

肝機能障害の評価に関する検討会（第1回）

平成20年10月27日（月）

14:00～16:00

航空会館7F703会議室

議事次第

1. 開会
2. 構成員紹介及び座長指名
3. 議事
 - (1) 肝機能障害について
 - (2) その他
4. 閉会

「配付資料」

- 資料1 肝機能障害の評価に関する検討会構成員名簿
- 資料2 「肝機能障害の評価に関する検討会」開催の経緯
- 資料3 新しい肝炎総合対策について
- 資料4 身体障害認定基準等について
- ① 身体障害者福祉法及び身体障害者福祉法施行令（抜粋）
 - 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）
 - 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
 - ④ 身体障害の範囲拡大の経緯
- 資料5 肝機能障害について（ウイルス性肝炎の治療）
- 参考資料 肝機能障害の評価に関する検討会開催要綱

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)

「肝機能障害の評価に関する検討会」開催の経緯

平成20年1月15日 肝炎訴訟原告団・弁護団と国との基本合意：別紙1

—基本合意書抜粋—

(2) 恒久対策

国(厚生労働省)は、原告らC型肝炎ウイルスの感染被害者が安心して暮らせるよう、肝炎医療の提供体制の整備、肝炎医療に係る研究の推進等必要な措置を講ずるよう努める。

(4) 継続協議

恒久対策及び薬害再発防止対策について、国(厚生労働省)は、原告・弁護団と継続的に協議する場を設定する。

平成20年3月17日 薬害肝炎全国原告団・弁護団との大臣協議(第1回)

—関係部分要旨—

肝炎患者とりわけ肝硬変、肝がん患者に対する医療支援及び生活支援に関連する制度(特に身体障害者認定、障害年金、高額療養費における特定疾患)並びにインターフェロン治療費の助成制度について、運用の実態等を踏まえて検討に取り組む。

平成20年6月25日付 薬害肝炎全国原告団・弁護団から薬害肝炎全面解決のための要求書：別紙2

—要求書抜粋—

第4 所得保障・生活保障に関する要求

1 非代償性肝硬変及び肝癌患者を2級以上の身体障害者手帳の対象とされたい。

※ 同要求書に関し、厚生労働大臣からの回答を求める事項が提示された。：別紙3

—抜粋—

3 同要求書第4「所得保障・生活保障に関する要求」1項に関して

I FN療法を受けながらなお治癒しない慢性肝炎患者、肝硬変患者及び肝癌患者が厳しい生活環境の中で治療に苦闘している実態に鑑み、これら患者が安心して暮らせるよう、身体障害者支援制度の中に肝炎対策を位置づけ、身体障害者手帳の交付を受けられるようにされたい。

平成20年8月1日、9月9日 薬害肝炎全国原告団・弁護団との大臣協議(第2回)

—関係部分要旨—

厚生労働大臣から、ウイルス性肝炎を起因とする肝機能障害の中でどういふものを身体障害として位置づけることができるかどうかについて、専門家からなるチームを11月前を目途に設置して検討作業を開始する旨、及びその検討に当たり当事者のヒアリングも行う考えである旨を回答。

◎基本合意書（平成20年1月15日）（抄）

4 恒久対策等

(1) 製剤の投与を受けた者の確認の促進等

国（厚生労働省）は、医療機関による本件各血液製剤の投与を受けた者の確認の促進、被投与者への検査の呼びかけに努めるとともに、新法に基づく給付金の請求手続、請求期限等新法の内容について国民に周知を図ることを約する。

(2) 恒久対策

国（厚生労働省）は、原告らC型肝炎ウイルスの感染被害者が安心して暮らせるよう、肝炎医療の提供体制の整備、肝炎医療に係る研究の推進等必要な措置を講ずるよう努める。

(3) 再発防止の誓約、その他の対策

国（厚生労働省）は、本件事件の検証を第三者機関において行うとともに、命の尊さを再認識し、薬害ないし医薬品による健康被害の再発防止に最善、最大の努力を行うことを改めて確約する。

(4) 継続協議

恒久対策及び薬害再発防止対策について、国（厚生労働省）は、原告・弁護団と継続的に協議する場を設定する。

厚生労働大臣 舛添要一 殿

2008年(平成20年)6月25日
薬害肝炎全国原告団
薬害肝炎全国弁護団

薬害肝炎全面解決のための要求書

当原告団・弁護団と国との間の本年1月15日付基本合意書に基づき、薬害肝炎全面解決のために、以下のとおり要求します。

厚生労働大臣におかれましては、7月末頃までに、別紙各要求書に対して回答し、原告団・弁護団と大臣との協議を開催されたい。

1. 薬害肝炎：恒久対策に関する要求書（別添）
2. 薬害肝炎：検証及び再発防止に関する要求書（別添）
3. 薬害肝炎：個別被害救済に関する要求書（別添）

薬害肝炎：恒久対策に関する要求書

2008年6月25日

薬害肝炎全国原告団

薬害肝炎全国弁護団

国(厚生労働大臣)は、C型肝炎ウイルスの感染被害者が安心して暮らせるよう、肝炎医療の提供体制の整備、肝炎医療に係る研究の推進等必要な措置を講ずるよう努めなければならない(特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法附則4条、基本合意書第4項(2))。

そこで、平成20年度継続協議開催にあたって、薬害肝炎全国原告団・同弁護団は、基本合意書第4項(4)に基づき、国(厚生労働大臣)に対し、C型肝炎ウイルスの感染被害者が安心して暮らせるための以下の措置を講ずるよう求める。

第1 法案要求

現在、ウイルス肝炎対策のために、特定肝炎対策緊急措置法案(第168回国会参法4号、以下、「野党案」という)及び肝炎対策基本法案(第168回国会衆法8号、以下、「与党案」という)が国会に上程されたが、いずれも成立に至らなかった。

そこで、肝炎対策に係る施策の基本理念を明らかにし、その対策を総合的に推進するとともに、ウイルス肝炎患者に対して医療費を助成するため、その根拠となる法案を政府の責任において作成して次期国会に提出し、その成立に努力されたい。

第2 肝炎対策推進協議会(仮称)設置の要求

- 1 ウイルス肝炎につき、医療費助成、患者に対する生活支援・生活保障、治療方法の研究開発、検査体制、診療体制等のあり方を協議・検討し、総合的対策を実現するため、厚生労働省内に肝炎対策推進協議会(仮称、野党案提出の際の検討事項及び与党案要綱第4参照)を設置されたい。
- 2 同協議会については、ウイルス肝炎を専門とする医師、地域医療を担う医師、地方自治体担当の他、ウイルス肝炎患者とその家族等を構成委員とされたい。具体的

には、ウイルス肝炎患者団体及び当原告団から最低でも各2名(全構成員の2割以上の人数)を委員に加えられるたい。

- 3 同協議会において、ウイルス肝炎の診断・治療及び日常の管理につき、ガイドラインを策定し、最低でも年1回の頻度で改訂されたい。

第3 医療費助成に関する要求

平成20年度から肝炎治療特別促進事業によってインターフェロン治療に関して医療費の助成がなされているところであるが、対象医療、助成期間及び助成額について、早急な見直しを求める。

1 インターフェロン治療の助成対象医療・助成期間に関する要求

最新の医学的知見に基づく治療を安心して十分に受けられるように、対象医療・助成期間を見直されたい。具体的には、次のとおりである。

- (1) 血清ALT正常C型肝炎例への投与を助成対象とされたい。
- (2) 肝硬変患者に対する慢性肝炎患者同様の治療を助成対象とされたい。
- (3) 根治目的での1年以上の投与について全期間を助成の対象とされたい。
- (4) 副作用によって、中断又は中止に追い込まれる患者が少なくないことに鑑み、助成期間の制限を撤廃されたい。
- (5) 進展防止(発癌抑制)目的の長期少量投与について全期間を助成の対象とされたい。

2 インターフェロン治療以外の医療に関する要求

ウイルス肝炎及びこれに関連する疾患(肝硬変・肝癌とこれらの合併症を含む)に対する医療(肝庇護療法・瀉血療法を含む)について、インターフェロン治療以外の医療(検査費用を含む)についても、全国的な医療費助成制度を創設されたい。

3 助成額に関する要求

インターフェロン治療及びインターフェロン治療以外の医療費助成につき、月額の自己負担限度額を、原則1万円(低所得者は0円、上位所得者は2万円)とされたい。

4 助成制度における不服申立に関する要求

医療費助成制度につき、医療費不支給決定にかかる不服に関し、迅速・公正な再審査を行政機関が行う制度を創設されたい。

第4 所得保障・生活保障に関する要求

- 1 非代償性肝硬変及び肝癌患者を2級以上の障害者手帳の対象とされたい。
- 2 障害年金受給にかかる認定基準を見直し、肝疾患への適用を拡大されたい。
- 3 関連省庁と連携して、肝炎患者に対する治療休暇制度の整備・促進を図られたい。
加えて、休暇期間中の給与保障に関する制度の整備を図られたい。

第5 研究推進の要求

今後も、肝疾患の新たな治療方法の研究開発などを推進されたい。

第6 検査の要求

- 1 全国各地の患者が自己の肝炎感染に気づき、その早期治療につなげるため、全国すべての医療機関において無料にて肝炎ウイルス検査を実現すべきところ、まずは以下の点を実施されたい。
 - (1) 「緊急肝炎ウイルス検査事業」の一環として決定された都道府県・政令市・特別区における特定感染症検査等事業の保健所及び委託医療機関による肝炎ウイルス検査の無料化を「即時完全」に実施されたい。
 - (2) 委託医療機関における肝炎ウイルス検査の無料化は、平成21年3月までの時限措置とされているが、同事業の実施状況や広報が不十分であるという現状を踏まえて、同期限を撤廃されたい。
 - (3) 多くの国民が検査を受けられるように、また、地域格差をなくすためにも、都道府県・政令市・特別区の各地域の実情をふまえて上で、委託医療機関の拡大をはかれたい。
 - (4) 委託医療機関の拡大のために、委託医療機関が無料検査を行った際には、通常の検査・診断と同等の費用が国及び各自治体から支払われるよう予算措置を執られたい。
- 2 検査受診は気づきにくい肝炎感染に気づくための第一歩であり、早期治療につながるものであるから、多くの国民が検査を受けられるよう、検査受診の奨励、広報活動の充実を図られたい。

- 3 多くの国民がより容易かつ確実に肝炎ウイルス検査を受けられるよう、国の責任において具体的な施策を講じられたい。

たとえば、現在行われている各種健康診査における血液検査で肝炎ウイルス検査を必須の検査項目とするなどが考えられる。

なお、施策を講じるに際しては、感染が判明することにより患者への不利益が生じないよう、十分な配慮をされたい。

第7 診療体制に関する要求

肝疾患資料体制の確立のために、以下の点につき、地方公共団体と協働して実現されたい。実現にあたっては、最善かつ適切な医療を国民に提供する体制確保の責務が国及び地方公共団体にあること、全国的な肝疾患診療の向上及び均てん化には国の積極的な関与が不可欠であることに十分に留意し、必要であれば適宜予算措置をとられたい。

1 肝炎に関する中核医療機関(仮称)について

- (1) 第2項記載の肝炎対策推進協議会において、肝炎に関する中核医療機関(仮称、以下、「中核医療機関」という)が担うべき役割、そのために必要な体制のあり方につき、協議・検討されたい。
- (2) 中核医療機関の役割を「全国のウイルス肝炎診療に関する情報を集約・検討・分析し、その結果に基づき診療を実践し、肝疾患診療の向上、均てん化のために、各地の専門医療機関に適宜情報提供すること」と位置づけられたい。
- (3) (2)の役割を担うため、中核医療機関には必要な数の社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医(以下、「肝臓専門医」という)を配置し、必要な診療体制を整えられたい。
- (4) 平成20年度中に中核医療機関の活動を開始されたい。

2 肝疾患診療連携拠点病院について

- (1) 早急に、各都道府県に1ヵ所以上、肝疾患診療連携拠点病院(以下、「拠点病院」という)が指定されるよう努められたい。各都道府県の肝炎対策協議会による選定が進まないのであれば、その事情を調査し、対策を講じられたい。指定にあたっては、当該都道府県の人口や交通事情を配慮し、「原則1ヵ所」とはせず複数指

定を考慮されたい。

- (2) 拠点病院を各都道府県における肝疾患診療の中心と位置づけ、診療に困難を伴う患者については専門医療機関からの紹介を受ける等して、ウイルス肝炎患者に最善・最適の治療が提供される体制を整えられたい。そのためには、拠点病院ごとに4名以上の肝臓専門医を配置するとともに、ウイルス肝炎のすべての合併症に対応できるよう各診療科を整備されたい。
- (3) 拠点病院は、専門医療機関との協議の場(肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会)を設定することになっているところ、当該協議にウイルス肝炎患者が参加できるよう配慮されたい。
- (4) 拠点病院は肝疾患相談支援センターを設け、患者、キャリア、家族からの相談等に対応するとされているところ、早急に相談支援体制を確立されたい。相談者の多様なニーズに応えるため、同センターの相談員には、肝臓専門医、看護師、カウンセラー、ソーシャルワーカー等の専門家を配置されたい。

3 専門医療機関について

- (1) 早急に、2次医療圏に1ヵ所以上、専門医療機関を指定されるよう努められたい。各都道府県の肝炎対策協議会による選定が進まないのであれば、その事情を調査し、対策を講じられたい。
- (2) 専門医療機関においては「専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定」「インターフェロンなどの抗ウイルス療法の適切な実施」「肝がんの高危険群の同定と早期診断」を行うことが予定されているが、それにとどまらず、肝硬変・肝がん(それらの合併症を含む)に対する治療も適切に対応しうるような体制をすべての専門医療機関において整えられたい。そのためには、専門医療機関ごとに2名以上の肝臓専門医を配置されたい。
- (3) 専門医療機関の診療の均てん化のため、各専門医療機関における治療実績を年に一度公開されたい。

4 かかりつけ医について

- (1) かかりつけ医の診療能力の維持・向上のため、かかりつけ医に対し、ウイルス肝炎の診療にかかる研修会(拠点病院主催のもの)の受講(年2回以上)を義務付け、義務を履行したかかりつけ医には受講証明証を発行し、それを院内に掲示するよ

う指導されたい。

(2) 第2項の肝炎対策推進協議会において、かかりつけ医向け診療ガイドラインを策定した上で、全国のかかりつけ医に対し、同ガイドラインの周知徹底を図られたい。同ガイドラインにおいては、専門医療機関に患者を紹介すべき基準を明示されたい。

(3) かかりつけ医が専門医療機関の肝臓専門医と随時情報を交換(特に画像等電子データのやりとり)できる体制を整えられたい。

5 都道府県肝炎対策協議会について

(1) 都道府県肝炎対策協議会の委員にウイルス肝炎患者を加えられたい。

(2) 都道府県肝炎対策協議会の設置状況及び審議状況を把握し、各協議会内の議論状況を公開されたい。

6 全国肝炎対策懇談会について

早急に全国肝炎対策懇談会を組織・開催し、都道府県肝炎対策協議会との間の情報交換を開始されたい。その委員には、ウイルス肝炎患者団体及び当原告団から各2名を加えられたい。

なお、全国肝炎対策懇談会は、第2項の肝炎対策推進協議会と連携をとり、全国肝炎対策懇談会での議論状況がウイルス肝炎の総合対策に反映するよう、配慮されたい。

第8 差別・偏見に関する要求

1 広報・教育活動を通じて、ウイルス肝炎患者に対する差別偏見の解消を徹底されたい。

2 拠点病院の相談支援業務の一環として、患者からの差別偏見に関する相談を受け、行政機関が相手方に対して勧告・是正等の改善措置を行う仕組みを検討されたい。

以上

厚生労働大臣からの
回答を求める事項

1 2008年6月25日付「薬害肝炎事件・恒久対策に関する要求書」第1「法案要求」に関して（及びその余の要求の前提として）

(1) 以下の①～⑥の理由から「ウイルス肝炎は、正に国が積極的に対策を講じなければならない疾患であり、他の疾患と同列には論じられない」と考えるが、この点につき、厚生労働大臣としての見解を明らかにされたい。

【理由】

- ① ウイルス肝炎の多くは医原病（輸血、静脈注射による感染）であること。
- ② ウイルス肝炎患者の一部は行政の過ちによる被害者であること。
- ③ 総感染者が350万人にも及ぶこと（第二の国民病）。
- ④ インターフェロン療法（以下、「IFN療法」という）によって半数以上が治癒し、将来の肝癌を効果的に予防できること。
- ⑤ しかしながら、IFN療法には強い副作用が伴い、かつ長期間の通院を強いられ、そのIFN治療によってもなお治らない患者がいること。
- ⑥ IFN治療によって「治癒」と判定されても、なお肝癌を発症する危険性があり、完治ということがありえないこと。

(2) 以下の①～④の理由から「ウイルス肝炎対策は、地方公共団体のみならず、国の責務でもある。特に全国的に均一な診療レベルを維持するためには、国の積極的な関与が必要である」と考えるが、この点につき、厚生労働大臣としての見解を明らかにされたい。

そのうえで、全国の肝疾患診療の向上、均てん化のため、各地方自治体における肝疾患診療体制整備の度合い、提供されている医療レベル等の実態を継続して調査し、現状の診療体制に不十分な点があれば、これを国の積極的な関与によって改善されたい。

【理由】

① 医療法1条の3—国及び地方公共団体の責務

「国及び地方公共団体は、前条に規定する理念に基づき、国民に対し良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない」

② がん対策基本法3条—国の責務

「国は、前条の基本理念にのっとり、がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する」

同法12条ーがんの予防の推進

「国及び地方公共団体は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣及び生活環境が健康に及ぼす影響に関する啓発及び知識の普及その他のがんの予防の推進のために必要な施策を講ずるものとする」

- ③ 地方公共団体の自主性にもっぱら任せれば、地方間格差が生じる。地方間格差を放置すれば、国民間で不公平が生じる。
- ④ 仮に、当該住居地の診療レベルが期待される医療水準に満たなければ、患者として良質かつ適切な医療を受けられなくなる。

(3) 同要求書第1「法案要求」に関して

「肝炎対策に係る施策の基本理念を明らかにし、その対策を総合的に推進するとともに、ウイルス肝炎患者に対する医療費助成を継続的な制度とするためには、これらの点を明記した肝炎対策基本法が必要である」と考えるが、このような意味での肝炎対策基本法の必要性につき、厚生労働大臣としての見解を明らかにされたい。

2 同要求書第3の1「インターフェロン治療の助成対象医療・助成期間に関する要求」(3)(5)に関して

患者の要望及び医療現場の要請をふまえ、現行のIFN治療費助成の対象外となっている治療方法（医療現場で行われているインターフェロン72週投与及び長期少量投与）について、早急にその有効性データ等を収集する方策を講じ、助成の可否を見直し・検討されたい。

3 同要求書第4「所得保障・生活保障に関する要求」1項に関して

IFN療法を受けながらなお治癒しない慢性肝炎患者、肝硬変患者及び肝癌患者が厳しい生活環境の中で治療に苦闘している実態に鑑み、これら患者が安心して暮らせるよう、身体障害者支援制度の中に肝炎対策を位置づけ、身体障害者手帳の交付を受けられるようにされたい。

4 2008年6月25日付「薬害肝炎：個別被害救済に関する要求書」第1に関して

特定製剤投与の事実が確認され、告知が可能であるのに、いまなお投薬事実等を告知していない元患者について、すみやかに告知をおこない、もって未告知者の解消を図られたい。

具体的には、投薬の事実を確認できているすべての施設について訪問・面接調査をおこない、①投薬の事実、救済制度の告知をおこなうこと、②感染の有無、現在の症状の確認をおこなうこと、③上記各告知ができていない事例について、その理由の確認をおこない、告知可能な事例については早急に告知すること。

【理由】

現在、特定フィブリノゲン製剤について、10,009人への投薬の事実が確認されている。しかるに、うち5,931人(59%)もの元患者への告知がなされていない。また、特定血液凝固第Ⅲ因子製剤について、1,241人への投薬の事実が確認されている。しかるに、うち74%もの元患者への告知がなされていない。なるほど、この未告知の方々のなかには、投与直後に原疾患により死亡した事例もないではない。しかし、厚生労働省が現在おこなっているのは、文書による協力依頼にとどまっており、多くは告知が不可能かどうかさえはっきりしないのである。厚生労働省は、薬害肝炎の418症例、あるいは、3,859症例の放置への反省を通じ、感染被害者に対し、できる限り事実を告知すべきとの認識を繰り返し表明しているはずである。したがって、上記未告知者の解消が早急に図られるべきである。

以上

新しい肝炎総合対策について

厚生労働省健康局
肝炎対策推進室

肝炎対策の推進（平成20年度）

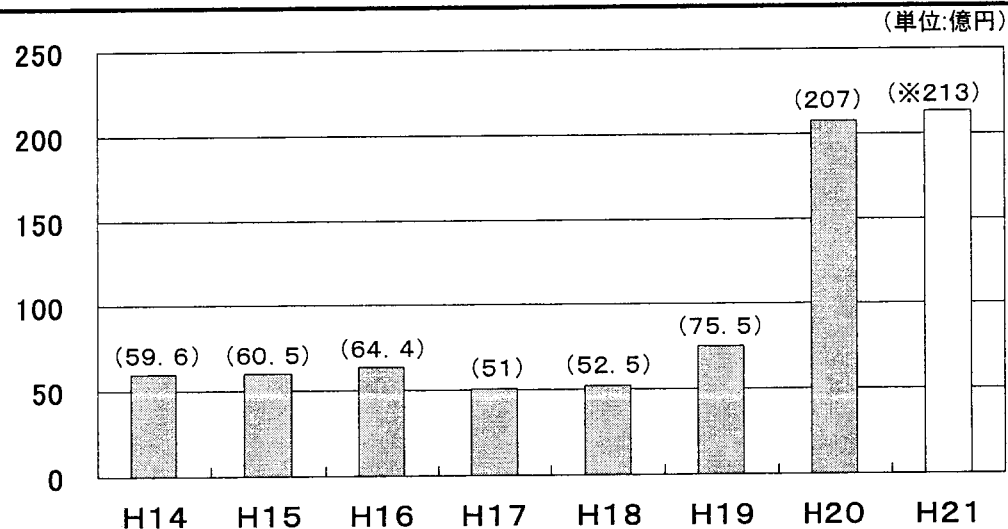
【肝炎対策関連予算（厚生労働省分）】

207億円（19年度 75億円）

【施策の方向性】

- 肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的促進（経済的負担軽減）
- 検査・治療・普及・研究をより一層総合的に推進
- 検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発等

＜肝炎対策予算の推移＞
（平成14年度～平成21年度）



※ H21は概算要求額を記載。

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備 129億円

- インターフェロン治療に関する医療費の助成の創設

2. 肝炎ウイルス検査の促進 51億円

- 保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の整備
 - ・検査未受診者の解消を図るため、医療機関委託など利便性に配慮した検査体制を整備。
- 市町村及び保険者等における肝炎ウイルス検査等の実施

3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、 肝硬変・肝がん患者への対応 7.5億円

- 診療体制の整備の拡充
- 肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師に対する研修の実施

4. 国民に対する正しい知識の普及と理解 3.5億円

- 教育、職場、地域あらゆる方面への正しい知識の普及

5. 研究の推進 16億円

- 肝疾患の新たな治療方法の研究開発
- 肝疾患の治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備

インターフェロン治療の医療費助成 ～与党肝炎対策に関するプロジェクトチーム～

国内最大の感染症であるB型・C型ウイルス性肝炎については、インターフェロン治療が奏効すれば肝硬変、肝がんといったより重篤な疾病を予防することが可能である。しかし、当該治療に係る医療費が高額であるため、早期治療の妨げになっていることにかんがみ、インターフェロン治療への医療費助成を行うものとする。

実施主体	都道府県
対象者	B型及びC型肝炎の患者
対象医療	B型及びC型肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療
自己負担	上位所得層(20%) 5万円 中間所得層(30%) 3万円 上記以外の所得層(50%) 1万円
財源負担	国:地方=1:1
対象人数	1年間に10万人
実施期間	7年間(平成20年度～平成26年度)
総事業費	年間256億円(7年間で1800億円)

2. 肝炎ウイルス検査の促進

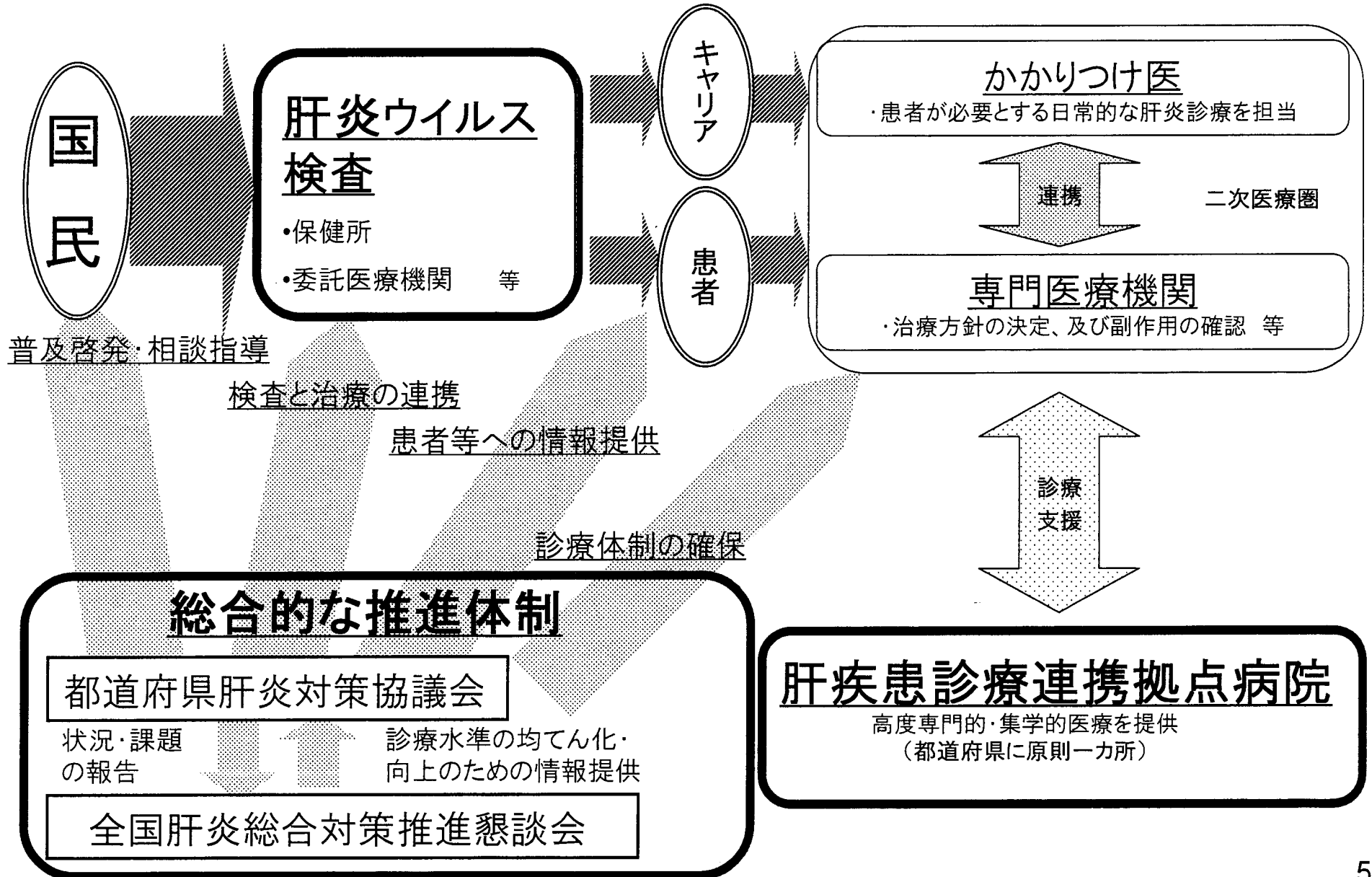
肝炎ウイルス検査の無料化の拡大

保健所における肝炎ウイルス検査(特定感染症検査事業)

- | | |
|------------|-------------------------------|
| ・平成14～18年度 | 保健所のみ |
| ・平成19年度から | 医療機関委託も可能 |
| ・平成20年1月から | 委託医療機関での検査も
無料化が可能となるように措置 |

3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応

診療体制の整備



肝疾患診療に関する医療機関に求められる役割

【専門医療機関】(2次医療圏に1カ所以上)

- ① 専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定
- ② インターフェロンなどの抗ウイルス療法
- ③ 肝がんの高危険群の同定と早期診断

【肝疾患診療連携拠点病院】(都道府県に1カ所)

- ① 肝疾患に係る一般的な医療情報の提供
- ② 都道府県内の医療機関等に関する情報の収集や提供
- ③ 医療従事者や地域住民と対象とした研修会や講演会の開催や肝疾患に関する情報支援
- ④ 肝疾患に関する専門医療機関と協議の場の設定

4. 国民に対する正しい知識の普及と理解

◎教育、職場、地域あらゆる方面への正しい知識の普及

肝炎に関する正しい知識を国民各層に知っていただき、肝炎ウイルスの感染予防に資するとともに、患者・感染者の方々がいわれのない差別を受けることのないよう、普及啓発に努めている。

<厚生労働省における主な取組>

○リーフレット等の配布

- ・「肝炎ウイルス検査のお知らせ」
- ・「ウイルス性肝炎の治療に関するお知らせ」
→ 都道府県、医師会等へ配布
- ・「事業主の皆さまへのお知らせ」
→ 事業者団体、関係団体へ配布
- ・「ウイルス性肝炎について(一般向け)」
- ・「肝炎ウイルスキャリア診療の手引き(医療機関向け)」
→ 全国C型肝炎診療懇談会において取りまとめられ、都道府県等へ配布

○ホームページによる情報発信

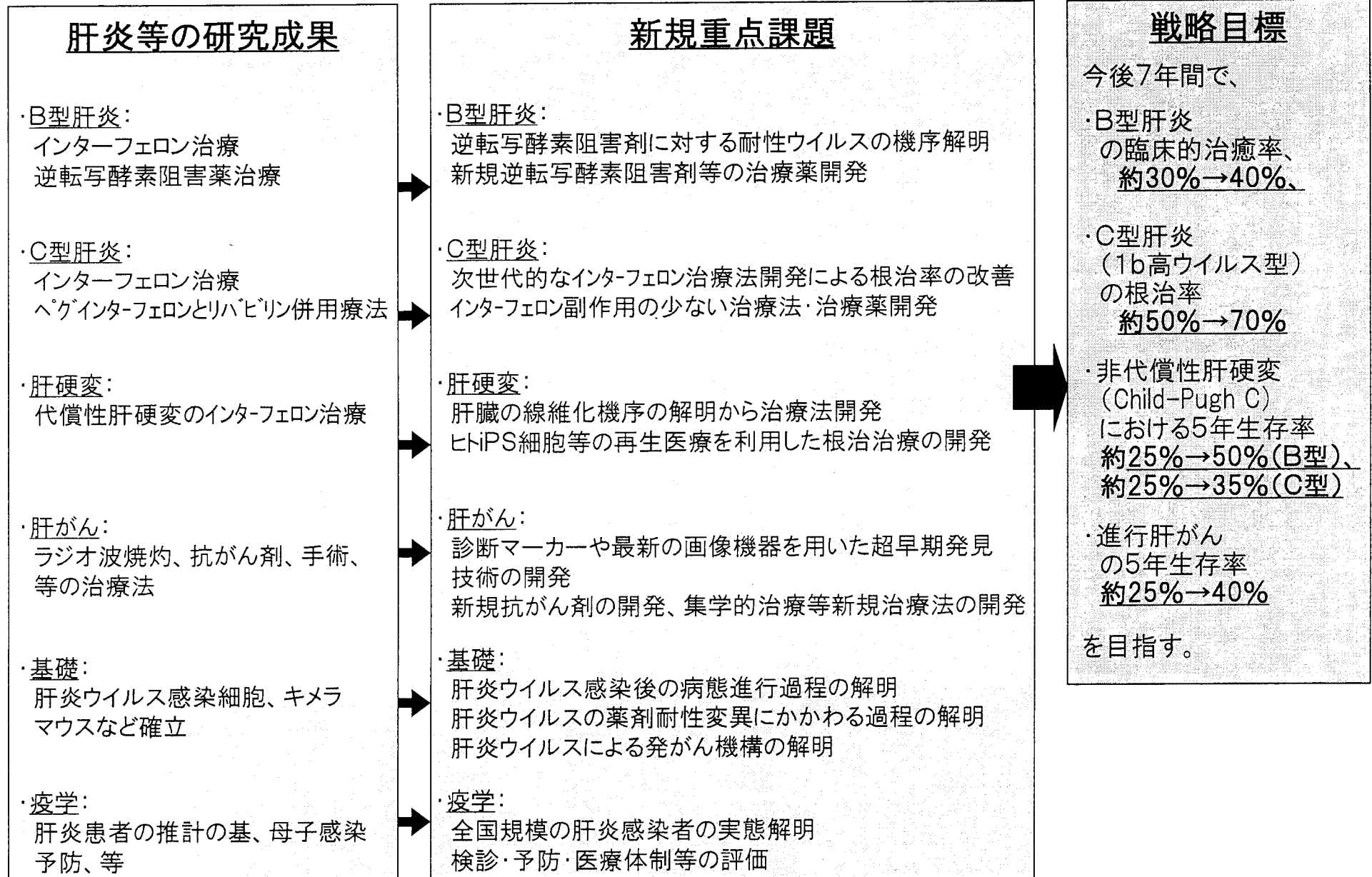
- ・ 最新情報、肝炎に関する各種資料、肝炎に関するリンク集 等

○自治体の普及啓発活動に対する補助事業

- ・ シンポジウム開催、ポスター作成、新聞・中吊り広告 等

5. 研究の推進

肝炎研究7カ年戦略(平成20年6月とりまとめ)



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 両耳の聴カレベルがそれぞれ七〇デシベル以上のもの
- 2 一耳の聴カレベルが九〇デシベル以上、他耳の聴カ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)

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	両耳の聴力レベルがそれぞれ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 両下肢を大腿の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	両耳の聴力レベルが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・失調等による下肢の機能の劣るもの							
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>															



平成15年1月10日
障企発第011001号

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 にみたくないものの内、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。)

$(3 \times \text{損失率の低い方の眼の損失率} + \text{損失率の高い方の眼の損失率}) / 4$

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 純音オーディオメータは 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 聴取距離測定の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としてはならない。

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鍬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シ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V₁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、通常の間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) クロウン病
- 2) 腸管ベーチェット病
- 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付着部の距離をいう。

(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～l)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 12g/dl 未満、女性 11g/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°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、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
- 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 / μl 15～24%	500～999 / μl 15～24%	200～499 / μl 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いる、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

肝機能障害について (ウイルス性肝炎の治療)

国立病院機構
長崎医療センター

八橋 弘

2008.10.27

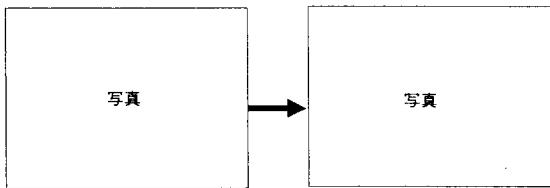
長崎医療センター 肝疾患患者医療費(入院費)負担分

入院目的	入院期間	保険	入院料
肝生検 C型	4日	3割	48520円
肝生検 B型	4日	3割	58430円
腹腔鏡検査	8日	3割	83540円
インターフェロン導入 C型	9日	3割	128160円
腹水コントロールアルブミン使用	24日	3割	267930円
食道静脈瘤結紮術 (EVL)	8日	3割	123480円
肝総肝動脈注入療法 (TA1)	10日	3割	167620円
肝癌肝動脈塞栓療法 (TAE)	14日	3割	218500円
肝癌肝動脈塞栓療法 (TAE)	10日	3割	173590円
肝癌ラジオ波治療 1回施行	11日	3割	160660円
肝癌ラジオ波治療 2回施行	24日	3割	262450円

肝硬変

1.肝硬変とは？

肝臓全体にびまん性に偽小葉結節を形成した病態



慢性肝炎初期

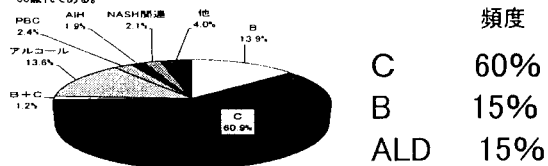
肝硬変

2.肝硬変の原因と疫学

ウイルス性肝炎(B型肝炎、C型肝炎など)、アルコール性肝障害、原発性胆汁性肝硬変、ヘモクロマトーシス、自己免疫性肝炎など、あらゆる慢性肝疾患が肝硬変の原因となる。

日本には20-40万人の肝硬変患者がいると推定される。

患者年齢は50-70歳代に多く、C型肝炎は60歳以上、B型肝炎はそれよりも10歳以上若く40-50歳代である。



肝硬変の成因別頻度 (N=33379)
2008年6月第9回日本肝臓学会総会より

3.肝硬変の分類

肝硬変は、肝臓の動きがどの程度保たれているかにより、代償性肝硬変と非代償性肝硬変に分類される。

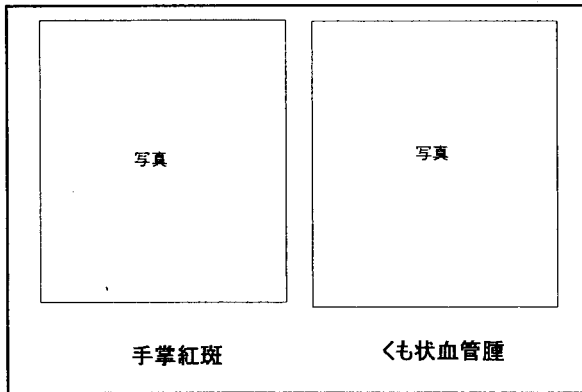
- 1) 代償性肝硬変：症状のない肝硬変、初期の肝硬変。
- 2) 非代償性肝硬変：症状のある肝硬変、肝硬変が進行した状態

また、肝硬変の重症度を客観的に把握するためのChild-Pugh分類は、日常診療ではよく用いられる。肝性脳症の有無、腹水の状態、血清アルブミン値、プロトロンビン時間(%)、総ビリルビン値の5項目を評価し、そのスコアを加算して判断する。スコアが高いほど重症である。

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



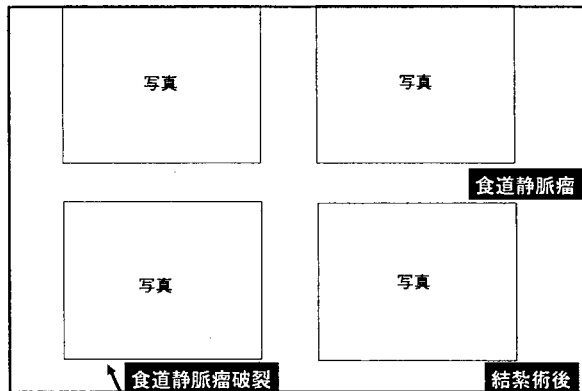
4. 身体所見

肝臓腫大、脾腫、くも状血管腫(vascular spider)、手掌紅斑(palmer erythema)、黄疸、腹水、胸水、むくみ(浮腫, edema)、下腿の出血斑(紫斑, purpura)。

肝性脳症、羽ばたき振戦(flapping tremor)、意識障害、昏睡状態。

門脈圧亢進症:
食道静脈瘤、腹壁皮下静脈の怒張(「メデューサの頭」, caput Medusae)、痔核。

肝硬変患者の3大死因(食道静脈瘤破裂、肝不全、肝癌)。
肝癌の合併とその進行状況が、肝硬変患者の生命予後を規定しているといえる。



5. 肝硬変の治療

8-1. 肝臓移植

8-2. IFN (C型肝硬変に対して)

8-3. 抗ウイルス剤 (B型肝炎硬変に対して)
ラミブジン(LAM)、阿德福ビル(ADV)、エンテカビル(ETV)の抗ウイルス剤が使用可能。
非代償性肝硬変例で、これらの薬剤が反応し肝細胞の再生が良好な例では、腹水消失、黄疸消失などの改善がみられ、生命予後の劇的改善効果などが期待される。

8-4. 腹水
減塩、利尿剤
抗アルドステロン剤(スピロラクトン、アルダクトン)、ループ利尿剤(ラシックス)
アルブミンの補給、腹水穿刺療法

8-5. 特発性細菌性腹膜炎(SBP)
症状: 発熱、腹痛、下痢
しばしば重篤となり、非代償性肝硬変例の重要な死因のひとつである。
治療: 第三世代セフェム系抗生剤、予防的抗生剤内服。

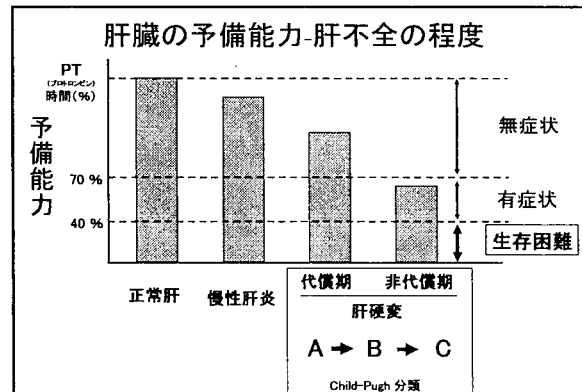
8-6. 肝性脳症
病因: 過剰な蛋白摂取、便秘、過度の利尿剤投与、脱水、感染、消化管出血
治療: 蛋白制限食、ラクツロース、アミノ酸製剤(BCAA)

6. 自然経過と予後

肝硬変患者の3大死因は、1.食道静脈瘤破裂、2.肝不全、3.肝癌である。

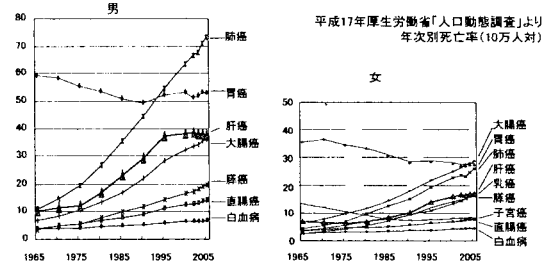
各種治療法の発達のおかげで、20年前に比して現在では肝硬変患者の生命予後は著しく改善した。肝癌の治療法も日々進歩しているも、前がん状態とも言える肝硬変をベースに肝癌が発生するために完治には至らず、肝癌は再発を繰り返しながら徐々に進行するため、わが国の肝硬変患者の生命予後は、最終的には肝癌の併発、その進行状況によって規定されることが多い。

C (n=194)		B (n=105)		A (n=63)	
肝癌	170 (88%)	肝癌	82 (78%)	肝癌	6
肝不全	13 (7%)	肝不全	18 (17%)	肝不全	5
消化管出血	4 (2%)	消化管出血	1 (1%)	消化管出血	11
その他	7 (4%)	食道静脈炎	4 (4%)	肝不全	8
				アルコール	6
				Budd-Chiari	1
				その他	8

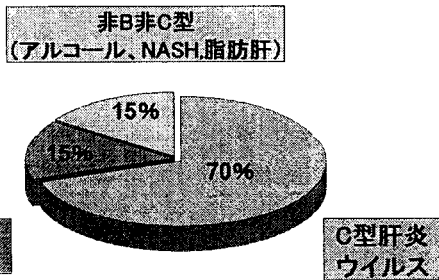


肝癌

日本における悪性新生物の動向



日本の肝細胞癌の原因

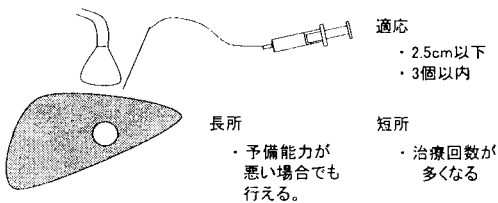


肝腫瘍の治療

1. 肝切除
2. 局所療法(エコー下治療) — 内科
3. 肝動脈動注塞栓術(TAE) — 放射線科
4. 肝移植

局所治療(1)

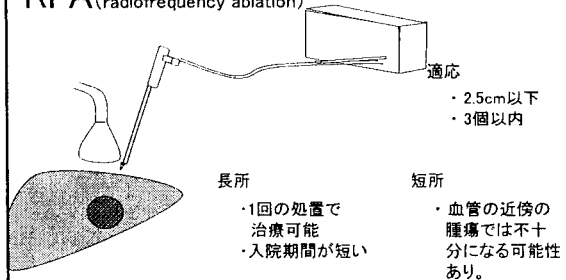
(1)エタノール注入療法
(percutaneous ethanol injection therapy: PEIT)



局所治療(2)

ラジオ波焼灼療法 ———— こちらが主流

RFA (radiofrequency ablation)



ラジオ波の針

展開針



写真

単針



写真

Cool-tip RF System (Radionics)

写真

RFA治療風景

写真

RFAで治療をおこなった症例



治療前

治療後

肝動脈塞栓術

Transcatheter Arterial Embolization; TAE
Transcatheter Arterial Chemoembolization; TACE

TAEは肝細胞癌を栄養している肝動脈に

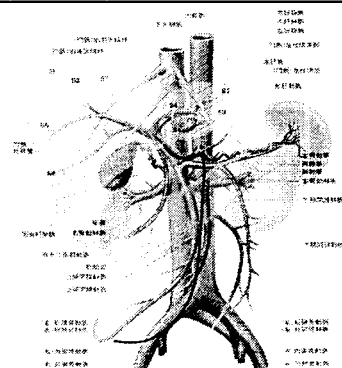
油性造影剤(リピオドール)と
抗癌剤、
塞栓物質(ゼルフォーム)

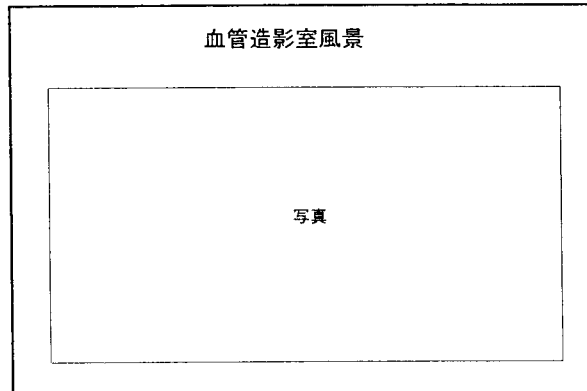
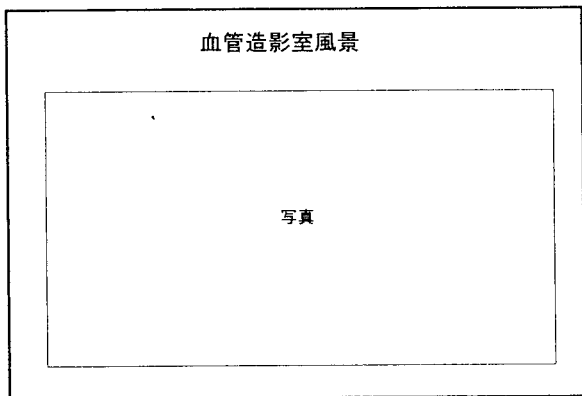
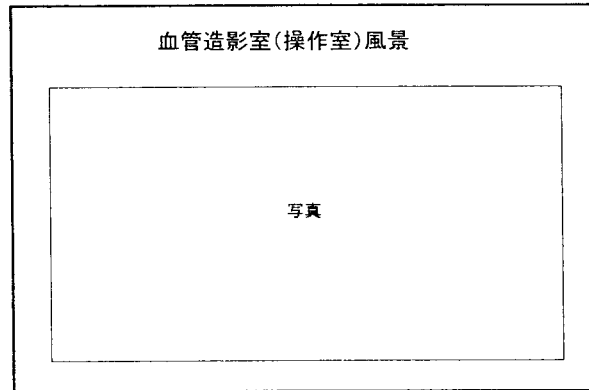
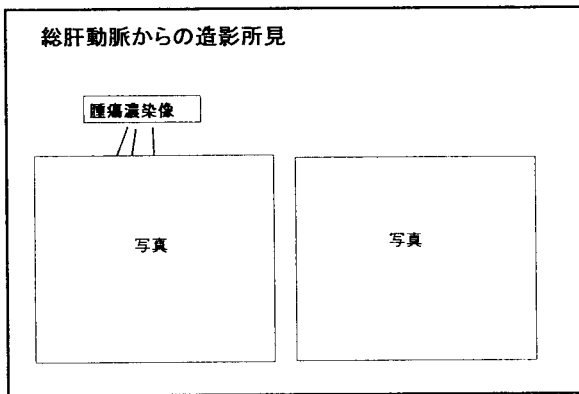
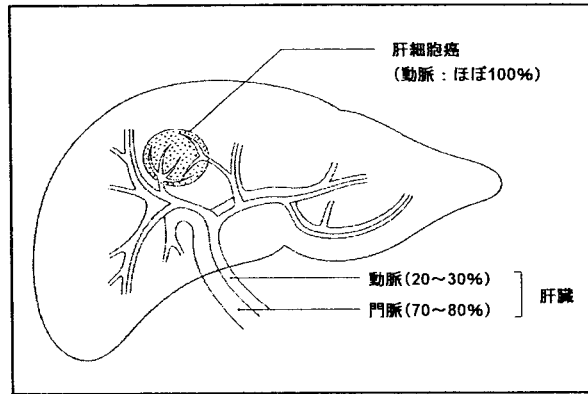
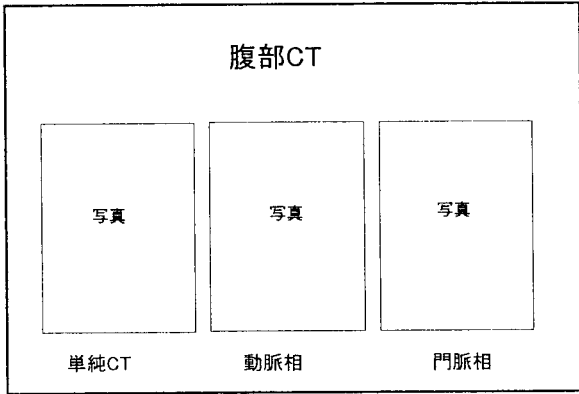
混ぜ合わせたものを注入し、栄養動脈を閉塞することにより、選択的に肝細胞癌を壊死に導く治療法

主に3個以上の腫瘍がある場合に行う。

血管造影

- 大腿動脈にカテーテルを入れ、肝動脈まで進め、造影を行う。





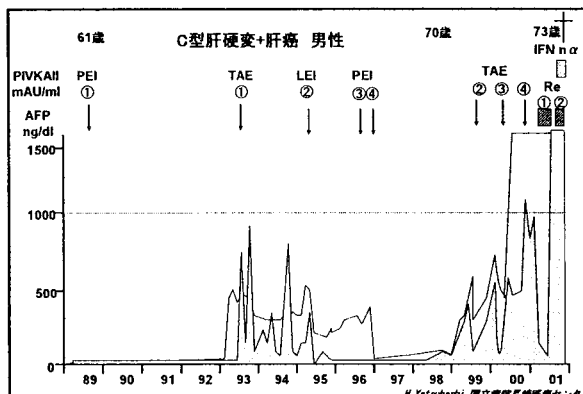
進行肝癌の治療

化学療法(抗がん剤投与) :

- ・ 肝動脈動注療法(シスプラチン動注)
- ・ リザーバー留置
- ・ 全身化学療法 : low dose FP療法、IFN+5FU併用療法

放射線療法 :

適応に限られる(主に骨転移)



肝細胞癌の化学予防薬

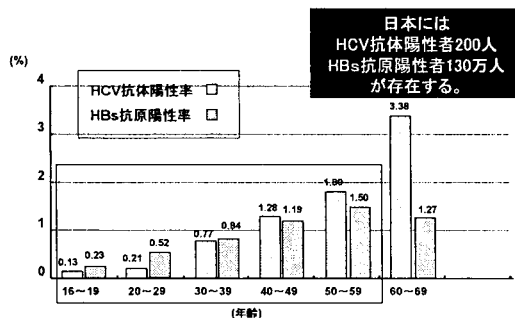
・ 現在、保険適応になっているものはない。

可能性が期待される薬剤

- 非環式レチノイド(ビタミンA、および誘導体)
- ビタミンK2
- インターフェロン (C型肝炎に対して)
- 核酸アナログ製剤 (B型肝炎に対して)
- 血管新生阻害剤(ソラフェニブ他)
- (COX-2選択的阻害剤、痛み止め)

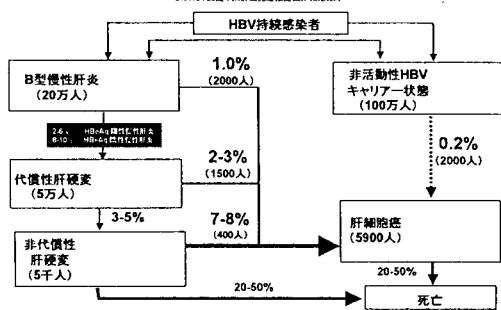
B型肝炎

年齢別にみた初回献血者におけるHBs抗原、HCV抗体陽性率
日赤データから (1995~2000年)



日本には
HCV抗体陽性者200人
HBs抗原陽性者130万人
が存在する。

HBV高罹患地域のHBV持続感染者での年間肝疾患進展率の推定
(日本の非活動性HBVキャリアー:180万人、慢性肝炎20万人、代償性肝硬変2万人、非代償性肝硬変3万人
でのHBV関連年間肝疾患発生推定値:八橋誠実)



Yim HJ, Lok AS. Hepatology 43:5173-181(2006)
Faltovich G et al. Gastroenterology 127: S35-S50(2004)

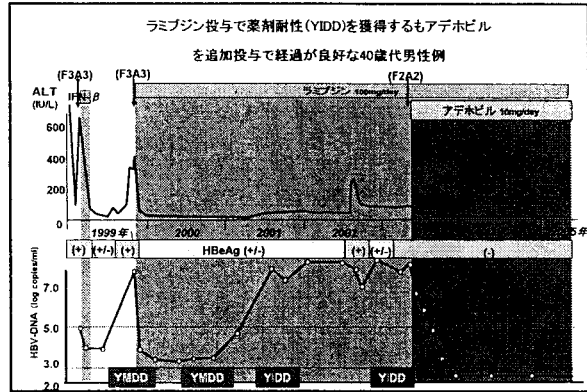
B型肝炎の治療

1.免疫調節療法

- 1-1. ステロイド療法 1981年-熊田ら
- 1-2. プロパゲルマニウム(セロシオン) 1994年-
- 1-3. HBワクチン療法 1994年-

2.ウイルス増殖抑制療法

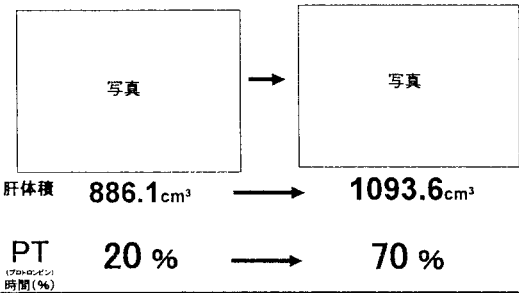
- 2-1.従来型のインターフェロン
 - (IFNβ:フェロン1986年から、IFNα:スミフェロンなど 1988年から)
- 2-2抗ウイルス剤
 - 2-2-1.ラミブジン (LMV) (ゼフィックス) 2000年11月から
 - 2-2-2.アデホビル (ADV) (ヘプセラ) 2004年11月からラミブジンとの併用で使用可能
 - 2-2-3.エンテカビル(ETV)(バラクルード) 2006年9月から
- 2-3. PegIFN ペガシス (治験進行中)



ラミブジン投与で肝予備能が改善し、腹水が消失した例

2000.10.16 投与後2ヶ月

2001.5.21 投与後8ヶ月



B型肝炎に対する抗ウイルス剤のまとめ

ラミブジン(ゼフィックス):

わが国でも、10年以上の使用実績があり安全性は確立。しかし5年で約70%の耐性出現する。現在、第一選択薬ではない。

アデホビル(ヘプセラ)

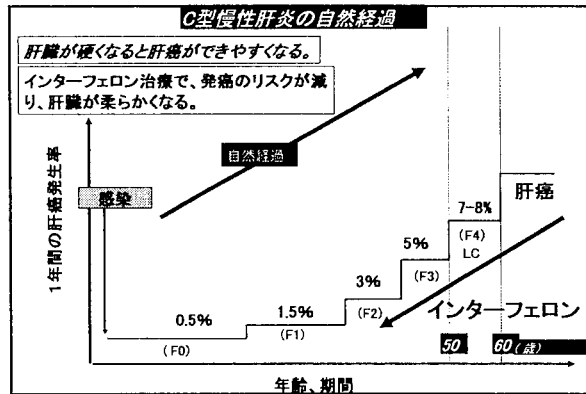
2004年11月に承認。ラミブジン耐性症例へのラミブジンとの併用のみで使用可。併用による新たな耐性出現はまれ(4年以上でも自験例では未出現)。ラミブジン耐性症例でのアデホビルへの切り替えでは1年で約20%のアデホビル耐性が出現すると報告されている。

エンテカビル(バラクルード)

2006年9月に承認。ラミブジン耐性がない症例では、きわめて耐性は出にくく、初回投与例では現在第一選択薬。ただし、ラミブジン耐性を持つ症例への投与では、2年で約10%のエンテカビル耐性が出現する。

薬価	
ラミブジン(ゼフィックス):	638.7円
アデホビル(ヘプセラ):	1285円
エンテカビル(バラクルード):	1088.1円

C型肝炎



C型肝炎の治療法

1.進展抑制療法

1-1.ウルソ
(1957年から150mg, 2007年3月から600-900mg)

1-2.ミノファゼン
(1948年-, 1979年から慢性肝炎に140mg, 1994年から100mg)

1-3.減血療法(2006年4月から)

2.ウイルス駆除療法

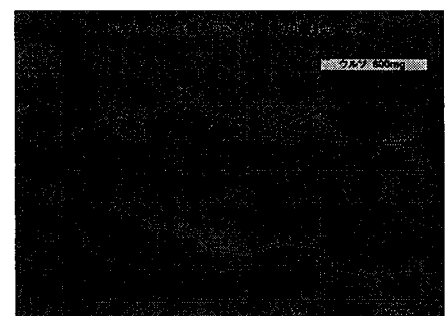
2-1.従来型のIFN
(IFN α -2a:フェロン, IFN β :フェロリンなど, 1992年から)

2-2.ペグIFN
ペガシス(40kD) 2003年12月から,
ペグイントロン(12kD) 2004年12月から

2-3.リバビリン(RBV)
レボテール 2004年12月から,
コペガス 2007年3月から

併用療法
ペグイントロン(12kD) + レボテール 2004年12月から
ペガシス(40kD) + コペガス 2007年3月から

ウルソの有効成分であるウルソデオキシコール酸は、我が国で消化症状の改善が認められた、動物性生薬として千数百年の歴史を持つ熊胆(ゆうたん)の薬効主成分として発見・同定された熊胆汁酸である。日本では1957年から発売されており、胆のう・胆管疾患、肝炎などに広く用いられている。



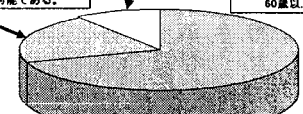
C型肝炎ウイルスの種類 (HCV型) とその頻度

わが国でのC型肝炎のウイルスの種類は、1b型, 2a型, 2b型の3つに分かれます。

HCV2b型 : 10%
わが国では比較的新種である。インターフェロンの効き方は、1b型と2a型の中間

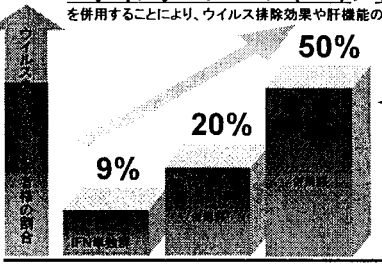
HCV2a型 : 20%
60歳以下の若年者に多い。インターフェロンが最も効くタイプで、最新の治療法では80-90%の確率で治療させることが可能である。

HCV1b型 : 70%
わが国のC型肝炎患者の中で一番頻度が高いウイルスの型である。インターフェロンが効きにくいタイプ。60歳以上の高齢者に多い。



難治例であるHCV1b型高ウイルス例に対する インターフェロンの治療効果の移り変わり

ペグインターフェロン (IFN) にリバビリン
を併用することにより、ウイルス排除効果や肝機能の改善効果が高まった。



ペグIFN α の種類
① ② ③
① ② ③
④ ⑤ ⑥

1.ウイルス駆除

2. PegIFN/RBV治療例の著効 (SVR) 率 (HCV型別)

HCV 1 型高ウイルス群 n=649

対象	全例	40週以上投与例
SVR率 (%)	42%	53%
人数	278/674	265/499

HCV 2 型高ウイルス群 n=197

対象	全例	13週以上投与例
SVR率 (%)	77%	80%
人数	151/197	151/188

3. 著効に關する因子の統計解析

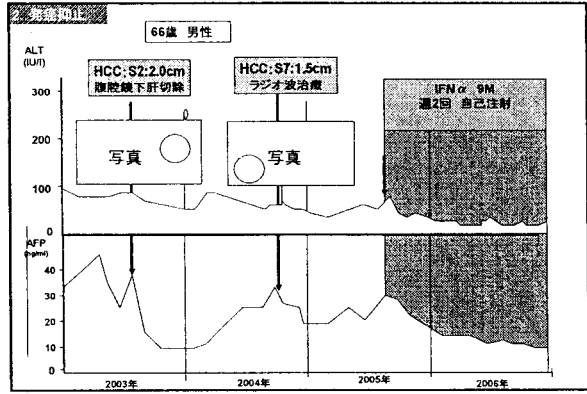
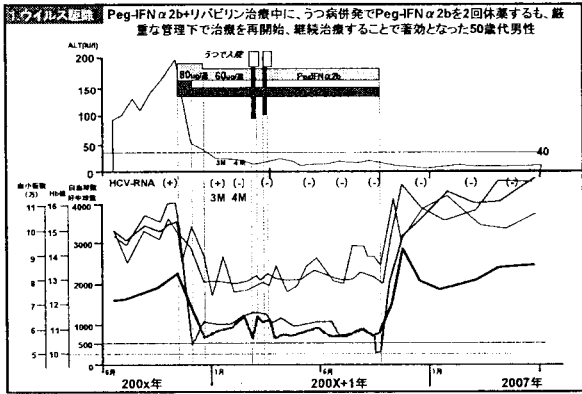
説明変数	単変量解析		多変量解析		
	P値	OR	P値	OR (95%CI)	
年齢	0.001	1.03	0.340	1.21 (0.92-1.60)	
性別	0.044	1.37	0.023	1.80 (1.07-2.41)	
白血球数 (x10 ³)	0.012	1.48	0.989	0.99 (0.81-1.83)	
肝中胆酸 (μmol)	0.002	1.82	0.986	1.11 (0.89-1.90)	
血小板数 (x10 ³ /mm ³)	0.0003	2.97	0.006	1.80 (1.18-2.74)	
肝臓硬変Stage	stage 0-2	<0.0001	2.87	0.0003	2.21 (1.45-3.39)
肝臓硬変Grade	grade 0-1	0.0048	1.87	0.068	1.40 (0.98-2.00)
Peg IFN/RBV 併用	21.4	0.0003	1.84	0.274	1.28 (0.92-2.01)
RBV / SVR 併用	21.1	0.0001	1.91	0.015	1.72 (1.11-2.67)
治療期間 (week)	24.8	0.0008	1.74	0.017	1.94 (1.09-2.48)

ペグ+リバ併用療法の副作用には、様々なものがあるも、その程度には個人差がある。
重篤な副作用は、間質性肺炎とうつ病

写真

間質性肺炎は
500人に1人
(せき、微熱、息切れ)

うつ病は
100人に1人
(不眠)



肝炎医療費の助成

長崎県では、平成20年度よりB型及びC型肝炎ウイルス性肝炎治療を目的としたインターフェロン治療費の一部を助成します。

- 対象となる医療
B型及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療で、保険適用となっているもの
- 助成の方法
対象患者には、医療受給者証を交付します。
対象となる医療機関を受診する際に、この受給者証を提示することで、保険診療に係る医療費の自己負担額の一部助成を受けることができます。
なお、対象となる医療機関は誤ってお知らせします。
- 助成の内容
インターフェロン治療および当該治療に係る検査料等
(ただし、世帯の市町村長税(所得割)課税年額に応じて自己負担があります。)
・助成期間は、申請受理月の翌日から1年間に限る
- 自己負担限度額(千円)

所得区分	世界の市町村長税(所得割)課税年額	自己負担限度額(月額)
A	65,000円未満の場合	10,000円
B	65,000円以上235,000円未満の場合	30,000円
C	235,000円以上の場合	50,000円

- 申請受付開始時期 **平成20年4月1日**

肝機能障害の評価に関する検討会(第1回)	
平成20年10月27日	参考資料

肝機能障害の評価に関する検討会開催要綱

1. 趣旨

身体障害者福祉法で定める身体障害と、肝機能障害の関係について検討を行う。

2. 構成等

(1) 検討会は、上記検討事項に関連する専門家等有識者のうちから社会・援護局障害保健福祉部長が参集を求める者をもって構成する。

(2) 検討会に座長を置き、構成員の互選によってこれを定める。座長は、検討会の会務を総理する。座長に事故あるときは、あらかじめ座長の指名する構成員が、その職務を行う。

3. 検討会

(1) 検討会は座長が必要に応じて招集するものとする。

(2) 座長は、必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。

4. その他

検討会の庶務は、社会・援護局障害保健福祉部企画課において行う。