精神保健福祉手帳及び
自立支援医療申請等の記載に係るＱ＆Ａ

平成25年4月

当センターでは、自立支援医療（精神通院医療）と精神障害者福祉手帳の判定を行っています。

このところ、判定の基礎となる申請書や診断書などの記載に不明な点や曖昧な表現が散見されていますので、記載上の留意点等についてＱ＆Ａ方式でご紹介することにしました。

過去の報道等でもご承知のように、障害認定についての判断は専門的かつ的確なものが求めらるところです。

これまでも「精神保健福祉関係事務取扱要領の改正について」（平成１９年４月２日付け障福第１０号保健福祉部福祉局障害者保健福祉課長通知）により、マニュアルの配付など周知が図られているところですが、当該Ｑ＆Ａも参考として日常の診療でご活用ください。

1 てんかん（G40系）について

Q1 てんかん発作が薬物療法で充分抑制されているときは、手帳の対象にならないのでしょうか？

A 精神障害者保健福祉手帳では、過去２年の病状と、予測される向後２年の病状が重要な要素です。

またてんかんによる障害は、十分な薬物療法下でなお抑制されない発作の発作型、頻度を中心に判定します。怠薬による発作は障害の判断材料としません。

ご質問のような場合、診断が「てんかんG40」で長期に発作が抑制されていれば手帳の対象となりません。

Q2 過去にてんかん発作があったのですが薬物で抑制され、さらに断薬しても発作が起きず、脳波検査などで経過を見ている場合は、自立支援医療の対象にならないのでしょうか？

A てんかんに対する自立支援医療（精神通院医療）の適用は、抗てんかん薬の薬物療法などの通院治療を継続的に要すると判断されるときです。

ご質問の場合、検査（結果への助言を含む）のみで投薬なしの経過観察ですので、治療の範疇に入らないと解され対象になりません。

Q3 脳腫瘍の摘出手術をした後のけいれん発作予防のために抗けいれん剤を使用している場合、手帳や自立支援医療の対象になるのでしょうか？発作は一度も確認されていませんが抗けいれん剤を中止すると確実に発作が起こると考えられます。

A 自立支援医療の対象となる「てんかん」は、「けいれん、または意識障害が挿間的に発現」している場合と規定されており、こうした予防投薬は、この制度では対象になりません。

精神障害者保健福祉手帳でも、この状態を「てんかん」として対応することは困難です。

Q4　てんかん発作は薬物で抑制されているのですが、てんかんと関連している、あるいは合併したと思われる精神病症状があります（いわゆる、「てんかん精神病」）。これは手帳の対象になるのでしょうか？

A　この事例はてんかん発作が抑制されているので、「てんかんG40」では手帳は該当しません。しかし他のFコードの精神障害で診断されることが可能ですし（F06系の精神障害）、その病状、臨床経過、生活能力障害の程度によっては、そちらの診断名で手帳の対象となります。

Q5　てんかん（G40）に解離性けいれん（F44.5）が合併しているケースで、発作の多くは偽発作と考えています。自立支援医療の主病名をどちらにすべきでしょうか、発作頻度をどのように記載したらよいでしょうか。

A　ご質問の場合、てんかんの薬物療法を継続していて、てんかん発作が抑制されてきているが、解離性けいれんが出現してきた状態と考えられます。

この場合、もし、てんかん以外での薬物療法がないときは、主病名がてんかんでの対応がよいでしょう。

他方、解離性けいれんへの薬物療法や精神療法が主たる対象であれば、解離性障害（解離性けいれん）が主病名となります。

いずれでも、てんかん発作は、③欄（8）に書きます。偽発作は、その他の（　　）欄に書きます。その上で④欄で発作の性状や頻度を具体的に説明してください。

2 症状性を含む器質性精神障害（F0系）について

Q1　いわゆる高次脳機能障害の患者さんの場合、手帳や自立支援医療の主病名はどのように記載したらよいでしょうか？

A　高次脳機能障害で本診断書を作成するにあたり、Fコードに関して現在は、記憶障害が主体となる場合はF04、注意障害、遂行機能障害を併せ持ち記憶障害が主体でない場合はF06、パーソナリティ・行動障害が主体の場合はF07と記載するようになっています。

Q2　認知症の症状が進行して寝たきりとなり、殆ど疎通性のない状況で投薬もしていません。

訪問看護で対応していますが、手帳や自立支援医療は対象となるのでしょうか？

A　認知症による精神機能の障害によって生じる生活能力障害ですので、手帳は該当になります。

他方、自立支援医療（精神通院医療）では、この場合の医療内容からは、「薬物療法や精神療法等の精神通院医療を継続して必要とする状態」には相当しないと判断されるので、この制度の対象となることは困難です。

もちろん通常の保険診療での対応や、北海道における重度障害者（手帳1級取得者）の医療費の助成対象となる可能性はあります。

Q3　統合失調症の方が高齢となり認知症の症状が強く認められる場合、どちらを主病名にして手帳や自立支援医療のための診断書を書けばよいでしょうか？

A　自立支援医療では、継続的な精神通院医療の標的となっている精神障害を主病名とするのが原則です。

手帳は、生活の障害を福祉的に支援するものですので、生活能力の障害の主たる原因となっている精神障害を主病名とするのが原則です。

主治医はこれらの原則に測って、主たる障害を認知症とするか統合失調症とするかを判断します。

仮に、病名等を変更する場合、新たな主病名に則した内容で、現病歴、現在症などを、②③④欄に記載してください。

3 使用による精神および行動の障害(F１系)について

Q1 アルコール依存症で現在断酒できていない患者さんは手帳や自立支援医療の対象になるのでしょうか？

A アルコール依存症は、飲酒をやめれば能力障害が生じないと判断されており、依存症は手帳の対象外となっています。

自立支援医療では、依存症からの脱却のために、自ら治療を求めて通院する場合は対象となります。仮に飲酒の失敗があっても、継続的に通院する意志があって治療継続の必要性があれば対象となります。

Q2 アルコールによるコルサコフ脳症の方が飲酒を続けています。手帳や自立支援医療の対象にならないでしょうか？

A アルコール関連の精神障害では、飲酒は日常生活の遂行能力に大きな影響を与えるため、長期に断酒した状態で生活能力判定をすることになっています。飲酒継続中では手帳の対象とならないので、断酒後での申請となります。

なお、自立支援医療は現状でも対象となります。（前問を参照）

Q3 違法薬物（大麻など）の依存症や後遺障害では手帳や自立支援医療の対象にならないのでしょうか？

A 長期に物質を使用していないにも関わらず、残遺性または遅発性の精神障害があれば、制度の要件を満たす限り対象となります。

ただし、手帳では、長期の物質不使用期間を主治医が明示することが必要です。不法薬物乱用時の精神病症状をもって福祉手帳の対象としないよう、主治医には慎重な判断が求められます。確実でない段階の申請は困難です。

他方で、自立支援医療（通院精神医療）は、本人が自ら求める継続的な通院精神医療が必要であれば対象となります。

Q4 覚せい剤使用の場合のICDコードはどこになるのでしょう？

薬物を複数乱用し、それらに依存症状がある場合は、どのICDコードに分類されるのでしょうか？

A 覚せい剤は、まれに幻覚剤（F１６系）に間違えられて分類されますが、正しくは精神刺激薬（F１５系）に分類されます。覚せい剤依存症は、F152、覚せい剤精神病なら、F155またはF157になります。

依存性のあるものを複数使用している場合の依存症は、F１９系（多剤使用による薬物使用障害）に分類します。

4 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害（F2系）について

Q1 慢性期のケースで発病時は他院で治療していたため、当時の病状はわかりません。発病時の経過の詳細を照会されましたが、詳細不明です。この場合はどうしたらいいでしょう？

A ②欄は現病歴の欄です。単に受診歴や入院歴ではありません。診断された病気の経過がわかる内容が必要です。

ただし詳細ではなく概要で結構です。また病状や障害と関係のない生活歴は不要です。

カルテ記載が判読しにくいなどの場合は、受診時の本人や家族からの聞き取りによる大まかなものでいいので、発病時の症状や、診断を裏付ける症状経過、生活上のエピソードを記載してください。

診断の合理性を裏付けるものでもあり、極端な情報不足の診断書の場合、「当該診断書では非該当」という判定となることがあります。（特に発達障害系では診断根拠として重要で、充実した記載が求められます）

5 気分（感情）障害（F3系）について

Q1 長期にわたり双極性感情障害の診断で治療を受けていたケースです。最近、幻覚・妄想が出現するようになり、統合失調症に診断を変えたいと考えています。前医の診断書と病名が違ってもかまわないのでしょうか。

A 精神障害者保健福祉手帳は、病状の変化を前提に2年ごとに更新します。

診断名の変更については、過去2年、今後想定する2年について、一定の判断が確立するなら、ご質問のように変更することは可能です。

ただし、診断名や治療指針が短期間で変更を重ねているようなケースでは、長期の生活障害を予見することが難しいと判断されるので、申請は、診断や治療が十分に確定してからのものとなります。

6 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4系）について

Q1 適応障害（F43.2）は手帳の対象にならないと言われました。本当ですか。対象にならないなら、どうして対象とならないのか教えてください。

A 適応障害の診断で、ICD10のF43.2のカテゴリーに入るものは、遷延性抑うつ反応（F43.21）の場合を除いて、通常症状持続は6ヶ月以内とされているために、原則として、長期の生活能力障害を前提とする手帳には該当しないとされています。

7 心理的発達の障害（F8系）について

（1）広汎性発達障害F84の診断に関すること

Q1 自閉症やアスペルガー症候群等下位疾患まで鑑別する必要がありますか？

A 国際的診断基準に従って診断可能であれば下位診断まで記載してください。そうでない場合は「広汎性発達障害F84」で構いません。

下位分類まで考えると「特定不能の広汎性発達障害」とならざるを得ない場合は、「広汎性発達障害F84」としてください。

Q2 主たる精神障害と従たる精神障害について

A1 **自立支援医療（精神通院医療）の場合**

精神症状（例えば強迫行為）があり、薬物療法等の治療を行っている場合、その治療の対象となっている精神障害を「主たる精神障害」（例えば強迫性障害）としてください。その際広汎性発達障害は「従たる精神障害」となります。

しかし、精神症状があっても、治療内容が発達障害の障害特性に対する療育が主である場合は、広汎性発達障害が「主たる精神障害」となります。

A2 **精神保健福祉手帳の場合**

精神症状があり、その精神症状が日常生活能力低下の主な原因の場合、その精神症状への診断名を「主たる精神障害」としてください。その際広汎性発達障害は「従たる精神障害」となります。（上記自立支援医療の記載参照）。

精神症状がないか、または多少の精神症状はあっても、発達障害の障害特性が日常生活能力低下の原因の場合は、広汎性発達障害が「主たる精神障害」となります。

(2) ②欄現病歴について

Q1 ②欄現病歴について、どのように書けばいいでしょうか？

A 発達障害の診断には乳幼児期からの生育歴が原則的に不可欠となります。広汎性発達障害では、相互的な社会関係の障害、コミュニケーションの障害、限局した常同的な反復的な関心と活動の幅、の3領域について乳幼児期の様子を②欄に記載してください。

Q2 生育歴が不明な場合は広汎性発達障害と診断できないでしょうか？

A 生育歴が不明な場合は、現在症や心理テスト等の所見によって、その兆候が明瞭であるという根拠を示す必要があります。

(3) 現在の病状、状態像

Q1 F84では、障害特性をどこの欄に書けばいいのでしょう。

A ②欄現病歴において、生育歴の中で表す他に、現在症として、③欄（6）の「情動および行動の障害」の欄に障害特性を必ず記載してください。

Q2 「統合失調症等残遺状態」の項目で記載していいでしょうか？

A ③欄（6）「情動および行動の障害」のほうで記載すべきです。独特なものは（ ）内の自由記載を活用してください。