

第10節／呼吸器疾患による障害

呼吸器疾患による障害の程度は、次により認定する。

1 認定基準

呼吸器疾患による障害については、次のとおりである。

令別表	障害の程度	障害の状態
国年令別表	1 級	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
	2 級	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
厚年令別表第1	3 級	身体の機能に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの

呼吸器疾患による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績（胸部X線所見、動脈血ガス分析値等）、一般状態、治療及び病状の経過、年齢、合併症の有無及び程度、具体的な日常生活状況等により総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたり安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に、また、労働が制限を受けるか又は労働に制限を加えることを必要とする程度のものを3級に該当するものと認定する。

また、呼吸器疾患による障害の認定の対象は、そのほとんどが慢性呼吸不全によるものであり、特別な取扱いを要する呼吸器疾患として肺結核・じん肺・気管支喘息があげられる。

2 認定要領

呼吸器疾患は、肺結核、じん肺及び呼吸不全に区分する。

A 肺結核

- (1) 肺結核による障害の程度は、病状判定及び機能判定により認定する。
- (2) 肺結核の病状による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績（胸部X線所見、動脈血ガス分析値等）、排菌状態（喀痰等の塗抹、培養検査等）、一般状態、治療及び病状の経過、年齢、合併症の有無及び程度、具体的な日常生活状況等によ

り総合的に認定する。

- (3) 病状判定により各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障害の状態
1 級	認定の時期前 6月以内に常時排菌があり、胸部 X 線所見が日本結核病学会病型分類（以下「学会分類」という。）のⅠ型（広汎空洞型）又はⅡ型（非広汎空洞型）、Ⅲ型（不安定非空洞型）で病巣の拡がりか 3（大）であるもので、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の介護を必要とするもの
2 級	1 認定の時期前 6月以内に排菌がなく、学会分類のⅠ型若しくはⅡ型又はⅢ型で病巣の拡がりか 3（大）であるもので、かつ、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とするもの 2 認定の時期前 6月以内に排菌があり、学会分類のⅢ型で病巣の拡がりか 1（小）又は 2（中）であるもので、かつ、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とするもの
3 級	1 認定の時期前 6月以内に排菌がなく、学会分類のⅠ型若しくはⅡ型又はⅢ型で、積極的な抗結核薬による化学療法を施行しているもので、かつ、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とするもの 2 認定の時期前 6月以内に排菌があり、学会分類Ⅳ型であるもので、かつ、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とするもの

- (4) 肺結核に他の結核又は他の疾病が合併している場合は、その合併症の軽重、治療法、従来の経過等を勘案した上、具体的な日常生活状況等を考慮するとともに、第 2「1 障害の程度」及び本節「1 認定基準」を踏まえて、総合的に認定する。
- (5) 肺結核及び肺結核後遺症の機能判定による障害の程度は、「C 呼吸不全」の認定要領によって認定する。
- (6) 加療による胸郭変形は、それ自体は認定の対象とならないが、肩関節の運動障害を伴う場合には、本章「第 7 節 第 1 上肢の障害」として、その程度に応じて併合認定の取扱いを行う。
- (7) 「抗結核剤による化学療法を施行しているもの」とは、少なくとも 2 剤以上の抗結核剤により、積極的な化学療法を施行しているものをいう。

B じん肺

- (1) じん肺による障害の程度は、病状判定及び機能判定により認定する。
- (2) じん肺の病状による障害の程度は、胸部X線所見、呼吸不全の程度、合併症の有無及び程度、具体的な日常生活状況等により総合的に認定する。
- (3) 病状判定により各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障 害 の 状 態
1 級	胸部X線所見がじん肺法の分類の第4型であり、大陰影の大きさが1側の肺野の1/3以上のもので、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の介護を必要とするもの
2 級	胸部X線所見がじん肺法の分類の第4型であり、大陰影の大きさが1側の肺野の1/3以上のもので、かつ、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とするもの
3 級	胸部X線所見がじん肺法の分類の第3型のもので、かつ、労働が制限を受けるか又は労働に制限を加えることを必要とするもの

- (4) じん肺の機能判定による障害の程度は、「C 呼吸不全」の認定要領によって認定する。

C 呼吸不全

- (1) 呼吸不全とは、原因のいかんを問わず、動脈血ガス分析値、特に動脈血O₂分圧と動脈血CO₂分圧が異常で、そのために生体が正常な機能を営み得なくなった状態をいう。
認定の対象となる病態は、主に慢性呼吸不全である。
慢性呼吸不全を生じる疾患は、閉塞性換気障害（肺気腫、気管支喘息、慢性気管支炎等）、拘束性換気障害（間質性肺炎、肺結核後遺症、じん肺等）、心血管系異常、神経・筋疾患、中枢神経系異常等多岐にわたり、肺疾患のみが対象疾患ではない。
- (2) 呼吸不全の主要症状としては、咳、痰、喘鳴、胸痛、労作時の息切れ等の自覚症状、チアノーゼ、呼吸促迫、低酸素血症等の他覚所見がある。
- (3) 検査成績としては、動脈血ガス分析値、予測肺活量1秒率及び必要に応じて行う運動負荷肺機能検査等がある。
- (4) 動脈血ガス分析値及び予測肺活量1秒率の異常の程度を参考として示すと次のとおりである。
なお、動脈血ガス分析値の測定は、安静時に行うものとする。

A表 動脈血ガス分析値

区分	検査項目	単位	軽度異常	中等度異常	高度異常
1	動脈血 O ₂ 分圧	Torr	70～61	60～56	55 以下
2	動脈血 CO ₂ 分圧	Torr	46～50	51～59	60 以上

(注) 病状判定に際しては、動脈血 O₂分圧値を重視する。

B表 予測肺活量1秒率

検査項目	単位	軽度異常	中等度異常	高度異常
予測肺活量1秒率	%	40～31	30～21	20 以下

- (5) 呼吸不全による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。

一般状態区分表

区分	一般状態
ア	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの
イ	軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例え、軽い家事、事務など
ウ	歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの
エ	身のまわりのある程度のことではできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの
オ	身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの

- (6) 呼吸不全による各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障 害 の 状 態
1 級	前記(4)のA表及びB表の検査成績が高度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のオに該当するもの
2 級	前記(4)のA表及びB表の検査成績が中等度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のエ又はウに該当するもの
3 級	前記(4)のA表及びB表の検査成績が軽度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するもの

なお、呼吸不全の障害の程度の判定は、A表の動脈血ガス分析値を優先するが、その他の検査成績等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

- (7) 慢性気管支喘息については、症状が安定している時期における症状の程度、使用する薬剤、酸素療法の有無、検査所見、具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定することとし、各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障 害 の 状 態
1 級	最大限の薬物療法を行っても発作強度が大発作となり、無症状の期間がなく一般状態区分表のオに該当する場合であって、予測肺活量1秒率が高度異常（測定不能を含む）、かつ、動脈血ガス分析値が高度異常で常に在宅酸素療法を必要とするもの
2 級	呼吸困難を常に認める。常時とは限らないが、酸素療法を必要とし、一般状態区分表のエ又はウに該当する場合であって、プレドニゾロンに換算して1日10mg相当以上の連用、又は5mg相当以上の連用と吸入ステロイド高用量の連用を必要とするもの
3 級	喘鳴や呼吸困難を週1回以上認める。非継続的なステロイド薬の使用を必要とする場合があり、一般状態区分表のウ又はイに該当する場合であって、吸入ステロイド中用量以上及び長期管理薬を追加薬として2剤以上の連用を必要とし、かつ、短時間作用性吸入 β_2 刺激薬頓用を少なくとも週に1回以上必要とするもの

- (注1) 上記表中の症状は、的確な喘息治療を行い、なおも、その症状を示すものであること。

また、全国的に見て、喘息の治療が必ずしも専門医（呼吸器内科等）が行っているとは限らず、また、必ずしも「喘息予防・管理ガイドライン2009（JGL2009）」に基づく治療を受けているとは限らないことに留意が必要。

- (注2) 喘息は疾患の性質上、肺機能や血液ガスだけで重症度を弁別することには無理がある。このため、臨床症状、治療内容を含めて総合的に判定する必要がある。
- (注3) 「喘息+肺気腫(COPD)」あるいは、「喘息+肺線維症」については、呼吸不全の基準で認定する。
- (8) 在宅酸素療法を施行中のものについては、原則として次により取り扱う。
- ア 常時(24時間)の在宅酸素療法を施行中のもので、かつ、軽易な労働以外の労働に常に支障がある程度のは3級と認定する。
- なお、臨床症状、検査成績及び具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する。
- イ 障害の程度を認定する時期は、在宅酸素療法を開始した日(初診日から起算して1年6月以内の日に限る。)とする。
- (9) 原発性肺高血圧症や慢性肺血栓塞栓症等の肺血管疾患については、前記(4)のA表及び認定時の具体的な日常生活状況等によって、総合的に認定する。
- (10) 慢性肺疾患により非代償性の肺性心を生じているものは3級と認定する。
- なお、治療及び病状の経過、検査成績、具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する。
- (11) 慢性肺疾患では、それぞれ個人の順応や代償という現象があり、また他方では、多臓器不全の病状も呈してくることから、呼吸機能検査成績が必ずしも障害の程度を示すものとは言えない。
- (12) 肺疾患に罹患し手術を行い、その後、呼吸不全を生じたものは、肺手術と呼吸不全発生までの期間が長いものであっても、相当因果関係があるものと認められる。

<参考> 「喘息予防・管理ガイドライン2009 (JGL2009)」より抜粋

1 喘息治療のステップ

		治療ステップ1	治療ステップ2	治療ステップ3	治療ステップ4
長期 管理 薬	基本 治療	吸入ステロイド薬 (低用量) 上記が使用できない 場合以下のいずれか を用いる LTRA テオフィリン徐放製 剤 (症状が稀であれ ば必要なし)	吸入ステロイド薬 (低～中用量) 上記で不十分な場合に 以下いずれか一剤を併 用 LABA (配合剤の使用可) LTRA テオフィリン徐放製剤	吸入ステロイド薬 (中～高用量) 上記に下記のいずれか 1剤、あるいは複数 を併用 LABA (配合剤の使用可) LTRA テオフィリン徐放製剤	吸入ステロイド薬 (高用量) 上記に下記の複数を併 用 LABA (配合剤の使用可) LTRA テオフィリン徐放製剤 上記のすべてでも管理 不良の場合は下記のい ずれかあるいは両方を 追加 抗IgE抗体 ²⁾ 経口ステロイド薬 ³⁾
	追加 治療	LTRA以外の 抗アレルギー薬 ¹⁾	LTRA以外の 抗アレルギー薬 ¹⁾	LTRA以外の 抗アレルギー薬 ¹⁾	LTRA以外の 抗アレルギー薬 ¹⁾
発作治療 ⁴⁾		吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA
対象と なる 状態 で 未 治療 の 状態 で 対 象 と なる 症 状		(軽症間欠型相当) ・症状が週1回未満 ・症状は軽度で短い ・夜間症状は月に2 回未満	(軽症持続型相当) ・症状が週1回以上、し かし毎日ではない ・月1回以上日常生活や 睡眠が妨げられる ・夜間症状は月2回以上	(中等症持続型相当) ・症状が毎日ある ・短時間作用性吸入 β_2 刺激薬がほぼ毎 日必要 ・週1回以上日常生活 や睡眠が妨げられる ・夜間症状が週1回以 上	(重症持続型相当) ・治療下でもしばしば 増悪 ・症状が毎日ある ・日常生活が制限され る ・夜間症状がしばしば

LTRA：ロイコトリエン受容体拮抗薬

LABA：長時間作用性 β_2 刺激薬

SABA：短時間作用性 β_2 刺激薬

- 1) 抗アレルギー薬とは、メディエーター遊離抑制薬、ヒスタミン H_1 拮抗薬、トロンボキサン A_2 阻害薬、Th2サイトカイン阻害薬を指す。
- 2) 通年性吸入抗原に対して陽性かつ血清総IgE値が30～700IU/mLの場合に適用となる。
- 3) 経口ステロイド薬は短時間の間欠的投与を原則とする。他の薬剤で治療内容を強化し、かつ短時間の間欠投与でもコントロールが得られない場合は、必要最小量を維持量とする。
- 4) 軽度の発作までの対応を示し、それ以上の発作については喘息予防・管理ガイドライン2009 7-2 「急性増悪(発作)への対応(成人)」を参照

※ 予防・管理に用いる薬剤には、長期管理薬(コントローラー)と急性発作の治療に用いる(リリーバー)があり、これらの薬剤をそれぞれのステップに応じて使用する。コントローラーは抗炎症薬と長時間作用性気管支拡張薬であり、リリーバーは短時間作用性気管支拡張薬と全身性ステロイド薬である

2 コントロール状態の評価

	コントロール良好 (すべての項目が該当)	コントロール不十分 (いずれかの項目が該当)	コントロール不良
喘息症状 (日中および夜間)	なし	週1回以上	コントロール不十分 の項目が3つ以上 当てはまる
発作治療薬の使用	なし	週1回以上	
運動を含む活動制限	なし	あり	
呼吸機能 (FEV ₁ およびPEF)	正常範囲内	予測値あるいは自己最高 値の80%未満	
PEFの日(週)内変動	20%未満	20%以上	
増悪	なし	年に1回以上	月に1回以上*

*増悪が月に1回以上あれば他の項目が該当しなくてもコントロール不良と評価する。

3 各吸入ステロイド薬の吸入器の種類

	pMDI (加圧噴霧式定量吸入器)	DPI (ドライパウダー吸入器)
BDP (ベクロメタゾンプロピオン酸エステル)	BDP-HFA (キュバール)	なし
FP (フルチカゾンプロピオン酸エステル)	FP-HFA (フルタイドエアー)	FP-DPI (フルタイドディスカス、フルタイドディスクヘラー)
SM (サルメテロールキシナホ酸塩) との配合剤	FP/SM HFA (アドエアエアー)	FP/SM DPI (アドエアディスカス)
BUD (ブデソニド)	なし	BUD-DPI (パルミコートタービュヘイラー)
FM (ホルモテロールフマル酸塩水和物) との配合剤	なし	BUD/FM (シムビコートタービュヘイラー)
CIC (シクレソニド)	CIC-HFA (オルベスコ)	なし
MF (モメタゾンフランカルボン酸エステル)	なし	MF-DPI (アズマネックスツイストヘラー)

4 各吸入ステロイド薬の治療ステップ別推奨量

薬剤名	治療ステップ1~2 低用量	治療ステップ3 中用量	治療ステップ4 高用量
BDP-HFA	100~200 μ g/日	200~400 μ g/日	400~800 μ g/日
FP-HFA	100~200 μ g/日	200~400 μ g/日	400~800 μ g/日
CIC-HFA	100~200 μ g/日	200~400 μ g/日	400~800 μ g/日
FP-DPI	100~200 μ g/日	200~400 μ g/日	400~800 μ g/日
BUD-DPI	200~400 μ g/日	400~800 μ g/日	800~1,600 μ g/日
MF-DPI	100~200 μ g/日	200~400 μ g/日	400~800 μ g/日