

平成27年度東京都身体障害者福祉法第15条指定医講習会資料

# 肝臓機能障害編

平成28年1月30日

東京都心身障害者福祉センター



# 平成27年度身体障害者福祉法第15条指定医講習会

平成28年1月30日 15:00～  
東京都社会福祉保健医療研修センター

## 目次

### 身体障害者手帳認定基準のポイント

#### 1 診断書の様式と記載

(1) 様式	1
(2) 記載要領	7
(3) 事例	13

#### 2 肝臓機能障害等級表と診断のポイント

障害程度等級表	49
障害程度等級表解説	49
「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧	57
肝臓機能障害の等級診断のポイント早見表	58

### 参考資料

#### 指定医制度の概要等について

1 指定医制度	61
2 身体障害者手帳審査などの流れ	62
3 診断書作成上の主な留意事項	64
4 障害等級の認定方法	65
5 文書照会・審議会への諮問	68



## 身体障害者手帳認定基準のポイント



# 1 診断書の様式と記載

## 〔1〕 様式





## 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名	年 月 日生	男 女
住所		
① 障害名(部位を明記)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     できるだけ正確な名称                      (例)・C型肝炎ウイルスによる肝硬変                      ・ウイルソン病による肝硬変                 </div>		
② 原因となった疾病・外傷名		外傷・疾病 先天性・その他( )
③ 疾病・外傷発生日		年 月 日
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>必ず記載すること</b>                      ・初診日でも可                      ・それも不明な場合                      推定年月日                 </div>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;">                     これらの事項も必ずご記入ください。                 </div>		
		[将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
年 月 日		電話 ( )
病院又は診療所の名称	科 医師氏名 印	
所在地		
診療担当科名		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 級相当	

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。

(日本工業規格A列4番)

90日以上(180日以内)の間隔をおいた、連続する2回の検査

1 肝臓機能障害の重症度

必ず検査年月日をご記入ください。

	検査日(第1回)		検査日(第2回)	
	年	月 日	年	月 日
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II III・IV・V		なし・I・II III・IV・V	
腹水	なし・軽度 中程度以上		なし・軽度 中程度以上	
	概ね 0		概ね 0	
血清アルブミン値	g /dℓ		g /dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	

合計点数	点	点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

等級判定の際の重要なポイントとなります。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g /dℓ超	2.8~3.5g /dℓ	2.8g /dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム(1981年)による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

それぞれの検査日より前に180日以上摂取していないこと。

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

いずれかに必ず、○をつけてください。

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上	有 ・ 無
	検査日 <input type="text" value="年 月 日"/>	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上	有 ・ 無
	検査日 <input type="text" value="年 月 日"/>	
症状に影響する病歴	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下	有 ・ 無
	検査日 <input type="text" value="年 月 日"/>	
	原発性肝がん治療の既往	有 ・ 無
	確定診断日 <input type="text" value="年 月 日"/>	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	有 ・ 無
	確定診断日 <input type="text" value="年 月 日"/>	
胃食道静脈瘤治療の既往	有 ・ 無	
確定診断日 <input type="text" value="年 月 日"/>		
日常生活活動の制限	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染	有 ・ 無
	最終確認日 <input type="text" value="年 月 日"/>	
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある	有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある	有 ・ 無

該当項目が有の場合、必ず、年月日をご記入ください。

いずれかに必ず○をつけてください

該当個数	個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	有 ・ 無

等級判定の際の重要なポイントとなります。



## 〔2〕 記載要領



## 記載要領（肝臓機能障害）

疾患等により永続的に肝臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。

併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

### 総括表 身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

- ① 「障害名」欄  
「肝臓機能障害」と記載する。
- ② 「原因となった疾病・外傷名」欄  
肝臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。  
例えば単に「肝硬変」という記載にとどめることなく、「C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変」「ウィルソン病による肝硬変」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載する。  
傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明確な場合は推定年月を記載する。
- ③ 「参考となる経過・現症」欄  
傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障害認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。  
現症については、別様式診断書「肝臓の機能障害の状態及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。
- ④ 「総合所見」欄  
経過及び現症からみて障害認定に必要な事項、特に肝臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記する。

東京都では、将来再認定について、乳幼児期での申請や障害発生から間もない申請、又は更生医療等の手術等により障害程度が将来軽減されると予測される場合等においては、再認定の対象としている。

肝臓機能障害の場合は、Child-Pugh 分類グレード C の状態が一定期間継続し、日常生活活動の制限等がある者を対象としており、回復困難な者について障害認定することから、原則として、本基準での再認定の対象とはしていない。

- ⑤ **診断年月日、医療機関名、診療担当科名、医師氏名欄を必ず記載し押印すること。**
- ⑥ 身体障害者福祉法第15条第3項の意見（指定医の意見）欄

**障害程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に**

**・該当する**

・該当しない のいずれかに○印を記入する。

**障害程度等級についての参考意見**

○ 級相当 必ず等級を記入する。

## 診断書様式

## (肝臓の機能障害の状態及び所見)

## 1 「肝臓機能障害の重症度」について

肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の各診断・検査結果について、Child-Pugh 分類により点数を付し、その合計点数と血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目における 3 点の有無を記載する。

この場合において、肝性脳症の昏睡度分類については犬山シンポジウム（1981 年）による。

また、腹水については、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね 10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね 40 kg 以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

(参考) 犬山シンポジウム（1981 年）

昏睡度	精神症状	参考事項
I	睡眠－覚醒リズムの逆転 多幸気分、ときに抑うつ状態 だらしなく、気にもとめない態度	retrospective にしか判定できない場合が多い
II	指南力（時・場所）障害、物を取り違える（confusion） 異常行動（例：お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど） ときに傾眠状態（普通の呼びかけで開眼し、会話ができる） 無礼な言動があったりするが、医師の指示に従う態度をみせる	興奮状態がない 尿、便失禁がない 羽ばたき振戦あり
III	しばしば興奮状態または譫妄状態を伴い、反抗的態度をみせる 嗜眠状態（ほとんど眠っている） 外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または従えない（簡単な命令には応じうる）	羽ばたき振戦あり（患者の協力が得られる場合） 指南力は高度に障害
IV	昏睡（完全な意識の消失） 痛み刺激に反応する	刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめる等がみられる
V	深昏睡 痛み刺激にもまったく反応しない	

肝臓機能障害の重症度は、90 日以上（180 日以内）の間隔をおいた連続する 2 回の検査により評価するものであり、それぞれの結果を記載する。なお、既に行った 90 日以前（最長 180 日までの検査の結果を第 1 回の結果とすることとして差し支えない。

## 2 「障害の変動に関する因子」について

肝臓機能障害を悪化させる因子であるアルコールを、それぞれの検査日より前に 180 日以上摂取していないことについて、医師による確認を行う。

また、それぞれの検査時において改善の可能性のある積極的治療を継続して実施しており、肝臓移植以外に改善が期待できないことについて、医師による確認を行う。



### 3 「肝臓移植」について

肝臓移植と抗免疫療法の実施の有無について記載する。複数回肝臓移植を行っている場合の実施年月日は、最初に実施した日付を記載する。

### 4 「補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限」について

ア 原発性肝がん、特発性細菌性腹膜炎、胃食道静脈瘤の治療の既往  
医師による確定診断に基づく治療の既往とする。

イ 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染の確認

HBs 抗原検査あるいは HCV-RNA 検査によって確認する。なお、持続的な感染については、180 日以上感染を意味する。

ウ 期間・回数・症状等の確認

7 日等の期間、1 日 1 時間、2 回等の頻度、倦怠感・易疲労感・嘔吐・嘔気・有痛性筋けいれんの症状の確認は、カルテに基づく医師の判断によるものとする。

エ 日・月の取扱い

1 日：0 時から翌日の 0 時までを意味する。

1 月：連続する 30 日を意味する。暦月ではない。

オ 月に 7 日以上

連続する 30 日の間に 7 日以上（連続していなくてもかまわない）を意味する。

## 留意事項

- 1 肝臓機能障害の認定は、肝臓機能を基本とし、肝臓機能不全に基づく臨床症状、治療の状況、日常生活活動の制限の程度によって行うものである。
- 2 肝臓機能検査、臨床症状、治療の状況と日常生活活動の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。
- 3 患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に際しては、患者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。
- 4 肝臓移植術を行った者の障害程度の認定は、現在の肝臓機能検査の結果にかかわらず、抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものである。
- 5 身体障害認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれない。
- 6 肝炎ウイルスに起因するもの以外であっても、認定基準に該当する場合は、肝臓機能障害として認定する。ただし、アルコールを継続的に摂取することにより障害が生じている場合や悪化している場合は、その摂取を止めれば改善が見込まれることもあるため、一定期間（180 日以上）断酒し、その影響を排除した状況における診断・検査結果に基づき認定することを条件とする。

- 7 肝臓移植を受け、現在、抗免疫療法を継続している者は、抗免疫療法を実施しないと再び肝臓機能の廃絶の危険性があるため、申請時点での抗免疫療法の実施状況をもって、1 級として認定することが適当である。
- なお、移植後の抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することは考えられる。
- 8 Child-Pugh 分類による合計点数と 3 点項目の有無は、第 1 回と第 2 回の両方の診断・検査において認定基準に該当していることが必要である。
- 9 肝性脳症や腹水は、治療による改善が一時的に見られることがあるが、再燃することも多いため、診断時における慢性化してみられる症状を評価する。
- 10 腹水量の評価は、超音波検査等の検査技術の確立を踏まえ、その容量を原則的な基準として定めているが、小児等の体格が小さい者（体重が概ね 40kg 以下）は、容量によって重症度を評価することが困難であることに配慮したものである。
- また、薬剤によるコントロールが可能なものとは、利尿剤等の薬剤により、腹水による腹部膨満や呼吸困難等の症状が持続的に軽減可能な状態を意味する。
- 11 アルコールは、アルコール性肝障害以外であっても悪化要因となることから、180 日以上摂取していないことの確認は、アルコール性肝障害に限定せず、全ての肝障害において行うこと。
- 12 アルコールを 180 日以上摂取していないかどうかは、病状の推移及び患者の申告から医師が判断する。例として、アルコール摂取に関連する検査数値（ $\gamma$ -GTP 値等）や症状の変化、診察時の所見（顔面紅潮、アルコール臭等）等を勘案する。
- 入院等医学的管理下において断酒することにより症状が改善する場合等は、飲酒があったものと判断する。
- 13 積極的治療の実施とは、医師の指示に基づき、受診や服薬、生活上の管理を適切に行っているかどうかで判断する。
- 14 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染については、症状が肝炎ウイルスに起因すると診断されている場合、すでにウイルスの持続的な感染が確認されているため、直近の 1 回の検査によって確認されれば現在の持続的感染と判断してよい。
- 15 強い倦怠感、易疲労感、嘔吐、嘔気、有痛性筋けいれんあるいは「1 日 1 時間以上」「月 7 日以上」等については、外来診察時又は入院回診時、自宅での療養時等において、そのような症状があったことが診療記録等に正確に記載されており、これにより当該項目について確認できることを想定している。

# [3] 事例



# 事例 1

## ( 適切な記入例 )

### [解説]

#### (総括表)

- ・ ①障害名、②原因となった疾病・外傷名、③疾病・外傷発生年月日、④参考となる経過・現症、⑤総合所見の項で、障害認定に必要な事項が適切に記載されている。
- ・ 診断年月日、病院又は診療所の名称等、医師氏名、障害程度等級についての参考意見が記載されている。

#### (肝臓の機能障害の状態及び所見)

- ・ 〈肝臓移植〉の項において、移植は「有」、実施年月日は平成23年7月15日、抗免疫療法の実施は「有」となっており、必要な事項が記入されている。

**1 級の判定は適当である**

## 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名 ○○○○	○○年 ○○月 ○○日生 (66歳)	(男) 女
住所 ○○○○○○		
① 障害名(部位を明記)  <p style="text-align: center;"><b>肝臓機能障害</b></p>		
② 原因となった 疾病・外傷名 <b>C型肝炎ウイルスによる肝硬変</b> 外傷 (疾病) 先天性・その他( )		
② 疾病・外傷発生年月日 <b>平成2年頃</b> 月 日		
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)  平成2年頃 C型肝炎と診断。 IFN治療行うも効果見られず。 平成13年 食道静脈瘤 吐血にてEVL施行、HCCに対してTAE施行 平成15年 肝切除施行 平成22年7月食道静脈瘤に対してEVL施行、TAE施行  <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) <b>平成23年 7月 12日</b></p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)  <b>肝硬変の進行により肝不全となり、肝移植が必要となったため 平成23年7月12日 肝移植手術施行</b>  <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化) (不要)] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 <b>平成27年6月4日</b> 病院又は診療所の名称 <b>○○○病院</b> 電話 ( ) 所在地 <b>○○○○○○</b> 診療担当科名 <b>○○○科</b> 医師氏名 <b>○○○○</b> (印)		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に  <input checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見  <p style="text-align: right;"><b>1</b> 級相当</p>	

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	年 月 日		年 月 日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ		なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	
腹水	なし・軽度 中程度以上		なし・軽度 中程度以上	
	概ね ℓ		概ね ℓ	
血清アルブミン値	g /dℓ		g /dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	

合計点数	点	点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。  
注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (Ⅰ・Ⅱ)	昏睡 (Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g /dℓ超	2.8~3.5g /dℓ	2.8g /dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	実施年月日	平成23年7月12日
抗免疫療法の実施	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		有 ・ 無
	最終確認日	年 月 日	
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ 無

該当個数	個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	有 ・ 無



## 事例 2

### ( 適切な記入例 )

#### [解説]

##### (総括表)

- ・ ①障害名、②原因となった疾病・外傷名、③疾病・外傷発生年月日、④参考となる経過・現症、⑤総合所見の項で、障害認定に必要な事項が適切に記載されている。
- ・ 診断年月日、病院又は診療所の名称等、医師氏名、障害程度等級についての参考意見が記載されている。

##### (肝臓の機能障害の状態及び所見)

- ・ 第1回と第2回の検査日の間隔が173日で、90日以上180日以内の基準を満たしている。
- ・ Child-Pugh 分類の合計点数が、2回とも10点以上であり、3点項目が「有」（血清アルブミン値が2回とも3点）となっている。
- ・ 〈障害の変動に関する因子〉で、検査日より前に180日以上アルコールを摂取していない。又、改善の可能性のある積極的治療を実施している。
- ・ 〈補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限〉の項で、検査日（判定日）が記載されており、該当する項目が5項目（5項目以上）である。

**1 級の判定は適当である**

身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名	〇〇〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日生(80歳)	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所	〇〇〇〇〇〇		
① 障害名(部位を明記)	肝不全		
② 原因となった 疾病・外傷名	C型肝硬変	外傷・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他( )	
② 疾病・外傷発生年月日	平成26年5月初診日		
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	<p>平成14年5月 肝癌再発。他県の医療機関にて加療を続けていた。                  平成25年11月 大量胸水で入院し、平成26年1月退院。                  平成26年5月 当科初診。平成26年12月より、再度大量胸水の貯留あり。                  以降、胸水による低酸素と、血管内脱水に伴う肝性脳症を繰り返している。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 平成25年11月 日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	<p>進行した非代謝性肝硬変、肝不全であり、半年間の経過でさらに悪化傾向にある。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化)・<input checked="" type="radio"/> 不要]                  [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。                  平成27年6月1日                  病院又は診療所の名称 〇〇〇病院 電話 ( )                  所在地 〇〇〇〇〇〇                  診療担当科名 〇〇〇科 医師氏名 〇〇〇〇〇〇 <input checked="" type="radio"/></p>		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる 障害に	<input checked="" type="radio"/> 該当する。 <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見	1 級相当

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成26年 10月 12日		平成27年 4月 4日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・ <input checked="" type="radio"/> Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2	なし・Ⅰ・ <input checked="" type="radio"/> Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2
腹水	なし・ <input checked="" type="radio"/> 軽度 中程度以上	2	なし・ <input checked="" type="radio"/> 軽度 中程度以上	2
	概ね 2 ℓ		概ね 2 ℓ	
血清アルブミン値	2.3 g/dℓ	3	2.2 g/dℓ	3
プロトロンビン時間	56 %	2	45 %	2
血清総ビリルビン値	2.3 mg/dℓ	2	2.5 mg/dℓ	2

合計点数	11 点	11 点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (Ⅰ・Ⅱ)	昏睡 (Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	<input checked="" type="radio"/> ○ ・ ×	<input checked="" type="radio"/> ○ ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	<input checked="" type="radio"/> ○ ・ ×	<input checked="" type="radio"/> ○ ・ ×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	検査日	平成27年 5月 2日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	確定診断日	平成14年 5月 11日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
最終確認日	平成27年5月25日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

該当個数	5 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

# 事例 3

## ( 適切な記入例 )

### [解説]

#### (総括表)

- ・ ①障害名、②原因となった疾病・外傷名、③疾病・外傷発生年月日、④参考となる経過・現症、⑤総合所見の項で、障害認定に必要な事項が適切に記載されている。
- ・ 診断年月日、病院又は診療所の名称等、医師氏名、障害程度等級についての参考意見が記載されている。

#### (肝臓の機能障害の状態及び所見)

- ・ 第1回と第2回の検査日の間隔が123日で、90日以上180日以内の基準を満たしている。
- ・ Child-Pugh 分類の合計点数が、2回とも10点以上である。
- ・ 〈障害の変動に関する因子〉で、検査日より前に180日以上アルコールを摂取していない。又、改善の可能性のある積極的治療を実施している。
- ・ 〈補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限〉の項で、該当する項目が5個（3個以上）であり、かつ「補完的な肝機能診断」又は「症状に影響する病歴」で、該当する項目が4個（1個以上）ある。

**3級の判定は適当である**

身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名	〇〇〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日生(61歳)	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所	〇〇〇〇〇〇		
① 障害名(部位を明記)	<b>肝臓機能障害</b>		
② 原因となった 疾病・外傷名	<b>C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変</b>	外傷 <input checked="" type="radio"/> 疾病 <input type="radio"/> 先天性・その他( )	
② 疾病・外傷発生日	平成16年 月 日		
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	<p>平成16年頃よりC型肝炎を指摘。                  平成19年頃食道静脈瘤に対しEVLが施行されている。                  平成20年11月 当院初診。以降、肝硬変としてフォロー                  平成22年 肝性脳症、腹水貯留を繰り返す。                  平成26年～ 肝性脳症治療のための入院頻度が増加している。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 平成22年 12月 日</p>		
④ 総合所見(再認定の項目も記入)	<p>平成26年12月22日及び平成27年4月25日において、Child-Pughgrade Cの肝機能障害を呈した。</p> <p>血清アルブミンは、12月22日3.2g/dℓ、4月25日3.0g/dℓであるが、アルブミン製剤を点滴投与している(月4パイアル程度)ので、採血日によっては、2.5g/dℓ程度となる。</p> <p>肝性脳症Ⅲ度を繰り返し、点滴や入院を要する。繰り返す肝性脳症と腹水のため、日常生活が制限されている。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化) <input checked="" type="radio"/> 不要] <input type="radio"/>                  [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	<b>糖尿病</b>		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。			
平成27年4月26日			
病院又は診療所の名称	〇〇〇病院	電話	( )
所在地	〇〇〇〇〇〇		
診療担当科名	〇〇〇科	医師氏名	〇〇〇〇〇〇 <input checked="" type="radio"/>
身体障害者福祉法第15条第3項の意見			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	<input checked="" type="radio"/> 該当する。 <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見	<b>3</b> 級相当

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成26年12月 22日		平成27年 4月 25日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II III・IV・V	2	なし・I・II III・IV・V	2
腹水	なし・軽度 中程度以上	3	なし・軽度 中程度以上	3
	概ね 5 ℓ		概ね 5 ℓ	
血清アルブミン値	3.2 g/dℓ	2	3.0 g/dℓ	2
プロトロンビン時間	92 %	1	75 %	1
血清総ビリルビン値	3.4 mg/dℓ	3	2.7 mg/dℓ	2

合計点数	11 点	10 点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有・無	有・無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。  
 注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。  
 注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○・×	○・×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○・×	○・×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有・無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有・無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	検査日	平成27年 2月24日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	検査日	平成27年 4月25日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	確定診断日	平成27年 4月 3日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
最終確認日	平成21年 1月13日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

該当個数	5 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無



## 事例 4 ( 不適切な記入例 )

### [解説]

肝臓機能障害の認定対象は、Child-Pugh 分類によるグレード C の状態が一定期間継続し、回復困難なものとするというのが基本である。

そのため、認定基準では、1 級、2 級、3 級及び 4 級に該当するための基本的な要件として、Child-Pugh 分類の合計点数が、10 点以上の状態が、90 日以上（180 日以内）の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くものと規定している。

- ・ 2 回の検査とも Child-Pugh 分類の合計点数が、10 点未満である。
- ・ したがって、他の認定要件（障害の変動に関する因子、補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限）を満たしていても、肝臓機能障害の認定の基本となる肝臓機能の評価が、Child-Pugh 分類でグレード C まで至らない（10 点未満）ことから、

**2 級ではなく非該当とするのが適当である**

## 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名 ○○○○	○○年○○月○○日生(45歳)	(男)女
住所 ○○○○○○		
① 障害名(部位を明記)  <b>肝硬変、食道静脈瘤、腹水</b>		
② 原因となった 疾病・外傷名	<b>ウィルソン病</b>	外傷・ <b>疾病</b> 先天性・その他( )
② 疾病・外傷発生年月日 <b>昭和60年2月</b> 日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)  <b>上記にて長期フォロー中。過去、摘脾術、及びB-RTOもやっており、 食道静脈瘤破裂により、内視鏡的治療を20回以上施行している。</b>		
障害固定又は障害確定(推定) <b>平成27年4月7日</b>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)  <b>上記経過より、又、倦怠症状、しばしば肝性脳症をおこすことより、認定に値する状態であると診断。</b>		
[将来再認定 <b>要</b> (軽度化・ <b>重度化</b> )・不要] [再認定の時期 <b>1年後</b> 3年後・5年後]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 <b>平成27年4月7日</b> 病院又は診療所の名称 <b>○○○病院</b> 電話 ( ) 所在地 <b>○○○○○○</b> 診療担当科名 <b>○○○科</b> 医師氏名 <b>○○○○○○</b> (印)		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・ <b>該当する。</b> ・ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見  <b>2 級相当</b>	

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。

(日本工業規格A列4番)

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成26年12月 17日		平成27年 3月 29日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・ <input checked="" type="radio"/> Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2	なし・Ⅰ・ <input checked="" type="radio"/> Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2
腹水	なし・ <input checked="" type="radio"/> 軽度 中程度以上	2	なし・ <input checked="" type="radio"/> 軽度 中程度以上	2
	概ね 1.5 ℓ		概ね 1.5 ℓ	
血清アルブミン値	3.0 g/dℓ	2	2.5 g/dℓ	3
プロトロンビン時間	76 %	1	72 %	1
血清総ビリルビン値	1.55 mg/dℓ	1	1.48 mg/dℓ	1

合計点数	8 点	9 点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。  
注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (Ⅰ・Ⅱ)	昏睡 (Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	<input checked="" type="radio"/> ・ ×	<input checked="" type="radio"/> ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	<input checked="" type="radio"/> ・ ×	<input checked="" type="radio"/> ・ ×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	検査日	平成26年 9月 3日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	確定診断日	平成 9年 5月 25日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
最終確認日	年 月 日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

該当個数	5 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

## 事例 5 ( 不適切な記入例 )

### [解説]

肝臓機能障害の認定対象は、Child-Pugh 分類によるグレード C の状態が一定期間継続し、回復困難なものとするというのが基本である。

そのため、認定基準では、1 級、2 級、3 級及び 4 級に該当するための基本的な要件として、Child-Pugh 分類の合計点数が、10 点以上の状態が、90 日以上（180 日以内）の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くものと規定している。

- ・ 第 1 回と第 2 回の検査日の間隔が 257 日で、2 回の検査日の間隔が 90 日以上 180 日以内という基準を満たしていない。
- ・ したがって、本診断書の所見では障害認定は困難であり、非該当である。

なお、本事例の場合、上記認定基準に該当するような間隔の 2 回の検査において、Child-Pugh 分類によるグレード C の状態が確認される時点での再診断が望ましい。

4 級ではなく、非該当とするのが適当である

## 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名 ○○○○	○○年 ○○月 ○○日生(52歳)	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所 ○○○○○○		
① 障害名(部位を明記)  <b style="text-align: center;">肝機能障害</b>		
② 原因となった 疾病・外傷名 <b style="text-align: center;">アルコール性肝硬変</b> 外傷・ <u>疾病</u> 先天性・その他( )		
② 疾病・外傷発生年月日 <b style="text-align: center;">平成26年 7月 日</b>		
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)  <b>平成23年よりアルコール性肝硬変、腹水、浮腫、昏睡を繰り返す。 (入退院を繰り返していた)</b>  <div style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) <b>平成27年 6月 日</b></div>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)  <b>現在、アルコール摂取はない。 CTにて、LCの所見(+)、腹水を中等度認める。 嘔気もあり、食事摂取もいまひとつである。</b>  <div style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化) <u>不要</u>] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</div>		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 <b>平成27年 6月 15日</b> 病院又は診療所の名称 <b>○○○病院</b> 電話 ( ) 所在地 <b>○○○○○○</b> 診療担当科名 <b>○○○科</b> 医師氏名 <b>○○○○○○</b> <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に  <input checked="" type="radio"/> 該当する。 <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見  <div style="text-align: right;"><b>4</b> 級相当</div>	

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成26年 9月 30日		平成27年 6月 15日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II III・IV・V	2	なし・I・II III・IV・V	3
腹水	なし・軽度 中程度以上	3	なし・軽度 中程度以上	3
	概ね 3 ℓ		概ね 3 ℓ	
血清アルブミン値	3.5 g/dℓ	2	3.3 g/dℓ	2
プロトロンビン時間	62 %	2	93 %	1
血清総ビリルビン値	0.4 mg/dℓ	1	0.4 mg/dℓ	1

合計点数	10 点	10 点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有・無	有・無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○・×	○・×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○・×	○・×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有・無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有・無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	最終確認日	年 月 日	
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

該当個数	2 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無



# 事例 6

## ( 不適切な記入例 )

### [解説]

認定基準では、1級又は2級に該当する基本的な要件として、2回の検査日とも、Child-Pugh 分類の合計点数は10点以上で、かつ、3点項目が「有」のものと規定している。

- ・ 第1回と第2回の検査日の間隔が175日で、90日以上180日以内の基準を満たしている。
- ・ 〈障害の変動に関する因子〉で、検査日より前に180日以上アルコールを摂取していない。又、改善の可能性のある積極的治療を実施している。
- ・ 〈補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限〉の項において、該当項目が「補完的な肝機能診断」及び「症状に影響する病歴」の項での2項目（1項目以上）を含む3項目（3項目以上）が認められる。
- ・ しかしながら、

Child-Pugh 分類の合計点数は、2回の検査とも10点以上であるが、第1回目の検査で「血清アルブミン値」「プロトロンビン時間」「血清総ビリルビン値」が2点（3点未満）のため、3点項目の有無が「無」となっていることから、

**2級ではなく3級の判定が適当である**

身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名	〇〇〇〇	〇〇年 〇〇月 〇〇日生(63歳)	<input checked="" type="radio"/> 男 女
住所	〇〇〇〇〇〇		
① 障害名(部位を明記)	<b>肝臓機能障害</b>		
② 原因となった 疾病・外傷名	<b>B型肝炎ウイルスに起因する肝硬変</b>		外傷 <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他( )
② 疾病・外傷発生日	平成26年 6月 日		
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	<p>平成27年5月2日のCTにて、肝萎縮及び腹水貯留が著明。 5月6日、上部消化管内視鏡にて、RC sign陽性の食道静脈瘤。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 平成26年 6月 日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	<p style="text-align: center;"><b>末期肝硬変による腹水コントロール困難であり、定期的な腹水穿刺、排液が必要。</b></p> <p style="text-align: right;">〔将来再認定 要(軽度化・重度化) <input checked="" type="radio"/>不要〕 〔再認定の時期 1年後・3年後・5年後〕</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 平成27年 5月 16日</p> <p>病院又は診療所の名称 〇〇〇病院 電話 ( )</p> <p>所 在 地 〇〇〇〇〇〇</p> <p>診 療 担 当 科 名 〇〇〇科 医師氏名 〇〇〇〇〇〇 <input checked="" type="radio"/>印</p>		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる 障害に	<input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見  <b>2</b> 級相当	

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。

(日本工業規格A列4番)

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成26年11月21日		平成27年5月16日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・ <input checked="" type="radio"/> Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2	なし・ <input checked="" type="radio"/> Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2
腹水	なし・軽度 <input checked="" type="radio"/> 中程度以上 概ね 5 ℓ	3	なし・軽度 <input checked="" type="radio"/> 中程度以上 概ね 5 ℓ	3
血清アルブミン値	3.0 g/dℓ	2	2.4 g/dℓ	3
プロトロンビン時間	65 %	2	73 %	1
血清総ビリルビン値	2.3 mg/dℓ	2	1.3 mg/dℓ	1

合計点数	11 点	10 点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有・無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (Ⅰ・Ⅱ)	昏睡 (Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを 摂取していない	<input checked="" type="radio"/> ・×	<input checked="" type="radio"/> ・×
改善の可能性のある 積極的治療を実施	<input checked="" type="radio"/> ・×	<input checked="" type="radio"/> ・×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	確定診断日	平成27年 5月 6日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
最終確認日	平成27年 5月 16日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

該当個数	3 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

# 事例 7

## ( 不適切な記入例 )

### [解説]

- ・ 第 1 回と第 2 回の検査日の間隔が 96 日で、90 日以上 180 日以内の基準を満たしている。
- ・ 2 回の検査とも Child-Pugh 分類の合計点数が、10 点以上であり、3 点項目は「有」である。(1 回目：血清アルブミン値、血清総ビリルビン値が各 3 点、2 回目：プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値が各 3 点)
- ・ 〈障害の変動に関する因子〉で、検査日より前に 180 日以上アルコールを摂取していない。又、改善の可能性のある積極的治療を実施している。
- ・ しかしながら、  
「補完的な肝機能診断」又は「症状に影響する病歴」で、該当する項目が 3 項目 (1 個以上) であるものの、〈補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限〉の該当項目の合計が、1 級の要件である 5 個以上まで至らず、4 個にとどまることから、

**1 級ではなく 2 級の判定が適当である**

身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名	〇〇〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日生(68歳)	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〇〇〇〇〇〇		
① 障害名(部位を明記)	肝臓機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名	C型肝硬変	外傷・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他( )	
③ 疾病・外傷発生年月日	平成23年 月 日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	<p>平成23年 近医にて腹水指摘され、初めてC型肝硬変の診断を受ける。 その後、肝性脳症により、入退院を繰り返し腹水コントロールも不良である。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 平成23年 頃 月 日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	<p>肝不全の進行あり、慢性的なChild-Pugh分類 Grade Cの状態が継続しており、 改善は見込めない状態。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・重度化)・<input checked="" type="radio"/>不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]</p>		
⑥ その他参考となる合併症状	<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>平成27年7月19日</p> <p>病院又は診療所の名称 〇〇〇病院 電話 ( )</p> <p>所在地 〇〇〇〇〇〇</p> <p>診療担当科名 〇〇〇科 医師氏名 〇〇〇〇〇〇 <input checked="" type="radio"/>印</p>		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	<input checked="" type="radio"/> 該当する。 <input type="radio"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見	1 級相当

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成27年4月 13日		平成27年 7月 19日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II III・IV・V	2	なし・I・II III・IV・V	1
腹水	なし・軽度 中程度以上	3	なし・軽度 中程度以上	3
	概ね 5 ℓ		概ね 5 ℓ	
血清アルブミン値	2.2 g/dℓ	3	3.1 g/dℓ	2
プロトロンビン時間	49.3 %	2	31 %	3
血清総ビリルビン値	6.1 mg/dℓ	3	4.0 mg/dℓ	3

合計点数	13 点	12 点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
	検査日	平成27年 7月13日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
	検査日	平成27年 7月19日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
最終確認日	平成27年 7月13日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

該当個数	4 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無



## 事例 8

### ( 不適切な記入例 )

#### [解説]

- ・ 第 1 回と第 2 回の検査日の間隔が 107 日で、90 日以上 180 日以内の基準を満たしている。
  - ・ Child-Pugh 分類の合計点数が 2 回の検査日とも、10 点以上であり、3 点項目は有である。(1 回目：血清アルブミン値が 3 点、2 回目：血清アルブミン値及び血清総ビリルビン値が 3 点)
  - ・ 〈障害の変動に関する因子〉で、検査日より前に 180 日以上アルコールを摂取していない。又、改善の可能性のある積極的治療を実施している。
  - ・ 〈補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限〉の項の該当項目数が、6 個 (5 個以上) ある。
- ・ 以上により、
- 1 級の要件である、2 回の検査日とも Child-Pugh 分類の合計点数は 10 点以上で、かつ、3 点項目が「有」のもので、〈補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限〉の項の、該当項目が 5 項目以上のものに該当することから、

**3 級ではなく 1 級の判定が適当である**

## 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

総括表

氏名 ○○○○	○○年○○月○○日生(62歳)	(男)女
住所 ○○○○○○		
① 障害名(部位を明記)  <b>肝臓機能障害</b>		
② 原因となった 疾病・外傷名	<b>C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変</b>	外傷・ <u>疾病</u> 先天性・その他( )
③ 疾病・外傷発生年月日 <b>不詳</b> 年 月 日		
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)  <b>C型肝炎で平成13年 当院初診。 平成25年1月に肝癌発症。RFAやTAEを繰り返す。現在も3ヶ月に一度、TAIを繰り返している。 また、慢性の腹水、肝性脳症あり、また脾摘もしている。 平成27年3月には、食道静脈瘤硬化療法を行っている。</b> <span style="float: right;">障害固定又は障害確定(推定) <b>平成27年 6月 7日</b></span>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)  <b>肝硬変の進行に伴う、低アルブミン血症、難治性腹水に伴い日常生活は制限されている。 また、今後も肝癌治療の継続の必要があり、更なる増悪も予想される。</b>  <span style="float: right;">[将来再認定 <u>要</u>(軽度化・<u>重度化</u>)・不要] [再認定の時期 <u>1年後</u>・3年後・5年後]</span>		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 <b>平成27年6月7日</b> 病院又は診療所の名称 <b>○○○病院</b> 電話 ( ) 所在地 <b>○○○○○○</b> 診療担当科名 <b>○○○科</b> 医師氏名 <b>○○○○○○</b> (印)		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に  <input checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない。	障害程度等級についての参考意見  <b>3 級相当</b>	

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成27年 2月 19日		平成27年 6月 7日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・ <input checked="" type="radio"/> Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2	なし・ <input checked="" type="radio"/> Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2
腹水	なし・軽度 <input checked="" type="radio"/> 中程度以上	3	なし・軽度 <input checked="" type="radio"/> 中程度以上	3
	概ね 4 ℓ		概ね 4 ℓ	
血清アルブミン値	2.7 g/dℓ	3	2.5 g/dℓ	3
プロトロンビン時間	74 %	1	72 %	1
血清総ビリルビン値	1.6 mg/dℓ	1	3.1 mg/dℓ	3

合計点数	10 点	12 点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。  
 注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (Ⅰ・Ⅱ)	昏睡 (Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。  
 注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10 以上を軽度、30 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ ×	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ ×	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ ×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ <input type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150 μg/dℓ以上		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	検査日	平成27年 6月 7日	
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	検査日	年 月 日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	確定診断日	平成25年 1月 5日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	確定診断日	平成27年 1月29日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
最終確認日	平成24年 9月15日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

該当個数	6 個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

## 2 肝臓機能障害等級表 と診断のポイント



## 障害程度等級表

級別	肝 臓 機 能 障 害
1 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの
2 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの
3 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く)
4 級	肝臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

## 障害程度等級表解説

### 1 等級表 1 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。

- (ア) Child-Pugh 分類（注 1）の合計点数が 10 点以上であって、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち 1 項目以上が 3 点の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。
- (イ) 次の項目（a～j）のうち、5 項目以上が認められるもの。
- a 血清総ビリルビン値が 5.0 mg/dℓ 以上
  - b 血中アンモニア濃度が 150 μg/dℓ 以上
  - c 血小板数が 50,000/mm<sup>3</sup> 以下
  - d 原発性肝がん治療の既往
  - e 特発性細菌性腹膜炎治療の既往
  - f 胃食道静脈瘤治療の既往
  - g 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染
  - h 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月 7 日以上ある
  - i 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある
  - j 有痛性筋けいれんが 1 日に 1 回以上ある

### 2 等級表 2 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。

- (ア) Child-Pugh 分類（注 1）の合計点数が 10 点以上であって、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち 1 項目以上が 3 点の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。

(イ) 1 (イ) の項目 (a ~ j) のうち、a から g までの 1 つを含む 3 項目以上が認められるもの。

**3 等級表 3 級**に該当する障害は、**次のいずれにも該当するもの**をいう。

(ア) Child-Pugh 分類 (注 1) の合計点数が 10 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。

(イ) 1 (イ) の項目 (a ~ j) のうち、a から g までの 1 つを含む 3 項目以上が認められるもの。

**4 等級表 4 級**に該当する障害は、**次のいずれにも該当するもの**をいう。

(ア) Child-Pugh 分類 (注 1) の合計点数が 10 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。

(イ) 1 (イ) の項目 (a ~ j) のうち、1 項目以上が認められるもの。

**5 肝臓移植を行った者**については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去 (軽減) 状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定して、**1 級に該当するもの**とする。

(注 1) Child-Pugh 分類

	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III 以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ 超	2.8~3.5 g/dℓ	2.8g/dℓ 未満
プロトロンビン時間	70% 超	40~70%	40% 未満
血清総ビリルビン値	2.0 mg/dℓ 未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ 超

※ **プロトロンビン時間のスコア**については、**国際標準比 (INR) によるスコア**により代替することができる。

その場合、INR 1.7 未満は 1 点

1.7~2.3 は 2 点

2.3 超は 3 点

として算定する。この場合、INR によることを診断書に明記することとする。



## 6 診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的に肝臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

### (1) 「総括表」について

#### ア 「障害名」について

「肝臓機能障害」と記載する。

#### イ 「原因となった疾病・外傷名」について

肝臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。例えば単に「肝硬変」という記載にとどめることなく、「C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変」「ウィルソン病による肝硬変」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載する。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明確な場合は推定年月を記載する。

#### ウ 「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障害認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。

現症については、別様式診断書「肝臓の機能障害の状態及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。

#### エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項、特に肝臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記し、併せて将来再認定の要否、時期等を必ず記載する。

### (2) 「肝臓の機能障害の状態及び所見」について

#### ア 「肝臓機能障害の重症度」について

肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の各診断・検査結果について、Child-Pugh分類により点数を付し、その合計点数と血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目における3点の有無を記載する。この場合において、肝性脳症の昏睡度分類については犬山シンポジウム（1981年）による。また、腹水については、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10以上を軽度、30以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

(参考) 犬山シンポジウム (1981年)

昏睡度	精神症状	参考事項
I	睡眠－覚醒リズムの逆転 多幸気分、ときに抑うつ状態 だらしなく、気にもとめない態度	retrospective にしか判定できない場合が多い
II	指南力 (時・場所) 障害、物を取り違える (confusion) 異常行動 (例: お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど) ときに傾眠状態 (普通の呼びかけで開眼し、会話ができる) 無礼な言動があつたりするが、医師の指示に従う態度をみせる	興奮状態がない 尿、便失禁がない 羽ばたき振戦あり
III	しばしば興奮状態または譫妄状態を伴い、反抗的態度をみせる 嗜眠状態 (ほとんど眠っている) 外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または従えない (簡単な命令には応じうる)	羽ばたき振戦あり (患者の協力が得られる場合) 指南力は高度に障害
IV	昏睡 (完全な意識の消失) 痛み刺激に反応する	刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめる等がみられる
V	深昏睡 痛み刺激にもまったく反応しない	

肝臓機能障害の重症度は、90日以上(180日以内)の間隔をおいた連続する2回の検査により評価するものであり、それぞれの結果を記載する。なお、既に実施した90日以前(最長180日まで)の検査の結果を第1回の結果とすることとして差し支えない。

イ 「障害の変動に関する因子」について

肝臓機能障害を悪化させる因子であるアルコールを、それぞれの検査日より前に180日以上摂取していないことについて、医師による確認を行う。

また、それぞれの検査時において改善の可能性のある積極的治療を継続して実施しており、肝臓移植以外に改善が期待できないことについて、医師による確認を行う。

ウ 「肝臓移植」について

肝臓移植と抗免疫療法の実施の有無について記載する。複数回肝臓移植を行っている場合の実施年月日は、最初に実施した日付を記載する。

エ 「補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限」

について

- (ア) 原発性肝がん、特発性細菌性腹膜炎、胃食道静脈瘤の治療の既往医師による確定診断に基づく治療の既往とする。
- (イ) 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染の確認  
HBs 抗原検査あるいは HCV-RNA 検査によって確認する。なお、持続的な感染については、180 日以上の感染を意味する。
- (ウ) 期間・回数・症状等の確認  
7 日等の期間、1 日 1 時間、2 回等の頻度、倦怠感・易疲労感・嘔吐・嘔気・有痛性筋けいれんの症状の確認は、カルテに基づく医師の判断によるものとする。
- (エ) 日・月の取扱い  
1 日：0 時から翌日の 0 時までを意味する。  
1 月：連続する 30 日を意味する。暦月ではない。
- (オ) 月に 7 日以上  
連続する 30 日の間に 7 日以上（連続していなくてもかまわない）を意味する。

## 7 障害程度の認定について

- (1) 肝臓機能障害の認定は、肝臓機能を基本とし、肝臓機能不全に基づく臨床症状、治療の状況、日常生活活動の制限の程度によって行うものである。
- (2) 肝臓機能検査、臨床症状、治療の状況と日常生活活動の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。
- (3) 患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に際しては、患者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。
- (4) 肝臓移植術を行った者の障害程度の認定は、現在の肝臓機能検査の結果にかかわらず、抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものである。
- (5) 身体障害認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれない。

## 8 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について

Q 1. 障害となった原因を問わず、認定基準に該当する場合は認定してよいか。

A 1. 肝炎ウイルスに起因するもの以外であっても、肝臓機能障害として認定する。  
ただし、アルコールを継続的に摂取することにより障害が生じている場合や悪化している場合は、その摂取を止めれば改善が見込まれることもあるため、一定期間（180 日以上）断酒し、その影響を排除した状況における診断・検査結果に基づき認定することを条件とする。

Q 2. すでに肝臓移植を受け、現在抗免疫療法を継続している者が、更生医療の適用の目的から新規に肝臓機能障害として手帳の申請をした場合、申請時点での抗免疫療法の実施状況をもって認定してよいか。

A 2. 肝臓移植を行ったものは、抗免疫療法の継続を要する期間は、これを実施しないと再び肝臓機能の廃絶の危険性があるため、抗免疫療法を実施しないと仮定した状態を想定し、1 級として認定することが適当である。

Q 3. 肝臓機能障害で認定を受けていたものが、肝臓移植によって認定している等級の基準に該当しなくなった場合、手帳の返還あるいは再認定等が必要となるのか。

A 3. 移植後の抗免疫療法を継続実施している間は 1 級として認定することが規定されており、手帳の返還や等級を下げるための再認定は要しないものと考えられる。  
ただし、抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することは考えられる。

Q 4. Child-Pugh 分類による合計点数と 3 点項目の有無は、第 1 回と第 2 回の両方の診断・検査結果が認定基準に該当している必要があるのか。

A 4. 第 1 回と第 2 回の両方の診断・検査において認定基準に該当していることが必要である。

Q 5. 肝性脳症や腹水は、どの時点の状態によって診断するのか。

A 5. 肝性脳症や腹水は、治療による改善が一時的に見られることがあるが、再燃することも多いため、診断時における慢性化してみられる症状を評価する。

Q 6. 腹水の評価において、体重が概ね 40 k g 以下の者の基準を別途定めている趣旨は何か。また、薬剤によるコントロール可能なものとはどういう状態を意味するのか。

A 6. 超音波検査等の検査技術の確立を踏まえ、腹水量の評価は、その容量を原則的な基準として定めているが、小児等の体格が小さい者については、一定の容量によって重症度を評価することが困難であることに配慮したものである。

また、薬剤による、コントロールが可能なものとは、利尿剤等の薬剤により、腹水による腹部膨満や呼吸困難等の症状が持続的に軽減可能な状態を意味する。

Q 7. アルコールを 180 日以上摂取していないことの確認は、アルコール性肝障害以外についても行うのか。

A 7. アルコールは、アルコール性肝障害以外であっても悪化要因となることから、180 日以上摂取していないことの確認はアルコール性肝障害に限定しない。

Q 8. 180 日以上アルコールを摂取していないことについて、どのように判断するのか。

A 8. 症状の推移及び患者の申告から医師が判断する。例として、アルコール摂取に関連する検査数値（ $\gamma$ -GTP 値等）や症状の変化、診察時の所見（顔面紅潮、アルコール臭等）等を勘案する。

入院等医学的管理下において断酒することにより症状が改善する場合等は、飲酒があったものと判断する。

Q 9. 積極的治療を実施とは、どのようなことから判断するのか。

A 9. 医師の指示に基づき、受診や服薬、生活上の管理を適切に行っているかどうかで判断する。

Q 10. 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染の確認については 180 日以上の間隔をおいた検査を 2 回実施しなければならないのか。

A 10. 現在の症状が肝炎ウイルスに起因すると診断されている場合は、すでにウイルスの持続的な感染が確認されているため、直近の 1 回の検査によって確認されれば現在の持続的感染と判断してよい。

Q 11. 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染の確認とあるが、他の型のウイルスの感染は対象とはしないのか。

A 11. 現在確認されている肝炎ウイルスのうち、A 型肝炎及び E 型肝炎は症状が慢性化することは基本的になく、また D 型肝炎ウイルスについては B 型肝炎ウイルスの感染下においてのみ感染するため、B 型肝炎と C 型肝炎のみを対象としている。今後新たな肝炎ウイルスが確認された場合は、その都度検討する。

Q 12. 強い倦怠感、易疲労感、嘔吐、嘔気、有痛性筋けいれんあるいは「1 日 1 時間以上」「月 7 日以上」等は、どのように解するのか。

A 12. 外来診察時又は入院回診時、自宅での療養時等において、そのような症状があったことが診療記録等に正確に記載されており、これにより当該項目について確認できるということを想定している。

そのためにも、平素からこれらの症状について、継続的に記録を取っておくことが必要である。

「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧（肝臓）

疾患、症例	留意事項
肝臓機能障害	肝臓機能障害の場合は、Child-Pugh 分類グレード C の状態が一定期間継続し、日常生活活動の制限等がある者を対象としており、回復困難な者について障害認定することから、原則として、本基準での再認定の対象とはしない。

# 肝臓機能障害（認定基準早見表）

（全等級で1種）

等級	障害程度等級表	次のア～イのいずれにも該当するものをいう。		
1 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの	<p><b>ア.</b> Child-Pugh分類の合計点数が<b>10点以上</b>であって血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち<b>1項目以上が3点の状態</b>が、90日以上180日以下の間隔をおいた検査において<b>連続して2回以上</b>続くもの。</p>	<p><b>イ.</b> 下記の項目(a～j)のうち、<b>5項目以上</b>が認められるもの。</p>	<p><b>肝臓移植を行った者</b>については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去（軽減）状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定して、1級に該当するものとする。</p>
2 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が <b>極度に制限されるもの</b>	<p><b>ア.</b> Child-Pugh分類の合計点数が<b>10点以上</b>の状態が、90日以上180日以下の間隔をおいた検査において<b>連続して2回以上</b>続くもの。</p>	<p><b>イ.</b> 下記の項目(a～j)のうち、<b>aからgまでの1つを含む3項目以上</b>が認められるもの。</p>	
3 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が <b>著しく制限されるもの</b> （社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く）	<p><b>ア.</b> Child-Pugh分類の合計点数が<b>10点以上</b>の状態が、90日以上180日以下の間隔をおいた検査において<b>連続して2回以上</b>続くもの。</p>	<p><b>イ.</b> 下記の項目(a～j)のうち、<b>1項目以上</b>が認められるもの。</p>	
4 級	肝臓の機能の障害により <b>社会での日常生活活動が著しく制限されるもの</b>	<p><b>ア.</b> Child-Pugh分類の合計点数が<b>10点以上</b>の状態が、90日以上180日以下の間隔をおいた検査において<b>連続して2回以上</b>続くもの。</p>	<p><b>イ.</b> 下記の項目(a～j)のうち、<b>1項目以上</b>が認められるもの。</p>	



## 指定医制度の概要等について



# 指定医制度の概要等について

## 1 指定医制度

### (1) 指定医制度について

#### ○手帳取得に不可欠な診断書

身体に障害のある方は**指定医の診断書**を必ず添付し、区市町村を經由して都知事に身体障害者手帳の交付申請を行います。

#### ○障害者への福祉サービス供給に不可欠な診断書

認定した等級に基づき、障害者の自立と社会参加を促進する様々な福祉サービスが供給されます。その認定は**指定医の診断書に基づいて**審査します。

#### ○診断書の的確な記載

上記のことから、「**指定医の診断書は障害者にとって非常に重要である**」ということができ、診断書の作成に当たっては「**身体障害者診断書作成の手引き**」により所要の事項について**的確に記載**してください。

### (2) 指定医としての心構え

#### ○指定医の診断について

指定医は診断書作成をすることができると同時に、指定医として診断の責務もあります。受診を希望されたときは、できるだけ診断書作成にご協力願います。

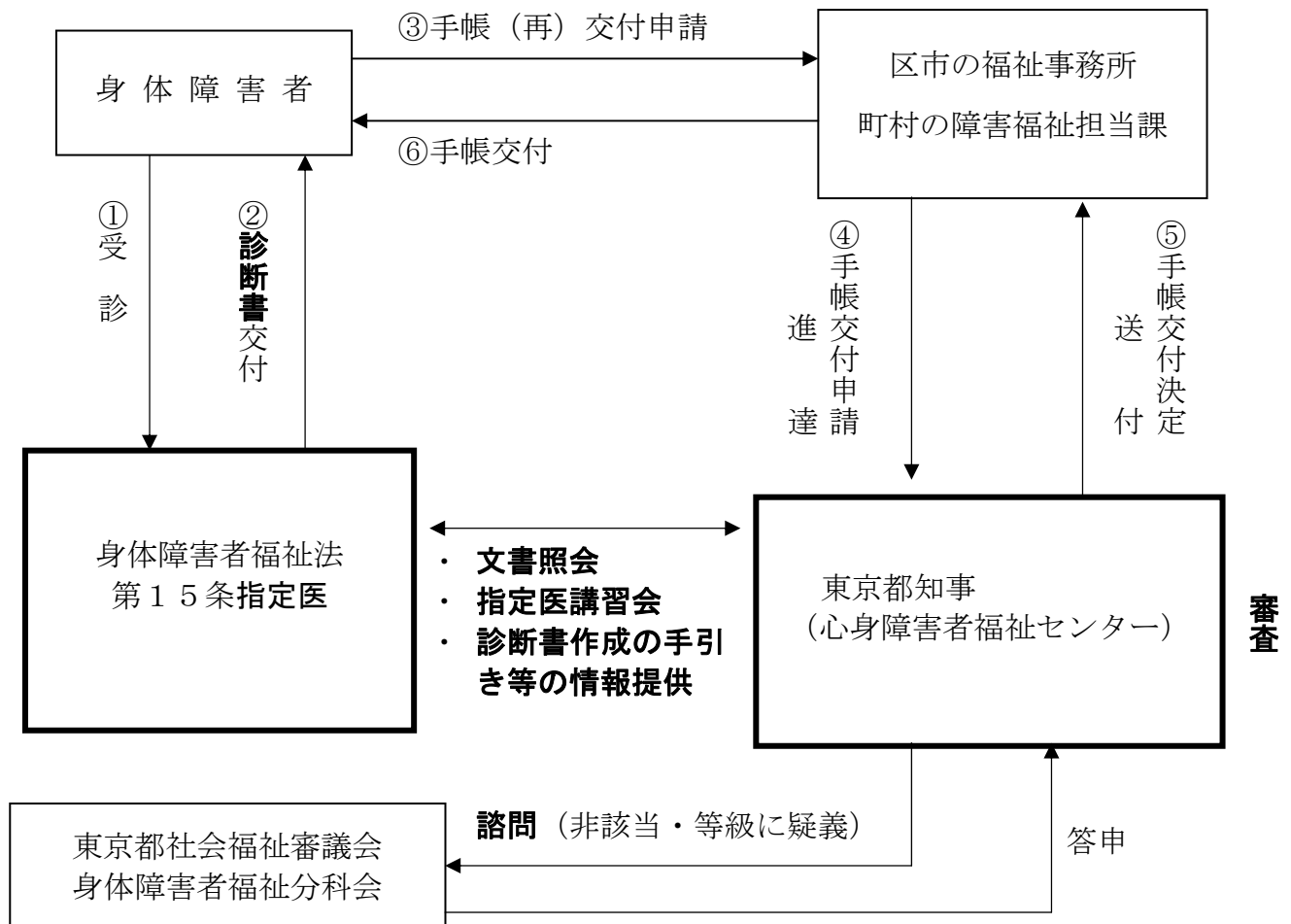
なお、検査ができない等の理由で診断書が作成困難な場合は、他の指定医を紹介する等、ご協力願います。

また、再認定のための診断で、非該当になる場合でも診断書が必要になる場合がありますので、ご協力願います。

#### ○指定医の届出義務

診断に従事する医療機関等に変更があった場合や診療を止める場合などには、速やかに所定の様式で区市町村長（福祉事務所長）を經由して知事に**届出を行な**ってください。

## 2 身体障害者手帳審査などの流れ



### (注1) 東京都社会福祉審議会に諮問するケース

- ・ 法別表に掲げる障害には該当しないもの
  - ・ 障害等級が更新されているとは認められないもの
  - ・ 障害等級意見に疑義があるもの
- に限られる。

### (注2) 障害再認定

**再認定対象者**は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は、都においては再認定対象者とはしない。**再認定診査の期日**は身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

(注3) 指定医の指定内容変更などの届出については、区市町村が窓口となっております。(届出様式…次ページ参照)

## 指 定 内 容 変 更 届

年 月 日

東京都知事

殿

診療科名 \_\_\_\_\_

担当科目 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したのでお届けします。

### 記

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
医 師 氏 名		
診 療 に 従 事 す る 医 療 機 関 の 名 称		
所 在 地 電 話 番 号		
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

(記入上の注意)

- 1 2箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事するすべての医療機関の名称及び所在地を併記すること。
- 2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

### 3 診断書作成上の主な留意事項

#### (1) 二種類以上の障害

種別の違う障害が二つ以上ある場合は、各々の障害についてそれぞれ担当する指定医の診断書が必要であること。

#### (2) 「永続する」障害

法別表に規定する「永続する」障害とは、原則としてその障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

#### (3) 乳幼児に係る障害認定

乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこととする。しかし、3才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として18歳以上のものを想定していることから、**児童の場合その年齢を考慮して**妥当と思われる等級を認定する。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想される時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

#### (4) 加齢現象や意識障害を伴う身体障害

加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害については、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみを意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであるところから、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目し障害認定を行うこととする。

なお、**意識障害を伴う身体障害**の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

#### (5) 知的障害等

身体障害の判定にあたっては、**知的障害等**の有無に係わらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は法の対象として取り扱うものとする。ただし、身体の障害が明らかに**知的障害等に起因する**場合は、身体障害として認定しないこととする。

## 4 障害等級の認定方法

### (1) 二つ以上の障害の重複

二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の**合計指数**に応じて、次により認定することとする。

合計指数	認定等級
18以上	1 級
11～17	2 級
7～10	3 級
4～6	4 級
2～3	5 級
1	6 級

### (2) 合計指数の算定方法

#### ア 合計指数算定の基本

**合計指数**は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の**指数を合計**したものとす。

障害等級	指 数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

## イ 同一の上肢又は下肢の重複障害の合計指数算定

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上ある時は上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を**限度とする**。

### (例1)

右上肢のすべての指を欠くもの	3級	等級別指数	7
右上肢の手関節の全廃	4級	等級別指数	4
		合計	11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの	3級	等級別指数	7
---------------	----	-------	---

### (例2)

左上肢の肩関節の全廃	4級	等級別指数	4
〃 肘関節 〃		〃	4
〃 手関節 〃		〃	4
		合計	12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの	2級	等級別指数	11
---------------	----	-------	----

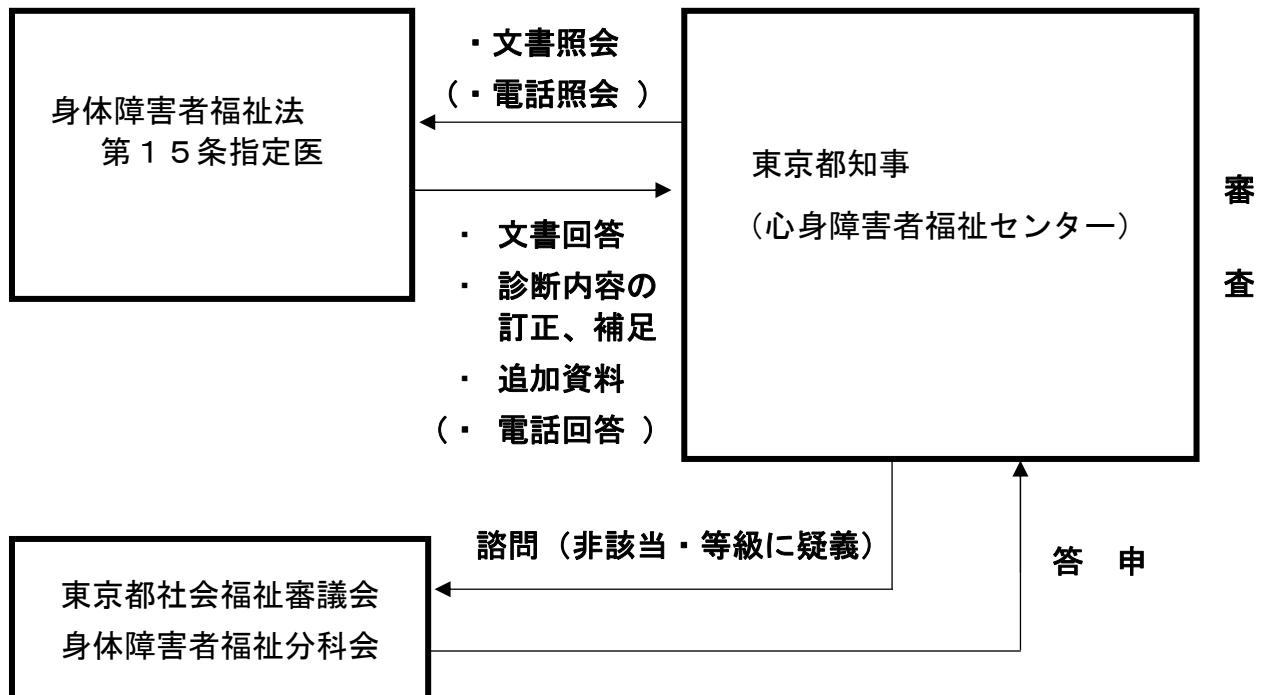




## 5 文書照会・審議会への諮問

### (1) 文書照会・審議会への諮問などの流れ

診断書の記載内容に不明点があるときは、東京都から改めて**照会**することがある。また、障害等級の認定が困難な診断書及び法別表に該当しないと思われる診断書については、**東京都社会福祉審議会に諮問**して決定する。



(注) 東京都社会福祉審議会の審議の結果、なお、その障害が法別表に掲げるものに該当するか否か疑義があるときは、**厚生労働大臣に障害認定を求め**ることとする。

### (2) 文書照会表の例

次頁以降を参照。

診断書・意見書の照会表（例）

手帳申請者氏名	〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
手帳申請者住所	〇〇〇〇〇〇〇〇		
診 断 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
照 会 内 容	<p>本診断書では、ウィルソン病による肝臓機能障害（2級）総合等級2級とのご意見ですが</p> <p>&lt;肝臓機能障害の重症度&gt;において</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ C h i l d - P u g h分類の合計点数が、2回とも10点未満とあることから、総合的に非該当と思われそうですがいかがでしょうか。</li> </ul> <p>以上、ご検討のうえ、ご回答をお願いいたします。</p>		
ご 回 答	<p>平成 年 月 日</p> <p>指定医名（自署）_____</p>		



平成27年度東京都身体障害者福祉法第 15 条指定医講習会資料  
肝臓機能障害編(平成27年度)

登録番号(27)13

平成27年12月

**編集・発行** 東京都心身障害者福祉センター  
東京都新宿区戸山三丁目 17 番 2 号  
電話 03(3203)6141

URL:<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/index.html>

**印刷** 正和商事株式会社  
東京都新宿区中落合一丁目 6 番 8 号  
電話 03(3952)2154

**リサイクル適性** (A)

この印刷物は、印刷用の紙へ  
リサイクルできます。

