

アフターケアの基本的考え方に関する検討事項

1 対象傷病について

- (1) 対象傷病を限定することは適切か。
- (2) どのような傷病を対象とすべきか。

2 対象者について

- (1) 対象者の適否を障害等級によって判断することは適切か。

3 措置範囲について

- (1) 措置内容を限定列挙することは適切か。
- (2) 「予防その他の保健上の措置」として認められる範囲はどこまでか。

4 実施期間について

- (1) 傷病ごとにアフターケアの実施期間を定めることは必要か。
- (2) 実施期間は、どのように設定すればよいか。
- (3) 実施期間の更新に制限は必要ないか。

1 対象傷病について

(1) 対象傷病を限定することは適当か。

ア 現状

アフターケアの対象となる傷病については、昭和43年の「炭鉱災害による一酸化炭素中毒症」を始め、「せき髄損傷」、「頭頸部外傷症候群等」など順次追加・変更してきており、現在21の傷病に限定して認めている。

(対象傷病)

- ①炭鉱災害による一酸化炭素中毒症
- ②せき髄損傷
- ③頭頸部外傷症候群等
- ④尿路系障害
- ⑤慢性肝炎
- ⑥白内障等の眼疾患
- ⑦振動障害
- ⑧大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折
- ⑨人工関節・人工骨頭置換
- ⑩慢性化膿性骨髄炎
- ⑪虚血性心疾患等
- ⑫尿路系腫瘍
- ⑬脳血管疾患
- ⑭有機溶剤中毒等
- ⑮外傷による末梢神経損傷
- ⑯熱傷
- ⑰サリン中毒
- ⑱精神障害
- ⑲循環器障害
- ⑳呼吸機能障害
- ㉑消化器障害

イ 検討の視点

多様な傷病をアフターケアの対象とするためには、対象となる傷病を限定して認めるのではなく、「裁量性のある基準」を設けて、傷病ごとにアフターケアの適否を判断すべきではないか。

ウ 留意点（第1回検討部会）

- ① 治ゆ（症状固定）後の後遺症状は多種多様であるが、対象傷病と認める「裁量性のある基準」を措置内容をも含め策定できるのか。
- ② 仮に「裁量性のある基準」を策定できたとした場合、当該基準によって判断することにより、秩序なく無制限に対象傷病が拡大するおそれはないのか。
- ③ また、全国的な取扱いに差異が生じ、行政の均一性が保てなくなるのではないか。

エ 検討概要（第1回検討部会）

- ・ 「対象傷病を限定することは適当か。」という基本的な問題は、今回の検討の趣旨いかんによる。
- ・ アフターケア制度全体を見直して、制度を再構築するのであれば、この検討は必須だ。
- ・ しかし、現在労働福祉事業の見直しの時期にあつて、必要のない制度の見直しや廃止をするというだけであるならば、今までの運用において、「不自然であること」、「不平等で妥当でないこと」がなければ、アフターケア制度の基本線まで変える必要はないのではないか。

- ・ 対象傷病を現在の21傷病に限定すると21傷病を特別に扱うことになり、新たにアフターケアが必要と認められる傷病の取扱いをどうするのか、問題となる。
- ・ 「アフターケアを限定することは適切か。」については、すぐに答えはでないので、検討事項の全体を検討した上で、適切かどうか判断するほうがよい。

オ 留意点（第2回検討部会）

対象傷病の追加・変更については、これまで労災医療専門家会議において検討し、その検討結果を踏まえて実施要領の改正を行っているところである。

労働福祉事業の見直しの動きもあるが、アフターケアの対象を現在の21傷病に限定し、今後一切追加・変更を認めないという取扱いは、21傷病のみを特別扱いすることとなり、不適當である。

よって、従来どおり、対象傷病については、労災医療専門家会議において、アフターケアの必要性を検討した上で、その追加・変更・削除を判断していくことが適切か。

(2) どのような傷病を対象とすべきか。

ア 現状

これまで対象となる傷病を選定してきた経緯を見ると、個々の傷病について、①第一線機関で労災補償業務を担当している職員等からの要望、②労災医療に携わる医師等からの意見、③特定の労働災害（炭鉱災害による一酸化炭素中毒症、サリン中毒症）に係る対策の必要性等を踏まえ、実施要領の趣旨に照らして、医療専門家により、対象とすることの適否を検討している。

イ 検討の視点

現在の対象傷病は、その時々々の要請に従い、順次個々に検討し、追加・変更してきたことから、21の傷病全体を見たときに、傷病の選定についての考え方（選定基準）が整理されておらず、対象傷病と対象となっていない傷病との線引きが不明瞭ではないか。

ウ 留意点（第1回検討部会）

- ① 治ゆ（症状固定）後であっても「予防その他の保健上の措置」が必要な傷病を一律に選定することは可能か。
- ② アフターケアは、一定期間の療養を経て治ゆ（症状固定）となった後に労働福祉事業として行われる「予防その他の保健上の措置」であることから、限定的に運用されるべきものであり、安易に対象傷病を拡大すべきものではないのではないか。
- ③ しかしながら、真にアフターケアを必要とする傷病まで除外するものではないので、アフターケアの対象となる傷病の選定基準を策定できないか。

（参考）

「保健上の措置」とは、アフターケア独自の用語であり、治ゆ（症状固定）後の措置であることから、治療行為を除くものとしている。

エ 検討概要（第1回検討部会）

- ・ 新たな医学の進歩によって、治療やその後の経過（予後）が変わってきているような傷病であって、「完全に治った」、「アフターケアを必要とする状態ではなくなった」など、アフターケアの対象傷病から外せるものはあるのか。
- ・ 現在21となっている対象傷病の見直しということは、これまで様々な要素によって決められてきた経過から、バラバラになっている個々の対象傷病を一応まとめて、一定の基準に従った形でガイドラインを作る、という方向ではないか。
- ・ アフターケア制度の根本は、「社会復帰を促進する」という条文を基にしていることにあるので、アフターケアに係る経費が労災保険から支出されるためには、「社会復帰」という言葉と結びついていなければいけない。

- ・ 「社会復帰」との結びつきを何かアフターケアでうまく説明したようなものが基準としてあると、制度として維持しやすい。

オ 留意点（第2回検討部会）

アフターケアは、「社会復帰を促進する」という条文を基にしていることから、アフターケアと社会復帰との関連を示す基準として、どのような事項を掲げることができるか。

2 対象者について

(1) 対象者の適否を障害等級によって判断することは適当か。

ア 現状

一定の障害等級に及ばないものをアフターケアの対象者から除外している傷病がある。
(障害等級を対象者の要件としている傷病と、していない傷病がある。)

(障害等級を対象者の要件としている傷病)

- | | |
|--------------|---|
| ①せき髄損傷 | 障害等級第3級以上の者(障害等級第4級以下の者にあつては、所轄労働局長が、医学的に特に必要と認めるもの) |
| ②頭頸部外傷症候群等 | 障害等級第9級以上の者(障害等級第10級以下の者にあつては、所轄労働局長が、医学的に特に必要と認めるもの) |
| ③虚血性心疾患 | 障害等級第9級以上の者(障害等級第10級以下の者にあつては、所轄労働局長が、医学的に特に必要と認めるもの) |
| ④脳血管疾患 | 障害等級第9級以上の者(障害等級第10級以下の者にあつては、所轄労働局長が、医学的に特に必要と認めるもの) |
| ⑤有機溶剤中毒等 | 障害等級第9級以上の者(障害等級第10級以下の者にあつては、所轄労働局長が、医学的に特に必要と認めるもの) |
| ⑥外傷による末梢神経損傷 | 障害等級第12級以上の者 |
| ⑦熱傷 | 障害等級第12級以上の者 |

イ 検討の視点

円滑な社会復帰を望めるものをアフターケアの対象とするならば、障害等級で対象者の適否を判断すべきではないのではないか。

ウ 留意点(第1回検討部会)

- ① アフターケアは、治ゆ(症状固定)後に労働福祉事業として行われる「予防その他の保健上の措置」であることから、後遺症状を残す全ての者を対象者とすることは適当ではないのではないか。
- ② 障害等級は、労働能力の喪失の程度に応じて、身体障害を1級から14級に区分しており、障害等級を指標としてアフターケアの対象者の適否を医学的に判断することは適当ではないか。

エ 検討概要(第1回検討部会)

- ・ 「障害等級」、「円滑な社会復帰が期待できること」を一応の基準(指標)として、アフターケアの対象者の適否を判断することが適当ということ断言するのは少し難しいと思うが、現在のところ、そういうやり方でやっていくことについて問題点は

あるか。

- ・ 対象者の適否を判断するのに障害等級を用いることは、極めて常識的なやり方であり、パッと見たところ誰もおかしいという感じはしないだろう。
- ・ ただ、それを理屈で根拠付けるとなると少し難しいということだけで、それがおかしいということにはならない。
- ・ 「それ以外に妥当な方法がない」という消極的な理由で、そのやり方でよいのではないか。
- ・ 障害等級が高い方（非常に重症な方）であって、アフターケアを行っても「ほとんど社会復帰は困難だ」と考えられる方については、社会復帰という観点から見ると、アフターケアの対象から外れるが、そのような場合でも、ガイドラインとしては「社会復帰が望める」というのが一応の基準になるのか。
- ・ そのような場合でも、ケース・バイ・ケースでアフターケアの対象者となりうる条件、対応できる余地を残しておく必要があるか。
- ・ アフターケアは「社会復帰」を目指すということだが、「社会復帰」を必ずしも条件としないものがあるとしてもよいのではないか。
- ・ 後遺症状を放置しておくことと生活機能が低下するという者に対してアフターケアを考えるといいのではないか。
- ・ この問題は、アフターケア制度の根拠条文が「社会復帰」という言葉を使っていることから、その言葉自体と、労災保険が業務上の災害に対する補償であるところからきているのだろう。
- ・ もともと「社会復帰」という言葉があまりよくない。
- ・ 日常的な最低限の能力を回復するとか、維持するとかいうことは、当然、「社会復帰」の中に入れてよい。
- ・ アフターケアは本体給付ではなく、労働福祉事業であるので、「社会復帰」という言葉は広い意味で理解してよい。
- ・ 「社会復帰」という言葉は、生産活動に従事できるという文字通りの厳しい規定ではなく、例えば「家庭生活を独立して何らかの形でかろうじてできる」とか、「他人の世話にならなくてもやっていける」というようなことも含む広い意味での言葉として考えてよい。
- ・ ただし、それがあまり広がりすぎると、「業務災害等に対する保護である労災保険から見てどうか」ということになる。
- ・ 金銭的にも休業補償の問題が絡んでくると、いたずらに治療を続けてしまい、いつまで経っても「治ゆ」にならないが、いつかの時点で「治ゆ」にして、アフターケアに切り換えることには、その労働者の社会復帰を助けるという意味も十分にある。
- ・ 患者は、医療機関から離れてしまうことについて非常に不安を感じるので、「治ゆ」とすることが難しいが、アフターケアは、患者が精神的安定を得る一つの大きな力となる。
- ・ アフターケア制度をうまく利用すれば、労働者の社会復帰に資することができるの

で、必ずしも障害等級によって限定しなくてもいいのではないか。

- ・ ただし、金銭目当てになって、アフターケアがいないのに、いつまでもアフターケアをしているというものもあるので、それは弊害かも知れない。
- ・ アフターケアの規定が周知され、趣旨に沿った一定の基準できちんと利用されれば、同じような傷病でも、あるいは同じ傷病の同じ等級であっても、アフターケアが必要な人とそうでない人が出ても、別にかまわない。
- ・ 基本的には障害等級をある程度の指標として、また、円滑な社会復帰ということも念頭に置いて対象者を判断することが適当である。

オ 留意点（第2回検討部会）

基本的には障害等級を指標として、また、円滑な社会復帰ということを考慮して対象者を判断するのであれば、現行の取扱いで適当か。

3 措置範囲について

(1) 措置内容を限定列挙することは適当か。

ア 現状

アフターケアで実施できる「予防その他の保健上の措置」は、対象傷病ごとに、傷病別アフターケア実施要綱において、限定的に列挙することによって定められている。

イ 検討の視点

医療技術は日々進歩している状況にあり、著しく進歩する医療技術に適応するよう、アフターケアで実施する「予防その他の保健上の措置」をある程度弾力的に解釈できる基準を設けて運用すべきではないか。

ウ 留意点（第1回検討部会）

- ① アフターケアは、治ゆ（症状固定）後に労働福祉事業として行われる「予防その他の保健上の措置」であることから、「再発」に至らない状態の傷病について症状の改善を図るための療養（治療）に該当するものを行うことはできない。
- ② 仮に「予防その他の保健上の措置」を弾力的に解釈できる基準によって運用すると、基準の拡大解釈により、アフターケアの措置範囲を超える療養（治療）が行われることとならないか。
- ③ また、医療機関によって措置内容が異なるなど、取扱いに混乱を生じることとならないか。

エ 検討概要（第1回検討部会）

- ・ 医学の著しい進歩によって新しい治療法がでてくるが、仮にそれに係るアフターケアの見直しが2年後であり、見直しに1年間を要するのであれば、その3年間について、新しいアフターケアを適用できないと労働者にとって著しく不利になるという考え方はある。
- ・ しかし、これまで労災補償行政は、それを取り入れることを比較的よくしてきた。
- ・ 新しい治療法がでてアフターケアの見直しをしなければならないというのであれば、2～3年に1度でも労災医療専門家会議を開催し、検討すれば足りるのではないか。

オ 留意点（第2回検討部会）

医療技術への適応については、2年から3年に1度程度の割合で労災医療専門家会議において検討・見直しすることで適当か。

(2) 「予防その他の保健上の措置」として認められる範囲はどこまでか。

ア 現状

アフターケアの範囲については、①診察、②保健指導、③保健のための処置、④理学療法、⑤注射、⑥検査、⑦精神療法、カウンセリング等、⑧保健のための薬剤の支給について、対象傷病ごとに定められている。

イ 検討の視点

労災保険上は、「治療行為」とアフターケアの「予防その他の保健上の措置」を分けているが、医学上は、「治療行為」と「治療行為でない行為」を区分する概念がない。一部対象傷病では「注射」や「消炎鎮痛処置（理学療法）」等が認められているが、「治療行為」とアフターケアの「予防その他の保健上の措置」との整理が十分でないのではないか。

ウ 留意点（第1回検討部会）

- ① 対象傷病に概ね共通するアフターケアの措置は、「診察」、「保健指導」、「検査」、「保健のための薬剤の支給」であり、「後遺症状の動揺」や「後遺障害に付随する疾病の発症」をおさえる範囲のものといえる。
- ② 「理学療法」や「注射」が一部対象傷病で認められているのは、対象傷病の特性によるところであり、その効果は「保健のための薬剤の支給」と同様に考えることができるか。
- ③ 対象傷病ごとに措置の内容を異にしているが、医学的に必要性を検討した上で、認められる範囲を定める統一的基準を設定することはできるのか。

エ 検討概要（第1回検討部会）

- ・ 医学的な見地に立つと、「治療行為」と「保健上の措置（機能を保持するための保健上の措置）」をクリアに分けることはほとんど不可能ではないか。
- ・ それを、アフターケアの制度上で、ほぼ統一的な考え方によって整理できるのか。
- ・ アフターケアの範囲として、「理学療法」とか「注射」とかという言葉が表立って上がっている。
- ・ 「理学療法」とか「注射」とかというのは、明らかに治療法として本来把握されるべきものであり、こういう形で列挙されているのは不適切である。
- ・ これらの項目が入ると、「治療」とどう区別するのか、言葉上でも抵触してしまうことは確かにある。
- ・ 昔は、「注射」はアフターケアに入っていなかったもので、「治療」とどこで線を引くかは非常に難しい。

- ・ アフターケアは治療ではないわけだから、アフターケアの範囲については、「診察」、「保健指導」、「保健のための処置」の3つを項目立てし、「理学療法」、「注射」、「検査」、「精神療法、カウンセリング等」、「保健のための薬剤の支給」で必要なものは「保健のための処置」の中に入れて、項目からは外したほうがよい。
- ・ そうすると、アフターケアを「予防その他の保健上の措置」としている精神が生きてくるのではないか。
- ・ 疼痛は症状固定した状態であっても、時として現れてくるので、疼痛対策としての措置は、「注射」であってもアフターケアの対象にすることならば、「保健のための処置」に含めても、そんなに違和感はない。
- ・ 「理学療法」等も含め、実際に行われているものはそのままよいのではないか。
- ・ なお、「保健のための処置」として、積極的な医学の関与だけでなく、アフターケアを受ける人に対する保健上の要望とか注意（受益者の態度、教育、保健指導）というようなものも入れてよいのではないか。
- ・ 「精神療法、カウンセリング等」についても「保健のための処置」の項目の中に入れるが、精神障害の場合、カウンセリングは治療そのものではないか。
- ・ 精神障害の治療とアフターケアとはどのようなものか。
- ・ 精神障害については、アフターケアの本来の概念の中で整理することが簡単にはできないのではないか。
- ・ 精神疾患には「治ゆ」があるのかないのか、一度かかると、いつでもぶり返す可能性があるから「治ゆ」はないという見方をするのか。
- ・ 行政では、器質的損傷を伴わない精神障害についても治ゆとなる状態はあるとして障害等級を設定している。
- ・ 医学的用語としての「治ゆ」ではなく、法律上の「治ゆ」の概念をもう少し明確にして、精神科の医師に意見を求める必要があるか。

オ 留意点（第2回検討部会）

- ① アフターケアが「治療」ではないことを文言上も明らかにするために、違和感のある項目（理学療法、注射、検査、精神療法・カウンセリング等、保健のための薬剤の支給）については削除することが適当か。
- ② 削除する項目としてこれまで実施してきた措置については、診察、保健指導、保健のための処置に含めて実施することは適当か。

4 実施期間について

(1) 傷病ごとにアフターケアの実施期間を定めることは必要か。

ア 現状

アフターケアの実施期間については、傷病別アフターケア実施要綱において、各傷病の特性に応じ、「2年」又は「3年」としているものがある。

① 実施期間を2年としている対象傷病

頭頸部外傷症候群等 白内障等の眼疾患 振動障害

② 実施期間を3年としている対象傷病

炭鉱災害による一酸化炭素中毒症 尿路系障害 慢性肝炎
大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折 慢性化膿性骨髄炎
虚血性心疾患 尿路系腫瘍 脳血管疾患 有機溶剤中毒等
外傷による末梢神経損傷 熱傷 サリン中毒 神経障害
心臓弁を損傷したもの 心膜の病変を残すもの 呼吸機能障害
消化器障害

③ 実施期間に制限がない対象傷病

せき髄損傷 人工関節・人工骨頭置換 人工弁・人工血管に置換したもの
ペースメーカー又は除細動器を植え込んだもの

イ 検討の視点

後遺症状の安定する時期は、同一の対象傷病であっても、個々の症例によって差異があることから、実施期間を一律に定めるのではなく、必要な実施期間については医師の判断に委ねるべきではないか。

ウ 留意点（第1回検討部会）

- ① アフターケアは、治ゆ（症状固定）後に労働福祉事業として行われる「予防その他の保健上の措置」であり、療養（補償）給付における「治ゆ（症状固定）」のように、終了時期が明確でない。
- ② また、アフターケアが長期に至る場合、加齢等による症状が加わることにより、一層長期化することも予想されるのではないか。
- ③ さらに、不定愁訴や自訴により漫然とアフターケアを実施することは制度本来の目的に反することから、各対象傷病の特質に応じた実施期間を定めることは必要ではないか。
- ④ 実施期間については、同一傷病であっても、その障害の程度により区分するということも必要ではないか。

エ 検討概要（第1回検討部会）

- ・ アフターケアに実施期間の定めがないというのはおかしい。
- ・ 一定の期間ごとにアフターケアの必要性を見直し、場合によってはアフターケアを終了するということを手続き的に行うことは、全ての傷病について適切と考える。
- ・ 実施期間を定めるとすれば、対象傷病ごとにみていかなければいけない。

オ 留意点（第2回検討部会）

アフターケアに実施期間を定めることは、その必要性を見直すという観点からも、適当か。

(2) 実施期間は、どのように設定すればよいか。

ア 現状

アフターケアの実施期間については、生涯にわたってアフターケアが必要なものについては制限を設けず、医学的に2年以内で後遺症状が安定すると評価されるものは「2年」、その他は「健康管理手帳」の更新等を勘案して「3年」としている。

イ 検討の視点

実施期間を「3年」としている対象傷病の中には、傷病の特性に応じた実施期間を定めるべきものがあるのではないか。

ウ 留意点（第1回検討部会）

- ① 治ゆ（症状固定）の直後には、後遺症状の動揺が大きいこと、精神的不安が大きいことなどから、経過を見るのに適当な期間として実施期間を「3年」とすることに問題があるとはいえないのではないか。
- ② しかし、一定の期間を経過し、後遺症状が安定するものについては、医学的に必要とする年数（例えば、実施期間を3年としているものであっても、医学的に2年の実施期間で足りるものについては2年）を実施期間とすべきではないのか。

エ 検討概要（第1回検討部会）

- ・ 実施期間の設定は、医学専門家の検討によって決めることになる。
- ・ 実施期間に制限がない対象傷病であっても、最近の人工関節などは非常によくできていて、社会生活に全く支障がない人もいる。
- ・ 現在、2年、3年、無期限となっているアフターケアの実施期間については、全ての対象傷病について、その病態を検討し、実施期間を見直す必要がある。
- ・ 見直しの結果、原則とした期間の中に対象傷病のほとんどが収まるとというのが「実施期間」であろう。

オ 留意点（第2回検討部会）

- ① 実施期間は、医学的検討によって定めることが適当か。
- ② 実施期間は、対象傷病ごとにアフターケアを必要とする期間（その期間の終了をもってほとんどの事例がアフターケアを終了する期間）を定めることが適当か。
- ③ 現行の21対象傷病の全てについて、病態を検討し、実施期間を見直すことは適当か。

(3) 実施期間の更新に制限は必要ないか。

ア 現状

実施期間を「2年」としているもののうち、「頭頸部外傷症候群」、「頸肩腕症候群」及び「腰痛」については、医学的にみて、治ゆ（症状固定）後、2年以内で後遺症状が安定するものと評価されているため、更新を認めていないが、その他の実施期間が定められている対象傷病については、医学的に継続してアフターケアを行う必要があると認められる場合には、回数に制限なく更新を認めている。

イ 検討の視点

- ① 対象傷病によって更新を認めるものと更新を認めないもの（「頭頸部外傷症候群」、「頸肩腕症候群」及び「腰痛」）があるのは、不公平な取扱いではないか。
- ② 回数に制限なく更新を認めることは適当か。

ウ 留意点（第1回検討部会）

- ① アフターケアが治ゆ（症状固定）後の後遺症状の動揺をおさえるためなどに設けられたものである以上、「せき髄損傷」等特定の対象傷病を除き、アフターケアは無制限に継続するものではないのではないか。
- ② 現在更新を認めていない対象傷病についてまで、他の傷病に合わせて更新を認める理由はないのではないか。
- ③ しかしながら、個々の症例によってアフターケアを必要とする後遺症状は異なることから、更新回数を一律に制限することは適当ではないのではないか。
- ④ 実施期間の更新に当たっては、医学的にその必要性を十分に踏まえた上で、障害の程度に応じて区分するという必要ではないか。

エ 検討概要（第1回検討部会）

- ・ 実施期間を定めた以上、更新が緩やかに無制限にできるのであれば、実施期間を定めたことと矛盾する。
- ・ 無制限に更新が繰り返されるのは、本来の趣旨とは違う。
- ・ 2年経つと終了するとか、3年経つと終了するというように決められるのは白内障くらいか。
- ・ あとはみんな継続し得る、アフターケアを必要とするような対象者が出てくる可能性があるのではないか。
- ・ 健康管理手帳の更新時に、医師の診断書（意見書）を出させるようになって更新件数は減ったのか。
- ・ 健康管理手帳の更新時に、アフターケアの必要性をきちんと見直せば、いたずらに実施期間が長引くことを防げるのではないか。

- ・ アフターケアを受けている者にも、アフターケアは有限であること、アフターケアを継続するためには一定の条件満たされることが必要であると自覚してもらうことが必要ではないか。
- ・ 健康管理手帳の更新時には、アフターケアの趣旨に従った形で、きちんとした診断書（意見書）を提出することを条件とするようなシステムのものが必要ではないか。
- ・ 健康管理手帳の更新時に、主治医から求める診断書（意見書）には何を記載していただくか。
- ・ 現在、現場では、主治医に対し、今後のアフターケアの必要性等、難しいことを記載することは求めている。
- ・ 無制限に更新を認めることにはならないためには、「こういう特殊な状態がまだ残っている」とか、「アフターケアで措置していかないといけないこと」とか、更新の必要性がわかるような診断書（意見書）を出してもらう必要がある。
- ・ 診断書（意見書）については、労災病院の医師等専門医の意見をとることも考えてよいのではないか。
- ・ 加齢の問題については、運用上できるだけ適切に対応してもらうということしかない。

オ 留意点（第2回検討部会）

- ① 実施期間を定める以上、無制限に更新を認めることは適当でないか。
- ② 更新の制限を定めることは適当か。
- ③ 実施期間の更新に当たっては、医師にアフターケアの必要性を確認するための「診断書（意見書）」記載内容の充実が必要か。
- ④ 対象者に対し、アフターケアが無制限ではないことを自覚させるための取組は必要か。