



身体障害者診断書の書き方：総論・肢体不自由

作成：公益社団法人日本リハビリテーション医学会 障がい者福祉委員会

監修：厚生労働省、国立障害者リハビリテーションセンター

はじめに

- ◆ 障害者手帳の判定は、身体障害者福祉法に基づき行われる。判定にあたっての国の考え方は厚生労働省通知において示されているが、最終判断は、自治体（都道府県、政令指定都市、中核市）に委ねられている。
- ◆ したがって、判定において、自治体による解釈や判断の違いができる限り生じないにすることが重要である。
- ◆ 本資料は、身体障害者手帳申請のための診断書の作成や自治体の判定における1つの考え方を示したものであり、診断書ができる限り共通の判断基準で作成されること及び自治体の判定における参考資料とすることを目的に提示するものである。

内 容

1. 障害者手帳について

2. 身体障害者診断書の書き方：総論

3. 判定機関の考え方

4. 身体障害者診断書の書き方：各論
【肢体不自由】

身体
知的
精神

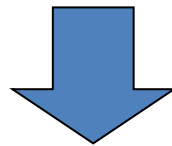


現在は紙とプラスチック
のカードが選択できる。

1. 障害者手帳について

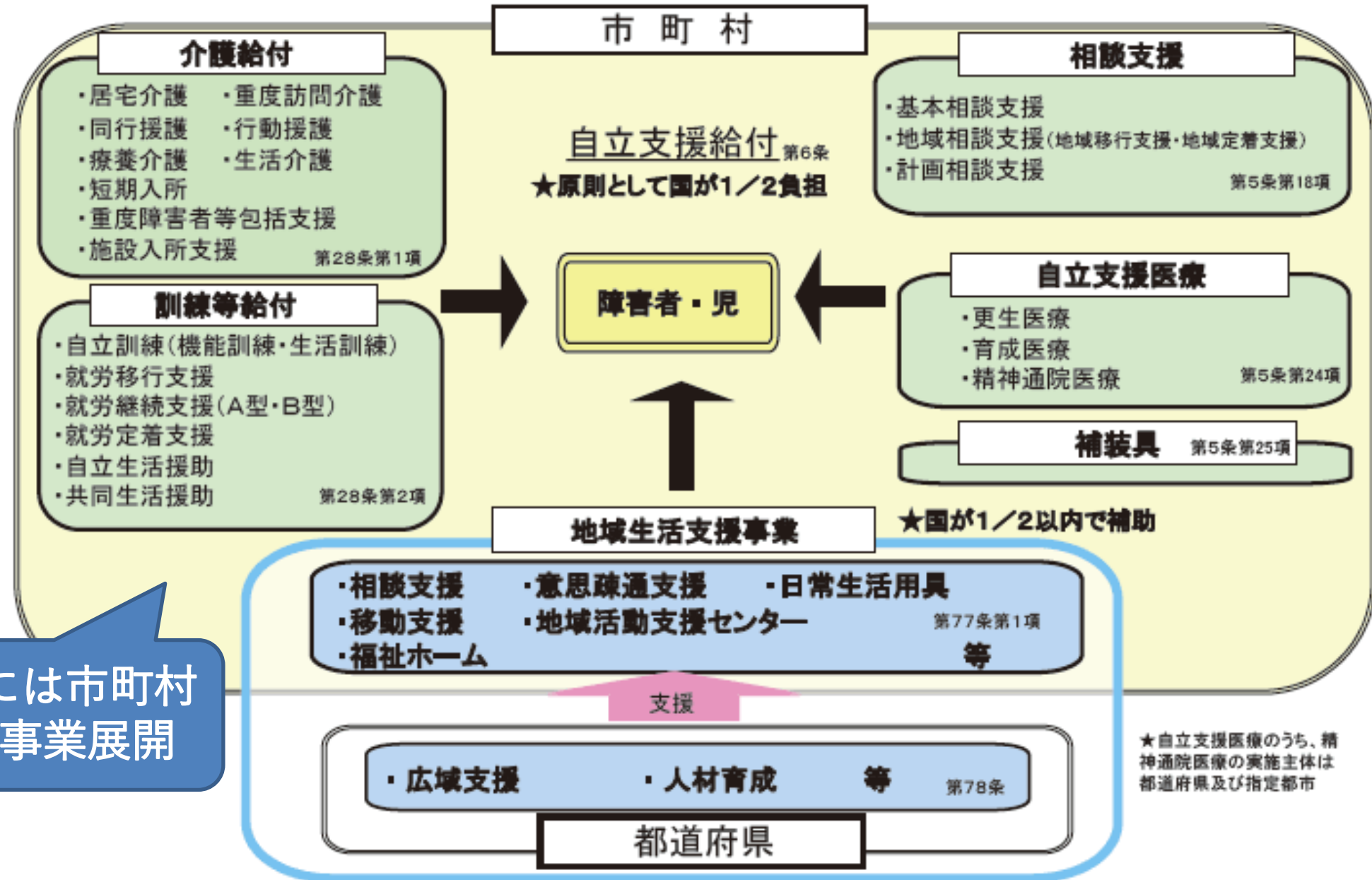
障害者手帳について

- ◆手帳は障害者としての法的地位を得るためのパスポート
 - ◆障害者総合支援法： 補装具、自立支援医療など
 - ◆障害者雇用促進法： 障害者雇用、障害者職業センターなど
 - ◆所得税法、地方税法など： 障害者控除
 - ◆自治体や民間業者の独自のサービス等を実施する際の目安
 - ◆障害者医療費助成、障害者割引（交通機関、入場料など）など



- ◆交付のためには公正、公平な判断が求められる。
- ◆手引き・基準をもとにして、整合性をとる必要がある。

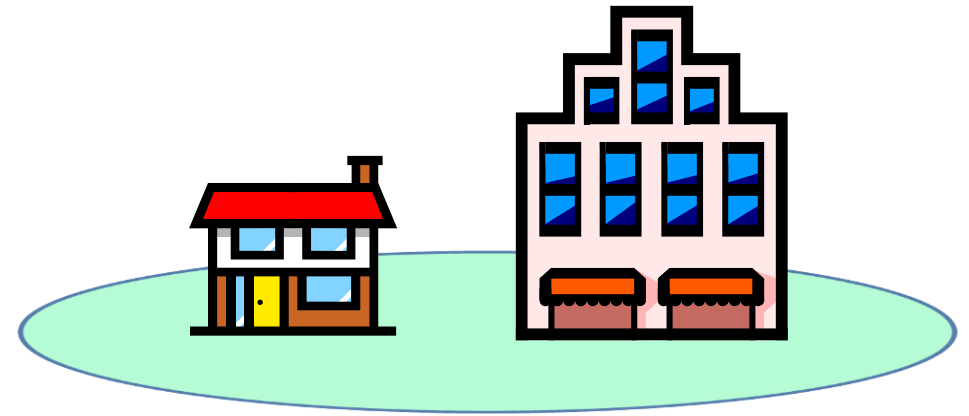
障害者総合支援法の給付・事業



基本的には市町村
単位で事業展開

身体障害者手帳

1. 視覚障害(視力・視野)
2. 聴覚・平衡機能障害
3. 音声・言語・そしゃく機能障害
4. 肢体不自由
5. 心臓機能障害
6. じん臓機能障害
7. 呼吸器機能障害
8. ぼうこう又は直腸機能障害
9. 小腸機能障害
10. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
11. 肝臓機能障害



すべての障害に共通していること

2. 身体障害者診断書の書き方：総論

①障害名（部位を明記）

左片麻痺 **あるいは、左上下肢機能障害など**

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

令和6 年 7 月 20 日 ・場 所 自宅

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。）

**リハビリテーションの経過
画像所見**

障害固定又は障害確定（推定）**R7** 年 **1** 月**28**日

⑤総合所見

麻痺の程度、具体的な歩行能力、筋力、ROM など

【将来再認定】 要〔軽減化・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

半側空間無視

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

R7 年 1 月 28 日

病院又は診療所の名称 ○○整形外科クリニック
所在地 ○○市 港西区 ○○○

診療担当科名 整形外 科 医師氏名 日本 太郎 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

1級から6級までである。
7級は手帳の交付がない。

・該当する (2 級相当)
・該当しない

- 注 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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、**○○県(○○市)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。

障害固定までの期間

- ◆一般的には「半年程度」とされることが多いが、半年を経過しないことのみをもって、「永続する障害」に該当しないと機械的に判断することは必ずしも適切ではない。
- ◆重度の中樞神経損傷では、3か月程度で障害固定としても認められる場合がある。
- ◆切断や臓器・器官摘出の場合は、生命の危険がない限り、その時点で固定の判断が可能である。

「再認定」について

- ◆障害の永続性について確実でない場合（改善する可能性を排除しきれない）であっても、早期に障害者福祉制度の利用が必要な場合には、自治体の判断により、1-5年後の再認定を条件に障害認定・手帳交付が可能である。
 - ◆例：30歳代の脳卒中で自宅復帰に車椅子作製が必要、機能訓練事業の利用が必要、脳性麻痺の2歳児、など
- ◆この場合、現時点での障害状況ではなく、将来残存するであろう障害程度を予測して記載することが望ましい。
- ◆再認定不要と記載しても、自治体において、「必要」と判断される場合がある。その逆の場合もある。

再認定の際の診断書

- ◆再認定の際には、前回の診断書作成以降の経過や治療内容の記載が必要であり、大切である。
- ◆前回の診断書とまったく同じ記述となる可能性は低い。
 - ◆障害が軽減している場合には、等級が下がることもあり得る。
 - ◆障害像が悪化している場合は、その理由と回復の可能性を記載することが重要である。

障害追加や等級変更の診断書

◆例えば、すでに肢体不自由の手帳を所持している方に、肢体不自由の等級変更や障害追加を行う場合は、追加する障害だけでなく、診断する時点で存在する全ての部位の障害状況について記載しなければならない。

◆例：下肢切断が加わった時の既存の上肢麻痺

記載が全くないと、「上肢は正常＝麻痺は回復」と解釈され、上肢の障害認定が外される可能性も考えられる。

他の障害の影響

◆等級認定においては、他の機能障害の影響を排して、当該障害の程度を考える必要がある。

◆肢体不自由の例：

意欲の低下によるMMTの低評価

(実際の筋力を反映していない)

認知機能障害によるADL低下

◆心臓機能障害の例：

麻痺による活動能力の低下

など…

診断が困難な場合の例

- ◆認知症や高次脳機能障害によって日常生活活動が困難な場合は身障手帳の認定は困難である。
 - ◆著しい拘縮や筋萎縮など、ROMや周径といった客観的所見だけで示せる機能障害に限られる。
- ◆加齢のみによる機能の低下で認定することも適当でない。障害者の更生援護が目的であることを勘案する。
- ◆常時の医学的管理が必要な状態の場合に、身障診断を行うことは適当でない。基本的に原疾患の治療で入院中は常時の医学的管理が必要な状態と考える。

等級の合算

◆2つ以上の障害が重複する場合、合計指数に応じて認定する。

◆指数： 7級=0.5、6級=1、 5級=2、 4級=4、

3級=7、 2級=11、 1級=18

◆合計指数：1以上⇒6級、 2以上⇒5級、 4以上⇒4級、

7以上⇒3級、 11以上⇒2級、 18以上⇒1級

◆単純に合計できない場合があるので注意が必要である。

◆まずは上肢、下肢の中で合算して等級を出す。

◆肘関節5級 + 手指5級 = 上肢4級

◆次に上下肢を合算して肢体不自由の等級を出す。

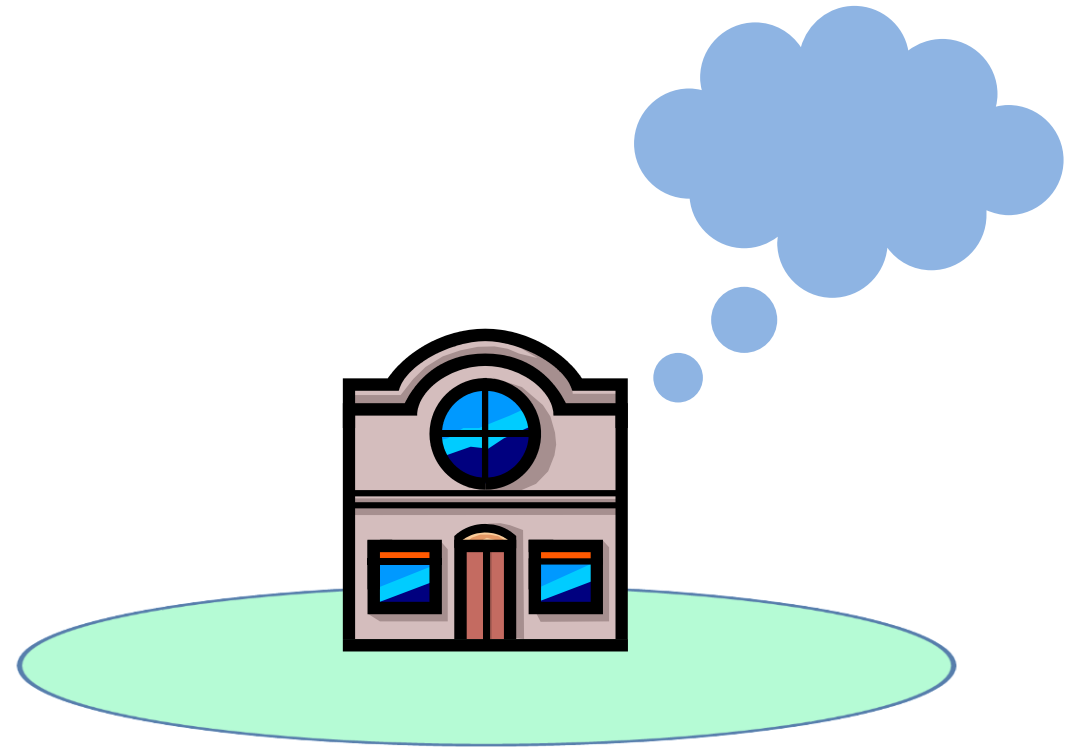
◆上肢4級 + 下肢3級 = 肢体不自由2級

交付までの時間

- ◆各判定機関は、できる限り早急な判定を行うことを目標としているが、提出のタイミングや地域の規模により、手帳が発行されるまでに数か月かかることも珍しくない。
- ◆「照会」が必要になると、さらに数週間以上（診断書作成医の回答の早さ次第）手帳発行が遅くなる。
 - ◆できる限り正確で丁寧な障害状況の説明を、判読可能な文字で記載することが求められる。

長期保存

- ◆診断書は長期保存される。
- ◆警察や裁判所からなど、法的根拠を有する照会があれば、診断書は開示される。
- ◆証拠として裁判所に提出されることがある。
- ◆虚偽の内容、他の医師名を騙った診断書など不適切な内容の診断書を作成すると取り返しのつかない事態になるおそれがある。
- ◆刑法第160条 虚偽診断書等作成 など



3. 判定機関の考え方

障害認定の原則- 1

- ◆ 「身体障害認定基準に該当する機能障害」が存在し、その障害が「永続する」と見込まれる。
 - ◆ 「永続する障害」とは、程度が「不変」であることではなく、「回復する可能性が極めて少ない」ものであれば足りる。
 - ◆ 「悪化」という変化は「永続する」に含まれる。
 - ◆ 書かれていない機能は正常であると判断するか、等級判断には影響しないと考えられる。

障害認定の原則- 2

- ◆等級程度の判断は、「機能障害」の程度で判断するのが基本的な考え方である。
- ◆さらに、その機能障害により、日常生活が一定以上の制限を受けていることが必要とされる。
 - ◆機能障害に見合う日常生活上の制限がなければ等級を軽減することがある。
 - ◆機能障害の程度が評価（数値化）できないものについては、日常生活上の制限の程度をもって機能障害の程度を推察する。

認定にあたっての3つの要素

◆基本は「機能障害」で認定・等級判断を行う。

◆肢体不自由ではMMT・他動的ROMで判断。麻痺の場合は麻痺の程度。

◆「機能障害」と「ADL低下」の関係を確認する。

◆機能障害に見合わないADLの時は要注意

◆「病名・病歴」から、次のことを確認する。

①示された「機能障害」を生じるか。

②十分なりハビリテーション治療がされたか。

③障害固定・永続性の判断は妥当か。

認定にあたっての3つの要素

- ◆「病名・病歴」、「機能障害」、「ADL低下」の3つが矛盾なく合致していると判断できれば、障害認定としては容易である。
- ◆合致しない場合には、特殊な病態や疾患である、記載の誤りがある、あるいは基準解釈が違っている、などの理由を考える。作成医への問い合わせも検討される。

「判定機関」における判定方法1

- ◆ 診断書を読んで推察される障害像から導き出される等級と、診断書に記載された等級意見とを比較する。
- ◆ 「照会」：診断書作成医へ問い合わせる。必要に応じて修正や追記を行っていただく。
- ◆ 「部会」：地方社会福祉審議会審査部会への諮問を行う。
 - ◆ 外部の有識者を委員とした審査部会に諮り、その決議をもって最終決定する。なお、申請に対し、身体障害に該当しないとする判定を行うには、地方社会福祉審議会に諮問しなければならない。

「判定機関」における判定方法2

- ◆要件を満たしていれば、
 - ◆判定側の判断で、等級意見よりも重い等級になることもある。
 - ◆再認定の条件を付けたり、外したり、再認定までの期間の変更を行うことも、判定側の判断で行われることがある。
 - ◆増悪が予想される難病等では、通常再認定は付かない。増悪した段階で、新しい診断書によりいつでも再申請ができる。



4. 身体障害者診断書の書き方：各論

【肢体不自由】

肢体不自由について1

◆肢体不自由には4つの機能障害がある。

1. 上肢不自由

2. 下肢不自由

3. 体幹不自由

4. 脳原性運動機能障害

- 上肢機能障害

- 移動機能障害

機能障害の程度での認定が基本

日常生活上の制限を材料に

機能障害の程度を推定して認定

肢体不自由について2

◆肢体不自由の機能障害の程度の判断は、次の条件で行う。

① 一時的な最大能力ではなく、日常的に無理なく発揮可能な能力で評価する。

◆「無理すれば可能」は可能とは扱わない。

② 義肢・装具等を装着しない状態で判断する。

③ 人工関節・人工骨頭は、置換術後の経過が安定した時点で判断する。昔は人工関節＝全廃と判断したが、現在はそうならない。

上肢不自由・下肢不自由1

- ◆機能障害の程度は「全廃」「著障」「軽障」の3段階ある。
 - ◆「全廃」：機能を全廃したもの
 - ✓「欠損（切断）」は機能全廃と同様の扱い
 - ◆「著障」：機能の著しい障害
 - ◆「軽障」：機能の軽度の障害：7級
- ◆これに機能障害の範囲を考慮して障害等級が決まる。
- ◆7級単独では手帳交付の対象とならないが、7級の部位を複数併せることで6級以上となれば手帳交付の対象となる。

上肢不自由・下肢不自由2

◆各関節（肩・肘・手・手指、股・膝・足）の「MMT」と「他動的 ROM」で認定するのが基本

◆全廃：可動範囲 10 度以下、MMT 0～2、高度の動揺関節

◆肩関節は 30 度以下、足関節は 5 度以下

◆著障：可動範囲 30 度以下、MMT 3、中等度の動揺関節

◆肩関節は 60 度以下、足関節は 10 度以下

◆「前腕の回内外の可動範囲 10 度以下」も肘関節著障

◆軽障：可動範囲 90 度以下、MMT 4

◆足関節は 30 度未満

注）ROM は各運動方向の値をもって評価する。

◆屈曲 20 度・伸展 10 度の可動範囲は 30 度

上肢不自由・下肢不自由3

- ◆上（下）肢不自由は機能障害の程度で判断するのが原則だが、ROM・MMTのみでは上手く説明できない機能障害（痙縮、運動失調など）については「日常生活の支障」を材料にその機能障害の程度を推定し総合的に判断する。

例）小脳性運動失調

ROM・MMTで判断するならば「非該当」となるが、運動失調により上肢の実用性が著しく低い場合は3級相当、あるいは手指の作業が困難な状態として4級相当、精密な運動が困難として7級と判断される場合がある。

上肢不自由

◆一上肢全体に及ぶ機能障害については、まとめて判断する。

◆全廃：

◆肩関節・肘関節・手関節・手指 5 本の 上肢全ての機能が全廃

◆著障：

◆肩関節・肘関節・手関節・手指 5 本の 全ての機能の平均が著障相当

◆肩関節・肘関節・手関節のうち 2 関節の機能全廃

下肢不自由1

◆一下肢全体に及ぶ機能障害については、まとめて判断する。

◆全廃：

◆股関節・膝関節・足関節の 下肢全ての機能が全廃

◆著障：

◆股関節・膝関節・足関節の 全ての機能の平均が著障相当

下肢不自由2

- ◆一下肢全体に及ぶ機能障害については、日常生活の支障の程度を参考に判断することもある。
- ◆しかし、患肢で立位を保持できないから全廃、1km 以上の歩行不能だから著しい障害、と決定できるわけではない。その能力面や活動の制限を裏付ける筋力低下や麻痺、感覚障害、運動失調などの機能障害が存在し、それらを診断書に記載することが必要である。

体幹不自由1

- ◆体幹（頸部・胸部・腹部・腰部）の運動および体位保持の機能障害を体幹不自由として認定する。
 - ◆例：小脳性運動失調、パーキンソン病による固縮など
- ◆障害が体幹のみならず四肢にも及ぶ場合は多いが、体幹と下肢の重複する機能障害として合算することはできない。より上位の等級を採用することになる。
- ◆片麻痺の場合は、体幹機能障害で認定せず、一上下肢の機能障害で判断する。下肢の障害を体幹不自由で判断しない。

体幹不自由2

- ◆体幹機能障害の程度は、基準では姿勢保持や歩行といった日常生活の支障の程度で判断する。
 - ◆1 級： 座位がとれないもの
 - ◆2 級： 座位・起立位を 10 分以上保てないもの、起立することの困難なもの
 - ◆3 級： 100m 以上歩行不能、片脚起立保持が全くできないもの
 - ◆5 級： 2km 以上歩行不能
- ◆診断書には、上記を裏付ける体幹の運動失調の程度やバランス障害の程度などを記載することが求められる。



4. 身体障害者診断書の書き方：各論

【肢体不自由：各疾患について】

骨関節疾患1

- ◆経過の欄には、今までの治療の経過、手術が施行されていればその内容を記載する。
- ◆また、今後の治療の余地（とくに手術に関して）があるのかどうかについても記載する。余地がある場合は時期尚早となる。
- ◆切断は、当面の生命的危機がなければ、術後早期に認定できる。
- ◆腰部脊柱管狭窄症による間歇跛行は永続する障害とはみなさない。明らかな麻痺や筋力低下をもって診断する。

骨関節疾患2

- ◆例えば、股関節の障害によって歩行が困難な場合は、一下肢の機能障害ではなく一関節の機能障害の範囲で認定することが原則。
- ◆関節リウマチでは四肢の関節に障害が及ぶが、手帳上は障害の程度に該当する部位のみが障害名となる。また、疼痛がある際には筋力のみで判断せず、ROMやADLなどを合わせて総合的に判断する。
- ◆人工関節置換はそれのみをもって全廃とはしない。

脳血管障害による片麻痺1

- ◆麻痺の程度を必ず記載する。
 - ◆ブルンストロームステージやSIASなど
- ◆片麻痺の場合は、上肢と下肢それぞれの等級を明記する。体幹機能障害での認定は不適當である。
- ◆画像所見やリハビリテーション治療の経過を記載すると、認定に際して非常に参考になる。
- ◆発症からの期日は3か月以内でも認定可能だが、「これ以上の回復はない」との判断および客観的根拠が必要（3か月以上でも同様）である。

脳血管障害による片麻痺2

- ◆麻痺が軽度の場合には早期に判定することは難しい場合がある。
運動麻痺以外に影響する因子があるならば明記する。
 - ◆例えば、重度の感覚障害や異常知覚など
- ◆片麻痺であるのにADLが全部×の場合は、その理由を記載しておく
と保留の可能性が減少する。
 - ◆例えば、高次脳機能障害があってADLは全介助という場合もある。その場合も麻痺があることが明らかであれば、高次脳機能障害の影響を差し引いて認定する。

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○

寝がえりする

×

あしを投げ出し

×

椅子に腰掛け

×

通常の片麻痺のみの場合は、
ADLがすべて×は考えられない。

立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)

×

顔を洗いタオルで拭く

×

家の中の移動(壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車いす)

×

タオルを絞る

×

洋式便器にすわる

×

背中を洗う

×

排泄の後始末をする

×

二階まで階段を上って下りる(手すり、杖、松葉杖)

×

(はしで)食事をする(スプーン、自助具)

×

屋外を移動する(家の周辺程度)
(杖、松葉杖、車いす)

×

コップで水を飲む

×

公共の乗物を利用する

×

上肢切断・欠損

- ◆認定基準に記載されている通りに判断する。
- ◆手指欠損（切断）とは「母指は IP 関節、その他の指は PIP 関節 以上を欠くもの」であり、同関節が物理的に温存されている部分切断は欠損（切断）として扱わない。
- ◆欠損（切断）は、当該手指の「全廃」と同じ等級となる。
- ◆両側切断の場合、単純な合算ではなく1等級あげた等級となる場合がある。
 - ◆例：片側手関節離断⇒3級、両側手関節離断⇒1級、など

下肢切断・欠損

- ◆認定基準に記載されている通りに判断する。
- ◆下腿切断や大腿切断は長さによって等級が異なる基準となっているが、下腿切断は長さによらずすべて4級、大腿切断も長さによらずすべて3級（膝離断も3級）と判断している自治体もある。
 - ◆ノート参照
- ◆両側切断の場合、単純な合算ではなく1等級あげた等級とする場合がある。
 - ◆例：片側下腿切断⇒4級、両側下腿切断⇒2級、など

疼痛に起因する機能障害

- ◆疼痛の治療中は原則認定できない。
- ◆治療が終了あるいは維持的な治療しかしていない場合は、筋萎縮、筋力低下、関節可動域、画像所見などから疼痛の結果として生じた障害が客観的に証明できれば認定可能となる。
- ◆客観的所見がある場合においても、治療期間等を考慮して、発症から6か月程度経過した時点で認定し、また状況に応じて再認定を付記している自治体もある。

意識障害を伴う場合

- ◆重度な意識障害がある場合は、身体機能（とくに麻痺や筋力）の評価が困難である。寝たきり＝1級とはならない。麻痺や筋力が評価できるならば認定の可能性はある。
- ◆入院中の場合は治療が継続されていると考え、一般的には認定の対象とならない。
- ◆医師による治療・処置が週に1～2度であり、身体機能障害が不可逆的で、障害程度と予後が特定できる場合には認定が可能（当面のあいだ）である。

廃用症候群について

- ◆ 廃用性のものであっても、筋力低下と筋萎縮が明らかであり、トレーニングによる改善も望めないという状況であれば認定可能である。
- ◆ 関節拘縮もトレーニングによる改善が望めないという状況であれば認定可能である。
- ◆ いずれの場合もROMとMMTの表への記載は必須である。なお、筋力は○ △ ×ではなく、0～5（Z～N）で記載いただくとより詳細な判断ができる。

脳原性運動機能障害1

- ◆脳原性運動機能障害は、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によってもたらされた姿勢及び運動の異常を対象とする。
- ◆さまざまな動作や活動といった生活経験の獲得という点で極めて不利な状態に置かれていることへ特別に配慮されたものとなっている。一般の上肢・下肢・体幹不自由の判断基準よりも、比較的上位の等級に判断できることが多い。

脳原性運動機能障害2

- ◆具体的原因：脳性麻痺、乳幼児期以前の脳炎・無酸素脳症・脳外傷などが想定される。
- ◆肢体不自由一般の診断基準・診断書との使い分け：機能障害ではなく能力障害のテストとなっている。
 - ①本人の不利にならない方を選択する（原則）。
 - ②加齢や他の合併症によって機能低下した場合は、肢体不自由一般の診断書と基準を使用する。
 - ③知的能力・意欲などに左右される場合は、肢体不自由一般の診断方法を取らざるを得ない場合あり（とくに上肢機能）。

模擬診断書のチェック



①障害名（部位を明記）	右片麻痺		事例1：55歳 女性	
②原因となった 疾病・外傷名	脳出血		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）	
③疾病・外傷発生年月日 令和6 年 7 月 20 日 ・場 所 自宅				
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。） R6年7月20日右片麻痺と失語症にて発症。近医入院し、翌日開頭血腫除去術を受けた。 R6年7月30日当センター転院。入院リハビリテーションを実施している。 頭部CTでは左被殻の大きな出血を認めた。 発症後3ヶ月を経過し、今後の回復は期待できないと考える。 障害固定又は障害確定（推定）R6 年11月 2 日				
⑤総合所見 右ブルンストロームステージは上肢5，手指5，下肢4。 右上肢は物を持ち上げたり，投げたりすることができない。【上肢の著しい障害】 右片脚立位は不能。【下肢の全廃】 プラスチック短下肢装具と杖を使用して屋外歩行可能となった。 【将来再認定】 要〔軽減化・重度化〕<u>不要</u>（再認定の時期 年 月）				
⑥その他参考となる合併症 失語症				

上下肢合算して2級の意見



①障害名(部位を明記) 体幹機能障害 (または四肢体幹でもいい)		事例2:65歳 男性
②原因となった 疾病・外傷名 パーキンソン病	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他()	
③疾病・外傷発生年月日 平成30 年 7 月 頃 日 ・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。)		
平成30年発症。A大学病院にて診断を受けた。令和2年より当院にて投薬治療を行っている。 徐々に歩行が困難となってきた。 障害固定又は障害確定(推定) R6 年11月 2 日		
⑤総合所見 on-off現象があり、調子が悪いときには一人で立ち上がることができず、歩行は突進歩行となる。 したがって、家族の介助・監視が必要である。 調子がよいときには自宅内のADLは自立している。		
【将来再認定】 <u>要</u> 〔 <u>軽減化</u> ・ <u>重度化</u> 〕・不要 (再認定の時期 R8 年11月)		
⑥その他参考となる合併症 高血圧		

体幹機能障害で2級の意見

事例3: 70歳
男性

①障害名(部位を明記)

四肢麻痺

②原因となった
疾病・外傷名

頸髄損傷 頸椎後縦靱帯骨化症

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6 年 9 月 6 日 ・場 所 自宅

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。)

R6年9月6日 自宅での掃除中に転倒し後頭部を打撲。四肢の麻痺が出現し他院入院。脊柱管狭窄に外傷が加わったことによる不全麻痺との診断にて、頸椎の後方除圧術を実施。R6年10月15日当院へリハビリテーション目的で転院。麻痺は急速に改善しており、リハビリテーションを継続中である。

障害固定又は障害確定(推定) R6 年11月 2 日

⑤総合所見

四肢の痙性麻痺を認める。両手指は巧緻動作が困難であり、はしの使用が困難である。【両手指の軽度の障害×2=6級】 右手で杖をついて歩行は可能であるが、階段昇降には手すりが必要である。

【両下肢の著しい障害×2=3級】

【将来再認定】 要 軽減化・重度化]・不要 (再認定の時期 R7年11月)

⑥その他参考となる合併症

高血圧

四肢麻痺で3級の意見

ご覧いただきありがとうございます。