

令和 7 年度身体障害者福祉法 第 15 条指定医師研修会資料

肢体不自由

[事例研究]

目 次

事例 1 (適切な事例：脳血管障害)

脳出血による左片麻痺 1 頁

事例 2 (不適切な事例：脳血管障害)

左視床出血による右上下肢、体幹機能障害 5
→体幹不適当。片麻痺で認定。

事例 3 (適切な事例：関節機能障害)

右変形性関節症による右膝関節機機能障害 9

事例 4 (適切な事例：人工関節関係)

大腿骨骨頭壊死による右股関節人工骨頭置換（旧基準認定 4 級）
左変形性股関節症による左人工股関節置換 13
→程度変更申請時の取扱い

事例 5 (不適切な事例：関節機能障害)

関節リウマチによる両手指機能障害、両膝・両足関節機能全廃 17
→指數計算の誤り

事例 6 (適切な事例：腰部脊柱管狭窄症)

腰部脊柱管狭窄症による両下肢機能障害 21

事例 7 (不適切な事例：腰部脊柱管狭窄症)

腰部脊柱管狭窄症による体幹機能障害 25
→体幹不適当。下肢MMT著障相当であるが歩行能力 20m

事例 8 (適切な事例：切断)

切断による右大腿 1／2 以上欠損 29

事例 9 (不適切な事例：切断)

右手指切断 33
→中指の欠損のみ。7級にも該当しない。

事例 10 (適切な事例：頸髄損傷)

頸髄損傷による四肢体幹障害 37

事例 1 1 (適切な事例 : 脳血管障害)

脳幹出血による四肢体幹機能障害 4 1 頁
→原因疾患・運動失調所見から体幹認定可能な事例

事例 1 2 (適切な事例 : パーキンソン病)

パーキンソン病による体幹機能障害 4 5

事例 1 3 (適切な事例 : 筋萎縮性側索硬化症)

筋萎縮性側索硬化症による肢体不自由 4 9
→原因疾患から体幹機能障害での認定可能な事例

事例 1 4 (適切な事例 : 乳幼児)

脳性麻痺による四肢体幹機能障害 5 3

事例 1 5 (適切な事例 : 脳原性運動機能障害)

脳性麻痺による脳原性運動機能障害 5 7

事例 1 6 (不適切な事例 : その他の原因疾病～廃用症候群の場合～)

認知症、高血圧による肢体不自由 6 1
→障害名、原因疾病不適当。ROM・MMT記載なし。

事例 1（適切な事例：脳血管障害）

障害の認定について

左上肢は、肩関節、肘関節、手関節、手指のすべての機能を全廃（MMT著減×、握力についても0kgの評価）しており、機能全廃に該当し2級相当は妥当である。

左下肢は、下肢全体の痙性麻痺・MMT半減△から、著しい障害に該当し4級相当は妥当である。

なお、脳血管障害による片麻痺の場合、筋力・関節可動域の障害が上下肢に認められる場合、上下肢の機能障害として認定する。

体幹機能障害と認められるのは、発症部位や運動障害等の所見から、体幹の障害が生じることに妥当性がある場合に限られる。

脳血管障害に係る障害認定の時期（観察期間）について

（平成15年2月27日障機能障害発第0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）

質疑

「脳血管障害に係る認定時期については、発症から認定までの観察期間が必要と考えるがいかがか。また、その場合、観察期間はどの位か。」

回答

「脳血管障害については、四肢の切断や急性疾患の後遺障害などと異なり、どの程度の機能障害を残すか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、障害の部位や症状の経過などにより、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。

なお、発症後3ヶ月程度の比較的早い時期での認定においては、将来再認定の指導をするなど、慎重に取り扱う必要がある。」

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

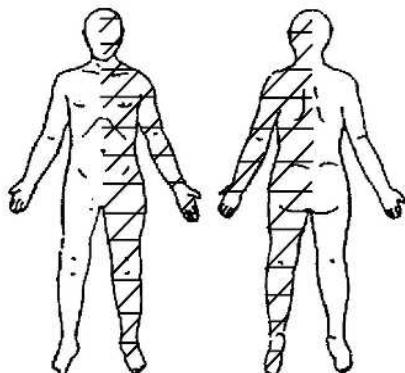
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和31年 3月26日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女						
住所 埼玉県○○市○○ ○○○-○								
① 障害名(部位を明記) 左上下肢機能障害(左片麻痺)								
② 原因となった 脳出血(右被殻) 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病・外傷名 <input checked="" type="radio"/> 先天性、その他()								
③ 疾病・外傷発生年月日 令和4年 1月 24日・場所 自宅								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 自宅にて発症、○○病院で保存的治療とリハビリテーションを施行。 加療後、杖歩行可能となり退院。 現在は、機能維持のため通院加療している。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年8月25日								
⑤ 総合所見 左上肢: 痙性麻痺、感覺鈍麻、肩関節亜脱臼、MMT著減(全瘓) 左下肢: 痙性麻痺、感覺鈍麻。体重支持性が不十分で、MMT半減(著しい障害)								
[軽度化による将来再認定 要・ <input checked="" type="radio"/> 不要] (再認定の時期 年 月後)								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 8月25日 病院又は診療所の名称 ○○○○整形外科 所在地 ○○市○○町○一○一○ 診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○ ○ <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								
•該当する (2 級相当) 内訳 <table border="1"> <tr> <td>上肢</td> <td>2 級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>4 級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table>			上肢	2 級	下肢	4 級	体幹	級
上肢	2 級							
下肢	4 級							
体幹	級							
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能 障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原 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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分につい てお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

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記入)

- 1 感覚障害(下記図示) : なし・**感覚脱失**・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害(下記図示) : なし・弛緩性まひ・**痉挛性まひ**・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**・末梢神經・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害 : なし・あり
- 5 形態異常 : なし・**脳・脊髄**・四肢・その他

参考図示



X変形 **■**切離断 **▨**感覚障害 **▨▨▨**運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (500 m)
 - 7 起立位 (20 分)
 - 8 座位 (可・不可)
 - 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—× () の中のものを使う時はそれに○
- ※補装具等を使用しない状態

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
35.5	握力kg	0

寝返りする	○	シャツを着て脱ぐ	△
足を投げ出して座る	△	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	×
いすに腰掛ける	○	ブラシで歯を磨く(自助具)	○
立つ <small>(手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)</small>	×	顔を洗いタオルでふく	△
家の中の移動 <small>(壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)</small>	△	タオルを絞る	×
洋式便器に座る	○	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	△	二階まで階段を上って下りる <small>(手すり、つえ、松葉づえ)</small>	△
(はしで)食事をする(スプーン、自助具)	○	屋外を移動する(家の周辺程度) <small>(つえ、松葉づえ、車いす)</small>	×
コップで水を飲む	○	公共の乗り物を利用する	×

[注: 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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肱骨切除本数 本

第1肱骨を(含む、含まない)

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節(I P、P I P、D I P)の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法:

上肢長: 肩峰→²桡骨茎状突起

前腕周径: 最大周径

下肢長: 上前腸骨棘→(脛骨)内果

大腿周径: 膝蓋骨上縁上10cmの周径(小児等の場合は別記)

上腕周径: 最大周径

下腿周径: 最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)

(この表は必要な部分を記入)

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()
↓	↓	↓	↓	↓
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	180
() 前屈	後屈 ()	頸	() 左屈	右屈 ()
右 180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	後屈 ()	体幹	() 左屈	右屈 ()
() 屈曲	伸展 ()	(×) 伸展	屈曲 (×)	
() 外転	内転 ()	(×) 内転	外転 (×)	
() 外旋	内旋 ()	(×) 内旋	外旋 (×)	
() 屈曲	伸展 ()	肘	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 回外	回内 ()	前腕	(×) 回内	回外 (×)
() 掌屈	背屈 ()	手	(×) 背屈	掌屈 (×)
() 屈曲	伸展 ()	中	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 屈曲	伸展 ()	手	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 屈曲	伸展 ()	指	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 屈曲	伸展 ()	節	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 屈曲	伸展 ()	環	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 屈曲	伸展 ()	（ M P ）	(×) 伸展	屈曲 (×)
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	90 60 30 0 30 60 90 120 10 180			
() 屈曲	伸展 ()	近位	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 外転	伸展 ()	指	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 外旋	伸展 ()	節	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 屈曲	伸展 ()	（ P I P ）	(×) 伸展	屈曲 (×)
() 屈曲	伸展 ()	小	(×) 伸展	屈曲 (×)
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	90 60 30 0 30 60 90 120 10 180			
() 屈曲	伸展 ()	(△) 伸展	屈曲 (△)	
() 外転	内転 ()	(△) 内転	外転 (△)	
() 外旋	内旋 ()	(△) 内旋	外旋 (△)	
() 屈曲	伸展 ()	膝	(△) 伸展	屈曲 (△)
() 底屈	背屈 ()	足	(△) 背屈	底屈 (△)

備考

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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  のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (PIP) の項母指は (IP) 関節を指す。

6 DIPその他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例 2（不適切な事例：脳血管障害）

障害の認定について

原因疾患（左視床出血）、片麻痺所見から、体幹機能障害として認定することは妥当ではなく、右片麻痺（右上下肢の機能障害）での認定が妥当である。単に「立ち上がり困難」の状態のみをもって、体幹機能障害の認定は行わない。

右上肢は、筋力テストの状況、握力（2 kg）から3級相当（著しい障害）の認定は妥当である。

右下肢は筋力テストの状況、歩行能力・起立位保持の制限から4級相当（著しい障害）の認定は妥当であり、総合2級相当が妥当である。

上肢3級、下肢4級の指數を合算すると総合等級は1級ではなく2級となる。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

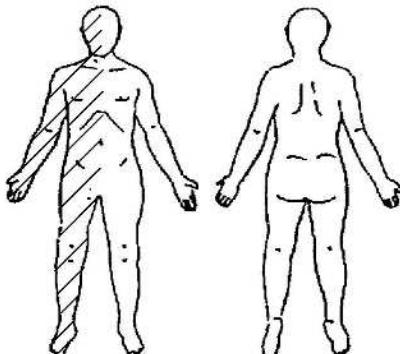
氏名	○ ○ ○ ○	昭和16年 2月24日生	男・ <input checked="" type="radio"/>						
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○								
①・ 障害名(部位を明記) 右上下肢の著しい障害、(右片麻痺) 体幹機能障害により立ち上がり困難									
② 原因となった 疾病・外傷名	左視床出血	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他()							
③ 疾病・外傷発生年月日	令和3年 12月 25日	・ 場所							
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 令和3年12月25日発症の脳出血。右片麻痺。徐々に落ち着き、リハビリでADLの向上を認める。									
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 6月25日									
⑤ 総合所見	2kg	歩ける							
右上肢は多少動くが握力ほぼ0kg。下肢は補助具をつければ少し動くが、自立歩行不能。また、ふらつきもあり、ほぼ立ち上がり困難。									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 軽度化による将来再認定 要・<input checked="" type="radio"/> 不要 (再認定の時期 年 月後) </div>									
⑥ その他参考となる合併症状 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 8月21日 病院又は診療所の名称 ○○○○整形外科 所在地 ○○市○○町○-○-○ 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									
<input checked="" type="radio"/> 該当する (<u>1</u> 級相当) <input type="radio"/> 該当しない 2級		内訳 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>上肢</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>4級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>2級</td> </tr> </table>		上肢	3級	下肢	4級	体幹	2級
上肢	3級								
下肢	4級								
体幹	2級								
注意 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、右上下肢まひ、心臓機能 障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原 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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分につい てお問い合わせする場合があります。									

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



× 变形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 □ 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (0 m)
 7 起立位 (0 分)
 8 座位 (可 、 不可) } ※補装具等を使用しない状態
 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、() の中のものを使う時はそれに○

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
2	握力kg	20

寝返りする	×	シャツを着て脱ぐ	×
足を投げ出して座る	×	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	×
いすに腰掛ける	△	ブラシで歯を磨く（自助具）	△
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	△	顔を洗いタオルでふく	×
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	×	タオルを絞る	×
洋式便器に座る	△	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	○	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	×
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	△	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	×
コップで水を飲む	△	公共の乗り物を利用する	×

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肱骨切除本数 本

第1肱骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)

(この表は必要な部分を記入)

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()
↓	↓	↓	↓	↓
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180		
() 前屈	後屈 ()	頸	() 左屈	右屈 ()
() 前屈	後屈 ()	体幹	() 左屈	右屈 ()
右 180 150 120 90 60 30 0 30 60 90			90 60 30 0 30 60 90 120 10 180 左	
(△) 屈曲	伸展 (△)		() 伸展	屈曲 ()
() 外転	内転 ()	肩	() 内転	外転 ()
() 外旋	内旋 ()		() 内旋	外旋 ()
() 屈曲	伸展 ()	肘	() 伸展	屈曲 ()
() 回外	回内 ()	前腕	() 回内	回外 ()
() 掌屈	背屈 ()	手	() 背屈	掌屈 ()
(△) 屈曲	母 伸展 (△)	中手指節	() 伸展 母	屈曲 ()
() 屈曲	示 伸展 ()		() 伸展 示	屈曲 ()
() 屈曲	中 伸展 ()		() 伸展 中	屈曲 ()
() 屈曲	環 伸展 ()		() 伸展 環	屈曲 ()
() 屈曲	小 伸展 ()	(M P)	() 伸展 小	屈曲 ()
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90			90 60 30 0 30 60 90 120 10 180	
(△) 屈曲	母 伸展 (△)	近位指節	() 伸展 母	屈曲 ()
() 屈曲	示 伸展 ()		() 伸展 示	屈曲 ()
() 屈曲	中 伸展 ()		() 伸展 中	屈曲 ()
() 屈曲	環 伸展 ()		() 伸展 環	屈曲 ()
() 屈曲	小 伸展 ()	(P I P)	() 伸展 小	屈曲 ()
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90			90 60 30 0 30 60 90 120 10 180	
(△) 屈曲	伸展 (△)		() 伸展	屈曲 ()
() 外転	内転 ()	股	() 内転	外転 ()
() 外旋	内旋 ()		() 内旋	外旋 ()
() 屈曲	伸展 ()	膝	() 伸展	屈曲 ()
() 底屈	背屈 ()	足	() 背屈	底屈 ()

備考

注

- 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
- 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会又は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。
- 関節可動域の図示は、のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線 (S) を引く。
- 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
- ×印は、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例 3（適切な事例：関節機能障害）

障害の認定について

右膝関節は、MMT 3（△）、ROMは30度であり、著しい障害に該当し5級相当は妥当である。

なお、1つの関節の障害により、下肢全体の機能が障害されているように記載される場合があるが、下肢全体の機能の障害とは、一肢全体に及ぶ障害をいい、例えば（1）すべての関節の機能障害、（2）少なくとも3大関節のうち2関節以上の障害、（3）下肢全体の筋力低下、（4）骨幹部の偽関節などをいう。

診断書・意見書について

① 障害名について

障害の部位とその部分の機能障害の状況を記載する。

② 原因となった疾病・外傷名について

肢体不自由の原因となつたいわゆる病名であり、障害の分野別に具体的な病名を記載する。

④ 参考となる経過・現症について

傷病の発生から現状に至る経過、障害認定の参考となる事項について、医学的・具体的に記載する（局所症状や必要によっては、X線所見を記載する）。また、現症については、2項目の状況及び所見に記載された事項から必要に応じ記載する。

⑤ 総合所見について

障害の状況についての総合的所見、（傷病の発生から現状に至る経過及び現症を踏まえて）身体障害者としての障害認定に必要な症状の固定又は永続性の状態を記載する。

※ 関節可動域、筋力テストによる障害認定が困難で、疼痛による障害の認定を行う場合については、エックス線写真等により、疼痛による障害が医学的に証明される場合、認定可能な場合もあり得る。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

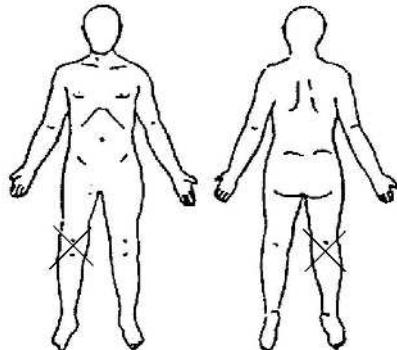
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和19年10月15日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女						
住所 埼玉県○○市○○町○○○一○								
① 障害名(部位を明記) 右膝関節機能障害								
② 原因となった 病名 右変形性膝関節症 原因 () 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 外傷名 () 疾病 先天性、その他 ()								
③ 疾病・外傷発生年月日 令和元年 11月頃 日・場所								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 右膝痛、歩行困難を主訴に来院。令和3年頃より増悪し、安静時痛も加わる。 X-Pにて関節裂隙内側に著しい狭小化を認め、骨硬化、骨棘形成も著しい。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年4月 日								
⑤ 総合所見 膝痛と関節可動域制限、筋力低下(MMT3)あり。膝関節の著しい障害								
<div style="text-align: right; margin-right: 10px;">□ 軽度化による将来再認定 要・<input checked="" type="radio"/>不要</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">(再認定の時期 年 月後)</div>								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年4月10日								
病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所在地 ○○市○○町○一○一○○ 診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○ ○○ <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								
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"><input checked="" type="radio"/>該当する (5級相当)</div> <div style="margin-right: 10px;">内訳</div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td style="padding: 2px;">上肢</td><td style="padding: 2px;">級</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">下肢</td><td style="padding: 2px;">5級</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">体幹</td><td style="padding: 2px;">級</td></tr> </table> </div>			上肢	級	下肢	5級	体幹	級
上肢	級							
下肢	5級							
体幹	級							
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能 障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原 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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分につい てお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

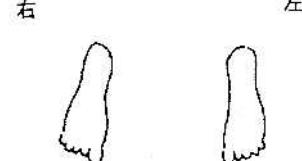
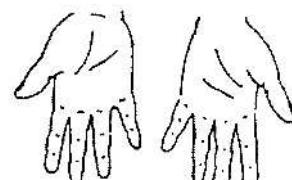
神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入）

- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なしあり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



変形 切離断 感覚障害 運動障害



（注） 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (100 m)
 7 起立位 (○ 30 分)
 8 座位 (可 ● 不可) } ※補装具等を使用しない状態
 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、() の中のものを使う時はそれに○

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
	握力kg	

寝返りする	<input type="radio"/>	シャツを着て脱ぐ	<input type="radio"/>
足を投げ出して座る	<input type="radio"/>	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	<input type="radio"/>
いすに腰掛ける	<input type="radio"/>	ブラシで歯を磨く（自助具）	<input type="radio"/>
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	<input type="triangle"/>	顔を洗いタオルでふく	<input type="radio"/>
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	<input type="triangle"/>	タオルを絞る	<input type="radio"/>
洋式便器に座る	<input type="radio"/>	背中を洗う	<input type="radio"/>
排せつの後始末をする	<input type="radio"/>	二階まで階段を上って下りる (手すり つえ、松葉づえ)	<input type="triangle"/>
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	<input type="radio"/>	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	<input type="triangle"/>
コップで水を飲む	<input type="radio"/>	公共の乗り物を利用する	<input type="radio"/>

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肘骨切除本数 本

第1肘骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

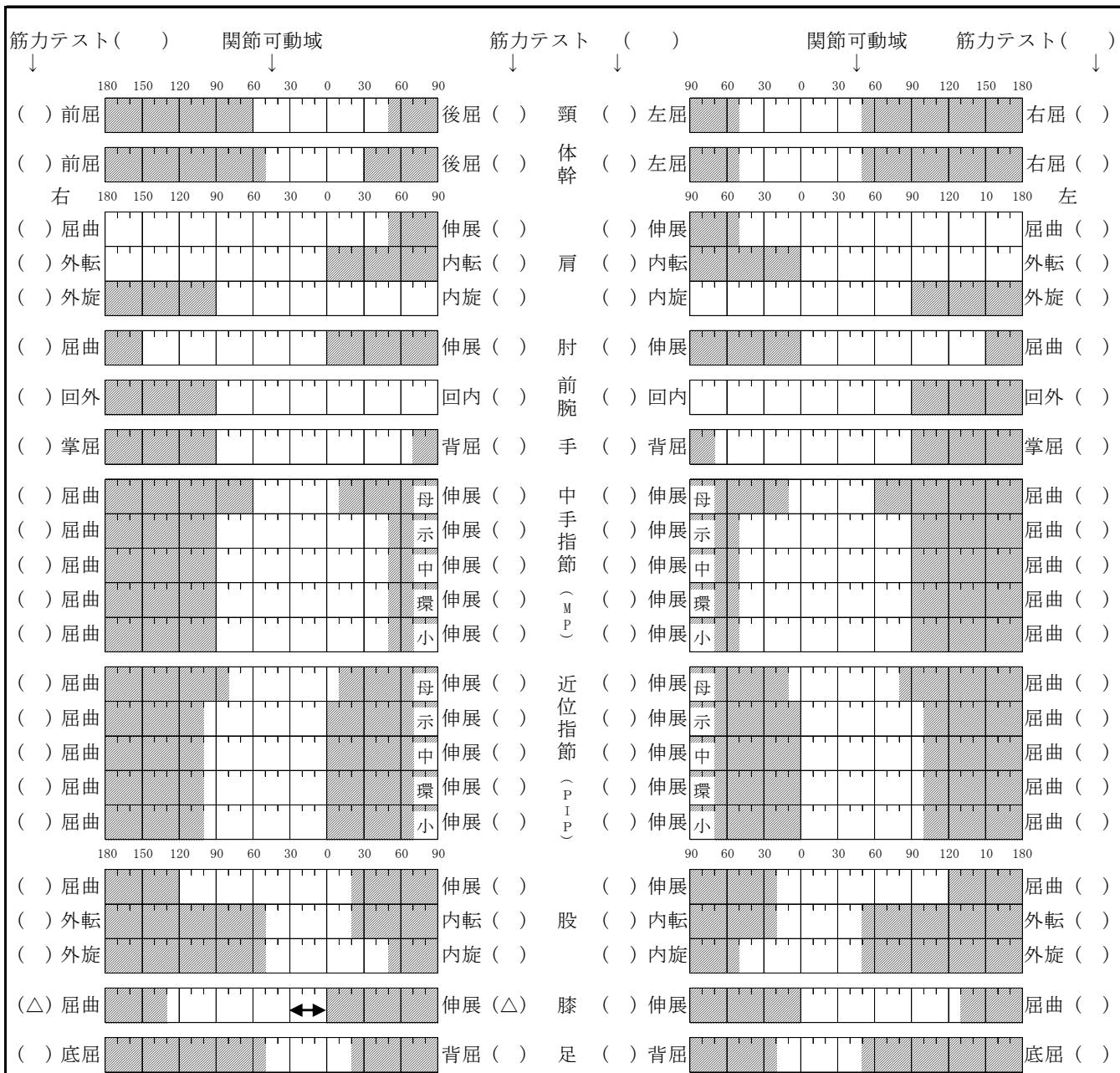
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上線10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備考

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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 のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (PIP) の項母指は (IP) 関節を指す。

6 DIPその他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展

事例 4（適切な事例：人工関節関係） ～更新[程度変更]申請の場合～

障害の認定について

平成26年4月に人工関節等置換者の身体障害認定基準が変わり、従来一律全廃としていたものが、改正後は術後定期における機能障害の程度によって認定することとなった。

平成26年3月まで

- • 股関節・膝関節は、一律4級に認定
- 足関節は、一律5級に認定

平成26年4月から

- 術後の経過の安定した時点での筋力レベル、関節可動域等に応じて、
 - 股関節・膝関節は、4級、5級、7級、非該当のいずれかに認定
 - 足関節は、5級、6級、7級、非該当のいずれかに認定

右股関節については、MMT、ROMとともに軽障相当であるが、平成25年1月25日に人工骨頭置換術を行っており、旧基準（股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの 4級）で身体障害者手帳を取得済である。そのため、旧基準で認定された等級を引き継ぎ4級（指数4）の診断は妥当である。

左股関節については、平成26年度の新基準施行後の診断であるため、人工関節置換術を行っているが、術後の経過観察期間を得てMMT等を総合的に判断した上で5級（指数2）の診断は妥当である。

以上により、指数6となり総合等級4級に変更はないが、左股関節機能障害5級が追加となる。

様式第1号(3) (第2条関係)
身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

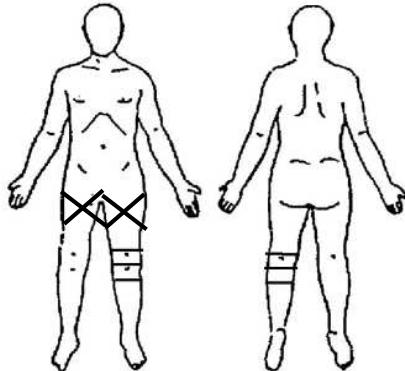
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和21年 8月 2日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女						
住所 埼玉県○○市○○町○-○-○								
① 障害名(部位を明記) 両股関節機能障害								
② 原因となった 疾病・外傷名	右大腿骨骨頭壊死 左変形性股関節症	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他()						
③ 疾病・外傷発生年月日 平成25年 1月頃 日・場所								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 平成25年右股関節痛出現、X-Pにて大腿骨骨頭壊死を認め同年1月25日に人工骨頭置換術施行。 令和3年8月頃より左股関節痛出現。変形性関節症を認め同年9月10日人工股関節置換術施行。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 4月10日								
⑤ 総合所見 右股関節:平成25年1月の人工骨頭置換術施行後に4級の身体障害者手帳取得済み。 左股関節:今回人工股関節置換術施行後、MMT筋力半減△から著しい障害5級と判断した。								
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input checked="" type="checkbox"/> 軽度化による将来再認定 要・<input checked="" type="radio"/>不要 (再認定の時期 年 月後) </div>								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 4月10日 病院又は診療所の名称 ○○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○○番地 診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○ ○○ <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 <div style="display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/>該当する (4級相当) 内訳 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>上肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>4級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table> </div>			上肢	級	下肢	4級	体幹	級
上肢	級							
下肢	4級							
体幹	級							
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 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・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なしあり
- 5 形態異常：なし 脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



× 变形 ■ 切離断 ■■■ 感覚障害 ■■■■ 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (50 m)
 - 7 起立位 (10 分)
 - 8 座位 (可・不可)
- } ※補装具等を使用しない状態

- 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、() の中のものを使う時はそれに○

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
37.0	大腿周径cm	37.0
32.0	下腿周径cm	31.0
	握力kg	

寝返りする	○	シャツを着て脱ぐ	○
足を投げ出して座る	○	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	△
いすに腰掛ける	△	ブラシで歯を磨く（自助具）	○
立つ 手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具）	△	顔を洗いタオルでふく	○
家の中の移動 （壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす）	△	タオルを絞る	○
洋式便器に座る	△	背中を洗う	○
排せつの後始末をする	○	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	△
（はしで）食事をする（スプーン、自助具）	○	屋外を移動する（家の周辺程度） （つえ、松葉づえ、車いす）	△
コップで水を飲む	○	公共の乗り物を利用する	×

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肱骨切除本数 本

第1肱骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

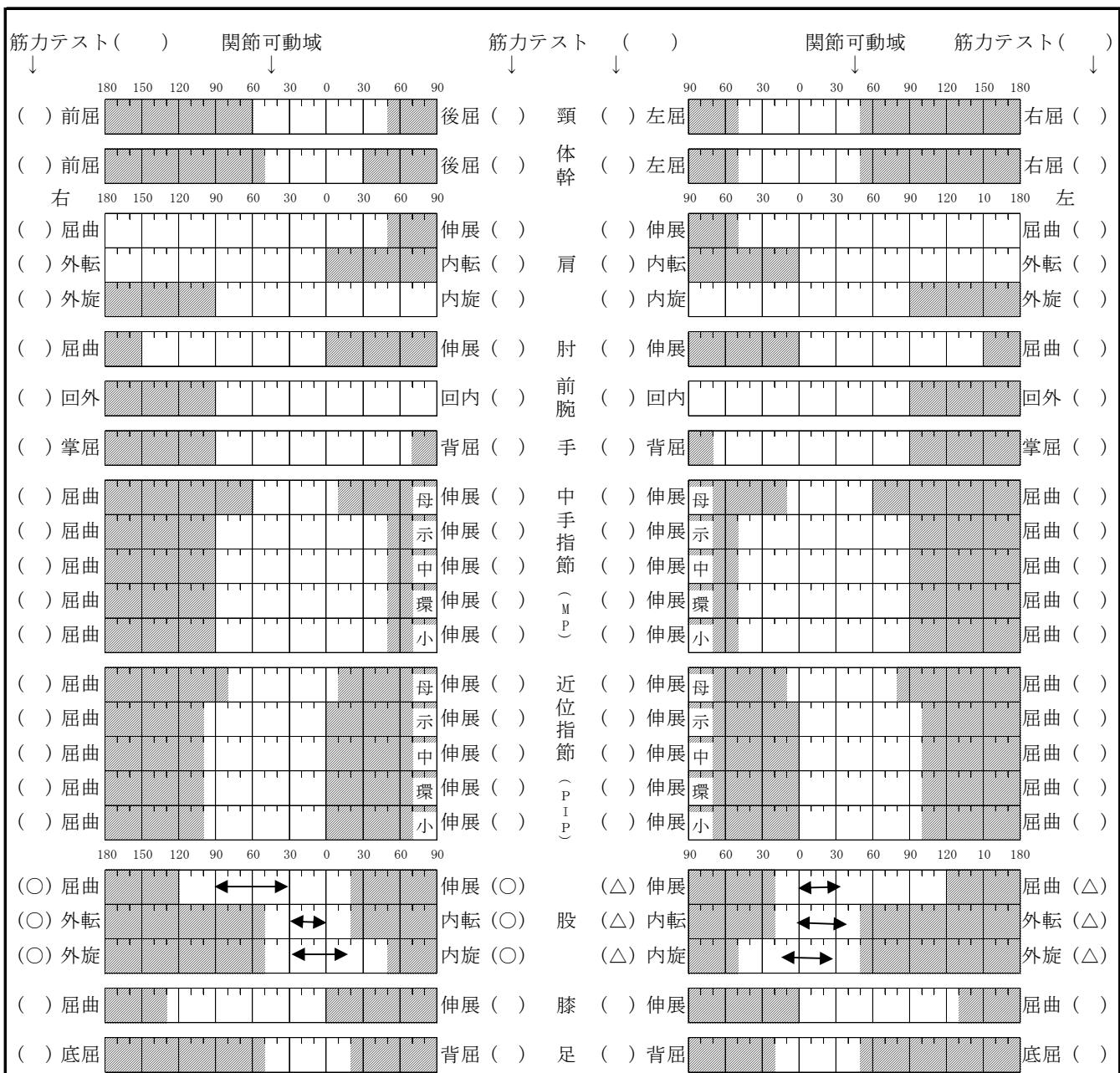
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備 考

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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 のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展

事例5（不適切な事例：関節機能障害）

障害の認定について

上肢

両手指機能の著しい障害 4級×2 指数 $4 \times 2 = 8 \rightarrow$ 上肢 3級

下肢

(右)

右膝関節機能全廃	4級	指数 4
右足関節機能全廃	5級	指数 2
合計	4級	指数 6

(左)

左膝関節機能全廃	4級	指数 4
左足関節機能全廃	5級	指数 2
合計	4級	指数 6

右を例にとると、指数の合計は 6 となるが、次の障害の指数が限度となるため、合計指数は 4 となる。

一下肢を下腿の 2 分の 1 以上で欠くもの
= 一下肢を大腿の 2 分の 1 未満で欠くもの 4級 指数 4

左も同様のため、両下肢では、

両下肢の機能の著しい障害 4級×2 指数 $4 \times 2 = 8 \rightarrow$ 下肢 3級

総合等級

上肢	3級	指数	7
下肢	3級		7
合計	14	→	総合 2級

肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障害の指数を単純合計するのではなく、「上肢、下肢、体幹」の区分の中で指数を合算し、区分毎の等級を決定する。さらに「上肢、下肢、体幹」の等級に応じた指数を再度合計して、総合等級を決定する。また、同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

本件については特例により、一下肢につき、「一下肢を下腿の 2 分の 1 以上で欠くもの」 4級（指数 4）が限度となるため、両側では 3級（合計指数 8）までとなる。

ただし、歩行能力や起立位の状況、A D Lとの整合についても、留意する必要がある。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

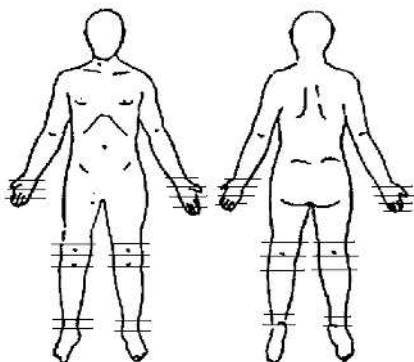
氏名	○ ○ ○ ○	昭和24年11月4日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女						
住所	埼玉県○○市○○○○○○○-○								
① 障害名(部位を明記)	両手指機能障害、両膝関節、両足関節機能全廃								
② 原因となった 疾病・外傷名	関節リウマチ	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 先天性、その他()							
③ 疾病・外傷発生年月日	平成11年頃	月	日・場所						
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)	平成11年頃より手指、両膝・両足関節の疼痛出現、種々保存療法施行。 両膝関節は変形高度、強直により可動域0度。両足関節は関節破壊著明のため、令和3年9月4日右足関節固定術。左足関節も可動域制限著しい。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年3月4日									
⑤ 総合所見	両手指の著しい障害(4点×2=8点)。両膝関節機能全廃(4点×2=8点)。 両足関節機能全廃(2点×2=4点)。合計20点で総合1級								
[軽度化による将来再認定 (再認定の時期)] 要・ <input checked="" type="radio"/> 不要 年月後									
⑥ その他参考となる合併症状									
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。									
令和4年3月18日									
病院又は診療所の名称	○○病院								
所 在 地	○○市○○町○-○-○								
診療担当科名	○○○○	科	医師氏名 ○○○○ <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									
・該当する ・該当しない	(<u>1</u> 級相当) 2級	内訳	<table border="1"> <tr> <td>上肢</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table>	上肢	3級	下肢	3級	体幹	級
上肢	3級								
下肢	3級								
体幹	級								
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。									

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 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・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：**なし**あり
- 5 形態異常：なし・脳・**脊髄**・**四肢**・その他

参考図示



X変形 ■ 切離断 ■■■ 感覚障害 ■■■■ 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度（0 m）
 - 7 起立位（5分）
 - 8 座位（可・不可）
 - 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—× () の中のものを使う時はそれに○
- ※補装具等を使用しない状態

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
2	握力kg	3

寝返りする	<input type="radio"/>	シャツを着て脱ぐ	<input type="triangle"/>
足を投げ出して座る	<input type="radio"/>	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	<input type="triangle"/>
いすに腰掛ける	<input type="radio"/>	ブラシで歯を磨く（自助具）	<input type="circle"/>
立つ (手すり、壁、つえ、 松葉づえ 、義肢、装具)	<input checked="" type="radio"/>	顔を洗いタオルでふく	<input type="triangle"/>
家の中の移動 (壁、つえ、 松葉づえ 、義肢、装具、車いす)	<input checked="" type="radio"/>	タオルを絞る	<input checked="" type="circle"/>
洋式便器に座る	<input type="radio"/>	背中を洗う	<input checked="" type="triangle"/>
排せつの後始末をする	<input type="radio"/>	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、 松葉づえ)	<input checked="" type="triangle"/>
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	<input type="triangle"/>	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、 松葉づえ 、車いす)	<input checked="" type="circle"/>
コップで水を飲む	<input type="triangle"/>	公共の乗り物を利用する	<input checked="" type="circle"/>

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肋骨切除本数 本

第1肋骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→**橈骨**茎状突起

前腕周径：最大周径

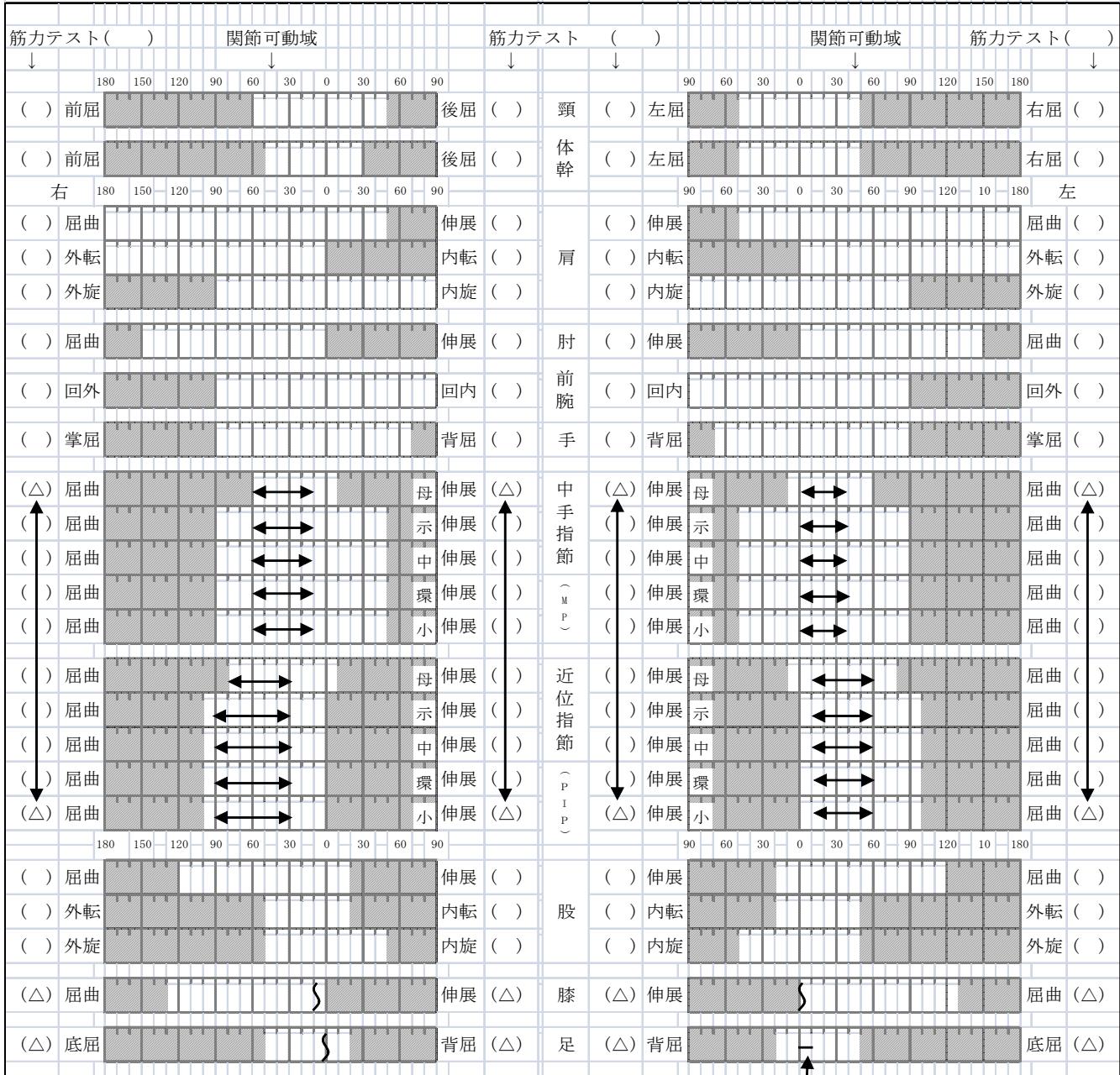
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備考

0 ~ 5°

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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、のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線 (S) を引く。
- 4 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
- ×印は、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例6（適切な事例：腰部脊柱管狭窄症）

障害の認定について

手術を行ったが、両下肢に弛緩性麻痺が残存していること、また、両下肢全体の筋力低下が見られ、補装具なしでは歩行・起立不能であることから、2級相当は妥当である。

狭窄症のMMTは、瞬間的には「○」でも、歩行していると「×」となって歩けない場合があるため、MMTの評価はそれを見越して評価するか、その旨を備考欄等に記載する。また、病態確認のためMRI等の画像所見を添付されることが望ましい。

様式第1号(3) (第2条関係)
身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

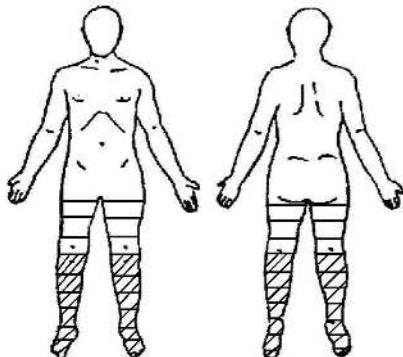
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和 9年 8月15日生	男・女						
住所 埼玉県○○市○○ ○○○-○								
① 障害名(部位を明記) 両下肢機能障害								
② 原因となった 腰部脊柱管狭窄症 疾病・外傷名 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他()								
③ 疾病・外傷発生年月日 平成28年 8月頃 日・場所								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 平成28年8月頃より、労作時に腰痛両下肢麻痺出現。MRI上L3/4、L4/5に上記疾病認め、令和3年9月3日手術を行ったが、麻痺残存。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 8月21日								
⑤ 総合所見 現在コルセット使用し、杖を使えば2~3m歩行可能だが、それがないと歩行不能である。(筋力半減相当)								
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 軽度化による将来再認定 要・ (再認定の時期) 年 <input checked="" type="radio"/> 不要 月後 </div>								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 8月21日 病院又は診療所の名称 ○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○-○ 診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○ ○○ <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								
<div style="display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="radio"/> 該当する (2級相当) 内訳 <table border="1" style="margin-left: 10px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">上肢</td> <td style="padding: 2px;">級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">下肢</td> <td style="padding: 2px;">2級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">体幹</td> <td style="padding: 2px;">級</td> </tr> </table> </div>			上肢	級	下肢	2級	体幹	級
上肢	級							
下肢	2級							
体幹	級							
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

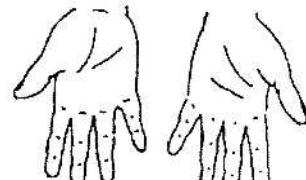
神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入）

- 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・弛緩性まひ・痙攣性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- 3 起因部位：脳 脊髓 末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害 なし・あり
- 5 形態異常 なし・脳・脊髓・四肢・その他

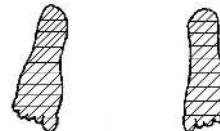
参考図示



X変形 ■ 切離断 ■■■ 感覚障害 ■■■■ 運動障害



右 左



右	左
上肢長cm	
下肢長cm	
上腕周径cm	
前腕周径cm	
大腿周径cm	
下腿周径cm	
握力kg	

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (0 m)
- 7 起立位 (0 分) } ※補装具等を使用しない状態
- 8 座位 (可 不可)
- 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—× () の中のものを使う時はそれに○

寝返りする	<input type="radio"/>	シャツを着て脱ぐ	<input type="radio"/>
足を投げ出して座る	<input type="radio"/>	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	<input type="radio"/>
いすに腰掛ける	<input type="radio"/>	ブラシで歯を磨く（自助具）	<input type="radio"/>
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	<input checked="" type="radio"/>	顔を洗いタオルでふく	<input type="radio"/>
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	<input checked="" type="radio"/>	タオルを絞る	<input type="radio"/>
洋式便器に座る	<input type="radio"/>	背中を洗う	<input type="radio"/>
排せつの後始末をする	<input type="radio"/>	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	<input checked="" type="radio"/>
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	<input type="radio"/>	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	<input checked="" type="radio"/>
コップで水を飲む	<input type="radio"/>	公共の乗り物を利用する	<input checked="" type="radio"/>

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肱骨切除本数 本

第1肱骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

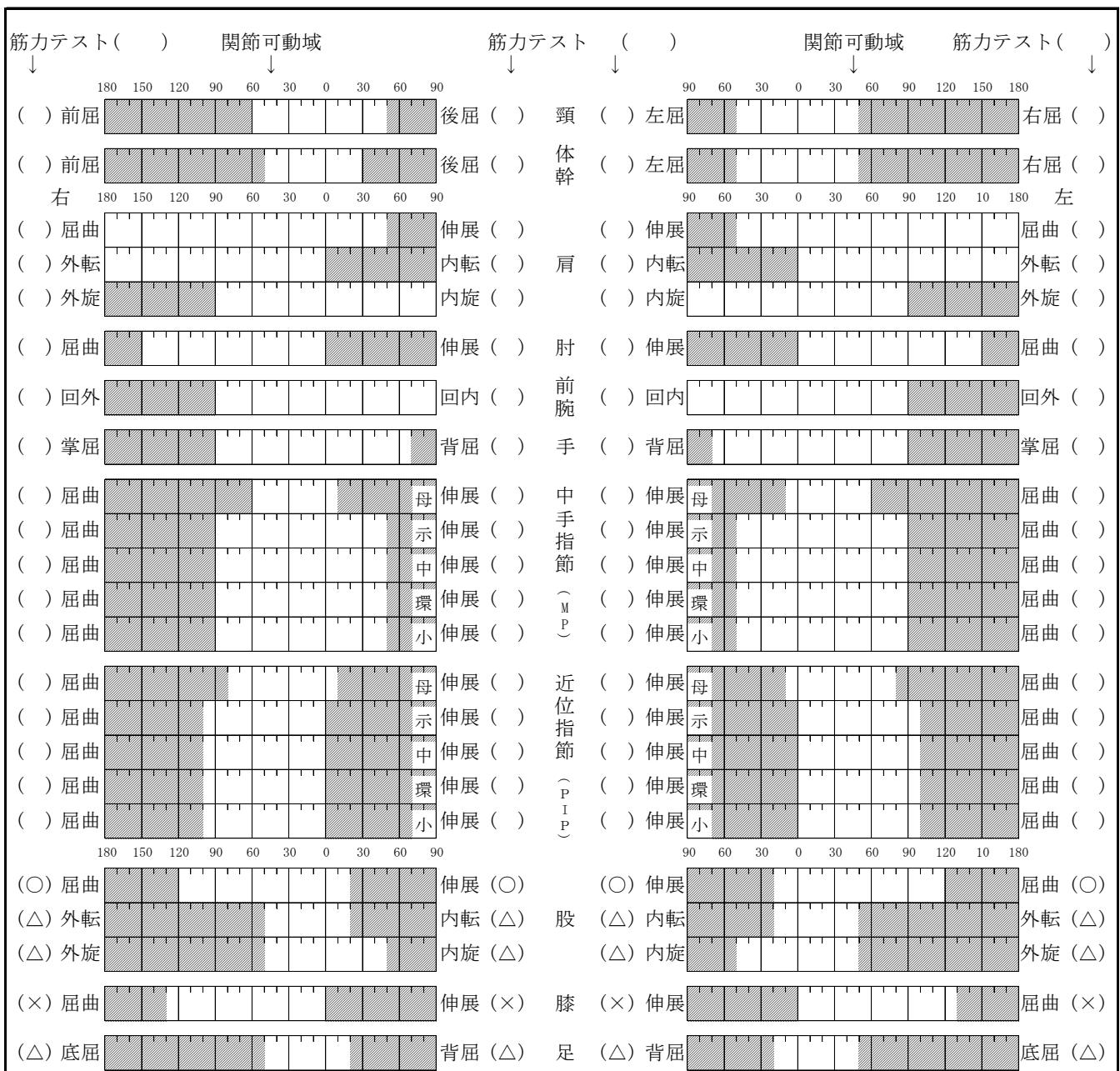
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

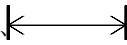
下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備考 ROMの制限はない

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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  のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減（筋力 0、1、2 該当）

△印は、筋力半減（筋力 3 該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力 4、5 該当）

5 (PIP) の項母指は (IP) 関節を指す。

6 DIP その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例7（不適切な事例：腰部脊柱管狭窄症）

障害の認定について

腰部脊柱管狭窄症の場合は、原則として体幹機能障害での認定は妥当ではなく、下肢機能障害で認定をする。

下肢の筋力低下は左右ともにすべて半減程度で著しい障害であるが、補装具なしで歩行能力が100mあることから、3級と判定する。

- ※ 両下肢の著しい障害2級は、一下肢当たり著障4級相当の筋力低下に加え、歩行不能の場合（目安：歩行不能0m～10m未満）に認定する。
- ※ 本疾患や、脊髄損傷などによる場合は、狭窄や損傷を来している病巣部位（脊椎レベル）について記されていることが望ましい。

【参考】

○認定基準

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原因としては、四肢体幹の麻痺、運動失調、変形等による運動機能障害がある。四肢にも障害が及ぶが、四肢の機能障害を切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定する。

○認定要領

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であり、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（頸髄）損傷等である。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

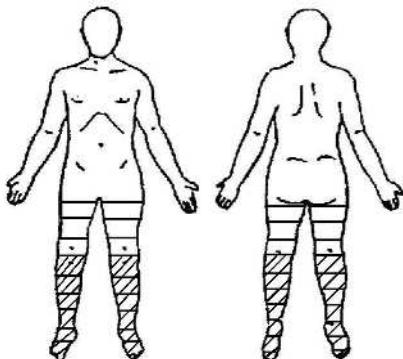
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和24年 4月20日生	(男)・女						
住所 埼玉県○○市○○ ○○○-○	両下肢機能障害							
① 障害名(部位を明記) 体幹機能障害								
② 原因となった 腰部脊柱管狭窄症 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 (疾病)先天性、その他()							
③ 疾病・外傷発生年月日 平成30年 11月 6日・場所								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) <u>通院にて保存的治療を行っているが、症状は不变。</u>								
※狭窄の部位(脊椎レベル)や、その状態についての記載が必要								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 2月13日								
⑤ 総合所見 歩行困難(約100m)	軽度化による将来再認定 要年 (再認定の時期)月後							
※両下肢機能障害として認定するため、両下肢のMMTやROMに基づく所見についても記載が必要								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 2月13日								
病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名	○○病院 ○○市○○町○-○-○ ○○○○ 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 (2 級相当) ・該当しない 3級	内訳	<table border="1"> <tr> <td>上肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>3 級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>2 級</td> </tr> </table>	上肢	級	下肢	3 級	体幹	2 級
上肢	級							
下肢	3 級							
体幹	2 級							
注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 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・弛緩性まひ 痉性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- 3 起因部位：脳 脊髓 末梢神經・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害： なし・あり
- 5 形態異常： なし 脳・脊髓・四肢・その他

参考図示



変形 切離断 感覚障害 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (100 m)
 - 7 起立位 (10 分)
 - 8 座位 (可・不可)
 - 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—× () の中のものを使う時はそれに○
- ※補装具等を使用しない状態

右		左
上肢長cm		
下肢長cm		
上腕周径cm		
前腕周径cm		
大腿周径cm		
下腿周径cm		
握力kg		

寝返りする	<input type="radio"/>	シャツを着て脱ぐ	<input type="radio"/>
足を投げ出して座る	<input type="radio"/>	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	<input type="radio"/>
いすに腰掛ける	<input type="radio"/>	ブラシで歯を磨く（自助具）	<input type="radio"/>
立つ (手すり、壁 <small>(つえ)</small> 松葉づえ、義肢、装具)	<input type="triangle"/>	顔を洗いタオルでふく	<input type="radio"/>
家の中の移動 (壁 <small>(つえ)</small> 松葉づえ、義肢、装具、車いす)	<input type="triangle"/>	タオルを絞る	<input type="radio"/>
洋式便器に座る	<input type="radio"/>	背中を洗う	<input type="radio"/>
排せつの後始末をする	<input type="radio"/>	二階まで階段を上って下りる (手すり、 <small>(つえ)</small> 松葉づえ)	<input type="triangle"/>
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	<input type="radio"/>	屋外を移動する (家の周辺程度) <small>(つえ)</small> 松葉づえ、車いす)	<input type="triangle"/>
コップで水を飲む	<input type="radio"/>	公共の乗り物を利用する	<input checked="" type="radio"/>

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肘骨切除本数 本

第1 肘骨を（含む、含まない）

注 1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ 1 / 2 以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記 6. 7. 8 の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

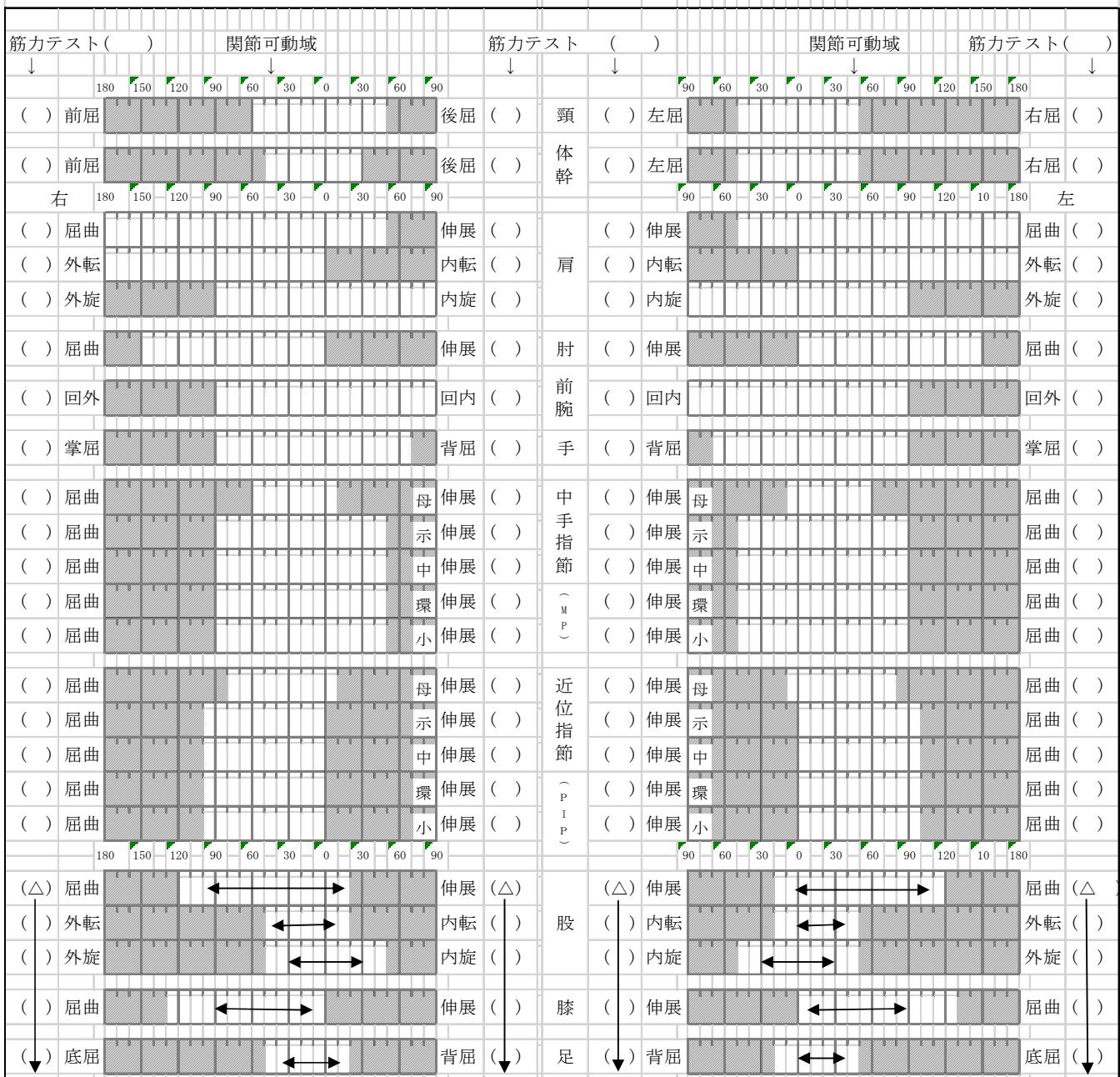
大腿周径：膝蓋骨上縁上 10 cm の周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)

(この表は必要な部分を記入)



備考

注

- 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
- 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会又は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。
- 関節可動域の図示は、のように両端に太線をひき、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。
- 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
- ×印は、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例8（適切な事例：切断）

障害の認定について

右下肢を大腿の1／2以上で欠くとの所見の記載であり、下肢長からも3級相当は妥当である。

診断書・意見書について

上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上か未満かを明記すること。

なお、指の欠損の場合は、各指骨間関節（IP, PIP, DIP）の残存の有無を明記すること。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

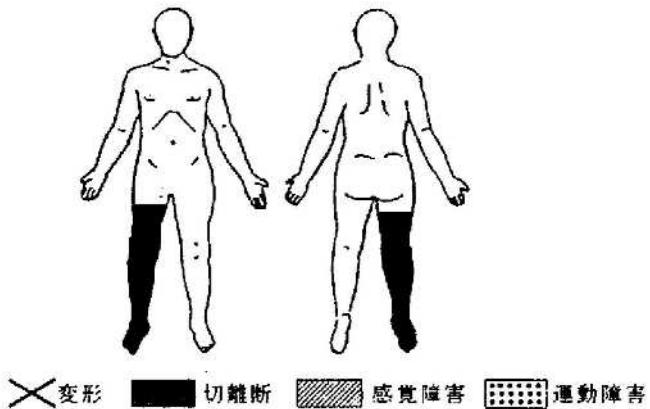
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和31年 8月 4日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女										
住所 埼玉県○○市○○町○○○-○												
① 障害名(部位を明記) 右下肢機能障害(右大腿切断)												
② 原因となった 糖尿病性壞死 疾病・外傷名 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他()												
③ 疾病・外傷発生年月日 令和4年 4月 14日・場所 自宅												
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 糖尿病あるも放置していた。令和4年4月14日右足部壞死となり、救急車にて緊急入院。令和4年4月23日手術にて右大腿切断される。												
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 4月 23日												
⑤ 総合所見 右下肢を大腿の1/2以上で切断されている。												
[軽度化による将来再認定 要年月 (再認定の時期) <input checked="" type="radio"/> 不要月後]												
⑥ その他参考となる合併症状												
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 4月 23日												
病院又は診療所の名称 ○○病院 所在地 ○○市○○町○-○-○ 診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○ ○○ <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												
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>•該当する (3 級相当) 内訳</td> <td><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>上肢</td><td>級</td></tr> <tr><td>下肢</td><td>3 級</td></tr> <tr><td>体幹</td><td>級</td></tr> </table></td> </tr> <tr> <td>•該当しない</td> <td></td> </tr> </table>			•該当する (3 級相当) 内訳	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>上肢</td><td>級</td></tr> <tr><td>下肢</td><td>3 級</td></tr> <tr><td>体幹</td><td>級</td></tr> </table>	上肢	級	下肢	3 級	体幹	級	•該当しない	
•該当する (3 級相当) 内訳	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>上肢</td><td>級</td></tr> <tr><td>下肢</td><td>3 級</td></tr> <tr><td>体幹</td><td>級</td></tr> </table>	上肢	級	下肢	3 級	体幹	級					
上肢	級											
下肢	3 級											
体幹	級											
•該当しない												
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。												

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢 その他

参考図示



(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度（0 m）
 - 7 起立位（5 分）
 - 8 座位（可・不可）
- } ※補装具等を使用しない状態

- 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、（）の中のものを使う時はそれに○

右		左
	上肢長cm	
20	下肢長cm	82
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	46
	下腿周径cm	
	握力kg	

寝返りする	○	シャツを着て脱ぐ	○
足を投げ出して座る	△	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	×
いすに腰掛ける	△	ブラシで歯を磨く（自助具）	○
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	×	顔を洗いタオルでふく	○
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	×	タオルを絞る	○
洋式便器に座る	△	背中を洗う	○
排せつの後始末をする	○	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	×
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	○	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	×
コップで水を飲む	○	公共の乗り物を利用する	×

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

- 1 肘骨切除本数 本

第1肘骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

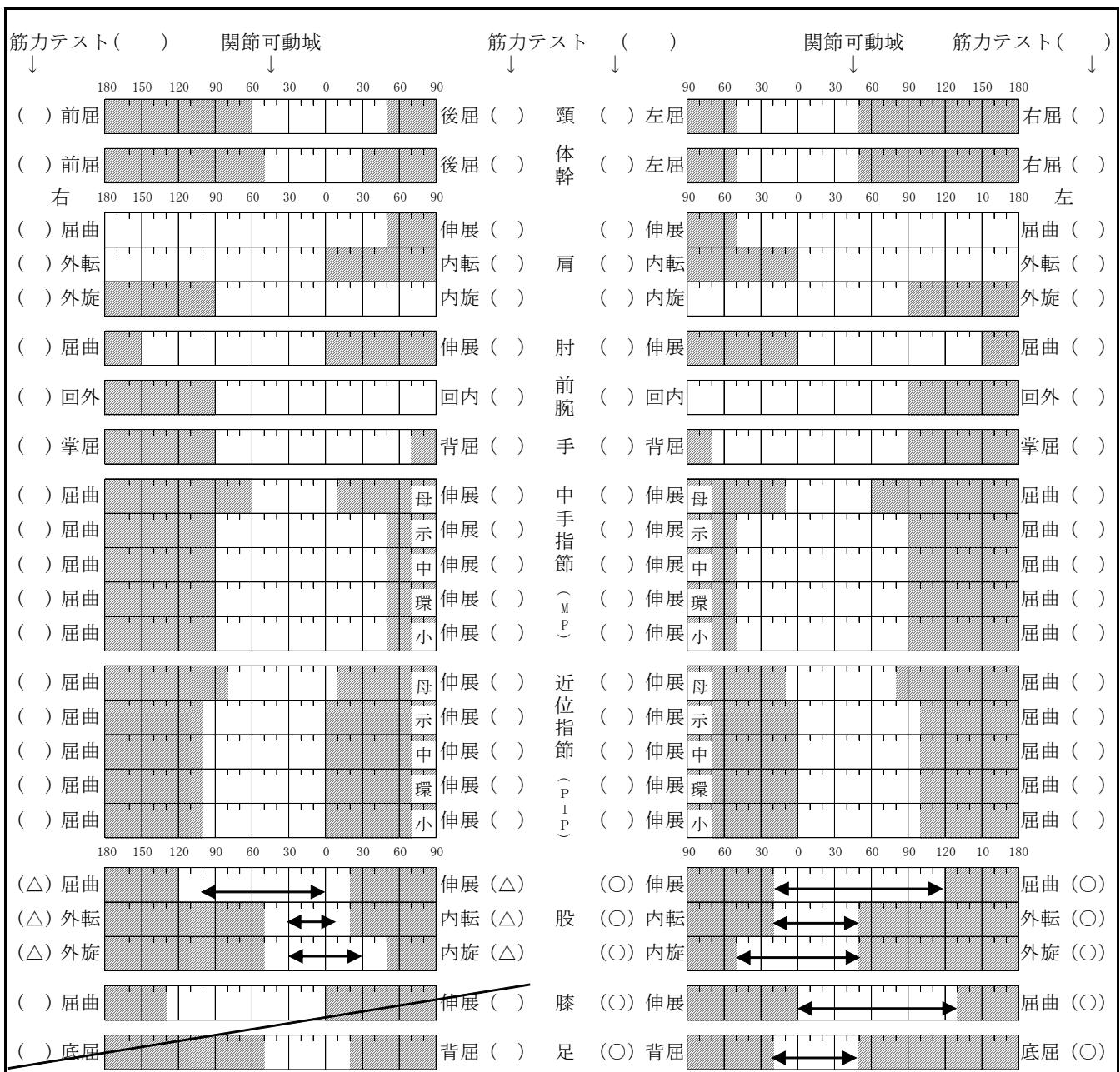
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備 考

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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端に太線をひき、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、筋力が消失または著減(筋力0、1、2該当

△印は、筋力半減（筋力 3 該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 DIPその他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展 屈曲 (△)

事例9（不適切な事例：切断）

障害の認定について

中指のみの欠損であり、他の指について、機能障害（拘縮等）が生じていないことから、7級にも該当せず身体障害者手帳交付非該当である。

診断書・意見書について

1ページ目「④ 参考となる経過・現症」欄について

欠損は、その部位によって等級が決まるので、手術などの医療が完了したことがわかれれば、細かい経過を記載しなくてもよい。

ただし、切断に伴い周囲の指などに生じた機能障害（拘縮等）について、併せて機能障害として認定する必要がある場合には、その状況についての説明は必要である。

1ページ目「⑤ 総合所見」欄について

・欠損部位を明記する。

a 手指…母指については指骨間関節（IP関節）、それ以外の指については第一指骨間関節（PIP関節）の残存の有無。

b 手 …手関節の残存の有無。

c 上腕…上腕の残存部分が1／2以上か1／2未満か。

d 大腿…大腿の残存部分が1／2以上か1／2未満か。

e 下腿…下腿の残存部分が1／2以上か1／2未満か。

f 足 …ショパール関節あるいはリスフラン関節の残存の有無。

2ページ目「参考図示」欄について

欠損部位につき、「参考図示」上を黒く塗りつぶす。

※ 診断書・意見書の作成に費用が掛かって「却下」となった場合、苦情等の対応を要することもあるため、「却下相当」として診断書・意見書の作成を断る。又は「却下になる可能性がある。」ことを事前に説明しておく必要がある。

様式第1号(3)(第2条関係)

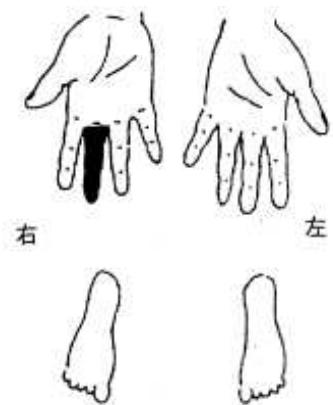
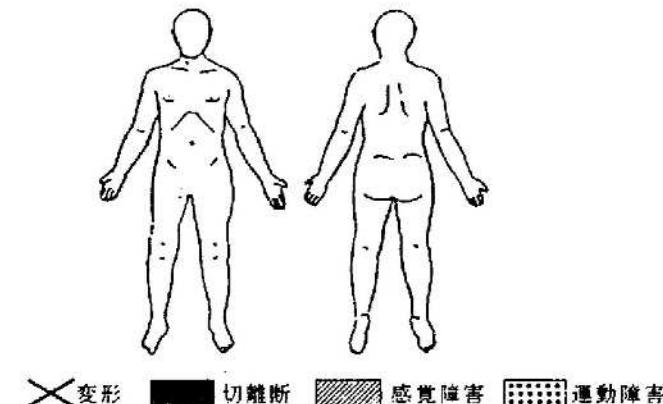
身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

氏名 ○ ○ ○ ○	平成11年 2月 1日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女						
住所 埼玉県○○市○○町○○○-○								
① 障害名(部位を明記) 右手指切断								
② 原因となった 疾病・外傷名 齒車に入る 交通、労災、 <u>その他の事故</u> 、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 令和 4年 3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。) 仕事中に機械に巻き込まれ、右手指は基節骨中央付近で切断								
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日								
⑤ 総合所見 右中指は左に比べ6.5センチ短い。								
<div style="text-align: right; margin-right: 10px;">[</div> <div style="display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle;"> 軽度化による将来再認定 (再認定の時期 </div> <div style="display: inline-block; text-align: left; vertical-align: middle;"> 要 · <input checked="" type="radio"/> 不要 年 月後) </div> <div style="text-align: left; margin-left: 10px;">]</div>								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 4年 4月 24日								
病院又は診療所の名称 ○○病院 所在地 ○○市○○町○-○-○ 診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○ ○○ <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								
•該当する (7 級相当) 内訳 •該当しない								
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>上肢</td> <td>7 級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table>			上肢	7 級	下肢	級	体幹	級
上肢	7 級							
下肢	級							
体幹	級							
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能 障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原 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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分につ いてお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

- 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記入）
- 1 感覚障害（下記図示）: 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
 - 2 運動障害（下記図示）: 弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
 - 4 排尿・排便機能障害: あり
 - 5 形態異常: なし・脳・脊髄・四肢・その他
- 参考図示



右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
22	握力kg	32

(注) 関係ない部分は記入不要

6 歩行能力の程度 (m)		
7 起立位 (分)		
8 座位 (可・不可)		
9 動作・活動	自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×	() の中のものを使う時はそれに○
寝返りする	<input type="radio"/>	シャツを着て脱ぐ
足を投げ出して座る	<input type="radio"/>	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）
いすに腰掛ける	<input type="radio"/>	ブラシで歯を磨く（自助具）
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	<input type="radio"/>	顔を洗いタオルでふく
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	<input type="radio"/>	タオルを絞る
洋式便器に座る	<input type="radio"/>	背中を洗う
排せつの後始末をする	<input type="radio"/>	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	<input type="radio"/>	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)
コップで水を飲む	<input type="radio"/>	公共の乗り物を利用する

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肱骨切除本数 本

第1肱骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)

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()
↓	↓	↓	↓	↓
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180		
() 前屈	後屈 ()	頸 () 左屈	右屈 ()	
() 前屈	後屈 ()	体幹 () 左屈	右屈 ()	
右 180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 10 180 左		
() 曲屈	伸展 ()	() 伸展	屈曲 ()	
() 外転	内転 ()	() 内転	外転 ()	
() 外旋	内旋 ()	() 内旋	外旋 ()	
() 屈曲	伸展 ()	肘 () 伸展	屈曲 ()	
() 回外	回内 ()	前腕 () 回内	回外 ()	
() 掌屈	背屈 ()	手 () 背屈	掌屈 ()	
() 屈曲	母 伸展 ()	中 () 伸展 母	屈曲 ()	
() 屈曲	示 伸展 ()	() 伸展 示	屈曲 ()	
() 屈曲	中 伸展 ()	() 伸展 中	屈曲 ()	
() 屈曲	環 伸展 ()	() 伸展 環	屈曲 ()	
() 屈曲	小 伸展 ()	() 伸展 小	屈曲 ()	
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 10 180		
() 屈曲	母 伸展 ()	近位指節 () 伸展 母	屈曲 ()	
() 屈曲	示 伸展 ()	() 伸展 示	屈曲 ()	
() 屈曲	中 伸展 ()	() 伸展 中	屈曲 ()	
() 屈曲	環 伸展 ()	() 伸展 環	屈曲 ()	
() 屈曲	小 伸展 ()	() 伸展 小	屈曲 ()	
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 10 180		
() 屈曲	伸展 ()	股 () 伸展	屈曲 ()	
() 外転	内転 ()	() 内転	外転 ()	
() 外旋	内旋 ()	() 内旋	外旋 ()	
() 屈曲	伸展 ()	膝 () 伸展	屈曲 ()	
() 底屈	背屈 ()	足 () 背屈	底屈 ()	

備考

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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、のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合には、強直肢位に波線 (S) を引く。
- 4 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
- ×印は、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例 10（適切な事例：頸髄損傷）

障害の認定について

現在リハビリテーション中であるが、発症からの経過や、頸椎損傷部位、「将来改善の見込みがない」ことが明記してあり、頸髄損傷による四肢体幹機能障害で、1級相当は妥当である。

なお、本事例の場合はこのような記載でもよいが、頸髄損傷の場合でも不全麻痺の場合は、歩行が可能な場合もあるので、各種の治療とリハビリテーションが行われて、障害固定に至った経過・現症について、MRIの所見等を含めて詳しく記載し、状態に応じて再認定を要する場合もありうる。

※ 本件では、診断書3ページ目のMMT（上下肢及び体幹筋）と診断等級との整合性がとれている。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

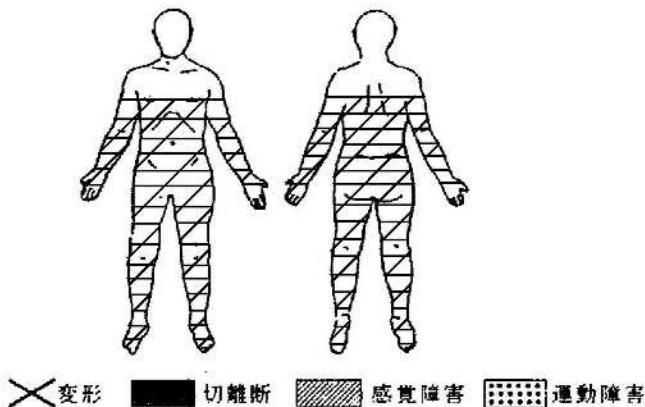
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和57年12月19日生	男・女						
住所 埼玉県○○市○○町○-○-○								
① 障害名(部位を明記) 四肢体幹機能障害								
② 原因となった 病名 頸髓損傷 原因 疾病・外傷名 交通、 <u>労災</u> 、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 外傷名 疾病、先天性、その他()								
③ 疾病・外傷発生年月日 令和3年12月19日・場所 工事現場								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 転落事故により頸椎脱臼、四肢麻痺。ハローベスト固定にて治療。 現在リハビリテーション中であるが、四肢痙攣性麻痺の回復は期待できない。 頸椎MRIにおいて髓内輝度変化があり、下肢腱反射亢進が認められる。 C5-6レベルの頸髓損傷。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年6月19日								
⑤ 総合所見 起立位、座位の保持が不能、歩行不能、手関節、手指の自動運動は不能。 両下肢、体幹の自動運動も不能。 両上肢の著しい障害(2級)、両下肢の機能全廃(1級) 体幹機能(座位不可)(1級)								
[軽度化による将来再認定 要・不要 (再認定の時期 年 月後)]								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年6月19日								
病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所在地 ○○市○○○-○-○ 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								
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>・該当する (1 級相当) 内訳</td> <td>上肢 2 級</td> </tr> <tr> <td>・該当しない</td> <td>下肢 1 級</td> </tr> <tr> <td></td> <td>体幹 1 級</td> </tr> </table>			・該当する (1 級相当) 内訳	上肢 2 級	・該当しない	下肢 1 級		体幹 1 級
・該当する (1 級相当) 内訳	上肢 2 級							
・該当しない	下肢 1 級							
	体幹 1 級							
<p>注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>								

肢体不自由の状況及び所見

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記入)

- 1 感覚障害(下記図示): なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害(下記図示): なし・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害: なし・あり
- 5 形態異常: なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (0 m)
 - 7 起立位 (0 分)
 - 8 座位 (可・不可)
- } ※補装具等を使用しない状態

- 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、()の中のものを使う時はそれに○

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
2	握力kg	2

寝返りする	×	シャツを着て脱ぐ	×
足を投げ出して座る	×	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	△
いすに腰掛ける	×	ブラシで歯を磨く(自助具)	×
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	×	顔を洗いタオルでふく	△
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	×	タオルを絞る	△
洋式便器に座る	×	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	×	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	×
(はしで)食事をする(スプーン、自助具)	×	屋外を移動する(家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	×
コップで水を飲む	×	公共の乗り物を利用する	×

[注: 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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

- 1 肘骨切除本数 本

第1肘骨を(含む、含まない)

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節(I P、P I P、D I P)の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法:

上肢長: 肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径: 最大周径

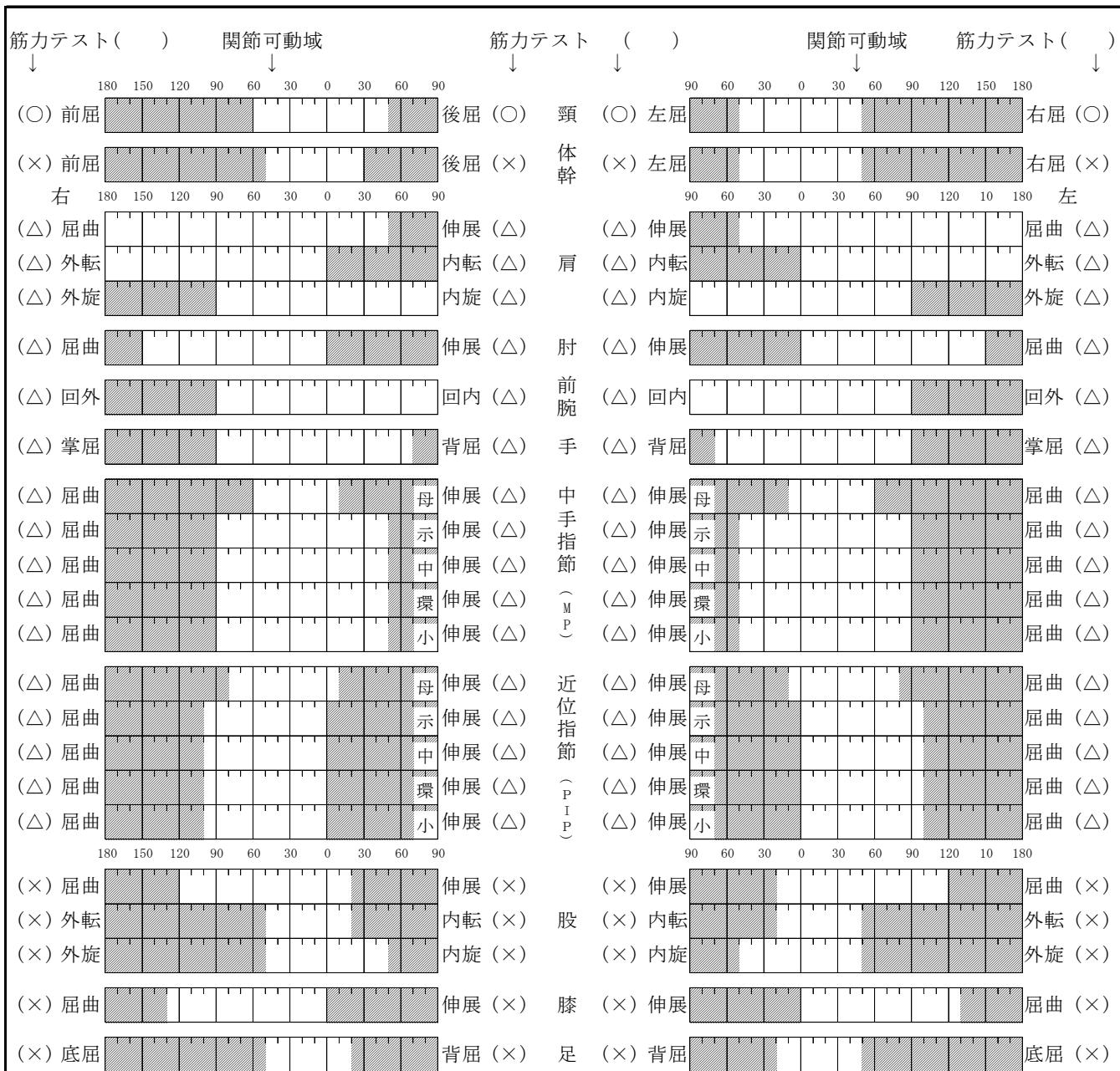
下肢長: 上前腸骨棘→(脛骨)内果

大腿周径: 膝蓋骨上縁上10cmの周径(小児等の場合は別記)

上腕周径: 最大周径

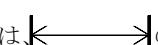
下腿周径: 最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備考

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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  のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減 (筋力 0、1、2 該当)

△印は、筋力半減 (筋力 3 該当)

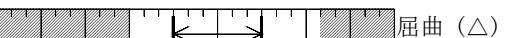
○印は、筋力正常またはやや減 (筋力 4、5 該当)

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例 11（適切な事例：脳血管障害）

障害の認定について

脳血管障害による片麻痺、両片麻痺の場合、筋力・関節可動域の障害が上下肢に認められる場合、上下肢の機能障害として認定するが、本事例では脳幹部に病変部位が認められ、重度の感覚障害、運動失調を来している旨の所見があることから体幹機能障害の認定が可能である。

上下肢は、すべての部位が「○（筋力力正常又はやや減）」の評価であり、軽障に該当しそれぞれ 6 級相当は妥当である。

体幹は、歩行能力 1 m、起立位 1 分の評価であるが、座位保持が可能であるため 2 級相当は妥当である。

様式第1号(3) (第2条関係)
身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

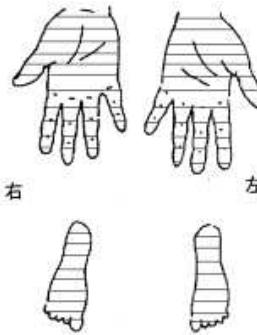
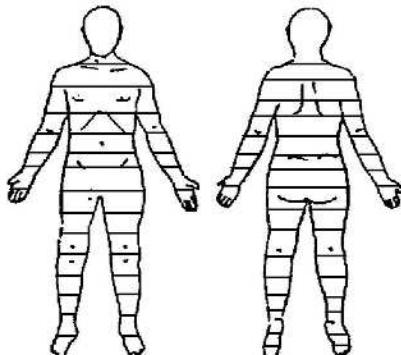
総括表

氏名 ○ ○ ○ ○	昭和50年12月26日生	(男)・女						
住所 埼玉県○○市○○ ○○○-○								
① 障害名(部位を明記) 四肢体幹機能障害								
② 原因となった 脳幹出血 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 令和3年2月10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。) 令和3年2月10日、突然の意識障害にて発症した。CTにて、中脳～橋にかけて出血あり。意識回復後も、上下肢の麻痺と重度の感覚障害が後遺した。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年9月15日								
⑤ 総合所見 両上下肢に軽度の筋力低下と感覚障害があるが、失調が強いため座位保持はかろうじて可能であるが、歩行困難である。								
[軽度化による将来再認定 要・不要 (再認定の時期 年 月後)]								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年9月15日 病院又は診療所の名称 ○○○○整形外科 所 在 地 ○○市○○町○一○一○ 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								
<input checked="" type="radio"/> ・該当する (2級相当) 内訳 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>上肢</td><td>6級</td></tr> <tr><td>下肢</td><td>6級</td></tr> <tr><td>体幹</td><td>2級</td></tr> </table>			上肢	6級	下肢	6級	体幹	2級
上肢	6級							
下肢	6級							
体幹	2級							
注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

- 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記入)
- 1 感覚障害(下記図示) : なし・**感覚脱失**・感覚鈍麻・異常感覺
 - 2 運動障害(下記図示) : なし・弛緩性まひ・**痉性まひ**・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**・末梢神經・筋肉・骨関節・その他
 - 4 排尿・排便機能障害 : なし・あり
 - 5 形態異常 : なし・**脳・脊髄**・四肢・その他

参考回二



X変形 ■ 切離断 ■■■ 感覚障害 ■■■■■ 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (1 m)
 - 7 起立位 (1 分)
 - 8 座位 (可・不可)
- ※補装具等を使用しない状態

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
10.5	握力kg	8

- 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—× () の中のものを使う時はそれに○

寝返りする	×	シャツを着て脱ぐ	△
足を投げ出して座る	△	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	×
いすに腰掛ける	△	ブラシで歯を磨く(自助具)	△
立つ (手すり)	△	顔を洗いタオルでふく	△
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	△	タオルを絞る	×
洋式便器に座る	×	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	×	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	×
(はしで) 食事をする(スプーン、自助具)	△	屋外を移動する(家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	×
コップで水を飲む	△	公共の乗り物を利用する	×

[注: 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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

- 1 肱骨切除本数 本

第1肱骨を(含む、含まない)

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節(I P、P I P、D I P)の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法:

上肢長: 肩峰→**橈骨茎状突起**

前腕周径: 最大周径

下肢長: 上前腸骨棘→(脛骨)内果

大腿周径: 膝蓋骨上縁上10cmの周径(小児等の場合は別記)

上腕周径: 最大周径

下腿周径: 最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)

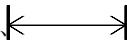
(この表は必要な部分を記入)

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()
↓	↓	↓	↓	↓
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	180
() 前屈	後屈 ()	頸 () 左屈	右屈 ()	
(×) 前屈	後屈 (×)	(×) 左屈	右屈 (×)	
右 180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 10 180	左	
(○) 屈曲	伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 外転	内転 (○)	(○) 内転	外転 (○)	
(○) 外旋	内旋 (○)	(○) 内旋	外旋 (○)	
(○) 屈曲	伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 回外	回内 (○)	(○) 回内	回外 (○)	
(○) 掌屈	背屈 (○)	(○) 背屈	掌屈 (○)	
(○) 屈曲	母 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	示 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	中 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	環 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	小 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 10 180		
(○) 屈曲	母 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	示 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	中 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	環 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 屈曲	小 伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 10 180		
(○) 屈曲	伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 外転	内転 (○)	(○) 内転	外転 (○)	
(○) 外旋	内旋 (○)	(○) 内旋	外旋 (○)	
(○) 屈曲	伸展 (○)	(○) 伸展	屈曲 (○)	
(○) 底屈	背屈 (○)	(○) 背屈	底屈 (○)	

備考

ROM制限なし MMT上下肢共に4相当 体幹失調により歩行困難

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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  のように両端に太線をひき、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。
- 5 ×印は、筋力消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (PIP) の項母指は (IP) 関節を指す。

6 DIPその他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例 12（適切な事例：パーキンソン病）

障害の認定について

パーキンソン病による体幹機能障害は、原因疾病からも妥当であり、「100m以上の歩行不能のもの」に該当するので、3級相当は妥当である。

※パーキンソン病のように、筋力低下があまりみられない場合でも、固縮等が存在することにより、体幹機能障害で認定することもある。筋力低下が進めば四肢の障害として認定することも可能である。また、抗パーキンソン薬が一日の大半で効いていない場合以外は、薬の効いている状態をもって評価する。

パーキンソン病にかかる認定について

（平成15年2月27日障機能障害発第0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）

質疑

「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。」

回答

「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。」

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

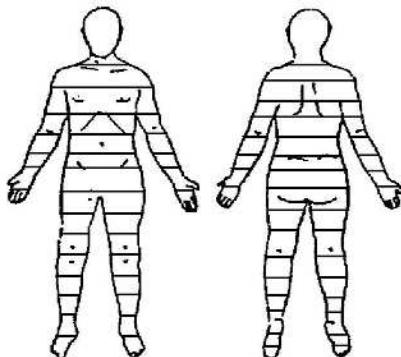
氏名	○ ○ ○ ○	昭和22年 6月25日生	(男)・女						
住所	埼玉県○○市○○町○○○一○								
① 障害名(部位を明記) 体幹機能障害									
② 原因となった 疾病・外傷名		パーキンソン病	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 (疾病)先天性、その他()						
③ 疾病・外傷発生年月日 平成25年 8月 日・場所									
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 平成25年8月から歩行障害が出現し、同年10月に当院受診。 両上下肢に軽度の固縮と無動を認め、標記診断となった。以後、投薬による治療を継続しているが、突進、前傾姿勢歩行が現れるなど症状進み、今後も増悪が見込まれる。									
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 3月 日									
⑤ 総合所見 軽度四肢拘縮。突進、前傾姿勢歩行及び方向転換などの歩行障害。起立位保持15分程度、100m以上の歩行不能により、体幹機能障害3級に相当する。									
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">軽度化による将来再認定 要・(不要) (再認定の時期 年 月後)</div>									
⑥ その他参考となる合併症状									
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 3月 2日									
病院又は診療所の名称		○○医院							
所 在 地		○○市○○町○一○一○							
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									
<input checked="" type="radio"/> ・該当する (3級相当) <input type="radio"/> ・該当しない		内訳	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>上肢</td><td>級</td></tr> <tr><td>下肢</td><td>級</td></tr> <tr><td>体幹</td><td>3級</td></tr> </table>	上肢	級	下肢	級	体幹	3級
上肢	級								
下肢	級								
体幹	3級								
注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。									

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙攣性まひ・固縮・不随意運動・んせん運動失調・その他
- 3 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

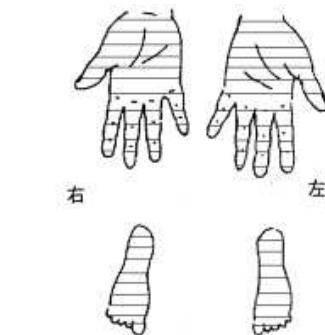
参考図示



×変形 ■切離断 ■■■■■ 感覚障害 ■■■■■ 運動障害

（注） 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度（100m）
 - 7 起立位（15分）
 - 8 座位（可・不可）
- 未満 } ※補装具等を使用しない状態



右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
13.0	握力kg	7.5

- 9 動作・活動　自立—○　半介助—△　全介助又は不能—×、（）の中のものを使う時はそれに○

寝返りする	○	シャツを着て脱ぐ	○
足を投げ出して座る	○	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	○
いすに腰掛ける	○	ブラシで歯を磨く（自助具）	○
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	○	顔を洗いタオルでふく	○
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	○	タオルを絞る	○
洋式便器に座る	○	背中を洗う	○
排せつの後始末をする	○	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	△
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	○	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	△
コップで水を飲む	○	公共の乗り物を利用する	△

〔注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。〕

付記事項

- 1 肘骨切除本数 本

第1肘骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6、7、8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

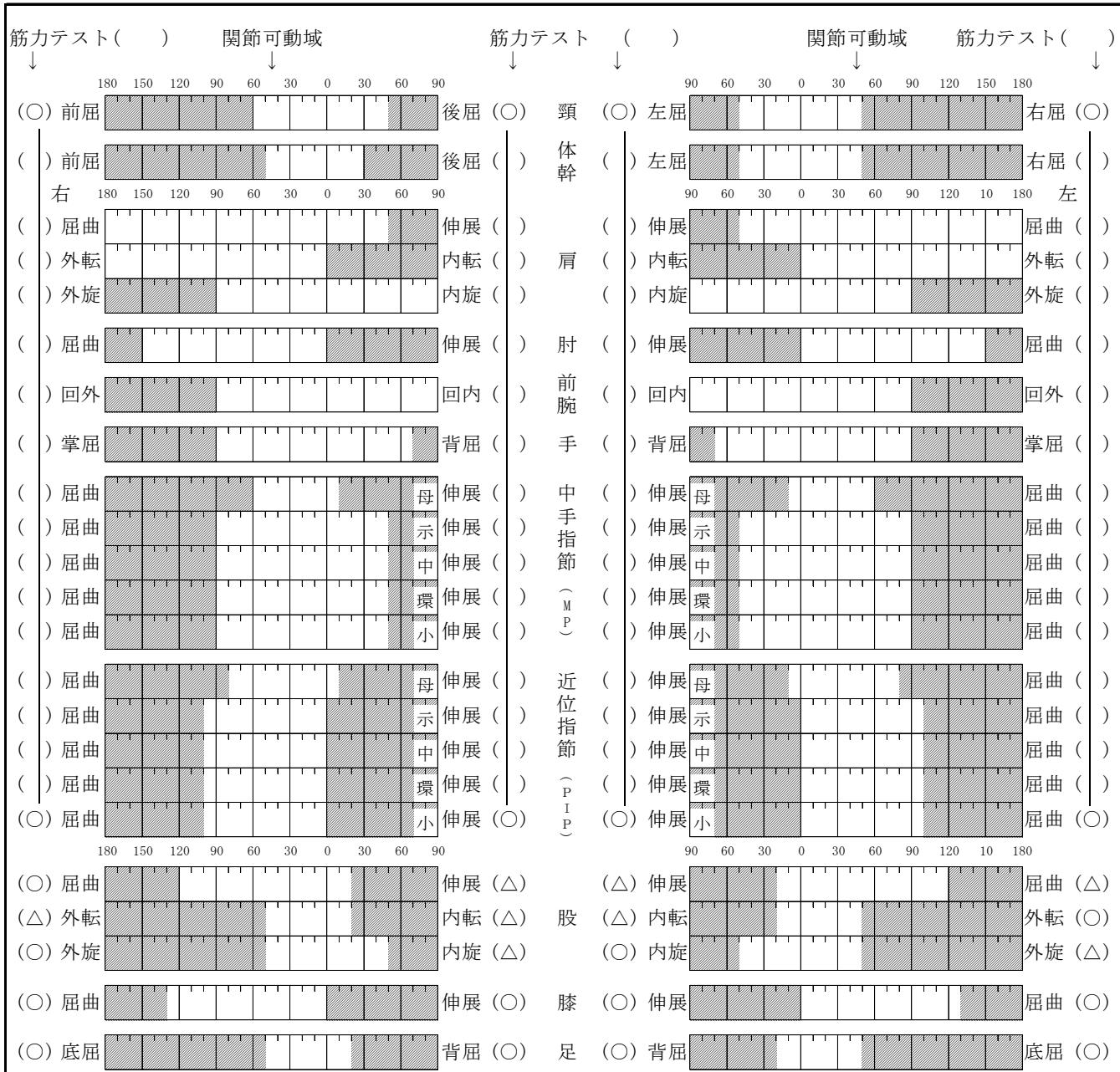
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備 考

歩行に支障を来しているのはパーキニズムによるものであり、ROMの制限はない。

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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端に太線をひき、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、筋力が消失または著減(筋力0、1、2該当)

△印は、筋力半減（筋力 3 該当）

○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (PIP) の項母指は (IP) 関節を指す。

6 DIPその他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展 屈曲 (△)

事例 13（適切な事例：筋萎縮性側索硬化症）

障害の認定について

筋萎縮性側索硬化症のように、神経疾患による運動障害を認定する場合は、関節可動域と筋力だけでなく、神経学的所見（痙攣性麻痺等）、歩行能力、起立位、A D Lの移動に関する項目の自立度等を総合的に評価する必要がある場合がある。

本診断について

本件では、関節可動域の制限はほとんどなく、筋力もある程度保たれているが、「神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見」欄で「痙攣性まひ」の所見があり、反射の異常が発現している他、A D Lすべての項目について全介助で歩行や起立が不能であることから、障害の認定は可能となる。本件の場合、全身的な症状のため、体幹機能障害での認定が可能である。また、両上下肢の筋力低下から、上下肢機能障害での認定も可能である。

歩行能力が0 mであり、座位不可であることから、体幹機能障害1級に該当する。

両上肢については肩関節及び手指のMMTが×、肘及び手関節のMMTが△であることから、両上肢機能障害1級に該当する。

両下肢については股関節のMMTが×、膝関節及び足関節のMMTには×の他に△もあることから、両下肢機能障害2級に該当する。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

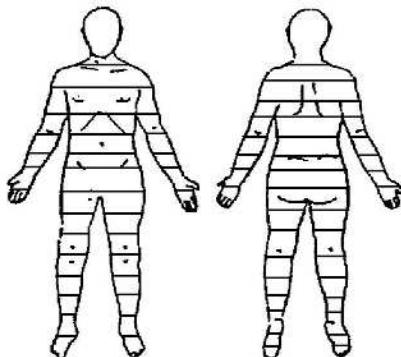
氏名	○ ○ ○ ○	昭和30年11月10日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女						
住所	埼玉県○○市○○町○○○-○								
① 障害名(部位を明記) 四肢体幹機能障害									
② 原因となった 筋萎縮性側索硬化症 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 <input checked="" type="radio"/> 先天性、その他()							
③ 疾病・外傷発生年月日 平成30年 8月頃 日・場所									
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 平成30年8月頃に歩行障害で発症。令和元年9月に○○大学で筋萎縮性側索硬化症と判断された。令和3年1月23日にラジカット導入目的に当科入院した。 全身の筋力が進行しADL全介助。嚥下構音障害が進行、令和4年4月4日、胃瘻造設術施行。中等度OSASのためCPAP導入中。									
障害固定又は障害確定(推定)		年	月						
⑤ 総合所見 上下肢及び体幹の筋力低下、立位保持不能、歩行不能。									
[軽度化による将来再認定 要・ <input checked="" type="radio"/> 不要 (再認定の時期 年 月後)]									
⑥ その他参考となる合併症状									
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年4月19日									
病院又は診療所の名称 所 在 地		○○医院 ○○市○○町○-○-○							
診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○ ○○		<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									
<input checked="" type="radio"/> 該当する (1 級相当) 内訳 <input type="radio"/> 該当しない		<table border="1"> <tr> <td>上肢</td> <td>1 級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>2 級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>1 級</td> </tr> </table>		上肢	1 級	下肢	2 級	体幹	1 級
上肢	1 級								
下肢	2 級								
体幹	1 級								
注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。									

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



× 变形 ■ 切離断 ■■■ 感覚障害 ■■■■ 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (0 m)
 - 7 起立位 (0 分)
 - 8 座位 (可・不可)
- } ※補装具等を使用しない状態

9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、() の中のものを使う時はそれに○

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
0	握力kg	0

寝返りする	×	シャツを着て脱ぐ	×
足を投げ出して座る	×	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	×
いすに腰掛ける	×	ブラシで歯を磨く（自助具）	×
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	×	顔を洗いタオルでふく	×
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	×	タオルを絞る	×
洋式便器に座る	×	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	×	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	×
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	×	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	×
コップで水を飲む	×	公共の乗り物を利用する	×

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肱骨切削本数 本

第1肱骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

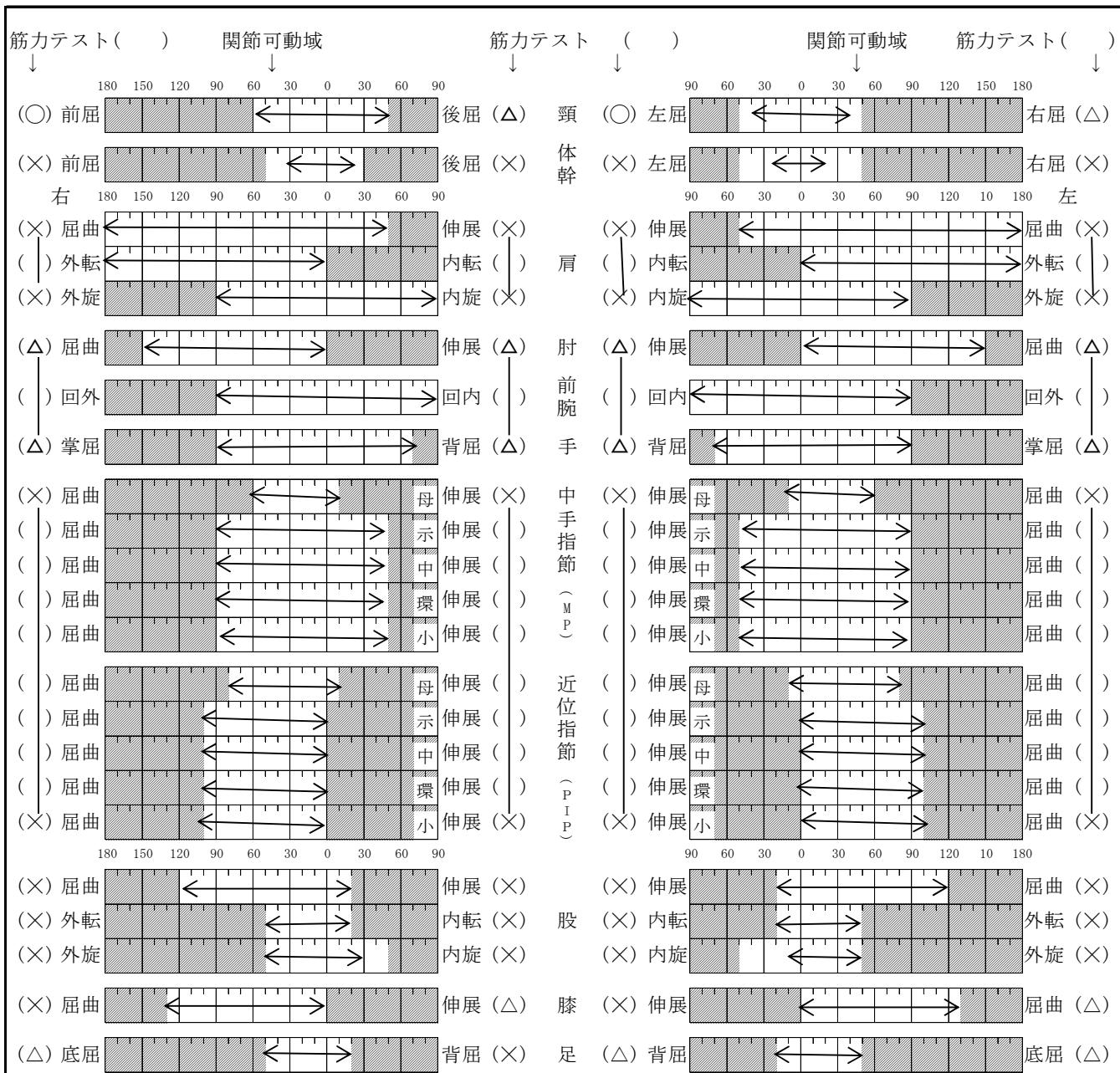
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

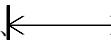
関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備考

ROMの制限なし。

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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  のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減（筋力0、1、2該当）

△印は、筋力半減（筋力3該当）

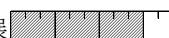
○印は、筋力正常またはやや減（筋力4、5該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例 14（適切な事例：乳幼児）

障害の認定について

原因疾病から、また、3歳を過ぎた診断時点においても、座位不能で体幹1級相当は妥当である。

なお、発育により障害程度に変化が生じることが予想される場合は将来再認定をする。

診断書・意見書について

乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこと。

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

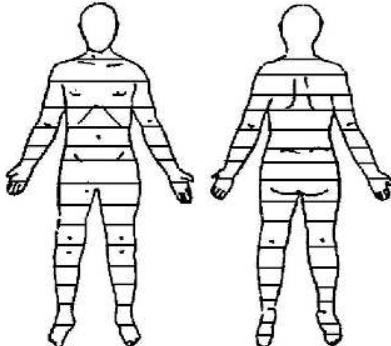
氏名 ○ ○ ○ ○	平成31年 4月 7日生	男・女						
住所 埼玉県○○市○○○ ○-○-○-○○○								
① 障害名(部位を明記) 四肢体幹機能障害								
② 原因となった 脳性麻痺 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病・外傷名 疾病、先天性、その他()								
③ 疾病・外傷発生年月日 平成31年 4月 7日・場所								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 在胎25週、出生時体重430g 帝王切開、胎児仮死 発育発達の遅れあり。四肢体幹不随意運動、緊張著しく、脳性麻痺と診断され機能訓練を受けた。								
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 9月 日								
⑤ 総合所見 四肢体幹の不随意運動、運動失調及び緊張著しく 寝返り不能、座位保持不能、立位不能 随意的ににぎる、つまむなどの動作が不能								
[軽度化による将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要 (再認定の時期 3年 月後)]								
⑥ その他参考となる合併症状 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 9月25日 病院又は診療所の名称 ○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○-○ 診療担当科名 ○○○○ 科 医師氏名 ○○○○ <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								
<input checked="" type="radio"/> 該当する (1 級相当) 内訳 <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>上肢</td><td>級</td></tr> <tr><td>下肢</td><td>級</td></tr> <tr><td>体幹</td><td>1 級</td></tr> </table>			上肢	級	下肢	級	体幹	1 級
上肢	級							
下肢	級							
体幹	1 級							
注意 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、右上下肢まひ、心臓機能 障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原 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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分につ いてお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

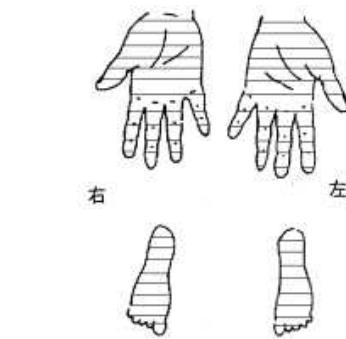
参考図示



× 变形 ■ 切離断 ■■■ 感覚障害 ■■■■ 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度（0 m）
 - 7 起立位（0 分）
 - 8 座位（可・不可）
- } ※補装具等を使用しない状態



	右	左
2 5	上肢長cm	2 5
3 9	下肢長cm	3 9
1 4	上腕周径cm	1 4
1 2	前腕周径cm	1 2
1 9	大腿周径cm	1 9
1 5	下腿周径cm	1 5
0	握力kg	0

- 9 動作・活動 自立一〇 半介助一△ 全介助又は不能一×、（ ）の中のものを使う時はそれに○

寝返りする	×	シャツを着て脱ぐ	×
足を投げ出して座る	×	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	×
いすに腰掛ける	×	ブラシで歯を磨く（自助具）	×
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	×	顔を洗いタオルでふく	×
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	×	タオルを絞る	×
洋式便器に座る	×	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	×	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	×
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	×	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	×
コップで水を飲む	×	公共の乗り物を利用する	×

〔 注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。 〕

付記事項

- 1 肱骨切除本数 本

第1 肱骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1／2以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記6. 7. 8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

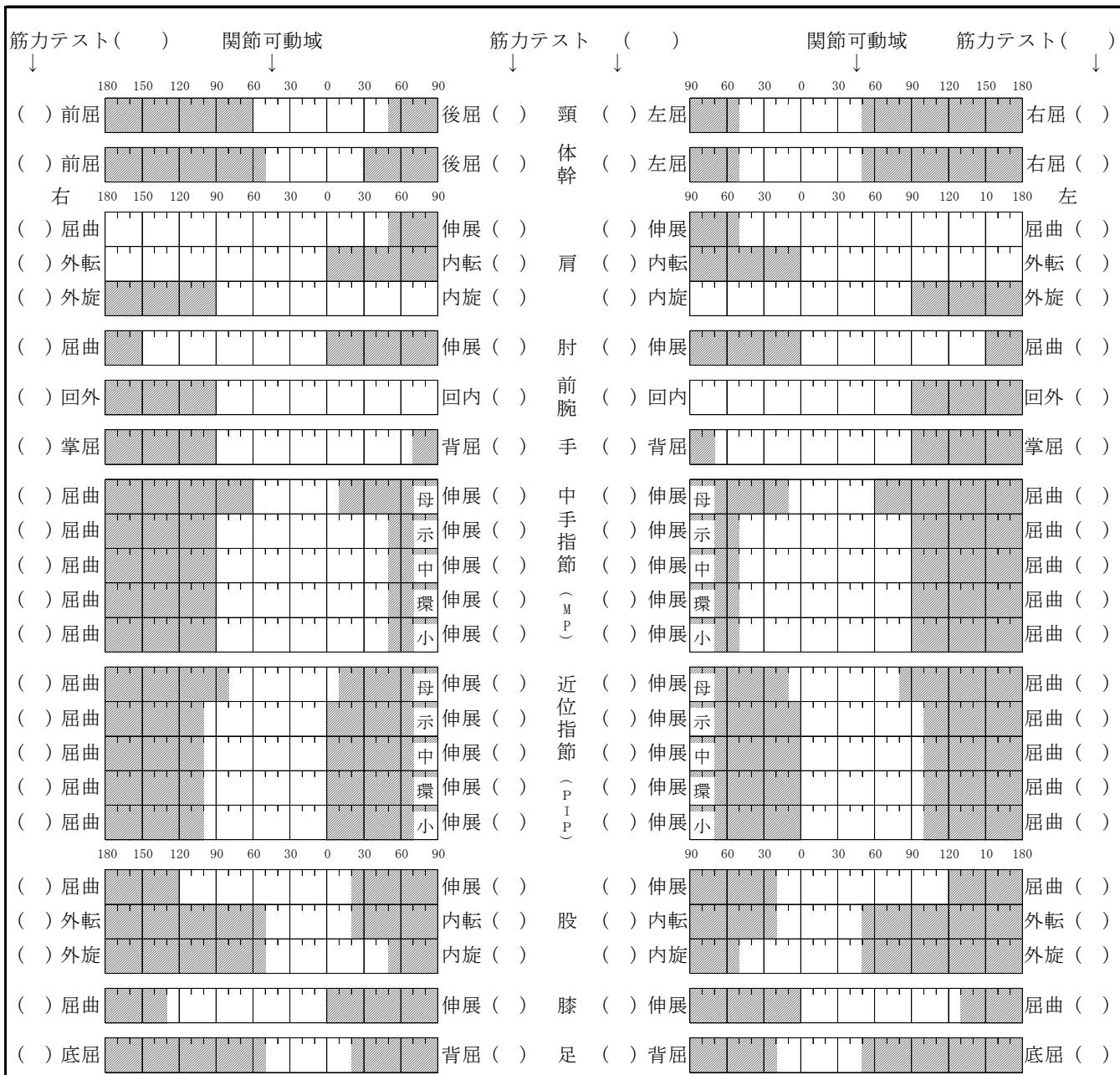
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

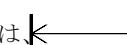
下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備考 四肢体幹の不随意運動、緊張著しく、筋力テスト不能
四肢体幹に他動的に著しい関節拘縮はない

注

- 1 関節可動域は、他動的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又は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  のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減（筋力 0、1、2 該当）

△印は、筋力半減（筋力 3 該当）

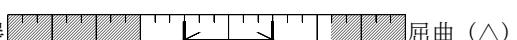
○印は、筋力正常またはやや減（筋力 4、5 該当）

5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。

6 D I P その他手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、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

事例 15（適切な事例：脳原性運動機能障害）

障害の認定について

脳性麻痺や乳幼児期以前に発症した脳炎や無酸素脳症等の非進行性脳病変による全身性の運動障害に関しては「脳原性」として診断する。また、乳幼児期に発症した障害により脳性麻痺と類似の全身性障害と呈する状態で、肢体不自由一般の診断書では著しく不利となる場合には、脳原性用の診断書で認定することもありうる。

本診断は、両上肢機能障害（3級）、移動機能障害（7級）であることから、総合して3級相当は妥当である。

なお、乳幼児や重度の知的障害を有し、検査教示が理解できない場合には、肢体不自由一般の評価方法を用いることが妥当である。

診断書・意見書について

機能障害が両上肢に認められる場合は紐結びテストを、一上肢のみに認められる場合は5動作の能力テストを実施することになっているので注意する。

なお、申請の際、申請者がどちらの障害認定の対象であるかを所見上などで明確にする。

様式第1号(4)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

総括表(乳幼児(検査不能)の場合は一般の肢体不自由用診断書を用いてください。)

氏名 ○ ○ ○ ○	平成4年 9月10日生	(男)・女
住所 埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名(部位を明記) 両上肢機能障害、移動機能障害		
② 原因となった 脳性麻痺アテトーゼ型 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病・外傷名 疾病、先天性、その他()		
③ 疾病・外傷発生年月日 平成4年 9月 10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。) 乳幼児期より運動発達遅滞あり。両上肢の筋力、可動域は正常だが、アテトーゼ運動があり、巧緻性、スピードに欠ける。 また、下肢に軽度の障害認められ、歩行はやや安定に欠けるが、距離、スピードはほぼ問題なし。		
障害固定又は障害確定(推定) 令和4年10月 1日		
⑤ 総合所見 両上肢機能については、ひも結びテストの結果(47本)から3級相当。 移動機能障害は軽く「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」に該当し、7級相当と考えられる。		
[軽度化による将来再認定 要・不要 (再認定の時期 年 月 後)]		
⑥ その他参考となる合併症状 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年10月 1日		
病院又は診療所の名称 所 在 地	○○○○病院 ○○市○○町○-○-○○	
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 <ul style="list-style-type: none"> • 該当する (3 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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

(該当するものを○で囲むこと。)

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	_____ 8 本
2 度目の 1 分間	_____ 1 1 本
3 度目の 1 分間	_____ 1 0 本
4 度目の 1 分間	_____ 7 本
5 度目の 1 分間	_____ 1 1 本
計	_____ 4 7 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 | ・不可能) |
| b 財布からコインを出す | (・可能 | ・不可能) |
| c 傘を差す | (・可能 | ・不可能) |
| d 健側のつめを切る | (・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 10 m 歩行する | (・可能 | ・不可能) |
| c いすから立ち上がり 10 m 歩行し再びいすに座る | (・可能 | ・不可能) |
| d 50 cm 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) |

※但しいずれも若干安定を欠く

(注) この様式は、脳性まひ又は乳幼児期に発現した障害によって脳性まひと
類似の症状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（概ね 43 cm 規格のもの）を使用する。

① とじひもを机の上、被験者前方の図のよ

うに置き並べる。

② 被験者は手前のひもから順にひもの両端
をつまんで、軽く一結びする。

(注) • 上肢を体や机に押し付けて固定して
はいけない。

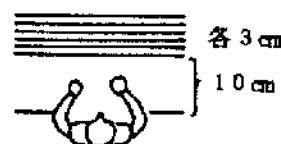
• 手を机上に浮かして結ぶこと。

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時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、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のせてもよい。封筒の切る部分をテーブ
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 財布からコインを出す。

財布を患手で持ち、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。

立体でなく坐位のままでよい。肩に担いではいけない。

d 健側のつめを切る。

大きめのつめ切り（約 10 cm）で特別の細工のないものを患手で持つ
て行う。

e 健側のそで口のボタンをとめる。

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
ボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

事例 16（不適切な事例：その他の原因疾病） ～廃用症候群の場合～

障害の認定について

障害名が「認知症、歩行障害」と記載されているが、障害名の表記として適切ではない。原因疾病が「認知症、高血圧」とされていることから、この疾病名をもって身体障害と認定することは適当ではない。

また、障害部位、客観的所見（関節可動域の制限や筋力テストの結果）等の記載がなく、動作・活動の制限のみをもって機能障害と認定することはできない。

MMTの評価は難しく測定が困難な場合、全く動きが見られない場合は「×」で全廃相当、無意識でも動いている場合は「△」で上下肢著障が妥当である。

また、廃用症候群により寝たきりの状態である場合体幹機能障害の認定も可能である。但し、廃用（寝たきり）になってから6か月を経過している必要があるため、寝たきりになった時期について明記することが適当である。

アルツハイマー病に起因した障害認定について

（平成15年2月27日障機能障害発第0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）

質疑

「アルツハイマー病に起因した廃用性障害により、寝たきりの生活となり、全面的に介助を要する状態にある場合、二次的な障害として障害認定することは可能か。」

回答

「アルツハイマー病に限らず、老人性の痴呆症候群においては、精神機能の衰退に起因する日常生活動作の不能な状態があるが、この疾病名をもって身体障害と認定することは適当ではない。ただし、関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致し、永続するものである場合には、二次的であるか否かにかかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。」

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

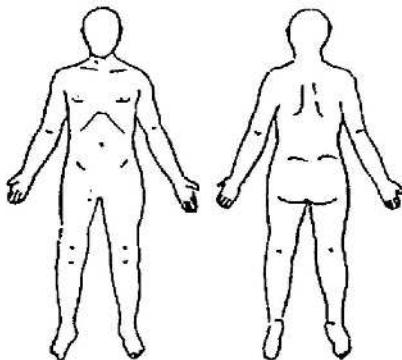
氏名 ○ ○ ○ ○	昭和6年10月 3日生	男・女						
住所 埼玉県○○郡○○町○○○-○-○	上下肢、体幹機能障害							
① 障害名(部位を明記) 認知症、歩行障害	廃用症候群							
② 原因となった 疾病・外傷名 認知症、高血圧	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 先天性、その他()							
③ 疾病・外傷発生年月日 平成30年 7月頃 日・場所								
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。) 認知症著しく、施設入所していた患者。令和4年4月3日に転倒後、寝たきり状態となる。食事摂取も困難で、5月に胃瘻造設し、現在にいたる。	※6か月の経過観察が必要							
⑤ 総合所見 認知症と全身の筋力低下による歩行障害を認める。頭部CTでは著明な脳の萎縮を認める。	障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 7月 6日							
⑥ その他参考となる合併症状	軽度化による将来再認定 要・(不要) (再認定の時期 年 月後)							
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年 7月 6日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○○-○-○ 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 (1 級相当) 内訳 ・該当しない	<table border="1"> <tr><td>上肢</td><td>1 級</td></tr> <tr><td>下肢</td><td>1 級</td></tr> <tr><td>体幹</td><td>1 級</td></tr> </table>		上肢	1 級	下肢	1 級	体幹	1 級
上肢	1 級							
下肢	1 級							
体幹	1 級							
注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。								

肢体不自由の状況及び所見

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記入）

- 1 感覚障害（下記図示）: 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覺
- 2 運動障害（下記図示）: 弛緩性まひ・痙攣性まひ・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・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害: あり
- 5 形態異常: 脳・脊髄・四肢・その他

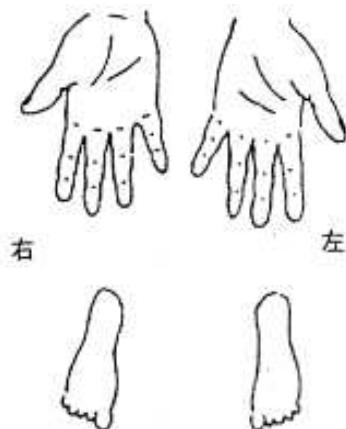
参考図示



変形 切離断 感覚障害 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度 (0 m)
 - 7 起立位 (0 分)
 - 8 座位 (可 不可)
 - 9 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—× () の中のものを使う時はそれに○
- } ※補装具等を使用しない状態



右		左
51	上肢長cm	51
	下肢長cm	
18.5	上腕周径cm	17.5
17	前腕周径cm	10
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
測定不能	握力kg	測定不能

寝返りする	×	シャツを着て脱ぐ	×
足を投げ出して座る	×	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	×
いすに腰掛ける	×	ブラシで歯を磨く（自助具）	×
立つ (手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	×	顔を洗いタオルでふく	×
家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	×	タオルを絞る	×
洋式便器に座る	×	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	×	二階まで階段を上って下りる (手すり、つえ、松葉づえ)	×
(はしで) 食事をする (スプーン、自助具)	×	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ、松葉づえ、車いす)	×
コップで水を飲む	×	公共の乗り物を利用する	×

[注：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○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。]

付記事項

1 肘骨切除本数 本

第1 肘骨を（含む、含まない）

注 1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ 1 / 2 以上であるか否かを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（I P、P I P、D I P）の残存の有無を明記すること。

3 上記 6. 7. 8 の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上 10 cm の周径（小児等の場合は別記）

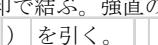
上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



備考

注	
1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。	△印は、筋力半減（筋力 3 該当）
2 関節可動域は、基本肢位を 0 度とする日本整形外科 学会又は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。	○印は、筋力正常またはやや減（筋力 4、5 該当）
3 関節可動域の図示は、  のように両端に太 線をひき、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。	5 (P I P) の項母指は (I P) 関節を指す。 6 D I P その他手の対立内外転等の表示は必要に応じ 備考欄を用いる。
4 筋力については、表()内に×△○印を記入 する。 ×印は、筋力が消失または著減（筋力 0、1、2 該当）	7 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分 で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入 となる。 例示 (×) 伸展  屈曲 (△)