

# 肝機能障害の評価に関する検討会（第4回）

平成21年5月1日（金）

10:00～12:00

厚生労働省5階 共用第7会議室

## 議事次第

1. 開会
2. 議事
  - (1) 肝機能障害について
  - (2) その他
3. 閉会

### 「配付資料」

資料1 身体障害の認定基準について

資料2 肝機能障害に関する論点整理（案）

### 参考資料

1：肝機能障害の評価に関する検討会構成員名簿

2：身体障害認定基準等について

3：肝機能障害の評価に関する検討会（第3回）議事録

## 身体障害の認定基準について

### 1 身体障害の種類

視覚障害

聴覚又は平衡機能の障害

音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害

肢体不自由

(上肢、下肢、体幹、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害)

心臓機能障害

じん臓機能障害

呼吸器機能障害

ぼうこう又は直腸の機能障害

小腸機能障害

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

## 2 障害認定の方法

### (1) 障害認定の基本的考え方

- ① 一定の障害が存在するか
- ② 障害が固定・永続しているか
- ③ 日常生活活動の制限があるか

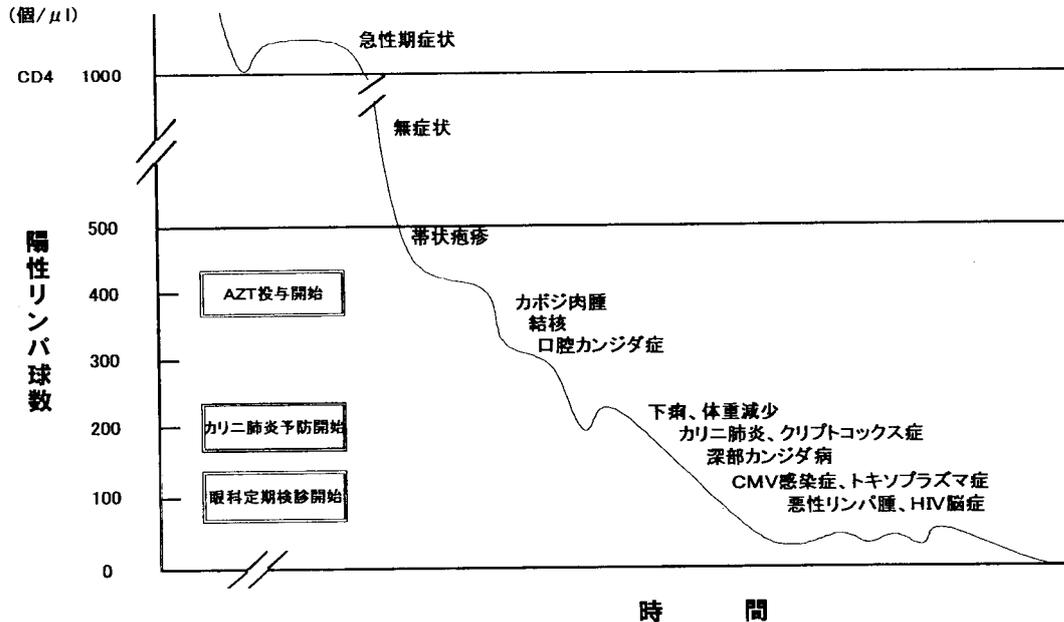
### (2) 身体障害の認定の実際

#### (例1) じん臓機能障害

##### 【認定基準】

- ア 1級 ・じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの
- イ 3級 ・じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分以上、20ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が5.0mg/dl以上、8.0mg/dl未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は次のいずれか2つ以上の所見があるものをいう。
- a じん不全に基づく末梢神経症
  - b じん不全に基づく消化器症状
  - c 水分電解質異常
  - d じん不全に基づく精神異常
  - e エックス線写真所見における骨異栄養症
  - f じん性貧血
  - g 代謝性アシドーシス
  - h 重篤な高血圧症
  - i じん疾患に直接関連するその他の症状
- ウ 4級 ・じん機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が20ml/分以上、30ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl以上、5.0mg/dl未満であって、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は上記のaからiまでのうちいずれか2つ以上の所見のあるものをいう。

(例2) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害



CD4 陽性リンパ球による経過観察法と日和見感染症の予知

CD4 とは・・・免疫機能を司る重要なリンパ球で、HIV ウイルスが好んで感染する受容体をもつ

【認定基準】

13 歳以上の者の場合 (13 歳未満の者については略)

ア 1 級 ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの。

(ア) CD4 陽性Tリンパ球数が  $200/\mu l$  以下で次の項目 (a~1) のうち6項目以上が認められるもの。

- a 白血球数について  $3,000/\mu l$  未満の状態が4週間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
- b Hb 量について男性  $12g/dl$  未満、女性  $11g/dl$  未満の状態が4週間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
- c 血小板数について  $10万/\mu l$  未満の状態が4週間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
- d ヒト免疫不全ウイルスRNA量について  $5,000$  コピー/ $ml$  以上の状態が4週間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
- e 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および易疲労が月に7日以上ある。
- f 健常時に比し10%以上の体重減少がある
- g 月に7日以上 of 不定の発熱 ( $38^{\circ}C$  以上) が2か月以上続く
- h 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある

- i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔吐が月に7日以上ある
- j 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
- k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- l 軽作業を超える作業の回避が必要である

(イ) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

イ 2級 ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの。

- (ア) CD4陽性Tリンパ球数が $200/\mu l$ 以下で1.アの項目(a~l)のうち3項目以上が認められるもの。
- (イ) エイズ発症の既往があり、1.アの項目(a~l)のうち3項目以上が認められるもの。
- (ウ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく1.アの項目(a~l)のうちaからdまでの1つを含む6項目以上が認められるもの。

ウ 3級 ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの。

- (ア) CD4陽性Tリンパ球数が $500/\mu l$ 以下で、アの項目(a~l)のうちの3項目以上がみとめられるもの。
- (イ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なくアの項目(a~l)のうちaからdまでの1つを含む4項目以上が認められるもの。

エ 4級 ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの。

- (ア) CD4陽性Tリンパ球数が $500/\mu l$ 以下でアの項目項目(a~l)のうち1項目以上が認められるもの。
- (イ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、アの項目項目(a~l)のうちaからdまでの1項目を含む2項目以上が認められるもの。

肝機能障害に関する論点整理 (案)

1. 一定の障害が存在するか

- ①どの程度の状態を「一定の障害」と捉えるのか。
- ②医学的に肝機能の評価する方法がいくつかあるが、どのようなものを指標とするのが適当か。

<検査値、身体所見>

- a ビリルビン値
- b プロトロンビン時間
- c アルブミン値
- d 腹水
- e 肝性脳症
- f 浮腫
- g 黄疸
- h 手掌紅斑
- i クモ状血管腫
- j 足がつりやすくなる
- k 重症度分類 (Child-Pugh 分類) (a~e の組み合わせ)  
等
- 急性期のマーカー (AST、ALT 等) は適さない。

<自覚症状>

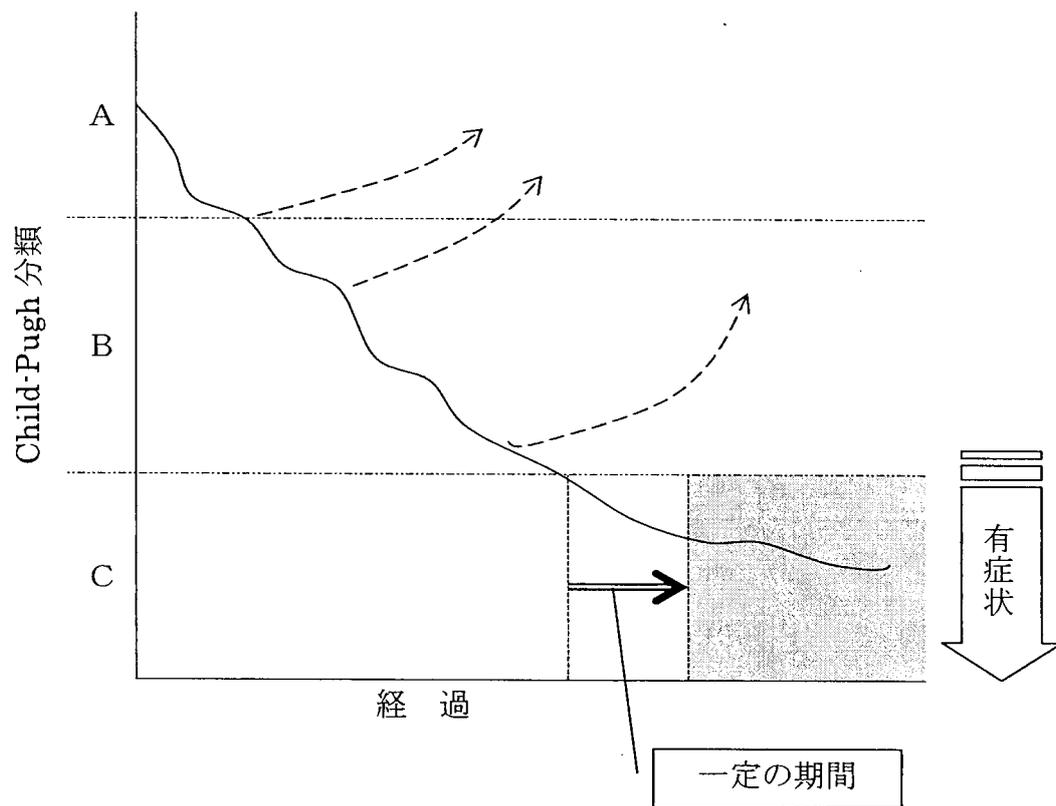
- a 不眠
- b 倦怠感、易疲労感  
等

Child-Pugh 分類

	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度 (I~II)	昏睡 (III 度以上)
腹水	なし	軽度	中等度以上
血清アルブミン (g/dl)	>3.5	2.8-3.5	2.8<
PT (プロトロンビン) 時間 (%)	>70%	40-70%	40%<
総ビリルビン値 (mg/dl)	<2	2.0-3.0	3<
グレード A: 5~6 点	グレード B: 7~9 点	グレード C: 10~15 点	

2. 障害が、固定あるいは永続しているといえるか。

重症の肝機能不全が、治療による回復が困難と考えられるレベルに達し、一定程度症状が継続した場合、身体障害の認定の際に考慮する「永続・固定」と位置づけることが可能と言えるのではないか。



### 3. どのような日常生活活動の制限があるか

#### 肝機能障害による日常生活活動とはどのようなものか

◇ヒアリングにおいて示された日常生活活動制限の例

<身体所見・自覚症状>

- a 足がつりやすくなる
- b 出血傾向
- c 腹水
- d 肝性脳症
- e 易疲労性、寝たきり

<治療や健康管理による制限>

- a 健康管理（運動、食事、感染症予防等）
- b 安静

<日常生活における制限>

- a 介助の必要性

## 肝機能障害の評価に関する検討会構成員名簿

氏名	所属及び職名
和泉 徹	北里大学医学部循環器内科学教授
岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター総長
兼松 隆之	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 移植・消化器外科教授
田中 純子	広島大学大学院医歯薬学総合研究科 疫学・疾病制御学講座准教授
林 紀夫	大阪大学医学部附属病院長
原 茂子	虎の門病院 腎センター 健康管理センター(前部長)
八橋 弘	国立病院機構長崎医療センター 臨床研究センター治療研究部長
柳澤 信夫	関東労災病院名誉院長

(五十音順、敬称略)

# 身体障害認定基準等について

	頁
① 身体障害者福祉法及び身体障害者福祉法施行令（抜粋）・・・・・・・・・・	1
② 身体障害者障害程度等級表 （身体障害者福祉法施行規則別表第5号）・・・・・・・・・・	2
③ 身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について・・・・	5
④ 身体障害の範囲拡大の経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	33

身体障害者福祉法及び身体障害者福祉法施行令（抜粋）

○身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)

(身体障害者)

第四条 この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。

別表

一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

1 両眼の視力(万国式試視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。)がそれぞれ〇・一以下のもの

2 一眼の視力が〇・〇二以下、他眼の視力が〇・六以下のもの

3 両眼の視野がそれぞれ一〇度以内のもの

4 両眼による視野の二分の一以上が欠けているもの

二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

1 両耳の聴力レベルがそれぞれ七〇デシベル以上のもの

2 一耳の聴力レベルが九〇デシベル以上、他耳の聴力レベルが五〇デシベル以上のもの

3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が五〇パーセント以下のもの

4 平衡機能の著しい障害

三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害

1 音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失

2 音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障害で、永続するもの

四 次に掲げる肢体不自由

1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの

2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの

3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの

4 両下肢のすべての指を欠くもの

5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの

6 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

○身体障害者福祉法施行令(昭和二十五年政令第七十八号)

(政令で定める障害)

第三十六条 法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。

一 ぼうこう又は直腸の機能

二 小腸の機能

三 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則別表第5号）

肝機能障害の評価に関する検討会（第4回）  
平成21年5月1日 参考資料2 ②

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害	肢 体 不 自 由					心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害					
		聴覚障害	平衡機能障害		上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸の機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
								上肢機能	移動機能						
1級	両眼の視力（万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ。）の和が0.01以下のもの				1 両上肢の機能を全廃したもの 2 両上肢を手関節以上で欠くもの	1 両下肢の機能を全廃したもの 2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により坐っていることができないもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	心臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	じん臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸器の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	小腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの
2級	1 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95パーセント以上のもの	両耳の聴カレベルがそれぞれ100デシベル以上のもの（両耳全ろう）			1 両上肢の機能の著しい障害 2 両上肢のすべての指を欠くもの 3 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4 一上肢の機能を全廃したもの	1 両下肢の機能の著しい障害 2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1 体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの						ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの
3級	1 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90パーセント以上のもの	両耳の聴カレベルが90デシベル以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）	平衡機能の極めて著しい障害	音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失	1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3 一上肢の機能の著しい障害 4 一上肢のすべての指を欠くもの 5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1 両下肢をシヨバ一関節以上で欠くもの 2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3 一下肢の機能を全廃したもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの	心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの（社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。）

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害	肢 体 不 自 由				心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害						
		聴覚障害	平衡機能障害		上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸の機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
								上肢機能	移動機能						
4級	1 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの	1 両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声を理解し得ないもの） 2 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの		音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障害	1 両上肢のおや指を欠くもの 2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 3 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの 4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの 7 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの 8 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害	1 両下肢のすべての指を欠くもの 2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの 4 一下肢の機能の著しい障害 5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して10センチメートル以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの		不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
5級	1 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの		平衡機能の著しい障害		1 両上肢のおや指の機能の著しい障害 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害 3 一上肢のおや指を欠くもの 4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害 6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害	1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害 2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの 3 一下肢が健側に比して5センチメートル以上又は健側の長さの15分の1以上短いもの	体幹の機能の著しい障害	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの						

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害	肢 体 不 自 由				心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害							
		聴覚障害	平衡機能障害		上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸の機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	
								上肢機能	移動機能							
6級	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を超えるもの	1 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの（40センチメートル以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの） 2 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの			1 一上肢のおや指の機能の著しい障害 2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2 一下肢の足関節の機能の著しい障害		不随意運動・失調等による上肢の機能の劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの							
7級					1 一上肢の機能の軽度の障害 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 3 一上肢の手指の機能の軽度の障害 4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害 5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1 両下肢のすべての指の機能の著しい障害 2 一下肢の機能の軽度の障害 3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 4 一下肢のすべての指を欠くもの 5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して3センチメートル以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの		上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの							
備考	<p>1 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、一級うえの級とする。ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定せられているものは、該当等級とする。</p> <p>2 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。</p> <p>3 異なる等級について二つ以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上位の等級とすることができる。</p> <p>4 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。</p> <p>5 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害をも含むものとする。</p> <p>6 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用調（上腕においては腋窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの）をもって計測したものをいう。</p> <p>7 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。</p>															



障発第011001号

平成15年1月10日

都道府県  
各 指定都市 障害保健福祉主管部(局)長 殿  
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

身体障害者障害程度等級表の解説(身体障害認定基準)について

身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)の別表第5号「身体障害者障害程度等級表」の解説については、「身体障害者障害程度等級表について」(昭和59年9月28日社更第127号厚生省社会局長通知)により取り扱ってきたところであるが、今般、新たに別紙のとおり「身体障害認定基準」を定め、平成15年4月1日から適用することとしたので、留意の上、その取扱いに遺憾なきようお願いしたい。

また、今後は本通知の別紙を「身体障害認定基準」と位置づけ、その取扱いについては別に定める「身体障害認定要領」によることとする。

なお、本通知は、地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言(ガイドライン)として位置づけられるものである。

おって、平成15年3月31日をもって、「身体障害者障害程度等級表について」(昭和59年9月28日社更第127号厚生省社会局長通知)は、廃止する。

身体障害認定基準

第1 総括事項

- 1 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号。以下「法」という。)は、身体障害者の更生援護を目的とするものであるが、この場合の「更生」とは必ずしも経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであること。従って、加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害についても、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目することによって障害認定を行うことは可能であること。なお、意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うものであること。
- 2 法別表に規定する「永続する」障害とは、その障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば足りるという趣旨であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。
- 3 乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢(概ね満3歳)以降に行うこと。  
また、第2の個別事項の解説は主として18歳以上の者について作成されたものであるから、児童の障害程度の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想されるときは、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要とあれば適当な時期に診査等によって再認定を行うこと。
- 4 身体障害の判定に当たっては、知的障害等の有無にかかわらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は、法の対象として取り扱って差し支えないこと。なお、身体機能の障害が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定することは適当ではないので、この点については、発達障害の判定に十分な経験を有する医師(この場合の発達障害には精神及び運動感覚を含む。)の診断を求め、適切な取扱いを行うこと。
- 5 7級の障害は、1つのみでは法の対象とならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合又は7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものであること。
- 6 障害の程度が明らかに手帳に記載されているものと異なる場合には、法第17条の2第1項の規定による診査によって再認定を行うこ



例えば一眼の視力 0.04、他眼の視力 0.08 ならばその和は 0.12 となり 4 級となる。

イ 視力 0.01 にみえないものの内、明暗弁のもの又は手動弁のものは視力 0 として計算し、指数を弁ずるもの(50cm 以下)は 0.01 として計算する。例えば一眼明暗、他眼 0.04 のものは、視力の和は 0.04 となり 2 級となる。

ウ 両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼の視力を 0 として取り扱う。例えば両眼とも視力が 0.6 で眼筋麻痺により複視の起こっているものは一眼の視力を 0 とみなし 6 級となる。

## (2) 視野障害

ア 「両眼の視野が 10 度以内」とは、求心性視野狭窄の意味であり、輪状暗点があるものについて中心の残存視野がそれぞれ 10 度以内のものを含む。

イ 視野の正常域の測定値は、内・上・下内・内上 60 度、下 70 度、上外 75 度、外下 80 度、外 95 度であり、合計 560 度になる。

ウ 両眼の視能率による損失率は、各眼毎に 8 方向の視野の角度を測定し、その合算した数値を 560 で割ることで各眼の損失率を求める。さらに、次式により、両眼の損失率を計算する。損失率は百分率で表す(各計算における百分率の小数点以下は四捨五入とし、整数で表す。)

(3×損失率の低い方の眼の損失率+損失率の高い方の眼の損失率)÷4

エ 「両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの」とは、両眼で一点を注視しつつ測定した視野の生理的限界の面積が 2 分の 1 以上欠損している場合の意味である。したがって両眼の高度の不規則性視野狭窄又は半盲性視野欠損等は該当するが、交叉性半盲症等では、該当しない場合もある。

この場合の視野の測定方法は、片眼ずつ測定し、それぞれの視野表を重ね合わせることで視野の面積を測定する。その際、面積は厳格に測定しなくてもよいが、診断書には視野表を添付する必要がある。

## 二 聴覚又は平衡機能の障害

### 1 聴覚障害

(1) 聴力測定には純音による方法と言語による方法とがあるが、聴力障害を表すにはオージオメータによる方法を主体とする。

(2) 聴力測定は、補聴器を装着しない状態で行う。

(3) 検査は防音室で行うことを原則とする。

(4) 純音オージオメータ検査

ア 純音オージオメータは JIS 規格を用いる。

イ 聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数 500、1,000、2,000 ヘルツの純音に対する聴力レベル(dB 値)をそれぞれ a、b、c とした場合、次の算式により算定した数値とする。

$$(a+2b+c)/4$$

周波数 500、1,000、2,000 ヘルツの純音のうち、いずれか 1 又は 2 において 100dB の音が聴取できない場合は、当該部分の dB を 105dB とし、上記算式を計上し、聴力レベルを算定する。

なお、前述の検査方法にて短期間中に数回聴力測定を行った場合は、最小の聴力レベル(dB 値)をもって被検査者の聴力レベルとする。

#### (5) 言語による検査

ア 語音明瞭度の検査語は、次に定める語集による。検査に当たっては、通常の会話音の強さでマイク又は録音機により発声し、その音量を適度に調節し、被検査者に最も適した状態で行う。

検査語はその配列を適宜変更しながら 2 秒から 3 秒に 1 語の割合で発声し、それを被検査者に書きとらせ、その結果、正答した語数を検査語の総数で除して、求められた値を普通話声の最良の語音明瞭度とする。

#### 語音明瞭度検査語集

イ	シ	タ	オ	ノ	マ	ナ	カ	ト	テ
ニ	ク	コ	ワ	デ	ガ	ス	キ	サ	ウ
ラ	モ	ル	ア	ツ	リ	ダ	ヨ	チ	ハ
ミ	レ	エ	ソ	ヤ	ネ	ド	ケ	セ	ロ
バ	ジ	メ	ヒ	フ	ム	ゴ	ホ	ユ	ズ

イ 聴取距離測定 of 検査語は良聴単語を用いる。大声又は話声にて発声し、遠方より次第に接近し、正しく聴こえた距離をその被検査者の聴取距離とする。

ウ 両検査とも詐病には十分注意すべきである。

#### 2 平衡機能障害

(1) 「平衡機能の極めて著しい障害」とは、四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認め、閉眼にて起立不能、又は開眼で直線を歩行中 10m 以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。

(2) 「平衡機能の著しい障害」とは、閉眼で直線を歩行中 10m 以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 末梢迷路性平衡失調
- b 後迷路性及び小脳性平衡失調
- c 外傷又は薬物による平衡失調
- d 中枢性平衡失調

### 三 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

(1) 「音声機能又は言語機能の喪失」(3級)とは、音声を全く発することができないか、発声しても言語機能を喪失したものをいう。

なお、この「喪失」には、先天性のものも含まれる。

具体的な例は次のとおりである。

- a 音声機能喪失…無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能喪失
- b 言語機能喪失…ろ・う・あ、聴・あ、失語症

(2) 「音声機能又は言語機能の著しい障害」(4級)とは、音声又は言語機能の障害のため、音声、言語のみを用いて意思を疎通することが困難なものをいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 喉頭の障害又は形態異常によるもの
- b 構音器官の障害又は形態異常によるもの(唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む)
- c 中枢性疾患によるもの

(3) 「そしゃく機能の喪失(注1)」(3級)とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- b 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの
- c 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

(4) 「そしゃく機能の著しい障害(注2)」(4級)とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

- b 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの
  - c 外傷・腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
  - d 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
- (注1) 「そしゃく機能の喪失」と判断する状態について

そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口的に食物等を摂取することができないため、経管栄養(口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管(チューブ)を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法)以外に方法がない状態をいう。

- (注2) 「そしゃく機能の著しい障害」と判断する状態について

「そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経管栄養(口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管(チューブ)を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法)の併用が必要あるいは摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある(注3)状態」又は「口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態」をいう。

- (注3) 「摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある」と判断する状態について

開口不能のため流動食以外は摂取できない状態又は誤嚥の危険が大きい場合、摂取が半固形物(ゼラチン・寒天・増粘剤添加物等)等、極度に限られる状態をいう。

#### 四 肢体不自由

##### 1 総括的解説

- (1) 肢体不自由は機能の障害の程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行われた一時的な能力ではではない。
- 例えば、肢体不自由者が無理をすれば1kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1km歩行可能者とはいえない。
- (2) 肢体の疼痛又は筋力低下等の障害も、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障害として取り扱う。

具体的な例は次のとおりである。

##### a 疼痛による機能障害

筋力テスト、関節可動域の測定又はエックス線写真等により、疼痛による障害があることが医学的に証明されるもの

## b 筋力低下による機能障害

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障害があることが医学的に証明されるもの

(3) 全廃とは、関節可動域(以下、他動的可動域を意味する。)が10度以内、筋力では徒手筋力テストで2以下に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

機能の著しい障害とは、以下に示す各々の部位で関節可動域が日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度)のほぼ30%(概ね30度以下)のものをいい、筋力では徒手筋力テストで3(5点法)に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

軽度の障害とは、日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度で足関節の場合は30度を超えないもの。)又は、筋力では徒手筋力テストで各運動方向平均が4に相当するものをいう。

(注4) 関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力は徒手筋力テストの各運動方向の平均値をもって評価する。

(4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障害の一面を表わしたものであるので、その判定に当たっては、その機能障害全般を総合した上で定めなければならない。

(5) 7級はもとより身体障害者手帳交付の対象にならないが、等級表の備考に述べられているように、肢体不自由で、7級相当の障害が2つ以上ある時は6級になるので参考として記載したものである。

(6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。ただし、人工骨頭又は人工関節については、2の各項解説に定めるところによる。

(7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものである。

## 2 各項解説

### (1) 上肢不自由

#### ア 一上肢の機能障害

(ア) 「全廃」(2級)とは、肩関節、肘関節、手関節、手指の全ての機能を全廃したものをいう。

(イ) 「著しい障害」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 機能障害のある上肢では5kg以内のものしか下げることができないもの。この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよい
- b 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか2関節の機能を全廃したもの

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 精密な運動のできないもの
- b 機能障害のある上肢では10kg以内のものしか下げることのできないもの

#### イ 肩関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域60度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの

#### ウ 肘関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以下のもの
- b 高度の動揺関節
- c 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域30度以下のもの
- b 中等度の動揺関節
- c 徒手筋力テストで3に相当するもの
- d 前腕の回内及び回外運動が可動域10度以下のもの

#### エ 手関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの

## オ 手指の機能障害

(ア) 手指の機能障害の判定には次の注意が必要である。

- ① 機能障害のある指の数が増すにつれて幾何学的にその障害は重くなる。
- ② おや指、次いでひとさし指の機能は特に重要である。
- ③ おや指の機能障害は摘む、握る等の機能を特に考慮して、その障害の重さを定めなければならない。

(イ) 一側の五指全体の機能障害

- ① 「全廃」(3級)の具体的な例は次のとおりである。  
字を書いたり、箸を持つことができないもの
- ② 「著しい障害」(4級)の具体的な例は次のとおりである。
  - a 機能障害のある手で5kg以内のものしか下げることのできないもの
  - b 機能障害のある手の握力が5kg以内のもの
  - c 機能障害のある手で鋏又はかなづちの柄を握りそれぞれの作業のできないもの
- ③ 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。
  - a 精密なる運動のできないもの
  - b 機能障害のある手では10kg以内のものしか下げることのできないもの
  - c 機能障害のある手の握力が15kg以内のもの

(ウ) 各指の機能障害

- ① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。
  - a 各々の関節の可動域10度以下のもの
  - b 徒手筋力テスト2以下のもの
- ② 「著しい障害」の具体的な例は次のとおりである。
  - a 各々の関節の可動域30度以下のもの
  - b 徒手筋力テストで3に相当するもの

(2) 下肢不自由

ア 一下肢の機能障害

(ア) 「全廃」(3級)とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 下肢全体の筋力の低下のため患肢で立位を保持できないもの
- b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で立位を保持できないもの

(イ) 「著しい障害」(4級)とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うずくまる、膝をつく、座る等の下肢の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 1km以上の歩行不能
- b 30分以上起立位を保つことのできないもの
- c 通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらねばできないもの
- d 通常の腰掛けでは腰掛けることのできないもの
- e 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 2km以上の歩行不能
- b 1時間以上の起立位を保つことのできないもの
- c 横座りはできるが正座及びあぐらのできないもの

イ 股関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 各方向の可動域(伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域)が10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

ウ 膝関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 膝関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- d 高度の動揺関節

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの
- c 中等度の動揺関節

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域90度以下のもの

b 徒手筋力テストで4に相当するもの又は筋力低下で2km以上の歩行ができないもの

エ 足関節の機能障害

(ア) 「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域5度以内のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 足関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- d 高度の動揺関節

(イ) 「著しい障害」(6級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以内のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの
- c 中等度の動揺関節

オ 足指の機能障害

(ア) 「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

下駄、草履をはくことのできないもの

(イ) 「著しい障害」(両側の場合は7級)とは特別の工夫をしなければ下駄、草履をはくことのできないものをいう。

カ 下肢の短縮

計測の原則として前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

キ 切断

大腿又は下腿の切断の部位及び長さは実用長をもって計測する。従って、肢断端に骨の突出、癒痕、拘縮、神経断端腫その他の障害があるときは、その障害の程度を考慮して、上位の等級に判定することもあり得る。

(3) 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能にはそれら各部の運動以外に体位の保持も重要である。

体幹の不自由をきたすには、四肢体幹の麻痺、運動失調、変形等による運動機能障害である。

これらの多くのものはその障害が単に体幹のみならず四肢にも及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障害とは、四肢の機能障害を一応切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定したものをいう。従って、このような症例の等級は体幹と四肢の想定した障害の程度を総合して判定するのであるが、この際2つの重複する障害として上位の等級に編入するのには十分注意を要する。

例えば臀筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障害として2つの2級の重複として1級に編入することは妥当ではない。

ア 「座っていることのできないもの」(1級)とは、腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。

イ 「座位または起立位を保つことの困難なもの」(2級)とは、10分以上にわたり座位または起立位を保っていることのできないものをいう。

ウ 「起立することの困難なもの」(2級)とは、臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、他人又は柱、杖その他の器物の介護により初めて可能となるものをいう。

エ 「歩行の困難なもの」(3級)とは、100m以上の歩行不能のもの又は片脚による起立位保持が全く不可能なものをいう。

オ 「著しい障害」(5級)とは体幹の機能障害のために2km以上の歩行不能のものをいう。

(注5) なお、体幹不自由の項では、1級、2級、3級及び5級のみが記載され、その他の4級、6級が欠となっている。これは体幹の機能障害は四肢と異なり、具体的及び客観的に表現し難いので、このように大きく分けたのである。3級と5級に指定された症状の中間と思われるものがあつた時も、これを4級とすべきではなく5級にとめるべきものである。

(注6) 下肢の異常によるものを含まないこと。

#### (4) 脳原性運動機能障害

この障害区分により程度等級を判定するのは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によつてもたらされた姿勢及び運動の異常についてであり、具体的な例は脳性麻痺である。

以下に示す判定方法は、生活関連動作を主体としたものであるので、乳幼児期の判定に用いることの不適当な場合は前記(1)～(3)の方法によるものとする。

なお、乳幼児期に発現した障害によつて脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者で、前記(1)～(3)の方法によることが著しく不利な場合は、この方法によることができるものとする。

#### ア 上肢機能障害

##### (ア) 両上肢の機能障害がある場合

両上肢の機能障害の程度は、紐むすびテストの結果によつて次により判定するものとする。

区分	紐むすびテストの結果
等級表 1 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 19 本以下のもの
等級表 2 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 33 本以下のもの
等級表 3 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 47 本以下のもの
等級表 4 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 56 本以下のもの
等級表 5 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 65 本以下のもの
等級表 6 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 75 本以下のもの
等級表 7 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 76 本以上のもの

(注 7) 紐むすびテスト

5 分間にとじ紐(長さ概ね 43cm)を何本むすぶことができるかを検査するもの

(イ) 一上肢の機能に障害がある場合

一上肢の機能障害の程度は 5 動作の能力テストの結果によって、次により判定するものとする。

区分	5 動作の能力テストの結果
等級表 1 級に該当する障害	—
等級表 2 級に該当する障害	5 動作の全てができないもの
等級表 3 級に該当する障害	5 動作のうち 1 動作しかできないもの
等級表 4 級に該当する障害	5 動作のうち 2 動作しかできないもの
等級表 5 級に該当する障害	5 動作のうち 3 動作しかできないもの
等級表 6 級に該当する障害	5 動作のうち 4 動作しかできないもの
等級表 7 級に該当する障害	5 動作の全てができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの

(注 8) 5 動作の能力テスト

次の 5 動作の可否を検査するもの

- a 封筒をはさみで切る時に固定する
  - b さいふからコインを出す
  - c 傘をさす
  - d 健側の爪を切る
  - e 健側のそで口のボタンをとめる
- イ 移動機能障害

移動機能障害の程度は、下肢、体幹機能の評価の結果によって次により判定する。

区分	下肢・体幹機能の評価の結果
等級表 1 級に該当する障害	つたい歩きができないもの
等級表 2 級に該当する障害	つたい歩きのみができるもの
等級表 3 級に該当する障害	支持なしで立位を保持し、その後 10m 歩行することはできるが、椅子から立ち上がる動作又は椅子に座る動作ができないもの
等級表 4 級に該当する障害	椅子から立ち上がり 10m 歩行し再び椅子に座る動作に 15 秒以上かかるもの
等級表 5 級に該当する障害	椅子から立ち上がり、10m 歩行し再び椅子に座る動作は 15 秒未満でできるが、50cm 幅の範囲を直線歩行できないもの
等級表 6 級に該当する障害	50cm 幅の範囲を直線歩行できるが、足を開き、しゃがみこんで、再び立ち上がる動作ができないもの
等級表 7 級に該当する障害	6 級以上には該当しないが、下肢に不随意運動・失調等を有するもの

## 五 内臓の機能障害

### 1 心臓機能障害

#### (1) 18 歳以上の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 次のいずれか 2 つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
- g 心電図で ST の低下が 0.2mV 以上の所見があるもの

h 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導(ただし  $V_1$  を除く。)のいずれかの T が逆転した所見があるもの

(イ) 人工ペースメーカを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

イ 等級表 3 級に該当する障害は、アの a から h までのうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし救急医療を繰り返し必要としているものをいう。

ウ 等級表 4 級に該当する障害は次のものをいう。

(ア) 次のうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの。

a 心電図で心房細動又は粗動所見があるもの

b 心電図で期外収縮の所見が存続するもの

c 心電図で ST の低下が 0.2mV 未満の所見があるもの

d 運動負荷心電図で ST の低下が 0.1mV 以上の所見があるもの

(イ) 臨床所見で部分的心臓浮腫があり、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

(2) 18 歳未満の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障害は原則として、重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもので、次の所見(a~n)の項目のうち 6 項目以上が認められるものをいう。

a 著しい発育障害

b 心音・心雑音の異常

c 多呼吸又は呼吸困難

d 運動制限

e チアノーゼ

f 肝腫大

g 浮腫

h 胸部エックス線で心胸比 0.56 以上のもの

i 胸部エックス線で肺血流量増又は減があるもの

j 胸部エックス線で肺静脈うっ血像があるもの

- k 心電図で心室負荷像があるもの
- l 心電図で心房負荷像があるもの
- m 心電図で病的な不整脈があるもの
- n 心電図で心筋障害像があるもの

イ 等級表 3 級に該当する障害は、原則として、継続的医療を要し、アの所見(a~n)の項目のうち 5 項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄若しくは閉塞があるものをいう。

ウ 等級表 4 級に該当する障害は、原則として症状に応じて医療を要するか少なくとも、1~3 か月毎の間隔の観察を要し、アの所見(a~n)の項目のうち 4 項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があるものをいう。

## 2 じん臓機能障害

(1) 等級表 1 級に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0mg/dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるものをいう。

(2) 等級表 3 級に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分以上、20ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 5.0mg/dl 以上、8.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は次のいずれか 2 つ以上の所見があるものをいう。

- a じん不全に基づく末梢神経症
- b じん不全に基づく消化器症状
- c 水分電解質異常
- d じん不全に基づく精神異常
- e エックス線写真所見における骨異栄養症
- f じん性貧血
- g 代謝性アシドーシス
- h 重篤な高血圧症
- i じん疾患に直接関連するその他の症状

(3) 等級表 4 級に該当する障害はじん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 20ml/分以上、30ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 3.0mg/dl 以上、5.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常

生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は(2)の a から i までのうちいずれか 2 つ以上の所見のあるものをいう。

(4) じん移植術を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去(軽減)状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定した場合の状態を判定するものである。

(注 9) 内因性クレアチニンクリアランス値については、満 12 歳を超える者に適用することを要しないものとする。

(注 10) 慢性透析療法を実施している者の障害の判定は、当該療法の実施前の状態で判定するものである。

### 3 呼吸器機能障害

呼吸器の機能障害の程度についての判定は、予測肺活量 1 秒率(以下「指数」という。)、動脈血ガス及び医師の臨床所見によるものとする。指数とは 1 秒量(最大吸気位から最大努力下呼出の最初の 1 秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長 of 組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

(1) 等級表 1 級に該当する障害は、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため指数の測定ができないもの、指数が 20 以下のもの又は動脈血  $O_2$  分圧が 50Torr 以下のものをいう。

(2) 等級表 3 級に該当する障害は、指数が 20 を超え 30 以下のもの若しくは動脈血  $O_2$  分圧が 50Torr を超え 60Torr 以下のもの又はこれに準ずるものをいう。

(3) 等級表 4 級に該当する障害は、指数が 30 を超え 40 以下のもの若しくは動脈血  $O_2$  分圧が 60Torr を超え 70Torr 以下のもの又はこれに準ずるものをいう。

### 4 ぼうこう又は直腸機能障害

(1) 等級表 1 級に該当する障害は、次のいずれかに該当し、かつ、自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるものをいう。

a 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態(注 11)があるもの

b 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態(注 11)及び高度の排尿機能障害(注 12)があるもの

- c 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻(注 13)を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態(注 11)又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態(注 14)があるもの
- d 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態(注 11)及び高度の排便機能障害(注 15)があるもの
- e 治癒困難な腸瘻(注 13)があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態(注 14)及び高度の排尿機能障害(注 12)があるもの

(2) 等級表 3 級に該当する障害は、次のいずれかに該当するものをいう。

- a 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの
- b 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態(注 11)又は高度の排尿機能障害(注 12)があるもの
- c 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻(注 13)を併せもつもの
- d 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態(注 11)又は高度の排便機能障害(注 15)があるもの
- e 治癒困難な腸瘻(注 13)があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態(注 14)又は高度の排尿機能障害(注 12)があるもの
- f 高度の排尿機能障害(注 12)があり、かつ、高度の排便機能障害(注 15)があるもの

(3) 等級表 4 級に該当する障害は、次のいずれかに該当するものをいう。

- a 腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの
- b 治癒困難な腸瘻(注 13)があるもの
- c 高度の排尿機能障害(注 12)又は高度の排便機能障害(注 15)があるもの

#### (4) 障害認定の時期

ア 腸管のストマ、あるいは尿路変向(更)のストマをもつものについては、ストマ造設直後から、そのストマに該当する等級の認定を行う。

「ストマにおける排尿・排便処理が著しく困難な状態」(注 11)の合併によって上位等級に該当する場合、申請日がストマ造設後 6 か月を経過した日以降の場合はその時点で該当する等級の認定を行い、ストマ造設後 6 か月を経過していない場合は、6 か月を経過した日以降、再申請により再認定を行う。

イ 「治癒困難な腸瘻」(注 13)については、治療が終了し、障害が認定できる状態になった時点で認定する。

ウ 「高度の排尿機能障害」(注 12)、「高度の排便機能障害」(注 15)については、先天性疾患(先天性鎖肛を除く)による場合を除き、直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう(新ぼうこう)による神経因性ぼうこうに起因する障害又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術に起因する障害発生後 6 か月を経過した日以降をもって認定し、その後は状態に応じて適宜再認定を行う。特に先天性鎖肛に対する肛門形成術後の場合は、12 歳時と 20 歳時にそれぞれ再認定を行う。

(注 11) 「ストマにおける排尿・排便(又はいずれか一方)処理が著しく困難な状態」とは、治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形、又は不適切なストマの造設個所のため、長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態のものをいう。

(注 12) 「高度の排尿機能障害」とは、先天性疾患による神経障害、又は直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう(新ぼうこう)による神経因性ぼうこうに起因し、カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のものをいう。

(注 13) 「治癒困難な腸瘻」とは、腸管の放射線障害等による障害であって、ストマ造設以外の瘻孔(腸瘻)から腸内容の大部分の洩れがあり、手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のものをいう。

(注 14) 「腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」とは、腸瘻においてストマ用装具等による腸内容の処理が不可能なため、軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある状態のものをいう。

(注 15) 「高度の排便機能障害」とは、先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害、又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術(注 16)に起因し、かつ、

ア 完全便失禁を伴い、治療によって軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある状態

イ 1 週間に 2 回以上の定期的な用手摘便を要する高度な便秘を伴う状態  
のいずれかに該当するものをいう。

(注 16) 「小腸肛門吻合術」とは、小腸と肛門歯状線以下(肛門側)とを吻合する術式をいう。

(注 17) 障害認定の対象となるストマは、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

#### 5 小腸の機能障害

(1) 等級表 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(注 18)となるため、推定エネルギー必要量(表 1)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(注 19)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(注 20)により永続的に小腸機能の大部分を喪失しているもの

(2) 等級表 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(注 18)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(注 19)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(注 20)により永続的に小腸機能の一部を喪失しているもの

(3) 等級表 4 級に該当する障害は、小腸切除または小腸疾患(注 20)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(注 18)となるため、随時(注 21)中心静脈栄養法又は経腸栄養法(注 22)で行う必要があるものをいう。

(注 18) 「栄養維持が困難」とは栄養療法開始前に以下の 2 項目のうちいずれかが認められる場合をいう。

なお、栄養療法実施中の者にあつては、中心静脈栄養法又は経腸栄養法によって推定エネルギー必要量を満たしうる場合がこれに相当するものである。

1) 成人においては、最近 3 か月間の体重減少率が 10%以上であること(この場合の体重減少率とは、平常の体重からの減少の割合、又は(身長-100)×0.9 の数値によって得られる標準的体重からの減少の割合をいう。)

15 歳以下の場合においては、身長及び体重増加がみられないこと。

2) 血清アルブミン濃度 3.2g/dl 以下であること。

(注 19) 小腸大量切除を行う疾患、病態

1) 上腸間膜血管閉塞症

2) 小腸軸捻転症

- 3) 先天性小腸閉鎖症
- 4) 壊死性腸炎
- 5) 広汎腸管無神経節症
- 6) 外傷
- 7) その他

(注 20) 小腸疾患で永続的に小腸機能の著しい低下を伴う場合のあるもの

- 1) クローン病
- 2) 腸管ペーチェット病
- 3) 非特異性小腸潰瘍
- 4) 特発性仮性腸閉塞症
- 5) 乳児期難治性下痢症
- 6) その他の良性の吸収不良症候群

(注 21) 「随時」とは、6 か月の観察期間中に 4 週間程度の頻度をいう。

(注 22) 「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。

(注 23) 手術時の残存腸管の長さは腸間膜附着部の距離をいう。

(注 24) 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。

(注 25) 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。

(表 1) 日本人の推定エネルギー必要量

年齢(歳)	エネルギー(Kcal/日)	
	男	女
0~5(月)母乳栄養児	600	550
人工乳栄養児	650	600
6~11(月)	700	650
1~2	1,050	950
3~5	1,400	1,250
6~7	1,650	1,450

8～9	1,950	1,800
10～11	2,300	2,150
12～14	2,350	2,050
15～17	2,350	1,900
18～29	2,300	1,750
30～49	2,250	1,700
50～69	2,050	1,650
70以上	1,850	1,550

「日本人の食事摂取基準の策定について」

(平成 16 年 12 月 28 日健発第 1228001 号厚生労働省健康局長通知)

## 6 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

### (1) 13 歳以上の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4 陽性 T リンパ球数が  $200/\mu\text{l}$  以下で、次の項目 (a～1) のうち 6 項目以上が認められるもの。

- a 白血球数について  $3,000/\mu\text{l}$  未満の状態が 4 週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
- b Hb 量について男性  $12\text{g/dl}$  未満、女性  $11\text{g/dl}$  未満の状態が 4 週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
- c 血小板数について  $10\text{万}/\mu\text{l}$  未満の状態が 4 週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
- d ヒト免疫不全ウイルス RNA 量について  $5,000\text{コピー}/\text{ml}$  以上の状態が 4 週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
- e 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が月に 7 日以上ある
- f 健常時に比し 10% 以上の体重減少がある
- g 月に 7 日以上 of 不定の発熱 ( $38^{\circ}\text{C}$  以上) が 2 か月以上続く
- h 1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある
- 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
- j 口腔内カンジダ症 (頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症 (頻回に繰り返すもの)、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある

- k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- 1 軽作業を越える作業の回避が必要である
- (イ) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。
- イ 等級表 2 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
- (ア) CD4 陽性 T リンパ球数が  $200/\mu\text{l}$  以下で、アの項目 (a~1)のうち 3 項目以上が認められるもの。
- (イ) エイズ発症の既往があり、アの項目 (a~1)のうち 3 項目以上が認められるもの。
- (ウ) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、アの項目 (a~1)のうち a から d までの 1 つを含む 6 項目以上が認められるもの。
- ウ 等級表 3 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
- (ア) CD4 陽性 T リンパ球数が  $500/\mu\text{l}$  以下で、アの項目 (a~1)のうち 3 項目以上が認められるもの。
- (イ) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、アの項目 (a~1)のうち a から d までの 1 つを含む 4 項目以上が認められるもの。
- エ 等級表 4 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
- (ア) CD4 陽性 T リンパ球数が  $500/\mu\text{l}$  以下で、アの項目 (a~1)のうち 1 項目以上が認められるもの。
- (イ) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、アの項目 (a~1)のうち a から d までの 1 つを含む 2 項目以上が認められるもの。
- (2) 13 歳未満の者の場合
- ア 等級表 1 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)が採択した指標疾患のうち 1 項目以上が認められるもの。
- イ 等級表 2 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。
- (ア) 次の項目 (a~r)のうち 1 項目以上が認められるもの。
- a 30 日以上続く好中球減少症 ( $<1,000/\mu\text{l}$ )
- b 30 日以上続く貧血 ( $<\text{Hb } 8\text{g/dl}$ )
- c 30 日以上続く血小板減少症 ( $<100,000/\mu\text{l}$ )
- d 1 か月以上続く発熱

- e 反復性又は慢性の下痢
- f 生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染
- g 生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎
- h 生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症
- i 6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症
- j 反復性単純ヘルペスウイルス口内炎(1年以内に2回以上)
- k 2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹
- l 細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症(1回)
- m ノカルジア症
- n 播種性水痘
- o 肝炎
- p 心筋症
- q 平滑筋肉腫
- r HIV腎症

(イ) 次の年齢区分ごとのCD4陽性Tリンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「重度低下」に該当するもの。

免疫学的分類	児の年齢		
	1歳未満	1～6歳未満	6～13歳未満
正常	$\geq 1,500 / \mu l$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000 / \mu l$ $\geq 25\%$	$\geq 500 / \mu l$ $\geq 25\%$
中等度低下	750～1,499 / $\mu l$ 15～24%	500～999 / $\mu l$ 15～24%	200～499 / $\mu l$ 15～24%
重度低下	$< 750 / \mu l$ $< 15\%$	$< 500 / \mu l$ $< 15\%$	$< 200 / \mu l$ $< 15\%$

ウ 等級表3級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 次の項目(a～h)のうち2項目以上が認められるもの。

- a リンパ節腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす)
- b 肝腫大
- c 脾腫大
- d 皮膚炎
- e 耳下腺炎

f 反復性又は持続性の上気道感染

g 反復性又は持続性の副鼻腔炎

h 反復性又は持続性の中耳炎

(イ) イの年齢区分ごとの CD4 陽性 T リンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「中等度低下」に該当するもの。

エ 等級表 4 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、ウの項目(a~h)のうち 1 項目以上が認められるもの。

六 2 つ以上の障害が重複する場合の取扱い

2 つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、次により認定する。

1 障害等級の認定方法

(1) 2 つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定する。

合計指数	認定等級
18 以上	1 級
11~17	2 "
7~10	3 "
4~6	4 "
2~3	5 "
1	6 "

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとす。

障害等級	指数
1 級	18
2 "	11
3 "	7
4 "	4
5 "	2
6 "	1
7 "	0.5

イ 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上あるときは上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

（例1）

{	右上肢のすべての指を欠くもの	3級	等級別指数	7
	〃 手関節の全廃	4級	〃	4
			合 計	11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの 3級 等級別指数 7

（例2）

{	左上肢の肩関節の全廃	4級	等級別指数	4
	〃 肘関節 〃	4級	〃	4
	〃 手関節 〃	4級	〃	4
			合 計	12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

## 2 認定上の留意事項

- (1) 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については1の認定方法を適用しない。
- (2) 体幹機能障害と下肢機能障害は原則として1の認定方法を適用してさしつかえないが、例えば、神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものとする。
- (3) 聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、1の認定方法を適用してさしつかえない。

例えば、聴力レベル100dB以上の聴覚障害（2級指数11）と音声・言語機能の喪失（3級指数7）の障害が重複する場合は1級（合計指数18）とする。

- (4) 7級の障害は、等級別指数を0.5とし、6級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

- 3 上記により認定される障害等級が著しく均衡を欠くと認められるものについては、地方社会福祉審議会の意見を聞いて別に定めるものとする。

### 身体障害の範囲拡大の経緯

年 月	障 害 の 範 囲
昭和25年 4月	身体障害者福祉法施行 〔障害の範囲〕 ・視力障害 ・聴力障害 ・音声・言語機能障害 ・肢体不自由 ・中枢神経機能障害
昭和42年 8月	障害の範囲拡大 ・心臓機能障害 ・呼吸器機能障害
昭和47年 7月	障害の範囲拡大 ・じん臓機能障害
昭和59年10月	障害の範囲拡大 ・ぼうこう又は直腸の機能障害 ・そしゃく機能障害
昭和61年10月	障害の範囲拡大 ・小腸の機能障害
平成10年 4月	障害の範囲拡大 ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害

肝機能障害の評価に関する検討会(第4回)	
平成21年5月1日	参考資料3

### 肝機能障害の評価に関する検討会（第3回）議事録

日 時：平成21年1月29日（木）14:00～16:15

場 所：厚生労働省5階 共用第7会議室

出席構成員：柳澤座長、和泉構成員、岩谷構成員、兼松構成員、田中構成員、林構成員、  
原構成員、八橋構成員

#### ○柳澤座長

それでは、定刻になりましたので、肝機能障害の評価に関する検討会の第3回を開催いたしたいと思えます。ちょうど皆様おそろいでございますので、本日もまたよろしく願ひいたします。

議事に入ります前に、事務局のほうから構成員の出席状況と資料についての確認をお願いいたしたいと思えます。

#### ○名越課長補佐

障害保健福祉部企画課の名越でございます。

お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日の出席状況でございますが、構成員の皆様全員のご出席をいただいているところでございます。誠にありがとうございます。

事務局の企画課長が業務のため到着が遅れております。ご容赦いただきたいと思います。

本日の議題に関しまして、前回と同じく健康局総務課の宮崎健康対策推進官に出席をしていただいております。よろしく願ひいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。お手元に議事次第がありまして、資料1といたしまして、プレゼンテーションのハンドアウト「肝機能障害について（重症の肝機能障害）」というのが資料1についております。

続きまして、資料2「肝機能障害に関する論点整理」でございます。

参考資料といたしまして「障害者自立支援法のサービスの利用について」というパンフレットがついております。

あと、参考資料の1といたしまして「肝機能障害の評価に関する検討会構成員名簿」と、2つ目に前回の検討会の議事録がついてございます。

以上、お手元にございますでしょうか。

○柳澤座長

よろしいですか。ご苦労さまでした。

私のほうから追加させていただきますが、この検討会の構成員のメンバーの方には、多分弁護団の加藤さんのほうから「肝硬変患者の生活実態について」というレポートが届いていると思いますが、これは第2回の検討会のときに患者団体の方々のヒアリングを行いましたけれども、そこで幾つかの質問も出まして、そういったものに対応する形で患者さん及びご家族に対するヒアリングを行った、その結果をまとめていただいたものというふうに理解しております。この内容は大変貴重でありますので、これからまた逐次拝読しながら、いろいろ審議の中で参考にさせていただきたいというふうに思いますので、よろしく申し上げます。

それでは、これから議事に入らせていただきます。「肝機能障害について」というのが議事のテーマでございますけれども、議事の内容につきまして事務局のほうから説明をいただきたいとします。

○名越課長補佐

座ったままで説明させていただきます。

本日の議事でありますけれども、まず初めに「重症の肝機能障害」につきまして兼松構成員からプレゼンテーションいただきまして、その後、この重症の肝機能障害につきまして全員で理解を深めるための質疑応答という時間を設けさせていただきたいとします。

続きまして、第1回、第2回の検討会における議論を事務局のほうで論点整理としてまとめたものを資料2として用意しております。それに加えて、これまで説明をしておりませんでした身体障害者のサービス等について、これもご説明させていただく時間を設けさせていただき、後、議論という流れにさせていただきたいと思っております。

○柳澤座長

わかりました。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、最初に「重症の肝機能障害について」ということで、兼松構成員のほうからのお話を伺いたいと思います。よろしく申し上げます。

○兼松構成員

長崎大学移植・消化器外科の兼松と申します。

今日は、肝機能障害について、特に重症の肝機能障害ということで、お話をさせていただきます。

肝臓というのは、人の体の中で最も大きな臓器なんですけれども、そこには約500種以上の機能を持つと言われております。大きく分けまして、これを物に例えますと、例えば生産工場ですね。肝臓でたんぱくをつくって、胆汁を生産したりということで、こういう生産工場の役割をいたします。それからもう一つは、解体工場ですね。解体工場の役割もするんです。これは体の中でできたアンモニアとか、それから飲んだ薬を分解したりするというのも肝臓の役割です。そのほかフィルター、これは体の中へ入ってきた細菌や異物を排除しようとする役割もございます。

それからもう一つは倉庫の役割でありまして、ビタミンとか糖とか、これを一時的に貯めておくというような役割があります。

肝臓病では症状が出ない場合があります。特に初期のころにはほとんど症状がありません。

肝臓病が進むと疲れやすくなる、それから足がむくむ、こむら返りが起こりやすくなる、そして筋肉が落ちてくる。だんだんと歯茎から血が出たり、出血がしやすくなったりというようなことが起こってまいります。

さらに進んでいきますと、腹水、肝不全、肝性脳症などの症状が起こってきます。

肝臓の病気の原因としては、ウイルス、アルコール、薬物、それから自己免疫疾患などがあります。まず、急性肝炎で発生し、その一部が劇症肝炎といった急激な経過をたどる肝炎の一つに陥ります。しかしながら、急性肝炎から慢性肝炎になる場合があります。慢性肝炎というものになる場合があります。

こここのところで慢性肝炎をずっと繰り返していきますと、肝臓の細胞が壊れたり、線維ができてきたりということの繰り返しで、だんだんと肝硬変になってくるわけでありまして。肝硬変でも初期には肝臓の機能がうまく保たれているときはそれでもよろしいんですが、だんだんとその機能が落ちてくると、非代償性肝硬変となり、この中から肝臓がんが発生するということになります。

今回はC型肝炎ウイルスが問題になりますけれども、C型慢性肝炎ではどのような症状が出るのかといいますと、これに特有なものはありません。

それから、C型肝炎の患者さんでは、糖尿病の合併率が、例えばB型肝炎ウイルスに感染した方よりも高い率で合併するといわれてます。それから、そのほかのリンパ腫とか糸球体腎炎、心膜炎、心筋炎、甲状腺炎などが発生するということもあるということです。

古くから、世界中で使われてきた肝障害度の評価の一つとしてChildの分類というのがございます。ここには、血清ビリルビン濃度、血清アルブミン濃度、それから腹水、脳神経症状、栄養状態という、この5つの項目で、軽症、中等症、重症、すなわち、A、B、Cと表現されます。

ただし、最近はChild-Pugh分類が使用される頻度が増えています。以前、八橋構成員が紹介されましたとおりです。それには栄養状態という項目はありませんで、あらたに

プロトロンビン時間が入ってまいります。

肝臓病患者さんに対しては、規則正しい生活習慣の徹底、それから暴飲暴食を避ける、特に禁酒、禁煙といったことが大事になってまいります。それから食後の安静とか適度な運動、このようなことが肝臓病の一般に行われます診療上のアドバイスということになるかと思えます。

慢性肝障害に対する一般的治療といたしましては、生活指導、食事の指導とか運動の指導、安静、入院、このようなことをしますし、それから肝機能の改善を目的としたもの、これはグリチルリチン製剤を投与することがあります。

非常に重症の症状としまして、腹水、脳神経症状、肝性昏睡があります。腹水に関しましては安静と食事療法ですね。栄養価のあるものをとってもらおうというようなことも必要ですし、それから利尿薬、これを投与いたしまして、腹水を尿のほうに排出するというようなことが行われます。その他、アルブミン製剤を投与して、腹水の軽減を図ったり、どうしても腹水が、これがおさまらないときは腹水を穿刺したり、あるいは腹水を静脈の中に返してやるような、こういうシャント手術を行ったりすることもあります。

脳神経症状としましては、原因の除去、これは特に便秘などをしますとアンモニアが増えたりしますので、その便秘を改善してやるというようなこと。それから食事、たんぱくの制限です。薬物療法としましては抗生物質、ラクツロースの投与。それから分岐鎖アミノ酸製剤を使うことがあります。これがひどければ血漿交換も行われることがあります。

栄養としましては、高たんぱく食、アルブミン製剤、それから経腸・経静脈栄養等々で栄養を補給してやるということが必要になる場合もあります。

ところが、ウイルス、特にC型肝炎ウイルスにより慢性肝障害例に対しましては、一般的な治療とともにウイルス対策は必須であります。

現在、これはC型肝炎ウイルスの保有者というのは、日本では約170万人、全世界では1億7,000万人とされています。いったん感染が起こりますと、その7割が慢性化するということでもあります。それから、あと20年、30年たってまいりますと、年平均0.5から7%に肝がんが発生するというようなことがありまして、C型肝炎ウイルス陽性者の中から、肝硬変とか肝がんに進んでいくことが起こります。

C型肝炎につきまして、そのうち70%がHCVキャリアでありまして、このC型肝炎ウイルスは一旦感染しますと、70%が持続感染し、10ないし30年という歳月を経まして、慢性肝炎、肝硬変、そして肝がんを発生するというようになってまいります。実際に、肝がんの患者さんの75ないし80%はHCVの陽性の患者さんということになります。

急性肝炎から年次ごとに1.2%ぐらいで線維化が肝臓に起こってくる。毎年線維化が進み、肝硬変になり、そして肝がんになっていくパターンです。感染者は40代以上の年齢層に多く見られます。そして、多くの人は感染の時期がはっきりいたしません。ウイルスが発見される以前に輸血を受け感染する例もございます。

これがC型肝炎ウイルスを感染した後の自然経過であります。感染がまず起こります。一過性の感染で、そのまま治ってしまう方もおられます。これが約30%であります。しかしながら、軽い肝炎でずっと、ただ単にウイルスキャリアであればよろしいんですが、この中から約70%は慢性肝炎に移行します。そのところで、インターフェロンで治療いたしますと、ある程度軽い肝炎の場合には、治癒が経過中にもたらされることがあります。

慢性肝炎になりましても、インターフェロンによる治療がうまくいきますと、軽い肝炎に戻ったり、あるいはこの治癒というところまでいけるということがあります。慢性肝炎の70%の方が、10年ぐらいの経過で肝硬変ということになってしまわれることがあります。この際にも、インターフェロンでうまく治療ができますと、慢性肝炎のほうに戻すことができます。それ以上進んでまいりまして肝硬変になっていきますと、なかなか元に戻るといことは、これはほとんどないということでありまして、20年ぐらいの経過をもちまして、また総合的には70%ぐらいの方に肝がんが発生してくるというようなことになってまいります。これがHCV感染の自然経過ということであります。

既に今までもお話がありましたように、慢性C型肝炎に対しますインターフェロン療法が進歩し、インターフェロン単独で24週、48週という治療が行われてきましたが、その後、PEGインターフェロンが開発され、リバビリンという抗ウイルス薬が出てきて、そのようなことを併用することによって、約50%ぐらいがウイルスがなくなってしまう時代になってまいりました。

しかしながら、肝硬変というところになりますと、インターフェロンの治療というのも限界があります。我が国のC型慢性肝炎の70%はgenotype 1bというなかなか治療が困難なタイプが多いということがございます。

インターフェロン療法は、線維化は改善する例もあり、肝硬変に有効かもしれない。それから、肝がん発生抑制の可能性もあることが期待されます。特にSVR、例では、こういう効果が期待できるということではありますが、欧米の大規模試験の結果は相反するものがありまして、肝硬変に対するインターフェロン治療が明らかに肝硬変に効果があるとするエビデンスは、まだないというのが現状であります。

ただし、種々の肝硬変の患者さんにインターフェロンの治療を行った内科の先生の経験では、このHCVが陰性化しなくても、長期間インターフェロンが使用できれば、肝機能も改善し、患者さんのADL、生活の質も上がってくるように感じているというようことの報告もございます。

治療とその後であります。PEGインターフェロン、リバビリン療法の導入により、非常に治療困難とされておりました1b型の高ウイルス群も、半数はSVRが得られる時代となってきております。全体では70%がSVR可能ということがございますが、一方では副作用が強いので、やはり新たな抗HCV薬の開発が期待されております。

本邦では、慢性C型肝炎患者は急速に高齢化しており、併用療法の無効例に加え適用

が困難な症例も増加しているということでもあります。さきもお話がありましたように、高齢者にはなかなかインターフェロンが効きにくいというようなこともございますので、問題もまだ残っているということでもあります。

そこで、現在行われているのが肝臓移植という治療であります。肝臓の機能が低下し、生命の維持が困難な状況となった末期肝疾患に対する治療法であります。現在の医学をもってしても、ほかに治療法がない場合に、初めて肝臓移植という選択肢が出てまいります。

肝臓移植には、脳死からの肝移植、生体部分肝移植という2つの方法があります。生体部分肝移植というのは、健康な方から肝臓の一部を提供していただきます。

ここで一つ、こういう図式を書きましたが、ここに電池がありまして、正常なところはこれで、右と左の2つの電池がうまく接合しまして、ライトが光ります。ところが、ここの肝臓が働くとなりますと、だんだんこの光が弱くなります。そこで、ここで2つの電池をとってしまいまして、1つの新しい電池を入れてやると、再びライトが明るく灯ります。これが肝臓移植です。

1989年から始まりました日本の肝臓移植は、最近では年間500例以上が日本全国で行われています。全体で4,000例を超えるぐらいのものが2006年までに行われたということでもあります。

ところが、これで見えますと、アメリカ、ヨーロッパでは、ほとんど脳死からの肝移植です。ところが、日本は、99%が生体肝移植です。わずか1%が脳死からの肝移植です。これに対しまして、韓国も同様な傾向です。

日本の生体肝移植を受けた患者さんの生存率は、1年が90.6%、3年が82.8%、5年が74.9%と報告されています。

これは、すべての病気の方で肝臓移植が必要になって行ったときの成績です。ここで、C型肝炎ウイルス陽性患者さんに対する肝移植はどうかといいますと、日本で行われた生体肝移植4,183例中、C型肝炎ウイルスを持った肝硬変に対する肝移植というのは293例。すなわち7.0%がC型肝炎の肝硬変の方に行われています。それから、C型肝炎が陽性で肝がんがあったために移植をされた方が11.5%、479例になります。そして、C型肝炎ウイルスが陽性の肝硬変の患者さんの移植成績は1年が75%、3年が69.4%、5年が65.8%。肝がんを持っている場合にも、ほぼ同じような数字です。しかしながら、先ほど出しました全症例での5年生存率が75%というところからしますと、C型肝炎ウイルス陽性患者の成績は、やや低めということになります。

このことは、アメリカでも同様の傾向です。C型肝炎ウイルス陽性者と陰性者の移植後の成績を比べると、約7%ぐらい、C型肝炎ウイルスを持っておられる方が5年生存率で低くなっています。

これはなぜかと申しますと、C型肝炎ウイルス陽性者は、HCV-RNAが陽性の場合には、移植をしました後、ほぼ全員にC型肝炎の再燃が起こります。これが一つ大き

な問題で、移植して、2日間ぐらいはウイルスが体の中から消えるんです。ところが、その後から増えてきまして、大体1週間ぐらいますと、このC型肝炎ウイルス量が前と同じくらいに増えてくる。さらに悪いことに、それから後、非常に勢いで増えてしまうんですね。これが非常に問題です。

それでは、ここで肝移植後の健康調査の結果を示します。手術前に、自分の状態が非常によかったと言われる方はほとんどありません。それに対し、移植後には、全く健康、ほぼ健康という方が約4分の3ぐらいに増えてまいります。私の経験でも、それまでずっと寝たきりだった人がお元気になって、就職をし、子供さんができたというようなこともおられます。

それに対し、社会復帰しているとは言えない方も約20%ぐらいにはあるかと思います。

これが移植の状態ですが、最後に、これは山口大学の井上教授がインターネットで報告されたものを、井上教授のご了解を得まして、ご紹介しておきます。

アメリカと日本のC型肝炎の患者さんに生涯医療費というのを計算されたものがありました。35歳の患者さんを想定すると、平均余命はインターフェロンを投与した場合は36.8年、投与しなければ34.3年となると。生活の質を調整した場合は、これが31.7年と27.3年になるということでございます。すなわち、生涯医療費はインターフェロンを投与すると681万円、しないと775万円となり、投与しないほうが生涯医療費は高くなる。インターフェロン療法を行って余命を1年伸ばすには120万かかる計算になるんだそうです。治療費対効果が非常に高い。すなわちインターフェロンを使えば、患者さんの生命を伸ばすということに非常に効果があるというようなことの報告があります。

アメリカでの生涯医療費はC型肝炎患者さんで、肝移植が医療費の25%を占めていますが、日本の場合は肝がん治療が占める割合が高い、約20%だそうでありまして。肝移植のみの費用、これは私どものデータで、井上先生のものではありませんけれども、大体今のところ、私どもの経験ではドナー手術代も含めまして、一つの肝移植に850万ぐらいの費用がかかっています。しかしながら、限度額認定制度がございますので、これで患者さん自体にはご負担はそれほどかけずに肝移植が行われているというのが現況かと思えます。

以上、重症の肝機能障害ということについてご説明申し上げました。どうもありがとうございました。

#### ○柳澤座長

どうも兼松先生、ありがとうございました。それでは、どうぞ席のほうへお戻りください。

肝機能障害についてということございましたけれども、主としてC型肝炎から、その経過、予後、そしてまたその治療法としてのインターフェロン療法、さらには肝移植について、広範にお話いただきましたので、これから兼松構成員のお話に対しましての

質疑をいただきまして先へ進みたいと思います。どなたでも結構ですし、どの点でも結構ですから、どうぞ構成員の方、ご質問あるいはご意見ございましたら。どうぞ。

○八橋構成員

長崎医療センターの八橋ですけれども、肝移植の保険適用のことについて少し教えていただきたいと思います。

○八橋構成員

肝機能がよく代償されている肝臓がんの場合は保険の適用は？

○兼松構成員

そうですね。非代償性肝硬変で肝細胞がんがある場合に保険適応となっています。さらに肝細胞がんについてもミラノ基準を満たすことが保険適応となる条件です。

○八橋構成員

分かりました。

○柳澤座長

今の点ですけれども、肝がん、肝硬変に対する肝移植は、今はもう高度先進医療ではなくて、どこの施設が行っても保険は適用されるという状態ですか。

○兼松構成員 そうなっています。ただしこの場合には条件がありまして、肝臓がんの進行度というのが基準の一つになっています。これは肝臓がんが1個で、そのサイズが最大級5センチ以内ということが一つ、それからもう一つは、3センチ以内のものが3個以内、2個か3個、こういう状態で、しかも脈管にがんが浸潤してない、肝臓の外にがんがない、こういう条件であればどこの施設でも保険適用とすることができます。

○柳澤座長

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。はい、どうぞ。

○岩谷構成員

岩谷です。例えば心臓病であればニューヨークハートアソシエーションの分類のように機能評価と結びついた分類というのがあるのですが、この肝機能障害の場合にはそういう機能分類はあるのでしょうか。そしてもしあれば、このChildの分類とどういう対応関係になっているのか、そういうことがお分かりならば教えていただきたいの

ですが。

#### ○兼松構成員

このChildの分類は、ずっと以前から使われてきた、世界共通の肝機能評価指標だと思います。さらに最近ではchild-pugh分類が汎用される傾向となっています。

#### ○柳澤座長

ほかにいかがでしょうか。

それでは、一つ私からお伺いしたいのですが、進行した状態で中枢神経障害と申しますか、脳障害が出てくるということではありますが、私どもが知っておりますウイルソン病とか、あるいはシトルリン血症であるとか、そういった代謝性の肝障害の場合には、脳症というのは一過性に出てきて、それで治療するとよくなるということがありますが、確かにもう重症な肝性昏睡になってしまいますと、劇症肝炎などの場合には予後が非常に悪いということのサインというふうに理解できるのですけれども、一般に肝硬変から肝がんになって、非代償期に出てくるそういった意識障害というのは可逆性というのはどの程度にあるのでしょうか。

#### ○兼松構成員

これも先生、大変難しいところで、特に劇症肝炎のときにそれをどう評価するのかというところが難しいということになっております。今のところコーマグレードの2になりますと、一応移植ということも考えていだろうということになって今やっております。もちろんその経過によって、それがいろんな治療への血漿交換をやったり、いろんなことをやって、それがまた1に戻ったり0になったりすると、もちろんそれはそのままの保存的な治療が続けられるわけですけれども、そういう治療をやりましてもコーマグレードが2あるいは3になるということになってきますと、これは一応移植というのも考えて、コーマグレードがそういうところで固定されるということになってくるのだと思います。ある程度のところまで行きますと、4ぐらいになってきますと、それが可逆的にまた3に戻るかというのはなかなか難しいので、どこの段階でいろんな治療を新たに加えるか、これが非常に難しいポイントだと思います。

#### ○林構成員

ただ今の件ですけれども、急性の今お話なんです、C型肝炎に伴う慢性の肝不全だと基本的には可逆性だとお考えいただくほうが良いと思います。以前と違いまして、かなり最近治療方法が進んできておりますので、昏睡になりましても適当な治療を行うと意識はもとに戻るとことのほうがもう圧倒的に多いと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

ほかにかがでしょうか。どうぞ。

○岩谷構成員

肝移植後に抗免疫療法が当然必要になりますね。また肝移植の後にいろいろな合併症が出ると聞いております。それらについて、主な合併症というのはどれぐらいのときにどういうふうに、どれぐらいの頻度であられるかなどを教えてください。

○兼松構成員

現在は、肝移植を行いますと直ちに免疫抑制剤を使用してまいります。これは、例えばステロイドを使ったりというようなことで、術直後から半年間位使います。それからFK506、タクロリムスという免疫抑制剤、これは生涯続けるということになります。ステロイドは半年前後までの、2つの免疫抑制剤で使うということになります。

合併症としましては、術後早期には出血や血管吻合の合併症などが起こる可能性があります。それからやはり拒絶の問題であります。それを防ぐために免疫抑制剤を使いますが、拒絶は術後早期から起こることもありますし、2、3年後に発生することもあります。

一方、免疫抑制剤によって感染症にかかりやすくなるのも問題です。これは免疫抑制剤を使っている限り、いつでも起こりうる合併症です。

○柳澤座長

ほかにかがでしょうか。

○岩谷構成員

もう一つよろしいでしょうか。

○柳澤座長

どうぞ。

○岩谷構成員

これは主に障害という捉え方のほうからの質問です。最後から3枚目の「患者さんの暮らしぶり」というところに、「ほぼ健康」「全く健康」というような記載がありますが、その健康の内容をもう少し詳しくお調べになっておられるのかどうか、それを教えていただきたいのです。

つまり、健康と申しましても、本当に身体的な健康から社会的な健康から、いろいろ

な面の健康があります。特に障害ということになりますと身体的な健康状態だけではか  
ることはできません。この調査の結果をもう少し詳しいのがあればお教えいただければ  
ありがたいのですが。

#### ○兼松構成員

ここを出しておりますデータは、そこにもありますように日本移植者協議会から出さ  
れたもので、ちょっとこれ以上の細かい分析のところは私データとして持ち合わせてお  
りません。

#### ○柳澤座長

今の点に関してですけれども、弁護団のほうからいただいた資料の文献にもあります  
けれども、厚生労働省としての厚生科学研究の中で、慢性疾患、まあ特定疾患が主だと  
思いますが、その患者さんのQOLをどう評価するかということで、京都大学の福原教  
授が班長になって、何年間かそういう研究がなされましたけれども、まずそういうと  
ころでイギリスでいろいろ開発されたような比較的簡単なQOLのクエスチョネアー、質  
問表などが有効であるというふうな評価がされていたというふうに私は記憶しますけれ  
ども、何か先生方のこの肝障害の領域でそういうQOL評価というのは、特になさって  
いらっしゃいますか。あるいはそういうふうな動きがありますでしょうか。

#### ○林構成員

実は余りn数の多いものはないと思いますが、最近インターフェロン治療の前後に、  
そういう先ほど解説された指標を使ってどういうふうに変化するかという成績はかなり  
出てきております。ただ普通の慢性肝炎と肝硬変でn数が少ないスタディはありますが、  
もう少し大きなスタディはまだな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した。

どうぞ。

#### ○和泉構成員

内部障害の場合、感染症のある人に対する移植というのは基本的に慎重にやるわけ  
ですけれども、特に免疫抑制剤を使いますので、先ほども再現という問題も言われまし  
たけれども、先生の成績を見ると結構感染されている方々に対する移植が多い。これはち  
よっと意外に私は感ずるのですけれども、その点はどういうふうにして適応を決めてお  
られるのでしょうか。この感染者であつてもやる、この感染者ではやらないというよう

なことはあるのでしょうか。

○兼松構成員

今までの肝移植の症例を見てみますと、こういう肝炎ウイルス陽性者は比較的少なかったのですが、ここ5年ぐらいでかなりの数が増えてきております。特に肝細胞がん患者、それから肝炎ウイルス陽性患者、それから胆道閉鎖などの疾患が大体3分の1ぐらいの割合となっております。とくに肝炎ウイルスを持っている方の移植例というのは年々増えてきております。

この際、肝炎ウイルスを持っておられるからということで何か適応に基準を設けているかということですが、これは設けてはおりません。ウイルスを持っておられても、やはり一番基となりますのは、肝機能障害の重症度ということになります。

○和泉構成員

そうすると、逆に移植後のウイルスの駆逐率というのはどれぐらいの成績になってきているのかということが知りたいところでありまして、その点いかがですか。

○兼松構成員

ここは大変厳しい問題で、ほとんどの症例がまたウイルスの再感染、これを起こしているというのが現状です。

それはなぜかと申しますと、移植後ですので免疫抑制剤を使っていたり、いろんな病気の回復が遅れたりということで、PEGインターフェロンにしましてもリバビリンにしましても、通常使います量が使えないというようなこともあるわけですね。ですから半量にしたり、あるいはインターフェロンだけを使ったり、インターフェロンも半分にしたたりしながら、いろいろ工夫して今やっているところです。まだその対策、それからこれによってどれぐらいまで抑えることができるかということころまでは、まだちょっとデータがそこまではそろってないのだろうと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

○名越課長補佐

事務局から質問するのはちょっとどうかとは思ったのですが、3枚目の「HCV感染の自然経過」の図を提示していただいております。これは従来のHCV感染の自然史を示す中で、近年インターフェロンがかなり効果的に使われるようになってきて、重い者でも慢性肝炎あるいはウイルスがとりあえず除去に近い状況になるというような

成果を上げていると思うのですけれども、その効果が顕著にあらわれて確認されてきたのは最近のことだというふうに思っております。いずれこのHCV感染の自然経過が、どういうふうな変化をしていくのか、その見通しを先生方でお持ちでしたら教えていただけると助かるのです。これは兼松先生だけではなくて、肝臓の専門家でいらっしゃる先生方にお伺いしたいと前々から思っていたことですので、もしコメント可能でしたらお願いをしたいと思います。

○柳澤座長

いかがですか。

○林構成員

ご指摘の点は非常に重要な点でございますけれども、今正確な数字は言えないと思います。中等度の肝硬変までですとウイルスの排除が起こりますと、以前にもご説明いたしましたように病気がどんどんよくなってまいりますので、それは病気の進行度によって元に戻るスピードも異なりますので、実際C型肝炎の患者さんで治療をされてウイルスの排除が起こった何%の方がどのレベルまで戻ったかについては今のところ正確な数字はないと思っております。

前に大阪で肝がんの発症率をずっと追っておりますけれども、C型の患者さんの肝がんの発症率は年齢で調整しましても大体5年ぐらい前から男性については発症率が下がってきています。ただこれが単に感染者が新規の感染がございませんので、年齢が高くなることの影響だけなのか、いわゆる治療を行うことによってウイルスの排除が起こったことが加味されているかについても、今のところ正確な分析をやる方法がございませんので、なぜ肝がんの発症率が下がっているかについても正確な原因は、今のところ推測の域を出ておりません。

○柳澤座長

八橋構成員。

○八橋構成員

C型肝炎の自然経過をまとめますと、一度慢性化したものは基本的にはウイルスが自然に排除されることはなく、ほぼ一生持続的にウイルスを持ち続けるというふうに考えられています。C型肝炎に持続感染したすべての方が肝硬変、肝がんになるわけではなく、ウイルスを持ったまま、そのまま天寿を全うされる方も決して少なくないということがわかっています。

インターフェロンが出てきまして、慢性肝炎からのウイルス排除が初めて可能になりました。10年以上前のインターフェロン治療法では10%とか20%の著効率であったもの

が、今では50%は超えて、60-70%の方でウイルス排除が可能となっています。それほど治療成績がよくなっています。

ウイルスが排除された場合は、それ以降の病気の進展は基本的には停止する、肝機能が悪くなることはなくなります。ただ元の肝臓の状態に戻るかということに関しては、先ほど林委員が言われたように、まだ長期のデータが分かっていません。ただ、治療前後の状態を確認された例では、わかりやすく表現すると、固い肝臓も時間とともに柔らかくなっていくと言われています。

また、当院のデータによると、インターフェロン治療でウイルスが完全に駆除された方では、肝がんに進展する確率が10分の1以下に低下する、という統計学なデータを持ち合わせています。

○柳澤座長

ありがとうございました。

兼松先生のほうは何か。よろしゅうございますか。

○和泉構成員

ちょっといいですか。基本的にはそういう個別の成績を決めるものは、感染症の場合にはウイルスに応答するT-cellの活性が决定着めていわけですけれども、この場合もそういうふうを考えてよろしいわけですか。

○八橋構成員

インターフェロンの効果でしょうか。

○和泉構成員

そうじゃなくて、自然で決める……。

○八橋構成員

それはわかってないですね。肝硬変、肝がんに進行する方と、全く病気が進まない方との違いが、免疫学的、遺伝的に、HLAを含めてですけれども、規定されているかどうかは、明確にはわかってないと思います。

○林構成員

これは感染症ですので、基本的には障害については先生ご指摘のように免疫反応のところ、これはもう国際的にはほぼ認知されています。ただその障害の程度の強弱によって病気の進行度が変わってまいりますので、障害の程度が強ければ目に見えて進行して

いくのですが、障害の程度が軽いと病気の進行が余り認められません。だからC型ウイルスに感染しても、ALTが正常な無症候性のキャリアという方が以前おられて、その方は病気が進行しないと従来言われていたのですけれども、実は肝機能が正常の人でも、正確にずっとフォローしますと、実は線維化が進展していています。だから肝機能上に異常が出なくても、非常にマイルドな細胞障害が起こることによって、非常に時間はかかりますけれども、やはり病気は進行しているだろうと思っていますので、全然病気が進行しない人というのは、非常にマイナーなアプリケーションだろうと思います。

○和泉構成員

そういったしますと、ここでの議論はやはりChildの分類でいうとCから議論するというのが合理性を持っているということなんでしょうか、対象となる方々は。

○林構成員

それは今の話とはちょっと次元が違うかもわかりません。今のところ個々によって病気の進行度には大きな差がありますが、先ほど兼松先生のスライドで健康だというと、何をもって健康だと言うかという議論がございましたけれども、その定義は変わってまいりますので、我々はいろんな医学的な処置をするためにChild分類を使っていますが、それはいろんな治療方法を決定するための手法に使っていますので、その患者さんの肝硬変の障害を何をもって判定するかによってその考え方は変わってくるだろうと思います。

○和泉構成員

多分後からも議論になると思うのですけれども、機能障害とChildの分類とが連動してくれるかどうかということが……。

○林構成員

そこが非常に重要な点だと思います。

○和泉構成員

そこが論点になってこようかと思うので、あえて質問させていただきました。

○柳澤座長

よろしゅうございますか。どうぞ。

○原構成員

ウイルスの量はその進展に非常に相関しているのでしょうか。

○林構成員

それは全然相関しておりません。ウイルス量が多い、少ないというのは病気の、肝炎の程度も規定しておりませんし、病気の進行とも規定していません。先ほど言いましたようにウイルスはいるということが非常に重要で、いることに対して免疫反応が起こることがやはり病気の進行の規定をしていると思います。

○原構成員

量的なものは関係してない。

○林構成員

基本的にそのようにお考えいただいて、ただ、細胞障害が強く起こりますと相対的にウイルス量は低くなる方もおられますので、全然関係がないとは言えない。大きく言いますとウイルスの量が多いから病気が進行するとか、そういうことではございません。

○原構成員

もう1点質問ですが、その脳症状のマーカーというのは今あるのでしょうか。いわゆるトキシンのようなもので、例えばこういうのは一番相関しているというようなものは。

○林構成員

これは以前、一番ポピュラーなものはアンモニアの濃度でやっていたのですが、実はこの肝性脳症が起こる原因はかなり複雑な機構でして、アンモニアだけで規定されているわけではないのですね。先ほども申しましたように肝性脳症の治療については最近非常に進んでおりまして、慢性の肝性脳症についてはほぼ元に戻せる状況になっていますので、今のところは肝性脳症の指標に言える客観的な、何かアンモニアのようなものであらわせるかということ、あらわすことが不可能でございまして、やはり実際にその脳症の程度を数値化するのが今のところ一番ポピュラーなやり方だと思います。

○柳澤座長

アンモニアの後で低級脂肪酸が問題になりましたけれども、あれは今どういうふうに評価されていますか。

○林構成員

それ以外でも幾つか言われているのですけれども、実際に肝性脳症の程度をあらわす、数値化するものに使えるかということ、実際問題使っていないと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。病態、それから進行を決めるファクター、そして治療といったような点で、兼松構成員のお話からいろいろご議論いただきましたが、少し先に進ませていただきたいと思います。

次は、「肝機能障害に関する論点整理」ということで、主に法律的な従来の障害と、それからそれに対応する対策というふうな点で、この肝機能障害ということについてのレポートを事務局のほうからお願いしたいと思います。

まず名越補佐のほうから。

○名越課長補佐

資料2に基づきまして説明をさせていただこうと思います。繰り返しになりますが、本検討会は葉害肝炎の訴訟等の経緯を踏まえまして、昨年の夏に厚生労働大臣がウイルス肝炎による肝機能障害のうち、身体障害として認められるものがあるかどうかということについて検討するという趣旨で設置が決まったものでございますけれども、肝機能障害と身体障害の関係について、基本的には一定の障害が存在して、それが固定・永続し、日常生活活動に制限を加えているというのを基本的な身体障害の要件としておりますので、

その要件に従って、これまでの議論をそこに当てはめていったときにどういう整理になるのか、そのフレームを今回お示しをしているわけでございます。

一つ目に、「肝機能障害と身体障害の関係について」ということで1ページ目、2ページ目のところでは「必要なサービスについて」とありますけれども、必要なサービスについては障害の要件とは関係あるものではありませんで、この間の第2回目の会議のときのヒアリングでも出てまいりましたが、身体障害として認められた場合、どういったサービスが活用できるのかといったところを今回まとめているというものでございます。この論点整理の1の肝機能障害と身体障害の関係、それから2の必要なサービスについての、軸が異なるものが並んでおりますので、あらかじめお断りをさせていただきたいと思います。

1につきましては私、名越のほうから、2のほうにつきましては天田補佐から説明をさせていただきたいと思います。

まず1のほうからですが、身体障害の要件につきましては、(1)として「一定の障害が存在するか」、2つ目として「障害が、固定あるいは永続しているか」、それから3つ目として「どのような日常生活活動の制限があるか」といったところを示しています。

これまでの検討会では、構成員の先生方にはいろいろな発言をいただいておりますけれども、すべてを列記するというのではなくて、代表的なものだけシンプルにまとめて

おります。これを補うものにつきましては、本日補足でご発言をいただければというふうに思っております。

まず最初の「障害が存在するか」というところの話から説明したいと思いますけれども、一定の肝機能障害を考えるに当たっては、障害の程度を評価する必要があります。ここで順番が逆転しますけれども、2についてお話をさせていただきます。

3ページ目のところに参考資料1ということで、「肝機能障害の評価法」という資料になっております。こちらをご覧くださいと思います。皆さん専門家でいらっしゃると思いますので、細かい説明は割愛をいたしますけれども、これは「朝倉内科学」から抽出いたしました主な肝機能検査の目的と検査項目を示しております。血液検査の項目です。肝細胞傷害をみる、胆汁うっ滞をみる、重症度をみる、慢性度をみる、がんについてのマーカー、それから原因検索のためのマーカーといったものが並んでおります。

これでほぼ出尽くしているかなというふうに思っておりますが、この中で特に肝機能障害の重さについて、どういったものを重視する必要があるのかといったところをご示唆をいただくとともに、また抜けがありましたらご指摘をいただければというふうに思います。

次のページ、例の2、これも「朝倉内科学」から引用しておりますけれども、肝機能障害の進展の結果あらわれた症状として肝性脳症がありますけれども、その昏睡度の分類であります。

ここでは肝性脳症というものを一つ具体的な症状として取り上げておりますけれども、これ以外の肝障害の進展による症状、その重症の分類といったものがほかに考えられ得るのかどうかといったところも、お気づきの点がありましたらご発言をいただければというふうに考えております。

その次、「重症度の判定」で、今日何度もお話が出ておりますけれども、Child-Pughですね、新しいほうの分類を示しております。これは血液検査の項目と肝障害の進展による症状の程度の組み合わせによる重症度の測定の方法というふうに解釈をしております、おのおのの項目の障害の重さの程度に対応するポイントがついておりまして、その合算によってグレードAからCまで分類をしているということでもあります。最もポピュラーなものであるというご説明をこれまでいただいているところではありますが、これ以外に検査項目あるいは症状の程度などを用いた重症度分類として留意すべきものがあるかどうかというところについてご意見があればいただきたいというふうに思っております。

続きまして、1ページ目に戻りまして(2)であります。「障害が、固定あるいは継続しているといえるか」ということについてです。肝機能障害の場合、症状が出てくるに従って医療に関わるようになって治療を受けるということになり、幸運にしてインターフェロンの効果があつて症状が改善されればそれで問題ないわけですが、次第に状態が悪くなってきた方が恐らく肝機能障害としての認定があり得るのかどうかとい

うような議論になってくるとと思いますが、治療を行っている中である程度の重症度をもって障害の永続・固定と判断することが果たして可能なものなんでしょうか。先ほどもご議論ありましたけれども、さらにご発言、ここは話をしておくべき点があるということでありましたらご示唆をいただければというふうに思います。固定・永続というところで線が引けるのかどうかということです。

さらに、重症な肝機能障害を起こしている場合でも、ある程度重いものになっても治療の結果改善するケースもまま見られるということでもありますけれども、この点についていかに解釈するかということも重要な論点になろうかというふうに思っております。

以上、肝機能障害の、どういったものなのか、それから障害の固定・永続につきまして、今日ここで何か集約するというわけではありませんが、議論を深めていただく発言をいただきたいというふうに思っております。

続いて、1ページめくりまして(3)ですけれども、「どのような日常生活活動の制限があるか」ということですが、前回のヒアリングにおきまして、足が付きやすくなる、出血傾向があって血が止まらない、腹水がたまりやすくて非常に困る、肝性脳症の発生というのが非常に恐ろしい、疲れやすいといった様々な悩みをご発言いただいたところであります。これに加えて、本日の兼松先生のプレゼンテーションや委員の先生方に届けられた薬害肝炎の原告弁護団の方々からの補足資料なども通じまして、事務局としての日常生活活動としてどのようなものがあるのか、今後まとめていきたいというふうに思っております。特にこういう点につきまして留意すべき、日常生活活動を患者さんに対して説明あるいは療養指導する中で、こういう点にはとても気を使っているというような留意点がございましたら追加でご発言をいただければというふうに思っております。

以上、肝機能障害と身体障害の関係についてでありますけれども、今後さまざまな議論をまとめていく上で、留意すべき点の落ちがないよう、幅広いご発言をいただきますようお願いをしたいと思います。

続きまして、2つ目の「必要なサービス」につきましてですけれども、これも前回のヒアリングにおいて、日常生活活動の困難とともに、どのようなサービスを必要としているのかということについて、当事者、ご家族の方からお話を伺いました。主に福祉サービスとして、在宅介護、その他自治体や公共交通機関が対応しているサービスとして、交通費や医療費というような項目が上がっております。これまで障害者手帳を取得することでどのようなサービスを受けることができるかということについて説明をしておりませんでしたので、今回は障害者福祉の制度を中心に説明をさせていただく機会を設けさせていただきました。この後、天田補佐に交代をいたします。

#### ○天田課長補佐

企画課の天田でございます。よろしくお願いたします。

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。ここまできわゆる法令上のサービスということになろうと思っております。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っております。

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っております。

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す。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っております。

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んたいただきたいと思っております。

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っておりますが、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させていただいてございます。

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がございました。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、ここまでき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、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けれども、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をどういうふうにして評価していくのか、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けれども、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けれども、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いらして、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を比較的好くご覧に

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のクエショナリーとか、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、実際に生活する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っています。

○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つて、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えます。

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えます。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、次回につきましてですけれども、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して、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)