

平成27年4月13日

一般社団法人  
日本病院会 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](http://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「聴カレベル」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 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生日		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	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		オーディオグラム		語音明瞭度曲線													
<table border="1"> <tr><td colspan="2">聴 力 レ ベ ル</td></tr> <tr><td>右</td><td>dB</td><td>左</td><td>dB</td></tr> <tr><td colspan="2">最良語音明瞭度</td></tr> <tr><td>右</td><td>%</td><td>左</td><td>%</td></tr> </table>		聴 力 レ ベ ル		右	dB	左	dB	最良語音明瞭度		右	%	左	%				
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( )													

「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。

(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。

(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。)	
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
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。)	
<p>I 4種の語音 (該当するもの1つを○で囲んでください。)</p> <p>口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等)</p> <p>1 全て発音できる    2 一部発音できる    3 発音不能</p> <p>歯音、歯茎音 (さ行音、た行音、ら行音等)</p> <p>1 全て発音できる    2 一部発音できる    3 発音不能</p> <p>歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等)</p> <p>1 全て発音できる    2 一部発音できる    3 発音不能</p> <p>軟口蓋音 (か行音、が行音等)</p> <p>1 全て発音できる    2 一部発音できる    3 発音不能</p>	<p>II 発音に関する検査結果 (語音発語明瞭度検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
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。)	
<p>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。)</p> <p>単語の呼称 (単語の例 : 家、靴下、自動車、電話、水)</p> <p>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</p> <p>短文の発話 (2～3文節程度、例 : 女の子が本を読んでいる)</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>単語の理解 (例 : 単語の呼称と同じ)</p> <p>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</p> <p>短文の理解 (例 : 短文の発話と同じ)</p> <p>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</p> <p>長文の理解 (例 : 長文の発話と同じ)</p> <p>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</p>	<p>II 失語症に関する検査結果 (標準失語症検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
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。

(変更後)

様式第120号の6-(2)

内

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 傷病の発生日			昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (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 本人の申立て (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	体重 kg	脈拍	回/分	血圧	最大 mmHg	最小 mmHg	降圧薬服用 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、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) (腎臓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)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日尿蛋白量</td> <td>g/日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白/尿クレアチニン比</td> <td>g/gCr</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白</td> <td>(定性)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td>× 10<sup>4</sup>/μℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/μℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>× 10<sup>4</sup>/μℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td>g/dℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td>g/dℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">BCG法・BCP法・改良型BCP法</td> </tr> <tr> <td>総コレステロール</td> <td>mg/dℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液尿素窒素(BUN)</td> <td>mg/dℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン</td> <td>mg/dℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>eGFR</td> <td>mℓ/分/1.73m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日尿量</td> <td>mℓ/日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>内因性クレアチニン・クリアランス</td> <td>mℓ/分</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>動脈血(HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>)</td> <td>mEq/ℓ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							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	× 10 <sup>4</sup> /μℓ				ヘモグロビン	g/dℓ				白血球数	/μℓ				血小板数	× 10 <sup>4</sup> /μℓ				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/1.73m <sup>2</sup>				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 <sub>3</sub> <sup>-</sup> )	mEq/ℓ			
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	× 10 <sup>4</sup> /μℓ																																																																																																			
ヘモグロビン	g/dℓ																																																																																																			
白血球数	/μℓ																																																																																																			
血小板数	× 10 <sup>4</sup> /μℓ																																																																																																			
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/1.73m <sup>2</sup>																																																																																																			
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 <sub>3</sub> <sup>-</sup> )	mEq/ℓ																																																																																																			
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)																																																																																																	
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 所見			無・有																																																																																																	
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																																																																																																				

「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。

(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。

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。)

**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**

**(3)検 査 成 績**

(記入上の注意を参照)

(1)自覚症状	(2)他覚所見
全身倦怠感 (無・有・著)	肝萎縮 (無・有・著)
発熱 (無・有・著)	脾腫大 (無・有・著)
食欲不振 (無・有・著)	浮腫 (無・有・著)
悪心・嘔吐 (無・有・著)	腹水 (無・有・有(難治性))
皮膚そう痒感 (無・有・著)	黄疸 (無・有・著)
有痛性筋痙攣 (無・有・著)	腹壁静脈怒張 (無・有・著)
吐血・下血 (無・有・著)	肝性脳症 (無・有(度))
	出血傾向 (無・有・著)

検査項目	検査日	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 <sup>3</sup> /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○を付けてください。)  
 (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)  
           ア 視 力 (右) \_\_\_\_\_ 裸眼 矯正  
               (左) \_\_\_\_\_  
           イ 眼底所見  
 (2) 神 経 障 害 (症状・検査所見)

**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**

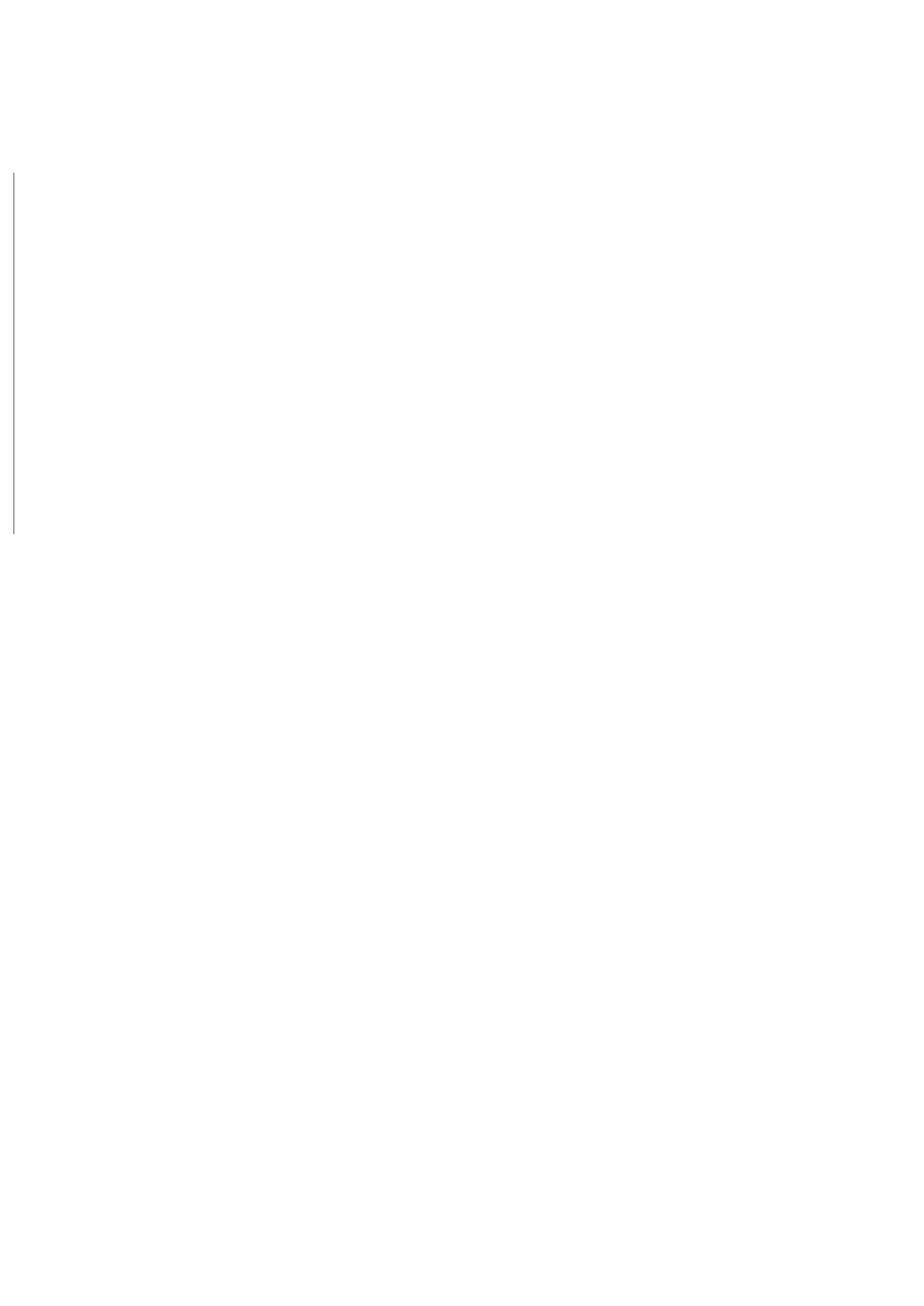
上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称  
 所在地

診療担当科名  
 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) ①～⑩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。

# 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)

## 《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》

①欄 障害の原因となった傷病名  
障害年金の支給を求めた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 年 月 日生( 歳)	性別	男・女
住所		都道府県	都市 区		
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発症年月日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
③ 傷病の原因又は誘因		④ 初診年月日(昭和・平成 年 月 日)		⑤ 傷病が治っている場合	
				傷病が治っていない場合	
				治療回数	
				手術	
				⑥ 聴覚の状態(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

オージオグラム

語音明瞭度曲線

<p>(2) 鼻腔機能の障害</p> <p>ア 鼻軟骨の欠損</p> <p>イ 鼻呼吸障害の有無</p>	<p>(3) 平衡機能の障害</p> <p>ア 閉眼での起立・立位保持の状態</p> <p>イ 開眼での直線10m歩行の状態</p> <p>ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見</p>	<p>(4) そしゃく・嚥下機能の障害</p> <p>ア 機能障害</p> <p>イ 栄養状態</p> <p>ウ 食事内容</p>
--	---	---

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。

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、日常会話が可能と成り立つ。 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。 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、日常会話が可能と成り立たない。	
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、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	[検査結果記入欄]
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：短文の理解と同じ) 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：長文の理解と同じ) 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	[検査結果記入欄]
10 予後 (必ず記入してください)	11 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、右のカッコ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、右のカッコ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。



**⑬ 1 (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。

**⑬ 8 (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。

**⑭ 4 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 現時の日常生活活動能力及び労働能力**  
現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。

**⑰ 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。

障 害 の 状 態						
⑬ 肝疾患 (平成 年 月 日現症) <small>(糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)腎疾患(⑮)の欄にも必要事項を記入してください。)</small>						
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) 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 <small>(記入上の注意を参照)</small>						
検査項目	検査日	施設 基準値	・	・	・	・
AST(GOT) IU/d						
ALT(GPT) IU/d						
γ-GTP IU/d						
血清総ビリルビン mg/dl						
アルブミン 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 <sup>4</sup> /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						
180日以上アルコールを摂取していない (○・×) (○・×) (○・×)						
アルコール性肝硬変の場合 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 具体的な内容						
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) <small>(合併併症を認める例では、腎疾患(⑮)の欄にも必要事項を記入してください。)</small>						
1 病型 <small>(いずれかの病型に○を付してください。)</small> (1)1型糖尿病 (2)2型糖尿病 (3)その他の型 (病名 )						
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 <small>(記入上の注意を参照)</small>						
検査項目	検査日	施設基準値	・	・	・	・
HbA1c (%)						
空腹時血糖値 (mg/dl)						
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)						
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)						
5 その他の所見						
⑮ その他の代謝疾患 (平成 年 月 日現症) <small>(自覚症状・他覚所見・検査成績等)</small>						
⑯ 現時の日常生活活動能力及び労働能力 <small>(必ず記入してください。)</small>						
⑰ 予後 <small>(必ず記入してください。)</small>						
⑰ 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		

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

**⑬ 6 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。

**⑬ 7 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。

**⑭ 2 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なく、所在地も忘れずに記入してください。

# 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・<sup>えんげ</sup>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/1.73m<sup>2</sup>）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、一般状態区分表の工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「聴カレベル」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. ....](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. ....](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. ....](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。

