

肢体不自由

一 障害程度等級表

級別	上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		指数
				上肢機能	移動機能	
1級	1 両上肢の機能を全廃したもの 2 両上肢を手関節以上で欠くもの	1 両下肢の機能を全廃したもの 2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により坐っていることができないもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	18
2級	1 両上肢の機能の著しい障害 2 両上肢のすべての指を欠くもの 3 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4 一上肢の機能を全廃したもの	1 両下肢の機能の著しい障害 2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1 体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの	11
3級	1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3 一上肢の機能の著しい障害 4 一上肢のすべての指を欠くもの 5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1 両下肢をショパール関節以上で欠くもの 2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3 一下肢の機能を全廃したもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの	7
4級	1 両上肢のおや指を欠くもの 2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 3 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの	1 両下肢のすべての指を欠くもの 2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの		不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	4

級別	上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		指数
				上肢機能	移動機能	
4級	<p>4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの</p> <p>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの</p> <p>6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの</p> <p>7 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの</p> <p>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</p>	<p>3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの</p> <p>4 一下肢の機能の著しい障害</p> <p>5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの</p> <p>6 一下肢が健側に比して10センチメートル以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの</p>				4
5級	<p>1 両上肢のおや指の機能の著しい障害</p> <p>2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害</p> <p>3 一上肢のおや指を欠くもの</p> <p>4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの</p> <p>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害</p> <p>6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害</p>	<p>1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害</p> <p>2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの</p> <p>3 一下肢が健側に比して5センチメートル以上又は健側の長さの15分の1以上短いもの</p>	体幹の機能の著しい障害	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの	2

級別	上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		指数
				上肢機能	移動機能	
6級	1 一上肢のおや指の機能の著しい障害 2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2 一下肢の足関節の機能の著しい障害		不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの	1
7級	1 一上肢の機能の軽度の障害 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 3 一上肢の手指の機能の軽度の障害 4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害 5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1 両下肢のすべての指の機能の著しい障害 2 一下肢の機能の軽度の障害 3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 4 一下肢のすべての指を欠くもの 5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して3センチメートル以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの		上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの	0.5

- 1 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、1級うえの級とする。ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定せられているものは、該当等級とする。
- 2 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。
- 3 異なる等級について2以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上の級とすることができる。
- 4 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。
- 5 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害をも含むものとする。
- 6 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長（上腕においては腋窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの）をもって計測したものをいう。
- 7 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

二 身体障害認定基準

1 総括的解説

(1) 肢体不自由は機能の障害の程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行われた一時的能力ではではない。

例えば、肢体不自由者が無理をすれば1kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1km歩行可能者とはいえない。

(2) 肢体の疼痛又は筋力低下等の障害も、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障害として取り扱う。

具体的な例は次のとおりである。

a 疼痛による機能障害

筋力テスト、関節可動域の測定又はエックス線写真等により、疼痛による障害があることが医学的に証明されるもの

b 筋力低下による機能障害

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障害があることが医学的に証明されるもの

(3) 全廃とは、関節可動域（以下、他動的可動域を意味する。）が10度以内、筋力では徒手筋力テストで2以下に相当するものをいう（肩及び足の各関節を除く。）

機能の著しい障害とは、以下に示す各々の部位で関節可動域が日常生活に支障をきたすと見なされる値（概ね90度）のほぼ30%（概ね30度以下）のものをいい、筋力では徒手筋力テストで3（5点法）に相当するものをいう（肩及び足の各関節を除く。）

軽度の障害とは、日常生活に支障をきたすと見なされる値（概ね90度で足関節の場合は30度を超えないもの。）又は、筋力では徒手筋力テストで各運動方向平均が4に相当するものをいう。

（注1）関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力は徒手筋力テストの各運動方向の平均値をもって評価する。

(4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障害の一面を表わしたものであるので、その判定に当たっては、その機能障害全般を総合した上で定めなければならない。

(5) 7級はもとより身体障害者手帳交付の対象にならないが、等級表の備考に述べられて

いるように、肢体不自由で、7級相当の障害が2つ以上ある時は6級になるので参考として記載したものである。

(6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。なお、人工骨頭又は人工関節については、人工骨頭又は人工関節の置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定する。

(7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものである。

2 各項解説

(1) 上肢不自由

ア 一上肢の機能障害

(ア)「全廃」(2級)とは、肩関節、肘関節、手関節、手指の全ての機能を全廃したものをいう。

(イ)「著しい障害」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

a 機能障害のある上肢では5kg以内のものしか下げることができないもの。この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよい。

b 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか2関節の機能を全廃したものの。

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

a 精密な運動のできないもの

b 機能障害のある上肢では10kg以内のものしか下げることのできないもの

イ 肩関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである

a 関節可動域30度以下のもの

b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域60度以下のもの

b 徒手筋力テストで3に相当するもの

ウ 肘関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 10 度以下のもの
- b 高度の動揺関節
- c 徒手筋力テストで 2 以下のもの

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 30 度以下のもの
- b 中等度の動揺関節
- c 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- d 前腕の回内及び回外運動が可動域 10 度以下のもの

エ 手関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 10 度以下のもの
- b 徒手筋力テストで 2 以下のもの

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 30 度以下のもの
- b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの

オ 手指の機能障害

(ア)手指の機能障害の判定には次の注意が必要である。

- ① 機能障害のある指の数が増すにつれて幾何学的にその障害は重くなる。
- ② おや指、次いでひとさし指の機能は特に重要である。
- ③ おや指の機能障害は摘む、握る等の機能を特に考慮して、その障害の重さを定めなければならない。

(イ)一側の五指全体の機能障害

① 「全廃」(3級)の具体的な例は次のとおりである。

字を書いたり、箸を持つことができないもの

② 「著しい障害」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 機能障害のある手で 5 kg 以内のものしか下げることのできないもの
- b 機能障害のある手の握力が 5 kg 以内のもの
- c 機能障害のある手で鍬又はかなづちの柄を握りそれぞれの作業のできないもの

③ 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 精密なる運動のできないもの
- b 機能障害のある手では 10kg 以内のものしか下げることのできないもの

c 機能障害のある手の握力が 15kg 以内のもの

(ウ) 各指の機能障害

① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。

a 各々の関節の可動域 10 度以下のもの

b 徒手筋力テスト 2 以下のもの

② 「著しい障害」の具体的な例は次のとおりである。

a 各々の関節の可動域 30 度以下のもの

b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの

(2) 下肢不自由

ア 一下肢の機能障害

(ア) 「全廃」(3 級) とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。

具体的な例は次のとおりである。

a 下肢全体の筋力の低下のため患肢で立位を保持できないもの

b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で立位を保持できないもの

(イ) 「著しい障害」(4 級) とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うづくまる、膝をつく、座る等の下肢の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

a 1 km 以上の歩行不能

b 30 分以上起立位を保つことのできないもの

c 通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらねばできないもの

d 通常の腰掛けでは腰掛けることのできないもの

e 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの

(ウ) 「軽度の障害」(7 級) の具体的な例は次のとおりである。

a 2 km 以上の歩行不能

b 1 時間以上の起立位を保つことのできないもの

c 横座りはできるが正座及びあぐらのできないもの

イ 股関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。

a 各方向の可動域(伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域)が 10 度以下のもの

b 徒手筋力テストで 2 以下のもの

(イ) 「著しい障害」(5 級) の具体的な例は次のとおりである。

a 可動域 30 度以下のもの

- b 徒手筋力テストで3に相当するもの
- (ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。
小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

ウ 膝関節の機能障害

- (ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 関節可動域 10度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで2以下のもの
 - c 高度の動揺関節, 高度の変形
- (イ)「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 関節可動域 30度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで3に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節
- (ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 関節可動域 90度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで4に相当するもの又は筋力低下で2km以上の歩行ができないもの

エ 足関節の機能障害

- (ア)「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 関節可動域 5度以内のもの
 - b 徒手筋力テストで2以下のもの
 - c 高度の動揺関節, 高度の変形
- (イ)「著しい障害」(6級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 関節可動域 10度以内のもの
 - b 徒手筋力テストで3に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節

オ 足指の機能障害

- (ア)「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。
下駄、草履をはくことのできないもの
- (イ)「著しい障害」(両側の場合は7級)とは特別の工夫をしなければ下駄、草履をはくことのできないものをいう。

カ 下肢の短縮

計測の原則として前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

キ 切断

大腿又は下腿の切断の部位及び長さは実用長をもって計測する。従って、肢断端に骨の突出、癍痕、拘縮、神経断端腫その他の障害のあるときは、その障害の程度を考慮して、上位の等級に判定することもあり得る。

(3) 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能にはそれら各部の運動以外に体位の保持も重要である。

体幹の不自由をきたすには、四肢体幹の麻痺、運動失調、変形等による運動機能障害である。

これらの多くのものはその障害が単に体幹のみならず四肢にも及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障害とは、四肢の機能障害を一応切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定したものをいう。従って、このような症例の等級は体幹と四肢の想定した障害の程度を総合して判定するのであるが、この際2つの重複する障害として上位の等級に編入するには十分注意を要する。例えば臀筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障害として2つの2級の重複として1級に編入することは妥当ではない。

ア 「座っていることのできないもの」(1級)とは、腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。

イ 「座位又は起立位を保つことの困難なもの」(2級)とは、10分間以上にわたり座位または起立位を保っていることのできないものをいう。

ウ 「起立することの困難なもの」(2級)とは、臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、他人又は柱、杖その他の器物の介護により初めて可能となるものをいう。

エ 「歩行の困難なもの」(3級)とは、100m以上の歩行不能のもの又は片脚による起立位保持が全く不可能なものをいう。

オ 「著しい障害」(5級)とは体幹の機能障害のために2km以上の歩行不能のものをいう。

(注2) なお、体幹不自由の項では、1級、2級、3級及び5級のみが記載され、その他の4級、6級が欠となっている。これは体幹の機能障害は四肢と異なり、具体的

及び客観的に表現し難いので、このように大きく分けたのである。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時も、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。

(注3) 下肢の異常によるものを含まないこと。

(4) 脳原性運動機能障害

この障害区分により程度等級を判定するのは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によつてもたらされた姿勢及び運動の異常についてであり、具体的な例は脳性麻痺である。

以下に示す判定方法は、生活関連動作を主体としたものであるもので、乳幼児期の判定に用いることの不適当な場合は前記(1)～(3)の方法によるものとする。

なお、乳幼児期に発現した障害によつて脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者で、前記(1)～(3)の方法によることが著しく不利な場合は、この方法によることができるものとする。

ア 上肢機能障害

(ア) 両上肢の機能障害がある場合

両上肢の機能障害の程度は、紐むすびテストの結果によつて次により判定するものとする。

区 分	紐むすびテストの結果
等級表 1 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 19 本以下のもの
等級表 2 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 33 本以下のもの
等級表 3 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 47 本以下のもの
等級表 4 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 56 本以下のもの
等級表 5 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 65 本以下のもの
等級表 6 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 75 本以下のもの
等級表 7 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 76 本以上のもの

(注4) 紐むすびテスト

5分間にとじ紐(長さ概ね43cm)を何本むすぶことができるかを検査するもの。

(イ) 一上肢の機能に障害がある場合

一上肢の機能障害の程度は5動作の能力テストの結果によって、次により判定するものとする。

区 分	5動作の能力テストの結果
等級表1級に該当する障害	—————
等級表2級に該当する障害	5動作の全てができないもの
等級表3級に該当する障害	5動作のうち1動作しかできないもの
等級表4級に該当する障害	5動作のうち2動作しかできないもの
等級表5級に該当する障害	5動作のうち3動作しかできないもの
等級表6級に該当する障害	5動作のうち4動作しかできないもの
等級表7級に該当する障害	5動作の全てができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの

(注5) 5動作の能力テスト

次の5動作の可否を検査するもの

- a 封筒をはさみで切る時に固定する
- b さいふからコインを出す
- c 傘をさす
- d 健側の爪を切る
- e 健側のそで口のボタンをとめる

イ 移動機能障害

移動機能障害の程度は、下肢、体幹機能の評価の結果によって次により判定する。

区 分	下肢・体幹機能の評価の結果
等級表1級に該当する障害	つたい歩きができないもの
等級表2級に該当する障害	つたい歩きのみができるもの
等級表3級に該当する障害	支持なしで立位を保持し、その後10m歩行することはできるが、椅子から立ち上がる動作又は椅子に座る動作ができないもの
等級表4級に該当する障害	椅子から立ち上がり10m歩行し再び椅子に座る動作に15秒以上かかるもの
等級表5級に該当する障害	椅子から立ち上がり、10m歩行し再び椅子に座る動作は15秒未満でできるが、50cm幅の範囲を直線歩行できないもの
等級表6級に該当する障害	50cm幅の範囲を直線歩行できるが、足を開き、しゃがみこんで、再び立ち上がる動作ができないもの
等級表7級に該当する障害	6級以上には該当しないが、下肢に不随意運動・失調等を有するもの

三 身体障害認定要領

1 診断書の作成について

身体障害者障害程度等級表においては、肢体不自由を上肢、下肢、体幹及び乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害に区分している。したがって、肢体不自由診断書の作成に当たっては、これを念頭に置き、それぞれの障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

(1) 「総括表」について

ア 「障害名」について

ここにいう障害名とは、あることにより生じた結果としての四肢体幹の障害を指すもので、機能欠損の状態、あるいは目的動作能力の障害について記載する。即ち、ディスファンクション又はインペアメントの状態をその障害部位とともに明記することで、例を挙げると、①上肢機能障害（右手関節強直、左肩関節機能全廃）、②下肢機能障害（左下肢短縮、右膝関節著障）、③体幹運動機能障害（下半身麻痺）、④脳原性運動機能障害（上下肢不随意運動）等の書き方が標準的である。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

病名がわかっているものについてはできるだけ明確に記載することが望ましい。即ち、前項の障害をきたした原因の病名（足部骨腫瘍、脊椎損傷、脳性麻痺、脳血管障害等）を記載することである。例えば、右手関節強直の原因として「慢性関節リウマチ」と記載し、体幹運動機能障害であれば「強直性脊髄炎」であるとか「脊椎側弯症」と記載する。さらに、疾病外傷の直接原因については、右端に列挙してある字句の中で該当するものを○印で囲み、該当するものがない場合にはその他の欄に直接記載する。例えば、脊髄性小児麻痺であれば疾病に○印を、脊髄腫瘍の場合にはさらにその他に○印をした上で、（ ）内には肺癌転移と記載する。なお、その他の事故の意味するものは、自殺企図、原因不明の頭部外傷、猟銃暴発等外傷の原因に該当する字句のない場合を指すものであり、（ ）内記載のものとは区別する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

初発症状から症状固定に至るまでの治療の内容を簡略に記載し、機能回復訓練の終了日をもって症状の固定とする。ただし、切断のごとく欠損部位によって判定の下されるものについては、再手術が見込まれない段階に至った時点で診断してよい。現症については、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」等の所見欄に記載された内容を摘記する。

エ 「総合所見」について

傷病の経過及び現症の結果としての障害の状態、特に目的動作能力の障害を記載する。

例：上肢運動能力、移動能力、座位、起立位等

なお、成長期の障害、進行性病変に基づく障害、手術等により障害程度に変化の予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

オ 「その他参考となる合併症状」について

他に障害認定上参考となる症状のある場合に記載する。

(2) 「肢体不自由の状況及び所見」について

ア 乳幼児期以前に発現した脳原性運動機能障害については、専用の別様式診断書「脳原性運動機能障害用」を用いることとし、その他の上肢、下肢、体幹の障害については、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」を用いる。

ただし、痙性麻痺については、筋力テストを課すのは必要最少限にすること。

イ 障害認定に当たっては、目的動作能力に併せ関節可動域、筋力テストの所見を重視しているため、その双方についての診断に遺漏のないよう記載すること。

ウ 関節可動域の表示並びに測定方法は、日本整形外科学会身体障害委員会及び日本リハビリテーション医学会評価基準委員会において示された「関節可動域表示並びに測定法」により行うものとする。

エ 筋力テストは徒手による筋力検査によって行うものであるが、評価は次の内容で区分する。

- ・自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような体位では自動可能な場合（著減）、又はいかなる体位でも関節の自動が不能な場合（消失）・・・・・・・・×
- ・検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合（半減）・・・・・・・・△
- ・検者の手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合（正常）、又は検者の手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合（やや減）・・・・・・・・○

オ 脳原性運動機能障害用については上肢機能障害と移動機能障害の双方につき、一定の方法により検査を行うこととされているが、被検者は各動作について未経験のことがあるので、テストの方法を事前に教示し試行を経たうえで本検査を行うこととする。

2 障害程度の認定について

(1) 肢体不自由の障害程度は、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由及び脳原性運動機能障害（上肢機能・移動機能）の別に認定する。

この場合、上肢、下肢、体幹の各障害については、それらが重複するときは、身体障害認定基準の障害が重複する場合の取扱いにより上位等級に認定することが可能であるが、脳原性運動機能障害（上肢機能・移動機能）については、肢体不自由の中で独立した障害区分であるので、上肢又は下肢の同一側に対する他の肢体不自由の区分（上肢・下肢・体幹）との重複認定はあり得ないものである。

(2) 上肢不自由は、機能障害及び欠損障害の2つに大別され、それぞれの障害程度に応じ等級が定められている。

機能障害については、一上肢全体の障害、三大関節の障害及び手指の障害の身体障害認定基準が示されているので、診断書の内容を基準によく照らし、的確に認定する。

欠損障害については、欠損部位に対する等級の位置付けが身体障害者障害程度等級表に明示されているので、それに基づき認定する。

(3) 下肢不自由は、機能障害、欠損障害及び短縮障害に区分される。

機能障害については、一下肢全体の障害、三大関節の障害及び足指の障害の身体障害認定基準に照らし、診断書の記載内容を確認しつつ認定する。

欠損障害及び短縮障害については、診断書における計測値を身体障害者障害程度等級表上の項目に照らし認定する。

(4) 体幹不自由は、高度の体幹麻痺をきたす症状に起因する運動機能障害の区分として設けられているものであって、その原因疾患の主なものは脊髄性小児麻痺、強直性脊椎炎、脊髄損傷等である。

体幹不自由は四肢にも障害の及ぶものが多いので、特に下肢不自由との重複認定を行う際には、身体障害認定基準にも示されているとおり、制限事項に十分留意する必要がある。

(5) 脳原性運動機能障害は、脳原性障害の中でも特に生活経験の獲得という点で極めて不利な状態に置かれている乳幼児期以前に発現した障害について特に設けられた区分である。

その趣旨に即して、適切な障害認定を行う必要がある。

関節可動域表示ならびに測定法

I 基本的事項

- 1 ROM測定の目的
 - (1) 測定することによって関節の動きを阻害している因子を発見する。
 - (2) 障害の程度を判定する。
 - (3) 治療法への示唆をあたえる。
 - (4) 治療、訓練の評価手段となる。
- 2 ROMの種類
 - (1) 自動 active : ケースが自分の力で動かさうる関節可動域。
 - (2) 他動 passive : 外的な力で動かされる関節可動域 () で表示。
 - (3) 関節には他動のほかに遊び reserve があるが、これは原則としてとりあげない。
- 3 基本肢位

すべての関節について解剖学的肢位を 0° とする。なお前腕については手掌面が矢面状にある状態を 0° とし、肩関節の水平屈曲伸展計測の際は外転 90° 位を 0° とする。
- 4 角度計のあてかた、基本軸・移動軸

軸は臨床的に考慮したので、理論的でない部分もある。基本軸は原則として立位で設定した。

注) (*の表示について)

- 1 過伸展 Hyperextension という言葉は、一般に膝、肘、指に使用されているが基本肢位を 0° としたもので必ずしも必要がない。しかし、肘と指は正常でもいわゆる過伸展をとりうるので、習慣上過伸展という言葉を使うことが多い。
- 2 可動域表示をマイナスで表現することもできる。

股関節伸展について例示すれば、関節可動域が屈曲位 20° から 70° までであったとすると、この表現は次のとおりとなる。

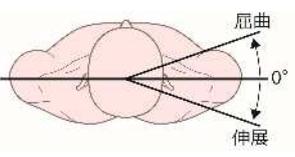
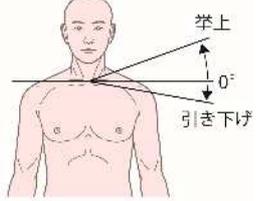
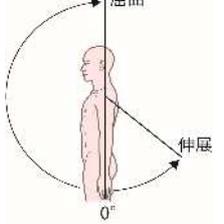
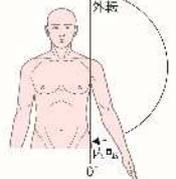
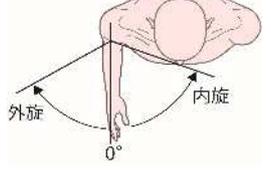
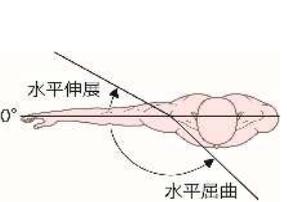
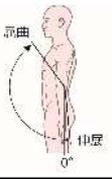
 - a 股関節の運動範囲は $20^{\circ} \sim 70^{\circ}$
 - b 股関節の屈曲は 70° まで、伸展は屈曲 20° (-20°)まで。
- 3 正常可動範囲はあくまで参考角度とする。
- 4 股関節にはこの他分廻し運動、あるいは屈曲位外内転 (Abduction or Adduction in Flexion) という表現をすることがある。Circumduction という言葉があるが、ほとんど同意義という解釈もなりたつが、回旋要素の有無によって異なる意味もあるのでここではふれないことにする。
- 5 肩甲帯の運動は複合運動であるので計測法にとくに厳密に規定をもうけない。
- 6 肩関節の運動の中心は解剖学的には肩峰ではないが計測上の容易さから肩峰を用いることにした。
- 7 肩甲上腕関節を単独に測定するときは肩甲骨を固定する。
- 8 対立運動の反対の運動を復位運動 retroposition とする。
- 9 母指尺側内転において、指示をこえて掌面で尺側外転に行く運動を transpalmar abduction という。
- 10 母指の最大撓側外転位から1-2中手骨間の最大角度を保ちながら、CM関節で第1中手骨を手の尺側線に近づける運動を分廻し運動 circumduction ともいい、その角度は掌面と第1中手骨のなす角度とする。
- 11 中指自体の掌面上の運動は撓側外転 radial abduction、尺側外転 ulnar abduction とする。

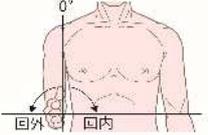
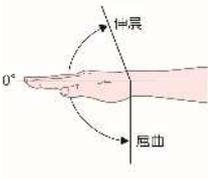
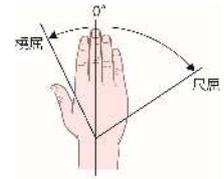
12 足部は理論上長軸方向における回旋運動すなわち回外 supination と回内 pronation と背底屈と外内転があるが、実際はこれらの運動は合成されて外がえし eversion (回内、外転、背屈)、内がえし inversion (回外、内転、底屈) の複合運動としかならず単独運動はおこらない(内外転のみわずかに単独運動がある)。従って足部の運動は外がえし、内がえし運動としてまとめた。いわゆる内反外反という言葉は変形をあらわす言葉として使用する(とくに用語委員会に付託)。内反運動、外反運動という言葉も不適當であり、ドイツ語では eversion は Auswärtskantung、inversion は Einwärtskantung として表現されている。

(測定について)

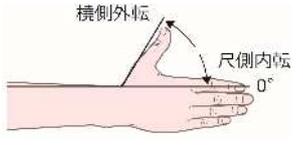
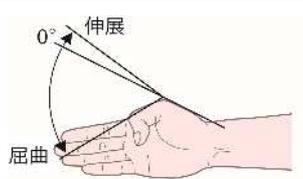
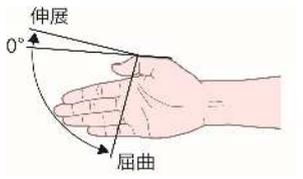
- 13 測定しようとする関節は十分露出すること、とくに女性の場合、個室、更衣室の用意が必要である。
- 14 ケースの精神的にもおちつかせる。よく説明し、気楽な姿勢をとらせる。
- 15 基本軸の固定が大切である。固定する場合は関節の近位あるいは遠位端であって関節そのものではない。
- 16 角度計の軸は関節の軸とよく一致させる。軸の平行移動はさしつかえない。
- 17 角度計は2回あてること。動かす前と後に測定する。
- 18 2関節筋(多関節筋)のある関節ではその影響を十分考慮すること。
- 19 関節痛のある際はどの範囲で痛みがあるかを発見し記載すること、検査は注意深くゆっくり行なう。

II. 上肢測定

部位名	運動方向	参考可動域角度	基本軸	移動軸	測定肢位および注意点	参考図
肩甲帯 shoulder girdle	屈曲 flexion	0-20	両側の肩峰を結ぶ線	頭頂と肩峰を結ぶ線		
	伸展 extension	0-20				
	挙上 elevation	0-20	両側の肩峰を結ぶ線	肩峰と胸骨上縁を結ぶ線	背面から測定する。	
	引き下げ (下制) depression	0-10				
肩 shoulder (肩甲帯の動きを含む)	屈曲 (前方挙上) forward flexion	0-180	肩峰を通る床への垂直線 (立位または座位)	上腕骨	前腕は中間位とする。体幹が動かないように固定する。脊柱が前後屈しないように注意する。	
	伸展 (後方挙上) backward extension	0-50				
	外転 (側方挙上) abduction	0-180	肩峰を通る床への垂直線 (立位または座位)	上腕骨	体幹の側屈が起こらないように90° 以上になったら前腕を回外することを原則とする。⇒ [VI. その他の検査法] 参照	
	内転 adduction	0				
	外旋 external rotation	0-60	肘を通る前額面への垂直線	尺骨	上腕を体幹に接して、肘関節を前方に90° に屈曲した肢位で行う。前腕は中間位とする。⇒ [VI. その他の検査法] 参照	
	内旋 internal rotation	0-80				
	水平屈曲 horizontal flexion (horizontal adduction)	0-135	肩峰を通る矢状面への垂直線	上腕骨	肩関節を90° 外転位とする。	
	水平伸展 horizontal extension (horizontal abduction)	0-30				
肘 elbow	屈曲 flexion	0-145	上腕骨	橈骨	前腕は回外位とする。	
	伸展 extension	0-5				

前腕 forearm	回内 pronation	0-90	上腕骨	手指を伸ばした手掌面	肩の回旋が入らないように肘を90°に屈曲する.	
	回外 supination	0-90				
手 wrist	屈曲 (掌屈) flexion (palmar flexion)	0-90	橈骨	第2 中手骨	前腕は中間位とする.	
	伸展 (背屈) extension (dorsiflexion)	0-70				
	橈屈 radial deviation	0-25	前腕の中央線	第3 中手骨	前腕を回内位で行う.	
	尺屈 ulnar deviation	0-55				

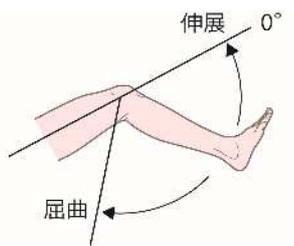
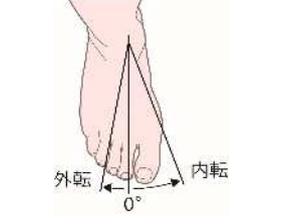
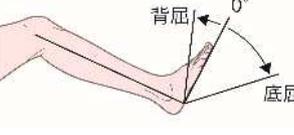
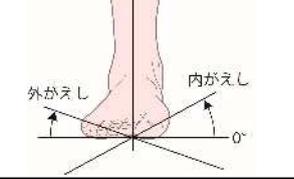
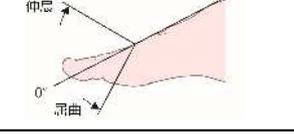
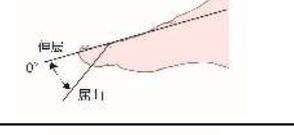
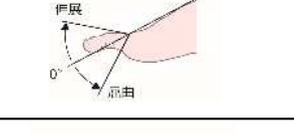
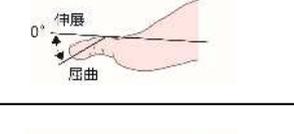
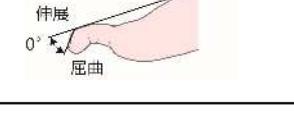
III. 手指測定

部位名	運動方向	参考可動域角度	基本軸	移動軸	測定肢位および注意点	参考図
母指 thumb	橈側外転 radial abduction	0-60	示指 (橈骨の延長上)	母指	運動は手掌面とする。 以下の手指の運動は、原則として手指の背側に角度計をあてる。	
	尺側内転 ulnar adduction	0				
	掌側外転 palmar abduction	0-90				
	掌側内転 palmar adduction	0				
	屈曲 (MCP) flexion	0-60	第1 中手骨	第1 基節骨		
	伸展 (MCP) extension	0-10				
	屈曲 (IP) flexion	0-80	第1 基節骨	第1 末節骨		
	伸展 (IP) extension	0-10				

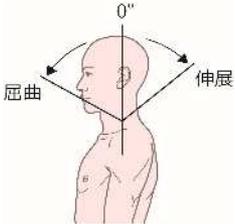
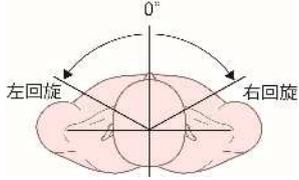
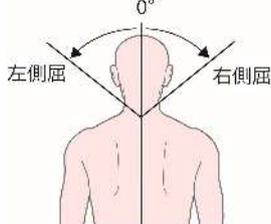
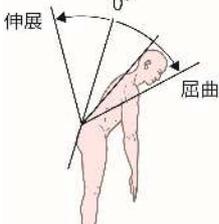
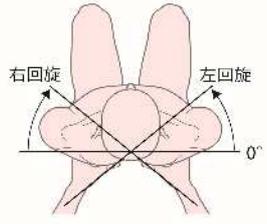
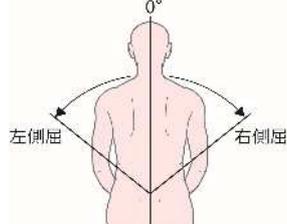
指 finger	屈曲 (MCP) flexion	0-90	第2-5 中手骨	第2-5 基節骨	⇒ [VI. その他の検査法] 参照		
	伸展 (MCP) extension	0-45					
	屈曲 (PIP) flexion	0-100	第2-5 基節骨	第2-5 中節骨			
	伸展 (PIP) extension	0					
	屈曲 (DIP) flexion	0-80	第2-5 中節骨	第2-5 末節骨		DIP は10° の過伸展をとりうる。	
	伸展 (DIP) extension	0					
	外転 abduction		第3 中手骨 延長線	第2, 4, 5 指軸		中指の運動は橈側外転, 尺側外転とする。 ⇒ [VI. その他の検査法] 参照	
	内転 adduction						

IV. 下肢測定

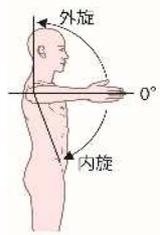
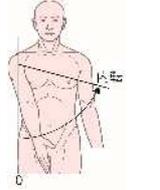
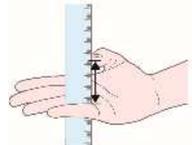
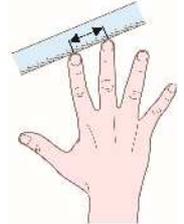
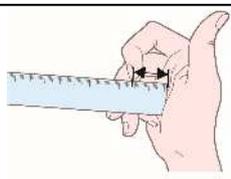
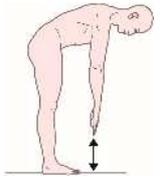
部位名	運動方向	参考可動域角度	基本軸	移動軸	測定肢位および注意点	参考図
股 hip	屈曲 flexion	0-125	体幹と平行な線	大腿骨 (大転子と大腿骨外顆の中心を結ぶ線)	骨盤と脊柱を十分に固定する。 屈曲は背臥位、膝屈曲位で行う。 伸展は腹臥位、膝伸展位で行う。	
	伸展 extension	0-15				
	外転 abduction	0-45	両側の上前腸骨棘を結ぶ線への垂直線	大腿中央線 (上前腸骨棘より膝蓋骨中心を結ぶ線)	背臥位で骨盤を固定する。 下肢は外旋しないようにする。 内転の場合は、反対側の下肢を屈曲挙上してその下を通して内転させる。	
	内転 adduction	0-20				
	外旋 external rotation	0-45	膝蓋骨より下ろした垂直線	下腿中央線 (膝蓋骨中心より足関節内外果中央を結ぶ線)	背臥位で、股関節と膝関節を90° 屈曲位にして行う。 骨盤の代償を少なくする。	
	内旋 internal rotation	0-45				

膝 knee	屈曲 flexion	0-130	大腿骨	腓骨（腓骨頭と外果を結ぶ線）	屈曲は股関節を屈曲位で行う。	
	伸展 extension	0				
足関節・足部 foot and ankle	外転 abduction	0-10	第2中足骨長軸	第2中足骨長軸	膝関節を屈曲位、足関節を0度で行う。	
	内転 adduction	0-20				
	背屈 dorsiflexion	0-20	矢状面における腓骨長軸への垂直線	足底面	膝関節を屈曲位で行う。	
	底屈 plantar flexion	0-45				
	内がえし inversion	0-30	前額面における下腿軸への垂直線	足底面	膝関節を屈曲位、足関節を0度で行う。	
	外がえし eversion	0-20				
第1趾、母趾 great toe, big toe	屈曲 (MTP) flexion	0-35	第1中足骨	第1基節骨	以下の第1趾、母趾、趾の運動は、原則として趾の背側に角度計をあてる。	
	伸展 (MTP) extension	0-60				
	屈曲 (IP) flexion	0-60	第1基節骨	第1末節骨		
	伸展 (IP) extension	0				
趾 toe, lesser toe	屈曲 (MTP) flexion	0-35	第2-5中足骨	第2-5基節骨		
	伸展 (MTP) extension	0-40				
	屈曲 (PIP) flexion	0-35	第2-5基節骨	第2-5中節骨		
	伸展 (PIP) extension	0				
	屈曲 (DIP) flexion	0-50	第2-5中節骨	第2-5末節骨		
	伸展 (DIP) extension	0				

V. 体幹測定

部位名	運動方向	参考可動域角度	基本軸	移動軸	測定肢位および注意点	参考図	
頸部 cervical spine	屈曲（前屈） flexion	0-60	肩峰を通る 床への垂直線	外耳孔と頭頂を結ぶ線	頭部体幹の側面で行う。 原則として腰かけ座位とする。		
	伸展（後屈） extension	0-50					
	回旋 rotation	左回旋	0-60	両側の肩峰を結ぶ線への垂直線	鼻梁と後頭結節を結ぶ線	腰かけ座位で行う。	
		右回旋	0-60				
	側屈 lateral bending	左側屈	0-50	第7頸椎棘突起と第1仙椎の棘突起を結ぶ線	頭頂と第7頸椎棘突起を結ぶ線	体幹の背面で行う。 腰かけ座位とする。	
		右側屈	0-50				
胸腰部 thoracic and lumbar spines	屈曲（前屈） flexion	0-45	仙骨後面	第1胸椎棘突起と第5腰椎棘突起を結ぶ線	体幹側面より行う。 立位、腰かけ座位または側臥位で行う。 股関節の運動が入らないように行う。 ⇒ [VI. その他の検査法] 参照		
	伸展（後屈） extension	0-30					
	回旋 rotation		0-40	両側の後上腸骨棘を結ぶ線	両側の肩峰を結ぶ線	座位で骨盤を固定して行う。	
			0-40				
	側屈 lateral bending		0-50	ヤコビー（Jacoby）線の midpoint にたてた垂直線	第1胸椎棘突起と第5腰椎棘突起を結ぶ線	体幹の背面で行う。 腰かけ座位または立位で行う。	
			0-50				

VI. その他の検査法

部位名	運動方向	参考可動域角度	基本軸	移動軸	測定肢位および注意点	参考図
肩 shoulder (肩甲骨の動きを含む)	外旋 external rotation	0-90	肘を通る前額面への垂直線	尺骨	前腕は中間位とする。肩関節は90° 外転し、かつ肘関節は90° 屈曲した肢位で行う。	
	内旋 internal rotation	0-70				
	内転 adduction	0-75	肩峰を通る床への垂直線	上腕骨	20° または45° 肩関節屈曲位で行う。立位で行う。	
母指 thumb	対立 opposition				母指先端と小指基部(または先端)との距離(cm)で表示する。	
指 finger	外転 abduction		第3 中手骨延長線	2, 4, 5 指軸	中指先端と2, 4, 5 指先端との距離 (cm) で表示する。	
	内転 adduction					
	屈曲 flexion				指尖と近位手掌皮線 (proximal palmar crease) または遠位手掌皮線 (distal palmar crease) との距離 (cm) で表示する。	
胸腰部 thoracic and lumbar spines	屈曲 flexion				最大屈曲は、指先と床との間の距離 (cm) で表示する。	

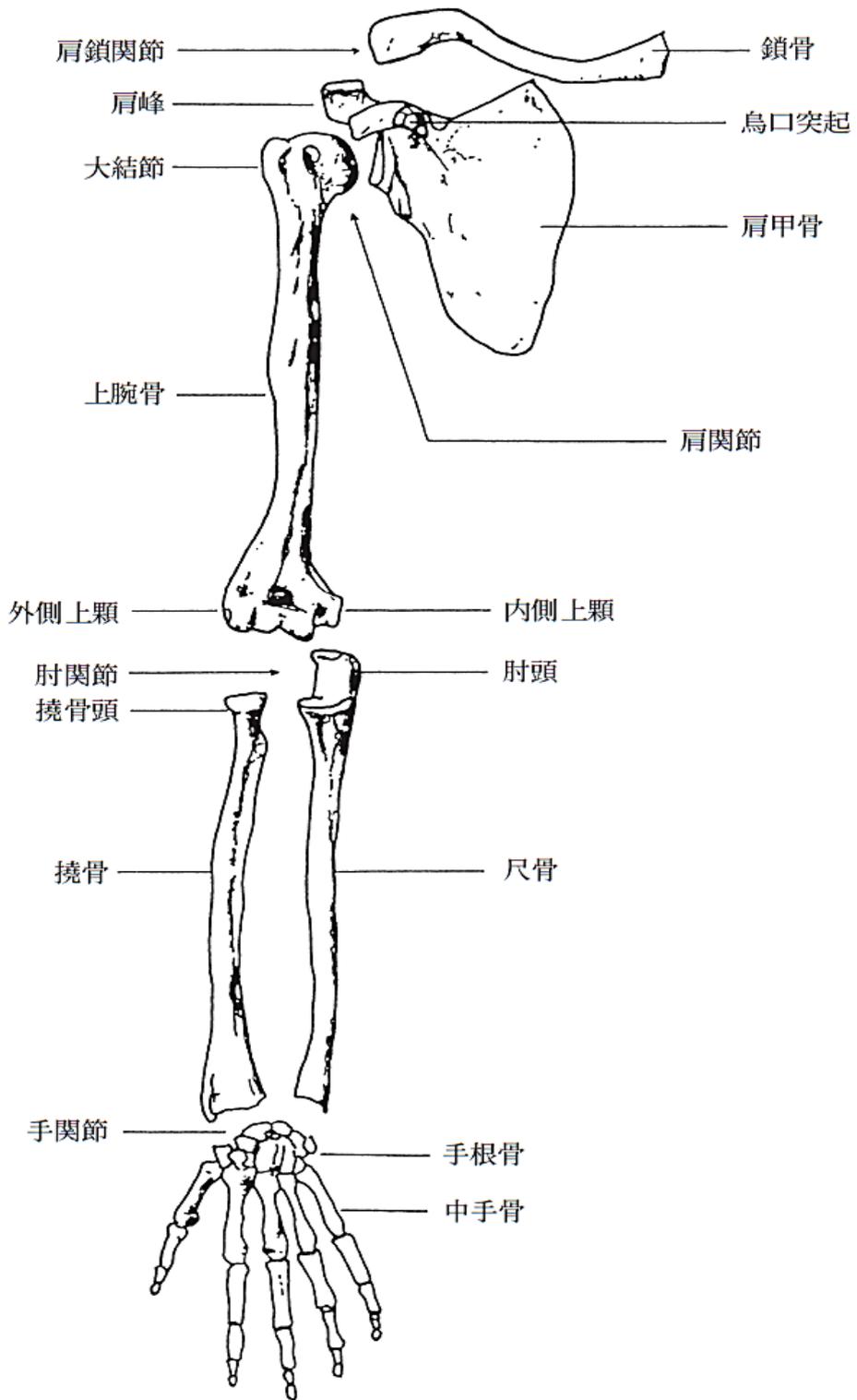
VI. 顎関節計測

顎関節 temporo-mandibular joint	開口位で上顎の正中線上歯と下歯の先端との間の距離(cm)で表示する。 左右偏位(lateral deviation)は上顎の正中線を軸として下歯列の動きの距離を左右ともcmで表示する。 参考値は上下第1切歯列対向縁線間の距離5.0cm, 左右偏位は1.0cmである。
---------------------------------	---

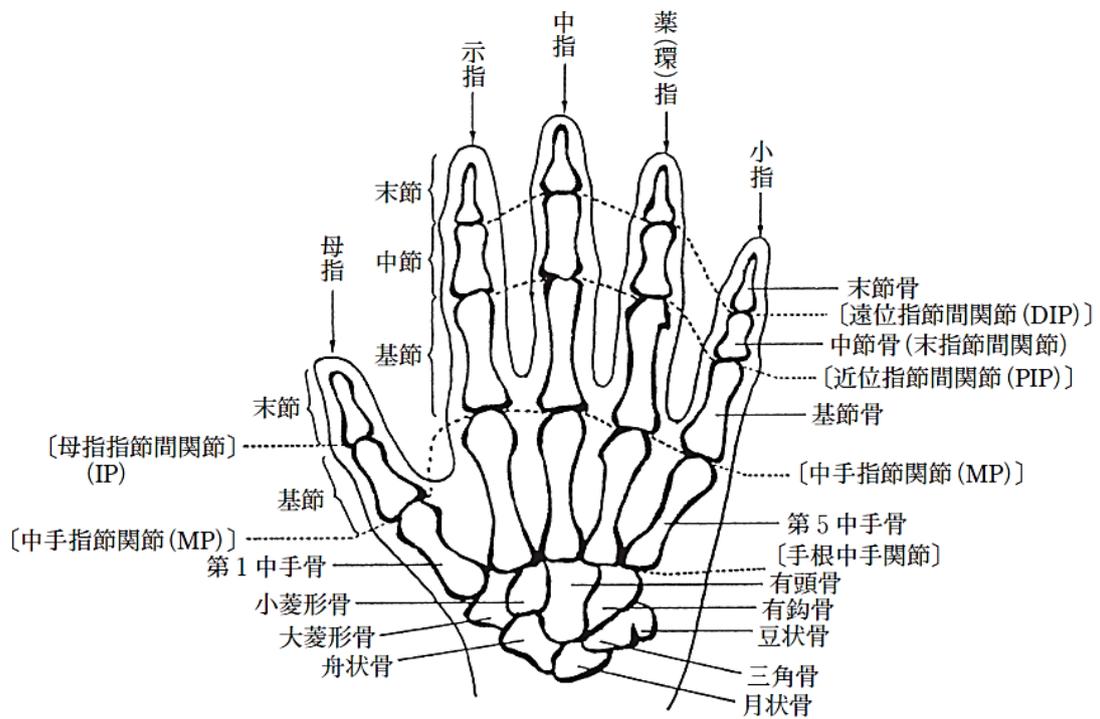
参考資料 2

上・下肢骨格構造

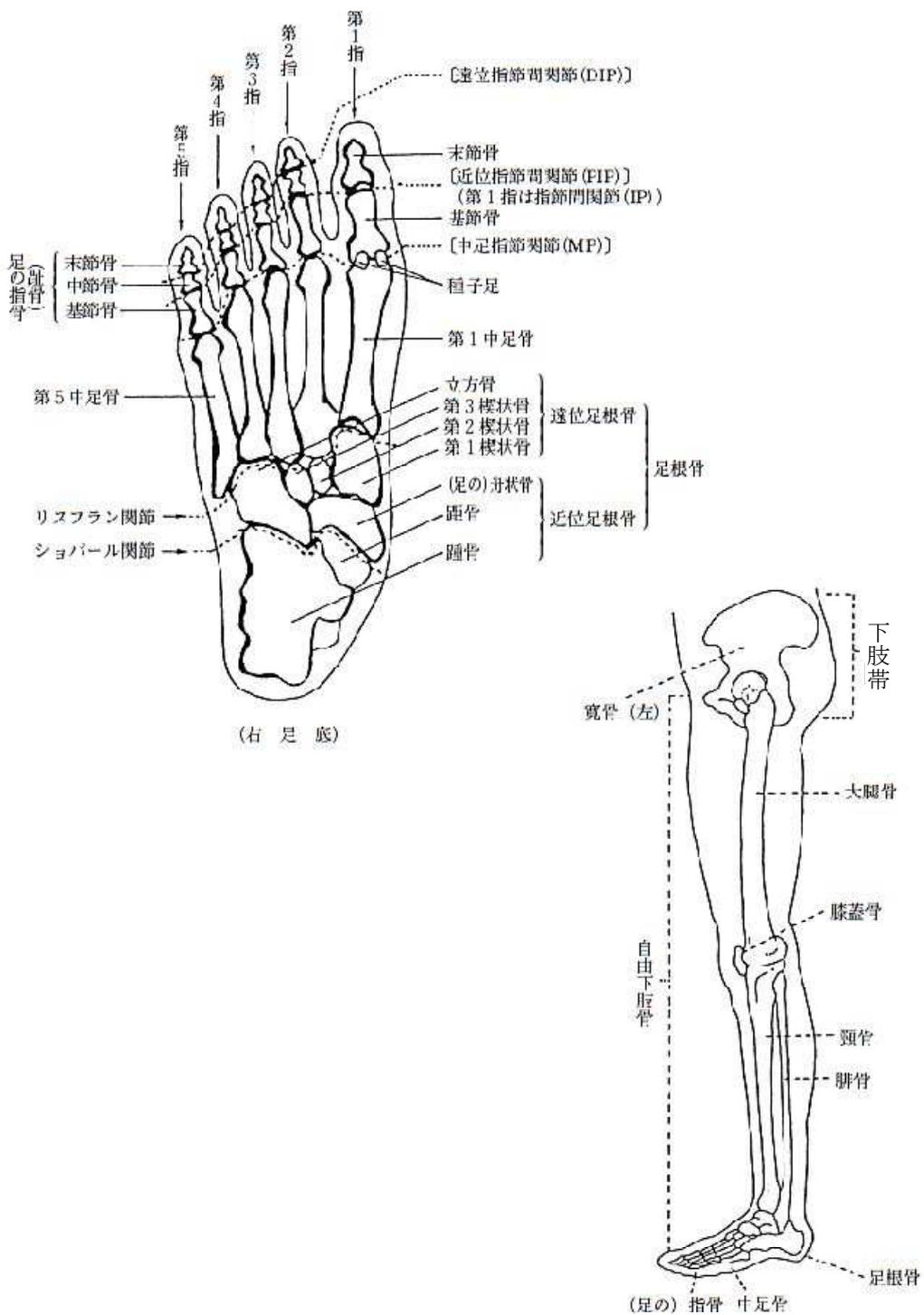
上肢及び手指



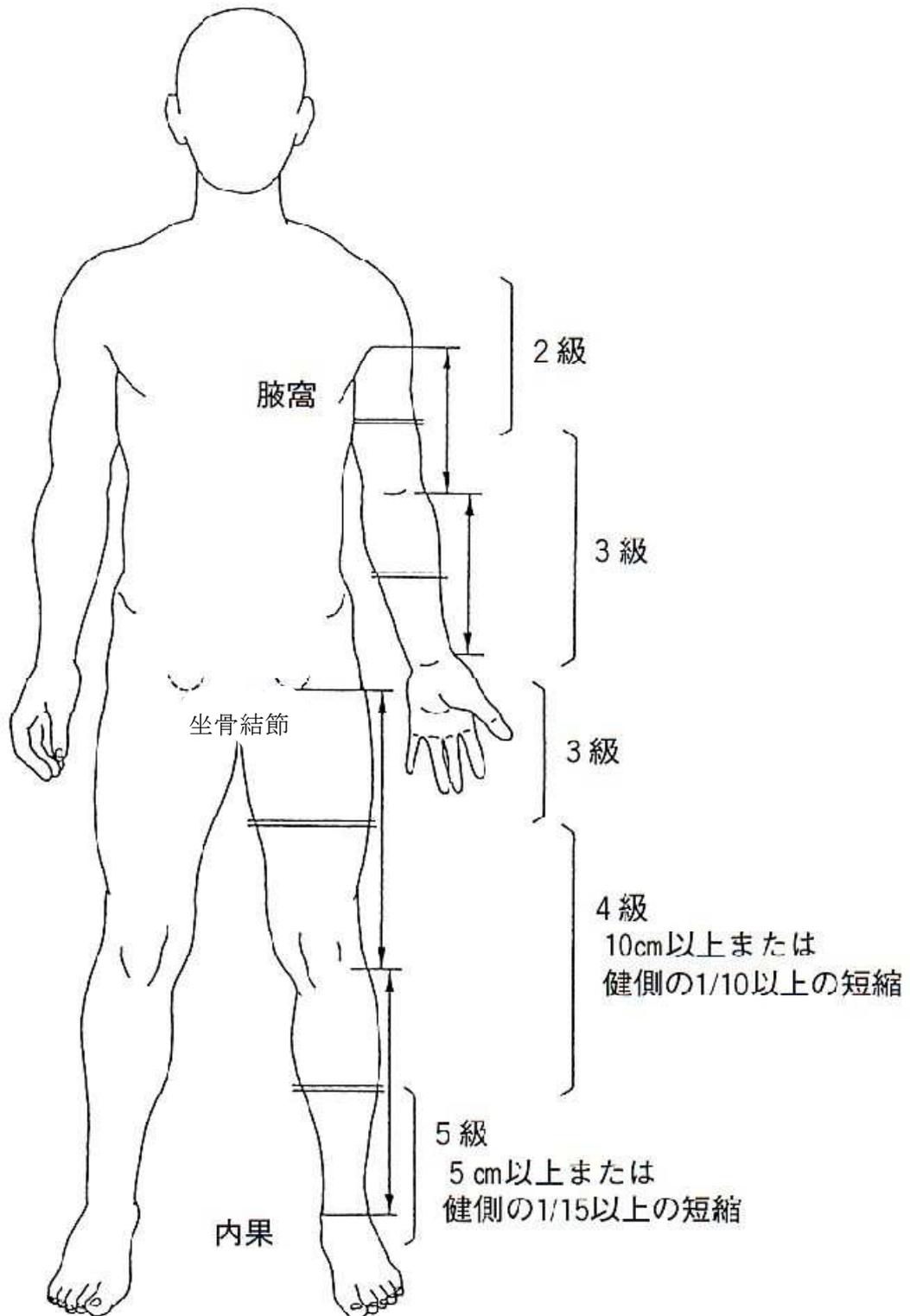
手骨及び手指の関節

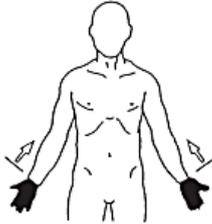
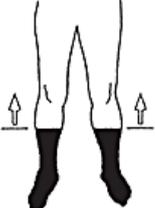
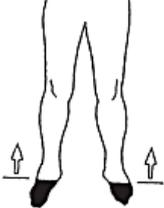


足骨及び足関節



切 断

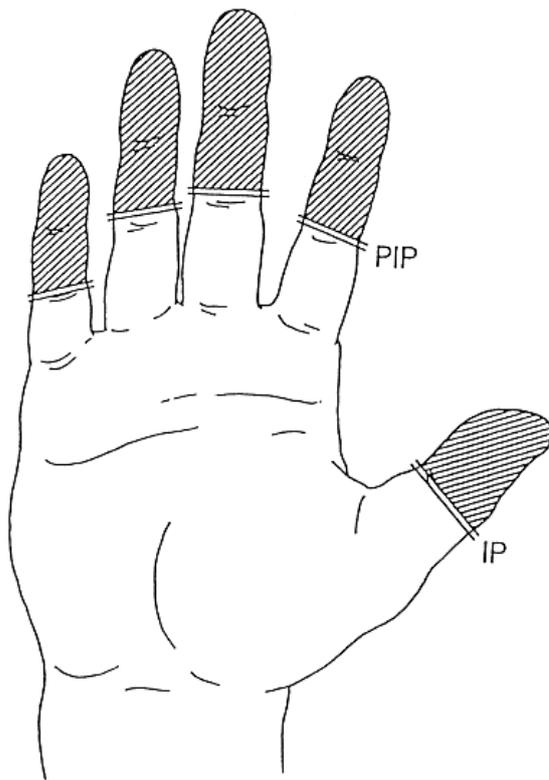
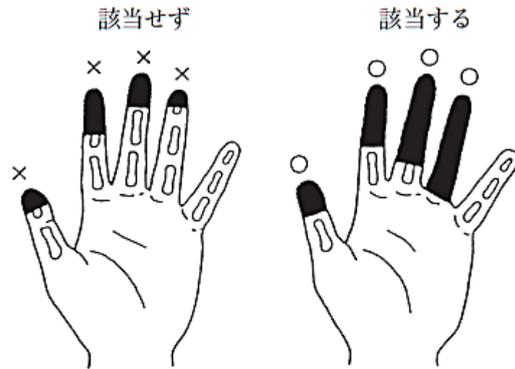


1 級	 <p data-bbox="842 405 1166 434">両上肢を手関節以上で欠くもの</p>
2 級	 <p data-bbox="847 678 1214 707">1 上肢を上腕の1/2以上で欠くもの</p>
1 級	 <p data-bbox="842 947 1214 976">両下肢を大腿の1/2以上で欠くもの</p>
2 級	 <p data-bbox="842 1223 1214 1252">両下肢を下腿の1/2以上で欠くもの</p>
3 級	 <p data-bbox="842 1498 1262 1527">両下肢をショパール関節以上で欠くもの</p>
	 <p data-bbox="847 1767 1214 1796">1 下肢を大腿の1/2以上で欠くもの</p>

4 級		1 下肢を下腿の1/2以上で欠くもの
	両下肢のすべての指を欠くもの	
	下肢短縮－10cm以上，健側比1/10以上	
5 級	下肢短縮－ 5 cm以上，健側比1/15以上	
6 級		1 下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
	1 下肢のすべての指を欠くもの	
7 級	下肢短縮－ 3 cm以上，健側比1/20以上	

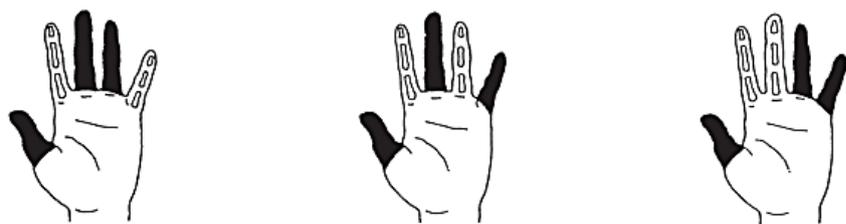
切 断

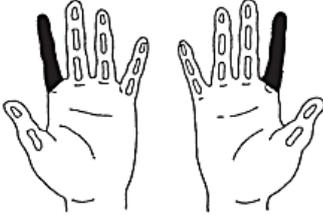
〔 ×：「指を欠くもの」に該当しない。〕
〔 ○：「指を欠くもの」に該当する。 〕



「指を欠くもの」とは、おや指については指節間関節（IP関節）以上，その他の指については第1指節間関節（PIP関節）以上を欠くものであり，当該関節を残存するものは「指を欠くもの」とはならない。（近位指節間関節）

機 能 全 廃

2 級	 <p style="margin-top: 5px;">両上肢の全指の機能全廃</p>
3 級	 <p style="margin-top: 5px;">両上肢の〔母+示〕の2指の機能全廃</p> <p style="margin-left: 200px; margin-top: 5px;">1 上肢の全指の機能全廃</p>
4 級	 <p style="margin-top: 5px;">両上肢の母指の機能全廃</p> <p style="margin-left: 200px; margin-top: 5px;">1 上肢の〔母+示〕の2指の機能全廃</p>
4 級	<p style="margin-bottom: 5px;">1 上肢の〔母+○+○〕の3指の機能全廃</p> 
4 級	<p style="margin-bottom: 5px;">1 上肢の〔示+○+○〕の3指の機能全廃</p> 

5 級	<p>1 上肢の母指の機能全廃</p> 
6 級	<p>1 上肢の〔示+〇〕の 2 指の機能全廃</p> 
	<p>両上肢の示指の機能全廃</p>  <p>1 上肢の〔中+環+小〕の 3 指の機能全廃, 1 上肢の示指の機能全廃の合併</p> 
7 級	<p>1 上肢の〔中+環+小〕の 3 指の機能全廃</p> 

質 疑	回 答
<p>[肢体不自由]</p> <p>(肢体不自由全般)</p> <p>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。</p> <p>2. 身体障害者診断書の「肢体不自由の状況及び所見」の中の「動作・活動」評価は、等級判定上、どのように取り扱うべきか。</p> <p>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。</p> <p>4. 一股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。</p> <p>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かまわないか。</p>	<p>いずれか一方が該当すれば、認定可能である。</p> <p>「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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>悪化時の状態が障害固定した状態で、継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。</p>

質 疑	回 答
<p>6. パーキンソン病に係る認定で、</p> <p>ア. 疼痛が無く、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。</p> <p>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。</p> <p>7. 膝関節の機能障害において、関節可動域が10度を超えていても、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。</p> <p>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、概ね以下のようなものが該当すると考えてよいか。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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・客観的に明らかな場合、「全廃」(4級)として認定することは差し支えない。</p> <p>認定基準の「総括的解説」の(3)の記載からも、このような障害程度のものを7級として取り扱うことは適当である。</p> <p>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。</p> <p>この場合、褥創や全身浮腫を認定の対象とす</p>

質 疑	回 答
<p>10. 一上肢、一下肢の機能の著しい障害の認定について機能障害の認定は、客観的に証明できるもので行うのが妥当と考えるが、一上肢の機能の著しい障害の説明の中で「握る、摘む」等、また一下肢の機能の著しい障害の説明の中で「1km以上の歩行不能」等がある。これらの状態は、性別年齢により不均衡が生じる。また関節の機能障害との絡みがむずかしく認定が困難となる。</p> <p>(例1) 膝関節の可動域で4級となるが、歩行能力の程度が約1kmとなる場合、また膝関節の可動域で5級となるが歩行能力の程度が約1kmとなる場合、それぞれ歩行能力をどのように取り扱うのか。</p> <p>(例2) 手指の関節で変形で、可動域からは、おや指(5級)の認定しかできないが、握力が5kg以内と診断された場合はどのように取り扱うのか。</p> <p>11. たびたび、発作をおこし、その時には、ふだんより障害が重くなる者については、発作時の障害を考慮したうえで、障害程度を認定してよろしいか。申請者は、別添1の診断書写のとおり、年1～2回の大発作の時は左半身完全麻痺、月1～2回の発作の時は左半身不完全麻痺となり、発作のない時は左上下肢の筋萎縮があります。</p>	<p>ることは適當ではないが、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。</p> <p>一上肢、一下肢の障害はそれぞれ一肢全体に及ぶ障害をいうもので、単一障害の合算したものと必ずしも一致しない場合がある。</p> <p>(例えば次のような場合単一の障害の合算では4級となる</p> <p>一上肢神経麻痺(3級)・・・買い物カートを引っ張ることができないもの。</p> <p>肩関節筋力(3)・・・5級 指数2</p> <p>肘 " " (3)・・・5級 指数2</p> <p>手 " " (3)・・・5級 指数2</p> <p>手指 " (握力10kg)・・・7級 指数0.5</p> <p>合計6.5</p> <p>例1の場合はいずれも膝関節の可動域により障害認定されたい。</p> <p>例2の場合には手指の筋力低下に著しい障害として4級と認定されたい。</p> <p>(60.6.12.全国係長会議回答)</p> <p>照会例については、障害が固定されているとは言えず、また、現在の障害程度が永続するとは断定できないので発作のない時の左上下肢の筋萎縮にて判定すべきである。</p> <p>(57.6.7.社更第111号厚生省社会局更生課長通知)</p>

質 疑	回 答
<p>(上肢不自由)</p> <p>1. 「指を欠くもの」について、</p> <p>ア. 「一上肢のひとさし指を欠くもの」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。</p> <p>イ. また、「右上肢のひとさし指と、左上肢のなか指・くすり指・小指を欠いたもの」は、どのように取り扱うのか。</p> <p>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級にしかならない場合は、どのように判断するのか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <p>* 合計指数＝6.5（4級）</p>	<p>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もの」については、「ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの」に準じて6級として認定することは可能である。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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）</p> <p>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。</p>

質 疑	回 答
<p>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。</p> <p>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)</p> <p>イ. 認定基準の六の記載中、「右上肢を手関節から欠くもの」(3級)</p> <p>ウ. 同じく「左上肢を肩関節から欠くもの」(2級)</p> <p>4. 指を切断した者について、切断のみをみると手帳の障害程度には該当しないが、握力をみると5kg以内で、機能障害で見ると4級相当である。この場合、切断のみでみるのかあるいは機能障害として4級として認定してよいのか。</p> <p>5. 手指の機能障害について、右全指屈伸(握力14kg)できるが、力が入らないので右手で字を書いたり箸で食事をする事が出来ない場合、いずれの等級に認定すべきか。</p> <p>また、これに関連して</p> <p>(1) 全廃の場合、あくまで利手を重視すべきか。</p> <p>(2) フォーク等で摂食できる場合、いかに判断するか。</p> <p>(3) 巧ち性と粗大能力との関連を無視して単に握力5kgとの表現があれば即著障(4級)で認定してよいか。</p> <p>(4) 握力0kgは全廃とすべきか著障4級とすべきか。</p> <p>(注) 上記事例について審査会では、巧ち性不全を中心に全廃3級でよいのではという医師と、14kg握力があるので内容に矛盾がある(不全拘縮)としてむしろ軽障7級ではないかとする医師との両極端に意見が相違した。</p>	<p>それぞれ以下のア～ウに相当するものとして取り扱うのが適当である。</p> <p>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」</p> <p>イ. 等級表の上肢3級の4「一上肢のすべての指を欠くもの」</p> <p>ウ. 等級表の上肢2級の3「一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの」</p> <p>障害が指の切断のみであれば、その切断に着目して認定すること。なお、他に永続する機能障害がある場合は、この限りではない。</p> <p>(55. 11. 12. 全国係長会議回答)</p> <p>現行の基準では、14kgの握力があれば右手指の機能障害は麻痺の状態により判断することとなる。</p> <p>(1) 利手を補助手と区別しない。</p> <p>(「全廃」とは、日常の基本動作が不能なものである、残手指は利手変換可能であるので区別しない)</p> <p>(2) 日常生活の役に立てるものは全廃とはみない。</p> <p>(スプーン、フォークを用いての食事動作ができるものは全廃とはみない)</p> <p>(3) 関節の可動域、麻痺の状態で判断することとなるが「握力5kg」とあれば4級として認定して差し支えない。</p> <p>(4) 握力計で計測できないもの(握力0kg)については「全廃」として、3級として認定して差し支えない。</p> <p>(59. 5. 24. 全国係長会議回答)</p>

質 疑	回 答
<p>6. 手指の機能の障害の解説中、一側の五指全体の機能の著しい障害（4級）の具体例が掲げられているが、等級表の中にはそのままの表現（一上肢の五指全体の機能の著しい障害）は記載されていない。この場合は、等級表の中の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の解説と理解してよいか。</p> <p>（下肢不自由）</p> <p>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。</p> <p>2. 両足関節が高度の尖足位であるため、底屈、背屈とも自・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。</p> <p>3. 変形性股関節症等の疼痛を伴う障害の場合、</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>お見込みのとおりである。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

質 疑	回 答
<p>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。</p>	<p>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持続する状態とは言えず、認定することは適当ではない。</p>
<p>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。</p>	<p>「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。</p> <p>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。</p>
<p>6. 下肢長差の取扱いについて、</p> <p>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。</p> <p>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10cm以上であるため4級として認定するのか。</p>	<p>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。</p> <p>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10cm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。</p>
<p>7. 関節の機能障害の場合、個々の関節の可動域、筋力の程度等によって等級の認定を行っているが、等級表解説の中で具体的な例として示されている項目の2以上に該当する場合は、一つ上の級として認定するものなのか教示されたい。</p> <p>（例）一側の膝関節可動域が30度で筋力が3となっている場合、5級と5級で4級と認定するか。</p>	<p>同一部位の障害であるので、関節可動域又は筋力のいずれかで認定することとなる。</p> <p>例に示された障害は5級として認定されたい。</p>

質 疑	回 答
<p>8. 重複障害の認定について次の場合、ア・イいずれの指数算出によるのか。</p> <p>下肢機能障害者で両下肢の股関節、膝関節及び足関節のいずれも軽度の障害（7級）が認められるもの。</p> <p>ア. (股関節 (0.5) + 膝関節 (0.5) + 足関節 (0.5)) × 両肢 (2) = 3 (5級)</p> <p>イ. 一下肢の機能の軽度の障害 (0.5) × 両肢 (2) = 1 (6級)</p>	<p>アの算定方式により5級として認定して差し支えない。</p> <p>(59. 10. 25. 社更第 170 号厚生省社会局更生課長通知)</p>
<p>9. 足関節の機能障害「軽度の障害」（7級）の具体的な例としては説明されていませんが、総合的解説の中での説明により、次のとおりと解してよろしいか。</p> <p>a. 関節可動域 30 度を超えないもの</p> <p>b. 徒手筋力テストで 4 に相当するもの</p>	<p>お見込みのとおりである。</p> <p>(60. 6. 12. 全国係長会議回答)</p>
<p>10. 身体障害者福祉法施行規則別表第5号、身体障害者程度等級表によれば、下肢不自由として「両足底部多発性鶏眼による歩行障害」は、肢体の疼痛の障害として取り扱うか。なお、下肢機能の運動性、支持性を失ったものとは認めがたいかがか。</p>	<p>両足底部多発性鶏眼による歩行障害については、症状が固定し起立、歩行不能等の状態が継続することが、指定医等の診断により客観的に証明され得るならば、「肢体の疼痛による障害」に該当するものと取扱って差し支えない。</p> <p>なお、本事例については、起立、歩行不能の状態が1年半以上にわたり継続していることが確認できるならば、同状態は継続するものと考えられる。したがって、この場合、本事例は、一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの（6級）に相当する障害が両側に認められることとなるので、5級と認定するのが妥当である。</p> <p>(54. 12. 6. 社更第 88 号厚生省社会局更生課長通知)</p>
<p>11. 膝関節の機能障害で高度の動揺関節は「全廃」中等度の動揺関節は「著しい障害」であると説明されています。</p> <p>しかるに、軽度の動揺関節は「軽度の障害」（7級）と解してよろしいか。</p>	<p>お見込みのとおりである。</p> <p>(60. 6. 12. 全国係長会議回答)</p>

質 疑	回 答
<p>1 2. 肢体不自由にかかる身体障害者の障害認定について</p> <p>(1) 関節炎後遺症等により右股関節の著しい機能障害と右下肢短縮 8cm がある場合、それぞれ等級表下肢の項 5 級－1、5 級－3 に該当するが、これを同一等級について 2 つの重複する障害があるとし、1 級上位の級（4 級）として認定してよろしいか。</p> <p>(2) 上記の機能障害と下肢短縮がそれぞれ別の原因によって生じた場合は、いかに取扱べきか。</p>	<p>(1) お見込みのとおり取扱って差し支えない。</p> <p>(2) (1) と同様に取扱うものである。 (57. 11. 29. 全国係長会議回答)</p>
<p>1 3. 骨盤腫瘍等による骨盤半裁の一下肢欠損の場合、起立困難な体幹機能障害として取り扱ってよいか。</p>	<p>体幹機能障害として扱うのは適当ではなく、下肢不自由として認定すべきである。なお、健足が、医学的に荷重歩行に耐えることができないと判断され、健全な下肢とはいえない状態にあれば 2 級と認定することが妥当である。</p>
<p>1 4. 一下肢の著しい障害として認定するには、機能障害が一枝全体にわたっているか少なくとも 3 大関節のうち 2 関節が全廃（著しい障害）の状況にあることを要すると思われるが、例えば、大腿骨頸部を骨折し、股関節の関節可動域、筋力テストからは全廃、著しい障害とも認められないが、日常生活において 1 km 以上の歩行不能、駅の階段の昇降がほとんど不可の状況にある者を「一下肢の著しい障害」として認定してさしつかえないでしょうか。なお、骨幹部偽関節は創設しておらず、筋力テストは伸展、内転、内旋ともすべて正常可動域についても伸展 140°、内転 60°、内旋 90° の状況です。</p>	<p>関節及び、骨幹部に器質的障害を残さず、単に疲労性の歩行障害については、治療過程の途中にあるものとする。したがって、「一下肢の著しい障害」として認定することはできない。 (61. 11. 25. 全国係長会議回答)</p>

質 疑	回 答
<p>15. ビュルガー病のため右下腿部切断（S56年8月）右大腿部、下腿部に痺れ、疼痛著しく歩行困難な状況にある。膝、股関節の可動域は正常だが、間けつ性歩行のため、一下肢機能の全廃と解してよろしいか。</p>	<p>事例は、いわば切断前症状であり、X線血管撮影等により明らかな所見が認められる場合であれば、その程度に応じて機能の全廃または著しい障害と認定してよい。 (61.11.25.全国係長会議回答)</p>
<p>16. 両下肢機能の著障（2級）について：一下肢機能の著障については、a～eの具体例があるが、両下肢機能の著障については、その説明がないので認定にあたっての基準についてご教示願いたい。</p>	<p>機能の全廃については歩行の不可能なもの、著しい障害については、独歩は不能であるが室内における補助的歩行の可能であるもの（補装具なし）をその例とされたい。 (61.11.26.全国係長会議回答)</p>
<p>（体幹不自由）</p> <p>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、</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>イ. 障害の状態が、連続する等級（この場合は2級と3級）の間である場合、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、より客観的な障害の状態を判断するべきである。</p>

質 疑	回 答
<p>2. 左下肢大腿を2分の1以上欠くものとして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推症のため、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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>3. 脊髄小脳変性症により歩行が困難なものについては、体幹機能障害ではなく平衡機能障害で認定することとされているが、小脳変性症で障害が重度化し、「座っていることができない」「座位又は起立位を保つことの困難なもの」「起立することの困難なもの」に該当するような場合は、体幹機能障害として認定してよろしいか。</p>	<p>本来的には、四肢体幹に器質的な異常がない場合は、平衡機能障害として認定するべきであるが、説例の如く機能障害が特に著しい場合は、体幹機能障害として認定することもあり得る。</p> <p>(61.11.25.全国係長会議回答)</p>
<p>4. パーキンソン病で、疼痛は無く、日常生活動作の程度を裏付けるための四肢体幹の器質的な異常を証明することはできない。このような事例で、他覚的に平衡機能障害を認める場合、機能障害が特に著しい場合以外はすべて平衡機能障害として認定すべきか。</p>	<p>ROM及びMMTに所見がない場合も、「動作・活動」等の他所見から身体障害者障害程度等級解説に定める障害程度が明らかな場合は、四肢・体幹の機能障害を認定することも可能である。</p>
<p>5. 肢体不自由の認定について、法改正前の診断書には体幹、頸部の可動域の記載欄がないため、脳卒中等片麻痺の場合「起立位保持」、「座位保持」の状態によって体幹の機能障害として認定していた。法改正後も同様に認定してよいか。</p>	<p>片麻痺の障害の認定の場合、通常体幹の機能障害として認定すべきではないと考える。</p> <p>なお、障害の程度は、テストの結果、能力障害の程度、所見等総合的に判断して認定すべきものであり、設例のように単に「起立位保持」、「座位保持」の状態によって認定するようなことは適当ではない。</p>

質 疑	回 答
<p>(脳原性運動機能障害)</p> <p>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。</p> <p>2. 脳原性運動機能障害に関する認定基準中、</p> <p>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、具体例にどのような障害をもつ者を指しているのか。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、</p> <p>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。</p> <p>イ. また、このテストは、必ず医師によって実</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ. 原則として医師が行うことが望ましいが、</p>

質 疑	回 答
<p>施されることを要するのか。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>6. 脳原性運動機能障害用の診断書はテストの結果のみを記載することになっている。この様式で等級は可能だが、状況及び所見は必要ないのか。</p>	<p>障害別の診断内容は、脳原性運動機能障害用のみにて足りるものである。</p>
<p>7. 頭部外傷後遺症と診断された者で、四肢、体幹機能面で関節可動域を含めて障害が認められないが、両上肢機能の紐むすび検査が困難で、総合的には行動の制約が生じる場合がある。この場合、「脳病変による運動機能障害」として扱うことは妥当か。困難な場合は、手帳等級診断のどれで認定するのが適当か。</p>	<p>乳幼児期に受傷した者については脳原性運動機能障害用の脳原性運動機能障害判定方法を用いることが可能であるが、それ以外の場合は「肢体不自由の状況及び所見」における「動作・活動」欄の記入を活用する等の方法によられたい。</p> <p>(59.11.28.全国身更相会議回答)</p>
<p>8. 脳性麻痺（アテトーゼ型）による四肢体幹機能障害で、肢体不自由用診断書によれば歩行能力1,500mで、体幹機能障害5級該当、上肢機</p>	<p>本例については、後段の取扱いを適当とする。</p> <p>(62.6.16.全国係長会議回答)</p>

質 疑	回 答
<p>能障害非該当となるが、脳原性運動機能障害用診断書によれば上肢機能障害5級該当、下肢機能障害非該当となる場合その取り扱い如何。</p> <p>(乳幼児に係る障害認定)</p> <p>1. 乳幼児に係る障害認定は概ね満3歳以降となっているが脳原性運動機能障害や二分脊椎の場合もこれを適用すべきか。</p>	<p>乳幼児については障害認定の判定が可能となる年齢が一般的には3歳児以降と考えられることから認定時期を「概ね満3歳以降」とすることとされたところである。しかしながら、四肢の欠損等のように障害程度の明らかな場合もありうるので障害程度の判定が可能と診断される場合は3歳未満における障害認定を否定するものではない。</p> <p>(59.10.25.社更第170号厚生省社会局更生課長通知)</p>

質 疑	回 答
<p>(人工関節等置換者について)</p> <p>1. 人工関節等の置換術後の経過の安定した時点とは具体的には術後からどの程度経過した時点なのか。リハビリを実施している間は安定した時点と言えるのか。</p> <p>2. 平成26年3月31日までに人工関節等の置換による等級を取得している者から平成26年4月1日以降に他の関節の置換を行い、再申請があった場合、すでに取得している等級について、再認定を行う必要はあるのか。</p> <p>3. 平成26年4月1日以降の見直し後の基準で非該当となった人工関節等の置換者が、その後、状態が悪化して人工関節等の再置換が必要となった場合の更生医療の適用についてはどのように取り扱うのか。</p> <p>4. 変形性関節症等による関節の著しい障害として等級を認定する者について、人工関節等の置換を行えば障害が軽減されると見込まれる場合は置換術の予定の有無にかかわらず再認定を条件とするべきか。また、再認定時期はいつか。</p>	<p>置換術後の機能障害の程度を判断するためには、ある程度の観察期間が必要と考えられる。しかしながら、その期間については一律に定められるものではなく、症状の経過(リハビリを実施している場合は、状態が回復の傾向なのか、維持の傾向なのか)などにより、それぞれの事例で判断可能な時期以降に認定することとなる。</p> <p>(26.2.18 厚生労働省 事務連絡)</p> <p>人工関節等の置換により、既に認定を受けていた者が、見直し後に他の部位の人工関節等の置換による申請を行った場合、既に認定している人工関節等については、再認定の必要はない。なお、当該申請に係る他の部位の置換については、新たな基準に基づき再認定を行うこと。</p> <p>(26.2.18 厚生労働省 事務連絡)</p> <p>非該当となった者が更生医療を利用しての人工関節等の再置換を行う場合は、再度、申請を行い、手帳を取得する必要がある。</p> <p>(26.2.18 厚生労働省 事務連絡)</p> <p>置換術が予定されている場合は、再認定を行うべきであるが、時期については、置換術の予定などを鑑み、個別に判断されたい。なお、置換術を受ける意思がない者に対しては、その後、状況が変わり置換術を行った場合には等級の見直しの必要があるので再申請するよう説明されたい。</p> <p>(26.2.18 厚生労働省 事務連絡)</p>

質 疑	回 答
<p>5. 既に関節の著しい障害として認定を受けている者が更生医療により人工関節の置換を行った場合、等級の見直しはどのように促すべきか。</p>	<p>更生医療の申請時に見直しについて説明するなど置換術後の状態が安定した時期に再申請をするよう勧奨されたい。 (26. 2. 18 厚生労働省 事務連絡)</p>
<p>6. 股関節に「高度の変形」がある場合はどのように判断するのか。</p>	<p>股関節の全廃の例に「高度の変形」の規定はないが、股関節に「高度の変形」が認められる場合は、可動領域制限や支持性などの個々の状態を総合的に勘案し判断されたい。 (26. 2. 18 厚生労働省 事務連絡)</p>
<p>7. 足関節について、関節可動域が5度を超えていても高度な屈曲拘縮や変形等により、支持性がない場合、全廃（5級）として認定することは可能か。</p>	<p>関節可動域が5度を超えていても支持性がないことが、医学的・客観的に明らかな場合、全廃（5級）と認定することは差し支えない。 (26. 2. 18 厚生労働省 事務連絡)</p>

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）

総括表

氏名		年 月 日	男 女
住所			
①障害名（部位を明記）			
②原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疾病・先天性・その他（ ）		
③疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場所	
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）			
⑤総合所見（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。）	障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
	〔将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕		
⑥その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称		電話	
所在地		科	医師氏名
診療担当科名			印
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
・ 該当する			
・ 該当しない			
（ 級相当）			
* 下肢と体幹が重複する場合、その			
総合等級は、原則として指数合算			
を行わないこと。			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上			
下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。			
2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙			
所見の部分について、お問い合わせする場合があります。			

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）

総括表

氏名	〇〇 〇〇	昭和〇〇年 〇月 〇日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女												
住所	〇〇市〇〇字〇〇△番地の△														
①障害名（部位を明記） 下肢機能障害（右膝関節機能の著しい障害）															
②原因となった疾病・外傷名	変形性膝関節症	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害 疾病 ・先天性・その他（ ）													
③疾病・外傷発生年月日	平成20年 6月 20日	場所													
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）	平成20年4月頃から右膝関節痛があり、当院受診。 保存的治療を行っていたが、平成26年4月17日人工膝関節置換術を施行した。 術後リハビリを行ったが膝関節痛が残存し歩行には杖を要する。 今後リハビリを続けても改善は難しいと思われる。														
人工関節置換術の施行年月日及び障害が固定されたと診断されるまでの経緯について記入してください。															
⑤総合所見（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。） 筋力テストの結果は3レベルであり、右膝関節機能の著しい障害に該当する。	障害固定又は障害確定（推定） 平成26年 〇月 〇日 〔将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕														
身体障害者福祉法施行規則別表第5号に記載されている障害名を記入してください。															
⑥その他参考となる合併症状	〔再認定の時期 年 月 日〕														
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。															
平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	電話〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇														
病院又は診療所の名称 △△総合病院	診察担当科名 〇〇〇〇〇〇 整形外科 医師氏名 〇〇 〇〇 <input checked="" type="radio"/> 印														
所在地 〒××××-××××	身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入）														
・ 該当する	障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に														
・ 該当しない	該当しない														
・ 5 級相当	* 下肢と体幹が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないこと。														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>肢体不自由</td> <td>等</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>上肢</td> <td>肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>肢</td> <td>5級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>幹</td> <td>級</td> </tr> </table>				肢体不自由	等	級	上肢	肢	級	下肢	肢	5級	体幹	幹	級
肢体不自由	等	級													
上肢	肢	級													
下肢	肢	5級													
体幹	幹	級													
注意 1	障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。														
2	障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。														

一 関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) -

肢体不自由の状況及び所見 (全葉2枚中2枚目) (この表は必要な部分を記入すること。)

筋力テスト	関節可動域	筋力テスト	関節可動域	筋力テスト	関節可動域	筋力テスト	関節可動域
() 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180	() 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180	() 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180	() 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180
右 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 ()	左 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 ()	中 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180	近 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180
右 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 ()	左 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈 ()	股 () 伸屈 () 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180	膝 () 伸屈 () 伸屈	90 180 0 30 60 90 120 150 180

備考

1. 関節可動域は、他動的に可動域を原則とする。
2. 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示方法とする。
3. 関節可動域の図示は、|←→|のように両側に太線を引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(〃)を引く。
4. 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失又は著減(筋力0.1-2該当)
△印は、筋力半減(筋力3該当)
○印は、筋力正常又はやや減(筋力4.5該当)
5. (PIP)の項母指は(I.P)を指す。
6. DIPその他手指の対立内外転等の表示は、必要に応じ備考欄を用いる。
7. 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常運動は、この部分にはみ出し記入となる。

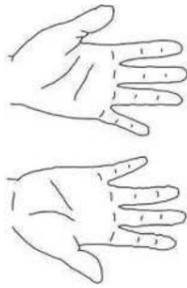
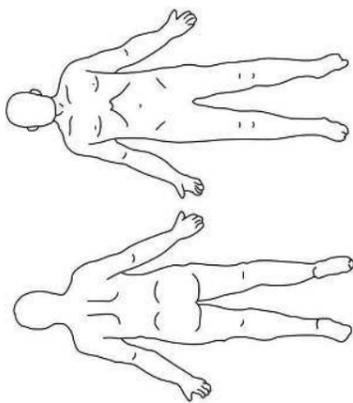
例示 (×) 伸屈 (〃) 伸屈 (△) 伸屈 (○) 伸屈

肢体不自由の状況及び所見 (全葉2枚中1枚目)

神経学的所見その他の機能障害 (形態異常) の所見 (該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入すること)

1. 感覚障害 (下記図示) なし () 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2. 運動障害 (下記図示) なし () 弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
3. 起因部位 : 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・**関節** その他
4. 排尿・排便機能障害 : なし () あり
5. 形態異常 : なし () あり

参考図示



右	左
上肢長 c m	
下肢長 c m	
上腕周径 c m	
前腕周径 c m	
大腿周径 c m	
下腿周径 c m	
握力 k g	

× 変形 (注) 関係ない部分は記入しない

切離断

感覚障害

運動障害

動作・活動 自立○ 半介助△ 全介助× 不能ー× () 中のものを使うときはそれぞれ○を付けること。

見返りする	右	左
座る (正座、あぐら、横座り、足を投げ出す)	○	○
椅子に腰掛ける	△	○
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	○	○
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	△	△
洋式便器に座る	○	○
排便の後始末をする	○	○
(箸で) 食事をする (スプーン、自助具)	右 ○	左 ○
コップで水を飲む	右 ○	左 ○
シャツを着て脱ぐ	右 ○	左 ○
ズボンをはいて脱ぐ (自助具)	○	○
ものを持ち上げる	右 正常可能 (5 k g , 10 k g) 以内可能、不可能	約 120分
	左 正常可能 (5 k g , 10 k g) 以内可能、不可能	約 1分
		約 2分
	歩行可能距離 (つえ、松葉づえ、義肢、補装具)	
	不能・100m未満	2 k m未満

注1. 身体障害者福祉法の等級は機能障害 (impairment) のレベルで認定されますので () の中に○が付いている場合、原則として自立していないという解釈になります。

2. 片麻痺の場合は患側の評価を記入してください。

記載例

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）

総括表

氏名	〇〇 〇〇	昭和 〇〇年 〇月 〇日生	男
住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
①障害名 (部位を明記)	下肢と体幹の機能障害が重複する場合、その総合等級は指数合算しません。		
②	体幹機能障害		
③	下肢機能障害（左膝関節機能の著しい障害）		
原因となった①	① 背柱管狭窄症（体幹） 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
②	② 変形性膝関節症（下肢） 自然災害・疾病・先天性・その他（ ）		
③	③ 疾病・外傷発生年月日 ① 平成23 年 7 月 3 日・場所 頃		
④	④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） 平成21年から膝関節に痛みを感じ、変形性膝関節症と診断された。本人が人工関節置換術を希望しなかったため投薬により経過観察中である。 平成23年頃から歩行時に痛みを感じるようになったが放置していた。 平成25年12月に当院を受診し、レントゲン及びCT検査結果から背柱管狭窄症と診断される。現在腰部コルセットを装着し、歩行にはつえを要する。		
⑤	障害固定又は障害確定（推定） 平成26年 〇月 〇日 ⑤ 総合所見（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。） 体幹一歩行困難 3級 下肢一左膝関節機能の著しい障害 * 1 身体障害者福祉法施行規則別表第5号に記載されている障害名を記入してください。 * 2 指数合算しない場合でも、手帳に表記する場合がありますので 障害名を記入してください。 〔将来再認定：要（重度化・軽度化） 不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕		
⑥	⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日		
病院又は診療所の名称	△△総合病院		
所在地	〒×××-×××××× 電話××××(×××)××××		
診療担当科名	〇〇〇〇〇〇 整形外科 医師氏名 〇〇 〇〇 印		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕	障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		
・ 該当する	該当しない		
・ 該当しない	（ 3 級相当）		
	* 下肢と体幹が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないこと。		
注意	1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右「肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

肢体不自由	等級
上肢	等級
下肢	等級
体幹	3 級

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）

総括表

氏名	〇〇 〇〇	昭和〇〇年 〇月 〇日生	男	〇女												
住所	〇〇郡〇〇町〇〇大字〇〇字〇〇△番地の△															
①障害名（部位を明記）	下肢機能障害（左足関節機能全廃）															
②原因となった疾病・外傷名	変形性足関節症	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疾病・先天性・その他（ ）														
③疾病・外傷発生日	平成17年 12月 頃	日	場所													
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）	<p>平成17年12月頃から左足関節に痛みを感じたため当院を受診したところ、変形性足関節症と診断された。投薬等により経過観察をしていたが、徐々に足関節が変形し歩行困難となった。ストレスX線で距骨傾斜角が24°と左足関節に高度の動揺性を認めた。</p> <p>動揺関節及び高度の変形により障害認定を行う場合は、高度（中度）の動揺関節、高度の変形と診断した内容を記入してください。</p>															
⑤総合所見（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。）	<p>左足関節に高度の動揺関節があり、左足関節の機能全廃5級に該当する。</p> <p>身体障害者福祉法施行規則別表第5号に記載されている障害名を記入してください。</p> <p>〔将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 〕</p>															
⑥その他参考となる合併症状																
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。	<p>平成 〇〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>病院又は診療所の名称 △△総合病院</p> <p>所在地 〒××××-×××××× 電話 △△△（△△△）△△△△</p> <p>診療担当科名 〇〇〇〇〇〇 整形外科 医師氏名 〇〇 〇〇 印</p> <p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入）</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p>該当する ○ 該当しない （ 5 級相当）</p> <p>* 下肢と体幹が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないこと。</p> <table border="1"> <tr> <td>肢体不自由</td> <td>等</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>上肢</td> <td></td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td></td> <td>5 級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td></td> <td>級</td> </tr> </table>				肢体不自由	等	級	上肢		級	下肢		5 級	体幹		級
肢体不自由	等	級														
上肢		級														
下肢		5 級														
体幹		級														
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。</p>															

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）

総括表

氏名	〇〇 〇〇	昭和〇〇年 〇月 〇日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所	〇〇市〇〇字〇〇〇△番地		
①障害名（部位を明記）	上下肢機能障害（右片麻痺） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> * 片麻痺の場合、体幹機能障害での認定は適当ではない、とされております。 </div>		
②原因となった疾病・外傷名	脳梗塞 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疫病・先天性・その他（ ）		
③疾病・外傷発生年月日	平成24年 12月 18日・場所 自宅		
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）	平成24年12月18日自宅で倒れ△△病院に救急搬送された。脳梗塞と診断され緊急手術を行った。右半身に麻痺が残存したため、リハビリ目的に当院に転院。6ヶ月間リハビリを行ったが、右上下肢に麻痺が残存した。		
⑤総合所見（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。）	障害固定又は障害確定（推定）平成25年 7月 〇日 ⑤総合所見（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。） 上肢－MMT△のため右上肢機能の著しい障害 下肢－MMT△のため右下肢機能の著しい障害 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 身体障害者福祉法施行規則別表第5号に記載されている障害名を記入してください。 </div>		
	（将来再認定：要 <input checked="" type="radio"/> 軽度化 <input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> ） （再認定の時期 平成〇〇年 〇月 月）		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。	平成25年 7月 10日 脳血管障害に係る障害認定は、疾病発生から3ヶ月 病院又は診療所の名称 △△病院 経過してから行います。		
診療担当科名	リハビリテーション科	医師氏名	〇〇 〇〇 <input checked="" type="radio"/>
所在地	〒xxxx-xxxx	電話	()
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入） 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する <input checked="" type="radio"/> 該当しない <input type="radio"/> ・ 該当しない (2 級相当) * 下肢と体幹が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないこと。			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。			

肢体不自由	等	級
上肢	3	級
下肢	4	級
体幹		級

(様式第3号)

身体障害者診断書・意見書 (脳原性運動機能障害)

総括表

氏名	年 月 日 生	男 女
住所		
①障害名 (部位を明記)		
②原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疾病・先天性・その他 ()	
③疾病・外傷発生年月	年 月 日	場所
④参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)		
⑤総合所見	[将来再認定：要 (重度化・軽度化) ・不要] [再認定の時期 年 月]	
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。		
病院又は診療所の名称	年 月 日	
所在地		電話 ()
診療担当科名		科 医師氏名 印
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	・該当する () 級相当 ・該当しない () 級相当	
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上 下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天 性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。		
2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の 部分について、お問い合わせする場合があります。		

脳原性運動機能障害の状況及び所見 (全葉2枚中1枚目)

1. 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害
(ひも結びテスト結果)

1 度目の 1 分間	本
2 度目の 1 分間	本
3 度目の 1 分間	本
4 度目の 1 分間	本
5 度目の 1 分間	本

イ 一上肢機能障害
(5動作の能力テスト結果)

a. 封筒をはさみで切るときに固定する。	(・可能)	(・可能)	(・不可能)
b. さいふからコインを出す。	(・可能)	(・可能)	(・不可能)
c. 傘をさす。	(・可能)	(・可能)	(・不可能)
d. 健側の爪を切る。	(・可能)	(・可能)	(・不可能)
e. 健側のそで口のボタンを留める。	(・可能)	(・可能)	(・不可能)

2. 移動機能障害
(下肢・体幹機能評価結果)

a. つたい歩きをする。	(・可能)	(・不可能)
b. 支持なしで立位を保持しその後10m歩行する。	(・可能)	(・不可能)
c. 椅子から立ち上り10m歩行し再び椅子に座る。	(・可能)	(・不可能)
d. 50cm幅の範囲内を直線歩行する。	(・可能)	(・不可能)
e. 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる。	(・可能)	(・不可能)

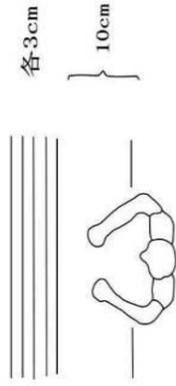
(注) この様式は、脳性麻痺の場合及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する場合で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

脳原性運動機能障害の状況及び所見 (全葉2枚中2枚目)

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひも結びテスト

- 事務用とじひも (おおむね43cm規格のもの) を用意する。
- ① とじひもを机の上、被験者前方に図のごとく置き並べる。
 - ② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。
(注) ・上肢を体や机に押しつけて固定しては行けない。
・手を机の上に浮かして、結ぶこと。
 - ③ 結び目の位置は問わない。
 - ④ ひもが落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。
 - ⑤ ひもは検査担当者が随時補充する。
 - ⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。



イ 5動作の能力テスト

- a. 封筒をはさみで切るときに固定する。
患手で封筒をテーブルに固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上に載せてもよい。封筒を切る部分をテーブルの端から出し、患手でもよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。
- b. さいふからコインを出す。
さいふを患手で持ち、空中に支え (テーブル面上ではなく)、健手でコインを出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。
- c. 傘をさす。
開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位ではなく座位のままでよい。肩にかついでいいけない。
- d. 健側の爪を切る。
大きめの爪切り (約10cm) で特別の細工のないものを患手で持って行う。
- e. 健側のそで口のボタンを留める。
のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンを掛ける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

身体障害者診断書・意見書（脳原性運動機能障害）

総括表

氏名	〇〇 〇〇	平成〇〇年〇〇月〇〇日生	男	<input checked="" type="radio"/> 女
住所	〇〇郡〇〇町大字〇〇字〇〇△番地の△			
①障害名（部位を明記） 脳原性運動機能障害（右上肢及び下肢不随意運動）				
②原因となった 疾病・外傷名 脳性麻痺	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疾病・ <input checked="" type="radio"/> 先天性・その他（ ）			
③疾病・外傷発生年月日	平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ・ 場所			
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） 在胎週数38W、1,820gで出生。 首の据わりが5ヶ月、お座りが1歳3ヶ月と運動面での発達の遅れがみられた。 現在作業療法及び理学療法を行っている。				
⑤総合所見（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。） つたい歩きはしますが、独歩不可のため移動機能障害2級、右上肢は5動作の能力テスト の内3動作ができることから5級に該当する。 リハビリにより軽度化することが予想されるため3年後再認定を行う。	障害固定又は障害確定（推定）平成〇〇年 〇月 〇〇日 〔将来再認定（ <input checked="" type="radio"/> 要（重度化・軽度化）・不要） 〔再認定の時期 平成〇〇年 〇 月 〕			
⑥その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 平成〇〇年 〇月 〇〇日				
病院又は診療所の名称 〇〇総合病院	電話〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇			
所 在 地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇△番	診察担当科名 リハビリテーション科 医師氏名 〇〇 〇〇 <input checked="" type="radio"/> 印			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入） 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	〇 該当する （ 2 級相当） ・ 該当しない			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下 肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難 聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。				
2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部 分について、お問い合わせする場合があります。				

1. 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害
(ひも結びテスト結果)

- 1 度目の1分間 _____ 本
- 2 度目の1分間 _____ 本
- 3 度目の1分間 _____ 本
- 4 度目の1分間 _____ 本
- 5 度目の1分間 _____ 本

両上肢機能障害の場合は、「ア」、一上肢機能障害の場合は、「イ」に記入してください。
* 該当する機能障害についての
み記入してください。

イ 一上肢機能障害
(5動作の能力テスト結果)

- a. 封筒をはさみで切るときに固定する。 (・可能) (・不可能)
- b. さいふからコインを出す。 (・可能) (・不可能)
- c. 傘をさす。 (・可能) (・不可能)
- d. 健側の爪を切る。 (・可能) (・不可能)
- e. 健側のそで口のボタンを留める。 (・可能) (・不可能)

2. 移動機能障害
(下肢・体幹機能評価結果)

- a. つたい歩きをする。 (・可能) (・不可能)
- b. 支持なしで立位を保持しその後10m歩行する。 (・可能) (・不可能)
- c. 椅子から立ち上り10m歩行し再び椅子に座る。 (・可能) (・不可能)
- d. 50cm幅の範囲内を直線歩行する。 (・可能) (・不可能)
- e. 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる。 (・可能) (・不可能)

(注) この様式は、脳性麻痺の場合及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する場合で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

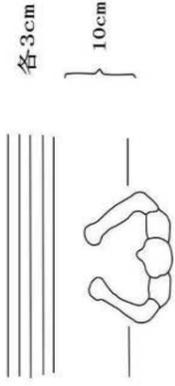
(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひも結びテスト

事務用とじひも (おおむね43cm規格のもの) を用意する。
① とじひもを机の上、被験者前方に図のごとく置き並べる。
② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。

(注) ・上肢を体や机に押しつけて固定しては行かない。
・手を机の上に浮かして、結ぶこと。

- ③
- ④
- ⑤ ひもは検査担当者が随時補充する。
- ⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。



イ 5動作の能力テスト

a. 封筒をはさみで切るときに固定する。
患手で封筒をテーブルに固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上に載せてもよい。封筒を切る部分をテーブルの端から出し
てもよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。

b. さいふからコインを出す。
さいふを患手で持ち、空中に支え (テーブル面上ではなく)、健手でコインを出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

c. 傘をさす。
開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位ではなく
座位のままでもよい。肩にかついではいけない。

d. 健側の爪を切る。
大きめの爪切り (約10cm) で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e. 健側のそで口のボタンを留める。
のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタ
ンを掛ける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。