

障害等級判定基準

[施行 2017.4.13] [保健福祉部告示 第2017-65号, 2017.4.13, 一部改正]

保健福祉部 (障害人権益支援課) 044-202-3304

第1章 総論

1. 目的

この基準は、障害人福祉法施行規則第2条及び[別表1]の障害人の障害等級表に基づく障害等級査定基準を具体的に解釈し、標準診断方法を提示し、正確に障害等級を判定するためのものである。

2. 適用範囲

ア. この基準は、障害人福祉法第32条の規定に基づき、特別自治道知事・市長・郡守・区庁長に障害人登録を申請した人の障害等級を診断・判定する際に適用する。

イ. 障害人福祉法第32条の規定に基づき障害人として登録できる人は、下の障害人の分類に該当する人として、障害人福祉法施行規則[別表1]の障害人の障害等級表で定める基準に見合う程度の障害がある人である。

<障害人の分類>

大分類	中分類	小分類	細分類
身体的 障害	外部身 体機能 の障害	肢体障害	切断障害、関節障害、肢体機能障害、変形などの障害
		脳病変障 碍	脳の損傷による複合的な障害（訳注：脳性麻痺など）
		視覚障害	視力障害、視野欠損障害
		聴覚障害	聴力障害、平衡機能障害
		言語障害	言語障害、音声障害、口語障害
		顔面障害	顔面部の推上、陥没、肥厚などの変形による障害
	内部器 官の障	腎臓障害	透析治療中または腎臓移植を受けた場合
		心臓障害	日常生活が顕著に制限される心臓機能異常

	障 碍	肝障碍	日常生活が顕著に制限される 慢性・重症の肝機能異常
		呼吸器障碍	日常生活が顕著に制限される慢性・重症の呼吸器機能異常
		腸瘻・尿瘻障碍	日常生活が顕著に制限される腸瘻・尿瘻 (訳注：ストーマ・尿路ストーマ)
		脳電症障碍 (訳注：日本ではてんかん)	日常生活が顕著に制限される慢性・重症の脳電症
精神的 障碍	発達障碍	知的障碍	知能指数が70以下である場合
		自閉性障碍	小児青少年自閉などの自閉性障碍
	精神障碍	精神障碍	精神分裂症、分裂型情動障碍、両極性情動障碍、反復性うつ障碍

3. 判定基準の適用原則

ア. 障碍類型別の障碍等級は原則的に第2条の障碍類型別判定基準により判定する。

イ. 2種類以上の障碍が重複する場合の障碍等級は、4. 重複障碍の合算基準により判定する。

ウ. 上記のア項、イ項の適用原則以外に個人の身体的・精神的特性などを考慮し判定する必要があると認定される場合には、障碍人福祉法施行規則第3条第4項により告示された障碍等級審査規定第14条の障碍等級審査委員会で、次の事項を考慮し障碍等級を判定することができる。

(1) 2種類以上の重複障碍がある場合で、4. 重複障碍の合算基準にも関わらず、主障碍又は副障碍が、副障碍又は主障碍の身体的・精神的機能などをより深化させる結果をもたらす場合

(2) 障碍程度に変化をもたらす身体的・精神的損傷などが客観的に確認され、その損傷が障碍程度の深化と相当な因果関係があると認定された場合

4. 重複障碍の合算

ア. 2種類以上の障碍が重複している場合、主な障碍(障碍等級が最も高い障碍)と次上位の障碍を合算することができる。

イ. 2種類以上の互いに異なる障碍が同じ等級に該当する際には1等級上の級とし、互いに等級が異なる際には<表2>重複障碍合算時の障碍等級上方調整表に従う。

(1) 重複障害の合算による主な障害等級の上方調整は、2種類の障害を合わせた障害率が、主な障害の次上位等級の障害率と比較して、必ず上方調整する必要がある場合であり、障害率は下の<表1>の通りとし、<表2>の基準を参考にし障害等級を調整することができる。

<表1>障害等級別及び重複障害合算時の障害率

	1級 (85～)	2級 (75～84)	3級 (60～74)	4級 (45～59)	5級 (35～44)	6級 (25～34)
1級 (85～)	97.75	96.25	94.0	91.75	90.25	88.75
2級 (75～84)	96.25	93.75	90.0	86.25	83.75	81.25
3級 (60～74)	94.0	90.0	84.0	78.0	74.0	70.0
4級 (45～59)	91.75	86.25	78.0	69.5	64.25	58.75
5級 (35～44)	90.25	83.75	74.0	64.25	57.75	51.25
6級 (25～34)	88.75	81.25	70.0	58.75	51.25	43.75

<表2>重複障害合算時の障害等級上方調整表

	1級	2級	3級	4級	5級	6級
1級	1級	1級	1級	1級	1級	1級
2級	1級	1級	1級	1級	2級	2級
3級	1級	1級	2級	2級	3級	3級
4級	1級	1級	2級	3級	3級	4級
5級	1級	2級	3級	3級	4級	4級
6級	1級	2級	3級	4級	4級	5級

ウ. 重複障害合算の例外

次の場合、各々を個別の障害として判断しない。

(1) 同一部位の肢体障害及び脳病変障害

脳病変障害（包括的評価）と肢体障害（個別的评价）が重複する場合には、脳病変障害の判定基準に従い障害程度を判定する。但し、肢体障害が上位等級で、脳病変障害が軽微である場合には肢体障害として判定することができる。

(2) 知的障害と自閉性障害

(3) 知的障害、自閉性障害、精神障害とそれに伴う症状の一環として現れる言語障害

(4) 障害部位が同一である場合

- 目と耳は左・右二つで一つの機能を果たしている対称性器官としての特性があるため同一部位とみなす。
- 腕と足は、左・右を各々別個の部位とみなすが、同じ方の腕の上肢3大関節と指関節、及び同じ方の足の下肢3大関節と指関節は同一部位とみなす。

5. 障害診断書の作成基準

ア. 障害類型別の障害診断専門機関及び専門医など

障害類型	障害診断機関及び専門医など
肢体障害	1. 切断障害：X-線撮影施設がある医療機関の医者 2. その他肢体障害：X-線撮影施設など検査設備がある医療機関のリハビリテーション医学科・整形外科・神経外科・神経科又は内科（リュウマチ分科）専門医
脳病変障害	医療機関のリハビリテーション医学科・神経外科又は神経科専門医
視覚障害	視力又は視野欠損程度の測定が可能な医療機関の眼科専門医
聴覚障害	聴力検査室と聴力検査機（オーディオメーター）がある医療機関の耳鼻咽喉科専門医
言語障害	1. 医療機関のリハビリテーション医学科専門医又は言語リハビリテーション士が配置されている医療機関の耳鼻咽喉科・精神健康医学科又は神経科専門医 2. 音声障害は言語リハビリテーション士がいない医療機関の耳鼻咽喉科専門医を含む 3. 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）
知的障害	医療機関の精神健康医学科・神経科又はリハビリテーション医学科専門医
精神障害	1. 障害診断の直前1年以上にわたり持続的に診療した精神健康医学科専門医（但

	<p>し、持続的に診療を受けたというのは3か月以上薬物治療が中断されなかったことを意味する。)</p> <p>2. 1号に該当する専門医がない場合、障害診断の直前3か月以上持続的に診療した医療機関の精神健康医学科専門医が判定を行うことができるが、障害診断の直前1年以上の持続的な精神健康医学科診療記録を診断書又は所見書などで確認し、障害診断を行わなければならない。</p>
自閉性障害	医療機関の精神健康医学科（小児精神健康医学科）専門医
腎臓障害	<p>1. 透析に関する障害判定は障害人登録の直前3か月以上にわたり透析治療を行っている医療機関の医者</p> <p>2. 1号に該当する医者がいない場合、障害診断の直前1か月以上にわたり持続的に透析治療を行っている医療機関医者が判断することができるが、3か月以上の透析記録を確認しなければならない。</p> <p>3. 腎臓移植の障害判定は、腎臓移植を施術したか又は移植患者を診療している医療機関の外科又は内科専門医</p>
心臓障害	<p>1. 障害診断の直前1年以上にわたり診療した医療機関の内科（循環器分科）・小児青少年科又は心臓外科専門医</p> <p>2. 1号に該当する専門医がない場合、医療機関の内科（循環器分科）専門医が判定することができるが、障害診断の直前1年以上にわたり内科（循環器分科）・小児青少年科又は心臓外科の持続的な診療記録などを確認し、障害診断を行わなければならない。</p>
呼吸器障害	障害診断の直前2か月以上にわたり診療した医療機関の内科（呼吸器分科、アレルギー分科）・心臓外科・小児青少年科・結核科又は産業医学科専門医
肝障害	障害診断の直前2か月以上にわたり診療した医療機関の内科（循環器内科）・外科又は小児青少年科専門医
顔面障害	<p>1. 医療機関の形成外科・皮膚科又は外科（火傷の場合）専門医</p> <p>2. 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）</p>
腸瘻・尿瘻障害	医療機関の外科・産婦人科・泌尿器科又は内科専門医
脳電症障害	障害診断の直前6か月以上にわたり診療した医療機関の神経科・神経外科・精神健康医学科・小児青少年科・小児神経科専門医

イ. 障害類型別の障害判定時期

障害類型	障害判定時期
肢体・視覚・聴覚・言語・知的・顔面障害	障害の原因疾患などに関して十分に治療し障害が固着した時に登録し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生後又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする（肢体切断、脊椎固定術、眼球摘出、聴力器官の欠損、喉頭全摘出、先天的知的障害など障害状態の固着が明確な場合は例外とする）。
脳病変障害	1. 脳性麻痺、脳卒中、脳損傷などやその他の脳病変（パーキンソン病は除外）がある場合は発病又は外傷後6か月以上持続的に治療した後障害診断を行わなければならない。 2. パーキンソン病は1年以上にわたる誠実で持続的な治療後障害診断を行わなければならない。
精神障害	1年以上にわたる誠実で持続的な治療後、好転の兆しがほとんどない程障害が固着している時に行う。
自閉性障害	全般性発達障害（自閉症）が確実になった時点
腎臓障害	3か月以上持続的に血液透析又は腹膜透析を受けている人、又は腎臓移植を受けた人
心臓障害	1年以上の誠実で持続的な治療後も回復の兆しがほとんどないほど障害が固着しているか、心臓移植を受けた人
呼吸器・肝障害	現在の状態に関連した最初の診断後1年以上が経過し、最近2か月以上の持続的な治療後も好転の兆しがほとんどない程障害が固着しているか、肺又は肝臓移植を受けた人
腸瘻・尿瘻障害	復元手術が不可能な腸瘻（腹会陰切除後のS状結腸瘻（訳注：S状結腸ストーマ）、全大腸直腸切除術後に造られた末端型の回腸瘻（訳注：回腸ストーマ）など）・尿瘻（尿管皮膚瘻、回腸導管など）の場合には、腸瘻（尿瘻）の造成後に診断が可能であり、それ以外の復元手術が可能な腸瘻（尿瘻）の場合には、腸瘻（尿瘻）造成術後1年が過ぎた時点。
脳電症障害	1. 成人の場合、現在の状態に関連した最初の診断から2年以上にわたり持続的な治療を受けたにも関わらず好転の兆しがほとんどない程障害が固着した時点 2. 小児青少年の場合、電脳症の症状によって最初の診断から規定期間（1年ないしは2年）以上にわたり持続的な治療を受けたにも関わらず好転の兆しが見られないほど障害が固着している人

(1) 障害を診断する医療機関の障害類型別所管専門医は、障害人福祉法令及び「障害等級判

定基準」に基づき障害判定時期及び障害の状態などについて診療記録及び客観的な検査などを通して確認した上で障害を診断し、障害診断書の全ての項目を誠実に記載して、検査結果紙及び診療記録紙など必要書類の提供に協力しなければならない。邑・面・洞長に郵便で送付するものとするが、やむを得ず人づてに届ける場合、封筒の封部分に医療機関の割印を押し送付しなければならない。

氏名・住民登録番号記載後、透明テープで処理しなければならない。

- (2) 医療機関の廃業などのやむを得ない事由により以前の診療記録が確認できない場合、申請人の現在の状態が、専門的判断に基づいて障害判定時期に該当する以前の治療歴が認められるという根拠及び具体的な意見を障害診断書に明示し、障害診断を行うことができる。
- (3) 肢体、視覚、聴覚、言語、知的、顔面障害は障害の状態が固着しているということが専門的判断に基づき認められる場合、以前の診療記録などを確認しないことがある（例：肢体切断、脊椎固定術、眼球摘出、聴力器官の欠損、喉頭全摘出術、先天的な知的障害など）。
- (4) 障害等級を判定する際に今後障害の状態が変化する場合、障害等級の変化が予測される時期を指定し、障害程度を再判定することとする。
- (5) <歩行障害標準基準表>に該当する場合、当然歩行上の障害を認めるが、それ以外の障害類型及び等級について歩行上の障害があると診断する場合、その事由を具体的に明示しなければならない。

< 歩行障害標準基準表 >

区分	障害類型	1級	2級	3級	4級	5級	6級
身体的 障害	肢体障害						
	上肢切断	○					
	下肢切断	○	○	○	○		
	上肢関節						
	下肢関節	○	○	○	○	○	
	上肢機能						
	下肢機能	○	○	○	○	○	
	脊椎障		○	○	○	○	

		碍					
		变形障碍					○
	脳病变障碍		○	○	○	○	
	視覚障碍		○	○	○	○	○
	聴覚障碍	聴力					
		平衡		○	○	○	
	言語障碍						
	腎臓障碍			○			
	心臓障碍		○	○			
	呼吸器障碍		○	○			
	肝障碍		○	○			
	顔面障碍						
	腸瘻・尿瘻			○			
	脳電症障碍						
精神的障碍	知的障碍		○				
	自閉性障碍		○	○			
	精神障碍		○				

※ () は重複障碍の場合

第2章 障碍類型別判定基準

1. 肢体障碍判定基準

ア. 障碍診断機関及び専門医

(1) 切断障碍：X - 線の撮影施設がある医療機関の医師

(2) その他の肢体障碍：X 線の撮影施設など検査設備がある医療機関のリハビリテーション
医学科・整形外科・神経外科・神経科又は内科（リュウマチ分科）専門医

イ. 診療記録などの確認

障碍診断を行う専門医は、原因疾患などについて、6か月以上にわたる十分な治療後障碍が固着したことを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要に応じて、患者に他病院の診療記録などを提出させる。）

但し、障碍の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などの確認は行わない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障碍診断書に明示

しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関する十分な治療の後、障害が固着した時に診断し、その基準時期は、原因疾患又は負傷などの発生又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、肢体の切断、脊椎固定術など障害の固着が明白な場合は例外とする。

(2) 手術又は治療などの医療的措置で機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を手術又は治療などの医療的措置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に、国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術又は治療ができない場合は例外とするが、必ず必要な時期を指定し、再判定を受けるよう診断書に明示しなければならない。

(3) 身体が矮小な人（背が低い人）についての障害診断は、男性の場合満18歳から、女性の場合満16歳から行う。但し、満20歳未満の男性、満18歳未満の女性の場合、2年後に再判定を受けなければならない。但し、軟骨無形成症(achondroplasia)により、矮小症の症状がはっきりしている場合は、満2歳以上で診断することができ、2年後に再判定を受けなければならない。

(4) 今後、障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けさせなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年後とする。

再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を明示しなければならない。

(5) 身体における同一部位の判断は解剖学的な区分による部位別とするが、腕と足は左右を各々別個の部位とみなす。

エ. 細部類型別判断基準

(1) 切断障害

概要

(ア) 切断障害は、切断部位を単純 X-線撮影で確認し、切断部位が明確な場合は、理学的検査で決定することができる。

(イ) 切断には外傷による欠損だけでなく、先天的な欠損も含まれる。

上肢切断障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	両腕を手首関節以上の部位で失った人
2級1号	両手の親指を指関節以上の部位で失い、他の全ての指を近位指節間関節以上の部位で失った人

2級2号	片腕を肘関節以上の部位で失った人
3級1号	両手の親指を指関節以上の部位で失い、人差し指を近位指節間関節以上の部位で失った人
3級2号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、他の全ての指を近位指節間関節以上の部位で失った人
4級1号	両手の親指を指関節以上の部位で失った人
4級2号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、人差し指を近位指節間関節以上の部位で失った人
4級3号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、2本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
5級1号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、1本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
5級2号	片手の親指をMP関節以上の部位で失った人
5級3号	片手の人差し指を含めて3本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
6級1号	片手の親指を指関節以上の部位で失った人
6級2号	片手の人差し指を含めて2本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
6級3号	片手の中指、薬指そして小指全てを近位指節間関節以上の部位で失った人

両手の手部切断（切断部位がMP関節以上手首関節以下の部位）は、両手を手首関節以上の部位で失った人（1級1号）とする。

下肢切断障碍

<障碍等級基準>

障碍等級	障碍程度
1級2号	両足を膝関節以上の部位で失った人
2級3号	両足を足首関節以上の部位で失った人
3級3号	両足をショパール関節以上の部位で失った人
3級4号	片足を膝関節以上の部位で失った人
4級4号	両足をリスフラン関節以上の部位で失った人
4級5号	片足を足首関節以上の部位で失った人
5級4号	両足の親指を指関節以上の部位で失い、他の全ての足指を近位指節間関節（第1関節）以上の部位で失った人
5級5号	片足をショパール関節以上の部位で失った人
6級4号	片足をリスフラン関節以上の部位で失った人

(2) 関節障害

概要

- (ア) 関節障害とは、関節の硬直、筋力の弱化、又は関節の不安定（動揺関節、人工関節置換術後の状態など）がある場合を言う。
- (イ) 関節硬直とは、関節が、ある位置で完全に固定（完全硬直）しているか、関節運動範囲が減少している（部分硬直）ことを言い、その程度は Goniometerなど関節運動範囲測定器で測定した関節運動範囲が、該当関節の正常運動範囲に比べ、どの程度減少（％）しているかによって区分する。
- (ウ) この時、関節運動範囲は受動的運動範囲を基準とする。受動的関節運動範囲の測定は、数分の間、該当関節の受動的関節運動をさせた後、検査者が0.5kg重の力を加え、関節を動かした状態で測定する。但し、筋肉の麻痺があったり、外傷後、腱や筋肉の破裂がある場合（能動的関節運動範囲が、受動的関節運動範囲に比べて顕著に小さい場合）には、肢体機能障害と判定し、準用する項目がない場合、能動的関節運動範囲を使用し関節障害を判定することができる。
- (エ) 理学的検査以外の検査が必要な場合、障害判定の根拠となる放射線医学検査や筋電図検査の所見がなければならない。

上肢関節障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	両腕の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
2級1号	片腕の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
2級2号	両腕各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 両腕の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
2級3号	両手の全ての指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
3級1号	両腕各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 両腕の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
3級2号	両手の親指と人差し指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
3級3号	片手の全ての指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
3級4号	片腕の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 片腕の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
4級1号	片腕の肩関節、肘関節又は手首関節のうち一つの関節の運動範囲が75%以上減少している人

	している人 両手の親指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
4級2号	片手の親指と人差し指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
4級3号	片手の親指又は人差し指を含めて3本の指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
4級4号	片手の親指又は人差し指を含めて4本の指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級1号	片腕の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 片腕の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
5級2号	両手の親指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級3号	片手の親指の関節総運動範囲が75%以上減少している人
5級4号	片手の親指と人差し指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級5号	片手の親指又は人差し指を含めて3本の指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
6級1号	片腕の肩関節、肘関節又は手首関節のうち一つの関節の運動範囲が50%以上減少している人 片手の親指の関節総運動範囲が50%以上75%未満減少している人
6級2号	片手の人差し指を含めて2本の指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
6級3号	片手の親指を含めて2本の指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
6級4号	片手の中指、薬指、そして小指全ての関節総運動範囲が各々75%以上減少している人

腕の3大関節は、肩関節、肘関節、手首関節を言う。

手の指の3つの関節は、MP関節、近位指節間関節、遠位指節間関節を言う。

肩関節、肘関節、手首関節に人工関節置換術を行い予後が不良な場合（はっきりとした骨融解、挿入物の弛緩、中等度以上の不安定、炎症所見が骨スキャン写真などの映像資料で確認される場合）に、5級1号（2関節以上）や、6号1級（1関節）と認定する。但し、関節機能の寄与度が小さい肘関節の人工橈骨置換術や、手首関節の遠位尺骨置換術のような部分置換術を行った場合は障害等級を認めない。

- 中等度以上の不安定は、放射線上、亜脱臼が見られたり、関節角度運動範囲が該当関節運動範囲の50%以上減少している場合を言う。

下肢関節障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級2号	両足の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
2級4号	両足各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 両足の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
3級5号	片足の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
4級1号	両足各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 両足の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
4級2号	片足の股関節又は膝関節が完全硬直しているか運動範囲が90%以上減少している人
4級5号	片足の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 片足の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級1号	片足の股関節又は膝関節の運動範囲が75%以上減少している人
5級2号	片足の足首関節が完全硬直しているか運動範囲が90%以上減少している人
5級6号	片足の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 片足の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
5級7号	両足の全ての指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
6級2号	片足の股関節又は膝関節の運動範囲が50%以上減少している人
6級3号	片足の足首関節の運動範囲が75%以上減少している人

足の3大関節は、股関節、膝関節、足首関節を言う。

股関節、膝関節、足首関節に人工関節置換術を行い予後が不良な場合(はっきりとした骨融解、挿入物の弛緩、中等度以上の不安定、炎症所見が骨スキャン写真などの映像資料で確認される場合)は、5級1号(2関節以上)や、6号2級(1関節)に準用する。但し、関節機能の寄与度が小さい膝蓋骨置換術などのような部分置換術を行った場合は障害等級を認めない。

- 中等度以上の不安定は、放射線上、亜脱臼が見られたり、関節角度運動範囲が該当関節の運動範囲の50%以上減少していたり、足首関節の運動範囲が75%以上減少している場合を言う。

股関節又は膝関節に次のような障害がある人は6級2号に準用する。

ア) '動揺関節'があり、補助器を着用しなくてはならない人

- 動揺関節は、客観的な測定方法によって関節の前方10mm又は後方10mm以上の関節動揺である場合

- 客観的な測定法は、患側の膝関節の動揺を測定し、健側の膝関節の動揺を差し引いて決定するものであるが、前十字靭帯破裂の場合には、膝関節を20～30度屈曲させた状態でストレス放射線撮影をし、後十字靭帯破裂の場合には膝関節を約70～90度屈曲させた状態でストレス放射線を撮影する。但し、両足に動揺関節が発生した場合には、その測定された動揺程度をそのまま認める。

イ) 習慣的な脱臼の程度が深刻で、日常生活に深刻な支障を受ける人(単純な習慣性脱臼は除外)

(3) 肢体機能障害(腕、足、脊椎障害)

概要

(ア) 肢体機能障害は、腕、足の障害と、脊椎障害に大別される。

(イ) 腕、足の機能障害は、腕又は足の麻痺により、腕又は足の全体機能に障害がある場合を言う。

(ウ) 麻痺による腕、足の機能障害は、主に脊髄又は末梢神経系の損傷や筋肉病症などで運動機能障害がある場合で、感覚損失又は痛みによる障害は含まない。

(エ) 腕又は足の機能障害が麻痺による時は、筋力がある程度残っているが機能的ではない程度(筋力検査上Fair以下)でなければならない。

(オ) 筋力は主に徒手筋力検査(Manual Muscle Test)で測定し、筋力はNormal(5), Good(4), Fair(3), Poor(2), Trace(1), Zero(0)と区分する。

(カ) 腕、足の機能障害判定は、筋力測定値を判定資料として活用し判断する。

(キ) 理学的検査以外で障害判定の根拠になる放射線医学や筋電図検査の所見がなければならない。

(ク) 脊髄障害の判定は、脊髄の外傷又は疾患により、脊髄が損傷した場合を対象にする。

(脊髄円錐(conus medullaris)や馬尾(cauda equina)の損傷を含む。)従って、椎間板ヘルニア、脊椎狭窄症などによる神経筋病症から出てくる麻痺は該当しない。

(ケ) 脊髄障害は、最初の判定日から2年後に再判定をしなければならない。但し、障害の重症度や年齢などを考慮した際障害の状態がほぼ変化しないことが予測される場合は再判定を除外することができる。

(コ) 脊髄病変(疾患)は、コンピュータ断層撮影(CT)、核磁気共鳴画像法(MRI)、単一光子放射断層撮影法(SPECT)、陽電子放射断層撮影法(PET)などで確認し、神経学的な欠損がみられる部位と検査所見がお互いに一致しなければならない。

(サ) 脊髄障害であり、小児青少年である場合には、満1歳以上の年齢から可能であり、

該当医師の判断により判定する。

(シ) 脊髄障害の小児青少年は、満6歳未満で障害判定を受けた場合、満6歳以上～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。

満6歳以上～満12歳未満の期間に最初の障害判定又は再判定を受けた場合で今後障害の状態の変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満で再判定を受けなければならない。

上肢機能障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	両腕を完全麻痺で全く動かせない人（筋力等級0.1）
2級1号	片腕を完全麻痺で全く動かせない人（筋力等級0.1）
2級2号	両腕を麻痺でやっと動かせる人（筋力等級2）
2級3号	両手の全ての指を完全麻痺で全く動かせない人（筋力等級0.1）
3級1号	両腕を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
3級2号	両手の親指と人差し指を各々完全麻痺で全く動かせない人（筋力等級0.1）
3級3号	片方の手の全ての指を完全麻痺で全く動かせない人（筋力等級0.1）
3級4号	片腕を麻痺でやっと動かせる人（筋力等級2）
4級1号	両手の親指を完全麻痺で各々全く動かせない人（筋力等級0.1）
4級2号	片方の手の親指と人差し指を完全麻痺で各々全く動かせない人（筋力等級0.1）
4級3号	片方の手の親指又は人差し指を含めて3本の指が完全麻痺で各々全く動かせない人（筋力等級0.1）
4級4号	片方の手の親指や人差し指を含めて4本の指が麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
5級1号	片方の腕が麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
5級2号	両手の親指を麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
5級3号	片方の手の親指が完全麻痺で全く動かせない人（筋力等級0.1）
5級4号	片方の手の親指と人差し指を麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
5級5号	片方の手の親指又は人差し指を含め3本の指を麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
6級1号	片方の手の親指を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）

6級2号	片方の手の人差し指を含め2本の指を完全麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）
6級3号	片方の手の親指を含め2本の指を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
6級4号	片方の中指、薬指そして小指全てを麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）

下肢機能障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級 2号	両足を完全麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）
2級 4号	両足を麻痺で各々やっと動かせる人（筋力等級2）
3級 5号	片方の足を完全麻痺で全く動かさない人（筋力等級0.1）
4級 1号	両足を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
4級 5号	片方の足を麻痺でやっと動かせる人（筋力等級2）
5級 6号	片方の足を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
5級 7号	両足の全ての指を完全麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）

脊椎障害

(ア) 判定概要

- 脊椎病変は、単純X線撮影、コンピュータ断層撮影（CT）、核磁気共鳴画像法（MRI）、筋電図などの特殊検査所見と手術部位及び手術の種類を確認しなければならない。
- 脊椎の分節に運動させるように考案された人工椎間板挿入術、DIAM（訳注：Device for Inter vertebral Assisted Motion）インプラント、ワイヤー固定術は固定された分節とみなさない。
- 硬直性脊椎疾患（硬直性脊椎炎など）の場合、放射線検査上の部位が明確でなければならず、仙腸関節所見は別途考慮しない。下肢又は上肢の関節障害を伴う場合には別途判定する。

完全硬直は、放射線写真上、頸椎部、胸椎部又は腰椎部の完全な癒合が確認され、該当する脊椎部位の運動可能範囲（頸椎部 340度、胸・腰椎部 240度）の90%以上が減少している場合を言う。

- 脊椎は、障害部位によって頸部（頸椎）と、体幹（胸・腰椎）に分けられるが、各椎体間の正常な運動範囲は次の通りである。

骨癒合術などで固定された分節は、その分節の運動機能を全て失っているとみなし、

固定された分節以外の分節は運動機能を正常とみなして算出する。

<脊椎運動単位別標準運動機能領域>

頸椎部	後頭 1頸椎	1 - 2 頸椎	2 - 3 頸椎	3 - 4 頸椎	4 - 5 頸椎	5 - 6 頸椎	6 - 7 頸椎	7頸椎 1胸椎	計
運動範囲	13	10	8	13	12	17	16	6	95
胸腰椎部	10 - 11 胸椎	11 - 12 胸椎	12胸椎 1腰椎 椎	1 - 2 腰椎	2 - 3 腰椎	3 - 4 腰椎	4 - 5 腰椎	5腰椎 1仙椎	計
運動範囲	9	12	12	12	14	15	17	20	111

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級5号	頸椎と胸腰椎の運動範囲が正常の4/5以上減少している人
2級6号	硬直性脊椎疾患で頸椎と胸椎及び腰椎が完全硬直している人
3級1号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の4/5以上減少している人
4級1号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の3/5以上減少している人
5級8号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の2/5以上減少している人
5級9号	硬直性脊椎疾患で頸椎と胸椎、又は胸椎と腰椎が完全硬直している人
6級5号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の1/5以上減少している人
6級6号	硬直性脊椎疾患で頸椎又は腰椎が完全硬直している人

硬直性脊椎疾患により、放射線写真上、頸椎2番以下と胸椎及び腰椎の完全癒合が確認される場合、3級1号に準用する。

(4) 変形などの障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
5級1号	-片足が健康な足より10cm以上、又は健康な方の足の長さの10分の1以上短い人
6級1号	-片足が健康な足より5cm以上、又は健康な方の足の長さの15分の1以上短い人
6級2号	-脊椎側弯症があり、湾曲角度が40度以上の人
6級3号	-脊椎側弯症があり、湾曲角度が60度以上の人

6級4号	-成長が止まった満18歳以上の男性で身長が145cm以下の人
6級5号	-成長が止まった満16歳以上の女性で身長が140cm以下の人
6級6号	-軟骨無形成症で小人症に関するはっきりとした症状がある人。但しこの場合満2歳以上で適用可能

足の長さの短縮は必ず放射線医学検査による所見をもとに、正常な側の長さと比較して決定する。

脊椎の湾曲程度は、必ずX-線撮影などの放射線医学による検査所見にもとづき湾曲角度を測定しなければならない。

2. 脳病変障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関のリハビリテーション医学科・神経外科・神経科の専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して、6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、治療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院の診療記録などを提出させる。）

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 脳性麻痺、脳卒中、脳損傷などやその他脳病変（パーキンソン病は除外）がある場合は、発病又は外傷後6か月以上持続的に治療した後、障害診断を行わなければならない。

(2) パーキンソン病は、1年以上にわたる誠実で持続的な治療後に障害診断をしなければならない。

(3) 植物人間又は長期間にわたる意識消失などの場合、発病（外傷）後6か月以上にわたる持続的な治療後に障害診断を行うことができ、このような場合、最初の診断日から2年後に再判定をするよう診断書上に明記しなければならない。

(4) 障害の状態が固着しているとしても、手術をはじめとするその他の治療方法を行えば機能が回復しうると判断される場合には、障害判定を医療的措置後まで留保しなければならない。しかし、合併症の発生、障害人の健康状態などの理由で、1年以内に医療的措置を行うことができない場合は、いったん障害判定を実施した後、必要な時期を指定して、必ず再判定を行わなければならない。

(5) 治療などにより障害程度が変化する脳病変は、最初の判定から2年後以降に一定の時期を定めて再判定しなければならない。再判定時、障害の状態に顕著な変化が予測される場合は、もう一度再判定日から2年後以降に一定の時期を定めて再判定をしなければならない。但し、

再判定の際、重症度や年齢などを考慮し、障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合は再判定を除外することができる。

(6) 小児青少年は、満1歳以上の年齢から障害判定が可能であり、判定時期は該当医師の判断により判定する。

- 満6歳未満で障害判定を受けた場合、満6歳～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。

- 満6歳以上～満12歳未満の期間に最初の障害判定又は再判定を受けた場合、今後障害の状態に変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満の間に再判定を受けなければならない。

エ. 判定概要

(1) 脳病変障害の判定は、脳性麻痺、寝たきりの脳損傷、脳卒中や、その他脳の器質的病変による場合に限る。

(2) 障害の診断は、主な症状である麻痺の程度及び範囲、不随運動の有無などにより、腕・足の機能低下による食事、入浴、身支度、着衣及び脱衣、排便、排尿、トイレの利用、椅子/ベッド間の移動、動作、階段を上るなどの歩行や日常生活動作の遂行能力を基礎に、全体の機能障害程度を判定する。

(3) 全体の機能障害の判定は、理学的検査所見、認知機能評価や修正バーセルインデックス (Modified Barthel Index, MBI) を使用して実施し、診断書に内容を明記する。

(4) 満1歳以上～満7歳未満の小児は、粗大運動能力分類システム (Gross Motor Function Classification System, GMFCS)、粗大運動能力尺度 (Gross Motor Function Measure, GMFM)、ベイリー-発達検査などを参考にすることができる。

(5) 脳病変は、コンピュータ断層撮影 (CT)、核磁気共鳴画像法 (MRI)、単一光子放射断層撮影法 (SPECT)、陽電子放射断層撮影法 (PET) などで確認し、神経学的な欠損がみられる部位と検査所見が互いに一致しなければならない。但し、脳性麻痺などのように、脳の映像資料に脳の病変がはっきりと確認されない場合には臨床的状況を優先とする。

(6) 脳の器質的病変により、視覚・聴覚又は言語上の機能障害や知的障害に準ずる知能低下などが同伴する場合は、重複障害の合算認定基準に従って判定する。

(7) パーキンソン病は、ホーン-ヤールの重症度分類及び診療記録上確認される主要な症状 (平衡障害、歩行障害の程度など)、治療経過などを考慮し、判定する。

十分に薬物治療をしている状態で薬物反応がある時の症状を根拠にし、薬物に反応がない場合には治療経過などを考慮する。

<障害等級基準>

等級	障害程度
1級	<p>一人での歩行は不可能で、歩行には全的に他人の支援が必要な人</p> <p>両腕の麻痺により腕を利用した日常生活動作がほとんどできず、全的に他人の支援が必要な人</p> <p>片腕と片足の麻痺により日常生活動作がほとんどできず、全的に他人の支援が必要な人</p> <p>歩行と全ての日常生活動作の遂行に全的に他人の支援が必要で、修正バーセルインデックスが32点以下の人</p>
2級	<p>片腕の麻痺によりその腕を利用した日常生活動作の遂行が不可能であり、全的に他人の支援が必要な人</p> <p>麻痺と関節拘縮で両手の全ての指の使用が不可能であり、この指を利用する日常生活動作の遂行に全的に他人の支援が必要な人</p> <p>歩行と全ての日常生活動作の遂行に大部分他人の支援が必要であり、修正バーセルインデックスが33～53点である人</p>
3級	<p>麻痺と関節拘縮で片手の全ての指の使用が不可能であり、この指を利用する日常生活動作の遂行に全的に他人の支援が必要な人</p> <p>片足の麻痺で、この足を利用する歩行が不可能であり、歩行の大部分に他人の支援が必要な人</p> <p>歩行と日常生活動作の全てを一人で遂行することが難しく、部分的に他人の支援が必要で、修正バーセルインデックスが54～69点である人</p>
4級	<p>歩行や大部分の日常生活動作は自分で遂行するが、間欠的に他人の支援が必要であり、修正バーセルインデックスが70～80点である人</p>
5級	<p>歩行や大部分の日常生活動作を他人の支援なしで自分で遂行するが、完璧に遂行できない時があり、修正バーセルインデックスが81～89点である人</p>
6級	<p>歩行や大部分の日常生活動作を自分で完璧に遂行するが、時々遂行するのに時間がかかったり、様子が非正常である時があり、修正バーセルインデックスが90～96点である人</p>

<歩行及び日常生活動作の評価(修正バーセルインデックス, Modified Bathel Index)>

総点:

付録の例を参照後、評価する。

遂行程度 評価項目	全くできな い	多くの支援 が必要	中間ほどの 支援が必要	軽微な支援 が必要	完全に一人 で遂行
個人衛生 ¹⁾	0	1	3	4	5
入浴(bathing self)	0	1	3	4	5
食事(feeding)	0	2	5	8	10
排せつ(toilet)	0	2	5	8	10
階段の昇降(stair climb)	0	2	5	8	10
着・脱衣(dressing) ²⁾	0	2	5	8	10
大便調節(bowl control)	0	2	5	8	10
小便調節 (bladder control)	0	2	5	8	10
* <u>移乗</u> ³⁾ (chair/bed transfer)	0	3	8	12	15
* <u>歩行</u> (ambulation)	0	3	8	12	15
* <u>車いす移動</u> (wheelchair) ⁴⁾	0	1	3	4	5

1) 個人衛生：洗面、髪の毛をとかず、歯磨き、髭剃りなど

2) 着・脱衣：ボタンの付け外し、ベルト着用、靴紐を結んだりほどいたりする動作を含む

* 3) 移動：ベッドから椅子へ、椅子からベッドへの移動、ベッドに座る動作を含む

* 4) 車いすでの移動：歩行が全く不可能な場合に評価

3. 視覚障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

視力又は視野欠損程度の測定が可能な医療機関の眼科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。(必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。)但し、障害の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

- (1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、眼球摘出など障害の固着が明白な場合は例外とする。
- (2) 手術又は治療などの医療的措置により機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を措置後まで留保しなければならない。
- (3) 今後障害程度の変化が予想される場合は、必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の判定を留保しなければならない。
- (4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。
- (5) 角膜混濁で角膜移植術が必要な場合や、国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などを受けることができない場合、最初の判定日から3年以降の一定の時期を決め、再判定を行わなければならない。角膜移植術を受けた場合、移植手術の1年後に再判定を受ける。
- (6) 障害人の健康状態などにより白内障の手術を受けられない場合、2年ごとに再判定を受けるようにする。但し、検査などを通して、白内障の手術後も視力改善の余地がないことが確認された場合、再判定をしないこともある。
- (7) 白内障手術を受けた場合は、白内障手術の6か月後に必ず再判定を受けるようにする。

エ. 判定概要

- (1) 視力障害と視野欠損障害に区分して判定する。
- (2) 視力は眼鏡、コンタクトレンズを含む全ての種類の視力矯正法を利用して測定された最大矯正視力を基準とする。
- (3) 視力は公認の視力表によって測定されたものを使用することができる。視力表に規定された距離から、同じ列の様々な視表の中で横に半分以上の視表を正確に読んだ場合のみその列の視力と認める。0.1より悪い視力を測定する場合には、ETDRS視力表や低視力チャート(low vision chart)の使用を奨励する。このような視力表がない場合には、0.1と0.2の視表を表に近づいて見せて測定し、各々を比較する。例えば、4m用の視力表で、0.1視表の3つのうち、2つを読めば0.1となり、0.2視表の5つのうち3つを2mから読んだとすれば視力は0.1(0.2×2/4)となり、この0.2視表を1mから読んだとすれば視力は0.05(0.2×1/4)となる。(矯正視力の記載時、必ず屈折力を表記する。)
- (4) 両眼が指数弁などで表現される視力は全て1級と判定する。
- (5) 片方の目が失明している場合を5級2号と判定することはできない。

(6) 視野検査は動的視野検査が原則であるが、場合によっては静的視野検査を行うことができる。検査機械の種類としてはゴールドマン視野計や、ハンフリー視野計など公認を受けた視野検査計で測定した結果を基準として判定する。ゴールドマン視野検査計とハンフリー自動視野計の動的視野検査を使用する時は、視表はIII-4eとする。オクトパス視野計で行う時は上記の二つの検査の刺激感度である10dBに相応する刺激感度である7dBで行う。被検者の最大矯正視力が0.2未満であったり、末期の緑内障では、視表の大きさを‘V’とする。静的視野検査の結果値の信頼度指標が低い場合には、ゴールドマン視野検査で判断し、この時‘備考欄’に、非検査者の中心部注視程度及び協力度を記録しなければならない。強度近視(-8ジオプトル以上)や、無水晶体眼は、コンタクトレンズを着用した状態で検査し、無水晶体眼はIV-4e視表を使用する。

(7) 客観的な眼の状態に比べ、視力の顕著な低下がある時は、必ず眼底検査、網膜検査、視神経検査を行い、視力の低下が妥当であるかどうかを判断した後、視覚障害の判定をする。また、障害等級を判定するためには角膜や水晶体がその原因であれば、眼底の写真(角膜又は水晶体の写真)を確認し、それ以外には視神経と黄斑が含まれた網膜写真と視覚誘発電位検査を確認しなければならない。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	良い方の目の視力が0.02以下の人
2級1号	良い方の目の視力が0.04以下の人
3級1号	良い方の目の視力が0.06以下の人
3級2号	両目の視野が各々全ての方向で5度以下しか残っていない人
4級1号	良い方の目の視力が0.1以下の人
4級2号	両目の視野が各々全ての方向で10度以下しか残っていない人
5級1号	良い方の視力が0.2以下の人
5級2号	両目の視野が各々正常視野の50%以上減少している人
6級	悪い方の目の視力が0.02以下の人

4. 聴覚障害判定基準

ア. 障害判定医

聴力検査室と聴力検査機(オーディオメーター)がある医療機関の耳鼻咽喉科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が

固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。(必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。)但し、障害の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、聴力器官の欠損など障害の固着が明白な場合は例外とする。

(2) 伝音性又は混合性難聴の場合には、障害診断を手術又は処置などの医療的措置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に、国内の与件又は障害人の健康状態などにより、手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。伝音性難聴又は混合性難聴が疑われる場合、気導及び骨導純音聴力検査を行い、気導 骨導差が6分法によって20デシベル(dB)以内の場合、又は手術後に難聴が固着したことが判断される場合には、再判定を除外することができる。

(3) 今後、障害程度の変化が予想される場合は、必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の判定を留保しなければならない。

(4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ. 聴力障害

(1) 判定概要

(ア) 聴力障害の障害程度評価は、純音聴力検査の気導純音閾値を基準とする。2～7日の反復検査周期で3回行った聴力検査結果のうち、一番良い検査結果を基準とする。また、障害等級を判定するためには、聴性脳幹反応検査を利用した閾値を確認し、気導純音閾値の信頼度を確保しなければならない。但し、聴性定常反応検査を提出した場合には、聴性脳幹反応検査の代わりとすることができる。

- 平均純音閾値は、聴力測定器(オーディオメーター)で測定してデシベル(dB)で表示し、障害等級を判定するが、周波数別に500Hz、1000Hz、2000Hz、4000Hzでそれぞれ聴力検査を実施する。

- 平均値は6分法に基づいて計算する $(a+2b+2c+d/6)$ 。(500Hz(a)、1000Hz(b)、2000Hz(c)、4000Hz(d))6分法の計算で小数点以下は捨てる。もし与えられた周波数で、聴力閾値が100デシベル(dB)以上であるか、聴力計の範囲を超える場合は100デシベル(dB)とみなし、

聴力閾値が0デシベル(dB)以下である場合は0デシベル(dB)とみなす。

(イ) 聴力の減少が疑われるが意思疎通が図れないことから聴力検査を行うことができない場合には、聴性脳幹反応検査を行い、必要な場合、聴性定常反応検査を添付して障害等級を判定する。

(ウ) 耳鳴りが言語の区分能力を低下させることがあるため、聴力閾値検査と耳鳴り検査を一緒に実施し、下のように等級を加重することができる。耳鳴りは客観的な測定が難しいが、2回以上の反復検査で耳鳴りの音質や大きさが相応する時に可能である。

- ひどい耳鳴りがあり、聴力障害の程度が6級である場合、5級とする。

- ひどい耳鳴りがあり、両側の聴力損失が各々40～60デシベル(dB)未満である場合、6級と判定する。

- 但し、ひどい耳鳴りは、1年以上持続して積極的に診断および治療を行ったにも関わらず残存症状がある場合に限り診療記録紙を確認して判定し、診療記録紙には耳鳴りについて反復的な検査の記録が含まれていなければならない。

(エ) 最大語音明瞭度は、次のように検査を行うものとし、2～7日の反復検査周期をとり、3回行った検査結果の中で一番良い検査結果を基準とする。

検査は、録音機、マイク又は聴力測定器で普通の会話の強度で発声し、聴力測定器の音量の強弱を調整して行う。

検査語は“語音明瞭度測定表”を使って2秒から3秒で一つの単語を分けたり、合わせたりして発生し、語音明瞭度の一番高い数値を最大語音明瞭度とする。

$$\text{語音明瞭度(％)} = (\text{被検者が正確に聴いた検査語音の数} / \text{検査語数} \times 100)$$

録音した語音表による反復検査で、語音明瞭度が12%以上の違いをみせる場合には機能性難聴又は詐聴を鑑別する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級	両耳の聴力損失が各々90デシベル(dB)以上の人
3級	両耳の聴力損失が各々80デシベル(dB)以上の人
4級1号	両耳の聴力損失が各々70デシベル(dB)以上の人
4級2号	両耳で聴こえる普通の話し声の最大の明瞭度が50パーセント以下の人
5級	両耳の聴力損失が各々60デシベル(dB)以上の人
6級	片耳の聴力損失が80デシベル(dB)以上、もう片方の耳の聴力損失が40デシベル(dB)以上の人

オ．平衡機能障害

(1) 判定概要

(ア) 平衡機能とは空間内で姿勢及び方向感覚を維持する能力をいい、視覚、固有受容感覚及び前庭器官によって維持される。

(イ) 平衡機能の評価で検査者は、非検査者の日常生活動作遂行における残存機能を考慮し等級を決定しなければならない。1年以上の診療記録などを確認しなければならない。

(ウ) 平衡機能障害は、最初の判定日から2年以降の一定の時期を決めて再判定を行わなければならない。再判定時に障害の状態に顕著な変化が予想される場合は、もう一度再判定日から2年後以降に一定の時期を決めて再判定しなければならない。但し、再判定の際、障害の重症度や年齢を考慮し、障害の状態にほとんど変化がないと予測される場合には再判定を除外することができる。

(エ) 両側の平衡機能を失っている場合、専門的な診断により永久的障害と判断される時には再判定を除外することができる。

(オ) 全ての平衡機能異常の等級決定において、前庭器官異常の客観的な兆候が必ず確認されなければならない。

(カ) 両側の平衡機能の異常は、温度眼振検査又は回転椅子検査で確認し、それ以外に動揺視(oscillosia)、自発及び注視眼振、姿勢(postulography)検査などで客観性を高めることができる。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
3級	両側の平衡機能の消失があり、両目をつぶって立つことが困難であるか、両目を開いて10メートルの距離をまっすぐ歩くと転んでしまい(臨床的にやむを得ない場合は6メートルを歩かせて診断することができる)、日常で自分の身の回りの事以外は他人の支援が必要な人
4級	両側の平衡機能に消失や減少があり、両目を開いて10メートルの距離をまっすぐ歩くと途中でバランスを取るために立ち止まらなければならない(日常的に不可避な場合は6メートルを歩かせて診断することができる)、日常で自分の身の回りの事や簡単な歩行、行動のみ可能な人
5級	両側又は片方の平衡機能に減少があり、両目を開いて10メートルの距離をまっすぐ歩くと中央から60センチメートル以上はずれ(臨床的にやむを得ない場合は6メートルを歩かせて診断することができる)、日常で複合的な身体運動が必要な活動が不可能な人

5. 言語障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 医療機関のリハビリテーション医学科専門医又は言語リハビリテーション士が配置されている医療機関の耳鼻咽喉科・精神健康医学科・神経科専門医

- 但し、音声障害は言語リハビリテーション士がいない医療機関の耳鼻咽喉科専門医を含む

(2) 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要に応じて患者に他病院での診療記録などを提出させる。）但し、障害の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。

(2) 手術又は治療などの医療的措置により機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を措置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定して再判定を行うようにする。

(3) 今後障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の判定を留保しなければならない。

(4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ. 判定概要

(1) 音声障害には単純な音声障害、発音（構音）障害及び流暢性障害（吃音）を含む口語障害が含まれており、言語障害には言語中枢損傷による失語症や発達期に現れる発達性言語障害が含まれている。

(2) 吃音、構音及び言語障害は客観的な検査を通して診断する。

流暢性障害（吃音）：吃音重症度検査

構音障害：絵字音検査（[訳注：英語ではPicture Consonant Articulation Test](#)）、3位置構音検査、

韓国語発音検査

言語能力：

- 20歳以上の成人：ボストンネーミングテスト（訳注：英語ではBoston Naming Test）、K-WAB

検査

- 児童：絵語彙力検査、就学前児童の受容言語及び表出言語発達測度（PRES）、乳幼児言語発達検査（SELSI）、文章理解力検査、言語理解・認知力検査、言語問題解決力検査、韓国-ノースウェストン構文選別検査

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
3級1号	発声が不可能であったり特殊な方法（食道発声、人工喉頭）で簡単な会話が可能な音声障害
3級2号	言葉の流れが97%以上妨害を受ける吃音
3級3号	子音正確度が30%未満の構音障害
3級4号	意味をもつ言葉をほとんど話せない表現言語指数が25未満の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合
3級5号	簡単な言葉や質問もほとんど理解できない受容言語指数が25未満の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合
4級1号	発声（音度、強度、音質）が部分的に可能な音声障害
4級2号	言葉の流れが妨害を受ける吃音（子ども41 - 96%、成人24 - 96%）
4級3号	子音正確度30 - 75%程度の不正確な言葉を使う構音障害
4級4号	非常に制限された表現だけができる表現言語指数が25 - 65の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合
4級5号	非常に制限された理解だけができる受容言語指数が25 - 65の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合

6. 知的障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関の精神健康医学科・神経科・又はリハビリテーション医学科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）但し、障害の状態が固着していることが

専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ．障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、満2歳以上で先天性知的障害など障害の固着が明白な場合は例外とする。

(2) 発達段階にある小児青少年は、満6歳未満で障害判定を受けた場合、満6歳以上～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。

- 満6歳以上～満12歳未満の期間の間で、最初に障害判定又は再判定を受けた場合、今後障害の状態に変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満の間で再判定を受けなければならない。

(3) 手術又は治療などの医療的措置により機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定して再判定を行うようにする。

(4) 今後、障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けようとしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の診断を留保しなければならない。

(5) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ．知的障害の判定手続き

(1) 知的障害は、ウェクスラー式知能検査など個人用知能検査を実施して得た知能指数(IQ)により判定し、社会成熟度検査を参照する。知能指数は、言語性知能指数と動作性知能指数を総合した全体検査知能指数のことをいい、全体知能指数が年齢別最低得点で1級又は2級に該当するかどうかの判別が難しい場合には、GAS及び非言語的知能検査道具(視覚運動統合発達検査：VMI、ベンダー・ゲシュタルトテスト：BGT)を追加実施し、検査内容、検査結果についての詳しい所見を提出する。

(2) 満2歳以上から障害判定を行い、乳児が非常に幼いため上記の標準化された検査が不可能な場合、ヴァインランド(Vineland)社会成熟度検査、ヴァインランド適応行動検査、又は発達検査を行って算出した適応指数や発達指数を知能指数と同一に扱って判断する。

(3) 脳損傷、脳疾患など様々な原因により、成人した後に知能低下が起こった場合にも上記基準に基づき知的障害に準ずる判定ができる。但し、老人性認知症は例外とする。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	知能指数が35未満の人で、日常生活や社会生活の適応が顕著に困難であり、一生を通して他人の保護が必要な人
2級	知能指数が35以上50未満の人で日常生活の単純な行動について訓練が可能であり、ある程度の監督と支援を受ければ、複雑でなく特殊技術を必要としない職業につくことができる人
3級	知能指数が50以上70以下の人で教育を通して社会的・職業的リハビリテーションが可能な人

7. 精神障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 障害診断直前の1年以上持続的に診療した医療機関の精神健康医学科専門医

持続的に診療を受けたというのは、3か月以上薬物治療が中断しなかったということの意味する。

(2) (1) に該当する専門医がいない場合、障害診断直前の3か月以上持続的に診療した医療機関の精神健康医学科専門医が診断をすることができるが、障害診断の直前1年以上にわたる精神健康医学科の診療記録などを確認しなければならない。

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、障害判定の直前1年以上にわたり治療を受けた患者として、診断時にも適切な治療中であるにも関わらず障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。(必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。)

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 1年以上にわたる誠実で持続的な治療後も好転する兆しがほとんどない程障害が固着している時に障害を判定する。

(2) 最初の判定日から2年以降に一定の時期を決めて再判定を行わなければならないが、再判定の際に障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から2年後以降に一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、再判定当時、障害の重症度や年齢などを考慮した際、障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

エ. 精神障害の判定手続き

精神障害の障害等級判定は（１）現在治療中である状態を確認、（２）精神疾患の診断名及び最初の診断時期についての確認、（３）精神疾患の状態(impairment)の確認、（４）精神疾患による精神的な能力障害(disability)状態の確認、（５）精神障害等級の総合的判定、の順序に従って行う。

（１）現在治療中である状態を確認

現在、薬物服用などの治療中である状態で精神障害の判定を行わなければならない。

（２）精神疾患の診断名及び最初の診断時期を確認

我が国で公式的な精神疾患分類体系として使用している国際疾病分類表ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Version)の診断ガイドラインに従ってICD-10のF20精神分裂病、F25分裂型情動障害、F31両極性情動障害及びF33反復性うつ障害と診断される場合に限り、精神障害判定を行わなければならない。

（３）精神疾患の状態(impairment)

精神疾患の状態についての確認は、診断された精神疾患の状態が精神障害等級判定基準に従ってどの等級が適切なのかを臨床的診断評価過程を通して判断したのち等級を決める。

（４）精神疾患による精神的な能力障害(disability)の状態を確認

概要

- 精神疾患による能力障害についての確認は、精神障害者の臨床的診断評価や保護者及び周囲の人からの情報、精神保健医療サービスを提供している治療者の意見、学業や仕事など日常環境での適応状態などを勘案し等級判定を下す。
- ‘能力障害の状態’は、精神疾患による日常生活又は社会生活における支障の程度及び周囲の手助け（看護、指導）の程度について判断することで障害の程度を判断するための指標として利用される。

能力障害測定基準

1) 適切な飲食摂取

栄養のバランスを考え、自分で準備して食べる飲食摂取の判断などに関する能力障害の有無を判断する。

2) 大小便管理、洗面、入浴、掃除などの清潔維持

洗面、洗足、排せつ後の衛生、入浴など体の衛生維持、掃除などの清潔維持についての判断などに関する能力障害の有無を判断する。これらについて、意思の発動性という観点から自発的に適切に行うことが可能であるかどうか、支援が必要かどうかを判断する。

3) 適切な会話技術及び協力的な対人関係

他人の言葉を聞き取り自分の意思を相手に伝える意思疎通の能力、他人と適切に付き合う能力

に注目する。

4) 規則的な通院・薬物の服用

自発的・規則的に通院及び服薬を行い、病状や副作用などに関して主治医にきちんと話すことが可能であるかどうか、支援が必要であるかどうかを判断する。

5) 所持品及び金銭管理や適切な購買行為

金銭を独立的で適切に管理し、自発的で適切に物を買うことが可能であるかどうか、支援が必要であるかどうかを判断する（金銭の認知、物品詐欺の誘惑、物品詐欺に伴う対人関係処理能力に注目する）。

6) 公共交通機関や一般公共施設の利用

各種申請など社会的な手続きを行ったり、銀行や保健所などの公共施設を適切に利用することが可能かどうかを判断する。

(5) 精神障害等級の総合的な判定

精神疾患の状態や能力障害の状態に関する判定を総合し最終の障害等級判定を下す。ただし、精神疾患の状態による等級と、能力障害の状態による等級に差がある場合、能力障害の状態を優先的に考慮する。

精神疾患の状態及び能力障害の状態が時間によって起伏があったり、投薬などの治療を通して状態の変化がある場合には、最近3か月間の症状が最も深刻であった場合と最も好転していた場合の平均的な状態を基準に等級を判定する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	精神分裂症で妄想、幻聴、思考障害、奇怪な行動などの陽性症状又は社会的萎縮のような陰性症状が深刻で、顕著な人格変化があり、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中、3項目以上で全的な支援が必要で、GAF尺度点数が40以下である人（精神病の診断を受けてから1年以上が経過した人に限る。以下同じ）
1級2号	両極性情動障害（躁うつ病）で気分、意欲、行動及び思考障害の症状が、深刻な症状期が持続するか頻繁に繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で全的な支援が必要であり、GAF尺度点数が40以下である人
1級3号	反復性のうつ障害で精神病的症状が伴い、気分、意欲、行動などに関してうつ症状が深刻な症状期が持続していたり頻繁に繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で全的な支援が必要であり、GAF尺度点数が40以下である人
1級4号	分裂型情動障害で第1号ないしは第3号に準ずる症状がある人

2級1号	精神分裂症で妄想、幻聴、思考障害、奇怪な行動などの陽性症状又は社会的萎縮のような陰性症状があり、中等度的人格変化があり、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で多くの支援が必要で、GAF尺度点数が41点以上50点以下である人
2級2号	両極性情動障害（躁うつ病）で気分、意欲、行動及び思考障害の症状が、持続するか頻繁に繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で多くの支援が必要であり、GAF尺度点数が41点以上50点以下である人
2級3号	慢性的な反復性うつ障害で幻想などの精神病的症状が伴い、気分、意欲、行動などに関してうつ症状がある症状期が持続していたり頻繁に繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で多くの支援が必要であり、GAF尺度点数が41点以上50点以下である人
2級4号	慢性的な分裂性情動障害で第1号ないし第3号に準ずる症状がある人
3級1号	精神分裂症で妄想、幻聴、思考障害、奇怪な行動などの陽性症状があるが人格変化や退行は深刻ではない場合で、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で間欠的な支援が必要で、GAF尺度点数が51点以上60点以下である人
3級2号	両極性情動障害（躁うつ病）で気分、意欲、行動及び思考障害の症状が、顕著ではないが症状期が持続したり頻繁に繰り返される場合で、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で間欠的な支援が必要であり、GAF尺度点数が51点以上60点以下である人
3級3号	反復性うつ障害で気分、意欲、行動などに関してうつ症状がある症状期が持続していたり頻繁に繰り返されている場合で、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で間欠的な支援が必要であり、GAF尺度点数が51点以上60点以下である人
3級4号	分裂性情動障害で第1号ないしは第3号に準ずる症状がある人

8. 自閉性障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関の精神健康医学科（小児精神健康医学科）専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関する十分な治療後であるにも関わらず障害が固着していることを、診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ．障害診断及び再判定時期

- (1) 広汎性発達障害（自閉症）が確定化した時点（少なくとも2歳以上）で障害を診断する。
- (2) 手術又は治療により回復の見込みがあると判断される場合には、障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。
- (3) 小児青少年は、満6歳未満で障害判定を受けた場合、満6歳以上～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。
 - 満6歳以上～満12歳未満の間に初めての障害判定または再判定を受けた場合で今後障害の状態に変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満の間に再判定を受けなければならない。
- (4) 今後、障害程度の変化が予想される場合には必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は、最初の診断日から2年以上が経過した後とする。2年以内に障害の状態の変化が予想される時には障害の診断を留保しなければならない。
- (5) 再判定が必要な場合に、障害診断を行う専門医は、障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ．自閉性障害診断の手続き

自閉性障害の障害等級判定は、(1)自閉性障害の診断名についての確認、(2)自閉性障害の状態(impairment)の確認、(3)自閉性障害による精神的能力障害(disability)の状態の確認、(4)自閉性障害等級の総合的な診断、という順序に従ってなされる。

(1) 自閉症障害の診断名についての確認

我が国における公式的な自閉性障害の分類体系として使用されている国際疾病分類表ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)の診断ガイドラインに従う。

ICD-10の診断名がF84広汎性発達障害（自閉症）である場合に自閉性障害の等級判定を行う。

(2) 自閉性障害の状態(impairment)の確認

診断された自閉性障害の状態が、自閉性障害の等級判定基準に沿ってどの等級が適切なのかを臨床的な診断評価過程を通して判断してから等級を決め、自閉症状の深刻度は専門医の判断に従う。また、K-CARSや様々な自閉性尺度を利用し、判断することができる。この場合、使用した尺度とその点数及び判断所見を記述する。

(3) 自閉性障害による精神的能力障害(disability)の状態の確認

自閉性障害に関する臨床的診断評価や、保護者及び周囲の人の情報や日常環境での適応状

態などを勘案し、等級判定を下す。

(4)自閉性障害等級の総合的な診断

自閉性障害の状態とGAS評価を総合して最終的に障害等級診断を下す。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	ICD-10の診断基準による全般的発達障害（自閉症）で、正常な発達の段階が現れず知能指数が70以下であり、機能及び能力障害によりGAS尺度の点数が20以下である人
2級	ICD-10の診断基準による全般的発達障害（自閉症）で、正常な発達の段階が現れず知能指数が70以下であり、機能及び能力障害によりGAS尺度の点数が21～40である人
3級	2級と同一の特徴を持っているが知能指数が71以上であり、機能及び能力障害によりGAS尺度の点数が41～50である人

9. 腎臓障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 透析の場合は、障害診断の直前3か月以上にわたり透析治療をしている医療機関の医者

(2) (1)に該当する医者がいない場合、障害診断の直前1か月以上にわたり透析治療を行っている医療機関の医者が診断することができるが、障害診断の直前3か月以上の透析治療記録などを確認しなければならない。

(3) 腎臓移植の場合は、腎臓移植を施術もしくは移植患者を治療している医療機関の外科、又は内科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ. 障害診断及び再判定時期

(1) 3か月以上の間持続的に血液透析又は腹膜透析治療を受けている人、又は腎臓の移植を受けた人に対して障害人と診断する。

(2) 血液透析や腹膜透析の場合、再判定は2年ごとに行う。

(3) 腎臓移植の場合は、再判定を除外する。

<障害判定基準>

障害等級	障害程度
------	------

2級	慢性腎不全症により3か月以上の間持続的に血液透析又は腹膜透析を受けている人
5級	腎臓移植を受けた人

10. 心臓障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 障害診断の直前1年以上にわたり持続的に治療した医療機関の内科(循環器分科)・小児青少年科又は心臓外科専門医

(2) (1)に該当する専門医がない場合、医療機関の内科(循環器分科)・小児青少年科又は心臓外科専門医が

診断することができるが、障害診断の直前1年以上の内科(循環器分科)・小児青少年科又は心臓外科の診療記録などを確認しなければならない。

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、障害判定の直前に1年以上持続的に同一疾患について治療したのち固着したということを確認し、診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。(必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。)

ウ. 障害診断及び再判定時期

(1) 1年以上にわたる誠実で持続的な治療ののち好転する兆しがほとんどないという程障害が固着している時に障害を判定する。

(2) 最初の判定日から2年以降に一定の時期を決めて再判定を行わなければならないが、再判定の際に障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から2年以降の一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、再判定当時、障害の重症度や年齢などを考慮した時に障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

(3) 心臓移植の場合は再判定を除外する。

エ. 判定概要

(1) 障害判定の直前1年以上にわたる診療記録などを確認するが、最近2か月間の患者の状態と臨床及び検査所見で障害等級を診断する。

(2) 障害判定の直前2か月以内に入院歴がある場合、入院治療により検査結果に違い(障害等級が低く、又は高くなる)が出る可能性があるため、退院後2か月が経過した後臨床的に安定した状態で評価し、障害等級を診断するようにする。

但し、最後の退院後から2か月が経過していない場合、検査結果の中で、安定した状態を

反映していないと判断される検査は除外して評価することができる。

(3) 心臓障碍においては、疾患の程度と疾患による能力障碍の程度を次の7種類の臨床所見と検査結果などにより診断する。

(ア) 運動負荷検査又は心臓疾患症状重等度：5点満点

(イ) 心超音波又は放射線医学検査上の左室駆出率、先天性心臓疾患の場合（先天性心臓疾患機能評価）、駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患の場合（左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患の心臓疾患重症度加重基準表）：8点満点

(ウ) 検査所見：10点満点

(エ) 心臓手術及び仲裁施術の病歴：8点満点

(オ) 入院病歴：5点満点、最近9か月以内

(カ) 入院回数：3点満点、最近9か月以内

(キ) 治療病歴：3点満点、最近9か月以内

(4) 心臓障碍判定の際の検査項目及び項目別点数基準

(ア) 運動負荷検査上の基準表又は心臓疾患重症度基準表 - 5点満点

運動負荷検査上の基準表

重等度	Peak METS	点数
1段階	7METS以上	1点
2段階	5~7METS	2点
3段階	2.5~5METS	4点
4段階	2.5MET以下	5点

備考) 可能であれば客観的な基準である運動負荷検査を基準にするが、運動負荷検査が不可能であったり不適切である場合には心臓疾患症状重等度を基準とする。

心臓疾患重等度基準表

重等度	状態	点数
1段階	身体活動をある程度制限する必要がある心臓病患者、家庭内での普通の活動には何の制限もないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	1点
2段階	身体活動を制限する必要がある心臓病患者、家庭内での極めて簡単な活動は関係ないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	2点

3段階	身体活動を極度に制限する必要がある心臓病患者。身の回りの事は辛うじてできるが、それ以上の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	4点
4段階	安静にしている時も心不全の症状又は狭心症の症状が起こり、安静にしていなければその程度がひどくなる場合（訴える程度がひどくなる場合）	5点

(イ) 心超音波又は放射線医学上の左室駆出率 8点満点

心超音波又は放射線医学上の左室駆出率点数表

重等度	左室駆出率	点数
1段階	41～50%	1点
2段階	31～40%	3点
3段階	21～30%	5点
4段階	20%以下	8点

備考)心超音波検査が不可能であるか不適切な場合には、放射線医学検査を利用した左室駆出率で重等度の段階を決める。

先天性心臓疾患機能評価点数表

左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制約を受けている先天性心臓疾患は、心超音波又は放射線医学上の左室駆出率点数表の代わりに下記の点数表を使用する。

状態	点数
1. 矯正手術が不可能な深刻な中心肺動脈高血圧 (大動脈圧の2/3以上の中心肺動脈高血圧)又はアイゼンメンジャー症候群	8点
2. 心室中隔が右心室である両心室奇形	5点
3. 機能的単心室である複雑心奇形	5点
4. 重等度以上の肺動脈高血圧(大動脈圧の1/2以上)	2点

左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患の心臓疾患重等度加重基準表

左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患(慢性収縮性心膜炎、肥大型心筋症のうち閉鎖性である場合、拘束性心不全)では、心超音波又は放射線医学上の左室駆出率点数表の代わりに下記の基準表を使用する。

重等度	状態	点数
1段階	身体活動をある程度制限する必要がある心臓病患者、家庭内での普通の活	1点

	動には何の制限もないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	
2段階	身体活動を制限する必要がある心臓病患者、家庭内での極めて簡単な活動は関係ないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	3点
3段階	身体活動を極度に制限する必要がある心臓病患者。身の回りの事は辛うじてできるが、それ以上の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	5点
4段階	安静にしている時も心不全の症状又は狭心症の症状が起こり、安静にしていなければその程度がひどくなる場合（訴える程度がひどくなる場合）	8点

(ウ) 検査所見 10点満点

胸部X-線：5点満点とする。

心電図は5点満点とするが、先天性心臓疾患の場合は3点満点とする。

チアノーゼは先天性心臓疾患の場合追加して点数を判定し、3点満点とする。

検査	症状	点数
胸部 X線	1. 肺うっ血、肺水腫	3点
	2. 両側の胸水	2点
	3. 心肥大（心胸郭比60%以上）	2点
心電図	1. 心房粗動、心房細動、非持続性の心室頻脈、心室伝導障害（2度ないしは3度）	3点
	2. 左脚ブロック(C-LBBB)	3点
	3. 心筋梗塞	2点
	4. 心室肥大（左、又は右心室）	2点
	5. ST分節及びT派の異常所見	2点
チアノーゼ	1. 軽度のチアノーゼ （酸素飽和度90-95%、又はヘマトクリット50-55）	1点
	2. 中等度のチアノーゼ （酸素飽和度85-89%、又はヘマトクリット56-60）	2点
	3. 重症のチアノーゼ （酸素飽和度85%未満、又はヘマトクリット61以上）	3点

備考) 1. 胸部X-線や心電図所見は各々5点満点とする。但し、先天性心臓疾患の場合には心電図所見を3点満点とする。

2. 胸部X-線と心電図上で心肥大が重複している場合、どちらか一つだけ適用して2点とする。先天性心臓疾患の場合には 胸部X-線検査で心室拡張が正常値より28D以上である場合、心肥大を2点と判定する。

3. 心電図所見上に次のような2種類以上の所見が重複している場合には次のように認定する。

- 左脚ブロック・心筋梗塞が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・心筋梗塞・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・心室肥大が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・心筋肥大・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・ST分節及びT波以上が一緒にある場合 3点
- 心筋梗塞・心室肥大が一緒にある場合 3点
- 心筋梗塞・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 心房細動・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 心室肥大・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点

4. 心胸郭比は後前方向撮影(PA)で算出する。

5. 検査所見による点数は合計で10点とする。

6. チアノーゼ項目は先天性心臓疾患の中で患者の病態生理に符号する場合に適用する。

(エ) 心臓手術及びインターベンション施術病歴：8点満点

種類	点数
1. 心臓移植	4点
2. 冠動脈バイパス術	4点
3. 人工弁置換術及び成形術	4点
4. 経皮的冠状動脈風船拡張術(stent挿入術)	3点
5. 経皮的僧帽弁風船拡張術	3点
6. その他経皮的インターベンション	3点
7. ペースメーカー挿入術又は植込み型除細動器(ICD)、心臓再同期療法(CRT)挿入術	3点
8. 先天性の心臓奇形による手術	1回4点、2回6点、3回以上8点

9. 矯正術を行わない場合で深刻な肺高血圧が不可能な場合	4点
矯正術を行わない場合で両心室矯正手術が不可能な複雑な心奇形をもつ患者	4点
10. 先天性心臓疾患で経皮的インターベンション	3点

備考) 1. 人工弁置換術及び形成術の病歴や経皮的僧帽弁風船拡張術の病歴が一緒にある場合は4点

2. 先天性の心臓奇形による手術回数あたりの点数以外の全ての項目は回数に関係なく該当点数を認める。

(オ) 入院病歴 (最近9か月以内) : 5点満点

区分	点数
1. 心不全 入院時に心不全の悪化の客観的な資料がなければならぬ。胸部 X-線上の肺水腫、肺うっ血、心肥大、心超音波の所見上、心室拡大及び左室駆出率の低下	5点
2. 心筋虚血 入院時に心筋虚血の客観的な資料がなければならぬ。心筋酵素の増加による心筋梗塞、又は心電図上の可逆的な心筋虚血の変化	5点
3. 先天性心疾患 入院時に先天性心疾患の主要合併症についての客観的な資料がなければならぬ。心機能や血流力学的所見の悪化、酸素飽和度の減少	5点

備考) 1. 心臓疾患で入院し、心不全という証拠や心筋虚血という証拠がある場合や、入院時に先天性疾患の重要合併症の客観的資料がある場合に限る。

2. 積極的な通院治療にも関わらず症状が悪化し、入院した場合に限る (人為的な薬物投与中止で悪化した場合、他の疾患で入院したり悪化した場合は除外)。

(カ) 入院回数 (最近9か月以内) : 3点満点

区分	点数
2回	2点
3回以上	3点

備考) 1. 心臓疾患で入院し、心不全という証拠や心筋虚血という証拠がある場合や、入院時に

先天性疾患の重要合併症の客観的資料がある場合に限る。

2. 積極的な通院治療にも関わらず症状が悪化し、入院した場合に限る（人為的な薬物投与中止で悪化した場合、他の疾患で入院したり悪化した場合は除外）。

（キ）治療病歴（最近9か月以内）：3点満点

区分	点数
1. 定期的な通院治療（9か月以内に6回以上）	3点
2. 通院治療（9か月以内に1～5回）	2点

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	心臓機能の障害が持続しており、安静時にも心不全の症状又は狭心症の症状などが起こり、エ（3）項の（ア）～（キ）項の臨床所見や検査結果などによる点数が30点以上の人（心臓疾患の診断を受けてから1年以上が経過している人に限る。以下同じ。）
2級	心臓機能の障害が持続しており、身の回りの事はある程度できるが、それ以上の活動をすると心不全の症状又は狭心症の症状などが起こり、エ（3）項の（ア）～（キ）項の臨床所見や検査結果などによる点数が25～29点に該当する人
3級	心臓機能の障害が持続しており、家庭内での軽い活動には支障ないが、それ以上の活動には心不全の症状又は狭心症の症状などが起こり、エ（3）項の（ア）～（キ）項の臨床所見や検査結果などによる点数が20～24点に該当する人
5級	心臓移植を受けた人

11. 呼吸器障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

障害診断の直前2か月以上にわたり診療をした医療機関の内科（呼吸器分科、アレルギー分科）・心臓外科・小児青少年科・結核科・産業医学科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して1年以上にわたる十分な治療後も障害が固着しているということを定期的な胸部X-線による所見、肺機能検査、動脈血ガス検査などを含む診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ． 障害診断及び再判定時期

- (1) 現在の状態に関連する最初の診断から1年以上が経過し、最近2か月以上の積極的な治療にも関わらず好転の兆しがほとんどない慢性呼吸器疾患の場合に障害を診断する。
- (2) 手術又は治療により機能が回復しうると判断される場合には障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の条件上その手術を行うことが難しい場合や障害人の健康状態などにより手術などができない場合には例外とするが、国内の与件の変化などを考慮して必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。
- (3) 最初の判定日から2年以降に一定の時期を決め、再判定をしなければならない。また、再判定の際に障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から2年以降に一定の時期を決め、再判定をしなければならない。但し、再判定時に障害の重症度や年齢などを考慮し、障害の状態がほとんど変化しないだろうと予測される場合には再判定を除外することができる。
- (4) 肺移植の場合は再判定を除外する。

エ． 判定概要

- (1) 十分な内科的治療にも関わらず障害が持続的に維持される慢性呼吸器疾患であることを確認しなければならない。
- (2) 障害を判定するためには、障害判定直前の1年以内に 呼吸困難の程度の判定、 胸部 X-線撮影、 肺機能検査、 動脈血ガス検査などによる客観的な検査所見が必ず必要であり、これ以外に必要な場合呼吸器疾患によってはCT、気管支内視鏡、運動負荷肺機能検査、肺換気 - 灌流同位元素検査、肺動脈撮影術などを行って正確な診断を行わなければならない。
- (3) 最低2か月以上にわたり反復して行われた検査結果中、良好な状態の検査結果を用いて判定する。
- (4) 肺機能検査は標準化された検査により1回の検査で3度行われた検査結果の中で一番良い検査結果を基準に障害程度を判定する。気管支拡張剤反応検査を同時に行わなければならない。但し、外傷や手術による場合には気管支拡張剤反応検査を行わないことがある。
肺機能検査は気管支拡張剤反応検査が良性である場合(例えば気管支拡張剤で1秒間で強制呼気量が200ml以上上昇し、比率も12%以上増加する場合)、3か月以上にわたる積極的な治療後に再度評価する。
3か月以上にわたる積極的な治療後も気管支拡張剤反応検査が良性であるにも関わらず肺機能が好転せず持続的に維持されれば判定することができる。

<障害等級基準>

障碍等級	障碍程度
1級1号	肺や気管支など呼吸器官の慢性的な機能不全により安静時でも酸素療法を受けなければならないくらいの呼吸困難があり、平常時の肺換気機能（1秒時の強制呼気量）又は肺拡散能が正常予測値の25%以下であるか、酸素を吸入しない状態でふだん大気中で安静時に動脈血酸素分圧が55mmHg以下の人
1級2号	慢性呼吸器疾患により気管切開管を維持し、24時間人工呼吸器で生活している人
2級	肺や気管支など呼吸器官の慢性的な機能不全により、家の中での移動時にも呼吸困難があり、平常時の肺換気機能（1秒時の強制呼気量）又は肺拡散能が正常予測値の30%以下であるか、酸素を吸入しない状態でふだん大気中で安静時に動脈血酸素分圧が60mmHg以下の人
3級	肺や気管支など呼吸器官の慢性的な機能不全で平地での歩行時にも呼吸困難があり、平常時の肺換気機能（1秒時の強制呼気量）又は肺拡散能が正常予測値の40%であるか、酸素を吸入しない状態でふだん大気中で安静時に動脈血酸素分圧が65%以下である人
5級1号	肺移植を受けた人
5級2号	肋膜瘤がある人

12. 肝障碍判定基準

ア. 障碍診断機関及び専門医

障碍診断の直前2か月以上にわたり診療した医者で、医療機関の内科（消化器分科）・外科・小児青少年科専門医

イ. 診療記録の確認

障碍診断を行う専門医は、原因疾患などに関して1年以上にわたる十分な治療後も障碍が固着しているということを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ. 障碍診断及び再判定時期

(1) 対象者の疾病状態などに関する所管の専門医の最初の診断から1年以上が経過し、最近2か月以上にわたる積極的な治療にも関わらず好転の兆しがほとんどない慢性肝疾患の場合に障碍を診断する。

(2) 手術又は治療で機能が回復しうると判断される場合には、障碍診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件上その手術を行うことが難しい場合や、障

碍人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とすることができる。

(3)最初の判定日から2年後以降の一定の時期を決めて再判定をしなければならない。また、再判定の際、障碍の状態に顕著な変化が予測される場合にはもう一度再判定日から2年以降経った一定の時期を決め、再判定を行わなければならない。但し、再判定時、障碍の重症度や年齢などを考慮し、障碍の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

(4)肝移植の場合は再判定を除外することができる。

エ. 判定概要

(1)十分な内科的治療にも関わらず障碍が持続的に維持される肝硬変、肝細胞癌など慢性肝臓疾患であることを確認しなければならない。

(2)最低2か月以上にわたる反復的な検査結果の中で良好な状態の検査結果を用いて判定する。

(3)残余肝機能の評価

-5~6点は等級A、7~9点はB、10点以上はCと分類

<Child-Pugh分類>

(単位：点)

区分	1点	2点	3点
血清ビリルビン	<2.0	2.0~3.0	>3.0
血清アルブミン	>3.5	2.8~3.5	<2.8
腹水	なし	容易に調整できる	容易に調整できない
神経学的異常	なし	1度~2度	3度~4度
プロトロンビン時間延長(秒)/ INR	<4 / >1.7	4~6 / 1.7~2.3	>6 / >2.3

(4)合併症の評価

-腹水

著名な医学的所見、腹水穿刺、映像検査（腹部超音波及び腹部CTなど）により1か月以上腹水が続いていると証明される場合で、腹水を起こしていると考えられる他の原因が排除される場合

-調節が容易ではない腹水（難治性の腹水）

最近6か月の間に合併症があり、利尿剤を増量できなかつたり、最大容量の利尿剤（spironolactone 400mg/日及びfurosemide 160mg/日を1週間以上など）を投与しても腹水が調節されず、1か月間で最低2回以上の大量腹水穿刺で治療した場合

-自発性細菌性腹膜炎

腹腔内に外科的に治療できる感染原因がなく、腹水多形核細胞数が250/mm³以上であり、

腹水培養検査上良性であるか臨床的に自発性細菌性腹膜炎と診断される場合

-肝性脳症

慢性肝疾患患者で、臨床的に証明される肝性脳症で昏睡状態を起こす他の原因が排除される場合で、脳機能障害の治療を行っているにも関わらず最近6か月間で2度以上の肝性脳症が2回以上繰り返されている場合

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Cでありながら次の合併症のうち一つ以上がある人 1) 肝性脳症 2) 内科的治療では調節できない難治性腹水
2級	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Cでありながら次の病歴（2年以内の過去病歴）のうち一つ以上がある人 1) 肝性脳症の病歴 2) 自発性細菌性腹膜炎の病歴
3級1号	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Cである人
3級2号	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Bでありながら、次の合併症のうち一つ以上がある人 1) 難治性腹水 2) 肝性脳症
5級	肝移植を受けた人

13. 顔面障害の基準

ア. 障害診断機関及び専門医

- (1) 医療機関の整形外科・皮膚科又は外科（火傷の場合）専門医
- (2) 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）

イ. 診療記録の確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着しているということを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）但し、障害の状態が固着しているということが専門的診断により認められる場合、以前の診療記録の確認を行わないこともある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

- (1) 原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。
- (2) 手術又は治療により機能が回復しうると判断される場合には障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件上又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合には例外とするが、必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。
- (3) 今後、障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けるようになければならない。この場合、再判定の時期は最初の判定から2年以上が経過した後とする。2年以内に障害の状態の変化が予想される時には障害の判定を留保しなければならない。
- (4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は、障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ．判定概要

- (1) 顔面障害には、目立つ顔面瘢痕、色素沈着、毛髪欠損、組織の肥厚や陥没、欠損が含まれる。
- (2) ‘陥没や肥厚’とは、軟部組織、骨組織などの陥没や肥厚、萎縮をいう。
- 単純な陥没や肥厚(正常の組織より最大2 cm未満で陥没していたり肥厚している場合)には病変部位を割り出すにあたり、75%で計算する。
- (3) 顔面変形障害は理学的検査で確認し、単純X線撮影、CT、MRIなどで陥没や肥厚の程度を決定することができる。
- (4) ‘顔面部’とは、頭部、顔面部、頸部、耳部のように、上肢や下肢、胴体以外で日常的に露出している部分を意味する。
- (5) ‘露出している顔面部’とは、前頭部と側頭部、耳介後部の頭髪線と、正面から見た時に頸部の前面と後面を区分する垂直線をつなぐ線を境に、顔、耳、首の前面を含む。
- (6) 一つの部位に多様な種類の症状が共存する時は、一番重要な症状のみを考慮する。
- (7) %は、正常部位に対する病変部位の百分率をいう。
- (8) 毛髪欠損は、脱毛症によるものは除外し、瘢痕を同伴する毛髪欠損に局限する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級1号	露出した顔面部の90%以上の変形がある人
2級2号	露出した顔面部の60%以上の変形があり、鼻の形の2/3以上が無くなった人
3級1号	露出した顔面部の75%以上の変形がある人
3級2号	露出した顔面部の50%以上の変形があり、鼻の形の2/3以上が無くなった人

4級1号	露出した顔面部の60%以上の変形がある人
4級2号	鼻の形の2/3以上が無くなった人
4級3号	露出した顔面部の45%以上に変形があり、鼻の形の1/3以上が無くなった人
5級1号	露出した顔面部の45%以上が変形している人
5級2号	鼻の形の1/3以上が無くなった人

14. 腸瘻・尿瘻判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関の外科・産婦人科・泌尿器科又は内科専門医

イ. 診療記録の確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して十分に治療したのちも障害が固着（復元手術が可能な場合1年以上経過）していることを腸瘻（訳者注：ストーマ）造成術の際の手術記録紙、病理所見書、診断書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ. 障害診断及び再判定時期

(1) 復元手術が不可能な腸瘻（腹会陰切除術後のS状結腸瘻（訳者注：S状結腸ストーマ）、全大腸直腸切除術後に造られた末端型の回腸瘻（訳者注：回腸ストーマ）など）・尿瘻（尿管皮膚瘻、回腸導管など）の場合には、腸瘻（尿瘻）の造成後に診断が可能であり、それ以外の復元手術が可能な腸瘻（尿瘻）の場合には、腸瘻（尿瘻）造成後1年が過ぎた時点で障害を診断する。

－診断医は復元手術が可能かどうかを障害診断書に記載しなければならない。

(2) 手術又は治療で機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件上その手術が難しい場合や、障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とすることができる。

(3) 復元手術が可能な腸瘻（尿瘻）の場合には、最初の判定日から3年以降に一定の時期を決めて再判定をしなければならず、再判定の際、復元手術を行う可能性がある場合にはもう一度再判定日から3年以降の一定の時期を決めて再判定を行わなければならない。但し、復元手術が不可能な腸瘻（尿瘻）など、障害の状態が固着していると判断できる場合には再判定を除外することができる。

エ. 判定概要

(1) 排便や排尿のために腹部に人為的に造成された穴（腸瘻又は尿瘻）がある場合、腸瘻・尿瘻障害と診断する。

(2) 尿ろうは回腸導管、尿管皮膚瘻、経皮的腎瘻を含む。

(3) 2級に該当する末端空腸瘻は、小腸の2/3以上を切除した場合に判定する。

(4) 合併症の評価

(ア) 排尿機能障害は、間欠的導尿などが必要な場合をいい、尿水力学検査など神経学的検査の所見や診療記録及び医師の所見で確認しなければならない。前立線肥大症などの他科的な疾患による排尿障害や老化による尿失禁、神経因性膀胱など原発性排尿障害は、腸瘻（尿瘻）障害の合併症として認めない。

(イ) 腸皮瘻孔（膀胱腔瘻孔、直腸腔瘻孔、尿管腔瘻孔を含むなど）は放射線などによる損傷で、腸瘻以外の穴から腸の内容物が持続的に流れ出ている手術などでも治癒する可能性がない場合をいい、写真や放射線検査結果紙などの客観的資料で確認しなければならない。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級1号	-腸瘻とともに尿瘻又は膀胱瘻を持っており、その中の一つ以上の瘻に合併症で腸皮瘻孔又は排尿機能障害がある人
2級2号	-腸瘻又は尿瘻を持っており、合併症で腸皮瘻孔と排尿機能障害が両方ある人
2級3号	排便のための末端空腸瘻を持っている人
3級1号	腸瘻とともに尿瘻又は膀胱瘻を持っている人
3級2号	腸瘻又は尿瘻を持っており、合併症で腸皮瘻孔又は排尿機能障害がある人
4級1号	腸瘻又は尿瘻を持っている人
4級2号	膀胱瘻を持っており、合併症で腸皮瘻孔がある人
5級	膀胱瘻をもっている人

先行性の浣腸瘻を設置した場合は5級に準用する。

コックパウチ、ミトロファノフ手術を行った場合は4級とする。

但し、先行性の浣腸瘻を持っていて、コックパウチ又はミトロファノフ手術を行った場合は4級に準用する。

15. 脳電症（訳注：てんかん）障害判定基準

15-1. 成人

ア. 障害診断機関及び専門医

障害診断の直前6か月以上にわたり診療した医療機関に勤務する神経科・神経外科・精神健康医学科・小児青少年科・小児神経科の専門医

イ．診療記録の確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などが2年以上にわたる持続的で積極的な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要に応じて他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ．障害診断及び再判定

- (1) 原因疾患などに関して十分に治療した後も障害が固着している時に診断し、その基準時期は現在の状態に関連した最初の診断から2年以上持続的で積極的な治療を受けているにも関わらず好転の兆しがほとんどない程度に障害が固着している時、障害を診断する。
- (2) 最初の判定日から3年以降が経った一定の時期を決めて再判定を行わなければならない。再判定の際、障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から3年以降の一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、再判定の時、障害の重症度や年齢などを考慮し、障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

エ．診断概要

- (1) 現在の積極的な治療中である状態で障害を診断する。
- (2) 全ての判断は客観的な義務記録で確認しなければならない。
 - 義務記録には、発作の種類別分類の確固たる根拠（詳しい発作の臨床的特徴、脳波検査所見、脳映像撮影所見、信頼できる目撃者による陳述など）、正確な発生頻度、積極的治療に関する証拠（患者の順応度、薬物処方、薬物血中濃度、生活管理の誠実度など）が記述されなければならない。
- (3) 重症発作とは全身硬直間代痙攣、全身硬直痙攣、又は全身間代発作を同伴する発作、身体の均衡を維持することができずに倒れてしまう発作、意識障害が3分以上続く発作又は事故や外傷を同伴する発作をいう。
- (4) 軽症発作とは重症発作や、障害等級判定の対象から除外される発作に該当しない発作をいう。
 - 睡眠中に発生する脳電症は重症発作に属するが、日常生活及び社会生活をする上で随時保護管理が必要な場合に該当しないので軽症発作とする。
- (5) 前兆(aura)、失神(absence)、単発的ミオクロニー発作は障害等級判定から除外する。
- (6) 軽症発作と重症発作が全て発生する場合は、軽症発作1回を重症発作0.5回として、又は重症発作1回を軽症発作2回と計算する。但し、2級の場合には重症発作の回数だけで判断する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月8回以上の重症発作が年6回以上あり、発作時に誘発される呼吸障害、吸引性肺炎、深刻な脱力、頭痛、吐き気、認知機能障害などで療養管理が必要であり、日常生活及び社会生活に常に他人の持続的な保護と管理が必要な人
3級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月5回以上の重症発作又は月10回以上の軽症発作が年6回以上あり、発作時に誘発される呼吸障害、吸引性肺炎、深刻な脱力、頭痛、吐き気、認知機能障害などで療養管理が必要であり、日常生活及び社会生活に随時保護と管理が必要な人
4級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月1回以上の重症発作又は月2回以上の軽症発作が年6回以上あり、これによって協力的な対人関係が顕著に困難な人
5級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月1回以上の重症発作又は月2回以上の軽症発作が年3回以上あり、これによって協力的な対人関係が顕著に困難な人

15-2. 小児青少年（満18歳未満）

ア．障害診断機関及び専門医

障害診断直前の6か月以上にわたり診療した医療機関の小児青少年科・小児神経科・神経科・神経外科又は精神健康医学科専門医

イ．診療記録などの確認

(1) 障害診断を行う専門医は各々の疾患に関して、規定の期間（1年あるいは2年）以上が経過し、持続的で積極的な治療をしたのちも関わらず障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）診療記録には発作の確固たる種類別分類根拠（詳しい発作の臨床的特徴、脳波検査の所見、脳映像撮影所見、信頼できる目撃者の陳述など）、正確な発生頻度、積極的な治療の証拠（患者の順応度、薬物処方、薬物の血中濃度、生活管理の誠実度など）が記述されていなければならない。

-障害評価確認事項

発作の形態(seizure type)と、てんかんの症候群(epilepsy syndrome)別診断と正確な発生頻度、積極的な治療の証拠（患者の順応度、薬物処方、薬物の血中濃度、生活管理の誠実度など）が記録された義務記録、脳波検査の所見、脳映像撮影所見などを確認す

る。

ウ．障害診断及び再判定

- (1) 点頭てんかん (Infantile spasm)、レノックス・ガストー症候群 (Lennox-Gastaut syndrome) などのようなてんかん性脳症 (epileptic encephalopathy) に属する疾患の場合は、最初の診断から1年の治療期間以降に障害判定が可能であり、再判定は3年後とする。
- (2) てんかん性脳症 (epileptic encephalopathy) に属さない疾患でありながら、最初の診断から2年の治療期間以降に障害判断が可能であり、再判定は3年後とする。
- (3) 再判定の際に障害状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から3年以降に一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、障害の重症度などを考慮した時に障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には、再判定を除外することができる。

エ．小児青少年脳電症の診断名についての確認

- (1) 基本的な発作の形態別診断は1981年ILAEの診断基準に従う。

部分発作 (Partial seizure) については、発作時に意識障害がない単純部分発作 (simple partial seizure) と、発作時に意識障害を伴う複雑部分発作 (complex partial seizure) に分類する。

全身発作 (Generalized seizures) は、数秒間にわたり意識消失がある失神発作 (absence seizure)、患者は意識を完全に失って倒れて強直性の筋収縮や間欠的な筋屈曲を起こす間代期が続いて現れる強直-間代発作 (大発作: generalized tonic-clonic seizure)、強直発作 (tonic seizure) 間代発作 (clonic seizure) 四肢や胴体筋肉の突然で不随意的収縮を起こすミオクロニー発作 (myoclonic Seizures) 筋緊張が消失し、頭から突然前に倒れたり、膝から力が抜ける脱力発作 (akinetic, astatic, atonic seizure) がある。

- (2) 脳電症の症候群別診断は1989年ILAEの診断基準に従う。よく知られている点頭てんかん (Infantile spasm)、レノックス・ガストー症候群 (Lennox-Gastaut syndrome) などのようなてんかん性脳症 (epileptic encephalopathy) 以外にも小児青少年時の年齢にのみ極限される症候群が多数あるのでこれを参照する。

- (3) 抗てんかん薬による積極的な治療にも関わらず発作が続く場合、発作の形態と平均の発作回数によって障害等級を判定する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級1号	-全身発作は1か月に8回以上の発作がある人 (但し、失神発作やミオクロニー発作の場合は下の参考のよう評価)

2級2号	-身体の損傷を引き起こしうる場合で、頭から床に倒れこむ発作(head drop, falling attack) は1か月に4回以上の発作がある人
2級3号	-点頭てんかん (Infantile spasm) 、レノックス・ガストー症候群(Lennox-Gastaut syndrome)などのようなてんかん性脳症(epileptic encephalopathy) は1か月に4回以上の発作がある人
2級4号	-ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が重症(severe)で頻繁に転び怪我をする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場合) は、1か月に4回以上発作がある人
3級1号	-全身発作は1か月に4～7回の発作がある人
3級2号	-身体の損傷を引き起こしうる場合で、頭から床に倒れこむ発作(head drop, falling attack) は1か月に1～3回の発作がある人
3級3号	-点頭てんかん (Infantile spasm) 、レノックス・ガストー症候群(Lennox-Gastaut syndrome)などのようなてんかん性脳症(epileptic encephalopathy) は1か月に1～3回の発作がある人
3級4号	-ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が重症(severe)で頻繁に転びケガをする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場合) は、1か月に1～3回の発作がある人
3級5号	-部分発作は1か月に10回以上の発作がある人
4級1号	-全身発作は1か月に1～3回の発作がある人
4級2号	-身体の損傷を引き起こしうる場合で、頭から床に倒れこむ発作(head drop, falling attack) は6か月間で1～5回の発作がある人
4級3号	-点頭てんかん (Infantile spasm) 、レノックス・ガストー症候群(Lennox-Gastaut syndrome)などのようなてんかん性脳症(epileptic encephalopathy) は6か月間で1～5回の発作がある人
4級4号	-ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が重症(severe)で頻繁に転びケガをする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場合) は、6か月間で1～5回の発作がある人
4級5号	-部分発作は1か月に1～9回以上の発作がある人

<参考>

失神発作(absence seizure)は障害等級から除外する。

ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が軽症(mild)である場合は障害判定から除外し、重症 (severe)でよく倒れてけがをする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場

合)のみ含まれる。

一人に様々な形態の発作がある場合(mixed seizures)に、部分、全身、點頭てんかん、レノックス・ガストー症候群などのようなてんかん性脳症、ミオクロニー発作の中で最も深刻な発作一つを選んで障害判定を行う。

付則 <第2017 65号,2017.4.12>

第1条（施行日）この告示は発令した日から施行する。

第2条（経過規定）この告示の施行当時、従前の規定に従い「癇疾」（訳者注：てんかん）障害の判定を受けていた場合には、この告示の改定規定により「脳電症」判定を受けたものとみなす。

