

## 腹部臓器分野の障害認定に関する専門検討会報告書（案）

## 第1 食道の障害

## 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 食道の構造及び機能並びに業務上の傷病による影響

食道は、咽喉下端と胃の噴門部との間にある長さ 24～25 cmの管であり、食物を咽喉から胃に運搬する機能を有している。

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、食道損傷の原因としては、交通事故等の鈍的外傷や鋭的刺創のほか、アルカリ性の液体の誤飲等が考えられる。

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、手術が行われなければ急速に全身状態が悪化することから、通常ドレナージや縫合閉鎖術、食道切除術等が行われ、完治するか死亡することが多い。

しかしながら、これらの手術が行われた場合やアルカリ性の液体の誤飲が保存的に治癒した場合であっても、時には障害が残ることがある。それは食道に狭窄部を残したまま治癒とせざるを得ない場合と、逆流性食道炎が認められる場合である。

すなわち、食道に狭窄部位を残し、一定以上の症状を呈する場合には手術適応となるものの、手術後吻合部に狭窄が生じることも少なくないこと等から狭窄を残したまま治癒となることがある。

また、食道の切除・再建術後において逆流性食道炎が生じることがあり、そのときには投薬によりその症状を軽減することはできるものの、根治は非常に困難な場合も多い。~~←、逆流性食道炎の症状が残ることが通常である。そこで、逆流性食道炎についても障害として評価することが適当であるが、その原因は胃の噴門部の亡失にあることから、胃の全部又は一部の亡失による障害として評価することが適当であるので、以下食道に狭窄を残した場合の障害について検討した。~~

## 3 検討の視点

狭窄を残した場合の具体的な症状としては、通過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した。

また、その場合、

- ① 狭窄及び通過障害はどのように確認するのが適当か。
- ② そしゃくの基準を用いて障害を評価するのが適当か。

について検討した。

#### 4 検討の内容

食道が狭窄された場合の主たる症状は、通過障害であり、通過することができる食物の性状（流動食か固形物か）によって、その障害の程度を測ることができる。そして、流動食以外は通過することができないような症状を呈した場合には、手術ないしブジーの措置により狭窄部の改善を試みるのが通常である。また、手術によっても流動食以外は通過することができないような症状を残した場合には、終身高カロリー輸液（IVH）等が必要であることから、療養の対象となり、治ゆとすることは適当ではない。

以上のことから、治療を行ったにもかかわらず狭窄部の改善が期待されない場合であって、「流動食は通過するものの、固形物の中で通過できないものがある」ときに限り、障害として評価することが適切である。この場合、狭窄の事実が客観的に認められることは当然であるが、狭窄が生じていてもその自覚症状に乏しいこともあり、その場合には障害として評価することは不要と考えられることから、以下の要件をいずれも満たすものに限り「食道を狭窄し、通過障害を残すもの」として評価することが適当である。

- ① 本人が通過障害を自覚症状として訴えていること
- ② 消化管造影検査により食道に狭窄が認められること

「食道に狭窄が認められる」とは、食道の狭窄による造影剤のうっ滞が医師の所見により明らかに認められることをいう。

なお、現行認定基準上、「食道の狭窄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が、そしゃくとそしゃくしたものが食道を通過することは全く別個の機能であるので、食物が食道内を通過することから、そしゃくの基準をそのまま準用することは適当ではなく、その等級を参考として、障害の状態を評価することが適当である。

~~具体的には、そしゃくの基準においては、固形物について、「粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外は摂取できないもの」と「固形食物の中にそしゃくができないものがあること」の2段階で評価しているが、結局のところ、そしゃく機能が一定以上残っている場合には、食道に運ばれるときには粥状となっていることから固形物の通過障害について2段階で評価することが適当である。~~

また、「固形食物の中にそしゃくができないものがあること」は第10級を準用することとされているが、そしゃくは、上記のとおり単に嚥下することにとどまらず、食物をかみ砕き、唾液を混和し、食塊として嚥下するまでを含めて評価しているものであるので、嚥下の障害にとどまる食道の通過障害については、第11級の9「胸腹部臓器に障害を残すもの」に該当するとすることが適当である。

以上のことから、以下のとおりの障害等級で認定することが適当である。

##### 第11級の9

「食道を狭窄し、通過障害を残すもの」

## 第2 腹膜・腸間膜の障害

### 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することとしている。

### 2 腹膜・腸間膜の構造及び機能並びに業務上の傷病による影響

#### (1) 構造と機能

腹膜は、腹壁の腹腔側内面を覆う壁側腹膜と腹腔内にある内臓を包む臓側腹膜に分けられる。腹膜のうち、一定の要件を満たすものを間膜と呼ぶ。腸間膜は、間膜の1つであり、小腸と大腸に付着しているものである。

なお、小腸、大腸は腸間膜に存在する腸間膜動脈を通じて栄養を受けている。

#### (2) 業務上の傷病等による影響

業務上の原因により腹膜・腸間膜に損傷を受けたものが、治癒となった後に、腹膜・腸間膜そのものに障害が生じて問題になる例は通常存在しない。

なお、業務上の原因により腹膜・腸間膜に障害が及ぶ機序としては、外傷、継続的な強度の腹圧等が考えられるが、それらの障害に派生して生じる病態の発現形態としては、腸間膜動脈の損傷、癒着による消化管の通過障害、絞扼及びヘルニア等が想定される。

### 3 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と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」を障害としている。

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適当ではなく、腹膜・腸間膜が損傷された結果、腹部臓器の機能に影響が生じる場合に評価することが適当であると思われることから、腸間膜動脈の損傷、癒着による消化管の通過障害、絞扼及びヘルニア等により腹部臓器等の機能が低下した場合等について検討した。

### 4 検討の内容

#### (1) 腹膜・腸間膜の損傷とそれによる症状

##### ア 腸間膜動脈の損傷

腸間膜の損傷時には腸間膜動脈も損傷することがあるが、その場合には腸間膜動脈から栄養を受けている部位の腸管は損傷されるので、結局、当該臓器の障害の程度（当該臓器の腸管切除による障害の程度）により障害の程度を評価すればよいものと考ええる。

#### イ 腸管癒着

腹膜が損傷を受けると、腸管との癒着が生じる。

腸管癒着に起因する病態は、腸管の狭窄、閉塞、絞扼壊死の三つに大別される。

このうち、閉塞、絞扼壊死は腸管癒着に起因して発生する病態ではあるものの、平素は全くその徴候がなく、突然に発生するものが大部分であって、しかもそのような病態が発生する確率は、開腹手術の既往のある患者の数%内外で、又いつそれが発生するかもこれを正確に予測することは不可能である。したがってこれらの発生の可能性をあらかじめ想定して障害認定を行うことは不自然であるし、また不合理でもある。

ただし、一年間に数回以上という高頻度で腸閉塞を発症し、入院加療を必要とする腸管癒着症を有する患者が稀にいる事は事実である。また、絞扼壊死をきたした場合には入院、腸切除が必須であるが、その場合にはいずれも積極的な治療が必要であるから、治ゆとすることは適当ではなく、いったん治ゆとした場合には再発として取り扱うことが適当である。

一方、狭窄症状とは、閉塞にまでは至らない腸管の通過障害であり、腸管癒着によってこの症状を慢性的に訴える患者が少数ながら存在することも事実である。このような病態については、食事の摂取制限や安静等で回復することが多く、必ずしも入院加療は必要としないことから、治ゆとして障害補償の対象となり得る。

ただし、腸管の癒着に起因する腸管の狭窄を障害として評価する必要があるとすれば、ある一定頻度以上で腸管狭窄症状を呈する場合であると考ええる。

この場合、狭窄から頻繁に腸閉塞に移行する場合には入院加療が必要となることから、「治ゆ」と認定すること自体に問題が生じることとなる。したがって、判断が難しいところであるが、臨床経験上おおむね週1回程度狭窄に起因する腹部症状を呈する場合について、障害として評価することが適当である。

#### ウ ヘルニア

業務上の胸部又は腹部の負傷によるヘルニアや重筋作業等重激な業務に従事することにより生ずるヘルニアは、業務上の疾病として取り扱われる。

ヘルニアとは、広義には臓器又は組織の全体又は一部が体壁や体腔内の裂隙、組織の欠損部を通じてその正常な位置から逸脱して、腹膜に被われたまま脱出し又は嵌入した状態と定義される。

#### (ア) 障害認定を行う場合

ヘルニアが認められたときには、手術を行うのが通常であり、多くは手術により脱出を認めなくなる。その後再びヘルニア内容が脱出することもあるが、

その時には再発として再手術を行うのが認めれば足りるのが通常である。

したがって、基本的にはすべて手術適応となること、障害認定は最終的に到達すると認められる状態を評価することから、修復術を試みたが完治を期待できない場合（例：腹壁欠損が大きいため、直接縫合が困難で、手術後も腹帯の着用が必須である場合）又は手術適応とならない場合に限り障害として評価すべきである。

#### (イ) 腹壁癒痕ヘルニア

##### a 概念

腹壁癒痕ヘルニアとは、腹壁を通じて腹腔内臓器が腹膜に覆われて腹腔外へ脱出するヘルニアのうち、外傷又は手術による腹壁の癒痕部に発生するヘルニアを指すものである。

腹壁癒痕ヘルニアは、腹水、腹腔内腫瘍などの腹圧上昇、肥満のほか、高齢者、悪性腫瘍者などの全身的要因も間接的な原因となって生じるが、創感染、不適切な縫合などが直接原因である。

したがって、腹壁癒痕ヘルニアは、術野の汚染が高率と思われる腹部臓器損傷の開腹術に際しては、十分起こりうる術後後遺症であるので、腹部臓器損傷の開腹術後の腹壁癒痕ヘルニアについてはこれを業務上によるものと考えて差し支えないと考える。

##### b 後遺症状等

腹壁癒痕ヘルニアの一般的な症状としては、腹部不快感（30%）、腹痛（25%）、腹部膨満感、垂イレウス症状などがあり、その程度も様々であるが、頻度的には約70%に何らかの愁訴がある。この場合、初回手術時の腹部臓器の損傷の程度、手術内容、ヘルニア門の大きさなどと腹壁癒痕ヘルニア自体の愁訴及び重症度とは必ずしも相関しない。

なお、本症の本質は腹部臓器の脱出であることからすると、本症は、ヘルニア内容の脱出が起こる腹圧の程度に着目して障害を評価することが適当である。

こうした点に着目すると、腹壁癒痕ヘルニアについては次のいずれかに区分することが適当である。

そして、Aは、通常の業務ではヘルニアの脱出は認められないから、労務に支障を与えとはいっても、職種制限までは認められないと考える。また、Bは、立位をしたときにはヘルニア内容が脱出することから相当程度の職種制限が認められるものと考えることが適当である。

Cは、常時ヘルニアの脱出が認められ、事務作業等に就労できる業務が限られることから、軽易な業務以外につくことができないと考えられる。

A：軽微な腹壁癒痕ヘルニアを残すもの

重激な業務に従事した場合等腹圧が強くなるときにヘルニア内容の脱出・膨隆が認められるもの

B：中等度の腹壁癒痕ヘルニアを残すもの

立位をしたときヘルニア内容の脱出・膨隆が認められるもの

C：高度な腹壁癒痕ヘルニアを残すもの

常時ヘルニア内容の脱出・膨隆が認められるもの

c 障害認定の時期

本症の発生経過、症状の多彩さ、治療方針の決定など不確定な要素が多く、的確な判定時期の決定は難しいが、症状が安定した時点において治癒とするという考え方からすると、一定期間概ね術後一年程度の経過観察を経て障害等級を認定することが適当である。

(ウ) 腹壁ヘルニア（腹壁癒痕ヘルニアを除く。）

腹壁ヘルニアとは、腹腔内臓器が腹膜に覆われて腹腔外へ脱出するものをいい、通常正中腹壁ヘルニア、側腹壁ヘルニア、腹壁癒痕ヘルニアが該当するとされているが、腹壁癒痕ヘルニアは、前二者とは成因や症状が異なることが多い。

正中腹壁ヘルニア及び側腹壁ヘルニアは、ともに抵抗の弱い部位に後天的に腹圧上昇などの誘因が加わって発生するものである。

(エ) 鼠径ヘルニア

鼠径部のヘルニアであり、外鼠径ヘルニアと内鼠径ヘルニアがある。腹圧時の鼠径部の膨隆が主症状であり、嵌頓を起こさない限り疼痛は生じないとされている。

ただし、鼠径部に違和感や不快感を訴える例も存在する。

(オ) 内ヘルニア

生理的ないし病的な腹腔内の陥凹や裂隙に、臓器又は組織が嵌入したものをいう。

後天的に生じる内ヘルニアは、腹腔内の炎症、手術、外傷などにより生じた裂隙に嵌入するものが多く、ヘルニアの内容はほとんど小腸である。

(カ) 横隔膜ヘルニア

横隔膜ヘルニアは、非外傷性の原因のみならず、外傷性の原因によっても生じる。

外傷によって横隔膜の裂隙が生じた場合には、胸腔が陰圧となっているため、胃、腸等の腹腔内臓器が胸腔内に脱出することが多い。

横隔膜ヘルニアの症状としては、脱出した消化管の通過障害等によるものと脱出した腹部臓器等により胸部臓器が圧迫を受けることによるものがあり、具体的には悪心・嘔吐、呼吸困難、心窩部痛、腹痛などがある。

症状が生じる場合には、手術が不可欠とされている。

(3) 障害等級

ア 腸間膜動脈の損傷

上記のことから、腸間膜動脈が損傷を受けた場合の取扱いについては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。

## イ 腸管癒着

腸管の癒着に起因する腸管狭窄症状（腹部膨満感、腹痛、嘔気等）の出現が一定程度認められる場合、障害認定の対象とすることは合理的である。

しかしその症状による労働能力の支障の程度は小さいものと考えられるので、一週間に1回程度腸管の癒着に起因する腸管狭窄の症状が認められるものは、「腸管狭窄を残すもの」として第11級の9として認定することが適当である。

また、この場合、腸管狭窄の症状が認められるとは、次のいずれの要件も満たすものをいうとすることが適当である。

- ① 腹痛、腹部膨満感、嘔気、嘔吐等の症状が認められること
- ② 単純X線像において小腸Kerkring像が認められること

以上のことから、以下のとおりの障害等級で認定することが適当である。

第11級の9

「腸管狭窄を残すもの」

## ウ ヘルニア

### (ア) 腹壁癒着ヘルニア

以上のことから、以下のとおりの障害等級で認定することが適当である。

第11級の9

「軽微な腹壁癒着ヘルニアを残すもの」

第9級の7の3

「中等度の腹壁癒着ヘルニアを残すもの」

第7級の5

「高度な腹壁癒着ヘルニアを残すもの」

### (イ) 腹壁ヘルニア・鼠径ヘルニア・内ヘルニア

イレウス様症状を残している場合には、手術適応となることから、療養を認めることとなる。

ヘルニアが認められるものの、イレウス様症状を呈さない場合には障害として評価することが適当である。

この場合、ヘルニア内容が脱出する部位及び成因は、腹壁癒着ヘルニアと異なるものの、腹部臓器の脱出という点についてはその本質は異なるから、腹壁癒着ヘルニアと同様の基準により評価することが適当である。

### (オ) 横隔膜ヘルニア

上記のとおり、症状を生じている場合には手術適応となること、障害は最終の状態に補償を行うことから、認定基準を策定する必要性に乏しいと考える。

## 第3 ひ臓の障害

### 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

ひ臓は左季肋部で、脾臓尾部の先端の左上腹部背側に位置している。

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、老朽赤血球・血小板の破壊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、交通外傷あるいは高所からの落下によるひ外傷等の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した。
- (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した。

## 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た。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、ひ臓を摘出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、ひ臓の摘出のみを考えればよいということになる。

このように、ひ臓の摘出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。たとえばすなわち、胃体上部癌に対する治癒切除として胃摘出、脾尾部・ひ臓合併切除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の報告がある~~されているけれども、免疫学的異常は上記のとおり認められない。~~

- (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、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あり得るものの、「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）にも及ばないとするのが適当である。

ところで、障害補償の基本的な考え方すれば、上位の等級に及ばない場合には下位の等級で認定するものであり、胸腹部臓器の場合には11級が最も下位の障害等級であるから、本来これに及ばなければ障害には当たらないとして評価しないこととなる。

しかしながら、上記のとおり11級には及ばないが、障害に当たるものは存在していることから、障害に当たらないとするのは適当ではなく、胸腹部臓器の障害に係る第11級よりも下位の障害等級を新設し、その等級により認定することが適当である。

そこで、第11級よりも下位の障害等級として評価するに当たり、どの等級を新設す

るのが適当か以下検討することとする。

ア 胸腹部臓器について今まで 11 級を最低としてきた理由

胸腹部臓器については、昭和 22 年に 11 級が新設されている。これは、戦前の厚生年金法が「胸腹部臓器に障害を残すもの」を障害一時金の対象として定めていたところから、戦後労災保険法を制定するに当たり、これを引き継いだものと考えられる。

11 級とした理由についても戦前の厚生年金法において「胸腹部臓器に障害を残すもの」を一時金の第 5 級に規定しており、また、厚生年金法の第 5 級は工場法施行令第 11 級の規定を踏まえて制定されたものであるから、他の障害と合わせて 11 級としたものと考えられる。

なお、11 級は「機能障害の存在が明確であって労働に支障をきたすもの」とされており、機能障害の存在が明確であれば、労務に与える支障の有無や程度を問わず障害として評価しているわけではない。また、労務の支障の程度の要件としては、時に支障が生じるものやそれよりも支障の程度が軽いものも障害とされていることから、胸腹部臓器の機能障害が明確であれば最低でも 11 級にするという趣旨ではなく、その当時の医学や検査等の水準から障害として明確に評価できる下限として 11 級を規定したものと考えられる。

イ 11 級よりも下位の等級としてどの等級が適当か。

障害補償は、労働能力の損失の程度に応じて行うものであるから、胸腹部臓器の障害の程度を詳細に区分することが可能であれば、12 級から 14 級まですべて規定するのが本来である。

しかしながら、11 級と 12 級では労働能力喪失率において 10%未滿しか差がなく、胸腹部臓器の障害の場合、今日における医学的知見をもってしても的確にその区別をすることが困難である。逆に 14 級とした場合には、11 級と比較して、その差が大きいところから、妥当ではない。

そうすると、11 級の下位の等級には 13 級を設けることが適当であり、13 級を設けた場合、14 級との的確な区別は困難であるところから、第 13 級を最も低い等級とすることが適当である。

結局、以下のとおりの障害等級で認定することが適当である。

第 13 級

「ひ臓を亡失したもの」

参考：『厚生年金保険十年史』厚生省保険局、財団法人厚生団、1953 年

『ドイツにおける障害認定について』西村健一郎 平成 14 年

第 4 胃の障害

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 胃の構造と機能及び業務上の傷病による影響

### (1) 胃の構造と機能

#### ア 胃の構造

食道と小腸を隔てる拡張した消化管部位で、J字型に似た形を示し、~~2つの~~開口部（入り口の噴門と出口の幽門）、2つの彎曲部（大彎と小彎）及び2つの壁表面（前壁面と後壁面）を有する。

#### イ 胃の機能

胃は、生命維持の源である消化吸收の中心臓器の1つであり、胃体部の主細胞からペプシノーゲンを、壁細胞から塩酸を分泌する。分泌されたペプシノーゲンは塩酸によって瞬時にペプシンとなり、食餌を吸収可能な状態に消化して十二指腸に移送する。

また、胃入口の噴門機能と出口の幽門機能は、食餌消化の際に、食餌を一定時間胃内に貯留するために必要である。

さらに、胃酸は、生体において分泌される唯一の酸であり、鉄、ビタミン D、カルシウム吸収に不可欠である。

### (2) 業務上の傷病による影響

胃の機能に影響を与える傷病には、様々なものが考えられるあるが、業務上の事由による傷病により機能が永続的に低下したもののみが障害補償の対象になることを考えると、外傷により胃を損傷し、胃全摘又は胃の噴門部若しくは幽門部を含む一部を切除した場合（以下「胃全摘等」という。）に残る後遺症状を評価することが妥当であるれば足りると考える。

## 3 検討の視点

- (1) 胃全摘等後の後遺障害については、比較的早期に出現するものと、胃全摘等後数年経過して出現するものがある。また、胃全摘等直後の体重減少は高率に発生するものの、その他の後遺障害は高率とまでは言えないものも存在すること、出現した場合にはその症状を抑えるため一定の範囲で治療が必要なものも存在していることから、どの範囲の後遺障害を念頭において障害を評価することが適当か検討した。
- (2) 胃全摘等による慢性の症状の内容を明らかにした上で、胃全摘等による障害は一律に扱うべきか否か検討した。

## 4 検討の内容

### (1) 胃全摘等後の後遺症状

胃全摘等後発生する慢性の症状には、比較的早期に出現する消化吸收障害、ダンプング症候群及び逆流性食道炎と、時期を経て出現する貧血及び骨代謝障害な