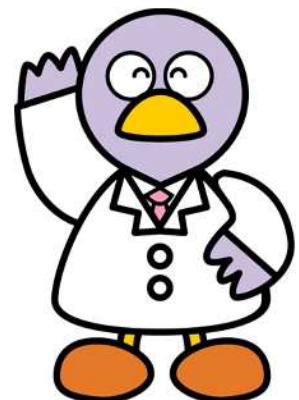


令和7年度 身体障害者福祉法15条指定医師講習会

身体障害者手帳(肢体不自由)診断書 作成にあたっての注意事項

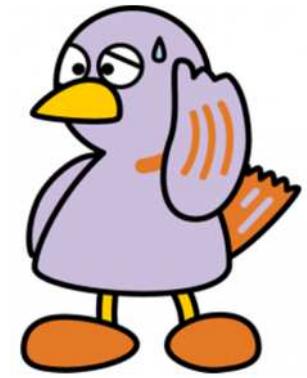
2026年1月18日・25日

埼玉県総合リハビリテーションセンター センター長(脳神経内科)
東京科学大学医学部脳神経内科臨床教授
埼玉医科大学特任教授(総合医療センター)
市川 忠



作成にあたっての留意事項

- (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ない場合
- (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



原則・指數の加算 内部障害とのバランス



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。

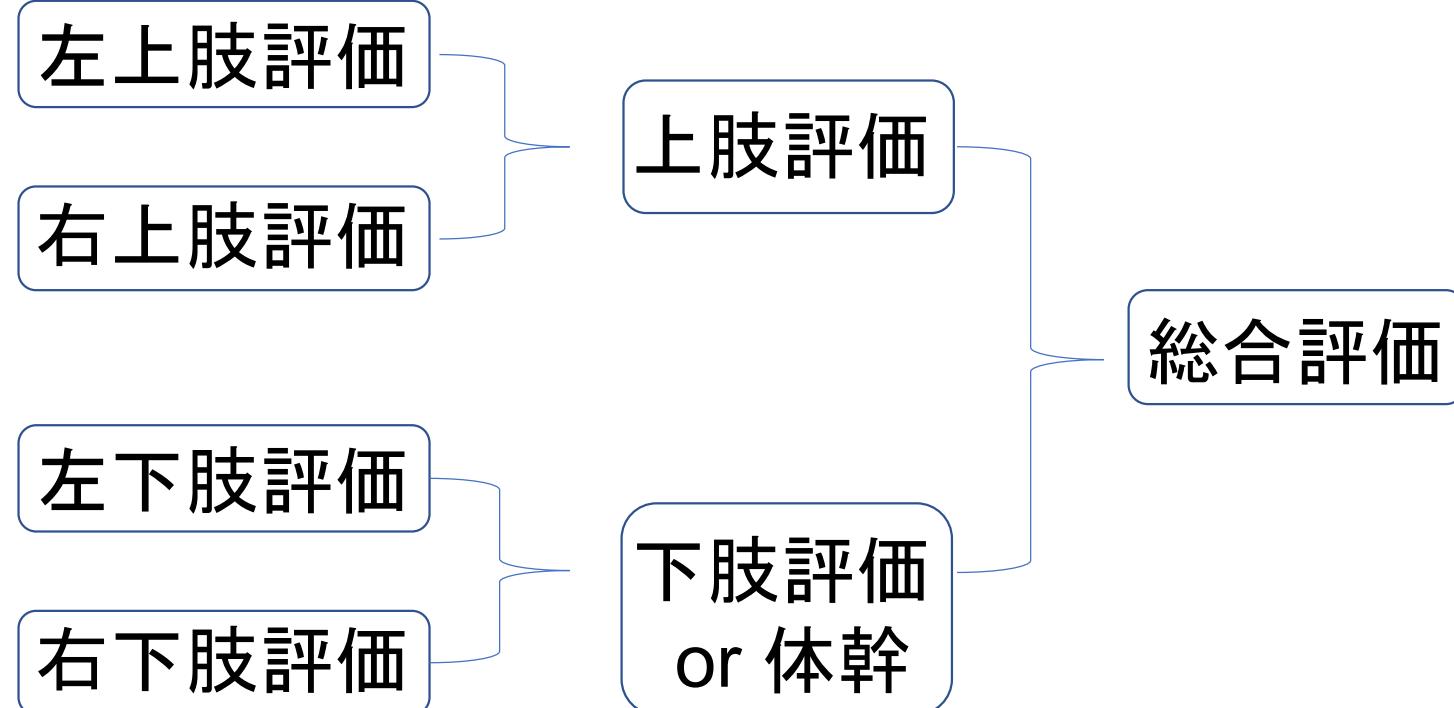
障害等級	指數
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

※ 合計0.5点(=7級相当)では、身障手帳は不認定となる。

麻痺での肢体不自由の認定の基本

- 肢体不自由の認定は、切斷部位、麻痺による筋力低下、関節可動域(ROM)制限の評価によって行う。
- 「指定医師の手引」の例示は必要条件であり、十分ではない。
 - 一側の五指全体の機能障害の全廃例として、「字を書いたり、箸を持つことができないもの」とあるが書字困難のみで3級とはならない。
 - 一下肢機能の全廃の具体的な例として、「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」が示されているが、患肢で立位を保持できることのみで3級とすることはない。
- 廃用症候群等で筋萎縮、筋力低下が生じた場合は、該当する肢の周径を記載する。
- 疼痛などで力が入らない場合は、診察での実際の筋力を評価する。易疲労性については原則評価しない。

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。

MMT 0 ~ 2 ×

MMT 3 △

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。

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△**

検者の手で加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の分類 1-5の定義

- MMT1-5の分類
- MMT△=MMT3がkey point:
 - 該当筋による関節の運動が、重力に抗して完全に可動できる。
 - 筋力×は重力を除けば十分可動できる。
 - 例;股関節屈曲の場合:体を横向きにして、股関節が十分(90度程度)屈曲する。

5	Normal	強い抵抗を加えても、運動域全体にわたって動かせる
4	Good	抵抗を加えても、運動域全体にわたって動かせる
3	Fair	抵抗を加えなければ重力に抗して、運動域全体にわたって動かせる
2	Poor	重力を除去すれば、運動域全体にわたって動かせる
1	Trace	筋の収縮がわずかに確認されるだけで、関節運動は起こらない
0	Zero	筋の収縮は全く見られない

MMT 四捨五入の原則

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

上記はあくまでも原則、筋力が身体機能に及ぼす影響も勘案して評価する。
例：股関節、膝関節では屈曲筋より伸展筋の筋力が起立・歩行への影響が強い。

MMT 四捨五入の原則

股関節

進展・内転・内旋が○

屈曲・外転・外旋が△なら評価は○

脳卒中などでは、下肢では抗重力筋が比較的残存することが多い。
(Wernicke Mann)

指数の合計

$$2 + 2 + 2 \Rightarrow$$

左上肢評価

右上肢評価

上肢評価

左下肢評価

右下肢評価

下肢評価

総合評価

一肢毎に点を加算し、該当等級の下限点数として、その肢の点数とする。

障害等級	指數
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

上肢評価

左下肢評価

右下肢評価

下肢評価

総合評価

指数の合計

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

左上肢評価

右上肢評価

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

上肢評価

総合評価

左下肢評価

右下肢評価

下肢評価

上肢・下肢毎の該当等級加減点を加算し、該当等級の下限点数として、上肢・下肢それぞれの点数とする。

障害等級	指數
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

$$4 + 4 \Rightarrow 7$$

上肢評価

右上肢評価

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

総合評価

左下肢評価

下肢評価
or 体幹

右下肢評価

障害等級	指數
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 自己の身辺の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・その他について



体幹機能障害の取り扱いについて

- 四肢の障害とは別に、障害として存在することが要件
- 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して検討する。
 - 例：一下肢機能全廃or著障により歩行が困難な場合は、体幹障害では認定しない。
 - 例：両下肢著障で、起立困難は体幹では認定しない。
- 同一の原因の下肢障害と体幹障害は合算しない。
- 上肢障害との合算もどちらか一方のみ合算可。

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
- 高度な体幹失調や姿勢反射障害.
 - 例;脊髄小脳変性症, パーキンソン病関連疾患
- 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による偽関節があり, 姿勢変換困難な時
高度の後弯・側弯については, 変形程度と可動域を明記

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・下肢機能障害により評価する
- 「立てない、歩けない」は下肢の障害で評価する
- 脳幹や小脳の病変、両側性脳病変などでは、病状により体幹障害を認定することができる。

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。
- 腰部脊柱管狭窄症による間欠性跛行での歩行距離制限は、体幹機能障害では認定できない。

痙性麻痺・不随意運動・運動失調・感覺障害等が主体の病態で筋力低下が無い場合

- 筋力低下が顕著な場合には下肢機能障害, 失調が顕著な場合に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.
 - 立位能力, 歩行能力なども記入する.
- 不随意運動症による認定には, より具体的な生活障害について記入する(備考欄など)
- 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1級
- 自動運動が見られない場合には
筋力を×と判定すれば、四肢全廢で1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

- 寝たきりになつて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いから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ヶ月を目途に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



ご清聴ありがとうございました.