

## 胸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）

### II 循環器

はじめに

#### 1 現行の障害等級認定基準

心臓に他覚的に認められる変化が認められ、かつ、その機能にも障害が証明されるものについて、障害の労働能力に及ぼす影響を総合的に判断して等級を認定することとされている。

じん肺を除く胸部臓器の具体的認定基準は次のとおりとなっている。

ア 「重度の胸部臓器の障害のために、生命維持に必要な身の回りの処理の動作について、常に他人の介護を要するもの」 第1級の4

胸部臓器の障害により、日常生活の範囲が病床に限定されている状態のものがこれに該当する。

イ 「高度の胸部臓器の障害のために、生命維持に必要な身の回り処理の動作について、随時介護を要するもの」 第2級の2の3

胸部臓器の障害により、日常生活の範囲が主として病床にあるが、食事、用便、自宅内の歩行など短時間の離床が可能であるか又は差し支えない程度の状態のものがこれに該当する。

ウ 「生命維持に必要な身の回り処理の動作は可能であるが、高度の胸部臓器の障害のために、終身にわたりおよそ労務に服することができないもの」 第3級の4

胸部臓器の障害により、自宅周辺の歩行が可能か又は差し支えないが、終身にわたりおよそ労務に服することができない状態のものがこれに該当する。

エ 「胸部臓器の障害のため、終身にわたり極めて軽易な労務のほか服することができないもの」 第5級の1の3

胸部臓器の障害による身体的能力の低下などのため、独力では一般平均人の1/4程度の労働能力しか残されていない場合がこれに該当する。

労働能力の判定に当たっては、医学的他覚所見を基礎とし、さらに労務遂行の持続力についても十分に配慮して総合的に判断する。

オ 「中等度の胸部臓器の障害のために、労働能力が一般平均人以下に明らかに低下しているもの」 第7級の5

胸部臓器の障害による身体的能力の低下などのため、独力では一般平均人の1/2程度の労働能力しか残されていない場合がこれに該当する。

カ 「一般的労働能力は残存しているが、胸部臓器の障害のため社会通念上、その就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるもの」 第9級の7の3

キ 「一般的労働能力は残存しているが、胸部臓器の機能の障害の存在が明確であって

## 2 業務上の傷病

労災保険における障害を残したと評価されるためには、まず、障害の原因となった傷病が業務上のものであることが必要である。

「業務上の傷病」のうち、負傷によるものについては業務上外の判断に困難を来たすことはまれだが、疾病の業務上外の判定は必ずしも容易ではない。

そのため、循環器等に係る疾病の業務上外の判定方法については、厚生労働省労働基準局長通達（平成13年12月12日付け基発第1063号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く）の認定基準について」）が発出されており、そこでは、次の疾病が「虚血性心疾患等」として掲げられている。

ア 心筋梗塞

イ 狭心症

ウ 心停止（心臓性突然死を含む）

エ 解離性大動脈瘤

なお、ウには、「一次性心停止」及び「不整脈による突然死等」を含めて取り扱うこととされている。

## 3 循環器の機能と検討の基本的視点

循環器の中核的臓器は心臓であり、その機能は大きく分けると、血液を全身に向けて拍出する機能と、拍出の適正なリズムを刻む機能であり、このいずれかの機能が損傷を受けると、身体活動に重大な影響を及ぼす。

したがって、損傷の態様にかかわらず、障害等級は、このいずれかの機能の損傷の程度に応じて定めることが適当と考えられるところであり、以下では、こうした基本的視点から検討を進めるものとする。

## 第1 障害認定に関する検討

### 1 心筋梗塞

#### (1) 検討の視点

##### ア 労災保険における心筋梗塞の治ゆについて

###### (ア) 労災保険における心筋梗塞の治ゆはどのように考えられるか

心筋梗塞は、急性期を脱しても、左室機能障害の程度等に応じて、程度の差こそあれ徐々に症状が悪化することから、治ゆの要件の一つである「症状が安定している」をどのように考えるべきか。

また、軽症で症状が安定したと思われる場合でも、突然に重篤な再発作を起こし、死亡に至ることもあるが、軽症のものでもこうした可能性があることと治ゆとの関係はどのように考えるべきか検討する。

###### (イ) どのような状態を「治ゆ」とすべきか

労災保険における心筋梗塞の治ゆの判定基準について、左心機能の程度、虚血の程度、不整脈の程度等によりどのようにすべきかを検討する。

###### (ウ) 心筋梗塞の「治ゆ」はどのような時期に判断しうるか

急性期が経過し、病巣組織が線維化した以降、「治ゆ」はどのような時期に判定し得るか検討する。

##### イ 障害等級をどのように判断すべきか。

心筋梗塞が「治ゆ」した場合の残存障害の程度は、何に着目して判断すべきか。また、第何級に相当する障害と考えられるか検討する。

#### (2) 「治ゆ」について

##### ア 心筋梗塞に係る労災保険制度上の「治ゆ」

労災保険制度における治ゆとは、「治療効果が期待できず、かつ、症状が安定しているもの」に該当するものをいうとされている。

ところで、心筋梗塞は、心機能（心臓のポンプ機能）の低下の程度、すなわち左室機能障害等の程度に応じ、代償機能が働き心肥大が進行する等の症状の悪化が、徐々に、あるいは急速に進行する。そのほか、不整脈、虚血・冠動脈狭窄度、貫壁性非貫壁性の別、さらには、年齢、高血圧症などによっても予後が左右される。そのため、こうした病態をとらえて、心筋梗塞については、一度発症すれば、その後の状態全てにおいて「症状が安定している」には当たる場合はないとも考えられるところである。

しかし、「症状の安定」を、生涯を通じて全く症状が変わらない状態ととらえることは適当ではなく、労災保険におけるアフターケア制度による措置を前提とすれば、長期的にみて、症状が著明に変化する可能性は低いと見込まれるものは、「治ゆ」の対象と考えることが適当である。

すなわち、左室機能障害等の程度が重度ないし中等度の場合であって、短期的には一定の水準を保っているように見えるときでも、数年の間には著明に症状が悪化

する見込みが高ければ、勿論、治ゆとはいえない。しかし、左室機能障害等の程度が軽度である場合には、心筋梗塞についても、十分治ゆといえる場合があり得ると考えることが適当である。

また、心筋梗塞については、「症状が安定している」状態にあつたとしても、まれに、突然の再発作等を起こし、死に至ることがあることから、治ゆと判断すべきではないとも考えられる。

しかしながら、病状の急変は、程度等の差はあつても多くの疾病において起こり得ることであり、そのことをもって「治ゆ」はあり得ないとするのは、障害補償を受ける権利を一律に制限することとなるので適当でない。

結局、この点についても、「治ゆ」を判断する要件の中で考慮することが適当である。

以上を踏まえ、以下で、具体的にどのような場合に治ゆとなるかを検討する。

#### イ どのような状態の時に「治ゆ」となるか

##### (ア) 心筋梗塞の予後に影響する因子等

心筋梗塞を発症した患者の予後を左右する因子にはさまざまなものがあるが、上述のとおり、左心機能の他、不整脈、虚血・冠動脈狭窄度、貫壁性非貫壁性の別、年齢、高血圧症などがあげられる。

このうち、最も重要なのは左心機能であり、次いで、不整脈、虚血の影響も大きいことから、心筋梗塞の労災保険法上の治ゆは、主としてこれら3つの因子により判断することが適当である。

##### (イ) 各主要因子の程度と治ゆについて

左心機能を最もよく表すのは、左室駆出率である。健常者の左室駆出率は通常60%台であり、40%未満のものは心機能が著明に低下しているとされており、さらに30%未満となった場合には代謝機能の働きによる心肥大が顕著となり、生命予後に重大な影響が生ずるとされている。

左室駆出率が大きく低下している場合には、心筋梗塞発症後間もないうちは比較的高い運動耐容能を維持し安定した状態を保っているように見える場合でも、心肥大が進行し、再度、治療を要する状態に至ることがほぼ必至であり、到底「症状が安定している」とは言えない。

そして、上記のとおり、左室駆出率が40%未満となった場合には心機能の低下が著明であることから、治ゆの要件の一つとして、「左室駆出率が40%未満となっている場合」を設けることが適当である。

また、不整脈についても、重篤なものが残る場合には突然死を起こすところであり、心室性期外収縮が10個/時の場合には予後が悪いとされていることから、その場合は、治ゆとはならないとすべきである。

次に、虚血についてであるが、これも一定程度以上の虚血を残す場合には、心筋梗塞の再発作を起こす可能性が高くなり、やはり予後に大きく影響する。虚血の程度については罹患冠動脈の枝数で表されることが多く、一般に、3枝以上の

罹患では予後が悪いとされていることから、その場合には、治ゆとしないことが適当である。なお、冠動脈の再建術が行われた場合についてであるが、再度狭窄することがあり、これは手術した部位だからこそという面もあるが、再狭窄は、基本的には、動脈硬化の進展度等の状態によるものと考えられることから、再建術が行われたものについては、罹患枝数には含めないものとする。

(不整脈及び虚血については、後日、不整脈及び狭心症の検討結果を踏まえて、加筆、修正する)

(ウ) 上記(イ)では、長期的な症状の変化の観点から治ゆの判断を検討したが、治ゆを判定する時点で症状が重く、治療の対象であったり、あるいは症状が安定していなければ、治ゆとならないことは当然である。例えば、心筋梗塞の重症度を示すのに頻用されるニューヨーク心臓協会(NYHA)の分類で言えば、最重症のIV度は勿論のこと、III度でも通常は治療の対象であり、治ゆとなるのは、II度の一部とI度のみであろう。

また、上述のように、心筋梗塞については、左室機能、不整脈、虚血が、その予後を表す代表的な指標ではあるが、その他の因子の存在も無視はできないところであり、治ゆであるか否かについて、個々の症例に応じた適切な判断を行うためには、これら3因子以外の要素をも勘案して判断することが必要である。

したがって、治ゆとするためには、上記3因子の要件に加えて、総合的に見て、医学的に「症状が安定している」と認められるとの要件を設けることが適当である。

#### (エ) 結論

心筋梗塞については、長期的に著明に症状が悪化する可能性は低いと見込まれ、かつ、虚血又は不整脈による重篤な発作がないものであって、以上のa~dのいずれをも満たすものをいう。

- a 左室駆出率が40%以上であること
- b 心室性期外収縮が9個以下/時であること
- c 罹患冠動脈枝数が2以下であること
- d 他の因子をも含め総合的にみて、医学的に「症状が安定している」と認められる状態にあること

なお、この要件を満たし、いったん治ゆとなったものであっても、不整脈発作又は虚血発作が起こり、治療が必要となった場合には、「再発」として療養補償を行うこととなる。

#### ウ 治ゆを判定しうる時期

心筋梗塞発症後、通常、4週間程度経過すると梗塞部の線維化が完成し、いわゆる「陳旧性心筋梗塞」と呼ばれる状態となる。

また、急性期経過後も引き続き入院加療の必要な特に重篤な場合を除き、症状の程度により、通常2~4週間程度で退院し、その後は通院治療に移行する。

しかし、線維化が完成し、あるいは入院の必要がなくなった時点で、直ちに「治

ゆ」を判定しうる時期となるわけではなく、その後も、しばらくは、比較的頻繁に通院し、経過を観察するとともに、きめ細かい投薬を行う必要がある。こうした頻繁な通院治療は、一般的には、発症後概ね3ヶ月が経過する頃まで行われ、その後は、1ヶ月に1回程度通院し、主として薬剤の投与を受ける状態となる。

したがって、発症後3ヶ月を経過し、以降は月に1回程度、薬剤の支給を受けるため定期的に通院すれば足りる状態に至った以降に、上記イに基づきその時の症状に応じて「治ゆ」とすべきか否かの判断を行い得るものである。

### (3) 障害等級

#### ア 障害等級を判定する際の要素

心筋梗塞発症後の主たる後遺障害は心機能の低下であり、労災保険における障害等級も、それを基本として判定するべきである。

また、不整脈や虚血があり、治療を要するほどではない軽度の発作が起こる場合は、労務に支障が生ずるから、これらも障害の程度を判定する要素となる。

次に検討すべきは、運動耐容能である。労災保険における障害等級表では、胸腹部臓器の障害については、就くことのできる労務の範囲、内容により障害等級を区分しているため、心筋梗塞後の後遺障害の程度を区分する基準として、運動耐容能の程度を用いることができれば便宜である。

運動耐容能については、嫌気性代謝閾値（以下「AT」という）がその程度をよく表すとされている。これは、その値を超えた運動を続けると、血中乳酸濃度が継続的に上昇することに着目したもので、被験者が最大に努力することを要しない最大下負荷試験によって得られる点で比較的安全であり、験者や被験者の主観に依存することなく決定することができるという点でも望ましい。重症例では、ATに至る前に被験者が呼吸困難を訴える場合があるが、心筋梗塞が治ゆとなる要件を満たす者が測定対象となることを考えれば、測定は十分に可能と考えられる。

なお、ATは、運動負荷試験を行って数値を求めるものであるが、それに必要な機器を有する医療機関はある程度限られるものの、地域の中核的医療機関であれば、概ね保有していると考えられるから、その点でも労災保険における治ゆの要件として用いることに問題はない。

したがって、ATの程度も障害等級を判定する際の要素とすべきである。

#### イ 障害等級の程度

心機能は、上記のとおり、左室駆出率が40%以上の場合に治ゆとなるが、健常者が概ね60%台であることから、治ゆする者の左室駆出率には、40%から60%に近いものまで存在することとなり、率の高い者と低い者との間には、一定の相違があると認められるところである。したがって、左室駆出率については、40%以上50%未満と50%以上とに区分して、不整脈、虚血及び運動耐容能の低下が見られない場合、以下のとおり障害等級を判定することが適当である。

- a 左室駆出率が心筋梗塞発症前より低下しており、それが40%以上50%未満であるものについては、概ね、その就労可能な職種の範囲が相当程度に制限されるも

の、と考えられることから、第9級に相当するものとするべきである。

b 左室駆出率が心筋梗塞発症前より低下しており、それが50%以上であるものについては、概ね、通常の労務に服することができるが、時々支障を生ずることがあるもの、と考えられることから、第11級に相当するものとするべきである。

また、これに、軽度の虚血や不整脈がある場合は、時として軽度の発作が起こり、労務に一定の支障が出ることから、上記の障害等級をそれぞれ第7級（aに該当する場合）、第9級（bに該当する場合）とすることが適当である。

（なお、治ゆとなる程度の虚血や不整脈を残す場合でも、その障害は、上記の心機能の低下のみを評価した場合の障害等級では評価しきれず、各1ランク（2級）上げる必要があるか否かについては、後日、不整脈及び狭心症の検討結果を踏まえ、確認、検討する。）

同様に、ATについては、14ml/分/kgを超えるとほぼ無症状とされており、それ以下となっている場合には、運動耐容能が低下していると認められることから、ATが14ml/分/kg以下となっている場合にも、上記aの場合は第7級、bの場合は第9級とすることが適当である。

（なお、心筋梗塞発症後、ペースメーカー及び除細動器を植え込んだ者の障害等級については、循環器全体の検討をひととおり終えた時点で、別途検討する。）