

RSDあるいはCRPSの認定・評価について

藤 村 和 夫

- I. はじめに
- II. RSD と CRPS
- III. 診断基準
- IV. 認定基準
- V. 裁判例の紹介
- VI. 評価
- VII. おわりに

I. はじめに

交通事故による後遺障害と考えられるもののうち、その認定と評価の容易でないものは少なからず存するが、RSD（Reflex Sympathetic Dystrophy 反射性交感神経性萎縮）もその1つである。

近時、交通事故損害賠償においても、RSDの認定とその評価をめぐる争われる場面が少しずつ増えてきている。一義的な解決が容易ではない問題ではあるが、現在の状況を明らかにすることとしたい。

II. RSD と CRPS

RSDの病態については、すでに100年以上前から報告されている。すなわち、1864年の著書¹⁾で、南北戦争中、神経疾患の病棟において銃創により末梢神経を損傷された傷病兵が耐えがたい痛み苦しむ様子を明らかにしたS. W. Mitchellが、1867年にこれをcausalgia（ギリシア語の熱を意味するkausosと

痛みを表す algos から作られた用語）と名付け、1900年には、P. H. M. Sudeck が、関節の捻挫その他の軽度な外傷後に現れる軟組織の痛みを伴う骨の萎縮（Sudeck's atrophy [Sudeck 骨萎縮]）を報告して以来、類似した病態がいろいろな呼称（post-traumatic pain syndrome [外傷後疼痛症候群]、sympathetic dystrophy [交感神経性萎縮]、shoulder-hand syndrome [肩手症候群]等）で呼ばれてきた。

そして、1947年、J. A. Evans が、このように混乱している病態を（疼痛よりも交感神経の関与が大きいと考えて）RSD と名付けた²⁾ が、その後、これが共通する概念（交感神経の異常な反射亢進による疼痛、腫脹、関節拘縮、皮膚変色を主たる徴候とする）をよく表しているとして長く使われることになった。

その後、1953年、Bonica が、これらすべての疾患の症状に共通性があることから RSD と総称した上で major と minor とに分類したが、これでは疾患名が多すぎる等として、1977年、次のような Lankford の分類が現れた³⁾。

1 Lankford の分類（1977 年）

(1) 神経損傷があるもの

- ① major causalgia —— 混合神経幹の部分損傷に続発して発症したもの（他のタイプほど発症する例は多くない）
- ② minor causalgia —— 知覚神経損傷に続発したもの

-
- 1) 原著は、"Gunshot Wounds and Other Injuries of Nerves" J. B. Lippincott（1864 年）であるが、本書は、British Library は所蔵しているものの、国内には所蔵している図書館が見当たらないようであるところから、Mitchell SW, Morehouse GR "Gunshot Wounds, And Other Injuries Of Nerves（1864）" Kessinger Publishing（2008 年）の Reprint 版を参照した。
 - 2) Evans JA "REFLEX SYMPATHETIC DYSTROPHY; REPORT ON 57 CASES" Annals Internal Medicine 26: 417-426（1947 年）。
 - 3) Lankford LL : Reflex Sympathetic Dystrophy "Surgery of the Musculoskeletal System" 2nd ed. Churchill Livingstone. 1265-1296（1272 頁以下）（1990 年）。

(2) 神経損傷がなく、外傷後に発症したもの

③ major traumatic dystrophy——コリーズ（コーレス）骨折、手の圧挫、関節炎等の重篤な外傷に続発したもので、明らかな末梢神経障害はない（真のRSDを代表すると考えられるタイプ）

④ minor traumatic dystrophy——軽微な外傷（指の圧挫、小さな裂傷、骨折等）に続発したもので、明らかな末梢神経障害はない（RSDの最も普通のタイプ）

⑤ shoulder-hand syndrome——四肢以外（頸・肩・胸等）の外傷、疾病（心臓発作、脳溢血、胃潰瘍等）に続発したもの

さらに、Lankfordは、病期についても、次のような3つの病期による分類を明らかにしている⁴⁾。

〔Lankfordの病期〕

〈第1期（最初の3ヶ月）〉

通常、最初に現れる症状は疼痛であるが、この疼痛は、しばしば灼けるような、刺すような、あるいは鋭いものであり、はじめのうちは断続的であるが、間もなく持続的なものになる。疼痛は、動かそうとすることによってさらに悪化し、第1期の後半には、しばしば知覚過敏症が現れる。

早い時期に現れる腫脹は軟らかいものであるが、第1期の間を通じて残る。

運動制限は早くから始まり、第1期の進行につれて強まる。

この時期、皮膚の発赤、皮膚温の上昇がしばしばみられるが、チアノーゼや皮膚温の低下はごく初期にみられるにとどまる。

骨脱灰像は3週目ぐらいから出現し、徐々に増悪していく。

〈第2期（3ヶ月～9ヶ月）〉

疼痛は、通常、増悪しつつ持続し、第2期の後半に最も強くなる。

腫脹は、通常、よりはっきりとしたものとなるわけではないが、より硬いも

4) id. 1271 頁。

のとなる。

関節拘縮も、組織の不安定さが固定することにより増悪しつつ持続する。

線維症は、この時期における運動制限の主な要素である。

皮膚の発赤またはチアノーゼは、通常、少なくとも第2期の前半期を通じて持続し、その後は蒼白になる。第1期には普通に起こる発汗多過は、第2期の半ば頃には、皮膚の乾燥のため消失し始める。

皮膚の萎縮が始まって、それが第2期を通じて持続し、第3期に入る。

〈第3期（9ヶ月～2年以上）〉

疼痛は停滞気味に安定し、通常、第3期が進むにつれて痛みが和らぐものの、なお何年かは持続する。

腫脹は退き初め、第3期の後半には、関節周囲の肥厚が残ることになる。

第3期の最も顕著な特徴は、皮膚と皮下組織の萎縮であり、光沢のある外観となり、指先が鉛筆の先端ようになる。

皮膚は蒼白となり、乾燥して皮膚温が低下してくる。関節拘縮が顕著となり、屈曲・伸展に際して強度の拘縮が起きる。

コンスタントに続く疼痛はそれほど強いものではないが、関節を動かそうとすると、なお強い痛みを伴う。

骨粗鬆症が継続して末端にとどまり、上肢の大部分に影響する。

2 CRPSの提唱

Lankford の分類は簡潔で分かりやすいものではあった。しかし、RSD に対して交感神経遮断（ブロック）を行うと治療効果がある（このタイプの RSD は sympathetically maintained pain〔SMP〕交感神経依存性疼痛と呼ばれる）ことは認められていた⁵⁾ ところ、交感神経ブロックによっても改善しない RSD や

5) この SMP と SIP という分類はペインクリニック的観点からの分類で、さらに混乱するもので使用しない方が得策であると指摘するものがある（内西兼一郎＝堀内行雄「反射性交感神経性ジストロフィーの病態」整形・災害外科 45 号 1311 頁〔1313 頁〕〔2002 年〕）。

増悪するRSD（こちらはsympathetically independent pain〔SIP〕交感神経非依存性疼痛と呼ばれる）も少なからずあり、これら病態の異なる疾患を一括して”sympathetic 交感神経性“という言葉をつけて呼んでよいものか、すなわちRSD概念を維持してよいものか議論が存した。そこで、国際疼痛学会（International Association of the Study of Pain〔IASP〕）は、1986年にcausalgia（必ず神経損傷を伴うもの）とRSD（太い神経幹の損傷がないもの）とを明確に区別し、次いで1994年にRSDに代えて、RSD、causalgia、SMP、SIPのすべてを包括するCRPS（Complex Regional Pain Syndrome 複合性局所疼痛症候群）という概念を提唱した⁶⁾。

RSDは、その名（dystrophy）の通り、萎縮に着目した病態であるのに対し、CRPSは慢性疼痛にのみ着目した定義である。その際、CRPSは、さらに神経損傷を伴わないType-I（従来のRSDと一致する）と神経損傷を伴うType-II（従来のcausalgiaに相当する）に分類された⁷⁾。

このように、RSDとCRPSとは、本来区別しなければならないものではあるが、難治性慢性疼痛を伴う疾患の呼称としていずれが適切かについては見解が分かれるようであり、また混乱して使用されているようでもあるところ、すべてのCRPSに共通する症状があるわけではなく、整形外科領域ではやっとRSDの方が浸透しつつある状態で、RSDの方が通じやすいともいわれているので、本稿でも、ひとまずRSDで統一して述べることにする⁸⁾。

RSDをめぐるのは、以上のような経緯を経てきているが、その疾患の中には様々な病態が混在しており、その病態は完全には解明されておらず、したがって、その治療が完成されたものでないことはもちろん、診断自体も定型的に

6) Merskey H, Bogduk N : Complex Regional Pain Syndromes (CRPS) "Classification of Chronic Pain" 2nd ed. IASP Press. 40-43 (40頁～41頁) (1994年).

7) id. 42頁.

8) なお、「臨床ではまだRSDが使用されることもあるが、多くの学術誌などではCRPSと表記されている」とするものもある（伊藤義広＝木村浩彰「下肢の複雑局所疼痛症候群とADL」理学療法ジャーナル39巻4号359頁〔359頁〕〔2005年〕）。

確立されているわけではない。

Ⅲ．診断基準

上述のように、現在に至るも RSD の診断基準が明確かつ定型的に確立されているという状況にはないが、これまでにいくつかの診断基準が提示されてきている。そのうちの主なものをみておこう。

1 Kozin らの診断基準（1981 年）⁹⁾

(1) Definite RSD（明確な RSD）——以下の 3 つがそろったもの

① Pain and tenderness in the distal extremity（四肢遠位部の疼痛と圧痛）

② Signs and/or symptoms of vasomotor instability

（血管運動障害の徴候と症状〔皮膚温・皮膚色調の変化〕）

③ Swelling in the extremity—— often with periarticular prominence

（四肢の腫脹——しばしば関節周囲に目立つ）

（Dystrophic skin changes usually present）

〔通常、栄養障害による皮膚変化が存在する〕

(2) Probable RSD（有望な RSD）——以下の 2 つがそろったもの

① Pain and tenderness（四肢の疼痛と圧痛）

AND

② Vasomotor instability

OR（血管運動障害の徴候と症状または四肢の腫脹がある）

Swelling

（Dystrophic skin changes often present）

〔しばしば、栄養障害による皮膚変化が存在する〕

9) Kozin F et al "The Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome (RSDS)" The American Journal of Medicine 70: 23-30（この表は 29 頁）（1981 年）.

(3) Possible RSD (RSDの可能性がある)

① Vasomotor instability

OR/AND (血管運動障害の徴候と症状または「および」四肢の腫脹がある)

Swelling

② No pain, but mild-moderate tenderness may be present

(疼痛はないが、軽い圧痛があるかもしれない)

(Dystrophic skin changes occasionally present)

〔時に、栄養障害による皮膚変化が存在する〕

(4) Doubtful RSD (不確かな RSD)

① Unexplained pain and tenderness in an extremity

(四肢に説明できない疼痛と圧痛がある)

2 GibbonsらのRSDスコア (1992年)¹⁰⁾

(1) Allodynia or hyperpathia (アロディニアまたは痛覚過敏)¹¹⁾

(2) Burning pain (灼熱痛)

(3) Edema (浮腫)

(4) Color or hair growth changes (皮膚色調または発毛の変化)

(5) Sweating changes (発汗の変化)

(6) Temperature changes (皮膚温の変化)

10) Gibbons JJ, Wilson PR "RSD score : Criteria for the Diagnosis of Reflex Sympathetic Dystrophy and Causalgia" The Clinical Journal of Pain 8 : 260-263 (この表は261頁) (1992年).

11) Allodyniaとは、通常では疼痛刺激にならないような刺激によって生じる疼痛のことで、軽い接触やそよ風に当たったことなどによって疼痛が生じる状態のことをいい、Hyperpathiaとは、痛覚刺激に対して異常に強く反応する状態であり、上昇した疼痛閾値を超える刺激が加わったとき極限の疼痛が引き起こされる (西浦康正＝落合直之「反射性交感神経性ジストロフィーの症状と診断」整形・災害外科45号1319頁〔1321頁〕〔2002年〕)。

- (7) Radiographic changes (demineralization) (X線上的変化) [骨脱灰像]
- (8) Quantative measurement of vasomotor/sudomotor disturbance
(血管運動障害/発汗障害の定量的測定)
- (9) Bone scan consistent with RSD
(RSDに合致した骨シンチグラフィー所見)
- (10) Response to sympathetic block (交感神経ブロックの効果)

以上の各項目につき、点数形式で、それぞれ陽性(+)なら1点、疑陽性(±)なら0.5点、陰性(-)なら0点として、合計で3点未満ならRSDではなく(not to have RSD)、3～4.5点ではRSDの可能性有り(possible RSD)、5点以上なら有望なRSD(probable RSD)とする。

3 IASPの診断基準(1994年)¹²⁾

(1) Type-Iの診断基準

- ① The presence of an initiating noxious event, or a cause of immobilization
(発症の契機となった侵害の事象があるかまたは[たとえば、ギプスなどで固定して]動かさなくなった原因がある)
- ② Continuing pain, allodynia, or hyperalgesia with which the pain is disproportionate to any inciting event (疼痛の始まりとなった刺激的事象に不釣り合いな持続性疼痛、アロディニア、痛覚過敏のいずれかがある)
- ③ Evidence at some time of edema, changes in skin blood flow, or abnormal sudomotor activity in the region of the pain (病期のいずれかの時期におい

12) Merskey H, Bogduk N : Complex Regional Pain Syndromes (CRPS) "Classification of Chronic Pain" 2nd ed. IASP Press. 40-43 (42頁) (1994年)。

この分類については、交感神経の関与の程度については考慮されているが、その交感神経の関与の程度は時期によって差があることもあり、また分類が治療に直接結びつかないという欠点があるとして、臨床ではこの分類を用いる意義を認めないという見解もある(生田義和「反射性交感神経性ジストロフィーの治療」関節外科22号47頁[49頁][2003年])。内西＝堀内・前掲整形・災害外科45号1313頁も、RSDに代えてCRPSの名称を利用することには納得できないとする。

て、疼痛部位に浮腫、皮膚血流の変化、発汗異常のいずれかがある)

- ④ This diagnosis is excluded by the existence of conditions that would otherwise account for the degree of pain and dysfunction (疼痛の程度および機能不全の原因が他の理由で説明できる〔他の疾患がある〕場合は、この診断は除外される)

Note : Criteria 2-4 must be satisfied (注：②～④を必ず満たすこと)

(2) Type-II の診断基準

- ① The presence of continuing pain, allodynia, or hyperalgesia after a nerve injury, not necessarily limited to the distribution of the injured nerve (神経損傷後に生ずる持続性疼痛、アロディニア、痛覚過敏のいずれかがあるが、その存在が必ずしも損傷された神経の支配領域に限局されない)
- ② Evidence at some time of edema, changes in skin blood flow, or abnormal sudomotor activity in the region of the pain (病期のいずれかの時期において、疼痛部位に浮腫、皮膚血流の変化、発汗異常のいずれかがある)
- ③ This diagnosis is excluded by the existence of conditions that would otherwise account for the degree of pain and dysfunction (疼痛の程度および機能不全の原因が他の理由で説明できる〔他の疾患がある〕場合は、この診断は除外される)

Note : All three criteria must be satisfied (注：①～③を必ず満たすこと)

4 IASP の新基準 (2005 年)¹³⁾

(1) clinical diagnostic criteria for CRPS (臨床目的の診断基準)

symptom (症状) としては、以下の4項目 (①～④) のいずれか3項目以上のそれぞれについて1つ以上、sign (徴候) としては、以下の4項目のいずれか2項目以上のそれぞれについて1つ以上を満たすこと

13) <http://www.shiga-med.ac.jp/~koyama/analgesia/pain-crps.html>

(2) research diagnostic criteria for CRPS（研究目的の診断基準）

symptomとしては、以下の4項目（①～④）の全てについて1つ以上、signとしては、4項目のいずれか2項目以上のそれぞれについて1つ以上を満たすこと

① Positive sensory abnormalities（知覚異常）

- ・ spontaneous pain（自発痛）
- ・ hyperalgesia（mechanical, thermal, deep somatic）
（〔機械的、温熱性、身体深部の〕痛覚過敏）

② Vascular abnormalities（血管異常）

- ・ vasodilatation（血管拡張）
- ・ vasoconstriction（血管収縮）
- ・ skin temperature asymmetries（皮膚温の非対称）
- ・ skin color changes（皮膚色調の変化）

③ Edema, sweating abnormalities（浮腫、発汗異常）

- ・ swelling（腫脹）
- ・ hyperhidrosis（発汗多過）
- ・ hypohidrosis（発汗低下）

④ Motor or tropic changes（運動筋力または栄養の変化）

- ・ motor weakness（運動筋力低下）
- ・ tremor（振戦）
- ・ dystonia（筋緊張異常）
- ・ coordination deficits（筋協調運動能の低下）
- ・ nail or hair changes（爪または毛髪の変化）
- ・ skin atrophy（皮膚萎縮）
- ・ joint stiffness（関節拘縮）
- ・ soft tissue changes（軟部組織の変化）

この2005年の基準は、上記のように臨床目的の基準と研究目的の基準とに分けられたところに特徴があり、従来のCRPS type - IIの診断基準には神経損傷の存在が入っていたが、神経損傷の有無によって症状や徴候に差がないことから、type - I・IIの区別も撤廃された。

IV. 認定基準

このように、RSDの診断自体についても複数の基準が存在し、そのいずれが優越するかを明確にすることができない状況にあるともいえる。さらに、そのRSDが交通事故等に起因しているとして損害賠償の問題が関係してくると、後遺障害等級、労働能力喪失率、同喪失期間をどのように判定するかという問題が加わることになる。

自賠責保険における後遺障害等級認定は、労災補償手続で使用されている障害認定基準（昭50・9・30基発565号）に準拠しているといえる。そこでは、従来、その「神経系統の機能又は精神」の節に、カウザルギー（血管運動性症状、発汗の異常、軟部組織の栄養状態の異常、骨の変化〔ズデック萎縮〕などを伴う強度の疼痛）については、疼痛発作の頻度、疼痛の強度と持続時間および疼痛の原因となる他覚的所見などにより、疼痛の労働能力に及ぼす影響を判断して、それぞれ7級の3、9級の7の2、12級の12に認定することとされていたのみであった¹⁴⁾。

しかし、2003（平成15）年8月8日付（基発0808002号）の改訂により、反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）の傷病名が加えられ、①関節拘縮、②骨の萎縮、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、カウザルギーと同様の基準により、それぞれ7級の3、9級の7の2、12級の12のいずれかに認定されることとなった¹⁵⁾。

14) たとえば、労働省労働基準局監修「労災補償 障害認定必携 10版」（〔財〕労働福祉共済会、2000年）144頁。

しかしながら、前述のように、医学的な診断基準としては、Kozin ら、Gibbons ら、IASP（1994年、2005年）のもの等がよく知られているところ、それらは、必ずしも労災後遺障害認定基準と一致するものではなく、したがって、臨床上 RSD と診断されても、労災（自賠責）の認定基準は満たさないということもある。それゆえ、RSD の認定と評価をめぐる争いが生じたときは、最終的に訴訟での解決に委ねられることになる。

V. 裁判例の紹介

RSD に関する裁判例はそれほど多くはない¹⁶⁾ が、それらのうち、RSD に対するこれまでの裁判所のおよその姿勢を窺い知ることができると思われる若干の裁判例を紹介し、次いで、IASP の新基準（2005年）以降に現れた近時の裁判例をみてみよう。

1 RSD に関する逆転判決

RSD と診断されたものについても 1 審と 2 審とで結論を異にするものがある。

- (1) 1 審（松山地裁西条支判平成 8・2・22 交通民集 32 巻 1 号 41 頁）で肯定し、2 審（高松高判平成 11・2・16 交通民集 32 巻 1 号 30 頁）で否定したもの

15) たとえば、厚生労働省労働基準局監修「労災補償 障害認定必携 13 版」〔〔財〕労働福祉共済会、2004 年〕157～158 頁。

16) 平成 13 年初め頃までの裁判例については、杉田雅彦「交通外傷における PTSD（心的外傷後ストレス障害）と RSD（反射性交感神経性萎縮症）の動向と問題点」賠償科学 26 号 3 頁（21 頁以下）（2001 年）に、また平成 17 年初め頃までの裁判例については、高取真理子「RSD（反射性交感神経性ジストロフィー）について」（民事交通事故訴訟 損害賠償額算定基準 2006〔平成 18 年〕下巻〔講演録編〕）53 頁（71 頁以下）に、さらに平成 18 年半ば頃までの裁判例については、高野真人編著「後遺障害等級認定と裁判実務—訴訟上の争点と実務の視点—」（新日本法規、2008 年）282 頁「特殊な性状の疼痛」（293 頁以下）（古笛恵子執筆）にそれぞれ紹介がある。

複数の医師と鑑定人医師によりRSDと診断された（RSDには当たらないとした鑑定人医師もいる）被害者（46歳、主婦）につき、1審は、RSDの定義自体も定まったものではなく、その診断に当たっては特徴とされる徴候が全てそろわなくてもよいとし、萎縮等の徴候が認められないにせよ、傷病名としてはRSDと認めるのが相当であるとした上で、後遺障害等級5級6号に該当すると認め、67歳まで60%の労働能力を喪失するとした。

これに対し、2審は、一般に知られている診断基準（その具体的な名称は挙げられていない）と病期に照らし（病期に応じて症状が特徴的な変化をしつつ重症化していくという経過を辿っていない）、一貫して筋萎縮と骨萎縮の症状を欠く場合にはRSDと診断することはできないとし、10年間に付き14%の労働能力喪失を認めた。

- (2) 1審（神戸地判平成9・11・18交通民集30巻6号1652頁）で肯定し、2審（大阪高判平成12・7・13自保新聞1716号、自保ジャ1379号）でRSDに言及しなかったもの

追突されたタクシー運転手（男、症状固定時31歳）につき、1審は、右上腕神経叢損傷（身体障害者等級2級・自賠責14級各認定）のみでは説明の困難な障害が後遺しており、RSDの合併が疑われるとした鑑定に基づき、後遺障害等級5級該当と認定して、67歳まで64%の労働能力を喪失するとした（身体的素因で40%減額）のに対し、2審は、RSDには言及せず、12級12号に相当するものとし、10年間に付き14%の労働能力喪失を認めた。

- (3) 1審（大阪地裁堺支判平成15・12・1交通民集39巻5号1261頁）で否定し、2審（大阪高判平成18・9・28交通民集39巻5号1227頁¹⁷⁾）で肯定したもの

本件は、停止していたX（女、症状固定時41歳、パート主婦）運転の普通乗用車に後退してきたY1運転の普通乗用車が衝突してXが受傷した事故（事故後の両車両には凹損のような目立った衝突痕はなく、Y1車のリアバンパー

にX車の塗料が付着していた程度の軽微な衝突事故）につき、Yらが一定金額以上の債務が存在しないことの確認を求めた事案である（被害者はXであるので、便宜上、原告をYら、被告をXとする）。

1審は、Xの後遺障害等級を併合11級としたが、頸椎捻挫後の頸部から左上肢の神経症状と左肩関節可動域制限は、RSDに「罹患したものと疑いなく認定するまでには至らない」とした。

これに対し、2審は、RSDの発症の有無、障害の内容・程度につき、きわめて詳細な検討を施し、複数の医師の診断、1994年のIASP基準（Type-I）、Veldmanらの基準、Gibbonsらの基準、Hardenらの基準を参照した上で、Xには左上肢を中心にRSDの基本的な症状が存在し、機能障害、疼痛、知覚障害等の後遺障害があり、これはRSDによる後遺症として事故と相当因果関係があるとし、7級4号（労働能力喪失率56%、労働能力喪失期間〔67歳まで〕26年間）と認めた（ただし、後述のように素因と後続の他事故の寄与度を考慮して50%減額）。

2 RSDと特定することに実益はないとするもの

RSDとの診断を受けたパート主婦（28歳）につき、「RSDであるか否かを特定することは、RSD自体の定義が必ずしも明確でなく、原因も症状も異なる多様な疾患を包括して総称されることからすれば、実益があるとはいえず、その痛みの部位、程度、治療経過、予後等と就労の内容等を総合的に比較検討して労働能力喪失率を定めるべき」としたもの（大阪高判平成13・10・5自保ジャ1421号、1審は大阪地判平成13・3・29）もある。

3 近時の裁判例

そもそもRSDの病態や定義等につき明確で一義的な見解が存しない状況に

17) 本判決は、時期的には2005年以降のものであるが、1審判決との関係でここで取り上げることとした。

において、如何にしてこれを認定するかはそれほど容易ではない。2005年にIASPの新基準が現れた後においても、その状況に変化はない。近時の裁判例をみても、なお些かの揺籃がみられるといえようか。

(1) 東京地判平成20年3月18日（自保ジャ1747号14頁）

本判決は、原付自転車を運転中、Uターンを開始したタクシー車と衝突、転倒して頸椎捻挫、胸椎捻挫、左肩関節捻挫、左手関節捻挫等の傷害を受け、外傷性頸部症候群、左上肢反射性交感神経性ジストロフィーと診断されたX（女、42歳、中華料理店経営）につき、被告側の医師の意見書が、Xには明らかな骨萎縮が認められないので労災ないし自賠責の認定基準に該当せず、Xの症状が国際疼痛学会の研究目的基準には該当しないと指摘（被告側は、Xの後遺障害は12級13号に該当するのが上限であると主張）したのに対し、次のように述べる。

すなわち、「交通事故の被害者の診断において、臨床目的に代えて研究目的の診断基準の適用を論ずることは有益とはいえないことに加え、被害者の迅速な救済のために定型的な基準を必要とする労災ないし自賠責の認定においては、骨萎縮を要件とすることは理解できるものの、訴訟上の判断はそれに拘束されるものではなく、」原告の主治医の意見書のとおり、「国際疼痛学会が平成17年に作成した臨床目的の診断基準では、①感覚障害、②血管運動障害、③浮腫・発汗機能障害、④運動栄養障害の4項目のうち、いずれか3項目以上のそれぞれについて1個以上の症状を含み、かつ、いずれか2項目以上に1個以上の徴候を含むとされているところ、原告は当該臨床目的の診断基準を満たしている上、ギボンズらのRSDスコアでも3点以上を有し、原告の主治医……もRSDに罹患したとの診断をしていること、事故前には原告にRSD発症の体質的素因はなく、事故直後に見られた頸椎の生理的前弯の消失が発症の契機となったことを否定し難いことなどに鑑み」て、Xには、本件事故により左肩・手の関節が拘縮するなどのRSDが残存した状態にあり、それは10級10号に該当するとして27%の労働能力喪失率を認めた。

（2）東京地判平成20年5月21日（自保ジャ1747号8頁）

本判決は、自転車で走行中、車道から歩道に入ったところ、工事中であった歩道上の砂利に前輪をとられて転倒し、その際、手袋をしていた手がハンドルから離れ、親指のみハンドルに残ったところ、その親指が不自然に大きく広がってしまい（スキヤーズサム）激痛が走ったX（男、52歳、技術アジャスター）が、受診した6病院のうち3病院でRSDと診断された事案において、次のように述べた。

すなわち、「RSDは疼痛を主な症状とするものの、疼痛を裏付ける客観的な医学的根拠が明らかでなく、これのみでRSDと認定することは相当でなく、他方、RSDの発生機序、病態等について、未だ現在の医学界においてコンセンサスを得た見解が確立しているとは言い難い状況にあることからすると、労災保険又は自賠責保険における診断基準により、一義的に認定することも相当ではないというべきである」とした上で、「Gibbonsらの診断基準や労災保険又は自賠責保険における診断基準等を参考に、症状の経過等を総合的に評価してRSDの該当性を判断するのが相当であるが、その際、客観的な証拠に基づいて、認定することが可能な骨萎縮、筋萎縮、皮膚変化等を重視すべきである」とし、機能障害の内容・程度から9級10号（労働能力喪失率35%）と認めた。

両判決を簡単に比較してみよう。

前者（東京地判平成20・3・18）は、骨萎縮を要件の1つとする労災ないし自賠責の認定基準に訴訟上の判断は拘束されないし、同じ医学的な診断基準（2005年のIASPの基準）であっても、交通事故被害者の診断においては、臨床目的の基準に代えて研究目的の基準の適用を論ずることは有益とはいえないとしている。この叙述のみから、臨床目的の基準が研究目的の基準に優先するとしていると断ずることはできないかもしれないが、少なくとも、交通事故被害者の診断に際しては、臨床目的の基準が優先することを示唆しているとはいえない。あるいは、少しく一般化して、診断はあくまでも臨床所見によるものであるから、臨床目的の診断基準が優先するのは当然であると考えていると

いう見方もできようか。

これに対し、後者（東京地判平成20・5・21）は、医学的な診断基準と労災ないし自賠責の診断基準を参考にして、症状の経過等を総合的に判断するのが相当であるとしつつ、骨萎縮、筋萎縮、皮膚変化等を重視すべきであるとしている。

いずれの判決も、或る1つの診断基準ないし認定基準に拠っているわけではなく、また拠るべきではないとし、種々の要素を総合して評価する姿勢を示している点では共通するが、その判断を導く過程で重視する要素（前者は、IASPの臨床目的の診断基準、Gibbonsらの診断基準、主治医の診断、被害者の素因の有無であり、後者は、やはりGibbonsらの診断基準、労災または自賠責基準における診断基準等、症状の経過等）を異にしている。

また、前者が骨萎縮を重視していないのに対し、後者はそれを重視しているという違いもある。この点については、前掲大阪高判平成18年9月28日が「RSDの場合に骨萎縮が出る場合と出ない場合があるのみならず、その出現する時期にも個体格差があることから、」IASPの基準等も「骨萎縮を筋萎縮と並んで要件としていないところ、骨萎縮は、疼痛のための罹患肢を使用できなかったことから発生することもあり、骨萎縮や筋萎縮の存在しないことが、RSDの存在を否定する根拠となるものではない」としていることにも注目する必要がある。

このような対照をみるだけでもRSD判断の困難さが窺われる。

いずれにしても、労災ないし自賠責の診断（認定）基準、医学的な診断基準のいずれか一方のみで決定的な判断をなし得るものではなく、具体的な症状を総合的に評価するという姿勢が求められること、いずれの基準も訴訟上の判断を拘束するものでないことはもちろんである（前掲東京地判平成20・3・18、同東京地判平成20・5・21ともに、そのことを述べているとみてよいであろう）が、訴訟上の判断に及ぼす影響度の濃淡、あるいは或る基準のうちの或る特定の要件を重視するのか否かをめぐっても、さらに議論の積み重ねを要するであろう。

また、これら両判決とは異なり、とくに個別・具体的な診断基準に拘泥することなくRSDを認めたように思われるものもある。

（3）横浜地判平成20年6月13日（自保ジャ1756号17頁）

本判決は、渋滞する道路で停車したX（男、30歳、タクシー運転手）運転のタクシーがY運転の普通乗用車に追突され、Xが軽度の頸椎捻挫を負い、RSDを発症したとして、左上下肢の後遺障害との併合3級に該当すると主張したものである。

Yが、Xの症状は典型的なRSDの診断基準を満たしていない等と主張したのに対し、判決は以下のように述べた。

すなわち、損保料率機構の事前認定で、Xの左上下肢の機能障害はRSDに基づく神経障害によるものとして後遺障害の認定が行われていることは明らかで、その際、左の下肢と上肢とを殊更区別しておらず、複数の病院でRSDと診断され、それを前提として各種の治療や診療依頼、病院間の紹介等が行われているとした上で、「RSDは、疼痛、腫脹、関節萎縮、皮膚変化（栄養障害）を4主徴とし、他に、末梢循環不全、発汗異常、骨萎縮、筋萎縮、手掌腱膜炎などの症状が現れることがあると位置づけられて」いるとしつつ、Xについては、知覚につき「左半身を触れられることにより疼痛が誘発される」、筋力につき「左半身は重力に逆らっては動かせない」、また「左半身…の浮腫との診断内容が記載されて」いることから「RSDの診断基準を満たしているということができ、特に、左半身を触れられることにより疼痛が誘発される過敏性は反射性交感神経性ジストロフィーであることを現しているとみられるし、Xの症状は、上下肢を区別することなく、RSDの典型症状を示していることが明らかである」として7級と認定（労働能力喪失率56%）した。

本判決は、判決理由の中で「RSDの診断基準を満たしているということができ」としているところから、診断基準を念頭に置いていることは間違いないと思われるが、前2判決のように具体的な名前を挙げて個別の診断基準を参考にするとしているものではない。したがって、診断基準を満たしているかどうか

かは重要な判断指標となるものではあるが、損保料率機構の事前認定や病院での診断、病院間でのやりとり等をも考慮しているということは、やはり前2判決と同様、Xの発症の経緯からその後の状況を総合的に評価して判断を導いているものと捉えることができよう。

Ⅵ. 評価

1 判定手法と評価

RSDの判定手法としては、単純X線撮影・骨塩量測定(骨萎縮の程度を測る)、サーモグラフィー(患部抹消部分の血流阻害の有無をみる)、筋電図(筋肉の働きをみる)、シンチグラフィー(骨密度を調べる)、ドラッグチャレンジテスト(疼痛の発生機序を推察する)、レーザードップラー法(血流収縮反応を測定する)、visual analog scale(疼痛の程度を測る)等があるとされているが、結果が安定しないことや特異性が低いこと等から、それほど決定的ではないと考えられている。したがって、いずれの判定手法によっていずれの診断基準を満たせばよいといえるのか、なお截然としないのであり、RSDという診断(法的判断)をなすこと自体容易ではない段階にあるといわざるを得ない。

そして、RSDとの診断がなされ、それが信頼に値するものであるとしても、そのことにより直ちに後遺障害等級が導かれるわけではなく、その等級はもちろん、労働能力喪失率や喪失期間も最終的には裁判所において認定されなければならないのは他の後遺障害の場合と同様である。

それぞれの等級については、「軽易な労務以外の労働に差し支える程度の疼痛があるもの」(7級の3)、「通常の労務に服することはできるが、疼痛により時には労働に従事することができなくなるため、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるもの」(9級の7の2)、「通常の労務に服することはできるが、時には労働に差し支える程度の疼痛が起こるもの」(12級の12)との指標が提示されているが、一見して明らかなように、それらは抽象的な表現であって判断が容易でない。いずれの等級に当たるかは、RSDの具体的な症状(疼痛の部位・程度、疼痛発作の頻度とその強度・持続期間等)、その病期、症状

固定までの経緯、症状固定後の状況、疼痛の原因と考えられるものの存在、被害者の職業・年齢、RSDがその仕事の内容に及ぼす具体的な影響等を詳細に明らかにする必要がある。

そして、医学上RSDと診断されはしたものの、労災（自賠責）の認定基準は満たさないという場合であっても後遺障害等級認定がなされ得ることは当然である。また、RSDでは、疼痛と同時に手・足関節や手指等の拘縮による機能障害を伴うことが少なくないが、その場合には、RSDに認められている7級よりも重い等級に該当することも十分考えられることに留意すべきである。

さらに、労働能力喪失期間の認定についても同様の困難さは伴う。RSDは、30歳～55歳が好発年齢とされるが、小児から成人まで幅広い年齢に発症するものであるところ¹⁸⁾、その経過が長く、消長を繰り返すものでもあるからである。

2 素因減額

ここでも素因減額の可否が問題とされることになる。

RSDの発生機序については、Lankfordの説（①持続性の有痛性損傷、②患者自身の素因、③異常な交感神経反射の三要素の存在を不可欠とする）¹⁹⁾がよく知られている。

この説によれば、患者自身の素因が不可欠の要素とされているのであるから、たしかに、素因がRSDの発生に寄与しているとみることになる。しかしな

18) 西浦＝落合・前掲整形・災害外科45号1320頁。

19) Lankford LL: Reflex sympathetic dystrophy "Surgery of the Musculoskeletal System" 2nd ed. Churchill Livingstone. 1265-1296 (1277頁以下) (1990年)。堀内行雄「反射性交感神経性ジストロフィー（萎縮症）」賠償科学26号47頁（2001年）もLankfordの説を説得力があるとする（49頁）。

なお、この三要素のうち、①（持続性の有痛性損傷）と③（異常な交感神経反射）についてはよく理解できるが、②の素因の関与に関しては不明な要素が多いとするものがある（ただし、同時に、著者らが経験したRSD86例中16例〔18.6%〕が医原性であることは注意すべき点であるとしている）（生田・前掲関節外科22号51頁）。

がら、素因（とりわけ、心因的素因）の存在が疼痛等の症状を発生させているという図式が明確に成立しているのか、あるいは逆に、疼痛等の存在が（後からみると）素因に類するものの存在を疑わしめることになっているのか、あるいは疼痛等の存在こそがその（素因と見紛う）精神状態を招来しているのか等を見極めることが求められ、安易に素因減額を認める途を選択することは避けるべきである²⁰⁾。

大阪地判平成14年8月21日（交通民集35巻4号1125頁）は、Lankfordの説が最も説得力があるとされているとしつつ、同説によってもRSDの疾患をすべて満足させられるものではないとして、右環指損傷は緩解見込みのないRSDとの診断を受けたX（男、48歳、1級建築士）につき、事故とRSDとの因果関係を認めて12級12号（10年間にわたり労働能力を14%喪失する）と認定し、素因減額を認めなかった（ただ、素因減額を認めなかった理由として、Xに素因が存在したと認め得る具体的な事実が存しなかったことに加えて、Xの場合、早期治療によって右手指の廃用といった重大な結果に至っておらず、RSDとしては比較的軽微にとどまったといえることから、素因減額をしなくても損害の公平な分担という損害賠償法の理念に反するとはいえない点を挙げていることについては議論が存し得よう）。

また、名古屋地判平成16年7月28日（交通民集37巻4号1020頁）は、乗車同士の追突事故の被害者X（女、26歳、症状固定時27歳、アルバイト）が左上肢と左下肢とにRSDを後遺したことにつき、併合5級2号（67歳まで労働能力喪失率79%）と認めた上で、被告からの心因的素因による5割減額の主張に対し、次のように述べてその主張を斥けている。すなわち、「そもそも、RSDになりやすい遺伝的な素因の存在の証明は必ずしも容易ではなく、また常に存在するものではないとされる」ところ、Xには、その入院中、「精神的

20) この点につき、素因と関連すると思われる患者はときどき見受けられるが、その関連性については証明されていないとするものがある（西浦＝落合・前掲整形・災害外科45号1321頁）。

に不安定な状態にあることを窺わせる言動」があったことは否定できず、精神科を受診して「神経症、不眠症、うつ状態と診断されたことが認められるが」、これは事故日から1年半が経過して左上肢のRSDが症状固定した後もその症状が継続しており、さらに新たに左下肢の疼痛等の症状が発症、増悪している状態でのことであり、「交通事故の被害者は、治療が長期化し、その補償交渉が進展しない場合には、精神的に不安定な状態に至ることはよく知られていること、これに、RSDに対し有効な治療法がないこと……を併せて考慮すれば、通常人がXと同じ立場に置かれた場合には、Xと同程度の精神的に不安定な状態になることは容易に推認され」るから、「XのRSDの発症が精神的素因に起因すると認めることは到底できない」とした。

これに対し、前掲大阪高判平成18年9月28日は、事故の衝撃が比較的軽微であったこと、MRI検査、X線検査によっても、頸椎、胸椎、頸髄、胸髄、椎間板に異常はなく、外傷性頸椎・胸椎椎間板ヘルニアの疑いも存在しないこと、Xの性格および心因性の反応を引き起こしやすい素因が合併ないし競合してRSDを発症したものと認めるのが相当であり、本件事故後に2回の交通事故（約3年後と4年後）にあって受傷していることをも考慮し、両者を総合して、症状固定後の損害についてのみ50%減額した。

なお、前掲東京地判平成20年5月21日は、「RSDの病態自体が、一般に誘因となった出来事からは想像ができないような強い疼痛の症状を呈するものであり、このようなRSDの症状自体が精神的に影響を与えることも考えられることから……素因減額を行うにあたっては慎重な判断が求められるところ……原告がRSDに罹患したことは明らかであり……本件事故前の原告の身体は健常であった上……原告に明らかな身体的又は精神的な疾患があったことをうかがわせる事実も認められない」として、素因減額をすべきとした被告側の主張を斥けている。

さらに前掲横浜地判平成20年6月13日も、RSDの発症にXの身体的素因および心因的素因が関わっているから減額すべきであるとするYの主張に対し、「交感神経の機能が活発であることが身体的要素といえるのか疑問である」と

した上で、「心因的要素については、疼痛や、回復に対する不安などの関与がRSDの発現や病態の悪化に影響しているとしても、これはやむを得ないところであり、心因反応が顕著であり、これがどのように影響したか等、素因減額の個別的客観的根拠をYは何ら主張立証していない。疾患に当たらない体質的素因を減額理由にすることは許されず、RSDについては心理的要因の関与を安易に認めるべきではないと判断される」として素因減額を認めなかった。

このように、裁判例の結論が一様でないことはむしろ当然ともいえるが、たとえ素因（と目し得るもの）が存在したとしても、RSD発症・増悪に対する、その関与の有無については慎重に決する態度が求められよう。

VII. おわりに

紙数の制約上、上記各診断基準の内容、それら診断基準と裁判例における結論との相関、裁判例が結論を導くに至る検討過程の検証、法的判断基準は如何にあるべきか等の検討は他日を期さなければならない。ただ、現在の状況を前提にして、以下のようなことはいえるであろう。

現在までのところ、RSDの定義、病態、病期等のいずれについても一義的に定まっているわけではなく、各診断基準をめぐる優先劣後の関係も定かではない上、医学上の診断基準と労災（自賠責）の後遺障害認定基準とが一致するものでもない。このような状況下では、上記裁判例においてみられたように、被害者の身体的状態を具体的かつ詳細に明らかにした上で、各種の医学上の診断基準と労災（自賠責）の認定基準とを参酌し、主治医、鑑定医等の診断を勘案し、それらを総合して判断を導くという姿勢が求められよう。

私は、かつて、ICD-10とDSM-IVという代表的な診断基準があるPTSDについて、わが国独自の基準を設定する方向が目指されてよいと述べたことがある²¹⁾が、RSDについても同様に、客観的で特異性の高い診断基準が確立さ

21) 藤村和夫＝山野嘉朗「新版 概説 交通事故賠償法」（日本評論社、2003年）225頁以下。

れるべきであるとの思いを抱く。

まずは、わが国独自の診断基準（とはいっても、これまでに提示されてきた各種の診断基準と共通するところが少なくないであろう）の作成に努め、その内容を検証し、広く普及させた上で、さらに検証を重ね、説得力を伴った診断基準の定立に向けた研究が望まれる。そして、その研究成果を踏まえ、法的判断も洗練されたものになっていこう。