

令和 7 年度身体障害者福祉法
第 15 条指定医師研修会資料

肝臓機能障害

[事例研究]

目 次

適切な事例

	頁
1 1級の認定が適切な事例	1
2 3級の認定が適切な事例	5
3 2級の認定が適切な事例	10
4 2級の認定が適切な事例（アルコール性肝硬変）	14

不適切な事例

1 非該当の事例（アルコールを摂取した）	18
2 非該当の事例（Child-Pugh分類の合計点数が7点に満たない）	22
3 非該当の事例（Child-Pugh分類の合計点数が7点に満たない）	26
4 照会を要する事例（Child-Pugh分類の合計点数が7点に満たない）	30
5 照会を要する事例（第1回と第2回の検査日の間隔が不適切）	34

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

適切な事例 1

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	29年8月28日生（69歳）	男女
住所 ○○市○○町○-○○-○○			
② 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型肝炎ウイルスによる肝硬変、肝癌	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他（）	
③ 疾病・外傷発生年月日 平成20年12月頃 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。） 平成20年に肝障害を指摘された。平成22年10月、○○病院を受診し、通院加療を開始したが、多忙のため中断。平成26年9月4日当院初診。腹腔鏡下肝生検により、肝硬変と診断した。その後、何回かの発癌認めるも、根治術を行っている。令和4年頃より、肝不全徵候が著明となり、腹水コントロール目的に入退院を繰り返している。 障害固定又は障害確定（推定） 令和4年12月頃 日			
⑤ 総合所見	総ビリルビン値も高値となっており、自他覚的にも介助なしでの生活は困難となっている。現在2か月に1度入院し調整を行っている。 Child-Pugh分類でグレードCに該当する。 〔軽度化による将来再認定 要・不要 〔再認定の時期 年 月後〕〕		
⑥ その他参考となる合併症状	心房細動		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和6年 6月 30日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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（ 1 級相当） ・該当しない			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せを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)	
	令和5年 3月 10日		令和5年 6月 23日	
	状態	点数	状態	点数
肝 性 脳 症	無・ <input checked="" type="checkbox"/> I・II III・IV・V	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> I・II III・IV・V	2
腹 水	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 軽度・中程度以上	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 軽度・中程度以上	2
	おおむね 2 ℥		おおむね 2 ℥	
血清アルブミン値	2.9 g /dℓ	2	2.7 g /dℓ	3
プロトロンビン時間	53 %	2	59 %	2
血清総ビリルビン値	3.9 mg/dℓ	3	4.1 mg/dℓ	3
合 計 点 数	11点		12点	
(該当するものを〇で囲むこと。)	5~6点・7~9点・ <input checked="" type="checkbox"/> 10点以上		5~6点・7~9点・ <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 有・無		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	

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

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝 性 脳 症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹 水	無	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	2.0 mg/dℓ未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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回検査時	第2回検査時
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
改善の可能性がある積極的治療の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無

3 肝臓移植

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

注 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	検査日 令和4年 12月14日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	検査日 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	検査日 令和3年 2月26日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	原発性肝がん治療の既往	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	確定診断日 令和2年 11月21日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
日常生活活動の制限	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	確定診断日 令和2年 12月22日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	胃食道静脈瘤治療の既往	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	確定診断日 令和2年 6月15日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	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="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	最終確認日 令和3年 2月26日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	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="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

補完的な肝機能診断等の該当数	9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="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を
○で囲んだ合計数を記載すること。

適切な事例 1

障害の認定について

「1 肝臓機能障害の重症度」

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・検査結果が記載されており、次の点が1級認定の要件（1）に該当している。

- ①各2回の診断・検査の結果、Child-Pugh分類による合計点数が2回とも7点以上
- ②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点以上の状態が、2回とも「有」

「2 障害の変動に関する因子」

各2回の診断・検査日において、次の点が確認されている。

- ③それぞれの「検査日前180日間におけるアルコールの摂取」が「無」
- ④「改善の可能性のある積極的治療の実施」が「有」

「3 肝臓移植」

本件は該当しないが、肝臓移植後であり、抗免疫療法を必要とする期間中は、1級に該当する。この場合の診断書・意見書は、2～3ページ目の記入項目のうち1、2、4の記載は省略可能。

「4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限」

- ⑤5項目以上が該当し、1級認定の要件（2）に該当している。

以上、①②③④⑤の点から、1級認定は適切である。

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

適切な事例 2

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	21年6月28日生（77歳）	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
住所 ○○市○○町○-○○-○○			
① 障害名（部位を明記）肝臓機能障害			
② 原因となった C型肝炎ウイルスによる肝硬変 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病・外傷名 疾病、先天性、その他（ ）			
③ 疾病・外傷発生年月日 平成27年2月 頃 日・場所			
⑤ 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。） 平成30年4月当院を紹介受診し、指摘されていた慢性肝炎の通院治療を開始した。 令和2年9月、肝細胞癌が認められ、マイクロ波凝固法を実施。 令和3年頃から腹水が認められ、現在難治性腹水の状態である。			
障害固定又は障害確定（推定） 令和4年11月11日			
⑤ 総合所見 肝臓機能の低下は徐々に進行。腹水による膨満感があり、穿刺排液を行っている。 浮腫が著しく歩行困難な状態である。 Child-Pugh分類でグレードBに該当する。			
〔軽度化による将来再認定 <input checked="" type="checkbox"/> 要・不要 〔再認定の時期 1年 月後〕〕			
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6年 9月 15日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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 (3 級相当) ・該当しない			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せを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)	
	令和5年 4月 20日		令和5年 9月 1日	
	状態	点数	状態	点数
肝 性 脳 症	無・I・II III・IV・V	1	無・I・II III・IV・V	1
腹 水	無・軽度・中程度以上	3	無・軽度・中程度以上	3
	おおむね 3 ℥		おおむね 3 ℥	
血清アルブミン値	3. 6 g /dℓ	1	3. 7 g /dℓ	1
プロトロンビン時間	72 %	1	75 %	1
血清総ビリルビン値	1. 6 mg/dℓ	1	1. 7 mg/dℓ	1
合 計 点 数	7点		7点	
(該当するものを〇で囲むこと。)	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日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記載すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝 性 脳 症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹 水	無	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	2.0 mg/dℓ未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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回検査時	第2回検査時
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・無	有・無
改善の可能性がある積極的治療の実施	有・無	有・無

3 肝臓移植

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

注 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日 令和3年 9月 1日	
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日 令和3年 9月 1日	
	原発性肝がん治療の既往	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日 令和2年 9月 15日	
日常生活活動の制限	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	胃食道静脈瘤治療の既往	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	最終確認日 令和3年 9月 1日	
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほど強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある。	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

補完的な肝機能診断等の該当数	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	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

適切な事例 2

障害の認定について

「1 肝臓機能障害の重症度」

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・検査結果が記載されており、次の点が3級認定の要件（1）に該当している。

- ①各2回の診断・検査の結果、Child-Pugh分類による合計点数が2回とも7点以上
- ②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点以上の状態が「無」

「2 障害の変動に関する因子」

各2回の診断・検査日において、次の点が確認されている。

- ③それぞれの「検査日前180日間におけるアルコールの摂取」が「無」
- ④「改善の可能性のある積極的治療の実施」が「有」

「4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限」

6項目以上が該当するが、②が「無」であることから、1級及び2級には該当せず、3級の認定が適切である。

診断書・意見書の記載について

（1ページ目）

- ② 「原因となった疾病・外傷名」について
できる限り正確な名称を記載する。単に「肝硬変」ではなく、「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、種類を明らかに。不明な場合は疑わしい疾患名を記載する。
- ③ 「疾病・外傷発生年月日」について
不明な場合は推定年月を記載する。あるいは初診日でもよい。
- ④ 「参考となる経過・現症」について
傷病発生から現症まで、障害認定の参考となる事項や2～3ページ目の所見内容について具体的に記載することが必要である。
- ⑤ 「総合所見」について

経過・現症から見て、障害認定に必要な事項（Child-Pugh分類のグレードB又はCに該当する等）、特に肝臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について記載する。

Child-Pugh分類の合計点数が7～9点の状態であるため、1年以上5年以内の期間内で再認定の時期を定めて認定する。

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

適切な事例 3

総括表

氏名	○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	34年8月28日生（64歳）	男 女
住所	○○市○○町○-○○-○○			
① 障害名（部位を明記）肝臓機能障害				
② 原因となった NASHによる 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病・外傷名 肝硬変 疾病、先天性、その他（ ）				
③ 疾病・外傷発生年月日 平成25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。） 平成25年より肝硬変に移行。 令和4年11月に食道静脈瘤破裂、コントロール不能となり、TIPS施行のため入院となつた。				
障害固定又は障害確定（推定） 令和4年12月 日				
⑤ 総合所見 肝硬変移行後、徐々に症状が悪化している。 令和3年の消化管出血前後から、Child-Pugh分類でグレードBの状態で固定化。 〔軽度化による将来再認定 要・不要 〔再認定の時期 1年 月後〕〕				
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6年 9月 15日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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（ 2 級相当） ・該当しない				
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せを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)	
	令和5年 3月 30日		令和5年 8月 2日	
	状態	点数	状態	点数
肝 性 脳 症	無・ <input checked="" type="checkbox"/> I・II III・IV・V	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> I・II III・IV・V	2
腹 水	無・軽度・中程度以上	1	無・軽度・中程度以上	1
	おおむね ℥		おおむね ℥	
血清アルブミン値	3.7 g/dℓ	1	3.4 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	2.0 mg/dℓ	2	1.8 mg/dℓ	1
合 計 点 数	8点		8点	
(該当するものを○で囲むこと。)	5~6点・ <input checked="" type="checkbox"/> 7~9点・10点以上		5~6点・ <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 有・無		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	

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

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝 性 脳 症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹 水	無	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	2.0 mg/dℓ未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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回検査時	第2回検査時
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
改善の可能性がある積極的治療の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無

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 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上		有	無
	検査日	年 月 日		
症状に影響する病歴	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上		有	無
	検査日	平成30年 12月 15日		
日常生活活動の制限	血小板数 50,000/mm ³ 以下		有	無
	検査日	令和元年 8月 2日		
補完的な肝機能診断	原発性肝がん治療の既往		有	無
	確定診断日	年 月 日		
症状に影響する病歴	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有	無
	確定診断日	年 月 日		
日常生活活動の制限	胃食道静脈瘤治療の既往		有	無
	確定診断日	令和4年 12月 5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		
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

補完的な肝機能診断等の該当数	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

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

適切な事例 3

障害の認定について

「1 肝臓機能障害の重症度」

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・検査結果が記載されており、次の点が2級認定の要件（1）に該当している。

- ①各2回の診断・検査の結果、Child-Pugh分類による合計点数が2回とも7点以上
- ②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点以上の状態が、2回とも「有」

「2 障害の変動に関する因子」

各2回の診断・検査日において、次の点が確認されている。

- ③それぞれの「検査日前180日間におけるアルコールの摂取」が「無」
- ④「改善の可能性のある積極的治療の実施」が「有」

「4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限」

⑤補完的な肝機能診断（3項目）及び症状に影響する病歴（4項目）から1項目以上で合計4項目が該当し、2級認定の要件（2）に該当している。

以上、①②③④⑤の点から、2級認定は適切である。

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

適切な事例 4

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	25年6月25日生（73歳）	男 女
住所 ○○市○○町○-○○-○○			
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	アルコール性 肝硬変	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 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。） 平成23年11月悪心から入院し、アルコール性肝硬変と診断された。 令和2年9月に食道静脈瘤が悪化して入院。内視鏡的治療を施行した。 退院後は断酒しているが肝不全状態が続いている。 腹水貯留に対し、内服コントロールを継続中。			
障害固定又は障害確定（推定） 令和4年5月 頃 日			
⑤ 総合所見 非代償性肝硬変で腎障害を伴い、完全な腹水コントロールは不能である。 断酒から長期経過しているが、改善の見込みは難しい。			
〔 軽度化による将来再認定 (再認定の時期 年 月後) 要・ <input checked="" type="checkbox"/> 不要 〕			
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6年 9月 30日			
病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 該当する (2 級相当) ・ <input type="checkbox"/> 該当しない			
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。</p> <p>3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。</p> <p>4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。</p>			

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5年 4月 7日		令和5年 9月 22日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	無・I・II III・IV・V	1	無・I・II III・IV・V	1
腹水	無・軽度・中程度以上	3	無・軽度・中程度以上	3
	おおむね 5 ℥		おおむね 5 ℥	
血清アルブミン値	2.8 g/dℓ	2	2.6 g/dℓ	3
プロトロンビン時間	60 %	2	55 %	2
血清総ビリルビン値	3.2 mg/dℓ	3	3.0 mg/dℓ	2
合計点数	11点		11点	
(該当するものを○で囲むこと。)	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日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記載すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	無	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	2.0 mg/dℓ未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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回検査時	第2回検査時
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・無	有・無
改善の可能性がある積極的治療の実施	有・無	有・無

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 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/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	
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下			有	無
	検査日	年	月	日	
	原発性肝がん治療の既往			有	無
	確定診断日	年	月	日	
日常生活活動の制限	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	令和2年	9月	15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	
	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	

補完的な肝機能診断等の該当数	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	有

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を
○で囲んだ合計数を記載すること。

適切な事例 4

障害の認定について

本件は、アルコール性肝障害であっても、第1回と第2回の両方の検査時において、180日以上アルコールを摂取していないことが確認されていることや、非代償性肝硬変であると診断されていることから、認定は可能である。

「1 肝臓機能障害の重症度」

90日以上180日以内の間隔をといて実施した連続する2回の診断・検査結果が記載されており、次の点が2級認定の要件（1）に該当している。

- ①各2回の診断・検査の結果、Child-Pugh分類による合計点数が2回とも7点以上
- ②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点以上の状態が、2回とも「有」

「2 障害の変動に関する因子」

各2回の診断・検査日において、次の点が確認されている。

- ③それぞれの「検査日前180日間におけるアルコールの摂取」が「無」
- ④「改善の可能性のある積極的治療の実施」が「有」

「4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限」

⑤補完的な肝機能診断（3項目）及び症状に影響する病歴（4項目）から1項目以上で合計3項目が該当し、2級認定の要件（2）に該当している。

以上、①②③④⑤の点から、2級認定は適切である。

◎アルコール摂取についての確認や意義については、**疑義解釈 1、7、8**を参照

◎腹水の診断・評価については、**疑義解釈 5、6**を参照

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

不適切な事例 1

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	43年3月25日生（55歳）	男 女						
住所 ○○市○○町○-○○-○○									
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	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他（ ）							
③ 疾病・外傷発生年月日	平成19年 頃 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。）	30歳代後半に近医で肝機能異常を指摘され、43歳で肝硬変症と診断された。 45歳時に食道静脈瘤破裂のため入院歴あり。 その後、肝細胞癌を発症し、当院を紹介受診。ラジオ波焼灼治療を施行した。以降、肝癌再発を繰り返し、肝動脈塞栓術等により治療を行っている。								
⑤ 総合所見	障害固定又は障害確定（推定） 令和4年11月頃 日								
<p>肝硬変症は、肝予備能が徐々に低下してChild-PughのグレードCに該当している。 肝細胞癌に対しては治療を反復しているが、複数の病変が残存している。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>軽度化による将来再認定</td> <td>要・<input type="checkbox"/> 不要</td> </tr> <tr> <td>〔再認定の時期</td> <td>年 月後〕</td> </tr> </table>				軽度化による将来再認定	要・ <input type="checkbox"/> 不要	〔再認定の時期	年 月後〕		
軽度化による将来再認定	要・ <input type="checkbox"/> 不要								
〔再認定の時期	年 月後〕								
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。								
<p>令和6年 4月 27日</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>病院又は診療所の名称</td> <td>○○○○病院</td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td>○○市○○町○-○○-○○</td> </tr> <tr> <td>診療担当科名</td> <td>消化器内科 医師氏名 ○○ ○○</td> </tr> </table>				病院又は診療所の名称	○○○○病院	所 在 地	○○市○○町○-○○-○○	診療担当科名	消化器内科 医師氏名 ○○ ○○
病院又は診療所の名称	○○○○病院								
所 在 地	○○市○○町○-○○-○○								
診療担当科名	消化器内科 医師氏名 ○○ ○○								
<p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見【障害程度等級についても参考意見を記入】</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<input type="checkbox"/> 該当する (1 級相当) ・<input type="checkbox"/> 該当しない 									
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。</p> <p>3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。</p> <p>4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。</p>									

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4年 11月 24日		令和5年 4月 21日	
	状態	点数	状態	点数
肝 性 脳 症	無・I・II III・IV・V	1	無・I・II III・IV・V	1
腹 水	無・軽度・中程度以上	2	無・軽度・中程度以上	2
	おおむね 1. 5 ℥		おおむね 1. 5 ℥	
血清アルブミン値	2. 4 g /dℓ	3	2. 3 g /dℓ	3
プロトロンビン時間	5 8 %	2	6 3 %	2
血清総ビリルビン値	4. 5 mg/dℓ	3	2. 1 mg/dℓ	2
合 計 点 数	11点		10点	
(該当するものを○で囲むこと。)	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日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記載すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝 性 脳 症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹 水	無	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5 g /dℓ超	2.8~3.5 g /dℓ	2.8 g /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

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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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回検査時	第2回検査時
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・無	有・無
改善の可能性がある積極的治療の実施	有・無	有・無

3 肝臓移植

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

注 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	検査日	令和4年 11月16日		
	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上			
	検査日	年 月 日		
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	検査日	平成30年 11月16日		
	原発性肝がん治療の既往			
	確定診断日	令和2年 10月5日		
日常生活活動の制限	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	確定診断日	年 月 日		
	胃食道静脈瘤治療の既往			
	確定診断日	平成25年 3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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	最終確認日	平成28年 10月 2日		
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほど強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある。			
	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。			
有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		

補完的な肝機能診断等の該当数	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	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

不適切な事例 1

障害の認定について

本件は、2回の診断・検査結果がChild-PughのグレードCに該当しているが、第1回の検査時において、「検査日前180日間におけるアルコールの摂取」が「有」であることから、認定の対象とならないケースである。

(疑義解釈 1)

Q：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：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。

(疑義解釈 7)

Q：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：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。

(疑義解釈 8)

Q：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：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（γ-G T P 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置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。

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

不適切な事例 2

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	25年6月25日生（73歳）	男 女
住所 ○○市○○町○-○○-○○			
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	自己免疫性肝炎	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生年月日 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。） 自己免疫性肝炎で経過観察中。2019年6月、11月、2020年8月に発熱、高アソモニア血症を伴う肝性脳症の入院歴あり。			
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日			
⑤ 総合所見 自己免疫性肝炎は現在もIgG常に高値CRPも高く、肝不全への移行が予想されます。			
〔軽度化による将来再認定 要・不要 〔再認定の時期 年 月後〕〕			
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6年10月1日			
病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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 (3 級相当) ・該当しない			
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。</p> <p>3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。</p> <p>4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。</p>			

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5年 5月 7日		令和5年 9月 10日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	無・I・II III・IV・V	1	無・I・II III・IV・V	1
腹水	無・軽度・中程度以上	1	無・軽度・中程度以上	1
	おおむね 0		おおむね 0	
血清アルブミン値	3.1 g/dl	2	3.7 g/dl	1
プロトロンビン時間	75 %	1	72 %	1
血清総ビリルビン値	1.4 mg/dl	1	1.2 mg/dl	1
合計点数	6点		5点	
(該当するものを○で囲むこと。)	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日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記載すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	無	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	2.0 mg/dl未満	2.0~3.0 mg/dl	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・無	有・無
改善の可能性がある積極的治療の実施	有・無	有・無

3 肝臓移植

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

注 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日	令和元年 8月 10日	
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日	令和元年 8月 10日	
	原発性肝がん治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
日常生活活動の制限	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	最終確認日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほど強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある。		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

補完的な肝機能診断等の該当数	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	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

不適切な事例 2

障害の認定について

本件は、第1回と第2回の診断・検査結果の合計点数が、2回とも7点未満であることから、非該当となるケースである。

診断書・意見書の記載事項について

(1ページ目)

① 「障害名」について

肝臓機能障害と記載する。

② 「原因となった疾病・外傷名」について

できる限り正確な名称を記載する。単に「肝硬変」ではなく、「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、種類を明らかに。不明な場合は疑わしい疾患名を記載する。

③ 「疾病・外傷発生年月日」について

不明な場合は推定年月を記載する。あるいは初診日でもよい。

④ 「参考となる経過・現症」について

傷病発生から現症まで、障害認定の参考となる事項や2～3ページ目の所見内容について具体的に記載することが必要である。

また、障害固定（回復が困難）と判断した年月日を記載する。

⑤ 「総合所見」について

経過・現症から見て、障害認定に必要な事項（Child-Pugh分類のグレードCに該当する等）、特に肝臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について記載する。

(2ページ目)

1 「肝臓機能障害の重症度」について

診断・検査結果の記載に不明確な部分がある。
(腹水の状態が程度・量ともに記載なし)

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

不適切な事例 3

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	21年6月28日生（77歳）	男 女
住所 ○○市○○町○-○○-○○			
① 障害名（部位を明記）肝臓機能障害			
② 原因となった C型肝炎ウイルスによる肝硬変 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病・外傷名 疾病、先天性、その他（ ）			
③ 疾病・外傷発生年月日 平成29年 1月 22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。） 平成29年1月、C型肝硬変により、○○病院から紹介され当院受診。その後肝細胞癌を認め、平成29年8月と翌30年1月に肝動脈塞栓術を施行した。 経過観察と加療を継続中である。			
障害固定又は障害確定（推定） 令和5年 2月 5日			
⑤ 総合所見 現在の症状は落ち着いているが、今後食道静脈瘤の増大や肝細胞癌再発のリスクは高く、症状の悪化が見込まれる。 〔軽度化による将来再認定 要・不要 〔再認定の時期 年 月後〕〕			
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6年 5月 25日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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（ 3 級相当） ・該当しない			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せを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)	
	令和4年 11月10日		令和5年 4月 13日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	無・I・II III・IV・V	1	無・I・II III・IV・V	1
腹水	無・軽度・中程度以上	2	無・軽度・中程度以上	1
	おおむね 2 ℥		おおむね 0 ℥	
血清アルブミン値	2.7 g/dℓ	3	3.6 g/dℓ	1
プロトロンビン時間	57 %	2	60 %	2
血清総ビリルビン値	2.0 mg/dℓ	2	1.8 mg/dℓ	1
合計点数	10点		6点	
(該当するものを○で囲むこと。)	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日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記載すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	無	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	2.0 mg/dℓ未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね 1 ℥以上を軽度、3 ℥以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・無	有・無
改善の可能性がある積極的治療の実施	有・無	有・無

3 肝臓移植

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

注 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	検査日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	検査日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	検査日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	原発性肝がん治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	平成 30 年 1 月 27 日	
日常生活活動の制限	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	確定診断日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	平成 28 年 11 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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	最終確認日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	有痛性筋けいれんが 1 日に 1 回以上ある。		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

補完的な肝機能診断等の該当数	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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を
○で囲んだ合計数を記載すること。

不適切な事例 3

障害の認定について

本件は、第1回の診断・検査結果の合計点数が7点以上であるものの、第2回が7点未満であることから、非該当となるケースである。

なお、「B型又はC型肝炎ウイルスの持続的感染 最終確認日」に未記入があり、適切な記載が必要である。

(疑義解釈 4)

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

(疑義解釈 10)

Q : 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 : 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

(疑義解釈 11)

Q : 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 : 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ではなく、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。

身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用） 不適切な事例 4

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	31年6月28日生（67歳）	男 女
住所 ○○市○○町○-○○-○○			
① 障害名（部位を明記） 肝臓機能障害			
② 原因となった C型肝硬変、 疾病・外傷名 肝癌	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳	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。） 平成25年3月からLC、HCCで○○○病院に通院（これ以前は不明）。 平成29年5月、エコー、CTでHCC再発しTACE施行。以後再発なく経過する が、平成30年2月HCC再発し、翌3月当院でTACE施行。また、平成31年4月に もTACEを施行した。			
障害固定又は障害確定（推定） 令和4年11月11日			
⑤ 総合所見	血清アルブミン値の低下があり、腹水貯留も頻回に出現。定期的なアルブミン投与が必要となっている。		
〔 軽度化による将来再認定 要・不要 〔再認定の時期 年 月後〕 〕			
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6年 9月 3日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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			
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する (1 級相当) ・該当しない 			
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。</p> <p>3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。</p> <p>4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。</p>			

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5年 3月30日		令和5年 7月20日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	無・I・II III・IV・V	1	無・I・II III・IV・V	1
腹水	無・軽度・中程度以上	1	無・軽度・中程度以上	3
	おおむね 0		おおむね 3 0	
血清アルブミン値	3.8 g/dl	1	2.3 g/dl	3
プロトロンビン時間	65 %	2	58 %	2
血清総ビリルビン値	1.9 mg/dl	1	2.0 mg/dl	2
合計点数		6点		11点
(該当するものを○で囲むこと。)	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日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記載すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	無	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	2.0 mg/dl未満	2.0~3.0 mg/dl	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・無	有・無
改善の可能性がある積極的治療の実施	有・無	有・無

3 肝臓移植

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

注 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	検査日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
症状に影響する病歴	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	検査日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
日常生活活動の制限	血小板数 50,000/mm ³ 以下		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	検査日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	原発性肝がん治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	平成 27 年 5 月 <input type="checkbox"/> 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	確定診断日	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	平成 29 年 10 月 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	最終確認日	令和元年 9 月 <input type="checkbox"/> 1 日	
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほど強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある。		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	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="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

補完的な肝機能診断等の該当数	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	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

不適切な事例 4

障害の認定について

本件は、第1回の診断・検査結果が7点未満であることから、認定とならないケースである。

しかしながら、令和3年7月20日の結果は7点以上であり、この令和3年7月20日から起算して、90日以上180日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果の合計点数が2回とも7点以上であれば、認定対象となり得るので、診断医に対して照会を要するケースである。

この場合、「2 障害の変動に関する因子」についても、同じ検査日で確認し直すこととなる。

診断日は、新たな第2回目の検査日以後の日付けに訂正が必要である。

「4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限」については、必要に応じて加筆・修正を行う。

総括表

氏名 ○○ ○○	明治 大正 昭和 平成	31年3月28日生（67歳）	男 女
住所 ○○市○○町○-○○-○○			
① 障害名（部位を明記） 肝臓機能障害			
② 原因となった非アルコール性脂 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病・外傷名肪性肝炎に肝硬変 疾病、先天性、その他（ ）			
③ 疾病・外傷発生年月日 平成28年10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。） 健康診断で肝機能障害を指摘された。 令和4年2月から肝性腹水及び胸水が出現し利尿剤で加療続けるも改善なく、アルブミン投与、腹水穿刺を外来、入院で繰り返している。 障害固定又は障害確定（推定） 令和4年8月 日			
⑤ 総合所見 N A S Hによる非代償性肝硬変。 難治性肝性胸腹水が認められる。 〔軽度化による将来再認定 年 月後〕 〔再認定の時期 年 月後〕			
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6年 9月 8日 病院又は診療所の名称 ○○○○病院 所 在 地 ○○市○○町○-○○-○○ 診療担当科名 消化器内科 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（ 1 級相当） ・該当しない			
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾患には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せを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)	
	令和4年 11月 26日		令和5年 8月 18日	
	状態	点数	状態	点数
肝 性 脳 症	無・ <input checked="" type="checkbox"/> I・II III・IV・V	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> I・II III・IV・V	2
腹 水	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 軽度・中程度以上	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 軽度・中程度以上	2
	おおむね 1 ℥		おおむね 1 ℥	
血清アルブミン値	2.7 g /dℓ	3	2.3 g /dℓ	3
プロトロンビン時間	45 %	2	39 %	3
血清総ビリルビン値	4.3 mg/dℓ	3	6.9 mg/dℓ	3
合 計 点 数	12点		13点	
(該当するものを○で囲むこと。)	5~6点・7~9点・ <input checked="" type="checkbox"/> 10点以上		5~6点・7~9点・ <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 有・無		<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	

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

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記載すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝 性 脳 症	無	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹 水	無	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	2.0 mg/dℓ未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/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、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量がおおむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等で体重がおおむね

40kg以下のものについては、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
検査日前180日間におけるアルコールの摂取	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
改善の可能性がある積極的治療の実施	有・無	有・無

3 肝臓移植

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

注 肝臓移植を実施した者であって抗免疫療法を実施しているものは、1、2及び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及び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 5.0 mg/dl以上		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日	令和4年 12月 20日	
	血中アンモニア濃度 150 µg/dl以上		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日	平成31年 5月 21日	
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	検査日	平成28年 12月 1日	
日常生活活動の制限	原発性肝がん治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある。		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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。		
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

補完的な肝機能診断等の該当数	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	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

注 「補完的な肝機能診断等の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

不適切な事例 5

障害の認定について

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て実施した連続する2回の診断・検査結果に基づき認定を行うが、本件は、第1回と第2回の間隔が180日を超過しているため、Child-Pugh分類による合計点数が2回とも7点以上であっても、認定の対象とならないケースである。

このようなケースでは、第2回検査日（令和3年8月18日）から90日以上180日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果の合計点数が、2回とも7点以上であれば、認定対象となり得るので、診断医に対して照会を要するケースである。

また、「2 障害の変動に関する因子」のうち「改善の可能性のある積極的治療の実施」が未記入のため、確認を要する。

なお、「2 障害の変動に関する因子」については、新たな第2回目の検査日で確認し直すこととなる。

診断日は、新たな第2回目の検査日以後の日付けに訂正が必要である。

「4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限」のうち「胃食道静脈瘤治療の既往 最終確認日」に未記入があり、適切な記載が必要である。

「障害の変動に関する因子」について

(1) 「検査日前180日間におけるアルコールの摂取」

肝臓機能障害を悪化させるアルコールを、それぞれの検査日より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。

(2) 「改善の可能性のある積極的治療の実施」

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ることについて、医師による確認を行う。

(疑義解釈 9)

Q：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：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。

