

令和 7 年度身体障害者福祉法
第 15 条指定医師研修会資料

ぼうこう又は直腸機能障害
小腸機能障害

「事例研究」

令和 8 年 1 月 25 日 (日)

目 次

身体障害認定要領 …p. 1

【事例】

膀・直 1 : 造設後6ヶ月未満のため等級が異なる事例 …p. 5

膀・直 2 : 閉鎖予定のため認定困難な事例 …p. 11

膀・直 3 : 原因疾病が限定されるため認定困難な事例 …p. 17

膀・直 4 : 造設後6ヶ月未満のため認定困難な事例 …p. 23

膀・直 5 : 自尿があるため認定困難な事例 …p. 29

膀・直 6 : ストマが複数でも等級は変わらない事例 …p. 35

膀・直 7 : 腸内容のもれの状態により認定困難な事例 …p. 41

膀・直 8 : 原因疾病が限定されるため認定困難な事例 …p. 47

膀・直 9 : 記載不十分により照会となる事例 …p. 53

小腸 1 : 小腸疾患により認定した事例 …p. 59

小腸 2 : 小腸疾患により認定した事例 …p. 63

小腸 3 : 中心静脈栄養法未実施のため認定困難な事例 …p. 67

小腸 4 : 小腸疾患ではないため認定困難な事例 …p. 71

小腸 5 : 経過観察6ヶ月未満のため認定困難な事例 …p. 75

【身体障害認定要領】

ぼうこう又は直腸機能障害

1 診断書の作成について

ぼうこう機能障害の場合は、

- ①「尿路変向（更）ストマ」を造設しているか
- ②「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」があるか
- ③「高度の排尿機能障害」があるか

直腸機能障害の場合は、

- ①「腸管のストマ」を造設しているか
- ②「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」があるか
- ③「治癒困難な腸瘻」があるか
- ④「腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」があるか
- ⑤「高度の排便機能障害」があるか

以上の事項について判定することを主目的とする。

また、記載すべき事項は、障害名、その原因となった疾患、手術、日常生活における制限の状態、障害認定に関する意見、具体的所見である。

（1）総括表について

ア 「障害名」について

「ぼうこう機能障害」「直腸機能障害」と記載する。ただし、この障害名だけでは障害の状態が具体的ではないので、「ぼうこう機能障害（ぼうこう全摘、回腸導管）」「ぼうこう機能障害（尿管皮膚瘻）」「ぼうこう機能障害（高度の排尿機能障害）」「直腸機能障害（人工肛門）」「直腸機能障害（治癒困難な腸瘻）」「直腸機能障害（高度の排便機能障害）」等と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

「ぼうこう癌」「クローン病」「潰瘍性大腸炎」「直腸癌」「二分脊椎」「先天性鎖肛」等、原因となった疾病名等を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

経過については、通常のカルテの記載と同様であるが、現症については身体障害者診断書の現症欄であるので、ぼうこう機能障害の状態（尿路変向（更）の状態あるいは高度の排尿機能障害の状態等）、直腸機能障害の状態（腸管のストマの状態あるいは高度の排便機能障害の状態等）と、そのために日常生活がどのように制限されているのかを記載する。

エ 「総合所見」について

認定に必要な事項、すなわち尿路変向（更）の種類、腸管のストマの種類、高度の排尿又は排便機能障害の有無、治癒困難な腸瘻の種類、その他軽快の見込みのないストマや腸瘻等の周辺の皮膚の著しいびらんの有無、又は日常生活活動の制限の状態等を記載する。

なお、症状の変動が予測される場合は、将来の再認定時期についてもその目処を記載する。

（2）「ぼうこう又は直腸機能障害の状態及び所見」について（留意点）

ア 「ぼうこう機能障害」について

「ぼうこう機能障害」については、尿路変向（更）のストマがあるか、あるいは神経因性ぼうこうによる高度の排尿機能障害があるか等について判定する。

尿路変向（更）のストマについては、種類と術式について記載することとともに、

ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細について診断書の項目にそって記載する。また、ストマの部位やびらんの大きさ等については、詳細に図示する。

高度の排尿機能障害については、神経障害の原因等について診断書の項目にそつて記載するとともに、カテーテル留置や自己導尿の常時施行の有無等の状態・対応についても記載する。

イ 「直腸機能障害」について

「直腸機能障害」については、腸管のストマがあるか、あるいは治癒困難な腸瘻があるか、あるいは高度の排便機能障害があるかについて判定する。

腸管のストマについては、種類と術式について記載するとともに、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細について診断書の項目にそつて記載する。また、ストマの部位やびらんの大きさ等については、詳細に図示する。

治癒困難な腸瘻については、原疾患と瘻孔の数について記載するとともに、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細について診断書の項目にそつて記載する。また、腸瘻の部位や大きさ等については、詳細に図示する。

高度の排便機能障害については、原疾患等を診断書の項目にそつて記載するとともに、完全便失禁や用手摘便等の施行の有無等の状態・対応についても記載する。

ウ 「障害程度の等級」について

ぼうこう機能障害、直腸機能障害における診断内容が、1級から4級のいずれの項目に該当するかについて記載する（記載漏れは、照会の対象となるため注意が必要）。

2 障害程度の認定について

（1）ぼうこう機能障害のみの等級について

ぼうこう機能障害単独であっても、「尿路変向（更）のストマ」や「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」あるいは「高度の排尿機能障害」の合併状況によって、障害程度は3級から4級に区分されるので、身体障害認定基準に照らして的確に確認すること。なお、ぼうこうが残っていても、尿路変向（更）例は認定の対象とする。

（2）直腸機能障害のみの等級について

直腸機能障害単独であっても、「腸管のストマ」や「治癒困難な腸瘻」あるいはこれらの「排便処理の著しく困難な状態」又は「腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」、さらには「高度の排尿・排便機能障害」の合併によって、障害程度は1級、3級、4級に区分されるので、身体障害認定基準に照らして的確に認定すること。

（3）ぼうこう機能障害と直腸機能障害が合併する場合について

ぼうこう機能障害と直腸機能障害とが合併する場合は、それぞれの障害におけるストマや腸瘻の有無、さらにはこれらの「排尿・排便又は排泄処理が著しく困難な状態」等によっても等級が1級あるいは3級に区分されるため、身体障害認定基準に照らして的確に設定すること。

（4）障害認定の時期について

ストマ造設の有無や、排尿・排便処理が著しく困難な状態の有無、あるいは、先天性であるかどうかなどの状態によって認定の時期が異なるため、身体障害認定基準に基づいて的確に設定する。また、適宜再認定を行うことが必要となるものもあり、この点についても十分に留意すること。

なお、腸管のストマ、尿路変向（更）のストマについては、排尿・排便のための機能もち、永久的造設のものに限る（一時的な造設は、認定の対象外）。

小腸機能障害

1 診断書の作成について

身体障害者診断書においては、小腸切除又は小腸疾患により永続的な小腸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

「小腸機能障害」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

小腸切除を行う疾患や病態としての「小腸間膜血管閉塞症」「小腸軸捻転症」「外傷」等、又は永続的に小腸機能の著しい低下を伴う「クローン病」「腸管ベーチェット病」「乳児期難治性下痢症」等を記載する。

傷病発生年月日については、初診日でもよく不明確な場合は、推定年月を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

通常のカルテに記載される内容のうち、特に身体障害者としての障害認定のために参考となる事項を摘記する。

現症について、別様式診断書「小腸の機能障害の状況及び所見」の所見欄に記載される内容は適宜省略してもよい。

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、特に栄養維持の状態、症状の予測等について記載する。

なお、小腸切除（大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障害の場合は、将来再認定を原則としているので、再認定の時期等についても記載すること。

(2) 「小腸の機能障害の状況及び所見」について（留意点）

ア 体重減少率については、最近3か月間の観察期間の推移を記載することとし、この場合の体重減少率とは、平常の体重からの減少の割合、又は $(\text{身長} - 100) \times 0.9$ の数値によって得られる標準的体重からの減少の割合をいうものである。

イ 小腸切除の場合は、切除小腸の部位及び長さ、残存小腸の部位及び長さに関する所見を、また、小腸疾患の場合は、疾患部位、範囲等の所見を明記する。

ウ 栄養維持の方法については、中心静脈栄養法、経腸栄養法、経口摂取の各々について、最近6か月間の経過観測により記載する。

エ 検査所見は、血清アルブミン濃度が最も重視されるが、その他の事項についても測定値を記載する。

2 障害程度の認定について

- (1) 小腸機能障害は、小腸切除によるものと小腸疾患によるものとがあり、それぞれについて障害程度の身体障害認定基準が示されているが、両者の併存する場合は、それら症状をあわせた状態をもって、該当する等級区分の身体障害認定基準に照らし障害程度を認定する。
- (2) 小腸機能障害の障害程度の認定は、切除や病変の部位の状態に併せ、栄養維持の方法の如何をもって行うものであるから、診断書に記載された両者の内容を十分に確認しつつ障害程度を認定する。
- (3) 小腸疾患による場合、現症が重要であっても、悪性腫瘍の末期の状態にある場合は障害認定の対象とはならないものであるので留意すること。
- (4) 障害認定は、小腸大量切除の場合以外は6か月の観察期間を経て行うものであるが、その多くは症状の変化の予測されることから、将来再認定を要することとなるので、その要否や時期等については十分確認すること。

”等級が異なる事例” 脇・直 1

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 33 年 7 月 16 日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記）	直腸機能障害（人工肛門（横行結腸）造設）		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	直腸癌	自然災害、 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生年月日	令和 7 年 10 月 20 日・場所		
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）	<p>直腸癌に対し令和 7 年 10 月 20 日超低位前方切除（一時的回腸人工肛門）実施。術後、吻合部狭窄にて肛門温存不可能と判断した。 令和 7 年 11 月 11 日回腸人工肛門を閉鎖し、横行結腸人工肛門を再造設した。</p>		
⑤ 総合所見	障害固定又は障害確定（推定） 令和 7 年 11 月 11 日		
⑥ その他参考となる合併症状	<p>人工肛門は永久的に使用する。</p> <p>〔軽度化による将来再認定 要・不要 (再認定の時期 年 月 後)〕</p>		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。	<p>令和 7 年 12 月 15 日</p> <p>病院又は診療所の名称 埼玉県○○市○○ 2-11 所 在 地 ○○○○ 病院</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名 ○○ ○○</p>		
<p>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〕</p> <p>障害の程度は、<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<input checked="" type="checkbox"/> 該当する（3 級相当） ・<input type="checkbox"/> 該当しない 			
<p>注意 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^{よの}まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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。</p>			

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

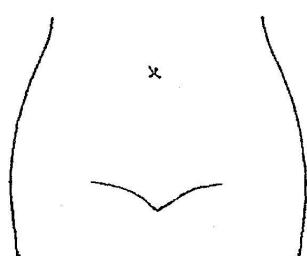
- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
 - ・1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
 - ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

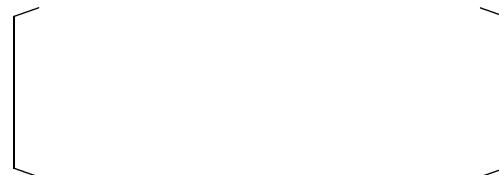
- 種類
 - 腎瘻 じんろう
 - 尿管瘻 ろう う 管 じんかん瘻
 - 回腸(結腸)導管 ぼうこうう 療 じゆう
 - その他 []
 - 術式 []
 - 手術日 [年 月 日]



(2) ストマにおける排尿処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□ 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、
変形等を記述・図示すること。)



□ 無

※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を過ぎしていることが要件となります。

口 本庶の其田機の時空

※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

- 神経障害
 - 先天性 []
 - (例: 二分脊椎) せきつい
 - 直腸の手術
 - 術式 []
 - 手術日 [] 年 月 日

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
 - 自己導尿の常時施行
 - 完全尿失禁（カテーテルの常時留置又は自己導尿の常時施行が必要だが、何らかの理由でこれらの対応がとれないため、結果として生じたもの）

□ 自然排尿型代用ぼうこう

- ・術式[]
 - ・手術日[年 月 日]

□ その他

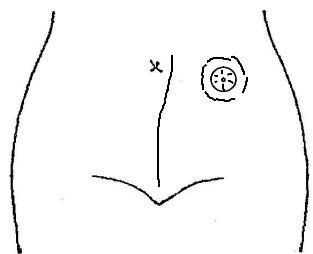


2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

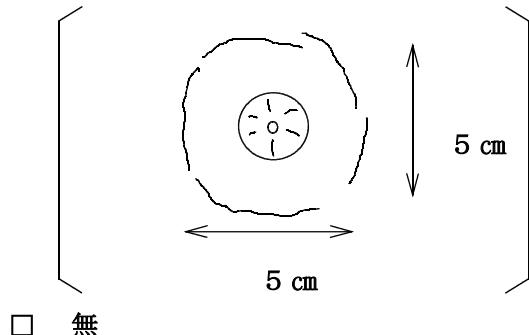
- ・種類
 - 空腸・回腸ストマ
 - 上行・横行結腸ストマ
 - 下行・S状結腸ストマ
 - その他[]
- ・術式[] 人工肛門造設術
- ・手術日[令和7年11月11日]



(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)



※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

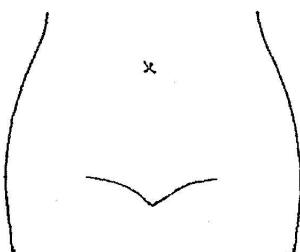
(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- 放射線障害
- 疾患名[]
- その他
- 疾患名[]

(2) 瘻孔の数[] 個



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分
- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)
- その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因	(2) 排便機能障害の状態・対応
<input type="checkbox"/> 先天性疾患に起因する神経障害	<input type="checkbox"/> 完全便失禁
[(例：二分脊椎)]	<input type="checkbox"/> 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要
<input type="checkbox"/> 先天性鎖肛に対する肛門形成術	<input type="checkbox"/> その他
手術日[年 月 日]	
<input type="checkbox"/> 小腸肛門吻合術	
手術日[年 月 日]	

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

申請時点では「腸管のストマをもつもの」として、4級とすべき事例。

本件は、ストマ造設に加え、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態が「有」）の合併のため、3級相当との参考意見が付されている。

しかし、認定基準ではストマにおける排尿・排便処理が著しく困難な状態の合併によって上位等級に該当する場合、ストマ造設後6ヶ月を経過していることが要件となっている。

そのため、申請時点では、ストマ造設後1か月である本件については「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態の合併」での3級の認定は困難である。ただし、ストマについては、永久的な造設の場合、造設直後から認定が可能であることから、ストマのみ認定し、4級との認定は可能である（造設後6ヶ月を経過した時点で、上位等級に該当するか確認することが望ましい）。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”認定困難な事例” 脇・直2

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和24年 6月13日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記）	直腸機能障害（横行結腸人工肛門）		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	直腸癌	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 11月頃	日・場所	
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）	上記疾患にて、令和7年1月11日手術（低位前方切除術+横行結腸人工肛門造設術施行）。		
障害固定又は障害確定（推定） 令和7年 4月 12日			
⑤ 総合所見	横行結腸人工肛門で4級に該当する。今後、人工肛門閉鎖を予定している。令和7年9月頃、人工肛門閉鎖術を予定している。		
軽度化による将来再認定（要）・不要（再認定の時期 2年 月後）			
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7年4月12日			
病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○2-11		
所 在 地	○○○○ 病院		
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（4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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県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。			

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

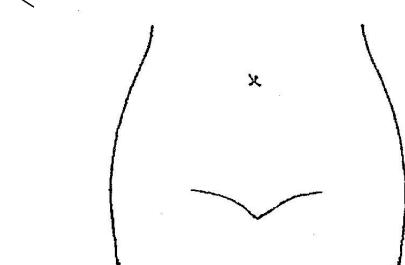
〔記入上の注意〕

- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
 - ・1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
 - ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| (1) 種類・術式
• 種類
• 術式[
• 手術日[| | □ 腎瘻 じんろう
□ 尿管瘻 ろう
□ 回腸(結腸)導管 ろう
□ その他[
□ 腎盂瘻 じんうろう
□ ぼうこう瘻 ろう |
| | | |
| | | |
| | | |



- (ストマ及びびらんの部位等を図示)

- ## (2) ストマにおける排尿処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、
変形等を記述・図示すること。)



※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態

による上位等級の認定は、ストマ造設後 6 か月を経過していることが要件となります。

□ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

（1）原因

- 神経障害
 - 先天性 []
 - (例: 二分脊椎) せきつい
 - 直腸の手術
 - ・術式 []
 - ・手術日 [年 月 日]

- 自然排尿型代用ぼうこう
・術式[]
・手術日「 年 月 日」

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
 - 自己導尿の常時施行
 - 完全尿失禁（カテーテルの常時留置
又は自己導尿の常時施行が必要だが、
何らかの理由でこれらの対応がとれな
いため、結果として生じたもの）

- その他

2 直腸機能障害

腸管のストマ

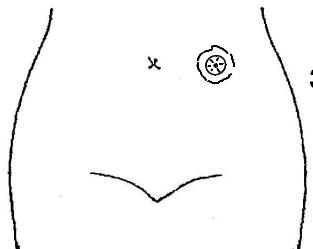
(1) 種類・術式

・種類

- 空腸・回腸ストマ
- 上行・横行結腸ストマ
- 下行・S状結腸ストマ

・術式[低位前方切除術、
横行結腸人工肛門造設術]

・手術日[令和7年 1月11日]



3.2 × 4.1 × 1.5cm

(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、
変形等を記述・図示すること。)



無

※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- 放射線障害

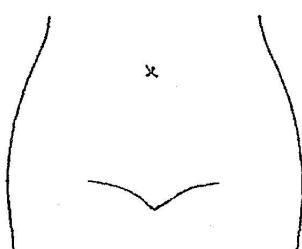
疾患名[

- その他

疾患名[

(2) 瘻孔の数[

個]



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分

- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

- その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因	(2) 排便機能障害の状態・対応
<input type="checkbox"/> 先天性疾患に起因する神経障害 [(例：二分脊椎)] <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 先天性鎖肛に対する肛門形成術 手術日[年 月 日] <input type="checkbox"/> 小腸肛門吻合術 手術日[年 月 日]	<input type="checkbox"/> 完全便失禁 <input type="checkbox"/> 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。 <input type="checkbox"/> 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要 <input type="checkbox"/> その他

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(2級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

人工肛門の閉鎖が予定されており、直腸機能障害に該当しない事例

障害認定の対象となるストマは、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限られている。

本件については、一時的な人工肛門として、5ヶ月後（人工肛門造設後8ヶ月）に閉鎖術予定との所見であることから、現時点での障害認定は妥当ではなく、直腸機能障害に該当しない。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”認定困難な事例” 脇・直3

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	平成12年12月25日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記）	ぼうこう・直腸機能障害（高度の排尿・排便機能障害）		
原因となった ② 疾病・外傷名	第1、4腰椎破裂骨折 交通、 <u>労災</u> 、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7年1月10日・場所		
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）	<p>建設作業中、5mの高さから転落して受傷。 当院に救急搬送され、第1、4腰椎破裂骨折、両下肢骨骨折の診断で脊椎と両下腿手術を受けた。術後、リハビリを重ねるも腰椎骨折に伴う神経損傷の結果の対麻痺がみられ、排尿排便障害が残存した。</p>		
⑤ 総合所見	<p>障害固定又は障害確定（推定） 令和7年12月25日</p> <p>排尿排便障害があり、自己導尿の常時施行、及び週に4～5回の用手摘便を施行。</p> <p>軽度化による将来再認定 要・<u>不要</u> (再認定の時期 年 月 後)</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>令和7年12月25日</p> <p>病院又は診療所の名称 埼玉県○○市○○2-11 所 在 地 ○○○○ 病院 診療担当科名 科 医師氏名 ○○ ○○ 印</p> <p>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、<u>身体障害者福祉法別表</u>に掲げる障害に ・<u>該当する</u>（3級相当） ・<u>該当しない</u></p>		
注意	<p>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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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。</p>		

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

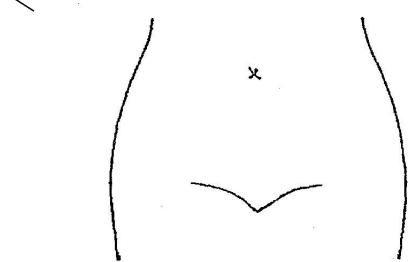
- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
 - ・1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
 - ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

- | | | | |
|--|--|---|--|
| (1) 種類・術式 <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [</td><td style="vertical-align: top; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
 <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
 <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
 <input type="checkbox"/> その他 [] </td></tr> </table> | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [| <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
<input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
<input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
<input type="checkbox"/> その他 [] |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [| <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
<input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
<input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
<input type="checkbox"/> その他 [] | | |

(1) 種類・術式 <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [</td><td style="vertical-align: top; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 [] </td></tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [<input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 []
<ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [<input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 []		



- (2) ストマにおける排尿処理の状態

 - ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□ 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、
変形等を記述・図示すること。)



※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

☒ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

（1）原因

- 神経障害

先天性 []
(例：二分脊椎)
せきつい

直腸の手術

 - ・術式 []
 - ・手術日 [年 月 日]

自然排尿型代用ぼうこう

 - ・術式 []
 - ・手術日 [年 月 日]

- ## (2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
 - 自己導尿の常時施行
 - 完全尿失禁（カテーテルの常時留置
又は自己導尿の常時施行が必要だが、
何らかの理由でこれらの対応がとれな
いため、結果として生じたもの）

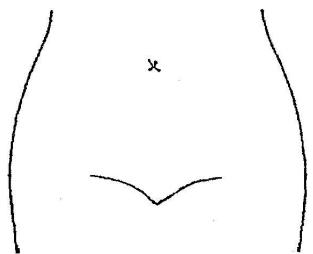


2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ・種類
 - 空腸・回腸ストマ
 - 上行・横行結腸ストマ
 - 下行・S状結腸ストマ
 - その他[]
- ・術式[]
- ・手術日[年 月 日]



(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)



- 無

※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

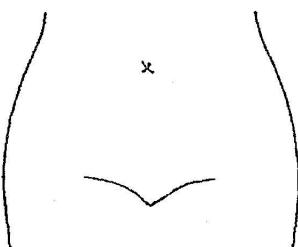
(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- 放射線障害
- 疾患名[]
- その他
- 疾患名[]

(2) 瘻孔の数[個]



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

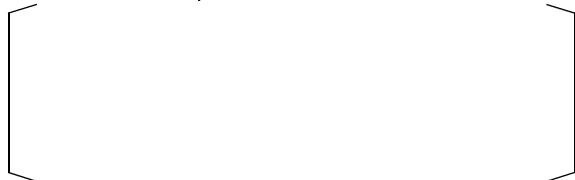
- 大部分

- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

- その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[]

(例：二分脊椎)

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日 [年 月 日]

小腸肛門吻合術

手術日 [年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(2級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

原因疾病から、高度の排尿機能障害、高度の排便機能障害のいずれにも該当しない事例

高度の排尿機能障害は「先天性疾患（先天性鎖肛を除く）による神経障害、又は直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこうによる神経因性ぼうこうに起因し、カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のもの」とされており、本件は、手術に起因する障害発生後、6ヶ月以上経過し、自己導尿の常時施行しているものの、原因疾病が腰椎破裂骨折の手術に起因する障害発生であることから高度の排尿機能障害に該当しない。

また、高度の排便機能障害は「先天性疾患（先天性鎖肛を除く）による神経障害、又は先天性鎖肛に対する肛門形成術、又は小腸肛門吻合術に起因し、完全便失禁を伴い、軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある状態、又は週に2回以上の定期的な用手摘便を要する高度な便秘を伴う状態のもの」とされており、本件は、手術に起因する障害発生後、6ヶ月以上経過し、週に4～5回の用手摘便を施行しているものの、原因疾病が腰椎破裂骨折の手術に起因する障害発生であることから高度の排便機能障害に該当しない。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”認定困難な事例” 膀・直4

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和18年 7月14日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記）	ぼうこう機能障害（高度の排尿機能障害：回腸新膀胱）		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	膀胱癌	自然災害、疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳	年 月 日	・ 場所
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）	<p>血尿のため、令和7年3月13日初診。 膀胱癌の診断にて、4月23日TUR-Bt施行。筋層浸潤（T2以上）の病期診断のため、6月9日膀胱全摘術。回腸新膀胱造設術施行。</p>		
障害固定又は障害確定（推定） 令和7年 6月 9日			
⑤ 総合所見	<p>上記手術のため、膀胱機能を恒久的に失った。</p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">軽度化による将来再認定</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> （再認定の時期 要年 ・ 不要月後 </div>			
⑥ その他参考となる合併症状	<p>精神遅滞</p>		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>令和7年7月25日</p>			
病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○ 2-11		
所 在 地	○○○○ 病院		
診療担当科名	科	医師氏名	○○ ○○
<p>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]</p> <p>障害の程度は、<u>身体障害者福祉法別表</u>に掲げる障害に</p> <p>・<u>該当する</u>（4級相当）</p> <p>・<u>該当しない</u></p>			
<p>注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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。</p>			

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

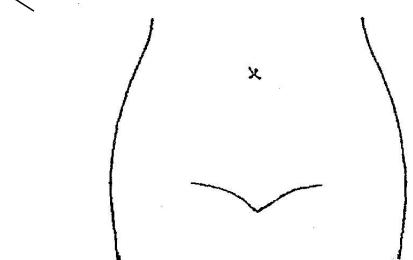
- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
 - ・1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
 - ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

- | | | | |
|--|--|---|--|
| (1) 種類・術式 <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [</td><td style="vertical-align: top; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
 <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
 <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
 <input type="checkbox"/> その他 [] </td></tr> </table> | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [| <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
<input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
<input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
<input type="checkbox"/> その他 [] |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [| <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
<input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
<input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
<input type="checkbox"/> その他 [] | | |

(1) 種類・術式 <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [</td><td style="vertical-align: top; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 [] </td></tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [<input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 []
<ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [<input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 []		



- (2) ストマにおける排尿処理の状態

 - ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□ 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、
変形等を記述・図示すること。)



※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

✓ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

（1）原因

- 神経障害
 - 先天性 []
 - (例: 二分脊椎) せきつい
 - 直腸の手術
 - ・術式 []
 - ・手術日 [年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
 - 自己導尿の常時施行
 - 完全尿失禁（カテーテルの常時留置
又は自己導尿の常時施行が必要だが、
何らかの理由でこれらの対応がとれな
いため、結果として生じたもの）

☑ 自然排尿型代用ぼうこう

- ・術式[ハウトマン型回腸新膀胱]
 - ・手術日[令和7年 6月 9日]

□その他

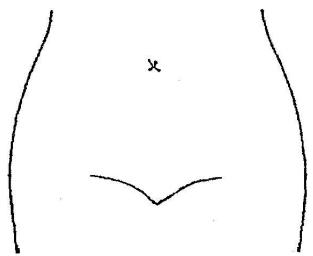


2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ・種類
 - 空腸・回腸ストマ
 - 上行・横行結腸ストマ
 - 下行・S状結腸ストマ
 - その他[]
- ・術式[]
- ・手術日[年 月 日]



(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)
- 無



※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」

による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

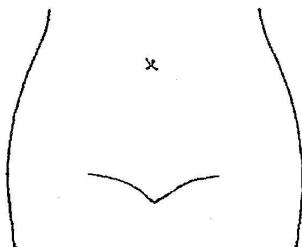
(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- 放射線障害
- 疾患名[]
- その他
- 疾患名[]

(2) 瘻孔の数[個]



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分
- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

- その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[

(例：二分脊椎)
せきつい

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日 [年 月 日]

小腸肛門吻合術
ふん

手術日 [年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[]

]

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの

治癒困難な腸瘻があるもの

高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

新膀胱造設後、6ヶ月経過していないため、該当しない事例

「高度の排尿機能障害」「高度の排便機能障害」は、先天性疾患（先天性鎖肛を除く）による場合を除き、直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）による神経因性ぼうこうに起因する障害又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術に起因する障害発生後、6ヶ月以上経過した日以降の所見により認定し、その後は状態に応じて適宜再認定を行う、とされている。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”認定困難な事例” 脇・直5

身体障害者診断書・意見書 (ぼうこう又は直腸機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和44年 6月14日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名 (部位を明記)	ぼうこう機能障害 (高度の排尿機能障害: 新膀胱造設)		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	前立腺癌	自然災害、 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生年月日	令和6年 8月18日・場所		
④ 参考となる経過・現症 (画像診断及び検査所見を含む。)	<p>令和6年7月に尿閉で近医受診。 PSA 168と高値のため、前立腺生検し、前立腺癌を診断された。 その後、放射線療法、内分泌ホルモン療法施行され、PSAは0.4まで 低下、以降は変化なく、令和7年1月26日前立腺を含め、膀胱全摘除 術、新膀胱造設術施行された。</p>		
障害固定又は障害確定(推定)	令和7年 1月 26日		
⑤ 総合所見	<p>前立腺粘液癌、膀胱浸潤で膀胱全摘、新膀胱造設術を施行。</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	<p>〔軽度化による将来再認定 要年月 (再認定の時期) 不要月後〕</p>		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>令和7年 7月30日</p> <p>病院又は診療所の名称 埼玉県○○市○○2-11 所在地 ○○○○ 病院 診療担当科名 科 医師氏名 ○○ ○○</p>			
<p>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]</p> <p>障害の程度は <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・<input checked="" type="checkbox"/> 該当する (4級相当) ・<input type="checkbox"/> 該当しない</p>			
<p>注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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。</p>			

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

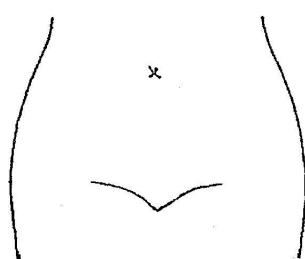
〔記入上の注意〕

- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
 - ・1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
 - ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| (1) 種類・術式
• 種類
• 術式[
• 手術日[| | □ 腎瘻 じんろう
□ 尿管瘻 ろう う う
□ 回腸(結腸)導管 ろう う う
□ その他[
]] | |
|]] | | | |
| 年
月 | | | |
| 日 | | | |



(2) ストマにおける排尿処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□ 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、
変形等を記述・図示すること。)

□ 無

※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後 6 か月を経過していることが要件となります。

☑ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

- 神経障害
 - 先天性 []
 - (例 : 二分脊椎) せきつい
 - 直腸の手術
 - ・術式 []
 - ・手術日 [年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
 - 自己導尿の常時施行
 - 完全尿失禁（カテーテルの常時留置
又は自己導尿の常時施行が必要だが、
何らかの理由でこれらの対応がとれな
いため、結果として生じたもの）

☑ 自然排尿型代用ぼうこう

- ・術式[新膀胱造設 (スチューダ)]
 - ・手術日[令和 7年 1月 26日]

その他

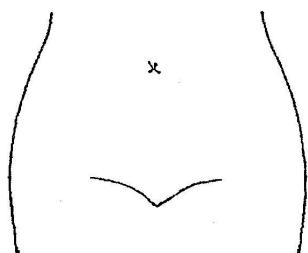


2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ・種類
 - 空腸・回腸ストマ
 - 上行・横行結腸ストマ
 - 下行・S状結腸ストマ
 - その他[]
- ・術式[]
- ・手術日[年 月 日]



(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)



無

※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

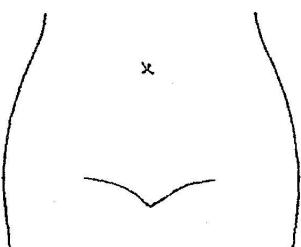
(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- 放射線障害
- 疾患名[]
- その他
- 疾患名[]

(2) 瘻孔の数[個]



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分
- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[

(例：二分脊椎)
せきつい

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日 [年 月 日]

小腸肛門吻合術
ふん

手術日 [年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[]

]

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

高度の排尿機能障害に該当しない事例

高度の排尿機能障害は「先天性疾患による神経障害、または直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこうによる神経因性ぼうこうに起因し、カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のもの」とされている。

本件については、新膀胱造設後 6 ヶ月経過しているが、高度の排尿機能障害の欄（2） その他に「腹圧排尿」との記載があることから『自尿がある』と解釈されるため、障害に該当しない。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”等級が異なる事例” 膀・直6

身体障害者診断書・意見書 (ぼうこう又は直腸機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和8年12月14日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名 (部位を明記)	ぼうこう機能障害 (右腎瘻及び左腎回腸導管)		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	膀胱癌 自然災害、疾病、先天性、その他 ()		
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳	年 月 日	・ 場所
④ 参考となる経過・現症 (画像診断及び検査所見を含む。)	術後 (膀胱全摘+回腸導管) 右尿管と回腸の縫合不全を起こし、右尿管よりの利尿が直腸上部に瘻を形成し、排尿する状態となつたため、右腎の腎瘻を造設した。		
障害固定又は障害確定(推定) 令和7年 5月 6日			
⑤ 総合所見	左腎軽度の水腎症あり。右腎は腎機能は良好であるが、時々腎孟腎炎を起こす。将来右腎摘が必要になる可能性がある。		
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input checked="" type="checkbox"/> 軽度化による将来再認定 要 <input type="checkbox"/> (再認定の時期 年 月 後) </div>			
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7年6月28日			
病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○ 2-11		
所 在 地	○○○○ 病院		
診療担当科名	科	医師氏名	○○ ○○
④			
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			
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する (3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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県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。			

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

[記入上の注意]

- 「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
- 1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
- 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

☑ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

・種類

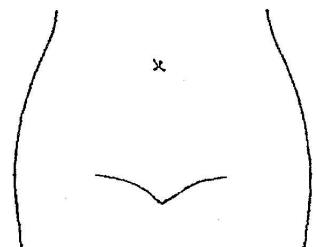
- 腎瘻 腎盂瘻
 尿管瘻 ぼうこう瘻

- 回腸(結腸)導管

- その他[]

・術式[回腸導管及び腎瘻造設術]

・手術日[令和7年 5月 6日]



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

(2) ストマにおける排尿処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有(ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)

「腎瘻について」
直接穿刺による
J-チューブが
挿入されている。 無

※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

□ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患(先天性鎖肛を除く。)による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

- 神経障害

□ 先天性[

(例:二分脊椎)

□ 直腸の手術

・術式[]

・手術日[年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置

- 自己導尿の常時施行

- 完全尿失禁(カテーテルの常時留置

又は自己導尿の常時施行が必要だが、何らかの理由でこれらの対応がとれないため、結果として生じたもの)

□ 自然排尿型代用ぼうこう

・術式[]

・手術日[年 月 日]

□ その他



2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

・種類

- 空腸・回腸ストマ
- 上行・横行結腸ストマ
- 下行・S状結腸ストマ
- その他[]

・術式[]

・手術日[年 月 日]

(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)

- 無

※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

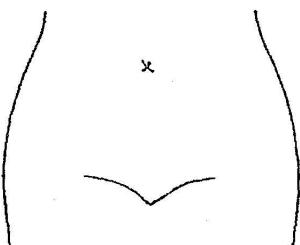
- 放射線障害

疾患名[]

- その他

疾患名[]

(2) 瘻孔の数[個]



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分

- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

- その他

(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[

(例：二分脊椎)

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日 [年 月 日]

小腸肛門吻合術

手術日 [年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

4級相当での認定が妥当な事例

「尿路変向（更）ストマをもつもの」として、ぼうこう機能障害4級に該当する。

尿路変向（更）ストマを2個もつ場合でも、尿路変向（更）のみの場合の認定基準に照らして、3級ではなく4級に該当する。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”認定困難な事例” 脇・直7

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和48年 1月21日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女						
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○								
① 障害名（部位を明記）	直腸機能障害（治癒困難な腸瘻）								
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、								
② 疾病・外傷名	腸管皮膚瘻 自然災害、疾病、先天性、その他（ ）								
③ 疾病・外傷発生年月日	令和7年 2月	日	場所						
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）	<p>CT、透視下上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査で皮膚と瘻孔を形成しており、瘻孔閉鎖目的で人工肛門造設したが、依然として瘻孔閉鎖せず。今後人工肛門閉鎖すれば瘻孔部分の悪化生じるため現状維持。瘻孔部分からの排液多く、同部位の炎症性変化に対し切開排膿しており、ストマパウチ貼付できず、管理に難渋し、ガーゼをあて対応している。</p>								
障害固定又は障害確定（推定） 令和7年10月 日									
⑤ 総合所見	<p>永久的人工肛門が必要。 左背部に排液処理が困難な腸瘻を認める。</p>								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 軽度化による将来再認定 (再認定の時期) </div> 要 ・ <input checked="" type="radio"/>不要 月後)									
⑥ その他参考となる合併症状									
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>令和7年11月11日</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">病院又は診療所の名称</td> <td style="width: 50%;">埼玉県○○市○○2-11</td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td>○○○○ 病院</td> </tr> <tr> <td>診療担当科名</td> <td>科 医師氏名 ○○ ○○</td> </tr> </table>				病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○2-11	所 在 地	○○○○ 病院	診療担当科名	科 医師氏名 ○○ ○○
病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○2-11								
所 在 地	○○○○ 病院								
診療担当科名	科 医師氏名 ○○ ○○								
<p>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〕</p> <p>障害の程度は、<u>身体障害者福祉法別表</u>に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>該当する</u> (3級相当) ・<u>該当しない</u> 									
<p>注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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。</p>									

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

[記入上の注意]

- 「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
- 1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
- 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

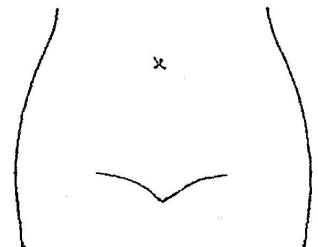
(1) 種類・術式

・種類

- 腎瘻
- 腎盂瘻
- 尿管瘻
- ぼうこう瘻
- 回腸(結腸)導管
- その他[]

・術式[]

・手術日[年 月 日]



(2) ストマにおける排尿処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有(ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)



- 無

※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患(先天性鎖肛を除く。)による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

- 神経障害

先天性[]

(例:二分脊椎)

直腸の手術

・術式[]

・手術日[年 月 日]

- 自然排尿型代用ぼうこう

・術式[]

・手術日[年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置

自己導尿の常時施行

完全尿失禁(カテーテルの常時留置

又は自己導尿の常時施行が必要だが、何らかの理由でこれらの対応がとれないため、結果として生じたもの)

- その他



2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

・種類

- 空腸・回腸ストマ
- 上行・横行結腸ストマ
- 下行・S状結腸ストマ
- その他[]

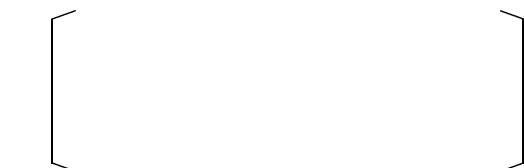
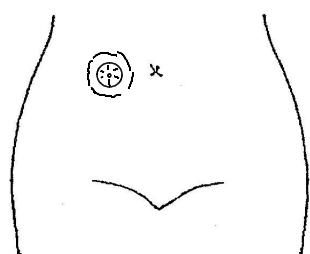
・術式[横行結腸人工肛門造設]

・手術日[令和7年 3月10日]

(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)



無

※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- 放射線障害

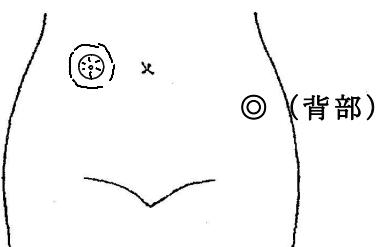
疾患名[]

・その他

疾患名[脾周囲膿瘍]

(2) 瘻孔の数[]

1 個]



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分

- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

- その他

(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[

(例：二分脊椎)
せきつい

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日 [年 月 日]

小腸肛門吻合術
ふん

手術日 [年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[]

]

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

治癒困難な腸瘻に該当しない事例

「治癒困難な腸瘻」とは、腸管の放射線障害等による障害であって、ストマ造設以外の瘻孔（腸瘻）から腸内容の大部分の洩れがあり、手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のものをいい、認定時期については、治療が終了し、障害が認定できる時点で認定することとされている。

本件は、腸内容の洩れの状態が一部分であり、「腸内容の大部分の洩れがある状態」に該当しないため、現時点では「治癒困難な腸瘻」には該当しない。

なお、本件については、横行結腸人工肛門（永久的）を造設しているため、「腸管のストマをもつもの」として4級相当での認定は可能である。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”認定困難な事例” 脇・直 8

身体障害者診断書・意見書 (ぼうこう又は直腸機能障害用)

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 53 年 10 月 9 日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名 (部位を明記)	ぼうこう機能障害 (高度の排尿機能障害: 神経因性膀胱)		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	子宮癌手術	自然災害、疾病、先天性、その他 ()	
③ 疾病・外傷発生年月日	令和 4 年 6 月	日・場所	
④ 参考となる経過・現症 (画像診断及び検査所見を含む。)	子宮頸部癌の手術に際して、神経因性膀胱に陥り、その後毎日 4 回の自己導尿を行っている。		
障害固定又は障害確定(推定) 令和 4 年 6 月 日			
⑤ 総合所見	自己排尿では残尿が多く上記の如く導尿が必要である。		
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;">[軽度化による将来再認定 要・不要 (再認定の時期 年 月 後)]</div>			
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 7 年 10 月 25 日			
病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○ 2-11		
所 在 地	○○○○ 病院		
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			
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する (4 級相当) ・該当しない 			
<p>注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県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。</p>			

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

[記入上の注意]

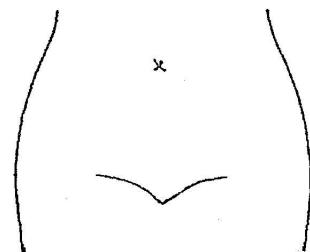
- 「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
- 1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
- 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

- 種類
 - 腎瘻
 - 腎盂瘻
 - 尿管瘻
 - ぼうこう瘻
 - 回腸(結腸)導管
 - その他[]
- 術式[]
- 手術日[年 月 日]



(2) ストマにおける排尿処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
 - 有(ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)
 - 無



※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

(ストマ及びびらんの部位等を図示)

☑ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患(先天性鎖肛を除く。)による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

- 神経障害
- 先天性[
(例:二分脊椎)
]
- 直腸の手術
 - 術式[子宮全摘術]
 - 手術日[令和4年 6月 日]

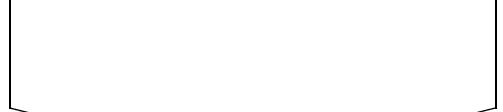
□ 自然排尿型代用ぼうこう

- 術式[]
- 手術日[年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
- 自己導尿の常時施行
- 完全尿失禁(カテーテルの常時留置又は自己導尿の常時施行が必要だが、何らかの理由でこれらの対応がとれないため、結果として生じたもの)

□ その他

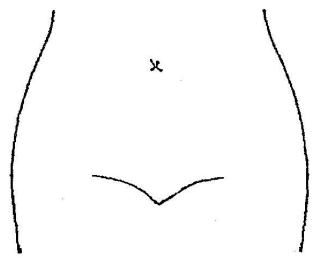


2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ・種類
 - 空腸・回腸ストマ
 - 上行・横行結腸ストマ
 - 下行・S状結腸ストマ
 - その他[]
- ・術式[]
- ・手術日[年 月 日]



(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)
- 無



※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

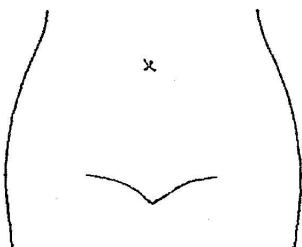
(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- 放射線障害
- 疾患名[]
- その他
- 疾患名[]

(2) 瘻孔の数[個]



(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分
- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

- その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[

(例：二分脊椎)
せきつい

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日 [年 月 日]

小腸肛門吻合術
ふん

手術日 [年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[]

[]

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの

- 治癒困難な腸瘻があるもの

- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

障害の認定について

高度の排尿機能障害に該当しない事例

高度の排尿機能障害は「先天性疾患による神経障害、または直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこうによる神経因性ぼうこうに起因し、カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のもの」とされている。

本件については、子宮全摘術により排尿障害が生じているが、「直腸の手術」には当たらないため、障害に該当しない。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”照会となる事例” 膀・直9

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和31年 3月15日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記）	ぼうこう・直腸機能障害		
原因となった ② 疾病・外傷名	膀胱癌、S状結腸皮膚瘻 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	不詳	年 月 日	・ 場所 自宅
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30年、他院にて膀胱癌により、膀胱全摘、回腸導管造設にて人工膀胱となり、過去に身体障害者手帳を交付されていると思われる。 今回S状結腸皮膚瘻に対して横行結腸人工肛門を造設した。		
障害固定又は障害確定（推定） 令和7年 6月 23日			
⑤ 総合所見	双方とも永久人工膀胱、肛門である。		
<div style="text-align: right; margin-right: 100px;">[軽度化による将来再認定 要 (再認定の時期 年 月 後)]</div>			
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7年6月28日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名	埼玉県○○市○○ 2-11 ○○○○ 病院 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 (3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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県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。			

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

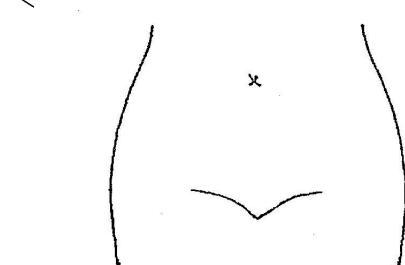
- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
 - ・1から3までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
 - ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

- | | | | |
|--|--|---|--|
| (1) 種類・術式 <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [</td><td style="vertical-align: top; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
 <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
 <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
 <input type="checkbox"/> その他 [] </td></tr> </table> | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [| <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
<input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
<input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
<input type="checkbox"/> その他 [] |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [| <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう
<input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう
<input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん
<input type="checkbox"/> その他 [] | | |

(1) 種類・術式 <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [</td><td style="vertical-align: top; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 [] </td></tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [<input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 []
<ul style="list-style-type: none"> ・ 種類 ・ 術式 [・ 手術日 [<input type="checkbox"/> 腎瘻 じんろう <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ろう う びょうこうろう <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 じゆうこうどうかん <input type="checkbox"/> その他 []		



- (ストマ及びびらんの部位等を図示)

- ## (2) ストマにおける排尿処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、
変形等を記述・図示すること。)



※「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態

による上位等級の認定は、ストマ造設後 6 か月を経過していることが要件となります。

□ 高度の排尿機能障害

※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

（1）原因

- 神経障害
 - 先天性 []
 - (例: 二分脊椎) せきつい
 - 直腸の手術
 - ・術式 []
 - ・手術日 [年 月 日]

- 自然排尿型代用ぼうこう
・術式[]
・手術日「 年 月 日」

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
 - 自己導尿の常時施行
 - 完全尿失禁（カテーテルの常時留置
又は自己導尿の常時施行が必要だが、
何らかの理由でこれらの対応がとれな
いため、結果として生じたもの）

- その他

2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

・種類

- 空腸・回腸ストマ
- 上行・横行結腸ストマ
- 下行・S状結腸ストマ
- その他[]

・術式[横行結腸人工肛門造設術]

・手術日[令和7年 6月 23日]

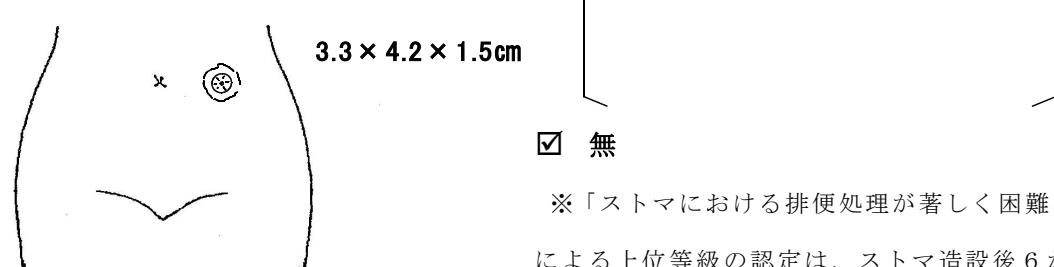
(2) ストマにおける排便処理の状態

- ・長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)

無

※「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

放射線障害

疾患名[]

その他

疾患名[]

(2) 瘻孔の数[] 個]

(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

大部分

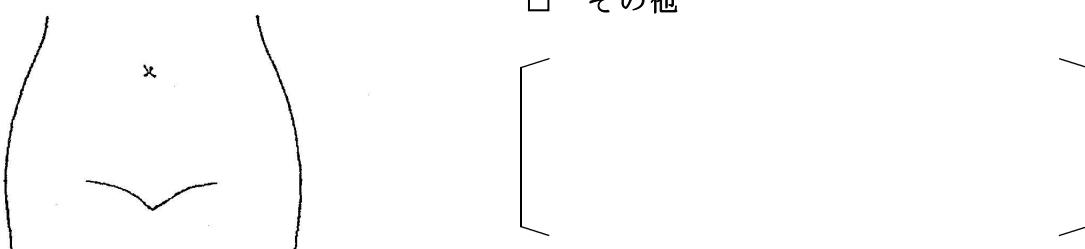
一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚

の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示)

その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害 ※先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因	(2) 排便機能障害の状態・対応
<input type="checkbox"/> 先天性疾患に起因する神経障害 [(例：二分脊椎)] <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 先天性鎖肛に対する肛門形成術 手術日[年 月 日] <input type="checkbox"/> 小腸肛門吻合術 手術日[年 月 日]	<input type="checkbox"/> 完全便失禁 <input type="checkbox"/> 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。 <input type="checkbox"/> 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要 <input type="checkbox"/> その他

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(2級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せ持つもの
- 腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの
- 尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマを持つもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

記載不十分により照会となる事例

本件申請者は、過去に人工膀胱によるぼうこう機能障害4級に認定されており、今回人工肛門造設による障害程度変更（4級→3級）の申請である。

同一の障害区分での程度変更等で新たに申請された場合、既に認定されている部位であっても、新たに申請があった時点で障害程度を確認する必要がある。

本件は、参考となる経過・現症、総合所見において人工膀胱造設の記載があるものの、ぼうこう機能障害（尿路変向ストマ）の箇所において、術式・手術日・ストマの図示等の記載がないため記載不十分により照会となる。現時点での人工膀胱の障害程度を確認し、術式・手術日・ストマの図示等の記載をする必要がある。

このページは編集上の都合により
意図的に余白としています。

”認定が可能な事例” 小腸－1

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 63 年 7 月 29 日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記） 小腸機能障害			
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	クローン病 <input checked="" type="radio"/> 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	平成 25 年 頃 月	日	・ 場所
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）			
下痢、腹痛等でクローン病を発症し、平成 25 年診断を受ける。令和 6 年 7 月 30 日、回腸穿孔し、後腹膜膿瘍が持続し小腸部分切除施行。令和 6 年 12 月 16 日、小腸、大腸部分切除施行。術後、経腸栄養を開始。			
障害固定又は障害確定（推定） 令和 6 年 12 月 28 日			
⑤ 総合所見			
クローン病と診断後、通常食のみにては一日必要カロリーを賄い得ず、経腸栄養を開始した。			
<div style="text-align: right; margin-right: 100px;">[軽度化による将来再認定 (再認定の時期 2 年月後)]</div>			
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 7 年 6 月 27 日	病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○ 2-11	
所 在 地		○○○○ 病院	
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〔障害程度等級についても参考意見を記入〕			
障害の程度は、 <input checked="" type="radio"/> 身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
<ul style="list-style-type: none"> ・ <input checked="" type="radio"/> 該当する (4 級相当) ・ <input type="radio"/> 該当しない 			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 153 cm 体重 37 kg 体重減少率 21.2 %

(観察期間 6ヶ月)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見：○切除小腸の部位 長さ 25 cm
○残存小腸の部位 長さ 210 cm

（手術施行医療機関名）（できれば手術記録の写しを添付する。）

当院大腸肛門病センター

(2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)－(小腸造影の写しを添付する。)

推定残存小腸の長さ、その他の所見

令和6年7月30日に他院で回腸穿孔で回腸部切除している

(詳細不明)

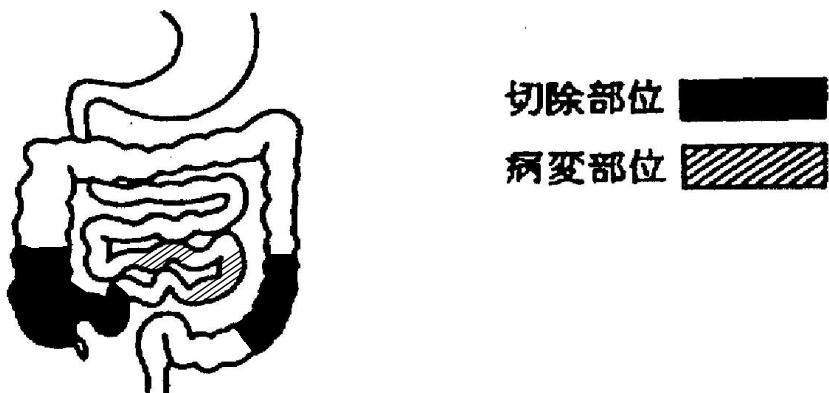
2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

回腸部とS状結腸に狭窄

残存小腸にもクローン病を認める

〔参考図示〕 (注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。



3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法：

・開 始 日 年 月 日

・カテーテル留置部位 _____

・装 具 の 種 類 _____

・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 日間)

・療 法 の 連 続 性 (持 続 的 ・ 間 間 歓 的)

・熱 量 (1日当たり Kcal)

② 経腸栄養法：（最近 6 か月間に 日間）（熱量 Kcal ）

・開始日 令和 6 年 12 月 28 日

・カテーテル留置部位 胃内

・最近 6 箇月間の実施状況 (最近 6 箇月間に 184 日間)

・療法の連続性 (持続的・間歇的)

・熱量 (1 日当たり 1,200 Kcal)

③ 経口摂取：

・摂取の状態 (普通食、軟食、流動食、低残渣食)

・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状: (下痢) 軟便、正常)、排便回数 (1 日 9 回)

5 検査所見 (測定日 令和 6 年 12 月 28 日)

赤血球数	357 /mm ³	血色素量	10.1 g/dl
血清総蛋白濃度	6.4 g/dl	血清アルブミン濃度	3.0 g/dl
血清総コレステロール濃度	94 mg/dl	中性脂肪	88 mg/dl
血清ナトリウム濃度	138 mEq/l	血清カリウム濃度	4.0 mEq/l
血清クロール濃度	109 mEq/l	血清マグネシウム濃度	不明 mEq/l
血清カルシウム濃度	8.32 mEq/l		

- 注意 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たり熱量は、1 週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除 (等級表 1 級又は 3 級に該当する大量切除の場合を除く。) 又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は 6 箇月の観察期間を経て行うものとする。

障害の認定について

4級相当での認定が妥当な事例

小腸疾患により永続的に小腸機能の一部を喪失しており、かつ、通常の経口による栄養摂取では、栄養維持が困難となるため、隨時経腸栄養法を行っていることから、4級相当での認定は適当である。

※障害程度の認定は、切除や病変の部位の状態に併せ、栄養方法の如何をもって行うものであるため、診断書には両者の内容を充分確認できるよう記載する。

”認定が可能な事例” 小腸－2

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 44 年 12 月 4 日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記）	小腸機能障害		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	クローン病 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	平成 6 年 9 月	日	・ 場所
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 6 年発症のクローン病、下痢、腸閉塞症状を繰り返し、平成 8 年 9 月以来計 4 回の開腹手術を行っている。 初回からの手術で小腸残存は約 2 m である。		
障害固定又は障害確定（推定） 令和 6 年 12 月 1 日			
⑤ 総合所見	短腸症候群、吸収障害により障害認定を要する。		
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input checked="" type="radio"/> 軽度化による将来再認定 (再認定の時期 3 年 月後) </div>			
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 7 年 8 月 19 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名		埼玉県○○市○○ 2-11 ○○○○ 病院 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、 <input checked="" type="radio"/> 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） ・ <input type="radio"/> 該当しない			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 158 cm	体重 56 kg	体重減少率 %
		(観察期間) (I V H を続いている
1 小腸切除の場合 ため体重減少なし)		
(1) 手術所見 : ○切除小腸の部位 回腸末端 長さ 240 cm ～240 cm		
○残存小腸の部位 空腸 長さ 200 cm		
<手術施行医療機関名 (できれば手術記録の写しを添付する。)>		
○ ○ ○ ○病院		
(2) 小腸造影所見 ((1)が不明のとき) - (小腸造影の写しを添付する。) 推定残存小腸の長さ、その他の所見		
2 小腸疾患の場合 病変部位、範囲、その他の参考となる所見		
クローン病 : 残存小腸のうち約 50 cm は潰瘍のため吸收機能障害あり		
〔参考図示〕 (注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。		
3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)		
① 中心静脈栄養法 :		
・開始日	↓ この前も断続的に行っている	
・カテーテル留置部位	令和 7 年 2 月 20 日	
・装具の種類	<u>左鎖骨下静脈から S V C へ</u>	
・最近 6 箇月間の実施状況	<u>アーガイルの C V カテ 16G30 cm</u>	
・療法の連続性	(最近 6 箇月間に 180 日間)	
・熱量	(持続的) • 間歇的)	
	(1 日当たり 1,400 Kcal)	

②経腸栄養法：（最近 6 ヶ月間に 90 日間）（熱量 600 Kcal）

- ・開始日 平成 26 年 11 月 日
- ・カテーテル留置部位 空腸
- ・最近 6 箇月間の実施状況 (最近 6 箇月間に 90 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1 日当たり 600 Kcal)

③経口摂取：

- ・摂取の状態 (普通食、軟食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状：(下痢) 軟便、正常)、排便回数(1 日 5 回)

5 検査所見(測定日 令和 7 年 8 月 2 日)

赤血球数	300 /mm ³	， 血色素量	10.0 g/dl
血清総蛋白濃度	6.8 g/dl	， 血清アルブミン濃度	2.9 g/dl
血清総コレステロール濃度	146 mg/dl	， 中性脂肪	92 mg/dl
血清ナトリウム濃度	138 mEq/l	， 血清カリウム濃度	4.7 mEq/l
血清クロール濃度	104 mEq/l	， 血清マグネシウム濃度	未測 mEq/l
血清カルシウム濃度	8.1 mEq/l		

注意 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たり熱量は、1 週間の平均値によるものとする。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

4 小腸切除(等級表 1 級又は 3 級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は 6 箇月の観察期間を経て行うものとする。

障害の認定について

1級相当で認定が妥当な事例

小腸疾患により永続的に小腸機能の大部分を喪失しており、栄養維持が困難なため、推定エネルギー必要量の60%以上を常時中心静脈栄養法で行っているため、1級での認定が適当である。

※障害認定の時期は、小腸大量切除の場合以外は6ヶ月の観察期間を経て行うものであるが、その多くは症状の変化が予想されることから、軽度化が予想される場合には、再認定時期についても記載する。

”認定困難な事例” 小腸－3

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和24年 8月12日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記） 小腸機能障害（短腸症候群）			
原因となった ② 疾病・外傷名		上腸間膜動脈閉塞症 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 令和7年2月2日・場所			
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。） 2月2日に上記による腹痛、レントゲン上イレウスで入院。 同日、大量の壞死腸管を切除、空腸の人工肛門造設。 3月7日に人工肛門を閉鎖し、小腸と結腸を吻合する手術施行。			
障害固定又は障害確定（推定） 令和7年 3月 7日			
⑤ 総合所見 術後、経過としては順調であるが残存小腸は65～75cmのため、短腸症候群とそれに伴う難治性の下痢症が持続している。			
〔軽度化による将来再認定 要・ <input checked="" type="radio"/> 不要 (再認定の時期 年 月 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7年10月 3日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名		埼玉県○○市○○2-11 ○○○○ 病院 外 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、 <input checked="" type="radio"/> 身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する（3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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 158 cm 体重 52 kg 体重減少率 19.0 %

(観察期間 6ヶ月)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見：○切除小腸の部位

・長さ 300 cm

○残存小腸の部位

・長さ 75 cm

〈手術施行医療機関名

(できれば手術記録の写しを添付する。)〉

○○○ 病院

(2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)－(小腸造影の写しを添付する。)

推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

空腸 75 cm を残して全小腸右半結腸は阻血壊死となっており、切除した。

〔参考図示〕 (注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。



3 栄養維持の方法(該当項目に○を記入する。)

① 中心静脈栄養法：

実施していない

・開 始 日

年 月 日

・カテーテル留置部位

・装 具 の 種 類

・最近 6箇月間の実施状況

(最近 6箇月間に 日間)

・療 法 の 連 続 性

(持 続 的 ・ 間 間 歓 的)

・熱 量

(1日当たり Kcal)

②経腸栄養法： (最近 6 か月間に	日間) (熱量	Kcal)
・開始日	年 月 日	
・カテーテル留置部位		
・最近 6 箇月間の実施状況	(最近 6 箇月間に	日間)
・療法の連続性	(持続的・間歇的)	
・熱量	(1 日当たり	Kcal)

③経口摂取：

・摂取の状態	(普通食) 軟食、流動食、低残渣食)
・摂取量	(普通量、(中等量) 少量)

4 便の性状：(下痢) (軟便) 正常)、排便回数(1 日 5 回)

5 検査所見(測定日 令和 7 年 9 月 13 日)

赤血球数	4 3 6 /mm ³ , 血色素量	1 2 . 9 g /dℓ
血清総蛋白濃度	7 . 0 g /dℓ , 血清アルブミン濃度	3 . 1 g /dℓ
血清総コレステロール濃度	mg /dℓ , 中性脂肪	mg /dℓ
血清ナトリウム濃度	1 4 1 mEq /ℓ , 血清カリウム濃度	4 . 9 mEq /ℓ
血清クロール濃度	1 0 9 mEq /ℓ , 血清マグネシウム濃度	mEq /ℓ
血清カルシウム濃度	mEq /ℓ	

注意 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たり熱量は、1 週間の平均値によるものとする。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

4 小腸切除(等級表 1 級又は 3 級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は 6 箇月の観察期間を経て行うものとする。

障害の認定について

栄養維持の方法が経口摂取のみのため、該当しない事例

小腸機能障害の等級3級に該当するものは、「疾患等により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75cm以上150cm未満になったもの又は、小腸疾患により永続的に小腸機能の一部を喪失しているものに該当し、かつ、栄養維持が困難となるため、推定エネルギー必要量の30%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要があるもの」をいう。

本件では、中心静脈栄養法、経腸栄養法とも実施されておらず、現段階では、小腸機能障害としての認定は妥当ではない。

※特殊加工栄養を経口で摂取し、これにより栄養維持が可能な場合も、認定の対象とすることは適当でない。

”認定困難な事例” 小腸－4

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和36年 7月13日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記）	小腸機能障害		
原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、		
② 疾病・外傷名	胃癌による癌性腹膜炎 自然災害、(疾病) 先天性、その他 ()		
③ 疾病・外傷発生年月日	令和5年1月	日・場所	
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）	令和5年に胃癌のため、胃切除術を行い、その後経過良好であるが、令和7年2月に腸閉塞となり開腹、癌再発による小腸狭窄を認めた。経管栄養は不能にて、現在中心静脈栄養を行っている。		
障害固定又は障害確定（推定） 令和7年 8月 1日			
⑤ 総合所見	胃癌による癌性腹膜炎にて多発性小腸狭窄症をきたし、全く経口、経管栄養も不能であり、小腸の機能障害による日常生活が極度に制限され、1級相当と思われる。		
〔軽度化による将来再認定 (再認定の時期 2年 月後) 要・不要〕			
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7年 9月 7日			
病院又は診療所の名称	埼玉県○○市○○2-11		
所 在 地	○○○○ 病院		
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 (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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 174 cm 体重 62 kg 体重減少率 8.0 %

(観察期間 6ヶ月)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見：○切除小腸の部位

・長さ cm

○残存小腸の部位

・長さ cm

〈手術施行医療機関名

(できれば手術記録の写しを添付する。)〉

(2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)－(小腸造影の写しを添付する。)

推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

癌性腹膜炎により、腸癒着が著しく通過障害をきたしている。

〔参考図示〕 (注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。



3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法：

- ・開始日 令和7年2月28日左鎖
- ・カテーテル留置部位 骨下静脈からSVCへ
- ・装具の種類 アーガイルのCVカテーテル16G30cm
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 180日間)
- ・療法の連続性 (持続的)・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり 1,600 Kcal)

② 経腸栄養法：(最近 6 か月間に 日間) (熱量)

- ・開始日 年 月 日
- ・カテーテル留置部位
- ・最近 6 箇月間の実施状況 (最近 6 箇月間に 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1 日当たり Kcal)

③ 経口摂取：

- ・摂取の状態 (普通食、軟食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

経口摂取なし 粘液の排出のみ

4 便の性状：(下痢、軟便、正常)、排便回数(1 日 回)

5 検査所見(測定日 令和 7 年 8 月 31 日)

赤血球数	4 4 7 /mm ³	血色素量	1 2 . 6 g /dℓ
血清総蛋白濃度	7 . 7 g /dℓ	血清アルブミン濃度	3 . 3 g /dℓ
血清総コレステロール濃度	1 0 7 mg /dℓ	中性脂肪	5 1 mg /dℓ
血清ナトリウム濃度	1 3 4 mEq /ℓ	血清カリウム濃度	4 . 9 mEq /ℓ
血清クロール濃度	1 0 1 mEq /ℓ	血清マグネシウム濃度	
血清カルシウム濃度	8 . 8 mEq /ℓ		

注意 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たり熱量は、1 週間の平均値によるものとする。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

4 小腸切除(等級表 1 級又は 3 級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は 6 箇月の観察期間を経て行うものとする。

障害の認定について

原因疾病が小腸疾患でないことから、該当しない事例

現行の認定基準では、「小腸疾患で永続的に小腸機能の著しい低下を伴う場合のあるもの」の疾患として、(1)クローン病、(2)腸管ベーチェット病、(3)非特異性小腸潰瘍、(4)特発性仮性腸閉塞症、(5)乳児期難治性下痢症、(6)その他の良性の吸収不良症候群、とされている。

本件は、原因疾病が胃癌による癌性腹膜炎であること、また小腸切除も施行していないため、小腸機能障害としての認定は妥当ではない。

”認定困難な事例” 小腸－5

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

総括表

氏名	○ ○ ○ ○	昭和 58 年 8 月 9 日生	男・女
住所	埼玉県○○市○○ ○○○-○		
① 障害名（部位を明記） 小腸機能障害			
原因となった		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、	
② 疾病・外傷名	クローン病		自然災害、 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病、先天性、その他（ ）
③ 疾病・外傷発生年月日 令和 7 年 2 月 21 日 ・ 場所			
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）			
<p>クローン病にて当科の外来通院・加療中であったが、令和 7 年 2 月 21 日に突然の腹痛を認め、当院救急室受診した。緊急 CT にて小腸の穿孔を、認め、緊急入院・手術となる。</p> <p>術後も難治性の下痢は改善せず、現在も頻回の下痢を認めている。現在、夜間経鼻チューブにて経腸栄養を行っている。</p>			
障害固定又は障害確定（推定） 令和 7 年 2 月 21 日			
⑤ 総合所見			
<p>当院外科にて、令和 7 年 2 月 21 日に緊急手術し、小腸穿孔部付近を小腸部分切除施行した。</p>			
<p>〔 軽度化による将来再認定 (再認定の時期 1 年 月後) 〕</p>			
⑥ その他参考となる合併症状			
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p>			
<p>令和 7 年 3 月 4 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名</p>		<p>埼玉県○○市○○ 2-11 ○○○○ 病院 科 医師氏名 ○○ ○○</p>	
<p>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〕</p> <p>障害の程度は、<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <input checked="" type="checkbox"/> 該当する（ 4 級相当） ・ <input type="checkbox"/> 該当しない 			
<p>注意 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、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>			

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 170 cm 体重 68 kg 体重減少率 %

(観察期間)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見 : ○切除小腸の部位
○残存小腸の部位

・長さ 30 cm
・長さ 400 cm

〈手術施行医療機関名 (できれば手術記録の写しを添付する。)〉

○ ○ ○ ○病院

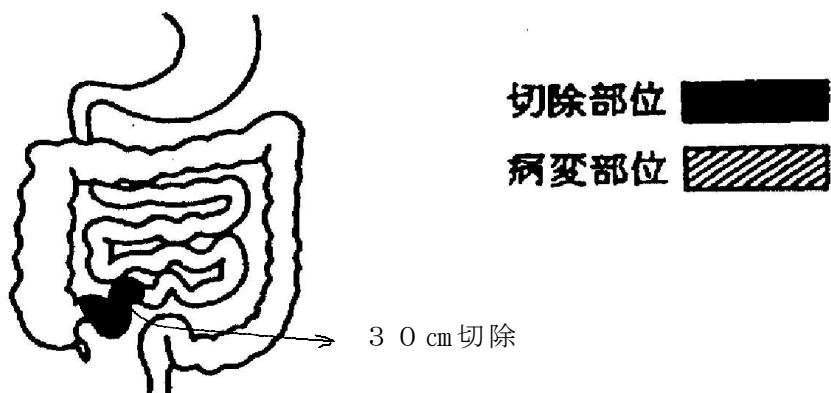
(2) 小腸造影所見 ((1)が不明のとき) - (小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

内視鏡にて、回腸末端から 20 ~ 30 cm に潰瘍を認めた。

〔参考図示〕 (注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。



3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法 :

・開 始 日 年 月 日

・カテーテル留置部位 _____

・装 具 の 種 類 _____

・最近 6箇月間の実施状況 (最近 6箇月間に 日間)

・療 法 の 連 続 性 (持 続 的 ・ 間 けつ 歇 的)

・熱 量 (1 日当たり Kcal)

② 経腸栄養法：（最近 6 ヶ月間に 日間）（熱量 Kcal）

- ・開始日 令和 7 年 2 月 21 日
- ・カテーテル留置部位 経鼻
- ・最近 6 箇月間の実施状況 (最近 6 箇月間に 10 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1 日当たり 1,800 Kcal)

③ 経口摂取：

- ・摂取の状態 (普通食、軟食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状：(下痢、軟便、正常)、排便回数 (1 日 2 ~ 5 回)

5 検査所見 (測定日 令和 7 年 2 月 27 日)

赤血球数	402 /mm ³	， 血色素量	12.0 g/dl
血清総蛋白濃度	5.8 g/dl	， 血清アルブミン濃度	2.9 g/dl
血清総コレステロール濃度	未測 mg/dl	， 中性脂肪	未測 mg/dl
血清ナトリウム濃度	140 mEq/l	， 血清カリウム濃度	4.2 mEq/l
血清クロール濃度	108 mEq/l	， 血清マグネシウム濃度	未測 mEq/l
血清カルシウム濃度	未測 mEq/l		

- 注意 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たり熱量は、1 週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除 (等級表 1 級又は 3 級に該当する大量切除の場合を除く。) 又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は 6 箇月の観察期間を経て行うものとする。

障害の認定について

十分な経過観察（6ヶ月間）を経てないため認定が困難な事例

認定基準上、障害認定時期については、1級、3級の小腸大量切除の場合を除き、永続的で安定した栄養摂取方法の確認のために6ヶ月の経過観察期間が必要とされている。

本件は、経腸栄養法開始から約10日間経過時の診断であるため、障害認定時期としては時期尚早であり、今後、6ヶ月間の経過観察を経て、再診断することが必要である。