

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点（各領域における認定の現況と問題点）

PD2-1 眼の障害に関する障害等級認定の問題点

鎌田光二
横浜労災病院 眼科

業務上または通勤上の労働災害で被った眼障害の後遺症には、その残った障害の程度により補償がなされることになっており、横浜労災病院眼科でも毎年 20 人程の認定業務を行っている。後遺症の程度判定すなわち後遺障害等級認定における問題点は、平成 8 年の第 45 回当学会シンポジウムでも取り上げられ、業務上疾患の証明、詐盲対策、等級基準の問題の三点を挙げさせて頂いた。それを機会に認定等級基準については厚生労働省の専門検討会で見直しが進められ、平成 16 年から現行の新しい基準が適用されている。

認定基準の主な改正点は次の通りである。

- 1) 視力の測定方法と視力障害の評価方法
- 2) 調節機能障害の評価方法
- 3) 新たな身体障害としての複視に関する認定基準

今やコンタクトレンズの装用者は 1500 万人とも 1800 万人とも言われており、労働災害により生じた無水晶体眼の視力矯正の一つの方法としてコンタクトレンズが使用されることも間々ある。従来の基準ではコンタクトレンズでの矯正視力は採用されずに裸眼視力での判定となっていたので、矯正視力に格差のある者が同じ障害等級に属することも生じていた。この点が解消されたことは大いに評価されることであるが、コンタクトレンズ装用の可否判定についてはまだ難しい問題が残っている。

次の調節機能障害については、年齢別調節力値が 5 歳毎に細かく改められ、評価方法および対象除外者についても新しい認定基準の原則が決められた。

また新たな障害等級として正面視または正面視以外での複視が定められた。複視は眼球運動の障害で生じるものであるが、従来は 14 級または 12 級に準用されており、眼球運動障害の程度は眼の動く範囲である注視野の広さにより判定されていた。眼球運動障害で労働および生活における大きな支障は物が二つに見えることである。このことが後遺障害の一つとして追加採用されたことは、通勤災害等での頭部外傷の増加に伴い頻度が増えている眼筋麻痺の障害補償対策としては適切なものである。最近 5 年間に当院眼科で行った後遺障害の認定で最も多いのは視力障害であったが、眼球運動障害による複視は 17 例にみられ、半分以上は交通事故によるものであった。注視野の障害がみられた者は皆無であった。

眼の障害における後遺障害等級認定における現状と問題点を、最近 5 年間の認定業務 116 件をもとに考えてみたい。

【略歴】

昭和 50 年 3 月 横浜市立大学医学部卒業
昭和 56 年 6 月 茅ヶ崎市立病院眼科医長
昭和 58 年 4 月 東京医科歯科大学医学部眼科講師
平成 2 年 1 月 横浜市立大学医学部眼科講師
平成 2 年 4 月 横浜市立大学医学部眼科助教授
平成 3 年 4 月 横浜労災病院眼科部長
平成 14 年 4 月 横浜市立大学医学部眼科臨床教授

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点（各領域における認定の現況と問題点）

PD2-2 後遺障害等級認定の問題点—耳鼻咽喉科領域について—

小林一女
昭和大学病院 耳鼻咽喉科

耳鼻咽喉科領域の労災障害等級認定基準は、平成12年から14年に専門検討会において17項目について見直しを検討され、6項目において新たな認定基準が出された。これら項目の障害認定の現況と問題点について紹介する。

①聴力検査法

聴力検査の時期、方法、評価法が明確となった。特に騒音性難聴の労災認定時の検査法が明確となり適切に実施されている。騒音性難聴以外では治癒後に検査を3回行うと規定された。しかし自賠責保険の場合、このような規定がなく、受診が事故より数カ月後の場合もあり因果関係が問題となることが多い。

②機能性難聴

機能性難聴が疑われる場合の具体的検査方法が示され、被検者の状態に応じて適切な手法が採用されるようになった。近年、他覚的検査法として聴性定常反応検査(ASSR)が普及しつつある。周波数毎の聴覚閾値をある程度知ることができ、障害等級決定の判断に有用である。

③耳鳴の取り扱い

従来区別が明確でなかった12級と14級の耳鳴が、耳鳴検査(ピッチマッチ、ラウドネスバランス検査)が実施されたか否かによって区分されることになった。すなわち、難聴に伴い耳鳴があると評価されると12級、難聴に伴い耳鳴のあることが騒音暴露歴や音響外傷などから合理的に説明できるものは14級となる。実際の認定では「難聴に伴う」の「難聴」の解釈、無難聴性耳鳴の取り扱いが問題となっている。

④平衡機能障害

内耳性平衡機能障害の等級が明確となった。すなわち、内耳性障害では9級を超えることはない。自賠責保険では眼振検査が全くなく、重心動揺計検査の所見のみ添付されることもあり、診断に苦慮することがある。

⑤その他(加齢変化、難聴飛び等級)

専門検討会で検討されたが、認定基準改正に至らなかった項目について若干紹介する。

聴力と加齢との関連について、加齢とともに一定程度低下する。しかし障害補償給付対象となる40dBを超えるものではないことより、聴力については年齢により聴力低下を考慮しない。

【略歴】

1982年 昭和大学医学部卒業
同年 昭和大学耳鼻咽喉科学教室入局
1983年 6月 関東労災病院耳鼻咽喉科
1984年 11月 総合高津中央病院耳鼻咽喉科
1985年 10月 昭和大学耳鼻咽喉科助手
1987年 11月 東京船員保険病院耳鼻咽喉科
1989年 6月 昭和大学耳鼻咽喉科助手
1990年 1月 川崎中央病院耳鼻咽喉科
1991年 7月 昭和大学耳鼻咽喉科助手
1993年 1月 同専任講師
1997年 4月 同助教授
2007年 4月 同准教授

日本耳鼻咽喉科学会耳鼻咽喉科専門医
日本職業・災害医学会「労災補償指導医」

【所属学会】

日本耳鼻咽喉科学会、日本耳科学会(評議員)日本鼻科学会、日本聴覚医学会、日本小児耳鼻咽喉科学会(理事)、日本口蓋裂学会(評議員)日本職業・災害医学会、日本耳鼻咽喉科臨床学会

【その他】

東京都身体障害者福祉センター医学的判定医師

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点（各領域における認定の現況と問題点）

PD2-3 後遺障害等級認定の問題点 一口の障害の現況と問題点一

岡田とし江
関東労災病院歯科口腔外科

口の障害については前回の労災認定基準の見直し後、咀嚼障害 12 級準用が加わり、咀嚼障害・言語障害 6 段階、歯牙の障害 5 段階、これらの併合、準用として嚥下障害・味覚障害、特殊な併合、声帯麻痺、開口障害などによる咀嚼に相当時間を要する場合、歯牙障害の加重の取扱いが認定方法として定められている。

これらの障害の認定に際しては、事故との因果関係、事故状況（物損の程度）、事故当日の肉眼所見・画像所見、症状固定時の画像所見、既存障害の有無、自覚症状・他覚所見を総合的に評価することが求められている。

さらに、自覚症状をできるだけ客観的に評価する方法が補助手段として必要となる。具体的には咀嚼障害については、山本らの総義歯性能判定表・中島らの咀嚼可能食品問診調査・主に自賠責で使用している咀嚼状況報告書・客観的なデンタルプレスケールなどの機械的な咀嚼状況の評価手段があげられるが、全く同一の手段が用いられている訳ではないことが問題点の一つとして挙げられる。言語については会話の成立、構音・発語状況により、判断している。

見直し以降の開口障害等による 12 級準用については開口域の測定、顎関節の画像（シュラー氏法、CT、MRI など）など、診断書に十分に記載されていないものが多い点が問題となっている。後遺障害診断書の記載方法などの周知徹底が望まれる。

歯牙障害については事故時の X 線写真、治療終了時の X 線写真により判断するが、加重の取扱いがあることから、事故当日と事故前のかかりつけ歯科での X 線写真が決め手となってくる。最近の既存障害と現症について評価が上がる場合、妥当な場合、かえって既存障害により認定対象外になってしまう場合等具体的事例を提示する。

実際の認定業務の中では、さらに顔貌の醜状障害・末梢神経障害などを同時に認定することが多い。

特殊な例としては気管切開後、永久気管孔となり、更に胃瘻を造設している認定対象者もみられ、これからも増加していくものと考えられた。

【略歴】

昭和 51 年 3 月 鶴見大学歯学部卒業
昭和 51 年 4 月 鶴見大学歯学部第一口腔外科学教室 助手
昭和 52 年 4 月 鶴見大学歯学部大学院歯学研究科（口腔外科学専攻）入学
昭和 55 年 7 月 スイス バーゼル大学顎顔面外科にて Prof. B. Spiessl に師事
昭和 56 年 3 月 鶴見大学歯学部大学院歯学研究科（口腔外科学専攻）卒業 歯学博士甲第 1 号
昭和 56 年 4 月 鶴見大学歯学部第一口腔外科学教室 助手
昭和 58 年 4 月 鶴見大学歯学部第一口腔外科学教室 講師
昭和 61 年 1 月 関東労災病院歯科口腔外科部長 現在に至る

日本口腔外科学会専門医・指導医

日本がん治療認定医機構 暫定教育医（口腔外科）

日本職業災害医学会 労災補償指導医

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点 (各領域における認定の現況と問題点)

PD2-4 後遺障害等級認定の問題点 精神症状 (非器質性精神障害)

小山文彦^{1,2)}

労働者健康福祉機構本部研究ディレクター¹⁾、香川労災病院勤労者メンタルヘルスセンター²⁾

労災保険の認定基準上、非器質性精神障害の後遺障害を判定する際、その障害程度は、精神科等の専門医による治療の有無、治療内容、治療期間、担当医からの照会回答書から斟酌、判断され、9級、12級および14級の3段階に区分した等級が定められる。具体的には、「精神症状」：①抑うつ状態、②不安、③意欲低下、④慢性化した幻覚・妄想、⑤記憶又は知的能力の障害、⑥その他の障害（衝動性、不定愁訴等）のうち1つ以上が残存（その状態について判断）し、「能力」：①身辺日常生活、②仕事・生活に積極性・関心を持つこと、③通勤・勤務時間の厳守、④普通に作業を持続すること、⑤他人との意思伝達、⑥対人関係・協調性、⑦身辺の安全保持、危機の回避、⑧困難・失敗への対応、以上8項目ごとに四段階に判定する。

この「能力」については、いわゆる日常生活動作(ADL)と労働能力を併せ、客観的な判断がなされるものと思われる。しかし、「精神症状」の状態については、当該労働者の愁訴からの判断によるところが大きく、身体の障害と比べると他覚的かつ客観的な判断が難しい場合も少なくない。この視点からも、精神科一般臨床から労災認定、後遺障害の判断にわたっても、抑うつ等に関する客観的指標が求められており、労災疾病等13分野医学研究との関連性は大きい。

また、「重い障害を残している者」の例として「持続的な人格変化」があり、これには、著しく調和を欠く態度と行動、持続的で長期にわたる異常行動等が該当する。一例として、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の慢性化に伴う人格変化を考えた場合、その精神・行動の障害は、青年期に発症することの多いBPD（境界性人格障害）の特徴と類似している。場合によっては、当該の被災およびPTSDとの因果関係にあるものか、被災前からのBPDの顕在化かについての判断は非常に困難である。以上の問題点を含め、通勤災害によるPTSD自験例の発症からアフターケアまでの過程についても紹介したい。

【略歴】

平成 3年 徳島大学医学部医学科卒業
平成 3年 岡山大学医学部神経精神医学教室入局、同附属病院勤務
平成 4年 府中湯が丘病院勤務
平成 6年 公立周桑病院精神科・神経内科勤務
平成 8年 河田病院シルバーリハビリテーションセンター勤務
平成 9年 弘済クリニック勤務
平成 13年 香川労災病院メンタルヘルス科副部長
平成 17年 香川労災病院勤労者メンタルヘルスセンター長
平成 21年 独立行政法人労働者健康福祉機構本部研究ディレクター（兼任）

【所属学会】

日本職業・災害医学会（認定労災補償指導医）、日本産業ストレス学会（理事）、日本精神神経学会（専門医・指導医）、日本産業衛生学会、日本産業精神保健学会、日本社会精神医学会、日本緩和医療学会

【資格・役職】

医学博士、精神保健指定医、日医認定産業医、日本精神神経学会専門医・指導医、日本職業災害医学会認定労災補償指導医、中央労働災害防止協会メンタルヘルス支援専門家、メンタルヘルス対策支援相談員等

【厚生労働省関連】

厚生労働省委託「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発のための事業（精神疾患その他のストレス性疾患）」（実施責任者 2010～現在）、厚生労働省委託「業務上疾病に関する医学知見収集事業」（専門委員 2009）、厚生労働省労働基準局職員研修会「労働者のうつ、疲労と脳血流変化」（講師 2008）

【著書】

働く人のうつ、疲労と脳血流変化（編著、保健文化社、2009）
女性総合診療マニュアル（共著、労働者健康福祉機構編、保健文化社、2010）等

【論文（2009-11年分）】

労働者の「うつ病予備軍」早期発見のために（日職災医誌 59(1)：32-39, 2011）、メンタルヘルス不調に罹患した労働者に対する治療と職業生活の両立支援（産業医学ジャーナル 33(6)：89-96, 2010）、労働者の抑うつ、疲労、睡眠障害と脳血流変化（日職災医誌 58(2)：76-82, 2010）、労働者の抑うつ、疲労感と脳 SPECT 画像（産業ストレス研究 17(2)：133-137, 2010）、うつ病の客観的診断は可能か（産業医学ジャーナル 32(6)：94-101, 2009）、労働者健康福祉機構が進める労災疾病等13分野医学研究 - 「勤労者のメンタルヘルス」分野の研究・開発、普及事業について（産業精神保健 17(4)：290-295, 2009）等

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点（各領域における認定の現況と問題点）

PD2-5 外傷性脳損傷と高次脳機能障害認定の変遷と問題点

茂野 卓
関東労災病院 脳神経外科

労災保険及び自賠責保険もともに従来より頭部外傷後の脳損傷後遺障害認定を行ってきた。その後 2000 年にまず自賠責保険がびまん性脳損傷による高次脳機能障害の等級認定基準を明確にした。労災保険もその後 2003 年、高次脳機能障害を明文化した。まず常時介助が随時介助かにより 1, 2 級を認定することは労災・自賠責とも同じである。それより軽度のものは、労災は 4 能力をそれぞれ 6 段階評価で等級を決定する。一方自賠責は日常 ADL 及び作業就労能力を具体的事象を例に等級認定をする。双方の基準に大きな隔たりは無いが、どちらかが先に認定されている場合の認定作業もあり、整合性が問われる場合がある。同様に介護認定も実際の労災・自賠責認定の場で提出されることも多くなってきた。要支援から要介護 5 までの等級が先に認定されている場合に、労災・自賠責との整合性が問われる場合もある。現段階では労災・自賠責ともに器質性精神障害をその対象にしており、少なくとも画像診断で明らかな脳損傷を認めなければ認定の対象とはしていない。ところが近年、明らかな画像異常所見が無くとも、びまん性脳損傷がありうるとする考えがあり、軽度外傷性脳損傷 (MTBI) という疾患概念が出てきた。これはいまだ概念であり、医学的に明確に確立されたものではない。しかし裁判でこれが争われる件数が増えつつある。そして昨年、自賠責で MTBI を認める高裁判決が出た。医学的な明確な検証がまだ進まない段階で司法が先に進んでいる現状である。自賠責はそこで今年、軽症頭部外傷後の高次脳機能障害の疑いのあるものを審査対象とする基準を明らかにした。しかし現段階では自賠責も労災同様、画像異常所見の存在が重要であることに変わりはない。EBM としての高次脳機能障害診断の難しさに直面する。現段階での問題を提示する。

【略歴・業績】

1973 年、東京大学医学部卒業、東京大学脳神経外科入局。ベルリン自由大学、グラスゴー大学、東京大学、埼玉医科大学総合医療センター助教授を経て、関東労災病院部長。以後、脳神経外科労災認定業務に従事。現在、労災リハビリテーション長野作業所長兼任。

ベルリン自由大学医学博士
東京大学医学博士
日本脳神経外科学会専門医
日本脳卒中学会専門医
東京大学医学部脳神経外科非常勤講師

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点（各領域における認定の現況と問題点）

PD2-6 呼吸器の障害

冬木俊春

関東労災病院勤労者予防医療センター

呼吸器障害での障害等級認定の基準は、介護の必要度から、1級は常時介護が必要なもの、2級は随時介護が必要なもの、それ以外のものは3級以下となる。

判定基準項目には、%1秒量、%肺活量、動脈血酸素分圧、呼吸困難度（高度、中等度、軽度）、運動負荷試験があり、その程度によって、5、7、9、11級に分類される。運動負荷試験は、呼吸機能、動脈血酸素分圧が正常の場合に適用され、負荷によって呼吸困難があると判断されれば、11級相当となる。運動負荷試験は、軽症例に使われる判定基準項目となる。自覚症状としての呼吸困難度は、軽度、中等度から高度になると、7級から一気に3級以上に昇格する場合があるが、肺機能上重症となる例であり、この場合、マイペースで1Kmの歩行は難しい状態であり、中等度、軽度呼吸困難の例は、希有ではないかと思われる。呼吸困難度が障害等級判定には、あまり寄与していないのではないかと思われる。労災補償となるじん肺に関しては、新たな肺機能検査の判定基準が平成22年7月1日より施行されている。肺機能判定項目が障害認定での項目とほぼ共通している。労災管理Ⅳと障害等級の1級を補償に関して、ほぼ同等と見なすとするなら、両者の肺機能判定基準に差があるようで、かつ、じん肺の場合、段階的な補償は設けられていない。

【略歴】

昭和51年3月 東北大学医学部 卒業
昭和54年4月 東北大学第1内科 入局
昭和61年4月 珪肺労災病院 内科副部長
平成2年4月 同 検査課部長
平成9年5月 同 呼吸器内科部長
平成10年4月 関東労災病院 呼吸器内科部長
平成17年9月 同 アスベスト疾患センター長（兼務）
平成22年4月 勤労者予防医療センター長

日本呼吸器学会 呼吸器専門医
同 呼吸器指導医
日本内科学会 認定内科医
日本医師会認定産業医
日本職業・災害医学会労災補償指導医

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点（各領域における認定の現況と問題点）

PD2-7 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 16 年に、整形外科に関わる労災後遺障害等級の認定基準が改正された。四肢に関わる認定基準の主な改正点は、1) 肩関節の主要運動の変更、2) 前腕回内・回外の評価、3) 長幹骨偽関節の取扱いの変更、4) 長幹骨の回旋変形の評価、5) 神経断裂後の指の知覚脱失を指の用廃と認定、6) 人工関節・人工骨頭の取扱いの変更、7) 示指の過大評価、小指の過小評価の是正であった。この改正により、それ以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が、依然として問題も残っている。可動域制限の評価については、例えば、肘関節の可動域が 60 度の場合、著しい機能障害として 10 級に該当することになるが、伸展 0 度・屈曲 60 度の場合と伸展—60 度・屈曲 120 度の場合では、明らかに前者の機能障害の程度が重い。すなわち、可動域が同一でも機能障害が異なる場合がある。あるいは、末梢神経損傷による機能障害の評価について、末梢神経損傷による運動麻痺がある場合、関節可動域は自動での可動域で評価することになっている。しかし、筋力が M3 程度あり自動可動域が保たれている場合には、機能障害が相当程度あるにもかかわらず、等級に該当しないことになる。四肢外傷後に残存する疼痛については、改正以前からあったカウザルギーに加え RSD（反射性交感神経性ジストロフィー）が、改正後認定基準に加えられた。これらは、近年 CRPS（複合性局所疼痛症候群）としてまとめて取り扱われることが多いが、その病態に不明な点が多く、診断基準も必ずしも確立していないため、後遺障害認定上問題になりやすい。特に、RSD の認定要件である関節拘縮、骨萎縮、皮膚の変化の 3 要件の取扱いが問題になる。労災における RSD の認定基準はあくまで補償を目的とする“認定基準”であり、医学上の“診断基準”ではないことを理解する必要がある。

【略歴】

昭和 52 年 3 月 私立広島学院高等学校卒業
昭和 58 年 3 月 東京大学医学部医学科卒業
昭和 58 年 6 月 東京大学医学部整形外科研修医
平成 2 年 7 月 東京大学医学部整形外科助手
平成 4 年 7 月 東京大学医学部整形外科医局長
平成 9 年 9 月 横浜労災病院整形外科部長
平成 22 年 1 月 横浜労災病院副院長

【公職歴】

平成 10 年 地方労災医員
平成 12 年 労働省「精神・神経の障害認定に関する専門検討委員会」委員
平成 18 年 厚生労働省「労災医療専門家会議」委員

【学会役員】

運動器の 10 年・日本協会理事
日本末梢神経学会理事
日本整形外科学会代議員
Journal of Orthopaedic Surgery, Editorial Board
日本手外科学会代議員
日本職業・災害医学会評議員
日本職業・災害医学会誌編集委員
日本整形外科勤務医会幹事・事務局

【資格】

日本整形外科学会専門医
日本手外科学会「手外科専門医」
日本職業・災害医学会「労災補償指導医」

パネルディスカッション 2

後遺障害等級認定の問題点（各領域における認定の現況と問題点）

PD2-8 せき柱及びその他の体幹骨（脊椎・体幹）

平林 洵
慶友整形外科病院

せき柱の後遺障害で問題とされるのは「変形障害」と「運動障害」である。具体的には、1) それらを評価する際の基準となる参考値や生理的・加齢的な既存値の問題、2) それらの障害等級が他の系列の障害に比較して過大に評価され、したがって障害自体の労働能力喪失率も過大に評価されている問題、とに分けられる。

1) について、まず椎体の「変形障害」の程度は単に前縁長/後縁長の比で計測され、生理的な椎体の変形（例えば、胸腰椎部では後湾化、頸胸椎部では前湾化）が考慮されていない。当該椎体の計測に当たっては隣接椎体の前/後縁比を参考にするべきであろう。「運動障害」の程度は若年健常者の可動域を参考基準値とされているが、中高年者では生理的に加齢とともに可動域は漸減していく。計測判定に当たっては暦年齢とともに、画像上での変性所見（椎間板の狭小、椎体の骨棘）を重視し、参考とすべきであろう。

2) について、因みに1椎体の前/後縁長の比が1/2以下に楔状変形するか、可動域が1/2以下に制限されると、障害等級は第8級（労働能力喪失率45%）に認定される。それらは四肢の1関節の用廃（強直）あるいは1眼の失明に相当するが、果たして労働能力や日常生活動作にそれ程の支障が生じるであろうか。椎体変形によって後湾変形を生じたとしても、また頸椎の回旋運動や腰椎の前・後屈運動が1/2に制限されたとしても、それらはある程度は脊椎の他の部位で代償される。さらに日常生活では、頸椎の回旋は体全体で、腰椎の前後屈は股関節や膝関節でも代償される。現に、その程度の変形や可動域低下では、被害者本人から局所の多少の痛みやせき柱のこわばりを訴えられることはあっても、そのために労働能力や日常生活能力が半分程度に低下するとは考え難い。したがってそれらの8級の等級は10～11級（労働能力喪失率27%～20%）に改定することが妥当と考える。1/2程度の変形や可動域制限の労働能力喪失率を20～30%としている米国の基準とも整合するからである。

【略歴】

昭和 35年 慶應義塾大学医学部卒業
36年 国立東京第2病院にてインターン
40年 慶應義塾大学大学院医学研究科終了
「頸部椎間板の動態に関する研究」により学位取得
40年 慶應義塾大学助手
49年 // 助教授
平成 3年 // 看護短期大学学長、教授
12年 慶友整形外科病院副院長
20年 // 名誉病院長（現職）

【資格】

日本整形外科学会専門医、
日本脊椎脊髄病認定医、日本脊椎脊髄病学会指導医

【所属学会】

日本整形外科学会
日本脊椎脊髄病学会
国際整形災害外科学会
Cervical Spine Research Society

【その他】

昭和 48年 労働省頸肩腕障害認定専門家会議委員
腰痛症 認定専門家会議委員
54年 自動車保険料率算定会顧問医
平成 元年 厚生省脊柱靭帯骨化症研究班幹事
12年 厚労省労災補償障害等級認定基準検討委員会委員
14年 東京地方裁判所調停委員、専門委員