

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

## 身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究

平成 26 - 28 年度 総合研究報告書

研究代表者 江藤 文夫

平成 29 (2017) 年 3 月



## 目 次

### I. 総合研究報告

身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究 . . . . .	1
江藤 文夫、八橋 徹、田口 智章、和泉 徹、奥村 謙、伊藤 利之、寺島 彰、 岡田 弘、岩谷 力、飛松 好子、北村 弥生、石川浩太郎	

#### (別添)

1 . 肝臓機能障害の認定基準に関する研究 . . . . .	13
八橋 徹、山崎一美、阿比留正剛、釘山有希	
2 . 心臓機能障害の再認定に関する研究 . . . . .	21
奥村 謙、和泉 徹	
3 . 聴覚障害者の認定基準と医師研修に関する研究 . . . . .	23
石川 浩太郎、北村 弥生、稼農和久、江藤 文夫	
4 . 子宮頸がん又は子宮体がんに伴う排尿異常の実態に関する調査 . . . . .	31
岡田 弘	
5 . 国際障害統計ワシントングループの活動 (第 16 回会議まで) . . . . .	39
北村 弥生、江藤 文夫	

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 . . . . .	63
------------------------------	----



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 世紀に入ってからは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<sup>1)</sup>。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<sup>2)~5)</sup>。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<sup>6)</sup>。

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」<sup>2)</sup>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」<sup>4)</sup>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(ぼうこう腔瘻・尿管腔瘻)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・子宮体がんな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 $93.9 \pm 16.3$ 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 $95.5 \pm 14.5$ 点( $P=0.0021$ )、 $96.2 \pm 12.9$ 点( $P<0.0001$ )、 $96.6 \pm 11.3$ 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(膀胱腔瘻が最多)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](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。国リハ紀要。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 18<sup>th</sup> 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



(別添1)

## 肝臓機能障害の認定基準に関する研究

研究分担者 八橋 弘 (独立行政法人国立病院機構長崎医療センター・臨床研究センター)  
研究協力者 山崎 一美 (同 臨床疫学研究室長)  
阿比留正剛 (同 肝臓内科医長)  
釘山 有希 (同 肝臓内科)

### 研究要旨：

肝硬変患者の実態を明らかにする目的として Child 分類 A、B、C 毎にその実態と生命予後を検討した上で肝障害の身体障害認定について考察をおこなった。

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。現行の認定基準をこ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。また、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。

Child C-P 分類 スコアで10点以上の分類 C を必要条件とする現行の認定基準は今後7点以上の分類 B に基準を引き下げ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。

### A. 研究目的

平成22年度、肝臓機能障害が固定し、かつ持続していることを示す肝硬変の基準である Child-Pugh 分類 C の患者を対象とした肝障害の身体障害認定制度が導入された。しかし、患者団体等からは、Child-Pugh 分類 B などの肝硬変患者であっても日常生活の制限が長期間続いている者が少なくない等の理由で、認定基準の見直しを希望する意見が多く寄せられている。本研究では、肝硬変患者の実態を明らかにする目的で、肝硬変患者の診療録から Child 分類 A、B、C 毎にその実態と生命予後を検討した上で肝障害の身体障害認定について考察した。

### B. 研究方法

対象は2009年10月1日から2010年9月30日までの期間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例である。登録

の適応基準は過去の肝生検もしくは画像検査・血液検査によって臨床的に肝硬変と診断されている症例でかつ上記期間内に腹部超音波検査を受けた症例、登録除外基準は観察期間が1か月未満の症例である。観察開始日は2009年～2010年の腹部超音波検査施行日、最終観察日は2013年11月30日とした。(倫理面への配慮)

研究の遂行にあたり、患者の個人情報はすべて秘匿された状態で扱い、既に得られた診療情報を後ろ向きに分析した。なお、平成27年2月2日の長崎医療センターでの倫理審査委員会での承認(申請番号:26114)を得て本研究班報告書を作成した。

### C. 研究結果

対象肝硬変患者267名の背景を表1.表2.に示す。男性139名(52.1%)、年齢の中央

値は 64 歳、肝癌合併例 56 例 (21.0%)、登録時の *Child-Pugh* (C-P) 分類は A210 名 78.7%, B46 名 17.2%, C11 名 4.1% である。観察期間は平均 3.5 年。観察期間中の死亡例は 37 例 13.9% であった(表 3)。

対象例全体の累積生存率は、1 年目 95.8%、2 年目 91.8%、3 年目 87.3% であった。C-P 分類別の 3 年目の累積生存率は、C-P 分類は A 93.5%, B 71.0%, C 30.7% であった(図 1)。

C-P 分類別の観察開始時と 3 年後の病態、予後を図 2 に示した。観察開始時 C-P 分類 A の患者の 76.4% は 3 年後も C-P 分類 A であった。観察開始時 C-P 分類 B の患者で 3 年後に C-P 分類 A に改善した患者の頻度は 12.8%、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。

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(表 4)。

表3.観察終了時の患者背景

観察期間中央値	3.5年[0.1-4.1]		
最終転帰	生存	198例	(74.2%)
	死亡	37例	(13.9%)
	不明	32例	(12.0%)
死因	肝癌	15例	(40.5%)
	肝不全	5例	(13.5%)
	他病死	12例	(32.4%)
	不明	4例	(10.8%)

\* 最終観察日2013年11月30日  
number(%)もしくはmedian[ranges]で表示

図1.肝硬変患者の累積生存率

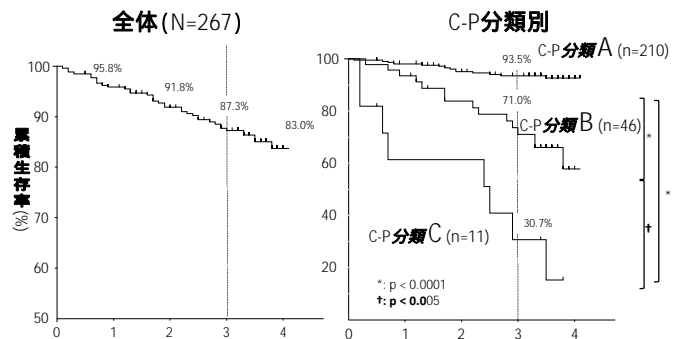


表1.観察開始時の患者背景(n=267)

男性	139 (52.1%)	腹水あり	39 (14.6%)
年齢(y/o)	64.0 [26 - 86]	脳症あり	29 (10.8%)
T-Bil(mg/dL)	1.0 [0.3-19.2]	肝癌合併あり	56 (21.0%)
AST(IU/L)	39 [13-291]	AFP(ng/mL)	5.5 [1-1,057.4]
ALT(IU/L)	32 [7-314]	C-P分類	:A 210 (78.7%)
Alb(g/dL)	4.1 [1.9-5.4]		:B 46 (17.2%)
PT(%)	83.1 [24.1-116.9]		:C 11 (4.1%)
Plt( × 10 <sup>3</sup> /μL)	10.4 [1.0- 51.5]	HBsAg陽性	89 (33.3%)
Cre(mg/dL)	0.7 [0.4-8.6]	HCV RNA陽性	117 (43.5%)
Na(mEq/L)	140 [129-150]	HCV SVR後	7
K(mEq/L)	4.1 [2.2-5.8]	HCV RNA自然消失後	1
Cl(mEq/L)	106 [96-114]	大量飲酒(%)	21 (7.9%)

\* 最終観察日2013年11月30日  
number(%)もしくはmedian[ranges]で表示

表4.肝硬変患者の総死亡に寄与する因子

(Cox比例ハザードモデル stepwise selection)			
	寄与因子	Hazard ratio	P value
C-P分類	A	1	
	B・C	3.86 (1.96 - 7.58)	0.000
血清Na値	140	1	
	< 140	3.32 (1.64 - 6.71)	0.001
肝癌	none	1	
	definite	2.33 (1.21- 4.48)	0.011
HBs抗原	negative	1	
	positive	0.08 (0.01 - 0.61)	0.014

## D. 考察

障害者総合支援法における障害福祉サービス等を受給するためには、身体障害者手帳等の取得、もしくは障害者総合支援法対象疾病(平成 26 年 3 月現在 151 疾病)であ

る必要がある。身体障害者福祉法では身体障害の種別が定められており、また、その施行規則では身体障害の等級が定められている。平成 25 年 4 月に障害者総合支援法が施行され、現在では身体障害の等級に関わらず、障害者等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障害支援区分に応じた必要な障害福祉サービス等が受けられることとなっている。

一方で、上記の障害福祉サービスとは別に、身体障害者手帳の等級に応じて、所得税の減免、旅客運賃の割引、医療費の自己負担分の軽減などの自治体や民間企業が実施するサービスが提供されている。障害福祉サービス等を受けるための入り口の一つである身体障害者手帳の認定基準そのものについても、各障害種間の公平性に配慮しつつ、公平・公正に判定可能な認定基準とするために医学的知見等を収集する必要がある。

今回 Child 分類 A、B、C 毎に肝硬変患者の生命予後を検討したところ、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ることが明らかとなった。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、受給可能な対象者は限定的と考えられる。現在の制度では肝臓移植を行っていない肝硬変患者を対象とした場合、肝機能障害の 1 級から 4 級までの等級に関係なく Child C-P 分類スコアで 10 点以上の分類 C が現行の肝臓機能障害の身体障害基準の必要条件となっている(表 5)。

今後、肝硬変患者での本基準の再検討が必要と思われるが、仮に Child C-P 分類スコアで 7 点以上の分類 B に基準を引き下げた場合でも、この集団での 3 年目の累積生存率は 71.0%と必ずしも高くない。またこ

の集団で 3 年後に病態が改善した者の頻度は 12.8%であり、残りの 87.2%の患者の病態は現状維持か病態が悪化していた。また、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。

2008 年の第 44 回日本肝臓学会総会で報告された肝硬変患者 33379 例での成因別頻度によると C 型肝炎は 60.9%、B 型肝炎は 13.9%、アルコール性肝炎は 13.6%で C 型肝炎の頻度が最も高い。その一方で、近年の C 型肝炎の抗ウイルス療法には著しい進歩が見られている。今までは副作用のあるインターフェロンをもちいない限り C 型肝炎ウイルスを体内から排除させることはできなかったが、現在では内服薬だけで高率にウイルスを駆除することが可能となっている。具体的な治療成績を下記に示す。

ソホスブビル(SOF)は核酸型ポリメラーゼ阻害薬で 1 日 1 回 400 mg、レジパスビル(LDV)はダクラタスビルと同様の NS5A 阻害薬で 1 日 1 回 90mg 投与をおこなう。海外では既に HCV ジェノタイプ 1 型の C 型慢性肝炎治療として、レジパスビル 90mg とソホスブビル 400mg を含有した配合薬であるレジパスビル/ソホスブビルが既に承認され使用されており、わが国でも、2015 年の後半にその配合剤の承認が予定されている。レジパスビル/ソホスブビル併用療法の HCV ジェノタイプ 1 型患者 341 例による国内第 3 相臨床試験では、未治療患者の 100% (n=83/83) が、また治療歴のある患者の 100% (n=88/88) が SVR12 (治療 12 週目の血中 HCV RNA 陰性化率: ウイルス排除率)を示し、合わせて 171 例中 171 例全員で HCV が排除されたことが報告されている。また

レジパスビル/ソホスブビルにリバビリンを併用した患者では、未治療患者の 96% (n=80/83) および治療歴のある患者の 100% (n=87/87) が SVR12 を示したと報告されている。また、上記の患者のうち、スクリーニング時に肝硬変のあった患者での SVR12 は 99% (n=75/76) であったという。主な有害事象は鼻咽頭炎 24.9%、頭痛 6.3%、倦怠感 5.3% などの軽度なものであったと報告されている。これらの治療法の進歩により、今後 C 型慢性肝炎から肝硬変に進展する者は著しく減少することが期待される。

#### E. 結論

肝硬変患者の実態を明らかにする目的として Child 分類 A、B、C 毎にその実態と生命予後を検討した上で肝障害の身体障害認定について考察をおこなった。

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。現行の認定基準をこ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。

また、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。

Child C-P 分類 スコアで 10 点以上の分類 C を必要条件とする現行の認定基準は今後 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。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

表2. 観察開始時の患者背景(n=267)

	C-P分類: A	C-P分類: B	C-P分類: C	計
HBV	82	3	1	86
HCV	92	25	5	122
HBV+HCV	3	0	0	3
ALD	10	8	3	21
Others	23	10	2	35
Total	210	46	11	267

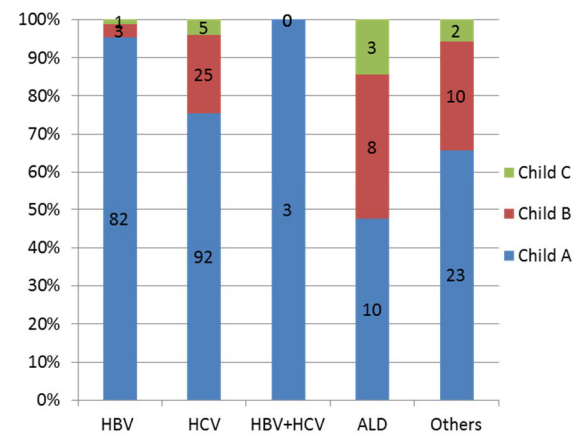
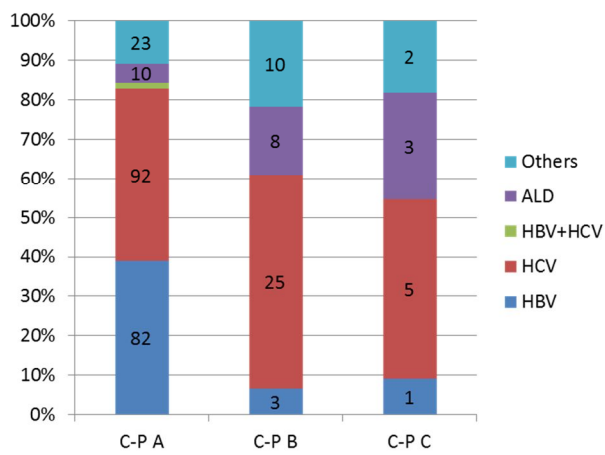


図2.C-P分類別 肝硬変患者の観察開始時と3年後の病態と予後

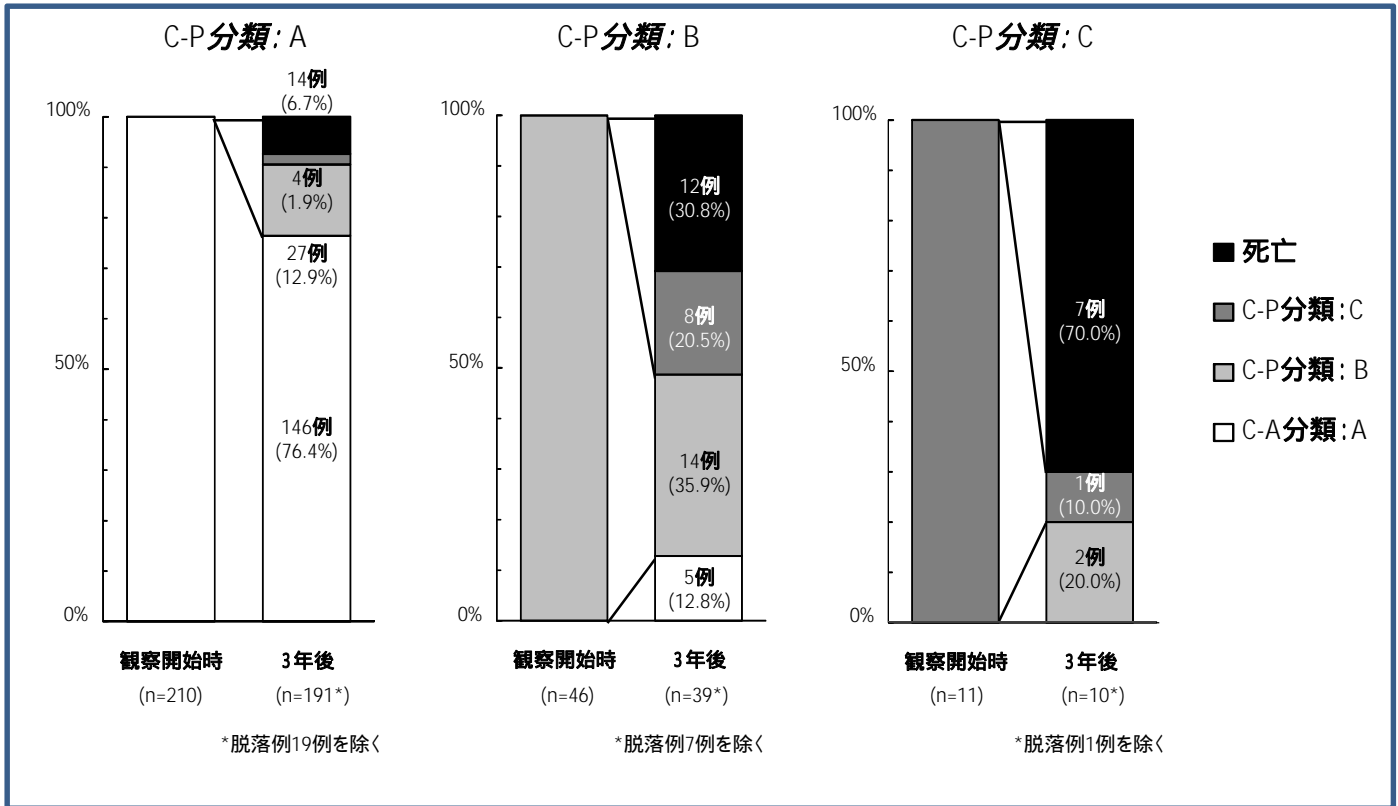


表5.参考資料1. 肝臓機能障害 身体障害認定基準

(1) 等級表1級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。  
 ア Child - Pugh分類(注)の合計点数が10点以上であって、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち1項目以上が3点の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。

イ 次の項目(a~j)のうち、5項目以上が認められるもの。

- a 血清総ビリルビン値が5.0mg/dl以上
- b 血中アンモニア濃度が150μg/dl以上
- c 血小板数が50,000/立方ミリメートル以下
- d 原発性肝がん治療の既往
- e 特発性細菌性腹膜炎治療の既往
- f 胃食道静脈瘤治療の既往
- g 現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染
- h 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感が月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 有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある

(2) 等級表2級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。  
 ア Child - Pugh分類(注)の合計点数が10点以上であって、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち1項目以上が3点の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。

イ (1)のイの項目(a~j)のうち、aからgまでの1つを含む3項目以上が認められるもの。

(3) 等級表3級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。  
 ア Child - Pugh分類(注)の合計点数が10点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。

イ (1)のイの項目(a~j)のうち、aからgまでの1つを含む3項目以上が認められるもの。

(4) 等級表4級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。  
 ア Child - Pugh分類(注)の合計点数が10点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。

イ (1)のイの項目(a~j)のうち、1項目以上が認められるもの。

(5) 肝臓移植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て、1級に該当するものとする。

Child - Pugh分類

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度(・)	昏睡(以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dL超	2.8~3.5g/dL	2.8g/dL未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dL未満	2.0~3.0mg/dL	3.0mg/dL超

## G. 研究発表

1. **学会発表**：釘山有希、肝硬変慢性肝不全の病態進展と生命予後、日本肝臓学会総会（東京）平成 26 年 5 月 29 日、抄録番号（WS5-16）。

## 2. 論文発表

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, Yatsunami 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, Yatsunami 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, Yatsunami H. Elevated serum levels of WFA+ M2BP predict the development of hepatocellular carcinoma in hepatitis C patients. *Hepatology.* 2014 Nov;60(5):1563-70.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし





**Reassessment of the grade of cardiac disability in patients with implanted pacemakers: Interim analysis of the prospective, multicenter Japanese Heart Rhythm Society Registry**

Haruhiko Abe, Ken Okumura, Akihiko Shimizu, Takashi Kurita, Yuji Nakazato, Kengo Kusano, Takashi Nitta, Kenzo Hirao, on behalf of Japanese Heart Rhythm Society

**Background.** According to the MHLW rule revised in 2014, the grade of cardiac disability (Grades 1, 3 and 4) at pacemaker implantation is determined by either JCS Guideline indication (Class I or II) or physical activity (METs  $<2$  or  $\geq 2$ ), and the grade is reassessed within 3 years only by METs.

**Methods.** We prospectively enrolled the pacemaker recipients and collected the Class of JCS Guideline indication, METs and Barthel Index (activity of daily life) at implantation and 3, 6, and 12 months after implantation.

**Results.** From April 2015 to September 2016, 601 patients (mean age, 76 $\pm$ 9 years; 51% male) were enrolled, and follow-up data at 3, 6 and 12 months were obtained in 448 (75%), 348 (58%) and 130 (22%), respectively. At implantation, 559 patients (93%) were diagnosed as Grade 1 disability due to Guideline Class indication, and only 38/559 (7%) showed METs  $<2$ . At follow-up, 4% (17/448) at 3 months and 5% (17/348) showed METs  $<2$ , and therefore, most of the current Grade 1 patients were equivalent to Grade 3 or 4. Barthel Index remained unchanged (94 $\pm$ 16 at implantation and 96 $\pm$ 14 at 6 months).

**Conclusions.** This interim analysis revealed that most patients diagnosed as Grade 1 disability at implantation were equivalent to Grade 3 or 4 at 3 months. Early reassessment of cardiac disability grade may be possible.



(別添3) 日本耳鼻咽喉科学会 2016

## 聴覚障害者の認定基準と 医師研修に関する調査研究

石川 浩太郎<sup>1)</sup>、北村弥生<sup>2)</sup>、  
稼農和久<sup>2)</sup>、江藤 文夫<sup>3)</sup>

国立障害者リハビリテーションセンター

1) 病院耳鼻咽喉科

2) 研究所障害福祉研究部

3) 顧問

## 倫理審査結果・利益相反の開示

筆頭著者: 石川 浩太郎

国立障害者リハビリテーションセンター  
病院耳鼻咽喉科

倫理審査は個人情報扱わないため非該当の回答

開示すべき利益相反状態はありません

## 背景

- 身体障害者手帳のない聴覚障害者に2級の診断→他覚的聴覚検査を実施し、その結果を添付
- 聴覚障害の第15条指定医は、原則として耳鼻咽喉科専門医とする
- 障害年金の受給歴がない聴覚障害者に1級の診断→他覚的聴覚検査を実施し、その結果を添付

## 目的

- 聴覚障害認定数・認定結果と課題を特に他覚的聴力検査の実施に注目し明らかにする
- 聴覚障害認定指定医のうちの耳鼻咽喉科医の比率や研修実施状況などを明らかにする
- 障害年金における他覚的聴力検査の対象となる20歳未満の2級認定者数の推計をする

# 方法と回収率

聴覚障害認定組織  
(都道府県、政令指定都市、中核都市)

112自治体を対象として  
質問紙法による調査を実施



87自治体から回答を得た  
(回収率77.7%)

## 聴覚障害認定者数

級別の  
認定者数合計

	2級	3級	4級	6級
26年	1029	1431	5832	9837
27年	137	508	2263	3942
27/26	<b>13.3</b>	35.5	38.8	40.1

級別の  
年度別認定率

	26年度 (認定/申請)		27年度 (認定/申請)	
	平均	最小	平均	最小
2級	97.3	50.0	<b>90.3</b>	0.0
3級	99.3	70.0	98.2	75.0
4級	99.2	74.5	99.2	83.3
6級	99.1	88.9	99.2	87.5

## 他覚的聴力検査実施の問題点

苦情・問題点	都道府県	政令指定都市	中核都市	合計	比率
あり	10	6	7	23	26.4
なし	15	6	15	36	41.4
NA	10	5	13	28	32.2
合計	35	17	35	87	100.0

- ① ABRなど検査機器を持つ病院が少ない
- ② 他覚的聴力検査方法に関する問い合わせ
- ③ 他覚的聴力検査の結果評価に関する課題

## 20歳未満の2級認定者数推定

- 「18歳未満の2級認定者数」を回答した自治体が多数
- 得られた回答から

20歳または18歳未満の2級認定者数：3,818名

---

81自治体の18歳未満聴覚障害手帳保持者数：8,125名  
 =46.9%と計算された

- しかしデータの幅が10.3～82.9%と広く、信頼に欠ける結果となった。
- 少々無理はあるが、これまでの計算をもとに  
 全国の18歳未満の聴覚障害手帳保持者数：8,684名×46.9%

18

= 226名/年が20歳の時に年金申請をすると予測した。

## 聴覚障害認定15条指定医

耳鼻咽喉科医比率%	自治体数	%	都道府県	政令指定都市	中核都市
0～19	0	0.0	0	0	0
20～39	4	4.6	0	1	3
40～59	14	16.1	8	2	4
60～79	17	19.5	6	2	9
80～99	33	38.0	16	7	10
100	17	19.5	5	5	7
NA	2	2.3	0	0	2
合計	87	100.0	35	17	35

耳鼻咽喉科、脳神経外科、神経内科で96.5%

## 耳鼻咽喉科専門医の比率 (9自治体の調査)

	平均	最小	最大 <sup>(%)</sup>
耳鼻咽喉科学会専門医 /指定医中の耳鼻咽喉科医	80.9	64.3	100
耳鼻咽喉科学会専門医 /指定医全体	50.4	32.4	100

## 聴覚障害認定に関する研修

研修	都道府県	政令指定都市	中核都市	合計	比率
実施していない	29	15	31	75	86.2
定期的実施	3	2	2	7	8.0
定期的でない	2	0	2	4	4.6
NA	1	0	0	1	1.1
合計	35	17	35	87	100.0

## 聴覚障害認定に関する研修

今後の研修の予定	都道府県	政令指定都市	中核都市	合計	比率
					(全37自治体)
なし	26	11	29	66	75.9
将来、開催したい	3	2	1	6	6.9
実施確定	0	2	0	2	2.3
NA	6	2	5	13	14.9
合計	35	17	35	87	100.0

研修プログラムがない : 56.8%  
 講師が確保できない : 29.7%  
 予算獲得が困難 : 16.2%  
 他の方法で代替 : 5.4%



## まとめ

- 全国112自治体を調査し、87自治体(77.7%)から回答があった。
- 制度改定後、聴覚障害2級の申請数、認定率共に減少しており、影響が出ていることが示唆された。
- 聴覚障害認定に関する研修は実施自治体が少なく、実施数を増やすには研修プログラムの確立などの対策が必要なことが示唆された。

(別添4)

## 子宮頸がん又は子宮体がんに伴う排尿異常の実態に関する調査

研究分担者 岡田 弘 獨協医科大学越谷病院 泌尿器科

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

研究要旨： 膀胱または直腸障害を有する患者に対する障害程度等級認定に際して、子宮悪性腫瘍に起因する高度の排尿機能障害を有するにも関わらず現行制度では原因疾患に含まれていないために、障害認定されていない患者の実態を調査するために、埼玉県泌尿器科医会の協力の下に、アンケート調査を実施した。52 医療機関から 53 事例の登録を得た結果、埼玉県内で少なくとも 34 名の患者が身体障害認定基準に該当し、これらの患者の QOL は著しく低下していることから、認定基準の見直しの妥当性が示唆された。

### A. 研究背景並びに目的

ぼうこう・直腸障害を有する患者に対する身体障害者認定制度が設けられているが、その運用に関しては、現場の担当の医師・患者それぞれから不備が指摘されている。特に、等級判定に用いられている以下の基準に関する記載は、同様の排尿障害を持つ患者で、障害認定の対象となる人とならない人を生んでおり、運用上問題が大きいと考えられる。

「高度の排尿機能障害とは、先天性疾患による神経障害、または直腸の手術や自然排尿型代用膀胱（新膀胱）による神経因性膀胱に起因し、完全尿失禁、カテーテル留置または自己導尿の常時施行を必要とする状態のものをいう。」

特に問題であると考えられ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（神経因性膀胱）や尿瘻（膀胱瘻・尿管瘻）等は対象となっていない。

本調査研究では、これらの身体障害程度等級表によれば、障害等級認定されない患者で、相

当に日常生活に困難を生じている患者の実態を明らかにすることを目的とする。制度の隙間にいる患者の障害認定への道を拓くことに資すると考える。

### B. 研究対象と方法

#### 1) 参加施設と対象患者

獨協医科大学越谷病院の倫理審査で研究計画を承認後（承認番号 1632）、埼玉県泌尿器科医会に所属する 74 施設にアンケート調査用紙（資料 1）を送付した。2 ヶ月間のアンケート用紙回収期間を設け、平成 28 年度における対象患者について個別に記載の上、獨協医科大学越谷病院泌尿器科へ返送することを依頼した。

本アンケート調査に関しては、埼玉県泌尿器科医会の全面的な協力の下に行われた。

### C. アンケート集計結果

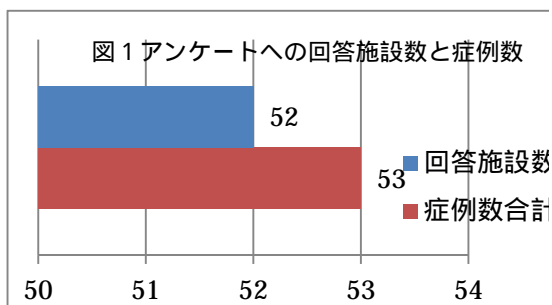
## アンケート回収率

52 施設から回答を得た(回収率 70%)。登録症例総数は 53 例であった。

## 項目別集計結果

### 1. 子宮頸がんまたは子宮体がん(子宮悪性腫瘍)による排尿異常をきたした患者の診察数

図 1 に、本アンケート調査への回答施設数と症例数を示した。

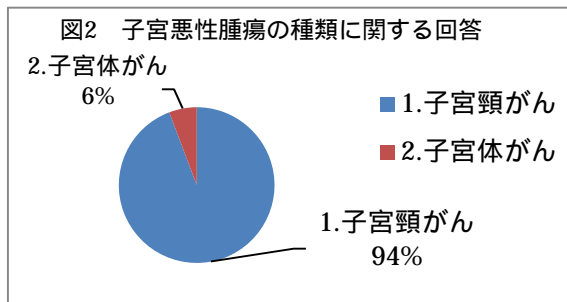


### 2. 登録症例の年齢

平均年齢は 66.1 歳であった。範囲は 37 歳から 80 歳であった。

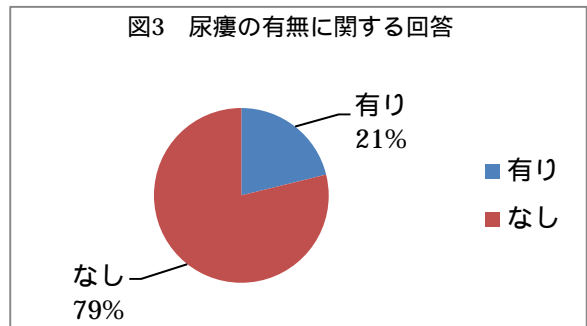
### 3. 子宮悪性腫瘍の種類

子宮頸がんが 49 例(94%)、子宮体がんが 3 例(6%)であった(図 2)。



### 4. 尿瘻の有無

尿瘻有りが 11 例(21%)、尿瘻なしが 41 例(79%)であった(図 3)。

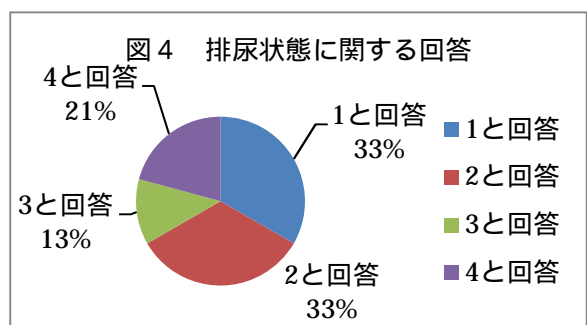


### 5. 尿瘻の種類

膀胱瘻 8 例、尿管瘻 1 例、その他の尿瘻 2 例であった。尿瘻を有する場合は、その 70%以上が膀胱瘻であった。

### 6. 排尿状態(図 4)

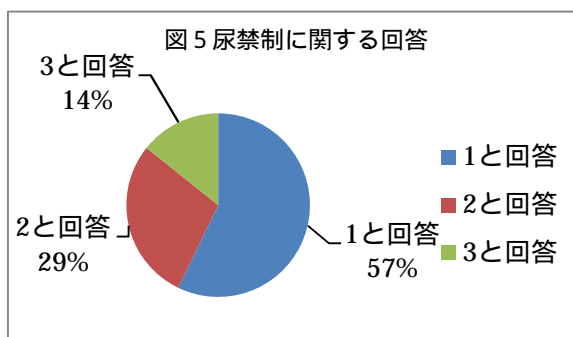
- 1) 自排尿可能であり、自己導尿もしていない(16 例)。
- 2) 自排尿可能であるが、残尿が多いため自己導尿を併用している(15 例)。
- 3) 自排尿不能のため、自己導尿を行っている(6 例)。
- 4) 自排尿不能であり、膀胱バルーン留置している(10 例)。



### 7. 尿禁制

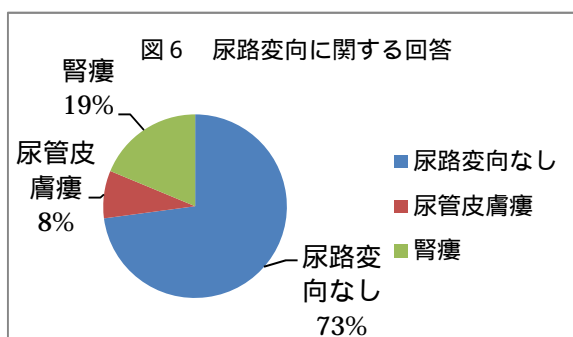
- 1) 尿失禁はない(28 例)
- 2) 尿失禁があるため、パッドを使用している(14 例)
- 3) 尿失禁があるため、膀胱バルーンカテーテル留置(経尿道的ないし経皮

的) をしている (7 例)。



## 8. 尿路変向

- 1) 尿路変向は行っていない
- 2) 尿管皮膚瘻造設術後
- 3) 腎瘻造設術後

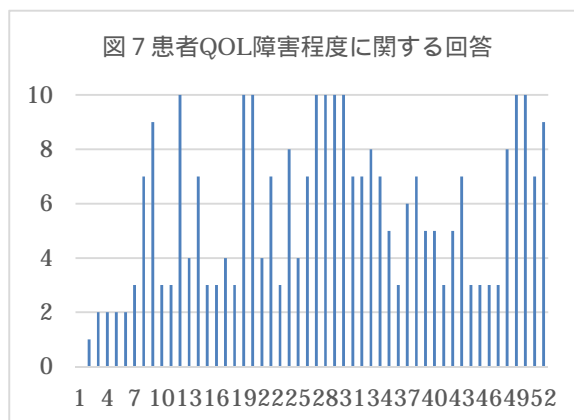


## 9. 尿路変向の理由 (複数回答あり)

- 1) 上部尿路通過障害のため (12 例)
- 2) 尿失禁のため (2 例)
- 3) 尿瘻の管理のため (3 例)

## 10. 排尿異常のための QOL の障害の程度

10 段階評価 (0 : 健常人と同様に QOL 障害無し、10 : 最も重度に QOL 障害がある) の結果は平均 5.7 であった。事例ごとの値を図 7 に示した。

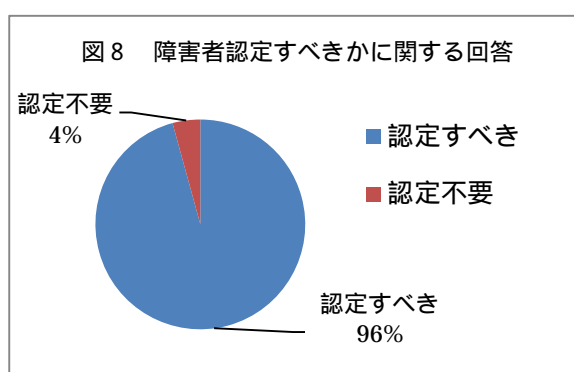


## 11. 子宮悪性腫瘍に伴う排尿異常に対する公的補助

98%の患者で、公的補助が必要であると、担当医師は認識していた。

## 12. 公的補助の必要な患者に対する身体障害者認定

公的補助が必要であると考えられた患者 47 名のなかで、障害者認定すべきであるとの判断を 45 例 (96%) に対して、担当医師は示した (図 8)。



## D. 考察

本研究は、高度の排尿機能障害を有する患者の障害等級認定に関する本邦における最初の大規模研究である。

調査結果から、ぼうこう・直腸障害の等級判定に用いられている以下の基準は、同様の排尿

障害を持って、公費補助の対象となる人とならない人を生んでおり、運用上の課題があると考えられた。

「高度の排尿機能障害とは、先天性疾患による神経障害、または直腸の手術や自然排尿型代用膀胱(新膀胱)による神経因性膀胱に起因し、完全尿失禁、カテーテル留置または自己導尿の常時施行を必要とする状態のものをいう。」

この基準で運用した場合、子宮悪性腫瘍で子宮全摘を受け、手術による神経損傷に起因する排尿異常(尿排泄障害や尿失禁)の状態の患者や、術後骨盤放射線照射の結果で膀胱腔瘻などの尿瘻の状態になったため尿路変向を受けた患者で、カテーテル留置や自己導尿をやむなくされている患者は障害認定の対象とならない。

この事に関しては、各地で開催されている身体障害者福祉法第15条指定医師研修会において度々問題視されているが、これまで制度改革が行われていない。一方、排尿管理のために尿路変向を受けた場合は、腸管又は尿路変向のストマを持つものとして障害認定される。

本調査からは、排尿異常(失禁・排尿障害)を有する子宮悪性腫瘍患者で泌尿器科が排尿管理を行っている患者は、埼玉県泌尿器科医会関連病院で53名存在し、その90%以上は子宮頸がん患者であった。これらの患者のうち67%(34名)は自己導尿ないしはカテーテル留置がなされていたが、現行制度では障害認定を受けていなかった。

また、尿瘻(膀胱腔瘻が最多)に対する処置として、カテーテル留置がなされている症例も

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(3例は上記の34例に含まれる)。

本調査からは、34名の患者で障害等級判定基準に示される高度の排尿機能障害を有するが、原因疾患が該当しないために認定されておらず、そのQOLは著しく低下している事が判明した。

本調査は、人口約715万名の埼玉県内で行われたものであり、人口比で単純計算すると国内の該当者は約605名であり、障害認定基準に子宮癌を追加しても財政的な負担は多くないと推測される。ただし、この推測は、泌尿器科診療を受けている患者に限られる。一方、術式の進歩により該当者は減少する可能性も高い。

#### E. 結論

埼玉県における子宮悪性腫瘍に起因する高度の排尿機能障害を有するが、障害認定を受けられていない患者数は34名(単純計算で全国に約600名)である事が判った。これらの患者では、QOLが著しく低下していることから、障害認定の対象とすることが妥当と考えられた。

#### F. 情報公開予定

1. 平成29年度 埼玉県泌尿器科医会(平成29年6月開催)
2. 平成29年度 日本排尿機能学会総会(平成29年9月)

## 子宮頸がん又は子宮体がんに伴う排尿異常の

### 実態に関する調査

#### 質問・回答用紙

貴施設名 \_\_\_\_\_

記入者ご芳名 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

#### 以下の質問にお答えいただきますようお願いいたします。

このアンケートにおける排尿異常とは、以下の病態のいずれか、ないしはこれらの組み合わせを指すものとする

排尿障害（尿排出障害のため、自己導尿または膀胱カテーテル留置を受けている）

尿失禁

尿瘻（膀胱腔瘻、膀胱直腸瘻、膀胱子宮瘻、尿管腔瘻、尿管直腸瘻、尿管子宮瘻、その他の瘻孔）

尿瘻のコントロールないし、上部尿路通過障害のため、尿路変向（尿管皮膚瘻造設、腎瘻造設）を受けている

Q1. 2015年4月1日から2015年3月31日までの、

貴施設において子宮頸がん又は子宮体がん（子宮悪性腫瘍）による、排尿異常をきたした患者を診察した数（概数でも結構です）をお答えください。

A1. （                      ）例

Q1で1例以上の患者を診察した場合は、個々の症例につきましてQ2以下への回答をお願いします。  
0例と回答された場合は、Q11、Q13への回答をお願いいたします。

貴施設での症例登録番号（カルテ番号）[ \_\_\_\_\_ ]

..... き り と り .....

症例管理番号（# \_\_\_\_\_ ） 集計時に、上記番号は破棄し事務局で管理番号を付与します

以下の質問にお答えください。（選択）とあるものは で囲ってください。

**Q2. 登録症例に関して、背景をお尋ねします**

患者年齢 歳

**Q3. 子宮悪性悪性腫瘍の種類についてお尋ねします（選択）**

子宮頸がん・子宮体がん

**Q4. 尿瘻の有無についてお尋ねします（選択）**

尿瘻 有り・なし

**Q5. 尿瘻有りの場合その種類についてお尋ねします（選択）**

膀胱腔瘻・膀胱直腸瘻・膀胱子宮瘻・尿管腔瘻・尿管直腸瘻・尿管子宮瘻・

その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

**Q6. 排尿状態についてお尋ねします（選択）**

自排尿可能であり、自己導尿もしていない

自排尿可能であるが、残尿が多いため自己導尿を併用している

自排尿不能のため、自己導尿を行っている

自排尿不能のため、膀胱バルーンカテーテル留置（経尿道的・経皮的を含む）している

**Q7. 尿禁制についてお尋ねします（選択）**

尿失禁は無い

尿失禁があるため、パッドを使用している

尿失禁があるため、膀胱バルーンカテーテル留置（経尿道的・経皮的を含む）している

**Q8. 尿路変向についてお尋ねします（膀胱皮膚瘻は上記膀胱カテーテル留置として集計します）**

尿路変行は行っていない  
尿管皮膚瘻造設術後  
腎瘻造設術後

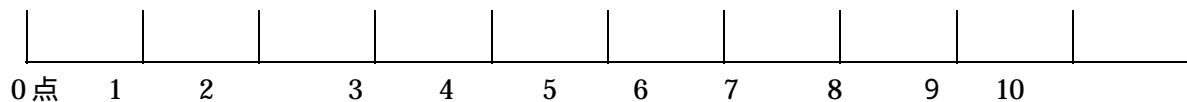
**Q9. 尿路変向を行っている場合、その主な理由をお尋ねします（複数回答可）**

上部尿路通過障害のため  
尿失禁のため  
尿瘻の管理のため

**Q10. 排尿異常のため、患者さんのQOLはどの程度傷害されているとお考えでしょうか（10点：**

日常生活が著しく障害されている、0点：傷害されていない）

**アナログスケール上にXでお示してください。**



**Q11. 子宮悪性腫瘍に伴う排尿異常に対する公費扶助についてお尋ねします。**

**（選択）**

公費扶助は必要である  
公費扶助は不要である

**Q12. 必要であるとお答えになった方に、障害者認定による救済についてお尋**

**ねします。（選択）**

障害者認定すべきである  
障害者認定の必要は無い



Q13. 今回のアンケートの対象になった子宮悪性腫瘍に伴う排尿異常の患者さんの保険行政上の不利益について、お気づきのことがありましたらお書きください



(別添 5)

## 国連国際障害統計に関するワシントン・グループ会議

### 第 16 回会議までの成果

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)

本稿では、障害者に関する統計について、第 16 回会議 (平成 28 年 12 月) までの国際連合 (以下、国連) のワシントン・グループについて、沿革、組織、目的、短い質問セット、拡張質問セット、精神障害領域の設問、子ども用モジュール、環境因子・参加因子の設問設計の方向性、持続可能な開発目標における障害に関する指標作成ネットワークの各項目の情報を記載した。

#### 1. 国連の国際障害統計に関する活動の沿革

「知的障害者の権利宣言」(1971)、国連の「障害者の権利宣言」(1975 年)には、「障害者に関する統計」および「データ」の記載はない。しかし、国際障害者年の開始に合わせた国連総会の決議 (決議番号 36/77, 1981) では、世界中の障害者数を 5 億人、そのうち 4 億人が低所得諸国で生活していることを指摘した。「障害者に関する世界行動計画」(1982)でも、世界の障害者数は 5 億人以上であり増加していること、ほとんどの国で 10 人に 1 人はなんらかの障害を持っていることが記載された。また、国連統計部 (United Nations Statistical Division) に対して、「他の専門機関や地域委員会等と共に、開発途上国と協力し、さまざまな障害に関して、全数調査もしくは標本抽出調査によるデータ収集の現実的・

实际的システムの開発、統計資料利用のための技術的マニュアルの作成」が要請された。

そこで、国連統計部は、「障害者統計に関する専門家会議」の開催(1984)、「障害者統計の開発：事例研究 (Development of Statistics of Disabled Persons : Case Studies)」の刊行(1986)、国連障害者統計データベース (United Nations Disability Statistics Data Base: DISTAT) の公開 (1988)を行った[1]。DISTAT には 75 カ国の国勢調査または全国調査における障害者数 (性・年齢階層別人数) と障害を識別する質問文が掲載され、一部の国のデータは 1995 年版まで更新された。

このデータを元にして、国連統計部は、「国連・障害者の 10 年」の最終年度(1992)に向けて、障害者統計便覧 (Disability Statistics Compendium) を出版し(1990)、

55 か国の障害者統計を比較した。その結果、障害者の人口に対する比率は、最大で 20.9%（オーストラリア）、最小で 0.2%（チリ）と差が大きく、国際的に比較可能な障害の基準作りの必要性が明らかになった。そこで、2001 年に、国勢調査で使う比較的簡単な共通因子の測定のための尺度の開発を目標として、国連のシティ・グループ（インフォーマルな組織）としてワシントン・グループは立ち上げられた。

2006 年には、障害者権利条約が国連総会で採択され、わが国は 2007 年 9 月に署名し、2014 年 1 月に批准書を寄託した。障害者権利条約第 31 条「統計および資料の収集」には、「締結国は、この条約を実現するための政策を立案し、および実施することを可能にするための適当な情報（統計資料及び研究資料を含む）を収集することを約束する。」と記載され、国際比較可能な障害の計測方法と障害者の存在率（以下、障害者率）への注目は、さらに高まった。国際比較可能な障害の計測方法と障害者率は、それぞれの締結国がもつ歴史的あるいはサービス提供のための独自の障害の定義とその定義に基づいた調査とは別に必要とされている。

## 2. ワシントン・グループの組織

国連のシティグループの名前は、最初の会合が持たれた都市の名前を冠する<sup>1)</sup>。ワシントン・グループ（以下、WG）では、米国国立疾病対策予防センター内の国立衛

生統計センターが事務局を務める。グループのメンバーは政府統計局と国際的な障害者に関する組織（世界保健機構、国際障害者同盟など）であるが、ワーキンググループに国際組織（ユニセフなど）が参加することもある。近年は、統計局だけでなく厚生労働系、社会開発系の省庁からの参加もある。年に 1 度の会議には 80 名程度が参加し、事務局とワーキンググループが行っている尺度の開発状況が報告され、今後の方針への意見を参加国に求める。当初は、世界銀行が活動資金を出資していたが、近年は、オーストラリア政府外務省の事業費などを活用し、尺度の開発のために行う調査、調査国での調査員研修、低所得国の会合参加支援などに充てられている。

会議開催国は毎回異なり、障害者に関する統計に関する取り組みが熱心な国で行われる場合が多い。第 16 回会議の開催国であった南アフリカは、2000 年に初めて黒人が統計局長になり、片手切断の開発省事務次官代理も参加した。会議開催国を毎回変えるのは、多様な国の状況を参加者が体感することや、開催国周辺の国が参加しやすいことから有効であると考えられる。第 16 回会議では、会議前日に初回参加者のためのオリエンテーションが開かれ、南アフリカ統計局職員の参加が目立った。

年次大会後には、会議での発表スライドの他に要約がホームページから公開される他、国連統計部に報告書を提出する[2]。2016 年には、事務局が作成するホームペー

ジに加えて[3]、過去の発表スライドを検索できるようにした新しいホームページもイギリスの研究グループにより作成された[4]。

これまでのWGの活動は2冊の書籍にもまとめられた[5],[6]。年次大会の前後を中心に、事務局、運営委員、ワーキンググループ代表、会議主催国ら約15名による電話会議を年に数回行う。日本からは平成28年度までの16回中10回に厚労省障害保健福祉部の依頼で国立障害者リハビリテーションセンターが参加し、平成27年から3年間は第一著者がアジア代表の運営委員を務める[7]。

### 3. 目的

WGの第一の目的は、国勢調査や全国調査に適し、国際比較が可能な障害計測法を国際的な協力の基に作成することである。この目的は、2006年に「短い質問セット short set」が承認されたことで達成された(表1)。WGの第二の目的は、人口調査や障害者に対する調査に使う複数の「拡張質問セット extended set」を作成することであり、2009年に一つが承認された。二つの目的に共通して、国際障害機能分類(ICF)が基本枠組みとして用いられ、全体構成を示すマトリックスが作成された(附表1)。ICFに準拠することを目指した厚生労働省の統計は、なかったが、2016年に行われたG7神戸保健大臣会合の共同宣言「神戸コミュケ」[8]には、「妥当性及び信頼性があるデータの

必要性」と「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD)や国際生活機能分類(ICF)」といった国際統計分類を活用すること」と書き込まれた。

### 4. 短い質問セット

WGの活動以前の調査では、障害の識別には「あなたは障害がありますか?」という質問が最も多く使われていたが、障害に対する偏見から「障害がある」と回答しない場合が多かった。次に多かったのは、診断名や医学的な症状のリストに合致するかを尋ねることであった。しかし、この方法の欠点は、症状のリストには漏れが出ること、医学的診断を受けることができない人が漏れること、同じ診断名であっても状態は異なることであった。

そこで、WGの短い質問セットでは、「視覚」「聴覚」「移動」「認知」「セルフケア」「コミュニケーション」に機能制限があるかを尋ねる。短い質問セット6つを使うことが困難な場合は、最初の4つを使用することが勧められた。

また、従来の調査では、「障害」を「何もできない状態」と捉える場合が多く、きわめて重度の障害しか検出されなかった。差別や偏見も検出を困難にした。文献および事前調査の結果から、2段階ではなく4段階の選択肢を示し(「全くできない」「とても苦勞する」「少し苦勞する」「苦勞はない」)、「全くできない」と「とても苦勞する」を「障害がある」と分類すること

をWGは勧める。この方法によると、認知症は障害かどうかを悩む必要はなく、認知機能等について「とても苦労する」のであれば「障害」と分類される。選択肢の表現については、「少し」を「軽度」、「とても」を「重度」とすると、「重度」の回答者が減ることも指摘された。

「視覚」と「聴覚」では、「眼鏡を使用しても、見るのに苦労しますか?」「補聴器を使用しても、聴くのに苦労しますか?」と支援機器を使用した状態での苦労が質問されるが、それ以外の生活機能では、支援機器の使用は問われない。眼鏡や補聴器が普及していない国では「補聴器を使用しても」は外して使う。しかし、「コミュニケーション」で「日常的な言語」には手話を含めた公用語以外も含むことから、「補聴器を使用すること」で得られる機能を「障害」の判断基準にしているわけではない。

「セルフケア」は生活機能ではないが、セルフケアに関するサービスを提供するために把握の必要がある国は多いことと、「上肢」「認知」などの他の多くの生活機能と関連するカテゴリーであることから採用されたという。「上肢」は拡張質問セットに含まれる。このように、サービスの有無は意識されているが、識別された「国際比較のための障害者」と「各国のサービス受給者」は一致しないことは注意を要する。

質問項目の翻訳のための解説によれば、「セルフケア」では、単に体を洗ったり、衣服を着脱する行為だけでなく、せっけん

やシャンプーの補充、衣類の片付けなども含まれている。

WGの短い質問セットを国勢調査に使用する勧告は国連統計部から[9]、仁川戦略の指標に使用する勧告は国連 ESCAP から出された。6つの質問と4つの選択肢を採用しているとは限らないが、第16回会議では、これまでに短い質問セットを使用した国勢調査または全国調査は69カ国で実施されたと報告された。日本も、平成23年「生活のしづらさなどに関する調査(厚生労働省)」では、WGの短い質問セットと拡張質問セットの一部の合計13項目を対象者の例示として調査票の表紙に示し、平成28年同調査では設問に加えたことから、全国調査で使用していると登録した。平成28年度調査においても質問用紙のスペースの制約から選択肢は「はい・いいえ」であり、今後の改善が期待される。

短い質問セットを使用して得られた障害者率が従来の計測方法による障害者率とどのように異なるかの比較は、第16回会議でいくつかの国から報告された。例えば、オーストラリアの障害・高齢・介護者に関する全国調査(Survey on Disability, Aging, and Carers)は、調査名通り、障害だけでなく高齢者も調査対象としており、本人用の調査票の別に介護者用の調査票もある。この調査において150の質問から得られた障害者率は18%と国際的に最も高い値を示すが、同国で短い質問セットを使った障害者率は6.7%、85歳以上群では43%、州都で

は5.3%、それ以外の都市では9.5%であったことが報告された(6,213世帯、13,837人の成人を対象とした)。また、「記憶と集中」ドメインについては「問題ない」と回答されやすいことなどが指摘された。

各国の統計局以外では、国際NGOであるハンディキャップ・インターナショナルがシリア難民に対して短い質問セットを使用し、障害と識別された対象者に特別な配慮を提供して効果をあげたことは好事例として紹介された[5]。

表1 ワシントングループの短い質問セット

番号	質問文
1	眼鏡を使用しても、見えにくいですか？
2	補聴器を使用しても、聴ききとりにくいですか？
3	歩行や階段の上り下りがしにくいですか？
4	通常の言語をつかっでのコミュニケーションが難しいですか？ たとえば、人の話を理解したり、人に話を理解されることが難しいですか？
5	思い出したり集中したりするのが難しいですか？
6	入浴や衣服の着脱のような身の回りのことをするのが難しいですか？

選択肢：「全くできない」「とても苦勞する」「少し苦勞する」「苦勞はない」

## 5. 拡張質問セット

詳細な状態を知るために拡張質問セットは作られた。例えば、「補聴器を着用しても、聞くことに苦勞する」といっても、静かな部屋かうるさい部屋かにより苦勞は違うからである。ここでは、短い質問セットに「学習」「理解」「情動(不安、憂鬱)」「痛み」「疲勞」が基本活動ドメインとして追加された。さらに、複合活動ドメインには、「ADL/ IADL」「対人関係」「生活活動」「社会参加」が選択されたが、まだ、複合ドメインの質問文は完成されていない(附表2)。

拡張質問セットは使用する国や調査により微修正が行われ、これまでに、グラナダ・グループ、ESCAP、南米が数十件のコグニテ

ィブ・テストと1000件程度のフィールドテストを行った。また、5カ国(ドミニカ共和国、フィンランド、コソボ、サモア、米国)が使用したと報告された。

米国の全国健康面接調査(National Health Interview Survey)では、2010年と2013年の世帯調査に拡張質問セットが使用され、それぞれの年で、障害のある世帯とない世帯からあわせて約17,000人のデータを収集し、解析を継続している。しかし、米国のデータでは、上に示した基本活動ドメインすべての質問について「とても苦勞する」以上を「障害」と分類すると、対象者の半数程度が「障害者」となってしまうことがわかった。そこで、米国の事務局は、WHOが指摘する人口の15%程度を目安に、第

16 回会議では操作的定義方法を提案した。第一に、短い質問セットと「上肢」「不安」「憂鬱」の基本活動ドメインに限定する。第二に、選択された基本活動ドメインから 2 つの質問が選ばれ、そのクロス表から障害の「レベル」を 4 段階に分別する(表 2)。短い質問セットの 6 つの質問に「まったくできない」「とても苦勞する」と回答した

者に「上肢」「不安」「憂鬱」の 3 基本活動ドメインで困難レベル 3 と 4 と判定された者を加えて「障害」を操作的に定義した。この場合に、障害者率は 11.9%となること(表 3)、この「障害」の定義により障害の有無による就労率を比較した例が紹介された(表 4)。

表 2 - 1 米国 NHIS の結果による障害程度の区分案(上肢) (Michel Loeb, 第 16 回 WG 会議報告資料より)

		腕の動き				
手指の動き		問題ない	少し困難	かなり困難	できない	合計
問題ない		14786 レベル 1	309 レベル 2	58 レベル 3	44 レベル 1	15197
少し困難		782 レベル 2	355 レベル 2	51 レベル 3	40 レベル 4	1228
かなり困難		98 レベル 3	73 レベル 3	51 レベル 3	33 レベル 4	255
できない		9 レベル 4	5 レベル 4	7 レベル 4	49 レベル 4	70

表 2 - 2 米国 NHIS の結果による障害程度の区分案(不安の頻度と強度)  
(Michel Loeb, 第 16 回 WG 会議報告資料より)

		頻度					
最新の発生について	強度	毎日	毎週	毎月	1年に数回	ない	合計
非該当		0	0	0	0	6638	6638
少し		489 レベル 2	887 レベル 2	897 レベル 2	3417 レベル 1	44 レベル 1	5734
中間		589 レベル 3	725 レベル 2	535 レベル 2	1221 レベル 1	16 レベル 1	3086
かなり		148 レベル 4	256 レベル 3	123 レベル 2	248 レベル 1	13 レベル 1	1188

表3 米国 NHIS の結果による質問領域と障害発生比率（18歳以上）（％）

	質問数	比率 %
短い質問セット	6	9.5
短い質問セット+聴覚+移動+認知	14	12.7
短い質問セット+聴覚+移動+認知+上肢	16	13.2
短い質問セット+聴覚+移動+認知+上肢+不安+憂鬱(4)	20	14.8
短い質問セット+聴覚+移動+認知+上肢+不安+憂鬱(4)+痛み+疲労(4)	25	17.2
短い質問セット+上肢+不安+憂鬱	12	11.9
短い質問セット+上肢+不安+憂鬱+痛み+疲労	17	14.7

注) (4)はレベル4のみを採用した場合を示す

表4 米国 NHIS の結果による就労率と障害の有無（18～64歳）（％）

	障害者率	障害 なし	障害 あり
短い質問セット	6.6	73.5	30.8
短い質問セット+上肢+不安、憂鬱	9.3	74.3	36.0

## 6. 精神障害領域の設問

精神障害関係の設問としては「情動（不安、憂鬱）」が提案されているが、十分ではないことは、すでに、指摘されている。例えば、「depression」を「憂鬱」と翻訳すると、「ちょっと怒られて落ち込んでいる」場合も、「結婚式の前で緊張している」場合も入ってしまうことが複数の翻訳で指摘された。WGの質問群は英語で作成されているため、翻訳は精神障害分野に限らず課題が指摘されており、翻訳方法の基本と翻訳のための質問の解説は作成中である。

第16回会議では、著者が参加した5回の会議中ではじめて精神障害領域に関するワーキンググループからのまとまった報告があった。すなわち、83英語文献（総説23、ただし、知的障害、アルコール依存症、認知症を除く）について、対象障害（診断）、対象国、対象地域（都市、地方）、関連する機能を分類し、(1)生活機能として、「記憶」「思考」「家庭管理」「移動」「セルフケア」「言語機能」「余暇活動」「睡眠

障害」などが抽出されたこと、(2)環境因子として、「態度」「支援」「貧困」「薬」「個別因子（自己理解、薬の副作用）」が抽出されたことが報告された。今後、非英語文献の調査が継続されるという。また、カメルーン、カナダ、インド、米国でのフィールドテストでは、拡張質問セットの「不安」「憂鬱」とK6、PHQ-9を調査し比較した結果が報告された。

## 7. 子ども用のモジュール

WGの質問セットは発達段階にある子どもについては健常でも障害と分類してしまう欠点があった。そこで、WGは2009年にワーキンググループを立ち上げ、UNICEF（国際児童基金）と協力して、国際生活機能分類児童版（ICF-CY；WHO，2007）を使い、子ども用のモジュールを開発した。16回会議では、カメルーン、インド、サモアでのフィールドテストで使用された結果が第報告され、尺度の決定が確認された。2歳未満



は障害があるかどうかははっきりしない場合が多いために対象外とされた。

2歳から4歳用のモジュールは16の質問文からなり、「視覚」「聴覚」「歩行」「微細運動」「コミュニケーション」「学習」「遊び」「行動の制御」を尋ねる。移動に苦勞がある場合には、運動機能によるのか意思によるのかを尋ね、さらに親がそれを気にしているかを尋ねる(附表3-1)。「学習」「行動の制御」については、同年代の他の子供との比較と親の心配を尋ねる

5歳から17歳用の試作版モジュールは24の質問文からなり、「視覚」「聴覚」「歩行」「微細運動」「セルフケア(食事、衣服の着脱)」「家庭内外でのコミュニケーション」「学習」「記憶」「注意」「変化への対処」「友人関係」「行動の制御」「感情」が含まれる(附表3-2)。

## 8. 環境因子・参加因子に関する設問設計の方向性

ICFの環境因子・参加因子に関する設問の開発は遅れていたが、UNICEFとの子ども用モジュール作成に関する共同作業は、オーストラリア政府の経済的助成を得て、「インクルーシブ教育」のための環境モジュールの開発に発展した。第16回会議では、(1)「態度」「アクセシビリティ」「費用負担」を、このモジュールの基本ドメインとすること、「アクセシビリティ」と「費用負担」は母親または主たる養育者を回答者とすることが提案され承認された。米国では35人、

インドでは40人(障害児10人、健常児30人うち非就学時20人)、ジャマイカでは40人の母親に事前調査が行われ、2018年にはモジュール完成を目指すことがワーキンググループから報告された。

同様に国際労働機関ILOも、障害者の労働力に関する118ヶ国の統計を調査した際に6)、障害の定義の統一が必要であることを意識し、WGの質問セットの利用を勧めると共に、労働環境の評価尺度をWGと共同作成する意識づけがなされた。第16回会議では、障壁、配慮、態度、社会保護 Social Protectionの4ドメインが提案され、米国立衛生統計センターで予備的調査が進行中で、インドでもプレテストが開始される見込みである。

他にはアクセシビリティに関するワーキング・グループが立ち上がり、国連国際電気通信連合 International Telecommunication Union 統計部と会合をもち、連携した活動の模索が開始されたことが第16回会議では報告された。新たなワーキンググループとしては、「行政データ」と「解析」が開始された。

## 9. 持続可能な開発目標における障害に関する指標作成ネットワーク Global Action on Disability Network

国連のミレニアム開発目標(MDGs)が2015年に達成期限を迎えた後の開発目標として、持続可能な開発目標 Sustainable Development Goals: SDGs 2015-2030 が2015

年に採択された。SDGs の開発目標 17 のうち 7 項目は障害に関係し、4 項目は高齢者、女性、子どもなどの弱者に関係する。また、9 項目は全人口を対象とするが障害の有無に関する統計に意義が見いだされるという。そこで、SDGs2015-2030 に関する指標について障害の有無の比較を行うことを動機としたネットワークが 2015 年に発足し、第 15 回 WG 会議で、各国の統計局および関係者に対してネットワークへの参加が打診された。2016 年 4 月には、同ネットワークは WG 会メンバーを対象に、SDGs の開発目標 17 に対応する 230 指標について国内統計があるか、性別・障害有無による比較ができるかを調査した。39 か国の回収結果から、10 か国以上に統計がある指標は 5、5 から 10 か国に統計がある指標は 10 に留まり、障害の有無と性別による比較ができる指標は極めて少数であることが明らかになった。そこで、同ネットワークメンバー組織は SDGs 事務局に対して「障害の有無や性別などによる比較が可能な統計の充実が必要なこと」を示し、障害の有無による比較では WG 会議の質問セットを使用することが提案された。

#### 引用文献

1 江藤文夫. ワシントングループの動向. 厚生労働科学研究「障害認定のあり方に関する研究」報告書. 2012.

2. 国連.  
<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm>
3. ワシントン・グループ.  
[https://www.cdc.gov/nchs/washington\\_group/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/washington_group/index.htm))
4. ロンドン大学. ワシントン・グループ.  
<http://www.washingtongroup-disability.com>
5. Altman, B. International Measurement of Disability Purpose. Method and Application. Springer. 2016.
6. Altman, B. International Views on Disability Measures: Moving Toward Comparative Measurement. JAI Press. 2006.
7. 国立障害者リハビリテーションセンター. 国際会議参加情報.  
<http://www.rehab.go.jp/whoclbc/japanese/conference.html>
8. 厚生労働省. 神戸コミュニケ（仮訳）. G7 神戸保健大臣会合 2016 年 9 月 11 日 -12 日.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/Kobe\\_Communique\\_ja.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/Kobe_Communique_ja.pdf)
9. United Nations Statistics Division . The United Nations Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Results of the Survey on Proposed Changes for the 2020 Census Round1. 2003.

## 参考文献

1. 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.
2. 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.
3. 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.

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

学 会 等 発 表 実 績

1. 学会等における口頭・ポスター発表

発表した成果（発表題目、口頭・ポスター発表の別）	発表者氏名	発表した場所（学会等名）	発表した時期	国内・外の別
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。（ポスター）	北村弥生、石川浩太郎、江藤文夫.	日本障害学会.	2015-11-08.	国内
国連国際障害統計ワシントングループ会議について。（口頭）	北村弥生	「途上国の障害女性・障害児の貧困削減」研究会.	2015.12-08	国内
聴覚障害の認定基準と医師研修に関する調査研究。（口頭）	石川浩太郎、北村弥生、稼農和久、江藤文夫.	日本耳鼻咽喉科学会.	2016.5-20.	国内
聴覚障害の認定基準と医師研修に関する調査研究	<u>石川浩太郎</u> 、 <u>北村弥生</u> 、 <u>稼農和久</u> 、 <u>江藤文夫</u>	日本耳鼻咽喉科学会	2016.6	国内
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.	Haruhiko Abe, <u>Ken Okumura</u> , Akihiko Shimizu, Takashi Kurita, Yuji Nakazato, Kengo Kusano, Takashi Nitta, Kenzo Hirao	The 18 <sup>th</sup> Annual Scientific Meeting, Japan Circulation Society. Kanazawa.	2017.3	国内
Special Reports from Super-Aging Country, Japan. How to Tackle with Heart Failure of Octogenarian? In	Obata H, Abe S, Uehara A, Izumi Y, Watanabe H, <u>Izumi T</u>	ISCHF Congress 2016	2016.12	国内

Rehabilitation. Effect of DOPPO Rehabilitation for Frail Octogenarians				
Six-Minute Walking Distance Test Upon Discharge after Undergoing DOPPO Rehabilitation Determines One-Year Prognosis in Frail Elderly	Uehara A, Obata H, Yamada S, Kourakata S, Yamaguchi K, Izumi Y, Watanabe H, Abe S, Suzuki Y, <u>Izumi T</u>	20th Annual Scientific Meeting of the Japanese Heart Failure Society	2016.10	国内
Symposium 6 Prognosis of Hospitalized Octogenarians with Heart Failure and Its Contributing Factors	Abe S, Obata H, Uehara A, Oishi K, Watanabe H, Yokoyama A, Onishi M, Higuma N, Watanabe T, <u>Izumi T</u>	20th Annual Scientific Meeting of the Japanese Heart Failure Society	2016.10	国内
シンポジウム4 超高齢心不全患者に対する運動療法・疾病管理・生活支援をどう行うか？ 超高齢者心不全診療へのひとつの答え、独歩退院リハビリ（DOPPO）	和泉徹、阿部暁、上原彰史、大石香奈子、渡部裕、小幡裕明	第35回日本臨床運動療法学会	2016.9	国内
会長指定講演 2 超高齢者のアシをまもる独歩リハビリと嚥下障害 - DOPPO プロジェクトからの報告	和泉徹、上原彰史、和泉由貴、鈴木順夫、鈴木正芳、小幡裕明	第22回日本摂食嚥下リハビリ学会	2016.9	国内
DOPPO リハビリ終了時の SPPB がフレイル高齢患者の予後をガイドする	上原彰史、小幡裕明、渡邊恵、神田夏実、山口兼司、和泉由貴、渡部裕、鈴木順夫、 <u>和泉徹</u>	第22回日本心臓リハビリ学会	2016.7	国内

心不全を併発している高齢患者の自立歩行を守るための循環器予防研究	小幡裕明, 藤木伸也, 上原彰史, 清野健二, 佐藤三奈希, 坂野周平, 三間渉, 富井亜佐子, 堺勝之, <u>和泉徹</u> , 南野徹	第52回日本循環器病予防学会	2016.6	国内
「ラウンドテーブルディスカッション」 超高齢社会における心臓リハビリテーションの役割: 超高齢社会における医療とリハビリのあり方 DOPPO プロジェクトはひとつの回答	<u>和泉徹</u> , 上原彰史, 阿部暁, 和泉由貴, 渡部裕, 小幡裕明	第80回日本循環器学会	2016.3	国内
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	<u>北村弥生</u> , 筒井澄栄	福祉のまちづくり学会	2017.8(予定)	国内
子宮がんによる排尿障害の実態	<u>岡田弘</u>	埼玉県泌尿器科医会	2017.6(予定)	国内
子宮がんによる排尿障害の実態	<u>岡田弘</u>	平成29年度日本排尿機能学会総会	2017.9(予定)	国内

## 2. 学会誌・雑誌等における論文掲載

掲載した論文(発表題目)	発表者氏名	発表した場所 (学会誌・雑誌等名)	発表した時期	国内・外の別
Sofosbuvir plus ribavirin in Japanese patients with chronic genotype 2 HCV infection: an open-label, phase 3 trial.	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, Nakanishi K, Toda N, Ide T, Yanase	J Viral Hepat. 21(11). 762-8	2014	国外

	M, Hino K, Gao B, Garrison KL, Dvory-Sobol H, Ishizaki A, Omote M, Brainard D, Knox S, Symonds WT, McHutchison JG, <u>Yatsuhashi H</u> , Mizokami M.			
Simeprevir (TMC435) once daily with peginterferon-2b and ribavirin in patients with genotype 1 hepatitis C virus infection: The CONCERTO-4 study.	Kumada H, Hayashi N, Izumi N, Okanoue T, Tsubouchi H, <u>Yatsuhashi H</u> , Kato M, Rito K, Komada Y, Seto C, Goto S.	Hepatology. 2014;46(5):1563-70	2014	国外
Elevated serum levels of WFA+ -M2BP predict the development of hepatocellular carcinoma in hepatitis C patients.	Yamasaki K, Tateyama M, Abiru S, Komori A, Nagao 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, <u>Yatsuhashi H</u> .	Hepatology. 60(5). 1563-70	2014	国外
Isolated Intestinal Neuronal Dysplasia Type B (IND-B) in Japan, Results from a Nationwide Survey.	<u>Taguchi T</u> , Kobayashi H, Kanamori Y, Segawa O, Yamataka A, Sugiyama M, Iwanaka T, Shimajima N, Kuroda T, Nakazawa A, Oda Y, Miyoshi K, Ieiri S.	Pediatric Surgery International, accepted	2014	国外
The incidence and criteria of allied disorders of Hirschsprung's disease in Japan -Results from the preliminary nationwide survey-.	<u>Taguchi T</u> , Ieiri S, Miyoshi K, Kohashi K, Matsufuji H, Watanabe Y, Kobayashi H, Yagi M, Ueno S, Kawaha	J Pediatr Gastroenterol Nutr, on submission	2014	国外

	ra H, Hamada Y, Masumoto K, Fukazawa M, Kuroda T, Kubota A, Iwanaka T, Nio M, Tajiri T, Tomomasa T, Ushijima K, Ida S, Nakazawa A, Matsui A.			
わが国のリハビリテーションの歴史、医学的リハビリテーション	江藤文夫	総合リハビリテーション. 42(1). 41-46	2014	国内
リハビリテーションと運動健康と運動をめぐって	江藤文夫	理療. 43(4). 8-16	2014	国内
本学会における連携推進の取り組み 今後に向けて共通言語を意識して	江藤文夫	リハビリテーション連携科学. 15(1). 56	2014	国内
巻頭言、脳卒中リハビリテーション 新たな治療戦略	江藤文夫	Modern Physician. 34(7). 747-748	2014	国内
歴史的経緯と現状の課題	伊藤利之	総合リハビリテーション. 42(2). 105-108	2014	国内
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	岩谷力	総合リハビリテーション. 42(2). 109-114	2014	国内
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	和泉 徹	総合リハビリテーション. 42(2). 121-126	2014	国内
障害認定に関わる国際的動向	寺島 彰	総合リハビリテーション. 42(2). 127-131	2014	国内
国際連合等の文書に見る障害者に関する統計の目標設定	北村弥生、入部寛	国リハ紀要. 34号.	2015	国内
認知症の歴史試論	江藤文夫	OTジャーナル. 49(7): 550-557	2015	国内
国際連合等の文書に見る障害者に関する統計の目標設定	北村 弥生	国リハ紀要. 35号.	2015	国内
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.	北村弥生、石川浩太郎、稼農和久、江藤文夫	国リハ紀要. 36号.	2016.	国内
第15回国連障害統計のワシントングループ会議に参加して	北村 弥生	国リハニュース	2015.1.	国内



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	岩谷力、飛松好子.	南江堂	2015	国内
<連載:身体障害者診断書Q&A>人工関節の取り扱いの変更.	伊藤利之	総合リハ43巻5号	2015	国内
生殖医療に対する泌尿器科医の立ち位置.	岡田弘.	臨床泌尿器.67(2).107-116.	2013	国内
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.	Tomita H, <u>Okumura K</u> , Inoue H, Atarashi H, Yamashita T, Origasa H.	Int J Cardiol. 201;308-310.	2015	国外
Special considerations for therapeutic choice of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants for Japanese patients with nonvalvular atrial fibrillation	<u>Okumura K</u> , Hori M, Tanahashi N, John Camm A	Clin Cardiol. doi: 10.1002/clc.22596	2016 Oct 7	国外
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	<u>Okumura K</u> , Aonuma K, Kumagai K, Hirao K, Inoue K, Kimura M, Miyachi Y, Tsushima E	Circ J. 25;80(11):2295-2301	2016 Oct	国外

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	<u>Okumura K</u> , Matsumoto K, Kobayashi Y, Nogami A, Hokanson RB, Kueffer F	80(8):1744-9	2016	国外
Usefulness of combined CARTO electroanatomical mapping and manifest entrainment in ablating adenosine triphosphate- sensitive atrial tachycardia originating from the atrioventricular node vicinity	<u>Okumura K</u> , Sasaki S, Kimura M, Horiuchi D, Sasaki K, Itoh T, Tomita H, Ishida Y, Kinjo T	J Arrhythm. 32(2):133-40	2016	国外
Arrhythmogenic substrates in the left atrium in patients with prior mitral valve surgery	Okamatsu H, <u>Okumura K</u> , Koyama J	Heart Rhythm. pii: S1547-5271(16)31228- 0. doi: 10.1016/j.hrthm	2016	国外
心不全を予防する第二のシ ナリオ：DOPPO プロジェク ト	和泉徹，上原 彰史，和泉由 貴，鈴木順夫， 小幡裕明	日循病予防誌. : 51 ( 3 号 ): 176-183	2016	国内
キュアとケアの狭間で動く 患者心理	<u>和泉徹</u>	心臓リハ誌. : 21 ( 4 ) : 154-9	2016	国内
【慢性心不全に立ち向かう- 予防から治療までの包括的 ケア-】 治す フレイルを 伴う高齢心不全患者への心 臓リハビリテーション	<u>和泉徹</u> ，小幡 裕明，阿部暁， 上原彰史，渡 部裕，和泉由 貴	Heart View : 20 ( 8 ) : 784-90	2016	国内
超高齢者の独歩退院をめざ す病院づくり	和泉徹，上原 彰史，和泉由	Jpn J Rehab Med;53(5):392-400	2016	国内

	貴, 鈴木順夫, 小幡裕明			
キュアとケアの狭間で揺らぐ患者心理	<u>和泉徹</u>	心臓リハ誌. 21(4): 154-9	2016	国内
私の考える心臓リハビリ	<u>和泉徹</u>	心臓リハ誌. 21(1・2・3): 8-14	2016	国内
日本循環器学会, 日本産科婦人科学会, 日本小児循環器学会, 日本心臓血管外科学会, 日本心臓病学会: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2009年度合同研究班報告)【ダイジェスト版】 心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン(2010年改訂版)	丹羽公一郎, 青見茂之, 赤木禎治, 池田智明, 白石公, 照井克生, 中谷敏, 中西宣文, 旗義仁, 松田義雄, 池ノ上克, <u>和泉徹</u> , 石井徹子, 上塚芳郎, 太田真弓, 神谷千津子, 川副泰隆, 河野了, 篠原徳子, 立野滋, 野村実, 萩原誠久, 越後茂之, <u>八木原俊克</u>	日心血外科誌. 45(1): 1-18	2016	国内
Predictive factors for bleeding during treatment with rivaroxaban and warfarin in Japanese patients with atrial fibrillation - Subgroup analysis of J-ROCKET AF	Hori M, Matsumoto M, Tanahashi N, Momomura SI, Uchiyama S, Goto S, <u>Izumi T</u> , Koretsune Y, Kajikawa M, Kato M, Cavaliere M, Iekushi K,	J Cardiol. ;68(6):523-528	2016	国外

	Yamanaka S			
J-ROCKET AF Study Investigators: Immunoabsorption Therapy for Dilated Cardiomyopathy Using Tryptophan Column-A Prospective, Multicenter, Randomized, Within- Patient and Parallel- Group Comparative Study to Evaluate Efficacy and Safety	<u>Yoshikawa T,</u> <u>Baba A,</u> <u>Akaishi M,</u> <u>Wakabayashi</u> <u>Y, Monkawa T,</u> <u>Kitakaze M,</u> <u>Izumi T,</u> Tomooike H	J Clin Apher:31;535-44	2016	国外
Complementary Role of Arm Circumference to Body Mass Index in Risk Stratification in Heart Failure	Kamiya K, Masuda T, Matsue Y, Inomata T, Hamazaki N, Matsuzawa R, Tanaka S, Nozaki K, Maekawa E, Noda C, Yamaoka-Tojo M, Matsunaga A, <u>Izumi T,</u> Ako J	JACC Heart Fail. ;4:265-73	2016	国外
聴覚障害者の認定基準と医 師研修に関する調査研究	<u>石川浩太郎</u> <u>北村弥生</u> 、 <u>稼</u> <u>農和久</u> 、 <u>江藤</u> <u>文夫</u>	日本耳鼻咽喉科学会。 (査読中)		国内
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	<u>江藤文夫</u>	医歯薬出版、東京、 pp.6-11	2016	国内

リハビリテーションにおける評価とは	<u>江藤文夫</u>	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、pp.2-10	2016	国内
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	<u>北村弥生</u>	ノーマライゼーション、11月号、pp15-17	2016	国内
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	<u>北村弥生</u>	ハビリテーション研究 . 12月号	2016	国内
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	<u>北村弥生</u>	リハビリテーション研究. 2月号	2017	国内
第16回国連障害統計のワシントングループ会議に参加して	<u>北村弥生</u>	国リハ紀要. 36号.	2017.1	国内