

障害年金の認定（肝疾患による障害）
 に関する専門家会合委員 各位


肝疾患による障害年金支給認定基準 の改訂に関する意見

2013年8月26日


薬害肝炎全国原告団

代表 山口 美智子 


同弁護団

代表 鈴木 利 廣 


全国B型肝炎訴訟原告団


代表 田中 義 信 


同弁護団

代表 佐藤 哲 之 

日本肝臓病患者団体協議会

代表幹事 渡 辺 孝 

同 赤 塚 堯 

同 山 本 宗 男 

貴会におかれましては、肝疾患による障害年金の支給認定基準を適正なものに改訂すべく、日夜ご検討を続けられているものと拝察致します。

他方、我々薬害肝炎全国原告団・弁護団、全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団及び日本肝臓病患者団体協議会も、障害年金の趣旨を踏まえ、肝疾患による障害年金支給が適正になされるよう、これまで国に訴え続けてまいりました。

それゆえ、今般、専門家会合が設置されたことを評価するとともに、これまで原告団・弁護団及び患者団体が行ってきた患者原告らに対するアンケート、調査結果を踏まえ本意見書を提出する次第です。

ご検討の程、お願い申し上げます。

障害年金支給認定基準の改訂に関する意見書

第1 はじめに

現在、肝機能障害に関する障害認定については、国民年金法に基づく認定及び身体障害者福祉法に基づく認定の二種の運用がなされている。今般、国民年金法に基づく障害認定の基準の見直しが行われることとなった。我々としては、今後、かかる認定基準の適切な改訂がなされ、ウイルス性肝炎患者の救済が広がることを強く期待する。認定基準の見直しにあたり、上記三団体において、独自に、基準の在り方を検討したので、以下のとおり、意見を申し述べる。

第2 認定基準緩和の必要性

1 行政研究の中間報告の結果

(1) 我々は、従前から、症状の重い肝炎患者、特に肝硬変・肝がん患者について上記の各障害認定基準を緩和するよう求めてきた。

このような状況の中、八橋弘医師が主任研究者を務める「『病態別の患者の実態把握の為の調査』および『肝炎患者の病態に即した相談に対応できる相談員育成のための研修プログラム策定』に関する研究のための肝臓病患者の病態と生活の調査」の中間報告が発表された。同報告によると、肝硬変と診断された1,043名の内、身体障害者手帳の交付を受けている人は、わずか16名であった。

また、同報告からは、肝炎患者の日常生活上の重大な支障が明らかになっている。アンケートに回答した6,331名の内、

- ・歩いて移動するにあたり、中程度以上の不便を感じている人は607名
- ・身の回りの事（自分で身体を洗ったり、着替えたりする等）をやるにあたり、中程度以上の問題を抱えている人は237名
- ・普段の活動（仕事、勉強、余暇活動等）を行うにあたり、中程度以上の問題を抱えている人は631名
- ・仕事や家事の時間を減らしたり内容を変更したり、仕事や家事を辞めた人は1,698名。
- ・仕事をしながらの肝臓病治療に大きな負担を感じる人は334名（2,781名中）
- ・家事をしながらの肝臓病治療に大きな負担を感じる人は444名。

・最近1年間で複数回入院した人は561名であった。

- (2) 中でも、特に手当が必要と考えられる肝硬変・肝がん患者については次のような結果が出ている。肝硬変と診断された1,043名の内、
- ・食道静脈瘤に対する内視鏡治療を受けたことがある人は566名
 - ・腹水がたまっているとされたことがある人は243名（内、針を刺して腹水を抜き取ったことがある人は56名）
 - ・意識をなくしたことがある人は76名
 - ・介助がないと歩くことができないことが週1回以上ある人は73名
- 肝がんと診断された643名の内、
- ・2回以上入院している人は、443名、3回以上が312名、4回以上が220名、5回以上入院している人は156名
- であった。

腹水を穿刺しなければならない状態であること、意識をなくすこと、歩行に介助を要するというのは、日常生活に著しい制限が加えられるものである。また、入院というのは、単に入院費や入院諸経費がかかるだけでなく、仕事を休まざるを得なくなり、収入が減少若しくは失われることを意味する。入院を繰り返すことで退職を余儀なくされ、収入源を失うので、治療のために高齢の親の年金を当てにしたり、やむなく銀行や消費者金融から借り入れることもある。さらに、「生きているだけでお金がかかり、家族に迷惑をかけるため、長生きを望まない」という声すら出ている。肝炎の進行は、精神的にも患者を極限まで追い詰める。肝硬変・肝がん患者の救済の必要性は火急の課題である。

2 障害年金制度の趣旨

障害年金制度は、病気や怪我により障害を負うと、日常生活に支障が生じ、所得が減少するため、国民生活の安定が損なわれることから、これを国民の共同連帯によって防止し、もって健全な国民生活の維持及び向上に寄与することを目的としている（国民年金法第1条）。

ウイルス性肝炎は国内最大級の感染症であり、このような誰もが感染者になり得る感染症については、国民全体の負担のもとに、できる限り救済の範囲を広げ、肝炎患者が生活しやすい世の中を作ることが障害年金制度の趣旨をよりよく発揮させることになる。

また、障害年金制度は、障害の永続性を前提としていないため、原則として更新手続きが必要となっている。つまり、障害の認定基準と

しては、認定時点で障害が認められれば足りるのであり、時間の経過とともに症状が改善し、更新時に障害の程度が軽症化すれば等級を下げたり、認定を取り消すことも認められている。

したがって、障害年金の認定基準は、認定時における症状の重大性や生活への支障の程度を考慮するだけで足りるのである。

3 障害認定の現状

他方で、現行の身体障害者福祉法に基づく障害認定は、「障害の永続性」ということに囚われて、認定基準が厳しすぎるものである。この点、患者団体のみならず、各都道府県の指定医からも認定基準が厳しすぎるのとの指摘が出ているところである。また、認定された患者のうち、1級は約560名が、2級は約520名が、3級は約230名が、1年ないし2年の間に亡くなっている可能性が高いことが判明している（薬害肝炎全国原告団・弁護団と厚生労働省との平成25年第1回恒久対策作業部会資料による）。2級認定の死亡患者は、平成22年度及び23年度の新規交付合計数の約半数近くに上る。

このように、現行の身体障害者福祉法に基づく障害認定は、肝炎患者が亡くなる直前の段階でしか認定がなされず、身体障害者の自立と社会経済活動への参加の促進を目的とした身体障害者福祉法の目的を実現できていない現状にある。

4 以上から、具体的な認定基準を次のとおり検討し、別紙にまとめた。

第3 基準の枠組み

認定基準の枠組みとしては、原則として、①肝障害の重症度を示す検査項目の数値、②肝がんや食道静脈瘤に代表される肝硬変の合併症等の臨床症状及び③日常生活上の支障の度合いを計る身体症状の3つの観点から検討を行う。

障害認定にあたっては、日常生活が具体的にどの程度制限を受けているかという観点から判断すべきであるところ、まず、以下の検査項目は肝疾患の重症度を示す重要な指標であり、認定基準の基本的な支柱として用いるべきものではある。また、日常生活上の支障を判断する以上、一般的な身体症状も考慮すべきであり、肝疾患の進行によって生じる代表的な症状や制限を列挙した。しかし、検査項目と身体症状のみでは、実態に即した障害認定ができない場合もある。患者の中には、検査数値では認定基準に満たないが、合併症の発症により日常生活を制限されている人がいる。例えば、肝がんや食道静脈瘤等が進

行し、入通院を繰り返すようになると、仕事に支障が生じ、最終的には辞めざるを得なくなったり、上記第2の1で述べたように、通常の日常生活を送ることができなくなったりする。このような場合も、検査数値が認定基準に満たないという理由で排除されるのでは、障害年金制度の趣旨に悖るし、制度の公平性も害される。

以上の観点は、現行の認定要領の理念を変更しているわけではない。例えば、現行の基準においても肝硬変に付随する病態として食道静脈瘤や肝がんの発症を認定の対象としているが、認定手法が総合判断となっており、具体的にどのような場合に認定するのか、基準が明確でない。そこで、今回、肝障害の重症度を判断する項目を大きく3つに分け、各項目の組み合わせで等級を認定するという明確な基準を提案した次第である。

第4 検査項目について

1 検査項目

肝障害の重症度を示すものとして8項目を別紙に掲げた。第1回障害年金の認定（肝疾患による障害）に関する専門家会合（以下、「第1回専門家会合」という。）において、チャイルド・ピュー分類の5項目を考えの基本とすべきという点では委員の認識は合致していたが、これに加え、いかなる項目をプラスアルファとするか又はしないかについては、共通認識を有するに至らなかった。ただ、必ずしもチャイルド・ピュー分類の5項目のみで判断する必要はないとの意見も多かった。また、アルカリフォスファターゼ及びコリンエステラーゼは不要と判断されたのに対し、血小板は、多数の委員が「△」として、排除すべきとの意見には至らなかった。そこで、チャイルド・ピュー分類の5項目に、血小板を追加し、さらに、肝疾患の重症度を示す重要な指標の一つである血中アンモニア濃度及び肝臓の線維化の進行度を示すフィブロシス値を加えた。

2 異常値

各項目の異常値の判断については、第1回専門家会合を踏まえ、プロトロンビン時間の中等度異常を「40以上70未満」に、血清アルブミンの中等度異常を「3.0以上3.5未満」、高度異常を「3.0未満」とした。別紙のうち、数値が空欄の箇所は現在検討中である。

3 評価の手法

認定にあたり、検査項目をどのように用いて評価するかについては、

中等度異常が5つ以上又は高度異常が3つ以上ある場合は1級の認定を、中等度異常が3つ以上又は血清アルブミン、プロトロンビン時間、腹水、肝性脳症のうち高度異常が1つ以上ある場合は2級の認定を原則とすべきである（なお、第5回肝機能障害の評価に関する検討会においても、チャイルド・ピュー分類によるスコアで3点を示している場合には、日常生活が著しく制限されていると理解して良い旨の議論がなされている）。

チャイルド・ピュー分類においては、1点～5点がA、6点～9点がB、10点以上がC、というグレード分けがなされるが、同じCでも重症の人と比較的軽症の人、Bでも重症の人と軽症の人がおり、「Cならば障害認定ができるが、Bならばできない」と画一的に判断する運用は実態にそぐわない。グレードを障害認定にそのままスライドさせるのではなく、列挙された項目のうち、高度異常又は中等度異常を一つ又は複数個満たせば、他の項目も検討の上、1級ないし3級の認定を原則とする、という認定手法をとるべきである。

第5 肝硬変合併症の臨床症状について

1 肝硬変・肝がん患者の認定の必要性

医療の進歩により、肝硬変の状態になっても、肝細胞を再生したり、線維化を減少させることは可能となったが、一定程度に達すると、やはり不可逆的になってしまう。特に、肝がんや食道静脈瘤が進行してくると、日常生活が不能又は著しく制限される。薬害肝炎全国原告団・弁護団が、薬害肝炎訴訟の原告の内、肝硬変・肝がんの症状を有する者らに対して、平成23年11月に行ったアンケート調査においても、検査項目の数値がさほど悪くない場合でも、肝がんや食道静脈瘤が進行し、倦怠感・嘔気・こむら返りが頻繁に起こったり、歩行上著しい支障が生じたりしていることが明らかとなっている（第2の1項に記載した八橋弘医師を主任とする研究班宛に提出された平成23年12月20日付意見書提出分）。

検査項目に主眼を置きつつも、数値のみでは拾いきれない部分を、臨床症状によってカバーすることで、より実態に即した認定が可能となるので、以下の臨床症状も考慮されたい。

2 肝がん

肝がんは、他部位のがんに比べて再発率が非常に高く、3年内の再発率が50%、5年内の再発率は80%とも言われている。肝がんの

約7割ないし8割はウィルス性によるものであることから、一度がんを取り除いても、慢性肝炎・肝硬変という肝臓の状態が変わらないため、再発してしまうのである。

治療法として、肝切除術、ラジオ波焼灼療法、肝動脈化学塞栓術、動注化学療法、肝移植等があるが、身体への大きな負担を甘受してこのような治療を受けても、再発することが多く、治療と再発の繰り返いで、体力も気力も低下していく。ひとたび肝がんが発症すれば、手術により取り除いたとしても、肝がんと共に生きる覚悟を決め、それに見合った生活を余儀なくされる。

肝がんの進行具合は、原発性肝癌取扱い規約に基づき、T因子、N因子、P因子のレベルから、ステージⅠからⅣA、ⅣBの5段階に分けて判断される。ステージⅢレベルになると、検査数値如何によっては通常の日常生活はできなくなり、また、ステージⅣは末期の状態である。肝臓がん初期は、自覚症状がない。しかし、ステージが進行すると、食欲不振、全身倦怠感、体重減少、黄疸等の症状が生じてくる。末期になると、肝臓の痛みは連続的かつ強烈になり、その他の症状も程度が激しくなり、ほぼ寝たきりとなる。肝細胞がんの5年生存率は、37.9%であり、肝細胞がんに対して肝切除を行った症例における5年生存率は、ステージⅢが39.5%、ⅣAが21.4%、ⅣBが16.5%と極めて悪い(第18回全国原発性肝癌追跡調査報告参照)。

このようなステージごとの症状や生存率からすれば、ステージⅢ以上は、「日常生活が著しい制限を受けている」と言うことができ、2級以上に該当すると考えるべきである。ステージⅠ及びⅡについては、自覚症状がない又は小さいものの、安静をとることに変わりはないこと、治療の身体的負担、高い再発率等に鑑みれば、3級の認定を行うべきである。

3 肝硬変合併症

肝硬変の合併症としては、特発性細菌性腹膜炎(SBP)、胃食道静脈瘤が代表的である。

SBPは、腹水が大量にあることを前提としており、入院を余儀なくされ、発熱、倦怠感、不快感、脳障害、腹膜刺激兆候等が見られる。1年以内の再発率は70%と言われ、数か月で死に至ることも多い。

胃食道静脈瘤は、ある程度膨張した段階で治療を行うが、破裂すれば大量出血で死に至る可能性が高く、定期的な検査は必須であり、労働や食事にも制限が厳しい。また、静脈瘤は、その発生原因である門

脈圧亢進が改善されない限り、治療したとしても再発の可能性が高い。

以上からすれば、SBPは一度発症すれば、2級以上の障害認定を行うべきであるし、ステージⅡ以下の肝がんや胃食道静脈瘤についても一度治療した後、1年以内に再発し再度治療を行っているような場合は、肝障害は相当重症であることから、「直近2年以内に複数回治療を行っていること」を条件に2級以上の認定を原則とすべきである。

第6 身体症状について

障害認定は、日常生活にどの程度の支障が生じるかにより判断する以上、肝疾患による身体症状を考慮することが妥当である。そして、考慮すべき身体症状としては、肝硬変・肝がん患者によく見られる身体症状を10項目列挙した。

第7 慢性肝炎について

第1回専門家会合において、慢性肝炎の障害認定をめぐる盛んに議論が行われた。「慢性肝炎を障害認定の対象とすべきか」との観点から議論が展開されたが、障害認定の診断書を記載する医師の3割は肝臓専門医ではなく、慢性肝炎と診断されていても、実質的には肝硬変の状態に至っている場合もあり、そのようなケースを考慮すべきとの意見もあった。

我々としても、「慢性肝炎」と診断された患者全てに対する障害認定を求めているわけではない。しかし、慢性肝炎の排除を明記してしまうと、本来障害認定を受けられるはずの肝硬変患者が、慢性肝炎と診断されたことで認定を受けられなくなったり、そもそも申請を諦めてしまったりすることが予想される。

したがって、慢性肝炎か肝硬変かという診断名による認定の切り分けは行わず、あくまでも検査項目、臨床項目及び身体症状によって判断すべきである。

第7 おわりに

第2の1でも指摘したとおり、肝炎の症状が進行した人たちの生活状況は極めて深刻である。

是非、障害年金制度の趣旨に合致した適正な認定基準に改訂されるよう、強く要望する次第である。

以 上

(別紙)

1 級

- I (ア i) + (ウ i)
- II (ア ii) + (イ i) + (ウ i)
- III (エ)

2 級

- I (ア ii) + (ウ i)
- II (ア ii) + (イ i) + (ウ ii)

3 級

- I (ア ii) + (イ ii) + (ウ ii)

【検査項目】

- ア 別表 1 記載の検査項目のうち、3 か月以上の間隔をおいた 2 地点において、
- i 5 項目について中等度以上の異常が認められる場合又は 3 項目について高度異常が認められること
 - ii 3 項目について中等度以上の異常が認められること又は総ビリルビン、血清アルブミン、プロトロンビン時間、腹水、肝性脳症のうち 1 項目以上について高度異常が認められること

【臨床症状】

- イ i 原発性肝がん（ステージⅢ以上）の既往歴がある場合、特発性細菌性腹膜炎の既往歴がある場合又は直近 2 年以内に原発性肝がん（ステージⅡ以下）若しくは胃食道静脈瘤のいずれか若しくは双方について複数回治療を行っていること
- ii 原発性肝がん（ステージⅡ以下）又は胃食道静脈瘤のいずれか又は双方の治療経験があること
- * i 及び ii の「治療」は、身体への侵襲を伴うものに限る。

【身体症状】

- ウ 別表 2 記載の身体症状のうち、認定時点において、

- i 5項目が認められること
- ii 3項目が認められること

【その他】

エ 肝移植を行ったこと

(別表1)

| 検査項目 | | 基準値 | 中等度の異常 | 高度異常 |
|------------------|-----|---------|------------------|---------|
| 総ビリルビン (mg/dℓ) | | 0.3~1.2 | 2.0以上 3.0以下 | 3.0超 |
| 血清アルブミン (g/dℓ) | | 3.8~5.3 | 3.0以上 3.5未満 | 3.0未満 |
| プロトロンビン時間 | (%) | 70~130 | 40以上 70未満 | 40未満 |
| | (秒) | 10~14 | 4秒以上 6秒未満 の延長 | 6秒以上の延長 |
| 血小板数 (万/μℓ) | | 13~35 | 5以上 10未満 | 5未満 |
| 血中アンモニア (μg/dℓ) | | 30~80 | | |
| 腹水 | | なし | 軽度 | 中等度 |
| 肝性脳症 | | なし | I度 | II度以上 |
| フィブrosキャン値 (Kpa) | | ~20 | | |

(別表2)

- a 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月に7日以上ある
- b 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある
- c 月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く
- d 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
- e 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
- f 1日に30分以上継続した皮膚そう痒感が月に7日以上ある
- g 1日に1回以上の有痛性筋痙攣が月に7日以上ある
- h 1日に1回以上の、歩行に人の介助を要する状態が月に7日以上ある
- i 塩分を控える等の食事制限が必要である
- j 1日に1回以上の極度の不安感又はふさぎ込みが月に7日以上ある