

# 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

## じん臓機能障害 【認定基準】

講師 山路 安義先生  
令和8年1月25日

# 法律・認定基準

- 身体障害者福祉法

15条 都道府県知事の定める医師の診断書・意見書  
→審査→身体障害者手帳交付

- 身体障害者福祉法施行規則

障害の等級→別表第5号

1, 3, 4 級：日常生活活動の制限

- 身体障害者認定基準

厚生労働省からの通知：技術的助言（ガイドライン）

①腎機能 ②活動制限 ③臨床症状/透析療法実施

→ H30.4月 ①を一部改訂

# 平成30年4月から 「じん臓機能障害」に関する 身体障害者手帳の認定基準が変わります

ご注意ください

じん臓機能障害の認定基準について、日本腎臓学会及び日本透析医学会連名で、以下の2点を内容とする要望書が提出されました。

- ① 小児以外を含めた全ての者に対して、また1級、3級、4級に対して、既存の指標「血清クレアチニン濃度」に加え、「内因性クレアチンクリアランス値」を検査データの指標として追加することが適当。
- ② 3級、4級の認定においては、「血清クレアチニン濃度」の要件を満たさなくとも、「eGFR」の異常が高度な場合、「血清クレアチニン濃度」の異常と同等と見なすことが適当。

この要望書を受け、平成30年1月15日開催の疾病・障害認定審査会身体障害認定分科会において、下記の通り認定基準の見直しが了承されましたので、ご注意ください。

## 「内因性クレアチンクリアランス値」※1の適用について

※1 「内因性クレアチンクリアランス値」は、身長、体重が加味された数値であるため、体格等にかかわらず、じん臓機能障害による日常生活の困難度を正確に反映する観点で、有用な指標です。



## 「eGFR」※2の適用について

※2 「eGFR: estimated glomerular filtration rate」は臨床現場で広く用いられている指標であり、年齢、性別が加味されたものであるため、女性高齢者などの筋肉が少ない患者のじん臓機能も、適切に反映するものです。



**平成30年4月1日以降に作成された診断書・意見書を添付した申請から新たな認定基準の対象になります。**

裏面に新たな認定基準の一覧を掲載していますので、ご参照ください。

# 身体障害認定基準

| 等級  | 腎機能               |                  |                                   | 日常生活活動          | 臨床所見  |
|-----|-------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-------|
|     | Cr<br>mg/dl       | 内因性CCr<br>ml/min | eGFR<br>ml/min/1.73m <sup>2</sup> |                 |       |
| 1 級 | 8 以上<br>*実施中では3以上 | 10未満             | ×                                 | 自己の身の周りの著しい活動制限 | 要透析療法 |
| 3 級 | 5 以上8未満           | 10以上20未満         | 10未満                              | 家庭内での極めて温和な活動以下 | 2つ以上  |
| 4 級 | 3 以上 5 未満         | 20以上30未満         | 10以上20未満                          | 社会での極めて温和な活動以下  | 2つ以上  |

\* 離脱不可能な透析療法を実施中

# その他のポイント

- 障害の固定・永続性
- 慢性透析療法実施中の場合は実施前の状態で判定
- 離脱不可能な透析療法実施中では $Cr \geq 3.0$ で1級認定
- 日常生活活動制限の無いものは非該当
- 腎移植後は抗免疫療法が必要な期間

総括表

|  |                         |     |
|--|-------------------------|-----|
| 氏 名  | 年 月 日生                  | 男・女 |
| 住 所  |                         |     |
| ① 障害名(部位を明記)   |                         |     |
| 原因となった   | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 |     |
| ② 疾病・外傷名   | 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  |                         |     |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           軽度化による将来再認定 要 ・ 不要<br/>           (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。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・ 該 当 す る ( 級相当)<br>・ 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、原因となった疾病には、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。<br>2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次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。 |                         |     |

じん臓の機能障害の状況及び所見

|  |   |
|--|---|
| (該当するものを○で囲むこと)  |   |
| 1 じん臓機能  |   |
| 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 ( )   | mg /dl )  |
| ウ 血清尿素窒素濃度 ( )   | mg /dl )  |
| エ 24時間尿量 ( )   | ml/日 )  |
| オ 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)   |
| 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)〔食欲不振、悪心、嘔吐、下痢〕  |
| ウ 水分電解質異常(有・無)   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Na mEq/l 、 K mEq/l<br/>           Ca mg/dl 、 P mg/dl<br/>           浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うつ血、<br/>           その他 ( )         </div> |
| 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)〔高度、中等度、軽度〕  |
| カ じん性貧血  | (有・無)〔Hb g/dl 、 Ht %<br>赤血球数 × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> 〕   |
| キ 代謝性アシドーシス  | (有・無)〔HCO <sub>3</sub> mEq/l〕   |
| ク 重篤な高血圧症  | (有・無)〔最大血圧/最小血圧<br>/ mmHg〕  |
| ケ じん不全に直接関連するその他の症状  | (有・無)〔 〕  |
| 4 現在までの治療内容  | (慢性透析療法の実施の有無(回数 /週、期間)等)   |
| 5 日常生活の制限による分類   |   |
| ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの。 |   |
| イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。         |   |
| ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。                        |   |
| エ 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。   |   |



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） <b>じん臓機能障害</b>   |        |     |
| 原因となった <b>慢性糸球体腎炎、糖尿病性腎症 など、具体的で正確な名称</b><br>② 疾病・外傷名 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害<br>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。）<br><b>傷病の経過、障害認定の参考となる事項・現症を具体的に</b><br>障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日                      |        |     |
| ⑤ 総 合 所 見<br><b>④を踏まえて、認定に必要な症状の固定又は永続性について記載</b><br><div><u>軽度化による将来再認定</u> 要 ・ 不要<br/>(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。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所 在 地

診療担当科名

科 医師氏名

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 ( 級相当)
- ・ 該当しない

**意見書**

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、原因となった疾病には、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、地方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。



じん臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと)

## 1 じん機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (                      ml/分 ) 測定不能  
イ 血清クレアチニン濃度 (                      mg / dl ) **必須**  
ウ 血清尿素窒素濃度 (                      mg / dl )  
エ 24時間尿量 (                      ml/日 )  
オ 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) **eGFR**

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。） 症状の有無すべてと それを裏付ける所見

症状の有無すべてと、それを裏付ける所見・検査値  
ア じん不全に基づく末梢神経症(慢性透析療法を受けている場合は実施直前の値)

- ア じん不全に基づく末梢神経症(慢性透析療法を受けている場合は実施直前の検査値)  
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)  $\left( \begin{array}{l} \text{Na} \quad \text{mEq/l} \quad , \quad \text{K} \quad \text{mEq/l} \\ \text{Ca} \quad \text{mg/dl} \quad , \quad \text{P} \quad \text{mg/dl} \\ \text{浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うつ血、} \\ \text{その他 ( )} \end{array} \right)$   
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 (有・無) [高度、中等度、軽度]  
カ じん性貧血 (有・無)  $\left( \begin{array}{l} \text{Hb} \quad \text{g/dl} \quad , \quad \text{Ht} \quad \% \\ \text{赤血球数} \quad \times \quad 10^4/\text{mm}^3 \end{array} \right)$   
キ 代謝性アシドーシス (有・無) [ $\text{HCO}_3^-$  mEq/l]  
ク 重篤な高血圧症 (有・無)  $\left( \begin{array}{l} \text{最大血圧/最小血圧} \\ \text{mmHg} \end{array} \right)$   
ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有・無) [ ]

キ 代謝性アシドーシス

(有・無) [HCO<sub>3</sub> mEq/l ]

ク 重篤な高血圧症

(有・無)  $\left[ \begin{array}{c} \text{最大血圧/最小血圧} \\ / \\ \text{mmHg} \end{array} \right]$

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 **必ず記入!**

(慢性透析療法の実施の有無 (回数 /週、期間) 等) **移植患者では抗免疫療法の有無**

5 日常生活の制限による分類 **1つのみ選択**

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

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障 **←4級相当**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 **←3級相当**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。 **←1級相当**