

2 事例

事例 1

適切な事例

経腸栄養法実施(観察期間6か月)

〔解説〕

経腸栄養法の状況が、「6か月の観察期間中に28日実施している。」ことから、4級相当は適当である。

〔都の基準〕

等級4級に該当する障害は、小腸切除又は小腸疾患により永続的に小腸機能の著しい低下があり、かつ、通常の間口による栄養摂取では栄養維持が困難となるため、随時中心静脈栄養法又は経腸栄養法で行う必要があるものをいう。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(37歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 クローン病	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14年8月頃	
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14年8月発症のクローン病。回盲部に瘻孔を認め、平成22年11月回盲部切除術施行。その後、吻合部狭窄認めており、令和1年10月、吻合部肛門側結腸穿孔にて、回腸部切除+結腸部分切除術施行。以後、外来にて栄養療法、PSL、ペントサ内服にて経過観察中。</p> <p>令和4年3月の経管小腸造影で、吻合部再発の所見を認めている。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和2年10月27日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>再燃、寛解をくり返しており、これまで2回手術施行。吻合部再発の所見も認められており、栄養療法の継続が必要である。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 <input checked="" type="radio"/>要 <input checked="" type="radio"/>軽度化 <input type="radio"/>重度化]・不要 [再認定の時期 1年後・<input checked="" type="radio"/>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>令和4年6月30日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 ()</p> <p>所在地 ○○○○○</p> <p>診療担当科目 消化器内科 医師氏名 ○○○○ <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 <p style="text-align: center;">4 級相当</p>
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 168 cm 体重 71 kg 体重減少率 %
(観察期間)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・ 切除小腸の部位 回腸 ・ 長さ 94 cm
 ・ 残存小腸の部位 空回腸 ・ 長さ 300 cm

< 手術施行医療機関名 ○○○○○病院 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

**吻合部口側回腸の約7～8cmにわたり、壁伸展不良と同部に多発するバリウム斑、毛羽立ちを認め、術後再発の所見と考える。
現在、PSL増量し経過観察中。経管栄養療法の継続も必要である。**

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

〔参考図示〕



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

・ 開 始 日

・ カテーテル留置部位 _____

・ 装 具 の 装 置 _____

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開始日 **令和1年10月16日**
- ・カテーテル留置部位 胃内
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **28日間**)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり**900~1200Kcal**)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、流動食、**低残渣食**)
- ・摂取量 (**普通量**、中等量、少量)

4 便の性状 (**下痢**、軟便、正常) 排便回数(1日 **5~6** 回)

5 検査所見 (測定日**令和4年6月19日**)

赤血球数	441万 /mm	血色素量	12.7 g/dl
血清総蛋白濃度	7.2 g/dl	血清アルブミン濃度	4.2 g/dl
血清総コレステロール濃度	144 mg/dl	中性脂肪濃度	162 mg/dl
血清ナトリウム濃度	141 mEq/l	血清カリウム濃度	4.5 mEq/l
血清クロール濃度	105 mEq/l	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	9.1 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 2

不適切な事例

中心静脈栄養法実施(観察期間1か月)

〔解説〕

栄養摂取方法の確認時期が中心静脈栄養法を開始してから1か月と尚早であるので、十分な経過観察(6か月間)を経た後に申請を受理することが適当である。

〔都の基準〕

(注8)障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日生(32歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	クローン病、短腸症候群 外傷・ 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 平成24年10月頃	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 平成24年10月より下血出現、クローン病の診断で平成25年7月大腸全摘。 平成28年11月直腸切断術、回腸瘻造設。令和1年4月小腸部分切除、空腸瘻造設。 以後外来通院にて点滴等を受けるも栄養不良著明。令和4年3月27日より高カロリー 輸液施行。 障害固定又は障害確定(推定) 平成26年4月頃	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 現在、高カロリー輸液にて栄養管理中。今後、経腸栄養の併用により栄養維持は可 能と思われる。 [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4年4月30日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○○○○ 診療担当科名 小児外科 医師氏名 ○○○○ <input checked="" type="radio"/> E1	
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 <div style="text-align: center; font-size: 24pt;">4</div> 級相当
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 **171** cm 体重 **53** kg 体重減少率 %
(当院初診時48kg) (観察期間)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・ 切除小腸の部位 **空回腸** ・ 長さ cm
・ 残存小腸の部位 **空腸** ・ 長さ **150cm(空腸瘻)**

<手術施行医療機関名 **〇〇〇病院** >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき。)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

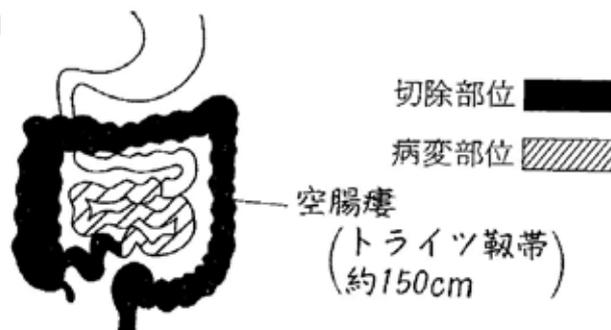
2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

**小腸多発性瘻孔あり、小腸部分切除。トライツ靱帯より約150cmのところ
空腸瘻にしてある。結腸は全摘出している。現在腸瘻より1日700~1000ml
の排泄がみられ、経腸栄養のみにては栄養維持は困難と思われる。**

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

・ 開始 日 **令和4年3月27日**

・ カテーテル留置部位 **上大静脈内**

・ 装具の種類 **ジャケットタイプ**

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **30日間**)
- ・療法の連続性 (持 続 的・**間 歇 的**)
- ・熱 量 (1日当たり 1,500 Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開 始 日 年 月 日
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的・間 歇 的)
- ・熱 量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂 取 の 状 態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂 取 量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (**下痢**、軟便、正常) 排便回数(1日 回)

↑
空腸瘻1日700~1000ml

5 検査所見 (測定日令和4年4月20日)

赤 血 球 数 **482万** /mm³ 血 色 素 量 **13.8** g/dl
 血 清 総 蛋 白 濃 度 **8.3** g/dl 血 清 アル ブ ミ ン 濃 度 **5.3** g/dl
 血 清 総 コ レ ス テ ロ ー ル **1301** mg/dl 中 性 脂 肪 濃 度 **185**mg/dl
 血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度 **142** mEq/l 血 清 カ リ ウ ム 濃 度 **4.1**mEq/l
 血 清 ク ロ ー ル 濃 度 **101** mEq/l 血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度 **1.5**mEq/l
 血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度 **5.2** mEq/l

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 3

不適切な事例

栄養維持困難要件を満たさない

〔解説〕

「クローン病により中心静脈栄養法を実施していること」は4級に該当する所見である。

しかし、「栄養維持が困難な」要件については、

①体重減少率17.5%が最近3か月のものではないこと（平成22年～平成23年にかけてのもの）

②血清アルブミン濃度が4.1 g/dlであり、3.2g/dl以下でないこと

以上から、診断日の時点では、非該当である。

今後、6か月間の経過観察を経て、再診断することが必要である。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(18歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 栄養吸収障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	クローン病 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27年11月 頃
③ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 注腸検査(H28年9月3日)、大腸内視鏡検査(H28年9月8日)で上行結腸、盲腸、回腸末端部にコブル・ストーン様変化を認める。 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 重症 [将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要 <input checked="" type="radio"/> 軽度化・重度化]・不要 [再認定の時期 1年後・3年後・ <input checked="" type="radio"/> 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4年3月16日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所 在 地 ○○○○ 診療担当科目 外科 医師氏名 ○○○○ <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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 157.6 cm 体重 51.9 kg 体重減少率 17.5 %

(観察期間 平成27年11月 63kg、H28年9月42kg)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見
- ・切除小腸の部位 _____ ・長さ _____ cm
 - ・残存小腸の部位 空腸及び回腸の一部 ・長さ _____ cm

<手術施行医療機関名 _____ >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき。)……(小腸造影の写しを添付する。)
- 推定残存小腸の長さ、その他の所見

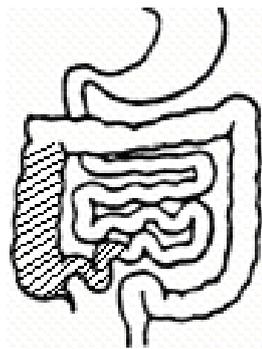
回腸末端部に潰瘍、コブル・ストーンを認める。

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 
病変部位 

- ① 平成23年8月31日～12月26日
- ② 平成25年10月4日～11月1日
- ③ 平成27年3月13日～4月1日
- ④ 平成27年6月6日～9月4日
- ⑤ 平成28年8月14日～10月9日

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・開 始 日 令和4年3月10日
- ・カテーテル留置部位 鎖骨下静脈 (右又は左)
- ・装 具 の 種 類 _____

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **64** 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的・**間 歇 的**)
- ・熱 量 (1日当たり **1200** Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開 始 日 **せず**
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的・間 歇 的)
- ・熱 量 (1日当たり _____ Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂 取 の 状 態 (普通食、軽食、流動食、**低残渣食**^さ)
- ・摂 取 量 (**普通量**、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、**軟便**、正常) 排便回数(1日 **2~3** 回)

5 検査所見 (測定日 **令和4年3月9日**)

赤 血 球 数	541 /mm	血 色 素 量	10.7 g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	6.8 g/dl	血 清 アル ブ ミ ン 濃 度	4.1 g/dl
血 清 総 コ レ ス テ ロ ー ル 濃 度	139 mg/dl	中 性 脂 肪	92 mg/dl
血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度	137 mEq/l	血 清 カ リ ウ ム 濃 度	4.0 mEq/l
血 清 ク ロ ー ル 濃 度	97 mEq/l	血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度	2.9 mg/l
血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度	9.5 mg/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 4

不適切な事例・小腸疾患非該当

〔解説〕

中心静脈栄養法を、6か月間持続的に行っているものの、中心静脈栄養法導入の原因が、「子宮頸癌再発による腸閉塞に対するイレウス管を留置したこと」によるものであり、物理的な腸閉塞は、小腸全体の機能を著しく低下させる疾病としては認められないことから非該当である。

〔都の基準〕

「小腸疾患」を次のように規定している。

- ・ クローン病
- ・ 腸管ベーチェット病
- ・ 非特異性小腸潰瘍
- ・ 特発性仮性腸閉塞症
- ・ 乳児期難知性下痢症
- ・ その他の良性の吸収不良症候群

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(41歳) 男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	子宮頸癌再発による腸閉塞 外傷・ <input checked="" type="checkbox"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生日	令和3年7月8日
④ 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年上記にて手術、術後骨盤内再発によるイレウスとなる イレウス管挿入し加療、抜去するとイレウスとなるため、イレウス管挿入したま まとなる 障害固定又は障害確定(推定) 令和3年7月8日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) イレウス管が挿入されており、経口摂取は不可。 中心静脈栄養にて栄養維持を行っている [将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要(軽度化・ <input checked="" type="radio"/> 重度化)・不要] [再認定の時期 <input checked="" type="radio"/> 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4年5月27日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 一般・消化器外科 医師氏名 ○○○○ <input checked="" type="checkbox"/>	
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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 4 級相当
留意事項 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)

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **360 日間**)
- ・療法の連続性 (**持続的**・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり **1,800 Kcal**)

② 経腸栄養法

- ・開始日 _____
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり _____ Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数(1日 回)

5 検査所見 (測定日令和4年5月17日)

赤血球数	297万 /mm	血色素量	9.3 g/dl
血清総蛋白濃度	5.9 g/dl	血清アルブミン濃度	2.5 g/dl
血清総コレステロール濃度	mg/dl	中性脂肪濃度	mg/dl
血清ナトリウム濃度	138 mEq/l	血清カリウム濃度	5.0 mEq/l
血清クロール濃度	102 mEq/l	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 5

不適切な事例・小腸疾患非該当

〔解説〕

中心静脈栄養法を、常時行っているとあるものの中心静脈栄養法導入の原因が、「原発不明癌腹膜転移による小腸イレウスに対するイレウス管を挿入したこと」によるものであり、癌性腹膜炎による小腸イレウスは、小腸全体の機能を著しく低下させる疾病としては認められないことから非該当である。

〔都の基準〕

「小腸疾患」を次のように規定している。

- ・ クローン病
- ・ 腸管ベーチェット病
- ・ 非特異性小腸潰瘍
- ・ 特発性仮性聴閉鎖症
- ・ 乳児期難治性下痢症
- ・ その他の良性の吸収不良症候群

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(62歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	原発性不明癌腹膜転移 による小腸イレウス 外傷・<input type="checkbox"/>疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生日 令和4年5月15日	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む) 原発不明癌、腹膜転移に対し、化学療法施行後、無効となり、小腸イレウス合併し、完全に経口摂取不能となり、令和4年5月18日イレウス管挿入以後、中心静脈栄養施行。常時100%かつ禁食のうえ療養。 <div style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和4年5月15日</div>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 原発不明癌、腹膜転移による小腸イレウス(腸閉塞)合併し、経口摂取不能。常時中心静脈栄養施行(100%)要する。原発の進行増悪により、回復困難。生命予後不良。 <div 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] </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4年8月25日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 一般・消化器外科 医師氏名 ○○○○ <input checked="" type="checkbox"/> 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="margin-left: 20px;"> <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;">4</div> <div style="text-align: right;">級相当</div>
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 175 cm 体重 53 kg 体重減少率 17 %
(観察期間 3ヶ月)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・ 切除小腸の部位 ・ 長さ cm
・ 残存小腸の部位 ・ 長さ cm

<手術施行医療機関名 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

腹膜転移による、多発性小腸狭窄、閉塞

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 ■

病変部位 ▨

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・ 開始 日 令和4年5月18日
・ カテーテル留置部位 右内頸
・ 装具の装置 右内頸中心静脈カテーテル

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **70 日間**) 5月18日以降**持続**
- ・療法の連続性 (**持続的**・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり **1,160 Kcal**)

② 経腸栄養法

- ・開始日 _____
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり _____ Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数(1日 **0**回)

5 検査所見 (測定日令和4年8月5日)

赤血球数	327万 /mm	血色素量	9.1 g/dl
血清総蛋白濃度	g/dl	血清アルブミン濃度	3.8 g/dl
血清総コレステロール濃度	mg/dl	中性脂肪濃度	mg/dl
血清ナトリウム濃度	137 mEq/l	血清カリウム濃度	3.9 mEq/l
血清クロール濃度	91 mEq/l	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 6

不適切な事例・推定エネルギー必要量の30%以上（1級でなく3級）

〔解説〕

認定基準に照らすと「栄養所要量は推定エネルギー必要量の48%（60%以上が1級）であること」、「最近6か月間に60日実施（常時ではない）していること」から、「中心静脈栄養法を随時行っているもの」として4級となる。

しかし、本件については、「原因疾患が、癌性の小腸狭窄が小腸全域に多発し、小腸全体の栄養吸収機能が低下していること」、「中心静脈栄養法の実施は60日だが、持続的であり、今後6か月間継続が予想されること」、「推定エネルギー必要量の30%以上を満たしていること」から、3級の認定が妥当である。

（注）指定医が「推定エネルギー必要量」の算定根拠とする「Harris-Benedictの式等」は、学問上のものであるが、認定基準にはないため、採用しない。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(50才) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 胃腫瘍	外傷・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 令和2年12月頃	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 令和2年12月に胃全摘出術施行。令和3年9月頃から徐々にイレウス状態が進行し、令和3年12月頃より流動物以外は摂取不能となる。 障害固定又は障害確定(推定) 令和4年1月31日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 経口摂取は流動食に限られる。 在宅静脈栄養を施行中。 [将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 1年後 <input checked="" type="radio"/> 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4年3月1日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 外科 医師氏名 ○○○○ <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 <div style="text-align: center; font-size: 24px;">1</div> 級相当
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 145 cm 体重 41 kg 体重減少率 %

(観察期間)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・ 切除小腸の部位 ・ 長さ cm
・ 残存小腸の部位 ・ 長さ cm

< 手術施行医療機関名 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

腫瘍性の狭窄部位が多数存在する。

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 ■

病変部位 ▨

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・ 開 始 日 令和3年12月24日
・ カテーテル留置部位 鎖骨下
・ 装 具 の 種 類 MRIポート

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **60** 日間)
- ・療法の連続性 (**持続的**・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり **1000** Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開始日 _____
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり _____ Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、**流動食**、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、**少量**) **ほとんど水分のみ**

4 便の性状 (下痢、**軟便**、正常) 排便回数(1日 _____ 回)

5 検査所見 (測定日 **令和4年2月26日**)

赤血球数	280 /mm	血色素量	7.9 g/dl
血清総蛋白濃度	5.6 g/dl	血清アルブミン濃度	3.2 g/dl
血清総コレステロール濃度	86 mg/dl	中性脂肪	_____ mg/dl
血清ナトリウム濃度	139 mEq/l	血清カリウム濃度	4.1 mEq/l
血清クロール濃度	100 mEq/l	血清マグネシウム濃度	_____ mEq/l
血清カルシウム濃度	_____ mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

診断書・意見書の照会表

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	令和4年 3月 1日		
照 会 内 容	<p>本診断書では</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養法での栄養摂取量は 1000kcalで厚生労働省の推定エネルギー所要量(50～69歳では2100kcal)の50%少して1級の要件である「60%以上」を満たしていないこと。 ・また、最近6ヶ月間の観察期間中、同栄養法を実施したのは60日であり、3級の要件である「常時中心静脈栄養法を行う」でいう常時には該当しないこと <p>から、今回は4級で認定を行い、中心静脈栄養法を開始した後、6ヶ月経過した時点で、再認定を行うことが妥当と思われませんが、いかがでしょうか。</p>		
	<p>1 資料表1日本人の栄養所要量は、その年齢の平均的体格の健康な人間が通常の世界生活を営むことを前提としたものです。</p> <p>この患者の基礎エネルギー消費量を <u>Harris-Benedict</u> の式で算出すると</p> $\frac{66.5 + 13.75 \times 41 \text{ (kg)} + 5.003 \times 145 \text{ (cm)} - 6.775 \times 61 \text{ (歳)}}{=} 942.41 \text{ (kcal/日)}$ <p>となります。</p> <p><u>Long</u>の方法に準じて活動係数 1.3を乗じると必要エネルギー量は1225.133kcalになり、中心静脈栄養法投与量はその60% (735kcal)を十分上回ります。</p> <p>2 クロウン病と本患者の原疾患は、根本的に異なります。癌性の小腸狭窄に、自然寛解はあり得ません。したがって、本症例については、6ヶ月の経過観察は、不要であり妥当ではないと考えます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定医名 (自署) _____</p>		

事例 7

不適切な事例・小腸疾患非該当

〔解説〕

中心静脈栄養法を2000Kcal／日を約6か月間行っているが、「難治性小腸瘻をきたした」ことで、十分な栄養補給が困難となったことから、原因疾患が認定基準に定める小腸疾患には該当しないため非該当である。

〔都の基準〕

原因を小腸切除又は小腸疾患としており、小腸疾患を

「クローン病」「腸管ベーチェット病」「非特異性小腸潰瘍」「特発性仮性腸閉塞症」「乳児期難治性下痢症」「その他の良性的吸収不良症候群」と定めており、これらの疾患は、小腸自体の栄養吸収機能が著しく低下する疾患と解されております。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(46歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸人工肛門、難治性小腸瘻孔	
② 原因となった 疾病・外傷名	胃癌、腹膜播腫 外傷・ <input type="checkbox"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 胃癌、腹膜播腫に対し、手術・化学療法施行 病状増悪に対し、令和4年4月16日小腸人工肛門造設した。 その後、難治性小腸瘻孔併発した。 障害固定又は障害確定(推定) 令和4年4月16日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 腹部に小腸人工肛門と難治性小腸瘻孔あり。 [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]	
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4年9月20日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 一般・消化器外科 医師氏名 ○○○○ <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。 ・該当しない。	障害程度等級についての参考意見 3 級相当
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

	身長	cm	体重	kg	体重減少率	%	
	(観察期間)						
1 小腸切除の場合							
(1) 手術所見	・ 切除小腸の部位			・ 長さ		cm	
	・ 残存小腸の部位			・ 長さ		cm	
	< 手術施行医療機関名					>	
	(できれば手術記録の写しを添付する。)						
(2) 小腸造影所見	(1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)						
	推定残存小腸の長さ、その他の所見						
2 小腸疾患の場合							
	病変部位、範囲、その他の参考となる所見						
	胃癌再発による癌性腹膜炎、腸閉塞手術後小腸人工肛門造設するも、小腸穿孔を併発し、正中創より腸内容が排出し、小腸人工肛門の状態となっている。						
(注)	1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。						
[参考図示]							
							
3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)							
①	中心静脈栄養法						
	・ 開始	日	令和4年3月上旬				
	・ カテーテル留置部位	右鎖骨下					
	・ 装具の装置	ポート					

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **180日**)
- ・療法の連続性 (**持続的**・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり **2,000** Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開始日 _____
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり _____ Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、流動食、**低残渣食**)
- ・摂取量 (普通量、中等量、**少量**)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数(1日 _____ 回)

5 検査所見 (測定日令和4年9月10日)

赤血球数	274万 /mm ³	血色素量	8.6 g/dl
血清総蛋白濃度	5.0 g/dl	血清アルブミン濃度	2.4 g/dl
血清総コレステロール濃度	_____ mg/dl	中性脂肪濃度	_____ mg/dl
血清ナトリウム濃度	136 mEq/l	血清カリウム濃度	4.2 mEq/l
血清クロール濃度	103 mEq/l	血清マグネシウム濃度	_____ mEq/l
血清カルシウム濃度	7.9 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 8

適切な事例・小腸大量切除後、 中心静脈栄養法30%以上

〔解説〕

小腸の大量切除後なるも、栄養維持は経口摂取と中心静脈栄養法（30%以上）を併用している状態から、3級相当の判定は適当である。

〔都の基準〕

等級3級に該当する障害は、次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難となるため、推定エネルギー必要量の30%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。

- a 疾患等により、小腸が切除され、残存空・回腸が手術時75cm以上150cm未満（ただし乳幼児期は30cm以上75cm未満）になったもの。
- b 小腸疾患により永続的に小腸機能の一部を喪失しているもの。

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日生(67歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害(術後短腸症候群)	
② 原因となった 疾病・外傷名 上腸間膜動脈血栓症 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29年7月24日頃	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) H2 2.3/24下血、腹痛、3/25入院、3/26上腸間膜動脈造影、根部から5cmのところ で完全閉鎖。 障害固定又は障害確定(推定) 令和2年7月26日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) R 2.7/26 空腸上部20cmのところの終末回腸40cmを残してその間切除 R2.10/28 再手術 回盲部切除及び回腸上行結腸吻合(○○病院) [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]	
⑥ その他参考となる合併症状 病的洞結節症候群、ペースメーカー挿入中	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年4月9日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 第一外科 医師氏名 ○○○○ <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 <div style="text-align: center; font-size: 24px;">3</div> 級相当
留意事項 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。	

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 **165** cm 体重 **53** kg 体重減少率 **2** %

(観察期間 **1年10ヶ月**)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見
- | | | | |
|----------|--------------------------------|-----|---------------|
| ・切除小腸の部位 | 回腸上部20cm以外全部
盲腸上行結腸 | ・長さ | 約500cm |
| ・残存小腸の部位 | 回腸上部20cm | ・長さ | 20 cm |

<手術施行医療機関名 **〇〇病院消化器外科** >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき。)……(小腸造影の写しを添付する。)

推定残存小腸の長さ、その他の所見

上部80cmのみ

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

・開始日 **令和2年7月26日**

・カテーテル留置部位 **右内頸静脈**

・装具の種類 **アーガイルカテーテル16G**

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **180日間**)
- ・療法の連続性 (**持続的**・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり **700 Kcal**)

② 経腸栄養法

- ・開始日 _____
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり _____ Kcal)

③ 経口摂取 **：水分制限あり**

- ・摂取の状態 (**普通食**、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、**中等量**、少量)

4 便の性状 (下痢、**軟便**、正常) 排便回数(1日 **1~2** 回)

5 検査所見 (**測定日令和4年2月13日**)

赤血球数 **443万** /mm³ 血色素量 **15** g/dl
 血清総蛋白濃度 **7.9** g/dl 血清アルブミン濃度 **4.2** g/dl
 血清総コレステロール **75** mg/dl 中性脂肪 **79**mg/dl
 濃度
 血清ナトリウム濃度 **143** mEq/l 血清カリウム濃度 **5.2**mEq/l
 血清クロール濃度 **109** mEq/l 血清マグネシウム濃度 **1.6**mEq/l
 血清カルシウム濃度 **4.8** mEq/l

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 9

不適切な事例・中心静脈栄養法 (必要量30%未満)間歇的实施

〔解説〕

残存小腸は20cmで、大量切除に該当するため、手術時の認定は可能であるが、中心静脈栄養法について、

- ・推定エネルギー必要量の30%未満（27%）であること。
- ・実施日数は、開始後約1か月間で間歇的に6日間であることから、4級にも該当しない。
- ・経腸栄養法開始から診断日までが約1か月であり、6か月の観察期間を経過していないため、障害認定時期としては、時期尚早で非該当である。

〔都の基準〕

等級4級に該当する障害は、小腸切除又は小腸疾患により永続的に小腸機能の著しい低下があり、かつ、通常経口による栄養摂取では栄養維持が困難となるため、随時中心静脈栄養法又は経腸栄養法で行う必要があるものをいう。

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(75歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 短腸症候群、小腸全摘術後	
② 原因となった 疾病・外傷名	上腸間膜血栓症 外傷・疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	令和4年1月21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>R4.1.20 腹痛出現 R4.1.21 当院受診、精密検査の結果、上腸間膜血栓症が疑われ、同日緊急手術施行。小腸壊死の為、小腸全摘術施行。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和4年1月21日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>小腸全摘術後における短腸症候群。 永続的な小腸機能障害を認める。</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 下肢動脈血栓症	
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年10月24日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 大腸・肛門科 医師氏名 ○○○○ <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 <p style="text-align: center;">1 級相当</p>
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 168 cm 体重 40 kg 体重減少率 20 %
(観察期間 6ヶ月間)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・切除小腸の部位 ・長さ 300 cm
・残存小腸の部位 ・長さ 20 cm

<手術施行医療機関名 ○○病院 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 ■■■■■
病変部位 ▨▨▨▨

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

・開始日 令和4年9月27日
・カテーテル留置部位 右鎖骨下静脈
・装置の装置 Borcl Port Implanted Port

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **6日間**)
- ・療法の連続性 (持 続 的・**間 歇 的**)
- ・熱 量 (1日当たり **500** Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開 始 日 _____
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的・**間 歇 的**)
- ・熱 量 (1日当たり _____ Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂 取 の 状 態 (普通食、軽食、流動食、**低残渣食**)
- ・摂 取 量 (**普通量**、中等量、少量)

4 便の性状 (**下痢、軟便**、正常) 排便回数(1日 **4** 回)

5 検査所見 (測定日令和4年10月5日)

赤 血 球 数	284 /mm	血 色 素 量	9.7 g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	5.8 g/dl	血 清 アル ブ ミ ン 濃 度	3.3 g/dl
血 清 総 コ レ ス テ ロ ール 濃 度	115 mg/dl	中 性 脂 肪	130 mg/dl
血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度	141 mEq/l	血 清 カ リ ウ ム 濃 度	3.9 mEq/l
血 清 ク ロ ール 濃 度	106 mEq/l	血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度	2.0 mEq/l
血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度	8.4 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 10

不適切な事例・小腸大量切除後、 中心静脈栄養法中止後経口栄養維持

〔解説〕

残存小腸は60cmで、大量切除後であるが、平成28年11月16日以降は中心静脈栄養法を中止している。その後は、診断書上では、「経腸栄養法」の欄の記載となっているが、「1日あたり300～500Kcalを経口摂取」により栄養維持していることから、4級には該当せず非該当である。

〔都の基準〕

等級4級の認定要件である「経腸栄養法」は、経管により成分栄養を与える方法としている。特殊加工栄養経口摂取により栄養補給が可能なものは、該当しない。

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日(59歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 短腸症候群、胃全摘後	
② 原因となった 疾病・外傷名	胃ガン術後の 絞扼性イレウス 外傷・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 令和3年6月22日	
④ 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1月10日胃ガンに対し胃全摘術実施(PROU×Y吻合) その後、外来通院中、絞扼性イレウスを発症。○○病院で緊急手術。大量小腸切除が実施された。 その後、退院したが、体重減少、倦怠感が持続している。 残存小腸は手術所見上40cm。術後透視所見上は約60cmである。 障害固定又は障害確定(推定) 令和3年6月22日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 胃全摘手術後に発症した絞扼性イレウスで小腸大量切除実施。 短腸症候群による低栄養、低体重あり。補液と経口流動食の摂取を必要としている。 胃全摘後であることが栄養摂取を更に不良にしていると考えられる。 <div style="text-align: right;">[将来再認定 <input checked="" type="radio"/>要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 <input checked="" type="radio"/>1年後 3年後・5年後]</div>	
⑥ その他参考となる合併症状 胃全摘後(再発はなし)	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年1月15日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 消化器内科 医師氏名 ○○○○ <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 <div style="text-align: center;">1 級相当</div>
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 165 cm 体重 40.1 kg 体重減少率 2.3 %

(観察期間 6.5ヶ月)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見
- | | | |
|----------|---------------------------------------|-------------|
| ・切除小腸の部位 | Roux-Y脚から肛側
30cm～回盲部から
口側10cmまで | ・長さ 約300 cm |
| ・残存小腸の部位 | | ・長さ 60 cm |

<手術施行医療機関名 ○○病院 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

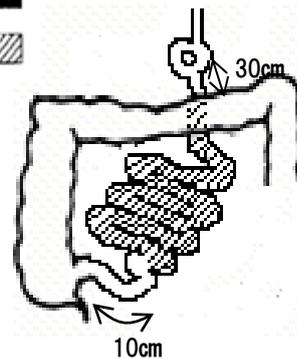
病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 ■■■■
病変部位 ▨▨▨▨



3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・開始 日
- ・カテーテル留置部位
- ・装置の装置

令和3年10月

左頸部 感染のため11月に抜去

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **20日間**)
- ・療法の連続性 (持続的 **間歇的**)
- ・熱量 (1日当たり **1500Kcal**)

② 経腸栄養法

- ・開始日 **令和3年11月16日**
- ・カテーテル留置部位 **経口**
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 日間)
- ・療法の連続性 (**持続的**・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり **300~500Kcal**)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、**軽食**、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、**少量**)

4 便の性状 (**下痢**、軟便、正常) 排便回数(1日 **2~5回**)

5 検査所見 (測定日**令和4年1月4日**)

赤血球数	363 /mm	血色素量	12.0 g/dl
血清総蛋白濃度	5.5 g/dl	血清アルブミン濃度	3.2 g/dl
血清総コレステロール濃度	114 mg/dl	中性脂肪	43 mg/dl
血清ナトリウム濃度	139 mEq/l	血清カリウム濃度	3.9 mEq/l
血清クロール濃度	102 mEq/l	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	7.2 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 11

適切な事例・残存小腸40cm、 常時の経腸栄養法による栄養維持

〔解説〕

残存小腸40cmであるが、中心静脈栄養法を脱し、常時の経腸栄養法によって安定的に栄養維持している状態から、0歳児であっても4級の判定は適当である。

なお、発育により障害の状態に変化を生じる可能性があることから、将来再認定をすることが適当である。

〔都の基準〕

等級4級に該当する障害は、小腸切除又は小腸疾患により永続的に小腸機能の著しい低下があり、かつ、通常の経口による栄養摂取では栄養維持が困難となるため、随時中心静脈栄養法又は経腸栄養法で行う必要があるものをいう。

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日生(9ヶ月) 男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	外傷・疾病 中腸軸捻症 <input checked="" type="radio"/> 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	令和3年7月26日
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	
<input checked="" type="radio"/> 中腸軸捻症にて小腸切除を行う(残存小腸40cm) <input checked="" type="radio"/> 7月28日から12月29日まで中心静脈栄養を施行 <input checked="" type="radio"/> 11月9日から成分栄養を開始。現在も継続中である。	
障害固定又は障害確定(推定) 令和3年10月7日	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
経腸栄養法で安定的に栄養維持している。(20~60cal/kg) <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 <input checked="" type="radio"/> 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4年4月30日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 外科 医師氏名 ○○○○ <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 <div style="text-align: center;">4 級相当</div>
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 ①48.4 cm 体重 ①3.176 kg 体重減少率 %
②66.5 ②6.705

(①：生下時(R3.7.27) ②：退院時(R4.3.11) (観察期間 7ヶ月13日)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・切除小腸の部位 **空腸回腸** ・長さ **56** cm
・残存小腸の部位 **空腸回腸** ・長さ **40** cm

<手術施行医療機関名 **〇〇病院** >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき。)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

〔参考図示〕



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・開 始 日 **令和3年7月28日(3.12.29まで)**
・カテーテル留置部位 **上大静脈**
・装 具 の 装 置 _____

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 150日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり60~100cal/kg)

② 経腸栄養法

- ・開始日 令和3年11月9日
- ・カテーテル留置部位 胃内
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 180 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり 20~60cal/kg)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数(1日 回)

5 検査所見 (測定日令和3年8月3日)

赤血球数	451万 /mm ³	血色素量	14.8 g/dl
血清総蛋白濃度	4.9 g/dl	血清アルブミン濃度	2.0 g/dl
血清総コレステロール濃度	150 mg/dl	中性脂肪	110mg/dl
血清ナトリウム濃度	140 mEq/l	血清カリウム濃度	3.9mEq/l
血清クロール濃度	106 mEq/l	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	9.6 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 12

不適切な事例・成長障害がある 体重25kgの推定エネルギー必要量

〔解説〕

中心静脈栄養法を1日あたり630Kcal施行（最近6か月間持続的施行）。推定エネルギー必要量の29.3%であるため、認定基準に照らせば、4級相当となる。

しかし、年齢13歳、身長151cmに対して、体重が25kgと、吸収障害のための成長障害があるため、体重25kgの児童（女）の推定エネルギー必要量から、中心静脈栄養法による栄養摂取が30%以上、60%未満と推測される。（体重25kgに相当する年齢は6～9歳と推測される。6～7歳とすると、50.4%、8～9歳とすると42%となる。）

以上より、3級相当と認定し、あわせて、1年後の再認定を行うべきである。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)		
総括表		
氏名 ○○○○	○○年○月○日(13歳)	男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○		
① 障害名(部位を明記) 小腸多量切除(短小腸症候群)		
② 原因となった 疾病・外傷名	小腸重積症、広範囲小腸壊死、外傷・疾病 脳性麻痺(低酸素脳症) <input checked="" type="radio"/> 先天性・その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日	令和3年9月25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>上記診断のもと、緊急入院。入院直後多臓器不全。心肺停止蘇生。透析を行いつつ、令和3年9月26日広範囲壊死小腸切除を行った。その後も3回の手術を行い、現在入院加療中である。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和3年9月26日</p>		
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)		
<p>残存空回腸約15cmであり、約60%を中心静脈栄養にたよる必要がある為、等級表1級に該当するものと思われる。</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 ぼうこう直腸障害、四肢麻痺、気管切開状態		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>令和4年9月17日</p> <p>病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 ()</p> <p>所在地 ○○○○</p> <p>診療担当科目 外科 医師氏名 ○○○○ <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	
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 151 cm 体重 25 kg 体重減少率 17 %

(観察期間 11ヶ月)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・切除小腸の部位 ・長さ 約400 cm
・残存小腸の部位 ・長さ 約15 cm

<手術施行医療機関名 ○○病院 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

〔参考図示〕



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・開始日 令和3年10月24日
・カテーテル留置部位 左鎖骨下静脈
・装具の装置 _____

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **6ヶ月間**)
- ・療法の連続性 **持続的**・間歇的
- ・熱量 (1日当たり **600** Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開始日 **令和4年6月20日**
- ・カテーテル留置部位 **胃瘻**
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **6ヶ月間**)
- ・療法の連続性 (持続的・**間歇的**)
- ・熱量 (1日当たり **400** Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (**下痢**、軟便、正常) 排便回数(1日 回) **人工肛門から800ml前後/日**

5 検査所見 (測定日**令和4年9月7日**)

赤血球数	362 × 10 ⁴ / mm	血色素量	11.6 g / dl
血清総蛋白濃度	5.4 g / dl	血清アルブミン濃度	3.1 g / dl
血清総コレステロール濃度	146 mg / dl	中性脂肪	mg / dl
血清ナトリウム濃度	143 mEq / l	血清カリウム濃度	3.4 mEq / l
血清クロール濃度	103 mEq / l	血清マグネシウム濃度	2.2 mEq / l
血清カルシウム濃度	11.5 mEq / l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 13

不適切な事例・小腸大量切除、 中心静脈栄養法(必要量30%未満)

〔解説〕

月齢2か月の乳児。

小腸を大量切除しており残存小腸(45cm)は3級相当である。(3級:残存小腸75cm以上150cm未満、ただし乳幼児期は30cm以上75cm未満)

しかし、中心静脈栄養法での栄養摂取量が120kcal/日と推定エネルギー必要量500kcal/日の30%以上を満たしておらず(24%)現段階では4級として認定することが適当である。

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○○年○月○日(2ヶ月) 男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸多量切除術後、人工肛門造設状態	
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・外傷発生年月日	令和3年12月9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>日齢1で胆汁性嘔吐、腹部膨満出現し、日齢2で外科疾患疑われ○○病院へ転院した。日齢3で、人工肛門造設術施行、ヒルシュスプルング病類縁疾患の疑いとなる。長期フォローアップ目的に令和4年1月20日当院へ転院。同日人工肛門造設術施行したが、腸炎の再燃があり、2月10日小腸大量切除・人工肛門再造設術施行した。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和4年2月10日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>小腸大量切除術後であり、また、腸管の機能性障害のため、経口摂取は出来ておらず、今後できても吸収不全が予想される。生涯にわたって経静脈栄養に頼っていく必要があると考えられる。</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。 令和4年2月20日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 外科 医師氏名 ○○○○ </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。 ・ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">1 級相当</p>
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 48.4 cm 体重 2.1 kg 体重減少率 20 %

(観察期間 2ヶ月)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・ 切除小腸の部位 ・ 長さ 72 cm
・ 残存小腸の部位 ・ 長さ 45 cm

< 手術施行医療機関名 ○○病院 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

全小腸・結腸の腸管機能不全。

病理組織では切除腸管と横行結腸にて採取した腸管全層生検にてhypogangl ionosisの所見であった。

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

〔参考図示〕



切除部位 ■

病変部位 ▨

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・ 開始 日 令和4年 2月○○日
・ カテーテル留置部位 左橈側皮静脈
・ 装置の装置 シラスコンカテーテル

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に)
- ・療法の連続性 **持 続 的**・間 歇 的
- ・熱 量 (1日当たり **120** Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開 始 日 年 月 日
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に)
- ・療法の連続性 (持 続 的・間 歇 的)
- ・熱 量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂 取 の 状 態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂 取 量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数(1日 **0**回)

5 検査所見 (測定日令和4年2月15日)

赤 血 球 数	3.38 /mm	血 色 素 量	9.4 g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	4.8 g/dl	血 清 アル ブ ミ ン 濃 度	3.4 g/dl
血 清 総 コ レ ス テ ロ ー ル 濃 度	n/a mg/dl	中 性 脂 肪	n/a mg/dl
血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度	141 mEq/l	血 清 カ リ ウ ム 濃 度	4.5 mEq/l
血 清 ク ロ ー ル 濃 度	106 mEq/l	血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度	2.0 mEq/l
血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度	9.6 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

診断書・意見書の照会表

手帳申請者氏名	〇〇 〇〇 (2ヶ月)	生 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
手帳申請者住所	〇〇〇〇〇〇〇		
診 断 年 月 日	令和4年2月〇〇日		
照 会 内 容	<p>本診断書では「小腸機能障害」1級相当とのご意見です。</p> <p>都の認定基準では、小腸大量切除の場合、</p> <p><u>1級は</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 推定エネルギー必要量の60%以上を常時、中心静脈栄養法で行っているもの（乳幼児は残存小腸30cm未満） <p><u>3級は</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 推定エネルギー必要量の30%以上を常時、中心静脈栄養法で行っているもの（乳幼児は残存小腸30cm以上、75cm未満） <p><u>4級は</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通常の経口による栄養摂取では栄養維持が困難となるため、随時中心静脈栄養法又は経腸栄養法で行う必要があるものと、規定しています。 <p>以上を踏まえて、診断書の所見を見ますと、小腸大量切除であり、中心静脈栄養法を持続的に行なっていますが、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 空回腸72cm切除であり、残存小腸は45cmとなっていること ・ 中心静脈栄養法は1日あたり120キロカロリーであり、推定エネルギー必要量の24%であること <p>から、認定基準に照らせば、<u>小腸機能障害4級相当</u>と思われますがいかがでしょうか。</p> <p>なお、〇〇様は2ヶ月の幼児であり、体重2.1kgですが、認定の参考とするために、〇〇様の<u>1日あたりのエネルギー必要量</u>をご教示ください。</p> <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

○小腸機能障害

本症例は、ヒルシユスプルング病類縁疾患と診断されており、小腸全長の蠕動障害があります。回腸末端は、ストマとしてドレナージしているのみで、蠕動が無いため消化吸収には使用できません。

残存小腸30cmも蠕動は弱くチューブ空腸瘻、ストマを造設して内容のドレナージを行っておりこの為消化吸収にかかわる小腸の長さは30cm未満になります。

また、実際、ほとんど経腸栄養剤の注入はできない状態です。

○1日あたりのエネルギー必要量

現在、体重は、2.3kgとなって1日に必要なエネルギー投与量を120ml/kgとすると276kcal/日で、現行の投与量は43.5%ほどにすぎません。本来であれば280kcal/日近いカロリーを点滴で補う必要がありますが（上記のように経消化管的な栄養投与がほぼ不可能なため）中心静脈栄養管理に伴う肝機能障害でGOT、GPTは200IU/lを越して上昇中のためカロリー投与を減量せざるを得ない状況です。

再度、等級意見をご記入ください

 1 級

令和〇〇年〇〇月〇〇日

指定医名（自署） 署 名

事例 14

適切な事例・生後2ヵ月、中心静脈栄養法 (必要量60%以上)持続的实施

〔解説〕

生後2か月から推定エネルギー必要量の60%以上を中心静脈栄養法によって、栄養を補給している状態から、1級相当は適当である。

〔都の基準〕

等級1級に該当する障害は、次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難となるため、推定エネルギー必要量の60%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。

- a 疾患等により、小腸が切除され、残存空・回腸が手術時75cm未満（ただし乳幼児期は30cm未満）になったもの。
- b 小腸疾患により永続的に小腸機能の大部分を喪失しているもの。

身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日生(6歳) 男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 乳児難治性下痢症 外傷・ 疾病 先天性・その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日 令和28年4月15日頃	
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) <p style="text-align: center;">生後数日より、下痢便1日約10回体重増加不良(2500→2850/2ヶ月) 生後2ヶ月より、高カロリー輸液(IVH)施行。以後種々の経腸栄養法を試みるも 寛解得られず、現在までIVH続行中。経口摂取カロリーは殆ど0。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和1年4月頃</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) <p style="text-align: center;">生後2ヶ月から現在までIVHを施行しており、現在身長-2SD、体重7.5SDである が、在宅静脈栄養法(HPN)により、保育園に通園も可能となった。今後、経口摂 取に順応するかどうかは経過観察を要する。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 <input checked="" type="radio"/> 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4年4月30日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○ 診療担当科目 小児外科 医師氏名 ○○○○ <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。 ・ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1</p> 級相当
留意事項 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12号様式(第3条関係)

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 103.9 cm 体重 15.5 kg 体重減少率 $\frac{\text{増加}}{2500} \rightarrow \frac{\text{増加}}{2850}$ g
(観察期間 生後より2ヶ月間)

1 小腸切除の場合

- (1) 手術所見 ・ 切除小腸の部位 ・ 長さ cm
・ 残存小腸の部位 ・ 長さ cm

< 手術施行医療機関名 >

(できれば手術記録の写しを添付する。)

- (2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)……(小腸造影の写しを添付する。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

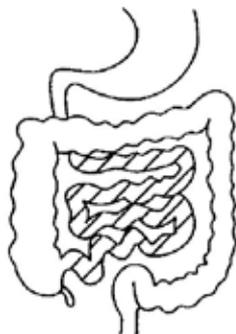
2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

蛋白、糖不耐症あり、また便性とプロスタグランディンEとF₂の濃度が比較的良好に相関し、また腸内細菌叢の乱れが認められる。空腸粘膜生検では慢性の炎症性浸潤がみられる。その他器質的変化は認められない。

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

- ・ 開始 日 平成28年6月25日
・ カテーテル留置部位 上大静脈
・ 装置の装置 シヨルダーバッグタイプ

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **全期間**)
- ・療法の連続性 (持 続 的・**間 歇 的**)
- ・熱 量 (1日当たり **1,450** Kcal)

② 経腸栄養法

- ・開 始 日 **平成28年7月頃**
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **0** 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的・**間 歇 的**)
- ・熱 量 (1日当たり **0** Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂 取 の 状 態 (普通食、軽食、**オモユ**・**流動食**、低残渣食)
- ・摂 取 量 (普通量、中等量、**少量**)

4 便の性状 (**下痢**、軟便、正常) 排便回数(1日 **2~3** 回)

5 検査所見 (測定日令和4年4月24日)

赤 血 球 数	434万 /mm ³	血 色 素 量	13.4 g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	6.8 g/dl	血 清 アル ブ ミ ン 濃 度	4.2 g/dl
血 清 総 コ レ ス テ ロ ー ル 濃 度	120 mg/dl	中 性 脂 肪	116 mg/dl
血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度	133 mEq/l	血 清 カ リ ウ ム 濃 度	4.2 mEq/l
血 清 ク ロ ー ル 濃 度	104 mEq/l	血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度	1.6 mEq/l
血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度	4.6 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。

事例 15

適切な事例・2歳児、中心静脈栄養法 (必要量60%以上)持続的実施

〔解説〕

栄養維持の方法は、中心静脈栄養法のみにより全面的に依存しており、2歳児ではあるが現状においては、1級の判定は適当である。

なお、経口摂取への順応の観察を要するとの判断があることから、将来再認定の指導は必要である。

〔都の基準〕

等級1級に該当する障害は、次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難となるため、推定エネルギー必要量の60%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要があるものをいう。

- a 疾患等により、小腸が切除され、残存空・回腸が手術時75cm未満（ただし乳幼児期は30cm未満）になったもの。
- b 小腸疾患により永続的に小腸機能の大部分を喪失しているもの。

第2号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(小腸機能 障害用)	
総括表	
氏名 ○○○○	○年○月○日生(2歳) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所 ○○○○○○○○	
① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名 癒着性イレウス	外傷・ <input checked="" type="radio"/> 疾病 先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生年月日	令和2年3月2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>生後間もなく発症した胆汁性嘔吐と腹部膨満を主訴として令和2年3月15日○ ○病院に入院。同年3月19日先天性腸回転不全の診断のもと開腹手術を施行。 ところが術後腸管通過障害があるために同年4月17日に再開腹し癒着剥離と壊死 性腸炎のある部分を切除、吻合した。その後も腸管の通過悪く、同年5月23日さら に同年10月7日開腹して癒着剥離など行ったが、やはり腸管通過に障害があつて全 面的に高カロリー輸液に依存している。</p> <p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 令和2年9月10日</p>	
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	
<p>現在経鼻的に胃管が挿入されていて、経口摂取は(経腸栄養も含めて)全く行わ れていない。</p> <p style="text-align: right;">[将来再認定 <input checked="" type="radio"/>要 <input type="radio"/>軽度化・<input type="radio"/>重度化]・不要 [再認定の時期 <input checked="" type="radio"/>1年後 <input type="radio"/>3年後・5年]</p>	
⑥ その他参考となる合併症状 腸回転不全	
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和4年4月30日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 電話 () 所在地 ○○○○○ 診療担当科目 外科 医師氏名 ○○○○ <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 <ul style="list-style-type: none"> ・<input checked="" type="radio"/>該当する。 ・該当しない。 	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: center;">1 級相当</p>
留意事項 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)

- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に **180日間**)
- ・療法の連続性 (**持続的**・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり **850 Kcal**)

② 経腸栄養法

- ・開始日 年 月 日
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に 日間)
- ・療法の連続性 (持続的・間歇的)
- ・熱量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取

- ・摂取の状態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数(1日 回)

5 検査所見 (測定日令和4年4月19日)

赤血球数	$334 \times 10^4 / \text{mm}^3$	血色素量	10.7 g/dl
血清総蛋白濃度	g/dl	血清アルブミン濃度	4.2 g/dl
血清総コレステロール濃度	161 mg/dl	中性脂肪	168/dl
血清ナトリウム濃度	140 mEq/l	血清カリウム濃度	4.2mEq/l
血清クロール濃度	107 mEq/l	血清マグネシウム濃度	1.9mEq/l
血清カルシウム濃度	4.2 mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。