

障害程度等級表解説

第5 じん臓機能障害

第5 じん臓機能障害

(1) 等級表 1 級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

- ① じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0mg/dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの
- ② 腎臓移植後、抗免疫療法を必要とする状態にあるもの

(2) 等級表 3 級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

- ① じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分以上、20ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 5.0mg/dl 以上、8.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は次のいずれか 2 つ以上の所見があるもの
 - ア 腎不全に基づく末梢神経症
 - イ 腎不全に基づく消化器症状
 - ウ 水分電解質異常
 - エ 腎不全に基づく精神異常
 - オ エックス線写真所見における骨異栄養症
 - カ 腎性貧血
 - キ 代謝性アシドーシス
 - ク 重篤な高血圧症
 - ケ じん疾患に直接関連するその他の症状
- ② eGFR（推算糸球体濾過量、単位は ml/分/1.73 m²）が 10 未満のもの

(3) 等級表 4 級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

- ① じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 20ml/分以上、30ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 3.0mg/dl 以上、5.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は (2) ① のアからケまでのうちいずれか 2 つ以上の所見のあるもの
- ② eGFR が 10 以上 20 未満のもの

(注 1) 慢性透析療法を実施している者の障害の判定は、当該療法の実施前の状態で判定するものである。

(注 2) 診断書の日常生活の制限による分類と等級の関係は、概ね次のとおりである。

- ア …………… 非該当
- イ …………… 4 級相当
- ウ …………… 3 級相当

問	答
<p>(1) 腎臓機能障害として診断する状態、時期については、具体的にはいつの時点か。</p>	<p>(1) 腎臓機能障害の認定対象となり得るのは、慢性腎不全などにより永続的に腎臓機能が著しく低下したものと及び抗免疫療法を必要とする状態にあるものであり、腎臓機能の急性増悪など一時的な増悪時期の状態をもって認定するものではない。</p>
<p>(2) 慢性透析療法実施前の医療機関から転院した後に透析療法を開始した場合等で、腎機能の経過の把握のため前医へ確認する必要があるか。</p>	<p>(2) 既に透析療法が実施されている者の場合は透析療法開始直前の検査所見によることとなっており、転院した者であってもこれらの検査所見は保存されているはずであり、確認することが必要である。</p>
<p>(3) 血清クレアチニン濃度に着目して腎機能を判定できるのは、主として慢性腎不全によるものであり、糖尿病性腎症の場合は、血清クレアチニン濃度が 8mg/dl 未満であっても自己の身の日常生活活動が極度に制限される場合があるが、この場合の等級判定はどのように取り扱うのか。</p>	<p>(3) 糖尿病性腎症等、腎臓機能障害以外の要因によって活動能力が制限されている場合であっても、認定基準のとおり、血清クレアチニン濃度が 8mg/dl を超えるもの又は内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分未満のものでなければ 1 級として認定することは適当ではない。</p>
<p>(4) 腎臓機能障害で認定を受けていた者が、腎臓移植によって日常生活活動が大幅に改善された場合、手帳の返還あるいは再認定等が必要となるのか。</p>	<p>(4) 移植後の抗免疫療法を継続実施している間は 1 級として認定することが規定されており、手帳の返還や等級を下げるための再認定は要しないものと考えられる。ただし、抗免疫療法を要しなくなった後は、改めて再認定することは適当と考えられる。</p>
<p>(5) 慢性透析療法を実施している者の障害程度の認定に当たって、いつの時点の諸検査データを記載するか。</p>	<p>(5) 透析導入に至るまでの腎機能低下の推移(血清クレアチニン濃度 2～3 回分)、透析導入時の腎機能の数値(血清クレアチニン濃度：最大間隔透析前値 2～3 回分)を「6 その他参考となる身体状</p>

<p>(6) 高齢であること、又は筋肉量が少ないことなどの理由により 前記(1)、(2)又は(3)により障害程度を判断することが適当でない場合の判断方法についてはどのように判断すべきか。</p>	<p>況 ウ」に記載すること。なお、記入の際にはそれぞれ検査日を併記すること。</p> <p>(6) 具体的な身体状況及び日常生活の制限等を考慮した上で医学的に判断し、診断書に状況を詳しく記入すること。</p>
---	---

診断書・意見書の記載上の注意 【じん臓】

1 総括表

(1) ①障害名(部位も明記)

障害部位について、じん臓機能障害と記載すること。

(2) ②原因となった疾病・外傷名

できる限り正確な疾病名を記載すること。例えば、「慢性腎不全」は病名ではないので、「糖尿病性腎症」のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明な時は疑わしい疾患名を記載すること。

(3) ③疾病・外傷発生年月日

不明確の場合は推定年月を記入すること。

(4) ④参考となる経過・現症

ア 傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障害認定のうえで参考となる事項を簡潔に記載すること。

イ 腎機能低下の推移が分かるように、透析導入に至るまでの数回、透析導入時、透析導入した後数回の血清クレアチニン濃度(最大間隔透析前値)の数値を本欄又は「6 その他参考となる身体状況 ウ 血清クレアチニン濃度等」に明記する。内因性クレアチンクリアランス値及び eGFR により認定する場合はその数値を本欄に明記する。その際には検査日を併記すること。

ウ 透析導入時の数値で判断するのではなく、透析導入後の数回の数値で判断すること。(検査日と数値を一覧表にしても可)

エ 障害固定日は、その等級に至った年月日を必ず記載すること。

(5) ⑤総合所見

ア 経過及び現症からみて、障害認定に必要な事項、特にじん臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状況について明記し、併せて将来再認定の要否(1級は『不要』、3・4級は『要』に○)、時期(1級は記載不要、3・4級は推定記入)等を必ず記載すること。

イ 今後永続的に透析療法を要する旨の意見を記入すること。

(6) 診断日、病院又は診療所の名称、所在地、診療担当科名、医師名、㊞

漏れなく記載すること。(診断日は、障害固定日以降の日付となるので注意すること。)

2 その他の留意点

(1) 等級判定に当たっては、数値のみでなく、高齢の方や体重の少ない方、日常生活が制限されている方については、患者の現状を考慮した上で等級判定することとしているので、総合所見欄又は別紙に具体的な状況を明記すること。

(2) ボールペン等消しゴムで消えない筆記具で記入すること。

(3) 訂正箇所には診断書・意見書記載医師による訂正印を押印すること。

身体障害者診断書・意見書（じん臓 障害用）

総表

氏名	〇〇〇〇	〇〇年〇月〇日生	（〇〇）歳	（男）	女
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇〇				
① 障害名（部位を明記）	じん臓機能障害				
② 原因となった疾病・外傷名	糖尿病性腎症 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	平成14年7月	頃	日・場所	※ 不明確の場合は、初診日又は「～年頃」と記入	
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。）	以前から糖尿病でインスリン治療をしていた。平成14年の夏頃から上記診断にて当院で治療開始、その後次第に腎機能が低下。 H30.12.15 Cr 6.5 でシャント作成 H31.1.31 Cr 8.5（透析導入） ※ 障害固定又は障害確定（推定） 平成31年2月23日 ※ 透析導入日は必ず記入				
⑤ 総合所見	※ 透析導入前後数回の検査結果を「6 その他参考となる身体状況」に記入				
⑥ その他参考となる合併症状	腎機能回復の見込みなく、今後も継続的に透析療法を必要とする。 〔将来再認定 要・不要〕（月）				
⑦ 再認定の場合、判断理由も記入	（再認定の時期）				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。	平成31年4月〇〇日				
病院又は診療所の名称	△△病院				
所在地	△△市△△町△△△△				
担当診療科名	△△科 医師氏名 △△ △△ ㊟				
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	<p>1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、僧帽弁膜炎等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。</p> <p>3 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。</p> <p>4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせる場合があります。</p>				

腎臓の機能障害の状態及び所見

（該当するものを○で囲むこと。）

1 腎臓の機能（平成31年1月31日） ※ 必ず記入

ア 内因性クレアチニンクリアランス値（5.2 ml/分）測定不能

イ 血清クレアチニン濃度（8.5 mg/dl）

ウ 血清尿素窒素濃度（97 mg/dl）

エ 24時間尿量（700 ml/日）

オ 尿所見（尿タンパク(+)、尿潜血(±)）

2 その他参考となる検査所見（胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等） 心拡大、増殖硝子体網膜症

3 臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入すること。）

ア 腎不全に基づく末梢神経症状（有・無）〔 〕

イ 腎不全に基づく消化器症状（有・無）〔食思不振、悪心、嘔吐、下痢〕

ウ 水分電解質異常（有・無）〔Na 140 mEq/l K 5.2 mEq/l Ca 7.2 mg/dl P 7.4 mg/dl 浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うつ血、その他（ ）〕

エ 腎不全に基づく精神異常（有・無）〔 〕

オ エックス線写真所見における骨異栄養症（有・無）〔高度 中等度 軽度〕

カ 腎性貧血（有・無）Hb 6.5 g/dl Ht 19.8 % 赤血球数 190 ×10⁴/mm³

キ 代謝性アシドーシス（有・無）〔HCO₃ 17.5 mEq/l〕

ク 重篤な高血圧症（有・無）最大血圧/最小血圧 185 / 90 mmHg

ケ 腎不全に直接関連するその他の症状（有・無）〔 〕

4 現在までの治療内容

ア 慢性透析療法の実施の有無 (有) (回数 3 / 週) ・無

(「有」の場合はイも記載すること。)

イ 透析導入日 (平成31年 1月 31日)

5 日常生活の制限による分類 (慢性透析療法を実施している場合は、透析導入前の状態で記入すること。)

ア 家庭内での普通の日常生活又は社会での極めて温和な日常生活活動について支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの

ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの

(エ) 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

6 その他参考となる身体状況

ア 身長 170 cm

イ 体重 65 kg (ドライウエイト 60 kg)

ウ 血清クレアチニン濃度等

検査日					
C r (mg/dl)					
BUN (mg/dl)					
H t (%)					

※ 透析を導入した場合、透析導入前(数回)・透析導入時・透析導入後(数回)における血清クレアチニン濃度等を検査日とともに記入すること。