

障害認定の方向性(私的意見)

機能・形態障害を根拠とした日常・社会生活力の評価
に基づく認定



1. 技術開発・普及・安全を条件として
補装具(人工臓器を含む)の装着・装用を前提とした
認定 → 有期認定(小児5年／成人10年程度)
2. 障害支援区分＝障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す指標
日常・社会生活力(就労を含む)の程度を評価する新たな手法
の開発 → サービス種別に合わせた評価法？

3. 認定基準の課題 ― 人工関節をめぐる ― (吉永勝則)

こんにちは。千葉リハビリテーションセンターの吉永です。

今まで岩谷先生、伊藤先生から広範囲にわたる、今までの障害認定や今後のことなど、考え方が示されました。

私に与えられた課題は、非常に現実的な、人工関節をめぐる認定基準についての現時点での課題についてです。具体的なピンポイントの話をします。

話のポイントです。今日は、いろいろな方がお集まりですので、基本的な話からいたします。現在、関節に人工骨頭、人工関節を用いている場合、障害者認定基準によると、その関節を全廃として扱うことになっています。具体的には、股関節、あるいは膝関節は4級、足関節は5級が該当します。

ただ実際には、こういう患者さん、病名で言うと、変形性の関節症、あるいは関節リウマチといった病気が多いのですが、人工骨頭については大腿骨の頸部骨折に人工関節を入れることが多いわけです。例えば変形性の膝関節症で、手術前に症状が重くて手帳をとられる方もいらっしゃいます。

その方が人工関節を入れることによって、手術前に比べると下肢の運動機能が改善し、患者さんにとってつらい疼痛も軽減している場合も多いです。それが関節の全廃として一律に扱われていることは妥当かどうかの議論が進められています。

現行の規定で、股関節には4、5、7級の3つの等級があります。

4級が全廃です。1つは関節の動きが非常に制限されている。伸展、屈曲などいろいろな方向の動きが表されます。10度以下、非常に制限された方はそれだけで全廃にあたります。それから股関節の周りの筋力が徒手筋力検査法、すなわちリハビリテーションの世界で毎日のように使われる指標で、2以下の場合です。2というのは、重力方向には動かないのですが、重力を除いた方向には、可動域いっぱい動かせるということです。例えば、股関節の外転というのは、足を横に広げるような動きです。横を向いて広げると重力に抗した方向です。上を向いた状態ですと重力がかからない方向の運動になります。横を向いては上にあげられないけれども、あおむけになったときには横に広げられる状態が、徒手筋力テストの2にあたります。3番目に、股関節に人工骨頭や人工関節を用いれば、ほかの条件に関わらず全廃となります。

5級に関しては、著しい障害ですが、全廃よりは軽度で、可動域30度以下、これでも患者さんにとっては、おつらいものです。徒手筋力テストで3にあたるもの。重力に抗して可動域いっぱいに関節を動かせる。股関節を横に向いて広げることができますが、ちょっと抵抗を加えると動かない。

次に軽度の障害としては、スライドのような定義がされています。

次に膝関節です。股関節に準じています。

全廃に当たるのは、まず可動域が 10 度以下。ほとんど膝の動きは、曲げ伸ばしの一方方向のイメージでされています。10 度しか動かないのは、ほとんど動かず、棒足に近い、膝の曲がった状態のままに近い状態です。それから、徒手筋力テストで 2 に当たるもの。3 番目に膝関節に人工骨頭または人工関節を用いたもの。人工骨頭は股関節に用いるのが一般的で、膝関節に用いることはない。股関節とは違い、4 番目に高度の動揺関節の規定が入っています。

5 級にあたる著しい障害の具体例としては関節可動域が 30 度以下、徒手筋力テストで 3 に相当、中等度の動揺関節。

膝に関しては 4、5、7 級。

7 級は軽度の障害として、具体例が出ています。7 級は、これ 1 つですと身体障害者手帳が発給されません。手帳は 6 級以上ですので 7 級以上が 2 つ以上ないと出ませんので、暫定的に 7 級という等級が設けられています。

足関節は、全廃でも足関節は 5 級です。著しい障害として 6 級が設けられています。足関節の場合も人工骨頭ではなく普通に使われるのは人工関節です。これを使っただけで全廃の形です。

基本的には人工関節や人工骨頭を入れると患者さんは手術前より楽になりますが、なぜ用いると全廃とされてきたのか。これらの人工関節は、私が医者になった頃には使われていました。40 年くらい前に臨床的に使われ始めたと思います。

当初、感染や拒絶反応など様々なトラブルが生じる可能性があり体外に装着する義肢や装具と同じに装着しない場合を想定して認定することを原則としてきたのですが、現在では、装具などをのぞいた状態で ADL を見る形が障害認定の基準になっています。人工関節、人工骨頭も装具としてみなした場合、股関節でも膝関節でもこれらを外した場合は関節はぐらぐらになるので、激しい動揺性もあるし、その関節は全廃に相当すると、想定されて現在に至っています。

仮想症例を提示します。

右の膝の内側で軟骨がつぶれてしまって、進行した変形性膝関節症の状態です。膝が 40～70 度、真っすぐ伸びた状態が 0 ですから、40 度という少し曲がった状態から可動域 30 度しかないという表現をします。筋力も重力に抗してやっと膝が伸ばせるが、抵抗を加えると伸ばせない 3 の状態で、この人は著しい障害で 5 級の手帳が出ます。この方がこの状態でつらいということで、人工関

節の手術を受けた場合、手術後には可動域が非常によくなり、普通の方と変わらないぐらい 10～120 度となった。動く範囲は 30～110 度に劇的に改善します。手術後トレーニングをするので、前よりも筋力も上がる。

この方は機能的には、よくなっています。運動機能としては、人工関節を入れた状態ではよくなっていますが、等級としては 4 級。すなわち手術前より高い等級の手帳が出ることになります。

6 ヶ月と書きましたが、人工関節が入った状態で全廃の手帳が出るということとでかなり早い段階で 4 級を取れることもあります。ただし人工関節が入ってこれだけの機能があるとなると、機能的には 7 級、あるいは非該当になってしまうかもしれません。

結構、このような状況が起きています。似たような話で、お年寄りに多い股関節、股のつけ根が折れる骨折が、いろいろ起こります。それに対して、これが股関節ですが、股関節の頸部の辺りの骨折で、中枢に近いところで折れた場合は、普通、人工骨頭が入れられます。この場合、人工骨頭ですから股関節は全廃で 4 級が出ます。しかし同じような折れ方をしても、例えば、頸部に釘を入れてつないだ場合、これがうまくついた場合、術後の股関節機能に応じた等級が出されます。一般的に機能がよくなるので、全廃には至らないことが多いのです。

頸部よりもう少し外側で、昔、外側骨折と呼んでいたもので現在は転子部骨折と呼びますが、この場合は一般的に人工骨頭を入れないでプレートと釘の手術をします。

皆さん、術後は結構歩けるようになります。この場合も、術後の股関節機能に応じた等級の手帳が出される。場合によっては手帳の対象になりません。ちょっとした折れ方と、どういう手術を選択するかによって、左の方は 4 級になりますし、右 2 つの方はいきなり 4 級にはなりません。こういう問題もあるのです。

岩谷先生が平成 19 年度からの障害者認定に関する厚生労働省の案件について話されまして、これはその前だと思います。16～18 年度、岩谷先生が主任研究者で、最適化に関する実証研究というもの。その中の身体障害者福祉法における障害認定の現状と検討課題を分担研究者の伊藤先生がされています。

この頃、実態についていろいろな意見調査が行われました。

1) 平成 15 年、全国都道府県の障害認定担当者の調査結果としておまとめになった文章そのままです。

人工骨頭あるいは人工関節などの技術進歩を勘案し、施術を受けたことにより

ADL が改善する場合は、その結果に基づいて障害を認定すべきであるという意見が多い。

2) 個別ヒアリング及び都道府県障害認定担当医師の調査結果（平成 16 年）
人工関節などの挿入物は、それが安定して機能している限り「本人自身の機能に含めて評価する」という意見が大半を占めた。

3) 専門医からのヒアリング結果（平成 17 年）

眼内レンズと同じように、人工関節などの体内に内蔵したものについては人工臓器とみなし、置換術後の障害状況に応じて認定する。

このような調査結果に基づき、分担研究の中の最終的な提言として、人工関節置換術により機能が回復したのに等級程度が実際より高くなるという課題に関しては人工関節など体内に埋め込む人工臓器は感染や拒絶反応など様々なトラブルが生じる可能性がありこれまでは体外に装着する義肢や装具と同様に、装着しない場合を想定して認定することを原則としてきた。

しかし、最近では人工関節置換術の技術的精度が高まり、術後長期にわたって安定して使用できるようになっており、体外に装着する装具に比べて有利な条件が整ってきた。そのため人工関節については外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害状況に応じて認定するように基準の変更を検討する必要がある。このような結論を書いてらっしゃいます。

しばらく時間があきまして、最近、厚労省のワーキンググループの中で検討されている改正案を示します。今までお話ししたな理由で、人工骨頭あるいは人工関節については手術が実施されただけで全廃とはせず、置換術後の経過が安定した時点の機能障害による等級を判定する。すなわち、先ほどお示した、膝関節、股関節など人工関節が入って全廃というのを規程から外すことが検討されています。

もう 1 つは今日の本題とは外れますが、このワーキングの中で、動揺関節が規定にありましたが、変形があって同じような機能障害を持つ方がいらっしゃるのので、「変形等」を加えたらどうかという意見もありました。

実際にこういう形になるかどうかはわかりませんが、改正された場合に幾つか考えなければならないことがあります。例えば置換術後の経過が安定した時点をどう定義して運用するか。特に手術前に手帳を持っている方で、術後に再認定を受けていただく仕組みをどう構築するか。すなわち手帳申請は現在、自主的に行われているのが中心になっていますので手術をした方が、自主的に申請してくれるか、という問題です。

人工関節は、平成 22 年だけでも、10 万人を超えるような方が受けていて、

累積すると相当数の方が人工関節を入れています。すでに手術を受けて全廃で手帳を受けている方が、新たに再認定をしっかりとくださるかという問題もあります。また、自立支援法を使用されている場合、都道府県や自治体で人工関節の手術がされたとわかりますが、そういうものを使わない方は、行政では手術したことを把握できないので、運用上の不公平感が生じないかという問題が危惧されるところです。

まとめです。現在検討中の改定案のポイントは先ほど申したとおりです。その後にはいろいろな問題が起こりうる可能性があるので、実務的な検討を行い、皆が納得し不公平感のない運用に向けた準備が必要だと考えます。以上です。

認定基準の課題

ー 人工関節をめぐって ー

千葉県千葉リハビリテーションセンター
吉永 勝訓

お話のポイント

- 現在、関節に人工骨頭・人工関節を用いている場合はその関節の「全廃」として扱い、
股関節・膝関節：4級 足関節：5級
として認定されている。
- しかし、これらの患者で、手術前に比べて手術後には、下肢の運動機能が改善し、疼痛も軽減している場合が多いのに、関節の「全廃」として扱うのは如何か？

現行の規定：股関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的例

- 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)の具体的例

- a. 可動域30度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで3*に相当のもの

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的例

小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

*: 徒手筋力テスト	2: 重力を除けば可動域一杯に関節を動かせる
	3: 抵抗を加えなければ重力に抗して可動域一杯に関節を動かせる

現行の規定：膝関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的例

- a. 関節可動域が10度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで2以下のもの
- c. 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)の具体的例

- a. 関節可動域30度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで3に相当のもの
- c. 中等度の動揺関節

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的例

- 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

*: 徒手筋力テスト	4: かなりの抵抗を加えても重力にうちかって可動域一杯に関節を動かせる
------------	-------------------------------------

現行の規定：足関節の機能障害

(ア)「全廃」(5級)の具体的例

- a. 関節可動域が5度以下のもの
- 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)の具体的例

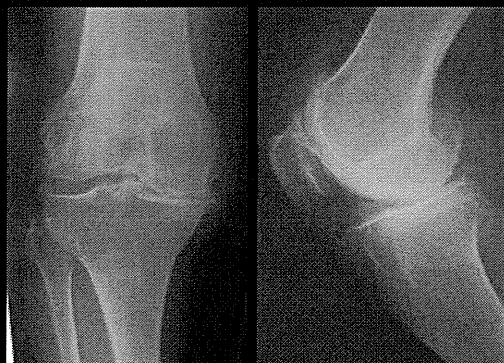
- a. 関節可動域10度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで3に相当のもの
- c. 中等度の動揺関節

なぜ、人工骨頭や人工関節を用いると「全廃」とされてきたのか？

当初「人工関節」は感染や拒絶反応など様々なトラブルが生じる可能性があり、体外に装着する義肢や装具と同様に、それを装着しない場合を想定して認定することを原則としてきた。

→人工関節を外した状態では、その関節は「全廃」に該当すると想定

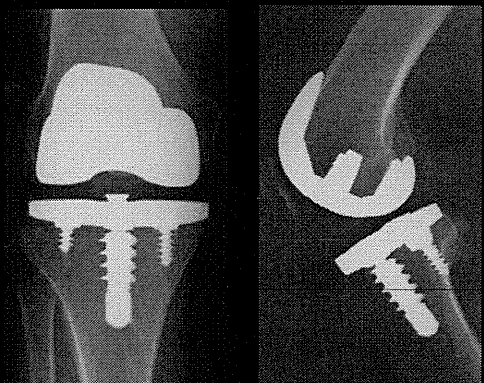
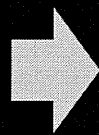
変形性膝関節症の例(仮想症例)



手術前

膝関節可動範囲 40° ~70°
(可動域 30°)
筋力 MMT 3

「著しい障害」 5級



手術後6ヶ月

膝関節可動範囲 10° ~120°
(可動域 110°)
筋力 MMT 4~5

「全 廃」 4級

(人工関節でなければ
機能的には 7級又は非該当?)



人工膝関節

大腿骨頸部骨折に対する手術

転子部骨折に対する手術



人工骨頭置換手術



股関節「全 廃」



骨接合術



骨接合術



術後の股関節機能に応じた等級

厚労科研

身体障害者の障害認定基準の最適化に
関する実証的研究〔主任研究者 岩谷 力〕
平成16年度～18年度 総合研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の現状と
検討課題(肢体不自由)〔分担研究者 伊藤利之〕

- 1) 全国都道府県の障害認定担当者の調査結果(平成15年)
人工骨頭・人工関節などの技術進歩を勘案し、施術を受けたことによりADLが改善する場合は、その結果に基づいて障害を認定すべきであるという意見が多い。
- 2) 個別ヒアリング及び都道府県障害認定担当医師の調査結果(平成16年)
人工関節などの挿入物は、それが安定して機能している限り「本人自身の機能に含めて評価する」という意見が大半を占めた。
- 3) 専門医からのヒアリング結果(平成17年)
眼内レンズと同じように、人工関節などの体内に内蔵したものについては人工臓器とみなし、置換術後の障害状況に応じて認定する。

- ・ 検討すべき課題の整理

**「人工関節置換術により機能が回復したのに
等級程度が術前より高くなる。」**

人工関節など、体内に埋め込む人工臓器は感染や拒絶反応など様々なトラブルが生じる可能性があり、これまでは体外に装着する義肢や装具と同様に、装着しない場合を想定して認定することを原則としてきた。

しかし、最近では人工関節置換術の技術的精度が高まり、術後長期にわたって安定して使用できるようになっており、体外に装着する装具に比べて有利な条件が整ってきた。

そのため人工関節については外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害状況に応じて認定するように基準の変更を検討する必要がある。

検討されている改正案

- ①人工骨頭又は人工関節については、その手術が実施されただけで「全廃」とはせず（各関節の「全廃」規定から「人工骨頭又は人工関節を用いたもの」を削除）、置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により等級を判定する。
- ②膝関節全廃（4級）、足関節全廃（5級）の項目にある「高度の動揺関節」を「高度の動揺関節、変形等」と改変する。

改正された場合に懸念される問題点の例示

①について

- ・「置換術後の経過が安定した時点」を、実際にはどのように運用するのか？
- ・手術前に各関節の「著しい障害」、「全廃」での手帳を持っている方が多い中で、手術後に再認定を受けていただく仕組みをどう構築するか。
(手帳申請は自主的に行うのが原則)
- ・すでに人工骨頭又は人工関節手術を受けて、全廃に該当する手帳を取得している方も、現在の機能に基づいた再認定をするのか？
(")

参考：平成22年実施 人工関節手術 8.4万人、人工骨頭手術 3.5万人

- ・例えば、自立支援医療を利用される方とされない方との間で不公平感が生じる、ということが起こらないか？

②について

- ・「重度の変形」をどのように定義するか？ など

まとめ

- ・身体障害認定基準に関して、人工関節をめぐる課題について解説した。
- ・現在検討されている改定案のポイントは、人工骨頭又は人工関節術を受けた場合に、現行規定では当該関節の「全廃」と判定されるが、これを全廃とはせずに「手術後の機能障害の程度により判定」することに変更する、ことである。
- ・もし改正を実施する場合には、その後に起こりうる諸問題点について、事前に十分な検討を行い、皆が納得し不公平感がない規則の運用に向けた準備が必要と考える。

4. 等級認定についての問題点： 心臓ペースメーカーをめぐって（牧田茂・和泉徹）

こんにちは。埼玉医大の牧田です。

吉永先生は人工関節でしたが、私は心臓ペースメーカー、心臓機能障害について具体的な臨床での問題点を発表します。

このシンポジウムは、江藤文夫先生を班長とする障害認定の在り方に関する研究の総まとめです。和泉先生がずっと班員として関わっておられましたので、和泉先生と共同の名前として出させていただきます。

心臓機能障害といっても、対象となる疾患はいろいろです。冠動脈疾患の中の狭心症、心不全、今回問題とするのはペースメーカー、あとは弁移植、弁置換です。心臓といってもいろいろあるということで、これを1つの意見書、診断書で判断し、等級まで考慮して申請している状況です。

今回の対象は心臓ペースメーカー。

問題点として、心臓ペースメーカーはガイドラインに示されているように、絶対的な適応と相対的な適応があります。絶対的な適応は、心臓の専門家、循環器の専門医誰が見ても、絶対入れなければいけないという病態。相対的な適応というのは、ペースメーカー植込みに対して意見が分かれる病態であるということです。

もう1つの問題点は、心臓ペースメーカーを入れた段階で1級認定になる。それが生涯、続くわけです。全く見直しのない状況です。

あとは等級を見直す場合の運用をどうすればいいかといったことが問題です。これをお話しします。

心臓ペースメーカーは1970年代に開発され、当初は徐脈性不整脈、脈が遅くなって失神したり、意識障害を起こすなどの治療のために用いられました。開発当時、これだけ大きなペースメーカーですが、今ではご覧のように小さいものでは20グラムです。電池の耐用年数が6～10年もつというような、いわゆる小型のコンピュータになっています。皮下に植え込みます。非常に性能が良くなっており、耐用年数も増えてきました。

近年では、CRT（心室再同期療法）、ICD（植込み型除細動器）など、ペースメーカーに似たものが出てきています。

ペースメーカー、性能はよくなっていますが、診断書の様式、判定方法は全く変わっていません。どういった患者さんにペースメーカーを入れたらいいかは決まっています。日本循環器学会学術集会が今週の金曜～日曜の3日間、横浜で行われており、私も今朝、横浜からこちらに来ました。循環器の専門医が一堂

に会する権威のある学会です。そこで心臓ペースメーカ適応のガイドラインがすでに出されています。それによると、適用の基準を分けています。

クラスⅠとクラスⅡ。

クラスⅠは、どの専門医が診ても、この方にペースメーカを入れることに異論がないということ。クラスⅡは、その意見の多寡によって変わりますが、専門家によって植え込みについていろいろ意見がある。

私たちの考えとしては、クラスⅠ、絶対になればその方の命も危ういということなら、1級障害相当で問題ないと思います。ただ、クラスⅡで、いろいろな意見があることに関して、1級申請は問題があるのではということです。

絶対適応はどういったものかというところ、徐脈、脈が遅くなることで症状が出る、脳血流が不足して、ふらついたり、意識障害、失神発作を起こしたりする場合です。

等級わけについては、1つは症状があるかどうかということとあとは検査所見で判定します。また、症状にともなう日常活動制限がどの程度かによって等級が分かれています。心臓機能障害は1、3、4級の3つの級しかありません。2級や5級以下はありません。

1級は心不全、狭心症、不整脈。アダムスストークス発作、失神発作です。こういった症状があり、その程度により、どの程度、日常活動が制限されているか。それとともに、インペアメントを重視すると先ほど言われていましたが、胸部レントゲンや心電図の検査所見で異常が2つ以上あるかどうか。

このように、1、3、4級。4級になると日常活動の制限が社会生活レベルで制限される。3級は家庭内の活動レベルが制限される。こういうことで判定しますがペースメーカの場合、入れることが1級相当ということです。入れる時点では、患者さんの心不全の症状や、日常活動がかなり制限されるので、ペースメーカーを入れざるを得ない、そうしないと命も危ないということです。

ところが入れてしばらくすると、この患者さんは、通常は元気になります。そうすると3級や2級のレベルになります。ペースメーカを入れて、職場復帰ができます。しかも軽いスポーツもできる。等級と活動制限が乖離してきています。

なぜそうなったのかは、吉永先生も言われて、伊藤先生からも説明がありましたが、補装具の概念から言うと、等級の判定には補装具を外した状態で判定しなさいという大原則があったために、ペースメーカを入れた人が外すと元に戻ってしまい、心不全や失神発作を起こします。当然、1級は当たり前で入れてしまえば1級ということでした。

現実的には、ペースメーカを外すことはまずあえません。昔は感染やトラブルが結構ありましたが今は性能がすごく良くなっているので、外すことはまれになりました。1級の方が普通の生活を送っている現状が実際に見られています。意見書に書いてあります。こういう活動制限の場合はということで、イウエオとありますが、アは抜けています。日常生活と社会生活の活動の制限が全くないのがア。オが一番強くて、安静時、自己の身の日常活動が極度に制限されるもの。エは、家庭内の日常生活が制限される。ウは、温和な社会生活。イも同じです。こういった活動能力の程度と、レントゲンと心電図の所見が一致していないと、つじつまが合わなくなります。

これは心臓の患者さんを相手にするときに常に使うのですが、心不全の重症度分類です。臨床でよく使います。NYHA 分類。息切れや疲労など心不全の症状がいろいろな活動をする時にどのくらい起こるか。I～IV度まで。IV度が一番症状が強くて、安静時でも心不全の症状がある。III度は安静時には無症状だが通常以下身体活動ですぐ心臓の症状が出てくる。II度は、安静時にも症状がないけれども通常の身体活動で症状を生じる。日常の身体活動の程度において心不全の症状がどのくらい出るか。先ほどお示した活動能力の程度とよく似ています。

NYHA 分類と意見書に書いた活動能力の程度、これがよく一致しています。そういうふうにつくってあるのですが。IV度のオは1級です。IIIはエ、3級。II度はイ、ウに当たり4級です。

具体的な行動ですが、運動強度と具体的な活動を書きました。数字で 2・4 とか書いてあります。METs という概念で、安静時、皆様方のように静かにイスに座っている強さが1とした場合、いろんな活動をした場合、何倍の酸素を使って体を動かしているか。数字が多ければ多いほど多くの酸素を必要として動かなければならないということです。ですから 1 級相当になる2というのは、もうベッドから離れられない。ベッド周りの生活でやっとというものです。

3 級相当は、平均が 3 METs です。どのくらいかということ、入院して病棟内の生活が介護なしで送れるレベル。家庭の中できわめて穏和な生活を送れる。

4 級は平均 6 METs。社会活動がある程度できます。外にも出て歩けるし早いテンポのダンスもできるといったように、活動能力の程度に応じて等級が決められています。

心臓のペースメーカを入れてお元気になられて、ダンスもできれば買い物にも行ける。だけでも1級だよと。それは我々が普段、臨床で患者さんを見てみると乖離を感じて奇異な印象を持ちます。

心臓機能障害の患者さんは状態が固定しているわけではありません。ペースメーカの治療がうまくいき日常生活が著しく改善し、QOLが高い生活をする患

者さんもいっぱいおられます。

それは患者さんにとって非常に喜ばしいことです。ただ、1級でそのままでもいいのか。それは多くの循環器の医師が感じています。だから臨床現場での乖離と肢体不自由の等級とのアンバランス。肢体不自由では1級であれば、すべて介護が必要という状態ですが、心臓障害の方はペースメーカで元気で歩き、仕事も元気いっぱいやっているのに1級だというアンバランス。

そしてもう一つ、ある一定の観察期間を置いて等級の再認定をしたらどうか。

意見書の欄には、「将来再認定」という欄が設けてあります。ただしペースメーカの場合は再認定の必要がありません。ここに○をつける必要はない。

ペースメーカ入れるだけで1級、再認定は不必要です。○をつけるのは医者ですから例えば、半年から1年で再認定し、等級を見直したらどうか。その後も、ある一定期間で見直すと。もちろん等級が変わらなければそのまま。入れたときは1級ですが、ある一定の期間で、お元気になって社会生活も送られている方は見直して等級を下げさせていただくのはどうかというものです。

心臓の機能は悪くても元気な方はいっぱいいます。

心不全の患者さんで心臓のポンプ機能が半分以下に落ちた方でも仕事している方は多いです。心臓のポンプ機能と持続的な体力は関連しません。心臓ポンプの力が落ちても、歩く力は十分ある心不全の患者さんがいっぱいおられます。既に論文が出ています。安静時の心機能と運動、要するに体力は関連しない。心機能が落ちているから強心剤を打って心機能を上げてみても体力は全然上がらないのです。

そしてもう一つ、意見書の中では安静時の検査所見しか書くところがありません。胸部レントゲンと心電図は全部安静時の評価です。運動したり日常の身体活動をしたときの客観的な評価も加える必要があるのではないかとということです。

最後です。提案です。

- 1) 心臓ペースメーカの絶対適応患者（ガイドラインにおけるクラスⅠに相当）のみが1級申請可
- 2) ある一定の期間を設けて見直し（軽症化による再認定）をはかっていく
- 3) 認定に関する心機能障害の状況および所見の項目の見直し

3) は安静時のレントゲンの検査と心電図のみではなく、多くの有用な検査、例えば心臓のエコー検査、血液検査でもBNPという非常に鋭敏なマーカーがあります。それとか運動負荷試験とか、ADL、社会生活の評価を用いて、日常生活活動の障害程度に着目して判定していく必要があるのではないかと感じてい

ます。

等級認定についての問題点： 心臓ペースメーカーをめぐって

埼玉医科大学国際医療センター
心臓リハビリテーション科
牧田 茂
北里大学 名誉教授
和泉徹

心臓機能障害といってもいろいろある

- 1) 冠動脈疾患（狭心症）
- 2) 心不全
- 3) 心臓ペースメーカー・・・今回の検討対象
- 4) 弁移植、弁置換

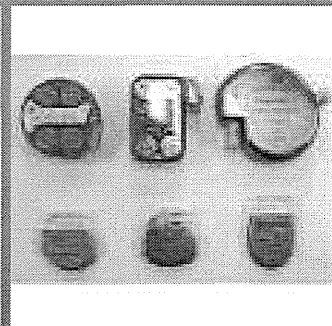
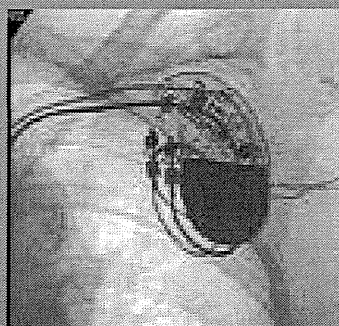
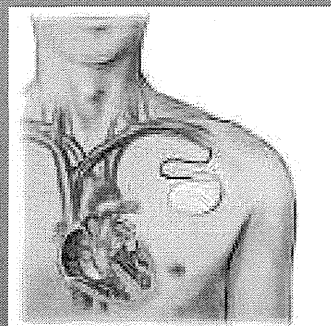


問題点

- ・ 心臓ペースメーカー植込み基準には絶対適応と相対適応がある
- ・ 心臓ペースメーカー植込み患者は1級障害認定（見直しなし）
- ・ 等級再認定制度の運用は？

心臓ペースメーカー

1970年代： 徐脈性不整脈（アダムスストークス症候群等）の治療に用いられた当初は自己心拍と全く無関係に作動していた。



ペースメーカーの小型軽量化ならびに心拍応答機能のついたDDD方式も普及して性能が一段と向上した・・・小型コンピュータ
ジェネレータ 20g 電池の耐用年数 6-10年

近年では、CRT（心室再同期療法）、ICD（植込み型除細動器）といった機能をもつデバイスも出てきている・・・これも今回の検討対象

→ 意見書の様式や判定方法は全く変わっていない

心臓ペースメーカー適用基準について

日本循環器学会による心臓ペースメーカー適用の
ガイドライン：不整脈の非薬物治療ガイドライン
（2011年改訂版）を基にして判断すべきである。

クラスⅠ：有益であるという根拠があり、適応
であることが一般に同意されている

クラスⅡa：有益であるという意見が多いもの

クラスⅡb：有益であるという意見が少ないもの

クラスⅠ（絶対適応）については、1級障害該当で問題ないと思われる。

例）・房室ブロックのうち、徐脈による明らかな症状を有する第2度、高度または第3度房室ブロック

・洞機能不全症候群のうち、明らかな症状あるいは心不全があり、洞結節機能低下によるものと確認された場合

クラスⅡ（相対適応）については専門家間でも意見が別れる・・・1級申請は問題あり

身体障害者手帳（心機能障害）

	日常活動制限	症状	検査所見	その他
4級	社会活動レベル	心不全 狭心症		部分的心臓浮腫
3級	家庭内活動レベル	心不全 狭心症 不整脈 (頻回の頻脈発作)	胸部レントゲン 心電図 1つ以上	
臨床現場での乖離				
1級	安静・自己身边レベル	心不全 狭心症 不整脈 (アダムスストークス発作)	胸部レントゲン 心電図 2つ以上	ペースメーカー 弁置換

意見書：活動能力の程度

- イ. 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
- ウ. 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状が起こるもの
(温和な社会生活レベル：社会での日常生活活動が著しく制限されるもの)
- エ. 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
(温和な家庭生活レベル：家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの)
- オ. 安静時若しくは自己身边の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症状が起こるもの又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの
(安静・自己身边レベル：自己の身边の日常生活活動が極度に制限されるもの)