

令和 7 年度身体障害者福祉法  
第 1 5 条指定医師研修会資料

呼吸器機能障害

[指定医師の手引（抜粋）]

令和 8 年 1 月

## 第 8 呼吸器機能障害

### I 障害程度等級表

級別	呼 吸 器 機 能 障 害	指数
1 級	呼吸器の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限される	18
2 級		
3 級	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	7
4 級	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	4

## Ⅱ 等級表解説

呼吸器の機能障害の程度についての判定は、予測肺活量1秒率（以下「指数」という。）、動脈血ガス及び医師の臨床所見によるものとする。指数とは1秒量（最大吸気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長で正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

- 1 等級表1級に該当する障害は、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため指数の測定ができないもの、指数が20以下のもの又は動脈血O<sub>2</sub>分圧が50 Torr以下のものをいう。
- 2 等級表3級に該当する障害は、指数が20を超え30以下のもの若しくは動脈血O<sub>2</sub>分圧が50 Torrを超え60 Torr以下のもの又はこれに準ずるものをいう。
- 3 等級表4級に該当する障害は、指数が30を超え40以下のもの若しくは動脈血O<sub>2</sub>分圧が60 Torrを超え70 Torr以下のもの又はこれに準ずるものをいう。

〈その他の留意事項〉

- （1）指数及び安静時における室内気での動脈血ガスの検査値とも基準内であることが原則であるが、各検査値に等級誤差が生まれる場合、より客観的所見とされる室内気での動脈血ガスを優位とする。
- （2）拘束性疾患並びに閉塞性疾患における、指数と動脈血ガスの検査値の取扱いについては、測定時の酸素吸入量の記載及び6分間歩行後（負荷後）の動脈血ガスの検査値を参考にするなど、他の所見を参考にすることがある。

【参 考】

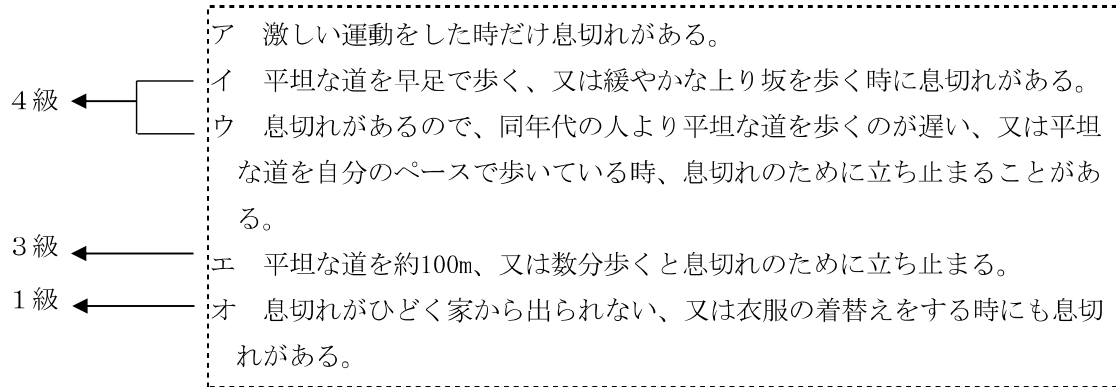
等級表解説を表に整理したもの

	活動能力の程度	4 換気機能 ウ 予測肺活量1秒率 (指数)	5 動脈血ガス ア O <sub>2</sub> 分圧
1 級	呼吸困難が強いため歩行が ほとんどできないもの	呼吸障害のため指数の測定 ができないもの  20以下	50Torr以下
3 級		20を超え30以下又はこ れに準ずるもの	50Torrを超え60T orr以下又はこれに準ず るもの
4 級		30を超え40以下又はこ れに準ずるもの	60Torrを超え70T orr以下又はこれに準ず るもの

※ 2級はありません。

(補足)

診断書の「2 活動能力の程度」では、等級との間におおむね次のような対応関係がありま  
す。



(アは非該当相当)

### Ⅲ 疑義解釈

#### 呼吸器機能障害

質 疑	回 答
<p>1 一般的に認定基準に関する検査数値と活動能力の程度に差がある場合は、検査数値を優先して判定されることとなっているが、この検査数値間においても、予測肺活量1秒率と動脈血O<sub>2</sub>分圧のレベルに不均衡がある場合は、どのように取り扱うのか。</p> <p>また、診断書のCO<sub>2</sub>分圧やpH値に関しては、認定基準等では活用方法が示されていないが、具体的にどのように活用するのか。</p>	<p>換気機能障害を測るための予測肺活量1秒率と、ガス交換機能障害を測るための動脈血O<sub>2</sub>分圧との間には、相当程度の相関関係があるのが一般的である。しかしながらこのような数値的な食い違いが生じる場合もあり、こうした場合には、予測肺活量1秒率の方が動脈血O<sub>2</sub>分圧よりも誤差を生じやすいことにも配慮し、努力呼出曲線などの他のデータを活用したり、診断書のCO<sub>2</sub>分圧やpH値の数値も参考にしながら、医学的、総合的に判断することが適当である。</p> <p>なお、等級判定上、活動能力の程度が重要であることは言うまでもないが、認定の客観性の確保のためには、各種の検査数値についても同様の重要性があることを理解されたい。</p>
<p>2 原発性肺高血圧症により在宅酸素療法を要する場合、常時の人工呼吸器の使用の有無にかかわらず、活動能力の程度等により呼吸器機能障害として認定してよいのか。</p>	<p>原発性肺高血圧症や肺血栓塞栓症などの場合でも、常時人工呼吸器の使用を必要とするものであれば、呼吸器機能障害として認められるが、在宅酸素療法の実施の事実や、活動能力の程度のみをもって認定することは適当ではない。</p>
<p>3 肝硬変を原疾患とする肺シャントにより、動脈血O<sub>2</sub>分圧等の検査値が認定基準を満たす場合は、二次的とはいえ呼吸器機能に明らかな障害があると考えられるため、呼吸器機能障害として認定できるか。</p>	<p>肺血栓塞栓症や肺シャントなどの肺の血流障害に関しては、肺機能の障害が明確であり、機能障害の持続性が医学的、客観的所見をもって証明でき、かつ、認定基準を満たすものであれば、一次疾患が肺外である場合でも、呼吸器機能障害として認定することが適当である。</p>

質 疑	回 答
<p>4 重度の珪肺症等により、心臓にも機能障害（肺性心）を呈している場合、呼吸器機能障害と心臓機能障害のそれぞれが認定基準に該当する場合、次のどの方法で認定すべきか。</p> <p>ア それぞれの障害の合計指数により、重複認定する。</p> <p>イ 一連の障害とも考えられるため、より重度の方の障害をもって認定する。</p> <p>5 呼吸器機能障害において、</p> <p>ア 原発性肺胞低換気症候群によって、夜間は低酸素血症がおこり、著しく睡眠が妨げられる状態のものはどのように認定するのか。</p> <p>イ 中枢型睡眠時無呼吸症候群などの低換気症候群により、睡眠時は高炭酸ガス血症（低換気）となるため、人工呼吸器の使用が不可欠の場合はどのように認定するのか。</p>	<p>肺性心は、肺の障害によって右心に負担がかかることで、心臓に二次的障害が生じるものであり、心臓機能にも呼吸器機能にも障害を生じる。</p> <p>しかし、そのために生じた日常生活の制限の原因を「心臓機能障害」と「呼吸器機能障害」とに分けて、それぞれの障害程度を評価し、指数合算して認定することは不可能であるため、原則的にはイの方法によって判定することが適当である。</p> <p>このような場合、臨床所見、検査数値などがより障害の程度を反映すると考えられる方の障害（「心臓機能障害」又は「呼吸器機能障害」）用の診断書を用い、他方の障害については、「総合所見」及び「その他の参考となる合併症状」の中に、症状や検査数値などを記載し、日常の生活活動の制限の程度などから総合的に等級判定することが適当である。</p> <p>これらの中枢性の呼吸機能障害は、呼吸筋や横隔膜などのいわゆる呼吸器そのものの障害による呼吸器機能障害ではないが、そうした機能の停止等による低酸素血症が発生する。しかし、低酸素血症が夜間のみに限定される場合は、常時の永続的な低肺機能とは言えず、呼吸器機能障害として認定することは適当ではない。</p> <p>一方、認定基準に合致する低肺機能の状態が、1日の大半を占める場合には認定可能であり、特に人工呼吸器の常時の使用が必要な場合は、1級として認定することが適当である。</p>
<p>6 動脈血O<sub>2</sub>分圧等の検査数値の診断書記入に際して、酸素療法を実施している者の場合は、どの時点での測定値を用いるべきか。</p>	<p>認定基準に示された数値は、安静時、通常の室内空気吸入時のものである。</p> <p>したがって診断書に記入するのは、この状況下での数値であるが、等級判定上必要と考えられる場合は、さらに酸素吸入時あるいは運動直後の値などを参考値として追記することは適当と考えられる。</p>

質 疑	回 答
<p>7 肺移植後、抗免疫療法を必要とする者について、手帳の申請があった場合はどのように取り扱うべきか。</p>	<p>肺移植後、抗免疫療法を必要とする期間中は、肺移植によって日常生活活動の制限が大幅に改善された場合であっても1級として取り扱う。</p> <p>なお、抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することは適当と考えられる。</p>

様式第1号（8）（第2条関係）

身体障害者診断書・意見書（呼吸器機能障害用）

総括表

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、 疾病、先天性、その他（ ）
③ 疾病・外傷発生年月日		年 月 日・場所
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
<div style="text-align: right;">           〔軽度化による将来再認定 要 ・ 不要〕            （再認定の時期 年 月 月後）         </div>		
⑥ その他参考となる合併症状		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名 ㊟</p>		
<p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p>・該当する （ 級相当）</p> <p>・該当しない</p>		
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>		



呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

1 身体計測

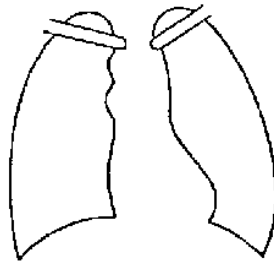
身長                      cm              体重                      kg

2 活動能力の程度

- ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。
- イ 平坦な道を早足で歩く、又は緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。
- ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、又は平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。
- エ 平坦な道を約 100m、又は数分歩くと息切れのために立ち止まる。
- オ 息切れがひどく家から出られない、又は衣服の着替えをする時にも息切れがある。

3 胸部エックス線写真所見 (              年              月              日)

- ア 胸膜癒着                      (無・軽度・中等度・高度)
- イ 気腫化                      (無・軽度・中等度・高度)
- ウ 線維化                      (無・軽度・中等度・高度)
- エ 不透明肺                      (無・軽度・中等度・高度)
- オ 胸郭変形                      (無・軽度・中等度・高度)
- カ 心・縦隔の変形              (無・軽度・中等度・高度)



4 換気機能 (              年              月              日)

- ア 予測肺活量:    ▮ . ▮ ▮    L    (実測肺活量:    ▮ . ▮ ▮ L)
- イ 1 秒量:        ▮ . ▮ ▮    L    (実測努力肺活量: ▮ . ▮ ▮ L)
- ウ 予測肺活量 1 秒率: ▮ ▮ . ▮ %    (=  $\frac{イ}{ア} \times 100$ )

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 (L)

男性  $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

女性  $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

(予測式の適応年齢は男性 18-91 歳、女性 18-95 歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

## 6 その他の臨床所見

【診断書作成の際の留意事項】

1 活動能力の  
程度

等級の決定と直接結びつくものではありませんが、等級との間に概ね次のような対応関係がありますので、該当する項目を選んでください。

等 級	活動能力の程度
非該当	ア
4 級相当	イ、ウ
3 級相当	エ
1 級相当	オ

2 換気機能、  
動脈血ガス

- ① 障害程度の認定に当たっては、予測肺活量1秒率（指数）と動脈血ガスO<sub>2</sub>分圧が最も重要です。
- ② 指数の算出は、2001年に日本呼吸器学会から「日本スパイログラムと動脈血ガス分圧基準値」として発表された肺活量予測式による予測肺活量を用いて算出してください。
- ③ 呼吸困難が強いため肺活量の測定ができない場合は、その旨を記入し、現症欄等に呼吸困難の理由を説明してください。
- ④ 動脈血ガスO<sub>2</sub>分圧の検査所見は、症状増悪による緊急入院時などの急性期のものではなく安定期の所見で、診断日から直近のものを記入してください。