

ひ臓の障害の取扱い（素案）

1 現行の認定基準

ひ臓を摘出したものの、ほとんど労務に支障をきたさないものは8級としている。

2 ひ臓の構造及び機能並びに業務上の傷病の影響

(1) 構造

ひ臓は左季助部に位置しており、ひ臓の長軸が第10肋骨の走行にほぼ一致し、また、ひ臓の下極がちょうど中腋窩線上にある。

ひ臓は人体内での最大のリンパ組織塊であり、全体的には卵円形をしている。

(2) 機能

ひ臓は、主として血液の貯留機能、血液の濾過機能及びリンパ装置としての生体防御機能の3つの機能を有している。

(3) 業務上の傷病の影響

ひ臓の機能に影響を与える傷病には様々なものがあるが、業務上の傷病による後遺障害のみが障害補償の対象になること、ひ臓が機能低下を起こし保存療法が効果を奏さない場合には、ひ臓の摘出を行うことから、業務上の傷病によりひ臓を摘出した場合の障害の有無及び程度について検討を行えば足りると考える。

3 検討の視点

(1) ひ臓の摘出は、どのような場合に行われ、摘出後何らかの機能障害が生じることがあるのか否か、あるとすればどのような機能障害が生じるのか等について検討する。

(2) ひ臓の摘出は、現在8級の評価とされているが、何故省令制定当時8級としたのか、また、他の制度等ではどのように評価されているかについて検討した上で、上記(1)の検討を踏まえて妥当な障害等級を検討する。

4 検討の内容

(1) ひ臓の損傷の治療においては、損傷の存在自体がひ臓摘出の適応と考えられている。これは外傷によりひ臓を損傷した場合、温存した時の治療が困難なことが多いとともに、摘出後の生体に対する影響は基本的にはなく、あっても軽微であると考えられているためである。

したがって、ひ臓を外傷により損傷した場合には、完治したか、ひ臓を全摘したかのいずれかを考えればよく、前者は当然障害には当たらないから、ひ臓の全摘のみを考えればよいということになる。

このように、ひ臓の全摘は頻繁に行われているが、ひ臓の摘出による後遺症状は特

に報告されていない。すなわち、胃体上部癌に対する治癒切除として胃全摘、脾尾部・ひ臓合併手術は多く行われてきたが、ひ臓摘出後の後遺症は認められておらず、また、ひ臓機能亢進症（特発性血小板減少症、門脈圧亢進症）に対するひ臓摘出術後にも血液学的、あるいは免疫学的異常は認められていない。

したがって、ひ臓を亡失した場合においても特に症状として現れないので、ひ臓の亡失により職種制限や業務の制限が生じるものではないことはもちろん、「機能の障害の存在が明確であって労働に支障をきたすもの」（第11級の9）にも及ばないことは明らかであるから、ひ臓の亡失を8級としている現行の省令は改められるべきである。

ただ、ひ臓は人体最大のリンパ器官であるから、全く影響がないというわけではない。すなわち、ひ臓は、肺炎球菌や髄膜炎菌などの莢膜を持った細菌に対して有効な防御機能を有していることから、ひ臓を摘出した患者は、特に肺炎球菌、髄膜炎菌又はインフルエンザ菌による感染症に罹患しやすいとされており、WHOも肺炎球菌ワクチンを接種すべきリスクの高い者の患者のうちに、無ひ症患者を糖尿病や先天性免疫不全患者と並んで記載している。また、成人においても特に重症な原疾患を有しないにもかかわらず、ひ臓を摘出した者は敗血症や播種性血管内凝固症候群を起こす率が高いと報告されている。

- (2) 現行の省令の規定は、昭和22年に設けられたものであるが、これは当時厚生年金法が一時金を支給すべき障害としてひ臓の亡失を比較的高く評価していたことを受けて、規定されたものである。これは、当時は免疫機能の異常等を客観的に評価できる指標がないことから、症状の有無にかかわらず人体最大のリンパ器官であるひ臓の亡失をもって、免疫機能の半分を失ったものとして評価したと考えられるが、今日においては客観的な指標により免疫機能の異常の有無を評価することができることから、ひ臓の亡失をもって免疫機能の異常を示すと考えることは適切ではなくなっている。

そこで、他制度の状況をみるに、国民年金・厚生年金保険における障害認定基準及び身体障害者福祉法における身体障害認定基準のいずれの制度においてもひ臓の亡失ということのみをもって障害に該当するということとはされていない。

また、諸外国の例をみても、現行認定基準のようにひ臓の亡失を高く（8級（50%の労働能力損失））評価しているものはなく、イギリス（2～5%の労働能力損失）（我が国の14級に相当）、イタリア（5%の労働能力損失）（我が国の14級に相当）のように低い障害の評価を行っている。

以上のことから、ひ臓の亡失については、「機能の障害の存在が明確であって労働に支障をきたすもの」（第11級の9）にも及ばないものの、免疫機能を一定程度低下させ感染症に罹患する危険性を増加させることは明らかであるから、障害がないとすることは適当ではなく、第13級を新設した場合には、13級とすることが適当である。

【障害等級については、胆のうとともに再度検討する】

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

「脾損傷の治療法選択に関する臨床的検討」吉井 宏他『日本外傷研究会誌』(1989 Vol.3 no.2)

「生体防御器官としてのひ臓の構造と機能」伊藤 雅文他『日本外傷研究会誌』(1988 Vol.2 no.1)

「脾の免疫機能と脾摘後感染症」梅山 馨他『日本外傷研究会誌』(1988 Vol.2 no.1)