

●⑤-2 (1) (3) 必要最小限の日常生活に援助が必要

● ⑥に空欄あり

症例 2 判定理由

1級

●なし

2級

●⑤-2、⑤-3の程度より

●五項目重視

●症状が根強く残存。生活能力も低い

●精神疾患の存在と状態および能力障害の状態を確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定。

●日常生活能力の程度(⑤-2)から判断して2級相当。

●外来通院が長く、社会適応の側面としてデイケアに週2回通うのがやっとという状態のため。

●食事、清潔、金銭管理に関する障害度の高さに配慮し、2級と判断した。

●⑤欄の程度によると2級または3級程度と思われるが、次の理由により、2級と判定した。

④欄「軽度の欠陥状態」とあることから3級の可能性を検討するも、幻聴、被害関係妄想が見られ、その状態像が良好になっていく傾向にまだないこと。⑤欄で、日常生活関連項目が社会生活関連項目よりも重い状態であること。

●日常生活能力の判定・程度から

●欠陥状態が2級相当程度にあると記載内容から総合的に判断。

●発病から現在の病歴、現症、日常生活能力のうち基本的な項目に援助が要ることから。

●デイケアにも十分に参加できない。日常生活に著しい制限を受けているが生活能力の状態を考えると2級が妥当と考えた。

●統合失調症にて、他者との交流は少ないものの、デイケアや通院は自分で出来ている。

●生活能力の判定から

●⑤2 (1) (2) (3)

●妄想は持続しており、デイケアにも毎日は通えないから。

●「精神疾患(機能障害)の状態」「能力障害の状態」ともに2級相当であると考えられる

●日常生活能力の基本的な部分が強く障害されており、リハビリの効果もまだ途上であることから2級と判定。

●幻聴、被害関係妄想があり、日常生活も著しい制限を受けており、援助を必要とする

●妄想により、対人関係をはじめとする日常生活の障害が著しい

●デイケアへ行っているが、仕事ができなため2級と判定する。

●統合失調症であり、日常生活能力の程度(3)となっているため。

●⑤の2と3の状態による

- 能力判定で「援助があればできる」の項目に3つ〇があり、能力程度の 3 とも整合性がある。
- 病状が比較的強く、日常生活関連項目の自立度も低い。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が「(3)」で2級相当であり、「2 日常生活能力の判定」欄が、「援助があればできる」が3項目あり、2級に認定。
- 診断名、年齢、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから2級に相当すると思われる
- ②、④、⑤-2、⑤-3より2級相当と判断
- 8項目で、援助が3つしかないが、(7)(8)の援助は重みがないため。
- 日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から（軽度の欠陥状態、通院とデイケアは可能との記載）
- 記載所見より

3級

- 軽度の欠陥状態が主であり、通院ができデイケアが可能のため。また、日常生活能力の判定で社会的関係ができています。
- ③-3,⑤-2から3級相当
- 日常生活能力から判断
- 軽い欠陥状態。(通院とデイケアのみであるものの)外出が可能である。
- 入院歴がない、日常生活能力の判定でおおむねできるが援助が必要が多い
- 週2回のデイケアには、参加できており、社会的な活動がある程度できていると思われるため。
- デイケアに通っており、軽度の欠陥状態であると考えられる。
- 発病からの経過は、比較的短い。妄想は持続しているが、入院歴もなく、通院である程度の効果が出ている。生活能力が中程度。治療効果を期待できる。
- ⑤-2において、「援助が必要」以下が5項目であるから
- 2級または3級だが病歴、治療の経過、状態像の具体的程度の記載を含め総合的に判断
- 社会生活は制限を受けるが日常生活の制限は著しいとは言えない
- 精神障害の状態による日常生活への制限が、「著しく」制限を加えられている状態でないため、3級に該当すると考えられる。

非該当

- なし

照会

- 「放送局の妄想」を詳しく書いて欲しい。 Schneider の妄想伝播で有れば1級、なければ2級。
- (2)(3)が援助がなければできないにも関わらず、(4)以下全てが概ねできるのは不自然であるので、主治医に事情聴取する

返戻

- ⑤2(1)(2)(3)と他項目との間に整合性がない。

症例 3 判定理由

1 級

- 五項目重視
- 能力程度解離するが生保である
- 行為障害が甚だしい。
- 日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から(措置入院中であり、問題行動が多いとの記載)

2 級

- 精神症状による逸脱行動と判断した。生活能力はある程度保たれているため2級とした。
- ⑤欄2の各項目の程度は2級または3級程度。⑤欄3の総合評価は1級または2級程度と思われるが、次の理由により2級と判定した。幻覚、妄想に加え、逸脱行為、反社会的行為が多く、治療による効果もあらわれていない状況に思われること。とは言え、⑤2の各項目の評価から1級にいたるまでの状態では。覚醒剤乱用については、過去において「あったらしい」と不確かであり、少なくとも最近5年では「認めない」とあることから、判定において特別な考慮はしていない。
- 問題行動の激しさから1級でも良いのではという意見もあったが、合議により項目⑤の判定の原則に従って2級とした。
- 日常生活能力の程度や症状の具体的程度から
- 実施要領の主旨から。(日常農生活に著しい制限を加える必要性があることから)
- 日常生活能力、反社会的行動から判断
- 日常生活能力の判定と程度の間をとる
- 統合失調症にて、病棟の生活のADLはある程度保たれている。
- 日常生活能力は高めであるが、統合失調症の症状や反社会的行動が持続しており、社会適応できていないから。
- 覚醒剤精神病が疑われるが、記載内容から判断して2級相当と思われる。
- 治療の経過が、短い。過去の暴力事件多数で、病気による症状も重症と考える。日常生活は中程度であるが、入院中であり、幻覚妄想も持続している。
- 能力程度は 4 で1級相当だが、能力判定で1級相当の「できない」は○がないから。
- 診断名、年齢、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから2級に相当すると思われる
- ④、⑤-2、より2級相当と判断
- 機能障害を重視した
- 社会生活、日常生活共に著しい制限を受けている

3 級

- 症状に比べ、日常生活能力は比較的高い
- 日常生活能力の判定及び程度から判定

- 反社会的な人格のために問題行動を起こしている可能性が高い。ただ、幻聴も存在しているとあることから、3級とした。
- ⑤の3の(4)の状態はおかしいと思われるが⑤の2の状態像による
- 日常生活関連項目がすべて「概ね(自発的に)できるが援助が必要」であること。反社会的傾向の存在は、障害程度に加味すべきではない。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が「(4)」で1級相当であるが、「2 日常生活能力の判定」欄が、「概ねできるが援助が必要」の列が多数であり、3級に認定。
- 記載所見より

非該当

- 措置入院中であるため。退院後の再申請が適切と思われる

照会

- ⑤-2、⑤-3の間で乖離が大きい点と、反社会性人格障害の合併の有無を確認するため。
- 1) 情動及び行動の障害は、統合失調症によるものではなく人格障害等の他の精神障害によるものとは考えられないのか。 2) ⑤の2と3の判定に乖離があるので確認したい。
- 統合失調症の診断根拠が不明。また、統合失調症といっても残遺状態は認められず、日常生活能力の低下が主として何に因るのが曖昧。反社会行動も頻繁に見られ、精神病性障害というよりは人格障害圏のものと考えてもよい感じもする。(⑤-3)の欄では(4)とあるも、統合失調症であったとしても、3級あるいは2級相とするのが妥当と考えられる。いずれにしても、まず照会。

"●⑤の2と⑤の3が矛盾しているのではないか?"

- 措置入院が必要な病状であれば、障害度判定は現在は困難ではないか。また、統合失調症の診断の根拠の記述は十分とは言えず、特に、「自分の声が人の声になって」の陳述は、精神病理学的にはどのような体験であるのか、さらに詳細な問診を加え、どのような精神症状なのか特定する必要ありと感じる。さらに、問題行動の背景に確かに精神症状の影響があるか否かについての根拠も補足する必要ありと感じる。これらを主治医に照会。

- 人格障害ではないか

- 診断名は統合失調症であるが覚醒剤中毒疾患ではないか。統合失調症の診断に至った根拠は？統合失調症が十分つけられるのであれば2級、中毒疾患ならば3級。

- 通院医療が不要とある理由が不明瞭。病歴から判断される生活能力と記載内容の整合性が不明瞭

- ⑤-2と3の間に整合性がない。再考が必要。

- ④及び⑤-2、⑤-3の記載が不整合があると考えられる

返戻

- 強姦と精神症状との関係について記載。診断が疑問。人格障害などの鑑別はできているのか。
- ⑤-2は3級相当、⑤-3は1級相当で矛盾がある

- ⑤生活能力の状態－2 日常の生活能力の判定と、3 日常生活能力の程度の整合性について再考をお願いします。
- 発病から現在までの病歴、症状から衝動性のコントロールが甘い点から、日常の生活能力の判定が甘過ぎるから。
- ⑤－2の判定が軽すぎるのではないか。在宅生活を想定して再検討
- ②平成10月？ ④精神症状を詳しく ⑤2と3が矛盾（単身生活を想定しているか？）
- 日常の生活能力の判定と日常生活能力の程度に矛盾があるため"
- 8項目は3級、5項目は2級で、その旨を文書にして、主治医に訂正を求める。
- ②、③、④、⑤-3、⑥欄の記載と、⑤-2欄の記載に整合性がない。②、③、④、⑤-3、⑥欄の記載では、1級相当であると考えられるが、⑤-2欄の記載（生活能力の状態）では、当センター判定委員会では、3級相当と判断する。よって、医師に文書照会したうえで再判定を行う。

症例4 判定理由

1級

- 五項目重視
- ④TIQ=48 ⑤－2, 3の判定、程度。
- ⑤－2、⑤－3より1級相当と判断
- 日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から

2級

- 知的程度（中等度）、療育手帳Bなど総合的に判断し2級と判定する。"
- 日常生活能力から判断
- 精神遅滞であるが、精神症状が認められるため、手帳適応と認め2級と判定する。
- 知的障害、中程度。高齢の母親への極度の依存。生活能力が低い。頼るべき人の存在が症状を左右している。
- ⑤の2と3の状態による
- 精神発達遅滞の症例であるが、不眠・不安などの精神症状があり、日常生活に制限をうけている。生活能力の状態（⑤-2, 3）が、知的障害により影響を受けている可能性はあるが、精神障害による影響との線引きは困難であり、記載内容に従い2級相当であると判定した。

3級

- 純粋な精神症状は軽く、日常生活での支障は知的障害に起因するものが大きいと考えられるから。

非該当

- 日常生活能力の低さは精神遅滞によるもの。精神障害の程度は軽い。療育手帳の該当ではないか。

●主たる精神障害の病名が「精神遅滞」であり、また、日常生活能力の低下も主として精神遅滞によると考えられるため、手帳交付の対象とは認められず「非該当」の判断が適当。結果通知に際しては、療育手帳の申請を勧める。

●病名精神遅滞は対象外

●精神手帳の対象となるか検討したが、次の理由により非該当（不承認）と判定した。診断名が「精神遅滞」のみであること。精神症状も「不眠、不安、心気」のみであり、症状に関する具体的程度に関する記述もないこと。療育手帳をすでに取得していること。

●障害が精神遅滞に起因するものと判断された

●病名が精神遅滞のみであるため

●「心氣的訴え」を精神症状として判断しがたい。

●精神的症状が十分に書ききれていないことから。および精神症状を表す主病名の記載がないことから。

●精神遅滞のみは手帳の対象としない

●精神遅滞のため

●知的障害者は精神の手帳の対象外

●①病名；精神遅滞には療育手帳制度あり

●知的障害は該当しないし、精神症状の程度も手帳に該当しない

●精神遅滞による障害であり、療育手帳制度があるため。

●「知的障害」は精神障害者保健福祉手帳の対象外のため

●主たる精神障害が精神遅滞であるため。

●知的障害による精神症状が認められないため。

●法第 45 条第 1 項による。

●療育手帳制度の対象者であり、病名が精神遅滞のみは対象外にしている。

●知的障害の手帳該当のため

●精神遅滞のみで精神病症状がないものは非該当

●知的障害は、本制度の対象外である

照会

●従たる精神障害の確認と、⑤-2-（4）で通院・服薬が「不要」となっている点について確認するため。

●不眠と心気から⑤のような重い障害があるとは考えにくいため、知的障害による障害が判定に加味されていないかどうかを確認したい。

●心気、不安を主とする診断名で精神障害として申請できる状態か否か、主治医に照会。

●なぜ、療育以外に精神の手帳を要するか

●精神遅滞のみでの不適応で有れば、判定困難。現在の状態に、不安及び不穏に○があり、これに対応した診断名や状態像の記載を従たる精神障害に求めるか、この診断名等を主にして、精神遅滞を従としてもらうかとする。

●精神症状による日常生活の障害度が不明瞭

- 従たる精神障害に、診断名がないから

戻る

- 病名が「精神遅滞」とあるが、精神症状が認められ、該当する精神疾患があれば記載してもらう。
- 精神遅滞のみでは非該当。不安などを訴えているので、主病名を変更することをお勧めする
- 精神障害が不明確
- 病名が「精神遅滞」のみ
- 精神遅滞だけでは判定できない。
- 精神遅滞(知的障害)だけでは、手帳の対象にならないため
- 情動および行動の障害について確認
- 8項目および5項目は知的障害そのものではなく、随伴症状に対してのみの記載を求める旨を文書にして、主治医に訂正を求める。
- 精神遅滞のみでは不可。

症例5 判定理由

1級

- なし

2級

- 五項目重視
- 精神疾患の存在と状態および能力障害の状態を確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定。
- 病相を1年に1回以上繰り返している。働かず生保を受給しなければならないということがあるため、現在の能力的には3級であるが、総合的に2級とした。
- ②④の症状より落ち着いているが軽躁状態、ヘルパー、訪問看護等の支援及び⑤-2, 3の生活能力の程度から
- 生活能力程度より
- 入院歴はないものの、独居で生活しており、かつホームヘルプ、訪問看護を利用していることから
- そううつ病にて、病状不安定だが、日常生活は可能である。
- 現在軽躁気味の状態であるなど症状が不安定で、日常生活能力も影響を受けるため。
- 仕事ができている。精神障害のためヘルパーなどの介助が必要であり、状態不安定なため2級と判定する。
- 経過が長い。症状の変動がある。入院歴はない。日常生活は比較的高い。
- 日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から

3級

- ⑤-2の程度より

- 寛解期はないが、生活能力は高い
- 躁状態（軽躁状態）が収まれば、うつ状態の問題はあるが、ある程度普通に生活できる印象も受ける。診断書は軽躁状態時のものであり、日常生活能力の判定（⑤－２）をそのまま認めることはできない。これまでの経過から判断して、確かに躁うつ病はあるが、頻繁に躁状態、うつ状態を繰り返しているわけでもなく、３級相当と判断する。
- 現在の症状が、軽躁状態であり日常生活能力の状態を重視して３級と判定する。
- ２．の生活能力の判定の項の記載は３級相当で、症状の記述では、症状が長期持続したり頻繁に出現するとまではいえないと判断し、３級相当と判断した。
- ⑤欄の程度によると２級または３級程度と思われるが、次の理由により、３級と判定した。
 - ・診断名が「躁うつ病」であり、現在のところ状態は落ち着いており、独居生活が維持されていること。
 - ２０代頃入院歴があるらしいということはあるが、少なくとも以後においては入院歴はなく、通院によりカバーできていること。
- ②の病歴、経過。⑤－２の判定。
- 日常生活能力の判定・程度から
- 記載内容から総合的に判断。
- 日常生活能力から判断
- 病状が改善傾向
- 病状は依然不安定。就労もできていない。
- 生活能力の判定から
- 入院歴はなく、生活歴等から判断して、３級相当と思われる。
- 「精神疾患（機能障害）の状態」「能力障害の状態」ともに３級相当であると考えられる
- 入院歴もなく、独居可能であり、日常生活能力の判定からも３級と判定。
- 30年以上の病歴があり、日常生活のすべてに援助が必要なため"
- ⑤２の判定、及び現在軽躁状態、過去のうつ状態も独居生活で通院していたことから軽度と判断。
- 躁うつ病としては重症でない。うつ病が主体。
- ⑤の２と３の状態による
- 日常生活関連項目がすべて「概ね（自発的に）できるが援助が必要」であること。
- 「３ 日常生活能力の程度」欄が「(3)」で２級相当であるが、「２ 日常生活能力の判定」欄が、「自発的にできるが援助が必要」等の列が多数であり、３級に認定。
- 診断名、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから３級に相当すると思われる
- ②、④、⑤－２より３級相当と判断
- ⑤－２において、すべての項目が「援助が必要」であるから
- 指針どおり
- ８項目で、全部自発的概ねであるため。
- 社会生活は制限を受けるが日常生活の制限は著しいとは言えない
- 精神障害の状態による日常生活への制限が、「著しく」制限を加えられている状態でないため、３級に該

当すると考えられる。

- 記載所見より

非該当

- なし

照会

- 精神症状による日常生活の障害度が不明瞭

返戻

- 「発病から現在までの病歴」欄中、「入院歴があるらしい」と「入院歴はない」の記載がある。
- ⑤2と3が矛盾（⑥のホームヘルプ援助があつてできているのか？）
- 能力程度は3で2級相当だが、能力判定に「援助があればできる」の2級相当がなく整合性がな
いから。とくに生保受給中であるため、そのまま3級にして判定すると障害加算がはずれて生活に著
しい支障を来す可能性があるため、こういう場合は配慮している。

症例6 判定理由

1級

- ⑤-2、⑤-3の程度と、④の記載内容より
- 症状の程度も重く、生活能力も低い
- 日常生活能力の判定・程度から
- ④の記載内容を重視し監案した。
- 日常生活能力、問題行動から判断
- 高次脳機能障害の場合、記憶力障害が高い場合は、日常生活の自立が困難で、診断書の記載でも、(4)と
なっている。
- 精神症状のため独りではまったく生活できず、常に介助が必要だから。
- 痴呆中等度であるが、混乱し徘徊・興奮などの症状のため援助が必要で、疾患への洞察が無く④欄4行
目のように生命の危険が生じる可能性がある症状であるため
- ④から判断し、食事治療、身の安全保持について常時援助を必要とする状態と判断。
- 発病からの経過は短い、痴呆によるぼや騒ぎや、糖尿病の自己管理ができない。生活能力も低く、今
後の治療による改善は見込めない。
- 日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から

2級

- 精神症状を重視してみれば、痴呆の状態は2級と判定する。"
- 痴呆の程度および、それに伴う人格水準の低下は高度とは言えず、生活能力判定から2級と判断した。
- 認知症の状態像の程度および日常生活能力の判定から。

- 麻痺による生活障害を差し引いて判定
- 改訂版長谷川式では軽度の痴呆とも考えられるが、ぼや騒ぎを起こしていること、主治医の生活能力の状態を考慮に入れて2級と判断した。
- 1級とする意見もあったが、精神症状についてあまり触れられていないため、2級相当と判断した。
- 高次脳障害は手帳の適応と判断す。精神症状あるが、糖尿病コントロールのため入院は一般科で治療できる。
- 日常生活能力の程度（4）であるが、その原因は身体合併症が主体であるため。
- ⑤の2と3の状態による
- 能力程度は1級相当だが、能力判定に1級相当の「できない」がないため。診断については次回からICD・10の診断名を付けるように電話で指示する。
- 痴呆があること。日常の身辺管理が困難であること。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が「(4)」で1級相当であるが、「2 日常生活能力の判定」欄が、「援助があればできる」等の列が多数であり、2級に認定。
- 臨床症状、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから2級に相当すると思われる
- ⑤-2のすべての項目が「援助があればできる」であるから
- 指針どおり
- 8項目で、全部援助であるため。
- 社会生活、日常生活共に著しい制限を受けている
- 高次脳機能障害の症例であるが、記憶障害、判断力低下など主に認知面における精神症状があり、日常生活に制限をうけている。生活能力の状態（⑤・2, 3）が、身体障害により影響を受けている可能性はあるが、精神障害による影響との線引きは困難であり、記載内容に従い2級相当であると判定した。
- 記載所見より

3級

- なし

非該当

●診断書を作成した医師は脳外科医（日本神経学会認定医）であり、精神保健指定医または精神科医師ではないため、手帳申請の診断書としては認められず、「非該当」として取り扱った。また、結果通知に際しては、再度申請する場合は、改めて精神保健指定医または精神科医師の作成した診断書の添付を求める説明を添える。なお蛇足ながら、病名にある「高次脳機能障害」は精神障害の病名としては不適切と考えられ、ICD・10 カテゴリーでの文字数字コード3～4桁を添えての診断書を求めたい（この場合のF0だけでは足りないと思われる）。

- 「てんかん」以外は、精神科を標榜している医療機関か精神科医師の診断によるものとしているため

照会

- 病名がICD・10にない。
- ⑤の判定に際し、左不全麻痺による身体障害が判定結果に加味されていないかどうかを確認したい。

●⑤欄の程度によると1級または2級程度と思われるが、次の理由により、保留とした。

・「高次脳機能障害」は、手帳と対象となる病名として認めていないこと。ただし、診断名を再考した結果、精神疾患の病名がつけば、あらためて審査を行うこととした。

返戻

- 精神症状について、徘徊、興奮の程度を具体的に記載してもらおう。
- 病名が不適切
- 病名不適切、再確認を要する。
- ①病名；血管性痴呆等へ変える
- ②、④、⑤-2、⑤-3に整合性がない ⑤-2の評価等再検討してもらおう

症例7 判定理由

1級

- なし

2級

- 適応障害という病名のみでは手帳の対象ではないが、従たる精神障害にアスペルガー症候群があるため認める
- 日常生活がある程度出来ているが、様々な不適応が生じている。
- 日常生活能力は高いが、デイケアのような保護的環境下でもうまく適応できていないなど、社会生活の障害が大きいから。
- デイケアに通うことができるため2級と判定する。精神症状によるトラブルがあり手帳の適応と考える。
- 知的障害はない。広汎性発達障害から来る強迫的行動が多い。日常生活で、自発的にできるのは、障害からくるこだわりの部分とも取れる。障害名から、今後治療による改善が期待できない。
- 日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から

3級

- ⑤-2、⑤-3の程度より
- 生活能力は比較的高い
- 精神疾患の存在と状態および能力障害の状態を確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定。
- 対人関係の障害が疾患により認められ、デイケアの場面でも観察され、うまく適応できないため。
- アスペルガー症候群が主たる精神障害とすれば、総合的に判断すると3級と判断する。
- ①③④及び⑤-2、⑤-3の生活能力の障害の程度
- ⑤欄の程度によると、3級程度と思われる。診断名から手帳の対象となるか検討されたが次の理由により対象とした。主たる診断が「適応障害」であり、抑うつ、不安などの症状の影響が認められること。対人トラブルが絶えないとあること。アスペルガー症候群については、今回は「従たる精神障害」としての診

断なので、「適応障害」の診断名を重視した。

- ⑤-2,3の判定、程度。
- 日常生活能力の判定・程度から
- 記載内容から総合的に判断。
- 日常生活能力から判断
- 日常生活能力の判定及び程度から判定
- 主病名が適応障害であること、また日常生活能力の程度が(2)であることから。
- アスペルガーによる対人トラブルなど生活上の支障、また気分障害は相応に評価する必要があると考えた。
- 生活能力の判定から
- 日常生活能力の判定と日常生活能力の程度等から判断して。
- 「精神疾患(機能障害)の状態」「能力障害の状態」ともに3級相当であると考えられる
- 日常生活能力の判定と能力の程度の欄の内容が3級に該当している。
- "●精神症状があり、対人関係について顕著な制限があるため"
- ⑤2(5)の項目以外は自発的にできる、ないし自発的にできるが援助が必要であること、及び⑤3の判定から判断。
- アスペルガー症候群は恒常的障害。日常生活能力の程度(2)のため。
- ⑤の2と3の状態による
- 能力判定は3級相当の「自発的にできるが援助が必要」に○が多く、能力程度も3級相当の2である。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が「(2)」で3級相当であり、「2 日常生活能力の判定」欄が、「概ねできるが援助が必要」等の列が多数であり、3級に認定。
- 臨床症状、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから3級に相当すると思われる
- ②、④、⑤-2、⑤-3より3級相当と判断
- ⑤-2において、「援助が必要」以下が5項目であるから
- 8項目で、できるもしくは自発的概ねが計7つであるため。
- 社会生活は制限を受けるが日常生活の制限は著しいとは言えない
- 適応障害・アスペルガー症候群の症例であるが、不眠・不安・抑うつなどの精神症状があり、日常生活に制限をうけている。総合的にみて、精神障害の状態による日常生活又は社会生活への制限が、「一定の制限」の範囲内であるため、3級相当であると判定した。
- 記載所見より

非該当

- なし

照会

- 主病名、従病名の関係

●精神障害者福祉の対象は、主として慢性に経過する精神障害の病態による日常生活能力等の低下への支援であるため、病名にある「適応障害」は、この手帳申請の主たる精神障害の病名としては不適切と思われる。この場合は、従たる精神障害の欄にある「アスペルガー症候群」を主たる精神障害とし、「適応障害」は従たる精神障害にするのが適当と考えられる。そのため、まず、照会によりこの旨の意見を添え、再度病名の検討を求める。その上で、等級等の判定を行うと、アスペルガー症候群を基盤としてうつ状態などの適応障害に陥ったり、診断書にあるような日常生活能力の低下が認められることは十分考えられる。そのため、長期間にわたり日常生活に一定の、あるいはそれ以上の制限を受けることが予想され、3～2級相当の判定を行うことになる。今回の場合は、診断医の判断もあり、3級相当が適当と考えられる。

●主たる精神障害として「適応障害」は定義上不適切であることを指摘し、アスペルガー障害を主たる障害としての再申請を示唆。その場合も、判断は慎重を要するが、3級の判定の可能性があると考えられる。

戻る

●④精神症状、生活障害を具体的に記載

●「適応障害 F43」は病名誤り。アスペルガー障害がこの事例の問題の主なものと考えられる。これを主にすれば3級認定できると考えられる。

●病名（適応障害）について再検討を促す

症例 8 判定理由

1級

●なし

2級

●⑤-2、⑤-3の程度より

●五項目重視

●精神疾患の存在と状態および能力障害の状態を確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定。

●⑤欄の程度によると2級または3級程度と思われるが、次の理由により、2級と判定した。診断名が「境界性人格障害」であり、幻聴や問題行動が一過性であることや、医学的に精神病レベルとしては健康度は高いと判断されることから「3級相当」との意見もあったが、自傷行為や児への虐待行為、他者とのトラブル多く、⑤(6)が「できない」とされていることから、日常生活、社会生活において医学的見地以上に障害の程度が重い状態にあると思われたこと。

●病状が不安定

●記載内容から障害の重症度を総合的に判断。

●自傷行為があるなど精神状態が不安定

●推定発病から長いこと、生活保護を受給していること、作業所に通所していることから

●日常生活能力の判定と程度から

●日常生活がある程度出来ているが、様々な不適応が生じている。

●生活能力の判定から

- 日常生活能力は高めであるが、衝動行為その他の精神症状が高度なため。
- 「精神疾患（機能障害）の状態」「能力障害の状態」ともに2級相当であると考えられる
- 自傷行為や児童虐待を除けば全体的に常時援助を必要とする状態にはないと判断。
- 精神症状があるため手帳の適応と考える。共同作業所に通所できている。入院なく定期的に外来に通院しているため2級と判定する。
- 発病からの経過は短い。対人関係に問題あり。日常生活は、自発的にできるものがない。安全保持ができない。今後の改善の見込みは疑問である。
- ⑤の2と3の状態による
- 能力程度は2級相当の 3 であり、能力判定の評価は分散しているが2級相当が妥当と思われる。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が「(3)」で2級相当であり、「2 日常生活能力の判定」欄が、「援助があればできる」が2項目あり、2級に認定。
- ②、④、⑤-2、⑤-3より2級相当と判断
- 日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から

3級

●生活能力は比較的高い

- 境界型人格障害を基盤として、その時々には様々な精神症状を呈し、その時々には日常生活に一定の制限を受けているとされる症例であるが、その時々では、一見普通に生活していることもあると思われる。つまり、その日常生活能力の低下は経時的には変化があり、日常生活能力の程度のチェック（⑤-2）で「できない」を、統合失調症等の慢性に経過する精神病性障害と同一に扱うのは不相当と思われる。また、その低下には、病状（精神症状等）もあるが、その人格傾向によるものも少なくない。よって、（⑤-3）の欄では（3）とあるが、以上を考慮すれば、3級相当が適当と思われる。
- 対人関係で不適切な行動あり、社会生活に支障はあるが、能力的には保たれているため。
- 社会適応レベルが良いときと悪いときの差があるが、持続的な障害ではないため3級と判定する。
- ⑤-2から3級相当
- ⑤-2の判定。
- 日常生活能力から判断
- 幻聴などの精神症状を認め、情動の不安定さ、衝動性などを考慮し、3級とした。
- 精神病様症状も認められるため。
- 入院歴がなく、地域の標準的な援助で生活を送れている。日常生活能力の判定については、統合失調症の判定基準と異なる解釈をしないといけないので3級と判定。
- 幻聴・衝動行為があり、身の安全保持危機対応ができないため"
- 対人関係は極めて困難であることは読み取れるが、日常生活に援助が必要である理由はない。
- 診断名、年齢、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから3級に相当すると思われる
- ⑤-2において、「援助が必要」以下が5項目であるから

- 指針どおり
- 8項目で、自発的概ねが5つであるため。
- 社会生活は制限を受けるが日常生活の制限は著しいとは言えない
- 境界性人格障害の症例であるが、幻覚などの精神症状があり、日常生活に制限をうけている。総合的にみて、精神障害の状態による日常生活又は社会生活への制限が、「一定の制限」の範囲内であるため、3級相当であると判定した。
- 記載所見より

非該当

- 精神病と同等の症状がないため。

照会

- 幻聴の出現は、一過性の小精神病状態としてよいのか等、診断に関する照会をしたい。

返戻

- 幻聴、被害妄想が長期持続しているように思われます。主病名を御再考ください。診断名と症状記載の内容に整合性が無い。幻覚妄想状態について、詳しく記載してください

症例9 判定理由

1級

- なし

2級

- 五項目重視
- 精神疾患の存在と状態および能力障害の状態を確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定。
- 人格交代はここ6ヶ月程度の期間で極めて頻回とは判断できない。生活能力判定からも2級と判断した。
- ③④及び⑤-2、⑤-3の生活能力、生活障害の程度
- ⑤-2,3の判定、程度。⑦の症状。
- 日常生活能力の判定・程度から
- 主病の重症度を監案した。
- 備考欄の記載、長期間におよんでいること、不安障害のあること等から。
- 日常生活能力の判定と程度から
- 日常生活がある程度出来ているが、様々な不適応が生じている。
- 生活能力の判定から
- かなり強い不安症状や解離症状があり、社会生活の障害が大きいから。
- 症状は流動的なものであるため、障害という概念からは違和感があるが、現在の日常生活能力の判定によって2級と判定。

●解離性の健忘、人格交代、およびこれらに関連した不安感・抑うつ感があり、解離時は常時援助を要するため

●就業できていない。日常生活が困難であるため2級と判定する。

●経過は短い。症状は一進一退。対人関係に問題あり。解離があると、多くの見守りが必要。就労や日常生活に大きな支障あり。改善が見込まれない。

●⑤の2と3の状態による

●能力程度および能力判定ともに2級相当である。

●「3 日常生活能力の程度」欄が(3)で2級相当であり、「2 日常生活能力の判定」欄が、「援助があればできる」の列が多数であり、2級に認定。

●⑤-2において、「援助があればできる」が6項目であるから

●指針どおり

●8項目で、援助が6つあるため。

●社会生活、日常生活共に著しい制限を受けている

●日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から

3級

●解離状態の頻度は不明、生活能力は比較的高い。備考欄と生活能力との判定との整合性がない。

●解離性障害は基本的には心因性の障害であり、統合失調症等の慢性に経過する精神病性障害と同一には扱えない。解離状態にある時には確かに日常生活に支障をきたすのだろうが、それが果たして全て無意識的なものなのか、随意的なもの排除できるのかといった問題もある。経時的な状態の変化も問題となる。そしてそもそも、治療の対象であるのは間違いのない所だが、果たして福祉の対象としてどの範囲まで考えればよいのかも問題としてある。手帳の判定にあったっては、機械的にその時点での日常生活能力低下だけをみればよいのではなく、精神障害者福祉の目的や主旨を十分考慮するべきと思うからである。以上のことを考慮し、今回の場合は、診断書にもあるように「日常生活は解離時でなければある程度こなせる」とあり、日常生活能力の程度(⑤-3)は、(2)が適当と思われる、3級相当と判断する。

●日常生活能力は解離状態を記載している

が、症状が固定していないことと全体的に判断し3級と判定する。”

●⑤欄の程度によると、2級または3級程度と思われるが、次の理由により、3級と判定した。主たる診断名が「解離性障害」であり、⑤欄で「援助があればできる」とされていることは、解離時によるものであって、解離時でなければ日常生活はある程度こなせるとされていること。従たる診断に「不安障害」があり、その症状による生活への影響や、解離時の問題行動は認めるが、2級程度には至らないと判断されること。

●日常生活能力、問題行動から判断

●解離症状については、診断書に書いてある以上、特に、矛盾がない場合はそれに沿って判断するしかないと考える。生活上の支障を考えると3級が妥当かと考える。

●日常生活能力の判定と日常生活能力の程度等から判断して。

- ④の状態像及び⑤の生活能力の程度により。
- 申請者の状態にあっては解離エピソードの「常態」にあるのではないこと、解離エピソードの最中においても福祉的支援の対象となるとは考えにくいこと、そうであっても、一定の社会生活上の制限があることなどから、2級ではなく3級に認定されるものとする。
- 診断名、年齢、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから3級に相当すると思われる
- ②、④、⑤-2より生活障害は軽度と判断
- 記載所見より

非該当

- 症状が恒常的ではないため。

照会

- エピソードの頻度、持続期間を確認するため。

返戻

- 解離症状の持続期間、頻度等を具体的に記載してもらう。
- 「神経症性障害」の場合、他の精神疾患と同程度の状態像が必要

症例 10 判定理由

1級

- てんかんコードによる判断のうちに入っていることから。
- 発作タイプの（イ）及び（ハ）の頻度が共に2級レベルであるため、総合すると障害の等級は高いものと判断。
- SPSが月単位でおきていて、発作頻度はさらに多いと考えられると判断されるから

2級

- ④より、GTCが年二回以上という基準を満たすので。
- 五項目と発作の型、頻度が同等であった。
- 精神疾患の存在と状態および能力障害の状態を確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定。
- まず、知的障害や行動障害がないのに、日常生活能力の判定（⑤-2）のチェック内容は理解に苦しむが、多分、8歳児の日常生活能力を大人のそれと比べて記載したためと考えられる。やはり、小児の場合はその年齢の平均と比較して考えるべきであろう。そのように考えれば、今回の場合は、てんかん発作間欠時は普通であり、判定に当たっては、てんかんの発作型と頻度を考えればよいと思われる。全身性强直性間代性けいれんは年に2回以上は起こり、意識障害を伴わない部分発作が毎月あるので、2級相当と判断される。
- てんかんの発作型および頻度より2級とした。
- 発作頻度を考慮し2級と判定する。

- SPSの頻度、GTCの頻度のいずれからでも2級相当と判断される。典型的なBECTとの記載があるが、現在8歳であり、将来の発作出現頻度の変化により、等級変化の可能性には考慮が必要と思われる。
- 発作型は2つあるがいずれも2級相当
- 発作頻度から
- 発作のタイプ頻度及び生活能力の状態より判断。
- 発作頻度より
- 発作の頻度、日常生活の制限から判断
- 発症からまだ約6ヶ月経過しただけであり、「てんかん」発作が不安定であること。発作頻度等から判定
- イ、ロの発作が月1回以上、ハ、ニの発作が年2回以上で2級相当、日常生活能力の程度も2級相当、総合して2級相当
- てんかん発作タイプの分類に従って評価
- 発作の頻度をもとに判定。
- 発作頻度
- 発作頻度等から
- 発作の型及び頻度での判定の結果2級に相当したため。
- 発作の頻度と程度から判断して2級相当のため。
- GTCは発作タイプ「ハ」に相当すると考えられ年4回で2級、SPSは同じく「イ」に相当すると考えられ月単位で起きているので2級相当であると考えられる
- 発作のタイプ・回数より判断して2級と判定。
- BECTであるが、現時点では2級相当
- BECTと書いてあるが、まだ治癒していないため2級と判定する。
- 発病からの経過は短い。発作の頻度、タイプともに重い。日常生活の判定は、年齢によるものと、症状が活発なため、周囲からの制限を受けていることによるものと判断。経過が短いことや、幼いこともあり、治療による安定は今後見込まれる。
- ⑤の2と3の状態による
- 全般発作による意識消失の頻度は2級相当である。生活能力も概ね2級相当である。なお電話で④⑦項のSPSやGTC、BECTなどは日本語で記載するように指示する。
- 発作型と頻度のみで判定。二次的全般発作が半年で2回起きていることによる。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が(3)で2級相当であり、「2 日常生活能力の判定」欄が、「援助があればできる」の列が3項目があり、2級に認定。
- 発作のタイプ、頻度から2級に相当すると思われる
- 発作頻度から2級と判断
- 睡眠中の発作は転倒とは考えない
- SPS→2級、GTC→2級。8項目や5項目は発作間欠期の精神症状による生活障害として解釈しているが、この診断書には、発作間欠期の精神症状の記載はなく、これらの部分は判定に全く考慮しない。
- 社会生活、日常生活共に著しい制限を受けている

- 日常生活能力の判定及び程度並びに発作のタイプと頻度から
- 記載所見より

3級

- 典型的なBECTとのコメントを考慮。

非該当

- なし

照会

- てんかん発作の内容（発作のタイプ、頻度）から、2級程度と思われるが、⑤欄の記載内容に疑義があるため、担当医が小児科医師であることから今後の教育的指導も含めて保留とした。

返戻

- 作成にあたっては、外国語・略語は使用せず、日本語で判読しやすいよう、記載をしてください。
- 日常の生活能力の判定について病状によるものか年齢によるものか区別できないため

資料3 模擬症例シミュレーション

全精セ援第43号
平成17年1月15日

〔各都道府県
政令指定都市〕精神保健福祉センター所長

全国精神保健福祉センター長会
会長 青木 眞策
副会長 白澤 英勝

平成16年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）
「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」
アンケート調査、模擬症例シミュレーションへの御協力をお願い

皆様方には、ますます御清栄のことと存じます。

精神障害者保健福祉手帳の判定業務につきましては、平成14年度より、全国都道府県・市の精神保健福祉センターにおいて、精神障害者福祉の諸施策のまさしく出発点となるものとして、積極的に担っているところであります。

しかしながら、この判定業務に関しましては、様々な観点から問題の指摘されるところであります。この間、センター長会においては、何度となく議論されてきたところであります。そこで、全国精神保健福祉センター長会が中心となり、平成16年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」（主任研究者：白澤英勝）を立ち上げました。この研究の経緯、趣旨等につきましては、16年7月の総会と16年10月の会議におきましてもご報告いたしております。今回、今年度の研究の中心をなすものであります、アンケート及び模擬症例シミュレーションを、手帳判定の業務にかかわる全国60センターにお願いすることになりました。

今回（平成17年度）の制度改革においては、積み残しになった手帳制度ではありますが、この研究の成果をもってより良い方向性を模索し、次期の制度改革に資するものにしたいと考えております。その点において本研究は、今後の精神障害者福祉の方向性を左右するとも言える、大変重要な政策的意義を持ったものであります。

なお、ご回答に当たっては、別紙1（アンケートの回答に当たっての補足の情報）及び別紙2（模擬症例シミュレーションに当たっての補足の情報）をご参照ください。また、ご不明の点がありましたら、どうぞ遠慮なくお問い合わせください。

ご多忙の折、大変恐縮ではあります。何とぞよろしく御協力くださいますようお願い申し上げます。

返送及び問い合わせ先	
アンケート	札幌こころのセンター 所長 築島 健 TEL：011-622-5190 FAX：011-622-5244 E-mail：Takeshi.Tsukishima@city.sapporo.jp
模擬症例	高知県精神保健福祉センター 所長 山崎 正雄 TEL：088-821-4966 FAX：088-822-6058 E-mail：masao_yamasaki@ken2.pref.kochi.jp