

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)

以下のうちひとつを伴う。

A. 5MET_sに相当する運動負荷かそれ以下の負荷で、症状徴候限界性運動負荷テストを行った場合に、次に挙げる事項のうち少なくともひとつが認められる。

1. ジキタリリス配糖体治療および/あるいは低カリウム血症がない場合においてST波の-0.10ミリボルト(-1.0mm)以上の水平あるいは下降性低下が(VR誘導法を除く)いずれかの誘導上に、3回以上現れること。虚血症に典型的な発症から解消までの時間経過に伴う変化を見せていること(運動とともにSTの低下が増進される。そして、-0.10ミリボルト以上の水平あるいは下降性の低下が回復期の一分間以上続く)。

2. ジキタリリス配糖体治療および/あるいは低カリウム血症がない場合において、いずれかの誘導法(VR誘導法を除く)で、J接合部の0.08秒以上あとに、-0.2ミリボルト以上の上降性のSTの低下があり、回復期の1分間以上にわたって続くこと。

3. ST偏位に低R波および低T波を伴う心電図の誘導で、安静時基線よりも0.1ミリボルト（1mm）以上のST上昇が、運動の間と回復期の3分間以上の両方に見られる
4. 収縮期血圧を10mmHg以上増大させることができない。あるいは、通常の臨床的な安静時のレベルよりも収縮期血圧が減少する。
5. 5MET_sあるいはそれ以下の運動レベルでの可逆性の放射性核筋シンチ（タリウム²⁰¹）の欠損が文書で証明されている。

あるいは

B. 心筋の機能不全が証拠（4.00C3あるいは4.00C4bに規定されているように）によって証明されている。即ち心筋自由壁の低運動、無動、異常運動があり、左心室の心駆出率が30%以下であることが証明されている。また、認定プログラムに携わっている医師（できれば心臓血管病患者の治療の経験のある人のほうが望ましい）が、運動負荷テストの実施はリスクが大きいと判断している。心筋の機能不全の結果として、身体的活動が著しく制限されている。即ち、安静時には快適にしても、通常の身体的活動によって疲労、動悸、呼吸困難、狭心症性不快感が引き起こされる。

あるいは

C. 血管造影法（社会保障局の障害認定とは別個に獲得されたもの）によって証明された冠動脈の疾患。認定プログラムに携わっている医師（できれば心臓血管病患者の治療に経験のある人が望ましい）が、運動負荷テストの実施はその人にとってリスクが大きいと判断した場合で、次の1、2の両方を伴うもの

1. 以下のことを明らかにする血管造影法による証拠：
 - a. バイパス術を受けていない左主冠動脈が50%以上狭くなっている。
 - b. その他のバイパス術を受けていない冠動脈が70%以上狭くなっている。
 - c. 長い節（1cm以上）を含むバイパス術を受けていない冠動脈が、50%以上狭くなっている。
 - d. バイパス術を受けていない冠動脈の2本以上が50%以上狭くなっている。
 - e. バイパス移植血管の全体的閉塞症
2. 安静時には快適であっても、通常の身体的活動によって疲労、動悸、呼吸困難、あるいは狭心症性不快感が引き起こされるため、身体的活動が著しく制限を受ける結果となる。

4.05 反復性の不整脈

電解質の異常、ジキタリリス配糖体、抗不整脈薬の中毒などの可逆性の原因とは関係のない反復性の不整脈。そのため、処方された治療を受けているにもかかわらず（処方された治療がない場合は4.00Aを参照）コントロールできない心臓性の失神、あるいは失神に近い状態および不整脈が繰り返し起きる。そのことが失神あるいは失神に近い状態が発現しているときの、安静時あるいは、歩行時（ホルター心電計）の心電図によって証明されている。

4.06 先天性心疾患（チアノーゼ性あるいは非チアノーゼ性）。

適切な画像技術（4.00C3に記述されている通り）あるいは、心臓カテーテル法によって証明されているもの。以下のうち1つをとらなう。

A. 安静時のチアノーゼ、および

1. 55%か、それ以上のヘマトクリット値
2. 室内の空気で90%以下の動脈血酸素飽和度、あるいは、安静時の動脈血P_{O₂}が60Torrかそれ以下

B. 間欠的な右-左血流シャントがおこるため、労作時にチアノーゼが起こる（例えば、アイゼンメンガー症候群での生理学所見）、あるいは5MET_sかそれ以下の運動負荷時の動脈血P_{O₂}が60Torrあるいはそれ以下である。

C. 4.02に記述されているような心室の機能不全の証拠を伴う慢性心不全。

D. 4.05に記述されているような不整脈の再発。

E. 肺動脈平均血圧が、全身系の平均血圧の平均値の70%以上に上昇するような二次的肺血管閉塞性疾患。

4.07 適切な画像技術あるいは心臓カテーテル法によって証明された心臓弁の疾患、あるいはその他の狭窄や弁の逆流。

4.08 適切な画像技術あるいは心臓カテーテル法によって証明された心筋症。

4.02, 4.04, 4.05 あるいは 11.04 の基準に従って評価すること。

4.09 心臓移植

手術に続く一年間は障害のあるものとみなされる。

その後は4.02から4.08によって、残存するインペアメントを再評価すること。

4.10 適切な画像技術によって証明された大動脈あるいは主要な分岐動脈の動脈瘤

何らかの原因（例えば、アテローム性動脈硬化、嚢胞性中膜壊死、マルファン症候群、外傷）による。以下のうちひとつを伴う。

A. 処方された薬物あるいは、手術による治療によってもコントロールができない急性あるいは慢性の内膜解離がある。

B. 4.02に記述されているような慢性の心不全

C. 6.02に記述されているような腎不全。

D. 11.04に記述されているような神経学的症状。

4.11 下肢の慢性静脈不全症

深部の静脈系の不全や閉塞症があり、以下のうちひとつを伴う。

A. 広範囲の硬い浮腫。

B. 表面の静脈瘤様腫脹、うっ血性皮膚炎、処方された治療や手術の後3ヶ月以上

治らない反復性の長引く潰瘍。

4.12 末梢動脈の疾患

以下のうちひとつを伴う

- A. 間欠性跛行症：（社会保障局の障害認定とは独立的に獲得された動脈造影で）一側下肢の大腿動脈あるいは深部大腿動脈を視覚上確認することができない。
- B. ドップラー検査によって確認される末梢動脈循環の著しい障害を伴う間欠性跛行症。以下のことが見られる。
 - 1. 安静時の足首／上腕収縮期血圧比が 0.50 以下。
 - 2. 運動時（4.00E4 参照）の足首の収縮期血圧が運動前のそれより 50%以上低下し、運動前のレベルに回復するまでに 10 分間以上を要する。
- C. 末梢血管の疾患のため、足根骨あるいはその近位での切断。

5.00 消化器系

A. 消化器系の疾患

消化器系の疾患が著しいインペアメントの原因になるのは、次の理由のことが多い。すなわち、栄養への影響、再発性の炎症性病変、瘻・膿瘍・反復性の閉塞などの合併症が組み合わさったものなどである。それらは、通常治療に対する反応がある。原因となる疾患が治療にもかかわらず、繰り返し行われる判定の間、ずっと続くことが示されなければならない。また、著しいインペアメントが、少なくとも12ヶ月の間は、続くだろうとの合理的な予測が確立されなければならない。

B. 胃腸の疾患による栄養失調および体重減少

第一義的に、消化管の疾患が確立されているときは（例えば、小腸結腸炎、慢性膵臓炎、胃腸切除術後、食道の狭小、狭窄あるいは閉塞等）、その結果としての栄養への影響は、5.08の基準によって考慮されることになる。これは、体重減少が吸収不良、同化不良、閉塞などの一時的、二次的疾患のせいなのかどうかを判断するのに適用される。しかしながら、体重減少が消化器官の疾患のせいではなく、心理的あるいは一次的な内分泌疾患あるいはその他の疾患と関係しているものであるなら、それぞれの疾患について適切な基準のもとで判定される。

C. 外科的な腸管の転位

結腸瘻造設術、回腸瘻造設術などを含む外科的な腸管の転位は、一覧表にはあげられていない。十分な栄養とストマの機能を維持することができれば、そういう手術による腸管の転位は、すべての仕事の活動から排除されてしまうようなインペアメントではなくなるからである。胃切除に伴うダンピング症候群が、12ヶ月間続く著しいインペアメントとみなされることはめったにない。胃潰瘍の恒久的手術の後みられる潰瘍の再発も、通常は治療に対して反応する。恒久的手術後の潰瘍の再発は、その都度、上部消化管造影写真をとったり胃内視鏡検査を行って、治療にもかかわらず12ヶ月以上重篤なインペアメントが続くだろうということを示さなければならない。恒久的手術は、潰瘍の疾患のプロセスをコントロールするようにデザインされているものをいう（すなわち、迷走神経切断術、幽門形成術、部分的胃切除など）。穿孔性潰瘍の単純な縫合は、胃潰瘍の恒久的手術とはならない。

5.01 インペアメントのカテゴリー：消化器系

5.02 上部消化管からの原因不明の出血の再発

繰り返し検査した結果、ヘマトクリット30%以下で、明らかな貧血を伴う。

5.03 5.08 に記述されているような体重減少を伴う食道の狭小、狭窄、閉塞
(X線写真あるいは内視鏡によって証明されている。)

5.04 消化性潰瘍 (X線写真あるいは内視鏡によって証明されている。)

以下のうちどれかを伴う。

- A. 恒久的手術後も、治療にも関わらず、しつこく潰瘍の再発が続く。
- B. 手術不可能の瘻の形成
- C. X線や内視鏡によって閉塞の再発が認められる
- D. 5.08 に記述されているような体重減少

5.05 慢性肝臓病 (例えば、門脈性肝硬変、壊死後性肝硬変、胆汁性肝硬変、慢性肝炎、ウィルソン病)

以下を伴う。

- A. 食道静脈瘤 (X線写真あるいは内視鏡によって証明されている。) これらの静脈瘤による大量の出血の病歴が証明されている。
大量出血に続く3年間は、障害があるものとする。それ以後は、残存するインペアメントを評価する。
- B. 食道静脈瘤に対するシャント手術の施行。手術後の3年間は、障害があるものとみなすこと。それ以後は、残存するインペアメントを評価すること。
- C. 100ml あたり 2.5mg 以上の血清ビリルビンが少なくとも5ヶ月以上続くことが検査した結果認められる。
- D. 少なくとも5ヶ月間ずっと続くか再発的に起きる、他の原因のためではない腹水。腹腔穿刺あるいは、アルブミン減少症が100ml あたり 3.09gm 以下であることにより証明されている。
- E. 肝性脳症。12.02 に記載されている基準によって評価すること。
- F. 生検 (社会保障局の障害認定とは独立的に獲得された) によって、または、以下の項目のうちの1つによって確立された慢性の肝臓疾患。
 - 1. 少なくとも5ヶ月間ずっと続くか再発的に起きる他の原因によらない腹水。アルブミン減少症が100ml あたり 3.09gm 以下であることにより証明されている。
 - 2. 少なくとも3ヶ月以上繰り返し検査した結果、血清ビリルビンが100ml あたり 2.5mg 以上であること。
 - 3. 肝細胞の壊死あるいは、炎症が少なくとも3ヶ月以上続いている。そのことが、プロトロンビン時間に繰り返し異常が見られること、および肝機能障害を示す酵素によって証明されている。

5.06 慢性の潰瘍性大腸炎あるいは、肉芽腫性大腸炎 (内視鏡、バリウム注腸、生検、手術時所見などによって確認されている。)

以下のことを伴う。

- A. 再発する鮮血便が、くりかえしの検査でヘマトクリットが30%以下であることによって明らかな貧血と、繰り返される検査によって証明されている。
- B. 他に原因が考えられない関節炎、虹彩炎、発熱、肝機能障害などの全身的症状が長引いたり再発したりする。
- C. 難治性膿瘍、瘻孔形成、狭窄による間欠性の閉塞。
- D. 全結腸切除術の後で、A, B, Cが再発的に認められる。
- E. 5.08 に記述されている体重減少

5.07 局所性腸炎

(内視鏡、バリウム注腸、生検、手術時の所見などによって確認されている。) 以下を伴う。

- A. 近位腸管拡張を伴う小腸の狭窄を伴う、腹痛、腹部膨満、吐き気、嘔吐などによって証明されている腸の閉塞症が、持続性に、あるいは繰り返し起きる。
- B. 他に原因がみつからない関節炎、虹彩炎、発熱、肝機能障害などの全身症状が持続性あるいは繰り返し起きる
- C. 難治性膿瘍、瘻孔形成による間欠的閉塞症。
- D. 5.08 に記述されている体重減少。

5.08 何らかの持続性胃腸疾患による体重減少

(次にあげられている症状が、治療にもかかわらず3ヶ月以上続いており、これから少なくとも12ヶ月以上にわたってそのレベルが続くと予測されることが示されなければならない。)

以下の事柄を伴う。

- A. 表I、IIに示されている値と同じか、それより低い体重。
- B. 表IIIあるいはIVに示されている値と同じか、それより低い体重で以下のうちのうち一つが検査で繰り返し認められる。
 1. 血清アルブミンが100mlあたり3.0gmあるいはそれ以下。
 2. ヘマトクリットが30%あるいはそれ以下。
 3. 血清カルシウムが100mlあたり8.0mg(4.0mEq./L)あるいはそれ以下。
 4. 高血糖症、低血糖症、ケトージスが繰り返される。膵臓の機能不全によるコントロールできない糖尿病。
 5. 24時間の畜便内に7gmあるいは、それ以上の脂肪が含まれている。
 6. 24時間の畜便内に3gmあるいは、それ以上の窒素が含まれている。
 7. 他には原因が考えられない持続性あるいは反復性腹水あるいは浮腫。

身長あるいは、性別による栄養不良を反映する体重表。5.08 との関連でのみ使用される。

表Ⅰ—男性

表Ⅱ—女性

靴を脱いだ時の身長 (インチ)	体 重 (ポンド)	靴を脱いだときの身長 (フィート)	体 重 (ポンド)
61	90	58	77
62	92	59	79
63	94	60	82
64	97	61	84
65	99	62	86
66	102	63	89
67	106	64	91
68	109	65	94
69	112	66	98
70	115	67	101
71	118	68	104
72	122	69	107
73	125	70	110
74	128	71	114
75	131	72	117
76	134	73	120

表Ⅲ—男性

表Ⅳ—女性

靴を脱いだ時の身長 (インチ)	体 重 (ポンド)	靴を脱いだ時の身長 (インチ)	体 重 (ポンド)
61	95	58	82
62	98	59	84
63	100	60	87
64	103	61	89
65	106	62	92
66	109	63	94
67	112	64	97
68	116	65	100
69	119	66	104
70	122	67	107
71	126	68	111
72	129	69	114
73	133	70	117
74	136	71	121
75	139	72	124
76	143	73	128

6.00 尿路・生殖器

A. 慢性腎臓疾患の存在の証明

慢性腎臓疾患の存在の証明は、(1)病歴、診察、腎臓疾患を示唆する検査所見、および(2)進行性の性質を示すこと、または腎機能の悪化を検査で証明することに基づいて行われる。

B. ネフローゼ症候群

臨床診断を確立させるような医学的証拠の中には、脛骨前組織、眼窩周囲の組織、仙骨前組織などの浮腫の程度についての記述が含まれていなければならない。腹水、胸水、心嚢液、関節水腫などが見られるときは、それらについて記述しなければならない。検査の結果も記載しなければならない。腎臓の生検が行われたときは、検体の顕微鏡による検査の記録のコピーを添付しなければならない。重度の起立性低血圧症、反復性感染、静脈血栓などの合併症は、結果としてのインペアメントに基づいて評価さなければならない。

C. 血液透析、腹膜透析および腎臓移植

慢性的な腎臓疾患のために定期的な透析をうけている場合は、障害の程度は腎臓の機能を反映するものでなければならない。

腎臓移植を受けている場合、どれくらい機能が回復したか、回復にどれくらい時間がかかったかは、いろいろな要因によって変化する。例えば、移植後の腎臓機能がどれくらい充分か、腎臓の感染症がおこるかどうか、また、その程度、拒絶反応がおこるかどうか、全身的な症状（貧血症、神経疾患など）があるかどうか、コルチコステロイド、あるいは、免疫抑制剤の副作用があるかどうかなどである。その人が、医学的な改善の安定したポイントに達したかどうか的確に判断できるようになるには、少なくとも12ヶ月が必要である。

D. 関連疾患や合併症については、それぞれの身体系の一覧表にしたがって評価すること。

6.01 インペアメントのカテゴリー：尿路・生殖系

6.02 何らかの慢性腎臓疾患による**腎臓機能障害**が、12ヶ月以上続くことが予想される（例えば、高血圧性血管疾患、慢性腎炎、腎結石症、多発性のう胞腎、両側水腎症等）。

以下を伴う。

- A. 不可逆性の腎不全により慢性的に透析をうける必要がある。
- B. 腎臓移植。手術後12ヶ月間は、障害があるものとみなされる。それ以後は、残存するインペアメントによって認定すること。(6.00 参照)
- C. 血清クリアチニン濃度の4mg/dlあるいは、それ以上の上昇、また、クレアチニンクリアランス値の20ml/分(29l/日)以下の降下が3ヶ月以上続いている。以下のうち1つを伴う。
 - 1. 重度の骨の疼痛および放射線撮影上の異常(例えば、線維性骨炎、著しい骨粗鬆症、病的骨折など)が認められることによって明らかな、腎性骨異栄養症。
 - 2. 心膜炎の既往。
 - 3. 運動系あるいは感覚系の神経障害。
 - 4. がんこな搔痒症。
 - 5. 体液過剰症候群によって拡張期の高血圧(100mmHgあるいはそれ以上)又は、うっ血の徴候が見られる。
 - 6. 体重減少を伴う食欲不振が続いている。現在の体重が5.08の表ⅢあるいはⅣに合致している。
 - 7. ヘマトクリットが30%か、それ以下が続いている。

6.06 治療にも関わらず3ヶ月以上続く**重大な全身性の浮腫を伴うネフローゼ**で、以下のどれかを伴う。

- A. 血清アルブミンが3.0gm/dl以下で24時間あたりの尿蛋白が3.5gm以上
- B. 24時間あたりの尿蛋白が10.0gm以上。

7.00 血液・リンパ系

A. 貧血によるインペアメント

貧血によるインペアメントは、血液の酸素運搬能力の減少に対する被検者の適応能力によって評価されなければならない。赤血球数の緩徐な減少は、かなり低い値になっても、健全な心臓血管系をもつ者は、これに順応できていることがしばしばみられる。

B. 慢性の指標

慢性かどうかは、その状態が3ヶ月以上続いていることによって示される。検査は3ヶ月以上にわたって、1回以上行うこと。

C. 鎌状赤血球病

鎌状赤血球病は、ホモ接合体あるいはその他の異常な血色素（ヘモグロビンCあるいは、ヘモグロビンF）などと組み合わせさせて起こる鎌状細胞血色素を伴う慢性の溶血性貧血である。鎌状赤血球病を示す血色素電気泳動法分析などの適切な血液学的な証拠が含まれていなければならない。

血管の閉塞や血球無形成の既往については、その重症度、頻度、持続時間についての記述による証明がなければならない。

主要な内臓の症状の状況としては、脳膜炎、骨髄炎、肺の感染、肺梗塞症、脳血管障害、うっ血性心不全、尿器・生殖器の合併症などが含まれる。

D. 凝固能の欠損

慢性の遺伝的血液凝固の不全は、適切な検査による証拠によって証明されなければならない。抗血友病性グロブリン（AHG）などによる予防的な治療法は、それ自体が重症度を示すものではない。

E. 急性白血病

最初の急性白血病の診断は、骨髄の病理学的な証拠に基づいておこなわなければならない。再発した疾患は、末梢血液、骨髄、脳脊髄液などの検査によって証明される。病理学的報告が含まれていなければならない。

慢性骨髄球性（顆粒球性）白血病の、急性症状については、急性白血病の要件の下で考慮しなければならない。

7.11 の基準には、障害の持続時間が指示されている。その期間が過ぎると、診断書自体は、もはや、著しいインペアメントを証明するには充分ではなくなってしまう。その期間が過ぎても何らかのインペアメントが、残っている場合は、改めて、医学的証拠の上に認定されなければならない。

7.01 インペアメントのカテゴリー：血液・リンパ系

7.02 慢性貧血症

(何らかの原因によってヘマトクリットが、30%かそれ以下の状態が続く)
以下を伴う。

- A. 平均して、2ヶ月に一回以上の、輸血が必要である。
- B. 結果として発生した身体各部のインペアメントが、それぞれの当該基準のもとで、認定を受けている。

7.05 鎌状赤血球病、あるいは、その類型

以下を伴う。

- A. 判定時に先立つ5ヶ月間の間に、少なくとも、3回以上疼痛のある（血栓症の）発症（クライシス）が、起こったことが証明されている。
- B. （緊急治療以上に）延長入院が必要だったことが、判定時に先立つ12ヶ月の間に少なくとも3回以上あった。
- C. ヘマトクリットが26%以下の状態が続く、慢性的で重篤な貧血症、
- D. 結果として、発生した身体各部のインペアメントは、それぞれの当該基準のもとで、認定すること。

7.06 慢性血小板減少症（原因の如何を問わず）

1立方ミリメートルあたり、40,000個以下であることが繰り返し、検査で確認されている。

以下を伴う。

- A. 判定に先立つ5ヶ月間の間に、少なくとも1回、輸血を必要とする、特発性の出血が起こっている。
- B. 判定に先立つ12ヶ月間の間に、頭蓋内出血が起こっている。

7.07 判定に先立つ5ヶ月間の間に、少なくとも3回以上、輸血を要するような出血を伴う**遺伝性毛細血管拡張症**が起こっている。

7.08 **凝固性欠乏（血友病あるいは、同様の疾患）**で、判定に先立つ5ヶ月間の間に、少なくとも3回、輸血を要する特発性出血を伴う。

7.09 **真性多血症（赤血球増多症、脾腫、白血球増多症、血小板増加症、を伴う）**

結果として発生したインペアメントをそれぞれの当該基準のもとで、認定すること。

7.10 骨髄線維症（骨髄増殖症候群）

以下を伴う。

- A. 慢性貧血症。7.02の基準によって評価すること。

- B. 判定に先立つ5ヶ月間に少なくとも3回、全身性の細菌による感染が再発していることが、証明されている。
- C. 骨粗鬆症の放射線撮影の証拠を伴う、どうしようもない骨の疼痛。

7.11 急性白血病

最初の診断の時から、2年半の間、障害のあるものと見なす。

7.12 慢性白血病

7.02, 7.06, 7.10B, 7.11, 7.17 あるいは、13.06Aの基準によって評価すること。

7.13 リンパ腫

13.06Aの基準によって評価すること。

7.14 電気泳動法あるいは免疫電気泳動法による、血清蛋白質、尿蛋白質の検査によって確かめられた**マクログロブリン血症**。インペアメントは、7.02, 7.06 あるいは、7.08の基準によって認定すること。

7.15 慢性血球減少症（原因の如何を問わず）

A, Bの両方を伴う。

A. 繰り返される検査の度に、1立方ミリメートルあたりの好中球の数が1,000個以下であること。

B. 判定に先立つ5ヶ月間に少なくとも3回の全身的な、細菌感染が再発していることが証明されている。

7.16 **骨髄腫**（電気泳動法による、血清蛋白質、あるいは尿蛋白質の検査、および、骨髄の検査によって確かめられている）

以下を伴う。

A. 耐え難い骨の疼痛を伴う、骨病変が放射性撮影法によって、証明されている。

B. 6.02に記述されているような、腎臓のインペアメントの証拠がある。

C. 治療にも関わらず、少なくとも1ヶ月間、血清カルシウム値が、11mg/dlより大きい状態が続く高カルシウム血症。

D. 末梢血内に、形質球が、1立方ミリメートルあたり100個以上認められる。

7.17 **再生不良性貧血あるいは、血液学的悪性疾患（急性白血病を除く）**：骨髄移植を受けた場合。移植のあと12ヶ月は、障害があるものとみなす。それ以後は、残っているインペアメントの特徴に従って評価すること。

8.00 皮膚

A. 皮膚の病変は、体の広い部分におよんだり、手や足などの、危険な部分に発症し、治療に、不応性を示すようになると、長く続く著しいインペアメントの結果を引き起こすことがある。これらの病変は、著しいインペアメントが、少なくとも12ヶ月は続くだろうという、合理的な予想が、得られるくらい充分の期間、治療にも関わらず、続いてきたことが、示されなければならない。皮膚の疾患の治療に使われる薬の中には、多量の投与を要するものもあり、深刻な副作用を伴うこともある。これらの副作用については、インペアメントの全体的な評価の中で、考慮されるべきである。

B. 皮膚の病変が、全身的な疾患と結びついているとき、そして、そのことが、大きな問題である場合、評価は、適切なセクションにおける基準を使って行われなければならない。播種状紅斑性狼瘡（全身性）および、強皮症は、通常1つ以上の身体系を巻き込んでいるので、14.02 および、14.04 のもとで評価しなければならない。腫瘍性疾患による皮膚の病変は、13.00 のもとで評価しなければならない。皮膚の病変（やけどを含む）が、関節の動きを拘束したり制限したりしている場合は、1.00 のもとで評価しなければならない。

8.01 インペアメントのカテゴリー：皮膚

8.02 剥脱性皮膚炎、魚鱗癬、魚鱗状紅皮症

処方された治療に対する不応性の病変の拡大を伴う。

8.03 天疱瘡、多形性水疱性紅斑、水疱性天疱瘡、ヘルペス皮膚炎

処方された治療に対する不応性を持つ、病変の拡大を伴う。

8.04 深在性真菌性感染

処方された治療に不応性の菌状に発生する、潰瘍性の病変が拡大している。

8.05 乾癬、アトピー性皮膚炎、汗疱

手や足への併発を含み、その機能を著しく制限してしまうような病変の拡大を伴い、処方された治療に反応しないもの。

8.06 汗腺膿瘍、集簇性ざ瘡

腋窩や、会陰を巻き込む、病変の拡大があり、治療に反応せず、また、簡単に手術治療もできない場合。

9.00 内分泌系および肥満

インペアメントの原因

インペアメントは、ホルモンの過剰生産、あるいは減少生産によって、体に構造的、機能的変化が起きることによって生じる。最初は、内分泌系の疾患だったものが、その他の器官系統を巻き込む場合、それらのインペアメントは、それぞれ当該のセクションの基準に従って評価されるべきである。

長い期間にわたる肥満は、通常、筋肉骨格系、心臓血管系、末梢血管系、肺動脈などの疾患と結びついており、これらの疾患が障害の主要な原因となっている。極端な肥満は、体重そのものによる制限と、他の身体の器官系を妨げることによる制限とを生み出す結果になる。

9.09Aの、体重を支える基準は、腰仙部の脊椎に関するものである。頸部や胸部の脊椎は、体重を支えるものとはみなされていない。

9.01 インペアメントのカテゴリー： 内分泌系および肥満

9.02 甲状腺の異常

以下を伴う。

- A. 眼球突出測定計によって測定された、進行性の眼球突出。
- B. 結果として生じたインペアメントを、当該の基準によって評価すること。

9.03 上皮小体機能亢進症

以下を伴う。

- A. 骨のカルシウムが減少していることが、X線検査および、血漿内のカルシウムが、1 dl あたり 11mg あるいは、それ以上に増大していることによって証明されている。
- B. その結果として生じたインペアメント、発生した体の部分の該当する基準に従って、評価すること。

9.04 上皮小体機能低下症

以下を伴う。

- A. 重篤なテタニーが再発する。
- B. 全身的な痙攣が再発する。
- C. レンズ核の白内障：2.00ff の基準によって評価すること。

9.05 脳下垂体後様の機能不全（尿崩症）

比重が 1.005 あるいは、それ以下の尿が少なくとも 3ヶ月続き、脱水症が再発する。

9.06 副腎皮質の機能亢進

結果として生じたインペアメントを当該基準に従って評価すること。

9.08 真性糖尿病

以下を伴う。

- A. 大きな動きや器用な動きが出来ない、歩いたり止まったりがうまくできないなど、手足の動きに、重大な妨げが見られることで証明される神経障害。
- B. 酸血症（アシドーシス）が少なくとも平均で2ヶ月に一回起こっていることが血液の生化学的検査によって証明されている（pH、あるいは、 pCO_2 あるいは、重炭酸塩のレベルなど）。
- C. 糖尿病性壊疽あるいは末梢動脈の疾患による、足根骨あるいはそれより近位の部位からの切断。
- D. 増殖性網膜炎：2.02, 2.03, 2.04 の基準のもとで、視覚障害を評価すること。

9.09 肥満

男性は表 I、女性は表 II に示してある体重と同じか、それ以上の体重がある。

および、以下のうち1つを伴う。

- A. 体重を支える関節のいずれか、あるいは、腰仙部の脊椎のところに、疼痛を覚えたり、動きの制限があったりする。また、医学的に認められた画像技術によって関節あるいは、腰仙部脊椎の部分に、関節炎が認められる。
- B. 拡張期血圧の亢進が、適正な血圧より 100mmHg 以上の超過として認められる。
- C. 過去の肝腫大や末梢性あるいは肺の浮腫などの血管性うっ血を示す証拠によって明らかな、うっ血性心不全の病歴。
- D. 体重を支えるときに、下肢に疼痛が走る、なかなか治らない浮腫がある、下肢に静脈瘤様腫脹があるなどの慢性の静脈機能不全。
- E. 肺活量が 2.0L 以下、あるいは表 III の A, B, C に示されている値と同じか、より低い値を示す安静時低酸素血症の呼吸器系疾患。

表Ⅰ—男性

表Ⅱ—女性

靴を脱いだ身長 (センチメートル)	体 重 (キログラム)	くつを脱いだ時の身長 (センチメートル)	体 重 (キログラム)
152	112	142	95
155	115	145	96
157	117	147	99
160	120	150	102
163	123	152	105
165	125	155	107
168	129	157	110
170	134	160	114
173	137	163	117
175	141	165	121
178	145	168	125
180	149	170	128
183	153	173	132
185	157	175	135
188	162	178	139
190	165	180	143
193	170	183	146

表Ⅰ—男性

表Ⅱ—女性

靴を脱いだ身長 (インチ)	体 重 (ポンド)	靴を脱いだ身長 (インチ)	体 重 (ポンド)
60	246	56	208
61	252	57	212
62	258	58	218
63	264	59	224
64	270	60	230
65	276	61	236
66	284	62	242
67	294	63	250
68	302	64	258
69	310	65	266
70	318	66	274
71	328	67	282
72	336	68	290
73	346	69	298
74	356	70	306
75	364	71	314
76	374	72	322

表Ⅲ—A (テスト場所が海拔 3,000 フィート以下の場合適用できる)

動脈血内 P C O ₂ (mm. Hg)	動脈血内 P O ₂ (mm. Hg) 等しいか、それ以下
30 かそれ以上	65
31	64
32	63
33	62
34	61
35	60
36	59
37	58
38	57
39	56
40 かそれ以上	55

表Ⅲ—B (テスト場所が海拔 3,000 フィートから 6,000 フィートの場合適用できる)

動脈血内 P C O ₂ (mm. Hg)	動脈血内 P O ₂ (mm. Hg) 等しいか、それ以下
30 かそれ以上	60
31	59
32	58
33	57
34	56
35	55
36	54
37	53
38	52
39	51
40 かそれ以上	50

表Ⅲ—C (テスト場所が海拔 6,000 フィート以上の場合適用できる)

動脈血内 P C O ₂ (mm. Hg)	動脈血内 P O ₂ (mm. Hg) 等しいか、それ以下
30 かそれ以上	55
31	54
32	53
33	52
34	51
35	50
36	49
37	48
38	47
39	46
40 かそれ以上	45

11.00 神経

A. 痙攣性疾患

痙攣性疾患においては、病因の如何に関わらず、障害の程度は、その種類、頻度、持続時間、てんかん発作の後遺症によって評価される。少なくとも一つの典型的なてんかん発作について、詳細に記述したものが必要である。そこには、前兆、舌嚙み、括約筋のコントロール、発作に伴う外傷、発作後の現象が、あるかないかに関する記述が含まれていなければならない。報告書を書く医師は、自分の観察に基づいて、てんかん発作がどの程度のものなのか示唆し、補助的な情報の情報源についても、記述しなければならない。専門家による観察が手に入らない場合は、てんかん発作の種類と頻度について、請求者以外の人証書が必ず必要になる。

てんかんを証明する文書には、少なくとも一つ脳波（EEG）が含まれていなければならない。

11.02 と 11.03 では、基準は、鎮痙剤による治療を受けているにもかかわらず、インペアメントが続くという場合にのみ適用することが出来る。鎮痙剤による治療が守られているかどうかは、現在てんかんの治療を行っている医師によるレポートの中の、客観的な臨床的な所見によって決定される。フェニトイン・ソディウム、その他の鎮痙剤の血中濃度を調べても処方された投薬が守られているかどうかはわかる。

てんかん発作が 11.02 あるいは、11.03 に記述されているような頻度で起こっている場合、インペアメントの重症度を判定するには、血中薬剤濃度も考慮に入れなければならない。血中薬剤濃度が、治療学的に見て不十分と思われる場合は、それが吸収率や代謝率に関する被検者の特異体質によるものなのかどうか考慮しなければならない。血中薬剤濃度は、その他の全ての証拠とのかねあいで判断されなければならない。それ故、血中薬剤濃度が低い場合、治療機関からの報告の中には、なぜレベルが低いのかについての医師の意見と、血中薬剤濃度に関する診察の結果が含まれていなければならない。また、異常なほどたくさん投与しないとてんかん発作をコントロールできないという場合は、インペアメントが薬の副作用によるものではないか、という可能性についても考慮しなければならない。アルコールや薬物を使用することが処方された治療法を守ることに影響を与えたり、てんかん発作の発症に一役買っているということが認められる場合は、インペアメントのレベルを判定する際に考慮に入れなければならない。

B. 脳腫瘍

悪性脳腫瘍の診断が確立されていなければならない。腫瘍が引き続いているときは、13.00B および C の、腫瘍性疾患の基準によって評価されなければならない。

組織学的な悪性腫瘍の場合、重症度と予想される持続期間を決定するための基準は、病理学的診断だけである。(11.05A 参照のこと) その他の脳の腫瘍については、インペアメントの重症度と持続期間は、症状、徴候、検査の結果によって決定される。

(11.05B参照)

C. 持続する運動機能の混乱が不全麻痺、麻痺、振戦、その他の不随意的な動き、運動失調、感覚障害などの形で現れる(それらのうちどれか、あるいは、全てが、大脳、小脳、脳幹、脊椎、末梢神経の機能不全による)。それらが単独で、または、いろいろな組み合わせで起き、神経性のインペアメントを決定する基本となる。インペアメントの判定は、運動および/あるいは、手や足や指の使用がどれほど阻害されているか、その程度によって行う。

D. 多発性硬化症、重症性筋無力症のように一時的な形質を示す場合、発症の頻度と持続時間、軽快期の長さ、永久的な残存インペアメントなどを考慮に入れる必要がある。

E. 多発性硬化症

多発性硬化症によって引き起こされたインペアメントを判定するための主要な基準は、11.09の一覧表に記載されている。パラグラフAには運動機能の混乱を評価するための基準が記載されているが、11.04Bにも関連がある。(11.04Bは、11.00Cにも関連がある。)パラグラフBには、多発性硬化症によって引き起こされた視覚、または精神的なインペアメントを評価するための基準が記載されている。パラグラフCには、安静時には筋肉の弱さや重大な運動機能の混乱はないものの、疲労すると筋肉が弱くて活動できなくなるインペアメントを判定するための基準が記載されている。

11.09Cの基準を使用するかどうかは、以下にかかっている。即ち

- (1)多発性硬化症の診断書がある。
- (2)多発性硬化症に、特徴的な、疲労に関する記述がある。
- (3)実際に疲労しているという証拠がある。

インペアメントの重症度を判断するには、運動の程度と、その結果としての筋肉の弱さの深刻さを顧慮しなければならない。

11.09Cの基準は、身体を動かしたときに起きる運動の異常を取り扱っている。運動機能の混乱が、安静時にも現れている場合は、活動の結果さらに、筋肉の弱さが増すことを顧慮に入れながら、パラグラフAを使用しなければならない。

特に、中心視力を巻き込む感覚異常が起こることがある。視力の減少は、少しの間近見視力を使ったとき、例えば、読書などのあとで起こることがある。この減少は、特定の活動が終了し、休息しているときには、続いていないかもしれない。しかし、また活動を再開すると症状も再発する。こういったケースの視力の障害は、視力の減少が月の満ち欠けのように、大きくなったり小さくなったりするという事実を考慮に入れながら、2.02に記載されている基準によって評価されなければならない。

症状に関係のある中枢神経系の機能不全を明らかにするには、運動時の誘発反応テストなどの、機能的障害の証拠が必要である。