

第2腰髄以上で脊髄の半側のみ損傷を受けたことにより、一下肢の運動障害の症状が中等度なほか、脊髄の損傷部位以下に感覚障害が生じているもの

9級の3

第2腰髄以上で脊髄の半側のみ損傷を受けたことにより、一下肢の軽度の運動障害の症状のほか、脊髄の損傷部位以下に感覚障害が生じ、社会通念上就労可能な職種が相当な程度に制限されるもの

12級の12

MRI等により軽度のせき髄損傷が認められるものであって、軽微なせき髄症状(例:軽微な筋緊張の亢進、運動障害を伴わないものの、感覚障害が概ね一下肢の全域にわたって認められるもの)を残すもの

参考:『脳性麻痺など脳性運動障害児・者に対する治療およびリハビリテーションの治療的効果とその評価に対する総合的研究』(厚生労働省障害保険福祉総合研究事業 平成13年度 研究報告書)

参考:「脊髄損傷に対する最近の医療と社会的ケア」(竹芝 義治、芝啓一郎、植田 尊善 (『整形・災害外科』(金原出版)41:721~729 1988所収))

(3) 根性の表記について

現行認定基準は、根性及び末梢神経麻痺に係る等級の認定方法を示しているが、神経根も末梢神経の一部であるから、末梢神経麻痺のほかに根性という表記は不要である。

第3 器質性の障害に関するその他の特徴的な障害に関する検討

1 検討事項

現行の認定基準は、脳及びせき髄による障害並びに末梢及び根性神経麻痺による障害に関する基準のほかに、その他の特徴的な障害に関する基準として、

- ① 外傷性てんかん
- ② 頭痛
- ③ 失調、めまい及び平衡機能障害
- ④ 疼痛等感覚異常

を掲げ、各々認定基準が設けられているので、それぞれについて見直しの検討を行った。

2 外傷性てんかん

(1) 検討の視点

てんかんの発作が数ヶ月に1回程度又は完全に抑制しうる場合と発作の発現はないものの脳波上に異常を認める場合とを同等に評価する基準となっていること等について基準の妥当性について疑義が示されており、現行の認定基準が最新の医学的知見に照らして妥当なものであるか検討すべきである。

また、現行認定基準は発作の型のかんにかかわらず、障害等級を決定することになっていること、重篤な症状を呈している場合の取扱いについて、治ゆが予定されていないこと等についても疑義が示されていることから、これらの点についても最新の医学的知見に照らして妥当なものであるか検討すべきである。

(2) てんかんの発作のないものの評価の検討

イ てんかんの発作がないものの脳波上に異常を認める状態を「てんかん」と認めることが脳神経外科学的に妥当性を有するものか否かについて検討する。

てんかんは、てんかん発作を主徴とする慢性の脳疾患であり、WHOは「大脳ニューロンの過剰な発射に由来する反復性の発作を主徴とする疾患」と定義していることから判断すれば、「てんかん」と診断する上では、「反復性の発作」が最も重要な要素の一つであると考えられる。

ロ 次に、労災保険の対象となる「外傷性てんかん」について診断基準を示した

Walkerの6項目の内容は次のとおりである。

- ① 発作はまさしくてんかん発作である
- ② 受傷前にてんかん発作はなかった
- ③ 外傷は脳損傷を起こすのに十分な程度の強さであった
- ④ てんかん発作の初発が外傷後あまり経過していない時期に起こった（閉鎖性で2年、開放性で10年。2年以内に80%以上が発症）
- ⑤ ほかにてんかん発作を起こすような脳や全身的疾患を有しない
- ⑥ てんかんの発作型、脳波所見が脳損傷部位と一致している

この基準の中においても「発作」については重視しているが、「脳波所見」については、脳損傷部位との一致を判断基準の一つとしているにすぎず、「脳波所見の確認」をもって「外傷性てんかん」の判断基準の一つとはせず、補助的要素として評価していると考えられる。

確かに、各種てんかん発作に特徴的な脳波が現れることから「てんかん」の診断を行う上で「脳波所見」は不可欠な（または重要な）要素であることは異論のないところであるが、逆に、脳波異常があるからといって必ずてんかん発作に直結する又はてんかんの状態にあるとまでは言い切れないと判断することが一般的である。

ハ このことに関しては、日本の外傷性てんかん調査会が実施した「外傷性てんかんのリスクファクターについての多施設共同研究」（1991年報告）において、「脳波異常」は「頭蓋内血腫・脳挫傷」等と並んで発生危険因子9種類の一つとして取り上げられてはいるものの、受傷後1月以内の脳波異常が認められる者の約21%に

ついて「てんかん」を認めるに過ぎないとしていること、当該研究に先行する「大方の研究において」も脳波は、「外傷性てんかんの予知には役立たないとされている」旨記載しているところであり、脳波異常をもってただちに「てんかん」と判断し、全く同様の評価をすることは現在の医学界においてはコンセンサスを得られるものではないと判断される。

ニ さらに、これまでの医学経験則を踏まえれば、てんかん発作が認められた者と発作がなく脳波上に異常を認める者では、その後の臨床経過はもとより能力低下の内容がまったく異なることから、これを同一評価することは適切ではない。

以上の検討から、当検討会は、少なくとも「てんかん」と診断されるためには、「てんかん発作の出現」が大前提であるとするのが現在の医学常識から判断して妥当な取扱いと考える。

したがって、現行の障害等級第9級の7の2に規定する障害の状態のうち、「発作の発現はないが、脳波上明らかにてんかん性棘波を認めるもの」については、障害等級第9級の7の2の対象から除くべきであるとの結論に達した。

(3) 外傷性てんかんの認定基準の検討

イ ICIDH(1980)においては、てんかんについて「意識の間欠的障害」の中で次の6段階の評価を行っている(()内は該当する障害等級)。

ICIDH(1980)の区分

障害等級の区分

① 最重度間欠的意識中断

(包含) 1日1回以上の発作頻度をもつてんかん

② 重度間欠的意識中断

(包含) 1週1回以上の発作頻度をもつてんかん (第2級の2の2)

終身労務に服することができないもの ← (第3級の3)

一般平均人の1/4程度の労働能力の残存 ← (第5級の1の2)

③ 中等度間欠的意識中断

(包含) 1ヶ月1回以上の発作頻度をもつてんかん (第7級の3)

④ 軽度間欠的意識中断

(包含) 1ヶ月1回にならない発作頻度をもつてんかん

数ヶ月に1回又は完全に発作を抑制 ← (第9級の7の2)

⑤ 間欠的意識中断

(包含) 精神運動発作性てんかん

⑥ その他の発作

(包含) 小発作

ロ このICIDHの区分と現行の障害認定基準の対比については次のように整理できる。

(イ) ICIDHの①最重度間欠的意識中断の区分(1日1回以上の発作頻度をもつて

んかんの状態)については、障害認定基準上第1級の障害を定めない理由として、てんかんのため常時介護を要する程度の症状であれば、当然療養の対象となるものであるとしており、ICIDHの①の状態はまさにこのような状態と考えられるから、これに対応する障害等級を定めていないことには一定の理由があるものと考えられる。

反面、常時介護の状態であることのみをもって「療養継続」と判断することは、他の部位における障害においてはこうした状態であっても「症状固定」であれば「症状固定」と判断した上で障害等級第1級と認定している状況にあり、「外傷性てんかん」のみを「療養継続」、言い換えれば「症状固定のない疾病」としていることについては検討する必要があるものとする。

(ロ) 次に、ICIDHの②及び③の区分については、てんかん発作の頻度に応じて、障害等級認定基準では、それぞれ同じ頻度のものを障害等級第2級、障害等級第7級と設定しており、この点において問題は生じない。

ただ、障害等級認定基準においては、この両者の中間に位置する等級として、

第3級 (十分な治療にかかわらず、発作に伴う精神の障害のため終身労務に服することができないもの) 及び

第5級 (十分な治療にかかわらず、発作の頻度又は発作型の特徴のため、一般平均人の1/4程度の労働能力しか残されていないもの。てんかんの特殊性からみて、就労可能な職種が極度に制限されるものはこれに該当する)

を設定している。

したがって、てんかん発作の頻度が1週当たり1回未満で1ヶ月に1回以上のものについて終身労務に服することができない場合、就労可能な職種が極度に制限される場合及び就労可能な職種が著しく制限される場合の区分について明示することが可能であるか検討する必要がある。

(ハ) さらに、ICIDHの④軽度間欠的意識中断の区分(1ヶ月1回にならない発作頻度をもつてんかん)については、障害等級第9級が「十分な治療にかかわらず、1ヶ月に1回以上の意識障害を伴う発作があるか、又は・・・」と規定しており、ほぼ、同程度の障害を想定しているものと考えられるが、この区分に完全に発作を抑制しうる場合を含めてよいか否かについて検討する必要がある。

(二) 加えて、ICIDHでは、⑤間欠的意識中断の区分(精神運動発作性てんかん)、⑥その他の発作の区分(小発作)を設けているので、この状態が、障害等級に該当するものであるか否かについても検討する必要がある。

(ホ) 外傷性てんかんの障害等級の考え方

上記イ～二の問題点等を踏まえ、「外傷性てんかん」にかかる障害等級の考え方について当検討会は次のように結論した。

a 現行障害認定基準においては、常時介護が必要な程度の「外傷性てんかん」につい

ては療養の状態にあるとして障害等級を定めていないが、これまでの医学経験則からは、療養効果のない重篤な「外傷性てんかん」は認められており、「外傷性てんかん」を症状固定のない疾病とすることは障害認定実務上問題のある取扱いと考えられる。

しかしながら、現行の障害等級第2級に規定している「週1回以上のてんかん発作が残存する状態」及び障害等級第3級に規定している「発作に伴う精神の障害のため終身就労することができない状態」は、医学経験則上このような頻度で「てんかん」発作のみが単独で残存することは想定しがたく、通常は、脳挫傷があり、高次脳機能障害を残す状態でてんかん発作を伴っているケースが考えられる。したがって、こうした状態における障害の評価は、単に「てんかん発作の回数」に基づき障害の状態を判定するよりも脳全体の機能低下の状態について現行の「中枢神経系（脳）の障害」に係る認定基準により総合的に障害判定を行うことがより適正な判定が出来るものと考えられるので「外傷性てんかん」にかかる障害等級第3級以上の独自の障害認定基準は設定しないことがより適切であると判断した。

b 次に、現行認定基準第7級に規定する「1ヶ月に1回以上の意識障害を伴う状態」については、発作の型により症状の内容に相当程度の幅があり、障害の程度も大きく異なることから、障害認定を行う際には、症状固定前の療養過程における発作の種類に従って次の2区分に分類し、障害等級を認定することが医学的に妥当である。

(a) 1ヶ月に1回以上の発作の種類が「意識障害の有無を問わず、転倒する発作等（以下「転倒する発作等」という。）」であるものは、就労できる職種は特に軽易なものに限られる等相当程度の制約がある重篤な状況と考えられることから障害等級第5級の格付けが望ましい。

なお、これに該当する発作の典型例は、強直・間代性発作（大発作）であるが、これと同程度と考えられる「意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作」もこの範疇に含まれるものである。

(b) 1ヶ月に1回以上の発作の種類が「転倒する発作等以外の発作」の種類であるものは、現行どおり障害等級第7級とする。

c 現行認定基準第9級には、

(a) 数ヶ月に1回程度の発作を残すもの

(b) 服薬の継続によって発作を完全に抑制しているもの

(c) 発作の発現はないが、脳波上明らかにてんかん性棘波を認めるもの

の3形態が包含されているが、現在の医学経験則に照らせば、これら3つの状態を同等に評価することは残存する障害の状態及び就労への影響等から問題のあるものと考えられる。

従って、この障害等級第9級の区分については障害の状態の評価、就労への影響

から次のように再区分すべきと考える。

なお、障害認定を行う場合には、症状固定前の療養過程における発作の種類に従って判断を行うことが適切と考える。

(a) 数ヶ月に1回程度の発作を残すものについては、

① 数ヶ月に1回以上の発作の種類が「転倒する発作等」であるものは、就労できる職種は軽易なものに限られる等の制約がある状況と考えられることから障害等級第7級の格付けが望ましい。

② 数ヶ月に1回以上の発作の種類が「転倒する発作等以外の発作」の種類であるものは、現行どおり障害等級第9級とする。

(b) 服薬継続により発作を完全に抑制しうる場合

現行障害認定基準第9級には「服薬継続によりてんかん発作を完全に抑制しうる場合」を規定しているが、この状態には、服薬の継続により発作をほぼ完全に抑制している場合のみならず、服薬の継続により発作をほぼ完全に抑制できていると思われる状態において極めて稀に発作が起こる場合も含まれるものと解することが妥当である。

従って、この状態においては、ほとんどの場合てんかん発作は発現していないものの、当分の間は服薬を継続しなければならない状態であり、てんかん発作の危険性が終生生じていることは就労への制限がある状態と判断できることから、現行どおり障害等級第9級との評価が妥当と考える。

なお、現行基準の「発作を完全に抑制しうる場合」との表現は、「投薬継続により発作が全くない状態」のみを想定しているように判断される恐れがあるので、「服薬継続によりてんかん発作がほぼ完全に抑制されている場合」と改めるべきである。

(c) 発作の発現はないが、脳波上明らかにてんかん性棘波を認める場合

「外傷性てんかん」と医学的に判断するには、「てんかん発作の出現」の認められる状態が必要であり、脳波上に異常所見が認められる事のみをもって「外傷性てんかん」と判断すべきでないことについては既述のとおりである。

従って、現行の障害等級第9級に規定している「脳波上に明らかにてんかん性棘波」を認める状態については、疾病へ進展する可能性を否定できない段階とは考えられるものの、てんかん発作を起こさないために服薬の投与がほとんどの場合開始されるとともに、脳に外傷があることは客観的に判断できるので「明らかなたんかん性棘波が認められる場合」に限って障害等級第12級とすべきである。

d I C I D Hにおける⑤間欠的意識中断の区分（精神運動発作性てんかん）及び⑥その他の発作の区分（小発作）については、現行の障害認定基準においても「外傷性てんかんに係る等級の認定は、発作型のいかんにかかわらず・・・」と規定して

おり精神運動発作性てんかん及び小発作を除くこととはしていないところであり、今回の検討においてもこれらの発作の労働能力に与える影響等を医学的に考慮すれば、これらを障害補償の対象から除く必要性はないものと考えられることから、従前どおり、外傷性てんかん発作の一つの種類として取り扱うことが妥当であり、これを変更する必要性は全くないとの意見で一致したものである。

今回の検討においては、てんかん発作の区分を「①転倒する発作等、②転倒する発作等以外の発作」の2区分としたところであり、精神運動発作性てんかんは「①の転倒する発作等」に、小発作は「②の転倒する発作等以外の発作」にそれぞれ分類されるものである。

(4) その他の事項に係る検討

障害認定必携における「外傷性てんかん」の記述は、他の部位（疾病）に関する記述に比べて、病態の説明、業務上外の考え方、治療方法等までも含むものとなっており、異質な感を受けることは否めないが、認定実務にあたる担当官のことを考えれば、一定程度の説明は必要と考えられる。しかしながら、少なくとも治療方法等についての記述は不要と考えられることから、これらを整理するとともに、診断方法にあっては、CT、MRI、長時間ビデオ脳波同時モニター等の各種検査方法が進展していることを踏まえ、より正確な診断を行う上からもこうした「画像診断」を積極的に取り入れることについて新たに記述すべきである。

3 頭痛

(1) 現行の取扱い

現行の認定基準は、頭痛を6つの型に分けて次のとおり記述している。

- ① 頭部の挫傷、創傷の加わった部位により生ずる疼痛
- ② 血管性頭痛（動脈の発作性拡張によって生ずるもので片頭痛というのはこの型の1つである。）
- ③ 筋攣縮性頭痛（頸部、頭部の筋より疼痛が発生するもの）
- ④ 頸性頭痛（後頸部交感神経症候群）
- ⑤ 大後頭神経痛など上位頸神経の神経痛又は三叉神経痛（後頭部から顔面や眼にかけての疼痛）
- ⑥ 心因性頭重

なお、頭痛の型により障害等級を区分しているわけではない。

(2) 検討の視点

頭痛の型を変更する必要があるか。また、頭痛の認定基準は必要か。

(3) 検討内容

イ 頭痛の型

現行認定基準上は頭痛の型は注として掲げられている。障害認定に当たっては、

頭痛の型のいかにかわらず症状の程度に応じて障害等級を決定することになっており、頭痛の型を示す意義は乏しいとの意見もあるが、頭痛はその発生機序も様々であり、業務上の傷病の有無にかかわらず発生するものであるので、請求人の訴えている頭痛が業務上の傷病に基づくものであるかを判断するための一助として頭痛の型を示すことは意義のあるものである。

そこで、頭痛の型を引き続き示す必要があるが、現行の認定基準において示している頭痛の型については、当時権威があるとされていた1962年の Ad Hoc Committee の分類を基に記載されているものと思われるものの、その後における頭痛の病態生理に関する研究の進歩を踏まえ、国際頭痛学会は1988年に新たな「頭痛分類」を作成しているので、当時の分類を示すことの意義が乏しくなっていること、前述の国際頭痛学会の分類が定着していることから、1962年当時の分類を示すことは適当ではなく、国際頭痛学会の分類を示すことが妥当である。

【 1988年 国際頭痛学会 頭痛分類 】

1. 機能的頭痛

- ① 片頭痛
- ② 緊張型頭痛
- ③ 群発頭痛および慢性発作性片頭痛
- ④ その他の非器質性頭痛

2. 症候性頭痛

- ① 頭部外傷による頭痛
- ② 血管障害に伴う頭痛
- ③ 非血管性頭蓋内疾患に伴う頭痛
- ④ 薬物あるいは離脱に伴う頭痛
- ⑤ 頭部以外の感染症による頭痛
- ⑥ 代謝性疾患に伴う頭痛
- ⑦ 頭蓋骨、頸、眼、鼻、副鼻腔、歯、口あるいは他の頭部・頭蓋組織に起因する頭痛または顔面痛
- ⑧ 頭部神経痛、神経幹痛、除神経後痛

3. その他

- ① 分類不能な頭痛

□ 認定基準

頭痛については、現行認定基準上症状の程度に応じて「労働には差し支えないが、頭痛が頻回に発現しやすくなったもの」（14級の9）、「労働には差し支えないが、時には労働に差し支えない程度の強い頭痛がおこるもの」（12級の12）、「激しい頭痛により、時には労働に従事することができなくなる場合があるため、就労可能な

職種が相当な程度に制限されるもの」(9級の7の2)のいずれかに決定することとされているところであるが、これを改めるべき新たな医学的知見も認められないので、現行の認定基準を改正する必要はなく概ね妥当であるとする。

しかし、頭痛は、業務上の傷病の有無にかかわらず発生するものであるため、請求人の頭痛が当初の業務上の傷病と相当因果関係を有し、かつ、その存在が医学的に認められることについて慎重な検討を要するものである。

障害等級の認定に当たっては、疼痛の程度を客観的に測定することは現時点においても困難であることから、疼痛による労働又は日常生活上の支障の程度を疼痛の部位、性状、強度、頻度、持続時間及び日内変動並びに疼痛の原因となる他覚的所見により把握し、慎重に障害等級を決定すべきである。

ハ 検討結果

現行の認定基準は概ね妥当であるが、頭痛の型について必要な見直しを行うこととする。

4 失調・めまい及び平衡機能障害

「耳鼻咽喉科領域の障害認定に関する専門検討会報告書」に沿って変更するにとどめる。

理由 現行認定基準は、中枢性による障害のみならず、内耳性によるものも含めて、最上位の等級を「生命の維持に必要な身の回り処理の動作は可能であるが、高度の失調又は平衡機能障害のために終身にわたりおよそ労務に就くことができないもの」(第3級)としており、9級を超える障害等級に該当することもあり得るものとしている。

一方、上記報告書においては、内耳性の障害については、9級を超えることはないこととされたものの、中枢性の場合は9級を超える障害が生じることもあることとされたことから、9級を超える認定基準を廃止することは妥当ではなく、また、9級を超える認定基準の改正を要するとまでは解されないことから、上記報告書に沿った変更すれば足りるものとする。

5 神経痛

(1) 現行の取扱い

現行認定基準において「神経痛」は、「疼痛等感覚異常」の1つとして、カウザルギー及び受傷部位の疼痛と並んで定められており、疼痛発作の頻度、疼痛の強度と持続時間及び疼痛の原因となる他覚的所見などに基づき、疼痛の労働能力に及ぼす影響を判断して第7級の3、第9級の7の2、第12級の12のいずれかに決定することとされている。

(2) 検討の視点

「脳神経及びせき髄神経の外傷その他の原因による神経痛」は、受傷部位の疼痛と区別して規定されていることから中枢性の疼痛と解されるが、中枢性の疼痛のみを独立して評価すべきか。

脳又はせき髄の障害により疼痛が存する場合には、原則通り他の症状と併せて総合評価すべきか。

(3) 検討内容

現行認定基準において「脳神経及びせき髄神経の外傷その他の原因による神経痛」は、「その他の特徴的な障害」として「外傷性てんかん」、「頭痛」、「失調、めまい及び平衡機能障害」と並んで規定されている「疼痛等感覚異常」の1つとして定められている。「頭痛」及び「失調、めまい及び平衡機能障害」については、中枢神経・末梢神経いずれの原因によっても生じる上、その症状が軽い場合には障害が単独で生じることも多く、そのときには中枢神経による障害を評価する際の原則である総合評価にはなじまないことから症状別に認定基準を示したものであり、基本的に「神経痛」についても同様の趣旨から規定されたものである。

なお、「脳神経及びせき髄神経」は、神経解剖学的には末梢神経であるが「脳神経及びせき髄神経の外傷その他の原因による神経痛」を末梢神経の損傷による疼痛と位置づけると、受傷部位の疼痛と概念上区別ができないことから、「脳神経及びせき髄神経の外傷その他の原因による神経痛」は中枢系の障害による「神経の痛み」の取扱いを示したものと理解し、そのように運用してきた。

しかしながら、現行認定基準が策定された昭和50年当時と比べMRI等の診断技術等が進歩するとともに、今日においては中枢性の障害により疼痛が生じるような場合には通常麻痺等の各種の症状を伴うということが確立した医学的知見となっており、実際にもそのような実態にあることから神経痛の認定基準を適用することなく、脳又はせき髄の障害として総合評価しているところであり、この認定基準を適用して決定した例は近年存在しない。

したがって、中枢性の障害を主因とする疼痛に係る認定基準を独立して設ける必要はなく、「神経痛」に係る認定基準は廃止すべきである。

なお、現行認定基準は、カウザルギーの原因として四肢の神経の不全損傷を例として挙げているが、カウザルギーは四肢の神経の不全損傷によってのみ生じるものではないから、労災保険の対象として通常想定される外傷性の神経痛のうちカウザルギーとして評価できるものはカウザルギーとして評価すればよく、反対にカウザルギーと評価するに足らない神経痛による疼痛は受傷部位の疼痛と区別して取り扱う必要はないので、新たに末梢神経に係る神経痛について認定基準を設ける必要はないと考える。

(4) 検討結果

神経痛については、中枢性の疼痛を念頭に置いて運用してきたが、中枢性の障害により疼痛を生じるような場合には通常麻痺等の症状を伴うことから疼痛も含めて総

合評価しており、認定基準を存置する必要性に乏しいので、神経痛に係る認定基準は廃止すべきである。

6 RSD

(1) 現行の取扱い

現行障害認定基準には、「疼痛等感覚異常」の項において外傷後疼痛の特殊な型としてのカウザルギーについては規定しているものの、近年、請求が増加している反射性交感神経性ジストロフィー（reflex sympathetic dystrophy 以下「RSD」という。）については、明確な規定は存在しない。

(2) 検討の視点

RSD の取扱いを認定基準上明らかにすべきか。また、その場合 RSD の病態、診断基準等をどのように考えるべきか。

(3) 検討内容

イ RSD に関する当検討会の基本認識

RSD に対する当検討会の基本認識は次のとおりである。

RSD に係る発生機序、病態、定義等については現在種々の説があり、未だ現在の医学界においてコンセンサスを得た見解が確立しているとはいえない状況にあり、その解明に当たっては今後の更なる研究成果を待たなければならないと考える。

従って、以下に述べる見解はあくまでも検討時点において有力とされている考え方ではあるものの、今後変更される可能性は否定できないことに留意すべきである。

(イ) 現在 RSD の発生機序については、「外傷治癒後も交感神経反射が消失しないため交感神経の異常が生じ、四肢の循環動態が変化することによって、亢進状態（血管収縮）による虚血状態から疼痛が生じ、この疼痛がさらに交感神経を刺激するという悪循環によって生じている」ものとする説が有力であるが、この説が全てを満たすものではない。

(ロ) RSD の病態については、急性症状の主な症状は、疼痛・腫張・発汗異常であり、慢性症状の主な症状については、疼痛のほか、関節拘縮、皮膚の色調変化、骨萎縮が認められるとされている。なお、皮膚温については、急性期には高く、慢性期には低くなるとされており、慢性期の主な症状とされる関節拘縮は、場合によっては発症初期から認められることがあるとされている。また、Gibbons らは、諸症状を点数化して RSD の判定を行うとしている。Gibbons らの「RSD スコア」は次のとおり。

【参考：Gibbons らによる RSD score】

-
- 1 Allodynia あるいは hyperpathia
 - 2 灼熱痛

- 3 浮腫
- 4 皮膚の色調あるいは発毛の変化
- 5 発汗の変化
- 6 皮膚温の変化
- 7 X線上的変化（脱灰像）
- 8 血管運動障害／発汗障害の定量的測定
- 9 RSDに合致した骨シンチグラフィ所見

各項目ごとに、陽性を1点、疑陽性を0.5点、陰性・未評価を0点とし、合計点で評価する。

2.5点以下 RSDでない、3点以上4.5点以下 RSDの可能性あり、5点以上 RSDの可能性が高い

(ハ) RSDの定義については、現在は、広義にはカウザルギーを含み神経損傷の有無にかかわらず上記病態を示すものとされ、狭義には神経損傷のない上記病態を示すものとして使用されている実情にある。

これは、1994年に世界疼痛学会（International Association for the Study of Pain = IASP）が慢性疼痛をCRPS(Complex Regional Pain Syndrome)-Type IとCRPS Type IIの2つに分類し、CRPS-Type Iは神経損傷のないもの、CRPS-Type IIは神経損傷を伴うものとしたことにより、狭義のRSDをCRPS-Type I、カウザルギーをCRPS-Type IIに分類することが提唱されたことによる。

(ニ) なお、以上の考え方は、あくまでも検討時点において有力とされている考え方ではあるものの、今後変更される可能性は否定できないことに留意すべきである。

□ RSDの障害認定基準への採用に関する考え方

RSDの障害認定基準への採用に関しては当面次のように整理することが望ましいと考える。

(イ) RSDについては、外傷後疼痛の特殊な型として障害認定基準に採用

RSDについては、これをカウザルギーの上位概念と位置付ける考え方やカウザルギーに類似した慢性疼痛の一種と位置付ける考え方があり、意見の統一がみられていないが、カウザルギーについては現行認定基準において定着していることから、RSDとカウザルギーを同位の概念として位置付けて、障害認定実務上は狭義のRSDの定義を採用し、「明確な末梢神経損傷のない」上記病態をRSDとすることが妥当である。

なお、小さなカウザルギーは損傷された神経の太さがカウザルギーと異なるとはいえ、「明確な末梢神経が損傷されている」病態であり症状も基本的には類似していることから、今後障害等級の認定実務上は、上記のようにRSDとカウザルギーの2

分類とし、小さなカウザルギーという分類を用いる必要はないものとする。

(ロ) RSDは疼くような痛みであることが多く、カウザルギーは灼熱痛を代表とするように痛みの質の違いもあるとされているものの、両者の症状は共通している面が多いとされていることから、その評価についてはこれらを区別することなく現行認定基準において「疼痛等感覚異常」として位置づけられているカウザルギーと同一の範疇で評価しても医学的には問題は生じないものとする。

(ハ) 上記のように明確な末梢神経の損傷のない病態をRSDとして分類することが妥当であるが、①カウザルギーと異なって末梢神経の損傷という明瞭な診断根拠がないこと、②疼痛自体の客観的な尺度がないことから、障害認定実務上、RSDと診断するに足る客観的な所見を必要とするものとする。

この点について、Kozinら、Gibbonsら等による診断基準があるが、慢性期に至って初めて障害認定することを踏まえると、疼痛のほか、少なくとも①関節拘縮、②骨の萎縮、③皮膚の変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮）という慢性期の主要な3つのいずれの症状も健側と比較して明らかに認められることを必要とするものとする。

すなわち、Kozinらは、腫脹を診断基準としているが、腫脹は急性期に出る症状とされていることから、これを用いることは適当ではなく、Gibbonsらの診断基準も浮腫などの急性期の症状が含まれていることから、これをそのまま用いることは妥当ではない。したがって、障害認定時においてなお、単なる受傷部位の疼痛と区別するほどの明らかな客観的な所見を有するものに限ってRSDとして分類し、疼痛の程度に応じて障害等級を決定すべきであると判断した。

なお、上記の症状を確認するため、エックス線写真等の資料の提出を求めることが適当である。

(二) RSDに係る障害の評価

RSDとカウザルギーについては、前記のとおりその評価については同一の範疇で評価すべきであるが、前述のとおり疼痛の程度を客観的に測定することは現時点においても困難なことから、疼痛による労働又は日常生活上の支障の程度を疼痛の部位、性状、強度、頻度、持続時間及び日内変動を勘案して第12級、9級、7級に認定すべきである。

また、RSDの障害認定上問題となるのは、疼痛のほかには上肢の機能障害、関節拘縮等であるが、現行の障害認定の基本的考え方から判断すれば通常派生する関係にあるとして「疼痛」と「機能障害」のいずれか上位の等級をもって、当該障害の等級として評価すべきである。

なお、RSDは単なる疼痛にとどまらない病態であるので、単なる疼痛はRSDとみるべきではなく、頑固な神経症状又は単なる神経症状として評価すべきである。

ハ 検討結果

RSDについては、その定義が一義的に確立しているとはいえないものの、そのような

病態が存在することについては争いがない。RSD は明確な末梢神経の損傷のない病態として、カウザルギーは明確な末梢神経の損傷がある病態として整理すべきである。

RSD の症状は、現行の認定基準に規定されているカウザルギーと類似しており、基本的に同様に評価すべきである。

なお、単なる疼痛にとどまるものは RSD として取り扱うことは妥当ではなく、障害認定実務上は、症状固定時において RSD の慢性期の主要な症状とされる 3 つの症状（①関節拘縮、②骨の萎縮、③皮膚の変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮））について明らかな所見を有するものに限り、RSD として取り扱うことが適当である。

参考：「反射性交感神経性ジストロフィーの基礎と臨床」（『整形外科』51 巻 3 号：347～351、2000 所収）

参考：「反射性交感神経性ジストロフィーの病態」（内西 兼一郎ほか 『整形・災害外科』45：1311～1317 所収）

7 振動障害

「振動障害の後遺症については精神的・肉体的な苦痛等を考慮し、総合的な評価対象とすべきである」との意見が平成 13 年及び平成 14 年の 2 回にわたって本検討会に伝えられているが、そもそも総合評価は中枢系である脳又はせき髄による障害が複雑な症状を呈するところから規定されているものであって、末梢の障害にとどまる振動障害について異なる取扱いをすべき理由はない。

なお、現行障害等級表は、身体障害についてはたとえば「両眼が失明したもの」等特に機能障害の原因を限定することなく、障害の程度を記載するにとどめており、障害等級表上は障害の原因により障害を区別する根拠はない。神経系統の障害についても「局部にがん固な神経症状を残すもの」等と規定しており、がん固な神経症状を出現させるに至った原因を限定することはしていないことから、振動障害に係る独自の認定基準を策定する必要性に乏しいものと判断する。