

## 令和3年度身体障害者福祉法第15条指定医講習会

## 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  |
| 2 | 事例                      |    |
|   | 事例1 適切な事例 肝臓移植          | 13 |
|   | 事例2 適切な事例 1級            | 17 |
|   | 事例3 不適切な事例 1級ではなく3級     | 21 |
|   | 事例4 不適切な事例 再認定          | 25 |
|   | 事例5 不適切な事例 2回の検査日の間隔    | 29 |
|   | 事例6 不適切な事例 積極的治療を実施     | 33 |
|   | 事例7 不適切な事例 補完的な肝機能診断等   | 37 |
|   | 事例8 不適切な事例 3級ではなく1級     | 41 |
| 3 | 東京都身体障害認定基準             | 45 |
| 4 | 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について | 51 |
| 5 | 肝臓機能障害等級表と診断のポイント       |    |
|   | 障害程度等級表                 | 65 |
|   | 障害程度等級表解説               | 65 |
|   | 「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧     | 73 |
|   | 肝臓機能障害の診断のポイント(早見表)     | 74 |

## 参考資料 指定医制度の概要等について

|   |                |    |
|---|----------------|----|
| 1 | 指定医制度          | 77 |
| 2 | 身体障害者手帳審査などの流れ | 78 |
| 3 | 指定医に関するQ&A     | 80 |
| 4 | 診断書作成上の主な留意事項  | 82 |
| 5 | 障害等級の認定方法      | 83 |
| 6 | 文書照会・審議会への諮問   | 86 |



## 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



## 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<br/>                     (例)・C型肝炎ウイルスによる肝硬変<br/>                     ・ウイルソン病による肝硬変                 </div>   |  |     |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名   | 外傷・自然災害・疾病<br>先天性・その他( )                                     |     |
| ③ 疾病・外傷発生年月日   | 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><br/>                     ・初診日でも可<br/>                     ・それも不明な場合<br/>                     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: 5px; display: inline-block; width: 40%;">                     これらの事項も必ずご記入ください。                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 50%; margin-left: 10%;">                     Child-Pugh分類による合計点数の第2回目の結果がグレードBの場合は、(軽度化〇年後)と必ずご記入ください。グレードCの場合は再認定不要です。                 </div> |  |     |
| [将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要]<br>[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  |  |     |
| 病院又は診療所の名称   | 電話 ( )   |     |
| 所在地  | 科 医師氏名   |     |
| 診療担当科名   | 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<br>・該当する。<br>・該当しない。  | 障害程度等級についての参考意見<br><div style="text-align: right;">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る場合があります。

(日本産業規格A列4番)

第14号様式の2(第3条関係)

肝臓の機能障害の状態及び所見

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<br>III・IV・V |    | なし・I・II<br>III・IV・V |    |
| 腹水        | なし・軽度<br>中程度以上      |    | なし・軽度<br>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               |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| (○で囲む)                         | 5~6点・7~9点・10点以上 | 5~6点・7~9点・10点以上 |
| 肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上における2点以上の有無 | 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>

等級判定の際の重要なポイントとなります。

|           | 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未滿 |
| プロトロンビン時間 | 70%超       | 40~70%       | 40%未滿      |
| 血清総ビリルビン値 | 2.0mg/dℓ未滿 | 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

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                                      | 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 |
| 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                                    | 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。

いずれかに必ず〇をつけてください

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| 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。

## 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。

#### ※将来再認定について

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ている者について認定を行う場合、日常生活活動の制限等があり、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。

初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、Child-Pugh 分類の合計点数が Child-Pugh 分類グレード B（7点から9点）の状態である場合は、1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

再認定の必要性については、Child-Pugh 分類による合計点数の第2回目の検査時点の結果をもって判断する。

再認定の際にも Child-Pugh 分類による合計点数が7点から9点の状態であった場合は、一律に再認定が必要とするのではなく、個別に障害の状態を確認し再認定の必要性を判断する。

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項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上が2点以上の状態の有無を記載する。

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<br>多幸気分、ときに抑うつ状態<br>だらしなく、気にもとめない態度  | retrospective にしか<br>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）<br>異常行動（例：お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど）<br>ときに傾眠状態（普通の呼びかけで開眼し、会話ができる）<br>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<br>尿、便失禁がない<br>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<br>嗜眠状態（ほとんど眠っている）<br>外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または<br>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<br>の協力が得られる場合）<br>指南力は高度に障害 |
| IV  | 昏睡（完全な意識の消失）<br>痛み刺激に反応する  | 刺激に対して、払いのける<br>動作、顔をしかめる等<br>がみられる     |
| V   | 深昏睡<br>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。

## 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。

## 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肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上が2点以上の状態有無は、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。  
なお、関連して、血清アルブミン値については、アルブミン製剤の投与によって、値が変動することがあるため、アルブミン製剤を投与する前の検査値で評価する。
- 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。

