

中程度の精神遅滞者がこのケースである。

第三者の永続的な援助がなければ、生命に危険が生じる場合、90%を越える能力低下率が適用される。社会職業的適応は、仮に保護された環境であっても、殆ど不可能と考えられる。言語能力、及び自立性は極めて低い。

II. 補助基準

主要基準で決められた範囲の中で、能力低下率を加減するための基準である。

以下の点を勘案する。

社会生活における人間関係への影響、その機能障害が周囲に許容されるか、あるいは、逆に、孤立、疎外、あるいは、完全な依存を伴うか。

職業面に関して。仕事をするのが困難であるが、職場には許容されているケースから、いかなる仕事に対する適性もないケースまで。

第3節 てんかん（てんかんに伴う機能障害）

すべてのてんかんが障害となる訳ではない。発作が治療によってよくコントロールされ、問題を生じない場合、てんかんであっても障害とはならない。これに対し、症状を示すてんかんはすべて障害となる。障害の程度は、以下の要素から評価する。

1. 発作（頻度及び重篤度で特徴づけられる）、重大な副作用を伴う治療の影響。

2. てんかんに合併すると思われる機能障害：精神遅滞、精神障害、運動器官の機能障害、言語、および発声発語の障害、内部障害及び全身機能の障害。

本節では、要因として発作のみを取り上げる。合併症状がもたらす機能障害については、それぞれの機能障害に関する節、あるいは、章で考察する。場合によっては、これらの機能障害のために、能力低下率がより高く設定される場合もある。

レベルⅠ：軽度の機能障害 0～15%

意識低下、及び/あるいは、失神をまれに伴う発作（年間1～11回）、あるいは、学業及び仕事に影響を与えることのない、月1回程度の欠神。

レベルⅡ：中程度の機能障害 20～45%

意識低下、及び/あるいは、失神を伴う発作（月1回以上）、あるいは、欠神（週1回以上）。学校、職場での環境整備が必要だが、通常環境でよい。

レベルⅢ：重大な機能障害 50～75%

意識低下、及び/あるいは、失神を伴う発作（週1回以上）、あるいは、欠神（1日1回以上）。
同伴者が継続して付いていないかぎり、通常環境での学校、あるいは、職場への同化は不可能。

レベルⅣ：重篤な機能障害 80%超

意識低下、及び/あるいは、失神を伴う発作（1日1回以上）

保護環境下でも学業、仕事は不可能。精神社会的自立性の喪失を伴うこともある。

第II章

精神障害

第1節 小児及び青年の精神障害

当然ではあるが、この手引書は、精神病理学的機構や、家庭及び社会に相互に関わり合う動的な要素、考えられる病因学的要素を評価するために臨床家が行う事前の作業とは別のものである。

臨床家は、この一連の評価作業の結果を総合し、診断を提案することができる。その診断によって、病態の進行、予後、治療や教育の可能性、そして、資料の望ましい再検討頻度が明らかになる。

全体的アプローチにおいては、各小児の状態をよりよく記述するため、ある種の病状の進行がもたらす影響や制限について調査する必要がある。その際、方法論的な助けとなる国際障害分類、中でも、通達で規定されるであろう、健康状態の試験計画の決定と、その試験の影響に関する部分を参照されたい。

この場合、評価を行った時点における、重要な神経精神機能の疾患に伴う能力低下の程度、及び、それに伴う教育的負担の増加を評価する。ここで重要なのは、小児の自立性を、それが獲得された状態よりも低下させず、できればさらに発達させるための教育的支援の永続的な必要性を考慮することである。

方法としては、それぞれの小児について、同年齢の小児の発達を参照しつつ、多岐にわたる、価値のことなる一連の項目について検査する。数値化されない複数の要素（診断、進行性）をもとに、総合的な指数を導き、最終的に、小児の能力低下率を決定する。

50%未満：本人、あるいは、その家族の日常生活に著明な障害を伴わない、軽度の能力低下。

50%～80%：本人、あるいは、その家族の日常生活に著明な障害を伴う、重大な能力低下。

80%以上：本人、あるいは、その家族の日常生活に重篤な障害を伴う、重篤な能力低下。

就職可能な最低年齢は16歳である。職業に関する能力低下や社会的不利については、新たな観点から補償すべき事項を決定する必要がある。このため、ケースによっては、成人の神経精神疾患用の評価指針を参照するのがより適切なこともある。

A. 評価事項リスト

神経精神的機能の疾患に伴う能力低下、ならびに、教育的負担の増加を調査する際、

以下の事項によりコード化された（評点は付いていない）評価が可能となる。

1. 意識及び知的能力

自意識：身体の同一性の表現を構築すること、および、それを一定時間継続して維持する能力。

身体シエーマ、ならびに、時間空間認識能力。

危険を見分ける能力。

周囲の環境に対し、好奇心や興味を持つ一般的能力。

創造的な一人遊びができる能力：何かの振りやまねをすること、あるいは、遊びの中で、あるものを通常の用途以外の目的で使用したりすること。

知識、及び、能力を獲得し、それらをさらに一般化するための全般的能力。

知的能力は、様々な臨床試験、複数のタイプの計量心理学的試験（言語性検査、動作性検査）、社会的能力の測定などと、面接、人格試験を組み合わせで評価する。

2. 対人関係能力及び行動：

家族の構成員と

周りの他の小児あるいは大人と

特に以下の点を評価する：

遊び、及び、学習の場において対人関係を築く能力；

慣れた環境、及び、新しい状況に適応する能力。

周囲との関係を害するような一部の特殊な行動障害（常同症、活動亢進、など）。

3. コミュニケーション

メッセージを創造し、発信すると共に、メッセージを受け取り理解する小児の能力に関するものである。

以下の点を検討する：

周囲の人の言葉を理解する能力

身振り、手振りといった、コミュニケーションのための非言語的表現能力

コミュニケーションのための言語的表現能力。好奇心から質問（型にはまったものではない）をする能力、及び、質問に適切に答える能力（反響言語を越える能力）。

文字表現に関する能力：書字、読解。

4. 日常生活における基本的行動及び行為

以下の点における自立性を、介助、あるいは、外部からの働き掛けの程度によって評価する：

食事；

排泄；
清潔を保つこと；
睡眠。

5. 自立性及び社会性に関する一般能力

家庭生活において：家事への参加、家族の他のメンバーの活動の影響。

家庭生活以外の場で：

移動能力（運動能力だけでなく、一人で移動したり、公共交通機関を利用する能力を評価する）。

通常生活の様々な局面で、身の安全を確保する能力。

子供にとっての日常的な場面に溶け込める能力：託児所、保育所、学校、休日託児所、など。

B. その他の評価事項

重大な生理機能の疾患に由来する能力低下の分析調査の補足事項である。これらによって専門医は、上記した重篤度の3つの段階に応じた、質の高い総合評価を下すことができる。

診断：国内の、あるいは国際的に認められた疾病分類を参照する。

機能障害の生じた年齢、継続年数、進行具合。

治療可能性、行われた処置、その程度、入院頻度。

他の機能的症状の有無。

対象者が、重複障害の場合、あるいは、重篤な一つの障害が複数の問題をもたらしている場合、より重篤と判断する目安となる。ある一人の対象者に関して、異なる章にわたって述べられた一連の疾患を確認した場合、それらの疾患を総合した能力低下率で評価することが重要となる。ただ、異なる2つの章に出てくるといっても、似通った項目を加算したり（「言語及び発声発語の障害」の章など）、あるいは、第I章第1節に基づく評価の結果得られた能力低下率と、本節に基づく能力低下率を加算したりすることがないように注意されたい。

第2節 成人の精神的機能障害

専門医は、WHOの国際疾病分類を、基本的なツールとして使用していく必要がある。自分の下した診断的結論が、その分類に合致しているかを参照する。ただし、精神的診断では、ある個人の能力や、家庭生活、社会生活、あるいは、職場での能力低下を測る

ことは出来ない。従って、専門医は、診断の元になった臨床検査の結果を、社会心理学的評価で補うよう努めることになる。能力低下率は、精神病だからではなく、その疾患が日常生活に及ぼす制限のために適用されるのである。

社会心理学的評価は、後述するいくつかの基準に依拠している。能力低下率は、これらの基準を勘案して決定される。

逆の言い方をすれば、一つ一つの基準は障害のレベルを位置づけることは出来るが、単独で能力低下率を決定するには不十分である。各基準とも精神医学的症状の一部として統合される必要がある。

各基準ともある程度正確に数値化してはあるが、一つ一つの基準毎に正確な値を求め、算術的に総合能力低下率を評価するというふうには用いるのではなく、あくまで、専門医が能力低下率を判断する際の目安として数値を用いるべきである。本章に規定してある障害のうち、一つでも社会家庭生活あるいは職場生活において本人の能力を大幅に損なうものがあれば、それ単独で、重大な能力低下率が適用される。同様に、比較的軽度な複数の問題が、加算されることにより、社会家庭生活、あるいは、職場生活に重大な影響を与える場合、高い能力低下率が適用されるケースもある。対象者の呈する問題の多様性は、追加的な能力低下の指標となる。各基準について、精神医学的疾患の症状が分かるように具体例を付した。

専門医は、対象者の呈する精神医学的障害の全体から、総体的に能力低下を評価する。視覚、聴覚、運動器官、内臓、及び、代謝機能障害など、能力低下率を増加させるような機能障害を合併する場合には、それらも勘案する。また、対象者の、一時的な精神的バランス、あるいは、不安定な自立性を維持するため、家族や、地域、あるいは、職場でなされる、そして、しばしば大掛かりになることのある環境整備についても考慮に入れることが重要である。従って、周囲の人の重大な協力なしに通常環境での生活が不可能な人には、50%以上の能力低下率が適用される。

正常範囲の変動を考慮に入れるため、専門医達の希望により、能力低下率が20%から始まるようにした。実際、ある人の精神医学的障害が医師によって確認できるものである場合には、20%以上の能力低下率が適用されるが、精神医学の範疇に入らないほど微小で、正常の変動の範囲内とみなされる問題しか呈さない場合、いかなる能力低下率も適用されない。

専門医は以上のようにして精神医学的障害を呈する人に能力低下率を適用するわけだが、能力低下率20%~45%が適用されるのは次のような人である。精神医学的問題があるが、化学治療や心理療法を行っているかいないかにかかわらず抑制されており、一人

で、家庭生活、及び、職場生活が可能な人。

精神医学的疾患が、周囲の人の多少とも重大な働き掛けを要する家庭生活、あるいは/及び、職場生活での環境整備を必要とする場合、適用される能力低下率は、50～75%である。

対象者が、周囲の重大な働き掛けなしに通常環境での生活、あるいは、労働が不可能であったり、自発的活動が弱く、持続性もわずかである場合、80～95%の能力低下率が適用される。

I. 取り上げた主要機能障害基準

1. 意欲の障害
2. 思考の障害
3. 知覚障害
4. コミュニケーションの障害
5. 行動の障害
6. 気分の障害
7. 意識及び警戒心の障害
8. 知的障害
9. 情緒及び情動生活の障害
10. 精神医学的障害の身体症状化

注.-本文中の「日常生活の基本的行為」とは以下のものをさす。

排泄
更衣
買い物
料理
地域、あるいは、知っている場所での移動

II. 補助基準

以下の基準により、能力低下率を調整することが出来る。

人間関係への影響
入院（最近の、長期にわたる、繰り返される）
患者の年齢、疾患の継続時間
治療

A. 機能障害の主要基準

1. 意欲の障害

以下のものを含む。

非活動性
拒絶症
強迫状態
両面価値
抑制

a) 代償可能：日常生活や、社会就労生活は一人でも送れるが、その他の活動は極めて少ない（能力低下率：20～45％）。

b) 代償不能：日常生活行為に自立性はあるが、仕事は、保護された、あるいは、整備された環境か職場を必要とする。その他の活動は、殆ど認められない（能力低下率：50～75％）

c) 継続的な自発的活動が少ないか、あるいは、極めて少なく、臥床傾向があり、外出せず、基本的な行為にも強い促しが必要（能力低下率：80～95％）。

2. 思考の障害（過程、及び、内容）

以下のものを含む。

強迫観念
逃避、あるいは、思考の一貫性の欠如
思考の遅延
支離滅裂な物言い
思考の貧弱化
妄想

a) 代償可能：思考、あるいは、発言の整合性の障害にも関わらず、日常生活、及び、職業活動で許容される（能力低下率：20～45％）。

b) 代償不能：日常生活に変化がなく、社会職業的適応に問題があり、思考過程及び発言の整合性に著明な障害を認める（能力低下率 50～75％）。

c) コミュニケーションを阻害するような重篤で頻繁な障害。圧倒的な妄想、あるいは、孤立へ追い込む妄想、現実との接触の停止にまで至る障害（能力低下率 80～95％）。

3. 知覚障害

以下のものを含む。

幻想

幻覚

現実感消失

a) 代償可能：日常生活、及び、社会職業的生活で許容される（能力低下率 20～45％）。

b) 代償不能：社会職業的生活に異常が見られるが、日常生活は維持されている（能力低下率 50～75％）。

c) 現実へ回帰する時間を伴う、あるいは、伴わない精神の障害を生じ、それが日常生活を混乱させ、あるいは、阻害する場合（能力低下率 80～95％）。

4. コミュニケーションの障害（言語）

言語能力の障害（失語症）の章も参照。

以下のものを含む。

言語、及び、身振りによる表現の形態、及び、内容の障害：

多弁症

気取り

支離滅裂な表現

新造語

反響言語

プロソディ異常、音の付加、手話、同一身振りの繰り返し、あるいは機能障害的な常同性。

機能的障害：

吃音

無言症

自閉

a) 日常生活に問題を伴うコミュニケーションの障害（能力低下率：20～45％）。

b) 社会就労活動に混乱をもたらすコミュニケーションの障害（能力低下率：50～75％）

c) 日常生活及び社会就労生活に混乱、あるいは、障害をもたらすコミュニケーション機能障害。完全な神秘主義、完全な自閉症、全失語、完全な無言症（能力低下率 80～95％）。

5. 行動の障害

以下のものを含む。

攻撃性

興奮

演劇症
自傷
恐怖症的行動
強迫的儀式
不安定
小心

a) 日常生活及び社会就労生活で許容される、コントロール可能な行動の障害。病的な演劇症、怒りやすさ、小心、あるいは、困惑、あるいは、不規則な活動亢進。(能力低下率 20~45%)。

b) 社会就労生活を混乱させるような、コントロールしがたい症状。神経症的自傷、攻撃性、日常生活の障害となるような儀式、あるいは、恐怖症、情緒不安定(能力低下率 50~75%)。

c) 行為の制御の混乱、あるいは、阻害。重度の興奮、暴力的行為への移行ををうかがわせる徴候、行動を支配する儀式や恐怖症、重度の暴力行為、極度の興奮、対象者あるいはその周囲の人々の生命の危険(能力低下率 80~95%)。

6. 気分障害

注.-この障害は、それが長期間継続する場合(6カ月を越える)、あるいは、繰り返す場合(年に3回を越える)にのみ能力低下として取り扱う必要がある。

a) 日常生活、及び、社会就労生活で許容される、軽度、あるいは、安定している、抑鬱性、あるいは、軽躁性障害、あるいは、うまくコントロールされている躁鬱病(能力低下率 20~45%)。

b) 気分障害。明白な興奮、あるいは、鬱状態があるが、社会就労生活に著明な混乱をもたらすような重度の鬱症状を示さないもの。日常生活は保たれている(能力低下率 50~75%)。

c) 社会就労生活を混乱、あるいは、障害するような躁状態。本人及び周囲の人々に危険となりうる精神運動的興奮、気分の消失、重度の不眠症、あるいは、鬱状態。日常生活を障害するような、無為、心痛、自責、精神運動の遅延(能力低下率 75~95%)。

7. 意識及び警戒心の障害

a) 社会的及び職業的同化を妨げない、警戒心の軽度かつ永続的な低下(能力低下率 20

～40%)。

b) 社会就労生活に顕著な困難を伴うが、比較的満足できる日常生活を維持できる意識の障害（能力低下率 50～75%）。

-意識障害が間欠的である場合

-警戒心が持続的に低下している場合（昏蒙）

c) 日常生活及び社会就労生活を混乱、あるいは、障害する意識障害。生活上の基本行為の実行に強い働き掛けが必要。長時間のもうろう状態（能力低下率 80～95%）。

注.-てんかんについては、第 3 章第 3 節参照。

8. 知的障害

A. 早発性精神疾患の後遺症

a) 粗野な人格、場合により非識字、概念形成及び抽象化の困難性、ただし、通常生活に適応可能な場合（能力低下率 20～45%）。

b) 通常環境での社会職業的同化が可能（保護、あるいは、整備された職場）。軽度の精神遅滞。通常生活における実用的能力、及び、計算、読解の基礎概念の獲得レベルに応じて評価される。これらは、必要があれば、知能指数測定で補完されるが、その場合の指数は 50～70 である（能力低下率 50～75%）。

c) 中度の精神遅滞。基本的行為（身体衛生、食事、更衣）の習得が可能。基礎的なコミュニケーションが可能。算数、あるいは、読解の基礎概念の習得が不可能。保護環境下で、社会職業的同化が可能。参考として、知能指数は 35～49（能力低下率 80～90%）。

d) 重篤な、あるいは、極度の精神遅滞。社会参加職業参加が不可能。言語、及び、自立性の欠如（能力低下率 95%超）。

B. 遅発性の障害

以下のものを含む。

記憶の障害；

注意力の障害；

判断、暗算の障害；

時間的、及び、空間的方向づけの障害。

a) 通常生活を維持できる程度の障害（能力低下率：20～45%）。

b) 社会就労生活に著明な混乱をもたらすが、日常生活の基本的行為は可能な、一部の機能の重大な損傷、あるいは、過去に発症した精神病の一過程として現れる機能障害（能力低下率：50～75％）。

c) 日常生活、及び、社会就労生活を混乱、あるいは、障害するような、知的能力の一時的、あるいは、持続的な重大な損傷。進行性痴呆のような、道具を使用する機能に障害を伴うものと伴わないものを含む（能力低下率 80～90％）。

d) 自立性の完全な欠如、完全な痴呆（能力低下率：95％超）。

9. 情緒及び情動生活の障害

以下のものを含む：

不安、心労；

疑念；

感情的な無関心；

感情の不調和；

感情の不安定さ；

性格障害；

感情の未成熟；

気弱さ。

a) 社会生活及び就労生活を障害しないような軽度の障害（能力低下率：1～40％）。

永続的な不安、あるいは、低頻度の不安発作；

感情の不安定性；

怒りやすさ；

気弱さ；

感情の未成熟。

b) 社会就労生活に重大な困難をもたらすが、日常生活の維持は可能な、代償不能な障害（能力低下率：50～75％）。

永続的な不安、あるいは、頻回のパニック発作、あるいは、感情制御の重大な困難（特に、頻回の不適切な怒り、日常生活の障害となる赤面恐怖症）；

感情の不調和傾向（動機のない笑い）；

貧弱な情動；

永続的な疑念（疑惑癖）。

c) 日常生活、及び、社会就労生活を混乱、あるいは、障害する情緒の障害（能力低下率：80～90％）。

精神病的不安、あるいは、
完全な感情不調和、あるいは、
完全な感情的無関心、あるいは、
感情コントロールの完全な欠如 *

d) 現実との接触がもはや不可能な、重大な感情障害（能力低下率：95％）。

10. 精神医学的障害による身体症状

a) 日常生活及び就労生活に著明な影響を及ぼさない、主観的苦情の形をとる身体症状化（能力低下率：20～45％）。

b) 社会就労生活に混乱を生じ、繰り返される治療を必要とする、重大な系統的身体化（能力低下率：50～75％）。

c) 日常生活に支障を来たすような、重篤で、障害を伴う全身状態の悪化（非常に重度の削瘦など）（能力低下率：85～90％）。

d) 予後に生命の危険を伴う重篤な全身状態の悪化（悪液質、広範な乾燥痂皮、寝たきり）（能力低下率：95％超）。

*このパラグラフは、政令には記載されているが、1993年11月6日の官報には記載されていない。ここでは、例として引用した。近いうちに、官報に、訂正が掲載される予定。

II. 補助基準

補助基準により、主要基準で規定されている範囲内で、能力低下率を調整することが出来る。

以下の事項を勘案する。

社会生活及び情動生活における人間関係への影響。障害が、周囲にうまく許容されるか、あるいは、逆に、孤立、疎外、あるいは、完全な依存を伴うか。

就労環境との関係。仕事上の支障（ただし、当人が職場に許容されている場合）から、すべての仕事への不適性まで。

長期に渡る、頻回の、繰り返される入院は、重篤度の指標となりうる。地域の対応可能性に応じて評価する。

患者の年齢、及び、疾患の継続期間。

-若い成人：30歳未満で、疾患が最近発症し（5年未満）、進行している場合、障害の進行を把握するため、最低2年毎に再評価を行う。

-特殊なケース：急性期の症状については（急性錯乱状態など）、疾患が安定した後にも持続している症状のみに基づいて能力低下率を評価する。

治療の程度、及び、許容性

注意：

種々の処置、及び、治療の影響は、原疾患の病態と常に切り離して考えられるものではない。

その治療法が、日常生活への支障を伴ったり、退行、あるいは、薬の副作用を伴ったりした場合は、これらを考慮に入れる。

第III章

聴覚の機能障害

聴覚機能障害の能力低下率を決定する際、音響知覚の機能障害としての聴覚喪失だけでなく、この聴覚障害が、言語（特に言語の習得以前に高度難聴になった場合）、及び、音声表現の質に及ぼす影響を考慮する必要がある。したがって、この二つの機能、すなわち、聴覚（第Ⅲ章）、及び、言語（第Ⅳ、Ⅴ章）に、それぞれ異なった評価法を確立する必要がある。この二つの機能は、単一の評価基準で一緒に扱うことは出来ないが、算術的に加算可能である。

聴覚機能障害の測定は、補聴器なしで行う。

信号の受信において重要なのは、両耳の統合的聴覚レベルである。下記の二重分割表は、これを考慮にいたしたものとなっている。

平均聴力レベルの計算は、国際聴覚音声学事務局の勧告にしたがって行う。それによると、計算の基礎として、500、1000、2000、及び、4000Hz のオーディオグラムを使用する。

平均聴力レベル = (聴力レベル 500Hz + 聴力レベル 1000Hz + 聴力レベル 2000Hz + 聴力レベル 4000Hz) / 4

片耳ずつ別々の測定が不可能な場合、自由音場における聴力曲線で計算を行う。各耳の損失は、この計算結果と同一とみなされる。

電気生理学的測定による検査では、2000～4000Hz の高周波の情報しか得られないが、平均聴力レベルは、記録された閾値と同一となる。

1. 能力低下率

3才未満で発見された両側性の高度難聴については、言語の障害が常に伴うことを考慮し、自動的に能力低下率 80% を適用する。

生後 4 年目に状態を再評価し、オーディオグラム、及び、現状の言語障害を把握する。3才以降は、下表に基づいて能力低下率を決定する。

	20～39dB	40～49dB	50～59dB	60～69dB	70～79dB	80dB 以上
20dB 未満	0	5	10	15	20	20
20～39dB	5	10	15	20	25	30
40～49dB	10	15	25	30	35	40
50～59dB	15	25	35	40	50	55
60～69dB	20	30	40	50	60	70
70～79dB	25	35	50	60	70	75
80dB 以上	30	40	55	70	75	80

II. 耳鳴り、めまい

耳鳴りがある場合、聴覚障害に伴う能力低下率に算術的に加算する（能力低下率：2～5％）。

同様に、めまいがある場合、聴覚障害に伴う能力低下率に算術的に加算する（能力低下率：2～5％）。

III. 合併する障害

合併する障害のある場合、通例の規則に従い、能力低下率を加算する。

第Ⅳ章

言語及び発声発語の障害

評価は微妙で、困難を伴うことがあり、必要に応じて、音声、及び/あるいは、文字言語に関する検査を行う。

1. 書字及び読解習得後の児童、及び成人における言語と発声発語（コミュニケーションの道具としての）の後天的機能障害

専門の臨床家が、音声言語と文字言語の病態を記述する。種々の会話やテスト（呼称、指示、復唱、説明、文の構成、書写、書き取り、読解、など）において、言語の情報伝達能力、及び、発話の自発性に関して、機能障害を評価する。

1. 言語、及び、発声発語の軽度の機能障害（能力低下率：0～15％）。

症状による支障は少なく、検査結果は標準か、あるいは、標準以下。

例：

正書障害、及び/あるいは、長引く失読症、及び/あるいは、計算障害、軽度の構音障害、言語能力の単純な遅れ。

2. コミュニケーションに支障を伴うが、日常生活における自立性の維持は可能な、言語及び発声発語の中程度の機能障害（能力低下率：20～45％）。

例：

- 旋律、プロソディ、及び、音声表現に伴う身振りの障害（能力低下率：5～20％）。
- 計算及びシンタックスの障害を伴うもの（能力低下率：10～40％）。

3. 言語及び発声発語の重度の機能障害（能力低下率：50～75％）。

音声、及び/あるいは、文字表現の障害は重度だが、理解力は比較的保存されている。

例：

- 運動障害性構音障害：これらの構音障害は、音声表現しか障害されず、言語の内容は害することはないが、時に発話を非常に難解なものにすることがある
- 常同的になった言語：重篤な構音障害の後遺症。

4. 言語及び発声発語の重篤な機能障害（能力低下率：80～95％）。

音声、及び/あるいは、文字表現が事実上できないか、できても周囲が理解できないほど重篤であり、理解力は限られているか、消失している。

例：

- 全失語
- 文字、及び/あるいは、音声言語に影響を与える特定の感覚系機能障害（皮質性難聴、純粹失読）
- 重篤な全失語では、能力低下率は、95％