

## ● はじめに ●

私たちは、株式会社服部年金企画のセミナー「令和5年度 一緒に考える障害年金」で出会いました。主催は障害年金専門社労士の佐々木久美子で、「障害年金の手続では、障害認定基準（以下「認定基準」という）に親しんで、一般的事項等も知っていることが大切」と話していました。

参加した社労士は全国からで、年金事務所で相談員をしている人、医師と兼業している人、会社経営者など、開業間近からベテランまで、前職や経験も様々です。

セミナーでは、各々が障害年金に関し取り組みたいことや経験談を発表しました。障害年金の手続に役立つ情報や事務所経営のワンポイント等も共有する中で、お互いに質問を重ねて人間関係を築き、いつしかセミナー受講者から自由に発言できる仲間へと意識が変わったのです。

本職が医師で自らも障害年金の請求を手掛ける太田の発表の際に、認定基準の呼吸器疾患を解説するよう要望しました。そうしたところ肺の機能や呼吸のしくみについて、ホワイトボードを使い、息を吸ってからどのように空気が肺に到達するかに始まり、小学校で教わる理科の知識も絡めて説明してくれました。認定基準とはまったく異なる視点・アプローチはまさに目からうろこで、医師はそのように捉えているのだと、少し近づいた気持ちになったのです。

このことをきっかけに、知らないから気づくことができない医学的な基礎知識がたくさんあることを認識しました。例えば、今まででは認定基準の検査項目の意味を深く理解しないまま、単なる数値の確認に終わり、障害の状態に上手く結びつけることができなかったことです。

検査項目の意味、ひいては本人の経過を正しく知ることで、それまで平面的で無機質だった診断書が立体的・人間目線で捉えられ、障害

年金への取組み方を変えられるのではないかと、皆が感じました。

これが、この本を作ることになったきっかけで、執筆の打合せはオンラインで繰り返し行いました。

本書の章立ては、障害年金の認定基準の順番ではなく、用語や検査の流れを順序立てて説明できるよう、呼吸器、循環器、腎臓・肝臓などの内科系の章から始めました。

認定基準や診断書の構成を踏まえながらも、理解しやすさを優先し、説明の順序を調整するとともに、わかりやすい表現を心掛けました。

なお、本書に掲載している診断書の実例はあくまで参考であり、支給決定を保証するものではありません。掲載例には、認定基準に示される数値等を満たしているものもあれば、満たしていない部分を含むものもありますが、いずれも診断書全体の内容や他の要素を踏まえて支給決定に至った事例です。また、文責は特定社会保険労務士の佐々木久美子にあります。

「パーキンソン病の手続」の内容は、佐々木が相対した若年性パーキンソンの方の障害状態の捉え方を基にしています。この捉え方により今まで書類を作成して受給できているので、少しは参考になるのではないかと考えました。本人の側に立つことを常に意識していて、在宅医である太田の見解と異なる部分がありました。実際にパーキンソンの方の手続をする場合には、主治医の見解をご確認ください。

本書が、障害年金の請求を考えている本人、家族、医療従事者、支援者、障害者雇用に取り組む会社経営者や年金事務所で日々年金相談に応じている職員の方々などのお役に立てれば嬉しく思います。

医学的な基礎知識を持つことで、障害状態にある方の病状や病歴をより深く理解して、障害年金の受給などにつながると幸いです。

令和7年12月

執筆者一同

# Contents

はじめに	1
<b>序 章</b>	19
▶ 1 用語	20
▶ 2 バイタルサイン	21
▶ 3 検査の考え方	22
▶ 4 検査の種類	22
(1) 医師などが直接身体に触れ、質問して行う検査	23
(2) 検体を採取して行う検査	23
(3) 機械で行う検査	23
▶ 5 急性期、亜急性期、慢性期	24
▶ 6 認定基準と診断書の関わり	24
<b>第1章 呼吸器疾患の障害用の診断書を提出するとき</b>	27
● 1 呼吸とは何をしている？	30
(1) 換気はどのように行われるか	31
(2) ガス交換はどのように行われるか	31
● 2 呼吸器の障害とは	32
(1) 換気の障害	32
(2) ガス交換の障害	34
(3) 肺以外の原因で起こる呼吸不全	35
● 3 呼吸器の診察	35
(1) 診察とは	35
(2) 呼吸器の自覚症状	35

(3) 呼吸器の他覚所見	36
(4) バイタルサインでは呼吸数と SpO <sub>2</sub> が大事	36
(5) 他覚所見 (チアノーゼ、呼吸促拍、低酸素血症)	37
〈診断書の実例〉 悪性胸腺腫 (障害厚生年金 1 級)	38
● 4 呼吸器の検査	39
(1) 検査の目的	39
(2) 血液検査	39
(3) 胸部レントゲン	40
〈診断書の実例〉 悪性胸腺腫 (障害厚生年金 1 級)	40
(4) 胸部C T	40
(5) 呼吸器特有の検査	41
(6) 動脈血ガス分析	41
(7) 閉塞性か拘束性か?	42
〈診断書の実例〉 悪性胸腺腫 (障害厚生年金 1 級)	43
〈診断書の実例〉 慢性気管支炎 (障害基礎年金 2 級)	43
(8) 呼吸機能検査	44
〈診断書の実例〉 悪性胸腺腫 (障害厚生年金 1 級)	44
〈診断書の実例〉 慢性気管支炎 (障害基礎年金 2 級)	45
(9) 検査数値と症状は比例するのか	45
(10) 動脈血ガス分析の検査を行うのはどんなときか	45
(11) 呼吸器の機能は鍛えることができるのか	46
● 5 呼吸器の治療	46
がん末期の呼吸苦の治療	47
● 6 認定基準に記載されている内容について	47
(1) 一般状態とは	47
(2) 年齢を加味するとは	48
(3) 呼吸器に関連のある合併症とは	49
(4) なぜ肺結核、じん肺、気管支喘息は特別な取扱いをするのか	49

● 7 肺結核	50
(1) 結核の排菌とは何か	50
(2) 肺結核における1級、2級、3級の違いについて	51
(3) 肺結核の病巣の広がりについて	52
(4) 抗結核薬について	53
● 8 じん肺	53
(1) じん肺のレントゲン検査における診断について	53
(2) じん肺は完治するか	54
● 9 喘 息	54
(1) 薬物療法について	54
(2) 1秒率が高度異常とは	55
(3) 的確な喘息治療の判断とは	56
(4) 喘息の重症度の測定が難しいのはなぜか	57
(5) 喘息に加え別の症状がある場合の診断はどうなるのか？	57
● 10 慢性呼吸不全	57
(1) 「慢性」と「急性」の違い、およびその疾患とは	57
(2) 閉塞性換気障害と拘束性換気障害の病気は	58
(3) 肺疾患以外で呼吸不全を引き起こす疾病とは	59
(4) 非代謝性・肺性心とは	59
(5) 呼吸機能検査成績が示す障害の程度とは	59
(6) 呼吸不全の認定要領にあるA表の結果よりも重度だと認定される ものとは	60
(7) 誤嚥性肺炎は呼吸器の疾患？	60
● 11 診断書の記載欄について	61
(1) レントゲン所見の記載欄は何を書くのか	61
(2) 臨床所見「呼吸困難の体動時」とは	61
〈診断書の実例〉慢性気管支炎（障害基礎年金2級）	61
(3) 他覚所見「ばち状指」とは	62

- (4) 他覚所見「栄養状態」とは 62
- (5) 他覚所見「ラ音」とは 62
- (6) 他覚所見「脈拍数」について 63
- (7) 喫煙歴について 63
- (8) 肺結核は今も治らない病気なのか 63

**(Column)** 商社マンから医師に、そして社労士に／太田 敦 65

## 第2章 循環器疾患の障害用の診断書を提出するとき ..... 67

- 1 循環器疾患 70
- 2 心臓のしくみ 71
  - (1) 弁について 73
  - (2) ポンプについて 75
  - (3) タイミングについて 77
  - (4) 心臓が一定の間隔で規則的に収縮できるのはなぜ？ 77
- 3 循環器の検査 78
  - (1) レントゲン検査 78
  - (2) 血液検査 80
    - 〈診断書の実例〉 拡張型心筋症（障害厚生年金2級） 81
    - 〈診断書の実例〉 肥大型心筋症（障害厚生年金3級） 81
  - (3) 心カテーテル検査 82
  - (4) 心エコー検査 82
    - 〈診断書の実例〉 拡張型心筋症（障害厚生年金2級） 83
    - 〈診断書の実例〉 大動脈弁閉鎖不全症（障害厚生年金3級） 83
  - (5) 心電図 84
- 4 循環器の診察 85
  - (1) 臨床所見 85
    - 〈診断書の実例〉 肥大型心筋症（障害厚生年金3級） 87

(2) 心機能分類	89
〈診断書の実例〉 拡張型心筋症（障害厚生年金2級）	90
● 5 疾患別に疑問点を聞いてみた	91
(1) 弁疾患	91
〈診断書の実例〉 大動脈弁閉鎖不全症（障害厚生年金3級）	91
(2) 心筋疾患	91
〈診断書の実例〉 肥大型心筋症（障害厚生年金3級）	92
〈診断書の実例〉 拡張型心筋症（障害厚生年金2級）	95
(3) 虚血性心疾患	95
(4) 不整脈	96
〈診断書の実例〉 高度房室ブロック（障害基礎年金2級）	96
(5) 大動脈疾患	97
(6) 先天性心疾患・弁疾患	100
(7) 重症心不全	102
〈診断書の実例〉 拡張型心筋症（障害厚生年金2級）	103
(8) 高血圧症	103
● 6 「肺血栓塞栓症」「肺動脈性高血圧症」は肺の疾患ではない？	105
(1) 肺血栓塞栓症	105
(2) 肺高血圧症	106
● 7 心臓と手術の関係が知りたい！	106
(Tips ①) 専門家とのつながり方／佐々木久美子	107
(1) 相談のハードル	107
(2) 安心な「つながるきっかけ」	108
(3) 社労士の取組み～社労士でない方のために～	110

## 第3章 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用の診断書を 提出するとき ..... 113

### I 腎疾患 116

- 1 腎臓の働き 116
- 2 腎臓の構造 117
- 3 腎臓の障害 118
  - (1) 腎不全について 118
  - (2) 人工透析について 119
- 4 腎臓の検査 121
  - (1) 血清クレアチニンとは 121
    - 〈診断書の実例〉 糖尿病性腎症から血液透析（障害基礎年金2級） 122
    - 〈診断書の実例〉 慢性腎炎から C A P D（障害基礎年金2級） 123
  - (2) 内因性クレアチニンクリアランス、eGFR とは 123
  - (3) 尿蛋白量とは 125
  - (4) 血清アルブミンとは 126
  - (5) 血清総蛋白とは 126
  - (6) アシドーシス 127

〈診断書の実例〉 巢状糸球体硬化症から血液透析（障害厚生年金2級）

128

〈診断書の実例〉 多発性のう胞腎から腹膜透析（障害厚生年金2級）

129

〈診断書の実例〉 糖尿病から血液透析（障害厚生年金2級） 130

### II 肝疾患 131

- 1 肝臓の働き 131

● 2 肝臓の構造	132
● 3 肝臓の障害	133
肝臓の障害とは何が起きていることなのか？	133
● 4 肝疾患検査	135
Child-Pugh (チャイルド・ビュー) による grade 分類	135
〈診断書の実例〉肝細胞癌 (障害厚生年金3級)	139
〈診断書の実例〉肝細胞癌 (障害厚生年金2級)	140
● 5 肝臓の障害	140
(1) 肝生検のグレード・ステージとは	140
(2) アルコールを摂取していないことの確認方法	141
(3) 肝移植とは	143
(4) 超音波やC T検査	143

### III 糖尿病 144

---

● 1 糖尿病とはどういう病気？	144
● 2 糖尿病の障害	145
糖尿病の3大合併症	146
● 3 糖尿病の検査	147
(1) HbA1c	147
(2) 血糖値	147
● 4 糖尿病の診断	148
(1) 糖尿病の障害年金の取扱い	149
(2) 合併症の出るタイミング	149
〔Tips ②〕 相談に際して／佐々木久美子	151
(1) 心構え	151
(2) 最初は全体像を知る	151
(3) 障害年金に関する令和7年4月時点の年金事務所での相談	152

## 第4章 血液・造血器・その他の障害用の診断書を 提出するとき ..... 155

### ● 1 悪性新生物の障害 158

- (1) がんとは 158
- (2) 悪性腫瘍と良性腫瘍 159
- (3) がんは特別な病気ではない 159
- (4) がんの診断と進行度 159
- (5) がんの治療 161
- (6) がんの認定基準について 162
- (7) 余命宣告について 164
- (8) がんの検査数値 165

〈診断書の実例〉 原発性肺癌（障害厚生年金2級） 166

〈診断書の実例〉 乳癌（障害厚生年金2級） 一般状態区分は才 166

### ● 2 血液・造血器疾患による障害 166

- (1) 血液とは 167
- (2) 赤血球・白血球・血小板の働き 167
- (3) 検査データの見方・正常・異常 167
- (4) 造血器とは 168
- (5) 障害年金認定要領記載の主な疾患 169
- (6) 障害年金認定要領検査所見の用語 170

〈診断書の実例〉 重症血友病A（障害基礎年金2級） 174

〈診断書の実例〉 急性リンパ性白血病（障害厚生年金2級） 175

### ● 3 その他の疾患による障害 176

- (1) 難病について 176
- (2) 腫瘍マーカーの話 177
- (3) オプジーボについて 177
- (4) がん患者の請求について 178

(5) 血液の働きに親近感がもてる漫画「はたらく細胞」 179

**Tips ③ 発病からの流れ／佐々木久美子 180**

社会保障制度活用に関するお勧め 181

## **第5章 肢体の障害用の診断書を提出するとき ..... 183**

### **● 1 体の構造について 186**

(1) 神 経 187

(2) 筋 肉 187

(3) 筋肉の動くしくみ 187

(4) 骨 189

(5) 関 節 190

(6) 四肢の動きを表す言葉 190

### **● 2 肢体の障害 190**

(1) 肢体障害とは 190

(2) 肢体の障害の区分 191

〈診断書の実例〉 薬剤性ジストニア (障害厚生年金2級) 192

〈診断書の実例〉 パーキンソン病 (障害基礎年金2級) 193

(3) 肢体機能の計測 193

(4) 上肢の障害と下肢の障害 194

(5) 「巧緻性」、「速さ」、「耐久性」 195

〈診断書の実例〉 薬剤性ジストニア (障害厚生年金2級) 197

〈診断書の実例〉 パーキンソン病 (障害基礎年金2級) 198

### **● 3 中枢神経の障害 198**

### **● 4 神経系統の障害と精神障害 199**

(1) 神経系統の障害 199

(2) 脳の器質障害 199

(3) 脳の障害の分類 200

● 5	末梢神経の障害	201
	中枢神経と末梢神経	201
● 6	筋肉の障害	202
(1)	重症筋無力症	202
(2)	筋ジストロフィーと重症筋無力症の違い	203
(3)	筋萎縮性側索硬化症 (ALS)	203
● 7	骨と関節の障害	204
(1)	変形性膝（股）関節症	204
	〈診断書の実例〉両変形性股関節症（障害厚生年金2級）	205
● 8	肢体障害の分類とその範囲	206
● 9	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の違いと症状の特徴	206
● 10	診断書の記載項目	208
(1)	感覚麻痺と運動麻痺	208
(2)	反射	208
(3)	日常生活における動作の障害の程度	209
(4)	補助用具	209
<b>Tips ④</b>	<b>不服申立て／佐々木久美子</b>	<b>210</b>
(1)	思うように決定されない場合に	210
(2)	取組みの理由と背景	210

## 第6章 精神の障害用の診断書を提出するとき ..... 217

● 1	うつ病	220
(1)	うつ病とは	220
(2)	うつ病の原因	221
(3)	うつ病の社会的影響	221
(4)	診断および治療	222
(5)	抗うつ薬	222

〈診断書の実例〉 双極性障害（障害基礎年金2級） 223

● 2 統合失調症 223

- (1) 統合失調症とは 223
- (2) 統合失調症の原因 224
- (3) 統合失調症のイメージ 224
- (4) 統合失調症の特徴的な症状 225
- (5) 統合失調症の治療 226

〈診断書の実例〉 統合失調症（障害基礎年金2級） 226

● 3 その他の精神疾患 227

- (1) てんかんの認定基準 227

〈診断書の実例〉 てんかん（障害基礎年金2級） 228

- (2) 発達障害の併合（加重）の取扱い 228
- (3) 神経症と人格障害 229
- (4) 神経症と精神病の取扱い 230
- (5) 人格障害での障害年金 231
- (6) うつ病の双極性と単極性の違い 231
- (7) うつ病の双極性での体験談 231
- (8) うつ病と自殺 232
- (9) 精神疾患の寛解と治癒 232
- (10) 障害年金と就業 234

**Tips ⑤ 気を付けてほしい受給後の手続／佐々木久美子 236**

- (1) 確定申告 236
- (2) 他の公的年金との選択 236
- (3) 永久認定 236
- (4) 障害厚生年金3級の方 237
- (5) 全介助に近い状態になった場合 237
- (6) 受けている障害年金について「受けない」と決めるについて

**第7章 眼の障害用の診断書を提出するとき ..... 239**

---

- 1 眼の動き 241
- 2 眼の構造 242
  - (1) 角膜とは 242
  - (2) 虹彩と瞳孔とは 243
  - (3) 水晶体とは 243
  - (4) 硝子体（しょうしたい）とは 243
  - (5) 強膜とは 243
  - (6) 網膜とは 243
  - (7) 視神経とは 244
- 3 目が見えるしくみ 244
- 4 視力と視野 246
  - (1) 視力検査 247
  - (2) 視野検査 247
- 5 視覚障害 248
- 6 視力障害 250
- 7 視野障害 250
- 8 代表的な眼の疾患 253
  - (1) 白内障 253
  - (2) 緑内障 253
  - (3) 網膜色素変性症 253
  - (4) 糖尿病網膜症 253
  - (5) 黄斑変性 253
  - (6) 網膜剥離 253
  - (7) 眼球破裂 254

(8) 「手動弁」「明暗弁」「指数弁」	254
〈診断書の実例〉糖尿病網膜症（障害基礎年金1級）	255
(9) 瞻明（しゅうめい）とは？ 散瞳（さんどう）とは？	255
(10) 調節機能と輻輳（ふくそう）	256
(11) 網膜剥離と脳の関係	257
● 9 視野計について	257
(1) 診断書の角度の和について	258
(2) 視野の角度について	258
(3) 視野計の特異性	258
(4) 年金請求について	259
〈診断書の実例〉網膜色素変性症（障害基礎年金1級）	260
(5) 家族歴と網膜色素変性症	260
● 10 認定基準のその他の障害	261
● 11 その他の話題	263
(1) レーシック手術とは	263
(2) 屈折障害と調節障害	263
(3) 屈折障害のしくみ	263
(4) 白内障の日帰り手術	265
〔Tips ⑥〕 パーキンソン病の手続／佐々木久美子	266
(1) 原因傷病を理解することの大切さ	266
(2) いかに本人の支障を表すか	268
(3) 医師とのコミュニケーション	271
(4) 初診日について	272
(5) 難病について	272
(6) 障害年金だけではない将来の生活設計へ	274

## 第8章 聴覚・鼻腔機能・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声

… 277  
又は言語機能の障害用の診断書を提出するとき

### I 耳

280

#### ●耳の機能・構造 280

- (1) 音の感覚器としての機能 280
- (2) 音の伝わる経路 281
- (3) 補聴器について 281
- (4) 平衡感覚の機能 282
- (5) めまいの原因疾患 282
- (6) 聴力レベル値および聴力検査値 283
  - 〈診断書の実例〉両高度難聴（障害基礎年金1級） 285
- (7) オージオグラムと語音明瞭度曲線の捉え方 286
- (8) 純音聴力レベル値および語音明瞭度の検査方法 286
  - 〈診断書の実例〉両感音難聴（障害厚生年金3級） 287
- (9) 聴性脳幹反応検査等 287
- (10) 聴覚検査で補聴器を装着しない理由 287
- (11) 補聴器および人工内耳でどこまで聴こえるか 288
- (12) 耳鳴りと難聴 288
- (13) めまい 288

### II 鼻

290

#### ● 1 鼻の機能・構造 290

- 嗅覚の感覚器 291

#### ● 2 鼻の障害 291

- (1) 鼻は障害年金の対象となるか 291

(2) 鼻呼吸障害 291

### III そしゃく・嚥下

293

●そしゃく・嚥下のしくみ 293

(1) 口腔と咽頭の区別 294

(2) ゾンデ栄養 295

(3) 食事療法の選択法 295

〈診断書の実例〉上顎癌（障害基礎年金2級） 297

### IV 言語

298

●言語機能 298

(1) 言葉を話すこと 298

(2) 構音障害と音声障害の違い 299

(3) 語音発語明瞭度検査 300

(4) 音声言語の表出および理解 300

(5) 聴覚機能が悪いと言語機能も悪くなるか 300

おわりに 301

索引 306

# 序 章

---

医師は患者を診断し、治療を行います。診断するには問診と身体診察、検査等を行い、これらを総合的に判断して診断を下します。障害年金の認定基準でも、この考え方を取り入れられているように思います。すなわち、身体の状況および日常生活において困っている点（問診、身体診察）と検査数値の2項目をマトリクスに当てはめ等級を決めています。

日常の生活動作については、本人や家族からお話を伺い、観察することによって把握は可能ですが、検査数値は診断書で判断します。この数値が何を意味しているのかを理解していないと、障害等級が妥当であるかどうかの判断ができなくなります。

もちろん、医師と同等の知識は必要ではありませんが、背景となる考え方や、検査数値の意味するところを理解することが大切です。

各部位の説明の前に簡単に説明します。

## ▶ 1 用語

診断名や検査所見に出てくる用語は、一般には馴染みがなく、独特です。以下の基本的なルールは理解しておくのが良いと思います。

### ■ 身体の部位、場所を表す名称

○上（じょう）、中（ちゅう）、下（か）

例）上肢（じょうし）、下咽頭（かいんとう）

○右（う）、左（さ）、右側（うそく）、左側（さそく）

例）右葉（うよう）、左腎（さじん）、右側臥位（うそくがい）

○頭（とう）、尾（び）、頭側（とうそく）、尾側（びそく）

例）肺頭部（すいとうぶ）

○内（ない）、外（がい）、内側（ないそく）、外側（がいそく）

- 例) 外耳 (がいじ)、下腿外側 (かたいがいそく)  
○腹側 (ふくそく)、背側 (はいそく)

## ▶ 2 バイタルサイン

身体の状況を把握するための検査項目としてバイタルサインがあります。

急性期の全身状態把握に特に有用ですが、慢性期の評価においても重要です。簡単な器具で計測できることと、医療者以外の方でも計測できる点がメリットです。

諸説がありますが、基本的に以下の四つがバイタルサインと呼ばれています。

### ① 血 壓

血圧計で測ります。収縮期血圧（上）と拡張期血圧（下）があり、上が 120 mmHg（ミリメートル・エイチ・ジー、またはミリ水銀、ただ医師も単位をつけないで説明することが多いようです。）以下かつ下が 80 mmHg 以下が正常血圧です。

### ② 体 温

体温計で計測します。37.4℃以上を発熱ということが多いようです。

### ③ 呼吸数

1 分間の呼吸回数です。

### ④ 経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO2)

パルスオキシメーターという機器を指に挟み計測します。95% 以上が正常値です。

## ▶ 3 検査の考え方

検査は診断をするために有用です。しかし、検査だけで診断がつくわけではありません。

検査を行う目的は、診断するためと治療の効果を判定することです。診断つまり病名を付けるためには、問診、触診、聴診などの診察を行い、ある程度、疾患を想定します。そして、その疾患である確率を上げる、もしくは下げるために検査を行います。確率が上がれば確定診断に近づきますし、下がれば除外診断になります。

例えば呼吸器疾患であれば、咳・痰と発熱の場合には、よくある疾患では上気道炎、いわゆる風邪ですが、インフルエンザやコロナウイルス感染症（以下「コロナ」という）の可能性もあります。診察だけでは上気道炎であると自信を持って診断できるのであれば検査はしません。しかし、インフルエンザやコロナが疑わしいときには迅速検査を行い、検査が陽性であればインフルエンザまたはコロナと診断します。

検査は100%正しいわけではありません。あくまで確率を上げるだけです。迅速検査で陽性でも、実際にはインフルエンザやコロナではない場合があります。これを偽陽性といいます。反対に、陰性であっても、実際にはインフルエンザやコロナの場合もあります。これを偽陰性といいます。

偽陽性と偽陰性はすべての検査に必ずあります。したがって100%正しい検査は存在しないのです。

これら偽陽性や偽陰性を減らすには、検査前の診断確率を上げることが必要で、病歴や身体所見が重要となります。

## ▶ 4 検査の種類

検査には医師等が直接手足などに触れて行うもの、血液や尿などを

---

採取して行うもの、大型の機械で行うものなどがあります。主なもの  
を説明します。

(1) 医師などが直接身体に触れ、質問して行う検査

- 徒手筋力検査：手足の筋力や可動域を計測します。
- 長谷川式認知症スケール（HDS-R）：認知症の疑いや認知機能の低下を早期に発見するための簡易検査です。

(2) 検体を採取して行う検査

- 血液検査・尿検査：一般的な検査や培養検査です。
- 細胞診：体から採取した細胞を顕微鏡で観察して、細胞の状態や病変の有無を調べる検査です。

(3) 機械で行う検査

① レントゲン検査（X線検査）

X線という電磁波を使って体内の様子を画像化する検査です。肺や骨、腹部などの状態を調べるために、幅広く行われています。

② エコー検査（超音波検査）

超音波（人間の耳には聞こえない高い周波数の音）を当てて、その反射を画像化して臓器の状態を調べる検査です。

③ CT検査（コンピュータ断層撮影）

X線を使って体の断面を画像化し、体内の様子を立体的に把握する検査です。がんの有無や広がり、治療の効果などを調べる目的でも行われます。

④ MRI（Magnetic Resonance Imaging）検査

磁気共鳴画像法とも呼ばれ、強い磁石と電波を使って体の断面を画像化する検査です。

## ⑤ 心電図検査

心臓の電気活動を波形として記録し、心臓の状態を把握する検査です。不整脈や心臓病の発見に役立ちます。

レントゲン検査、CT 検査、MRI 検査の画像検査では、左右が逆になりますので、注意が必要です。検査画像で右側に見えているものは、本人にとっては左側です。

## ▶ 5 急性期、亜急性期、慢性期

---

検査ではありませんが、病態を表す表現として急性期、亜急性期、慢性期という言い方をよくします。使う場面によって多少異なりますが、およそ以下のように区別しています。

- ・急性期は、発病してから 2 週間以内
- ・亜急性期は、発病から 2 週間を超えて 1 か月以内
- ・慢性期は、発病から 1 か月を超える

## ▶ 6 認定基準と診断書の関わり

---

障害年金請求にあたっては、認定基準に沿った手続が必要となります。認定基準では、障害の部位によって各章が設けられており、それぞれ 1 級から 3 級までに該当する状態、診断書に記載されている内容等が記載されています。

障害年金の相談を受けた際に、この認定基準に沿って、今の体の状態や治療の中身、検査数値、今後の見通しなどを確認していくことになると思います。

それらの情報をもとに、主治医に対して診断書の記載をお願いすることになります。出来上がってきた診断書の中身が、数値等で明らか

---

にわかる場合は良いのですが、実際に医学的な記載が、認定基準のどの部分に該当するのか、わかりにくい点も多いかと思います。

また、医師は障害年金についての知識がない場合が多いので、こちらから診断書の記載方法などを説明する必要があります。そこで、こちらからの説明が不足してしまうと、診断書が不十分な内容になってしまふこともあります。

以上のことから、障害年金を請求するにあたっては、ある程度の医学的知識は必要だと思います。

世の中には、看護師向けなどの医学書がたくさんあり、それらを参考にすることである程度の知識は得られます。しかし、具体的な認定基準と、診断書がどう結びついているのかを判断するには十分ではないと思います。

本書では、障害年金に関わる皆様が、認定基準の医学的知識を持つことを目的としています。

具体的には、第1章から各疾患ごとに医師である太田の解説を軸に基本的な医学的知識を整理した後、社労士からの質問に答える形で、認定基準との関わりを明らかにしていきます。

# 第1章

## 呼吸器疾患の障害用の 診断書を提出するとき

# 第1章 呼吸器疾患の障害用の診断書を提出するとき



国民年金  
厚生年金保険  
船員保険

## 診断書

(呼吸器疾患の障害用)

様式第120号の5

(フリガナ) 氏名		昭和 年 月 日 生 ( 歳 )		男・女
住 所	住所地の郵便番号	都 市 町 区 村		
① 障害の原因 となつた 傷病名		② 傷病の発生年月日	昭和 年 月 日 本人の申立て の年月日	診断書は複数 回提出する 場合は、 本人の申立て の年月日
③ 傷病の原因 又は詳因		④ ①のため初めて医 師の診療を受けた日	昭和 年 月 日 本人の申立て (年 月 日)	診断書は複数 回提出する 場合は、 本人の申立て (年 月 日)
⑤ 既往歴 既往障害		⑥ 既往症		
⑦ 傷病が治った (症状が固定して治療 の結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 令和 年 月 日	年 月 日	確 認 充 分
		傷病が治っていない場合……症状のよくなる見込み	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・令和 年 月 日)		診療回数 年間 日、月平均 日		
⑨ 現在までの治療の内容、結果、 経過、その危険等となる項目 (放射線化療法を行った者は、 使用薬剤名及び使用回数を明記 してください)		手 術 手術名( ) 手術年月日( 年 月 日)		
障 害 の 状 況				
⑩ 共通項目 (この欄は、必ず記入してください)				
1 身体計測(平成・令和 年 月 日) 身長 cm : 体重 kg				
2 胸部X線所見(A) (A図)				
(1) 肺気腫 なし・軽・中・高 (2) 気腫化 なし・軽・中・高 (3) 気腫化 なし・軽・中・高 (4) 不透明感 なし・軽・中・高 (5) 肺葉萎縮 なし・軽・中・高 (6) 心臓変形 なし・軽・中・高 (7) 喘息 なし・軽・中・高				
撮影年月日(平成・令和 年 月 日)				
3 一般状態区分表(平成・令和 年 月 日) (該当するものも記入してどちらか1つを〇で囲んでください)				
フ 軽度で社会活動ができる、軽度を受けることなく、発作時と同等によ るまでもあるもの イ 症度の状態があり、軽度活動は可能ですが、歩行、軽作業や座位 はできるもの 例は、軽い家事、手芸など ヲ 歩行や身のまわりにこなすことができるが、歩行、軽作業や座位 はできないが、日常生活は可能しているもの エ 身のまわりにある度のことではあるが、しばしば介護が必要で、日 中の50%以上は就寝しており、自力では屋外への外出等が困難不可能と なったもの オ 身のまわりのことでもできず、常に介護を必要とし、終日就寝を強いら れ、日常生活がわからぬ状態に陥らるるもの				
4 臨床所見(平成・令和 年 月 日現症)				
(1) 自覚症状 (2) 他覚所見 (無・有・否) 呼吸心音 (無・有) (無・有・否) テアノーゼ (無・有) (無・有・否) ばく状態 (無・有) 呼吸困難 (無・有・否) 2 分 (有・一部・高度) 容易咳 (無・有・否) 咳痰 ( ) 咳痰 (無・有・否)				
5 活動能力(呼吸不全)の程度 (該当するものも記入してどちらか1つを〇で囲んでください)				
1 両側の気管人と肺門に歩行、階段の昇り降りができる。 2 テ 胸腔を入り込むまで歩けないが、ゆっくりなら歩ける。 イ 歩行をゆっくりでも歩けないが、途中休み休みなら歩ける。 ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。 エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。 オ 立ち直して身のまわりのことでもできない。				
6 呼吸機能(平成・令和 年 月 日)				
(1) 呼吸ガス測定値 (VC) (2) 子細呼吸量 (VE) (3) 呼吸率 (PVC) (4) 1 秒率 (PEV10) (5) 呼吸回数 1 秒率 (PEV1%) (6) 子細呼吸量 1 秒率 (VE/100)				
7 肺活量ガス分析(平成・令和 年 月 日)				
(1) 肺活量を施行している 在宅酸素吸入ではない 在宅酸素吸入の方法ですか 在宅酸素吸入である 平成・令和 年 月 日開始 施行時間 ( 時間/日・當時) 酸素吸入量 ( /分)				
(2) 肺活量ガス分析値 ① 自然血酸素分压 ( ) Torr ② 自然血炭酸ガス分压 ( ) Torr ③ 自然血pH				
(3) 酸素吸入中の場合は、酸素量を ( )に記入してください。				
8 その他の所見				

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。(該欄は記入は、該欄により消して下さい。)

(該欄は記入は、該欄により消して下さい。)

(該欄は記入は、該欄により消して下さい。)

(該欄は記入は、該欄により消して下さい。)

。

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。(該欄は記入は、該欄により消して下さい。)

① 肺結核症(平成・令和 年 月 日現症)	
<b>1 胸部 X 線 所見 (B)</b> 録入時(昭和・平成・令和 年 月 日)  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <small>書類のA面の文様 所見の日本結核病 学会分類を記入し てください</small> </div>	
<b>2 結核菌検査成績</b> <small>(陽性反応のときはその旨と最初陽性時日を併記してください) 検査材料(たん、糞便粘液、気管支洗液、胃液、痰液)</small> 検査 ① 痰液 年 月 日 -+ (ガフキー 号) : -+ (コロニー) ② 粪便 年 月 日 -+ (ガフキー 号) : -+ (コロニー)	
<b>3 安静度</b> <small>(状況の治療指針の安静度によって記入してください)</small> 1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 <b>4 その他の所見</b> <small>(結核予防法による公費負担医療用の有無 有・無)</small>	
② じん肺(平成・令和 年 月 日現症)	
<b>1 じん肺法 X 線 写真区分 (1 2 3 4)</b> <b>2 じん肺管理区分 (1 2 3 イ・ロ 4)</b>	
③ 気管支喘息(平成・令和 年 月 日現症)	
<b>1 時間の経過と症状</b> (1) 咳症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する無症状の間に無症状の期間がない。	
<b>2 ピークフロー値 (PEFR)</b> <small>最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 _____ l/分、最低値 _____ l/分、平均値 _____ l/分 (但し慢性気管炎であることを明記とし、発作時の成績は除く)</small>	
<b>3 発作の強度</b> (1) 大作: きしめて抜けなく、会話を困難 (2) 中作: きしめて疲れにならなく、会話を可能 (3) 小作: きしめがちにならる、会話をほぼ普通 (4) その他 ① 咳のみ ② 急ぐときしい ③ 急いできしめない	
<b>4 発作の頻度</b> (1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3~4日 (3) 1週に 1~2日 (4) その他	
<b>5 入院・救急室受診</b> (1) 入院歴 有・無 <small>(過去2年間に喘息のために入院した場合は、その箇所を記入)</small>	
(2) 救急室受診歴 有・無 <small>(6ヶ月以内に受診した場合は、記入)</small>	
<b>6 治療</b> <small>治療で効果している薬名に〇印をつけてください。</small> ① 吸入ステロイド(有・無): 使用量(低用量・中用量・高用量) ② その他の薬剤(併用している) - 水腫質の改善用利尿薬・ロコトリエン受容体拮抗薬・チオブリリン受容体拮抗薬 - IgG抗体・吸入ステロイド・その他の( )	
<b>7 吸 烟 歴</b> <small>吸ったことがない やめた: 1日( )本 x ( )年間 吸う: 1日( )本 x ( )年間</small>	
④ その他の障害又は 症状の所見等	
平成・令和 年 月 日現症	
⑤ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入して下さい)	
⑥ 手 感 感	
⑦ 症 症	

上記のとおり、診断します。

年 月 日

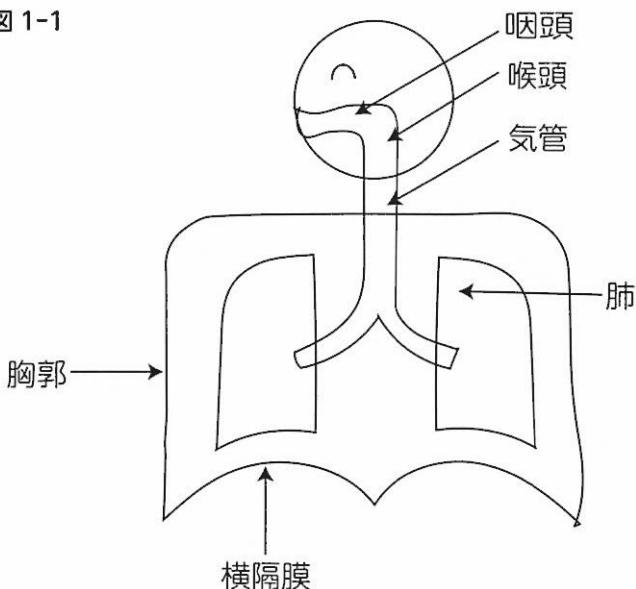
 病院又は診療所の名稱  
 所 在 地

 診療担当科名  
 医師氏名

(厚生労働省ホームページより)

呼吸器というと、肺をイメージすることが多いと思いますが、空気の通り道にあたるところが該当します。

●図 1-1



具体的には、口や鼻、咽頭（いんとう）から喉頭（こうとう）、気管支、肺です。また、肺を動かす胸郭も呼吸器にあたります。

## 1 呼吸とは何をしている？

呼吸とは文字通り息を吐いて吸うことです。呼吸の働きは「換気」と「ガス交換」の二つです。換気は空気を吸って吐くことです。ガス交換は肺で空気中の酸素を取り込み、二酸化炭素を排出することです。

## ●執筆者紹介●

### 太田 敦（徳島県徳島市）医師、社会保険労務士

大学卒業後、一般企業で12年間経理関係の仕事をした後、身近な人の医療的な相談に乗りたいと考え、38歳で徳島大学医学部入学。44歳で卒業し家庭医を目指し京都、岡山で研修を受ける。さらに松山で在宅医療を学び、2018年徳島市で在宅診療専門のクリニックを開業。がん患者を中心に、自宅で最後まで過ごせるようサポートを行っている。

在宅診療に関わる医療保険や介護保険等の諸制度を理解するために社会保険労務士となり、2023年8月あおい空社会保険労務士事務所開設。

在宅医療の現場で障害年金申請がほとんどなされていないことに気づき、障害年金に特化した社労士業務を行っている。併せて医療業界への障害年金啓蒙活動にも力を注いでいる。

### 佐々木 久美子（東京都大田区）特定社会保険労務士

青山学院大学国際経済学科卒業。9年弱の（株）三井銀行勤務後、2004年9月に社会保険労務士事務所を開業。障害年金を専門にし、パーキンソン病・化学物質過敏症・発達障害等の裁判請求・不服申立てを取り扱う。障害認定基準を定めた方々の医学的な謙虚さ・請求人に対する優しさを知ってほしいと考えている。学校教育にも携わる。著書に『知ってほしい障害年金のはなし』（日本法令）がある。

### 五十嵐 誠（新潟県長岡市）特定社会保険労務士

身近な方の予期せぬ困難と心身の不調に直面し、同じ状況にある方を減らしたいとの思いから社労士を志す。社労士法人での勤務を経て2023年に五十嵐誠社会保険労務士事務所を開業。障害年金の支援を専門とし、一人ひとりの状況に丁寧に向き合い、寄り添う姿勢を大切にしている。制度が必要な方に届くように、地域での相談会やセミナーなど周知活動に取り組む。

### 岡本 かおり（栃木県宇都宮市）特定社会保険労務士

2004年社会保険労務士資格取得。「消えた年金問題」が話題になったとき、年金記録確認第三者委員会の調査員を経験したことから、以後年金専門の社会保険労務士として活動している。2014年から8年間年金事務所

で相談業務を行い、現在は障害年金の請求業務のほか、多くの方に年金を知っていただくためにセミナーや相談会を実施している。

**下郷 晓子（東京都港区）特定社会保険労務士、国家資格キャリアコンサルタント**

伊藤忠商事㈱、(㈱)リクルートスタッフィング等で勤務した後、2017年に独立。企業向け人事コンサルティング（採用・人材定着、人事制度、育成研修等）を行う会社を経営しつつ、2021年に社会保険労務士事務所を開業する。「人が働くこと」「人と社会がつながること」というテーマで活動するなか、障害年金の重要性を知り、佐々木氏の勉強会に参加している。

**鈴木 芳男（神奈川県横浜市）特定社会保険労務士**

東京商船大学卒業。(㈱)プリンスホテル勤務。50歳で会社業績不振に伴う早期勧奨退職（リストラ）を経験し、社労士を目指すきっかけとなる。合格後は東京都豊島区役所で生活保護受給者の自立支援業務に携わる。生活保護行政の現場を通じて日本の年金制度のありがたさ、大切さ、温かさを実感する。特に障害年金支給決定で自己肯定感が上がる受給者には支援する自分も励まされる。2023年に独立開業。

**藤原 康弘（長野県松本市）特定社会保険労務士、中小企業診断士**

地方金融機関に定年まで勤務し、再雇用中の2019年に社会保険労務士試験に合格。勤務先の年金相談所で退職前後の方の年金相談等に従事した。開業後は確定拠出年金の導入支援を行ったが、金融機関で培った経験を活かすべきと考え、障害のある方の障害年金相談を主として行っている。受給後の生活設計まで寄り添い、より良い人生の実現を支援している。

**松本 真彩美（神奈川県横浜市）特定社会保険労務士、労務承継監査士**

老後の遊び仲間を求めて佐々木久美子障害年金セミナーを受講。個性豊かで素敵な仲間と親睦をはかり、共著で本を出しませんか！と提案。企業の抱える労務や後継者の課題に寄り添いながら障害者支援にも尽力。2004年開業。主な著書に『従業員に伝える年金の本』（経営書院）ほか。(㈱)服部年金企画講師、日本年金学会会員、温泉ソムリエ

## 前川 真理子（奈良県奈良市）社会保険労務士

2017年開業登録。年金を主業務とする。年金事務所等にて相談員をするなか、障害があって来所できない人はどうするのだろうと思い、障害をお持ちの方々への支援の必要性を強く感じ、障害年金請求代行業務に力を入れる。制度周知・自己研鑽を目的にNPO法人障害年金支援ネットワーク会員登録。当時の代表理事であった佐々木氏のセミナーに参加した縁で今回の出版に関わる。

### 【一緒に考える障害年金】

学校教育でアクティブラーニングを考え続けている特定社労士の佐々木久美子が、障害年金に関わる社労士に向けて、フラットに自由に意見交換できる場として立ち上げた。メンバーが地元で自発・自走で活動できる「しきけ」を準備し、令和5年度は知り合うこと、令和6年度は体験共有に注力し、現在も活動中。