

	<p>【強迫性障害:F42】現在の判定会による判定では、「生活能力の状態 3 日常生活能力の程度」欄が「(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。」が選択されていることや、病状・状態像等や生活能力の状態の具体的な程度、状態の記載内容等も含めて2級と判定した。</p> <p>新マニュアル案による判定においては、「生活能力の状態 2 日常生活能力の判定」欄について、全て「おおむねできるが援助が必要」に該当するため、3級と判定した。</p>
	<p>【不安障害:F41】現行マニュアル:複数「援助があげられる」にチェック→2級と判断。</p> <p>新マニュアル案:自発的に(おおむね)できるが援助が必要:①②③, 援助があげられる:④⑤⑥⑦⑧</p> <p>→①②③⑥の内容より3級と判断 6(3)は③であり齟齬はない。</p>
	<p>【強迫性障害:F42】更新申請の事例で、現在は2級である。</p> <p>⑤の記載より、病状が前回申請時に比べあまり変化がないと思われること、⑦に”精神症状により強い日常生活への制限をうけている”との記載があることから2級と判定したが、⑥生活能力の状態 3.日常生活の程度は(3)であるが、2.日常生活能力の判定で、(1)～(3)、(6)がすべて「自発的にできるが援助が必要」または「おおむねできるが援助が必要」であることから3級とした。</p> <p>事例は、男性で家族と同居であるが、サービスの利用はなく、⑦欄には就労等の生活状況の記載がなく、マニュアル案に沿って⑥の記載で判断した。</p>
	<p>【適応障害:F43】診断名の検討が、新マニュアル案では求められる。なお、判定会においても、等級判定は行ったが、診断名の変更の検討を求める要請は行っている。</p> <p>⑥-2日常生活能力の判定では、新マニュアル案では3級相当とも判定されるが、衝動行為、暴力行為などパーソナリティ上の問題による不適応が高く、それにより日常生活の適応の不良であり、病状も含めて2級と判定した。</p>
2→非該当	【適応障害:F43】主たる精神障害が適応障害のため。
2→返戻	【解離性同一性障害:F44】生活障害の具体的な程度に関する情報が限られているため、新マニュアル案では返戻になる可能性がある。
2→照会	【適応障害:F43】本市においてはこれまで適応障害という病名でも手帳の対象としていた。この方の場合、診断書作成医療機関の初診年月日が平成24年5月25日となっており、病名を照会する必要がある。
3→返戻	<p>【全般性不安障害:F41】症状の記載はあるが、病状・状態像の具体的な程度や生活能力の具体的な程度の記載がないため判定困難である。</p> <p>【適応障害:F43】更新申請。主診断が上記であり、2年以上継続する場合は他の診断名を検討すべきとして返戻。現在の判定では、今までも同内容で更新されており、前回と同じく3級とした。</p>
3→照会	【適応障害:F431】精神症状は改善しつつも継続しており、診断名について確認を要する。

不変					上昇			下降			
1級	2級	3級	返戻・照会	非該当	2→1	3→2	非該当→3	1→2	2→3	返戻・照会	非該当
3	26	22	1	1	0	1	1	0	4	0	1

合計 60

不変	1級	<p>【摂食障害:F5】10代後半から持続する過食嘔吐。抑うつ不安に加え、衝動的な暴力などもみられ、重症度が高いことが読み取れる。⑥2では、(1)(2)(3)(8)が「できない」、(4)が「概ねできるが援助が必要」、他はすべて「援助があればできる」である。⑥3は(3)となっているが、⑥(1)の記載から、家族との同居によって成り立つ生活と推測され、1級と判定した。</p> <p>【摂食障害:F5】新マニュアル案による総合判定 1級（表2による等級 2級）（表3による等級 1級）</p>
	2級	<p>【摂食障害:F509】精神疾患（機能障害）と生活能力の状態を分けることは、概念的にも実際的にも難しいと思います。例えば、統合失調症で幻覚妄想が持続しておりその一環として拒食傾向が続いている場合はどうなのか、妄想により通院服薬に支援を要する（交通機関を使う能力も内服薬を管理する能力も万全だったとして）場合はどうなのか、といった疑義が生じることも想定されると思います。</p> <p>【神経性食思不振症:F50】新マニュアル案による総合判定 2級（表2による等級 3級）（表3による等級 2級）</p> <p>【摂食障害:F50】⑦欄は不備だが、病歴等から判断すると2級。</p> <p>【摂食障害:F509】⑥生活能力の状態 3.日常生活能力の程度は(4)であるが、2.日常生活能力の判定では2級相当であった。 また⑤⑦の欄に、極端な過食・嘔吐あり、るいそや電解質異常などをみとめること、体力的に就労困難との記載があった。 身体状況による生活能力の低下をどう判断するか、1級相当か2級相当か迷った事例。</p> <p>【摂食障害:F50】「摂食障害」の病名は、比較的障害が軽度である場合が多いが、本例については、日常生活能力の評価が2級相当であることや、自傷行為がみられ、複数回の入院歴があるとの内容から、重度であると判断し2級とした。</p>
	3級	<p>【神経性大食症:F502】症状は大食エピソードに加え、抜毛症を合併。⑥2のうち(1)のみ「自発的にできるが援助が必要」で、他は「適切にできる」、⑥3は(2)であるため、3級と判定した。</p> <p>【摂食障害:F50】更新事例。発症から約15年、治療も約15年。副診断に「うつ病 F32」の記載。</p> <p>【摂食障害:F50】⑦欄の記載が生活における具体的な不具合がわかりにくい。⑥-(2),(3)欄の「○」の位置は3級相当である。</p> <p>【摂食障害:F50】旧マニュアル通りに判定すれば⑥-3から2級とも判断できたケースだが、新マニュアルでは迷うことなく3級と判定できる。</p> <p>【摂食障害:F50】更新申請。発症から25年ほど経過、治療開始から約5年。</p>
	返戻	<p>【摂食障害:F50】現在の等級は2級であり、診断書の⑩-3「日常生活能力の程度」が3級であるため等級が下がることになる。等級が下がる時は、確認のため主治医に返戻している。</p>
	非該当	<p>【神経性大食症:F50】従病名が「アルコール乱用」であり、アルコールを乱用している状況であったため、対象外とした。</p>

上昇	3→2	<p>【摂食障害:F500】本事例は成人後の発症で、現在は家族と同居。障害福祉等のサービス利用はない。家庭内のストレスによる食行動の異常が読み取れる。</p> <p>6欄(2)生活能力の状態、適切な食事摂取及び安全保持は「できない」、清潔保持は「自発的にできるが援助が必要」、金銭管理は「援助があればできる」と判定されている。</p> <p>6欄(3)の日常生活能力の程度では、「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」と判定されている。</p> <p>新マニュアル案に従えば2級と判定されるが、新マニュアル案には「機能障害としての食行動の異常を生活能力における適切な食事摂取と混同すべきでない」と記載され、返戻して追記または修正を求めるところかもしれない。</p> <p>現在の判定会では、現病歴や病状の具体的程度の記載から、摂食障害による機能障害として食行動の異常を捉えており、生活能力障害の判定は重すぎると言わざるを得ない。</p> <p>現在の判定会では、機能障害と生活能力障害の両面から判定を行い、3級と判定された。</p>
	非該当→3	<p>【非器質性不眠症:F51】入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠感の喪失が3カ月以上持続し、生活と仕事に支障が出ている旨を⑤、⑦欄に記述しており、日常生活能力の程度も2の評価であるものの、不眠の原因となる明らかな心理的な誘因があり、また症候的にうつ病にも該当しないために、生活能力は十分あるものと判断した。</p>
下降	2→3	<p>【摂食障害:F50】記載欄⑥の「日常生活能力の程度」は現在の判定会では2級相当である。しかし新マニュアル案での『⑦欄の内容を重要視する』を当てはめると、3級と判定される。</p>
		<p>【摂食障害:F509】機能障害の影響を排除し、生活能力の状態のみで判定した。</p>
		<p>【摂食障害:F50】現行マニュアル:複数「援助があればできる」にチェック→2級と判断          新マニュアル案:自発的に(おおむね)できるが援助が必要:②③④⑤⑥, 援助があればできる:⑦⑧, できない:①(これは摂食障害であることから当然とみる) →①②③⑥の内容より3級と判断。6(3)は③であり齟齬なし。</p> <p>【身体表現性障害:F54】現在の判定会による判定では、「生活能力の状態 3 日常生活能力の程度」欄が「(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。」が選択されていることや、平成21年から入退院を繰り返し、現在も入院中であること、病状・状態像等やその状態の具体的程度から2級と判定した。</p> <p>新マニュアル案による判定においては、「生活能力の状態 2 日常生活能力の判定」欄について、「自発的にできる」が一つ、「おおむねできるが援助が必要」が7つに該当するため、3級と判定した。</p> <p>&lt;F4圏に入れるべき症例の誤りと思われる&gt;</p>
3→非該当	<p>【摂食障害:F50】新マニュアル案による判定では、⑥の記載は摂食症状を加味しているものと解釈し、生活に一定の制限を受けるが、食事や清潔保持などの基本的な生活がほぼ自立しており、就労可能であるあたりを重視し非該当と判定した。</p>	

不変					上昇		下降			
1級	2級	3級	返戻・照会	非該当	2→1	3→2	1→2	2→3	返戻・照会	非該当
4	36	40	2	1	1	3	1	2	3	0

合計 93

不変	2級	<p>【ジゾイドパーソナリティ障害:F60】 50歳初診後、入院期間もあるため、他の疾患についての鑑別はなされたと考え、F60-1についての症状(④に記載の症状)について、若干不足を感じるものの、妥当とした。対人関係が乏しく、日常生活は、⑥2の項目で(1)(2)(3)(6)のうち「援助があげられる」は(2)の「身の清潔保持、規則正しい生活」のみである。しかしながら、(4)(5)(7)(8)では「援助があげられる」が2項目あり、総計で「援助があげられる」が3項目あること、また、⑥3の判断が(3)相当になっていることを加味し、2級と判定した。</p>
		<p>【パーソナリティ障害:F60】 診断名については、診断書を見ると情緒不安定性パーソナリティ障害を示唆する表現が多数見られた。診断名が判定に影響するものではなかったためパーソナリティ障害という病名は許容することとした。</p>
		<p>【反社会性人格障害:F60】 非社会性パーソナリティ障害が手帳の対象になりうるのか、という意見もあったが、幻覚・妄想などの精神症状もあり、アルコール・薬物による残遺性・遅発性精神障害を併発していると考えられたため2級とした。</p>
		<p>【情緒不安定性人格障害:F60】 病歴、症状の記載から、主たる精神障害を情緒不安定性人格障害(F60.3)とし、従たる精神障害を気分障害としていることは妥当と判断した。等級判定については、⑥2の(1)(2)(3)(6)のうち「援助があげられる」の項目が総計4項目あり、⑥2の(8)が「できない」であることから、2級～1級かの判断を検討した。⑥3の判断は(4)相当になっていたが、「できない」が⑥2の(8)のみであることから、2級と判断した。</p>
		<p>【情緒不安定性パーソナリティ障害:F60】 本事例は複数回の入院歴を認め、衝動不安定や衝動行為のため、通所施設を利用して常時援助を受けることで地域生活を維持している。⑥2で、適切な食事摂取及び清潔保持、金銭管理は「援助があげられる」、身の安全保持は「できない」と判定されている。⑥3では、「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」と判定されている。 新マニュアル案に従えば、2級と判定される事例である。 現病歴や病状の具体的程度の記載からは、前記の如く、通所施設の利用によってかろうじて地域生活が維持されていることが読み取れ、現在の判定会では、機能障害と生活能力障害の両面から判定を行い、2級と判定された。</p>
		<p>【境界性パーソナリティ障害:F60】 軽度精神遅滞との合併事例であり、どこまでを精神の手帳の対象とすべきか悩んだ。新マニュアル案では切り分けるべきとのことであるが、結局、障害を切り分けることはできず2級と判定した。</p>
		<p>【境界型人格障害:F60】 更新申請。発症、治療とも約15年。</p>
	3級	<p>【情緒不安定性パーソナリティ障害:F60】 新規申請。治療開始から約3年。発症時期不明。副診断に「混合性転換性障害(F44.7)」, 身体合併症に「線維筋痛症」がある。身体疾患による症状と精神症状との厳密な区別は困難との記載もある。</p>
	返戻	<p>【性同一性障害:F64】 ②の病歴及び⑤の症状等の具体的内容等の記載が不十分であるため「返戻」とする。</p>
		<p>【人格障害:F60】 ③において、発病状況、発病からの病歴の記載がない。</p>

上昇	2→1	【情緒不安定性人格障害:F60】 ⑥2、⑥3より、1級該当と判断した。
	3→2	<p>【境界型人格障害:F60】 現在の判定会では、「人格障害」との記載で返戻による訂正は求めず、「パーソナリティ障害」と読み替えている。本事例は家族に対する支配、攻撃性、操作性といった病理(機能障害)が読み取れる。 ⑥2で、適切な食事摂取及び清潔保持、金銭管理、安全保持が、いずれも「援助があればできる」と判定されている。⑥3の日常生活能力の程度では、「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」と判定されている。新マニュアル案に従えば、2級と判定される。 現病歴や病状の具体的程度に関する記載を踏まえ、精神疾患(機能障害)による類型化、予後の予測に従えば、機能障害と生活能力障害の記載に乖離を認め、機能障害の程度と比較し、生活能力障害の判定は重すぎると言わざるを得ない。 現在の判定会では、機能障害と生活能力障害の両面から判定を行い、3級と判定された。とくに、本事例のようなパーソナリティ障害では、日常生活で家人を巻き込むなかで対人関係上の病理(機能障害)が表れ、必ずしも生活能力の障害を示唆していない。機能障害を鑑みて判定しなければ、不必要に生活能力障害を重く判定してしまうことになる。</p> <p>【回避性パーソナリティ障害:F60】 本症例の主たる精神障害は回避性パーソナリティ障害、従たる精神障害に境界知能、身体合併症として先天性難聴がある。未熟児として出生、小3で難聴を指摘され、小・中学校の成績は下位。中学・高校でいじめにあい周囲より孤立。専門学校卒業後、定職につかず自宅に引きこもり、祖母のもとパソコンやゲームをして暮らしている。生活状況改善のために平成24年2月より通院を始め、現在はリハビリセンターに通い、社会資源を通じた改善ができてつつある。投薬はなし。前回判定は3級。 主たる精神疾患の状態から総合的に判定し今回も3級であったが、生活能力の状態によって等級判定するという本マニュアル案に沿えば、⑥2 日常生活能力の判定において、1～8のうち5つが「援助があればできる」に該当し、2つが「おおむねできるが援助が必要」に該当しており、とくに1は自発的にできる、2は援助が必要、3と6は援助があればできると複数「援助があればできる」に該当しており、おおむね2級と判定できる。 しかし、境界知能や先天性難聴の影響は、回避性パーソナリティ障害を発症するに至った過程に密に関連しており、それらの寄与分を除いて判定することは難しい。また、おおむね過去の2年間の状況に比べ、現時点の状態、あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態は明らかに改善の方向にあり、前回判定の3級から2級にするのは如何なものかと考える。</p> <p>【境界型人格障害:F60】 ⑥2、⑥3の位置を重視すると、2級になる。</p>
	1→2	【情緒不安定性パーソナリティ障害:F60】 ⑥2において、(4)(5)のみが「できない」に該当しており、⑥3も(4)であるため、1級にしては重すぎる。
	2→3	<p>【情緒不安定性パーソナリティ障害:F60】 ⑥3は現在の判定会では2級相当である。しかし新マニュアル案での『⑦欄の内容を重要視する』を当てはめると、3級と判定される。</p> <p>【情緒不安定性人格障害:F6】 新マニュアル案による判定では、知的障害による能力障害を差し引くため、3級とした。持続的な人格障害による能力障害は存在すると判定。</p>
下降	2→返戻	<p>【パーソナリティ障害:F60】 ⑨に症状についてしか記載がないため返戻対象</p> <p>【不安性人格障害:F60】 本来であれば新マニュアル案のみならず現行の判定においても返戻の対象である。まず、十分に判読できる文字で書かれていない。また記載内容が貧困であり、生活能力の状態のチェックを裏付ける説明はされていない。しかしながら、継続審査であること、また、照会や返戻をしたとしても軋轢を生み審査期間が延びるばかりで望まれる結果が得られる見込みがないことから、やむを得ず上記のように判定している。</p>
	3→返戻	【性同一性障害:F64】 ⑥3は(3)であるが、⑥2の判定では、(1)～(8)すべての項目で「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」であったため3級とした。

不変					上昇		下降			
1級	2級	3級	返戻・照会	非該当	2→1	3→2	1→2	2→3	返戻・照会	非該当
5	18	12	6	1	0	0	0	3	9	11

合計 65

不変	1級	<p>【重度精神遅滞:F72】 ①(1)「主たる精神障害」である「重度精神遅滞」と、①(2)「従たる精神障害」である「てんかん」の入れ替えが望ましいため。</p>
	2級	<p>【知的障害:F70】 知的障害が主病名であったが、統合失調症を合併しており、被害念慮と妄想知覚などの精神病症状があり、手帳の対象とした。新マニュアル案では精神遅滞と他の精神障害による症状を切り分けるとなっているが、実際には困難であった。</p>
		<p>【精神遅滞:F70】 従たる精神障害「広汎性発達障害」</p>
		<p>【精神発達遅滞:F70】 従たる精神障害として「非器質性精神病」があり、精神症状のあるケース</p>
		<p>【軽度知的障害:F70】 主たる精神障害が「軽度知的障害」、従たる精神障害が「適応障害」であった。③④⑤ではストレス耐性が脆弱であり、不眠、意欲低下、憂うつ気分などの精神症状が増悪する、と記載されている。知的障害による寄与部を除いた精神障害部分のみをもって判断するのは難しいと感じた。</p>
		<p>【中等度知的障害:F71】 従たる精神障害が統合失調症(F20)である症例。</p>
		<p>【軽度知的障害:F70】 従たる精神障害が自閉症スペクトラム障害である症例。</p>
	3級	<p>【軽度精神遅滞:F70】 病名の欄には「軽度精神遅滞」のみの記載であった。しかし、③欄には「前医でPTSD、パニック障害と診断された」、④⑦欄には幻覚、妄想のチェック、または記載があったので、返戻して従たる精神障害の記載を求めることにした。⑥⑦は幻覚妄想状態に基づいて記載されており、新マニュアル案による判定でも3級相当であると判断した。療育手帳の取得は無かった。</p>
	返戻	<p>【精神遅滞:F70】 主病名「精神遅滞」は対象外であるが、従病名に「器質性精神障害」との記載があり、精神遅滞によるものでない精神障害と能力障害がみられている可能性があったため、返戻とし「主病名の再検討と精神遅滞の影響を除いて再度生活能力の評価をしてはどうか」という判定会からの意見を伝えた。</p>
		<p>【軽度精神遅滞:F70】 従病名の不安障害が主病名となるかどうか確認</p>
<p>【知的障害:F70】 F7を主病名とする場合、非該当としています。但し、従たる病名がある場合には、病名の確認及び再考のため返戻しています。</p>		

		<p>【精神遅滞:F70】 主病名「精神遅滞」は対象外であるが、従病名に「広汎性発達障害・てんかん」との記載があったため、返戻。「主病名の再検討をしてはどうか」という判定会からの意見を伝えた。</p>
		<p>【中度精神発達遅滞:F71】 従病名の統合失調症が主病名となるかどうか確認</p>
下降	2→3	<p>【軽度知的障害:F70】 従たる精神障害の「うつ病」による障害と遅滞の障害を差引き、2級→3級。</p>
		<p>【精神遅滞:F7】 従たる精神障害の「うつ病」による障害と遅滞の障害を差引き、2級→3級。</p>
		<p>【知的障害:F70】 従たる精神障害に「脳波異常・精神病状態(F09)」とあり、症状記載を含め、精神障害者保健福祉手帳の対象と考えられる。⑥2では、日常生活に関する項目はすべて「できるが援助が必要」となっており、他項目を勘案しても3級相当である。⑥3も(3)であり、軽度の知的障害による寄与分を差し引くと、3級相当と考えられる。</p>
	1→照会	<p>【知的障害:F79】 従たる精神障害に記載された、不安障害による具体的な生活障害や、生活面や就労面での支援の必要性の確認を要する。</p>
		<p>【中等度精神遅滞:F71】 従たる精神障害に記載された、非社会性人格障害による具体的な生活障害や、生活面や就労面での支援の必要性の確認を要する。加えて、中等度精神遅滞を主たる精神障害とするのではなく、非社会性人格障害を主たる精神障害に記載することが望ましい旨照会する必要がある。</p>
	1→返戻	<p>【知的障害:F71】 更新申請。小児科からの診断書。主病名は「知的障害」であるが副病名として「てんかん(G40)」があり、治療内容、治療経過、病状等の記載も「てんかん」のものである。現在の判定では「てんかん」を主病名と読み替えて、あえて返戻はせずに判定。新マニュアル案にもとづいての判定では、主病名と副病名の入替えを求めて返戻とする。</p>
		<p>【重度精神遅滞:F72】 適応障害の診断で4年経過しているため、診断の再考を求める</p>
	2→返戻	<p>【精神遅滞:F71】 従病名の記載があるが、主病名に変更を求める。</p>
		<p>【精神発達遅滞症:F79】 更新申請。精神科医からの診断書。約4年の通院加療、および5か月間の精神科入院歴あり。「④現在の症状、状態像等」には「(5)…意欲の減退」「(6)…暴力・衝動行為」「(10)…知的障害・中等度、学習の困難(読み、書き、算数)」に○がある。行動上の障害も合併しており、現在の判定では前回同様2級とした。新マニュアル案では、他の病名を検討してもらうために返戻。</p>
		<p>【知的障害:F71】 「新マニュアル」案による判定というより、判定会で返戻すべきものが漏れていた。主病名が「知的障害」で、④に症状の記載はあるのに、他の病名がないため。</p>
		<p>【知的障害に伴う行動障害:F70】 現在の判定会による判定は、知的障害以外の精神症状があるとみなし、⑥2に、「援助があればできる」に複数チェックがあることから、2級と判定。</p>
		<p>【中度精神遅滞・適応障害:F71】 現在の判定会による判定は、知的障害以外の精神症状があるとみなし、⑥2に、「援助があればできる」に複数チェックがあることから、2級と判定。</p>

2→非該当	<p>【精神遅滞:F70】 従来判定においては、継続審査であり、また、十分な医療福祉的支援の体制が整備されている状況も鑑みて等級維持の判定とした。 従たる病名として心因反応(不適切)との記載がされているが、診断書全体を通して、精神遅滞以外の精神障害の記載は見当たらないため新基準では、非該当とするべきもの。</p>
3→非該当	<p>【重度精神発達遅滞:F72】 意にそわない時の失禁、興奮を精神症状としたもの(前者は「身体表現性障害」)であり、今回マニュアルで知的障害の心因反応的的症状についての解釈から非該当</p> <p>【精神発達遅滞:F70】 新マニュアルでは精神遅滞それ単独のみでは精神障害者保健福祉手帳の対象とはならないが、本県では現在、診断書において精神症状が見られる場合には、精神障害者保健福祉手帳の交付対象としている。</p> <p>【軽度精神発達遅滞:F70】 従来「F70.1」は、精神保健福祉手帳の対象とし、生活能力の障害については、知的な能力の低さ自体による部分は差し引いて判定しています。</p> <p>【精神遅滞:F7】 興奮、暴力、衝動行為があり、生活能力の判定は2級相当であるが、生活能力の障害は精神症状によるものかどうかは明らかではない。マニュアルの症例18によると非該当となるべきであるが、本市の従来の慣習として(精神発達遅滞による障害の分を減じて)3級とした。</p> <p>【精神遅滞:F70】 他の精神障害が存在しない。また、精神症状が存在しない。</p> <p>【軽度知的障害:F70】 従来「F70.1」は、精神保健福祉手帳の対象とし、生活能力の障害については、知的な能力の低さ自体による部分は差し引いて判定しています。</p>
返戻 →非該当	<p>【軽度精神遅滞:F70】 本事例は若年期からの社会的不適応を繰り返し、従病名に「適応障害」と記載されている。多彩な精神症状を認め、精神科治療を要することは現病歴や病状の具体的程度に関する記載から明らかだが、高卒の学歴を有し、知的障害者に対する制度から漏れてきたと考えられる。 6欄(2)生活能力の状態では、適切な食事摂取及び清潔保持は「援助があればできる」、金銭管理及び安全保持は「できない」と判定されている。 6欄(3)の日常生活能力の程度では、「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」と判定されている。 新マニュアル案に従えば、本事例は、その診断名から非該当と判定される。 現在の判定会では、生活能力障害が精神遅滞だけでは説明が困難であること、制度の狭間で必要な援助が得られなければ当事者が不利益を被ることを鑑みて、精神遅滞以外の然るべき精神障害(適応障害を含む)を主病名とするように返戻している。 新マニュアル案では、適応障害(更新では遷延性抑うつ反応も)診断名として認めていないが、精神遅滞では適応障害や遷延性抑うつ反応が病態を的確に反映していることも事実である。 こうした事例にF3の病名を考慮することを求めれば、不適切な診断を招くと懸念される。</p> <p>【中等度精神遅滞:F71】 これまで精神遅滞だけの診断名でも精神遅滞以外に精神症状があれば、その症状の状態像をより詳しく記載してもらうことで審査の対象としていたが、新マニュアルではそれは非該当になると思われたため。</p>



	<p><b>【軽度精神発達遅滞:F70】</b>          本事例は精神遅滞と診断される以前から精神科通院歴がある。高卒の学歴を有し、知的障害者に対する制度から漏れてきたと考えられる。今後についても知的障害の制度ではなく、精神障害の制度を利用するものと読み取れる。          ⑥2では、適切な食事摂取及び清潔保持、金銭管理は「自発的にできるが援助が必要」、金銭管理及び安全保持は「できない」と判定されている。⑥3の日常生活能力の程度では、「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」と判定されている。新マニュアル案に従えば、本事例は、その診断名から非該当と判定される。          本事例のように、知的障害者に対する制度から漏れ、今後も精神障害の制度を利用すると読み取れる場合、現在の判定会では、制度の狭間で当事者が不利益を被ることがないように、精神遅滞以外の然るべき精神障害(適応障害を含む)を主病名とするように返戻している。</p> <p><b>【軽度精神遅滞:F70】</b>          これまで精神遅滞だけの診断名でも精神遅滞以外に精神症状があれば、その症状の状態像をより詳しく記載してもらうことで審査の対象としていたが、新マニュアルではそれは非該当になると思われたため。</p>
その他	<p>F7を主病名とした診断書については、返戻し、診断名についてご確認いただくこととしています。</p> <p>F7が主疾病である場合は、返戻しています。</p> <p>主たる精神障害がF7である場合は非該当となる。しかし、主たる精神障害がF7であったとしても、基本、従たる精神障害にその他の精神障害が記載されているため、医療機関へ主従を入れ替えることが可能か医療機関へ確認し、可能な場合は病名を入れ替えた状態で判定している。</p>

不変					上昇			下降			
1級	2級	3級	返戻・照会	非該当	2→1	3→2	非該当→ 照会	1→2	2→3	返戻・照会	非該当
4	56	45	0	0	1	9	1	0	2	8	0

合計 126

不変	2級	<p>【自閉症:F84】 知的障害軽度(手帳B2)を伴い、症状記載から、作業所に通所しているものの会話ができないことがわかる。このため、⑥2では(5)のみ「できない」である。他は、(3)(7)(8)が「援助があればできる」、(1)(2)(6)が「概ねできるが援助が必要」、⑥3は(3)であるため、2級相当と判定した。</p>
		<p>【自閉症スペクトラム障害:F84】 9歳男児。更新申請。治療約4年。副病名として「多動性障害(F90)」</p>
		<p>【広汎性発達障害:F84】 ⑥2の(2)(4)(6)に「援助があればできる」に○がついているため。⑥3は(3)に○がついていたが、本自治体も、新マニュアルと同様の判定結果となっていた。</p>
		<p>【広汎性発達障害:F84】 ④⑤から、対人ストレスを背景に情動不安定と時に幻聴が生じ、合併として適応障害が併記されているので、安定した生活が得られにくいことが読み取れる。⑥2で(1)(2)(8)が「援助があればできる」、(3)(4)(5)(6)(7)が「概ねできるが援助が必要」、⑥3は(3)であるため、2級と判定した。</p>
		<p>【広汎性発達障害:F84】※0歳代 ※東京都:入力ミスは??? 本事例は就学前に診断され、早期から療育による関わりが開始されている。従病名には、注意欠陥多動性障害が併記されている。 ⑥2で、適切な食事摂取及び金銭管理は「できない」、清潔保持及び安全保持は「援助があればできる」と判定されている。⑥3では、「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」と判定されている。同級生とのトラブル等により学校では対応が困難で、家庭では具体的指示や助言を常時要するなど年齢相応の生活能力と比較した記載も併記され、新マニュアル案では2級と判定される。 前記の如く、現病歴に記載された初診以降の療育の関わり、病状の具体的程度に関する記載は、年齢相応の生活能力障害の判定と比較しても妥当であり、現在の判定会では、機能障害と生活能力障害の両面から、総合的に3級と判定された。</p>
		<p>【自閉症:F84】 8歳男児。更新申請。治療約5年。今回はともに一定の生活状況が判断できる記載であったが、児童の場合や発達障害圏の事例では、しばしば判定困難で返戻することも多い。</p>
		<p>【選択性緘黙:F94】 ⑥2の(3)(4)(6)(7)(8)で「援助があればできる」に○。(5)は「できない」に○。⑥3では(3)に○であったが、本自治体の判定でも2級であった。</p>
		<p>【アスペルガー症候群:F84】※0歳代 診断書では、⑥2で、全てが「自発的(おおむね)にできるが援助が必要」であり、マニュアルでは3級であるが、しかしながら、④(4)興奮、(6)爆発性、暴力・衝動行為、多動、(7)強度の不安・恐怖感、(10)学習の困難、注意障がい、(11)1、2、3、4(音やにおいに敏感)に印がついていて、また支援学級に在籍していることから、⑥2の(2)(6)は援助があればできると考えられるため2級相当と判断。⑥3が(2)と、マニュアルでは3級であるが、上記から(4)と考えられ2級相当。</p>
<p>【多動性障害:F90】 ⑥2の○付けと⑦の記載内容に、相違がある場合は、本来であれば照会の必要があるが、そのような案件が増えた場合、事務が煩雑になると思われるため、そのような案件については、⑦欄の記載内容から読み取って等級を判定することになると思われる。</p>		

		<p>【AD/HD:F90】 新マニュアル案による判定では、日常生活能力の判定において、2級相当に該当する項目が複数該当しなかったため3級となった。(現在の判定会では、診断書に「自傷行為継続」と記載があったため2級とした)</p>
	3級	<p>【広汎性発達障害:F84】 生活能力の状態の欄からは、日常生活能力について2級相当の評価と読み取れるが、本市では主病名が「広汎性発達障害」の場合は原則3級としているため、3級と判定した。(疾病の性質上、社会生活に一定の制限を受けることがあっても、日常生活にまで制限を及ぼすと考えにくい疾患であることから)</p> <p>【広汎性発達障害:F84】 ⑥2、⑥3の「○」の位置は2級相当であるが、⑦欄等の記載では2級まではいっていない→3級と判定。</p> <p>【広汎性発達障害:F84】 ⑥2、⑥3の「○」の位置は2級相当であるが、⑦欄等の記載では3級相当→3級と判定。</p> <p>【広汎性発達障害:F84】 ⑥3は(3)ですが、従来、新マニュアルのような基準で運用しているため。なお、マニュアルの御解説で、主病名を発達障害にするか否か、の議論がありますが、身体医学での考え方としては、肥満自体が治療を要する場合は肥満の問題として、肥満に伴う高血圧が治療を要する場合は高血圧の問題として、それぞれ扱われると思います。また、摂食障害には元来の認知発達の偏りがかなり直接的に影響して摂食障害の状態像が生じていると思われる症例も多く、これと例えば「発達障害の二次障害として生じた『うつ病』」などを異なった扱いにすることには、異論が出る余地が有ると思います。</p> <p>【多動性障害、特定不能のもの:F90】 ⑥3は(3)ですが、従来、新マニュアルのような基準で運用しているため。</p>
上昇	2→1	<p>【広汎性発達障害:F84】 ⑥2の、(1)(3)(6)が「できない」となっていたため。</p>
	3→2	<p>【アスペルガー症候群:F84】 ⑥2、⑥3の主治医の判断は2級相当の評価と考えられた。⑦の内容からは福祉的支援により、日中活動の参加も可能になるなど、良い方向に向かっていることなどから今後2年間の状態を考え、障害等級として「3級」で良いのではないかと判定会では判断した。マニュアル上では過去2年及び現状についての評価となり、2級が妥当と思われた。</p> <p>【広汎性発達障害:F84】 本事例は成人後に診断され、単身生活で、障害福祉等サービスの利用はない。 ⑥2で、適切な食事摂取及び清潔保持、安全保持は「援助があればできる」、金銭管理は「できない」と判定されている。⑥3の日常生活能力の程度では、「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」と判定されている。新マニュアル案に従えば、2級と判定される事例である。 現病歴や病状の具体的程度に関する記載からは対人関係等の社会生活に関する問題が主体であると読み取ることができ、精神疾患(機能障害)による類型化、予後の予測に従えば、機能障害と生活能力障害の記載に乖離を認め、機能障害の程度と比較し、生活能力障害の判定は重すぎると言わざるを得ない。単身で障害福祉等サービスの利用も認めないことから、現在の判定会では、機能障害と生活能力障害の両面から判定を行い、3級と判定された。</p> <p>【自閉症スペクトラム障害:F8】 生活能力に基づく判定では2級相当。</p> <p>【広汎性発達障害:F84】 ⑤⑦の記載内容、⑥3が(2)であり3級相当であることから、3級と判断した。</p> <p>【広汎性発達障害:F84】※0歳代 今まで、小児については判断が難しかった。 新マニュアル案による判定によると、⑥2(3)金銭管理と買物、(6)身の安全保持・危機対応に「できない」が該当しており1級となる。しかし、⑥3日常生活能力の程度は「(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。」が選択されており、登校しぶり、パニックや暴力的な行動もあるが、特別支援級に行っており学校で対応できない状態ではなく、母の負担は多くて家庭の生活に困難はあるが「著しい」とまではいえないため、2級とした。</p> <p>【多動性および注意の障害:F90】 マニュアル案に基づいて判定したため</p>

		<p>【多動性障害:F90】※0歳代 生活能力の困難が強い</p>
		<p>【アスペルガー症候群:F84】 ⑥2、⑥3より、2級該当と判断した。</p>
		<p>【広汎性発達障害:F84】 ⑥2、⑥3より、2級該当と判断した。</p>
	該当→照	<p>日常生活上で約束・時間を守れない、仕事にミスが多いことなどを主訴に、生活能力の状態は3級相当の判定の診断であったが、生活歴についての記入が無く、かつ心理検査も施行されていないため、診断根拠不十分として非該当とした(通常ならば追記依頼をするが、記入医療機関が過去数年にわたって常に不十分な診断書を記入し続けており、度重なる改善依頼に対応しないための処置)</p>
下降	2→3	<p>【アスペルガー症候群:F84】 現在の判定会による判定では、⑥2に、複数「援助があればできる」にチェックがあるため、2級と判定。</p> <p>【AD/HD:F90】 新マニュアル案による判定では、日常生活能力の判定において、2級相当に該当する項目が複数該当しなかったため3級となった。 (現在の判定会では、診断書に「自傷行為継続」と記載があったため2級とした)</p>
	1→照会	<p>【高機能広汎性発達障害:F84】※0歳代 生活能力の状態について、「同年齢の児と比較して」家庭生活や学校生活にどの程度支障があるか確認を要する。</p>
	2→照会	<p>【多動性障害:F90】 ⑥の内容について、以下の疑義あり。⑥2の(1)「適切な食事摂取」について「できない」が選択されているが、精神疾患の状態としての「食行動の異常」と、生活能力の状態としての「適切な食事摂取」は混同しないよう留意する必要がある、それを踏まえて、⑥2の(1)を再考してください。④(6)で「食行動の異常」にチェックがあり、これと混同されていると考えられるため)。生活能力の状態から、等級は2級相当と判断する。</p>
	1→返戻	<p>【アスペルガー症候群:F84】 ⑥2で、(1)(2)(3)(6)のうち「できない」に該当するのは1項目だけなので、2級に相当する。等級が下がる場合は、主治医のチェックミスを防ぐため、一旦は返戻とする。</p> <p>【注意欠陥・多動障害:F90】※0歳代 新基準による判定においては、生活状況(自宅、学校での適応状況)をもう少し詳しく知る必要があるため返戻と判断した。</p> <p>【注意欠陥多動性障害:F90】※0歳代 平成22年6月から現在の主治医が継続して診察しているため、①(2)「従たる精神障害」である「適応障害」の診断も4年に及ぶため、診断の変更が必要である。</p> <p>【活動性および注意の障害:F90】※10歳代 ⑥2の判定で、(1)～(3)が「できない」であり、⑥3が(4)であったため1級と判断した。しかし、中学校までは普通学級で卒業したあと、高校入学後不登校になり1年程度経過した時点であることと、「④現在の症状、状態像等」では、「(7)強度の不安・恐怖感」にチェックがあるが、「⑤④の症状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」及び「⑦⑥の具体的程度、状態等」には「こだわりを持って生活している」「生活全般に支援が必要」といった一般的な記載しかなく、病状、状態像が不明確であり障害等級の判定には情報が不足している。そのため、返戻し、病状、状態像や生活状況、生活能力に関する具体的な記載の追加を求めることが適当と判断した。</p>
	3→返戻	<p>【多動性障害:F90】 ⑥2の(1)(2)(3)(6)の4項目について日常生活に関する能力障害の程度から2級も想定されるため、「⑦、⑥の具体的程度、状態等」の具体的な記載を求めるため、返戻とする。</p> <p>【注意欠陥多動性障害:F90】※10歳代 病状・状態像等の程度・症状の記載はあるが、生活能力の状態の程度・状態の記載がなく、小学校でどの程度の配慮が必要か不明のため。</p>

不変					上昇			下降			
1級	2級	3級	返戻・照会	非該当	2→1	3→2	非該当→照会	1→2	2→3	返戻・照会	非該当
33	34	36	2	0	1	1	1	1	2	2	11

合計 124

不変	1級	<p>【てんかん:G40】 てんかん発作はコントロールされているが、てんかんに伴う精神障害を認めており、本来であればF06に分類するべきものである。これについては修正の意義が少ないため許容した。</p>
		<p>【てんかん:G40】 治療開始約25年前、一時改善して治療中断し約5年前より継続治療。てんかん専門医療機関からの申請。「イ」の発作が毎日、および「ニ」の発作が年30回以上。今回は偶々専門医療機関からの申請で明確な記載であったが、脳外科、内科等からの診断書の場合、不十分な記載が多く、G40での返戻は多い。</p>
	2級	<p>【てんかん:G40】 5年間の治療継続があるが、現在も小発作(3回/日)が続いている。また、中等度の知的障害もあり、外来通院も母が同伴。脳波にも3HZ Spike &amp; wave complexを認める。⑥2は(4)が「概ねできるが援助が必要」、(1)(2)(3)(5)(6)(7)が「適切にできる」、(8)のみ「援助があればできる」である。発作頻度のみからも2級相当である。</p>
		<p>【てんかん性精神障害:G40】 本事例は最終発作が過去2年以上前に遡るが、不機嫌状態や妄想等の精神神経症状を認め、「てんかん性精神障害」が主たる病像である。施設入所によって地域生活を維持している。従病名には精神発達遅滞(F70)が記載されている。⑥2で、適切な食事摂取及び清潔保持が「できない」、金銭管理及び安全保持は「援助があればできる」と判定されている。⑥3では、「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」と判定されている。新マニュアル案では、「精神神経症状と生活能力の状態、どちらか重い方の障害を中心に判断する」とあり、発作は薬物療法下に抑制されていることから、2級または1級と判定される。新マニュアル案に従えば、分類はF0となる。 現在の判定会でも、発作が抑制されていることから、精神神経症状(機能障害)に関する現病歴や病状の具体的程度に関する記載と生活能力障害の両面から、総合的に2級と判定された。 現在の判定会では、てんかん性精神病が長期のてんかん発作に関連する一症状と考えられることから、ICDコードはG40であっても照会または返戻をしないで判定を行っている。</p>
		<p>【てんかん:G40】 複数の発作型を持つ症例の場合に、表1のどこに該当するのか不明なことがあります。診断書の様式を変更し、タイプ(イ、ロ、ハ、ニ)を縦に、頻度(1、2、3)を横にした表の形にすることが必要と思います。なお、第2部にも記載させて頂きましたが、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(近年、これらが軽減された新しい薬剤の承認に伴い、意識されるようになった、という側面も有ると思いますが、元来、深刻な問題であったと思います)、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、本自治体では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。</p>
		<p>【てんかん:G40】 治療約30年。てんかん専門医療機関からの申請。「イ」の発作が週1~2回、および「ハ」の発作が年4回程度。</p>
	<p>【てんかん:G40】 10年間の治療歴あり、かつては意識消失も認めたことが病歴から確認されるが、4年前から治療により症状改善との記載がある。発作型は「部分発作」で、1日数回。脳波で突発波なし。MRIで深部白質高信号域を認めるが、病的意義不明との記載あり。⑥2では(3)(5)(7)(8)が「概ねできるが援助が必要」、他は「適切にできる」。発作頻度から2級と判定した。</p>	

		<p>【てんかん：G40】 同上（但し、このケースは、片足のみの部分発作で転倒することを、イとハの両者にチェックされています。前回と病状は不変と思われますが、担当医が発作をどこに位置づけるかで、更新時に3級から1級に変わった事例です）。</p>
		<p>【てんかん：G40】 ハの発作が年2回程度認められるため。</p>
		<p>【てんかん：G40】 長期間の薬物療法下においてもなお発作が存在している症例でしたが、時折、薬物療法下に何年も発作は起こっていない方の手帳申請がされる場合があります。「完全に抑制されている」がどの程度なのかいつも迷ってしまいます。薬物療法下に何年発作がなければ手帳対象としないなど、具体的な数値があれば良いと望みますが、それもなかなか難しいと思います。</p>
	3級	<p>【てんかん：G40】 本事例は最終発作が過去2年以上前に遡るが、不機嫌状態や妄想等の精神神経症状を認め、「てんかん性精神障害」が主たる病像である。施設入所によって地域生活を維持している。従病名には精神発達遅滞（F70）が記載されている。 ⑥2で、適切な食事摂取及び清潔保持が「できない」、金銭管理及び安全保持は「援助があればできる」と判定されている。⑥3では、「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」と判定されている。新マニュアル案では、「精神神経症状と生活能力の状態、どちらか重い方の障害を中心に判断する」とあり、発作は薬物療法下に抑制されていることから、2級または1級と判定される。新マニュアル案に従えば、分類はF0となる。 現在の判定会でも、発作が抑制されていることから、精神神経症状（機能障害）に関する現病歴や病状の具体的程度に関する記載と生活能力障害の両面から、総合的に2級と判定された。 現在の判定会では、てんかん性精神病が長期のてんかん発作に関連する一症状と考えられることから、ICDコードはG40であっても照会または返戻をしないで判定を行っている。</p>
		<p>【てんかん：G40】 てんかん発作は服薬継続によりほぼ消失しており、てんかんのみであれば新マニュアルによると非該当になると考えられるが、従たる精神障害にパニック障害があり、パニック障害による生活能力の状態等から、等級は3級のままとした。</p>
	返戻	<p>【てんかん：G40】 発作の頻度が不明であるため、返戻とした。</p>
		<p>【てんかん：G40】 返戻の理由としては、⑥2については年齢相応の能力と比較した上で、「てんかん」のみに基づく評価で記入すること。また、④「現在の病状、状態像等」には(8)「てんかん発作等」の「最終発作の年月日」も記入する。</p>
上昇	2→1	<p>【てんかん：G40】 生活能力障害との総合的な等級判定ではなく、発作のタイプと頻度のみで判定した場合、1級相当となる。</p>
	3→2	<p>【てんかん：G40】 うつ病を合併しており、うつ病に対する日常生活能力の判定・程度⑥2、⑥3より、2級該当と判断した。</p>
	非該当→照会	<p>【てんかん：G40】 薬物治療により発作は2年以上みられていない。生活能力の状態の程度は3級相当であるが、その根拠が全く記載されていないために非該当とした。</p>
下降	1→2	<p>【てんかん：G40】 従来判断においては、継続審査であり従前が1級であったことと生活能力の状態から1級と判定している。診断書の記載内容から知的障害による記載を除くとてんかん発作による影響のみが残るが発作頻度が年2回程度とのことであるため、新基準では2級となる。</p>

2→3	<p>【てんかん：G40】 現在の判定会による判定では、てんかんのタイプ→3級、⑥2の複数の項目で「援助があればできる」にチェック→2級、より重い方を採用し2級と判定した。新マニュアル案による判定では、てんかんのタイプ→3級、なお、生活能力についても以下の内容であり、3級と判断できる。自発的にできる：(1)(2)、自発的に(おおむね)できるが援助が必要：(3)(6)(7)(8)、援助があればできる：(4)(5)、→(1)(2)(3)(6)の内容からは3級と判定。</p>
	<p>【てんかん：G40】 ※0歳代 更新申請の事例で現在は1級である。治療によりてんかん発作の頻度が減少したため、てんかん発作の状態では3級相当であるが、⑥2の判定と⑥3が(4)であることから2級と判断していた。しかし、「④現在の病状、状態像等」で、てんかん発作以外に該当項目がなく、「⑤④の症状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」及び「⑦⑥の具体的程度、状態等」でも非発作時の状態像に関する記載がないこと、年齢が6歳であり、⑥2の能力判定に未就学児であることが考慮されていないと思われることから、3級と判断するのが適当と判断した。</p>
2→紹会	<p>【てんかん：G40】 判定に必要な情報(発作の頻度)が不足しているため、照会とした。</p>
3→返戻	<p>【てんかん：G40】 主病名が「てんかん」、従たる精神障害が「混合性不安抑うつ障害」の症例。てんかん発作は過去2年間ない。現在の判定会では、従たる精神障害をもとに判定を下したが、新マニュアル案では、混合性不安抑うつ障害を主病名にするべきではないかと考えるため、返戻とした。</p>
2→非該当	<p>【てんかん：G40】 従たる精神障害として精神遅滞(F70)があり、日常生活能力の判定は、自発的にできるが援助が必要4、援助があればできる4となっているが、てんかん発作は、長期にわたり抑制され、他の精神症状もないことから、非該当と判断した。</p>
3→非該当	<p>【てんかん：G40】 3年以上発作がないため。</p> <p>【てんかん：G40】 てんかん。発作なし。</p> <p>【てんかん：G40】 ①及び⑤の内容について以下の疑義あり。 ④(10)の「知的障害」「軽度」にチェックがあるため、①(2)に病名を追記してください。また、⑤に知的障害に関する検査の結果を記載してください。(知的障害に関する病名、具体的程度・症状・検査所見の記載がないため)</p> <p>3及び4の内容について以下の疑義あり。 3に「(てんかんの)発作はときにあり」とありますが、発作の状態を詳しく記載してください。また、4(8)の発作型に「全般性」とありますが、全般性のどのタイプの発作なのかを記載してください。</p> <p>新マニュアル案によれば「長期間の薬物療法下においてもなお発作が存在する場合に認定するものであり、完全に抑制されている場合には非該当となる」とあり、今回の事例は最終発作から3年経過しているため、判定は非該当と考えられる。</p> <p>この判定において新マニュアル案に関して課題と感じた点 上記の「長期間の薬物療法下・・・」について、具体的にどの程度の期間、発作が抑制されている場合に非該当とするのが課題である。</p>
	<p>【てんかん：G40】 生活能力の状態を考慮せず、発作頻度(3年7か月間発作なし)で判定した場合、非該当判定。</p>
	<p>【てんかん：G40】 てんかん+精神遅滞。発作抑制、精神症状抑制、軽度精神遅滞</p>
	<p>【てんかん：G40】 てんかん発作は薬物でコントロールできている。最終発作は、平成19年12月3日。6年以上も完全に抑制されているから非該当。</p>

	<p>【症候性てんかん:G40】 当自治体では、長期間の薬物療法下において、発作がコントロールされている場合でも現在3級で認定しているが、新マニュアル案では、「完全に抑制されている場合には非該当となる。」とあるため、非該当となった。</p>
	<p>【てんかん:G40】 発作は、完全に抑制されていると考えられる</p>
	<p>【てんかん:G40】 長期間発作は見られないが、脳波異常が続いているため服薬・検査は継続中の事例。当県ではこれまで3級として判定している。</p>
<p>返戻 →非該当</p>	<p>【てんかん:G40】 最終発作が平成23年1月とあるため、非該当相当だが、判定会では、他の精神症状が読み取れるためその部分についての追記等を求めることとして返戻となった。</p>



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）  
平成 26 年度分担研究報告書

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究  
(研究代表者 宮岡 等)

精神障害者保健福祉手帳に関わる手引き・指針に関する研究

研究分担者 黒田 安計 さいたま市保健福祉局保健部 副理事

研究要旨

【目的】

本研究班全体では、一昨年度（平成 24 年度）の研究結果を基にして、昨年度（平成 25 年度）に精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル案を策定したが、今年度は、その原案に関連する課題についてのアンケート調査を実施した。また、そのアンケート調査の結果を基に、昨年度に作成した等級判定マニュアル案に改定を加え、新たなマニュアルとして取りまとめた。

本分担研究では、平成 25 年度に作成した「精神障害者保健福祉手帳 Q&A」の原案について、今年度上述のアンケート調査の結果を基に新マニュアルの方向性に沿った内容へと修正を行い、最終的なマニュアルの一部（第 V 章に相当）として完成版を作成することを目的とした。

【方法】

昨年度作成された新たなマニュアル案について、今年度「精神障害者保健福祉手帳の新等級マニュアル案に関する調査」を実施し、全国の精神保健福祉センター所長並びに精神障害者保健福祉手帳判定会議担当者宛に回答を依頼した（調査内容の詳細については、太田並びに山崎による他の分担研究報告書を参照）。その結果を基に、昨年度作成したマニュアル案の内容について、全体の改定を行ったが、昨年度本分担研究班で作成した Q&A（案）についても、他の分担研究者、研究協力者と協議を繰り返し、新たなマニュアル案に沿った形に修正を行った。

【結果及び考察】

本研究班で作成中の新たなマニュアル案で示された新しい考え方や、これまで整理がされていなかった点を中心に、昨年度 Q&A 案を作成したが、今回アンケート調査の結果を受けて、Q&A 案に修正を加えることとなった。その結果、昨年度の案に新たな項目を加えて全部で Q&A は 20 項目となった。

手帳の申請者数が年々増加している中、各自治体の今後の手帳判定業務の効率化や課題の整理・改善につながるように、今回策定された Q&A 並びに新マニュアル全体が活用されることが期待される。

研究協力者

新畑 敬子

：名古屋市精神保健福祉センター・所長

内田 勝久

：静岡県精神保健福祉センター・所長

太田 順一郎

：岡山市こころの健康センター・所長

A. 研究目的

研究班全体では、一昨年度（平成 24 年度）に実施された精神障害者保健福祉手帳の等級

判定業務の実態に関する研究や、等級判定における不一致に関する研究等の結果を基にして、昨年度（平成 25 年度）に精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル案（以下「新マニュアル案」）を策定した。今年度は、その新マニュアル案に関連する課題についてのアンケート調査を実施し、また、そのアンケート調査の結果を基に、昨年度に作成した新マニュアル案に加筆・修正を加え、新たなマニュアルとしての完成を目指した。

本分担研究では、上述の研究班全体の方向性

に沿って、平成 25 年度に「精神障害者保健福祉手帳 Q&A」に関する原案を作成した。今年度は、全国の判定会議を所管する精神保健福祉センター長並びに、実際に判定会業務を取り扱う担当者宛に調査を依頼し、実際に各自治体の判定会委員の方々を対象に「新マニュアル案」に関する調査を行うことで、Q&Aを含む新マニュアル案全体に対する意見を収集した。得られた調査の結果を検討し、本研究班全体の中で協議を行い、新マニュアルの方向性に沿った内容へと加筆・修正等を行い、最終的なマニュアルの一部（第 V 章に相当）として現時点での完成版を作成することを目的とした。

## B. 研究方法

本年度も、一昨年度、昨年度に引き続き、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における判定基準に関する研究」、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」並びに「精神障害者保健福祉手帳に関わる手引き・指針に関する研究」の 3 つの研究が実施されたが、お互いに関連が深く、また、相互の内容の整合性も重要であるため、分担研究者、研究協力者が情報交換や意見交換を密にし、お互いの記載内容の整合性に留意しながら、「精神障害者保健福祉手帳 Q&A」（以下「修正案」）の作成を進めた。

なお、今年度実施された、「精神障害者保健福祉手帳の新等級マニュアル案に関する調査」の詳細については、太田、山崎らの分担研究報告書を参照されたい。

### （倫理面への配慮）

本分担研究においては、基本的に個人情報はいずれも取り扱われていない。なお、研究全体については、北里大学医学部倫理委員会に研究申請書を提出し、同委員会の承認を受けて実施している。

## C. 研究結果

昨年度作成した「精神障害者保健福祉手帳 Q

& A 案」（以下「原案」とする）、並びに、上述の方法により今年度作成した「精神障害者保健福祉手帳 Q&A 案」（修正案）について、以下に順次記す。なお、原案では Q&A は 19 の項目についてのものであったが、今回の修正案では 20 項目としている。

（原案では、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」で示されているものについては、文体に合わせる形で語尾を変えて、引用【1】として掲載している。）

## 1. 総論

### 【原案】

Q 1. 今回の班研究試案で、これまでと大きく異なる点はどこですか？

A. これまでは、診断名による精神疾患（機能障害）の状態と、能力障害の状態を総合的に勘案して等級判定が行われていましたが、今回の「研究班試案」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。この点が、これまでの指針との最も大きな違いとなっています。

### 【修正案】

Q 1. 新マニュアルで、これまでと大きく異なる点はどこですか？

A. これまでは、診断名による精神疾患（機能障害）の状態と、能力障害の状態を総合的に勘案して等級判定が行われていましたが、新マニュアルでは、「精神障害に伴ってその人が抱えている生活上の困難の内容と程度に従って等級が定められるべきなのであり、その生活障害のもとになっている精神疾患の種別によって等級が決まる訳ではない」ということを基本的な考え方として、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「生活能力の障害の程度、

その態様」によって等級判定を行うことを基本としています。この点が、これまでの指針との最も大きな違いとなっています。

ただし、「生活能力障害の程度、その態様によって等級判定を行う、ということは、決してそれ以外の情報（機能障害に関する情報など）を軽視するという意味ではないことを強調しておく。例えば機能障害に関する情報は、これまでと同様に生活能力障害に関する情報と全く同程度の重要性を持っている。」とされています。また、「精神疾患に伴う機能障害の内容とその程度に関する情報により、生活能力の障害が精神疾患によるものであること、精神疾患に伴う機能障害の内容と程度に見合った生活能力であることなどが確認され、もしそこに齟齬や疑義が認められる場合は、返戻や問い合わせということにもなるであろう」としています。したがって、申請者の日常生活や社会生活における制限の状態をより総合的により客観的に判断するため、「⑦ ⑥の具体的程度、状態」欄に記載された就労状況（一般雇用、障害者雇用、福祉的就労などの形態や、欠勤、病休、休職などの勤怠状況）、同居の家族による具体的な援助の有無やその内容、あるいは、「⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況」欄に記載された外部からの実際のサポートの状況などの情報の記載が重視される一方で、これまで同様に「④ 現在の病状、状態像等」欄や「⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等」欄の記載も重要とされることとなります（Q&A 3参照）。

#### 【原案】

Q 2. 病名は、ICD - 10 の診断名を使うべきなのですか？ いわゆる従来診断、慣用的診断ではないのですか？

A. 全国精神保健福祉センターの調査では、約半数のセンターが「ICD-10 に則った病名を求めるとしており、残りの約半数は「ICD-10 にこだわらず、精神医学的に妥当な病名であれば可とする」として

しています。実際に、慣用的病名が記載されている時には「返戻・照会する」というセンターも半数に上り、事務処理の効率化のことも考慮しますと、主治医としての精神医学的判断に大きく差し障るものでなければ、病名については原則として ICD-10 に則った病名の記載をお願いしたいと思います。なお、その際 ICD コードにつきましては、F を含み 3 桁以上のコード記載をお願いいたします。

#### 【修正案】

Q 2. 病名は、ICD - 10 の診断名を使うべきなのですか？ いわゆる従来診断、慣用的診断ではないのですか？

A. 主治医としての精神医学的判断に大きく差し障るものでなければ、病名については原則として ICD-10 に則った病名の記載をお願いしたいと思います。なお、その際 ICD コードにつきましては、F を含み 3 桁以上（あるいは G40）のコード記載をお願いいたします。

#### 【原案】

Q 3. 診断書の⑦の欄は、特に記載すべき事項がなければ、空欄でもよいのですか？

A. 自治体によっては、この欄を備考欄として扱い、特に記載すべき事項がなければ、空欄でもよいとされているようです。今回の研究班試案では、この欄に、生活障害の具体的、個別的な記載を求めるとし、診断書における重要な項目と位置付けたいと考えています。

具体的には、買い物、食事、入浴、洗濯、掃除、金銭管理などの基本的な生活が一人で送ることができるのかどうか、学齢期であれば、学校への登校状況（保健室登校、特別支援教室の利用なども含む）、成人であれば、就労状況（病欠、休職などの勤務状況、福祉的就労か否か、いわゆる正規雇用か否かなど）などの記載、また、育児を行う立場であれば、育児の状況などの情報を積極的に記載していただくようお願いします。

【修正案】

Q 3. 診断書の⑦の欄は、特に記載すべき事項がなければ、空欄でもよいのですか？

A. 自治体によっては、この欄を備考欄として扱い、特に記載すべき事項がなければ、空欄でもよいとされているようです。新マニュアルでは、この欄に、Q&A 1でもお示したように、生活能力の障害の程度、その態様についての具体的、個別的な記載を求めることとし、診断書における重要な項目と位置付けたいと考えています。

具体的には、買い物、食事、入浴、洗濯、掃除、金銭管理などの基本的な生活が一人で送ることができるのかどうか、学齢期であれば、学校への登校状況（保健室登校、特別支援教室の利用なども含む）、成人であれば、就労状況（一般雇用、障害者雇用、福祉的就労などの形態や、欠勤、病休、休職などの勤怠状況）、などの記載、また、育児を行う立場であれば、育児の状況などの情報を積極的に記載していただくようお願いしたいと思います。

【原案】

Q 4. 精神障害の状態は、服薬中の状態で見るときでしょうか、あるいは、服薬を中断した状態で見るときでしょうか？

A 精神障害の状態の判断は、基本的に服薬等治療を受けている状態で行うこととされています。

【1】

また、今回の研究班試案では、「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。」とし、さらに、「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。

なお、例えば、てんかんでは、治療によって発

作がコントロールされるようになり、他の精神障害の合併がない場合は、非該当と判定されることとなりますのでご注意ください。一方、てんかん発作が全く抑制されている場合でも、発作間欠期に精神症状があり（その場合、Fコードによる診断名が求められます。）、それが生活能力の状態に影響しているときには、該当する等級に判定されることとなります。

【修正案】

Q 4. 精神障害の状態は、服薬中の状態で見るときでしょうか、あるいは、服薬を中断した状態で見るときでしょうか？

A. 新マニュアルでは、「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。」としており、精神障害の状態の判断は、基本的に投薬等の治療を受けている状態で行うことと考えています。ただしそれに続けて、「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もあり得る」としてケースによりある程度柔軟な対応を可と考えています。

なお、例えば、てんかんでは、治療によって発作がコントロールされるようになり、他の精神障害の合併がない場合は、非該当と判定されることとなりますのでご注意ください。一方、てんかん発作が抑制されている場合でも、発作間欠期に精神症状があり、それが生活能力の状態に影響しているときには、該当する等級に判定されることとなります（その場合、Fコードによる診断名が求められます。）。

実際の臨床場面では、抗てんかん薬の副作用による生活上の問題や、てんかんの診断名で手帳を取得し、発作はコントロールされているけれども障害者雇用で就労されている場合の手帳更新などについては、今回のマニュアルでは整理されておらず、課題が残されていると考えています。