

障害程度等級表解説

第3 肢体不自由

第3 肢体不自由

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、動作活動能力が低下していることのみをもって身体障害者として認定することはせず、原因疾病、病態、年齢などを考慮したうえで認定が適当か判定する。なお、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X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) ① 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。）。

② 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。）。

③ 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）関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力で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) この解説において挙げた具体例の数値は、機能障害の一面を表したものであるもので、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の交付の対象とならないが、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つ以上あるときは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。ただし、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（置換術から少なくとも6か月経過後）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。
- (8) 肢体不自由の障害認定に当たっては、障害が固定したと判断するため、原因発生又は症状改善のための手術実施から6か月の経過観察期間を必要とするが、次のいずれかに該当するものは例外的に6か月未満の時点で認定する。ただし、ア以外については原則として再認定の対象とする。

ア 直ちに認定

上下肢の欠損（切断又は先天的欠損）で回復の見込みがないもの。

イ 1か月認定

急性の中枢神経に係る障害^{*}で、発症から1か月時点で回復が見込めないことが明らかなき時。（例：感覚脱失が認められる完全四肢麻痺）脊髄損傷については、A S I A分類の評価を記載することが望ましい。

ウ 3か月認定

急性の中枢神経に係る障害。ただし、脳卒中等によるいわゆる片麻痺の場合は、麻痺側のみ認定し、麻痺のない側の上下肢と体幹については少なくとも6か月の経過後の状態を基に認定の可否を判断する。

※ 急性の中枢神経に係る障害とは、脳又は脊髄に係る急性発症のものを指し、具体的には、脳梗塞、脳出血、低酸素脳症、事故による脊髄損傷、急性の脊髄梗塞などである。中枢神経に係る障害であっても、慢性のもの（頸髄症の悪化による脊髄損傷、腰部脊柱管狭窄症など）は6か月の経過観察を必要とする。

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、手関節及び手指の全ての機能を全廃したものをいう。(全ての関節・方向においてMMTが×又はROMが全廃相当で、動作活動が全て不能であること。)

(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、肘で吊り下げてもよい。

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ができないもの

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)「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

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 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c 高度の動揺関節
- (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
 - d 前腕の回内及び回外運動が可動域 10 度以下のもの
- (ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 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
 - c 軽度の動揺関節

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
- (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

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。
- 原則 中手指節関節以下の障害をいい、母指については、対抗運動障害も含む。
- 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

(スプーン、フォークを用いての食事動作ができる等、日常生活の役に立てるものは全廃とはみなさない。)

- 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5kg以内のものしか下げることができないもの

b 機能障害のある手の握力が5kg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ができないもの

- ③ 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

a 精密な運動ができないもの

b 機能障害のある手では10kg以内のものしか下げることができないもの

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

- 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

(エ) 切断

「指を欠くもの」とは、母指についてはI P関節(指骨間関節)以上、他の指についてはP I P関節(第一指骨間関節、近位指節間関節)以上を欠くものである。したがって、D I P関節(遠位指節間関節)の場合は該当しない。

(2) 下肢不自由

認定に当たっては、次の①~④のいずれかに該当するものを下肢全体の障害として認定し、それ以外の場合は関節機能障害として障害部位を限定して認定する。

① 全ての関節の機能障害

② 下肢全体の機能障害又は筋力低下

③ 少なくとも三大関節において二関節以上が著しい障害(又は全廃)

④ 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節等により、認定基準の中で具体的に示されている項目

ア 両下肢の機能障害

(ア) 「全廃」(1級)の具体的な例は次のとおりである。

a 歩行の不可能なもの(室内における補助的歩行も不可能なもの)

b 下肢全体の筋力の低下により、両脚で起立することが不可能なもの(杖等補装具を活用しても起立していることが不可能なもの)

(イ) 「著しい障害」(2級)の具体的な例は次のとおりである。

片脚起立が左右とも不可能であるもの

・独歩は不可能であるが、両脚起立及び室内における補助的歩行が手すり等により（補装具なしで）可能なもの（おおむね、補装具を使用しない状態での歩行距離が10m以上困難で、起立位保持が10分以上困難なもの）

・各関節機能：可動域30度以下、筋力3以下、三大関節の二関節用廃

(ウ)「著しい障害」(3級)の具体的な例は次のとおりである。

両脚とも30分以上起立位保持が不可能なもの。(おおむね、補装具を使用しない状態での歩行距離が100m以上困難で、起立位保持が30分以上困難なもの)他は各関節機能の合算により、総合的に判断する。

(エ)「著しい障害」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

おおむね、補装具を使用しない状態での歩行距離が1km以上困難で、起立位保持が30分以上困難なもの。他は各関節機能の合算により、総合的に判断する。

イ 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

c 悪性腫瘍による骨破壊・溶解等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 1km以上の歩行不能

b 30分以上起立位を保つことができないもの

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ができないもの

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 2km以上の歩行不能

b 1時間以上の起立位を保つことができないもの

c 横座りはできるが正座及びあぐらができないもの

ウ 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 各方向の関節可動域(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 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

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの
- b 関節可動域 90 度以下のもの
- c 徒手筋力テストで 4 に相当するもの又は筋力低下で 2 km 以上の歩行ができないもの

エ 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、変形等

(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 2 km 以上の歩行ができないもの
- c 軽度の動揺関節

オ 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、変形等

(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 30 度以下のもの
- b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの
- c 軽度の動揺関節

カ 足指の機能全廃

(ア)「全廃」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。

下駄、草履を履くことができないもの

(イ)「著しい障害」(両側で 7 級)の具体的な例は次のとおりである。

特別の工夫をしなければ下駄、草履を履くことができないもの

キ 下肢の短縮・切断

計測は、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。

切断の場合、大腿又は下腿の切断部位又は長さは実用長でもって計測する。したがって、肢断端に骨の突出、癒痕、拘縮、神経断端腫その他の障害があるときは、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。したがって、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こととなるが、この際、二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、二つの2級を重複して1級に編入することは妥当ではない。

ア 「坐っていることができないもの」(1級)とは、腰掛け、正座、長座(あしを投げ出して座る)、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。

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

「起立することが困難なもの」(2級)とは、臥位又は座位から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。

ウ 「歩行が困難なもの」(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。

エ 「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1) 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られたものである。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ときも、これを4級とすべきではなく5級にとどめるべきものである。

(注2) 障害の責任部位が体幹にあつても、麻痺などの具体的な障害が下肢に生じている場合には下肢障害として認定するので、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、障害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ので、乳幼児期の

判定に用いることが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っ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。

（注）「類似の症状」とは、具体的には脳性麻痺のほか脳炎、無酸素症による全身性障害等であり、例えば脊椎麻痺のように、乳幼児期には原因が明らかにならない全身障害を有する場合も含むものとする。なお、この場合であっても、障害が乳幼児期以前の発生の場合に限られるものである。

ア 上肢機能障害

（ア）両上肢の機能に障害がある場合

両上肢の機能障害の程度は、紐結びテストの結果によって次により判定する。

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

（注）紐結びテスト

5 分間にとじ紐（長さ概ね 43cm）を何本結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。

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	5 動作のすべてができないもの
等級表 2 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 3 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 4 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 5 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 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 動作のすべてができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの

（注）5 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 財布からコインを出す
- 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留める

イ 移動機能障害

移動の機能障害の程度は、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はできるが、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 級以上に該当しないが、下肢に不随意運動・失調等を有するもの

(肢体不自由全般)

問	答
(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)」で具体的に示されているが、両方とも基準に該当する必要があるのか。	(1) いずれか一方が該当すれば、認定可能である。
(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。	(2) 「動作・活動」欄は、主として多肢機能障害又は体幹機能障害を認定する際に、個々の診断内容が、実際の「動作・活動」の状態と照らし合わせて妥当であるか否かの判断をするための参考となるものである。 また、片麻痺などにより機能レベルに左右差がある場合には、共働による動作の評価を記入するなどして、全体としての「動作・活動」の状況を記載されたい。
(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	(3) 肩関節、股関節ともに、屈曲－伸展、外転－内転、外旋－内旋のすべての可動域で判断することとなり、原則として全方向

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。

(4) 一股関節のMMT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3.5の場合、どのように認定するのか。

(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構わないか。

(6) パーキンソン病に係る認定で、
ア 疼痛がなく四肢体幹の器質的な異常の証明が困難な場合で、他覚的に平衡機能障害を認める場合は、肢体不自由ではなく平衡機能障害として認定するべきか。

イ 本症例では、一般的に服薬によってコントロール可能であるが、長期間の服薬によって次第にコントロールが利かず一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。

(7) 人工骨頭又は人工関節について、障害程度をどのように認定するのか。

(8) 平成26年3月31日までに人工関節等の置換を行い、当該関節全廃として認定されていた者について、他の部位の関係で程度変更申請があった場合、既に認定されている人工関節置換に係る等級について再評価を行う必要はあるのか。

(9) 膝関節の機能障害において、屈曲拘縮

が基準に合致することが必要である。

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

(4) 小数点以下を四捨五入する。この場合は、MMT4で軽度の障害(7級)として認定することが適当である。

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

(6)
ア ROM・MMTに器質的異常がない場合は、「動作・活動」等を参考に、他の医学的、客観的所見から四肢・体幹機能障害の認定基準に合致することが証明できる場合は、平衡機能障害ではなく肢体不自由として認定できる場合もあり得る。

イ 本症例のように、服薬によって状態が変化する障害の場合は、原則として服薬によってコントロールされている状態をもって判定するが、一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。

(7) 骨頭又は関節臼の一部にインプラント等を埋め込んだ場合と同様に、手術から少なくとも6か月経過後のROMやMMT等による判定を行う。

(8) 人工関節置換済みの関節を含め、全身状態を新たな基準で再評価することとなる。(一つの申請に対して複数の認定基準は適用させないため。)

(9) 関節可動域が、10度を超えていても

<p>による変形が重度で、下肢の支持性がなく、歩行ができないにもかかわらず関節可動域が20度ある場合、「全廃」(4級)として認定することは可能か。</p> <p>(10) 肘関節、膝関節、足関節の障害について、ROM又はMMTではなく、関節の動揺性又は変形の程度に基づく認定の際に留意すべき点は何か。</p> <p>(11) 疾病等により常時臥床のため、褥瘡、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構わないか。</p>	<p>下肢の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>(10) 動揺性又は変形の程度に基づく認定の際には、その程度を判断するため、客観的評価を所見に記載することが望ましい。</p> <p>(11) 疾病の如何に関わらず、身体に永続する機能障害があり、その障害程度が肢体不自由の認定基準に合致するものであれば、肢体不自由として認定可能である。 この場合、褥瘡や全身浮腫を認定の対象とすることは適当ではないが、関節強直については永続する機能障害として認定できる可能性がある。</p>
--	--

(上肢不自由)

問	答
<p>(1) 「指を欠くもの」について、 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。 イ また、「右上肢のひとさし指と、左上肢のなか指、くすり指、小指を欠くもの」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級にしかない場合は、どのように判断するのか。 ・ 肩関節の著障 = 5級(指数2) ・ 肘関節の著障 = 5級(指数2)</p>	<p>(1) ア 「一上肢のひとさし指」を欠くことのみをもって7級として取り扱うことは適当ではないが、「両上肢のひとさし指を欠くもの」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。 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おや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>(2) 一上肢、一下肢の障害とは、一肢全体に及ぶ機能障害を指すため、単一の関節の機能障害による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</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・手関節の著障 = 5 級 (指数 2) ・手指握力 12kg の軽障 = 7 級 (指数 0.5) <li style="padding-left: 20px;">* 合計指数 = 6.5 (4 級) <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 「一側の五指全体の機能の著しい障害」 (4 級)</p> <p>イ 「右上肢を手関節から欠くもの」 (3 級)</p> <p>ウ 「左上肢を肩関節から欠くもの」 (2 級)</p>	<p>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 (認定基準第 8 条 1 (2) イ))。</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もの」 (指数 11、2 級) 以上の等級としては取り扱わないのが適当である。</p> <p>(3) 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>
---	--

(下肢不自由)

問	答
<p>(1) 下肢全体の機能障害 (一下肢の機能障害、両下肢の機能障害) について</p> <p>(2) 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>(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</p>	<p>(1)</p> <p>ア 全ての関節の機能障害</p> <p>イ 下肢全体の筋力低下</p> <p>ウ 少なくとも 3 大関節において 2 関節以上が著しい障害 (又は全廃)</p> <p>エ 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節等により、認定基準の中で具体的に示されている項目のいずれかに該当するもの</p> <p>(2) 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>(3)</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、疼痛をおしてまでの検</p>

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

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

(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、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（4級）」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。

査等は避けることを前提に、X線写真等の他の医学的、客観的な所見をもって証明できる場合は、認定の対象となり得る。

イ このように、疼痛により「一下肢の機能障害」に関する規定を準用する以外に「股関節の機能障害」を明確に判定する方法がない場合は、「一下肢の機能障害」の規定により、その障害程度を判断することは可能である。

ただし、あくまでも「股関節の機能障害」として認定することが適当である。

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

(例)

- ① 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又は著しい障害とは認められないが、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の場合
⇒ 股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であれば、治療過程の途中にあるものと考え、一下肢機能の著しい障害としても認定しない。
- ② 一足関節の疼痛が証明され、そのため「1 km 以上の歩行不能」等の下肢機能の著しい障害に該当する所見がある場合
⇒ 障害部位が足関節に限定されているので関節機能障害として認定する。
- ③ 両足関節のそれぞれの障害程度が②と同程度であり、それにより片脚起立が左右とも不可能である場合
⇒ 障害部位が足関節に限定されているので、関節機能障害として認定する。

<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>(6) 下肢長差の取扱いについて、 ア 骨髄炎により一下肢が伸長し、健側に比して下肢長差が生じた場合は、一下肢の短縮の規定に基づいて認定してよいか。 イ 下腿を 10cm 以上切断したことで下肢が短縮したが、切断長が下腿の 1/2 以上には及ばない場合、等級表からは 1/2 未満であることから等級を一つ下げて5級相当とするのか、あるいは短縮の規定から 10cm 以上であるため4級として認定するのか。</p> <p>(7) 関節炎後遺症等により右股関節機能の著しい障害と右下肢短縮 8 cm がある場合</p>	<p>(5) 「両下肢の機能障害」は、基本的には各障害部位を個々に判定した上で、総合的に障害程度を認定することが適当である。 しかしながら、両下肢全体の機能障害で、一下肢の機能全廃（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) ア 伸長による脚長差も、短縮による脚長差と同様に取り扱うことが適当である。 イ 切断は最も著明な短縮と考えられるため、この場合は一下肢の 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) それぞれ5級1項目、5級3項目に該当するが、この場合は、これを同一等級について二つの重複する障害があるものとし、一級上位の4級として認定する。</p>
---	--

(体幹不自由)

問	答
<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、 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、4級とすべきではなく5級にとどめるべきものである」とは、3級の要件を完全に満たしていなければ、下位等級として取り扱うことを意味するのか。 イ 高度脊柱側弯症による体幹機能障害の症例について、「座位であれば10分以上の保持が可能であるが、起立位は5分程度しか保持できない（2級相当）。座位からの起立には介助を要する（2級相当）が、立ち上がった後は約 200mの自力歩行が可</p>	<p>(1) ア この規定は、どちらの等級に近いかの判断もつかないような中間的な症例については下位等級に留め置くべきことを説明したものであり、上位等級の要件を完全に満たさなければ、全て下位等級として認定することを意味したものではない。 イ 障害の状態が、連続する等級（この場合は2級と3級）の間である場合、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</p>

<p>能（2級非該当）」の状態にある場合、2級と3級の間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級に留め置くべきものと考えてよいか。</p> <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頸椎症のため、体幹機能はほぼ強直の状態にある。この場合、下肢不自由3級と体幹不自由3級で、指数合算し2級と認定してよいか。</p>	<p>他の客観的な検査データを取り寄せるなどして、より客観的に障害の状態を判断するべきである。</p> <p>(2) 体幹機能の障害と下肢機能の障害がある場合は、上位等級に該当するどちらか一方の機能障害で認定することが原則である。同一疾患、同一部位における障害について、下肢と体幹の両面から見て単純に重複認定することは適当ではない。</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>
--	--

(脳原性運動機能障害)

問	答
<p>(1) 特に上肢機能障害に関する紐結びテストにおいて、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、検査結果の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において、</p> <p>ア 「乳幼児期に発現した障害によって脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」とは、具体的にどのような障害をもつ者を指しているのか。</p> <p>イ 「脳性麻痺」及び「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」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>(1) 脳原性運動機能障害の程度等級の判定には、認定基準に定めるテストを実施することが原則であるが、乳幼児期の認定を始め、この方法により難しい場合は、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>(2)</p> <p>ア 脳原性の障害としては、脳性麻痺のほか、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ものを想定している。</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</p>

ウ 「脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」において、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。

(3) 一上肢の機能障害の程度を判定するための「5動作のテスト」に関しては、

ア 時間的条件が規定されていないが、それぞれどの程度の時間でできれば、できたものとして判断するのか。

イ このテストは、必ず医師によって実施されることを要するのか。

(4) 生後6か月ごろの脳炎の後遺症で、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、紐結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。

(5) 脳原性運動機能障害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、紐結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。

いるが、どちらの場合においても申請時の年齢等によって、それぞれの認定基準によることが困難又は不利となる場合には、より適切に判定できる方の認定基準によって判定するよう、柔軟に取り扱う必要がある。

ウ この場合は、肢体不自由一般の認定基準により判定することが適当である。

(3)

ア 5動作は、速やかに日常動作を実用レベルで行えるかを判定するものであり、具体的な基準を明示することは困難であるが、あえて例示するならば、各動作とも概ね1分以内でできる程度が目安と考える。

イ 原則として医師が行うことが望ましいが、診断医の指示に基づく場合は、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)等が実施しても構わない。

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

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

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

診断書・意見書の記載上の注意 【肢体不自由】

1 総括表

- (1) ①障害名
障害部位について、すべて記入すること。
- (2) ③疾病・外傷発生年月日
不明確な場合は、推定年月（〇〇年頃）又は初診日を記入すること。
- (3) ④参考となる経過・現症
初発症状から症状固定に至るまでの治療の内容を簡潔に記入すること。
- (4) ⑤総合所見
 - ア 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について記入すること。
 - イ 申請（個別）等級の判断理由が分かるように記入すること。
 - ウ 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が予想される場合は、将来再認定の時期等を記入すること。
- (5) 診断日、病院又は診療所の名称、所在地、診療担当科名、医師名、㊦
もれなく記入すること。
- (6) 等級表による個別等級
 - ア 上肢、下肢、体幹ごとに個別等級を記入し、等級欄に個別等級を記入し、項目欄には別表第五号 身体障害者障害程度等級表（その一）の項目番号を記入すること。
 - イ カッコ内に「等級表による個別等級」による指数を合算した結果の総合等級を記入すること。
 - ウ 下肢機能障害と体幹機能障害について、神経麻痺で起立困難なもの等については、原則重複認定をせず、下肢又は体幹の単独の障害とみなして認定するので注意すること。

2 肢体不自由の状態及び所見

- (1) 障害認定に当たっては、「動作・活動」に併せ、「関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)」や神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見をもとに認定するので、診断に遺漏のないよう記入すること。
- (2) 障害部位については、利手（足）、補助手（足）を問わずもれなく記入すること。
- (3) 関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) において、障害程度に対して大きな制限が認められない場合には、「備考」に具体的な理由を付記すること。

3 その他の留意点

- (1) ボールペン等消しゴムで消えない筆記具で記入すること。
- (2) 左右の別について注意すること。
- (3) 訂正箇所には診断書・意見書記載医師による訂正印を押印すること。

身体障害者診断書・意見書 (肢体不自由)

記載例

総括表

氏名	〇〇〇〇〇〇	〇〇年〇月〇日生 (〇〇) 歳	男												
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇														
① 障害名 (部位を明記)	左上・下肢機能の著しい障害 (左片麻痺)														
② 原因となつた疾病・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	平成30年10月1日	場所	※ 不明確の場合は、初診日又は「~年頃」と記入												
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。)	※ 初発症状から症状固定に至るまでの治療内容を簡潔に記入														
⑤ 総合所見	障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日														
⑥ その他参考となる合併症状	※ 将来再認定不要の場合は、その理由を記入 (将来再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)														
<p>労災 (15年前) により右手中指欠損あり</p> <p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 平成31年4月〇〇日 病院又は診療所の名称 △△病院 所在地 △△市△△町△△△△ 担当診療科名 △△科 医師氏名 △△ △△ ⑧</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>等級表による個別等級</p> <table border="1"> <tr> <th>部位</th> <th>等級</th> <th>項目</th> </tr> <tr> <td>上肢</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※ 原則として、下肢と体幹は重複認定しない</p>				部位	等級	項目	上肢	3	3	下肢	4	4	体幹		
部位	等級	項目													
上肢	3	3													
下肢	4	4													
体幹															
<p>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</p>															

注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば右上下肢麻痺等を記入し、原因となつた疾病には、脳卒中等原因となつた疾患名を記入してください。
2 「障害の状態及び所見を記載した書面」 (別様式) を添付してください。
3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせる場合があります。

肢体不自由の状態及び所見

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を記入。)

- 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・弛緩性麻痺・**痙性麻痺**・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・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・あり (脳・脊髄・四肢・その他 ())

参考図示



※ 切断の場合、残存肢長を記入

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

× 変形 切断 運動障害

注 関係ない部分は記入不用

計測法

- 上肢長: 肩峰→橈骨茎状突起
- 下肢長: 上前腸骨棘→(髌骨) 内臑
- 前腕周径: 最大周径
- 大腿周径: 膝蓋骨上縁10cmの周径
- 下腿周径: 最大周径
- (小児等の場合は別記)

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にはそれに○

寝返りをする	○	シャツを着て脱ぐ	△
あしを投げ出して座る (背もたれ)	○	ワイシャツのボタンを留める	△
椅子に腰掛ける (背もたれ)	○	スポンを履いて脱ぐ (自助手)	△
立ち上がる (手すり・壁・杖・装具)	×	ブラッシで歯を磨く (自助手)	右○ 左△
立つ (手すり・壁・杖・松葉杖・義肢・装具)	○	顔を洗うタオルで拭く	△
家の中の移動 (壁・杖・松葉杖・義肢・装具・車椅子)	△	タオルを絞る	△
洋式便器に座る	△	とじひもを結ぶ	△
排泄の後始末をする	△	背中を洗う	△
(はしで) 食事をする (スプーン・自助手)	右○ 左△	二階まで階段を上って下りる (手すり) 杖・松葉杖	△
コップで水を飲む	右○ 左○	屋外を移動する (家の周辺程度) (杖) 松葉杖・車椅子	△
		公共の乗物を利用する	×

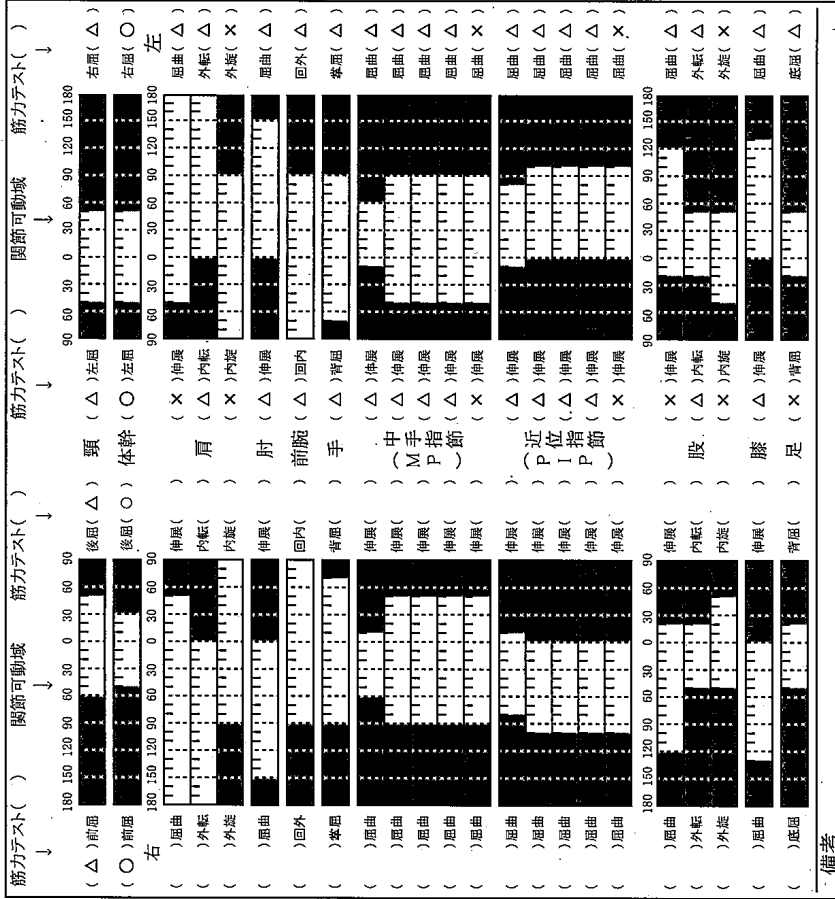
注 身体障害者福祉法の等級は機能障害 (impairment) のレベルで認定されますので、() の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

◎ 上肢の状態、歩行能力及び起立位の状態

(補装具を使用しない状態で該当するものを○で囲む)

- (1) 上肢で下げられる重さ [右]: 正常 (10kg・5kg) 以内可能・不能
[左]: 正常 (10kg・5kg) 以内可能・不能
- (2) 歩行できる距離 正常 (2km・1km) 100m・10m 以上困難・不能
- (3) 起立位保持 正常 (1時間・30分間・10分) 以上困難・不能
- (4) 片脚起立 [右] 可・不安定・不可 [左]: 可・不安定・不可

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)



他動的関節可動域の制限は特段認められない。
右・下肢については、正常である。

備考

- ※ 注
1. 関節可動域は、他動的関節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法とする。
 3. 関節可動域の図示は、 のように両端に太線を引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に(多)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) の項で母指は (IP) 関節を指す。
6. DIP の他対立内外転等の表示は必要に応じて補考欄を用いる。
7. 図中塗りつぶした部分は参考的正常範囲外の部分で、反転線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 (△)