

**厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))**

**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**

平成24～26年度 総合研究報告書

研究代表者 宮岡 等

平成27(2015)年 3月

目 次

I . 総括研究報告

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..... 7

研究代表者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

. 分担研究報告

1 . 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

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 17

研究分担者 太田 順一郎 岡山市こころの健康センター 所長

2 . 精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究

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..... 23

研究分担者 山崎 正雄 高知県立精神保健福祉センター 所長

3 . 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 26

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

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアル..... 31

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 24～26 年度総合総括研究報告書

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 北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨

A．研究目的

精神障害者保健福祉手帳の等級判定は、厚生労働省による各種の通知などを参考にしてそれぞれの自治体で実施されており、これらの通知類をもとにして作られた日本公衆衛生協会による「精神障害者保健福祉手帳の手引き 診断書作成・障害等級判定マニュアル」も日常の等級判定業務の中で参照されることが多い。これまで等級判定の基準が自治体によって異なっているという問題がしばしば指摘されてきた。手帳の申請数は年々増加しており、また各自治体において手帳によって利用できる制度も次第に充実してきている。そのため自治体間の等級判定基準が共通化されることが必要であるという意見は多い。このような現状に対して本研究は、精神障害者保健福祉手帳の新しい等級判定マニュアルを策定することを目的とした。

B．研究方法

平成 24 年度に精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所の精神保健福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。平成 25 年度にはアンケート調査の結果をもとに「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）を作成した。平成 25 年度に作成した新マニュアル案について、平成 26 年度に「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に対して、メールによるアンケート調査を実施した。その結果を基に新マニュアル案の内容について全体の修正を行った。

B - 1．等級判定における判定基準に関する研究

平成 24 年度に精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所の精神保健福祉センターに対してメールによるアンケート調査を実施した。内容は精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各種制度、および精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について訊ねるものであり、この結果をもとにして平成 25 年度には新マニュアル案を作成した。そのうち第 1 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」、第 2 章「等級判定の考え方」、および第 3 章「診断書の書きかた」を作成した。平成 26 年度には、作成した新マニュアルを用いて全国の精神保健福祉センターで精神障害者保健福祉手帳の等級判定を試行してもらい、施行後にアンケートに回答してもらった。このアンケート調査の結果をもとにして新マニュアル案に修正を加え、新マニュアルの第 1 章、第 2 章、第 3 章を完成させた。

B - 2．等級判定の具体的な運用に関する研究

平成 24 年度に精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所の精神保健福祉センターに対してメールによるアンケート調査を実施した。この中で自治体間での等級判定の不一致の状況を確認するために模擬症例の等級判定シミュレーションを行い結果分析した。この結果をもとにして、平成 25 年度には新マニュアル案のうち「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」の作成を行った。ICD カテゴリーごとの症例を作成し、その判定の手順や留意事項を解説に盛り込んだ。平成 26 年度は、新マニュアル案の内容を評価・検討するために、全国の精神保健福祉センターにおいて、等級判定会議に提出された実際の診断書を新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、実際の等級判定結果と比較分析した。他の分担研究の成果とあわせて、研究班全体で協議を行い、新たな「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」に掲載する「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集」を完成させた。

B - 3．手引き・指針に関する研究

平成 24 年度に精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所の精神保健福祉センターに対してメールによるアンケート調査を実施した。この中で平成 24 年度に各自治体で等級判定業務に用いられている指針や手引きについての調査、並びに、他の分担研究と共同して、アンケート調査による各自治体の判定業務の状況についての情報収集を行った。平成 25 年度には、前年のアンケート調査で問題となっている点を中心に、他の分担研究者、研究協力者と協議を重ねながら、研究班全体としての意見を反映させた Q & A 案を作成した。平成 26 年度は、研究班全体で新たに作成した Q & A 案を含む新マニュアル案に対する調査を行い、使用上の問題点や修正が必要な点などについて抽出し、研究班全体で協議を行い、今後の手帳判定業務に資する Q & A を完成させた。

C . 研究結果

C - 1 . 等級判定における判定基準に関する研究

アンケート調査の結果をもとにして新マニュアル案に修正を加え、新マニュアルの第 1 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」、第 2 章「等級判定の考え方」、および第 3 章「診断書の書きかた」を完成させた。

C - 2 . 等級判定の具体的な運用に関する研究

アンケート調査の結果をもとにして新マニュアル案に修正を加え、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集」を完成させた。

C - 3 . 手引き・指針に関する研究

アンケート調査の結果をもとにして新マニュアル案に修正を加え、「精神障害者保健福祉手帳の Q & A」を完成させた。

D . 考察

アンケート調査や新マニュアル案を使用しての等級判定を実施した結果をもとに、新マニュアル案の修正作業を行い、精神障害者保健福祉手帳の新しい等級判定マニュアルを完成させた。手帳の申請者数が年々増加している中、実用に耐える新しい等級判定マニュアルを使用することにより、今後の各自治体の手帳判定業務の効率化や等級判定基準の共通化、課題の整理・改善につながるものと考えられる。

E . 結論

新たな「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」を完成させた。

研究分担者名	所属機関	職名
太田 順一郎	岡山市こころの健康センター	所長
山崎 正雄	高知県立精神保健福祉センター	所長
黒田 安計	さいたま市保健福祉局保健部	副理事

研究協力者

宮地 伸吾：北里大学医学部精神科学・助教

益子 茂：東京都立中部総合精神保健福祉センター・所長

A．研究目的

精神障害者保健福祉手帳は平成7年の精神保健福祉法の改正時に導入された制度である。精神障害者保健福祉手帳は、申請者の生活障害の程度により1級、2級、3級の3段階に等級が分けられ、等級の判定は厚生労働省による各種の通知などを参考にしてそれぞれの自治体で実施されている。この等級判定は、制度発足当初は各自治体の精神保健福祉審議会の部会が行っていたが、平成14年の精神保健福祉法改正以降は各自治体の精神保健福祉センター（以下、センター）において実施されることになっている。実際の等級判定会議は、精神科医を中心としたメンバーによって運営されることが多いが、判定会議の構成メンバーについても自治体によってかなり違いがある。

精神障害者保健福祉手帳の等級判定は、厚生労働省による各種の通知などを参考にしてそれぞれの自治体で実施されており、これらの通知類をもとにして作られた日本公衆衛生協会による「精神障害者保健福祉手帳の手引き 診断書作成・障害等級判定マニュアル」（以下、旧マニュアル）も日常の等級判定業務の中で参照されることが多い¹⁾。

これまで、等級判定の基準が自治体によって異なっているという問題がしばしば指摘されてきた。手帳の申請数は年々増加しており、また各自治体において手帳によって利用できる制度も次第に充実してきている。そのため、自治体間の等級判定基準が共通化されることが必要であるという意見は多い。

このような現状に対して当研究班は、新しい精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（以下、新マニュアル）を策定することを目的とした。

B．研究方法

平成24年度に精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国67か所の精神保健

福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。平成25年度にはアンケート調査の結果をもとに「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）を作成した。平成25年度に作成した新マニュアル案について、平成26度に「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に対して、メールによるアンケート調査を実施した。その結果を基に新マニュアル案の内容について全体の修正を行った。

B-1．等級判定における判定基準に関する研究

平成24年度は、精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国67か所の精神保健福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。内容は二部に分かれており、第1部では、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各自治体における各種制度について質問した。また第2部では、各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について質問した。

平成25年度には初年度のアンケート調査の結果から、まず各自治体における精神障害者保健福祉手帳の運用および精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各種制度の実態をまとめ、新等級判定マニュアルの第1章にあたる「精神障害者保健福祉手帳の概要」部分を作成した。次に、初年度のアンケート調査の結果から得られた、各自治体における等級判定方針の実態および実施した等級判定シミュレーションの内容をもとにして、新マニュアルの第2章にあたる「等級判定の考え方」部分を作成する。また、第3章「等級判定の考え方」の後半部分である「診断書の読み取り方」に示した、診断書内容から等級判定を実施していく基本的な方針を援用して、新等級判定マニュアルの第4章にあたる「診断書の書きかた」部分も作

成した。

平成 26 年度には 精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている全国のセンターにおいて、平成 26 年 8 月～9 月に実際に等級判定の対象となった診断書から 20 例を無作為に抽出し、新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、その後予め準備された 17 項目のアンケートに回答してもらった。17 項目の設問は、新マニュアル案に示された、等級判定における考え方（判定基準）に対する評価を、適切、どちらかと言えば適切、どちらとも言えない、どちらかと言えば不適切、不適切の 5 段階で訊ねるものであり、その上でそれら考え方（判定基準）に対して自由記載でのコメントも求めた。17 項目の設問で取り上げたのは、新マニュアル案において新たに取り入れられた新しい考え方（判定基準）旧マニュアルにも示されていたが新マニュアル案においてあらためて明示された考え方（判定基準）などが中心であった。このアンケート調査の結果をもとにして昨年度作成した新マニュアル案を修正し、新マニュアルの第 1 章、第 2 章、第 3 章を完成させた。

B - 2 . 等級判定の具体的な運用に関する研究

平成 24 年度は、20 ケースの模擬症例を作成、各自治体で模擬症例の等級判定シミュレーションを行ってもらい、等級判定の不一致の状況を確認、問題点を抽出、分析した。平成 25 年度は、平成 24 年度の研究で抽出された等級判定における問題点を考慮して、新マニュアル案に掲載する参考症例集（案）の作成に取り組んだ。平成 26 年度は、新マニュアル案の内容を評価・検討するために、各自治体において、等級判定の対象となった実際の診断書を新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、その結果の分析を行った。最終的に、他の分担研究の成果とあわせて内容を検討し、参考症例集を完成させた。

B - 3 . 手引き・指針に関する研究

平成 24 年度は、他の分担研究（「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」、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」）と共同で、全国の精神保健福祉センターにアンケート調査を行い、等級判定に関して独自に制定したマニュアルや申し合わせ事項の有無、診断書の記載マニュアルの有無等について回答を得た。

平成 25 年度は、各分担研究者、研究協力者間で情報交換や意見交換を行いながら、精神障害者保健福祉手帳の Q & A（案）の策定を行った。

平成 26 年度は、他の分担研究の分担研究者、研究協力者とも協議をしながら、平成 25 年度に作成した新マニュアル案に対して調査を行い、その結果を基に分担相互の記載内容の整合性に留意しながら、手帳の新マニュアルを作成した。特に本分担研究班では、Q & A 案を修正し完成版の作成を進めた。

（倫理面への配慮）

等級判定のシミュレーションでは、実際各自治体に提出された診断書を用いるため、人権擁護上の配慮が重要である。アンケートの回答には等級判定の対象となった診断書情報から、患者の年代、診断名、ICD-10 コード、判定等級のみを回答してもらい、個人の特定される可能性のある情報は取り扱わない。調査結果の解析および発表の段階において、個人情報を用いることや、発表の内容に個人情報が含まれることはない。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

C - 1 . 等級判定における判定基準に関する研究

初年度の調査では、67 施設中 64 施設から回答が得られた（施設回収率 95.5%）。手帳によって利用できる制度については、各自治体にお

いてかなりの差異があった。入院医療費に関わる医療費補助に関しては「ある」という回答が最も少なかったが、そのうち約3分の2の自治体においては重度心身障害者医療費助成等で医療費の自己負担分を助成しており、こういった手厚い制度は手帳所持の強い動機となりうると考えられた。通院医療費補助に関しては自立支援医療費の支給によって自己負担が軽減されることから自治体独自の制度については限定的役割と考えられるが、入院医療費の補助を積極的に行っている自治体の多くは通院に関わる医療費補助制度についても同様に助成を行っていた。

等級判定の実態と判定方針についても、項目によっては自治体間で大きな違いが認められた。例えば等級判定において、診断書のどの項目を重要と考えるかに関しては、-2「日常生活能力の判定」、-3「日常生活能力の程度」を重要と考えるという回答が多かったが、この2つの欄の記載に乖離がある場合の判定方針については、自治体ごとの考え方はさまざまであった。主病名に関する考え方についても、ICD-10の診断名をどの程度重視するかや、状態像診断や慣用的診断名の取り扱いに関して、自治体間での考え方の違いが目立っていた。また判定の際に既存の等級を提示し、等級が判定に勘案するセンターが多かったのと対照的に、生活保護情報を提示するセンターは少なく、生活保護情報を判定に勘案しないセンターが6割以上存在した。

また扱う疾患圏により、自治体間で回答の傾向に差異の大きいものと、そうでないものがあった。例えば「認知症を手帳の対象とするか」という質問に対しては95%のセンターが「対象とする」と回答しており、「対象としない」と回答したセンターは1か所のみであった。それ以外でも、「パーソナリティ障害を手帳の対象とするか」という質問に対しては77%のセンターが「対象とする」としており、「合併精

神障害が読み取れれば可」、「種類により対象」などの条件付きで認めるものを含めればほとんどのセンターが対象として認めていて、「対象としない」と回答したセンターは2%に過ぎなかった。

一方で、例えば「飲酒を認めるアルコール依存症や薬物使用を認める薬物依存症を、等級判定の対象としているか否か」という質問に対しては、「対象としている」「対象としない」「場合によっては対象とすることもある」の3者がほぼ同数で、それぞれがほぼ3分の1を占めていた。また、「『神経症』を主病名とする精神障害者保健福祉手帳の診断書を認めるか」という質問に対しては、「判定の対象とする」が27%、「ICDコードが正しければ対象とする」が43%、「原則として認めない」が27%であり、「神経症」という診断名についての自治体による等級判定方針の差異はかなり大きなものであった。

次年度は、初年度の結果をもとにして新マニュアル案の中核部分である第 章「障害等級判定の考え方」を作成した。また同時に、第 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」および第 章「診断書の書き方」についてもまとめた。新マニュアル案の判定方針の特徴としては、以下のものが挙げられた。

旧マニュアルでは、「精神疾患（機能障害）の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に等級判定を行う」とされていたが、新マニュアル案においては、障害等級の判定に当たっては、まず一義的には生活能力の障害の程度、その態様により等級判定が行われるべきである、と明記した。

旧マニュアルにおいて「能力障害の状態の判断は、長期間の薬物療法下における状態で行なうことを原則とする」とされていたものを、「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、心理療法や生活療法など治療的

介入が行われた状態で行なうことを原則とする」と改めて治療の内容を薬物療法以外に広げるとともに、疾患や障害の特性に応じて、狭義の「治療」によって改善が見込めない場合への方針を明記した。

診断書の - 2 欄について、「1 級；日常生活関連項目の複数が『できない』、2 級；日常生活関連項目の複数が『援助があればできる』、3 級；『自発的に（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」と示して、旧マニュアルよりも限定的な内容とした。

等級判定における生活障害の具体的な捉え方について、成人とは別に子どもの場合の考え方を提示した。就学前と就学後に分けて具体的に記載し、1 級～3 級それぞれに、学校適応、家庭適応、日常生活における支援の必要性などを例示した。

新診断書様式に加えられた 欄について、平成 23 年 3 月 3 日精神・障害保健福祉課長通知では、「生活能力の状態について、 に追加して具体的に記述することがあれば、ここに記載する」とされているが、新マニュアル案においてはこの欄の重要性を強調し、この欄に具体的な生活障害を詳細に記載することを求めるべき、とした。

診断書の - 3 欄の「日常生活能力の程度」の（1）～（5）の選択と障害等級判定との関係に変更を加え、等級判定に一定の幅を持たせることとした。

旧マニュアルの「Q&A」にあった、「アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とはならない」との考え方は見直すこととした。ただし、アルコール依存症など通常治療によって回復すれば継続的な生活障害は残らないはずの疾患においては、その具体的な内容の記載が必須であるとの考え方を示した。身体障害の合併例、知的障害の合併例では、それらの合併による生活障害について加味

しないことを原則とすると明記した。

最終年度は、次年度作成した新マニュアル案を用いて、全国の精神保健福祉センターにおいて等級判定を試行し、新マニュアルを完成させた。新マニュアル案による等級判定試行後のアンケート調査の結果に基づき、新マニュアル案にさまざまな修正を加えることとなったが、先に挙げた新マニュアル案の判定方針の特徴である ~ の項目のうち、 ~ の等級判定方針は概ね全国のセンターから支持されており、部分的な追加、修正を加えた上で基本的な方向性としては新マニュアルに取り入れられることとなった。

一方で のアルコール依存症の扱いについては、様々な意見があり、それらを再検討の上、アルコール依存症の等級判定に関する考え方を改めて整理する必要があった。また、 の知的障害による生活障害部分を加味して等級判定を行うかどうかについてもアンケートの結果は分かれており、再検討が必要であった。また、 の子どもの生活障害に関する例示に関しては、新マニュアル案では、具体的な例示を行うこと自体に対しては肯定的な評価が多かったが、その内容については批判的な意見もあり、とくに「トラブルや問題行動の多さが、そのまま直接的に等級判定の目安になっているのは見直すべきだ」という意見を研究班としては重視すべきだと考えて、例示を大きく修正することとした。

C-2. 等級判定の具体的な運用に関する研究

平成 24 年度の研究では、全国 67 の精神保健福祉センターのうち 63 か所の精神保健福祉センターから回答を得た（回収率 94.0%）。

模擬症例の等級判定結果を見ると、いずれの模擬症例においても等級判定が分かれ、1 級から 3 級までのすべての等級に判定が分かれたものも 20 症例中 6 症例あるなど、等級判定の不一致、自治体間でのばらつきの現状が確認され、等級判定における問題点が抽出された。

平成 25 年度の研究では、平成 24 年度の分担研究の成果をあわせて、新マニュアル案に掲載する参考症例集（案）を作成した。

平成 26 年度の研究では、等級判定業務を行っている 66 か所の精神保健福祉センターのうち、63 か所の精神保健福祉センターからの回答を得た（回収率 95.5%）。新マニュアル案を使って等級判定を試行してもらった結果を分析した研究成果と他の分担研究成果とをあわせて、研究班全体で協議を行い、参考症例集を完成させた。

C - 3 . 手引き・指針に関する研究

平成 24～26 年度の 3 年間で、新たな精神障害者保健福祉手帳第 3 章（Q & A）並びに第 4 章（付録）部分を作成した。なお、最終の修正案では Q & A は 20 項目となった。

以下にその 20 項目の質問（Q&A の Q のみ）を示す。

1 . 総論的事項

Q1 . 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？

Q2 . 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、慣用的診断ではいけないのですか？

Q3 . 診断書の 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？

Q4 . 精神障害の状態は、服薬中の状態でみるべきでしょうか、あるいは、服薬を中断した状態でみるべきでしょうか？

Q5 . 診断書が作成できる医師について要件はありますか？

2 . 各論的事項

Q6 . 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？

Q7 . 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福祉手帳の対象とすべきでしょうか？

Q8 . 「高次脳機能障害」は、病名として認めてよいですか？

Q9 . 「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。

Q10 . 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。

Q11 . アルコール依存症は手帳の対象としないと考えてよいでしょうか？

Q12 . 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？

Q13 . 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？

Q14 . 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？

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、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？

Q16 . 急性一過性精神病性障害（F23）は手帳の対象になりますか？

Q17 . 非器質性睡眠障害やナルコレプシーは手帳の対象となりますか？

Q18 . 性同一性障害は手帳の対象になりますか？

Q19 . パーソナリティ障害は手帳の対象となりますか？

Q20 . 知的障害については、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？

D . 考察

等級判定における不一致の解消には、疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の基準・指標の作成が必要であり、診断書作成及び障害等級判定のための新たなマニュアルの整備が必要

であると考えられた。本研究班では平成 24 年度～平成 26 年度にかけて、これまでの手帳等級判定における課題を整理し、新たな等級判定マニュアルの作成を行った。手帳の申請者数が年々増加している中、実用に耐える新しい等級判定マニュアルを使用することにより、今後の各自治体の手帳判定業務の効率化や等級判定基準の共通化、課題の整理・改善につながるものと考えられる。

前述の等級判定方針以外で、今回のアンケート調査の結果により新マニュアル案の内容に修正を加えた事項としては、推定発病時期に関する基本的な考え方が挙げられる。新マニュアルに具体例として挙げた発達障害と高次脳機能障害の推定発病時期に関する考え方に整合性がないという批判を受けて、原則と例外について明記することにした。てんかんの等級判定基準、および知的障害の合併例における知的障害による生活障害部分の切り分け、という 2 点が、今回完成した新マニュアルにおいても本後の課題として残された。

Q & A 案の修正に当たっては、新マニュアルの他の章の記載内容との統一性や整合性が課題となった。特にアルコール依存症やてんかん、発達障害等については、結果的に比較的大きな文言の修正となった。また、知的障害（精神遅滞）については、新たに Q & A として項目が追加されることとなり、最終的には 20 項目についての Q & A を作成した。

E . 結論

平成 24 年度～平成 26 年度の研究によって、精神障害者保健福祉手帳の等級判定に活用できる手引きとして、平成 15 年発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き（診断書作成・障害等級判定マニュアル）」（日本公衆衛生協会）以来の新マニュアルを完成させた。

F . 健康危険情報

なし。

G . 研究発表

1 . 論文発表

なし。

2 . 学会発表

なし。

H . 知的財産権の出願・登録状況

1 . 特許取得

なし。

2 . 実用新案登録

なし。

3 . その他

なし。

I . 参考文献

- 1) (財)日本公衆衛生協会、精神障害者保健福祉手帳の手引き（診断書作成・障害等級判定マニュアル）、東京、2003

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 24～26 年度総合分担研究報告書

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の等級判定業務の実態に関する研究
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

研究分担者 太田 順一郎 岡山市こころの健康センター 所長

研究要旨；精神障害者保健福祉手帳の等級判定は、厚生労働省による各種の通知などを参考にし、それぞれの自治体で実施されており、これらの通知類をもとにして作られた日本公衆衛生協会による「精神障害者保健福祉手帳の手引き 診断書作成・障害等級判定マニュアル」も日常の等級判定業務の中で参照されることが多い。これまで、等級判定の基準が自治体によって異なっているという問題がしばしば指摘されてきた。手帳の申請数は年々増加しており、また各自治体において手帳によって利用できる制度も次第に充実してきている。そのため、自治体間の等級判定基準が共通化されることが必要であるという意見は多い。このような現状に対して本研究は、精神障害者保健福祉手帳の新しい等級判定マニュアルを策定することを目指した。その中で、当分担研究では、新等級判定マニュアルの第 1 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」、第 2 章「等級判定の考え方」および第 3 章「診断書の書き方」の 3 領域の策定を担当した。

研究方法；初年度は、精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所の精神保健福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。内容は精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各種制度、および精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について訊ねるものであり、この結果をもとにして、次年度には新等級判定マニュアル案を作成した。当分担研究では、そのうち第 1 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」、第 2 章「等級判定の考え方」、および第 3 章「診断書の書きかた」を作成した。最終年度には、作成した新マニュアルを用いて全国の精神保健福祉センターで精神障害者保健福祉手帳の等級判定を試行してもらい、施行後にアンケートに回答してもらった。このアンケート調査の結果をもとにして新マニュアル案に修正を加え、新マニュアルの第 1 章、第 2 章、第 3 章を完成させた。

研究結果；初年度の調査では、手帳によって利用できる制度については、各自治体においてかなりの差異があった。等級判定の実態と判定方針についても、項目によっては自治体間で大きな違いが認められた。例えば等級判定において、診断書のどの項目を重要と考えるかに関しては、-2「日常生活能力の判定」、-3「日常生活能力の程度」を重要と考えるという回答が多かったが、この 2 つの欄の記載に乖離がある場合の判定方針については、自治体ごとの考え方はさまざまであった。また扱う疾患圏により、自治体間で回答の傾向に差異の大きいものと、そうでないものがあった。例えば「認知症を手帳の対象とするか」という質問に対しては 95%のセンターが「対象とする」と回答しており、「対象としない」と回答したセンターは 1 か所のみであった。一方で、例えば「飲酒を認めるアルコール依存症や薬物使用を認める薬物依存症を、等級判定の対象としているか否か」という質問に対しては、「対象としている」「対象としない」「場合によっては対象とすることもある」の 3 者がほぼ同数で、それぞれがほぼ 3 分の 1 を占めていた。

次年度は、初年度の結果をもとにして新マニュアル案の中核部分である第 1 章「障害等級判定の考え方」を作成した。また同時に、第 2 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」および第 3 章「診断書の書き方」についてもまとめた。新マニュアル案の判定方針の特徴としては、以下のものが挙げられた。

障害等級の判定に当たっては、まず一義的には生活能力の障害の程度、その態様により等級判定が行われるべきである、と明記した。

等級判定の時期について「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、心理療法や生活療法など治療的介入が行われた状態で行なうことを原則とする」と述べて治療の内容を薬物療法以外に広げるとともに、疾患や障害の特性に応じて、狭義の「治療」によって改善が見込めない場合への方針を明記した。

診断書の - 2 欄について、「1 級；日常生活関連項目の複数が『できない』、2 級；日常生活関連項目の複数が『援助があればできる』、3 級；『自発的に（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」と示して、旧マニュアルよりも限定的な内容とした。

等級判定における生活障害の具体的な捉え方について、成人とは別に子どもの場合の考え方を提示した。就学前と就学後に分けて具体的に記載し、1 級～3 級それぞれに、学校適応、家庭適応、日常生活における支援の必要性などを例示した。

新診断書様式に加えられた 欄について、平成 23 年 3 月 3 日精神・障害保健福祉課長通知では、「生活能力の状態について、 に追加して具体的に記述することがあれば、ここに記載する」とされているが、新マニュアル案においてはこの欄の重要性を強調し、この欄に具体的な生活障害を詳細に記載することを求めるべき、とした。

診断書の - 3 欄の「日常生活能力の程度」の（1）～（5）の選択と障害等級判定との関係に変更を加え、等級判定に一定の幅を持たせることとした。

旧マニュアルの「Q&A」にあった、「アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とはならない」との考え方は見直すこととした。

身体障害の合併例、知的障害の合併例では、それらの合併による生活障害について加味しないことを原則とすると明記した。

最終年度は、次年度作成した新マニュアル案を用いて、全国の精神保健福祉センターにおいて等級判定を試行し、新マニュアルを完成させた。新マニュアル案による等級判定試行後のアンケート調査の結果に基づき、新マニュアル案にさまざまな修正を加えることとなったが、前記 ～ の項目のうち、 ～ については部分的な追加、修正を加えた上で、基本的な方向性としては新マニュアルに取り入れられた。一方で のアルコール依存症の扱いについては、様々な意見があり、それらを再検討の上、アルコール依存症の等級判定に関する考え方を改めて整理する必要があった。また、 の知的障害による生活障害部分を加味して等級判定を行うかどうかについてもアンケートの結果は分かれており、再検討が必要であった。また、 の子どもの生活障害に関する例示に関しては、具体的な例示を行うこと自体に対しては肯定的な評価が多かったが、その内容については批判的な意見もあり、とくに「トラブルや問題行動の多さが、そのまま直接的に等級判定の目安になっているのは見直すべきだ」という意見を研究班としては重視すべきだと考えて、例示を大きく修正することとした。上記の等級判定方針以外で、今回のアンケート調査の結果により新マニュアル案の内容に修正を加えた事項としては、推定発病時期に関する基本的な考え方が挙げられる。新マニュアルに具体例として挙げた発達障害と高次脳機能障害の推定発病時期に関する考え方に整合性がないという批判を受けて、原則と例外について明記することにした。

てんかんの等級判定基準、および知的障害の合併例における知的障害による生活障害部分の切り分け、という 2 点が、今回完成した新マニュアルにおいても本後の課題として残された。

まとめ；精神障害者保健福祉手帳の新たな等級判定マニュアルの第 、第 、および第 章を完成した。

研究協力者

二宮 貴至

：浜松市精神保健福祉センター・所長

井上 雄一郎

：医療法人 聖和錦秀会阪本病院・副院長

黒田 安計

：さいたま市保健福祉局保健部・副理事

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

A. 研究目的

精神障害者保健福祉手帳は平成7年の精神保健福祉法の改正時に導入された制度であり、申請者の生活障害の程度により1級、2級、3級の3段階に等級が分けられ、それぞれの自治体において等級判定が実施されている。この等級判定は、制度発足当初は各自治体の精神保健福祉審議会の部会が行っていたが、平成14年の精神保健福祉法改正以降は各自治体の精神保健福祉センター（以下、センター）において実施されることになっている。実際の等級判定会議は、精神科医を中心としたメンバーによって運営されることが多いが、判定会議の構成メンバーについても自治体によってかなり違いがある。

精神障害者保健福祉手帳の等級判定は、厚生労働省による各種の通知などを参考にしてそれぞれの自治体で実施されており、これらの通知類をもとにして作られた日本公衆衛生協会による「精神障害者保健福祉手帳の手引き 診断書作成・障害等級判定マニュアル」（以下、旧マニュアル）も日常の等級判定業務の中で参照されることが多い¹⁾。

これまで、等級判定の基準が自治体によって異なっているという問題がしばしば指摘されてきた。手帳の申請数は年々増加しており、また各自治体において手帳によって利用できる制度も次第に充実してきている。そのため、自治体間の等級判定基準が共通化されることが必要であるという意見は多い。

このような現状に対して当研究班は、新しい精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（以下、新マニュアル）を策定することを目指した。その中で、当分担研究では、新マニュアルの第1章「精神障害者保健福祉手帳の概要」、第2章「等級判定の考え方」および第3章「診断書の書き方」の3領域の策定を担当した。

B. 研究方法

初年度は、精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国67か所の精神保健福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。内容は二部に分かれており、第1部では、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各自治体における各種制度について質問した。また第2部では、各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について質問した。

次年度には 初年度のアンケート調査の結果から、まず各自治体における精神障害者保健福祉手帳の運用および精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各種制度の実態をまとめ、新等級判定マニュアルの第1章にあたる「精神障害者保健福祉手帳の概要」部分を作成した。次に、初年度のアンケート調査の結果から得られた、各自治体における等級判定方針の実態および実施した等級判定シミュレーションの内容をもとにして、新マニュアルの第2章にあたる「等級判定の考え方」部分を作成する。また、第3章「等級判定の考え方」の後半部分である「診断書の読み取り方」に示した、診断書内容から等級判定を実施していく基本的な方針を援用して、新等級判定マニュアルの第3章にあたる「診断書の書きかた」部分も作成した。

最終年度には 精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている全国のセンターにおいて、平成26年8月～9月に実際に等級判定の対象となった診断書から20例を無作為に抽出し、新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、その後予め準備された17項目のアンケートに回答してもらった。17項目の設問は、新マニュアル案に示された、等級判定における考え方（判定基準）に対する評価を、適切、どちらかと言えば適切、どちらとも言

えない、どちらかと言えば不適切、不適切の5段階で訊ねるものであり、その上でそれら考え方（判定基準）に対して自由記載でのコメントも求めた。17項目の設問で取り上げたのは、新マニュアル案において新たに取り入れられた新しい考え方（判定基準）、旧マニュアルにも示されていたが新マニュアル案においてあらためて明示された考え方（判定基準）などが中心であった。

このアンケート調査の結果をもとにして昨年度作成した新マニュアル案を修正し、新マニュアルの第 章、第 章、第 章を完成させた。

（倫理面への配慮）

今年度の調査では、各自治体で等級判定の対象となった診断書のうち、自治体ごとにランダムに選ばれた各 20 の診断書を新マニュアル案試用のサンプルとして用いた。したがってそこにおいて個人情報扱うことになったが、調査結果の解析および発表の段階において、個人情報を扱うことや、発表の内容に個人情報が含まれることはない。また、本研究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

初年度の調査では、67 施設中 64 施設から回答が得られた（施設回収率 95.5%）。手帳によって利用できる制度については、各自治体においてかなりの差異があった。入院医療費に関わる医療費補助に関しては「ある」という回答が最も少なかったが、そのうち約3分の2の自治体においては重度心身障害者医療費助成等で医療費の自己負担分を助成しており、こういった手厚い制度は手帳所持の強い動機となりうると考えられた。通院医療費補助に関しては自立支援医療費の支給によって自己負担が軽減されることから自治体独自の制度については限定的役割と考えられるが、

入院医療費の補助を積極的に行っている自治体の多くは通院に関わる医療費補助制度についても同様に助成を行っていた。

等級判定の実態と判定方針についても、項目によっては自治体間で大きな違いが認められた。例えば等級判定において、診断書のどの項目を重要と考えるかに関しては、-2「日常生活能力の判定」、-3「日常生活能力の程度」を重要と考えるという回答が多かったが、この2つの欄の記載に乖離がある場合の判定方針については、自治体ごとの考え方はさまざまであった。主病名に関する考え方についても、ICD-10の診断名をどの程度重視するかや、状態像診断や慣用的診断名の取り扱いに関して、自治体間での考え方の違いが目立っていた。また判定の際に既存の等級を提示し、等級が判定に勘案するセンターが多かったのと同様に、生活保護情報を提示するセンターは少なく、生活保護情報を判定に勘案しないセンターが6割以上存在した。

また扱う疾患圏により、自治体間で回答の傾向に差異の大きいものと、そうでないものがあった。例えば「認知症を手帳の対象とするか」という質問に対しては95%のセンターが「対象とする」と回答しており、「対象としない」と回答したセンターは1か所のみであった。それ以外でも、「パーソナリティ障害を手帳の対象とするか」という質問に対しては77%のセンターが「対象とする」としており、「合併精神障害が読み取れば可」、「種類により対象」などの条件付きで認めるものを含めればほとんどのセンターが対象として認めていて、「対象としない」と回答したセンターは2%に過ぎなかった。

一方で、例えば「飲酒を認めるアルコール依存症や薬物使用を認める薬物依存症を、等級判定の対象としているか否か」という質問に対しては、「対象としている」「対象としない」「場合によっては対象とすることもある」の3者がほぼ同数で、それぞれがほぼ3分の1を占めていた。また、「神

経症』を主病名とする精神障害者保健福祉手帳の診断書を認めるか」という質問に対しては、「判定の対象とする」が27%、「ICDコードが正しければ対象とする」が43%、「原則として認めない」が27%であり、「神経症」という診断名についての自治体による等級判定方針の差異はかなり大きなものであった。

次年度は、初年度の結果をもとにして新マニュアル案の中核部分である第 章「障害等級判定の考え方」を作成した。また同時に、第 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」および第 章「診断書の書き方」についてもまとめた。新マニュアル案の判定方針の特徴としては、以下のものが挙げられた。

旧マニュアルでは、「精神疾患（機能障害）の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に等級判定を行う」とされていたが、新マニュアル案においては、障害等級の判定に当たっては、まず一義的には生活能力の障害の程度、その態様により等級判定が行われるべきである、と明記した。

旧マニュアルにおいて「能力障害の状態の判断は、長期間の薬物療法下における状態で行なうことを原則とする」とされていたものを、「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、心理療法や生活療法など治療的介入が行われた状態で行なうことを原則とする」と改めて治療の内容を薬物療法以外に広げるとともに、疾患や障害の特性に応じて、狭義の「治療」によって改善が見込めない場合への方針を明記した。

診断書の - 2 欄について、「1 級；日常生活関連項目の複数が『できない』、2 級；日常生活関連項目の複数が『援助があればできる』、3 級；『自発的に（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

示して、旧マニュアルよりも限定的な内容とした。

等級判定における生活障害の具体的な捉え方について、成人とは別に子どもの場合の考え方を提示した。就学前と就学後に分けて具体的に記載し、1 級～3 級それぞれに、学校適応、家庭適応、日常生活における支援の必要性などを例示した。

新診断書様式に加えられた 欄について、平成 23 年 3 月 3 日精神・障害保健福祉課長通知では、「生活能力の状態について、 に追加して具体的に記述することがあれば、ここに記載する」とされているが、新マニュアル案においてはこの欄の重要性を強調し、この欄に具体的な生活障害を詳細に記載することを求めるべき、とした。

診断書の - 3 欄の「日常生活能力の程度」の（1）～（5）の選択と障害等級判定との関係に変更を加え、等級判定に一定の幅を持たせることとした。

旧マニュアルの「Q&A」にあった、「アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とはならない」との考え方は見直すこととした。ただし、アルコール依存症など通常治療によって回復すれば継続的な生活障害は残らないはずの疾患においては、その具体的内容の記載が必須であるとの考え方を示した。

身体障害の合併例、知的障害の合併例では、それらの合併による生活障害について加味しないことを原則とすると明記した。

最終年度は、次年度作成した新マニュアル案を用いて、全国の精神保健福祉センターにおいて等級判定を試行し、新マニュアルを完成させた。新マニュアル案による等級判定試行後のアンケート調査の結果に基づき、新マニュアル案にさまざまな修正を加えることとなったが、先に挙げた新マニュアル案の判定方針の特徴である ～ の項目のうち、 ～ の等級判定方針は概ね全国

のセンターから支持されており、部分的な追加、修正を加えた上で基本的な方向性としては新マニュアルに取り入れられることとなった。

一方で のアルコール依存症の扱いについては、様々な意見があり、それらを再検討の上、アルコール依存症の等級判定に関する考え方を改めて整理する必要があった。また、 の知的障害による生活障害部分を加味して等級判定を行うかどうかについてもアンケートの結果は分かれており、再検討が必要であった。また、 の子どもの生活障害に関する例示に関しては、新マニュアル案では、具体的な例示を行うこと自体に対しては肯定的な評価が多かったが、その内容については批判的な意見もあり、とくに「トラブルや問題行動の多さが、そのまま直接的に等級判定の目安になっているのは見直すべきだ」という意見を研究班としては重視すべきだと考えて、例示を大きく修正することとした。

D．考察

上記の等級判定方針以外で、今回のアンケート調査の結果により新マニュアル案の内容に修正を加えた事項としては、推定発病時期に関する基本的な考え方が挙げられる。新マニュアルに具体例として挙げた発達障害と高次脳機能障害の推定発病時期に関する考え方に整合性がないという批判を受けて、原則と例外について明記することにした。

てんかんの等級判定基準、および知的障害の合併例における知的障害による生活障害部分の切り分け、という2点が、今回完成した新マニュアルにおいても本後の課題として残された。

E．結論

精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所のセンターに対して、メールによるアンケート調査を実施し、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各自治体における各種制度、および各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針を調査し、その結果をもと検討を重ねて新マニュアル案の第 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」、第 章「等級判定の考え方」、および第 章「診断書の書きかた」を作成した。

作成した新マニュアル案を用いて、全国のセンターで等級判定を試行してもらい、施行後にアンケートに回答してもらった。このアンケート調査の結果をもとにして新マニュアル案に修正を加え、新マニュアルの第 章、第 章、第 章を完成させた。

F．研究発表

- 1．論文発表
なし
- 2．学会発表
なし

G．知的財産権の出願・登録状況

- 1．特許取得
なし
- 2．実用新案登録
なし
- 3．その他
なし

文献

- 1) (財)日本公衆衛生協会、精神障害者保健福祉手帳の手引き(診断書作成・障害等級判定マニュアル)、東京、2003

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 24～26 年度総合分担研究報告書

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の等級判定における不一致に関する研究
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

研究分担者 山崎 正雄 高知県立精神保健福祉センター 所長

研究要旨

平成 24 年度の研究では、平成 16 年度の厚生労働科学研究費補助金・障害保健福祉総合研究事業「精神障害者保健福祉手帳の判定のありかたに関する研究」（主任研究者：白澤英勝）の分担研究「模擬症例の判定に関わる調査」（分担研究者：山崎正雄）において指摘されていた等級判定の自治体間でのばらつきの現状を確認するためのアンケート調査を行った。平成 23 年 4 月 1 日に改正された、発達障害や高次脳機能障害に関する情報を得やすくした新たな診断書様式となって以降の、自治体間での等級判定の不一致の状況を確認するために、模擬症例の等級判定シミュレーションを行い、結果を分析した。

平成 25 年度の研究では、平成 24 年度の研究成果をもとに、「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）の作成に取り組み、新マニュアル案に掲載する「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」の作成を行った。ICD カテゴリーごとの症例を作成し、その判定の手順や留意事項を解説に盛り込んだ。

平成 26 年度は、新マニュアル案の内容を評価・検討するために、全国の精神保健福祉センターにおいて、等級判定会議に提出された実際の診断書を新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、実際の等級判定結果と比較分析した。他の分担研究の成果とあわせて、研究班全体で協議を行い、新たな「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」に掲載する「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集」を完成させた。

研究協力者

鈴木 志麻子

：（前）相模原市精神保健福祉センター・所長

波床 将材

：京都市こころの健康増進センター・所長

原田 豊

：鳥取県立精神保健福祉センター・所長

A. 研究目的

平成 24 年度、平成 25 年度の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)）「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）の成果をもとに、「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）を作成した。その新マニュアル案の内容を評価・検討するために、全国の精神保健福祉センターにおいて、新マニュアル案に沿って実際の診断書の等級判定を試行してもらい、他の分担研究の成果とあわせて、追加・修正を加えて、新たな「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」に掲載する「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集」（以下、参考症例集）を完成させる。

B. 研究方法

平成 24 年度は、20 ケースの模擬症例を作成、各自治体で模擬症例の等級判定シミュレーションを行ってもらい、等級判定の不一致の状況

を確認、問題点を抽出、分析する。

平成 25 年度の研究では、平成 24 年度の研究で抽出された等級判定における問題点を考慮して、新マニュアル案に掲載する参考症例集（案）の作成に取り組む。

平成 26 年度は、新マニュアル案の内容を評価・検討するために、各自治体において、等級判定の対象となった実際の診断書を新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、その結果の分析を行う。最終的に、他の分担研究の成果とあわせて内容を検討し、参考症例集を完成させる。

（倫理面への配慮）

平成 24 年度の研究では、研究班の準備した架空の症例を使用した。平成 25 年度は、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」の作成を行っている。平成 24 年度、平成 25 年度の研究では、特定の個人情報を取り扱っていない。平成 26 年度の研究では、実際各自治体に提出された診断書を用いているが、アンケートの回答には等級判定の対象となった診断書情報から、患者の年代、診断名、ICD-10 コード、判定等級のみを回答してもらい、個人の特定される可能性のある情報は取り扱っていない。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

平成 24 年度の研究では、全国 67 の精神保健福祉センターのうち 63 か所の精神保健福祉センターから回答を得た（回収率 94.0%）。

模擬症例の等級判定結果を見ると、いずれの模擬症例においても等級判定が分かれ、1 級から 3 級までのすべての等級に判定が分かれたものも 20 症例中 6 症例あるなど、等級判定の不一致、自治体間でのばらつきの現状が確認され、等級判定における問題点が抽出された。

平成 25 年度の研究では、平成 24 年度の分担

研究の成果をあわせて、新マニュアル案に掲載する参考症例集（案）を作成した。

平成 26 年度の研究では、等級判定業務を行っている 66 か所の精神保健福祉センターのうち、63 か所の精神保健福祉センターからの回答を得た（回収率 95.5%）。新マニュアル案を使って等級判定を試行してもらった結果を分析した研究成果と他の分担研究成果とをあわせて、研究班全体で協議を行い、参考症例集を完成させた。

D．考察

平成 24 年度の研究結果からは、自治体間での等級判定のばらつきが認められ、等級判定における不一致の解消には、疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の基準・指標の作成が必要であり、診断書作成及び障害等級判定のための新たなマニュアルの整備が必要であると考えられた。

平成 25 年度は、前年度の各分担研究の成果をもとに新マニュアル案を作成した。

平成 26 年度はその新マニュアル案の内容を評価・検討し、加筆・修正して、新たな「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」に掲載する参考症例集を完成した。

E．結論

平成 24 年度～平成 26 年度の研究によって、精神障害者保健福祉手帳の等級判定に活用できる手引きとして、平成 15 年発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き（診断書作成・障害等級判定マニュアル）」（日本公衆衛生協会）以来の新たなマニュアルを作成できた。

F．研究発表

- 1．論文発表
特になし。
- 2．学会発表
特になし。

G . 知的財産権の出願・登録状況

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

文献

- 1) 「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」(平成7年9月12日健医発第1132号厚生省保健医療局長通知)
- 2) 「精神障害者保健福祉手帳の判定基準について」(平成7年9月12日健医発第1133号厚生省保健医療局長通知)
- 3) 「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」(平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知)
- 4) (財)日本公衆衛生協会、精神障害者保健福祉手帳の手引き(診断書作成・障害等級判定マニュアル) 東京、2003
- 5) 白澤英勝、平成16年度 - 17年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」総合研究報告書、平成18年(2006)3月
- 6) 宮岡等、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合支援事業)「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」総括・分担研究報告書、平成25年3月
- 7) 宮岡等、平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合支援事業)「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」総括・分担研究報告書、平成26年3月

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 24～26 年度総合分担研究報告書

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

研究班全体では、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務に有効な新たな判定マニュアルの作成を目標とした。本分担研究では、平成 24 年度に各自治体で等級判定業務に用いられている指針や手引きについての調査、並びに、他の分担研究と共同して、アンケート調査による各自治体の判定業務の状況についての情報収集を行った。平成 25 年度には、前年のアンケート調査で問題となっている点を中心に、他の分担研究者、研究協力者と協議を重ねながら、研究班全体としての意見を反映させた Q & A 案を作成した。平成 26 年度は、研究班全体で新たに作成した Q & A 案を含む新マニュアル案に対する調査を行い、使用上の問題点や修正が必要な点などについて抽出し、研究班全体で協議を行い、今後の手帳判定業務に資する Q & A を完成させた。

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

数川 悟

：（前）富山県心の健康センター・所長

A．研究目的

研究班全体では、精神障害者保健福祉手帳（以下手帳）の等級判定業務に有効な判定マニュアルの作成を目標とした。本分担研究では、平成 24 年度には、基礎的な検討として、各自治体で等級判定業務に用いられている指針や手引きについて現況を把握することを目的とした。平成 25 年度には、前年の調査で課題となっている点を中心に、他の分担研究者、研究協力者と協議を重ねながら、研究班全体としての意見を反映させた Q & A 案を作成することを目的とした。平成 26 年度は、研究班全体で新たに作成した Q & A 案を含む新マニュアル案に対する調査を行い、使用上の問題点や修正が必要な点などについて抽出し、研究班全体で

協議を行い、今後の手帳判定業務に資する Q & A を完成させることを目的とした。

B．研究方法

平成 24 年度は、他の分担研究（「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」、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」と共同で、全国の精神保健福祉センターにアンケート調査を行い、等級判定に関して独自に制定したマニュアルや申し合わせ事項の有無、診断書の記載マニュアルの有無等について回答を得た。

平成 25 年度は、各分担研究者、研究協力者間で情報交換や意見交換を行いながら、精神障害者保健福祉手帳の Q & A（案）の策定を行った。

平成 26 年度は、他の分担研究の分担研究者、研究協力者とも協議をしながら、平成 25 年度に作成した新マニュアル案に対して調査を行い、その結果を基に分担相互の記載内容の整合性に留意しながら、手帳の新マニュアルを作成した。特に本分担研究班では、Q & A 案を修正し完成版の作成を進めた。

(倫理面への配慮)

本分担研究においては、基本的に個人情報を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

平成 24～26 年度の 3 年間で、新たな精神障害者保健福祉手帳第 3 章 (Q & A) 並びに第 4 章 (付録) 部分を作成した。なお、最終の修正案では Q & A は 20 項目となっている。

D. 考察

本研究班では平成 24 年度～平成 26 年度にかけて、これまでの手帳等級判定における課題を整理し、新たな等級判定マニュアルの作成を行った。また、この分担研究では、特に新たなマニュアルの第 3 章に相当する Q & A、並びに、第 4 章に相当する付録(資料)の作成を行った。昨年度作成した Q & A 案の修正に当たっては、新マニュアルの他の章の記載内容との統一性や整合性が課題となった。特にアルコール依存症やてんかん、発達障害等については、結果的に比較的大きな文言の修正となった。また、知的障害(精神遅滞)については、新たに Q & A として項目が追加されることとなり、最終的には 20 項目についての Q & A を作成した。

E. 結論

今後の手帳判定業務の効率化や問題点の改善につながるように、新たな精神障害者保健福祉手帳の判定のためのマニュアルを作成した。その中で本分担研究では、Q & A (第 3 章に相当)並びに第 4 章(付録)の部分について担当し、今年度の調査結果を基に他の分担研究者や研究協力者と協議を行い、昨年案に修正を加えることで現時点での最終的なものとした。

F. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

文献

- 1) 「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」(健医発第 1132 号、平成 7 年 9 月 12 日付厚生省保健医療局長通知)
- 2) 平成 7 年局長通知「精神障害者保健福祉手帳判定基準」「精神障害者保健福祉手帳判定基準の説明」「障害等級の基本的なとらえ方」
- 3) 平成 7 年局長通知「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」
- 4) 日本公衆衛生協会編「精神障害者保健福祉手帳の手引き(診断書作成・障害等級判定マニュアル)」
- 5) 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究(主任研究者 奥山 眞紀子)平成 19-21 年度 総合研究報告書(総括・分担)発達障害の診断の妥当性を検証し、臨床家向けガイドライン提案」
- 6) 「高次脳機能障害者支援の手引き」 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 国立障害者リハビリテーションセンター 平成 20 年 11 月

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	なし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	なし				

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアル

平成 27 (2015) 年 3 月

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 24～26 年度研究
研究代表者 宮岡等
研究分担者 太田順一郎
山崎正雄
黒田安計

目次

序

- ・ 精神障害者保健福祉手帳の概要
- ・ 等級判定の考え方
- ・ 診断書の書き方
- ・ 参考症例集
- ・ Q&A
- ・ 付録

- ・ 参考症例集 (項目別)
- F0 症状性を含む器質性精神障害
 - 症例 1 アルツハイマー病型認知症
 - 症例 2 高次脳機能障害 (器質性精神障害)
 - 症例 3 前頭側頭葉型認知症 (ピック病型認知症)
- F1 精神作用物質による精神および行動の障害
 - 症例 4 アルコール使用による精神および行動の障害
 - 症例 5 覚せい剤による精神および行動の障害
- F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害
 - 症例 6 統合失調症 1
 - 症例 7 統合失調症 2
 - 症例 8 統合失調症 3
 - 症例 9 統合失調症 4
- F3 気分 (感情) 障害
 - 症例 10 反復性うつ病性障害
 - 症例 11 双極性感情障害
 - 症例 12 気分変調症
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
 - 症例 13 解離性障害
 - 症例 14 強迫性障害
 - 症例 15 不安障害
- F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
 - 症例 16 摂食障害
- F6 パーソナリティ障害
 - 症例 17 情緒不安定性パーソナリティ障害
- F7 知的障害 (精神遅滞)
 - 症例 18 知的障害 (精神遅滞)
- F8-9 発達障害 (心理的発達の障害 / 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害)
 - 症例 19 自閉症
 - 症例 20 アスペルガー症候群
 - 症例 21 学力の特異的発達障害 (学習障害)
 - 症例 22 注意欠陥多動性障害
 - 症例 23 アスペルガー症候群
- G40 てんかん
 - 症例 24 てんかん

序

精神障害者保健福祉手帳は平成 7 年の精神保健福祉法の改正時に導入された制度です。精神障害者が制度上明確に障害者として福祉的施策の対象と位置付けられたのは、平成 5 年の障害者基本法制定以降で、その後現在に至るまで身体、知的、精神の三障害に対する障害者福祉制度は三障害一本化の方向で進められてきました。しかしながら、それぞれの領域における手帳制度を含め、いまだに三障害の福祉施策の一本化は途上にあります。

精神障害者保健福祉手帳は、申請者の生活障害の程度により 1 級、2 級、3 級の 3 段階に等級が分けられ、それぞれの自治体において等級判定が実施されています。この等級判定は、平成 14 年以降は各自治体の精神保健福祉センターで実施されています。精神保健福祉センターにおける実際の等級判定会議は、精神科医を中心としたメンバーによって運営されることが多いのですが、判定会議の構成メンバーについても自治体によってかなり違いがあります。

精神障害者保健福祉手帳の等級判定は、厚生労働省による各種の通知などを参考にしてそれぞれの自治体で実施されており、参考にされている通知類としては、平成 7 年 9 月の厚生省保健医療局長通知「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」や、厚生省保健医療局精神保健課長通知「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当たって留意すべき事項について」などがあります。また、これらの通知類をもとにして作られた日本公衆衛生協会による「精神障害者保健福祉手帳の手引き 診断書作成・障害等級判定マニュアル」も日常の等級判定業務の中でしばしば参照されています。

これまで、等級判定の基準がそれぞれの自治体では統一されていても、自治体を超えると必ずしも基準が同一ではないという指摘がありました。手帳の申請数は年々増加しており、また各自治体において手帳によって利用できる制度も次第に充実してきています。そのため、自治体間の等級判定基準が共通化されることが必要であるという声が高まってきています。

このような現状に対して、このたび新しい精神障害者保健福祉手帳の手引き（診断書作成・障害者等級判定マニュアル）を作成し、お届けできることとなりました。この新しいマニュアルが、精神障害者保健福祉手帳の等級判定を適正にかつ円滑に実施するための一助になれば幸いです。

尚、本マニュアルは平成 24 年度～26 年度の 3 年間の厚生労働科学研究補助金による研究結果をもとに、各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定作業の参考となることを目指して作成されたものですが、本マニュアルの内容が、各自治体における等級判定業務をなんら拘束する性格のものではないことをここに述べておきます。

精神障害者保健福祉手帳の概要

1. 精神障害者保健福祉手帳の目的と概要

平成 7 年に創設された精神障害者保健福祉手帳制度の目的は、一定の精神障害の状態にあることを認定して交付することにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることであった。

平成 5 年に成立した障害者基本法において、精神障害者も国連の「障害者の権利宣言」の定義と同様に行政上の福祉施策の対象となる障害者として明記されたが、それまで精神障害者は、予防、医療及びリハビリテーションを含む保健医療の対象者としてとらえられ、行政上の福祉施策の対象は主に身体障害者と知的障害者であった。障害者基本法成立の後、平成 7 年に精神障害者の自立と社会参加の促進を目的として精神保健法が精神保健福祉法へと改正されて以降、精神障害者も長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者として、社会復帰の促進と自立と社会参加の促進の援助などの福祉施策の拡充がなされることになった。また、それまで精神障害の評価は、障害年金における認定等においても機能障害（疾患による障害）中心になされていたが、精神障害者保健福祉手帳制度以降は国際障害分類（ICIDH）に準じて、能力障害（生活能力に関わる障害）を中心とした評価・判定指針となっていくことも大きな前進であった。

精神障害者保健福祉手帳制度が創設されて既に 17 年が経過し、初年度に 2 万件であった手帳の交付件数は平成 23 年度において 63 万件となり、特に近年の精神科受療患者数の増加と軌を一にして、手帳保持者数は飛躍的に増加している。また、平成 18 年の障害者の雇用の促進等に関する法律の改正により、精神障害者が法定雇用率の対象となるなど、手帳制度の創設当初に比べれば幅広い福祉施策とサービス拡充がなされており、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進への援助は、徐々にではあるが着実に進んできたと言えよう。

平成 23 年には、従来障害者としての位置づけと支援が不十分であった発達障害及び高次脳機能障害について、障害福祉サービスの必要性に関する社会的関心が高まったことをうけて、精神障害者保健福祉手帳の診断書が各疾患の病状や状態像等の評価がしやすい様式に改定された。しかしながら、精神障害者保健福祉手帳制度自体は創設以来大きな改正のないまま現在に至っていることも事実である。多様化した疾患に対するより正確な評価基準の策定を求める要請も多く、障害認定の基本的視点となっている国際障害分類（ICIDH）からその改訂版である国際生活機能分類（ICF）への対応など、多くの課題が残されたままとなっている。

今後も利用者に対して時代に即した総合的なサービスを継続して提供していくためにも、精神障害者保健福祉手帳制度の適正な運用と制度自体のさらなる刷新が望まれている。

2 . 精神障害者保健福祉手帳の対象者

精神保健福祉法第 5 条に定める精神障害者のうち、精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活への制限を受ける者（障害者基本法の障害者）を対象とし、統合失調症、気分（感情）障害、てんかん、中毒精神病、器質性精神障害（認知症や高次脳機能障害を含む）、発達障害（広汎性発達障害、注意欠如多動性障害）、その他の精神疾患の全てが対象となる。ただし、知的障害のみの場合は、療育手帳制度があるため対象には含まれない。

3 . 交付に関わる手続と支援策

1) 交付主体 精神障害者保健福祉手帳の交付は、都道府県及び指定都市に対する団体委任事務であり、

交付主体は、都道府県知事又は政令指定都市の市長である。

2) 手帳の交付申請

(1) 精神障害者保健福祉手帳の交付を申請する場合は、申請書に、

精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書（精神障害に係る初診日から 6 か月を経過した日以後における診断書に限る。）

あるいは

精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写し および

本人の写真 の書類等を添えて、申請者の居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事または指定 都市市長に提出することにより行う。

(2) 医師の診断書は、精神障害の診断または治療に精通し、障害者の生活上の困難について十分な見識を有する医師が書くものとし、精神科医を原則とするが、てんかんの患者について内科医などが主治医となっている場合のように、他科の医師であっても、精神障害の診断又は治療に従事する医師は含まれる。

(3) 手帳の交付は、申請主義によるものとし、精神障害者本人が申請するが、家族、医療機関職員等が手帳の申請手続の代行をすることはさしつかえないものとされている。

3) 審査及び判定 医師の診断書が添付された申請については、当該都道府県（指定都市を含む）の精神保

健福祉センターにおける判定会において手帳の交付の可否及び障害等級の判定を行う。なお、判定に従事する委員の数及び判定方法については、都道府県・政令指定都市の判断によるが、判定を行う委員は原則として精神医学と精神科臨床および精神障害者福祉に関して卓越した理解と幅広い見識を持った精神科医が望ましい。なお、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、手帳の交付が行われる。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 級となる。交付の可否の決定は、受理日より概ね 1 か月以内に行うことが望ましいとされている。また、手帳の交付日は市町村長が申請を受理した日となり、手帳の有効期限は交付日から 2 年が経過する日の属する月の末日となる。

4) 手帳の更新、変更等

(1) 手帳の更新

手帳の有効期限は 2 年間であって、有効期間の延長を希望する場合は、手帳の更新の手続きが必要である。更新の手続きについては、「手帳の交付申請」に準じ、手帳の有効期限の日の 3 か月前から申請を行うことができる。なお、有効期限の経過後であっても、更新の申請を行うことができる。申請の際には、あらかじめ手帳を添付する必要は無く、更新を認める決定をした後に、手帳を提出し、申請者が手元に手帳を有しない期間が長く生じないよう配慮するものとされている。更新後の有効期限は、更新前の有効期限の 2 年後の日となる。

(2) 都道府県（政令指定都市）の区域を越える住所変更の届出 手帳の交付を受けた者は、他の都道府県（政令指定都市）の区域に居住地を移したとき

は、30 日以内に、新居住地を管轄する市町村長を経て、新居住地の都道府県知事（政令指定都市市長）にその旨を届け出なければならない。この場合、旧手帳と引換えに新たな手帳が交付され、手帳の障害等級及び有効期限は旧手帳と同一であり、本人の写真、手帳番号及び手帳の交付日は新たなものとなる。

(3) 氏名の変更及び都道府県の区域内の住所変更の届出 手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同一都道府県の区域内において居

住地を変更したときは、30 日以内にその居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事（政令指定都市市長）にその旨を届け出なければならない。市町村長は、手帳に変更内容を記載した上で本人に返還する。

(4) 障害等級の変更申請 手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期限の期間内においても、その精神障害の状態が

重くなった（又は軽くなった）ことにより、手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至ったと考えられるときは、障害等級の変更の申請を行い、判定を求めることができる。障害等級の変更申請の手続きについては、「(1) 手帳の更新」に準ずる。障害等級の変更が認められたときは、さきに交付された精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに手帳を交付される。手帳の有効期限は、変更決定を行った日から 2 年が経過する日の属する月の末日となる。

5) 手帳に基づく支援策 手帳制度は、身体障害者手帳や療育手帳と同様、関係各方面の協力により各種の支援策

を促進し、もって精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図ることを目的とするものであり、各地方自治体においても、その趣旨を踏まえ、手帳に基づく各種の援助施策の拡充に努めることが求められている。

(1) 医療費 手帳の交付を受けた者については、自立支援医療の支給認定申請に係る事務手続が一部

簡略化される。また、重度心身障害者医療費助成等で通院医療費あるいは入院医療費の自己負担分を助成している自治体もみられる。

(2) 税制の優遇措置 所得税、住民税の障害者控除、預貯金の利子所得の非課税、低所得の障害者の住民税の

一部非課税、相続税の障害者控除、贈与税の一部非課税、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税の非課税等の運用が、手帳に基づいて受けられる。

(3) 生活保護の障害者加算

手帳の1級または2級の場合においては、生活保護の障害者加算の認定が受けられる。

(4) 公共交通機関の運賃割引や各種施設の利用料割引等 地域差はあるが、公共交通機関の運賃割引や通院のための交通費補助、公立のスポーツ

施設、文化施設、遊興施設、観光施設等の利用料が減免されている。

(5) その他

NHK受信料の減免や携帯電話の利用料割引や、自治体によって差はあるが、公営住宅への入居選考時の優遇と家賃の特別減額、駐車禁止除外指定車標章の交付、障害者福祉手当、生活福祉資金貸付、在宅重度障害者介護金、保育料の軽減、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、大型ごみ搬出支援、家庭ごみ収集、有料指定ゴミ袋の交付、図書郵送貸出、自動車運転免許取得の助成、インフルエンザ予防接種代金の補助、健康診査料金の無料化、手帳申請用診断書料の助成、紙おむつ支給、日常生活用具費の支給、福祉バスの運行、配食サービス、日常生活用具の給付、雪下ろし費用の助成、寝具乾燥および水洗サービス、指定宿泊施設の宿泊料一部助成、成年後見制度利用支援、ホームヘルプサービス(自治体単独助成)など、地域の実情に合わせた多彩な助成がなされている。

(参考)精神障害者保健福祉手帳制度に基づく税制措置一覧

(1)所得税:

障害者控除 本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、二七万円(特別

障害者は四〇万円)を所得金額から控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)

配偶者控除及び扶養控除の同居特別障害者加算 控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況としている者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に代えて七五万円を所得金額から控除する(三十七万円の加算に相当)。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級。

預貯金等及び公債の利子所得等の非課税(老人等マル優) 障害者の

ア 元本三五 万円以下の銀行などの預貯金、貸付信託、金銭信託、公社債、公社債投資信託、その他の証券投資信託(所得税法第十条、租税特別措置法第三条の四)

イ 額面三五 万円以下の国債及び地方債(租税特別措置法第四条)に係る利子等については、所得税を課さない。ア、イそれぞれ前記の額を上限とするので、合計七〇〇万円まで非課税。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで。(2)法人税：障害者等を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税

公益法人等が行う事業のうち、その事業に従事する者の総数の半数以上が障害者等であり、これらの者の生活の保護に寄与している事業については、課税対象の収益事業には含まれない。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで。(3)相続税：障害者控除

相続又は遺贈により財産を取得した者が、その相続又は遺贈に係る法定相続人に該当し、かつ、障害者である場合は、その者に係る相続税額から、その者が八五歳に達するまでの年数各一年につき六万円(特別障害者については一二万円)の税額を控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)(4)贈与税：特定障害者扶養信託契約に係る贈与税の非課税

特定障害者が、他の個人と信託銀行との間で、その特定障害者を信託の利益の全部の受益者とする特定障害者扶養信託契約が締結され、その契約に係る財産が信託されることにより信託受益権を有することとなる場合には、その契約に基づいてその信託がされる日までに、信託銀行の営業所等を経由して納税地の所轄税務署長に「障害者非課税信託申告書」を提出したときは、その信託受益権のうち、三〇〇〇万円(特別障害者については六〇〇〇万円)までの贈与税が非課税となる。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)。

(5)住民税：

障害者控除 本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、二六万円(特別

障害者である場合には三〇万円)を所得金額から控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)

同居特別障害者配偶者控除及び扶養控除 控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況としている者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に加えて二三万円を所得金額から控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級。

障害者の非課税限度額 障害者であって、分離課税とされる退職所得を除外した前年中の所得が一二五万円以下

の者については、住民税に係る所得割を課さない。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで。(6)自動車税、軽自動車税及び自動車取得税：障害者に対する自動車税等の減免

障害者又はその生計同一者が取得し、又は所有する自動車等で、当該障害者の通院等のためにその生計同一者が運転するものについては、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税を全額減免する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級。

等級判定の考え方

1. 障害等級 精神障害者保健福祉手帳の障害等級およびその精神障害の状態は、精神保健及び精神

障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）第6条第3項（以下、施行令という）に定められているとおりである（表1）。

表1 各障害等級に該当する精神障害の程度

障害等級	精神障害の程度
1級	精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
2級	精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
3級	精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

2. 障害等級の判定基準 精神障害者保健福祉手帳の障害の判定については、「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」（平成7年9月12日健医発第1133号厚生省保健医療局長通知）（最近改正平成25年4月26日障発0426第5号）別紙「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」（以下、「判定基準」という）に示されるとおりである。すなわち、（1）精神疾患の存在の確認、（2）精神疾患（機能障害）の状態の確認、（3）能力障害（活動制限）の状態の確認、（4）精神障害の程度の総合判定、という順を追って行われる、ということになっている。

「判定基準」では、各障害等級に該当する精神疾患の状態と能力障害の状態が並列に記載されているが、本マニュアルでは、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する。この理由については次項「3. 判定基準の解説」で説明を行う。

以下には、判定基準に記載されている「能力障害（活動制限）の状態」に基づき、各障害等級に相当する生活能力の状態を次に示す（表2）。

表2 各障害等級に相当する生活能力の状態

障害等級	生活能力の状態
1級 （精神障害であって、	1 調和のとれた適切な食事摂取ができない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の周りの清潔保持ができない。

<p>日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの)</p>	<p>3 金銭管理能力がなく、計画的で適切な買い物ができない。 4 通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協調的な対人関係を作れない。 6 身の安全を保持したり、危機的状況に適切に対応できない。 7 社会的手続きをしたり、一般の公共施設を利用することができない。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。</p> <p>(上記1～8のうち複数に該当し、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)</p>
<p>2級 (精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの)</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の清潔保持は援助なしにはできない。 3 金銭管理や計画的で適切な買い物は援助なしにはできない。 4 通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。 6 身の安全保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。 7 社会的手続や一般の公共施設の利用は援助なしにはできない。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。</p> <p>(上記1～8のうち複数に該当し、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)</p>
<p>3級 (精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受ける)</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。 2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の清潔保持は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。</p>

<p>か、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの)</p>	<p>3 金銭管理や計画的で適切な買物はおおむねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>4 規則的な通院・服薬はおおむねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいえず不安定である。</p> <p>6 身の安全保持や危機的状況での対応はおおむね適切であるが、なお援助を必要とする。</p> <p>7 社会的手続きや一般の公共施設の利用はおおむねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいえず援助を必要とする。</p> <p>(上記1～8のうち複数に該当するもの)</p>
--	---

3 . 判定基準の解説

1) 障害等級の判定基準 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定について、「精神障害者保健福祉手帳制度

実施要領について」(平成7年9月12日健医発第1132号厚生省保健医療局長通知最終改正平成25年4月26日 障発0426第5号)(以下、「実施要領」という)には「障害等級の判定に当たっては、精神疾患(機能障害)の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に判定を行うものとし」と記載されている。本マニュアルでは、等級を判定する者は、この「総合的」という表現を「機能障害と生活能力障害を並列的に加重して」と理解するべきではないと考えている。なぜならば、精神障害者保健福祉手帳は、精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者(mentally disabled)である精神障害者に対して、社会復帰、日常生活における自立と社会参加の促進のための援助を提供するために用意された制度である。したがって、その等級判定は、「日常生活または社会生活における制限」(生活能力の障害)の程度によって判定されることが基本となる。ただし、生活能力障害の程度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。

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。

すなわち、「判定基準」に記載されている、「判定は、(1)精神疾患の存在の確認、(2)精神疾患(機能障害)の状態の確認、(3)能力障害(活動制限)の状態の確認、(4)精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる」とある内で、(3)と(4)の根拠として(1)と(2)の情報が重要となるといえる。

障害等級の判定に当たっては、まず一義的には生活能力の障害の程度、その態様により等級判定が行われるべきである。基本的な考え方として、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。精神疾患(機能障害)が等級判定上重要であるのは、生活能力の障害をきたすような精神的症状、症候、状態が、精神疾患の診断名や、現病歴などの経過などによってある程度類型化したり、予後を予測したりすることが可能となるためである。

2)生活能力の状態

「生活能力の状態」は、精神疾患による日常生活あるいは社会生活の制限の程度について判断するものであって、「障害の程度」を判断するための指標として用いる。判断する際に必要な基本的考え方については、「判定基準」や「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」(平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知最終改正平成23年3月3日障精発0303第2号)(以下、「判定基準の留意事項」とする)に記載されているので、本研究もこれに準じて以下に記載する。

(1)生活能力の状態の判定は、保護的な環境(例えば、病院に入院しているような状態)ではなく、例えば、アパートで单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の状態を判定するものである。なお、小児の生活能力の状態の判定は次項「4.障害等級の基本的なとらえ方」に記載する。

(2)生活能力の状態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。気分障害等の病状に変動が想定される疾患の場合、過去2年間の生活能力の状態も病状に伴って変動することになるため、生活能力の障害が重度である期間、生活能力障害が軽度である期間などを、それぞれ具体的に記載すること求めることも必要となる。

(3)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、これを認めることもあり得る。

(4)日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは、助言、指導、介助などという。

(5)生活能力の状態は、診断書(精神障害者保健福祉手帳用)の「生活能力の状態」欄を重要視することとする。「2 日常生活能力の判定」欄の(1)～(8)のそれぞれの項目について、「できない」ものは生活能力が障害されている程度が高く、「援助があればできる」、「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」、「自発的にできる・適切にできる」の順に生活能力が障害されている程度は低くなる。また、

(1)～(3)と(6)は日常生活に関連のある項目、(4)(5)(7)および(8)は社会生活に関する項目である。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が、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」の複수에該当する必要がある。次に(1)～(8)の各項目の能力の判定をどのように行うかを述べる(「判定基準」

より)。

(1)適切な食事摂取、および(2)身辺の清潔保持、規則正しい生活 洗面、洗髪、排泄後の衛生、入浴等身体の衛生の保持、更衣(清潔な身なりをする) 清掃などの清潔の保持について、あるいは、食物摂取(栄養のバランスを考え、自ら準備して食べる)の判断などについての生活能力の状態を判断する。これらについて、意志の発動性という観点から自発的に適切に行うことができるかどうか、援助が必要であるかどうか判断する。

(3)金銭管理と買い物 金銭を独力で適切に管理し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要であるかどうか判断する(金銭の認知, 買い物への意欲, 買い物に伴う対人関係処理能力に着目する)。

(4)通院と服薬 自発的に規則的に通院と(服薬が必要な場合は)服薬を行い、症状や副作用などにつ

いてうまく主治医に伝えることができるか、援助が必要であるか判断する(デイケア等に参加している場合は、定期的に通うことができるかも判断する)。

(5)他人との意思伝達・対人関係 他人の話を聞き取り、自分の意思を相手に伝えるコミュニケーション能力、他人と適切につきあう能力に着目する。

(6)身辺の安全保持・危機対応 自傷や危険から身を守る能力があるか、危機的状況でパニックにならずに他人に援助を求めるなど適切に対応が出来るかどうか判断する。

(7)社会的手続きや公共施設の利用 各種の申請など社会的手続きを行ったり、銀行や福祉事務所、保健所などの公共施設を適切に利用したりできるかどうか判断する。

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 新聞、テレビ、趣味、娯楽、余暇活動に関心を持ち、個人的な楽しみやグループでの活動を行なっているか。地域のサークルやボランティア活動、さまざまなイベントなどに参加しているか、これらが適切であって援助を必要としないかどうか判断する。

(6) 精神障害の程度の判定に当たっては、診断書の記載内容から総合的に判定するものであるが、診断書「生活能力の状態」の「3.日常生活能力の程度」欄の(1)～(5)のそれぞれにより考えられる生活能力の状態の程度は、本マニュアルでは、概ね表3のとおりと考える。

表3 日常生活能力の程度と障害等級

生活能力の程度	障害等級
(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	非該当
(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	おおむね3級程度
(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	おおむね3級または2級程度
(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	おおむね2級又は1級程度
(5) 精神障害を認め、身の回りのことは殆どできない	おおむね1級程度

なお、「判定基準の留意事項」にあるとおり、上記の「普通にできる」、「一定の制限を受ける」、「著しい制限」、「時に応じて援助」、「常時援助」、「ほとんどできない」程度は以下の通りだと考える。

「普通にできる」とは「完全・完璧にできる」という意味ではなく、日常生活および社会生活を行う上で、あえて他者による特別の援助(助言、指導や介助)を要さない程度のもをいう。

「日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける」とは、活動や参加において軽度ないしは中等度の問題があり、あえて援助を受けなくても、自発的にまたはおおむね適切に行うことができるが、援助があればより適切に行いうる程度のもを言う。

「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」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に中等度ないしは重度の問題があって「必要な時には援助を受けなければならない」程度のもを言う。

「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」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に重度の問題があり、「常に援助がなければ自ら行い得ない」程度のもを言う。

「身の回りのことはほとんどできない」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に最 重 度の問題があり、「援助があっても自ら行い得ない」程度のもを言う。

4 . 障害等級の基本的なとらえ方

「判定基準」の別添2「障害等級の基本的なとらえ方」には、障害等級を判定基準に 照らして判定する際の各障害等級の基本的なとらえ方を参考として示してあり、以下の とおりである。ただし、小児の場合のとらえ方については、「判定基準」に特に述べら れていないため、本マニュアルにおいてはとく小児におけるとらえ方を、未就学児、小 学生、中 学生のそれぞれに関して具体的な内容を追加した。

(1) 1 級 精神障害が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの。この日常生 活の

用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の援助を受けなければ、ほとんど自分 の用を弁ずることができない程度のものである。

例えば、入院患者においては、院内での生活に常時援助を必要とする。在宅患者におい ては、医療機関等への外出を自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活におい て、適切な食事を用意したり、後片付け等の家事や身の周りの清潔保持も自発的には行 えず、常時援助を必要とする。

親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。自発性が著しく乏しい。自発的な 発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行 動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や 悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をと ってしまう しがちである。

未就学児においては、異食・偏食等のために、介助があっても食事が十分に摂取でき ない、排便後の処理など身の回りのことが十分にできず、介助にも抵抗があるため、整 容・保清が保てない。家族との間でも、日常的な意思伝達が全く行えない。

小学生においては、上記と同様に異食・偏食等のために、介助があっても食事が十分 に摂取できない。こだわりなどのために、支援にも抵抗があり整容・保清が保てない。 家族との間でも、日常的な意思伝達がほとんど行えない。学校生活には適応できない。 中 学生以上においては、日常生活上は成人に準じ、また、学校生活には適応できない。

(2) 2 級 精神障害の状態が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制 限を

加えることを必要とする程度のものである。この日常生活が著しい制限を受けるか、又 は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借 りる 必要はないが、日常生活は困難な程度のものである。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた 場 合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。

また、デイケア等、障害者総合支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援事業や就労継続支援事業等を利用することができる。食事をバランス良く用意する等の家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。未就学児においては、常に誰かが介助しないと食事を食べられない、排便後の処理ができないなど、身の周りのことすべてに濃厚な介助が必要である。家族との間の日常的な意思伝達にもかなりの困難がある。自分のものと他人のものとの区別がつかなくなったり、自分のルールにこだわったりして、特別な配慮をしても、幼稚園・保育園などでの集団への適応が難しい。小学生においては、上記と同様に、常に誰かが介助しないと食事を食べられない。身の回りのことも自分ではできず、濃厚な介助がなければ、整容・保清が保てない。家族との間の日常的な意思伝達にもかなりの困難を伴う。こだわりやかんしゃくなどが高度であり、相当に特別な配慮をしても、小学校への適応が困難である。中学生以上においては、日常生活上は成人に準じ、相当に特別な配慮をしても、学校等への適応は困難である。

（３）３級 精神障害の状態が、日常生活又は社会生活に制限を受けるか、日常生活又は社会生活

に制限を加えることを必要とする程度のものである。例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。

デイケア等、障害者総合支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援事業や就労継続支援事業等を利用する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じてくることもある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自主的な行動や、社会生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは病状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理はおおむねできる。社会生活の中で不適当な行動をとってしまうことは少ない。

未就学児においては、食事、入浴、洗面、下着の交換の際に常に声かけや見守りが必要、幼稚園や保育園では集団の輪に入ったり遊んだりすることが難しい。

小学生においては、上記と同様の状態で、家庭での生活においてもある程度の援助を必要とする。学校生活にも不適應を認め、何らかの配慮を必要とする。

中学生以上においては成人に準じるが、学校生活や家庭生活における困難を認めることも多い。

5. 診断書の読み取り方 精神障害者保健福祉手帳の申請時に提出される主治医診断書は平成23年4月に改訂

された。それまで診断書の書式に関しては、広汎性発達障害などの発達障害や、高次脳機能障害に関する記載をしにくい、これらの障害を想定していない、などの批判があり、このときの改訂はこういった批判に応えるための修正を加えるという意味合いが強かった。平成23年の改訂により、の病歴欄の下部に器質性精神障害の場合の発症の原因となった疾患名とその発症日の欄が設けられ(高次脳機能障害等を想定したものである)、欄の症状記載欄には広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、高次脳機能障害などを想定した項目が追加された。またこのときの改定でそれまではなかった欄が新たに設けられ、日常生活上の障害に関する具体的な記載を求めることになった。この欄の新設は、精神障害者保健福祉手帳の等級判定のためには非常に重要な書式変更であったと言える。

以下、診断書書式の順に従って、それぞれの欄の記載をどのように読み取り、等級判定を行っていくかを述べていく。

病名；「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。ただし、現在の精神科臨床におけるいわゆる「従来診断」「慣用的診断」の実用性、重要性を考慮すれば、精神障害者保健福祉手帳において一律に ICD-10 診断に従うことを求めることについては批判もある。現在多くの精神科医が、ICD - 10 や DSM - 5 のような操作的診断基準を共通言語として使用する一方で、従来の精神医学が用いてきた慣用的な診断を実際の臨床場面では有用なものとして使用している現状を見れば、いわゆる「従来診断」の使用は一概には否定しがたいが、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を求めたい。特に、従来診断が用いられているときに、診断名と併記されている F コードとの一致に疑問がある場合や、診断名と他の欄(診断書の、 、 、 、欄など)の記載内容との間に不整合を認める場合は、返戻、問い合わせを行い、記載内容の確認に努めることが必要である。

また、平成23年の診断書改定以降、それまで一部の自治体においては認められていなかった「高次脳機能障害」という病名の使用が大部分の自治体において認められるようになってきている。これについても「原則的には ICD-10 に沿った診断名」を求めるのが本来であり、一方で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、「高次脳機能障害」という病名も通常の慣用的診断と同様に認める、と考えるのが適切である。

「主たる精神障害」の欄には複数の病名の記載を認めるべきではない。複数の精神科診断がある場合は、主病名以外はすべて「従たる精神障害」の欄に記載することを求めるべきである。

初診年月日；主たる精神障害の初診年月日としては、治療中断期間があっても主たる精神障害のために初めて医療機関を受診した年月日を記載することを求める。

また、診断書作成医療機関の初診年月日については、総合病院などでは当該診療科初診前に他科受診がある場合が考えられるが、その場合は当該診療科を初めて受診した年月日の記載を求めること。

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）；記載を求めるべき必須の内容としては、（ ）発症時の状態、（ ）初診時の状態、（ ）初診後の治療経過、が挙げられる。とりわけ初診後、現在までの治療経過に関しては具体的で詳しい記載を求めたい。この欄の記載内容からは、初発時の症状から、治療を受ける経過の中で、現在の症状に至り、その現在の症状に基づいて生活障害を来すことになったという流れが整合性を持って読み取れることが必要である。したがって、それが十分に読み取れないような内容であれば返戻をもって追加記載を求めることも必要であり、他の欄（ 、

欄、 、 欄など）との齟齬が認められれば、それについて問い合わせることも必要となる。

推定発病時期は、詳らかにならないこともあるが、可能な範囲で記載を求める。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」ことを原則とする。高次脳機能障害などの器質性精神障害についても同様である。ただし、これについては例外も認めることとし、広汎性発達障害など発達障害の場合は、多くの専門家の意見に従い、生下時を発病時期とみなすことも可とする。

また、この欄に限ったことではないが、診断書全体の記載を通じて、基本的には略号を使用しないように求めるべきである。

現在の病状、状態像等；この欄の項目選択及び記載の内容は、特に 病名、病歴、具体的な病状の欄との整合性が重要である。また、てんかん発作に関する頻度及び最終発作、依存症の場合の現在の精神作用

物質使用の有無及び最終使用時期については、等級判定のための情報として重要であるため、記載漏れがあれば返戻・問い合わせなどにより確認する必要がある。

これまで述べてきたように、本マニュアルにおいては、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。本マニュアルにおいても「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、 、 欄の記載内容に関連なく等級判定がなされてよい。

病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等；この欄に求められるものは、具体性及び個別性である。すでに 欄にて病状、状態像を選択しているため、この欄

には で選択された症状に関して、当該患者における具体的な内容を記載すること を求めることになる。ある程度の期間必要な治療を受けたにも関わらず残存している 症状を具体的に記載することを求め、その内容が 欄、 欄の記載と照らし合 わせて齟齬がないかをよく吟味することが重要である。等級判定の直接の根拠となる のは 欄 及び 欄であり、 欄及び 欄は、当該患者の罹患している疾患と、当該 患者の有する日常生活能力の障害（ 欄、 欄に記載されている）が齟齬なく結び つくことを確認するための重要な情報とみなされる。

画像検査、生理学的検査や心理検査の結果については、必要に応じて記載を求め ることになるが、例えば認知症における HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）や MMSE（Mini-Mental State Examination）のような検査の結果については、 できるだけ記載を求め。こういった検査が重要なのは、等級判定のためには、診 断確定のための検査結果よりも、病状の重さ、その変化を判断するのに参考となる ような検査結果の記載が意味を持つからである。

その反対に、この欄に検査結果の羅列のような記載をしている診断書が提出され ることがときにあるが、そのような場合には検査結果のみを記載するのではなく、 個別的で具体的な症状を記載するよう求めることが必要となる。

生活能力の状態；「1現在の生活環境」において、施設入所中なのか単身なのか家族 と同居なのかは、それ以降の欄と総合的に見ることで、診断書自体の信頼性に関わ ることもある。ときに見られることであるが、この 欄の「2日常生活能力の判定」 や「3日常生活能力の程度」において、日常生活能力がかなり重篤に障害されてい るよ うな選択肢を選んでいて、生活環境としては単身生活であり、しかも 欄をみ れば何も 福祉サービスを利用していないといった内容の診断書が提出されることが ある。もち ろんそのような場合であっても、実際には家族、親戚、知人、友人など の支援のもと に生活が成立していることはままあるが、等級判定のためには生活能 力障害の程度と、環境および支援状況に大きな齟齬のないことが診断書上から読み 取れることが必要 である。

「2日常生活能力の判定」欄には8つの項目があるが、日常生活能力関連項目とさ れる（1）（2）（3）（6）の 4 項目と、社会生活能力関連項目とされる（4）（5） （7）（8）の 4 項目については、等級判定上の意味合いがやや異なるものとする べきである。平成7年9月12日の厚生省保健医療局長通知に示された精神障害者保 健福祉手帳障害等級判定基準において、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめ る程度のもの」を1級相当、「日常生活が著しい制限を受ける程度のもの」を2級相 当とし、「日常生活若しくは社会生活が制限を受ける程度のもの」を3級相当として いるのは、日常生活に関連する能力と、社会生活に関連する能力をそれぞれ区別し て考慮し、そのうえで総合的に判定することを求めているものと解される。したが って、この8項目については、1級相当か2級相当かを判定するときには主に（1）

(2)(3)(6)の4項目の程度を吟味することが重要である。また、2級相当か3級相当かを判定するときには(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を吟味し、それに(4)(5)(7)(8)の社会生活に関する能力障害の程度を加えて総合的に判定するということになる。

「3日常生活能力の程度」欄の読み取り方については、平成7年9月12日の厚生省保健医療局精神保健課長通知に示された「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」の「3.能力障害の状態の判定について」の中で、「(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」は「非該当」とされ、「(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」は「おおむね3級程度」、「(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」は「おおむね2級程度」、「(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」および「(5)精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」の2つは「おおむね1級程度」とされていた。この基準は比較的明確であるが、各自治体で実施されている実際の判定業務の中では必ずしもこのように自動的に判定されている訳ではない。「(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」を3級と、「(5)精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」を1級と判定することが多い一方で、「(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「(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」については他の欄の記載内容と併せて検討し、(3)については2級または3級に、(4)については1級または2級に振り分けている実態がある。したがって、この表の「(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」および「(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」の障害等級に関しては「概ね2級程度」および「概ね1級程度」という表4の記載を、それぞれ「概ね2級または3級程度」と「概ね1級または2級程度」に読み替えるのが、現実に即しているものと考えられる(表3を参照)。

生活能力の具体的程度、状態等；平成23年の診断書書式改正において新設された項目である。精神障害者保健福祉手帳の等級が、精神障害の残存症状に伴って起きる日常生活上・社会生活上の不具合に対して、それをカバーするために本人の障害程度に見合った福祉的サービスを提供するための目安であるとする、その判定は障害に伴う日常生活上・社会生活上の不具合を具体的、個別的に判定することによってなされることになる。したがって、その生活障害の程度を具体的、個別的に記載すべきこの欄は、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欄の記載内容を丁寧に吟味し、他の欄の記載との間に齟齬があれば積極的に返戻、問い合わせを行って適切な等級判定に努めるべきである。

具体的には、食事、入浴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には通えているのか、成人であれば就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのか、などについて記載を求めたい。家事に従事する者であれば家事の達成度は重要な指標となり、また育児を行う立場であれば育児の達成度も重要な指標となるが、この場合の育児に関しては日常生活に関する能力ではなく社会生活に関する能力とみなして判定すべきであろう。

また、この欄に記載されている生活障害については、その継時的変化についても留意したい。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必要がある。また、症状に変動が伴う症例においては、生活障害の強さのみでなく、その持続期間についても情報の記載を求めるべきである。

現在の障害福祉等のサービスの利用状況；この欄の記載により、現在の福祉サービスの利用状況が窺われる。グループホーム入居中なのか、ケアホーム入居中なのか、ホームヘルパーを利用しているのか、福祉的就労を利用しているのかなど、本人の生活能力と、周囲の資源を把握するための情報が多く含まれることになるので、生活保護受給などの経済的な自立度を含め、欄、欄、欄との整合性を確認しつつ生活状況を読み取る。

診断書の書き方

前章において、等級判定に際してどのように診断書の内容を読み取るかについて述べたが、本章においてはその考え方を援用して、精神障害者保健福祉手帳申請時に添付される主治医の診断書の書き方について簡略にまとめたい。精神障害者保健福祉手帳の主治医診断書を作成するに当たって、もっとも重要なことは、

- (1) 精神の障害により、本人が生活上の困難を有していることが記載されていること。そして、その生活上の困難の具体的な内容と程度が読み取れること。
- (2) 診断書全体に整合性が取れていること。の2点である。現在の診断書書式に書き込むことのできる情報量の範囲で、可能な限り

「本人の生活および生活上の困難がイメージできる診断書」を目指すことが重要である。以下、診断書書式の順に従って「書き方」を述べていく。

病名：「主たる精神障害」、「従たる精神障害」とともに基本的には ICD-10 の診断名、コード名に沿った記載をする。いわゆる従来診断や慣用病名とよばれている精神科診断名を否定するものではないが、できるだけ ICD 10 に記載されている診断名を使用することが推奨される。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、可能な限り ICD 10 に記載されている病名を用いることとしたい。

ICDコードについては、Fを含んで3桁以上のコードを記載すること。また、「主たる精神障害」の欄に複数の病名を併記している診断書がときに認められるが、「主たる精神障害」の欄に記載する病名は基本的には1つとする。複数の精神科診断がある場合は、主病名以外はすべて「従たる精神障害」の欄に記載すること。

初診年月日：治療中断期間があっても、主たる精神障害のために初めて医療機関を受診した年月日を記載する。

「主たる精神障害」の初診年月日は、治療中断期間の有無にかかわらず、当該精神疾患のために初めて医療機関を受診した年月日を記載する。

また、「診断書作成医療機関の初診年月日」についても同様で、他院に転院していたなどの理由での中断期間があっても、当該疾患のためにその医療機関を初めて受診した年月日を記載する。ただし、総合病院などでは当該診療科初診前に他科受診がある場合が考えられるが、その場合は当該診療科を初めて受診した年月日を記載する。

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）：() 発症時の状態、() 初診時の状態、() 初診後の治療経過、の3項目は必ず記載する。可能であれば、発症以前の生育歴、生活歴にも簡単に触れる。必須とした3項目のうち、とりわけ初診後、現在までの

治療経過に関しては具体的で詳しい記載が望ましい。初発時の症状から、治療を受ける経過の中で、現在の症状に至る流れを、簡潔に、しかしできるだけ具体的に記載する。

推定発病時期は、詳らかにならないこともあるが、可能な範囲で記載する。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」ことを原則とする。高次脳機能障害などの器質性精神障害についても同様である。ただし、これについては例外もあり、広汎性発達障害など発達障害の場合は、多くの専門家の意見に従い、生下時を発病時期とみなすことも可とする。

現在の病状、状態像等： 病名、 病歴、 具体的な病状、の欄との整合性が重要である。ときに 病歴の欄にも、 具体的な病状・状態像の欄にも出てきていない病状・状態像がこの欄のみに唐突に記載(チェック)されていたり、その反対に、

欄に記載されている病状、症状が、この欄では全くチェックされていないような診断書が見受けられる。これらの欄の記載内容との整合性には特に留意が必要である。

特に留意すべきなのが、主病名がてんかんの場合である。主病名がてんかんのときは、等級判定がてんかん発作のタイプと頻度のみによって決定されるという特殊性があるため、発作型、頻度及び最終発作の項目の記載に漏れないように十分に注意すること。

また、主病名または従病名が精神作用物質の乱用・依存・関連精神障害である場合の現在の精神作用物質使用の有無及び最終使用時期の項目は、等級判定上重要な項目なので記載漏れないように注意すること。

病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等：この欄に求められるものは、具体性及び個別性である。すでに 欄にて病状、状態像を選択しているため、この欄には で選択した症状に関して、当該患者における個別的、具体的な状態像を記載する。ある程度の期間にわたって必要な治療を行ったにも関わらず残存している症状を具体的に記載する。その内容が 欄、 欄の記載と照らし合わせて整合性が取れていることが必要である。等級判定の直接の根拠となるのは 欄及び 欄であり、

欄及び 欄は、当該患者の罹患している疾患と、当該患者の有する日常生活能力の障害(欄、 欄に記載されている)が齟齬なく結びつくことを確認するための重要な情報となる。

画像検査、生理学的検査や心理検査の結果については、必要に応じて記載する。検査結果の羅列は避け、等級判定上意味があると考えられる検査結果のみを記載するように努める。等級判定上意味がある検査とは、病状の重さやその変化を判断する参考になるような検査結果のことであり、例えば、認知症患者の診断書においては HDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) や MMSE (Mini-Mental State Examination) のような検査の結果については、できるだけ記載すべきであろう。

生活能力の状態： 欄の記載にあたってまず留意すべきなのは、「単身での生活を想定して生活能力の状態について記載すること」である。 2「日常生活能力の判定」欄と 3「日常生活能力の程度」欄が、単身での生活を想定して選択されていることを前提として、その選択と -1 欄の「現在の生活環境」の情報、 欄から得られる具体的な生活能力障害に関する情報、そして 欄から得られる福祉サービス等の支援の利用状況に関する情報が整合性を有する診断書が求められていることを知っておく必要がある。

1 現在の生活環境：この欄で選択することになる、入院中、施設入所中、在宅単身、在宅家族と同居、などの情報は、それ以降の欄との整合性が重要である。ときに見られることであるが、この 欄の「2日常生活能力の判定」や「3日常生活能力の程度」において、日常生活能力がかなり重篤に障害されているような選択肢を選んでいて、生活環境としては単身生活であり、しかも 欄をみれば何も福祉サービスを利用していないといった内容の診断書が提出されることがある。もちろんそのような場合であっても、実際には家族、親戚、知人、友人などの支援のもとに生活が成立していることはままあるが、そのような個々の状況を含め、生活能力障害の程度と、環境および支援状況に大きな齟齬のないことが読み取れるような診断書の記述が必要である。

2 日常生活能力の判定：この欄には8つの項目があるが、日常生活能力関連項目とされる(1)(2)(3)(6)の4項目と、社会生活能力関連項目とされる(4)(5)(7)(8)の4項目については、等級判定上の意味合いがやや異なるものと心得ておきたい。平成7年9月12日の厚生省保健医療局長通知に示された精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準において、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」を1級相当、「日常生活が著しい制限を受ける程度のもの」を2級相当とし、「日常生活若しくは社会生活が制限を受ける程度のもの」を3級相当としているのは、日常生活に関連する能力と、社会生活に関連する能力をそれぞれ区別して考慮し、そのうえで総合的に判定することを求めているものと解される。したがって、診断書を記載する側としても、1級相当か2級相当かを判定するときにはこの8項目のうち主に(1)(2)(3)(6)の4項目の選択が重視されること、また2級相当か3級相当かを判定するときにはこの8項目のうち主に(1)(2)(3)(6)の4項目によって日常生活に関する能力障害の程度が吟味され、それに(4)(5)(7)(8)の社会生活に関する能力障害の程度を加えて総合的に判定されるということを承知しておくべきだろう。

3 日常生活能力の程度：この欄の選択と等級判定の関係については、平成7年9月12日の厚生省保健医療局精神保健課長通知に示された「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」の「3.能力障害の状態の判定について」の中で、「(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」は「非該当」とされ、「(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」は「おおむね3級程度」、「(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」は「おおむね2級程度」、「(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」および「(5)精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」の2つは「おおむね1級程度」とされていた。この基準は比較的明確であるが、各自治体で実施されている実際の判定業務の中では必ずしもこのように自動的に判定されている訳ではない。「(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。」を3級と、「(5)精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」を1級と判定することが多い一方で、「(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

「(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。」については他の欄の記載内容と併せて検討し、(3)については2級または3級に、(4)については1級または2級に振り分けている自治体が多い。したがって、診断書を記載する側としてもそのような実情を踏まえた上で、表3を参考にしてこの欄の選択肢を選ぶことが現実に即していると言える。

表3 日常生活能力の程度と障害等級(再掲)

日常生活能力の程度	障害等級
(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。	非該当
(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。	おおむね3級程度
(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。	おおむね3級又は2級程度
(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。	おおむね2級又は1級程度
(5)精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	おおむね1級程度

また、この欄において生活能力障害の程度を選択し、次の欄において生活能力障害の具体的状況を記載するに当たっては、「精神障害に起因する生活能力障害」に限定して考慮すべきであって、身体障害や知的障害に起因する生活能力障害を加味することのないように十分注意を払うこと。

子どもの場合には、年齢相応の生活能力が、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。年齢が低いことにより日常生活能力が不十分であることを、精神障害による生活障害に加味するようなことは厳に慎まなければならない。

生活能力の具体的程度、状態等：平成23年の診断書書式改正において新設された項目である。精神障害者保健福祉手帳の等級が、精神障害の残存症状に伴って起きる日常生活上・社会生活上の不具合に対して、それをカバーするために本人の障害程度に見合った福祉的サービスを提供するための目安であるとする、その判定は

障害に伴う日常生活上・社会生活上の不具合を具体的、個別的に判定することによってなされることになる。したがって、その生活障害の程度を具体的、個別的に記載すべきこの欄は、この診断書において最も重要な項目であり、診断書記載時にはこの欄にできるだけ詳細な情報を書き込むことにより、この章の最初で述べたような「本人の生活（上の困難）がイメージできる診断書」を目指すことになる。また、この欄の記載内容と、欄や欄の記載内容、選択項目との整合性が取れていることも重要であり、その点には十分に留意したい。

具体的には、食事、入浴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には通えているのか、成人であれば就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのか、などについての記載が重要である。家事に携わる者であれば家事の達成度は重要な指標となり、また育児を行う立場であれば育児の達成度も重要な指標となるが、この場合の育児に関しては単なる日常生活に関する能力ではなく社会生活に関する能力に近いものと考えて、欄の選択との整合性を図るべきである。

また、子どもの場合は、年齢相応の生活能力が、精神障害の存在によって損なわれている具体的・個別的な内容について記載する必要がある。

なお、アルコール依存症や非器質性睡眠障害など、適切な治療が行われて病状が回復すれば、通常は生活能力障害を残さないとみなされる疾患であっても、なんらかの要因で当該疾患による生活能力障害を残すこともありうるので、そのような場合には本欄に生活能力の障害と、それに対する当該精神疾患の関与について詳細に記載する必要がある。

また、症状に変動が伴う症例においては、生活障害の強さのみでなく、その持続期間についても情報を記載する必要がある。

現在の障害福祉等のサービスの利用状況：現在の福祉サービスの利用状況を具体的に記載する。グループホーム入居中なのか、ケアホーム入居中なのか、ホームヘルパーを利用しているのか、福祉的就労を利用しているのかなど、本人が現在利用している周囲の資源が明らかになるように、生活保護受給などの経済的な自立度を含め具体的に記載するよう努める。

F 0 症状性を含む器質性精神障害

アルツハイマー病型認知症などの認知症や、いわゆる「高次脳機能障害」が含まれるため、今後申請が増える可能性が高いカテゴリーである。

まず、中核症状のみの認知症を手帳の対象とするかどうかについて、若干の議論はあるが、原則対象とする方針が適切である。また、認知症の場合、検査等で量的評価が可能であることから、できるだけ検査結果の記載を求める。この場合、単に検査結果を羅列するのではなく、症状の重さやその変化を判断する上で参考になる検査結果の記載を求める。また、中核症状（記憶障害、見当識障害など）だけでなく、いわゆるBPSD（認知症の行動・心理症状）などの周辺症状がある場合には、さらに、これも指標に加味する。

認知症における身体障害と考えられる部分については、「返戻し、身体障害による制限を除いた診断書の記載を求める」、「診断書の内容から身体障害による制限を差し引いて等級を判定する」などの対応がされているが、実際には、精神症状による制限と身体症状による制限の区別が困難な場合もある。しかしながら、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。

いわゆる「高次脳機能障害」については、平成23年度の診断書改定以降、大部分の自治体において「高次脳機能障害」という病名の使用が認められるようになってきている。「原則的にはICD 10に沿った診断名」を使用するのが本来であるが、一方で診断書全体から見て精神医学的に妥当と考えられるものであれば、「高次脳機能障害」という病名も通常の慣用的診断と同様に認める、と考えるのが適切であろう。また、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。なお、この場合も、検査結果だけではなく、症状の個別的、具体的な記載を求める必要がある。

身体合併症、および発症の原因となった疾患による能力障害がある場合には、それらによる障害を加味するのではなく、主病名（Fコードの疾患）による能力障害で判断する。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」は「F00 アルツハイマー病型認知症」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」「現在の病状、状態像等」「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する。

主たる精神障害である「アルツハイマー病型認知症」に伴う症状として、

幻覚妄想状態

興奮および暴力・衝動行為

などが記載されている。また、検査所見（HDS-R 9/30）からはやや高度の認知症と考えられ、生活能力の障害を来していると考えられる。

どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連のうち2項目が「援助があればできる」であり、2項目は「できない」となっている。

「3 日常生活の程度」では、「(4)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けしており、常時援助を必要とする」となっている。また、「の具体的程度、状態等」

「現在の障害福祉等のサービスの利用状況」から日常生活においては家族の援助が必須であり、訪問看護も利用して自宅での生活ができている状態である。

3. 判定 認知症の中核症状だけでなく周辺症状（BPSD）も見られ、家族の援助と福祉サー

ビスで日常生活が送れている状況から、生活能力の状態はかなりの制限を受けていると考えられ、日常生活及び社会生活における障害の程度は重く、障害等級は1級であると判定される。

4. この症例の留意事項 認知症においては、周辺症状（BPSD）やその他の症状の有無、指標となる検査結

果も参考となる。欄の現在の病状、状態像等、欄の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等の記載を確認する。能力障害の程度については、欄の具体的程度、状態等欄の現在の障害福祉等のサービスの利用状況における記載を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 1	明治・大正・昭和・平成 10年 2月 2日生（満78歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>アルツハイマー病型認知症</u> ICDコード(F00) (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)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 14年 4月 4日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 14年 4月 4日	
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12年 月頃) 定年退職後、自宅で過ごしていたが、平成12年ごろから物忘れや失見当識が徐々に進行した。平成14年4月に当院初診。初診時、失見当識、記憶障害を認めた。当初は定期的に外来に通院していたが、次第に生活リズムも不規則となり、徘徊や被害関係妄想も出現するようになった。その後妻に暴力をふるうようになり、平成16年6月6日から約3カ月間、A病院に入院となっている。退院後は当院再受診。その後、家族の支援で何とか外来受診を続けているが、本人は通院を拒否するようになってきている。 *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)	
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・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 _____ 年 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等 _____) (2) 認知症 3 その他の記憶障害() (4) 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()</p> <p>(12) その他(徘徊)</p>	

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

同居している家族の名前が言えなくなっている。散歩中迷子になり、警察に保護されたことがある。昼夜逆転傾向もみられてきており、時折尿失禁もある。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 HDS - R 9点/30点 平成24年10月]

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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

の具体的程度、状態等

食事や着替え、入浴等、家族の介助が必要。デイ・サービスへの参加は拒否的で、最近散歩することもない。日中は自宅で漫然とテレビをみて過ごすことが多く、夕方から不安定になりやすい。地域の集まりなど、社会的な活動はほとんどできない。家庭での支援は限界に近づきつつある。

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）

訪問看護を利用

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） × ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」は「F06 高次脳機能障害（器質性精神障害）」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」「現在の病状、状態像等」「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する。発病の原因となった疾患名、発症日の記載を確認する。

主たる精神障害である「高次脳機能障害（器質性精神障害）」の症状として、
認知症

興奮、暴力・衝動行為などの精神症状などが記載されている。また検査所見（IQ = 46）から高度の認知症と考えられ、他の精神症状もみられることから、生活能力の障害を来していると考えられる。どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連項目の2項目が「援助があればできる」、2項目が「できない」であり、社会生活関連項目も3項目が「できない」となっている。

「3 日常生活の程度」では、「(4)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けしており、常時援助を必要とする」となっている。また、「1 現在の生活環境」「の具体的程度、状態等」から日常生活においては他者の援助が必須であり、自宅での生活が困難な状態である。

3. 判定 高度の認知症に加えて、その他の精神症状も見られ、発症から入院治療を要する状態

が続いている状況からは、生活能力の状態は著しい制限を受けていると考えられる。日常生活及び社会生活における障害の程度は重く、障害等級は1級であると判定される。

4. この症例の留意事項 記憶障害などの認知機能の障害だけでなく、その他の精神症状の有無、行動の障害の有

無、指標となる検査結果も参考となる。検査所見は、病状の重さや変化が反映される検査が望ましい。欄の生活能力の状態、欄の具体的程度、状態等 欄の現在の障害福祉等のサービスの利用状況における記載を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 2	明治・大正・ 昭和 ・平成 30年11月11日生（満58歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>高次脳機能障害（器質性精神障害）</u> ICDコード（ F06 ） (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）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 24年 3月 3日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 24年 3月 3日	
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）	<p>(推定発病年月 <u>平成24年 3月頃</u>) <u>平成24年2月2日歩行中に乗用車にはなられ後頭部を強打した。A病院に救急搬送され、脳挫傷、左大腿骨骨折で意識不明のまま入院となり、受傷後約1週間で意識は回復した。しかし、知能低下、感情の易変性がみられ、時に興奮・不穏となるため、平成24年3月3日当院に転院となった。認知機能の低下、記憶力低下が著しく、易怒的で衝動行為もみられた。その後、症状に変化はなく、現在も入院中である。</u></p> <p>* 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 <u>頭部外傷</u> 平成24年 2月 2日)</p>	
現在の病状、状態像等（該当する項目を <input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> (6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 <input checked="" type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 (_____)</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 (_____)</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型 (_____) 頻度 (_____) 最終発作 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 2 意識障害 3 その他 (_____)</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 (_____) ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 (_____) 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 _____ 年 _____ 月から）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 3 その他の記憶障害 (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 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 (_____)</p> <p>(12) その他 (_____)</p>	

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等
病室を間違えたり、時に興奮して他患とトラブルになったりすることがある。また、他患や看護師に対して暴力をふるうことがある。落ちているものを拾って食べるといった行為もみられている。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 頭部MRI 両側前頭葉に脳挫傷所見 平成24年2月 IQ
=46 (田中・ビネー式) 平成24年11月]

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 (該当するものを一つで囲む)

(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。

の具体的程度、状態等

睡眠覚醒のリズムは何とか保たれているようだが、夕方～夜間にかけては特に興奮しやすい。食事は用意されていれば自分で食べることはできるが、自分で食事の準備をしたりすることはできない。着替えや入浴には介助が必要。ときには、介助する職員に抵抗することもある。レクリエーションへの参加も自発的にはできない。

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)

利用なし

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)
× ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」は「F02 前頭側頭葉型認知症（ピック病型認知症）」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」「現在の病状、状態像等」「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する。

主たる精神障害である「前頭側頭葉型認知症（ピック病型認知症）」に伴う症状として

興奮や暴力・衝動行為等の周辺症状（BPSD）があること

入院後も症状が進行していること

などが記載されている。また、検査所見（HDS-R 0/30 MRI 著明な脳委縮）からは高度の認知症と考えられ、生活能力の障害を来していると考えられる。どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活能力関連の3項目が「できない」であり、残り1項目も「援助があればできる」である。

「3 日常生活の程度」では、「(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」となっている。現在入院中であるが、「の具体的程度、状態等」から自分では何もできない状態である。

3. 判定 認知症の中核症状だけでなく周辺症状（BPSD）も見られ、発症から現在まで入院

治療を要する状況から、生活能力は著しく低下した状態と考えられ、日常生活及び社会生活における障害の程度は極めて重く、障害等級は1級であると判定される。

4. この症例の留意事項 認知症においては、周辺症状（BPSD）やその他の症状の有無、指標となる検査結

果も参考となる。欄の現在の病状、状態像等、欄の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等の記載を確認する。さらに、欄の生活環境 欄の具体的程度、状態等 欄の現在の障害福祉等のサービスの利用状況における記載を参考にして、能力障害の程度を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 3	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 26年3月3日生（満62歳）
住所	県 × × 市 区 . . .	
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>前頭側頭葉型認知症(ピック病型認知症)</u> ICDコード (F 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)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 21年 4月 4日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 21年 4月 4日	
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19年 月頃) 平成19年頃から物忘れ、場所の見当識障害が出現。翌年には、仕事である自動車の運転ができなくなった。徐々に物忘れ、だらしなさ、意欲低下などの人格変化、認知機能の低下が進行し、58歳で退職した。平成21年4月4日当院受診し、高度の認知機能の低下に加えて、性的抑制欠如、暴力行為、自発性低下などの性格変化が著しく、同日当院に入院となった。現在まで入院中であるが、認知機能低下はさらに進行し、自発語は全く消失し、日常生活でも全面的に介助を要する状態となった。 *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 _____ 年 月 日）	
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><u>(4)</u> 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 <u>興奮</u> 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()</p> <p><u>(5)</u> 統合失調症等残遺状態 1 自閉 <u>(2)</u> 感情平板化 <u>(3)</u> 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p><u>(6)</u> 情動及び行動の障害 1 爆発性 <u>(2)</u> 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 _____ 年 月から）</p> <p><u>(10)</u> 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 _____） <u>(2)</u> 認知症 3 その他の記憶障害 () <u>(4)</u> 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 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 認知症は重度であり、言語によるコミュニケーションが不可能な状態である。自発性も徐々に低下しているが、時折興奮し、暴力的な行為に及ぶことがある。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 HDS - R 0点/30点 平成24年11月
頭部MRI 著明な脳委縮 平成21年 5月]

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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

の具体的程度、状態等 日中は車いすを利用しているが、自ら操作することはない。食事は用意されれば食べる。着替え、排泄、入浴には介助が必要だが拒否することもある。レクリエーション等に参加することもなく、終日じっとしていることが多い。他者に対して時に暴力的な行為をする以外、他者との接触は全くない

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

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 ×× 区 . . .
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) × ×

F 1 精神作用物質による精神および行動の障害

平成15年1月の発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き」(診断書作成・障害等級判定マニュアル)(日本公衆衛生協会)のQ & Aで、「アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とはならない」と記載され、「離脱症状による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である」とされているため、これまで多くの自治体では基本的にそのような取り扱いが行われていたものと思われる。一方、アルコールや薬物などの物質依存をはじめ、ギャンブル、買い物、インターネットなどのいわゆるプロセス依存の事例が精神科医療に登場する機会も増えており、また、うつ病などの合併精神障害がある場合の取り扱いについても整理する必要がある。さらに、診断書様式変更に伴い精神作用物質の不使用期間の記載欄が作られたことなどから、不使用期間をどのように取り扱うかについても、方針を定める必要がある。

本マニュアルでは、概ね6か月間の断酒等の不使用期間があることを原則として、依存症治療の進捗状況を考慮することを条件に、アルコール依存症の病名に対して、手帳の交付を一律に閉ざすものではないという方針としている。これは、通常、断酒によって回復が得られれば特に障害を残さないことが多いはずのアルコール依存症であっても、診断書上の従たる精神障害の診断や、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対象となる場合も実際の臨床場面では想定されるからである。

また、アルコール依存症に限らず、薬物、ギャンブルなど、より広い範囲の依存症についても、同様の考え方としている。しかしながら、いずれの場合も、クリーンな期間やスリップの状況、就労などの状況等を含め、治療の進捗状況が読み取れるよう、より具体的な記載が求められることになる。

精神作用物質の不使用期間については、6か月間の不使用期間を一つの目安とし、原則半年間の断酒・断薬ののちに生活能力の状態を中心とした評価を行うこととする。実際の臨床現場では、治療の経過の上で、いわゆるスリップなど一時的な物質使用が勘案される場合もあるため、この点については、欄等に、主治医による具体的な記載を求めることとする。

以上のことを踏まえ、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、以下の様に整理した。

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も、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. アルコールや薬物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。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F10 アルコールによる精神病性障害」と診断されている。
「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、
「の病状、状態像等の具体的程度。症状、検査所見 等」欄の記載から、病名を支持する病態や状態像であることを確認する。

主たる精神障害である、「アルコールによる精神病性障害」に伴う症状として、幻覚や妄想、易刺激性や暴力・衝動行為などの症状が記載されている。また、「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」とされているため、一定期間の不使用期間があること、治療が継続されていることを診断書から確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」欄では、日常生活能力関連とされる(1)(2)(3)(6)の4項目のうち2項目が「援助があればできる」、2項目が「自発的にできるが援助が必要」となっている。社会生活能力関連とされる(4)(5)(7)(8)の4項目のうち、4項目すべてが「援助があればできる」となっている。

「3 日常生活能力の程度」欄は「(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。また、「の具体的程度、状態等」から、就労は困難な状況で、自宅に閉じこもりがちになり、自助グループへの参加も困難になっていることが記載されている。

3. 判定 入院治療を含めて医療的な関わりがなされてきたが、長年の飲酒による精神障害が生

活能力の状態にかなり影響していることが読み取れる。家族等によるサポートで何とか障害福祉等のサービスを利用せずにこれまでやってきたが、飲酒が止まっているにもかかわらず、生活能力の判定に関連した状況については徐々に厳しくなっているようである。单身生活を想定すると、在宅の場合、かなりのサポートが必要であると推測される。そのような状況から生活能力の状態の程度を中心に2級相当と判定される。

4. この症例の留意事項 アルコール使用による精神および行動の障害については、不 使用の期間の確認が必要

となる。飲酒が続いている場合、「飲酒を続けている状態のものは、手帳の対象とはしない」とされている。さらに、一定期間の不使用期間を経ないと、生活能力の状態の評価について、飲酒継続による影響かをどうかを判断することは困難である。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 4	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 38年3月5日生（満50歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>アルコール性精神障害</u> ICDコード（ F 1 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・ <u>無</u> ）種別 _____ 級）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和</u> ・平成 10年10月10日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和</u> ・ <u>平成</u> 10年10月10日	
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10年 月頃） 10代後半からの飲酒歴がある。大学卒業後建設会社に就職したが、仕事上の酒の席に出ることが多く、飲酒量が徐々に増えていった。34歳時に、仕事が忙しく生活が不規則になっていたころ不眠、不安、興奮や幻覚などの症状が出現し、抑うつ的ともなったため、平成10年10月10日家族に付き添われて当院初診となった。約2か月間の入院治療を受け、概ね精神症状は治まったが、退院後しばらくすると、飲酒を再開していた。平成22年9月、体調を崩して仕事を休んでいる時に、せん妄状態となり当院に再入院した。平成22年12月退院し、その後は飲酒していないようだが、職場に帰ることが困難で、仕事は結局退職した。平成23年ごろからは、妻に対する嫉妬妄想が出現しだし、時に興奮して妻に対して暴力をふるうこともある。外来通院は何とか継続しているが、服薬については、妻の管理がないと難しい状況である。 * 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）	
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 行為心迫 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 平成22年 10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()		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 比較的落ち着いていることもあるが、時に易怒的となり、妻に対する嫉妬妄想も出現する。暴力もみられる。幻視も残存している可能性が高い。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 C Tで脳全体に軽度の萎縮あり（平成24年6月）

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。

の具体的程度、状態等 就労は困難で、家族によるサポートも難しくなっている。自宅に閉じこもりがちで、外出も徐々に少なくなっている。自助グループへは以前通っていたこともあるが、最近は、行くことが困難になってきている。

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）

利用なし

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） _____ × ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F15 覚せい剤による精神障害」と診断されている。

「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的程度。症状、検査所見 等」欄の記載から、病名を支持する病態や状態像であることを確認する。

主たる精神障害である、「覚せい剤による精神障害」に伴う症状として、幻覚や妄想、易刺激性や爆発性などの症状が記載されている。また、アルコール精神病の場合と同様に、一定期間の不使用期間があること、治療が継続されていることを診断書から確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」の欄では、日常生活能力関連とされる(1)(2)(3)(6)の4項目のうち1項目が「援助があればできる」、3項目が「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」となっている。社会生活能力関連とされる(4)(5)(7)(8)の4項目のうち、4項目すべてが「援助があればできる」となっている。「3 日常生活能力の程度」の欄は「(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。

3. 判定 過去の入院治療を含め、医療的な関わりは継続されているが、単身で生活保護受給中

であり、就労にはまだ課題が多いようである。本来ならば、単身生活であり、障害福祉サービスが必要な状態と考えられるが、本人が拒否的で導入に時間を要している。そのような生活能力の状態の程度から、2級相当であると判定される。

4. この症例の留意事項 覚せい剤等、薬物による精神障害に対する手帳の判定にはアルコール同様、不使用の

期間の確認が必要となる。また、アルコールに準ずれば、治療中断している場合も非該当となるため、通院状況に関しても、詳細な記載が求められる。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）+

氏名	症例 5	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 40年 2月 9日生（満48歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>覚せい剤による精神病性障害</u> ICDコード（ F 1 5 ） (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）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和</u> ・平成 63年 10月 1日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和</u> ・平成 17年 7月 3日	
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63年 月頃）17歳から20歳までシンナーを使用。20歳ごろからは覚せい剤を使用し、23歳ごろには、幻聴や被害関係妄想がみられるようになった。23歳時にAクリニックに通院するようになったが、再使用を繰り返し、平成3年には、6か月間の実刑となり服役している。出所後、Aクリニックに比較的規則的に通院していたが、被害関係念慮は残存していた。40歳時、飲酒を契機に精神運動興奮状態となり、当院に平成17年7月から10月まで約3か月間入院治療となった。その後、当院への外来受診を継続している。退院後は、薬物の使用は止まっているが、なかなか就労には至らず、生活保護を受給しており、自宅で閉居することが多い。 *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 _____ 年 月 日）	
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 行為心迫 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・ <u>無</u> （不使用の場合、その期間 平成17年 7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（ _____ ）		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等音に関する過敏性や関係念慮が原因で、反応的に易怒的、情動不安定になることがある。時に症状増悪し、不眠や幻聴、被害関係妄想が出現するようになる。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 M R I で脳全体に軽度の萎縮あり（平成 2 4 年 6 月）

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

1 現在の生活環境

入院・入所（施設名） 在宅 単身・イ 家族等と同居）・その他（ ）

2 日常生活能力の判定（該当するものを一つで囲む）

- (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) 社会的な手続きや公共施設の利用
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。

の具体的程度、状態等 他人との良好な関係を築きにくく、孤立傾向にある。就労に対する意欲はあるようだが、なかなか実際の活動につながらないまま、自宅で過ごす時間が多い。障害福祉サービスの利用が有効と考えるが、現在のところ本人が導入に拒否的である。

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 1 7 年法律第 1 2 3 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）

生活保護受給中（平成 1 9 年 4 月～）

備考

上記のとおり、診断します。

平成 2 5 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） × ×

F 2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害

統合失調症は、判定の数も多く、比較的議論される場所は少ないが、診断書の記載内容が不十分であったり、病歴と生活能力の状態とに乖離があるもの、あるいは、生活能力の状態の中で、日常生活能力の判定と日常生活能力の程度との間に乖離がみられたりする場合が時折見られ、判定の際に問題とされることがある。

原則として、判定に当たっては、病歴や治療の経過、病状・状態像等を背景にした、精神障害者の「生活能力の状態」を総合的に判断する。「日常生活能力の程度」の記載によって、機械的に等級を判定するものではない。

統合失調症は、急激に発症するもの、緩徐に進行するもの、幻覚や妄想、精神運動興奮などのいわゆる陽性症状が目立つものから、自閉、感情平板化などのいわゆる陰性症状や残遺状態が目立つものまでさまざまであり、経過や生活状況を注意深く見ていく必要がある。「生活能力の状態」については、単にできる・できないではなく、具体的な情報を要する。そのためにも、「の具体的程度、状態等」への詳細な記載が必要である。

適正な判定がされるためにも、診断書の記載内容に齟齬を生じることなく、詳細かつ正確な記載がのぞまれる。

尚、手帳の趣旨からして、「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」とされている「F 2 3 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としない方針とする。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」は「F20 統合失調症」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」「現在の病状、状態像等」「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する。さらに、病状の変化や治療経過の記述と現在の病状や状態像について齟齬がないか、当該患者の個別的具体的な状態を確認する。

主たる精神障害である「統合失調症」の症状として、

幻覚妄想が残存していること

一方で残遺症状が徐々に進行していること

病状は今なお不安定であること

などが記載されている。初診以降、長期にわたり治療を継続しているが症状が残存しており、生活能力の障害を来していると考えられる。

どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連の項目はすべてが「援助があればできる」となっている。「3 日常生活能力の程度」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。また、「の具体的程度、状態等」から日常生活においては家族の援助が必要で、援助の上でデイケアに通えている状態である。

3. 判定 統合失調症の症状は治療によっても消退しておらず、日常生活でも家族の援助が必要

な状況から、生活能力の状態はかなりの制限を受けていると考えられる。さらに、デイケア通所も援助によって何とか可能である現状から、日常生活及び社会生活における障害の程度は重く、障害等級は2級であると判定される。

4. この症例の留意事項 まず、病名、病状、治療経過、現在の状態像の整合性について確認する。治療経過に

については、具体的な記載が望ましい。能力障害については、欄の具体的程度、状態等欄の現在の障害福祉等のサービスの利用状況における記載を参考にその程度を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 6	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 49年6月6日生（満39歳）
住所	県 × × 市 区 . . .	
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>統合失調症</u> ICDコード（ F20 ） (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード（ _____ ） (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳（有・ <u>無</u> 、種別 _____ 級）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 12年 12月 12日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 15年 5月 5日	
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）	<p>（推定発病年月 平成12年 月頃）高校3年生のころより人付き合いが悪くなり家族とも話さなくなった。大学に進学したが、2年で中退した。その後アルバイトをするが長続きせず、平成12年ころから、被害関係妄想や幻聴がみられるようになった。同年12月12日 病院受診し、約3か月間入院。退院後は病院外来に通院していたが、平成15年5月に幻覚妄想状態となり、同年5月5日当院に医療保護入院となった。退院後は当院外来に通院を継続している。些細なことで病状は不安定となりやすいが、デイケアに何とか通っている。</p> <p>* 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）</p>	
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><u>(3)</u> 幻覚妄想状態 <u>1</u> 幻覚 <u>2</u> 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><u>(5)</u> 統合失調症等残遺状態 <u>1</u> 自閉 <u>2</u> 感情平板化 <u>3</u> 意欲の減退 4 その他（ _____ ）</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他（ _____ ）</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他（ _____ ）</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型（ _____ ） 頻度（ _____ ） 最終発作（ _____ 年 月 日） 2 意識障害 3 その他（ _____ ）</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他（ _____ ） ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他（ _____ ） 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 _____ 年 月から）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等 _____ ） 2 認知症 3 その他の記憶障害（ _____ ） 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他（ _____ ） 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他（ _____ ）</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他（ _____ ）</p> <p>(12) その他（ _____ ）</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 テレパシー体験や、自分の行動にコメントする形の幻聴が残存し、時に本人を非常に苦しめている。感情の平板化や意欲の減退は徐々に進行している。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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・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。

の具体的程度、状態等 家族の協力で、なんとか家庭生活ができています。デイケアには通っているが、家族に送迎されることも多い。デイケアではプログラムに参加することは少なく、他のメンバーとの交流も殆どない。就労は困難な状態。

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）

デイケア利用中

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） × ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」は「F20 統合失調症」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」「現在の病状、状態像等」、「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する。さらに、病状の変化や治療経過の記述と現在の病状や状態像について齟齬がないか、当該患者の個別的具体的な状態を確認する。

主たる精神障害である「統合失調症」の症状として、
活発な幻覚妄想が存在し、一方で残遺症状も進行していること
治療抵抗性であること

病状は不安定で入退院を繰り返していること
などが記載されている。

長期にわたり治療を継続しているが、治療抵抗性で陽性症状及び陰性症状を認める。さらに、病状が不安定でこれまで入退院を繰り返しており、著しい生活能力の障害を来していると考えられる。

どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」、「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、1項目を除きすべて「できない」であり、「援助があればできる」は1項目となっている。「3 日常生活能力の程度」では、「(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」となっている。「の具体的程度、状態等」からも、日常生活において常時援助が必要であり、自らできることは極めて限られている状態であることが確認できる。

3. 判定 治療を継続しているが、病状は不安定で入退院を繰り返し、さらに長期入院中の状態

である。生活能力の状態は著しい制限を受けていると考えられ、日常生活及び社会生活における障害の程度は極めて重度であり、障害等級は1級であると判定される。

4. この症例の留意事項 まず、病名、病状、治療経過、現在の状態像の整合性について確認する。治療経過に

ついては、具体的な記載が望ましい。能力障害については、欄の具体的程度、状態等の記載を参考にその程度を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 7	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 40年7月7日生（満48歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>統合失調症</u> ICDコード（ F 2 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・ <u>無</u> 、種別 _____ 級）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 3年 11月 11日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 3年 11月 11日	
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 <u>平成 2年</u> 月頃）大学を卒業し銀行に就職したが、平成2年ごろから無断欠勤するようになった。平成3年秋頃から、食物に毒を入れられたという被害妄想を訴え、同年11月11日に当院を受診した。当初外来治療を行っていたが、年末に激しい興奮状態となり、当院に入院となった。翌年退院したが、服薬中断し症状が再燃し再入院。その後当院に入退院を繰り返している。平成21年興奮状態となり当院に9回目の入院となり、現在まで引き続いて入院中である。 * 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）	
現在の病状、状態像等（該当する項目を <input checked="" type="checkbox"/> 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 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他（ _____ ） (3) <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚妄想状態 1 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚 2 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 3 その他（ _____ ） (4) <input checked="" type="checkbox"/> 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 2 <input checked="" type="checkbox"/> 昏迷 3 <input checked="" type="checkbox"/> 拒絶 4 その他（ _____ ） (5) <input checked="" type="checkbox"/> 統合失調症等残遺状態 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自閉 2 <input checked="" type="checkbox"/> 感情平板化 3 <input checked="" type="checkbox"/> 意欲の減退 4 その他（ _____ ） (6) <input checked="" type="checkbox"/> 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（ _____ ）		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 入院が長期化しており、無為自閉が目立ち好禱的な状態にある。幻聴や被害関係妄想は治療に抵抗性であり、時に拒食、興奮がみられる。身体は不潔で常に介助、指導を要し、他患との接触もほとんどみられない。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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。

の具体的程度、状態等 妄想から拒食することがある。着替えや入浴は職員の促しがないと行わない。他患との交流は全くなく、家族の 面会も短時間で席をはずしてしまう。院内の作業療法には、参加できないことも多い。入院が長期化し、家族の協力が次第に得られなくなっている。

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）

利用なし

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）
× ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」は「F20 統合失調症」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」「現在の病状、状態像等」「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する。さらに、病状の変化や治療経過の記述と現在の病状や状態像について齟齬がないか、当該患者の個別的具体的な状態を確認する。

主たる精神障害である「統合失調症」の症状として、

幻覚妄想状態が残存していること

病状は安定に向かってはいることなどが記載されている。継続した治療により症状は落ち着いてきているが、大学中退

を余儀なくされており、ある程度の生活能力の障害を来していると考えられる。どの

程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連のうち3項目が「自発的にできるが援助が必要」であり、1項目が「援助があればできる」となっている。社会生活関連項目はすべて「援助があればできる」となっている。「3 日常生活能力の程度」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。また、「の具体的程度、状態等」から日常生活において家族の援助が必要だが、デイケアにはほぼ適応できている状態である。

3. 判定 症状は軽快しつつも残存しており、日常生活能力は一定の援助が必要な状態であり、

社会生活上かなりの援助を必要としている。「の具体的程度、状態等」の記載からは、デイケアに通ってはいるが、まだまだ課題が多い状況である。日常生活及び社会生活における障害の程度は重く、障害等級は2級であると判定される。

4. この症例の留意事項 まず、病名、病状、治療経過、現在の状態像の整合性について確認する。治療経過に

については、具体的な記載が望ましい。能力障害については、欄の具体的程度、状態等欄の現在の障害福祉等のサービスの利用状況における記載を参考にその程度を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 8	明治・大正・昭和・平成 1年 10月 10日生（満24歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>統合失調症</u> ICDコード（ F 2 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）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 21年 7月 7日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 22年 9月 9日	
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21年 月頃）都内の女子大に通っていたが、平成21年春頃から次第に幻聴に行動を左右されるようになり、また「ストーカーに追われている」「盗聴器がしかけられている」といった妄想も出現し、アパートに閉じこもるようになった。友人の連絡で家族が上京、平成21年7月7日A病院を受診し同日入院となった。退院後は外来治療を続けていたが、異性関係によるストレスを契機に症状が再燃。大学3年で中退した。その後、実家に戻り、平成22年9月当院受診。以後外来通院を継続し、当院のデイケアにも通い、比較的規則正しい生活ができるようになってきた。 *器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日（疾患名 年 月 日）	
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 行為心迫 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（ ）		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 現在なお幻聴が残存しており、時に服薬を忘れることがある。デイケアでは他患との交流は少しはみられているが、デイケア以外に一人で外出することはほとんどない。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

の具体的程度、状態等 自宅では母親に依存した生活である。デイケアには、ほぼ毎日通っている。本人は将来的な就労への意欲はあるが、デイケアでも、集中力や持続力等、課題は多い。他者との交流もほとんどなく過ごす。デイケアでのプログラムによっては、緊張が高まり、途中休憩室で休んだりしている。アルバイトを含め就労の経験はない。

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）

デイケア利用中

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）
× ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」は「F20 統合失調症」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」「現在の病状、状態像等」「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する。さらに、病状の変化や治療経過の記述と現在の病状や状態像について齟齬がないか、当該患者の個別的具体的な状態を確認する。

主たる精神障害である「統合失調症」の症状として、

幻覚妄想はほぼ消退していること

残遺症状として、自閉、感情平板化がみられる

病状は安定し外来通院のみで経過していること

などが記載されている。初診以降、長期にわたり治療継続しており、ある程度の生活能力の障害を来していると考えられる。

どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活関連の3項目が「自発的にできる」であり、社会生活関連の3項目が「おおむねできるが援助が必要」である。

「3 日常生活能力の程度」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。また、「の具体的程度、状態等」から日常生活においては単身生活が可能で、時々アルバイトができる状態である。

3. 判定 統合失調症の症状は残存しているが、特に障害福祉等のサービスを利用せずに単身生

活が送れていることから、生活能力は一定の制限を受ける程度であり、不定期ではあるが就労も可能なことから、日常生活及び社会生活における障害の程度は重くはなく、障害等級は3級であると判定される。

4. この症例の留意事項 まず、病名、病状、治療経過、現在の状態像の整合性について確認する。治療経過に

については、具体的な記載が望ましい。能力障害については、欄の具体的程度、状態等欄の現在の障害福祉等のサービスの利用状況における記載を参考にその程度を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 9	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 54年12月12日生（満34歳）
住所	県 × × 市 区 . . .	
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>統合失調症</u> ICDコード（ F20 ） (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード（ _____ ） (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳（有・ <u>無</u> 、種別 _____ 級）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 20年 11月 11日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 20年 11月 11日	
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 <u>平成20年</u> 月頃）大学卒業後事務員として勤めていたが、平成20年頃に幻聴や被害関係妄想が出現。取引会社に大量の苦情メールを送り続けたことが問題となり解雇となった。平成20年11月11日当院受診。以後外来通院を続けている。幻覚妄想状態は治療により軽快し、ときにアルバイト程度の仕事につくが、対人関係の問題などで長続きせず、短期間で職を転々としている。現在は、障害者枠での就労に向けて準備を進めている。 *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）	
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 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他（ _____ ） (3) <u>幻覚妄想状態</u> 1 <u>幻覚</u> 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) <u>統合失調症等残遺状態</u> 1 <u>自閉</u> 2 <u>感情平板化</u> 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（ _____ ）		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 現在、幻覚や妄想はほぼ治まっている。しかし、対人関係に課題が残っており、「自分の病気が職場にばれるのではないか」など、社会生活上の不安も強い。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

の具体的程度、状態等 単身生活である。就労はアルバイト程度で、継続期間は長くても3か月程度である。求職活動に積極的ではあるが、面接まで行っても採用に至らないことが多い。現在は、障害者枠での就労に向けて動いている。

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）

今後は、障害者職業センター、ハローワーク等の支援を受けて就労を目指す

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 x x x x x
診療担当科名 精神科 医師氏名（自署又は記名捺印） x x

F 3 気分（感情）障害

気分障害患者数は増加しており、今後も手帳申請数は増加するものと考えられるが、一方で、比較的軽症のうつ病や、罹病期間の短いうつ病では、今後の障害の程度の判定がより一層難しくなると考えられる。そのため、判定に必要な情報を十分に記載してもらうことが重要となっている。実際の判定では、欠席・休暇などを含めた就学・就労状況や、家事の実施状況など、具体的な記述を求める必要が生じると思われる。

手帳の取得については、厚生労働省の施行規則や通知では、初めて医師の診察を受けた日から6か月を経過した日以降の診断書が必要とされている。この点について、治療中断や通院が不規則になっている場合には、初診年月日の考え方に、自治体間で差異が生じる可能性があるが、本マニュアルでは、中断期間があっても、最初に医療機関で医師の診察を受けた日を初診年月日とする。ただし、「十分な治療の後に等級判定を行う」という原則に従って、中断後治療を再開して半年に満たない場合は、非該当もしくは3級と判定することになる。

双極性障害などにおいては、症状が激しい時期や軽快している時期があるなど、症状に変動が伴うことが多いため、過去2年間における症状の変動、それに伴う重篤な生活障害の持続期間についても情報の記載を求めるべきである。一時的な激しい症状の時期の記載のみによって判定することのないように留意が必要である。

なお、気分変調症については、うつ病エピソードや反復性うつ病性障害に比べて、さらに病状の評価が難しい場合が多く、等級の判定を困難にしている。病状やその変化の詳細な記述が必要とされる他、実際の就労状況（病休、休職、退職、アルバイトの状況）や、就労以外の生活状況（趣味に関する活動など）、入院治療の有無（入院形態を含めて）などの情報も、等級判定上の参考とすることが望ましい。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F33 反復性うつ病性障害」と診断されている。「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」では、うつ病相の繰り返しについて記載があり、比較的長期の経過で、症状も増悪～軽快と変化しているが、何とか入院治療に至らず外来治療で治療継続がされている。「現在の病状、状態像等」では、思考・運動抑制、抑うつ気分、自殺念慮や、強度の不安・恐怖感などが該当している。

2. 生活能力の状態

「生活能力の状態」を確認すると、「2 日常生活能力の判定」の欄では、日常生活能力関連とされる(1)(2)(3)(6)の4項目のうち3項目が「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」、1項目が「援助があればできる」となっている。

社会生活能力関連とされる(4)(5)(7)(8)の4項目のうち、3項目が「おおむねできるが援助が必要」、趣味・娯楽への関心、文化社会的活動への参加の1項目が、「できない」となっている。

「3 日常生活能力の程度」欄では、「(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。

家庭の主婦であることから、家事能力を参考にみると、何とか最低限の家事はこなしている状態と記載されている。

3. 判定 機能障害の状況を確認し、生活能力の状態から、現時点では3級相当と判定される。

4. この症例の留意事項 気分（感情）障害の事例では、比較的短期間に症状の増悪や改善などの変化がみられ

ることも多く、現在の状態が把握しづらいこともある。手帳の等級判定のためには、生活能力の状態の評価に関連する就労・就学状況、休職や不登校の状況などの記載も等級判定には重要となってくる。主婦の場合は、家事の状況や、通院の状況（単独受診が可能かどうか）、交遊関係、趣味や外出など、本人の生活能力の参考になるような事項の記載が求められる。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 10	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 48年2月8日生(満40歳)
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>反復性うつ病性障害</u> ICDコード(F33) (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)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 20年 10月 10日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 20年 10月 10日	
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20年 3月頃) 平成20年3月ころから、近隣家庭とのトラブルを契機に、不眠、抑うつ、頭重感などが出現した。かかりつけ医から精神安定剤や睡眠導入剤の処方を受けたが、あまり病状が改善しないため、平成20年10月当院受診。抗うつ薬投与で症状の改善が見られ、治療も一旦は終了しかけたが、平成24年に長男の進学の問題で、不安、不眠、抑うつ気分などが再燃し、抗うつ薬による治療を再開している。自殺念慮が時に強まるため、入院治療についても話し合われたが、ご家族の希望もあって、なんとか外来治療を継続している。 *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)	
現在の病状、状態像等(該当する項目を <input type="checkbox"/> で囲む)		
<p>(1) <input checked="" type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他(自殺念慮)</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他(_____)</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 不安及び不穏 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他(_____) ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他(_____) 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 _____ 年 月から)</p> <p>(10) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他(_____)</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 最低限の家事は何とかこなしているが、時に寝込むことがあり、その場合は、長女が手伝うなど、家族のサポートで対応されている。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期

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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

の具体的程度、状態等 比較的調子のよいときには、家族と一緒に外出したりすることが可能であるが、おおむね最低限の家事をこなす以外は臥床がちである。基本的に単独で通院が可能であるが、不眠が強いときなど、時にご家族の同伴が必要となる場合がある。

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）

特に利用なし

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） × ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F31 双極性感情障害」と診断されている。

「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的程度。症状、検査所見 等」欄の記載から、病名を支持する病態や状態像であることを確認する。躁病相、うつ病相ともに重篤で、外来治療では不十分なことが多く、10回以上の入院となっている。また、病相の変化も頻回で年に4回程度であり、安定した時期が少ないなどの状況が記載されている。

2. 生活能力の状態

現在も入院治療が継続されており、「2 日常生活能力の判定」の欄では、日常生活能力関連とされる(1)(2)(3)(6)の4項目のうち3項目が「援助があればできる」、1項目が「できない」となっている。社会生活能力関連とされる(4)(5)(7)(8)の4項目のすべてが「援助があればできる」となっている。

「3 日常生活能力の程度」の欄は「(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。」となっている。

また、会社は退職し今後の就労も困難と推定され、生活保護を受給している状況である。社会適応レベルの低下が著しいことも記載されている。

3. 判定 頻回に病相の変化を繰り返す難治事例で、生活能力の状態も制限が多く、常時援助を

必要とする状態であることが記載されており、生活能力の状態の程度から現状では2級であると判定される。

4. この症例の留意事項 気分（感情）障害では、病状、病相の変化によって、手帳の等級判定が非常に困難に

なる場合がある。今後の経過の中でも、病状の変化があると考えられるが、正確な生活能力の状態評価につながるように、診断書記載にあたっては、なるべく最近の状況をも遺漏なく記載することを求めたい。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 11	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 48年9月3日生(満40歳)
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>双極性感情障害</u> ICDコード(<u>F31</u>) (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)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 15年 10月 10日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 15年 10月 10日	
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)	<p>(推定発病年月 平成15年 7月頃) 大学卒業後商社に就職し、順調に仕事をこなし、明朗活発で人望も厚かった。平成14年ごろから、会社で大きなプロジェクトを任されるようになり、帰宅が遅くなるが増えた。次第に会社に泊まり込むようになり、同僚や上司に対して不平・不満を言ったり、時に易怒的になったりすることがみられるようになった。また、業務に関係のないものを大量に購入するなど浪費が度を超してみられるようになったため、上司に付き添われて、平成15年10月当院を受診し即日入院となった。約6か月の入院治療の後、外来通院を継続していたが、平成17年4月に自殺企図し、再入院となった。その後、躁状態とうつ状態を頻回に繰り返すようになり、その都度外来での治療では困難な状態となり、当院への入院も短期のものを含め計10回以上となっている。</p> <p>* 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)</p>	
現在の病状、状態像等(該当する項目を <input type="checkbox"/> で囲む)		
<p>(1) <input checked="" type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input checked="" type="checkbox"/> 1 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 2 易刺激性、興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> 4 その他(自殺念慮)</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 躁状態 <input type="checkbox"/> 1 行為心迫 <input type="checkbox"/> 2 多弁 <input checked="" type="checkbox"/> 3 感情高揚・易刺激性 4 その他(_____)</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 1 幻覚 <input type="checkbox"/> 2 妄想 <input type="checkbox"/> 3 その他(_____)</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____)</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 1 自閉 <input type="checkbox"/> 2 感情平板化 <input type="checkbox"/> 3 意欲の減退 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____)</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 1 爆発性 <input type="checkbox"/> 2 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 3 多動 <input type="checkbox"/> 4 食行動の異常 <input type="checkbox"/> 5 チック・汚言 <input type="checkbox"/> 6 その他(_____)</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 1 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 2 強迫体験 <input type="checkbox"/> 3 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 4 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> 5 その他(_____)</p> <p>(8) <input type="checkbox"/> てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) <input type="checkbox"/> 1 てんかん発作 発作型(_____) 頻度(_____) 最終発作(_____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2 意識障害 <input type="checkbox"/> 3 その他(_____)</p> <p>(9) <input type="checkbox"/> 精神作用物質の乱用及び依存等 <input type="checkbox"/> 1 アルコール <input type="checkbox"/> 2 覚せい剤 <input type="checkbox"/> 3 有機溶剤 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____) <input type="checkbox"/> ア 乱用 <input type="checkbox"/> イ 依存 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 知能・記憶・学習・注意の障害 <input type="checkbox"/> 1 知的障害(精神遅滞) <input type="checkbox"/> ア 軽度 <input type="checkbox"/> イ 中等度 <input type="checkbox"/> ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等 _____) <input type="checkbox"/> 2 認知症 <input type="checkbox"/> 3 その他の記憶障害(_____) <input type="checkbox"/> 4 学習の困難 <input type="checkbox"/> ア 読み <input type="checkbox"/> イ 書き <input type="checkbox"/> ウ 算数 <input type="checkbox"/> エ その他(_____) <input type="checkbox"/> 5 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 6 注意障害 <input type="checkbox"/> 7 その他(_____)</p> <p>(11) <input type="checkbox"/> 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 1 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> 4 その他(_____)</p> <p>(12) <input type="checkbox"/> その他(_____)</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 現在、うつ状態で入院中であるが、躁うつ気分の変動を年間4回程度繰り返している。躁状態は2～3か月持続し、この間は爽快気分、興奮、浪費、誇大的となるため、入院治療に至っている。安定した時期は少なく、抑うつ的となり易く、うつ状態の時には精神運動抑制が強く臥床しがちで、身の回りのことがほとんどできなくなってしまうため、やはり入院治療が必要となることが多い。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期

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（該当するものを一つで囲む）

(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。

の具体的程度、状態等

会社は休職を経て退職となり、平成20年から生活保護を受給している。今後の就労は困難で、地域で必要最低限の生活をいかに維持できるかが課題である。発病後の社会適応レベルの低下が著しい。

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）

生活保護受給中

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）

× ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F34 気分変調症」と診断されている。

「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的程度。症状、検査所見等」欄の記載から、病名を支持する病態や状態像であることを確認する。

気分変調症の診断名であり、慢性的な憂うつ気分、意欲低下、強度の不安によりひきこもりがちで、昼夜逆転の生活リズムとなっており、自らの趣味などに関して以外は、通院や外出が難しい状況と記載されている。

2. 生活能力の状態 現在家族と同居されているが、日常のことは親にかなり依存しており、「日常生活能

力の判定」の欄では、日常生活能力関連とされる(1)(2)(3)(6)の4項目のうち4項目が「自発的にできるが援助が必要・概ねできるが援助が必要」となっている。

社会生活能力関連とされる(4)(5)(7)(8)の4項目のうち、4項目が「おおむねできるが援助が必要」となっている。

「3 日常生活能力の程度」の欄は「(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 ひきこもりがちな生活で、昼夜逆転、身体の清潔保持も不十分である。また、通院も

不規則で、日常生活をかなり親に依存していることが記載されており、日常生活あるいは社会生活に一定の制限を受けていると判断される。一方で、自分の趣味に関することでは外出することもあり、生活能力の状態を総合的に評価すると、3級相当であると判定される。

4. この症例の留意事項 このような事例では、本人の生活能力の状態の評価に関する情報が少ないと、等級判

定が難しい場合も多い。就労状況(求職状況) 交遊関係、近所への買い物などの外出、自分の趣味に関する外出など、具体的な状況が記載されていることが望ましい。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 12	明治・大正・昭和・平成 54年6月10日生（満34歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>気分変調症</u> (2) 従たる精神障害_ (3) 身体合併症_	ICDコード(F34) ICDコード() 身体障害者手帳(有・ <u>無</u> ・種別 級)
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成 16年11月1日 昭和・平成 22年4月1日
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)	<p>(推定発病年月 平成16年11月頃)</p> <p>高校卒業後、地元の製造会社に就職。2年足らずで退職し、書店に就職。2年半ほど勤めるも退職。憂うつ気分を訴え、平成16年11月1日 病院精神科を受診。うつ病と診断される。その後、平成18年、製菓工場に勤めるも、半年足らずで退職。平成19年職業訓練校でパソコンを習い、派遣会社から派遣されるも、数日で通勤できなくなる。その後は、ひきこもりがちとなり、親に勧められて、当院を受診(平成22年4月1日)。現在も通院中。</p> <p>* 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)</p>	
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・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()</p> <p>(12) その他()</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 慢性的な抑うつ気分、意欲低下、不安感があり、対人緊張も強い。 ひきこもりがちな生活のため、昼夜逆転など生活リズムも不安定となっている。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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。

の具体的程度、状態等 ひきこもりがちで、ほとんど外出もできない状態だが、自分の趣味に関することでは外出することもある。通院は途絶えがちで、身の回りのことを含め、日常の生活は親にかなり依存している。入浴等、身体の清潔維持も不十分である。

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）

利用なし

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）

× ×

F 4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

「神経症」という概念を用いる場合、「神経症」とみなされる障害は、抑うつ神経症*を除くと、ほとんどがF 4 0 - 4 8に含まれると考えられる。したがって、病名についてはICD 10に準ずる方針とし、できるだけICDコードの正確な記載を求める。(* : 抑うつ神経症は、F 3 4 . 1 気分変調症に含まれる。)

F 4 についても、診断書の記載内容が不十分であったり、病歴と生活能力の状態、あるいは、生活能力の状態の中で日常生活能力の判定と日常生活能力の程度との間に乖離がみられたりする場合が散見される。この場合、本人の就学・就労状況や、家事などの実施状況など、より詳細な情報を求める必要がある。特に、小児の判定については、小児の社会適応状況を判断するために、日常生活に関する様々な指標に関する記載が求められる。

適応障害については、ICD 10の診断ガイドラインでは「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」の場合を除いて6か月を超えないとなっている。手帳の診断書は初診から6か月以上経過した時点で作成されるため、適応障害は原則として手帳の対象とはならない。

また「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」は対象となりえるが、持続は2年を超えないとなっているため「更新」の場合、同じ診断名であった場合は対象とはならない。何らかの刺激により抑うつ的になってしまった場合で、症状が6か月以上続く場合は、「F 3 2 うつ病エピソード」あるいは、「F 3 3 反復性うつ病性障害」などを考慮すべきであろう。これは、F 3 2、F 3 3には、抑うつ反応、心因性うつ病あるいは反応性うつ病等が含まれているからである。

また知的障害等が背景にあり、環境変化に適応できず6か月を超えない期間であるが精神症状が出現し、精神科的治療が必要となる場合がみられる。そして、そのエピソードがたびたび繰り返されるため、適応障害を診断名として手帳の申請がなされる場合がある。この場合においても、問題行動は知的障害等の一症状として考えるべきであり、適応障害の診断名を用いるのではなく、「知的障害・情動や行動の障害を伴うもの F7x.1 またはF7x.8」などの診断名を用いることが望ましい。

また、解離性障害・転換性障害などにおいて、症状の出現が持続的でない場合もある。このような場合には、症状に伴う生活障害について、その強さのみでなく、過去2年間の出現状況についても情報の記載を求めるべきであり、一時的な生活障害の重篤さのみで判定するべきではない。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F44 解離性障害」と診断されている。
「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄の記載から、病名を支持する病態や状態像であることを確認する。

主たる精神障害である「解離性障害」に伴う症状として、

抑うつ気分、希死念慮が強いこと。

些細なことで興奮し、心的外傷に関連した症状を認め、解離状態におちいりやすいこと。

暴力・衝動行為を認め、激しく暴れたり物を壊したりすることがあるが、記憶していないことがたびたびあること。

リストカットや過量服薬が見られること。などが記載されていて、長期にわたって症状が継続しており、生活能力の障害を来している

と考えられる。どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」、「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、すべて「援助があればできる」とされている。「3 日常生活能力の程度」では、「(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」とされている。また、「の具体的程度、状態等」からも、解離などの症状が活発で、同居している男性の世話で何とか生活している状態であるとされている。

3. 判定 いまだ解離症状が強く出現し、生活能力の状態は著しい制限を受ける程度にあるとされている。

通院治療はできており、家族の援助で在宅生活はできているが、自立した生活ができず、身の回りのことを含め、日常生活はかなりの援助を必要としている。障害等級は2級であると判定される。

4. この症例の留意事項 神経症性障害であっても、本症例のように、重篤な解離症状が認められるような症例の場合、

その生活能力の障害は相当高度なことがある。記載された症状と生活能力の状態がどのように結びつくのかが分かるよう、欄に具体的に記載されることが望まれる。また、障害特性から、今後症状の変動により日常生活能力の状態も変化することが考えられるので、病状・状態像や、日常生活能力の状態やその経過が具体的に記載されることが求められる。特に生活能力の状態を欄に具体的に記載するように求め、慎重に確認・判定しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 13	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 52年7月14日生（満36歳）
住所	市 × 町	
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>解離性障害</u> ICDコード（ F44 ） (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）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 8年 10月 1日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 14年 12月 15日	
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）	<p>（推定発病年月 平成 8年 10月頃）</p> <p>中学生のころ、両親が借金のためにサラ金業者から追い立てられ、脅されたりする経験をしている。一家心中しようと、父親に首を絞められた経験もある。その後父親が自殺し、その現場を目撃した。高校進学できず、水商売をするようになる。中学生のときからリストカットはあったが、平成××年頃から記憶がない行動がしばしばみられるようになった。自傷行為が多発、希死念慮も強くなったため、平成8年10月1日、××病院受診。通院していたが、その後過量服薬を繰り返すようになり、平成14年12月15日当院受診し入院。平成15年2月1日に退院し、現在は外来通院治療中。</p> <p>* 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）</p>	
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（ 希死念慮 ）</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他（ ）</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他（ ）</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他（ ）</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他（ ）</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 (2) 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他（ ）</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 (3) 心的外傷に関連する症状 (4) 解離・転換症状 5 その他（ ）</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型（ ） 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日） 2 意識障害 3 その他（ ）</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他（ ） ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他（ ） 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 _____ 年 月から）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等 _____ ） 2 認知症 3 その他の記憶障害（ _____ ） 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他（ _____ ） 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他（ _____ ）</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他（ _____ ）</p> <p>(12) その他（ _____ ）</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 抑うつ気分、希死念慮が強く、不安焦燥感があり、些細なことで興奮し、解離状態におちいりやすい。激しく暴れた
り、物を壊したりすることもあるが、記憶していないことがたびたびある。リストカットや過量服薬も見られる。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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。

の具体的程度、状態等

解離などの症状が活発なため、日常生活が困難。一人での外出は困難である。適切な食事摂取や入浴なども含め て、同居している男性の世話で何とか生活している状態。

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）

利用していない。

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
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

「病名」として、「F42 強迫性障害」と診断されている。

「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的程度。症状、検査所見等」欄の記載から、病名を支持する病態や状態像であることを確認する。

主たる精神障害である「強迫性障害」に伴う症状として、

易刺激性、興奮、憂うつ気分を認めること

強度の不安・恐怖感、強迫体験を認めること

不潔恐怖が強く、手洗いが止められないこと、家族に対する巻き込みが強いこと

通院以外、日中は閉居、横臥していることが多く、人が多数集まる場所への外出や参加が殆んどできないこと、などの記載があり、「強迫性障害」を支持する病態や状態像が確認できる。また、それらが軽減してきてはいるが、初診時より継続して症状がみられ、長期にわたることから、生活能力の障害を来していることが考えられる。どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」、「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、日常生活能力関連項目とされる4項目のうち2項目が「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」であり、他の2項目が「援助があればできる」であった。さらに社会生活能力関連項目とされる4項目も「おおむねできるが援助が必要」、「援助があればできる」が2項目ずつであった。「3 日常生活能力の程度」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」とされている。「の具体的程度、状態等」欄の記述には、「強迫行為が頻繁なため、日常生活上の行動に極めて時間を要し、動作が緩慢となっており、自信が持てないでいる」との記載が見られる。

3. 判定 強迫症状は軽減してきてはいるが、継続した通院治療を要する状況である。強迫行為が頻

繁なため、生活能力の状態は、日常生活に著しい制限を受ける程度である。強迫症状のために時間は要するものの、身のまわりことは周囲の援助によって、おおむねできており、常時援助が必要な状態とはいえない。障害等級は、2級程度であると判定される。

4. この症例の留意事項 強迫症状はときとして本人の生活能力を著しく制限し、日常生活・社会生活を困難にする。

しかし、障害等級を判定するときは、病状の記載だけで判断することなく、その病状がどの程度、日常生活や社会生活の障害を引き起こしているのか慎重に確認し、判定することが重要である。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 14	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 58年 11月 16日生(満30歳)
住所	県 × × 市 町	
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>強迫性障害</u> ICDコード(F42) (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)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 13年 6月 8日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 13年 6月 8日	
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 <u>平成10年 3月頃</u>) 元来、まじめで几帳面な性格。平成10年3月ごろから不潔恐怖、強迫行為を来し、徐々に強迫症状が重篤となり高校に登校できなくなった。その後、高校を中退して自宅にひきこもるようになった。次第に抑うつ気分や自殺念慮などもみられるようになり、また、家族を巻き込んだ確認行為が増悪したため、平成13年6月に当院受診。薬物調整を行ったところ、症状軽減し、少し外出が出来るようになってきている。現在、本人はなんとか定期的に通院でき、将来的に行動療法の導入を予定している。 * 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 _____ 平成 ____年 ____月 ____日)	
現在の病状、状態像等(該当する項目を <input type="checkbox"/> で囲む)		
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 易刺激性、興奮 <input checked="" type="checkbox"/> (3) 憂うつ気分 4 その他() <input type="checkbox"/> (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() <input type="checkbox"/> (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他() <input type="checkbox"/> (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() <input type="checkbox"/> (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() <input type="checkbox"/> (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() <input checked="" type="checkbox"/> (7) 不安及び不穏 <input checked="" type="checkbox"/> 1 強度の不安・恐怖感 <input checked="" type="checkbox"/> (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() <input type="checkbox"/> (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() <input type="checkbox"/> (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) <input type="checkbox"/> (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() <input type="checkbox"/> (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() <input type="checkbox"/> (12) その他()		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 他人が触れた器物に触ると、細菌に感染するという不潔恐怖が強く、手洗いが止められない。電車のつり革も素手では触れず、手袋を常用する。自室の清掃や着衣の交換、洗濯を一日に何回も家族に強要したり、家族にまで手洗いを要求したりと巻き込みが強い。通院以外、日中は閉居、横臥していることが多く、人が多数集まる場所への外出や参加は殆んどできない。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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（該当するものを一つで囲む）

(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。

の具体的程度、状態等

不潔恐怖、洗滌強迫等の強迫行為が頻繁なため、日常生活上の行動に極めて時間を要し、動作が緩慢となっており、自信が持てない。

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）

利用していない。

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 ×× クリニック
医療機関所在地 県 ×× 市
電話番号
診療担当科名 精神科・心療内科
医師氏名（自署又は記名捺印） × ×

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F41 不安障害」と診断されている。「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「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する。

主たる精神障害である「不安障害」に伴う症状として、

憂うつ気分があること

強度の不安・恐怖感があること

不安が高まるような対人交流を自ら避けるようになってきていること など、「不安障害」の症状が継続しており、現在パニック発作が月に1～2回程度あること、不安症状のために対人交流ができず、社会生活が制限されていることなどが記載されている。どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」、「の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、「自発的にできる・適切にできる」、「おおむねできるが援助が必要」が4項目ずつであり、そのうち日常生活能力関連項目とされる(1)(2)(3)(6)の項目では、3項目が「自発的にできる・適切にできる」とされている。「3 日常生活能力の程度」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」とされている。

3. 判定 強度の不安症状のために、対人交流など社会生活に制限は受けるが、身のまわりのことは

自分でできており、生活能力の障害の程度は重くない。障害等級は3級であると判定される。

4. この症例の留意事項 日常生活に一定の制限があり、今後も通院を含めさまざまな支援が必要と考えられるもの

の、不安障害の障害特性からも、病状は変動することが考えられる。治療によって症状がさらに軽減することも考えられる。病状の経過を含め、病状や状態像の具体的程度を確認し、それがどの程度日常生活や社会生活の障害を引き起こしているのかについて、具体的程度、状態を確認し、慎重に障害等級判定しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 15	明治・大正・昭和・平成 45年4月7日生（満43歳）
住所	県 × × 市 町	
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>不安障害</u> ICDコード(F41) (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、 <u>種別</u> 級)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和 <u>平成</u> 21年 11月 8日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和 <u>平成</u> 21年 11月 8日	
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21年 7月頃) 2人同胞の長女として生まれた。高校卒業後企業に勤め26歳で結婚。退職し2子をもうけた。元来几帳面で、他人ともトラブルを起こすことのない生活だったが、38歳からパート勤務を始めたところ、些細なことで同僚から非難を受けるようになった。その後、次第に手の震え、発汗、動悸、めまい等の身体症状や不眠、不安などの症状が出現、平成21年11月に当院初診となった。薬物療法、支持的精神療法で症状は徐々に軽減したが、漠然とした不安感が残存し、自宅に閉居することが多くなった。現在、働きたいという意欲はあるが、なかなか実際に求職活動が出来ないでいる。 * 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 平成 年 月 日)	
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・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月から）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等） 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()</p> <p>(12) その他()</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 初診時は、パニック発作が生じやすく、入眠障害や、自律神経症状もみられていた。不安が高まるような対人交流を自ら避けるようになってきている。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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（該当するものを一つで囲む）

(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。

の具体的程度、状態等 パニック発作の回数は当初の1日数回から、月に1～2回程度に減少しているが、発作時には身の安全保持、危機対応に家族などの援助が必要である。

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）

利用していない

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 × 診療所
医療機関所在地 県 ×× 市
電話番号
診療担当科名 精神科・心療内科
医師氏名（自署又は記名捺印） × ×

F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

「F 5 0 摂食障害」では、拒食、過食、嘔吐などの「食行動の異常」がみられるが、それをもって日常生活能力の判定における「適切な食事摂取」ができないことと安易に判定してはいけない。日常生活能力の判定における「適切な食事摂取」とは、食事を準備し、摂食の開始から終了までの一連の活動が、自発的な行動によって遂行されることを指す生活能力である。精神疾患（機能障害）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」の能力障害を混同しないように留意しなければならない。

また、摂食障害は、持続する意図的な体重減少や種々の程度の低栄養状態、二次的な内分泌障害や代謝障害を来し、ときに身体合併症を生じることがある。診断書の記載においては、二次的に生じた身体合併症を等級判定に考慮する場合、摂食障害と関連しない他の身体疾患がもともと存在していないかどうか、他の身体疾患による症状が否かを慎重に判断することが必要である。

また、食行動の異常は、「F 3 気分障害」や、「F 6 パーソナリティ障害」に伴うものなども考えられるため、主たる精神障害については慎重に鑑別して判定すべきである。

「F 5 1 非器質性睡眠障害」は、器質的原因によるものか否かを慎重に診断し、さらに日常生活・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を慎重に判断することが望まれる。また、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もあり、主たる精神障害が他に存在する場合は、それを主たる精神障害として記載すべきである。

また、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に留意すべきである。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F50 摂食障害」と診断されている。「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「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する。

主たる精神障害である「摂食障害」に伴う症状として、

抑うつ状態

不安、抑うつ感が強まると自殺念慮があること

情動及び行動の障害

情緒不安定で、衝動行為や暴力、拒食や嘔吐などの食行動の異常があること

不安及び不穏

肥満に対する強い不安を持つこと など、「摂食障害」の症状がときに強く出現することが継続していることが記載されている。初診日以降、長期にわたって症状が継続しており、生活能力の障害を来していると考えられる。どの程度の生活能力の障害があるか、「生活能力の状態」、「

の具体的程度、状態等」について確認する。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、「援助があればできる」が日常生活能力関連の(2)の1項目、それ以外の項目は「自発的にできるが援助が必要」となっている。

「3 日常生活能力の程度」では、「(2)精神障害を認め、日常生活及び社会生活に一定の制限を受ける」となっている。また、「の具体的程度、状態等」からも、不定期ではあるが、パートやアルバイトなどの就労も可能である。

3. 判定 いまだ摂食障害の症状はときに強く出現するが、生活能力の状態は一定の制限を受け

る程度であり、就労も不定期ながら可能であることなどからも、日常生活及び社会生活における障害の程度は重くはなく、障害等級は3級であると判定される。

4. この症例の留意事項 症状の程度が強いときは、どの程度、日常生活や社会生活の障害を引き起こしている

かを慎重に確認する必要がある。激しい症状がときどき認められても、生活能力が保たれている場合、症状は強くても障害の程度は重くはないとみなすべきである。欄の具体的程度、状態等の記載を参考に能力障害の程度を十分に確認しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 16	明治・大正・昭和・平成 59年10月10日生(満29歳)
住所	県 × × 市 町 . . .	
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 摂食障害 ICDコード(F50) (2) 従たる精神障害 ICDコード() (3) 身体合併症 貧血 身体障害者手帳(有・無)種別 級)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 12年5月10日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 12年5月10日	
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12年 2月頃) 幼少時は大人しく手がかからない子だったという。小学校5年の頃からいじめられるようになり、中学校時まで時々不登校状態が続いていた。高校入学後、極度なやせ(身長160cm、体重34kg)、拒食、自己誘発性嘔吐、情緒不安定などがあり、摂食障害を疑って、平成12年5月10日、当院精神科を受診する。その後も、拒食、嘔吐が続き、自傷行為や器物破損行為、家族への暴力が見られるようになり、平成12年8月に当院初回入院。その後、数回の入院退院歴を持つ。平成20年9月～10月の入院後は当院外来通院中。その後も、拒食、嘔吐などが断続的に続いている。情緒面は幾分安定してきているが、なお不安定。継続して精神療法や薬物療法を行っている。 * 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)	
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・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()</p> <p>(12) その他()</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 肥満に対する不安感強く、拒食、自己誘発性嘔吐、下剤乱用などが持続している。現在も情緒不安定であり、自傷行為や家族への暴力行為は最近幾分軽減しているものの、まだ時折認められる。不安、抑うつ感が強まると自殺念慮を訴えることが時に見られる。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

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（該当するものを一つで囲む）
- (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。

の具体的程度、状態等

食事摂取は自分でも準備・調理するなどはできているが、拒食・過食嘔吐などの傾向は続いている。情緒不安定であり、ときに自傷行為もあるなど、身の安全保持が不十分である。そのため、日常生活をひとりで送るのは困難。自傷行為や暴力行為などもあるため、常に周囲が注意している必要がある。アルバイト、パートの仕事を時々しているが長続きしない。

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）

利用なし

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）

× ×

F6 パーソナリティ障害

パーソナリティ障害では、根深い、持続する態度や行動パターンにより、広い範囲にわたり、個人的及び社会的状況の適応不全が認められ、手帳の対象とされる。「病名」の記載においては、漠然と、「パーソナリティ障害」と記載するのではなく、おのおの亜型の病名（妄想型パーソナリティ障害、統合失調質パーソナリティ障害など）で示されることが望ましい。

なお、脳疾患、脳損傷、脳機能不全の残遺症状あるいは合併障害として生じたパーソナリティ障害は、「器質性パーソナリティ障害」としてF07に分類される。

「発病から現在までの病歴」の「主たる精神障害の初診年月」は、具体的にパーソナリティ障害と診断されていなくても、最終的にパーソナリティ障害と診断されるにいたった、その特徴や異常行動パターンで医療機関を受診した年月日を記載する。病歴の中には、発病から現在までの個人的および社会状況の適応不全の状況や受診に至る経過、通院状況の記載を確認する。パーソナリティ障害では、多彩な病状、状態像を示すことが少なくない。「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的な程度、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する。

等級判定は、生活能力障害によって判定するため、診断書に記載された他の内容と十分に照らし合わせて判断しなければならない。パーソナリティ障害などでは、暴力などのトラブルの多さが、生活能力障害の判定に加味されることがしばしばある。しかし、それには注意が必要である。暴力などのトラブルの多さは、それが病気や障害に由来するものであっても、社会的機能の低下を招きこそすれ、日常生活能力の低下を招くものではないからである。暴力などのトラブルの多さを持って、実際の生活能力障害よりも重く判定され過ぎないように病状、状態像等を十分に確認することが必要である。トラブルを起こしているとき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は困難である。パーソナリティ障害に認められる様々な症状によって生活上の困難が生じ、しかも、そのことが慢性的に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。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F60 情緒不安定性パーソナリティ障害」と診断されている。
「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、
「の病状、状態像等の具体的程度。症状、検査所見 等」欄の記載から、病名を支持する病態や状態像であることを確認する。

本症例では、生育歴にも多くの問題を認め、自傷行為、解離症状、希死念慮を認め、過量服薬を繰り返すなど、さまざまな問題行動が継続していることが確認される。情緒不安定性パーソナリティ障害の診断を支持する病態、状態像である。

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、社会生活関連項目は、すべて「援助があればできる」とされており、「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。一方、「の具体的程度、状態等」には、何とか家族の世話により日常生活が維持されているが、解離状態を繰り返すなどの記載があり、これらの日常生活能力の低下は、むしろ、精神症状の不安定から来ているものと考えられる。

3. 判定 情緒不安定性パーソナリティ障害の症状により、日常生活及び社会生活に多くの支障

を生じている。これらは、生活能力の障害というよりも、精神症状によるものが大きいと考えられるので、精神症状の不安定さによって判定が左右されないように注意が必要である。生活能力の障害の状態からは、障害等級は3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 17	明治・大正 <u>昭和</u> 平成 58年9月18日生(満30歳)
住所	県 市・・・	
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>情緒不安定性パーソナリティ障害</u> ICDコード(F60) (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)	
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> 18年 10月 3日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和</u> ・ <u>平成</u> 22年 5月 8日	
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16年 2月頃) 小学生の頃から、アルコール依存症の父親から激しい虐待を受けていた。その後、父親が自殺し、その現場を目撃していた。高校進学ができず、水商売をするようになった。中学校時代から、リストカットがあったが、平成16年頃から、記憶に残らない行動をしばしばするようになった。希死念慮も高まり、自傷行為を繰り返す。平成18年10月3日、×医院初診、通院となったが、その後も異性関係が不安定で、その影響からリストカット、過量服薬を繰り返し、平成22年5月8日当院入院、現在は通院中である。 * 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)	
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(希死念慮)</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ① 興奮 ② 昏迷 ③ 拒絶 ④ その他()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 ② 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他()</p> <p>(7) 不安及び不穏 ① 強度の不安・恐怖感 ② 強迫体験 ③ 心的外傷に関連する症状 ④ 解離・転換症状 5 その他()</p> <p>(8) てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) 2 意識障害 3 その他()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 _____ 年 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等 _____) 2 認知症 3 その他の記憶障害(_____) 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他(_____) 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他(_____)</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他(_____)</p> <p>(12) その他(_____)</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 抑うつ気分、希死念慮が強く、不安焦燥感があり、些細なことで興奮し、解離状態に陥りやすい。激しく暴れたり、物を壊したりすることもあるが、記憶をしていないことも少なくない。リストカットや過量服薬を繰り返している。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 未施行]

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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

の具体的程度、状態等 解離状態を繰り返し、不安焦燥も高く、日常生活が困難。同居している母親に対しても、興奮や依存を繰り返しているが、母親の世話で何とか生活を維持している状態にある。

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）

利用していない。

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 x x - x x x - x x x x
診療担当科名 精神科
医師氏名（自署又は記名捺印） x

F 7 知的障害（精神遅滞）

「F 7 知的障害（精神遅滞）」は、基本的に、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手帳の対象となりうるが、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。

しかしながら、行動の障害を伴う場合には、他の精神障害が存在しなくても認めることがある。F 7x. 1 および F 7x. 8 に該当する行動障害を伴うものに関しては主病名が F 7 圏であっても認める。その場合、診断書の「（現在の病状、状態像等）の病状、状態像への具体的程度、症状、検査所見等」及び「（生活能力の状態）の具体的程度、状態等」への具体的な記載が参考となる。

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。

また、知的障害に合併する精神障害として、「F 4 3 . 2 適応障害」などを記載している診断書があるが、適応障害は通常、症状の持続が6か月を超えない（「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」を除く）とされており、精神障害者保健福祉手帳の対象としては適切ではないので、適切な精神障害の診断名を求めなければならない。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、主たる精神障害は「F70 軽度知的障害」と診断されている。従たる精神障害には「F43.2 適応障害」とされている。「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「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する。

主たる精神障害である「軽度知的障害」に伴う病状として、軽度知的障害（精神遅滞）が記載されている。その他の病状としては、「易刺激性、興奮」「憂うつ気分」などの症状が記載されている。従たる精神障害として「適応障害」の記載はあるが、症状の経過や内容は明確でない。また、6か月を過ぎていれば、診断名を検討する必要がある。

2. 生活能力の状態

「2 日常生活能力の判定」では、「援助があればできる」が8項目中、7項目となっている。「適切な食事摂取」のみ、「自発的にできるが援助が必要」となっている。

「3 日常生活能力の程度」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。また、「の具体的程度、状態等」に生活能力の障害について具体的に記載されてはいるが、これら生活能力の障害が「知的障害」によるものか、それ以外の精神障害によるものかははっきりしない。多くは「知的障害」によるものとみなすこともできる。

3. 判定 易刺激性、対人関係のトラブルを起こすことや情緒不安定になることがあるなどの症状

が記載されているが、症状も行動の問題は継続してみられるものではなく、治療的介入も常時必要な程度とは読み取れない。生活能力の障害は「知的障害」のみによるものと考えることができ、それ以外の精神障害によって、生活能力の障害を来しているとはみなし難い。よって、非該当と判定すべきであろう。

4. この症例の留意事項 知的障害（精神遅滞）のみでは、基本的に精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。

その他の精神障害が併存しており、生活能力の障害を来していれば対象となりうるが、知的障害によるものを除外して判断しなければならない。知的障害（精神遅滞）以外の精神障害があれば、それを主たる精神障害に記載すべきである。しかし、「F43.2 適応障害」はその診断ガイドラインに照らし合わせて慎重に判定する必要がある。安易に等級判定してしまわないように留意しなければならない。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 18	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 54年 5月 13日生（満34歳）
住所	県 × × 市 町 . . .	
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>軽度知的障害</u> ICDコード(F70) (2) 従たる精神障害 <u>適応障害</u> ICDコード(F43.2) (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳(有・ <u>無</u>)種別 _____ 級)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 12年 10月 3日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和・平成</u> 12年 10月 3日	
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54年 5月頃) 生来の知的障害。 × 養護学校中等部・高等部を卒業後、知的障害者の作業所～就労支援事業所に通所していた。些細なことから、作業所仲間やスタッフとトラブルを起こすようになり、不機嫌になったり、けんかしたり、怒って物を壊したりなどの行動がみられるようになり、平成12年10月から、時々、当院精神科に通院するようになった。平成16年には、仲間とのトラブルから作業所の作業を休んで部屋にこもったり、入所していたグループホームを抜け出して徘徊したりするなどのためにグループホームでの対応が困難となり、平成16年5月、当院精神科に入院して、1か月ほどで退院した。現在は、精神的には安定して就労支援事業所に通っている。現在も3ヶ月に一回ほど通院している。 * 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)	
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・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 _____ 年 月から）</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 (1) 知的障害（精神遅滞） (ア) 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等 _____） 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()</p> <p>(12) その他()</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 状況が十分認知できず、ささいなことで対人関係のトラブルを起こすことがある。現在もときに情緒不安定になることがあり、少しのことで落ち込んだり、腹を立てたりするが、暴力を起こすことはない。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 田中ビネー IQ：60]

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 グループホーム）・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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

の具体的程度、状態等 食事・洗濯・入浴など、常に声かけが必要。他人のちょっとした言動に立腹したりするなど、他人とのコミュニケーションに問題がある。金銭管理や公共機関の手続きなども一人では適切にできない。援助がなければ社会生活は困難である。

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）

グループホーム、就労支援事業所を利用中。

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） × ×

F 8 - 9 発達障害（心理的発達の障害 / 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害）

発達障害は、平成17年4月に施行された『発達障害者支援法』において、「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」と定義されている。これらの発達障害は、ICD-10においては、「F8：心理的発達の障害」および「F9：小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に含まれる。

「病名」の記載は、漠然と「発達障害」と記載するのではなく、「自閉症」「アスペルガー症候群」「広汎性発達障害」「多動性障害」「学習障害」などの病名を記載する。また、発達障害の特性やそれに伴って出現した症状や疾病が、治療の中心となっていたり、生活のしづらさの主たるものとなっていたりする場合には、「(1) 主たる精神障害」に、関連する発達障害の病名を記載し、「(2) 従たる精神障害」の方に出現した症状や疾病を記載する。一方で、もともと発達障害を有していたとしても、「統合失調症」「摂食障害」などのように、治療の中心がこれらの精神疾患となっている場合は、発達障害の病名を、「(2) 従たる精神障害」の方に記載することもある。

「初診年月日」の「主たる精神障害の初診年月日」には、発達障害にて、最初に医療機関を受診した年月日を記載する。しかし、発達障害は、その特性によってさまざまな不適応を示すことがあり、当初は、2次的に出現した不安や抑うつ・不眠などの症状から、「不安障害」など、発達障害と異なった病名がつけられていることがある。この場合、これらの病名が、発達障害による2次的なものとして捉えるなら、異なった病名であったとしても、これらの症状で初診した年月日を記載することができるが、その経過については、「発病から現在までの病歴」の中に記載する。また、発達障害の中には、初診時は、「学習障害」や「多動性障害」の病名がつけられていたとしても、経過をみていく中で、病名が「広汎性発達障害」などに変更される場合がある。この場合にも、初診年月日は、最初に何らかの発達障害の診断名がつけられた年月日を記載する。「発病から現在までの病歴」の「推定発病年月」の欄には、「主たる精神障害」に発達障害の病名を記載した時は、生年月日を推定発病年月とする。経過の中では、単に受診歴だけではなく、小児期などで見られた発達障害の症状なども分かる範囲で記載する。「現在の病状、状態像等」の欄では、該当する病状にチェックするが、特に「(10)知能・記憶・学習・注意の障害」および「(11) 広汎性発達障害関連症状」の該当項目は、漏れのないように記載する。「の病状」の欄には、単に検査所見だけを記載するのではなく、具体的に、症状や特性などについて記載する。なお、児童の場合は、「生活能力の状態」については、年齢相応の能力と比較の上で判断する。「現在の障害福祉等のサービスの利用状況」も、できる限り具体的に記載する。

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。」とされている。しかしながら、発達障害においては、薬物療法や精神療法などの狭義の「治療」によって改善が見込めない一方で、福祉サービスの利用が必要なケースも少なくない。そのような場合は、その旨が診断書に記載されていれば、これを認めることとする。

なお、このカテゴリーでは、提出される診断書の対象者が小児であることが多くなる。小児の場合の障害等級のとらえ方については、本マニュアル「 章 等級判定の考え方」に記載があるが、ここで再掲しておく。小児におけるとらえ方を、未就学児、小学生、中学生のそれぞれに関して以下に示す。

(1) 1級 未就学児においては、異食・偏食等のために、介助があっても食事が十分に摂取できな

い、排便後の処理など身の回りのことが十分にできず、介助にも抵抗があるため、整容・保清が保てない。家族との間でも、日常的な意思伝達が全く行えない。

小学生においては、上記と同様に異食・偏食等のために、介助があっても食事が十分に摂取できない。こだわりなどのために、支援にも抵抗があり整容・保清が保てない。家族との間でも、日常的な意思伝達がほとんど行えない。学校生活には適応できない。

中学生以上においては、日常生活上は成人に準じ、また、学校生活には適応できない。

(2) 2級 未就学児においては、常に誰かが介助しないと食事を食べられない、排便後の処理がで

きないなど、身の周りのことすべてに濃厚な介助が必要である。家族との間の日常的な意思伝達にもかなりの困難がある。自分のものと他人のものの区別がつかなくなったり、自分のルールにこだわったりして、特別な配慮をしても、幼稚園・保育園などでの集団への適応が難しい。小学生においては、上記と同様に、常に誰かが介助しないと食事を食べられない。身の回りのことも自分ではできず、濃厚な介助がなければ、整容・保清が保てない。家族との間の日常的な意思伝達にもかなりの困難を伴う。こだわりやかんしゃくなどが高度であり、相当に特別な配慮をしても、小学校への適応が困難である。

中学生以上においては、日常生活上は成人に準じ、相当に特別な配慮をしても、学校等への適応は困難である。

(3) 3級 未就学児においては、食事、入浴、洗面、下着の交換の際に常に声かけや見守りが必要、

幼稚園や保育園では集団の輪に入ったり遊んだりすることが難しい。小学生においては、上記と同様の状態で、家庭での生活においてもある程度の援助を必要とする。学校生活にも不適応を認め、何らかの配慮を必要とする。中学生以上においては成人に準じるが、学校生活や家庭生活における困難を認めることも多い。

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「病名」として、「F84 自閉症」と診断されているが、「従たる精神障害」として、「F71 知的障害(中等度)」を有している。「発病から現在までの病歴」の推定発病年月は、誕生したときになっており、生来の障害であることを示している。病歴の中には、幼少期より認められた自閉症の症状や、生活状況（学校や家庭での様子）、受診に至る経過、通院状況（発達障害の場合は、診断のみで通院治療歴がない場合もあるので要注意）の記載を確認する。「現在の病状、状態像等」、「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するとともに、知的障害の程度、日常生活上で認められる症状（爆発性、暴力・衝動行為など）の記載内容も確認する

本症例では、すでに就学前より症状を認め、小学校入学後、当初は小児科において自閉症と診断されている。その後も、学校生活においてパニックなどの症状が認められ、現在も、爆発性やこだわりなどに生活上の問題が続いている。

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、「できない」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。「の具体的程度、状態等」から、興味関心あることは積極的にできるが、家事、身の回りのことなどはほとんどできないなどの記載があるが、就労継続支援B型事業所には、週に4日通うことができている。

3. 判定 自閉症の症状は強く、日常生活能力の判定では、日常生活及び社会生活における障害の

程度は重い。しかし、興味関心のあることはでき、週に4日、継続支援B型事業所に通うことができていることなどから、日常生活能力の重さは、知的障害(中等度)によるものも影響も考えられ、知的障害による部分を差し引いて考えられ、障害等級は2級と判定される。

4. この症例の留意事項 自閉症であるが、中等度の知的障害を認め、日常生活や社会生活の障害には、自閉症の

症状のみならず、知的障害が影響していると考えられる。「の具体的程度、状態等」、「現在の障害福祉等のサービスの利用状況」の記載を参考に能力障害の程度を十分に確認していくことが重要である。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	症例 19	明治・大正・昭和 <u>平成</u> 6年2月5日生（満18歳）
住所	県 市・・・	
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>自閉症</u> ICDコード(F84) (2) 従たる精神障害 <u>知的障害</u> ICDコード(F71) (3) <u>身体合併症</u> 身体障害者手帳(有・無、種別 級)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和 <u>平成</u> 7年 5月 頃 日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和 <u>平成</u> 20年 2月 3日	
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 6年 2月頃) 乳児期より視線が合わず、言語の発達も遅れがちだった、就学後は、仲の良い友だちもできず、イジメられていた。小学校に入学するも、集団生活について行けず、パニックになるなどが見られ、××クリニック（小児科）を受診、自閉症と言われ、翌年から特別支援学級に編入したが、通院はしていない。中学入学時より、養護学校に通学するが、こだわり強く、気分の変動も激しく自宅でも暴れるようになり、平成20年2月より当院通院中である。 * 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)	
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><u>(6)</u> 情動及び行動の障害 1 <u>爆発性</u> 2 <u>暴力・衝動行為</u> 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他()</p> <p>(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) 2 意識障害 3 その他()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること） エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月から）</p> <p><u>(10)</u> 知能・記憶・学習・注意の障害 1 <u>知的障害（精神遅滞）</u> ア 軽度 <u>イ</u> 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等） 2 <u>認知症</u> 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><u>(11)</u> 広汎性発達障害関連症状 1 <u>相互的な社会関係の質的障害</u> 2 <u>コミュニケーションのパターンにおける質的障害</u> 3 <u>限定した常同的で反復的な関心と活動</u> 4 その他()</p> <p>(12) その他()</p>		

の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

母親以外とは、ほとんどコミュニケーションがとれず、診察場面でも緘黙状態であり、視線もあわない。強いこだわりとパターンの行動がみられ、環境の変化でパニックになる。妹にも執拗に近づき、毎日大げんかになっている。周囲の刺激に過敏に反応し、衝動的に飛び出たりすることがある。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期 WAIS-IQ：48]

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。

の具体的程度、状態等

自閉症の症状が強く、他者とのコミュニケーションがとれず、言語による意志の伝達も難しく、社会適応は難しい。興味関心のあるパソコン操作などは、積極的に行うが、それ以外の家事や身のまわりのことなどはほとんど行うことができず、かなりの支援を要する。

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）

就労継続支援B型事業所（週に4日間通所）

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 x x - x x x - x x x x
 診療担当科名 精神科
 医師氏名（自署又は記名捺印） x

1. 精神疾患（精神障害）の状態

「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。「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。「現在の病状、状態像等」、「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。「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 <u>昭和</u> 平成 32年 1月 7日生(満56歳)
住所	県 市・・・	
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>アスペルガー症候群</u> ICDコード(F84) (2) 従たる精神障害 <u>妄想性障害</u> ICDコード(F22) (3) <u>身体合併症</u> 身体障害者手帳(有・無、種別 級)	
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> 14年 7月 19日 診断書作成医療機関の初診年月日 <u>昭和</u> <u>平成</u> 14年 7月 19日	
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 <u>昭和</u> 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。被害念慮が強く、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)	
現在の病状、状態像等(該当する項目を で囲む)		
<p>(1) <u>抑うつ状態</u> 1 思考・運動抑制 <u>2 易刺激性、興奮</u> <u>3 憂うつ気分</u> 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) <u>幻覚妄想状態</u> 1 幻覚 <u>2 妄想</u> 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) <u>統合失調症等残遺状態</u> <u>1 自閉</u> 2 感情平板化 <u>3 意欲の減退</u> 4 その他()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他()</p> <p>(8) てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) 2 意識障害 3 その他()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(11) <u>広汎性発達障害関連症状</u> <u>1 相互的な社会関係の質的障害</u> <u>2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害</u> <u>3 限定した常同的で反復的な関心と活動</u> <u>4 その他(聴覚過敏)</u></p> <p>(12) その他()</p>		

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て、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- IQ：76]

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。

の具体的程度、状態等

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。

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

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 x x - x x x - x x x x

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

「病名」として、「F81 学力の特異的発達障害」と診断されている。「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、「現在の病状、状態像等」、「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のと考えられ、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される。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	県 郡 町.....	
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) <u>身体合併症</u> _____ 身体障害者手帳(有・無、種別 _____ 級)	
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	
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、抑うつなどを認めたが、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)	
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 行為心迫 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(_____)		
<u>(7)</u> 不安及び不穏 1 <u>強度の不安・恐怖感</u> 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)		
<u>(10)</u> 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(_____) <u>4 学習の困難</u> <u>ア</u> 読み <u>イ</u> 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(_____)		

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- 全検査IQ：80
言語性IQ：74 動作性IQ：90]

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（該当するものを一つで囲む）

- (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。

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。

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。

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 x x - x x x - x x x x
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

「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、「発病から現在までの病歴」及び「現在の病状、状態像等」、「現在の病状、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、「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、「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。「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、「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	県市・・・	
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(F90) (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)	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 23年 6月 5日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 23年 6月 5日	
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、授業中うるうるしたり、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)	
現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲むこと。)		
<p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他(_____)</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他(_____)</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他(_____)</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他(_____)</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他(_____)</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他(_____)</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他(_____)</p> <p>(8) てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型(_____) 頻度(_____) 最終発作(_____ 年 月 日) 2 意識障害 3 その他(_____)</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他(_____) ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他(_____) 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 _____ 年 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等 _____) 2 認知症 3 その他の記憶障害(_____) 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他(_____) 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他(_____)</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他(_____)</p> <p>(12) その他(_____)</p>		

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になっているが、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。周囲の状況を感じとることが難しく、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 - IQ：82]

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。

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。

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。

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

県 市

医療機関所在地

病院

電話番号

0 x x - x x x - x x x x

診療担当科名

精神科

医師氏名（自署又は記名捺印）

x

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、「発病から現在までの病歴」及び「現在の病状、状態像等」、「現在の病状、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、「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。「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、「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

の年齢相応でできうる能力を考慮して、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、「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 18年2月4日生（満6歳）
住所	県市・・・	
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>アスペルガー症候群</u> 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)	
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	
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 18年 2月頃) 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)	
現在の病状、状態像等(該当する項目を で囲むこと。)		
<p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他(_____)</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他(_____)</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他(_____)</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他(_____)</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他(_____)</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他(_____)</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他(_____)</p> <p>(8) てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型(_____) 頻度(_____) 最終発作(_____ 年 月 日) 2 意識障害 3 その他(_____)</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他(_____) ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他(_____) 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 _____ 年 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等 _____) 2 認知症 3 その他の記憶障害(_____) 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他(_____) 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他(_____)</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他(_____)</p> <p>(12) その他(_____)</p>		

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ため、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]

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) 社会的な手続きや公共施設の利用
 - 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。

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。

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。

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） × ×

G 4 0 てんかん

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。

「G 4 0 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、口の発作が月に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、口の発作が月に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、「病名」の主たる精神障害は、「G40 てんかん」とされている。

「発病や現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」、「現在の病状、状態像等」、「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、長期間の薬物治療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「二. 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・昭和・平成 59年 10月 10日生（満29歳）
住所	県 市 町	
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（ G40.2 ） (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・無、種別 _____ 級）	
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 <u>昭和</u> 平成 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> 平成 5年 4月 5日	
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 <u>昭和 62年 頃</u> ） 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）	
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 行為心迫 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) <u>てんかん発作等（けいれんおよび意識障害）</u> 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（ _____ ） (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（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（ _____ ） (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（ _____ ）		

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。

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（該当するものを一つで囲む）
- (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。

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。

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

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
医療機関所在地
電話番号

総合病院
市 町
- -
神経内科

診療担当科名
医師氏名（自署又は記名捺印）

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 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、それがある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は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ことです。

Q11．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きました。実際には、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、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、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。Q12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します。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します。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。

Q12. 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。

Q13. 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「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、や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。

Q14. 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）

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となります（「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。

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 欄、 欄に具体的で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 められることになりま
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 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

