

るだけ収集するように求めている」との意見があり、その他の意見からも成人期の発達障害の判定に苦慮されていることが伺われた。

(8) 模擬症例 8

広汎性発達障害と持続性妄想性障害の43歳の症例である。

1級判定はなし。2級判定は47自治体。3級判定は12自治体。保留は4自治体であった。

⑤⑥⑦から、⑥-2、3からの同じ判断根拠でも、2級と3級とに等級判定が分かれていた。

「症状が不安定」「精神症状が生活全般に影響している」などの理由から2級判定している自治体もあれば、「治療的対応により症状の改善の可能性があるため」の理由から3級判定している自治体もあった。保留の理由としては、初診以降の通院状況・治療内容についての記載がないため確認するというものがあつた。

(9) 模擬症例 9

自閉症の10歳の症例である。

1級判定が1自治体。2級判定が51自治体、3級判定が6自治体。保留が5自治体と分かれた。

多くは、⑥や⑦欄の記載からの判断であつたが、「年齢を考慮して」2級判定とした自治体がいくつかあつた。「年齢相応の発達をみていないことは明白で…」と2級としているところもあつた。「年齢も考慮の上」や「今後成長により改善していくと期待できるため」という理由から3級と判定している自治体もあつたが、「10歳であるが、典型的な自閉症であり、障害の状況の固定がある程度見込まれるため」2級と判定している自治体もあつた。年齢や若年時からの障害の状況をどのように加味するかで苦慮されていることが伺われた。「行為障害がないこと」「行動

障害が軽度である」ことから3級判定としている自治体もあつた。

(10) 模擬症例 10

知的障害を伴う20歳の自閉症の症例である。

1級判定が22自治体、2級判定が37自治体、3級判定が1自治体。非該当が1自治体。保留が2自治体と分かれた。

「事業所に通えているということ」から、「就労継続支援事業所B型に参加できている状態であるため」など障害福祉サービスの利用状況から2級判定している自治体がいくつか見られた。また、「知的障害の部分を差し引いて」「知的障害の部分を予測し差し引いて」「知的障害の寄与を考慮し」など、知的障害の影響を考慮して2級判定している自治体もいくつか見られた。療育手帳の適用として、非該当としている自治体もあつた。

コメントには、「16歳で初めて精神科に受診…?」という点を指摘する意見があつた。

(11) 模擬症例 11

学習障害の23歳の症例である。

1級判定はなし。2級判定が2自治体。3級判定が52自治体。非該当が2自治体。保留が7自治体。非該当、保留を除けば、3級判定が大半であつた。

多くが⑥-2、3の記載内容から3級判定としていた。非該当としているところが2自治体あつたが、「主たる精神障害が学習障害のみであり、日常生活における活動制限も重くないため」「学習障害という病名に問題がある」との理由で、⑥や⑦の記載にかかわらず非該当としていた。保留としたところが7自治体あり、「読み書き困難が…日常生活能力低下をどのようにもたらしているのか具体的に」示すことなどが求められていた。

コメントには、学習障害を主たる精神障害

として記述することに関して疑問を感じる内容の意見が見られた。

(12) 模擬症例 1 2

頸髄損傷を伴う 31 歳の器質性精神障害の症例である。

1 級判定はなし。2 級判定が 47 自治体と大半。3 級判定が 1 自治体。保留が 15 自治体であった。

保留（返戻）とした理由として、「精神障害の初診日が事故の日（発病の原因となった疾患の発症日）となっていることについて返戻し確認する」との意見があった。また、「頸髄損傷による生活障害の状況」の記載を求めるなどの意見もあった。

コメントには、ICDコードを 2 つ記載していることへの意見や、下位分類まで記載するように求めるとする意見が見られた。

(13) 模擬症例 1 3

脳挫傷による器質性精神障害の 65 歳の症例である。

1 級判定が 19 自治体。2 級判定が 40 自治体。3 級判定はなし。保留が 3 自治体であった。

同じ⑥ - 2、3 の記載内容を理由にしながらも、1 級判定と 2 級判定で分かれる結果となっている。「易刺激性、易怒性」「暴力、衝動行為」などから 1 級判定している自治体があった。コメントには、精神障害の初診年月日についての意見、推定発病時期の未記載への意見、病名に対する意見などがあった。

(14) 模擬症例 1 4

脳出血による高次脳機能障害の 47 歳の症例である。

1 級判定はなし。2 級判定が 4 自治体。3 級判定が 47 自治体。保留が 12 自治体であった。保留を除けば、概ね 3 級判定であった。

判定理由の多くは、生活能力の状態から導

かれていた。2 級判定の理由には「機能障害の程度から」としたものがあつた。保留は 12 自治体であった。保留（返戻）の理由については、「精神科の病歴になっていない」「事故の日が精神障害の初診日になっており、通常高次脳機能障害の診断は、その原因となった外傷等の急性期症状を脱した後で行うとされるところから、精神障害の初診日について返戻し確認」「日常生活能力の再判定を依頼」などであった。

(15) 模擬症例 1 5

低酸素脳症による器質性健忘症候群、高次脳機能障害の 53 歳の症例である。

1 級判定が 27 自治体、2 級判定が 29 自治体と分かれた。3 級判定はなし。保留が 7 自治体であった。

同じ⑥ - 2、3 の記載を理由にしながらも、1 級判定、2 級判定の結果に分かれていた。⑤、⑦を考慮に入れても等級判定が 1 級判定、2 級判定に分かれていた。「発症してから比較的短期間のため、総合的に」2 級判定としている自治体もあった。コメントには、「迷惑行為や逸脱行為がないので 1 級とはいえない」の意見も示されていた。また、推定発病年月日や、初診年月日に関する疑義照会の意見が見られた。

(16) 模擬症例 1 6

解離性障害の 29 歳の症例である。

1 級判定が 5 自治体。2 級判定が 51 自治体。3 級判定が 4 自治体。保留が 3 自治体であった。2 級判定が大半であるが、1 級判定、3 級判定ともに見られる結果となった。

3 級判定には、「20 代と若く環境調整によっては、改善の見込みもある」との理由をあげた自治体もあった。また、コメントに「原則 3 級相当としている」との記載のある自治体もあったが、2 級判定とした自治体からは、理由として「神経症ではあるが、常に日常生

活が遂行困難な状況であるため」「病名からは2級判定となることは少ないが・・・生活歴や入院歴などから2級と判定された」などの意見もあるなど、神経症圏での等級判定の難しさが伺えた。

(17) 模擬症例 17

気分変調症の34歳の症例である。

1級判定が2自治体。2級判定が47自治体。3級判定が6自治体。保留が8自治体。1級判定から3級判定まで、判定結果が分かれた。

2級判定としていても、「気分変調症の場合には2級としにくい・・・」「病名からは、2級の判定になることは少ないが・・・」などの意見もあり判定に苦慮されたことが伺われた。

またコメントには「気分変調症」との診断に対する疑義がいくつか見られた。

(18) 模擬症例 18

うつ病の43歳の症例である。

1級判定が7自治体。2級判定が50自治体。3級判定が4自治体。保留が2自治体。1級判定から3級判定まで、判定結果が分かれた。

概ね2級判定であり、その理由は⑤⑥⑦の記載からあげられていた。特に⑥-2、3の記載を理由にあげている自治体が多い。⑥-2と⑥-3との乖離から判定に苦慮したことが伺われる意見が見られた。3級判定では、「⑦の記載から」「入院歴がないから」などが理由にあげられていた。また、コメントには、「初回は3級とする」という回答が見られた。

(19) 模擬症例 19

反復性うつ病性障害と社会恐怖の30歳の症例である。

1級判定はなし。2級判定が35自治体。

3級判定が18自治体。保留が10自治体であった。

⑤⑥⑦の記載、特に⑥の記載内容等から判定されているが、2級判定と、3級判定に分かれた(2級寄り)。「作業所を利用していること」「入院歴がなく、症状も変動がある」ことから3級判定している自治体もあった。保留(返戻)の理由としては、「反復性うつ病性障害」の診断経過が明らかでないことなどがあげられており、同様のことはコメントにもいくつか見られた。症状変動が激しいこと、ずっとこの症状なのか不明なこと、身体合併症の有無が関与しているか不明などの点が疑問点としてあげられていた。

(20) 模擬症例 20

双極性感情障害の46歳の症例である。

1級判定はなし。2級判定が16自治体。3級判定が37自治体。保留は10自治体であった。

多くは⑥-2、3の記載内容等から判定されているが、2級判定と、3級判定に分かれた(3級寄り)。保留(照会・返戻)には、「入院期間を確認」「最終の入院日を追記」などの回答があった。病歴には、過去に腹部自傷などの状態もあることから、コメントには、「悪いときの状態をどのように判断するか検討する必要がある」との意見もあった。過去2年間の状況、治療歴の記載を求める意見もいくつか見られた。「悪化したら等級変更すればよい」との意見もあった。

D. 考察

1. 等級判定のばらつきについて

平成16年度の厚生労働科学研究費補助金・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かたに関する研究」(主任研究者：白澤英勝)における分担

研究「模擬症例の判定に関わる調査」(分担研究者：山崎正雄)の模擬症例等級判定シミュレーションのときと同様に、自治体間でのばらつきが認められた。各自治体における判定基準に違いがあることが推測された。国の各種通知はあるものの、実際の等級判定には各自治体での独自の等級判定の基準(具体的なものか、暗黙の了解かは定かではないが)もあるのではないかと思われた。

その他、結果から考察する。

(1) 手帳の診断書様式の見直しについて (発達障害や高次脳機能障害に関する情報を得やすくした様式)

「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正について」(平成23年1月13日障発0113第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)により、手帳の診断書様式が改正され、平成23年4月1日からは、発達障害や高次脳機能障害に関する情報を得やすくした様式になっている。発達障害者や高次脳機能障害者については、以前の診断書様式では、それらの者の症状、状態像等を適切に把握することが容易でない場合があったことなどが診断書様式改正の背景として謳われている。そのため、診断書の④「現在の病状、状態像等」の欄には、以前の10項目から、12項目に増えている。「(10) 知能・記憶・学習・注意の障害」の項目と、「(11) 広汎性発達障害関連症状」の項目が主に追加された部分である。さらには、診断書の⑤は④の病状・状態像等の具体的程度、症状を記載する欄であるが、そこに新たに検査所見を詳しく記載する部分が追加されている。発達障害者や高次脳機能障害の症状、状態像等について、以前の診断書様式では記載しづらかった点が改善されている。検査所見を含め、発達障害や高次脳機能障害について症状や状態像等を詳細に記載することが

可能となっている。

手帳の診断書を審査判定するときに、手帳の対象となる診断名を支持する病歴や治療歴などの経過を十分に記載していない診断書に出会うことはよくある。また、具体的な病状・状態像、診断の補助となる検査所見を十分に記載していない診断書もよく見られるところである。その点について、新たな診断書様式では記載の不備や情報不足を確認しやすいものになっていると言える。

しかし、どこまで記載を求めるか、詳細な検査所見を記載させるかなど、審査判定する側にとっても悩ましい問題である。

今回の模擬症例での等級判定シミュレーションでは、診断書をどこまで詳細に検討して確認するかについて、自治体によって若干の温度差があることが確認できた。例えば、発達障害について、ICDコードを4桁まで求めるとする自治体もあった。また、発達歴や検査所見など厳しくチェックすることで、そもそもの「診断」に対しての疑義から判定を保留し、返戻などの形で詳細を求めるところもあった。高次脳機能障害についても、何をもって手帳の対象とするか、検査所見を含め病状・状態像の具体的な記述をどう判断するかは自治体によって判断が分かれていた。

どこまで詳細に診断書を確認するか、記載すべき情報をどこまで求めるかは検討すべきところと思われた。

(2) 年齢の問題

特に発達障害の場合、年齢をどう考慮するか、また将来の改善の可能性をどう加味するかなどでも等級判定が揺らぐ可能性が示唆される結果となった。診断書の⑤生活能力の状態には、「児童では年齢相応の能力との比

較の上で判断する」とされているが、「発達」をどのようにとらえるか、障害の固定をどのように考えるかでも判定の結果がかわっていた。

また、治療歴があまりなく、成人になって、またはある程度年齢が高くなってから初めて手帳の診断書の取得をきっかけとして精神科医療機関をおとずれたような発達障害者をどう判断するかも検討すべき課題と思われる。

(3) 「現在の病状、状態像」「生活能力の状態」について

平成 16 年度の厚生労働科学研究費補助金・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かたに関する研究」（主任研究者：白澤英勝）における分担研究「模擬症例の判定に関わる調査」（分担研究者：山崎正雄）においても、等級判定のばらつきの要因として、「生活能力の状態」の「日常生活能力の判定」と「日常生活能力の程度」のいずれを重視して判定しているか、総合的にどう判断するか各自治体の判定会議での判断の方法によって差異が出ていることが指摘されていたが、今回の調査でも同様の結果であった。

新たな診断書様式では、⑥「生活能力の状態」については、⑦に、⑥の具体的な程度・状態等について記載する欄が新たに設けられ、これまで⑥ - 2「日常生活能力の判定」、⑥ - 3「日常生活能力の程度」のどこに○をつけられているかだけでは不十分だった情報の追加記載が可能となっている。

しかし、各自治体間の判定の不一致の解消には至っていない。また、同じ⑥、⑦から（または⑤、⑥、⑦から）判断したとされながらも、自治体が違えば異なる等級に判定される結果となっている。各自治体によって異なる判定基準になっているものと推測される。

新たな診断書様式に追加された詳細な情報をどう判定に結びつけるかの具体的な指標、ばらつきの生じない判定基準を示すことが必要であろう。

(4) 疾患特性・障害特性について

平成 23 年 4 月 1 日から適用されている新たな診断書様式では、「心的外傷に関する症状」や「解離・転換症状」などの症状についての記載が追加されている。

今回の模擬症例シミュレーションでは、「解離性障害」を提出しているが、等級判定が 1 級から 3 級までばらつく結果となった。神経症性障害、特に症状に変動があり、障害の固定をどう判断するか悩ましいものに対する等級判定の難しさがある。疾患特性・障害特性を踏まえた具体的な判定基準・指標の作成が必要であろう。

気分障害（感情障害）に関しても、症状の変化もあるため、症状としてとらえるのか生活能力の障害としてとらえるのかも判断が迷うところである。具体的な等級判定の基準・指標が必要である。また、気分障害に関しては、診断の確かさも問われるところである。

(5) 初診年月日、推定発病時期の問題

「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 23 年 3 月 3 日障精発 0303 第 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）には、「推定発病時期については、最初に症状に気づかれた時期を原則とするが、発達障害等明らかに出生直後からの問題に付随した場合は、出生時を推定発病時期と記入する。高次

脳機能障害の場合は、発症の原因となった疾患の発症日を記入する。」と明記されている。

しかし、高次脳機能障害では「精神障害」の発病時期がいつからなのか、「精神障害」の初診は原因となった疾患の急性期症状を脱したあとで初めて精神科医療機関等で診断された日なのか、それとも原因となった疾患で初めて医師の診療を受けた日なのかについて、まだまだ混乱した診断書にも出会う。今回の模擬症例での等級判定シミュレーションでも、見解の違いがみられた。

発病の原因となった疾患を内科や脳神経外科等で治療を続け、リハビリ等を導入している途中であらためて「精神障害」が明確になる場合などもあり、診断書を記載する医師の側でも迷われるのではないかと思われる。今一度の整理が必要かと思われる。

E. 結論

平成16年度の厚生労働科学研究費補助金・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かたに関する研究」（主任研究者：白澤英勝）における分担研究「模擬症例の判定に関わる調査」（分担研究者：山崎正雄）でも指摘されているところであるが、等級判定の不一致、自治体間でのばらつきを解消するためには、精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の基準・指標の作成が必要であることが確認された。精神障害者保健福祉手帳に関して、「精神障害者保健福祉手帳の手引き」（診断書作成・障害等級判定マニュアル）が日本公衆衛生協会から出されているが、平成15年1月の発行と古いものであり、現在は絶版となっている。平成24年4月から手帳の診断書様式に新たに追加された部分についても考慮された新たなマニュアルが必要

である。

「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正について」（平成23年1月13日障発0113第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）によって改正された現在の手帳制度に沿った等級判定の基準・指標作り、疾患特性・障害特性を踏まえた診断書作成及び障害等級判定のためのマニュアル作りが急がれる。

F. 研究発表

- | | |
|---------|----|
| 1. 論文発表 | なし |
| 2. 学会発表 | なし |

G. 知的財産権の出願・登録状況

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

資料 1

模擬症例 等級判定 結果

表 1 結果一覧

等級判定	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
1 級認定	53	0	46	0	21	0	0	0	1	22
2 級認定	3	57	16	14	25	11	33	47	51	37
3 級認定	0	1	0	46	5	45	22	12	6	1
非該当	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
保留 (照会)	2	1	0	0	4	4	3	3	3	2
保留 (返戻)	5	4	0	2	8	3	5	1	2	0
計	63	63	62	63	63	63	63	63	63	63
保留の場合										
申請者に返戻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師に文書照会	1	0	0	1	1	1	2	1	0	1
医師に電話照会	0	0	0	0	2	2	0	2	2	0
医師に返戻	3	3	0	1	3	1	2	1	1	0

等級判定	症例 11	症例 12	症例 13	症例 14	症例 15	症例 16	症例 17	症例 18	症例 19	症例 20
1 級認定	0	0	19	0	27	5	2	7	0	0
2 級認定	2	47	40	4	29	51	47	50	35	16
3 級認定	52	1	0	47	0	4	6	4	18	37
非該当	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保留 (照会)	1	6	2	3	1	0	1	0	4	5
保留 (返戻)	6	9	1	9	6	3	7	2	6	5
計	63	63	62	63	63	63	63	63	63	63
保留の場合										
申請者に返戻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師に文書照会	1	1	0	1	0	1	2	0	2	1
医師に電話照会	0	3	0	1	1	0	0	0	1	2
医師に返戻	2	4	1	4	3	2	3	2	3	3

※ 67 の精神保健福祉センターのうち 63 の精神保健福祉センターから回答が得られた。
(回収率：94.0%)

※ 症例 3、13 に関しては、等級判定が 2 通りに分かれたために等級判定の決定がされなかった旨の回答の自治体が各 1 か所あり、等級判定結果には算入していない。
そのため、等級判定計が 62 となっている。

※ 「保留の場合」の内容については、回答のない自治体があるため、等級判定の保留の数値とは一致していない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	模擬症例1	明治・大正・昭和・平成 38年10月11日生（満48歳）	男・女
住所			
① 病名 (ICDコードは、右の病名に対応するF00～F99、G40のいずれかを記載する)	(1) 主たる精神障害 統合失調症 ICDコード (F20) (2) 従たる精神障害 ICDコード () (3) 身体合併症 身体障害者手帳 (有)・無、種別 () 級		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 58年 2月 10日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 年 月 日		
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(推定発病年月 昭和59年 2月頃) 中3の時に不登校傾向だった。高校進学後も不登校傾向は続いた。高卒後就職するも無断の休みが多く、解雇された。S58年2月頃から、自分に命令したり、自分を非難したりする声に苦しむようになった。家族に連れられ、S58年2月10日当科初診。外来治療開始したが、やがて治療中断。S62年12月、隣人の車を勝手に乗り回し逮捕されたこともある。S63.2.10～H2.1.10まで当院入院。その後入院を繰り返し、H20年2月1日より当院入院中。薬物療法を行っているが反応性は乏しい。 *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 年 月 日）		
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲むこと。）	<p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他（過飲水）</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・選発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月から）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等） () 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的・反復的な関心と活動 4 その他 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		

⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 統合失調症の残遺状態が著明で思考は解体しており、言葉でのコミュニケーションが困難。表面的にしか疎通はとれない。強迫的な飲水行動があり、行動制限により飲水を制限しないと水中毒となりけいれん発作に至ることがたびたびある。ときに粗暴行為、衝動行為を認める。病識は欠如している。
[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]
⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）
1 現在の生活環境 (人)・入所（施設名） ・在宅（ア 単身・イ 家族等と同居） ・その他 ()
2 日常生活能力の判定（該当するもの一つを○で囲む）
(1) 適切な食事摂取 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(2) 身辺の清潔保持・規則正しい生活 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(3) 金銭管理と買物 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(4) 通院と服薬（要・不要） 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(5) 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(6) 身辺の安全保持・危機対応 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(7) 社会的手続や公共施設の利用 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的・社会的活動への参加 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
3 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)
(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 (5) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。
⑦ ⑥の具体的程度、状態等 過量な飲水行為があり、目が離せない。病識はなく衝動行為、逸脱行為を認める。 無為自閉的な生活で、身の回りのこともほとんどできない。
⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）
⑨ 備考 当院入院中
上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日
医療機関の名称 医療機関所在地 電話番号 診療担当科名 医師氏名（自署又は記名捺印）

模擬症例1 判定理由

1級

- 総合判断
- 20歳の頃の発症で幻聴が著しい。治療中断などがあり、薬物療法への反応が乏しい。思考は解体しており、水中毒にもなりやすく粗暴であり、日常生活全般に常時援助が必要な状態であることから。
- 能力判定
- 日常生活能力の判定は、社会生活に関する「できない」が優位であるが、日常生活関連項目にも2項目の「できない」が含まれるため。
- ⑥の状況と他の記載から生活に大きな支障があるため
- ⑥-2, 3の状況から判断
- 入院中と保護的環境下にあるにもかかわらず、飲水行動等行動障害や意思疎通が出来ず衝動コントロール不能等の重い精神症状があり薬物療法も反応性乏しい。6の判定も重く1級相当と判断する。
- 診断書に記載された内容から、日常生活に著しい制限を受けていること、常時援助を必要とする様子がうかがわれたため。
- 日常生活能力の程度
- 6-2日常生活能力の判定、及び6-3日常生活能力の程度による
- ⑥2で「できない」が過半を占め、⑥3も1級相当であるため。
- H7.9.12健医発第1133号の別紙(等級判定基準)の精神疾患(機能障がい)の状態では高度の残遺状態、高度の人格変化、思考障害があると認められる。また、能力障害も同通知の別紙 能力障害の状態3~8で1級相応。H7.9.12健医精発第46号の別紙の3からも1級相応。H7.9.12健医発第1133号通知の別添2でも1級相応と考える。

●発症して20数年経過し、入退院を繰り返しており、現在も入院状況に適応不全である。また身の回りのこともほとんどできず、常時援助が必要である。しかし、今後、治療により改善される余地があり、高齢でもないことから2級と判定する。

- ⑥ 2・⑥ 3・⑦
- 入退院を繰り返しており現在も入院中。⑦に「身のまわりのこともほとんどできない」と記載があるため1級と判定。
- ⑥生活能力の状態
- ⑥-2で「できない」が多い
- 重症度が高いため。
- ⑥-2において(3)~(8)が「できない」であり、⑥-3が(4)であるため。
- 生活能力の障害の状態から。
- 統合失調症で入院で治療を行っているが反応性に乏しく解体と水中毒があるなど病状も悪く日常生活能力も著しく低いため。
- 病歴が長く、難治例であり、今後も目立った改善が期待できない。セルフケア能力も極めて乏しい。
- ⑤、⑥、⑦により判定
- 症状の重症度が高い
- ⑥-2, 3
- ⑥、⑦から判断した(長期入院中で治療反応に乏しい)。
- 診断書の現状評価及び長期入院状況から。思考解体した統合失調症で、日常生活能力は過半数の項目が「できない」。日常生活能力の程度による。
- 長期入院のため
- 4年も入院しており、日常能力の判定は「できない」が6項目あり、程度も(4)の判定だから。
- ⑥2, 3ともに1級相当の丸つけである。それに加え、入院中であること、⑦欄に「身の回りのこともほとんどできない」の記載があることから、⑥3(4)「常時援助」の記載と齟齬がなく、重度であることが確認できたため。
- 日常生活能力の判定より。顕著な精神障害が一定期間持続しているため

- 頻回の入退院、現在入院中の状況、治療に対する反応性、日常生活能力などから、総合的に1級と判定される
- ⑤に記載の「言葉でのコミュニケーションが困難」、「ときに粗暴行為、衝動行為を認める」や⑦に記載の「目が離せない」、「身の回りのこともほとんどできない」など。また、⑥-3が(4)で、かつ⑥-2に「できない」が多いため。
- 長期間入院しており、単独では日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度の精神症状及び能力障害を認める。
- ⑥の2、3がともに1相当のため
- (分布表では概ね1級)。長期入院中で、治療反応性が悪い。目が離せない、身の回りのことが出来ないなど状態悪い。
- 症状と日常生活能力の程度により判定
- ⑥生活能力の状態、日常生活能力の程度から
- ⑥⑦の記載を考慮
- 判定理由については、病名、⑤⑥⑦欄の記述をもとに総合的に判定
- ⑥-2「日常生活能力の判定」欄、-3「日常生活能力の程度」欄より
- 1級=4票：症状が重度である。2級=2票 3級=0票
- 長期入院しているが、症状の改善はみられていない。予後不良と推測できる。
- 重度精神障害のため多大な援助なしで日常生活不可能。⑥2、3から1級程度と判断。
- 精神障がいにより日常生活に著しい制限があり、常時他人の援助を必要とするため
- S63年より入退院を繰り返し、H20年2月1日より精神科病院へ長期入院中。薬物療法を行うも反応性は乏しいとの記載があり、精神症状が重いこと日常生活の制限が著しいことなどより総合的に判定して1級相当。

2級

- 基準に照らして

- 病歴が長く現在も5年近く長期入院中。⑥欄の2、3欄が2級相当
- 診断書の記載内容から総合的に判定

3級

- なし

非該当

- なし

照会

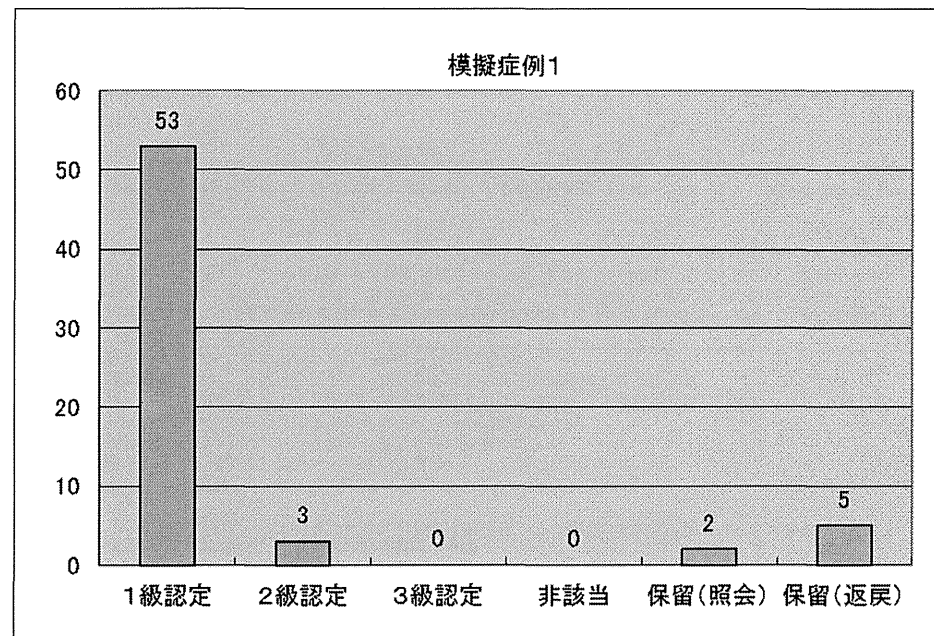
- ③欄「推定発病年月」が記載文と一致していないため。

返戻

- 4(5)のチェックがない。②初診年月日の記載もれ
- ⑥生活能力の状態 2.日常生活能力の判定(1級相当)と3.日常生活能力の程度(2級相当)の整合性が取れないため、保留(返戻)とする。
- 以下のように記載の不備が複数あるので、返戻し加筆・修正を求める。①欄で、身体障害者手帳(有)となっているので身体合併症の病名記載を求める。②欄で、診断書作成医療機関の初診年月日、③欄で推定発症年月日の誤り⑧欄で、利用がない場合「なし」と記載してもらう

模擬症例1

- 4 (5) のチェックもれはあるが、他欄の記載で理解し照会をかける事もある
- 現在の病状、生活能力の状態からは1級の判定でもよいのでは。
- 残遺症状に関する項目の記載がないことは若干の記載不備といえるが、症状記載に「思考が解体し」との記述があるので保留照会等の扱いにはせず。
- 身体障害者手帳ありだが、等級と内容が不明
- ②欄の「診断書作成医療機関の初診年月日」が未記入です。ご記載ください。③欄の推定発病年月が、主たる精神障害の初診年月日以降となっております。ご再調ください。(つけるとしたら1級)
- 身体障害者手帳を所持しているのであれば、①(3)に等級など詳しく記載して欲しい。身体障害による日常生活能力の制限はこの症例の場合は少ないのではないか。
- 日常生活で常時援助が必要な事から等級1級とも考えられた。
- ①病名(3)身体障害者手帳の有があるのなら身体合併症、等級等も記載する必要があるのではないか。また、身体手帳の記載の意味は必要なのか。
- 推定発病年月の矛盾については確認
- 加筆訂正依頼：「②初診年月日」の「診断書作成医療機関の初診年月日」について記載してください。加筆訂正依頼：「⑧現在の障害福祉等のサービスの利用状況」について記載してください。
- 発達障害がベースにある可能性は？薬物は慎重に。
- 【照会内容】①(3)欄、身障手帳有となっているが、病名の確認(器質的なものかどうか)、それによって合併症があればどのような障害があるか⑧欄に追記を。③欄、推定発病年が誤りではないか⇒2点が誤りなら、1級に相当。
- 訂正されれば、1級相当
- 身体障害者手帳が「有」となっているため、身体合併症や等級を確認するべきか。
- 修正されれば、障害等級は1級相当



診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	模擬症例 2	明治・大正・昭和・平成 43年 12月 21日生（満43歳）	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所			
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載する)	(1) 主たる精神障害 統合失調症 ICDコード (F20) (2) 従たる精神障害 ICDコード () (3) 身体合併症 身体障害者手帳 (有・無、種別 級)		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 16年 2月 4日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 22年 4月 9日		
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(推定発病年月 昭和61年 月頃) 幼少期に両親離婚。中学2年生のころから暗い性格といわれ、友だち関係がなくなっていた。高校1年で中退。17歳時結婚したが、すぐに離婚。19歳で再婚した頃から、幻聴や被害関係妄想がみられていたようであるが、未受診。男性への攻撃的な言動などあり再び離婚する。その後は水商売などしながら単身生活を続けていた。平成12年男性と同棲するようになり、女児を出生。夫のDVのために平成14年6月より母子支援施設に入所する。しかし、女児への虐待があり、女児は児童養護施設に入所。本人は母子支援施設内で、大声で騒ぐなどの言動があり、平成16年2月4日県立病院心療内科初診。統合失調症と診断される。以降、A病院、Bクリニック、Cクリニックに受診してきた。この間も病状は安定せず、異性問題でのトラブルなど生活も不安定な状況が続いた。 *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 年 月 日）		
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲むこと。）	<p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 <input checked="" type="radio"/> 憂うつ気分 4 その他 ()</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 <input checked="" type="radio"/> 幻覚 <input checked="" type="radio"/> 妄想 3 その他 ()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 <input checked="" type="radio"/> 自閉 <input checked="" type="radio"/> 感情平板化 <input checked="" type="radio"/> 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遷延性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月 日）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等） 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的・反復的な関心と活動 4 その他 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		

⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等
初診までに約20年間医療を受けていないためか、初診時、既に感情平板化、自閉などの陰性部分のみとめられた。「自分を呼ぶ声がある」などの幻覚を思わせる発言があるが、幻覚妄想は浮動的である。時に衝動行為、攻撃的言動が見られる。人格水準が低下しているためか、万引きでの逮捕歴もある。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）

1 現在の生活環境
入院・入所（施設名 ()）・在宅 単身・イ 家族等と同居・その他 ()

2 日常生活能力の判定（該当するもの一つを○で囲む）

(1) 適切な食事摂取
自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

(2) 身辺の清潔保持・規則正しい生活
自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買物
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

(4) 通院と服薬（要）不要
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

(6) 身辺の安全保持・危機対応
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

(7) 社会的手続や公共施設の利用
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的・社会的活動への参加
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度
(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
 (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
(5) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等
自閉・感情平板化、人格変化が目立ち、気ままな生活をしている。ときどき病的体験が出没し、また手洗いを繰り返すなど強迫症状が見られることもある。異性関係が不安定で、ときには暴力沙汰になって警察が出動したこともある。日常生活は自分では十分にできないが、訪問看護などの支援は望まず、利用しようとする。現在も男性と半同棲状態である。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
(障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）
利用なし

⑨ 備考
上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日
医療機関の名称
医療機関所在地
電話番号
診療担当科名
医師氏名（自署又は記名捺印）

模擬症例2 判定理由

1級

- なし

2級

- 残遺症状の為、人格変化等がみられるが生活能力は時に応じて援助を必要とする程度
- 総合判断
- 19歳頃から症状が目立つ。女兒をもうけるが、子供は施設へ。症状は落ち着きがないが、生活は援助さえあればできるため。
- ⑥-2、3の判定と③、④、⑤の記載内容などを参考に総合的に判断して。
- 能力判定
- 日常生活能力判定ですべての項目が「援助があればできる」であることから。
- ⑥-3(3)であり、問題があるものの生活はある程度している
- ⑥欄全体のから判断
- ⑥⑦から
- 子どもへの虐待、繰返される万引きなどの反社会的行為は長年の未治療による人格障害であり、6の生活能力の判定からも2級相当と判断する。
- 精神症状と性格傾向の分離がしがたいところもあるが、この記載であれば2級相当。
- 診断書に記載された内容から、日常生活に著しい制限を受けていること、時に応じて援助を必要とする様子がうかがわれたため。
- 日常生活能力の程度
- 6-2日常生活能力の判定、及び6-3日常生活能力の程度による
- ⑥2が全て「援助があればできる」で⑥3も2級相当で

あるため。

- 精神疾患は、残遺状態、人格変化、思考障害、幻覚妄想はあるが、高度とまでは認めない。
- 能力障害は援助なしにはできないが、できないわけではない。
- 幻覚妄想は浮動的であるが、感情が平板化し自閉的で人格水準は低下している。本来の疾患の他に、様々な社会的支援を要する状況にあり、通院によってなんとか日常生活を過ごしているものの継続的な支援も必要であることから3級ではなく2級と判定する。
- 基準に照らして
- ⑥ 2・⑥ 3
- ⑥-2にて全ての項目が「援助があればできる」になっている。
- ⑥生活能力の状態
- 主に⑥-1・2から判断
- 日常生活能力の程度が2級該当程度のため。暴力行為なども見られるが、病的なものに基づくものではないため、1級とはならない。
- ⑥-2においてすべてが「援助があればできる」であり、⑥-3が(3)であるため。
- 治療期間長い。社会生活しており、身辺自立はしている。
- 統合失調症で人格水準は低下しているが他者と共同生活は一応送れるレベルで、病的体験が浮動的である。日常生活能力は常時援助が必要ではないところから2級
- ⑤、⑥、⑦により判定
- ⑥の内容から、単身生活は困難な状態で、半同棲の男性の援助がかなり必要な状態と判断する
- ⑥-2、3
- ⑥、⑦から判断した(何とか外来で治療できているが、病状は安定していない)。
- 診断書の現状評価から。慢性統合失調症であるが、すべての項目が「援助があればできる」で単身在宅生活継続できる。日常生活能力の程度による。
- ⑤や⑦の記述から、高度の残遺状態とはいいがたい。⑥-2は全てが援助があればできる。⑥-3は時に応じて援

助を要する。⑦の記述から、日常生活に支援が必要な状態と考えられる。

●⑥欄の2がすべて『援助があればできる』で3-(3)の程度であるため。

●診断書の記載内容から総合的に判定

●通院治療をしており、日常生活能力はすべて「援助があればできる」であり、程度も「3」だから。

●⑥2、3ともに2級相当の丸つけであるため。

●日常生活能力の判定より、逸脱行動は病的症状のひとつと判断せざるを得ない。

●病名、日常生活能力の判定、程度から2級と判断される。

●⑥-2及び⑥-3より、2級相当と判断。

●日常生活において、必ずしも常時他人の援助を必要とするものではないが、人格水準の低下や幻覚妄想等の症状により日常生活は困難で、時に応じて援助を必要とする。

●⑥の2、3がともに2相当のため

●（分布表では概ね2級）

支援を受けて単身生活を行っているが、日常生活能力のレベルは高くなく、病状による行動に問題多く、病状も不安定。

●精神症状と性格傾向の分離がしがたいところもあるが、この記載であれば2級相当。

●精神疾患（機能障害）の状態、能力障害の状態等を勘案し、2級相当であることから、この症例の障害等級は2級と判断した。

●症状と日常生活能力の程度により判定

●⑥生活能力の状態、日常生活能力の程度から

●衝動行為もあるが、一応の単身生活が可能

●判定理由については、病名、⑤⑥⑦欄の記述をもとに総合的に判定

●⑥-2「日常生活能力の判定」欄、-3「日常生活能力の程度」欄より

●1級=0票 2級=5票：症状により社会生活に制限を受けている。3級=1票

●生活障害が大きい、一定の援助があればある程度の生活は出来ると判断したもの。

●・精神障害のため日常生活に支障を来し、社会適応困難。

● 精神障がいにより日常生活に著しい制限があり、時に他人の援助を必要とするため

3級

●⑥欄の内容から

非該当

●なし

照会

●なし

返戻

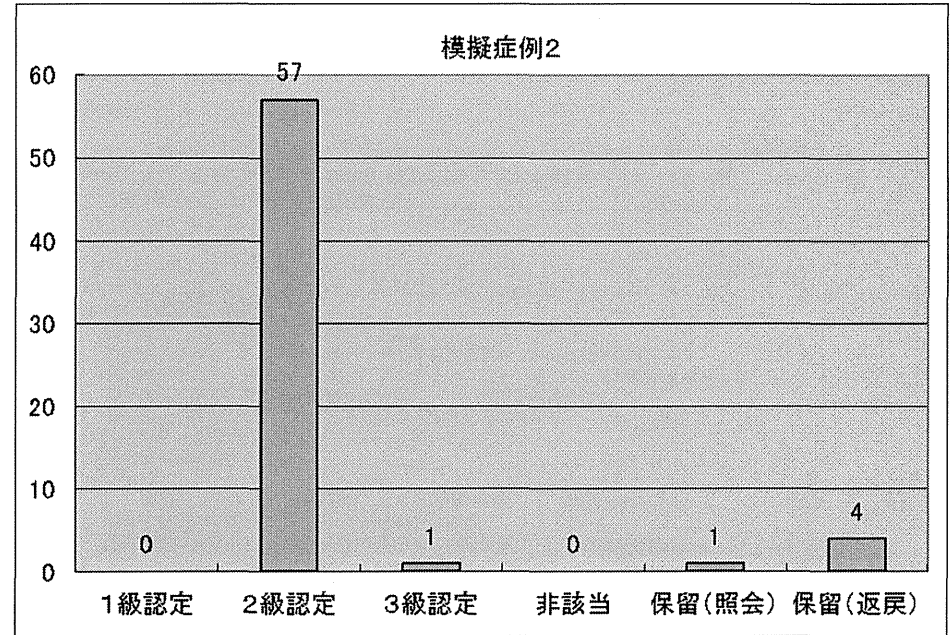
●病歴から統合失調症とはなかなか思えず、人格障害圏であればそれなりの等級になるかと思われる。

●以下のように記載の不備があるので、返戻し加筆・修正を求める。③欄の病歴には、診断書作成医療機関の初診の経緯も記載してもらう。④欄で、強迫体験にもチェックを入れてもらう。

●診断書の③「発病から現在までの病歴」及び⑤「④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」に初診以後、特に過去2年間の状態及び受診状況の記載がないため、過去2年間及びこれから2年間の様子がわからないため記載を求める。

模擬症例2

- 精神症状もあり、⑥⑦の記載からは援助なしに生活できないので1級相当の状態なのでは。
- 直近の受診状況をもう少し記載して欲しい。
- 単身で社会生活もそれなりにできており、人格障害であれば3級相当かも。
- ①？
- このような症状で半同棲している男性が支援・援助しているとしても単身で在宅という生活は維持できないと思われる。
- 等級は2級レベル
- 診断書作成の医療機関の初診日はおそらくH22.4.9と予想されるが、そこから現在まで約2年間の治療が不明であるため、そこを記載してもらおう。
- 入院歴もなく、それなりのレベルで本人なりに社会に適応してきているとすれば、3級という判定もありうるのではないかという意見があった。
- 修正されれば、2級相当



診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	模擬症例3	明治・大正・昭和・平成 44年 3月 1日生（満43歳）	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所			
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載する)	(1) 主たる精神障害 統合失調症 ICDコード (F20.0) (2) 従たる精神障害 ICDコード () (3) 身体合併症 身体障害者手帳 (有・無、種別) 級)		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 61年 4月 10日 診断書作成医療機関の初診年月日 <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 61年 4月 10日		
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(推定発病年月 昭和59年 月 日頃) 14歳頃より、幻聴がみられるようになった。幻聴の相手との会話が激しくなり、妄想に支配され家を飛び出したことがあり、ときに行方不明となることもあったようである。昭和61年4月10日当院精神科を初診、思考化声、幻聴、被害関係妄想を認め統合失調症と診断された。以後通院治療を続けている。人格水準の低下が認められ、現在ではひきこもり状態となっており、病院受診以外の外出はほとんどなく、対人交流も家族や医療関係者に限られている。 *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 年 月 日）		
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲むこと。）	<p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 <input checked="" type="radio"/>1 幻覚 <input checked="" type="radio"/>2 妄想 3 その他 ()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 <input checked="" type="radio"/>1 自閉 <input checked="" type="radio"/>2 感情平板化 <input checked="" type="radio"/>3 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チェック・汚言 6 その他 ()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月 日から）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的・反復的な関心と活動 4 その他 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		

⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等
活発な幻聴や妄想も認められるが、興奮したりすることはない。陰性症状が強く、独語、空笑が目立ち、社会性も低い。自発性低下のため、家族の指示無しには清潔の保持も不可能である。周囲に自分の意思をはっきりと伝えることができない。食器のあとかたづけ命じられても、何十分も同じ皿を洗い続けるなどしてしまうなど、適切な行動ができない。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）

1 現在の生活環境
入院・入所（施設名) ・在宅（ア 単身 イ 家族等と同居）・その他 ()

2 日常生活能力の判定（該当するもの一つを○で囲む）
(1) 適切な食事摂取
自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない
(2) 身の清潔保持・規則正しい生活
自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助が あればできる ・ できない
(3) 金銭管理と買物
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(4) 通院と服薬（要）不要
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(5) 他人との意思伝達・対人関係
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(6) 身の安全保持・危機対応
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(7) 社会的手続や公共施設の利用
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度
(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)
(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
(5) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等
家事はほとんどできない。自室にひきこもり状態で家人や医療関係者以外ほとんど接触がなく、買物など家外活動を行えない。家庭内で行えるのは食事を摂ることや、身辺清潔くらいで、生活リズムは乱れ気味である。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
(障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等)

利用なし

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

医療機関の名称
医療機関所在地
電話番号
診療担当科名
医師氏名（自署又は記名捺印）

模擬症例3 判定理由

1級

- 高度の残遺症状の為人格変化も著明である
- 総合判断
- ⑥-2、3の判定と③、④、⑤の記載内容などを参考に総合的に判断して。
- 能力判定
- 日常生活能力の判定で社会生活関連項目がすべて「できない」、生活関連でも1小目に「できない」がある。
- ⑥-3-(4)であり、生活範囲も限られる
- ⑥、⑦欄から総合的に判断
- ⑥⑦から
- 若年発症で解体の顕著な事例。何とか家族のもとで在宅生活を維持しているが、基本的な生活場面でも常時援助を必要としていることから1級相当と判断する。
- 診断書に記載された内容から、日常生活に著しい制限を受けていること、常時援助を必要とする様子が見られるため。
- 日常生活能力の程度
- 6-2日常生活能力の判定、及び6-3日常生活能力の程度による
- ⑥2で「できない」が過半を占め、⑥3も1級相当であるため。
- ⑥2・⑥3
- ⑥生活能力の状態
- ⑥-2で「できない」が多い
- 重症度が高く、家族支援のもとで暮らせているため。
- ⑥-2において「できない」が多く、⑥-3が(4)であるため。また、⑤⑦の記述内容による。
- 陰性症状が強い。じっとしている。家族の指示で動く。
- 幻覚妄想も活発で陰性症状も高度でひきこもり状態日常生活能力も非常に低下している。

- ⑤、⑥、⑦により判定
- ③、⑤、⑥-2、3、⑦
- ⑤、⑥、⑦から判断した。
- 強い陰性書状に加え陽性症状もある統合失調症で、日常生活能力は過半数の項目が「できない」。日常生活能力の程度・家庭内適応すら困難。
- ⑤や⑦の記述から、家族がいなければ生活できないほぼ全介助の状況と考えられる。⑥-2や⑥-3の記述から多大の援助を必要とする。
- ひきこもり状態で、陰性症状が前景にあり、家族と同居しているから何とか生活できていると思われる。⑥欄の2が右よりの判定で『できない』が5項目があり、3-(4)の程度となっているため。
- 通院治療をしているが自宅に籠もり、日常生活能力は「できない」が5項目あり、程度も「4」だから。
- ⑥2、3ともに1級相当の丸つけである。また、福祉サービス等の利用ないが、⑤欄「自発性低下のため、家族の指示なしには保清も不可」との記載から、重度であることが確認できたため。
- 日常生活能力の判定より。陰性症状が強く続いているため。
- 若年発症、症状の程度、日常生活能力などから、家族の支援がないとほとんど生活が成り立たないと思われ1級と判定された。
- ⑥-3が(4)で、かつ⑥-2の「援助があればできる」より「できない」が多いため。
- 陰性症状が強く人格水準の低下が認められ、日常生活においても家族の指示がなくてはほとんどのことが不能な状態である。
- 症状と日常生活能力の程度により判定
- ⑥生活能力の状態、日常生活能力の程度から
- ⑥⑦の記載を考慮
- 判定理由については、病名、⑤⑥⑦欄の記述をもとに総合的に判定
- ⑥-2「日常生活能力の判定」欄、-3「日常生活能力の程度」欄より

- 1級=3票：症状が重度かつ慢性である。2級=3票
3級=0票
- 日常生活機能の障害が大きい。
- ・日常生活においても家族の指示が必要で、それでも適切が行動がとれない。
- 精神障がいにより日常生活に著しい制限があり、常時他人の援助を必要とするため

2級

- 病院受診以外は引きこもり状態で、対人交流も家族や関係者に限られている。生活はリズムが乱れ気味だが、家族の指示ではできている。興奮もないため、初回なら2級とする。
- 精神疾患は、残遺状態、人格変化、思考障害、幻覚妄想はあるが、高度とまでは認めない。能力障害は家族の援助なしにはできず、指示にも適切な行動ができないとあるが、日常生活に著しい制限を受ける・制限を加える程度と考え、日常生活の弁が不能ならしめる程度とは判断しない。
- 通院治療により病状は抑えられているが、陰性症状のため引きこもりがちである。適応レベルは低く、社会参加への制約も大きいことから2級と判定する。
- 基準に照らして
- 病歴が長く人格水準が低下している。⑥欄の2、3欄が2級相当
- ⑥-2にて5/8が「できない」となっているが、⑤⑦において陰性症状が目立ち、問題行動などは比較的少ない。
- 慢性期で安定した統合失調症のケースで、入院歴のないことから2級とした。
- 日常生活に著しい制限がある
- 定期的な治療を行っているが、精神症状が続いている。また、入院はしていないが症状は重いため。
- 診断書の記載内容から総合的に判定
- ⑥の2、3がともに3相当のため

- （分布表では概ね1-2級）。日常生活能力について概ね援助があれば出来る（安全保持危機対応のみできない）ので、2級と判定した。
- 精神疾患（機能障害）の状態、能力障害の状態等を勘案し、2級相当であることから、この症例の障害等級は2級と判断した。
- 日常生活能力より
- 定期的な治療下にあるが、状態が不安定であり、⑥-3日常生活の能力の程度（4）と判断されている。また就労もしていないが、過去2年間に入院歴も特にないことなどより、総合的に判定し2級相当。

3級

- なし

非該当

- なし

照会

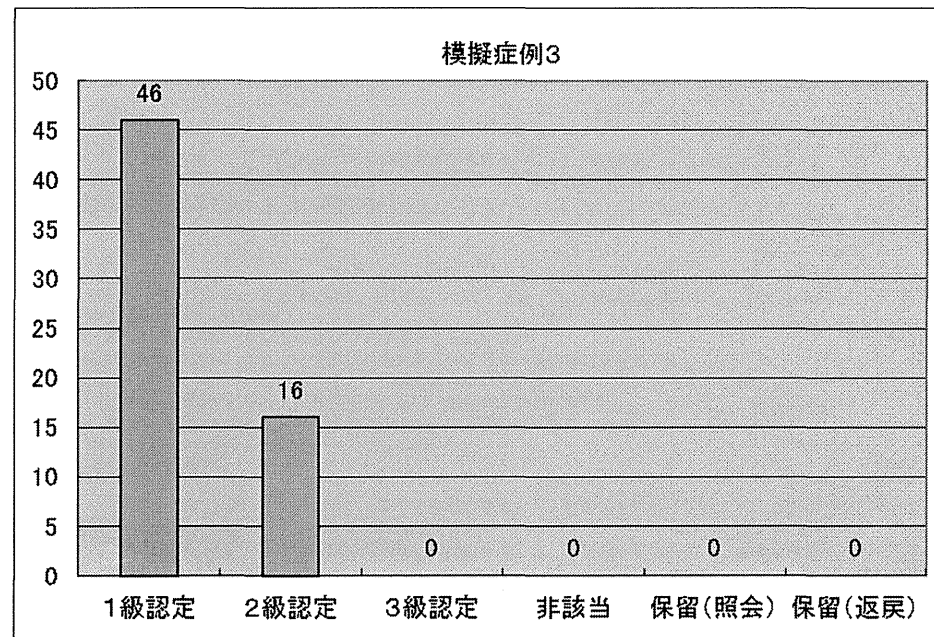
- なし

返戻

- なし

模擬症例3

- F20.5であるべきだが、F20は4桁まで求めているので照会しない
- ⑥-2と⑥-3の整合性がないのではないか。⑥-2(1)の食事摂取はバランスを考えて摂取できるようには伺えない。⑥-3は(5)に該当するのではないか。
- 陰性症状から社会性の低さもあり、1級とも考えられたが、家庭での安定した生活も可能であるため、2級と判定。
- ⑥の「保護的環境ではない場合を想定して判断」の解釈が難しい。買物ができなければ、食事摂取も難しいのではないだろうか。
- 1級とする場合もありうるが、初回申請であれば1級を出しにくい。判定に迷うところである。
- 少数意見：1級にしては陽性症状が乏しい。
- 【少数意見：2級】在宅でもあり、⑦の記述から食事や保清はある程度行えると考えられる。
- 食事摂取、身の清潔保持は援助があればできる程度であることから2級判定する意見あり。



診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	模擬症例4	明治・大正・昭和・平成 36年5月3日生（満51歳）	男・女 男
住所			
① 病名 (ICDコードは、右の病名に対応するF00～F99、G40のいずれかを記載する)	(1) 主たる精神障害 統合失調症 ICDコード (F20) (2) 従たる精神障害 ICDコード () (3) 身体合併症 身体障害者手帳(有・無、種別 級)		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 1年 6月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 22年 8月 1日		
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(推定発病年月 平成1年 4月頃) 平成1年4月、国内旅行をした直後に幻聴や『足が勝手に動く』などの異常体験があり、平成1年6月から平成1年8月まで〇〇大学病院に入院し統合失調症と診断された。治療中断により、症状再燃し平成2年3月～平成3年3月まで●〇病院に入院。平成3年11月に自殺企図し、平成3年12月から平成4年3月まで●〇病院に入院した。その後は、仕事を時々するも長続きしなかった。平成21年5月から××病院に通院しながら、同病院のデイケアを利用していた。平成22年8月1日から当クリニックにて通院し、デイケアにも通っている。現在はアルバイトをしながら、生活保護も受けている。 *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日(疾患名 年 月 日)		
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲むこと。）	<p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月から）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等） 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的・反復的な関心と活動 4 その他 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		

⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等
『幽霊に責められる』『悪魔がとりついてくる』との妄想がみられる。残遺症状も認め就労は週に3日程度が限度である。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）

1 現在の生活環境
入院・入所（施設名 () ・在宅 (ア) 単身・イ 家族等と同居）・その他 ()

2 日常生活能力の判定（該当するもの一つを○で囲む）

(1) 適切な食事摂取
自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2) 身辺の清潔保持・規則正しい生活
自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買物
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4) 通院と服薬（要）不要
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身辺の安全保持・危機対応
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的手続や公共施設の利用
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度
(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
(5) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等
アルバイト就労はしているものの週2-3回程度である。生活も何とか自立しているが、十分ではない。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
(障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）
生活保護 利用なし

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

医療機関の名称
医療機関所在地
電話番号
診療担当科名
医師氏名（自署又は記名捺印）