

## 障害程度等級表

級別	肝臓機能障害
1級	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Child-Pugh分類の合計点数が7点以上であって、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、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの</div> <p style="text-align: center;">+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">次の項目のうち、5項目以上が認められるもの</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 血清総ビリルビン値が5.0mg/dℓ以上</li> <li>b 血中アンモニア濃度が150μg/dℓ以上</li> <li>c 血小板数が50,000/mm<sup>3</sup>以下</li> <li>d 原発性肝がん治療の既往</li> <li>e 特発性細菌性腹膜炎治療の既往</li> <li>f 胃食道静脈瘤治療の既往</li> <li>g 現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染</li> <li>h 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</li> <li>i 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</li> <li>j 有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">肝臓移植後であって、抗免疫療法を必要とするもの</div>
2級	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Child-Pugh分類の合計点数が7点以上であって、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、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの</div> <p style="text-align: center;">+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">上記のaからjまでのうち、aからgまでの1つを含む3項目以上が認められるもの</div>
3級	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Child-Pugh分類の合計点数が7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回以上続くもの</div> <p style="text-align: center;">+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">上記のaからjまでのうち、aからgまでの1つを含む3項目以上が認められるもの</div>
4級	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Child-Pugh分類の合計点数が7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回以上続くもの</div> <p style="text-align: center;">+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">上記のaからjまでのうち、1項目以上が認められるもの</div>

## 身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）

総括表 注意 原因となった疾病には、「C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変」等原因となった疾病名を記入してください。

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	男・女
住所 京都府			
① 障害名		肝臓機能障害	
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		年 月 日	発生場所
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。）			
		障害固定又は障害確定（推定）	年 月 日
⑤ 総合所見			
⑥ 将来再認定（障害程度改善見込） ※改善の見込みがある場合は要に○を付し、悪化すると予想される場合には、不要に○を付すこと。			
要（再認定の時期		年 月）	不要
⑦ 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。			
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 <span style="float: right;">㊟</span>			
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してください。] 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			

※ 障害区分や等級決定のため、京都府又は京都府社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。

肝臓の機能障害の状態及び所見

(該当するものを○で囲むこと)

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	平成	年 月 日	平成	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	ℓ	概ね	ℓ
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日以内の間隔を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。  
 なお、初めて肝臓機能障害の認定を行う方で、第2回目の検査時点において、Child-Pugh分類の合計点数が7点から9点の状態である場合は、1年以上5年以内の再認定年月を「◎将来再認定」欄に記入すること。

<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。  
 注5 血清アルブミン値については、アルブミン製剤を投与する前の検査値で評価する。

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

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 平成 年 月 日	
	血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上	有・無
	検査日 平成 年 月 日	
症状に影響する病歴	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下	有・無
	検査日 平成 年 月 日	
	原発性肝がん治療の既往	有・無
	確定診断日 平成 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 平成 年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往	有・無
	確定診断日 平成 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 平成 年 月 日	
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある	有・無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある	有・無

該 当 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