

主 文

労働基準監督署長が、○年○月○日付けで再審査請求人に対してした労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）による障害補償給付を支給しない旨の処分は、これを取り消す。

事実及び理由

第1 再審査請求の趣旨

主文同旨

第2 事案の概要

- 1 再審査請求人（以下「請求人」という。）は○年○月○日、A所在の会社Bに雇用され、産業廃棄物の取扱作業等に従事していたが、請求人によれば、○年○月○日、作業中に同僚の運転するフォークリフトの爪に右肘と右肩の間付近を挟まれ負傷したという（以下「本件災害」という。）。
- 2 請求人は、同日、C医療機関に救急搬送され、「右正中神経損傷、右橈骨神経損傷、頸椎捻挫、腰椎捻挫、右腕神経叢引き抜き損傷、頸髄神経根障害、右上腕打撲傷、神経障害性疼痛及び腰椎骨折等」との診断を受け、療養の結果、○年○月○日をもって治癒（症状固定）した。
- 3 本件は、請求人が治癒後障害が残存するとして、労働基準監督署長（以下「監督署長」という。）に障害補償給付の請求をしたところ、監督署長は、請求人に残存する障害は労働者災害補償保険法施行規則別表第1に定める障害等級表上の障害等級（以下「障害等級」という。）には該当するものとは認められないとして、これを支給しない旨の処分（以下「本件処分」という。）をしたことから、本件処分を不服として同処分の取消しを求める事案である。
- 4 請求人は、労働者災害補償保険審査官（以下「審査官」という。）に対し審査請求をしたところ、審査官が○年○月○日付けでこれを棄却する旨の決定をしたことから、更にこの決定を不服として本件再審査請求をした。

第3 当事者の主張の要旨

- 1 請求人
(略)

2 原処分庁

(略)

第4 争 点

請求人に残存する障害が障害等級に該当する障害であると認められるか。

第5 審査資料

(略)

第6 理 由

1 前提事実

(略)

2 判断の要件

(略)

3 当審査会の事実認定及び判断

(1) 請求人は、本件災害により右上肢のCRPSを発症したもので、障害等級第7級に該当する障害が残存すると主張しているが、D医師は、請求人の右上肢に明らかなRSDがあると認める客観的な所見は乏しいと述べている。

(2) 当審査会としては、請求人の傷病及び残存する障害の程度について、検討を尽くす必要があると判断し、E医療機関F医師に鑑定意見を求めたところ、F医師は、○年○月○日付け鑑定書において、要旨、次のとおり意見を述べている。

ア 請求人の症状と本件災害との因果関係を認めることができるか。

【結論】

請求人の訴える右上肢症状は、本件災害と相当因果関係を認める。腰痛は、本件災害と相当因果関係を認めない。

【解説】

本件の経過の概略を記す。

○年○月○日、請求人は、産業廃棄物処理の作業中、フォークリフトの爪とコンテナの間に右腕を○～○秒程度の間挟まれ、受傷（本件災害）。同日、C医療機関に救急搬送され、入院。入院中「右正中神経損傷、右橈骨神経損傷、頸椎捻挫、腰椎捻挫、右腕神経叢ひきぬき損傷、頸髄神経根障害、右上腕打撲傷、神経障害性疼痛、腰椎骨折、外傷性イレウスの疑い、腓外傷の疑い」

と診断された。○年○月○日退院。以後、C医療機関に通院。外来リハビリテーション主体に加療を継続。○年○月○日治癒に至った。

本件災害と請求人の訴える症状との間の因果関係を検討する上で、本件災害により請求人に加わった外傷の程度を評価する必要がある。まず、この点について述べる。

右上肢に加わった外傷により生じ得る損傷は、骨・関節の損傷、筋肉の損傷、神経・血管の損傷、皮膚・皮下組織の損傷である。C医療機関搬送後の各種検査により、骨・関節の損傷は否定されている。また、○月○日に神経伝導検査が行われており、この検査結果からは、上肢の主要な末梢神経の損傷は否定される。血管損傷は経過から否定される。受傷態様からみて、皮膚・皮下組織及び筋肉には、損傷があったと思われる。しかし、CTでも血腫は認めておらず、いずれも自然修復可能な程度の損傷であったと考えられる。この程度の外傷であれば、通常は、○～○か月程度で治癒し、後遺障害は残存しないが、本件では、以下で述べるように複合性局所疼痛症候群（CRPS）又は反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）を発症してしまったため、右上肢に疼痛をはじめとする多彩な症状を残したと考えられる。よって、本件災害と請求人の訴える右上肢症状には相当因果関係を認める。

腰部に加わった外傷は、単純X線では骨折を認めないが、MRIでL4～L5椎弓根～関節突起～棘突起部に骨挫傷疑わせる所見を認める程度であった。しかし、○年○月○日付け鑑定書には、○年○か月後の腰椎MRI所見、事後後早期の腰椎CTの所見に基づいて、骨挫傷は治癒したものと判断されている。本件で腰部に加わった外傷が、請求人に永続的に腰痛を生じさせる程度の外傷であったとは考え難い。したがって、本件災害と腰痛との間に相当因果関係はないと判断する。

イ 請求人の症状は、RSDと認めることができるか。

【結論】

請求人の症状はRSDによるものであると判断せざるを得ない。

【解説】

反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）とは、「外傷や疾病、あるいは、不動化など身体への侵襲的事象の後、四肢の痛みと機能障害が原因に比

べ不釣り合いな程度に強くかつ長期間にわたって持続するという特殊な慢性疼痛症候群のうちで、発症に交感神経が強くかかると推測されるもの」と定義される。同様の症状、所見が末梢神経損傷後に生じたのがカウザルギーであり、末梢神経損傷を伴わないものがRSDである。従来RSDと呼ばれていた中に交感神経の関与しない場合も相当程度存在することから、RSDをCRPS (complex regional pain syndrome) I型、カウザルギーをCRPS II型と呼ぶようになった。現在は、CRPS I型、II型に本質的な差を認め難いとの理由で、まとめてCRPSと呼ぶことが多い。本件が、RSDであるか否かということは、すなわち、CRPS I型であるか否か、あるいは、CRPSであるか否かという問題に置き換えることができる。

CRPSの診断に関しては、種々の診断基準があるが、現在わが国で最も信頼性が高いとされている診断基準は、厚生労働省CRPS研究班により作成された本邦版CRPS判定指標である。自覚症状と他覚症状に分け、それぞれ2項目以上満たせば、臨床的にCRPSと言い得る状態、3項目以上満たせば、治療法の有効性の評価など、均一な患者群を対象とすることが望まれるような場合にも用いることのできる基準とされている。

○本邦版CRPS判定指標（厚生労働省CRPS研究班、2008年）

臨床用判定指標

- A. 病期のいずれかの時期に、以下の自覚症状のうち2項目以上該当すること。ただし、それぞれの項目内のいずれかの症状を満たせばよい。
1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
 2. 関節可動域制限
 3. 持続性ないしは不釣り合いな痛み、しびれたような針で刺すような痛み（患者が自発的に述べる）、知覚過敏
 4. 発汗の亢進ないしは低下
 5. 浮腫
- B. 診察時において、以下の他覚所見の項目を2項目以上該当すること。
1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
 2. 関節可動域制限
 3. アロディニア（触刺激ないしは熱刺激による）ないしは痛覚過敏（ピ

ンプリック)

4. 発汗の亢進ないしは低下
5. 浮腫

研究用判定指標

A. 病期のいずれかの時期に、以下の自覚症状のうち3項目以上該当すること。ただし、それぞれの項目内のいずれかの症状を満たせばよい。

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
2. 関節可動域制限
3. 持続性ないしは不釣り合いな痛み、しびれたような針で刺すような痛み（患者が自発的に述べる）、知覚過敏
4. 発汗の亢進ないしは低下
5. 浮腫

B. 診察時において、以下の他覚所見の項目を3項目以上該当すること。

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
2. 関節可動域制限
3. アロディニア（触刺激ないしは熱刺激による）ないしは痛覚過敏（ピンプリック)
4. 発汗の亢進ないしは低下
5. 浮腫

本件において、添付された資料からCRPS判定指標のA、Bの項目を満たす症状、所見の有無を検討した。

A. 自覚症状

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化 —（資料からは確認できず）
2. 関節可動域制限 +
3. 持続性ないしは不釣り合いな痛み、しびれたような針で刺すような痛み（患者が自発的に述べる）、知覚過敏 +（G医療機関H医師作成意見書〇年〇月〇日）
4. 発汗の亢進ないしは低下 —（資料からは確認できず）
5. 浮腫 —（資料からは確認できず）

B. 他覚所見

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化 - (資料からは確認できず)
2. 関節可動域制限 + (G医療機関H医師作成意見書〇年〇月〇日)
3. アロディニア(触刺激ないしは熱刺激による)ないしは痛覚過敏(ピンプリック) +
4. 発汗の亢進ないしは低下 +
5. 浮腫 ±

Aは2項目、Bは3. 5項目を満たすので、本件は少なくとも臨床的にはCRPSと判定し得る。

本判定指標を用いる前提として、患者の症状、所見を説明できる他の病態が存在しないことがあげられる。本件では、精神科通院歴があり身体表現性障害の診断名がつけられており(〇年〇月〇日、C医療機関)、これが請求人の症状に影響を及ぼしている可能性がある。しかし、この点に関しては詳細不明であり、請求人の症状への影響は不明と言わざるを得ない。また、〇年〇月〇日に行われた神経伝導検査において、正中神経の遠位潜時が、右5.0ms、左5.7msと遅延しており、この結果をみた主治医は、左優位の両側CTS(手根管症候群)と診断した。しかし、〇年〇月〇日に再度行われた神経伝導検査では、正中神経の遠位潜時は、右4.3ms、左4.7msと改善していた。その後、請求人の手根管症候群に対する評価は行われていない。手根管症候群が、請求人の症状に影響を及ぼしている可能性は否定できないが、添付された資料からはその影響の程度は不明と言わざるを得ない。

事故後一貫して右上肢の痛み、しびれなどを訴えていること、右上肢の症状がCRPS判定指標を満たすこと、右上肢の症状を説明し得る他の疾患を見出したとまでは言えないことなどを勘案すれば、本件請求人の症状はCRPSによると判断せざるを得ない。

ウ 請求人の症状がRSDであるとすれば、障害等級第7級、9級、12級のいずれに該当するか。

【結論】

RSDとしての後遺障害等級には該当しない。外傷後の局所の神経症状1

4級の9とするのが妥当と考える。

【解説】

医学的にCRPSあるいはRSDと診断されたものが、すべて後遺障害に該当するというわけではない。医学的診断はあくまで疾患の治療のためであり、補償を目的とする後遺障害認定とは異なる。本件は、上記イで述べたように医学的にはRSD（あるいはCRPS）と言わざるを得ないが、これが労災の後遺障害にあたるかどうかは、後遺障害認定基準に基づいて判定する必要がある。労災補償障害認定必携によれば、RSDは、①関節拘縮、②骨萎縮、③皮膚の変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮）という慢性期の主要な3つのいずれの症状も健側と比較して明らかに認められる場合に限り、後遺障害に認定されるとある。本件について、この3つの要件について検討する。

①関節拘縮・・・○年○月○日付けGクリニックの意見書によれば、右患側に関節の拘縮があると記載されており、右手指の可動域制限が記載されている。また、同じくG医療機関で作成された甲第○号証（略）には、右肩、肘、手関節の可動域制限が記載されている。一方、症状固定（治癒）時にC医療機関で作成された後遺障害診断書にも右上肢の可動域が記載されており、可動域制限が認められる。しかし、この両者に記載された関節可動域には相当の差がある。測定誤差を超えた差といってよい。関節拘縮は、関節を構成する組織、すなわち、関節包、靭帯、筋・腱などに病理学的変化が生じ、関節の可動域が制限された状態を指す。関節拘縮を生じた関節は、計測者にかかわらず可動域は一定で、仮に麻酔をかけて除痛しても可動域は変わらない。関節拘縮は、関節を構成する組織の構造的・病理的变化によって生じた可動域制限だからである。したがって、関節拘縮で可動域制限が生じたのだとすれば、このような測定値の差が生じることは考えられない。甲第○号証（略）には、疼痛に対する恐怖心が可動域の測定を困難にしていることが記載されている。また、労働局労災協力医によれば、右上肢に関しては、自発的に動かそうとすると疼痛を訴え、他動的な測定は疼痛のため不可であるとされている。G医療機関で関節拘縮とされた関節可動域制限は、関節拘縮ではなく疼痛のために生じた関節可動域制限と考えるのが自然である。すなわち、本件での関節拘縮は明らかとはいえない。

②骨萎縮・・・G医療機関意見書（○年○月○日）には図○（略）として両手のX線画像が示されており、左に比べ右手指骨の濃度が全体的に低下しており、手指骨の骨萎縮を認めると記載されている。確かに、このX線を見る限り、右手関節周囲～手根骨、基節骨～中節骨に骨萎縮があるように見える。しかし、この画像が「健側と比較して明らかに認められる骨萎縮」にあたるかどうかは、判定困難である。これを判定するには、紙版ではなく、実際のX線フィルムあるいは電子媒体での画像が必要である。したがって、骨萎縮に関しては、その可能性はあるが、現時点では判定保留と言わざるを得ない。

③皮膚の変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮）・・・G医療機関意見書（○年○月○日）にサーモグラフィーの図が添付されているが、これを見ると、寒冷暴露後右手の皮膚温の低下が認められ、左手に比べおおむね2～3度皮膚温が低い。皮膚の変化はありとみなせる。

以上より、①関節拘縮は、明らかとは言えず、②骨萎縮はあるかもしれないが判定保留、③皮膚変化はありとなる。仮に骨萎縮があると判定されても、①を満たさないことより、本件をRSDとして後遺障害等級を認定することは不適切と考えられる。

しかし、本件災害が原因となってCRPS（又はRSD）を発症し、そのために疼痛が残存したことは、医学的に説明可能であり、本件災害を起点とした流れとして十分に了解可能な経過である。発症したRSDは、上記の理由により後遺障害等級に認定できないが、外傷後の疼痛として認定することは可能である。外傷後に残存した疼痛は、局所の神経症状14級の9又は局部のがんこな神経症状12級の12のいずれかに該当することになる。鑑定人としては、X線上の骨萎縮の可能性、皮膚温の低下といった所見はある程度疼痛の存在と整合する所見であると考えるが、一方で、右上肢に筋萎縮なく、上腕、前腕の周径に左右差がないことは、少なくとも、右上肢に筋萎縮をきたすほどの疼痛はないことを意味していると考ええる。これらを勘案すると、本件での右上肢の疼痛は12級の12には達しない、すなわち、14級の9が妥当と判断する。

(3) 以上のように、F医師は、請求人に残存する症状についてはRSDによるものと判断し得るものの、労災補償の後遺障害にあたるかどうかを判定する際の

RSDに係る慢性期の主要な3つの症状については、関節拘縮及び骨萎縮が著明でないことから、基準に該当しないとして、障害とは認められないと判断している。一方、請求人に残存する右上肢の神経症状については、「疼痛が残存したことは医学的に説明可能であり、本件災害を起点とした流れとして十分に了解可能な経過である。」と述べており、本件災害により残存した症状であることを否定していない。当審査会としては、F医師の鑑定意見は妥当であり、請求人には右上肢に疼痛が残存しており、その障害の程度は局所の神経症状として障害等級第14級に該当するものであると判断する。

4 結 論

以上のとおり、請求人に残存する障害は障害等級に該当するものと認められるから、本件処分を取り消すこととして、主文のとおり裁決する。