

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易く、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になります（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 640）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。

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. 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。

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治体の柔軟な取り扱いが 尊重されるところです。

Q 1 1. 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 1 2 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って、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」の場合であって、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 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となりますので、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になります。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）に関しての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）

Q15. 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。

Q16. 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との考えられます。

Q17. 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となりますか？

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になります（「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
います。

Q 1 8．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欄に具体的で詳しい記載が求められることになります。

Q 1 9．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 められることになります。

Q 2 0．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

