

昭和 4 1 年 8 月

障害等級調整問題研究会報告書

前 文

昭和39年1月厚生大臣から障害等級の調整に関する問題の研究を委嘱されたわれわれは、障害等級調整問題研究会を組織して2年有余にわたり検討を重ねてきたが、このほど一応の結論を得るに至ったので、ここにその概要をとりまとめて報告することとした。

我が国における社会保障制度は、最近とくに著しい進展をしめしており、皆保険・皆年金体制のもとに諸般の施策が拡充整備されつつある。身体障害者に直接関連のあるものを取ってみても、厚生年金保険・国民保険の大幅な給付改善、労災保険給付の年金化、身体障害者福祉法による対象傷病の拡大、重度心身障害児に対する扶養手当制度の創設、身体障害者の雇用促進、コロニーの建設などが最近一兩年の間に実施され、あるいは準備されつつある。これら身体障害者に対する所得保障ないし更生援護措置は障害に段階を設け、それらの程度に対応して処遇することを原則としており、このために各制度とも対象者の障害程度の測定区分するための障害等級表を設けている。すなわち、身体の障害程度の適切な区分、これに基づく各個人の障害程度の正確な把握は、これら施策を効果的に運営するための基本的な前提となるものである。しかしながら、各制度が時期を異にして創設され、それぞれ独自の沿革を有しているため、障害程度の等級区分の基準がまちまちであり、したがってその運営においても統一を欠くばかりでなく、進展する医学水準に立ち遅れている面も少なくない。身体障害者に対する所得保障ないし更生援護措置の発展に伴い、対象者数も大幅に増加している今日において、各種制度の基本となる障害等級区分およびこれに基づく障害程度の認定を統一しその基準を整備し向上させていくことが、身体障害者の公正な処遇および効率的な行政運営という見地からますます強く要請されるに至っている。

本研究会は、このような現状の認識に立って15回の総会、30数回の小委員会および専門分科会を開催して問題の検討を進めてきた。

本研究会は、以上のような現状の細部にわたり分析、障害等級区分および障害認定の本質等の検討から着手し、研究の焦点を各種制度に採用される障害等級表の基礎となるべき、純医学的かつ客観的な障害等級区分の作成にしぼることとし、このような障害等級区分を樹立するために必要な基本原則に

ついて考察を行い、障害評価のあるべき姿は、生理・解剖学的能力欠損（一次能力障害）と、稼働能力欠損（二次能力障害）とを総合して評価すべきであるという結論に達した。

その後、この基本原則に立って各種の身体機能あるいは身体部位別に検討された障害等級区分を総合して障害等級表を作成した。

もとより、身体障害程度の評価は、医療、リハビリテーションの普及および医学の進歩にともなって変化することは当然である。

本研究会が現時点において妥当なものとして提出する障害等級表の基礎のうえに、さらに発展向上するであろう環境条件を考慮して、より忠実にこの基本的考え方を実現させる方向で障害評価の改善の努力が将来とも続けられるよう切に希望するものである。

また、身体障害者の所得保障および更生のための諸制度は、それぞれ独自の目的と沿革を有しており、障害程度の把握と身体障害者の処遇において、若干の差異を生じている現状である。しかしながら、各制度の主管者が本報告を基準として、それぞれの制度における障害等級区分を改定することは可能であると考え、またこのような統一的基準に基づき新しい医学技術に立脚した、障害等級区分による身体障害者の処遇が、速やかに確立されることがぜひとも必要であると考え。

したがって、われわれは本報告書の提出にあたって、近い将来においてこれを基礎とした各制度共通の障害等級区分を作成することを期待するものである。

昭和41年8月29日

第1 障害評価の現状

1 各種制度における障害評価

障害による労働能力の喪失に対する所得保障制度としては、現在厚生年金保険、国民年金、船員保険、各種共済組合など公的年金制度が8種類あり、被保険者が傷病により身体に一定の範囲の障害を残し「労働能力が減少し、または、失われた場合」には、その障害の程度に応じた額の障害年金または一時金を支給している。

また、上記の公的年金制度とは若干性質を異にするが、業務上の障害に対する事業主責任による所得保障制度としては労働者災害補償保険があり、業務上発生した障害により「稼働能力が減少し、または、失われた場合」には、その障害の程度に応じて年金または一時金を支給している。

さらに、身体障害者の更生援護の立場からは、身体障害者福祉法があり、国民が身体の障害のため社会復帰が困難な場合、その障害程度を区分して所要の援護措置を講じている。

これらの制度の根拠法には、いずれも別表として障害等級表が設けられており、法律に定める給付を行うべき障害の程度を区別して掲げている。各制度の管掌機関は提出された「診断書」によって、その障害の程度がどの区分に属するかを判定して、所定の給付を行っているのである。

ところで、このような各種の制度には、それぞれ別個の行政目的があり、各制度における障害程度の評価方法は、それぞれの行政目的を達成するために最も良く適合したものでなければならない。そのため、たとえば「労働能力の減失による喪失所得」を補填することを目的とする公的年金制度においては、重度の障害に対しては必要な介護の費用をも支

給することになっており、障害等級区分はこの要素を加味して作られているという。また、労働者災害補償保険法およびこれに準拠する各種の災害補償法においては、事業主責任による損害補償として発展してきた沿革があり、単に喪失所得の補填にとどまらず、肉体的精神的損害に対し補償することになっており、障害等級区分はこの観点を加味して作られているという。さらに、身体障害者福祉法においては、更生の可能性をもつもので、身体障害の重度なものにはより厚い援護をすることになっており、障害等級区分は身体障害者の社会復帰の可能性を測定することを主眼として構成されているといわれている。

2 障害等級調整問題

上述の各種制度における障害評価の方法と、それにもとづく措置および障害評価の手段としての障害等級表と障害認定基準をめぐって、現在次のような問題が生じている。

- (1) 障害に関する給付の面で、それぞれの制度内で実態にそぐわない場合が出てきている。(注1)
- (2) 障害等級表の区分が制度によって相違しており、制度間に不均衡を生じている。(注2)
- (3) 障害認定基準が制度によって相違しており、診断書の作成に困難をきたしている。
- (4) 障害の程度の増減による年金額の改定、加重障害の取扱いが制度によって相違するための不均衡が生じている。

(注1) 年金制度では同一障害であれば、老若男女を問わず減失労働能力は等しいと見ているが、実際は同類同程度の下肢障害が、事務作業者におよぼす損失労働能力と野外筋肉労働者におよぼす損失労働能力とには差がある。したがって、労働能

力損失は原職復帰の可能性をもって評価し、さらに理想的には職業再教育後の稼得能力によって評価されるべきであろう。

(注2) 同一障害が、評価対象としてとりあげられたり、とりあげられなかったりし、一方の制度ではある障害より重度の障害とされているものが、他制度では軽度の障害とされている場合があり、その著しいものを例示すれば次のとおりである。

<p>厚生年金保険法 (該当項目なし)</p> <p>.....</p> <p>(該当項目なし)</p> <p>.....</p> <p>(該当項目なし)</p> <p>.....</p>	<p>労働者災害補償保険法 女子の外傷に著しい醜状を残すもの。</p> <p>.....</p> <p>両側のこう丸を失ったもの</p> <p>.....</p> <p>一側のじん臓を失ったもの</p> <p>.....</p>	<p>精神または神経系統に労働が著しい制限を受けるか、または労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの。</p> <p>.....</p> <p>重 > 軽</p> <p>.....</p>	<p>{ 神経系統に著しい障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの。</p> <p>.....</p>
<p>一下肢のリスフラン関節以上で失ったもの</p>	<p>厚生年金保険法・労働者災害補償保険法では</p> <p style="text-align: center;">重 > 軽</p> <p>身体障害者福祉法では</p> <p style="text-align: center;">軽 < 重</p>	<p>{ 一下肢の三大関節の用を廃したもの</p>	
<p>一手の五の手指又は母指及び示指を含み四の手指を失ったもの</p>	<p>厚生年金保険法・労働者災害補償保険法では</p> <p style="text-align: center;">重 > 軽</p> <p>国民年金法・身体障害者福祉法では</p> <p style="text-align: center;">=</p>	<p>{ 一手の五の手指、又は母指及び示指を含み四の手指の用を廃したもの</p>	
<p>一手の母指を欠くもの</p>	<p>厚生年金保険法・労働者災害補償保険法では</p> <p style="text-align: center;">=</p> <p>身体障害者福祉法では</p> <p style="text-align: center;">重 > 軽</p>	<p>{ ひとさし指を含めて一手の二指を欠くもの</p>	

一手の母指・ 示指を欠くも の	}	厚生年金保険法・労働者災害補償保険 法では	}	一手のすべての 指の機能を 廃したものの
		国民年金法・身体障害者福祉法では 軽 < 重		

以上のような問題が生じている最も大きな原因は、身体の障害というものの考え方について統一的な思想と基準を欠いたために、各制度が相互に連絡がなくそれぞれ独立して組み立てられているところにあるといえよう。もちろん、各制度の本質と目的に応じて制度間に給付の相違が生ずる場合もありうるが、このような相違点はできる限り少ないことが望ましいし、また科学的に説明できるものでなければならない。すなわち、各制度における障害認定は、「治療は十分行われたが、身体に障害を残しながら生きているとき、社会医学的にそれをどうすればよいか。」という見地に立った統一的基準を基礎として、これに各制度の行政目的に応じた所要の調整を加えて行われるべきである。このような各制度における障害等級区分および認定基準の基礎として、純医学的な統一的基準を設定することは、現在生じている各種の問題を解決し、公正妥当な身体障害者の処遇を確立するうえにおいて極めて重要な意義を有するものと考えられる。

第2 障害評価の原則

1 障害評価の基本的考え方

すでに述べたとおり、障害評価の体系として各制度ごとに行政目的にそった障害等級区分およびこれに基づく障害認定基準を確立するためには、まず障害の程度を測定する対象としての人をいかに把握するかが最大の問題点となる。いいかえれば、測定の基準となる尺度に用

いられる概念の問題である。

この場合、人を「生物学的個体」として考えるか、「経済的個体」として考えるかによって評価の基準が異なってくる。すなわち、人を「生物学的個体」と考える場合には生理・解剖学的・臨床医学的判断のみにより障害の軽重が問われることになり、「経済的個体」と考える場合には稼得能力により障害の軽重が問われることになる。生理・解剖学的、臨床医学的判断によって障害評価をする場合には、同じ障害であれば、程度は同一と評価されるが、異質な身体各部分の障害を量的に比較するという困難があるばかりでなく、失った所得の量を把握することが困難となる。

稼得能力によって障害評価をする場合には、稼ぐ程度が判断の基準となるから、たとえば全盲者や両上肢切断者または低肺機能者であっても、所得が減らない限り「障害なし」とされる場合が生じてくるし、逆に指一本の欠損であってもその人が従事する職業によっては、重度障害であると評価される場合も生ずる。

一般に身体に障害を持ちながら、社会的に活躍している人を見ると、「彼はあのような身体障害を有するにもかかわらず、このような仕事をしている。」という見方がされるであろう。これはとりもなおさずその人に対する評価において、一方では失われた身体能力をみているが、他法では稼得能力を見ていることにほかならない。この素朴な考え方が障害評価の基本的考え方であろう。すなわち、人は生物学的個体であるとともに経済的個体であるので、身体に障害をもつ人を見る場合には、本来、その両者を切りはなして考えることはできないものである。

これを障害評価という立場から見れば、身体に障害をもつ者に対し

て、まず臨床医学的に日常生活活動能力の欠損状態を評価するとともに、社会経済的に職業的リハビリテーションを経て改善された稼得能力について評価するということである。

そして、行政サービスという立場からは、このような評価をもとにして、人はまず医療またはその後に残る欠損治ゆ状態について保障されるとともに、社会復帰、つまりリハビリテーションについても保障されるべきであると考えられる。

この考えは、たとえば「労働者の災害補償が金銭的給付に終始するのでは十分でない」、「身体障害者の処遇の体系がただの『援護』より『更生援護』に向うべきである。」、「積極的な所得保障を実施するためには、年金制度においてもリハビリテーションの給付を考えねばならない。」というような最近提起されつつある考え方に対し、道標をあたえることになるであろう。そしてこのような障害評価の基本的考え方を推進することによって、世にいう「金銭給付による所得保障制度が充実すれば、個人のリハビリテーションに対する意欲が低下する」という事態の解決の糸口も求められることになるだろう。

さて、生物学的個体として把握された人間の能力を一次能力（稼得に関係のない日常生活活動能力）、生理・解剖学的、臨床医学的に測定された障害程度の評価を一次能力障害評価（稼得に関係のない日常生活活動能力の欠損度評価）と呼ぶこととし、経済的個体として把握された人間の能力を二次能力（稼得能力）、稼得能力を考慮して測定された障害程度の評価を二次能力障害評価（稼得能力障害程度評価）と呼ぶことにする。この場合、原則的には、一次能力障害評価は、従来の投薬、手術、処置を中心とする狭義の医療にさらに医学的リハビリテーション（理学療法、作業療法、義肢補装具の装着等を含む）を

経たのち、症状が大きな変化をしない状態になったときに行われ、二次能力障害評価は、欠損機能を限界まで回復した者に対する職業的リハビリテーションを経たのち行われるべきである。

しかし、このようなりハビリテーションの適用を前提とする理論的区分には、我が国では目下のところ次のような難点がある。

- (1) 医学的リハビリテーションの技術自体が開発普及の段階にあり、全国的に均衡の取れたサービスを提供し得ない。
- (2) 職業的リハビリテーションについても事情は全く同様である。
- (3) 制度的にもリハビリテーションを保障する措置が確立されていない。

当面解決が困難である上のごとき問題があるため、この理論区分を修正して、前述の狭義の医療および現在一般化した一部のリハビリテーションを加えた段階で、一次能力障害評価を行うものとする方針をとらざるを得ないこととなる。このため研究の中心課題も、後述するようにある時期における稼得に関係のない日常生活活動能力判定を基礎とした一次能力障害評価の段階区分となり、純粹に医学的リハビリテーション完了後の本来あるべき一次能力障害評価あるいは職業的リハビリテーション完了後の二次能力障害評価の検討は、将来の目標として当面の問題を整理することとした。

2 障害の範囲及び認定時期

医学の進歩は、従来、死の終末を取るよりほかなかつたある種の傷病を、長期間の治療によって治癒せしめるか、または身体に欠損を残しても治ゆせしめ得るようになったし、またなおらないまでも死なないようにすることができるようになり、障害評価を要する対象に変化をもたらしてきた。ところが、従来用いられてきた障害等級区分では、

四肢体幹等の機能欠損を重視してきた恩給法の流れを引き継いでいるため、すべての対象には適用し得なくなったのである。

そこで本研究会が、今回検討した障害等級区分および障害認定基準は、身体に障害をもつ者に関する各種制度の障害認定の基本になるものであるとの見地に立って、傷病によるすべての「機能欠損」および「病状」を評価対象とすることとした。このため現在加療中のものも、障害認定の対象となる場合は考慮していくが、現に加療中の傷病で早期に治ゆまたは死亡が予想されるものは評価の対象から除外することとした。

本研究会の検討は、その結果が主として社会保障制度において活用されることを念頭に置いて行われたが、前述したような身体に障害を持つ者の処遇は必要な医療保障と生活保障の両面において十分でなければならない。以下に述べる障害認定時期についての考察も、必要な医療が必要な期間保障されることを前提としていることはいうまでもない。したがって、障害程度の認定が必要となる時期は、一次能力または二次能力の欠損が相当期間続くことが予想され、これに対処するための長期的生活保障が必要とされる時期となる。

この時期は、前述した一次能力障害評価の方法と同じ段階一すなわち狭義の医療と一部のリハビリテーションを加えて、稼得に関係のない日常生活活動能力が限界にまで回復したとき一となる。

ただし、傷病が慢性化し症状の不可逆性が証明された場合には、その時期となる。しかし、行政面では一応画一的に時期を定め、いわゆる外部障害のようにその時期以前に認可が可能となるものは、可能となった時点で認定するものとし、長期にわたって症状が固定しない慢性疾患については、所定の認定時期以後もその性質に応じた一定の期間毎に再認定することが望ましい。

3 等級表作成の基準

障害評価にあたっての最も基本的な問題は、身体の各部位別臓器の機能欠損あるいは病勢を単一の等級表に組み込む際の障害程度を比較する基準の設定である。つまり一次能力障害評価のためには相互に機能を異にするばかりでなく、たとえば運動機能障害、感覚機能障害、精神機能障害等千差万別である身体状態をどう区分するか、さらに二次能力障害評価のためには、実際に障害者の稼得能力を調査してどう区分していくかということである。従来、各種等級表を作成する際に用いられた根拠は、理論的にこれを求めることが非常に困難であるためか、結局常識の域を脱していないようである。

本研究会としては、一次能力の障害程度を比較するための基準を決める審議過程において作業仮説的な基準として、日常生活活動における基本的なもの、たとえば「摂食」および「用便」、それに次いで重要と思われる「持つ」、「歩く」、「見る」、「聴く」、「話す」能力に分けて、その欠損度の組み合わせをもって各種障害を比較した。また、病勢評価を要する慢性疾患—いわゆる内部障害—については、運動能力よりも結核療養の際の安静度のような治療上医学的に要求される日常生活活動の制限に重点を置いて、各種身体各部位の病勢を比較することとした。

そして、これに基づく単一の等級表として一次能力障害評価基本表および一次能力障害部位別評価基準表を作成した。

しかしながら、この等級表においては、各分科間の横の比較、障害の加重認定等で適切でないという欠陥が判明した。この欠陥は、作業仮説の基準が必ずしも合理的でなかったこと、各分科が各々その最高と目される障害を一次能力障害—日常生活活動能力障害—

においても最重度の障害とし、以下多少とも作爲的機会的な等級区分が行われたこと等に起因するものであることが反省された。

かくして、最終的に一次能力の障害を測る要素を

- A 生存への影響
- B 精神活動への影響
- C 知覚（主として視聴覚を通じての外界の認知）への影響
- D 運動機能への影響

に分類し、ある障害がこれらの各領域においてあたえる影響を測定したうえ、これらが、総合的に「基本的日常生活活動にいかなる影響をあたえたか」という面に投影することによって、全人間としての一次能力の喪失度合を測定すべきであるとの結論に達した。

本研究会は、上述の基本的考え方にもとづき単一の障害等級表を作成すべくさらに検討を重ねた結果、後出する「一次能力障害評価基本表」および「一次能力障害部位別評価基準表」をここに報告する次第である。二次能力の障害程度の審議は時間的に十分に論議し尽くされなかったうらみはあるが、障害評価の基本的考え方として、これは無視できないものであり、一次能力障害の評価との関係としてあるべき姿を第4に略述することとした。

4 障害等級区分の性格

各種の障害を包括する単一の障害等級表の作成にあたってなお残る問題は、この障害等級区分を行政目的に使用する方法である。すなわち、この種の基準を作成する場合には、これを固定的な要件として自動的に個別の障害がいずれかの区分に属するかを認定し得るものとする方法（Minimum Requirement方式という。）と認定に際して参考となる弾力的な基準とする方法（Criteria方式と

いう。)がある。

Minimum Requirement方式はいわば、障害等級表を法定化し認定の画一性、統一性と簡易迅速性を求めることが主なねらいである。しかし、本方式は、確かにその面では合理的であるが、弾力性に欠け、個人の実情にあった具体性ある評価が困難となる。

Criteria方式はいわば、障害等級表を備忘録とする考え方であり、Minimum Requirement方式の欠点を補うこととなるが、結果が認定者に一任されることとなり、運用のいかんによっては主観に偏するおそれもないではない。

このようにともに長短を有する認定方式をより一層進歩した形で行政面にとり入れるためには、広い視野に立って社会学的に身体障害の程度を把握するための身体障害認定法(仮称)のごとき立法を行ない、各制度を通じた障害認定基準を設定してこれにCriteria方式の性格を持たしめるとともに、継威ある障害認定機構を全国的に配置し、統一かつ均衡を失わない認定を確保することが必要であろう。しかしながら、この実現が当面困難であるとするれば、とりあえずはMinimum Requirement方式を採用しその欠点を補うため、専門認定委員会を設置するなどの方法を考慮することが望ましい。

第3 一次能力障害評価の方法

1 一次能力障害評価基本表と一次能力障害部位別評価基準表

評価対象である人を生物学的個人として把握した場合、その日常生活活動能力を評価する場合の尺度となるのが一次能力障害評価基本表(以下「基本表」という。)である。この場合、そのような日常生活活動の概念をまとめてみると、それは「精神活動も

含めて、稼得につながらない人としての基本的な生活活動であり、場合によっては一部社会生活活動も考慮される余地のあるもの」である。概念的に身体各部位、各臓器のいろいろな障害が、この一つの「日常生活活動」にどのような影響をあたえているかをみるため、身体部位別に障害状態の表を作成し、基本表に対比するようにしたものが一次能力障害部位別評価基準表（以下「部位別基準表」という。）である。

基本表の作成にあたっては、本研究会で検討したが、部位別基準表の作成にあたっては、専門科別に分科会を構成し関係学会と連絡を保ちつつ作業を進めてきた。

2 一次能力障害評価基本表の区分について

ここでは、上に述べたように稼得に関係のない日常生活活動能力の障害の状態を段階区分をすることになるが、基本的には100%その能力を損失した場合すなわち「生ける屍」的に生存している状態を上限と考え、障害程度に応じて「特別重度障害」、「重度障害」、「中等度障害」、「軽度障害」、「軽微障害」とに大区分し、さらに重度障害、中等度障害、軽度障害の大枠をそれぞれ2区分して、総じて特別重度障害から軽微障害まで5段階8区分を設けることとした。

さて、身体各部位、各臓器の障害を考えてみると、あるものたとえば、心・肺・腎などではその機能喪失は直接死亡につながるものであるが、他のものたとえば精神機能、視・聴覚、肢体などでは、それぞれの固有機能のみが障害されるものである。そのような性質の異なった障害が、単独にあるいは相互に織り重なって種々な程度の一次能力障害ができあがるのである。

基本表は、この種々な一次能力障害程度を5段階8区分に分けたのであるが、その基本的な考え方は次のとおりである。

まず、一次能力障害程度のうち「特別重度障害」とは、日常生活活動能力が全くなく、たとえば摂食とか用便などもっとも基本的な日常生活活動にも他人の介護が必要で、いかえれば常時他人の介護のもとに日常生活をしなければならない状態のものをいう。障害区分のうえからは、これを「特種」と呼ぶことにした。「重度障害」とは日常生活活動が、自己身の動作に限られてできるが、しかし、それを満足に行なえないものをいう。障害区分のうえからは、「一種」とは自己身の日常生活活動が時間的な制約をぬきにしても、部分的にできないものがあり、その時に他人の介護や用具による補助が必要である状態のものとし、「二種」とは時間を要するが、自己身の日常生活活動がおおむね可能である状態のものとした。

「中等度障害」とは日常生活活動が自宅またはその周辺の動作に限られてできるが、それを満足に行えないものをいう。障害区分のうえからは、「三種」とは耐久性、巧み性に問題があり外出不能のものとし、「四種」とは時間的要素を考えなければ自宅周辺の野外における日常生活活動が可能であるものとした。「軽度障害」とは日常生活活動が自宅またはその周辺の動作に限られてできるが、社会生活においては満足に行なえないものをいう。障害区分のうえからは、「五種」とは主として、耐久性、巧み性の要素を考えれば、社会における日常生活活動に問題あるものとし、「六種」とは障害の存在を第三者が知り得る程度のものとした。「軽微障害」とは生理・解剖学的、臨床医学的に正常者と比較してわずかに欠けるところのあるものをいう。障害区分のうえからは、これを「七種」と呼ぶことにした。

以上のように一次能力を5段階8区分に評価するときは、次のような諸点に留意しなければならない。

- (1) 障害評価の対象は、日常生活活動ができない状態のものだけでなく、生命の保持上日常生活活動をしてはいけないものも対象と考えることが必要である。
- (2) 障害の程度は、その部位に限定して考えれば重度とされるものでも、日常生活活動の面からみれば、かならずしも重度障害と評価されないものもある。
- (3) 日常生活活動はできても、生命の保持上それを制限しなければならないようなものでは、機械的に細分しない方が実際的である場合がある。
- (4) 重複する機能障害は、単に算術的に加算して評価せず、常に総合的に評価することが必要である。

上記5段階8区分の考え方および認定上留意すべき諸点を考慮して、常に掲げる基本表が作成されたのである。

3 一次能力障害部位別評価基準表について

上記基本表だけでは、一次能力を評価することが、かならずしも容易でないので、前述のごとく、本研究会は専門分科別に分科会を構成し、各学会と連絡を保ちつつ以下に示す一次能力障害部位別評価基準表を作成した。

これらは基本表との相互比較を容易にするため、基本表および部位別基準表の左二欄「一次能力障害の程度」欄と「一次能力障害区分」欄とを同じ表現にした。

A) 視覚機能関係

本研究会は、視覚機能障害の評価にあたっては、視能率によることとした。視能率は両眼視力、眼球運動および視野の3要素により算出する。その算出方法は次のとおりである。

1) 視力能率の算出方法

- (1) ここにいう視力とは、原則として通常の眼鏡による遠距離視力とする。
- (2) この視力の測定方法は、視力研究班の制定した視力検査の基準化案によることとする。
- (3) 以上により求めた各眼の視力から視力能率算出表 I によって両眼についての視力能率を求める。———A

視 力 能 率 算 出 表 I

	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.15	0.1	0.06	0.04	0.02	0.02 I	
1.0	100															1.0
0.9	99	98														0.9
0.8	98	96	95													0.8
0.7	97	95	94	92												0.7
0.6	95	94	93	91.5	89											0.6
0.5	94	93	92	91	88	85										0.5
0.4	93	92.5	91	90	87	84	75									0.4
0.3	92.5	92	90	89	86	83	73	65								0.3
0.2	92	91	89	88	85	81	69	62	50							0.2
0.15	91.5	90.5	88	86	82.5	79	66	59	43	35						0.15
0.1	91	90	87	83	79	77	62	56	35	26	20					0.1
0.06	90.5	89	86	82	77	74	60	54	32	24	18	15				0.06
0.04	90	88	84.5	80.5	75	69	58	52	29	22	16	12	10			0.04
0.02	89.5	87	83	79	72	64	56	45	26	20	15	11	8	5		0.02
0.02 I	89	86	81	77	69	59	52	35	23	18	12	9	6	3	0	0.02 I
	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.15	0.1	0.06	0.04	0.02	0.02 I	

(4) 1眼無水晶体眼の場合には視力能率算出表Ⅱによる。このとき無水晶体眼の視力が他眼の視力より良好な場合には、視力能率算出表Ⅱの①に無水晶体眼の視力を②に他眼の視力をあてはめることとする。——A'

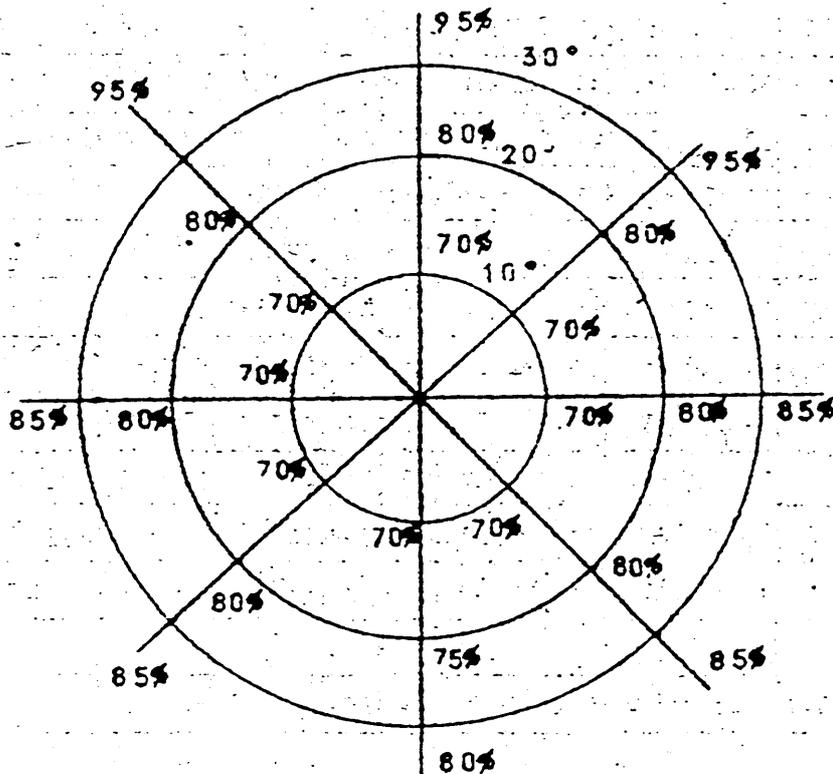
視力能率算出表Ⅱ
① 他眼の視力

	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.15	0.1	0.06	0.04	0.02	0.021		
② 無水晶体眼の視力	1.0	93	93	92.5	92.5	92.5	92	92	91.5	91	90.5	90	90	89.5	89.5	89	1.0
	0.9	93	92.5	92.5	92	92	81.5	91	90.5	90	89	88	87.5	87	86.5	86	0.9
	0.8	92.5	92.5	90.5	90.5	90	89.5	89.5	88	87	86	84.5	84	83	82	81	0.8
	0.7	92.5	92	90.5	90	89	88.5	88	86	83	82	80.5	80	79	78	77	0.7
	0.6	92.5	92	90	89	86	85.5	85	82	79.5	77	75	73.5	72	70.5	69	0.6
	0.5	92	91.5	89.5	88.5	85.5	82	81.5	79	76.5	74	69	66.5	64	61.5	59	0.5
	0.4	92	91	89.5	88	85	81.5	70	65.5	61.5	60	58	57	56	54	52	0.4
	0.3	91.5	90.5	88	86	82	79	65.5	59	55.5	54	52	48.5	45	40	35	0.3
	0.2	91	90	87	83	79.5	76.5	61.5	55.5	34.5	32	29	27.5	26	25	23	0.2
	0.15	90.5	89	86	82	77	74	60	54	32	24	22	21	20	19	18	0.15
	0.1	90	88	84.5	80.5	75	69	58	52	29	22	16	15.5	15	13.5	12	0.1
	0.06	90	87.5	84	80	73.5	66.5	57	48.5	27.5	21	15.5	11.5	11	10	9	0.06
	0.04	89.5	87	83	79	72	64	56	45	26	20	15	11	8	7	6	0.04
	0.02	89.5	86.5	82	78	70.5	61.5	54	40	25	19	13.5	10	7	3.5	3	0.02
	0.021	89	86	81	77	69	59	52	35	23	18	12	9	6	3	0	0.021
	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.15	0.1	0.06	0.04	0.02	0.021		

2) 眼球運動能率の算出方法

- (1) (2)に述べる方法により、複像検査を行ない、その結果から、眼球運動能率を算出する。
- (2) 複像検査は、平面視野計を用い、距離を75cmまたは100cmとし、8方向について10度の間隔で行なう。このとき、色ガラスおよび矯正プリズムは用いず、光源は棒状光源とする。
- (3) この複像検査の結果を眼球運動能率算出表と比較し、複像のある範囲内において、同表に記載されている能率の値のうちでも最も低い値を、その例の眼球運動率とする。———B

眼球運動能率算出表



3) 視野能率の算出方法

- (1) (2)に述べる方法により、視野検査を行ない、両眼についての視野能率を算出する。

(2) 視野計を用い、距離を30cmとし、10cmの白視標を用いて行なう。

このとき照明は50ルクス以上とする。なお、測定は8方向につき、求心性に行なうこととする。

(3) 下記の値を、周辺視野の正常値とし、8方向についての測定値を合計する。このとき、正常値以上の個所については、正常値とする。

正 常 値

耳	耳下	下	鼻下	鼻	鼻上	上	耳上	計
85	75	65	50	50	50	55	70	500

(4) (3)で求めた測定値の正常値(500)に対する百分率を、その眼の視野能率とする。

$$\frac{\text{測定値 (の合計)}}{\text{正常値 (の合計)}} \times 100 = \frac{\text{測定値 (の合計)}}{500} \times 100 = \frac{\text{測定値 (の合計)}}{5}$$

(5) (4)による視野能率を両眼について、それぞれ算出する。その方法は次のとおりである。

両眼の視野能率 =

$$\frac{\text{視野が広いほうの眼の視野能率} \times 3 + \text{視野が狭いほうの視野能率}}{4} = C$$

視野が広い方の眼の視野能率

	100	90	80	60	50	44	36	28	20	16	12	8	4	0
100	100													
90	98	90												
80	95	87.5	80											
60	90	82.5	75	60										
50	88	80	72.5	57.5	50									
44	86	78.5	71	56	48.5	44								
36	84	76	69	54	46.5	42	36							
28	82	74.5	67	52	44.5	39	34	28						
20	80	72.5	65	50	42.5	38	32	26	20					
16	79	71.5	64	49	41.5	37	31	25	19	16				
12	78	70.5	63	48	40.5	36	30	24	18	15	12			
8	77	69.5	62	47	39.5	35	29	23	17	14	11	8		
4	76	68.5	61	46	38.5	34	28	22	16	13	10	7	4	
0	75	67.5	60	45	37.5	33	27	21	15	12	9	6	3	0

視野が狭い方の眼の視野能率

4) 視能率の算出方法

1) ~ 3) で求めた、両眼についての視力能率——A (A')、眼球運動能率——B、視野能率——Cより、次式によって視能率を算出する。

$$\text{視能率} = \frac{A}{100} \left(\text{または} \frac{A'}{100} \right) \times \frac{B}{100} \times \frac{C}{100} \times 100$$

以上により、視覚機能障害を評価すれば、次表のようになる。

視覚機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	障害区分	
特別評価されるもの 重度障害との	特種	
重度障害との評価されるもの	一 種	視能率5%以下のもの
	二 種	視能率5%をこえ10%以下のもの
中等度障害との評価されるもの	三 種	視能率10%をこえ20%以下のもの
	四 種	視能率20%をこえ50%以下のもの
軽度障害との評価されるもの	五 種	視能率50%をこえ65%以下のもの
	六 種	視能率65%をこえ85%以下のもの
軽微障害との評価されるもの	七 種	視能率85%をこえ92%以下のもの

B) 聴覚機能関係

本研究会は、聴覚機能障害の評価にあたってはJ I S規格によるオーディオメーターによる純音聴力と、語音聴力によることとした。純音による聴力損失（デシベル値）の算出は、500サイクル、1000サイクル、2000サイクルの測定値をもとにした4分法

$$\left(\frac{500\text{サイクルのデシベル 値} + 2 \times 1000\text{サイクルのデシベル値} + 2000\text{サイクルのデシベル 値}}{4} \right)$$

によることとし、語音聴力は、最高明瞭度によることとした。

その算出方法は、日本オーディオロジー学会で定めた標準聴力測定基準による。

なお、純音による聴力損失が40デシベルから60デシベル程度のもものは、補聴器の効果がもっとも期待されるものであるが、障害の評価にあたっては当分の間補聴器を使用しない状態で行なうものとする。

以上により、聴覚機能障害を評価すれば、次表のようになる。

聴覚機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一害の程度 一次能力障	一障害区分 能力分	
特別評価されるもの 重度障害と	特種	
重度障害と評価	一種	ろうのため精神発育が遅滞しているもの
重度障害と評価	二種	1) ろうのもの(両耳の聴力損失が80デシベル以上のもの) 2) 両耳の聴力損失が60デシベル以上で、言語障害が著しいもの 3) 最高明瞭度30%以下で言語障害が著しいもの
中等度障害と評価	三種	1) 両耳の聴力損失が60デシベル以上のもの 2) 最高明瞭度50%以下のもの
中等度障害と評価	四種	1) 両耳の聴力損失が50デシベル以上60デシベル未満のもの 2) 最高明瞭度50%をこえ65%以下のもの 3) 一耳の聴力損失が80デシベル以上で、他耳の聴力損失が40デシベル以上のもの
軽度障害と評価	五種	1) 両耳の聴力損失が40デシベル以上50デシベル未満のもの 2) 一耳の聴力損失が70デシベル以上で、他耳の聴力損失が30デシベル以上のもの(四種に該当するものを除く)
軽度障害と評価	六種	1) 両耳の聴力損失が20デシベル以上40デシベル未満のもの 2) 最高明瞭度65%をこえ80%以下のもの 3) 一耳の聴力損失が70デシベル以上のもの
軽微障害と評価	七種	1) 両耳の聴力損失が10デシベル以上20デシベル未満のもの 2) 両耳の聴力損失が4000サイクルで25デシベル以上のもの 3) 一耳の聴力損失が40デシベル以上のもの

C) 音声言語機能障害

言語機能は他の身体機能にくらべれば、人類特有の社会的機能と言い得るものであり、他の身体機能を土台にして後天的に学習を通じて獲得される能力である。したがって、機能評価の基礎として一次能力、二次能力を分離して考えにくい面が多い。そのためここでは基本表の精神をくみ「社会生活に不可欠な機能の欠損」の程度の評価基準を作成した。

たとえば、失語症などきくことと話すことは切り離して考えられないものであるが、その取扱いは、聴覚機能の場合に準じて、この障害が精神の全体的発育に障害をあたえている場合は全人間的評価を行なう必要がある。

以上により、音声言語機能障害を評価すれば、次表のようになる。

音声言語機能関係一次能力障害部位別評価基準表

害の程度 一次能力障	障害区分 一次能力	
特別評価されるもの 重度障害と評	特種	
重度障害と評 評価されるもの	一種	
	二種	日常会話ができないもの
中等度障害と評 評価されるもの	三種または四種	家族その他気心を通じた人以外とは、日常会話ができないもの
軽度障害と評 評価されるもの	五種または六種	特殊な場合や、特殊な環境では、日常会話はできないもの
軽微障害と評 評価されるもの	七種	日常生活には支障はないが、言語に病的な異常のあるもの

D) 肢体機能関係

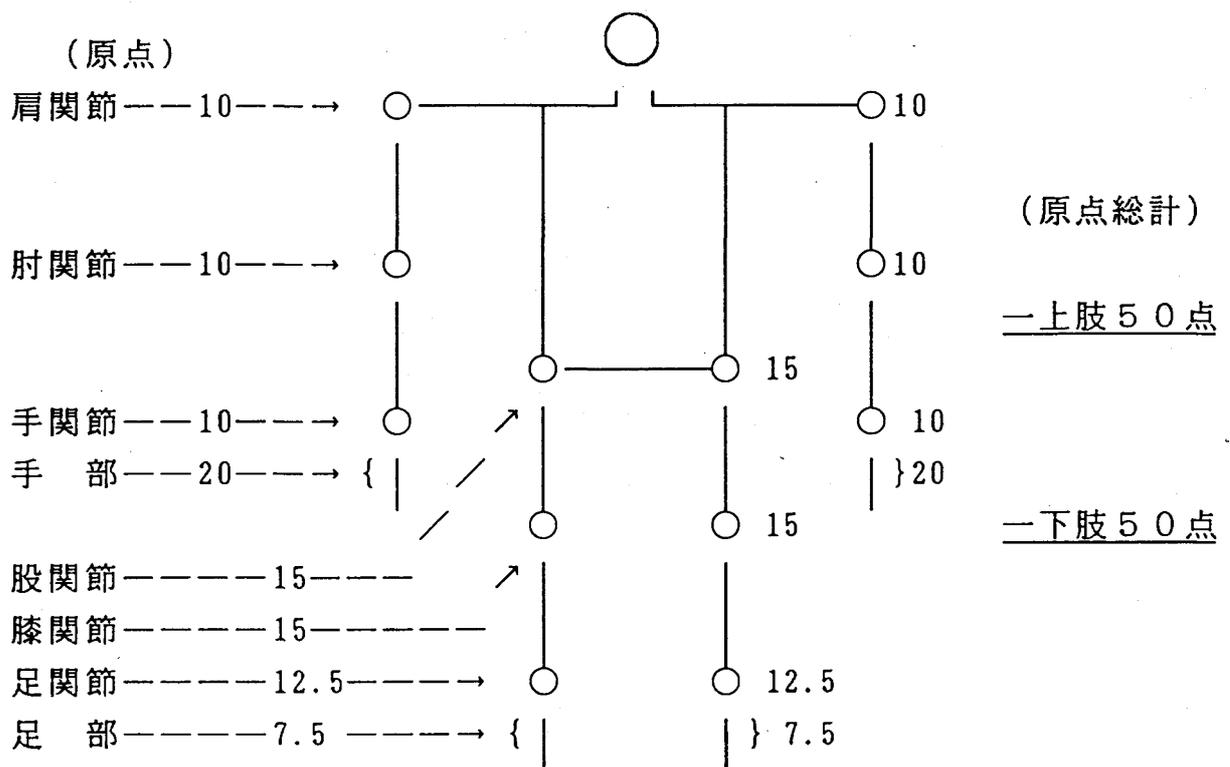
本研究会は、肢体機能障害の評価にあたっては、欠損障害と機能障害とにわけて考えることにした。このうち機能障害においては、適正な医療が一定期間以上継続され、なお医療が必要である場合には、治療中の状態で評価することとした。

中枢神経系の障害で四肢の自動統御が障害されているものは、巧み性の面で評価することになるが、それは神経機能関係の基準表で整理し、体幹の障害は基本表例示に掲げた。

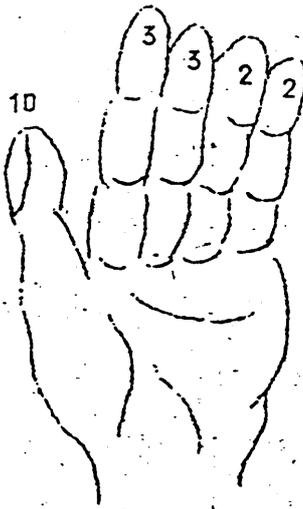
なお、四肢障害のうち脈管系統の障害により起るものは、動作はできるがそれを続けられないという特徴がある。本研究会は、それも障害評価の対象とすることとした。

以下に示す障害の算定法は、日本整形外科学会障害等級委員会において検討されたものである。(部位別基準表において、「学会式算定法」という。)

- (1) まず両上肢または両下肢の機能を原点100として、次のごとく各部に価値配分する。



△ 手部原点 20 のふりわけ▽



△ 足部原点 7.5 のふりわけ▽



(注 1)

実用断肢長ゼロの場合は直上位関節より欠いたものとする。

(注 2)

手部または足部の部分的障害は上記原点に $\frac{3}{10}$ 、 $\frac{1}{2}$ をそれぞれ乗じて計算する。

たとえば示指近位指骨関節または中節部で欠いたものであれば $\frac{3}{10}$ を乗ずる。ただし、母指は指骨間関節で欠いたものであれば $\frac{1}{2}$ を乗ずる。

- (2) 欠損障害の場合、たとえば一側上腕切断ならば手部、手関節、肘関節を欠くための障害の程度は40点(20+10+10)となる。
- (3) 機能障害の場合は、関節の評価を筋力、他動可動範囲、肢位、知覚の4要素を主体とし、循環障害による動作時間の短縮をも考慮して評価することとする。筋力の測定は、徒手筋力検査5段階法によることとし、関節が筋力ゼロの場合は、その関節の障害は同関節欠損と同様に評価する。
- (4) 関節が骨性硬直を起している場合は、その関節の障害は同関節欠損と同様に評価する。
- (5) 上肢では、関節の筋力の部分的低下と他動可動範囲の部分的制限とがあれば、まずより大きい障害を当該関節の原点より減じ、その残りに他の障害を乗じその値にさきのより大きい障害を加えて当該関節の障害とする。なお、一側手部に知覚障害があれば一側手部原点より手部筋力障害と手部他動可動範囲障害とを減じ、その残りにたとえば正中神経による知覚障害であれば $\frac{1}{2}$ を乗じ、その値を全障害に加えて手部障害とする。また、尺骨

肢体機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	一次能力障害区分	障害の種類
特別に評価される重度障害	特種	
重度障害と評価されるもの	一種	(学会式算定法によって算定した数値が、おおむね80点以上のもの)
中等度障害と評価されるもの	二種	(学会式算定法によって算定した数値が、おおむね50点以上80点未満のもの)
中等度障害と評価されるもの	三種	1) 一側上肢を肩関節で離断したもの(短断端を含む) 2) 一側下肢を股関節で離断したもの(短断端を含む)
中等度障害と評価されるもの	四種	1) 一側上肢を手関節またはそれ以上で欠くもの 2) 一側下肢を膝関節またはそれ以上で欠くもの 3) 一側膝関節が不良肢位強直を起し、有効断肢長が健側に比し1/2のもの 4) 一側上肢または一側下肢の三大関節中二関節の機能を全く失ったもの
軽度障害と評価されるもの	五種	1) 一側手関節または全指を欠くもの 2) 一側下肢を足関節またはそれ以上で欠くもの 3) 一側母指を含めて、三指または四指を欠くもの
軽度障害と評価されるもの	六種	1) 一側母指を欠くもの 2) 一側母指を含めて、二指を欠くもの
軽度障害と評価されるもの	七種	1) 一側示指または中指を含めて三指を欠くもの 2) 一側母指を末節より欠くもの 3) 一側薬指または小指を欠くもの 4) 一側示指または中指を中節より欠くもの 5) 一側全足指を欠くもの 6) 一側第一足指を欠くもの 7) 一側第一足指を除いて四指を欠くもの 8) 一側上肢または一側下肢の三大関節中一関節の機能の著しい障害(不良肢位で可動性の残っているものを含む)のあるもの 9) 脊柱に著しい変形のあるもの 10) 脊柱に著しい運動制限のあるもの

または橈骨神経による知覚障害は $\frac{1}{4}$ を乗ずる。

- (6) 下肢では、一下肢障害の場合、各関節の障害算出後にそれらを一下肢の原点(50)から減じ、それに $\frac{\text{患側実用長}}{\text{健側実用長}}$ を乗じ、その値にさきの各関節障害害を加えたものを加算して下肢の障害とする。
- (7) 動脈閉塞は、気温 10°C 以上において動脈の閉塞の所見が、脈管撮影や表在動脈の拍動の触診などにより確認された場合をいう。なお、必ず触診しなければならない表在動脈は、上肢にあつては腋窩動脈、上腕動脈、(肘部)、橈骨動脈、尺骨動脈、下肢にあつては大腿動脈、膝窩動脈、足背動脈(前脛骨動脈)、後脛骨動脈とする。
- (8) 静脈あるいはリンパ系の閉塞は、脈管撮影、静脈圧測定あるいは病理組織学的診断などにより確認された場合をいう。
- (9) 脈管障害による上肢の筋力低下は、気温 10°C 以上で、握力および肘関節屈筋力によって測定する。前者にあつては全指の開閉運動を1秒1回以上の割合で1分間続け、後者にあつては前腕を下垂位より水平位までの上下運動を無負荷で1秒1回以上の割合で1分間続け、各々運動の前後で筋力を測定して、その低下の程度を参考として判定する。ただし、この検査を日をかえて3回以上行い、近似の値を得たときにその値を取るものとする。
- (10) 脈管障害による日常生活活動後の上肢の筋力低下は、気温 10°C 以上で、腕、手、指を用いた単純な日常動作(たとえば箸を用いた食事など)を普通の早さで30分間続け、各々運動の前後で握力および肘関節屈筋力を測定して、その低下の程度を参考として判定する。ただし、この検査を日を異ならせて3回以上行い、近似の値を得たときその値を取るものとする。

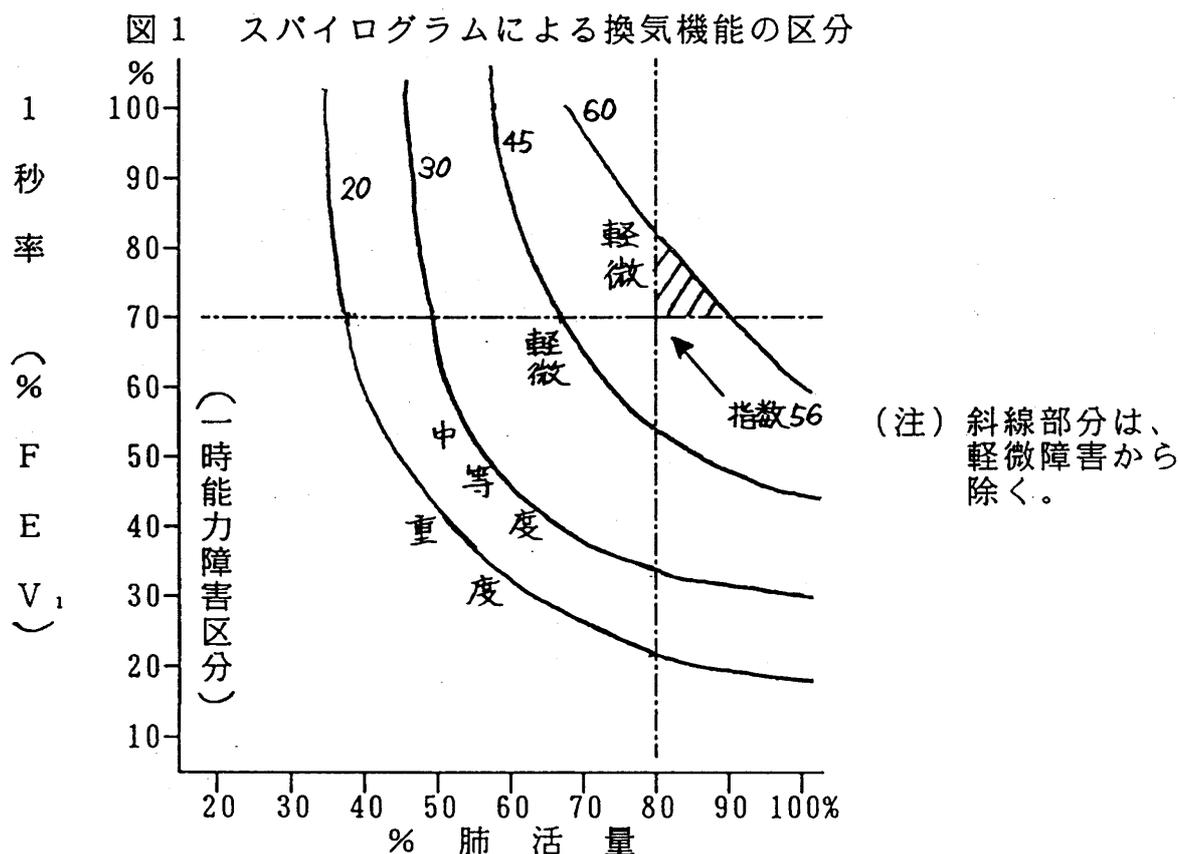
以上により、肢体機能障害を評価すれば、次表のようになる。

E) 呼吸機能関係

本研究会は、呼吸機能障害の評価にあたってはスパイログラムを基本とし、これに、階段昇降試験、平地歩行試験を加え、必要があるときはさらに動脈血酸素飽和度、動脈血炭酸ガス分圧並びに問診の成績も参考にすることとした。

スパイログラムに基づく換気機能障害の評価は、%肺活量の減少程度（拘束性障害の程度）と1秒率（%FEV₁）の減少程度（呼出障害の程度）との組合せによって行うのが通例であるが、この方法は、単純な拘束性障害あるいは呼出障害の場合には問題は少ないにしても、両者が同時に存在し、しかもその程度が異なる場合、たとえば、慢性肺気腫あるいは肺結核に肺気腫が合併した場合にはこれでは不合理なこともあるので、本研究会では $\frac{1 \text{ 秒量}}{\text{肺活量予測値}} \times 100$ を予測肺活量1秒率（以下「指数」という。）として採用した。

以上により出された指数と%肺活量及び1秒率との関係を図示すれば、次図のごとくである。



なお、スパイログラフイーには原則としてベネチクト・ロス型レスピロメーターを用いる。バイテラー型はやむを得ない場合のほかは用いないこととする。実施時の姿勢は立位し、これから1秒量（FEV）を求める。1秒量はMMFを求めるように呼出曲線を4分して中2つを用いることとする。また、Baldwinらの肺活量予測値は臥位のものであるが、便宜上これを予測値として用いてさしつかえない。

運動負荷試験（階段昇降試験）は、25cmおよび50cmの2段階を1分間15回の割で3分間連続昇降し、1分間換気量の平均値を立/分BTPSで算出する。運動指数(EI)とは、 $\frac{\text{運動時換気量}}{\text{最大換気量}} \times 100$ をいう。ゆつくり試験とは、昇降回数を5とした場合をいう。この判定は次表によって行う。

表1 階段昇降試験成績の区分

区分	負荷試験成績	障害区分
A	ゆつくりでも運動を3分間続けられず、終了時には脈拍数100をこえるもの	1種～4種
B	普通速度では3分間続けられないが、ゆつくりならでき、終了時には脈拍数100をこえるもの	5種
C	運動指数(EI)が41以上で、終了時には脈拍数100をこえるもの。	6種
D	運動指数(EI)が31～40で、終了時には脈拍数100をこえるもの。	7種
E	運動指数(EI)が30以下であるか、または終了時には脈拍数100以下のもの。	該当せず

連続階段昇降試験ができない場合には、平地歩行試験を行う。これは、障害区分のうち3種と4種を区分するために行うものであるが、平坦地200mを負荷なしに歩行させる方法による。判定は、歩行時間と運動値の脈拍数により次表2によって行う。

表2 歩行試験成績の区分

区分	歩行試験成績	障害区分
X	200mの歩行に10分以上を用紙（歩行不能を含む）、終了時には脈拍数100をこえるもの	1～2種
Y	200mの歩行が5分以上10分以内に可能で、終了時には脈拍数100をこえるもの	3種
Z	200mの歩行が5分以上は要しないもの	4種

なお、運動負荷直後の脈拍数は、負荷終了直後から30秒間の脈拍数を1分間の換算した値をとるものとし、運動指数が、高値をしめしても負荷直後の脈拍数が100に達しないものは採用しないこととする。平地歩行試験のときの脈拍数の取扱いもこれに準ずることとする。

動脈血ガス分析は、問診による被検者の自覚症状と、スパイログラムによる障害区分あるいは運動負荷試験による障害区分とが大きくくい違う場合行うこととし、その判定は次表3によって行う。

表3 動脈血ガス分析成績評価の区分

区分	動脈血	障害区分
M	1) 酸素飽和度90%以下の場合 2) 炭酸ガス分圧51mmHg 以上の場合	特種または 1種
N	1) 酸素飽和度90%以下の場合 2) 炭酸ガス分圧50mmHg 以下の場合	2種

なお、採血は、十分な時間の安静を保ち安定した状態において行うものとする。この所見は、換気機能成績、運動負荷試験成績に優先して取扱うものとする。動脈血酸素飽和度の測定にあたっては、イヤピースオキシメーターの成績は採用しないで、原則的にはVan Slyke- Neill装置による分析値とする。炭酸ガス圧の測定にあたっては、 P_{CO_2} 電極による分析値は、今後の検討によって採用を決めることとしたい。

終りに、これは現在の時点で実施上の可能性を優先して作成したものであり、生理学的にはなお問題点が残されておること、将来手直しを必要とするかもしれないこと、患者の自覚症状としての呼吸困難を評価することを検討すべきこと、問題のある症例は一層詳細な呼吸機能検査によって検討する必要があることを附言する。

以上により、呼吸機能障害を評価すれば、次表のようになる。

呼吸器機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	一次障害区分	
特別評価されるもの 重度障害との	特種	
重度障害との評価	一種または二種	1) 歩行困難かまたは歩行がほとんどできないもの 2) 呼吸困難が強いためスパイログラフィーも実施できないか、または指数（予測肺活量1秒率）20以下のもの 3) 動脈血ガス分析値に著しい変化がるもの
中等度障害との評価	三種または四種	1) 歩行はゆっくりまたは普通にできるが、2段昇降試験はできないもの 2) 指数が20をこえ30以下のもの
軽度障害との評価	五種または六種	1) 2段昇降試験はゆっくりならできるが、普通にやれば呼吸困難がひどいもの 2) 指数が30をこえ45以下のもの
軽微障害との評価	七種	1) 2段昇降試験は普通に行えるが、軽度の呼吸困難があるもの 2) 指数が45をこえ60以下のもの

F) 肺結核症関係

本研究会は、肺結核症の評価にあたっては、X線写真所見と排菌の状態により評価することとした。ただし、手術を行った場合は、その結果も考慮することとした。肺結核の評価は、適正な治療が認定時期以前に行われていることを前提としなければならない。ここでいう適正な治療とは病状に応じた化学療法が中絶することなく、1年6ヶ月以上行われていることを前提とし、さらに必要な場合は外科療法が行われていることである。そして、外科療法が行われた場合についていえば、切除療法が行われたときは最終手術から1年、虚脱療法が行われたときは最終手術から1年6ヶ月を経た時点を確認時期とするのが適当であろう。

X線写真による分類は、日本結核病学会病型分類（参考）により、排菌の状態による分類は菌培養成績によることとする。

(参 考)

日本結核病学会病型分類

区 分	記 号	名 称
病巢の性状	O	無所見
	I	広汎空洞型
	II	非広汎空洞型
	III	不安定非空洞型
	IV	安定非空洞型
V	治癒型	
特殊型	H	肺門リンパ腺腫脹
	P1	滲出性胸膜炎
	Op	手術のあと
拡がり	1	小
	2	中
	3	大
病側	R	右側
	L	左側
	B	両側

(解 説)

病巢の性状

0 無所見 : 病変の全く認められないもの

石灰化巣、肋膜癒着等の治癒所見のあるものはV型に入れる。また、肺切除等の手術によって病変の全く見えないものはOp型とする。

I 広汎空洞型 : 空洞面積の合計が^(注)拡がり1を越し、肺病変の拡がりの合計が一側肺に達するもの。

空洞の面積あるいは肺病変の拡がりを考える場合には、それぞれの占めている範囲を一方に合計して考える。また、ここでいう肺病変が空洞を含んでいることは当然である。

II 非広汎空洞型 : 空洞を伴う病変があって、上記 I 型に該当しないもの。

巨大な空洞や多房、多発空洞などであっても肺病変の拡がりの合計が一側肺に達しない場合や、逆に肺病変の拡がりが全肺野におよんでいても空洞面積の合計が拡がり 1 を越えなければ、いずれも II 型となる。

III 不安定非空洞型 : 空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの。不安定な病変とは、病巣影の辺縁がぼやけており放置すれば悪化の危険が多い、治療を加えれば好転が期待できるような病変である。空洞の存在が疑われるがはっきり透亮として指摘できないものは III 型に入れる。また IV 型、V 型に分類できるような病変がまじっていても、少しでも不安定な病変があれば III 型に分類する

IV 安定非空洞型 : 安定していると考えられる肺病変のみがあるもの。

安定した病変とは病巣影の辺縁が明確に区別されているか、あるいははっきりした収縮像を示す病変で悪化の危険はかなり少ないと予想されるものである。結核腫は、その大きさと性状（石灰沈着の有無と程度）を考慮して医療の対象とするか否かによって III 型あるいは IV 型に分類される。

V 治癒型 : 治癒所見のみのももの

石灰化巣、癒痕化していると考えられる星状、索状の病変、肋膜癒着像などが見られ、それ以外の病変が認められないものである。

(注) 病巣の拡がり 1 とは第 2 肋骨前端上縁を通る水平線以上の肺野の面積を越えない範囲（一側肺野面積の約 1/3 以内）のものをいう。

3 とは一側肺野面積を越えるものであり、2 とは 1 と 3 の中間の範囲のものをいう。なお判定に際して迷う場合は次の原則による。病型 I か II は III、II か III は III、III か IV は IV、IV か V は V とする。拡がりの判定に際しては I ~ IV 型に分類しうる病変があるときは、治癒所見があっても除外する。

以上により、肺結核症の病状を評価すれば、次表のようになる。

病状評価参考表

療法別 学会分類 菌所見	化学療法の場合					外科療法 の場合
	I	II	III	IV	V	
菌培養常時陽性	重 度	中等度 A	中等度 B			重 度 (OP)
菌少量 (100コロニー以下の菌が時々出るもの)	中等度 A	中等度 B	軽 度 A	軽 度 B		中 等 度 (OP)
菌 培 養 陰 性	軽 度 A	軽 度 A	軽 度 B	軽 微		(OP)

(注)

- 1) 外科的治療後順調な経過をたどらない例のうち、次のものは病状重度とする。
 - ア 切除療法で気管支瘻を合併し菌が常時陽性のもの
 - イ 胸廊形成術またはその他の虚脱療法を行い遺残空洞を有し菌が常時陽性のもの
 - ウ 空洞切開術または空洞吸引術を行い、空洞または胸壁瘻を残し菌が常時陽性のもの
- 2) 気管支胸膜瘻を有する膿胸合併は病状重度とする。
- 3) 大吐血をしばしばくりかえし社会生活活動の不能なものは、病状中程度とする。
- 4) 菌陰性薄壁空洞 (壁の厚さ全周 2 mm以下で、菌陰性薄壁化後 2 年以上経過したもの) は軽度とする。
- 5) 外科治療をさらに病勢軽度とする場合は、病状評価参考表化学療法の場合に準じて行うこととする。

以上により、肺結核症を評価すれば、次表のようになる。

肺結核症関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	一次障害区分	
特別重度障害と評価されるもの	特種	
重度障害と評価されるもの	一種または二種	空洞が残存し、認定時期をさかのぼる半年間に、菌を大量に排出し続けるもの
中等度障害と評価されるもの	三種または四種	1) 空洞はないが、認定時期をさかのぼる半年間に、菌を大量に排出し続けるもの 2) 空洞があり、認定時期をさかのぼる半年間に、少量ではあるが菌を排出しているもの
軽度障害と評価されるもの	五種または六種	1) 空洞はないが、認定時期をさかのぼる半年間に、少量ではあるが菌を排出しているもの 2) 現在、菌を排出していないが、空洞または不安定病巣があり、排菌の可能性のあるもの
軽微障害と評価されるもの	七種	

G) 内分泌機能関係

本研究は、内分泌機能障害の評価対象として、糖尿病、バセドウ氏病等の場合が考えられるとして検討した。

内分泌機能障害の評価は、適正な医療が一定期間以上継続され、なお治癒しない場合行うこととする。この際治療中であれば、その状態で評価することとする。

しかし、一次能力障害評価の対象となる程度に日常生活活動が制限されるものはむしろ少なく、たとえば原病は糖尿病であるが、それから派生する障害として脈管の障害またはそれによる半身マヒ、四肢切断等をおこす場合が多い。

これらの二次障害は、本報告に揚げた他の部位別基準表で評価されることとなる。

そのため、特に一次能力障害部位別評価基準表を揚げない。

H) 神経機能障害

本研究は、神経機能障害の評価にあたっては、技術、速度、耐久力の3要素によることとした。

神経系の障害は、評価対象が前記肢体機能関係の障害と重複する傾向を生ずるが、あえてどちらか一方によらなくてはならないというものではない。肢体機能関係の障害では肢体各部単位に、筋力、他動可動範囲、肢位、知覚の4要素により評価することとしたので、それでも評価しがたい自動統御が問題となる中枢神経系の障害の認定では、この表を適用することが望ましい。

以上により、神経機能障害を評価すれば、次表のようになる。

神経機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一障害 次害 能力 の 度	一障害 能力 区分	
特別 障害 と 重 度 評 価 の もの	特 種	
重 度 障 害 と 評 価 の もの	一 種	自動運動が高度に障害され、日常生活活動がほとんどできないもの
	二 種	日常生活活動が技術または速度あるいは耐久力からみて、そのいずれかが著しく障害されているもの
中 等 度 障 害 と 評 価 の もの	三 種	日常生活活動が技術、速度ならび耐久力からみて、中等度の障害があるもの
	四 種	日常生活活動において技術に中等度の障害があるが、速度および耐久力には軽度の障害があるもの
軽 度 障 害 と 評 価 の もの	五 種	日常生活活動において技術に中等度の障害があるが、速度および耐久力は問題がないもの
	六 種	日常生活活動において技術に軽度の障害があるが、速度および耐久力は問題がないもの
軽 微 障 害 と 評 価 の もの	七 種	日常生活活動において技術に軽微の障害があるが、速度および耐久力は問題がないもの

I) 精神機能関係

本研究会は、精神機能およそ智、情、意の障害に分析し、主たる疾患別にその程度に応じて基準表を作成したが、元来精神機能を特定の要素にわけて考えること自体に問題があるため、認定にあたっては常に全人格を見通した考察を忘れないことが必要である。

以上により、精神機能障害を評価すれば、次表のようになる。

精神機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	一次能力障害区分	
特別重度障害と評価されるもの	特種	
重度障害と評価されるもの	一種または二種	<p>精神分裂病では、高度の欠陥状態のため人格崩壊、思考障害、その他もう想像等の異常体験があり、自己身辺の日常生活活動が独りでできなないもの</p> <p>1) せんかん病では、薬治下でも頻繁にくりかえす発作または高度の痴呆、性格変化その他の精神神経症状があり、自己身辺の日常生活活動が独りでできなないもの</p> <p>2) 中毒精神病では、高度の痴呆、人格崩壊およびその他の精神神経症状が持続する異常体験があり、自己身辺の日常生活活動が独りでできなないもの</p> <p>3) 器質精神病では、精神能力の全般的発達に高度の遅滞があり、自己身辺の日常生活活動が独りでできなないもの</p> <p>4) 精神薄弱では、精神能力の全般的発達に高度の遅滞があり、自己身辺の日常生活活動が独りでできなないもの</p>
中等度障害と評価されるもの	三種または四種	<p>精神分裂病では、欠陥状態のため、人格崩壊、思考障害その他もう想像等の異常体験があり、家庭内での日常生活活動が独りで困難なもの</p> <p>1) せんかん病では、頻繁にくりかえす発作、またはは痴呆、性格変化、その他の精神神経症状があり、家庭内での日常生活活動が独りで困難なもの</p> <p>2) 中毒精神病では、痴呆、性格変化、その他の精神神経症状が持続する異常体験があり、家庭内での日常生活活動が独りで困難なもの</p> <p>3) 器質精神病では、人格崩壊その他の精神神経症状が持続する異常体験があり、家庭内での日常生活活動が独りで困難なもの</p> <p>4) 精神薄弱では、精神能力の全般的発達が遅滞し、家庭内での日常生活活動が独りで困難なもの</p>
軽度障害と評価されるもの	五種または六種	<p>精神分裂病では、欠陥状態のため、人格崩壊、思考障害その他もう想像等の異常体験があり、社会での日常生活活動が著しく障害されているもの</p> <p>1) せんかん病では、頻繁にくりかえす発作、またはは痴呆、性格変化、その他の精神神経症状があり、社会での日常生活活動が著しく障害されているもの</p> <p>2) 中毒精神病では、痴呆、性格変化、その他の精神神経症状が持続する異常体験があり、社会での日常生活活動が著しく障害されているもの</p> <p>3) 器質精神病では、人格崩壊その他の精神神経症状が持続する異常体験があり、社会での日常生活活動が著しく障害されているもの</p> <p>4) 精神薄弱では、精神能力の全般的発達が遅滞がみられ、社会での日常生活活動が著しく障害されているもの</p>
軽微障害と評価されるもの	七種	

なお、知能障害の評価にあたって、具体的な例を重度障害、中東度障害に分けてみれば、次のようになる。

精神発育異常程度指表

<p>重 度 障 害</p>	<p>1 身辺の処置で、次のごときもの ア) 食事が独りでは、全くできないもの イ) 用便が独りでは、全くできないもの ウ) 日常起居が独りでは、全くできないもの</p> <p>2 自己身辺の認知で、次のごときもの ア) 自己の姓名、年齢、性別などの認知が全くできないもの イ) 四季、年、月、日、時間などの認知が全くできないもの ウ) 場所の認知が全くわからず、外出すれば独りで帰宅できないもの</p> <p>3 自己の保全で、次のごときもの ア) 一見して有害な飲食物のみわけができないもの イ) 刃物、機械、火などの危険さがわからないもの ウ) 場所の危険さがわからないもの エ) 風雨、寒暑など状態の判断がつかないもの</p>
<p>中 等 度 障 害</p>	<p>1 身辺の処置で、次のごときもの ア) 食事はこぼして後片づけが必要であるもの イ) 用便の後始末が十分でないもの ウ) 日常起居で衣服を着たあと直してやったり、清潔に注意してやる必要があるもの</p> <p>2 自己身辺の認知で、次のごときもの ア) 自己の姓名、年齢、性別などの認知に誤りがあるもの</p>

<p>中 等 度 障 害</p>	<p>イ) 四季、年、月、日、時間などの認知に誤りがあるもの ウ) 慣れた場所なら、外出しても独りで帰宅できるもの 3 自己の保全で、次のごときもの ア) 一見して有害な飲食物が少しはわかるもの イ) 刃物、機械、火などの危険さが少しはわかるもの ウ) 場所の危険さが少しはわかるもの エ) 風雨、寒暑など状態の判断が少しはわかるもの</p>
<p>軽 度 障 害</p>	<p>1 特定な人と気心が通じており、機械的ではあるが日常生活が独りでできるもの 2 社会で共同性、協調性に欠けるが、集団の中で生活ができるもの</p>

J) 心機能関係

本研究会は、心機能障害の評価にあたっては、適正な医療が一定期間以上継続され、なお治癒しない場合行うこととする。この際、治療中であればその状態で評価することとする。

以上により、心機能障害を評価すれば、次表のようになる。

心機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	一次能力障害区分	
特別評価される重度障害	特種	
重軽害と評価	一種または二種	<p>次のうちいずれか2以上の所見があり、安静時または自己周辺の日常生活でも心不全症状または狭心症症状が起こるもの</p> <p>ア) X線フィルムによる計測(心胸廓係数)で60%以上のもの イ) 心電図で陳旧性心筋梗塞所見のあるもの ウ) 心電図で脚ブロック所見のあるもの エ) 心電図で完全房室ブロック所見のあるもの オ) 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見のあるもの</p> <p>カ) 心電図で心房細動または粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10%以上のもの キ) 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの ク) 心電図で第III誘導およびV₁以外のTが逆転した所見のあるもの</p>
中等度障害と評価	三種または四種	<p>次のうちいずれか1以上の所見があり、家庭周辺の日常生活活動でも心不全症状または狭心症症状が起こるもの</p> <p>ア) X線フィルムによる計測(心胸廓係数)で60%以上のもの イ) 心電図で陳旧性心筋梗塞所見のあるもの ウ) 心電図で脚ブロック所見のあるもの エ) 心電図で完全房室ブロック所見のあるもの オ) 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見のあるもの</p> <p>カ) 心電図で心房細動または粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10%以上のもの キ) 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの ク) 心電図で第III誘導およびV₁以外の誘導のTが逆転した所見のあるもの</p>
軽度障害と評価	五種または六種	<p>1) 次の所見があり、社会生活活動でも心不全症状または狭心症が起こるもの</p> <p>ア) 心電図で心房細動または粗動の所見があるもの イ) 心電図で期外収縮の所見が持続するもの ウ) 心電図でSTの低下が0.2mV未満の所見があるもの</p> <p>2) 臨床所見で部分的な心臓浮腫があるもの</p> <p>3) 既往症に狭心症様発作が3回以上あったもの</p>
軽微障害と評価	七種	<p>1) 上欄1)ア)、イ)、ウ)の所見のあるもの</p> <p>2) その他心雑音、心肥大のあるもの</p>

K) 腎機能関係

本研究会では、腎機能障害の評価に当たっては、適正な医療が一定期間以上継続され、なお治ゆしない場合行うこととする。この際、治療中であれば、その状態で評価することとする。

以上により、腎機能障害を評価すれば、次表のようになる。

腎機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	一次能力障害区分	
特別重度障害と評価されるもの	特種	
重等度障害と評価されるもの	一種または二種	<p>次の所見のうちいずれか一つあり、自己周辺の日常生活に著しい制限を加える要のあるもの</p> <p>ア) 血液残余窒素が60 mg/dl 以上のものまたは血液尿素窒素36 mg/dl 以上のもの</p> <p>イ) P S P 15分値が10%以上で、濃縮試験最高尿比重が1.015 以下のもの</p> <p>ウ) 腎性全身浮腫が1ヶ月以上存続するもの</p>
中等度障害と評価されるもの	三種または四種	<p>次の所見のうちいずれか一つあり、家庭周辺の日常生活活動に制限を加える要のあるもの</p> <p>ア) 血液残余窒素が41 mg/dl 以上60 mg/dl 以下または血液尿素窒素25 mg/dl 以上36 mg/dl 未満のもの</p> <p>イ) P S P 15分値が10%をこえ18%以下で、濃縮試験最高尿比重が1.015 をこえ1.022 以下のもの</p> <p>ウ) 腎性浮腫が1ヶ月以上存続するもの</p> <p>エ) 慢性腎性高血圧で最低血圧90 mmHgまたは最高血圧150 mmHg以上でP S P 15分値が18%以下のもの</p>
軽度障害と評価されるもの	五種または六種	<p>次の所見があり、社会生活活動に制限を加える要のあるもの</p> <p>ア) P S P 15分値が18%をこえ25%以下のもの</p>
軽微障害と評価されるもの	七種	たん白、血尿その他尿所見のあるもの

L) 造血機能関係

本研究会は、再生不良性貧血を念頭におき、部位別基準表をつくった。

社会生活活動に最も関係のあるものは貧血であり、その意味から赤血球の状態がもっとも重視されるべきで、定期的に補血が必要な場合にはその補血量で区分するという考え方もある。

造血機能の評価にあたっては、適正な医療が一定期間以上継続され、なお治ゆしない場合行うこととする。この際、治療中であれば、その状態で評価することとする。しかし検査された値は変動しやすいものであるから、診断書の有効期間は6ヶ月程度で適当と考える。骨髄は3ヶ月以上6ヶ月以内の間隔をおいて2回以上調べる必要がある。

以上により、造血機能障害を評価すれば、次表のようになる。

造血機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力 障害程度	一次能力	障害区分
特別重度障害 と評価されるもの	特種	一種または二種
重障害と評価 されるもの	一種または二種	一種または二種
中等度障害と評価 されるもの	三種または四種	三種または四種
軽度障害と評価 されるもの	五種または六種	五種または六種
軽微障害と 評価されるもの	七種	七種

次の1)、2)、3)、4)のうち3以上の所見があり、自己周辺の日常生活活動に著しい制限を加える要のあるもの
 1) 末梢血液1mm²中の赤血球像で次のいずれか以下のもので40%以下のももの
 ア) 赤血球数が2000万ケ以下のももの
 イ) 網赤血球が2%以下のももの
 ウ) 末梢血液1mm²の白血球像で次のいずれか以下のももの
 ア) 白血球数が1500ケ以下のももの
 イ) 顆粒球数が500ケ以下のももの
 2) 末梢血液1mm²中の血小板数が1万ケ以下のももの
 3) 末梢血液1mm²中の白血球数が1万ケ以下のももの
 4) 骨髄で次のいずれか以下のももの
 ア) 巨核細胞数が1mm²中で15ケ以下のももの
 イ) リンパ球(%)が60%以上のももの
 エ) 赤芽球(E)と顆粒球(M)との比がE/Mで0.1以下のもの

次の1)、2)、3)、4)のうち3以上の所見があり、家庭周辺の日常生活活動に制限を加える要のあるもの
 1) 末梢血液1mm²中の赤血球像で次のいずれか以下のもので40%をこえ9.9g/dl(ザ-リー値で60%)以下のももの
 ア) 赤血球数が200万ケをこえ300万ケ以下のももの
 イ) 網赤血球が2%をこえ9%以下のももの
 ウ) 末梢血液1mm²の白血球像で次のいずれか以下のももの
 ア) 白血球数が1500ケをこえ3000ケ以下のももの
 2) 末梢血液1mm²中の血小板数が1万ケをこえ5万ケ以下のももの
 3) 末梢血液1mm²中の白血球数が1万ケをこえ5万ケ以下のももの
 4) 骨髄で次のいずれか以下のももの
 ア) 巨核細胞数が1mm²中で15ケをこえ30ケ以下のももの
 イ) リンパ球(%)が40%以上60%未満のももの
 エ) 赤芽球(E)と顆粒球(M)との比がE/Mで0.1をこえ0.3以下のもの

次の1)、2)、3)、4)のうち3以上の所見があり、社会生活活動に制限を加える要のあるもの
 1) 末梢血液1mm²中の赤血球像で次のいずれか以下のもので60%をこえ11.4g/dl(ザ-リー値で70%)以下のももの
 ア) 赤血球数が300万ケをこえ350万ケ以下のももの
 イ) 網赤血球が9%をこえ14%以下のももの
 ウ) 末梢血液1mm²の白血球像で次のいずれか以下のももの
 ア) 白血球数が3000ケをこえ5000ケ以下のももの
 2) 末梢血液1mm²中の血小板数が2万ケをこえ20000ケ以下のももの
 3) 末梢血液1mm²中の白血球数が5万ケをこえ10万ケ以下のももの
 4) 骨髄で次のいずれか以下のももの
 ア) 巨核細胞数が1mm²中で30ケをこえ50ケ以下のももの
 イ) リンパ球(%)が20%以上40%未満のももの
 エ) 赤芽球(E)と顆粒球(M)との比がE/Mで0.3をこえ0.5以下のもの

上欄の所見のあるもの

M) 肝機能関係

本研究会は、慢性肝疾患（肝硬変、慢性肝炎、慢性胆道疾患）を念頭において部位別基準表をつくった。

肝機能障害の評価にあたっては、適正な医療が一定期間以上継続され、なお治癒しない場合、行うこととする。しかしこの際、治療中であれば、その状態で評価することとする。しかし、検査された値は変動しやすいものであるから、3ヶ月以上6ヶ月以内の間において3検査以上を2回以上調べて、2回以上「異常程度指表」に合致したとき、それをとることとし、診断書の有効期間は6ヶ月程度が適当と考える。ここにいう「異常程度指表」は、次のとおりである。

異常程度指表

高度異常	6.0 未満	0.8 以下	20.1 単位 以上	15% をこえるもの	20 をこえるもの	101 以上	101 以上	5.1 単位 以上	18単位 をこえるもの
軽度異常	6.0) 6.4	0.81) 1.19	20単位) 12.1 単位	15%) 7.6%	20) 9	100) 41	100) 36	5.1 単位~ 3.1 単位	18単位) 11.1 単位
正常値	6.5) 8.5 g/dl	1.2) 1.8	12単位) 6単位	7.5%) 0%	8以下	40 以下	35 以下	3単位 以下	11単位 以下
検査方法	血清総蛋白	A/G (吉川・斉藤法)	ZTT (Kunko 1法)	Bsp (45分値)	(Meul-engr-acht法)	GOT	GPT	(Bessey法)	(Kindking法)
検査項目	① 血清蛋白検査			② 色素排泄試験	③ 黄疸指数	④ トランスアミナーゼ		⑤ アルカリフォスファターゼ	
	血清酸素検査								

以上により、肝機能障害を評価すれば、次表のようになる。

肝機能関係一次能力障害部位別評価基準表

一次能力障害の程度	一次能力障害区分	
特別重度障害と評価されるもの	特種	
重等度障害と評価されるもの	一種または二種	<p>次の所見があり、自己周辺の日常生活活動に著しい制限を加える要のあるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ア) 高度の腹水が存在するもの イ) 意識障害発作をくりかえすもの ウ) 胆道疾患で、頻発する発熱または疼痛が継続するもの エ) 異常程度指表により5検査項目のうち、2以上の成績が高度異常を示すもの
中等度障害と評価されるもの	三種または四種	<p>次の所見があり、家庭周辺の日常生活活動に制限を加える要のあるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ア) 腹水が1ヶ月以上存続するもの イ) X線検査により明らかな食道静脈瘤が証明されるもの ウ) 異常程度指表により5検査項目のうち、1以上の成績が高度異常を示すもの
軽度障害と評価されるもの	五種または六種	<p>次の所見により、社会生活活動に制限を加える要のあるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ア) 異常程度指表により5検査項目のうち、3以上の成績が軽度異常を示すもの
軽微障害と評価されるもの	七種	<p>異常程度指表により5検査項目のうち、2以上の成績が軽度異常を示すもの</p>

以上は、とりもなおさず一時能力障害の程度を評価するときの具体的指標である。医学的諸検査により導かれた結果をまずこの一次能力障害部位別評価基準表に照らし合せて、一次能力障害区分（特種、1種～7種）を定め、一次能力障害の程度（特別重度障害、重度障害、中等度障害、軽度障害、軽微障害）を分類して、それらが一次能力障害評価基本表の分類、区分と常識的に一致しているかどうかをみて、一次能力障害の認定をすることが望ましい。

4. 基本表と部位別基準表の応用

上に示した障害評価の基本表と部位別基準表は、表裏一体をなすものである。すなわち、基本表に概括的に掲げられた障害程度を具体化したものが部位別基準表である。現行各制度では、障害等級表としてはたとえば視聴覚障害のように区分が数的に明確に出せるものは、ここでいう部位別基準表のような形式をとり、内部障害のように区分がともすれば不明になりがちなものは、ここでいう基本表のごとき形式をとっている。

本研究会としては、各種制度の根拠法にここに掲げた基本表の形式ではなく、具体的な障害等級表を設けることの必要性は了解するが、そのような各法に定める障害等級表は、いうまでもなくこの基本表と部位別基準表の応用として、各制度の目的に応じた行政上の配慮を加えて作成されるべきものである。さらに理想的には、認定の公平を保つために前述のごとく障害認定のための基準、方法、諸組織の設立等を規定する立法措置を考慮すべきであろうと考える。また、部位別基準表においては、対象とする障害の複雑な性質を反映し、従来、障害認定として取り扱われてきたものに近い精密さを有しているものもある。したがって、いずれを障害等級表に採用し、いずれを認定基準とするかは本研究会の医学的検討の成果を利用しようとする場合に、立法技術の面から再検討する必要も生じ得よう。

第4 二次能力評価

1. 二次能力評価に対する本研究会の態度

本研究会では、評価対象である人の障害に関して、その稼得能力を評価する場合を二次能力評価という。いうならば、この評価はとりもなおさず代償機能を含めた残存機能の総合的評価であり、その際の評価基準となるものは経済活動状態ということになる。これを一次能力と比較するに、一次能力は純粹に医学的に評価される身体状態であり、二次能力は社会経済的に評価される身体状態であるといえる。そのため、二次能力は身体の状態が基礎にはなるが、職業や教育的背景その地方の労働事情（経済力、産業内容など）、当該者の努力などによっても影響をうける性質をもつこととなる。一次能力が身体、精神状態のみを対象にして職業の種別によって評価がかわることはなく、年齢、性別、国情などによっては、少数の例外的場合を除いてあまり著しく左右されない性質であるのと対照的な点である。このことは、さらに次のような対照的性格を両者に持たせることになる。

その一つは、一次能力の評価基準は国際的に共通な基準を設定し得る可能性を有するが、二次能力のそれは困難であるということであり、その二つは、一次能力の評価にあたって、その任務は医学に重点が存するが、二次能力のそれは医学のみならず行政の参画が期待されるということである。

いずれの場合にせよ障害評価には困難な問題があるが、二次能力障害評価の方が社会経済的背景のもとに評価する必要がある、問題がより錯そうしてくることは理解される。従来、稼得能力の欠損度に比例して所得保障を行う建前である年金制度においてさえ、一次能力の欠損度を測定する障害評価方法をもって認定し、これに基づいて対象者の処遇を

決定してきたが、これはこのような事情によるものである。

しかし、本研究会が持たれた一つの理由は、その一次能力の欠損度をもって稼得能力欠損の所得保障措置を決定していたことが、実情に合わなくなってきつつあるところにある。この状態を解決するためには、障害評価は一次能力障害評価と二次能力障害評価が不可分の構成要素であり、それについては本研究会が強く指摘しているところである。そのため、ただちに本研究会の報告を基礎に二次能力障害評価の具体的検討が早急にはじめられることを期待するものである。

2. 二次能力障害評価の方法

本研究会は、二次能力障害評価が、一次能力障害評価と深い関連をもつので、すみやかな検討が望まれるとともに、その内容が本研究会の示すような一次能力障害評価の方法と表裏一体をなすような性質のものであることを期待する。

二次能力は稼得能力であり、とくに二次能力障害評価では身体の状態によって稼得能力が低下したものを対象にするので、一次能力の状態が二次能力の状態を大きく支配することとなる。一方では現職に対する能力の低下と、他方では職業再教育後の新職業における能力についても考えて行かねばならないだろう。

現職種に対する能力は、現職復帰できるか否かによって判断される。そこで復職が全く不可能な場合は、一次能力障害がいかなるものであっても現職種に対する稼得能力の損失は100%と認定されることになる。しかし軽い障害のときには、現職種に復帰できないとしても現職場の他の職種に復帰する場合の取扱いをも考える必要があるだろう。

新職種に対する能力は、職業再教育に対する期間・指導の内容・本人

の努力・素質その他地域における労働市場などに左右されよう。そして新しい職業について場合は、現職復帰とは異なるものであっても、社会復帰という点では一応の目的を達したものとして新職種に対する稼得能力は、一般労働者の稼得能力と同じ標準で評価されることになろう。ただ違うのは、身体に障害をもつものは、一次能力損失分の保障のうえに立って労働しているということである。これに反して、新職種による稼得能力が一般労働者と同じ標準に復帰できない場合は、一次能力損失に加えて二次能力の損失があるものとされよう。これに対する保障は、別個の立法措置によって講じられるべきものであって、庇護雇用、授産による保護、収容保護、金銭的な保護など一貫した系統的整備が必要になるものであろう。

3. 二次能力障害評価の問題点

二次能力障害評価にあたって考慮しなければならない点は、職業種目と作業内容が非常に多数にのぼり、個々の身体能力に対する要求も甚しく異なっている点であり、また、他の職種においてほとんど問題とするに足りない小さな損失が、ある種の職業にとっては大きな損失として評価される場合のあることなどである。たとえば、手先精密作業における指の損傷や高所作業における足指の損傷などの場合である。

職種は労働省の職業辞典においては、大分類（12群）、中分類（52群）、小分類（425群）、代表職業名（3785）、普通職業名（29674）、にのぼっている。しかし、元来これらの分類は身体能力にしたがった職業分類ではないので、身体に障害をもつものの二次能力障害評価にただちに応用することには難点がある。また、現職復帰をとりあげても、その可否は身体的要素以外、むしろ精神的要素の

関与がその鍵となる場合が少なくなく、とくに補償期待等の条件のからむ例も多いので必ずしも現職復帰の可能性をもってする二次能力障害評価は容易ではない。

職業選択ないし再教育に関する職業適性検査の面から、二次能力を評価することは必ずしも容易ではない。職能分析は、それがいかに進歩したとしても、ほぼ大体的見当をつけるにとどまり。それ以上人に対して正確な職能判定をあたえ得るとは限らない。このことは、稼得能力に関する限り身体的要素のほかに、精神的要素ないし社会的環境要素等が大きい役割をもつからである。すなわち、職業適性検査の面からの二次能力障害評価の困難性は、身体的その他の客観的条件がいかにそろった場合であっても、その人が、その職業に興味があり、積極的意欲をもつ場合でなければ、職業上の成果は得られないものなのである。逆に、いかに条件のそろわぬ場合でも、これを克服して予想をこえた仕事をする例がいくらかみられる。要するに職業適性などの客観的分析は、個々の例に対するものとしては必ずしも成果を発揮できるとは限らず、あくまでも平均的、全般的、傾向的な指標をあたえるものとして解されるべきものなのである。

4. 二次能力障害評価法試案

アメリカの新職業辞典では資料の処理、対人関係、作業対象の取扱い方の三点を、各職種について十進法分類末尾の3数字符号をもって表記しているので、職業内容が直ちに読み取れる特色をもっている。この方法をいま少しおしすすめて、職業選択上の要素と対応させるならば、職業上の能力評価は容易になるであろう。

この際、職業群の分類は身体に障害をもつものの能力評価に便利なよ

うに組みかえて簡素化し、身体能力要素をもってする職業選択に適するように整備して対比させる方法を考えてよかろう。

アメリカ労働省の示す職業判定要素のうち、身体の状態に関係の深いものを「適職判定要素」と「直接の身体能力」から選び出し組合せて整理すると、

(1)立つこと、(2)歩くこと、(3)持つこと、(4)移すこと、(5)指先を使うこと、(6)体力、(7)視覚、(8)聴覚その他の知覚、(9)知能の9種類になる。このうち(1)～(6)をそれぞれ

(a)強さまたは安定さ、(b)持久力、(c)早さまたは激しさ、(d)仕事の種類(動作の粗分類別)(e)巧ち性(特別の動作など)

に分けると簡単な「職業の身体能力要求度表」ができるが、これなどは(注)職業分類と対応させて二次能力障害評価の基本とするのに適していよう。

もちろん、一次能力と同様二次能力の評価にあたっては、障害評価を担当する専門組織を作ることが望ましいことはいうまでもない。

(注) 職業の身体能力要求度表

	a 強さ	b 時間	c 速度	d 動作別	e 巧ち性
1 立つこと	安定性	持久力	立ち座りの早さ	かがむ、ひざまづく、四つ這い 中腰、座位	平衡保持 (ゆれるとき)
2 歩くこと	安定性	距離	速度	走る、昇降、 不整地歩行	平衡保持 (ゆれるとき)
3 持つこと	重量	持久力	早さ	手をのばす、 つかむ、 はなす、	重量と形状 の認知
4 移すこと	重量	反復能力	早さ	持ちあげる、持ちおろす、押しやる引きよせる	手、足、 身体の供給
5 手を使うこと	指の力	耐久力	反応速度	指の器用さ 両手供給	目との供給 精密さ
6 体力	強健さ	耐久力	激務(活発さ)	全身的 部分的	順応性(寒暑その他) 緊急事態への適応

結 語

2年有余にわたる本研究会の検討が、障害等級調整問題の分野の進展に寄与し得たとすれば、それは次の二つの点に要約されよう。

まず第一に、一次能力と二次能力とを区分して、従来ややもすれば不明確であった障害評価の基礎を明確にしたこと。第二に、最近の医学の進歩を取り入れて従来障害評価を全面的に改め、これまで基準の存在しなかった分野での障害評価方法を確立したことである。

一方において、本研究会の検討は未だ完成しておらず、当然とりあげるべきでありながら未着手のまま残された部分があることは遺憾である。

その一は、一次能力評価の対象とした障害が基本的なものに限られ、咀嚼機能、消化機能、泌尿器関係などが十分検討されていないことである。

その二は、医学的および職業的リハビリテーションの標準化とリハビリテーションによる改善後の残存能力（二次能力）の評価について具体的検討と考察を欠くことである。

本研究会としては、この報告を終えるにあたって、次のことを政府ならびに関係者に強く要望したい。

1. 医学的および職業的リハビリテーションをできるだけすみやかに、全国民を対象とする社会保障制度の一環として確立すること。
2. リハビリテーション技術の開発、普及につとめること。
3. 各制度を通じた障害認定基準を設定するとともに少なくとも中央段階において障害を認定するため専門委員会を設置すること。