

Ⅱ 器質性神経・精神障害に関する検討

第1 検討の視点

1 現行認定基準の概要

神経に関する障害については、現行の認定基準において、後遺障害を残す原因となった障害部位に着目して、中枢神経系に分類される脳及びせき髄による障害並びに末梢及び根性神経麻痺による障害に区分し認定基準が設けられている。

また、そのほかに、神経障害のうちで特徴的な症状として、特に

- ① 外傷性てんかん
- ② 頭痛
- ③ 失調、めまい及び平衡機能障害
- ④ 疼痛等感覚異常

を掲げ、各々認定基準が設けられている。

2 現行認定基準の問題点

- (1) 脳とせき髄による障害については、障害補償の対象となる障害の内容が複雑・多岐にわたる場合が多いという特殊な事情を考慮し、その障害等級の認定については、諸症状を総合し、全体病像から判断することにより等級認定の適正化を図っている。

しかし、その特殊な事情も影響して、認定の基準が抽象的な表現となっており、基準の明確性という観点からは少なからず問題のあるものと言わざるを得ない。

すなわち、脳とせき髄の損傷等に伴う障害認定基準のうち、第1級、第2級及び第3級については、介護を要する程度からその重篤度を区分することとしているため一定の判断を行うことが出来るが、第5級、第7級及び第9級に関しては、その基準が「きわめて軽易な労務のほか服することができない」、「一般平均人以下に明らかに低下している」、「その就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限される」、あるいは「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」、「独力では一般平均人の1/2程度に労働能力が低下している」というように具体性に乏しく、障害等級認定の実務に携わる医師や担当官にとっては、脳とせき髄による障害の障害等級の認定は困難なものとなっているのが実情である。

- (2) せき髄損傷については、せき柱の変形等の取扱いや馬尾神経損傷に係る取扱いが明確さを欠いている状況にある。

すなわち、現行認定基準においてはせき柱の骨折のためせき柱の変形又は運動障害を残すとともに、せき髄損傷により下肢等に機能障害を残した場合の取扱いについて、これらを併合して障害等級を決定するという記述がある一方で、他方では総合的に障害を評価するという記述があることから、どのような方法によって障害を評価するか明確ではない。

馬尾神経損傷は、末梢神経に区分される場所、末梢神経の損傷については身体各部の器官における機能障害に係る等級を準用するという記述がある一方で、馬尾神経損傷も含めてせき髄損傷として扱っていると思われる記述があり、せき柱の変形等と同様にどのような方法によって障害を評価するか明確ではない。

- (3) 現行認定基準が策定された昭和50年当時はMRI、CT等の機器が存在しておらず、気脳撮影等の非常に侵襲的でしかも得られる情報量の少ない診断等によらざるを得なかったが、今日においては画像診断による補助診断技術は非常に進歩しているにもかかわらず、この点が認定基準に反映されていない。

また、昭和50年当時と比較して医学的知見が集積し、疾病の分類等も見直されていることから、上記の事情とあいまって今日の医学的知見からすると、不適当な記述も散見される状態となっている。

3 検討の方向性

- (1) 中枢性の障害は、末梢神経の損傷によっては生じ得ない症状を呈するとともにその症状も様々であることから、身体各部の機能障害をもってその症状の全体を把握することは困難である。

したがって、関連する諸症状を総合し、全体の病像から判断してその障害等級を判断する現在の取扱いは妥当であるが、上述のような問題点が認められることから、中枢神経系の脳とせき髄の損傷等による障害に関する認定基準について、できる限り具体的な基準となるよう改めることを検討すべきである。

その際、この複雑多岐にわたる臨床症状は、神経系統の器質的損傷により出現するものであるため、認定基準を策定するに当たっては、損傷を受けた神経の部位及び臨床症状の内容を区分し、個々の臨床症状を可能な限り評価することによって全体の病像(障害)を総合的に判断できるような評価の目安の作成が可能であるかについて検討する必要がある。

- (2) せき柱の変形等はせき髄損傷による障害とは別系列であるが、せき柱に外力が加わることによりせき柱の変形とせき髄の損傷が起こることから、せき柱の変形等も含めて総合評価することが妥当であるか検討する必要がある。

また、馬尾神経損傷については、末梢神経ではあるものの、基本的にせき髄の損傷と同様な症状をもたらすことから、せき髄の損傷と同様に取り扱うことが妥当であるか検討する必要がある。

- (3) MRI等の画像診断技術等が進歩した今日においては、気脳撮影等の非常に侵襲的でしかも得られる情報量の少ない診断技術を認定基準に記述することは適当ではない。

また、今日使用されていない疾病の分類等を示すことは適当ではないので、最新の医学的知見を踏まえて内容の見直しを検討すべきである。

第2. 脳及びせき髄の損傷等による障害の評価方法の検討

1 基本的な考え方

(1) 障害の評価の基本的視点

神経系統の損傷に伴う各種障害については、損傷された神経の部位を

①脳 ②せき髄 ③末梢神経

に大別したうえで、それによって生じる障害を評価することとされているが、各神経部位の損傷に伴う主な症状として「①脳の器質的障害」については、「高次脳機能障害」及び「身体性機能障害」として現れ、「②せき髄の障害」及び「③末梢神経の障害」については、「身体性機能障害」として現れることから、脳及びせき髄の損傷による障害は「高次脳機能障害」と「身体性機能障害」にそれぞれ区分したうえで、障害の程度を評価することが適当であると判断した。

なお、現行の認定基準においては、失行・失語・失認という用語が用いられ、高次脳機能障害という用語が用いられていない。しかしながら、今日においては、高次脳機能障害は失語等の脳の巣症状にとどまらず、脳損傷に起因する行動障害までを含めた認知障害一般を指すものとされている。すなわち、高次脳機能障害とは認知、行為（の計画と正しい手順での遂行）、記憶、思考、判断、言語、注意の持続などが障害された状態であるとされており、全般的な障害として意識障害や痴呆も含むとされている。

そして、高次脳機能障害に分類される障害は労働能力の低下をもたらすものであるから、本検討会においても上記の病態について高次脳機能障害という用語を採用すべきであると考える。

また、身体性機能障害としては、運動障害、感覚障害及び自律神経系障害に区分される。

(2) 神経心理学的テスト等による評価の妥当性

認定基準として客観性が最も担保されるのは、視力、聴力レベルまたは関節可動域角度のように、検査により得られた数値に基づき障害の程度を判定する方法である。しかしながら、脳やせき髄の損傷によって生じる障害は極めて複雑・多岐にわたるものであり、また、知能指数と高次脳機能障害による生活困難度との関連を調査した研究においては、知能指数が高いにもかかわらず生活困難度が高い例があることが報告されている。従って、その障害の程度を判定する際に、現在、脳神経外科・神経内科・整形外科・精神神経科等において一般的に実施されている脳波、脳の画像検査、神経心理学的な各種テスト等の検査結果は臨床判定の際の有効な手段となることは言うまでもないことであるが、その結果のみをもって労働能力のそう失の程度及び全体像を正しく評価・判定することは困難であるとの結論に達した。

(3) 障害の評価を行う際の着眼点

そこで本検討会においては、脳やせき髄の損傷によって生じる各種障害が「高次脳機能障害」及び「身体性機能障害」として具体的に現れることに着目し、まず特徴的な「行動」、「動作」等の制限や「麻痺」等の状態が具体的な等級として何級程度に評価し得るか。次に、その結果をもとに器質性神経・精神障害の判定することが可能か否かの検討を行い、以下の結論に至った。

「高次脳機能障害」については、それが業務上の傷病に起因していること及び当該障害の状態を確認した上で、当該障害による影響について日常生活動作等の支障の程度を調査する。日常生活を営むにも援助が必要な場合にはその程度により障害等級を決定し、日常生活動作等が自立している場合には、意思疎通能力、問題解決能力、作業負荷に対する持続力・持久力及び社会行動能力の4つ（以下「4能力」という。）の能力低下に着目し、その障害の状態に応じて評価を行うことが適切であると考えます。

また、「身体性機能障害」のうち「運動障害」及び「感覚障害」については、麻痺の範囲と程度を基本として、運動障害等の程度を踏まえて判断を行うことが適切であると考えます。

なお、「身体性機能障害」のうち「自律神経系障害」については、胸腹部臓器の障害として現れることが多いが、これらの障害については運動障害等の障害と併せて全体像を評価することが現時点における最良の方法と当検討会は判断した。

そして、高次脳機能障害及び身体性機能障害が併存している場合には、両者に対する評価を行った上でさらに総合評価を行うことが適当である。

この方法は、検査数値等に基づき認定する方法に比べて客観性において劣ることは否定できないが、中枢神経系の障害の等級認定を行う際の客観性や公平性の確保に関しては十分に有効なものと考えた。

(4) 総合評価の妥当性

器質性精神・神経障害については、上記のとおり高次脳機能障害及び身体性機能障害に対する評価を行った上でさらに総合評価を行うことが適当であるが、その理由は次のとおりである。

中枢神経系の器質的損傷に伴う各種障害は、多岐にわたる臨床症状を示し、症状の出現状況も様々である。また、脳外傷者の障害特性と就業定着に関する調査によると、①身体性機能障害も高次脳機能障害も重篤である者は最も就業が困難であるが、②各々の障害が共に軽度である者は就労をしている者が多く、③高次脳機能障害のみが重篤な場合はその中間であると報告されている。従って、残存する障害が、高次脳機能障害及び身体性機能障害の双方に認められる場合及び高次脳機能障害または身体性機能障害のなかで複数の障害が認められた場合には、全体像としてこれらを総合的に判断する方法が、現時点においては適正な判定方法であると考えた。

参考：「高次脳機能障害と職業リハビリテーション」（上田 敏 『職リハ

ネットワーク』 1993. 10. No. 22 所収)

参考：「今後の展望 - 高次脳機能障害支援モデル事業の実施現場から -」
(中島八十一、佐藤徳太郎 『MB Med Reha No. 25』 所収)

参考：『脳外傷者の就業定着に関する研究』(田谷 勝夫、清水 亜也)

2 高次脳機能障害の評価

(1) 高次脳機能障害の評価の視点

本検討会においては、職業生活に重要な意思疎通能力、問題解決能力、作業負荷に対する持続力・持久力及び社会行動能力の4つの能力低下に着目することとし、そうした観点から高次脳機能障害の障害等級を定める目安として整理した表(以下「高次脳機能障害整理表」(別紙1)という。)を作成した。

また、この高次脳機能障害整理表の作成に当たっては、国内における就業難易度の調査・研究、国際障害分類、国民年金法、身体障害者福祉法等国内の他制度、オーストラリア、ドイツ、イギリス等諸外国における職業上の障害に関する情報等を参考に検討を行った。

なお、高次脳機能障害を有する者の復職率に係る研究をまとめた報告によると、復職率は25~45%であり、その内容は現職復帰から業務内容を変更する場合までが含まれている。また、労災認定された事例について就労状況を調査した研究は高次脳機能障害が軽度の者と重度な者の就労している者の割合が有意に前者が高いことや就労及びその定着について「体力や集中力に合わせた職務割り当て」等の会社側の支援・配慮が重要であることを指摘している。

これらのことは重度の高次脳機能障害により就労ができず日常生活を営むにも援助が必要である者を適切に評価する必要があるだけでなく、日常生活は自立しているものの、中等度又は軽度の高次脳機能障害により就労する上での困難が生じている者をその障害の程度に応じて適切に評価する必要があることを示している。

(2) 障害の評価の具体的着眼点

高次脳機能障害については、上記のとおり職業生活に重要な意思疎通能力、問題解決能力、作業負荷に対する持続力・持久力及び社会行動能力の4つの能力低下に着目して評価を行うこととしたが、その判断の要点は次のとおりである。

(イ) 意思疎通能力(記銘・記憶力、認知力、言語力等)

職場において他人とのコミュニケーションを適切に行えるかどうか等について判定する。主に記銘・記憶力、認知力、言語力の側面から判断を行う。

(ロ) 問題解決能力(理解力、判断力等)

作業課題に対する指示や要求水準を正確に理解し適切な判断を行い、円滑に業務が遂行できるかどうかについて判定する。主に理解力、判断力、集中力(注

意の選択等)について判断を行う。

(ハ) 作業負荷に対する持続力・持久力

一般的な就労時間に対処できるだけの能力が備わっているかどうかについて判定する。精神面における意欲・気分・注意の集中の持続力・持久力について判断を行う。その際、意欲・気分の低下等による疲労感、倦怠感を含めて判断する。

(二) 社会行動能力(協調性等)

職場において他人と円滑な共同作業、社会的行動ができるかどうか等について判定する。主に、協調性、不適切な行動(突然大した理由もないのに怒る等の感情や欲求のコントロールの低下による場違いな行動等)の頻度についての判断を行う。

(3) 障害の評価に当たっての留意事項

イ 業務上の負傷又は疾病に起因する高次脳機能障害による障害であることは、当然の前提であるが、高次脳機能障害は脳の器質的病変に基づくものとされていることから、MRI、CT、脳波などにより高次脳機能障害の原因が脳の器質的病変に基づくことと診断されることが必要である。

ロ 高次脳機能障害を有する者の中には、食事・入浴・用便・更衣等にも介護が必要な者のほか、食事・入浴・用便・更衣等は概ね自立しているものの、自宅外の行動が困難で外出等をするに際して随時介護が必要な者が少なくない。

このような重度の高次脳機能障害を有する者が労務に就けないことは明らかであるから、高次脳機能障害の障害の程度を確認するとともに、高次脳機能障害による食事・入浴・介護等の日常生活動作及び外出、買い物等の生活行動についての介護の要否及び程度についてまず調査を行い、常時又は随時のいずれの介護も不要である場合について、4能力の低下の状態を基本として、高次脳機能障害整理表に掲げられた例も参考に労働能力の喪失程度を判断することが適当である。

なお、その際には、上記の事項についての的確に判断するため、障害認定に当たって主治医及び家族(あるいは家族に代わる介護者)に対して別途定める様式により障害の状態についての詳細な情報を求めることとする。

ハ 複数の障害が認められるときには、障害の程度の最も重篤なものを目安として評価を行い、各障害の相互作用に着目して判断することが適当である。

(4) 評価の基準

脳の障害による後遺障害の評価について現行障害認定基準はその障害の程度に応じて

第 1級 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの

第 2級 神経系統の機能又は精神精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの

の

- 第 3 級 神経系統の機能又は精神精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの
- 第 5 級 神経系統の機能又は精神精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの
- 第 7 級 神経系統の機能又は精神精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの
- 第 9 級 神経系統の機能又は精神精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの
- 第 12 級 労働には通常差し支えないが、医学的に証明しうる神経系統の機能又は精神の障害を残すもの
- 第 14 級 労働には通常差し支えないが、医学的に可能な神経系統の機能又は精神の障害に係る所見があると認められるもの

に区分して評価することとしている。

本検討会としては、後遺障害として労働能力のそう失を伴うと認められる高次脳機能障害についても上記の各障害等級に区分して評価することが妥当であり、また、上記の各障害等級に相当する障害の程度は、以下のとおりとするのが妥当であると考え

る。

第 1 級 重篤な高次脳機能障害により食事・入浴・用便・更衣等の日常生活動作ができず常時介護を要するもの又は高次脳機能障害による高度の痴ほうや情意の荒廃があるために、常時監視を要するものが該当する。

第 2 級 重篤な高次脳機能障害のため自宅内の日常生活動作は一応できるが、自宅外の行動が困難で、随時他人の介護を必要とするもの又は高次脳機能障害による痴ほう、情意の障害、幻覚、妄想、頻回の発作性意識障害のため随時他人による監視を必要とするものが該当する。

第 3 級 高次脳機能障害のために 4 能力のいずれか 1 つ以上の能力について「できない」状態に該当すると認められるもの又は 4 能力のいずれか 2 つ以上の能力について「困難が著しく大きい」状態に該当すると認められ、これらの状態の全体を捉えた場合には 4 能力のいずれか 1 つ以上の能力について「できない」状態に相当すると考えられるものが該当する。

たとえば、4 能力について「できない」状態に該当するものには、次のようなものがある。

意思疎通能力については、「職場で他の人と意思疎通を図ることができな

「い」場合

問題解決能力については、「課題を与えられてもできない」場合

第5級 高次脳機能障害のために4能力のいずれか1つ以上の能力が「困難が著しく大きい」状態に該当すると認められるもの又は4能力のいずれか2つ以上の能力について「困難はあるがかなりの援助があればできる」状態に該当すると認められ、これらの状態の全体を捉えた場合には4能力のいずれか1つ以上の能力について「困難が著しく大きい」状態に相当すると考えられるものが該当する。

たとえば、4能力について「困難が著しく大きい」状態に該当するものには、次のようなものがある。

意思疎通能力については、「実物を見せる、やってみせる、ジェスチャーで示す、などの色々な手段とともに話しかければ、短い文や単語くらいは理解できる」場合

問題解決能力については、「1人で判断することは著しく困難であり、ひんぱんな指示がなければ対処できない」場合

第7級 高次脳機能障害のために、4能力のいずれか1つ以上の能力が「困難はあるがかなりの援助があればできる」状態に該当すると認められるもの又は4能力のいずれか2つ以上の能力について「困難はあるが多少の援助があればできる」状態に該当すると認められ、これらの状態の全体を捉えた場合には4能力のいずれか1つ以上の能力について「困難はあるがかなりの援助があればできる」状態に相当すると考えられるものが該当する。

たとえば、4能力について「困難はあるがかなりの援助があればできる」状態に該当するものには、次のようなものがある。

意思疎通能力について、「職場で他の人と意思疎通を図ることに困難を生じることがあり、意味を理解するためには時々繰り返してもらう必要がある」場合

第9級 高次脳機能障害のために、4能力のいずれか1つ以上の能力が「困難はあるが多少の援助があればできる」状態に該当すると認められるものが該当する。

たとえば、4能力について「困難はあるが多少の援助があればできる」状態に該当するものには、次のようなものがある。

意思疎通能力については、「職場で他の人と意思疎通を図ることに困難を生じ

ることがあり、意味を理解するためにはたまには繰り返してもらう必要がある」
場合

「問題解決能力については「1人で判断することに困難を生じることがあり、
たまには助言を必要とする」場合

第12級 MRI、CT等により他覚的に証明される軽度の脳挫傷、脳出血等又は脳波
の軽度の異常所見が認められるものであって、4能力のいずれか1つ以上の能力が
「困難はあるが概ね自力でできる」に該当すると認められるものが該当する。

たとえば、4能力について「困難はあるが概ね自力でできる」状態に該当す
るものには、次のようなものがある。

意思疎通能力については、「職場で他の人と意思疎通を図ることに困難を生じ
ることがあり、ゆっくり話してもらう必要が時々ある」場合

第14級

MRI、CT、脳波等によっては、脳の器質的病変は明らかではないが、頭部打撲
等の存在が確認され、脳損傷が合理的に推測されるものであって、4能力のいづれ
か1つ以上の能力が「困難はあるが概ね自力でできる」又は「多少の困難はある
が概ね自力でできる」ような状態に該当するものが該当する。

参考：「高次脳機能障害者の復職、就労における問題点」（田谷 勝夫 『職リ
ハネットワーク』 1993. 10. No. 22 所収）

参考：「高次脳機能障害者の就職を妨げるもの」（種村 留美 『職リハネット
ワーク』 1993. 10. No. 22 所収）

参考：『脳外傷者の就業定着に関する研究』（田谷 勝夫、清水 亜也）

参考：「地域障害者職業センターの業務統計上“その他”に分類されている障害
者の就業上の課題」（日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター 平
成9年）

参考：「高次脳機能障害の診断・リハビリテーションマニュアル」（高次脳機能障
害者リハビリテーション等調査研究会 平成14年）

3 身体性機能障害

(1) 脳損傷の場合

イ 現行認定基準の考え方と問題点

現行の認定基準における各等級の基準には次のような記述があることから、失われ
た又は残存する身体機能を等級判定の直接の要素とはせず、麻痺の範囲と程度を要素

として等級判定の基準としていることがうかがえる。

- 1級 用廃に準じる程度の四肢麻痺と構音障害の合併
- 3級 四肢の（不全）麻痺の高度なもの
- 5級 一下肢の完全麻痺
- 7級 片麻痺（程度は不明）
- 9級 四肢の軽度の単麻痺（例えば高所作業や自動車運転が危険であると認められるもの）

12級 感覚障害、錐体路症状及び錐体外路症状を伴わない軽度の麻痺

現行障害等級表は、障害の部位と程度によって、障害等級を決定しているところから、麻痺の範囲と程度により障害等級を判定する考え方は基本的に妥当であるが、次のような問題点がある。

- ① 麻痺の程度について、軽度、高度、用廃に準じたものの3通りの記述があるが、その程度が必ずしも明らかではないこと
- ② 麻痺の範囲と程度に係る規定が一部しかないため、表示されていない範囲と程度に当たる麻痺の障害等級が判定しにくいこと

したがって、認定基準の見直しでは、上記の問題点を解消することを目標として検討すべきである。

□ 障害認定の方法

(イ) 基本的な考え方

身体的所見及びMRI・CT等の補助診断法によって裏付けることのできる麻痺の範囲及び程度とそれによる動作制限により障害等級を基本的に決定するのが上記のとおり妥当であり、今後もその考え方を踏襲すべきである。

また、例えば四肢が完全に麻痺した場合や両下肢が完全強直し、麻痺している部位に広範な知覚異常等が生じている場合には当然第1級の3に該当するものであるが、後述のように四肢の中等度の麻痺に当たるときであっても、障害の状態によっては介護を要することがあるから介護の要否及び程度により1～3級に決定すべきである。

なお、現行認定基準は麻痺の程度の区分について、用廃に準じたもの、高度、軽度という用語を用いているが、用廃に当たるものの中には関節がわずかに動くものなど不全麻痺の高度なものも含まれるところから、高度、中等度、軽度に区分することが適当である。

(ロ) 麻痺の程度の評価

現行認定基準上軽度の運動障害の例示として高所作業や自動車運転が可能ではあるが、危険と認められるものが挙げられていることから、軽度な運動障害は歩行や掴む・握るといった基本的な動作は概ねできるものの、巧緻性及び速度が相当程度損なわれているものと考えられる。一方、高度とは基本的に用廃に準じ

たものと考えられることから、障害のある四肢の運動性・支持性は失われているので、その中間の中等度の運動障害は障害のある四肢の運動性・支持性にかなりの制限が生じているものと考えることが適当である。

なお、不随意運動、運動失調等の共同運動障害による各種の障害や共同運動障害、筋緊張、関節の可動域制限等がいまって障害が生じている場合の共通した尺度を現時点においては示し得ないことから、四肢の運動性が失われている、かなりの制限がある、巧緻性及び速度が相当程度損なわれていることの例を示すことが適当である。

したがって、高度、中等度、軽度に該当する場合は、それぞれ以下のとおりとすることが妥当である。

a 高度

高度とは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性がほとんど失われ、障害のある上肢又は下肢の基本動作（下肢においては歩行や立位、上肢にあっては物を持ち上げて移動させること）ができないと考えられるもので、次のいずれかに該当する場合をいう。

- ① 完全強直又はこれに近い状態にあるもの
- ② いずれの関節も自動運動によっては可動させることができないもの又はこれに近い状態にあるもの
- ③ 共同運動障害が高度であって随意運動の障害が顕著なため基本動作（歩行及び立位の保持、持ち上げる、掴む及び握る等）ができないもの

たとえば、上肢にあっては「障害を残した上肢のみでは物を持ち上げて移動させることができないもの」、下肢にあっては「障害のある下肢のため杖や硬性装具無しでは歩行することが困難なもの」が該当する。

b 中等度

運動障害が中等度であるとは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性が相当程度失われ、障害のある上肢又は下肢の基本動作（歩行及び立位の保持、持ち上げる、掴む及び握る等）にかなりの制限があるものも該当する。

たとえば、上肢にあっては、「障害を残した上肢では文字を書くことができないもの」や「障害を残した上肢のみでは軽量な物（概ね 500g）を持ち上げることができないもの」、下肢にあっては、「障害のある下肢のため、杖や硬性装具無しには階段を上ることができないもの」が該当する。

c 軽度

運動障害が軽度であるとは、障害のある四肢の運動性・支持性が多少失われ、障害のある上肢又は下肢の基本動作（歩行及び立位の保持、持ち上げる、掴む及び握る等）を行う際の巧緻性及び速度が相当程度損なわれているものが該当する（ただし、麻痺のある四肢の運動性、支持性、巧緻性及び速度に

ついてほとんど支障が認められない程度の麻痺については、軽度の麻痺に含めず、第12級の12として認定するのが妥当である。)

たとえば、上肢にあっては、「障害を残した上肢では文字を書くことに困難を伴うもの」、下肢にあっては、「日常生活は概ね独歩であるが、障害のある下肢のため、不安定で転倒しやすく、速度も遅いもの」が該当する。

なお、身体性機能障害についても、高次脳機能障害と同様にその障害が医学的・客観的(他覚的)に確認できることが大前提であり、障害認定に当たって主治医に対して別途定める様式により障害の状態についての詳細な情報を求める必要がある。

(ハ) 身体性機能障害の程度

ところで、脳損傷による身体性機能障害に係る障害等級は、現行認定基準上1、2、3、5、7、9、12級となっているが、12級は労務には基本的に差し支えない障害が該当するものである。一方、現行認定基準上軽度の単麻痺とは、例えば自動車の運転が危険であると認められるものが該当するとされているので、労務に支障があるのはもちろんのこと、社会通念上就労可能な職種が相当程度制限されると解されることから9級が妥当である。そして、一上肢又は一下肢の用廃は5級に相当することから、単麻痺の高度な麻痺は5級とすることが妥当であり、軽度の麻痺が9級に該当する以上、その中間の中等度の単麻痺は7級に該当させることが妥当である。

また、中等度の四肢麻痺は現行認定基準上3級となっているが、すべての四肢に相当程度の障害が認められる障害については、少なくとも労働能力をすべて喪失していると考えられることから、3級以上の障害として評価することが妥当であり、これより障害の程度の軽い軽度の四肢麻痺は5級とすることが適当である。

なお、片麻痺については、上肢及び下肢の障害等級に準じて考えると、軽度の単麻痺が9級相当であることから、軽度の片麻痺は7級が妥当であり、同様に中等度の片麻痺は5級、高度な片麻痺は少なくとも2級に該当させることが適当である。

以上のことを表にまとめると、次のとおりとなる。

	四肢麻痺	片麻痺	単麻痺
高度	1	1～2※	5
中等度	1～3	5	7
軽度	5	7	9

※ 上肢及び下肢の障害がいずれも5級である場合には、併合すると2級となる。

このように動作制限のみならず麻痺の範囲及び程度を踏まえて障害等級を定めることとしたのは、現行障害等級表は、基本的に原因を特定することなく障害の部位及び程度に応じて障害等級を定めているからである。すなわち、障害の原因が異なったとしても出現した部位と症状が同じであれば、同様に評価することとされていることを踏まえたものである。

したがって、例えば5級に相当する障害として1上肢（1下肢）の用廃が定められているから、脳及びせき髄の損傷によるものであっても、それが1上肢（1下肢）の運動障害にとどまる限り5級を上回ることはない。また、5級と評価するためには、完全麻痺により完全強直しているあるいは筋力が著しく減じていることにより関節可動域制限が生じ用廃に該当する状態には限られないものの、共同運動障害が著しいといった1上肢（1下肢）の機能をほとんど失うに足る機能障害を有し、現に1上肢の機能をほとんど失っている状態に当たることが必要とされることは言うまでもないから、具体的な障害等級を定めるに当たってはこの点に留意する必要がある。

（二） 障害等級の例示

本検討会としては、後遺障害として労働能力のそう失を伴うと認められる身体性機能障害についても1級から12級の各障害等級に区分して評価することが妥当であると考えます。

そこで、本検討会においては、身体性機能障害に係る障害の例を示すことが適当であると考え、身体性機能障害整理表（別紙2）をとりまとめたうえで、具体的な等級として以下の例を示すものである。

1級の3

脳損傷による四肢の中等度以上の運動障害又は一上肢及び一下肢の高度な運動障害等の身体性機能障害により、食事・入浴・用便・更衣等について常時介護を要するもの

2級の2

脳損傷による四肢の中等度以上の運動障害又は一上肢及び一下肢の高度な運動障害等の身体性機能障害により、自宅内の食事・入浴・用便・更衣等について随時他人の介護を必要とするもの

3級の3

脳損傷による四肢の中等度以上の運動障害等の身体性機能障害により、終身労務に就くことができないもの

たとえば、常時及び随時の介護のいずれも不要であるが、歩行できないもの

が該当する。

5級の1の2

脳損傷により以下の障害が認められ、特に軽易な労務以外には服することができないもの

これには次のような状態が該当する。

- ① 一上肢及び一下肢に係る中等度の運動障害等の身体性機能障害により、一上肢及び一下肢の機能の機能を著しく失ったもの
- ② 一上肢の高度な運動障害等（例：完全麻痺）の身体性機能障害により、一上肢の機能をほとんど失ったもの

以下のいずれかに該当する場合

- a 完全強直又はこれに近い状態にあるもの
 - b いずれの関節においても自動運動によっては可動させることができないもの又はこれに近い状態にあるもの
 - c 共同運動障害が高度なことにより、障害のある上肢では物を持ち上げて移動させることができないもの
- ③ 一下肢の高度な運動障害等（例：完全麻痺）の身体性機能障害により、一下肢の運動性と支持性をほとんど失ったもの

次のいずれかに該当するもの

- a 完全強直又はこれに近い状態にあるもの
- b いずれの関節においても自動運動によっては可動させることができないもの又はこれに近い状態にあるもの
- c 共同運動障害が高度なことにより、一下肢の随意的な運動性と支持性をほとんど失ったもの

7級の3

脳損傷により以下の障害が認められ、軽易な労務以外には服することができないもの

これには次のような状態が該当する。

- ① 一上肢及び一下肢の軽度の運動障害等の身体性機能障害により、上肢及び下肢の機能を相当程度失ったもの
- ② 一上肢の中等度の運動障害等の身体性機能障害により、上肢の機能を著しく失ったもの

例えば、一上肢に中等度の運動障害等が生じたことにより、「文字を書くことができない」場合

- ③ 一下肢の中等度の運動障害等の身体性機能障害により、下肢の機能を著しく失っ

たもの

例えば、一下肢の中等度の運動障害等が生じたことにより、「杖や硬性装具無しには階段を上ることができない」場合

9級の3

脳損傷により以下の障害が認められ、社会通念上就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるもの

これには次のような状態が該当する。

一上肢の軽度の運動障害等の身体性機能障害により、上肢の機能を相当程度失ったもの

たとえば、

一上肢の軽度の運動障害等が生じたことにより「文字を書くことに困難を伴う」場合

一下肢の軽度の運動障害等の身体性機能障害により、下肢の機能を相当程度失ったもの

たとえば

一下肢の軽度の運動障害等が生じたことにより「日常生活は概ね独歩であるが、不安定で転倒しやすく、速度も遅い」場合

第12級の12

MRI、CT等により他覚的に証明される脳挫傷、脳出血等又は脳波の軽度の異常所見が認められるものであって、軽微な麻痺（例：軽微な随意運動の障害、軽微な筋緊張の亢進等のみが認められるもの、運動障害を伴わないものの、感覚障害が概ね一上肢又は一下肢の全域にわたって認められるもの）を残すもの

(ホ) その他の検討事項

a Brunstrom Stageに係る検討

脳の損傷による障害の評価については、我が国のリハビリテーション科領域において Brunstrom Stage が広く用いられている現状にある。しかしながら、Brunstrom Stage が注目しているいわゆる原始的共同運動という現象以外にも失調性麻痺や不随意運動性の麻痺等の随意運動障害は存在していることから、Brunstrom Stage のみに着目することなく、広く共同運動障害による随意運動の障害や関節可動域制限、筋緊張等の程度について広く着目することが望ましいと考えたものである。

b 徒手筋力テストに係る検討

徒手筋力テストは、筋力を評価するものとして広く採用されており、正しい知

識と技術に基づいて行えば信頼性、妥当性、鋭敏性、整合性の高い優れた検査法であると評価されている。

労災保険においては、徒手筋力テストは筋力低下を裏付ける客観的根拠に乏しいこともあり、被検者の真摯な協力が得られない場合は、適正な評価ができないことから採用していないところであるが、不全麻痺による運動障害の大きな原因となっている筋力低下に着目しないことは適当ではない。(なお、徒手筋力テストの結果2以下となる場合には、自動運動による関節可動域の制限が生じることから、一定の評価をしており、現行の取扱いが麻痺による筋力の低下を考慮していないわけではない。)

しかしながら、脳損傷による障害の場合には被験者の協力を得ること自体が難しいことがある上、共同運動障害等により不随意運動等の複雑な症状が生じるため、徒手筋力テストを適切に実施できないことも多い。また、筋力低下のほかに不随意運動、運動失調や関節可動域の制限が生じることが多いが、前述のとおりこれらがあいまって障害が生じている場合の尺度を現時点においては示し得ないことから、そのような時には障害の程度はこれらすべての要因によりどのような障害が生じているのかを評価することが適切であるので、徒手筋力テストにより判断することが適当な障害は限られることとなる。

また、徒手筋力テストは各筋の筋力を評価するものであるが、各関節に係る主動作筋に限ってみても1上肢で50程度の筋力を評価することが必要であり、しかも各主動作筋の筋力の各関節に与える影響は必ずしも一様ではないことから、各主動作筋の筋力低下の全体をどのように評価することについては、未だに医学的知見が確立していない状況にある。

さらに、前述のとおり筋力低下を裏付ける客観的根拠に乏しいことから、徒手筋力テストの結果のみによることなく他の身体的所見との整合性を判断し、整合性が認められた障害のみを評価するという運用によることを条件にして採用せざるを得ないので、結局はどのような障害が生じているかにより評価することとなり、徒手筋力テストを採用する必要性に乏しいと考えられる。

したがって、徒手筋力テストは優れた検査手技ではあるが、現時点においては単なる参考にとどめるのが適当であり、その認定基準への取り込みについては、全体的な運動障害の評価のあり方を念頭に慎重に検討すべきであるとの結論に至った。

【参考：徒手筋力テスト】

徒手筋力テストは、筋力を評価する方法として広く採用されている。

このテストは、人体の主要関節を動かす筋の筋力を特別な器具を使わずに検者の手で測定する方法である。