指定医師が記入してください

様式第６号（第８条関係）

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害用）

総括表

氏　名　**滋賀　太郎**	大正 (昭和) 平成 令和　　〇年　〇月　〇日	(男)・女

住　所　**滋賀県〇〇市〇〇町〇〇番地**

①　障害名（部位を明記）　**両股関節の軽度障害**

②　原因となった疾病・外傷名　**右変形性股関節症**　**左変形性股関節症**
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　令和　〇　年　〇　月　〇　日・場　所

④　参考となる経過・現症（エックス線写真および検査所見を含む。）

令和〇年頃から左右股関節の疼痛を自覚。
令和〇年〇月左右人口股関節置換術を施行。

障害固定または障害確定（推定）**令和〇**年　〇月　〇日

⑤　総合所見

左右股関節の筋力低下、可動域制限があり、左右股関節の軽度障害と考える。
右股関節　７級　　左股関節　７級　総合６級

〔　障害程度の改善の見込み　(無)・有　〕
〔　時期:　　年　　月頃　〕

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。

令和〇　年　〇月　〇日

病院または診療所の名称　**〇〇〇〇病院**
所在地　**〇〇市〇〇町〇〇番地**
診療担当科名　**整形外**科　医師氏名　**近江　太郎**

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〕

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

注　１　障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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。

２　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。

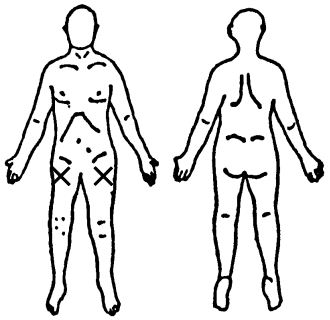
３　障害区分や等級決定のため、滋賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合せする場合があります。

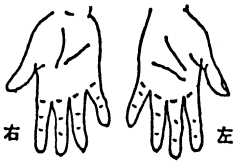
肢体不自由の状況および所見

1 神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを〇で囲み、下記空欄に追加所見記入）

(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・弛緩性まひ・痙性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
(3) 起因部位　　：脳・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・頭部・脊椎・四肢・その他

参　考　図　示





×変形　■切離断　▨感覚障害　▤運動障害
（注）　関係ない部分は記入する必要はありません。

右		左
50.0	上 肢 長cm	50.0
74.0	下 肢 長cm	74.0
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
40.0	大腿周径cm	40.0
35.0	下腿周径cm	35.0
法	握　力　kg	

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

2 動作・活動　自立－〇　半介助－△　全介助又は不能－×、（　）の中のものを使う時はそれに〇をする

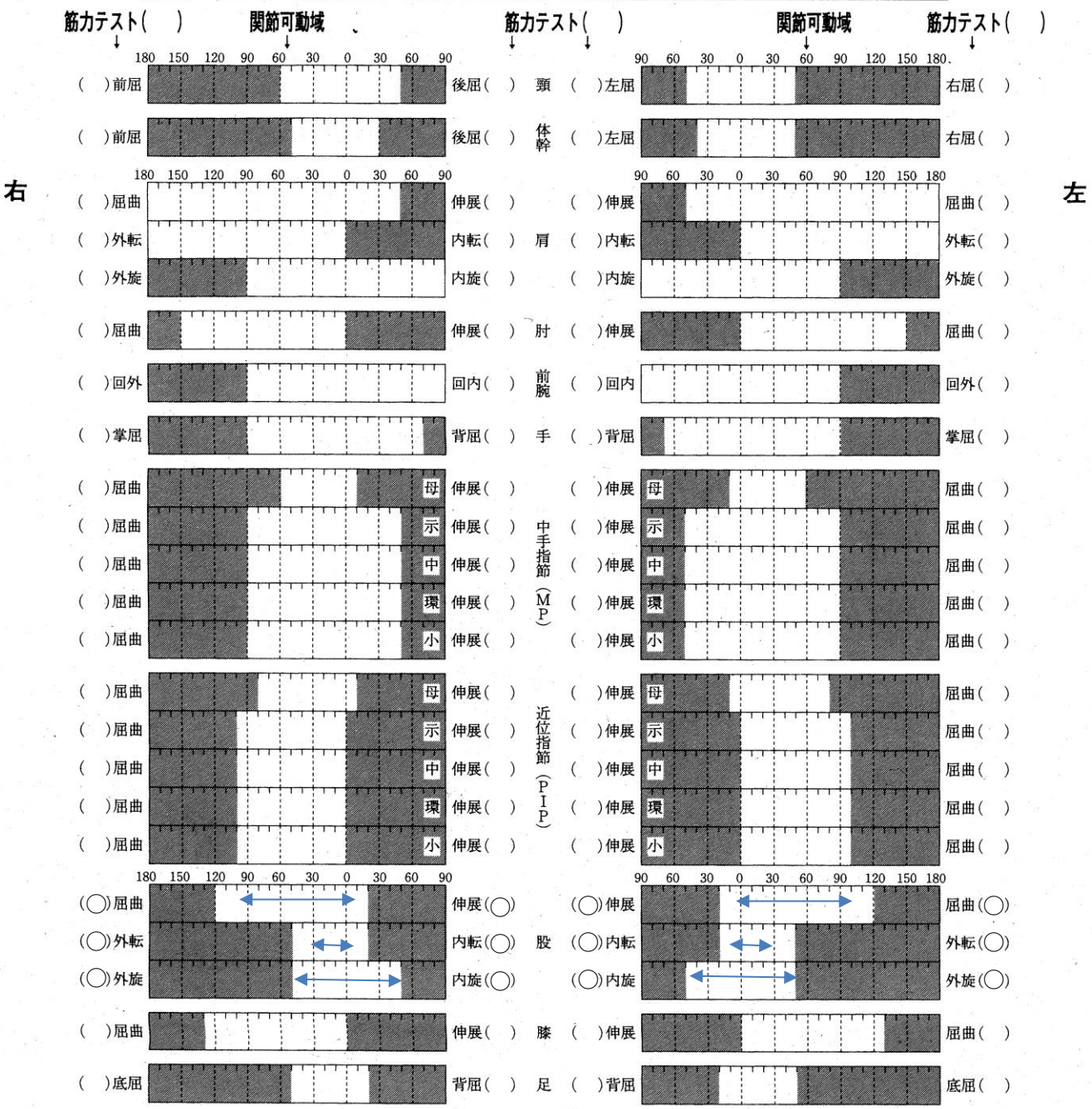
かぶりシャツを着て脱ぐ	〇	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	〇
ワイシャツを着てボタンをとめる	〇	靴下を履く［どのような姿勢でもよい］	〇
コップで水を飲む	右　〇	寝返りをする	〇
	左　〇	いすに腰掛ける	〇
顔を洗いタオルでふく	〇	洋式便器にすわる	〇
ブラッシで歯を磨く（自助具）	右　〇	正座で座る（背もたれ、支え）	〇分
	左　〇	あぐらで座る（背もたれ、支え）	〇分
タオルを絞る［水をきれる程度］	〇	横座りで座る（背もたれ、支え）	〇分
背中を洗う	右　〇	足を投げ出して座る（背もたれ、支え）	〇分
排せつの後始末をする	右　〇	片足で立つ	右　〇
			左　〇
	左　〇	立ち上がる（手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具）	〇
つまむ［新聞紙が引き抜けない程度］	右　〇	家の中の移動（壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子）	〇
	左　〇	２階まで階段を昇って降りる（手すり、杖、松葉杖）	昇〇
握る［丸めた週刊誌が引き抜けない程度］	右　〇		降〇
	左　〇	屋外での移動（杖、松葉杖、車椅子）	〇
箸で食事をする（スプーン、自助具）	右　〇	公共の乗物を利用する［タクシーを除く］	〇
	左　〇		
（参考）利き手	右・左		

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（　）の中に〇がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

3 上肢の状態、歩行能力および起立位の状況（該当するものを〇で囲み、□ に数値を記入する。）

(1) 上肢で下げられる重さ（手指でも肘でもよい）　右：正常・（ 10 kg ・ 5 kg ）以内可能・不能
　　左：正常・（ 10 kg ・ 5 kg ）以内可能・不能
(2) 歩行能力（補装具あり【器物使用および介助を含む】）　：［１０００］m　・　不能
(3) 歩行能力（補装具なし【器物使用および介助を含まない】）：［１０００］m　・　不能
(4) 起立位保持（補装具なし【器物使用および介助を含まない】）右：［６０］秒　左：［６０］秒　両下肢：［３０］分
(5) 坐位の耐久性:　［６０］分

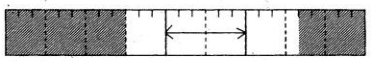
関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)(この表は必要な部分を記入)



備　考　右股関節の◯は筋力４相当　左股関節の◯は筋力４相当

注：
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、⊢⟶⊣のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減(筋力0、1、2該当)
△印は、筋力半減(筋力3該当)
◯印は、筋力正常またはやや減(筋力4、5該当)
5．(PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
6．DIP その他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
7．図中ぬりつぶした部分は、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



指定医師が記入してください

様式第６号（第８条関係）

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害用）

総括表

氏　名　**滋賀　太郎**	大正 [昭和] 平成 令和　〇〇年　〇　月　〇〇　日	[男]・女

住　所　**滋賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地**

① 障害名（部位を明記）　**両肩、両肘、両手、両手指、両股、両膝、両足関節の機能障害**

② 原因となった疾病・外傷名　**関節リウマチ**

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　**不詳**　　年　　月　　日・場　所

④ 参考となる経過・現症（エックス線写真および検査所見を含む。）

上記傷病にて2000年頃より前医に通院。投薬加療を継続されていた。〇年2月より当院に転院。以降、外来通院にて投薬加療を継続。腰痛にて、〇年〇月〇日より入院疼痛コントロール・リハビリ加療を行い同年〇月〇日退院予定。

障害固定または障害確定（推定）**令和〇年　〇月　〇日**

⑤ 総合所見

各関節はほぼ筋力が消失または著減により、機能は全廃している（両手指を除く）

両肩（4点×2)、両肘（4点×2)、両手（4点×2)、

両手指（右著しい障害4点・左軽度1点）　上肢1級

両股（4点×2)、両膝（4点×2)、両足下肢（1点×2）　下肢2級

合計指数18点以上で１級に相当する

〔　障害程度の改善の見込み　[無]・有　〕

〔　時期:　　年　　月頃　〕

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。

令和　8　年　〇　月　〇　日

病院または診療所の名称　**〇〇〇〇病院**

所　在　地　**〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地**

診療担当科名　**整形外**科　医師氏名　**近江　一郎**

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〕

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

注　１　障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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。

２　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、別に定める「歯科医師による診断書・意見書」を添付してください。

３　障害区分や等級決定のため、滋賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合せする場合があります。

肢体不自由の状況および所見

1 神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを〇で囲み、下記空欄に追加所見記入）

(1) 感覚障害（下記図示）：[なし]・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚

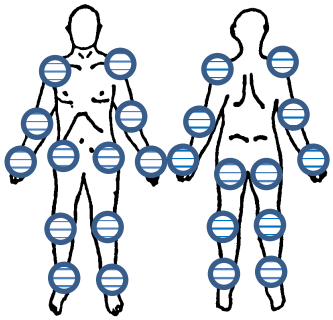
(2) 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙性まひ・[固縮]・不随意運動・しんせん・運動失調・その他

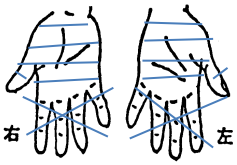
(3) 起因部位　：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他

(4) 排尿・排便機能障害　：[なし]・あり

(5) 形態異常　：なし・頭部・脊椎・[四肢]・その他

参　考　図　示





右		左
51.0	上 肢 長cm	51.0
76.0	下 肢 長cm	74.5
16.0	上腕周径cm	16.0
16.0	前腕周径cm	15.0
28.5	大腿周径cm	30.0
25.0	下腿周径cm	26.0
2.0	握　力　kg	0.5

×変形　■切離断　▨感覚障害　▤運動障害

（注）　関係ない部分は記入する必要はありません。

計測法

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起　　下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果　　上腕周径：最大周径

前腕周径：最大周径　　大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）　　下腿周径：最大周径

2 動作・活動　自立－〇　半介助－△　全介助又は不能－×、（　）の中のものを使う時はそれに〇をする

かぶりシャツを着て脱ぐ	×	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	×
ワイシャツを着てボタンをとめる	×	靴下を履く［どのような姿勢でもよい］	×
コップで水を飲む	右 △	寝返りをする	△
	左 〇	いすに腰掛ける	〇
顔を洗いタオルでふく	×	洋式便器にすわる	〇
ブラッシで歯を磨く（自助具）	右 ×	正座で座る（背もたれ、支え）	×分
	左 〇	あぐらで座る（背もたれ、支え）	×分
タオルを絞る［水をきれる程度］	×	横座りで座る（背もたれ、支え）	×分
背中を洗う	右 ×	足を投げ出して座る（背もたれ、支え）	×分
	左 ×	片足で立つ	右 ×
排せつの後始末をする	右 〇		左 ×
	左 ×	立ち上がる（手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具）	〇
つまむ［新聞紙が引き抜けない程度］	右 ×	家の中の移動（壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子）	〇
	左 ×	２階まで階段を昇って降りる（手すり、杖、松葉杖）	昇 ×
握る［丸めた週刊誌が引き抜けない程度］	右 ×		降 ×
	左 ×	屋外での移動（杖、松葉杖、車椅子）	△
箸で食事をする（スプーン、自助具）	右 △	公共の乗物を利用する［タクシーを除く］	×
	左 〇		
（参考）利き手	右・[左]		

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（　）の中に〇がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

3 上肢の状態、歩行能力および起立位の状況（該当するものを〇で囲み、□に数値を記入する。）

(1) 上肢で下げられる重さ（手指でも肘でもよい）　右：正常・（ 10 kg ・ 5 kg ）以内可能・[不能]

左：正常・（ 10 kg ・ 5 kg ）以内可能・[不能]

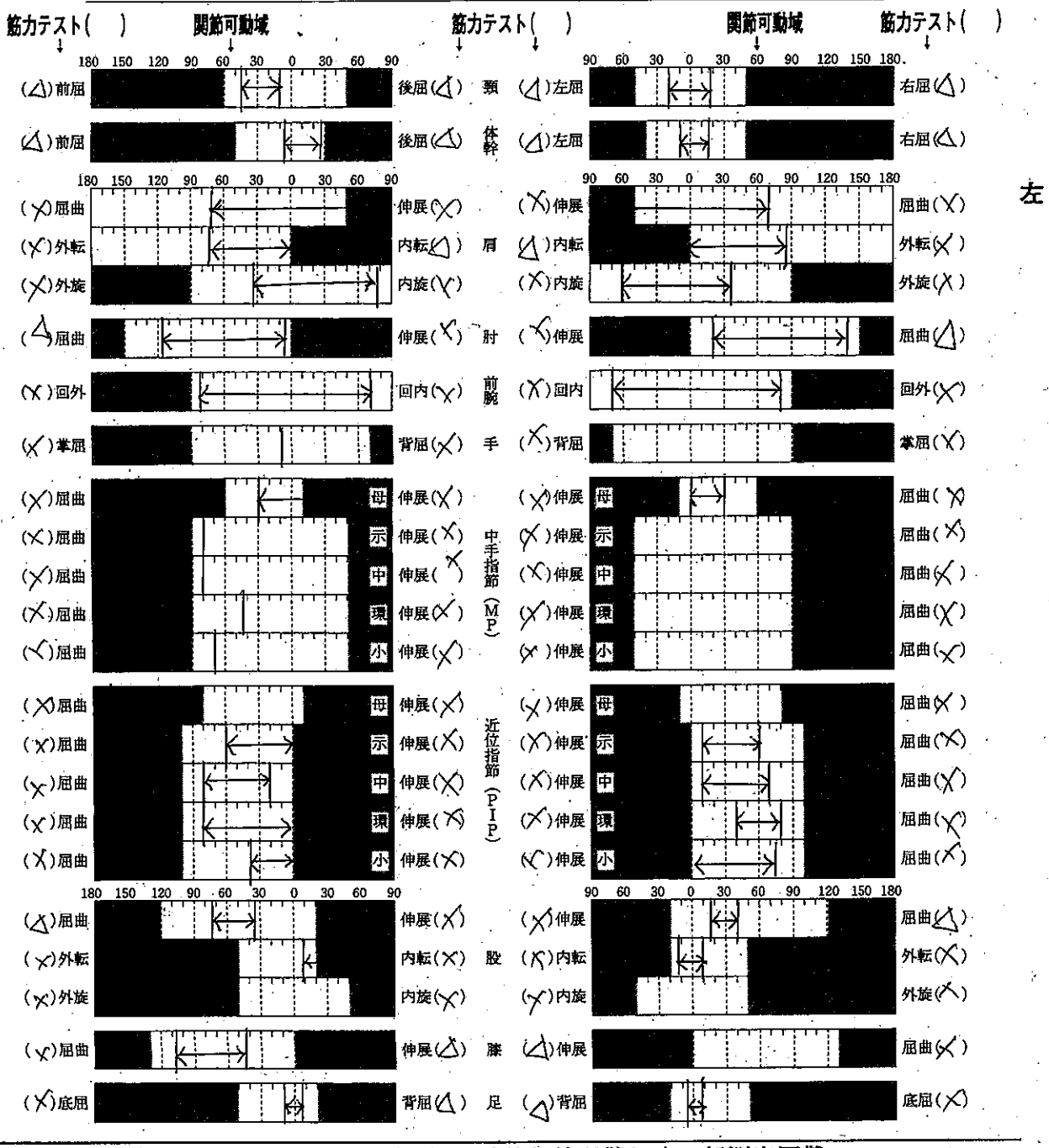
(2) 歩行能力（補装具あり【器物使用および介助を含む】）　：[10] m ・ 不能

(3) 歩行能力（補装具なし【器物使用および介助を含まない】）：[　] m ・ [不能]

(4) 起立位保持（補装具なし【器物使用および介助を含まない】）右：[×] 秒　左：[×] 秒　両下肢：[　] 分

(5) 坐位の耐久性：[　] 分

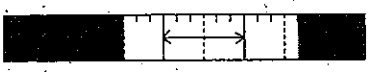
関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)(この表は必要な部分を記入)



備　考　**ＭＰ関節亜脱臼、手指変形、測定肢位保持が難しく一部測定困難**
両示指～小指ＭＰ関節伸展、両母指屈曲伸展は測定不可
股関節の内外旋測定肢位保持が難しく測定

注：
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、⊢――⊣のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減(筋力0、1、2該当)
△印は、筋力半減(筋力3該当)
○印は、筋力正常またはやや減(筋力4、5該当)
5．(PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
6．DIP その他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
7．図中ぬりつぶした部分は、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



指定医師が記入してください

様式第６号（第８条関係）

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害用）

総括表

氏名 滋賀 太郎	大正 (昭和) 平成 ( ) ○年△月×日	(男)・女

住所 滋賀県○○市○○町○○番地

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、自然災害、(疾病) 先天性、その他（ ）

③ 疾病・外傷発生年月日 2017年△月×日・場所 職場

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。）

2017年○月○日、仕事中に意識消失して救急搬送された。CTスキャンにて大脳に梗塞像があり脳梗塞と診断された。急性期に肺炎や尿路感染等あり長期臥床が続いたが、加療リハビリにて徐々に改善し、2018年○月○日に退院。その後は外来にて加療している。

障害固定又は障害確定（推定）2017年△月×日

⑤ 総合所見

左上下肢麻痺、筋力低下および関節可動域の制限を認める。意識は明瞭であり意思疎通は問題なく、杖を使って100m程度は歩行できるようになったが、左上下肢の麻痺は残存しており、これ以上回復する見込みはない。

〔障害程度の改善の見込み (無)・有〕
〔時期: 年 月頃〕

⑥ その他参考となる合併症状 高血圧症

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

2018年7月1日

病院又は診療所の名称 ○○クリニック

所在地 滋賀県○○市○○町○○番地

診療担当科名 リハビリテーション科 医師氏名 近江一郎 (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〕

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

左上肢3級
左下肢4級

注 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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。

2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。

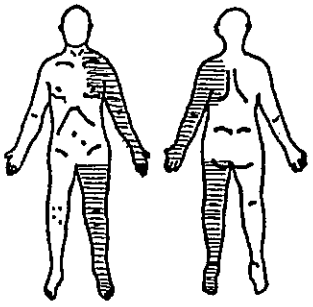
3 障害区分や等級決定のため、滋賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合せする場合があります。

肢体不自由の状況及び所見

1 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○でかこみ、下記空欄に追加所見記入。）

(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)・頭部・脊椎・四肢・その他

参考図示





右		左
49.0	上肢長cm	48.0
83.0	下肢長cm	83.0
24.5	上腕周径cm	22.5
23.5	前腕周径cm	22.0
38.5	大腿周径cm	36.0
30.0	下腿周径cm	29.0
40.0	握力 kg	5.0

×変形　■切離断　▨感覚障害　▤運動障害
（注）　関係ない部分は記入不要

計測法
上肢長：肩峰―橈骨茎状突起　　下肢長：上前腸骨棘―（脛骨）内果　　上腕周径：最大周径
前腕周径：最大周径　　大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）　　下腿周径：最大周径

2 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はそれに○

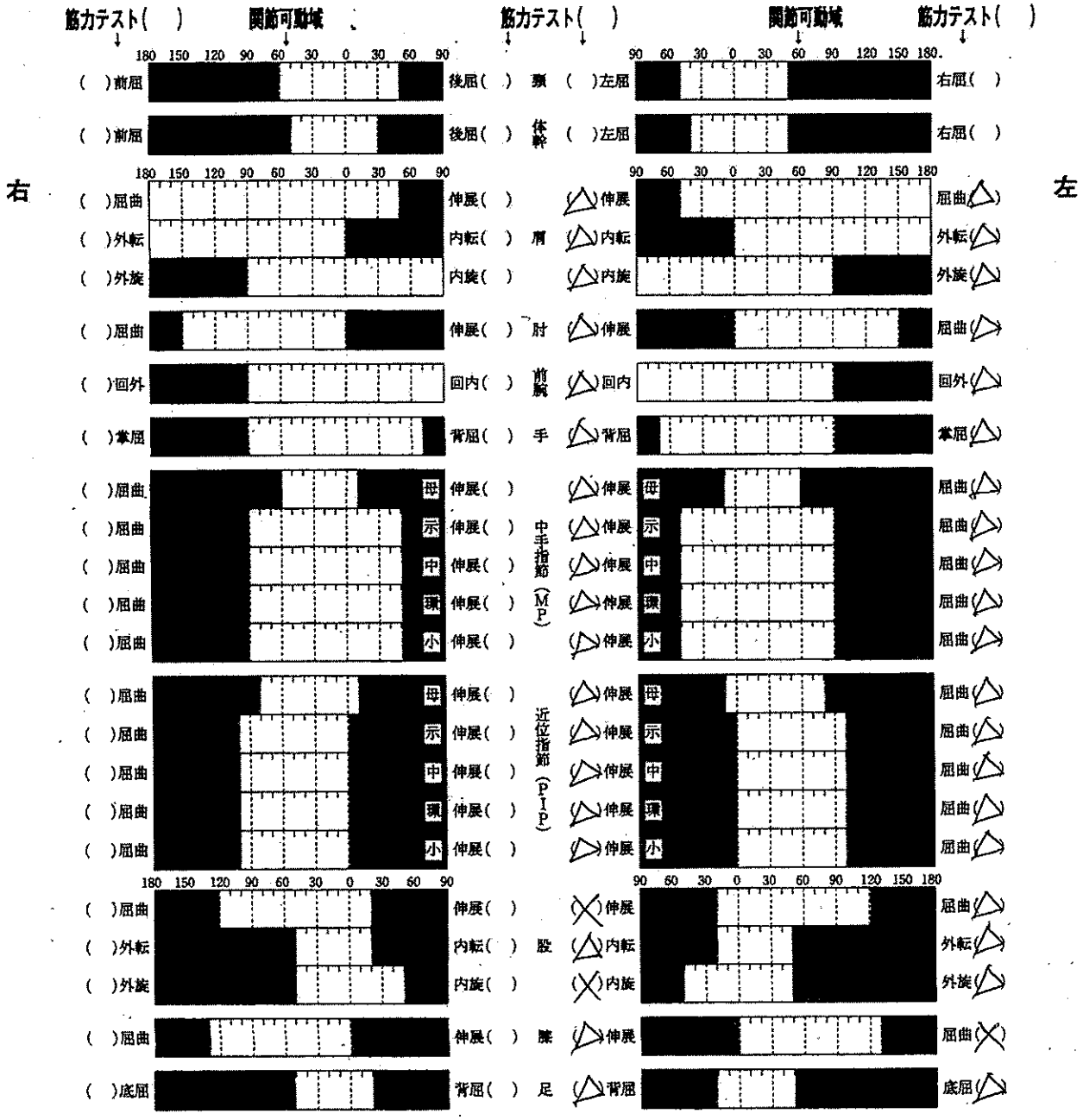
かぶりシャツを着て脱ぐ	△	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	△
ワイシャツを着てボタンをとめる	△	靴下を履く［どのような姿勢でもよい］	△
コップで水を飲む	右 ○	寝返りをする	○
	左 △	いすに腰掛ける	○
顔を洗いタオルでふく	×	洋式便器にすわる	○
ブラッシで歯を磨く（自助具）	右 ○	正座で座る（背もたれ、支え）	× 分
	左 △	あぐらで座る（背もたれ、支え）	× 分
タオルをしぼる［水をきれる程度］	×	横座りで座る（背もたれ、支え）	5 分
背中を洗う	右 ○	足を投げ出して座る（背もたれ、支え）	20 分
	左 ×	片足で立つ	右 ○
排せつの後始末をする	右 ○		左 ×
	左 ×	立ち上がる（手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具）	△
つまむ［新聞紙が引き抜けない程度］	右 ○	家の中の移動（壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子）	△
	左 △	二階まで階段を昇って降りる（手すり、杖、松葉杖）	昇 △
握る［丸めた週刊誌が引き抜けない程度］	右 ○		降 △
	左 △	屋外での移動（杖、松葉杖、車椅子）	△
箸で食事をする（スプーン、自助具）	右 ○	公共の乗物を利用する［タクシーを除く］	△
	左 ×		
（参考）利き手	（右）・左		

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。

3 上肢の状態、歩行能力および起立位の状況（該当するものを○で囲み、□に数値を記入する。）

(1) 上肢で下げられる重さ（手指でも肘でもよい）　右：（正常）・（ 10 kg ・ 5 kg ）以内可能・不能
　　左：正常・（ 10 kg ・（5 kg））以内可能・不能
(2) 歩行能力（補装具あり【器物使用および介助を含む】）　：100 m ・ 不能
(3) 歩行能力（補装具なし【器物使用および介助を含まない】）：50 m ・ 不能
(4) 起立位保持（補装具なし【器物使用および介助を含まない】）右：15 秒　左：1 秒　両下肢：30 分
(5) 坐位の耐久性　30 分

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)

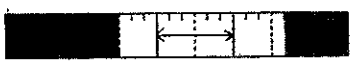


備　考　左上肢3級
左下肢4級

※ここに各部位の障害等級を記載してください。
※体幹と下肢については同一疾患、同一部位の認定は原則できません。

注：
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、⊢――⊣ のように両端に太線をひき、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、筋力が消失または著減(筋力0、1、2該当)
△印は、筋力半減(筋力3該当)
○印は、筋力正常またはやや減(筋力4、5該当)
5．(PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
6．DIP その他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
7．図中ぬりつぶした部分は、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



指定医師が記入してください

様式第６号（第８条関係）

身体障害者診断書・意見書（脳原性運動機能障害用）

総括表

氏　名　**滋賀　太郎**	昭和 平成 令和　〇 年 〇 月 〇 日	男・女

住　所　**滋賀県〇〇市〇〇町〇〇番地**

① 障害名（部位を明記）　**脳原性運動機能障害（両上肢、移動機能障害）**

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、自然災害、疾病、先天性、その他（　　）

③ 疾病・外傷発生年月日　**令和**　〇年　〇月　〇日・場　所　**出生時**

④ 参考となる経過・現症（エックス線写真および検査所見を含む。）

生後6か月で発達の遅れを指摘されて受診し、上記の診断を受けた。その後当院へリハビリ目的で転院し理学療法を継続している。歩行は補装具を使用すればある程度可能だが、長距離になると疲れてしまう。上肢についても実用的な使用はほとんど不可能な状態である。

障害固定または障害確定（推定）**出世時**年　月　日

⑤ 総合所見

両上肢については、食事やおもちゃへ手を伸ばして把握することはできるが、コップで水を飲むなどの目的のある使用はできず、巧緻性やスピードに欠け、実用的ではない。両下肢については、補助具を使用すればある程度可能であるが、長距離の移動や長時間の移動易転倒であり、不安定である。

〔　障害程度の改善の見込み　無・(有)　〕
〔　時期:**令和　〇 年　〇　月**頃　〕

⑥ その他参考となる合併症状　**最重度知的障害（療育手帳Ａ１）あり**

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

令和　〇 年　〇 月　〇 日

病院または診療所の名称　**〇〇〇〇病院**

所　在　地　**滋賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地**

診療担当科名　**小児**　科　　医師氏名　**近江　一郎**

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〕

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）　→　**両上肢３級**、**移動　２級**

・該当しない

注　１ 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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。

２ 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、別に定める「歯科医師による診断書・意見書」を添付してください。

３ 障害区分や等級決定のため、滋賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合せする場合があります。

脳原性運動機能障害用

（該当するものを○で囲むこと。）

1　上肢機能障害

ア　両上肢機能障害

＜紐むすびテスト結果＞

1度目の1分間	7	本
2度目の1分間	8	本
3度目の1分間	9	本
4度目の1分間	10	本
5度目の1分間	9	本
計	43	本

イ　一上肢機能障害

＜5動作の能力テスト結果＞

a	封筒を鋏（はさみ）で切る時に固定する	（[可能]・不可能）
b	さいふからコインを出す	（可能・[不可能]）
c	傘をさす	（可能・[不可能]）
d	健側の爪を切る	（可能・[不可能]）
e	健側のそで口のボタンをとめる	（可能・[不可能]）

ウ　上肢の具体的な状態（5歳以上については記載すること）

おもちゃにも手を伸ばせない	食事やおもちゃに手を伸ばせる	目的動作が一部できるが実用的でない	粗大な目的動作は可能だが微細な日常生活の運動はできない	簡単なレベルであれば、微細運動もできるが高度・複雑な微細運動はできない	微細運動も可能だが、社会での日常生活に影響があり、高度複雑なものは支障が出ることもある	高度・複雑な微細運動も可能だが、不器用さがある
（　　）	（　　）	（ ○ ）	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）

＊知的障害、発達障害等の影響　（　㊤　・　無　）

2　移動機能障害

＜下肢・体幹機能評価結果＞

a	つたい歩きをする	（[・可能]	・不可能）
b	支持なしで立位を保持しその後10m歩行する	（[・可能]	・不可能）
c	椅子から立ち上り10m歩行し再び椅子に坐る	（[・可能]	30　秒　・不可能）
d	50cm幅の範囲内を直線歩行する	（・可能	[・不可能]）
e	足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる	（・可能	[・不可能]）

（注）　この様式は、脳性まひ及び乳幼児期に発現した障害によって脳性まひ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。

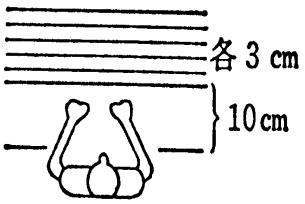
（備考）　上肢機能テストの具体的方法

ア　ひもむすびテスト

事務用とじひも（概ね 43cm 規格のもの）を使用する。

① とじひもを机の上、被験者前方に図の如く置き並べる。

② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひとむすびする。



（注）　・上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

・手を机上に浮かしてむすぶこと。

③ むすび目の位置は問わない。

④ 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。

⑤ ひもは検査担当者が随時補充する。

⑥ 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。

イ　５動作の能力テスト

a　封筒を鋏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。

b　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。

ジッパーをあけてしめることを含む。

c　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。立位でなく坐位のままでよい。肩にかついではいけない。

d　健側の爪を切る。

大きめの爪切り（約 10cm）で特別な細工のないものを患手で持って行う。

e　健側のそでロのボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそでロのボタンをかける。

女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

滋賀県身体障害者手帳交付要綱

（目的）

第１条　この要綱は、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号。以下「法」という。）、身体障害者福祉法施行令（昭和 25 年政令第 78 号。以下「政令」という。）、身体障害者福祉法施行細則（昭和 34 年６月１日滋賀県規則第 27 号。以下「規則」という。）に規定するもののほか、身体障害者手帳（以下「手帳」という。）の交付等に関し、必要な事項を定めるものとする。

（手帳の交付申請）

第２条　手帳の交付を受けようとする者は、障害の種別ごとに法第 15 条第１項に規定する医師の診断書および同条第３項に規定する意見書（以下「診断書・意見書」という。）を添えて、知事に対して申請するものとする。

（身体障害者認定基準等）

第３条　知事は、手帳の身体障害等級の認定にあたっては、身体の機能障害とそれに伴う日常生活活動の障害状況を総合的に勘案して審査するものとし、その基準等については、平成 15 年１月 10 日付け障発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」、平成 15 年１月 10 日付け障企発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知「身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について」、平成 15 年２月 27 日付け障企発第 0227001 号同課長通知「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」（以下「身体障害認定基準等」という。）および「滋賀県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会障害程度等審査部会申合せ事項」によるものとする。

（診断書・意見書にかかる照会等）

第４条　知事は、申請時に提出された診断書・意見書に疑義または不明な点がある場合は、必要に応じて、診断書・意見書を作成した医師に対して申請者の障害の状況につき照会するものとする。

２　知事は、前項によっても、なお申請者の障害が法別表に掲げる基準に該当するか否かについて疑いがあるときまたは前条に定める基準等のいずれに該当するか不明なときは、必要に応じて、再検査、追加検査または別の医師による診断等を受けるよう指導することができるものとする。

（滋賀県社会福祉審議会への諮問）

第５条　知事は、政令第 5 条第 1 項の規定により、その障害が法別表に掲げるものに該当

しないと認める場合には、滋賀県社会福祉審議会（以下「審議会」という。）に諮問しなければならない。
２　知事は、次の各号に規定する事項につき、審議会に諮問することができる。
（１）身体障害認定基準等で定める等級と診断書・意見書に記載された意見等級の間に相違がある場合
（２）申請者の障害が身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年４月６日厚生省令第 15 号）別表第５号のいずれに該当するか医学的専門判断が必要な場合
３　知事は、手帳交付事務に係る審査請求または訴訟等が提起されたときは、必要に応じて前項に準じ、審議会の意見を聴くことができる。

（身体障害者の死亡の通知）
第６条　政令第 12 条第２項の規定による通知は、様式第１号の身体障害者死亡通知書によるものとする。

（身体障害者の返還命令）
第７条　知事は、再認定を理由なく受けない者または返還決定ののちも手帳を返還しない者のうち、市町からの報告を受けた者に対して、聴聞を実施した上で、法第 16 条第２項に基づき返還を命ずることができる。

（各種証明）
第８条　知事は、手帳所持者またはその委任を受けた者より、手帳の交付内容の証明または手帳の記載事項について、英文による証明を求められた場合は、その申請に基づき交付することができる。

（医師の指定）
第９条　法第 15 条第１項による医師の指定を受けようとする者は、次に掲げる書類を添えて、知事に対して申請をするものとする。
（１）同意書（様式第２号）
（２）医師履歴書（大学医学部卒業から現在までの勤務経歴を記載）
（３）医師免許証の写し
（４）日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の写し（聴覚障害の申請のみ）
２　指定を受ける要件等については、平成 21 年 12 月 24 日付け障発 1224 第３号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」および平成 27 年１月 29 日付け障企発 0129 第２号同企画課長通知「聴覚障害に係る指定医の専門性の向上について」によるものとする。ただし、診療に２年以上（研修医期間を除く）従事していることとする。（※研修医期間は、交付された臨床研修修了証の臨床研修終了日をもって終了とみなす）

３　知事は、審議会への諮問を経て、申請受付日の翌々月 1 日付で障害区分ごとに指定をするものとする。
４　県外から滋賀県内（大津市を除く）の医療機関に異動した場合については、第 1 項から第 3 項までの規定を準用する。

（指定医師の氏名・所属医療機関等の変更）
第 10 条　法第 15 条第 1 項による医師の指定を受けた者は、その氏名、医療機関等に変更が生じたときは、指定医師変更届（様式第 3 号）を知事に届け出るものとする。
２　所属医療機関の異動については、異動先の医療機関が届け出ること。
３　所属医療機関の名称変更（法人化に伴うものを含む。）、滋賀県内（大津市を除く）での勤務地の異動については、第 1 項及び第 2 項の規定を準用する。

（指定医師の転入）
第 11 条　所属医療機関が、大津市内から大津市以外の滋賀県内へ変更となった場合は、異動先の所属医療機関が、指定医師転入届（様式第 4 号）を知事に届け出るものとする。

（指定医師の障害分野の追加）
第 12 条　既にほかの障害分野の指定を受けている医師が､担当障害分野を追加する場合は、次に掲げる書類を添えて、知事に対して申請をするものとする。
（１）指定医師担当障害分野（追加申請書・一部辞退届）（様式第 5 号）
（２）医師履歴書（大学医学部卒業から現在までの勤務経歴を記載）
（３）医師免許証の写し
（４）日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の写し（聴覚障害の申請のみ）
２　知事は、審議会への諮問を経て、申請受付日の翌々月 1 日付で障害区分ごとに指定をするものとする。

（指定医師の障害分野の一部辞退）
第 13 条　既にほかの障害分野の指定を受けている医師が、担当障害分野を一部辞退する場合は、指定医師担当障害分野（追加申請書・一部辞退届）（様式第 5 号）を知事に届け出るものとする。

（指定医師の辞退）
第 14 条　指定医師が退職、廃業、死亡、県外医療機関への異動、又はその他の理由で指定を辞退する場合は、最終所属していた医療機関が、指定医師辞退届（様式第 6 号）を知事に届け出るものとする。

（指定医師の取消）

第 15 条　指定医師について、その職務を行わせることが不適当であると認められる事由（所在が明らかでない場合等を含む。）が生じた場合は、法施行令第 3 条第 3 項の規定に基づき、知事は社会福祉審議会の意見を聴いて、その指定を取り消すことができる。

付則

1　この要綱は、平成 28 年 1 月 1 日から施行する。
2　この要綱の施行前にされた申請に係る手帳の交付等については、なお従前の例による。
3　この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。
4　この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。
5　この要綱は、平成 29 年 10 月 12 日から施行する。
6　この要綱は、平成 30 年 2 月 27 日から施行する。
7　この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。