

福岡県医発第579号(地)
平成27年 5月20日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正
及び一部改正に伴う診断書の項目改正について

標記の件につきまして、厚生労働省大臣官房年金管理審議官より、日本年金機構理事長宛に国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正について、また、厚生労働省年金局事業管理課長より、日本年金機構事業管理部門担当理事宛に国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正に伴う診断書の項目改正について通知が出され、平成27年6月1日から適用される旨、厚生労働省より日本医師会を通じて通知がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い致します。

なお、平成27年6月1日前に交付された旧様式による診断書については、当分の間、使用しても差し支えないことを申し添えます。

また、改正の概要は下記のとおりです。

記

(1) 音声又は言語機能の障害

① 認定基準

- 各等級の障害の状態について、失語症の「聞いて理解することの障害」を明示するとともに、表現の明確化を行った。
- 障害の状態を判断するための参考を追加した。
- 音声又は言語機能の障害と他の障害の併合認定について規定した。

② 診断書の様式

- 「会話状態」の欄を「会話による意思疎通の程度」の欄に見直した。
- 構音障害、音声障害または聴覚障害による障害について、「発音不能な語音」の欄を見直し、新たに「発音に関する検査結果」を記載できる欄を設けた。
- 失語症について、新たに「音声言語の表出及び理解の程度」の欄や「失語症に関する検査結果」を記載できる欄を設けた。

(2) 腎疾患による障害

① 認定基準

- 認定に用いる検査項目を病態別に分け、項目の追加を行った。

- 各等級に相当する例示の中に検査項目の異常の数を入れた。
- 腎臓移植について従来の障害等級を維持する期間を見直した。
- ② 診断書の様式
 - 認定基準の見直しなどを踏まえて、検査成績を記入する項目の追加や削除を行った。
 - 「人工透析療法」や「その他の所見」欄などを見直した。
- (3) 排泄機能の障害
 - ① 認定基準
 - 人工肛門を造設した場合などの障害認定を行う時期を見直した。
- (4) 聴覚の障害
 - ① 認定基準
 - 新規に障害年金を請求する方の一部について、他覚的聴力検査などを行うこととした。
 - ② 診断書の様式
 - 聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が 100 デシベル以上の診断を行う場合、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査 (ABR) などの結果を記入し、その記録データのコピーなどを添付することとした。

平成27年4月17日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
松本 純一

国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正
及び一部改正に伴う診断書の項目改正等について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、国民年金法施行令別表、並びに厚生年金保険法施行令別表第1、及び第2に規定する障害の程度の認定につきましては、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の改正について」（平成14年3月15日庁保発第12号）により取り扱われているところです。

今般、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」の一部が改正され、平成27年6月1日から適用されることから、厚生労働省大臣官房年金管理審議官より、日本年金機構理事長等宛に国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正について、また、同省年金局事業管理課長より、日本年金機構年金給付業務部門担当理事等宛に国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正に伴う診断書の項目改正等について通知が出され、別添のとおり、本会に対しても周知方依頼がありました。

本改正の概要は以下のとおりです。

(1) 音声又は言語機能の障害

① 認定基準

- 各等級の障害の状態について、失語症の「聞いて理解することの障害」を明示するとともに、表現の明確化を行った。
- 障害の状態を判断するための参考を追加した。
- 音声又は言語機能の障害と他の障害の併合認定について規定した。

② 診断書の様式

- 「会話状態」の欄を「会話による意思疎通の程度」の欄に見直した。
- 構音障害、音声障害または聴覚障害による障害について、「発音不能な語音」の欄を見直し、新たに「発音に関する検査結果」を記載できる欄を設けた。
- 失語症について、新たに「音声言語の表出及び理解の程度」の欄や「失語症に関する検査結果」を記載できる欄を設けた。

(2) 腎疾患による障害

① 認定基準

- 認定に用いる検査項目を病態別に分け、項目の追加を行った。
- 各等級に相当する例示の中に検査項目の異常の数を入れた。
- 腎臓移植について従来の障害等級を維持する期間を見直した。

② 診断書の様式

- 認定基準の見直しなどを踏まえて、検査成績を記入する項目の追加や削除を行った。
- 「人工透析療法」や「その他の所見」欄などを見直した。

(3) 排せつ機能の障害

① 認定基準

- 人工肛門を造設した場合などの障害認定を行う時期を見直した。

(4) 聴覚の障害

① 認定基準

- 新規に障害年金を請求する方の一部について、他覚的聴力検査などを行うこととした。

② 診断書の様式

- 聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が 100 デシベル以上の診断を行う場合、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査 (ABR) などの結果を記入し、その記録データのコピーなどを添付することとした。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会、及び関係医療機関への周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、平成 27 年 6 月 1 日前に交付された旧様式による診断書については、当分の間、使用しても差し支えないことを申し添えます。

平成27年4月13日

公益社団法人
日本医師会 殿

厚生労働省年金局
事業管理課給付事業室

障害年金の診断書の様式変更及び障害年金制度の周知依頼について

時下、貴会におかれましては益々御清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より障害年金をはじめ社会保険制度の運営に御理解、御協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、障害年金に係る障害の程度の認定につきましては、国民年金・厚生年金保険障害認定基準により行っているところですが、このたび、音声又は言語機能の障害、腎疾患による障害及び聴覚の障害の障害認定基準の見直しに伴い、障害年金の診断書（聴覚、音声又は言語機能等の障害用）、（腎疾患等による障害用）の様式をそれぞれ変更することといたしました。

また、排せつ機能の障害については、人工肛門を造設した場合等の障害認定を行う時期を見直いたします。

つきましては、当該変更及び障害年金制度について別添の広報資料を作成しましたので、診断書を作成していただく貴会会員や医療機関の皆様に対して、ホームページや広報誌の掲載等により広く周知していただきますようお願い申し上げます。

広報資料について

HP掲載用と広報誌用の広報資料を作成しております。
以下の掲載方法を参考にしてください。

1. HP掲載用（資料①～③）

（1）診断書様式の変更について（①～③）

①「障害年金の診断書（聴覚の障害）を作成する医師の皆さまへ」
「障害年金の診断書（音声又は言語機能の障害）を作成する医師の皆さまへ」

「障害年金の診断書（腎疾患による障害）を作成する医師の皆さまへ」

②「変更後の診断書 様式第120号の2（聴覚、音声又は言語機能）」

「変更後の診断書 様式第120号の6－（2）（腎疾患）」

③「診断書作成の留意事項 様式第120号の2（聴覚、音声又は言語機能）」

「診断書作成の留意事項 様式第120号の6－（2）（腎疾患）」

資料①に記載している★印の「変更後の様式の診断書」にそれぞれの資料②を、資料①に記載している『診断書作成の留意事項』にそれぞれの資料③をリンクしていただき、下段にある日本年金機構の年金事務所は、下記の日本年金機構のURLにリンクしていただけるよう作成しております。

（日本年金機構のURL：www.nenkin.go.jp/n/www/section/index.html）

＊ HPでのリンクが難しい場合は、①～③の資料のPDFを、そのまま掲載していただければと思います。

（2）障害年金制度の広報について（資料④）

「診断書を作成する医師・医療機関の皆さまへ」を作成しております。

（1）の診断書様式の変更とあわせてHPへの掲載をお願いいたします。

(3) 障害年金のお知らせ(資料⑤)

一般の方向けに「平成 27 年 6 月 1 日から「障害年金の認定基準」を一部改正します」を作成しています。必要に応じてHPへの掲載をお願いします。

2. 広報誌用(資料⑥)

広報誌用の資料は、資料⑥「障害年金の診断書(聴覚の障害)を作成する医師の皆さまへ」、「障害年金の診断書(音声又は言語機能の障害)を作成する医師の皆さまへ」、「障害年金の診断書(腎疾患による障害)を作成する医師の皆さまへ」になります。

この資料は診断書様式の変更をお知らせし、資料①～③のHP掲載を案内するものになります。

障害年金の診断書（聴覚の障害）を作成する医師の皆さまへ

**平成27年6月1日から
国民年金・厚生年金保険の診断書
「聴覚の障害用」（様式第120号の2）
の様式が変わります**

障害基礎年金・障害厚生年金の「聴覚の障害」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

**平成27年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。**

〔変更点〕

聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)などの結果を記入し、その記録データのコピーなどを添付していただきます。

**★ 変更後の様式の診断書を作成する際は、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。**

※ 不明な点は、[日本年金機構の年金事務所](#)へお問い合わせください。

障害年金の診断書（音声又は言語機能の障害）を作成する医師の皆さまへ

**平成27年6月1日から
国民年金・厚生年金保険の診断書
「音声又は言語機能の障害用」
（様式第120号の2）の様式が変わります**

障害基礎年金・障害厚生年金の「音声又は言語機能の障害」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

**平成27年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。**

〔主な変更点〕

1. 「会話状態」の欄を「会話による意思疎通の程度」の欄に見直します。
2. 構音障害、音声障害または聴覚障害による障害について、「発音不能な語音」の欄を見直し、新たに「発音に関する検査結果」を記載できる欄を設けます。
3. 失語症について、新たに「音声言語の表出及び理解の程度」の欄や「失語症に関する検査結果」を記載できる欄を設けます。

**★ 変更後の様式の診断書を作成する際は、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。**

※ 不明な点は、[日本年金機構の年金事務所](#)へお問い合わせください。

障害年金の診断書（腎疾患による障害）を作成する医師の皆さまへ

**平成27年6月1日から
国民年金・厚生年金保険の診断書
「腎疾患の障害用」（様式第120号の6-(2)）
の様式が変わります**

障害基礎年金・障害厚生年金の「腎疾患による障害」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

**平成27年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。**

〔主な変更点〕

1. 認定基準の見直しなどを踏まえて、検査成績を記入する項目の追加や 削除を行います。
2. 「人工透析療法」や「その他の所見」欄などを見直します。

★ 変更後の様式の診断書を作成する際は、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。

※ 不明な点は、[日本年金機構の年金事務所](#)へお問い合わせください。



国 民 年 金
厚 生 年 金 保 険

診 断 書

（ 聴覚・鼻腔機能・平衡機能
そしゃく・嚥下機能
音声又は言語機能 の障害用 ）

(フリガナ) 氏 名		生年月日		昭 和 平 成		年 月 日生(歳)		性別		男 ・ 女	
住 所		住所地の郵便番号		都道 府 県 郡市区							
		〒									
① 障害の原因 となつた 傷 病 名						② 傷病の発生年月日		昭和 平成		年 月 日 診 療 録 で 確 認 (年 月 日 立 日)	
						③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日		昭和 平成		年 月 日 診 療 録 で 確 認 (年 月 日 立 日)	
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)				⑤ 既存 障害		⑥ 既往症			
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含 む。)かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成 年 月 日 確 認 推 定									
		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込 有 ・ 無 ・ 不明									
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)											
⑨ 現在までの治療の内 容、期間、経過、そ の他参考となる事項								診療回数		年間 回、月平均 回	
								手術歴		喉頭全摘・その他の手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)	
⑩ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日 現症)											
(1) 聴 覚 の 障 害				オージオグラム -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 250 500 1000 2000 4000 H z				語音明瞭度曲線 100 % 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 dB			
聴 力 レ ベ ル 右 dB 左 dB 最 良 語 音 明 瞭 度 右 % 左 %											
所 見				〔 聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の聴力レベルが100dB以上との診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR) 〕 〔 等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。 〕							
(2) 鼻 腔 機 能 の 障 害				(3) 平 衡 機 能 の 障 害				(4) そ しゃ く ・ 嚥 下 機 能 の 障 害			
ア 鼻 軟 骨 の 欠 損 1 一部分 2 大部分 3 全部 イ 鼻呼吸障害の有無 1 無 2 有				ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である。 2 不安定である。 3 不可能である。 イ 開眼での直線10m歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、 どうにか歩き通す。 3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断 せざるを得ない。 ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見				ア 機 能 障 害 イ 栄 養 状 態 1 良 2 中 3 不良 ウ 食 事 内 容 1 食事内容に制限がない。 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下 機能が十分でないため食事が制限される。 3 全粥、軟菜以外は摂取できない。 4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができない ためにゾンデ栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他()			

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、
本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(5) 音 声 又 は 言 語 機 能 の 障 害	
ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）	
1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。 2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。 3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。 4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。	
イ 発 音 不 能 な 語 音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）	
I 4 種 の 語 音（該当するもの1つを○で囲んでください。） 口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 軟口蓋音（か行音、が行音等） 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能 II 発 音 に 関 す る 検 査 結 果（語音発語明瞭度検査など）	
ウ 失 語 症 の 障 害 の 程 度（失語症がある場合に、記入してください。）	
I 音 声 言 語 の 表 出 及 び 理 解 の 程 度（該当するもの1つを○で囲んでください。） 単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 長文の発話（4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 単語の理解（例：単語の呼称と同じ） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 短文の理解（例：短文の発話と同じ） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない 長文の理解（例：長文の発話と同じ） 1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない II 失 語 症 に 関 す る 検 査 結 果（標準失語症検査など）	
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)	
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。
- また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。
- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。）
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
- (1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- (2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。
- (3) ⑩の(1)の欄の「聴力レベル」の算出方法は、次の方法により行ってください。
- ① 「聴力レベル値」は、オージオメータにより測定してください。
- ② 「聴力レベル値」は、
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
により算出してください。
- a : 周波数 500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
- b : 周波数 1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
- c : 周波数 2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
- (4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。
- なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法により行ってください。
- (5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合については、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査（ABR）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査（遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテストなど）を行い、その結果（検査方法及び検査所見）を記入してください。また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- なお、聴覚の障害で既に障害年金を受給している人は記入等は不要ですので、本人に確認してください。
- (6) ⑩の(5)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。
- (7) ⑩の(5)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。

国民年金
厚生年金保険

診 断 書

腎疾患・肝疾患
糖 尿 病 の障害用

(フリガナ) 氏 名						生年月日		昭和 平成 年 月 日生 (歳)				性別		男 ・ 女			
住 所		住所地の郵便番号				都道府県 市区											
① 障害の原因 となった 傷 病 名								② 傷病の発生年月日		昭和 平成 年 月 日		診療録で確認 (年 月 日)					
								③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日		昭和 平成 年 月 日		診療録で確認 (年 月 日)					
④傷病の原因 又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)				⑤既存 障害						⑥ 既往症					
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含む。) かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成 年 月 日 確 認 推 定															
		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込 有 ・ 無 ・ 不明															
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																	
⑨ 現在までの治療の内 容、期間、経過、その 他参考となる事項												診療回数		年間 回、月平均 回			
												手術 歴		手術名 () 手術年月日 (年 月 日)			
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長		cm		脈拍		回／分		血 圧		最 大		mmHg		降圧薬服用	
		体重		kg						最 小		mmHg		無 ・ 有			
⑪ 一 般 状 態 区 分 表 (平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)																	
ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの																	
イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など																	
ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なものもあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの																	
エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの																	
オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの																	
障 害 の 状 態																	
⑫ 腎 疾 患 (平成 年 月 日現症) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病 (⑭) の欄にも 必要事項を記入してください。)																	
1 臨 床 所 見																	
(1)自 覚 症 状 (2)他 覚 所 見 (3) 検 査 成 績 (記入上の注意を参照)																	
悪 心 ・ 嘔 吐 (無 ・ 有 ・ 著) 浮 腫 (無 ・ 有 ・ 著)																	
食 欲 不 振 (無 ・ 有 ・ 著) 貧 血 (無 ・ 有 ・ 著)																	
頭 痛 (無 ・ 有 ・ 著) アシドーシス (無 ・ 有 ・ 著)																	
呼 吸 困 難 (無 ・ 有 ・ 著) 腎不全に基づく 神 経 症 状 (無 ・ 有 ・ 著)																	
視 力 障 害 (無 ・ 有 ・ 著)																	
2 腎 生 検 無 ・ 有 検査年月日(平成 年 月 日) 所 見																	
3 人工透析療法																	
(1)人工透析療法の実施の有無 無 ・ 有 (血液透析・腹膜透析・血液濾過)																	
(2)人工透析開始日 (平成 年 月 日)																	
(3)人工透析(腹膜透析を除く)実施状況 回数・ 回／週、 1回 時間																	
(4)人工透析導入後の臨床経過																	
(5)長期透析による合併症 無 ・ 有 所 見																	
4 その他の所見																	
(1)腎移植 無 ・ 有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過																	
(2)その他																	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

(お願い) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

障 害 の 状 態																																																																																								
⑬ 肝 疾 患（平成 年 月 日現症）		〔 糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病（⑭）、腎疾患（⑫）の欄にも必要事項を記入してください。 〕																																																																																						
1 臨 床 所 見 (1)自 覚 症 状 全 身 倦 怠 感（無・有・著） 発 熱（無・有・著） 食 欲 不 振（無・有・著） 悪 心 ・ 嘔 吐（無・有・著） 皮 膚 所 う 痒 感（無・有・著） 有 痛 性 筋 痙 攣（無・有・著） 吐 血 ・ 下 血（無・有・著） (2)他 覚 所 見 肝 萎 縮（無・有・著） 脾 腫 大（無・有・著） 浮 腫（無・有・著） 腹 水（無 ・ 有 ・ 有（難治性）） 黄 疸（無・有・著） 腹 壁 静 脈 怒 張（無・有・著） 肝 性 脳 症（無・有（ 度）） 出 血 傾 向（無・有・著）		(3)検 査 成 績（記入上の注意を参照） <table><tr><th>検査日 検査項目</th><th>施 設 基 準 値</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th></tr><tr><td>AST(GOT) IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ALT(GPT) IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>γ-GTP IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血清総ビリルビン mg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>アルカリホスファターゼ IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血清総蛋白 g/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 ・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血小板数 ×10⁴/μℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>プロトロンビン時間 %</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>総コレステロール mg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血中アンモニア μg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AFP ng/mℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PIVKA-II mAU/mℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">アルコール性 肝硬変の場合</td><td>180日以上アルコールを摂取していない。</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td></tr><tr><td>継続して必要な治療を実施している。</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td></tr></table>			検査日 検査項目	施 設 基 準 値	・ ・	・ ・	・ ・	AST(GOT) IU/ℓ					ALT(GPT) IU/ℓ					γ-GTP IU/ℓ					血清総ビリルビン mg/dℓ					アルカリホスファターゼ IU/ℓ					血清総蛋白 g/dℓ					血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 ・改良型BCP法					A/G比					血小板数 ×10 ⁴ /μℓ					プロトロンビン時間 %					総コレステロール mg/dℓ					血中アンモニア μg/dℓ					AFP ng/mℓ					PIVKA-II mAU/mℓ					アルコール性 肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	継続して必要な治療を実施している。	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)
検査日 検査項目	施 設 基 準 値	・ ・	・ ・	・ ・																																																																																				
AST(GOT) IU/ℓ																																																																																								
ALT(GPT) IU/ℓ																																																																																								
γ-GTP IU/ℓ																																																																																								
血清総ビリルビン mg/dℓ																																																																																								
アルカリホスファターゼ IU/ℓ																																																																																								
血清総蛋白 g/dℓ																																																																																								
血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 ・改良型BCP法																																																																																								
A/G比																																																																																								
血小板数 ×10 ⁴ /μℓ																																																																																								
プロトロンビン時間 %																																																																																								
総コレステロール mg/dℓ																																																																																								
血中アンモニア μg/dℓ																																																																																								
AFP ng/mℓ																																																																																								
PIVKA-II mAU/mℓ																																																																																								
アルコール性 肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)																																																																																				
	継続して必要な治療を実施している。	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)																																																																																				
2 Child－Pughによるgrade A（5・6） B（7・8・9） C（10・11・12以上）																																																																																								
3 肝 生 検 無 ・ 有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード（ ） ステージ（ ）																																																																																								
4 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無 ・ 有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無 ・ 有（ 回） (3) 治 療 歴 無 ・ 有（ 回）																																																																																								
5 ヘパトーマ治療歴 無 ・ 有 ・ 手 術 回 ・ 局所療法 回 ・ 動脈塞栓術 回 ・ 放射線療法 回 ・ 化学療法 回																																																																																								
6 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴 所見																																																																																								
7 治療の内容 (1) 利 尿 剤（無・有） (4) アルブミン・血漿製剤（無・有） (2) 特殊アミノ酸製剤（無・有） (5) 血 小 板 輸 血（無・有） (3) 抗ウイルス療法（無・有） (6) そ の 他 具体的内容		8 その他の所見 (1) 肝移植 無 ・ 有（有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)） 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等)（平成 年 月 日）																																																																																						
⑭ 糖 尿 病（平成 年 月 日現症）（腎合併症を認める例では、腎疾患(⑫)の欄に必要事項を記入してください。）																																																																																								
1 病 型（いずれかの病型に○を付してください。） (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病 (3) その他の型（病名 ）		3 治療状況 (1)食事療法のみ (2)経口糖尿病薬による (3)インスリンによる（ ・ 単位 / 日 回 / 日 ）																																																																																						
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移（記入上の注意を参照） <table><tr><th>検査日 検査項目</th><th>施設基準値</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th></tr><tr><td>HbA1c (%)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>空腹時血糖値 (mg/dℓ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		検査日 検査項目	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・	HbA1c (%)					空腹時血糖値 (mg/dℓ)					4 合 併 症 (1) 眼 合 併 症（平成 年 月 日） 裸眼 矯正 ア 視 力（右） _____ （左） _____ イ 眼 底 所 見 (2) 神 経 障 害（症状 ・ 検査所見）																																																																							
検査日 検査項目	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・																																																																																				
HbA1c (%)																																																																																								
空腹時血糖値 (mg/dℓ)																																																																																								
5 その他の所見																																																																																								
⑮ そ の 他 の 代 謝 疾 患（平成 年 月 日現症） （自覚症状 ・ 他覚所見 ・ 検査成績等）																																																																																								
⑯ 現症時の日常生活活動能力及労働能力 （必ず記入してください。）																																																																																								
⑰ 予 後 （必ず記入してください。）																																																																																								
⑱ 備 考																																																																																								

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

{

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。
- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診療日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑪及び⑯～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は、当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入して下さい。
 - (3) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
 - (4) ⑫の欄の「3 人工透析療法」は、「(1)人工透析療法の実施の有無」が「有」の場合は、血液透析、腹膜透析又は血液濾過のうち実施したもの全てに○を付し、「(2)人工透析開始日」は最初に実施した人工透析療法の開始日を記入してください。
 - (5) アルコール性肝硬変の場合は、⑬の欄の「1 臨床所見」の(3)検査成績の「180日以上アルコールを摂取していない。」及び「継続して必要な治療を実施している。」の○又は×のいずれかに○を付してください。
 - (6) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
 - (7) ⑬の欄の「7 治療の内容」は、⑬の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
 - (8) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

《聴覚、鼻腔、平衡機能そしゃく、
嚥下機能、音声又は言語機能の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

(平成27年6月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入
してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、
経過、その他参考となる事項
現在までの治療の内容などは参考とな
る事項をできるだけ詳しく記入してく
ださい。
また、診療回数は、現症日前1年間に
おける診療回数を記入してください。
なお、入院日数1日は、診療回数1回
として計算してください。

(変更)

⑩(1)欄 聴力レベル
聴力レベルは、4分法により算出して
ください。
聴覚の障害で障害年金を受給していな
い方(※)に両耳の「聴力レベル」が
100デシベル以上の診断を行う場合に
ついては、オーディオメータによる検査
に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等
の他覚的聴力検査又はそれに相当する検
査(遅延側音検査、ロンバールテスト、
ステンゲルテストなど)の結果を記入
し、その記録データのコピー等を必ず
添えてください。

※聴覚の障害で既に障害年金を受給し
ている方は不要なので、本人に確認
してください。

様式第120号の2

国民年金 診断書 (聴覚・鼻腔機能・平衡機能
そしゃく・嚥下機能
音声又は言語機能
の障害用)

氏名 (フリガナ) 生年月日 昭和 平成 年 月 日生(歳) 性別 男・女

住所 住所地の郵便番号 都道府県 市区

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷病の発生年月日 昭和 平成 年 月 日 診 療 日 平成 年 月 日

③ ①のため初めて医師の診療を受けた日 昭和 平成 年 月 日 診 療 日 平成 年 月 日

④ 傷病の原因又は誘因 初診年月日(昭和・平成 年 月 日) ⑤ 既存障害 ⑥ 既往症

⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか 傷病が治っている場合 治った日 平成 年 月 日 確認 傷病が治っていない場合 症状のよくなる見込 有・無・不明

⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 昭和・平成 年 月 日

⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項 診療回数 年間 回、月平均 回

手術歴 手術年月日(年 月 日)

⑩ 障害の状態(平成 年 月 日現在)

(1) 聴覚の障害

聴力レベル

右 dB 左 dB

最良語音明瞭度

右 % 左 %

所見 聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の聴力レベルが100dB以上の診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。

(2) 鼻腔機能の障害

ア 鼻軟骨の欠損

1 一部分

2 大部分

3 全部

イ 鼻呼吸障害の有無

1 無

2 有

(3) 平衡機能の障害

ア 閉眼での起立・立位保持の状態

1 可能である。

2 不安定である。

3 不可能である。

イ 閉眼での直線10m歩行の状態

1 まっすぐ歩き通す。

2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、どうにか歩き通す。

3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。

ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見

(4) そしゃく・嚥下機能の障害

ア 機能障害

イ 栄養状態

1 良 2 中 3 不良

ウ 食事内容

1 食事に内容に制限がない。

2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下機能が十分でないため食事が制限される。

3 全粥、軟食以外は摂取できない。

4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないためにノンデ栄養の併用が必要である。

5 流動食以外は摂取できない。

6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。

7 経口的に食物を摂取することができない。

8 その他()

③欄 初めて医師の診療を受けた日
この診断書を作成するための診療日
ではなく、本人が障害の原因となった
傷病について初めて医師の診療を受け
た日を記入してください。前に他の医
師が診療している場合は、本人の申し
立てによって記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがない
ようお願いします。

⑩(1)欄 最良語音明瞭度
両耳の平均純音聴力値が「90デシベル
未満」の場合は、「最良語音明瞭度」
を記載してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を
判定するために、作成をお願いしてい
るものです。
過去の障害の状態については、当時の
診療録に基づいて記入してください。
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、
作成された医師に照会することがあり
ますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

(新設)

⑩(5)ア欄 会話による意思疎通の程度
「音声又は言語機能の障害」がある場合は、記入してください。

【構音障害、音声障害、聴覚障害による障害】

患者の“話すこと”の制限の程度について、該当するものを選んで記入してください。

【失語症】

患者の“話すこと”や“聞いて理解すること”の制限の程度について、該当するものを選んで記入してください。

⑫欄 予後

診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

⑬欄 備考

本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

病院または診療所の名称だけではなく、所在地も忘れずに記入してください。

(5) 音声又は言語機能の障害			
ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)			
1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が可能である。	3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。		
2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。	4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が可能でない。		
イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。)			
I 4 種の語音 (該当するもの1つを○で囲んでください。)		II 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)	
口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等)			
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	
歯音、歯茎音 (さ行音、た行音、ち行音等)			
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	
歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等)			
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	
軟口蓋音 (か行音、が行音等)			
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	
ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。)			
I 音声言語の表出及び理解の程度 (該当するもの1つを○で囲んでください。)		II 失語症に関する検査結果 (標準失語症検査など)	
単語の呼称 (単語の例: 家、靴下、自動車、電話、水)			
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない
短文の発話 (2〜3文節程度、例: 女の子が本を読んでいる)			
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない
長文の発話 (4〜6文節程度、例: 私の家に田舎から大きな小包が届いた)			
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない
単語の理解 (例: 単語の発話と同じ)			
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない
短文の理解 (例: 短文の発話と同じ)			
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない
長文の理解 (例: 長文の発話と同じ)			
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない
12 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)			
予後 (必ず記入してください。)			
備考			
本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)			
上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日			
病院又は診療所の名称		診療担当科名	
所在地		医師氏名	
		印	

(新設)

⑩(5)イ欄 発音不能な語音

構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。発音に関する検査を行った場合は、右のかっこ内に記入してください。また、必要に応じて、検査結果表を添えてください。

(新設)

⑩(5)ウ欄 失語症の障害の程度

失語症がある場合に、記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、右のかっこ内に記入してください。また、必要に応じて、検査結果表を添えてください。

⑪欄 現症時の日常生活活動能力及び労働能力

現症時の日常生活活動能力については、介助が必要かどうか、また、労働能力についても必ず記入してください。

《腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項 (平成27年6月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項
現在までの治療の内容などは参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。
また、診療回数は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。
なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。

(変更)

⑫3欄 人工透析療法
人工透析療法を実施している場合は、血液透析、腹膜透析または血液濾過のうち、実施したものの全てに○をつけ、最初に実施した人工透析療法の開始日を記入してください。

様式第120号の6-(2)

国民年金 厚生年金保険 診断書 (腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用)

氏名 (フリガナ) 生年月日 昭和 年 月 日生 (歳) 性別 男・女

住所 都道府県 市区

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷病の発生日 昭和 年 月 日 診断書で認定された日 (年 月 日)

③ ①のため初めて医師の診療を受けた日 昭和 年 月 日 診断書で認定された日 (年 月 日)

④ 傷病の原因又は誘因 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日) ⑤ 既往症 ⑥ 既往症

⑦ 傷病が治った (症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) 傷病が治っていない場合 治った日 平成 年 月 日 確認 傷病が治っていない場合 症状のよくなる見込 有・無・不明

⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)

⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項 診療回数 年間 回、月平均 回 手術名 () 手術年月日 (年 月 日)

⑩ 計測 (平成 年 月 日計測) 身長 cm 脈拍 回/分 体重 kg 最大 mmHg 最小 mmHg 降圧薬服用 有・無

⑪ 一般状態区分表 (平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください)

ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの
イ 軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や作業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など
ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの
エ 身のまわりのある程度のことではあるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの
オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がベッド周辺に限られるもの

⑫ 腎疾患 (平成 年 月 日現症) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病 (⑩) の欄にも必要事項を記入してください。)

1 臨床所見 (1) 自覚症状 (2) 他覚所見 (3) 検査成績 (記入上の注意を参照)

(1) 自覚症状 (無・有・著) 悪心・嘔吐 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) 貧血 (無・有・著) 頭痛 (無・有・著) アシドーシス (無・有・著) 呼吸困難 (無・有・著) 腎不全に基づく神経症状 (無・有・著) 視力障害 (無・有・著)

2 腎生検 無・有 検査年月日 (平成 年 月 日) 所見

3 人工透析療法 (1) 人工透析療法の実施の有無 無・有 (血液透析・腹膜透析・血液濾過) (2) 人工透析開始日 (平成 年 月 日) (3) 人工透析 (腹膜透析を除く) 実施状況 回数 回/週、1回 時間 (4) 人工透析導入後の臨床経過

(5) 長期透析による合併症 無・有 所見

4 その他の所見 (1) 腎移植 無・有 (有の場合は移植年月日 (平成 年 月 日)) 経過 (2) その他

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

③欄 初めて医師の診療を受けた日
この診断書を作成するための診療日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

(変更)

⑫1 (3)欄 検査成績
過去6カ月における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。
●「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法または改良型BCP法のいずれかを○で囲んでください。
●血清クレアチニンの検査数値等をもとに「eGFR」の値を記入してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

⑬2欄 Child-Pughによるgrade
該当する点数を○で囲んでください。

⑬6欄 特発性細菌性腹膜炎その他
肝硬変症に付随する病態の
治療歴

「4 食道・胃などの静脈瘤」と
「5 ヘパトーマ治療歴」以外の治
療歴があれば治療経過などを記入し
てください。

⑬7欄 治療の内容

現症日時点の内容を記入してくださ
い。
また、「具体的内容」については、(1)
～(6)の治療がある場合は、必要に応
じて薬品名や「(6) その他」の内容など
を記入してください。

⑭2欄 ヘモグロビンA1c及び空腹
時血糖値の推移

過去6カ月における2回以上の検査
成績をそれぞれ記入してください。

⑰欄 予後

診断時に判断できない場合は、「不詳」
と記入してください。

病院または診療所の名称だけではなく、
所在地も忘れずに記入してください。

障 害 の 状 態	
⑬ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現症) (糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑮)、腎疾患(⑯)の欄にも必要事項を記入してください。)	
1 臨床所見 (1)自覚症状 全身倦怠感 (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) 悪心・嘔吐 (無・有・著) 皮膚そう痒感 (無・有・著) 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 吐血・下血 (無・有・著)	(2)他覚所見 肝萎縮 (無・有・著) 脾腫大 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 腹水 (無・有・著) 黄疸 (無・有・著) 腹壁静脈怒張 (無・有・著) 肝性脳症 (無・有・度) 出血傾向 (無・有・著)
2 Child-Pughによるgrade A (5・6) B (7・8・9) C (10・11・12以上)	
3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード () ステージ ()	
4 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有 (回) (3) 治療歴 無・有 (回)	
5 ヘパトーマ治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回	
6 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴 所見	
7 治療の内容 (1)利尿剤 (無・有) (4)アルブミン・血漿製剤 (無・有) (2)特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5)血小板輸血 (無・有) (3)抗ウイルス療法 (無・有) (6)その他 具体的内容	
8 その他の所見 (1)肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過 (2)その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)	
⑭ 糖 尿 病 (平成 年 月 日現症) (腎合併症を認める例では、腎疾患(⑮)の欄に必要事項を記入してください。)	
1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。) (1)1型糖尿病 (2)2型糖尿病 (3)その他の型 (病名)	3 治療状況 (1)食事療法のみ (2)経口糖尿病薬による (3)インスリンによる (単位/日 回/日)
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 (記入上の注意を参照) 検査項目 検査日 施設基準値 HbA1c (%) 空腹時血糖値 (mg/dl)	4 合 併 症 (1)眼合併症 (平成 年 月 日) 矯正 ア 視 力 (右) 裸眼 (左) イ 眼底所見 (2)神経障害 (症状・検査所見)
⑮ その他の代謝疾患 (平成 年 月 日現症) (自覚症状・他覚所見・検査成績等)	
⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)	
⑰ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑱ 備 考	
上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 診療担当科名 所 在 地 医師氏名 印	

⑬1(3)欄 検査成績

過去6カ月における2回以上の検査成
績をそれぞれ記入してください。

- 「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法または改良型BCP法のいずれかを○で囲んでください。
- アルコール性肝硬変の場合は、⑬の欄の「1 臨床所見」の(3)検査成績の「180日以上アルコールを摂取していない。」と「継続して必要な治療を実施している。」の○または×のいずれかを検査日ごとに○で囲んでください。

⑬8(1)欄 肝移植

移植を受けたものは、術後の症状、治療経過、検査成績を「経過」に具体的に記入してください。
また、肝移植後の予後についても、「⑰予後」欄に記入してください。

⑭4欄 合併症

過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

⑯欄 現症時の日常生活活動能力及び労働能力

現症時の日常生活活動能力については、介助が必要かどうか、また、労働能力についても必ず記入してください。

⑱欄 備考

本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

診断書を作成する 医師・医療機関の皆さまへ

病気やけがなどにより、障害の状態になった患者さんに、国民年金・厚生年金の「**障害年金制度**」をご案内ください。

「障害の状態になった」とは

- 視覚障害や聴覚障害、肢体不自由などの障害
- がんや糖尿病、高血圧、呼吸器疾患などの内部疾患
- 精神の障害

などにより、長期療養が必要で、仕事や生活が著しく制限を受ける状態になったことをいいます。



障害の状態※や保険料の納付期間など、一定の要件を満たしている方は、障害年金を受給することができます。

※障害者手帳の障害等級とは判断基準が異なるため、手帳の交付は受けられても、障害年金を受給できないことがあります。

障害年金についてのお問い合わせやご相談は、
お近くの**年金事務所**または**街角の年金相談センター**で
受け付けています。

所在地は、日本年金機構ホームページ「全国の相談・手続き窓口」をご覧ください。
<http://www.nenkin.go.jp/n/www/section/index.html>

窓口受付時間：平日（月～金）の午前8時30分～午後5時15分

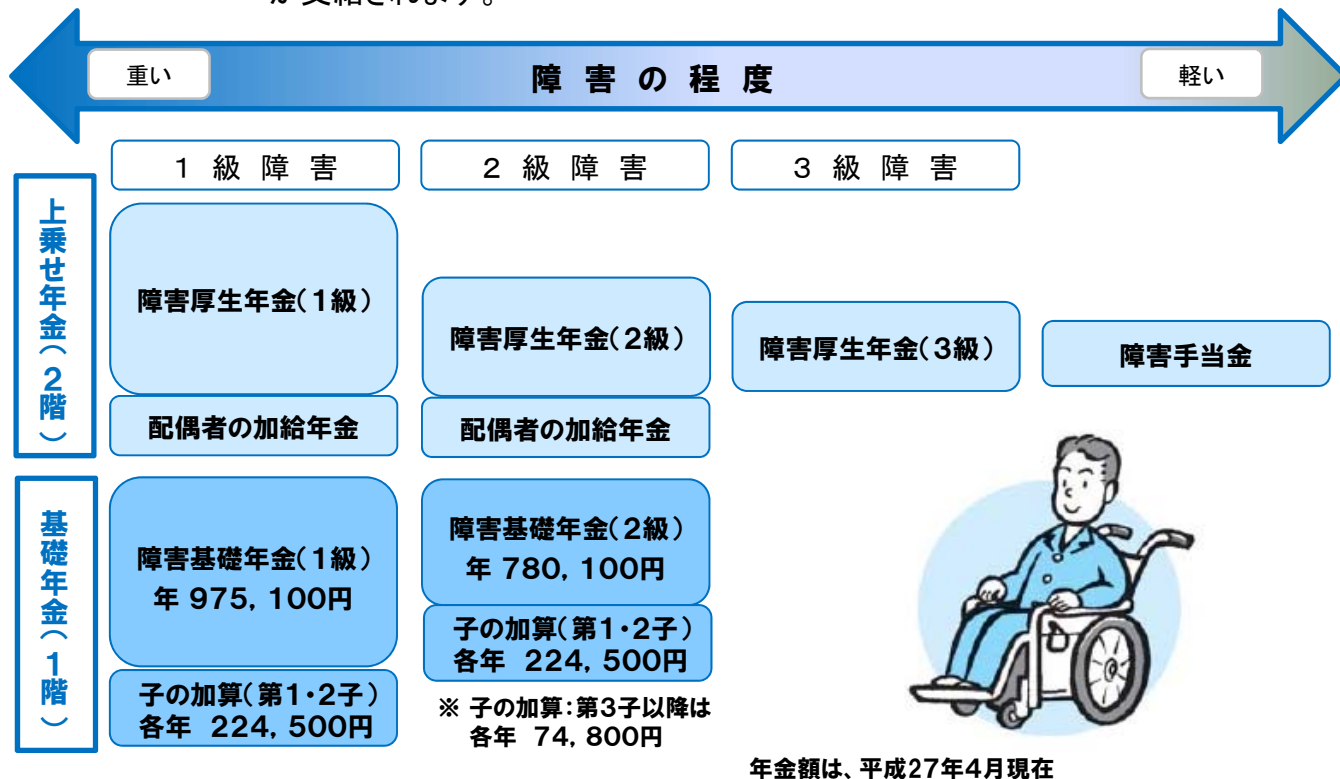
年金相談は、「時間延長」や「週末相談」も実施しています。

時間延長	週初の開所日	午後5：15～午後7：00まで
週末相談	第2土曜	午前9：30～午後4：00まで

障害年金制度について

障害年金

公的年金制度には、主に自営業者などが加入する国民年金や会社員などが加入する厚生年金があります。こうした制度に加入中の病気やけがで障害が残った場合は、国民年金から「障害基礎年金」、厚生年金から「障害厚生年金」が支給されます。



障害年金を受けるには、次の3つの要件が必要になります

1 初診日に被保険者であること

- 初診日において、国民年金または厚生年金保険の被保険者であるか、または国民年金の被保険者であった人で、60歳以上65歳未満の国内居住者であること
- 【20歳前傷病による障害基礎年金】
初診日において、20歳未満であった人が、20歳に達した日において1級または2級の障害の状態にあるときなどは、障害基礎年金が支給されます。

2 保険料の納付要件を満たしていること

- 初診日の前日において、初診日の属する月の前々月までの被保険者期間のうち、保険料納付期済期間と保険料免除期間を合算した期間が3分の2以上あること
- 【上記要件を満たせない場合の特例】
初診日が平成38年4月1日前のときは、初診日の属する月の前々月までの直近の1年間に保険料の未納期間がないこと

3 一定の障害の状態にあること

- 障害認定日(※)に障害の状態が1級または2級(障害厚生年金については1級～3級)に該当すること、または障害認定日後に、障害の程度が増進し、65歳になるまでに障害の状態が1級または2級(障害厚生年金については1級～3級)に該当すること
- ※障害認定日: 障害の原因となった傷病の初診日から起算して1年6ヵ月を経過した日、または1年6ヵ月以内にその傷病が治った場合(症状が固定した場合)はその日

◆障害年金を受けるには、本人またはご家族による年金の請求手続きが必要です。請求窓口は、障害基礎年金はお住まいの市区町村役場または年金事務所、障害厚生年金はお近くの年金事務所になります。

障害年金のお知らせ

平成27年6月1日から 「障害年金の認定基準」を一部改正 します

改正のポイント

1. 音声又は言語機能の障害

失語症の「聞いて理解することの障害」を障害年金の対象障害として明示し、また、障害の状態を判断するための検査結果などを参考として追加するなどの見直しを行います。

2. 腎疾患による障害

認定に用いる検査項目を追加し、また、判断基準を明確にするなどの見直しを行います。

3. 排せつ機能の障害

人工肛門を造設した場合などの障害認定を行う時期を見直します。

4. 聴覚の障害

新規に障害年金を請求する方の一部について、他覚的聴力検査などを行うこととします。

不明な点は、[日本年金機構の年金事務所](#)へお問い合わせください。

1 . 音声又は言語機能の障害

▶各等級の障害の状態について、失語症の「聞いて理解することの障害」を明示するとともに、表現の明確化を行います。

障害の程度	障 害 の 状 態
2 級	発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しないものをいう。
3 級	話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つものをいう。
障害手当金	話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つものをいう。

▶障害の状態を判断するための参考を追加します。

＜構音障害、音声障害、聴覚障害による障害＞

発音不能な語音について確認するほか、発音に関する検査（例えば「語音発語明瞭度検査」など）が行われた場合は、その結果も参考にします。

＜失語症＞

音声言語の障害（話す・聞く）の程度について確認するほか、失語症に関する検査（例えば「標準失語症検査」など）が行われた場合は、その結果も参考にします。

〔注：音声言語の障害と比較して、文字言語の障害（読み書き）の程度が重い場合には、その症状も勘案し、総合的に認定されます。〕

▶音声又は言語機能の障害と他の障害の併合認定について規定します。

音声又は言語機能の障害と他の障害の状態を併せて認定される場合（併合認定）の代表的な例を追加します。

【併合認定の代表的な例】（②を追加）

- ① 構音障害 + 「聴覚の障害」または「そしゃく・^{えんげ}嚥下機能の障害」
- ② 失語症 + 「肢体の障害」または「精神の障害（高次脳機能障害）」

〔注1：併合する各障害の程度によっては、上位等級にならない場合もあります。
注2：上記②に該当する場合は、別途診断書（「肢体の障害」用または「精神の障害」用）を提出する必要があります。〕

2. 腎疾患による障害

▶認定に用いる検査項目を病態別に分け、項目の追加を行います。

<①慢性腎不全>

区分	検査項目	単位	軽度異常	中等度異常	高度異常
ア	内因性クレアチニンクリアランス	ml/分	20 以上30 未満	10 以上20 未満	10 未満
イ	血清クレアチニン	mg/dl	3 以上 5 未満	5 以上 8 未満	8 以上

注：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未満のときは軽度異常、10未満のときは中等度異常と取り扱うことも可能です。

<②ネフローゼ症候群>

区分	検査項目	単位	異常
ア	尿蛋白量 （1日尿蛋白量又は尿蛋白／尿クレアチニン比）	g／日 又は g／gCr	3.5以上を 持続する
イ	血清アルブミン（BCG法）	g／dl	3.0 以下
ウ	血清総蛋白	g／dl	6.0 以下

▶各等級に相当する例示の中に検査項目の異常の数を入れます。

障害の程度	障害の状態
1 級	上記①の検査成績が高度異常を1つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のオに該当するもの
2 級	1 上記①の検査成績が中等度又は高度の異常を1つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のエ又はウに該当するもの 2 人工透析療法施行中のもの
3 級	1 上記①の検査成績が軽度、中等度又は高度の異常を1つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するもの 2 上記②の検査成績のうちアが異常を示し、かつ、イ又はウのいずれかが異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するもの

注：障害の認定は、異常値の数や一般状態区分表による障害の状態などによって認定されます。

▶腎臓移植について従来の障害等級を維持する期間を見直します。

腎臓移植について、経過観察のために移植後1年間は従来の障害等級を維持することとし、それ以降は移植を受けた方の状況を踏まえて、障害等級の認定を行うこととします。

3 . 排せつ機能の障害

▶人工肛門を造設した場合などの障害認定を行う時期を見直します。

人工肛門を造設した場合や、尿路変更術を施した場合、完全排尿障害状態となった場合の障害認定を行う時期を、これらの状態になってから6カ月を経過した日（初診日から起算して1年6カ月を超える場合を除く）に見直します。

4 . 聴覚の障害

▶新規に障害年金を請求する方の一部について、他覚的聴力検査などを行うこととします。

聴覚の障害による障害年金を受給していない方が、1級（両耳の聴力レベルが100デシベル以上）の障害年金を請求する場合には、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査（A B R）などの他覚的聴力検査又はこれに相当する検査も行うこととします。

日本年金機構の年金事務所の連絡先は、
日本年金機構ホームページ（全国の相談・手続窓口）でご確認ください。

全国の窓口 日本年金機構

検索

<http://www.nenkin.go.jp/n/www/section/>

- 年金の基礎知識、全国の年金事務所の所在地と電話番号などがご覧いただけます。
- 『ねんきんネット』では、インターネットを利用してご自身の年金加入記録をいつでも閲覧できます。このサービスをご利用いただくためには、あらかじめユーザID、パスワードのお申し込みをしていただく必要があります。

障害年金の診断書（聴覚の障害）を作成する医師の皆さまへ

**平成27年6月1日から
国民年金・厚生年金保険の診断書
「聴覚の障害用」（様式第120号の2）
の様式が変わります**

障害基礎年金・障害厚生年金の「聴覚の障害」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

**平成27年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。**

〔変更点〕

聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)などの結果を記入し、その記録データのコピーなどを添付していただきます。

**変更後の様式の診断書を作成する際は、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。**

〇〇学会のホームページ <http://www.>

※ 不明な点は、**日本年金機構の年金事務所**へお問い合わせください。

障害年金の診断書（音声又は言語機能の障害）を作成する医師の皆さまへ

**平成27年6月1日から
国民年金・厚生年金保険の診断書
「音声又は言語機能の障害用」
(様式第120号の2)の様式が変わります**

障害基礎年金・障害厚生年金の「音声又は言語機能の障害」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

**平成27年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。**

〔主な変更点〕

1. 「会話状態」の欄を「会話による意思疎通の程度」の欄に見直します。
2. 構音障害、音声障害または聴覚障害による障害について、「発音不能な語音」の欄を見直し、新たに「発音に関する検査結果」を記載できる欄を設けます。
3. 失語症について、新たに「音声言語の表出及び理解の程度」の欄や「失語症に関する検査結果」を記載できる欄を設けます。

**変更後の様式の診断書を作成する際は、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。**

〇〇学会のホームページ <http://www.>

※ 不明な点は、**日本年金機構の年金事務所**へお問い合わせください。

障害年金の診断書（腎疾患による障害）を作成する医師の皆さまへ

**平成27年6月1日から
国民年金・厚生年金保険の診断書
「腎疾患の障害用」（様式第120号の6-(2)）
の様式が変わります**

障害基礎年金・障害厚生年金の「腎疾患による障害」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

**平成27年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。**

〔主な変更点〕

1. 認定基準の見直しなどを踏まえて、検査成績を記入する項目の追加や削除を行います。
2. 「人工透析療法」や「その他の所見」欄などを見直します。

**変更後の様式の診断書を作成する際は、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。**

〇〇学会のホームページ <http://www.>

※ 不明な点は、**日本年金機構の年金事務所**へお問い合わせください。

年管管発 0331 第 2 号
平成 27 年 3 月 31 日

地方厚生（支）局
年金調整課長 殿
年金管理課長 殿

厚生労働省年金局事業管理課長
（ 公 印 省 略 ）

国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正に伴う診断書
の項目改正等について

国民年金法施行令（昭和 34 年政令第 184 号）別表並びに厚生年金保険法施行令（昭和 29 年政令第 110 号）別表第 1 及び別表第 2 に規定する障害の程度の認定については、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の改正について」（平成 14 年 3 月 15 日庁保発第 12 号）により取り扱われているところであるが、今般、同通知の一部が改正され、平成 27 年 6 月 1 日から適用されることとなり、これに伴い診断書（聴覚・鼻腔機能・平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能の障害用）様式第 120 号の 2 及び診断書（腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用）様式第 120 号の 6－(2)の項目の一部をそれぞれ別紙 1 及び別紙 2 のとおり改正し、平成 27 年 6 月 1 日から適用することとしたので通知する。

現況届用診断書については、日本年金機構において、今回の診断書（聴覚・鼻腔機能・平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能の障害用）及び診断書（腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用）の改正を踏まえ、それぞれ今回の診断書の改正と同内容の変更を行うこととしている。

なお、平成 27 年 6 月 1 日前に交付された旧様式による診断書については、当分の間、同日以降も使用することが可能である。

については、貴管内市町村に対し、診断書様式の改正について周知されたい。あわせて、別添の周知用リーフレットについて市町村の窓口に設置する等、音声又は言語機能の障害、腎疾患による障害、排せつ機能の障害及び聴覚の障害の認定基準に係る改正の周知について市町村に御協力いただけるようよろしくお取り計らい願いたい。

なお、新様式による診断書（様式）及び周知用リーフレットについては、日本年金機構（年金事務所）から各市町村へ配布することとしていることを申し添える。

(別紙1)

◎ 診断書（聴覚・鼻腔機能・平衡機能 そしゃく・嚥下機能 音声又は言語機能の障害用）〔様式第120号の2〕 新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前																
(表面) (フリガナ) 氏 名 昭和 平成 年 月 日生 (歳) 性 別 男 ・ 女 住 所 住所地の郵便番号 都道 府県 郡市 区 ① ～ ⑨ (略) ⑩ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症) (1) 聴覚の障害 <table border="1"> <tr> <th colspan="4">聴力レベル</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>dB</td> <td>左</td> <td>dB</td> </tr> </table>	聴力レベル				右	dB	左	dB	(表面) (フリガナ) 氏 名 昭和 平成 年 月 日生 (歳) 男 ・ 女 住 所 住所地の郵便番号 郡市 町区 村 ① ～ ⑨ (略) ⑩ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症) (船員保険(職務上)の騒音性難聴の場合のオーディオグラムの記入に 当たっては、8,000Hz までの測定結果を裏面に記入してください。) (1) 聴覚の障害 <table border="1"> <tr> <th colspan="4">聴力レベル</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>dB</td> <td>左</td> <td>dB</td> </tr> </table>	聴力レベル				右	dB	左	dB
聴力レベル																	
右	dB	左	dB														
聴力レベル																	
右	dB	左	dB														

最良語音明瞭度			
右	%	左	%

所見

聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の聴力レベルが100dB 以上との診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。

(2) ～ (4) (略)

(裏面に移動)

(裏面に移動)

最良語音明瞭度			
右	%	左	%

(2) ～ (4) (略)

(5) 言語 (構音・音声) 機能の障害

(該当するところに○をつけてください。)

ア 発音不能な語音

- 1 口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等)
- 2 歯音、歯茎音 (さ行、た行、ら行等)
- 3 歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等)
- 4 軟口蓋音 (か行音、が行音等)

イ 会話状態

- 1 日常会話が誰が聞いても理解できる。
- 2 電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。
- 3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。
- 4 日常会話が誰が聞いても理解できない。

⑪ ～ ⑬ (略)

(裏面)

(5) 音声又は言語機能の障害

ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）

- 1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。
- 2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。
- 3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。
- 4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。

イ 発音不能な語音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）

I 4種の語音（該当するもの1つを○で囲んでください。）

口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）

- 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等）

- 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）

- 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

軟口蓋音（か行音、が行音等）

- 1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

(裏面)

(表面から移動)

Ⅱ 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）

[_____]

ウ 失語症の障害の程度（失語症がある場合に、記入してください。）

I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するもの1つを○で囲んでください。）

単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水）

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる）

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

長文の発話（4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた）

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

単語の理解（例：単語の呼称と同じ）

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

短文の理解（例：短文の発話と同じ）

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

長文の理解（例：長文の発話と同じ）

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

Ⅱ 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）

[_____]

⑪ ～ ⑬ （略）

（表面から移動）

記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。

2～3 略

- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

- (1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- (2) 略
- (3) ⑩の(1)の欄の「聴力レベル」の算出方法は、次の方法により行ってください。

① 「聴力レベル値」は、オージオメータにより測定してください。

② 「聴力レベル値」は、 $\frac{a+2b+c}{4}$ により算出してください。

a : 周波数 500 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

b : 周波数 1,000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

c : 周波数 2,000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金、厚生年金保険または船員保険の障害給付を受けようとする人が、その裁定請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表、厚生年金保険法施行令別表または船員保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、または、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金、厚生年金保険または船員保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。

2～3 略

- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

- (1) 本人の障害の程度および状態に無関係な欄には記入する必要がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- (2) 略
- (3) ⑩の欄の「聴力レベル」の算出方法は、次の方法により行ってください。

① 「聴力レベル値」は、オージオメータにより測定してください。

② 「聴力レベル値」は、 $\frac{a+2b+c}{4}$ により算出してください。

a : 周波数 500 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

b : 周波数 1,000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

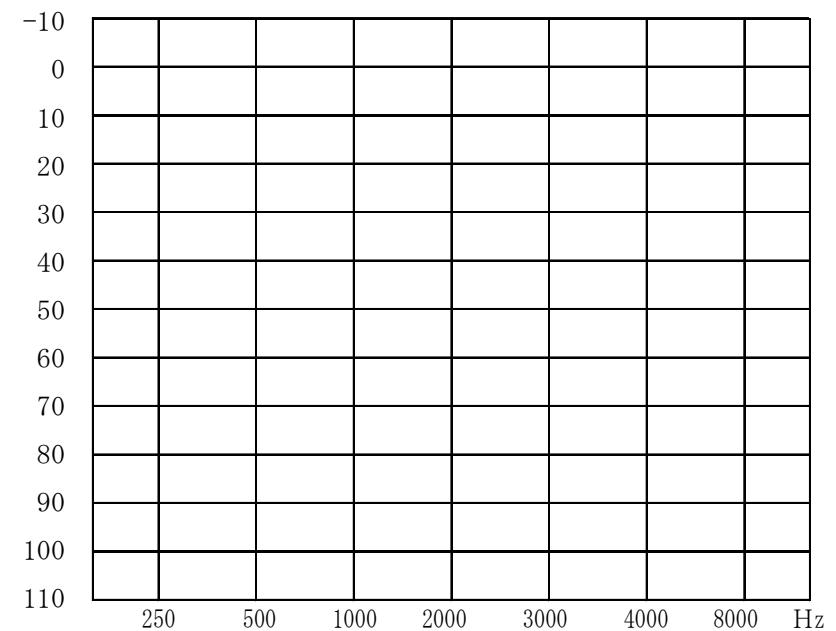
c : 周波数 2,000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

(注) 船員保険(職務上)を請求する人の場合は、周波数 4,000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値(d)を考慮した6分式

$$\left[\frac{a+2b+2c+d}{6} \right]$$

により算出してください。なお、この場合、オーディオグラム(検査表)を添付してください。

オーディオグラム



(4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90 デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。

なお、最良語音明瞭度の検査は、オーディオロジー学会で定めた方法に

(4) ⑩の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90 デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。

なお、最良語音明瞭度の検査は、オーディオロジー学会で定めた方法に

より行ってください。

- (5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合については、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査(遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテストなど)を行い、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。

なお、聴覚の障害で既に障害年金を受給している人は記入等は不要ですので、本人に確認してください。

- (6) ⑩の(5)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。

- (7) ⑩の(5)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。

より行ってください。

(別紙2)

◎ 診断書（腎疾患・肝疾患 糖尿病の障害用）〔様式第 1 2 0 号の 6 －（2）〕 新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
（表面） （フリガナ） 氏 名 生年月日 昭和 年 月 日生（ 歳） 性 別 男 ・ 女 住 所 住所地の郵便番号 都道 郡市 府県 区 ① ～ ⑪ （略）	（表面） （フリガナ） 氏 名 生年月日 昭和 年 月 日生（ 歳） 性 別 男 ・ 女 住 所 住所地の郵便番号 都道 郡市 府県 区 ① ～ ⑪ （略）

⑫ 腎疾患（平成 年 月 日現症）

腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病（⑭）の欄にも必要事項を記入してください。

1 臨床所見

(1) 自覚症状

悪心・嘔吐（無・有・著）

食欲不振（無・有・著）

頭痛（無・有・著）

呼吸困難（無・有・著）

(2) 他覚所見

浮腫（無・有・著）

貧血（無・有・著）

アシドーシス（無・有・著）

腎不全に基づく神経症状（無・有・著）

視力障害（無・有・著）

⑫ 腎疾患（平成 年 月 日現症）

腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病（⑭）の欄にも必要事項を記入してください。

1 臨床所見

(1) 自覚症状

悪心（無・有・著）

食欲不振（無・有・著）

頭痛（無・有・著）

(2) 他覚所見

浮腫（無・有・著）

意識障害（無・有・著）

尿毒症症状（無・有・著）

アチドーシス（無・有・著）

貧血（無・有・著）

腎不全に基づく神経症状（無・有）

消化器症状（無・有）

視力障害（無・有）

(3)検査成績

(記入上の注意を参照)

検査項目 \ 検査日			
	・	・	・
1日尿蛋白量 g/日			
尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr			
尿蛋白 (定性)			
赤血球数 $\times 10^4/\mu\ell$			
ヘモグロビン g/dl			
白血球数 / $\mu\ell$			
血小板数 $\times 10^4/\mu\ell$			
血清総蛋白 g/dl			
血清アルブミン g/dl			
BCG 法・BCP 法・改良型 BCP 法			
総コレステロール mg/dl			
血液尿素窒素 (BUN) mg/dl			
血清クレアチニン mg/dl			
eGFR ml/分/1.73 m ²			
1日尿量 ml/日			
内因性クレアチニン・クリアランス ml/分			
動脈血 HCO_3^- mEq/l			

(3)検査成績

(記入上の注意を参照)

検査項目 \ 検査日			
	・	・	・
尿蛋白一日量 g/日			
尿蛋白			
尿沈渣	赤血球		
	白血球		
	円柱		
赤血球数 $\times 10^4/\mu\ell$			
ヘモグロビン濃度 g/dl			
ヘマトクリット %			
白血球数 / $\mu\ell$			
血小板数 $\times 10^4/\mu\ell$			
血清総蛋白 g/dl			
血清アルブミン g/dl			
総コレステロール mg/dl			
血液尿素窒素 (BUN) mg/dl			
血清クレアチニン濃度 mg/dl			
内因性クレアチニン・クリアランス ml/分			
動脈血 pH			

2 腎 生 検 無・有 検査年月日（平成 年 月 日） 所 見 3 人工透析療法 (1) 人工透析療法の実施の有無 無・有（血液透析・腹膜透析・血液濾過） (2) （略） (3) 人工透析（腹膜透析を除く）実施状況 回数・ 回／週、1 回 時間 (4) （略） (5) 長期透析による合併症 無・有 <u>所見</u> 4 その他の所見 <u>(1) 腎移植</u> 無・有（有の場合は移植年月日（平成 年 月 日）） <u>経過</u> <u>(2) その他</u> ⑬～⑱ （略）	2 腎 生 検 無・有 検査年月日（平成 年 月 日） 所 見 <u>〔 〕</u> 3 人工透析療法 (1) 人工透析療法の実施の有無 無・有（CAPD、血液透析） (2) （略） (3) 人工透析実施状況 回数・ 回／週、1 回 時間 (4) （略） (5) 長期透析による合併症 無・有 <u>（その所見 ）」</u> 4 その他の所見 <u>（腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。）</u> ⑬～⑱ （略）
---	--

記入上の注意

1～3 (略)

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) (略)

(2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c 及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は、当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入して下さい。

(3) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。

(4) ⑫の欄の「3 人工透析療法」は、「(1)人工透析療法の実施の有無」が「有」の場合は、血液透析、腹膜透析又は血液濾過のうち実施したもの全てに○を付し、(2)人工透析開始日は最初に実施した人工透析療法の開始日を記入してください。

(5) アルコール性肝硬変の場合は、⑬の欄の「1 臨床所見」の(3)検査成績の「180日以上アルコールを摂取していない。」及び「継続して必要な治療を実施している。」の○又は×のいずれかに○を付してください。

(6) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。

(7) ⑬の欄の「7 治療の内容」は、⑬の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。

(8) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

記入上の注意

1～3 (略)

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) (略)

(2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c 及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法を実施後の検査成績を記入して下さい。

(3) ⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。

(4) アルコール性肝硬変の場合は、⑬の欄の「1 臨床所見」の(3)検査成績の「180日以上アルコールを摂取していない。」及び「継続して必要な治療を実施している。」の○又は×のいずれかに○を付してください。

(5) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。

(6) ⑬の欄の「7 治療の内容」は、⑬の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。

(7) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。



国民年金
厚生年金保険

診断書

聴覚・鼻腔機能・平衡機能
そしゃく・嚥下機能
音声又は言語機能
の障害用

(フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成		年		月		日生(歳)		性別		男・女			
住所		住所地の郵便番号				都道府県 市区											
① 障害の原因 となった 傷病名						② 傷病の発生年月日		昭和 平成		年		月		日		診療録で 本人の申 立て(日)	
						③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日		昭和 平成		年		月		日		診療録で 本人の申 立て(日)	
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)				⑤ 既存 障害						⑥ 既往症					
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含 む。)かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成 年 月 日 確認推定															
		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込 有 ・ 無 ・ 不明															
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																	
⑨ 現在までの治療の内 容、期間、経過、そ の他参考となる事項										診療回数		年間 回、月平均 回					
										手術歴		喉頭全摘・その他の手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)					
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日 現症)																	
(1) 聴覚の障害				オージオグラム						語音明瞭度曲線							
聴力レベル 右 dB 左 dB 最良語音明瞭度 右 % 左 %				-10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 250 500 1000 2000 4000 Hz						100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 dB							
所見 [聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の聴力レベルが100dB以上との診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。]																	
(2) 鼻腔機能の障害				(3) 平衡機能の障害						(4) そしゃく・嚥下機能の障害							
ア 鼻軟骨の欠損 1 一部分 2 大部分 3 全部 イ 鼻呼吸障害の有無 1 無 2 有				ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である。 2 不安定である。 3 不可能である。 イ 開眼での直線10m歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、 どうにか歩き通す。 3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断 せざるを得ない。 ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見						ア 機能障害 イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 ウ 食事内容 1 食事内容に制限がない。 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下 機能が十分でないため食事が制限される。 3 全粥、軟菜以外は摂取できない。 4 経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができない ためにゾンデ栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他()							

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、
本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(5) 音 声 又 は 言 語 機 能 の 障 害	
ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）	
1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。 2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。 3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。 4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。	
イ 発 音 不 能 な 語 音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）	
I 4 種 の 語 音（該当するもの1つを○で囲んでください。）	
口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
軟口蓋音（か行音、が行音等）	
1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能	
II 発 音 に 関 す る 検 査 結 果（語音発語明瞭度検査など）	
ウ 失 語 症 の 障 害 の 程 度（失語症がある場合に、記入してください。）	
I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するもの1つを○で囲んでください。）	
II 失 語 症 に 関 す る 検 査 結 果（標準失語症検査など）	
単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
長文の発話（4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
単語の理解（例：単語の呼称と同じ）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
短文の理解（例：短文の発話と同じ）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
長文の理解（例：長文の発話と同じ）	
1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない	
⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)	
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。

2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。

(3) ⑩の(1)の欄の「聴力レベル」の算出方法は、次の方法により行ってください。

① 「聴力レベル値」は、オージオメータにより測定してください。

② 「聴力レベル値」は、
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
により算出してください。

a : 周波数 500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

b : 周波数 1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

c : 周波数 2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

(4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。

なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法により行ってください。

(5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害で障害年金を受給していない人に両耳の「聴力レベル」が100デシベル以上の診断を行う場合については、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査(遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテストなど)を行い、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。

なお、聴覚の障害で既に障害年金を受給している人は記入等は不要ですので、本人に確認してください。

(6) ⑩の(5)の欄の「Ⅰ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。

(7) ⑩の(5)の欄の「Ⅲ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。

(参考2) 国民年金
厚生年金保険

診 断 書

腎疾患・肝疾患
糖 尿 病 の障害用

(フリガナ) 氏 名		生年月日				昭和 平成		年 月 日生 (歳)		性別		男 ・ 女					
住 所		住所地の郵便番号				都道府県 市区											
① 障害の原因 となった 傷 病 名						② 傷病の発生年月日		昭和 平成		年 月 日		診 療 録 で 確 認 して (年 月 日)					
						③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成		年 月 日		診 療 録 で 確 認 して (年 月 日)					
④傷病の原因 又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)				⑤既存 障害				⑥ 既往症							
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合								治った日		平成 年 月 日		確 認 推 定			
		傷病が治っていない場合								症状のよくなる見込		有 ・ 無 ・ 不明					
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																	
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項										診療回数		年間 回、月平均 回					
										手術歴	手術名 () 手術年月日 (年 月 日)						
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長		cm		脈拍		回／分		血 圧		最 大		mmHg		降圧薬服用	
		体重		kg						最 小		mmHg		無 ・ 有			
⑪ 一 般 状 態 区 分 表 (平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)																	
ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの																	
イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など																	
ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの																	
エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの																	
オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの																	
障 害 の 状 態																	
⑫ 腎 疾 患 (平成 年 月 日現症) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病 (⑭) の欄にも必要事項を記入してください。)																	
1 臨 床 所 見																	
(1)自 覚 症 状 (2)他 覚 所 見 (3) 検 査 成 績 (記入上の注意を参照)																	
悪 心 ・ 嘔 吐 (無 ・ 有 ・ 著) 浮 腫 (無 ・ 有 ・ 著)																	
食 欲 不 振 (無 ・ 有 ・ 著) 貧 血 (無 ・ 有 ・ 著)																	
頭 痛 (無 ・ 有 ・ 著) アシドーシス (無 ・ 有 ・ 著)																	
呼 吸 困 難 (無 ・ 有 ・ 著) 腎不全に基づく 神 経 症 状 (無 ・ 有 ・ 著)																	
視 力 障 害 (無 ・ 有 ・ 著)																	
2 腎 生 検 無 ・ 有 検査年月日(平成 年 月 日) 所 見																	
3 人工透析療法																	
(1)人工透析療法の実施の有無 無 ・ 有 (血液透析・腹膜透析・血液濾過)																	
(2)人工透析開始日 (平成 年 月 日)																	
(3)人工透析(腹膜透析を除く)実施状況 回数・ 回／週、 1回 時間																	
(4)人工透析導入後の臨床経過																	
(5)長期透析による合併症 無 ・ 有 所 見																	
4 その他の所見																	
(1)腎移植 無 ・ 有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過																	
(2)その他																	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

(お願い) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

障 害 の 状 態																																																																																					
⑬ 肝 疾 患 （平成 年 月 日現症）			〔 糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病（⑭）、腎疾患（⑫）の欄にも必要事項を記入してください。 〕																																																																																		
1 臨 床 所 見 (1)自 覚 症 状 全 身 倦 怠 感 （無・有・著） 発 熱 （無・有・著） 食 欲 不 振 （無・有・著） 悪 心 ・ 嘔 吐 （無・有・著） 皮 膚 所 う 痒 感 （無・有・著） 有 痛 性 筋 痙 攣 （無・有・著） 吐 血 ・ 下 血 （無・有・著） (2)他 覚 所 見 肝 萎 縮 （無・有・著） 脾 腫 大 （無・有・著） 浮 腫 （無・有・著） 腹 水 （無 ・ 有 ・ 有(難治性)) 黄 疸 （無・有・著） 腹壁静脈怒張 （無・有・著） 肝 性 脳 症 （無・有(度)) 出 血 傾 向 （無・有・著）			(3)検 査 成 績 （記入上の注意を参照）																																																																																		
			<table><tr><th>検査日 検査項目</th><th>施 設 基 準 値</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th></tr><tr><td>AST(GOT) IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ALT(GPT) IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>γ-GTP IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血清総ビリルビン mg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>アルカリホスファターゼ IU/ℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血清総蛋白 g/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 ・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血小板数 ×10⁴/μℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>プロトロンビン時間 %</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>総コレステロール mg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血中アンモニア μg/dℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AFP ng/mℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PIVKA-II mAU/mℓ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">アルコール性 肝硬変の場合</td><td>180日以上アルコールを摂取していない。</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td></tr><tr><td>継続して必要な治療を実施している。</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td><td>(○ ・ ×)</td></tr></table>		検査日 検査項目	施 設 基 準 値	・ ・	・ ・	・ ・	AST(GOT) IU/ℓ					ALT(GPT) IU/ℓ					γ-GTP IU/ℓ					血清総ビリルビン mg/dℓ					アルカリホスファターゼ IU/ℓ					血清総蛋白 g/dℓ					血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 ・改良型BCP法					A/G比					血小板数 ×10 ⁴ /μℓ					プロトロンビン時間 %					総コレステロール mg/dℓ					血中アンモニア μg/dℓ					AFP ng/mℓ					PIVKA-II mAU/mℓ					アルコール性 肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	継続して必要な治療を実施している。
検査日 検査項目	施 設 基 準 値	・ ・	・ ・	・ ・																																																																																	
AST(GOT) IU/ℓ																																																																																					
ALT(GPT) IU/ℓ																																																																																					
γ-GTP IU/ℓ																																																																																					
血清総ビリルビン mg/dℓ																																																																																					
アルカリホスファターゼ IU/ℓ																																																																																					
血清総蛋白 g/dℓ																																																																																					
血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 ・改良型BCP法																																																																																					
A/G比																																																																																					
血小板数 ×10 ⁴ /μℓ																																																																																					
プロトロンビン時間 %																																																																																					
総コレステロール mg/dℓ																																																																																					
血中アンモニア μg/dℓ																																																																																					
AFP ng/mℓ																																																																																					
PIVKA-II mAU/mℓ																																																																																					
アルコール性 肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)																																																																																	
	継続して必要な治療を実施している。	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)	(○ ・ ×)																																																																																	
2 Child－Pughによるgrade A （ 5 ・ 6 ） B （ 7 ・ 8 ・ 9 ） C （ 10 ・ 11 ・ 12以上 ）																																																																																					
3 肝 生 検 無 ・ 有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード () ステージ ()																																																																																					
4 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無 ・ 有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無 ・ 有 (回) (3) 治 療 歴 無 ・ 有 (回)																																																																																					
5 ヘパトーマ治療歴 無 ・ 有 ・ 手 術 回 ・ 局所療法 回 ・ 動脈塞栓術 回 ・ 放射線療法 回 ・ 化学療法 回																																																																																					
6 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴 所見																																																																																					
7 治療の内容 (1) 利 尿 剤 （無・有） (4) アルブミン・血漿製剤 （無・有） (2) 特殊アミノ酸製剤 （無・有） (5) 血 小 板 輸 血 （無・有） (3) 抗ウイルス療法 （無・有） (6) そ の 他 具体的内容			8 その他の所見 (1) 肝移植 無 ・ 有 （有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等)（平成 年 月 日）																																																																																		
⑭ 糖 尿 病 （平成 年 月 日現症）（腎合併症を認める例では、腎疾患(⑫)の欄に必要事項を記入してください。）																																																																																					
1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。) (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病 (3) その他の型 (病名)			3 治療状況 (1)食事療法のみ (2)経口糖尿病薬による (3)インスリンによる (・ 単位 / 日 回 / 日)																																																																																		
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 （記入上の注意を参照） <table><tr><th>検査日 検査項目</th><th>施設基準値</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th><th>・ ・</th></tr><tr><td>HbA1c (%)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>空腹時血糖値 (mg/dℓ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			検査日 検査項目	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・	HbA1c (%)					空腹時血糖値 (mg/dℓ)					4 合 併 症 (1) 眼 合 併 症 (平成 年 月 日) 裸眼 矯正 ア 視 力 (右) _____ (左) _____ イ 眼 底 所 見 (2) 神 経 障 害 (症状 ・ 検査所見)																																																																			
検査日 検査項目	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・																																																																																	
HbA1c (%)																																																																																					
空腹時血糖値 (mg/dℓ)																																																																																					
5 その他の所見																																																																																					
⑮ そ の 他 の 代 謝 疾 患 （平成 年 月 日現症） (自覚症状 ・ 他覚所見 ・ 検査成績等)																																																																																					
⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)																																																																																					
⑰ 予 後 (必ず記入してください。)																																																																																					
⑱ 備 考																																																																																					

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

{

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。
- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診療日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑪及び⑯～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は、当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入して下さい。
 - (3) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
 - (4) ⑫の欄の「3 人工透析療法」は、「(1)人工透析療法の実施の有無」が「有」の場合は、血液透析、腹膜透析又は血液濾過のうち実施したもの全てに○を付し、「(2)人工透析開始日」は最初に実施した人工透析療法の開始日を記入してください。
 - (5) アルコール性肝硬変の場合は、⑬の欄の「1 臨床所見」の(3)検査成績の「180日以上アルコールを摂取していない。」及び「継続して必要な治療を実施している。」の○又は×のいずれかに○を付してください。
 - (6) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
 - (7) ⑬の欄の「7 治療の内容」は、⑬の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
 - (8) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

(参 考)

年管発 0331 第 1 号
平成 27 年 3 月 31 日

日本年金機構理事長 殿

厚生労働省大臣官房年金管理審議官
(公 印 省 略)

国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正について

国民年金法施行令（昭和 34 年政令第 184 号）別表並びに厚生年金保険法施行令（昭和 29 年政令第 110 号）別表第 1 及び別表第 2 に規定する障害の程度の認定については、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の改正について」（平成 14 年 3 月 15 日庁保発第 12 号）により取り扱っているところであるが、近年の医学的知見を反映して、認定基準を見直すとともに、表現や例示の明確化を図るため、関係の専門家による審議等を踏まえ、今般、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」の一部を別紙 1 から別紙 8 のとおり改正し、平成 27 年 6 月 1 日から適用することとしたので通知する。

なお、国民年金法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 34 号）により従前の例によることとされた同法の規定による改正前の国民年金法（昭和 34 年法律第 141 号）及び厚生年金保険法（昭和 29 年法律第 115 号）の規定に基づく障害給付に係る障害の程度の認定については、それぞれ「国民年金障害等級認定基準」（昭和 54 年 11 月 1 日庁保発第 31 号）及び「国民年金において併合認定を行う場合の後発障害認定基準」（昭和 54 年 11 月 1 日庁保発第 32 号）並びに「厚生年金保険の障害認定要領」（昭和 52 年 7 月 15 日庁保発第 20 号）により取り扱うものであることを申し添える。

(別紙 1)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準〔第 2 節／聴覚の障害〕新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 2 節／聴覚の障害 聴覚の障害による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 聴覚の障害による障害の程度は、純音による聴力レベル値（純音聴力レベル値）及び語音による聴力検査値（語音明瞭度）により認定する。 (1) 聴力レベルは、オーディオメータ（JIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータ）によって測定するものとする。 <u>ただし、聴覚の障害により障害年金を受給していない者に対し、1 級に該当する診断を行う場合には、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施する。また、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を診断書に記載し、記録データのコピー等を提出（添付）するものとする。</u> (2)～(6) (略) (7) <u>聴覚の障害により障害年金を受給していない者の障害の状態が 1 級に該当する場合は、オーディオメータによる検査結果のほか、聴性脳幹反応検査等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査結果を把握して、総合的に認定する。</u> (8) 聴覚の障害（特に内耳の傷病による障害）と平衡機能障害とは、併存することがあるが、この場合には、併合認定の取扱いを行う。	第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 2 節／聴覚の障害 聴覚の障害による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 聴覚の障害による障害の程度は、純音による聴力レベル値（純音聴力レベル値）及び語音による聴力検査値（語音明瞭度）により認定する。 (1) 聴力レベルは、オーディオメータ（JIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータ）によって測定するものとする。 (2)～(6) (略) (7) 聴覚の障害（特に内耳の傷病による障害）と平衡機能障害とは、併存することがあるが、この場合には、併合認定の取扱いを行う。

(別紙 2)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準〔第 6 節／音声又は言語機能の障害〕新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たつの基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 6 節／音声又は言語機能の障害 音声又は言語機能の障害による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) 音声又は言語機能の障害とは、<u>発音に関わる機能又は音声言語の理解と表出に関わる機能の障害をいい、構音障害又は音声障害、失語症及び聴覚障害による障害が含まれる。</u> ア 構音障害又は音声障害 <u>歯、顎、口腔（舌、口唇、口蓋等）、咽頭、喉頭、気管等の発声器官の形態異常や運動機能障害により、発音に関わる機能に障害が生じた状態のものをいう。</u> イ 失語症 <u>大脳の言語野の後天性脳損傷（脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷や脳炎など）により、一旦獲得された言語機能に障害が生じた状態のものをいう。</u> ウ 聴覚障害による障害 <u>先天的な聴覚障害により音声言語の表出ができないものや、中途の聴覚障害によって発音に障害が生じた状態のものをいう。</u> (2) 「音声又は言語機能に著しい障害を有するもの」とは、<u>発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しないものをいう。</u> (3) 「言語の機能に相当程度の障害を残すもの」とは、<u>話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つものをいう。</u> (4) 「言語の機能に障害を残すもの」とは、<u>話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つものをいう。</u> (5) 構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害については、<u>発音不能な語音を評価の参考とする。発音不能な語音は、次の 4 種について確認するほか、語音発語明瞭度検査等が行われた場合はその結果を確認する。</u> ア 口唇音（ま行音、ぱ行音、ば行音等） イ 歯音、歯茎音（さ行、た行、ら行等） ウ 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等） エ 軟口蓋音（か行音、が行音等）	第 3 障害認定に当たつの基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 6 節／言語機能の障害 音声又は言語機能の障害による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) 音声又は言語機能の障害は、<u>主として歯、顎、口腔（舌、口唇、口蓋等）、咽頭、喉頭、気管等発声器官の障害により生じる構音障害又は音声障害を指すが、脳性（失語症等）又は耳性疾患によるものも含まれる。</u> (2) 「音声又は言語機能に著しい障害を有するもの」とは、<u>次のいずれかに該当する程度のものをいう。</u> ア <u>音声又は言語を喪失するか、又は音声若しくは言語機能障害のため意思を伝達するために身ぶりや書字等の補助動作を必要とするもの</u> イ <u>4 種の語音のうち 3 種以上が発音不能又は極めて不明瞭なため、日常会話が誰が聞いても理解できないもの</u> (3) 「言語の機能に相当程度の障害を残すもの」とは、<u>4 種の語音のうち、2 種が発音不能又は極めて不明瞭なため日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない程度のものをいう。</u> (4) 「言語の機能に障害を残すもの」とは、<u>4 種の語音のうち、1 種が発音不能又は極めて不明瞭なため、電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない程度のものをいう。</u> (5) <u>4 種の語音とは、次のものをいう。</u> ア 口唇音（ま行音、ぱ行音、ば行音等） イ 歯音、歯茎音（さ行、た行、ら行等） ウ 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等） エ 軟口蓋音（か行音、が行音等）

<u>(6) 失語症については、失語症の障害の程度を評価の参考とする。</u> <u>失語症の障害の程度は、音声言語の表出及び理解の程度について確認するほか、標準失語症検査等が行われた場合はその結果を確認する。</u> <u>(7) 失語症が、音声言語の障害の程度と比較して、文字言語（読み書き）の障害の程度が重い場合には、その症状も勘案し、総合的に認定する。</u> <u>(8) 喉頭全摘出手術を施したものについては、原則として次により取り扱う。</u> ア 手術を施した結果、<u>発音に関わる機能を喪失したもの</u>については、2級と認定する。 イ 障害の程度を認定する時期は、喉頭全摘出手術を施した日（初診日から起算して1年6月<u>を超える場合を除く。</u>）とする。 <u>(9) 歯のみの障害による場合は、補綴等の治療を行った結果により認定を行う。</u> <u>(10) 音声又は言語機能の障害（特に構音障害）とそしゃく・嚥下機能の障害とは併存することが多いが、この場合には、併合認定の取扱いを行う。また、音声又は言語機能の障害（特に失語症）と肢体の障害又は精神の障害とは併存することが多いが、この場合についても、併合認定の取扱いを行う。</u>	<u>(6) 喉頭全摘出手術を施したものについては、原則として次により取り扱う。</u> ア 手術を施した結果、<u>言語機能を喪失したもの</u>については、2級と認定する。 イ 障害の程度を認定する時期は、喉頭全摘出手術を施した日（初診日から起算して1年6月<u>以内の日に限る。</u>）とする。 <u>(7) 言語機能の障害（特に構音障害）とそしゃく・嚥下機能の障害とは併存することが多いが、この場合には、併合認定の取扱いを行う。</u>
--	---

(別紙 3)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準（第 7 節／肢体の障害）新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 7 節／肢体の障害 肢体の障害による障害の程度は、「上肢の障害」、「下肢の障害」、「体幹・脊柱の機能の障害」及び「肢体の機能の障害」に区分し、次により認定する。 第 1 上肢の障害 1 認定基準 (略) 2 認定要領 上肢の障害は、機能障害、欠損障害及び変形障害に区分する。 (1) 機能障害 ア～ケ (略) コ 人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについては、次により取り扱う。 (イ) (略) (イ) 障害の程度を認定する時期は、人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日（初診日から起算して 1 年 6 月 <u>を超える</u> <u>場合を除く。</u>）とする。 サ～ス (略) (2) 欠損障害 ア (略) イ 「指を失ったもの」とは、おや指については指節間関節（I P）、その他の指については近位指節間関節（P I P）以上で欠くものをいう。 なお、いずれも切断又は離断による障害の程度を認定する時期は、原則として、切断又は離断をした日（初診日から起算して 1 年 6 月 <u>を超える場合を除く。</u>）とする。 ただし、障害手当金を支給すべきときは、創面が治癒した日とする。 (3) 及び (4) (略) 第 2 下肢の障害 1 認定基準 (略) 2 認定要領 下肢の障害は、機能障害、欠損障害、変形障害及び短縮障害に区分する。 (1) 機能障害 ア～キ (略) ク 人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについては、次により取り扱う。 (イ) (略) (イ) 障害の程度を認定する時期は、人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日（初診日から起算して 1 年 6 月 <u>を超える</u> <u>場合を除く。</u>）とする。	第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 7 節／肢体の障害 肢体の障害による障害の程度は、「上肢の障害」、「下肢の障害」、「体幹・脊柱の機能の障害」及び「肢体の機能の障害」に区分し、次により認定する。 第 1 上肢の障害 1 認定基準 (略) 2 認定要領 上肢の障害は、機能障害、欠損障害及び変形障害に区分する。 (1) 機能障害 ア～ケ (略) コ 人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについては、次により取り扱う。 (イ) (略) (イ) 障害の程度を認定する時期は、人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日（初診日から起算して 1 年 6 月 <u>以内の日</u> <u>に限る。</u>）とする。 サ～ス (略) (2) 欠損障害 ア (略) イ 「指を失ったもの」とは、おや指については指節間関節（I P）、その他の指については近位指節間関節（P I P）以上で欠くものをいう。 なお、いずれも切断又は離断による障害の程度を認定する時期は、原則として、切断又は離断をした日（初診日から起算して 1 年 6 月 <u>以内の日</u> <u>に限る。</u>）とする。 ただし、障害手当金を支給すべきときは、創面が治癒した日とする。 (3) 及び (4) (略) 第 2 下肢の障害 1 認定基準 (略) 2 認定要領 下肢の障害は、機能障害、欠損障害、変形障害及び短縮障害に区分する。 (1) 機能障害 ア～キ (略) ク 人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについては、次により取り扱う。 (イ) (略) (イ) 障害の程度を認定する時期は、人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日（初診日から起算して 1 年 6 月 <u>以内の日</u> <u>に限る。</u>）とする。

ケ～コ （略） (2) 欠損障害 ア （略） イ 「趾を欠くもの」とは、中足趾節関節(MP)から欠くものをいう。 なお、いずれも切断又は離断による障害の程度を認定する時期は、原則として、切断又は離断をした日(初診日から起算して1年6月を超える場合を除く。)とする。 ただし、障害手当金を支給すべきときは、創面が治癒した日とする。 (3)～(5) （略） 第3 体幹・脊柱の機能の障害 （略） 第4 肢体の機能の障害 （略）	ケ～コ （略） (2) 欠損障害 ア （略） イ 「趾を欠くもの」とは、中足趾節関節(MP)から欠くものをいう。 なお、いずれも切断又は離断による障害の程度を認定する時期は、原則として、切断又は離断をした日(初診日から起算して1年6月以内の日に限る。)とする。 ただし、障害手当金を支給すべきときは、創面が治癒した日とする。 (3)～(5) （略） 第3 体幹・脊柱の機能の障害 （略） 第4 肢体の機能の障害 （略）
--	--

(別紙 4)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準〔第 8 節／精神の障害〕新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 8 節／精神の障害 精神の障害による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 精神の障害は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分(感情)障害」、「症状性を含む器質性精神障害」、「てんかん」、「知的障害」、「発達障害」に区分する。 症状性を含む器質性精神障害、てんかんであって、妄想、幻覚等のあるものについては、「A 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害並びに気分(感情)障害」に準じて取り扱う。 A 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害並びに気分(感情)障害 (略) B 症状性を含む器質性精神障害 (1)～(4) (略) (5) 高次脳機能障害とは、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、日常生活又は社会生活に制約があるものが認定の対象となる。その障害の主な症状としては、失語、失行、失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などがある。 なお、障害の状態は、代償機能やリハビリテーションにより好転も見られることから療養及び症状の経過を十分考慮する。 また、失語の障害については、本章「第 6 節 <u>音声又は言語機能の障害</u>」の認定要領により認定する。 (6) (略) C てんかん (略) D 知的障害 (略) E 発達障害 (略)	第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 8 節／精神の障害 精神の障害による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 精神の障害は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分(感情)障害」、「症状性を含む器質性精神障害」、「てんかん」、「知的障害」、「発達障害」に区分する。 症状性を含む器質性精神障害、てんかんであって、妄想、幻覚等のあるものについては、「A 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害並びに気分(感情)障害」に準じて取り扱う。 A 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害並びに気分(感情)障害 (略) B 症状性を含む器質性精神障害 (1)～(4) (略) (5) 高次脳機能障害とは、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、日常生活又は社会生活に制約があるものが認定の対象となる。その障害の主な症状としては、失語、失行、失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などがある。 なお、障害の状態は、代償機能やリハビリテーションにより好転も見られることから療養及び症状の経過を十分考慮する。 また、失語の障害については、本章「第 6 節 言語機能の障害」の認定要領により認定する。 (6) (略) C てんかん (略) D 知的障害 (略) E 発達障害 (略)

(別紙 5)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準（第 1 0 節／呼吸器疾患による障害）新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 1 0 節／呼吸器疾患による障害 呼吸器疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 呼吸器疾患は、肺結核、じん肺及び呼吸不全に区分する。 A 及び B (略) C 呼吸不全 (1) ～ (7) (略) (8) 在宅酸素療法を施行中のものについては、原則として次により取り扱う。 ア (略) イ 障害の程度を認定する時期は、在宅酸素療法を開始した日（初診日から起算して 1 年 6 月を<u>超える場合を除く。</u>）とする。 (9) ～ (12) (略) < 参考 > (略)	第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 1 0 節／呼吸器疾患による障害 呼吸器疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 呼吸器疾患は、肺結核、じん肺及び呼吸不全に区分する。 A 及び B (略) C 呼吸不全 (1) ～ (7) (略) (8) 在宅酸素療法を施行中のものについては、原則として次により取り扱う。 ア (略) イ 障害の程度を認定する時期は、在宅酸素療法を開始した日（初診日から起算して 1 年 6 月<u>以内の日に限る。</u>）とする。 (9) ～ (12) (略) < 参考 > (略)

(別紙 6)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準（第 1 1 節／心疾患による障害）新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 1 1 節／心疾患による障害 心疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) ～ (9) (略) (10) 心臓ペースメーカー、又は I C D (植込み型除細動器)、又は人工弁を装着した場合の障害の程度を認定すべき日は、それらを装着した日 (初診日から起算して 1 年 6 月 <u>を超える場合を除く。</u>) とする。 (11) (略)	第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 1 1 節／心疾患による障害 心疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) ～ (9) (略) (10) 心臓ペースメーカー、又は I C D (植込み型除細動器)、又は人工弁を装着した場合の障害の程度を認定すべき日は、それらを装着した日 (初診日から起算して 1 年 6 月 <u>以内の日に限る。</u>) とする。 (11) (略)

(別紙 7)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準（第 1 2 節／腎疾患による障害）新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 1 2 節／腎疾患による障害 腎疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) 腎疾患による障害の認定の対象はそのほとんどが、慢性腎不全に対する認定である。 慢性腎不全とは、慢性腎疾患によって腎機能障害が持続的に徐々に進行し、生体が正常に維持できなくなった状態をいう。 すべての腎疾患は、長期に経過すれば腎不全に至る可能性がある。<u>腎疾患で最も多いものは、糖尿病性腎症、慢性腎炎（ネフローゼ症候群を含む。）、腎硬化症であるが、他にも、多発性嚢胞腎、急速進行性腎炎、腎盂腎炎、膠原病、アミロイドーシス等がある。</u> (2) 腎疾患の主要症状としては、悪心、嘔吐、<u>食欲不振、頭痛等の自覚症状、浮腫、貧血、アシドーシス等</u>の他覚所見がある。 (3) 検査としては、尿検査、<u>血球算定検査、血液生化学検査（血清尿素窒素、血清クレアチニン、血清電解質等）、動脈血ガス分析、腎生検等</u>がある。 (4) <u>病態別に検査項目及び異常値の一部を示すと次のとおりである。</u>	第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 1 2 節／腎疾患による障害 腎疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) 腎疾患による障害の認定の対象はそのほとんどが、慢性腎不全に対する認定である。 慢性腎不全とは、慢性腎疾患によって腎機能障害が持続的に徐々に進行し、生体が正常に維持できなくなった状態をいう。 すべての腎疾患は、長期に経過すれば腎不全に<u>陥る可能性をもっており、最も多いのは、慢性腎炎（ネフローゼを含む。）、腎硬化症、嚢胞腎、腎盂腎炎であるが、全身性疾患による腎障害、すなわち、糖尿病性腎症、膠原病、痛風腎、アミロイドーシス等も少なくないものである。</u> (2) 腎疾患の主要症状としては、悪心、嘔吐、<u>疼痛等の自覚症状、尿の異常、浮腫、高血圧等</u>の他覚所見がある。 (3) 検査成績としては、尿検査、血液生化学検査（血清尿素窒素、血清クレアチニン、血清電解質等）、動脈血ガス分析等がある。 (4) <u>慢性腎不全及びネフローゼ症候群での検査項目及び異常値の一部を示すと次のとおりである。</u>

① 慢性腎不全

区分	検査項目	単位	軽度異常	中等度異常	高度異常
ア	内因性クレアチンクリアランス	ml/分	20 以上 30 未満	10 以上 20 未満	10 未満
イ	血清クレアチニン	mg/dl	3 以上 5 未満	5 以上 8 未満	8 以上

(注) e G F R (推算糸球体濾過量) が記載されていれば、血清クレアチニンの異常に替えて、e G F R (単位はml/分/1.73㎡) が10以上20未満のときは軽度異常、10未満のときは中等度異常と取り扱うことも可能とする。

② ネフローゼ症候群

区分	検査項目	単位	異常
ア	尿蛋白量 (1日尿蛋白量又は尿蛋白/尿クレアチニン比)	g/日 又は g/gCr	3.5 以上を 持続する
イ	血清アルブミン (BCG法)	g/dl	3.0 以下
ウ	血清総蛋白	g/dl	6.0 以下

(5) (略)

(6) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障害の状態
1 級	前記(4)①の検査成績が高度異常を1つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のオに該当するもの
2 級	1 前記(4)①の検査成績が中等度又は高度の異常を1つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のエ又はウに該当するもの 2 人工透析療法施行中のもの
3 級	1 前記(4)①の検査成績が軽度、中等度又は高度の異常を1つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するもの 2 前記(4)②の検査成績のうちアが異常を示し、かつ、イ又はウのいずれかが異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するもの

区分	検査項目	単位	軽度異常	中等度異常	高度異常
ア	内因性クレアチンクリアランス値	ml/分	20 以上 30 未満	10 以上 20 未満	10 未満
イ	血清クレアチニン濃度	mg/dl	3 以上 5 未満	5 以上 8 未満	8 以上
ウ	① 1日尿蛋白量	g/日	3.5 g 以上を持続する		
	② 血清アルブミン	g/dl	かつ、	3.0 g 以下	
	③ 血清総蛋白	g/dl	又は、	6.0 g 以下	

(注) 「ウ」の場合は、①かつ②又は①かつ③の状態を「異常」という。

(5) (略)

(6) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障害の状態
1 級	前記(4)に示す検査成績が高度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のオに該当するもの
2 級	1 前記(4)に示す検査成績が中等度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のエ又はウに該当するもの 2 人工透析療法施行中のもの
3 級	前記(4)に示す検査成績が軽度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するもの

なお、障害の程度の判定に当たっては、前記(4)の検査成績によるほか、他覚所見、他の一般検査及び特殊検査の検査成績、治療及び病状の経過等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

(7) 人工透析療法施行中のものについては、原則として次により取り扱う。 ア 人工透析療法施行中のものは2級と認定する。 なお、主要症状、人工透析療法施行中の検査成績、<u>長期透析による合併症の有無とその程度、具体的な日常生活状況等</u>によっては、さらに上位等級に認定する。 イ 障害の程度を認定する時期は、人工透析療法を初めて受けた日から起算して3月を経過した日（初診日から起算して1年6月<u>を超える場合を除く。</u>）とする。 (8) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるので、腎疾患の経過中において最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて<u>認定を行うものとする。</u> (9) 糸球体腎炎（ネフローゼ症候群を含む。）、腎硬化症、多発性嚢胞腎、腎盂腎炎に罹患し、その後慢性腎不全を生じたものは、両者の期間が長いものであっても、相当因果関係があるものと認められる。 (10) 腎疾患は、その原因疾患が多岐にわたり、それによって生じる臨床所見、検査所見も、また様々なので、<u>前記(4)の検査成績によるほか、合併症の有無とその程度、他の一般検査及び特殊検査の検査成績、治療及び病状の経過等</u>も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して総合的に認定する。 (11) <u>腎臓移植の取扱い</u> ア 腎臓移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。 イ <u>障害年金を支給されている者が腎臓移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。</u>	(7) 人工透析療法施行中のものについては、原則として次により取り扱う。 ア 人工透析療法施行中のものは2級と認定する。 なお、主要症状、人工透析療法施行中の検査成績、具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する。 イ 障害の程度を認定する時期は、人工透析療法を初めて受けた日から起算して3月を経過した日（初診日から起算して1年6月<u>以内の日に限る。</u>）とする。 (8) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるので、腎疾患の経過中において最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。 (9) 糸球体腎炎（ネフローゼを含む。）、多発性嚢胞腎、腎盂腎炎に罹患し、その後慢性腎不全を生じたものは、両者の期間が長いものであっても、相当因果関係があるものと認められる。 (10) 腎疾患は、その原因疾患が多岐にわたり、それによって生じる臨床所見、検査所見も、また様々なので、<u>診断書上に適切に病状をあらわしていると思われる検査成績が記載されているときは、その検査成績も</u>参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。 (11) <u>腎臓移植を受けたものに係る障害の認定は、本章「第18節／その他の障害」の認定要領により認定する。</u>
--	---

(別紙 8)

◎ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準〔第 18 節／その他の疾患による障害〕新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 18 節／その他の疾患による障害 その他の疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) 及び (2) (略) (3) 人工肛門・新膀胱 ア (略) イ 障害の程度を認定する時期は、次により取り扱う。 人工肛門を造設し又は尿路変更術を施した場合はそれらを行 った日から起算して 6 月を経過した日（初診日から起算して 1 年 6 月を超える場合を除く。）とし、新膀胱を造設した場 合はその日（初診日から起算して 1 年 6 月を超える場合を除 く。）とする。 なお、(3) ア(イ)及び(イ)の場合に障害の程度を認定する時期 は、次により取り扱う。 (イ) 人工肛門を造設し、かつ、新膀胱を造設した場合は、人 工肛門を造設した日から起算して 6 月を経過した日又は新 膀胱を造設した日のいずれか遅い日（初診日から起算して 1 年 6 月を超える場合を除く。）とする。 (イ) 人工肛門を造設し、かつ、尿路変更術を施した場合は、 それらを行なった日のいずれか遅い日から起算して 6 月を経 過した日（初診日から起算して 1 年 6 月を超える場合を除 く。）とする。 (イ) 人工肛門を造設し、かつ、完全排尿障害状態にある場合 は、人工肛門を造設した日又は完全排尿障害状態に至った 日のいずれか遅い日から起算して 6 月を経過した日（初診 日から起算して 1 年 6 月を超える場合を除く。）とする。 (4) 遷延性植物状態については、次により取り扱う。 ア 遷延性植物状態については、日常生活の用を弁ずることが できない状態であると認められるため、1 級と認定する。 イ 障害の程度を認定する時期は、その障害の状態に至った日 から起算して 3 月を経過した日以後に、医学的観点から、 機能回復がほとんど望めないとき（初診日から 起算して 1 年 6 月を超える場合を除く。）とする。 (5) ～ (8) (略)	第 3 障害認定に当たっての基準 第 1 章 障害等級認定基準 第 18 節／その他の疾患による障害 その他の疾患による障害の程度は、次により認定する。 1 認定基準 (略) 2 認定要領 (1) 及び (2) (略) (3) 人工肛門・新膀胱 ア (略) イ 障害の程度を認定する時期は、人工肛門、新膀胱又は尿路 変更術を施した日（初診日から起算して 1 年 6 月以内の日に 限る。）とする。 (4) 遷延性植物状態については、次により取り扱う。 ア 遷延性植物状態については、日常生活の用を弁ずることが できない状態であると認められるため、1 級と認定する。 イ 障害の程度を認定する時期は、その障害の状態に至った日 から起算して 3 月を経過した日以後に、医学的観点から、 機能回復がほとんど望めないとき（初診日から 起算して 1 年 6 月以内の日に限る。）とする。 (5) ～ (8) (略)