

下肢

第1 下肢の偽関節

1 現行の取扱い

- (1) 下肢の偽関節については、第7級の10「1下肢に仮(偽)関節を残し、著しい運動障害を残すもの」及び第8級の9「1下肢に仮(偽)関節を残すもの」が規定されている。
- (2) 両等級の認定基準は、次のとおりである。
 - イ 「1下肢に仮(偽)関節を残し、著しい運動障害を残すもの」(第7級の10)とは、次のいずれかに該当する場合をいう。
 - (イ) 大腿骨に偽関節を残すもの
 - (ロ) 脛骨及び腓骨の両方に偽関節を残すもの
 - ロ 「1下肢に仮(偽)関節を残すもの」(第8級の9)とは、脛骨若しくは腓骨のいずれか一方に偽関節を残すものをいう。

2 検討の視点

- (1) 第7級の10及び第8級の9にいう偽関節の範囲について検討する。
- (2) 第7級の10「1下肢に仮(偽)関節を残し、著しい運動障害を残すもの」の障害等級及び認定基準の妥当性を検討する。
- (3) 第8級の9「1下肢に仮(偽)関節を残すもの」の障害等級及び認定基準の妥当性を検討する。

3 検討内容

- (1) 偽関節について
 - 偽関節の意義については、上肢と同様である。
- (2) 第7級の10について
 - 現行の障害等級は「1下肢に仮(偽)関節を残し、著しい運動障害を残すもの」を

第7級の10と規定している。

イ 問題の第1点目は、第7級の10が規定している「著しい運動障害を残す」とは何を意味するかである。

(イ) 第7級の10は、偽関節が存在することにより下肢の運動に著しい障害を残すものと理解できる。

この場合、下肢の運動とは何か必ずしも明確ではないが、下肢の役割からして立位することや歩行することと考えられる。

したがって、「著しい運動障害を残す」とは下肢の長管骨に偽関節が生じ、それにより下肢の支持性を失い硬性補装具なくしては立位や歩行が困難となる障害を残すものとするのが妥当である。

下肢の長管骨のうち立位や歩行に重要な役割を果たしているものは大腿骨と脛骨であることから、下肢に著しい運動障害を残す偽関節とは「大腿骨又は脛骨に偽関節があり、常に硬性補装具を必要とするもの」とすることが妥当である。

(ロ) なお、「著しい運動障害を残す」ことについて下肢の関節の機能障害を意味するとの考え方もあるが、偽関節は下肢の支持性に着目した障害であることから、下肢の運動障害については、下肢の関節の可動域に限定して理解することは妥当でない。

ロ 問題の第2点目は、「大腿骨又は脛骨に偽関節を残し、常に硬性補装具を必要とするもの」が第7級程度の障害が第8級程度の障害かである。

一般に、大腿骨又は脛骨に偽関節を残す時は、多くの場合、硬性補装具なくしては立位や歩行はできない。労災保険は逸失利益のてん補を目的とした保険制度であることから、補装具のない状態で障害を評価することを原則としているので、偽関節を残すことにより硬性補装具なくして立位や歩行ができない障害は、少なくとも第8級の7(1下肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの)よりは重篤であり第7級の9と位置づけている現行の障害等級が妥当と考える。

なお、偽関節を残す部位に装着する硬性補装具は、現在の医学水準からして体の一部と全くあるいはほとんど同じとの評価までは至っていないことから、現時点では硬性補装具を装着した状態で偽関節を評価することは困難と考えるが、今後、補装具の医学的進展に伴い補装具と障害の関係について検討すべき課題と考える。

(3) 第8級の9について

次に、第8級の9「1下肢に仮（偽）関節を残すもの」の認定基準「脛骨若しくは腓骨のいずれか一方に偽関節を残すもの」について検討する。

イ 問題点の1点目は、腓骨に残る偽関節の評価である。

腓骨は脛骨に比べ細い骨であり、脛骨のいわば添え木のような役割を果たし下肢の支持機能に与える影響はわずかであると考えられ、また、腓骨の偽関節は歩行に対しほとんど影響を与えないものと考えられている（注1参照）。腓骨は下腿への静的負荷の6分の1を支えているとの論文もある（注2参照）。

したがって、腓骨に残る偽関節は、第8級の7ではなく長管骨の変形（第12級の8）として評価するのが妥当である。

ロ 問題点の2点目は、第8級の9が想定している偽関節はどのようなものである。

第8級の9は「1下肢に仮（偽）関節を残すもの」とし下肢に著しい運動障害を残さない程度の偽関節としている。

下肢の運動に著しい障害を残さない偽関節は、第7級の10の基準からして、立位や歩行に大きな影響を与えない程度のものと考えられ、具体的には大腿骨又は脛骨に偽関節を残すが歩行に硬性補装具を時々必要とする程度のものとするのが妥当である。

大腿骨又は脛骨に偽関節を残す場合であっても、髓内釘などの内固定材が折損していない場合は一定程度下肢の支持性を確保できる場合もある。

したがって、硬性補装具を時々必要とする程度とは、骨片間に髓内釘等がそう入され大腿骨又は脛骨に一定程度支持性があり硬性補装具がなくともある程度歩行が可能なものであるが、下肢の支持性を高めるために硬性補装具を装着する場合とするのが妥当である。

（4）第12級の8について

上記（1）から（3）までの議論を踏まえ、次のいずれかに該当する偽関節は、第12級の8とするのが妥当である。

腓骨に偽関節を残すもの

大腿骨の骨端部に偽関節を残すもの

脛骨の骨端部に偽関節を残すもの

(5) 下肢の偽関節の取りまとめ表

偽関節の生じた箇所		現行の取扱い	新たな取扱い
1	大腿骨 (5 を除く)	第 7 級の 1 0	常に硬性舗装具を必要とするもの 第 7 級の 1 0
2	脛骨及び腓骨 (6 を除く)	第 7 級の 1 0	時々硬性補装具を必要とするもの 第 8 級の 8
3	脛骨 (6 を除く)	第 8 級の 9	常に硬性舗装具を必要とするもの 第 7 級の 1 0 時々硬性補装具を必要とするもの 第 8 級の 8
4	腓骨	第 8 級の 9	第 1 2 級の 8
5	大腿骨の骨端部	第 7 級の 1 0	第 1 2 級の 8
6	脛骨の骨端部	第 7 級の 1 0	

4 検討の主な結果

(1) 第 7 級の 9 及び第 8 級の 9 にいう偽関節とは、下肢の長管骨 (骨端部を除く。) の骨片間のゆ合機転が止まって異常可動を示すものをいう。

(2) 第 7 級の 1 0 「 1 下肢に仮 (偽) 関節を残し、著しい運動障害を残すもの」の認定基準は、次のいずれかに該当する場合とする。

なお、大腿骨及び脛骨の骨端部に残る偽関節は含まない。

イ 大腿骨に偽関節を残し、硬性補装具を常に必要とするもの

ロ 脛骨及び腓骨に偽関節を残し、硬性補装具を常に必要とするもの

ハ 脛骨に偽関節を残し、硬性補装具を常に必要とするもの

(3) 第 8 級の 9 「 1 下肢に仮 (偽) 関節を残すもの」の認定基準は、次のいずれかに該当する場合とする。

なお、大腿骨及び脛骨の骨端部に残る偽関節は含まない。

イ 大腿骨に偽関節を残し、硬性補装具を時々必要とするもの

- ロ 脛骨及び腓骨に偽関節を残し、硬性補装具を時々必要とするもの
 - ハ 脛骨に偽関節を残し、硬性補装具を時々必要とするもの
- (4) 腓骨に残る偽関節、大腿骨の骨端部に残る偽関節及び脛骨の骨端部に残る偽関節は、第12級の8「長管骨に奇(変)形を残すもの」とする。

(注1) 腓骨偽関節の検討 日災医会誌39:375~377 1991年
熊本労災病院・熊本機能病院

(注2) Lambert, K.L.: The weight-bearing function of the fibula. J.Bone. Joint Surg., 53-A
(3)507-513, 1971.

第2 下肢の長管骨の変形障害

1 現行の取扱い

(1) 現行の障害等級表は、下肢の変形障害として、第12級の8「長管骨に奇(変)形を残すもの」を規定している。

(2) 現行の認定基準としては、以下のとおりとなっている。

下肢における「長管骨に奇(変)形を残すもの」(第12級の8)とは、次のいずれかに該当する場合で、上肢における場合と同様、その変形を外部から想見できる程度(165度以上わん曲して不正ゆ合したもの)以上のものをいい、長管骨の骨折部位が正常位にゆ着している場合は、たとえ、その部位に肥厚があったとしても、長管骨の変形としては取り扱わない。

イ 大腿骨に変形を残すもの

ロ 脛骨に変形を残すもの

ただし、腓骨のみの変形であっても、その程度が著しい場合にはこれに該当する。

2 検討の視点

(1) 下肢における長管骨の変形に以下の障害も該当するか否か検討する。

大腿骨、脛骨及び腓骨の骨端部の欠損

大腿骨、脛骨及び腓骨の直径の減少

大腿骨、脛骨及び腓骨の回旋変形ゆ合

(2) 現行の認定基準(長管骨が165度わん曲して不正ゆ合したもの)が適切か否か検討する。

3 検討内容

(1) 下肢における長管骨の欠損について

イ 現行の認定基準は、下肢の長管骨の変形として大腿骨や脛骨に165度以上わん曲して不正ゆ合を残したものを認めているが、大腿骨や脛骨の骨端部が欠損した場合は「上肢の長管骨の変形」に含めていない。

ロ 骨の変形には、医学的には欠損した場合も含んでいる。また、現行の障害等級の第12級の5では「鎖骨、胸骨、ろく骨、肩こう骨又は骨盤骨に著しい変形を残す

もの」には欠損を含んでいるところである。

したがって、下肢の長管骨の変形に、大腿骨や脛骨の骨端部を一定程度欠損した場合も「下肢の長管骨の変形」に含めて考えることが妥当である。

この場合、骨端部の欠損の程度であるが、現在の長管骨の変形に係る認定基準（外部から想見できる程度[165度以上わん曲して不正ゆ合したもの]）との比較から、骨端部の一部ではならず骨端部のほとんどが欠損した場合とするのが妥当である。

八 また、大腿骨や脛骨の骨端部は、股関節、ひざ関節又は足関節の一部であることから、これらの骨端部を欠損した場合には当該関節の機能障害を伴うことが多い。

したがって、下肢の長管骨の骨端部の欠損により関節の機能障害や下肢短縮が生じた場合には、長管骨の変形障害、関節の機能障害及び下肢短縮のうちいずれか上位の等級で評価すれば足りるものとする。

二 なお、大腿骨や脛骨の骨端部が欠損し人工関節・人工骨頭をそう入置換した場合には、長管骨の変形ではなく人工関節・人工骨頭に係るそう入置換した関節の評価となる（上肢及び手指について「第8 人工関節・人工骨頭と機能障害」参照）。

（2）大腿骨、脛骨の直径の減少

イ 骨は骨折後には一般に直径が太くなるが、骨折部が遷延治ゆや粉碎骨折等により骨の一部が細くなることもあり、大腿骨又脛骨の直径が3分の2以下に減少した場合には下肢の支持機能に多少の影響を及ぼすことから、「長管骨に奇（変）形を残すもの」（第12級の8）とするのが妥当である。

ロ 大腿骨又脛骨の直径の減少を3分の1以上とする理由は、一般に骨の直径の6分の1程度の欠損では日常生活にほとんど影響がないが、大腿骨又脛骨にあっては直径の3分の1以上の欠損となると下肢の支持機能に多少の影響を及ぼし日常生活にも影響が生じるおそれがあると臨床経験上言えることによる。

八 さらに、大腿骨又は脛骨の骨端部は、3分の1程度の欠損では下肢の支持に与える影響は少ないことから、骨のうち骨端部を除いた骨幹部と骨幹端部に限定するのが妥当である。

二 一方、腓骨については、支持性への影響は少ないことから、偽関節や欠損に該当しない限り障害としては評価しないこととする。

ホ なお、骨の直径の減少の判断は、2方向からエックス線写真の撮影を行い、いずれか一方から減少を確認できることをもって足りる。

減少の比較は、減少した当該箇所の周囲の骨の直径を参考に判断する。

(3) 下肢の長管骨の回旋変形ゆ合について

長管骨の回旋変形ゆ合は、一般的には解剖学的なアライメントと異なった形態でゆ合が完成した状態をいい、特に、下肢の長管骨の回旋変形ゆ合は歩行に重大な影響を与えるものである。

イ 大腿骨の回旋変形ゆ合について

(イ) 近年医療水準が向上し、大腿骨が回旋変形したままでゆ合するケースはまれとなったところであり、特に著しい回旋変形が残る場合には、手術することによりほとんどみられなくなったところである。

(ロ) 大腿骨が回旋変形ゆ合した場合には、歩行に影響を与えることを踏まえ、長管骨の変形(第12級の8)として評価すべきである。

(ハ) 大腿骨が回旋変形ゆ合すると、回旋変形ゆ合した部位以下の下肢が解剖学的なアライメントと異なった形態となる。

回旋変形の程度が著しくない場合には、外形的にはほとんどわからないことも多く、機能的にも股関節に代償され大きな支障を生じないことも多い。

ただ、回旋の程度が著しい場合には、外形的にも歩行にも影響を与える。

この場合、回旋変形の程度が著しいとはどの程度をいうかであるが、外旋の場合は概ね45度になると外形的にも明かとなること等から、45度以上をもって回旋変形の程度が著しいと理解できる。内旋の場合は概ね30度以上となると外形から明らかになるのみならず歩行や自転車に乗ること等に相当の影響を与えることから、30度以上をもって回旋変形の程度が著しいと理解するのが妥当である。

(ニ) 次に、回旋変形が45度以上又は30度以上であることの確認方法についてであるが、以下のいずれをも満たすものとするのが妥当である。

ロ 大腿骨が外旋してゆ合した場合は股関節の内旋が0度を超えて可動できず、大腿骨が内旋してゆ合した場合は股関節の外旋が15度を超えて可動できないこと。

イ エックス線写真等により、大腿骨骨幹部の骨折部に回旋変形ゆ合が明らかに

存することを確認できるものであること。

エックス線写真等は、両ひざを揃え、膝蓋骨を左右同様に前方に向けた肢位で、正面から両下肢（両大腿骨の全長）を同時に撮影し、エックス線写真等における左右の大腿骨の骨頭及び頸部の形状の相違を確認することにより、回旋変形ゆ合の存在を確認することができる。

（ホ）上記の回旋の程度を下肢の内旋・外旋で判断する方法の根拠は、次のとおりである。

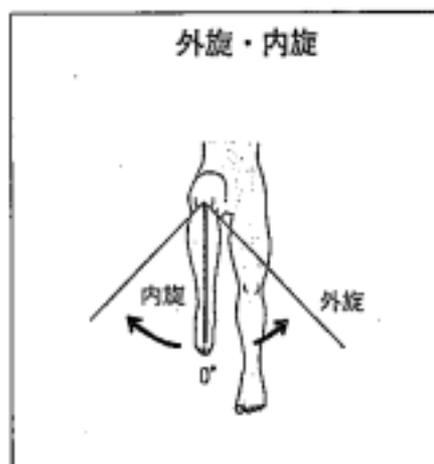
すなわち、大腿骨の末梢部が内旋してゆ合すると、股関節の外旋・内旋を測定する肢位（背臥位で、股関節とひざ関節を90度屈曲した肢位。以下同じ。）において、大腿骨の末梢部は体幹側に位置する。

一方、大腿骨の末梢部が外旋してゆ合すると、股関節の外旋・内旋を測定する肢位において、大腿骨の末梢部は体幹側と反対側に位置する。

この場合、大腿骨の末梢部が30度程度内旋してゆ合した場合、外旋の可動域は30度程度制限される。外旋の参考可動域は45度となっていることから、外旋の可動域は45度から30度を引いて15度程度制限される。

また、大腿骨の末梢部が45度程度外旋してゆ合した場合、内旋の可動域は45度程度制限される。内旋の参考可動域は45度となっていることから、内旋の可動域は45度から45度を引いて0度となる。

【測定する姿勢】



（ヘ）なお、股関節に機能障害があり障害等級に該当する場合であるが、股関節の機能障害と長管骨の変形とは障害された部位も異なるし、労働能力に与える影響も

異なる（股関節の機能障害は外旋と内旋とを一括した可動域に対する障害であり、長管骨の変形は骨が解剖学的なアライメントと異なった形態でゆ合したことによる労働能力の喪失である）ことから、両障害が存在する場合は併合することが妥当である。

ロ 脛骨及び腓骨の回旋変形ゆ合について

（イ）脛骨及び腓骨が骨折し両方の骨が回旋変形ゆ合するケース、脛骨が骨折し回旋変形ゆ合するケースについても、近年の医療水準からみて少なくなったところであり、回旋変形が著しいケースは再手術することによりほとんどみられなくなった。

（ロ）また、脛骨及び腓骨の回旋変形ゆ合の場合、多くは腓骨が大きく屈曲したり、偽関節となるため、その屈曲や偽関節をとらえて「長管骨の変形」と評価できると考えられるところである。

（ハ）したがって、脛骨及び腓骨の回旋変形ゆ合については、これを障害として評価する基準を設ける必要性に乏しいと考える。

（４）なお、「長管骨に奇（変）形を残すもの」（第１２級の８）に係る認定基準では、外部から想見できる程度として、１６５度以上わん曲して不正ゆ合したものを要件としているが、「１６５度」以上わん曲してという表現よりも、「１５度」以上わん曲してというほうが理解しやすいと思われる。

４ 検討の主な結果

下肢の長管骨の変形障害については、次のとおりとすることが妥当である。

（１）大腿骨又は腓骨の骨端部の欠損について

イ 大腿骨、脛骨の骨端部のほとんどが欠損した場合は「長管骨の変形」（第１２級の８）に該当するものとする。

ロ 大腿骨、脛骨の骨端部の欠損により関節の機能障害又は下肢短縮が生じた場合には、長管骨の変形障害、関節の機能障害及び下肢短縮のうちいずれか上位の等級で評価する。

（２）大腿骨又は脛骨（骨端部を除く。）の直径の減少

大腿骨又は脛骨（骨端部を除く。）の直径が３分の１以上減少した場合には、「長管骨に奇（変）形を残すもの」（第１２級の８）とする。

(3) 大腿骨又は脛骨・腓骨の回旋変形ゆ合

イ 大腿骨の回旋変形ゆ合

大腿骨が、外旋については45度以上、内旋については30度以上回旋変形ゆ合した場合は、「長管骨に奇(変)形を残すもの」(第12級の8)とする。

このことは、次のいずれにも該当することを確認することにより認定するものとする。

(ロ) 外旋変形ゆ合の場合は股関節の最大内旋位が0度以下、内旋変形ゆ合の場合は、股関節の外旋が15度以下であること。

(イ) 回旋変形ゆ合していることを、エックス線写真等で確認できるものであること

ロ 脛骨又は腓骨の回旋変形ゆ合

脛骨又は腓骨の回旋変形ゆ合に係る新たな認定基準を策定する必要性は乏しい。

(4) 現行の「長管骨に奇(変)形を残すもの」(第12級の8)に係る認定基準の中の「165度以上わん曲して」という表現を「15度以上屈曲して」と変更する。

第3 踵骨骨折治ゆ後の疼痛と足関節の機能障害

1 現行の取扱い

- (1) 現行の認定基準では、踵骨骨折治ゆ後の疼痛と足関節の機能障害が存する場合は併合する取扱いをしている。
- (2) 左右の足のそれぞれに、踵骨骨折治ゆ後の疼痛と左右の足関節の機能障害が存する場合であっても、左右の足の疼痛と右足関節の機能障害と左足関節の機能障害を併合する取扱いをしている。

2 検討の視点

踵骨骨折治ゆ後の疼痛と足関節の機能障害を併合することは、当然の取扱いを確認したもののなか、通常派生する関係の例外的な取扱いなのかを検討する。

3 検討内容

- (1) 現行の認定基準は、1の身体障害に他の身体障害が通常派生する関係にある場合には、いずれか上位の等級をもって、当該障害の等級としている。

関節に機能障害があり、当該関節を可動する際に疼痛が伴う場合や疼痛のため可動することが出来ない又は制限される場合には、疼痛は関節の機能障害に通常派生する関係にあるとして、いずれか上位の等級をもって障害認定している。

- (2) 本件の問題点は、踵骨を骨折し治ゆ後に残存した疼痛と足関節の機能障害とがどのような関係にあるかである。

イ まず、足関節を構成する骨と踵骨との関係である。

足関節は医学的には距腿関節ともいい(注1参照)、脛骨・腓骨と距骨の間の関節であり、踵骨は含まれない。

踵骨は距骨との間で距骨下関節を構成し、舟状骨、距骨及び立方骨との間でショパール関節を構成する。

したがって、踵骨は距腿関節とは異なる部位となる。

ロ 次に、足部の関節と足の運動についてである。

足関節の屈伸運動は距腿関節、距骨下関節やショパール関節等の複合運動であり、主に距腿関節によって行われ、距骨下関節やショパール関節等の関与はわずかである。また、外がえしや内がえしは主に距踵関節によって行われ、外転・内転はショパール関節とリスフラン関節の複合運動である。

八 以上のことから、距腿関節と踵骨とは別の部位であり、また、踵骨骨折による疼痛が距腿関節の屈伸に直接に影響するものではないことから、現行認定基準の併合の取扱いは当然のことを注意書として記載したものであり、関節の機能障害に通常派生する疼痛を例外的に併合にしたものではないと考えるのが妥当である。

(3) なお、踵骨骨折により疼痛が生じる場合についてである。

一般に、踵骨骨折は高所からの転落、飛び降りなどで起こり、足部で多い外傷の一つである。

踵骨骨折において、結節部骨折の場合は疼痛等の予後は悪くない。関節内骨折をした場合は疼痛等を残す場合があり、特に、距骨下関節の後関節面に転位を残した場合には疼痛を残すことがあり、わん曲した道路やでこぼこ面の道路を歩行する際に疼痛が生じる。しかし、距骨下関節を固定した場合や踵骨中心部の陥没骨折の場合には疼痛が生じないことも多い。

また、踵骨は骨萎縮をおこしやすく、骨が萎縮した場合には前足部に拘縮が生じることもある。踵骨骨折の際長期間患部を固定した場合に足関節の拘縮が生じることもあるが、近年の治療では早期運動療法が取り入れられており、足関節が拘縮により用廃となることは少ない。

4 検討の主な結論

踵骨と足関節とは別の部位である。

現行認定基準が踵骨骨折治ゆ後の疼痛と足関節の機能障害を併合することを定めていることは当然の取扱いを確認したものであり、通常派生する関係の例外を定めたものではない。

(注1) 標準整形外科学(第6版 P530参照) 医学書院

(注2) 医学大辞典(足関節 P1490参照) 医学書院

第4 下肢の麻痺と機能障害

1 現行の取扱い

(1) 現行の障害等級は、下肢の機能障害について、「両下肢の用を全廃したもの」(第1級の9)及び「1下肢の用を全廃したもの」(第5級の5)を規定している。

(2) 「下肢の用を全廃したもの」の認定基準は、以下のとおりである。

イ 3大関節(股関節、ひざ関節及び足関節)及び足指全部の完全強直又はこれに近い状態にあるもの

ロ 3大関節のすべての完全強直又はこれに近い状態にあるもの

2 検討の視点

「上肢の用を全廃したもの」には腕神経叢の弛緩性完全麻痺が含まれるが、下肢の場合も同様に下肢の神経叢による弛緩性完全麻痺が存するか検討する。

3 検討の内容

(1) 業務上の事由又は通勤災害により下肢全部又は一部分に麻痺が生ずる原因は、脊髄損傷、脳損傷、腰神経叢損傷、坐骨神経叢損傷によるものが大半である。

脊髄損傷や脳損傷による麻痺は、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺になることが多く、一側の下肢だけに麻痺が生じることは希である。また、脊髄損傷や脳損傷による麻痺は痙性麻痺が多く、さらに、連合反応、原始的共同運動や胸腹部臓器障害等が生じ、障害が複雑多岐にわたることから、障害等級は「神経系統の機能又は精神」を適用し、障害全体を総合判断している。

一方、腰神経叢損傷、坐骨神経叢等の末梢神経損傷を原因とした麻痺は、通常一側の上部に限定して生じ、弛緩性麻痺であることから、障害認定は、通常、下肢の機能障害と局所の神経症状を適用し、「神経系統の機能又は精神」を適用していない。

脊髄損傷や脳損傷を原因とした障害に係る障害認定については、「精神・神経の障害認定に関する専門検討会」の検討対象項目であることから、当検討会は腰神経叢損傷、坐骨神経叢等の末梢神経損傷を原因とした下肢の麻痺について検討する。

(2) 「下肢の用を全廃したもの」と末梢神経の損傷

イ 現行の「下肢の用を全廃したもの」に係る認定基準は、「3大関節（股関節、ひざ関節及び足関節 以下同じ。）及び足指全部の完全強直又はこれに近い状態」又は「3大関節のすべての完全強直又はこれに近い状態」にあるものをいう。

上肢の場合には、腕神経叢の完全麻痺もこれに含まれるとしているが、下肢には腕神経叢に相当する記載がないところである。

ロ 上記(1)のとおり、脊髄損傷や脳損傷を原因として障害が生じた場合には、基本的には「神経系統又は精神」に係る障害等級を適用し、第5級の5「1下肢の用を全廃したもの」だけを単独で適用することは一般にはない。

問題は、下肢の運動を支配する末梢神経を損傷した場合、腕神経叢と同様に「1下肢の用を全廃」するケースが存するかである。

下肢の運動を支配する神経叢は腰神経叢と仙骨神経叢であるが、「1下肢の用を全廃」するには両神経叢を損傷することが必要である。腰神経叢は第一腰神経から第四腰神経、坐骨神経叢は第四腰神経から第三仙骨神経にかけて存在することから、存在する範囲は広範囲であり、脊髄損傷を伴わず両神経叢を完全損傷することは考えにくい。この点、腕神経叢は腕を引っ張られたりした時等に損傷し脊髄損傷を伴わず完全損傷することがある点違うところである。

したがって、下肢が完全麻痺に及ぶような末梢神経の損傷には、外傷が広範囲に及び、かつ、脊髄損傷が伴わない場合であるが、このようなケースは極めてまれであることから、上肢の腕神経叢と同様に下肢の末梢神経を損傷して「1下肢の用を全廃」する認定基準を策定する必要性はないと考える。

(3) 下肢の末梢神経損傷による不全麻痺と障害等級

下肢の末梢神経損傷による不全麻痺については、「」の第3 上肢の麻痺と機能障害」と同様の結論であり、現在の医学的知見や障害認定の実務からして、直ちに結論が出せる問題ではないことから、今後の検討課題としたい。

4 検討の主な結果

(1) 末梢神経損傷により1下肢の用が全廃することは、腕神経叢損傷とは異なり考えにくいことから、新たな認定基準を策定する必要性はない。

(2) 末梢神経損傷を原因とした下肢の不全麻痺について、現在の医学的知見や障害認定の実務からして、直ちに結論が出せる問題ではないことから、今後の課題とする。