

200400541A

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

平成16年度

総括・分担研究報告書

平成17（2005）年3月

主任研究者 白澤 英勝

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

平成16年度

総括・分担研究報告書

主任研究者	白澤 英勝	(宮城県精神保健福祉センター所長)
分担研究者	築島 健	(札幌市精神保健福祉センター所長)
	山崎 正雄	(高知県精神保健福祉センター所長)
	數川 悟	(富山県精神保健福祉センター所長)
	青木 眞策	(愛媛県精神保健福祉センター所長)
研究協力者	北島 顕浩	(岩手県精神保健福祉センター所長)
	有海 清彦	(山形県精神保健福祉センター所長)
	勝島 聡一郎	(横浜市こころの健康相談センター所長)
	濱野 強	(国立保健医療科学院経営科学部協力研究員)

## 目 次

### I. 総括研究報告

- 精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究 …… 1  
白澤 英勝（宮城県精神保健福祉センター）

### II. 分担・追加分担研究報告

1. 法第45条判定事務に関わる全国アンケート調査 …… 7  
築島 健（札幌市精神保健福祉センター）
2. 模擬症例の判定に関わる調査 …… 79  
山崎 正雄（高知県精神保健福祉センター）
3. 精神障害者の手帳に関する評価 ……138  
～手帳所持者100人の調査から～  
白澤 英勝（宮城県精神保健福祉センター）

# I. 総括研究報告

精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究

主任研究者 白澤 英勝

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
総括研究報告書

精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究

主任研究者 白澤 英勝 宮城県精神保健福祉センター 所長

研究要旨：本研究の目的は、手帳判定における判定機関間の差異及びその差異を生じさせる要因を明らかにし、今後の手帳判定に関して全国標準化するために必要な基礎的資料を得ることにある。研究方法：全国60ヶ所の判定機関（精神保健福祉センター）を対象に、①法第45条判定事務に関わる全国アンケート調査及び②模擬症例の判定に関わる調査並びに精神障害者保健福祉手帳所持者100人を対象にした③精神障害者の手帳に関する評価の3つの研究を通して得られた結果を解析した。結果：平成15年度の手帳判定結果を地域別、判定機関別に人口万対に換算して比較したところ大きな開きがあった。判定保留及び判定困難事例は全ての判定機関が経験しており、その取り扱いは診断書作成医師に診断書を返戻、電話や文書での照会を行っていた。診断書で日常生活能力の判定（8項目）と総合判定（5段階）とが齟齬する事例、また、状態像の記載などが精神医学的整合性を欠く事例も全ての判定機関が経験していた。アルコール依存症、人格障害、てんかん、精神遅滞、乳幼児の精神障害、神経症圏(F4)、高次脳機能障害、広汎性発達障害、痴呆及び身体合併症を有する精神障害の取り扱いには、いずれの判定機関も苦慮していた。模擬症例の判定結果の調査からも各判定機関ごとに大きな差異がみられた。判定に当たっての細則や申し合わせ事項を独自に作成している判定機関はわずか3ヶ所にとどまっていた。考察：精神障害者保健福祉手帳の審査判定の現況は、地域間、各審査判定機関間で大きな差異がみられた。この差異は無視しえないどころか、手帳制度の根幹に関わる深刻な問題を有していた。この差異の要因については①診断書作成に関わる医師の疾病や障害に対する考え方、病歴や現在症の記載の仕方、とりわけ疾病の重症度のとらえ方が一致していないこと、②診断書に記載されるべき情報内容に関して、診断書の様式が成人を対象にしており、かつ、統合失調症をモデルにしていることから、盛り込まれる情報が包括的であり、必ずしも十分ではないこと、③審査判定に関わる委員の判定基準が不明確であり、特に、疾病の重症度や障害の程度に関する判定基準が異なるために生じていること、が示唆された。これらを解決するためには診断書作成に関わる医師に対する標準化された手引き、診断書に盛り込まれるべき情報を再検討し、診断書様式を見直すこと、審査判定に際しての判定基準を明確にすることが必要である。

A. はじめに

精神障害者通院医療費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳（以下、手帳）の審査判定事務

は、これまで各都道府県・政令指定都市（以下、指定都市）の精神保健福祉審議会の部会が行ってきた。精神保健福祉法改正により、平成 14

年にこれらの審査判定事務が精神保健福祉センター（以下、センター）の業務と位置付けられ、全国センター長会総会や研究協議会、更には同会のメーリングリストを活用しての情報交換が行われることとなった。

これらの情報交換により、診断書の記載内容やその評価の仕方、審査判定時の判定基準についての議論が促進され、手帳の審査判定に関する問題点が次第に明らかとなってきた。

従来、手帳の審査判定に関しては国の通知「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について（障第 245 号、平成 12 年 3 月 31 日）」、「精神障害者保健福祉手帳の判定基準について（健医発第 1133 号、平成 7 年 9 月 12 日）」に基づき、また、財団法人日本公衆衛生協会編の「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）」を参考に審査判定を行ってきた。

しかし、全国センター長会のこれまでの検討結果は、手帳の審査判定が必ずしも全国標準化されておらず、審査判定が各都道府県・指定都市の判定機関（以下、各判定機関）の裁量に委ねられており、その結果、手帳等級判定結果に差異が生じていることが問題点として指摘されてきた。

また、濱野らの平成 16 年度厚生労働科学研究「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」における「精神障害者保健福祉手帳の交付基準に関する調査」によれば「各都道府県・指定都市は国の通知に基づき、総合的に判断して手帳を交付している」が、「しかし、その解釈は各都道府県・指定都市間によって異なる場合があり、また、独自の認定基準を文章化している都道府県もみられた」としており、手帳の審査判定に差異があること指摘している。

全国センター長会は手帳の審査判定における現況を踏まえ、かつ、今後の精神障害者福祉の総合的な推進のために「手帳制度」の維持・発展は欠かせないとの視点から、また、精神障

害者の地域生活を支援する立場から、手帳の審査判定における地域間の差異を極小化し、全国標準化された手帳制度としてその信頼性を高める必要があり、そのためには手帳の審査判定に関する詳細、かつ、精度の高い全国調査を行い、その運用上の問題点を明らかにすべきとして、本研究の推進に全面的に協力する機関決定を行った。

本研究はこうした背景の中で進められたものである。

## B. 研究目的

本研究の目的は①法第 45 条判定事務に関わる全国アンケート調査、②模擬症例の判定に関わる調査、③精神障害者の手帳に関する評価の全国調査を行い、手帳の審査判定に関する問題点及び判定結果の各判定機関間の差異を明らかにすると共に、その差異が生じる要因を分析し、今後の手帳判定の全国標準化並びに手帳制度の信頼性を高めるための基礎的な資料を得ることにある。

## C. 研究方法

全国 60 ヶ所の各判定機関を対象にした 2 つのアンケート調査と全国 6 ヶ所の精神障害者地域生活支援センターを利用する手帳所持者 100 名を対象にしたアンケート調査から得られた結果を比較検討し、その解析を行った。

## D. 結果

### 1) 判定結果の差異について

法第 45 条判定事務に関わる全国アンケート調査によれば、平成 15 年度の審査判定件数（再判定、再々判定を含む）は全国で 101,813 件となっており、その判定結果は 1 級が 20,894 件、2 級が 54,290 件、3 級が 23,080 件、保留が 2,307 件、非該当が 1,230 件となっていた。表 1 は平成 15 年度の万对各等級者判定数を地域ブロック並びに政令指定都市別にみたものである。

北海道・東北ブロックは 1 級判定が平均の 1.4

倍となっており、指定都市では3級が平均の1.7倍となっており、万対判定者数を都道府県・指定都市で最大と最小値を比較すると、1級では25.3倍、2級は19.4倍、3級は270倍となっており、大きな差異が認められた。

他方、模擬症例の提示10症例の判定結果を表2で示す。

この結果によれば、提示10症例中1級から3級までの判定の「ばらつき」がみられたのが4症例みられ、他の6症例も全て2級と3級に判定結果が大きく分かれていた。また、判定結果が等級認定と非該当に分かれていたものは5症例となっていた。これからも判定結果の差異が生じていることは明らかである。

## 2) 審査判定時の問題点

平成15年度の審査判定において保留とされた診断書は総数2,307件となっており、全判定結果の2.3%となっている。判定保留・判定困難事例は全ての判定機関が経験しており、その取り扱い（複数回答）は診断書作成医師に返戻するか文書若しくは電話で照会する審査判定機関が全体の94.2%を占めていた。

ところで診断書の記載内容が不十分であったり、不適切であれば、審査判定では保留となる場合が多いが、その中身をみると、日常生活能力の判定（8項目）と日常生活能力の程度（5

段階）とが齟齬する診断書については全ての判定機関が経験しており、その取り扱いは他の記載を含めて総合的に判定するが、概ね8項目に即して判定するが29.0%、概ね5段階に即して判定するが17.7%、記載の不備として記載した医師に返戻が50.0%、その他が3.2%と対応が分かれている。また、状態像の記載などが医学的整合性を著しく欠く診断書については91.5%の判定機関が経験しているが、それに対して妥当な記載となるまで記載した医師に返戻・照会を繰り返すが48ヶ所（81.4%）となっていた。

他方、アルコール依存症、人格障害、てんかん、精神遅滞、日常生活能力の低下が合併身体疾患（障害）によるもの、乳幼児の精神障害、神経症圏（F4）、いわゆる高次脳機能障害、広汎性発達障害、痴呆の取り扱いにはいずれの判定機関も苦慮していた。

模擬症例の判定結果の「ばらつき」をみると、精神遅滞や高次脳機能障害など病名によって等級判定を行わないとするところもある一方、それにとらわれずに日常生活能力の判定、程度によって等級判定しているところもあり、また、統合失調症や気分障害（躁うつ病）の症例において、日常生活能力の判定、程度を重視しての、或いは病歴、病状・状態像を考慮しての判定では等級判定に差異がみられている。反社会的行

表1 万対地域ブロック・指定都市別判定者数

	北海道・東北	関東・甲信越	中部・近畿	中国・四国	九州	指定都市	平均
1級	2.3	1.6	1.7	1.5	1.7	1.4	1.7
2級	3.2	4.0	4.1	3.8	5.2	5.6	4.4
3級	1.1	1.8	1.6	1.4	1.7	3.1	1.8

表2 模擬症例の判定結果

	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5	症例6	症例7	症例8	症例9	症例10
1級認定	0	0	5	8	0	16	0	0	0	3
2級認定	39	42	18	6	16	29	10	30	37	48
3級認定	16	13	11	1	38	1	42	24	16	2
非該当	0	0	1	26	0	3	0	1	1	0
保留（照会）	1	2	13	8	1	4	3	2	1	1
保留（返戻）	2	1	10	9	3	5	3	1	3	4
計	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58

動の有無、病歴や精神症状・状態像の記載から疾患の重症度をどうみるかによっても判定結果に差異が生じている。適応障害や解離性障害など、恒常的な障害ではなく、一過性ないし持続しない病態や、症状が固定せず浮動的に出現する疾患については、認定すべきか否かで判定結果が左右されている。いずれにしても手帳判定に当たっては、総合的に判断して審査判定することになっているが、その場合、何に重きを置くかで判定結果に差異が生じることが明らかとなった。

以上からみて、診断書作成時に既に問題を内包していること、審査判定時における判定基準が必ずしも明瞭ではなく、各判定機の裁量に委ねられていることが審査判定結果の差異を生じさせる大きな要因となっている。

### 3) 判定に関する細則や申し合わせ事項

審査判定が各審査判定機関の裁量に委ねられていること明らかとなったが、では各審査判定機関ではどのように対処しているのだろうか。

全国アンケート調査によれば、独自に細則を策定している審査判定機関は全国3ヶ所に過ぎない。審査判定委員の申し合わせや不文律を有するところも3ヶ所に過ぎない。そして、調査によれば多くの審査判定機関は委員の合議、一部合議で判定を行っているのが実情である。

従って、日常生活能力の8項目、5段階が齟齬する場合において「1級と2級は日常生活について評価・判断されるものであることから、社会生活関連項目が重度であったとしても、日常生活関連項目が軽度であれば3級に判定する」とするものが14ヶ所(23.7%)、「社会生活関連項目が重度で或る場合は日常生活に著しい制限がなくとも1級または2級に判定する」が13ヶ所(22.0%)、「主治医の評価した総合判定に従う」が12ヶ所(20.3%)、「その他」が20ヶ所(33.9%)と前3者はほぼ拮抗している。これは明に「判定基準」が分かれていることを示すものであり、模擬症例の判定結果とも

一致している。

### 4) 精神障害者の手帳の評価

精神障害者地域生活支援センターを利用している100人の手帳所持者を調査した。その結果は概ね現状の等級判定に肯定的な評価をするものが85%となっていた。反面、否定的な評価をしている者も15%おり、その多くが等級判定結果に対するものであった。手帳の評価は現に受けている福祉サービスと連動していることが窺われ、それが評価の基準となっている。

### E. 考察

手帳の審査判定は、医師の診断書が添付された申請については各都道府県・指定都市のセンターが審査判定を行い、障害年金を受給している者は年金証書の写しからも手帳の交付を受けることができることになっている。現在、各都道府県・指定都市の手帳の審査判定は国の通知に基づき、また、精神障害者保健福祉手帳の手引きを参考にして行われている。精神障害者の福祉施策が次第に充実するに伴い、手帳の申請件数や交付件数が次第に増加している。また、それに伴い、手帳の審査判定についての情報交換が、主に審査判定機関である各都道府県・指定都市のセンター間で行われるようになり、その中で、審査判定の差異が問題とされるようになった。その視点は、同一の精神障害者は同一の障害等級の判定を受ける権利を有しており、居住地域の相違により、障害等級の判定に差異が生じることになれば、ひいては受けるべき福祉サービスの量や質に差異が生じることとなり、著しく不公平なこととなるからに他ならない。本研究はこうした視点に基づき、何よりも手帳判定の現状と問題点を明らかにし、今後の手帳制度の一層の充実に資するために行われた。

本研究において、精神障害者保健福祉手帳の審査判定の現況をみると、地域ブロック及び都道府県・指定都市間で大きな差異がみられた。この差異は無視し得ないどころか、手帳制度の



信頼性の根幹に関わる問題が存在することが明らかとなった。

この差異が生じる要因として、第1に診断書作成に関わる医師の疾病や障害に対する考え方、病歴や現在症及び状態像のとらえ方、とりわけ疾病の重症度のとらえ方が必ずしも一致しておらず、また、日常生活の障害程度と疾病の重症度が必ずしもパラレルでないことから、記載に当たっては診断書作成医師の経験則が重視されており、総合判定において相当な隔たりが生じることが挙げられる。事実、平成15年度の審査判定において、判定保留や非該当となる診断書は全体の3.5%を占めており、記載内容の不備、日常生活能力(8項目)と日常生活能力の程度(5段階)が齟齬する事例、病歴や現在の病状、状態像の記載に医学的整合性の欠ける事例などはこのことを端的に示している。

第2は診断書に盛り込まれる情報内容についてである。診断書の様式が成人を対象にしており、かつ、統合失調症をモデルにしており、盛り込まれるべき情報も病名、病歴、現在の病状、状態像や日常生活能力の判定項目(8項目)、日常生活能力の程度(5段階)が包括的であり、必ずしも十分ではないことが挙げられる。アルコール依存症、人格障害、てんかん、精神遅滞、日常生活能力の低下が合併身体疾患(障害)によるもの、乳幼児の精神障害、神経症圏(F4)、いわゆる高次脳機能障害、広汎性発達障害、痴呆の取り扱いにはいずれの判定機関も苦慮しているのが現状であり、模擬症例の判定結果の「ばらつき」は、盛り込むべき情報を多用な疾患に対応可能なものにすべきことをも示唆している。従って、診断書に盛り込むべき情報を、多様な精神疾患や適正な障害認定に対応すべく再検討することが不可欠である。

第3は審査判定に関わる委員の判定基準が不明確であり、疾病の重症度や日常生活能力の判定及び程度に関する基準を明確にする必要がある。

審査判定における細則や申し合わせ事項を

独自に策定している都道府県・指定都市は全国で3ヶ所に過ぎない現状、或いは日常生活の8項目と5段階が齟齬するケースの判定時の判定基準の「ばらつき」や模擬症例の判定結果の「ばらつき」は深刻といわねばならない。

## F. 結論

平成9年3月、(財)全国精神障害者家族連合会は「障害者手帳・障害年金における障害評価に関する研究」を行っている。その中で、手帳制度に関する「判定基準・障害評価の議論が必要」との指摘を行う一方、「判定の地域格差の解消は、制度の改善の中で」との提起も行っている。しかし、手帳制度についての本格的な調査研究は行われておらず、ようやく平成16年度の濱野らの研究により、その端緒が開かれたに過ぎない。

世界保健機関(WHO)は平成13年5月に国際生活機能分類(ICF)を採択しているが、こうした新たな障害分類を視野に入れて、かつ、本研究が明らかにした現況を踏まえ、診断書に盛り込まれるべき情報を再検討し、判定を全国標準化すべく、手帳診断書作成に関わる医師に対して、また、手帳の審査判定機関に対して、現行の判定基準見直し、新たな判定基準(指針)を作成することが必要である。

## G. 健康危険情報 なし

## H. 研究発表 なし

## I. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## 参考文献

- 1) 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について、障第245号、平成12年3月31日
- 2) 精神障害者保健福祉手帳の判定基準について、健医発第1133号、平成7年9月12日
- 3) 精神障害者保健福祉手帳の手引き、財団法人日本公衆衛生協会編、2003年1月

- 4) 濱野強、岩崎榮、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究、平成16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「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究 総括・分担報告書
- 5) 障害者手帳・障害年金における障害評価に関する研究 ―手帳制度の発展と障害年金の改善に必要な障害のとらえ方―、(財)全国精神障害者家族会連合会・精神障害者社会復帰促進センター、1997年3月
- 6) 国際生活機能分類 ―国際障害分類改訂版一、障害者福祉研究会編、2002年8月

## Ⅱ. 分担・追加分担研究報告書

法第45条判定事務に関わる全国アンケート調査

分担研究者 築島 健（札幌市精神保健福祉センター所長）

<調査の要旨>

精神障害者保健福祉手帳の判定における自治体間の差異の実態を明らかにするため、この判定を所管する、全国の都道府県及び指定都市の精神保健福祉センターに対し、判定の実績、判定の取扱い、判定のよりどころとなる考え方等について調査した。

<対象・方法>

対象は、平成15年度に精神障害者保健福祉手帳の判定を行った、全国47都道府県及び13指定都市の、計60の精神保健福祉センターとした。

方法は、平成17年1月に調査票を各センター宛に電子メールで配布し、この回答を電子メールで回収することによった。また、一部電話による聞き取りを実施した。

調査の項目は、①判定の実績、②判定の方法と実施体制（判定組織体の構成等）、③判定保留、判定困難事例の実情と、その取扱方法（診断書の返戻等）、④判定にあたっての細則の制定及び、申し合わせ事項の状況、⑤2年ごとの更新認定などの際における等級の異動の状況、⑥苦情・照会や、異議申し立ての処理状況、⑦判定及び決定に際して困難を感じる事、⑧統合失調症以外の障害の等級判定の困難さについての認識、⑨精神障害者支援施策の利用状況と手帳等級との関係、⑩その他、とした。

<結果>

全国60都道府県・指定都市のうち、59都道府県・指定都市から回答を得た（回答率98%）。①判定件数の自治体間格差が極めて大きいことにより、1時間当たりの判定件数にも大きな自治体間の差が生じていることから、十分に時間をかけて判定できない場合もあることが示唆された。判定の結果（それに伴う手帳の等級の分布）も大きな差異があることが明らかとなった。②精神保健福祉センターの常勤職員主体で判定を行うもの、外部の委員主体で行うもの、医師のみで判定を行うもの、保健師や精神保健福祉士などの他の職種とともに判定を行うものなど、自治体ごとあるいは地域の事情により構成は様々であった。③診断書の情報が不備又は不適切である場合などで、判定が困難である事案については、ほとんどの自治体で判定を保留して、診断書の内容について主治医に照会するか診断書を主治医に「返戻」して内容の加筆又は訂正を求める取扱いであった。その数は、判定事案数の2.7%に上っていた。不備又は不適切な診断書の取扱いは判定業務の事務量を著しく増加させる一因となっていることが伺われたほか、個人情報保護や行政手続上の整理を要する部分もあると考えられた。統合失調症以外の疾患圏の障害の判定に困難が多かった。④判定にあたっての自治体ごとの細則、申し合わせ事項はほとんど存在せず、都度個別の判断・対応が求められる状況であった。⑤平成14年度に精神保健福祉センターが判定を所管するようになり、等級分布の変化がみられた自治体が存在する。下位等級への移動が多いようであったが、2年ごとの更新認定の際には不利益処分と判定の公平性の確保の間で苦慮する自治体が多かった。その結果、不利益処分を回避する力動が働きうることが示唆された。⑥異議申立に関しては、都道府県（指定都市）の本庁が取り扱う自治体が多い。⑦現行の判定方法（主治医による診断書のみによる書類審査）に関して困難を感じる自治体が多い中で、「直接判定」や「認定審査の併用」などについては、「望ましいながら、実際には困難又は不可能」とする自治体が多かった。⑧極めて広範にわたる精神障害のすべてを一律の基準で判定し等級を決定することは困難であり、疾患圏ごとの評価基準が必要であるという考えを持つ自治体が多かった。⑨手帳に基づく自治体ごとの福祉サービスが充実しつつあるが、こういったサービスの充実は、手帳の（法益としての）価値を結果的に高めることになることから、判定の精度がより求められるものになる。⑩手帳による法益が大きくなるとともに、手帳の偽造や、偽造又は変造した診断書による申請を経験した自治体もあった。また、診断書を記載する医師の資質（若しくは資格要件）について、一定の基準を設けることが必要であるとする意見も複数あった。

<まとめ>

精神障害者保健福祉手帳の判定は都道府県・指定都市ごとに差異があることが明らかとなった。この差異が生じる要因としては、判定方法が書類審査のみによることから、提出された診断書の不備又は不適切さを、判定によってカバーしきれないことにあると考えられた。かかる差異の解消のためには診断書の書式の見直しを含めた判定方法の改善による必要があることが示唆された。

## 研究協力者 (50 音順)

有海 清彦 (山形県精神保健福祉センター所長)  
勝島聡一郎 (横浜市精神保健福祉センター所長)  
北島 顕浩 (岩手県精神保健福祉センター所長)  
濱野 強 (国立保健医療科学院)

### はじめに

平成7年の法改正により創設された精神障害者保健福祉手帳(以下「手帳」)の制度は、対象者につき一定の精神障害の状態にあることを証し、精神障害者に対する福祉の枠組を定める観点から、地方自治体等が精神障害者の福祉施策を展開するうえでは重要な政策的意義を持つものである。手帳制度が税控除や生活保護制度と関連した経済的法益との一定の関連があることや、各自治体において手帳に基づく福祉サービスが徐々に充実してきていることなどから、手帳の申請に対する決定の重みがますます増している。さらに、行政手続法や行政事件訴訟法の改正等、地方自治体を含む行政機関と住民との関係が新しい形で整理されつつある中で、手帳の申請に対する決定については、これまで以上に、公正の確保と透明性の向上を図る必要がある。

知的障害を除く精神障害者は(法第45条)指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師による診断書(初めて医師の診療を受けた日から起算して6月を経過した日以降における診断書に限る)等の書類を添えて(施行規則第23条)市町村に申請し、都道府県・指定都市の精神保健福祉センターの判定を受けて(法第6条)、手帳の交付を受けることが出来る。その等級は障害の程度に応じて重度のものから1級、2級及び3級と定められている(施行令第6条)。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、その判定基準については、「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」(H7.9.12健医発第1133号厚生省保健医療局長通知)によって定められているところである。

しかしながら、手帳の申請に対する決定(交付の可否、等級如何)については、都道府県をまたぐ転居を

した精神障害者にかかる手帳等級の引継ぎ等実務上の問題事例がいくつも存在することなどから、全国の都道府県・指定都市の間で「判定の差異」が生じている可能性があることが夙に指摘されていた。そのような折、平成15年10月の全国精神保健福祉センター長会総会(京都市)において、ある自治体から話題提供された手帳の処分に対する異議申し立ての事例についての各自治体の意見が大きく2分されたことで、自治体間の手帳の「判定の差異」の存在が全国的に認知されることになった。手帳の判定の事務が自治事務であり、自治体ごとの一定の裁量の範囲はあるとしても、等級判定に無視できない差異があることは決して好ましいことではない。また、手帳の等級の信頼度が低下することは、今後予定される新しい障害者福祉の制度の推進との整合性をも失しかねず、地方自治体における障害者施策の遂行の妨げとなりうる。

かかる事情から、本研究は計画された。

### A. 調査研究の目的と前提

本研究の目的は、「精神障害者保健福祉手帳の決定のための専門的・技術的判定等における運用上の問題点を明らかにする」ことである。特に、平成15年10月の全国精神保健福祉センター長会総会(京都市)において、話題になった「全国の等級の『判定の差異』」の実態を明らかにすることである。

ここでいう「判定の差異」とは「同じ障害の状態に対して異なる判定結果を出力すること」としておく。さらに、この「判定の差異」は、申請(そのもととなる主治医の評価)から判定、決定までの、障害者が手帳を交付されるまでの多段階の過程のうち、いくつかの段階で生じうるものと考えられるが、その主なものは以下の①～③の3つであると考えられる(図 手帳の判定の差異が生じる段階と要因)。

- ① 主治医の評価が不適切であることによるもの
- ② 診断書の(仕様としての)情報不足により、主治医の評価が適切に表現されないことによるもの
- ③ 判定の精度が不足していることにより、診断書を正しく評価できないことによるもの

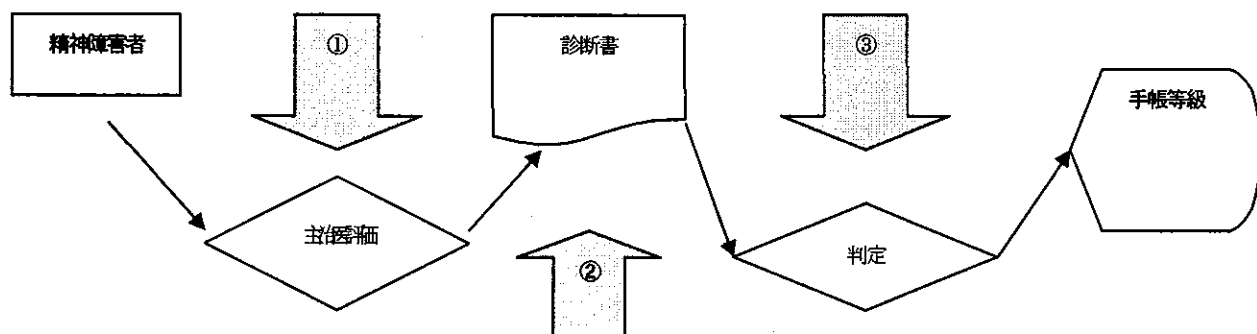


図 手帳の判定の差異が生じる段階と要因

これらの3つの段階と要因は決して独立ではない。しかも複合した形で存在することが考えられることから、総合的な改善を施すことによつてのみ手帳の判定を適正化できるものと考えられる。

今回の研究においては、主治医の評価が不適切な場合（段階・要因①）がありうることを、及び、診断書に表現された情報が不足すること（段階・要因②）がありうることを仮定し、それらに対し、各自自治体において、出来るかぎり判定の精度を向上させ、より適正な判定を行うための誠実な努力を行っていることを前提として、それでも、判定段階（段階・要因③）で生じてしまう「判定の差異」があるものと仮定する。この差異について判定の実績や体制とともに調査すること、及び、判定を所管する立場である全国の精神保健福祉センターの所長が認識しているところの問題点を調査することとした。

## B. 対象と方法

対象は、平成15年度に精神障害者保健福祉手帳の判定を行った、全国47都道府県及び13指定都市の、計60の精神保健福祉センター（東京都の3箇所の精神保健福祉センターのうち、手帳の判定は1箇所に集中して業務を行っていることから、調査対象は都立中部総合精神保健福祉センターのみ）とした。

方法は、平成17年1月に調査票を各センター宛に電子メールで配布し、この回答を電子メールで回収することによつた。なお、質問項目によつては、その詳細や背景事情等につき、分担研究者が当該自治体の精神保健福祉センター所長に対して電話による聞き取りを

行い、情報を補足した。

調査の項目は全国精神保健福祉センター長会常任理事を中心にプロジェクトメンバー（分担研究者及び研究協力者）を結成し、検討を重ねて作成した。判定の実績（平成16年10月1日の現在値、及び、平成15年度の実績値）、その他、判定の取扱い、判定のよりどころとなる考え方等（判定の決裁権者である精神保健福祉センター所長の考え方）について調査した。調査項目は、以下の10カテゴリーにわたるものとした。すなわち；

- ① 判定の実績
- ② 判定の方法と実施体制（判定組織体の構成等）
- ③ 判定保留、判定困難事例の実情と、その取扱い方法（診断書の返戻等）
- ④ 判定にあつての細則の制定及び、申し合わせ事項の状況
- ⑤ 2年ごとの更新認定などの際における等級の異動の状況
- ⑥ 苦情・照会や、異議申し立ての処理状況
- ⑦ 判定及び決定に際して困難を感じることに
- ⑧ 統合失調症以外の障害の等級判定の困難さについての認識
- ⑨ 精神障害者支援施策の利用状況と手帳等級との関係
- ⑩ その他

## C. 結果

平成17年1月から3月にかけて、対象となる60都道府県・指定都市の精神保健福祉センターのうち、59

センターから回答を得た（回答率98%）。

### ①判定の実績

年間の判定件数においては自治体間における差異が極めて大きい（表①-1）。

最少は296（都道府県）で、最多：14,764（都道府県）であった。これに伴い、当然ながら、判定会議1回1時間当たりの判定件数にも大きな差が生じることになる。なお、圏域人口（2002年、政令指定都市を含む道府県においては、政令指定都市を除いた数）1万人当たりの判定件数も大きな差異があり、最少は3（都道府県）、最多は19.5（指定都市）であった。

1時間あたりの判定件数の最多は308件である。この都道府県は、1回の会議においては各事案について4人で分担して個別に判定を行っていることから、1人1時間あたり77件を判定することになる。合議による判定方式をとる自治体における1時間あたりの判定数の最多は110件、次いで93件（いずれも指定都市）となっている。これは、各事案の診断書を供覧し、オークション方式で合議するもので、最多の自治体（指定都市）においては、1案件当たり33秒弱で等級を判定することになる。

判定結果（等級）については、（表①-4Ⅰ、①-4Ⅱ、図①-4Ⅰ、①-4Ⅱ）圏域人口1万人当たりの判定結果は、全国では、1級が1.66、2級が4.32、3級が1.84であり、判定総数に占める各級の構成比については、1級が21%、2級が53%、3級が23%である。しかしながら、この値については、比較的大きな地域間の差異があり、地域（ブロック）ごとの判定の温度差が大きい事情が示された。たとえば、北海道・東北ブロック（政令指定都市を除く）では1級が3級の倍であり、1級と判定されるものが他のブロックに比して目立って多い。1級と判定される案件が全判定数の58%を占める自治体（都道府県）もある。逆に、指定都市においては3級と判定されるものが比較的多い（30%）。一方で、3級と判定されるものがわずかに2%しかない自治体（都道府県）も存在する。もともとの申請者の質の違いの可能性などを考慮しても、この差は不自然に大きいと言わざるを得ない。なお、1級が58%を占める自

治体においては、1級者に対する医療費の自己負担分の免除制度（入院・外来）があることから、最近になって老人医療から相当数の流入があるということである。

### ②判定の方法と実施体制（判定組織体の構成等）

判定の人数について（表②-1、図②-1）は、3名から5名で実施しているところが多い（2～12、平均4.4、中央値4）。平成11年法改正（14年施行分）の際、行政処分に係る判定を付属機関にゆだねることの問題が指摘された経緯があることや、非常勤職員報酬の節約等の理由で、外部委員を廃止し、常勤職員のみで判定を行うようになった自治体も複数ある（聞き取り）。

その構成（表②-2、図②-2）は、多くが精神保健福祉センターの医師職に外部委員（医師職）を加えた判定組織体を構成する方法によるが、精神保健福祉センターの常勤職員主体で判定を行うもの、外部の委員主体で行うもの、医師のみで判定を行うもの、ものなど、自治体ごとあるいは地域の事情により様々であった。多職種による（医師のほか保健師や精神保健福祉士などの職種とともに行う）判定を行うところも7自治体あった。

外部委員を登用する自治体が多い（表②-3、図②-3）。判定の方式（表②-4、図②-4）は、全案件について合議で判定する自治体が33自治体（56%）と、最多であるが、一部についてのみ合議判定する自治体が21自治体、基本的に委員の個別の判断にゆだねられるとする自治体も5自治体あった。

### ③判定保留、判定困難事例の実情と、その取扱い方法（診断書の返戻等）

#### 〔③-a 総論的事項〕

③a-1 情報が不足している、内容が不適切などの場合（複数回答）；

記載が不備である等、当初提出された診断書によっては適正な判定が困難である事例について（表③a-1、図③a-1）は、当該診断書の不備につき、照会するか、又は当該診断書を申請者ではなく主治医に「返戻」し、記載の追加又は訂正などの記載の「更正」を求める方

法によるとする自治体が多い(56自治体)。一方、不備を理由に直ちに却下したり、非該当と判定したりすることがある自治体は少なく(5自治体)、「判定を保留し、申請者(患者)に診断書(もしくは一件書類)を返戻し、相当の期間を定めて当該申請の補正を求める(形式的要件不適合申請ではないが行政手続法第7条に準じる取扱いをすということ)」とすることがある自治体も極めて少ない(2自治体)。

③a-2 診断書を書いた医師に対して、照会又は診断書の返戻を行う場合の照会の方法、文書又は添書の内容(複数回答)；(表③a-2-1、図③a-2-1)

(申請者にはなく)診断書を書いた主治医に、申請者の病状等につき補足事項を照会し、又は診断書(申請者にはなく)診断書を書いた主治医に返戻し、訂正加筆等を求める取扱いは、ほとんどの自治体において行われていて、文書による照会(18自治体)、電話による照会(19自治体)、診断書の訂正加筆を求める場合(42自治体)、などとなっていた。

診断書返戻・照会の数(表③a-2-2、図③a-2-2)については、地域差も大きい、最大で2割、平均で2.7%もの返戻・照会を要したことになる。

③a-3 右半の欄の能力の状態の判定と総合評価の齟齬の問題；(表③a-3 I、③a-3 II、図③a-3)

判定にあたっては、日常生活能力の判定(食事、清潔、金銭、通院服薬、対人関係、安全、社会手続、趣味娯楽の8項目、それぞれに4段階)と、総合判定(5段階)が主治医によって評価され、診断書に記載されたものを判定することになるが、それらが齟齬する診断書は審査判定上大きな困難をもたらす。このような事例はすべての自治体において経験している。

③a-4 精神科医以外の医師による診断書について；

内科医や脳神経外科医等、精神科を専門としない医師の診断書を添付した申請も受理し、判定に供している(「医師の要件については斟酌しない」とするもの)自治体が多い(表③a-4-1 I・II、③a-4-2 I・II、図③

a-4-1、③a-4-2)。

また、状態像の記載等が精神医学的に誤っていたり理解不能であったり、医学的整合性を著しく欠くものの取扱いについては、54自治体(92%)がそのような事例を経験しており、そのような場合には「妥当な記載となるまで、記載した医師に返戻・照会を繰り返すことが多い」という取扱いが多い(48自治体、81%)ことから、判定の事務を所管する精神保健福祉センターの業務の大きい負担となっている実情が伺われた。

③a-5 現在精神科治療を受けていない者、急性期にあつて症状が安定していない者、コンプライアンスの悪い者や適切な支援を拒否しているなど、家族や医療機関等関係者が積極的な治療援助を怠っていること等により結果的に症状が重くなっている者など、それぞれにおける取扱い；

この問題に関しては、各自治体とも、判断に苦慮しながら判定を行っている(表③a-5-1 I・II、図③a-5-1)。

「判定不能として申請を却下又は非該当とする」とする自治体も3割強あるが、「いたしかたないものとして現在の状態像に即して判定する」とする自治体が最も多い。「適切な治療を受けて、病状が安定した後の状態を推測して、その程度に則して判定する」とする自治体も2割弱ほどみられる。

③a-6 決定後、ほとんど間をおかずに等級変更申請するケース

このような案件については、「いたしかたないものとして現在の状態像に即して判定する」すなわち、主治医が診断書に記載した内容に沿って判定するという自治体が最多となっている(表③a-6 I・II、図③a-6)。

### 〔③-b 各論的事項〕

以下の疾患圏における判定困難事例につき、調査した；

嗜癖関連疾患、パーソナリティ障害、てんかん、知的障害、身体障害合併例、乳幼児の「精神障害」、神経症圏、高次脳機能障害、広汎性発達障害、認知症(痴呆)



### ③b-1 嗜癩関連疾患 F1x

主たる精神障害が依存症 (F1x.2) (アルコール依存症、薬物依存症など) の取扱いについては、「合併する精神症状の有無」を手がかりに等級の判定をするという自治体が多い (表③b-1-1、図③b-1-1)。そして、従たる精神障害として嗜癩関連疾患がある場合にあって、飲酒による酩酊や反社会的行為による問題の存在を「重症度を示すものとして」重症度に加味するかについては意見が分かれた (表③b-1-2)。

### ③b-2 パーソナリティ障害 F60

各自治体の取扱いも、大きく分かれる (表③b-2-1~3、図③b-2-1~2)。

### ③b-3 てんかん G40 (表③b-3-1~4、図③b-3-1~4)

てんかんの手帳等級にあっては「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」に明示的に示されていることから、「発作のタイプと頻度」を手がかりに等級判定を行うことが出来るとする自治体が多い。

### ③b-4 知的障害 F7x (表③b-4-1~③b-4-3、図③b-4-1、③b-4-2)

知的障害 (精神遅滞) を「主たる精神障害」とした申請も決して少なくない。また、知的障害を従たる精神障害とした際に、当該申請者の日常生活能力の障害に対する知的障害の寄与分の見積もりとその解釈をめぐっては判定に苦慮することが少なくない。

### ③b-5 日常生活能力の低下が主として合併身体疾患 (障害) によるものの取扱い (表③b-5-1、図③b-5-1) ;

「身体障害による寄与分を除いた状態を推測して、精神障害部分のみを判定」とする自治体が最多であった (29自治体、49%)。

### ③b-6 乳幼児の「精神障害」の取扱い (表③b-6-1~③b-6-4、図③b-6-1~③b-6-4) ;

35自治体 (59%) が「取扱いがあり、問題を感じている」という回答である。「取扱いがない」とする自治体も 20自治体ある。問題がないとする自治体は少ない。制度的な整理が不十分であるまま現場の判断に大きくゆだねられていることの問題や、小児科医が手帳制度の理解が十分でないなどの問題もある (③b-6-5 自由記載項目)。

技術的観点からも全く困難である。判定に苦慮しながらも、「乳幼児の平均的発達からの乖離をもって障害の程度を判定する」とする自治体が多い。

### ③b-7 神経症圏等の取扱い (表③b-7-1 I・II~③b-7-6 I・II、図③b-7 I・II) ;

「日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする」とするものが多い中で、予後や経過を考慮して、「疾患特性を考慮して判定する」とするものも多い。

### ③b-8 高次脳機能障害の取扱い (表③b-8-1、③b-8-2、図③b-8-1、③b-8-2) ;

「高次脳機能障害」とするものでも、「器質性精神障害」に位置づけられるものに限って手帳の交付対象とする考え方が一般的であった。

### ③b-9 広汎性発達障害 F84 (表③b-9-1、図③b-9-1) ;

「療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の重複交付は行わない」とする自治体が 13自治体 (22%) でありながらも、「療育手帳の対象となるか否かを問わず等級をつける。その際、知的障害による日常生活、社会生活上の制限も加味して、ケース全体としての障害の重篤度を判定する」とする自治体が 26自治体 (44%) と最多であった。

### ③b-10 認知症 (痴呆) の取扱い (表③b-10-1、③b-10-2、図③b-10-1、③b-10-2) ;

「運動麻痺や失語などの身体障害による日常生活・社会生活の制限も精神障害の重症度と不可分であることから、これを加味する判定を行う」とする自治体が

22 自治体 (37%)、「運動麻痺や失語などの身体障害による日常生活・社会生活の制限は精神障害の重症度と分けて考えるべきで、これを加味しない判定を行う」とする自治体が 33 自治体 (56%) と、考え方が大きく分かれた。

#### ④判定にあたっての細則の制定及び、申し合わせ事項の状況

##### ④-1 自治体が独自に策定した細則；

自治体が独自に策定した細則に基づき、判定している自治体は少ない(表④-1)。明示的な基準によって公平かつ透明に判定することは望ましいとしても、あらかじめ定めることはなかなか困難であることが示唆される。

##### ④-2 委員間の申し合わせや不文律

事実上の基準や申し合わせ事項があるとする自治体も少ない(表④-2)。

##### ④-3 日常生活関連項目と社会生活関連項目の等級判定への反映の重みづけの度合い(表④-3-1、図④-3-1)；

④-1 及び④-2 のとおり、各自治体において細則や申し合わせ事項等が存在しないといえながらも、一種の経験則が存在する可能性について調査した。

例として、「生活能力の状態」の「8 項目」のうち、日常生活に関連のある項目とされる「(1)～(3)と(6)」と、社会生活に関連のある項目とされる「(4)(5)(7)(8)」の各レベルにつき、1、2 級の判定の際に重みづけを異なるものにするかについては、「ケースバイケース」「これのみでは判断できない」という意見も多いながら、「日常生活項目優先」「重みづけに差を設けない」「主治医の総合判定を重視」などと、完全に分かれる結果となった(表④-3-1、図④-3-1)。

また、日常生活項目のうち、1 項目～4 項目が「援助があれば出来る」であり、他が「援助が必要」とするものにあつては、「これのみでは判断できない」とする意見も多かったが、1 項目のみ「援助があれば出来る」

の場合は 3 級に傾き、3 項目が「援助があれば出来る」の場合は 2 級に傾くようであった(表④-3-2I～III、図④-3-2I～III)。

##### ④-3-3主治医の8項目の記載が不適切であると考えられる場合の対応(表④-3-3、図④-3-3)；

たとえば、独居で在宅生活しているのに、全てが「できない」に○がついている場合については、「③a-1 情報が不足している、内容が不適切などの場合」の例によって、「主治医の判定が誤っていると考えられるので、照会する」とするものが最多(33 自治体、56%)であったが、「主治医に照会しても、適切な回答が得られる見込みがない等の問題があることから、他の記載等を参考に、妥当と思われる等級に判定する」とするものも 14 自治体(24%)であった(冒頭の「段階・要因①」の問題)。一方、少数ながら、「主治医の判定通り」という意見もあった(5 自治体)。

##### ④-4 診断書の記載に関する基準

ICD コードは正確につけることを求めるとするものが 28 自治体(50%)、3 桁(英字 1 桁と整数 2 桁)まで求めるべきであるとするものが 18 自治体(32%)ある中で、ICD の記載がなくても、コーディングが誤っていても問題としていないとするものも少数あった。

状態像の記載が不適切なものは「③a-1 情報が不足している、内容が不適切などの場合」の例によって、「返戻や照会をする」とするものが多かった。

#### ⑤2 年ごとの更新認定などの際における等級の異動の状況

##### ⑤-1 各級の分布の変化

各級の分布の変化については、1 級が減少し、2 級が増加した傾向にある。平成 14 年度以降、全体に手帳所持者数が順調に伸びる中、15 年度末において 1 級が実数で前年より減少した自治体も 7 自治体あった。

##### ⑤-3 手帳の更新認定の際に既存の等級を勘案・更新認定にあたって一定の配慮

手帳の更新認定や等級変更申請の際に、既存の等級を勘案したり、2年前や直近の診断書を参照したりすることがあるとする自治体が少なくない。診断書を参照せず、既存等級も勘案しない自治体は、むしろ少数であった(表⑤-3-1、図⑤-3-1)。

更新認定等の際に、下位等級への変更となりそうな場合において、特に生活保護を受給している者について、障害者加算との関係から、等級を下げないように配慮する自治体がある(⑤-3-2 自由記載項目)。

#### ⑥苦情・照会や異議申し立ての処理状況

異議申し立ての取扱い部局は本庁で行っているという自治体が多い。各自治体における異議申し立て等の具体的事例については、今回十分に収集できなかったことから別の機会に改めて行いたい。

#### ⑦判定及び決定に際して困難に感じること

判定に供する情報の収集に困難を感じる自治体が多い中で、「直接判定」や「認定調査の併用」など、判定する行政機関が直接アセスメントするための情報を得ることについては、「望ましいながら、実際には困難又は不可能」とする自治体が多かった(表⑦-1、図⑦-1)。センターによる直接判定は不要と答えた自治体でも、判断の根拠に乏しい、一元的な情報で判定せざるを得ない状況を問題視している点では共通している。

⑧統合失調症以外の障害の等級判定の困難さについて(⑧自由記載項目)；

次の2点を論点として意見を集めた；

・疾患圏ごとの判定の指針の必要性(すべての疾患圏をカバーする単一のルールは無理があるという考え)。

・疾患圏を問わない(たとえば、ICFのd項目やIADLによるか、又はGAFのようなスケールによるなど)尺度等に即した指針の必要性(精神の疾患すべて、さらに広げて3障害に横断的なルールが必要であるという考え)。

自由記載項目として36自治体から回答を得たが、き

わめて広汎にわたる精神障害のすべてを一律の基準で判定し、等級を決定することは困難であり、疾患圏ごとの評価基準が必要であるという考えを持つ自治体が多かった(20自治体)。疾患圏を問わない指針の必要性があるとするセンターは8自治体であった。

#### ⑨精神障害者支援施策の利用状況と手帳等級との関係

今回の調査では、設問が具体的なものでなかったため、支援施策と手帳の取得動機関連するかにつき、明確な結果は得られなかった。支援施策の充実度と利用の多さが、等級判定の傾向に関連している証拠はない。

⑩その他(表⑩-1-1、表⑩-1-2、表⑩-1-2II、図⑩-1-2II、表⑩-2、表⑩-3、表⑩-3-1、図⑩-3-1、表⑩-3-2a、図⑩-3-2a、表⑩-3-2b、図⑩-3-2b)

手帳による法益が大きくなるとともに、手帳の偽造や、偽造又は変造した診断書による申請を経験した自治体もあった。[何らかの見直し]が必要であるということは共通した考えであって、診断書の様式の変更、診断書を記載する医師の資質(若しくは資格要件)について、一定の基準を設けることが必要であるとする意見も複数あった。

#### D. 考察

##### ①判定の実績

[判定件数が多く、十分な時間をかけた検討が行いづらいことについて]

1件の判定に要する至適な時間については一概に言えないが、1件当たり1分弱というのは、診断書の各項目を読み上げることすら不可能であることから、十分な時間の確保が出来ている状況にあるとはいいがたいものである。判定の質を確保するためには、時間の確保及び審査判定の体制強化など、十分に時間をかけて判定できるような体制づくりも必要であると考えられる。

[等級の分布について]

判定結果(等級)の分布については、地域(ブロッ

ク) ごとの判定の温度差が大きい事情が示された。地域差ばかりではなく、今後、精神、知的、身体の3障害に対して均衡のある福祉施策を推進する上では、他の障害領域との等級分布の調整のようなことも必要になるかもしれない。

## ②判定の方法と実施体制（判定組織体の構成等）

### [多職種による判定と外部委員の登用をめぐる]

判定組織体に医師以外の職種（精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者）を加えることについては、手帳が精神障害者の福祉サービスに係るものだけに、医学的な軸のみに限らない多職種の判断の必要性にかんがみた措置であると考えられる。しかしながら、医師以外の職種が診断書に記載された医学用語（時に略語や不正確なものも含まれる）を理解することが困難である場合もあり、多職種が対等な合議を行う際には工夫が必要となるかもしれない。

外部委員の登用について（表②-3、図②-3）は、判定の透明性と公平性の確保に寄与すると考えられる。しかしながら、その自治体や地域の実情によっては、大きい発言力と影響力をもつ委員の、いわゆる「鶴の1声」によって、判定が大きく左右されてしまい、合議制が正常に機能しないことも危惧されている。また、判定のプロセスの透明化と行政情報の開示の原則からは、委員の氏名及び所属は原則的に公開されることになると考えられるが、不用意な公開は、委員に対する関係者からの個人攻撃が危惧される（すでに、いくつかの自治体でそのような実例がある）（聞き取り）。業務の安全かつ適正な執行に支障が生じかねないことから、開示に関して一定程度の慎重さも必要となりうる。

### [合議判定か、個別判定か]

判定件数の極めて多い自治体については合議によることは事実上不可能となるのは現状ではいたしかたないことになる。その場合にあっても判定の公平性と透明性を確保する方法につき工夫が必要となる。

## ③判定保留、判定困難事例の実情と、その取扱い方法（診断書の返戻等）

### [返戻・照会をめぐる]

申請者の頭越しに主治医と行政機関との間で個人情報やり取りすることについては、個人情報の取扱いとして十分な整理がついているものとは言えない。また、ひとたび実施機関として受理した申請書類を、申請者と特別な関係にある「主治医」とは言え、当該申請行為においては第三者である者に引き渡して、訂正又は加筆を求めることは、行政手続として正当性が担保されるかにつき、十分な整理がついていない。

これと類似の取扱いは、精神障害者通院医療費公費負担（32条）はもとより、結核予防法や身体障害者福祉法などの審査判定においても、事実上の取扱いとして以前より長らく繁用されてきた。もし、これらの取扱いがない場合は、申請書類不備の理由で、当該申請を却下せざるを得ない場合が数多く発生することにもなるため、申請者の福祉と円滑な業務遂行の観点から、かかる事実上の取扱いを継続しているものと考えられる。そもそも、診断書は主治医が作成するものであるから、診断書の記載不備は本来主治医の責に帰すべきことである。従って、診断書の瑕疵による不利益を申請者に転嫁することを忍びないとする考えにも理由がある。高額な診断書料を負担して手帳の交付を申請した申請者の責に帰さない「診断書の記載不備」ゆえに「申請却下」という不利益を申請者に転嫁すべきではないのであって、その申請意図に沿った取扱いに心がけたいとする実施機関側の考えにより、却って個人情報の取扱いや行政手続において、問題が生じかねない状況である。すでに、半世紀にもわたって、同様な取扱いとなっていたものであるが、平成年代以降の新しい行政手続のルールとの整合性も研究されるべきであろう。

地域差も大きいのが、全国平均で7.2%もの返戻・照会を要した事実は、深刻である。これを行うために要する多大な業務負担は決して無視できない。かといって、返戻・照会を行わないと、適正な判定はほとんど不可能になる。判定の基準の明確化を含めた判定方法の改善が必要であり、これは、単に各自自治体の裁量範囲における業務改善では到底カバーしきれない。行政手続の整理、個人情報の取扱い方法の整理とともに、等級判定のために必要な情報の収集について、現状で