

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「① 病名」として、「F84 アスペルガー症候群」と診断されているが、「従たる精神障害」として、F22 妄想性障害を有している。「③ 発病から現在までの病歴」では、アスペルガー症候群の症状だけではなく、生活状況（学校や家庭での様子）、妄想性障害の症状の経過、受診・通院状況の記載を確認する。「④ 現在の病状、状態像等」、「⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等」欄の記述から、「(11) 広汎性発達障害関連症状」の記載のみならず、妄想性障害の症状、状態像であることの記載内容（幻覚妄想状態など）も確認する。

本症例では、小児期より症状は認めているが、アスペルガー症候群の診断はなされず、いらいらや粗暴行為が出現し精神科を受診し、初めて診断がなされている。発達障害の事例では、このように、発達障害の症状だけでなく、2次的な不適応反応（抑うつ状態、幻覚妄想状態など）を示して受診するケースが多く、これらの随伴する症状が的確に記載されていることを確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連項目は、「自発的に援助があればできる」が3項目、社会生活関連項目は、「援助があればできる」が3項目であるが、「3 日常生活の程度」では、「(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」となっている。「⑦ ⑥の具体的程度、状態等」から、他者との意思疎通が難しいとあるが、アスペルガー症候群の症状だけではなく、妄想性障害による症状や生活状況が記載されている。

3. 判定

アスペルガー症候群の症状のみならず、妄想性障害の症状が加わり、日常生活及び社会生活に著しい制限を受けて、時に応じて援助を必要とする状態にあり、障害等級は2級と判定される。

4. この症例の留意事項

アスペルガー症候群をはじめとする発達障害の中には、生活上の不適応反応や何らかの精神症状が発生して初めて精神科を受診し、発達障害の診断がされることは少なくない。この場合には、発達障害の症状だけではなく、2次的に発生した症状を認めることも少なくない。本事例も、生活上の不適応反応から、幻覚妄想状態を呈したものであるが、これらの場合は、発達障害の症状のみならず、随伴する症状を含めて、精神疾患の状態、生活能力の状態を確認していくことが必要である。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 20	明治・大正(昭和)平成 32年1月7日生(満56歳)
住所	〇〇県 △△市・・・	
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)	(1) 主たる精神障害 アスペルガー症候群 ICDコード(F84) (2) 従たる精神障害 妄想性障害 ICDコード(F22) (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) 14年 7月 19日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和(平成) 14年 7月 19日	
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、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32年1月頃) 小児期からコミュニケーション障害、こだわりがみられ、集団活動に入れなかった。幼小児期、父からの暴力行為があった。中学校時代不登校、高校入学直後、他人の視線が気になり退学した。平成13年7月頃より動悸、イライラ、粗暴行為がある。平成14年7月当院初診、アスペルガー症候群と診断される。被害慮感が強く、ささいな音に恐怖を感じ、時に、被害関係妄想に発展し、転居を繰り返す。不安定な状態が続いている。 *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)	<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 行為心拍 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 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 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他(聴覚過敏)</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
対人関係が苦手なため、仲間関係が築けず、常に孤立している。病院のデイケアに通所するが、常にオドオドしている、集団活動に入れず、個別対応の場面のみしか参加できない。声も小さく聞き取りにくい。
こだわりが強く、手順が変わると混乱する。音への過敏、不安が高く、時に被害妄想的な感情を抱くことがある。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 WAIS-III IQ：76]

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、状態像等
他者との意思疎通が困難であり、多くは援助が必要である。対人不安緊張が強いため、大勢の人がいる場所や新しい場面では、特に緊張が強く、回避的であり、支援が必要である。食事は、ワンパターンのメニューを年中繰り返し、生活全般においても介入を必要としている。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)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)、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)

精神科デイケア、生活訓練、生活保護

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 平成 25 年 ○ 月 × 日

医療機関の名称 ◆◆病院
医療機関所在地 ○〇県 △△市・・・
電話番号 〇××-×××-××××
診療担当科名 精神科
医師氏名(自署又は記名捺印) □■▽▽

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「① 病名」として、「F81 学力の特異的発達障害」と診断されている。「③ 発病から現在までの病歴」では、学力の特異的発達障害と診断に至る経過や、「④ 現在の病状、状態像等」、「⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等」では、学力の特異的発達障害の所見に加え、それ以外にも症状があれば、記載がされていることを確認する。

本症例では、中学校入学後、不登校などにより精神科を受診し、発達障害の診断がなされている。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連項目は、「自発的にできる」が2項目、「自発的に援助があればできる」が2項目、社会生活関連項目は、全項目が「おおむね援助があればできる」であり、「3 日常生活の程度」では、「(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」となっている。

3. 判定

学力の特異的発達障害を認めるが、それによる日常生活及び社会生活への影響は軽度であり、日常生活もしくは社会生活に一定の制限を受ける程度のもと考えられ、障害等級は3級と判定される。

4. この症例の留意事項

近年、発達障害の事例で、福祉サービス事業所などを利用することが増えてきている。発達障害の中には、統合失調症のように通院や治療を必要としないが、福祉サービスを利用することを目的として、障害者手帳の申請をする事例も今後増えてくると思われる。精神疾患の状態、生活能力の状態を確認して、判定を行っていくことが必要である。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 21	明治・大正・昭和 <u>平成</u> 3年2月7日生(満22歳)
住所	〇〇県 △△郡 ◆◆町・・・・	
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)	(1) 主たる精神障害 <u>学力の特異的発達障害</u> ICDコード (F 8 1) (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 <u>平成</u> 15年10月6日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和 <u>平成</u> 15年10月6日	
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、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3年2月頃) 小学校の頃は活発な子であったが、学習が十分に追いつけず、中学校入学後は、イジメを受け、不登校の状態が続いていた。平成15年10月当院受診、不安、抑うつなどを認め、生来より、学力の特異的発達障害(学習障害)を有すると診断された。専門学校に進学、卒業したが、就職活動がうまくいかず、平成22年より若者サポートステーションに通っている。当院には、不規則に通院をしているが、サポステから、福祉サービスの事業の利用を勧められ、手帳を希望している。 *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)	<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・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 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 <u>ア</u> 読み <u>イ</u> 書き ウ 算数 エ その他() 5 逆行機能障害 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 限定した常同的で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
精神的には安定しているが、不安、緊張感が高く、質問に対しても返答に時間がかかり、質問について十分に理解できないことがある。そのために対人不安感も高じてきて、ひきこもりがちな生活を送っている。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 WAIS-III 全検査IQ：80
言語性IQ：74 動作性IQ：90]

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
言語理解が難しく、多面的に物事が考えられない。指示理解も難しく、動作もゆっくりのペースのため、周囲と協調することが難しく、対人不安が高い。若者サポートステーションでの交流がある程度で、ふだんはひきこもりがちである。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)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)、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)

福祉サービスの利用を検討している。

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 平成 25 年 ○ 月 × 日

医療機関の名称 ◆◆病院
医療機関所在地 〇〇県 △△市・・・・
電話番号 〇××-×××-××××
診療担当科名 精神科
医師氏名(自署又は記名捺印) □〇 ▽×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「① 病名」として、F90 注意欠陥多動性障害と診断されている。年齢が、8歳ということもあり、「③発病から現在までの病歴」及び「④ 現在の病状、状態像等」、「⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等」欄の記述から、単なる同年齢にみられる落ち着きのなさではなく、発達障害としての注意欠陥多動性障害と診断するに至った特性や所見が明確に記載されていることを確認する。注意欠陥多動性障害を始めとする発達障害は、受診に至るきっかけとなった症状が多動やパニックなどであったとき、当初より診断がつくとは限らない。この場合、「③ 初診年月日」の「主たる精神障害の初診年月日」は、注意欠陥多動性障害の診断がなされたのが初診日以降であったとしても、注意欠陥多動性障害による特性や症状に起因する主訴で受診した日を、初診年月日として記載することができる。また、診断書記載日が、この初診日より6か月以上経過していることを確認する。本症例では、多動、不注意などの所見があり、そのことで学校生活や対人関係に問題が発生しており、「④ 現在の病状、状態像等」の「(6) 情動及び行動の障害」の「1爆発性、2暴力・衝動行為、3多動」及び「(10) 知能・記憶・学習・注意の障害」の「6注意障害」の項目にもチェックが確認され、所見が適切に記載されている。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連項目は、「自発的にできる」が1項目、「自発的にできるが援助が必要」が2項目、「援助があればできる」が1項目である一方、社会生活関連項目は、すべて、「援助があればできる」である。また、「3 日常生活の程度」では、(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ているとなっている。「⑦ ⑥の具体的程度、状態等」にも、適時の見守り、支援が必要とされている。

3. 判定

注意欠陥多動性障害の特性が認められ、日常生活においても、多動やパニックの症状が存在しているが、一定の制限を受ける程度とされており、生活能力から障害等級は3級と判定される。

4. この症例の留意事項

小学校低学年であるため、日常生活能力の記載やその判定の判断が難しいが、基本的に、その年齢相応でできうる能力を考慮して、比較していくこととなる。また、注意欠陥多動性障害などの発達障害では、その特性に基づく症状により、日常生活に困難を来していることもあるが、障害等級の判定は、「⑥ 生活能力の状態」を基本に判定をしていくこととされており、本症例は、3級と判断された。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 22	明治・大正・昭和・平成 17年 3月 6日生（満 8歳）
住所	〇〇県 △△市・・・	
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 <u>注意欠陥多動性障害</u> ICDコード (F 9 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 昭和 <u>平成</u> 23年 6月 5日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和 <u>平成</u> 23年 6月 5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17年 3月頃) 就学前は、保育園では集団生活ができない、他の園児とのトラブルもあった。小学校入学後、母親が宿題をさせようとしても、テレビやマンガを見たりするなど、自分のしたいことばかりして、止めようとする、パニックになり、家族にも暴言を吐くなどがあり、学校の先生に相談したところ、小学校1年時6月、当院を紹介、受診となった。学校でも、授業中うろろうしたり、教室を飛び出したり、同級生とケンカになることも少なくない。注意欠陥多動性障害と診断され、学校と連携を取りながら、通院、面接を続けている。投薬治療、環境調整等により、当初よりは落ち着いているが、未だに、パニックになり教室を飛び出したり、同級生とトラブルを起こしたりすることが見られる。 *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・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
普段行っている日常生活は、比較的落ち着いてできるようなっているが、予想外の出来事などが起きると、些細なことでも混乱を生じる。クラスが騒がしいと、落ち着きがなくなり、ウロウロしたり、飛び出したりすることがある。忘れ物も多く、自宅では、片付けもできず、注意をされても言うことを聞かず、しつこく言われると、最後はパニックになる。周囲の状況を感じることが難しく、思ったことをそのまま口にしてトラブルになることがある。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 WISC-III IQ：82]

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
自分の意思をきちんと伝えたり、支持を十分に理解したりすることが難しい。普段の日常生活は、簡単な指示、支援のもとに行うことが可能であり、家族や学校の理解により、以前よりも日常生活で混乱を生じることは少なくなってきた。しかし、初めての場面、予定外の出来事が起きたり、好きなことに没頭しているとき、それが中断されたり、うまく消化できない場面では、混乱し、衝動的に飛び出したりすることなどがあり、適時、見守り、支援が必要とされる。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）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）、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）
特になし。

⑧ 備考

上記のとおり、診断します。 平成 25 年 ○ 月 × 日

医療機関の名称 〇〇県△△市・・・
医療機関所在地 ◆◆病院
電話番号 0××-×××-××××
診療担当科名 精神科
医師氏名（自署又は記名捺印） □× ▽△

1. 精神疾患（精神障害）の状態

F84 アスペルガー症候群と診断されている症例である。年齢が、6歳ということもあり、「③発病から現在までの病歴」及び「④ 現在の病状、状態像等」、「⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等」欄の記述から、病名を支持する病状、状態像が明確に記載されていることを確認する。発達障害事例の中には、知的障害を合併するものも見られ、「④ 現在の病状、状態像等」の「(10) 知能・記憶・学習・注意の障害」の「1 知的障害」の項目にチェックがあれば、「従たる精神障害」として、知的障害の病名を記載し、経過の中で知的障害の可能性が考えられる記載があれば、その有無を確認する。発達障害は、受診に至るきっかけとなった症状が多動やパニックなどであったとき、必ずしも初診時に診断がつくとは限らない。「③ 初診年月日」の「主たる精神障害の初診年月日」は、アスペルガー症候群の診断がなされたのが初診日以降であったとしても、アスペルガー症候群による特性や症状に起因する主訴で受診した日を、初診年月日として記載することができる。また、診断書記載日が、この初診日より6か月以上経過していることを確認する。本症例は、アスペルガー症候群としての所見が適切に記載されている。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連項目は、「援助があればできる」が3項目、社会生活関連項目は、「援助があればできる」が4項目であり、「3 日常生活の程度」では、(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となっているが、「⑦ ⑥の具体的程度、状態等」から、コミュニケーションの障害に加え、混乱、興奮などの症状が、日常生活の課題となっていると考えられる。

3. 判定

アスペルガー症候群の特性が認められ、日常生活においても、「こだわりの強さ」「混乱」「激しい暴力」などの厳しい症状が存在する。しかし、日常の生活能力は、集団で遊ぶことは難しいが保育園には通うことが出来ており、食事や入浴なども、声かけや見守りが必要な程度であり、生活能力から障害等級は3級と判定される。

4. この症例の留意事項

未就学児であるため、日常生活能力の記載やその判定の判断が難しいが、基本的に、その年齢相応でできる能力を考慮して、比較していくこととなる。また、アスペルガー症候群などの発達障害では、その特性に基づく症状により、日常生活に困難を来していることも少なくないが、障害等級の判定は、「⑥ 生活能力の状態」を基本に判定を行うこととされており、本症例は、3級と判断された。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 23	明治・大正・昭和(平成)
住所	〇〇県 △△市・・・	18年 2月 4日生(満6歳)
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 アスペルガー症候群 ICDコード (F84) (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) 24年 6月 11日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和(平成) 24年 6月 11日 (推定発病年月 平成18年 2月頃)	
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)	4歳時、父親のドメスティックバイオレンスを理由に両親が離婚、母、1歳下の妹と生活を送っている。保育園では、他の園児と遊ぶことはなく、ほとんど一人で遊んでいたが、自宅に帰ると、こだわりが強く、ずっと同じビデオを見続ける。また、自分の思い通りにならないと混乱を生じ、妹に対して激しい暴力を行うようになった。平成24年6月、離婚時より支援を続けていた市職員より当院を紹介され、アスペルガー症候群と診断される。投薬に関しては母親が頑なに拒否、引き続き母子面接を行いながら、保育園とも連携し本児の理解、支援を行っている。 *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。)	(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() (2) 躁状態 1 行為心拍 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他() (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他() (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() (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() (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() (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() (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() (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) (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() (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 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他() (12) その他()	

⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等
 こだわりが強く、予定外のことが起きたり、自分の思いが通らなかつたりすると、些細なことで混乱を生じ、妹への暴力が繰り返される。そのため、自宅では母親は本人から目を離すことが出来ない。一人にさせることが出来ないで、母が買い物に連れて行くが、初めての場所では、混乱して走り回るなど落ち着かない。抽象的な言葉の理解が難しく、具体的、短い言葉での指示が必要であり、他者と十分なコミュニケーションをとることが難しい。

[検査所見: 検査名、検査結果、検査時期 田中ビネー IQ: 92]

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行える。
 (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
 他者とコミュニケーションを取ることが困難であり、日常生活の様々な場面に、支持、見守りが必要であり、一人で大人しく遊ぶこともあるが、食事や入浴などには、声かけや見守りが必要。時に、混乱を生じ、興奮状態となり、妹への暴力が認められる。新しい場所に行くときや予定外の出来事が起きたときなどは、容易に混乱を生じ、落ち着きがなくなる。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)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)、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)

今後、福祉サービスの利用を検討している。

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 平成 25 年 ○ 月 × 日

医療機関の名称 ○ ○ 病院
 医療機関所在地 ○ ○ 県 × × 市 ・ ・ ・
 電話番号 0 × × - × × × - × × × ×
 診療担当科名 精神科
 医師氏名(自署又は記名捺印) ○ × ○ ×

てんかんとは、「てんかん発作」を主徴とした神経疾患であり、ICD-10においてはGコードに分類される。いわゆる「てんかん性精神障害」に該当するものは、ICD-10においては、F06「脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害」、F07「脳疾患、脳損傷および脳機能不全による人格および行動の障害」等、Fコードに分類される。

「G40 てんかん」の障害等級判定においては、「てんかん発作のタイプと頻度」による判定を行う。その判定基準は（表1）のとおりである。

いわゆる「てんかん性精神障害」が主たる病像（F06，F07等）である場合には、主たる精神障害としてはFコードにおける診断名を記載すべきであり、F0の判定基準に基づいて判定する。

ちなみに、外傷性てんかんはICD-10では、T90.5に分類されているが、手帳の判定においてはG40として取り扱って差し支えないものとする。

（表1）

等級	てんかん発作のタイプと頻度
1級程度	ハ、二の発作が月に1回以上ある場合
2級程度	イ、ロの発作が月に1回以上ある場合 ハ、二の発作が年に2回以上ある場合
3級程度	イ、ロの発作が月に1回未満の場合 ハ、二の発作が年に2回未満の場合

「てんかん発作のタイプ」

- イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

なお、てんかん発作による等級判定は、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。

また、本人自身の責任による不規則な、あるいは服薬中断による発作の状況について記載がされている場合には、主治医に返戻し、長期間の規則的な服薬下において期待される発作状況について記載を求める必要がある。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

主たる病名にはG40と記載されていることを確認する。

本症例では、「① 病名」の主たる精神障害は、「G40 てんかん」とされている。

「③ 発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「④ 現在の病状、状態像等」、「⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等」欄の記述から、病名を支持する病状、状態像であることを確認し、発作のタイプ・頻度を確認する。

てんかんの発作症状及び精神神経症状の程度は、長期間の薬物療法下における状態で認定することを原則としているので、最終発作の月日を確認し、過去2年間でてんかん発作が存在していたか否かを読み取る。また、薬物療法が適切にされているかどうかを確認する。薬物療法など、てんかんに対する医療が適切に行われていない場合、または本人が適切な服薬を行わないでいて発作がみられる場合には、障害等級認定すべきではない。発作のタイプ・頻度などが診断書の記載から確認できない場合などには、疑義照会するなどして確認することが必要である。

2. 生活能力の状態

「G40 てんかん」においては、発作のタイプと頻度によって障害等級判定する。Fコードに分類される精神障害の等級判定と異なり、生活能力障害を考慮しないで判定される。

3. 判定

本症例では、「てんかんの発作タイプ・頻度」は1級相当であるため、この症例の障害等級は1級であると判定する。

4. この症例の留意事項

てんかんは、ICD-10のFコードに分類される精神障害ではなく、障害等級の判定の方法は特別であり、主には、発作のタイプと頻度によって判定される。

この症例では、自動症を伴う複雑部分発作であり、発作のタイプでは「ニ、意識障害を呈し状況にそぐわない行為を示す発作」に該当し、これが月に1~2回あることから、障害等級は1級と判定される。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 24	明治・大正 <u>昭和</u> ・平成 59年 10月 10日生（満 29歳）
住所	〇〇県 〇〇市 〇〇町	
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)	(1) 主たる精神障害 <u>てんかん</u> ICDコード (G 4 0 . 2) (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 <u>無</u> 、種別 _____ 級)	
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和</u> <u>平成</u> 62年 11月 7日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和</u> <u>平成</u> 5年 4月 5日 (推定発病年月 <u>昭和</u> 62年頃)	
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、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)	正常満期産、正常発達。3歳時に無熱性の全般発作を起こしたため、H病院を受診し、薬物治療が開始された。その後、発作の回数は減少したが、個々の発作は強くなった。平成5年4月より当院に通院開始。中学卒業後にショップ店員として勤めたが、発作がしばしば生じたために一年後に、自ら退職した。その後は家庭で家事を手伝っている。 *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 _____ 昭和 年 月 日)	
④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）	<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) <u>てんかん発作等</u>（けいれんおよび意識障害） 1 <u>てんかん発作</u> 発作型（複雑部分発作） 頻度（1-2回/月） 最終発作（平成25年 10月 3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（短期記憶障害 _____ ） 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 発作は前兆なく始まり、意識減損が数十秒続き、この間に自動症を呈する。主に覚醒時に起こる。 [検査所見：検査名、検査結果、検査時期] 発作性脳波異常を認める。
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 _____ ）・ <u>在宅</u> （ア 単身 <u>イ</u> 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 <u>自発的にできるが援助が必要</u> ・ 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 <u>自発的にできるが援助が必要</u> ・ 援助があればできる ・ できない (3) 金銭管理と買物 <u>適切にできる</u> 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 <u>おおむねできるが援助が必要</u> 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 <u>おおむねできるが援助が必要</u> ・ 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 <u>おおむねできるが援助が必要</u> ・ <u>援助があればできる</u> できない (7) 社会的手続きや公共施設の利用 <u>適切にできる</u> 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) <u>趣味・娯楽への関心</u> 、文化的社会的活動への参加 <u>適切にできる</u> 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) <u>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。</u> (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 家人の同居のもとで、概ね身の回りのことは自身で行っているが、生活リズムを保つことや服薬管理等の多くの場面で家人の促しや助言を必要とすることが多い。発作時には周囲からの援助を要する。
⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）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）、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） なし
⑨ 備考 なし
上記のとおり、診断します。 平成 25 年 ○ 月 × 日 医療機関の名称 ○〇総合病院 医療機関所在地 ○〇市 ○〇町 電話番号 ○〇〇- ○〇〇〇-○〇〇〇 診療担当科名 神経内科 医師氏名（自署又は記名捺印） ○〇〇〇

V Q&A

1. はじめに

今回作成された新たな等級判定マニュアル（以下本マニュアル）では、いくつかの新たな判定方針が示されています。Q&Aについては、これらの新たな方針を解説する目的もあり、本マニュアルでの特徴的な項目を中心に作成を行いました。

Q&Aで取り上げるべき項目は他にもあると考えられますが、網羅することには限界もあるため、今後、様々な意見を取り入れながら、項目の追加や内容の推敲を行い、本マニュアルを利用される方々により分かりやすく、使いやすいものを目指していきたいと考えています。

2. 総論事項

Q 1. 本マニュアルで、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、本マニュアルでは、「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）。

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。

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。本マニュアルでは、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。

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

A. 本マニュアルでは、「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い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。

Q 5. 診断書が作成できる医師について要件はありますか？

A. 精神障害者保健福祉手帳の作成については、精神科専門医、精神保健指定医などの専門性の高い医師に原則記載をお願いいたします。精神科以外を専門とする医師であっても、当該精神科疾患および精神障害に関する十分な知識と経験を有する医師に記載していただきますようお願いいたします。

3. 各論事項

Q 6. 身体障害を合併している場合は、等級の判断に身体障害も考慮してよいのでしょうか？

A. 身体障害の合併がある場合においても、精神疾患による障害の状態を判断することが基本で、身体障害によって生じていると考えられる日常生活又は社会生活上の支障については、等級の判断に加味しないことが原則となっています。

Q 7. 認知症が進行し、いわゆる寝たきりの状態となった場合については、引き続き精神障害者保健福祉手帳の対象とすべきでしょうか？

A. 認知症の経過の中で寝たきりとなった場合、実際には精神症状と身体症状を区別することが難しいことは多いと考えられます。しかしながら、Q 6 に記したように、身体障害によって生じていると考えられる日常生活又は社会生活上の支障については、等級の判断に加味しないという原則は同じであると考えられます。等級判定上重要ですので、特に、感染症、骨折等の身体合併症の影響については、これを精神症状の進行と可能な限り区別して記載するように求めたいと考えています。

Q 8. 「高次脳機能障害」は、病名として認めてよいですか？

A. 診断書式の変更に伴って、「高次脳機能障害」の病名が周知されてきており、また、臨床の現場でも「高次脳機能障害」という診断名が使用されている現状もあり、本マニュアルでは、「高次脳機能障害」という病名が記載されている診断書について、診断名の変更までは求めないこととしています。

なお、Q 2 で記したように、診断名については、ICD-10 の記載を求めることにご協力いただきたいと考えております。いわゆる「高次脳機能障害」は、厳密には ICD-10 の病名ではなく、精神科領域では従来、F04（器質性健忘症候群、アルコール及び他の精神作用物質によらないもの）、F06（脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害）、F07（脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害）などとされていたものです。

Q 9. 「高次脳機能障害を診てくれている医療機関では、うつ病については書けないと言われた」、「PTSD の治療とうつ病の治療で別の医療機関にかかっている」などの理由で、1 人の申請者から複数の医療機関からの診断書が提出された場合は、どのように考えればよいのでしょうか。

A. 診断書の作成については、原則 1 か所の医療機関で作成をお願いするものですが、高度の専門的治療等のため止むを得ない場合は、複数機関からの診断書を総合的に判断することになります。ただし、複数機関からの診断書で等級が加算的に判断されるわけではなく、あくまで複数の診断書を基にした総合的な判断となります。

Q 10. 高次脳機能障害の発病時期についてどのように考えたら良いのか、具体的に教えて下さい。

A. 一般に、高次脳機能障害では、受傷直後は、昏睡、傾眠、せん妄などの特異的でない主に意識障害の状態となり、それがあつ時期からその人特有の認知障害や気分障害、実行機能障害が目立ってくるといったように、交通事故などによる頭部外傷、脳挫傷などの発症と、原因疾患に基

づく精神障害が確認される時期には一定の時間経過が想定されます。そのため、高次脳機能障害の発病時期としては、精神障害が確認された時期を発病時期と考えることが妥当と思われます。

このような意味での発病時期の特定が困難な場合もありますが、事例によっては「初診日から 6 か月以上が経過した時点の診断書」であることを確認するために必要な情報となります。したがって、交通事故などの受傷時期を高次脳機能障害の発病時期としている診断書に関して、受傷時期と発病時期が異なっていることが疑われた場合には、確認のために返戻や照会の対象とすることもあります。

ただし、実際には、既に受傷時期を高次脳機能障害の発病時期として取り扱いが行われている自治体もありますので、混乱を避けるためには、現場での運用には各自自治体の柔軟な取り扱いが尊重されるところです。

Q 11. アルコール依存症は手帳の対象とならないと考えてよいのでしょうか？

A. 従来から、アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とならないとされ、離脱症状等により精神神経症状があり、そのために長期にわたり日常生活に支障があることが条件とされていました。実際には、①アルコール依存症の診断名が主病名として単独で記載されている場合、②アルコール依存症の主病名の他に従たる診断名に他の精神疾患の記載がある場合、③主たる精神疾患は別の診断であるが、「アルコール依存症」の診断が「従たる診断名」として記載されている場合などがみられ、さらに、飲酒が継続されている場合や多少のスリップがみられる場合、節酒が続いている場合などがあり、実際の判定の考え方を複雑にしています。Q 12 にも記載しましたが、飲酒に伴う酩酊によって直接的に惹起される生活上の問題は等級判定においては加味しないとすれば、通常、アルコール依存症では、断酒によって回復が得られれば特に生活上の障害を残さないことが多いと考えられます。以上のような点を考慮し、今回、アルコール等の依存症の等級判定について、本マニュアルでは以下の様に整理をしています。

1. 主たる精神障害が「依存症」で、従たる病名に記載がない場合であつて、精神作用物質の使用が継続されている場合は、通常生活障害が残らないはずの疾患において、物質使用により状態の判定が不能となっているため、原則的には非該当とする。
2. 主たる精神障害が「依存症」で、従たる病名に記載がなく、一定期間（たとえば 6 か月間）精神作用物質の使用が認められない場合は、主病名を含めて診断書全体から整合性を持って一定の生活障害が認められるときにはそのまま等級判定を行い、「アルコール性精神障害」等の診断名の追加が適切と考えられるときには、返戻等で主たる精神障害の病名について主治医に検討をお願いする。
3. 主たる精神障害が「依存症」で従たる病名に記載がある場合は、必要に応じて主たる病名と従たる病名の入れ替えについて主治医に検討をお願いする。
4. 主たる精神障害が他の精神疾患で、従たる精神障害が「依存症」の場合であつて、物質使用が認められる場合。実際の等級判定業務においては、このケースが最も問題となるものと考えられる。この場合、物質使用により状態の判定が不能となっているが、主病名と主病名に関連する症状およびそれに伴う生活障害に関する記載内容から考えて、ある程度の主病名に起因する生活障害の存在が想定される場合は、3 級と判定することはありうる。また、断酒等への治療努力を

継続する中でのスリップであれば、再使用を認めてもそれが生活障害に影響しない可能性もあり、そのような場合には返戻して主治医にその旨を確認することが望ましい。先にも述べたように、断酒等への努力を評価するのではなく、物質使用による生活障害への影響の有無を判断することが重要である。

5. 主たる精神障害が他の精神疾患で、従たる精神障害が「依存症」の場合であって、物質使用が認められない場合。通常の等級判定と同様に考える。

6. アルコール以外の他の物質使用障害についても、原則的には同様な考え方で判定を行う。

Q 1 2. アルコール精神病の場合、飲酒を続けている状態の者は対象となるでしょうか？

A. 従来から、「アルコール精神病で飲酒を続けている状態のものは、手帳の対象とはしない。また、他の精神疾患と同様、治療中断の者も対象とはならない」とされています。今回の手帳様式の変更によって、アルコール等の不使用期間を記載することになりましたが、概ね6か月間のご不使用期間が手帳取得の基本的な条件に相当すると考えています。

なお、飲酒に伴う酩酊によって直接的に惹起される生活上の問題は等級判定においては加味しないことになりますので、診断書に記載されている現在あるいは過去の症状が、酩酊の直接的な影響かどうか明らかにならないときには、返戻・紹介をもって確認するか、場合によっては非該当ということになります。

Q 1 3. 発達障害等の乳幼児や児童における日常生活及び社会生活障害の判断はどのようにするとよいでしょうか？

A. 乳幼児や児童の場合には、診断書の「⑥生活能力の状態」欄の記載からだけでは、現在の生活障害の程度を判断することは容易ではありません。このような場合の等級判定に当たっては、同年齢の他の一般的な乳幼児や児童の生活能力の状態と比較して、生活障害の程度を判断することになります。生活障害の原因となっている疾患の症状や、どのような点にどの程度の生活障害があると考えられるかについて、⑤や⑦の欄に具体的な記載を求めることが必要になります。

なお、本マニュアルとしては、問題行動、トラブルなどについて、子どもの場合も等級判定上は「問題行動、トラブルなどの程度によって直接的に等級を判定するのではなく、それらによって起こる生活上の障害の程度によって等級を判定する」という考え方で整理を行っています。

Q 1 4. てんかんの障害等級の判定に当たってはどのように考えればよいのでしょうか？

A. 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本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す。しかし、本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、「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の整理が行われました。

そのため、てんかんの障害等級の判定に当たっては、発作症状と発作間欠期の精神神経症状の

それぞれについて考慮することになります。発作症状については、従来の等級判定基準を踏襲し、「発作のタイプや頻度、最終発作時期」で等級判定を行うこととします(「てんかん G40」が主たる精神障害の場合)。「発作間欠期の精神神経症状・能力障害」については、器質性の精神障害(F06やF07等が主たる精神障害の場合)として、そのための生活能力障害の状況を基に等級判定が行われることとなります。診断書の記載については、てんかん発作(G40)についての診断書なのか、てんかん性精神障害(F06やF07等)に関する診断書なのかが主病名によって明確に記載されることが望まれます。

なお、従来は、一律に、「精神遅滞その他の精神神経症状が中等度であっても、これが発作と重複する場合には、てんかんの障害は高度とみなされる」とされていましたが、本マニュアルでは、てんかん発作とてんかん発作間欠期の精神神経症状を、生活能力の状態という視点で一元的に考えることは困難だとして、どちらか重い方の障害を中心に判断することとしています。

また、てんかんの発作症状及び精神神経症状の程度の認定は、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します。(Q4参照)

Q 1 5. 特に定期的な外来通院が必要とされない発達障害の場合、精神障害者保健福祉手帳の取得は可能ですか？ その場合、医療機関への通院状況について、要件はありますか？

A. 特に定期的な通院治療が必要とされない場合でも、精神障害者保健福祉手帳の対象となります。現状では、診断書作成のために、精神障害に係る初診日、並びに初診日から6か月を経過した日以後における診断書が必要になるため、医療機関を何度か受診することが必要です。医療機関の通院頻度や、通院中断期間については、特に要件はありませんが、診断書作成のためには、生活能力の状態を中心に詳細な情報収集が必要になるため、定期的な診察を行い、診断書作成に必要な情報収集をすることが必須になると考えられます。

Q 1 6. 急性一過性精神病性障害(F23)は精神障害者保健福祉手帳の対象になりますか？

A. ICD-10では「通常は2、3か月以内、しばしば数週間か数日以内に完全に回復し、これらの障害に罹患した患者の中で持続的に能力の低下した状態に陥るものはきわめてわずか」とされています。このため、急性一過性精神病性障害については、原則として手帳の対象にならないものと考えられます。

Q 1 7. 非器質性睡眠障害やナルコレプシーは精神障害者保健福祉手帳の対象になりますか？

A. 本マニュアルでは、非器質性睡眠障害については、一律に対象としないとはしていません。しかしながら、通常は、精神障害者保健福祉手帳の対象となるような生活上の障害は、非器質性睡眠障害では想定し難いと思われるため、実際の生活障害が整合性を持って診断書に示されている場合でないと等級判定の対象とはならないと考えています。この場合、日常生活・社会生活に制限を受けるか、制限を加えることを必要とするかについては慎重に判断されることとなります(「⑦生活能力の具体的程度、状態等」への記載が重要となります)。

なお、睡眠障害が他の精神障害の一症状として生じている場合は、それを主たる精神障害として記載すべきとしています。

一方で、ナルコレプシーや睡眠時無呼吸症候群などはGコードに分類される睡眠障害であり、

それ単独では精神障害者保健福祉手帳の診断書の対象とする精神障害とは認められないこととしてしています。

Q18. 性同一性障害は精神障害者保健福祉手帳の対象になりますか？

A. 性同一性障害についても、通常はこの診断名がつけられることで直接的に手帳の対象となる生活上の障害は想定しがたいと考えられます。疾病に関連した具体的な生活障害が記載されていて、生活面、就労面での支援が必要な状況が明らかであれば、手帳の対象になる場合もあると考えられます。ただし、合併精神障害の有無に関する記載を含め、性同一性障害によって生活障害が発生する状況について⑤欄、⑦欄に具体的に詳しい記載が求められることとなります。

Q19. パーソナリティ障害は精神障害者保健福祉手帳の対象となりますか。

A. 本マニュアルでは、「生活能力の状態」を基に、等級判定を行うこととされています。そのため、時にパーソナリティ障害の方にみられるような、自傷行為や過量服薬などの一時的な激しい症状に関する記載だけでは、等級判定を行うことが困難になります。したがって、パーソナリティ障害の診断で手帳の申請がされる場合には、パーソナリティ障害に認められる様々な症状によってご本人に生活上の困難が生じ、しかも、そのことが慢性的にご本人の生活能力の状態に影響を与えていることについて、就労状況、対人交流の状況、日常生活状況などを含めた記載が求められることとなります。

Q20. 知的障害（精神遅滞）については、精神障害者保健福祉手帳の対象と考えてよいのでしょうか

A. 本マニュアルでは、知的障害（精神遅滞）について、原則として「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。他の精神障害が存在する場合は対象となりうるが、その場合は、知的障害を主たる精神障害とすべきではなく、それ以外の精神障害を主たる精神障害として記載すべきである。等級判定に際しては、知的障害による寄与分を除いた精神障害部分のみをもって判定する。つまり、日常生活能力の判定は、知的障害によるものを加味せず、それ以外の精神障害について判定する。」としています。

ただし、本マニュアルにおいても情動や行動の障害を伴う場合には、その「情動や行動の障害に起因する生活障害」の程度により、知的障害であっても等級判定の対象となると考えています。このような場合、診断書②欄の主診断がF2、F3などF7（知的障害）以外の疾患で、従たる診断にF7が記載されているケースと、主診断が「知的障害・介助あるいは治療を要するほど顕著な行動障害（F7x.1）」、または、「知的障害・他の行動障害（F7x.8）」に該当するケースのいずれもが等級判定の対象となります。

以上

VI 付 録

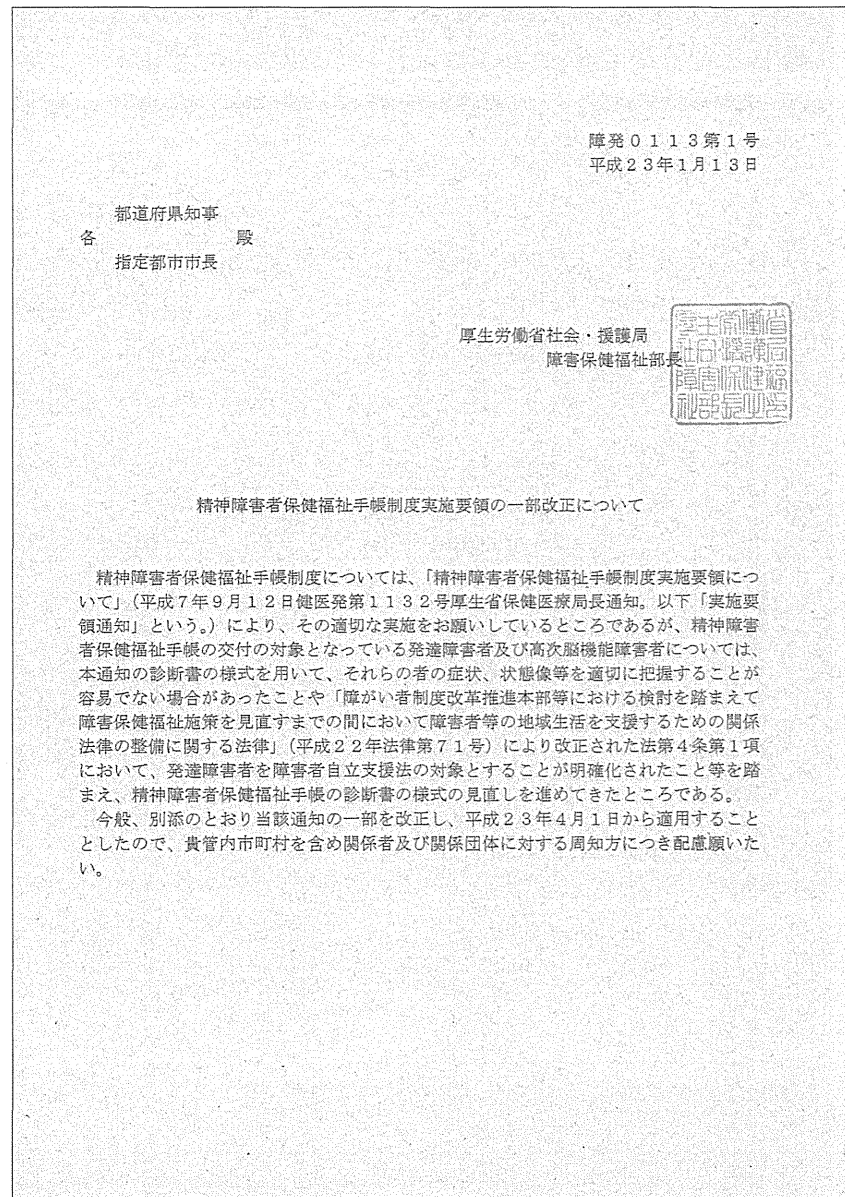
資料1.「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正について」(平成23年1月13日 障発0113第1号厚生労働社会・援護局障害保健福祉部長通知)

資料2.「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準についての一部改正について」(平成23年3月3日 障発0303第1号 各都道府県知事指定都市市長宛 障害保健福祉部長通知)

資料3.「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の一部改正について」(平成23年3月3日 障精発0303第1号 各都道府県知事指定都市市長宛 精神・障害保健課長通知)

資料4.「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項についての一部改正について」(平成23年3月3日 障精発0303第2号 各都道府県知事指定都市市長宛 精神・障害保健課長通知)

資料1.「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」 障発0113.1号



改 正 案	現 行
<p style="text-align: center;">精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について</p> <p>第一 (略)</p> <p>第二 手帳交付手続き</p> <p>1. (略)</p> <p>2. (略)</p> <p>3. 審査及び判定</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(3) 1(2)②の年金証書等の写しが添付された申請については、精神保健福祉センターによる判定を要することなく、手帳の交付を行うものとする。</p> <p>この場合、年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば手帳2級、年金3級であれば手帳3級であるものとする。</p> <p>交付の可否の決定に当たっては、必要に応じ、申請者から同意書の提出を求め、年金事務所又は共済組合に精神障害の状態について該当する等級を照会する。</p> <p>なお、年金証書を有する者であっても、医師の診断書により申請を行い、精神保健福祉センターの判定により手帳の交付を受けることができるものとする。</p> <p>(4) 都道府県知事は、<u>市町村長</u>が申請書を受理したときは、交付の可否の決定を、概ね1か月以内に行うことが望ましい。</p> <p>(5) (略)</p> <p>4. (略)</p> <p>5. (略)</p> <p>6. (略)</p> <p>第三 (略)</p> <p>第四 (略)</p> <p>(別紙様式1) (略)</p>	<p style="text-align: center;">精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について</p> <p>第一 (略)</p> <p>第二 手帳の交付手続き</p> <p>1. (略)</p> <p>2. (略)</p> <p>3. 審査及び判定</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(3) 1(2)②の年金証書等の写しが添付された申請については、精神保健福祉センターによる判定を要することなく、手帳の交付を行うものとする。</p> <p>この場合、年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば手帳2級、年金3級であれば手帳3級であるものとする。</p> <p>交付の可否の決定に当たっては、必要に応じ、申請者から同意書の提出を求め、<u>社会保険事務所</u>又は共済組合に精神障害の状態について該当する等級を照会する。</p> <p>なお、年金証書を有する者であっても、医師の診断書により申請を行い、精神保健福祉センターの判定により手帳の交付を受けることができるものとする。</p> <p>(4) 都道府県知事は、申請書を受理したときは、交付の可否の決定を、概ね1か月以内に行うことが望ましい。</p> <p>(5) (略)</p> <p>4. (略)</p> <p>5. (略)</p> <p>6. (略)</p> <p>第三 (略)</p> <p>第四 (略)</p> <p>(別紙様式1) (略)</p>

(別紙様式2)
診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)	男・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)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード() (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 年 月 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 での病歴及び治療 の経過、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)	(推定発病時期 年 月頃) *器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発 症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)	(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() (2) 躁状態 1 行為心拍 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他() (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他() (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()	

(別紙様式2)
診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)	男・女
住所		
① 病名 (ICDカテゴリーは、F0 ～F99のいずれかを 記載)	(1)主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー() (2)従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー() (3)身体合併症 _____	
② 発病から現在ま での病歴(推定発病年 月、精神科受診歴等)		
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)	(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他() (2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他() (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他() (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()	

- (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 ()
- (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 ()
- (7) 不安及び不穩
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 ()
- (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 ()
- (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)
- (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 ()
- (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 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()
- (12) その他 ()

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

[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。)

- (5) 統合失調症等残遺状態
1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 ()
- (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 その他 ()
- (7) 不安及び不穩
1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他 ()
- (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 2 意識障害 3 その他 ()
- (9) 精神作用物質の乱用及び依存
1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 ()
- (10) 知能障害
1 知的障害 (精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度
2 認知症

④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、病状等

⑤ 生活能力の状態 (保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活)

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 家族等同居)・その他()
- 2 日常生活能力の判定(該当するものを○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) 社会的な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

を行った場合を想定して判断して下さい。)

- 1 現在の生活環境
入院・入所(施設名)・在宅・その他
- 2 日常生活能力の判定(該当するものを○で囲んで下さい。)
- (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
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 ・ 概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 ・ 概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 ・ 概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 ・ 概ねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない
- (7) 社会的な手続や公共施設の利用
適切にできる ・ 概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 ・ 概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○で囲んで下さい。)
- (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

<p>援助を必要とする。 (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。</p>
<p>⑦ ⑥の具体的程度、状態等</p>
<p>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)</p>
<p>⑨ (略)</p>
<p>別紙様式3～7 (略)</p>

<p>援助を必要とする。 (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。</p>
<p>⑥ 現在の精神保健福祉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等、小規模作業所、訪問指導等)</p>
<p>⑦ (略)</p>
<p>別紙様式3～7 (略)</p>