

■意見書: 筋痛性脳脊髄炎/慢性疲労症候群(ME/CFS)、線維筋痛症(FM)等の身体障害を
適正に等級判定するために

作成者: 澤田石 順 (一般内科医/神奈川県身体障害者福祉法第15条指定医)

メールアドレス: jsawa@nifty.com

▼職場: 鶴巻温泉病院/回復期リハビリテーション病棟専従医(2002年2月～)

〒257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1 0463-78-1311(電話はご遠慮なく)

本文書の公開場所⇒ <https://note.com/sawataishi/n/nbb4eecedc8f7>

■はじめに

2013年より今日まで、ME/CFS、FM、両疾患併存患者の約270人(比率は概ね 1:1:1)を診察して意見書を作成してきました。うち、COVID-19後遺症としてのME/CFSは20例ほど。私が診てきた患者の大多数は重度の身体機能障害を呈しており、トイレ往復以外は臥床、ペットボトルの開栓不能でした。

これら重症患者全員に共通しているのは、`両上肢および両下肢の機能障害(筋力低下、筋力持続時間の極端な短縮[筋の易疲労]、筋疲労後に筋力が回復するまでの時間の極端な延長[数時間から数日])`。ちなみに、全員各所の痛みも共通してますが、疼痛は身体機能障害の理由ではありません。

二年ほど前から、特に東京都における等級判定が甚だ不当なことが多くなっており、私が診た患者に関しては、審査会から紹介がくると、等級判定の誤りを指摘する回答をしているので、最終的等級判定は1段階くらい低くなることはあっても、明らかに1 or 2級なのに5級とされたことは一例程度でした。

■本意見書の目的: 正当な等級判定がなされること、不当な判定の防止

第一に、指定医が正当な等級で認定されるための適切な書き方ができるようになること

第二、指定医が作成した意見書を審査医が正しく理解するための手助けとなること

第三、審査会にかけられた場合、メンバーの医師達が正しく理解すること

■本意見書を拡散していただきたい対象

1) 医師: 指定医、第一次審査医/審査会の医師(特に東京都の)

2) 行政官: 厚生労働省および都道府県・政令指定都市の身体障害者福祉法(身体障害者認定)担当者

■正しい等級判定のために

上肢は左右別々に、下肢は両下肢として等級判定され、肢体不自由の障害程度等級表(以下、等級表)が使用されます。等級表は全国一律。東京都福祉局のは⇒ <https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/shitai>

【1】障害名の記載

例: “四肢の機能障害: 筋力低下、筋の易疲労、筋疲労からの回復遅延(時に数時間から数日)”

指定医は筋力低下としか書いてないことがあります。その場合、意見書の最終ページにある各所の筋肉の力が“△”とされてると、審査医が誤解することが少なくありません。すなわち、筋力は半分あるのだから、“歩行には壁、杖などの支持物が必要で、支なしでは全く歩けない”(両下肢の評価として2級)、ないしは、“ベッド周辺の数メートルしか歩けない”(両下肢の評価として3級。1km未満しか歩けないが4級なのでその中間で3級)と記載されていても、筋力が半分(△)あるということが理由で、下肢は5級とされることがありました。

これら疾患では筋力低下のみでなく、筋の易疲労と筋疲労からの回復遅延が著しいため、瞬間的に測定した筋力は健常者の半分であっても、筋力が速やかに激減するため、運動を継続することができないのです。

ですから、指定医は筋肉の機能障害の三要素を明確に記すことを求めます。審査会が指定医に照会する際は、筋肉の易疲労と筋疲労からの回復遅延がないか質問してくれたら正しい等級判定につながるので、切にお願い申し上げます。

【2】総合所見の記載

1) 下肢は両下肢として評価する

等級認定の手引き書では「両下肢」としての評価が記載されてます。

- 全廃/1級/立っていること及び歩行の不可能なもの

- 著障/2級/独歩は不可能であるが室内における補助的歩行の可能であるもの(補装具なし)。両脚起立及び室内での補助的歩行が手すり等により可能なもの

- 機障/3または4級: 両下肢全体の機能障害であるが、一下肢の機能全廃(3級)あるいは著障(4級)と同程度である場合

指定医の多くは脳卒中片麻痺での記載しかしたことがなく、「両下肢としての評価」項目があることに気付

いてません。これら疾患には左右差がないので、必ず両下肢としての評価を適用しないなりません。審査医が総合所見を読んだとき、片麻痺に準じた記載をしていることに気付いた場合は、両下肢としての認定基準を適用していただきたい。その結果、より重い等級が妥当ではないかと考えられる時は、その趣旨で指定医にご照会するのが適切でありましょう。

2) 上肢は握力の数値のみで評価しないこと

握力が5kg未満ならば、少なくとも4級なのでこの場合は不当に低い判定されることは極めて希。ところが、5～9kgだと「箸を使えない」「背中を洗えない」「タオルを絞れない」に“×”(できない)があっても、審査会が6や7級と判定することがしばしばあります。瞬間的に測定した握力は確かに8kgあっても、これら疾患患者では最大握力が数秒しか継続しないために、手指の実用性(機能)が握力と比較してあるかに低下しているのです。▽握力測定は2～3分後に再度

指定医には握力測定を2～3分後にもう一度することを強く推奨します。初回 4 or 9kgとすると、三分後は 2 or 4kgのようなことがほとんど全例なのです。この握力再測定は“筋肉の易疲労と筋疲労からの回復遅延”を明確に根拠づけます。

審査医は握力の数値の割には箸の使用が不可能等とあり、不審に思うことがあります。そんな場合は低い等級にしてしまいがちでしょうが、これら疾患の特質を考えて、背中を洗えない等の×項目を重視して、指定医等級認定をそのまま認めることを求めます。疑義を感じて、指定医に3分後の握力測定を求めたいこともありましょうが、握力測定のために患者さんが再び指定医を受診することは、大いなる身体的負担となりますので、指定医の意見書通りにそのまま認定することを願います。

▽5kgの重り

等級表から引用します。

``ア 一上肢の機能障害

(イ)「著しい障害」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障害をいう。

a 機能障害のある上肢では5kg 以内のものしか下げることができないもの。この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよい”

指定医が忘れがちなのは、5kgの重りを前腕にぶらさげて保持できるかの判定。指定医が所見を記載する意見書には5kgの重りについての項目が無いことが多いためでしょう。握力が12kgあっても、筋力が数秒で著しく衰えるために、重りを2秒しか保持できない患者が少なくありません。

指定医には5kgの重りぶら下げ実施を強くすすめます。これについての記載が欠如しており、握力が5～12kgほどあるのに、タオルを絞れないと認められてる場合、審査医は疾患の特性を考慮して、当該上肢を指定医が4級と判定していたら、そのまま認めていただきたいのです。

【3】審査医が陥りがちな誤解

等級表の解説から引用します

``(2) 肢体の疼痛又は筋力低下等の障害も、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障害として取扱う。

具体的な例は次のとおりである。

ア 疼痛による機能障害

筋力テスト、関節可動域の測定又はX線写真等により、疼痛による障害があることが医学的に証明されるもの

イ 筋力低下による機能障害

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障害があることが医学的に証明されるもの”

重要なことは、それら疾患における機能障害は筋肉の異常(三種類)によるのであり、疼痛が等級判定の根拠には全くならないこと。指定医が疼痛を等級判定の根拠として記載することは全くないと私は思います。しかしながら、意見書には疼痛の部位について記載するようになってるので、そこが空白ということはまずありません。

審査医に強く求めることは、疼痛に関しては全く無視すること。無視しないと、疼痛を根拠付ける検査所見が記載されてないため、低い等級であろうと指定医に疑義照会することがしばしばあったからです。これら疾患において常に疼痛がありますが、これら疾患の診断基準には通常の検査(血液検査、レントゲン/CT等の画像検査等)で異常がないことと明確に記載されてます。一般的検査で異常があれば別の病気なのです。指定医の多くは主治医ではありません。指定医は主治医からの診療情報提供書を受けて診察するわけですが、

主治医は一般検査で異常があれば必ず記載します。指定医からすると一般検査での異常が紹介状に書かれてないので、当然のことながら意見書には検査異常など書かれませんが、

もっと大切なことは、指定医が「徒手筋力テスト」で筋力低下の事実を認めているならば、それだけで“筋力低下による機能障害”が実在すると審査医が医学的・科学的に正しく認識することです。詳しく解説します。

1) “筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ”の解釈

これら疾患患者の筋肉を一見すると筋が萎縮していることも、普通な周囲径にみえることも、腫大していることもあります。

医学的に明瞭に誤っている言明を記します

- ・筋力が低下しているなら、常に筋が萎縮している（
- ・筋萎縮がないならば、筋力低下はない

“筋萎縮、筋の緊張等筋力低下”と並列して等級表の解説に書かれているために、筋萎縮と筋力低下が同時にあると誤解する審査医が少なくないことは理解できます。なぜならば、審査医は整形外科、脳神経外科、脳神経内科などの筋肉・神経系の専門医でないことが多いのであり、ましてやこれら疾患患者を多数診療してきた経験がある審査医はおそらく一人もおりませんから。

審査医が(筋力低下の)“原因が医学的に認められ”という文言を誤解することもしばしばあります。これら疾患に関して、この30年以上にわたる医学研究にもかかわらず、原因(遺伝的素因/遺伝子異常、ウイルスやプリオン等の病原体等)は全く不明です。誘因(引きがね)に関してはわかっております。ME/CFSの場合はEBウイルス、SARS-CoV-2感染(新型コロナ)などのウイルス感染、劣化ウラン弾による内部被曝(湾岸戦争におけるイラクやアメリカの軍人)、鉛などの重金属への暴露等々。FMIに関しては、ウイルス感染、交通事故等による疼痛等。

誘因に暴露された後、ME/CFSやFMを発症する人はごく一部なので、遺伝的素因が関与していることは女性が男性の約3倍であり、自己免疫疾患が男性より女性に多いことから確実と考えられますが、遺伝子異常はいまだわかってません。筋肉の三種類の異常に関しては、特殊な検査によるミトコンドリア機能低下を証明する医学論文が数多存在します(イギリスのSarah Myhillらの論文はネットで無料公開)。

しかし、どのような機序でミトコンドリア機能が低下しているかは未だにわかってません。けれども、ミトコンドリア遺伝子の多くは母から子供に遺伝する医学的事実があり、一卵性双生児におけるME/CFSやFMの同時発症が、二卵性双生児と比較すると遙かに多いことが既に疫学調査で知られています。

以上、査読付きの医学専門誌で公表されてきた医学的知見を総合すると、確かに原因は不明であるが、ME/CFSないしFMの診断基準を満たしている事実そのものが、骨格筋における三種類の異常の根拠なのです。そもそも、診断基準には筋力低下が含まれています。ただし、例えばFMIに関する米国での疫学調査で筋力低下は70%であります。筋力低下はFMないしME/CFSの診断に必須ではありません。申すまでもなく、肢体不自由での身体障害者手帳取得に値する重症のME/CFSないしFM患者において、全例で深刻な筋力低下(+筋の易疲労+筋疲労からの回復遅延)存在します。

2) “関節可動域の測定”は等級判定に関して、ほとんど意義がない(もしも、可動域制限があれば等級判定に影響はする場合があるものの)

これら疾患は慢性関節リウマチのような関節の拘縮がないため、患者の自動運動による可動域制限も医師が他動的に関節を動かすことによる制限も基本的に存在しません。もしも、存在するならば、たまたまりウマチ等の疾患を合併しているのです。

審査会にかけられて、私に届いた照会文書にしばしば記載されることは、“可動域制限について記載がないので、再度診察して記載すること”、“筋力の著しい低下は書かれているが、可動域制限の記載がないので可動域は正常とみなされる。だから、5級が相応”などです。筋力が低下しているならば必ず可動域制限があるはずとの、医学的に全く誤っている誤解からきております。既述したように、筋肉の異常は三種類あり、それら三種類の存在を指定医が患者を診察して認定しているならば、審査医はその事実を認めるなければならないのです。万が一、指定医が三種類の筋肉の異常を虚偽記載していると疑うならば、審査医が直接患者を診察して欲しいと思います。しかしながら、制度的に審査医が患者を診察することはできません。

【3】ME/CFS等の病態に関して

これら疾患における筋肉の異常(三種類)の原因は未だに不明であり、誘因はいろいろと知られてるのですが、病態については既にかなり明らかになっております。病態について、脳神経内科専門医でないと以下の説明を理解することは困難かも知れませんが記させていただきます。

★脳内炎症の存在

これら疾患患者に対する脳のPET検査がなされ、microgliaという免疫細胞の活性化が示されてます。マイクログリアはIL-6という免疫活性化のサイトカインを放出します。同細胞の異常な活性化が脳内炎症をもたらすことは医学的に妥当な仮説であり、脳内炎症の存在の有無を脳脊髄液検査により明らかにした医学論文が沢山あり、高率で脳脊髄液内に通常は存在しない自己抗体が検出されてます。血液検査での自己抗体検出も全例ではないのですが、比較的高率です。

ME/CFSやFMを専門的に診療ないし研究する医師達の共通認識は、これら疾患は自己免疫疾患であり、特に中枢神経系(脳と脊髄)の自己免疫疾患との認識なのです。自己免疫疾患との仮説で慢性関節リウマチという自己免疫疾患に対する生物学的製剤(IL-6受容体をブロックするアクテムラ、免疫細胞であるB細胞の数を減らすリツキシマブ等)が大学研究者等により試みられ、一部の患者にて奏功したと報告する医学論文が複数あります。私個人は論文前の段階で成果が得られたことをある医師から報告されてます。

ME/CFSの医師主導治験が国立精神・神経医療研究センターの研究班により始まりしました。もちろん、公費により。こちらをご参照ください⇒ <https://www.ncnp.go.jp/topics/detail.php?@uid=3rwyGfErGEkjuFa>
以下に、大切な部分を引用します。

//引用開始

ME/CFSは、ウイルス感染などをきっかけに発症し、高度の消耗や睡眠障害のために“寝たきり状態”になる、あるいは“日常的な社会生活に必要な身体活動が困難になる”難病です。症状に一定の改善が見られることはありますが、負荷のかかる生活や肉体的・精神的ストレスによって急激に悪化するために、社会復帰までには多くの困難を伴います。また一般的な血液検査や画像検査では異常がつかまらないために、医療現場あるいは一般社会での認知度は低く、患者さんやご家族の多くはきわめて厳しい状況に置かれています。

NCNP神経研究所免疫研究部では、ME/CFSの診療ネットワーク構築事業(AMED山村班; 2018-2020)、血液診断法の開発研究事業(AMED佐藤班; 2019-2021)を展開し、ME/CFSの病態理解や治療戦略の開発につながる成果を発表してきました 1)-4)。特に免疫細胞の一種であるB細胞や自己抗体の研究を精力的に進め、ME/CFS患者の30%以上に自律神経系分子(β 2アドレナリン受容体など)に対する自己抗体が検出されることを確認、さらに自律神経受容体に反応する自己抗体の上昇は、脳内の神経ネットワークの異常に関連していることを証明しました 2)。

並行してB細胞の抗原受容体の遺伝子を詳細に解析したところ、ME/CFS患者では特定の抗原(ウイルスなど)に暴露され、免疫系に強い刺激が入った状態にあることが推測されました 3)。以上から、ME/CFSは神経免疫疾患(神経系と免疫系の両者にまたがる問題を抱えた疾患)であり、神経免疫疾患に対して使う薬の適応拡大の可能性が考えられました。それに呼応するように、欧州の研究者から、ME/CFSが自己免疫疾患であることを支持する論文が次々に発表されました。

B細胞は現在、神経免疫疾患および自己免疫疾患において、重要な研究あるいは治療の標的となっていますが、ノルウェーの研究チームはME/CFS患者にB細胞を除去する抗CD20抗体リツキシマブを投与する臨床試験を実施しました。

悪性リンパ腫とME/CFSを合併した患者に悪性リンパ腫の治療を目的にリツキシマブを投与したところ、ME/CFSも改善したという臨床的観察から、この臨床試験が企画され、第II相試験では29名中18名の患者で有効性が確認されました。また第III相多施設共同プラセボ対照試験では有効性を示すことはできなかったものの、少なくとも一部の患者は治療に反応することが示されました。ME/CFSは多様な患者集団を含んでいることが予想され、リツキシマブはバイオマーカーで規定された特定の患者グループにおいて有効である可能性が示唆されました。

//引用終了

■まとめ/結語

▼指定医に対する推奨

- ・握力を2～3分後に測定すること
- ・診察と患者への問診により、筋の易疲労及び筋疲労からの回復遅延の有無を判定する

▼審査医に対して

- ・レントゲン、CT/MRIなどの検査異常の記載がなくとも、現実の機能障害をそのまま認めること
- ・指定医の意見書においてレントゲン、CT/MRIなどの検査異常が記載されてないことを理由として、指定医による等級判定を低くする照会をしない
- ・指定医に対してレントゲン、CT/MRIなどの検査を求めない
- ・可動域制限の記載がないことを理由として低い等級とする照会を指定医にしない
- ・指定医に可動域の記載を求める照会をしない
- ・指定医に筋肉周囲径の記載を求めない

▼厚労省及び都道府県・政令指定都市に求めること

- ・私が作成したこの意見書をそのまま、ないしは要約して、厚労省は都道府県と政令指定都市に通達する。厚労省のhomepageに記載する。
- ・都道府県・政令指定都市は肢体不自由に関する指定医の全員に、及び審査医の全員に、私が作成したこの意見書をそのまま、ないしは要約して、紙文書で送る。それら自治体のhomepageに記載する。

以上であります。