

ことが必要とされる（ただし、4級の一部は、部分的浮腫の存在を必須条件に日常生活活動の制限状況により、検査所見なしでも認定される）。また、臨床所見、検査所見によらず人工ペースメーカを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったものは1級に認定される。

また、18歳未満においては、臨床所見の7項目と胸部エックス線所見および心電図所見の7項目の計14項目を示し、1級はこのうちの6項目以上が認められることを必要条件とし、3級においては、5項目以上を認めるか、心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄若しくは閉塞があることを必要条件とし、4級は4項目以上が認められるか、心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があることを必要条件としている。

① 18歳以上と18歳未満で認定基準を異にすることについて

「18歳未満での発症で、18歳以上になって障害認定の申請があった場合は、原則として18歳以上用の診断書により認定するが、成長の度合いなどにより成人用の診断書を用いることが不適当な場合は適宜18歳未満用の診断書及び認定基準により判断すること」となっている。しかし、同じ障害でありながら18歳を境に認定基準が変わることは、障害の永続性の観点からも不合理で、「成長の度合い」についての判断基準も明確にすることが困難であるとの意見がある。

② 認定基準となる検査所見、臨床所見の各項目設定の妥当性について

前述のごとく、臨床・検査所見は日常生活活動の制限を裏付けるための最低必要条件を示す基準となるが、心機能障害の原因疾患はさまざまであり、各疾患の特異性までも視野に入れた基準項目の設定は極めて難しい。しかし、診断技術や診断機器の進歩もあるので、より総合的に、そして客観的に認定ができるように、検査所見については、心エコー所見や、ホルター心電図、血管造影所見、心筋シンチなどの項目も増やすことで、ある程度の改善は図れるものと思われる。根本的には、日常生活活動制限と検査所見の相関についての検討を行った上で、認定基準として用いられるべき項目の選択や重みづけについて再検討されるとともに、現在の認定基準の項目で、例えば心電図所見の「脚ブロック」や「期外収縮」など、その含有する内容が広いものについては、異常タイプの限定や別個での項目設定（例えば左脚ブロックや多源性心室性期外収縮など）が必要と思われる。また、特に慢性心不全の評価には、現在の安静時のみの異常に着目した項目設定では十分に評価できないとの意見がある。

③ 狭心症の取り扱いについて

現在の認定基準は、心不全症状とともに狭心症症状を出現させる程度の日常生活活動程度にも着目した基準を示していて、狭心症は心機能障害として認定される代表的疾患のごとく印象を与えるが、認定の実態としては、「発作時のみ」の心電図異常は認定要件の基準項目にはない。したがって、永続的な心筋障害が心電図などで証明されていな

い狭心症は認定対象にはなっていない。しかしながら、胸部エックス線所見や安静時心電図所見に異常がなくても、薬物コントロールが困難な頻回発作が常態化しているような狭心症で、日常生活制限を要する者についての認定漏れがないような認定項目の設定が必要である。

④ 心ペースメーカー装着、人工弁移植・弁置換を1級該当とする妥当性について

心ペースメーカーの適応になる心疾患は、ペースメーカーがなければ致命的であるとの理解で、ペースメーカー装着をもって1級認定がされてきた。しかし、その後の心ペースメーカーの進歩は著しく、またその適応も幅広くなり、種々の型式のペースメーカーが使用されるようになってきた。常時作動している心ペースメーカーと発作性不整脈発現時のみに働くペースメーカーなどのさまざまなペースメーカー装着者がおり、それをすべて同一に1級認定することへの疑問が出てきている。また、ペースメーカー装着医療の一般化により、もはや、一般的治療と同一に捉えて、ペースメーカー装着状態での日常生活活動制限状態で障害認定をすべきとの意見がある。人工弁移植・弁置換についても同様である。

(2) 腎機能障害

日常生活活動の制限を、満12歳以上については血清クレアチニン濃度、12歳未満にあっては内因性クレアチンクリアランス値で裏付けすることを必要条件に障害の認定がされる。

① 認定における検査値の位置づけについて

上記のごとく現在の認定においては、検査値が基準を満たすことは、絶対条件になっている。しかしながら、その値（例えば、12歳以上の1級認定には、クレアチニン濃度8.0mg/dl以上が必要条件）の絶対条件化については、加齢による正常値の変化（正常値が低くなる）や病態による透析導入の早期化（特に、糖尿病性腎症において）などから疑問視する意見がある。

② 慢性透析状態の取り扱いについて

現在、前述のごとく透析導入がされていても、透析前の血清クレアチニン濃度が認定基準に該当していなければ1級の認定はされない。これについては、検査値によらず慢性透析に導入されていれば1級相当にすべきとの意見がある一方、透析治療が一般化している状況から、透析をしている状況下での日常生活活動制限状態をもって障害認定すべきとの意見がある。また、同じ透析導入下でも、その全身状態、日常生活活動制限状況には幅があり、等級を検討する場合はこれを区別する必要性を唱える意見もある。

③ 血清クレアチニン濃度と内因性クレアチンクリアランス値の取り扱いについて

前述のごとく、12歳を境に内因性クレアチニン値は、認定基準からはずれるが、血清クレアチニン濃度と内因性クレアチニン値の異常程度には一致を見ない場合があり、また、障害の永続性の観点からも、ある年齢をもって、その検査値を認定上の判断に用いないことの妥当性について再検証すべきとの意見がある。

(3) 呼吸器機能障害

日常生活活動の制限を安静時動脈血ガス分析値および予測肺活量1秒率の値で裏付けることを必要条件に認定されている。他の検査としては、胸部エックス線所見が参考にされる。

① 検査項目の妥当性について

動脈血ガス分析値については、安静時の酸素非吸入状態での値が認定基準に用いられているが、慢性呼吸不全状態では、安静時よりも運動時に、より障害程度の違いが明らかになってくる場合が多い。また、現在の検査は換気状態についての評価はできるが、肺血流の状態の評価には必ずしも適さず、肺血管疾患による呼吸不全などでは、胸部エックス線所見に乏しいことも多く、正しく臨床状態を反映できない場合が想定される。以上から、検査項目に運動時の動脈血ガス分析値、肺CTスキャン所見、肺血流シンチなどの判断基準も使えるような検討が必要との意見がある。

② 肺血管病変や二次的呼吸不全について

呼吸器機能障害は、肺、胸郭系の疾患、呼吸筋（横隔膜を含む）や末梢神経の障害に由来する呼吸障害とされている。したがって、肺血管病変（肺塞栓、動静脈瘻など）や肝硬変症に伴う呼吸不全、延髄障害による低換気症候群などは認定されない場合がある。しかしながら、これらの呈する障害は、一般の呼吸器機能障害でみられる血液ガス異常と同様であり、これを区別する妥当性があるかの再検討が必要との意見がある。治療との関連で、気道の確保のために人工的器具の永続的使用が必要な場合（気管カニューレ抜去困難症、鼻カニューレの永続使用など）についても同様である。

(4) 膀胱又は直腸の機能障害

膀胱又は直腸の機能障害は、一定条件を満たすストマの永久造設あるいは一定条件を満たす治癒見込みのない腸管－腹壁瘻孔の状態があるか、ストマがなくても一定の条件を満たす二分脊椎があれば障害認定される。

① ストマのない場合の認定について

前述のごとくストマがなくても障害認定の対象となりうるのは、一定の条件を満たす

二分脊椎のみである。脊髄損傷やある種の骨盤腔の手術・治療でも二分脊椎と同様の神経因性膀胱状態を示すが、現在は認定対象にはならない。脊髄損傷の多くは、対麻痺あるいは四肢麻痺があり、肢体不自由1級を認定されているが、中には、神経因性膀胱としての障害のみが目立つ場合があり、またある種の骨盤腔の手術・治療においては、神経因性膀胱と排便障害（便失禁）が唯一の障害であることもある。先天性鎖肛で肛門形成術を受けた場合や人工膀胱を造設されて通常の尿道から排泄する場合なども一般的にはストマ造設とは認められずに認定対象とはならないが、失禁のために日常生活の制限を受けている場合も多いことから認定対象となるように検討を望む声がある。

障害認定を失禁状態のすべてに広げることについては問題視する意見があり、加齢やいわゆる寝たきり状態に伴う失禁などは除外すべきとされ、この場合はこれらを除外する客観的基準を設定する必要がある。

② 下行・S状結腸のストマの認定について

下行・S状結腸のストマのみの場合は、「ストマの変形若しくは周辺の皮膚びらんがあるためにストマ用具の交換を1日1回以上行う必要があるもの、若しくは洗腸によることを必要とするもの」について障害認定されるが、現在、皮膚びらんはなくても洗腸を要している場合は、びらんを予防している意味も踏まえて認定されるようになっていく。単にストマを持つことだけで4級以上を認定するようにすべきとの意見がある。

（5）小腸機能障害

切除あるいは疾患によって小腸機能が障害され、栄養維持のために中心静脈栄養や経腸栄養が必要な場合にその依存度などにより、障害認定の対象となる。

① 経腸栄養について

経腸栄養は、経管によって成分栄養を与える方法としているため、同栄養を経管によらず経口摂取している場合は認定対象とならない。経口、経管を区別せず、成分栄養あるいは特殊加工栄養をとる必要性の程度によって障害認定をすべきとの意見がある。

（6）ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

ヒト免疫不全ウイルスの感染が確認され、一定の検査所見と臨床症状に該当すれば認定される。CD4値と、他の検査値や臨床症状の12項目中の該当する項目数あるいはその項目組み合わせで認定基準がつけられている。ヒト免疫不全ウイルスによる免疫障害の認定は、まさに疾病の状態が変動している治療中での認定が多いことが、他の障害とは大きく異なる。

① 検査値について

認定にあたっては、多くの検査値については4週間の間隔を開けた2回の値が基準値を満たす必要があるが、近年の治療法の進歩により、治療の開始や治療薬の変更などで、4週間のうちに、基準値を満たす状態が持続する例の減少が想定される。他の内部障害では、異常な検査値の持続によって障害の固定が確認されることが多いが、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫障害では、積極的な治療下での認定という特殊な事情があって、検査値の変動が大きいという特性がある。認定基準ができて間もないが、治療法の進歩にも対応した認定基準の見直しが適時行われる必要があると思われる。

以上、内部障害の認定上の諸問題について述べた。

今後、障害認定において、現在の日常生活活動の制限以外に、社会活動の制限状況（経済因子、環境因子、障害に対する偏見なども含む）の評価や、必要な介護種類と介護量などの要素の評価も含めた障害の総合的評価法の検討が望まれる。これにより、現在の障害認定基準では必ずしも障害認定の対象にならないもの（例えば、高次脳機能障害、肝硬変症、ある種の難病など）も含めて、障害種類によらない、より普遍的な障害認定方法の確立が期待される。

第3章 諸外国の身体障害の認定

1. アメリカにおける障害認定

(1) 米国の障害者認定制度

米国には、障害認定を実施しているさまざまな制度が存在する。ここでは、最初にこれらの制度について概観する。

① ADA

米国では、1990年に「障害をもつアメリカ人法（ADA：American with Disability Act）」が成立した。条文には、国内の障害のあるアメリカ人は約4300万人と記載されている（第2条）。

障害の定義は、次のようになされている。

「障害」とは、個人に関して以下のことを意味する—

- (a)個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。
- (b)そのような機能障害の経歴のあること。
- (c)そのような機能障害をもつとみなされること。（第3条）

ただし、薬物の不正使用者は該当しない。（第510条）

第510条

- (a) 総則 本法の目的から、「障害者」とは、適用対象事業者が薬物の不法使用を問題とした時点で薬物を不法使用している個人は含まない。
- (b) 解釈の原則 (a)項は、下記の者を障害者として排除するものと解釈してはならないものとする。
 - (1) 監視下における薬物リハビリテーション・プログラムを無事に完了して、もはや薬物の不法使用を行っていないか、もしくはその他の方法でリハビリテーションに成功して、もはやそうした使用を行っていない個人。
 - (2) 監視下におけるリハビリテーション・プログラムに参加中であり、もはやそうした使用を行っていない個人。
 - (3) 誤って使用を行っているとみなされたが、そうした使用は行っていない個人。ただし、適用対象事業者が、(1)号または(2)号に定める個人がもはや薬物の使用を行っていないことを確認することを目的とする薬物テスト（これには限定されない）を含む妥当な方針または手順の採用もしくは管理をすることは、本法の違反とはならないものとする。ただし、本条のいかなる規定も、薬物の不法使用のためにテストを行なうことを奨励し、禁止し、制限し、もしくは許可するものと解釈してはならないものとする。
- (c) 保健およびその他のサービス(a)項および第511条(b)項(3)の規定にかかわらず個人が保健サービス等を受ける権利を有する場合は、現在薬物を不法使用していることを理由として、保健サービス、または薬物リハビリテーションに関連して提供されるサービスを、個人に対して拒否してはならないものとする。
- (d) 薬物の不法使用の定義
 - (1) 総則—「薬物の不法使用」とは、規制物質法（21U.S.C.812）に基づいてその所持または配付は不法とされる薬物を使用することを意味する。この用語には、免許のある保健専門家による監視下で摂取される薬物の使用、または、規制物質法または連邦法のその他の規定によって許可されたその他の使用は含まれないものとする。
 - (2) 薬物—「薬物」とは、規制物質法第202条の付表I～Vで定義されている規制物質を意味する。
 - ・性行動障害や盗癖なども該当しない。（第511条）

第511条 定義

- (a) 同性愛および両性愛—第3条(2)における「障害」を定義する目的からは、同性愛および両性愛は該当せず、したがって本法に基づく障害ではない。
- (b) 特定の状態 本法のもとでは、「障害」とは下記は含まないものとする。
 - (1) 服装倒錯、性倒錯、小児愛、露出症、窺視症、性別障害など身体障害の結果生じたものではないもの、またはその他の性行動障害。
 - (2) 強迫賭博症、盗癖、または放火癖または、
 - (3) 現在の薬物の不法使用の結果たる精神活性物質使用障害。

② 1973年リハビリテーション法

障害の定義は、ADAと同じである。

- (a) 個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。
- (b) そのような機能障害の経歴のあること。
- (c) そのような機能障害をもつとみなされること。(第7条)。

また、薬物の不法使用者は含まれない。ただし、次の者は含まれる。

- (1) 監視下における薬物リハビリテーション・プログラムを無事に完了して、もはや薬物の不法使用を行っていないか、もしくは、その他の方法でリハビリテーションに成功して、もはやそうした使用を行っていない者。
- (2) 監視下におけるリハビリテーション・プログラムに参加しており、もはやそうした使用を行っていない者。または、
- (3) 誤って使用を行っているとみなされたが、そうした使用を行っていない者。
 - ・アルコール中毒者は含まない。

この規定は、ADA法第512条により次のように解釈されている。

1973年リハビリテーション法第503条および504条の目的からは、「障害者」とは、現在アルコールの使用によって、対象たる業務の遂行が妨げられ、もしくは、現在アルコールを乱用しているために、その雇用が他の者の財産もしくは安全に対する直接の脅威を構成しているようなアルコール中毒者は含まない。

ここで、不法薬物とは、規制物質法第202条(21U.S.C812)の附表I~Vで定義される規制物質を意味する。「薬物の不法使用」とは、規制物質法に基づいてその所持もしくは配付が不法とされる薬物の使用を意味する。この用語には、免許のある保健専門家による監視下において摂取される薬物の使用、または、規制物質法もしくはその他の連邦法の規定によって認められた使用は含まない。

③ 社会保障法

社会保障法に基づく制度として、障害年金(DI: Disability Insurance)、所得補足給付(S SI: Supplemental Security Income)、じん肺年金(Black Lung Benefits)、鉄道従業員年金(Railroad Retirement Program)、連邦職員退職年金(Civil Service Disability Retirement Benefits)、退役軍人恩給(Veterans Disability Program)がある。これらの障害認定は、同じ基準で行なわれている。

DIは、社会保障法(SSA: Social Security Act)に基づく勤労者全体を対象とした保険制度で、基本的な目的は、被保険者が障害や老齢などのために収入を失ったときに所得の一部を保

障するというものである。日本の制度でいえば、公的年金における障害年金がこれに相当する。一般被用者・自営業者が支払う所得税とともに徴収される社会保障税を原資としている。この社会保障税は、老齢・遺族保険（OASI： Old-Age and Survivors Insurance）、DI、健康保険（HI： Health Insurance）のそれぞれの基金に分配される。労働者の大部分が加入しており、1996現在で1億4370万人が被保険者となっている。

SSIも社会保障法に基づく手当制度であり、経済的に困窮している障害者、盲人又は65歳以上の高齢者に最低限の収入を保証するための手当を支給する制度である。この制度は、保険ではなく、手当の受給要件として資力調査を行なう生活保護の一種である。日本の制度でいえば、生活保護に相当する。有資格受益者に対しては、毎月現金で支給される。連邦政府の一般会計が財源を負担している。

じん肺年金は、じん肺手当法（Black Lung Benefits Act）に基づき、炭坑で働いていた労働者がその労働が原因で障害者になった場合に給付されるが、1973年6月30日以前の対象者については社会保障法に基づき手当を支給している。

社会保障法では、OASI、SSIおよびじん肺年金以外に、退職年金（Retirement insurance）、遺族年金（Survivors insurance）、高齢者・障害者および終末腎臓病者のための健康保険（Hospital and medical insurance for the aged, the disabled, and those with end-stage renal disease）、失業保険（Unemployment insurance）、生活保護（Public assistance and welfare services）を規定しているが、これらについては、障害を事由にするものではない。

鉄道従業員年金は、鉄道従業員退職年金法に基づき、鉄道従業員だけを対象とした年金制度であり、老齢年金に加え職務上の障害に対して年金を支給している。連邦職員退職年金も、同様の制度で、連邦職員退職年金法に基づき連邦職員を対象とした制度であるが、1984年1月から新規採用される連邦政府職員は、OASDIの対象となった。退役軍人恩給は、退役軍人を対象とした年金制度で、公務災害である場合とそうでない場合とでは取り扱いが違ふ。

以上は、連邦政府の制度であるが、同様の目的をもつ制度として労災保障制度（Workmen's Compensation）があるが、これは州の制度である。また、州によっては、連邦政府の制度に追加して障害者手当を追加したり独自に障害者手当制度をもっているところがある。これについては、国の制度ではないので除外する。

DI（障害年金）

DIは、SSIとともに社会保障法（SSA）に規定された制度である。SSAの基本的な目的は、「蓄えを失ったり、家庭を維持できなかつたり、子供を健康かつ安全に養育できなくなるような事態をまねく疾病（illness）による支出に対して高齢者及び障害者を保護することで、個人および家族の物質的ニーズを満たすこと」である。DIの目的については、同法に特に目的規定はないが、拠出性の年金制度であり、次の受給要件のすべてを満たす場合に支給される。

a. 障害の状態にあること

医学的に証明できる精神障害または身体障害者でその障害のために実質的な収入をもたらす仕事に就くことができないこと。この障害は、少なくとも12ヶ月継続するか、あるいは継続したか、又

は死亡に至ると考えられる障害であること。また、この仕事とは、従前の職業ではなく、一般的な仕事の意味である。

b. 必要な保険加入期間を満たしていること

障害発生前40クォーター（120月：10年）間に少なくとも20クォーター（60月：5年）の保険料支払い期間がある必要がある。ただし、若年齢のために5年間の加入が不可能な場合があるので年齢によって期間が短縮される。例えば、24歳未満の場合、障害発生前3年間に1.5年間の加入期間が必要である。24歳以上31歳未満の場合は、21歳から障害発生までの期間の半分の加入期間が必要である。

c. 5ヶ月間の待機期間を満たしていること

ただし、障害のある労働者が過去5年以内に障害年金を受給したことがある場合は、この期間は必要ない。

d. 65歳未満であること

SSI（所得補足給付）

SSIも社会保障法（SSA）に規定された制度である。SSIの目的は、高齢者、盲人及び障害者で低所得のものに最低限の収入を保証することである。受給要件は、次のとおりである。

a. 高齢者または障害者のために働けないであること（SSA法223条）

以下の3項のどれかに該当すること。

- ・65歳以上であること。
- ・医学的に証明できる精神障害または身体障害のために実質的な収入をもたらす仕事に就くことができないこと。この障害は、少なくとも12ヶ月継続するか、あるいは継続したか、又は死亡に至ると考えられる障害であること。
- ・盲人であること。

b. 資産や所得が一定以下であること

SSIは、保険制度ではないので加入期間の要件はないが、無拠出の制度であることから、所得と資産がある一定以下でなければならない。資力調査の結果、資力が一定水準以下であれば、家族構成や家屋の借家か自宅等の家屋の所有形態によって手当額が決められる。この額は、資産が2000ドル以下か、資産と所得を合わせて3000ドル以下とされている。例えば、1997年現在、単身者の場合、月額所得が484ドル以下のもの。でなければならない。夫婦二人の場合、726ドル以下のもの。である。また、資産の場合、単身者で2250ドル以下、夫婦二人の場合、3000ドル以下である。

（2ss2113）

障害者に着目すれば、視覚障害者を除けば、障害の要件は、DIと同じである。視覚障害者の場合、実質的な収入をもたらす仕事に就いていないという要件は必要ない。また、受給するには加入期間

の要件は必要ない。また、待機期間もない。そのかわりに、資産や収入に一定の制限が設けられている。そのために、SSIの場合資力調査が行われる。また、一定の障害者及び盲人のSSIの受給者は、社会保障の障害年金をも受けることができるが、その場合のSSIの給付額は調整されて減額される。DIの障害認定基準は、SSIにおける障害認定基準と同じであるため、DI受給者は同時にSSIを受給しているのが普通である。

また、2年以上障害者手当を受ければ、メディケアの資格が得られる。メディケアは、高齢障害者と障害者のための無拋出の医療制度であり、日本で言えば、医療扶助に相当する。さらに、ほとんどのSSI受給者は、メディケイドという高齢者と障害者を対象とした福祉制度の対象にもなるので、半分以上の州では、自動的に両方の対象になるようになっている。

障害労働者として年金を受けていたことがあり、その支給が停止された後5年以内に再び障害者となった場合は、新しい障害の最初の月から年金は再び支給される。新たに5ヶ月間待機する必要はない。また、以前メディケアの受給権を有していた場合は、年金が再び支給されるようになると同時にその権利も復活する。

就労している盲人には、次のような特別の援助の措置がある。

- a. 実質的に収入がある仕事とみなされるのは、月額800ドルまで。
- b. 55歳か盲人になった時のどちらか遅い方の時まで、通常してきた仕事に必要な技術や能力に匹敵するような仕事をすることができなくても55歳から65歳まで障害年金を受給することができる。しかし、実質的な収入をもたらす仕事に就いた月は、年金は支給されない。
- c. 収入が高すぎて障害年金を受給することができなくても、障害「凍結」の権利がある。これは、収入の平均によって計算される将来の年金額が、盲人であるために比較的低い収入だった期間によって低い額とならないようにされることを意味している。

年金は、障害による労働不能が続く限り支給される。社会保障庁が特段の期間を定めない限り、3年ごとにそのことを証明するため再調査が行われる。そのたびに診断書が必要である。場合によっては、特別の検査を受けるようにいわれる場合もある。

障害者でないと決定された場合は、再考(Reconsideration)を求める不服申立てをすることができる。不服申立てがなされれば、所在地の州の機関が審査を行なう。

(2) 障害認定基準

身体障害者福祉法に類似の厳密な身体障害認定が実施されている主なものは、労働災害補償、社会保障、退役軍人制度である。身体障害者福祉法は、社会保障制度であることから、ここでは、DIとSSIにおける障害認定について概略を説明する。

社会保障法上障害者と認められるためには、次のような身体上又は精神上の状態にある必要がある。この障害基準に該当する場合は、重度障害であると認められ、労働能力があるかどうかの判定を経ないでDIが給付される。この基準は、医学的なもので、詳細な検査方法についての指示がなされる。しかし、この基準にそのまま該当しなくても、それに相当する程度の障害があると認められれば、機能障害と認定されるし、たとえ、医学的障害とは障害と認定されなくても、その後の労働能力の喪失の評価において認められればDIは支給される。

以下はDisability Evaluation Under Social Security (1998)の基準の主要部分の概略である。

① 筋骨格系

1.02 リウマチ性関節炎およびその他の炎症性関節炎

AとBの両方があること。

- A. 病歴に多関節性の持続する痛み、腫脹、圧痛が認められ、(時には複数の大関節の場合もある。(1.00D参照) 3ヶ月以上の治療にも関わらず、診察すると、関節の炎症(腫脹、圧痛)が症状として認められ、患部の関節の機能に著しい制限が認められ、少なくとも12ヶ月以上の臨床活動が続くと予想される。そして
- B. 次の項目のうちいくつかによって診断が確認されること。
1. リウマトイド因子を調べる血清検査で、陽性が出る
 2. 抗核抗体
 3. 赤血球沈降速度が亢進する
 4. 滑膜あるいは、皮下結節の生検により組織学的に特徴的な変化が見られる。(これらは社会保障障害評価とは関係なく獲得される)

1.03 (何らかの原因による) 体重を支持する大関節の関節炎

今までの病歴に、持続性の関節の痛みと強直が見られ、診察すると、患部の関節に動きの制限や異常が症状としてみられる。さらに、次のどちらかに該当すること。

- A. 股関節あるいは膝関節に大きな解剖学的な変形が見られ、(例えば、亜脱臼、拘縮、骨性強直、線維性強縮、不安定性)関節間腔の狭小化、あるいは骨が破損していることがX線でも確認され、明らかに歩行や起立に制限がある。
- B. 体重を支持する大関節の再形成手術、または、関節を固定する手術が行われたが、全体重負荷状態までには回復しなかったか、今後12ヶ月以内には回復できないと予想される。

1.04 (何らかの原因による) 上肢のいずれか一つの大きな関節の関節炎。

病歴に持続性の痛みと強直が見られ、診察すると、患部の関節にはっきりした動きの制限が症状としてみられ、X線によって関節間腔の狭小化や骨の破損が証明されている。さらに、次のどちらかの状態にあること。

- A. 肩関節の外転と、前方屈曲(挙上)が、肩甲骨の動きを含めて90°以下のものに制限されている。
- B. 大きな解剖学的変形(例えば、亜脱臼、拘縮、骨性強直、線維性強直、不安定性、尺骨偏位など)が見られ、患部の関節の腫脹と滲出液がみられる。

1.05 脊椎の異常

次のどれかに該当すること。

- A. 頸椎あるいは胸腰椎が、正中位より 30 度以上屈曲して強直しているか、固定しているような関節炎。X線によって、次のことが証明される。
1. 腹側と側方の靭帯が石灰化している。
 2. 仙腸骨の関節が、異常な骨端性骨結合（アポフィーズ）によって両側性に強直を起こしている。
- B. 痛みを生じる全般的な骨粗鬆症と、次のどちらかのX線所見を伴う傍脊柱筋の痙縮がみられること。
1. 直接に障害を受けたわけでもないのに、少なくとも 50%、脊椎体の以前の高さより失われるような圧迫骨折。
 2. 直接障害を受けていないのに、脊椎が重複して骨折している。
- C. その他の遺伝的な脊椎起因性の疾患（例えば、随核の脱出、脊椎狭窄など）。少なくとも 3 ヶ月治療を加えても、次のような症状がしつこく続き、12 ヶ月は続くと思われる。そして、次の 1 と 2 の両方を伴うこと。
1. 痛み、筋肉の痙縮、脊椎の可動制限が著しい。
 2. 神経根分布に一致する筋力低下と感覚・反射の喪失を伴う、著しい運動性の喪失がある。

1.08 骨髄炎、あるいは、敗血症性関節炎

（X線によって証明されているもの）

次のどれかに該当すること。

- A. 骨盤、脊椎、大腿骨、脛骨、上肢あるいは下肢の大関節に生じている。
決定に先立つ 5 ヶ月以内に、急性の発症が少なくとも 2 回起きたことがある。または、継続的に、症状が続いている。局所的な炎症と全身症状が見られ、検査によっても明らかであること（例えば、熱感、発赤、腫脹、白血球増多、赤血球沈降速度亢進など）そして、治療を加えても、少なくとも 12 ヶ月以上は続くと思われる。
- B. 上記Aの症状が多発性に、全身にみられる。

1.09 切断、あるいは解剖学的変形

次のものの切断あるいは解剖学的変形（すなわち、血管や神経の欠損に伴う変化による主要な機能の喪失、筋肉あるいは腱の外傷性喪失、不適切肢位角度での骨性強直、関節の脱臼、不安定性のX線所見が確認できるもの）

- A. 両方の手
- B. 両方の足
- C. 一つの手と、一つの足

1.10 下肢の一つの切断

（足根骨部あるいはそのより近位）

次のどれかに該当すること。

- A. 骨盤片側切除あるいは股関節離断
- B. 末梢血管疾患あるいは糖尿病のために、足根骨部かそれより近位で切断する。
- C. 以下のいずれかの理由により、補助具を使わないと義足が効果的に使えない。
 - 1. 血管疾患
 - 2. 神経学的合併症（例えば、位置感覚の喪失など）
 - 3. 断端が短すぎる。あるいは断端の合併症がいつまでも治らない、または、少なくとも12ヶ月以上は治らないと予想される。
 - 4. 歩いたり立ったりする能力が著しく制限されるような反対側下肢の異常。

1.11 大腿骨、脛骨、足根骨、骨盤の骨折

しっかりした癒合がX線でも診察でも確認できない。完全な体重負荷が出来る状態に戻っていないか、発症から12ヶ月以内には戻らないだろうと予想できるとき。

1.12 上腕骨、とう骨、尺骨などの骨幹の骨折① 上肢骨折②

①癒合せず、機能回復を目指した外科的治療が、続けられているにもかかわらず、機能が回復していないもの。②発症から12ヶ月以内には、回復しないと予想できるようなもの。

1.13 上肢、あるいは下肢の軟部組織の障害

発症から、12ヶ月以内に、機能の回復を目指した一連の外科的治療を必要とするもので、発症から12ヶ月以内に、主要な機能が回復しなかったか、回復しないと予想されるもの。

② 視聴覚・言語

2.02 中心視のインペアメント

良い方の眼の残存視力が、矯正後で20/200、あるいはそれ以下のもの。

2.03 良い方の眼の周辺視野の狭窄

次のどれかに該当すること。

- A. 焦点から、10° あるいはそれ以下のもの。
- B. 最大の直径の描く弧が、20° 以下のもの。
- C. 視能率が、20%かそれ以下のもの。

2.04 視能率の喪失

良い方の眼の視能率が、最も良く、矯正した場合でも、20%かそれ以下のもの。(残っている視野の視能率の% = 残っている中心視力の%)

2.05 完全同名半盲

(黄斑部回避があるもの、あるいは、ないもの。) 2.04 に従って判定すること。

2.06 両眼の全眼筋麻痺

2.07 平衡障害、耳鳴り、進行性の聴力喪失で特徴づけられる、蝸牛・前庭部の機能不全 (メニエル氏病を含む)

A、B両方を伴うもの。

- A. 前庭・蝸牛管の機能不全が、前庭器官のカロリーテストによって示されている。
- B. オーディオメトリーによって、聴覚の喪失が確認されている。

2.08 聴覚インペアメント (補聴器を使っても聴覚が回復できない)

以下のことによってはっきりわかる。つぎのどれかに該当すること。

- A. 気導で90デシベル、あるいは、それ以上でないと、音を聞き取れない。
骨導だと、500、1000、2000Hzのレベル (1.00B1参照)
- B. 音声弁別が、良い方の耳で、40%か、それ以下のもの。

2.09 音声機能障害

何らかの原因により、どんな手段を使っても、理解可能な言語の発声が出来ないもの。

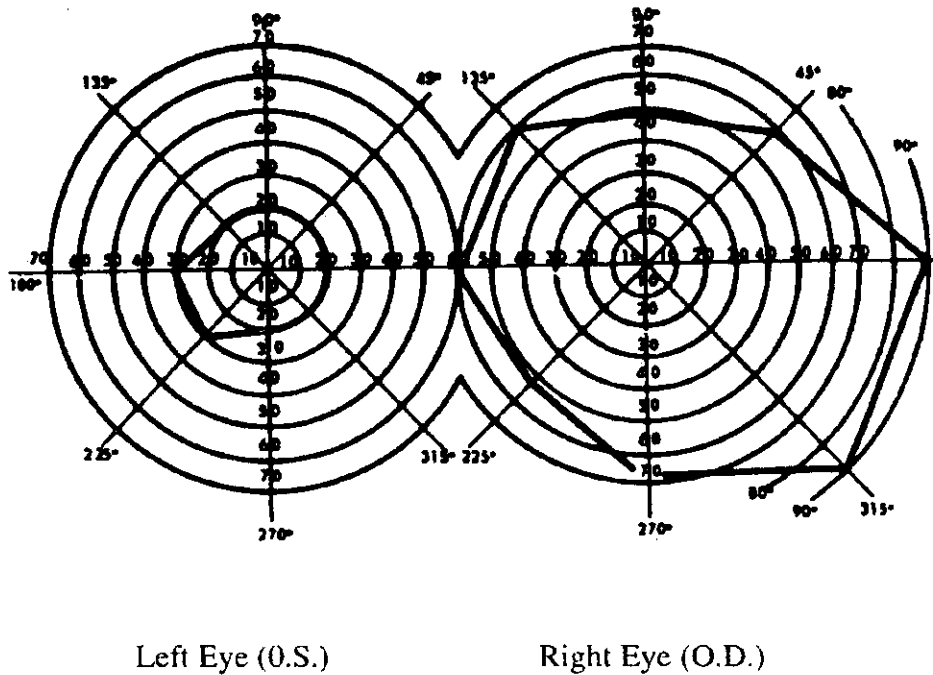
表1 水晶体のある眼、水晶体のない眼(良い方の眼)における距離 中心視力に対応した視能率のパーセンテージ

スネル		中心視能率のパーセント		
英国式	メートル法	有水晶体1	片側無水晶体2	両側無水晶体3
20/16	6/5	100	50	75
20/20	6/6	100	50	75
20/25	6/7.5	95	47	71
20/32	6/10	90	45	67
20/40	6/12	85	42	64
20/50	6/15	75	37	56
20/64	6/20	65	32	49
20/80	6/24	55	30	45
20/100	6/30	50	25	37
20/125	6/38	40	20	30
20/160	6/48	30	-	22
20/200	6/60	20	-	-

表の使い方

1. 水晶体がある
 1. 両方の目にレンズが存在している。
 2. レンズがよい方の目にあって、弱い方の目にはない
 3. レンズが1つの目にあって、もう一つの目は、摘出されている。
2. 単眼性
 1. 良い方の目にレンズが無く、弱い方の目にはレンズがある。
 2. どちらの目にもレンズがない。しかしながら、最大限に矯正したあとでの、弱い方の目の視力が以 20/200 かそれ以下のもの。である。
 3. 片方の目に、レンズが無く、もう一つの目は摘出されている。
3. 両眼性
 1. 両方とも、レンズが無く、弱い方の目の視力が、最大限に矯正したあとで、20/200 以上である。

表2 視野チャート
 正常な視野の範囲と視能率を計算する方法の図。



1. 右目の図表は、標準的な測定器で、3/330 のところで、(3ミリの白い円盤を、330 mmの距離に置く) 7フット燭の明るさの下でテストしたときの、正常な視野の範囲を示している。この視野では、8つの主要な、経線上の角度を、合計すると500°になる。

2. 8つの主要な経線上の度数を合計して500で割ることによって、視能率が得られる。左目の図表は、視野が、横方向、下方向、外方向では、30°に、それ以下の方向では、20°に制限されていることを示している。この場合の効率性は、 $6 \times 20 + 2 \times 30 = 180$ $180 \div 500 = 0.36$ すなわち36%の残存視能率ということができし、64%の視能率の喪失と言うこともできる。

③ 呼吸器系

3.02 慢性的な肺不全

以下のうちいずれかに該当する。

- A. 何らかの原因による慢性閉塞性肺疾患で、表Iに特定してある身長に呼応する FEV_1 の値と同じかそれより低い値を示す場合 (著しい脊椎の変形がある場合は、3.00Eを参照のこと)

表 I

身長 (センチメートル) 靴を脱いだ状態。	身長 (インチ) 靴を脱いだ状態	FEV_1 (L. BTPS)
-----------------------	------------------	-------------------

154 以下	60 以下	1.05
155-160	61-63	1.15
161-165	64-65	1.25
166-170	66-67	1.35
170-175	68-69	1.45
175-180	70-71	1.55
180 以上	72 以上	1.65

B. 何らかの原因による、慢性拘束性疾患で、表Ⅱに特定された身長に呼応するFVC版と、等しいかそれ以下の値を示す場合（著しい脊椎の変形がある場合は、3.00Eを参照のこと）

表 Ⅱ

身長（センチメートル）靴を脱いだ状態。	身長（インチ）靴を脱いだ状態	FVC (L. BTPS)
154 以下	60 以下	1.25
155-160	61-63	1.35
161-165	64-65	1.45
166-170	66-67	1.55
170-175	68-69	1.65
175-180	70-71	1.75
180 以上	72 以上	1.85

C. 臨床的に証明された疾患による慢性的のガス交換障害で、以下のうちどれかを伴うもの。

1. 一回呼吸のDLCO（3.00F1 参照）が、10.5ml/分/mmHg 以下か推定正常値の40%以下である。（推定値は、そのテストが行われる場所で得られたデータに基づくものであるか、そのテストが行われる場所で使われているものと同じ技術を使っている研究所で発行している印刷物に基づくものでなければならない。推定値の根拠となる情報源は、記録しておかなければならない。もし、出版物でないときは、表の形か、ノモグラムで提出しなければならない。）
2. 安静時（室内の空気を吸いながら、目覚めた状態で、座位か立位で）に測定された、動脈血ガスのPO₂値および同時に決定されるPCO₂値。臨床的に安定した状態の時に、少なくとも2回、6ヶ月以内の間に、3週間以上の間をお

いて測定する。それらの値が、表Ⅲ-A、Ⅲ-B、Ⅲ-Cのうちから適用できるものを選び、その表の中に、特定されている値と同じか、それ以下である場合。

表Ⅲ-A

(海拔3,000フィートより低いところにテスト場所がある場合に適用できる。)

動脈血内 PCO ₂ (mmHg)および	動脈血内 PO ₂ (mmHg)等しいか、それ以下
30 あるいはそれ以下	65
31	64
32	63
33	62
34	61
35	60
36	59
37	58
38	57
39	56
40 あるいはそれ以上	55

表Ⅲ-B

(テスト場所が海拔3,000フィートから、6,000フィートの間にある場合適用できる)

動脈血内 PCO ₂ (mmHg)	動脈血内 PO ₂ (mmHg)等しいか、それ以下
30 あるいはそれ以下	60
31	59
32	58
33	57
34	56
35	55
36	54
37	53
38	52
39	51
40 あるいはそれ以上	50

表Ⅲ-C

(テスト場所が海拔6,000フィート以上の時適用できる)

動脈血内 PCO ₂ (mmHg)	動脈血内 PO ₂ (mmHg)等しいか、それ以下
------------------------------	--------------------------------------

30 あるいはそれ以下	55
31	54
32	53
33	52
34	51
35	50
36	49
37	48
38	47
39	46
40 あるいはそれ以上	45

3. 室内の空気を吸い、一定の運動をしながら（運動のレベルは、17.5ml 酸素消費量/kg/分あるいは、5METs か、それ以下）測定した動脈血内 PO_2 と、同時に決まる PCO_2 の値が、3.02C2 の表Ⅲ-AかⅢ-BかⅢ-Cのいずれかのうち適用できるものに特定されている値と等しいか、それ以下である場合。

3.03 喘息

以下のいずれかをともなう。

- A. 慢性喘息性気管支炎。 3.02Aの慢性閉塞性肺疾患のための基準のもとで、評価すること。
- B. 処方された治療にも関わらず、医者の介入を要するような発作、(3.00C2定義されている)が、少なくとも、2ヶ月ごと、あるいは、1年に6回以上起きている。喘息のコントロールのための24時間以上入院したときは、一回につき、2回の発作と数えることと、発作の頻度を決定するためには、続けて12ヶ月以上の期間を評価期間としなければならない。

3.04 嚢胞性線維症

以下のいずれかに該当すること。

- A. 表IVに見るように、 FEV_1 が、身長に呼応する特定の値と同じか、それ以下である。(著しい脊椎の変形がある場合は、3.00Eを参照のこと。)
- B. 医師の介入を要するような、気管支炎、肺炎、咯血(痰に血が混じる程度以上のもの)呼吸不全(3.00Cに書いてあるような。)の発症が、少なくとも2ヶ月に一回あるいは、1年に6回以上起きている。治療のために、24時間以上入院したときは、一回につき2回の発症と数える。また、発症の頻度を定めるためには、少なくとも続けて12ヶ月以上を評価期間としなければならない。
- C. 静脈注射あるいは噴霧器による抗菌治療を必要とするような細菌感染症の発症

が、少なくとも6ヶ月に一回は、重複したり繰り返して症状を発現する持続的な肺感染症。

表 IV

(3.04A-嚢胞性線維症の評価のためだけに適用できる)

身長(センチメートル)靴を脱いだ状態。	身長(インチ)靴を脱いだ状態	FEV ₁ 等しいかそれ以下(L, BTPS)
154 あるいはそれ以下	60 以下あるいはそれ以下	1.25
155-160	61-63	1.35
161-165	64-65	1.45
166-170	66-67	1.55
170-175	68-69	1.65
175-180	70-71	1.75
180 あるいはそれ以上	72 以上あるいはそれ以下	1.85

3.05 (保留)

3.06 塵肺症 (適切な画像技術によって示されている)

3.02の適切な基準のもとで評価すること。

3.07 気管支拡張症 (適切な画像技術によって示されている)

以下のいずれかを伴う。

- A. 広範な疾患による肺機能の障害。3.02の適切な基準によって評価すること。
- B. 医師の介入を要するような、気管支炎、肺炎、咯血(痰に血が混じる程度以上のもの)、呼吸不全(3.00Cに従って証明されたもの)の発症が少なくとも、2ヶ月に一回、あるいは、一年に6回起こる。治療のために24時間以上入院したときは、1回について2回の発症と数える。発症の頻度を決定するためには、少なくとも、12ヶ月以上を評価期間とする。

3.08 細菌性、真菌性、その他の肺の慢性持続性感染症 (3.00B参照)

3.02の適切な基準によって評価すること。

3.09 慢性肺高血圧症に二次的に生じる肺性心

肺性心の臨床的証拠(3.00Gに従って、証明されたもの)があること。

次のいずれかを伴う。

- A. 肺動脈圧の平均値が、40mmHg以上
- B. 動脈血低酸素血症。3.02C2の基準によって評価すること。
- C. 4.02の適用できる基準によって評価すること。

3.10 睡眠に関連した呼吸の障害

3.09(慢性肺性心)あるいは、9.09(肥満)あるいは、12.02(器質性精神障害)によって評価すること。

④心臓血管障害

4.02 処方された治療を施されている慢性心不全

(もし、処方された治療がない場合は4.00Aを参照のこと)

以下のうちひとつを伴う。

A. 適切な画像技術によって心臓の肥大を証明する文書がある。(例えば深呼吸位での胸部X線での心胸比が0.50より大きい、二次元心エコー図での左心室の弛緩期の直径が5.5cmよりも大きい)結果として身体的活動ができなくなり、心拍出量が不十分である、肺のうっ血、全身系のうっ血、安静時に狭心症の症候群がみられる等の症状を伴う。(例えば、しばしば反復性あるいは持続性の疲労、呼吸困難、起座呼吸、狭心症性不快など)

あるいは

B. 適切な画像技術により心臓の肥大が文書で証明されている。(4.02A参照)S3, 異常な壁の動きによって明らかな心室の機能不全がある。適切な画像技術によって左心室の心駆出率が、30%以下であることが認められる。

1. 5MET_sあるいはそれ以下の運動負荷による検査が、慢性心不全の症状のために施行できない。まれなケースでは途中で検査を中止せざるを得ない。それは以下の理由による。

- a. 心室性期外収縮あるいは多形性心室性期外収縮が3拍以上連続する。
 - b. 収縮期の血圧が10mmHg以上上昇しない、収縮期の血圧が通常の安静時レベルより下に下がらない(4.00C 2 b参照)。
 - c. 脳内灌流の不足症状、例えば失調性歩行、精神錯乱などが見られる。
2. 身体的活動が著しく制限される。安静時には快適であっても通常の活動をしただけで、疲労、動悸、呼吸困難、狭心症性不快が見られる。

あるいは

C. 4.02Aあるいは、Bの基準を充たす肺性心。

4.03 高血圧性心疾患

4.02, 4.04 あるいは罹患した場所の基準に従って評価すること。

(2.02 から2.04 まで、6.02, 11.04A, B)

4.04 虚血性心疾患

心筋虚血による胸の不快(4.00E3に記述されている)を伴う。処方された治療法により治療中のもの。(治療法が処方されていない場合は、4.00Aを参照)