

資料2	専門家会合(第2回)
	平成27年 10月16日

障害年金の認定(糖尿病等)に関する 検討事項

【検討課題1】血糖コントロールの良否の判定について

項番 (1)	血糖コントロールの良否の判定に、引き続きHbA1cと血糖値の検査数値を用いることは、適当か。 ○ 学会において、血糖コントロールに関する基準の考え方が変更されているが、血糖コントロールが不良であることの判定について、どう考えるか。 ○ 血糖値は、患者の検査前の状態によって変動しやすいことを、どう考えるか。
	【検討事項】 ○血糖コントロールの良否の判定について、現在の認定基準はHbA1c値等を用いているが、HbA1c値等がただちに障害に結びつくものではないことから、見直すことでよいか。 ○認定の判断基準は、血糖コントロール困難でよいか。 ○一方、HbA1c値等については、認定の参考となることから、診断書にはHbA1cや血糖値の検査数値の記載があった方がよいか。

(第1回専門家会合における主な意見)

- 基本的にある時点でHbA1cや空腹時血糖値がある程度以上というだけで、糖尿病に起因する障害が高いとは考えられない。
- 血糖値の状態は、将来の合併症発症を予測するが、その状態が現在の障害の程度をダイレクトに反映はしていないと思う。
- HbA1cの数値は、認定の際に診断の参考にはなるが、一律に数値で何級というのはなじまない。
- ブリットル型の低血糖、高血糖を繰り返すようなものに関する認定の際には、HbA1cだけに特化した判定ではうまく認定出来ないため、血糖値は空腹時や食後2時間又は随時血糖値が必要ではないか。
- 障害年金の認定で、コントロール不良という言葉を使うことはなじまず、コントロール困難であるという方が適切である。

<p>項番 (2)</p>	<p>HbA1cと血糖値を利用するとした場合に、現行の基準で見直すべき点はあるか。 ○ 現行の基準では、JDS値のHbA1cを基に8.0%以上としているが、NGSP値(国際標準値)のHbA1cを基に見直す必要はないか。 ○ 現行の基準では、空腹時血糖値140mg/dL以上としているが、見直しの必要はないか。また、空腹時血糖値以外の血糖値を用いる必要はあるか。</p>
	<p>【検討事項】 ○認定の参考とするため、現行の空腹時血糖値に加え、食後2時間血糖値又は随時血糖値の検査数値の記載があった方がよいか。</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

○ブリットル型の低血糖、高血糖を繰り返すようなものに関する認定の際には、HbA1cだけに特化した判定ではうまく認定出来ないため、血糖値は空腹時や食後2時間又は随時血糖値が必要ではないか。

[再掲]

○学会ではHbA1cについて、優良可という価値観を込めた評価はやめようと動いている。また、患者さんに合わせて目標値を定めるスタンスに変わっている。

○学会では、高齢者が増え、あるいは認知症の方が増えてきて、その方々が目指すべき血糖コントロールのHbA1cの目標値は8.0%でいいのか話し合われている。

【参考1】血糖コントロールに関する日本糖尿病学会による基準

【2012-2013】糖尿病治療ガイドの血糖コントロールの指標と評価

指標	優	良	可		不可
			不十分	不良	
HbA1c(NGSP)(%)	6.2未満	6.2～6.9未満	6.9～7.4未満	7.4～8.4未満	8.4以上
HbA1c(JDS)(%)	5.8未満	5.8～6.5未満	6.5～7.0未満	7.0～8.0未満	8.0以上
空腹時血糖値 (mg/dL)	80～110未満	110～130未満	130～160未満		160以上
食後2時間血糖値 (mg/dL)	80～140未満	140～180未満	180～220未満		220以上

日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド2012-2013

【2014-2015】糖尿病治療ガイドの血糖コントロール目標

目 標	コントロール目標値 <small>注4)</small>		
	血糖正常化を 目指す際の目標 <small>注1)</small>	合併症予防 のための目標 <small>注2)</small>	治療強化が 困難な際の目標 <small>注3)</small>
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、また薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。

注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注4) いずれも成人に対する目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド2014-2015

【参考2】国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針 平成24年厚生労働省告示第430号(抄)

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

二 目標設定の考え方

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

糖尿病は、その発症予防により有病者の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するために、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少等を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第二のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、これらの疾患の発症予防や重症化予防として、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(3) 糖尿病

項 目	現 状	目 標
③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.2% (平成21年度)	1.0% (平成34年度)

<p>項番 (3)</p>	<p>HbA1cと血糖値以外に、血糖コントロールが不良又は困難であることの判定に用いる要素として考えられるものはあるか。 ○ Cペプチドの検査についてどう考えるか。 ○ 無自覚性低血糖についてどう考えるか。 ○ その他に適切なものはあるか。</p>
	<p>【検討事項】 ○Cペプチド値を判定に用いることでよいか。 ○無自覚性低血糖を判定に用いることでよいか。 ○急性合併症(糖尿病性ケトアシドーシス又は高血糖高浸透圧症候群)について判定に用いることでよいか。</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- インスリン強化療法による予期せぬ低血糖が原因で、十分に血糖コントロールができない方もいる。低血糖の起こりやすさを客観的に評価する方法として、Cペプチドは有用と思うが、どれくらいの値を基準とするかは定義しづらいと思う。
- 不安定な血糖状況にある方の糖尿病の状態だけでの判定であれば、無自覚性低血糖やCペプチドといったインスリン分泌の指標を取り入れると判定しやすいと思う。
- 症状が固定した状況でも低血糖を繰り返すというのは、日常生活に大きく支障をきたすものであるが、無自覚性低血糖で、年に何回入院加療を要したとか、また逆に糖尿病の急性合併症による高血糖で入院を要するような文言を加えると判定しやすいと思う。

【参考3】日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド2014-2015(一部抜粋)

空腹時血中Cペプチド値と24時間尿中Cペプチド排泄量はインスリン分泌能の指標となり、前者が0.5ng/mL以下、後者が20μg/日以下であればインスリン依存状態と考えられる。

「【検討課題1】血糖コントロールの良否の判定について」の
(1)～(3)について意見を集約しての取りまとめ

【検討事項】

- Cペプチド値については、基準値はどうすべきか。
- 無自覚性低血糖の所見のあるものについては、その程度及び回数はどの程度とすべきか。
- 糖尿病性ケトアシドーシス又は高血糖高浸透圧症候群の所見のあるものについては、その程度及び回数はどの程度とすべきか。
- また、検査日より前に一定期間以上継続して必要なインスリン治療を行っていることとしてよいか。その際の期間はどの程度とすべきか。

(第1回専門家会合における主な意見)

- 症状が固定した状況でも低血糖を繰り返すというのは、日常生活に大きく支障をきたすものであるが、無自覚性低血糖で、年に何回入院加療を要したとか、また逆に糖尿病の急性合併症による高血糖で入院を要するような文言を加えると判定しやすいと思う。〔再掲〕

【参考4】障害認定基準

第15節／代謝疾患による障害(抄)

2 認定要領

(6) 糖尿病については、次のものを認定する。

ア インスリンを使用してもなお血糖のコントロールの不良なものは、3級と認定する。

イ 合併症の程度が、認定の対象となるもの

なお、血糖が治療、一般生活状態の規制等によりコントロールされている場合には、認定の対象とならない。

【参考5】科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013(日本糖尿病学会)(抄)

2 糖尿病治療の目標と指針

○解説 4 糖尿病治療の指針

一般的には、HbA1c(NGSP)8.0%以上が続いていれば、治療の変更を考慮することが必要である。治療変更後は約2～3カ月経過を観察し、改善がなければ再度変更する。このようにして血糖コントロールの目標を達成する。

【参考6】障害認定基準 他の疾患の例
第10節／呼吸器疾患による障害(抄)

2 認定要領 C 呼吸不全

(7) 慢性気管支喘息については、症状が安定している時期における症状の程度、使用する薬剤、酸素療法の有無、検査所見、具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定することとし、各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障 害 の 状 態
1級	最大限の薬物療法を行っても発作強度が大発作となり、無症状の期間がなく一般状態区分表のオに該当する場合であって、予測肺活量1秒率が高度異常(測定不能を含む)、かつ、動脈血ガス分析値が高度異常で常に在宅酸素療法を必要とするもの
2級	呼吸困難を常に認める。常時とは限らないが、酸素療法を必要とし、一般状態区分表のエ又はウに該当する場合であって、プレドニゾロンに換算して1日10mg相当以上の連用、又は5mg相当以上の連用と吸入ステロイド高用量の連用を必要とするもの
3級	喘鳴や呼吸困難を週1回以上認める。非継続的なステロイド薬の使用を必要とする場合があり、一般状態区分表のウ又はイに該当する場合であって、吸入ステロイド中用量以上及び長期管理薬を追加薬として2剤以上の連用を必要とし、かつ、短時間作用性吸入β ₂ 刺激薬頓用を少なくとも週に1回以上必要とするもの

第8節／精神の障害(抄)

2 認定要領 C てんかん

(2) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障 害 の 状 態
1級	十分な治療にかかわらず、てんかん性発作のA又はBが月に1回以上あり、かつ、常時の援助が必要なもの
2級	十分な治療にかかわらず、てんかん性発作のA又はBが年に2回以上、もしくは、C又はDが月に1回以上あり、かつ、日常生活が著しい制限を受けるもの
3級	十分な治療にかかわらず、てんかん性発作のA又はBが年に2回未満、もしくは、C又はDが月に1回未満あり、かつ、労働が制限を受けるもの

(注1) 発作のタイプは以下の通り

- A: 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
- B: 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- C: 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- D: 意識障害はないが、随意運動が失われる発作

【検討課題2】 等級の判定について

項番 (1)	他の内部疾患の取扱いを踏まえ、一般状態区分を認定の条件に追加する必要はないか。
	<p>【異論が出なかった事項】</p> <p>○一般状態区分を認定の条件に追加すること。</p> <p>【検討事項】</p> <p>○必要なインスリン治療を行ってもなお血糖コントロールが困難なものについて、一般状態区分表のウ又はイに該当するものを3級と認定することでよいか。</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- 糖尿病に関しては、いろいろな合併症があり軽いものから重いものまでさまざまであり、認定作業においても、やはり一般状態区分もあった方が認定しやすい。
- 不安定型糖尿病で、時々、低血糖や高血糖で仮に年に数回入院するとしても、就労も通常就労できているのであれば、一般状態区分イに相当する。
- 総合的に判断するという意味では、この一般状態区分が適切かは別として、この区分が入ってこそ総合的な判断が可能になると思うので入れた方が良い。

項番 (2)	糖尿病による障害であって、合併症以外に、新たに障害認定とすべき場合はあるか。
	<p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○無自覚性低血糖を判定に用いることでよいか。〔再掲〕 ○急性合併症(糖尿病性ケトアシドーシス又は高血糖高浸透圧症候群)について判定に用いることでよいか。〔再掲〕

(第1回専門家会合における主な意見)

○症状が固定した状況でも低血糖を繰り返すというのは、日常生活に大きく支障をきたすものであるが、無自覚性低血糖で、年に何回入院加療を要したとか、また逆に糖尿病の急性合併症による高血糖で入院を要するような文言を加えると判定しやすいと思う。〔再掲〕

【検討課題3】糖尿病の合併症について

項番 (1)	認定の対象となる「糖尿病性神経障害」として、どのようなものが考えられるか。また、「糖尿病性神経障害が長期間持続する」とされているが、どの程度の期間を継続するものを対象とすべきか。
	<p>【異論が出なかった事項】</p> <p>○糖尿病性神経障害は長期間持続するので「長期間持続するもの」という表現は不要。</p> <p>【検討事項】</p> <p>○本章「第9節神経系統の障害」の認定要領により認定することとし、ア及びイは削除とすることによいか。</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- 糖尿病性神経障害では、激痛とか触っても判らない著名な知覚障害又は著名な起立性低血圧がある場合に「第9節神経系統の障害」で認定をしている。
- 糖尿病性神経障害はどれくらい継続化するかであるが、一旦発症すると恐らくほぼ治らない。典型的には、神経過敏の状況が長く続いた後に、神経脱落により自覚症状がなくなり、ちょっとした外傷で壊疽が起こる危険性が高くなり、神経障害は悪化していると考えられる。
- 糖尿病性神経障害は「第9節神経系統の障害」で認定しており、全て長期間持続するものだと考えれば、この文章自体は要らないこととなる。

【参考7】障害認定基準

第15節／代謝疾患による障害(抄) 2 認定要領

(9) 糖尿病性神経障害は、激痛、著明な知覚の障害、重度の自律神経症状等があるものは、本章「第9節神経系統の障害」の認定要領により認定する。

ア 単なる痺れ、感覚異常は、認定の対象とならない。

イ 糖尿病性神経障害が長期間持続するものは、3級に該当するものと認定する。

<p>項番 (2)及 び(3)</p>	<p>「糖尿病性動脈閉塞症」で運動障害を生じているものは、どのようなものが考えられるか。 その他に、糖尿病の合併症について、追加や変更をすべきものはあるか。</p>
	<p>【異論が出なかった事項】 ○糖尿病性動脈閉塞症については、障害の程度を認定する病名として適切ではない。</p> <p>【検討事項】 ○「糖尿病性動脈閉塞症は」とある部分を「糖尿病性壊疽を合併したもので」に変更することでよいか。</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- 糖尿病性動脈閉塞症については、確かに糖尿病でも動脈閉塞症を起こすが、糖尿病性壊疽であれば因果関係もあるので認定している。
- 糖尿病性動脈閉塞症というのは、病名としてはどうなのかなと思う。閉塞性動脈硬化症の原因として糖尿病の関与が大きいのは確かだが、そうでないケースも多くある。
- 糖尿病性の壊疽には、大きく2タイプあって主に閉塞性動脈硬化症に起因するものと、糖尿病性神経障害に起因するものがあり、恐らく両者に起因する、混合のケースが最も多いと思う。

【参考8】障害認定基準第

15節／代謝疾患による障害(抄) 2 認定要領

- (10)糖尿病性動脈閉塞症は、運動障害を生じているものは、本章「第7節 肢体の障害」の認定要領により認定する。

【検討課題4】糖尿病以外の代謝疾患について

項番 (1)	障害年金の対象となる糖尿病以外の代謝疾患として、どのようなものが考えられるか。
	【検討事項】 ○糖尿病以外の代謝疾患について、特に例示を加えないということによいか。

(第1回専門家会合における主な意見)

○痛風、アミロイドーシス、家族性コレステロール血症、特殊なものとしてウィルソン病、肝レンズ核変性症などがあげられるが、代謝障害の大多数という、やはり糖尿病である。

○内分泌疾患に関しては、例えば甲状腺機能亢進症、低下症などにおいてはその他の疾患として認定する。また、臓器に障害があれば、その臓器で認定している。

○その他の疾患による障害の基準という受け皿があるのであれば、逆にここでまたいわゆる難病を例示する必要がそもそも本当にあるのか。難病のほうで認定するというのも、まれな代謝疾患については考え方としてありと思う。

○糖尿病以外の代謝疾患は非常にまれであり、また、他の疾患による認定基準で認定している。