

令和7年度 労災診療費算定実務研修会 労災保険制度及び労災診療費算定における留意事項

1 労災診療費算定等における留意点について

診療費等請求の審査では、診療行為の確認、医薬品の確認、医療材料の確認、労災固有部分等を審査・確認を行っており、医学的事項については審査委員会で審査を実施しています。その結果、査定となる場合もありますのでご了承ください。

(1) 傷病名について

- ① 労働災害（通勤災害）が原因で負傷（発病）した傷病名はすべて記入してください。但し、検査や投薬のための疑い病名等は不要ですので、検査や投薬の施行理由や医学的な必要性等について「傷病の経過欄」などに記載してください。
- ② 既存の傷病名（労災の傷病と因果関係が認められない私病等）は記載しないでください。（糖尿病、高血圧症などの私病や既存疾患に関する検査、診療は算定できません）。
- ③ 継続分の請求にて傷病名を追加した際は、追加理由を「傷病の経過欄」などに記載してください。
- ④ 治療継続中に労災傷病からの続発症状（不眠症や便秘症等）が出現し、係る療養がなされた場合には、当該傷病名に「続発症」の表示をしてください。
- ⑤ 傷病名が「全身打撲」については、傷病名として不適当ですので、具体的に部位を特定した傷病名を記載してください。

(2) 「傷病の経過」欄について

記載がなく空白となっていることが時々あるので、必ずご記入ください。

記載欄が不足する場合は、摘要欄に続きを記載するか、「別紙のとおり」として、別紙を作成していただいても構いません。

他の項目でも「～理由を「傷病の経過欄」に記載してください。」と記載しているとおり、傷病名と一致しない、或いは傷病名の記載がない等の各種検査や画像撮影、薬剤投与など、どのような医学的必要性があつて、検査等を行った・薬剤を処方したのか詳記がないものがあります。

理由の記載がない→検査や投薬等の医学的必要性が不明→事由不明であり、結果不適切のため査定（減額）

となります。詳記の記載がないことから査定となる検査や薬剤処方等が多数ありますので、記載漏れがないようご注意ください。

(3) 画像診断について

被災労働者の訴え等により鑑別診断等のため症状を確認する場合は、レセプトの「傷病の経過欄」に撮影した経緯や理由等を注記してください。（注記がなく、レセプト記載内容から施行理由等が読み取れない画像診断については、単なる算定誤りとして査定となります。）

また、傷病名が「全身打撲」で色々な部位を撮影されている場合も査定となりますので、具体的に部位を特定した傷病名を記載してください。

なお、患側との比較のため健側のX-Pを撮影した場合、健側撮影は患側撮影の一連として算定してください。また、この場合、レセプトの「傷病の経過」欄にその旨付記してください。

(4) 糖尿病検査「ヘモグロビンA1c」について

労災保険では、以下の場合について算定できます。

- ① 糖尿病の既往歴のある被災労働者で、手術のため実施した場合（糖尿病の既往がある旨、摘要欄等に記載して下さい。）
- ② 負傷直後で緊急的手術を行う必要がある被災労働者であって、既往歴等の確認がとれないことが予想されるため実施する場合（負傷当日または翌日までの間）
- ③ 手術適用の判断のため、術前検査として実施した場合（負傷当日又は翌日までの間）
- ④ それ以外の糖尿病の検査については、私病扱いとなりますので、「ヘモグロビンA1c」のほか「糖尿病食」といったものも労災保険では算定できません。

なお、②、③の場合は検査実施日をレセプトに記載してください。

(5) 針刺し事故に係る取扱い

針刺し事故に係る労災保険の取り扱いについては、本資料6ページ（労災医療早わかり第2部P28、P64）に記載しています。特に、「HIV」、「HTLV」、「梅毒」については、陽性患者に実際使用した注射針による針刺し事故である場合、またはその傷病を専門としている医療機関において、現に陽性患者に汚染された注射針による事故である可能性が極めて高い場合等、感染の蓋然性が特に高い場合が対象となります。

なお、労災保険で請求を行う場合には、レセプトの「傷病の経過」または「摘要」欄に、感染源の特定状況、感染源となった患者の保菌状況、検査実施の経過等を必ず記載してください。

(6) 胃潰瘍・十二指腸潰瘍を適応とする薬剤について

労災傷病の治療継続中において、疼痛等が原因で「ストレス性胃潰瘍」等を発症した場合に、タケキャブ、タケプロン、ランソプラゾール、ネキシウムカプセル等、胃潰瘍・十二指腸潰瘍を適応とする薬剤を処方した場合は、「続発症としての傷病名」や、処方理由等を「傷病の経過」または「摘要」欄に記載してください。（単に、他の薬の胃への負担軽減のため胃薬として処方された場合等は査定となります）

また、既往症として「胃潰瘍」又は「十二指腸潰瘍」がある場合で、低用量アスピリンや非ステロイド抗炎症薬投与時に、再発抑制のために投与した場合は、レセプトの「傷病の経過」欄に必ず注記してください。

(7) 非がん性慢性疼痛・慢性疼痛を適応とする薬剤について

被災当月や翌月などに、被災者から強い疼痛の訴えがあった場合や疼痛が続く場合に、トアラセット、トラマドール、トラムセット配合錠等「非がん性慢性疼痛」を適応とする薬剤を処方されている場合があります。

当局の慢性期の考え方は「受傷後概ね3か月を経過」であり、慢性期に該当しない期間に処方された「非がん性慢性疼痛」を適応とする薬剤は査定となります。また、慢性期に該当してから処方した場合でも、傷病名又は症状詳記の記載がない場合も査定となります。

(8) 麻酔を使用しない皮膚接合用テープによる算定について

麻酔を使用せずに、縫合の代わりに創傷接着用粘着テープ（ステリストリップテープ）等により負傷した部位を接合した場合は、縫合とはみなされないため、「創傷処置」として算定してください。なお、「ステプラー」等による縫合については、「創傷処理」として取り扱われます。

(9) 「腱縫合術」の算定について（健保の取り扱いと同じ）

「腱縫合術」は、切創等による伸筋腱の断裂等において、延長切開、あるいは補助切開が実施された場合に算定できるものであり、これらが実施されない場合の縫合術は、「固有指の伸筋腱の単なる縫合」として「創傷処理」で算定することとなります。

したがって、「腱縫合術」で算定される場合は、レセプトの「傷病の経過」または「摘要」欄に、部位、延長切開（補助切開）の有無及び長さを必ず記入してください。

(10) 肋骨骨折に対しバストバンド固定のみの算定について

肋骨骨折の患者に対してバストバンドのみで固定した場合に「J001-3 肋骨骨折固定術」で算定されている場合がありますが、骨折非観血的整復術等を必要としない肋骨等骨折の患者に対し胸部固定帯のみで固定した場合には算定できません。胸部固定帯のみで固定した場合には「J119-2 腰部又は胸部固定帯固定」と「J200 腰部・胸部又は頸部固定帯加算」にて算定することとなります。

(11) 骨粗鬆症治療剤の投与に係る薬剤算定について

骨折にて治療継続中の被災労働者に対して、骨癒合を促進するためにイプリフラボン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤を投与した場合、これらは算定できません。

また、既存疾患として骨粗鬆症が確認された場合でも、係る薬剤算定については、原則として労災保険の対象とはなりません。

(12) 救急医療管理加算について

転医先の医療機関において、初診時に当該治療に緊急性があれば、救急医療管理加算を算定することができますが、病状が安定した後に転医した場合、再発等の場合、抜釘のための再入院の場合等は緊急性がないので算定できません。（労災医療早わかり第2部P1～2、労災診療費算定実務講座P13～16）

(13) 入院室料加算について

入院室料加算は、医療機関が表示している金額での算定となりますが、事前に部屋ごとの表示料金を記載した「入院室料加算報告書」を鹿児島県労働局労災補償課あて届け出る必要があります。また、表示料金に変更があった場合にも、その都度届け出が必要です。

請求される際は、レセプトの「摘要」欄に、①病室番号、②金額（非課税）、③該当する要件の記号（算定実務講座P50(2)②ア～エ）を必ず記入してください。届出がなされていない部屋を使用して請求された場合は査定となります。また、満床の場合の算定は、入院日から7日を限度となっています。

(14) 病衣貸与料について

労災保険においては、緊急等やむを得ない場合または感染のおそれがある場合に限り算定で

きることとなっており、緊急等やむを得ない場合は、基本的に7日間までは認めております。

したがって、個人的な理由で病衣貸与を希望する場合は、医療機関と患者本人との契約となり保険請求はできません。（労災医療早わかり第2部P8）

なお、病衣を医療機関からではなく、入院患者自身が外部業者からレンタル（いわゆる「入院セット」など）する場合に係る費用は労災保険における補償給付の対象にはなりません。

(15) 入院基本料について

労災保険における入院基本料は、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が、この2週間以内とは、退院期間も含む暦日数により計算されることとなります。

また、入院の起算日について、健康保険においては、「急性増悪その他やむを得ない場合」の再入院については、起算日がリセットされますが、労災における1.30倍か1.01倍かの判断においては、リセットされませんのでご注意ください。

ただし、退院後、3か月以上経過して再入院した場合は、再入院日を起算日とできます。

なお、今回の説明は、労災特掲部分（1.3倍又は1.01倍で算定できる部分）のみの取り扱いであり、健康保険を準拠する部分についての入院起算日や期間のとらえ方は、医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等の通則5により取り扱ってください。

(16) 石綿疾患労災請求指導料について

石綿疾患（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、現に療養補償給付たる療養の給付請求書（様式第5号）又は療養補償給付たる療養の費用請求書（様式第7号）が提出され、当該事案が業務上と認定された場合に「石綿疾患労災請求指導料」450点が支払われます。

ただし、以下の①～④の事項が、診療録に記載されていることが要件となりますので、ご注意ください。（労災診療費算定実務講座P73）

- 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。

(17) 診療費請求書・レセプトの編綴順序等について

① 診療費請求書・レセプトの編綴順序

診療費請求書やレセプトの編綴順序は、「労災診療費算定実務講座」のP210～211のとおりです。

初回分と継続分とは分けて作成し、初回分には療養の給付請求書（様式第5号、様式第16の3）又は指定病院等変更届（様式第6号、様式第16号の4）を添付する必要がありますのでご注意ください。

診療費請求書及び内訳書（レセプト）については、コピーした物は使用できません（労働局においてOCR読み取りができない恐れがあるため）。

診療費請求書及び内訳書（レセプト）に労災指定医番号を必ず記入してください。

なお、レセプト等が不足する際は、着払いによる発送となりますが、鹿児島労働局のホームページから申込用紙を取得いただき、当労災補償課までFAXでご注文ください。

② 診療費請求書の記載について

紙の診療費請求書の「指定病院等の番号」欄は、時々記載漏れがあるので、提出前に各欄の記載漏れがないか、今一度確認ください。

また、紙レセプトへの印刷は印字のずれがないようにお願いします。（OCR読み取り欄の印字が枠からズレていると、誤読することがあるため。）

③ 診療費請求書・レセプト提出先（アフターケア委託費を含む）

鹿児島労働局 労働基準部 労災補償課（8階）医療係

〒892-0842

鹿児島市東千石町14番10号 天文館NNビル8階

電話：099-216-8616（労災補償課8階医療係）

なお、オンライン請求の場合も、療養の給付請求書（様式第5号、様式第16号の3）又は指定病院等変更届（様式第6号、様式第16号の4）、リハビリ計画書については、紙媒体にて毎月10日必着にて提出してください。提出の際は、病院名がわかる労災指定医番号等を付記してください（付箋等で可）。

※レセプトや診療費に関するお問合せは労災補償課（8階）医療係までお願いします。

④ その他

労災診療費及び薬剤費のレセプトにつきましては、毎月の提出締切日（原則10日）に到着したものを当月審査の対象としており、遅延に伴う個別の対応はシステム処理上の制約もありできかねますので、状況に応じて普通郵便以外のサービス利用（速達など）や余裕をもった発送に（県内でも到着までに2～4日かかります。）ご注意ください。

感染症(針刺し事故等)にかかる労災保険の取扱い				
		感染源となる患者が特定している場合		感染源が不明な場合
		感染源が陽性患者の血液による汚染の場合	感染源が陰性患者の血液による汚染の場合	感染源となる患者の検査を実施していない場合または医療廃棄物等感染源が特定できない場合
B型肝炎 (HBV)	検 査	医師が必要と認めた場合に限り算定可	算定不可	医師が必要と認めた場合に限り算定可
		・肝機能検査 ・HBs抗原・抗体検査 (原則各1回、2回以上実施する場合は、医学上特に必要性が認められる場合に限り算定可)		・肝機能検査 ・HBs抗原・抗体検査 (原則各1回、2回以上実施する場合は、医学上特に必要性が認められる場合に限り算定可)
	治 療	業務上の感染が認められた場合に限り算定可	算定不可	業務上の感染が認められた場合に限り算定可
		・感染源がHBs抗原陽性の場合 抗HBs人免疫グロブリン HBワクチン		・感染源がHBs抗原陽性の場合 抗HBs人免疫グロブリン HBワクチン
C型肝炎 (HCV)	検 査	医師が必要と認めた場合に限り算定可	算定不可	医師が必要と認めた場合に限り算定可
		・肝機能検査 ・HCV抗体検査 ・HCV-RNA		・肝機能検査 ・HCV抗体検査 ・HCV-RNA
	治 療	業務上の感染が認められた場合に限り算定可	算定不可	業務上の感染が認められた場合に限り算定可
		・インターフェロン製剤等		・インターフェロン製剤等
エイズ (HIV)	検 査	医師が必要と認めた場合に限り算定可	算定不可	感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合(注3)に限り算定可
		・HIV抗体検査等		・HIV抗体検査等
	治 療	業務上の感染が認められた場合に限り算定可 (受傷後、感染が確認されるまでの間の抗HIV薬の投与を含む。)	算定不可	業務上の感染が認められた場合に限り算定可
成人T細胞 白血病 (ATL)	検 査	医師が必要と認めた場合に限り算定可	算定不可	感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合(注3)に限り算定可
		・HTLV-1抗体検査		・HTLV-1抗体検査
	治 療	業務上の感染が認められた場合に限り算定可	算定不可	業務上の感染が認められた場合に限り算定可
梅 毒	検 査	医師が必要と認めた場合に限り算定可	算定不可	感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合(注3)に限り算定可
		・梅毒検査		・梅毒検査
	治 療	業務上の感染が認められた場合に限り算定可	算定不可	業務上の感染が認められた場合に限り算定可
(注1) 針刺しによる負傷部位の洗浄、消毒等の処置については、労災保険で取り扱われます。				
(注2) 労災保険の対象となる針刺し場合には、レセプトの「傷病の経過」又は「摘要」欄に対象者の保菌状況等必ず記載してください。				
(注3) 感染の蓋然性が特に高いと医学的に認められる場合とは、現に当該陽性患者が含まれている場合やその傷病を専門としている医療機関である場合等をいいます。				

2 労災保険制度について

(1) 労災保険とは

業務災害（複数業務要因災害）や通勤災害による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して当該労働者及びその遺族に対して必要な保険給付を行う制度です。

また、当該労働者の社会復帰促進や遺族の援護等を目的に労働者の福祉として、アフターケア制度や義肢等補装具支給制度の社会復帰促進等事業があります。

(2) 業務災害とは

労働者が業務を原因として被った傷病（負傷・疾病）または死亡（以下「傷病等」という。）を「業務災害」といい、業務と傷病等との間に相当因果関係があることを「業務上」と呼んでいます。また、事業主が同一ではない複数の事業場の業務（いわゆる副業）による負荷を総合的に評価して判断する「複数業務要因災害」（「脳・心臓疾患や精神障害」等の事案）があります。

業務災害に対する保険給付は、労働者が労災保険の適用事業場に雇用され、事業主の支配下にあるときに、業務が原因となって発生した災害によって被災した労働者に対して行われます。

したがって、労働者が就業中であっても私用（私的行為）を行い、または業務を逸脱する恣意的行為が原因で災害を被った場合や故意に災害を発生させた場合などは業務災害とは認められません。ただし、トイレなどの生理的行為など業務に付随する行為のときに生じた災害、準備・後始末行為は業務災害となります。

(3) 通勤災害とは

通勤によって労働者が被った傷病等をいいます。

この場合の「通勤」とは、就業に関し、①住居と就業の場所との間の往復、②就業の場所から他の就業の場所への移動、③単身赴任先住居と帰省先住居との間の移動を、合理的な経路及び方法により行うことをいい、業務の性質を有するもの（例えば、社有車（送迎）での出退勤、緊急呼び出しによる出勤等）を除くものとされています。

また、通勤経路を逸脱し、または中断した場合には、逸脱または中断の間及びその後の移動は「通勤」とはなりませんが、その逸脱・中断が日常生活上必要な行為であって、やむを得ない事由により最小限度の範囲で行う行為（例えば、日用品の購入、病院での受診等、限定されています）である場合には、その間を除き「通勤」とされます。

例えば、日用品購入のためスーパーに寄って買い物をした場合、買い物している時間は通勤とはなりませんが、通常の通勤経路に戻った後の災害は通勤災害になります。一方、食事をするとか、飲みに行くなど、上述の「日常生活上必要な行為」に該当しない場合は、その後、通勤経路上に戻ったとしても通勤災害にはなりません。

なお、通勤の途中で経路近くの公衆トイレを使用する場合や経路上の店でジュース等を購入する場合などの「ささいな行為をごく短時間」で行う場合には、逸脱・中断とはなりません。

(4) 労働者とは

労災保険は、労働者の業務災害または通勤災害について保険給付を行いますが、「労働者」の定義は、労働基準法第9条において「労働者とは、職業の種類を問わず事業又は事業所に雇用される者で賃金を支払われる者をいう。」と定められています。ただし、地方公務員や国家公務員等については、それぞれ公務員災害補償法が適用され、原則として労働者災害補償保険法の適用対象になりません。

なお、事業主等であっても、労災保険制度に「特別加入」していた場合には、保険給付を受

けることができます。

(5) 保険給付の種類及び内容

① 療養補償給付（療養給付） 提出先：労災指定医療機関等 ⇒ 労働局 ⇒ 労働基準監督署

業務災害または通勤災害による傷病等により、労災指定医療機関等で療養するとき必要な療養の給付を行います。以下の各種様式は厚生労働省ホームページからダウンロードにて入手できます。

具体的には、

業務災害用の

様式第 5 号（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 初診時）

様式第 6 号（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 転医時）

転医始診時では、5号取扱料（2,000 円）は算定できません。

（労災医療早わかり第 2 部 P 2 労災診療費算定実務講座 P 9）

通勤災害用の

様式第 16 号の 3（療養給付たる療養の給付請求書 初診時）

様式第 16 号の 4（療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届 転医時）

が被災労働者や所属事業場から提出されますので、指定医療機関等においては、当該様式に「労働者に関する事項」や「災害発生状況」等の記載もれがないか、また、事業主証明や被災労働者の署名若しくは記名がなされているか等を確認し、診療費（薬剤費）請求書に添付して毎月 10 日必着で提出してください。（オンラインレセプト請求の医療機関等は、様式第 5 号等の各種様式のみを郵送等提出になります）

なお、労災指定医療機関等以外で療養を受けた場合には、被災労働者が係る費用の全額を負担し、様式第 7 号、様式第 16 号の 5 によって、診療担当者の証明を得た後、被災労働者が労働基準監督署へ直接請求することになります。（この様式第 7 号、様式第 16 号の 5 は、装具代や移送費等の実費額を請求する場合にも使用します）

② 休業補償給付（休業給付） 提出先：労働基準監督署

業務災害または通勤災害による傷病等により、療養のため労働することができず、賃金を受けていない場合に休業 4 日目から支給されます。給付の内容は、休業（補償）給付として休業 1 日につき給付基礎日額（平均賃金）の 60%と休業特別支給金の 20%が支給されます。

休業補償給付請求書へ診療担当者の証明を行った場合、休業証明書料として 2,000 円が算定できます。（労災医療早わかり第 2 部 P65、労災診療費算定実務講座 P212）

③ 障害補償給付（障害給付） 提出先：労働基準監督署

業務災害または通勤災害による傷病等が治ゆ（症状固定）した後に、労災保険法上の障害等級表に該当する障害が残っている場合に支給されます。給付の内容は、障害の程度（第 1 級から第 14 級）に応じ支給され、第 1 級から第 7 級は年金、第 8 級から第 14 級は一時金が支給されます。治ゆ（症状固定）後は、原則、労災保険による治療（薬剤を含む）は受けられません。

なお、障害補償給付に係る診断書料（4,000 円）についてはレセプト請求が可能です。

（労災医療早わかり第 2 部 P65、労災診療費算定実務講座 P212）

④ 遺族補償給付（遺族給付） 提出先：労働基準監督署

業務災害または通勤災害により労働者が不幸にして亡くなられた場合に、その遺族に支給されます。給付の内容は、年金を原則とし、年金を受け得る遺族がない場合は一時金が支給されます。

⑤ 葬祭料（葬祭給付） 提出先：労働基準監督署

業務災害または通勤災害により死亡した労働者の葬祭を行う者に一定の額が支給されます。

⑥ 傷病補償年金（傷病年金） 提出先：労災指定医療機関等 ⇒ 労働局 ⇒ 労働基準監督署

業務災害または通勤災害による傷病が療養を開始してから1年6か月を経過した時点で、療養（補償）給付と休業（補償）給付の両方を受けている被災労働者は、「傷病の状態等に関する届」を労働基準監督署に提出することになっており、その内容に応じて、その症状が傷病等級第1級（常時介護）、第2級（随時介護）、第3級（常態として労働不能）のいずれかに該当するときは、労働基準監督署が傷病（補償）年金への移行決定した後に休業（補償）給付に替えて年金が支給されます。

労働基準監督署において傷病補償年金へ移行した場合には、年金受給者から、年金証書の番号等を記載した

様式第6号（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）

または

様式第16号の4（療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届）

が提出されますので、その後は傷病補償年金用の診療費請求内訳書（レセプト）に年金番号証書の番号を記載し、ご請求ください。

労働基準監督署が療養開始後1年6か月経過時点で被災労働者へ提出を求める「傷病の状態等に関する届」に添付する診断書については、その診断書料として4,000円が算定できます。

（労災医療早わかり第2部P65、労災診療費算定実務講座P212）

⑦ 介護補償給付（介護給付） 提出先：労働基準監督署

障害補償年金（障害年金）又は傷病補償年金（傷病年金）を受けている者のうち第1級又は第2級該当者であって、常時・随時介護を要する状態にあり、現に介護を受けている者に対し支給されます。

⑧ 二次健康診断等給付 提出先：労働局労災補償課

事業主が行った直近の定期健康診断（一次健康診断）において、血圧検査、血中脂質検査、血糖検査、腹囲またはBMIの測定のすべての検査において異常所見があると診断され、脳・心臓疾患の症状を有していないと認められる労働者に対して、二次健康診断及び特定保健指導を行います。なお、事業主等、特別加入者は対象外です。

（6）療養の期間及び範囲

① 療養の期間

療養の期間については、その傷病について療養が必要であり、「治ゆ」までの期間としていますが、労災保険における「治ゆ」の概念は次のとおりです。

【治ゆ】

労災保険で傷病が「治ったとき」とは、もとの健康状態に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態をいい、この状態を労災保険では「治ゆ」（症状固定）といいます。したがって、投薬・理学療法等の治療により、症状が一時的に回復するにすぎない場合など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「治ゆ」（症状固定）として療養（補償）給付は行わないこととなっており、「治ゆ」（症状固定）の状態にあるにもかかわらず、暗にその時期を延ばしたり、自覚症状を訴えていることだけで漫然と診療を継続したりすることは認められません。

- （例１）切創もしくは割創の創面が癒着した場合または骨折で骨癒合した場合であって、たとえば疼痛など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）骨癒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、後日経過すると、元の状態に戻るという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、身体性機能障害（片麻痺など）の状態が残っても、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。
- （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継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。
- （例６）アフターケア制度の対象傷病であって、その傷病の後遺症状として取扱う状態と認められ、アフターケア制度の範囲内で保険上の措置が可能になったとき。

一方、傷病がいったん治ゆ（症状固定）と認められた後に再び発症し、次のいずれの要件も満たす場合には「再発」として、再び療養（補償）給付を受けることができます。

【再発】

- ア その症状の悪化が、当初の業務上又は通勤上による傷病と相当因果関係があると認められること。
 - イ 症状固定時の状態からみて、明らかに症状が悪化していること。
 - ウ 療養を行えば、その症状の改善が期待できると医学的に認められること（いわゆる対症療法のみは不可）。
- ※ 再発で療養を行うこととなった場合、「様式第５号」または「様式第１６号の３」を提出する必要がありますが、５号取扱料、救急医療管理加算は算定できません。

（７）アフターケア

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を図り、円滑な社会生活への復帰を援助するものです。

療養後、治ゆ（症状固定）後においても後遺症状が変化したり、後遺障害に不随する疾病を発症させたりする恐れがあるので、その予防、その他保健上の措置として診察、保健指導、保健のための薬剤支給などを「アフターケア」として実施しています。

アフターケアの対象となる傷病は、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等など 20 傷病が定められており（対象傷病コード数は 37）、対象者は、労働局長が交付する「健康管理手帳」を労災指定医療機関等へ提示することにより無料で受けられます。なお、更新不可の手帳もあります。（労災医療早わかり第 2 部 P84～88）

※ 労働者より「健康管理手帳」を提示してもらい必ず有効期間を確認し、手帳番号を請求書に記入してください。手帳は更新した場合、枝番号が変わるためご注意ください。