

証拠の要求

医学的証拠

第2項のもとでも第16項のもとでも、医学的証拠は障害決定の要である。

障害者として認定して欲しいと思う人は誰でも、インペアメントを持っているということと、その程度を示す医学的証拠を提出しなければならない。しかしながら、請求者がSSAに許可を与える場合は、治療機関から医学レポートを手に入れるのをSSAが手伝ってくれる。この医学的証拠は、通常、請求者の治療や評価にあたった医療機関から来ることが多い。

認定医療機関

請求者にインペアメントがあることを示す文書は、SSAの法令で「認定医療機関 (Acceptable medical sources)」として定義されている、保健専門家の手になるものでなければならない。インペアメントの存在が確立されると、全ての医学的証拠、それ以外の証拠は、インペアメントの程度を査定するために使用される。

「認定医療機関」の中には、ライセンスのある医師、(ライセンスのある補助技師も含む)、ライセンスあるいは証明書のある心理学者、およびライセンスのある視力測定医 (視力や視野を測定するために) などが含まれる。また、SSAは請求者を取り扱ってきた病院や医院、その他の医療施設に医学的証拠のコピーを要求することもある。全ての医学的証拠は、障害者決定プロセスの間の考慮の対象となる。

治療機関からの医学的証拠

現行では、障害者申請 (disability claims) の多くは、治療機関からの医学的証拠に基づいて決定される。SSAの法廷では、治療機関からの証拠を特別重視している。請求者のインペアメントについての詳しいイメージを描き出し、医学的証拠にユニークな見通しを与えることができるのは、これら治療機関の医療専門家だからであり、診断書の書面だけや短期的な入院などからは決して得られないものだからである。適時的で、正確で、十分な医学的レポートが治療機関から手に入れば、申請の処理時間を短くすることができる。申請を完全なものにするための医学的証拠を、さらに集めたりする必要がなくなるからである。

その他の証拠

その他の情報源からもたらされる情報も、インペアメントがどの程度、機能に影響しているのかを示すのに役立つ。その他の情報源には、民間や公立の社会福祉機関、教師、デイケアの職員やソーシャルワーカー、雇用者、自然療法医、整体師、聴覚学

者、言語療法士などが含まれる。

医学的レポート

医師や、心理学者やその他の保健専門家は、SSAから個人のインペアメントについてレポートを提出するように、しばしば求められる。それ故どんな証拠をSSAが必要としているのか、知っておくことが大切である。医学的レポートには以下の事柄が含まれていなければならない。

- ・ 病歴
- ・ 医学的所見（身体的、心理的な状態についての調査の結果など）
- ・ 調査結果（血圧、X線など）
- ・ 診断
- ・ 治療
- ・ 請求者がそのインペアメントにもかかわらず、何ができるかについての意見。そこには、仕事に関係のある動作、例えば、座る、立つ、歩く、持ち上げる、運ぶ、聞く、話す、旅行するなどの能力について記述されていなければならない。精神的なインペアメントが含まれている場合には、指示を理解する、実行する、記述することができるかどうか、また、上司や同僚と適切に応答できるかどうか、職場は、プレッシャーの強いところかどうか、などについて記述されていなければならない。子供については、その子とその年齢にふさわしい程度に機能できるかどうかを記述しなければならない。

諮問評議会

請求者自身の医療機関から提出された証拠が、障害者であるかどうかを定めるのに、充分でない場合、追加の医学的情報を集めることになる。その方法としては、もう一度治療機関に連絡をとって情報を提供してもらい、CEを召集する、などがある。誰にCEになってもらうかについては、治療機関の人で、資格があり、定められた料金でやってくれる意思があれば、その人にしてもらいのが望ましい。補助的な試験が必要なだけの場合でも、治療機関にそれをやってもらえるのなら、その方が望ましい。しかし、SSAの規則では、以下のような場合、治療機関以外の独立した情報源を、CEとして使うと定めている。すなわち、

- ・ 治療機関が、検査を行わない方がいいと考えている場合。
- ・ 治療機関が、特定のデータを手に入れるのに必要な設備を持っていない場合
- ・ 治療機関に戻しても、解決できないような問題がある場合
- ・ 請求者が、他の情報源の方が望ましいと考えており、その正当な理由がある場合。
- ・ 以前の経験から、その治療機関からは、生産的な情報が得られないと思われる場合。

諮問評議会のレポートの内容

完全なCEとは、標準的な検査の全ての要素が含まれているものである。完全なCEのレポートには、以下に上げるような要素が含まれていなければならない。

- ・ 請求者の主な不満
- ・ 主な不満の経緯に関する詳しい記述
- ・ 主な不満に関する、経緯や検査やテストなどの結果、発見されたことの「肯定的(positive)」な点と「否定的(negative)」な点を詳しく記述すること。さらに、検査の間に発見された他の異常やインペアメントについて、詳しく記述すること。
- ・ インペアメントの一覧表に述べられているような要求に従って行われるテストや検査（例えばX線などの）の結果。（パートⅢを参照のこと）
- ・ 請求者のインペアメントについての診断。
- ・ 請求者が、そのインペアメントにも関わらず今でも何ができるか、についてのコメント。このコメントには、座る、立つ、歩く、持ち上げる、運ぶ、聞く、話す、旅行するなどの、仕事に関する動作をする能力が、インペアメントにも関わらず、どれくらい請求者に残っているかについての、医師や心理学者の意見が、述べられていなければならない。また、精神的インペアメントの場合には、指示を理解し実行し記憶する能力、上司や同僚に正しく受け答えができる能力、職場の仕事の精神的重圧はどれくらいか、などに関する医師や心理学者の意見が述べられていなければならない。
- ・ 医師あるいは心理学者は、請求者の主な不満、あるいは、検査の結果発見されたそれ以外の異常に対する、何らかの説明やコメントを述べることになっている。経緯(history)、検査(examination)、検査の評価(evaluation of laboratory tests)、そして結論(conclusion)が、そのレポートにサインした医師や心理学者によって提供された情報を代表するものとなる。

症状に関する証拠

痛み、息切れ、疲労などの症状が、請求者の能力にどんな影響を及ぼしているのかの証拠を得るために、SSAでは全ての面からの調査をする。そのための情報は、治療機関、あるいは、それ以外の機関から提供され、以下の事柄について記述されている。

- ・ 請求者の日常的な活動。
- ・ 痛みやそれ以外の症状の部位、持続、頻度、強さ。
- ・ 発生要因と悪化要因。
- ・ 使用している薬の種類、用量、効果、副作用。
- ・ 投薬以外の治療法。
- ・ 症状を軽くするために使っているその他の方法。
- ・ 痛み、その他の症状のせいで制限を受けている請求者の機能に関する、上記以外の要因。

請求者の痛みやそれ以外の症状を評価する場合、意思決定者は、上に述べたような要因を全て考慮しなければならない。医療機関はレポートを作成するときに、上記の要因を念頭に置いておくことが大事である。

第Ⅲ部 インペアメントの一覧表

インペアメントの一覧表

インペアメントの一覧表では、身体の各部別に、収入を得るための仕事に従事する妨げになるに充分なくらい重度だと思われるインペアメントについて記述している（18歳以下の子供の場合は、著しい機能の制限を生じさせるもの、と規定されている）。一覧表に挙げられたインペアメントの多くは、永久的なものか、死に至ると予期できるものか、ある一定の期間以上続くものである。それ以外については、そのインペアメントが、1年以上継続的に続いてきたか、これから続くことが予期できることが証拠の中で示されていなければならない。インペアメントの一覧表の中の基準は、社会保障の障害者年金を受けようとする請求者についても、障害決定の際に適用される。インペアメントの一覧表のパートAには、18歳以上の大人に適用される基準について記述されている。

パートAの医学的な基準は、その疾患が、成人にも、青少年にも同じような効果を及ぼすものであるなら、18歳以下の人々のインペアメントを評価する際にも適用される。

パートBでは、18歳以下の人々のインペアメントの評価だけに適用される医学的基準について記述されている。パートAの基準には、子供の疾患の場合、正確に適用できないものがある。即ち、大人と子供では、及ぼす効果が違っているような疾患の場合である。追加の基準は、パートBに記述されている。パートBのインペアメントのカテゴリーは、パートAのインペアメントのカテゴリーとの対応がわかるように、同じ番号がつけられている。18歳以下の人々の障害を評価する場合には、最初にパートBを使ってほしい。パートBの基準が適用できないときは、パートAの基準を使う。

インペアメントの一覧表の基準は、何段階にもなっている評価課程の1つの段階だけにしか適用されない。その段階において、一覧表の中の基準に合致するようなインペアメントが認められれば、その人を障害者であると認定するのに充分である。しかしながら、その反対に、一覧表に載っているようなレベルの障害がないからといって、その人が障害者でないとは言えない。そういうときはむしろ、プロセスの次の段階に進んで、障害の問題を解決するために、他のルールを適用してみる必要があるのである。

インペアメントの一覧表

パートA

以下のセクションは、18 歳以上の人に適用可能であるが、基準が適当である場合には、18 歳以下の子供にも適用可能である。

セクション

- 1.00 筋骨格系
- 2.00 特殊感覚と言語
- 3.00 呼吸器系
- 4.00 心臓血管系
- 5.00 消化器系
- 6.00 尿路・生殖系
- 7.00 血液・リンパ系
- 8.00 皮膚
- 9.00 内分泌系および肥満
- 11.00 神経
- 12.00 精神障害
- 13.00 腫瘍性疾患
- 14.00 免疫系

1.00 筋骨格系

A. 機能の喪失は、切断あるいは変形のためであるかもしれない。痛みは機能的喪失を引き起こす重要な要因かもしれないが、明らかな異常徴候か異常検査所見を伴う必要がある。筋骨格系のインペアメントの評価は、関節可動域、筋肉組織の状態、感覚あるいは反射の変化、血行不全、X線上の異常などを含む、関節についての詳しい記述による裏付けがなされなければならない。

B. 椎骨に起因する、1.05Cに記述されているような異常を伴う脊椎の異常は、脊椎骨と靭帯の歪みや、脱出した髄核の圧迫、神経根の上への線維輪の膨隆のためにインペアメントをきたす。これらの異常によって引き起こされたインペアメントは、時間とともに良くなったり治療によって回復することが多い。

治療にもかかわらず、重い障害が12ヶ月以上連続して続くという見通しが得られるまで、繰り返し検査を続けなければならない。以前に行われた外科的治療がうまくいかなかったような場合にも起こりうる。

脊椎の異常による障害を評価する場合は、まず、十分な病歴、身体診察、レントゲン写真に基づいた正しい臨床診断を下すことが必要である。1.05に記述されている特別な所見が、それぞれの障害を証明するについて必要とされるレベルを示している。

これらの所見自体は診断の基礎となるものではない。さらに、神経学的検査所見が必要な場合、これらの所見を、ある神経学的なインペアメントの程度を評価するための基本要素とみなしてはならない。神経科的なインペアメントは、11.00-11.19のもとで評価される。

病歴には、痛みの性質、部位、放散、また、痛みを強めたり和らげたりする機械的な要因や、鎮静剤の種類・用量・使用頻度を含む治療の種類、典型的な日常の活動について詳しく記述されていなければならない。

報告された所見をもとに、個人の日常生活に合ったケアがなされなければならない。整形外科的および神経学的検査の所見についても詳しい記述が必要である。所見には歩き方、脊椎の垂直位からの可動制限、運動・感覚の異常、筋肉の痙縮、深部腱反射についての記述が含まれていなければならない。検査中の様子も観察して報告しなければならない。たとえば、その人が検査台にどのように来て、また去っていったかなどである。

爪先立ちあるいはかかと歩きが出来ない、うずくまり（スクワット）が出来ない、うずくまりの位置から起き上がることが出来ない、などは、運動機能喪失の重要な証拠とみなされる。しかしながら萎縮については、萎縮があるという報告だけでは重大な運動機能喪失の証拠とはみなされない。膝の上と下の何インチあるいは何センチと決められた位置で、両方の大腿部と下腿（あるいは肘の上下で上腕と前腕）の周囲の長さを測らなければならない。手の筋萎縮については、萎縮を計測しなくても、萎縮があるという記述だけで証拠として認められる。ただし握力は測らなければならない。

これらの身体的な検査の所見は客観的な観察に基づいて記載されるべきで、その人が足が弱いとか足がしびれていると言っているなどと、単に、個人の主張に基づいて報告してはいけない。異常所見の客観性を保つためには、いくつかのテスト法を用いるべきで、たとえば、背臥位で下肢の伸展挙上をさせるテストに、座位での下肢伸展挙上のテストを加えるなどをする。異常所見の発現は間歇的であることがあるので、これらが一定の期間に渡って持続的に存在することが、続けられている治療の記録に基づいて証明されなければならない。神経学的異常は、外科的治療あるいは非外科的治療後に、あるいは、時間の経過によっても完全におさまらないことがある。臨床的に、あるいは、手術時の直接的なあるいは別の観察所見によって、症状がもう存在していないと診断された後でまだ残っている神経科的異常は、1.05C で必要とされている所見を必ずしも満たさない。

外科的治療が行われた場合、残すべき文書には手術記録や病理報告のコピーが含まれる。

電気診断学的方法や脊髄造影法（ミエログラフィー）は、臨床診断を確立する上で役に立つかもしれないが、1.05C で要求されている基準に代わるものではない。

C. 上肢の骨折（1.12 参照）や上肢あるいは下肢の軟部組織の外傷（1.13 参照）などの場合で外科的な治療を受け、その治療の効果が最大限に発揮されたあと、すなわち、最後の外科的治療の後、6ヶ月間、身体的な診察でも X線検査でも大きな変化が見られなくなった時に、明らかに残った異常をもとに評価しなければならない。

D. この本の中で大関節という呼び方をするのは、股関節、膝関節、足関節、肩関節、肘関節、手関節と手のことである。（手関節と手は、合わせてひとつの大関節とみなされる。）

E. 関節可動域の計測方法は、1965 年、アメリカ整形外科医学会（American Medical Association）発刊による「関節運動の測定と記載法」（“Joint Motion Method of Measuring and Recording”）あるいは 1971 年、アメリカ内科学会（American Medical Association）発行の「永久的インペアメントの評価の手引き—四肢と背中」（“Guides to the Evaluation of Permanent Impairment—The Extremities and Back”）（第 I 章）の中の記述に基づいて行われる。

1.01 インペアメントのカテゴリー：筋肉骨格系

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°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ヶ月は続くと予想される。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ヶ月以上は続くと予想される。

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

大腿骨、脛骨、足根骨、骨盤の骨折で、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

上腕骨、とう骨、尺骨などの骨幹の骨折が癒合せず、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か、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上肢骨折。

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ような、**上肢、あるいは下肢の軟部組織の障害**で、発症から12ヶ月以内には、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。

2.00 特殊感覚と言語

A. 眼科

1. インペアメントの原因

目の疾患や外傷が、中心あるいは周辺の視覚の喪失を来すことがある。中心の視覚を失うと、細かいものをみつけたり、読書したり、細かい作業をすることが出来なくなる。周辺部の視覚を失うと、自由に動き回る能力を制限される。視覚のインペアメントの程度は、視覚検査によって決定されなければならない。

2. 中心視力

中心視力の喪失により遠方または近見視のインペアメントにより引き起こされることがある。しかしながら、2.02 および 2.04 に記述されているような重症度に見合う人の検査には、スネルン・テスト・チャート (Snellen test chart) に基づく測定法で、最もよく矯正されたよい方の目の遠方視の残存視力を使って、視力を測る方法をとる。特別な視覚補助具 (例えば、コンタクトレンズ) によって視力を矯正できるかどうかは、そういう補助具を装着できる能力があるかどうかを考慮して決める。

3. 視野

視野狭窄がある場合、周辺部の視覚の障害が起こる。狭窄は、左右対称に起こることもあるし、不規則におこることもある。残った視野の程度は、7フート燭以上の明かりの下で、330 mmの距離で、通常の視野計を使って決定される。水晶体がある目の場合は、3 mmの白色ディスクが、視標として使われる。無水晶体眼の場合は、6 mmの白いディスクが、指標として使われる。どちらの場合でも、検査の間、矯正レンズは使用されるべきではないが、もし、使用されている場合には、その事実を記述しなければならない。

比較視標を使って得られた測定値が使われることもある。これには、タンジェント・スクリーン測定 (tangent screen measurements) の使用は含まれない。ゴールドマン視野計 (the Goldman perimeter) を使って、測定するときは、水晶体のある目には、サイズⅢと、明るさ4の指標を使わなければならない。無水晶体眼には、物体サイズレベルⅣと、明るさ4を使わなければならない。

視野の測定には、視野チャートの記入と、テストに使われたターゲットのタイプとサイズ、それに、距離の記述が伴っていないなければならない。タンジェント・スクリーン視野計測法は、周辺部の視野喪失の計測法としては認められていない。視野下部の喪失が著しい場合は、B. エスターマンの著書に、記述されているような、(“Grid for Scoring Visual Fields, II. Perimeter, Archives of Ophthalmology”, 79.400, 1968年) グリッド・スケール視野計測法を使って、表2と照合するのがよいだろう。

4. 筋肉の機能

第3頭蓋神経の麻痺による眼瞼下垂や、瞳孔の調節機能の麻痺、瞳孔の散大や瞳孔反応消失が生じ、そのことが、重大な視覚のインペアメントの原因となることがある。虹彩や毛様体を含む、眼球の全ての筋肉が麻痺してしまうような状態(全眼球筋麻痺)が両眼に起こった場合は、重度のインペアメントと見なされる。筋肉の機能のインペアメントが第一の原因であるような重度のインペアメントの診断は、実際に眼球運動の測定して、一次的に障害されている筋を同定する必要がある。

5. 視能率

疾患や外傷のために中心視力や視野が減少し、視能率が失われることがある。一側の眼球の視能率は、中心の視能率のパーセンテージと視野の視能率のパーセンテージを合わせたもので表される。(2.09の表1と表2を参照のこと)

6. 特殊な状況

中心視力の喪失に加え、視覚的なハンディキャップのもう一つの代表が、無水晶体症である。単眼性無水晶体症という専門用語は、一つの眼の水晶体を切除されてしまったが、もう一つの眼には、水晶体が残っているというような人にも、また、一つの眼だけが、無水晶体症であるような人にも当てはめられる。両眼性無水晶体症という用語は、両方の眼の水晶体を切除された人に当てはめられる。両眼性無水晶体症の場合、良い方の眼の中心の視能率75%が採用される。単眼性無水晶体症の場合は、良い目の方が無水晶体症の場合であって、中心の視能率の元々の値の50%が採用される。(もし、両眼性無水晶体症の人で、弱い方の眼の中心視力が20/200にしか矯正できない場合、良い方の眼の中心の視能率は、その値の50%として採用される)

全身的な疾患が原因で眼症状が現れた場合は、視覚のインペアメントを生じさせることもあるし、生じさせないこともある。これらの症状発現は、それ自体だけを見るのではなく、疾患全体の一部として評価されるべきである。

7. 法で定められた盲

「法定盲(Statutory Blindness)」という用語は、社会保障法で「盲(Blindness)」という用語を規定する、視覚障害の程度に関するものである。2.02 および 2.03A、Bでは、法定盲について記述されている。

B. 耳鼻咽喉学

1. 聴覚インペアメント

聴覚的能力はその人の言語弁別能力をもとに評価されるべきである。

聴力の喪失は、ANSI (American National Standards Institute) の基準に合

致したオーディオメーターを使って、ANSIで最大限に許される背景音（ANSI S 3.1-1977）が存在している環境で気導刺激及び骨導刺激（ANSI S 3.6-1969 と、ANSI S 3.13-1972、またはその後の改定による）について聴力検査を行うことで量的に測定することができる。

話を聞き分ける能力は、最大限に能力が発揮できるような、静かなところで、標準化された測定法を使って、決定されるべきである。話を聞き分ける能力を調べるテストの種類と、そのテストが行われた静けさのレベルは、報告書に記載されていなければならない。

聴力検査は、耳鼻咽喉科医か資格のある聴覚士の監督のもとで行われなければならない。

聾の訴えがある請求者のインペアメントのレベルを、客観的、医学的に判定するために、次のような検査が報告されなければならない。即ち、耳・咽喉科の診察、純音と骨導の聴力検査、会話受容閾値検査（speech reception threshold 以下SRT）そして、音声弁別テストである。診察の結果と、聴覚学的評価の結果のコピーを添付しなければならない。

自己申告による「難聴(deaf mutism)」の場合は、聴力判定の結果を示す文書が必要である。言語聴覚リハビリテーションセンターや、聾学校から手に入る記録でよい。そういうものが手に入らない場合や、その記録では不十分な場合は、最新の聴力評価を提出しなければならない。

2. メニエル氏病を含む蝸牛-前庭部の機能不全を伴う眩暈

これらの平衡障害の特徴は、運動幻覚、位置感覚の喪失、持続性あるいは発作性めまいである。吐き気、嘔吐、運動失調症、無力症が、しばしば、観察され、特に、急性の発作の場合にはよく見られる。回転性の眩暈（rotary vertigo）を“めまい感dizziness”と区別して、報告することが重要である。“めまい感”は、頭が軽い感じ、不安定な感じ、混乱、失神などと記述される。

メニエル氏病の特徴は、発作的に起きる眩暈、耳鳴り、そして、変動する聴覚の喪失である。寛解は前触れもなく不規則にやってくる。しかし、長く続くこともあるかもしれない。それ故に、インペアメントの重さは、長期の観察と、一連の再検査のあとでないと判定できない。

前庭器官の障害の診断には、総合的な神経・耳喉頭科的検査が必要である。また、眩暈に関する症状については、頻度、程度、発作の感覚など、詳しく記述する必要がある。Beckesy オーディオメトリーなどの適切な特別な検査による純音と語音検査が必要である。前庭器官の機能は、電気眼振計検査によって、体位眼振テストや温度眼振テスト（カロリックテスト）をすることによって調べることが出来る。

断層撮影、造影放射線検査やその他の特別なテストを使ったときは、これらの検査の報告書のコピーを、頭蓋骨と側頭骨のX線検査の報告に加えて取得しなければならない。

3. 音声機能障害

外傷や疾患のために、舌切除、喉頭切除、瘢痕性喉頭狭窄症などになった場合、正常な方法による発声能力が失われる結果になる。音声機能障害の器質的疾患の評価においては、機械的補助具、電氣的補助具なども含め、あらゆる手段を使った上での発声する能力が対象となる。神経疾患による発声の障害は、11.00-11.19に従って評価しなければならない。

2.01 インペアメントのカテゴリー：特殊感覚と言語

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

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。

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

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。
(残っている視野の視能率のパーセント＝残っている中心視力のパーセント)

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 蝸牛・前庭部の機能不全

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）で、A、B両方を伴う。

- 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. オージ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。

- 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（1.00 B 1 参照）
- B. 音声弁別が、良い方の耳で、40%か、それ以下。

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音声機能障害。

表1. 水晶体のある眼、水晶体のない眼（良い方の眼）での、距離別の中心視力に対応した視能率

スネルン (Snellen)		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	-	-

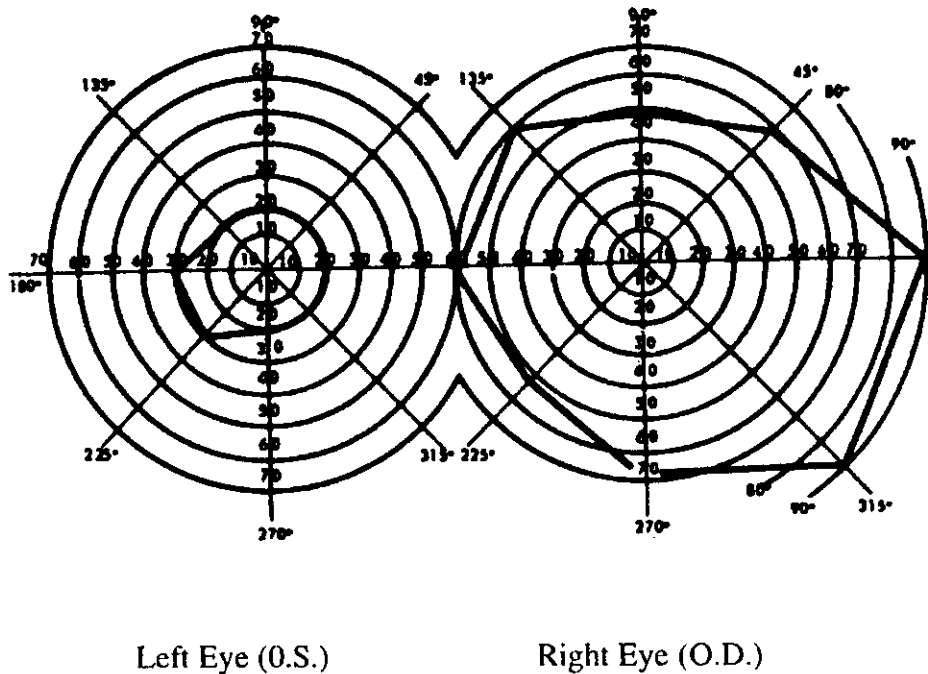
<表の使い方>

- 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つて、弱い方の目にはない
 3. レンズが1つの目にあつて、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て、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の、弱い方の目の視力が 20/200 かそれ以下である。
 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、レンズが無くて、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. 正常な視野の範囲と視能率を計算するための視野表



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、64%の視能率の喪失ということもできる。

3.00 呼吸器系

A. 序論

このセクションでは、呼吸器疾患によって起こるインペアメントが、臨床徴候、理学的所見、異常検査所見、医療機関によって処方された治療法に対する反応などに基づいて記述されている。何らかの障害を伴う呼吸器疾患は、医学的証拠によって確認されなければならない。証拠は、第3者的判定者が障害の程度を評価することが出来るように、詳しく記述されていなければならない。

多くの人、特にここに記載されているレベルの障害を持っている人は、何らかの医学的な治療の恩恵を受けている。そのような治療を受けていることが明らかであるときは、障害の性質と程度についての記述に加えて、医療機関で処方された治療、その治療に対する反応についても時系列に沿って詳しく記述されていなければならない。どんな治療が処方されても、必ず、その治療とそれに対する反応を文書として残しておくことが大切である。それは、治療によってその人の機能状態が改善されたかもしれないからである。何らかの機能的回復が見られた場合は、必ずそのことに関する情報を記録しておくべきである。

障害があるにもかかわらず、治療を受けようとしなかったり、治療機関と関係を持つとしない人もいる。治療を受けていない人は、これらの一覧表に載っている基準に合致する障害の存在を証明することが出来るかもしれないし、出来ないかもしれない。たとえ、その人の障害が、基準に合致しているということが示されないとしても、重症度においては同等であるかもしれない。また、残存機能が制限されているかもしれない。現症をもとにしても好意的な判定が得られない場合には、以前からの記録が重要になってくる。医学的に見た障害の程度とか、機能のレベル、症状の起こる頻度、程度、間隔などの情報を提供してくれるからである。特にリストにあげられている喘息の場合は、治療法が処方されているにもかかわらず、症状や徴候が持続していることが必要である。

呼吸器の慢性疾患によって引き起こされる障害は、肺の機能の不可逆的な喪失を生じさせる。それは、換気に障害が出たり、ガス交換に異常が生じたり、それらが両方同時に起こるためである。これらの疾患にもっともよくみられる症状は、運動時の呼吸困難、咳、喘鳴、喀痰、喀血、胸痛である。これらの症状は、他の多くの疾患にも共通に見られるので、慢性肺疾患であると確定するには、詳しい病歴、診察、胸部X線やその他の適切な画像技術が必要である。いったん臨床所見や検査所見により疾患が確立されたあとは、呼吸器障害の重症度を評価するために、肺機能テストが必要である。

肺機能の変化は、閉塞性肺疾患（例えば、気腫、慢性気管支炎、喘息）や、拘束性肺疾患（例えば肺切除、胸郭形成術、脊椎後側彎、肥満による胸骨の変形）あるいは浸潤性の間質性疾患（例えば、び漫性肺線維症）によっても起こる可能性がある。ガス交換の異常で明らかな気道の狭窄を伴わない場合は、間質性疾患によるものかもし

れない。肺循環を含む疾患（例えば、原発性肺高血圧症、反復性の血栓塞栓性疾患、一次性あるいは二次性の肺脈管炎）は、肺血管性高血圧を生じさせる可能性があり、ついには、肺・心疾患（肺性心）と右心室の不全を生じさせる可能性がある。何らかの慢性肺疾患によって、低酸素血症状態が持続すると、やはり慢性の肺高血圧症と右心不全が起こる可能性がある。多くは抗酸菌や真菌の慢性的な感染も、広範な進行性の肺の破壊を引き起こし、結果として、肺の機能の喪失を生じる可能性がある。気管支拡張症、嚢胞性線維症、喘息などの疾患も、間欠的悪化があまりに頻繁であると、たとえ良いときの肺機能が医学的に落ち着いているとしても、呼吸器系の障害を生じることになる。

呼吸器系の障害は、通常、病歴、診察、胸部X線、他の適切な画像技術、スパイロメトリーによる肺機能テストをもとに評価される。状況によっては、たとえば、び慢性の間質性線維症と診断された場合や、チアノーゼや二次性多血症などの肺性心を示唆する症状が見られる場合は、スパイロメトリーだけに頼ると、障害を低く見積もってしまうことになるかもしれない。ガス変換の異常が呼吸の障害の重症度に関わっているかどうかを決定するには、より精密な肺機能テストが必要になる。追加的なテストとしては、肺での一酸化炭素拡散能力を測定するテスト、安静時動脈血ガス測定などが含まれる。運動中の動脈血ガスの測定は頻繁には必要とはされない。肺循環の疾患では、右心室の血管造影法を伴うカテーテル挿入法と、（あるいは）直接肺動圧を測定する方法が診断を確立し、障害の重症度を評価するために実施されるだろう。これらの方法が実施された場合、結果はしっかりと書き留めておくべきである。心臓カテーテル法は行われぬ。

ここに記載されているのは、人が所得を得るための活動に従事するのを不可能にさせるような、重い呼吸器疾患によくある例である。この一覧表に載っていない障害で、医学的に証明できるような障害を持っている場合や、この一覧表には適合しないような障害を持っている場合、いくつかの障害を併せ持っていて、そのうちのどれも一覧表に適合しない場合などは、その人の障害のレベルが記載されている障害と同等であるかどうかよく考えることになる。ここに記載されている障害の重症度のレベルに合わないか、同等ではないような障害を持つ人には、仕事に就けるだけの残存能力（residual functional capacity 以下R F C）があるとも言えるし、ないとも言える。こういう人たちの障害は、評価のプロセスの更なる段階へ進んで判定されることになる。

B. 抗酸菌性、真菌性、その他の慢性肺感染症

これらの疾患は、結果として生じた肺機能の制限によって評価される。抗酸菌性疾患や真菌症などの感染症の場合、培養が陽性、薬物に対する耐性、病巣の拡大、空洞形成などの証拠があったとしても、それ自体では障害が12ヶ月続くと予想される根拠にはならない。肺感染症が12ヶ月続く場合には、臨床的な所見、合併症、治療法、診断などを注意深く評価して、肺機能が比較的良く維持されていても、仕事に就けないくらいの障害が、少なくとも12ヶ月以上続くと予想されるかどうかを決定しなけ