

じん臓機能障害

一 障害程度等級表

級別	じん臓機能障害	指数
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	18
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	7
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	4

二 身体障害認定基準

(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をいう。
- イ 血液浄化を目的とした治療を必要とするもの（人工透析または腹膜透析を行っているもの）

(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 5.0 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 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
- 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 3.0 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 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で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/1.73 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。

三 身体障害認定要領

1 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。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明確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。

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、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

2 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/1.73m²）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) 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場合の状態で行うものであるので、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。

腎臓機能障害認定要旨

等級	認定基準	
1級	① 内因性クレアチンクリアランス値 10ml/分未満 ② 血清クレアチニン濃度 8.0mg/dl以上	自己の身の日常生活活動が著しく制限される
		極めて近い将来に血液浄化を目的とした治療が必要なもの
	血液浄化を目的とした治療を必要とするもの（人工透析又は腹膜透析を行っているもの）	
	腎臓移植後の抗免疫療法を継続して実施している期間	
2級		
3級	① 内因性クレアチンクリアランス値 10ml/分以上20ml/分未満 ② 血清クレアチニン濃度 5.0mg/dl以上8.0mg/dl未満 ③ eGFR（単位：ml/分/1.73m ² ）が10未満	家庭内での極めて温和な日常生活活動に支障がないが、それ以上の活動は著しく制限される
		下記のいずれか2以上の所見があるもの 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 X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
4級	① 内因性クレアチンクリアランス値 20ml/分以上30ml/分未満 ② 血清クレアチニン濃度 3.0mg/dl以上5.0mg/dl未満 ③ eGFR（単位：ml/分/1.73m ² ）が10以上20未満	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が無いがそれ以上の活動は著しく制限される
		下記のいずれか2以上の所見があるもの 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 X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

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。</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>

質 疑	回 答
<p>5. 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、透析療法はやっていないが、週1回カテーテル交換及び、じん盂洗浄を施行している者から身体障害者手帳の交付申請があった。</p> <p>一応人工的に尿を出しているのに、じん機能の障害はなく、身体障害者福祉法上の障害程度には該当しないと考えられるが、カテーテルを取りはずしての検査はできないので3級に認定したいという意見であったがどうか。</p>	<p>照会事例については、じん機能そのものの障害ではないが、尿路変更を行ったぼうこう機能障害として認定するものである。</p>

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	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	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。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤総合所見		
〔将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要〕 〔再認定の時期 年 月 日〕		
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日		
病院又は診療所の名称 所 在 地	電話（ ）	印
診療担当科名	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（ 級相当） ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、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 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

じん臓機能障害の状況及び所見

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 (mg/dl)
- ウ eGFR (推算糸球体濾過量) ($\text{ml}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 以上)
- エ 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)
- オ 24時間尿量 ($\text{ml}/\text{日}$)
- カ 尿所見 ()

2. その他の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、それを裏付ける所見を右の [] 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) $\left(\begin{array}{l} \text{Na} \quad \text{mEq}/\ell, \text{K} \quad \text{mEq}/\ell \\ \text{Ca} \quad \text{mEq}/\ell, \text{P} \quad \text{mg}/\text{dl} \\ \text{浮腫, 乏尿, 多尿, 脱水, 肺うっ血} \\ \text{その他 ()} \end{array} \right)$
- 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における骨異常栄養症 (有・無) [高度, 中等度, 軽度]
- カ じん性貧血 (有・無) $\text{Hb} \quad \text{g}/\text{dl}, \text{Ht} \quad \%$
赤血球数 $\times 10^4/\text{mm}^3$
- キ 代謝性アシドーシス (有・無) [$\text{HCO}_3 \quad \text{mEq}/\ell$]
- 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, 透析開始年月日 年 月 日) 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。 (4級相当)
- 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。 (3級相当)
- エ 自己の身の周りの日常生活制限活動を著しく制限されるもの。 (1級相当)

身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

総括表

氏名 ○ ○ ○	S〇〇年 ○〇月 ○日生	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
住所 ○〇郡○〇町○〇大字○〇字○〇△番△号		
①障害名（部位を明記） 腎臓機能障害		
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 <input checked="" type="radio"/> 疾病・先天性・その他（ ）
③疾病・外傷発生年月日 H〇〇年 ○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。） S〇〇年に糖尿病と診断され投薬による治療を開始した。 H〇年頃から尿蛋白が検出され降圧療法及び食事療法を行ったが、改善されず腎不全となり平成〇〇年〇月〇日から人工透析を週3回導入することになった。		
障害固定又は障害確定（推定）平成〇〇年 ○月○日		
⑤総合所見 人工透析が生涯必要な状態であり、1級に相当する。		
〔将来再認定：要（重度化・軽度化） <input checked="" type="radio"/> 不要〕 〔再認定の時期 年 月 〕		
⑥その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 平成〇〇年 ○月〇〇日 病院又は診療所の名称 医療法人〇〇会〇〇クリニック 電話 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇 所 在 地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇郡〇〇町〇番〇号 診療担当科名 泌尿器科 医師氏名 ○ ○ ○ <input checked="" type="radio"/>		
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 <input checked="" type="radio"/> 該当する (1 級相当) ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上麻痺、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 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

