

11.01 インペアメントのカテゴリー：神経

11.02 てんかん—大きなてんかん発作（大発作、精神運動発作）が、EEGおよび、典型的な発作のパターンについてのあらゆる減少を含む詳細な記述によって証明されている。少なくとも、3ヶ月間の処方された治療にも関わらず、1ヶ月間に1度以上の頻度で起こっている。

以下のことを伴う。

- A. 日中の発症（意識を失う、および、痙攣性の発作）
- B. 夜間の発症。そのために日中の活動が、著しく阻害される。

11.03 てんかん—小さな発作（小発作、精神運動発作、脳性発作）が、EEGおよび、典型的な発作のパターンについてのあらゆる現象を含む、詳細な記述によって証明されている。少なくとも3ヶ月間の、処方された治療にも関わらず、1週間に1回以上の頻度で起きる。

意識をなくしたり、回復したりする。そして、発作後、少しの間、いつもとは違う振る舞いをする。あるいは、日中の活動に著しい妨げをきたすなどの現象を伴う。

11.04 中枢神経系の血管障害

血管障害から、3ヶ月以上経っても、以下のことを伴う場合。

- A. 感覚性、運動性の失語症のため、発話、あるいはコミュニケーションがうまくいかない。
- B. 重大な手足の運動機能の混乱が続いている結果、大きな動きや巧緻な動き、あるいは、歩行および直立姿勢などが阻害される。(11.00C参照)

11.05 脳腫瘍

- A. 悪性神経膠腫（星状神経膠腫—Ⅲ度からⅣ度、多形性神経膠芽細胞腫）、髄管芽細胞腫、上衣芽細胞腫、あるいは、初期の肉腫。
- B. 星状神経膠腫（Ⅰ度からⅡ度）髄膜腫、下垂体腫、乏枝神経膠腫、上衣腫、斜台脊索腫および、良性腫瘍。

11.02, 11.03, 11.04A, B, 12.02 によって判定すること。

11.06 以下の徴候を伴うパーキンソン症候群：

著明な固縮、運動緩徐、手足の振戦、これらが単独で、あるいは、組合わさって、大きな動きや器用な動き、歩行や直立姿勢の妨げとなる。

11.07 脳性麻痺：

以下を伴う

- A. IQが70かそれ以下。
- B. 破壊性や感情的な不安定性などの異常な行動パターンを持つ。

- C. 言語、聴覚あるいは、視覚の障害による、重大なコミュニケーションの阻害。
- D. 11.04Bに記述されているような、運動機能の混乱。

11.08 脊髄あるいは、神経根の病変。原因の如何を問わず、11.04Bに記述されているような運動機能の混乱を伴う。

11.09 多発性硬化症

以下を伴う。

- A. 11.4に記述されているような運動機能の混乱。
- B. 2.02, 2.03, 2.04 あるいは、12.02に記述されているような視覚および、精神のインペアメント。
- C. かなりの筋力の低下を伴う反復活動時における運動機能の疲労が、診察によって認められる。それは、多発性硬化症に巻き込まれることが、病理学的に知られている中枢神経系の各分野の機能不全の結果である。

11.10 筋萎縮性側索硬化症

以下を伴う。

- A. 重大な（延髄の）球症状。
- B. 11.04Bに記述されているような、運動機能の混乱。

11.11 前角灰白髄炎

以下を伴う。

- A. 嚥下、あるいは、呼吸の困難が続く。
- B. 理解困難な言語。
- C. 11.04Bに記述されているような運動機能の混乱。

11.12 重症性筋無力症

以下を伴う。

- A. 治療を続けているにもかかわらず、言語、嚥下、呼吸に重大な困難がある。
- B. 治療を続けているにもかかわらず、反復運動の際に上下肢の筋肉を抵抗に逆らって動かす力が弱くなっている。

11.13 筋ジストロフィー

11.04Bに記述されているような、運動機能の混乱を伴う。

11.14 末梢神経疾患

処方された治療にも関わらず、11.04Bに記述されているような運動機能の混乱を伴う。

11.15 脊髄ろう

以下を伴う。

- A. 脊髄ろうの発作が、1ヶ月に1回以上の頻度で起こる。
- B. 不安定な開脚したあるいは失調性の歩行で、歩行が大きく制限される。適切な後索徴候で、そのことが立証される。

11.16 亜急性連合性脊髄変性（悪性貧血）

11.04B, 11.15Bに記述されているような運動機能の混乱を伴う。処方された治療によっても大した改善が見られない。

11.17 他のどこにも記載されていない**変性的な疾患**。例えば、ハンチントン舞踏症、フリードライヒ遺伝性脊髄運動失調症、および、脊髄小脳変性症など。

以下を伴う。

- A. 11.04Bあるいは、11.15Bに記述されているような運動機能の混乱。
あるいは、
- B. 慢性脳症候群 12.02によって評価すること。

11.18 脳の外傷

応用できるなら 11.02, 11.03, 11.04 および 12.02 によって評価すること。

11.19 脊髄空洞症：

以下を伴う。

- A. 重大な延髄の徴候。
- B. 11.04Bに記述されているような運動機能の混乱。

12.00 精神障害

A. 序論

精神障害に基づく障害の認定には、インペアメントを医学的に証明する証拠書類が必要である。それと同時に、それらインペアメントが、被検者の仕事をする能力にどれほどの制限をもたらすか、また、その制限が少なくとも12ヶ月間連続して続いてきたか、あるいは、続くと予想されるかどうかを判断することが必要になる。精神障害のための一覧表は診断別に次の8つのカテゴリーに分類される。即ち、器質的精神障害(12.02)、精神分裂病、パラノイア、その他の精神病、(12.03):情動障害(12.04)、精神遅滞および、痴呆(12.05)不安障害(12.06)心身症的障害(12.07)人格障害(12.08)中毒障害(12.09)である。それぞれのグループは、12.05 および、12.09 を除き、臨床的所見(パラグラフAの基準)のうち一つ以上を満たしている場合、パラグラフBにすすみ、そのうちの2つか、3つを満たさなければならない。12.03と12.06には、それからさらに考慮しなければならない付加的基準(パラグラフCの基準)がついている。

パラグラフAの基準の目的は、精神的な障害が存在していることを医学的に立証することである。

12.02から12.09までの一覧表に記載されている、特定の徴候や症状は、それぞれのカテゴリーの最初の部分にあげられている精神障害の描写と切り離して判断することは出来ない。インペアメントは、臨床的所見によって示されるカテゴリーのもとで、分析され吟味されなければならない。

パラグラフB、Cに記載されている基準の目的は、仕事をする能力にそぐわない、精神障害と結びついた機能的制限を記述することにある。パラグラフBおよびCに記載されている制限は、パラグラフAに概述されている臨床的所見によって、明らかに精神障害の結果であることがわかっているものでなければならない。パラグラフBおよび、Cに含まれる基準は、仕事に必須の機能的分野を代表するものであるために選ばれたものである。パラグラフAに規定されているインペアメントの結果、これらの分野で、著しく制限を受けている人は、仕事をする能力がないと仮定される。

12.09に記述されている中毒障害の構成は、他の精神障害の一覧表とは異なっている。12.09は、参考のための一覧表である。常習的に、中毒性の物質を用いている結果生じる、行動や身体の変化を評価するためには、他の精神的身体的インペアメントのどれを当てはめたらよいかを示すだけの役目を果たしているのである。

精神障害の基準として一覧表に記載されているのは、その基準に合致している、または同等であれば、合理的に考えて、収入を得るための仕事の活動に従事できるとは期待できない、というものである。

精神障害の基準として一覧表に記載されているものに合致しないようなレベルのインペアメントを持っている人がいるとして、その人は、仕事に就けるだけの残存機能能力(REC)を持っているかもしれないし、持っていないかもしれない。精神障害の基準にはあわないけれども、かなりのインペアメントがあるという場合、その人が

仕事に就ける能力があるかどうかを判断するには、RFCを決定することが、きわめて重大である。

RFCとは、精神的なインペアメントにも関わらず、その人が保持している仕事に関係のある能力を、多次的に記述したものであると定義することが出来るだろう。RFCは、インペアメントが重度ではあるが基準に適合するほどではないという場合、さらに広く仕事に関する能力についても考慮することにより、パラグラフBおよび、Cに記載された基準を補うものである。

B. 医学的証拠の必要性

要件を満たすような持続期間を持つ医学的に証明できるインペアメントが存在する、ということ、臨床的な徴候、症状および／あるいは、医学的・心理学的検査の所見から得られる医学的証拠によって確立しなければならない。これらの所見は、障害の本性により間欠的なものであったり、連続的なものであったりするかもしれない。臨床的な徴候とは、行動や情動、思考、記憶、方向感覚、現実との接触などの面における特定の異常を反映する、医学的に明らかな現象である。典型的には、これらの徴候は、精神科医あるいは、心理学者によって、診断され、および／あるいは、心理テストによって証明される。症状とは、被検者によって表明される不満である。徴候と症状は、一緒になって臨床的症候群（精神障害）を形作る。精神障害の診断の一部である、症状と徴候は、重症度を判定する際考慮に入れなければならない。

C. 重症度の評価

精神障害の場合、インペアメントによって引き起こされた機能的制限によって重症度を評価する。機能的制限は、パラグラフBの基準を使って査定する。（日常生活上の制限、社会的機能、集中力、持続力、速度、仕事に付き物の精神的緊張を緩和させる能力）

制限の程度を測る水準として「著しい」という形容詞を使うときは、「中位の」よりは、重く「極端な」よりは軽いことを意味する。著しい制限とは、一つ、あるいはそれ以上の活動あるいは、機能が障害のために自立的に、適切に、効率的に、機能する能力を阻害された場合に、発症する。4つの分野が考えられる。

1. 日常生活の活動

掃除、買い物、料理、公共の乗り物を利用して移動する、料金を払う、住居を維持する、身だしなみや衛生に気を配る、電話や電話帳を使う、郵便局を利用する、などが含まれる。個人の生活全般において、これらの活動の質が、自立的、的確性、効率性の面から判定される。個人が、人から指示されたり、監督されたりしないで、主体的に活動に参加できるのは、どの程度までなのかを決めることが必要である。

「著しい」というのは、制限されている活動の数ではない。全体的に、制限の程度を判定しなければならない。例えば、料理も掃除もできる人でも、家のそばから離れるのが怖くてできないという場合には、日常的活動に著しい制限があるということになる。治療や旅行のために、家から離れる能力が、阻まれているからであ

る。

2. 社会的機能

社会的機能とは、他の人と適切につきあったり、コミュニケーションする能力のことである。社会的機能には、他の人とうまくやっていく能力が含まれている。例えば、家族、友人、隣人、八百屋の店員、大家、バスの運転士などの人たちである。社会的機能の障害は、口論、追い立て、失職、他人をおそれる、親しい関係をさける、社会的孤立などの形で現れる。社会的機能が良好と言うことは、他人と主体的につきあうことが出来る。他人と、明白に意志の疎通が出来る、グループ活動に積極的に参加できる、などの形で現れる。協力的な態度、他人への思いやり、他人の感情への気づき、社会的成熟度なども、考慮に入れなければならない。職場での社会的機能には、一般の人たちとの交流、上司と適切な受け答えが出来ること、同僚と協力できることなどが含まれるだろう。

「著しい」は、障害が見られる社会的機能の分野の数ではなく、ある分野における全体的に見た場合の程度である。例えば、怒りっぽく、非協力的で、敵対的な人物が地方の商店主から、なんとか大目に見てもらっているという場合。この人は、社会的機能に、「著しい」制限があるということになる。なぜなら、そういった振る舞いは、他の社会的な場面では通用しないからである。

3. 集中力、持続力、速度

集中力、持続力、速度は職業に関係のある仕事をタイミング良くやり遂げることが出来るくらいの長い時間、注意力を集中的に維持するのに必要な能力である。日常生活の中では、集中力は、日常の家事をするのに必要な能力に反映される。集中力、持続力、速度の欠如は、仕事あるいは、仕事に近い仕事に近いような状況の中でよく観察される。この分野における主要なインペアメントは、精神科医の診察および／あるいは、心理学的なテストによって判定されることが多い。しかしながら、精神状態の診察や、心理テストのデータだけを、仕事をするのに必要な集中と持続の能力を正確に記述するのに使うべきではない。精神状態を診察する際、集中力に関しては、短期記憶を使うような作業や、100から次々に7を引き算していくような計算をさせたりして評価する。知性や、記憶に関する心理学的なテストでは、集中力は、短期記憶が必要な問題や、一定の時間内にやり遂げなければならないような、作業を課して評価する。仕事場での集中力、持続力、速度に関する評価は、インデックスカードをファイルさせたり、電話番号を調べさせたり、ものを分解したり、組立なおしたりさせたりして判定される。集中力が強いか弱いかというのは、誤りの頻度、作業を完了するのに要した時間、作業を完了するのにどの程度の手助けが必要だったか、などを考慮して判断する。

4. 仕事場あるいは、仕事に近いような状況における、荒廃と代謝不全

仕事場あるいは、仕事に近いような状況における、荒廃と代謝不全とは、ストレスの多い環境に適応することの失敗を繰り返し、その状況からの逃避か、症状や徴候の悪化（即ち、代謝不全）が起こることを意味する。また、日常生活における活動や、社会関係を維持したり、および／あるいは、集中力、持続力、速度を維持す

るのが困難になる。(即ち荒廃、これには、適応行動の劣化が含まれる。)

仕事環境に共通するストレスとしては、意志決定、出勤、作業を完了させる、上司や同僚との交流があげられる。

D. 証拠書類

精神障害の存在の証明は、まず最初に精神科医、心理学者などの個人や、病院、診療所などの施設から提出された報告書をもとにするべきである。

機能的な制限についての十分な記述を、情報源(例えば、その個人をかなりの期間の間観察してきた施設など)から手に入れなければならない。

医学的、非医学的情報源からの情報をもとに、個人の日常生活における活動、社会的機能、集中力、持続力、速度、増大するストレスを緩和させる能力などに関する詳細な記述を獲得する。こうした情報は、地域の精神衛生センター、デイケアセンター、ワークショップ(授産所)などのプログラムから提供されることもある。また、その人の機能についてよく知っている家族などからも提供されることもある。これら、様々なソースから手に入った情報が、不十分なこともあるし、お互いに矛盾することもある。個人の機能的制限を的確に理解するためには、あらゆる不整合性やギャップを解消する必要がある。

個人の機能のレベルは、時間の経過とともにかなり変化するかもしれない。ある特定の時点での機能のレベルは、比較的充分に見えることもあるし、反対に低く見えることもある。的確なインペアメントの評価のためには、機能のレベルの時間的変化も考慮に入れて、重症度を決定しなければならない。そのためには、判定に先立つ十分に長い期間にわたる証拠を、関係機関から集めなければならない。この治療ノート、病院の日課の要約、仕事の評価、リハビリテーション・ノートなどが含まれる。

中には、障害認定に必要な期間の間にも、働こうと試みる人や、実際に働いているという人も、いるかもしれない。それは、自分一人での試みであるかもしれないし、地域の精神衛生、授産に関する長期・短期のプログラムとの関わりで、行われたものかもしれない。仕事に就こうという試みの中で、その人がどのような行動をとったか、という情報は、仕事に関するその人の機能の能力を判断する上で、とりわけ役に立つ。

標準化されている心理テスト、例えば、ウェクスラー成人用知能検査(WAIS) ミネソタ州多相性格記録法(MMPI) ロールシャッハ検査、題目統覚検査(TAT)などの結果は、精神障害の存在を証明するのに役立つ。例えば、WAISは、精神遅滞を証明するのに有用である。また、MMPI、ロールシャッハ、TATは、それ以外の障害を指示するようなデータを提供してくれる。ホルステッド・ライタン式神経心理学的総合テスト、ルリア・ネブラスカテストのような、広範囲にわたる神経心理学的な評価を使うことは、特に、外傷性の脳障害の時に見られるような、些細な発見まで含む、脳の機能の欠陥を見つけるのに役立つ。さらに、これらのテストを遂行するには、集中力、持続力、速度が必要なので、テストの実施は、そういうことについて有益なデータも提供してくれる。それ故、テスト結果には、客観的なデータと、臨

床的所見の記述の両方が含まれていなければならない。知能テストの所見の記述には、獲得されたIQのスコアが、有効であるかどうか、個人の発達歴、機能の制限の程度にふさわしいものであるかどうかについての意見も含まれていなければならない。

知的な機能を判定するためには、WAISなどの標準化された知能テストを実施し、それらのテストの評価の訓練を受けたり、経験したことのある精神科医や、心理学者によって結果の読みとりをしてもらうべきである。特別なケースでは、言語を使わない方法、例えば、レイブン式発達検査表、ライター式国際スケール、ライター式の応用である、アーサー式などを代用してもよい。

異なったテストから得られたIQ得点は、それぞれが常に知能機能の同じ程度を反映しているとはかげらない。その意味で、例えば、WAISでは、IQ70以下というのは、一般の人口の約2%に認められる特徴であるということは、注意しておかなければならない。

他のテストが実施された場合は、それぞれのIQが、一般人口の何%に相当するのかを考慮に入れて考えないと、それらのIQが反映しているインペアメントの実際の程度というものは、決定できない。

テストの結果で1つ以上のIQが得られる場合、(例えば、WAISでは、言語、作業、および、フル・スケールのIQが得られる。) そのうちの1番低い値が、12.05の一覧表とのかねあい用いられる。

標準化された知能テストが受けられないほど、知的なインペアメントが大きい場合は、知的、社会的、身体的機能のレベルについて記述した医学的レポートが必要になる。社会保障行政局や、州の機関の職員による実際の観察、教育施設からのレポート、公共の福祉機関、客観的な情報源からもたらされた情報などが、付加的証拠として考慮の対象となる。

E. 慢性的な精神障害

入院を繰り返したり、自宅でも長いこと治療や投薬を受けている人の精神的なインペアメントを評価する際には、特別な問題が含まれていることが多い。慢性の精神病の人は、通常、ストレスを最小限に押さえ、症状と徴候が出ないように構成された枠の中で生活していることが多い。そういう人々は、症状や徴候が示している以上に、大きな機能の障害を持っているかもしれない。一つの検査の結果だけでは、これらの人々の能力を描き出すには、不十分である。それ故、これらの人々の特に、ストレスに直面したときの状態に関するあらゆる情報を吟味することが、必要不可欠である。その人の治療にあたり、世話をしたなど、あらゆる情報源からの情報を、十分に集める努力をすることが重要である。

F. 構成された枠組みの効果

特に、慢性精神障害の場合、病因や、施設への入所など、心理社会的要因によって、症状の発生がコントロールされている。高度に、構成され、支援的な枠組みは、個人に課せられる精神的要求を大いに軽減することになる。精神的要求の低いところでは、

精神障害の症状と徴候の発生は最低限に押さえられている。しかし、同時に、そういった枠組みの外で、機能する個人の能力は、変わっていないかもしれない。症状が抑えられているような心理社会的な枠組みの中で生活している人の精神障害を評価するには、そういう枠組みの外で、機能できる能力を考慮の対象にしなければならない。（そういう理由で、12.06では、パラグラフCの基準が付け加えられている。）

G. 投薬の効果

徴候、症状、機能する能力に及ぼす、投薬の効果にも注意を払わなければならない。精神病の薬が、ある初期症状、例えば、幻覚などをコントロールしているとする。一方で、そういう治療は、精神障害によって引き起こされた機能の制限に、影響を与えているかもしれないし、いないかもしれない。精神病薬の投与によって、症状が抑えられているようなケースでは、残っている機能の制限に特別な注意が向けられるべきである。これらの機能の制限は、インペアメントの重症度を測るものさしとしても、使われることになる。（12.03 および、12.06 パラグラフCの基準を参照のこと）

いくつかの精神病の治療に使われる神経弛緩剤は、眠気や情動の鈍化や他の身体の器官系を巻き込む副作用を引き起こすことがある。それらの副作用は、インペアメントの重症度を総合的に判断する際に、考慮に入れなければならない。薬の副作用が、インペアメントの重症度に寄与しているとき、そして、インペアメントが基準には適合しないが、なお、かなり重いとき、そうした副作用は精神的な残存機能能力を評価する際に考慮しないとしない。

H. 治療の効果

慢性的精神病の人の中には、十分に治療を加えることによって、徴候と症状が改善されるばかりでなく、発病前の機能のレベル近くにまで回復することがあると言うことは、記憶しておかなければならない。ここ12.00Hで問題にしていることは、精神障害の治療が、職場で通用するほどの適正レベルにまで、その人が回復するための助けとなっているだろうかということである。（12.03 および、12.06 のパラグラフCの基準を参照のこと）

I. 障害の重症度を決定するために、精神障害の証拠を吟味する技術

精神障害に関わる重症度の判定に必要な、全ての証拠を確実に獲得し、考慮し、的確に評価するための特別な技術が、開発されてきた。

この技術については、一連の評価プロセスの中で、使用されており、§ 405.1520a および、§ 416.920a の中で、説明されている。

12.01 インペアメントのカテゴリー：精神障害

12.02 器質的精神障害

脳の機能不全に関係する、心理学的あるいは、行動上の異常。病歴、診察、検査によって、機能の損失、異常な精神状態に関係があると病理学的に判断される、特定の器質的要因の存在を、証明すること。

これらの障害において、必要とされる重症度のレベルは、AとBの両方の要件を満たしたときに、基準に合致したことになる。

- A. 特定の認識能力の欠如、情動的变化が示されており、以下のうち少なくとも1つが、続いていることが、医学的に証明されている。
1. 時間および、空間的方向付けの障害。
 2. 記憶障害 短期記憶（新しい情報が覚えられない）中期記憶、長期記憶（過去には知っていた情報が思い出せない）のいずれかに関わるもの。
 3. 知覚または思考の障害（例えば、幻覚、幻想）。
 4. 人格の変化。
 5. 気分の障害。
 6. 感情の不安定さ（例えば、突然かんしゃくを起こす、突然泣き出すなど）。
 7. 発病前のレベルより、IQが15点以上低くなっている、ルリア＝ネブラスカ式、ホルステッド＝ライタン式などの神経心理学テストによって、明らかに重度の障害の範囲内にあることが、示されている。
- B. 結果として、次のうち、少なくとも2つが認められる。
1. 日常生活における著しい活動の制限。
 2. 社会的な機能を維持するのが困難である。
 3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了させることが出来ないことが頻繁にある（仕事、その他の場所で）。
 4. 仕事の場や仕事に近いような状況での荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの逃避や、徴候や症状の激化を引き起こす（その中には適応行動の劣化が含まれるかもしれない）。

12.03 精神分裂病、パラノイア、およびその他の精神病

以前の機能レベルからの劣化を伴う、いくつかの精神病の要素によって特徴的である。AとB、両方の要件を満たしたとき、あるいは、Cの要件を満たしたとき、障害の重症度のレベルが、基準に適合したことになる。

- A. 連続的にか、あるいは、間欠的にか、以下のうち1つかそれ以上が続いていることが、医学的に証明されている。
1. 幻想、あるいは幻覚。
 2. カタトニー、その他の異常な行動。
 3. 話が支離滅裂、つながりが無い、非論理的思考、内容が貧困である、などが認められ、以下のうちの一つを伴うとき。

- a. 情動の鈍化。
 - b. 情動の平坦さ。
 - c. 不適切な情動。
4. 感情的に、引きこもること、および／あるいは、孤立。
- B. 結果として、以下のうち少なくとも2つが認められる。
- 1. 日常生活の活動の著しい制限。
 - 2. 社会的機能の維持における著しい制限。
 - 3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に仕事を完了させることが出来ないことが頻繁にある（仕事、その他の場所で）。
 - 4. 仕事の場や、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす（その中には、適応行動の劣化が含まれているかもしれない）
- C. 上記AとBの要件を満たしている時点では、急性の徴候、症状、機能的制限の発症があったことが、病歴によって証明されているが、現在は、それらの症状が、投薬や心理的サポートによって、押さえられている。そして、以下のうち一つを伴う。
- 1. 仕事の場、または仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす（その中には、適応行動の劣化が含まれているかもしれない）。
 - 2. 高度に保護的な生活状況の外では機能できないことが、2年以上続いていることが、証明されている。

12.04 情動的な障害

気分の障害が特徴で、完全躁鬱症、あるいは、不完全躁鬱症を伴う。

気分とは、心理生活を全体的に彩る長く続く感情を意味する。一般的に抑鬱の状態と、興奮状態のどちらかが含まれている。

これらの障害の重症度は、AとBの両方の要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

- A. 以下のうち、一つのことが、連続的あるいは、間欠的に続いていることが医学的に証明されている。
- 1. 以下のうち、少なくとも4つによって、鬱状態が特徴づけられていること。
 - a. 無快感症 ほとんど全ての活動に興味が失われている。
 - b. 体重の変化を伴う、食欲障害。
 - c. 睡眠障害。
 - d. 精神運動の亢進または遅滞。
 - e. 気力の減退。
 - f. 罪の意識。
 - g. 思考に集中できない。
 - h. 自殺を考える。

- i. 幻覚、幻想、偏執狂的な思考。
- 2. 以下のうち、少なくとも3つによって特徴づけられる躁状態。
 - a. 機能亢進。
 - b. 話すことへのプレッシャー。
 - c. 思考の飛躍。
 - d. 高すぎる自己評価。
 - e. 睡眠欲求の減退。
 - f. 注意力散漫。
 - g. 苦痛をもたらす可能性が高いことに、関わってしまう。
 - h. 幻覚、幻想、偏執狂的思考。
- 3. 躁状態と鬱状態の症状の両方の特徴によって明らかな、両極的な症候群を発症したことがあるという病歴。(そして、現在もどちらかの状態である)
- B. 結果として、以下のうち少なくとも2つが認められる。
 - 1. 日常生活の活動の著しい制限。
 - 2. 社会的機能の維持における著しい制限。
 - 3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある。(仕事、その他の場所で)
 - 4. 仕事の間、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす(その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない。)

12.05 精神遅滞および痴呆

精神遅滞とは、発育期間(22才以前)において明らかになった、適応行動の欠如を伴う一般的な、知的機能が大きく平均を下回ることを言う。(注、以下に記述されている得点は、WAISによるものを言い、参考のためだけに使われる。他のテストによる、得点も受け入れられるが、獲得された数値は、同等の知能レベルを示すものでなければならない。)痴呆は、発育期間に発生した、社会的、あるいは、コミュニケーションの欠如を特徴とする、発達障害である。

この障害の重症度は、A, B, C, Dのどれかの要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

- A. 個人的なニーズを他人に依存していることによって、(例えば、排泄、食事、着衣、入浴)証明されている、精神的な不能。また、指示に従うことが出来ない。知能テストの使用も無理である。
- B. 言語、作業、あるいは、フル・スケールの有効なIQが59以下。
- C. 言語、作業、あるいは、フル・スケールの有効なIQが60から70で、他にも身体的、あるいは、知的なインペアメントがあるために、仕事に関する重大な機能の制限がある。
- D. 言語、作業、あるいは、フル・スケールの有効なIQが60から70で、痴呆の場合は、社会性、あるいはコミュニケーションが大きく欠落している。結果とし

て以下のうち少なくとも2つが認められる。

1. 日常生活の著しい制限。
2. 社会的機能の維持における著しい制限。
3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了させることが出来ないことが、頻繁にある。(仕事、その他の場所で)
4. 仕事の場、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす(その中には、適応行動の劣化が含まれているかもしれない。)

12.06 不安に関係する障害

これらの障害では、不安が主な障害となっているか、あるいは、症状を抑制しようと試みるときに、不安を感じるか、どちらかである。例えば、恐ろしい、ものや状況に直面すると、恐怖症の障害が現れる、とか強迫観念や、強制力に抵抗しようとする、強迫的、強制的な混乱に陥ってしまうなどである。

この障害の重症度のレベルは、AとB両方の要件が満たされる時、または、AとC両方の要件が満たされる時、基準に適合したことになる。

A. 以下のうち少なくとも1つが、医学的に証明されている。

1. 以下の4つの徴候および、症状のうち3つを伴う。
 - a. 運動の緊張。
 - b. 自律神経の活動亢進。
 - c. 懸念。
 - d. 覚醒と用心深い観察。
2. 特定の物体、行為や、状況を不合理に恐怖し、その結果その恐ろしい物、行為、状況をどうしても避けたいと思う、強制的な欲望が生じる。
3. 突然、予告もなく、非常な不安、恐怖、恐れあるいは、さげがたい運命が起こったような感覚などが起こることから明白な重大なパニックの発作が、少なくとも週に一度は再発する。
4. 著しい悩みの源となるような、強迫観念、強制観念の再発。
5. 著しい悩みの源となるような、トラウマ的な経験をどうしても思い出してしまうことが、何度も繰り返される。

B. 結果として、以下のうち少なくとも2つが認められる。

1. 日常生活の活動の著しい制限
2. 社会的機能の維持における著しい制限
3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある。(仕事、その他の場所で)
4. 仕事の場、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。(その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない)

C. 結果として、家の外で、自立的に機能することが全く出来なくなってしまう。

12.07 心身症的障害

器官や身体機構には、何ら異常が発見されないのに、身体的症状がある。

障害の重症度のレベルは、AとBの両方の要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

A. 以下のうち、1つによって医学的に証明されること。

1. 年齢が30才になる前に始まって数年間の間、身体的症状が重複して続き、しばしば薬を飲まなくてはならなかったり、医者に診てもらわなければならなかったりして、生活のパターンが大幅に変わってしまった、という病歴を持っていること。
2. 以下のうち、1つの基幹的ではない障害が続いている。
 - a. 視覚
 - b. 言語
 - c. 聴覚
 - d. 手足を使うこと
 - e. 動作と、そのコントロール（例えば、調整の障害、心理性のてんかん、無動症、運動異常）
 - f. 感覚（例えば、減少したり、高められたりする）
3. 重大な疾患やけがをしていると信じたり思いこんでいることによって、身体の徴候や感覚を、非現実的に解釈してしまう。

B. 結果として、以下のうち少なくとも3つが認められる。

1. 日常生活の活動の著しい制限。
2. 社会的機能の維持における著しい制限。
3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある。（仕事、その他の場所で）
4. 仕事の間、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。（その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない。）

12.08 人格障害

人格的な特徴が、頑固で、適応性がないとき、それが社会の中や、仕事をする上で、重大な機能的障害となったり、自分の悩みとなったりする場合に、人格障害は存在する。特徴は、その人の長い時間にわたる機能によって様々であり、疾患の発症に限定されない。

障害の重症度のレベルは、AとB両方の要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

A. 以下のうち1つを伴う深く染みついた、適応性に欠ける行動のパターン。

1. 引きこもりがちな、または自閉症的な思考。
2. 病的で不適切な疑い深さ、敵意。
3. 思考、知覚、言語、行動などが、奇妙なこと。

4. 気分や情動をいつまでも害している。
 5. 病的な依存、受動性、攻撃性。
 6. 激しく不安定な対人関係および強迫的な、自傷行動。
- B. 結果として、以下のうち少なくとも3つが認められる。
1. 日常生活の活動の著しい制限。
 2. 社会的機能の維持における著しい制限。
 3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある。(仕事、その他の場所で)
 4. 仕事の間、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす(その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない。)

12.09 中毒物による障害

中枢神経系に影響するような物質を、常習的に用いることによって、行動や、身体の変化が生じる。障害の重症度のレベルは、以下の要件(A~I)のうち、どれかを満たしているとき、基準に適合したことになる。

- A. 器質的精神障害：12.02 によって評価すること。
- B. 抑鬱症候群：12.04 によって評価すること。
- C. 不安障害：12.06 によって評価すること。
- D. 人格障害：12.08 によって評価すること。
- E. 末梢神経障害：11.14 によって評価すること。
- F. 肝臓障害：5.05 によって評価すること。
- G. 胃炎：5.04 によって評価すること。
- H. 膵臓炎：5.08 によって評価すること。
- I. てんかん：11.02 あるいは、11.03 によって評価すること。

13.00 腫瘍性疾患、悪性

A. 序論

悪性腫瘍の結果による障害のレベルの認定は、病変部位、腫瘍の組織発生学、進展度、治療の妥当性とその反応（手術、放射線、ホルモン、化学療法など）および、治療後の残存腫瘍の大きさを考慮して行われる。

B. 証拠書類

悪性腫瘍の診断は、症状、徴候、検査の結果に基づいて、確立されなければならない。原発巣、再発あるいは転移した病変の場所は、全ての悪性腫瘍性疾患で特定されなければならない。手術がなされたときは、証拠書類には、手術ノートと、手術検体の肉眼および、顕微鏡による検査結果のコピーが含まれていなければならない。それらの書類が手に入らないときは、入院の要約や治療医のレポートの中に、手術の所見や、病理学者の肉眼および、顕微鏡による組織片の検査結果の詳細が含まれていなければならない。

治療が始まったときには、障害が証明できていなかったが、疾患が進行しそうな場合、最新の医学的証拠書類には、最新の検査のレポートが含まれていなければならない。その検査は、特に、再発の部位、柔らかい部分や骨への転移、重大な治療後の後遺症を調べるものである。

C. 評価

通常、悪性腫瘍が局所的な1つの病変だけからなり、領域のリンパ節への転移を伴い、それが明らかに完全に切除されている場合、差し迫った再発や転移のおそれはないものと考えられる。特別の一覧表では、いくつもの例外があげられている。判定の目的においては、「離れたところの転移」とか、「領域のリンパ節を越える転移」というのは、通常の根治的全体切除術の範囲を超えた転移を意味する。

根治的切除のあとで局所的あるいは領域的な再発が起こったり、根治的手術で完全に切除できなかったことが、病理学的に証明された場合は、切除できない病変と同じように扱う。（乳癌を除く 13.09C）またこのプログラムの目的のためには「手術不可能な」として評価されることもあるかもしれない。

不完全な切除のあとで、局所的あるいは、領域的な再発が起こっても、それが局所的で、まだ完全に切り除くことが可能な腫瘍である場合は、根治手術のあとの再発と等しくは扱わない。リンパ腫の評価の場合は、組織型と病変の場所が必ずしも障害の程度を示すわけではない。

悪性腫瘍が、領域のリンパ節を越えて転移した場合通常、障害は特別一覧表の要件に合致する。例外は、ホルモン依存型の腫瘍、放射線感受性転移、恒久的な治療によってコントロールされている睾丸の精上皮腫からの転移である。

もともとの腫瘍と転移が明らかに消えて3年以上何もなかった場合は、障害は基準

に適合しなくなる。

D. 治療の効果

重大な治療後の後遺症は、悪性腫瘍性疾患による障害の中に含まれず、発症した器官によって評価される。

障害が、一覧表の記載の中に入っていない場合、医学的に同等ではない場合、治療によって引き起こされたものも含め、どんな後遺症もその影響を考慮に入れなければならない。治療の方法、および、それに続く、治療の逆効果も、実に様々である。それ故、個々のケースはそれぞれの個人ごとに考慮しなければならない。薬の種類、一回の量、投薬の頻度、継続される投薬プランなどを書いた書類を手に入れることが必須である。また、合併症についての記述、あるいは、その他の治療に対する逆反応、例えば、吐き気、嘔吐、下痢、無力感、皮膚科的な疾患、精神的な疾患などについての記述も手に入れることが必要である。抗癌剤による化学療法副作用の大きさは、投薬の期間内でも変化するので、薬による治療のインパクトを決定するには、十分に時間をかけないと正しい判断が出来ない。

E. 障害の開始時期

癌が、手術不可能、あるいはその他の治療によってもコントロール不能であることが最初に証明されるときに先立って、障害の開始時期を確立するには、医学的に報告された、症状、癌のタイプ、その位置、最初に発症したときは、併発の程度に基づく医学的判定が必要になる。

13.01 インペアメントのカテゴリー：腫瘍性疾患－悪性

13.02 頭および、首（唾液腺－13.07、甲状腺－13.08、および、下顎、上顎、眼窩、側頭窩－13.11を除く）

- A. 手術不可能である。あるいは
- B. 処方された治療によってコントロールされない。あるいは
- C. 根治的手術、放射線治療のあとの再発。あるいは
- D. 遠隔転移。あるいは
- E. 梨子洞あるいは、舌の後部 1/3 に起きた類上皮癌。

13.03 皮膚の肉腫

- A. 領域内あるいは、領域外のリンパ節への転移を伴う、血管肉腫。
- B. 領域内のリンパ節への転移あるいは、内臓への併発を伴う、菌状息肉腫。

13.04 軟組織の肉腫

処方された治療によってコントロールされない。

13.05 悪性黒色腫

- A. 広範囲な切除のあとでの再発。
- B. 隣接する皮膚（衛星病変）、その他の場所への転移を伴う。

13.06 リンパ節

- A. ホジキン病、あるいは、ホジキン病以外のリンパ腫で、進行性の疾患を伴う。
処方された治療によってコントロールされないもの。
- B. リンパ節の転移性癌（首のリンパ節の類表皮癌を除く）十分に調べても原発巣を特定できないもの。
- C. 処方された治療に反応しない、首のリンパ節の類表皮癌。

13.07 唾液腺—癌 あるいは、肉腫、領域外のリンパ節への転移を伴う。

13.08 甲状腺—領域外のリンパ節への転移を伴う癌。

処方された治療法でコントロールされない。

13.09 乳房

- A. 手術不可能な癌。
- B. 炎症性癌。
- C. 再発した癌、処方された治療によってコントロールされている局所的再発を除く。
- D. 乳癌からの遠隔転移。
(同時性あるいは異時性発症の両側乳癌の場合は、それぞれの乳癌を原発とする)
- E. いずれかの場所への転移を伴う肉腫。

13.10 骨格系（あごを除く）

- A. 悪性の原発性腫瘍で、転移を伴い、処方された治療法ではコントロールされない。
- B. 骨の転移癌で、原発巣が十分に調べても決定できない。

13.11 下顎、上顎、眼窩、および、側頭窩

- A. 転移を伴ういずれかの種類の肉腫。
- B. 眼窩、篩骨洞、蝶形骨洞への拡大、あるいは、領域内か、遠隔への転移を伴う洞の癌。
- C. 頭蓋内への拡大を伴う眼窩腫瘍。

- D. 脳脊髄膜への併発および頭蓋骨の穿孔を伴う側頭窩の腫瘍。
- E. 眼窩あるいは頭蓋内への浸潤を伴うエナメル腫。
- F. 頭蓋骨底への浸潤あるいは転移を伴うラトケ囊の腫瘍。

13.12 脳および脊髄

- A. 脳あるいは、脊髄への転移性癌。
- B. 他の腫瘍は、11.05 および11.08に記載されている基準のもとで評価すること。

13.13 肺

- A. 切除不可能な、あるいは、不完全な切除を伴う。
- B. 切除の後の、再発あるいは、転移。
- C. 燕麦細胞（小細胞）癌。
- D. 扁平上皮癌、肺門リンパ節よりも遠隔の転移を伴う。
- E. 分類できない混合細胞型を含む、その他のタイプの癌。（燕麦形細胞癌 13.13 Cおよび扁平上皮癌 13.13Dを除く）臍のリンパ節への転移を伴う。

13.14 胸膜あるいは縦隔洞

- A. 胸膜の悪性中胚葉上皮腫。
- B. 胸膜に転移した悪性腫瘍。
- C. 処方された治療法で、コントロールされない縦隔洞の原発の悪性腫瘍。

13.15 腹部

- A. 全身性の癌腫症。
- B. 処方された治療法でコントロールされない後腹膜細胞肉腫。
- C. 証明された悪性細胞を伴う腹水。

13.16 食道あるいは胃

- A. 食道の癌あるいは、肉腫。
- B. 領域内のリンパ節への転移あるいは周囲への拡大を伴う胃の癌。
- C. 処方された治療法によってコントロールされない胃の肉腫。
- D. 手術不可能な癌。
- E. 切除の後の再発、あるいは、転移。

13.17 小腸

- A. 領域外のリンパ節への転移を伴う、癌、肉腫、あるいは、カルチノイド腫瘍。
- B. 切除術後の癌、肉腫、カルシチド腫瘍の再発。
- C. 処方された治療によってコントロールされない肉腫。

13.18 大腸（回腸弁から肛門管まで）一癌および肉腫

- A. 切除できない。
- B. 領域内リンパ節よりも遠いところへの転移。
- C. 切除術後の再発、あるいは、転移。

13.19 肝臓または胆嚢

- A. 初発または転移性の肝臓の悪性腫瘍。
- B. 胆嚢の癌。
- C. 胆管の癌。

13.20 膵臓

- A. ランゲルハンス島細胞癌を除く癌。
- B. ランゲルハンス島細胞癌で、切除不可能なもの、あるいは、病理学的に活動的なもの。

13.21 腎臓、副腎、尿管一癌

- A. 切除不可能なもの。
- B. 離れた場所への結構性の拡大を伴う。
- C. 領域内のリンパ節への転移を伴う。

13.22 膀胱癌

以下を伴う。

- A. 膀胱壁を越える浸潤。
- B. 領域内リンパ節への転移。
- C. 切除不可能である。
- D. 膀胱切除術の後の再発。
- E. 完全膀胱切除術の後、6.02の基準によって腎臓障害の評価を受けている。

13.23 前立腺癌

処方された治療でコントロールされない。

13.24 睪丸

- A. 絨毛膜癌。
- B. 進行性で、処方された治療でコントロールされないその他の原発性悪性腫瘍。

13.25 子宮一癌あるいは、肉腫（体部あるいは、頸部の）

- A. 手術不可能で、処方された治療でコントロールされない。
- B. 子宮全切除術の後での再発。
- C. 完全骨盤内臓器摘出。