

II. 書字及び読解習得前、あるいは、習得途中の先天性、あるいは、後天性の言語及び発声発語の障害。

以下の事項に対する様々なテストにより、言語の自発性、情報伝達能力を評価し、重篤度を判定する：音韻、音声、及び/あるいは、文字表現力と理解力、記憶の保持、語彙、読解、正書法、呼称、指示、復唱、有名な物語の説明。

1. 軽度の機能障害

他の神経学的障害を伴わない軽度の構音障害、あるいは、言語能力の単純な遅れなどの神経学的な障害は、能力低下率 15%未満と評価される。

2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～45%）

特に学校における学習を著明に混乱するが、社会参加は障害しない、文字、あるいは、音声言語の機能障害。

例：

-定期的な治療を伴う（早期であればあるほど有効）、失読症、読字障害、正書障害、失算症、計算障害。

-会話に混乱をきたさない、語彙の減少、及び不正確さ。

-知能指数は正常だが、単独の計算、あるいは、計算処理過程の全体的な障害を伴う計算障害：読字障害の結果に匹敵。

-発語失行。

3. 重度の機能障害（能力低下率：50～75%）

学習を顕著に混乱し、社会参加に影響を与える、音声、及び、文字言語習得の重度の機能障害。

4. 重篤な機能障害（能力低下率 80～95%）

発話、及び、書字習得ができないか、できても周囲が理解できない程度の重篤で、決定的な障害。

III. 発声障害

喉頭摘出術も含む。

注.-発声表現に関する行動、あるいは、人格の障害に関しては、精神障害の章参照。

いずれのケースでも、発声された声の明瞭さ、小グループでの会話の可能性、及び、電話での会話の可能性を考慮する。

1. 人間関係に支障を伴う、以下のようなコミュニケーション障害（能力低下率：10～40%）：

以下の項目を単独、あるいは、複数障害するような、質的な発声の障害：

- 高さ
- 声質
- 強さ

原因の如何は問わない（先天性、奇形、外傷、腫瘍、など）。喉頭麻痺も含む。

発話の流暢性の障害：

- 吃音
- 器質性、呼吸性、あるいは、麻痺性の障害（永続的気管切開術など）。

中咽頭由来の発声障害：

- 軟口蓋由来。開鼻声、特に軟口蓋裂、及び、軟口蓋麻痺
- 舌由来。特に麻痺性のもの。
- 奇形由来。
- 上顎顔面の外傷後。

2. 失声（能力低下率：50～75％）。

失声が、決定的、かつ/あるいは、永続的であるかどうかを評価する。

例：

- 機能的喉頭の欠如、訓練あるいは代行機器による代償可能。
- 重篤なコミュニケーション障害を伴う喉頭全摘出術。
- 内部に人工材料の移植を伴う喉頭部分摘出術、及び/あるいは、全摘出術。
- 再建的喉頭摘出術。

他の機能障害と同様に、原因疾患及びその治療の影響も考慮する（呼吸器系、循環器系、感覚器系、及び、精神系への影響など）。

IV. 先天的、あるいは、後天的聴覚機能障害の影響

発声発語及び言語のバルに関する評価基準のデータは、社会性、特に母国語による言語学的関わり合いについて困難さを示している。発声への影響は、仮に良好に機能回復されていたとしても、難聴者を対象としてではなく、健聴者との比較で評価する。これらの影響は、音声医学者、あるいは、言語聴覚士による発声発語と言語に関する一連の検査で評価する。発声法の問題、及び、言語能力の遅れが、聴覚機能障害の影響であれば、能力低下率を、以下に規定する4つの段階、0、5、10、15%のいずれかに決定し、その能力低下率を、聴覚バルに関する評価基準（第三章参照）から得られた能力低下率に算術的に加算する。

0% -発声法正常、言語レベル正常

5% -言語レベル正常

-以下の原因による発声の困難：

口調及びリズムの混乱、旋律及びイントネーションの問題

高度難聴に関連する発音障害

発声の障害：高さ、音質、強さの異常、開鼻声。

10% -前段階と同様の発声の困難。

発声発語、及び/あるいは、言語能力の遅れ。とりわけ以下のものを伴う：

語尾の欠落、及び、子音グループの構音障害、単語レベルの歪み。

文法的機能語（冠詞、副詞、接続詞、など）の使用頻度減少、動詞の時制の誤用。

15% -重大な発声の困難性、重度の言語障害、あるいは、話し言葉での音声表現の欠如。あるいは、家族や訓練担当者にのみ理解可能な発声発語。

第V章

視覚の機能障害

1. 視力の機能障害

視力の機能障害は矯正視力で評価する。従って、屈折率の障害が、光学的な方法で完全に矯正可能であれば、それは、眼の機能障害とはみなされない。視覚のレベルは、両眼視で許容可能な光学的矯正を考慮して評価する。

視力の測定に当たっては、遠方視力（5メートルの距離のモノヤー視力表）、及び、近見視力（パリノー視力表を40センチの位置で判読）の両方を考慮する必要がある。

現在用いられている失明に関する定義は複数存在する：

- 全盲：視覚が、文字どおり消失し（ $v=0$ ）、光の知覚も消失した場合。
- 準盲：一方の眼の中心視力が1/20以下、もう一方の眼の視力が1/20未満で、視野が最大で20度を超えない時に周辺視野の障害を伴う場合。
- 就労視覚障害：いい方の眼の視力が1/20以上で、最大部分の視野の狭窄が20度未満の場合。

社会扶助法第L174条（1975年6月30日法）では、「中心視力が皆無か、正常の1/20未満の者には、障害者手帳に視覚障害の記載を書き加える」と規定されている。

「視力が最高でも正常の10分の1である人には、障害者手帳に「白杖」の記載を書き加える。」

専門家の提案する遠距離用視力表は、通常使用されている定義、ならびに、1975年法の枠内の現行法を考慮したものである。

A. 遠方視力（モノヤー視力表、5メートル）

一方の眼の視力は、横の列で、もう一方の視力は、縦の列で示す。両者の出会う部分の数字が医学的な能力低下率である。

| | 10/10 | 9/10 | 8/10 | 7/10 | 6/10 | 5/10 | 4/10 | 3/10 | 2/10 | 1/10 | 1/20 | <1/20 | 完全 失明 |
|----------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|----------|
| 10/10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 12 | 16 | 20 | 23 | 25 |
| 9/10 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 14 | 18 | 21 | 24 | 26 |
| 8/10 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | 15 | 20 | 23 | 25 | 28 |
| 7/10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 10 | 16 | 22 | 25 | 28 | 30 |
| 6/10 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 12 | 18 | 25 | 29 | 32 | 35 |
| 5/10 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 50 |
| 4/10 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 15 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
| 3/10 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 20 | 35 | 50 | 55 | 60 | 65 | 68 | 70 |
| 2/10 | 12 | 14 | 15 | 16 | 18 | 25 | 40 | 55 | 70 | 72 | 75 | 80 | 82 |
| 1/10 | 16 | 18 | 20 | 22 | 25 | 30 | 45 | 60 | 72 | 80 | 82 | 83 | 84 |
| 1/20 | 20 | 21 | 23 | 25 | 29 | 35 | 50 | 65 | 75 | 82 | 85 | 87 | 88 |
| <1/20 | 23 | 24 | 25 | 28 | 32 | 40 | 55 | 68 | 80 | 83 | 87 | 90 | 92 |
| 完全 失明 | 25 | 26 | 28 | 30 | 35 | 50 | 60 | 70 | 82 | 84 | 88 | 92 | 95 |

B. 近見視力

近見視力は、パリノー視力表を 40 センチの距離で判読してもらい、評価する。必要ならば、老眼を適切に矯正した後に行う。

両眼の近見視力の低下

| | P1.5 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P8 | P10 | P20 | <P20 | 0 |
|------|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|------|----|
| P1.5 | 0 | 0 | 2 | 3 | 6 | 8 | 10 | 16 | 20 | 23 | 25 |
| P2 | 0 | 0 | 4 | 5 | 8 | 10 | 14 | 18 | 22 | 25 | 28 |
| P3 | 2 | 4 | 8 | 9 | 12 | 16 | 20 | 25 | 28 | 32 | 35 |
| P4 | 3 | 5 | 9 | 11 | 15 | 20 | 25 | 30 | 36 | 40 | 42 |
| P5 | 6 | 8 | 12 | 15 | 20 | 26 | 30 | 36 | 42 | 46 | 50 |
| P6 | 8 | 10 | 16 | 20 | 26 | 30 | 32 | 42 | 46 | 50 | 55 |
| P8 | 10 | 14 | 20 | 25 | 30 | 32 | 40 | 52 | 58 | 62 | 65 |
| P10 | 16 | 18 | 25 | 30 | 36 | 42 | 52 | 65 | 70 | 72 | 76 |
| P20 | 20 | 22 | 28 | 36 | 42 | 46 | 58 | 70 | 75 | 80 | 85 |
| <P20 | 23 | 25 | 32 | 40 | 46 | 50 | 62 | 72 | 80 | 85 | 90 |
| 0 | 25 | 28 | 35 | 42 | 50 | 55 | 65 | 76 | 85 | 90 | 95 |

遠方視力と近見視力との間に、一方が低下していれば、もう片方も同じ割合で低下しているといったように、密接な関係がある場合には、遠方視力のみに基づいて障害を評価する表だけで十分である。

そうでない場合は、遠方視力と近見視力との間に不一致が見られる。この場合は、モノヤー視力表、及び、パリノー視力表をもとに計算した2つの能力低下率の算術平均を適用するのが適切である。

II. 視覚機能、及び視覚器のその他の機能障害

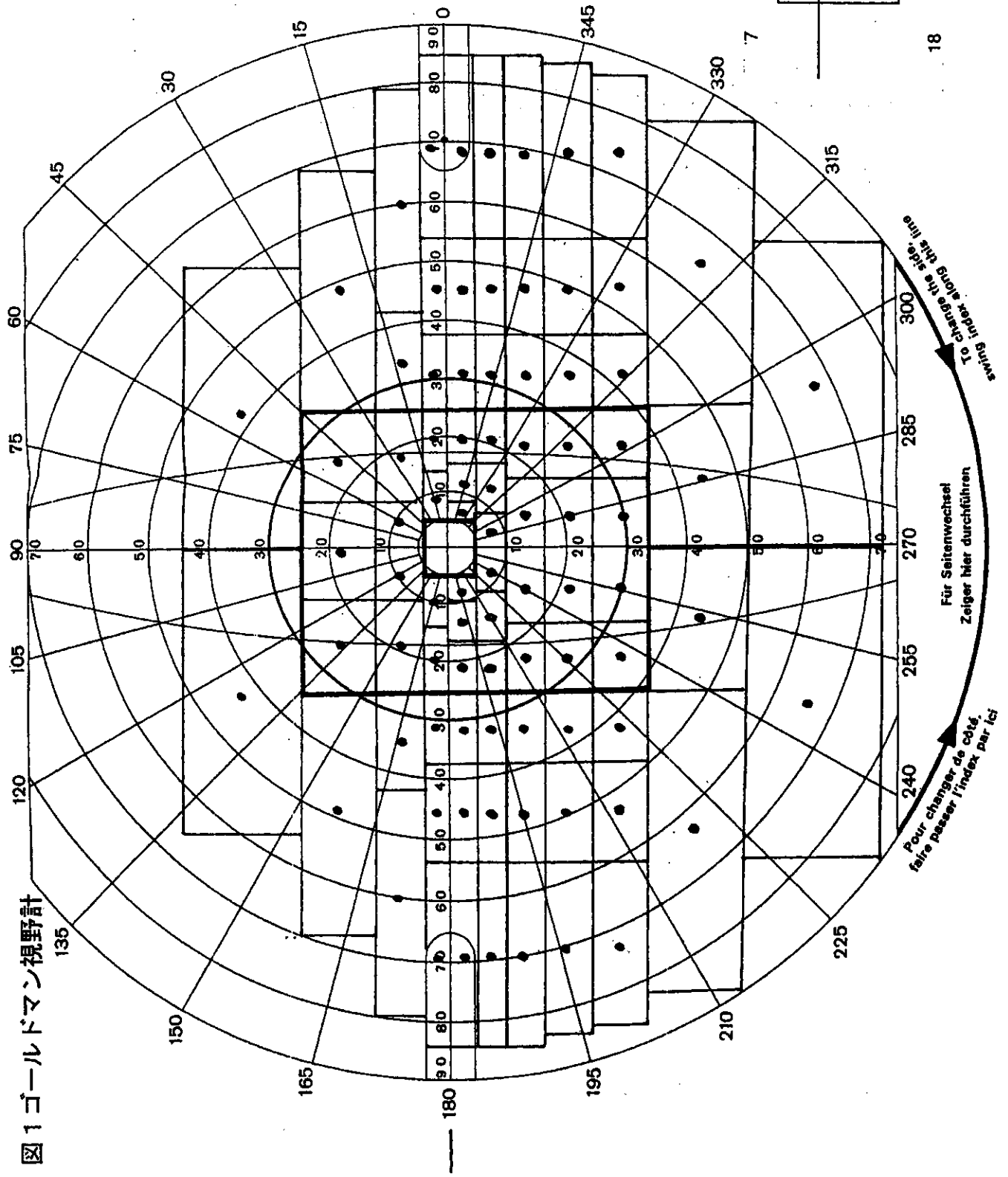
1. 視野の機能障害

後遺症の機能的評価に当たっては、古典的な方法である各眼の視野の検査ではなく、両眼視野での視野検査によって行うべきである。

両眼視野は、両眼を分離することなく、ゴールドマンの視野計を用い、Ⅲ/4テストで評価する。

図1は、両眼を分離させない、正常両眼視野を示している。中心からの距離と、知覚できる空間範囲を考慮して、各8分円ごとに、能力低下率を割り振った。正常な両眼視野と、障害者の両眼視野を比較することで、能力低下率を決定することが可能である。視認できない部分を図中の点の一つ一つと対応させる。図中で視認できなかった点を数えた合計の数値が、そのまま能力低下率に等しい。中心視野に関する能力低下率は、図2に規定されている。

図1 ゴールドマン視野計



ゴールドマンの視野計での評価が出来ない場合、専門医は古典的方法で、各眼の視野を検査する。この方法で確認した視野の制限をもとに、次のような能力低下率が得られる。

a) 半盲症：

完全半盲（能力低下率：42%）。

黄斑回避がない場合、能力低下率は視力の低下と混同される
黄斑回避を伴う場合。

機能障害半盲：視野に関する図式による

完全水平性半盲：

-上部（能力低下率：26%まで）

-下部（能力低下率：60%まで）

完全同名半盲、あるいは、両耳側半盲（能力低下率：85%まで）。

両鼻側半盲：図、及び、中心視野による。

b) 四分の一盲：

-上部（能力低下率：13%まで）

-下部（能力低下率：30%まで）

c) 非系統的不全

図に示された能力低下率に従う。

d) 同心狭窄

外因子の介入により、評価は常に非常に難しい。必要ならば、電気生理学的な新技術を用い、検査を繰り返した後でなければ、評価してはならない。絶対の確信がある場合：

60度～30度（能力低下率：0～5%）

30度～20度（能力低下率：16%）

20度～10度（能力低下率：32%）

10度未満（能力低下率：70～80%）

e) 中心暗点、及び、副中心暗点：

中心視力を喪失した場合：視力の評価基準を使用（3a及び3b）

副中心暗点、及び、中心近傍暗点には、両眼視によるアムスラーの格子で確定した暗

点の広さ、及び、近距離での読書に対する影響に応じて、能力低下率5～20%が適用される。

2. 眼球運動の機能障害

a) 両眼視だが、代償不全（能力低下率：1～5%）

b) 眼球運動麻痺の後遺症

上方複視（能力低下率：3～10%）

下方複視（能力低下率：15～25%）

水平複視（能力低下率：10～15%）

c) 注視機能の麻痺

上方注視麻痺（能力低下率：3～5%）

下方注視麻痺（能力低下率：15～25%）

水平注視麻痺（能力低下率：10～12%）

輻輳麻痺（能力低下率：10～15%）

d) 老眼出現以前の内因性眼球運動の機能障害：

-協調調節あるいは両眼調節の麻痺（能力低下率：10%）

-非反応性散瞳（能力低下率：5%）

3. その他の神経眼的障害

a) 視覚認知の障害

視覚失認は、日常生活への影響を考慮した機能障害（空間、形態、色、など）の重大性により評価する。評価に当たっては、専門的な補足意見が必要となる。障害は、個別に評価すべきではない。

b) 以上の記述は、バリント症候群（視線操作の障害）や、追視運動の消失に有効である。

4. 無水晶体症

視力測定の際に得られた能力低下率に、以下を算術的に加算する。

a) 眼鏡、コンタクトレンズ、眼内インプラントなどの光学的補助具。

片側性無水晶体症の場合：

-手術した側の視力が手術していない側の視力より低い場合（能力低下率：8～10%）。

-逆の場合（能力低下率：10～12%）。

両側性無水晶体症の場合、基礎能力低下率は15%である。

b) 人工水晶体による光学的代償：片側性の調節能力喪失を考慮し、能力低下率は5%である。

5. 眼の付属器官

流涙、羞明、眼瞼外反症、内反症、支持の悪い義眼（能力低下率：1～5%）。

医師は、眼科検査以外に、合併する障害を見つけるため、完全な臨床検査を行う必要がある。特に小児では、視覚の障害が、精神遅滞、精神障害、あるいは、その他の機能障害（運動系、内臓系、など）に伴って起こっていることがあるので、注意しなければならない。

最終的な能力低下率の評価は、通例に従う。

第Ⅵ章

内部障害及び全身機能の障害

本章で取り上げた機能障害は、これまで、一部の評価委員会では、遺憾ながら、余り考慮されなかったか、不適切に考慮されていた。そこで、この評価指針を、我々がどのような意図で作成したかをはっきりさせておくことが重要と思われた。

本指針案の原則は、能力低下率の評価を、当人の被った機能的な障害、及び、能力低下の重要性に基づいて行うということであり、その原因となった医学的な疾患の性質をもとにするのではないということである。多発性硬化症、嚢胞性線維症、重度糖尿病、などの疾患についても同様である。

機能的な障害、及び、能力低下は、その程度により、一般的に以下の5つのレベルに区分されたスケールを基準に評価できる。

1. 通常の家で生活で、実際的な能力低下を伴わないような、制限、いくつかのまれな禁忌、あるいは、自覚可能な障害を伴う軽度の障害。

2. 多くの禁忌、及び、いくつかの機能的な能力低下の臨床徴候を伴うが、日常生活において、当人の自立性が維持できるような、中程度の障害。

3. 日常生活が、住居、あるいは、近隣の環境に限られ、かつ、きちんとした環境調節を必要とする重大な障害。日常生活の基本的行為（排泄、更衣、食事）にのみ自立性が保たれている。このレベルの障害には、50%以上の能力低下率が適用される。

4. 日常生活の基本的行為の大部分で自立できない重度の機能障害。原則として、境界値である80%が適用される。

5. 完全なそして永続的依存状態を伴う重篤な機能障害。

境界値である80%とは、従って、日常生活における自立性喪失の境界を意味する。

各レベル内で、能力低下がもたらす社会就労生活におけるハンディキャップ（社会的不利）（移動能力、当人の経済能力、社会への同化能力）を評価し、能力低下率を調整する。

上記のスケール以外に、内臓あるいは全身疾患に関する本章では、他のより専門的なデータを考慮する必要がある。

1. 治療、あるいは、代償技術に関連する制約。例えば、腎不全（透析）、切除術（瘻孔造設）、臓器移植（治療の期間）。

2. 機能障害の進行に関する制約。その進行がとても早いことが分かっている場合。

3. 持続的な能力低下の要素はそれほどでもないが、突然死の危険を伴うことに関する制約。

内臓、あるいは、全身性の機能障害は、他の機能障害（視覚、運動器官、など）を合併症として伴う場合が多いが、その際は、対象となる機能障害のそれぞれに該当する章を参照するのが適切である。

例：

-糖尿病単独：内分泌機能障害の項を参照

-眼疾患、腎疾患を伴う糖尿病・・・視覚障害、腎機能障害の項を参照・・・

能力低下率が複数の場合の加算は通例に従う。

第1節 心血管系の機能障害

1. 心機能の障害

慢性で、持続的に生活に支障を与えるような疾患のみを評価対象にする。

病因は、小児と成人とではしばしば異なる。評価は、病因、あるいは、薬物または外科治療の可能性（これらは、疾患の進行性を決定するには重要であるが、機能的な面への影響に関する情報はわずかしか与えてくれない）をもとに行うのではなく、疾患の機能面への影響に応じてなされる。

能力低下率を評価するための基準は、病因の如何を問わず、以下のものである。

-臨床的基準：

-主として機能的な制限、あるいは、運動時の疼痛（呼吸困難、あるいは、狭心発作）

-右室、あるいは、左室機能不全に特有の徴候

-準臨床的基準。疾患のタイプによっては心電図検査（場合により、運動負荷試験、あるいは、ホールター）

-できれば心エコー

-あるいは、生物学的検査（例えば、先天性チアノーゼ性心疾患では、安静時、及び/あるいは、運動時血中酸素飽和度、ヘマトクリット値）

1. 以下の4つの能力低下レベルが定められている（疾患のタイプは問わない）

a) 治療により完全に代償されている軽度の機能障害。まれな禁忌がいくつかあるが、社会就労生活、あるいは、日常の家庭生活において能力低下は認められない。通常の肉体的活動では、わずかな疲労、動悸、呼吸困難を伴うか、あるいは、伴わない（能力低下率：1～20%）。

-器質的な裏付けのない自覚症状（動悸、など）。

-対症療法的、あるいは、修復的な外科治療の成功した先天性、あるいは、後天性の心疾患。

b) 多くの禁忌、及び、いくつかの機能面の能力低下の臨床徴候（医学的治療を行っているにも関わらず）を伴うが、日常生活、及び、社会就労生活で、当人の自立性が維持されている、中程度の機能障害。階段を一階分上った程度で、呼吸困難、あるいは、狭心発作が認められる。

心電図、及び、心エコーに、臨床症状に応じた徴候が認められる（能力低下率：20～45%）。

c) 日常生活の基本的行為に自立性が認められるが、日常生活で大掛かりな調整を必要とする重大な機能障害。

あらゆる運動（階段一階分未満）に支障を伴う、持続的な、あるいは、繰り返される臨床徴候（能力低下率：50～75%）。

-医学的処置で代償されている右または左の心機能不全、あるいは、重篤な不整脈。これらの症状に応じた、心電図、及び、心エコー上の徴候。

-安静時の血中酸素飽和度が70～80%、及び/あるいは、ヘマトクリット値が65%を超える赤血球増加症を伴うチアノーゼ性先天性心疾患。一定した肺高血圧症には、常に、50%以上の能力低下率が適用される。機能的な影響によっては、80%に達する場合もある（上記参照）。

d) 日常生活行為の大部分が依存的状態である重篤な機能障害。わずかな運動、あるいは、安静時でも呼吸困難、あるいは、狭心発作を呈する（能力低下率：80～90%）。

-治療により代償されない、あるいは、一次的かつ不安定にしか代償されない心機能障害

-治療をしているが、重篤で、再発性の不整脈（例えば、再発性心室性頻脈、など）

-治療に抵抗的な、持続的な、あるいは、持続的に近い狭心症

-基礎血中酸素飽和度70%未満、または/及び、中程度の運動後の酸素飽和度50%未満の先天性チアノーゼ性心疾患。

心電図、及び、心エコー上の徴候：疾患に応じて認められる。

2. 特殊ケースとその基礎能力低下率

a) 心移植：治療上の制約を考慮（能力低下率：50～75%）

b) ペースメーカー（能力低下率：20%）

c) 突然死の危険

不確定なリスク：能力低下率としては数値化不能

心電図上の不整脈（必要ならば、運動負荷試験、あるいは、ホルター）、あるいは、心エコー上の心機能の障害が存在しないかぎり、数量化は不可能。こうした異常が存在する場合は、前段を参照。

II. 末梢血管機能障害

1. 動脈炎：

以下の基準を考慮し、能力低下率を評価する。

臨床的基準：

脈

間欠性跛行

疼痛

栄養障害

準臨床的基準：

ドップラー検査

動脈造影、あるいは、

デジタル血管造影

a) 軽症型（能力低下率：1～15%）

いくつかのまれな禁忌はあるが、社会就労生活、あるいは、通常家庭生活における能力低下が認められない。

臨床症状を示さない患者での、ドップラーで不完全狭窄が認められる、遠位脈拍の消失。

長時間の速歩で認められる間欠性跛行。

b) 中程度型（能力低下率：15～45%）

多数の禁忌といくつかの機能面の能力低下の徴候を伴う。走ることが出来ず、あるいは、重い荷物がもてず、歩ける範囲は限られており、間欠性跛行を伴うが、日常生活、及び、社会就労生活における本人の自立性は保たれうる。継続的な治療が必要。

臨床像を確認できるような、補足的検査（ドップラー）。
臨床結果の良好な、末梢でのバイパス移植も含まれる。

c) 重症型（能力低下率：50～75%）

間欠性跛行、歩速の低下、及び、自宅、あるいは、近隣の環境に縮小された歩行範囲。

日常生活の基本的行為に関して自立性は維持されている。継続的な治療が必要。

あまり効果の認められない、末梢でのバイパス移植を含む。臨床像を確認できる準臨床検査。

d) 重篤型（能力低下率：80～90%）

繰り返し、切除、切断を必要とするような、広範で、全身的な疾患。日常生活の大部分の行為で依存的である。

顕著な栄養障害、及び、臥位での疼痛。

注.-下肢の単独病変に関しては、「運動機能障害」の章を参照。

2. 静脈疾患（初発性、あるいは、静脈炎後の）

能力低下率は、主として臨床徴候をもとに評価する：機能的障害（長時間起立位での疼痛）、検査上の徴候（静脈拡張、浮腫、栄養障害、潰瘍）。

a) 軽症型（能力低下率：1～15%）

静脈拡張、顕著な機能障害、夜型の浮腫を伴う。

b) 中程度型（能力低下率：15～45%）

静脈拡張、明白な機能障害、重度の浮腫、及び、栄養障害（反復性の潰瘍）を伴う。

c) 重度型（能力低下率：50～75%）

重度の静脈拡張、重度の栄養障害（潰瘍）、及び、歩行に支障となる非常に重大な浮腫。その結果歩行範囲は、自宅か、近隣の環境に限定される。

監視と、継続的な治療を要する、反復性の静脈炎（血栓塞栓症）。

3. 血管神経障害：

上記と同様の基準で評価する。

例：

a) 軽症型（能力低下率：1～15%）

b) 中程度型（能力低下率：15～45%）

Ⅲ. 高血圧症

重度の高血圧症では、能力低下率は、主として当疾患が内臓（腎臓、脳、眼、心臓、など）にもたらす影響に基づいて評価する。

これらのケースでは、従って、それぞれの器官を扱った章を参照するのが適切である。

高血圧症単独について能力低下率は、以下のように評価できる。

1. 継続した治療を必要としない、一時的な、あるいは、不安定な高血圧症は、評価対象に含めない。

2. 継続的な治療を必要とし、患者に、生活様式及び食事（食事療法）に関する日常生活上の幾つかの禁忌、ならびに、幾つかの一時的な自覚症状（頭痛、めまい、飛蚊症、など）をもたらす、永続的な高血圧症（能力低下率：1～10%）。

3. 継続的な医学的治療にも関わらず不安定で、持続する、永続的な高血圧症。重度の自覚症状（頭痛、めまい、など）を伴う（能力低下率15～30%）。

第2節 呼吸器系の機能障害

治療がきちんと行われているにも関わらず、進行が慢性的とみなされる疾患のみを対象とする（進行が6カ月を超えるもの）。機能的な項目は、安定期に検査したものを対象とし、検査結果を一時的に混乱させるような突発的な変化はこれを除外する。

臨床症状は、発作性（喘息）、あるいは、持続性であってもよい。

呼吸機能の機能障害は以下の項目で評価する。

-臨床的項目（気管支漏、呼吸困難、喀痰、陥凹、チアノーゼ、肺高血圧を示す臨床徴候、など）

-準臨床的事項

機能障害の重篤度によっては、現在、呼吸機能障害の評価に通常利用されている以下の検査を含めることができる。

呼吸機能検査

血液ガス

運動負荷試験

CO 拡散試験

能力低下率は、上記の臨床的、及び、準臨床的項目を参照して評価される。これらの項目同士がいつも完全に符合しないとしても、境界値の80%を正確に決定することが可能である。いずれにしても、能力低下率の評価は、当人の日常生活における現実の機能的障害を評価するこれらの項目に基づいて総合的に行う。

他の章と同様に、合併する機能障害（運動器官や神経系の機能障害、全身状態の重度の悪化、など）が存在する場合は、それらも考慮に入れる。

呼吸機能機能障害は、以下のように規定される4つのクラスに分類できる。

1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～15%）

機能的障害の程度による。通常条件下の日常生活、及び社会就労生活に影響を与えない。

臨床徴候：

以下の形態をとって現れることがある：

- 頻繁だが、毎日ではない呼吸困難発作
- 一日中続く慢性気管支漏

準臨床的検査：

- 肺活量、一秒量、あるいは、全肺気量が理論値の71～80%であるか、あるいは、
- 最大運動負荷試験での異常を伴うか、あるいは、
- CO拡散試験が理論値の61～80%である換気機能の不全。

2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～45%）

機能的障害の程度による。日常生活及び社会就労生活に幾つかの制限を伴う。

臨床徴候：

続的な治療でコントロールされているが、頻繁な発作を伴う発作性呼吸困難（参考値として、1カ月の発作数10未満）。

日常生活及び社会就労生活での幾つかの制限を伴う呼吸障害（走ることや、重いものを持つことが出来ず、階段を上るのが遅く、1階、あるいは、2階分を上るのが限度である）。

繰り返す気管支感染の既往があるが、社会生活及び就労生活に重大な影響が見られない。

準臨床的徴候：

肺活量、一秒量、あるいは、全肺気量が理論値の61～70%である換気機能障害がある