

(地Ⅲ43)

平成28年5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様式の改正等について

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28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様式の改正等について通知がuscita、別添のとおり、本会に対しても周知方依頼がありました。

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28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28年4月25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、代謝疾患（糖尿病）による障害の障害認定基準の見直しに伴い、障害年金の診断書（腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用）の様式を変更することといたしました。

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「広報資料について」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①～⑤）

#### (1) 診断書様式の変更について（①～④）

- ①「障害年金の診断書（糖尿病による障害）を作成する医師の皆さまへ」
- ②「障害年金のお知らせ～平成28年6月1日から「代謝疾患（糖尿病）による障害」の認定基準を一部改正します～」
- ③「改正後の診断書（腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用）」、  
（参考）「診断書（腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用）新旧対照表」
- ④「診断書作成の留意事項《腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害》」

資料①に記載している「障害年金のお知らせ～平成28年6月1日から「代謝疾患（糖尿病）による障害」の認定基準を一部改正します～」に資料②を、★印の「改正後の様式の診断書」に資料③を、『診断書作成の留意事項』に資料④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 <http://www.nenkin.go.jp/>）

\*HPでのリンクが難しい場合は、①～④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⑤）

「診断書を作成する医師・医療機関の皆さまへ」及び「障害年金制度について」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。

### 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（糖尿病による障害）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①～④のHP掲載を案内するものになります。

障害年金の診断書（糖尿病による障害）を作成する医師の皆さまへ

## 平成28年6月1日から 「代謝疾患（糖尿病）による障害」の認定基準の 一部改正にともない、国民年金・厚生年金保険の診断書 「糖尿病の障害用」（様式第120号の6-(2))の様式が変わります

近年の医学的知見を反映し、専門家による審議等を踏まえ、糖尿病の認定基準を見直すとともに、診断書の様式を変更します。

▶ 認定基準の見直しにより、治療を行ってもなお、血糖コントロールが困難な症状の方が対象となります。具体的には、

1. 90日以上インスリン治療を行っている方
2. 「Cペプチド値」、「重症低血糖」、「糖尿病ケトアシドーシス」、「高血糖高浸透圧症候群」のいずれかが一定の程度の方
3. 日常生活の制限が一定の程度の方

※詳しくは、[「障害年金のお知らせ～平成28年6月1日から「代謝疾患（糖尿病）による障害」の認定基準を一部改正します～」](#)をご覧ください。

▶ 認定基準の見直しにともない、診断書に新たな記載欄を設けます。

1. 検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施しているか、確認する欄を設けます。
2. 「空腹時または随時血清Cペプチド値」、「意識障害により自己回復が出来ない重症低血糖」、「糖尿病ケトアシドーシスによる入院」、「高血糖高浸透圧症候群による入院」を記載する欄を設けます。

平成28年5月2日以降に改正後の様式を配布し、  
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。

★ [改正後の様式の診断書](#)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。

## 障害年金のお知らせ

平成28年6月1日から

「代謝疾患（糖尿病）による障害」  
の認定基準を一部改正します

## ＜改正後の対象者＞

糖尿病の障害認定は、治療を行ってもなお、  
血糖コントロールが困難な症状の方が対象となります。

具体的には、以下の条件を満たす方が対象です。

1. 90日以上インスリン治療を行っている方
2. Cペプチド値※、重症低血糖、糖尿病ケトアシドーシス、  
高血糖高浸透圧症候群のいずれかが一定の程度の方

※Cペプチド値は、インスリンが、膵臓からどの程度分泌されているかを把握するものです。

3. 日常生活の制限が一定の程度の方

○なお、糖尿病の合併症（糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症など）については、  
対象疾患ごとの基準（腎疾患や眼の障害など）によって認定されます。

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

## <改正のポイント>

糖尿病については、以下のものを血糖コントロールが困難なものとして、障害等級の3級と認定※<sup>1</sup>します。

1. 検査日より前に、90日以上継続して必要なインスリン治療を行っていること

2. 次のいずれかに該当すること

- (1) 内因性のインスリン分泌※<sup>2</sup>が枯渇している状態で、空腹時または随時の血清Cペプチド値が0.3ng/mL未満を示すもの
- (2) 意識障害により自己回復ができない重症低血糖の所見が平均して月1回以上あるもの
- (3) インスリン治療中に糖尿病ケトアシドーシスまたは高血糖高浸透圧症候群による入院が年1回以上あるもの

3. 一般状態区分表※<sup>3</sup>のイまたはウに該当すること

一般状態区分表（抄）

区分	一般状態
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

- ※<sup>1</sup> 症状、検査成績と具体的な日常生活状況などによっては、さらに上位等級に認定されます。なお、障害等級は、障害厚生年金では1～3級、障害基礎年金では1～2級があります。
- ※<sup>2</sup> 内因性のインスリン分泌は、自分自身の膵臓すいぞうから分泌されるインスリンのことです。
- ※<sup>3</sup> 一般状態区分表は、日常生活の制限の程度をア～オの5段階で示した指標です。

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。

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

全国の窓口 日本年金機構

検索

- ◆ 日本年金機構ホームページでは、年金のしくみや手続きについて、また、年金についてのQ&Aなどもご覧いただけます。
- ◆ 『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。

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		脈拍		最大 mmHg		降圧薬服用		無・有			
		体重 kg		回/分		最小 mmHg							
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ではできるが、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)		貧血 (無・有・著)		検査日		検査項目		. . .			
食欲不振 (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)		1日尿蛋白量 g/日		尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr		. . .			
頭痛 (無・有・著)		視力障害 (無・有・著)				尿蛋白 (定性)		赤血球数 × 10 <sup>4</sup> /μℓ		. . .			
呼吸困難 (無・有・著)						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		. . .			
						eGFR ml/分/1.73m <sup>2</sup>		血清クレアチニン mg/dℓ		. . .			
						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				. . .			
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。



**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 (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・  
 皮膚そう痒感 (無・有・著) 有(難治性))  
 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 黄疸 (無・有・著)  
 吐血・下血 (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)

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 )

2 検査成績 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	・	・	・
HbA1c(NGSP) (%)				
空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間
各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している		(○・×)	(○・×)	(○・×)
空腹時又は随時血清Cペプチド値(ng/mL)	空腹・随時			(検査日 ・・)

4 血糖コントロールの困難な状況

(1)意識障害により自己回復ができない重症低血糖 無・有 ( 回/年)  
 (2)糖尿病ケトアシドーシスによる入院 無・有 (入院 回/年)  
 (3)高血糖高浸透圧症候群による入院 無・有 (入院 回/年)  
 所見

3 治療状況

(1)インスリンによる(薬剤名 ) \_\_\_\_\_単位/日, \_\_\_\_\_回/日, \_\_\_\_\_単位/kg(体重)  
 (2)インスリン以外の治療による(具体的な治療 )

5 合併症 (症状・所見等)

(1)眼の障害 無・有 ( )  
 (2)神経系統の障害 無・有 ( )  
 (3)肢体の障害 無・有 ( )

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) ①～⑪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「2 検査成績」の「HbA1c」及び「空腹時又は食後血糖値」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。また、「空腹時又は随時血清Cペプチド値」は、原則として過去1年間以内における検査成績を記入してください。
  - (9) ⑭の欄の「2 検査成績」の「各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している」については、○又は×のいずれかに○を付してください。
  - (10) ⑭の欄の「4 血糖コントロールの困難な状況」の(1)～(3)については、過去1年間の回数を記入してください。
  - (11) ⑭の欄の「5 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所見を記入してください。

改 正 後	改 正 前																																				
<p>(表面) ①～⑫ (略)</p> <p>(裏面) ⑬ (略)</p> <p>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。)</p> <p>1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。) (1)～(3) (略)</p> <p>2 検査成績 (記入上の注意を参照)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%; text-align: center;">検査日</td> <td style="width:25%; text-align: center;">. . .</td> <td style="width:25%; text-align: center;">. . .</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">検査項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">HbA1c(NGSP) (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)</td> <td style="text-align: center;">空腹食後 時間</td> <td style="text-align: center;">空腹食後 時間</td> <td style="text-align: center;">空腹食後 時間</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している</td> <td style="text-align: center;">(○・×)</td> <td style="text-align: center;">(○・×)</td> <td style="text-align: center;">(○・×)</td> </tr> </table> <p>空腹時又は随時血清Cペプチド値 (ng/mL) 空腹・随時 (検査日 . . .)</p> <p>3 治療状況</p> <p>(1) <u>インスリンによる(薬剤名 ) 単位/日, 回/日, 単位/kg(体重)</u></p> <p>(2) <u>インスリン以外の治療による (具体的な治療 )</u></p> <p>4 血糖コントロールの困難な状況</p> <p>(1) <u>意識障害により自己回復ができない重症低血糖 無・有 ( 回/年)</u></p> <p>(2) <u>糖尿病ケトアシドーシスによる入院 無・有 (入院 回/年)</u></p> <p>(3) <u>高血糖高浸透圧症候群による入院 無・有 (入院 回/年)</u></p> <p>所見</p> <p>5 合併症 <span style="float: right;">症状・所見等</span></p> <p>(1) <u>眼の障害 無・有 ( )</u></p> <p>(2) <u>神経系統の障害 無・有 ( )</u></p> <p>(3) <u>肢体の障害 無・有 ( )</u></p> <p>⑮～⑱ (略)</p>		検査日	. . .	. . .	検査項目				HbA1c(NGSP) (%)				空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)	空腹食後 時間	空腹食後 時間	空腹食後 時間	各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している	(○・×)	(○・×)	(○・×)	<p>(表面) ①～⑫ (略)</p> <p>(裏面) ⑬ (略)</p> <p>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。)</p> <p>1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。) (1)～(3) (略)</p> <p>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)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%; text-align: center;">検査日</td> <td style="width:25%; text-align: center;">. . .</td> <td style="width:25%; text-align: center;">. . .</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">検査項目</td> <td style="text-align: center;"><u>施設基準値</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">HbA1c (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">空腹時血糖値(mg/dℓ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>3 治療状況</p> <p>(1) <u>食事療法のみ</u></p> <p>(2) <u>経口糖尿病薬による</u></p> <p>(3) <u>インスリンによる ( . 単位/日 回/日)</u></p> <p>4 合併症</p> <p>(1) <u>眼合併症 (平成 年 月 日)</u></p> <p style="padding-left: 40px;">裸眼 <span style="float: right;">矯正</span></p> <p style="padding-left: 40px;">ア 視 力 (右) _____</p> <p style="padding-left: 40px;">(左) _____</p> <p style="padding-left: 40px;">イ 眼底所見</p> <p>(2) <u>神経障害 (症状・検査所見)</u></p> <p>5 その他の所見</p> <p>⑮～⑱ (略)</p>		検査日	. . .	. . .	検査項目	<u>施設基準値</u>			HbA1c (%)				空腹時血糖値(mg/dℓ)			
	検査日	. . .	. . .																																		
検査項目																																					
HbA1c(NGSP) (%)																																					
空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)	空腹食後 時間	空腹食後 時間	空腹食後 時間																																		
各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している	(○・×)	(○・×)	(○・×)																																		
	検査日	. . .	. . .																																		
検査項目	<u>施設基準値</u>																																				
HbA1c (%)																																					
空腹時血糖値(mg/dℓ)																																					

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)～(7) (略)

(8) ⑭の欄の「2 検査成績」の「HbA1c」及び「空腹時又は食後血糖値」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。また、「空腹時又は随時血清Cペプチド値」は、原則として過去1年間以内における検査成績を記入してください。

(9) ⑭の欄の「2 検査成績」の「各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している」については、○又は×のいずれかに○を付してください。

(10) ⑭の欄の「4 血糖コントロールの困難な状況」の(1)～(3)については、過去1年間の回数を記入してください。

(11) ⑭の欄の「5 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)～(7) (略)

(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。

《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28年6月1日改正)

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。

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。

(内) 国民年金 厚生年金保険 診断書 (腎疾患・肝疾患の障害用) 様式第120号の6-(2)

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		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		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	
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)		診療回数		年間 回、月平均 回		手術回数	
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		手術名 ( )		手術年月日 ( 年 月 日)					
計測 (平成 年 月 日計測)		身長 cm		脈拍 回/分		最大血圧 mmHg		降圧薬服用 有・無	
⑩ 一般状態区分表 (平成 年 月 日)		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		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となるもの		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	
⑪ 腎疾患 (平成 年 月 日現症)		⑫ 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、B C G法、B C P法または改良型B C P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「e GFR」の値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)			
2 腎生検		無・有		検査年月日 (平成 年 月 日)		検査項目			
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)		1日尿蛋白量 g/日			
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))		血清アルブミン g/dl			

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。

⑫ 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、B C G法、B C P法または改良型B C P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「e GFR」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。

(変更)

⑭2欄 検査成績

表中は、過去6か月における2回以上の  
検査成績をそれぞれ記入してください。

- 「HbA1c」は、NGSP値を記入し  
てください。
- 「空腹時又は食後血糖値」は、空腹・  
食後のいずれかを○で囲んで食後は時  
間を記入してください。
- 「各検査日より前に90日以上継続して  
必要なインスリン治療を実施してい  
る」については、○または×のいづれ  
かを検査日ごとに○で囲んでください。

血清Cペプチド値は、原則として過去1  
年間に以内における検査成績を記入し  
てください。  
また、空腹・随時のいずれかを○で囲ん  
でください。

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。

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) 皮膚掻痒感 (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・著) 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)検査成績 (記入上の注意を参照)
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 ( )	検査項目 検査日 施設 AST(GOT) IU/L ALT(GPT) IU/L γ-GTP IU/L 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>9</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
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 ( ) (3)治療歴 無・有 ( )	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1年以上継続して必要な治療を実施している。 (○・×) (○・×) (○・×)
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	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)
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	
⑭ 糖尿病 (平成 年 月 日現症) <small>(腎合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>	4 血糖コントロールの困難な状況 (1)意識障害により自己回復ができない重症低血糖 無・有 ( )回/年 (2)糖尿病外アトドーシスによる入院 無・有 ( )回/年 (3)高血糖高浸透圧症候群による入院 無・有 ( )回/年 所見
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 (前名)	2 検査成績 (記入上の注意を参照)
検査項目 検査日	HbA1c(NGSP) (%)
空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)	空腹・食後 時間 空腹・食後 時間 空腹・食後 時間
各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している	(○・×) (○・×) (○・×)
空腹時又は随時血清Cペプチド値 (ng/mL)	空腹・随時 (検査日 . . .)
3 治療状況 (1)インスリンによる (薬剤名) 単位/日、回/日、単位/kg(体重) (2)インスリン以外の治療による (具体的な治療)	5 合併症 症状・所見等 (1)眼の障害 無・有 ( ) (2)神経系統の障害 無・有 ( ) (3)肢体の障害 無・有 ( )
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か月における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。

(変更)

⑭4欄 血糖コントロールの困難な状況

(1)～(3)については、過去1年間の回数を記入してください。

⑭5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。

⑭6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/>

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

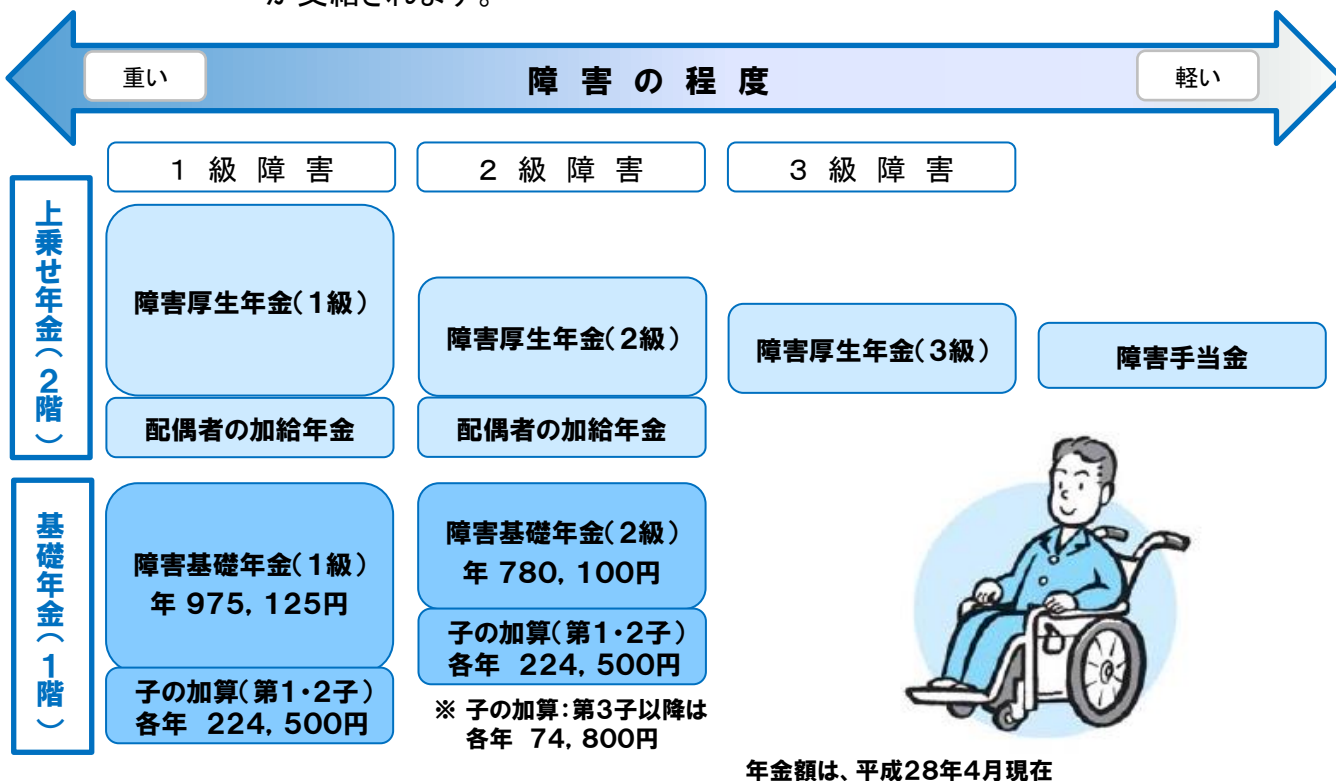
週末相談 第2土曜 午前9：30～午後4：00まで



# 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。