

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。

## (2)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。歩くことが出来ず、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当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存在である。

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%）

## (3) 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%）。

## ② 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：

継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か、あるいは、運動時に低酸素血症が見られる（ $PaO_2 < 70$  mmHg）か、あるいは、CO拡散試験が理論値の51～60%である場合。

#### 3. 重大な機能障害（能力低下率：50～75%）

機能的障害の程度による：

日常生活に大掛かりな環境調整が必要：歩くのが遅く、歩行範囲も自宅、及び、近隣の環境に限定され階段の上りは1階分に制限され、荷物を持つことが出来ないが、日常生活行為に自立性が残されている。

臨床徴候：

ゆっくりした歩行でも呼吸困難（もはや自分の足で歩くことが出来ない）

あるいは、心機能への影響の徴候、あるいは、治療をしているにも関わらず持続する呼吸困難か重篤な発作を伴う（参考値として、1カ月に10回を超える）喘息。

準臨床徴候：

肺活量、一秒量、あるいは、全肺気量が理論値の40～60%である換気機能障害があるか、あるいは、

安静時に 60～70mmHg の低酸素血症があるか、あるいは、  
運動時に 60～50mmHg の低酸素血症 (60>Pa O<sub>2</sub>>50mmHg) があるか、あるいは、  
右心への影響を示す電氣的、及び、レントゲン上の徴候がある場合。

特殊なケース：嚢胞性線維症

以下のケースに、50～75%の能力低下率を適用する。

咳、喀痰を伴い、毎日運動療法を必要とする、気管支疾患

ブドウ球菌、あるいは、インフルエンザ菌の慢性的定着に限定されるが、断続的な経口抗生物質療法を受けている、感染性気管支疾患

レントゲン上の異常を特徴とする、ポリープを伴わない、感染性副鼻腔炎

この段階では、一秒量の低下を特徴とする呼吸機能検査結果

夜間、あるいは、運動時の不飽和化の欠如

初期の粘液陥入病巣、中程度の気腫を特徴とするレントゲン像。

ここでの呼吸機能の障害は、臨床的には Shwachman のスコアで 80～100 に当たる障害に相当する。当スコアでは以下のものが取り上げられている。

-一般的活力

-臨床検査

-栄養

-胸郭像

#### 4. 重篤な機能障害（能力低下率：80～95%）

機能的障害の程度による：日常生活行為における自立性の喪失。

臨床徴候：

持続的な呼吸困難、安静時及び発話時における陥凹、チアノーゼを伴う重度の呼吸不全

わずかな日常生活活動においても見られる呼吸困難

永続的な右心不全

持続的な補助呼吸を必要とし、完全、かつ、永続的な依存を伴う重篤な呼吸不全。

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 40%未満である換気機能不全があるか、あるいは、

-安静時に PaO<sub>2</sub><50mmHg の低酸素血症があるか、あるいは、

-右心室への影響を示す末梢、及び、心電図上の徴候が永続的に認められる。

特殊なケース：嚢胞性線維症

重篤な肺型の新生児誘発性窮迫を原因とする乳児のあらゆる臨床状態は、生後の最初の数年から、80%以上の能力低下率が適用される。

能力低下率 80%は、以下の場合にも適用される。

-気管支痙攣が加わった場合、あるいは、

-緑膿菌の転移に特徴づけられる連続的または医療的な必要性が生じた時に抗生剤の経口、あるいは、  
静脈内投与が必要な気管支疾患か、あるいは、

-持続性の発咳、粘液膿性の喀痰、頻発する呼吸困難、チアノーゼ、ヒポクラテス指。

理論値より 40%低い、呼吸機能検査（一秒量、あるいは、全肺気量）の異常値。血液ガス平均値の異常：P0<sub>2</sub> の 60 未満への低下、24 時間中 15 時間の酸素療法を必要とする夜間あるいは運動時の不飽和。

一般臨床的観点では、これらの状況は、Shwachman スコアの 60 未満に相当する。

合併する機能障害が存在する場合は、通例の方法に従い、それらを勘案する。特に嚢胞性線維症の場合、消化機能の障害（第3節）〔膵外分泌の機能障害、肝機能障害〕、内分泌系、及び/あるいは、代謝系由来の機能障害（第5節）、ならびに、情緒及び情動生活の障害（第1章及び第2章）を参照する（能力低下率：1～15%）。

#### 特殊ケース：

##### 1. 腫瘍性疾患

気管支癌、肺癌、及び、胸膜癌。（期間は2年に限定。それ以降は後遺症の再評価を行う）（能力低下率80%超）。

##### 2. 外科的切除の後遺症

呼吸機能障害の項目を参照（I）

例：

健康な肺を残しての肺部分切除で、走ることや重いものを持つことが出来ず、階段を1または2階分まで、ゆっくりとしか登れない場合（能力低下率：20～45%）。

-重度の機能障害を伴う一側肺全切除（能力低下率：50～75%）。

##### 3. 肺移植

それだけで、50%以上の能力低下率が適用される。繰り返す気管支の二次感染、治療に伴う重度の制約、あるいは、依然進行性の潜在する疾患があるケースでは、能力低下率が80%に達することもある。

##### 4. 疼痛

疼痛を伴う場合、提案された能力低下率に1～5%を加算する。

### ③消化機能の障害

ここでは、「機械的な」消化機能と、肝機能を分けて扱い、それぞれについての指針を提案した。障害は、日常生活や、社会就労生活に影響を与えるに十分な期間継続している必要がある。

#### (1)消化器の機能障害

以下の項目により、消化器機能障害の機能的影響を評価できる。

摂食・嚥下の障害

食物の通過障害

排泄障害

全身状態

臨床症状は、発作性、あるいは、持続性であってもよい。

確認された機能的障害のレベルに応じて、必要ならば、能力低下率を、規定範囲内で増減することができる。疼痛に関しては、その程度に応じて、残存能力に推定能力低下率を加算する。

以下の4つのレベルの機能障害を規定することができる。

1. 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軽度の機能障害（能力低下率：1～15%）：

断続的な悪心

治療により速やかに治癒する、偶発的な下痢、あるいは、便秘

排便痛

対症療法で治癒する出血

上記の機能障害は、全身状態に影響を与えず、また、臨床検査結果は正常である。

2. 日常生活及び社会就労生活にいくつかの制限を伴う中程度の機能障害（能力低下率：20～40%）：

持続的な治療を必要とする、嘔吐を伴う頻繁な悪心

持続的な治療を必要とする、反復する下痢、あるいは、便秘

一部の物質の通過が可能な、瘻管性の排泄障害

これらの機能障害は、全身状態に重大な影響をもたらすものではない（体重の10%未満の減少）。

軽度だが、準臨床検査では、異常が明かな衰弱。

3. 日常生活の環境調整を必要とする重大な機能障害（能力低下率：50～75%）：

固形物の摂取が不可能な、摂食・嚥下障害

重篤な食欲不振

治療効果の見えない持続的な下痢

不完全便失禁

以上の障害は、全身状態に重大な影響をもたらし、体重の10～20%の減少、及び、顕著な衰弱を伴う。

準臨床検査により、明白な器官疾患が明かになる。

4. 消化器機能の完全な喪失を伴う重篤な機能障害（能力低下率：80～90%）：

人工栄養を必要とする、自力摂食不能、あるいは、完全な無食欲症

経口栄養が不可能な持続性の完全な下痢

完全便失禁

これらの機能障害の影響は重篤で、体重の20%を超える減少をもたらし、悪液質を伴う。準臨床検査により、重度の器官疾患が明かになる。

特殊ケース：

1. 疼痛現象は自覚症状であるので、以下の能力低下率を残存能力に加えることが提案された。

日常生活に支障を与えないが、場合により治療を必要とする、時折生じる疼痛に関しては10%

日常生活に支障をもたらす、継続的な治療を必要とするより頻繁な疼痛に関しては20%

全身状態に影響をもたらす持続的な疼痛で、苦痛の表情や、あらゆる活動を障害するような衰弱した外見などの身体症状を伴うものに関しては、30%。

2. 永続的瘻孔造設の特殊ケース：

結腸瘻 70%

食道瘻 80%

胃瘻 80%

空腸瘻 80%

回腸瘻 80%

装具の装用が困難な場合（肥満、やせ、操作困難、視認困難、など）、能力低下率を割り増しする。

3. 出生時の胎便性腸閉塞における回腸瘻造設：3才まで80%で、4才時に再評価を行う。

4. 切除：

胃部分切除、あるいは、完全切除に関しては、機能的障害が非常に多様となりうるので、能力低下率は、上記の要素に応じて決定する。

腸管切除に関しては、術後の機能的障害、及び、瘻孔造設が必要かどうかに応じて能力低下率を決定する。

## (2)肝機能の機能障害

以下の基準で機能的影響を評価できる：

臨床徴候

生物学的徴候

組織学的徴候（肝生検）

全身状態への影響、及び、合併症：門脈圧亢進症、食道静脈瘤、肝機能障害、肝性脳疾患、原発性肝癌。

注.-後遺症を伴わない急性の肝疾患は対象としない。

1. 代償されている慢性症状を伴う軽度の肝の機能障害（能力低下率：1～15%）：

生物学的異常を伴う

肝逸脱酵素値が通常の5倍未満

門脈圧亢進症を伴わない

脳症を伴わない

肝機能障害を伴わない

2. 慢性症状、及び、いくつかの代償機能障害の徴候を伴う中程度の肝臓の機能障害（能力低下率：20～45%）：

肝逸脱酵素値が通常の5倍超、あるいは、血清γグロブリンが20g/L超などの異常

門脈圧亢進症

出血を伴わない食道静脈瘤

脳症は伴わない

疼痛、病態悪化の程度及び重篤度、及び、全身状態への影響によって評価。

3. 重度だが、回復可能な代償機能障害の徴候を伴う重大な肝臓の機能障害（能力低下率：50～75%）：

治療によってコントロールされる、出血の既往

コントロール可能な腹水の既往、あるいは、障害を伴う脳症の既往

4. 重篤な肝臓の機能障害で、以下の代償不全の徴候を複数認めるもの（能力低下率：80%超）：

回復不能な腹水

繰り返す重度の出血

重度の知的損傷を伴う、継続する脳症

特殊ケース：

肝臓の腫瘍：

-原発性肝癌、あるいは、二次的腫瘍（能力低下率：80%超）

-肝臓の血管肉腫（能力低下率：80%超）

肝移植（能力低下率：50%超）

脾外分泌の機能障害：

脾臓移植：（能力低下率：70%）

## ④ 腎泌尿器系の機能障害

### (1)腎機能障害



腎機能障害という用語は、腎不全よりも広い範囲を示す。

腎機能障害は、腎不全のあるなしに関わらず、泌尿器の損傷が示す臨床徴候としての諸状況を含む。

1. 軽度の腎機能障害（能力低下率：1～15%）：

定期的な臨床的、生物学的監視が必要だが、日常生活、及び、社会就労生活に影響をもたらさないもの。

例：

単独の血尿、あるいは、たんぱく尿を伴う病態、代償された臨床症状、軽度の生物学的症状（クレアチニンクリアランス 70ml/mn 超）。

臨床症状及び代謝症状を伴い、定期的な生物学的、臨床的監視が必要な、慢性尿細管疾患。

2. 中程度の腎機能障害（能力低下率：15～45%）：

定期的な臨床的、生物学的検査、及び、食餌療法、または、薬剤治療が必要だが、適切な就労生活と両立可能なもの。

例：

クレアチニンクリアランスが正常の 30～70%の腎不全で、中程度の臨床症状を示すもの（衰弱、貧血、高血圧、ネフローゼ症候群）。

臨床症状、代謝症状（尿崩症、低カリウム血症、低ナトリウム血症、高カルシウム血症、アシドーシス、など）を示す慢性尿細管疾患で、定期的な監視、食餌療法、及び、適切な治療を必要とするもの。

血尿を伴う疼痛発作、二次感染の既往を伴う結石症（腎不全、あるいは、腎実質の損傷が原因と評価された場合）。

3. 重大な腎機能障害（能力低下率 50～75%）

食餌療法や治療で代償されず、日常生活、及び、就労生活に顕著な影響をもたらす場合。

クレアチニンクリアランス 30ml/分未満、10ml/分超。

永続的な臨床症状を伴う重度の腎不全（貧血、高血圧、ネフローゼ症候群、骨症状、あるいは、神経筋肉症状）。

4. 重篤な腎機能障害（能力低下率 80～95%）

クレアチニンクリアランス 10ml/分未満。

臨床的代償の程度や、日常生活及び就労生活への影響に応じて補助的治療（腹膜透析、人工腎臓）を必要とする重篤な慢性腎不全。

注意：移植を受けた腎不全の場合、回復した腎機能の数値（機能的スケールを参照）、免疫抑制療法に対する耐性、腎不全の臨床症状の持続性に応じて評価する。能力低下率は少なくとも 30%である。

## （2）泌尿器の機能障害

泌尿器の機能的異常（尿閉、あるいは、尿失禁）を対象とし、可能であれば、毎回、準臨床検査で確認する。

疼痛がある場合、別個に評価し、その能力低下率を通例に従い加算する。

疼痛：

時折生じる中程度の疼痛（能力低下率：5～10%）

日常的な活動を障害するような頻繁な疼痛（能力低下率：20%）

全身状態に影響を与える、ほぼ永続的な疼痛（能力低下率：30%）

(1)機能的障害：

a) 軽度、あるいは、間欠的な機能的障害（頻尿、排尿障害、起立失調症候群における間欠的尿失禁）（能力低下率：1～20%）

b) 永続的な機能的障害：

尿失禁：

装具の装用、及び、残留する機能的な制限を考慮（能力低下率：50～60%）

尿閉：

-尿道カテーテルの設置を必要とする永続的な尿閉（能力低下率：70%）

-コントロールされている尿閉（衝撃による排尿）（能力低下率：50%）

-許容される程度の外科的瘻孔造設（膀胱瘻造設術、尿管瘻造設術）（能力低下率 70～80%）

種類の如何を問わず、複数の瘻孔造設術を伴う場合（能力低下率：80%）。

## ⑤ 内分泌、代謝、及び、酵素由来の機能障害

これらの機能障害は多様で、完全に網羅的な評価指針を提案することは不可能である（もし可能であったにしても、その実用性は一時的なものに過ぎないだろう）。このため、ここでは、最もよく遭遇するいくつかの例と、その臨床基準を提案するに留めた。これにより、医師は、診察した患者の位置づけを行うことが可能となる。

病因の如何を問わず、内分泌、代謝、及び、酵素由来の機能障害は、その機能的な制限の程度（移動能力の低下、活動性の低下、など）、及び、当該機能障害に固有の医学的制約の程度（食事療法、薬物治療、定期的な監視）に応じて評価する。

代謝異常の程度を数量化し、場合により代謝のバランスをコントロールするために、準臨床検査を考慮に入れる。

この分野でよく見られる、内臓の合併症に関しては、該当する章を参照すること。

### (1)(真性)糖尿病

1. 食餌療法、監視、場合により、経口薬物治療を必要とする、インシュリン非依存型糖尿病（能力低下率：5～20%）。

2. インシュリン要求性糖尿病（中間型）（能力低下率：15～30%）。

3. 安定しているインシュリン依存型糖尿病（能力低下率：25～35%）。

4. 低血糖、及び/あるいは、頻繁または重度のケトアシドーシスを伴い、及び/あるいは、入院を繰り返し、頻繁に昏睡に陥って、コントロールが難しい、不安定なインシュリン依存型糖尿病（能力低下率 50～75%）。

視覚障害、動脈炎などの糖尿病の合併症については、通例に従い、考慮に入れる。

### (2)肥満

1. 持続的な食餌療法、及び、定期的な監視が必要な軽度の肥満（能力低下率：1～10%）。

2. 活動性の低下、及び、運動時の機能的な支障を伴う顕著な肥満（能力低下率：15～40%）。

3. 呼吸困難や、動作の制限を伴う「けた外れの」肥満（能力低下率：50～75%）。

### (3)小人症

1. 単純な身長体重の発育遅延（能力低下率：1～10%）。

2. 顕著な均衡性小人症（成人で1 m20 cm）（能力低下率：15～45%）。

3. 重篤な非均衡性小人症、軟骨形成異常症、軟骨形成不全症（能力低下率：50～75%）。

重大な機能的影響を伴う場合、能力低下率は80%になる場合がある。

#### ④ 内分泌の機能障害

甲状腺機能亢進症：

甲状腺機能低下症

副腎機能不全

副腎皮質機能亢進症（原発性、あるいは、医原性）

尿崩症、など

1. 持続的な医学的治療、監視を必要とする軽度の機能障害（能力低下率：1～15%）。

2. 顕著な機能面の支障（疲労、こわばり）を伴う中程度の機能障害（能力低下率：15～40%）。

酵素系の機能障害による臨床症状（日常生活に障害を伴う場合もある）は、その程度、質ともに非常に多様である。機能面、運動系、精神系、心肺系、腎臓系など、あらゆる面で障害をもたらすことがありうる。

一部の機能障害は分子レベルで同定できるが、一連の臨床、生化学、及び、遺伝子データを集め、照合した上でないと決定できないものもある。多くの酵素系の機能障害に共通の特徴として、本人が、特殊な状況（物理的条件、食餌、薬物中毒、など）に置かれた場合には、重症化し、顕著な臨床症状を示しやすいことがあげられる。したがって、能力低下率の評価に当たって考慮しなければならない症状には、2種類あることになる。

-永続的、または反復性の症状があることによる機能障害

-特定の状況に置かれた場合に顕著な障害を生じる危険性

治療がもうそれほど負担にならなくなった場合、能力低下率を新たに評価し治す必要がある。

I. -永続的な臨床症状を何一つ示さないが、不適切な環境に置かれたり、激しい運動をしたり、ある種の食品、あるいは、薬剤を摂取した場合重大な危険を伴う酵素系の機能障害（能力低下率：1～15%）。

II. -軽度の永続的な臨床症状（運動不耐性、筋肉痛、痙攣、貧血、消化器障害、血腫、など）を伴い、上記のような状況に置かれた場合に重大な危険を生じる可能性があり、したがって、日常生活及び就労生活で環境調整が必要な酵素系の機能障害（能力低下率：15～40%）。

例：

-グリコーゲン分解、及び、解糖系の酵素の欠損

-脂肪酸の分解に関する酵素の欠損

-呼吸酵素系（呼吸鎖）における酵素の欠損

-軽度のヘモグロビン異常症

-家族性高コレステロール血症、及び、高トリグリセライド血症

-血友病、及び、その他の凝固異常、など

III. -運動系、知能系、感覚系、あるいは、内臓系に永続的で重大な障害を伴う酵素系の機能障害。

例：

-スフィンゴリピド症、ムコ多糖沈着症。

相関する機能障害に対応する評価基準にしたがって、能力低下率を評価する。

#### (6) 造血系、及び、免疫系の機能障害

先天性（ヘモグロビン異常症、血友病）であっても、後天性（AIDS、化学療法、癌、白血病、中毒）であってもよい。

二次的症狀は、感染性（脳、肺、皮膚、敗血症）であっても、腫瘍性（皮膚、全身）であってもよい。医師は、進行が極めて早いこともあるのを把握したうえで、機能障害を評価する必要がある。

#### 1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～10%）

永続的な臨床症状は何一つないが、特殊な生活上の規則が必要なもの。

例：

-HIV感染者

-臨床的に治癒したとみなされる白血病、及び、細網組織増殖症

#### 2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～45%）

永続的な臨床症状があり、治療でコントロール可能だが、永続的な医学的監視を必要とするもの。

例：

-多発腺腫症

-衰弱

-やせ

#### 3. 重大な機能障害（能力低下率：50～75%）

永続的な臨床症状を示し、継続的な治療（複数の診療科にまたがる場合もある）を必要とするもの。

例：

-エイズ関連症候群（ARC）の要素を示す患者

#### 4. 重篤な機能障害（能力低下率：80～95%）

重大な症状を示し、就労活動上許容されず、永続的な医学治療が必要で、社会生活に重大な影響をもたらすもの。

例：

-発症したAIDS

-入院、あるいは日帰り入院での継続的な医学的監視を必要とする、進行段階にある白血病、あるいは、血液疾患または免疫疾患。

### （5）運動機能障害

#### 一般原則

##### ①運動機能障害の評価

運動機能障害の能力低下率を決定するには、病因ではなく、病変（機能障害）、及び、その影響（能力低下）を考慮に入れなくてはならない。同じ一つの機能障害について、病因（奇形、事故、疾患、など）は異なる（あるいは、複数ある）こともある。

社会生活、及び、就労生活に影響を与えるには、機能障害（一つ、あるいは、複数）が長期間継続する必要があるが、評価の段階では、まだ進行段階にあってもよい。いずれにしても、専門医は、検査の時点における状況を評価する。

##### ②合併する機能障害

運動器の機能障害に合併する知覚障害以外の機能障害（特に、血管障害、四肢麻痺、多発性硬化症のような複雑かつ/あるいは広範囲にわたる疾患において）は、系統的に評価し、積算する必要がある。知覚障害が存在した場合は、「運動器あるいは麻痺性の機能障害」の章の記述に従い、5～15%を能

力低下率に加算する。

参考として、運動器官の機能障害に合併する機能障害として、最もよく見られるものをあげると：

生殖-性交の機能、及び、排泄（第Ⅵ章、第3節及び第4節）

呼吸器（第Ⅵ章、第2節）

言語及び発声発語（第Ⅳ章）

摂食（嚥下、第Ⅵ章、第3節）

知覚（視覚器、第Ⅴ章、あるいは、聴覚器、第Ⅲ章）

てんかん（第Ⅰ章、第3節）

心血管系（例えば、ミオパシーについては、第Ⅵ章、第1節）

知的及び/あるいは、精神的機能（第Ⅰ章及び第Ⅱ章）

程度、及び、影響度によっては、自律神経（体温調節不全、起立性低血圧）

また、疼痛、あるいは、易疲労性（一部の疾患に特異的な）といった症状を考慮に入れなければならない。その際、それらの機能的影響に応じて、能力低下率を割り増しする必要がある。

### ③装具の装用

能力低下率は装具の装用前の状態で評価する。ここで提案されている能力低下率の範囲は、医学、及び、人工器官の分野での進歩を考慮に入れた上で設定されている。

ただ、器具がうまく装用されていない場合（頻繁な疼痛、擦過傷）や、器具が間欠的にか、あるいは、ある特定の条件下でしか使用できない場合、また、一部自己負担を伴う場合、専門医は、指示範囲内での高目の能力低下率を適用するか、能力低下率を割り増しすることになる。

### ④社会就労生活への影響：基本的行為、及び、日常的行為

社会生活、就労生活、及び、家庭生活への影響は、専門医が常に考慮しなければならない要素である。

生活の基本的行為の一つ、あるいは、複数をなすに当たって、第三者の援助を必要とする機能障害はすべて、重篤な機能障害とみなす必要がある（80%以上）。

ここで、基本的行為とは、特に以下のものをさす：

移乗（起床、排泄、風呂、あるいは、シャワー）

清拭、整容

更衣、及び、場合によっては装具の装用

食事

移動（歩行、あるいは、車椅子）

歩行不能は、機能障害の重篤性を示す一つの基準である。しかし、歩行、あるいは、散歩が可能な場合でも、歩行範囲と、必要な援助を評価しなければならない。

注記.-第Ⅶ章：運動機能障害は、5つの小章に分かれているが、これらは相容れないものではない。専門医は、その場合、それぞれのタイプの機能障害（例：頭部の保持、四肢の麻痺）を個別に評価するように努めなくてはならない。

## Ⅰ. 頭部の機能障害

注記.-以下の事項については、第Ⅶ章の始めに記載した一般原則を参照。

-合併する機能障害

-装具の装用

-社会就労生活への影響

-基本的行為、及び、日常的行為

頭部を正常な位置に保てるかどうか（運動障害、異常運動、など）、咀嚼への影響、唾液を保持できるかどうか、及び、合併する疼痛を考慮する。能力低下率は、各要素の重篤度、及び、場合によっては、それらの要素の複合度に応じて、規定の範囲内で上下できる。

発声の障害は第Ⅳ章、視覚の問題に関しては第Ⅴ章、上述以外の摂食機能の障害に関しては、第Ⅴ章第Ⅲ節に従い、それぞれ評価する。

歩行への影響は、別個に評価する。ただし、頭部の機能障害が独立していて、歩行を阻害する場合を除く（重度の機能障害）。

#### 1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～20%）

摂食、頭部の保持、唾液の保持に顕著な影響を与えない、目立たない障害。

#### 2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～40%）

障害は中程度だが、摂食、頭部の保持、唾液の保持などを障害する場合。

#### 3. 重度の機能障害（能力低下率：50～70%）

基準として取り上げた要素のうちの一つでも、実行に重大な支障を与えるか、または、実行を阻害するような障害。

例：咀嚼能力低下のため流動食；頭部の保持が不可能など（第三者の援助が必要な場合：80%）。

### Ⅱ. 体幹の機能障害

注記.-以下の事項については、第Ⅶ章の始めに記載した一般原則を参照。

-合併する機能障害

-装具の装用

-社会就労生活への影響

-基本的行為、及び、日常的行為

体幹の機能障害は、病因の如何を問わず（神経疾患、リウマチ性疾患、整形外科的疾患、など）体幹の運動機能障害、体幹の姿勢及びトーンの障害、脊柱の湾曲、椎間板及び脊椎の機能障害などを含む。

影響としては、疼痛、硬直の度合い、湾曲/変形、病変の範囲などを考慮する。

心肺機能への影響がある場合は、別個に評価する（第Ⅵ章、第Ⅰ節及び/または第Ⅱ節）。

歩行への影響は別個に評価する。ただし、体幹の機能障害が独立して存在する場合を除く（歩行への影響=重大、あるいは、重篤な機能障害）。

#### 1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～20%）

社会生活、就労生活、及び、家庭生活、あるいは、日常生活の基本的行為の実現に影響を及ぼさないもの。

例：単純な腰痛、わずかな湾曲。

#### 2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～40%）

社会生活、就労生活、あるいは家庭生活に中程度の影響をもたらすか、あるいは、日常生活の基本的行為を行う際に支障となるもの。

例：日常生活（荷物の搬送）に支障を伴うが、重大な硬直がないか、あるいは、顕著な就労生活への影響をもたらさない、中程度の湾曲を伴う、慢性腰痛または腰-座骨神経痛。

#### 3. 重度の機能障害（能力低下率：50～75%）

社会生活、就労生活、及び、家庭生活に重大な影響をもたらすか、あるいは、日常生活の基本的行為の一部を制限するもの。

例：重大な硬直、及び/あるいは、湾曲、あるいは、転職を必要とするもの。

#### 4. 重篤な機能障害（能力低下率：80～85%）

移動が非常に困難、または、不可能であるか、あるいは、一つ、または、複数の基本的行為の実現を阻害するもの。

### III. 四肢の機械的機能障害

注記.-以下の事項については、第VII章の始めに記載した一般原則を参照。

-合併する機能障害

-装具の装用

-社会就労生活への影響

-基本的行為、及び、日常的行為

以下のものを含む：硬直、関節強直症、拘縮（癱瘓性のもを含む）、弛緩（いずれも病因の如何を問わない）。病変が片側性の場合、それが利き腕（足）であるかどうかを考慮する。

機能障害の影響は、主に、日常の基本的行為を一人で行うことが困難であるか、さらには、不可能であるかによって評価する。

#### 1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～20%）

社会生活、就労生活、及び、家庭生活、また、日常生活行為の実現に影響がないもの。

例：指の硬直（硬直の程度、どの指か、動きの程度による）、手首、回内-回外筋の硬直、肩、足首、膝、あるいは、股関節の軽度の硬直。

#### 2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～40%）

日常生活の一部の活動に支障を伴うか、あるいは、社会生活、就労生活、及び、家庭生活上に中程度の影響を及ぼすもの。

例：ある種の、肘、肩、手首、膝（特に、厄介な湾曲を伴うもの）、股関節、足首、足の硬直（整形外科的矯正靴の装着を必要とする重度の変形：40%）。

#### 3. 重度の機能障害（能力低下率：50～75%）

日常生活の活動を制限するか、あるいは、社会生活、就労生活、あるいは、家庭生活上に重大な影響を及ぼすもの。

例：肩、手及び手首、膝、あるいは、股関節の完全な硬直。

#### 4. 重篤な機能障害（能力低下率：80～90%）

移動が非常に困難または不可能か、日常生活の活動を一部阻害するか、あるいは、一つまたは複数の基本的行為を阻害するもの。

例：複数の大関節のブロック

### IV. 四肢の運動性、または、麻痺性の機能障害

注記.-以下の事項については、第VII章の始めに記載した一般原則を参照。

-合併する機能障害

-装具の装用

-社会就労生活への影響

-基本的行為、及び、日常的行為

運動性、または、麻痺性の機能障害は、病因の如何を問わず、すべての運動障害を含む。中枢性であっても、末梢性であっても、その両方であってもよい。以下のものを含む：麻痺、命令系統の障害、協調運動低下（小脳性のもを含む）、姿勢の随意運動異常、振戦、不随意運動（舞踏病アテトーシス）、

トーマスの障害、痙性/拘縮、筋肉の機能障害、など。

合併する表在、あるいは、深部の知覚障害（感覚鈍麻、知覚麻痺、知覚不全、など）、及び、それに類するもの（立体感覚失認）の存在により、その程度、及び、その部位（例えば手）に応じて、より高い能力低下率が適用される。ただし、それらが独立しているか、あるいは、優勢である場合、それ自体を他の機能障害と同等に評価してもよい。

例：一部の馬尾症候群、知覚神経疾患。

#### 1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～20%）

社会生活、就労生活、及び、家庭生活、あるいは、日常生活行為の実現に影響がないもの。

例：安静時の振戦、一部の独立した知覚障害。

#### 2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～40%）

一部の日常生活活動に支障を与えるか、または、社会生活、就労生活、及び、家庭生活に中程度の影響を与えるもの。

例：上肢の一末梢神経の麻痺、不全片麻痺、平衡障害または中程度の協調運動障害、外側膝窩座骨神経麻痺。

#### 3. 重度の機能障害（能力低下率：50～75%）

一部の日常生活活動を制限するか、あるいは、社会生活、就労生活、及び、家庭生活に重大な影響を伴うもの。

例：重度のアテトーシス、腕神経叢の完全麻痺、単独で十分に歩行が可能である不全運動性片麻痺、または、不全運動性対麻痺。

#### 4. 重篤な機能障害（能力低下率：80～90%）

移動が非常に困難または不可能か、日常生活の活動を一部阻害するか、あるいは、一つまたは複数の基本的行為を阻害するもの。

例：運動系の完全な対麻痺、あるいは、四肢麻痺、重度の片麻痺、重篤なアテトーシス、四肢の重度な小脳症候群。

### V. 四肢の損傷による機能障害

注記：以下の事項については、第VII章の始めに記載した一般原則を参照。

-合併する機能障害

-装具の装用

-社会就労生活への影響

-基本的行為、及び、日常的行為

以下のものを含む：切断、短縮。後天的な病変の場合、利き腕、または、利き足かどうかを考慮する。

利き腕、利き足の障害は、反対側の障害より有利に評価する。

#### 1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～20%）

社会生活、就労生活、及び、家庭生活、あるいは、日常生活行為の実現に影響がないもの。

例：手または足の指の部分切断、あるいは、単独の切断、軽度の短縮、など

#### 2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～40%）

一部の日常生活活動に支障を与えるか、または、社会生活、就労生活、及び、家庭生活に中程度の影響を与えるもの。

例：手または足の親指、あるいは、複数の手足の指、中足の切断、障害を伴う短縮（跛行）

#### 3. 重度の機能障害（能力低下率：50～75%）



日常生活の一部の活動を制限するか、あるいは、社会生活、就労生活、及び、家庭生活に重大な影響を伴うもの。

例：下腿または大腿（義足装着）、あるいは、利き側ではない側の前腕、肘または肩の切断。

#### 4. 重篤な機能障害（能力低下率：80～90%）

移動が非常に困難または不可能か、あるいは、一つまたは複数の基本的行為を阻害するもの。

例：利き手（足）側の股関節、肩関節、または、肘関節の脱臼、あるいは、上肢両側の切断。

### （6）審美障害

本章では、肉体的外観の重度な異常に苦しむ患者が直面する社会適応上の問題を扱う。それに伴う機能的能力低下についてはここでは除外した。

これら形態的問題が、機能的な能力低下を伴う場合は、それぞれの機能に対応する章を参照するのが適切である。

例：

-切断：運動性の機能障害を参照（第Ⅶ章）

-眼球摘出：視覚の機能障害を参照（第Ⅴ章）

#### ①. 軽度の審美障害（能力低下率：1～10%）

通常の世界生活あるいは就労生活において、制限、及び、いくつかのまれな禁忌を伴うが、顕著な影響を示さないもの。

例：通常露出している体の部分（手、顔面、首）に現れない、火傷の痕、あるいは、広範な瘢痕。

#### ②. 中程度の審美障害（能力低下率：15～35%）

当人の社会生活及び就労生活に影響を及ぼす可能性があり、また、複数の禁忌（公的な人間関係において）を伴うもの。

例：

-露出している部分に及んでいるが、基本的な形態、及び、顔面の表情を全く害さない火傷の痕、あるいは、広範な瘢痕。

#### ③. 重度の審美障害（能力低下率：50～60%）

当人の社会生活すべてを顕著に障害するもの。

例：

-形態及び開口部の重度の損傷により、顔面の完全な変形を伴い、顔面表情（主としてまぶた、次いで、口、鼻）に顕著な障害をもたらす、火傷の痕、あるいは、瘢痕。

#### 4. 重篤な審美障害（能力低下率：65～85%）

例：

-あらゆる社会生活、及び、就労生活を不可能にするほどの完全な変形。

### 3. 評価手順

医師により次の手順で評価が進められる。

#### ①. 医学的診断

治療法と障害の重大性及び日常生活への影響についての把握

#### ②. 機能障害検査

#### ③. 能力低下評価

専門職チームの医師以外のメンバーの意見や機能制限に関する資料等を参照して評価する。特に小児に関しては、教員、心理学者、教育者及び発症後の再教育担当者などによる報告書が求められる。機能障害に直接由来する能力低下だけでなく、つらい投薬治療、繰り返される入院、全身状態への影響など、治療による制約に由来するものも考慮にいれられる。発作の頻度や重篤度、さらに、社会生活や仕事への影響によって、能力低下率を加重される。また、聴覚機能障害の場合には、装具の装用の可能性を考慮に入れて能力低下率が評価される。再認定については、能力低下率が変化した場合に実施することとされている。

#### 4. 考察

今後、わが国においても障害認定制度に ICF が適用されるかどうかは不明であるが、フランスの障害認定制度を参考にすると次のような課題があると考えられる。

①現状では、ICF には、障害程度を示す評価点について、具体的な障害状態に結びついた基準がない。各障害分類ごとにそれがなければ、障害認定制度に活用することは困難である。この作業は、かなり細かい作業になるであろう。フランスの認定制度でも、機能障害の評価を中心としてそれ以外の要素を加味していく方法がとられているように、機能障害以外の評価点を中立的に作成することは、相当困難を伴うであろう。ただし、それが、できれば、認定基準として活用することは可能であろうし、障害種別間の公平性を確保でき、さらに、わが国に存在する複雑な障害認定制度を整理できる可能性はある。また、外国の制度との比較も可能になろう。

②既存の制度は、多くの場合、機能障害に基づいて障害を認定しており、ICF が詳細な評価点をもつようになれば、それを活用して現在の認定基準を代替させることは難しくはないと考えられる。そのためには、ICF の評価点の作成作業において、各国の障害認定制度を取り込めるような内容にしておくことも必要であろう。ただし、活動 (Activity) や参加 (Participation) の評価点については、既存の障害認定制度は、ほとんどないことから、時間をかけて文化的な要素も含めて検討する必要がある。

③ ICF は、どの程度の障害までをサービスや施策の対象とするかについては何も述べていない。それは、政策的に決定されるものであり、別の議論が必要である。ただし、ICF が活用できれば、その議論がより明確になる可能性があると考えられる。

#### 引用文献

- [1]WHO(2001), International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, 厚生労働省社会・援護局障害者保健福祉部訳、(仮訳) 国際生活機能分類、
- [2]Minist  des Affaires Sociales de la Sqnt  et la Ville, Centre Techniaue National [2]d'Etudes et Recherches sur les Hqndicaps et les Inadaptations(1993), Guide- Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, Paris 白坂康敏・植村英晴訳,障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針 (仮訳)

表1 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針の分類

|                       |
|-----------------------|
| 第I章：知的障害及び行動の制限       |
| 第一節：小児、青年の知的障害及び行動の制限 |
| 第二節：成人の知的障害及び行動の制限    |
| 第三節：てんかん（てんかんに関連する障害） |
| 第II章：精神障害             |
| 第一節：小児、青年の精神障害        |
| 第二節：成人の精神障害           |
| 第III章：聴覚障害            |
| 第IV章：言語及び発声発語の障害      |
| 第V章：視覚障害              |
| 第VI章：内部障害及び全身機能の障害    |
| 第一節：心血管系の機能障害         |
| 第二節：呼吸機能障害            |
| 第三節：消化機能障害            |
| 第四節：腎、泌尿器系機能障害        |
| 第五節：内分泌、代謝、酵素由来の機能障害  |
| 第六節：造血、免疫系の機能障害       |
| 第VII章：運動機能障害          |
| 第VIII章：審美障害           |

表2 四肢の損傷による機能障害の能力低下率評価基準

|   |
|---|
| 1. 軽度の機能障害（能力低下率：1～20％）                               |
| 社会生活、就労生活、及び、家庭生活、あるいは、日常生活行為の実現に影響がないもの。             |
| 例：手または足の指の部分切断、あるいは、単独の切断、軽度の短縮、など                    |
| 2. 中程度の機能障害（能力低下率：20～40％）                             |
| 一部の日常生活活動に支障を与えるか、または、社会生活、就労生活、及び、家庭生活に中程度の影響を与えるもの。 |
| 例：手または足の親指、あるいは、複数の手足の指、中足の切断、障害を伴う短縮（跛行）             |
| 3. 重度の機能障害（能力低下率：50～75％）                              |
| 日常生活の一部の活動を制限するか、あるいは、社会生活、就労生活、及び、家庭生活に重大な影響を伴うもの。   |
| 例：下腿または大腿（義足装着）、あるいは、利き側ではない側の前腕、肘または肩の切断。            |
| 4. 重篤な機能障害（能力低下率：80～90％）                              |
| 移動が非常に困難または不可能か、あるいは、一つまたは複数の基本的行為を阻害するもの。            |
| 例：利き手（足）側の股関節、肩関節、または、肘関節の脱臼、あるいは、上肢両側の切断。            |

