加算が算定できる場合

- ① 傷病の発生から数日間経過した後に医療機関で初診を行った場合。
- ② 最初に収容された医療機関においては、傷病の状態等から応急処置だけを行い、他の医療機関に転医した場合。
(それぞれの医療機関で算定可)
- ③ 傷病の発生から長期間経過した後であっても、症状が安定しておらず、再手術等の必要が生じて転医した場合。
(転医先において算定可)

(例2) 救急医療管理加算が算定できない場合

- ① 再発の場合。
- ② 傷病の発生から数か月経過し、症状が安定した後に転医した場合。
- ③ じん肺症、振動障害等の慢性疾患あるいは遅発性疾病等、症状が安定しており救急医療を行う必要がない場合。
- ④ 健保点数表（医科に限る。）の初診料の注5ただし書に該当する初診料（1,930円）を算定する場合。
- ⑤ 上記の他、初診料が算定できない場合。

(注) 健康保険では「救急医療管理加算1」（1,050点）と「救急医療管理加算2」（420点）に区分されていますが、労災診療費算定基準に定める救急医療管理加算（以下「労災救急医療管理加算」という。）については区分を設けておらず、その算定は次のとおりとなります。

労災救急医療管理加算は健保点数表における「救急医療管理加算」との重複算定はできないため、そのいずれかを算定することとなりますが、労災救急医療管理加算では、初診の傷病労働者に救急医療を行った場合には所定の金額（入院の場合6,900円）を算定できることから、健保点数表によれば「救急医療管理加算2」の算定となる場合であっても、労災救急医療管理加算を算定できます。

4 療養の給付請求書取扱料——2,200円

労災指定医療機関等において、「療養の給付請求書」を取り扱った場合に2,200円を算定できます。
ただし、再発の場合や、転医始診の場合は算定できません。

(注1) 自賠責保険等、他保険から労災保険に切り替え、初めて労災請求するときは算定できます。

(注2) 他の傷病で治療中に、新たな労災傷病のため受診した場合、療養の給付請求書取扱料は算定できます。

(注3) 「療養の費用請求書」を取り扱った場合は算定できません。

※ 金額欄 (㊟その他) に「取扱料2,200円」と記入してください。

5 再診料——1,430円

一般病床の病床数200床未満の医療機関及び一般病床の病床数200床以上の医療機関の歯科、歯科口腔外科において算定します。

再診料についても初診料と同様に、点数ではなく上記金額で算定します。

ただし、健保点数表（医科に限る。）の再診料の注3に該当する場合については、720円を算定できます。この場合において、夜間・早朝等加算、外来管理加算、時間外対応加算、明細書発行体制等加算等（注4から注8まで、注10から注20に規定する加算）は算定できません。

その他の再診料の算定に係る取扱いについては、健保点数表の再診料の注8を除き健保準拠です。

なお、歯科、歯科口腔外科の再診について、他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した場合の定額負担料（健康保険における選定療養費）を傷病労働者から徴収した場合は、1,030円を算定します。

(例1) 業務上の事由による傷病により、同一日に同一の医療機関の複数の診療科を引き続き再診した場合

○1つ目の診療科 1,430円を算定

○2つ目の診療科 720円を算定

○3つ目の診療科 (算定できない。)

(例2) 業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の同一の診療科を再診した場合

○主たる傷病についてのみ、再診料を算定

(例3) 業務上の事由による傷病と私病により、同一日に同一の医療機関の別の診療科を再診した場合

○主たる傷病について再診料を算定し、もう1つの傷病について2科目の再診料を算定

(注) 時間外、休日、深夜加算及び夜間・早朝加算は、時刻又は曜日を余白に記入してください。

6 外来管理加算の特例

再診時に、健保点数表において外来管理加算を算定することができない処置等を行った場合でも、その点数が外来管理加算の52点に満たない場合には、特例として外来管理加算を算定することができます。

また、外来管理加算の点数に満たない処置等が2つ以上ある場合には最も低い点数に対して外来管理加算を算定し、他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができます。

(注1) 健保点数表において算定することができない処置等とは、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに健保点数表第2章第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療をいいます。

なお、別に厚生労働大臣が定める検査とは、健保点数表第2章第3部検査第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいいます。

- ① 超音波検査等 ② 脳波検査等 ③ 神経・筋検査
④ 耳鼻咽喉科学的検査 ⑤ 眼科学的検査 ⑥ 負荷試験等
⑦ ラジオアイソトープを用いた諸検査 ⑧ 内視鏡検査

(注2) 四肢に対する処置等に対し1.5倍又は2倍の加算ができる取扱い（四肢加算）が適用される場合は、適用後の特例点数を基準にします。

例えば、消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」（四肢）を行った場合

$$35点 \times 1.5倍 = 53点$$

よって、四肢加算後の特例点数53点が基準となり、外来管理加算の52点は算定できません。

なお、四肢の消炎鎮痛等処置「マッサージ等の手技による療法」に四肢加算を行わず、35点として外来管理加算の52点を合算して87点を算定することはできません。

(注3) 慢性疼痛疾患管理料を算定している場合であっても、慢性疼痛疾患管理料に包括される処置（介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置）以外の処置等を行った場合は、外来管理加算の特例を算定することができます。

(注4) 健保点数表の再診料の注8にかかわらず従前どおり計画的な医学管理を行った場合に算定できます。

※ 特例によらない外来管理加算と区別するため、摘要欄に特例による回数のみを㊦何回と記入してください。

(注5) 四肢以外に行った創傷処置（100cm²未満）の取扱いについては、45点として算出し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えありません。

(例) ① 創傷処置（100cm²未満）を腰部（四肢以外）に行った場合

$$45点 + 52点（外来管理加算） = 97点$$

② 創傷処置（100cm²未満）を前腕（四肢）に行った場合

$$52点 \times 1.5（四肢加算） = 78点$$

外来管理加算の特例記入例

診 療 内 容				点数(点)	診 療 内 容		金 額		摘 要		
⑪初診		時間外・休日・深夜			⑪初 診		円		㊦	52×1	
⑫再 診	外来管理加算	52	×	52	⑫再 診 1 回		1,430 円				
		×	1 回		⑬指 導 回		円				
		時間外	×		回	㊸その他					
		休 日	×		回						
深 夜	×	回									
⑬指導					小 計		㊱ 1,430 円				
⑭在 宅	往 診 回				摘 要						
	夜 間 回										
	緊急・深夜 回				⑭	* 消炎鎮痛等処置（器具）（腰部）		35×1			
	在宅患者訪問診療 回					* 創傷処置 1（前額部）		52×1			
	その他										
	薬 剤										
	⑯内 服 薬 剤 単位										
	調 剤 × 回										

7 再診時療養指導管理料——920円

外来患者に対して再診時に療養上の指導（食事、日常生活動作、機能回復訓練、メンタルヘルスに関する指導）を行った場合に指導の都度算定できます。ただし、療養上の指導内容を診療録（カルテ）及びレセプト摘要欄に記入することが算定要件となります。

（注1） 再診時療養指導管理料と石綿疾患療養管理料は同月に重複算定できません。

また、それぞれ次表に掲げる各管理料等とも同月に重複算定できません。

区 分	名 称	区 分	名 称
B000	特定疾患療養管理料	C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料
B001	ウイルス疾患指導料	C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料
	てんかん指導料	C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	難病外来指導管理料	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
	皮膚科特定疾患指導管理料	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料
	心臓ペースメーカー指導管理料	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
	慢性疼痛疾患管理料	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
C002	在宅時医学総和管理料	C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料
C002-2	施設入居時等医学総和管理料	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料
C010	在宅患者連携指導料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C100	退院前在宅療養指導管理料	C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料
C101	在宅自己注射指導管理料	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
C102-2	在宅血液透析指導管理料	C117	在宅経腸投薬指導管理料
C103	在宅酸素療法指導管理料	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C120	在宅中耳加圧療法指導管理料
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料
C106	在宅自己導尿指導管理料	I002	通院・在宅精神療法
C107	在宅人工呼吸指導管理料	I004	心身医学療法
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	I016	精神科在宅患者支援管理料
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	その他	「B000特定疾患療養管理料」と重複算定できない指導管理料等
C108	在宅麻薬等注射指導管理料		

(注2) 同一の医療機関において、同時に2以上の診療科で指導を行った場合であっても（医科と歯科及び医科と歯科口腔外科の場合を除く。）再診時療養指導管理料は1回として算定します。

(注3) 外来診療料算定の医療機関でも、再診時に指導を行った場合は算定できます。

(注4) 再診が電話等により行われた場合は算定できません。

診察料等記入例

診 療 内 容			点数	診 療 内 容	金 額	摘 要
⑪初診	時間外・休日・深夜	19:15	85	⑪初 診	3,850円	⑬機能回復指導 1回 ⑧救急医療管理加算 （入院外） 取扱料 2,200円 8/5 休業証明料 （7/12～7/31）
				⑫再 診 3 回	4,290円	
				⑬指導 1 回	920円	
				⑧その他	1,250円 2,200円 2,200円	
				小 計	㊦ 14,710円	

入 院 料

8 入院基本料	入院の日から起算して2週間以内の期間 上記以降の期間	健保点数の1.30倍 健保点数の1.01倍
----------------	-------------------------------	--------------------------

入院基本料は、入院の日から起算して2週間以内の期間については、健保点数の1.30倍、それ以降の期間については、健保点数の1.01倍の点数（いずれも1点未満の端数は四捨五入）を算定することができます。

（注1） 各種加算の取扱いについては、以下のとおりです。

① 健保点数表の第1章第2部「入院料等」の第1節「入院基本料」について

ア イ以外の点数については、入院基本料に当該点数を加えた後に1.30倍又は1.01倍することができます。

イ 入院期間に応じ加算する点数の場合は、1.30倍又は1.01倍することができません。

具体的には、別表（20ページ）のとおりとなります。

② 健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第2節「入院基本料等加算」に示されている各種加算については1.30倍又は1.01倍することができません。

（注2） 外泊期間中の入院基本料は、すべての加算を含まない入院基本料の基本点数に0.15を掛け、その後1.30倍又は1.01倍した点数となります。

（注3） 定数超過入院に該当する場合及び医療法に定める人員標準を著しく下回る場合の入院基本料は、健保点数表第1章第2部入院料等の通則7に従って算定した後の点数を1.30倍又は1.01倍することとなります。

なお、入院期間に応じた加算点数については、1.30倍又は1.01倍することはできません。

（例） 入院基本料点数をA、入院期間に応じた加算をB、通則7の別表第一～第三に定める率をCとした場合の算定方法は

$$(A \times C \times 1.30) + (B \times C) \text{ となります。}$$

（注4） 栄養管理体制に関する基準を満たすことができない医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、健保点数表第1章第2部入院料等の通則9に従って算定した後の点数を1.30倍又は1.01倍します。

（注5） 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の関係にある医療機関に入院した場合には、第1回目の入院の日を起算日として計算します。

ただし、退院後、いずれの医療機関にも入院せずに3カ月以上経過し、その後再入院となった場合については、再入院日を起算日として新たに入院期間を計算します。

（注6） 健康保険においては、入院診療計画に関する基準を満たすことが入院基本料等の算定要件の1つですが、労災保険においても、同様の算定要件となります。

しかしながら、特別の事情がある場合については、その理由を診療費請求内訳書に記載することにより、7日以内に入院診療計画書を交付して説明することができない場合であっても、入院基本料等を算定できることとします。

特別の事情とは、以下のような場合です。

- ① 患者の急変などにより、他の医療機関へ転院又は退院することとなったため、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合
 - ② 患者が意識不明の状態にあり、家族等と直ちに連絡を取ることができなかったため、入院診療計画書を交付して説明することができなかった場合
 - ③ その他、上記に準ずると認められる場合
- (注7) 健保点数表における「生活療養を受ける場合」の点数については、適用しません。
- (注8) 健保点数表における「短期滞在手術等基本料3 (A400の2)」は適用せず、対象の手術等を実施した場合であっても出来高で算定できます。
- (注9) 健保点数表における「入院期間が180日を超える入院」の取り扱いについては、適用しません。
- (注10) 入院の起算日が変わらない再入院の際には、「入院の日から起算して2週間以内の期間」に退院期間が含まれることに注意してください。
- (注11) 再入院時に初回の入院初日から14経日が経過後の入院に対し、労災特例の1.3倍で算定することはできません。

入院料の労災特例である1.3倍で算定できるのは、初回の入院初日から起算し経日数で2週間(14日間)となります。

例えば、

10月1日に負傷当日入院し、10月10日に退院。その後10月15日に再入院した場合は、初日(10月1日)から2週間が経過しているため、1.01倍での算定となります。

〔別 表〕

健保点数表における第1章第2部「入院料等」の第1節「入院基本料」に示される各種加算の取扱い

病棟区分	130倍 101倍できるもの	健保点数	130倍 101倍できないもの	健保点数
一般病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	450点
			15日以上30日以内の期間の加算	192点
			救急・在宅等支援病床初期加算(14日限度)	150点
療養病棟入院基本料	褥瘡対策加算1	15点	急性期患者支援療養病床初期加算(14日限度)	300点
	褥瘡対策加算2	5点	在宅患者支援療養病床初期加算(14日限度)	350点
	慢性維持透析管理加算	100点	経腸栄養管理加算(7日限度)	300点
	在宅復帰機能強化加算	50点		
	夜間看護加算	50点		
	看護補助・患者ケア体制充実加算1	80点		
	看護補助・患者ケア体制充実加算2	65点		
	看護補助・患者ケア体制充実加算3	55点		
結核病棟入院基本料			14日以内の期間の加算	600点
			15日以上30日以内の期間の加算	480点
			31日以上60日以内の期間の加算	360点
			61日以上90日以内の期間の加算	120点
精神病棟入院基本料	精神保健福祉士配置加算	30点	14日以内の期間の加算	465点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (急性期病院A精神病棟入院料13対1入院基本料の場合)	357点	15日以上30日以内の期間の加算	250点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (急性期病院A精神病棟入院料15対1入院基本料の場合)	196点	31日以上90日以内の期間の加算	125点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (急性期病院B精神病棟入院料13対1入院基本料の場合)	357点	91日以上180日以内の期間の加算	10点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (急性期病院B精神病棟入院料15対1入院基本料の場合)	196点	181日以上1年以内の期間の加算	3点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (精神病棟入院料13対1入院基本料の場合)	357点	救急支援精神病棟初期加算(14日限度)	100点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (精神病棟入院料15対1入院基本料の場合)	196点	重度認知症加算(1月以内の期間)	300点
特定機能病院入院基本料	看護必要度加算1	55点	一般病棟14日以内の期間の加算	712点
	看護必要度加算2	45点	一般病棟15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算3	25点	結核病棟30日以内の期間の加算	330点
	入院栄養管理体制加算	270点	結核病棟31日以上90日以内の期間	200点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (特定機能病院A13対1入院基本料の場合)	356点	精神病棟14日以内の期間の加算	505点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (特定機能病院A15対1入院基本料の場合)	91点	精神病棟15日以上30日以内の期間の加算	250点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (特定機能病院B13対1入院基本料の場合)	357点	精神病棟31日以上90日以内の期間の加算	125点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (特定機能病院B15対1入院基本料の場合)	92点	精神病棟91日以上180日以内の期間の加算	30点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (特定機能病院C13対1入院基本料の場合)	355点	精神病棟181日以上1年以内の期間の加算	15点
	精神病棟看護・多職種協働加算 (特定機能病院C15対1入院基本料の場合)	90点	重度認知症加算(1月以内の期間)	300点
専門病院入院基本料	看護必要度加算1	55点	14日以内の期間の加算	512点
	看護必要度加算2	45点	15日以上30日以内の期間の加算	207点
	看護必要度加算3	25点		
	一般病棟看護必要度評価加算	5点		
障害者施設等入院基本料	夜間看護体制加算	161点	14日以内の期間の加算	312点
			15日以上30日以内の期間の加算	167点
			看護補助加算(14日以内の期間)	146点
			看護補助加算(15日以上30日以内の期間)	121点
			看護補助加算(31日以上)	50点
			看護補助・患者ケア体制充実加算1(14日以内の期間)	176点
			看護補助・患者ケア体制充実加算2(14日以内の期間)	161点
			看護補助・患者ケア体制充実加算3(14日以内の期間)	151点
			看護補助・患者ケア体制充実加算1(15日以上30日以内の期間)	151点
			看護補助・患者ケア体制充実加算2(15日以上30日以内の期間)	136点
			看護補助・患者ケア体制充実加算3(15日以上30日以内の期間)	126点
			看護補助・患者ケア体制充実加算1(31日以上)	60点
			看護補助・患者ケア体制充実加算2(31日以上)	55点
			看護補助・患者ケア体制充実加算3(31日以上)	51点
有床診療所入院基本料	夜間緊急体制確保加算	15点	有床診療所急性期患者支援病床初期加算(21日限度)	150点
	医師配置加算1	120点	有床診療所在宅患者支援病床初期加算(21日限度)	300点
	医師配置加算2	90点	看取り加算	1,000点 又は2,000点
	看護配置加算1	60点	介護障害連携加算1	192点
	看護配置加算2	35点	介護障害連携加算2	38点
	夜間看護配置加算1	105点		
	夜間看護配置加算2	55点		
	看護補助配置加算1	25点		
	看護補助配置加算2	15点		
	栄養管理実施加算	12点		
	有床診療所在宅復帰機能強化加算(15日以降)	20点		
有床診療所療養病床入院基本料	褥瘡対策加算1	15点	有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算(21日限度)	300点
	褥瘡対策加算2	5点	有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算(21日限度)	
	栄養管理実施加算	12点	看取り加算	1,000点 又は2,000点
	有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算	10点		
	慢性維持透析管理加算	100点		
算定方法	(入院基本料＋加算点数)×1.3		(入院基本料×1.3)＋加算点数	
	(入院基本料＋加算点数)×1.01		(入院基本料×1.01)＋加算点数	

9 入院室料加算

入院室料加算は、次の(1)及び(2)の要件に該当する場合に(3)に定める金額を算定できるものとしませんが、(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人部屋に収容した場合。

(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。

なお、「医学上他の患者から隔離する。」とは、次のような場合をいいます。

① 他の患者に感染する可能性のある疾病の場合

② 頻繁に処置を要する傷病（重傷の熱傷、重度の褥瘡等）

③ 一時的に情緒不安定な場合

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。

(3) 医療機関が当該病室に係る料金として表示している金額を算定することができます。

ただし、当該表示金額が次に示す額を超える場合には次に示す額とします。

なお、鳥取県は乙地に該当します。

1日につき	個室	甲地	11,000円、	乙地	9,900円
	2人部屋	甲地	5,500円、	乙地	4,950円
	3人部屋	甲地	5,500円、	乙地	4,950円
	4人部屋	甲地	4,400円、	乙地	3,960円

室料が変更となった場合は、変更届（95ページ）を提出してください。

（注1） 特定入院料、重症者等療養環境特別加算、療養環境加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、診療所療養病床療養環境加算及び診療所療養病床療養環境改善加算との重複算定はできません。

※ 請求にあたって

- ・レセプト⑧欄の「その他」欄に、「入院室料加算」とその算式を記入してください。
- ・「摘要」欄に、個室・2人部屋等の別、病室番号、個室等へ収容する必要理由及び入院室料を算定した日を明記してください。
- ・表示金額に消費税の加算はできません。

記入例

診療内容	金額	摘要
⑪ 初診	円	個室505号
⑧ その他 入院室料加算 5,000円×7	35,000	(2)ーウー② 6 / 1 ~ 6 / 7

10 病衣貸与料——10点

患者が緊急収容され病衣を有していないため医療機関から病衣の貸与を受けた場合、又は傷病の感染予防上の必要性から医療機関が患者に病衣を貸与した場合には、1日につき10点を算定できます。

※外泊時は算定できません。

11 入院時食事療養費

入院時食事療養費については、平成18年3月6日付け厚生労働省告示第99号（最終改正：令和8年3月5日）（以下、「99号告示」という。）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第1 食事療養」に定める金額の1.2倍により算定（10円未満の端数は四捨五入）することとしていますが、具体的には次の金額となります。

(1) 入院時食事療養(I) 1食につき

① ②以外の食事療養を行う場合 880円

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定します。

② 流動食のみを提供する場合 800円

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食（市販されているものに限る。以下同じ。）のみを経管栄養法により提供したときに、1日に3食を限度として算定します。

③ 特別食加算 1食につき 90円

別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときに、1日につき3食を限度として加算することができます。ただし、②を算定する患者については、算定できません。

④ 食堂加算 1日につき 60円

食堂における食事療養を行ったときに、加算することができます。（療養病棟に入院する患者を除く。）

(2) 入院時食事療養(II) 1食につき

① ②以外の食事療養を行う場合 720円

入院時食事療養(I)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定します。

② 流動食のみを提供する場合 660円

入院時食事療養(I)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定します。

(注1) 99号告示の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」の「第2 生活療養」については、適用しません。

(注2) 業務上傷病に対して特別食を提供し、特別食加算を算定する場合は、備考欄にその内容を必ず記載してください。なお、労災患者の私病（糖尿病等）に対して特別食を提供した場合は、労災給付の対象外となりますので、ご注意ください。

画 像 診 断

12 コンピューター断層撮影料

コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影が同一月に2回以上行われた場合であっても、所定点数を算定できます。

(注) 健保点数表の同一月の2回目以降の断層撮影の費用についての通減制については、適用しません。

(例1) 同一月に1回目CT撮影口、2回目CT撮影口を行った場合。

1回目	CT撮影口	900点 (+断層診断450点)
2回目	CT撮影口	900点

合 計 1,800点 (断層診断を含め2,250点) 算定

(例2) 同一月に1回目CT撮影口、2回目MRI撮影2を行った場合。

1回目	CT撮影口	900点 (+断層診断450点)
2回目	MRI撮影2	1,330点

合 計 2,230点 (断層診断を含め2,680点) 算定

※ コンピューター断層撮影の種類、部位、撮影年月日を摘要欄に必ず明記してください。

レセプトの記入例

摘 要		
⑦①	*脳CT撮影口 (10日)	900 × 1
	電子画像管理加算	120 × 1
	コンピューター断層診断	450 × 1
	*右尺骨CT撮影口 (13日)	900 × 1
	電子画像管理加算	120 × 1

※ 四肢の撮影については「右」・「左」・「両側」を記載してください。

※ 画像診断について、負傷部位と異なる部位の撮影は基本的には認められません。

片側だけに疾患があり、比較対照のため両側を撮影した場合は、摘要欄に「健・患の比較のため」等の理由を記載してください。

レセプトの記入例

摘 要		
⑦①	*撮影部位 (単純撮影)：両膝	
	単純撮影 (口) の写真診断 2枚	
	単純撮影 (デジタル撮影) 2枚	224 × 1
	電子画像管理加算 (単純撮影)	
	(健・患の比較のため)	

13 コンピューター断層診断の特例——225点

他の医療機関でコンピューター断層撮影 (磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影 及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、健保点数表の「E-101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影」及び「E101-4ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影」は含まない。) を実施したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、従来より「E203 コンピューター断層診断」を算定できるとされていますが、再診時に他の医療機関でコンピューター断層撮影を実施したフィルムについて診断を行った場合は、月1回に限りコンピューター断層診断の特例 (225点) を算定できます。

ただし、他院へ画像撮影を依頼し、撮影されたフィルムについて自院又は他院で「E203 コンピューター断層診断」を算定できる場合は、当該特例は算定できません。

リハビリテーション

14 リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料を算定する場合は、健保点数表のリハビリテーションの通則 1 にかかわらず次の点数で算定することができます。

訓練実施者（職種：理学療法士等）をレセプト摘要欄に記入して下さい。

（各疾患別リハビリテーションごとの職種については55ページを参照）

ア	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
イ	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	125点
ウ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
エ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	200点
オ	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	100点
カ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	250点
キ	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	200点
ク	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	100点
ケ	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	190点
コ	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	180点
サ	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	85点
シ	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	180点
ス	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	85点

- (1) 疾患別リハビリテーション（※）については、リハビリテーションの必要性及び効果が認められるものについては、健保点数表における疾患別リハビリテーション料の各規定の注 1 のただし書にかかわらず、健保点数表に定める標準的算定日数を超えても制限されることなく算定できます。

健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注 6 及び注 7（注 7 は脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に限る。）については、適用しません。

- (2) 入院中の傷病労働者に対し、訓練室以外の病棟等において早期歩行、ADL の自立等を目的とした疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)（運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を含む。）を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は医療機関外において、疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)（運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を含まない。）を算定できる訓練に関するリハビリテーションを行った場合は、ADL 加算として、1 単位につき 30 点を所定点数に加算して算定できます。

運動器リハにおけるADL加算の算定

施設基準	リハビリの実施状況	ADL加算算定の可否	
運動器リハ（Ⅰ）	入院（医療機関内）	運動器リハ（Ⅰ）	○
	入院（医療機関外）		○
	入院外		×
運動器リハ（Ⅱ）	入院（医療機関内）	運動器リハ（Ⅱ）	○
	入院（医療機関外）		×
	入院外		×

(3) 健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算、初期加算急性期リハビリテーション加算、休日リハビリテーション加算及び特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合については、健保点数表に準じて算定できます。

(※) 疾患別リハビリテーションとは、健保点数表における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料におけるリハビリテーションのことをいいます。

(注1) 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定の注6に示す範囲内でリハビリテーションを行う場合（標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを1月13単位以内で行う場合）には、診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載する必要はありません。

ただし、標準的算定日数を超え、さらに疾患別リハビリテーションを1月13単位を超えて行う場合には、①診療費請求内訳書の摘要欄に標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見等を記載すること、又は②労災リハビリテーション評価計画書（83ページ）を診療費請求内訳書に添付して提出してください。

(注2) 早期リハビリテーション加算が算定できる傷病労働者に対し、初期加算、ADL加算、急性期リハビリテーション加算、休日リハビリテーション加算が算定できるリハビリテーションを行った場合は、それぞれ所定点数を算定できます。

(注3) 四肢傷病に対するリハビリテーションについては、四肢加算として1.5倍（手指についても1.5倍）の算定ができます。（1点未満切り上げ）

(注4) 「拘縮」、「抜釘」では、起算日の変更はできません。

※ 摘要欄に訓練実施者（職種）、部位及び算式を明記してください。

レセプトの記入例

摘 要	
⑧	*運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（右大腿部） （理学療法士による場合）
	（190×1.5）2単位 570×1
	早期リハビリテーション加算 2単位 50×1
	ADL加算 2単位 60×1
	（対象疾患：右大腿骨頸部骨折）
	（治療開始日、発症日又は手術日：○年○月○日） 実施日数 1日

15 リハビリテーション情報提供加算——200点

- (1) 健保点数表の診療情報提供料Ⅰが算定される場合であって、医師又は医師の指揮管理のもと理学療法士作業療法士若しくは言語聴覚士が作成した職場復帰に向けた労災リハビリテーション実施計画書（転院までの実施結果を付記したもの又は添付したものに限る。）を、傷病労働者の同意を得て添付した場合に算定できます。

なお、健保点数表の診療情報提供料Ⅰ（250点）及び退院後の治療計画、検査結果その他の必要な情報を添付した場合の加算（200点）とは別に算定できます。

- (2) 労災リハビリテーション実施計画書は、別添様式（84ページ）又はこれに準じた文書により作成することとし、

- ① 傷病労働者の「これまでの仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」等を踏まえた「職場復帰に向けた目標」
- ② リハビリテーションの項目として、職場復帰に向けた目標を踏まえた業務内容・通勤方法等を考慮した内容（キーボードの打鍵やバスへの乗車等）を盛り込む必要があります。

（注1） 請求に当たっては、労災リハビリテーション実施計画書の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。

（注2） 健康保険のリハビリテーション（総合）実施計画書（様式）を用いる場合には、上記②①及び②を盛り込むことで、様式上の要件は具備されます。

（注3） 労災リハビリテーション実施計画書における本人及び家族の署名欄について、傷病労働者自ら署名することが困難であり、かつ、傷病労働者の家族が署名することが困難である場合の取扱いは健康保険と同様とし、家族に情報通信機器を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容について同意を得た旨を診療録に記載することにより、傷病労働者本人又はその家族の署名を求めなくても差し支えありません。

手術及び処置

16 初診時ブラッシング料——91点

創面が異物の混入、付着等により汚染している創傷の治療の前処置として、生理食塩水、蒸留水、ブラシ等を用いて創面の汚染除去を行った場合に算定できます。

ただし、同一傷病につき1回（初診時）限りとします。

（注1） 初診時ブラッシング料を含む処置、手術の所定点数の合計が150点以上の場合に限り、時間外、深夜又は休日加算が算定できます。（1点未満四捨五入）

（注2） 健保のデブリードマン（創傷処理におけるデブリードマン加算を含む。）とは重複算定はできません。

（注3） 四肢の特例取扱はありませんので、たとえ四肢の創傷に対するブラッシングであっても91点の算定となります。

17 四肢に対する特例取扱い

（1） 指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）

手の指の創傷処理については、健保点数にかかわらず、次に掲げる点数で算定します。ただし、筋肉に達するもの（腱に達する場合をいう。）は健保点数の2.0倍で算定します。

指1本	1,060点（530点×2.0倍）	さらに四肢加算することはできません。
指2本	1,590点（1,060点+530点）	
指3本	2,120点（1,590点+530点）	
指4本	2,650点（2,120点+530点）	
指5本	2,650点（530点×5.0倍）	

なお、創傷処理（筋肉に達しないもの。）と指（手、足）に係る手術等又は骨折非観血的整復術を各々異なる手の指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず各々の所定点数を合算した点数で算定できます。

創傷処理の算定に当たり、指で筋肉に達するものと指以外は、次の健保点数を基礎として算定します。

① 筋肉、臓器に達するもの

長径5cm未満	1,400点
長径5cm以上10cm未満	1,880点
長径10cm以上	

イ 頭頸部のもの

（長径20cm以上のものに限る。） 9,630点

ロ その他のもの

3,090点

② 筋肉、臓器に達しないもの

長径5cm未満	530点
長径5cm以上10cm未満	950点
長径10cm以上	1,480点

（注）筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいいます。

(2) 指の骨折非観血的整復術

手の指の骨折非観血的整復術については、次に掲げる点数で算定します。

指 1 本	2,880点 (1,440点×2.0倍)	} さらに四肢加算することはできません。
指 2 本	4,320点 (2,880点+1,440点)	
指 3 本	5,760点 (4,320点+1,440点)	
指 4 本	7,200点 (5,760点+1,440点)	
指 5 本	7,200点 (1,440点×5.0倍)	

なお、骨折非観血的整復術と指(手、足)に係る手術等又は創傷処理(筋肉に達しないもの。)を各々異なる手の指に対して併せて行った場合には、同一手術野とみなさず各々の所定点数を合算した点数で算定できます。

算定例

(例 1) 右中指及び環指 創傷処理(筋肉に達しない。)指 2 本 1,590点 (1,060点+530点)
右示指 創傷処理(筋肉に達する。(5 cm未満)) 2,800点 (1,400点×2倍)
創傷処理(筋肉に達する。)は、指(手、足)と規定された手術に該当しないため、
主たる手術(創傷処理(筋肉に達する。)) 2,800点のみ算定する。

(例 2) 右示指及び中指 創傷処理(筋肉に達しない。)指 2 本 1,590点 (1,060点+530点)
デブリードマン加算 200点 (100点×2倍)
右環指 骨折観血的手術(指(手・足)) 22,740点 (11,370点×2倍)
合計 24,530点

(例 3) 右母指 創傷処理(筋肉に達しない。)指 1 本 1,060点 (530点×2倍)
右中指 骨折非観血的整復術 指 1 本 2,880点 (1,440点×2倍)
右環指 骨折観血的手術(指(手・足)) 22,740点 (11,370点×2倍)
合計 26,680点

(例 4) 左母指 創傷処理(筋肉に達しない。)指 1 本 1,060点 (530点×2倍)
左示指 四肢関節離断術(指(手、足)) 6,660点 (3,330点×2倍)
左中指 断端形成術(軟部形成のみ)(指(手、足)) 5,540点 (2,770点×2倍)
合計 13,260点

(例 5) 右示指・中指 創傷処理(筋肉に達しない。)指 2 本 1,590点 (1,060点+530点)
右環指 創傷処理(筋肉に達しない。・爪甲除去術 1,540点 (770点×2倍)
環指については同一手術野となるため、爪甲除去術のみ算定する。
合計 3,130点

(例 6) 左母指 筋肉内異物摘出術 6,880点 (3,440点×2倍)
左示指 骨折非観血的整復術 指 1 本 2,880点 (1,440点×2倍)
筋肉内異物摘出手術は指(手、足)に係る手術に該当しないため、筋肉内異物摘
出術のみ算定する。

(3) 処置、手術及びリハビリテーションについての特例 1.5倍 (2.0倍)

- ① 四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に対し、次に掲げる処置、手術及びリハビリテーションの点数は、健保点数（リハビリテーションについては、14のア～スの所定点数）の1.5倍として算定できます。（1点未満切上げ）

（処置） ㉗・㉘は2.0倍（手・手指）又は1.5倍（手・手指以外の四肢）、㉙は1.5倍のみ

㉗ 創傷処置、下肢創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、熱傷処置、重度褥瘡処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置

㉘ 関節穿刺、粘（滑）液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧碎法及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

㉙ 絆創膏固定術、鎖骨又は肋骨骨折固定術、皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引（2日目以降）、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、低出力レーザー照射

（手術） 2.0倍（手・手指）又は1.5倍（手・手指以外の四肢）

㉚ 創傷処理、デブリードマン

ただし、手の指の創傷処理（筋肉に達しないもの。）は、前記(1)による。

㉛ 皮膚切開術

㉜ 筋骨格系・四肢・体幹の手術

ただし、手の指の骨折非観血的整復術は、前記(2)による。

㉝ 神経、血管の手術

（リハビリテーション） 1.5倍のみ

㉞ 疾患別リハビリテーション

- ② 上記①の㉗～㉘の処置及び㉚～㉝の手術については、手（手関節以下）及び手の指に係る場合のみ健保点数の2.0倍として算定できます。

ただし、健康保険において処置面積を合算して算定する「創傷処置」等については、四肢加算の倍率（手指2倍、手指以外の四肢1.5倍、四肢以外1倍）が異なる部位に行う場合には、それぞれの倍率毎に処置面積を合算して算定することができます。

また、「創傷処置」等を四肢加算の倍率が異なる範囲にまたがって（連続して）行う場合には、処置面積を合算し該当する区分の所定点数に対して最も高い倍率で算定します。

なお、四肢の傷病に対する特例取扱いは適用される項目も多く、誤りも多くみられますので、特に下記の点に留意してください。

（注1） 特例取扱いの対象となるものは前記に掲げたもののみで、薬剤料、特定保険医療材料料、輸血料、ギプス料などは、特例取扱いの対象になりません。

（注2） 健保点数の2.0倍として算定できるのは、手（手関節以下）、手の指に係る処置・手術のみです。

足の指の処置は1.5倍です。

（注3） 植皮術、皮膚移植術等の形成手術は、特例取扱いの対象になりません。

（注4） 処置における腰部、胸部又は頸部固定帯加算等の処置医療機器等加算及び手術における創外固定器加算等の手術医療機器等加算は、特例取扱いの対象になりません。

※ 摘要欄に㉞㉟の番号を付して算式（健保点数×1.5又は×2）及び部位を記入してください。

※ 特例取扱いの対象となる処置及びリハビリテーションの所定点数の1.5倍（2.0倍）後の点数は、別添一覧表のとおりです。（55～56ページ、手術は省略）

18 術中透視装置使用加算——220点

ア 「大腿骨」、「下腿骨」、「上腕骨」、「前腕骨」、「手根骨」、「中手骨」、「手の種子骨」、「指骨」、「足根骨」、「膝蓋骨」、「足趾骨」、「中足骨」及び「鎖骨」の骨折観血的手術（K046）、骨折経皮的鋼線刺入固定術（K045）、骨折非観血的整復術（K044）、関節脱臼非観血的整復術（K061）又は関節内骨折観血的手術（K073）において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。

イ 「脊椎」の経皮的椎体形成術（K142-4）又は脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（K142）において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。

ウ 「骨盤」の骨盤骨折非観血的整復術（K121）、腸骨翼骨折観血的手術（K124）、寛骨臼骨折観血的手術（K124-2）又は骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。）（K125）において、術中透視装置を使用した場合に算定できます。

（注1） 請求に当たっては、術中透視装置を使用したことを診療録に記載し明確にしておく必要があります。

（注2） 本加算は、四肢に対する特例取扱いの対象にはなりません。

（注3） 手根骨、中手骨、手の種子骨及び指骨（以下「手」という。）又は足根骨、足趾骨及び中足骨（以下「足」という。）について複数の手術を同時に行い、術中透視装置を使用した場合は、併せて1回の算定となります。

（注4） 右手、左手又は右足、左足にそれぞれ手術を行い、術中透視装置をそれぞれの手又は足に使用した場合は、それぞれ1回まで算定できます。

19 手指の機能回復指導加算——190点

手（手関節以下）及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、次に掲げる手術を行った場合は1回に限り所定点数に190点を加算できます。

- （1） 創傷処理、デブリードマン
- （2） 皮膚切開術
- （3） 筋骨格系・四肢・体幹の手術

（注1） 時間外加算及び四肢加算はできません。

（注2） 右手、左手をそれぞれ手術した場合でも算定は1回限りです。

20 固定用伸縮性包帯

医師の診察に基づき、処置及び手術において頭部・頸部・躯幹及び四肢に固定用伸縮性包帯の使用が必要と認める場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができます。

（注1） 処置及び手術に当たって通常使用される治療材料（包帯等）又は衛生材料（ガーゼ等）の費用（22の場合を除く。）は算定できません。

（注2） 医師が必要と判断した場合には固定用伸縮性包帯と下記21の頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯を併せて算定できます。

（注3） 治療上固定が必要であって、患部そのものを固定する場合に限り算定できます。
通常の包帯と同じ目的での使用、患部に当てたガーゼや湿布が動かないようにするために使用したものは算定できません。

21 頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯

医師の診察に基づき、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と認める場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができます。

また、健保点数表の腰部、胸部又は頸部固定帯加算が算定できる場合については、当該実費相当

額が170点を超える場合は実費相当額が算定でき、当該実費相当額が170点未満の場合は170点を算定できますが、そのことを踏まえ、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯についても、同様の取扱いとします。

(注1) 請求に当たっては、医師の診察の結果、頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯の使用が必要と判断した旨を診療録に記載し明確にしておく必要があります。

(注2) 頸椎固定用シーネの費用と「J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算」は重複算定できません。

(注3) 医師が必要と判断した場合には頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯と上記20の固定用伸縮性包帯を併せて算定できます。

1 頸椎固定用シーネ

「頸椎固定用シーネ」とは、頸部の運動を制限することを目的とした装具で、市販されているものです。

【主な対象商品】

●Soft collar（頸椎カラー・ポリネック）

【請求金額】

手技料……………J119-2 腰部又は胸部固定帯固定（35点）

頸椎固定用シーネ……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

このとき、J200 頸部固定帯加算（170点）は算定できません。

2 鎖骨固定帯

「鎖骨固定帯」とは、鎖骨骨折の保存療法において体勢を保持するために使用される市販の固定帯のことです。

【主な対象商品】

●クラビクルバンド

【請求金額】 治療の状況により、次のとおり。

① 手技料……………K044-3 骨折非観血的整復術（1,440点）

鎖骨固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

② 手技料……………J001-3 鎖骨骨折固定術（500点）

鎖骨固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

3 膝・足関節の創部固定帯

「膝・足関節の創部固定帯」とは、膝・足関節の安定を図るために使用される市販の固定帯のことです。足関節の捻挫、膝関節の靭帯損傷が主なものとなります。

【主な対象商品】

●膝関係 アンローダーワン

●膝関係 ニーブレース

●足関係 アンクルサポート

●足関係 エバーステップ・アンクルクロス等

【請求金額】

① 足関節の捻挫又は膝関節の靭帯損傷の治療の場合

手技料……………J000 創傷処置

(軟膏処置を行うべき広さ等で判断	100cm ² 未満	52点
	100cm ² ～500cm ² 未満	60点
	500cm ² ～3,000cm ² 未満	90点)

創部固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

② 手術後に膝・足関節の創部固定帯を使用した場合

創部固定帯……………実費相当額（購入価格を10円で除した点数×12円）

なお、手技料は「手術料」に含まれます。

*固定用伸縮性包帯については、治療上必要と判断された場合には、「頸椎固定用シーネ、鎖骨固定帯及び膝・足関節の創部固定帯」と併せて算定できます。

4 サポーター

サポーターは、療養上その必要性が認められる場合であって、かつ患部を固定する場合には療養費として支給できます。

22 皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ

通院療養中の傷病労働者に対して、皮膚瘻等に係る自宅療養用の滅菌ガーゼ（絆創膏を含む。）を支給した場合に実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）を算定することができます。

なお、支給対象者は以下の(1)及び(2)の要件を満たす者となります。

(1) 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、尿路へカテーテルを留置しているもの、又は、これらに類する創部を有するもの。（褥瘡については、ごく小さな範囲のものに限ります。）

(2) 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。

（注）支給できるものは、診療担当医から直接処方・投与を受けたガーゼに限るため、診療担当医の指示によるものであっても、市販のガーゼを傷病労働者が自ら購入するものは、支給の対象となりません。
（昭和55年3月1日付け基発第99号）

23 処置等の特例 （44ページ参照）

(1) 3部位（局所）の取扱いについて

① 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、1日につき合わせて負傷にあつては受傷部位ごとに3部位を限度とし、また、疾病にあつては3局所を限度として算定できます。

② 消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」については、1日につき所定点数（「湿布処置」の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算とする。）を算定できます。

なお、「湿布処置」と肛門処置を倍率が異なる部位に行った場合は、倍率が異なる部位ごとに算定し合算できます。

（例1）

右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍＝53点
左上肢に低出力レーザー照射	35点×1.5倍＝53点
右下肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍＝53点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍＝53点

3部位までの算定になりますので、53点+53点+53点＝159点

(例 2)

腰部に「湿布処置」	35点	= 35点
左前腕に「湿布処置」	35点×1.5倍	= 53点
右手指から前腕に「湿布処置」	35点×2.0倍	= 70点
合 計		158点

(2) 処置の併施について

介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（「湿布処置」、「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置を同一日にそれぞれ異なる部位に行った場合は、「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計2部位までの所定点数を合わせて算定できます。

なお、この場合、「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定することとしても差し支えありません。

（※）「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「「湿布処置」及び肛門処置」となります。

(例 1)

左前腕に「湿布処置」	35点×1.5倍	= 53点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍	= 53点
右下肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	= 53点
腰部に腰部固定帯固定	35点	= 35点
「湿布処置」+（介達牽引+「手技による療法」（計2部位分））		
53点+53点+53点=159点		

(例 2)

腰部に「湿布処置」	35点	= 35点
肛門処置	24点	= 24点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍	= 53点
右下肢に「手技による療法」	35点×1.5倍	= 53点
左上肢に矯正固定	35点×1.5倍	= 53点
「湿布処置」+（介達牽引、「手技による療法」又は矯正固定（2部位分））の合計		
35点+53点+53点=141点		
介達牽引+「手技による療法」+矯正固定（合計3部位）		
53点+53点+53点=159点		

したがって、この場合は159点を算定します。

(3) 処置等の併施について

- ① 疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか1部位を算定できます。

なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部

又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定することとしても差し支えありません。

② 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションを同一日に行った場合は、「湿布処置」の1部位又は肛門処置のいずれかの所定点数と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定できます。

③ 「湿布処置」、肛門処置及び疾患別リハビリテーションの他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を同一日に行った場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の1部位又は肛門処置のいずれかの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定又は低出力レーザー照射のいずれか1部位を算定できます。

なお、この場合、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射のうち計2部位まで算定することとして差し支えありません。

また、「疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」の1部位又は肛門処置のいずれかの所定点数」及び「「湿布処置」又は肛門処置（※）の所定点数」を算定することなく、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射を合計で3部位まで算定することとしても差し支えありません。

（※） 「湿布処置」と肛門処置をそれぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「「湿布処置」及び肛門処置」となります。

（例1）

右上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位	85点×1.5点＝128点
右上肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍＝53点
合 計	181点

（例2）

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位	85点×1.5点＝128点
左下肢に介達牽引	35点×1.5倍＝53点
左上肢に変形機械矯正術	35点×1.5倍＝53点
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）+（介達牽引又は変形機械矯正術（1部位分））の合計	128点+53点＝181点

（例3）

腰部に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位	85点	＝85点
右下肢に介達牽引	35点×1.5倍＝	53点
右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍＝	53点
左下肢に低出力レーザー照射	35点×1.5倍＝	53点
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）+（介達牽引、「手技による療法」又は低出力レーザー照射（1部位分））の合計	85点+53点＝	138点
介達牽引+「手技による療法」+低出力レーザー照射（3部位）の合計	53点+53点+53点＝	159点

したがって、この場合は159点を算定する。

（例4）

左上肢に運動器リハビリテーション料（Ⅲ）1単位	85点×1.5点＝128点
左上肢に「湿布処置」	35点×1.5倍＝53点
合 計	181点

(例5)

左上肢に運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 1単位	85点×1.5点=128点
右下肢に「湿布処置」	35点×1.5倍= 53点
腰部に介達牽引	35点 = 35点
右上肢に「手技による療法」	35点×1.5倍= 53点
左下肢に「器具等による療法」	35点×1.5倍= 53点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ) + 「湿布処置」 + 「器具等による療法」の合計	
128点+53点+53点=234点	

- (注1) 四肢加算の取扱いは、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」及び低出力レーザー照射については所定点数の1.5倍、「湿布処置」は所定点数の1.5倍(手及び手指は2倍)として算定することができます。
- (注2) 局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれを1局所とし、全身を5局所に分けたものをいいます。
- (注3) 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定及び低出力レーザー照射の部位(局所)、消炎鎮痛等処置の種類及び部位(局所)について、レセプトに明確に記載してください。
- (注4) 外来診療料を算定する医療機関においては、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は算定できません。また「湿布処置」及び肛門処置については、診療所において、入院中の患者以外の患者のみに算定することができます。

24 職業復帰訪問指導料

精神疾患を主たる傷病とする場合	1日につき770点
その他の疾患の場合	1日につき580点

- (1) 傷病労働者(入院期間が1月を超えると見込まれる者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者であって就労が可能と医師が認める者。)が職業復帰を予定している事業場に対し、医師等(医師又は医師の指示を受けた看護職員(注1)、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び公認心理師をいう。以下同じ。)又は医師の指示を受けたソーシャルワーカー(注2)が当該傷病労働者の同意を得て職場を訪問し、当該職場の事業主(注3)に対して、職業復帰のために必要な指導(以下「訪問指導」という。)を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合に、入院中及び通院中に合わせて3回(入院期間が継続して6月を超えると見込まれる傷病労働者にあつては、当該入院中及び退院後の通院中に合わせて6回)に限り算定できます。(注4)
- (2) 医師等のうち異なる職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合や医師等がソーシャルワーカーと一緒に訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算して算定できます。なお、同一の職種の者2人以上が共同して訪問指導を行った場合は、380点を所定点数に加算することはできません。
- (3) 精神疾患を主たる傷病とする場合にあつては、医師等に精神保健福祉士を含みます。
- (4) 訪問指導を実施した日と同一日又は訪問指導を行った後1月以内に、医師又は医師の指示を受けた看護職員、理学療法士若しくは作業療法士が上記(1)の傷病労働者のうち入院中の者に対し、本人の同意を得て、職業復帰を予定している事業場において特殊な器具、設備を用いた作業を行う職種への復職のための作業訓練又は事業場を目的地とする通勤のための移動手段の獲得訓練を行い、診療録に訪問指導の日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載した場合は、訪問指導1回につき2回を限度に職業復帰訪問訓練加算として1日につき

400点を職業復帰訪問指導料の所定点数に加算して算定できます。

(注1) 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。

看護師と准看護師が共同して訪問指導を行った場合は、380点の加算は算定できません。

(注2) ソーシャルワーカーとは、社会福祉士又は精神保健福祉士をいいます。

(注3) 事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含まれます。

(注4) 入院中又は通院中における算定については、指導の実施日に算定します。

(注5) 職業復帰訪問訓練加算の算定要件及び実施上の留意事項は以下のとおりです。

① 算定要件

ア 入院期間が1月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。

イ 傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練（以下「作業訓練」という。）及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練（以下「通勤訓練」という。）であること。

ウ 作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。

エ 作業訓練の実施時間は20分以上（ただし、原則60分を上限とする。）であること。

オ 通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。

カ 訪問指導と同一日又は訪問指導の日から1月以内に作業訓練又は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う場合にあっては、当該事業場へ到着の際に事業主へ訓練の状況について報告を行うこと。

キ 職業復帰予定の事業場への往復を含め、訓練の実施中は医師等が傷病労働者に常時付添い、必要に応じて速やかに入院医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

ク 診療録に訪問指導を行った日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載すること。また、職業復帰訪問訓練加算を算定する場合は、診療費請求内訳書の摘要欄に訪問指導を行った日及び訓練を行った日を記載すること。

ケ 疾患別リハビリテーション料を実施し算定する日にあっては、職業復帰訪問訓練加算を併算定できないこと。

② 実施上の留意事項

作業訓練及び通勤訓練を実施するにあたっては、明確に訓練と位置付け、職業復帰予定の事業場との間で使用従属関係下の労働とならないようにする必要があること。

25 精神科職場復帰支援加算——200点

精神科を受診中の傷病労働者に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科作業療法、通院集団精神療法を実施した場合であって、当該プログラムに職場復帰支援のプログラム（※）が含まれている場合に、週に1回算定できます。

（※） 職場復帰支援のプログラムとは、オフィス機器又は工具を使用した作業、擬似オフィスによる作業又は復職に向けてのミーティング、感想文等の作成等の集団で行われる職場復帰に有効な項目であって、医師、看護職員、作業療法士、ソーシャルワーカー等の医療チームによって行われるものをいいます。

（注） 請求に当たっては、当該プログラムの実施日及び要点をレセプトの摘要欄に記載するか、実施したプログラムの写しをレセプトに添付する必要があります。（職場復帰支援のプログラムの例は（37ページ）のとおりです。）

職場復帰プログラム例（精神科ショート・ケア、3時間コース）

	9：00～9：30	9：30～10：30	10：30～11：30	11：30～12：00
月曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動1 ・適切な自己表現	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	・ミーティング
火曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動2 ・心理教育	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	・ミーティング
水曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動3 ・オフィスワーク (PCを使った個別作業)	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	・ミーティング
木曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	プログラム活動4 ・オフィスワーク (グループによる作業)	・ミーティング
金曜日	・朝のミーティング ・軽体操	プログラム活動5 ・ボディワーク	感想文作成及びグループミーティング ・1週間の感想等	

区 分	項 目	内 容 ・ 目 的
プログラム 1	自己表現	・自分の趣味ややりたいことを対話形式で発表 ・自己表現を通じたコミュニケーションのトレーニング
プログラム 2	心理教育又はストレスマネジメント	・専門家から症状・薬物療法・職場の人間関係などについて、助言・指導および援助を受ける ・病状や病態を振り返り、自分で認識・把握し、再発予防を実践する
プログラム 3	個別作業	・PC、工具を使った作業 ・意欲、集中力、作業能力の回復を目的として、個人ごとの状態により選択
プログラム 4	グループ作業	・グループによる作業の割り振りや役割分担を決めての共同作業
プログラム 5	ボディワーク	・球技、身体活動、強めの運動

26 石綿疾患療養管理料——225点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）について、診療計画に基づく受診、検査の指示又は服薬、運動、栄養、疼痛等の療養上の管理を行った場合に月2回に限り算定できます。

（注1） 請求に当たっては、管理内容の要点を診療録に記載する必要があります。

（注2） 初診料を算定することができる日及び月においても、算定できます。また、入院中の患者においても、算定できます。

（注3） 同一月において重複算定できない管理料等については、7. 再診時療養指導管理料（注1）の表（16ページ）のとおりです。

27 石綿疾患労災請求指導料——450点

石綿関連疾患（肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚に限る。）の診断を行った上で、傷病労働者に対する石綿ばく露に関する職歴の問診を実施し、業務による石綿ばく露が疑われる場合に労災請求の勧奨を行い、現に療養の給付請求書又は療養の費用請求書が提出された場合に、1回に限り算定できます。

（注1） 請求に当たっては、次の①から④の事項を診療録に記載し明確にしておく必要があります。

①石綿関連疾患の診断を行ったこと

②患者に行った問診内容（概要）

③業務による石綿ばく露が疑われた理由

④労災請求の勧奨を行ったこと

（注2） 本指導料は、労災請求された個別事案が業務上と認定された場合のみ支払われます。

（注3） 本指導料は、療養の給付請求書取扱料と併せて算定できます。

28 労災電子化加算——5点

電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書1件につき5点を算定できます。

（注1） 薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象とはなりません。

（注2） 「労災電子化加算」の算定は、令和10年3月診療分までとなる予定です。

29 職場復帰支援・療養指導料

(1) 精神疾患を主たる傷病とする場合	初回	900点
	2回目	560点
	3回目	450点
	4回目	330点

(2) その他の疾患の場合	初回	680点
	2回目	420点
	3回目	330点
	4回目	250点

① 傷病労働者（入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者。下記②から⑤について同じ。）に対し、当該労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式1～4（74～77ページ））」又はこれに準じた文書を当該労働者に交付し、職場復帰のために必要な説明及び指導を行った場合に月1回に限り算定できます。また、高年齢被災労働者（60歳以上）に対して、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋（別紙様式3の2又は4の2（75～80ページ））」を交付した場合には150点を加算できます（その他の算定要件は60歳未満の場合と同様です）。

② 傷病労働者の主治医が、当該労働者の同意を得て、所属事業場の産業医（主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。）に対して文書（指導管理箋等）をもって情報提供した場合についても算定できます。

③ 傷病労働者の主治医又はその指示を受けた看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理師若しくはソーシャルワーカーが、当該労働者の同意を得て、当該医療機関等に赴いた当該労働者の所属事業場の事業主と面談の上、職場復帰のために必要な説明及び指導を行い、診療録に当該指導内容の要点を記載した場合についても算定できます。

④ 上記①～③の算定は、同一傷病労働者につき、それぞれ4回を限度（頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群等の慢性的な疾病を主病とする者で現に就労している者については、医師が必要と認める期間。回数の制限はない。）とします。

⑤ 上記②又は③を満たし、職場復帰支援・療養指導料を算定している患者であり、かつ、以下のア～ウの要件を満たした場合、療養・就労両立支援加算として、同一傷病労働者に対して1回につき600点を算定することができます。

ア 事業主又は産業医から治療上望ましい配慮等について助言を取得すること。

イ 助言を踏まえて、医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うこと。

ウ 傷病労働者に対して、治療計画変更の必要性の有無や具体的な内容等について、説明を行うこと。

（注1） 事業主には、人事・労務担当者等傷病労働者の職場復帰に関する権限を有する者も含まれます。

（注2） 看護職員とは、看護師及び准看護師をいいます。

（注3） ソーシャルワーカーとは、社会福祉士及び精神保健福祉士をいいます。

- (注4) 請求に当たっては、職場復帰支援・療養指導料の算定時は、指導管理箋等の写しを診療録に添付し明確にしておく必要があります。
- (注5) 療養・就労両立支援加算の算定時は、取得した助言の内容及び患者に説明した内容を診療録に明確にしておく必要があります。
- (注6) 同一傷病について、健康保険診療報酬点数表の療養・就労両立支援指導料を重複して算定することは、原則、認められません。ただし、同一傷病であっても、指導する内容等が異なっている場合は、それぞれ算定することができます。

30 社会復帰支援指導料 ― 130点

- (1) 3か月以上の療養を行っている傷病労働者に対して、治ゆが見込まれる時期及び治ゆ後における日常生活(就労を含む)上の注意事項等について、医師が所定の様式に基づき指導を行い、診療費請求内訳書の摘要欄に、指導年月日及び治ゆが見込まれる時期を記載した場合に、同一傷病労働者につき、1回に限り算定できます。また、高年齢被災労働者(60歳以上)に対して、別紙様式6の2の指導項目に基づき、個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた具体的な指導等を行った場合に100点を加算できます(その他の算定要件は60歳未満の場合と同様です)。
- ただし、転医している場合は、医療機関につき1回に限り算定できます。
- (2) この指導は「早期社会復帰のための指導項目(81ページ)」の指導項目に基づいて行い、算定にあたっては、当該様式に必要事項を記載して診療録に添付する必要があります。

検 査

31 振動障害に係る検査料

振動障害に係る検査料については、健保点数表に定めてありませんが、労災保険においては、次により算定することができます。

検 査 項 目	点 数
(1) 握力（最大握力、瞬発握力）、維持握力（5回法）を併せて行う検査	片手、両手にかかわらず60点
(2) 維持握力（60％法）検査	片手、両手にかかわらず60点
つまみ力検査	片手、両手にかかわらず60点
タッピング検査	片手、両手にかかわらず60点
(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

支給対象	関係条文及び通達	告示様式の名称番号	請求方法	支給額	レセプト 請求
障害(補償)等年金の受給権者が、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)	療養の費用請求書 告示様式第7号	7,000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)等年金支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)等年金支給等請求書 (様式第13号)		6,000円	×
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「障害の状態に関する診断書」	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)	○指定病院等 診療費請求書(含内訳) 診療様式第1号(含2～5) ○非指定病院等 療養の費用請求書告示様式 第7号(1)、第16号の5(1) 病院等→労働者→署	7,000円	○
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日以後傷病(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出に添付して提出した「傷病の状態に関する診断書」	則第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 (様式第16号の2)		6,000円	○
労働者の負傷又は疾病が療養の開始後1年6ヵ月を経過した日において治っていない場合に、同日以後1ヵ月以内に提出させる傷病の状態等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」	則第18条の2第3項	傷病の状態等に関する届 (様式第16号の2)	○指定病院等 診療費請求書(含内訳) 診療様式第1号(含2～5) ○非指定病院等 療養の費用請求書告示様式 第7号(1)、第16号の5(1) 病院等→労働者→署	6,000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ヵ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」	則第19条の2第2項	傷病の状態等に関する報告書 (様式第16号の11)		6,000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傷病の状態の変更に係る届書に添付する「傷病の状態に関する診断書」	則第21条の2第4項	傷病の状態の変更に関する届 (年金申請様式第4号)		6,000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3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)	※障害(補償)等年金受給者である場合には、療養の費用請求書	6,000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、治ゆ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			○指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の2 病院等→局 ○非指定病院等 通達別紙請求書、診機様式第1号の3 病院等→署	6,000円	○
休業(補償)等給付請求書における診療担当者の休業に関する証明	則第13条第2項	休業(補償)等給付請求書 (様式第8号、様式第16号の6)	○指定病院等診療費請求書(含内訳)診機様式第1号(含2～5) 病院等→局 ○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) 病院等→労働者→署	2,200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に関する証明	則第12条の2第3項	昭和63年5月12日 基発第315号別紙様式1		1,100円	○
監督署長が傷病の治ゆの認定及び長期療養者の症状の把握のため専門医等から意見等を求めた場合	労災法第47条の2 平8.7.24 基発第479号		依頼のあった監督署から送付されてくる「検査に要した費用請求書及び内訳書」により労働局へ請求する。	一般的な医学 事項 8,000円 特に高度な医学的 事項 22,000円	○ ×
監督署長が業務上外、再発、障害等級、傷病等級等に関する決定にあたり、専門医等から意見を求めた場合					
はり・きゅう及びマッサージの施術に係る診断書	昭57.6.2 基発第384号	はり・きゅう診断書 (様式第1号) マッサージ診断書 (様式第2号) 昭57.5.31 基発第375号	○指定病院等 診療費請求書(含内訳) 診機様式第1号(含2～5) 病院等→局 ○非指定病院等 療養の費用請求書 告示様式第7号(1)、第16号の5(1) 病院等→労働者→署	はり・きゅう 単独、一般医 療と併用 4,000円 「施術効果の 評価表」添 付の場合 5,000円 マッサージ 4,000円	○
アフターケア実施期間の更新に関する診断書	令8.3.27 基発0327第5号	令和8年3月27日 基発0327第5号 様式第3号別紙	実施要領様式第5号 実施要領様式第5号の2 病院等→局	5,000円	○

Ⅱ 参 考

1 処置及び疾患別リハビリテーションの取扱い

		・介達牽引 ・矯正固定 ・変形機械矯正術	・消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法） ・消炎鎮痛等処置（器具等による療法） ・腰部又は胸部固定帯固定 ・低出力レーザー照射	・消炎鎮痛等処置（湿布処置） ・肛門処置 ※ 診療所外来のみ	疾患別リハビリテーション
1	・介達牽引 ・矯正固定 ・変形機械矯正術 ・消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法） ・消炎鎮痛等処置（器具等による療法） ・腰部又は胸部固定帯固定 ・低出力レーザー照射	3 部位（局所）まで算定		「湿布処置」又は肛門処置の所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のうち計 2 部位（局所）まで算定 ＊注 1 ＊注 2 ＊注 3	疾患別リハビリテーションの所定点数の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のいずれか 1 部位（局所）を算定 ＊注 4
2	・消炎鎮痛等処置（湿布処置） ・肛門処置 ※ 診療所外来のみ			1 日につき所定点数を算定〔倍率が異なる部位ごとに算定し合算〕	「湿布処置」1 部位又は肛門処置と疾患別リハビリテーションの所定点数を算定
3	上記 1 及び 2 の処置を併施した場合				疾患別リハビリテーションの所定点数と「湿布処置」1 部位又は肛門処置の他に、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、「マッサージ等の手技による療法」、「器具等による療法」、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射のいずれか 1 部位（局所）を算定 ＊注 5

＊注 1 上記 1 及び 2 については、それぞれ異なる部位（局所）に行った場合のみ算定できます。

＊注 2 上記 2 については、それぞれ倍率が異なる部位ごとに算定する場合は、「湿布処置」及び肛門処置となります。

＊注 3 上記 1 のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、上記 2 の所定点数を算定することなく、上記 1 のいずれか 3 部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。

＊注 4 上記 1 のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、上記 1 のいずれか 3 部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。

＊注 5 上記 1 及び 2 のいずれかを複数部位（局所）に行っている場合は、疾患別リハビリテーションの所定点数を算定することなく、上記 2 の所定点数の他に上記 1 のいずれか計 2 部位（局所）までの点数、若しくは、上記 1 のいずれか 3 部位（局所）までの点数を算定することとしても差し支えありません。

＊注 6 消炎鎮痛等処置のうち湿布処置のみ四肢加算の取扱いで手及び手指については 2 倍で算定できます。

2 入院基本料特例取扱点数一覧表

A100 一般病棟入院基本料

急性期一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2 週間以内 (1.30倍)	2 週間超 (1.01倍)
急性期病院A一般入院料	1,930 点	7 : 1 以上 70%以上	16日以内	2,509 点	1,949 点
急性期病院B一般入院料	1,643 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,136 点	1,659 点
急性期一般入院料 1	1,874 点	7 : 1 以上 70%以上	16日以内	2,436 点	1,893 点
急性期一般入院料 2	1,779 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,313 点	1,797 点
急性期一般入院料 3	1,704 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,215 点	1,721 点
急性期一般入院料 4	1,597 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,076 点	1,613 点
急性期一般入院料 5	1,575 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	2,048 点	1,591 点
急性期一般入院料 6	1,523 点	10 : 1 以上 70%以上	21日以内	1,980 点	1,538 点

地域一般入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2 週間以内 (1.30倍)	2 週間超 (1.01倍)
地域一般入院料 1	1,290 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,677 点	1,303 点
地域一般入院料 2	1,282 点	13 : 1 以上 70%以上	24日以内	1,667 点	1,295 点
地域一般入院料 3	1,097 点	15 : 1 以上 40%以上	60日以内	1,426 点	1,108 点

特別入院基本料	704 点	上記各区分の要件等に 該当しない医療機関	915 点	711 点
---------	-------	-------------------------	-------	-------

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A101 療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	2 週間以内 (1.30 倍)	2 週間超 (1.01 倍)
入院料 1	2,035 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	2,646 点	2,055 点
入院料 2	1,980 点			2,574 点	2,000 点
入院料 3	1,692 点			2,200 点	1,709 点
入院料 4	1,763 点			2,292 点	1,781 点
入院料 5	1,708 点			2,220 点	1,725 点
入院料 6	1,420 点			1,846 点	1,434 点
入院料 7	1,715 点			2,230 点	1,732 点
入院料 8	1,660 点			2,158 点	1,677 点
入院料 9	1,372 点			1,784 点	1,386 点
入院料 10	1,902 点			2,473 点	1,921 点
入院料 11	1,847 点			2,401 点	1,865 点
入院料 12	1,559 点			2,027 点	1,575 点
入院料 13	1,526 点			1,984 点	1,541 点
入院料 14	1,498 点			1,947 点	1,513 点
入院料 15	1,344 点			1,747 点	1,357 点
入院料 16	1,442 点			1,875 点	1,456 点
入院料 17	1,414 点			1,838 点	1,428 点
入院料 18	1,260 点			1,638 点	1,273 点
入院料 19	1,902 点			2,473 点	1,921 点
入院料 20	1,847 点			2,401 点	1,865 点
入院料 21	1,559 点			2,027 点	1,575 点

入 院 料 22	1,513 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	1,967 点	1,528 点
入 院 料 23	1,485 点			1,931 点	1,500 点
入 院 料 24	1,331 点			1,730 点	1,344 点
入 院 料 25	1,054 点			1,370 点	1,065 点
入 院 料 26	1,006 点			1,308 点	1,016 点
入 院 料 27	901 点			1,171 点	910 点
入 院 料 28	1,902 点			2,473 点	1,921 点
入 院 料 29	1,847 点			2,401 点	1,865 点
入 院 料 30	1,559 点			2,027 点	1,575 点

療養病棟入院料 2

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	看護補助配置	2 週間以内 (1.30 倍)	2 週間超 (1.01 倍)
入 院 料 1	1,967 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	2,557 点	1,987 点
入 院 料 2	1,913 点			2,487 点	1,932 点
入 院 料 3	1,624 点			2,111 点	1,640 点
入 院 料 4	1,695 点			2,204 点	1,712 点
入 院 料 5	1,641 点			2,133 点	1,657 点
入 院 料 6	1,352 点			1,758 点	1,366 点
入 院 料 7	1,647 点			2,141 点	1,663 点
入 院 料 8	1,593 点			2,071 点	1,609 点
入 院 料 9	1,304 点			1,695 点	1,317 点
入 院 料 10	1,834 点			2,384 点	1,852 点
入 院 料 11	1,780 点			2,314 点	1,798 点
入 院 料 12	1,491 点			1,938 点	1,506 点
入 院 料 13	1,457 点			1,894 点	1,472 点

入 院 料 14	1,430 点	20 : 1 以上 20%以上	20 : 1 以上	1,859 点	1,444 点
入 院 料 15	1,275 点			1,658 点	1,288 点
入 院 料 16	1,373 点			1,785 点	1,387 点
入 院 料 17	1,346 点			1,750 点	1,359 点
入 院 料 18	1,191 点			1,548 点	1,203 点
入 院 料 19	1,834 点			2,384 点	1,852 点
入 院 料 20	1,780 点			2,314 点	1,798 点
入 院 料 21	1,491 点			1,938 点	1,506 点
入 院 料 22	1,444 点			1,877 点	1,458 点
入 院 料 23	1,417 点			1,842 点	1,431 点
入 院 料 24	1,262 点			1,641 点	1,275 点
入 院 料 25	986 点			1,282 点	996 点
入 院 料 26	938 点			1,219 点	947 点
入 院 料 27	834 点			1,084 点	842 点
入 院 料 28	1,834 点			2,384 点	1,852 点
入 院 料 29	1,780 点			2,314 点	1,798 点
入 院 料 30	1,491 点			1,938 点	1,506 点

特別入院基本料	646 点	上記要件等に該当しない 医療機関	840 点	652 点
---------	-------	---------------------	-------	-------

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A102 結核病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,836点	7：1以上 70%以上		2,387点	1,854点
10対1入院基本料	1,521点	10：1以上 70%以上		1,977点	1,536点
13対1入院基本料	1,289点	13：1以上 70%以上		1,676点	1,302点
15対1入院基本料	1,107点	15：1以上 40%以上		1,439点	1,118点
18対1入院基本料	960点	18：1以上 40%以上		1,248点	970点
20対1入院基本料	911点	20：1以上 40%以上		1,184点	920点

特別入院基本料	678点	上記各区分の要件等に 該当しない医療機関		881点	685点
---------	------	-------------------------	--	------	------

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A103 精神病棟入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数 GAF尺度等	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
急性期病院A精神病棟 10対1入院基本料	1,519点	10：1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の患者が5割以上	1,975点	1,534点
急性期病院A精神病棟 13対1入院基本料	1,162点	13：1以上 70%以上	80日以内 GAF尺度30以下又は身体合併症を有する患者が4割以上	1,511点	1,174点
急性期病院A精神病棟 15対1入院基本料	966点	15：1以上 40%以上	—	1,256点	976点
急性期病院B精神病棟 10対1入院基本料	1,502点	10：1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の患者が5割以上	1,953点	1,517点
急性期病院B精神病棟 13対1入院基本料	1,145点	13：1以上 70%以上	80日以内 GAF尺度30以下又は身体合併症を有する患者が4割以上	1,489点	1,156点
急性期病院B精神病棟 15対1入院基本料	949点	15：1以上 40%以上	—	1,234点	958点
10対1入院基本料	1,471点	10：1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の患者が5割以上	1,912点	1,486点

13対1入院基本料	1,114 点	13：1 以上	80日以内	1,448 点	1,125 点
		70%以上	GAF尺度30以下又は身体合併症を有する患者が4割以上		
15対1入院基本料	918 点	15：1 以上	—	1,193 点	927 点
		40%以上			
18対1入院基本料 1年未満の場合	816 点	18：1 以上	—	1,061 点	824 点
		40%以上			
18対1入院基本料 1年以上の場合	703 点	18：1 以上	—	914 点	710 点
		40%以上			
20対1入院基本料 1年未満の場合	754 点	20：1 以上	—	980 点	762 点
		40%以上			
20対1入院基本料 1年以上の場合	649 点	20：1 以上	—	844 点	655 点
		40%以上			

特別入院基本料	618 点	看護配置 25：1 以上で上記 各区分の要件等に該当しない医療機関	803 点	624 点
---------	-------	--------------------------------------	-------	-------

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A104 特定機能病院入院基本料

区分	区分	基本点数	看護配置	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
			看護師比率	GAF尺度等		
特定機能 病院A 一般病棟	7対1入院基本料	2,146 点	7：1 以上	26日以内	2,790 点	2,167 点
			70%以上	—		
	10対1入院基本料	1,771 点	10：1 以上	28日以内	2,302 点	1,789 点
			70%以上	—		
特定機能 病院A 結核病棟	7対1入院基本料	2,125 点	7：1 以上	—	2,763 点	2,146 点
			70%以上	—		
	10対1入院基本料	1,757 点	10：1 以上	—	2,284 点	1,775 点
			70%以上	—		
	13対1入院基本料	1,526 点	13：1 以上	—	1,984 点	1,541 点
			70%以上	—		
	15対1入院基本料	1,350 点	15：1 以上	—	1,755 点	1,364 点
			70%以上	—		
特定機能 病院A 精神病棟	7対1入院基本料	1,851 点	7：1 以上	40日以内	2,406 点	1,870 点
			70%以上	GAF尺度30以下の 患者が5割以上		
	10対1入院基本料	1,692 点	10：1 以上	40日以内	2,200 点	1,709 点
			70%以上	GAF尺度30以下の 患者が5割以上		

特定機能 病院A 精神病棟	13対1入院基本料	1,336点	13：1以上 70%以上	80日以内 GAF尺度30以下又は身体 合併症を有する患者が4割以上	1,737点	1,349点
	15対1入院基本料	1,245点	15：1以上 70%以上	—	1,619点	1,257点
特定機能 病院B 一般病棟	7対1入院基本料	2,136点	7：1以上 70%以上	26日以内 —	2,777点	2,157点
	10対1入院基本料	1,760点	10：1以上 70%以上	28日以内 —	2,288点	1,778点
特定機能 病院B 結核病棟	7対1入院基本料	2,115点	7：1以上 70%以上	—	2,750点	2,136点
	10対1入院基本料	1,746点	10：1以上 70%以上	—	2,270点	1,763点
	13対1入院基本料	1,514点	13：1以上 70%以上	—	1,968点	1,529点
	15対1入院基本料	1,337点	15：1以上 70%以上	—	1,738点	1,350点
特定機能 病院B 精神病棟	7対1入院基本料	1,841点	7：1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の 患者が5割以上	2,393点	1,859点
	10対1入院基本料	1,681点	10：1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の 患者が5割以上	2,185点	1,698点
	13対1入院基本料	1,324点	13：1以上 70%以上	80日以内 GAF尺度30以下又は身体 合併症を有する患者が4割以上	1,721点	1,337点
	15対1入院基本料	1,232点	15：1以上 70%以上	—	1,602点	1,244点
特定機能 病院C 一般病棟	7対1入院基本料	2,016点	7：1以上 70%以上	26日以内 —	2,621点	2,036点
	10対1入院基本料	1,642点	10：1以上 70%以上	28日以内 —	2,135点	1,658点
特定機能 病院C 結核病棟	7対1入院基本料	1,995点	7：1以上 70%以上	—	2,594点	2,015点
	10対1入院基本料	1,628点	10：1以上 70%以上	—	2,116点	1,644点
	13対1入院基本料	1,398点	13：1以上 70%以上	—	1,817点	1,412点
	15対1入院基本料	1,223点	15：1以上 70%以上	—	1,590点	1,235点

特定機能 病院C 精神病棟	7対1入院基本料	1,721点	7：1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の 患者が5割以上	2,237点	1,738点
	10対1入院基本料	1,563点	10：1以上 70%以上	40日以内 GAF尺度30以下の 患者が5割以上	2,032点	1,579点
	13対1入院基本料	1,208点	13：1以上 70%以上	80日以内 GAF尺度30以下又は身体 合併症を有する患者が4割以上	1,570点	1,220点
	15対1入院基本料	1,118点	15：1以上 70%以上	—	1,453点	1,129点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A105 専門病院入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	平均在院日数	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,904点	7：1以上 70%以上	28日以内	2,475点	1,923点
10対1入院基本料	1,552点	10：1以上 70%以上	33日以内	2,018点	1,568点
13対1入院基本料	1,300点	13：1以上 70%以上	36日以内	1,690点	1,313点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A106 障害者施設等入院基本料

区分	基本点数	看護配置 看護師比率	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
7対1入院基本料	1,749点	7：1以上 70%以上	2,274点	1,766点
10対1入院基本料	1,475点	10：1以上 70%以上	1,918点	1,490点
13対1入院基本料	1,242点	13：1以上 70%以上	1,615点	1,254点
15対1入院基本料	1,083点	15：1以上 40%以上	1,408点	1,094点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A108 有床診療所入院基本料

有床診療所入院基本料1

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	1,027 点	看護職員 7 人以上	1,335 点	
15日以上30日以内	819 点			827 点
31日以上	710 点			717 点

有床診療所入院基本料2

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	930 点	看護職員 4 人以上 7 人未満	1,209 点	
15日以上30日以内	722 点			729 点
31日以上	661 点			668 点

有床診療所入院基本料3

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	711 点	看護職員 1 人以上 4 人未満	924 点	
15日以上30日以内	673 点			680 点
31日以上	639 点			645 点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

有床診療所入院基本料4

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	933点	看護職員7人以上	1,213点	
15日以上30日以内	747点			754点
31日以上	647点			653点

有床診療所入院基本料5

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	845点	看護職員4人以上7人未満	1,099点	
15日以上30日以内	659点			666点
31日以上	604点			610点

有床診療所入院基本料6

区分	基本点数	看護配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
14日以内	648点	看護職員1人以上4人未満	842点	
15日以上30日以内	614点			620点
31日以上	585点			591点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

A109 有床診療所療養病床入院基本料

区分	基本点数	看護配置	看護補助配置	2週間以内 (1.30倍)	2週間超 (1.01倍)
入院基本料 A	1,131 点	4：1 以上	4：1 以上	1,470 点	1,142 点
入院基本料 B	1,018 点			1,323 点	1,028 点
入院基本料 C	899 点			1,169 点	908 点
入院基本料 D	723 点			940 点	730 点
入院基本料 E	633 点			823 点	639 点
特別入院基本料	528 点	上記要件等に該当しない 医療機関		686 点	533 点

*注 入院の日から起算して（1日につき）

3 四肢に対する特例取扱い（1.5倍・2倍）の点数一覧表（処置・リハ） 処 置

		健保点数	× 1.5	× 2.0
J000	創傷処置（100cm ² 未満）	52	78	104
	創傷処置（100cm ² 以上 500cm ² 未満）	60	90	120
	創傷処置（500cm ² 以上 3,000cm ² 未満）	90	135	180
	創傷処置（3,000cm ² 以上 6,000cm ² 未満）	160	240	320
	創傷処置（6,000cm ² 以上）	275	413	550
J000-2	下肢創傷処置（足部（踵を除く。）の浅い潰瘍）	135	203	
	下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍）	147	221	
	下肢創傷処置（足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍）	270	405	
J001	熱傷処置（100cm ² 未満）	135	203	270
	熱傷処置（100cm ² 以上 500cm ² 未満）	147	221	294
	熱傷処置（500cm ² 以上 3,000cm ² 未満）	337	506	674
	熱傷処置（3,000cm ² 以上 6,000cm ² 未満）	630	945	1,260
	熱傷処置（6,000cm ² 以上）	2,250	3,375	4,500
J001-4	重度褥瘡処置（100cm ² 未満）	90	135	180
	重度褥瘡処置（100cm ² 以上 500cm ² 未満）	98	147	196
	重度褥瘡処置（500cm ² 以上 3,000cm ² 未満）	150	225	300
	重度褥瘡処置（3,000cm ² 以上 6,000cm ² 未満）	280	420	560
	重度褥瘡処置（6,000cm ² 以上）	500	750	1,000
J001-7	爪甲除去（麻酔を要しないもの）	80	120	160
J001-8	穿刺排膿後薬液注入	45	68	90
J002	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）	50	75	100
	ドレーン法（ドレナージ）（その他）	25	38	50
J053	皮膚科軟膏処置（100cm ² 以上 500cm ² 未満）	55	83	110
	皮膚科軟膏処置（500cm ² 以上 3,000cm ² 未満）	85	128	170
	皮膚科軟膏処置（3,000cm ² 以上 6,000cm ² 未満）	155	233	310
	皮膚科軟膏処置（6,000cm ² 以上）	270	405	540
J116	関節穿刺（片側）	144	216	288
J116-2	粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）	100	150	200
J116-3	ガングリオン穿刺術	80	120	160
J116-4	ガングリオン圧碎法	80	120	160
J119	消炎鎮痛等処置（湿布処置）	35	53	70
J001-2	絆創膏固定術	500	750	
J001-3	鎖骨又は肋骨骨折固定術	500	750	
J054	皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）	45	68	
	皮膚科光線療法（長波紫外線又は中波紫外線療法）	150	225	
	皮膚科光線療法（中波紫外線療法）	340	510	
J117	銅線等による直達牽引（2日目以降）	62	93	
J118	介達牽引	35	53	
J118-2	矯正固定	35	53	
J118-3	変形機械矯正術	35	53	
J119	消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）	35	53	
	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	35	53	
J119-3	低出力レーザー照射	35	53	

疾患別リハビリテーション

		点数	× 1.5	× 2.0
H000	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 医師による場合 ニ 看護師による場合 ホ 集団療法による場合	250	375	
	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 医師による場合 ニ 看護師による場合 ホ 集団療法による場合	125	188	
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合	250	375	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合	200	300	
	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合 ホ イからニまで以外の場合	100	150	
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合	250	375	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合	200	300	
	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合 ホ イからニまで以外の場合	100	150	
H002	運動器リハビリテーション料（Ⅰ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 医師による場合	190	285	
	運動器リハビリテーション料（Ⅱ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 医師による場合	180	270	
	運動器リハビリテーション料（Ⅲ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 医師による場合 ニ イからハまで以外の場合	85	128	
H003	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合	180	270	
	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） イ 理学療法士による場合 ロ 作業療法士による場合 ハ 言語聴覚士による場合 ニ 医師による場合	85	128	

4 労災保険における治療用装具等の取扱い

項 目	取 扱 い
装着式収尿器 (人工膀胱)	支給 尿路障害者に支給
人工肛門受便器 (ペロツテ)	支給（装着式収尿器の取扱いに準ずる。） 人工肛門造設者に支給
浣 腸 剤	支給 せき髄損傷等神経系の障害による便秘症のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給
ソ フ ト コンタクトレンズ	支給 (注) 視力の屈折矯正のために使用するコンタクトレンズは除く。
補 聴 器	不支給 (傷病が治癒した者には、社会復帰促進等事業から支給)
眼 鏡	不支給 (業務災害により、視力が0.6以下に低下したものについては、社会復帰促進等事業から支給)
義 眼	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範囲に含める。
コ ル セ ッ ト	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に属するものとして療養費として支給する。
歩 行 補 助 器 松 葉 杖	医療機関がこれを本人に貸与すべきであるが、療養目的をもって自己が購入した場合は、療養費として支給して差し支えない。
義肢装着前の訓練 用装具（練習用仮 義肢）	症状固定前の仮義手及び仮義足（義手に係る装飾用並びに義足に係る作業用は除く。）については、診療担当に当たる医師の指示、指導のもとに使用する 場合、1 回に限り、治療用装具として療養費として支給する。
固 定 装 具	支給
保 護 帽 子 (頭蓋骨欠損部分 保護)	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として支給
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期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
サ ポ ー タ ー	療養上、その必要性が認められる場合であって、かつ患部を固定する場合に療養費として支給

5 Q & A

1 初 診 料

Q 1 他保険等により傷病の診療を継続している期間中に、同一医療機関で、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った場合、初診料を算定できるが、他保険等により傷病の診療を継続している診療科と、業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った診療科が同一の診療科の場合、労災保険による初診料は算定できるか。

また、他保険等により傷病の診療を継続している診療科と業務上の事由又は通勤による負傷又は傷病により初診を行った診療科が別であっても、診療を行う医師が同一の場合、初診料は算定できるか。

A 他保険等により傷病の診療を継続している診療科と業務上の事由又は通勤による負傷又は疾病により初診を行った診療科が同一であっても、医師は、初めて受診する医療機関における医師と同様に、労災事故の状態等を把握する必要があることから、初診料を算定できる。
また、診療科が別であって、診療を行う医師が同一の場合も同様に初診料を算定できる。

Q 2 労災保険で継続診療中に新たな労災事故で負傷して初診を行った場合、労災保険による初診料の算定はできるか。

A できる 労災保険の初診料は、支給事由となる災害の発生ごとの初診につき、算定できる。

2 再 診 料

Q 1 労災対象の傷病と私病により、同一日に同一の医療機関で同一の診療科を再診した場合は、どちらで再診料を算定するのか。

A 主たる傷病について再診料を算定する。なお、同一日に同一の医療機関で別の診療科を再診した場合には、主たる傷病について再診料を算定し、外の傷病について2科目の再診料を算定する。

3 検 査 料

Q 1 HCV陽性患者に使用した注射針によって、針刺事故を起こした患者に伴うHCV抗体検査については、どの時点まで認められるか。

A 針刺事故直後の検査については、当該事故による負傷に対する治療の一環として認めている。C型急性肝炎の潜伏期間（2～16週間）及び発症後、HCV抗体が陽性となるまでの間（1～3ヶ月）を合算した期間内であれば、労災保険給付の対象と認めている。

Q 2 梅毒陽性患者に使用した注射針による針刺事故における検査についても保険給付の対象となるか。

A 対象となる。

Q 3 じん肺症患者に対して肺癌の早期発見を目的として、スクリーニング的に腫瘍マーカー検査は、保険給付の対象として算定できるか。

A 算定できない。疾病を発症したという事実が医師の診察により確定する以前に行われる医療行為は一般的に療養給付の対象外である。

Q 4 「糖尿病」や「心臓疾患」等の私病（基礎疾患）を有する者が業務上負傷した場合、その私病に対する治療や検査、投薬がどの程度認められるものか。

A 業務上疾病の治療上必要と認められる私病の治療費については、私病に対する治療が業務上疾病の治療上明らかに必要と認められた場合には保険給付の対象となる。

当該私病に対する治療が業務上疾病の治療上必要であるものであるか否かは、医学的な判断となることから、診療費審査委員会の意見等により判断するので、私病の治療が必要であった理由をレセプトに記入すること。

4 投薬・注射

Q 1 使用済みの不特定多数の注射針による針刺事故直後に免疫グロブリンとHBワクチンを投与した場合、保険給付の対象となるか。

A B型肝炎ウイルスの汚染を受けたこと（不特定多数の注射針の中にB型肝炎患者に使用した針が混入されている場合）が、血液検査や既往歴調査などにより確認できれば保険給付の対象となる。

Q 2 インターフェロン製剤について、針刺事故直後に効果があるとして使用する場合はあるが、保険給付の対象となるか。

A C型肝炎の発症前の投与は対象とならない。

インターフェロンの投与はHCV汚染血液に業務上接触したことに起因してHCVに感染し、当該C型肝炎が業務上疾病と認められたものについて保険給付の対象としている。

Q 3 骨折にて治療継続中の傷病労働者に対して、骨癒合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤を投与した場合、これらの薬剤は算定できるのか。

A 算定できない。

骨折患者に投与した場合、保険適用外であるため算定できない。

Q 4 骨折等の鎮痛等を目的として、ロキソニン等の非ステロイド性抗炎症薬が投与されることがあるが、この非ステロイド性抗炎症薬の副作用等に対してタケブロンカプセル等のプロトンポンプ阻害剤が投与された場合、労災保険の対象となるのか。

A 非ステロイド性抗炎症薬の副作用等により生ずる胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎等は業務上の傷病ではないが、業務上の傷病の治療上明らかに必要と認められる場合や業務上の傷病の治療に関連したものであれば、薬効、適応及び用法を満たしていれば、労災保険給付の対象となる。

ただし、胃潰瘍等が業務上の傷病の治療に関連しない私病である場合には、労災保険給付の対象とはならない。

5 リハビリテーション

Q 1 せき損患者の四肢に対して疾患別リハビリテーションを行った場合、四肢加算はできるか。

A 算定できる。

レセプトの傷病名欄には四肢麻痺等の傷病名を、傷病の経過欄には現在の状態等を記載する。

Q2 リハビリテーションの初期加算は、四肢加算の対象とならないか。

A 早期リハビリテーション加算と同様、初期加算は四肢加算の対象にはならない。

Q3 労災リハビリテーション評価計画書の添付については、従来どおり健保点数表に定める疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超えた場合には、労災リハビリテーション評価計画書の添付のみで可能か。

また、月13単位を越えない場合には、同計画書の添付は不要か。

A 標準的算定日数を超えて疾患別リハビリを1ヶ月13単位以内で行う場合には、①レセプトの摘要欄への記載も、②労災リハビリテーション評価計画書の添付も必要ない。

しかしながら、1ヶ月13単位を越えてリハビリが行われている場合には、従前のとおり、上記①又は②の対処が必要となる。

6 手術料

Q1 デブリードマン加算の対象は、汚染された挫創となっているが、汚染された状態であれば、挫創以外の切創も対象となるのか。

A 対象とならない。

汚染されたものであっても、「切創」はデブリードマン加算の対象とならない。

Q2 K037腱縫合術について、伸筋腱の単なる縫合は創傷処理2に準じて算定するとなっているが、伸筋腱の単なる縫合とはどのような場合か。

A 断裂した腱を縫合するにあたり、補助切開を加えることなく縫合が可能な場合をいう。

Q3 手関節以下の手術はすべて2倍算定できるか。

A 損傷部位が手関節以下かどうかによる。

橈骨、尺骨の遠位端骨折については、手関節（手根部）の中に骨折が及んでいるかどうかで判断する。

Q4 「骨内異物除去術」の算定について、簡単に除去し得るものは創傷処置又は創傷処理の各区分で算定するとはどういうことか。

A 簡単に除去しうるものとは、鋼線、銀線等（ボルトは含まない。）で固定したもの。

創傷処置により算定するものは、皮膚切開を行わないで除去した場合で、創傷処理により算定するものは、簡単な皮膚切開により除去した場合と解する。

7 初診時ブラッシング料

Q1 同一傷病に1回とあるが、傷病の部位が異なる場合は、部位ごとに算定できるのか。

A 部位ごとに算定はできない。

8 入院

Q1 入院が認められる場合と認められない場合はどのようなケースがあるか。

A 療養のための入院の必要性については、個々の症例について慎重な検討を要するため一概には言えないが、一般的には次のような場合である。

- ア. 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
- イ. 入院しなければその傷病に必要な処置、手術等が実施できないと認められるとき
- ウ. 歩行不能又は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
- エ. 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

なお、入院は前述のように、医学的な立場から療養上必要な場合に限られ、次のような場合の入院は認められない。

- 患者の個人的な都合による入院。例えば、その患者が単身者である、あるいは単に宿舎がないという理由による入院
- 地理的な事情による入院。例えば、通院に長時間を要する、あるいは交通が不便であるためだけの理由による入院
- 手指等の軽度の負傷で技術的に高度の治療を行う必要のない場合等の入院
- しばしば外泊するような患者の入院
- 患者からの強要による入院

Q 2 入院患者の外泊についてはどのように取扱えばいいのか。

A 入院中の患者が外泊を希望することはしばしばあるが、入院は療養上必要と認められる場合に限るものであり、原則として入院中の労災患者に外泊を認めることは適当でないばかりではなく、外泊が可能であるような状態の患者においては、そもそも入院の必要性に疑問が生じる。

しかし、どうしても必要な場合の外泊については、必要最小限の期間に承認を与えることもやむを得ないが、その際には症状が悪化しないよう、十分な療養上の指示が必要である。

入院期間は、医学的な見地から厳正に判断し、患者の傷病の状態からみても、もはや入院の必要性がないと認められるに至ったときは、直ちにその旨を患者に知らせるとともに、診療録に「入院不要告知済み」（年月日）と記入しておく必要がある。

Q 3 診療科別に病床を管理している場合、整形外科で緊急入院が必要となった患者が整形外科病棟の普通室が満床であったことから、当該理由②－エの要件で当該診療科の個室に収容したが、他科病棟においては普通室に空床が有り、該当診療科においてのみ空部屋（普通室）がない場合、入院室料加算の算定はできるか。

A 算定できない。

診療科別の病棟及び病床管理については、あくまで病院の都合によるものであることから、当該患者に係る診療科病棟の普通室が満床であることをもって入院室料加算の「普通室が満床」との要件を満たすものとして、室料加算を算定することはできない。あくまでも当該医療機関におけるすべての普通室が満床である場合に要件を満たすことになる。

6 鳥取労働局における診療費審査について

請求レセプト全てについて、「労災保険法第13条の政府が必要と認めたもの」かどうか政府の立場で判断し、業務上外について疑義あるものは所轄労働基準監督署へ調査依頼、また医学的専門知識を必要とするものは労災保険診療費審査委員会へ審査依頼し、診療費の適正給付のため審査を行うこととなります。

労災保険診療費審査委員会において算定が適正か否かを判断する際に、手術記録、症状詳記、X-P等の提出を求めることがありますので、ご理解とご協力をお願いします。

算定が適正か否か確認のため上記資料を求める主なものは以下のとおりです。

入院

特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料）

→算定要件に基づく特定入院料算定が妥当か否か

→被災労働者の傷病の状態等

手術

同一手術野に係るもの（主に指及び四肢に関する複数手術）

同一皮切により行い得る範囲にある手術について確認

・手術の通則14に基づく複数手術の妥当性

→手術の内容

→手術を実施した部位

全層植皮術、分層植皮術（真皮欠損用グラフト使用）

真皮欠損用グラフトを採皮部に使用しているか確認

・植皮範囲と真皮欠損用グラフト使用範囲から術式算定の妥当性

→植皮した部位、面積

→人工真皮を使用した部位、面積

腱縫合術（傷病名が指の腱断裂のうち、屈筋腱断裂を除く）

切創等の創傷によって生じた固有指の単なる縫合は「創傷処理(2)」に準じて算定することから、固有指の伸筋腱の単なる縫合ではないかを確認

・固有指の伸筋腱に対する腱縫合の難易度（単なる縫合であるか）→補助切開の有無

骨折等に係る手術

骨折観血的手術

内固定材料又は創外固定器の使用の有無を確認

鋼線、銀線のみ使用→術式妥当か（骨折経皮的鋼線刺入固定術の術式ではないか）

・1 傷病部位に対して、髄内釘を複数使用（集束型を除く）する必要性など

→実際に髄内釘を固定材料として複数使用しているか

→皮膚切開の有無

→当該手術の概要

骨内異物（挿入物）の材料が鋼線、銀線等であるもの

前回手術の挿入物を確認→鋼線、銀線等が簡単に除去し得ないか（難易度）

→骨内異物（挿入物）の材料等

骨移植術（人工骨を使用している骨移植術）

実際に自家骨移植が併用されているかを確認→人工骨のみの使用では、骨移植術の「3 同種骨移植（非生体）」の算定はできない

→移植骨（人工骨、自家骨）について

関節内骨折観血的手術（傷病名が関節内骨折のものを除く）

- ・骨折が関節内におよんでいるかどうか →関節内骨折観血的手術が妥当か否か
(関節包の切開を伴う固定か)
- ・内固定材料の使用の有無 →術式の妥当性
- ・創外固定器加算又は固定器用金属ピン（創外固定器用）の請求あり
→術式の妥当性

切断四肢再接合術（すべて）

骨の接合、腱・筋肉の縫合、動脈・静脈の吻合、神経縫合又は皮膚縫合に対して、それぞれの術式として算定するのではなく、切断四肢再接合術として算定する妥当性

- 全麻かどうか、時間はどうか
- 骨の接合
 - 腱又は筋肉の縫合
 - 動脈または静脈の吻合
 - 神経縫合若しくは皮膚縫合の有無
- 骨の内固定材料

7 非課税医療機関一覧

(令和8年3月31日現在)

1 設立形態により判断できるもの

形 態	根拠条文(※1)
国・地方公共団体・国立大学法人・地方独立行政法人・独立行政法人	法第2条第5号
日本赤十字社	令第5条第29号イ
社会福祉法人	令第5条第29号ロ
私立学校法による学校法人	令第5条第29号ハ
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	令第5条第29号ニ
国家公務員共済組合、国家公務員共済組合連合会	令第5条第29号ホ
地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会	令第5条第29号ヘ
日本私立学校振興・共済事業団	令第5条第29号ト
社会医療法人	令第5条第29号チ
公益財団法人結核予防会	令第5条第29号リ
公益社団法人等の運営するハンセン病療養所(神山復生病院)	令第5条第29号ヌ
学術の研究を行う公益法人に付随するもの	令第5条第29号ル
農業協同組合連合会(所得税法及び法人税法の規定に基づく財務省告示により指定するもの)	令第5条第29号ワ (昭和61年1月31日 大蔵省告示第11号)

2 課税・非課税の別を医療機関に照会し判断するもの(※2)

形 態	根拠条文(※1)
医師会、歯科医師会	令第5条第29号ヲ
看護師等の人材確保の促進に関する法律第14条第1項による指定を受けた 公益社団法人等	令第5条第29号カ
上記以外の公益法人等	令第5条第29号ヨ

(※1) 法：法人税法、令：法人税法施行令

(※2) 診療月の属する会計年度の前々年度(事業年度が会計年度と異なるときは診療月の属する会計年度当初において既に確定申告を行った直近の事業年度)の医療保健業について、当該法人等が非課税医療機関に該当するとして確定申告を行ったもの

8 自動車事故の場合は？

自動車の運行に伴う、業務上災害、通勤災害のうち第三者行為災害（相手のある自動車事故）の診療費を請求する場合は、次の事項にご注意願います。

1 自賠責保険等（自動車損害賠償責任保険又は自動車損害賠償責任共済）と労災保険について。

自動車事故等で自賠責保険等（自動車損害賠償責任保険又は自動車損害賠償責任共済）による保険金支払を受けることが出来る場合は、労災保険の給付と自賠責保険等による保険金支払のどちらか一方を被災労働者が選択することとなりますが、先行して自賠責保険等から保険金支払を受ける（自賠責先行）場合は、休業損害が原則として100%でん補（労災保険では60%）されることや慰謝料の支払規定があること等、被災者等にとってさまざまなメリットがあることから自賠責先行が一般的です。

しかしながら、負傷の程度等から治療費が高額になる場合などは労災保険の給付を先行した方が被災労働者の有利になる場合もありますので、判断が難しい場合は、労働基準監督署・労働局へ相談の上、選択いただくよう、被災労働者等へお願いしています。

2 自賠責保険等の傷害による損害の場合の保険金額の上限は、120万円です。

自賠責保険等の保険金額の上限は、傷害による損害の場合120万円（治療費・雑費・休業損・慰謝料の合計額）となっていますので、この上限を超える損害額がある場合は、自賠責保険等に引き続いて任意保険（自動車保険又は自動車共済）による保険金支払を受けるか、労災保険の給付を受けるかについても自賠責保険等の場合と同様に被災労働者が選択することとなります。

3 自賠責保険等の保険金額上限を超える損害額があるため、自賠責保険等に引き続いて労災保険の給付を受けることを選ばれた場合。（自賠責から労災保険への切換）

労災保険指定医療機関では、自賠責保険等の保険金額の上限を超えたことを確認した上で、自賠責保険等で療養した期間以降の診療費は、療養の給付請求書（5号又は16号の3）を添付して、労災保険の診療初回分として請求してください。

なお、自賠責保険等への診療費請求と労災保険への診療費請求が重複しないよう、レセプト作成の際には十分注意して下さい。

※レセプト摘要欄に「**自賠責から労災保険への切換**」であることが判るよう表示して下さい。

※初診料は算定不可、「再診料」の扱いとなります。

※レセプトの①新継再別は「1 初診」と記載して下さい。

※本件の「診療費請求内訳書」は、他の請求と別けて「診療費請求書」を作成して下さい。

4 診療費は自賠責保険等の扱いで、労災保険には「休業証明料」のみを請求する場合。

「休業証明料（2,200円）」と併せて「療養の給付請求書（5号・16号の3）取扱料（2,200円）」の請求ができます。

初回レセプトの、①新継再別は「1 初診」、⑩療養期間は「初診日～初診日」、⑪診療実日数は「1」と記載して下さい。2回目以降のレセプトの、①新継再別は「5 継続」、⑩療養期間は「休業証明した期間」、⑪診療実日数は「999」と記載して下さい。

9 針刺し事故に係る労災保険の取扱い

汚染された血液等に業務上接触した場合、医学上必要な治療は労災保険給付の対象となります。

◎汚染された血液等＝C型肝炎、B型肝炎、梅毒、エイズ等のウィルスの保有者の血液等

◎血液等への接触＝・汚染された血液等の針刺し事故

・汚染された血液等が既存の切り傷や眼球に付いたとき

※単に皮膚に付いただけでは該当しません。

1 「針刺し事故」が起こったら！

		労災給付
①	汚染された血液等に使用した針であることが明らかな場合	○
②	不特定多数の注射針等の中に汚染された血液等に使用した針の混入が明らかな場合	○
③	汚染されていない血液等に使用した針の場合	×
④	汚染されていることが不明な血液等に使用した針の場合	×

①及び②の場合は…

★療養の給付請求書（様式第5号）の「災害発生状況欄」に、「汚染された血液等へ接触した」ことを明記して労災請求してください。

〈記載例〉：「HBs陽性の患者へ注射した針を処分する際に、誤って左第1指を刺した。…」

★診療費請求内訳書（レセプト）の「傷病の経過欄」にも「汚染された血液等へ接触」したことを明記してください。

2 労災保険の療養の範囲は？

ア 受傷直後の必要な検査

イ その後の潜伏期間及び抗体が陽性となるまでの期間の検査

※C型肝炎ならば最大約7カ月くらいが認められます。

ウ B型肝炎ワクチン等

汚染された血液が、HBs抗原が陽性の場合は、免疫グロブリン製剤及びHBワクチンの接種は労災保険の対象となります。

○医療関係業務従事者等の誤刺等事故の取扱い

1 HBs抗原陽性、HBe抗原陰性血液による汚染の場合

医療機関、試験研究機関、検査所等の労働者又は医療機関等が排出する感染性廃棄物を取り扱う労働者（以下「医療従事者等」という。）が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBs抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合、HBウイルス感染の可能性があるため、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒、縫合等の処置とともに、HBIG注射、HBワクチンの接種が行われた場合に保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷（業務上外を問わず、医療従事者等が受けた全ての負傷をいう。以下同じ。）に、業務上の事由によりHBs抗原陽性血液が付着した場合においても上記と同様に取り扱うものとします。

2 HBs抗原陽性、HBe抗原陽性血液による汚染の場合

医療従事者が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHBe抗原陽性血液による汚染を受けたことが明らかな場合、HBウイルス感染の危険が極めて高いと判断されるため、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHBIG注射、HBワクチンの接種が行われた場合についても保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷に、業務上の事由によりHBe抗原陽性血液が付着した場合においても上記と同様に取り扱うものとします。

3 HCV汚染血液による汚染の場合

医療従事者等が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHCV汚染血液による汚染を受けた場合、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒、縫合等の処置とともにHCV抗体検査等の検査（医師がその必要性を認めた場合に限り）についても保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷に、業務上の事由によりHCV汚染血液が付着した場合においても上記と同様に取り扱うものとします。

4 次の場合は給付の対象とはなりません。

- ① HBs抗原陽性血液、HBe抗原陽性血液等の汚染血液が単に皮膚に付着した場合
- ② 汚染事故前に予防を目的とした場合等のHBIGの注射、HBワクチンの接種については、保険給付の対象とはなりません。

注）誤刺等のHBs・HBe等の汚染事故は、汚染源が抗原陽性血液等であることが確認できる調査記録票等を当該医療機関において作成保管が必要です。

5 HIV汚染血液による汚染の場合

医療従事者等が業務上負傷した場合において、当該負傷を原因としてHIV汚染血液による汚染を受けた場合、当該負傷に対する治療の一貫として洗浄、消毒等の処置とともに受傷後に行われたHIV抗体検査等の検査（医師がその必要性を認めた場合に限り）については保険給付の対象に含めるものとします。

医療従事者等の既存の負傷部位に、業務上の事由によりHIV汚染血液が付着した場合においても同様に取り扱うものとします。

6 MRSA感染症について

医療従事者等のMRSA感染症は、易感染性患者と異なり、一般的には深部感染は考えにくいことから、表層感染に限り原則として、次に掲げる要件をすべて満たすものについて、業務に起因するものと判断します。

- ① 当該医療従事者等の勤務する医療機関においてMRSAに感染していることが確認された入院患者等がみられること。
- ② 感染症状が認められる部位からMRSAが検出されていること。
- ③ 業務以外の原因によるものでないこと。

業務起因性が認められるMRSA感染症については、医学上必要な治療（検査を含む）が行われた場合、保険給付の対象に含めるものとします。

10 適正な「傷病名」のレセプトへの記入について

- 1 業務上災害、通勤災害により発生したことがわかる傷病名の記入をお願いします。
(例:右肩腱板損傷、腰部捻挫、左眼外傷性白内障)
- 2 傷病名については、具体的な部位を含め記入願います。(骨折等の場合は、骨名及び部位まで)
(例:右脛骨顆部骨折、第2腰椎圧迫骨折、C3～C5脊髄損傷、L4/5ヘルニア、右示指切創)
- 3 慢性疾患傷病(例:右肩関節周囲炎、L4/5ヘルニア)は、業務上の事由に起因するものか判断が難しいことから、傷病名を記入される際は、労災事故等、業務との因果関係について傷病の経過欄に詳記してください。
- 4 治療中に業務上災害、通勤災害の傷病に起因した新たな傷病が追加となった場合は、傷病の経過欄に、新たな傷病が追加となった経過を必ず記入してください。
- 5 確定診断ができていない傷病名には(疑)を付記してください。
(例:頭蓋骨骨折(疑)、右第2中手骨骨折(疑))
- 6 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、傷病名を記入する必要はありません。
(例:急性胃炎、胃潰瘍、逆流性食道炎)

11 その他、レセプト記入上の留意事項について

- 1 診療情報提供料(1)については、「紹介にあたっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。」とされているため、紹介先の医療機関を特定しなければ算定できません。算定にあたっては、レセプトの摘要欄に紹介先医療機関名を必ず記載してください。
- 2 ABO・Rh(D)(血液型検査)については、労災保険では初回のみ算定としています。
継続患者については「初回」等の表示をしてください。
- 3 画像診断について、負傷部位と異なる部位の撮影は基本的には認められません。負傷部位と関係のない部位の撮影が医学的に必要な場合は、理由を摘要欄に記載してください。
- 4 休業証明料のみを請求する場合、レセプトには、①新継再別には「5継続」、②転帰事由には「3継続」、⑩療養期間には「休業証明した期間」、⑪診療実日数には「999」と記載してください。
- 5 疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、「リハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後3ヵ月に1回以上、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。」とされているため、レセプトの摘要欄にリハビリテーション実施計画書の作成日を記載してください。

また、「リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。」とされているため、レセプトの摘要欄に医師の指示の有無等を記載してください。

Ⅲ 様 式

労災保険給付関係請求書等の様式は、インターネットから以下の手順でダウンロードして、一般のプリンタ等で印刷し、必要事項を記入することで使用することができます。

〈鳥取労働局ホームページ〉



〈各種法令・制度・手続き〉



〈労災保険関係〉



〈労災保険給付関係請求書等ダウンロード〉



〈・注意事項をご確認ください〉

- (1) 印刷したOCR様式をコピー使用しないでください。
- (2) 2ページ以降があるOCR様式については、必ず「両面印刷」を行ってください。
- (3) プリンタ等で印刷する際は、「ページの拡大・縮小」、「ページの回転・中央配置」等の処理を行わない設定としてください。
- (4) OCR様式印刷に使用する用紙については、以下の条件を満たすものを使用してください。
 - ・大きさ……A4サイズ
 - ・厚さ………坪量67g／㎡程度
 - ・白色度……80%以上
 - ・汚れ、曲がり、濡れ、破損、変色等がないこと
- (5) 印刷後、OCR様式の印刷状況に欠け、滲み、途切れ等の問題がないことを確認してください。特に、OCR様式の3カ所に「基準マーク（3mm四方の正方形）」が正しく印刷されていることを確認してください。



〈 注意事項を読んだ 〉



〈ダウンロードする様式を選択〉

— 70 —

この用紙は①業務災害等の被災者が指定医療機関を転医した場合に、転医先に被災者が提出しなければなりません。

②傷病補償年金等受給者（年金証書を所持しています。）の初診の場合もこれを提出させて下さい。

③レセプトに添付して請求してください。

様式第6号(表面)

労働者災害補償保険

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

労働基準監督署長 殿

年 月 日

	病	院	経 由
	診	療 所	
	薬	局	
	訪問看護事業者		

〒 ー

電話() ー

住 所

届出人の

方

氏 名

下記により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を変更するので届けます。

① 労働保険番号					③ 氏 名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午 前後 時 分頃
府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号		
② 年金証書の番号					労働者の 住 所 職 種	
管轄局	種別	西暦年	番 号			
⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があって(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。						
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。						
年 月 日					事業の名称	
					〒 ー 電話() ー	
					事業場の所在地	
					事業主の氏名	
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)						
⑥ 指定病院等の変更	変 更 前 の 名 称		〔 労災指定 医 番 号 〕 〒 ー			
	所在地					
	変 更 後 の 名 称		〒 ー			
所在地						
変 更 理 由						
⑦	傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の		名 称		〒 ー	
			所在地			
⑧	傷 病 名					

この用紙は被災が通勤中の場合に提出します。(要領は様式第5号(70ページ)と同様)

様式第16号の3(表面) 労働者災害補償保険 通勤災害用 療養給付たる療養の給付請求書		裏面に記載してある注意 事項をよく読んだ上で、 記入してください。		標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100																					
※ 票種別		① 管轄局署		② 業通別		③ 保留		④ 処理区分		⑤ 受付年月日															
3 4 5 9 0				3		1 業 3 通				※															
⑥ 労働 保険 番号		⑦ 性別		⑧ 労働者の生年月日		⑨ 労働者の生年月日		⑩ 労働者の生年月日		⑪ 再発年月日															
		1 男 3 女								※															
⑫ 労働 者の 職 種		⑬ 氏名		⑭ 郵便番号		⑮ フリガナ		⑯ 住所		⑰ 第三者行為災害															
										該当する・該当しない															
⑱ 通勤災害に関する事項		裏面のとおりに																							
⑲ 指定病院等の 所在地		名称		電話() -																					
⑲ 傷病の部位及び状態				〒 -																					
⑲ 傷病の部位及び状態				年 月 日																					
⑲ 傷病の部位及び状態				電話() -																					
⑲ 傷病の部位及び状態				〒 -																					
⑲ 傷病の部位及び状態				事業主の氏名																					
⑲ 傷病の部位及び状態				(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)																					
⑲ 傷病の部位及び状態				労働者の所属事業 場の名称・所在地																					
⑲ 傷病の部位及び状態				電話() -																					
⑲ 傷病の部位及び状態				(注意) 1 事業主は、裏面の(ロ)、(ハ)及び(リ)については、知り得なかった場合には証明する必要がないので、知り得なかった事項の符号を消してください。																					
⑲ 傷病の部位及び状態				2 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。																					
⑲ 傷病の部位及び状態				3 派遣労働者について、療養給付のみの請求がなされる場合にあっては、派遣先事業主は、派遣元事業主が証明する事項の記載内容が事実と相違ない旨裏面に記載してください。																					
⑲ 傷病の部位及び状態				上記により療養給付たる療養の給付を請求します。																					
⑲ 傷病の部位及び状態				年 月 日																					
⑲ 傷病の部位及び状態				電話() -																					
⑲ 傷病の部位及び状態				() 方																					
⑲ 傷病の部位及び状態				請求人の 氏名																					
⑲ 傷病の部位及び状態				支不支給決定決議書																					
⑲ 傷病の部位及び状態				署長 副署長 課長 係長 係																					
⑲ 傷病の部位及び状態				調査年月日																					
⑲ 傷病の部位及び状態				復命書番号 第 号 第 号 第 号																					
⑲ 傷病の部位及び状態				決定年月日																					
⑲ 傷病の部位及び状態				不支給の理由																					

(イ) 災害時の通勤の種類 (該当する記号を記入)	イ、住居から就業の場所への移動 ハ、就業の場所から他の就業の場所への移動 ニ、イに先行する住居間の移動	ロ、就業の場所から住居への移動 ホ、ロに接続する住居間の移動
(ロ) 負傷又は発病の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ハ) 災害発生 の 場 所	(ニ) (災害時の通勤の種類がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)	
(ホ) 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ヘ) 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(ト) 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(チ) 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種類がロ又はハに該当する場合は記載すること)	年 月 日 午 前 後 時 分頃	
(リ) 災害時の通勤の種類に関する移動の通常の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生 の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	〔通常の通勤所要時間 時間 分〕	
(ヌ) 災害の原因及び発生状況 (ア) どのような場所を (イ) どのような方法で移動している際に (ウ) どのような物で又はどのような状況において (エ) どのようにして災害が発生したか (オ) ⑧との初診日が異なる場合はその理由を簡明に記載すること		
(ル) 現 認 者 の 住 所 氏 名	電話() —	
(ヲ) 転 任 の 事 実 の 有 無 (災害時の通勤の種類がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	(ワ) 転任直前の住居に係る住所

⑩その他就業先の有無		
有	有の場合のその致 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況 (ただし表面の事業を含まない)
無	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号 (特別加入)		加入年月日
		年 月 日

〔項目記入に当たっての注意事項〕

- 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には当該事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については該当番号を記入枠に記入してください。)
- 傷病年金の受給権者が当該傷病にかかる療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰で年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- ⑧は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- (ホ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載してください。
- (ト)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載してください。
- (チ)は、災害時の通勤の種類がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載してください。
- (リ)は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生 の場所及び災害発生 の日に住居又は就業の場所から災害発生 の場所に至った経路を朱線等を用いて分かりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。

〔標準字体記入にあたっての注意事項〕

- で表示された記入枠に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。
- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
 - 「促音」「よう音」などは大きく書き、半濁点は1文字として書いてください。
(例) キツテ →

キ	ツ	テ
---	---	---

 キヨ →

キ	ヨ
---	---

 バ →

ハ	バ
---	---
 - | | | | |
|---|---|---|---|
| シ | ツ | ソ | ン |
|---|---|---|---|

 は斜の弧を書き始めるとき、小さくカギを付けてください。
 - | |
|---|
| 丨 |
|---|

 はカギを付けないで垂直に、

ㄣ

 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

派遣元事業主 証 明 欄	派遣元事業主が証明する事項(表面の⑧並びに(ロ)、(ハ)、(ニ)、(ホ)、(ト)、(チ)、(リ) (通常の通勤の経路及び方法に限る。)及び(ヲ))の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業の名称	電話() —	
	年 月 日 事業場の所在地	〒 —	
	事業主の氏名	(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)	

社会保険 労 務 士 記 載 欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() —

この用紙は被災が通勤中の場合に提出します。(要領は様式第 6 号 (71 ページ) と同様)

様式第 16 号の 4 (表面)

労働者災害補償保険

療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等 (変更) 届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

[	病	院	] 經由
	診	療 所	
	薬	局	
	訪問看護事業者		

〒 -

電話 () -

住所
届出人の _____ 方

氏 名 _____

下記により療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等を (変更するので) 届けます。

① 労働保険番号					③ 氏 名 (男・女)	④ 負傷又は発病年月日	
府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号		年 月 日	午 前 後 時 分 頃
② 年金証書の番号					労働者の住所の職 種		
管轄局	種別	西暦年	番 号				
⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること							
③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。							
事業の名称 _____							
年 月 日 _____ 電話 () - _____							
事業場の所在地 _____							
事業主の氏名 _____							
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)							
[注意] 事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。							
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名 称	[労災指定 医 番 号]				
		所在地	〒 -				
	変更後の	名 称					
		所在地	〒 -				
変更理由							
⑦ 傷病年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名 称						
	所在地	〒 -					
⑧ 傷 病 名							

指導管理箋<第 回目>			
労働者災害補償保険			
氏 名		生年月日	年 月 日
負傷又は 発病年月日	年 月 日	傷病名	
休業前の 職 種	深夜勤 有・無	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()
就労に当たって必要な指導事項			
1 職務内容変更の必要性 ① あり(理由:) ② なし 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ① 軽作業可 ② 一般事務可 ③ 肉体労働の制限 ④ 普通勤務可 ⑤ その他() (①～③の場合その期間(推定)) 年 月 頃まで 3 勤務時間調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし * ②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり(制限()・禁止) ② なし 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり() ② なし 6 対人業務の制限の必要性 ① あり() ② なし 7 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について (例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係) ()			
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項			
1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 () 2 今後の療養の予定 月に 回程度の診療予定			
上記内容を確認しました。 年 月 日 本人署名			
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 病院又は 所在地 診療所の 名称 医師名			
(注) ①この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。 ②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。 ③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。			

氏名		生年月日	年 月 日
休業前の 職 種	深夜勤 有・無	復帰を希望 する職種	原職 ・ 事務職 ・ その他()
病 名	(1.) (2.)		
発症(受傷)年月日 (年 月 日 ・ 不明) 初診年月日 (年 月 日)			
□ 初診時症状 ※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。)			
□ 前回指導時 症状			
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)			
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日)			
病状経過 (①不変 ・ ②改善傾向 ・ ③軽快 ・ ④寛解 ・ ⑤その他())			
現在の症状			
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項			
今後の治療予定 (①入院 ・ ②入院及び通院 ・ ③通院 ・ ④治療不要)			
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)			
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日) <u>1月</u> に <u> </u> 回程度			
症状固定の見込み 年 月頃			
就労に当たって勤務内容に対する意見			
1 勤務可能(条件なし)			
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]			
ア 職務内容の変更 不要 ・ 要			
イ 作業内容の制限			
不要 ・ 要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())			
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要 ・ 要(特記事項:)			
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減			
不要 ・ 要(特記事項:)			
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限			
不要 ・ 要(特記事項:)			
カ 対人業務の制限			
不要 ・ 要(特記事項:)			
キ その他勤務内容に対する意見(例:職責の大きさ、労働密度、職場での人間関係)			
()			
就労に当たって必要な職場での留意点			
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。			
年 月 日 本人署名 _____			
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。			
年 月 日 所在地 _____			
病院又は 名称 _____			
診療所の 医師名 _____			

(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。

労働者災害補償保険		指導管理箋<第 回目>	
氏 名		生年月日	年 月 日
負傷又は 発病年月日	年 月 日	傷病名	
休業前の 職 種		深夜勤 有・無 復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()
就労に当たって必要な指導事項			
1 職務内容変更の必要性 ① あり(理由:) ② なし 2 作業制限の必要性(職務内容変更ありの場合、作業制限の有無) ① 軽作業可 ② 一般事務可 ③ 肉体労働のみ制限 ④ 普通勤務可 ⑤ その他() (①～③の場合その期間(推定)) (年 月 頃まで) 3 勤務時間調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし *②なしの場合、時間外勤務調整の必要性 ① あり(1日 時間まで、週 時間まで) ② なし ③ 深夜勤不可 4 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の制限の必要性 ① あり(制限()・禁止) ② なし 5 自動車運転・危険を伴う機械操作等、作業内容制限の必要性 ① あり() ② なし 6 その他就労に当たって配慮しなければならない事項等について ()			
就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項			
1 就労に当たって必要とされる療養に関する指導事項 () 2 今後の療養の予定 月に 回程度の診療予定			
上記内容を確認しました。 年 月 日 本人署名 _____			
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 病院又は 診療所の 医師名 所在地 _____ 名称 _____ 医師名 _____			
(注) ①この指導管理箋は、入院治療後通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者又は入院治療を伴わず通院療養を2か月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載するものです。 ②被災労働者の方は、事業場に対して医師から受けた指導事項を説明する際にこの指導管理箋をお使いください。 ③事業場の方は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。			

— 78 —

指導管理箋(産業医提出用)＜第 回目＞			
労働者災害補償保険		氏 名	年 月 日
休業前の 職 種	深夜勤 有・無	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()
病 名	(1.) (2.)		
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日)			
☐ 初診時症状 ※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。) ☐ 前回指導時 症状			
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)			
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日)			
病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他())			
現在の症状 ()			
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項			
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要)			
入院 (年 月 日) ～ (年 月 日)			
通院 (年 月 日) ～ (年 月 日) 1月に 回程度			
症状固定の見込み 年 月頃			
就労に当たって勤務内容に対する意見			
1 勤務可能(条件なし)			
2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで]			
ア 職務内容の変更 不要・要			
イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他())			
ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:)			
オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:)			
カ その他勤務内容に対する意見 ()			
就労に当たって必要な職場での留意点			
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。			
年 月 日 本人署名			
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。			
年 月 日 所在地			
病院又は 名称			
診療所の 医師名			
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。			

労働者災害補償保険		指導管理箋(産業医提出用) <第 回目>	
氏名		生年月日	年 月 日
休業前の 職種	深夜勤 有・無	復帰を希望 する職種	原職・事務職・その他()
病名	(1.) (2.)		
発症(受傷)年月日 (年 月 日・不明) 初診年月日 (年 月 日) ☐ 初診時症状 { ※第2回目以降は、前回指導時の症状を記載する。(前回の指導管理箋の写しの添付でも構いません。) ☐ 前回指導時 症状 } 入院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 病状経過 (①不変・②改善傾向・③軽快・④寛解・⑤その他()) 現在の症状 { }			
現在の治療内容(薬剤の内容を含む。)に関する特記事項			
今後の治療予定 (①入院・②入院及び通院・③通院・④治療不要) 入院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 通院 (年 月 日) ~ (年 月 日) 1月に 回程度 症状固定の見込み 年 月頃			
就労に当たって勤務内容に対する意見 1 勤務可能(条件なし) 2 勤務可能(条件あり) [条件のある期間 年 月頃まで] ア 職務内容の変更 不要・要 イ 作業内容の制限 不要・要(軽作業可・一般事務可・肉体労働のみ制限・普通勤務可・その他()) ウ 時間外労働の禁止・軽減 不要・要(特記事項:) エ 遠隔地出張(宿泊を伴うもの、海外出張など)の禁止・軽減 不要・要(特記事項:) オ 自動車運転・危険を伴う機械操作等の制限 不要・要(特記事項:) カ その他勤務内容に対する意見 ()			
個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた日常生活上の留意点			
上記内容を確認し、産業医等に提出されることに同意します。 年 月 日 本人署名			
上記のとおり診断し、職場復帰(就労継続)に関する意見を提出します。 年 月 日 所在地 病院又は 名称 診療所の 医師名			
(注) 産業医(事業場の方)は、この指導管理箋をプライバシーに十分配慮して管理してください。			

早期社会復帰のための指導項目

氏名 _____

発症(負傷) 年月日	年 月 日
治癒見込み 年月日	年 月 日

○職場(業務)や日常生活において注意する点(指導した項目に☑を入れること)

【全般】

- ☐ 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと
- ☐ 受傷部位を意識しすぎて他の部位に負担をかけないこと
- ☐ 受傷部位を徐々に動かして、可動範囲を広げるように努めること
- ☐ 重いものを持つときは注意すること
- ☐ 休憩時間のストレッチなど一定の姿勢をとり続けられないように心がけること
- ☐ 無理な姿勢をとらないようにすること
- ☐ 車の運転は避けたほうがよい
- ☐ 睡眠時間をしっかりとること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

(_____)

【職場】

- ☐ 長時間の残業は避けること
- ☐ 長期の出張や海外出張は避けること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

(_____)

【日常生活】

- ☐ 定期的に自分で脈拍のチェックをすること
- ☐ 適度な運動を実施するように心がけること
- ☐ 当面の間は、激しい運動は避けること (概ね__月間)
- ☐ 食事の内容、摂取量について注意すること
- ☐ 患部の保温に努めること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

(_____)

【その他】

- ☐ 治癒後、労働局にアフターケア制度の相談をすること(該当者のみ)
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

(_____)

☐ 現状どおりの生活で問題がないと指導した

(該当する場合のみ☑)

指導日 年 月 日

医師名 _____

早期社会復帰及び再発防止のための指導項目(60歳以上被災労働者用)

氏名

発症(負傷) 年月日	年 月 日
治癒見込み 年月日	年 月 日

○職場(業務)や日常生活において、個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえて
注意する点(指導した項目に☑を入れること)

【全般】

- ☐ 傷病の状態が安定するまでは、無理に動かさないこと
- ☐ 受傷部位を意識しすぎて他の部位に負担をかけないこと
- ☐ 受傷部位を徐々に動かして、可動範囲を広げるように努めること
- ☐ 重いものを持つときは注意すること
- ☐ 休憩時間のストレッチなど一定の姿勢をとり続けられないように心がけること
- ☐ 無理な姿勢をとらないようにすること
- ☐ 車の運転は避けたほうがよい
- ☐ 睡眠時間をしっかりとること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【職場】

- ☐ 長時間の残業は避けること
- ☐ 長期の出張や海外出張は避けること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【日常生活】

- ☐ 定期的に自分で脈拍のチェックをすること
- ☐ 適度な運動を実施するように心がけること
- ☐ 当面の間は、激しい運動は避けること(概ね__月間)
- ☐ 食事の内容、摂取量について注意すること
- ☐ 患部の保温に努めること
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

【個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた具体的な指導】

- ☐ 自らの身体機能や健康状況を客観的に把握し、健康や体力の維持管理に努めること
- ☐ 事業者が体力チェック等を行う場合には、これに参加し、自身の体力の水準について確認し、気付きを得ること
- ☐ 日ごろから足腰を中心とした柔軟性や筋力を高めるためのストレッチや軽いスクワット運動等を取り入れ、基礎的な体力の維持と生活習慣の改善に取り組むこと
- ☐ 各事業所の目的に応じて実施されているラジオ体操や転倒予防体操等の職場体操に積極的に参加すること
- ☐ 通勤時間や休憩時間に、簡単な運動を小まめに実施し、自ら効果的と考える運動を積極的に取り入れること
- ☐ 適正体重を維持する、栄養バランスの良い食事をとる等、食習慣や食行動の改善に取り組むこと

【その他】

- ☐ 治癒後、労働局にアフターケア制度の相談をすること(該当者のみ)
- ☐ その他注意すべきこと(具体的に記載する)

☐ 現状どおりの生活で問題がないと指導した

(該当する場合のみ☑)

指導日 年 月 日

医師名

労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名：	生年月日（西暦）	年	月	日
原因疾患				
[心大血管疾患・脳血管疾患等・廃用症候群・運動器・呼吸器（該当するものに○をして下さい）] リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日） 年 月 日				
現在の評価及び前回評価計画書作成日（ 年 月 日）からの改善・変化等				
治療目標等 （１）標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見（必要性・医学的效果等） （２）目標到達予想時期： 年 月頃 （３）その他特記事項				
評価計画書作成日： 年 月 日				
医療機関名			医師	

注 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名					年生 () 歳	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医		PT		OT		ST			
原因疾患(発症・受傷日)					合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)				

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)	
心身機能・構造	☐ 意識障害:(3-3-9:) ☐ 認知症: ☐ 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ 筋力低下(部位, MMT:) 基本動作 立位保持(装具:) ☐ 手放し, ☐ つかまり, ☐ 不可 平行棒内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 非実施 訓練室内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 非実施
	☐ 失行・失認: ☐ 音声・発話障害(☐ 構音障害, ☐ 失語症:種類) ☐ 摂食機能障害: ☐ 排泄機能障害: ☐ 拘縮: ☐ 褥瘡: ☐ 起立性低血圧:

自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」								
	自	監	一	全	非	独	監	一	全	非				
ADL・ASL等	立	視	助	助	実	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容等	立	視	助	助	実	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
屋外歩行														
病棟トイレへの歩行														
病棟トイレへの車椅子駆動														
車椅子・ベッド間移乗														
椅子座位保持														
ベッド起き上がり														
排尿(昼)														
排尿(夜)														
食事														
整容														
更衣														
装具・靴の着脱														
入浴														
コミュニケーション														
活動度 日中臥床: ☐ 無, ☐ 有(時間帯: 理由) 日中座位: ☐ 椅子, ☐ 車椅子, ☐ ベッド上, ☐ キヤッチアップ [※]														

参加	職業(☐ 無職, ☐ 病欠中, ☐ 休職中, ☐ 発症後退職, ☐ 退職予定) これまでの職種・業種・仕事内容: これまでの通勤方法: 復職希望 ☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ その他: 経済状況:	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)
----	--	---------------------------------

目標	復職 ☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他: 仕事内容の変更 ☐ 無 ☐ 有: 通勤方法の変更 ☐ 無 ☐ 有: 職場復帰に向けた目標:	本人の希望 家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期	

具体的アプローチ	
----------	--

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	
-----------	---	---	---	-------	--	-------	--	--------	--

(記入上の留意点)

1 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。

2 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。

3 「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ、業務内容・通勤方法等を考慮したアプローチ(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。

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

(平成7年7月25日付け基発第476号)

改正 平成15年3月28日付け基発第 0328005号

改正 平成21年12月28日付け基発 1228第5号

改正 平成23年6月24日付け基発 0624第1号

改正 平成25年4月8日付け基発 0408第1号

改正 令和2年12月25日付け基発 1225第1号

第1章 診療の担当

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

第2章 診療の方針

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

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

- 第15 診療費の算定方法等
- 第16 診療費の請求手続

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

- 第17 委託費の算定方法等
- 第18 委託費の請求手続

第5章 指定医療機関の取扱い

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

第6章 その他

- 第23 施行期日等

第1章 診療の担当

(任務)

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

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

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

(療養の給付の担当の範囲)

第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「船内診療所」という。）において担当する療養の給付の範囲は、前項の1から3までとする。

(アフターケア及び外科後処置の担当の範囲)

第3 指定医療機関が担当するアフターケアの範囲は、次のとおりとする。

- 1 診察
- 2 保健指導
- 3 保健のための処置
- 4 検査
- 5 保健のための薬剤の支給
- ② 指定医療機関が担当する外科後処置の範囲は、次のとおりとする。
- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 筋電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、アフターケア又は外科後処置を受けることを求められたときは、その者の提出する「療養補償給付たる療養の給付請求書」又は「療養給付たる療養の給付請求書」（以下「療養給付請求書」という。）によって療養の給付を受ける資格があるか、アフターケア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、アフターケア手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出することができない者であって、療養の給付、アフターケア又は外科後処置を受ける資格があることが明らかな者については、この限りでない。この場合においては、その事由がやんだのち、遅滞なく、療養給付請求書、アフターケア手帳又は外科後処置承認決定通知書を提出させること。

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

(証明の記載)

第6 指定医療機関は、傷病労働者等から「療養補償給付たる療養の費用請求書」、「療養給付たる療養の費用請求書」に証明の記載を求められたときは、無償でこれを行うこと。

(助力)

第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、次の事項を記載しなければならない。

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

(帳簿等の保存)

第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、その旨を所轄労働基準監督署長に通知すること。

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

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

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

第2章 診療の方針

(診療の一般方針)

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

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

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

(転医及び対診)

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

(転医の取扱い)

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

- 1 傷病労働者の氏名、年齢及び性別
 - 2 傷病の部位及び傷病名
 - 3 初診時における負傷又は疾病の状態（初診時において既往の身体障害が認められたものについては、その概要も記載すること。）及び傷病の経過の概要（手術又は検査の主要所見と病状の概要）
- ② 診療担当医は、他の医療機関から転医してきた傷病労働者等について、その病状から必要がある場合には、転医前の医療機関に対して当該傷病労働者にかかわる転医前の診療の経過に関する文書を求めるものとする。

(施術の同意)

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

第3章 療養の給付に関する診療費の請求

(診療費の算定方法等)

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

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

(診療費の請求手続)

第16 指定医療機関は、第15の規定により算定した毎月分の診療費用の額を労働者災害補償保険

診療費請求書に診療費請求内訳書を添付して、管轄労働局長に提出すること。

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

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

第4章 アフターケア及び外科後処置に関する委託費の請求

(委託費の算定方法)

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

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

(委託費の請求手続)

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

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ったときは、指定医療機関の指定及び指定取消事務準則の別紙様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」により、指定を受けた都道府県労働局長に届け出るものとする。

(表示)

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

(指定の取消)

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

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

(変更事項の届出)

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

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

第6章 その他

(施行期日等)

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

ただし、第5第2項及び第16については、施行日前に指定した指定医療機関を含め適用し、指定医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局の管内に労災診療被災労働者援護事業補助事業者の地方事務所が存在している間は、なお従前の例による。

指定医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則

(平成7年7月25日付け基発第476号)

改正 平成15年3月28日付け基発第 0328005号

改正 平成21年12月28日付け基発 1228第5号

改正 平成23年6月24日付け基発 0624第1号

第1条 指定手続

第2条 指定手続

第3条 指定手続

第4条 指定取消手続

第5条 指定取消手続

第6条 指定又は指定取消に関する公告

第7条 関係書類の整備保存

第8条 指定選考基準

第9条 指定選考基準の特例

別紙様式第1号「労災保険指定医療機関指定申請書」

様式第2号「病院（診療所）施設等概要書」

様式第3号「指定医療機関台帳」

様式第4号「労災保険指定医療機関指定通知書」

様式第5号「労災保険指定医療機関非指定通知書」

様式第6号「労災保険指定医療機関指定取消通知書」

様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」

(指定手続)

第1条 労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第11条の規定に基づく医療機関の指定は、医療機関の開設者から申請があったもののうち指定することが適当と認めた病院又は診療所について行う。

② 前項の指定は、当該医療機関（船舶内に設置された診療所（以下「船内診療所」という。）にあっては当該船舶に係る事業）の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「管轄労働局長」という。）がこれを行う。

第2条 前条の規定により指定を受けることを希望する医療機関の開設者は、様式第1号「労災保険指定医療機関指定申請書」に、次の各号に掲げる書類を添付し、管轄労働局長に提出するものとする。

- 1 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書、国の開設する病院若しくは診療所にあっては承認書若しくは通知書のそれぞれの写又はそれぞれの番号及び年月日を記載した文書
- 2 様式第2号「病院（診療所）施設等概要書」
- 3 労災保険指定病院等登録（変更）報告書

- 4 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
- 5 その他労災診療費の算定に際して必要な事項

第3条 前条の申請書を受理した管轄労働局長は、第8条及び第9条に定める指定選考基準により、指定の適否を調査決定するとともに、速やかにその結果を様式第4号「労災保険指定医療機関指定通知書」又は様式第5号「労災保険指定医療機関非指定通知書」により申請者に通知するものとする。

（指定取消手続）

第4条 管轄労働局長は、労災保険指定医療機関療養担当規程（以下「担当規程」という。）第21の規定により指定医療機関の指定を取り消そうとするとき、又は様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」を受理したときは、様式第6号「労災保険指定医療機関指定取消通知書」により、当該医療機関の開設者に通知を行うものとする。

第5条 指定医療機関の休止又は辞退を希望する指定医療機関の開設者は、様式第7号「労災保険指定医療機関休止・辞退届」を管轄労働局長に提出するものとする。

（指定又は指定取消に関する公告）

第6条 管轄労働局長は、指定医療機関を指定したとき、指定医療機関の指定を取消したとき又は休止若しくは辞退によって指定医療機関でなくなったときは、速やかに則第11条第2項に規定する事項のほか、次の事項を公告するものとする。

- 1 指定をした場合においては、その旨及び指定年月日並びに指定期間
- 2 指定の取消し又は休止若しくは辞退によって指定医療機関でなくなった場合においては、その旨及び取消年月日

（関係書類の整備保存）

第7条 指定医療機関の指定に当たって提出された関係書類等は、様式第3号「指定医療機関台帳」に添付するとともに、常時整備するものとする。

- ② 担当規程第22の規定により指定医療機関の開設者から提出された変更事項の届書、実地調査書その他の関係書類は、前項の台帳に順次添付し、保存するものとする。
- ③ 医療機関の指定又は指定取消に関する帳簿及び書類は、完結の日から2年間保存するものとする。

（指定選考基準）

第8条 指定医療機関の指定に当たっては、次の各号に掲げる要件について選考するものとする。

（一般的要件）

- 1 労災保険診療に関係の深い診療科（以下「関係診療科」という。）の一又は二以上を標榜しているものであること。

（物的要件）

- 2 関係診療科に相応した医療施設及び医療器具等を具備しているものであること。
- 3 原則として患者の収容施設を具備しているものであること。
- 4 何時でも急患に応じる態勢にあるものであること。

(人的要件)

- 5 関係診療科について、臨床経験 5 年以上の責任医師が存するものであること。
- 6 労災保険に関する一応の知識を有し、その診療について積極的な協力が期待できるものであること。

(過去の実績)

- 7 過去の受診患者数等からみて相当の利用が認められるものであること。ただし、船内診療所についてはこの限りでない。
- 8 当該医療機関又は当該医療機関に従事する医師等に医事に関し過去 5 年間に於いて不正又は不祥事件等を起こした事例がないものであること。

(診療録等の整備状況に関する要件)

- 9 診療録、レントゲンフィルム、入院日誌その他診療に関する帳簿書類の記録及び保管等が適切に行われているものであること。

(アフターケア)

- 10 アフターケアの任務を含む場合は、アフターケア実施要領の 4 に定める措置を実施することが可能であること。

(外科後処置)

- 11 外科後処置の任務を含む場合は、外科後処置実施要綱の 3 に定める処置を実施することが可能であること。

(指定選考基準の特例)

- 第 9 条 都道府県労働局長は、管内の事業場又は労働者の住居分布状況、船舶又は船舶内での業務等の特殊性、交通事情、市街地、郡部辺地等を背景とするその他の特殊事情等により、特に指定する必要があると認めたときは、当該医療機関が前条の各号に掲げる要件の一部に該当しない場合であっても指定を行うことができるものとする。

様式第 7 号

労災保険指定医療機関休止・辞退届

病院（診療所）	名 称	
	所 在 地	

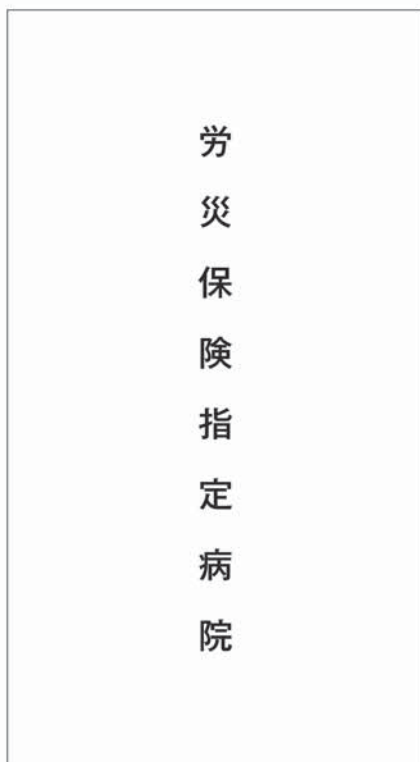
上記の病院（診療所）について、下記の理由により労働者災害補償保険施行規則第11条第 1 項の規定による病院（診療所）としての指定を休止・辞退したく届出いたします。

休 止 ・ 辞 退 年 月 日	令和 年 月 日
休 止 ・ 辞 退 する 理 由	
休 止 予 定 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

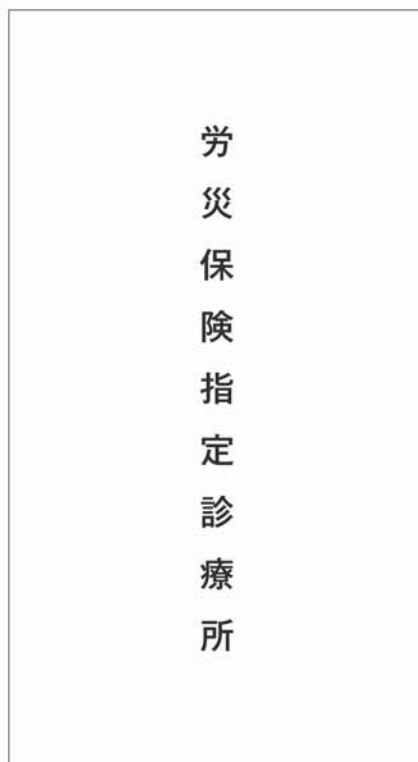
令和 年 月 日

鳥 取 労 働 局 長 殿

開設者 住所 _____
氏名 _____



(原寸大)



(原寸大)

文 字	白
地 色	濃紺
横	5.5センチメートル
縦	10センチメートル

■ 診機様式第20号

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し(▶)の所を谷に2つ折りにして下さい

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

◎裏面の注意事項をよく読んだ上で、記入して下さい。

注) 裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。

帳票種別
34562

労働指定病院等登録(変更)報告書

決 裁	課 長	係 長	係

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。） ◎裏面の注意事項をよく読んだ上で、記入して下さい

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し  の所を谷に2つ折りにして下さい

労災指定医療機関基本情報

①指定番号	②指定コード	③変更コード
	1…労災指定医療機関のみ 2…二次健診等給付医療機関のみ 3…労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関	無記入…新規に登録するとき 1…追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録済) 3…登録している内容を変更するとき

※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入して下さい。

①		内科	⑤		心療内科	⑥		精神科	⑦		神経科	⑧		神経内科	⑨		呼吸器科	⑩		消化器科
⑪		胃腸科	⑫		循環器科	⑬		アレルギー科	⑭		リュウマチ科	⑮		外科	⑯		整形外科	⑰		形成外科
⑱		脳神経外科	⑲		呼吸器外科	⑳		心臓血管外科	㉑		皮膚泌尿器科	㉒		皮膚科	㉓		泌尿器科	㉔		肛門科
㉕		眼科	㉖		気管食道科	㉗		耳鼻咽喉科	㉘		リハビリテーション科	㉙		歯科	㉚		放射線科			
㉛		矯正歯科	㉜		歯科口腔科	㉝		麻酔科	㉞		小児科	㉟		小児外科	㊱		性病科	㊲		美容外科
㊳		産婦人科	㊴		産科	㊵		婦人科	㊶		小児歯科	㊷		理学診療科	㊸		全科	㊹		その他

※ 数字は右詰めで記入して下さい。

④医師数 ⑤看護師数 ⑥薬剤師数 ⑦その他の従業員数 ⑧病床数

口座関係 2 (二次健診等費用)

[illegible]

口座関係 3 (アフターケア委託費)

[illegible]

健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等変更届

下記のとおり届けます。			労 災 指 定 番 号						
			3	1					
変 更 事 項		変 更 前		変 更 後					
厚 生 局 へ の 届 出 ・ 承 認									
そ の 他									
変 更 事 由		変更年月日（令和 年 月 日）							

注1 変更のあった事項のみ記載して下さい。
注2 届出・承認については、厚生局の受理通知の（写）を添付して下さい。

令和 年 月 日

住 所
名 称
氏 名
(電話 — —)

鳥 取 労 働 局 長 殿

労災診療費等請求用紙 送付依頼書

病院用

あて先

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9

鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

メールアドレス「rousaihoshouka-tottorikyoku@mhlw.go.jp」

様式番号	帳票種別	帳票名	要求枚数
診 機	様式第1号	34720 労働者災害補償保険診療費請求書	枚
	様式第2号	34721 診療費請求内訳書(入院用)	枚
	様式第3号	34722 診療費請求内訳書(入院外用)	枚
	様式第4号	34723 診療費請求内訳書(入院用傷)	枚
	様式第5号	34724 診療費請求内訳書(入院外用傷)	枚
		診療費請求内訳書(続紙)	枚
実施要領	様式第5号	37700 アフターケア委託費請求書	枚
	様式第5号の2	37702 アフターケア委託費請求内訳書	枚
	様式第5号の3	アフターケア委託費請求内訳書(続紙)	枚
二 機	様式第1号	38700 労働者災害補償保険二次健康診断等 費用請求書	枚
	様式第2号	38701 二次健康診断等費用請求内訳書	枚

注： 日数に余裕をもって依頼してください。

どちらかに○をしてください。

- ・送付してください。
- ・労働局に受け取りに行きます。(日頃)

労災指定番号 3 1
 郵便番号 〒 -
 住 所
 医療機関名
 担当者名
 電話番号 ()

労災診療費等請求用紙 送付依頼書

薬局用

あて先

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9

鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

メールアドレス「rousaihoshouka-tottorikyoku@mhlw.go.jp」

様式番号		帳票種別	帳票名	要求枚数
指薬機	様式第1号	34729	労働者災害補償保険薬剤費請求書	枚
	様式第2号	34730	薬剤費請求内訳書(短期)	枚
	様式第3号	34731	薬剤費請求内訳書(傷病年金)	枚
実施要領	様式第6号	37701	アフターケア委託費請求書(薬局用)	枚
	様式第6号の2	37710	アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	枚

注： 日数に余裕をもって依頼してください。

どちらかに○をしてください。

- ・送付してください。
- ・労働局に受け取りに行きます。(日頃)

労災指定番号 31

郵便番号 〒 -

住 所 _____

薬 局 名 _____

担当者名 _____

電 話 番 号 () _____

労災補償制度について

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、労働者の業務災害等や通勤災害に対して、迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務災害等や通勤災害を被った労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図ることにより、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

労災保険において、保険給付の対象となるものは、業務災害等（業務災害と複数業務要因災害）と通勤災害です。

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傷病で、基本的には**業務遂行性**と**業務起因性**の2つの要件を具備している災害です。

【業務遂行性】

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、労働者が会社で自分の仕事をしているとき、あるいは会社の命令により出張先で仕事をしたり、その場所への往復等において発生した場合をいいます。

【業務起因性】

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

複 数 業 務 要 因 災 害

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

なお、対象となる傷病等は、脳・心臓疾患や精神障害などです。

通 勤 災 害

通勤災害とは、通勤により発生した災害をいい、この場合の「通勤」とは労働者が就業に関し、住居と就業の場所との間を合理的な経路及び方法により往復することをいい、業務の性質を有するものを除くものとされています。

なお、複数就業者の事業場間の移動中の災害と、単身赴任者の赴任先住居・帰省先住居間の移動中の災害も、通勤災害になります。

第3 保険給付の種類及び内容

保険給付の種類と内容は次のようなものです。

療養（補償）等 給 付

業務災害等又は通勤災害により負傷し、又は疾病にかかって療養を必要とする場合に支給されるものです。

具体的には、労災指定病院等で診察や薬剤の支給等政府が必要と認めるあらゆる医学的措置の支給等を無料で受けられる現物給付と、労災指定病院以外の病院等で療養した場合に、その療養に要した費用を支給する現金給付とがあります。

また、給付は、傷病が「治ゆ」（症状固定）するまでの間支給されます。

休業（補償）等 給 付

業務災害等又は通勤災害による傷病により、療養のため働くことが出来ず、賃金を受けていない場合に支給されるものです。

ただし、休業の最初の日から3日間（待期期間）については給付されませんので、業務災害の場合のみ、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おります。

障害（補償）等 給 付

傷病が「治ゆ」（症状固定）と認められた時に、疼痛・知覚異常や運動麻痺等の神経症状、器質的障害、機能障害等の障害が残ることがありますが、これらの障害が障害等級表に掲げられている障害に該当すると認められる場合に、その程度に応じて支給されるものです。

給付の方法としては、年金給付と一時金給付の2通りありますが、障害の程度に応じ第1級～第7級には年金が、第8級～第14級には一時金が支給されます。

遺族（補償）等 給 付

労働者が業務災害等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るものです。

給付は年金を原則としていますが、年金を受ける遺族が全くいない場合は、一時金を受ける受給資格者に対し一時金が支給されます。また、前払一時金の制度もあります。

葬 祭 料 等

業務災害等又は通勤災害により死亡した労働者の葬祭を行った者に対して支給されるものです。

傷病（補償）等 年 金

業務災害等又は通勤災害による傷病により治療を開始してから1年6か月を経過した時点でその症状が傷病等級1級、2級、3級のいずれかに該当するときに年金として支給されるものです。

なお、この場合引き続き療養（補償）等給付は支給されます。

介護（補償）等
給 付

障害（補償）等年金又は傷病（補償）等年金の第1級のすべての者、又は第2級の精神・神経障害及び胸腹部臓器に障害を残す者で、当該年金の支給事由となった障害により、常時又は随時介護を要する状態にある重度被災労働者に対して、介護費用として支給されるものです。

二次健康診断等
給 付

一次健康診断において、脳・心臓疾患に関連する一定の項目について異常の所見があると診断された場合に、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。

第4 療養の期間及び範囲

療 養 の 期 間

療養の期間は、その傷病について療養が必要と認められる期間、すなわち傷病が治癒（症状固定）するまでの間ですが、治癒（症状固定）後において、再び療養を必要とするに至った場合は、いわゆる再発として再び療養の給付が行われます。

(1) 治 癒

治癒（症状固定）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、傷病の状態が安定し、**医学上一般に認められた医療（注1）を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態（注2）**をいいます。

したがって、「傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復が見られるに過ぎない場合」など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では「**治癒**」（**症状固定**）と判断することとなっております。

（注1）

「**医学上一般に認められた医療**」とは、労災保険の療養の範囲（基本的には健康保険に準拠）として認められたものをいいます。したがって、実験段階又は研究過程にあるような治療方法は、ここにいう医療には含まれません。

（注2）

「**医療効果が期待できなくなった状態**」とは、その傷病の症状の回復・改善が期待できなくなった状態をいいます。

- ア 負傷の場合は、「創面が治癒」し、治療効果が期待できないもの。
- イ 疾病については、「急性症状が消退し慢性症状は持続」しても、医療効果を期待することができないもの。
- ウ 打撲の場合の疼痛消退とかマッサージ療法による一定期間後の症状不変等も治癒と認定されることがあります。

「症状固定」とは、例えば次のような状態に至ったときをいいます。

例 1

切創若しくは割創の創面がゆ合した場合又は骨折で骨ゆ合した場合であって、たとえ、なお疼痛等の症状が残っていても、その症状が安定した状態になり、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 2

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

例 3

頭部外傷が治った後においても外傷性てんかんが残る場合があり、この時、治療によってそのてんかん発作を完全に抑制できない場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続してもそれ以上てんかん発作の抑制が期待できなくなったとき。

例 4

外傷性頭蓋内出血に対する治療後、片麻痺の状態が残っても、その症状が安定し、その後の治療を継続しても改善が期待できなくなったとき。

例 5

腰部捻挫による腰痛症の急性症状は消退したが、疼痛などの慢性症状が持続している場合であっても、その症状が安定し、その後の療養を継続しても改善が期待できなくなったとき。

なお、治癒の時期をこの基準によらず、就労の場所がない或いは就労することができない旨の患者の申し出により、治癒の時期を引き延ばしたり、又は患者が単に自覚症状を訴えていることをもって漫然と診療を継続することは認められません。

(2) 再 発

労災保険の「再発」とは、最初に発生した傷病の症状が固定し「治癒」と認められたものが、年月を経て再び発症し、療養の必要が生じた場合をいいます。

このような場合には、当初の傷病の継続（再発）として療養の給付が行われますが、当初給付を受けた労働基準監督署長の認定を受ける必要があります。

「再発」として再び療養（補償）給付を受けることができるのは、次の要件をいずれも満たす場合です。

療 養 の 範 囲

- (1) その症状と当初の業務上または通勤による傷病との間に医学上の相当因果関係があることが認められること
- (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) 療養を行うことにより、その症状の改善が期待できることが医学的に認められること

療養の給付の範囲は、

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

で、労働者災害補償保険法第13条に定める「政府が認めるもの」となっています。

(1) 診 察

診察には、初診、往診、再診のほか診断に必要な諸検査、X線写真、CT等による診断が含まれます。

(2) 薬剤又は治療材料の支給

薬剤の支給とは、各種の薬剤を支給し投与することをいい、症状に応じてその効果が医学上一般的に認められるものについて行われ、試薬品の投与は含まれません。

治療材料の支給とは、治療上必要な各種材料を支給することをいいます。

(3) 処置、手術その他の治療

包帯の交換、薬液の塗布、患部の洗浄、注射等の処置、各種の切開術、切断術、縫合術等の手術、理学療法等の処置、その他療養上必要な治療をいいます。

(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

「居宅における療養上の管理」とは、在宅患者に対する医師の医学的管理であり、「居宅における療養に伴う世話その他の看護」とは、在宅患者に係る訪問看護のことです。

訪問看護については、労災指定訪問看護事業者が行う看護ですが、その対象者は、業務上の事由又は通勤により療養中のものであって、重度のけい髄・頸髄損傷患者及びじん肺患者等、病状が安定又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において保健師、看護師、准看護師、理学療法士及び作業療法士が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要する者となります。

(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
「病院又は診療所への入院」は、療養上必要な場合に認められます。
療養上、必要な場合とは、

- ア 傷病の状態が重篤で、常に医師の監視を要すると認められるとき。
- イ 入院しなければ必要な処置、手術等の治療が行えないと認められるとき。
- ウ 歩行不能又は著しく歩行困難であると認められるとき。
- エ 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恐れがあると認められるとき。

のいずれかに該当する場合に入院が認められます。

また、「入院の療養に伴う世話その他の看護」とは、入院患者に対する付添看護であり、入院基本料の届出をした医療機関で行われる「特別労災付添看護」が該当します。

「特別労災付添看護」の対象となるものは、神経系統又は胸腹部臓器の傷病で療養しており、その症状が傷病等級第1級の1又は2に該当する以下のものに限定され、それらの対象傷病労働者を常時2名以上収容している医療機関であることが要件となります。

- ア 傷病労働者の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、随時適切な処置を講ずる必要がある場合。
- イ 傷病労働者の症状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長期間にわたり医師又は看護師の常時監視を要し、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すると、食事・用便共に自用を弁じ得ないため、常態として介助が必要である場合。

入院は前述のように医学的な立場からみて療養上必要な場合に限り認められ、次のような場合の入院は認められません。

- 患者の個人的な都合による入院、例えば、その患者が単身者であるとかあるいは単に宿舎がないという理由による入院。
- 地理的な事情による入院、例えば、通院に長時間要するとかあるいは交通が不便であるためだけの理由による入院
- 手指等の軽度の負傷で技術的の高度の治療を行う必要のない場合のような入院
- しばしば外泊するような患者の入院
- 患者の強要による入院

入院中の患者が外泊することがしばしばありますが、入院は療養上

必要と認められる場合に限るものであり、原則として入院中の労災患者に外泊を認めることは適当でないばかりでなく、外泊が可能であるような患者は、入院の必要性に疑問があります。

しかしどうしても必要な場合の外泊については、必要最小限の期間に承認を与えることもやむをえないでしょう。

入院期間は医学的な見地から療養上必要と認められる期間に限られるものですから、常に厳正な判断による措置が望まれます。

患者の傷病の状態からみて、もはや入院の必要がないと認められるに至ったときは、直ちにその旨を患者に知らせるとともに診療録に「入院不要告示済み」（年月日）と記入しておく必要があります。

(6) 移 送

移送とは傷病労働者を輸送することをいい、次の場合に保険給付の対象になります。

ア 災害現場等から医療機関への移送

災害現場等から医療機関への移送及び療養中の傷病労働者に入院の必要が生じ、自宅等から医療機関に収容するための移送。

イ 転医等に伴う移送

(ア) 労働基準監督署長の勧告による転医のための移送。

(イ) 主治医の指示による転医又は対診のための移送。

(ウ) 主治医の指示による退院に伴う移送。

ウ 通 院

(ア) 住居地又は勤務地から、原則、片道2 km以上の通院であって、次の①～③のいずれかに該当するもの。

① 同一市町村内の適切な（傷病の診療に適した）医療機関へ通院したとき

② 同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき（同一市町村内に適切な医療機関があっても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいとき等も含まれます）

③ 同一市町村及び隣接する市町村内に適切な医療機関がないため、それらの市町村を超えた最寄りの医療機関へ通院したとき

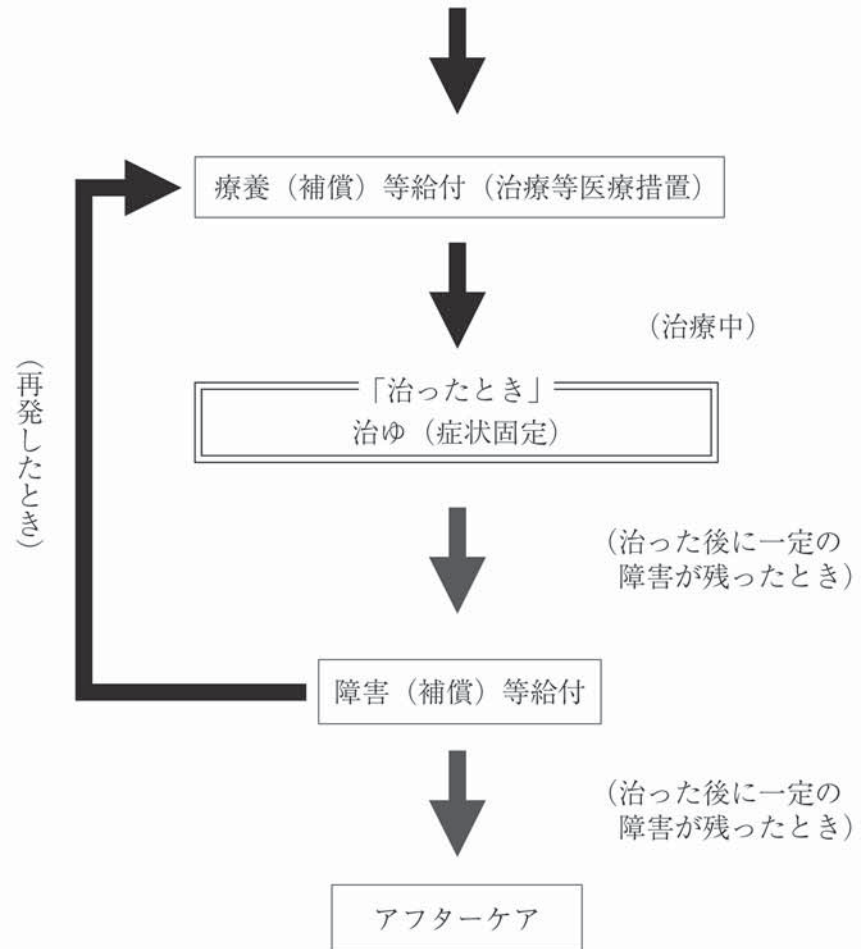
※ 客観的にみて最寄りにその傷病の診療に適した労災指定医療機関等があるにもかかわらず、特別の事情もなく恣意的に当該労災指定医療機関等より遠方の医療機関に通院するような場合の移送費は、支給されません。

(イ) 被災労働者の住居地又は勤務地から片道2 km未満の通院であっても、被災労働者の傷病の状態からみて、交通機関を利用しなければ通院することが著しく困難であると認められる場合には、その診療に適した労災指定医療機関等への通院も対象となります。

〔労災保険の療養に関する給付の流れ〕

労災保険の療養に関する給付の流れは、次のようになっています。

業務災害等・通勤災害



アフターケア制度について

目 次

I	アフターケアとは	111
II	アフターケアの対象傷病名及び傷病コード	111
III	アフターケアの手続	112
IV	アフターケアに要する費用の算定方法	112
V	アフターケア委託費の請求について	115
VI	アフターケア委託費請求にあたっての留意事項	115
VII	アフターケア手帳について	119
VIII	傷病別アフターケアについて	120
IX	様式	149
	アフターケア手帳	149
	アフターケア委託費請求書	151
	アフターケア委託費請求内訳書	152

I アフターケアとは

アフターケアとは、労災保険の社会復帰促進事業の一環として、被災労働者の労働能力の維持・回復を図り、円滑な社会生活への復帰を援助するものです。

具体的に、傷病の特質から、「治ゆ」（症状固定）後においても後遺症状に動揺を来したり、後遺症状に付随する症状を発症させるおそれがある下記の傷病に罹患した者に対して、予防その他保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤の支給等を行うものです。

このアフターケアは、都道府県労働局長が交付する「**アフターケア手帳**」を労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター及び労災指定医療機関に提示することにより受けることができます。令和5年4月より、「健康管理手帳」から「アフターケア手帳」に名称変更となりました。なお、旧名称「健康管理手帳」も引き続き使用することができます。

II アフターケアの対象傷病名及び傷病コード

アフターケア委託費請求内訳書には、対象となるアフターケア傷病コードを記入することとなっていますが、頭頸部外傷症候群等、尿路系障害、慢性肝炎、虚血性心疾患等、脳の器質性障害及び循環器障害に係るアフターケア傷病コードについては各傷病内における区分ごとに番号を付与しています（【 】内の番号）ので、該当する傷病コードをアフターケア委託者請求内訳書に記入してください。

傷病コード	傷病名	有効期限	更新	診断書	更新期間
00	炭鉱災害一酸化炭素中毒	3年	○	○	1年
01	せき髄損傷	3年	○	×	5年
05	白内障等の眼疾患	2年	○	○	1年
06	振動障害	2年	○	○	1年
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年	○	○	1年
08	人工関節・人工骨頭置換	3年	○	×	5年
09	慢性化膿性骨髓炎	3年	○	○	1年
11	尿路系腫瘍	3年	○	○	1年
14	外傷による末梢神経損傷	3年	○	○	1年
15	熱傷	3年	○	○	1年
16	サリン中毒	3年	○	○	1年
17	精神障害	3年	○	○	1年
19	呼吸機能障害	3年	○	○	1年
20	消化器障害	3年	○	○	1年
頭頸部	21 頭頸部外傷症候群	2年	×	—	×
	22 頸肩腕障害				
	23 腰痛				
尿路系	24 尿道狭さく及び尿路変向術後	3年	○	○	1年
	25 代用膀胱造設後				

肝炎	26	HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染	3年	○	○	1年
	27	HBe抗原陰性				
虚血性	28	虚血性心疾患	3年	○	○	1年
	29	ペースメーカー及び除細動器	3年	○	×	5年
脳の器質性障害	30	一酸化炭素中毒（00以外）	2年	○	○	1年
	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	○	○	1年
	34	有機溶剤中毒等				
循環器	35	弁損傷及び心膜病変	3年	○	○	1年
	36	人工弁置換後	3年	○	×	5年
	37	人工血管置換後				

Ⅲ アフターケアの手続

アフターケア対象者が受診する際には、その都度、アフターケア手帳（149ページ）を医療機関に提出することになっていますので、医療機関において手帳裏面のアフターケア記録欄にその結果を記入してください。

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（151ページ）により、医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長あて請求することにより支払われます。

Ⅳ アフターケアに要する費用の算定方法

費用の算定方法

アフターケアに要する費用の額の算定方法は、労災診療費算定基準（昭和51年1月13日付け基発第72号）に準拠しますが、次の項目に留意して下さい。

なお、労災診療費算定基準及び診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）別表第1 医科診療報酬点数表（以下「健保点数表」という。）及び別表第3 調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）が改定されたときは、改定後の額とします。

1 診察

- (1) 労災診療費算定基準に定める「初診料」又は「再診料」の額若しくは健保点数表に定める「外来診療料」の点数に労災診療費算定基準に定める単価（以下「労災診療単価」という。）を乗じて得た額とします。
- (2) 治癒後、療養を行っていた医療機関において引き続きアフターケアを受ける場合、アフターケアにおける最初の診療については、労災診療費算定基準に定める「再診料」又は健保点数表に定める「外来診療料」を算定します。

- (3) 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。

2 保健指導

- (1) 健保点数表に定める「特定疾患療養管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- (2) 月2回の算定を限度とします。
- (3) 許可病床数が200床以上の病院においては、算定できません。
- (4) 同一医療機関において、2以上の診療料にわたりアフターケアを受けている場合には、主な対象傷病に係るアフターケアに対してのみ算定します。

3 保健のための処置

- (1) 処置（保健のための薬剤の支給を含む。）については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- ① 労災則第11条の規程により指定された薬局における薬剤の支給については、調剤点数表により算定した額とします。
- ② 傷病別実施要綱における「精神療法及びカウンセリング」については、健保点数表に定める「通院精神療法」又は「通院集団精神療法」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- なお、当該処置を実施した場合は、保健指導の費用は重ねて算定できません。
- ③ 傷病別実施要綱における「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬」の支給については、当該薬剤の費用と併せて健保点数表に定める「重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- (2) 処置（保健のための薬剤の支給を除く。）に伴い、保健のために必要な材料（以下「処置材料」という。）を支給した場合には、医療機関の購入単価を10円で除して得た点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。
- (3) 処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られます。よって、たとえ担当医の指示によるものであっても、薬局等から市販のガーゼ、カテーテルなどを対象者が自ら購入するものは、支給の対象となりません。
- (4) 自宅等で使用するためのカテーテルなどの支給に係る費用については、カテーテルなどの材料に係る費用のみを算定できるものであり、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。
- (5) 医療機関は、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算定に際しては、褥瘡の詳細、ガーゼの枚数及びサイズ等をレセプトの裏面に記載して下さい。

- (6) 傷病別実施要綱に定める薬剤の支給について、鎮痛剤に対する健胃消化薬（抗潰瘍薬を含む。）等医学的に併用することが必要と認められる薬剤を支給する場合には、その費用の算定ができます。

- (7) 抗てんかん薬、不整脈用剤（抗不整脈薬）及び健保点数表において特定薬剤治療管理料の対象として認められている向精神薬を継続投与する場合であって、当該薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合には、健保点数表に定める「特定薬剤治療管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額により、その費用の算定ができます。

なお、同一の者について1月以内に当該薬剤の血中濃度の測定及び投与量の管理を2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の測定及び投与量の管理を行ったときに算定して下さい。

- (8) 医療機関は、傷病別実施要綱において「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた処置（保健のための薬剤の支給を含む。）を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載して下さい。

4 検査

- (1) 検査については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

- ① 振動障害に係るアフターケアにおける「末梢循環機能検査」、「末梢神経機能検査（神経伝導速度検査を除く。）」及び「末梢運動機能検査」については、昭和56年9月2日付け補償課長事務連絡第40号「労災診療（振動障害）における検査料等の取扱いについて」に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

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

なお、当該定期チェックを実施した場合は、保健指導の費用を重ねて算定することはありません。

- ③ 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケアにおける「検査（健康診断）」については、次に掲げる点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

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

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

(2) 検査を行うにあたって使用される薬剤については、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とします。

(3) 医療機関は、傷病別実施要綱において「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた検査を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記載して下さい。

V 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、鳥取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。

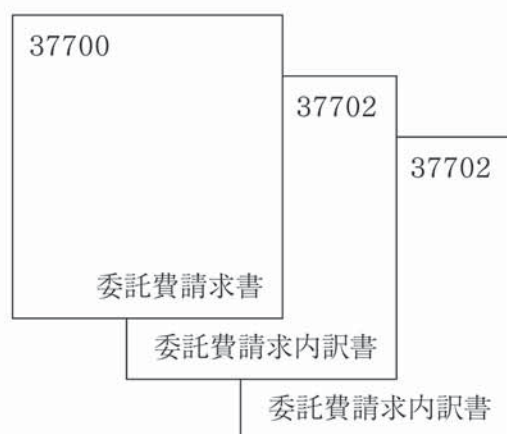
VI アフターケア委託費請求にあたっての留意事項

1 アフターケア委託費・内訳書等の提出方法

前月分までの費用の額を、「アフターケア委託費請求書」(実施要領様式第5号)及び「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)に記載の上、毎月10日までに鳥取労働局長に提出してください。

また、第1回目のアフターケア委託費請求書を提出する際には、アフターケア手帳のアフターケア対象者であることが確認できる部分の写しを添付してください。

※アフターケア請求は、診療費請求書及び診療費請求内訳書(レセプト)とは別の様式になっております。



→県内、県外を問わず一つに
まとめてアフターケア手帳
番号順にしてください。

2 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記載要領

(1) アフターケア委託費請求書(実施要領様式第5号)記載上の留意事項

「請求金額」欄 ……………全レセプトの合計金額を記入してください。

また、金額の頭には「¥」マークを記入してください。

※請求金額欄の訂正はできませんので、誤った場合は新たに作成してください。

「内訳枚数」欄 ……………添付されているレセプトの枚数を記入(続紙は含みません)。

「請求年」及び「請求月」欄…添付したレセプトのうち最新の受診年月を記入してください。

「請求年」欄の最初の欄には年号の番号を記入してください。

令和：9

「住所」「名称」欄……………病院又は診療所の住所名称を記入してください。

「代表者氏名」欄……………代表者の氏名を記入し、捺印してください。

(ご注意) 代表者の捺印が洩れているケースが多いので注意してください。

「電話番号」欄……………病院又は診療所の電話番号(照会連絡先)を記入してください。

(2) 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)記載上の留意事項

- ・内訳書は1回の診療ごとに1枚作成してください。
- ・病院又は診療所の名称を記入してください。
- ・傷病の経過については必ず記入してください。
- ・「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、レセプトの摘要欄もしくは傷病の経過欄に「特に必要と認められる」理由を具体的に記入してください。

「アフターケア手帳番号」欄

……………窓口で確認したアフターケア手帳のアフターケア手帳番号を記入してください。(手帳が更新されると番号が変更されますので確認願います。)

「診察年月日」欄……………診療年月日を記入してください。

最初の欄には年号の番号を記入してください。

令和：9

「検査年月日」欄……………検査・画像診断をした年月日を記入してください。

最初の欄には年号の番号を記入してください。

令和：9

※「診察年月日」「検査年月日」は同一日となります。

「前回の検査年月日」欄……………前回に行った検査年月日を記入してください。

「対象となるアフターケア傷病コード」欄

……………アフターケア委託費請求内訳書には、前記Ⅱの該当するアフターケア傷病コードを記入してください。

※委託費請求内訳書の裏面にも傷病コード表があります。

記 載 例 （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 ※管轄局 □ □	② ※受付年月日 7 平成 元号 □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日 9 令和 年・月・日はそれぞれ右詰め
③ 指定病院等の番号 3 1 0 0 0 0 1			
④ 請 求 金 額 金額の頭に¥マークを付けてください。 ¥ ¥ ¥ ¥ 5 6 8 4 0		⑤ 内訳書添付枚数 □ □ 3	
⑥ 請求年 7 平成 9 令和 9 6 年 7 月分		※修正欄 □ □ □ □ □ □ □ □	
内訳書の最新の年月を記入する。			
鳥 取 太 郎 ほ か 2 名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。			
上記の金額を請求します。			
令和 4 年 8 月 7 日			
郵便番号 6 8 0 - 8 5 2 2			
住 所 鳥取市富安2-89-9 (所在地)			
請 求 人 の 名 称 砂丘大山病院 (病院又は診療所)			
代表者氏名 院長 明智 光 秀			
電話番号 0 8 5 7 - 2 9 - 0 0 0 0			
鳥 取 労 働 局 長 殿		受付印	

Ⅶ アフターケア手帳について

被災労働者が都道府県労働局長に申請する「アフターケア手帳」の手続きは以下のとおりです。

1 手帳の更新

- (1) 申請の時期 手帳の有効期間が満了する1か月前まで
- (2) 申請先 所属事業場を管轄する都道府県労働局長
- (3) 提出書類 ・アフターケア手帳更新・再交付申請書
・アフターケア実施期間の更新に関する診断書（1通につき5,000円）

※「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」を作成した実施医療機関は、「アフターケア委託費請求内訳書」の診療内訳の「摘要」欄に「診断書料5,000円」と記載し、当該実施医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出してください。

2 有効期限満了時等の手帳の取扱い

手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期限が満了した場合、汚損等により再交付を受けた場合又は傷病の再発等により手帳が不要となった場合でも、手帳の返納は要しません。

ただし、都道府県労働局より返還を求められた場合を除きます。

VIII 傷病別アフターケアについて

〔01〕 せき髄損傷に係るアフターケア

○ 趣 旨

せき髄損傷者は、症状固定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等を必要とすることがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

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

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 褥瘡処置

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

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含みます。）

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

ウ 薬剤の支給

- ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）
尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方を対象とします。
- ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
- ③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬
- ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。）
重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。
- ⑤ 自律神経薬
- ⑥ 末梢神経障害治療薬
- ⑦ 向精神薬
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- ⑨ 整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 検 査

① 尿検査（尿培養検査を含みます。）	診察の都度、必要に応じて実施
② CRP検査	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（残尿測定検査を含みます。） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 ⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	1年に1回程度
⑥ 損傷せき椎及び麻痺域関節のエックス線、 CT、MRI検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

〔21・22・23〕 頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害により次の①～③に掲げる傷病に罹患した方で、労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）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
 - ① 頭頸部外傷症候群 〔21〕
 - ② 頸肩腕障害 〔22〕
 - ③ 腰痛 〔23〕
- ・ 障害等級第10級以下の障害（補償）給付を受けている方であっても、医学的に特に必要があると認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）

- ① 神経系機能賦活薬
- ② 向精神薬

頭頸部外傷症候群に限ります。

- ③ 筋弛緩薬
- ④ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）
- ⑤ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。）

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給するものです。

- (4) 検 査

エックス線検査	各傷病について必要と認められる部位について、1年に1回程度
---------	-------------------------------

○ アフターケア手帳の有効期間

交付日から起算して2年間とします。

なお、手帳の更新はできません。

〔24・25〕 尿路障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害により、尿道狭さくの障害を残す方又は尿路変向術を受けた方〔24〕または代用膀胱を造設された方〔25〕で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1～3か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置

ア 尿道ブジー（誘導ブジーを含みます。）

(ア) シャリエ式尿道ブジー第20番が辛うじて通り、時々拡張術を行う必要があるものの回数は、1～4か月に1回程度とします。

(イ) シャリエ式尿道ブジー第16番程度又は第19番程度により拡張術を要するものの回数は、目標番数（通常は20番）に達するまでの3～6か月は週1回程度とし、目標番数に達した後は、1～4か月に1回（尿道の状態確認のための尿道ブジー）とします。

(ウ) シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下のブジーにより拡張術を要するものの回数は、上記(イ)と同様とします。

(エ) 糸状ブジーが辛うじて通るものは、再発として扱う（別途労災手続が必要）ものです。

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含みます。）

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

ウ 薬剤の支給

①～⑤の薬剤については、尿道ブジー及び尿路処置の実施の都度、必要に応じて1週間分程度支給することができます。

① 止血薬

② 抗菌薬（抗生物質を含みます。）

③ 自律神経薬

④ 鎮痛・消炎薬

⑤ 尿路処置用外用薬

⑥ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

(4) 検 査

① 尿検査（尿培養検査を含む。）	1 ～ 3 か月に 1 回程度
② 末梢血液一般・生化学的検査 ③ CRP検査	1 年に 2 回程度
④ エックス線検査 ⑤ 腹部超音波検査	1 年に 1 回程度
⑥ CT検査	代用膀胱を造設した方〔25〕に対し、 1 年に 1 回程度

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して 3 年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間とします。

〔26・27〕 慢性肝炎に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害によりウイルス肝炎にり患した方で、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（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察

ア HBe抗原陽性の方及びC型肝炎ウイルスに感染している方〔26〕は、原則として1か月に1回程度

イ HBe抗原陰性の方〔27〕は、原則として6か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 検 査

① 末梢血液一般検査	6 か月に 1 回程度
② 生化学的検査	(ア) HBe抗原陽性者及びC型肝炎ウイルス感染者は、1 か月に 1 回程度 (イ) HBe抗原陰性者は、6 か月に 1 回程度
③ 腹部超音波検査	6 か月に 1 回程度
④ B型肝炎ウイルス感染マーカー ⑤ HCV抗体 ⑥ HCV-RNA同定（定性）検査 ⑦ AFP（ α -フェトプロテイン） ⑧ PIVKA-II ⑨ プロトロンビン時間検査 ⑩ CT検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔05〕 白内障等の眼疾患に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

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

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 睫毛拔去

眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な方に対して行うものです。

イ 薬剤の支給

- ① 外用薬
- ② 眼圧降下薬

(4) 検 査

① 矯正視力検査 ② 屈折検査 ③ 細隙燈顕微鏡検査 ④ 前房隅角検査 ⑤ 精密眼圧測定 ⑥ 精密眼底検査 ⑦ 量的視野検査	診察の都度、必要に応じて実施
--	----------------

○ アフターケア手帳の有効期間

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

(06) 振動障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

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

○ 措 置 範 囲

(1) 診 察……原則として1か月に2～4回程度（寒冷期においては、医師の意見を踏まえその必要とする回数）

(2) 保 健 指 導……診察の都度

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

(3) 保健のための処置

ア 理学療法……必要と認められる場合

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

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（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

- | | |
|--|---------|
| <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> (i) 常温下皮膚温・爪圧迫検査 (ii) 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査 ④ 末梢神経機能検査 <ol style="list-style-type: none"> (i) 常温下痛覚・振動覚検査 (ii) 冷水負荷痛覚・振動覚検査 (iii) 神経伝導速度検査（遅発性尺骨神経麻痺の場合に限ります。） ⑤ 末梢運動機能検査
握力の検査 | 1年に1回程度 |
|--|---------|

⑥ 手関節及び肘関節のエックス線検査	放射線による身体的影響を考慮して必要と認められる方に限り、2年に1回程度
--------------------	--------------------------------------

○ **アフターケア手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して2年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

(07) 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

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

○ 措 置 範 囲

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

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、CT、MRI等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ アフターケア手帳の有効期間

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

〔08〕 人工関節・人工骨頭置換に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害により、人工関節及び人工骨頭を置換した方で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（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

○ 措 置 範 囲

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

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 CRP検査	1年に2回程度
④ シンチグラム検査	医学的に特に必要と認められる場合に 限ります。

○ アフターケア手帳の有効期間

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

〔09〕 慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害による骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方であって、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措 置 範 囲

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

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	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	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ アフターケア手帳の有効期間

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

〔28・29〕 虚血性心疾患等に係るアフターケア

○ 趣 旨

虚血性心疾患にり患した方〔28〕及びペースメーカ又は除細動器（以下「ペースメーカ等」といいます。）を植え込んだ方〔29〕は、症状固定後においても、狭心症、不整脈あるいは心機能障害が残存することが多く、また、植え込んだペースメーカ等は、身体条件の変化や機器の不具合等により不適正な機器の作動が生じるおそれがあることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

(1) 虚血性心疾患にり患した方

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

(2) ペースメーカ等を植え込んだ方

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

○ 措 置 範 囲

(1) 診 察

ア 虚血性心疾患にり患した方〔28〕は、原則として1か月に1回程度

イ ペースメーカ等を植え込んだ方〔29〕は、原則として1～3か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ペースメーカ等の定期チェック

ペースメーカ等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標の計測とともに、アフターケア上必要な指導を行うため、6か月～1年に1回程度実施するものとします。

イ 薬剤の支給

- ① 抗狭心症薬
- ② 抗不整脈薬
- ③ 心機能改善薬
- ④ 循環改善薬（利尿薬を含みます。）
- ⑤ 向精神薬

(4) 検 査

ア 虚血性心疾患にり患した方〔28〕

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	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

イ ペースメーカ等を植え込んだ方〔29〕

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）	1 ～ 6 か月に1回程度
④ 胸部エックス線検査	6 か月に 1 回程度
⑤ ホルター心電図検査	1 年に 1 回程度
⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して 3 年間とします。

(2) 更新による再交付

ア 虚血性心疾患にり患した方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間とします。

イ ペースメーカ等を植え込んだ方

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 5 年間とします。

〔11〕 尿路系腫瘍に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務に起因する尿路系腫瘍にり患し、労災保険法による療養補償給付を受けている方で、この尿路系腫瘍が症状固定したと認められる方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

① 再発予防のための抗がん薬

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

② 抗菌薬（抗生物質を含みます。）

(4) 検 査

① 尿検査（尿培養検査を含みます。） 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 CT検査	3～6か月に1回程度

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔30・31・32・33・34〕 脳の器質性障害に係るアフターケア

○ 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ことから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

- ・ 業務災害又は通勤災害により次の①～⑤に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方で、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
 - ① 外傷による脳の器質的損傷 〔31〕
 - ② 一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除きます。） 〔30〕
 - ③ 減圧症 〔32〕
 - ④ 脳血管疾患 〔33〕
 - ⑤ 有機溶剤中毒等（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含みます。）を除きます。） 〔34〕
- ・ 障害等級第10級以下の障害（補償）給付を受けている方であっても、医学的に特に必要があると認められる方

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として、症状固定後2年を限度として、1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリング

アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 四肢麻痺等が出現した方については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の処置及び処置に伴う必要な材料の支給を行うことができます。

① 褥瘡処置

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

② 尿路処置（導尿、膀胱洗浄留置カテーテル設置・交換を含みます。）

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

ウ 薬剤の支給

- ① 神経系機能賦活薬
- ② 向精神薬
- ③ 筋弛緩薬
- ④ 自律神経薬

⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

⑥ 抗パーキンソン薬

⑦ 抗てんかん薬

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

⑧ 循環改善薬（鎮痙薬、血管拡張薬及び昇圧薬を含みます。）

血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給するものです。

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給することができます。

① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）

尿路感染者、尿路感染のおそれのある方及び褥瘡のある方を対象とします。

② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。）

重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。

⑤ 末梢神経障害治療薬

⑥ 整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 脳波検査 ④ 心理検査	1年に1回程度
⑤ 視機能検査（眼底検査等も含みます。）	1年に1回程度（眼に関する病訴は、対象傷病による調節障害もありますが、業務上の事由又は通勤による疾病以外の疾病等によるものも少なくないため、これとの鑑別上必要な場合に実施するものとします。）
⑥ 前庭平衡機能検査	1年に1回程度（めまい感又は身体平衡障害の病訴のある方に対して必要な場合に実施するものとします。）
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	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

上記のほか、四肢麻痺等が出現した者については、褥瘡処置及び尿路処置が必要となることから、必要に応じて次の検査をそれぞれの範囲内で行うことができます。

① 尿検査（尿培養検査を含みます。）	診察の都度、必要に応じて実施
② CRP検査	1年に2回程度
③ 膀胱機能検査（残尿測定検査を含みます。） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 ④ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査	1年に1回程度
⑤ 麻痺域関節のエックス線、CT、MRI等検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

ア 外傷による脳の器質的損傷、一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除きます。）及び減圧症に罹患した方 **〔31・30・32〕**

交付日から起算して2年間とします。

イ 脳血管疾患及び有機溶剤中毒等（一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを含みます。）を除きます。）に罹患した方 **〔33・34〕**

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔14〕 外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害による外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も複合性局所疼痛症候群（CRPS）、反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）又はカウザルギー）もしくは末梢神経障害性疼痛等による激しい疼痛が残存する方で、神経系統の障害について労災保険法による障害等級第12級以上の障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した者に限ります。）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。

ただし、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。

○ 措置範囲

(1) 診 察…… 1 か月に 1 ～ 2 回程度

(2) 保健指導……診察の都度

(3) 保健のための処置

ア 注射

1 か月に 2 回を限度として神経ブロックを行うことができます。

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

イ 薬剤の支給

① 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

② 末梢神経障害治療薬

③ 神経障害性疼痛治療薬

④ 向精神薬

（疼痛の治療に効果が認められている薬剤（三環系抗うつ剤等）に限ります。）

(4) 検 査

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 骨シンチグラフィ検査	医学的に特に必要と認められる場合に限り、1 年に 2 回程度

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して 3 年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して 1 年間とします。

〔15〕 熱傷に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害による熱傷の傷病者であって、醜状障害として障害等級第14級以上の障害(補償)給付を受けている方又は受けると見込まれる方(症状固定した者に限ります。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

- (1) 診 察…… 1 か月に 1 回程度
- (2) 保健指導……診察の都度
- (3) 保健のための処置(薬剤の支給)
 - ① 鎮痛・消炎薬(外用薬を含みます。)
 - ② 血行促進剤(外用薬を含みます。)
 - ③ 抗菌薬(外用薬を含みます。)
 - ④ 皮膚保湿剤
 - ⑤ 皮膚保護剤
 - ⑥ 抗アレルギー薬
 - ⑦ 末梢神経障害治療薬
 - ⑧ 神経障害性疼痛治療薬

(4) 検 査

- | | |
|-----------------|------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 | 1 年に 1 回程度 |
| ② 尿検査 | |

○ アフターケア手帳の有効期間

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

〔16〕 サリン中毒に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害（「いわゆる「地下鉄サリン事件」」によりサリンに中毒した方で、労災保険法による療養（補償）給付を受けて、サリン中毒が症状固定した方のうち、次の①～④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であると認められる方

- ① 縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害
- 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

○ 措 置 範 囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

- (ア) 後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる方について、専門の医師による精神療法及びカウンセリングを行うことができます。
- (イ) アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 薬剤の支給

- ① 点眼薬
- ② 神経系機能賦活薬
- ③ 向精神薬
- ④ 自律神経薬
- ⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 視機能検査（眼底検査を含みます。） 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	1年に2回程度
---	---------

○ **アフターケア手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔17〕 精神障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方は、症状固定後においてもその後遺症状について増悪の予防その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行うものです。

○ 対 象 者

業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方で、労災保険法による療養補償給付を受けて、この精神障害が症状固定した方のうち、次の①～④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であると認められる方

- 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

○ 措置範囲

- (1) 診 察……原則として1か月に1回程度
- (2) 保 健 指 導……診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法及びカウンセリングの実施

- (ア) 後遺症状として気分の障害又は慢性化した幻覚性の障害若しくは慢性化した妄想性の障害があると認められる者については、診察の都度、必要に応じて専門の医師による精神療法及びカウンセリングを行うことができます。
- (イ) アフターケアとして実施する精神療法及びカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置であることから、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 薬剤の支給

- ① 向精神薬
- ② 神経系機能賦活薬

(4) 検 査

① 心理検査	1年に2回程度
② 脳波検査、CT、MRI検査	
③ 末梢血液一般・生化学的検査	向精神薬を使用している場合に、 1年に2回程度

○ アフターケア手帳の有効期間

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

〔35・36・37〕 循環器障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

(1) 心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方又は人工弁に置換した方〔35・36〕

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〔35〕又は人工弁に置換した方〔36〕で、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受ける見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

(2) 人工血管に置換した方〔37〕

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

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1～3か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

① 抗不整脈薬

② 心機能改善薬

③ 循環改善薬（利尿薬を含みます。）

④ 向精神薬

心臓弁を損傷した者及び人工弁に置換した方に対し支給するものです。

⑤ 血液凝固阻止薬

人工弁又は人工血管に置換した方に対し支給するものです。

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	1～6か月に1回程度
③ 心電図検査（安静時及び負荷検査） ④ エックス線検査	3～6か月に1回程度
⑤ 心音図検査	人工弁に置換した方に対し、3～6か月に1回程度
⑥ 心臓超音波検査	人工弁又は人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度
⑦ CRP検査	人工弁又は人工血管に置換した方に対し、1年に2回程度

⑧ 脈波図検査	人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度
⑨ CT又はMRI検査	人工血管に置換した方に対し、医学的に特に必要と認められる場合に限り ます。

○ **アフターケア手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

ア 心臓弁を損傷した方及び心膜の病変を残す方 **〔35〕**

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

イ 人工弁又は人工血管に置換した方 **〔36・37〕**

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とします。

〔19〕 呼吸機能障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

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

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

特に喫煙者に対しては、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導するものとします。
私病であるニコチン依存症の治療を行うことはできません。

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

- ① 去痰薬
- ② 鎮咳薬
- ③ 喘息治療薬
- ④ 抗菌薬（抗生物質を含みます。）
- ⑤ 呼吸器用吸入薬及び貼付薬
- ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② CRP検査 ③ 喀痰細菌検査 ④ スパイログラフィー検査 ⑤ 胸部エックス線検査	1年に2回程度
⑥ 血液ガス分析	1年に2～4回程度
⑦ 胸部CT検査	1年に1回程度

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔20〕 消化器障害に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

業務災害又は通勤災害により、消化吸収障害等を残す方又は消化器ストマを造設した方であって、労災保険法による障害（補償）給付を受けている方又は受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ストマ処置

イ 外瘻の処置

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

ウ 自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ 薬剤の支給

① 整腸薬、止瀉薬

② 下剤、浣腸薬

③ 抗貧血用薬

④ 消化性潰瘍用薬

逆流性食道炎が認められる場合に支給するものです。

⑤ 蛋白分解酵素阻害薬

⑥ 消化酵素薬

⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含みます。）

⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含みます。）

(4) 検 査

① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査	3か月に1回程度
③ 腹部超音波検査 ④ 消化器内視鏡検査（ERCPを含みます。） ⑤ 腹部エックス線検査 ⑥ 腹部CT検査	医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ **アフターケア手帳の有効期間**

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

〔00〕 炭鉱災害による一酸化炭素中毒に係るアフターケア

○ 趣 旨

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

○ 対 象 者

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

○ 措置範囲

(1) 診 察……原則として1か月に1回程度

(2) 保 健 指 導……診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

- ① 脳機能賦活薬
- ② 向精神薬
- ③ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含みます。）
- ④ 鎮痛薬
- ⑤ 血管拡張薬
- ⑥ 抗パーキンソン薬
- ⑦ 抗痙攣薬
- ⑧ 内服昇圧薬

(4) 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	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 CT、MRI検査	①～③の検査の結果、医学的に特に必要と認められる場合に限ります。

○ アフターケア手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とします。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間とします。

Ⅸ 様式

291

番 号 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">カ ナ</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏 名</td> <td></td> </tr> </table> 生年月日 住所 手帳有効期限 _____ 労働局長 印	カ ナ		氏 名		労働保険番号 被災時の所属事業場 名称 所在地 被災年月日 療養期間 療養開始 症状固定（治ゆ） 障害等級 第 級 症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態
カ ナ					
氏 名					

注 意 事 項	
--	------------------------------------

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

@

アフターケア記録

③

⑤

⑤

※標準
字体

0123456789

アフターケア委託費請求書

帳票種別 37700	※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 指定病院等の番号 			
④ 請 求 金 額 百万 千 円 金額の頭に¥マークを付けてください。		⑤ 内訳書添付枚数 	
⑥ 請求年 令和 年 月 分		⑦ 請求月 令和 年 月 分	
※修正欄 			

_____ ほか _____ 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 _____

住 所
(所在地)

請 求 人 の
(病院又は診療所)

名 称

代表者氏名

電話番号 _____

受 付 印

労 働 局 長 殿

※印の欄は記入しないでください。

アフターケア委託費請求内訳書

—152—

二次健康診断等給付について

1 二次健康診断等給付とは

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法第66条第1項または同条第5項但書の規定による健康診断のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」という。）において、脳・心臓疾患に関連する一定の項目について異常の所見があると診断された場合に、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健指導を給付するものです。

2 健診給付医療機関

二次健康診断等給付は、労災病院及び都道府県労働局長が指定する「健診給付医療機関」で受けることができます。

- ① 指定期間は指定の日から3年間で、健診給付医療機関から別段の申し出がないときには、指定がその都度更新されます。
- ② 次の事由が生じたときには、「労災保険二次健康診断等給付医療機関変更届」（様式第6号）により鳥取労働局長に届け出るようになります。
 - ・ 健診給付医療機関の代表者に異動があったとき
 - ・ 名称または所在地に変更があったとき
 - ・ 指定申請の際に提出した「病院（診療所）施設等概要書」に記載した重要事項その他鳥取労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

3 給付の内容

(1) 要件

- ① 一次健康診断の結果、異常が認められること
一次健康診断において、次のすべての検査項目において「異常の所見」があると診断されていること
 - ア 血圧検査
 - イ 血中脂質検査項目のいずれか1つ以上
 - ・ 低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）
 - ・ 高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）
 - ・ 血清トリグリセライド（中性脂肪）
 - ウ 血糖検査
 - エ 腹囲の検査又はBMI（肥満度）の測定
- ② 脳・心臓疾患の症状を有していないこと
- ③ 特別加入者、及び船員保険の対象でないこと

(2) 給付回数等

- ・ 1年度内（4月1日から翌年の3月31日までの間）に1回限り受けることができます。
- ・ 一次健康診断の受診日から3か月以内の請求になります。

(3) 二次健康診断の検査内容

- ① 空腹時血中脂質検査
空腹時に血液を採取し、食事による影響を排除した低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライド（中性脂肪）の量により血中脂質を測定する検査

② 空腹時血糖値検査

空腹時に血液を採取し、食事による影響を排除した血中グルコースの量（血糖値）を測定する検査

③ ヘモグロビンA1c（エーワンシー）検査

食事による一時的な影響が少なく、過去1～2か月間の平均的な血糖値を表すとされているヘモグロビンA1cの割合を測定する検査

※ 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、二次健康診断給付においては当該検査は支給できません。

④ 負荷心電図検査または胸部超音波検査（心エコー検査）

・負荷心電図検査

階段を上り下りしたり、ベルトコンベアの上を歩くなどの運動により心臓に負荷を加えた状態で、心電図を計測する検査

・胸部超音波検査

超音波探触子を胸壁に当て、心臓の状態を調べる検査

※ 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ります。

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。

⑤ 頸部超音波検査（頸部エコー検査）

超音波探触子を頸部にあて、脳に入る動脈の状態を調べる検査

⑥ 微量アルブミン尿検査

尿中のアルブミン（血清中に含まれるタンパク質の一種）の量を精密に測定する検査

※ 一次健康診断において、尿蛋白検査の所見が擬陽性（±）又は弱陽性（+）の場合に限り、二次健康診断等において微量アルブミン尿検査を支給できます。

※ 微量アルブミン尿検査については「定量」により実施すること。

(4) 特定保健指導

特定保健指導については「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること。

二次健康診断の結果に基づき、脳・心臓疾患の発症の予防を図るため医師又は保健師の面接により、次の指導のすべてを行います。

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

① 栄養指導

適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導

② 運動指導

必要な運動の指針を示す指導

③ 生活指導

飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に関する指導

(5) 留意事項

① 二次健康診断の検査項目以外の検査及び特定保健指導の指導項目以外の指導を行わないこと

② 二次健康診断の検査項目及び行う特定保健指導は指導項目のすべてを行うこと

- 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、並びに血液及び尿の成分の分析以外については、健診給付医療機関で行うこと

4 給付請求の方法

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）に必要事項を記入し、一次健康診断の結果を証明できる書類を添付して、健診給付医療機関を経由して、労働者が所属する事業場を所轄する都道府県労働局長に提出してください。

5 給付費用の請求方法

健診給付医療機関は、算定した毎月分の健診費用の額を記載し、「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）に「二次健康診断等費用請求内訳書」（二機様式第2号）及び一次健康診断の結果を証明できる書類を添付して、健診給付医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出してください。

健診費用の算定

健診給付医療機関が二次健康診断等給付に要した費用の額は、次の表により算定します。

検 査 項 目		検査の有無（有：1 無：3）							
⑪	空腹時血中脂質検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑫	空腹時血糖値検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑬	ヘモグロビンA1c検査	1	3	1	3	1	3	1	3
⑭	1 負荷心電図検査 (四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導)	3	3	3	3	1	1	1	1
	3 胸部超音波検査 (経胸壁心エコー法)								
⑮	頸 部 超 音 波 検 査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑯	微量アルブミン尿検査 (定 量)	1	1	3	3	1	1	3	3
⑰	1 特定保健指導を 行った場合(円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	22,612
	3 特定保健指導を 行わない場合(円)	25,132	23,044	23,500	21,412	19,132	17,044	17,500	15,412

(令和2年8月1日実施分より適用)

<留意事項>

1 ヘモグロビンA1c検査について

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

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

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

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

3 微量アルブミン尿検査について

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

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書

帳票種別 38700	※修正項目番号 	①健診給付病院等の番号 	9令和	②※受付年月日 1～9年・月・日はそれぞれ右へ
--	---	---	-----	---

③ 請 求 金 額 百 千 円 金額の頭に¥マークを付けてください。	④内訳書添付枚数 枚
--	---

⑤請求年
 元号 年

⑥請求月
 月分

※修正欄

____ ほか _____ 名に対する二次健康診断等費用の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

郵便番号 —

住 所
(所在地) _____

請 求 人 の 名 称
(病院又は診療所) _____

責任者氏名

____ 労働局長 殿 電話番号 — —

受付印

※印の欄は記入しないでください。

二次健康診断等費用請求内訳書

二機様式第2号

(都道府県労働局提出用)

健康給付 病院等の 番 号		健康給付 病院等の 名 称	
振 票 種 別 3 8 7 0 1		※修正項目番号 0 0	
② 労働保険番号 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 扶 養 号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		① 支払額 万 千 百 十 円 0 0 0 0 0	
④ 労働者の氏名(カナ)：姓と名の間は1文字あけてください。 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		③ 増減コード及び増減額 万 千 百 十 円 増 減 0 0 0 0 0	
⑦ 労働者の生年月日 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 元 年 月 日 1～9月は右へ→ 1～9月は右へ→ 1～9月は右へ→ 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		⑤ 増減理由 ⑥ 処理区分 0 0 0 0	
⑨ 請求額 万 千 百 十 円 0 0 0 0 0		⑧ 決定年月日 9 令和 元 年 月 日 0 0 0 0 0 0	
事 の 業 名 称 事 の 業 場 所 の 所 在 地 都 道 府 県 郡 区 市			
検査項目1	⑪ 空腹時血中脂質検査 1 有 3 無 0 ※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。		
検査項目2	⑫ 空腹時血糖値検査 1 有 3 無 0 ※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。		
検査項目3	⑬ ヘモグロビンA1c検査 1 有 3 無 0 ※ 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ください。		
検査項目4	⑭ 負荷心電図検査又は胸部超音波検査(心エコー検査) 1 負荷心電図 3 胸部超音波 0 ※ 1又は3のいずれか一方の検査を行ってください。		
検査項目5	⑮ 頸部超音波検査(頸部エコー検査) 1 有 3 無 0 ※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。		
検査項目6	⑯ 微量アルブミン尿検査 1 有 3 無 0 ※ 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ください。		
⑰ 特定保健指導 1 有 3 無 0 ※ 二次健康診断において、脳又は心臓疾患の症状が認められない者に限り行ってください。			
⑱ 脳又は心臓疾患の症状の有無 1 有 3 無 0 ※ 受診者に当該症状が認められるか否かの確認を行ってください。			
修 正 欄 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			

職員記入欄

職員記入欄

二次健康診断等給付請求書

読んだ上で、記入してください。

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ニ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ン
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	ロ	ン
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ン

※ 帳票種別		① 管轄局		② 帳票区分		③ 保留		④ 受付年月日	
38530				無新規 1 移行		1			
⑤ 労働保険番号		府 県 所 掌 管 轄		基 幹 番 号		枝 番 号		⑥ 処理区分	
								※	
								⑦ 支給・不支給決定年月日	
								1 3か月超 3 産業医等 5 1及び3	
⑧ 特例コード									
⑨ 性別		⑩ 労働者の生年月日		⑪ 一次健康診断受診年月日		⑫ 二次健康診断受診年月日			
1 男 3 女		3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和		7 平成 9 令和		7 平成 9 令和			
		1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ		1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ		1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ			
⑬ 労働者の氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。									
氏 名 (歳)									
フリガナ									
住 所									
⑭ 郵便番号									
一次健康診断 (直近の定期健康診断等) における以下の検査結果について記入してください。 (以下の⑭、⑮、⑯及び⑰の異常所見について、すべて「有」の方が二次健康診断等給付を受けることができます。)									
⑭ 血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。)		⑮ 血中脂質検査における異常所見 (高い場合に限る。ただし、HDLコレステロールについては、低い場合に限る。)		血 糖 検 査		⑯ 腹囲又はBMI (肥満度) の測定における異常所見 (高い場合に限る。)		⑰ 尿蛋白検査についての所見	
1 有 3 無		1 有 3 無		⑯ 検査方法 1 血糖値検査 3 ヘモグロビンA1c検査		⑯ 異常所見 (高い場合に限る。)		1 有 3 無	
				1 有 3 無		1 有 3 無		1 有 3 無	
								1 有 3 無	
								1 有 3 無	
二次健康診断等実施機関の 名 称 電話() -									
所在地 〒 -									
⑱の期日が⑪の期日から3か月を超えている場合、その理由について、該当するものを○で囲んでください。 イ 天災地変により請求を行うことができなかった。 ハ その他 (理由:) ロ 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。									
⑲の者について、⑪の期日が一次健康診断の実施日であること及び添付された書類が⑪の期日における一次健康診断の結果であることを証明します。									
事業主証明欄									
事業の名称 電話() -									
事業場の所在地 〒 -									
事業主の氏名									
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)									
労働者の所属事業場の名称・所在地 電話() -									
上記により二次健康診断等給付を請求します。									
労働局長 殿									
請求年月日 7 平成 9 令和									
1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ									
請求人の 住 所 電話() -									
氏 名									
支 給 決 定 決 議 書									
局 長 部 長 課 長									
調査年月日									
復命書番号 第 号									
決定年月日									
不支給理由									

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(この欄は記入しないでください。)

一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断した場合、当該産業医等が新たに異常の所見があると診断した項目について、該当するものを○で囲んでください。

イ 血圧

ロ 血中脂質

ハ 血糖値

ニ 腹囲又はBMI（肥満度）

異常の所見があると診断

した産業医等の氏名

[注意]

- 1 ☐ ☐ ☐ で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字

読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲み（⑨及び⑭から⑳までの事項並びに⑩、⑪、⑫及び㉑の元号については、該当番号を記入枠に記入すること。）、※印のついた記入欄には記入しないでください。

- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式表面右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入してください。

- 4 「一次健康診断」とは、直近の定期健康診断等（労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書の規定による健康診断のうち、直近のもの）をいいます。

- 5 ⑫は、実際に二次健康診断を受診した日（複数日に分けて受診した場合は最初に受診した日）を、また、㉑は、二次健康診断等給付を請求した日（二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日）をそれぞれ記入してください。

- 6 ⑭から⑳までの事項を証明することができる一次健康診断の結果を添えてください。

- 7 「二次健康診断等実施機関の名称及び所在地」の欄については、実際に二次健康診断等を受診した医療機関の名称及び所在地を記載してください（胸部超音波検査（心エコー検査）又は頸部超音波検査（頸部エコー検査）を別の医療機関で行った場合、当該医療機関については記載する必要はありません。）。

- 8 「労働者の所属事業場の名称・所在地」の欄については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

- 9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2第1項に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師をいいます。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			() -



この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。