

アフターケアに関する検討報告書（案）

労 災 医 療 専 門 家 会 議

平成17年12月12日に取りまとめられた「胸腹部臓器の障害に係るアフターケアの検討報告書」において、「今回の労災医療専門家会議は、障害認定検討会（胸腹部臓器の障害認定に関する専門検討会）の報告書を受けて、アフターケアの新設及び拡充を検討したものであるが、関連する既存のアフターケアの要綱についても、制定又は改正から相当な期間が経過するものがあることにかんがみ、現在の医療技術を考慮した見直しを行うことが望まれる」との提言がなされた。

このことを踏まえ、アフターケアを適切に実施するために、その目的に沿った措置内容等について最新の医療水準に見合うもの等とすべく、平成18年9月28日から平成19年 月 日までの間に計 回（下記の検討部会の開催回数3回を含む。）にわたり労災医療専門家会議を開催した。

なお、今回、労働福祉事業の見直しの動向を考慮して、特に「アフターケアの基本的考え方に関する検討部会」を設けて、今後アフターケア制度を運用していく上で基本となる考え方について整理・検討を行い、その検討結果を踏まえ、アフターケアの措置内容等を検討した。

これらの検討結果を取りまとめたので、ここに報告する。

平成19年 月 日

労災医療専門家会議	座長	柳澤 信夫	（検討部会 座長）
		石田 仁男	
		伊地知 正光	
		岡崎 祐士	
		奥平 雅彦	（検討部会 メンバー）
		鎌田 光二	
		川城 丈夫	
		木村 彰男	
		黒木 宣夫	
		小出 良平	
		重松 宏	
		谷島 健生	
		戸田 剛太郎	
		馬杉 則彦	（検討部会 メンバー）
		保原 喜志夫	（検討部会 メンバー）
		松島 正浩	
		三上 容司	
		山口 浩一郎	（検討部会 メンバー）

目 次

第1 アフターケアの基本的考え方に関する検討

1 検討の背景

2 検討結果

(1) 対象傷病

ア 対象傷病の追加、変更及び削除

イ アフターケアを必要とする傷病

(2) 対象者

(3) 措置範囲

ア 進歩する医学等への適応

イ 「治療」と「予防その他の保健上の措置」の区分

(4) 実施期間

ア 対象傷病ごとに実施期間を定めること

イ 実施期間の見直し

ウ 実施期間の継続

第2 措置内容等に関する検討

1 検討結果

(1) 実施期間

ア 実施期間の見直し

イ 実施期間の継続

(2) 「頭頸部外傷症候群等」の整理及び「脳の器質性障害」の新設

(3) 「頸肩腕症候群」の名称変更

(4) 精神療法・カウンセリング等

ア 「外傷による脳の器質的損傷」への精神療法の追加

イ 精神科作業療法及び精神科デイ・ケアの削除

(5) 精神薬の名称の整理

(6) 画像検査の範囲の明確化

(7) 尿路系障害に対する措置

ア 腎機能検査の変更

イ 残尿測定検査の追加

ウ 尿培養検査の追加

エ 排尿障害改善剤及び頻尿治療剤の追加

(8) CRP 検査の追加

- (9) 併用剤
 - ア 健胃消化剤としての潰瘍治療剤の支給
 - イ 抗てんかん剤に対する肝臓用剤の削除
 - (10) 鎮暈剤の追加
 - (11) 末梢神経障害治療剤の追加及び微小循環系賦活剤
 - (12) 血液一般・生化学検査の名称変更
 - (13) バクロフェン髄注療法に伴う薬剤再充填の支給
 - (14) 「熱傷」の対象者の追加
 - (15) 白内障等の眼疾患に係るアフターケア
 - ア 眼瞼内反による睫毛乱生の処置の追加
 - イ 外用薬、内服薬の支給
 - (16) 精神障害に係るアフターケア
 - ア 非定型向精神薬服用者に対する尿検査
 - イ 特定薬剤治療管理料の追加
 - (17) 呼吸機能障害に係るアフターケア
 - ア 保健指導における禁煙指導の明記
 - イ 呼吸器用貼付剤の追加
- 2 その他（継続検討事項）

(関係資料)

- 資料1 「労災医療専門家会議」の開催要綱
- 資料2 「労災医療専門家会議」参集者名簿

第1 アフターケアの基本的考え方に関する検討

1 検討の背景

アフターケアは、労働者災害補償保険法（以下「労災保険法」という。）第29条第1項第1号に規定する労働福祉事業の「業務災害及び通勤災害を被った労働者の円滑な社会復帰を促進するために必要な事業」の一つとして実施されているものであり、「労働福祉事業としてのアフターケア実施要領」（平成元年3月20日基発第127号、以下「実施要領」という。）によって、業務災害又は通勤災害により、せき髄損傷等の傷病に罹患した者で、その症状が固定したものにあっては、症状固定（以下「治ゆ」という。）後においても後遺症状に動揺をきたす場合が見られること、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがあることにかんがみ、必要に応じ、予防その他の保健上の措置を講じ、当該労働者の労働能力を維持回復せしめ、円滑な社会生活を営ませるものとされている。

アフターケアについては、従来から労災医療専門家会議（以下「専門家会議」という。）において、実施要領の趣旨を踏まえて、対象傷病ごとに順次措置内容等の検討・見直しが行われてきたところである。

一方、平成17年12月24日に閣議決定された「行政改革の重要方針」において、労働保険特別会計については、原則として純粋な保険給付事業に限り本特別会計にて経理するものとし、労働福祉事業については、廃止も含め、徹底的な見直しを行うものとされた。

この重要方針を受けて、平成18年6月に成立した「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」において、労働保険特別会計において経理される事業は、労災保険法の規定による保険給付に係る事業に限ることを基本とし、労災保険法の規定による労働福祉事業については、廃止を含めた見直しを行うものとする とされた。

このことを踏まえて、厚生労働省では、労災保険の保険給付等の事業に資するという観点から、真に必要な事業に限定するなど事業の縮小・廃止を含め徹底的な見直しが行われているところである。

このような労働福祉事業の見直しの中にあつて、アフターケアは、治ゆ後における被災労働者の円滑な社会復帰を促進するために必要な事業であると評価されており、今後も継続して行う必要性のある事業と認められている。

しかしながら、今後の労働福祉事業の見直しの方向性としては、廃止の対象とならない事業であっても、引き続き事業の合目的性と効率性を確保するため、適宜、個別事業の必要性についての徹底した精査を継続的に実施することとなっており、アフターケアについても、このような見直しの動きを踏まえて、引き続き労働福祉事業の趣旨・目的に沿った運用を図っていくことが求められているところである。

よって、今回、専門家会議の中に「アフターケアの基本的考え方に関する検討部会」（以下「検討部会」という。）を設け、今後とも適切にアフターケア制度を運用していくために、アフターケアの措置内容等に関する検討・見直しを行うに先立ち、改めて労働福祉事業の趣旨・目的に適合するアフターケアの基本的考え方を整理することとしたものである。

2 検討結果

(1) 対象傷病

ア 対象傷病の追加、変更及び削除

アフターケアの対象傷病は、昭和43年の炭鉱災害による一酸化炭素中毒〔症〕を始めとして、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群などを順次追加・変更し、現在、21傷病となっている。

21傷病に係るアフターケアの創設については、地方労災医員等の意見を踏まえた労災補償業務を担当する職員等からの要望、労災医療に携わる医師等からの意見、炭鉱災害による一酸化炭素中毒〔症〕やサリン中毒という特定の労働災害に係る対策の必要性等を踏まえ、専門家会議において、実施要領の趣旨に照らし、医療専門家により、個々の傷病をアフターケアの対象とすることの適否を検討してきている。

このように、21傷病がアフターケアの対象とされてきたことには一つひとつ理由があるが、21という数に理論的な意味があるものではない。

労働福祉事業の見直しが行われているところであるが、対象傷病を21傷病に限定し、今後一切の追加・変更を認めないとすることは、21傷病のみを特別扱いすることとなり、不相当である。

必要に応じて対象傷病を追加・変更することは当然であるが、医学・医療（以下「医学等」という。）の進歩によって、アフターケアが不要と認められるものについては、対象傷病から除外しなければならない。

従来 of 制度の運用において、特に問題となることがなければ、制度の基本を変える必要はない。

対象傷病については、専門家会議において、現行のアフターケアが適当か否かという観点から、その必要性を検討し、追加、変更及び削除について判断することが適当である。

イ アフターケアを必要とする傷病

アフターケアは、実施要領において、症状が固定した後においても、後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがある場合に、予防その他の保健上の措置（以下「保健上の措置」という。）を講じ、被災労働者の労働能力を維持回復し、円滑な社会復帰を促進するために実施するものとされ

ている。

この実施要領の規定から、対象傷病については、次の二つの要件を満たす傷病と解することができる。

- ① 「後遺症状に動揺をきたすおそれがある傷病」又は「後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがある傷病」
- ② 「予防その他の保健上の措置」を講じることによって、「後遺症状の動揺」又は「後遺障害に付随する疾病の発症」を予防することができる傷病

対象傷病について、さらに細かく限定的な要件を定めることは難しいことから、今後、21 傷病の他にアフターケアの趣旨に合致する傷病が認められる場合には、実施要領の趣旨に沿って、アフターケアを必要とする傷病であるか否かを検討することが適当である。

一方、アフターケアは、労働福祉事業として行われるものであることから、円滑な社会復帰を促進するために必要とされるものでなければならない。

そして、アフターケアにおける社会復帰については、少なくとも次の①から③を満たすことが必要である。

- ① 療養を必要としないこと
- ② 社会生活を続けること
- ③ 治ゆ時の生活機能が維持されていること

現在のアフターケアは、上記のとおり、保健上の措置を講じることによって、後遺症状の動揺又は後遺障害に付随する疾病の発症を予防するものであることから、①から③を満たすものである。

よって、アフターケアは、被災労働者が自立や職場復帰に至らない場合であっても、円滑な社会復帰を促進するために必要なものといえることができる。

(2) 対象者

アフターケアの対象者は、傷病別アフターケア実施要綱（以下「実施要綱」という。）によって定められるが、せき髄損傷、頭頸部外傷症候群等、熱傷等、障害等級を要件とし、一定の障害等級に及ばないものを対象者から除外している対象傷病がある。

対象者については、次のア及びイにより、基本的には一定の障害等級を要件とすること、また、円滑な社会復帰も考慮して個別に判断することが適当である。

ア 障害等級を対象者の要件とすること

医学的な観点からは、障害等級には相当な合理性があり、障害等級が高い程アフターケアを必要とする度合いが高くなるものと解されることから、障害等級を対象者の要件とすることは常識的な方法である。

なお、具体的にどのような種類の後遺症状や後遺障害につきアフターケアの必

要性が高いかは、それらの後遺症状や後遺障害の種類によっておのずから異なるものと考えられ、各後遺症状や後遺障害に対する現行の障害等級の基準は、次の対象傷病についての二つの要件を勘案しているものというべきである。

- ① 「後遺症状に動揺をきたすおそれがある傷病」又は「後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがある傷病」
- ② 「予防その他の保健上の措置」を講じることによって、「後遺症状の動揺」又は「後遺障害に付随する疾病の発症」を予防することができる傷病

イ 円滑な社会復帰を考慮すること

いたずらに治療を継続することなく、適当な時期に治癒となり、アフターケアに移行することには、被災労働者の社会復帰を促し、援助する意味もある。

また、被災労働者は、通常、治療を終了することに対して不安を感じることから、治癒となる場合に、アフターケアは、被災労働者が精神的安定を得る一つの大きな支えとなる。

アフターケアは、内容が周知され、制度の趣旨・目的に沿った運用がなされることによって、被災労働者の社会復帰により大きく貢献するものと考えられることから、前述の障害等級の原則を維持しながら、一定の障害等級に及ばないものであっても、例外的に、より弾力的な運用を行うことが適当である。

(3) 措置範囲

ア 進歩する医学等への適応

医学等の進歩に適応するアフターケアの見直しが行われない場合、その期間について、見直しの対象となるアフターケアの対象者にとって不利になるとも考えられる。

しかし、労災補償行政は、これまで医学等の進歩を取り入れてきており、医学等の進歩に適応するため、アフターケアを必要とする対象傷病の措置範囲等を見直す必要がある場合には、適時、専門家会議を開催し、検討・見直しすることが適当である。

イ 「治療」と「予防その他の保健上の措置」の区分

アフターケアの措置は、保健上の措置として実施されている。この保健上の措置とは、アフターケア独自の用語であり、アフターケアが治癒後の措置であることから、治療を除くものとされている。

現在、保健上の措置の範囲については、実施要領によって、診察、保健指導、保健のための処置、理学療法、注射、検査、精神療法・カウンセリング等及び保健のための薬剤の支給と定められており、さらに具体的内容については、実施要綱において、対象傷病ごとに限定的に列挙されている。

医学的な見地から、治療と保健上の措置を明確に区分することは困難であるが、

アフターケアの制度上、それらを整理する場合に、本来、治療として把握されるべき理学療法や注射等の措置がアフターケアの範囲として掲げられていることは不適當である。

アフターケアは治療を除くものとされていることから、実態として行われる医療行為に重なる部分はあっても、それを制度における文言上明らかにするために、治療に含まれると解される事項（理学療法、注射、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、実施要領上、整理することが適當である。

また、整理する事項のうち、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が適當である。

なお、アフターケアの対象者に自立する心構えと具体的な生活態様を要請することは、最近、様々な福祉分野において同様の議論がなされているところであり、労災保険においても、被災労働者自身の生活についての努力をできるだけ重視し、それを社会復帰に結び付けることは重要である。そのようなことから、保健指導には対象者に対する適正な生活習慣の指導を含めることが望ましい。

(4) 実施期間

ア 対象傷病ごとに実施期間を定めること

原則とするアフターケアの実施期間の限度（以下「実施期間」という。）の定めについては、従来、実施要綱において、対象傷病の特性に応じ、治癒後2年・3年及び制限がないものとされてきており、対象傷病ごとに実施期間を定めることを改める特段の理由はない。

特定の傷病を除き、実施期間の定めがないことは不適當であり、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観点からも対象傷病ごとに実施期間を定めることは適當である。

イ 実施期間の見直し

実施期間は、原則として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ことができる期間）とすることが適當である。

実施期間の定めは、医学的検討によるべきものであり、実施期間に制限がない対象傷病も含め、21 傷病の全てについて、現在の医学等の進歩を踏まえて病態を検討し、実施期間を見直すことは適當である。

ウ 実施期間の継続

実施期間を2年としている対象傷病のうち、頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群及び腰痛については、治癒後2年以内で後遺症状が安定するものと医学的に評価されることから、継続を認めていないが、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、回数に制限なく健康管理手帳（以下「手帳」という。）の更新が認められている。

実施期間を超えて、アフターケアを継続する必要がある対象者が存在する可能性はあるが、手帳の更新が繰り返されることは、実施期間を定めることと矛盾し、アフターケア制度の趣旨にそぐわないものである。

一方、手帳の更新回数等によって、アフターケアを必要とする期間を対象傷病ごとに一律に定めることは難しいことから、対象者ごとに実施期間の継続の必要性を検討しなければならない。

そのために、手帳の更新時に診断書の提出を依頼し、その内容を確認することは必要である。

実施期間を超えてアフターケアの継続を認めるに当たっては、その必要性を具体的に確認できる診断書の書式を作成し、その記載内容を充実させることが適当である。

また、アフターケアの措置内容についても、審査を十分に行うことによって、アフターケアの不要な更新がなされなくなるものとする。

なお、診断書を書く医師については、アフターケアの継続を必要とする状態を正確に判断できる専門医であることが望ましいが、現状においては、診断書の提出及びその記載内容を適切なものとしていくことによって、徐々に良い診断書が提出されるようにすることが適当と考える。

第2 措置内容等に関する検討

1 検討結果

第1の2の検討部会における検討結果を踏まえ、アフターケアの措置内容等について検討した結果は、下記のとおりである。

(1) 実施期間

ア 実施期間の見直し

実施期間については、従来からの検討の経緯によって、対象傷病ごとに、治癒後2年・3年及び制限がないものと定められている。

この実施期間については、検討部会における検討によって、「原則として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ことができる期間）とすることが適当」とされ、また、「実施期間に制限がない対象傷病も含め、21傷病の全てについて、現在の医学等の進歩を踏まえて病態を検討し、実施期間を見直すことは適当」とされたことから、全ての対象傷病について見直しを行ったところであるが、現状においては、対象傷病ごとに定められた実施期間の根拠が大きく変わったという状況は認められず、実施期間を変更する特段の事由はないことから、現行の実施期間とするこ

とが適当である。

なお、実施期間の見直しについては、必要に応じて継続して検討することが適当である。

イ 実施期間の継続

現在、手帳の有効期間は、実施要領によって、実施期間と同じ期間（実施期間が2年のアフターケアについては2年間、3年のアフターケアについては3年間）とされているが、実施期間は、原則として当該期間におけるアフターケアの実施をもって、それ以降のアフターケアの継続を必要としない期間であることから、それを継続する必要があるというときに、同じ期間とすることは不適切である。

治ゆ後2年・3年の期限が定められているアフターケアの継続については、診断書によって適切であるか否かを判断することが適当であり、継続年数に制限を設けるということではないが、実施期間が定められているアフターケアの手帳の更新は、アフターケアの趣旨から、1年単位とすることが適当である。

一方、せき髄損傷等実施期間が定められていない対象傷病については、現在、手帳の更新が3年ごとに繰り返されている。アフターケアを必要とする期間が定められていないにもかかわらず、3年ごとに手帳の更新を繰り返すというのは少し頻繁すぎることから、更新に係る手帳の有効期間を現行の3年間よりも長い期間（例えば5年間）に変更することは適当である。

(2) 「頭頸部外傷症候群等」の整理及び「脳の器質性障害」の新設

現行の頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアの実施要綱には、頭頸部外傷症候群の他に「等」として、頸肩腕症候群、腰痛、一酸化炭素中毒症（炭鉱災害によるものを除く。）、外傷による脳の器質的損傷、減圧症がまとめられている。この一つのアフターケアの中に複数の傷病が雑多にまとめられている状況を分かりやすく整理することは適当である。

具体的には、頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアに含まれる六つの傷病を次の二つに分類する。

① 痛みによるもの

頭頸部外傷症候群 頸肩腕症候群 腰痛

② 脳の器質性障害によるもの

一酸化炭素中毒症（炭鉱災害によるものを除く。） 外傷による脳の器質的損傷 減圧症

「痛みによるもの」として分類した頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群、腰痛については、引き続き頭頸部外傷症候群等に係るアフターケアとする。

また、「脳の器質性障害によるもの」として分類した一酸化炭素中毒症（炭鉱災害によるものを除く。）、外傷による脳の器質的損傷、減圧症については、有機溶

剤中毒等（一酸化炭素中毒症（炭鉱災害によるものを含む。）を除く。）及び脳血管疾患とともに統合し、新たに「脳の器質性障害」に係るアフターケアを新設することは適当である。

(3) 「頸肩腕症候群」の名称変更

「頸肩腕症候群」の名称については、昭和 50 年 2 月 5 日付け基発第 59 号「キーパンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」において、「頸肩腕症候群とは、種類の機序により後頭部、頸部、肩甲帯、上腕、前腕、手及び指のいずれかあるいは全体にわたり「こり」、「しびれ」、「いたみ」などの不快感をおぼえ、他覚的には当該部諸筋の病的な圧痛及び緊張若しくは硬結を認め、時には神経、血管系を介しての頭部、頸部、背部、上肢における異常感、脱力、血行不全などの症状をも伴うことのある症状群に対して与えられた名称である」とされていたものが、平成 9 年 2 月 3 日付け基発第 65 号「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について」により、「頸肩腕症候群は、出現する症状が様々で障害部位が特定できず、それに対応した診断名を下すことができない不定愁訴等を特徴とする疾病として狭義の意味で使用しているものである」とされ、行政における定義が変更されている。

このことを踏まえ、アフターケアの対象傷病名として「頸肩腕症候群」を用い続けることの適否について考えるに、「頸肩腕症候群」というのはその疾病も含むと広く解釈されるが、アフターケアの対象者は業務災害等によって生じた障害のある者なので、対象をより限定できる「頸肩腕障害」に変更することが適当である。

なお、「頸肩腕障害」という新しい文言を用いるに当たっては、混乱を生じさせることのないよう、平成 9 年 2 月 3 日付け基発第 65 号に基づき、「頸肩腕障害」とはどのようなものかを明らかにする必要がある。

(4) 精神療法・カウンセリング等

ア 「外傷による脳の器質的損傷」への精神療法の追加

精神療法・カウンセリング等については、サリン中毒及び精神障害に係るアフターケアについては認められているが、外傷による脳の器質的損傷に係るアフターケアについては認められていない現状にある。

精神療法・カウンセリング等は治療の範ちゅうであるとの見解から、これまで認められてこなかった経緯があるが、精神科の「精神療法」というものは、非常に広い範囲のものであり、アフターケアの時期におけるものは生活指導や行動にかかわるものなどが中心になる。「精神療法」の中にも、後遺症状の動揺（増悪）を防ぐためのものがあるので、外傷による脳の器質的損傷に係るアフターケアに

ついても、精神療法・カウンセリング等を実施することは適当である。

なお、アフターケアとして行われる精神療法は後遺症状の動揺（増悪）を防ぐためのものであって治療とは異なるものであることを明らかにすることが必要であり、例えば「生活指導に重点をおいた精神療法」というような表現を用いて取り扱うことが適当である。

また、「カウンセリング」の文言については、精神療法の内容を明確にすることによって、これを削除することもできるが、一般に普及している言葉であり、文言を変えることによって不必要に混乱を起すことは避けたほうがよいとの観点から、残すことが適当である。

イ 精神科作業療法及び精神科デイ・ケアの削除

現行の運用上の取扱いにおいては、精神療法・カウンセリング等の「等」として精神科作業療法及び精神科デイ・ケアの実施が認められている。

しかしながら、精神科作業療法及び精神科デイ・ケアについては、社会生活機能の回復を目的とするものとされており、その内容からアフターケアとして実施することは不適當であるので、削除することが適当である。

(5) 精神薬の名称の整理

現行のアフターケアでは、対象傷病ごとに精神薬の名称が異なっている（炭鉱災害による一酸化炭素中毒症、せき髄損傷及び外傷による脳の器質的損傷に係るアフターケアについては「精神安定剤」。虚血性心疾患等、サリン中毒、循環器障害（心臓弁を損傷した者及び人工弁に置換した者）に係るアフターケアについては「向精神薬」。脳血管疾患及び有機溶剤中毒等に係るアフターケアについては「向精神薬（内服）」。精神障害に係るアフターケアについては「向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬）」）ことから、これを整理する必要がある。

炭鉱災害による一酸化炭素中毒やせき髄損傷に係るアフターケアについても向精神薬を投与することはあるし、精神障害においても抗躁薬など記載していない薬を使用することがあることから、全て「向精神薬」に統一することが適当である。

なお、睡眠薬は向精神薬に含まれることから、削除することが適当である。

(6) 画像検査の範囲の明確化

画像検査について、現行の実施要綱上、頭頸部外傷症候群等（脳の器質的損傷）については「頭部コンピューター断層撮影」、大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折については「コンピューター断層撮影等」、慢性化膿性骨髄炎については「CT、MRI等」と表記されている。

頭頸部外傷症候群等（脳の器質的損傷）及び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の画像検査についても、慢性化膿性骨髄炎に係るアフターケアの画像検査と同様、「コンピューター断層撮影」の表記について「CT、MRI 等」とすることが、検査内容を明確にするという観点から適当である。

(7) 尿路系障害に対する措置

ア 腎機能検査の変更

前の専門家会議において、尿路系障害（旧「尿道狭さく」）について、腎機能検査に関しては、腎クリアランスや PSP の検査より血中の尿素窒素量等の確認が重要であることから、血液一般・生化学検査に包括することが適当であるとの見解が示されている。

尿路系障害に関する腎機能検査の中で、腎クリアランスや PSP の検査は、現在、ほとんど行われておらず、腎機能検査を血液一般・生化学検査に変更することは適当である。

イ 残尿測定検査の追加

残尿測定検査は、超音波を用いると簡単にできるので、最近では超音波を用いる方法によることが多いが、カテーテルを用いて残尿量を測定する方法によることもある。

残尿測定検査を「超音波検査」としてしまうと、カテーテルを用いて残尿量を測定する方法によることは認められなくなってしまうので、超音波検査を含めて残尿測定検査と理解することが適当である。また、残尿測定検査については、「残尿測定検査（超音波検査を含む）」というような表記とすることが適当である。

ウ 尿培養検査の追加

せき髄損傷及び尿路系腫瘍等については、神経因性膀胱がある場合には残尿があり、上部尿路感染を起こす危険があることから、尿検査に「尿培養検査」を含めることが適当である。また、「尿検査（尿培養検査を含む）」と表記することが適当である。

エ 排尿障害改善剤及び頻尿治療剤の追加

尿路系障害に係るアフターケアとして、排尿障害改善剤及び頻尿治療剤を追加することは、現在アフターケアの措置と認められ、支給されている他の薬剤の内容との均衡から考慮して適当である。

(8) CRP 検査の追加

CRP 検査については、個別事案ごとの判断において、「炎症部位が確定できないため、必要性は認めがたい」とされてきたが、平成 18 年 4 月に新設された呼吸機能障害に係るアフターケアにおいて、気道感染や肺炎等の有無や程度を診断するという理由で、必要に応じて 1 年に 2 回程度の範囲内で行うことが認められてい

る。

CRP 検査は、ある障害が出た場合、それが細菌性感染によるものか否か、何によって症状が出たかを知るための検査であるので、炎症部位が確定できるわけではないが、個別に感染を繰り返しやすいリスクを持った状態において、これを指標として用いることは適切である。

また、呼吸機能障害に係るアフターケアでは、感染が状態を悪化させるリスクになる確率が高い（易感染性が認められている状態である）ことから、CRP 検査が認められた経緯からすると、医学的に考えて、感染性の病態を引き起こすリスクが非常に高い（易感染性が認められる）傷病についても、呼吸機能障害が感染を起こすリスクレベルとの整合性を図る観点から、CRP 検査をアフターケアの措置に含めることは適当である。

具体的には、せき髄損傷は、神経因性膀胱を生じる確率が非常に高く、尿路系感染の率が高い。尿路系障害は、もちろん尿路感染の確率が高い。人工関節・人工骨頭置換術では、ある一定の割合で遅発性感染が生じ、いったん感染が生じると、人工関節・人工骨頭の抜去に至る可能性が高く、感染のリスクが非常に大きい。慢性化膿性骨髄炎は、化膿性炎症そのものであり、当然に炎症の消長を調べるといことで CRP 検査は必要となるものである。循環器障害（人工弁又は人工血管に置換した者）については感染のリスクがある。

よって、せき髄損傷、尿路系障害、人工関節・人工骨頭置換、慢性化膿性骨髄炎及び循環器障害（人工弁又は人工血管に置換した者）の五つの傷病に係るアフターケアに CRP 検査を追加することは適当である。

なお、CRP 検査の実施回数については、呼吸機能障害に係るアフターケアと同様に、「必要に応じて1年に2回程度の範囲内で行うもの」とすることが適当である。

（9） 併用剤

ア 健胃消化剤としての潰瘍治療剤の支給

潰瘍治療剤は、治療薬に該当するため、原則としてアフターケアでは認められないものと取り扱っているが、鎮痛薬を使ったときには誰でも抗潰瘍薬を飲むものである。むしろ健胃薬を使わずに、主に抗潰瘍薬を使うことから、併用薬として支給する場合には、抗潰瘍薬を健胃消化剤に含めることは適当である。また、「健胃消化剤（抗潰瘍薬を含む）」と表記することが適当である。

イ 抗てんかん剤に対する肝臓用剤の削除

平成元年3月20日付け基発第127号通達には、傷病別アフターケア実施要綱に定める薬剤の投与に関して、医学的に併用することが必要と認められる薬剤の例として「抗てんかん剤に対する肝臓用剤」を掲げているが、現在では、肝臓用剤

(肝疾患治療薬)の併用が肝障害を予防するとする医学的根拠はなく、アフターケアの範囲と認めて差し支えないとしている医学的に併用することが必要と認められる薬剤から「抗てんかん剤に対する肝臓用剤」を削除することは適当である。

(10) 鎮暈剤の追加

鎮暈剤は、感覚器管用薬に分類されるが、内耳の血流量を改善し、めまいを抑える薬であることから、これを循環改善剤又は神経系機能賦活剤に含まれるものとして取り扱うことは適当である。

(11) 末梢神経障害治療剤の追加及び微小循環系賦活剤

末梢神経障害治療剤については、現在支給されている他の薬剤の内容との均衡から考慮して、アフターケアの措置として認めることは適当であるが、微小循環系賦活剤については、現在、中枢神経系、末梢神経系を含め、神経系の障害、疾患に対する適用は認められていないので、せき髄損傷及び外傷による末梢神経損傷に係るアフターケアの措置として認めることはできない。

(12) 血液一般・生化学検査の名称変更

血液一般・生化学検査という名称は、アフターケア制度において独自に使用されているものである。医科点数表上では、血液一般検査は末梢血液一般検査、生化学検査は生化学的検査であることから、この名称を「末梢血液一般・生化学的検査」に変更することは適当である。

(13) バクロフェン髄注療法に伴う薬剤再充填の支給

バクロフェン髄注療法（ITB療法）とは、平成18年度診療報酬改定により健康保険適応となったものであり、中枢神経系の抑制性神経伝達物質バクロフェンを専用の埋込型ポンプシステムを用いて作用部位であるせき髄へ直接投与することにより、脳・せき髄疾患に由来する重度の痙性麻痺に対し痙縮改善効果を示すものである。

なお、現行のせき髄損傷に係るアフターケアにおいては、筋弛緩剤（鎮痙剤（バクロフェン錠剤）を含む）の支給を認めており、また、外傷による脳の器質的損傷、せき髄型の減圧症、脳血管疾患、有機溶剤中毒等に係るアフターケアでは、四肢麻痺が出現した者が必要な場合には、せき髄損傷に準じて薬剤を支給できるものとしている。

バクロフェン髄注療法は、現在、それほど一般化してはいないが、内服による抗痙縮薬では効果が十分でない場合に使用されることから、これによりメリットのある者がいることは確かである。

よって、バクロフェン髄注療法に係る重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置後の当該ポンプ薬剤再充填について、アフターケアの措置として認めることは適当である。

(14) 「熱傷」の対象者の追加

熱傷に係るアフターケアの対象者については、労災保険法による障害等級第12級以上の者のうち、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者とされており、現在、「女性の外ぼうに醜状を残すもの」（障害等級第12級）はアフターケアの対象者となるが、「男性の外ぼうに醜状を残すもの」（障害等級第14級）はアフターケアの対象者となっていない。障害等級の認定において、外ぼう（頭部、顔面部、頸部のごとく、上肢及び下肢以外の日常露出する部分をいう。）の醜状についてのみ男女の区別があり、女性の方が上位に格付けされているのは、社会生活において醜状により受ける精神的苦痛を考慮し、女性のそれが男性に比較して大であるという社会通念に基づくものである、とされている。

一方、外ぼうにおける単なる「醜状」とは、原則として、「頭部にあっては、鶏卵大面以上の癍痕又は頭蓋骨の鶏卵大面以上の欠損」、「顔面部にあっては、10円銅貨大以上の癍痕又は長さ3センチメートル以上の線状痕」、「頸部にあっては、鶏卵大面以上の癍痕」のいずれかに該当する場合であって、人目につく程度以上のものをいう、とされており、後遺障害の程度に女性と男性の違いはない。

よって、後遺障害の程度が「男性の外ぼうに醜状を残すもの」に該当する者については、現在「女性の外ぼうに醜状を残すもの」をアフターケアの対象者としていることとの均衡上、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者について、アフターケアの対象者とすることは適当である。

(15) 白内障等の眼疾患に係るアフターケア

ア 眼瞼内反による睫毛乱生の処置の追加

白内障等の眼疾患に係るアフターケアの対象者については、「白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患等の眼疾患の傷病者」とされており、外傷による眼瞼内反がその範囲に含まれるか否か、必ずしも明確にされていない。

外傷によりまぶたが変形し眼瞼内反となった場合、睫毛乱生（逆さまつげ）が生じ、痛みの発生や角膜上皮剥離、角膜潰瘍をつくることもあり、睫毛抜去の処置が必要となることから、白内障等の眼疾患に係るアフターケアとして眼瞼内反による睫毛乱生の処置は必要であることから、これを認めることは適当である。

また、当該傷病の実施要綱の対象者の範囲について、眼瞼内反を白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患と同様に、明記することが適当である。

イ 外用薬、内服薬の支給

現在、白内障等の眼疾患に係るアフターケアとして支給される薬剤は、点眼剤と眼圧降下剤となっている。アフターケアの対象として眼瞼内反による睫毛乱生のようなものがあることから、外用薬として眼軟膏を認めることは適当である。

また、内服薬として眼圧降下剤は必要であり、これを支給していることは適当である。

(16) 精神障害に係るアフターケア

ア 非定型向精神薬服用者に対する尿検査

非定型向精神薬の中には、血糖値を上げる薬剤があり、糖尿病の既往がある者や肥満の者などは、血糖に注意しながら投薬しなければならないとされているが、現行のアフターケアであっても、向精神薬を服用している場合には、血液一般・生化学検査が認められており、血糖測定を行えることから、尿検査を追加する必要は認められない。

イ 特定薬剤治療管理料の追加

現在、アフターケアの実施要領によって、抗てんかん剤の継続投与を行う場合には、特定薬剤治療管理料をアフターケアに要する費用として請求できるとしている。

労災認定されるものは「うつ病」によるものが多いが、非定型の精神病も発症し得る（件数は少ないと思われる。）ことから、ハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を使用する可能性もある。

よって、統合失調症に対しハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を、躁うつ病に対しリチウム製剤を、また、躁うつ病又は躁病に対しバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを継続投与している場合についても、抗てんかん剤の継続投与の場合と同様に、特定薬剤治療管理料の請求を認めることは適当である。

(17) 呼吸機能障害に係るアフターケア

ア 保健指導における禁煙指導の明記

検討部会の検討結果においても「保健指導には対象者に対する適正な生活習慣の指導を含めることが望ましい」としていることから、呼吸機能障害に係るアフターケアの保健指導について、特に喫煙者については禁煙を指導する旨の指導を明記することは適当である。

イ 呼吸器用貼付剤の追加

気道攣縮に対して β 2刺激薬の貼付を用いることは、日常臨床であることから、呼吸機能障害に係るアフターケアで支給する薬剤に「呼吸器用貼付剤」を追加することは適当である。

2 その他（継続検討事項）

「脊椎の骨折・脱臼に対して、近年、脊椎インストゥルメンテーション（脊椎の骨折や脱臼に対する脊椎固定術に際し、骨癒合の促進と早期離床のために開発された脊椎に使用する器具の総称であり、基本的には、プレートやロッドを椎体に刺入した裸子で固定する方法と椎弓と横突起に固定したフックをロッドで固定する方法がある。）という治療法が開発され、脊椎に内固定材を留置したまま症状固定し、早期に社会復帰する者が増えてきている。脊椎はもともと動く箇所であることから、一定の年数が経過することによって、内固定材のゆるみや折損等が生じ、これによって後遺症状が増悪するおそれがあり、人工関節・人工骨頭置換と同様に、症状固定後についても定期的にエックス線検査を行い、状態を確認する必要があるので、アフターケアの対象となり得るのではないか。」との意見が出された。

このような進歩する医学等への適応については、検討部会において、「医学等の進歩に適応するため、アフターケアを必要とする対象傷病の措置範囲等を見直す必要がある場合には、適時、専門家会議を開催し、検討・見直しすることが適当である」としたことを踏まえ、当該意見による「脊椎骨折・脱臼に係るアフターケア（仮称）」については、治癒後における後遺症状の動揺等の状態や対象者数等を十分に把握した上で、アフターケアの必要性、また、その必要性が認められた場合には措置内容等の詳細について検討を要することから、継続して検討していくことが適当である。

「労災医療専門家会議」の開催要綱

1 趣旨、目的

労働者災害補償保険法により療養を受け、その症状が固定した後においても、傷病の性質上、後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させる場合があることにかんがみ、予防その他の保健上の措置としてアフターケアを実施しているところである。

アフターケアは、「労働福祉事業としてのアフターケア実施要領」（以下「要領」という。）をもって対象傷病及び措置内容等を具体的に定め、同要領に基づき運用しているところであるが、アフターケアを適切に実施するために、その目的に沿った措置内容等について、最新の医療水準に見合うもの等とすべく、適宜見直しを図っていく必要がある。

については、適切なアフターケアの措置内容等について、医学的、専門的立場から検討することを目的として、「労災医療専門家会議」を開催し、平成19年2月末を目処に検討結果を取りまとめる。

2 検討内容

労災医療におけるアフターケアの適切な措置内容等について検討する。

3 その他

- (1) 本会議は、厚生労働省労働基準局労災補償部長が学識経験者の参集を求めて開催する。
- (2) 本会議には、座長を置き、座長は会議の議事を整理する。
- (3) 本会議においては、必要に応じ、学識経験者の出席又は意見書の提出を求めることがある。
- (4) 本会議は公開とする。
- (5) 本会議の庶務は、厚生労働省労働基準局労災補償部補償課において行う。

「労災医療専門家会議」参集者名簿

(50音順)

氏名	役職名等
石田 仁男	関東労災病院 泌尿器科部長
伊地知 正光	元東京労災病院 整形外科部長
岡崎 祐士	都立松沢病院 院長
奥平 雅彦	北里大学名誉教授 中央労災医員
鎌田 光二	横浜労災病院 眼科部長
川城 丈夫	済生会横浜市東部病院 院長
木村 彰男	慶応義塾大学月ヶ瀬リハビリテーションセンター 所長
黒木 宣夫	東邦大学医療センター佐倉病院 精神神経医学研究室 助教授
小出 良平	昭和大学 医学部教授
重松 宏	東京医科大学 外科学第二講座主任教授
谷島 健生	東京厚生年金病院 副院長
戸田 剛太郎	せんぼ東京高輪病院 院長
馬杉 則彦	湯河原厚生年金病院 院長
保原 喜志夫	北海道大学 名誉教授
松島 正浩	東邦大学 医学部教授
三上 容司	横浜労災病院 整形外科部長
柳澤 信夫	関東労災病院 院長
山口 浩一郎	上智大学 名誉教授