

## 第6 じん臓機能障害

## 一 身体障害者障害程度等級表

(抜すい)

| 級 別 | じ ん 臓 機 能 障 害                      |
|-----|------------------------------------|
| 1 級 | じん臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |
| 2 級 |                                    |
| 3 級 | じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの |
| 4 級 | じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの  |

## 二 身体障害者障害程度等級表の解説

- (1) 等級表1級に該当する障害は、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をいう。
- (2) 等級表3級に該当する障害は、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をいう。

|   |                    |   |                   |
|---|--------------------|---|-------------------|
| a | じん不全に基づく末梢神経症      | f | じん性貧血             |
| b | じん不全に基づく消化器症状      | g | 代謝性アシドーシス         |
| c | 水分電解質異常            | h | 重篤な高血圧症           |
| d | じん不全に基づく精神異常       | i | じん疾患に直接関連するその他の症状 |
| e | エックス線写真所見における骨異栄養症 |   |                   |

- (3) 等級表4級に該当する障害は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)のaからiまでのうちいずれか2つ以上の所見のあるものをいう。
- (4) じん移植術を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去(軽減)状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定した場合の状態と判定するものである。
- (注1) eGFR(推算糸球体濾過量)が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、eGFR(単位はml/分/1.73m<sup>2</sup>)が10以上20未満のときは4級相当の異常、10未満のときは3級相当の異常と取り扱うことも可能とする。
- (注2) 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。

## 三 診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的にじん臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

- (1) 「総括表」について
- ア 「障害名」について
- 「じん臓機能障害」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

じん臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。例えば単に「慢性腎炎」という記載にとどめることなく、「慢性糸球体腎炎」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載する。

傷病発生前年月日は初診日でもよく、それが不明な場合は推定年月を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

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詳細に記載する。

現症については、別様式診断書「じん臓の機能障害の状況及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。

エ 「総合所見」について

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態について明記し、併せて将来再認定の要否、時期等を必ず記載する。

(2) 「じん臓の機能障害の状況及び所見」について

ア 「1 じん臓機能」について

障害程度の認定の指標には、内因性クレアチンクリアランス値及び血清クレアチニン濃度が用いられるが、その他の項目についても必ず記載する。

なお、慢性透析療法を実施している者については、当該療法実施直前の検査値を記入する。

イ 「3 臨床症状」について

項目のすべてについて症状の有無を記し、有の場合にはそれを裏付ける所見を必ず記述する。

ウ 「4 現在までの治療内容」について

透析療法実施の要否、有無は、障害認定の重要な指標となるので、その経過、内容を明記する。また、じん臓移植術を行った者については、抗免疫療法の有無を記述する。

エ 「5 日常生活の制限による分類」について

日常生活の制限の程度（ア～エ）は、診断書を発行する対象者の症状であって、諸検査値や臨床症状とともに障害程度を判定する際の重要な参考となるものであるため、当該項目を慎重に選ぶ。

日常生活の制限の程度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 エ……1級相当

## 四 障害程度の認定について

- (1) じん臓機能障害の認定は、じん臓機能を基本とし、日常生活の制限の程度、又はじん臓不全に基づく臨床症状、治療の状況によって行うものである。
- (2) eGFR(推算糸球体濾過量)が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、eGFR(単位は ml/分/1.73 m<sup>2</sup>)が 10 以上 20 未満のときは4級相当の異常、10 未満のときは3級相当の異常と取り扱うことも可能とする。
- (3) 慢性透析療法を実施している者の障害程度の認定は、透析療法実施直前の状態で行うものであるため、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。
- (4) じん臓移植術を行った者の障害程度の認定は抗免疫療法を実施しないと仮定した状態で行うものであるため、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。
- (5) じん臓機能検査、臨床症状と日常生活の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。

**\*なお、本県においては以下のとおり取り扱っておりますのでご注意ください。**

- ◎ 審査基準は前述のとおり。
- ◎ ただし、満12歳を超え、内因性クレアチンクリアランス値が計測しがたい場合はその推計値（Cockcroft-Gault の式で導き出された値）で認定することができることとする。

Cockcroft-Gault の式

男性： $\{ (140 - \text{年齢}) \times \text{体重 (kg)} \} \div \{ 72 \times \text{血清クレアチニン濃度 (mg/100ml)} \}$

女性： $\{ (140 - \text{年齢}) \times \text{体重 (kg)} \} \div \{ 72 \times \text{血清クレアチニン濃度 (mg/100ml)} \} \times 0.85$

\*この場合の年齢、体重は血清クレアチニン濃度検査日（採血日）現在のものとする。

## 五 疑義解釈

| 質 疑   | 回 答  |
|---|--|
| <p>[じん臓機能障害]</p> <p>1. 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、手帳申請時の診断書に「透析療法実施前のクレアチニン濃度は不明」と記載されている場合は、どのように等級判定するのか。</p> <p>2. 血清クレアチニン濃度に着目してじん臓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、糖尿病性じん臓症の場合は、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辺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. すでにじん臓移植手術を受け、現在抗免疫療法を継続している者が、更生医療の適用の目的から新規にじん臓機能障害として手帳の申請をした場合、申請時点での抗免疫療法の実施状況をもって認定してよいか。</p> <p>4. じん臓機能障害で認定を受けていたものが、じん臓移植によって日常生活活動の制限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>すで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>なお、やむを得ず透析療法開始前の検査所見が得られない事情のある場合は、次回透析日の透析実施直前における検査所見等を用いることが適当である。</p> <p>糖尿病性じん臓症等、じん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ニ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>じん臓移植を行ったものは、抗免疫療法の継続を要する期間は、これを実施しないと再びじん臓機能の廃絶の危険性があるため、抗免疫療法を実施しないと仮定した状態を想定し、1級として認定することが適当である。</p> <p>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。</p> <p>ただし、抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することは考えられる。</p> |

# 身体障害者診断書・意見書

総括表

じん臓機能障害用

|   |               |     |
|---|---------------|-----|
| 氏 名   | 年 月 日<br>( 歳) | 男・女 |
| 住 所   |               |     |
| ① 障害名(部位を明記)  |               |     |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名  |               |     |
| 交通、労災、その他の事故、戦傷、<br>戦災、自然災害、疾病、先天性、その他( )   |               |     |
| ③ 疾病・外傷発生年月日  |               |     |
| 年 月 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。)   |               |     |
| ⑤ 障害固定又は障害確定(推定)  |               |     |
| 年 月 日   |               |     |
| ⑥ 総合所見  |               |     |
| ⑦ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由  |               |     |
| 【 要 ・ 不要 】(再認定の時期 年 月)  |               |     |
| ※将来再認定を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br>症状が〔 軽 快 ・ 悪 化 〕する見込みがあるため。   |               |     |
| ⑧ 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   |               |     |
| (記名押印又は署名)  |               |     |
| 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 ( 級相当)  |               |     |
| ・該当しない  |               |     |
| 注意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」(別紙様式)を添付してください。   |               |     |
| 3 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次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。  |               |     |

じん臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 ( mℓ/分) 測定不能  
 ※測定不能の場合はその理由 ( )
- イ 血清クレアチニン濃度 ( m g / d ℓ)
- ウ 血清尿素窒素濃度 ( m g / d ℓ)
- エ 24時間尿量 ( m ℓ / 日)
- オ 尿所見 ( )

※内因性クレアチンクリアランス値が測定不能の場合は、Cockcroft-Gaultの式から算出した推計値  
 によることができます。その場合は、下記の数式に数値をご記入ください。

|                   |      |            |                             |
|-------------------|------|------------|-----------------------------|
| 年齢                | 体重   | 血清クレアチニン濃度 |                             |
| 男性 : {(140 - 歳) × | k g} | ÷ {72 ×    | m g / d ℓ} = m ℓ / 分        |
| 女性 : {(140 - 歳) × | k g} | ÷ {72 ×    | m g / d ℓ} × 0.85 = m ℓ / 分 |

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)

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 じん不全に基づく末梢神経症 (有・無) [ ]
- イ じん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)  $\left[ \begin{array}{l} \text{Na} \quad \text{mEq} / \ell, \text{K} \quad \text{mEq} / \ell \\ \text{Ca} \quad \text{mg} / \text{dℓ}, \text{P} \quad \text{mg} / \text{dℓ} \\ \text{浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血} \\ \text{その他( )} \end{array} \right]$
- エ じん不全に基づく精神異常 (有・無) [ ]
- オ エックス線写真所見上における骨異栄養症 (有・無) [高度、中等度、軽度]
- カ じん性貧血 (有・無) Hb g/dℓ, Ht %  
 赤血球数  $\times 10^4 / \text{mm}^3$
- キ 代謝性アシドーシス (有・無) [ $\text{HCO}_3$  mEq/ℓ]
- ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧  
 / mmHg
- ケ じん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

(慢性透析療法の実施の有無(回数 /週、期間)等)

5 日常生活の制限による分類

- ア 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ついては支障がなく、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。

注 透析療法を現に継続している場合、透析を開始した直前の検査所見等を記入すること。  
 不明の場合、次回透析日の透析実施直前の検査所見等を記入すること。

## 身体障害者診断書・意見書

(じん臓機能障害用)

## 総括表

|   |  |  |
|---|--|--|
| 氏名<br>〇〇 〇〇   | 昭和 28年 9月 13日生<br>(66歳)  | 男・女  |
| 住所 〇〇市〇〇町〇〇   |  |  |
| ① 障害名(部位を明記) <b>じん臓機能障害(慢性腎不全)</b>  |  |  |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名  | <b>慢性糸球体腎炎</b>   | 交通、労災、その他の事故、戦傷、<br>戦災、自然災害、 <b>疾病</b> 、先天性、その他( ) |
| ③ 疾病・外傷発生年月日  | 平成 23年 5月 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。)<br><b>平成23年頃から高血圧あり。平成25年に尿蛋白出現。<br/>平成30年から尿蛋白量増大。平成30年8月にBUN23.8、Cr2.6と腎機能悪化。</b>   |  |  |
| ⑤ 障害固定又は障害確定(推定)  | 令和 元 年 1月 9日   |  |
| ⑥ 総合所見<br><b>今後とも慢性腎不全に対し、定期的な血液透析が必要である。</b>   |  |  |
| ⑦ 将来再認定の必要性<br>再認定を付した理由  | 【 要 ・ <b>不要</b> 】(再認定の時期 年 月)<br>※将来再認定を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。<br>症状が〔 軽 快 ・ 悪 化 〕する見込みがあるため。 |  |
| ⑧ その他参考となる合併症状<br><b>高血圧、心不全</b>  |  |  |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。<br><b>令和 元 年 10月 31日</b><br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地 〇〇病院<br>診療担当科名 科 医師氏名 〇〇 〇〇<br>(記名押印又は署名)   |  |  |
| 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】<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・ <b>該当する</b> ( 1 級相当)<br>・該当しない  |  |  |
| 注意1 障害名には、現在起っている障害、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。<br>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」(別紙様式)を添付してください。<br>3 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次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 |  |  |



(該当するものを○で囲むこと)

1 じん機能

ア 内因性クレアチンクリアランス値 ( **4** ml/分) 測定不能

※測定不能の場合はその理由 ( )

イ 血清クレアチニン濃度 ( **13.9** mg/dl)

ウ 血清尿素窒素濃度 ( **125.6** mg/dl)

エ 24時間尿量 ( **500** ml/日)

オ 尿所見 ( **尿蛋白0.6g/dl、移行上皮、硝子顆粒円柱、粗大顆、粒円柱** )

測定不能の場合は、下記Cockcroft-Gaultの計算式を必ず記入してください。

※内因性クレアチンクリアランス値が測定不能の場合は、Cockcroft-Gaultの式から算出した推計値によることができます。その場合は、下記の数式に数値をご記入ください。

$$\text{男性: } \left\{ (140 - \text{年齢}) \times \text{体重} \right\} \div \left\{ 72 \times \text{血清クレアチニン濃度} \right\} = \text{ml/分}$$

$$\text{女性: } \left\{ (140 - \text{年齢}) \times \text{体重} \right\} \div \left\{ 72 \times \text{血清クレアチニン濃度} \right\} \times 0.85 = \text{ml/分}$$

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)

**心房細動、左室拡大、眼底出血、心肥大**

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 じん不全に基づく末梢神経症 ( ・無 ) [ ( ) ]

イ じん不全に基づく消化器症状 ( ・無 ) **食思不振、悪心、嘔吐、下痢**

ウ 水分電解質異常 ( ・無 ) [ Na mg/dl、K mg/dl、Ca mg/dl、P mg/dl、浮腫、乏尿、多尿、脱水、**肺うっ血**、その他( ) ]

エ じん不全に基づく精神異常 ( 有  ) [ ( ) ]

オ エックス線写真所見上における骨異常 ( 有  ) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 ( ・無 ) Hb 10.3g/dl、Ht %  
赤血球数 331×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>

キ 代謝性アシドーシス ( ・無 ) [HCO<sub>3</sub> 17.1 meq/l]

ク 重篤な高血圧症 ( ・無 ) 最大血圧/最小血圧  
**210/130** mmHg

ケ じん不全に直接関連するその他の症状 ( 有  ) [ ( ) ]

4 現在までの治療内容

(慢性透析療法の実施の 無(回数 **2**/週、期間)等)

5 日常生活の制限による分類

ア 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ついては支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることのないもの。

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あるもの。

エ 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの。

・血液透析療法の実施のみをもって1級認定することはできません。  
・じん臓機能検査結果が基準を満たす必要があります。

注 透析療法を現に継続している場合、透析を開始した直前の検査所見等を記入すること。不明の場合、次回透析日の透析実施直前の検査所見等を記入すること。