

26-28年度
総合研究報告書

身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究

研究代表者	江藤 文夫	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	伊藤 利之	横浜市総合リハビリテーションセンター
研究分担者	八橋 弘	国立病院機構長崎医療センター
研究分担者	田口 智章	九州大学
研究分担者	和泉 徹	新潟南病院
研究分担者	奥村 謙	済生会熊本病院・弘前大学
研究分担者	寺島 彰	浦和大学
研究分担者	岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	飛松 好子	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	稼農 和久	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究分担者	北村 弥生	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究分担者	石川 浩太郎	国立障害者リハビリテーションセンター病院
研究分担者	岡田 弘	獨協医科大学

研究要旨：本研究では、身体障害者認定制度における認定基準のあり方について、医学的知見を踏まえ考察を行い、認定基準の見直しの具体的な案を提言する。平成26年度から平成28年度においては、肝臓機能障害、心臓機能障害、聴覚障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害を取り上げた。

肝臓機能障害については、国立病院機構長崎医療センターに通院した肝硬変患者267例に対して平均3.5年の観察を行った結果、死亡確認例では死亡までの中央値はC-P分類Cでは2.2か月であり、障害認定を受けて福祉サービスを受給できる期間は限定的であることが示された（平成26年度）。この結果は、「肝臓機能障害の認定基準のあり方に関する検討会」に提出され、認定基準の改正に貢献した。

心臓機能障害では、新規ペースメーカー植込者の身体活動度及び日常生活動作の変化を明らかにするために、植込治療を受けた障害認定者623名に対して前向き調査を実施し、植込み3か月以降に9割の身体活動度及び日常生活動作が改善されることを示した（平成26-28年度）。

聴覚障害の認定の疑義に関しては、「聴覚障害の認定に関する検討会」の結論を導出する議論に協力し、その成果として、「指定医を原則として日本耳鼻咽喉科学会専門医とすること」「地域の実情等により専門医ではない耳鼻咽喉科の医師又は耳鼻咽喉科以外の医師を指定する場合は、聴力測定技術等に関する講習会の受講を推奨するなど専門性の向上に努めること。」が厚生労働省による通知として地方公共団体に周知された（平成 27 年 1 月）。

認定基準の改正後の状況について、平成 27-28 年度に実施した 112 認定機関（地方公共団体）を対象とした調査で、他覚的聴力検査が必要となった 2 級申請数は一時的に減少したが、年度末にはおおむね回復したことを確認した。また、指定医中の専門医に限定しても、数の減少ほどには所属する医療機関までのアクセス距離には差がないこと、指定医までのアクセス距離は公立中学校までのアクセス距離よりも短いことを地理情報システムを用いて示した（平成 26-28 年度）。

ぼうこう・直腸機能障害では、子宮悪性腫瘍に対する手術や放射線治療の結果生じた排尿障害（神経因性ぼうこう）や尿瘻（ぼうこう瘻・尿管瘻）等の患者の実態調査を実施した。埼玉県泌尿器医学会の協力を得て 74 医療機関から 53 事例の登録を得て、排尿状況・医師の所見を調査した結果、身体障害認定に相当する者が 34 名いることを明らかにし、単純人口比では国内に 600 名程度いることを示唆した（平成 27-28 年度）。

小腸機能障害については、小腸移植の適用がある重症腸管不全 99 例において 14%は身体障害者手帳を所持していないことを明らかにした。適正な障害認定の方法として、文献調査から、(1) 認定基準に明記されている年齢別エネルギー表に代わり、個々の症例における摂取総エネルギー量に対する中心静脈栄養の割合で判断するように変更すること。もしくは、患児の実年齢ではなく体重相当の年齢におけるエネルギー量をその症例の基準値として判定するよう付記すること。(2) 小腸疾患の病名に「腸管神経節細胞減少症」、「巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症」、「その他の腸管運動機能障害を有する疾患群」を付記することを提言した（平成 26 年度）。

A . 研究目的

昭和 24 年（1949 年）に成立した身体障害者福祉法は、身体障害者の更生、すなわちリハビリテーションを基本的な目的とし、障害の認定と等級評価は医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで、認定の公平を期した。

制定時には「職業的能力が損傷されている」ことが身体障害者の定義に含まれ、職業復帰が目的とされたが、内部障害が追加

された昭和 42 年改正では法の目的も改められ、職業復帰のみを目的としているのではないことを強調した。その後、法の目的は単なる社会復帰ではなくより広く自立と社会参加を目指すものへと変化している。さらに、現在では障害者の自立支援については障害者総合支援法により、各種サービスの個別支援計画において、個々に日常生活や社会活動に即したアセスメントが実施され、障害程度区分が普及し、障害

手帳等級の意義は半減しつつある。

本法律の制定後 65 年を経て、疾病構造の変化、社会生活環境の変化、著しい医学・医療技術の進歩に応じて、対象障害の追加、認定基準の見直しが必要とされ、21 世紀に入ってから身体障害者認定のあり方に関する研究が断続的になされてきた。

本研究では、身体障害者認定制度における認定基準のあり方について、医学的知見を踏まえ考察を行い、認定基準の見直しの具体的な案を提言する。平成 26 年度から平成 28 年度においては、肝臓機能障害、心臓機能障害、聴覚障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害を取り上げた。

B . 背景と研究方法

1) 肝臓機能障害

肝臓機能障害は、平成 22 年から身体障害者手帳の交付が開始された。しかし、厚生労働省から障害認定を行う自治体への調査結果では、106 自治体のうち 27 自治体が「Child-Pugh 分類の合計点数が 10 点以上」としている現行の基準については、「厳しすぎるのではないか」と回答した¹⁾。専門家からは、「Child-Pugh 分類の合計点数が 10 点以上」の者は生命予後が悪く、障害認定を受けることができないことが経験的に指摘された。

そこで、肝硬変患者の生命予後を明らかにする目的で、一定の基準を満たした患者を対象に生存期間と予後に寄与する因子を検討した。対象は、2009 年 10 月 1 日から 2010 年 9 月 30 日に国立病院機構長崎医療センターに通院した肝硬変患者 267 例

であった。

2) 心臓機能障害

平成 26 年度から、従来は一律に一級の認定を受けていたペースメーカー植込み者は「ペースメーカーへの依存度および日常生活の活動制限(身体活動能力:METS)を判断し、1 級、3 級、4 級とそれぞれ認定し、一定期間(3 年を目途)後に再認定を行う」こととなった。しかし、ペースメーカー植込み後 3 年間のどの時期に再評価を行うべきか、どの程度の割合で級の変化があるかについての科学的なエビデンスは乏しかった。必要な基礎データがないため、再認定の判断に主治医が苦慮すること、結果に格差がことの懸念が指摘された。

そこで、本研究では、身体障害者認定基準の見直しが行われた平成 26 年 4 月以降に、徐脈性不整脈疾患に対するペースメーカー新規に植込み者(623 名)を対象に、植込み前後の日常生活活動制限・長期予後・自立度の経時的変化を調査した。日本不整脈学会のデバイス委員会委員の所属施設(28 施設)の協力を得て、主治医を介して対象者から研究協力の許諾を得た。データの更新は、担当医師等がカルテ記載および面接調査により植込み時及びフォロー時(3 ヶ月・6 ヶ月・1 年)に行った。

3) 聴覚障害認定基準改正後の状況把握

平成 26 年 2 月に、聴覚障害の認定が適正に行われたのか疑念を生じさせるような事案についての報道および国会質問が

なされたことを契機に、認定方法について見直しが「聴覚障害認定基準のあり方に関する検討会」および「疾病・障害認定審査会身体障害認定分科会」で行われ、当研究班も協力した。

見直し案は、都道府県・指定都市・中核市の障害保健福祉主管部(局)長に宛てて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長から4つの文書として通知された^{2)~5)}。また、都道府県知事、指定都市市長、中核市市長に宛てては、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から、様式の変更が通知された⁶⁾。

本研究では、これらの通知で言及された2つの改正の実施状況を知るために、平成27~28年度に認定組織112(全国の都道府県、政令指定都市、中核都市)を対象に質問紙法による調査を実施した。2つの改正とは「聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、2級の診断をする場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(実施した検査方法及び検査所見)を記載し、記録データのコピーなどを添付すること」²⁾および「聴覚障害に係る法第15条第1項に規定する医師については、原則として、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医とする」⁴⁾であった。

また、4自治体について指定医、専門医である指定医、公立中学校、公立高校への道路を使ったアクセス距離を計測し、指定医を専門医に限定することで受診距離がどの程度増えるか、公立中学校及び公立高

校への通学距離とどの程度違うかを、地理情報システムを使用して計測した。

4) ぼうこう・直腸機能障害

本研究では、子宮悪性腫瘍に対する手術や放射線治療の結果生じた排尿障害(神経因性ぼうこう)や尿瘻(ぼうこう瘻・尿管瘻)等の患者の実態を明らかにすることを目的とした。なぜならば、これらの疾患による排尿障害は身体障害認定(膀胱・直腸機能障害)の対象となっていないが、認定基準に相当する困難を持つことが、患者、国会質問及び指定医により指摘されてきたからである。

埼玉県泌尿器科医会所属74施設に質問紙法による調査を実施した。質問項目は、子宮頸がん・子宮体がんいしは治療により排尿異常のある症例に関する年齢・排尿状態・QOL等であった。

5) 小腸機能障害

小腸機能障害は昭和61年に身体障害者手帳の対象となったが、身体障害者手帳の交付者は5,231,570人(平成24年3月時点)のうち小腸機能障害を持っている数は5,153人とされており、障害種別では小腸機能障害は最も少ない。

「腸管不全に対する小腸移植技術の確立に関する研究(研究代表者:福澤正洋)では、日本小腸移植研究会、日本小児外科学会認定施設、日本在宅静脈経腸栄養研究会の中から応諾が得られた計63施設において354例の腸管不全患者の調査を行な

った。その結果、生存288例中218例(76%)が中心静脈栄養から離脱できず、184例(63.9%)は6ヶ月以上離脱ができずに不可逆的腸管不全と判断された。

そこで、本研究では福澤班の調査対象者であった腸管不全患者354例のうち、生存例288名の中から応諾の得られた104例の対象者が身体障害の認定を受けているか否かを再調査した。

また、適正な認定基準を提言するために、文献調査を行った。

6) 海外情報

第14～16回国連障害統計ワシントングループ会議に参加し、国際的な障害認定の動向に関する情報を収集した。

(倫理面への配慮)

肝臓機能障害、心臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小著機能障害については、担当する研究分担者および研究協力者の所属機関において研究倫理審査委員会の承諾を得て研究を実施した。

聴覚障害改正後の状況把握調査については、研究代表者と担当する研究分担者の所属機関において研究倫理審査委員会に申請し、個人情報を対象としていないため「非該当」の結果を得た。

C. 研究結果及び考察

1) 肝臓機能障害

対象者は、エントリー時の状態はChild-Pugh (C-P) 分類 A210名 78.7%、

C-P 分類 B46名 17.2%、C-P 分類 C11名 4.1%であった。平均3.5年の観察を行った結果、観察期間中の死亡例は37例13.9%であった。C-P 分類別の3年間の累積生存率は、C-P 分類 A 93.5%、C-P 分類 B 71.0%、C-P 分類 C 30.7%であった。

観察開始時C-P 分類Cの患者で3年後にC-P 分類Bに改善した患者の頻度は20.0%であったが、C-P 分類Aにまで改善した例は見られなかった。以上のことからC-P 分類BとCの病態は基本的には不可逆的であり、その中からC-P 分類Aにまで改善する例は少ないと考えられた。

肝硬変患者の総死亡に寄与する独立因子はC-P 分類、血清Na値、肝癌の有無、HBs抗原の有無の4因子であった。C-P 分類C患者の3年目の累積生存率は30.7%と低く、本認定基準の対象者の約7割が3年以内に死亡していた。現行の認定基準をそのまま継続した場合、その福祉サービスを受給できる期間、対象者は限定的と考えられた。

ただし、障害認定の基準を改定する際には、他の障害種別と比べた障害の重さを示すことが望まれる。すなわち、どのような日常生活活動がどれくらい制限されているのかというデータを、肝臓機能障害についても確認する必要がある。また、肝臓機能障害者の主観的健康感や疾患特異的QOLなどQOLの視点からC-P分類との関係性を示すことも今後の検討課題であろう。

2) 心臓機能障害

2015年4月から2016年10月までの期間内に、28医療施設から合計623症例が登録され、植込み時、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後の調査から下記が明らかになった。

(1) 植込み時には徐脈による症状(めまい、失神、心不全など)を有した者(クラス適応)は94%であったものの運動対応能が重度に制限された登録者(2 METS未満)は6%であった。

(2) 植込み後3ヶ月には、運動対応能が2 METS未満の登録者は3%に減少し、6ヶ月、1年後もほぼ同様であった。

(3) 日常生活動作点数(Barthel Index)は、植込み時が 93.9 ± 16.3 点であったのに対し、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後にそれぞれ 95.5 ± 14.5 点($P=0.0021$)、 96.2 ± 12.9 点($P<0.0001$)、 96.6 ± 11.3 点($P<0.0001$)へと有意に改善した。

これらの結果から、徐脈性不整脈でペースメーカー植込みの適応となる患者では、治療(植込み)により障害者等級レベルが大きく改善されることが示唆された。

3) 聴覚障害

87自治体から回答を得て(回収率77.7%)、下記を明らかにした。

(1) 平成27年11月時点では、2級の申請数は、他の級の申請数に比べて3分の1程度で有意に少なく、申請者数0の自治体は24であった。しかし、平成28年7月の補足調査により、2級申請者数0の自治体は4に減少した。

(2) 指定医が専門医に限定された場合の

平均アクセス距離の変化は最大123%、最大アクセス距離の変化は最大109%であった。自治体間での最大アクセス距離の比は最大2.8、平均アクセス距離の比は最大1.7であった。これらの結果は、専門医の資格をもつ指定医の割合と所属する医療機関数の減少に比べて、地域住民から専門医の資格をもつ指定医が所属する医療機関までのアクセス距離の増加は小さいことを示唆した。

(3) 4地方公共団体間における指定医である専門医までの平均アクセス距離の差は、公立中学・公立高校までの平均アクセス距離の差よりも少なく、最大アクセス距離は3地方公共団体間で差がなかった。これらのことから、感覚的には、聴覚障害の認定のための診断書を得るための通院の負担感は少ないと推測された。

4) ぼうこう・直腸障害

52施設(回収率70%)から、53名の子宮がんによる排尿異常がある登録症例を得た。その90%以上は子宮頸がん患者であった。53名中67%(34名)は自己導尿ないしはカテーテル留置がなされており、低いQOL値を示し、身体障害認定基準相当の排尿異常があると担当医師が判断した。しかし、現行制度では障害認定を受けていなかった。

また、尿瘻(膀胱瘻が最多)に対する処置として、カテーテル留置がなされた症例も3例ありこれらも現行制度では障害認定を受けていなかった(この3例は上記

の 34 例に含まれる。

5) 小腸機能障害

(1) 身体障害者手帳所持状況

重症の腸管不全患者 99 名中 11 名(14.1%) は身体障害者手帳の交付を受けていない、もしくは以前交付を受けていたが認定基準の対象外となったことが明らかになった。また、3 医療機関における手帳所持者数及び等級には差があった。これらの結果から、症状と等級の対応関係を示す指標の妥当性と自治体間の公平性に課題があることを示すと考えられた。

(2) 文献調査

課題を解決するための適正な認定基準を検討した結果、下記の 2 点が有効と考えられた。

認定基準に掲載されている「年齢別エネルギー表」については、患児の実年齢ではなく体重相当の年齢におけるエネルギー量をその症例の基準値とすることの付記、あるいは症例における摂取総エネルギー量に対する中心静脈栄養の割合による判断に置き換えること。

認定基準の例示疾患に挙げられていない小腸疾患の病名に「腸管神経節細胞僅少症」、「巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症」、「その他の腸管運動機能障害を有する疾患群」を付記すること。

6) 海外の動向

第 14～16 回国連障害統計のワシントン・グループ会議での情報を一般誌に寄稿および報告書に記載した。この間の新規事

項としては、子ども用モジュールの完成、拡張質問セットからの操作的な障害定義の進展、環境因子についての方向性確認などがあった。

D. 結論

1) 肝臓機能障害

肝臓機能障害の 1 級の基準は Child-Pugh 分類 C 10 点以上であったが、肝硬変患者の実態調査の結果から基準を再検討すべきであることが示唆され、C-P 分類 B と C の病態は基本的には不可逆的であり、今後 7 点以上の分類 B に基準を引き下げる等の改正をおこなうことで、肝硬変患者が適正に本制度の恩恵を享受することが可能になると考えられた。

2) 心臓機能障害

徐脈性不整脈でペースメーカー植込みの適応となる患者では、治療(植込み)後、身体活動度、日常生活動作は 3 ヶ月以降改善した。障害等級再認定の評価時期に関しては、ペースメーカー依存度が高い患者がほとんどを占めることを考慮しても、早期の再認定は可能と考えられた。

3) 聴覚障害

・平成 26 年の通知に対して聴覚障害 2 級申請者の抑制が一時的に起こったが、平成 27 年度末には回復した。

・自治体からは、他覚的聴力検査装置の普及率が低いことによる通院の不便と検査結果の判断に専門的知見が必要とされる

ために認定審査に時間がかかることが指摘された。

・同通知により、原則として、新規の聴覚障害指定医は耳鼻咽喉科学会専門医に限定されたが、該当する医師数の減少よりも該当する医療機関への平均及び最大アクセス距離の増加は少ないことが示された。

・専門医である指定医までの平均アクセス距離は、公立中学・公立高校までの平均アクセス距離よりも小さく、通院負担感は日常生活での移動負担感よりも大きくはないと推測された。

4) ぼうこう・直腸障害

身体障害の認定対象となっていないが、認定基準に相当する「子宮悪性腫瘍に対する手術や放射線治療の結果生じた排尿障害(神経因性ぼうこう)や尿瘻(ぼうこう腔瘻・尿管腔瘻)等」の患者数は人口715万人の埼玉県で34名であり、単純に人口比をとると全国で600名程度がいると推測された。泌尿器科に通院していない者がいる一方で、子宮頸がんの術式の改善により深刻な排尿障害が今後増加することはないと考えられる。

5) 小腸機能障害

重症の腸管不全でありながら身体障害者手帳の適用にならない患者に対して適正な認定基準を検討した結果、下記の2点が有効と考えられた。

認定基準に掲載されている「年齢別エネルギー表」については、患児の実年齢では

なく体重相当の年齢におけるエネルギー量をその症例の基準値とすることの付記、あるいは症例における摂取総エネルギー量に対する中心静脈栄養の割合による判断に置き換えること。

認定基準の例示疾患に挙げられていない小腸疾患の病名に「腸管神経節細胞僅少症」、「巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症」、「その他の腸管運動機能障害を有する疾患群」を付記すること。

6) 海外の動向

持続可能な開発計画(国連)における障害統計など国連障害統計ワシントングループ会議等の動向を引き続き留意することは有用であると考えられた。

引用文献

1. 厚生労働省. 肝臓機能障害に係る障害認定状況に関する調査結果(概要). 平成22年12月27日.

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougai_hoken/other/101227-1.html

2. 「身体障害認定基準の取り扱い(身体障害認定要領)について」の一部改正について. 障企発0129第1号 平成27年1月29日.

3. 「身体障害認定基準の取り扱い(身体障害認定要領)について」の一部改正について. 障企発0204第2号 平成27年2月4日.

4. 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上について. 障企発0129第2号 平成27年1月29日.
5. 「身体障害認定基準などの取扱いに関する疑義について」の一部改正について. 障企発0129第3号 平成27年1月29日.
6. 「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」の一部改正について. 障発0129第3号 平成27年1月29日.
7. 厚生労働省. 平成26年(2014)患者調査の概要 2 受療率(1)性・年齢階級別. p8, 厚生労働省ホームページ. 平成27年12月17日掲載 (www.mhlw.go.jp).

E. 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	2件
口頭発表	
5件	
それ以外(レビュー等)の発表	20件

2) 海外

原著論文による発表	14件
-----------	-----

・論文発表(海外)

1. Omata M, Nishiguchi S, Ueno Y, Mochizuki H, Izumi N, Ikeda F, Toyoda H, Yokosuka O, Nirei K, Genda T, Umemura T, Takehara T, Sakamoto N, Nishigaki Y, Nakane K, Toda N, Ide T, Yanase M, Hino K, Gao B, Garrison KL, Dvory-Sobol H, Ishizaki A, Omote M, Brainard D, Knox S, Symonds WT, McHutchison JG, Yatsushashi H,

- Mizokami M. Sofosbuvir plus ribavirin in Japanese patients with chronic genotype 2 HCV infection: an open-label, phase 3 trial. *J Viral Hepat.* 2014 Nov;21(11):762-8.
2. Kumada H, Hayashi N, Izumi N, Okanoue T, Tsubouchi H, Yatsushashi H, Kato M, Rito K, Komada Y, Seto C, Goto S. Simeprevir (TMC435) once daily with peginterferon-2b and ribavirin in patients with genotype 1 hepatitis C virus infection: The CONCERTO-4 study. *Hepatol Res.* 2014 Jun 24. PMID: 24961662
3. Yamasaki K, Tateyama M, Abiru S, Komori A, Nagaoka S, Saeki A, Hashimoto S, Sasaki R, Bekki S, Kugiyama Y, Miyazoe Y, Kuno A, Korenaga M, Togayachi A, Ocho M, Mizokami M, Narimatsu H, Yatsushashi H. Elevated serum levels of WFA+M2BP predict the development of hepatocellular carcinoma in hepatitis C patients. *Hepatology.* 2014 Nov;60(5):1563-70.
4. Taguchi T, Kobayashi H, Kanamori Y, Segawa O, Yamataka A, Sugiyama M, Iwanaka T, Shimojima N, Kuroda T, Nakazawa A, Oda Y, Miyoshi K, Ieiri S. Isolated Intestinal Neuronal Dysplasia Type B (IND-B) in Japan, Results from a Nationwide Survey. *Pediatric Surgery International*, accepted publication, 2014
5. Taguchi T, Ieiri S, Miyoshi K, Kohashi K, Matsufuji H, Watanabe Y, Kobayashi H, Yagi M, Ueno S, Kawahara H, Hamada Y, Masumoto K, Fukazawa M, Kuro

- da T, Kubota A, Iwanaka T, Nio M, Tajiri T, Tomomasa T, Ushijima K, Ida S, Nakazawa A, Matsui A. The incidence and criteria of allied disorders of Hirschsprung's disease in Japan -Results from the preliminary nationwide survey-. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, on submission, 2014
6. Nakamura K, Yoshimura N, Ogata T, Akune T, Tobimatsu Y. [The concept of locomotive syndrome and its relationship with frailty and sarcopenia]. *Nihon Rinsho*. 2015 Oct;73(10):1746-53. Japanese. PubMed PMID: 26529941.
 7. Tomita H, Okumura K, Inoue H, Atarashi H, Yamashita T, Origasa H; J-RHYTHM Registry Investigators. Assessment of risk factors for bleeding in Japanese patients with non-valvular atrial fibrillation receiving warfarin treatment: A subanalysis of the J-RHYTHM Registry. *Int J Cardiol*. 2015;201:308-310.
 8. Tomita H, Hagii J, Metoki N, Saito S, Shiroto H, Hitomi H, Kamada T, Seino S, Takahashi K, Baba Y, Sasaki S, Uchizawa T, Iwata M, Matsumoto S, Shoji Y, Tanno T, Osanai T, Yasujima M, Okumura K. Impact of Sex Difference on Severity and Functional Outcome in Patients with Cardioembolic Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015 ;24:2613-2618.
 9. Saito C, Ishikawa K, Nakamura KI, Fujita A, Shimizu M, Fukushima N, Nishino H, Ichimura K. A Melanocytic Lesion Extending From the Right Ear to the Nasopharynx in a Pediatric Patient: A Case Report. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2015 Feb 12. pii: 0003489415573071. [Epub ahead of print]
 10. Okumura K, Hori M, Tanahashi N, John Camm A. Special considerations for therapeutic choice of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants for Japanese patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Clin Cardiol*. 2016 Oct 7. doi: 10.1002/clc.22596.
 11. Okumura K, Aonuma K, Kumagai K, Hirao K, Inoue K, Kimura M, Miyauchi Y, Tsushima E; JACRE Investigators. Efficacy and Safety of Rivaroxaban and Warfarin in the Perioperative Period of Catheter Ablation for Atrial Fibrillation - Outcome Analysis From a Prospective Multicenter Registry Study in Japan. *Circ J*. 2016 Oct 25;80(11):2295-2301.
 12. Okumura K, Matsumoto K, Kobayashi Y, Nogami A, Hokanson RB, Kueffer F; CRYO-Japan PMS Study Investigators. Safety and Efficacy of Cryoballoon Ablation for Paroxysmal Atrial Fibrillation in Japan - Results From the Japanese Prospective

- Post-Market Surveillance Study.
Circ J. 2016 Jul 25;80(8):1744-9.
14. Okamoto H, Okumura K, Koyama J.
Arrhythmogenic substrates in the
left atrium in patients with prior
mitral valve surgery. Heart Rhythm.
2016 Dec 21. pii:
S1547-5271(16)31228-0. doi:
10.1016/j.hrthm.2016.12.034

・論文発表（国内）

1. 北村弥生、石川浩太郎、稼農和久、江藤文夫。身体障害者福祉法第 15 条指定医の指定基準と研修：インターネットによる公開情報の解析。国リ八紀要。36 号。2016。
2. 石川浩太郎、北村弥生、稼農和久、江藤文夫。聴覚障害者の認定基準と医師研修に関する調査研究。日本耳鼻咽喉科学会。（査読中）

・学会発表

1. 北村弥生、石川浩太郎、江藤文夫。身体障害者福祉法第 15 条指定医の認定基準に関するインターネットでの情報整理。日本障害学会。2015-11-08。兵庫県。
2. 北村弥生。国連国際障害統計ワシントングループ会議について。「途上国の障害女性・障害児の貧困削減」研究会。2015-12-08。幕張。
3. 石川浩太郎、北村弥生、稼農和久、江藤文夫。聴覚障害者の認定基準と医師研修に関する調査研究。日本耳鼻咽喉科学会。京都。2016-06。
4. Haruhiko Abe, Ken Okumura, Akihiko Shimizu, Takashi Kurita, Yuji

Nakazato, Kengo Kusano, Takashi Nitta, Kenzo Hirao, on behalf of Japanese Heart Rhythm Society. Reassessment of the grade of cardiac disability in patients with implanted pacemakers: Interim analysis of the prospective, multicenter Japanese Heart Rhythm Society Registry. The 18th Annual Scientific Meeting, Japan Circulation Society. Kanazawa. 2017-03.

5. 北村弥生、筒井澄栄。地域住民から身体障害者福祉法第 15 条指定医までの平均アクセス距離。福祉のまちづくり学会。2017-8（予定）。

・その他

1. 伊藤利之。歴史的経緯と現状の課題。総合リハビリテーション。42(2): 105-108。2014
2. 岩谷力。障害者福祉における障害認定制度の位置づけと検討課題。総合リハビリテーション。42(2): 109-114。2014
3. 和泉 徹。内部障害における認定基準の課題と展望：心臓機能障害ペースメーカー植込み者の障害認定見直しについて。総合リハビリテーション。42(2): 121-126。2014
4. 寺島 彰。障害認定に関わる国際的動向。総合リハビリテーション。42(2): 127-131。2014

5. 岡田弘. 生殖医療に対する泌尿器科医の立ち位置. 臨床泌尿器. 67(2). 107-116. 2013
 6. 江藤文夫: 認知症の歴史試論, OT ジャーナル, 49(7): 550-557, 2015.
 7. 岩谷力, 飛松好子. 障害と活動の測定・評価ハンドブック(改訂第二版): 機能からQOLまで. 南江堂. 2015.
 8. 岩谷力. 運動器リハビリテーションシラバス. 南江堂. 2014.
 9. 伊藤利之 <連載: 身体障害者診断書Q&A> 人工関節の取り扱いの変更. 総合リハ 43 巻 5 号, 2015 年 5 月
 10. 寺島彰, ESCAP『障害者・生活・貧困に関するアクションリサーチ』国内調査の結果, 浦和論叢, 51, 51-55, 2014.8
 11. 寺島彰, 障害認定に関わる国際的動向 8, 総合リハビリテーション, 127-134, 2014.2
 12. 北村弥生. 国連の国際障害統計に関するワシントングループ会議に参加して. 国リハニュース. 2015.1.
 13. 石川浩太郎. 【障がい者が東京の街を歩けるか-2020年東京パラリンピック開催に向けて-】聴覚障がい聴覚障がい者の生理機能と病態像とADL上の注意事項. MB Med Reha 2015:187:55-61.
 14. 石川浩太郎. 遺伝子診断の実際と問題点 難聴. 日耳鼻会報 2015; 118: 1263-1267.
 15. 石川浩太郎. 先天性難聴の遺伝子検査の位置づけ. Otol Jpn 2015: 25(2): 135-139.
 16. 江藤文夫. リハビリテーションの理念と障害学. リハビリテーション医学(江藤文夫, 里宇明元, 監), 第3版, 医歯薬出版, 東京, 2016, pp.6-11.
 17. 江藤文夫. リハビリテーションにおける評価とは, リハビリテーションにおける評価 Ver. 3(上月正博, 他編), 医歯薬出版, 東京, 2016, pp.2-10.
 18. 北村弥生. 国連の障害統計に関するワシントン・グループの取り組み. ノーマライゼーション. 11月号: 15-17, 2016.
 19. 北村弥生. 講座 障害統計: 第1回 障害統計の国際動向: 国際連合と世界保健機構. リハビリテーション研究. 12月号. 2016.
 20. 北村弥生. 講座 障害統計: 第2回 障害統計の国際動向: 国連国際障害統計に関するワシントン・グループ会議. リハビリテーション研究. 2月号. 2017.
- F. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む。) 無し