

(イ) 蓄尿の機能障害が存在するとする要件

a 尿失禁

尿失禁は様々な原因により生じるので、業務上の原因によることが明らかなものに限り障害として補償すべきである。

具体的には、それぞれ以下の要件をいずれも満たすものについて障害補償を行うことが適当である。

(a) 持続性尿失禁

- ① 膀胱括約筋の損傷又は支配神経の損傷が医学的に確認できること
- ② 上記の損傷により蓄尿の機能が失われていることが医学的に確認できること

(b) 切迫性尿失禁

- ① 脳・脊髄の損傷が MRI 等により確認できること
- ② 膀胱内圧測定により不随意排尿筋収縮の存在が医学的に確認できること
- ③ トイレにたどりつく前に尿失禁となることがあることが医師の所見により明らかであること

(c) 腹圧性尿失禁

- ① 尿道外傷を医学的に確認できること
- ② パッドテストにより尿失禁を確認できること

b 頻尿が存在するとする要件

昼間頻尿は、国際禁制学会（2002 年）の定義では、「日中の排尿回数が多すぎるという愁訴」であるが、労災保険における障害補償は、業務上の傷病により残った障害について、労務に支障を与える程度に応じて行うものであるから、障害として補償するためには、患者が「日中の排尿回数が多すぎる」と訴えているにとどまらず、「日中の排尿回数が多すぎるため、労務に支障を与える状態」に該当することが必要である。

この点に関し、健常成人の排尿回数は通常 1 日 4～8 回とされていること、日本泌尿器科学会「排尿障害臨床試験ガイドライン」（神経因性膀胱）において「昼間の頻尿は 8 回以上を対象とする」とされていること、日米欧における過活動膀胱の疫学調査に際して用いられた頻尿の定義が昼間の排尿回数が 8 回以上とされたこと、8 回を基本として考えると午前・午後作業の中断を強いられると考えられることから、日中の排尿回数が 8 回以上であると医師の所見により認められるものについて、障害補償の対象となる頻尿として取り扱うことが適当である。

なお、排尿行為は心理的影響を受けやすいとともに、水分の補給を控える等によっても影響を受けるから、治療中の経過も踏まえて適切に排尿回数の評価を行う必要がある。

頻尿の原因としては、種々のものがあるが、永続的かつ業務上の事由により生じるものに限ると、膀胱容量の器質的な減少や神経因性膀胱などが問題となる。

さらに、頻尿は、蓄尿の機能障害の具体的な症状として評価するものであるから、膀胱の蓄尿機能自体は正常であるにもかかわらず、多飲等により排尿回数が 8 回以上となったとしても障害補償の対象にはならないことは言うまでもない。

なお、現行の認定基準は、萎縮膀胱自体を障害として評価しているが、萎縮膀胱による主たる症状は通常頻尿であるから、萎縮膀胱により頻尿が一定以上認められるものを障害として評価すれば足りるものとする。

以上のことから、次のいずれの要件も満たすものに限り「頻尿を残すもの」として、障害として評価することが適当である。

- ① 膀胱容量の器質的な減少又は膀胱若しくは尿道の支配神経の損傷が医学的に認められること
- ② 日中 8 回以上の排尿が医師の所見により認められること
- ③ 多飲等頻尿となる他の原因が認められないこと

#### (ウ) 排尿痛

排尿痛は、膀胱、尿道等の炎症によって生じるものである。現行の認定基準は、「膀胱けいれんによる持続性の排尿痛」を障害であるとしているが、排尿初期又は終末期にとどまらない持続性の排尿痛（全排尿痛）、とりわけ膀胱けいれんは、高度の膀胱炎等によって惹起されるものであるから、治療が必要であると考えられ、治ゆとすることは適当ではない。

#### イ 障害等級

##### (ア) 排尿の機能障害

尿閉又は尿閉に準じる高度の排尿障害が認められる場合には、排尿の機能の大半を失っているものであり、貯留した尿があふれ出るという失禁を防止するためには、間歇自己導尿が不可欠となる等患者の行動に大きな支障が生じるものであることから、相当程度職種の制限が認められ、第 9 級の 7 の 3 に当たるとすることが適当である。

また、中程度の排尿障害が認められる場合には、排尿に困難を生じ、排尿時に腹圧をかけることを要し、場合によっては失禁することがあることから、労務に支障を生じると認められ、第 11 級の 9 に当たるとすることが適当である。

以上のことから、排尿の機能障害については、次のとおりとすることが適当である。

「高度の排尿障害が認められるもの」

第 9 級の 7 の 3

この場合、「排尿障害が認められる」とは、脊髄損傷等神経因性の排尿障害の原因が明らかであると医師により認められることをいう。

また、「高度の排尿障害」とは、排尿障害により残尿が 100ml 以上であると医師の所見により認められることをいう。

「中等度の排尿障害が認められるもの」

第 11 級の 9

この場合、「排尿障害が認められる」とは、脊髄損傷等神経因性の排尿障害の原因が明らかであると医師により認められることをいう。

また、「中等度の排尿障害」とは、排尿障害により残尿が 50ml 以上 100ml 未満であると医師の所見により認められることをいう。

(イ) 蓄尿の機能障害

a 尿失禁

持続性尿失禁については、現行の認定基準上、「常時尿漏を伴う軽度の膀胱機能不全」、あるいは「膀胱括約筋の変化によることが明らかな尿失禁」として第 11 級の 9 に認定することとされている。

しかしながら、非尿禁制型尿路変向術の場合にも蓄尿の機能が失われており、これに基本的に着目して第 7 級の 5 とする以上、尿路変向の有無にかかわらず、同様に蓄尿の機能が失われている持続性尿失禁についても第 7 級の 5 として評価することが適当である。実際、持続性尿失禁の場合には、パッド等を常時装着しなければならぬ等大きな支障を生じるので、この点に照らしても同様の評価とすることが適当である。

なお、持続性尿失禁以外の失禁については、失禁の型にかかわらず蓄尿機能の障害の程度、すなわち尿失禁の程度に応じて、以下のとおりとすることが適当である。

高度の尿失禁、すなわち「終日パッド等を装着しなければならず、かつ、パッドをしばしば交換しなければならないもの」については、持続性尿失禁に準じて第 7 級の 5 に当たる。

この場合、持続性尿失禁に準じて認定を行うことから、切迫性尿失禁にあっては、常態として便所に行く前に尿失禁するもの、腹圧性失禁にあっては、1 日 4 回以上失禁することを要するものとする。

中等度の尿失禁、すなわち「パッド等を装着しなければならないが、パッドの交換までは要しないもの」は、一定程度失禁をせずに尿の排出ができるものと考えられるが、労働者の行動に相当程度の制約をもたらすので、第 9 級の 7 の 3 に当たる。

軽度の尿失禁、すなわち「パッド等は要しないが、下着が少し濡れるもの」は、基本的には失禁をすることなく、労務を遂行することができるが、一定の場合には失禁をするものと考えられるので、第 11 級の 9 に当たる。

以上のことから、失禁については、次のとおりとすることが適当である。

「持続性尿失禁であると医師により認められるもの」

#### 第7級の5

この場合、「持続性尿失禁であると医師により認められる」とは、以下の2つの要件のいずれをも満たすものをいう。

- ① 膀胱括約筋の損傷又は支配神経の損傷が医学的に確認できること
- ② 上記の損傷により蓄尿の機能が失われていることが医学的に確認できること

「高度の尿失禁であると医師により認められるもの」

#### 第7級の5

この場合、「尿失禁であると医師により認められる」とは、切迫性尿失禁又は腹圧性尿失禁のいずれかの要件を満たすものをいう。

また、「高度の尿失禁である」とは、「終日パッド等を装着しなければならず、かつ、パッドをしばしば交換しなければならない」と医師により認められるものをいう。

「中等度の尿失禁であると医師により認められるもの」

#### 第9級の7の3

この場合、「尿失禁であると医師により認められる」とは、切迫性尿失禁又は腹圧性尿失禁のいずれかの要件を満たすものをいう。

また、「中等度の尿失禁である」とは、「常時パッド等を装着しなければならないが、パッドの交換までは要しない」と医師により認められるものをいう。

「軽度の尿失禁であると医師により認められるもの」

#### 第11級の9

この場合、「尿失禁であると医師により認められる」とは、切迫性尿失禁又は腹圧性尿失禁のいずれかの要件を満たすものをいう。

また、「軽度の尿失禁である」とは、「常時パッド等の装着は要しないが、下着が少し濡れる」と医師により認められるものをいう。

#### b 頻尿

現行の認定基準は、膀胱容量が50cc以下となっている萎縮膀胱について、第7級の5としているが、蓄尿機能が失われている場合を第7級の5とすると、萎縮膀胱は貯留できる尿の量は少ないものの、蓄尿機能が失われている場合には及ばないから、第7級の5とする評価は適当ではない。

また、萎縮膀胱は主に重篤な結核の後遺症として生じるところ、障害補償は業務上の事由によって生じるものに限り行うものであることからすると、萎縮膀胱について独自の認定基準を定める理由に乏しいと考える。

したがって、頻尿が認められる場合には、労働者が作業中に排尿のため作業の中断をしなければならないことから、労務に支障を与えるものであるので、第11級の9に当たるとすることが適当である。

以上のことから、頻尿については、次のとおりとすることが適当である。

「頻尿を残すと医師により認められるもの」

#### 第11級の9

この場合、「頻尿を残す」とは、以下の3つのいずれの要件も満たすものをいう。

- ① 器質的病変による膀胱容量の減少又は膀胱若しくは尿道の支配神経の損傷が医学的に認められること
- ② 日中8回以上の排尿が医師の所見により認められること
- ③ 多飲等頻尿となる他の原因が認められないこと

#### (ウ) 排尿痛等

上記のとおり、現行の認定基準は、「膀胱けいれんによる持続性の排尿痛」を障害であるとしているが、膀胱けいれんは、高度の膀胱炎等によって惹起されるものであるから、治療が必要であると考えられ、治ゆとすることは適当ではなく、認定基準を設定する必要性に乏しい。

なお、尿道に持続的にカテーテルを留置すると、慢性膀胱炎となり、疼痛を生じることがあるが、これは通常伴う症状であり、その症状も激しいとまでは言えないものであるから、尿道カテーテル留置の障害として評価すれば足りるものであり、当該疼痛を独自に評価する必要性に乏しいものとする。

### 第3 副腎

#### 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 副腎の構造及び機能並びに機能障害時の症状

##### (1) 副腎の構造と機能

###### ア 構造

副腎は、腎臓の上部に左右1個ずつあり、重量は5~6g、大きさは4~5×2~3 cmぐらいである。

###### イ 機能

副腎は、約50種類のステロイドホルモンを生成する。

そのうち、生理的に重要なものは、コルチゾール、アルドステロン、デヒドロエピアンドロステロン及びアンドロステンジオンである。

## (2) 各ホルモンの機能と欠乏した場合の症状

### ア コルチゾール

糖代謝、蛋白代謝、脂質代謝及び電解質作用を有する。

コルチゾールが不足すると、色素沈着、食欲不振、体重減少、易疲労、悪心・嘔吐、腹痛、下痢を訴える。

### イ アルドステロン

腎臓の遠位尿細管に作用してイオン交換に影響を及ぼし、ナトリウムイオンの再吸収とカリウムイオン、水素イオンの排泄を促す。

アルドステロンが不足すると、低血圧、低ナトリウム血、高カリウム血、脱水、代謝性アシドーシスを呈し、ショック状態となる。

### ウ デヒドロエピアンドロステロン

性ステロイドである。

不足すると、腋毛・恥毛の脱落、性欲減退、勃起障害、無月経となる。

### エ アンドロステンジオン

性ステロイドである。

不足すると、腋毛・恥毛の脱落、性欲減退、勃起障害、無月経となる。

## 3 検討の視点

副腎は、生理的に重要なホルモンを生成しており、その生成の機能が障害された場合には、生命維持にも影響をもたらすことから、副腎を損傷した場合において障害等級を設ける必要性の有無について検討した。

## 4 検討の内容

副腎を全部摘出した場合には、終身コルチゾールを主体とした補充療法が生命維持のため必要であり、治ゆとすることは適当ではない。

また、副腎皮質の機能の低下の場合にも補充療法が必要であり、補充療法が必要な期間において、副腎皮質ホルモンが不足すると、急性副腎皮質不全<sup>(註9)</sup>を招きかねないことから、治ゆとすることは適当ではない。

したがって、副腎の損傷について障害等級を設定する必要性に乏しいと考える。

---

(註9) 急性副腎皮質不全

副腎皮質ステロイドホルモン、特にコルチゾール分泌量が生体の必要量に比べて急激に不足となって、循環不全を主体とする失調症状を呈し、やがて昏睡に陥りショック死に至るもの。

## 第4 生殖器の障害

### 1 現行の省令及び認定基準の概要等

生殖器の障害については、次の省令及び認定基準が定められている。

- ① 省令：「両側のこう丸を失ったもの」第7級の13
- ② 省令：「生殖器に著しい障害を残すもの」第9級の12  
認定基準：「生殖能力に著しい制限のあるものであって、性交不能を来すようなもの」例 陰茎の大部分の欠損、瘢痕による膣口狭さく等
- ③ 認定基準：「一側のこう丸の欠損又は欠損に準ずべき程度の萎縮」第11級の9  
準用  
ただし、一側のこう丸の単なる腫大は障害補償の対象としては取り扱わない。
- ④ 認定基準：「陰萎が他の障害に伴って生じる場合には、原則として、当該他の障害等級を認定する。」
- ⑤ 認定基準：「軽い尿道狭さく、陰茎の瘢痕又は硬結等による陰萎があるもの及び明らかに支配神経に変化が認められるもの」第14級の9  
ただし、医学的に陰萎を立証することが困難なものは、障害補償の対象としない。

### 2 生殖器の構造と機能

#### (1) 男性

男性の生殖器は、精子を作る精巣（現行の省令上は、「こう丸」と表記されているが、現行の省令を直接引用している場合を除き、以下医学用語として用いられている「精巣」と表記する。）、精子を運ぶ精路としての精巣上体と精管、付属腺の精囊、前立腺、尿道球腺及び交接器としての陰茎から成る。

#### (2) 女性

女性の生殖器は、卵子を作る卵巢、卵子を運ぶ卵管、受精した卵を胎児に育てる子宮、産道と交接器を兼ねる膣、付属腺の大前庭腺及び外性器である外陰部から成る。

#### (3) 男性と女性の生殖器の相同関係

生殖器は性差が大きいが、発生的には同じ原基からできるものであり、男女生殖器の各部の間に相同関係を認めることが可能である。例えば、精巣と卵巢は相同である。

### 3 検討の視点

- (1) 現行の省令は、生殖器の障害に関し、「両側のこう丸の亡失（第7級）」と規定する一方で、「生殖器の著しい障害（第9級）」と規定しており、個別の器官の欠損等に着目して障害の程度を認定するのか、生殖器の機能の程度に着目して行うのか必ずし

も明確ではない。また、胸腹部臓器に係る省令は、原則として労務の支障の程度を規定しているのに対し、生殖器については、労務の支障の程度が規定されていない等労務の支障の程度との関係についても必ずしも明確ではない。そこで、現行の省令等を踏まえつつ、生殖器の障害の序列の考え方やその妥当性等について検討した。

- (2) 現行の省令は、「両側のこう丸を失ったもの」について、生殖機能の完全そう失の状態を第7級に規定していると考えられるが、同様の状態、例えば女性の生殖器である卵巣の亡失について、認定基準に加える必要はないか検討した。
- (3) 「生殖器に著しい障害を残すもの」としては、現在、具体例として、上記のとおり、陰茎の大部分の欠損、瘢痕による膣口狭窄が掲げられているが、勃起障害、射精障害や卵管狭窄等の障害について新たに認定基準に加える必要はないか検討した。

#### 4 検討の内容

##### (1) 現行第7級の13の規定の趣旨と生殖器の障害の序列等

上記のとおり、現行の省令は、「両側のこう丸を失ったもの」を第7級としている。この趣旨は、「両側のこう丸を失った」場合には、定型的に通常の労働には服することができなくなるということに着目して設けたものではなく、そうした場合には「生殖能力を完全に喪失」し、「精神的に与える衝動も大きい」という点に着目して設けたものとされている。すなわち、両側の精巣を失った場合、直接的に労働能力に多大の影響を与えるとまでは言えないものの、生殖の機能は生物である人にとっては重要な機能であることから、生殖機能の完全そう失を第7級程度の障害に当たるとした上で、そのそう失の程度に応じて障害等級を定めているものと考えられる。

現行の省令のこうした考え方は、直接的には労働能力に大きな影響を与えないものの、人の再生産に大きな影響を与える障害について、労働能力のそう失に準じて評価しようというものであり、十分合理的なものとする。

次に、現行の省令等の規定を手掛かりに、それぞれの等級の趣旨をより具体的に明らかにすると次のとおりと考えられ、これを改めるべき特段の理由もないことから、以下の検討においては、これを踏まえて行うことが妥当である。

##### ア 第7級

上記のとおり、生殖機能を完全に喪失したものを第7級と規定していると考えられる。

現行の省令は、「両側のこう丸を失ったもの」と男性器のみ規定しているが、これは他の障害による生殖機能の完全喪失を評価しないとする趣旨ではなく、これを規定した当時の就労状況から判断し、生殖機能の完全喪失の典型例を規定したものと考えられる。

##### イ 第9級

現行の認定基準は、「生殖能力に著しい制限があるもので、性交不能を来すような

障害」であるとし、陰茎の大部分の欠損、瘢痕による膣口狭窄等が該当するとしている。

この基準をどうみるかについては、陰茎の大部分の欠損に着目すると、生殖器の欠損ということの評価しているようにも思われるが、瘢痕による膣口狭窄も第9級に当たるとしていることからすると、生殖器の亡失そのものを評価しているのではなく、生殖機能は残存しているものの、通常の性交では、生殖を行うことができないものを「生殖器の著しい障害」として第9級にしているものと考えられる。

#### ウ 第11級

生殖器の障害について直接規定したものはないが、一側のこう丸の欠損又は欠損に準ずべき程度の萎縮について胸腹部臓器の障害等級である第11級の9を準用して認定することとされている。

一側の精巣の欠損又は欠損に準ずべき程度の萎縮が存している場合であっても、通常の性交で生殖を行うことができるから、通常の性交で生殖を行うことができるものの、生殖機能に一定以上の障害を残したもの（「生殖機能の障害」）を第11級として評価したものと考えられる。

### (2) 生殖機能の完全喪失

#### ア 両側の卵巣を失った場合

上記のとおり、現行の省令は生殖機能を完全に喪失したことに着目して第7級と規定しているところ、卵巣が生殖において果たす機能は、精巣が生殖において果たす機能と同様に不可欠であり、両側の卵巣を失った場合には、男性と同様に生殖能力を完全に喪失したこととなるから、「両側の卵巣を失ったもの」についても、同様に第7級の13を準用して認定すべきである。

#### イ 無精子症

上記のとおり、現行の省令は生殖機能を完全に喪失したことに着目して第7級と規定しているところ、業務上の傷病により、精子の数が少ないにとどまらず、常態として精子が全く形成されず、精液中に精子が存在しない場合についても、生殖能力を完全に喪失したこととなるから、「常態として精液中に精子が存在しないもの」についても第7級の13を準用して認定すべきである。

この場合、精子の形成異常は、業務上の傷病によることを要するから、業務上の事由による大量の放射線被曝（精巣におおむね3.5グレイ以上被曝したこと）が想定されるものの、これ以外の原因によることは考えにくい。

また、精子の形成異常は、主として特発性によるものであり、業務上の傷病以外の原因でも生じるから、染色体異常等業務外の要因による明らかな精子の形成異常が認められる場合には、障害の程度を加重したことにはならないので補償の対象とならないことに留意する必要がある。

#### ウ 卵母細胞の細胞死による卵子の無形成

上記のとおり、現行の省令は生殖機能を完全に喪失したことに着目して第7級と規定しているところ、業務上の傷病により、常態として卵子が全く形成されない場合についても、生殖能力を完全に喪失したこととなるから、「常態として卵子が形成されないもの」についても第7級の13を準用して認定すべきである。

この場合、卵子の形成異常は、業務上の傷病によることを要するから、業務上の事由による大量の放射線被曝（卵巣におおむね2.5グレイ以上被曝したこと）が想定されるものの、これ以外の原因によることは考えにくい。

また、卵子の形成異常は、主として特発性によるものであり、業務上の傷病以外の原因でも生じるから、業務外の要因による明らかな卵子の形成異常が認められる場合には、障害の程度を加重したことにはならないので補償の対象とならないことに留意する必要がある。

#### (3) 生殖機能の著しい障害

##### ア 勃起障害

##### (ア) 勃起障害の定義と補償の範囲等

###### a 勃起障害の定義

現行の認定基準では、上記のとおり、インポテンスという語の日本語訳である陰萎という用語が使用されているが、一般によく使われるインポテンスという言葉は侮蔑的であることと、病態を正確に表さないことから使用されず、今日においては、勃起障害という用語を使用するようになっている。また、最近では英語（Erectile Dysfunction）の頭文字をとってEDと呼ぶことが多い。

勃起障害は、「性交時に十分な勃起が得られない、あるいはその維持ができないために満足な性行為が行えない状態」と定義（NIH、1992年）とされている。

以下、現行の認定基準を引用する場合を除き、勃起障害という用語を使用することとする。

###### b 勃起障害の原因と補償の範囲等

勃起障害は、その原因によって、大きく身体に問題のない心因性と問題のある器質性に分けられる。さらに、器質性は、血管性、神経性、内分泌性、解剖学性に分類される。

障害補償は、業務上のものに限って行うことからすると、心因性のものは排除され、胸腹部臓器の障害の認定基準においては、器質性の原因による勃起障害に限定して検討を行うこととする。

なお、他の疾病と同様に勃起障害についても器質性のものと心因性の原因の両者が合併した混合性のものもしばしば見受けられる。この場合には、障害認定上は器質性の勃起障害として業務起因性や障害の程度等について検討すべきである。

#### (イ) 勃起障害の障害等級

現行の認定基準は、「生殖能力に著しい制限のあるものであって、性交不能を来すようなもの」(第9級の12)には、陰茎の大部分の欠損が当たるとする一方で、性交不能の原因となり得る勃起障害は、これに該当させることをせず、支配神経に明らかな変化が認められる等器質的な原因によることが明らかな勃起障害であっても、第14級として評価することとしている。

ところで、上記のとおり、生殖器の第9級の趣旨は、生殖機能は残存しているものの、通常の性交では生殖を行うことができないものを第9級として評価するというものである。そうすると、客観的に業務上の傷病による器質性の勃起障害の存在を証明することができれば、亡失による場合であると神経の損傷による場合であると、区別する理由はないものと考えられ、第9級の12として認定することが適当である。

なお、現行の規定が設けられた昭和22年当時は、勃起障害が存することを医学的・客観的に確認する方法に乏しく、信頼性も低かったことから、あえて低い等級として評価していたものと考えられるが、今日においては、勃起障害の有無を評価する検査方法が発達してきているので、現在の時点において勃起障害の有無を医学的・客観的に相当程度の信頼性をもって確認できるか以下検討した。

#### (ウ) 器質的な原因による勃起障害が存在することを医学的に明確に立証できるとする要件

上記のとおり、業務上の傷病により器質的な原因による勃起障害が後遺症状として残ったことが医学的に明確に立証できる場合には、第9級の12として評価することが適当であるが、そのためには、まず勃起障害が器質性のものかどうか確認する必要がある。

この点に関しては、夜間陰茎勃起現象に着目することが適当と考える。それは、夜間陰茎勃起現象は、睡眠中にあらわれる生理的な陰茎の勃起で、正常成人では約80分毎に20～40分間持続する周期的な勃起現象が観察されるところ、この夜間勃起現象は、心因性要因の影響を受けにくく、その異常は器質的な勃起障害を強く示唆するとされているからである。ただし、エレクトロメーター<sup>®</sup>等の簡易夜間陰茎勃起検査については、信頼性・再現性に問題があるとされているから、リジスキャン<sup>®</sup>によることが適当である。したがって、器質的な原因による勃起障害が存在するとするためには、夜間睡眠時に睡眠障害がないにもかかわらず、リジスキャン<sup>®</sup>による夜間陰茎勃起検査で異常が認められることが必要である。

なお、視聴覚的刺激負荷法は、これを実施し、勃起した場合、心因性勃起障害であるとの診断が確定する。しかしながら、視聴覚的刺激負荷法により勃起が起こらなかったからといっても、刺激に対する反応は様々である等の理由から器質的勃起障害とは確定し得ないので、器質的勃起障害の有無を判定する検査としては不適当

である。

次に、器質的な原因による勃起障害が存しているというだけでなく、それが業務上の傷病によるということが必要である。そうすると、業務上の傷病により一定の組織に損傷が残り、それを原因として一定の機能障害を生じたことが医学的に明らかに認められることを要するから、業務上の傷病により支配神経の損傷等器質的な勃起障害の原因となり得る所見を残したことが医師により明らかに認められ、かつ、当該所見に対応する異常が医師により明らかに認められることも要するとすることが適当である。

例えば、血管系の損傷による勃起障害の場合であれば、プロスタグランジン E1 海綿体注射による各種検査により、業務上の傷病により血管系を損傷したことが医師により明らかに認められることが必要と考える。

また、支配神経の損傷による勃起障害の場合についても、業務上の傷病により支配神経を損傷したことが医師により明らかに認められることが必要である。ただし、勃起をつかさどる自律神経の状態を調べることのできる客観的な検査法は存在しないことから、支配部位の重なる体性神経の状態を知ることのできる身体所見である会陰部の知覚、肛門括約筋のトーンズ・自律収縮、肛門反射及び球海綿体筋反射に係る検査を行い、その結果を踏まえて異常の有無を判断することが適当である。

なお、勃起障害の原因となり得る所見に対応する検査としては、次のようなものが開発されており、これらの検査により異常を認めた場合には、当該所見に対応する異常が明らかに認められると評価しても差し支えないと考える。

血管系検査 プロスタグランジン E1 海綿体注射による各種検査（陰茎海綿体注射による陰茎硬度測定、カラードプラ検査、海綿体内圧測定又は血管造影検査等）

なお、勃起障害は、業務上の傷病以外の原因によっても生じるから、勃起障害が明らかに糖尿病等の業務上以外の原因により生じている場合には、障害の程度を加重したことにはならないので障害補償の対象とはならないことに留意する必要がある。

#### (エ) 他の障害との関係

現行の認定基準は、「陰萎が他の原因に伴って生じる場合には、原則として、当該他の障害の等級を認定する」とも規定しているが、勃起障害と他の原因による障害が通常派生する関係にあるという場合には、他の障害と同様、いずれか上位の等級により認定することが妥当である。

#### (オ) 結論

以上のことから、器質的な原因による勃起障害については、次のとおりとすることが適当である。

「器質的な原因による勃起障害が存在することが医学的に明らかなもの」

## 第9級の12

この場合、「器質的な原因による勃起障害が存在することが医学的に明らか」とは、以下の3つの要件のいずれも満たすものをいう。

- a 夜間睡眠時に十分な勃起が認められないことがリジスキャン®による夜間陰茎勃起検査により証明されること
- b 業務上の傷病により支配神経の損傷等勃起障害の原因となり得る所見を残したことが医師により明らかに認められること
- c 勃起障害の原因となり得る所見に対応する異常が次に掲げる検査のいずれかにより明らかに認められること
  - ① 神経系検査 会陰部の知覚、肛門括約筋のトーンス・自律収縮、肛門反射及び球海綿反射筋反射に係る検査
  - ② 血管系検査 プロスタグランジンE1海綿体注射による各種検査

## イ 射精障害

### (ア) 現行の認定基準

陰萎については、次の認定基準が定められているものの、射精障害に係る認定基準は明示的には定められていない。

「軽い尿道狭さく、陰茎の癒痕又は硬結等による陰萎があるもの及び明らかに支配神経に変化が認められるもの」 第14級の9

ただし、医学的に陰萎を立証することが困難なものは、障害補償の対象としない。

### (イ) 射精障害の定義と補償の範囲等

#### a 射精障害の定義

射精とは、精液を受精の場所たる子宮に送り届けるための現象であって、「精液を急速に体外に射出する」ことであり、これが障害された状態を射精障害という。

射精障害の分類として、極致感の有無を組み合わせた分類も用いられているが、労災保険においては生殖という機能の障害の程度に着目して障害を評価していることから、極致感の有無に着目する必要性に乏しく、また、極致感の有無は本人の自訴によってのみ判断し得ることから、極致感の有無に着目することは適当ではないと考える。

したがって、以下では「精液を急速に体外に射出」できない状態を射精障害としてとらえて検討を行うこととする。

#### b 射精障害の原因と補償の範囲等

射精障害は、勃起障害と同様にその原因によって、大きく身体に問題のない心因性と問題のある器質性に分けられる。さらに、器質性は神経性、内分泌性等に

分類される。

障害補償は、業務上のものに限って行うことからすると、心因性のもは排除されるから、胸腹部臓器の障害の認定基準においては、器質性の原因による射精障害に限定して検討を行うこととする。

#### (ウ) 射精障害の障害等級

射精は、通常、勃起に引き続いて行われることから、一見勃起障害のみを評価すれば足りると考えられるが、勃起と射精は、異なる神経の支配を受けていることから、必ずしも両者の障害が伴って生じるわけではない。すなわち、勃起をしても射精しない場合や勃起はしないものの、射精をする場合がある。また、射精障害が存在する場合、人工受精によらざるを得ないから、生殖能力に制限があるものである。

したがって、射精障害についても業務上の傷病の後遺症状として現れた場合には、障害として評価することが適当である。

さて、先にみたとおり、現行の認定基準は、「生殖能力に著しい制限のあるものであって、性交不能を来すようなもの」(第9級の12)には、陰茎の大部分の欠損が当たるとする一方で、性交不能の原因となりうる勃起障害は、これに該当させることをせず、支配神経に明らかな変化が認められる等器質的な原因によることが明らかな勃起障害であっても、第14級として評価することとしている。

上記のとおり、生殖器の第9級の趣旨は、生殖機能は残存しているものの、通常の性交では、生殖を行うことができないものを第9級として評価するというものである。そこで、客観的に業務上の傷病による器質性の勃起障害の存在を証明することができれば、亡失による場合であると神経の損傷による場合であると、区別する理由はないものと考えられ、第9級の12として認定することが適当であるとの結論に達したところである。

そして、勃起障害が生じている場合には、射精障害の有無にかかわらず生殖能力に制限が生じるのと同様、射精障害が生じている場合には、勃起障害の有無にかかわらず生殖能力に制限が生じるから、業務上の傷病により器質的な射精障害が後遺症状として残ったことが医学的に明確に立証できる場合には勃起障害と同様に第9級の12として認定することが適当である。

#### (エ) 器質的な原因による射精障害が存在することを医学的に明確に立証できるとする要件

上記のとおり、業務上の傷病により器質的な射精障害が後遺症状として残ったことが医学的に明確に立証できる場合には、生殖器に著しい障害を残したものとして評価することが適当である。

したがって、まず射精障害が生じていることが医師により明らかに認められることが必要であるところ、本人の真摯な努力なしにその有無を判断することができる

のは、膀胱頸部の機能消失等射精障害が必発の場合に限られるので、尿道若しくは射精管の断裂、両側の下腹神経の断裂による当該神経の機能喪失又は膀胱頸部の機能消失等射精障害を必ず生じさせると判断される所見を残したことが医師により明らかに認められることを要する考える。

さらに、射精障害は、業務上の傷病以外の原因によっても生じるから、勃起障害が、請求人の糖尿病等の業務上以外の原因により明らかに生じている場合には、障害の程度を加重したことにはならないので、障害補償の対象とはならないことに留意する必要がある。

#### (オ) 他の障害との関係

射精障害と勃起障害は、異なる原因によって生じるものであり、また、生じている現象も異なることから、両者の障害が同時に生じている場合には、原則どおり併合の方法を用いて準用第8級として評価することが適当である。

なお、陰茎の大部分を欠損した場合には、陰茎を膣に挿入することができなくなるから、少なくとも第9級の12として認定するものであるが、さらに射精障害の要件を満たすときには、上記の考えに従って準用第8級として認定することが適当である。

#### (カ) 結論

以上のことから、器質性の射精障害については、次のとおりとすることが適当である。

「器質的な原因による射精障害が存在することが医学的に明らかなもの」

第9級の12

この場合、「器質的な原因による射精障害が存在することが医学的に明らかな」とは、以下の要件を満たすものをいう。

業務上の傷病により、尿道若しくは射精管の断裂、両側の下腹神経の断裂による当該神経の機能喪失又は膀胱頸部の機能消失が医師により明らかに認められること

#### (キ) 尿道の軽い狭窄の取扱い

尿道の狭窄については「尿道狭さくの障害」として評価できること、尿道は尿の通路と同時に精液の通路としての機能を果たすものであるから、尿道の狭窄により尿の通過障害と精液の通過障害の2つが同時に生じたとしても、当然のことであることから、改めて生殖器の障害として評価する必要はないものとする。

#### ウ 女性の性機能障害

女性の性機能障害の分類については、様々なものがあるが、性欲減退 (Hypoactive sexual desire / interest desire)、性興奮障害 (Arousal disorders)、女性極致

感障害 (Women' s Orgasmic Disorder)、性交痛 (Dyspareunia)、膣痙 (Vaginismus) に分けて定義することが推奨されている。

ところで、労災保険においては、上記のとおり、生殖という機能の障害の程度に着目して障害を評価しているところ、極致感や性的興奮等に着目する必要性に乏しく、また、それらの障害の有無は本人の自訴によってのみ判断し得ることから、性欲、性的興奮又は極致感の有無等に係る障害については労災保険における障害補償の対象とすることは適当ではない。

また、性交痛 (Dyspareunia) は、性機能障害に関する第 2 回コンサルテーション会議において推奨されている定義によると、要旨、「はじめてのペニスの挿入等を原因とした持続的な又は反復的な疼痛であり、当然女性本人の我慢又はパートナーの躊躇等と関係しているもの」であって、業務上の傷病により生じるものとは想定しがたい。

したがって、以下では膣痙 (Vaginismus) について検討することとする。

膣痙とは、性機能障害に関する第 2 回コンサルテーション会議において推奨されている定義によると、要旨次のとおりである。

「女性が望んでいるにもかかわらず、陰茎等を挿入することが持続的又は反復的に困難な状態。この場合、しばしば不随意的な骨盤筋の収縮等が存する。」

上記の定義を前提とすると、膣痙とは、典型的には陰茎を挿入できないものであるから、生殖の機能に制限をもたらすと言える。

しかしながら、膣痙の原因は主として性に関する心理的なものであって、業務上の傷病により生じることは考えにくく、また、客観的な診断法が確立しているとはいえないことから、膣痙に係る認定基準を策定することは今後の検討課題とすることが適当である。

なお、業務上の事由による外性器の損傷により疼痛を生じることがあるが、その場合には受傷部位の疼痛として第 14 級又は第 12 級で障害認定することが適当である。

また、現行の認定基準は、瘢痕による膣口狭窄が生殖器の著しい障害に当たるとしている。膣口狭窄により男性器の挿入が困難であり、通常の性交によっては生殖を行うことができない場合には生殖器の著しい障害に当たるから、現行の認定基準は次のとおり改めるのが適当である。

「瘢痕による膣口狭窄（男性器の挿入が困難であると医師により認められるものに限る。）」

#### 第 9 級の 12

そして、男性器の挿入が困難ではないものの、膣口に残る瘢痕により性交時疼痛を生じることがあるが、その場合には受傷部位の疼痛に準じて評価することが適当である。

## エ 不妊症

不妊症の原因には様々なものがあるが、女性に起因し、かつ、業務上の事由により生じるものとしては、両側の卵管の閉塞若しくは癒着、頸管の閉塞、両側の卵巣の亡失が考えられる。

このうち、両側の卵巣の亡失については生殖の機能を失ったものとして評価することが適当であるのは上記のとおりであるが、両側の卵管の閉塞若しくは癒着、頸管の狭窄又は子宮の亡失が認められ、これが原因となって不妊症を生じている場合には、通常の性交によっては生殖を行うことができないので、生殖の機能に著しい障害を残すものとして評価することが適当である。

ただし、不妊症か否かは、本来、生殖年齢にある男女が、積極的な避妊を講ぜずに一定期間性交を行ったにもかかわらず妊娠の成立をみないことをいうものであるから、一定の損傷を負ったこと自体をもって不妊症とすべきではない。したがって、性交渉の有無を問わず不妊症と言える損傷を残した場合に限り障害として評価すべきであり、両側の卵管の閉塞又は頸管の閉塞又は子宮の亡失に限り対象とすることが適当である。

なお、上記のとおり、不妊症は業務上の傷病以外の原因でも生じるから、不妊症が他の原因により明らかに生じている場合には、障害の程度を加重したことにはならないので障害補償の対象とはならないことに留意する必要がある。

以上のことから、不妊症については、次のとおりとすることが適当である。

「両側の卵管の閉塞、頸管の閉塞又は子宮の亡失が画像所見により認められるもの」  
第9級の12

## (4) 生殖機能の障害

### ア 一側の精巣の亡失

一側の精巣を亡失した場合、上記のとおり、生殖器に障害を残すものとして第11級の9を準用して認定している。

これは、その基準が策定された当時は、一側の精巣を亡失すると生殖機能に一定以上の障害を残すと考えられていたためであるが、今日においては、一側の精巣を亡失しても他側の精巣が正常であれば生殖の機能には影響はほとんどないということが判明しているから、第11級を改め、第13級を準用として認定することが適当である。

なお、既存障害として一側の精巣の亡失の障害を有する者が、業務上の事由により健側の精巣を亡失した場合には、障害の程度を加重した限度で補償することとなる。

### イ 一側の卵巣の亡失

一側の卵巣を亡失した場合についても、一側の精巣を亡失した場合と同様に、通常の性交により生殖を行うことができ、生殖の機能に与える影響はほとんどないから、一側の精巣と同様に第13級を準用として認定することが適当である。

#### ウ 骨盤骨折等による産道狭窄

外傷により骨盤骨折等を生じ、骨産道が狭窄することがある。この場合、妊娠自体の機能には問題がないものの、骨産道が一定程度以下に狭窄していると経膈分娩が困難になり、帝王切開等の対応が必要になることから、こうした状態も含めて生殖の機能に障害を残すものとして評価することが適当である。

そして、日本産婦人科学会の決めた狭骨盤に当たる場合には、産婦の身長の如何を問わず骨産道が狭いことによって帝王切開等の対応が必要になることが多い。しかしながら、外傷の場合には骨盤骨の変形を伴うことも多いことから、狭骨盤に限るとすることは妥当ではなく、比較的狭骨盤に当たることを要件とすることが適当である。

また、比較的狭骨盤は業務上以外の原因で生じることが多いから、明らかに業務上以外の原因により（比較的）狭骨盤に当たる場合には、障害の程度を加重したことはないので障害補償の対象とはならないことに留意する必要がある。

なお、業務上の外傷により骨盤骨の変形を来し、「その他の体幹骨の著しい変形障害」に該当することがあるが、同一の原因によるものであるので、生殖器の障害とその他の体幹骨の障害のいずれか上位の等級により認定すべきである。

以上のことから、以下の要件を満たす場合について、生殖器に障害を残すものとして第11級の9を準用して認定することが適当である。

比較的狭骨盤又は狭骨盤であると医師により認められるもの

「比較的狭骨盤」とは、次のいずれかの要件を満たすものをいう。

産科的真結合線 10.5 cm未満 9.5 cm以上

入口部横径 11.5 cm未満 10.5 cm以上

「狭骨盤」とは、次のいずれかの要件を満たすものをいう。

産科的真結合線 9.5 cm未満

入口部横径 10.5 cm未満

以上のことから、次のとおりとすることが適当である。

「比較的狭骨盤又は狭骨盤であると医師により認められるもの」

第11級の9準用

#### 【主要参考文献】

- 1 日本腎臓学会編：腎疾患の生活指導・食事療法ガイドライン. 東京医学社, 1998.
- 2 三村信英, 他：腎不全医療研究事業研究報告書（平成2年度）
- 3 厚生省特定疾患進行性腎障害調査研究班：昭和63年度研究業績.
- 4 西村健一郎：ドイツにおける障害認定について. 平成14年.
- 5 排尿障害臨床試験ガイドライン作成委員会編：排尿障害ガイドライン. 医学図書出版

- 株式会社, 平成9年.
- 6 岡村 菊夫, 他: 高齢者尿失禁ガイドライン. In平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)事業
  - 7 伊達木せい, 他: 障害・職種別「就業上の配慮事項」. 日本障害者雇用促進協会, 1998年.
  - 8 池邊道隆: 最新 労災保険法釈義. 三信書房, 昭和28年.
  - 9 吉田修, 監修: 日常診療のための泌尿器科診断学. インターメディカ, 2002.
  - 10 白井將文: 男子性機能障害. 永井書店, 平成13年.
  - 11 白井將文, 監修: 性機能障害. 南山堂, 1998年.
  - 12 吉田 修, 監修: Erectile Dysfunction 外来. メディカルビュー, 2000.
  - 13 Lue T et al.: Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men. J Sex Med 2004;1:6-23
  - 14 Lue T et al. :Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. J Sex Med 2004;1:24-34
  - 15 松島正浩, Boyd SD, Lieskovsky G, Skinner DG: Kock Continent Ileal Reservoir の臨床経験 泌尿紀要 32:955-967, 1986
  - 16 吉田修編 泌尿器科学. Essential Lecture メディカルレビュー社 1987
  - 17 松島正浩, 黒田加奈美, 田島政晴, 白井將文: Kock continent ileal urinary reservoir の術式. 泌尿器外科 :735-741, 1988
  - 18 松島正浩, 沢村良勝, 田島政晴, 尿禁制型尿路変向術の長期経過による評価: コックパウチ. 泌尿器外科 10:415-420, 1997
  - 19 障害福祉研究会監修 身体障害認定基準及び認定要項. 中央法規 2003
  - 20 松島正浩: 腸管の処理. 臨床泌尿器科 52 63-72, 1998
  - 21 松島正浩, 加瀬隆久, 田島政晴, 沢村良勝, 岡本重禮: 性器の損傷(1). 日本医事新報 3871 39-36, 1998
  - 22 松島正浩, 加瀬隆久, 田島政晴, 沢村良勝, 岡本重禮: 性器の損傷(2). 日本医事新報 3872 39-36, 1998
  - 23 松島正浩(分担): 放射線療法. 新図説泌尿器科学講座3(小柳知彦ほか編) 59-74. メジカルビュー社, 東京, 1999
  - 24 松島正浩(分担): 泌尿器の基礎知識. 腎・泌尿器疾患ナーシング(松島正浩編) 14-27. 学研, 東京, 2001
  - 25 松島正浩(分担): 尿路・性・生殖の機能, 生活機能分類. 国際障害分類改訂版(ICF) 91-94, 厚生労働省(社会・援護局障害保険福祉部), 東京, 2002