

- 3) (財)全国精神障害者家族会連合会・精神障害者社会復帰促進センター。障害者手帳・傷害年金における障害評価に関する研究—手帳制度の発展と傷害年金の改善に必要な傷害のとらえ方—。1997
- 4) アメリカ精神医学会（高橋三郎他訳）。DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引。医学書院。東京。2002
- 5) 障害者福祉研究会。ICF国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—。中央法規出版株式会社。東京。2002
- 6) 財団法人日本公衆衛生協会。精神障害者保健福祉手帳の手引き。財団法人日本公衆衛生協会。東京。2003
- 7) 藤城有美子。WHOの「障害」定義にもとづく精神障害（統合失調症）と身体障害（ポリオ・脊髄損傷）との比較研究。日社精医誌，14：200-212,2005
- 8) 本間昭。Clinical Dementia Rating(CDR)。高齢者のための知的機能検査の手引き。株式会社ワールドプランニング。東京。1991

資料 1

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ 氏名	
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	性別 男 ・ 女
住所 (居住の実態のある場所を記載することとし、入院中の場合は住民登録に従って記載して下さい。)	
<p>① 病名</p> <p>(ICDコードは、F0X-F9Xのいずれかを3桁で記載して下さい。但し、F0・F1の疾患の場合は必ず4桁(F0XX, F1XX)を記入して下さい。手帳の交付を求める疾患がてんかんの場合は(1)に記入し、てんかん性精神障害についてはF0XXで、てんかん発作の場合はG40を記載して下さい。)</p> <p>(1) 主たる精神障害 _____ ICDコードF□□□</p> <p>(2) 従たる精神障害 _____ ICDコードF□□□</p> <p>(3) 主たる精神障害に起因して生じた病態や精神障害の治療に関連して生じた病態 _____</p> <p>(4) (3) 以外の既存の身体障害・疾患 _____</p>	
<p>② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、生活歴、精神科治療歴、就学・就業、生活状況、社会資源利用状況等)</p> <p>(主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 年 月 日)</p> <p>(診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 年 月 日)</p> <p>(推定発病年月 昭和・平成 年 月)</p>	

③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目や記号を○で囲んで下さい。)

- (1) 抑うつ状態 : 思考・運動抑制・抑うつ気分・希死念慮・焦燥・日内変動・その他 ()
- (2) 躁状態 : 行為心迫・多弁・高揚感情・易刺激性・観念奔逸・浪費・その他 ()
- (3) 幻覚妄想状態 : 幻覚・妄想・考想化声・思考障害・その他 ()
- (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 : 興奮・昏迷・拒絶・反響・無言・常同・衝奇・その他 ()
- (5) 統合失調症残遺状態等 : 自閉・感情の平板化・意欲減退・無関心・非疎通・その他 ()
- (6) 人格障害 : 妄想性・統合失調性・非社会性・情緒不安定性・演技性・強迫性・不安性・依存性
その他 ()
- (7) 神経症性障害 : 不安・恐怖・強迫・心気・離人・注意集中困難・自己不全感・睡眠障害・その他 ()
- (8) 癡れん及び意識障害 :
せん妄・錯乱・もうろう・不機嫌症
てんかん発作
ア 意識障害はないが随意運動が失われる発作 (回/年・月)
イ 意識を失い行為が途絶するが倒れない発作 (回/年・月)
ウ 意識障害の有無を問わず転倒する発作 (回/年・月)
エ 意識障害を呈し状況にそぐわない行為を示す発作 (回/年・月)
オ 発作抑制 (最終発作 年 月 日))
- (9) 精神作用物質の乱用・依存等
精神作用物質名 ()
精神作用物質使用の継続 (有・無 (不使用期間 年 月))
乱用・依存・その他 ()
- (10) 知的能力障害 : 精神遅滞 (IQ:)・認知症 (CDR; 0・0.5・1・2・3)・その他 ()
- (11) 発達障害 : 広汎性・多動性・その他 ()
- (12) 器質性精神障害 : 健忘症状群・人格変化・問題行動 ()・その他 ()
- (13) その他 ()

④ ③の病状・状態像の具体的な状況・程度、症状や障害の変動性・周期性の有無・程度、治療や社会資源利用・支援による効果と予後等

(1) 現在の病状、状態像の具体的な状況・程度

(2) 過去2年間の重症度 (該当箇所にチェック(レ点)を入れてください。変動がある場合はそれぞれの重症度の期間も記入してください。)

- i. 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが、日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。 (月間)
- ii. 精神症状は認められるが、安定している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。 (月間)
- iii. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。 (月間)

⑥ 生活能力の状態 (現在の生活環境下での生活状況・状態について明確に記して下さい。)

- (1) 現在の生活環境 入院(施設名)
 入所(社会復帰施設・救護施設・グループホーム(施設名)
 在宅(単身・同居者:父・母・兄弟姉妹・配偶者・子・その他())
- (2) 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (該当する項目に○印をつけること)
 ア. 介護給付:居宅介護・短期入所・生活介護・共同生活介護・その他()
 イ. 訓練等給付:就労移行支援・就労継続支援(雇用型・非雇用型)・共同生活援助・その他()
 ウ. 地域生活支援事業:地域活動支援センター・福祉ホーム・その他()
 エ. その他(小規模作業所・回復者クラブ・コミュニティサロン・保健師の訪問指導・その他())
- (3) 現在の就学・就労、婚姻、家庭生活等の状況

(4) 日常生活能力 (1~9についてそれぞれ該当する欄の一つにチェック(レ点)をいれてください。)

	機能障害なし (0-4%)	軽度(わずか) の機能障害 (5-24%)	中等度(かなり) の機能障害 (25-49%)	重度 の機能障害 (50-95%)	完全な 機能障害 (96-100%)
1 学習と知識の応用 (注意・思考・意志決定)					
2 課題と要求 (日課遂行・ストレス対処)					
3 コミュニケーション (理解・会話・用具利用)					
4 移動 (交通機関・手段の利用)					
5 セルフケア (飲食・保清・更衣)					
6 家庭生活 (必需品入手・家事・調理)					
7 対人関係 (家族関係・社会的関係)					
8 経済的取引 (金銭管理・買物)					
9 社会生活 (社会参加・余暇)					

⑦ 備考

平成 年 月 日

医療機関 精神科の標榜 有 ・ 無
 所在地 精神保健指定医 該当 ・ 非
 名称 医師氏名 (自署または署名捺印)
 診療科名 ()
 電話番号 ()

※ 必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この診断書の内容について〇〇〇から医療機関に照会をすることがあります。

資料 2 診断書（精神障害者保健福祉手帳用）記入にあたって留意すべき事項

精神障害者保健福祉手帳は、一定の精神障害の状態にあることを認定して交付することにより、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的としている。その認定のための審査判定の基礎資料となる診断書は、この目的に適合した必要にして十分な情報の記載がなければならない。

1. 住所は居住地を記載する。

居住の実態のある場所を記載することとし、入院の場合や通過型居住施設利用時は住民登録に従って記載する。

2. 精神疾患の存在が明記されなければならない。

① 病名

主たる精神障害及び従たる精神障害について ICDコードは、F0X-F9Xのいずれかを3桁で記載する。さらにF0、F1の疾患の場合については必ず4桁（F0XX、F1XX）を記入する。

手帳の交付を求める疾患がてんかんの場合は(1)に記入し、てんかん性精神障害についてはF0XXで、てんかん発作のみの場合はG40を記載する。

主たる精神障害に起因して生じた病態や、精神障害の治療に関連して生じた病態が存在する場合は、これを(3)の項に明記する。

その他の身体障害や疾患が合併する時には(4)の項に、その障害名、疾患名を記入する。

3. 精神疾患の経過と生活の状態が明確に記載されなければならない。

② 発病から現在までの病歴（推定発病年月、生活歴、精神科治療歴、就学・就業、生活状況、社会資源利用状況等）

主たる精神障害の初診年月日、診断書作成医療機関の初診年月日を記載する。精神疾患の経過と状態がわかるように、推定発病年月の他、生活歴、精神科治療歴、社会資源利用状況等について記入する。

③ 現在の病状、状態像等

該当する項目や記号を○で囲み、その他の場合には（ ）に記入する。

てんかん発作については、現在の発作頻度を記入する。臨床発作が抑制されている場合においては、最終発作がいつであったかを明記する。

精神作用物質の乱用・依存等については、精神作用物質名、精神作用物質使用の継続の有無についても記入する。

知的能力障害においては、精神遅滞ではIQを、認知症にあつてはその障害程度をCDRスコアによって判定して記載する。

CDRスコア (Clinical Dementia Rating)

	軽度 (CDR 0)	軽度の軽い (CDR 0.5)	軽度病果 (CDR 1)	中等度病果 (CDR 2)	重度病果 (CDR 3)
記憶	記憶障害なし 時に若干のもの 忘れ	一貫した軽いもの 忘れ 出来事を部分的に 思い出す良性健忘	中等度記憶障害、 とくに最近の出来 事に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習した 記憶は保持、新し いものはすぐに 忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ 残存
見当識	見当識障害なし	同左	時間に対しての 障害あり。検査では 場所、人物の失見当 なし、しかし時ご地 理的失見当あり	常時、時間の失見 当 時ご場所の失見当	人物への見当識 のみ
判断力と 問題解決	適切な判断力 問題解決	問題解決能力の障 害が疑われる	複雑な問題解決に 関する中等度の 障害 社会的判断は保持	重度の問題解決 能力の障害 社会的判断力の 障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、ピ ジネス、金銭の取 扱い、ボランティア や社会的グルー プで普通の自立し た機能	左記の活動の軽度 の障害もしくは その疑い	左記の活動のいく つかにかかわって いても、自立した機 能を果たせない	家庭外(一般社会) では独立した機能 を果たせない	同左
家庭状況 および 趣味・関心	家での生活趣味、 知的関心が保持 されている	同左、もしくは若干 の障害	軽度の家庭生活の 障害 複雑な家事は障害 高度の趣味・関心 の喪失	単純な家事のみ限 定された関心	家庭内不意心
介護状況	セルフケア完全	同左	ときどき援助が 必要	着衣、衛生管理な ど身の回りのこと に介助が必要	日常生活に十分な 介護を要する しばしば失禁

(Hughes CP et al.: Br J Psychiatry 140: 566-572, 1982)

④ ③の病状・状態像の具体的な状況・程度、症状や障害の変動性・周期性の有無・程度、

治療や社会資源利用・支援による効果と予後等

③に記した現在の病状、状態像について具体的に記し、さらにその変化や変動性・周期性について記載し、治療や社会資源の利用、福祉サービスの受給や支援による効果と今後の予後について記入する。

過去2年間の重症度を評価し、変動がある場合は該当箇所にチェック（レ点）を入れ、それぞれの重症度の期間を記入する。

今後2年間の見通しとして、治療や公的、私的な支援の計画、治療中止の可能性やそれらによる効果や変化等を記載する。

⑤現在の医療状況

入院日、通院状況を明記する。

投薬内容については、主および従たる精神障害の治療のための薬剤の用法用量を記入する。

精神療法等について、その内容や頻度等を記載し、その具体的内容を空欄に記載する。

訪問看護指示について、有無、頻度を記入する。

現在および今後の治療方針を記載する。

4. 能力障害の状態を確認し、精神障害の程度が判定できるよう、明確に記入されなければならない。

⑥生活能力の状態

現在の環境下での生活状況・状態について実際の生活環境、精神保健福祉サービスの利用状況等を明確に記入する。

日常の生活能力についてはICF（国際生活機能分類）に準拠して障害程度を判断し、9項目につき、該当するもの一つをレで選んで状態を記す。

診断書記載時点のみではなく、これまで概ね2年間に認められ、また、概ね今後2年間に想定される生活能力の状態を含めて評価して記載する。

てんかんについては、発作間歇期の状態について記載する。

生活能力に関する9項目は、ICF（国際生活機能分類）に準拠しているので、日常の生活能力をこれにてらして評価し、判定して記載する。

1 学習と知識の応用（注意・思考・意志決定）

刺激に対して、意図的に視覚、聴覚を用い、集中することが出来、思考し、読み、書き、計算を行い、問題や状況の解決法を見出し、選択肢の中からの選択、選択の実行、選択の効果の評価を行うこと。

2 課題と要求（日課遂行・ストレス対処）

単一のあるいは多数の課題の遂行、日課の調整、ストレスへの対処について一般的な対応を行うこと。例えば、1日を通しての活動の時間を配分し、計画を立てることや、ストレス、動揺、危機を伴うような課題の遂行に際して、心理的要求をうまく管理し、統制することを含む。

3 コミュニケーション（理解・会話・用具利用）

話し言葉やジェスチャー、シンボル、絵などによるメッセージを受け取ることや生み出すこと、会話の進行、電話などのコミュニケーション器具や技術の使用を含む。

4 移動（交通機関・手段の利用）

姿勢あるいは位置を変化させることや、物を運び、動かし、操作すること、さまざまな乗り物や交通機関を利用することを含む。

5 セルフケア（飲食・保清・更衣）

自分の全身や身体各部の手入れをすること、更衣をすること、食べること、飲むことなど、自分の健康管理に注意することである。

6 家庭生活（必需品入手・家事・調理）

住居、食料、衣服、その他の必需品を入手したり、調理や掃除や修繕をしたりすること、さらに家庭用品の手入れや植物、ペットの世話、他者への援助を含む。

7 対人関係（家族関係・社会的関係）

状況に見合った社会的に適切な方法を用いて、人々（よく知らない人、友人、親戚、家族）と、基本的で複雑な相互関係を持つための行為や課題遂行である。

8 経済的取引（金銭管理・買物）

食料を購入するための金銭の使用、物々交換、物品やサービスの交換、金銭の貯蓄、経済的保証を確保するために私的な財産を管理することを含む。

9 社会生活（社会参加・余暇）

家族外での組織化された社会生活、コミュニティライフ、社会生活や市民生活の種々の分野に従事する行為を含む。

< 参考 >

ここに示した数量的なスケールを普遍的に用いることが可能になるためには、研究を重ねて評価の手順が開発される必要がある。ここに示した大まかなパーセント表示は、較正（キャリブレーション、訳注：測定器などの正確さを保障するために、感度などの調整を行うこと）された評価器具やその他の評価基準によって、機能障害、能力の制限、実行状況における問題、および阻害因子を数量的に判定できる場合のためのものである。ちなみに、「問題なし」または「完全な問題」とされた場合でも、5%までの誤差はあるとみてよい。「中等度の問題」の程度は通常「完全な問題」の半分までである。パーセント表示は、関係する集団の標準値のパーセンタイル（百分位数、訳注：大きさ順に並べた集団の、例

例えば 30 パーセント目にある個体の示す数値を 30 パーセンタイルと呼ぶ) を参照して、それぞれの領域で較正されるべきである。

xxx. 0	問題なし (なし, 存在しない, 無視できる...)	0-4%
xxx. 1	軽度の問題 (わずかな, 低い...)	5-24%
xxx. 2	中等度の問題 (中程度の, かなりの...)	25-49%
xxx. 3	重度の問題 (高度の, 極度の...)	50-95%
xxx. 4	完全な問題 (全くの...)	96-100%
xxx. 8	詳細不明	
xxx. 9	非該当	

(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版」(日本語版)より抜粋)

⑦ 備考

①～⑥欄の記載事項に加えて、精神障害の程度の総合判断に参考となることがあれば記入する。

5. 診断書の記載は精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師による。

医療機関の診療科名、精神科の標榜の有無、精神保健指定医であるか否かを記入する。
医師氏名については、自署又は署名捺印による。

平成17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）

分担研究「指針案の作成に関する研究— 手帳診断書に盛り込まれるべき情報と新たな診断書案に関する研究 一」

（分担研究者 数川 悟）

研究協力報告書

研究班版手帳診断書（案）と現行診断書との比較検討
～研究班版手帳診断書（案）を用いた模擬事例を通してから

研究協力者 山崎 正雄（高知県立精神保健福祉センター 所長）

研究要旨：平成17年度厚生労働科学研究「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」の分担研究「指針案の作成に関する研究— 手帳診断書に盛り込まれるべき情報と新たな診断書案に関する研究 一」（分担研究者 数川 悟）において作成された新たな「手帳診断書（案）」、その記入のための手引きとなる「記入にあたって留意すべき事項（案）」をもとに模擬事例を作成し、新たな「手帳診断書（案）」での記入を試みた。現行の診断書に記入した場合とを比較し、新たな「手帳診断書（案）」の改善された点について及び課題について考察した。

A. 研究目的

現行の精神障害者保健福祉手帳診断書では十分な情報が盛り込まれておらず、また判定基準が不明確なために、診断書に記載された内容のとらえ方によって判定に大きな差異が生じることが、平成16年度「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」の分担研究「模擬症例の判定に関わる調査」（分担研究者 山崎 正雄）で明らかにされた。その要因のひとつとして現行診断書書式の不備な点が指摘された。現行診断書に不備な点を改良すべく、研究班において新たな「手帳診断書（案）」が作成された。今回研究班で作成された新たな「手帳診断書（案）」に模擬事例を実際に記入してみることによって、現行の診断書に記入した場合との差異を検認し、新たな「手帳診断書（案）」について実際の使い勝手や改良点、問題点について検討することとした。

B. 研究方法

研究班において作成された「手帳診断書（案）」と、「記入にあたって留意すべき事項（案）」をもとに、模擬事例を作成し

記入を試みた（資料1）。模擬事例は、統合失調症2事例、気分（感情）障害1事例、神経症圏1事例、器質性精神障害1事例の

計5事例を新たな「手帳診断書（案）」を用いて記入した。また、現行の精神障害者保健福祉手帳診断書にも記入して、その差異を検討する材料とした。

C. 研究結果

平成16年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」において指摘された判定のばらつきの要因となる現行診断書書式の問題点に関して、実際に事例を記入することによってあらためて確認することができた。現行の診断書に不十分な情報を盛り込み作成された「手帳診断書（案）」及び「記入にあたって留意すべき事項（案）」によって等級判定のばらつきをある程度軽減できると思われるが、新たに導入されたICF（国際生活機能分類）に準拠した生活能力障害の判定には明確な判定基準をつくるための基礎研究が必要であり、公平・公正な等級判定にあたってはそれら判定基準を明確にし、診断書書

式や記入マニュアルをさらに充実することが必要であることが確認された。

1. 事例1

統合失調症の事例である。精神障害は、周知のように病状が固定しているようであっても、治療状況や生活環境の変化、社会状況の変化などによって症状が変化してくる。日常の生活能力が症状の変化に影響されてくることは精神科医であればよく経験することである。統合失調症においても、それは同様である。新たな「手帳診断書（案）」では、現在の病状、状態像において、過去2年間の重症度や今後2年間の見通しについて詳細に記載するようになってきている。現行でも、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用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号厚生省保健医療局精神保健課長通知）の中にも能力障害の判定には、「概ね過去2年間の状態、あるいは、概ね今後2年間に予想される状態」も考慮することと記載されているが、診断書書式には十分反映されてはいない。新たな「手帳診断書（案）」には、明確に記載欄が設定されており、これによって、診断書の情報不足によって適切に病状や状態像が記述されないことから起こってくる判定のばらつきを防ぐことができると思われる。

実際に「手帳診断書（案）」に記入すると、（2）過去2年間の重症度の項で病状の変化が客観的に把握しやすくなり、現在の病状に自由記載しただけでは把握しにくいところが改良されていることがわかる。

2. 事例2

統合失調症の事例である。発病から現在までの病歴（現病歴）においては、重大な他害行為をおこなった病歴があるという設定である。平成16年度「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」の分担研究「模擬症例の判定に関わる調査」において、過去の問題行動、他害行為によって障害等級が左右される結果がみられた。障害者福祉サービスに適切に連動することが期待される精神障害者保健福祉手帳が、過去の病状のゆえに起こした他害行為や反社会的行為にひきずられて、能力障害の状

態が適切に判断されなくなることは避けなくてはならないだろう。しかしながら、客観的な情報が不十分な診断書書式では精神疾患の病状と能力障害の状態を総合的に判断していくことになったとき、病状と能力障害のどちらに着目するかなどによって結果が変わってくる。十分な情報量がない中では判定は困難となり、判定がされるとしても判定のあり方によって等級判定の結果が大きく変わってくることは避けられないであろう。そのためには、病状と能力障害とが詳細に記載された新たな「手帳診断書（案）」の過去2年間の重症度や今後2年間の見通し、ICFに準拠した日常生活の能力の記載欄があれば客観的な情報を整理しやすい。

3. 事例3

気分（感情）障害の事例である。気分障害では、病相期、間欠期は様々である。短い周期で病相期が出現するものもあれば、長期にわたって間欠期が持続するもの、逆に病相期の長いものなど様々である。手帳の診断書を作成するときには作成する医師が適切に病状をとらえていなければ、適切な等級判定ができなくなってしまう。また現行の診断書書式では、診断書の病状や状態像の記述の仕方によっては、不十分な情報しか提供されないことがおこりうる。現在の病状の項に病状の変動に関する十分な記載があり、丁寧に記載を読み解いて病状を把握する必要がある。その点では、新たな「手帳診断書（案）」には、過去2年間の重症度の詳細な記載欄があり、病状等に変動がある場合は各病状の期間や重症度を記載することができる。そのため、診断書を作成した時期の病状や能力障害の状態に左右されることなく、審査判定において、より客観的に障害者の状態像をとらえることができる。症状の変動にあわせて1～数ヶ月単位で重症度の期間を記載する項目があるので、その変化を記載することによって、これまでよりも客観的に把握することが可能となる。

4. 事例4

神経症性障害および発達障害の事例である。適応障害と発達障害（アスペルガー症

候群)の診断名のつく事例を想定している。神経症圏の精神障害の認定においては、まず主たる精神障害及び従たる精神障害について適切に記載することが重要である。その点、新たな「手帳診断書(案)」ではICDコードをF0X-F9Xの3桁で記載することとなっており、精神障害をこれまでよりも的確にとらえることができる。また、発達障害などの障害を等級判定するためには、新たな判定基準が必要であるが、統合失調症等の能力障害とどのように整合性を持たせるのかは「手帳診断書(案)」においても困難さを感じさせた。ICFに準拠した日常生活能力の項についても、発達障害のもっている社会性の低さから障害が重く記載されてしまうことにもなるが、そのまま統合失調症等の生活能力の障害と同等に扱えるものなのか、今後十分な検討と基礎研究が必要であると思われる。

また、現在の医療水準に則った適切な医療がなされているにもかかわらず能力障害がどの程度残っているかをいかにとらえていくのかは、統合失調症や気分障害などとは違った次元での困難さを感じる。発達障害など特殊な障害特性をもつ障害に関しては、新たな手帳診断書が作成されるとしても、障害特性や現在の医療水準を十分考慮した新たな判定基準がなければ適切な記載や判定が困難であると思われる。

5. 事例5

器質性精神障害、高次脳機能障害の事例である。高次脳機能障害を精神障害に位置づけるのか、位置づけるとするとどこに位置づけるのかがまず問題となる。現状では、認知症(痴呆)や幻覚妄想状態などの精神症状がある場合は記載しやすいが、そうでない場合は記載が困難である。情動や行動の障害ではない部分で日常生活上の困難が生じることも多く、ICFに準拠した項での記載は重めになってくる。新たな「手帳診断書(案)」によっても解決できない問題であり、統合失調症等の機能障害とどう整合性をつくっていくかは今後の検討が必要である。

D. 考察

新たな「手帳診断書(案)」には、現行の精神障害者保健福祉手帳診断書に不足している情報が盛り込まれ、精神障害者保健福祉手帳の等級判定のばらつきの要因となる診断書の記載の不足による判定のあやふやさが改善されるように作成されていることが確認された。現行診断書の「日常生活能力の程度」が削除されていることで、診断書作成者の個人的な判定が入り込む余地がなく、現病歴や生活歴、現在の病状や日常の生活能力を適切に記載することで、あとは審査判定機関に公平・公正な審査判定を委ねることができる。このことは診断書を作成する医師の負担を少なからず軽減することにもなると思われる。また、神経症性障害や発達障害、高次脳機能障害等の障害判定については、診断書書式の改訂だけでは解決できない困難さがあることも確認された。神経症性障害や発達障害、高次脳機能障害等の障害特性を考慮した生活能力のとらえ方をどうするか、これらの疾患をどのように精神障害者保健福祉手帳の制度に位置づけていくかといった研究が必要であろう。また、「手帳診断書(案)」にはICFに準拠した生活能力の状態の記載欄があることで、総合的、客観的な判断が可能となるが、そのためには記載マニュアル、判断基準を整理することが必要である。精神障害特性にあったICFの基礎研究が急がれる。

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：模擬事例

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ 氏名	事例1				
生年月日	明治・大正・ 昭和 ・平成	34年	4月○×日生(46歳)	性別	男・ 女
住所(居住の実態のある場所を記載することとし、入院中の場合は住民登録に従って記載して下さい。)					
○×市 △○町					
① 病名 (ICDコードは、F0X-F9Xのいずれかを3桁で記載して下さい。但し、F0・F1の疾患の場合は必ず4桁(F0XX, F1XX)を記入して下さい。手帳の交付を求める疾患がてんかんの場合は(1)に記入し、てんかん性精神障害についてはF0XXで、てんかん発作の場合はG40を記載して下さい。)					
(1) 主たる精神障害 <u>統合失調症</u> ICDコードF20.1					
(2) 従たる精神障害 _____ ICDコードF□□□					
(3) 主たる精神障害に起因して生じた病態や精神障害の治療に関連して生じた病態 _____ なし _____					
(4) (3) 以外の既存の身体障害・疾患 _____					
② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、生活歴、精神科治療歴、就学・就業、生活状況、社会資源利用状況等)					
(主たる精神障害の初診年月日 昭和 平成54年10月××日)					
(診断書作成医療機関の初診年月日 昭和 平成2年12月△日)					
(推定発病年月 昭和 平成54年9月)					
<p>高校を卒業した後、東京都内の大学進学。大学在学中に発症。昭和54年9月住んでいた大学寮の窓の外から自分を呼んでいる声が聞こえると言って、夜中に大学寮の窓から飛び降りて、街中をさまようなどした。大学授業中にも奇異な言動がみられることから、大学教官の勧めで、同年10月××日〇〇大学病院精神科受診し、そのまま入院。約1年後に大学に復学したが、恋愛関係のもつれから、再び幻覚妄想状態を呈し、6か月同意入院した。退院後は通院しながら、ほぼ良好な経過であったという。昭和60年頃結婚するも、第1子出産後、32歳頃から再び幻覚妄想状態強くなり、子どもに熱湯をかけるなどの行動が出て、平成2年12月△日当院に措置入院となった。1年で退院したが、退院後は離婚し、生活保護を受給し、独り暮らしをしている。退院後、2回だけ短期の任意入院をしたが、独居生活をほぼ維持できている。就労経験はほとんどない。作業所に通ったこともあるが、人間関係のつまずきから、数ヶ月しか通えず、現在は週2回当院外来デイケアに通う程度。</p>					

③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目や記号を○で囲んで下さい。)

- (1) 抑うつ状態 : 思考・運動抑制・抑うつ気分・希死念慮・焦燥・日内変動・その他 ()
- (2) 躁状態 : 行為心迫・多弁・高揚感情・易刺激性・観念奔逸・浪費・その他 ()
- (3) 幻覚妄想状態 : 幻覚・妄想・考想化声・思考障害・その他 ()
- (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 : 興奮・昏迷・拒絶・反響・無言・常同・衝奇・その他 ()
- (5) 統合失調症残遺状態等 : 自閉・感情の平板化・意欲減退・無関心・非疎通・その他 ()
- (6) 人格障害 : 妄想性・統合失調性・非社会性・情緒不安定性・演技性・強迫性・不安性・依存性
その他 ()
- (7) 神経症性障害 : 不安・恐怖・強迫・心気・離人・注意集中困難・自己不全感・睡眠障害・その他 ()
- (8) 癡れん及び意識障害 :
せん妄・錯乱・もうろう・不機嫌症
てんかん発作
ア 意識障害はないが随意運動が失われる発作 (回/年・月)
イ 意識を失い行為が途絶するが倒れない発作 (回/年・月)
ウ 意識障害の有無を問わず転倒する発作 (回/年・月)
エ 意識障害を呈し状況にそぐわない行為を示す発作 (回/年・月)
オ 発作抑制 (最終発作 年 月 日)
- (9) 精神作用物質の乱用・依存等
精神作用物質名 ()
精神作用物質使用の継続 (有 ・ 無 (不使用期間 年 月))
乱用・依存・その他 ()
- (10) 知的能力障害 : 精神遅滞 (IQ :)・認知症 (CDR ; 0・0.5・1・2・3)・その他 ()
- (11) 発達障害 : 広汎性・多動性・その他 ()
- (12) 器質性精神障害 : 健忘症状群・人格変化・問題行動 ()・その他 ()
- (13) その他 ()

④ ③の病状・状態像の具体的な状況・程度、症状や障害の変動性・周期性の有無・程度、治療や社会資源利用・支援による効果と予後等

(1) 現在の病状、状態像の具体的な状況・程度

言動にまとまりを欠き、時として思考も混乱し困惑することがある。一時期、「部屋の天井から、自分の名前を呼ぶ女性の声が聞こえて、いろいろ指図してくる」という異常体験を訴えることが多くなり、混乱した行動をおこなうこともあったが、最近では異常体験に左右された行動に及ぶことはない。軽い欠陥状態にあるが、日常生活はかろうじて自活可能である。身辺清潔は保たれ、食事は主として近くのコンビニで弁当やパンを買っている。一時期近くの小規模作業所へ通っていたが、人間関係から中断した。二年前から地域生活支援センターに登録し、ときどき利用しているようだ。今は、作業所や授産施設の利用はなく、週2回当院デイケア利用している。生活上は大きなトラブルもなく経過している。

(2) 過去2年間の重症度 (該当箇所にチェック(レ点)を入れてください。変動がある場合はそれぞれの重症度の期間も記入してください。)

- i. 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが、日常の生活の中ではほとんど目立たない程度である。 (月 月)
- ii. 精神症状は認められるが、安定している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。 (月 月)
- iii. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達や現実検討にいくつかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。 (18 月 月)

- iv. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、躁状態を含む。 （ 6 か月間）
- v. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、躁状態を含む。 （ か月間）
- vi. 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。 （ か月間）

(3) 今後2年間の見通し（治療・支援の状況、治療中止の可能性やそれによる影響・変化等）

現在の薬物療法、精神療法を継続していく。デイケアも継続して利用してもらう。作業所や授産施設の利用を進めていく。症状等に急激な変化はなく、現在の状況が続くものと思われる。

⑤ 現在の医療状況

(1) 入院中（昭和・平成 年 月 日 から）

現在の通院状況（ 定期的・不定期 [2回 / 週・ 月・年] ・ 通院なし ）

(2) 投薬内容（薬剤名、用法用量等を主および従来の精神障害に関する薬剤について記載すること）

ジプレキサ 10mg / 日
アモバン 10mg / 日

(3) 精神療法等（該当項目に○をつけ、空欄に具体的に記載すること）

- | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1 精神療法（月に 2回程度） | <input checked="" type="radio"/> 2 デイ・ケアの利用 <input checked="" type="radio"/> 有 （ 2日 / <input checked="" type="radio"/> 週・月 ） ・ 無 ） |
| 3 集団精神療法 | 4 精神科作業療法 |
| 6 てんかん指導 | 7 その他（ ） |
| | 5 認知症患者在宅療養管理 |

(4) 訪問看護指示（ 有（ 日 / 週・月 ） ・ 無 ）

(5) 治療方針

現在の薬物療法を維持し、デイケアをおこないつつ、就労支援も考えていく。

⑥ 生活能力の状態 (現在の生活環境下での生活状況・状態について明確に記して下さい。)

- (1) 現在の生活環境 入院(施設名)
 入所(社会復帰施設・救護施設・グループホーム(施設名)
 (在宅)(单身)同居者:父・母・兄弟姉妹・配偶者・子・その他())
- (2) 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (該当する項目に○印をつけること)
 ア. 介護給付:居宅介護・短期入所・生活介護・共同生活介護・その他()
 イ. 訓練等給付:就労移行支援・就労継続支援(雇用型・非雇用型)・共同生活援助・その他()
 (ウ. 地域生活支援事業:地域活動支援センター・福祉ホーム・その他()
 エ. その他(小規模作業所・回復者クラブ・コミュニティサロン・保健師の訪問指導・その他())
- (3) 現在の就学・就労、婚姻、家庭生活等の状況
 单身、独居。生活保護受給中。
- (4) 日常生活能力 (1~9についてそれぞれ該当する欄の一つにチェック(レ点)をいれてください。)

	機能障害なし (0-4%)	軽度(わずか) の機能障害 (5-24%)	中等度(かなり) の機能障害 (25-49%)	重度 の機能障害 (50-95%)	完全な 機能障害 (96-100%)
1 学習と知識の応用 (注意・思考・意志決定)		✓			
2 課題と要求 (日課遂行・ストレス対処)			✓		
3 コミュニケーション (理解・会話・用具利用)			✓		
4 移動 (交通機関・手段の利用)		✓			
5 セルフケア (飲食・保清・更衣)		✓			
6 家庭生活 (必需品入手・家事・調理)		✓			
7 対人関係 (家族関係・社会的関係)			✓		
8 経済的取引 (金銭管理・買物)		✓			
9 社会生活 (社会参加・余暇)			✓		

⑦ 備考

実父母は死亡。兄弟は県外在住のため、サポートはない。

平成18年 2月 ×日

医療機関 精神科の標榜 (有) ・ 無
 所在地 精神保健指定医 (該当) ・ 非
 名称 ○× 精神科病院 医師氏名 (自署または署名捺印)
 診療科名 (精神科)
 電話番号 () ○× △男 (印)

※ 必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。
 なお、審査判定上必要あるときは、この診断書の内容について○○○から医療機関に照会をすることがあります。

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ 氏名 事例2	
生年月日 明治・大正 (昭和) 平成20年 2月 6日生 (61歳)	性別 (男) 女
住所 (居住の実態のある場所を記載することとし、入院中の場合は住民登録に従って記載して下さい。) ○×市 △×町	
<p>① 病名</p> <p>(ICDコードは、F0X-F9Xのいずれかを3桁で記載して下さい。但し、F0・F1の疾患の場合は必ず4桁 (F0XX, F1XX) を記入して下さい。手帳の交付を求める疾患がてんかんの場合は(1)に記入し、てんかん性精神障害についてはF0XXで、てんかん発作の場合はG40を記載して下さい。)</p> <p>(1) 主たる精神障害 _____ 統合失調症 _____ ICDコードF20.0</p> <p>(2) 従たる精神障害 _____ ICDコードF□□□</p> <p>(3) 主たる精神障害に起因して生じた病態や精神障害の治療に関連して生じた病態 _____</p> <p>(4) (3) 以外の既存の身体障害・疾患 _____</p>	
<p>② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、生活歴、精神科治療歴、就学・就業、生活状況、社会資源利用状況等)</p> <p>(主たる精神障害の初診年月日 (昭和) 平成55年 2月 ○日)</p> <p>(診断書作成医療機関の初診年月日 (昭和) 平成62年 8月 ×日)</p> <p>(推定発病年月 (昭和) 平成55年 2月)</p> <p>大学卒業後、地元の印刷会社に就職。もともと対人関係が苦手で、職場の同僚ともあまり交流することはなかった。30歳時結婚するも、34歳時には離婚している。子どもはない。本人35歳頃、「同僚らが自分の悪口を言っている」、「自分を馬鹿にして当てつけのような行動をする」と言って興奮したり、ささいなことから同僚を怒鳴りつけたりするなどの行動が目立つようになった。職場の上司とともに、精神保健福祉センターを訪れ、その後近くの精神科クリニックに通うようになった。昭和62年、アパートの隣人が自分にいやがらせで、早朝から呪いのお経を唱えていると思ひこみ (隣人は熱心な宗教信者だった)、隣人を包丁で刺殺。緊急逮捕されたが、簡易鑑定の結果、不起訴処分となり、当院に措置入院となった。3年ほどで退院し、その後ずっと当院に通院している。デイケアの利用はない。作業所などは、本人が希望せず利用していない。事件後、会社は解雇されて、その後は就労していない。現在、生活保護を受給して生活している。生活保護の担当者と市の保健師が定期的に訪問している。</p>	

③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目や記号を○で囲んで下さい。)

- (1) 抑うつ状態 : 思考・運動抑制・抑うつ気分・希死念慮・焦燥・日内変動・その他 ()
- (2) 躁状態 : 行為心迫・多弁・高揚感情・易刺激性・観念奔逸・浪費・その他 ()
- (3) 幻覚妄想状態 : 幻覚・妄想・考想化声・思考障害・その他 ()
- (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 : 興奮・昏迷・拒絶・反響・無言・常同・衝奇・その他 ()
- (5) 統合失調症残遺状態等 : 自閉・感情の平板化・意欲減退・無関心・非疎通・その他 ()
- (6) 人格障害 : 妄想性・統合失調性・非社会性・情緒不安定性・演技性・強迫性・不安性・依存性
その他 ()
- (7) 神経症性障害 : 不安・恐怖・強迫・心気・離人・注意集中困難・自己不全感・睡眠障害・その他 ()
- (8) 癡れん及び意識障害 :
せん妄・錯乱・もうろう・不機嫌症
てんかん発作
ア 意識障害はないが随意運動が失われる発作 (回/年・月)
イ 意識を失い行為が途絶するが倒れない発作 (回/年・月)
ウ 意識障害の有無を問わず転倒する発作 (回/年・月)
エ 意識障害を呈し状況にそぐわない行為を示す発作 (回/年・月)
オ 発作抑制 (最終発作 年 月 日)
- (9) 精神作用物質の乱用・依存等
精神作用物質名 ()
精神作用物質使用の継続 (有 ・ 無 (不使用期間 年 月))
乱用・依存・その他 ()
- (10) 知的能力障害 : 精神遅滞 (IQ:)・認知症 (CDR; 0・0.5・1・2・3)・その他 ()
- (11) 発達障害 : 広汎性・多動性・その他 ()
- (12) 器質性精神障害 : 健忘症状群・人格変化・問題行動 ()・その他 ()
- (13) その他 ()

④ ③の病状・状態像の具体的な状況・程度、症状や障害の変動性・周期性の有無・程度、治療や社会資源利用・支援による効果と予後等

(2) 現在の病状、状態像の具体的な状況・程度

ときおり、「隣人がいやがらせにテレビの音をわざと大きくする」「隣人が悪口を言いふらしているようだ」などの被害関係妄想がみられる。しかし、行動は病的体験に左右されることはなく、「気になるけれど・・・」程度でおさまっている。意欲乏しく、ほとんど閉居し、CDを聞くなどの生活。通院と買い物以外の外出はほとんどない。友人もなく、月1回受診日に入院していたときの友達と話す程度である。就労の意思も薄く、現状に満足している。きれいで好きで部屋はよく整頓されている。食事お近くのコンビニ弁当か、定食屋ですませている。ここ数年は精神状態安定しており、日常生活も特に変化はない。

(2) 過去2年間の重症度 (該当箇所をチェック(レ点)を入れてください。変動がある場合はそれぞれの重症度の期間も記入してください。)

- i. 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが、日常の生活の中ではほとんど目立たない程度である。 (月 月)
- ii. 精神症状は認められるが、安定している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。 (月 月)
- iii. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。 (月 月)

- iv. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、躁状態を含む。（ か月間）
- v. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい滅裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、躁状態を含む。（ か月間）
- vi. 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。（ か月間）

(3) 今後2年間の見通し（治療・支援の状況、治療中止の可能性やそれによる影響・変化等）

現在の薬物療法が継続できれば、大きな病状の変化はないと思われる。しかし、十分な病識はなく、現在も周囲への猜疑心が強い状態ではあるので、常に注意は必要。日常生活は、社会復帰施設などの利用はないが、何とか自活できており、あまり生活範囲を拡げなければ経済的にも無理はないと思われる。ストレスがたまらないように気をつける必要がある。

⑤ 現在の医療状況

(1) 入院中（昭和・平成 年 月 日 から）

現在の通院状況（ 定期的・不定期 [1回／ 週・月・年] ・ 通院なし ）

(2) 投薬内容（薬剤名、用法用量等を主および従たる精神障害に関する薬剤について記載すること）

セレネース（3mg）3T／分3
レボトミン（25mg）3T／分3
ベグタミンA 1T／眠前

(3) 精神療法等（該当項目に○をつけ、空欄に具体的に記載すること）

- 1 精神療法（月に1回程度） 2 デイ・ケアの利用（有（ 日／ 週・月 ）・ 無)
- 3 集団精神療法 4 精神科作業療法 5 認知症患者在宅療養管理
- 6 てんかん指導 7 その他（ ）

(4) 訪問看護指示（有（ 日／ 週・月 ）・ 無 ）

(5) 治療方針

現在の通院が中断しないように指導するとともに、薬物療法・精神療法を継続する。