

後遺障害等級認定の問題点

—四肢—

三上 容司

横浜労災病院整形外科

(平成 24 年 2 月 29 日受付)

要旨：労災補償における四肢および反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）の後遺障害認定基準は、平成 15～16 年に改正された。改正の要点は、人工関節・人工骨頭の取り扱いの変更、偽関節の取り扱いの変更、四肢長幹骨変形障害の適用拡大、手指の機能障害・欠損障害の取り扱いの変更、関節機能障害の評価法の変更、RSD が後遺障害として認められたことなどである。改正の結果、四肢に関しては等級認定のあいまいさがかなり減少した。また、四肢の疼痛に関して RSD が新たに後遺障害として認定されることになった。しかし、依然として後遺障害認定上の問題点も残っている。四肢に関しては、同一の関節可動域でも機能障害の程度が異なる点、筋力低下の機能障害としての評価が不十分であるという点、母指欠損障害の等級の問題点などであり、RSD に関しては、診断基準が確立していないという医学上の問題、医学的診断基準と後遺障害認定基準の不一致から生じる問題、等級判定の困難さ、症状固定時期の判断の難しさなどが問題点としてあげられる。今後の後遺障害認定基準の改正時には、これらの点に十分留意し、よりよい認定基準の策定に努めねばならない。

(日職災医誌, 61 : 166—169, 2013)

—キーワード—

障害等級, 四肢, 反射性交感神経性ジストロフィー

1. はじめに

労働災害により被災、あるいは、受傷した労働者や業務上疾病に罹患した労働者に後遺障害が残存した場合、その労働能力の喪失の程度に応じて障害補償の給付、すなわち、補償金の給付が行われる。補償金の給付額は、認定された後遺障害等級に応じて定められている。すなわち、後遺障害等級認定は、障害補償給付額を決定する上で極めて重要な作業であり、受け取り側(労災患者)のみならず支払い側(労災保険)からみても適正かつ公正な判断が求められる作業である。

現行の後遺障害等級表は、昭和 22 年に制定された労働基準法の中にその原型をみることができるが、その後の医学の進歩、社会状況の変化に応じて、追加、改正が行われてきた。直近では、四肢の機能障害、変形障害、欠損障害などについて、平成 13 年から 16 年に開催された「整形外科の障害認定に関する専門検討会」において検討された。また、平成 12 年から 15 年に開催された「精神・神経の障害認定に関する専門検討会」では、非器質性精神障害、脳及びせき髄の損傷などとともに、RSD (反射

性交感神経性ジストロフィー) についても検討された。これらの専門検討会の報告を受け、後遺障害認定基準が改正された。他の領域の障害認定に関しても、ほぼ同時期に専門検討会が設置され、認定基準が順次改正された。

本稿では、四肢に残存する後遺障害と、それに伴って残存し整形外科医が比較的取り扱うことが多い RSD について、認定基準改正の要点を概説すると同時に、改正後すでに 5 年以上経過した現時点で明らかになってきた問題点について述べる。

2. 四肢の後遺障害認定基準の改正点

四肢の認定基準について、平成 16 年の改正の要点を述べる。

1) 人工関節, 人工骨頭の取り扱い

四肢の関節に人工関節置換術、あるいは、人工骨頭置換術が行われた場合、改正前は、一律「関節の用廃」(8 級)として取り扱われていた。改正後は、関節可動域制限の程度により「関節の用廃」(8 級)か「関節の著しい機能障害」(10 級)のいずれかに認定されることになった。東倉は近年の人工関節の材質、技術の進歩によるその術

表1 長幹骨偽関節の取り扱い変更点

偽関節の部位	改正前	改正後	
		硬性補装具が必要	硬性補装具が不要
上腕骨, 大腿骨	7級	7級	8級
橈骨および尺骨 脛骨および腓骨	7級	7級	8級
橈骨または尺骨	8級	8級	12級
脛骨	8級	7級	8級
腓骨	8級	12級	
上腕骨, 大腿骨骨端部		12級	
橈骨または尺骨脛骨骨端部		12級	

表2 関節の機能障害の評価法
—主要運動と参考運動—

部位	主要運動	参考運動
肩関節	屈曲, 外転・内転	伸展, 外旋・内旋
肘関節	屈曲・伸展	
手関節	屈曲・伸展	橈屈・尺屈
前腕	回内・回外	
股関節	屈曲・伸展 外転・内転	外旋・内旋
膝関節	屈曲・伸展	
足関節	屈曲・伸展	
母指	屈曲・伸展, 橈側外転, 掌側外転	
手指及び足指	屈曲・伸展	

後成績の向上をみれば, 一律「関節の用廃」とすることは問題であるとした¹⁾が, 今回の改正により解決が図られた。

2) 偽関節の取り扱い

改正前は, 脛骨の偽関節と腓骨の偽関節も同じ8級と整形外科医からみると不合理と思われる基準であった(表1)。改正後は, 脛骨と腓骨の偽関節がそれぞれ7級と12級に改められたのと同時に, 硬性補装具着用の必要性による区別, 骨端部偽関節の認定が加えられた(表1)。

3) 変形障害12級の適用拡大

改正前, 四肢の変形障害12級は, 長幹骨の165度以上の彎曲変形, すなわち, 長軸方向での15度以上の変形治療にのみ適用されていたが, 改正後はその適用が拡大され, 腓骨の偽関節, 長幹骨骨端部の偽関節・骨欠損, 長幹骨横径の減少, 回旋変形にも適用されるようになった。

4) 手指の機能障害, 欠損障害の取り扱い

改正前に存在した示指の過大評価, 小指の過小評価²⁾が是正された。たとえば, 示指の欠損障害は改正前10級であったのが改正後11級に, 小指の欠損障害は改正前13級であったのが改正後12級になった。また, 母指と示指の欠損障害は, 改正前7級から改正後8級となった。

神経断裂後の指の知覚脱失については, 改正前は疼痛・知覚障害として評価するしかなかったが, 改正後は, 感覚神経活動電位が導出できない場合に限り手指の用廃として認められることになった。

5) 関節機能障害の評価法

関節可動域測定は関節機能評価の際重要である。四肢の関節可動域測定には, 主要運動が用いられるが, 肩関節, 手関節, 股関節においては参考運動が用いられる場合もある。改正前は, 主要運動のみ明示されていたが, 改正後は主要運動のみならず参考運動も明示された(表2)。また, 改正前は, 評価の対象とならなかった前腕回内・回外, 母指の橈側外転, 掌側外転が, 改正後は評価の対象となるようになった。

また, 主要運動が複数ある場合の評価法が変更された。すなわち, 改正前は, 主要運動のいずれも健側可動域の3/4以下の場合に機能障害とされたが, 改正後は, 主要運

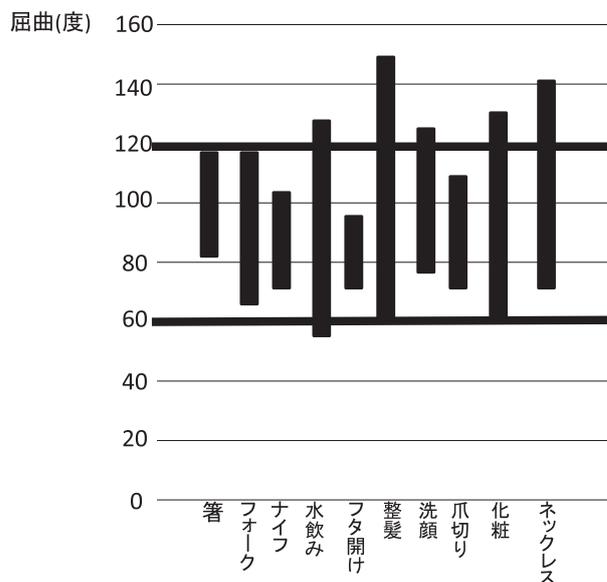


図1 日常生活動作における肘関節可動域 (西村ら, 2009³⁾ から引用, 一部改変)

動のいずれか一方が健側可動域の3/4以下の場合に機能障害とされるようになった。著しい機能障害についても同様である。

3. 四肢の後遺障害認定基準の問題点

上述の改正は総じて妥当なもので, 等級認定に伴うあいまいさがかなり減少したが, 反面, 内容の増加により, 全般にわたって理解, 運用するのに, かなりの努力と労力を要するようになった。また, 改正前に問題とされていた認定上の問題点が相当程度改善された点は評価できるが, 依然として問題も残っている。

1) 可動域制限の評価

例えば, 肘関節の可動域が伸展-60度・屈曲120度の場合, 可動域は60度なので10級となるが, 伸展0度, 屈曲60度でも, 可動域は60度なので同じ10級となる。しかし, この両者は同じ程度の機能障害であろうか? 図1は, 日常生活動作で必要とされる肘の可動域をあらわ

したものである³⁾。伸展-60度、屈曲120度の可動域制限を有する肘関節であれば、日常生活動作のほとんどを行えるが、伸展0度、屈曲60度の肘関節では、ほとんどの日常生活動作は行えないことになる。肘関節においては、同じ可動域制限の数値であっても、その中央値が伸展よりにあるか屈曲よりにあるかで、その機能障害の程度が大きく異なることがわかる。障害等級認定においては、単に可動域制限の数値のみならず、その具体的範囲を考慮する必要があるのではないか。

2) 筋力低下の評価

末梢神経損傷による運動麻痺は機能障害として、自動での関節可動域で評価される。しかし、筋力が徒手筋力検査で3程度、すなわち、重力に抗して運動できる程度の筋力の場合、自動可動域は正常となる。自動可動域が正常であるから後遺障害等級には非該当になる。しかし、実際には、筋力低下のためその機能は相当程度障害される。筋力も機能評価に組み込むべきである。

3) 母指欠損の取り扱い

母指が指節間関節(IP関節)で切断された場合、および、その近位部で切断された場合、母指の欠損障害として9級にあたる。しかし、これでは、母指IP関節での切断と母指中手指節間関節(MP関節)の切断が同じ等級になる。母指としてピンチ機能が多少なりとも残存しているIP関節離断と母指としての機能を全く失っているMP関節離断が同じ等級で評価されるのは問題である。

4. RSD と認定基準改正

反射性交感神経性ジストロフィー(RSD: reflex sympathetic dystrophy)は、外傷や疾病などの身体への侵襲後に、四肢の痛みと機能障害が原因に比べ不釣り合いな程度に強くかつ長時間にわたって持続するという特殊な慢性疼痛症候群のうちで、発症に交感神経が強くかわるものとされている。1946年にEvansがRSDと命名した⁴⁾。その後、交感神経の関与しないものもあることがわかってきたため、1994年に国際疼痛学会で、CRPS(complex regional pain syndrome)という病名が提唱された。それまで、RSDとされていたものはCRPS type I、神経損傷後の疼痛であるカウザルギーはCRPS type IIと命名された。2005年には、type I、IIの区別をなくしてCRPSと呼ぶことが提唱された。RSD、カウザルギー、CRPSについては、その病態も不明で、治療法、診断基準も確定しておらず、疾患概念としてもいまだ混乱していると言わざるを得ない状況である。しかし、現実問題として、四肢外傷後に頑固な慢性疼痛を残存することが稀ではなく存在することから、その障害等級認定には苦慮することが多い。

労災では、改正前には、カウザルギーについての基準しかなかったが、改正によりRSDが追加された。RSDも、カウザルギーと同様、7、9、12級のいずれかに認定

表3 CRPS type Iの診断基準(1994, 国際疼痛学会)

- ・外傷の既往があるか、不動化の原因がある
- ・不釣り合いな持続性疼痛、アロディニア、痛覚過敏(hyperalgesia)
- ・疼痛部位に浮腫、皮膚温の左右差、発汗異常が病期のいずれかの時期に存在
- ・他の疾患を除外できる

されることになったが、カウザルギーと異なりRSDの認定には、関節拘縮、骨の萎縮、皮膚の変化の3徴候が健側と比較して明らかに認められることが必要とされた。

5. RSDの後遺障害認定における問題点

1) 臨床診断と後遺障害認定基準の不一致

RSDあるいはCRPSの診断に関しては、いまだ診断基準が確定していない。Kozin, Gibbonsなどいくつかの診断基準があるが、1994年に国際疼痛学会が提唱したCRPS type I(=RSD)の診断基準⁵⁾を表3に示す。この診断基準では、関節拘縮、骨の萎縮は、RSDの診断に必要とされていない。すなわち、この診断基準によってRSDと診断されても、後遺障害等級認定では必ずしもRSDとして認定されないことになる。後遺障害診断書に傷病名としてRSDと記載されているにもかかわらず、RSDとしての後遺障害が認定されないという事態が生じ得る。このことが、認定側と被認定側の間のトラブルの原因となる。しかし、前述のごとく、後遺障害認定作業はあくまで障害に対する補償給付のための作業であり、医学的な診断過程とは異なる。また、例えば、脛骨骨幹部骨折を例にとると、この骨折が全て後遺障害に該当するわけではなく、変形、短縮、偽関節といったある一定の条件を満たしたもののだけが後遺障害に該当するのであり、医学的にRSDと診断された場合でも、その中のある一定の条件を満たすものが後遺障害に該当するとすることは、むしろ、後遺障害認定の本質からみて妥当であると思われる。疼痛という客観的な評価が困難な症状を後遺障害と認定して補償を行うためには、これを裏付ける何らかの他覚的所見が必要である。現在は他覚的所見として関節拘縮、骨の萎縮、皮膚の変化の3つの要件が求められているが、この要件の妥当性のみならず、他の指標の妥当性も含め今後の検討が必要である。

2) 後遺障害等級の判定

RSDが労災での後遺障害認定基準に合致していると判断した場合でも、次に問題になるのがその等級の判定である。等級は労働への支障の程度で判断することになっているが、その基準は極めてあいまいで判断が難しい。関節機能障害の等級が可動域という数値によって判断されるのに比べると、判定の困難さは歴然としている。また、後遺障害等級を判定する時点で患者は就労していない場合が多く、このことがさらに労働への支障の程度の判断を困難にしている。

3) 後遺障害認定時期

労災において、治癒は療養が終了し症状が固定した時と規定されているが、RSD、カウザルギー、あるいはCRPSでは、経過が長く消長を繰り返すことが多く、効果が必ずしも明確ではない治療法を試行せざるをえない場合もある。神経ブロックを継続的に必要とすることもあり、治癒の判断は必ずしも容易ではない。

6. まとめ

四肢およびRSDについて、平成15～16年に行われた後遺障害認定基準の改正の要点を述べた。後遺障害認定上の問題点として、四肢に関しては、同一の関節可動域でも機能障害の程度が異なる点、筋力低下の機能障害としての評価が不十分であるという点、母指欠損障害の等級の問題点について述べた。RSDに関しては、診断基準が確立していないという医学上の問題、医学的診断基準と後遺障害認定基準の不一致から生じる問題、等級判定の困難さ、症状固定時期の判断の難しさなどが問題点としてあげられる。今後行われるであろう後遺障害認定基準の改正時には、これらの点に留意する必要がある。

文 献

- 1) 東倉 萃：下肢障害に対する労災障害補償等級設定の問題点. 日本災害医学会会誌 45：122—127, 1997.
- 2) 伊地知正光：労災補償障害等級認定の問題点. 日本災害医学会会誌 45：118—121, 1997.
- 3) 西村誠次, 三科 藍, 清水順市, 他：日常生活動作における肘関節屈曲, 前腕回旋の可動範囲. 日本作業療法研究学会雑誌 12：7—10, 2009.
- 4) 内西兼一郎, 堀内行雄：反射性根幹神経性ジストロフィーの病態. 整・災外 45：1311—1317, 2002.
- 5) 柴田政彦：CRPSの診断(判定指標). 診断基準の歴史, 複合性局所疼痛症候群 CRPS (complex regional pain syndrome). 第1版. 東京, 真興交易医書出版部, 2009, pp 65—70.

別刷請求先 〒222-0036 神奈川県横浜市港北区小机町
3211
横浜労災病院整形外科
三上 容司

Reprint request:

Yoji Mikami
Department of Orthopaedic Surgery, Yokohama Rosai Hospital,
3211, Kozukue-cho, Kohoku-ku, Yokohama, Kanagawa,
222-0036, Japan

Problems in Grading of Residual Disabilities of Extremities for Workmen's Compensation

Yoji Mikami

Department of Orthopaedic Surgery, Yokohama Rosai Hospital

The certification criteria for residual disabilities of extremities and reflex sympathetic dystrophy (RSD) in workers' accident compensation insurance were revised between 2003 and 2004. However, some problems in grading of residual disabilities of extremities and RSD still remain as follows:

1. The extent of disability is not equal among the persons who have the same range of motion of the joints.
2. Motor weakness is not adequately reflected to evaluation of the disability.
3. There is a problem about grading of thumb amputation.
4. Diagnostic criteria for RSD have been still confusing.
5. Discrepancies between medical criteria and compensation criteria for RSD often cause troubles among stakeholders.
6. It is difficult to grade disabilities of RSD.
7. It is difficult to judge the timing for certification of RSD.

(JJOMT, 61: 166—169, 2013)