

## 第1回検討会における意見等の概要

## 1 外傷による末梢神経損傷に係るアフターケア

## (1) 対象者の範囲

- 病名だけではなく、いわゆる外傷が高度で、神経が損傷しているだろうということを、医師の目から見て明らかなものに限るといような前文が付くとか、条件が付くという認識で良いか。単に打撲や捻挫しただけで該当することはないということが良いか。【三木先生】
- 一般の痛みの診療の中では、レセプト病名といわれるようなものが付いていることは承知しているが、一方で、労災などでの明確な診断が求められるような機会においては、主治医の意見と、それから審査する医師がいるので、2つの目で見ることによって、ある程度、不適切な処方、病名というのは防げるのではないか。例えば大きな外傷などに伴うといような文言を付けることによって、逆に本当に神経障害性疼痛が、神経損傷があるにもかかわらず、そういった大きな外傷というのが、目立たないがために漏れてしまう者がいるので、そういう意味では通常の外傷に伴う末梢神経障害性疼痛というもののほうが、むしろ分かりやすい。【住谷先生】
- CRPS だけに限っている現状だと、しっかり診断できる医師が非常に限られる現状もあるので、今回の改定の案は、非常に患者にとって良いことであると感じている。【林先生】
- 末梢神経障害性疼痛は、保険診療で診断名に使われることが多いので、末梢神経障害性疼痛という病名をもって全てを認めるのは不適切だと思う。末梢神経障害性疼痛という診断名は、一般的な絞扼性神経障害や脊椎疾患まで包含する可能性がある。外傷を伴った末梢神経障害性疼痛という要件は適切だと思う。疼痛の原因となった末梢神経損傷が医学的に確認できるということは非常に大事な点だと思う。【酒井先生】

## (2) 対象傷病名

- CRPS という用語を使うことに賛成。併記するかどうかに関しては、科学的な意味では、併記ではなく CRPS に切替えが妥当だと考えるが、世の中の流れの趨勢的な面、あるいは患者の理解というところで、RSD という言葉は今もなお一般的にはよく知られているので、そういった点では併記するのが望ましいのではないか。【住谷先生】
- CRPS という認識が学会では一般的で、むしろカウザルギーはあまり言わなくなっているが、カウザルギーの方が馴染みが深いという医師もいると思うので、そのような観点から併記にしておいて、徐々に CRPS に絞っていくことが良いのではないか。【林先生】
- 併記するのは大事だと思う。ただ、CRPS を文面の最初にして、カウザルギーは、CRPS の後に記載するなどするして、これが同じものだという認識が伝わるようにしたら良いと思う。【三木先生】

- 現在では、CRPS を使うことが多いので、併記することについては、CRPS の診断基準を満たしているのであれば問題ない。【酒井先生】

### (3) 措置範囲（薬剤）

- いわゆる神経障害性疼痛の治療薬に関して異議はないが、向精神薬の中には、痛みに関する適用を持つものと持たないものもあるが、この全てを出せるようにするのか、それともやはり痛みに関する治療に使われているものに限定するのかというのは決めたほうが良いのではないかと。【三木先生】
- 向精神薬は非常に幅広いというのがあって、ある程度限定したほうが良い。慢性疼痛のガイドライン等とのすり合わせみたいなものがあるほうが良いのかもしれないと思う。【林先生】
- 神経障害性疼痛の薬物療法ガイドラインにおいて、向精神薬の全てが推奨されているわけではない。そういう観点では向精神薬ということで統一するのは確かに不適當かもしれない。【住谷先生】
- 向精神薬についてどこまでを認めるかというのは非常に線引きが難しいかと思う。睡眠剤も含めて、その辺を整理しておいたほうが良い。ガイドラインがあれば参考にするのが良い。【酒井先生】

## 2 熱傷に係るアフターケア

### (1) 対象者の範囲

- 火傷による傷痕の大きさが小さくても、それが肘の関節の所にあるとか、膝の裏にあるとか、例えばお尻でも、お尻のちょうど椅子に座る所にあるとか、そういう場所によって、症状が異なってくることや、火傷が非常に深い場合、肥厚性癬痕といって、少し分厚い癬痕になったりする。そうすると、すごくかゆみを生じたり痛みを生じたりする。それは大きさというよりも、その場所や、その火傷の深さによって生じる痕の状態が変わるので、現状、大きさだけで分類されているが、範囲が小さくても症状が強い人はいるので、範囲が小さくても処方できるよう、緩和することが望ましい。【林先生】
- 面積ではなくて、質で評価するというのは非常に大事ではないか。【三木先生】
- 熱傷とはちょっと違うが、緩和ケアでがんの患者さんの診療に携わっていると、露出面以外の所でも比較的大きな手術の傷痕などでは非常に QOL が低くなってしまふ。患者さんの QOL の低下をサポートするという点では、この 14 級もアフターケアの対象にするというのは賛成。【住谷先生】
- 熱傷の面積だけではなくて、隣接関節の可動域制限の有無、拘縮の程度が非常に重要なので、単に面積というよりは熱傷の深さの問題だと思う。小さい面積であっても症状が強いことがありますので、14 級を加えることについては賛成。【酒井先生】

### (2) 措置範囲（薬剤）

- 熱傷の療養においては、様々な内服薬が必要になることがある。疼痛の「鎮痛・消炎薬」に関しては、関節部にひきつれがあるという患者や、肥厚性癬痕という分厚い傷痕になってしまつて、体を動かすときに痛みが走ったりという

ことで、かなり痛みの訴えを強く持つ患者に処方することが多い。

そのほかの薬剤として、かゆみに対する抗アレルギー剤も非常に処方される。

「鎮痛・消炎薬」ではない抗アレルギー剤というものも非常にかゆみ対策、それから、肥厚性瘢痕等の傷痕への対策として処方されるので、同時に認められるようになると良い。【林先生】

○ 熱傷の治ゆ後の痛みの診療においては、「鎮痛・消炎薬」は必須だと考えている。また、感覚脱失を明らかに伴う末梢神経の障害を伴うような患者さんもいるので、末梢性の神経障害性疼痛治療薬等も熱傷にも使えると非常に良いのではないか。その点に関しても、感覚鈍麻があるとか、そういった面で末梢神経が何かしら障害されているという部分は二重の診断で担保できるのではないか。【住谷先生】

○ 痛みの原因の判別は難しいが、医師がこれだろうということで痛みの原因を診断すれば、それに伴う投薬、内服も良いし、この外用薬も両方使えるようにしてあげたらどうか。要するに、因果関係というか、普通の医学的な根拠に基づいて診断しているものだったら認めたらどうか。【三木先生】

○ 保湿剤等の外用剤に加えて、皮膚炎によるかゆみ、そう痒に対する内服薬も認めて良いのではないか。

リザベンについて、ある程度の早期だと治療効果はあると思うが、例えば、1年、2年も経って完成されてしまったような病態に対して使うことで効果が期待できるのかどうか、アフターケア等でリザベンを使う必要があるのか。

【酒井先生】

○ リザベンは急性期に使うことが一般的だが、例えば、火傷をして、それがあがる程度、肥厚性瘢痕のようになってきて、段々、ケロイドとしてすごく痛みを生じることも結構ある。そのような場合は、受傷から時間が経った段階でリザベンを始めることもある。

やはりアフターケアには、そのような薬も必要となり病態に応じて処方することになるが、リザベンを何年も漫然と処方することはあまりない。ただ、病態として非常にかゆみが強くなってきた、火傷して2年してから急にそのようなものが出てきた、赤々と盛り上がってきたというときには、リザベンをまず処方するような場面はある。【林先生】