

資料2	専門家会合(第2回)
	平成26年9月29日

障害認定基準(腎疾患による障害)の検討事項

【検討課題1-1】 障害等級判定に用いる検査成績について

項番	<p>検査項目について、見直すべきものはあるか。</p> <ul style="list-style-type: none">○ 慢性腎不全とネフローゼ症候群について、確認すべき検査項目を分ける必要はあるか。○ 「ア 内因性クレアチンクリアランス値」及び「ウ① 1日尿蛋白量」は、診断書にはほとんど記載がないとの指摘があるが、代替できる検査項目はないか。○ 「ウ② 血清アルブミン」欄に検査方式「BCG法」による検査数値であることを記載すべきではないか。○ その他見直すべき検査項目はあるか。
(1)	<p>【異論が出なかった事項】</p> <ul style="list-style-type: none">○ 慢性腎不全とネフローゼ症候群について、確認すべき検査項目を分けること。○ 慢性腎不全の検査項目として、内因性クレアチンクリアランス値について現行のままとすること。○ 血清クレアチニン濃度よりも適切に状態を表すことから、eGFR(推算糸球体濾過量)を評価の対象とすること。 <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none">○ 慢性腎不全の検査項目として、血清クレアチニン濃度を削除してよいか。○ 「ウ① 1日尿蛋白量」は「尿蛋白量(1日尿蛋白量又は尿蛋白/尿クレアチニン比)」に変更し、1日尿蛋白量又は尿蛋白/尿クレアチニン比のいずれかで判断できるようにしてはどうか。○ 血清アルブミンの基準値はBCG法によるものとしてよいか。 <p>P3(腎疾患による障害の認定基準) P4(肝疾患による障害の認定基準)</p>

【検討課題1-1】 障害等級判定に用いる検査成績について

項番(1)

(第1回専門家会合における主な意見)

- 血清クレアチニンやeGFR(推算糸球体濾過量)では適切に評価できない人のために、何らかの補助的なものとして透析導入前の内因性クレアチンクリアランス値は残すべきではないか。
- eGFR(推算糸球体濾過量)は血清クレアチニンと年齢と性別をもとに数字を出せ、GFR(糸球体濾過値)にほぼ近似するので、性別や年齢による筋肉量の変化等によって血清クレアチニンの数字は大きく変わるため、それを補う腎臓機能の正しい評価法になるのではないか。
- eGFR(推算糸球体濾過量)はそれほど一般のクリニックには広がっていないのではないか。
- 最近の臨床検査センターの検査結果には必ずeGFR(推算糸球体濾過量)はついてきている。一般の医師もeGFR(推算糸球体濾過量)については認識し、データも見ることができるのではないか。
- eGFR(推算糸球体濾過量)、血清クレアチニンと残存腎機能に不一致が出る場合があるときにはおそらくクレアチンクリアランスや尿蛋白量のことを診断書に書いてくるので、できれば血清クレアチニン、eGFR、内因性クレアチンクリアランス値の3つを記載項目にしてほしい。
- 大量の蛋白尿がネフローゼ症候群の病態の主体であるので、尿蛋白量は残すべきである。しかし、1日尿蛋白量は蓄尿しなければならず安全管理面で問題が出るので、尿蛋白/尿クレアチニン比を入れたらいいのではないか。
- 日本腎臓学会のネフローゼ症候群のガイドラインは、BCG法に基づいた値で記載されており、BCG法に基づいた現行の基準値と改良型BCP法に基づいた値との間には、0.3ぐらいの開きがある。

【参考】障害認定基準

第12節／腎疾患による障害（一部抜粋）

2(4)慢性腎不全及びネフローゼ症候群での検査項目及び異常値の一部を示すと次のとおりである。

区分	検査項目	単位	軽度異常	中等度異常	高度異常
ア	内因性クレアチニン クリアランス値	ml/分	20以上 30未満	10以上 20未満	10未満
イ	血清クレアチニン濃度	mg/dl	3以上5未満	5以上8未満	8以上
ウ	① 1日尿蛋白量	g/日	3.5g以上を持続する		
	② 血清アルブミン	g/dl	かつ、	3.0g以下	
	③ 血清総蛋白	g/dl	又は、	6.0g以下	

(注)「ウ」の場合は、①かつ②又は①かつ③の状態を「異常」という。

【参考】他の疾患の例

第13節／肝疾患による障害（一部抜粋）

2(4)肝疾患での重症度判定の検査項目及び臨床所見並びに異常値の一部を示すと次のとおりである。

検査項目/臨床所見	基準値	中等度の異常	高度異常
血清総ビリルビン (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) (BCG法)	4.2～5.1	3.0以上3.5以下	3.0未満
血小板数 (万/μℓ)	13～35	5以上10未満	5未満
プロトロンビン 時間(PT)(%)	70超～130	40以上70以下	40未満
腹 水	—	腹水あり	難治性腹水あり
脳 症(表1)	—	I 度	II 度以上

項番	異常値(軽度、中等度、高度)について、見直すべきものはあるか。
(2)	<p>【異論が出なかった事項】</p> <p>○ ネフローゼ症候群の異常値は現行のままとすること。</p> <p>【検討事項】</p> <p>○ 内因性クレアチンクリアランス値は現行のままでよいか。</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- 透析を始める患者が高齢化して随分痩せた患者が増えてきて、クレアチニンが5に満たなくてもかなり重症な症例がある。重症患者は内因性クレアチンクリアランス値を参照するような形にならないなら、修正が必要ではないか。

<p>項番</p>	<p>検査項目について、追加すべきものはあるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診断書上に記載項目があるが、認定基準上に示されていないものの取扱いをどうするか。 ○ 「血中BMG」や「尿中NAG」などは必要あるか。 ○ eGFR(推算糸球体濾過量)は評価の対象とすべきか。 ○ 追加する場合の異常値(軽度、中等度、高度)をどうするか。
<p>(3)</p>	<p>【異論が出なかった事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 血清クレアチニン濃度よりも適切に状態を表すことから、eGFR(推算糸球体濾過量)を評価の対象とすること。(再掲) <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ eGFR(推算糸球体濾過量)の異常値について、高度異常を2未満、中等度異常を2以上8未満、軽度異常を8以上15未満としてよいか。 ○ 内因性クレアチンクリアランス値やeGFR(推算糸球体濾過量)での評価に加えて、尿量の項目を追加することは適当か。 ○ その他に追加すべき検査項目はあるか。

(第1回専門家会合における主な意見)

- 血液透析導入のガイドラインはeGFRが15以下になって臨床症状があらわれたときは、透析は仕方がなく、8以下になったときは透析が望ましく、2以下のときは必ず透析をしなければならないという基準を一応示している。
- 寝たきりの人だと血清クレアチニンは低くなるので、残存の尿量を確認している。尿量が500ml以下であれば、透析しなければいけない状態である。

【検討課題1-2】 障害等級判定の評価基準について

項番	各等級の障害の状態の規定について、見直す必要はあるか。 ○ 慢性腎不全とネフローゼ症候群の確認すべき検査項目を分けた場合には、どう等級を判断するべきか。
(1)	【異論が出なかった事項】 ○ 血清クレアチニンの値だけでは腎機能の程度を適切に判断できないこと。 【検討事項】 ○ 内因性クレアチンクリアランス値又はeGFR(推算糸球体濾過量)のいずれかに高度異常が1つ以上あることを、1級の条件としてよいか。 ○ 内因性クレアチンクリアランス値又はeGFR(推算糸球体濾過量)のいずれかに中等度又は高度の異常が1つ以上あることを、2級の条件としてよいか。 ○ 内因性クレアチンクリアランス値又はeGFR(推算糸球体濾過量)のいずれかに軽度、中等度又は高度の異常が1つ以上あることを、3級の条件としてよいか。 ○ ネフローゼ症候群は、障害の程度を3級としてよいか。

【検討課題1－2】 障害等級判定の評価基準について

項番(1)

(第1回専門家会合における主な意見)

- 血清クレアチニンもしくはeGFRではちょっと評価が外れてしまう人のために、何らかの補助的なものとして透析導入前の内因性クレアチンクリアランス値は残すべきではないか。(再掲)
- eGFR(推算糸球体濾過量)は血清クレアチニンと年齢と性別をもとに数字を出せ、GFR(糸球体濾過値)にほぼ近似するので、性別や年齢による筋肉量の変化等によって血清クレアチニンの数字は大きく変わるため、それを補う腎臓機能の正しい評価法になるのではないか。(再掲)
- ネフローゼ症候群は割と変化する病態であり、1年あるいは1年6カ月の間にかかなりの割合で治る可能性が高く、障害年金には余り馴染まないのではないか。
- ネフローゼ症候群は、1級、2級の話ではなくて、例えば糖尿病性腎症で透析に至るほどではないが、相当のむくみで3級の障害年金になる患者がいる。

【検討課題2】 人工透析療法施行中のものの認定の取扱いについて

項番	人工透析療法施行中のものについては、2級以上とする現行の取扱いでよいか。
(1)	<p data-bbox="314 249 527 292">【検討事項】</p> <p data-bbox="314 307 1729 392">○ 人工透析療法施行中のものについては、2級以上とする現行の取扱いでよいか。</p> <p data-bbox="314 456 1072 499">P10(呼吸器疾患による障害の認定基準)</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- 透析患者は社会的な意味で拘束される時間が余りにも多いことを含めて判定すべき。
- 実際に拘束される時間が長い分、労働面で不利になるのが透析の問題点であり、この点は今のところ改善されていない。若い人ほど長い時間の透析が必要になる。
- 在宅酸素療法をやっている方が軽微な労働が可能な方は3級ということで、恐らくそれに比べると透析患者は恵まれているのではないかという意見があるかもしれないが、やはり拘束時間等々を考えると、現状のままでいい。

【参考】他の疾患の例

第10節／呼吸器疾患による障害（一部抜粋）

認定要領2

C(8) 在宅酸素療法を施行中のものについては、原則として次により取り扱う。

ア 常時(24時間)の在宅酸素療法を施行中のもので、かつ、軽易な労働以外の労働に常に支障がある程度のもものは3級と認定する。

なお、臨床症状、検査成績及び具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する。

イ 障害の程度を認定する時期は、在宅酸素療法を開始した日(初診日から起算して1年6月以内の日に限る。)とする。

項番	人工透析療法施行後の検査数値を記載する現行の取扱いでよいか。
(2)	<p>【検討事項】</p> <p>○ 人工透析療法導入後の検査数値は人工透析を実施後の検査数値を記載する現行の取扱いでよいか。</p> <p>※ 現在は、障害年金は治療を行ってもなお残る障害状態について、日常生活にどのくらい支障があるかを評価して支給していることから、治療後の状態を把握するため、人工透析療法を実施後の検査成績を記入することとなっている。</p> <p>【参考】 診断書様式第120号の6－(2) 記入上の注意（一部抜粋）</p> <p>4(2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法を実施後の検査成績を記入して下さい。</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- 透析後の検査値で透析患者の重症度は全く測れず、むしろ透析前にどれだけ尿毒症が起こっているかが問題である。
- 透析後の数字は、かなり人工的に変えることが可能である。例えば毎回透析後の血液の流量や透析の時間を延ばすことが可能で、その数字はどんどん下がり、患者の障害の程度とは全く別の問題の数字になってしまうので、障害の状態を評価するには「透析導入後」の「毎回透析の前」の値を記載した方がいい。
- 透析導入して離脱できる人もいるので、この透析療法は永遠に続くという確認のためのデータだと認識していた。

【検討課題3】 腎移植の取扱いについて

<p>項番</p>	<p>腎移植を行った場合の等級決定についてどのように規定すべきか。決定した等級は、どの程度経過観察を行うべきか。また、再認定はどのように判断すべきか。</p>
<p>(1)及び(2)</p>	<p>【検討事項】</p> <p>○ 経過観察のために移植後1年間は従来 of 等級を維持することとし、それ以降は本人の状況を踏まえて、障害等級の認定を行うこととしてよいか。</p> <p>【参考】他の疾患の例（一部抜粋） 第13節／肝疾患による障害 2（12） 肝臓移植の取扱い ア 肝臓移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。 イ 障害年金を支給されている者が肝臓移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。</p>

（第1回専門家会合における主な意見）

- 肝臓と同様に、1年間は従前の等級とするのが適切ではないか。
- 今の腎移植の生着率、生存率は、生体腎移植であれば5年で90%を超えていて、非常にいい成績である。献腎移植でさえも80%以上の生存率、生着率は80%近くであり、非常に生着率がいい。昔の生着率とはかなり違う。一般的には、3カ月ぐらいすると医師の免疫抑制療法になって、その後の急性期拒絶反応等々は比較的少ない。

【検討課題4】 その他の検討事項について

項番	合併症については、認定要領2(10)の規定により考慮することによいか。
(1)	<p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none">○本節(腎疾患による障害)で特記すべき腎疾患特有の合併症はあるか。○認定基準2(6)なお書きの規定と(10)の規定を1つに合わせてよいか。 <p>P14(障害認定基準)</p>

(第1回専門家会合における主な意見)

- 腎疾患患者でADLがかなり低下するとすれば、長期透析による透析関連アミロイドーシスではないか。破壊性脊椎症などがあればADLは非常に低下する。
- 長期透析患者に関しては、アミロイドーシスとか心臓の合併症、心循環系の合併症、脳血管系の合併症、感染症、それぞれ死因につながるような合併症が非常に多くある。また、慢性疾患であるので、ADLが悪くて安静を必要とする合併症も多い。

【参考】障害認定基準

第12節／腎疾患による障害（一部抜粋） 認定要領2

- (6) なお、障害の程度の判定に当たっては、前記(4)の検査成績によるほか、他覚所見、他の一般検査及び特殊検査の検査成績、治療及び病状の経過等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。
- (10) 腎疾患は、その原因疾患が多岐にわたり、それによって生じる臨床所見、検査所見も、また様々なので、診断書上に適切に病状をあらわしていると思われる検査成績が記載されているときは、その検査成績も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

第15節／代謝疾患による障害 認定要領2

- (11) その他の代謝疾患は、合併症の有無及びその程度、治療及び症状の経過、一般検査及び特殊検査の検査成績、認定時の具体的な日常生活状況等を十分考慮して、総合的に認定する。