

## 「胸腹部臓器の障害に関する専門検討会胸部臓器部会」について

### の私見

珪肺労災病院内科部長 齊藤芳晃

上記の会議に討議すべき問題点について、特にじん肺症の治療をおこなってきた立場から、私見を述べます。障害等級の基準の設定についても、じん肺症の肺機能障害の面から意見を述べます。

- じん肺症例について、障害等級の基準を新たに設定する場合、現行じん肺法との整合性を考えねばならないと考えます。じん肺法においては、管理3イ、管理3ロは粉塵作業を続けると、じん肺が悪化するから粉塵作業以外の作業に転換することを推奨あるいは指示することになっており、管理3イ、管理4ロはじん肺法では就労可能という立場にあります。また、管理4は4型Cを除き%VC60%以下あるいは一秒率の著しい障害の基準によって決められ、これ以上の就労はじん肺を悪化させるから、仕事を離れ、療養に専念すべきという立場にあると理解しています。
- 労災によって引き起こされたじん肺症が治癒し、障害年金給付に移行するとしても、障害の程度によって等級を決めるとするならば、等級の線引きにじん肺法の評価基準を無視するわけにはいかないのではないのでしょうか？
- 胸腹部臓器に係る障害の程度の目安で3級は「生命維持に必要な身の回り処理の動作は可能であるが、重篤な胸腹部臓器の障害のため、終身にわたりおよそ労務に就くことができないもの。自宅内での日常生活活動が可能であるにとどまるが、食事・入浴・用便・更衣等に介護を要しないもの」とされている。したがって、F++によって管理4に認定される肺機能の基準がそのまま3級の基準に適用されるものと理解しています。
- 傷病が治癒に至った時点で、スパイログラムを施行し、3級が決められる。2級、1級あるいは7級以下の等級については新たにともめた基準で認定することになるのでしょうか。
- とは言っても、私は、現在の労災を認定する管理4の認定基準（働けない基準）

は厳しすぎると考えています。わが国の現状に合わなくなったために、結果として続発性気管支炎の合併症で療養に持ち込まれる例が増えているのだと考えます。更に、管理4の例は4型Cの例外を除いて、著しい機能障害があつて認定されるはずなのですが、旧法の運動負荷で労災になった例、旧法時代のじん肺結核例、V25とHJで認定になった例などが多く、F++に至らない症例が多いようです。

- 障害等級の認定に何らかの新たな基準とすべき数値が必要とするなら、現実的には収集可能な傷病等級認定者の肺機能検査成績を分析する必要があると考えます。じん肺法におけるスパイログラム、血液ガスの成績とHJ分類、生活活動度の対比は可能と思います。
- 改めて、“常に就労できない3級”の肺機能検査成績の基準値を創出してほしいと思います。厚労省の日本職業災害医学会の委託研究（平成15年度：座長木村清延）で「じん肺症又はじん肺合併症により療養継続中の者に係る傷病補償年金移行に関する研究」をおこないました。この研究で、ほぼHJ4度（じん肺法に定められたHJ分類）で就業が無理ではないかという前提でのスパイログラムの成績を評価しました。参考になると考えます。
- またじん肺症例は機能的には閉塞性障害を示す肺気腫や拘束性障害を示す肺線維症、間質性肺炎症例とはまた別の疾患であると考えます（石綿肺は拘束性障害に分けられますが）。例えば、身体障害認定基準や国民年金厚生年金障害認定基準での1級に相当する指数20以下のじん肺症例に出会うことは少ないのです。もっと高い指数で死亡しているはずですが、また、金属鉱山じん肺症例では安静時に動脈血酸素分圧は比較的保たれていることが多く、動脈血酸素分圧が50Torrあるいは55Torrにまで下がってくるのはじん肺が高度に進展した終末期です。石綿肺においても酸素分圧が60Torr以下まで低下してきたら終末期です。これらの終末期のじん肺症例では、障害給付よりも人工呼吸管理（療養給付）の判断を迫られる時期と思います。したがって、じん肺症例の障害認定基準を身体障害認定基準や国民年金厚生年金障害認定基準に合わせようとするのには無理があると考えています。
- 労災保険において扱う疾病は職業性に起きてくる疾患であり、労災保険を給付する事は個人に生じた損害を企業側が補償、賠償する意味合いが含まれていると考えています。労災保険と他の保険とでは保険の成り立ちの意味合いが異なるのであるから傷病の程度が同じでも、等級の意味合いが異なってもかまわないのではないかと考えるのですがどうでしょうか？
- 障害等級7級以上については、心肺機能（F1-F3）と胸部写真所見から分けるこ

とになっているようですが、旧法の心肺機能検査は現実にはほとんどおこなわれていないと思います。現状に合わないので旧法的心肺機能検査を使用しない方法が必要になると考えます。私は胸部写真分類のみで7級以上を決めてもよいのではないかと考えます。第1に就労可能な程度のじん肺症の肺機能検査（スパイログラム）の障害の程度は軽度にとどまり、スパイログラムでの更なる基準分けは無理と考えること。第2に従来の1秒率を含む肺機能検査を導入すると喫煙等の因子の問題を除外しにくくなるのが理由です。例えば1型のじん肺例で高度の肺気腫があれば喫煙との関連を考えたくなくなります。じん肺症の肺内病変の広がり、重症度は粉じん暴露量による（量-反応関係）と考えます。胸部写真の陰影の変化が1型、2型、3型、4型Bにすすむに従い肺内の病理学的にみたじん肺病変の広がりも強くなるのであり、事実、1型、2型に比べ3型および4型Bのじん肺症例は機能的に明らかに劣っています（或いは時間の経過と共に機能低下が明らかになってきます）。肺機能障害の程度の軽い症例では胸部写真から障害認定の等級を評価するのが実際的であると考えます。

- なお、ここで肺機能障害の程度が軽い症例というのはスパイログラム等の static な肺機能検査では異常を示さないが、体動時の息切れがある症例（働くことに制限がある）をさします。このような症例では運動時に分時換気量の増加、心拍数の増加、ATの低下等から運動能力の評価はある程度可能と思いますが、経験上じん肺症例に運動負荷試験を持ち込むのは難しいとかんがえます。したがって、胸部写真所見からの分類が実際的と考えました。

平成16年4月