

を重視して判定を行っているところもあるが、病歴、病状・状態像を考慮して判定しているところとでは、その等級判定には差異がみられている。平成7年9月12日健医精発第46号（各都道府県精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知）において「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」には、日常生活能力の判定、程度による概ねの判定の方法が記載されているが、それによって機械的に判定したものと、それ以外の診断書の記載内容を詳細に検討した判定では差異がみられ、等級判定のばらつきを生じる原因となっている。また、診断書⑤-2日常生活能力の判定（いわゆる8項目）を重視しているものと、⑤-3日常生活能力の程度（いわゆる5段階）のいずれを重視して判定しているかによっても、判定結果に差異を生じている。また、診断書の生活能力の状態の記載に齟齬があるもの（例えば、診断書⑤-2日常生活能力の判定と⑤-3日常生活能力の程度のあいだでの記載内容の矛盾があるもの）では、それをどのように判断するかということが各自治体の判定会の判断の方法によって異なっており、判定結果に大きな差異がでてくることが確認された。

反社会的行動の有無や、病歴や精神症状・状態像の記載から障害が重いととるか、病歴や精神症状・状態像にとらわれず日常生活能力の状態によって障害を重いととるかでも判定が分かれる結果となった。総合的に判定することにはなっていないが、どちらに重きを置くかで判定結果に差異が生じることは問題であると思われる。

適応障害や解離性障害など、恒常的な障害ではなく一過性ないしは永続しない病態や、症状が固定せず浮動的に出現する疾患については、その障害を認定すべきか、どの時点での症状をもって障害等級判定を行うかというところで、判定が分かれる結果となった。人格障害においても、衝動行為や自傷行為を障害の軽重に加味するかによって判定が異なってくる。てんかんの症例では、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」の中に発作のタイプによる具体的な判定基準が記載されており、ばらつきは少なかったが、それでも精神神経症状など総合的に判定していくと判定に差異が生じてくる結果となった。

現在の判定基準の中では、それぞれの自治体の精神障害者保健福祉手帳判定会の障害に対する考え方、重視するところの違いによって、等級判定に大きなばらつきを生じていることが確認された。

## 2. 等級判定の問題点と今後の課題

平成7年9月12日健医発第1133号（各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知）において、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」、平成7年9月12日健医精発第45号（各都道府県精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知）において、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について」、平成7年9月12日健医精発第46号（各都道府県精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知）において、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運

用に当たって留意すべき事項について」の通知が出されている。各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターにおいて、それらの通知に則り、手帳の判定業務にたずさわっている。どの都道府県・政令指定都市においても、同一の障害者は同じ障害等級の判定を受けることは当然のことであり、居住している地域の違いによって、障害等級の判定に差異が生じ、ひいては福祉サービスの内容に大きな差異が生じてくることがあってはならない。しかし、模擬症例の等級判定シミュレーションでは、その判定結果にばらつきがみられ、同じ診断書から全く異なる障害判定がなされる結果となった。精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定にあたっては、診断書以外の情報は事実上なく、診断書に記載された内容によってのみ判断されることになる。同じ診断書から全く異なる判定がされてしまうということは、公平公正であるべき福祉サービスの不均衡が、その入り口の段階から簡単に生み出されてしまうこととなってしまう。

精神障害者福祉の分野では、これまで統合失調症を主とした施策が行われてきたが、近年はストレス関連障害、小児（児童）期および青年期に生じる行動および情緒の障害、成人の人格および行動の障害など、さまざまな精神疾患に医療や地域精神保健福祉の現場で遭遇する。その症状や経過、予後はさまざまであり、それぞれの複雑な疾患特性・障害特性を踏まえながら医療現場での治療や精神保健福祉分野での対応が工夫してなされている。手帳の診断書作成に当たっても、さまざまな精神疾患・精神障害に対して、その疾患特性・障害特性を適

切に捉えた正確な診断がなされ、病状・生活能力の状態の的確な把握がされることが障害等級判定において重要となる。しかしながら、模擬症例の等級判定シミュレーションでは、疾患特性・障害特性の捉え方の違いによって判定に大きな差異が生じていた。また、統合失調症の症例においても、その等級判定に大きなばらつきがみられた。精神疾患の状態と能力障害の状態をどのようにとらえ総合的に障害の程度を判定するかは、それぞれの判定会の考えによって大きく左右されてしまう。しかし、判定基準を単純化して機械的に生活能力の状態（診断書⑤-2日常生活能力の判定、⑤-3日常生活能力の程度）の記載で判断してしまうと、公平公正な障害等級判定ができないばかりでなく、一過性の疾患や本来精神障害者保健福祉手帳の対象にならないものに対しても重めの障害等級判定をしてしまう危険性もある。精神遅滞（知的障害）や高次脳機能障害などでは精神症状の適切な把握と詳細な観察、そして診断書への正確な記載がなければ障害等級判定は困難である。本来それだけでは精神障害者保健福祉手帳の対象になりにくい疾患を主たる精神障害とした模擬症例の等級判定シミュレーションに対して、各自治体の判定は大きくばらつきがみられる結果となった。また、人格障害や解離性障害などの神経症性障害については、一過性ないし永続しない病態に対してどのように障害の程度を判断するかが課題である。さまざまな精神疾患の精神症状をその疾患特性・障害特性を踏まえながら的確に捉え、正確に記載した診断書の信頼性を高める必要があるが、診断書様式を見直すと共に、診断書を作成する医師の要

件を厳密にしていく必要も出てくる。そして記載内容に疑いの残る診断書をなくし、公平公正な判定ができる診断書様式が必要である。また、さまざまな精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた、新たな等級判定の基準・指標の作成、障害等級判定体制の見直しが必要である。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

資料 1

模擬症例等級判定シミュレーション 結果

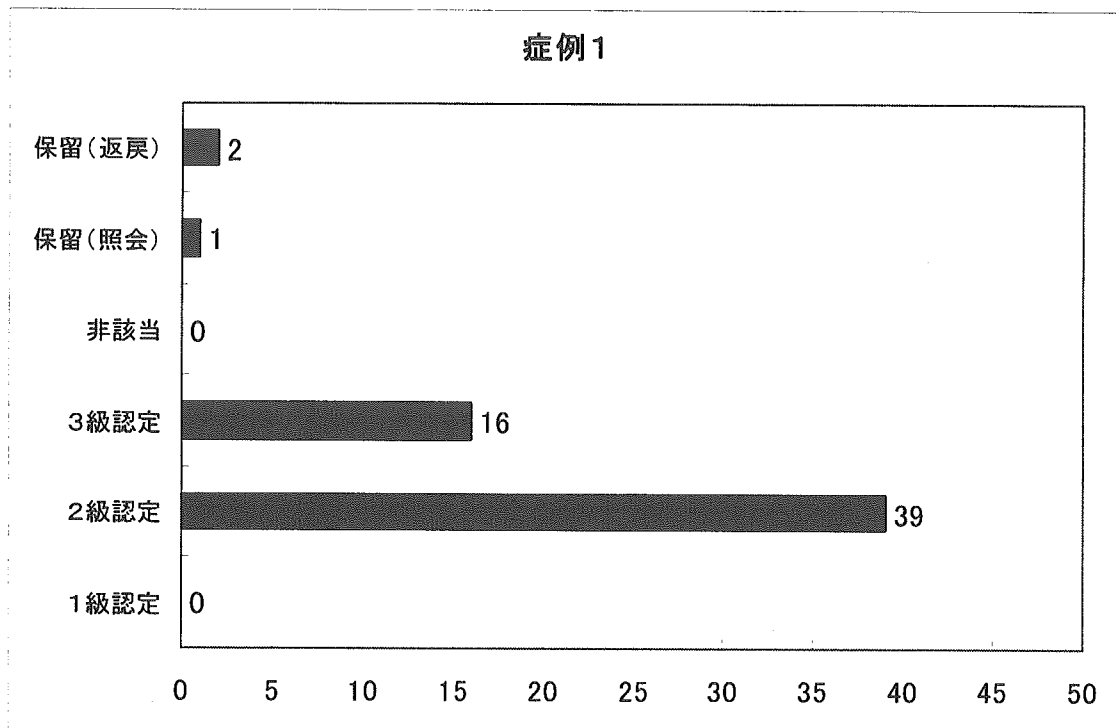
表 1

	症例 1	症例 2	症例 3	症例 4	症例 5	症例 6	症例 7	症例 8	症例 9	症例 10
<b>等級判定</b>										
1 級認定	0	0	5	8	0	16	0	0	0	3
2 級認定	39	42	18	6	16	29	10	30	37	48
3 級認定	16	13	11	1	38	1	42	24	16	2
非該当	0	0	1	26	0	3	0	1	1	0
保留（照会）	1	2	13	8	1	4	3	2	1	1
保留（返戻）	2	1	10	9	3	5	3	1	3	4
計	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
<b>保留の場合</b>										
申請者に返戻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師に文書紹介	1	0	8	5	1	3	0	0	0	1
医師に電話照会	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
医師に返戻	1	1	5	4	1	4	2	0	1	3

※ 60 の精神保健福祉センターのうち 58 センターから回答が得られた（回答回収率：96.7%）

※ 「保留の場合」の回答は、回答のないものもあるため「等級判定」の保留の数値とは一致しない。

図 1



(横軸は自治体 (審査判定会) 数 ; 以下の図でも同じ)

図 2

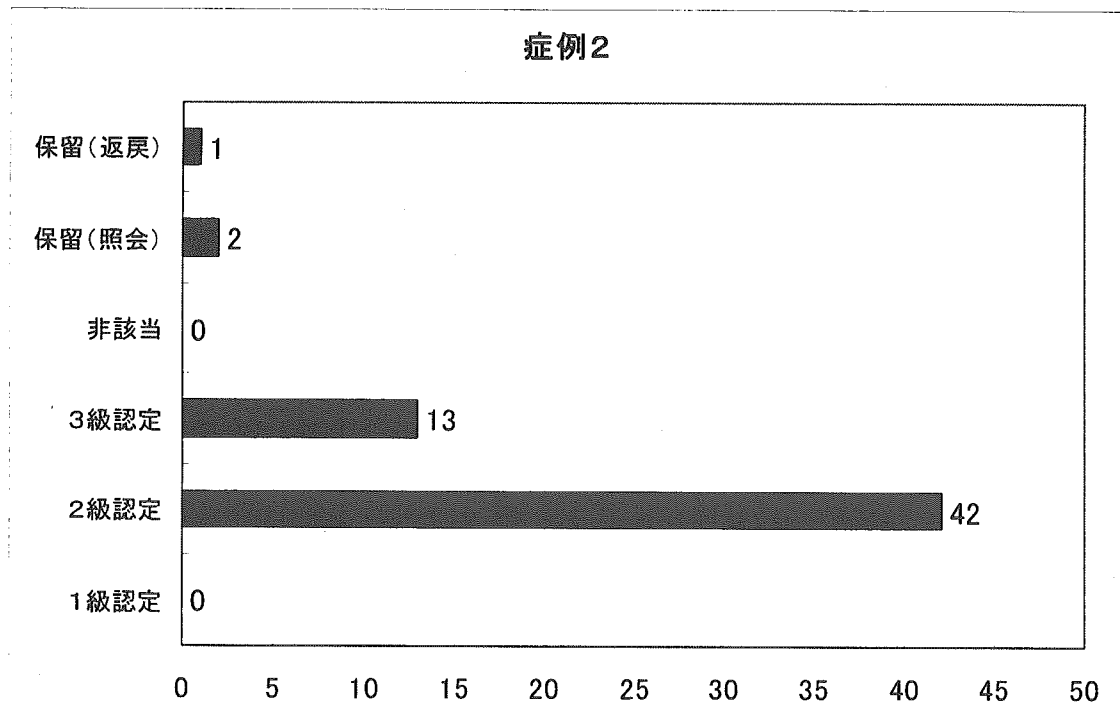


図 3

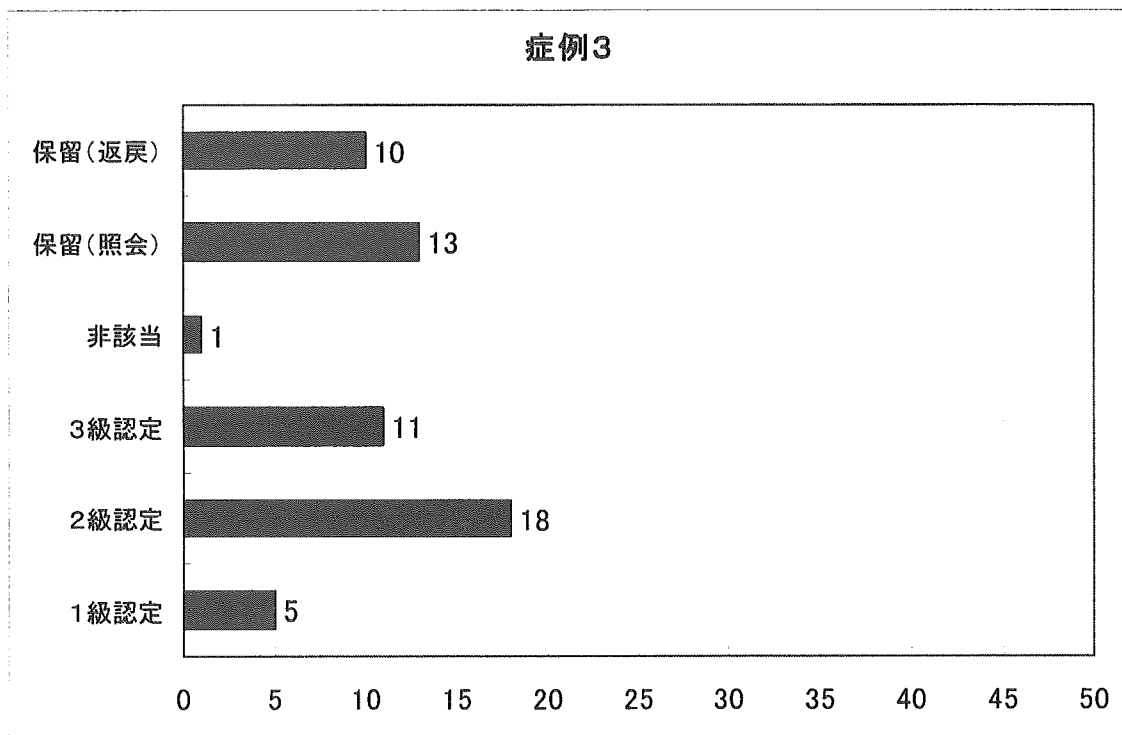


図 4

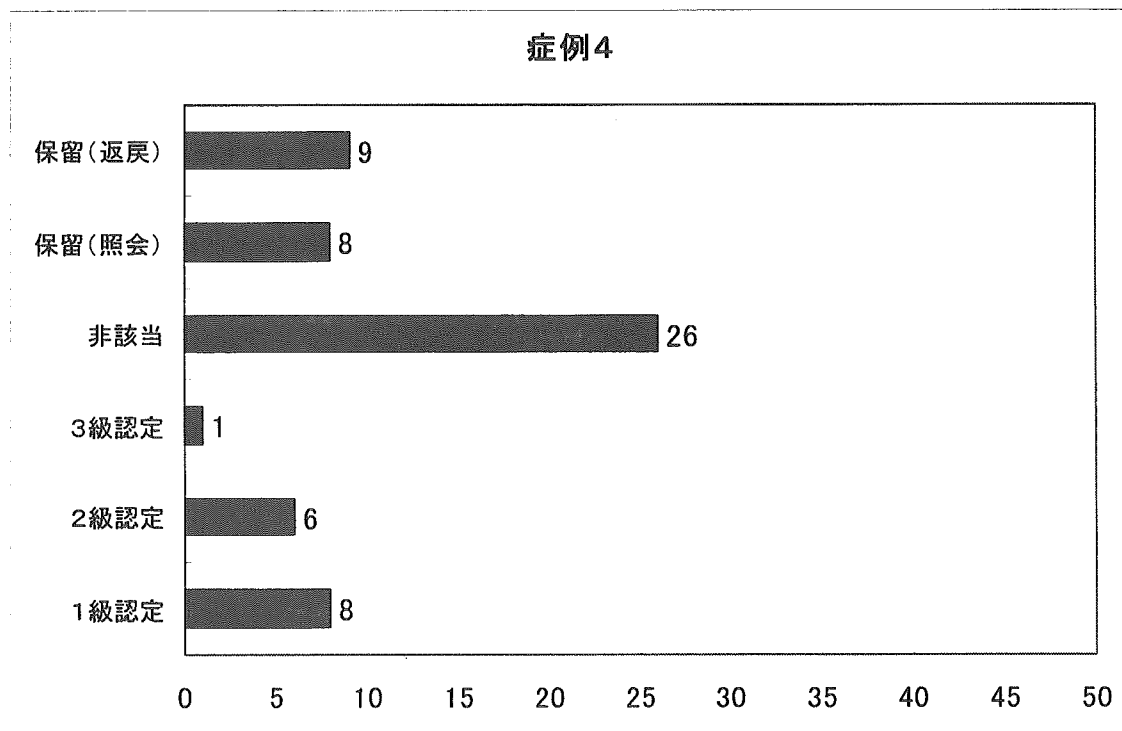


図 5

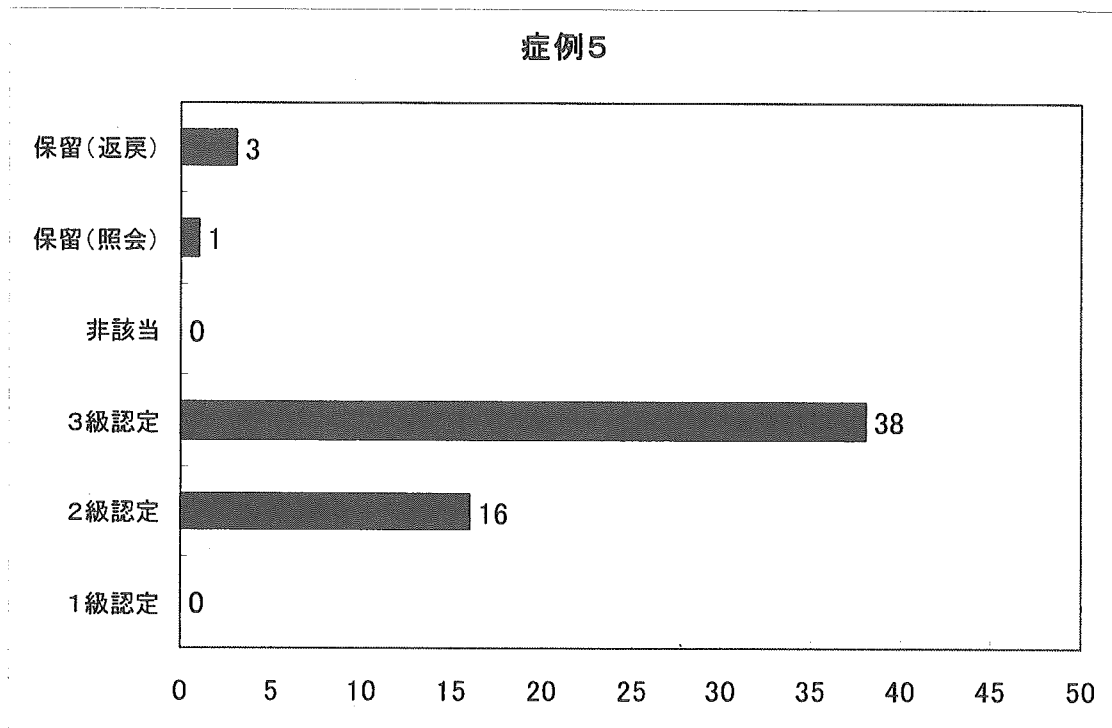


図 6

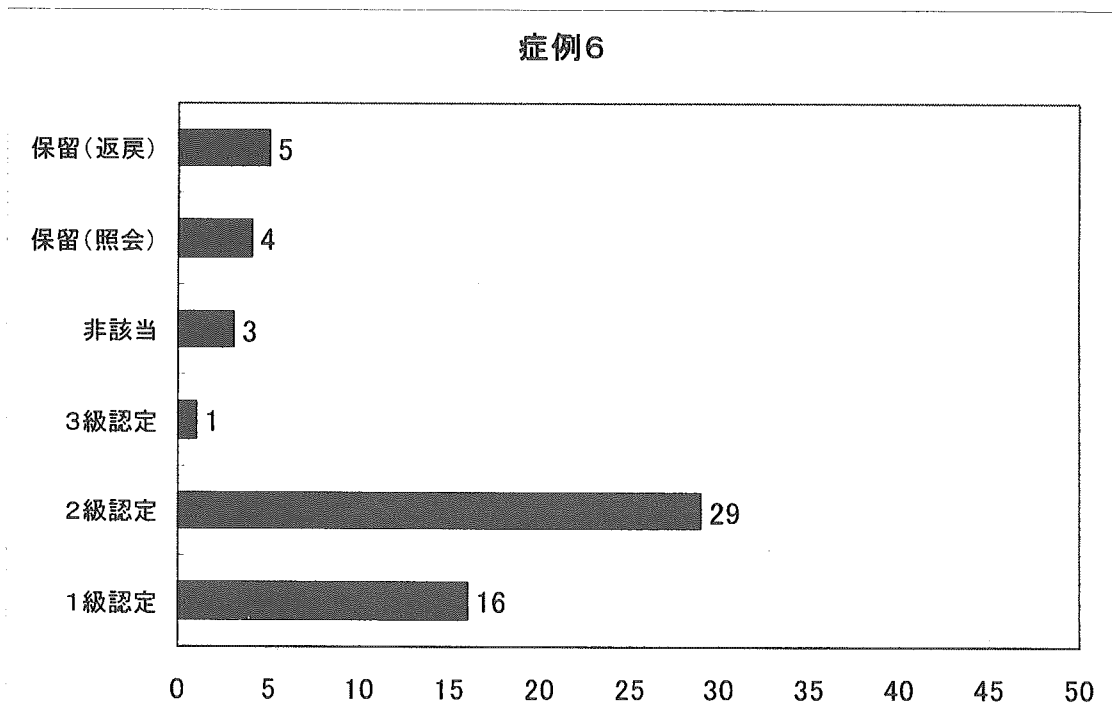


図 7

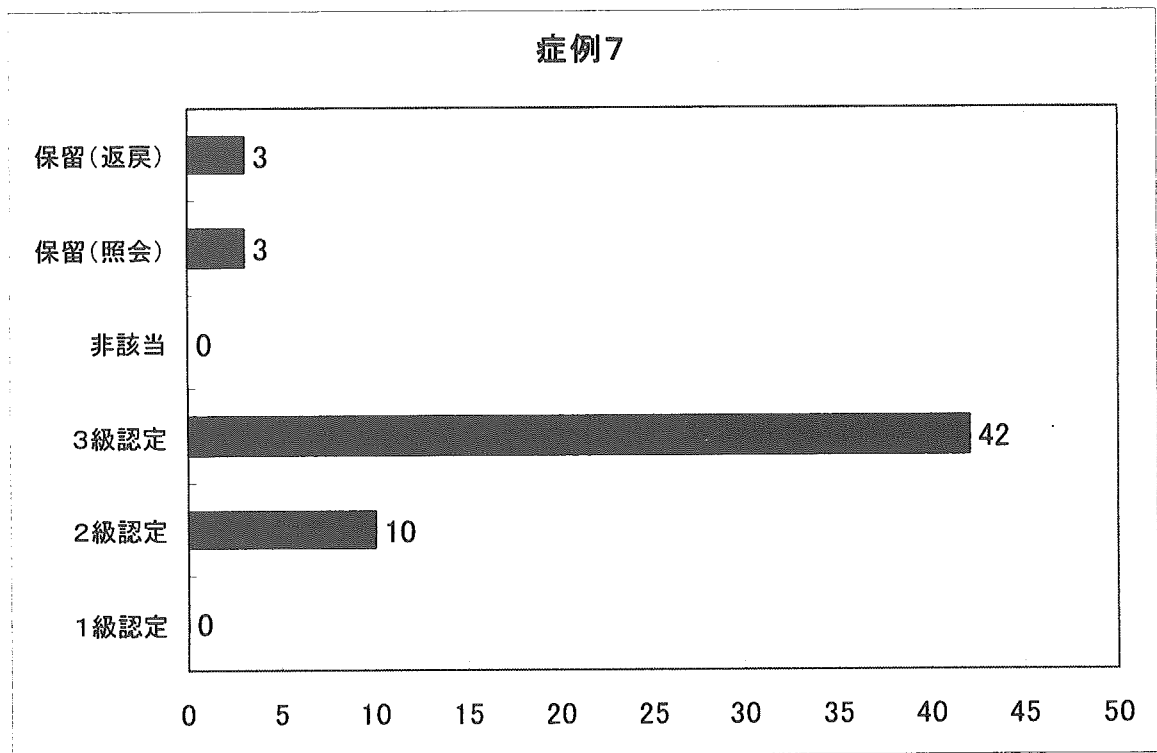


図 8

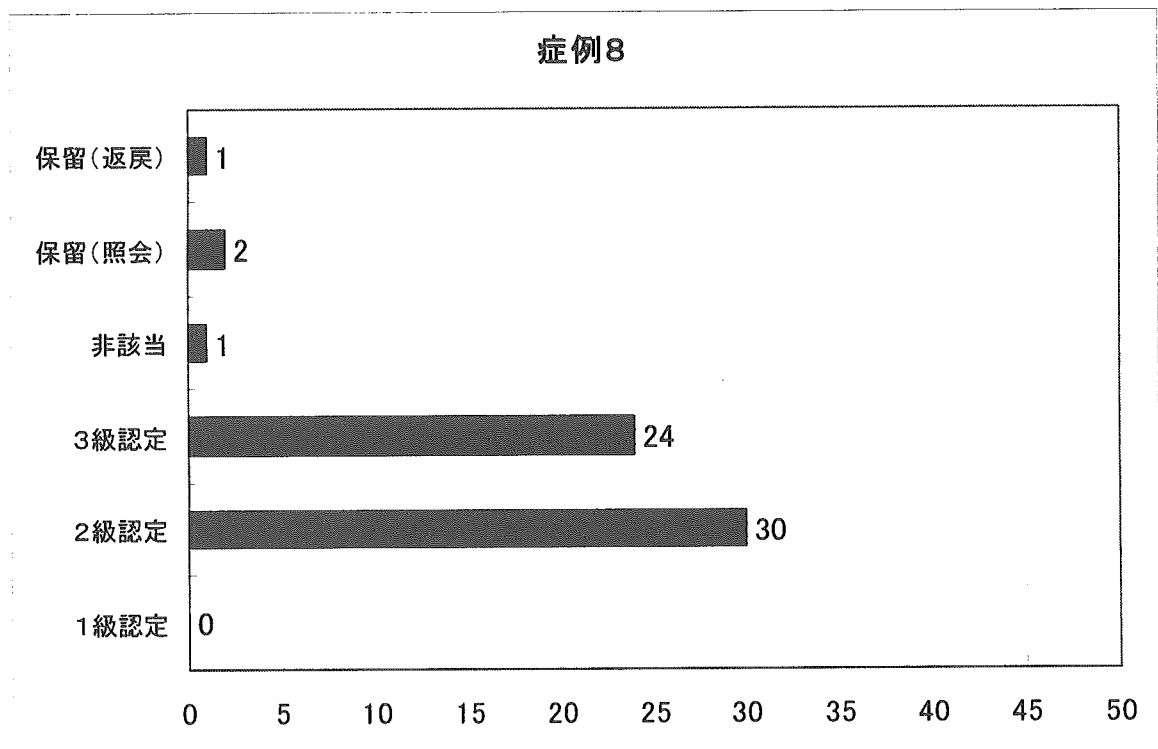




図 9

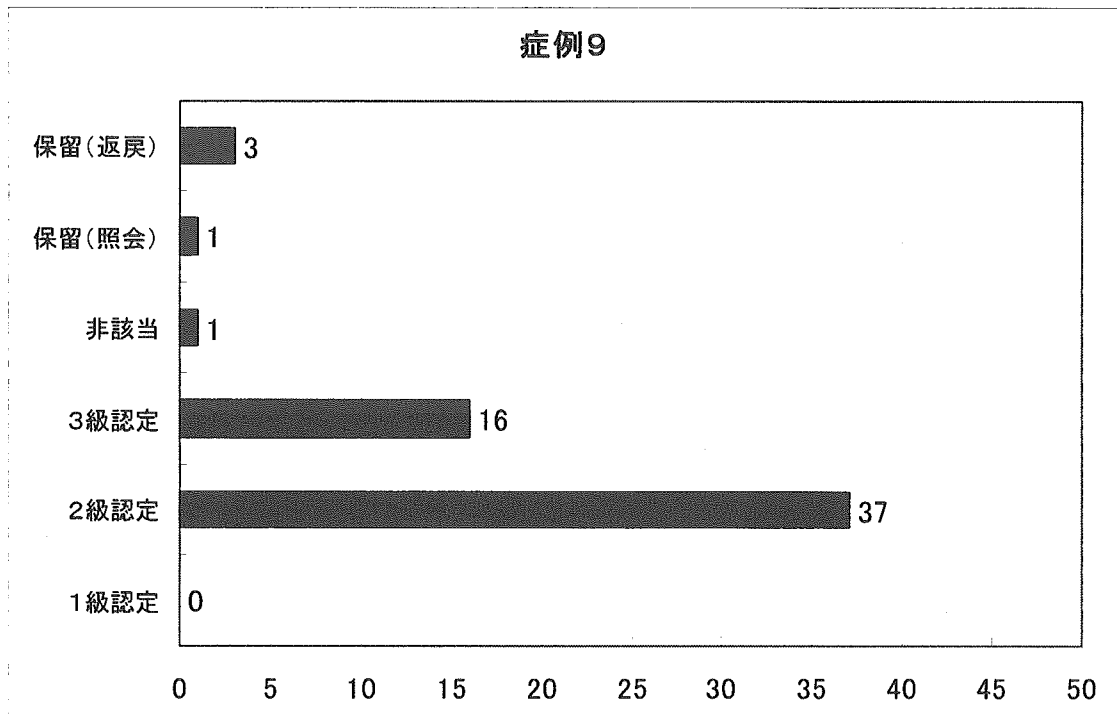
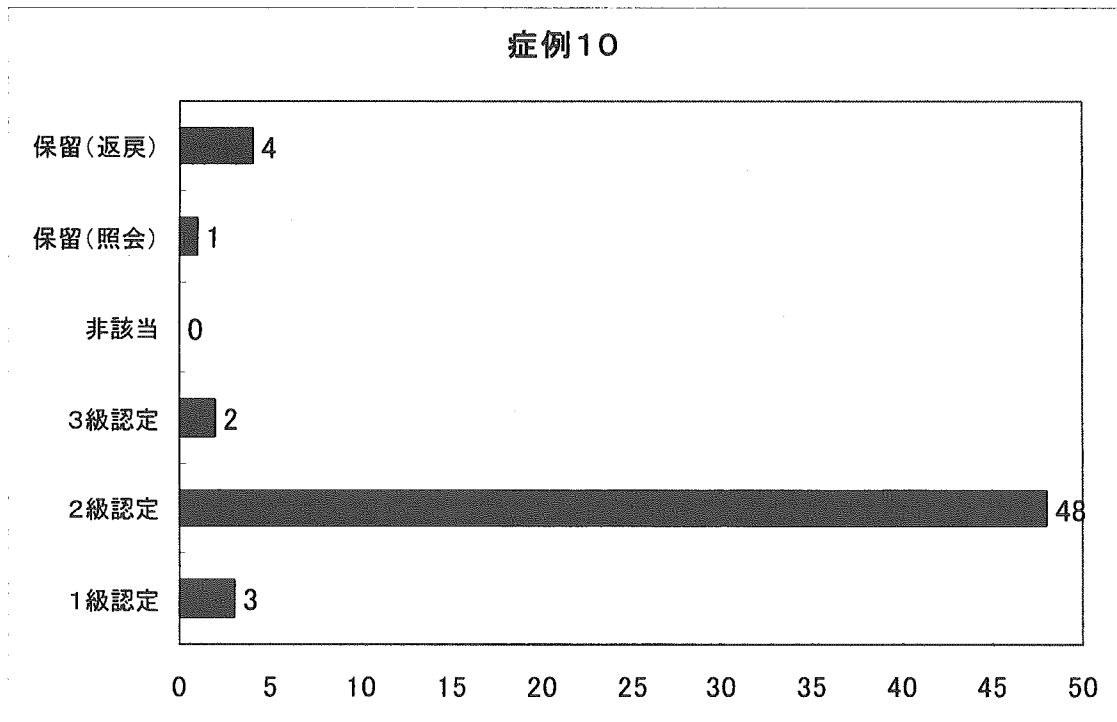


図 10



## 資料2 判定理由

### 症例1 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。
- 独居生活がほぼ維持できているが、統合失調症であること、日常生活能力の判定（⑤-2）のチェックにより2級相当と判断した。
- 病歴が長く、社会適応が不十分なため。
- ⑤の2に”できない”がない。同じく、”援助があればできる”が3つ以上ある。⑤の3が（3）とあるため2級と考える。”
- 生活能力判定からは3級相当とも考えられるが、残遺精神症状では、慢性的幻聴が現在も改善せず、過去には幻聴の支配による他害行為がある。したがって、生活能力の程度は、（3）の、「時に応じて援助を要する」に相当し、2級と判断した。
- 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。
- 日常生活能力から判断
- 日常生活能力の程度が（3）、子どもを殺害しているというのは重症度が高いと考えられる
- 現在病的体験による影響は少ないとはいえ過去に第二子を殺害していること、現在も独居生活とはいえ生活保護を受けている。ことなどを考慮して2級と判定した。
- 統合失調症にて、自宅にて何とか生活が出来、通院も出来ている。
- 生活能力の判定から
- 病歴が長い
- 独居生活は維持しているが、統合失調症の症状が持続しているから。
- 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2級相当であると考えられる
- 現在も幻覚妄想等の異常体験は持続しており、思考の混乱がある。日常生活も著しい制限を受けており、援助を必要とする
- 思考障害の残存による日常生活の障害が著しい
- 一人暮らしで通院できているが、仕事ができないので、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。
- 発病からの経過が長い。現在も陽性症状強いが、異常体験に左右された行動がない。生活能力が中程度

と判断される。

●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。

●「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、できるが1つ、自発的概ねが4つであり、確実に2級ならば援助が4つ以上必要である。しかし、統合失調症であるため、3級になる。

●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(軽い欠陥状態にあり自活可能との記載)

### 3級

●症状が安定、独居生活がほぼ維持できている。障害の程度も低くない

●③-3,⑤-2から3級相当

●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

●②欄記載から出産直後に幻覚妄想状態を呈することが多かったが、それ以外は良好な状態にあること。独居生活をほぼ維持できていること。④欄の記載から、軽い欠陥状態はあるが、「最近は異常体験に左右された行動に及ぶことはない。」こと。⑤欄で、日常生活関連項目が社会生活関連項目より軽めであること。過去と比して、全体的に、良くなってきている傾向にあること。

●軽い欠陥状態。精神保健福祉サービスを利用せず、独居生活を維持できている。

●日常生活能力が意外と改善されている。

●10年間、独居生活を維持できている、軽い欠陥状態はあるが自活可能で、異常体験に左右されない安定の長さから3級と判定。

●異常体験は持続し、軽い欠陥状態はあるが、かろうじて自活しており独居生活を持続している。

●日常生活関連項目(食事、清潔、金銭、安全)がすべて「概ね(自発的に)できるが援助が必要」であること。日常生活はかろうじて自活可能であること。「3 著しい障害を認め…」という重めの総合判定を支持する情報が、この診断書の他の記載に読み取れないこと。

●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

●作為体験があるかどうかを照会する。作為体験が有れば1級、なければ2級。

### 返戻

- 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○があり、能力程度の 3 と整合性がある。
- 病状が比較的重く、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 の考想伝播で有れば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。(日常衣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当と思われる

#### 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級相当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

#### 返戻

- 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。働け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代頃に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ってできているのか？）
- 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ので、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、記銘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が、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。