

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

身体障害認定要領

1 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るものを軽度、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。

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、（※1）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。

（※1）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値（γ-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には、飲酒があったものと判断する。（参照：平成15年2月27日付障企発第0227001号「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」）

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。

2 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。

(6) 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7点から9点の状態である場合（※2）は、1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

（※2）再認定の必要性については、第2回目の検査時点の結果をもって判断されたい。（参照：平成15年2月27日付障企発第0227001号「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」）

ふりがな	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	男・女
氏名							
住所	大阪市 区						
① 障害名（部位を明記）							
② 原因となった疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、 戦傷、戦災、疾病、先天性、 その他（ ）						
③ 疾病・外傷発生日	昭和 平成	年	月	日	場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）							
⑤ 総合所見	障害固定又は障害確定（推定）平成 年 月 日						
⑥ その他参考となる合併症状	[将来再認定 要 ・ 不要] (再認定の時期 平成 年 月)						
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。							
平成 年 月 日							
病院又は診療所の名称							
所在地							
診療担当科名 科 医師氏名 ㊟							
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕							
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 (級相当) ・ 該当しない							
注意 1. 障害区分や等級決定のため、大阪市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 2. 診断書を記載するにあたっては身体障害認定要領を参考にしてください。							

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（※身体障害認定要領1（2）ア 参照）

	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	
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。（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。）

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

注3 初めて肝臓機能障害の認定を行うものであって、第2回目の検査時点の結果がChild-Pugh分類の合計点数が7点～9点の状態にある場合は、1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

<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4 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5 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（※身体障害認定要領1（2）イ 参照）

	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（※身体障害認定要領1（2）ウ 参照）

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

注6 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（※身体障害認定要領1（2）エ 参照）

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150μg/dℓ以上	有・無
補完的な肝機能診断	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
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
日常生活活動の制限	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