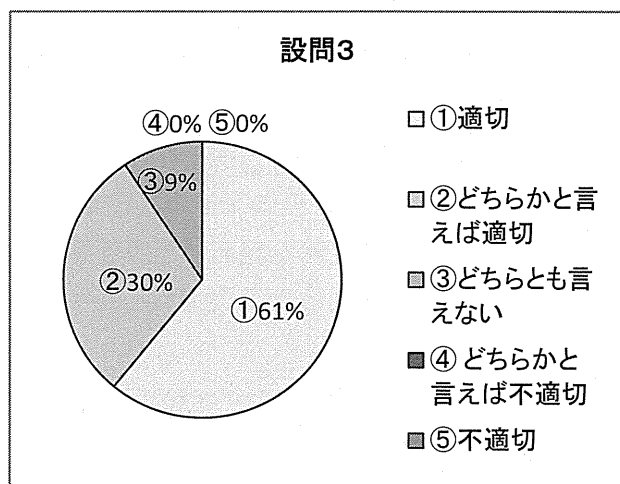


いても、単身生活を想定する、というコンセプトを否とする意見ではなく、そのような方針を診断書記載医が理解していない現状に対する指摘であった。これについては、各自治体における周知のための努力が必要となるが、当研究班としては、われわれが作成する新マニュアルの第Ⅲ章が「診断書の書き方」という診断書記載医向けの章となるため、その章において特にこの点について強調する記載を追加することとした。

【 設問3 】

精神障害者保健福祉手帳の判定の基本的な考え方として、従前より「生活能力の状態（能力障害）の判定に当たっては、現時点の状態のみでなく、おおむね過去の2年間の状態、あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態も考慮する。」とされており、本マニュアル案でもこの考え方を踏襲しています。この考え方については、どのようにお考えになりますか。



設問3	①	②	③	④	⑤
N=64	39	19	6	0	0
%	60.9	29.7	9.4	0.0	0.0

【 設問3. コメント 】

《① と回答したセンター》

- ・ 想定する期間を提示することに意味がある
- ・ 今後二年間の予想は、難しいのではないかと答

えの出ない間が残る

・ 適切であるが、（記入上の留意点に明記されているにもかかわらず）そのことは記入者に十分理解されていないと思う。

・ 新規申請、等級変更申請の場合期間想定をどのように考えるか。

《② と回答したセンター》

・ 考え方としては悪くはないのだが、「今後2年間に予想される状態」は判断する人によって考えが異なり、何が本当なのか（正しいのか）不明確ではないかと思われる。

・ 判定については同意。なお、「診断書の書き方」にもその旨を記載すべきであり、特に「再発後間もない時期における診断書」などでは今後の予想についても可能な限り記載することと明記していただきたい。

・ 今後2年の予想は難しいので適当に書いても許される余地が生じるように思いますが、過去2年の実状だけでの判定も問題が有ると思います。

・ 瞬間風速的な急性期症状ではダメですよという意味では有用と思う。ただし、悪化中や改善中の場合は、どう解釈するのかはわかりにくい。

「てんかん発作が過去2年間ではかなりあったが、治療を始めたところ、この半年間はない」という場合、今後もないであろうと解釈するのが妥当であり、4年間を平均してという意味ではないはずである。

それと、「前回と記載が同じであれば、等級判定は変わらないということではない」をどこかに書いてもらいたい。

・ 病状は変わるものであるから、現時点の状態のみでなく、過去2年間から今後2年間に予想される状態も考慮して判定すべきである。ただし、2歳以下の子どもの申請の場合はどうするかを併記した方がよい。

《③ と回答したセンター》

・ 診断書から過去2年間の状態の予測をすることは、困難と思われる。

- ・過去2年間という期間は妥当だが、今後2年は困難ではないか。
- ・入院中に診断書が提出される場合2年は長いと思われる
- ・特に児童思春期など大きく状態が変化する患者も多く、2年は長いのでは。
- ・過去の状態に関する情報が不十分な場合がある、今後の状態の予想は判断に差が出る、等の理由により判定に影響が出る。

【 設問3. 考察 】

回答の約61%が「適切」、約30%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、一方で「不適切」または「どちらかと言うと不適切」を選んだセンターはなかった。従前よりの方針であった「生活能力の状態（能力障害）の判定に当たっては、現時点の状態のみでなく、おおむね過去の2年間の状態、あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態も考慮する。」という考え方を踏襲することが支持されたものと考えられる。

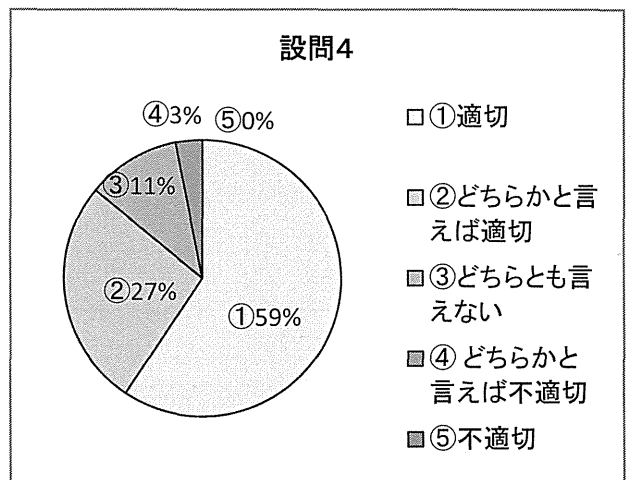
各センターからのコメントを見ると、最も多く取り上げられていたのは、「過去2年間の状態を考慮することは良いとしても、今後2年間の状態を予測することは難しいのではないか」という懸念についてであった。もちろん、今後の病状の予測を提出された診断書だけから行うことは困難であり、この方針が、今後2年間の病状を正確に予測したうえで、その間に予想される生活障害をもって等級判定するよう求めているものとは考えにくい。実際に求められていることは、とくに初発時や初発からの回復期、再燃時や再燃からの回復期など、病状が変動しつつある時期に提出された診断書については、現在の横断面だけで等級判定を行うのではなく、ある程度は今後の病状についてもこれまでの病歴を参考にして予想し、その予想を組み込んだ等級判定を行うことである。これについては、新マニュアルの記載の中に、とくに新しく追加記載を書き込むかどうかを検討した

が、今回は見送ることとした。

また、1か所のセンターからは、過去2年間の状態を診断書から判断することも困難なのではないか、との意見があった。当研究班としては、過去2年間の状態を判断することはそれほど困難と考えていないが、実際の診断書には、「病状悪化時には家事もままならない…」等の条件付きの記載が見られることも多い。とりわけ気分障害のような、疾患の性質上病状の変動があつて当然の疾患の場合は、診断書にそれが分かるような情報の記載を求めるべきである。これについては、新マニュアルの該当部分に追加記載をすることとした。

【 設問4 】

精神疾患の状態の判断については、従前より「長期間の薬物治療下における状態で認定することを原則とする」とされていましたが、新マニュアル案でも、「生活能力の状態の判定は、治療が行われていない状態で判断することは適当ではない。十分に長期間の薬物療法や生活療法・生活支援など治療的介入が行われた状態で行うことを原則とする。ただし、疾患や障害の特性に配慮し、狭義の『治療』によって改善が見込めない場合はその旨の記載が診断書に記載されていれば、これを認めることとする。」としています。このような考え方について、どう思われますか。



設問4	①	②	③	④	⑤
N=64	38	17	7	2	0
%	59.4	26.6	10.9	3.1	0.0

【 設問4. コメント 】

<①と回答したセンター>

・なお、「狭義の『治療』によって改善が見込めない」という判断をどのように行うかが問題となる可能性があるので、「主治医が理由を書いていれば OK ということではない」ということを明記してほしい。

・必ずしも十分な治療経過か、判断が難しい。  
 ・再発などの急性期に診断書が出された場合にこの点が明確にしてあると返戻しやすいです。  
 ・現在はこの点があいまいなため、不適切な申請もある。

・「狭義の治療」の意味があいまいでないか、という意見あり。

<②と回答したセンター>

・原則、この考え方でよいとは思いますが、このような状態で判断するのが難しい事例もあり、その際は（架空の）想定で判定することになってしまうので、その点が問題と思われる。

・治療に乗れないことは、病状ではあっても障害ではない、と捉えることができると思いますが、その病状が固定していれば障害と捉えるべきかも、と迷います。

・生活能力の判定は長期間の薬物治療下における状態で認定することを原則とする現行法でよい。てんかんなどは、薬物治療下で発作が長年にわたり完全に抑制されて、手帳の等級外となるケースもあるが、患者が手帳の取得のために服薬を自己中断することも考えられるからである。

・手帳交付にあたり、治療継続は必須ではあるが、中には病識が乏しく治療的介入を拒んでいるが社会的支援が必須なケースも存在するため、そうした事例への配慮も必要である。

<③と回答したセンター>

・原則外のことを示す場合には、具体的な指示内容であるべき。何を言いたいのか、「文言」を練り直す必要がある。

・事例の内容によると思われるため、マニュアルには明記せず、各自治体の判断でよいのでは。

・「生活支援などの治療的介入が行われたとすると」について、単身生活であっても十分な生活支援があると、仮に本人が何もできないとしても全てできてしまう可能性が出るため。

・手帳取得だけを目的とした受診増加を危惧します。

・薬物療法に限らず治療を継続していなければ手帳はもらえないよという点は適切だが、「狭義の『治療』によって改善が認めない場合はその旨の記載が診断書に記載されていれば、これを認めることとする」では、パーソナリティ障害を改善が認めないという理由で通院しなくても手帳OKとなってしまうため、不適切である。

高次脳機能障害や発達障害の「できない」部分は致し方ないが、暴力などの問題については、治療を受けていなければ判定から除外する必要がある。

必要な薬物療法を拒否している場合にどうするのかという問題がある。てんかん（発作）の場合は、治療継続されていなければ、非該当であろう。一般に、神経症圏やパーソナリティ障害、依存症等は治療継続（薬物療法とは限らない）されていなければ、非該当とすべきであろう。統合失調症でも治療中断が続いている場合は、非該当もあり得るのでは。

「症状のうち、(10)(11)については、狭義の『治療』によって改善が見込めない場合はその旨の記載が診断書にあれば認めることができるが、他の症状については、改善するかどうかは別にして、治療を継続していなければ、等級判定から除外することもやむを得ない。」

「初診から半年間経過していても、必要な治療が継続されていない場合は、非該当として良

い。」

・アルコール・薬物依存症の方や不規則な受診をしている方に関しては、十分な治療がおこなえる前から手帳を取得したほうが良い場合もあると考える。

＜④と回答したセンター＞

・定期的に、最低でも半年に1回は医療機関との係わりを持つ必要がある。そうでないと、過去2年、今後2年間の予想がつかないし、手帳のためだけの受診で、そのときみの状態(点でとらえなければならぬ)で判断しなければならないので困難。詐病を判断するのが困難。

・定期的(最低でも半年に1回)な医療機関との関わりを持つ必要がある。そうでなければ、過去2年間、今後2年間の予想がつかず、手帳取得のためだけの受診となり、その時のみの状態で判断しなければならないため困難である。また、詐病を判断するのも困難である。

#### 【 設問4. 考察 】

回答者の約59%が「適切」、約27%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、新マニュアル案に示された「十分に長期間の薬物療法や生活療法・生活支援など治療的介入が行われた状態で行うことを原則とする。」という考え方を支持する回答が多かったと言える。「不適切」と回答した自治体はなかったが、「どちらかと言えば不適切」が3%であり、その内容を検討しておく必要がある。

「どちらかと言えば不適切」と回答した自治体のうち2か所のコメントは、「最低でも半年に1回など定期的に医療機関との関わりを持たないと、手帳取得のためだけの受診となり、その時点みの状態での判断となる。そのため、過去2年間や今後2年間の予測がつかなくなる。詐病を判断することも困難になる」と記載されていた。

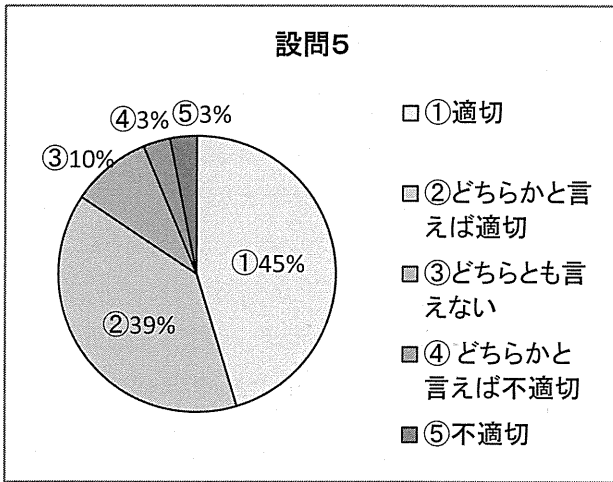
新マニュアル案も治療的介入が十分長期間行われていることを求めており、その前提として、当該精神障害について医療機関を定期的に

受診し、医師による治療や支援を受けていることを想定している。

一方で、複数の自治体から指摘された「狭義の『治療』によって改善が見込めない場合はその旨の記載が診断書に記載されていれば、これを認めることとする。」についても、定期的に治療的介入を受けていることを前提としている。治療拒否や効果的な治療法が選択的に回避されることで、障害等級判定が不適切になるような事態を避けるために、マニュアルを「狭義の『治療』によって改善が見込めない場合はその旨の記載が診断書に記載されていれば、これを認めることもありえる。」に変更することとした。

#### [ 設問5 ]

日常生活能力の判定項目について、本マニュアル案では、「生活能力の状態の判定に、(1)～(8)のどの項目がどの程度であれば何級であるという基準は示し難い。」としながらも、「本研究では、施行令による障害等級の程度を満たすには、1級と判定するには日常生活に関連した項目(1)、(2)、(3)、(6)の複数が『できない』に、2級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が『援助があればできる』に、3級と判定するには「自発的にできるが援助が必要・おおむねできるが援助が必要」のいくつかに該当する必要があると考える。」としています。この考え方について、どう思われますか。



設問5	①	②	③	④	⑤
N=64	29	25	6	2	2
%	45.3	39.1	9.4	3.1	3.1

【 設問5. コメント 】

<①と回答したセンター>

- ・妥当と考える。
- ・チェックの位置だけで等級が決まることはあってはならないことですが、等級を決めるための重要な情報であることには間違いのないため、この表現を支持します。一方、チェックの位置はいい加減につけられていることも多いため、チェックの位置を裏付ける具体的な記載を求めることのほうが重要と思います。
- ・「○」の位置以外の記載内容を重視するときもある。

<②と回答したセンター>

- ・文言の整理（「複数」と「いくつか」の統一など）が必要であるから。
- ・原則、このような考え方でよいとは思いますが、あくまでも「原則」としてであり、すべての事例でこの通りに判定するわけにはいかないと思われる。
- ・考え方には基本的に賛成だが、実務上は例えば参考症例8、20のようにケースバイケースのことも多いのではないかと。
- ・合理的な条件判断の定量的な基準で難しいのではないかと 概念は了。

・御趣旨には賛成ですが、社会生活は日常生活ではないのか、という疑義は想定されますね。身辺自立と社会生活、といった表現も検討の余地が有るかも、と思いました。

・「複数」と「いくつか」の違いは、ありますか？「表3（P8）」との整合性も必要と思います。

・なかなか切り分けられない部分もあるが、等級判定に迷った際に一つの目安になると感じた。

・明文化していただいた方が、判定しやすい。

・①②③⑥で考えられる等級以上に、④⑤⑦⑧において上級の項目に数か所以上のチェックがある時に、どう判定すべきなのか指針が必要。判定者間で齟齬が起りにくいようにしていくべき。不服申し立てがあった場合に明確な判断理由が示せるようにしておくべきかと思われる。

<③と回答したセンター>

- ・設問の解釈により判断が異なる。
- ・若干煩雑かと思えます。
- ・医師の判断にばらつきがある。日常生活能力のみでは、精神障害の状態は判断できない。精神面も含めた多面的な判断が本来は必要である。
- ・日常生活能力のみでは精神障害の状態は判断できない。精神面も含めた多面的な判断が本来は必要であると考えます。

<④と回答したセンター>

・生活能力の状態は、年齢や合併症、生活環境などの影響を完全に除外しうるものではないため、その判定は、(1)～(8)のどの項目がどの程度あれば何級と判定するという基準は示さず、個々の症例に合わせて柔軟性を持って判断するのが良い。

<⑤と回答したセンター>

- ・記述の「複数」を「半数以上」とすべき。
- ・1級の「調和のとれた適切な食事摂取ができない。」は3級でもあてはまりそうな表現なの

で、再考が必要では。

「一般に、1級では単身生活は成り立たず、常に誰かの援助を必要とする。」などを追記してはどうか。

医師によって記載の仕方に差があり過ぎるため、例えば、⑥2が全て「できない」で、⑥3が(5)であっても、3級とするような事案もあり得る。p. 7の説明のように、○がつけられていれば判定に直結するような説明や、p8表3のような基準が明記されると非常に困る。もっとも、従来よりは幅があるともいえるが。

(1)は概ね非該当。(2)は概ね3級(または非該当)までは書いても良いが、それ以外は問題がある。(1)～(5)の番号をはずしてはどうか。また「診断書全体の記載から『〇〇〇』と考えられる場合など」と言いかえてはどうか。

「⑥2、⑥3については、作成医による考え方の違いが反映されやすいため、基準と異なる記載がなされていると考えられる場合は、判定から除外する必要が生ずる。あるいは、作成医の記載の傾向等を考慮する必要がある場合もある。」

#### 【 設問5. 考察 】

回答者の約45%が「適切」、約40%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、新マニュアル案に示された「1級と判定するには日常生活に関連した項目(1)、(2)、(3)、(6)の複数が『できない』に、2級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が『援助があればできる』に、3級と判定するには『自発的にできるが援助が必要・おおむねできるが援助が必要』のいくつかに該当する必要がある」という考え方を支持する回答が多かったと言える。

具体的なコメントをあげると、「原則、このような考え方でよいとは思いますが、あくまでも『原則』としてであり、すべての事例でこの通りに判定するわけにはいかないと思われる。」「考え方には基本的に賛成だが、実務上は例えば参考症例8、20のようにケースバイケース

のことも多いのではないか。」などのように、基準を示すことの必要性和同時に、その基準を一律に適用することへの懸念を示している意見が多かった。一方で、「生活能力の状態は、年齢や合併症、生活環境などの影響を完全に除外しうるものではないため、その判定は、(1)～(8)のどの項目がどの程度あれば何級と判定するという基準は示さず、個々の症例に合わせて柔軟性を持って判断するのが良い。」といった基準を設定すること自体への反対意見もあった。

なお、平成23年の課長通知(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あたって留意すべき事項についての一部改正について)において、それまでの、「『できない』が一つしかなくても1級となる場合はあり、また、ほとんどすべての項目が『自発的にできる』あるいは『適切にできる』となっている場合でも、『自発的にできるが援助が必要・概ねできるが援助が必要』が一つでもあれば、3級となる場合がある)」という記載は削除されている。

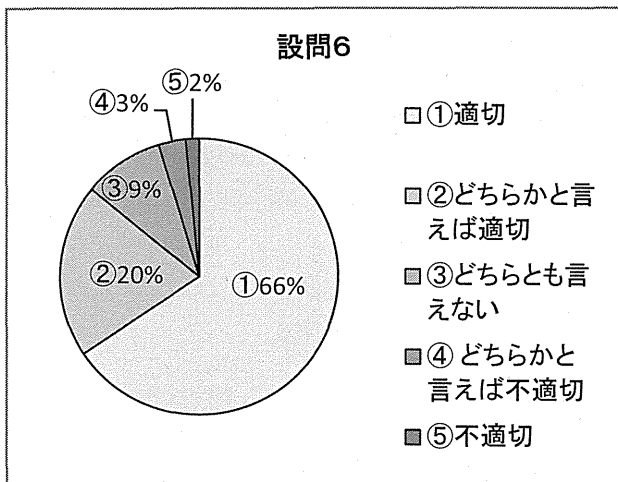
研究班の検討の中では、このような状況に対して、ある程度の基準を示すことは必要であるとの結論となった。したがって、新マニュアル案に示した基準はそのまま残し、「ある程度の目安として、1級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が『できない』に、2級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が『援助があればできる』に、3級と判定するには『自発的にできるが援助が必要・おおむねできるが援助が必要』のいくつかに該当する必要がある。」と修正することとした。

また、マニュアル案の文言(1級および2級では『複数』が、3級では『いくつか』が用いられている)への指摘が重なった。マニュアル案本文の表2「各障害等級に相当する生活能力の状態」には、1、2級で「上記1～8のうち『いくつか』に該当し、とくに日常生活に関連する1、2、3、6の『複数』項目が該当する

もの」、3級で「上記1～8のうち『いくつか』に該当するもの」となっており、特に使い分けの意図はないため、『複数』で統一することとした。

【 設問6 】

新マニュアル案の「表3 日常生活能力の程度と障害等級」でお示したように、日常生活能力の程度で「(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」場合は、従前の「概ね1級程度」から、新マニュアル案では「おおむね2級又は1級程度」という取り扱いが提案されています。この点についてお聞きします。



設問6	①	②	③	④	⑤
N=64	42	13	6	2	1
%	65.6	20.3	9.4	3.1	1.6

【 設問6. コメント 】

<①と回答したセンター>

- ・妥当と考える。
- ・現行の国の通知では、原則的には1対1対応で、そうでない場合には理由を示せ、といった解釈になる当事者、御家族、担当医もおられるようですので。
- ・適切と考えるが、障害年金の等級判定との整合性を考える必要がある。
- ・本県では、現在すでにこのような取り扱いを

行っている。

<②と回答したセンター>

・「概ね1級程度」ということは、1級ではない場合もあり得るということが前提なので、(実質的には)従前の考え方とあまり変化していないと解釈できるものと思われる。

・⑥2の要素判定と⑥3の程度が不整合な場合など、返戻しなくとも幅を持って判定できるようになる反面、その等級を選択した根拠を明確にしておく必要がある。

・現在でも(4)は2級にすることがある。場合によっては3級の時もある。

・当センターの判定会議でも同じような考え方で判定している。

・6(2)と6(3)の程度が一致しない場合の指針も必要。柔軟性を残した方が良い反面、共通したコンセンサスが必要と考える。

<③と回答したセンター>

- ・判定に活用すべきかどうか分からない。
- ・6の2、3両方に等級が設定してありダブルスタンダード、6の2を重視し、2で等級を決め、3は主治医の参考意見とすることも考えられる。

精神障害の重症度については、本来は客観的な検査を参考に判断する必要があると考える。63 (1)～(5)までであるが、心に大きなダメージを受けていても、何とか生活が送れているならば等級は軽くなる。ダメージの中には、麻痺、解離、幻聴、妄想という状況を起こしていても、生活レベルが見かけ上高く見えているものもある。

・精神障害の重症度(客観的な検査を参考にすべき)の判断が本来は必要だと思われる。心は大きなダメージを受けていても、何とか生活が送ることができている人もいる。そういう場合、見かけ上分からないため、等級が軽くなってしまう。

ダメージの中には、麻痺、乖離、妄想、幻覚状態を起こして、生活レベルが見かけ上高く見え

ているものもあるため、全てが型に当てはまるとは限らない。検査所見も見て判断したほうが良い。よって、表3は、あくまでも参考とすべきと考える。

<④と回答したセンター>

・基準を変えるよりも「普通」「制限」の内容をもう少し丁寧に説明して妥当な診断書になるように工夫すべきではないでしょうか。今のままでは読みようによっては世の中の健常男性の多くが2級や3級にあてはまることとなります。

<⑤と回答したセンター>

・医師によって記載の仕方に差があり過ぎるため、例えば、⑥2が全て「できない」で、⑥3が(5)であっても、3級とするような事案もあり得る。p7の説明のように、○がつけられていれば判定に直結するような説明や、p. 8表3のような基準が明記されると非常に困る。もっとも、従来よりは幅があるともいえるが。

(1)は概ね非該当。(2)は概ね3級(または非該当)までは書いても良いが、それ以外は問題がある。(1)～(5)の番号をはずしてはどうか。また「診断書全体の記載から『〇〇〇』と考えられる場合など」と言いかえてはどうか。

「⑥2、⑥3については、作成医による考え方の違いが反映されやすいため、基準と異なる記載がなされていると考えられる場合は、判定から除外する必要が生ずる。あるいは、作成医の記載の傾向等を考慮する必要がある場合もある。」

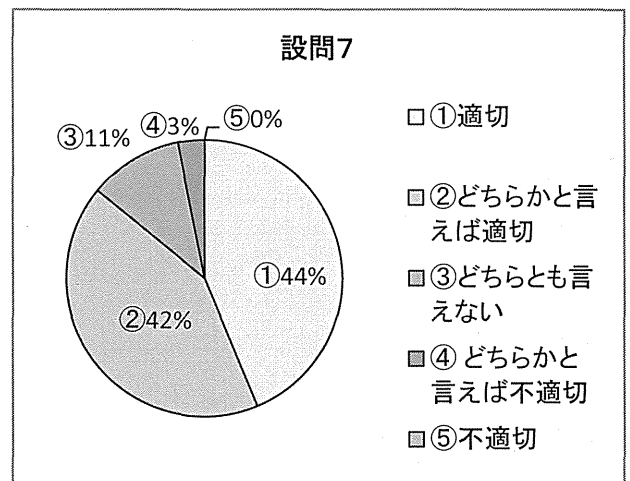
【 設問6. 考察 】

回答者の約66%が「適切」、約20%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、新マニュアル案に示された「日常生活能力の程度で「(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」場合は、従前の「概ね1級程度」から、新マニュアル案では「おおむね2級又は1級程度」とする」という考え方を支持する回答が多かった。

具体的なコメントと挙げると、『「概ね1級程度』ということは、1級ではない場合もあり得るということが前提なので、(実質的には)従前の考え方とあまり変化していないと解釈できるものと思われる。』、「現在でも(4)は2級にすることがある。場合によっては3級の時もある。』「当センターの判定会議でも同じような考え方で判定している。」などは、新マニュアル案が等級判定の現状に沿ったものであるととらえたものであった。このように、今回の方針を支持する意見が多かったため、その内容には特に修正を加えないこととした。

【 設問7 】

旧マニュアルでは、未就学児の生活障害について判定基準などは示されていませんでした。本マニュアル案では、「障害等級の基本的な捉え方」に未就学児の生活能力に関する独自の考え方を示しています。この点についてどのように思われますか。



設問7	①	②	③	④	⑤
N=64	28	27	7	2	0
%	43.8	42.2	10.9	3.1	0.0

【 設問7. コメント 】

<<①と回答したセンター>>

- ・理念は適切だが、判断は難しい。
- ・近年未就学児の申請が増えており、基準を明



確にする上でも重要だと思えます。

・未就学児の生活障害の考え方の周知が必要である。日常・社会生活の具体的かつ詳細な記載を求めてく必要があり、現在の診断書記載の状況から返戻等の対応が必須となる可能性がある。

・内容はともかく、「考え方」を提示したことは評価されるべきである。妥当性があり、しかも判定する上で役に立つ「考え方」を示すのはなかなか難しいことかと思われる。

・未就学児のケースに対しての想定も必要か。

<<②と回答したセンター>>

・趣旨は賛成。内容はもう少し検討の余地ありか。今後2年間の成長発達の可能性をどう考慮するかなど。今回の参考症例にこの年齢のものがないのが残念。

・知的な能力の発達水準に照らして標準的な支援の必要性に比べてどうか、という観点で丸を付け、⑦にも具体的に記載する、という点を明確にするのが良いと思えます。なお、育児を社会生活関連の項目に位置づけることは大賛成で、育児中の母親の精神疾患の臨床で、一般の精神科医がこの点に留意できることが重要と思えます。

・例として参考となる。

・未就学児における記載(案)はかなり厳しい。検討が必要と考える。記載すること自体は必要。

・この表現で完全かどうかはわからないが、おおむね適切だと思う。

・3級程度の未就学児は多いようにも感じるが、明文化されている方が判断しやすい。

・この表現で完全かどうかはわからないが、おおむね適切だと思う。

<<③と回答したセンター>>

・基準自体はおおむね妥当と考えるが、設問5同様に、基準を設けても、実際の記載はそうはならないことへの注意を喚起すべき。「このような記載を求めているが、実際にはその趣旨に沿って記載されていない場合があるため、判定

にあたっては注意が必要である。」

・未就学児について言及するのは良いが、2、3才の子どもにも対応できる内容にしていただきたい。

・⑥-2欄の項目については、小児と成人に分ける必要があるのではないか。

・考え方を示したのはいいが、大人と内容が矛盾したものもあり、内容を整理した方がいい。

・未就学児の生活能力に関する考え方について考えが示されたことに関しては良いが、もう少し内容を整理したほうが良い。

・十分な例を呈されていない。手帳交付の下限年齢を設定すべき。未就学児と言っても年齢により違う。1~2歳児ならば誰でも2級程度にあてはまってしまう。その点の基準が必要。

#### 【 設問7. 考察 】

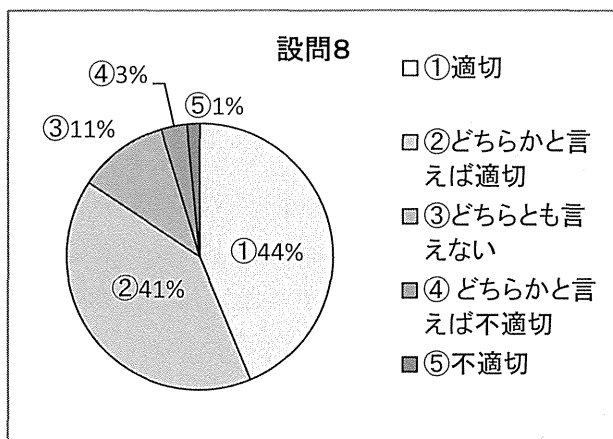
未就学児の生活障害についての等級判定基準について、全体の約86%が概ね肯定的な回答をしていた。新マニュアル案では、日常生活能力の程度と障害等級の判定において、「子どもの場合には、年齢相当の生活能力が、精神障害の存在によって損なわれている程度について生活能力障害の程度を選択する」となっており、さらに障害により発生しえる生活上での問題行動をいくつかあげている。判定の考え方および具体的な問題行動を基にした判定等級を示したことが、肯定的な意見につながったと考えられた。しかし、具体的な基準の内容については、もう少し内容を整理したり、検討をしたりする必要があるという意見がいくつか見られた。

また、未就学児の生活障害について等級判定を行うためには、これまで以上に詳しい記載を⑦「生活能力の具体的程度、状態等」に求めることになるが、これについて返戻が増えることを危惧する意見がみられた。我々研究班での検討においても同様の懸念を示す意見が強かったため、第三章にこの点に注意を促す記載を追加することとした。

[ 設問 8 ]

旧マニュアルでは、小学生の生活障害について特に判定基準などは示されていませんでした。一方、平成23年に精神障害者保健福祉手帳の主治医診断書が改訂された際、生活能力の状態については「児童では年齢相応の能力との比較の上で判断する」とされています。

新マニュアル案では、「障害等級の基本的な捉え方」に小学生の生活能力に関する独自の考え方を加えています。これについてどのように思われますか。



設問8	①	②	③	④	⑤
N=64	28	26	7	2	1
%	43.8	40.6	10.9	3.1	1.6

【 設問 8. コメント 】

<<①と回答したセンター>>

- ・理念は適切だが、判断は難しい。
- ・小学生の生活障害の考え方の周知が必要である。日常・社会生活の具体的かつ詳細な記載を求めてく必要があり、現在の診断書記載の状況から返戻等の対応が必須となる可能性がある。
- ・明文化していただいた方が、判定しやすい。どういう点に着目するのか目安になる

<<②と回答したセンター>>

- ・内容はともかく、「考え方」を提示したことは評価されるべきである。妥当性があり、しかも判定する上で役に立つ「考え方」を示すのは

なかなか難しいことかと思われる。

- ・趣旨は賛成。内容はもう少し検討の余地ありか。今後2年間の成長発達の可能性をどう考慮するかなど。今回の参考症例にこの年齢のものが残念。

- ・登校の有無のみでなく、学校での適応状況も必要と思います。

- ・例として参考となる。

- ・この表現で完全かどうかはわからないが、おおむね適切だと思う。

<<③と回答したセンター>>

- ・基準自体はおおむね妥当と考えるが、設問5同様に、基準を設けても、実際の記載はそうはならないことへの注意を喚起すべき。「このような記載を求めているが、実際にはその趣旨に沿って記載されていない場合があるため、判定にあたっては注意が必要である。」

- ・小学生について言及するのは良いが、発達障害圏だけでなく early psychosis にも対応できる表現にしていきたい。

- ・他児と比べて相対的に判断をして記載することは難しい。

- ・考え方を示したのはいいが、大人と内容が矛盾したものもあり、内容を整理した方がいい。

- ・小学生の生活能力に関する考え方について考えが示されたことに関しては良いが、もう少し内容を整理したほうが良い。

- ・十分な例を呈されていない。精神疾患の症状を評価せずに、学校と家庭での生活適応だけで判定するのは、安易に給付を増やす危険がある。

<<⑤と回答したセンター>>

- ・1級については『かんしゃく、異食、自傷、こだわりなどのため周囲といつもトラブルが絶えず』との記載があるが、周囲とトラブルが多いことをもって、日常生活能力が低いとはいえないのではないかと。また「学校では対応できない」の内容についても、日常生活能力に障害があることによるものなのか、周囲とのかかわり(社会生活能力)によるものか不明である。

成人の場合、1～2級の等級判断において【日常生活能力障害】の程度を評価することは欠かせないことととらえているが、児童の発達障害の場合にあっても、「あくまで食事・保清・危機対応等の【日常生活能力障害】の度合いをみる」のか、あるいは、「かんしゃくや他害などにより周囲とのかかわりが困難で、集団生活を送ることが著しく困難」であれば障害を高度と見なすのかについて、方針が不明である。

発達障害圏の場合、『援助が必要』と評価される際にも、「行う能力そのものがない」という場合と、「行う能力自体はあるが、こだわりが強い等の発達障害関連症状により、その能力を発揮できない」という場合が想定されるため、その部分をどう評価するかについても言及するとよいのではないかと。

#### 【 設問 8. 考察 】

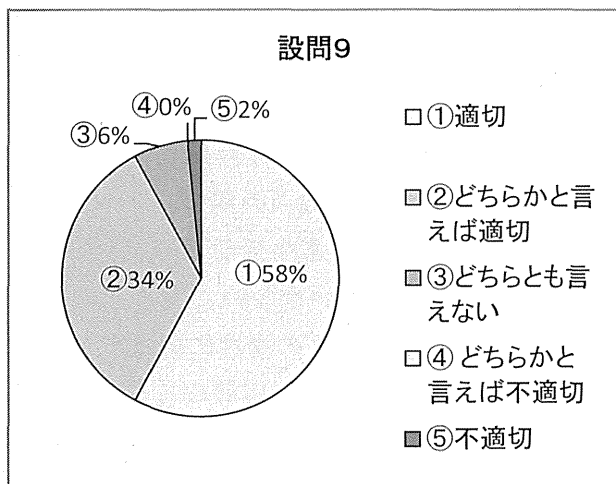
小学生を対象としての生活障害についての判定基準について、たずねたものである。設問 7 とほぼ同様、全体の約 84% が概ね肯定的な回答をしていた。肯定的であった理由は、設問 7 の考察で述べたものと同様と考える。またこの設問でも、より詳しい生活状況の記載が求められるため返戻の数が増えるであろうといった危惧、新マニュアル案に記載された例示に対する疑義などが意見としてみられた。この前者については、設問 7 と共通する課題と考へて、新マニュアル案の第Ⅲ章に追加記載を行い、とくに子ども（未就学児も小学生も）の場合の生活障害に関する診断書記載について主治医に対して注意を喚起することとした。また後者については、第Ⅱ章の「4. 障害等級の基本的なとらえ方」における 1 級、2 級、3 級それぞれの未就学児、小学生、中学生についての例示の内容についてあらためて検討を行った。「不適切」を選択したセンターから「1 級については『かんしゃく、異食、自傷、こだわりなどのため周囲といつもトラブルが絶えず』との記載があるが、周囲とトラブルが多いことをもって、日常

生活能力が低いとはいえないのではないかと。また『学校では対応できない』の内容についても、日常生活能力に障害があることによるものなのか、周囲とのかかわり（社会生活能力）によるものか不明である。成人の場合、1～2級の等級判断において【日常生活能力障害】の程度を評価することは欠かせないことととらえているが、児童の発達障害の場合にあっても、『あくまで食事・保清・危機対応等の【日常生活能力障害】の度合いをみる』のか、あるいは、『かんしゃくや他害などにより周囲とのかかわりが困難で、集団生活を送ることが著しく困難』であれば障害を高度と見なすのかについて、方針が不明である。」というコメントがあり、研究班の検討の中でも、新マニュアル案において、この点に不整合があったという意見が強く、子どもにおいても成人と同様の方針を維持することを確認した。この方針に従って、1 級、2 級、3 級の例示にそれぞれ追加・修正を加えることとした。

また、例示の修正と併せて、児童期の参考症例を第Ⅳ章に追加掲載することとした。

#### [ 設問 9 ]

旧マニュアルでは、病名欄記載に当たっては「手帳の交付を求める精神疾患の病名を記載する」とこととされていました。「従来診断」「慣用的診断」の実用性や重要性を考慮すれば、一律に操作的診断基準の病名使用を求めることには批判もあります。一方で、多くの精神科医が操作的診断基準を共通言語として使用している現状に鑑み、新マニュアル案では、基本的には ICD-10 の診断名、コード名に沿った記載を求めることとしました。新マニュアル案での考え方について、どのように思われますか。



設問9	①	②	③	④	⑤
N=64	37	22	4	0	1
%	57.8	34.4	6.3	0.0	1.6

【 設問9. コメント 】

《① と回答したセンター》

- ・ 共通概念として必要と考える

《② と回答したセンター》

・ 考え方は適切であるが、従来診断であっても、他の記載と矛盾がない場合には認めるなど、柔軟な取り扱いができるのであればよい。現在は無記入か抽象的な記載が多い。具体的な記載を促す工夫（周知）が必要。

・ 「うつ病」「覚せい剤精神病」などは許容したいので、「原則として」に留めたい。

・ F2やF3については、現行どおり2桁でも良いように思います。

・ 実際には従来診断も認めています、何らかの基準は必要かと思えます。

・ コードに当てはめるが難しいこともあるがやむを得ないと考える。

・ 「従来診断」「慣用的診断」でも構わないが、事務職でもわかるようにICD-10の診断名、コード名に沿った記載にする方がよい。

・ 考え方は適切であるが、従来診断であっても、他の記載と矛盾がない場合には認めるなど、柔軟な取り扱いができるのであればよい。現在は無記入か抽象的な記載が多い。具体的な記載を

促す工夫（周知）が必要。

《③ と回答したセンター》

・ 原則的にICDに準じた診断名を記載することが重要であるので、適切ではあると思う。ただし、患者とのやりとりの中で従来診断が使用されている場合もあり、Fコード及び病歴・症状との齟齬がなければ、従来診断の記載でも構わないこともあるものとする。

・ 統計調査や比較検討のためには統一的な診断基準（共通言語）を使用することが望ましいが、一方で精神科の診断に使用する言語にはある程度の多様性があってもよいのではないかという気もしている。

・ 精神科以外の科の医師にとっては慣用的診断の方が分かりやすいと思われるため。

・ 慣用的診断は個人差があるため、統一的な診断名の記載を求めるべきであるという意見もあったが、一方で、操作的診断には批判も多く、慣用的診断の方が病態を的確に捉えている場合があり、判断の根拠として重要な要素となることは少なくないため、慣用的診断にICDコードを付け加えればよいという意見もあった。

《⑤ と回答したセンター》

・ 本県では、主治医の考え方がよくわかる慣用病名のほうが良いと考えている。もちろん、ICD-10 数字2桁相当の病名（パーソナリティ障害の場合はタイプまで）を求めている。また、ICDコードについては、Fコードは数字1桁でも返戻はしていない。ICD病名を求めていることを理由に、高次脳機能障害という病名をやや問題視する(p. 11)というロジックはおかしい。法令で認められた病名を法令に基づく手帳の判定で問題視するのは変。「判定機関が認めれば、慣用病名の使用を妨げるものではない」「ICDコードをどこまで詳しく求めるかは、各自自治体の判定機関の裁量として良い」

【 設問9. 考察 】

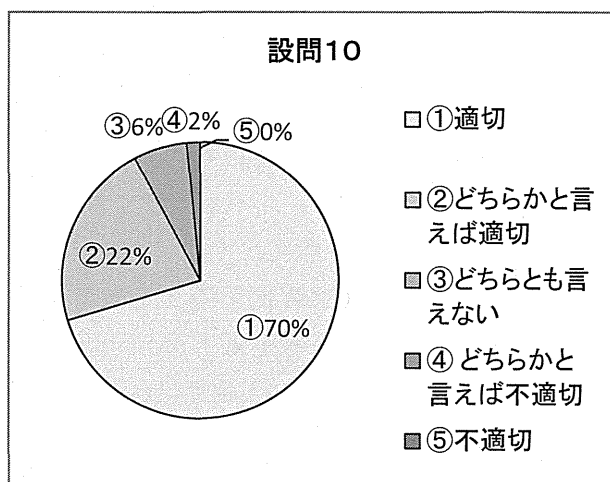
新マニュアルでは診断書における病名について「主たる精神障害」、「従たる精神障害」と

もに基本的には ICD-10 の診断名、コード名に沿った記載を求めることについての設問である。この設問には全体の 93% が肯定的な回答を示していた。我々が行った平成 24 年度調査においては、各自治体とも実際の判定上は慣用的病名をある程度認めている現状が示されていた。しかしながら、今回の調査では、少なくとも精神障害者保健福祉手帳の診断書に用いる病名については、共有言語としての操作的診断基準を用いることが望ましいと考えていることが確認できた。現在多くの精神科医が、操作的診断基準を共通言語として使用しながら、実際の臨床場面では慣用的な診断を有用なものとして使用している現状をみれば、いわゆる「従来診断」の使用は一概には否定しがたいことから、「基本的には」ICD-10 に沿った診断名を求め、診断書全体から見て精神医学的に妥当と考えられものであれば、慣用的診断名や高次脳機能障害といった病名も認める、と考えるのが現実的であろう。従って、このテーマに関する部分については、新マニュアル案には特に修正を加えないこととした。

【 設問 10 】

診断書の「⑦ ⑥の具体的程度、状態等」の欄は、平成23年に精神障害者保健福祉手帳の主治医診断書改訂の際に新設された項目です。これまで、この欄の記載はあまり重要とされていなかったかもしれませんが、新マニュアル案では、「精神疾患の状態ではなく、精神疾患の結果として生じた日常生活または社会生活における制限の状態、すなわち、現在の『生活能力の状態』によって等級判定を行うことを基本としています」としているため、障害に伴う日常生活上・社会生活上の不具合を具体的、個別的に判断することがこれまで以上に重要となり、この欄に生活障害の程度を具体的、個別的に記載していただくことを強く求めていきたいと考えています。この考え方について、どのよう

に思われますか。



設問10	①	②	③	④	⑤
N=64	45	14	4	1	0
%	70.3	21.9	6.3	1.6	0.0

【 設問 10 . コメント 】

《① と回答したセンター》

- ・障害の程度が症状よりも明確に判断できる
- ・とても重要なことだと思います。しかしながら、診断書を作成する医師に十分な記載を求めることで診断書を作成する医師と審査者の間に入る事務職員に負担を強いることになるため、その対策を立てることも大切かもしれません。
- ・生活能力の程度を具体的に判断できるのはこの欄だと思います。
- ・適切と考えるが、初診から日が浅い場合など、主治医が短い診療時間で全ての生活障害を把握できるか？医師、スタッフの負担が大きくなる。
- ・⑦の記載は等級判定の際に重要であり、当県では⑦の欄に記載がない場合は、保留、返戻照会している。

《② と回答したセンター》

- ・場合により⑥との整合性が保たれず判断に迷うケースが頻出する可能性があると感じる。その場合、返戻して確認するのですが、書類処理の遅延は結果的に当事者の不利益になる

ので、書類を必要以上に煩雑にしない方がよろしいのではないかと。

・基本的には賛成であるが、他の部分の記載内容が非常に丁寧であるがため、⑦記載の必要性が相対的に低くなっているという場合もあり得るかと思われる。

・理屈としては当然と考えますが、実際には判定に資するほどに診療情報を得てそれを記載する能力が不足している医師も多いと思います。これは医療保護入院の入院届における退院後生活環境調整員の記載についても同様で、本邦の精神科医療の水準（他科医が特定の精神疾患のみを診療している場合も含めて）の向上が必要と感じています。

・記載の徹底及び周知が必要である

・⑦欄を重視しているのが新マニュアルからは分からなかった。（重要な項目であるが）

《③ と回答したセンター》

・生活能力の状態欄がかなり細かく、それ以上に詳細な情報を求めることは難しい。しかし単身、家族と同居に関わらず、今現在の生活状況について記載することを期待するのならば書けないことはない。

・症状と生活上の不具合の区別が難しく、必要な情報が⑤欄など他欄に書いてある場合がある。判定に必要な情報がどこかに記載されておれば、空欄という理由で返戻はしていない。逆に⑦欄に記載があっても、判定に必要な情報が全体として不十分なら返戻することになる。

「他欄の記載から、生活上の不具合が十分読み取れば、空欄という理由だけで返戻する必要はない」

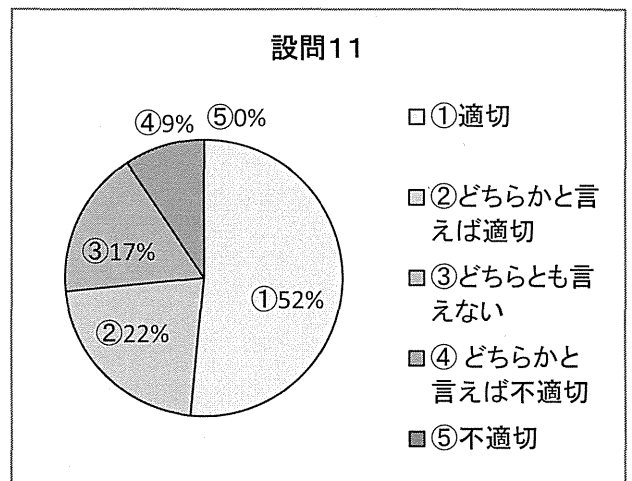
#### 【 設問 10. 考察 】

平成 23 年の診断書書式改正において新設された生活能力の具体的な程度、状態等に関する記載を強く求めることについての設問である。新マニュアルにおける障害等級の判定においては、障害に伴う日常生活上・社会生活上の不具合をより具体的、個別的にみて判断すべきで

あると規定している。この欄にできるだけ詳細な情報を書き込むことによって、本人の生活上の困難がイメージできる診断書となると考えられる。この設問には 91% の自治体が肯定的な回答を示していた。否定的な意見においても、他の欄から生活上の不具合が読み取れば良いとする意見であり、実際の判定上は本人の生活上の困難が読み取れることを求めている。新マニュアルにおける、この欄の記載はこの診断書においてきわめて重要な項目であり、等級判定時にはこの内容を丁寧に吟味し適切な等級判定に努めるべきという方針が概ね支持されたものと考えられる。したがって、このテーマについても、新マニュアル案には特に修正は必要ないと考えられたが、一部のコメントからは、新マニュアル案において「生活能力の具体的な程度、状態等」の欄を重視していることが伝わっていないと思われたため、新マニュアル案の第三章に語句修正を施し、この点を強調することとした。

#### 【 設問 11 】

新マニュアル案では、広汎性発達障害や多動性障害の推定発病年月を生下時（誕生日）とみなすことを原則としています。この考え方について、どのように思われますか。



設問11	①	②	③	④	⑤
N=64	33	14	11	6	0
%	51.6	21.9	17.2	9.4	0.0

【 設問11. コメント 】

<<①と回答したセンター>>

・妥当と考える。

<<②と回答したセンター>>

・自閉症スペクトラムの成人例や典型例でない症例もあり、乳幼児期の変動や十分な情報が取れないことが多い現実がある。原則であれば、可。

・推定発症時期のとらえ方について、“基本的に生下時前後ととらえる”と“生年月日を推定発症月日とする”とマニュアルの記載内容に整合性がない。

・遺伝因子と環境因子の寄与度によっては、発症年月がずれることもあるかもしれないが、初診時にそれを正確に推定するのは実際には難しく、生下時に統一してよい。

<<③と回答したセンター>>

・生下時から既に何らかの異常が存在していたのではあろうが、実際に発症したと認識された時期（病気としての徴候や問題行動等が現れた時期）が知りたいという場合も多々ある。

・判定に影響する程度が少ない事項ですので、あえて何も言わなくてもよいのではないでしょうか。

・実際には発症時期の記載がないことも多く、当市ではあまり重要視していません。

・新マニュアルでは生下時からの障害とされているが、「病」の定義は日常生活・社会機能の障害にあり、生下時よりこれが満たされていたわけではないことが多い。就労後や就学後に、種々の問題が生じるものも多く、画一的に生下時とするわけにはいかないと考える。

・症状が現れた時点とする考え方もあり、どちらとも言えない。

<<④と回答したセンター>>

・特性自体は生まれつきかもしれないが、障害による問題が顕在化し、支援などがいつ頃必要になってきたのかの情報のほうが有用に思います。

・障害の始まった時期を発病年月と考えているので、推定発病年月を一律に生下時とみなせるものではない。

・これは現行通りな訳ですが、中枢神経系は胎児期から個性を持って育っているし、障害の指標となる状態像が出現するのは生後しばらく経ってからですので出生時にするのは実際には根拠が無いように思います。

・判定に影響しないことでこだわっても意味が無いと思う。「一般に、遅れに気づいた時点と考えられるが、疾患の性質上、生下時としても良い」

・大人のADHDを生下時とするのか？発病時期が分からないので「不詳」でいいのではないか。生下時とすると、母親が自分の責任と感じてしまう恐れもある。

・発祥時期が分からないため、不詳とするべきではないか。生下時とすると、母親が傷つくため、母親の心情をもう少し考慮すべき。

【 設問11. 考察 】

広汎性発達障害や多動性障害の推定発病をいつにするかを問うたものであり、新マニュアル案では、それを生下時（誕生日）とした。これについて、全体の約74%が概ね肯定的な回答をしていた。「発達障害者支援法」において、『発達障害』とは自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥性多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう」とあるように、一般に発達障害は、低年齢からすでに存在する脳機能の障害と考えられている。低年齢ゆえに発達途中にある脳機能と脳機能障害とを区別することは困難であり、いつ発症したかを正確に見極めることには無理があ

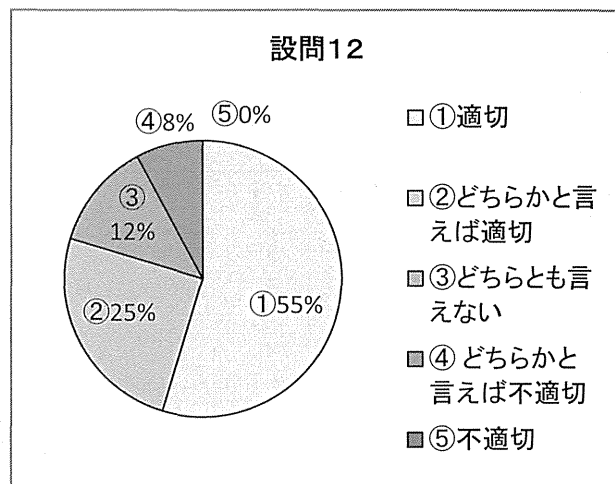
る。故に、新マニュアル案では一義的に推定発症時期を生下時としたのであった。

他方、多くの精神疾患において、ある精神状態を精神疾患と診断する際、その状態（精神症状）が社会的に通常期待される生活状況から著しく変化し、それ故、本人に苦痛をもたらしているかどうかを問うている（DSMの診断基準等）。この考えに従うと、障害の発症時期を生下時とするのは不適切であり、本マニュアル案に対し否定的な回答をした自治体の大部分が、このことをもって否定的とした理由としていた。

新マニュアル案の第Ⅱ章の「5. 診断書の読み取り方」および第Ⅲ章では、推定発症時期について広汎性発達障害、知的障害などの発達障害と、高次脳機能障害などの器質性精神障害の2つを例として挙げて、それぞれの推定発症時期に関する考え方を述べていた。しかし、この2つの考え方に不整合があることが今回の調査によって指摘されたことを踏まえて検討し、推定発症時期については、「当該精神疾患の症状発現の時期を発症時期とする」ことを原則と考えることにした。ただし、前述したごとく、知的障害や広汎性発達障害の発症時期については、生下時とみなす意見も少なくないため、まず「症状発現の時期が発症時期」という原則を述べた上で、広汎性発達障害、知的障害などの例外についての考え方を述べることにした。

[ 設問12 ]

新マニュアル案では、高次脳機能障害などの器質性精神障害の発症時期について、原因疾患発症時ではなく原因疾患に基づく精神障害が始まった時期を発症時期とみなすことを原則としています。この考え方について、どのように思われますか。



設問12	①	②	③	④	⑤
N=64	35	16	8	5	0
%	54.7	25.0	12.5	7.8	0.0

【 設問12. コメント 】

《①と回答したセンター》

- ・当然ながら初診についても同様です。
- ・妥当と考える。

《②と回答したセンター》

- ・原因となった疾患は精神疾患ではなく、身体疾患なので、この考え方には概ね賛成である。ただし何時の時点を「精神障害が始まった時期」とするべきかの判断が難しい事例もあると思われる。
- ・別に原因疾患の発症日の欄が設けてあるのでこの考え方でよいと思うが、どこまで精神科以外の医師の理解を得て徹底できるかが問題。
- ・原因疾患の発症時期を高次脳機能障害の発症時期ととらえてもよい場合があるのではないかな。
- ・発症時期が明確でない場合もある。

《③と回答したセンター》

- ・高次脳機能障害のみを考えると妥当と思いますが、発達障害圏の問題で出生時にして良いことになっているのと整合性が無いように思います。但しこれは、後者の方が理屈に合わないと思うことは、上述のとおりです。
- ・原因疾患発症時は特定しやすいが、それに基



づく精神障害の発症となると時期を特定するのが困難である。精神科医以外の医師が診断書を書く際に特にそれは難しいのではないかとと思われる。

・原因疾患発症時でもよいのではないか。

《④と回答したセンター》

・当市では「発症の原因となった疾患の発症日」、初診日も「当該疾患の初診日」で可としているため。

・高次脳機能障害はほとんどの場合原因疾患発症時に発生しているはずだが、意識障害などが収まらなければわからないし、高次の遂行機能障害などは、退院して初めてわかる場合もある。発病時期というのは気づいた時期ということになってしまう。設問 11 を良しとするなら、高次脳機能障害の場合も受傷時で良いというロジックになるはずである。これは、初診から半年という問題と密接にかかわってくる。本県では、「厳密には高次脳機能障害と診断した日が初診年月日ですが、急性期から一貫して診療されている場合は、原因となった外傷や脳血管障害等で貴院に搬送された日を初診日として構いません。」としている。

・原因疾患が頭部外傷、脳梗塞等の場合、精神障害は顕性化する以前より始まっているため、patient's delay、doctor's delay を入れないためにも、受傷（発症）年月日を記載する方がよい。

#### 【設問 12. 考察】

精神障害者保健福祉手帳における高次脳機能障害という診断名（ICD-10 コードで F04、F06、F07 等に該当する）と、その推定発病時期については、従前より議論がされているところではあるため、今回、設問 11 で、広汎性発達障害や多動性障害の推定発病年月について、この設問 12 では、高次脳機能障害の推定発病年月の考え方について尋ねた。

ちなみに、平成 20 年 11 月に国立障害者リハビリテーションセンターから発行された、

「高次脳機能障害者支援の手引き」の中では、高次脳機能障害の診断時期については、「高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う」と記載されており、実際の臨床場面でも、急性期には、その後に予想される精神症状の評価を行うことが困難なため、この考え方が広く受け入れられているようである。一方で、平成 23 年 3 月の精神・障害保健課長通知により、手帳の取り扱い上の整理としては、「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」とされている。

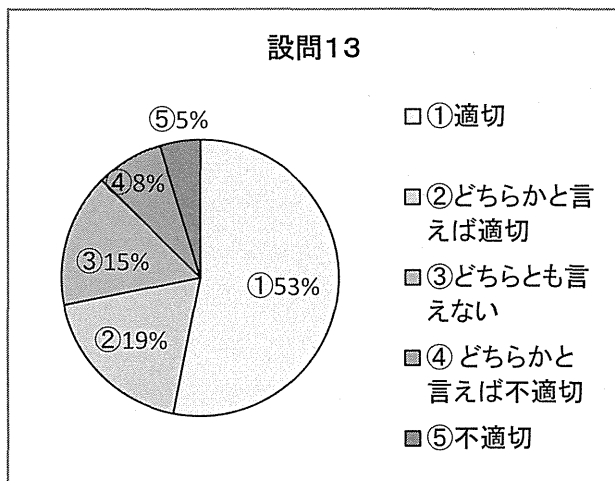
今回の調査の結果では、概ね半数の自治体では、高次脳機能障害などの器質性精神障害の発病時期について、原因疾患発症時ではなく原因疾患に基づく精神障害が始まった時期を発病時期とみなす原則には「適切」との回答であった。また、「どちらかと言えば適切」の回答を合わせると、概ね 8 割の自治体では、実際の臨床的な実態に即したこのような考え方が受け入れられるようである。一方で、現実的には、高次脳機能障害などの器質性精神障害の発病時期については、既に原因疾患発症時として取り扱われている自治体もあり、精神科以外の医師との間に共通の理解を進めることが難しいのではないかという懸念もあり、約 2 割の回答が「どちらともいえない」あるいは、「どちらかと言えば不適切」となっている。研究班としては、今回のアンケート調査の結果も十分に検討した上で、新マニュアルでは「推定発病時期については、当該精神疾患の症状発現の時期を発病時期とする」ことを原則と考えることにした。したがって新マニュアル案での「高次脳機能障害などの器質性精神障害については、原因疾患の発症時ではなく原因疾患に基づく精神

障害が始まった時期を発病時期とみなすことを原則とする。」という記載には変更を加えないこととした。ただし、設問11の考察でも述べたように、この「症状発現の時期を発病時期とする」という原則については、疾患によってその特性に応じた柔軟な扱いが可能と考えている。

[ 設問13 ]

てんかんについて、新マニュアル案においては、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定は、『生活能力の障害』に一義的に着目して行なうものと考えている。しかし、「てんかん」に関してだけはこの原則の例外である。新マニュアル案においても「てんかん」に関する障害等級判定においては、「発作のタイプと頻度」に着目して等級判定を行なってきた従来の等級判定基準をそのまま踏襲することとする。したがって、「てんかん」のみに関しては、⑥、⑦欄の記載内容に関連なく等級判定がなされてよい。」となっています。

このように、「てんかん」に関してのみ、⑥、⑦欄の記載内容と無関係に等級判定がなされてよいとしている点について（ただし、病名が「てんかん」のみの事例を想定しています）、どのように考えますか。



設問13	①	②	③	④	⑤
N=64	34	12	10	5	3
%	53.1	18.8	15.6	7.8	4.7

【設問13. コメント】

《①と回答したセンター》

- ・なお、ハの「状況にそぐわない行為」についてたとえば、oral automatismのようなものも含めるのが妥当なのか、あるいは、行為の内容によって判断を変える必要があるのか、という点について検討していただければと思います。
- ・てんかんに対する適切な医療が行われていない場合とする基準はどのようなものか。また、その確認はどのように行うのか。
- ・適切であるが、記入者には必ずしも十分理解されていないのが現状である（発作時の状態で生活能力が判定されていることもしばしばある）。
- ・従来通り発作区分と頻度による判定が適切であると考えます。Fコードに該当するてんかん性の精神疾患の診断名が記載されていないことが多い。

《②と回答したセンター》

- ・妥当と考える。
- ・当市では「てんかん」と「てんかん性精神病」と区別して判定しているため、不都合はありません。

《③と回答したセンター》

- ・てんかんという病名にこだわらず、てんかん発作の程度や器質性精神障害の有無や内容とで判定すればよいと思います。てんかん発作の程度と等級判定の目安を示しておけばよいと思います。
- ・発作の予防が生活に影響する程度・内容の記載は必要。
- ・今までどおりでよいとの意見もあったが、他の精神疾患との比較において、生活機能障害の面からてんかんに対する判断基準は甘いように思われる、発作のみで判定するのは違和感が

ある、生活能力の状態も考慮すべきではないかという意見もあった。

・本人の申立てのみにより発作の頻度等が記載される場合もあることを想定すると、どちらとも言えない。

・能力障害をどう見るか。

《④と回答したセンター》

・「てんかん」に関してのみ他の疾患とは異なる判断基準を用いることは望ましいとはいえない。しかしながら、そもそも「てんかん」は精神疾患ではなく神経疾患なので、他の疾患（精神疾患）と同じ考え方が妥当なのか？といった疑問もある。

・てんかんの症状があれば、日常生活に何らかの支障が生じているはずであるので、その部分についての記載を求めたい。

・全く無関係ではなく、⑥⑦の記載も参考にして判定している。

・発作型と頻度に着目して等級判定する方が公平と考えるが、薬物治療により発作が2年以上完全に抑制されていても、日常生活の障害の程度が自覚的に変わらないケースでは不服申立てをされる場合もあり、その際、服薬を自己中断されたり、pseudo seizure を起こさせる虞がある。患者にとっては病気が良くなった＝happyではなく、病気が良くなった＝既得利益がなくなったと捉えるケースが多いのは事実である。

《⑤と回答したセンター》

・発作自体は2年間たまたま抑えられていても、そのために必要なAEDによる副作用の認知機能の抑制や眠気、交通機関の未整備な地域での自動車運転の禁止、てんかん性精神障害には該当しない発作間欠期の症状、などで日常生活能力が障害されることは有り、当県では2年前に、厚労省の通知に沿った形、すなわち発作によるものと日常生活能力の障害によるもののうち、等級の重いものにする、という決まりに変えたところです。

・発作のみでなく、生活状況、仕事、学業の状況等を本来は考慮すべき。他の病名と不公平感がある。

・他の精神障害と判定の仕方が異なり、不公平である。

【 設問13. 考察 】

設問に不明確な点があり、回答に迷われたかもしれない。てんかんの判定（病名がてんかんのみの場合）については、そもそも、「発作の区分と頻度、あるいは発作間欠期の精神神経症状・能力障害のいずれか一方のうち、より高い等級を障害等級ととる」との課長通知の記載があるが、実際には発作間欠期の精神神経症状や能力障害の情報の記載が不十分な場合が多く、また、発作間欠期に明確な臨床症状がみられる場合は、Fコードに該当する他の病名が併記されることが期待されることなどから、実際の判定の場面では発作のタイプや発作頻度を中心に等級の判定がなされていることが多いと思われる。今回、てんかんのみの病名の場合の判定を、他の疾患のように「生活能力の障害」に着目するのではなく、敢えて、「発作のタイプと発作頻度を中心とする」方向として整理しようとしており、その点について、各自治体の考え方を尋ねた。

回答いただいた自治体のうち、半数を超える53%は、このような考え方を「適切」とするものであった。また、「どちらかと言えば適切」を合わせると、約72%の自治体からは、このような考え方を受け入れられるとする回答があった。

「どちらかと言えば不適切」または「不適切」と回答した8か所のセンターのうち、3か所は『てんかん』に関してのみ他の疾患とは異なる判断基準を用いることの不公平さをその理由として挙げていた。これは理論的には正当な意見であり、今回の新マニュアルでも見直しが考慮された部分であるが、その場合に解決すべき問題が非常に多いため、残念ながら新マニ

アルにおいても従来の判断基準を踏襲することとなった。一方で、数か所の自治体から指摘のあった、抗てんかん薬の副作用を含めた治療（再発予防）に起因する生活障害・生活困難については、他疾患との整合性を考慮して、等級判定にあたって斟酌の対象としないこととした。ただし、診断書への可能な限り正確な記載を求めていくことがてんかんの場合にも重要になる。したがって、新マニュアル案の第三章の記載を一部変更し、④欄、⑤欄の記載に関して主診断がてんかんの場合には発作型、発作頻度と最終発作時期が明確になるような記載を強く求めることとした。

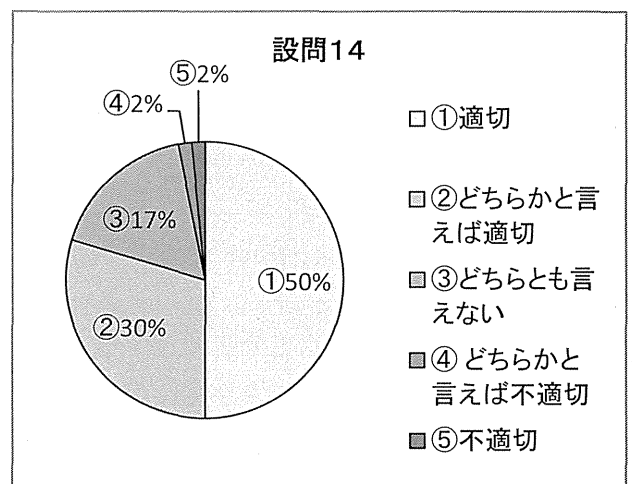
新マニュアルの「てんかん」に関する考え方について、あらためて説明を加えておく。従来てんかんは、「てんかんは慢性にてんかん発作を反復する『脳障害』であり、その症状にはてんかん発作だけでなく、人格障害、知能障害、精神症状などがみられることがある（大熊、2013）」とする考え方が一般的であり、てんかん発作と、それに伴う精神症状を別個に捉えようとする新マニュアルの考え方は、このような歴史的に支持されてきた神経精神医学的な認識とはやや相違するものである。しかし、残念ながら新マニュアルにおいても、「てんかんの等級判定は、発作のタイプと発作頻度をもってする」というこれまでの判定基準を踏襲することとしたため、この範囲内での整合性を保つために、「てんかん」と「てんかん関連精神障害」を区別して、前者は症状によって、後者は生活障害によって等級判定を行うと明確に区別することとしたものである。もちろん、研究班としても、そこに基本的な不整合が残っていることは認識している。

[ 設問14 ]

認知症における精神症状と身体症状の区別が難しいと考えられる部分について、新マニュアル案においては、「手帳の趣旨を鑑みれば、

精神症状による制限によって判定すべきであると考えられる。また、病状が進行し、コミュニケーションがほとんど取れなくなった場合や、いわゆる『寝たきり』の状態になった場合も判定の対象として取り扱うこととする。この場合、精神症状の有無や治療内容などの記載も判定の参考とする。」となっています。

認知症が進行していわゆる「寝たきり」になった場合も、それまでの経過を考慮し、引き続き手帳の対象とするという取り扱い方針について、どのように考えますか。



設問14	①	②	③	④	⑤
N=64	32	19	11	1	1
%	50.0	29.7	17.2	1.6	1.6

【 設問14. コメント 】

《①と回答したセンター》

- ・理念は適切だが、身体合併症の記載が無いものすべてを照会するのは現実には困難。
- ・ただし、寝たきり状態になることに先行して認知症があることが診断書から確認されている場合に限定すべき。
- ・身体的要因を除外しての記載の徹底が難しい。精神症状の具体的な記載や生活障害を求めていく必要がある。
- ・認知症は徐々に進行するので判別できるが、例えば、脳腫瘍で意識障害のほう急速に進行して植物状態になった場合はどうするのか。意