

それでは、お手元の参考2の資料をご覧をいただきたいと思います。「身体障害者のための主な福祉サービス」としまして簡単にまとめさせていただいてございます。

第1回目の検討会におきまして、身体障害者手帳の制度の概要及びその根拠規定等についてご説明しておりますが、本日はこの手帳が受けられることによる福祉サービスということにつきまして、代表的な例をご説明をしたいと思っております。

歴史的には、身体障害者福祉法に基づき援護措置を行うという目的によりまして身体障害者手帳制度ができています。平成18年4月に障害者自立支援法がスタートいたしまして、知的障害、それから精神障害者を含めた3障害のサービス体系に大きく移行してございます。そういったことから、現在は身体障害者福祉法によるサービスというよりは、主要なサービスについては障害者自立支援法によるサービスということになります。その他、身体障害者福祉法に残りました固有のサービスがございませぬ。ここまでする法令上のサービスということになろうと思ひます。その他身体障害者手帳が交付された方に係るいわゆる各種援護措置といたしまして、事業者による各種割引、それから税制上の優遇措置、それから自治体における単独の事業による助成制度などもございませぬ。そのうち一部をご紹介をさせていただきたいと思ひます。

なお、注書きに記載いたしましたように、国、自治体、企業等、幅広くいろんな施策についてご協力いただいているわけですが、実際の運用につきましてはそれぞれ事業所、それから自治体によって様々な運用基準が設けられております。したがって、本日のご説明につきましては、この一部ということになりますので、詳細につきましては、場合によりましては他省庁も所管しているところもございませぬので、その他自治体窓口、事業者等にご照会をいただくという形で正確には把握していただくということになろうと思ひます。

まず第1点目の障害福祉サービスにつきましては、障害者自立支援法による給付という体系に移行してございませぬ。詳細につきましてはパンフレットをご覧をいただきたいと思ひます。

開いていただきまして、3ページでございませぬ。現在、大きなサービス体系の見直しを進めまして3年目となっておりますが、いわゆる介護サービス、ホームヘルプ、その他施設の入所、通所を通じたサービスなどにつきまして、大きな体系の見直しをさせていただきます。

現在の仕組みにつきましては、この真ん中の図にございませぬ自立支援給付といたしまして、介護給付、訓練等給付という大きなサービスの分類に分かれております。この介護給付につきましてはホームヘルプ、それから日中活動サービス、それから施設入所支援などの、いわゆる介護を中心としたサービス分類、これを10類型に分けてございませぬ。

右側の訓練等給付でございませぬが、これにつきましては、生活訓練、機能訓練、それから就労支援などのサービスといたしまして、4類型に分けてございませぬ。特にグループホーム、これは知的障害者、精神障害者に係るサービスとして今運用してございませぬ

が、これにつきましては、介護を主としたサービスにつきましては共同生活介護、いわゆるケアホームという分類、従前のグループホームにつきましては共同生活援助という形に分けさせていただいてございます。その詳細についてはまた次のページでござい
ただきたいと思ひます。

3つ目のサービス類型といたしましては自立支援医療でございます。これも後ほどご説明させていただきたいと思ひますが、公費負担医療制度を身体障害者の更生医療、それから児童福祉法による育成医療、それから精神保健福祉法による精神通院公費、これを1本にまとめまして自立支援医療とさせていただきます。

4つ目が舗装具でございます。車いす、義肢、装具等の物品給付というものを行って
ございますが、これらにつきましては金銭給付事業といたしまして、合わせまして自立支援給付とさせていただきます。これは全国どこでも一定の水準によるサービスが提供されるものという視点でまとめたものでございまして、在宅サービスを含めまして、国の負担の義務化を図ったものでございます。

一方、その下の地域生活支援事業でございますが、これにつきましては、地方分権推進の観点から、地方自治体の創意工夫により取組を進めるほうがよいだろうという観点から分類しているものでございます。一部個別的なサービスとしての移動支援事業とか、物品給付としての日常生活用具、それから視覚障害者、聴覚障害者等のコミュニケーション支援、こういったものがこの中に含まれます。これらにつきましては国の裁量的経費という形で、自治体に対する助成事業により行ってございます。

さらに、都道府県の役割、それから市町村の役割も一応今回整理をさせていただきまして、基本的には市町村を中心としたサービス体系に移行してございます。都道府県の役割といたしましては、専門性の高い相談、それから広域的な対応が必要な事業、それから人材育成、こういったものを都道府県に担当していただきまして、市町村を支援していく、そういう体制に組みましていただいております。

次のページ、4ページ、5ページが現在の福祉サービスの体系でございます。ヒアリングの際に介護についてのお話ございました。真ん中に新サービスとして分類して
ございますが、介護給付といたしまして、居宅介護から重度障害者等包括支援、ここま
でがいわゆる訪問系のホームヘルプでございます。

自立支援法に基づきまして、今回重度障害者に対する特別のサービス体系を新たに設けて
ございます。それが重度訪問介護、これが重度の肢体不自由者に係るロングのサービス
でございます。3つ目が行動援護、これは精神障害者、知的障害者の方の中で、自己判断能力が非常に制限されている方のいわゆる危険回避のサービス、これは外出を伴うサービスを含めて提供するものでございます。それから重度障害者等包括支援、これは介護の必要性の非常に高い重症心身障害、またはALSの障害程度が進んだ方に対するサービスとして包括的に行う、このような体制で現在体系を分けてございます。

施設の入所・通所系のサービスにつきましては、児童デイサービスから就労継続支援

まで、ここの分類がございます。

右側をご覧くださいますと、日中活動サービス、それから住まいの場の組み合わせというものがございます。これは特に入所施設につきまして、パッケージのサービスでございましたが、これを日中活動の場、それから夜間のケアの場というふうに分けることによりまして、様々なニーズに対応していこうというものでございます。この中に日中活動については療養介護、これは医療と常時介護を必要とする方に係るサービスでございます。医療の必要性の薄い方、というより常時介護を必要とする方に係る介護的なサービスが生活介護でございます。このような形で現在分類してございます。

6ページ、7ページにつきましては、特にサービスとしまして移動に係るサービスがございます。それが地域生活支援事業の中の移動支援事業でございます。これが6ページの図の市町村事業として位置付けているものでございます。

自立支援給付のうち障害福祉サービス、介護給付、それから訓練等給付に係る利用の手続きの流れが8ページ、9ページでございます。これも自立支援法の施行に伴いまして統一的に運用させていただいているものでございますが、サービスの支給決定のプロセスの中に、介護給付につきましては心身の状況に関する106項目のアセスメントを実施をする障害程度区分認定を行ってございます。これはコンピュータ判定によりまして認定した後、二次判定、これは審査会による判定でございます。それに基づきまして障害程度区分を認定する。ここはいわゆる介護保険における要介護認定に非常に近いものの仕組みを導入させていただいたものでございます。さらに勘案事項調査等を実施をいたしまして、サービスの利用意向の聴取を行った結果、その方に係る必要なサービスを市町村において支給決定するという、こういう流れになってございます。なお、障害程度区分認定につきましては、身体障害者手帳、1級から6級まで機能障害により認定してございますが、この障害程度区分認定につきましては、心身の状況に関する介護的な尺度によって認定してございますので、必ずしも一致するものではございません。別な尺度による認定ということであります。

それから10ページ、11ページにつきましては、障害福祉サービスを利用する際に利用者の方にご負担をいただく利用者負担に係るものでございます。介護保険と同じように、原則的にはかかる経費の1割をご負担していただくということにしてございますが、さらに、ご本人の負担に無理のない範囲で負担をしていただく中で制度全体を支えていくというような社会連帯の考え方に基づいてこの仕組みを変えてございますが、11ページにはその基準につきまして上限額をあらわしてございます。これにつきましてはまた後ほどごらんいただければと思いますが、非常に細かく配慮措置を加えてございます。サービスの利用状況、それから市町村民税の課税状況等によりまして細かく分けてございますが、1割と申しましても、實際上現在は大体平均的には3%程度のご負担をお願いしているという状況でございます。具体的な利用者負担の状況については13ページ以降にちょっと例示をさせていただいております。

ここまでがいわゆる障害福祉サービスに係るサービスの内容と、それから利用手続き、利用者負担の概要でございます。

16ページ、17ページが自立支援医療でございます。身体障害者に係る更生医療、これにつきましては、18年4月から自立支援医療といたしまして自立支援法のサービスに移行してございます。障害の除去または軽減が期待できる治療を対象として給付しているものでございます。この考え方は、旧身体障害者福祉法の考え方と同様でございます。

利用者負担につきましては、障害福祉サービスはまた別な観点での利用者負担の基準を定めさせていただいております。健康保険の適用がある方については、その給付が受けられた一部負担金相当分のうち、原則的に1割ご負担をしていただく。さらに所得状況に応じた各般の軽減措置を設けているということでございます。

最後が舗装具でございます。これにつきましては主に肢体不自由それから聴覚障害、視覚障害の方々に係る物品給付が中心でございます。代表的なものとして義肢、装具、車いす、補聴器などがこれに当たります。これにつきましても、これまでは現物給付という形をとっておりましたが、現在自立支援法の中のサービスといたしまして、費用を支給するという制度に改めてございます。

利用者負担につきましては19ページでございます。一応原則的に1割のご負担をお願いしつつ、各般の軽減措置を講じているということでございます。

これまでは自立支援法に係る福祉サービスの例でございます。戻りまして参考2の次のページをご覧をいただきたいと思っております。

身体障害者福祉法に基づくサービスも一部残ってございます。これが代表的な例といたしましては、身体障害者社会参加支援施設というものでございまして、これはいわゆる身体障害者福祉センターを中心といたしました、利用による施設でございます。これは身体障害者手帳をお持ちであればどなたも利用ができるというものでございますし、それから支給決定に当たってのプロセスというものはこの中は適用されません。

それから、視覚障害者の情報提供施設などがございしますが、ここは日々通っていただいて利用するというよりも、情報発信をするという施設の色彩が非常に強うございます。

その他身体障害者福祉法として残っております規定は、身体障害者更生相談所、それから身体障害者相談員、やむを得ない事由による福祉サービスの措置などの規定が現在もこの身障法の中に規定されてございます。

その下、「その他の身体障害者に対する代表的なサービスの例」というものを挙げさせていただいておりますが、これはいわゆる大きく言いますと3つ目の類型になろうかと思っております。手帳を発行された方に係る事業者、それから自治体における各種の割引措置等について例示をさせていただいたものでございます。

このうち、若干の補足をさせていただきますと、JR、いわゆる国鉄の運賃割引、これは今現在はJR各社の割引になっておりますが、手帳の中に1級、2級という等級とはまた別に、1種、2種という種別を付しまして、それにより割引を適用されるという

形になってございます。

それから、飛ばしまして公営住宅の優先入居の制度等も、これは運用させていただいてございます。

それから税制上の特別措置といたしまして、所得税、住民税における障害者控除、さらに身体障害者手帳の1級または2級の認定を受けられた方に係る特別障害者控除、この控除額をさらに高めたものでございますが、そういった控除の制度がございます。

それから、いわゆる外出におけるサービスとして、事業者における運賃割引がございますが、その他地方自治体における福祉パスとかタクシーチケットの交付を行っている例もございます。それからタクシー事業者における事業者割引といったものも実施をされてございます。

そのほか、医療費の関係につきまして、先ほど自立支援医療をご説明いたしましたが、その他各都道府県におきまして医療費の助成制度が実施をされております。概ね重度障害者に係る一般医療の負担の軽減のための助成措置ということでございますが、これはそれぞれ自治体において適用の内容が異なっております。概ね身体障害者手帳の1級または2級の方々を対象として、利用者負担の軽減がされている。負担の軽減の内容につきましても各都道府県においてそれぞれ定めていただいているという状況でございます。

非常に雑駁でございますが、以上でございます。

○柳澤座長

ありがとうございました。

厚生労働省の名越補佐と天田補佐から、実際に肝機能障害の評価に当たっての留意点、それからまた現在の法的なサポート体制、特に障害者自立支援法を中心としてお話いただきました。

ここでは、確かに患者さんの状態をどうやって評価するのかということ、そしてその評価のグレードによってどういったサービスが必要なのかというふうなことがこれからの検討課題になってくるということがありますので、まず、肝機能障害と身体障害との関係についてということで論点が挙げられましたが、ほぼこの論点ということでよろしいかと思っておりますので、それに沿った形で議論を進めていただきたいと思います。肝機能障害と身体障害の関係についてというのはかなり言葉としては象徴的な言葉でありまして、肝機能障害というのは検査の上であらわれてくる障害であって、身体障害というのはそういった肝臓の機能障害の結果あらわれてくる身体の、表にあらわれてきてどなたでもわかるのが症状と言われているもので、そしてまた、医学的に見て、外にあらわれてくるものをサイン、徴候というふうに医学用語では分けておりますけれども、そういう身体的な症状、徴候というのは何かということで、従来のいろいろな特定疾患でのグレードを分けるものは、専ら身体機能の障害を基にして分けていたということが、厚生

労働省としての疾病についての重症度評価の基本になっているということがあります。

しかし、肝機能障害の場合に、先ほどのレクチャーにもございましたけれども、どういうふうに評価していくのかということについて、少しざっくりばらんに皆様方が持っていらっしゃる重要な点あるいは問題点などについての指摘をいただいて議論を進めたいと思います。

それで資料2の1の(1)ですか、「一定の障害が存在するか」それから「障害が固定あるいは永続しているといえるか」、ちょっと抽象的なテーマになってしまってお議論がしにくい点があるかと思いますが、先ほどのような重症度評価の問題、それからまた法的なサポート体制の問題、そういったことを念頭に置いて少しご議論いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。どういう点からでも結構でありますけれども、障害をどういうふうに評価するのか、それからまた障害が固定あるいは永続しているのか、あるいはまた肝機能障害の実態としてはどういうものであるかというふうなことかと思いますが、どういう形でも結構ですから、フリートークングをしていただきたいと思います。はい、八橋構成員。

○八橋構成員

肝疾患患者さんの肝機能障害、身体障害ということに関して、自覚症状と他覚症状に区分して、少しコメントしたいと思います。

慢性肝疾患の方の自覚症状として、一番頻度が高いものは易疲労感だろうと思います。体がだるいとか倦怠感という訴えが多いように思います。さらに病気が進行すると、腹水がたまるとか足がむくむということで歩きにくいとか、階段が上れないとか、そういうふう具体的な症状が出てきます。全く歩くことができない状況ではないのですが、スムーズに歩行するには困難な状態にある。さらに病気が進行すると、トイレまでは何とか起きられるけれども、一日中、寝たきりのような状態になります。

また慢性肝疾患の方は、不安感を感じられる方が多いような気がします。それは、夜間の不眠症状として表れ、夜十分眠れないので疲れが回復せず、昼間も体調がすぐれないという悪循環に入ります。不安感の評価というのは難しいのですが、肝疾患患者さんは、精神的に悩んでおられる方が多く、不安感というのは肝疾患患者さんの症状のひとつだと私は考えています。

他覚症状としては、肝疾患に特異的かつ代表的な症状としては黄疸があります。第三者の方が、目でみてわかるほどの黄疸のレベルは、顕性黄疸と表現されます。顕性黄疸は、ビリルビンの数字で表現すると3.0以上と言われています。2.0台では我々専門家でも診断できませんが、5.0の数字を越えると誰が見ても黄疸があるとわかります。Child-Pugh分類で表記されているビリルビンの数字の2.0とか3.0という数字は、そういうレベルです。

腹水も、1リットルぐらいの腹水貯留の程度では、まず自覚的症状としては認識され

ません。腹水が貯留していることを認識するレベルとしては、2～3リットルお腹に水がたまっている状況と私は考えます。腹水の程度が中等度から高度というレベルは、3リットルとか5リットルといった量の腹水がたまっていると状況かと思えます。また、腹水貯留に前後して、下腿の浮腫、足がむくんでくるという症状が出現します。

脳症を早めに見つける方法としては、手と指を伸ばしていただくと指先がふるえる、手がふるえるかどうか、振戦があるかどうかで、見つけることができます。そういう姿勢をとっていただくことで、初めて肝性脳症の初期症状を見出すことができます。こういう診察をおこないながら、他覚的に診断してゆきます。

Child-Pugh分類は世界的に認知され普及していますし、我々も日常診療の中でChild-Pugh分類を用いて肝疾患患者さんをスコアで何点か評価しています。誰がみても肝不全の状態にある方をChild-Pugh分類を用いて表現すると10点以上のChild Cとなります。

ただ、Child-Pugh分類の特徴は、5つの項目を評価するため、ひとつひとつの症状は、それほどでもない場合、中等度の場合でも合計すると10点、Child Cに計算できるようになっています。たとえば、Child-Pugh分類で各項目のスコアが全て2点であった場合でも10点になるのです。肝不全の初期段階、診察所見だけで肝不全とは診断ができない、ちょうどボーダーラインの方でも、Child-Pugh分類を用いることで、肝不全の初期段階と評価することができる、そういうメリットもChild-Pugh分類にはあるのではないかと考えています。

○柳澤座長

ありがとうございました。

ただ今の点について、それでは林構成員、何か。

○林構成員

今のご説明で結構だと思いますけれども、肝機能障害については、計測上、急性期の細胞死に伴うマーカーはあまり参考にならないということで、線維化が進展することに伴ういろんな合成能低下を一番メルクマールにしていますので、参考の1の重症度を見るという項目を使うのが恐らく一番いいだろうと思います。

その中で、このChild-Pughに使っているアルブミン、プロトロンビン、ビリルビンというのは割と安定した値ですので、この3つを使うというのは非常に妥当性があるだろうと思っています。あとのコレステロールとかコリンエステラーゼというのは測定、コリンエステラーゼですと測定値にばらつきがあるということもございますし、コレステロールはそれ以外の影響も受けますので、そういうことではこの重症度の判断に、やはりアルブミンとプロトロンビンとビリルビンを使うというのは非常に妥当性があるものではないかと思っています。

自覚症状は先ほど八橋先生がおっしゃいましたように、ここに書いております以外に、八橋先生のおっしゃる項目だと思います。問題は患者さんのほうが実際の生活上、何が一番自分の生活上困られるかというのを何のマーカーで判定するかというのは、非常に難しい問題ですし、非常に重要な問題だと我々も思っています。実際にこのChild-Pugh分類のグレードのCになりますと、実際患者さんの実生活上かなりの障害があるというのは事実でございますし、実際何らかの手助けが必要だというのは、これはもうそのとおりだと思いますが、グレードのBぐらいのものの扱いをどうするかというのは非常に、何を持ってその患者さんの生活上の評価をするかでちょっと変わってくるころに入るのではないかと思っています。どうしても自覚症状のほうは数値化ができないという難点がございますので、どうしても肝機能と明らかな症候を呈するという以外に客観的な方策はないとは思っておりますが、それと実際の患者さんの訴えとの相関をどういう定量の数値であらわすかというのが非常に重要ではないかという気がいたします。

○柳澤座長

ありがとうございました。

兼松先生のほうで何かございますか。

○兼松構成員

やはりこういうときに指標にするためには、広く受け入れられているというような指標を用いるということが一つ大事ではないかというふうに思います。そういう点からいいますと、Child分類あるいはChild-Pugh分類というのは広く世界的にも受け入れられているので、基準として用いやすいところではないかと思っています。

そうした場合に、これの2つを考えた場合にどちらがいいのかということになりますが、私としましては合成能が入っているChild-Pugh分類のほうが、よりこれは現時点での正確な肝障害度の指標として使えるのではないかというような思いがあります。

特にグレードCのところは余り問題ないかと思いますが、グレードBのところ、それもグレードBの点数の高いほう、ここのところにグレーゾーンがあって、そこをいかにはっきりするかというのが一つポイントではないかと感じております。

○柳澤座長

ありがとうございました。

大分機能検査の評価、それからまた他覚的な症候、そしてまた自覚的な障害の度合いとどういふふうに対応させるかというふうな点をご専門の方から出されましたけれども、ほかにかがでしょうか。どうぞ。

○岩谷構成員

肝機能重症度がChild-PughとかChildでいいというのは同意できるわけですが、それが身体活動の阻害とどう関係しているかということについて判断する場合に、これまでの実績に基づいた何か分類があるかということと、それによって、先ほど実際に支援の内容が明らかにされたわけですが、支援を受けたときにどういうメリットが出てくるかというところがはっきりとイメージできません。林先生も随分お悩みのように見えたのですが、ここがやはり非常に頭の痛い点です。

○林構成員

先生のおっしゃるとおりだと思っております。ただ、現実にはそれをリンクさせるものもございませんので、その評価をどうするかということが私も一番重要だと思っておりますし、一番難しい点だと思います。

○岩谷構成員

肢体不自由については、ずっと昔からそういうことをずっと付け合わせてきました。最近20年ぐらいの間に障害の程度というのはベーシックADLと、それからインストルメンタルADLというような種類の活動が独力で行えるか、またはそのような日常的な活動に介護が必要であるかどうかということをもって障害の程度を、測っています。障害の程度を測る手法がないわけではございません。例えば足がなくなった場合に何が困るかというようなことははっきりしているわけです。脊髄損傷になったときにどれだけの介護が必要になるかとか、四肢麻痺になったときにどれだけの介助が必要になるかというようなことは、これは各分野の専門家はそのことを患者さんと実に長い関係を持ってそれを解明してきました。それをやっていただければ、他の障害との整合性を整えることが可能になるとおもいます。今ある、ほかの障害の認定基準と整合性をどうやってとるのかというところが一番問題じゃないかと私は考えています。

○柳澤座長

ありがとうございました。

今の身体障害の場合には、実際に外へ出てくる機能というものがそのまま評価できるという点があると思っておりますけれども、原構成員にお伺いしたいのですが、先生は腎臓の専門家であらして、腎障害の場合には恐らく検査値としてはクレアチニンとか、基本的には腎血流でしょうかね。それを中心とした検査値と、それから実際にそういった腎機能障害というのは透析をすれば改善をするということがあって、治療法としてもかなり透析ということがはっきり確立されているわけですが、患者さんの側にとって、そういったクレアチニンの程度とか、そういう検査値であらわされる病的な状態と、それから例えば透析をして検査値がよくなっても、本当に自覚的な症状とか、あるいは活動性がどこまで回復できるかとか、そういう実際の身体機能との間の関係を比較的よくご覧に

なっている領域だと思しますので、その辺のことをぜひ。

○原構成員

内部障害からの身体障害という意味では、肝臓も内部障害ですので、腎臓と似ている部分があるだろうと思います。腎不全の場合の身体障害者の適応を決める評価は、大きく3つの点から点数化して決めてあります。

先生がおっしゃったように腎臓の機能、クレアチンクリアランスだとか、糸球体濾過量とか、客観的な残腎機能がどれくらいあるかということです。

それからもう一つは腎不全に伴う臨床症状です。臨床症状では、やはり浮腫が出やすいとか、胸に水がたまるとか、いわゆる体液の貯留、それから貧血の程度、代謝性のアシドーシスの程度、電解質の異常の程度など、検査所見や臨床症状では、7項目のうち1項目で何点というもの、それからもう一つは、高度に日常生活に支障を来たす、などの日常生活の程度などで、総合的に評価をします。日常生活は、起居できないレベルです。さらに身体障害者の適応をグレード分けしています。トータルで60点以上だと1級に相当する。それからクレアチニン値がまだ高くはない、4ぐらいだけれども、ほかのいろんな症状と合わせて身体障害者として3級とか4級とか、グレードを分けてあります。

肝疾患に関しましても、検査結果と、臨床症状それから身体活動性、日常生活度合いですね、そういったものを組み合わせたトータルの点数にしないと難しいのではと思います。実際には検査結果は悪いけれども、結構動ける方もいらっしゃいますし、その反対もあると思うのです。

実際に透析に入って、導入時60点の人が透析治療を受けると何点になるかというのを見たことが以前にあるのです。90%近くが60点を維持しているというのが現状でした。そういった意味で見ますと、肝臓の場合はリバーシブルの部分が脳神経症状の部分かなと思って、実はさっき客観的なデータがあるのかどうかとうかがったのは、それも一つの指標として使えるかなと思ったのです。身体障害のいわゆる日常生活の活動性と検査結果、症状、その3つを組み合わせたような点数制に持っていくほうが、よりリアルアビリティがあるのではと思ったのです。

肝臓が悪い方の、いわゆる肝硬変の方の生活活動度、どういうふうに評価していいのか、それは肝臓科の先生がいろんな患者さんを診られて、どれくらい動ける、動けないというものを少し具体的なものであらわしていただいて、それに点数をつけるというような形で持っていかれてはどうかかなと思います。全てが1級になるのではなくて、グレーゾーンのところは、例えば3級とか4級とか、そういう分類ですすめられるのが良いのではということでした。

○柳澤座長

どうもありがとうございました。

今のお話のように、腎障害の場合には肝障害とかなり似ているような面があると思いますけれども、一つ、どういうふうに考えたらいいのかということで肝臓の専門の先生、あるいはほかの内部障害の先生にお伺いしたいのですが、多分肝障害の場合も腎障害の場合も、運動がどういう影響をするのかということはかなり日常生活をどういうふうに維持できるかということを考えると、大きな点だろうと思うのです。

例えば日常の通常の生活をすることによってそういった身体的な運動の負荷が腎機能とか肝機能をどれだけ悪くさせるか、あるいは悪くさせないのか。その点を考慮していかないと、例えば高齢化が進んできますと、それだけで身体機能はどんどん、筋肉の力は落ちてきますし、やせていきますし、神経機能も低下していきますし、そういうものが二重、三重に加わって全体としての活動能力が低下するというのは、これはいろいろな病気の領域で、特に慢性疾患の領域で既に問題になっているところなんですけれども、その辺の問題というのは例えばどういうふうに評価の中に取り入れていくのか、具体的にどういうふうに取り入れるかというのはさっきの議論でいいと思うのですが、肝機能というか、肝機能障害の場合はいかがでしょうか、そういった日常生活の運動というのがどのくらい負担になるのか、あるいはかえっていいのかという点は。林先生。

○林構成員

これは少し最近考え方が変わってきておまして、以前ですと肝臓が悪くなるとすぐ休んでいただくということを非常に勧めておりましたけれども、実は先ほど先生おっしゃいましたように実は筋肉というのは非常に重要でございまして、やはり肝硬変の患者さんで筋力を維持するというのは非常に重要だということが最近分かってきています。そういう意味で我々も、以前のように疲労度が強いときに単純に休んでいることだけではだめだというふうに思っていて、やはり筋力をどのように維持していくかというのは非常に重要なファクターになってくると思っていますので、そこら辺の評価をどうするかというのは、以前我々はそういうことを一切考慮に入れておりませんでしたけれども、それは当然考えなければならぬだろうと思っています。

それから、いわゆる食後に横になりなさいという指導をしておまして、最近それは逆効果だということで食後に休むということも、よほど病気が進行しない限りそういう指導もいたしませんし、そこは考え方が少し変わってきておしますので、その点を考慮していただく必要があると思っています。

○柳澤座長

ありがとうございました。

腎臓のほうはいかがですか、今の点。

○原構成員

腎臓に関しても、昔は腎疾患と言われると、長期にベッド安静が指示されていましたが、現在はもう特に安静ということ強く勧めておりません。ただ、筋力を低下しない程度には身体を鍛えるというような表現の仕方をしていきますし、透析に入りますとむしろ積極的に動いていただくというような方針をとっています。

透析に入る前のレベルだったらどうかといいますと、非常に高い山に登るとか、水泳を激しくやるとか、そういったことでなければ、日常生活での軽い運動に関しては、むしろ少し勧めております。それは林先生がおっしゃったように、やはり筋力低下を防ぎたいということです。

○柳澤座長

ありがとうございました。

いかがでしょうか。確かに先ほどからのご議論で、血液検査にあらわれる臨床検査値と、それから身体的な症候、さらには患者さん自身の障害の自覚度合いというふうなものをどういうふうに評価していくのかということが重要だというふうなご意見をいただきましたが、その次に、障害が固定あるいは永続していると言えるかどうかということは、これは現在問題となっている肝機能障害、特にC型肝炎による慢性肝炎、そして肝硬変、肝がんといった、そういう経過の中で、障害の固定の度合いということはどういうふうに位置付けるかということのご意見を伺いたいと思うのです。

これはご承知のように、身体障害者福祉法の場合には必ず障害のグレードというものを定める上で、固定したということが条件になっているということがありますので、その点について、肝機能障害の場合はどういうふうに捉えていったらよろしいのか、まず林構成員からお願いできますか。

○林構成員

恐らく今対象になっている肝機能障害の症状というのは固定しているものと考えていただいていると思っております。慢性肝炎だとウイルスの排除が起こると少しよくなるという話ですが、今のところ肝硬変で今議論しているような程度の人にはなかなか今の治療方法ではウイルスの排除を起こすのが難しゅうございますので、そういう意味では症状は固定しているとお考えいただいていると思います。

それで、進行の程度も、それほど急激に進行するというものもございませんので、それはそういうふうにお考えいただいてもいいのではないかと思います。

○柳澤座長

ありがとうございます。

八橋委員、それから兼松委員も、それでよろしゅうございますか。

○八橋構成員

肝機能障害の症状の固定に関して、ウイルス肝硬変ということを対象にする場合、私はB型とC型と分けるべきではないかと考えます。

B型に関しては、抗ウイルス剤で劇的に改善することが珍しくありませんので、少し時間経過をみながら、薬によって改善するかの見極め、評価が必要ではないか。一方、C型に関しては、現時点ではウイルスを排除する、ないしウイルスの増殖を抑えるという確実な治療法がありませんので、基本的には改善することなく時間とともに進行していくというふうに考えていいと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

兼松委員のほうから何かございますか。

○兼松構成員

この場合、特に症状が問題になると思うのですけれども、こういう脳神経の症状とか、それから腹水、こういうところはある程度コントロールではありますがありますけれども、一度コントロールしたものがまた反復するというような状況、こういうふうなときはある程度進んだ固定した状況というような指標になるのではないかと考えます。

○柳澤座長

ありがとうございました。

現在の標準的な治療の段階では、この肝機能障害の場合には一応固定した状況というふうに捉えることができるだろうということがご専門の方々の一致したご意見だというふうに理解します。

○岩谷構成員

固定の問題ですけれども、先生今おっしゃられたように、再発を繰り返すというのは、どれぐらいの周期ですか。

○兼松構成員

これはまた病態にもよりますけれども、例えば腹水にしましても、腹水がたまったら、それで利尿剤にある程度反応したというところがありますけれども、それでまたたまっ

てくるというようなこともあるわけです。

○岩谷構成員

どれぐらいの時間で。

○兼松構成員

それは時間は、いつという……。

○岩谷構成員

半年見たらいいのか、3カ月なのか1年なのかという問題になってくるのですけれども。

○柳澤座長

恐らく今の問題は、非常に身体障害の場合は厳しく見ますと、6カ月間ほとんど症状が固定しているというふうな状態で評価をするわけですが、内部障害の場合、特に今の肝機能障害の場合には、私の理解では、多分意識障害が来りとか、あるいはいろんな、例えば風邪をひいたことによって肝臓としての症状が悪くなるとか、そういうふうな全体としての経過の中でのアンジュレーションはあるにしても、一応は、例えば6カ月間見たときにある程度、どの程度の状態であるかということは判断できるだろうという、そういう意味で固定だというふうに理解したのですが、そのようなことでよろしゅうございますか。

○林構成員

それで結構だと思います。ただ肝性脳症ですと、治療するとある程度コントロールはできますが、何か誘因があると脳症は悪化する。腹水も同じように、利尿剤を使うとコントロール可能なんですけど、何か悪い影響が出てくると腹水は増えるということで、治療には一応反応いたしますが、それはそれで症状がまるきりなくなっているわけではございませんので、何か悪い影響が入ってくると当然のことながら症状が出てまいりますので、そういう意味で固定と考えていいのじゃないかと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

申しわけございません。4時までという予定なんですけれども、ちょっと私のほうの不手際もありまして、大分議論が途中でありますけれども、今日はどこまでやれば事務局のほうとしては整理する上でいいですか。

○名越課長補佐

切りのいいところまでやっていただければと思います。部屋自体はもう少し、時間に余裕があります。

○柳澤座長

わかりました。

それでは、皆さん方もご予定があると思いますので、一応症状固定のほうから次の論点整理のところの2ページの上の「どのような日常生活活動の制限があるのか」ということ、これは先ほどからもいろいろご議論ございますけれども、これについて少しディスカッションをして、本日はそこまでというふうにしたいと思いますが、事務局のほうはそんなところでよろしいですか。

○名越課長補佐

日常生活活動の制限について例示をしてありますけれども、これに関しましては、新しく先生方のところに配られた原告弁護団からの意見書等も踏まえまして追加は可能だと思いますが、これはというものがあえてありましたらここで提示していただけると、今後まとめていく上で参考となります。そういった感じで進めていただければと思います。

○柳澤座長

肝臓の専門家の構成員の方には特にお願いしたいと思いますが、そのほかの方々もずっと身体障害に関しては専門的な立場でいろいろ活動なさっていらっしゃると思いますので、全員の皆さんに今ここで出せるものがあれば出していただきたいと思います。また後で結構ですけれども、少しお調べいただきたいのは、恐らくこういった日常生活活動の制限について、ある程度の点数評価という言葉として誤解されるといけませんけれども、やはり日常生活活動の制限も半定量化するということが、こういう病態、あるいはまた法的なサポートをする上で非常に大事になってくると思うのですね。したがって、QOLのクエショナアールとか、いろんなものがありますけれども、この肝機能障害の患者さんについての日常生活活動の制限の評価といったようなことについて、これからの作業としてどういったことをしたらいいか、あるいはまた現在どういうものがあるのか、少しご議論いただきたいと思いますが、これもいかがでしょうか、お三方、肝臓の専門の先生のご意見を伺いたいと思います。

先ほどちょっと議論になった中では、特異的な肝機能障害としてのQOL評価の指標とかチャートというのは余りないのだというようなお話だったと思いますが、そういうことであるならば、ここに挙げられました例えばいろいろな訴えの中で、重視すべきものはどれであるかとか、あるいはこれ以外にも重視すべき日常生活活動の制限というも

のがあるかどうか、そういった点でも結構ですけども、少しお話いただけませんかでしょうか。すみません、最初に年の功で林構成員からお願いします。

○林構成員

先ほど八橋先生、これに不安の要因を加えていただいたらというのは、私もそれはそのとおりだと思っています。肝性脳症と腹水と出血傾向については半定量というのは割とやりやすい項目だと思います。易疲労性は一番難しいかなと思いますが、足がつりやすくなるというのもかなり患者さんの訴えの多い症候でございまして、実際に生活上ではかなり生活上の制限になることだと思っていますので、これ以外に先ほどの筋力の低下に伴ういわゆる歩行障害とかいう分類としてこれを入れていただくというのは必要ではないかというふうに思っております。

○柳澤座長 ありがとうございます。

八橋委員は追加するものはありますか。

○八橋構成員

最初に自覚症状的なところを申しましたので、大体今、林委員が言われたのでいいのではないかな。もちろん直接患者さんに聞くとまたいろいろ幾つか出てくるのかなとは思いますが、大まかに言うところかと思えます。

○柳澤座長

ありがとうございました。

兼松委員は何か。

○兼松委員

私も歩行障害といいますか、これが大事だなと思います。もうベッドにずっといなければならぬのか、あるいは少し動けるかというところで、重要な項目だと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

ほかの委員の方は何かございますか。ご覧になっていて。

○和泉構成員

あえて申し上げれば、患者さんの訴えを主体とする部分が重いですね。これはなかなか難しい問題が生じてこないかという、私たちの場合ですと、自立した生活ができない、介助が全く必要であるか、あるいはごく軽い日常的な生活はできているのかどうか、

それから、家庭生活であれば大丈夫だ、社会に出ていける程度であるという、こういう非常に分かりやすいところで線引きしているわけですね。それに対してメッツということで裏付けするという、それをやっているわけですが、やはり実際にやってく場合にここはかなり注意いたしませんと難しい問題が、つまり公平性が維持されるかということになるかと思えます。患者さん並びに患者さんの団体が疾病負担の大きさを訴えられている、これは私たち実際に同意できる話なんですけれども、疾病負担の大きさを訴えられているのは必ずしもこのHCV感染ではないわけで、実際にこの法律を適用して、それが少しでも軽減する方向、自立する方向になるベクトルを与えるために幾つかの方策があるわけです。これを動員したときに、これを適用して認定したときに、それが軽減する方向へ行くかどうかということに注目した項目を設定しないと私は難しいことになるんじゃないか。内部障害をやっているものですから余計そういう点を危惧しております。

○柳澤座長

岩谷委員。

○岩谷構成員

やはり公平性というものが担保されているということは重要です。医学的データで示されれば納得しやすいのですが、行動の障害というものは、決して医学的な状況だけで決まることはないわけです。この身体障害者福祉法という法律は、障害を軽くすることを目的としたリハビリテーション法であります。障害に対して何らか軽くすることによって、その方の能力が上がって、社会に出ていけるようになることを支援するということが目的にしています。それは法律の基本で、今までそういう目的で施行してきているわけでありまして。ですから、ここでそういう論理に乗らない場合には大変困ったことになってしまいます。それで、我々も頭の中が大変混乱してしまうわけです。

ですから、こういう身体障害、こういう障害、こういうようなディスアビリティがあって、これに対してこういう医学的介入、あるいはこういう介護、社会的な支援サービスを利用できるようにすることによって、その人の社会的な活動性がこれだけ上がるというようなモデルを示すことが必要になるのだと思います。

それからもう一つは、永続的な障害に対して何らかの意味で補償するという概念はこの法律の中にはないのだと思います。その辺は、法は非常に冷たいと感じられ、医者の方の立場と法律における公平性というところで常に迷うわけです。そのあたりのことをぜひお考えいただいて、何らかのいい案を、だれにも納得していただけるようなものをしていただきたいと思います。

それから尺度については、これは絶対に作ることができます。私たちはそういう疾患特異的な患者立脚型QOL尺度を幾つもつくってきました。我々の経験に照らして、や

ればできると申し上げたいのです。

○柳澤座長

ありがとうございました。

この日常生活活動の制限があるかということで、論点として取り上げましたのは、今和泉構成員、それから岩谷構成員がおっしゃいましたような問題点というのは十分皆さん方もご理解されているところだと思いますし、ただやはり原告団のほうでなさいましたアンケート調査の中では、これはまた当然のことなんですけれども、患者さんは、例えばそんな医学的な指標よりはご自分の生活がどういうふうに変であるのかということも訴えとしてお出しになっているわけで、それはそれとして、やはりそういうものを全くある意味で無視をして、ただ機能障害であるとか、現実に外にあらわれてくる兆候だけを基にして評価をするのではないのだという意味で取り上げられた面も強いのだと思いますし、こういった日常生活障害動作というのは患者さんの側の不自由さというのはやはり評価の中に取り入れていくべきであるということが現在のこういった疾病の評価、重症度とか障害度の評価の中では当然取り入れるべきであろうというのが、この肝機能障害にかかわらず、全ての慢性疾患において言われてきていることでありますので、やはり我々も現在の法律の中にそういうものが必ずしも入っていないということがあるにしても、それを何らかの形で配慮していくということはこれからの検討課題だというふうに理解するということがよろしいかというふうに思います。

そんなところでよろしいでしょうか。ちょっと途中ですけれども、先の課題として、今日論点整理としてなされましたところ、天田さんがせっかく話していただいた法的なもののところまでは入れませんでしたけれども、またこの次に少しその点の検討を進めたいというふうに思います。

それでは、時間でございますので、今日はこのようなところで検討会は終わりにしたいと思います。次回の検討事項は、今日の残りの部分も含めてですけれども、事務局のほうでどういうふうな予定であるかということをお話いただいて終わりにしたいと思います。

○名越課長補佐

それでは、次回につきますですけれども、日程につきましては現在調整中でございます。追って日時につきましてはお知らせをしたいと思っております。

次回の議題ですけれども、今日の兼松先生のお話も踏まえまして、今のフレームに肉付けをしたものを提示をさせていただきます。肝機能障害の要件についてさらに議論を深めていきたいと思っております。

そのほか、これまで宿題となっていた医療費のデータ等につきましても、まとめることができましたら次回では出していきたいというふうに思っております。よろしく願いいたします。

○柳澤座長

じゃ、今日はこれでよろしゅうございますか。

それでは、どうも長時間ありがとうございました。

(了)