

身体障害者手帳 (肢体不自由) 作成にあたっての注意事項

- (1) 原則：指数の加算、内部障害とのバランス
- (2) 体幹機能障害の取り扱い
- (3) 感覚障害や不随意運動、運動失調等が主体の病態で筋力低下が無い場合
- (4) 認知症で筋力評価が正確に出来ない場合
- (5) 脳原性運動機能障害診断書の取り扱い
- (6) 申請時期・有期認定について
- (7) その他

身体障害認定基準及び 認定要領 解釈と運用 中央法規 2019年



身体障害認定における「認定基準」、「認定要領」、「疑義解釈」などの関係通知を、障害種別ごとに整理・編集。診断書の記載例やその解説も豊富に収録した。判定に関わる医師や自治体関係者に最適の一冊。平成28年度からの最新の改正内容を踏まえアップデート。

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



指数の合計 基本はMMT



MMT ×△○として記載

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えないが、それを排するような体位では自動運動が可能な場合(著減)、またはいかなる体位でも関節の自動運動が不可能な場合(消失) **MMT 0 – 2 ……×**

検者の加える抵抗には抗しえないが、自分の体部分の重さに抗して自動運動が可能な場合(半減) **MMT 3 ……△**

検者の手でくわえる十分な抵抗を排して自動運動が可能な場合(正常)、または検者の手を置いた程度の抵抗を排して自動運動が可能な場合(やや減) **MMT 4 – 5 ……○**



MMT ×△○として記載

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。

MMT	0 ~ 2	×
MMT	3	△
MMT	4 ~ 5	○

MMT 四捨五入の原則

膝屈曲・伸展			総合評価	
○	○		○	軽障
○	△		○	
○	×	→	△	著障
△	△		△	
△	×		△	
×	×		×	全廃

MMT 四捨五入の原則

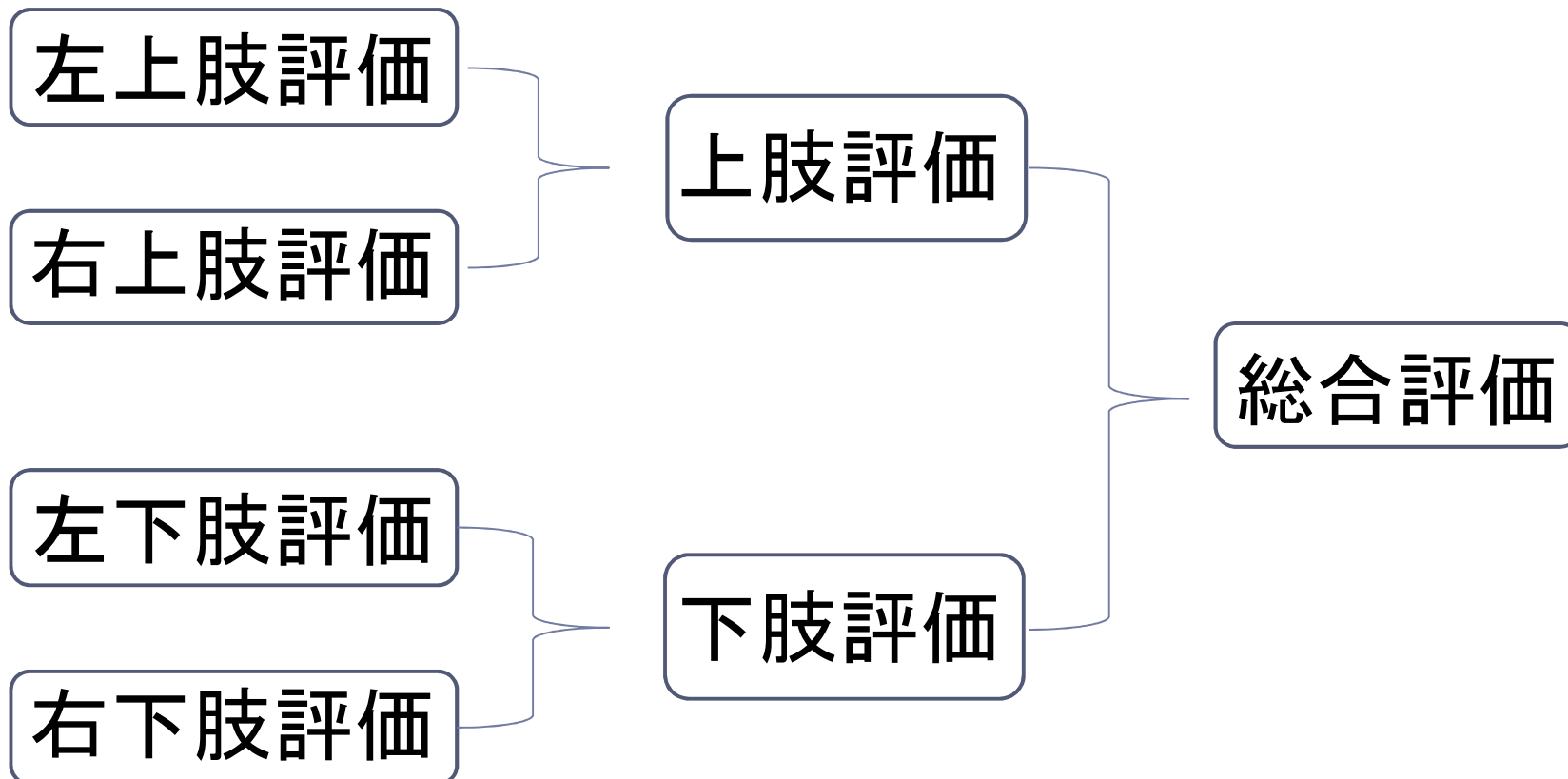
股関節

屈曲・内転・内旋が○

伸展・外転・外旋が△なら評価は○

指数の合計

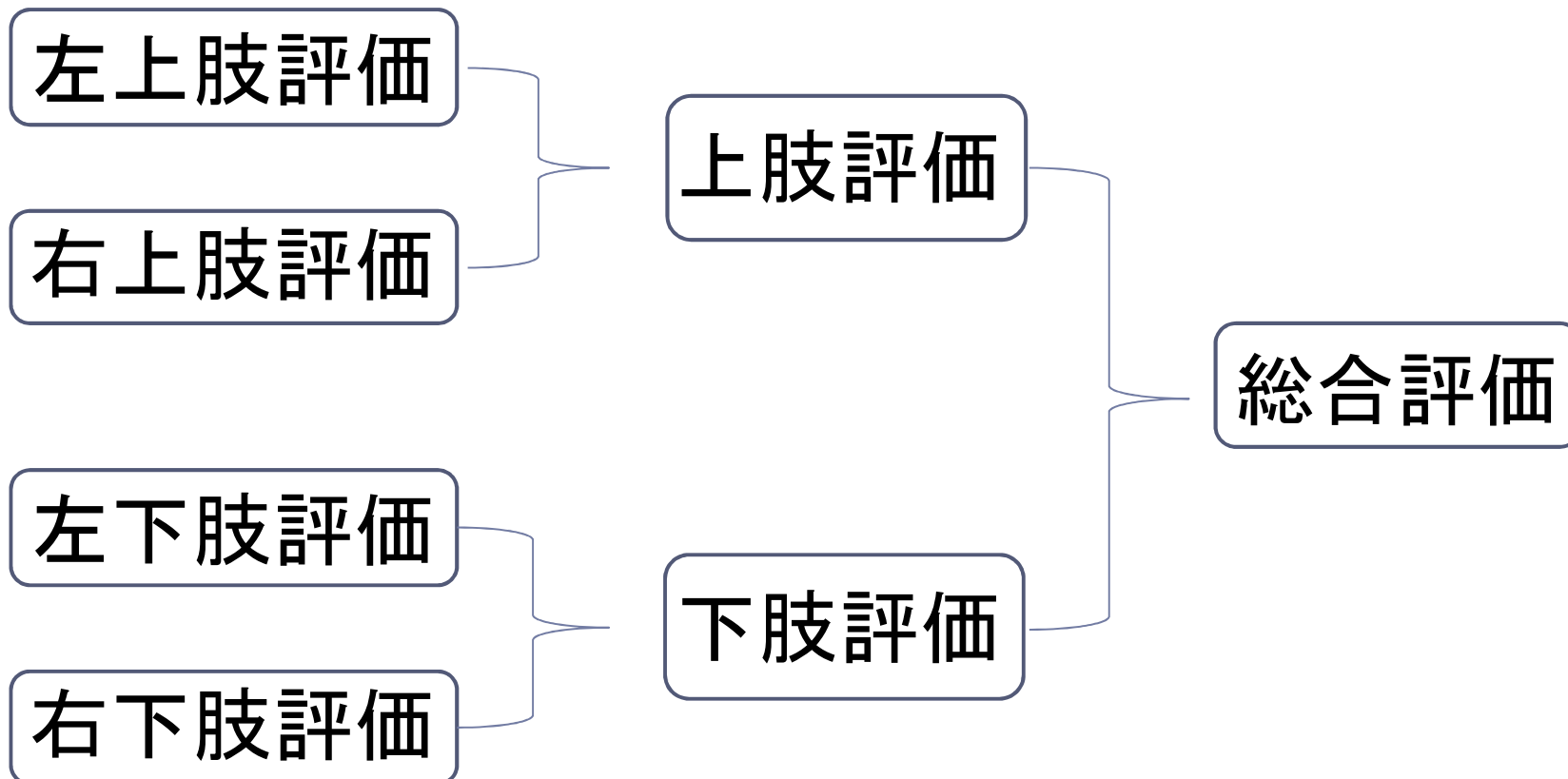
2+2+2⇒



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

指数の合計

$$2+2+2\Rightarrow 4$$



指数の合計

$$2+2+2 \Rightarrow 4$$

左上肢評価

右上肢評価

$$2+2+2 \Rightarrow 4$$

左下肢評価

右下肢評価

上肢評価

下肢評価

総合評価

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

指数の合計

$$2+2+2 \Rightarrow 4$$

左上肢評価

右上肢評価

$$2+2+2 \Rightarrow 4$$

左下肢評価

右下肢評価

$$4+4 \Rightarrow 7$$

上肢評価

下肢評価
or 体幹

総合評価

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

上肢3級(7点) + 下肢4級(4点) → 合計2級(11点)

上肢2級(11点) + 下肢3級(7点) → 合計1級(18点)

内部障害とのバランス

- 1級 自己の身のADLが極度に制限される
- 3級 家庭内でのADLが著しく制限される
- 4級 社会でのADLが著しく制限される
(家庭内のADLはなんとか可能)

体幹機能障害の取り扱いについて

- ▶ 四肢の障害がなくても障害として存在すること
下肢の障害とは切り離して考える
下肢機能が正常と仮定
- ▶ 同一の原因の下肢障害と体幹障害は合算しない
いずれか一方
上肢障害との合算もどちらか一方
上肢＋下肢 or 上肢＋体幹
×体幹＋下肢

体幹機能障害が認められる場合

- 麻痺を伴う場合

上位胸椎(T7)以上の麻痺、脳幹部の麻痺

→座位保持が困難

- 高度な体幹失調

- 脊椎自体に問題がある場合

腰痛のみでの認定は困難

骨粗鬆症性椎体骨折偽関節

高度の後弯・側弯 変形程度を明記

脳血管障害 片麻痺に関する 体幹機能障害の扱いについて

- 片麻痺の場合、原則として体幹機能障害を適用せず、患側の上肢・下肢機能で評価する
- 「立てない、歩けない」は下肢の障害で評価する
- 体幹障害は著しい運動失調を呈する脳幹や小脳病変に限定

腰椎疾患に関する体幹機能障害の 取り扱いについて

- 腰椎疾患による神経障害は、下肢機能障害で認定する
- 腰部脊柱管狭窄症による歩行能力低下は、歩行負荷により歩行不能となった時点での下肢筋力評価による

痙性麻痺・不随意運動・運動失調・
感覚障害等が主体の病態で筋力低下
が無い場合

- 障害が著しい場合には、下肢障害または
体幹障害として認定可
- 神経学的所見の欄の明記が必要
- 深部知覚障害での評価：次頁

深部知覚障害での評価

1. 手指・足趾の**位置覚** A.全くわからない
B.ほとんどわからない
C.だいたいわかる
 2. 手・足関節の**関節覚** A. B. C.
 3. **振動覚** A.5秒未満
B.5秒以上10秒未満
C.10秒以上わかる
- 3項目中、2項目でA、1項目がB以上なら全廃
1項目でA、2項目がBないし3項目がBなら著障
3項目中2項目がB、項目3がBで他Cなら軽障

認知症で筋力評価が困難な場合

- 意思の疎通が困難で寝たきりの場合
四肢の自動運動を確認
- 自動運動が見られる場合には
筋力を△と判定すれば、四肢著障でⅠ級
- 自動運動が見られない場合には
筋力を×と判定すれば、四肢全廃でⅠ級

脳原性運動機能障害診断書の取扱い

- 脳性麻痺の認定に限定される
- 移動機能障害のみであれば、歩行可能となる
年齢以降で利用が可能（概ね3歳以降）
- ADLによる評価を伴う、上肢機能の判定には
一定の社会経験が必要で、就学期以降とする
また、指示に従える知的能力が必要
- 小児の場合は、有期認定となる
就学時に再認定（6歳、12歳、18歳等）

申請時期の問題

- 切断などの欠損障害はいつでも可
- 一般に障害発症後、手術後6か月以上経過後の申請が望ましい
- 6か月以内の早期申請(3か月以上経過後が望ましい)の場合は1年後再認定を
- 脊髄損傷、脳血管障害等さらなる改善が見込めれば、6か月以降でも再認定を

有期認定について

- 寝たきりになって3か月以内：全く改善の見込みがなければ、根拠を明記すればよいが、再認定が必要
- 廃用症候群は廃用診断時点となって6か月以上経過後に判定
それより早期では再認定が必要

その他の注意事項

- 手引きに記載されている個々の項目は必要条件ではあるが、十分条件ではない
それができれば該当しない
逆に該当するには少なくともその条件は満たす必要がある
- 例 「片脚起立ができない」だけで下肢全廃にはならない 逆は必要
「金槌が使えない」だけで手指の著障にはならない 握力<5kgも必要

上肢機能障害

- MMTが△でも握力>5kgでは手指著障は認めていない。

ただし屈曲△でも伸展×かつADL障害が明らかかな場合は評価する。

- 5kgのものを持ち上げられないが、握力>5kg
→手指の著障(4級)にはならない。

下肢機能障害

- 歩行不可でも股関節機能全廃は1下肢全廃にはならない
- 杖歩行・階段昇降が可能な場合、下肢全廃は認めていない
- 歩行距離 > 100mで両下肢著障は認めない
- 一般に歩行距離よりもMMTを重視
- 筋力がすべて○の場合、歩行能力が1km以下でも下肢著障は認めない
- 痙性麻痺・運動失調等の場合は別

人工関節の扱い 2014.4以降

- 術後6カ月を目途にMMT、ROMで
- 再置換等で更生医療が必要になればその時点で申請を