

第5 肢体不自由

第5（1） 肢体不自由全般

問1.

各関節の機能障害の認定について、「関節可動域(ROM)」と「徒手筋力テスト(MMT)」で具体例が示されているが、両方とも基準に該当する必要があるのか。

答1.

いずれか一方が該当すれば、認定可能である。

問2.

診断書の「肢体不自由の状況及び所見」の中の「3 動作・活動」評価は、等級判定上、どのように取り扱うべきか。

答2.

「動作・活動」欄は、主として多肢機能障害又は体幹機能障害を認定する際に、個々の診断内容が、実際の「動作・活動」の状態と照らし合わせて妥当であるか否かの判断をするための参考となるものである。

また、片麻痺などにより機能レベルに左右差がある場合には、共働による動作の評価を記入するなどして、全体としての「動作・活動」の状況を記載されたい。

問3.

肩関節の関節可動域制限については、認定基準に各方向についての具体的な説明がないが、いずれかの方向で制限があればよいと理解してよいか。また、股関節の「各方向の可動域」についても同様に理解してよいか。

答3.

肩関節、股関節ともに、屈曲←→伸展、外転←→内転、外旋←→内旋のすべての可動域で判断することとなり、原則として全方向が基準に合致することが必要である。

ただし、関節可動域以外に徒手筋力でも障害がある場合は、総合的な判断を要する場合もあり得る。

問 4 .

一般関節の徒手筋力テストの結果が、「屈曲 4、伸展 4、外転 3、内転 3、外旋 3、内旋 4」で、平均が 3.5 の場合、どのように認定するのか。

答 4 .

小数点以下を四捨五入する。この場合は、徒手筋力テスト 4 で軽度の障害（7 級）として認定することが適当である。

問 5 .

リウマチ等で、たびたび症状の悪化を繰り返し、悪化時の障害が平常時より重度となる者の場合、悪化時の状態を考慮した等級判定をしてみないか。

答 5 .

悪化時の状態が障害固定した状態で、永続するものとは考えられない場合は、原則として発作のない状態をもって判定することが適当である。

問 6 .

パーキンソン病に係る認定で、

ア. 疼痛がなく、四肢体幹の器質的な異常の証明が困難な場合で、他覚的に平衡機能障害を認める場合は、肢体不自由ではなく平衡機能障害として認定すべきか。

イ. 本症例では、一般的に服薬によってコントロール可能であるが、長期間の服薬によって次第にコントロールが利かず、1 日のうちでも状態が著しく変化するような場合は、どのように取り扱うのか。

答 6 .

ア. ROM、MMT に器質的異常がない場合は、「動作・活動」等を参考に、他の医学的、客観的所見から、四肢・体幹の機能障害の認定基準に合致することが証明できる場合は、平衡機能障害ではなく肢体不自由として認定できる場合もあり得る。

イ. 本症例のように服薬によって状態が変化する障害の場合は、原則として服薬によってコントロールされている状態をもって判定するが、1 日の大半においてコントロール不能の状態が永続する場合は、認定の対象となり得る。

問 7 .

膝関節の機能障害において、関節可動域が 10 度を超過していても、高度な屈曲拘縮や変形により、支持性がない場合、「全廃」（4 級）として認定することは可能か。

答 7 .

関節可動域が 10 度を超えていても支持性がないことが、医学的・客観的に明らかでない場合、「全廃」（4 級）として認定することは差し支えない。

問 8 .

認定基準の中で、肩関節や肘関節、足関節の「軽度の障害（7 級）」に該当する具体的な規定がないが、概ね以下のような者が該当すると考えてよいか。

- （肩関節） ・ 関節可動域が 90 度以下のもの
 - ・ 徒手筋力テストで 4 相当のもの
- （肘関節） ・ 関節可動域が 90 度以下のもの
 - ・ 徒手筋力テストで 4 相当のもの
 - ・ 軽度の動揺関節
- （足関節） ・ 関節可動域が 30 度以下のもの
 - ・ 徒手筋力テストで 4 相当のもの
 - ・ 軽度の動揺関節

答 8 .

認定基準の「第 1 総括的解説」の 3 の記載からも、このような障害程度の者を 7 級として取り扱うことは適当である。

問 9 .

疾病等により常時臥床のため、褥創、全身浮腫、関節強直等をきたした者については、肢体不自由として認定してかまわないか。

答 9 .

疾病の如何に関わらず、身体に永続する機能障害があり、その障害程度が肢体不自由の認定基準に合致するものであれば、肢体不自由として認定可能である。

この場合、褥創や全身浮腫を認定の対象とすることは適当ではないが、関節強直については永続する機能障害として認定できる可能性がある。

第5（2） 上肢不自由

問1.

「指を欠く者」について、

- ア 「一上肢のひとさし指を欠く者」は、等級表上に規定はないが、7級として取り扱ってよいか。
- イ また、「右上肢のひとさし指と、左上肢のなか指・くすり指・小指を欠いた者」は、どのように取り扱うのか。

答1

- ア 「一上肢のひとさし指を欠くこと」のみをもって、7級として取り扱うことは適当ではないが、「両上肢のひとさし指を欠く者」については、「ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠く者」に準じて、6級として認定することは可能である。
- イ 一側の上肢の手指に7級に該当する機能障害があり、かつ、他側の上肢のひとさし指を欠く場合には、「ひとさし指の機能は、親指に次いで重要である」という認定基準を踏まえ、両上肢の手指の機能障害を総合的に判断し、6級として認定することは可能である。

問2.

一上肢の機能の著しい障害(3級)のある者が、以下のように個々の関節等の機能障害の指数を合計すると4級にしかない場合は、どのように判断するのか。

- ・肩関節の著障 = 5級 (指数2)
 - ・肘関節の著障 = 5級 (指数2)
 - ・手関節の著障 = 5級 (指数2)
 - ・握力12kgの軽障 = 7級 (指数0.5)
- * 合計指数 = 6.5 (4級)

答2.

一上肢、一下肢の障害とは、一肢全体に及ぶ機能障害を指すため、単一の関節の機能障害等の指数を合算した場合の等級とは、必ずしも一致しないことがある。

一肢全体の障害であるか、又は個々の関節等の重複障害であるかは、障害の実態を勘案し、慎重に判断されたい。

また、一肢に係る合計指数は、機能障害のある部位(複数の場合は上位の部位)から先を欠いた場合の障害等級の指数を超えて等級決定することは適当ではない。(合計指数算定の特例)

この事例の場合、仮に4つの関節全てが全廃で、合計指数が19(1級)にな

ったとしても、「一上肢を肩関節から欠く場合」（2級：指数 11）以上の等級としては取り扱わないのが適当である。

問 3.

認定基準中に記載されている以下の障害は、それぞれ等級表のどの項目に当たるものと理解すればよいか。

ア 手指の機能障害における「一側の五指全体の機能の著しい障害」（4級）

イ 認定基準第 1 章総括事項-第 2 個別事項-イ記載中、「右上肢を手関節から欠く者」（3級）

ウ 同じく「左上肢を肩関節から欠く者」（2級）

答 3.

それぞれ以下のア～ウに相当する者として取り扱うのが適当である。

ア 等級表の上肢 4 級の 8「おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害」

イ 等級表の上肢 3 級の 4「一上肢のすべての指を欠く者」

ウ 等級表の上肢 2 級の 3「一上肢を上腕の 2 分の 1 以上で欠く者」

第5（3） 下肢不自由

問1.

足関節の可動域が、底屈及び背屈がそれぞれ5度の場合、底屈と背屈を合わせた連続可動域は10度となるが、この場合は「著しい障害」として認定することになるのか。

答1.

足関節等の0度から両方向に動く関節の可動域は、両方向の角度を加えた数値で判定することになるため、この事例の場合は、「著しい障害」として認定することが適当である。

問2.

両足関節が高度の尖足位であるため、底屈、背屈ともに自・他動運動が全く不能であり、起立位保持、歩行運動、補装具装着が困難な者の場合、関節の機能障害として認定するのか、あるいは歩行能力等から下肢全体の機能障害として認定するのか。

答2.

障害の部位が明確であり、他の関節には機能障害がないことから、両足関節の全廃（4級）として認定することが適当である。

問3.

変形性股関節症等の疼痛を伴う障害の場合、

ア. 著しい疼痛はあるが、ROM、MMTの測定結果が基準に該当しないか又は疼痛によって測定困難な場合、この疼痛の事実をもって認定することは可能か。

イ. 疼痛によってROM、MMTは測定できないが、「30分以上の起立位保持不可」など、同じ「下肢不自由」の規定のうち、「股関節の機能障害」ではなく「一下肢の機能障害」の規定に該当する場合は、一下肢の機能の著しい障害（4級）として認定することは可能か。

答3.

ア. 疼痛の訴えのみをもって認定することは適当ではないが、疼痛を押してまでの検査等は避けることを前提に、エックス線写真等の他の医学的、客観的な所見をもって証明できる場合は、認定の対象となり得る。

イ. このように、疼痛により「一下肢の機能障害」に関する規定を準用する以

外に「股関節の機能障害」を明確に判定する方法がない場合は、「一下肢の機能障害」の規定により、その障害程度を判断することは可能である。

ただし、あくまでも「股関節の機能障害」として認定することが適当である。

問 4 .

大腿骨頸部骨折による入院後に、筋力低下と著しい疲労を伴う歩行障害により、下肢不自由の認定基準の「1 km以上の歩行困難で、駅の階段昇降が困難」に該当する場合、「一下肢の機能の著しい障害」に相当するものとして認定可能か。

なお、ROM、MMT は、ほぼ正常域の状態にある。

答 4 .

ROM、MMT による判定結果と歩行能力の程度に著しい相違がある場合は、その要因を正確に判断する必要がある。仮に医学的、客観的に証明できる疼痛によるものであれば認定可能であるが、一時的な筋力低下や疲労性の歩行障害によるものであれば永続する状態とは言えず、認定することは適当ではない。

問 5 .

障害程度等級表及び認定基準においては、「両下肢の機能の軽度の障害」が規定されていないが、左右ともほぼ同等の障害レベルで、かつ「1 km以上の歩行不能で、30 分以上の起立位保持困難」などの場合は、両下肢の機能障害として4級認定することはあり得るのか。

答 5 .

「両下肢の機能障害」は、基本的には各障害部位を個々に判定した上で、総合的に障害程度を認定することが適当である。

しかしながら、両下肢全体の機能障害で、一下肢の機能の全廃（3級）あるいは著障（4級）と同程度の場合は、「両下肢の機能障害」での3級、4級認定はあり得る。

問 6 .

下肢長差の取扱いについて、

ア. 骨髄炎により一下肢が伸長し、健側に比して下肢長差が生じた場合は、一下肢の短縮の規定に基づいて認定してよいか。

イ. 下腿を10cm以上切断したことで下肢が短縮したが、切断長が下腿の1/2以上には及ばない場合、等級表からは1/2未満であることから等級を一つ下げ

て5級相当とするのか、あるいは短縮の規定からは10 cm以上であるため4級として認定するのか。

答6.

- ア. 伸長による脚長差も、短縮による脚長差と同様に取り扱うことが適当である。
- イ. 切断は最も著明な短縮と考えられるため、この場合は一下肢の10 cm以上の短縮と考え、4級として認定することが適当である。

第5（4） 体幹不自由

問1.

各等級の中間的な障害状態である場合の取扱いについて、

ア 体幹不自由に関する認定基準において、

「3級と5級に指定された症状の中間と思われるものがあつたときも、これを4級とすべきではなく5級にとめるべきものである」とは、3級の要件を完全に満たしていなければ、下位等級として取り扱うことを意味するのか。

イ 高度脊柱側弯症による体幹機能障害の症例について、「座位であれば10分以上の保持が可能であるが、起立位は5分程度しか保持できない（2級相当）。座位からの起立には介助を要する（2級相当）が、立ち上がった後は約200mの自力歩行が可能（2級非該当）。」の状態にある場合、2級と3級の中間的な状態と考えられるが、アの規定から推測して、完全には2級の要件を満たしていないことから、3級にとめおくべきものと考えてよいか。

答1.

ア この規定は、どちらの等級に近いかの判断もつかないような中間的な症例については、下位等級にとめおくべきことを説明したものであり、上位等級の要件を完全に満たさなければ、全て下位等級として認定することを意味したものではない。

イ 障害の状態が、連続する等級（この場合は2級と3級）の中間である場合、アの考え方から一律に3級とするのは、必ずしも適当でない。より近いと判断される等級で認定されるべきものであり、この事例の場合は、2級の認定が適当と考えられる。

また、診断書の所見のみから判定することが難しい場合は、レントゲン写真等その他の客観的な検査データを取り寄せるなどして、より客観的に障害の状態を判断すべきである。

問2.

左下肢大腿を2分の1以上欠く者として3級の手帳交付を受けていた者が、変形性腰椎症及び変形性けい椎症のため、体幹機能はほぼ強直の状態にある。この場合、下肢不自由3級と体幹不自由3級で、指数合算して2級として認定してよいか。

答2.

体幹機能の障害と下肢機能の障害がある場合は、上位等級に該当するどちらか一方の機能障害で認定することが原則である。

同一疾患、同一部位における障害について、下肢と体幹の両面から見て単純に重複認定することは適当ではない。

本事例については、過去に認定した下肢切断に加えて、新たに体幹の機能障害

が加わったものであり、障害が重複する場合の取扱いによって認定することは可能である。

第5（5） 脳原性運動機能障害

問1.

特に上肢機能障害に関する紐むすびテストにおいて、著しい意欲低下や検査教示が理解できない、あるいは機能的に見て明らかに訓練効果が期待できるなどの理由によって、検査結果に信憑性が乏しい場合は、どのように取り扱うことになるのか。

答1.

脳原性運動機能障害の程度等級の判定には、認定基準に定めるテストを実施することが原則であるが、乳幼児期の認定をはじめ、この方法によりがたい場合は、肢体不自由一般のROM、MMTなどの方法を取らざるを得ない場合もある。

問2.

脳原性運動機能障害に関する認定基準中、

ア. 「なお、乳幼児期に発現した障害によって脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」とは、具体的にどのような障害をもつ者を指しているのか。

イ. また、「脳性麻痺」及びアの「乳幼児期以前に発現した類似の症状を呈する者」が、いずれも乳幼児期に手帳を申請した場合は、脳原性運動機能障害用と肢体不自由一般（上肢、下肢、体幹の機能障害）のどちらの認定基準を用いるべきかの判断に迷う場合があるが、この使い分けについてはどのように考えるべきか。

ウ. さらに、「脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」であるが、「乳幼児期以降」に発現した場合は、どちらの認定基準によって判定するのか。

答2.

ア. 脳原性の障害としては、脳性麻痺の他、乳幼児期以前に発症した脳炎又は脳外傷、無酸素脳症等の後遺症等による全身性障害を有する者を想定している。

また、脳原性の障害ではないが類似の症状を呈する障害としては、脊髄性麻痺等のように乳幼児期には原因が明らかにならない全身性障害を想定していることから、認定基準のような表現としたものである。

イ. 「脳性麻痺」については原則的に脳原性運動機能障害用の認定基準をもって判定し、「乳幼児期以前に発現した類似の症状を呈する者」については、肢体不自由一般の認定基準を用いることが想定されているが、どちらの場合においても、申請時の年齢等によって、それぞれの認定基準によることが困難又は不利となる場合には、より適切に判定できる方の認定基準によって判定するよう、柔軟に取り扱う必要がある。

ウ. この場合は、肢体不自由一般の認定基準によって判定することが適当である。

問 3.

- 一上肢の機能障害の程度を判定するための「5動作のテスト」に関しては、
ア. 時間的条件が規定されていないが、それぞれの程度の時間でできれば、できたものとして判断するのか。
イ. また、このテストは、必ず医師によって実施されることを要するのか。

答 3.

- ア. 5動作は、速やかに日常動作を実用レベルで行えるかを判定するものであり、具体的な基準を明示することは困難であるが、あえて例示するならば、各動作とも概ね1分以内でできる程度が目安と考えられる。
イ. 原則として医師が行うことが望ましいが、診断医の指示に基づく場合は、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）等が実施してもかまわない。

問 4.

生後6か月頃の脳炎の後遺症で、幼少時に肢体不自由一般の認定基準に基づく上下肢不自由で認定されていた者が、紐むすびテスト等の可能となる年齢に達したため、脳原性運動機能障害の認定基準をもって再認定の申請が出された場合は、どのように取り扱うべきか。

答 4.

障害が乳幼児期以前に発症した脳病変によるものであるため、同一の障害に対する再認定であれば、本人の不利にならない方の認定基準を用いて再認定することが適当である。

問 5.

脳原性運動機能障害の1級が、1分間に18本の紐が結べるレベルであるのに対して、上肢不自由の1級は両上肢の機能の全廃であり、紐むすびが全くできないが、等級の設定に不均衡があるのではないか。

答 5.

幼少時からの脳原性運動機能障害について紐むすびテストを用いるのは、本人の日常生活における巧緻性や迅速性などの作業能力全般の評価を、端的に測定できるためである。

また、この障害区分は、特に生活経験の獲得の面で極めて不利な状態にある先天性の脳性麻痺等の障害に配慮した基準であることを理解されたい。