

## 腹部臓器分野の障害認定に関する専門検討会報告書（たたき台）（案2）

### 第1 食道

#### 1 現行の認定基準

具体的な認定基準は定められておらず、胸部臓器の障害と同様の基準により障害の労働能力に及ぼす支障の程度を総合的に判定することとしている。

#### 2 検討の視点

食道を外傷により損傷し、治癒した場合に障害を残すケースとしては、食道に狭窄を残したものが想定され、基本的にはそれ以外は完治か不幸な転帰をたどることが多いと理解することは適当か検討する。また、狭窄を残した場合の具体的な症状としては、嚥下障害が主たる症状であり、この障害の程度に応じて障害等級を認定するのが適当か検討する。

#### 3 検討の内容

胸部食道が交通事故等の鈍的外傷で損傷されることはまれであり、多くは胸部の刺創や射創などの穿通性胸部外傷、又はファイバースコープ挿入に伴う医原性食道損傷によるとされているところ、業務に起因したもののみが障害補償の対象になることを考えると、業務上の食道損傷は少ないと考えられる。

また、食道の損傷により唾液や食物などの食道内容が縦隔内に漏出すると縦隔洞炎や縦隔膿瘍をきたし、ドレナージや手術が行われなければ急速に全身状態が悪化するとされていることから、通常縫合閉鎖により完治するか、不幸な転帰をたどる例が多く、食道狭窄を残さない限りは、食道損傷の後遺症状に関する認定基準を策定する必要性に乏しいものと考えられる。

なお、食道が狭窄された場合の主たる症状は、嚥下困難であり、「食道の狭窄、舌の異常、咽喉支配神経の麻痺等によって生ずる嚥下障害について」は、嚥下できる食物の状態に応じてそしゃく機能障害に係る等級を準用することとされているから、その基準に従って障害の状態を評価することが適当である。

参考：『標準救急医学』 監修 日本救急医学会 医学書院 平成13年

### 第2 腹膜・腸間膜

#### 1 現行の認定基準

具体的な認定基準は定められておらず、他覚的に証明しうる変化が認められ、かつ、その機能にも障害が認められるものについて、労働能力に与える影響を総合的に判定して障害等級を認定

## 2 検討の視点

腹部臓器の障害に係る現行認定基準は、胸部臓器の障害の認定基準を同様の基準により行うとし、胸部臓器の障害の認定基準は、「ろく膜、横隔膜等に他覚的に証明し得る変化が認められ、かつ、その機能にも障害が認められるもの」障害としている。

この基準からすると、腹膜・腸間膜について他覚的に証明し得る変化が認められる等の要件が認められる場合には、腹膜・腸間膜それ自体の損傷を障害として評価することとなる。

しかしながら、腹膜・腸間膜の持つ機能からすると、腹膜・腸間膜それ自体の損傷を評価することは必ずしも適当ではないと思われることから、それらの障害により腸管機能が低下した場合に評価することがより適切か検討する。

## 3 検討の内容

### (1) 構造と機能

腹膜は、全体として閉鎖した嚢（腹膜腔）を形成し、腹壁の内面を覆う壁側腹膜と腹膜腔内にある内臓を包む臓側腹膜に分けられる。臓側腹膜が腹腔内の臓器を包んだ後、壁側腹膜や他の臓器を包む臓側腹膜へと連なるとき、この2葉の腹膜を間膜と呼ぶ。腸間膜は、間膜の1つであり、小腸のうちの空腸及び回腸と大腸に付着しているものである。

腹膜は、半透膜の性質を有し、腹腔内外の浸透圧差によって種々の物質に対する吸収や漏出を行っており、各臓器は腹膜を通じて栄養を受けている。

### (2) 損傷と治療

腹膜に生じる疾患にはいくつかあるが、業務上のものであって、治癒となった後、障害が問題になる例は通常生じない。

すなわち、臓器の穿孔・破裂等により急性腹膜炎になることはあるものの、障害は急性症状が消退するときに行うものだからであり、腹膜中皮腫は多くの場合手術が不能で、予後が不良だからである。

なお、腹膜を損傷したまま治癒することはあるが、その場合には当該腹膜から栄養を受けている部位の臓器の腸管は損傷されるので、結局、当該臓器の障害の程度により障害の程度を評価すれば足りると考える。

### (3) 障害等級

以上のことから、腹膜・腸間膜について独自に障害等級に係る認定基準を定める必要性に乏しいものとする。

## 第3 胆のう・肝外胆管

### 1 現行の認定基準

具体的な認定基準は定められておらず、胸部臓器の障害と同様の基準により障害の労働能力に及ぼす支障の程度を総合的に判定することとしている。

## 2 検討の視点

胆のうを外傷により損傷し、非観血的療法が無効な場合等には胆のうの全摘が行われた状態で治癒することから、胆のう全摘後の症状及び障害等級について検討する。

また、肝外胆管を外傷により様々な形で損傷するが、その場合にはどのような術式により対応しているのか、術後はどのような障害が生じ、どのように評価するのが適当か等について検討する。

## 3 検討の内容

### (1) 胆のうの構造と機能

#### ア 構造

肝臓の右葉下面に付着し、西洋梨状の形をした1つの袋であり、胆のう底と呼ばれる盲端部分を肝臓下縁よりも下に突出させている。

#### イ 機能

胆汁は肝実質細胞及び胆管の分泌物であるが、その貯蔵と濃縮を胆のうが行っている。

### (2) 肝外胆管の構造と機能

#### ア 構造

肝内胆管は、肝細胞に接する毛細胆管から始まり、集合して細胆管を形成し、小葉間胆管となり、その太さを増して左右の胆管となり、肝門部で合流して総肝管となる。

総肝管は、胆のうからくる胆のう管と合流して総胆管となり、臍内を経て膵管と合流して十二指腸に開口する。

なお、一般に左右肝管合流部より下流、すなわち総胆管と総肝管を合わせて肝外胆管と呼ぶことが多い。

#### イ 機能

胆汁は、肝細胞からだけではなく、胆管系で生成される胆管胆汁が加わって1日約600~800mlが生成されており、そのうち胆管系で生成されるものは全体の30~40%である。

### (3) 胆のう・肝外胆管の損傷と後遺症状

#### ア 胆のう

胆のうを外傷により損傷すると、破裂や外傷性胆嚢炎を生じることがあり、非観血的治療の適応外あるいは無効な場合には、胆のうの全部摘出術が行われることが多い。

#### A 案

このように胆のうを摘出することはよく行われているが、そのことによる障害は通常生じない。

#### B 案

生理機能の正常な胆のうを摘出すると、胆汁酸の腸肝循環をリズムカルに行うポンプ機能を失うことになり、胆汁の胃内逆流や消化吸収障害などを惹起するとともに、胆汁酸による腸管粘膜障害を惹起しやすい状況となり、痙痛、発熱、右季助部痛、圧迫感、はきけなどの症状が生じる。

痙痛発作時には積極的な治療が必要であるものの、痙痛を除けばその程度は軽微である。

### イ 胆管

外傷により胆管が損傷された場合には、離断、断裂や狭窄を生じる。離断の場合には、胆管端端吻合術が試みられ、狭窄を残さない場合には特に障害は生じない。

また、胆管の一部を断裂した場合には、損傷孔よりチューブを挿入して一定期間留置するが、その場合についても同様に狭窄を残さない限りは障害を残さない。

外傷性狭窄に対しては狭窄部の早急な解除が必要であり、狭窄部胆管切除等が試みられるが、困難なことも多い。そして、炎症性変化、瘢痕形成が強い場合には、狭窄部を残したまま、狭窄部の上流の胆管と腸管を吻合する術式が適用される。

このように胆管狭窄が手術によっても完治しない場合には、肝機能の低下により黄疸、腹痛、発熱を生じるとともに、狭窄が長期化すると肝硬変に進行し、予後は悪いとされているほか、胆管炎等の感染症を生じることが多いとされている。

### (3) 障害等級

#### ア 胆のうの全摘

##### A 案

胆のうを全部摘出した場合においても、通常そのことによる症状は特段生じないから、障害に該当しないとすることが適当である。

##### B 案

胆のうを全部摘出した場合においては、胆汁酸の腸肝循環をリズムカルに行うポンプ機能を失う等の一定の障害を残し、これらを原因とする症状が生じるが、程度は軽いと考えられるので胆のうの亡失は、第11級とすることが適当である。

## イ 肝外胆管

### A 案

外傷性の胆管狭窄が手術によっても完治しない場合には、その症状の程度に応じて障害等級を認定すべきである。

### 要検討

- 1 何に着目して障害等級を認定するのか。肝機能の低下と考えてよいか。その場合、検査数値で示せないか。
- 2 胆管狭窄が治らない限り、肝臓の病態は悪化すると考えてよいか。悪化するとした場合、一定の安定期はあるか。
- 3 肝硬変、特に非代償期になれば要療養と考えるのが適当ではないか。

### B 案

外傷性狭窄が完治しない場合には、肝機能の低下を来たすとともに、肝組織の繊維化により肝硬変に進行する等基本的に予後は不良である。また、胆管炎等の感染症を生じやすい。

したがって、症状の消退期には治療を中止し、症状が再燃した場合には療養を再開することが適当であり、治ゆとすることについては慎重に見極めるべきである。

参考：『スネル臨床解剖学』山内 昭夫訳 メディカル・サイエンス・インターナショナル 2002 年

『内科学書』責任編集 島田 馨 中山書店 1999 年

『新臨床内科学』監修 高久 史磨 医学書院 2002 年

「鈍的腹部外傷による肝外性胆道損傷の検討」八巻 俊彦他『日本外傷研究会誌』(1990 Vol.4 no.2)