

心体相第2040号

平成30年 3月26日

各医療機関の長 様

島根県立心と体の相談センター所長

身体障害者手帳の診断書・意見書（肢体不自由）の記載について（依頼）

平素より障がい福祉行政の推進につきましては、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、先般、「診断書の修正を求められることがあるが、記入上のルールを説明してほしい」とのご指摘をいただいたことから、別添のとおりQ&A形式で資料を作成いたしました。

身体障害者福祉法第15条指定医（肢体不自由）の皆さまへ周知いただきますようお願いいたします。

担当 地域支援課

TEL : 0852-32-5905

FAX : 0852-32-5924

身体障害者手帳（肢体不自由）指定医の皆様へ

島根県立心と体の相談センター

身体障害者手帳診断書・意見書（肢体不自由）の記載について

平素より身体障害者手帳の診断書・意見書の作成につきまして格別のご配慮を賜り、厚くお礼申し上げます。

先般、「診断書の修正を求められることがあるが、記入上のルールを説明してほしい」とのご指摘をいただいたことから、Q&A形式で資料を作成いたしました。

ご一読いただければ幸いです。

Q 1 「障害名」の書き方にルールはあるか

A 1 障害名・部位・状態が分かるようお書きください。

・厚生労働省「身体障害者認定要領（肢体不自由）」では、次のように解説されています。

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、ディスファンクシオンまた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（略）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。

・上の標準例は「障害名＋（部位＋状態）」となっています。完全にこのとおりにお書きいただく必要はありませんが、こうした情報が読み取れるようご配慮ください。

・病名（「脳挫傷後遺症」「パーキンソン病」「廃用症候群」など）は「2 原因となった疾病・外傷名」欄などにお書きください。

Q 2 「等級内訳」を記入するときの注意事項はなにか

A 2 「障害名」と「等級内訳」が一致するようご配慮ください

・本県では、正確で迅速な障害等級の審査のため「診断書・意見書」に障害部位別の「等級内訳」を記載していただいています。

※ 総合所見欄や備考欄に障害部位別の障害等級を記載していただいても構いません。

・「障害名」と「等級内訳」を照合したとき、漏れなどがないよう（「障害名」には記載されているが「等級内訳」には書かれていない、など）ご注意ください。

・また、「障害名」にお書きいただいた内容（障害部位）と「等級内訳」に記載された内容（障害部位）が一致するようご注意ください。

※ 別図〈例1〉をご参照ください。このように、障害部位別に、該当等級をご記入ください。

Q 3 両下肢と体幹の障がい重複している場合の記載方法はどうか。

A 3 「障害名」と「等級内訳」に、下肢・体幹の両方を記入してください。

・過去、県が「両下肢と体幹が重複している場合は、体幹のみの記載でよい」と説明をしていた時期があるようです。

・現在は次のような考え方で審査を行っておりますので、ご理解とご協力をお願いします。

① 厚労省「疑義解釈」では、次のように説明されています。

体幹機能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り、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ない。

② 審査におきましては、診断書から下肢・体幹双方の状態を拝見し、国基準やこれまでの審査事例も踏まえて「上位等級に該当する」障がいどちらであるかを判断しております。

その際、ご本人の状態を把握するためには、主治医が、下肢・体幹それぞれについてどのように判断しておられるかが、大変重要な情報となります。

このため、設問の場合は、下肢・体幹両方について「障害名」「等級内訳」を記入し、下位等級として認定した障がいについては、○書きで等級内訳の記入をお願いします。

※ 別図〈例2〉をご参照ください。このように、障害部位別に、該当等級をご記入ください。

Q 4 両下肢機能に障がいのある場合の認定について、県の基準はあるか

A 4 県では両下肢に同程度の障がいがある場合の取扱を定めています。

・両下肢機能の著しい障害に係る身体障害の認定について、本県においては、国の疑義解釈に基づき、両側にほぼ同程度の障がいがあることを前提に、以下の基準により認定しています。

区 分（基準）	等級	1種2種	備 考
○両下肢全廃 独歩が不能なもの	1級	1種	
○両下肢の著しい障害 独歩が不能なものであるが、室内における 補助的歩行が可能であるもの（補装具なし）	2級	1種	
○両下肢の著しい障害 100m以上の歩行不能のもの、 又は、片脚による起立位保持が困難なもの	3級	2種	体幹3級 （1種） 基準同
○両下肢の著しい障害 1 km以上の歩行不能のもの	4級	2種	体幹5級 （2種） 2km以上

・脳血管障害に係る障がい認定時期の取扱い、人工関節・人工骨頭置換術後の障がい認定の取扱いについては別添<参考>をご参照ください。

<例1>

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表									
氏名	生年月日 年 月 日生()歳 男・女								
住所	島根県								
1 障害名(現在起こっている障害、例えば「右上下肢麻痺」等を部位を明記してください)	上肢機能障害、下肢機能障害(左片麻痺)								
2 原因となった 疾病・外傷名	(「脳梗塞」等の病名を記入) 交通事故・労災、その他の事故 自然災害・疾病・先天性 脳梗塞 その他()								
3 疾病・外傷発生日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ・ 場所 自宅								
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む)	H〇年〇月〇日発症し〇〇病院入院、保存的に加療されるも、急性期に〇〇〇等あり長期臥床が続いた。 H〇年〇月〇日機能訓練目的に当院入院。 障害固定または障害確定(推定) 平成〇〇年〇〇月〇〇日								
5 総合所見 (傷病の発生から現状に至る経過及び現症を通じ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。)	左片麻痺は、フルストロームステージ上肢〇、手指〇、下脚〇 左上肢は廃用。歩行は〇m程度可能。30分以上起立位を保持することができない。 左上肢機能全廃 2級、左下肢機能著障 4級 総合 2級 (将来再認定 要(軽度化 重度化) ・ 不要) (再認定の時期 〇〇年 〇〇月)								
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。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 病院または診療所の名称 所在地 島根県〇〇市〇〇 電話 () 診療担当科名 〇〇〇 科 指定医師氏名 〇〇〇〇									
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)	該当等級にした根拠								
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"> <thead> <tr> <th>内訳</th> <th>等級</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	内訳	等級	上肢	2級	下肢	4級	体幹	級
内訳	等級								
上肢	2級								
下肢	4級								
体幹	級								

1. 等級内訳を記入してください。
2. 障害名と一致させてください。

<例2>

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表									
氏名	生年月日 年 月 日生()歳 男・女								
住所	島根県								
1 障害名(現在起こっている障害、例えば「右上下肢麻痺」等を部位を明記してください)	四肢機能障害、体幹機能障害								
2 原因となった 疾病・外傷名	(「脳梗塞」等の病名を記入) 交通事故・労災、その他の事故 自然災害・疾病・先天性 〇〇〇〇 その他()								
3 疾病・外傷発生日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む)	平成〇年〇月〇日〇〇〇〇、〇〇〇〇 障害固定または障害確定(推定) 平成〇〇年〇〇月〇〇日								
5 総合所見 (傷病の発生から現状に至る経過及び現症を通じ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。)	四肢筋力は保たれているが、高度の失調により座位保持不能。全介助で寝たきり。 両上肢著障 2級、両下肢著障 2級、体幹 1級 総合 1級 (将来再認定 要(軽度化 重度化) ・ 不要) (再認定の時期 年 月)								
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。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 病院または診療所の名称 所在地 島根県〇〇市〇〇 電話 () 診療担当科名 〇〇〇 科 指定医師氏名 〇〇〇〇									
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)	該当等級にした根拠								
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) ・ 該当しない	<table border="1"> <thead> <tr> <th>内訳</th> <th>等級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上肢</td> <td>2級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>(2)級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>1級</td> </tr> </tbody> </table>	内訳	等級	上肢	2級	下肢	(2)級	体幹	1級
内訳	等級								
上肢	2級								
下肢	(2)級								
体幹	1級								

※下肢と体幹の障害が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないでください。

※<例2>の場合

上肢2級 体幹1級 総合1級の認定となります。

<参考>

心体相第1436号

平成27年6月23日

各医療機関の長 様

島根県立心と体の相談センター所長
(公印省略)

身体障害者手帳の認定（肢体不自由）の取扱いについて（通知）

平素より障がい福祉行政の推進にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、身体障害者手帳の障がい認定に関しては、厚生労働省通知による認定基準等に基づき行っているところですが、島根県における取扱いについて、別添のとおりお知らせいたしますので、今後の身体障害者手帳診断書・意見書作成時等のご参考にさせていただきますようお願いいたします。

また、本通知内容につきまして、肢体不自由に係る身体障害者福祉法第15条指定医のみなさまへもご周知いただきますようお願いいたします。

記

身体障害者手帳（肢体不自由）に係る島根県取扱い事項

(取扱いの詳細は別添のとおり)

- 両下肢障害に係る認定の取扱いについて
- 脳血管障害に係る障がい認定時期の取扱いについて
- 人工関節・人工骨頭置換術後の障がい認定時期の取扱いについて

担当：地域支援課

TEL 0852-32-5908

FAX 0852-32-5924

島根県における身体障害者手帳（肢体不自由）認定の取扱いについて

両下肢障害に係る身体障害認定基準の取扱いについて

両下肢機能の著しい障害に係る身体障害の認定について、島根県においては、国の疑義解釈に基づき、両側にほぼ同程度の障害があることを前提に、以下の基準により認定するものとする。

区 分（基準）	等級	1種2種	備 考
○両下肢全廃 独歩が不能なもの	1級	1種	
○両下肢の著しい障害 独歩が不能なものであるが、室内における補助的歩行が可能であるもの（補装具なし）	2級	1種	
○両下肢の著しい障害 100m以上の歩行不能のもの、 又は、片脚による起立位保持が困難なもの	3級	2種	体幹3級 （1種） 基準同
○両下肢の著しい障害 1km以上の歩行不能のもの	4級	2種	体幹5級 （2種） 2km以上

脳血管障害に係る障がい認定時期の取扱いについて

脳血管障害による障がい認定については、発症後3ヶ月以上経過したものを対象とする。

なお、発症後6ヶ月未満のものについて認定する場合は、将来再認定（1年後）を付して認定するものとする。

人工関節・人工骨頭置換術後の障がい認定時期の取扱いについて

人工関節等置換術後の障がい認定については、置換術後3ヶ月を経過し、術後の経過の安定した状態のものを対象とする。