

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、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して、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して、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の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、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、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の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ありまして、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ありまして。

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、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考えています。

腎機能のクレアチニ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分類を用いるのが妥当であるとも私も考えます。

○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いいこともあるようにも思えます。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いますが、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、足がつるという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。

分類のところに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すか、それとのスペシフィシティ、あるいはセンシティブィティ、あるいはコレクティブリユーというようなものがある程度出ているものなんですか。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すか。

○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も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、よろしくお願ひします。

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よね。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、よろしくをお願いします。

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。

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えますけれども、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。その成績と申すのは、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、これは排除するという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種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、私がさつ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、肝機能障害の対象の範囲をどういうふうを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ま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す。

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も含まれる場合に、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も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ね。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ようか。

○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な位置づけるという方向で作業を進めるということでは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ではよろしいかと思いますが。

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%まで回復する例がございます。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にも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、日程など決まってございませんので、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いますので、至急素案のほうをまとめていきたいと思います。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いますので、この点はどうかよろしくをお願いしたいと思います。

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)