

身体障害者福祉法第 15 条

指定医師の手引

《肢 体 不 自 由》

指定医師の先生方へ

身体障害者手帳診断書・意見書（肢体不自由用）を作成する際には、本手引きをご参照ください。

平成 27 年 3 月

静岡市地域リハビリテーション推進センター

目 次

I	総括的解説・・・・・・・・・・・・・・・・	1 ページ
II	肢体不自由障害程度等級表・・・・・・・・	3 ページ
III	障害程度等級表解説・・・・・・・・	5 ページ
IV	診断書・意見書の作成要領・・・・・・・・	19 ページ
V	疑義解釈・・・・・・・・	22 ページ
VI	静岡市障害程度審査部会における審議事項 及び取り扱い方針・・・・・・・・	34 ページ
VII	障害認定時期と再認定の付与、その時期	36 ページ
VIII	診断書記載例・・・・・・・・	39 ページ

参考資料)	関節可動域表示ならびに測定法	50 ページ
-------	----------------	--------

I 総括的解説

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

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

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

具体的な例は次のとおりである。

a 疼痛による機能障害

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

b 筋力低下による機能障害

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

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

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

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

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

- (4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障害の一面を表わしたものであるため、その判定に当たっては、その機能障害全般を総合した上で定めなければならない。
- (5) 7級はもとより身体障害者手帳交付の対象とならないが、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つ以上ある時は6級になるので参考として記載したものである。
- (6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。なお、人工骨頭又は人工関節については、人工骨頭又は人工関節置換術後の経過が安定した時点での機能障害の程度により判定する。
- (7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず、別途の方法によることとしたものである。

2つ以上の障害が重複する場合の認定

2つ以上の障害が重複する場合は、障害等級を指数に換算し、指数の合計により上位等級になる場合があります。

【換算表】

障害等級	指数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

⇒

【認定表】

認定等級	指数合計
1 級	18 以上
2 級	11～17
3 級	7～10
4 級	4～6
5 級	2～3
6 級	1

例) 肢体不自由上肢機能障害 4 級と肢体不自由下肢機能障害 4 級

$$4 + 4 = 8 \rightarrow 3 \text{ 級}$$

例) 肢体不自由下肢機能障害 3 級と聴覚障害 4 級

$$7 + 4 = 11 \rightarrow 2 \text{ 級}$$

身体障害者手帳は 6 級までですが、7 級の障害が 2 つ以上あれば指数の合計により手帳の交付対象となります。

例) 肢体不自由上肢機能障害 7 級と肢体不自由下肢機能障害 7 級

$$0.5 + 0.5 = 1 \rightarrow 6 \text{ 級}$$

※ ただし、四肢のうち、同じ肢に 2 か所以上の障害がある場合は、上位の部位から欠いている場合の障害等級が限度になります。

例) 肢体不自由上肢機能障害

「右上肢の指を全て欠く」 3 級と「右手関節機能の全廃」 4 級

$$7 + 4 = 11 \rightarrow 2 \text{ 級}$$

ただし、この場合は右手関節で切断している場合が上限となります。

つまり、「右上肢を右手関節から欠く」と同じ 3 級（指数 7）が限度です。

※ また、肢体不自由の下肢機能障害と体幹機能障害の重複は、原則として指数合計により認定しますが、体幹機能障害は四肢の機能障害と切り離して体幹のみの障害の場合を想定して判断するので注意を要します。例えば、神経麻痺により起立困難な症例等については、下肢又は体幹のいずれかの単独の障害と認定するのが妥当と示されています。

※ さらに、肢体不自由にかかる障害程度の認定に当たっては、「上肢」「下肢」「体幹」ごとに等級認定を行った上で、この等級ごとに定められた指数により総合等級を定めることとしております。

Ⅱ 肢体不自由障害程度等級表

級別	項目	上肢	項目	下肢	項目	体幹
1 級	1 2	両上肢の機能を全廃したもの 両上肢を手関節以上で欠くもの	1 2	両下肢の機能を全廃したもの 両下肢を大腿の 2 分の 1 以上で欠くもの		体幹の機能障害により坐っていることができないもの
2 級	1 2 3 4	両上肢の機能の著しい障害 両上肢のすべての指を欠くもの 一上肢を上腕の 2 分の 1 以上で欠くもの 一上肢の機能を全廃したもの	1 2	両下肢の機能の著しい障害 両下肢を下腿の 2 分の 1 以上で欠くもの	1 2	体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの
3 級	1 2 3 4 5	両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 一上肢の機能の著しい障害 一上肢のすべての指を欠くもの 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1 2 3	両下肢をショパール関節以上で欠くもの 一下肢を大腿の 2 分の 1 以上で欠くもの 一下肢の機能を全廃したもの		体幹の機能障害により歩行が困難なもの
4 級	1 2 3 4 5 6 7 8	両上肢のおや指を欠くもの 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの 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	1 2 3 4 5 6	両下肢のすべての指を欠くもの 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 一下肢を下腿の 2 分の 1 以上で欠くもの 一下肢の機能の著しい障害 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの 一下肢が健側に比して 10 センチメートル以上又は健側の長さの 10 分の 1 以上短いもの		
5 級	1 2 3 4 5 6	両上肢のおや指の機能の著しい障害 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害 一上肢のおや指を欠くもの 一上肢のおや指の機能を全廃したもの 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害	1 2 3	一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害 一下肢の足関節の機能を全廃したもの 一下肢が健側に比して 5 センチメートル以上又は健側の長さの 15 分の 1 以上短いもの		体幹の機能の著しい障害
6 級	1 2 3	一上肢のおや指の機能の著しい障害 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1 2	一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 一下肢の足関節の機能の著しい障害		
7 級	1 2 3 4 5 6	一上肢の機能の軽度の障害 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 一上肢の手指の機能の軽度の障害 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1 2 3 4 5 6	両下肢のすべての指の機能の著しい障害 一下肢の機能の軽度の障害 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 一下肢のすべての指を欠くもの 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 一下肢が健側に比して 3 センチメートル以上又は健側の長さの 20 分の 1 以上短いもの		

【備考】

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

乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		指数
上肢機能	移動機能	
不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	18
不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの	11
不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの	7
不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	4
不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの	2
不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの	1
上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの	0.5

※ 注意
7級の障害は、1つのみでは法別表に掲げる障害（身体障害者手帳の交付対象）にはなりません。

いるものは、該当等級とする。

計測したものをいう。

Ⅲ 障害程度等級表解説

(1) 上肢不自由

級別	障 害 程 度						指数
	項目	全体、各関節	項目	欠 損	項目	手 指	
1 級	1	両上肢の機能を全廃した もの	2	両上肢を手関節以上で欠くも の		*	18
2 級	1 4	両上肢の機能の著しい障 害 一上肢の機能を全廃した もの	2 3	両上肢のすべての指を欠くも の 一上肢を上腕の2分の1以上 で欠くもの		*	11
3 級	3	一上肢の機能の著しい障 害	1 4	両上肢のおや指及びひとさし 指を欠くもの 一上肢のすべての指を欠くも の	2 5	両上肢のおや指及びひとさし 指の機能を全廃したもの 一上肢のすべての指の機能を 全廃したもの	7
4 級	3	一上肢の肩関節、肘関節 又は手関節のうち、いずれ か一関節の機能を全廃した もの	1 4 6	両上肢のおや指を欠くもの 一上肢のおや指及びひとさし 指を欠くもの おや指又はひとさし指を含め て一上肢の三指を欠くもの	2 5 7 8	両上肢のおや指の機能を全廃 したもの 一上肢のおや指及びひとさし 指の機能を全廃したもの おや指又はひとさし指を含め て一上肢の三指の機能を全廃し たもの 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	4
5 級	2	一上肢の肩関節、肘関節 又は手関節のうち、いずれ か一関節の機能の著しい障 害	3	一上肢のおや指を欠くもの	1 4 5 6	両上肢のおや指の機能の著し い障害 一上肢のおや指の機能を全廃 したもの 一上肢のおや指及びひとさし 指の機能の著しい障害 おや指又はひとさし指を含め て一上肢の三指の機能の著しい 障害	2
6 級		*	2	ひとさし指を含めて一上肢の 二指を欠くもの	1 3	一上肢のおや指の機能の著し い障害 ひとさし指を含めて一上肢の 二指の機能を全廃したもの	1
7 級	1 2	一上肢の機能の軽度の障 害 一上肢の肩関節、肘関節 又は手関節のうち、いずれ か一関節の機能の軽度の障 害	5	一上肢のなか指、くすり指及 び小指を欠くもの	3 4 6	一上肢の手指の機能の軽度の 障害 ひとさし指を含めて一上肢の 二指の機能の著しい障害 一上肢のなか指、くすり指及 び小指の機能を全廃したもの	0.5

解 説（認 定 指 標）	
一上肢の機能障害	ア 「全廃」（２級）とは、肩関節、肘関節、手関節、手指の全ての機能を全廃したものをいう。 イ 「著しい障害」（３級）とは、握る、摘む、なでる、（手、指先の機能）、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる（腕の機能）等の機能の著しい障害をいう。 具体的な例は次のとおりである。 a 機能障害のある上肢では５kg以内のものしか下げることができないもの。この際、荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよい b 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか２関節の機能を全廃したもの ウ 「軽度の障害」（７級）の具体的な例は次のとおりである。 a 精密な運動のできないもの b 機能障害のある上肢では１０kg以内のものしか下げることのできないもの
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
肘関節の機能障害	ア 「全廃」（４級）の具体的な例は次のとおりである。 a 関節可動域１０度以下のもの b 高度の動揺関節 c 徒手筋力テストで２以下のもの イ 「著しい障害」（５級）の具体的な例は次のとおりである。 a 関節可動域３０度以下のもの b 中等度の動揺関節 c 徒手筋力テストで３に相当するもの d 前腕の回内及び回外運動が可動域１０度以下のもの
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
手指の機能障害	ア 手指の機能障害の判定には次の注意が必要である。 ① 機能障害のある指の数が増すにつれて幾何学的にその障害は重くなる。 ② おや指、次いでひとさし指の機能は特に重要である。 ③ おや指の機能障害は摘む、握る等の機能を特に考慮して、その障害の重さを定めなければならない。 イ 一側の五指全体の機能障害 ① 「全廃」（３級）の具体的な例は次のとおりである。 字を書いたり、箸をもつことができないもの

手指の機能障害	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のできないもの 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のできないもの ③ 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。 a 精密なる運動のできないもの b 機能障害のある手では10kg以内のものしか下げることのできないもの c 機能障害のある手の握力が15kg以内のもの ウ 各指の機能障害 ① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。 a 各々の関節の可動域10度以下のもの b 徒手筋力テスト2以下のもの ② 「著しい障害」の具体的な例は次のとおりである。 a 各々の関節の可動域30度以下のもの b 徒手筋力テストで3に相当するもの
---------	---

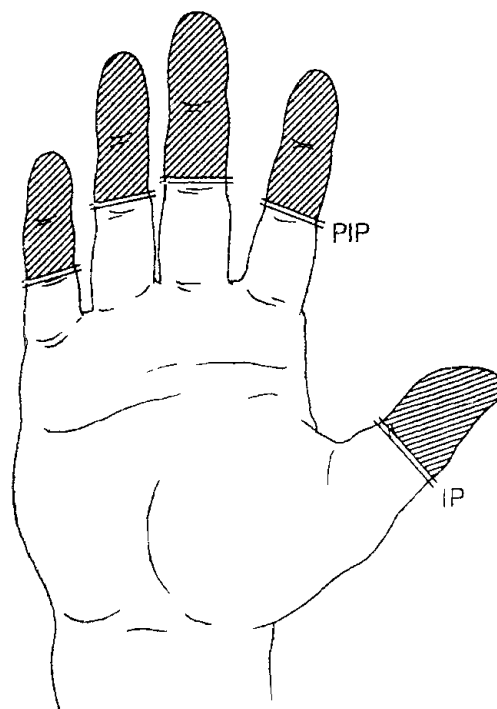
(注) 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害をも含むものとする。

★ 診断書・意見書記載にあたり特に留意していただきたい事項

障害名(部位を記入)欄 (下肢、体幹の場合も同様)	① 機能障害のある部位が上肢全体か、肩関節のみか、手指なのか、片側か両側か、障害程度は「全廃」なのか「著しい障害」なのかが分かるように記載する。 例…「上肢機能障害(右肩関節全廃)」 ② 廃用症候群により生じた機能障害も医学的に証明される場合はこの欄の記載に含める。 ③ 障害名と部位は、「個別等級の項目」、「動作・活動」、「筋力テスト(MMT)」などの記載と整合性がとれていることが必要です。
意識障害者の障害認定 (下肢、体幹の場合も同様)	意識障害については、常時の医学的管理が必要でないと判断された場合、身体障害者手帳の交付対象として差し支えないとされています。従って、常時の医学的管理の要否についての記載がない場合は、診断書作成医師に補正を求めることとなります。
「筋力テスト(MMT)」、「動作・活動」、「握力」との整合性	「手指の筋力テスト」が×(消失又は著減)、「つまむ・握る」の動作・活動が×(全介助又は不能)で、「握力」が12kgなどの記載は整合性がとれないため、診断書作成医師に補正を求めることとなります。
一上肢の機能の著しい障害	一上肢の機能の著しい障害は、3級相当ですが、その根拠として、「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」という具体例のみでは一側面の判断となるため不十分です。「筋力テスト(MMT)」、「関節可動域(ROM)」、「動作・活動」などの結果も併せて総合的に判断する必要があります。
過去に認定を受けた部位について (下肢、体幹の場合も同様)	過去に障害認定を受けた部位についても現状で評価し、診断書に記載する。 なお、人工関節等置換術により平成26年4月1日の身体障害認定基準の改正前に等級認定を受けている場合には、現状で評価せず既に認定を受けている等級とする。

【留意事項】

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



転載許諾済

出版物名 「身体障害者手帳診断書作成マニュアル」

編集 日本整形外科学会

発行所 金原出版株式会社

発行年月日 1995 年 3 月 20 日 第 1 版第 1 刷発行

(2) 下肢不自由

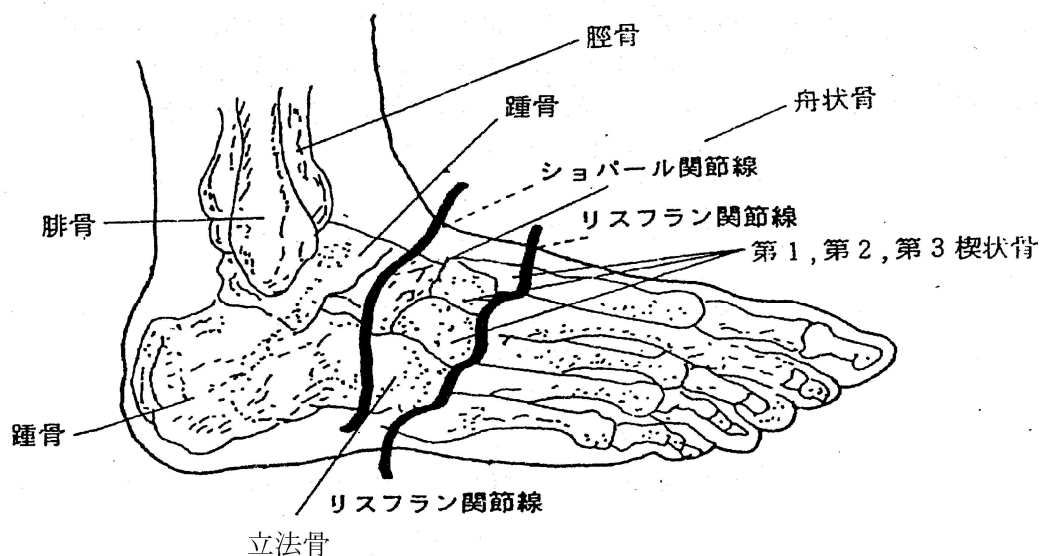
級別	障 害 程 度				指数
	項目	全体、各関節、足指	項目	欠損、短縮	
1 級	1	両下肢の機能を全廃したもの	2	両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	18
2 級	1	両下肢の機能の著しい障害	2	両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	11
3 級	3	一下肢の機能を全廃したもの	1 2	両下肢をショパール関節以上で欠くもの 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	7
4 級	2 4 5	両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 一下肢の機能の著しい障害 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの	1 3 6	両下肢のすべての指を欠くもの 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの 一下肢が健側に比して10センチメートル以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの	4
5 級	1 2	一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害 一下肢の足関節の機能を全廃したもの	3	一下肢が健側に比して5センチメートル以上又は健側の長さの15分の1以上短いもの	2
6 級	2	一下肢の足関節の機能の著しい障害	1	一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの	1
7 級	1 2 3 5	両下肢のすべての指の機能の著しい障害 一下肢の機能の軽度の障害 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの	4 6	一下肢のすべての指を欠くもの 一下肢が健側に比して3センチメートル以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの	0.5

	解 説（認 定 指 標）
一下肢の機能障害	ア 「全廃」（３級）とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。 具体的な例は次のとおりである。 - a 下肢全体の筋力の低下のため患肢で立位を保持できないもの - b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で立位を保持できないもの イ 「著しい障害」（４級）とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うずくまる、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のできないもの - e 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの ウ 「軽度の障害」（７級）の具体的な例は次のとおりである。 - a ２km以上の歩行不能 - b １時間以上の起立位を保つことのできないもの - c 横座りはできるが正座及びあぐらのできないもの
股関節の機能障害	ア 「全廃」（４級）の具体的な例は次のとおりである。 - a 各方向の可動域（伸展⇔屈曲、外転⇔内転等連続した可動域）が10度以下のもの - b 徒手筋力テストで２以下のもの イ 「著しい障害」（５級）の具体的な例は次のとおりである。 - a 可動域30度以下のもの - b 徒手筋力テストで３に相当するもの ウ 「軽度の障害」（７級）の具体的な例は次のとおりである。 小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの
膝関節の機能障害	ア 「全廃」（４級）の具体的な例は次のとおりである。 - a 関節可動域10度以下のもの - b 徒手筋力テストで２以下のもの - c 高度の動揺関節、高度の変形 イ 「著しい障害」（５級）の具体的な例は次のとおりである。 - a 関節可動域30度以下のもの - b 徒手筋力テストで３に相当するもの - c 中等度の動揺関節 ウ 「軽度の障害」（７級）の具体的な例は次のとおりである。 - a 関節可動域90度以下のもの - b 徒手筋力テストで４に相当するもの又は筋力低下で２km以上の歩行ができないもの

足関節の機能障害	ア 「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。 - a 関節可動域5度以内のもの - b 徒手筋力テストで2以下のもの - c 高度の動揺関節、高度の変形 イ 「著しい障害」(6級)の具体的な例は次のとおりである。 - a 関節可動域10度以内のもの - b 徒手筋力テストで3に相当するもの - c 中等度の動揺関節
足指の機能障害	ア 「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。 下駄、草履をはくことのできないもの イ 「著しい障害」(両側の場合は7級)とは特別の工夫をしなければ下駄、草履をはくことのできないものをいう。
下肢の短縮	計測の原則として前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。
切断	大腿又は下腿の切断の部位及び長さは実用長をもって計測する。従って、肢断端に骨の突出、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。

(注) 下肢欠損の断端の長さは、実用長(大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの)をもって計測したものをいう。

【参考】足関節の外側図及び切断面



★ 診断書・意見書記載にあたり特に留意していただきたい事項

一下肢の機能の著しい障害	一下肢の機能の著しい障害は、4 級相当ですが、その根拠として、「30分以上起立位を保つことができない」という具体例のみでは一側面の判断となるため不十分です。 「筋力テスト (MMT)」、「関節可動域 (ROM)」、「動作・活動」、「歩行能力」などの結果も併せて総合的に判断する必要があります。
一下肢の機能障害	膝関節の機能障害 (全廃あるいは著しい障害) のみでは、一下肢全体の機能障害とはなりません。一下肢の三大関節のうち二関節以上の機能障害が存在することが必要となります。
「動作・活動」欄の記載方法	() の中に○がついている場合は、原則自立していないこととなります。つまり、() の中の○をつけたものを使わなければ、移動等ができないということです。 例えば、「家の中の移動」では、「壁を使うことにより自力で移動できる場合」は、「壁」に○印を付し○ (自立) と、「壁を使い、かつ半介助が必要である場合」は、「壁」に○印を付し△ (半介助) となります。
「筋力テスト (MMT)」、「関節可動域 (ROM)」、「動作・活動」、「歩行能力」との整合性	「筋力テスト (MMT)」、「関節可動域 (ROM)」が比較的良好なのに、「動作・活動」、「歩行能力」が低い場合、それが痴呆による意欲の低下によるものならばその旨を明記するなど、説明を記載する必要があります。
過去に認定を受けた部位について (上肢、体幹も同様)	過去に肢体不自由で障害認定を受けた部位についても現状で評価し、診断書に記載する。 なお、人工関節等置換術により平成 26 年 4 月 1 日の身体障害認定基準の改正前に等級認定を受けている場合には、現状で評価せず既に認定を受けている等級とする。

(3) 体幹不自由

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

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

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

級別	項	障 害 程 度	指数
1 級		体幹の機能障害により坐っていることができないもの	18
2 級	1 2	体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 体幹の機能障害により立ち上ることが困難なもの	11
3 級		体幹の機能障害により歩行が困難なもの	7
4 級		*	
5 級		体幹の機能の著しい障害	2
6 級		*	
7 級		*	

★ 診断書・意見書記載にあたり特に留意していただきたい事項

体幹機能障害の判断	体幹機能障害は、四肢の機能障害を一応切り離して体幹のみの障害を想定して判断することとなります。 特に、下肢のみの機能障害か、体幹と下肢の両方の機能障害かの判断は、慎重に行う必要があります。 また、体幹機能障害と判断した場合は、体幹に関する所見（「寝返りや腰掛け・座るなどの動作・活動」、「筋力テスト(MMT)」、「関節可動域(ROM)」など）との整合性が必要となります。
-----------	--

解 説（認 定 指 標）
「坐っていることができないもの」（１級）とは、腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。
ア 「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のできないものをいう。
イ 「立ち上がることが困難なもの」（２級）とは、臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、他人又は柱、杖その他の器物の介護により初めて可能となるものをいう。
「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。
＊
「著しい障害」（５級）とは体幹の機能障害のために 2 km以上の歩行不能のものをいう。
＊
＊

（注１） なお、体幹不自由の項では、１級、２級、３級及び５級のみが記載され、その他の４級、６級が欠となっている。これは体幹の機能障害は四肢と異なり、具体的及び客観的に表現し難いので、このように大きく分けたのである。３級と５級に指定された症状の中間と思われるものがあつた時も、これを４級とすべきではなく５級にとめるべきものである。

（注２） 下肢の異常によるものを含まないこと。

（例） 片麻痺の場合、補装具なしで起立位保持が不十分であっても、かぶりシャツの着脱や洋式便器に座るなどが自立している。補装具やついで 100m程度歩行可能な時は、体幹機能障害とせず、下肢機能障害として認定する。

逆に障害が重く、上記の動作活動ができない場合には体幹機能障害も加えて認定することもありうる。

(4) 脳原性運動機能障害

この障害区分により程度等級を判定するのは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によっ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の不適當な場合は前記(1)～(3)（上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由）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)（上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由）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。

(4-1) 上肢機能障害

級別	障 害 程 度	指数
1 級	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	18
2 級	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	11
3 級	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	7
4 級	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	4
5 級	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	2
6 級	不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	1
7 級	上肢に不随意運動・失調等を有するもの	0.5

解 説（認 定 指 標）	
ア 両上肢の機能障害がある場合 両上肢の機能障害の程度は、 紐むすびテスト の結果によって次により判定するものとする。	
区 分	紐むすびテストの結果
等級表 1 級に該当する障害	紐むすびテストのできた数が19本以下のもの
等級表 2 級に該当する障害	紐むすびテストのできた数が33本以下のもの
等級表 3 級に該当する障害	紐むすびテストのできた数が47本以下のもの
等級表 4 級に該当する障害	紐むすびテストのできた数が56本以下のもの
等級表 5 級に該当する障害	紐むすびテストのできた数が65本以下のもの
等級表 6 級に該当する障害	紐むすびテストのできた数が75本以下のもの
等級表 7 級に該当する障害	紐むすびテストのできた数が76本以上のもの
（注）紐むすびテスト 5 分間にとじ紐（長さ概ね 43 cm）を何本むすぶことができるかを検査するもの	
イ 一上肢の機能に障害がある場合 一上肢の機能障害の程度は 5 動作の能力テスト の結果によって、次により判定するものとする。	
区 分	5 動作の能力テストの結果
等級表 1 級に該当する障害	——
等級表 2 級に該当する障害	5 動作の全てができないもの
等級表 3 級に該当する障害	5 動作のうち 1 動作しかできないもの
等級表 4 級に該当する障害	5 動作のうち 2 動作しかできないもの
等級表 5 級に該当する障害	5 動作のうち 3 動作しかできないもの
等級表 6 級に該当する障害	5 動作のうち 4 動作しかできないもの
等級表 7 級に該当する障害	5 動作の全てができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの
（注）5 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ときに固定する	d 健側の爪を切る
b さいふからコインを出す	e 健側のそで口のボタンをとめる
c 傘をさす	

(4-2) 移動機能障害

級別	障 害 程 度	指数
1 級	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	18
2 級	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの	11
3 級	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの	7
4 級	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	4
5 級	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの	2
6 級	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの	1
7 級	下肢に不随意運動・失調等を有するもの	0.5

解 説（認 定 指 標）

移動機能障害の程度は、下肢、体幹機能の評価の結果によって次により判定する。

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

IV 診断書・意見書の作成要領

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

1 障害名

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

2 原因となった疾病・外傷名

病名がわかっているものについてはできるだけ明確に記入することが望ましい。即ち、前項の障害をきたした原因の病名（脊椎損傷、脳性麻痺、脳血管障害等）を記載することである。

例えば、右手関節強直の原因として「関節リウマチ」と記載し、体幹運動機能障害であれば「強直性脊髄炎」であるとか「脊椎側弯症」と記載する。

さらに、疾病外傷の直接原因については、右端に列挙してある字句の中で該当するものを○印で囲み、該当するものがない場合にはその他の欄に直接記載する。

例えば、脳梗塞であれば「疾病」に○印を、交通事故による脊椎損傷の場合には「交通」に○印を記入する。

なお、「その他の事故」を意味するものは、自宅内での転倒など外傷の原因に該当する字句のない場合を指すものであり、（ ）内記載のものとは区別する。

3 疾病・外傷発生年月日

傷病発生年月日の記載については、初診日でもよく、不明確な場合は推定年月を記載する。

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略に記載し、機能回復訓練の終了日をもって疾病の固定とする。

ただし、切断のごとく欠損部位によって判定の下されるものについては、再手術が見込まれない段階に至った時点で診断してよい。現症については、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」等の所見欄の記載された内容を摘記する。

5 総合所見

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

例：上肢運動能力、移動能力、座位、起立位等

6 将来再認定

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

7 その他参考となる合併症状

複合障害の等級について総合認定する場合に必要となるので、他の障害（当該診断書に記載事項のないもの）についての概略を記載することが望ましい。

8 身体障害者福祉法第15条第3項の意見

該当すると思われる障害程度等級を参考として記載する。

また、上肢、下肢、体幹の個別等級の「項目」欄には、それぞれの等級表の項目欄の番号を記入する。

なお、障害等級は市長が当該意見を参考とし、現症欄等の記載内容によって決定する。

9 肢体不自由の状況及び所見

- (1) 乳幼児期以前に発現した脳原性運動機能障害については、脳原性運動機能障害用洋式を用いることとし、その他の上肢、下肢、体幹の障害については、肢体不自由用のものを用いる。ただし、痙性麻痺については、筋力テストを課すのは必要最小限にすること。
- (2) 障害認定に当たっては、目的動作能力に併せ関節可動域、筋力テストの所見を重視しているので、その双方についての診断に遺漏のないよう記載すること。
- (3) 関節可動域の表示並びに測定方法は、日本整形外科学会身体障害委員会及び日本リハビリテーション医学会評価基準委員会において示された「関節可動域表示並びに測定法」（P50 参照）により行うものとする。
- (4) 筋力テストは徒手による筋力検査によって行うものであるが、評価は次の内容で区分する。
 - ・ 自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような体位では自動可能な場合（著減）、又はいかなる体位でも関節の自動が不能な場合（消失）……………×
 - ・ 検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合（半減）……………△
 - ・ 検者の手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合（正常）、又は検者の手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合（やや減）……………○
- (5) 脳原性運動機能障害用については上肢機能障害と移動機能障害の双方につき、一定の方法により検査を行うこととされているが、被検者は各動作について未経験のこと

があるので、テストの方法を事前に教示し試行を経たうえで本検査を行うこととする。

10 障害程度の認定について

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

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

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

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

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

- (3) 下肢不自由は、機能障害、欠損障害及び短縮障害に区分される。

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

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

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

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

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

その趣旨に即して、適切な障害認定を行う必要がある。

V 疑義解釈

(1) 全般的事項

質 疑	回 答
【関節可動域・筋力テスト】 1 各関節の機能障害の認定について、「関節可動域 (ROM) と「徒手筋力テスト (MMT)」で具体例が示されているが、両方とも基準に該当する必要があるのか。 2 肩関節の関節可動域制限については、認定基準に各方向についての具体的な説明がないが、いずれかの方向で制限があればよいと理解してよいのか。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のか。 3 一肢関節の徒手筋力テストの結果が、「屈曲 4、伸展 4、外転 3、内転 3、外旋 3、内旋 4」で、平均が 3.5 の場合、どのように認定するのか。 4 関節の機能障害の場合、個々の関節の可動域、筋力の程度等によって等級の認定を行っているが、等級表解説の中で具体的な例として示されている項目の 2 以上に該当する場合は、一つ上の級として認定するものなのか教示されたい。 (例) 一側の膝関節可動域が 30 度で筋力が 3 となっている場合、5 級と 5 級で 4 級と認定する。 【動作・活動】 5 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。	いずれか一方が該当すれば、認定可能である。 (H15. 2. 27 障企発第 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) 肩関節、股関節ともに、屈曲←→伸展、外転←→内転、外旋←→内旋のすべての可動域で判断することとなり、原則として全方向が基準に合致することが必要である。 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。 (H15. 2. 27 障企発第 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) 小数点以下を四捨五入する。この場合は、徒手筋力テスト 4 で軽度の障害 (7 級) として認定することが適当である。 (H15. 2. 27 障企発第 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) 同一部位の障害であるので、関節可動域又は筋力いずれかで認定することとなる。 例に示された障害は 5 級として認定されたい。 (S60. 5. 22 全国係長会議回答) 「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

質 疑	回 答
【その他】 6 リウマチ等で、たびたび症状の悪化を繰り返し、悪化時の障害が平常時より重度となる者の場合、悪化時の状態を考慮した等級判定をしてかまわないか。 7 慢性関節リウマチによる障害で、両上肢、両下肢に著しい障害を有する場合、2級の二つの障害として1級に繰り上げてよいか。 8 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、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。	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。 (H15.2.27 障企発第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) 悪化時の状態が障害固定した状態で、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。 (H15.2.27 障企発第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) お見込のとおり。 ア ROM、MMTに器質的異常がない場合は、「動作・活動」等を参考に、他の医学的、客観的所見から、四肢・体幹の機能障害の認定基準に合致することが証明できる場合は、平衡機能障害ではなく肢体不自由として認定できる場合もあり得る。 イ 本症例のように服薬によって状態が変化する障害の場合は、原則として服薬によってコントロールされている状態をもって判定するが、1日の大半においてコントロール不能の状態が永続する場合は、認定の対象となり得る。 (H15.2.27 障企発第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	回 答
9 認定基準の中で、肩関節や肘関節、足関節の「軽度の障害（7級）」に該当する具体的な規定がないが、概ね以下のようなものが該当すると考えてよいか。 (肩関節)・関節可動域が90度以下のもの ・徒手筋力テストで4相当のもの (肘関節)・関節可動域が90度以下のもの ・徒手筋力テストで4相当のもの ・軽度の動揺関節 (足関節)・関節可動域が30度以下のもの ・徒手筋力テストで4相当のもの ・軽度の動揺関節 10 疾病等により常時臥床のため、褥創、全身浮腫、関節強直等をきたした者については、肢体不自由として認定してかまわないか。	認定基準の「総括的解説」の(3)の記載からも、このような障害程度のものを7級として取り扱うことは適当である。 (H15. 2. 27 障企発第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) 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、褥創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。 (H15. 2. 27 障企発第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)
【痴呆・加齢】 11 加齢に伴う脳萎縮により痴呆状態になり、活動が低下することでねたきりとなった人も手帳の対象とするべきか。	加齢のみをもって手帳を交付しないことはできない。 また、意欲の低下のみをもって身体障害の対象とすることは適当でない。 (H4. 4. 7 全国身障係長会議回答)

(2) 上肢不自由

質 疑	回 答
【欠損】 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のか。 イ また、「右上肢のひとさし指と、左上肢のなか指・くすり指・小指を欠いたもの」は、どのように取り扱うのか。 2 指を切断したものについて、切断のみをみると手帳の障害程度には該当しないが、握力をみると5kg以内で、機能障害でみると4級相当である。この場合、切断のみでみるのかあるいは機能障害として4級として認定してよいのか。 3 中手骨中央部で切断した場合、おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠く場合よりも障害程度は重いと思われるが、4級で認定すべきか。 4 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。 ア 手指の機能障害における「一側の五指全体の機能の著しい障害」（4級） イ 認定基準の六の記載中、「右上肢を手関節から欠くもの」（3級） ウ 同じく「左上肢を肩関節から欠くもの」（2級） 【その他】 5 一上肢の機能の著しい障害（3級）のある者が、以下のように個々の関節等の機能障害の指数を合計すると4級にしかならない場合は、どのように判断するのか。	ア 「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級として取り扱ってよいが、「一上肢のひとさし指」のみをもって7級として取り扱うことは適当ではない。 イ この場合は、「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が可能である。 (H16.4.1 障企発第0401001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知) 障害が指の切断のみであれば、その切断に着目して認定すること。なお、他に永続する機能障害がある場合は、この限りでない。 (S55.11.12 全国係長会議回答) 4級で認定すべきである。 (S62.6.1 全国係長会議回答) 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。 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」 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」 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」 (H15.2.27 障企発第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) 一上肢、一下肢の障害とは、一肢全体に及ぶ機能障害を指すため、単一の関節の機能障害等の指数を合算した場合の等級とは必ずしも一致しないことがある。一肢全体の障害であるか、又は個々

質 疑	回 答
・肩関節の著障＝５級（指数２） ・肘関節の著障＝５級（指数２） ・手関節の著障＝５級（指数２） ・握力12kgの軽障＝７級（指数0.5） ＊合計指数＝6.5（４級）	の関節等の重複障害であるかは、障害の実態を勘案し、慎重に判断されたい。 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） この事例の場合、仮に４つの関節全てが全廃で、合計指数が19（１級）になったとしても、「一上肢を肩関節から欠く場合」（２級：指数11）以上の等級としては取り扱わないのが適当である。 (H15.2.27 障企発第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)

(3) 下肢不自由

質 疑	回 答
【切断・短縮・伸長】 1 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。 イ 下腿を10cm以上切断したことで下肢が短縮したが、切断長が下腿の1/2以上には及ばない場合、等級表からは1/2未満であることから等級を一つ下げて5級相当とするのか、あるいは短縮の規定からは10cm以上であるため4級として認定するのか。 2 肢体不自由に係る身体障害者の障害認定について ア 関節炎後遺症等により右股関節の著しい機能障害と右下肢短縮8cmがある場合、それぞれ等級表下肢の項5級-1、5級-3に該当するが、これを同一等級について二つの重複する障害があるとし、1級上位の級（4級）として認定してよろしいか。 イ 上記の機能障害と下肢短縮がそれぞれ別の原因によって生じた場合は、いかに取り扱うべきか。 【疼痛を伴う障害】 3 変形性股関節症等の疼痛を伴う障害の場合、 ア 著しい疼痛はあるが、ROM、MMTの測定結果が基準に該当しないか又は疼痛によって測定困難な場合、この疼痛の事実をもって認定することは可能か。 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。	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。 (H15.2.27 障企発第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) ア お見込みのとおり取り扱って差し支えない。 イ アと同様に取り扱うものである。 (S57.5.11 全国係長会議回答) ア 疼痛の訴えのみをもって認定することは適当ではないが、疼痛を押してまでの検査等は避けることを前提に、エックス線写真等の他の医学的、客観的な所見をもって証明できる場合は、認定の対象となり得る。 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。 (H15.2.27 障企発第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	回 答
4 大腿骨頸部骨折による入院後に、筋力低下と著しい疲労を伴う歩行障害により、下肢不自由の認定基準の「1 km以上の歩行困難で、駅の階段昇降が困難」に該当する場合、「一下肢の機能の著しい障害」に相当するものとして認定可能か。なお、ROM、MMTは、ほぼ正常域の状態にある。	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状態とは言えず、認定することは適当ではない。 (H15. 2. 27 障企発第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)
【関節の機能障害】 5 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。	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。 (H15. 2. 27 障企発第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)
6 両足関節が高度の尖足位であるため、底屈、背屈ともに自・他動運動が全く不能であり、起立位保持、歩行運動、補装具装着が困難な者の場合、関節の機能障害として認定するのか、あるいは歩行能力等から下肢全体の機能障害として認定するのか。	障害の部位が明確であり、他の関節には機能障害がないことから、両足関節の全廃(4級)として認定することが適当である。 (H15. 2. 27 障企発第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)
7 膝関節の機能障害において、関節可動域が10度を超えていても、高度な屈曲拘縮や変形により、支持性がない場合、「全廃」(4級)として認定することは可能か。	関節可動域が10度を超えていても支持性がないことが、医学的・客観的に明らかな場合、「全廃」(4級)として認定することは差し支えない。 (H15. 2. 27 障企発第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)
8 股関節及び膝関節の不良肢位での全強直したものが、一下肢の全廃したものの3級として取り扱うこととなっているが、多発性関節リウマチ等の原因で起こった股関節及び膝関節の不良部位での全強直又は高度の不全強直したものは、一下肢の機能の著しい障害4級に該当するものとして取り扱ってよいか。また、この場合股関節及び両膝関節の障害であれば、両下肢の著しい障害2級に該当するものとしてよいか。	お見込みのとおり取り扱って差し支えない。一下肢の三大関節において二関節以上の著しい障害(もちろん強直を含む)が存在すれば、一下肢の障害として取り扱うべきである。 (S55. 11. 12 全国係長会議回答)

質 疑	回 答
9 股関節の機能障害「軽度の障害」（7級）の具体的な例として小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するものとされていますが、その他に総括的解説の中で示されている基準も加え、次のとおり解してもよろしいか。 a 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	お見込みのとおりである。 (S60. 5. 22 全国係長会議回答)
【一下肢（両下肢）の機能障害】 10 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。	「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、一下肢の機能の全廃（3級）あるいは著障（4級）と同程度の場合は、「両下肢の機能障害」での3級、4級認定はあり得る。 (H15. 2. 27 障企発第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)
11 下肢機能障害のうち、両下肢機能の著しい障害（2級）について歩行能力、起立位の保持等の具体的な例示をされたい。	a 2級の場合 片足起立が左右とも不可能であるもの。 b 3級の場合 両脚とも30分以上起立位の保持不可能のもの。他は各関節の機能の合算で行うこと。 (S60. 5. 22 全国係長会議回答)
12 両下肢機能障害（2級）について 一下肢の機能障害については、a～eの具体例があるが、両下肢機能の著障については、その説明がないので認定に当たっての基準についてご教示願いたい。	機能の全廃については歩行の不可能なもの、著しい障害については、独歩は不能であるが室内における補助的歩行の可能であるもの（補装具なし）をその例とされたい。 (S61. 11. 28 全国係長会議回答)
13 肢体不自由の認定について、障害原因が腰椎損傷等によるもので、一下肢又は両下肢に機能障害がある場合、次の事例では、下肢又は、体幹のどちらに認定するものか御教示願います。 ① 一下肢に弛緩性麻痺があり、下肢全体に筋力低下のため、100 m以上の歩行不能の場合	① 一下肢の機能障害として認定されたい。

質 疑	回 答
合、一下肢機能の著しい障害として認定すべきか。又は、体幹の機能障害により歩行困難なものとして認定すべきか。 ② 両膝以下に疼痛、知覚障害があり、両下肢全体の筋力は、やや半減のため2 km以上の歩行は不能である場合、両下肢のそれぞれ軽度の機能障害として認定すべきか。又は、体幹の機能の著しい障害として認定すべきか。	② 両下肢の機能障害として認定されたい。腰椎損傷を体幹障害として認めるのは適当でない。 (S63. 6. 10 全国係長会議回答)

(4) 体幹不自由

質 疑	回 答
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、これを4級とすべきではなく5級にとめるべきものである」とは、3級の要件を完全に満たしていなければ、下位等級として取り扱うことを意味するのか。 イ 高度脊柱側弯症による体幹機能障害の症例について、 「座位であれば10分以上の保持が可能であるが、起立位は5分程度しか保持できない(2級相当)。座位からの起立には介助を要する(2級相当)が、立ち上がった後は約200mの自力歩行が可能(2級非該当)」の状態にある場合、2級と3級の中間的な状態と考えられるが、アの規定から推測して、完全には2級の要件を満たしていないことから、3級にとめおくべきものと考えてよいか。 2 左下肢大腿を2分の1以上欠くものとして3級の手帳交付を受けていた者が、変形性腰椎症及び変形性けい椎症のため、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、指数合算して2級として認定してよいか。	ア この規定は、どちらの等級に近いかの判断もつかないような中間的な症例については、下位等級にとめおくべきことを説明したものであり、上位等級の要件を完全に満たさなければ、全て下位等級として認定することを意味したものではない。 イ 障害の状態が、連続する等級(この場合は2級と3級)の中間である場合、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断することが難しい場合は、レントゲン写真等その他の客観的な検査データを取り寄せるなどして、より客観的に障害の状態を判断すべきである。 (H15.2.27 障企発第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) 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。 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。 (H15.2.27 障企発第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)

(5) 脳原性運動機能障害

質 疑	回 答
1 特に上肢機能障害に関する紐むすびテストにおいて、著しい意欲低下や検査教示が理解できない、あるいは機能的に見て明らかに訓練効果が期待できるなどの理由によって、検査結果に信憑性が乏しい場合は、どのように取り扱うことになるのか。 2 脳原性運動機能障害に関する認定基準中、 ア 「なお、乳幼児期に発現した障害によって脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」とは、具体的にどのような障害をもつ者を指しているのか。 イ また、「脳性麻痺」及びアの「乳幼児期以前に発現した類似の症状を呈する者」が、いずれも乳幼児期に手帳を申請した場合は、脳原性運動機能障害用と肢体不自由一般（上肢、下肢、体幹の機能障害）のどちらの認定基準を用いるべきかの判断に迷う場合があるが、この使い分けについてはどのように考えるべきか。 ウ さらに、「脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」であるが、「乳幼児期以降」に発現した場合は、どちらの認定基準によって判定するのか。	脳原性運動機能障害の程度等級の判定には、認定基準に定めるテストを実施することが原則であるが、乳幼児期の認定をはじめこの方法によりがたい場合は、肢体不自由一般のROM、MMTなどの方法を取らざるを得ない場合もある。 (H15.2.27 障企発第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) ア 脳原性の障害としては、脳性麻痺の他、乳幼児期以前に発症した脳炎又は脳外傷、無酸素脳症等の後遺症等による全身性障害を有する者を想定している。 また、脳原性の障害ではないが類似の症状を呈する障害としては、脊髄性麻痺等のように乳幼児期には原因が明らかにならない全身性障害を想定していることから、認定基準のような表現としたものである。 イ 「脳性麻痺」については原則的に脳原性運動機能障害用の認定基準をもって判定し、「乳幼児期以前に発現した類似の症状を呈する者」については、肢体不自由一般の認定基準を用いることが想定されているが、どちらの場合においても申請時の年齢等によって、それぞれの認定基準によることが困難又は不利となる場合には、より適切に判定できる方の認定基準によって判定するよう、柔軟に取り扱う必要がある。 ウ この場合は、肢体不自由一般の認定基準によって判定することが適当である。 (H15.2.27 障企発第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)
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 また、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。	ア 5動作は、速やかに日常動作を実用レベルで行えるかを判定するものであり、具体的な基準を明示することは困難であるが、あえて例示するならば、各動作とも概ね1分以内でできる程度が目安と考えられる。 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)等が実施してもかまわない。

質 疑	回 答
4 生後6か月頃の脳炎の後遺症で、幼少時に肢体不自由一般の認定基準に基づく上下肢不自由で認定されていた者が、紐むすびテスト等の可能となる年齢に達したため、脳原性運動機能障害の認定基準をもって再認定の申請が出された場合は、どのように取り扱うべきか。 5 脳原性運動機能障害の1級が、1分間に18本の紐が結べるレベルであるのに対して、上肢不自由の1級は両上肢の機能の全廃であり、紐むすびが全くできないが、等級の設定に不均衡があるのではないか。	(H15.2.27 障企発第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) 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。 (H15.2.27 障企発第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) 幼少時からの脳原性運動機能障害について紐むすびテストを用いるのは、本人の日常生活における巧緻性や迅速性などの作業能力全般の評価を、端的に測定できるためである。 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。 (H15.2.27 障企発第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)

VI 静岡市障害程度審査部会における審議事項及び取り扱い方針

(過去に障害程度審査部会において審議され、市の取り扱いとして決定した事項)

審 議 内 容	取り扱い方針としての決定内容
1 しびれ・痛みの認定について	しびれ及び痛みの原因となる疾患により機能障害の永続性が認められ、かつ、動作・活動（ADL）の低下が認められる場合は障害認定可とする。ただし、有期認定とし、障害認定から１年後に再認定を実施する。 (H19. 2. 22 静岡市障害程度審査部会)
2 体幹と下肢の障害を合算して上位等級とすることが不適当な場合の認定について	体幹及び下肢の両方に障害がある場合で、２つの重複する障害として上位の等級に編入することが障害程度認定基準に照らして著しく均衡を欠くと認められる場合、体幹及び下肢それぞれを障害認定しつつも、指数合算せず上位等級には編入しないものとする。 (H19. 2. 22 静岡市障害程度審査部会)
3 加齢と共に発生する次の疾病による血流障害にともなう歩行障害の認定について ①腰部脊柱管狭窄症 ②糖尿病・動脈硬化等	加齢と共に発生する次の疾病による血流障害にともなう歩行障害の認定の取り扱いについては、下記のとおりとする。 ①腰部脊柱管狭窄症の場合 ア 再認定を付さずに認定可能とするもの 脊柱管狭窄症にともない、主として血流障害が原因で歩行距離の短縮や間欠性跛行が医学的、客観的に証明され、治療の経過が具体的に記載されており、改善を目的とした手術をすでに終えているもの。 イ 再認定を付して認定可能とするもの 筋力が低下し、間欠性跛行が現れ歩行距離の短縮が確認され、原因病名が明記されているが、症状改善を目的とした手術が未だ行われていないもの。 なお、腰部脊柱管狭窄症による手帳申請の場合は、手術の有無（将来の手術の可能性を含む）、術後の回復の程度等を診断書に明記すること。 ②糖尿病・動脈硬化等の場合 ア 再認定を付さずに認定可能とするもの 糖尿病・動脈硬化等の疾病にともない、主として血流障害が原因で歩行距離の短縮や間欠性跛行が医学的、客観的に証明され、治療の経過が具体的に記載されており、今後、症状改善の見込みがないもの。 イ 再認定を付して認定可能とするもの 間欠性跛行や歩行距離の短縮が確認されているだけで、医学的、客観的な証明の記載がないもの。 (H20. 3. 13 静岡市障害程度審査部会)

審 議 内 容	取り扱い方針としての決定内容
4 一関節障害の場合における、歩行が殆んどできない場合での一下肢全体の障害認定について	原則としては、一関節の障害として5級の認定になるが、基礎となる関節の障害（一関節）が原因で一下肢全体の機能（歩行など）の低下・不能が永続する場合に、歩行能力等のADLを考慮して一下肢の機能障害として4級を限度に認定できる。 上記のような状況における、両下肢に著しい障害が有している場合は3級を限度とする。 （考え方） 4級－4項目（一下肢の著しい障害）×2（両下肢）＝3級 とするもので、2級－1項目（両下肢の著しい障害）にはしない。 (H20. 10. 2 静岡市障害程度審査部会)
5 関節リウマチなどの認定で、障害部位ごとの等級指数の積み上げによる等級決定とADLを基にした下肢全体の等級決定に差がある場合の取り扱いについて	原則として、障害部位ごとの指数計算を基本とする。ただし、下肢で歩行が殆んどできない場合では、一下肢の機能障害として4級を限度に認定できるものとする。 (H20. 10. 2 静岡市障害程度審査部会)

VII 障害認定時期と再認定の付与、その時期

脳血管障害を含む脳障害の認定時期と再認定の付与、その時期の目安

判断要素：年齢、発症時期からの申請時期、障害の程度

区分	発症からの経過期間	認定の可否		再認定の要否		備考
申請時期（診断書の日付）	1 6 か月	可		不要		
				①機能回復訓練中 又は ②軽度で、回復が見込まれる場合	要	再認定時期： 診断書の日付から1年以内
	2 3～6 か月	C T 検査や臨床症状により、機能回復の困難が見込まれる	可	①高齢(70歳以上)かつ ②重度(＊)	不要	
				上記以外	要	再認定時期： 診断書の日付から1年以内
		上記以外	否	—		6 か月経過後に再申請
	3 3 か月未満	否		—		3～6 か月経過後に再申請

＊ 重度：a：一上肢及び一下肢の機能がそれぞれ全廃以上

又は、

b：意識障害や嚥下障害が伴い時間の経過により、等級が下がるほどの機能の回復が見込まれない。

※ 再発の場合：再発前の状態が、1回目の時と同じなら、1回目の時点が起算点となる。再発までに状態が変化（軽快）しているならば、再発時が起算点となる。

脊髄障害の認定時期と再認定の付与、その時期の目安

判断要素：年齢、発症時期からの申請時期、障害の程度

区分	発症からの 経過期間	認定の可否		再認定の要否		備考
申請時期 (診断書の日付)	1 6か月	可		不要		
				①機能回復訓練中 又は ②軽度で、回復が 見込まれる場合	要	再認定時期： 診断書の日付 から1年以内
	2 3～6か月	C T 検査や臨床症状 により、機能回復の 困難が見込まれる	可	重度（＊）	不要	
				上記以外	要	再認定時期： 診断書の日付 から1年以内
		上記以外	否	—		6 か月経過後 に再申請
	3 3か月未満	否		—		3～6 か月経 過後に再申請

＊ 重度：上肢、下肢、体幹のいずれかが1級

※ 再発の場合：再発前の状態が、1回目の時と同じなら、1回目の時点が起算点となる。再発までに状態が変化（軽快）しているならば、再発時が起算点となる。

人工関節等置換術後の認定時期と再認定の付与、その時期の目安

判断要素：年齢、手術からの経過時期、障害の程度

区分	手術からの経過期間	認定の可否		再認定の要否		備考
申請時期 (診断書の日付)	1 6か月	可		不要		
				①機能回復訓練中 又は ②入院中	要	再認定時期：診断書の日付から1年以内
	2 3～6か月	レントゲン検査等により機能回復の困難が見込まれる	可	高齢（70歳以上）	不要	
				上記以外	要	再認定時期：診断書の日付から1年以内
		上記以外	否	—		6か月経過後に再申請
	3 3か月未満	否		—		3～6か月経過後に再申請

様式第12号(第5条関係)

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

氏 名 ○ ○ ○ ○	明治・大正 昭和・平成 18 年 1 月 4 日生(71)歳	男・ ☒ 女												
住 所 静岡市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○														
1 障害名(部位を明記) 左上下肢機能障害														
2 原因となった 疾病・外傷名 脳梗塞		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 ☒ 疾病、先天性、その他()												
3 疾病・外傷発生年月日 平成 26 年 4 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。)														
平成26年4月10日左片マヒ、構音障害にて発症し、当院へ入院。CTにて右冠部に梗塞巣を認め、保存的に治療する。左上下肢に対するリハビリをするも効果が上がっていない。平成26年10月15日退院。 障害固定又は障害確定(推定) 昭・☒平 26 年 10 月 15 日														
5 総合所見														
左上肢の拘縮傾向が認められる。 左下肢は、体重支持性不十分で、100m以上の歩行不能。階段の昇降は手すりが必要。 (左上肢機能の著しい障害3級相当、左下肢機能の著しい障害4級相当)														
6 将来再認定(障害程度の変化の見込)		要(時期 年 月)・ ☒ 不要												
7 その他参考となる合併症状														
構音障害														
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 平成 26 年 11 月 19 日 病院又は診療所の名称 ○ ○ 病 院 所 在 地 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 診療担当科名 脳神経外 科 医師氏名 ○ ○ ○ ○ ⑩														
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すること。） 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。 <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 20%;">部 位</th> <th style="width: 20%;">等 級</th> <th style="width: 60%;">項 目</th> </tr> <tr> <td>上 肢</td> <td>3 級</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>下 肢</td> <td>4 級</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>体 幹</td> <td>級</td> <td></td> </tr> </table>			部 位	等 級	項 目	上 肢	3 級	3	下 肢	4 級	4	体 幹	級	
部 位	等 級	項 目												
上 肢	3 級	3												
下 肢	4 級	4												
体 幹	級													

(注)

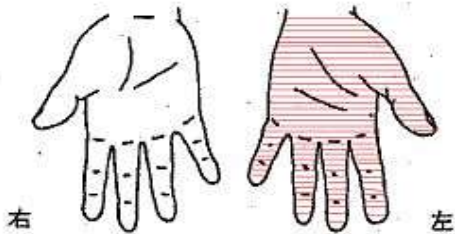
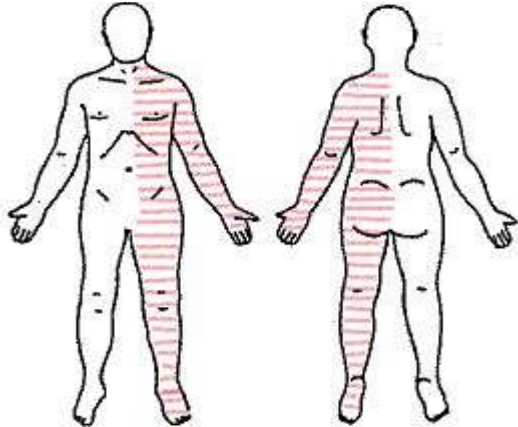
- 1 障害名欄には現在起こっている障害(両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等)を記入してください。
 - 2 原因となった疾病・外傷名欄には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
 - 3 障害区分や等級決定のため、静岡市健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合わせする場合があります。
- ※ 等級についての意見は、総合等級及び各部位の個別等級も記載してください。

別紙 3
肢体不自由の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

- ◎ 神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見
- 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**・し緩性まひ・**けい性まひ**・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
 - 3. 起 因 部 位 **脳**・せき髄・末しょう神経・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
 - 6. そ の 他 の 所 見

参考図示(関係のない部分は記入不要)



(切断の場合は、切断部を明確に記入すること)

× 変形 切断断 感覚障害 運動障害

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	—
15.5	握 力 kg	5.0

- ◎ 動作・活動
- 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、() 中のものを使う時該当するものを○で囲むこと。
- 9と10の場合は、30秒以内にできる—○、1分以内にできる—△、それ以外—×とし、
- 13の場合は、5秒以内にできる—○、10秒以内にできる—△、それ以外—×とする。
- (注) 補装具等の使用欄は、自助具、つえ、補装具及び手すりなどを要した場合となる。よって、() 中のものを使った時は、補装具使用となる。補装具等を使用している場合は、使用しない場合と使用した場合の両方を記入すること。

日常生活動作	補装具等		日常生活動作	補装具等	
	使 用 しない	使用		使 用 しない	使用
1 つまむ [新聞紙が引き抜けぬ程度]	右 ○		14洋式便器に座る	○	
	左 △		15排せつの後始末をする	○	
2 握る [丸めた週刊誌が引き抜けぬ程度]	右 ○		16寝返りをする	○	
	左 △		17いすに腰掛けている (背もたれ、支え)	○	
3 コップで水を飲む	右 ○		18 正座 横座り あぐら 脚投げ出し で座る (背もたれ、支え)	20分	分
4 はしで食事をする (スプーン、自助具)	右 ○	右		右 0秒	
	左 △	左	19片足で立つ	左 0秒	
5 顔を洗いタオルでふく	△		20立ち上がる (手すり、壁、つえ、 松葉づえ、義肢、装具)	右 ×	右 △
6 ブラシで歯を磨く (自助具)	右 ○	右		左 ×	左 △
	左 ×	左	21家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、 装具、車いす(自走))	×	△
7 タオルを絞る [水をきれる程度]	×		22二階までの階段を上って降りる。 (手すり、つえ、松葉づえ)	昇 ×	昇 △
8 背中を洗う	×			降 ×	降 △
9 かぶりシャツを着て脱ぐ	△		23屋外での移動 (つえ、松葉づえ、車いす(自走))	×	△
10ワイシャツを着てボタンをとめる	×		24公共の乗物を利用する [タクシーを除く]	×	
11靴下を履く [どのような姿勢でもよい]	△				
12ズボンをはいて脱ぐ [〃]	△				
13とじひもを結ぶ 両手	×				

◎ 歩行能力及び起立位の状況(該当するものを○で囲み、実測値を記入する。)

- (1) 歩 行 能 力(補装具なしで): 正常に可能・(100 km・m) **以上歩行不能**・不能
- (2) 起立位保持(補装具なしで): 正常に可能・(30 時間・分・秒) **以上困難**・不能

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) (この表は、必要な部分を記入すること。)

筋力テスト()		関節可動域		筋力テスト()		関節可動域		筋力テスト()	
() 前屈		後屈()	くび	(○) 左屈		右屈(○)		左	
() 前屈		後屈()	体幹	(○) 左屈		右屈(○)		左	
右		伸展()	(△) 伸展	(△) 伸展		屈曲(△)		屈曲(△)	
() 屈曲		内転()	肩	() 内転		外転()		外転()	
() 外転		内旋()	() 内旋	() 内旋		外旋()		外旋()	
() 外旋		伸展()	ひじ	() 伸展		屈曲()		屈曲()	
() 屈曲		回内()	前腕	() 回内		回外()		回外()	
() 回外		背屈()	手	() 背屈		掌屈()		掌屈()	
() 掌屈		伸展()	中指節(MP)	() 伸展		屈曲()		屈曲()	
() 屈曲		伸展()	近位指節(PIP)	() 伸展		屈曲()		屈曲()	
() 屈曲		伸展()	また	() 伸展		屈曲()		屈曲()	
() 屈曲		内転()	ひざ	() 内転		外転()		外転()	
() 屈曲		内旋()	() 内旋	() 内旋		外旋()		外旋()	
() 屈曲		伸展()	() 伸展	() 伸展		屈曲()		屈曲()	
() 底屈		背屈()	足	(△) 背屈		底屈(△)		底屈(△)	

備考

(注意)

- 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、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、 $\leftarrow \rightarrow$ | 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、強直肢位に波線(〰)を引く。
- 4 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失又は著減(筋力 0、1 及び 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 及び 5 該当)

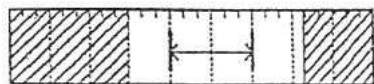
筋力表

- | |
|---|
| <p>5 (正常)normal : 正常の筋力。</p> <p>4 (優)good : かなりの抵抗にうちかって運動できる。</p> <p>3 (良)fair : 重力にうちかって運動できる。</p> <p>2 (可)poor : 重力を除くと運動できる。</p> <p>1 (不可)trace : 筋収縮をふれるが運動はおこらない。</p> <p>0 (ゼロ)zero : 筋収縮をふれない。</p> |
|---|

- 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(△)

記 載 例 ②

様式第12号(第5条関係)

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

氏 名	〇 〇 〇 〇	明治・大正 昭和・平成	36 年 6 月 23 日生(54)歳	男・ ☒ 女												
住 所	静岡県〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇															
1 障害名(部位を明記)	両下肢（膝関節）機能障害															
2 原因となった 疾病・外傷名	変形性関節症		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 15 年 9月頃		・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。)	10年ほど前から両膝関節痛があり、近所の整形外科で保存的治療を受けるが、徐々に疼痛と歩行機能障害が進行したため、平成26年3月に手術目的で当院に初診。 レントゲンで両膝関節に著しい変形を認めたため、平成26年6月25日両膝人工関節全置換術を施行。 障害固定又は障害確定(推定) 昭・☒平 27 年 1 月 10 日															
5 総合所見	両膝関節置換術後に疼痛は改善したが、立ち上がりや階段昇降、歩行能力に軽度の障害を認める。 両膝関節の軽度の障害（7級×2）を認めるため、6級相当である。															
6 将来再認定(障害程度の変化の見込)	要(時期 年 月)・ ☒ 不要															
7 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。 平成 27 年 1 月 10 日 病院又は診療所の名称 〇 〇 病 院 所 在 地 〇 〇 〇 〇 〇 〇 診療担当科名 整形外 科 医師氏名 〇 〇 〇 〇 (印)																
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入すること。） 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。 (6 級相当) ・該当しない。 <table border="1" style="margin-left: auto;"> <thead> <tr> <th>部 位</th> <th>等 級</th> <th>項 目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上 肢</td> <td>級</td> <td></td> </tr> <tr> <td>下 肢</td> <td>7 級</td> <td>3×両側</td> </tr> <tr> <td>体 幹</td> <td>級</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					部 位	等 級	項 目	上 肢	級		下 肢	7 級	3×両側	体 幹	級	
部 位	等 級	項 目														
上 肢	級															
下 肢	7 級	3×両側														
体 幹	級															

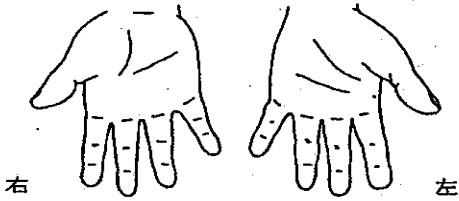
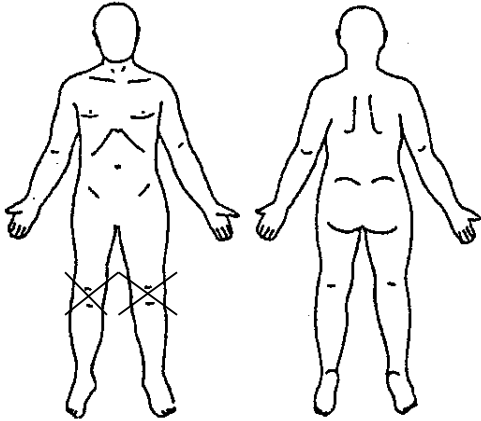
(注)

- 1 障害名欄には現在起こっている障害(両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等)を記入してください。
 - 2 原因となった疾病・外傷名欄には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
 - 3 障害区分や等級決定のため、静岡県健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合わせる場合があります。
- ※ 等級についての意見は、総合等級及び各部位の個別等級も記載してください。

(該当するものを○で囲むこと。)

- ◎ 神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見
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・し緩性まひ・けい性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・**その他**
3. 起 因 部 位 脳・せき髄・末しょう神経・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
6. そ の 他 の 所 見

参考図示（関係のない部分は記入不要）



(切断の場合は、切断部を明確に記入すること)

右		左
—	上 肢 長 cm	—
72.0	下 肢 長 cm	72.0
—	上 腕 周 径 cm	—
—	前 腕 周 径 cm	—
47.5	大 腿 周 径 cm	47.0
37.0	下 腿 周 径 cm	37.0
—	握 力 kg	—

× 変形 切離断 感覚障害 運動障害

◎ 動作・活動

自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、() 中のものを使う時、該当するものを○で囲むこと。

9と10の場合は、30秒以内にできる—○、1分以内にできる—△、それ以外—×とし、

13の場合は、5秒以内にできる—○、10秒以内にできる—△、それ以外—×とする。

(注) 補装具等の使用欄は、自助具、つえ、補装具及び手すりなどを要した場合となる。よって、() 中のものを使ったときは、補装具使用となる。補装具等を使用している場合は、使用しない場合と使用した場合の両方を記入すること。

日常生活動作	補装具等		日常生活動作	補装具等	
	使 用 しない	使用		使 用 しない	使用
1 つまむ [新聞紙が引き抜けない程度]	右 ○ 左 ○		14洋式便器に座る	○	
2 握る [丸めた週刊誌が引き抜けない程度]	右 ○ 左 ○		15排せつの後始末をする	○	
3 コップで水を飲む	右 ○ 左 ○		16寝返りをする	○	
4 はしで食事をする (スプーン、自助具)	右 ○ 左 ○	右 左	17いすに腰掛けている (背もたれ、支え、その他)	○	
5 顔を洗いタオルでふく	○		18 { 正座 横座り あぐら 脚投げ出し } で座る (背もたれ、支え)	30分	分
6 ブラシで歯を磨く (自助具)	右 ○ 左 ○	右 左	19片足で立つ	右 23秒 左 25秒	
7 タオルを絞る [水をきれる程度]	○		20立ち上がる (手すり、壁、つえ、 松葉づえ、義肢、装具)	右 △ 左 △	右 ○ 左 ○
8 背中を洗う	○		21家の中の移動 (壁、つえ、松葉づえ、義肢、 装具、車いす(自走))	○	
9 かぶりシャツを着て脱ぐ	○		22二階までの階段を上って降りる。 (手すり、つえ、松葉づえ)	昇 △ 降 △	昇 ○ 降 ○
10ワイシャツを着てボタンをとめる	○		23屋外での移動 (つえ、松葉づえ、車いす(自走))	○	
11靴下を履く [どのような姿勢でもよい]	○		24公共の乗物を利用する [タクシーを除く]	○	
12ズボンをはいて脱ぐ [〃]	○				
13とじひもを結ぶ 両手	○				

◎ 歩行能力及び起立位の状況(該当するものを○で囲み、実測値を記入する。)

- (1) 歩行能力(補装具なしで): 正常に可能・(1 km・m) 以上歩行不能・不能
- (2) 起立位保持(補装具なしで): 正常に可能・(20 時間・分・秒) 以上困難・不能

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)(この表は、必要な部分を記入すること。)

筋力テスト()		関節可動域		筋力テスト()		関節可動域		筋力テスト()	
↓		↓		↓		↓		↓	
()前屈		後屈()	くび	()左屈		右屈()			
()前屈		後屈()	体幹	()左屈		右屈()			
右		伸屈()	肩	()伸屈		屈曲()			
()屈曲		内転()		()内転		外転()			
()外転		内旋()		()内旋		外旋()			
()外旋		伸屈()	ひじ	()伸屈		屈曲()			
()屈曲		回内()	前腕	()回内		回外()			
()回外		背屈()	手	()背屈		掌屈()			
()掌屈		伸屈()	中指節(MP)	()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()	近位指節(PIP)	()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()		()伸屈		屈曲()			
()屈曲		伸屈()	また	()伸屈		屈曲()			
()屈曲		内転()		()内転		外転()			
()外転		内旋()		()内旋		外旋()			
()外旋		伸屈(○)	ひざ	(○)伸屈		屈曲(△)			
(△)屈曲		背屈()	足	()背屈		底屈()			
()底屈									

備考

(注意)

- 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、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、 $|\leftarrow\rightarrow|$ 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、強直肢位に波線(〰)を引く。
- 4 筋力については、表()内に×○△印を記入する。
×印は、筋力が消失又は著減(筋力0、1及び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及び5該当)

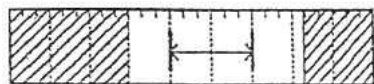
筋力表

- | |
|---|
| <p>5 (正常)normal : 正常の筋力。</p> <p>4 (優)good : かなりの抵抗にうちかって運動できる。</p> <p>3 (良)fair : 重力にうちかって運動できる。</p> <p>2 (可)poor : 重力を除くと運動できる。</p> <p>1 (不可)trace : 筋収縮をふれるが運動はおこらない。</p> <p>0 (ゼロ)zero : 筋収縮をふれない。</p> |
|---|

- 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(△)

様式第12号(第5条関係)

身体障害者診断書・意見書（脳原性運動機能障害用）

氏 名	〇 〇 〇 〇	明治・大正 昭和・平成	18 年 2 月 16 日生(8)歳	男・女						
住 所	静岡県〇 〇 〇 〇 〇 〇									
1 障害名(部位を明記)	脳原性運動機能障害									
2 原因となった 疾病・外傷名	脳性麻痺	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病、先天性、その他()								
3 疾病・外傷発生年月日	平成18 年 2 月 16 日 ・場所 当院									
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32週4日、2075グラムで出生。出生時より頭蓋内脳出血を認める。新生児期に6ヶ月入院。歩行遅延で4歳で伝い歩きをするが、その後も支持なしでは歩行困難。上肢も緻密な運動は困難である。 障害固定又は障害確定(推定) 昭・平 26 年 11 月 24 日									
5 総合所見	上肢機能は、緻密な動作が困難で時間を必要とする。紐むすびテストの結果26本のため2級に相当。移動機能は、伝い歩きが可能であるが、支持なしで立位保持ができないため2級に相当。									
6 将来再認定(障害程度の変化の見込)	要(時期 平成29年11月)・不要									
7 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。 平成 26 年 11 月 24 日 病院又は診療所の名称 〇 〇 病 院 所 在 地 〇 〇 〇 〇 〇 〇 診療担当科名 小児整形外 科 医師氏名 〇 〇 〇 〇 印										
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入すること。） 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 等級表による個別等級 ・該当する。(1 級相当)・・・ ・該当しない。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>部 位</th> <th>等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上肢</td> <td>2 級</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td>2 級</td> </tr> </tbody> </table>					部 位	等 級	上肢	2 級	移動	2 級
部 位	等 級									
上肢	2 級									
移動	2 級									

(注)

- 1 障害名欄には現在起こっている障害(両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等)を記入してください。
- 2 原因となった疾病・外傷名欄には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
- 3 障害区分や等級決定のため、静岡県健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合わせる場合があります。
※ 等級についての意見は、総合等級及び各部位の個別等級も記載してください。

(該当するものを○で囲むこと。)

1 上肢機能障害

(1) 両上肢機能障害

(ひも結びテスト結果)

1度目の1分間 4 本2度目の1分間 5 本3度目の1分間 6 本4度目の1分間 5 本5度目の1分間 6 本計 26 本

(2) 一上肢機能障害

(5動作の能力テスト結果)

ア 封筒をはさみで切る時に固定する。

(可能 ・ 不可能)

イ 財布からコインを出す。

(可能 ・ 不可能)

ウ 傘をさす。

(可能 ・ 不可能)

エ 健側のつめを切る。

(可能 ・ 不可能)

オ 健側のそで口のボタンをとめる。

(可能 ・ 不可能)

2 移動機能障害

(下肢・体幹機能評価結果)

(1) 伝い歩きをする。

(可能) ・ 不可能

(2) 支持なしで立位を保持し、その後10m歩行する。

(可能 ・ 不可能)

(3) いすから立ち上り、10m歩行し、再びいすに座る。

(可能 ・ 不可能)

_____ 秒

(4) 50cm幅の範囲内を直線歩行する。

(可能 ・ 不可能)

(5) 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる。

(可能 ・ 不可能)

(注意)

1 この様式は、脳性麻痺の場合及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者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こと。

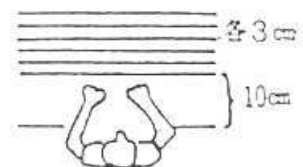
2 上肢機能テストの具体的方法は、次のとおりとすること。

(1) ひも結びテスト(事務用とじひも(おおむね43cm規格のもの)を使用する。)

ア とじひもを机の上、被験者前方に図のように並べる。

イ 被験者は、手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。

(注)1 上肢を体や机に押し付けて固定しないこと。



2 手を机上に浮かして結ぶこと。

ウ 結び目の位置は、問わない。

エ 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。

オ ひもは、検査担当者が随時補充する。

カ 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。

(2) 5動作の能力テスト

ア 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て封筒を切る。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。

イ 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。

ウ 傘をさす。

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

エ 健側のつまめを切る。

大きめのつまめ切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持つて行う。

オ 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。

2021 年 10 月

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
理事長 久保俊一

公益社団法人 日本整形外科学会
理事長 中島康晴

一般社団法人 日本足の外科学会
理事長 田中康仁

関節可動域表示ならびに測定法改訂について
(2022 年 4 月改訂)

これまで使用されてきた関節可動域表示ならびに測定法は、日本整形外科学会および日本リハビリテーション医学会の協議により 1995 年 2 月に改訂されたものである。しかし、その後の運用の中で足関節・足部・趾に関する用語の問題が指摘され、日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会、日本足の外科学会が検討してきた。

特に「内がえし inversion／外がえし eversion」と「回外 supination／回内 pronation」について国際的な定義と異なっていたため、文献の翻訳や引用をする際にしばしば用語の混乱を生じる原因となっていた。具体的には、1995 年改訂の関節可動域表示ならびに測定法では、「内がえし inversion／外がえし eversion」を 3 平面での複合運動、「回外 supination／回内 pronation」を前額面での運動と定義していたが、英語圏及び英語文献では、「内がえし inversion／外がえし eversion」を前額面での運動、「回外 supination／回内 pronation」を横断面と矢状面および前額面の 3 平面での複合運動とするものがほとんどである。そこで、この点を含むいくつかの問題点に対し、日本整形外科学会からの要請を受けて、日本足の外科学会用語委員会が「足関節・足部・趾の運動に関する新たな用語案」を作成し、日本足の外科学会が承認した (Doya H, et al. J Orthop Sci 2010, 15(4):531-9.)。これが日本整形外科学会に答申され、その承認を経て日本リハビリテーション医学会に検討が依頼された。

その後、日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会、日本足の外科学会の 3 学会によるワーキンググループで内容をさらに検討し、その最終案に対して、日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の各学会でパブリックコメントを募集した。寄せられた会員の意見をもとに修正を行い、2021 年 7 月にワーキンググループで最終合意に達した。

今回の改訂での主な変更点は以下の通りである。

1. 足関節・足部における「外がえしと内がえし」および「回外と回内」の定義

外がえしと内がえし：足関節・足部に関する前額面の運動で、足底が外方を向く動きが外がえし、足底が内方を向く動きが内がえしである。

回外と回内：底屈、内転、内がえしからなる複合運動が回外、背屈、外転、外がえしからなる複合運動が回内である。母趾・趾に関しては、前額面における運動で、母趾・趾の軸を中心にして趾腹が内方を向く動きが回外、趾腹が外方を向く動きが回内である。

2. 足関節・足部に関する矢状面の運動の用語

背屈と底屈：足背への動きを背屈、足底への動きを底屈とし、屈曲と伸展は使用しないこととする。ただし、母趾・趾に関しては、足底への動きが屈曲、足背への動きが伸展である。

3. 足関節・足部の内転・外転運動の基本軸と移動軸

基本軸：第2中足骨長軸とする。

2021 年 9 月に日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会および日本足の外科学会それぞれの理事会の承認を経て、今回の関節可動域表示ならびに測定法の改定が決定された。今回の改訂は 2022 年 4 月 1 日より発効となる。

このたび改訂された関節可動域表示ならびに測定法が、臨床などにおける評価、医学教育、医学論文や各種診断書をはじめとした公的な文書の記載などにおいて、広く活用されることが望まれる。

関節可動域ならびに測定法

I. 関節可動域表示ならびに測定法の原則

1. 関節可動域表示ならびに測定法の目的

日本整形外科学会と日本リハビリテーション医学会が制定する関節可動域表示ならびに測定法は、整形外科医、リハビリテーション科医ばかりでなく、医療、福祉、行政その他の関連職種の人々をも含めて、関節可動域を共通の基盤で理解するためのものである。したがって、実用的で分かりやすいことが重要であり、高い精度が要求される計測、特殊な臨床評価、詳細な研究のためにはそれぞれの目的に応じた測定方法を検討する必要がある。

2. 基本肢位

Neutral Zero Position を採用しているので、Neutral Zero Starting Position に修正を加え、両側の足部長軸を平行にした直立位での肢位が基本肢位であり、概ね解剖学的肢位と一致する。ただし、肩関節水平屈曲・伸展については肩関節外転 90° の肢位、肩関節外旋・内旋については肩関節外転 0° で肘関節 90° 屈曲位、前腕の回外・回内については手掌面が矢状面にある肢位、股関節外旋・内旋については股関節屈曲 90° で膝関節屈曲 90° の肢位をそれぞれ基本肢位とする。

3. 関節の運動

- 1) 関節の運動は直交する 3 平面、すなわち前額面、矢状面、横断面を基本面とする運動である。ただし、肩関節の外旋・内旋、前腕の回外・回内、股関節外旋・内旋、頸部と胸腰部の回旋は、基本肢位の軸を中心とした回旋運動である。また足関節・足部の回外と回内、母指の対立は複合した運動である。
- 2) 関節可動域測定とその表示で使用する関節運動とその名称を以下に示す。なお、下記の基本的名称以外に良く用いられている用語があれば（ ）内に併記する。

(1) 屈曲と伸展

多くは矢状面の運動で、基本肢位にある隣接する 2 つの部位が近づく動きが屈曲、遠ざかる動きが伸展である。ただし、肩関節、頸部・体幹に関しては、前方への動きが屈曲、後方への動きが伸展である。また、手関節、指、母趾・趾に関しては、手掌あるいは足底への動きが屈曲、手背あるいは足背への動きが伸展である。

(2) 背屈と底屈

足関節・足部に関する矢状面の運動で、足背への動きが背屈、足底への動きが底屈である。屈曲と伸展は使用しないこととする。

(3) 外転と内転

多くは前額面の運動であるが、足関節・足部および趾では横断面の運動である。体幹や指・足部・母趾・趾の軸から遠ざかる動きが外転、近づく動きが内転である。

(4) 外旋と内旋

肩関節および股関節に関しては、上腕軸または大腿軸を中心として外方へ回旋する動きが外旋、内方に回旋する動きが内旋である。

(5) 外がえしと内がえし

足関節・足部に関する前額面の運動で、足底が外方を向く動きが外がえし、足底が内方を向く動きが内がえしである。

(6) 回外と回内

前腕に関しては、前腕軸を中心にして外方に回旋する動き（手掌が上を向く動き）が回外、内方に回旋する動き（手掌が下を向く動き）が回内である。足関節・足部に関しては、底屈、内転、内がえしからなる複合運動が回外、背屈、外転、外がえしからなる複合運動が回内である。母趾・趾に関しては、前額面における運動で、母趾・趾の長軸を中心にして趾腹が内方を向く動きが回外、趾腹が外方を向く動きが回内である。

(7) 水平屈曲と水平伸展

水平面の運動で、肩関節を 90° 外転して前方への動きが水平屈曲、後方への動きが水平伸展である。

(8) 挙上と引き下げ（下制）

肩甲帯の前額面での運動で、上方への動きが挙上、下方への動きが引き下げ（下制）である。

(9) 右側屈・左側屈

頸部、体幹の前額面の運動で、右方向への動きが右側屈、左方向への動きが左側屈である。

(10) 右回旋と左回旋

頸部と胸腰部に関しては右方に回旋する動きが右回旋、左方に回旋する動きが左回旋である。

(11) 橈屈と尺屈

手関節の手掌面での運動で、橈側への動きが橈屈、尺側への動きが尺屈である。

(12) 母指の橈側外転と尺側内転

母指の手掌面での運動で、母指の基本軸から遠ざかる動き（橈側への動き）が橈側外転、母指の基本軸に近づく動き（尺側への動き）が尺側内転である。

(13) 掌側外転と掌側内転

母指の手掌面に垂直な平面の運動で、母指の基本面から遠ざかる動き（手掌方向への動き）が掌側外転、基本軸に近づく動き（背側方向への動き）が掌側内転である。

(14) 対立

母指の対立は、外転、屈曲、回旋の3要素が複合した運動であり、母指で小指の先端または基部に触れる動きである。

(15) 中指の橈側外転と尺側外転

中指の手掌面の運動で、中指の基本軸から橈側へ遠ざかる動きが橈側外転、尺側へ遠ざかる動きが尺側外転である。

* 外反、内反

変形を意味する用語であり、関節運動の名称としては用いない。

4. 関節可動域の測定方法

- 1) 関節可動域は、他動運動でも自動運動でも測定できるが、原則として他動運動による測定値を表記する。自動運動による測定値を用いる場合は、その旨を明記する[5の2)の(1)参照]。
- 2) 角度計は十分な長さの柄がついているものを使用し、通常は5°刻みで測定する。
- 3) 基本軸、移動軸は、四肢や体幹において外見上分かりやすい部位を選んで設定されており、運動学上のものとは必ずしも一致しない。また、指および趾では角度計のあてやすさを考慮して、原則として背側に角度計をあてる。
- 4) 基本軸と移動軸の交点を角度計の中心に合わせる。また、関節の運動に応じて、角度計の中心を移動させてもよい。必要に応じて移動軸を平行移動させてもよい。
- 5) 多関節筋が関与する場合、原則としてその影響を除いた肢位で測定する。たとえば、股関節屈曲の測定では、膝関節を屈曲しハムストリングをゆるめた肢位で行う。
- 6) 肢位は「測定肢位および注意点」の記載に従うが、記載のないものは肢位を限定しない。変形、拘縮などで所定の肢位がとれない場合は、測定肢位が分かるように明記すれば異なる肢位を用いてもよい[5の2)の(2)参照]。
- 7) 筋や腱の短縮を評価する目的で多関節筋を緊張させた肢位を用いても良い[5の2)の(3)参照]。

5. 測定値の表示

- 1) 関節可動域の測定値は、基本肢位を0°として表示する。例えば、股関節の可

動域が屈曲位 20° から 70° であるならば、この表現は以下の 2 通りとなる。

- (1) 股関節の関節可動域は屈曲 20° から 70° （または屈曲 20° ～70° ）
 - (2) 股関節の関節可動域は屈曲は 70° 、伸展は－20°
- 2) 関節可動域の測定に際し、症例によって異なる測定法を用いる場合や、その他関節可動域に影響を与える特記すべき事項がある場合は、測定値とともにその旨を併記する。
- (1) 自動運動を用いて測定する場合は、その測定値を（ ）で囲んで表示するか、「自動」または「active」などと明記する。
 - (2) 異なる肢位を用いて測定する場合は、「背臥位」「座位」などと具体的に肢位を明記する。
 - (3) 多関節筋を緊張させた肢位を用いて測定する場合は、その測定値を＜ ＞で囲んで表示するが、「膝伸展位」などと具体的に明記する。
 - (4) 疼痛などが測定値に影響を与える場合は、「痛み」「pain」などと明記する。

6. 参考可動域

関節可動域は年齢、性、肢位、個体による変動が大きいため、正常値は定めず参考可動域として記載した。関節可動域の異常を判定する場合は、健側上下肢関節可動域、参考可動域、(附) 関節可動域の参考値一覧表、年齢、性、測定肢位、測定方法などを十分考慮して判定する必要がある。

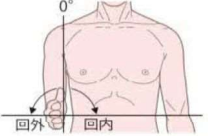
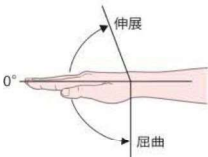
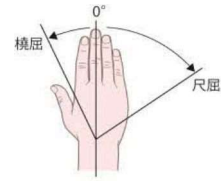
[Jpn J Rehabil Med 2021 ; 58 : 1188-1200], [日本足の外科学会雑誌 2021, Vol.42 : S372-S385], 「日整会誌 2022 ; 96 : 75-86」

II. 上肢測定

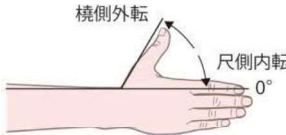
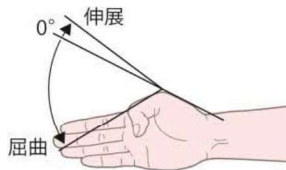
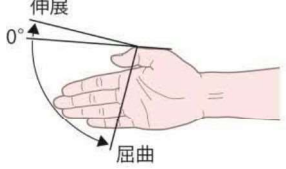
部位名	運動方向	参考可動域角度	基本軸	移動軸	測定肢位および注意点	参考図
肩甲帯 shoulder girdle	屈曲 flexion	0-20	両側の肩峰を 結ぶ線	頭頂と肩峰を 結ぶ線		
	伸展 extension	0-20				
	挙上 elevation	0-20	両側の肩峰を 結ぶ線	肩峰と胸骨上 縁を結ぶ線	背面から測定する。	
	引き下げ（下制） depression	0-10				
肩 shoulder (肩甲帯 の動きを 含む)	屈曲（前方挙上） forward flexion	0-180	肩峰を通る 床への垂直線 （立位または 座位）	上腕骨	前腕は中間位とする。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

関節可動域表示ならびに測定法(2022年4月改訂)

[Jpn J Rehabil Med 2021 ; 58 : 1188-1200] , [日本足の外科学会雑誌 2021,Vol.42 : S372-S385] ,
「日整会誌2022 ; 96 : 75-86」

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

III. 手指測定

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

関節可動域表示ならびに測定法(2022年4月改訂)

[Jpn J Rehabil Med 2021 ; 58 : 1188-1200] , [日本足の外科学会雑誌 2021,Vol.42 : S372-S385] ,
「日整会誌2022 ; 96 : 75-86」

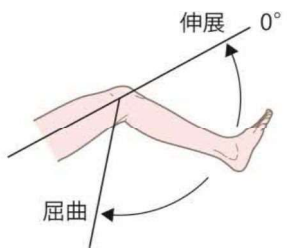
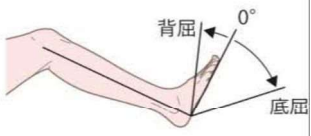
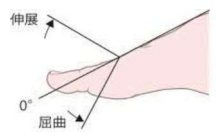
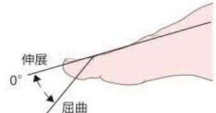
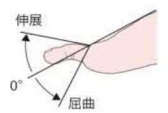
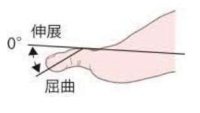
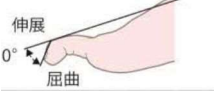
指 finger	屈曲 (MCP) flexion	0-90	第2-5 中手骨	第2-5 基節骨	⇒ [VI. その他の検査法] 参照	
	伸展 (MCP) extension	0-45				
	屈曲 (PIP) flexion	0-100	第2-5 中節骨	第2-5 中節骨		
	伸展 (PIP) extension	0				
	屈曲 (DIP) flexion	0-80	第2-5 中節骨	第2-5 末節骨	DIP は10° の過伸展をとり うる。	
	伸展 (DIP) extension	0				
	外転 abduction		第3 中手骨 延長線	第2, 4, 5 指軸	中指の運動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

IV. 下肢測定

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

関節可動域表示ならびに測定法(2022年4月改訂)

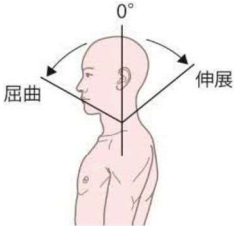
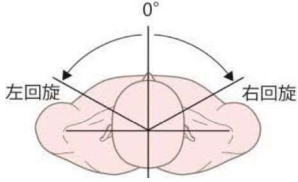
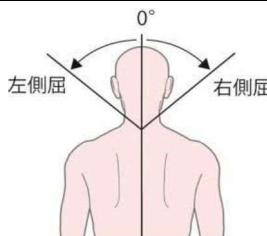
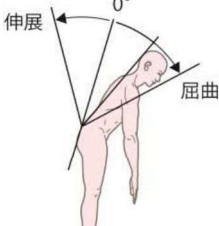
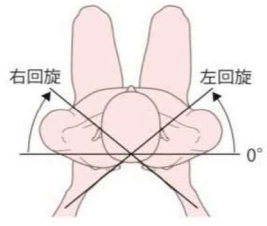
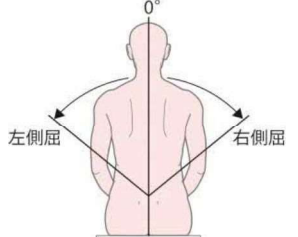
[Jpn J Rehabil Med 2021 ; 58 : 1188-1200] , [日本足の外科学会雑誌 2021,Vol.42 : S372-S385] ,
「日整会誌2022 ; 96 : 75-86」

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

関節可動域表示ならびに測定法(2022年4月改訂)

[Jpn J Rehabil Med 2021 ; 58 : 1188-1200] , [日本足の外科学会雑誌 2021,Vol.42 : S372-S385] ,
「日整会誌2022 ; 96 : 75-86」

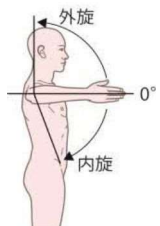
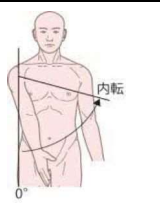
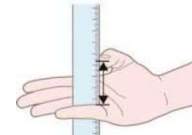
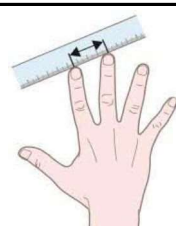
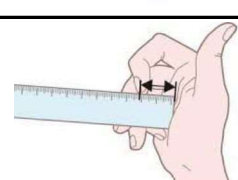
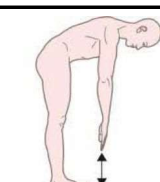
V. 体幹測定

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

関節可動域表示ならびに測定法(2022年4月改訂)

[Jpn J Rehabil Med 2021 ; 58 : 1188-1200] , [日本足の外科学会雑誌 2021,Vol.42 : S372-S385] ,
「日整会誌2022 ; 96 : 75-86」

VI. その他の検査法

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

VII. 顎関節計測

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

関節可動域表示ならびに測定法(2022年4月改訂)

[Jpn J Rehabil Med 2021 ; 58 : 1188-1200] , [日本足の外科学会雑誌 2021,Vol.42 : S372-S385] ,
「日整会誌2022 ; 96 : 75-86」

(付) 関節可動域参考値一覧表

関節可動域は、人種、性別、年齢等による個人差も大きい。また、検査肢位等により変化があるので、ここに参考値の一覧表を付した。

部位名及び運動方向	注1	注2	注3	注4	注5
肩					
屈曲	130	150	170	180	173
伸展	80	40	30	60	72
外転	180	150	170	180	184
内転	45	30		75	0
内旋	90	40	60	80	
肩外転90°				70	81
外旋	40	90	80	60	
肩外転90°				90	103
肘					
屈曲	150	150	135	150	146
伸展	0	0	0	0	4
前腕					
回内	50	80	75	80	87
回外	90	80	85	80	93
手					
伸展	90	60	65	70	80
屈曲		70	70	80	86
尺屈	30	30	40	30	
橈屈	15	20	20	20	
母指					
外転(橈側)	50		55	70	
屈曲					
CM				15	
MCP	50	60	50	50	
IP	90	80	75	80	
伸展					
CM				20	
MCP	10		5	0	
IP	10		20	20	
指					
屈曲					
MCP		90	90	90	
PIP		100	100	100	
DIP	90	70	70	90	
伸展					
MCP	45			45	
PIP				0	
DIP				0	
股					
屈曲	120	100	110	120	132
伸展	20	30	30	30	15
外転	55	40	50	45	46
内転	45	20	30	30	23
内旋				45	38
外旋				45	46

部位名及び運動方向	注1	注2	注3	注4	注5
膝					
屈曲	145	120	135	135	154
伸展	10			10	0
足					
背屈	15	20	15	20	26
底屈	50	40	50	50	57
母趾					
屈曲					
MTP		30	35	45	
IP		30		90	
伸展					
MTP		50	70	70	
IP		0		0	
趾					
屈曲					
MTP		30		40	
PIP		40		35	
DIP		50		60	
伸展					
MTP					
PIP					
DIP					
頸部					
屈曲		30		45	
伸展		30		45	
側屈		40		45	
回旋		30		60	
胸腰部					
屈曲		90		80	
伸展		30		20—30	
側屈		20		35	
回旋		30		45	

注：

1. A System of Joint Measurements, William A. Clark, Mayo Clinic, 1920.
2. The Committee on Medical Rating of Physical Impairment, Journal of American Medical Association, 1958.
3. The Committee of the California Medical Association and Industrial Accident Commission of the State of California, 1960.
4. The Committee on Joint Motion, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1965.
5. 渡辺英夫・他：健康日本人における四肢関節可動域について．年齢による変化．日整会誌 53：275-291, 1979.

なお、5の渡辺らによる日本人の可動域は、10歳以上80歳未満の平均値をとったものである。

[Jpn J Rehabil Med 2021；58：1188-1200]，[日本足の外科学会雑誌 2021, Vol. 42：S372-S385]，「日整会誌2022；96：75-86」