

【脳原性運動機能障害用】

(注)この様式は、脳性麻痺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ものです。
脳血管障害の後遺症(CVA)の場合は、【一般用】に記入してください。

(該当するものを○で囲むこと。)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

〈ひもむすびテスト結果〉

- 1 度目の1分間 _____本
- 2 度目の1分間 _____本
- 3 度目の1分間 _____本
- 4 度目の1分間 _____本
- 5 度目の1分間 _____本
- 計 _____本

イ 一上肢機能障害(右・左)

〈5動作の能力テスト結果〉

- a 封筒を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)

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 椅子から立ち上がり10m歩行し再び椅子に座る (・可能 _____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る (・可能 ・不可能)

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひもむすびテスト

5分間に事務用としじも(おおむね43cm規格のもの)を何本むすぶことができるかを検査するもの

- ① とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べる。
- ② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。
 各3cm
10cm
- (注) 上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。
手を机の上に浮かして結ぶこと。
- ③ 結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

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乗せてもよい。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。ジッパーを開けて閉めることを含む。
- 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。立位でなく座位のままでもよい。肩に担いではいけない。
- d 健側の爪を切る。
大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。
- e 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。

参考

障害程度等級表 (脳原性運動機能障害)

級別	脳原性両上肢機能障害	脳原性一上肢機能障害	脳原性移動機能障害
1級	19本以下のもの		つたい歩きができないもの
2級	33本以下のもの	5動作の全てができないもの	つたい歩きのみができるもの
3級	47本以下のもの	5動作のうち1動作しかできないもの	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
4級	56本以下のもの	5動作のうち2動作しかできないもの	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
5級	65本以下のもの	5動作のうち3動作しかできないもの	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
6級	75本以下のもの	5動作のうち4動作しかできないもの	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
7級	76本以上のもの	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	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
備考	ひもむすびテストの結果	5動作の能力テストの結果	下肢・体幹機能の評価の結果

様式3

総括表

身体障害者診断書・意見書 (肢体不自由障害用)

- 注意1 障害名欄には、既に障害認定を受けている部位を含めて、現時点で障害のある部位及び程度を具体的に記入してください。
記入例 右上下肢の機能全廃 両下肢の機能の著しい障害
右肩関節の機能の軽度の障害 右手指(5指)の機能の軽度の障害
左下肢下腿の2分の1以上の欠損 左下肢短縮(3cm)
右手指欠損(第2、第3指) 体幹機能障害(立ち上がることが困難)
- 注意2 成年期以降の脳梗塞・脳血管障害に起因する障害については、【肢体不自由一般用】に記入のこと。
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】に記入のこと。

氏名	明治昭和平成令和	年 月 日生	男・女
住所	京都府		
① 障害名(部位を具体的に明記すること。)			
② 原因となった疾病・外傷名	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・外傷発生日	年 月 日	発生場所	
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。)			
⑤ 総合所見	障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑥ 将来再認定(障害程度改善見込) ※改善の見込みがある場合は要に○を付し、悪化すると予想される場合には、不要に○を付すこと。	要(再認定の時期 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。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所在地			
診療担当科名 ()科 医師氏名 (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してください。〕			
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 (級相当)			
・ 該当しない			

※ 障害区分や等級決定のため、京都府又は京都府社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。