

2 事例

事例 1

(適切な事例・肝臓移植)

[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29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;">肝臓機能障害</p>		
② 原因となった 疾病・外傷名 C型肝炎ウイルスによる肝硬変 外傷・自然災害・ <u>疾病</u> 先天性・その他()		
② 疾病・外傷発生年月日 平成8年頃 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8年頃 C型肝炎と診断。IFN治療行うも効果見られず。 平成19年 食道静脈瘤 吐血にてEVL施行、HCCに対してTAE施行 平成21年 肝切除施行 平成28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) 平成29年 7月 12日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 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 令和3年3月12日 肝移植手術施行 <p 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〕</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。 令和3年6月4日 病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○○ 診療担当科名 ○○○科 医師氏名 ○○○○ (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 <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;">1 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。

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

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 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>

	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	令和3年3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 ³ 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

(適切な事例・1級)

[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点以上のグレードCであり、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回以上続いている。
- ・ 〈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 ○○○○	○○年○○月○○日生(80歳)	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
住所 ○○○○○○		
① 障害名(部位を明記) <p style="text-align: center;">肝不全</p>		
② 原因となった 疾病・外傷名 <p style="text-align: center;">C型肝硬変</p> <div style="float: right; text-align: right;"> 外傷・自然災害・<u>疾病</u> 先天性・その他() </div>		
② 疾病・外傷発生年月日 <p style="text-align: center;">令和2年5月初診日</p>		
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20年5月 肝癌再発。他県の医療機関にて加療を続けていた。 令和1年11月 大量胸水で入院し、平成26年1月退院。 令和2年5月 当科初診。令和2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 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 style="text-align: center;">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> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> [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。 令和3年6月1日 病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○○ 診療担当科名 ○○○科 医師氏名 ○○○○○○ 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 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;"> ・該当する。 </div> ・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; font-size: 1.2em;">1 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。

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

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	令和2年 10月 12日		令和3年 4月 4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	2	なし・ 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
(○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>

	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	○ ・×	○ ・×
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 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	令和3年 5月 2日	
	血小板数50,000/mm ³ 以下		有 ・ <input 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20年 5月 11日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input type="radio"/> 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ <input 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	令和3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 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

(不適切な事例・1級ではなく3級)

[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7点以上であるが、肝性脳症又は腹水が2点以上を持続していない。
- ・ 〈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3項目(3項目以上)である。

1級ではなく3級の判定が妥当である

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(61歳)	男(女)
住所 ○○○○○○		
① 障害名(部位を明記) <b style="text-align: center;">肝臓機能障害		
② 原因となった疾病・外傷名 C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変 外傷・自然災害・ 疾病 先天性・その他()		
② 疾病・外傷発生年月日 令和2 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。) 平成23年頃よりC型肝炎を指摘。 平成25年頃食道静脈瘤に対しEVLが施行されている。 平成26年11月 当院初診。以降、肝硬変としてフォロー 平成28年 肝性脳症、腹水貯留を繰り返す。 令和2年～ 肝性脳症治療のための入院頻度が増加している。 <div style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 平成22年 12月 日</div>		
④ 総合所見(再認定の項目も記入) 令和2年12月22日及び令和3年4月25日において、Child-PughgradeBの肝機能障害を呈した。 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。 肝性脳症I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。 <div 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]</div>		
⑥ その他参考となる合併症状 糖尿病		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和3年4月26日 病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○○ 診療担当科名 ○○○科 医師氏名 ○○○○○○ (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 <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="radio"/> 該当する。 <input type="radio"/> 該当しない。 </div>	障害程度等級についての参考意見 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">1 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。

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

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	令和2年12月22日		令和3年4月25日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II III・IV・V	1	なし・I・II III・IV・V	1
腹水	なし・軽度 中程度以上	2	なし・軽度 中程度以上	1
	概ね 1 0		概ね 0	
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	65 %	2
血清総ビリルビン値	2.9 mg/dl	2	2.7 mg/dl	2

合計点数	8 点		8 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>

	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 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	令和3年 2月24日	
	血小板数50,000/mm ³ 以下		有 ・ <input 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 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 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	令和3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27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		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 type="radio"/> 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ <input 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 4 (不適切な事例・再認定)

[解説]

初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、Child-Pugh 分類グレードB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としている。

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。

- ・ 2回の検査とも Child-Pugh 分類グレードB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）は5項目（5項目以上）であることから、再認定1年後を付して、肝臓機能障害1級とする。

1級の判定は適当であるが、再認定を付して認定する

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) 肝硬変、食道静脈瘤、腹水		
② 原因となった 疾病・外傷名	ウィルソン病	外傷・自然災害・ 疾病 先天性・その他()
② 疾病・外傷発生年月日 平成3年2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。) 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。 <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 平成27年4月7日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 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。 <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。 令和3年4月7日 病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○○ 診療担当科名 ○○○科 医師氏名 ○○○○○○ (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 <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;">2 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る場合があります。

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

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	令和2年12月17日		令和3年3月29日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・ <input checked="" type="radio"/> I・ <input checked="" type="radio"/> 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
(○で囲む)	5～6点・ <input checked="" type="radio"/> 7～9点・10点以上	5～6点・ <input checked="" type="radio"/> 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	<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		<input checked="" type="radio"/> 有・無
	検査日	令和2年 9月 3日	
	血小板数50,000/mm ³ 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15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

(不適切な事例・2回の検査日の間隔)

[解説]

肝臓機能障害の認定対象は、Child-Pugh 分類の合計点数が7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回及び第2回ともに Child-Pugh 分類の合計点数が、7点とあるものの、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 分類による合計点数が7点以上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		
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 外傷・自然災害・ <b style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">疾病 先天性・その他()		
② 疾病・外傷発生年月日 <b style="text-align: center;">令和2年 7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。) <b style="text-align: center;">平成29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) <div style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) <b style="text-align: center;">平成27年 6月 日</div>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) <b style="text-align: center;">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～軽度認める。 嘔気もあり、食事摂取もいまひとつである。 <div style="text-align: right;">[将来再認定 要(軽度化・<b style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">重度化)・不要] [再認定の時期 1年後・<b style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">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 style="text-align: center;">令和3年 6月 15日 病院又は診療所の名称 <b style="text-align: center;">○○○病院 電話 () 所在地 <b style="text-align: center;">○○○○○○ 診療担当科名 <b style="text-align: center;">○○○科 医師氏名 <b style="text-align: center;">○○○○○○ 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 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">・該当する</div> ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <b style="text-align: center;">4 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。

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

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	令和2年 9月 30日		令和3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	2
腹水	なし・軽度 中程度以上	3	なし・ 軽度 中程度以上	2
	概ね 3 ℓ		概ね 1.5 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	8 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>

	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	○ ・×	○ ・×
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 ³ 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

(不適切な事例・積極的治療を実施)

[解説]

- ・ 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。・ Child-Pugh分類の合計点数が、2回ともグレードB以上であり、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回以上続いている。
- ・ 〈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。
- ・ 〈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、検査日(判定日)が記載されており、該当する項目が3項目である。
- ・ しかしながら、又、改善の可能性のある積極的治療を実施が×とあることから、

改善の可能性のある積極的治療を実施について、確認する必要があり、その状態が確認できる時点での再診断が望ましい。

- ・ 積極的治療を実施とは、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。

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(63歳)	(男) 女
住所 ○○○○○○		
① 障害名(部位を明記) <b style="text-align: center;">肝臓機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名 B型肝炎ウイルスに起因する肝硬変 外傷・自然災害・ 疾病 先天性・その他()		
② 疾病・外傷発生年月日 令和2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。) 令和3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。 障害固定又は障害確定(推定) 平成26年6月 日		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 末期肝硬変による腹水コントロール不良であり、生活指導(塩分制限)及び利尿剤、肝症復剤を投与している。 [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。 令和3年5月16日 病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 () 所 在 地 ○○○○○○ 診 療 担 当 科 名 ○○○科 医師氏名 ○○○○○○ (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 <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;">2 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。

(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

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	令和2年11月21日		令和3年5月16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	2	なし・ 軽度 中程度以上	2
	概ね 1.5ℓ		概ね 1.5ℓ	
血清アルブミン値	3.0 g/dℓ	2	2.7 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	10点	9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>

	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	○ ・×	○ ・×
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 ³ 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	令和3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

(不適切な事例・補完的な肝機能診断等)

[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点以上のグレードCであり、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回以上続いている。
- ・ 〈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。
- ・ しかしながら、

「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」で、該当する項目が a から g までの1つを含む4項目であることから、a から j のうち5項目以上が認められるもの肝機能診断、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・自然災害・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日	平成29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29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			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和3年7月19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"/> 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="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。

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

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	令和3年4月13日		令和3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 4 ℓ		概ね 4 ℓ	
血清アルブミン値	2.6 g/dℓ	3	2.9 g/dℓ	2
プロトロンビン時間	50 %	2	45 %	2
血清総ビリルビン値	1.9 mg/dℓ	1	2.8 mg/dℓ	2

合計点数	11点	10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>

	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	○ ・×	○ ・×
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・無
	検査日	令和3年 7月13日	
	血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上		有・無
	検査日	年 月 日	
	血小板数50,000/mm ³ 以下		有・無
	検査日	令和3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・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	令和3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		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	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	有・無

事例 8

(不適切な事例・3級ではなく1級)

[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回とも7点以上のグレードBであり、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回以上続いている。
- ・ 〈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7点以上で、かつ、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回以上続いている。〈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) 肝臓機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名 C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変 外傷・自然災害・ <u>疾病</u> 先天性・その他()		
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 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。) 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。 令和3年3月には、食道静脈瘤硬化療法を行っている。 <div style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和3年 6月 7日</div>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 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。 <div style="text-align: right;">〔将来再認定 要(軽度化・<u>重度化</u>)・不要〕 〔再認定の時期 1年後 <u>3年後</u>・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。 令和3年 6月 7日 病院又は診療所の名称 ○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○○ 診療担当科名 ○○○科 医師氏名 ○○○○○○ (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 <u>・該当する。</u> ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 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。

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

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	令和3年 2月 19日		令和3年 6月 7日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II III・IV・V	1	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	2
	概ね 4 0		概ね 1 0	
血清アルブミン値	2.9 g/dl	2	2.9 g/dl	2
プロトロンビン時間	69 %	2	72 %	1
血清総ビリルビン値	1.6 mg/dl	1	2.9 mg/dl	2

合計点数	9 点		9 点	
(○で囲む)	5~6点	7~9点	10点以上	5~6点
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>

	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 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	令和3年 6月 7日	
	血小板数50,000/mm ³ 以下		有 ・ <input 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31年 1月 5日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ <input 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	令和3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30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 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