

肝機能障害の評価に関する検討会(第5回)	
平成21年5月29日	参考資料2

#### 肝機能障害の評価に関する検討会（第4回）議事録

日 時：平成21年5月1日（金）10:00～11:45

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

おはようございます。それでは、定刻になりましたので、ただ今から第4回肝機能障害の評価に関する検討会を開催いたします。

皆様方には大変お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございました。

座長の柳澤でございますが、本日もまたどうぞよろしくお願いいいたします。

議事に入ります前に、まず事務局から構成員の出席状況、それから、資料の確認をお願いいたします。

##### ○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。

本日は連休のさなかにもかかわらずご出席いただきまして、ありがとうございます。本日は、全ての委員のご出席のご予定をお伺いしているところでございます。和泉先生は到着が遅れておりますけれども、直に到着をされると思います。

構成員の皆様方のほか、これまでと同様に肝炎対策を所管しております健康局から、本日も宮崎健康対策推進官が出席をいたしております。よろしくお願いいいたします。

それから、事務局のほうで人事異動がありましたので、ここで紹介をさせていただきます。企画課長補佐の天田という者がおりましたけれども、これが異動いたしまして、後任として企画課長補佐の石澤でございます。

##### ○石澤課長補佐

石澤です。どうぞよろしくお願いいいたします。

##### ○名越課長補佐

どうぞよろしくお願いいいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。お手元、資料をご覧ください。議事次第、それから、座席表がございまして、資料1といたしまして「身体障害の認定基準について」、資料2といたしまして「肝機能障害に関する論点整理（案）」、参考資料といたしまして、1つ目に構成員の名簿、続きまして参考資料2といたしまして「身体障害認定基準等について」、これは第1回の検討会で提出した資料と同じものでございます。それから、参考資料の3でございますが、第3回の検討会の議事録でございます。

以上でございますけれども、不足のものがございましたら、お申出いただければと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

それでは、本日の議事に入らせていただきたいと思います。

第4回ということになりますけれども、今までの議論の流れを進めるということで、本日は、この肝機能障害が、身体障害者福祉法に基づく疾患として、どういう形で位置づけることができるのかどうかというふうなことを中心として議論するという形になると思います。

今日は資料が実質的なものとして新しいのが2つございますが、そういったものの扱ひも含めて、事務局としてどういう形で議事を進めるのかということについての意見を伺って、それから審議に入りたいと思いますが、よろしくお願いします。

○名越課長補佐

それでは、説明させていただきます。座ったままで説明をさせていただきます。

本日の議事でございますけれども、まず資料1でございます。まず初めに、身体障害の認定基準につきまして、過去に身体障害となったものの中から2つばかり例示をいたしまして、こういう考え方で身体障害というものが位置づけられている、定義づけられているというご説明をさせていただきます。構成員の先生方にその点を再確認をしていただくというふうに思っております。

質疑応答いたしまして、その後、肝機能障害の論点整理ということで、資料2でございますけれども、翻って、肝機能障害に関してどう考えるのかということにつきまして、前回の論点整理を元に作成いたしました資料を基に事務局のほうから説明をいたしまして、その後でご議論をいただきたいというふうに考えております。

○柳澤座長

和泉委員がご到着でございますが、よろしく申し上げます。

それでは、最初の「身体障害の認定基準について」ということで、具体的な歴史的な経過を含めて、どういうふうな位置づけがなされているのかということについて、事務局の

ほうから説明をしていただきたいと思います。

よろしく申し上げます。

○名越課長補佐

それでは、資料1に基づきまして説明をさせていただこうと思います。途中で参考資料2につきましても一部触れるところがございますので、お手元、ご準備をいただければと思います。

ここでは、これまで既に定められている身体障害がどのような考え方で決められているかということについて、内部障害の中から腎臓機能障害とヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の2つを例示いたしまして、検討会の構成員の皆様方にご確認をいただくことを目的として資料を作っております。

資料1のまず最初のところからでございます。身体障害の種類でございます。これまでに既に定められている身体障害といたしましては、視覚障害、聴覚または平衡機能の障害、音声機能、言語機能、またはそしゃく機能障害、肢体不自由、肢体不自由の中には幾つかサブグループがございまして、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というものがございます。

それから以下、内部障害となりまして、まず、心臓機能障害、腎臓機能障害、呼吸機能障害、膀胱または直腸の機能障害、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といった種別に分けられます。

参考資料2の最後のページをご覧くださいと思いますが、これまでの身体障害の範囲拡大の経緯が示されてございます。

まず最初に、昭和25年に身体障害者福祉法が施行されたときに、視力障害、聴力障害、以下、中枢神経機能障害とございますが、ここら辺は肢体不自由の中に入っているものでございます。

それから、しばらくの時間を経まして、内部障害が昭和40年代から入ってきております。まず最初に、42年に心臓機能、呼吸器、47年に腎臓機能、次いで59年に膀胱または直腸とそしゃく機能障害、昭和61年に小腸機能障害といった形で随時追加が行われてまいりまして、最後に追加がされたのが平成10年4月導入になりましたヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害ということになります。

資料1のほうに戻ります。

2の障害認定の方法の(1)の障害認定の基本的考え方でございますが、この検討会の中でも何度か触れておりますけれども、身体障害者福祉法に規定する身体障害につきましては、以下の3つの要件を基本的な考え方ということで示させていただいております。

1つが、一定の障害が存在するか、2つが障害が固定・永続しているか、3つ目に日常生活活動の制限があるかという点でございます。

(2)で腎臓機能障害と免疫障害について説明をしていきたいと思っております。個別の説明

に入る前に、ちょっと全体像について軽く触れておきたいと思います。

参考資料2にあります目次を1枚めくりまして、1ページ目、身体障害者福祉法及び身体障害者福祉法施行令の抜粋の部分について、個別の説明の前で触れておきたいというふうに思います。

身体障害者福祉法第4条に示されている別表、これは上から7行目から始まりますけれども、1から5までの項目がございます。1が視力障害で、2が聴覚または平衡機能障害といった形で並びまして、5番目以降が内部障害という形をとっております。

見ていただくと分かるんですけども、1から4までにつきましては、永続する障害、機能の喪失、体の一部の欠損といったところが障害の要件となっております、具体的には日常生活活動の制限という文言が出てまいりません。

一方、5のいわゆる内部障害では、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ということで、日常生活活動についての記述がございます。これは1から4につきましては、先ほど見ていただきましたとおり、定められたのが昭和20年代と非常に古く、当初から日常生活活動についての記載がなかったというところに由来するものでございますけれども、現在において、1から4までが日常生活活動について考慮していないというわけではありませんで、これら1から4までの具体的な障害が存在することにより、当然日常生活活動にも制限が生ずるという整理がなされているところでございます。

一方で、昭和40年代以降加わった内部障害におきましては、日常生活活動についての記載をしておりますけれども、これは外面から分かりにくい内部障害というものを表現する上で、これを明確化するという背景があったものであろうというふうに思われております。ということで、以降内部障害を追加しておりますけれども、新たな身体障害を加える際には同様に3つの要件について、いずれも確認をとっておるというような状況でございます。

それでは、資料1の2ページ目のほうの説明に戻りたいと思います。

ページの1つ目ですけれども、腎臓機能障害は、先ほど申しましたとおり、昭和47年7月に導入された身体障害であります。

1級といたしましては、腎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1分間当たり10ミリリットル未満、または血清クレアチニン濃度が1デシリットル当たり8ミリグラム以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、または、血液浄化を目的とした治療を必要とするもの、もしくは極めて近い将来に治療が必要となるもの、3級といたしましては、腎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1分間当たり10ミリリットル以上で20ミリリットル未満です。または血清クレアチニン濃度が1デシリットル当たり5ミリグラム以上、8ミリグラム未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、または次のいずれか2つ以上の所見があるものをいうということで、aからiまで、腎不全に基づく末梢神経症、腎不全に基づく消化器症状、水分電解質異常、腎

不全に基づく精神異常、エックス線写真所見における骨異栄養症、腎性貧血、代謝性アシドーシス、重篤な高血圧症、腎疾患に直接関連するその他の症状といったものの中から2つの項目が選択された場合という条件が付されております。

続きまして、4級ですけれども、これにつきましても、内因性クレアチンクリアランス値または血清クレアチニン濃度に関して数値としての指標が示されているほか、家庭内の日常生活活動もしくは社会での極めて温和な日常生活活動への支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されることを確認する項目、または先ほど3級のところで出てまいりましたけれども、aからiまでの各項目の中から2つ以上の所見があるかどうかといったところを問うております。

まず、内因性クレアチンクリアランスまたは血清クレアチニン濃度から、一定の障害の永続・固定というものをここは確認をしております。

そして、日常生活活動の影響につきましては、すみません、ここの認定基準の中には出てまいりませんが、実は身体障害の申請を行う際の診断書の中に日常生活活動に関する選択肢項目が設けられておまして、そこから情報を得て、認定の際の情報としているという形をとっておるほか、3級のところで臨床症状の項目が出てまいりしますが、それと1級での血液浄化の項目も併せまして、こうした症状が、透析を行っている、あるいは代表的な臨床症状が2つ以上出ているということであれば、日常生活にも制限が発生してくるであろうという解釈に基づいて、こうした項目、こうした判断がなされているものというふうに考えております。

以上が腎臓機能障害に関する身体障害を考える上でのチェック項目でございます。

続きまして、3ページ目に行きまして、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の考え方について確認をしていきたいと思っております。

この障害につきましては、第1回の検討会でも和泉構成員から考え方を説明するようというご指示があったところでございます。ここでは、13歳以上の者と13歳未満の者と2種類の基準がありますけれども、13歳以上についての基準を中心に見ていくことにしたいと思います。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害は平成10年4月に導入された、最後に導入された身体障害でございます。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の評価方法ですけれども、お手元の3ページの図の中に、CD4陽性Tリンパ球という言葉が出てまいりしますが、免疫機能をつかさどるリンパ球のうちHIVウイルスが好んで感染する受容体を持つリンパ球がこのCD4陽性のTリンパ球ということでございまして、この数を指標として、免疫機能を確認するという考え方が一般的であります。

通常、このCD4陽性Tリンパ球の数が少なくなっていくということが、すなわち免疫機能が低下をするというものの指標になるということでございます。

CD4陽性Tリンパ球は少しでも減少すれば直ちに何らかの障害が発生するかという

そういうわけではなく、ある程度下がった状態でも特に目立った症状は出てまいりませんが、1マイクロリットル当たり500個を切った辺りから、帯状疱疹など、免疫不全による感染症が発生してきます。

CD4がさらにそれより下がっていくと、合併する疾患がより重篤なものになり、具体的にはカリニ肺炎、トキソプラズマ症、サイトメガロウイルスの感染症といった感染症のほか、体の免疫機能が下がることによって発生する悪性リンパ腫、HIV脳症といった、より重篤なものが出てまいりまして、その目安というのが、1マイクロリットル当たり500を切った状態ではないかというふうに言われております。

この免疫機能障害を考えるアウトラインと、障害を考える上での基本的な考え方といたしましては、このCD4陽性Tリンパ球の数が1マイクロリットル当たり500以下となると、一応障害であるというふうな考え方をとりまして、その時点で障害の固定・永続ということで、さらに200を切ってくると、より重篤なものになるという考え方をとっております。

CD4陽性Tリンパ球の数だけが全てというわけではありませんが、そのほかの検査数値、臨床症状、日常生活活動の項目につきましても、後で説明いたしますけれども、認定基準の項目として取り上げられております。その組み合わせを総合的に判定をして、等級を規定しているということでございます。

ざっと免疫機能障害について認定基準を見てみたいと思いますけれども、1級につきましては（ア）と（イ）の2つの考え方に基づいて基準を作っております。

1級でございますけれども、CD4陽性Tリンパ球数が1マイクロリットル当たり200以下で、次の項目、aから1のうちの6項目以上が認められるもの、まず1つ目が白血球数について、1マイクロ当たり3,000未満の状態が4週間以上の間隔を置いた検査において連続して2回続く。

2つ目が、ヘモグロビン量について、男性が1デシリットル当たり12グラム、女性が同様に11グラム未満の状態が4週間以上の間隔を置いた検査において連続して2回以上続く。

3つ目が、血小板数について、1マイクロリットル当たり10万未満の状態が4週間以上の間隔を置いた検査において連続して2回以上続く。

4つ目が、ヒト免疫不全ウイルスRNA量について、1マイクロ当たり5,000コピー以上の状態が4週間以上の間隔を置いた検査において連続して2回以上続く。

5つ目が、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。

続きまして、健常時に比し10%以上の体重減少。

月に7日以上の上の不定の発熱（38度以上）が2カ月以上続く。

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。

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。

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、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。

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。

軽作業を超える作業の回避が必要である。

この項目の中で、a から d までに関しては、客観的な検査数値を用いております。

それから、e から j に関しては、これは臨床症状あるいは自覚症状的なものを書いてございます。

それから、k と l、これは生鮮食料品の摂取禁止というほかの項目とは一風変わった項目が出てまいりますけれども、日常生活活動の制限を意識した項目、l についても同様ということで、いろいろな考え方に基づいたチェック項目が混在をしておりますが、こうしたものを組み合わせて、1 級では CD 4 陽性 T リンパ球数のほか、これらの項目 6 項目以上が認められるものを 1 級としております。

また、これとは別個の考え方で (2) でありますけれども、回復不能なエイズ合併症のため介助なくては日常生活がほとんど不可能な状態のものということで、病気としてのエイズが非常に重たくなった状態というものを医師が客観的に判断をした場合、1 級の認定を与えているものでございます。

続きまして、2 級でございますけれども、これにつきましては (ア) から (ウ) までの 3 つ考え方があります。(ア) は 1 級と同様に CD 4 のリンパ球数が 200 以下で、上で出てきます項目 a から l のうちの 3 項目以上が認められるもの。

続きまして、(イ) として、エイズ発症の既往があつて、アの項目、a から l のうち 3 つ以上が認められるもの。

(ウ) といたしまして、CD 4 陽性 T リンパ球数に関係なくということでもありますけれども、a から d までが、先ほど申しましたとおり、客観的な HIV あるいは免疫不全に関する検査数値の項目でございますけれども、a から d までの 1 つを含む 6 項目以上が認められると認定されます。

続きまして、3 級でございますけれども、(ア) と (イ) の 2 つの考え方がございまして、(ア) のほうでは、こちらは CD 4 陽性の T リンパ球数が 500 以下で、先ほどのアの a から l の項目のうちの 3 項目以上を確認しております。

このほか、CD 4 陽性の T リンパ球数に関係なく、臨床検査の項目、a から d までのうちの 1 つを含む 4 項目を選択された場合、3 級になるということでございます。

4 級については、(ア) と (イ) の 2 つの考え方がございまして、CD 4 陽性 T リンパ球数が 500 以下で、アの a から l の項目のうち 1 項目以上が認められるもの、あるいは (イ) といたしまして、リンパ球数には関係なく、アの項目のうち臨床検査の項目 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という形でチェックをしております。

このように、腎臓機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害につきましては、認定基準、構造上大分違うような印象を受けますけれども、基本的には障害が一定程度あり、それが永続・固定して、日常生活活動に影響を及ぼすという 3 つの要件をいかに確認

するのかという考え方では共通はしております。

特に内部障害につきましては、認定基準のほか、診断書、申請の際の診断書に準備した項目なども用いまして、総合的に判断をしているというような状況でございます。

資料1につきましての説明は以上でございます。ご質問等ありましたらお知らせいただければと思います。

#### ○柳澤座長

どうもありがとうございます。

現在の身体障害の認定基準ということで、特に内部障害、私たちが問題としております肝機能障害というのが内部障害に当たるわけですが、それがどのような基準であるのか、そしてまた、身体障害者福祉法の中で対象とする疾患がどういうふうにして含まれてきたかということの歴史的な経過も含めてお話がありました。

現状の診断基準、特に等級の基準ということでありますけれども、少し時間をとって現在の、今具体的に説明がありましたのは腎臓機能障害と、それから免疫不全でありますけれども、それを中心として少しご議論いただければと思いますが、何かご質問あるいはご意見ございますでしょうか。

#### ○岩谷構成員

岩谷です。

幾つか基本的なところで共通の認識というか、共通の理解をしておいたほうがよろしいかと思います。この中で日常生活活動と言われるものは、具体的に何を言っているのかということ、極めて温和な日常生活活動とは、どのような活動か、支障があるというのと著しい制限があるという言葉がありますけれども、その支障とは現実にどういう状態をいうのか、著しく制限というのは、どういう状態をいうのかということ、他の障害等において確認をしておく必要があろうかと思います。

肢体不自由に関して言えば、これはある一定の基準があります。原先生に腎臓機能障害では、今のようなことについて、例えば1級に言われているところの、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるという状態が、具体的にどんな状態なのかということ、それから、介助が必要、支障というのはどの程度の状態、それから、著しい制限というのはどの程度の状態か、ということをご説明いただいて、それを共有をしたいと思います。

#### ○原構成員

原です。

腎臓機能障害の診断書に際しまして、追加をさせていただきたいのですが、1級の部分に項目が書かれています、これら1項目を10点としています。それから、その下の3級の下のところにもいろいろな臨床症状が書いてございます。1個認めるものは10点、それで、

日常生活活動のものも加えて、トータル60点を満たした場合を1級扱いにしておりますので、ご理解いただいたほうがいいのかと思っております。

それから、極めて身近の日常生活が著しく制限されるというのは、終日臥床を要するというレベルであります。

温和な日常生活活動には支障がないというのは、家庭生活であれば軽作業は可能である。時間内の軽いデスクワーク程度というとらえ方をしております。

#### ○柳澤座長

ありがとうございました。

この点はおそらく先ほどの事務局からの説明でも、障害に関わる身体所見であるとか検査の数値と、それから日常生活制限ということと、検査の数値というのは一定の障害が存在するかということの内容としての数値、身体所見だと思いますが、日常生活活動の制限は、確かに著しいとか、家庭内でマイルドというか、軽いものであれば可能である云々というふうなことは、他の身体障害の場合、今の腎臓機能障害、それから先ほどお話がございました肢体不自由で、どういうふうな表現になっているのかということ今度一度整理しておいていただけますでしょうか。

おそらく、肝機能障害を例えば等級でもって判断するというふうなことが、これは肝臓の専門家の構成員の方々のご意見によっていろいろご検討いただくことになると思いますが、やはり具体的な日常生活の制限というのがどのようなものであるのかということや他の障害の場合にどうであるかということを一応併せて整合性をとることが必要になってくると思いますので、その整理をぜひ事務局のほうでしてください。

ほかにございますでしょうか。

どうぞ。

#### ○岩谷構成員

もう一つ、これは質問です。H I Vの中の、4ページの上から i、j、k、l とあります。そのなかの k に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というのが一文があるんですけども、この場合の日常生活活動という意味と、それから次に出てくる、これは先ほど話をしていた日常生活活動というのは同じ意味なのでしょうか。k の項での日常生活活動は、ほかの場面で使われている言葉とはちょっと意味が違ってしまうと思います。その辺はどうでしょうか。これは症状としての、症状リストというか、そういうものの中に含まれるような意味でしょうか。

#### ○名越課長補佐

これは12年前につくられたもので、私が直接つくったわけじゃないんですけども、1で出てくる軽作業を超える作業の回避というのは先ほども出てまいりました。原先生から

もお話がありました、どのくらいの生活上の運動の強度と申しますか、活動ができるかという話でございますのに対しまして、kの項目というのは、日常生活上の留意点のような項目でございます。意味は違うものであるというふうに考えておりまして、ここを日常生活活動以外の言葉でも置き換えることはできるというふうに判断します。

○柳澤座長

ほかにいかが、どうぞ。

○和泉構成員

岩谷先生から非常に重要なご指摘を受けておるわけで、言い返せば、内部障害の場合は四肢障害と同じような意味内容をちゃんと担保しているかどうかということが一番問題というご指摘だろうというふうに思うわけです。

例えば、心臓の場合には、立ち居振る舞いが介護を必要とする程度になりませんと、1級というのを認定いたしません。

また、当然のことながら、意識障害が出てくると、これはペンディングになりますし、心臓の場合で意識障害が出た場合は、これはもうほとんど対象にならない。戻るということが期待できれば話は別ですけれども、症状が固定してから戻るというようなことはないことが通常でございますので、これはもうそこが対象外ということになって、非常にそういう意味では生命にとっても生活にとっても危機状態にあるということを前提に物事を考えている。

ただ、すたすた歩いている人たちが1級障害で心臓ではいるじゃないかということなんですけれども、その場合は、デバイスに完全に依存している。つまり、本来の臓器の機能ではなくて、置き換わった人工臓器によって支えられている。その人工臓器は人が作ったものですので、それによって不具合が発生すれば、すぐ前の状態に戻ってしまう可能性がある人たちは、一応決めによって、今のところは1級障害になっているということです。

私たちに2級障害はありません。2級障害は、以前からの考え方からすると、歩行に障害を持ってきて、家庭生活がお困りになるという方を想定していますので、その範疇を心臓では想定することは不可能であるということで、心臓では設けていないんだらうと私は理解しております。

3級の場合は、家庭内の生活に支障するというものですから、布団の上げおろしであるとか、自分のものをつくって食べるとか、あるいは自分のものを食べるときに支障があるという、そういうことを想定しているということでもありますし、4級の場合には社会生活、これもアクティブな社会生活を言っているわけじゃなくて、もうそれこそ買い物に行くとか、そういう程度が支障を来しているということを想定してやっているわけで、ここはそういう生活制限を裏づける何か客観的なデータがないかということで、客観的なデータが先行しているわけじゃありません。必ずそこの生活に著しい齟齬が発生しているという

ころを見て、それを裏づけられるデータがあるなということで初めて、しかも、それがあ  
る程度未来に渡ってまでという意味ではないですけれども、これは元へ戻すことはなかな  
か難しい状態に達したなという症状固定を見てから初めて、そしてしかも、そこへ何かを  
加えることによって、その程度が少しでも上向きになるという、それは援助でもよろしい  
んでしょうし、治療でもよろしいんですけれども、そういうことを見て申し上げているの  
で、内部障害の場合に特にこのH I Vが同定されてから、この検査だけが先行するという  
のは私は非常に危険ではないかというふうに思っています。

やはりそここのところは、ある意味での横一線といいたいまいしょうか、ある程度の公正さは維  
持されておられませんと、この法律の趣旨そのものが大きく損なわれていく可能性がありま  
すので、そこは守りながら、一体そういう病態というのはこの肝炎のケースで考えられる  
のかどうなのかということに焦点を絞るということが本来的ではないかなというふうに思  
っています。

○柳澤座長

ありがとうございました。

確かに今の和泉構成員のご意見でございますように、各障害によって検査値の持っている  
障害者の方にとっての生命予後であるとか日常生活活動にとっての重みづけというのは  
それぞれ違うということで、やはり全体を共通する等級の指定の場合の基準というのはど  
ういうふうにしたらいいのかということに関してのご意見だというふうに理解しますが、  
その点も十分これから検討していくということが必要だろうというふうに思います。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○田中構成員

田中です。基本的な考え方に従った腎臓機能、免疫機能障害の等級グレードのつけ方は  
よく分かったのですが、内部障害のうち、免疫機能障害のみに2級があるのは、今、和泉  
構成員がおっしゃった理由でよろしいんでしょうか。もう一度お伺いしたいんですけれ  
ども。

○柳澤座長

それは事務局のほうからちょっと答えていただけますか。

○名越課長補佐

一般には、H I Vが出てくるまでは、内部障害に関しては1級、3級、4級ということ  
だったんですけれども、1級の中も細分化するといろいろなものがあるのかという話もあ  
ったんですけれども、当時の考え方を引用いたしますと、1級、2級の中で分けられるも

のも併せて1級の中に包含をしておると、そういう解釈であるというふうに聞いております。

○柳澤座長

よろしいですか。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○兼松構成員

兼松です。

肝機能障害の場合にも身体所見というのが非常に重要な項目になってくるかと思うんですが、腎臓機能障害でも、原先生がさっきご説明なさいましたように、幾つかの項目がありまして、身体所見があるんですが、これらの項目というのは、一度こういう症状が出たら、それでプラスと、陽性というふうにするのでしょうか。ある程度治療してなのか、その経過ということが加味されるのかどうかということをお教えいただければと思います。

○原構成員

腎臓機能障害の場合の1級に関しては、少なくとも透析が必要である、あるいはもう極めて近いうちに透析が必要であるというようなのが基本になっています。このaからiまでの症状に関してですが、治療をして、なおかつ、認められるということになっております。

○兼松構成員

分かりました。ありがとうございました。

○柳澤座長

どうぞ、岩谷先生。

○岩谷構成員

岩谷です。

もう一つ確認をさせていただきたいのですが、障害の構成要因は、永続するということと、病状が固定しているということと、何らかの日常生活上の活動制限があると、これが満たされる必要があるわけです。その永続性という中に生命予後が入ってくるのかどうかということについてお聞きします。

つまり、簡単に言えば、6カ月生きられるから、じゃその6カ月間、手帳の認定の基準にするのか、それが3カ月だったらどうかというような基準があるかどうかという話です。

○柳澤座長

これは事務局としてもちょっと難しいかもしれませんが、もし何かご意見がありましたら。

○名越課長補佐

直接のお答えにならない話から入りますけれども、例えば身体障害認定において、お年寄りについて、どういうふうな身体障害の考え方をするのかという話がございます、ただ、お年寄りだからといって、身体障害の認定を躊躇するのかというと、そういうわけではなくて、もしその方に身体障害者福祉法で定められた障害があるのであれば、障害認定してよいというような取り扱いをしております。

身体障害を作る際の基本的な発想といたしましては、障害がある者に対して、いかに社会での生活を長く送っていただくか、それを支えるための制度であるというような考え方があろうかというふうに思います。

そこで、障害を認定した状態におけるその人個人個人の生命予後の点についても加味するのかどうかということでもありますけれども、念頭にはいろいろなことが、診断をされる先生においても、認定をされる方においてもあるとは思うんですけれども、その人にとって、社会生活が長く送れるというのではないかという考え方が、それを支えるべきであるかという考え方がお互い共通認識で持てるのであれば、障害認定というものはあり得るのではないかというふうに考えております。ここをまとめた意見としてこれまで文章化されたものもありませんので、むしろ大勢の方のご意見を伺うべき問題であるのかなというふうにも思います。

○柳澤座長

今の点は、更生、つまり身体障害者福祉法によるサポートが、認定された方の更生にどういうふうつながるのかという点が、もともと身体障害者福祉法というのは、そういった更生ということを目指したというか、それを法の趣旨としたものだというふうに理解されておるとは思います、だんだん実際の運用の場面でそういう更生というのをどういうふうに理解するのかというのは、ある意味で少しあいまいになってきているというか、幅広くとられてきているということがあるのではないかと思います。

その点は、しかし、法律の趣旨でありますから、やはりこれから検討する上でも大事にしなければいけないと思いますが、例えば具体的に今日説明された資料の中から問題にしますと、免疫不全のところ、免疫機能障害の4ページの（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というのは、こういうふうなことが1級認定の基準になりますと、それでは更生という趣旨はこの中ではどういうふうに扱われるのかということはやはり一つ問題になり得る可能性があると思うんです。

先ほど和泉構成員のお話の中で、心臓機能障害の場合にも、意識障害が永続的に来るような場合には対象にはならないというふうにおっしゃったのは、まさにそういう更生という意味からのそういうご判断というふうに理解されると思うんですが、この点はやはりここでいろいろ議論をしてこうだという方針を出すようなものではないので、そういう問題点があるんだということだけを一応指摘するというか、我々が理解しておくということで、具体的な作業の中でどういうふうに扱っていくのかということを検討いただければというふうに思いますが、そういう扱いでよろしいでしょうか。

#### ○和泉構成員

私たちは結構高齢者を扱っているものですから、その問題についてもしばしば難しい局面に立つわけですが、基本的には疾病本体の自然歴によるものではなくて、むしろ加齢による、結果としてそういうことを強いられる可能性があっても、それが加齢によるものであるという場合はやっぱり柔軟に対応せざるを得ないかなというふうには思っていますけれども、疾病がその本体によるものになると、この法の趣旨を変えないと、そこまで踏み出していくことはなかなか困難ではないだろうかという思いを持っております。

#### ○柳澤座長

何か今の点で特別にご発言ございますか。

どうぞ。

#### ○原構成員

腎機能不全にいろいろな等級が決められているのですが、昔は非常に若い方が多かったので、腎臓だけの面で評価ができたんですね。ところが、最近はまだ非常に広範にいろいろな疾患に対応するものですから、もちろん高齢者の方はいるんですが、例えば精神異常の方で腎不全の方をどうするか。例えば透析治療という行為にその方が協力できない場合、そういった場合はやはりもう透析治療って本当の意味の適用ではないと現場ではやっぱり考えざるを得ないんです。

それと同じようなことが、例えばほかのがんのもう末期であると、そういう場合の選択も非常に難しい部分があるんですね。ですから、そういう場合はもう個々のケース・バイ・ケースで実は透析をやる、やらないというのは現場で決めているというのが最近の現状です。ちょっと追加させていただきたいと思います。

#### ○柳澤座長

ありがとうございました。

今の点も大変大事なことだろうと思います。それで、実際に個々の障害者の方がこういった法律の適用を受けるということに際しては、やはり法の趣旨に沿った形でということ

で、ただ、それはやはり切り口としては、この法律がどういうふうにして適用されるのかということなので、もちろん精神障害者の場合には精神保健福祉法もありますし、それから、がんの患者の場合にはがんに対する様々なサポートもあるわけですし、やはりこの法律としてどこをサポートするのかというふうなことをきちんと整理しておくということは、これからの作業としては大事だと思いますので。

よろしゅうございますでしょうか。

それでは、一応現在の「身体障害の認定基準について」の議論は以上といたしまして、その次の問題は「肝機能障害に関する論点整理(案)」ということになりますが、事務局のほうからご説明いただけますか。

#### ○名越課長補佐

それでは、説明をさせていただきます。

前回の検討会でも論点整理というものを出しておりましたけれども、今回若干肉づけをいたしております。前回の資料では「肝機能障害と身体障害の関係について」というのと「必要なサービスについて」という2つに分けて資料を作っておりましたけれども、本日は身体障害の要件について議論を集中するために1つにまとめております。肝機能障害を身体障害の3つの要件に照らして評価いたしまして、身体障害として当てはまるものがあるのかどうかということについて、この後、議論を深めていただけたらというふうに考えております。

資料2でございますけれども、まず、一定の障害についての評価というところで中身を確認をしたいと思います。

これまでこの検討会でいただいていた議論では、肝機能障害を客観的に評価する指標といたしましては、検査数値、身体所見、また、これらを補足と申しますか、十分確認する上では重要な項目として、自覚症状としてこういったものがあるといったような例示がございました。

検査値、身体所見では、ビリルビン値、プロトロンビン時間、アルブミン値、腹水の有無、肝性脳症、浮腫、黄疸、手掌紅斑、クモ状血管腫、ちょっと言葉は平たいんですけども、足がつりやすくなるといったような項目が構成員の先生方からのプレゼンテーションの中でも出てまいりました。

また、その組み合わせであります重症度分類としてのChild-Pugh分類ですね。これは項目aからeまでの組み合わせでございますけれども、こうした項目のうち客観的なデータとしてビリルビン、プロトロンビン時間、アルブミン値については重要な指標であり、その組み合わせであるChild-Pugh分類についても総合的な判断、公平な判断を行う上では有用ではないかというような意見をいただいたというふうに記録が残っております。

また一方で、健康診断なんかでもよく使われますAST、ALTといったトランスアミナーゼの値には急性期の指標ということもありまして、長期間にわたる肝機能の状態を把

握するために用いる指標としては適切ではないのではないかというようなご意見もいただいております。

一方で、自覚症状については、不眠や倦怠感、易疲労感といったものがありますけれども、これらは数値化することが難しく、どういうふうに客観的な指標との相関を考えるのか、この自覚症状と検査数値、身体所見との間での関係性についてはどのようにとらえるのか、関連づければいいのかといったところが問題であるといったような発言をいただいていたところでございます。

こうしたことも併せ考えまして、障害の重症度につきましては客観的な検査値あるいはそれを組み合わせたものを例示としてはChild-Pugh分類というものを中心に据えながらも、自覚症状などもいかに加味していくのかという議論になろうかというふうに思います。

肝機能障害を考えるときに、その指標としてはどういったものを用いればいいのかといったところにつきまして、本日はある程度意見を収束させるような議論ができればというふうに考えています。

次に、障害の固定あるいは永続についての確認でございますけれども、これはむしろ障害が一定程度存在するというものはどういう程度なのかということと一緒に考えていただくのが適当なのかもしれませんが、資料1で説明いたしましたヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害では、CD4陽性Tリンパ球の数値を指標といたしまして、免疫機能障害に伴う感染症が合併症として出始める1マイクロリットル当たり500以下というところを基本的な考え方として据えております。

肝機能障害を扱うこの検討会の中では、具体的な指標というところはまだ結論が出ておりませんが、肝機能障害を連続する障害として、どこから身体障害なのかといったところをまた考える上で出てきた意見といたしましては、肝機能障害も症状が進行していく初期の段階からは症状はほとんど見られないというような状況があつて、ある程度肝機能障害が進行していくに従って、肝臓が予備的な機能、予備的な能力をだんだんと失っていき、その能力が尽きるレベルまで完全にダメージが出てくると、その時点で症状が出てくると。

肝機能障害そのものにつきましては、治療によって回復する可逆性、可塑性のものもあるというご発表もございました。

また、症状が多少出てきた場合であっても、治療の結果、回復するケースもあるということでございます。

そのほか、障害の固定・永続というものを考える上では、回復を見せるものについては、そこはまだ治療の余地、医療面でサポートすべき範囲ではないかというような発言があつたかというふうにも思います。そういった発言を基に、2ページに模式図を示しております。

時間の経過が右方向に進み、ここではChild-Pugh分類を仮に置きまして、それが下に行くほど肝機能障害が重度となるようなイメージで図をつくっております。当初、症状が出

てこないわけですが、肝機能そのものはダメージを受けております。

治療の結果、点線で示しておりますけれども、回復するものがございます。軽い症状が出ているものについても、治療の結果、回復するものもございます。

こうした状況の中、肝機能障害が一定のレベル、肝臓のダメージが一定のレベル、考え方としては治療による回復が相当困難と思われるレベル、例えばChild-Pugh分類をここでは使っておりますけれども、グレードCに相当する状態が一定期間続くということを確認できれば、これを障害の固定・永続というふうなことが位置づけられるのかなというところでこの図を作っております。

これも事務局のほうで先生方の意見を基にしながら仮で作ったものでございまして、こういうものを出すのは初めてでございますけれども、こういう考え方につきまして、構成員の先生方のご意見をお伺いできればというふうに思っております。

それから、3ページ目ですけれども、日常生活活動の制限についての項目を示してございます。これは、構成員の先生方のほか、患者、ご家族の皆さん方からのヒアリングで出てきた項目を列挙いたしております。一部、先ほど1ページ目が出てきた項目と重なるところもございますが、身体所見、自覚症状としては、足がつりやすくなる、出血傾向、腹水、肝性脳症、易疲労性、寝たきりというところを生活上暮らしていく上で出てくる症状として例示がなされました。

また、そのほかに治療や健康管理による制限として、健康管理、運動、食事、感染症予防について留意をしておると、ふだんから安静に努めるようにしておるとか、そういった発言があったというふうに聞いております。

また、日常生活では、体の日常生活活動に制限が起きてくる中で介助が必要な程度に制限を受けるというご意見もいただいております。

そもそも、一定の肝機能障害があるような状況であれば、既に日常生活活動に制限が生じている状況ではないかというようなことも、これまでご意見で出ているというふうに記憶をしておりますけれども、先ほど単に検査数値だけではなくて、日常生活活動についても確認をとって、総合的に判断すべきであるというようなご発言もいただいているところでございます。こういった項目について、肝機能障害を考える上でどういうふうに取り扱っていくのか、肝機能障害の有無あるいは重症度を総合的に考える上でどういうふうな形で参考にしていけばいいのかといったところをご意見をいただければというふうに思っております。

最後に、先ほど冒頭で、前回の会議では「必要なサービスについて」という項目があったというふうに申しましたけれども、そこでは交通費、医療費についての記述がございました。今回、記述しておりませんのは、身体障害者福祉法に基づく身体障害の要件を検討する上で、交通費とか医療費の部分については直接関係がないというふうに考えたからでございまして、この点についてお困りの方がおられるということにつきましては、我々としても十分認識を持っておりますので、その点につきましては念のため申し上げておきま

す。

以上、資料2につきまして、論点を整理した資料につきまして説明をいたしました、肝機能障害についてどのようにとらえるのかということにつきましてご検討をお願いしたいと思います。

#### ○柳澤座長

それでは、ただ今の報告に対しましてのご議論をいただきたいと思いますが、基本的には将来の方向性ということで、身体障害者福祉法の特に内部障害の対象とし得るかどうかが、それについてのご意見をいただくというのがこの会の流れでありますけれども、一定の障害の存在、障害が固定・永続しているか、それから日常生活活動の制限があるか、それはどのようなものか、そういったような点でここに従来のご議論の内容を事務局のほうで整理したものというふうに理解いたしますが、いかがでしょうか。一定の障害が存在するかということについての内容はどうかということなんですが、どの程度の状態を一定の障害ととらえるのかということについては、これは2ページ目にあるようなこういったある意味で進行性の経過をとらざるを得ないような段階に立ち至った患者さんについては、やはり非常に障害の存在というのは明確だろうと思いますが、それをどういう形で評価するかというふうなことが、検査値の問題、身体所見の問題、それからChild-Pugh分類というふうなことで出されているわけではありますが、今日は少し全体としてのディスカッションということで、フォーカスを特に絞らないでご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

まず、やはり肝臓の専門家の構成員の方々のご意見をお伺いしたいと思いますが、いかがでしょうか。障害が存在するか、障害がどういうふうにして指標になり得るのかというふうなことへの整理ということではありますが。

林先生、いかがですか。

#### ○林構成員

一定の障害が存在するかについては、存在すると考えてよいのではないかと考えています。それで、腎臓機能障害の指標と比べて、どういうものを指標にしていくかということなんですけれども、やはり腎臓機能障害のクレアチンクリアランスあるいは血清のクレアチニンに当たるものが肝機能障害で何に該当するかというと、やはり1ページ目の一番下に書いておりますChild-Pugh分類がそれに当たるものだろうと思っています。

腎機能のクレアチンのように単一ではないんですけれども、肝硬変の場合はその患者さん個々で、例えば肝性脳症とか、あるいは腹水とか黄疸の程度というのはかなりばらつきがございますので、それを総合点として評価していくというのは、この指標が一番国際的にも用いられている指標でございますし、割と日本国内でもほとんどの肝臓の専門家が使っておりますので、妥当ではないかという気がいたします。

○柳澤座長

いかがですか、八橋先生。

○八橋構成員

腎臓機能障害の基準というものが、肝臓機能障害においても基本的には参考になるのではないかと考えます。一定の障害の評価ということで、腎臓機能障害においてもクレアチニンクリアランスとクレアチニン値を参考に、重症度や等級を決めています。先ほど林先生が言われましたように、肝臓機能障害もChild-Pughスコアを基本に、この点数を算出して一定の障害と定義するのが妥当であると考えます。

Child-Pugh分類に関してですが、肝性脳症と腹水の2つの項目の評価に関しては、数字ではないことから、客観的評価という点では、若干問題があるかもしれません。しかし、これらは患者さんの症状を評価しています。残りのアルブミン、プロトロンビン、総ビリルビン値の項目は、血液検査の結果得られるものですが、これらは極めて客観的な指標となっています。この5つの要素を総合評価するという方法が国際的にも長く認められていますので、やはりChild-Pugh分類を用いのが妥当であると考えます。

○柳澤座長

ありがとうございました。

兼松構成員、いかがですか。

○兼松構成員

私も、林構成員、それから八橋構成員のご意見とほぼ一緒です。やはり一定の障害というのはあると考えますし、その際の指標といたしましては、このChild-Pugh分類は非常に分かりやすい、使いやすい指標ではないかと思えます。

ただし、そのほか、例えば血小板の問題とか出てきますので、出血傾向等々のことをやや付加していったほうが良いこともあるようにも思います。その点でよろしく願います。

それから、補足ですけれども、Child-Pugh分類のプロトロンビン時間の3点の一番右のところ、40%の山括弧は逆ではないかと思えますが、ちょっとここは訂正していただいたほうがよろしいかと思えますので、よろしく願います。

以上です。

○柳澤座長

括弧のある場所ですね。分かりました。

田中構成員、何かございますか。

○田中構成員

私は、疫学が専門ですが。やはり身体所見と、客観的な数値との総合的なマーカーとしてのChild-Pugh分類がいいかと思います。あと、自覚症状の項目を考慮するかどうかを検討すればと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

肝臓の専門家の方々のご意見は、Child-Pugh分類が適切であろうということですが、そういったご意見を基にして先へ進んでいただきたいと思いますが、一応この事務局のほうで挙げた項目の中でちょっと議論していただきたい点もあると思いますが、まず、一定の障害の指標の中で、上の a、b、c、d、e、f、g、これは数値化されるし、あるいはまた、実際の身体所見として判断に迷うところはないと思いますが、障害の重症度を認定する上に、この h の手掌紅斑と i のクモ状血管腫というのは、これは指標になるのでしょうか。

どなたか。

○八橋構成員

これは診察所見ですね。肝硬変を疑う所見にはなりますが、重症度の評価とは別に扱うべきではないかと思います。

○柳澤座長

認定の指標というのとはちょっと違うという、診断のためのものだということですね。

それから、この j のところに、足がつりやすくなるとありますが、これは言葉としてはこむら返りのような状態であれば、神経学的な用語としては、有痛性筋痙攣という言葉があるんですが、これは内科的にはどんな表現がよろしいんでしょうね。

○林構成員

それで結構だと思います。

○柳澤座長

有痛性筋痙攣でよろしいですか。じゃ、足がつるといのは有痛性筋痙攣にしましょう。分かりました。

どうぞ。

#### ○和泉構成員

あえての発言ですけれども、Child-Pughを議論の中心にしているというのはよろしいかと思うんですけれども、これをストレートに持ち込んだときに、この分類の持っている基本的な結果が対象とする人たちに対してどういう影を落とすかというのは常に考えておかなければいけないと思うんですね。

分類のところ既に症状が入ってしまっていますので、そういう意味では、そういう症状が出てから、例えば10点というふうに考えると、3点、3点、3点プラス1ということになりますよね。そうなりますと、これは非常に大変な人たちを想定しておかなければいけない。そうすると、せっかく出来上がったものが、更生というところのベクトルの恩恵を受けないということになってしまうおそれがあるかと思うんですね。

そうすると、ここで書かれている中で、僕、最も鋭敏そうな、もう一度お聞きするわけですけれども、プロトロンビン時間というものに重きを置いた、そしてあと片方では症状に重きを置いたという2つのカテゴリーで物を考える、PTと要するに生活制限との、生活の支障度といいましょうか、それとのスペシフィシティー、あるいはセンシティブィー、あるいはコレクティブリューというようなものがある程度出ているものなんでしょうか。これはある意味で、肝臓の機能を見る上では簡便で再現性がよくて、クリアランスも示していれば、再生能力も示しているというふうに理解できますので、すぐれている指標であると思うので、これをうまくもって考えることはできないものなんでしょうか。

#### ○柳澤座長

どうぞ。

#### ○八橋構成員

和泉先生のご指摘のように、私も5つの項目の中で、最も重視しているのはプロトロンビン時間です。プロトロンビン時間は鋭敏に肝合成能、肝予備能を反映すると言われており、また不可逆的な要素を持っています。

簡単に説明しますと、プロトロンビン時間が40%とは肝臓が40%働いている、プロトロンビン時間が60%なら肝臓は60%働いているとご理解いただいてよろしいと思います。一般の方が一番理解しやすい指標だと思います。しかし、一方でプロトロンビン時間だけ評価することに問題がないかとも考えます。

実は、プロトロンビン時間が低い方はアルブミン値も低いし、総ビリルビン値も上昇します。アルブミン値、プロトロンビン時間、総ビリルビン値という3つの数字だけを評価する方法も考えてみたのですが、脳症や腹水という患者さんが示される症状を評価項目から除くことの妥当性までには考えが至りませんでした。Child-Pugh分類は、30年間以上長く国際的にも認められているということも踏まえ、肝機能障害の認定の際に、5つの項目から3項目ないし1項目だけに縛ることの妥当性、根拠はなく、また多くの肝臓専

門医がこのスコアを日常診療で頻用していることも考え合わせますと、このスコアを用いることが妥当であると考えました。

○柳澤座長

ありがとうございました。

どうぞ、林先生。

○林構成員

追加でございますけれども、今、八橋先生お答えいただいたように、ほとんどプロトロンビンで代表は出来ると思っております。ただ、中にはこのたんぱくの合成能だけでやっぱり肝臓の患者さんの状態が分からない。例えばシャントがある場合もございます、そういう面でたんぱくの合成能は十分保っているんだけど、シャントが強くて、実際の肝機能は働いていない場合もありますので、例外的にやはり1つの指標だけでなかなか評価ができない場合がありますので、そういう意味ではこういうふうに総合的に評価するほうがより安全ではないかという気はいたします。

○柳澤座長

ありがとうございました。

おそらく先ほどの、今の身体障害の腎臓機能障害、それから免疫機能異常のところにもありましたけれども、やはり全体として拝見いたしますと、皆様方の専門的なご意見ではChild-Pughが基本になって、それに対してどういう形の付加的な条項を加えるのかというふうなこと、それが必要なかどうかというふうなことをおそらく専門的な立場からご議論いただくことになるのではないかなというふうに思いますが、和泉構成員のおっしゃられたような、おそらく国際的に非常に汎用されているということであれば、病態の程度を判断するという上で大変有用な指標なんだろうというふうに考えますけれども、将来身体障害福祉というふうな視点から考えた場合には、これで十分か、これに何か加えるか、加えるとすれば何かというふうなこともぜひまたご議論いただければというふうに思っておりますが、よろしくをお願いします。

ほかにご意見ございませんでしょうか。

どうぞ。

○岩谷構成員

診断基準は、検査データと症状リストとADLの制限の3つがあって決まっているわけですが、その中で、症状リストのなかの、どれをとられるのかという問題と、その症状リストの症状のグレーディングをどういうふうにするかという問題があると思います。例えば易疲労感とありますけれども、実際にどれだけ疲労する場合に、易疲労性ありと判

断するのでしょうか。H I Vの場合には1日何時間、休まなければならない時間がどれくらいあるとか、そういうように具体的にされています。その辺はそういう表現が可能でしょうか。

もう一つ、例えば寝たきりという状態と易疲労性とを同じところに並べておいていいかという問題があると思います。寝たきりというのはADLが自立しているかどうかの問題ですし、易疲労性は症状のほうに入ると思います。その辺りを肝臓の先生方がどういうふうに、どのような症状を取り上げて、それをどのようにグレーディングするかということについて、お考えをお聞かせください。

#### ○林構成員

これ、私も悩むところなんですけれども、Child-Pugh分類を使うと、肝性脳症というより、腹水という症状はここに既に入ってしまうですね。その後、腎臓の認定と比べたときに、この易疲労感というのがやっぱり少し私も違和感があると思うんです。それで、この易疲労感に替わる何か表現がないかということで、腎臓のほうだといわゆる日常生活上の活動度で規定をしていますよね。これは疲労感が強くなると、一番制限を受けるのはやはり日常生活上の活動度なので、これはこの腎臓を参考にして、そちらの表現に変えさせていただくほうがより実際の患者さんの生活上の制限ということのほうがより重要なような気がいたしますけれども。

#### ○柳澤座長

ありがとうございました。

この自覚症状はあくまでも患者さんたちのほうで、患者団体のほうからのいろいろなアンケート調査の中で出されてきた実際に訴えられる症状なわけですけれども、やはり身体障害者福祉法による障害の程度の等級認定ということになりますと、今、林構成員がおっしゃられたような具体的な個々の自覚的な症状ではなくて、やはりそれに基づく日常生活の制限の度合いといったようなことがおそらく出てくるだろうというふうに思いますので、その辺はまたどういうふうな表現にするかということ、他の既に認定されている疾患での等級の分類での基準というものと併せてご議論いただきたいというふうに思いますが、よろしくお願いします。

あとは、この論点整理の2ページ、3ページのところでは特段問題はありませんかでしょうか。

どうぞ。

#### ○岩谷構成員

医療の必要性が非常に問題になっています。患者さんの団体からはそういう問題が提起されています。具体的にいえば、腎臓機能障害は腎透析、心臓だったらペースメーカーで

すよね。腎透析とかCPMとかいうものがなければ、固定状態を保つことができないわけ  
ですよね。そういうような医療行為がこの中に含まれているのでしょうか。認定の中に。

○柳澤座長

おそらく、この2ページの表には出てきておりませんが、例えば今の岩谷構成員  
のおっしゃる医療行為ということでは、ペースメーカーとか透析とかというふうなものに  
ある程度対応するとすれば、肝移植などが対象になるんだろうと思うんですね。今、生体  
部分肝移植は保険の適用が通っているのでしょうか。

○兼松構成員

通っています。

○柳澤座長

そうすると、やはり医療行為としてはそういったものも含まれてくるので、その辺もや  
はり検討の課題なんだろうというふうに思いますが。

従いまして、どんどんと悪くなって、なかなか肝硬変で非代償期になって、それからの  
治療というのは大変だろうと思いますけれども、一応やはり医療行為としては選択肢はあ  
るんだという理解でよろしいかというふうに思いますが。

○和泉構成員

僕もそのところずっと悩んでいるところで、それで先ほどPTで少し前倒しして、治  
療効果がきちんと出るような方々を対象にすることができればというふうな感じで申し上  
げたんですけども、これはやはり症状の固定あるいは永続ということに疑義が生じてく  
るのではないかというふうに思うんですね。

やはりHCV感染が成立しているゆえの肝移植というのは、大いに進められる医療であ  
るかどうかというのは私は大いに議論があるんだろうというふうに思います。ですから、  
もしそれを期待して今回のことが決まるのであれば、私はいささかちょっと疑義を挟まな  
ければならない。むしろ、何かほかの方法でストップがかかったり、永続状態、症状の固  
定ができるということがやっぱりないと、今ストレートに肝移植ということになりますと、  
大いに抵抗のある話になって、この枠組みの中でこの問題を話し合うよりは、何かそれで  
あれば特別の特定疾患の事業を打ち立てておやりになったほうが私はスムーズだというふ  
うに、全然そのことについて反対する意味ではないんですけども、その円滑さから考え  
ると、この枠組みの中で議論するのはなかなか私は難しいんじゃないかなというふうに感  
じています。

○柳澤座長

この点はおそらくこれから先も議論になるだろうと思いますので、今早急にたくさんご意見を伺うということは必要ないかと思いますが、何か今の点に関して皆さん方、構成員の方あるいは事務局からのご意見ございますか。

どうぞ。

#### ○兼松構成員

C型肝炎ウイルスの患者さんで肝硬変が進行した場合に、やっぱり移植というのが現実に行われていますが、現在は肝移植を行っている患者さんのうちの約10%ぐらいがC型肝炎の患者さんということになります。それから、もう10%の枠組みというのが肝細胞がんを並存しておられる方ということで、今移植医療が行われています。

ただし、この際にも適用は非常に厳格に決められていまして、これは例えばChild-Pugh分類でしたらもうグレードCぐらいのところ、それが永続して、どうしてもほかの治療法では救命できないと、生命予後もかなり限られているというところで行われている医療です。

ですから、非常に究極的な医療だとお考えいただけたらと思います。その成績といいますのは、そういう方が手術を受けられて、大体5年お元気でおられる生存率というのが70%前後というような成績が今のところです。そういうことも加味していただいて、これを本当にこの中に入れるべきかどうかということをご議論、今後いただければと思います。

よろしく願いいたします。

#### ○柳澤座長

そうですね。これは実際にC型肝炎の患者さんが中心になるとは思いますけれども、この肝機能障害を身体障害者福祉法の中の内部障害の一つとして取り上げるということになった場合には、当然のことながら、その治療の内容につきましては、基本的に現在我が国において行われている、しかも健康保険が適用になっている医療は、これは排除することはできないわけですね。別扱いにするということもなかなかできないんだと思いますので、その点、そういった治療の選択肢もあり得るんだということを念頭に置いて、ただ、しかし、やはり病態としてはChild-PughのCのステージになった場合にはなかなかそれからの回復が困難であるということと、それからいろいろな形での医療のサポートが必要だということも現実の課題としてはあるのではないかというふうに思います。

今、挙げられました臓器移植の問題は、これはやはり一つの特異な治療というふうな位置づけもできますので、もちろんこれからどういうふうに扱うかということをご議論いただければというふうにと思いますが、ほかにいかがでしょうか、論点整理として。

どうぞ。

#### ○原構成員

原ですが、先ほど移植をここで扱うかどうかというようなことが少し出たんですが、例えば腎臓機能障害の場合に、当然腎移植という選択肢もあり得るわけですね。ただ、そのドナーの問題だとか、いろいろな問題をまだまだ抱えている段階で、やはりそれを同じ場に治療として私自身持ってくるのは少しどうなのかなと。

ただ、腎移植を受けている方に関しての身体障害者の等級というのは決められておりますので、そういう扱いをするのはいいと思うんですが、そこであくまでも治療の一選択であってというふうに位置づけしていかないと、やっぱり和泉先生おっしゃったように、いろいろな問題が出てくるんじゃないだろうか。移植だけではないわけですし、移植を進めなければいけないという、必ずしも100%でもないというところが非常に難しいんじゃないかという気がするんです。これは私、あくまでも腎移植という立場を考えた場合にですね。ですから、同じような場でやはり考えるべきじゃないかなと思います。

#### ○柳澤座長

ありがとうございました。

腎臓の場合もちょうど移植のことがありますわけで、私がさっきちょっと申しましたのは、この身体障害者福祉法の中で位置づけられた場合には積極的に肝移植をやってくださいとか、そういうことでは全くありませんで、治療の範囲としてエクスクルーードするという、除外するということはできないだろうというふうな意味合いのことですので、その点は改めて申し上げておきたいと思いますが。

どうぞ。

#### ○和泉構成員

そのことを念頭に置いて発言したつもりなんですけれども、そうなりますと、今度はB型ウイルスの場合はどうするんだ、肝移植そのもの場合はどうなるんだ、肝硬変の場合はどうなるんだという広がりですが私はこの議論の枠組みを超える可能性が十分に包含しているので、そこは非常に注意してしゃべらなければいけないんじゃないかという思いで申し上げたつもりです。

#### ○柳澤座長

ありがとうございました。

和泉構成員のおっしゃっている点は確かに非常に大事な点でありまして、もし肝移植というのが何らかの形で前面に出てきてしまいますと、そうすると、じゃ、肝臓機能障害の対象の範囲をどういうふうに設定するかというふうなことにまで、また別の問題が出てくるので、今までの作業の流れということは十分に留意した上で検討を進めていくということが必要だということはおっしゃるとおりだと思いますので。

どうぞ。

○兼松構成員

肝臓の場合には、例えばグレードCになって、ずっとそれが進行して、それがそのままの状態ですと、腎移植みたいに、透析のようなほかの治療方法がないわけですね。最終的な究極の治療としてほかに全てのこと、やることがないと、そして残された選択肢が肝移植だということで今やっているのがこの医療だと思うんです。

それから、もう今や肝臓疾患の最終的に、今まではそういうことが全くできなかったのが、今は脳死を含めて生体肝移植でできるということになっていまして、それなりの患者さんにいろいろなベネフィットを与えていますので、これは特殊な医療ということではなくて、次第に肝疾患の中では一連の流れの中で、一つの治療方法として確立しつつあるところではないかなと思います。既に日本の中でも年間500例以上の手術が、これはウイルスだけではありませんけれども、そういうふうな状況ですので、そういう究極の治療としての肝臓の治療の中にも含まれつつあるということもぜひご認識いただければと思います。

○柳澤座長

ありがとうございました。

今の点も十分に念頭に置いてご議論いただければと思います。決して、今日も患者団体の方々、傍聴にいらしていると思いますけれども、肝機能障害が身体障害者福祉法の中に含まれる場合に、そのことによって逆に、ある治療の選択肢が阻まれるというか難しくなるとか、そういうふうなことがないようにきちんと対応はしていきたいというふうに思いますので、その点は申し上げておきたいと思います。

それでは少し、今日の論点整理としては、大体以上のような点でよろしゅうございますでしょうか。おそらく全体としてのまとめとしては、やはりこれまで4回にわたって議論を重ねてまいりまして、症状固定、それから症状の重症度、それから評価ができるということ、それからまた日常生活の障害というふうな3つの要点から、身体障害者福祉法の中に含めて検討するというふうな方向性は出てきたのではないかというふうに思いますので、もしそういうことで検討会の構成員の方々の合意が得られましたら、具体的な作業というのをこれから、例えば等級の分類であるとか、あるいはほかの障害の場合の等級との整合性の問題とか、そういう作業を進めていくということにいたしたいと思いますが。

どうぞ。

○岩谷構成員

3ページのところで確認をさせていただきたいんですけども、一番最後に介助の必要性というのがあります。肝機能障害の方々にとって介助というのはどんな介助があるのでしょうか。

#### ○八橋構成員

肝機能障害がある方で、肝硬変の方でもかなり進行してくると、1人では起き上がれなくなるような、1日臥床せざるをえない状況となってきますので、介護が必要となります。

#### ○岩谷構成員

そういうのはヒューマンサポートですよ。ヒューマンサポート以外の介助というものがあるのでしょうか。自分ではできないという状態は、全く人の助けをかりなければならぬという場合と、何らかの機器を使えば可能ということがあります。肝機能障害の方々にそういう状況というのはありましょか。

#### ○八橋構成員

自力では歩行できないことから、車いすで外来受診に来られている方も当然おられます。肝疾患でのデバイス、機器をご紹介しますと、例えば腹水の治療には、腹腔-静脈シャント、「デンプーシャント」と呼んでいます。おなかにたまった腹水を静脈経由で全身に戻してあげるための皮下に埋め込みタイプのポンプ、自分でポンプを押して、還流させて腹水を減らすというものもございます。

#### ○柳澤座長

じゃ、一応は肝炎ウイルスによる肝機能障害というふうな枠組みで考えた場合に、これを身体障害というふうに位置づけるという方向で作業を進めるということによろしゅうございますでしょうか。具体的な作業の内容としては、先ほどの既存のいろいろな疾患の等級分類などについての紹介がありましたが、そういったものを参考にしながら作業を進めていくということによろしいかと思えますが。

どうぞ。

#### ○原構成員

1つ確認させていただきたいのですが、このプロトロンビン時間などデータで判定されるわけですが、例えば慢性腎不全では腎臓機能はクレアチンクリアランスは、元へ戻らない可能性が強いです。プロトロンビン時間などの検査所見は、治療によるデータ評価というのはどうなるのでしょうか。

肝機能障害の判定に、治療でも戻り得ないこれぐらいのレベルという表示にするのかどうか。

腎不全の場合には、治療をして、それでもなお戻り得ない臨床症状というのを身体障害者の等級に使用しているわけですね。例えば、プロトロンビン時間はK剤を使えばある程度それが改善するということはあり得るのでしょうか。

○八橋構成員

ウイルス性肝炎の場合、特にB型の場合は、抗ウイルス剤治療でB型肝炎ウイルスの増殖が止まりますと肝予備能は改善します。プロトロンビン時間40%の例でも治療により80%とか100%まで回復する例はございます。B型の場合は、抗ウイルス剤を用いての肝障害のコントロールが可能ですので、肝硬変といえども可逆的な病態と言えます。

一方、C型肝炎に関しては現在そういう治療薬剤がございませんので、基本的には時間とともに病状は進行してゆきます。

○原構成員

ビタミンKとか、そういうものの使用によってどの程度回復し得るのでしょうか。

○八橋構成員

肝硬変症例ではビタミンKの吸収障害も生じますので、ビタミンK投与によりプロトロンビン時間が多少回復することもあります。吸収障害されている分だけ改善する。おおむね軽度な改善であり肝合成能が回復しない限り劇的に改善することはありません。

また、ワーファリンなどのビタミンK阻害剤を使いますと、肝予備能とは関係なくプロトロンビン時間が下がるのはご存じのとおりです。そういう意味でも、このプロトロンビン時間だけ評価できないところもあるなというふうに思います。

○柳澤座長

分かりました。

やっぱり対象とする状態は、例えば腎臓の場合には透析というふうな状態が1級なら1級ということになるわけですから、当然重症度もかなり、Child-Pughの場合も重症な方がおそらくそういった身体障害の場合も対象になるのが基本ではないかというふうに理解しますが、それはそれでまた先ほどから持ち上げているような他の障害とのバランスということはある程度考えた上で、そういった等級ということも検討していただくということになると思いますが、基本的には肝炎ウイルスによる肝機能障害ということで、ここで4回に渡って議論してきたものをそういう身体障害の中を含めるというふうな方向でこれからの具体的な作業を進めるということで、もしよろしければそのようにしたいと思いますが、事務局としてはいかがですか。

○名越課長補佐

方向を示していただいたということでございまして、今後は具体的なもの、例えばどういったものを具体的に身体障害とするのかというような基準などをご議論いただきまして、検討会としての取りまとめを最終的に今後行っていただければというふうに考えます。

○柳澤座長

それでは、一応先ほどの日常生活についての基準とか、他の障害での等級との関係というふうなことも問題になりますし、それから、作業を進める上で、また肝機能障害の専門の構成員の方々のご意見もいろいろとお伺いして、少し事務局のほうでまた整理をしていただくということにさせていただきたいと思います。

そうしますと、どういうふうにしましょうかね。

○名越課長補佐

まず、今回の会議については、日程など決まっていざいせんので、これはなるべく早く日を確定をさせていただきたいというふうに思っています。この議論の延長として、具体的な認定基準等の項目についての議論をしていただく必要があると思っておりますので、至急素案のほうをまとめていきたいと思っております。それをまとめていくに当たりましては、肝臓の専門家の先生方にはぜひお手伝いをお願いしたいと思っておりますので、この点はどうかよろしくをお願いしたいと思っております。

それからもう一点、前回の会議の最後のところで、医療費のデータを出すというようなことを言っておりましたけれども、まだちょっとデータの精査が終わっておりませんで、今回間に合っておりません。また、これは次回以降に提出をすることにしたいというふうに思っています。

○柳澤座長

あとよろしゅうございますでしょうか。

それでは、長時間にわたってご議論ありがとうございました。本日の検討会は以上をもちまして終了にいたしたいと思います。

どうもありがとうございました。

(了)