

令和4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 【事例研究】

山路 安義 先生

令和5年1月29日

【はじめに】

身体障害者診断書・意見書について

総括表

「① 障害名」

「じん臓機能障害」と記載する。

「② 原因となった疾病・外傷名」

じん臓機能障害をきたした原因疾病名について、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する。

「④ 参考となる経過・現症」

傷病の発生から現状に至る経過、障害認定の参考となる事項について、医学的・具体的に記載する。また、現症については、2頁目の状況及び所見に記載された事項から必要に応じ記載する。

「⑤ 総合所見」

障害の状況についての総合的所見、（傷病の発生から現状に至る経過及び現症を踏まえて）身体障害者としての障害認定に必要な症状の固定又は永続性の状態を記載する。

じん臓の機能障害の状況及び所見

「1 じん臓機能」

障害程度の認定の指標には血清クレアチニン濃度及び内因性クレアチニンクリアランス値が用いられるが、その他の項目についても検査値を記入すること。

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こと。

「3 臨床症状」

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入すること。

「4 現在までの治療内容」

特に慢性透析療法の実施の有無を必ず記入すること。有の場合は、回数／週、期間を必ず記入すること。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入すること。

「5 日常生活の制限による分類」

本人の状況として妥当なものを、必ず1つのみ○で囲む。

その他

★慢性透析療養中で1級取得であったが、経過により予想に反して透析を中断できることになった場合には、所見に見合う基準の等級変更が必要である。

★埼玉県内では障害位程度が軽度化すると予想される場合のみ再認定を付ける→重度化した時点で随時「障害名・等級変更可能である。

＜事例研究目次＞

【事例1】 血清クレアチニン濃度未記載のため照会を要する事例

【事例2】 内因性クレアチニンクリアランス値を基に認定を行った事例

【事例3】 各所見に整合性が見られず血清クレアチニン濃度を基に認定を行った事例

【事例4】 慢性透析療法の実施の有無を確認の上認定を行う事例

【事例5】 内シャント造設をもって慢性透析療法の実施とは言えないことから透析の有無の確認を要する事例

【事例6】 透析を導入しているが永続的か確認の上認定を行う事例

【事例7】 認定基準に該当しないため認定困難な事例

【事例8】 透析を導入したが継続的でないため血清クレアチニン濃度を基に認定した事例

【事例9】 eGFRを基に認定を行った事例

【事例 1】

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24年2月23日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
住所	埼玉県〇〇市〇〇 〇〇〇-〇		
① 障害名（部位を明記）	慢性腎不全		
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	慢性腎炎 <input checked="" type="radio"/> 疾病 <input type="radio"/> 先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	不明 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。）	腎障害にて平成20年より本院でフォローするも、徐々に腎機能悪化。令和3年6月11日呼吸苦にて来院。透析導入となる。 障害固定又は障害確定（推定） 令和 3年6月11日		
⑤ 総合所見	今後も維持透析が必要である。 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3年6月14日 病院又は診療所の名称 埼玉県〇〇市〇〇2-11 所在地 〇〇〇〇 病院 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） <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、原因となった疾病には、角膜炎、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 () 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) [Na 144 mEq/ℓ、K 5.6 mEq/ℓ、Ca 7.4 mg/dℓ、P 5.9 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養症 (有・無) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 (有・無) [Hb 5.3 g/dℓ、Ht 16.3%、赤血球数 142 ×10⁴/mm³]

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO₃ 14.3 mEq/ℓ]
ク 重篤な高血圧症 (有・無) [最大血圧/最小血圧 153 / 73 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 3 /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 2】

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 62年 4月 20日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
住所	埼玉県〇〇市〇〇 〇〇〇-〇		
① 障害名（部位を明記）	じん臓機能障害		
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	糖尿病性腎症 <input checked="" type="radio"/> 疾病、 <input type="radio"/> 先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	令和 1年 11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。）	<p>16歳の時に糖尿病指摘され、令和 1年11月蛋白陽性となった。</p> <p>令和 3年 4月浮腫強くなり、ネフローゼ状態となる。最近、腎機能悪化し慢性腎不全の状態である。</p>		
障害固定又は障害確定（推定）	令和 3年 8月 日		
⑤ 総合所見	<p>今後腎機能は更に悪化することが予想される。</p> <p><input type="checkbox"/>軽度化による将来再認定 要・<input checked="" type="checkbox"/>不要 <input type="checkbox"/>再認定の時期 年 月 日後</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	糖尿病性網膜症		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。	<p>令和 3年 9月 13日</p> <p>病院又は診療所の名称 埼玉県〇〇市〇〇2-11</p> <p>所在地 〇〇〇〇 病院</p> <p>診療担当科名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇 〇〇 印</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>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p><input checked="" type="radio"/>該当する（ 4 級相当）</p> <p><input type="radio"/>該当しない</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。</p> <p>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。</p>		

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 内因性クレアチンクリアランス値 (28.6 mℓ/分) 測定不能

イ 血清クレアチニン濃度 (2.99 mg/dℓ)

ウ 血清尿素窒素濃度 (43 mg/dℓ)

エ 24時間尿量 (1300 mℓ/日)

オ 尿所見 (尿蛋白 7901mg/ℓ)

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) [Na 138 mEq/ℓ、 K 4.4 mEq/ℓ
Ca 8.2 mg/dℓ、 P 5.0 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養症 (有・無) []

カ じん性貧血 (有・無) [高度、中等度、軽度]
Hb 9.1 g/dℓ、Ht 26.2 %
赤血球数 $\times 10^4/mm^3$

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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの。

【事例 3】

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 39年 10月 13日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
住所	埼玉県〇〇市〇〇 〇〇〇-〇		
① 障害名（部位を明記）	慢性腎不全（腎臓）		
② 原因となった	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害		
③ 疾病・外傷名	慢性腎不全	<input checked="" type="radio"/> 疾病	先天性、その他（ ）
④ 疾病・外傷発生年月日	昭和59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。）	<p>21歳頃より、尿蛋白、血尿を指摘されていた。慢性腎炎の診断にて、以降腎機能も悪化し、外来通院中であつた。平成6年より右片麻痺があり、食欲不振も出て、腎機能も次第に悪化していった。</p> <p>障害固定又は障害確定（推定） 令和 3年 10月 20日</p>		
⑤ 総合所見	<p>今後維持透析が必要である。</p> <p>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 月後)</p>		
⑥ その他参考となる合併症	糖尿病性網膜症		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。	<p>令和 3年11月13日</p> <p>病院又は診療所の名称 埼玉県〇〇市〇〇2-11</p> <p>所在地 〇〇〇〇 病院</p> <p>診療担当科名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇 〇〇 印</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>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p><input checked="" type="radio"/>該当する（ 3 級相当）</p> <p><input type="radio"/>該当しない</p>		
注意	<p>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。</p> <p>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。</p>		

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 (未 mℓ/分) 測定不能
- イ 血清クレアチニン濃度 (4.0 mg/dℓ)
- ウ 血清尿素窒素濃度 (52 mg/dℓ)
- エ 24時間尿量 (700 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) [右片麻痺]
- 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 mEq/ℓ、K 5.6 mEq/ℓ、Ca 8.5 mg/dℓ、P 3.8 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) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 (有 ・ 無) [Hb10.3 g/dℓ、Ht32.2%、赤血球数328 ×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 168 / 92 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。

【事例 4】

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 26年 7月 13日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
住所	埼玉県 〇〇市 〇〇 〇〇〇-〇		
① 障害名 (部位を明記)	腎臓		
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	慢性糸球体腎炎の疑い <input checked="" type="radio"/> 疾病、 <input type="radio"/> 先天性、その他 ()		
③ 疾病・外傷発生日	3年 5月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	慢性腎不全で、近医にて通院加療中、令和3年5月心不全が出現し、当科受診。 障害固定又は障害確定 (推定) 令和 3年 6月 1日		
⑤ 総合所見	慢性腎不全、維持血液透析療法要す。 [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 3年 6月 5日 病院又は診療所の名称 埼玉県 〇〇市 〇〇2-11 所在地 〇〇〇〇 病院 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)

- 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 (6.4) mg/dℓ
ウ 血清尿素窒素濃度 (97) mg/dℓ
エ 24時間尿量 (600) mℓ/日
オ 尿所見 (タンパク 、潜血 (2+))
- その他参考となる検査所見 肺水腫、心拡大
(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)
- 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 { Na 148 mEq/ℓ、 K 5.6 mEq/ℓ
Ca 8.6 mg/dℓ、 P 3.8 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) [高度、中等度、軽度]
カ じん性貧血 有・無 { Hb 5.2 g/dℓ、Ht 15.9 %
赤血球 163 ×10⁴/mm³ }
- キ 代謝性アシドーシス 有・無 [HCO₃ 10.3 mEq/ℓ]
ク 重篤な高血圧症 有・無 { 最大血圧/最小血圧
200 / 100 mmHg }
- ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有・無) []
- 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)
- 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 5】

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45年 8月 4日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	埼玉県〇〇市〇〇 〇〇〇-〇		
① 障害名（部位を明記）	慢性腎不全		
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 多嚢胞腎 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生年月日	平成15年 8月 4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。）	<p>腹部超音波検査にて、多発性多嚢胞腎と診断。その後、徐々に腎機能悪化し、 生命維持のため透析療法が不可欠となる。</p> <p>障害固定又は障害確定（推定） 令和3年 7月 8日</p>		
⑤ 総合所見	<p>末期腎不全のため、血液透析による継続的な透析療法が必要。</p> <p>軽度化による将来再認定 (再認定の時期 要年・<input checked="" type="radio"/>不要 月後)</p>		
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3年 7月 9日			
病院又は診療所の名称 埼玉県〇〇市〇〇2-11			
所在地 〇〇〇〇 病院			
診療担当科名 〇〇〇〇 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 (12 ml/分) 測定不能

イ 血清クレアチニン濃度 (6.35 mg/dl)

ウ 血清尿素窒素濃度 (57.6 mg/dl)

エ 24時間尿量 (1770 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) [Na 140 mEq/l、K 4.3 mEq/l、Ca 8.9 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常 (有・無) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 (有・無) [Hb 9.4 g/dl、Ht 28.7%、赤血球数 314 ×10⁴/mm³]

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO₃ 23.8 mEq/l]

ク 重篤な高血圧症 (有・無) [最大血圧/最小血圧 / mmHg]

ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有・無) []

4 現在までの治療内容 血液透析導入のため2021年7月8日内シャント造設行った。
(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。

【事例 6】

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53年 9 月 3 日生 (男)・女

住所 埼玉県○○市 ○○○○ ○-○-○

① 障害名（部位を明記） **じん臓機能障害**

② 原因となった 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害
糖尿病、慢性腎不全
疾病・外傷名 (疾病) 先天性、その他 ()

③ 疾病・外傷発生日月 不詳 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。）

自宅で動けなくなり、他院を受診、腎不全、全身浮腫、うっ血性心不全、肺水腫のため緊急透析が必要となり当院へ転院、透析導入となる。

障害固定又は障害確定（推定） 令和3年 9月 23日

⑤ 総合所見

今現在、生命にかかわる状態であり、透析、内服、食事、点滴療法中である。

軽度化による将来再認定 要年 (不要) 月後

⑥ その他参考となる合併症 **ネフローゼ症候群、肺水腫、うっ血性心不全**

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

令和3年 9月 29日

病院又は診療所の名称 埼玉県○○市 ○○○○ ○-○-○

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 (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、原因となった疾病には、角膜炎、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 (4.02 mg/dℓ)
ウ 血清尿素窒素濃度 (53.5 mg/dℓ)
エ 24時間尿量 (mℓ/日)
オ 尿所見 (たん白尿 (++))

2 その他参考となる検査所見 CTR 60%以上

(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 [両下肢のはれ、足動かせず]
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 4.5 mEq/ℓ
Ca 7.6 mg/dℓ、 P 5.0 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 [意識混濁]

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 8.6 g/dℓ、Ht 24.2 % 赤血球 261 ×10^4/mm^3]

キ 代謝性アシドーシス (有) ・ 無 [HCO3 15.9 mEq/ℓ]

ク 重篤な高血圧症 (有) ・ 無 [最大血圧/最小血圧 mmHg]

ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有) ・ 無 [全身浮腫、低アルブミン血症]

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)

頻回の透析にて体重 10kg 減少、また肺水腫は残っており、現在加療中である。

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。

(工) 自己の身の辺の日常生活活動を著しく制限されるもの。

【事例 7】

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	平成 27 年 9 月 13 日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	埼玉県〇〇市〇〇 〇〇〇-〇		
① 障害名（部位を明記）	重度の尿細管障害(薬剤性ファンコニー症候群)		
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	悪性脳腫瘍 <input checked="" type="radio"/> 先天性、その他 ()		
③ 疾病・外傷発生年月日	平成 27 年 11 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。）	<p>平成 27 年 11 月 左片麻痺出現。MRI、CT より、右脳腫瘍 (PNET) と診断。開頭術後、化学療法を施行。続発性に腎障害(進行性)が出現。 令和 元 年 9 月 ~ 保存的腎不全の状態。</p> <p>障害固定又は障害確定(推定) 令和 元 年 9 月 日</p>		
⑤ 総合所見	<p>ウラリットリ+アルファロール+リン酸バッファーにて尿細管性アシドーシスのコントロールを行っている。</p> <p>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)</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	けいれん(フェノバル投与中)		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。	<p>令和 3 年 4 月 20 日</p> <p>病院又は診療所の名称 埼玉県〇〇市〇〇 2-11</p> <p>所在地 〇〇〇〇病院</p> <p>診療担当科名 〇〇〇 科 医師氏名 〇〇 〇〇 印</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>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p><input checked="" type="radio"/>該当する (3 級相当)</p> <p>・該当しない</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。</p> <p>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。</p>		

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 () 0.7 mg/dℓ

ウ 血清尿素窒素濃度 () 22 mg/dℓ

エ 24時間尿量 () mℓ/日

オ 尿所見 (尿中B₂MG 59185 μg/ℓ)

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) Na 136 mEq/ℓ、K 2.6 mEq/ℓ、Ca 8.1 mg/dℓ、P 3.9 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) []

カ じん性貧血 (有・無) [高度、中等度、軽度] Hb 11.0 g/dℓ、Ht 34.6 %、赤血球 348 ×10⁴/mm³

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO₃ 14.3 mEq/ℓ]

ク 重篤な高血圧症 (有・無) [最大血圧/最小血圧 150 / 80 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。

【事例 8】

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 24年 1月 25日生	男・女
住所	埼玉県〇〇市〇〇 〇〇〇-〇		
① 障害名（部位を明記）	腎機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名	不詳	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病（ <u>疾病</u> ）先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生日	不詳	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。）	腎不全にて近医 follow されているがしだいに腎機能が低下。令和 3 年 4 月 Cr4.5、 令和 3 年 5 月 Cr7.8 と上昇したため、7 月 2 日当院紹介され初診、7 月 16 日下腹部痛 あり入院。虚血性腸炎、腎不全の悪化あり、7 月 17 日透析を施行。状態安定した ため、外来 follow 中である。 障害固定又は障害確定（推定） 令和 3 年 9 月 24 日		
① 総合所見	貧血、代謝性アシドーシスを呈しており、さらに腎機能悪化があれば透析導入を 要する。 軽度化による将来再認定 要 ・ <u>不要</u> (再認定の時期 年 月 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 3 年 9 月 24 日 病院又は診療所の名称 埼玉県〇〇市〇〇 2-1-1 所在地 〇〇〇〇 病院 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（ 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 じん臓機能

ア 内因性クレアチンクリアランス値 (10 mℓ/分) 測定不能

イ 血清クレアチニン濃度 (5.36 mg/dℓ)

ウ 血清尿素窒素濃度 (31.0 mg/dℓ)

エ 24 時間尿量 (約1000 mℓ/日)

オ 尿所見 (蛋白 2+、糖 +)

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) [しびれ感]

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 149 mEq/ℓ、K 4.9 mEq/ℓ、
Ca 5.0 mg/dℓ、P 4.9 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) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 (有 ・ 無) [Hb 6.6 g/dℓ、Ht 21.8 %、
赤血球数 223 ×10⁴/mm³]

キ 代謝性アシドーシス (有 ・ 無) [HCO₃ 8.1 mEq/ℓ]

ク 重篤な高血圧症 (有 ・ 無) [最大血圧/最小血圧
220 / 110 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)
7月17日のみ

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 9】

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62年 9月 15日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所	埼玉県〇〇市〇〇 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	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害		
③ 疾病・外傷名	慢性糸球体腎炎 <input checked="" type="radio"/> 疾病、先天性、その他（ ）		
④ 疾病・外傷発生年月日	不明 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。）	前医よりIgA腎症の診断で加療目的で2020年12月1日当院受診。2021年3月からPSLの内服が開始。現在PSL25mg服用中。今後も当院にて外来経観察を要する。 障害固定又は障害確定（推定） 令和3年10月1日		
⑤ 総合所見	進行性の腎障害を認める。 軽度化による将来再認定 要 ・ <input checked="" type="radio"/> 不要 (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3年10月1日 病院又は診療所の名称 埼玉県〇〇市〇〇2-11 所在地 〇〇〇〇 病院 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〔障害程度等級について参考意見を記入〕	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（ 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、原因となった疾病には、角膜炎、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 じん臓機能

ア 内因性クレアチニンクリアランス値 (2.5 ml/分) 測定不能

イ 血清クレアチニン濃度 (2.5 mg/dℓ)

ウ 血清尿素窒素濃度 (28 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 19.1 ml/分/1.73㎡

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) [Na 140 mEq/ℓ、 K 4.3 mEq/ℓ
Ca 9.5 mg/dℓ、 P 3.9 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) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 (有 ・ 無) [Hb 10.5 g/dℓ、 Ht 31.3 %
赤血球数 377 ×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
121 / 90 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。