

令和5年度東京都身体障害者福祉法第15条指定医講習会資料

じん臓機能障害編

東京都心身障害者福祉センター

令和5年度身体障害者福祉法第15条指定医講習会

目次

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載	1
2 事例	
事例1 適切な事例 透析療法を実施	11
事例2 適切な事例 先天性による透析療法を実施	14
事例3 適切な事例 先天性によるじん臓移植	17
事例4 適切な事例 じん臓機能検査(1級)、シャント造設	20
事例5 適切な事例 じん臓機能検査(3級相当)、日常生活制限3級相当	23
事例6 適切な事例 じん臓機能検査(4級相当)、日常生活制限3級相当	26
事例7 不適切な事例 じん臓機能検査(4級相当)、日常生活制限4級相当	29
事例8 不適切な事例 じん臓機能検査(3級相当)、日常生活制限3級相当	32
事例9 不適切な事例 じん臓機能検査(1級相当)、日常生活制限3級相当	35
事例10 不適切な事例 将来透析離脱の可能性がある	38
事例11 不適切な事例 じん臓機能検査(非該当)、日常生活制限非該当	41
事例12 不適切な事例 じん臓機能検査(4級相当)、日常生活制限3級相当	44
3 東京都身体障害認定基準	47
4 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について	53
5 じん臓機能障害等級表と診断のポイント	
障害程度等級表	61
障害程度等級表解説	61
「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧	63
じん臓機能障害の等級診断のポイント(早見表)	64

参考資料 指定医制度の概要等について

1 指定医制度	67
2 身体障害者手帳審査などの流れ	68
3 指定医に関するQ&A	70
4 診断書作成上の主な留意事項	72
5 障害等級の認定方法	73
6 文書照会・審議会への諮問	76

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)			
総括表			
氏 名	年 月 日生	男 女	
住 所			
① 障害名(部位を明記)			
② 原因となった 疾病・外傷名		外傷・疾病 先天性・その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日			
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日			
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)			
これらの事項も必ず御記入下さい。 [将来再認定 要 (軽度化 ・ 重度化) ・ 不要] [再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後]			
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。 年 月 日 電話 () 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。 ・該当しない。		障害程度等級についての参考意見 級相当	
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。			

(日本産業規格A列4番)

じん臓の機能障害の状況及び所見

1 じん機能

イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dl)

工 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)

力 尿 所 見()

(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)

ア じん不全に基づく末梢神経症 (有・無) []

ウ 水分電解質異常(有・無) $\left[\begin{array}{l} \text{Na} \quad \text{mEq/l、K} \quad \text{mEq/l} \\ \text{Ca}_{\text{しゅ}} \quad \text{mg/d l、P} \quad \text{mg/d l} \\ \text{浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、} \\ \text{その他()} \end{array} \right]$

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〕

キ 代謝性アシドーシス (有・無) $[\text{HCO}_3^- \text{ mEq/l}]$

ケ　じん不全に直接関連する　　　（有・無）〔☐〕
その他の症状

(慢性透析療法の実施の有無(回数 / 週、期間)等)

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

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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの

該当しない場合も、
無に〇をつけてください

等級判定の際に、重要なポイントになります

記 載 要 領 （じ ん 臓）

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。

総括表 身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

① 「障害名」欄

障害の部位とその部分の機能障害の状態を記載する。（「じん臓機能障害」と記載）

② 「原因となった疾病・外傷名」欄

原因疾患名はできる限り正確に書く。（「慢性腎不全」「腎硬化症」等）

③ 「疾病・外傷発生年月日」欄

疾病・外傷発生年月日の記載については、初診日でもよく、不明確な場合は推定年月日を記載する。

④ 「参考となる経過・現症」欄

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。

⑤ 「総合所見」欄

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。

※将来再認定について

将来再認定の「要・不要」の別について必ずどちらかに○印を記載する。

将来再認定を「要」とする場合は、「軽度化・重度化」の別も必ずどちらかに○印を記載する。

特に乳幼児期での申請や更生医療、その他治療・訓練により障害程度が将来軽減されると予測される（「軽度化」を選択した）場合等においては、将来再認定の時期等も必ず記載する。

再認定が必要な例 【将来再認定 要（軽度化・重度化）・不要】

【再認定の時期 1年後・3年後・5年後】

⑥ 診断年月日、医療機関名、診療担当科名、医師氏名欄を必ず記載し、押印すること。

⑦ 身体障害者福祉法第15条第3項の意見（指定医の意見）欄

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

・該当しない のどちらかに○印を記入してください。

障害程度等級についての参考意見

○ 級相当 必ず等級を記入してください。

診断書様式 （じん臓の機能障害の状況及び所見）

1 「じん臓機能」について

障害程度の認定の指標には、内因性クレアチニ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。

2 「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。

3 「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。

4 「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ので、該当項目を慎重に選ぶ。

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

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)			
総括表			
氏 名	年 月 日生	男 女	
住 所			
① 障害名(部位を明記)			
② 原因となった 疾病・外傷名		外傷・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			
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日			
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)			
〔将来再認定 要 (軽度化・重度化) ・ 不要〕 〔再認定の時期 1年後・3年後・5年後 〕			
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。 年 月 日 病院又は診療所の名称 電話 () 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。 ・該当しない。		障害程度等級についての参考意見 級相当	
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。			

(日本産業規格A列4番)

2 事 例

事例 1

(適切な事例)

〔解説〕

- * 透析療法を実施している
- * じん臓機能検査…
 - ・ 血清クレアチニン濃度
8.2mg/dℓ
(8.0mg/dℓ以上【1級相当】)
- * 日常生活の制限による分類…
 - ・ 「エ」に該当【1級相当】

1 級の判定は適当である

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 ○○○○	昭和52年 3月26日生 ☒ 男 女
住 所 ○○○○○○○○	
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	外傷・自然災害・ ☒ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 平成29年に糖尿病を指摘されたが、未治療であった。令和3年7月に当院初診となり、採血にてBUN 68.2mg/dL、血清クレアチニン 6.5mg/dLと腎機能障害を認めた。その後も腎機能は低下し、令和4年9月14日には、全身浮腫も増悪し、尿毒症症状である、嘔気や嘔吐、下痢も認めるようになった。また血清クレアチニン 8.2mg/dLにまで上昇し、同日より血液透析を開始した。以降週3回の透析を継続している。 障害固定又は障害確定(推定) 令和4年 9月14日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 糖尿病による慢性じん不全が徐々に悪化し、クレアチニン8.2mg/dlとなった。またじん不全による消化器症状・末梢神経症、じん性貧血等も認め、人工透析が開始となった。一生涯の透析が必要である。 将来再認定 要(軽度化・重度化) ☒ 不要 [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
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 4年 9月 25日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 ○○(○○)○○○○ 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。 ☐該当しない。	障害程度等級についての参考意見 1 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチニンクリアランス値(ml/分) **測定不能**
- イ 血清クレアチニン濃度 (**8.2** mg/dl)
- ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) (ml/分/1.73m²)
- エ 血清尿素窒素濃度 (**70.5** mg/dl)
- オ 24時間尿量 (**0~300** ml/日)
- カ 尿 所 見 (**沈渣 赤血球20~30/毎 蛋白定量474mg/dl**)

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)

胸部X-P・・・心胸比0.6, 眼底カメラScot t I V**心電図・・・右脚ブロック**

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) [**末梢神経障害**]
- イ じん不全に基づく消化器症状 (有・無) [**食欲不振、悪心、嘔吐、** 下痢]
- ウ 水分電解質異常 (有・無) [Na **136** mEq/l、K **5.1** mEq/l
Ca **9.2** mg/dl、P **7.3** 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・無) []
- オ エックス線写真所見における骨異常 (有・無) [**有**] [高度、**中等度**、軽度]
- カ じん性貧血 (有・無) Hb **6.5** g/dl、Ht **20.4** %
赤血球数 ×10⁴/mm³
- キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO₃ **17.0** mEq/l]
- ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧
200 / mmHg
- ケ じん不全に直接関連する (有・無) [**全身痒感強い**]
その他の症状

4 現在までの治療内容

(慢性透析療法の実施の有無(回数 **3回**/週、期間)等)**有 令和4年9月14日より週3回の血液透析施行**

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

事例 2

(適切な事例)

〔解説〕

- * 先天性、低形成腎であり、移植を行わない限り一生涯の透析を必要とする
- * 腹膜透析の導入

1 級の判定は適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 ○○○○	平成30年 9月13日生 男 ☒ 女
住 所 ○○○○○○○○	
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 低形成腎	外傷・疾病 ☒ 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 平成30年9月13日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 生後3、4ヵ月頃より体重増加不良があり、生後10ヵ月の精査で腎機能障害を指摘された。 令和3年1月に腎移植を希望してA病院より、当院を紹介受診した。 徐々に腎機能は低下し、末期腎不全に至り、嘔気などの尿毒症症状が出現するようになった。 障害固定又は障害確定(推定) 令和5年 12月 5日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 末期腎不全に対し、令和5年11月22日にテンコフカテーテル挿入術を行い、令和5年12月5日に腹膜透析を導入した。 将来再認定 要(軽度化・重度化) ☒ 不要 [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
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 5年 12月 6日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 ○○(○○)○○○○ 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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 1 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

1 じん機能

イ 血清クレアチニン濃度 (3. 36mg/dl)

工 血清尿素窒素濃度 (60 mg/dl)

才 24時間尿量 (1,200ml/日)

力 尿 所 見(尿蛋白0.9 mg/dl)

(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等) 特になし

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) [食欲不振、悪心、嘔吐、下痢]

ウ 水分電解質異常(有・無) (Na **140** mEq/l、K **4.5** mEq/l
Ca **10.1** mg/dl、P **6.2** 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・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 じん性貧血 (有・無) Hb **12.8**g/dl、Ht **39.7**%

エリスロポエチン製剤使用中 赤血球数 $4.54 \times 10^4 / \text{mm}^3$

キ 代謝性アシドーシス ☒有・無) $[\text{HCO}_3^-]$ **24.8** mEq/l]

ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧
102/58 mmHg

ケ じん不全に直接関連する (有・**無**) []
その他の症状

(慢性透析療法の実施の有無(回数 / 週、期間)等) **腹膜透析施行中**

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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの

事例 3

(適切な事例)

〔解説〕

- * 先天性、TCC21B遺伝子変異
- * 生体腎移植を実施している
- * 日常生活の制限による分類…
 - ・「ウ」に該当【3級相当】

1 級の判定は適当である

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 ○○○○	平成30年 2月15日生 男 ☒ 女
住 所 ○○○○○○○○	
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 TCC21B遺伝子変異、遺伝性巣状糸球体硬化症、慢性腎臓病 外傷・疾病 先天性・その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日 平成30年2月15日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 3歳児検診で蛋白尿を指摘され令和3年4月に当院を紹介受診。2歳年上の兄がgenetic FSGSと診断されており、本児も兄と同じTCC21B遺伝子変異が同定された。先行的腎移植施行の方針となったが、徐々に腎機能が悪化し移植前の令和5年2月20日より維持血液透析を導入、4月5日父をドナーとする生体腎移植術施行した。免疫抑制療法を継続している。 障害固定又は障害確定(推定) 令和5年 4月 5日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 腎移植後免疫抑制薬の一生涯にわたる内服が必要である。 また、万が一移植腎が廃絶した場合には引き続き腎代替療法(透析や二次移植)が必要である。 将来再認定 要(軽度化・重度化) ☒ 不要 [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
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 5年 4月 10日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 ○○(○○)○○○○ 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。 ☐ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 1 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチニンクリアランス値(ml/分)測定不能
 イ 血清クレアチニン濃度 (0. 46 mg/dl)
 ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) (75. 3 ml/分/1.73m²)
 エ 血清尿素窒素濃度 (16. 6 mg/dl)
 オ 24時間尿量 (1, 200 ml/日)
 カ 尿 所 見(正常)

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) [食欲不振、悪心、嘔吐、下痢]
 ウ 水分電解質異常(有・☒無) [Na 138 mEq/l、K 3. 8 mEq/l
 Ca 9. 4 mg/dl、P 4. 2 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・☒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 じん性貧血 (有・☒無) Hb g/dl、Ht %
 赤血球数 ×10⁴/mm³
 キ 代謝性アシドーシス (有・☒無) [HCO₃ 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 (有・☒無) []
 その他の症状

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) **免疫抑制剤内服中**

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 自己の周辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

事例 4

(適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

- ・ 内因性クレアチンクリアランス
7.1 ml/分

(10 ml/分未満【1 級相当】)

- ・ 血清クレアチニン濃度
10.76mg/dℓ

(8.0 mg/dℓ以上【1 級相当】)

- * 既にシャントを造設、近い将来透析療法導入予定であり、予定日が決まっている

1 級の判定は適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和 51 年 10 月 10 日生 男 女
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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 慢性腎炎	外傷・ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 平成24年 頃 月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
33才で尿蛋白、潜血を認めた。36才で下腿浮腫、高血圧、腎障害と診断され、通院加療が開始となった。徐々に腎機能は悪化し、令和4年11月に左前腕内シャント造設術を施行し、透析導入準備をした。尿毒症症状も認め、令和5年5月25日に透析導入予定である。 障害固定又は障害確定(推定) 令和5年 5月 25日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
腎不全に対して保存期加療を施行していたが、Cre10台となり、令和5年5月25日導入予定である。導入後は一生涯の透析を必要とする。 将来再認定 要(軽度化・重度化) 不要 [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状 貧血	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 5年 5月 15日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	障害程度等級についての参考意見
・該当する。 ・該当しない。	1 級相当
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん臓機能

ア 内因性クレアチニンクリアランス値(**7.1** ml/分)測定不能
 イ 血清クレアチニン濃度 (**10.76** mg/dl)
 ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) (ml/分/1.73m²)
 エ 血清尿素窒素濃度 (**101.1** mg/dl)
 オ 24時間尿量 (**1500** ml/日)
 カ 尿 所 見 ()

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)

ECG (心電図) はWNL**CTR (心胸比) 47.7%**

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**) [**末梢神経障害**]
 イ じん不全に基づく消化器症状 (有・**無**) [**食欲不振、悪心**、嘔吐、下痢]
 ウ 水分電解質異常 (**有**・無) { Na **1136** mEq/l、K **5.0** mEq/l
 Ca **10.7** mg/dl、P **6.4** 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**・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 じん性貧血 (**有**・無) Hb **8.6** g/dl、Ht **26.8** %
 赤血球数 **265** ×10⁴/mm³
 キ 代謝性アシドーシス (有・**無**) [HCO₃ mEq/l]
 ク 重篤な高血圧症 (有・**無**) 最大血圧/最小血圧
153 / 97 mmHg
 ケ じん不全に直接関連する (有・無) []
 その他の症状

4 現在までの治療内容

(慢性透析療法の実施の有無(回数 **なし** / 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

事例 5

(適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

- ・ 血清クレアチニン濃度は
3.88mg/dℓ
(3.0 mg/dℓ以上、5.0 mg/dℓ未満)

【4 級相当】

- ・ e G F R (推算糸球体濾過量)
8 ~ 9 ml/分/1.73 m²
(10 未満)

【3 級相当】

* 日常生活の制限による分類…

- ・ 「ウ」に該当【3 級相当】

3 級の判定は適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)		
総括表		
氏 名 〇〇〇〇	昭和 29 年 2 月 13 日生	男 女
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇		
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 急性骨髄性白血病 外傷・ 疾病 先天性・その他()		
③ 疾病・外傷発生年月日 平成29 年 月 日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 急性骨髄性白血病に対して治療中であり、平成30年に血液内科から当科初診となった。 急性骨髄性白血病・移植後の腎障害であり、末期腎不全(CKD5A2)の段階である。 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 移植後最近数年は腎機能に急速な低下は認めないが、令和4年7月よりeGFR 9～8の状態が続いており、数年後にはさらに腎代替療法が必要となる程度の腎機能に増悪している可能性が予想される。 将来再認定 要 (軽度化・ 重度化)・不要 〔再認定の時期 1年後 3年後 ・5年後〕		
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 5年 5月15日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 印		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 級相当	
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。		

(日本産業規格A列4番)

1 じん機能

イ 血清クレアチニン濃度 (3.88mg/dℓ)

工 血清尿素窒素濃度 (35. 1mg/dℓ)

才 24時間尿量 (ml/日)

力尿所見（尿蛋白1+、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)

BNP 1196、胸部X線写真で下肺野透過性低下あり

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)〔食欲不振、悪心、嘔吐、下痢〕

ウ 水分電解質異常(有) 無) { Na 142.9mEq/ℓ、K 4.7mEq/ℓ
Ca 8.6mg/dℓ、P 4.3mg/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・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 じん性貧血 (有)・無 Hb 10.7g/dℓ、Ht 33.4 %
赤血球数 337 $\times 10^4/\text{mm}^3$

キ 代謝性アシドーシス (有・無) $[\text{HCO}_3^-]$ 21.5 mEq/l

ク 重篤な高血圧症 (有・**無**) 最大血圧/最小血圧
124/70 mmHg

ケ じん不全に直接関連する (有・**無**) []
その他の症状

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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの

事例 6

(適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

- ・ 血清クレアチニン濃度は
3.61mg/dℓ
(3.0 mg/dℓ以上、5.0 mg/dℓ未満)

【4 級相当】

- ・ e G F R (推算糸球体濾過量)
16.7ml/分/1.73 m²
(10 以上 20 未満)

【4 級相当】

* 日常生活の制限による分類…

- ・ 「ウ」に該当【3 級相当】

4 級の判定は適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和 49 年 9 月 10 日生 男 ☒ 女
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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 外傷・ ☒ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	平成28年 不明 月 不明日
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 平成26年に2型糖尿病を指摘され、保存的加療を行っていた。平成27年に糖尿病性網膜症を認め、平成28年に糖尿病性腎症による慢性腎臓病ステージ1であった。徐々に残腎機能が低下し、令和3年9月にステージ4まで低下した。令和5年3月ステージ5まで低下した。近い将来に腎代替療法が必要となる。 障害固定又は障害確定(推定) 令和5年 3月 17日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 慢性腎臓病ステージ5であり、腎代替療法間近の状態である。 尿毒症症状や体液過剰の管理が必要であり、保存的加療で管理困難な場合は腎代替療法を行う。 将来再認定 ☒要 (軽度化・☒重度化)・不要 〔再認定の時期 ☒1年後・3年後・5年後〕	
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5年 6月15日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
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。 ☐該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん臓機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値(ml/分) ☒ 測定不能
- イ 血清クレアチニン濃度 (3.61 mg/dℓ)
- ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) (16.7 ml/分/1.73m²)
- エ 血清尿素窒素濃度 (32.3 mg/dℓ)
- オ 24時間尿量 (800 ml/日)
- カ 尿 所 見 (☒ 尿蛋白(4+)、☒ 尿糖(1+))

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

胸部エックス線：心拡大あり(53%)、葉間胸水あり、眼底：増殖糖尿病性網膜症あり、心電図：陰性T波

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) [食欲不振、悪心、嘔吐、下痢]
- ウ 水分電解質異常(有・無) { Na 137 mEq/ℓ、K 5.4 mEq/ℓ
Ca 7.1 mg/dℓ、P 4.5 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・☒ 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 じん性貧血 ☒ (有)・☐ (無) Hb 11.5 g/dℓ、Ht 36.0 %
赤血球数 409 ×10⁴/mm³
- キ 代謝性アシドーシス ☒ (有)・☐ (無) [HCO₃ 21 mEq/ℓ]
- ク 重篤な高血圧症 (有・☒ 無) 最大血圧/最小血圧
 132/78 mmHg
- ケ じん不全に直接関連する (有・☒ 無) []
その他の症状

4 現在までの治療内容

(慢性透析療法の実施の有無(回数 0/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 自己の周辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

事例 7

(不適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

・ 血清クレアチニン濃度

3.14mg/dℓ

(3.0 mg/dℓ以上、5.0 mg/dℓ未満
【4 級相当】)

* 臨床症状… 3 項目に「有」

* 日常生活の制限による分類…

・ 「イ」に該当【4 級相当】

3 級ではなく 4 級とするのが適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和 41 年 12 月 24 日生 男 女
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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 慢性腎不全、肝腎症候群、胆石 外傷・ 疾病 先天性・その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 年 月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 平成28年5月 アルコールによる意識障害、黄疸、胸水にて〇〇病院入院した。 平成28年9月 〇〇センター外来受診し、肝硬変、胸水、胆石、腎機能障害(Gr2.7)を認めた。 令和 5年5月24日 腎機能障害が進行し当科受診となった。 障害固定又は障害確定(推定) 令和 5年 5月25日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) アルコール性肝硬変、非代償性肝不全、食道静脈瘤、胆石を認める。また肝腎症候群もあり腎機能低下が進行している。今後末期腎不全に至る可能性が高い。 将来再認定 要 (軽度化・ 重度化 ・不要) 〔再認定の時期 1年後 3年後・5年後〕	
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 5年 5月 25日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 級相当
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん臓機能

- ア 内因性クレアチニンクリアランス値($\text{ml}/\text{分}$) **測定不能**
- イ 血清クレアチニン濃度 (**3.14** mg/dl)
- ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) ($\text{ml}/\text{分}/1.73\text{m}^2$)
- エ 血清尿素窒素濃度 (**41.5** mg/dl)
- オ 24時間尿量 ($\text{ml}/\text{日}$) **未測定**
- カ 尿 所 見 **蛋白(2+)、潜血(3+)、RBC 80-50/F
扁平上皮 1以下、円柱(硝子柱) (1-4/F)**

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)

腎超音波 左 90×45mm 右 103×50mm

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**) [食欲不振、悪心、嘔吐、下痢]
- ウ 水分電解質異常 (**有**・無) **浮腫** $\left[\begin{array}{l} \text{Na } 141 \text{ mEq}/\ell, \text{ K } 5.9 \text{ mEq}/\ell \\ \text{Ca } 4.3 \text{ mg}/\text{dl}, \text{ P } 3.7 \text{ mg}/\text{dl} \\ \text{乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、} \\ \text{その他(} \textbf{腹水} \text{)} \end{array} \right]$
- 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における骨異栄養症(有・無) [高度、中等度、軽度] **未検**
- カ じん性貧血 (**有**・無) Hb **7.9** g/dl 、Ht **24.9** %
赤血球数 **256** $\times 10^4/\text{mm}^3$
- キ 代謝性アシドーシス (**有**・無) $[\text{HCO}_3 \text{ } 19.2 \text{ mEq}/\ell]$
- ク 重篤な高血圧症 (有・**無**) 最大血圧/最小血圧
134 / 68 mmHg
- ケ じん不全に直接関連する (有・**無**) []
その他の症状

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) **無**

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

事例 8

(不適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

- ・ 内因性クレアチンクリアランス値
10.9 ml/分
(10 ml/分以上、20 ml/分未満
【3 級相当】)

- ・ 血清クレアチニン濃度
4.83mg/dl
(3.0mg/dl 以上、5.0mg/dl 未満
【4 級相当】)

* 日常生活の制限による分類…

- ・ 「ウ」に該当 【3 級相当】

1 級ではなく 3 級とするのが適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和 22 年 12 月 12 日生 男 ☒ 女 ☐
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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 慢性腎不全	外傷・ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 平成28年6月頃 日～	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 悪心、貧血、画像上 腎萎縮 血清Cr 4.92mg/dℓ K 5.0 mEq/ℓ 24時間クレアチンクリアランス 9.0 及び 10.9mℓ/分 障害固定又は障害確定(推定) 令和 5年 6月 日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 24時間クレアチンクリアランス 10mℓ/分程度であり、慢性腎不全は明らか、尿毒症症状も出現してきており透析導入を考えているところであるが、一方、生体腎移植も考えており、術前検査及び準備中である。 将来再認定 要(軽度化・重度化) ☒ 不要 ☐ 〔再認定の時期 1年後・3年後・5年後〕	
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 5年 10月 23日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
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。 ☐ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 1 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

1 じん機能

才 24時間尿量 (2000ml/日)

力 尿 所 見 (**蛋白(+)** **糖(-)**)

(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)

ウ 水分電解質異常(有 **無**)

Na **138**mEq/ℓ、K **4.6** mEq/ℓ
Ca **8.6**mg/ dℓ、P mg/dℓ
浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、
その他()

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 じん性貧血 (有・無) Hb **8.9**g/dℓ、Ht **25** %
赤血球数 **263** $\times 10^4/\text{mm}^3$

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 (有・無) [☒ 無]
その他の症状

透析はⓈ

(慢性透析療法の実施の有無(回数 / 週、期間)等)

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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの

事例 9

(不適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

- ・ 内因性クレアチンクリアランス値
4.9 ml/分
(10 ml/分未満)
【1 級相当】)

- ・ 血清クレアチニン濃度
9.41mg/dl
(8.0mg/dl以上)
【1 級相当】)

* 日常生活の制限による分類…

- ・ 「ウ」に該当 【3 級相当】

1 級ではなく 3 級とするのが適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和25年 11月21日生 男 女
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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 慢性腎不全	外傷・ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 令和元年	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 近々に透析導入が必要である。 血清Cr 9.41mg/dℓ 障害固定又は障害確定(推定) 令和 5年 6月15日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 血清Cr 9.41につき、近々に透析導入を要する。 将来再認定 要 (軽度化・重度化)・不要 [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]	
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 5年 6月 15日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 1 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合 わせする場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチニンクリアランス値(**4.9** ml/分)測定不能
 イ 血清クレアチニン濃度 (**9.41** mg/dℓ)
 ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) (ml/分/1.73m²)
 エ 血清尿素窒素濃度 (**70** mg/dℓ)
 オ 24時間尿量 (**600-800** ml/日)
 カ 尿 所 見 (**蛋白(3.9) 血尿(-)**)

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+

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**) [**無**]
 イ じん不全に基づく消化器症状 (**有・無**) [**食欲不振、悪心、嘔吐、下痢**]
 ウ 水分電解質異常(**有・無**) (Na **139** mEq/ℓ、K **4.9** mEq/ℓ
 Ca **8.0** mg/dℓ、P **4.5** 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 **無**) [**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 じん性貧血 (**有・無**) Hb **8.8** g/dℓ、Ht **26** %
 赤血球数 **285** ×10⁴/mm³
 キ 代謝性アシドーシス (**有・無**) [HCO₃ **16** mEq/ℓ]
 ク 重篤な高血圧症 (**有・無**) 最大血圧/最小血圧
160/80 mmHg
 ケ じん不全に直接関連する (有 **無**) [**無**]
 その他の症状

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) **未実施**

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

事例 10

(不適切な事例)

〔解説〕

＊ じん臓機能検査…

- ・ 内因性クレアチンクリアランス値
7.23 ml/分

(10 ml/分未満【1 級相当】)

- ・ 血清クレアチニン濃度
記載なし

＊ 臨床症状も重篤で透析療法を開始したが、透析開始後 5 日での診断で、将来透析離脱の可能性がある旨明記されていること

症状固定には至っておらず、
1 級の判定は不適切で、非該当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和 28 年 10 月 28 日生 男 ☒ 女 ☐
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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 不詳	外傷・疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 令和 5年7月25日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 整形外科的治療で入院中の患者 7月中旬よりBUN、Crの上昇が出現し、徐々に悪化。 腎不全と判断、加療を行うも反応乏しく、8月1日に透析導入する。 障害固定又は障害確定(推定) 令和 5年 8月 1日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 血液dataや年齢から考えて、腎機能障害が残る可能性は大きいが、腎機能の改善具合によっては永続的透析から離脱できるかも知れない。 将来再認定 ☒ 要 (軽度化・重度化)・不要 [再認定の時期 ☒ 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状 第5腰椎化膿性脊椎炎	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 5年 8月 6日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
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。 ☐ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 1 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチニンクリアランス値(**7. 23** ml/分)測定不能
 イ 血清クレアチニン濃度 () mg/dℓ
 ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) () ml/分/1.73m²
 エ 血清尿素窒素濃度 (**111** mg/dℓ)
 オ 24時間尿量 (**200** ml/日)
 カ 尿 所 見 (**混濁**)

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) **うっ血はない**

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 ☐) (**食欲不振、悪心**、嘔吐、下痢)
 ウ 水分電解質異常(有・無) [Na **143**mEq/ℓ、K **6.2** mEq/ℓ
 Ca **12.6**mg/dℓ、P **9.1**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 ☐ 無 ☐) [**意欲低下 不眠**]
 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 じん性貧血 (☒ 有 ☐ 無 ☐) Hb **10.3**g/dℓ、Ht **33.0** %
 赤血球数 **355** ×10⁴/mm³
 キ 代謝性アシドーシス (有 ☒ 無 ☐) [HCO₃ mEq/ℓ]
 ク 重篤な高血圧症 (☒ 有 ☐ 無 ☐) 最大血圧/最小血圧
200 / 110 mmHg
 ケ じん不全に直接関連する (有 ☒ 無 ☐) []
 その他の症状

4 現在までの治療内容

(慢性透析療法の実施の有無(回数 **3** /週、期間)等) **8 / 1 導入**

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

事例 11

(不適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

- ・ 内因性クレアチンクリアランス値測定せず
- ・ 血清クレアチン濃度は
1.68mg/dℓ
(3.0 mg/dℓ未満【非該当】)

* 日常生活の制限による分類…

- ・ 「ア」に該当【非該当】

4 級ではなく非該当とするのが適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和 37 年 10 月 8 日生 ☒ 男 ☐ 女
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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	外傷・ ☒ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 平成29年8月29日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 悪コントロールに難渋する糖尿病(背景に肝硬変あり)のため、インスリン療法実施 血中クレアチニン 1.8~2.0台。 障害固定又は障害確定(推定) 令和 5年 8月 11日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) Chronic Kidney disease(CKD) stageで、Stage 3 将来再認定 ☒ 要 (軽度化・重度化)・不要 [再認定の時期 ☒ 1年後・3年後・5年後]	
⑥ その他参考となる合併症状 肝硬変等	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 5年 10月 7日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒ 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
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。 ☐・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

1 じん機能

2 その他参考となる検査所見

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) [食欲不振、悪心、嘔吐、下痢]

ウ 水分電解質異常(有・無) (Na **141**mEq/ℓ、K **5.6** mEq/ℓ、
Ca mg/dℓ、P mg/dℓ
浮腫、**乏尿**、多尿、脱水、肺うつ血、
その他())

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における骨異栄養症(有 ☒ 無 ☐ [高度、中等度、軽度])

力 じん性貧血 (有・無) Hb **11**g/dℓ、Ht **33.6** %
赤血球数 **371** $\times 10^4/\text{mm}^3$

キ 代謝性アシドーシス (有・無) $[\text{HCO}_3^- \text{ mEq}/\ell]$

ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧

145 / 80 mmHg 降圧剤使用

ケ じん不全に直接関連する
その他の症状

(有・無)〔高カリウム血症 ケイキサレート 〕

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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの

事例 12

(不適切な事例)

〔解説〕

* じん臓機能検査…

- ・ 血清クレアチニン濃度は
3.67mg/dℓ
(3.0 mg/dℓ以上、5.0 mg/dℓ未満)

【4 級相当】

- ・ e G F R (推算糸球体濾過量)
10ml/分/1.73 m²
(10 以上 20 未満)

【4 級相当】

* 日常生活の制限による分類…

- ・ 「ウ」に該当 【3 級相当】

3 級ではなく 4 級とするのが適当である

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能 障害用)	
総括表	
氏 名 〇〇〇〇	昭和 33 年 6 月 10 日生 男 女
住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇	
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 慢性腎炎	外傷・ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 年 月 日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 慢性腎炎のため、外来フォローしていた。令和元年11月の外来を最後に外来通院中断となった(Cre2.12) 今回、けんたい感強く再来され、Cre3.7と進行していた。 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 現時点(令和5年7月3日)で、Cre3.7、eGFR10とステージ5となっており、尿毒症症状もあるため、近日中に透析導入の可能性あり。 将来再認定 要 (軽度化・ 重度化 ・不要) 〔再認定の時期 1年後 ・3年後・5年後〕	
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5年 9月15日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇 診 療 担 当 科 名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇〇〇 印	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見	
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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 級相当
留意事項 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。	

(日本産業規格A列4番)

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチニンクリアランス値(ml/分)測定不能
 イ 血清クレアチニン濃度 (3. 67 mg/dℓ)
 ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) (10 ml/分/1.73m²)
 エ 血清尿素窒素濃度 (69. 6 mg/dℓ)
 オ 24時間尿量 (ml/日)
 カ 尿 所 見 (尿蛋白(1+)、顆粒円柱+)

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)〔食欲不振、悪心、嘔吐、下痢〕
 ウ 水分電解質異常(有・無)〔 Na 140mEq/ℓ、K 5.3mEq/ℓ
 Ca 7.0mg/dℓ、P 5.9mg/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・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 じん性貧血 (有・無) Hb 9.7g/dℓ、Ht 30.4 %
 赤血球数 321 ×10⁴/mm³
 キ 代謝性アシドーシス (有・無)〔HCO₃ 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 (有・無)〔 〕
 その他の症状

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 自己の周辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

3 東京都身体障害認定基準

東京都身体障害認定基準

(目的)

第1条 身体障害者の障害程度の認定については、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規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）及び東京都身体障害者手帳に関する規則（東京都規則第215号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この基準に定めるところによる。

(障害の定義)

第2条 法別表に規定する「永続する」障害とは、原則としてその障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

(乳幼児の障害認定)

第3条 乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこととする。しかし、3才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として18歳以上のものを想定していることから、児童の場合その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定する。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想される時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

(加齢現象及び意識障害を伴う身体障害)

第4条 加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害については、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみを意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであるところから、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目し障害認定を行うこととする。

なお、意識障害を伴う身体障害の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

(知的障害をもつ者の身体障害)

第5条 身体障害の判定にあたっては、知的障害等の有無に係わらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は法の対象として取り扱うものとする。ただし、身体の障害が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定しないこととする。

(7級の障害及び重複障害)

第6条 7級の障害は1つのみでは法の対象とはならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合または7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるも

のである。

第7条 二以上の障害が重複する場合の障害等級は、次により認定することとする。

1 障害等級の認定方法

(1) 二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定することとする。

合計指数	認定等級
18以上	1 級
11～17	2 級
7～10	3 級
4～6	4 級
2～3	5 級
1	6 級

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとする。

障害等級	指 数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

イ 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上ある時は上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

(例1)

右上肢のすべての指を欠くもの 3 級 等級別指数 7

右上肢の手関節の全廃 4 級 等級別指数 4

合 計 11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの 3級 等級別指数 7

(例2)

左上肢の肩関節の全廃	4級	等級別指数	4
〃 肘関節 〃	4級	〃	4
〃 手関節 〃	4級	〃	4

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

ウ 肢体不自由の場合の特例

肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障害の指数を、視覚障害や内部障害等の指数と同列に単純合算するのではなく、原則として「上肢、下肢、体幹」あるいは「上肢機能、移動機能」の区分の中で中間的に指数合算し、さらに他の障害がある場合には、その障害の指数と合算することで合計指数を算定することとする。指数合算する際の中間とりまとめの区分は下表のとおりとする。

ただし、前記イの「合計指数算定の特例」における同一の上肢又は下肢に係る合計指数の上限の規定は、この中間指数のとりまとめの規定に優先するものである。

合計指数	中間指数	障害区分（指数合算の中間とりまとめ区分）
↓ 原則 排除 ↑ {		視力障害
		視野障害
		聴覚障害
		平衡機能障害
		音声・言語・そしゃく機能障害
		上肢不自由
		下肢不自由
		体幹不自由
		上肢機能障害
		移動機能障害
		心臓機能障害
		じん臓機能障害
		呼吸器機能障害
		ぼうこう又は直腸機能障害
		小腸機能障害
		免疫機能障害
		肝臓機能障害

2 認定上の留意事項

- (1) 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については1の認定方法を適用しない。
- (2) 体幹機能障害と下肢機能障害は原則として1の認定方法を適用して差し支えない

が、例えば、神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものである。

(3) 聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、1の認定方法を適用して差し支えない。

例えば、聴力レベル100 d B以上の聴覚障害（2級指数11）と音声・言語機能の喪失（3級指数7）の障害が重複する場合は1級（合計指数18）とする。

(4) 7級の障害は、等級別指数を0.5とし、6級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

(5) この指数加算方式により障害程度認定を行う必要があると認める場合には、診断書総括表中の①障害名欄の余白に各障害部位別に障害程度等級の意見を記載すること。

(例) 総合等級2級の場合 左全手指切断 (3級)
右足関節機能全廃 (5級)
右肩関節機能全廃 (4級)

3 その他

上記により認定される障害等級が著しく均衡を欠くと認められるものについては、東京都社会福祉審議会の意見を聞くものとする。

(個別障害基準について)

第8条 身体障害程度等級における個別の障害種目に係る認定基準については、別紙「障害程度等級表解説」のとおりとする。

(障害再認定対象者)

第9条 政令第6条第1項の規定に基づき、法第17条の2第1項の規定による区市町村長の診査又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条第1項の規定による保健所長の診査を受けるべき旨の通知を行う再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。

ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。

(再認定のための診査の期日)

第10条 政令第6条第1項の規定に基づき知事が指定する診査の期日は、身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

4 身体障害認定基準等の 取扱いに関する疑義について

身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について（抄）

質 疑	回 答
〔総括事項〕 7. 医師が診断書作成時に、将来再認定の時期等を記載する場合としては、具体的にどのような場合が想定されているのか。 8. 身体障害者福祉法には国籍要件がないが、実際に日本国内に滞在している外国人からの手帳申請に関しては、どのように取り扱うべきか。 9. 診断書（総括表）に将来再認定の要否や時期が記載されている場合は、手帳本体にも有効期限等を記載することになるのか。 10. 心臓機能障害 3 級とじん臓機能障害 3 級の重複障害の場合は、個々の障害においては等級表に 2 級の設定はないが、総合 2 級として手帳交付することは可能か。	具体的には以下の場合であって、将来、障害程度がある程度変化することが予想される場合に記載することを想定している。 ア. 発育により障害程度に変化が生じることが予想される場合 イ. 進行性の病変による障害である場合 ウ. 将来的な手術により、障害程度が変化することが予想される場合 等 日本で暮らす外国人の場合は、その滞在が合法的であり、身体障害者福祉法第 1 条等の理念に合致するものであれば、法の対象として手帳を交付することができる。 具体的には、在留カード等によって居住地が明確であり、かつ在留資格（ビザ）が有効であるなど、不法入国や不法残留に該当しないことが前提となるが、違法性がなくても「興行」、「研修」などの在留資格によって一時的に日本に滞在している場合は、手帳交付の対象とすることは想定していない。 診断書の将来再認定に関する記載事項は、再認定に係る審査の事務手続き等に要するものであり、身体障害者手帳への記載や手帳の有効期限の設定を求めるものではない。 それぞれの障害等級の指数を合計することにより、手帳に両障害名を併記した上で 2 級として認定することは可能である。

質 疑	回 答
14. 手帳の交付事務に関して、個々の事例によって事務処理に係る期間に差があると思われるが、標準的な考え方はあるのか。	手帳の申請から交付までに要する標準的な事務処理期間としては、概ね 60 日以内を想定しており、特に迅速な処理を求められる H I V の認定に関しては、1 ～ 2 週間程度(「身体障害認定事務の運用について」平成 8 年 7 月 17 日障企第 20 号)を想定しているところである。

質 疑	回 答
[じん臓機能障害] 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等は不明」と記載されている場合は、どのように等級判定するのか。 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8 mg/dl未満であっても自己の身の周り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。 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のか。 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。	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。 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。 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8 mg/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10 ml/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。 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。 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、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。

5 じん臓機能障害等級表と診断のポイント

第5 じん臓機能障害

障害程度等級表

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辺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

一 障害程度等級表解説

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。

- ア じん臓機能検査において、内因性クレアチニ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. 0 mg／dℓ以上であって、かつ、自己の身の辺の日常生活活動が著しく制限されるか又は極めて近い将来に血液浄化を目的とした治療が必要となるもの
- イ 血液浄化を目的とした治療をすでに行っているもの
- ウ じん移植後、免疫療法を必要とする期間中であるもの

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、内因性クレアチニンクリアランス値が 10ml／分以上、20 ml／分未満、又は血清クレアチニン濃度が 5. 0 mg／dℓ以上、8. 0 mg／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 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
- b じん不全に基づく消化器症状
- c 水分電解質異常
- d じん不全に基づく精神異常
- e エックス線写真所見における骨異栄養症
- f じん性貧血
- g 代謝性アシドーシス
- h 重篤な高血圧症
- i じん疾患に直接関連するその他の症状

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、内因性クレアチニ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. 0 mg／dℓ以上、5. 0 mg／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以上の所見のあるものをいう。

- 4 高齢等の理由により、血清クレアチニン濃度の上昇が起きにくい場合については、内因性クレアチンクリアランス値に基づき、他の検査所見ならびに臨床症状も参考にしながら、障害程度の認定を行うこととする。**

5 eGFR値（推算糸球体濾過量）について

eGFR値（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値（単位は ml/分/1.73 m²）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。

6 その他の留意事項

（1）人工カテーテルを使用している者の障害認定について

両側水じん症で尿排泄が不可能なため人工カテーテルを使用し尿排泄をしており、透析療法は行っていないが、週1回カテーテル交換及びじん盂洗浄を施行している場合は、じん臓機能そのものの障害とは認められず、認定対象とはしない。

（2）じん移植を行った者について

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で判定するものである。

「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧（じん臓）

一 発育によりその障害程度に変化が生じることが予想されるとき

- ・ 医師の意見を踏まえて再認定対象者に該当するかどうか判定する。
- ・ ただし、3歳未満で認定するものは「先天的な四肢欠損、形成不全」以外、原則として全て再認定対象者とする。
- ・ 具体的な例は、次のとおりである。

疾患・症例	留意事項
内部機能障害関係 ・ネフローゼ症候群 等	・手術や治療による改善が見込まれる事例がある。

二 進行性の病変による障害を有するとき

- ・ 進行性の病変による障害を有するときは、障害程度の重度化が予想されるため、障害更新申請の手続きによることとし、**原則として、再認定のための診査を義務づけることはしない。**

三 更生医療によりその障害程度に変化が生じることが予想されるとき

- ・ 更生医療の適用により障害程度の軽減が予想されることが身体障害者診断書で明らかなものは、再認定対象者とする。
- ・ 具体的な例は次のとおりである。なお、**ゴシック**表示のものは、本基準での再認定対象者とはしないこととする。

障害種目 更生医療の内容	留意事項
・じん移植 ・人工透析	・じん移植後は、抗免疫療法を行っている期間のみ1級である。 ・人工透析実施中のものは1級となり、障害程度は重度化するので、本基準での再認定対象者とはしない。

四 その他、障害程度に変化が生じると予想されるとき

- ・ 医師の意見を踏まえて再認定対象者に該当するかどうか判定する。

じん臓機能障害の等級診断のポイント（早見表）

診断書の「5. 日常生活の制限による分類」欄は、イ～エですか

非該当

↑ **YES**

a～iの検査所見
が1つ以下

↓ **NO**

障害程度等級表

YES

NO

障害程度等級表		障害程度等級表解説 次のア～ウのいずれかに該当するものをいう。		
		ア	イ	ウ
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	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 又は極めて近い将来に血液浄化を目的とした治療が必要となるもの	血液浄化を目的とした治療をすでに行っているもの
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	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、家庭内でのきわ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以上の所見があるものをいう。※	
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	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、又は上記3級のaからiまでのうちいずれか2以上の所見のあるものをいう。※	

全等級で1種

診断書の「5. 日常生活の制限による分類」欄のア～エの状況を加味し等級意見を記入する。

※ 等級表3級の所見
(診断書上は、ア～ケとなっている)

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

eGFR値(推算糸球体濾過量)について

eGFR値(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値(単位は ml/分/1.73 m²)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) その他の留意事項

1 人工カテーテルを使用している者の障害認定について

両側水じん症で尿排泄が不可能なため人工カテーテルを使用し尿排泄をしており、透析療法は行っていないが、週1回カテーテル交換及びじん盂洗浄を施行している場合は、じん臓機能そのものの障害とは認められず、認定対象とはしない。

2 じん移植を行った者について

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。

診断年月日欄

医療機関名、
指定医氏名欄

再認定欄

は記載済みですか。

指定医制度の概要等について

指定医制度の概要等について

1 指定医制度

(1) 指定医制度について

○手帳取得に不可欠な診断書

身体に障害のある方は**指定医の診断書**を必ず添付し、区市町村を經由して都知事に身体障害者手帳の交付申請を行います。

○障害者への福祉サービス供給に不可欠な診断書

認定した等級に基づき、障害者の自立と社会参加を促進する様々な福祉サービスが供給されます。その認定は**指定医の診断書に基づいて審査**します。

○診断書の的確な記載

上記のことから、「**指定医の診断書は障害者にとって非常に重要である**」ということができ、診断書の作成に当たっては「**身体障害者診断書作成の手引き**」により所要の事項についての**的確に**記載してください。

(2) 指定医としての心構え

○指定医の診断について

指定医は診断書作成をすることができると同時に、指定医として診断の責務もあります。受診を希望されたときは、できるだけ診断書作成にご協力願います。

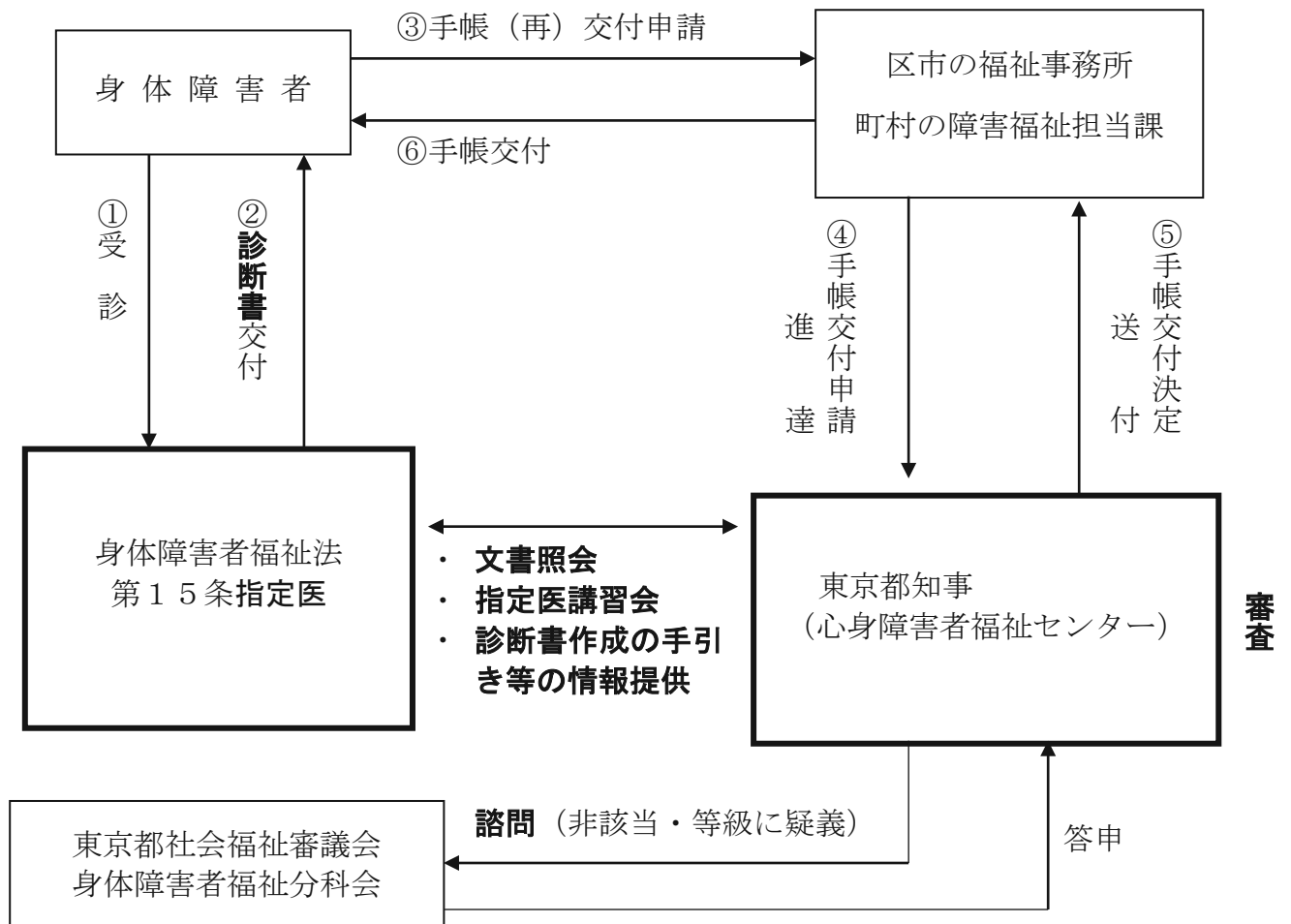
なお、検査ができない等の理由で診断書が作成困難な場合は、他の指定医を紹介する等、ご協力願います。

また、再認定のための診断で、非該当になる場合でも診断書が必要になる場合がありますので、ご協力願います。

○指定医の届出義務

診断に従事する医療機関等に変更があった場合や診療をやめる場合などには、速やかに所定の様式で区市町村長（福祉事務所长）を經由して知事に**届出を行な**ってください。

2 身体障害者手帳審査などの流れ



（注1）東京都社会福祉審議会に諮問するケース

- ・ 法別表に掲げる障害には該当しないもの
- ・ 障害等級が更新されているとは認められないもの
- ・ 障害等級意見に疑義があるものに限られる

（注2）障害再認定

再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。**再認定診査の期日**は身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

（注3） 指定医の指定内容変更などの届出については、区市町村が窓口となっております。（届出様式…次ページ参照）

指 定 内 容 変 更 届

年 月 日

東京都知事

殿

診療科名 _____

担当科目 _____ の診断、 _____ の診断

医師氏名 _____

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
医 師 氏 名		
診 療 に 従 事 す る 医 療 機 関 の 名 称	①	①
	②	②
	③	③
所 在 地 及 び 電 話 番 号	① (電話番号： - -)	① (電話番号： - -)
	② (電話番号： - -)	② (電話番号： - -)
	③ (電話番号： - -)	③ (電話番号： - -)
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

(記入上の注意)

1 2 箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事する全ての医療機関の名称、診療科名及び所在地を併記すること。

2 届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

事務担当者所属・氏名

(連絡先)

3 指定医に関する Q&A

(1) 勤務する医療機関が変わる場合の手続きを知りたい

(八王子市を除く都内医療機関)

原則として、変わった先の医療機関の所在地を管轄している区市町村に、変更届をご提出ください。

なお、区市町村の窓口で届出を受理した時点から、変更後の医療機関で作成された診断書が有効となります。

変更の手続きが完了しましたら「指定内容変更確認書」を東京都からお送りします。なお、「指定内容変更確認書」をお待ちいただくなくとも、変更手続きをとられている場合は、診断書は有効です。

変更届は受理したもののから順番に処理しております。お時間を要する場合もございますのでご了承ください。

(2) 勤務する医療機関が変わる場合の手続きを知りたい

(都外医療機関及び八王子市に存する医療機関)

東京都外の医療機関に転出され、都内の医療機関では診断書を作成しない場合は、指定内容の変更ではなく、指定の辞退となりますので、変更届ではなく辞退届を、指定を受けていた医療機関の所在地を管轄している区市町村にご提出ください。

なお、都の指定を受けていたとしても、他道府県では新規申請の扱いとなります。具体的な手続き等については、転出先の道府県にお尋ねください。

他道府県へ転出し、今後東京都に戻る予定がある場合は、辞退届は提出せず、その旨をファクシミリ等でお知らせください。指定医師名、指定医師登録番号(わかれば)、指定科目、直近の登録してある病院名、診療科名、担当者名、担当者連絡先を記載ください。※様式は自由です。

(3) 新たに診断書を作成する医療機関を増やしたい場合の手続きを知りたい

原則として、新たに診断書を作成する医療機関の所在地を管轄している区市町村に、変更届をご提出ください。その際、変更届には、診断書を作成する都内の医療機関を全て記載してください。新たに診断書を作成する医療機関のみが記載されていると、それまで診断書を作成していた医療機関では診断書を作成できなくなります。

(4) 診断書を作成する医療機関を減らしたい場合の手続きを知りたい

原則として、診断書を作成しなくなる医療機関の所在地を管轄している区市町村に、変更届をご提出ください。その際、変更届には、変更届提出後も診断書を作成する都内医療機関を全て記載してください。診断書を作成する都内の医療機関がなくなる場合は、変更届ではなく辞退届を提出していただくことになります。

(5) 指定内容の変更手続きを忘れていた場合の手続きを知りたい

早急に変更届をご提出ください。そのままでは作成した診断書が無効になります。

(6) 指定書を紛失してしまい、再発行してほしい場合はどうすればよいか

知事公印が押印された指定書は再発行できません。必ず大切に保管してください。

(7) 様式等をダウンロードしたい

様式等が掲載されているサイトは以下のとおりです。

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/jigyo/ishishitei.html>

※「東京都福祉局 15 条指定医」で検索

4 診断書作成上の主な留意事項

（１）二種類以上の障害

種別の違う障害が二つ以上ある場合は、各々の障害についてそれぞれ担当する指定医の診断書が必要である。

（２）「永続する」障害

法別表に規定する「永続する」障害とは、原則としてその障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

（３）乳幼児に係る障害認定

乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満３歳）以降に行うこととする。しかし、３才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として１８歳以上のものを想定していることから、**児童の場合その年齢を考慮して**妥当と思われる等級を認定する。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想される時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

（４）加齢現象や意識障害を伴う身体障害

加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害については、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみを意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであるところから、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目し障害認定を行うこととする。

なお、**意識障害を伴う身体障害**の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

（５）知的障害等

身体障害の判定にあたっては、**知的障害等**の有無に係わらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は法の対象として取り扱うものとする。ただし、身体の障害が明らかに**知的障害等に起因する**場合は、身体障害として認定しないこととする。

5 障害等級の認定方法

(1) 二つ以上の障害の重複

二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の**合計指数**に応じて、次により認定することとする。

合計指数	認定等級
18以上	1 級
11～17	2 級
7～10	3 級
4～6	4 級
2～3	5 級
1	6 級

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数算定の基本

合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の**指数を合計**したものとする。

障害等級	指 数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

イ 同一の上肢又は下肢の重複障害の合計指数算定

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上ある時は上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を**限度とする**。

（例1）

右上肢のすべての指を欠くもの	3級	等級別指数	7
右上肢の手関節の全廃	4級	等級別指数	4
合 計			11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの	3級	等級別指数	7
---------------	----	-------	---

（例2）

左上肢の肩関節の全廃	4級	等級別指数	4
〃 肘関節 〃	4級	〃	4
〃 手関節 〃	4級	〃	4
合 計			12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの	2級	等級別指数	11
---------------	----	-------	----

（３） 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複

音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については指数を合計できない。

（４） 体幹機能障害と下肢機能障害の重複

体幹機能障害と下肢機能障害は原則として指数を合計しない。例えば、神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものである。

（５） 聴覚障害と音声・言語機能障害の重複

聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、指数を合計して差し支えない。例えば、聴力レベル100 d B以上の聴覚障害（２級指数１１）と音声・言語機能の喪失（３級指数７）の障害が重複する場合は１級（合計指数１８）とする。

（６） ７級の障害

７級の障害は１つのみでは法の対象とはならないが、７級の障害が２つ以上重複する場合または７級の障害が６級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものである。７級の障害は、等級別指数を０．５とし、６級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

（７） 障害等級の記載

指数加算方式により障害程度認定を行う必要があると認める場合には、診断書総括表中の①障害名欄の余白に各障害部位別に**障害程度等級の意見を記載**すること。

（例）総合等級２級の場合 左全手指切断 （３級）

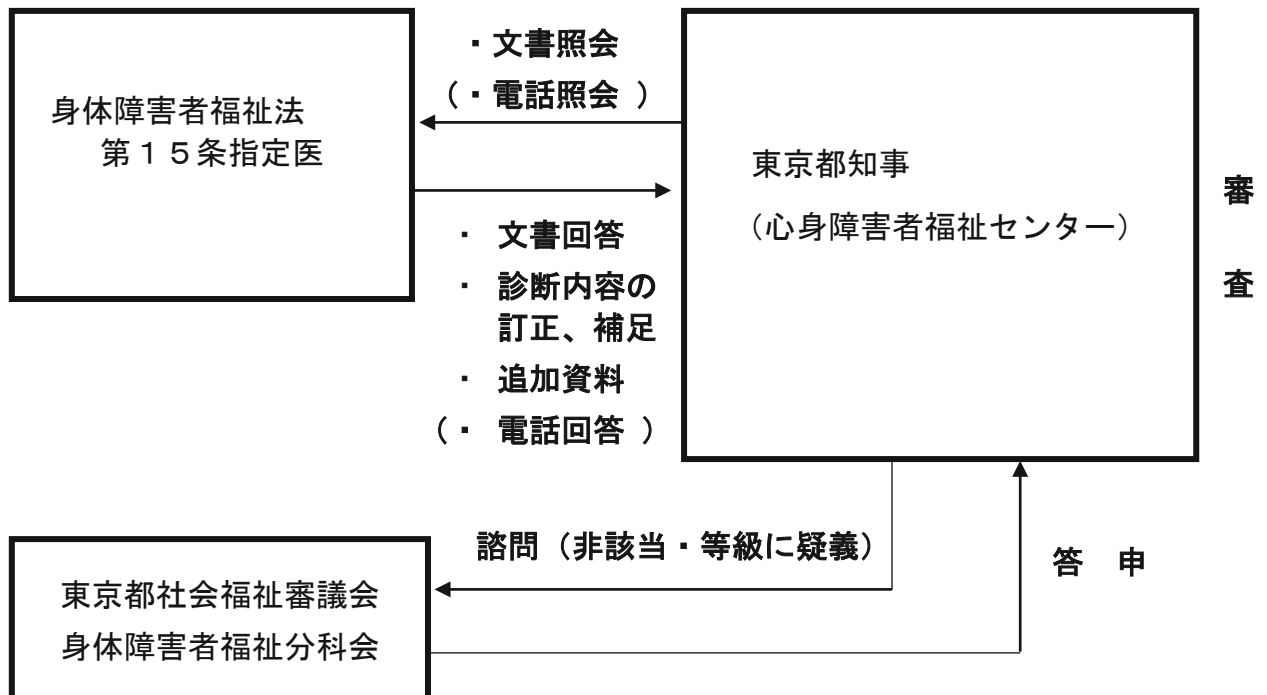
右足関節機能全廃（５級）

右肩関節機能全廃（４級）

6 文書照会・審議会への諮問

(1) 文書照会・審議会への諮問などの流れ

診断書の記載内容に不明点があるときは、東京都から改めて**照会**することがある。また、障害等級の認定が困難な診断書及び法別表に該当しないと思われる診断書については、**東京都社会福祉審議会に諮問**して決定する。



(注) 東京都社会福祉審議会の審議の結果、なお、その障害が法別表に掲げるものに該当するか否か疑義があるときは、**厚生労働大臣に障害認定を求める**こととする。

(2) 文書照会表の例

次頁以降を参照。

診断書・意見書の照会票

手帳申請者氏名	〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
手帳申請者住所	〇〇〇〇〇〇〇〇		
診 断 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
照 会 内 容	本診断書では、糖尿病性慢性腎不全によるじん臓機能障害（３級）総合等級３級とのご意見ですが 基本的な検査所見を見ますと ・日常生活の制限による分類は、ウ（３級相当）に該当しますが、 ・内因性クレアチニンクリアランス値は、$25\text{ ml} / \text{分}$より ４級相当 ・血清クレアチニン濃度は、$3.5\text{ mg} / \text{dl}$より ４級相当 とあることから、総合的に４級相当と思われますがいかがでしょうか。 以上、ご検討のうえ、ご回答をお願いいたします。		
ご 回 答	令和 年 月 日 指定医名（自署）_____		