

2. 3桁（すなわち、FXのように英文字と数字2桁、あわせて3桁）を求めべきである
3. 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
4. その他（具体的に）

④-4-2 状態像について

1. 状態像の選択が不適切なものや、病名や病歴との間に齟齬がある場合は、問題があるものとして返戻や照会をする
2. これを問題とすることは少ない
3. その他（具体的に）

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（平成13年度以前（法改正施行前）に比べて、各級の構成比はどうなりましたか？）

⑤-1 各級の分布の変化（傾向）

- | | | | |
|--------|------------|----------|------|
| 1級について | (1) 構成比が増加 | 2 構成比が減少 | 3 不変 |
| 2級について | (1) 構成比が増加 | 2 構成比が減少 | 3 不変 |
| 3級について | (1) 構成比が増加 | 2 構成比が減少 | 3 不変 |

⑤-2 平成8年度から平成15年度までの、各年度末現在の各等級ごとの手帳所持者数

8年度末	1級	2級	3級
9年度末	1級	2級	3級
10年度末	1級	2級	3級
11年度末	1級	2級	3級
12年度末	1級	2級	3級
13年度末	1級	2級	3級
14年度末	1級	2級	3級
15年度末	1級	2級	3級

⑤-3 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ますか（2年前や直近の診断書を参照しますか）？更新認定に当たって、手帳の等級が2年前に比べて下がると、「不利益処分」になることから、一定の配慮が必要になることがありますが、既得権益の保護が前面に出ると、公平・公正な処分に悪影響がでかねません。多々苦慮するところです。

⑤-3-1 手帳の更新認定等の際に、かつての診断書を参照しますか？既存の等級を勘案しますか？

1. 参照し、既存の等級を勘案する
2. 参照するが、既存の等級は勘案しない
3. 参照しないが、既存の等級は勘案する
4. 参照しないし、既存の等級も勘案しない

⑤-3-2 更新認定等に当たって、下位等級への変更となりそうな場合において、特段の配慮をする場合はありますか？あれば、ご記載ください。

⑥ 苦情・照会や、異議申し立ての処理状況

⑥-1 14年度以降の異議申し立て件数とその結果

⑥-2 異議申し立ての取り扱い部局

1. 本庁
2. 精神保健福祉センター
3. その他（具体的に）

⑥-3 異議申し立て事例の背景：

1. 主たる障害の病名
2. 年齢
3. 性別
4. 現在等級
5. 生活保護の受給状況
6. 異議申し立てに係る代理人の有無

⑦ 判定および決定に際して困難を感じる事

精神障害者保健福祉手帳の制度においては、診断書の記載をほとんど唯一の手がかりとして障害等級の判定を行い、都道府県知事・政令市長が手帳の交付の可否、等級を決定するという行政処分を行います。従って、診断書の記載の質が行政処分の質を左右することになりますが、主治医の理解の程度が十分ではない場合や、申請者や主治医の何らかの作為・不作為が働いた場合などでは、申請者の障害の状態を適正に反映した処分とならない場合も考えられます。かかる場合への対策が現行制度においては甚だ不十分です。この点が、手帳制度への信頼度を著しく低下させる要因ともなっていると考えられます。以下の設問は、グランドデザインにいう「給付」の改革に関する意見をおうかがいするものです。

⑦-1 直接判定：療育手帳制度においては、児童相談所又は知的障害者更生相談所の直接判定によって等級を決定できます。精神保健福祉法第45条の2には、手帳の返還を命じようとするときの指定医の診察の規定がありますが、現行制度では手帳の等級を決じたいときに、指定医の診察の規定はありません。直接判定の制度（すなわち、精神保健福祉センターによる直接判定の制度）があると良いと考えますか？

- 1 直接判定の制度は必要である
- 2 あってよいと考えるが、実際に行うことは困難
- 3 不要
- 4 その他（具体的に）

⑦-2 認定調査の併用：介護保険制度における介護認定においては、認定調査員が実際に訪問調査を行い、その結果をコンピュータによる一時判定にかけて、この結果と主治医の意見書と総合して認定審査会において二次判定にかけられて要介護度が決定されます。主治医の意見書のみではなく、実際の訪問調査が行われることから、客観性が一定程度確保されることとなります。この場合、主治医が介護保険の制度を理解していないとしても判定に大きな支障が生じにくいこととなります。

主治医による診断書のみではなく、何らかの認定調査（たとえば、ケアアセスメントツールによる評価）が行われ、診断書とペアで判定する方式が望ましいと考えるか？

- 1 望ましい
- 2 良いと考えるが、実際には不可能
- 3 望ましくない
- 4 その他（具体的に）

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

精神保健福祉法第5条の解釈によれば、精神疾患を有する者を幅広く福祉の対象とする考えとなります。法第45条第1項にも「知的障害を除く精神障害者」と規定されるように、統合失調症以外の精神障害者も手帳の交付対象となるのは明らかであります。しかしながら、手帳の等級の考え方（障害等級判定基準など）は、統合失調症の病状・経過と、それにひきつづく生活能力障害を想定したモデルに基づくものであり、他の疾患にそのまま適用することは臨床的な感覚からは大きな無理があるとも考えられます。また、中毒性精神障害やパーソナリティ障害など、病状や行動障害に関する自己責任の観点から、年金の支給対象とならない疾患圏もありますが、手帳制度においては特段の区別を設けておりません。これらのことが、痴呆・器質性精神障害、広汎性発達障害、パーソナリティ障害、気分障害、不安障害、中毒性精神障害など、統合失調症以外の疾患圏の障害の等級判定の困難さをもたらしているという意見もありますが、この点について、お考えを伺います。自由にご記載ください。

論点としては、次のようなものが考えられます；

- ・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、または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、さらに広げて三障害に横断的なルールが必要であるという考え）

⑨ 精神障害者支援施策の利用状況と手帳等級との関係（圏域内の状況について網羅的に答えになることは困難かもしれませんが、可能な限りでよろしいですから、お答えください。圏域内の市町村の上乗せ分を含む制度の有無については盛り込むように願います）

- ⑨-1 手帳による交通費補助の制度とその利用状況
- ⑨-2 ホームヘルプの利用状況
- ⑨-3 生活保護の加算金の利用状況
- ⑨-4 手帳による医療費の補助の制度とその利用状況

⑩ その他

⑩-1 手帳の偽造について：

⑩-1-1 手帳の偽造事例を経験しましたか？あれば、その概略をお知らせ下さい。

- a 経験あり
 - b 経験なし
- 経験ある場合は、その概略

⑩-1-2 医師自らが記入したものではないことが明らかな診断書についてはどのように取り扱いますか？

- a 経験あり
- b 経験なし

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

- 1 医師の自署又は捺印があれば、他の記載が別の者が記載していることが明らかであっても、有効な診断書として取り扱う
- 2 医師の自署又は捺印があれば、ワープロによる文書作成であっても、有効な診断書として取り扱う
- 3 医師の自署又は捺印と、「医師の口述により看護師が代筆した」などの断り書きが備考欄にあれば、有効な診断書として取り扱う（介護意見書、年金診断書と同様の取り扱い）
- 4 この書類はあくまで「診断書」であって、「報告書」ではないことから、医師の自署又は捺印があっても、医師以外の者の代筆は認めないのて、医師本人以外の筆跡であるものである場合には、申請書類不備として却下又は非該当とする
- 5 この書類はあくまで「診断書」であって、「報告書」ではないことから、医師の自署又は捺印があっても、医師以外の者の代筆は認めないのて、医師本人以外の筆跡であるものである場合には、医師以外の者の代筆は認めないとして、主治医に返戻する
- 6 その他（具体的に）

⑩-2 診断書の偽造について：

申請者（患者）が上位等級への認定を意図して、記載項目を不正に訂正するなど、偽造又は変造した診断書を用いて手帳の申請を行う事例を経験しましたか？あればその概略を知らせ下さい。

- a 経験あり
 - b 経験なし
- 経験ある場合は、その概略

⑩-3 判定にあたっての情報収集：

⑩-3-1 判定に際しては、事実上、診断書以外の情報がないことがほとんどですが、本人等からの相談の取り扱い、精神病院実地審査・実地指導や退院請求・処遇改善請求などの際に精神保健福祉センターとして得られた情報や、政令市などにおいて生活保護等の情報が実施機関として得られている場合などで、診断書の記載内容と照合する事実が把握されている場合があります。診断書の記載が、申請者の病状や生活能力の事実と明らかに相違する内容であることを信ずるに足る理由があるということが偶々判明した場合の取り扱いには、しばしば苦慮させられます。このような場合、どのように取り扱いますか？

- a 経験あり
- b 経験なし

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

- 1 行政手続や個人情報取り扱いの原則から、いたしかたないものとして、（事実ではないことを知りつつ）診断書記載のみに即して判定する
- 2 他の（診断書以外の）情報も斟酌して総合的に判定する
- 3 診断書を記載した医師に疑義をただし、返戻・照会する
- 4 その他（具体的に）

⑩-3-2 証書認定の照会

⑩-3-2a 年金証書による認定の際に、知的障害を見分けるために、照会を行っているか？

- A 行っている
 - 1 センターが行う
 - 2 本庁が行う
 - 3 保健所等、他の出先機関が行う
- B 行わない

⑩-3-2b 照会を行った場合にあっても、年金の支給理由が「発達障害」「脳卒中後遺症」など、必ずしも精神障害を特定しないものも少なくありません。この場合はどのように取り扱いますか？

- a 経験あり
- b 経験なし

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

- 1 この申請を、判定にかけずに却下し、診断書による判定を受けるよう指導する
- 2 判定にかけて、精神障害として認定する
- 3 判定にかけて、却下又は非該当とする
- 4 その他

⑩-4 その他、手帳の判定に関して、又は、本調査に関して自由にご記載下さい

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）

「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」

分担研究報告書

模擬症例の判定に関わる調査

分担研究者 山崎 正雄（高知県精神保健福祉センター所長）

研究趣旨：全国センター長会のこれまでの手帳等級判定の調査によれば、等級判定の判定機関ごとのばらつきが指摘されているが、ばらつきの実態を明らかにすると共に、その要因について分析することにより、判定のあり方を見直し、適切な判定基準を開発する基礎となる資料を提供することにある。研究方法：全国60の都道府県・指定都市を対象に、研究班で作成した10症例を提示し、各症例ごとに等級判定結果及び判定理由、また、非該当、保留の場合はその理由・内容についてのアンケート調査を行い、その結果を分析する。結果：全国60の対象機関のうち、58ヶ所から回答（回答率96.7%）を得た。模擬症例10ケースの内、1級から3級認定までにわたって判定のばらつきみられたものが、4ケースあり、他の6ケースも全て2級と3級に判定結果が大きくわかれ、全ての模擬症例において判定結果のばらつきが認められた。考察：等級判定のばらつきの要因として等級判定の入り口のところで大きな差異が生じる可能性が認められた。診断書の記載内容を詳細に検討するか否かで差異が生じていた。また、日常生活能力の判定及び日常生活能力の程度の、病歴や状態像からの障害のとらえ方からも判定に差異が認められた。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、障害の認定の仕方により、差異が生じていた。現在の判定基準の中では、各判定会の障害に対する考え方、判定に際しての重視項目の相違が、等級判定に大きな差異を生じさせていることが確認された。

A. 研究目的

平成14年度より、精神障害者保健福祉手帳の判定は、全国都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターにおいて行われている。しかしながら、この判定業務は様々な観点から問題が指摘されている。等級の判定の「ばらつき」も、その問題のひとつであり、同じ状態の障害者について自治体によって判定が異なるということは、決して好ましいこととはいえない。この「ばらつ

き」の実態を明らかにするとともに、その要因について分析することによって、精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方を見直し、適切な判定基準を開発する基礎となる資料を提供することを目的とする。

B. 研究方法

研究プロジェクトメンバーによって作成された10ケースの模擬症例を、同時期（平成17年1月～2月）の全国60都道府県・市

の審査判定会にかけて、その判定結果およびコメントを集約する。模擬症例ごとに「1級認定」「2級認定」「3級認定」「非該当」「保留(照会)」「保留(返戻)」のいずれかに判定する。各症例について、その等級に判定した理由を、また非該当の場合、保留(照会)、保留(返戻)の場合はその理由・内容についても記載する(自由記載)。その他、判定の少数意見やコメントを回答する(自由記載)。その結果を分析し、考察する。

C. 研究結果

1. 模擬症例シミュレーション等級判定の結果

1) 等級判定結果の全体像

全国60の自治体(都道府県・政令指定都市)の精神障害者保健福祉手帳の審査判定会に、模擬症例10ケースの判定を依頼し、58カ所の自治体から回答が得られた(回答回収率96.7%)。模擬症例の判定結果をまとめると、表1、図1~10のとおりである。結果をみると、模擬症例10ケースのうち、1級認定から3級認定までにわたって判定のばらつきがあったものが4ケースもみられた。また、他の6ケースもすべて2級と3級に判定結果が大きくわかれていた。すなわち、すべての模擬症例において判定結果のばらつきが認められ、判定の一致するものはなかった。

2) 各症例ごとの等級判定結果

a. 症例1

ケースは、単身45歳女性の統合失調症患者の想定である。過去に重大な反社会的行為を行っているが、現在は独居生活を維持しているといった背景が想定されている症例である。判定結果は、1級判

定が0自治体。2級判定が39自治体。3級判定が16自治体であった。

b. 症例2

ケースは家族と同居している若い男性の統合失調症患者の想定である。現在も幻覚妄想がみられる軽度欠陥状態を想定した症例である。判定結果は、1級が0自治体。2級判定が42自治体。3級判定が13自治体であった。

c. 症例3

ケースは触法行為など反社会的行動が顕著な統合失調症患者の想定である。1級判定が5自治体。2級判定が18自治体。3級判定が11自治体であった。また、照会するとの回答が13自治体、返戻するとの回答が10自治体でみられた。もともと、判定結果の分かれた症例である。

d. 症例4

ケースは精神遅滞で、若干の精神症状(不眠、心気)を伴うという想定である。この模擬症例では、非該当(不承認)とする自治体が26自治体と最多であった。しかし、1級判定が8自治体。2級判定が6自治体。3級判定が1自治体あり、ばらつきは大きい。照会するとの回答が8自治体、返戻すると答えた回答が9自治体みられた。

e. 症例5

ケースは気分障害の56歳女性の想定である。ホームヘルプサービスや訪問看護を利用して在宅生活をしている設定となっている。1級判定が0自治体。2級判定が16自治体。3級判定が38自治体であった。

f. 症例6

ケースは高次脳機能障害の50歳男性

の想定である。脳梗塞による症状と糖尿病の身体合併症がある設定となっている。1級判定が16自治体、2級判定が29自治体。3級判定が1自治体であった。また、非該当（不承認）が3自治体。照会が4自治体。返戻が5自治体であった。

g. 症例7

ケースはアスペルガー症候群と、そのための適応障害をもつ20歳男性の想定である。1級判定が0自治体。2級判定が10自治体。3級判定が42自治体であった。

h. 症例8

ケースは境界性人格障害で、自傷行為や衝動行為などの社会生活上の問題をもつ28歳女性の想定である。1級判定が0自治体。2級判定が30自治体。3級判定が24自治体であった。

i. 症例9

ケースは解離性障害で、時おり解離状態となり日常生活に困難をきたす30歳女性の想定である。従たる精神障害として不安障害と診断されている。判定結果は、1級判定が0自治体。2級判定が37自治体。3級判定が16自治体であった。

j. 症例10

ケースはてんかん（BECT 良性小児てんかん）の8歳男性の想定である。ばらつきは比較的少なかったが、それでも、1級判定が3自治体。2級判定が48自治体。3級判定が2自治体と3段階に分かれる結果となった。

2. 等級判定の判定理由、コメント

a. 症例1

2級判定とした理由では「病歴が長く、社会適応が不十分なため」「慢性的幻聴が

現在も改善せず、過去には幻聴の支配による他害行為がある」「子どもを殺害しているというのは重症度が高いと考えられる」「過去に第二子を殺害していること」「統合失調症の症状が持続しているから」「現在も幻覚妄想等の異常体験は持続しており、思考の混乱がある」など、精神症状を強く加味して判定しているとした回答が多くみられた。

一方、3級判定とした理由では「軽い欠陥状態はあるが自活可能」「日常生活能力が意外と改善されている」「異常体験は持続し、軽い欠陥状態はあるが、かろうじて自活しており独居生活を持続している」「日常生活はかろうじて自活可能であること」等、診断書⑤「生活能力の状態」を重視して判定しているとした回答が多くみられた。しかし、診断書⑤「生活能力の状態」の2、3の判定の結果から2級と判定しているとした回答もあり、審査判定する自治体が違えば、診断書⑤「生活能力の状態」による判定だけでも2級と3級に判定結果が分かれるということが確認された。

b. 症例2

2級判定とした理由では、診断書⑤「生活能力の状態」の2、3の判定の結果から2級と判定しているものの他に、「症状が根強く残存。生活能力も低い」「外来通院が長く、社会適応の側面としてのデイケアに週2回通うのがやっとの状態のため」「デイケアにも十分に参加できない」「妄想は持続しており、デイケアにも毎日通えないから。」「デイケアへは行っているが、仕事ができないため」等の精神

症状・状態像に重きを置いたと思われる回答がみられた。

3級判定とした理由では、診断書⑤「生活能力の状態」の2、3の判定の結果から3級と判定しているものもあり、症例2においても、診断書⑤「生活能力の状態」による判定・程度診断だけでも2級と3級に判定結果が分かれるということが確認された。その他、3級と判定した理由では、「軽度の欠陥状態が主であり、通院ができデイケアが可能のため」「通院とデイケアのみであるものの外出が可能である」「週2回のデイケアには、参加できており」「デイケアに通っており、軽度の欠陥状態と思われる」等、通院やデイケアが可能であることによって3級と判定しているとの回答があった。2級と3級の判定の違いが通院やデイケアの状況等現在の病状、状態像をどう捉えるかによって左右されていることが確認された。

c. 症例3

1級から3級まで判定が分かれた症例である。

1級判定とした理由では、診断書⑤「生活能力の状態」から判定しているもの他に、「行為障害が甚だしい」「問題行動が多い」と反社会的行動を伴う精神症状の重さを理由にしている回答がみられた。

2級判定とした理由でも、「精神症状による逸脱行動」「問題行動の激しさ」「反社会的行動」「過去の暴力事件多数で、病気による症状も重症と考える」等、診断書②病歴や診断書③④の現在の病状、状態像を重視している回答が多くみられた。

3級判定とした理由では、診断書⑤「生

活能力の状態」の3の程度診断に捉われず、⑤の2日常生活能力の判定から、3級と判定しているとした回答がみられた。診断書⑤の生活能力の状態の記載内容に齟齬がある場合、最終的にどのように判断していくかで大きな差異が生じている。また、「反社会的傾向の存在は、障害程度に加味すべきでない」としたコメントもあった。

照会、返戻とした回答も多く、診断書⑤「生活能力の状態」2と3の乖離、矛盾によるものの他に、「人格障害ではないか」「反社会性人格の合併の有無を確認」等、病名、病歴等に対する疑義によるものがみられた。

d. 症例4

精神遅滞(知的障害)の症例であるが、非該当や照会、返戻とする回答が多かったが、1級判定から3級判定まで等級判定するところもあり、ばらつきが大きい。

1級判定、2級判定とも診断書⑤「生活能力の状態」の2、3によって判定しているとした理由の回答が多かった。等級判定している回答でも、「精神症状が認められるため」「精神障害による影響との線引きは困難」等、精神症状の記載によって等級判定していることがうかがわれた。一方、非該当としている回答では、「精神遅滞は対象外」「主たる精神障害が精神遅滞であるため」「知的障害は該当しないし、精神症状の程度も手帳に該当しない」等、主たる精神障害が精神遅滞(知的障害)で精神症状が軽微であることで、非該当としている回答が多かった。また、照会・返戻とした回答では、精神遅滞(知的障

害) だけでは手帳の対象とならないため、「従たる精神障害の確認」「精神障害として申請できる状態か否か」等、精神遅滞(知的障害)以外の精神障害や精神症状の確認を求めるとしたものがみられた。

e. 症例5

2級、3級ともに診断書⑤「生活能力の状態」2と3によって判定しているとした回答が多くみられた。2級判定としたものでは、「病相を1年に1回以上繰り返している」「そううつ病にて、病状不安定だが、日常生活は可能」「現在軽躁気味の状態であるなど症状が不安定」等の回答があり、3級判定としたものについては、「現在の症状が、軽躁状態であり、日常生活能力の状態を重視して3級と判定」「躁うつ病としては重症でない」「症状が改善傾向」等の回答があった。診断書における病状や過去の経過の記載は同じでも、その内容の受けとめかた如何によって判定が分かれている。

f. 症例6

高次脳機能障害の症例である。1級判定から、3級判定まで大きく分かれており、非該当、照会、返戻も多い。高次脳機能障害という診断名自体を問題としているところ、診断書を作成した医師(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)の要件を満たしていない点から診断書そのものの有効性について言及しているところは、判定には至らず、非該当もしくは照会、返戻としている。そうした点に着目せず判定したところでは、1級から3級の判定結果が

出されていると思われる。1級判定は診断書④の「病状・状態像の具体的程度、症状等」によって判定しているとした回答が多く認められた。2級判定では、痴呆(認知症)として位置づけ、診断書⑤「生活能力の状態」の2を重視して判定しているとした回答が多かった。

g. 症例7

「適応障害という病名のみでは手帳の対象ではないが、従たる精神障害にアスペルガー症候群があるため認める」とする回答など、適応障害が主たる精神障害とした診断書の記載の問題を指摘する回答がいくつかみられた。そのため、適応障害という病名が不適切ということで、照会・返戻としているところがいくつかみられた。判定としては、診断書⑤「生活能力の状態」の2、3の判定結果から3級と判定しているところが多かった。2級判定とした理由としては、「日常生活がある程度出来ているが、様々な不適応が生じている」「デイケアのような保護的環境下でもうまく適応できていないなど、社会生活の障害が大きいから」等、病状や状態像を加味したとする回答がいくつかみられた。

アスペルガー症候群の障害特性をもとに判定するのか、それをもとにした精神症状の有無と内容によって判定するのかで苦慮していることがうかがわれた。

h. 症例8

まず人格障害の精神症状をどうとらえるかで判定に苦慮していることがうかがわれた。診断書⑤「生活能力の状態」の

2を重視して回答してきたところは3級判定となっている。診断書⑤「生活能力の状態」の3を重視しているところは2級判定としている。また、「自傷行為があるなど精神状態が不安定」「日常生活能力は高めであるが、衝動行為その他の精神症状が高度のため」等、精神症状の状態を加味して2級判定しているとした理由を回答しているところもあった。一方、「その時々様々な精神症状を呈し、その時々日常生活に一定の制限を受けているとされる症例であるが、・・・統合失調症等の慢性に経過する精神病性障害と同一に扱うのは不相当」「持続的な障害でないため」等、人格障害という精神障害の特性を勘案しているところが3級と判定している回答の中にいくつかみられた。

i. 症例9

現在の日常生活能力、診断書では⑤「生活能力の状態」の2、3の記載から、「解離時は常時援助を要するため」2級と判定しているところがある反面、「手帳の判定にあたっては、機械的にその時点での日常生活能力低下だけをみればよいのではなく、精神障害者福祉の目的や主旨を十分考慮すべき」等の理由で3級判定しているところもある。「解離エピソードの「常態」にあるのではないこと、解離エピソードの最中においても福祉的支援の対象となるとは考えにくいこと、そうであっても、一定の社会生活上の制限がある」という理由から3級判定しているところもある。解離時の精神症状をどう捉えるかで判定が左右されていることが確認された。

j. 症例10

1級から3級までばらつきはあったが、2級判定が最も多かった。てんかんでは、発作の型や頻度、発作間欠期の精神神経症状・能力障害をもとに判定されることとなっており、回答でも発作の型や頻度をもとに判定したとの理由が多かった。そのためにばらつきは少なくなっている。しかし、1級判定とした回答の理由には、「発作タイプの（イ）及び（ハ）の頻度が共に2級レベルであるため、総合すると障害の等級は高いものと判断」としたところもあり、また、3級判定と回答した理由には「典型的なBECTとのコメントを考慮」としているところもある。また、「BECTであるが、現時点では2級相当」「BECTと書いてあるが、まだ治癒していないため2級と判定する」等、現時点での障害の状態をもとに判定していることがうかがわれた。てんかんの障害の程度を総合的にどう捉えるか、年齢や経過まで考えて判定するのかという問題もあると考えられた。

D. 考察

1. 等級判定のばらつきの要因

精神遅滞（知的障害）や高次脳機能障害など、その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、それには捉われないことなく、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るなど等級判定の入り口のところで大きな差異が生じてくる可能性が認められた。

統合失調症や気分障害（躁うつ病）の症例においても、日常生活能力の判定、程度

を重視して判定を行っているところもあるが、病歴、病状・状態像を考慮して判定しているところとでは、その等級判定には差異がみられている。平成7年9月12日健医精発第46号（各都道府県精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知）において「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」には、日常生活能力の判定、程度による概ねの判定の方法が記載されているが、それによって機械的に判定したものと、それ以外の診断書の記載内容を詳細に検討した判定では差異がみられ、等級判定のばらつきを生じる原因となっている。また、診断書⑤-2日常生活能力の判定（いわゆる8項目）を重視しているものと、⑤-3日常生活能力の程度（いわゆる5段階）のいずれを重視して判定しているかによっても、判定結果に差異を生じている。また、診断書の生活能力の状態の記載に齟齬があるもの（例えば、診断書⑤-2日常生活能力の判定と⑤-3日常生活能力の程度のあいだでの記載内容の矛盾があるもの）では、それをどのように判断するかということが各自治体の判定会の判断の方法によって異なっており、判定結果に大きな差異がでてくることが確認された。

反社会的行動の有無や、病歴や精神症状・状態像の記載から障害が重いととるか、病歴や精神症状・状態像にとらわれず日常生活能力の状態によって障害を重いととるかでも判定が分かれる結果となった。総合的に判定することにはなっていないが、どちらに重きを置くかで判定結果に差異が生じることは問題であると思われる。

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は永続しない病態や、症状が固定せず浮動的に出現する疾患については、その障害を認定するべきか、どの時点での症状をもって障害等級判定を行うかというところで、判定が分かれる結果となった。人格障害においても、衝動行為や自傷行為を障害の軽重に加味するかによって判定が異なってくる。てんかんの症例では、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」の中に発作のタイプによる具体的な判定基準が記載されており、ばらつきは少なかったが、それでも精神神経症状など総合的に判定していくと判定に差異が生じてくる結果となった。

現在の判定基準の中では、それぞれの自治体の精神障害者保健福祉手帳判定会の障害に対する考え方、重視するところの違いによって、等級判定に大きなばらつきを生じていることが確認された。

2. 等級判定の問題点と今後の課題

平成7年9月12日健医発第1133号（各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知）において、「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日健医精発第45号（各都道府県精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知）において、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について」、平成7年9月12日健医精発第46号（各都道府県精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知）において、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運

用に当たって留意すべき事項について」の通知が出されている。各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターにおいて、それらの通知に則り、手帳の判定業務にたずさわっている。どの都道府県・政令指定都市においても、同一の障害者は同じ障害等級の判定を受けることは当然のことであり、居住している地域の違いによって、障害等級の判定に差異が生じ、ひいては福祉サービスの内容に大きな差異が生じてくることがあってはならない。しかし、模擬症例の等級判定シミュレーションでは、その判定結果にばらつきがみられ、同じ診断書から全く異なる障害判定がなされる結果となった。精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定にあたっては、診断書以外の情報は事実上なく、診断書に記載された内容によってのみ判断されることになる。同じ診断書から全く異なる判定がされてしまうということは、公平公正であるべき福祉サービスの不均衡が、その入り口の段階から簡単に生み出されてしまうこととなってしまう。

精神障害者福祉の分野では、これまで統合失調症を主とした施策が行われてきたが、近年はストレス関連障害、小児（児童）期および青年期に生じる行動および情緒の障害、成人の人格および行動の障害など、さまざまな精神疾患に医療や地域精神保健福祉の現場で遭遇する。その症状や経過、予後はさまざまであり、それぞれの複雑な疾患特性・障害特性を踏まえながら医療現場での治療や精神保健福祉分野での対応が工夫してなされている。手帳の診断書作成に当たっても、さまざまな精神疾患・精神障害に対して、その疾患特性・障害特性を適

切に捉えた正確な診断がなされ、病状・生活能力の状態の的確な把握がされることが障害等級判定において重要となる。しかしながら、模擬症例の等級判定シミュレーションでは、疾患特性・障害特性の捉え方の違いによって判定に大きな差異が生じていた。また、統合失調症の症例においても、その等級判定に大きなばらつきがみられた。精神疾患の状態と能力障害の状態をどのようにとらえ総合的に障害の程度を判定するかは、それぞれの判定会の考えによって大きく左右されてしまう。しかし、判定基準を単純化して機械的に生活能力の状態（診断書⑤-2 日常生活能力の判定、⑤-3 日常生活能力の程度）の記載で判断してしまうと、公平公正な障害等級判定ができないばかりでなく、一過性の疾患や本来精神障害者保健福祉手帳の対象にならないものに対しても重めの障害等級判定をしてしまう危険性もある。精神遅滞（知的障害）や高次脳機能障害などでは精神症状の適切な把握と詳細な観察、そして診断書への正確な記載がなければ障害等級判定は困難である。本来それだけでは精神障害者保健福祉手帳の対象になりにくい疾患を主たる精神障害とした模擬症例の等級判定シミュレーションに対して、各自治体の判定は大きくばらつきがみられる結果となった。また、人格障害や解離性障害などの神経症性障害については、一過性ないし永続しない病態に対してどのように障害の程度を判断するかが課題である。さまざまな精神疾患の精神症状をその疾患特性・障害特性を踏まえながら的確に捉え、正確に記載した診断書の信頼性を高める必要があるが、診断書様式を見直すと共に、診断書を作成する医師の要

件を厳密にしていく必要も出てくる。そして記載内容に疑いの残る診断書をなくし、公平公正な判定ができる診断書様式が必要である。また、さまざまな精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた、新たな等級判定の基準・指標の作成、障害等級判定体制の見直しが必要である。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

資料 1

模擬症例等級判定シミュレーション 結果

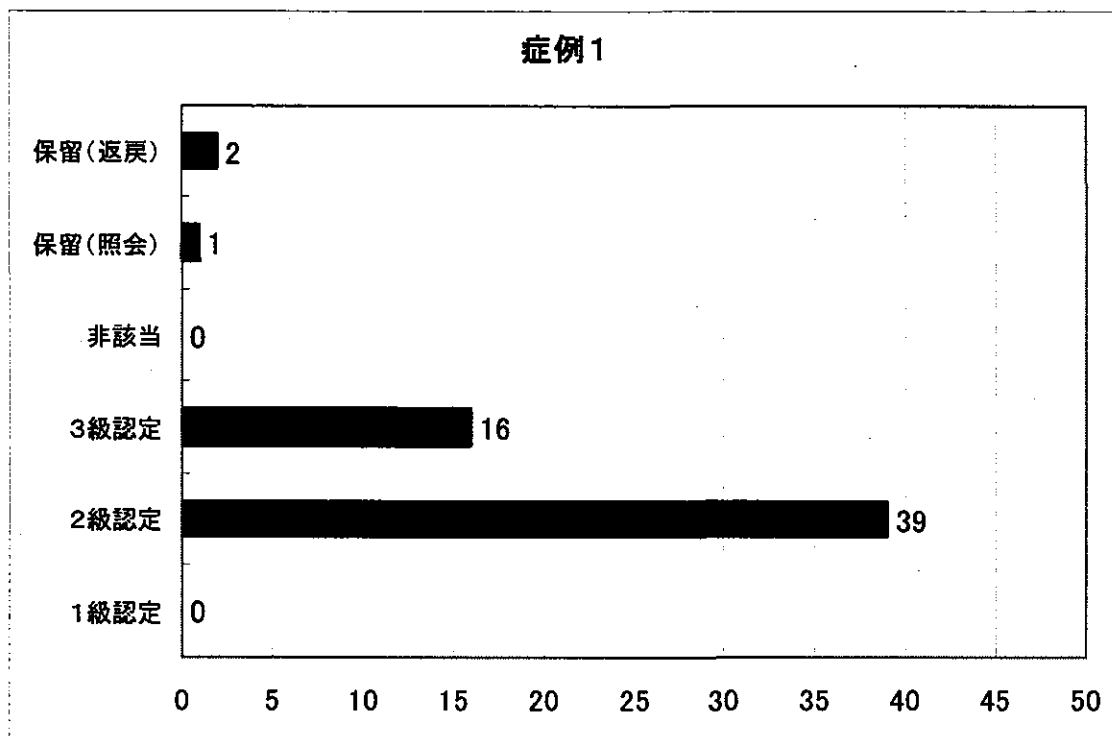
表 1

	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
等級判定										
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
保留の場合										
申請者に返戻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師に文書紹介	1	0	8	5	1	3	0	0	0	1
医師に電話照会	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
医師に返戻	1	1	5	4	1	4	2	0	1	3

※ 60 の精神保健福祉センターのうち 58 センターから回答が得られた（回答回収率：96.7%）

※ 「保留の場合」の回答は、回答のないものもあるため「等級判定」の保留の数値とは一致しない。

図 1



(横軸は自治体 (審査判定会) 数 ; 以下の図でも同じ)

図 2

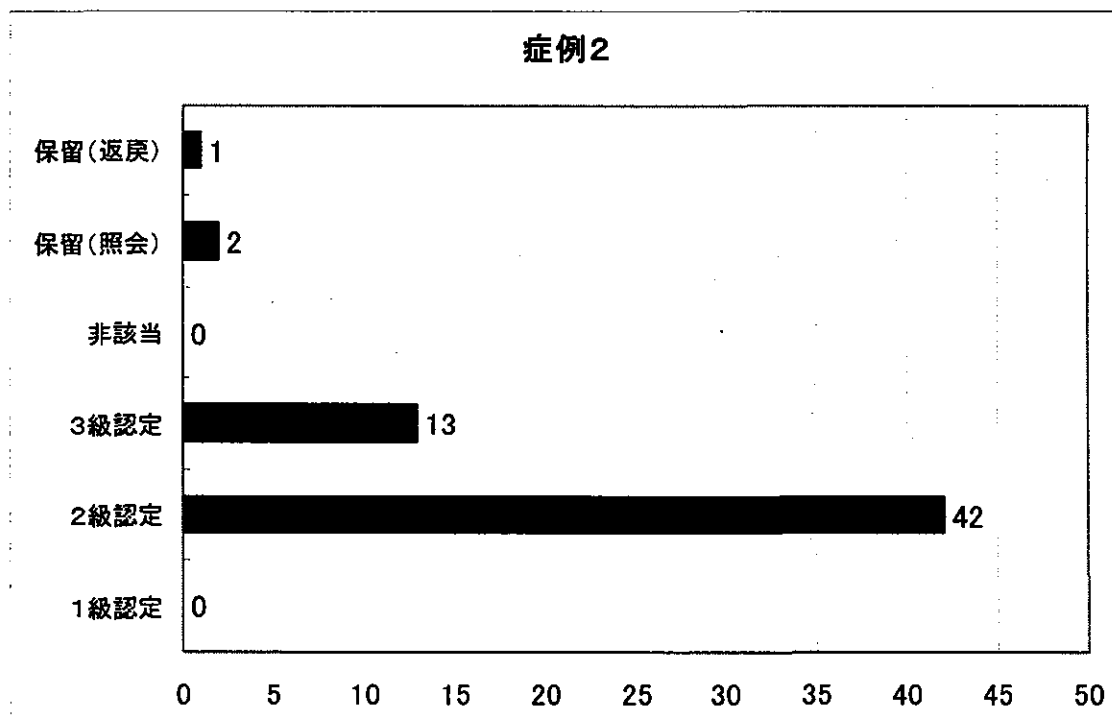


図 3

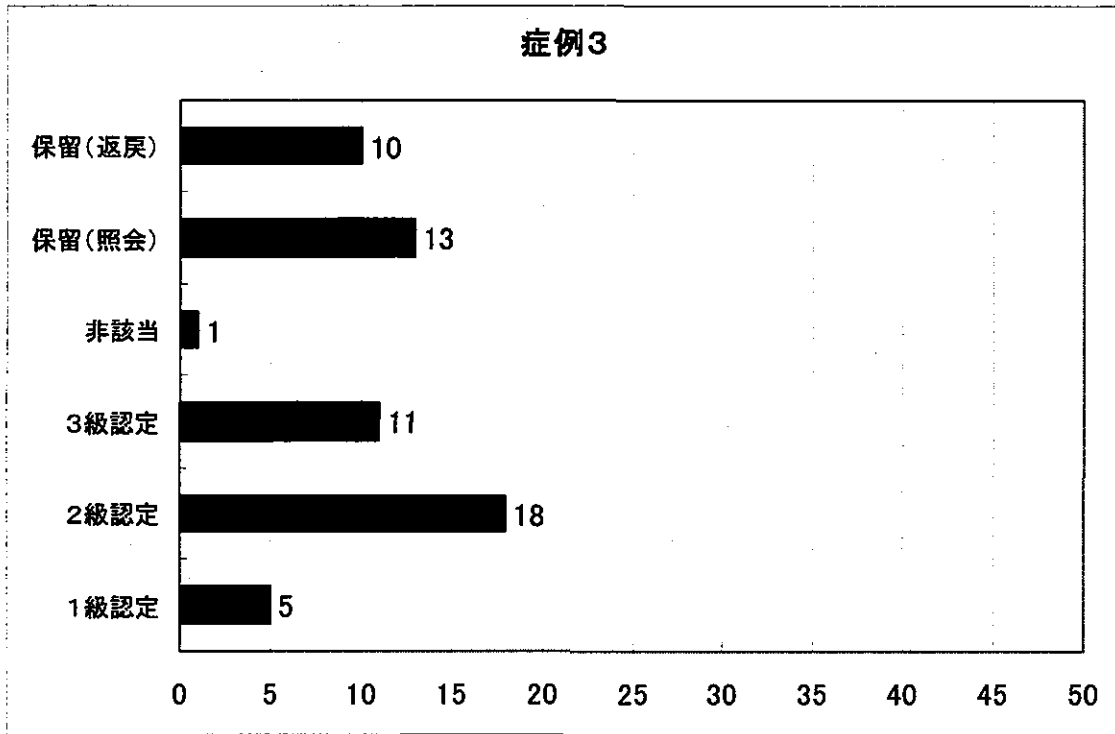


図 4

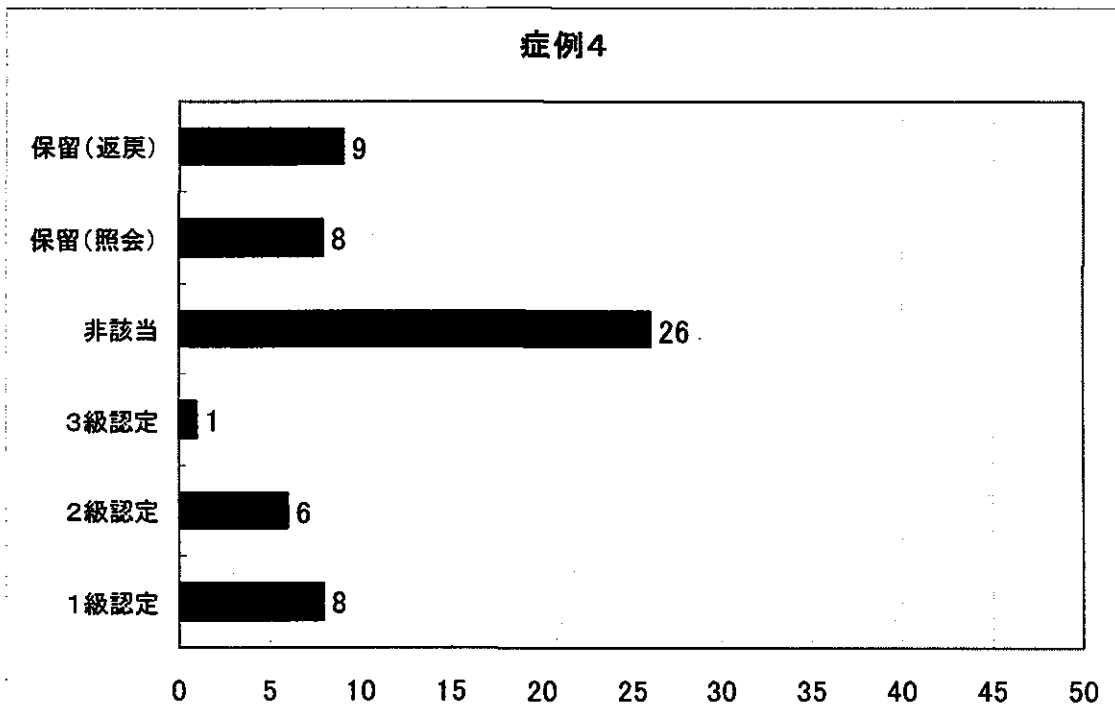


図 5

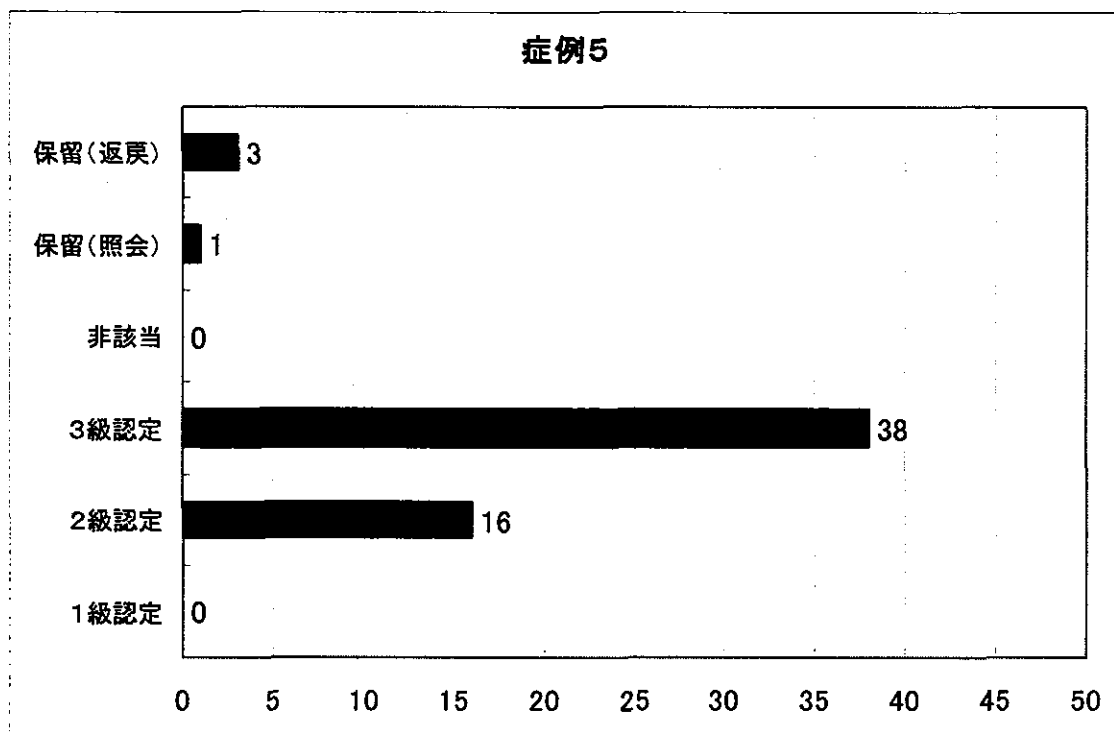


図 6

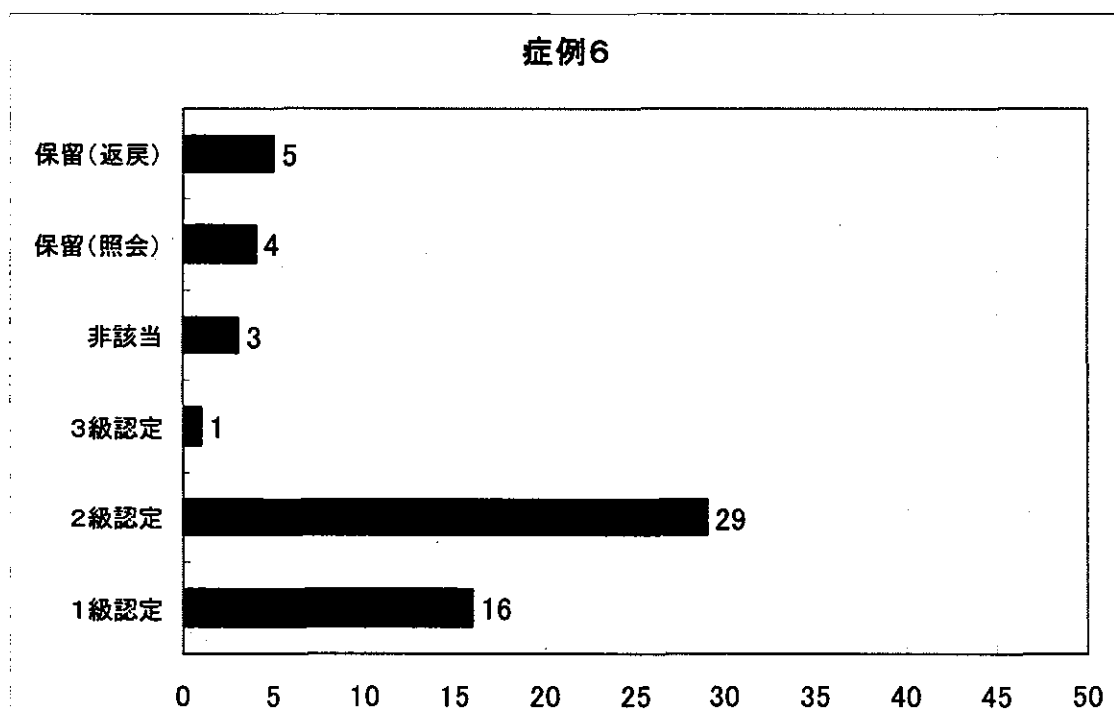


図 7

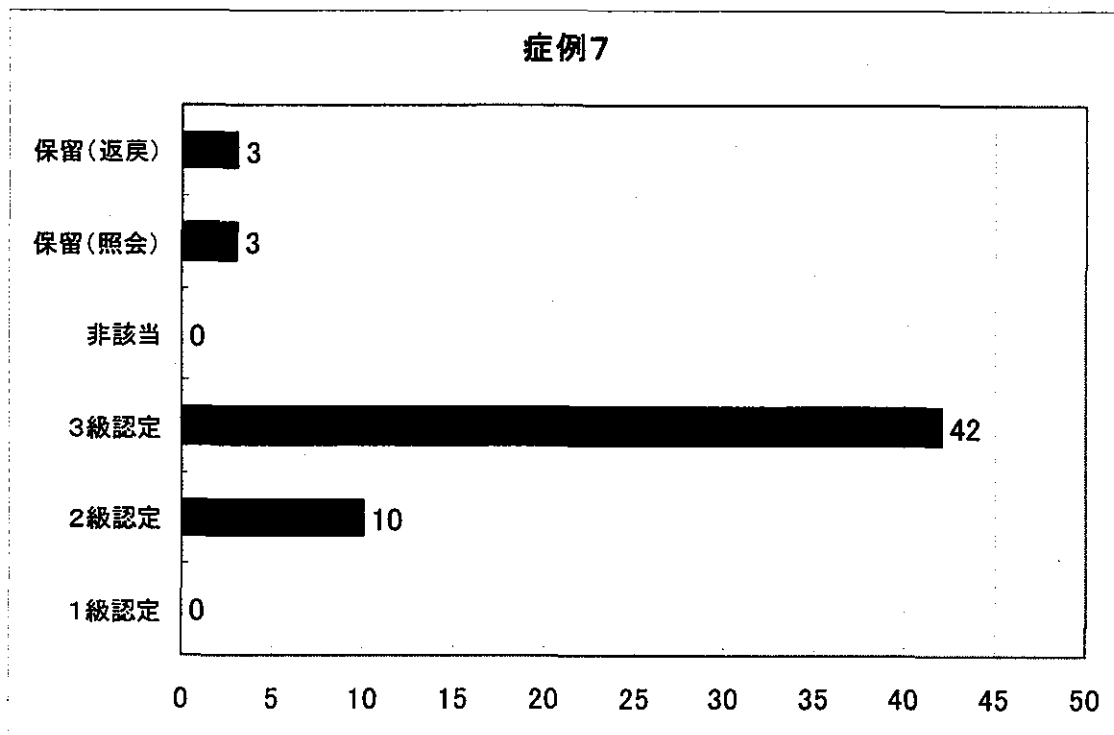


図 8

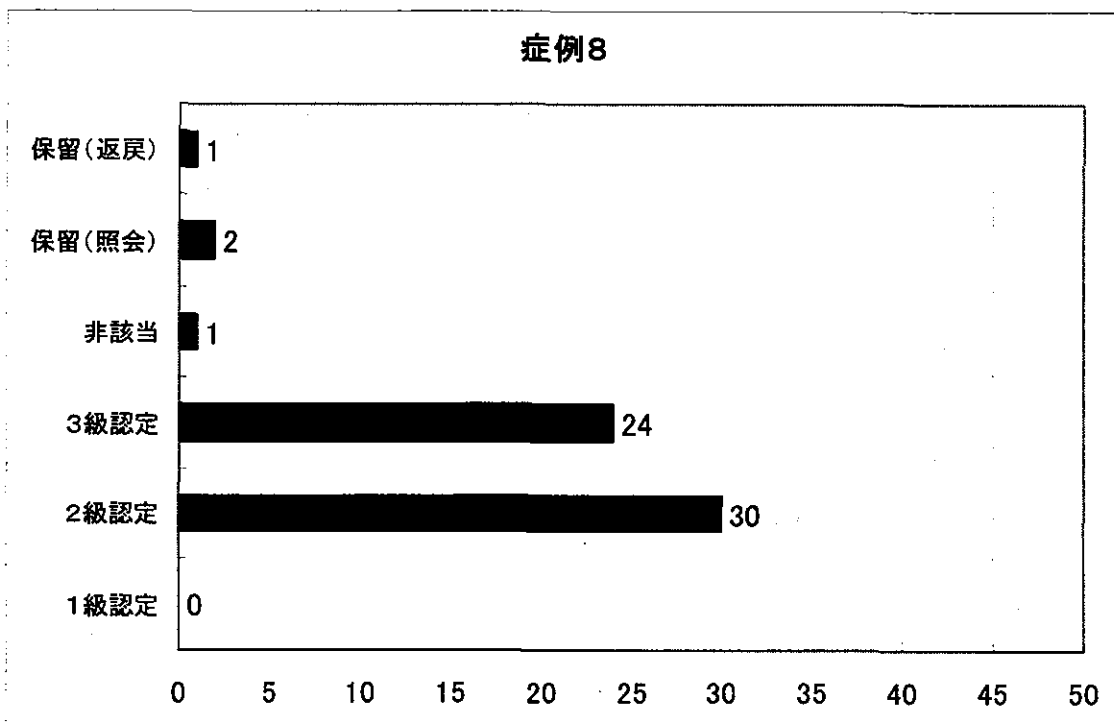


図 9

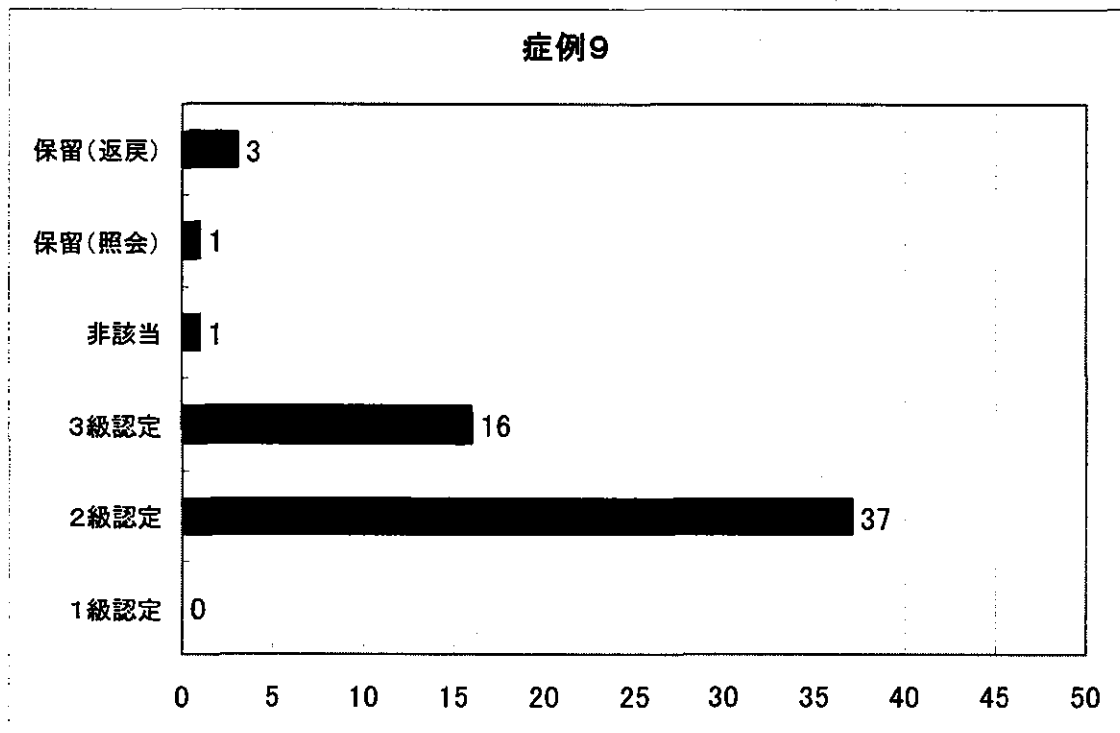
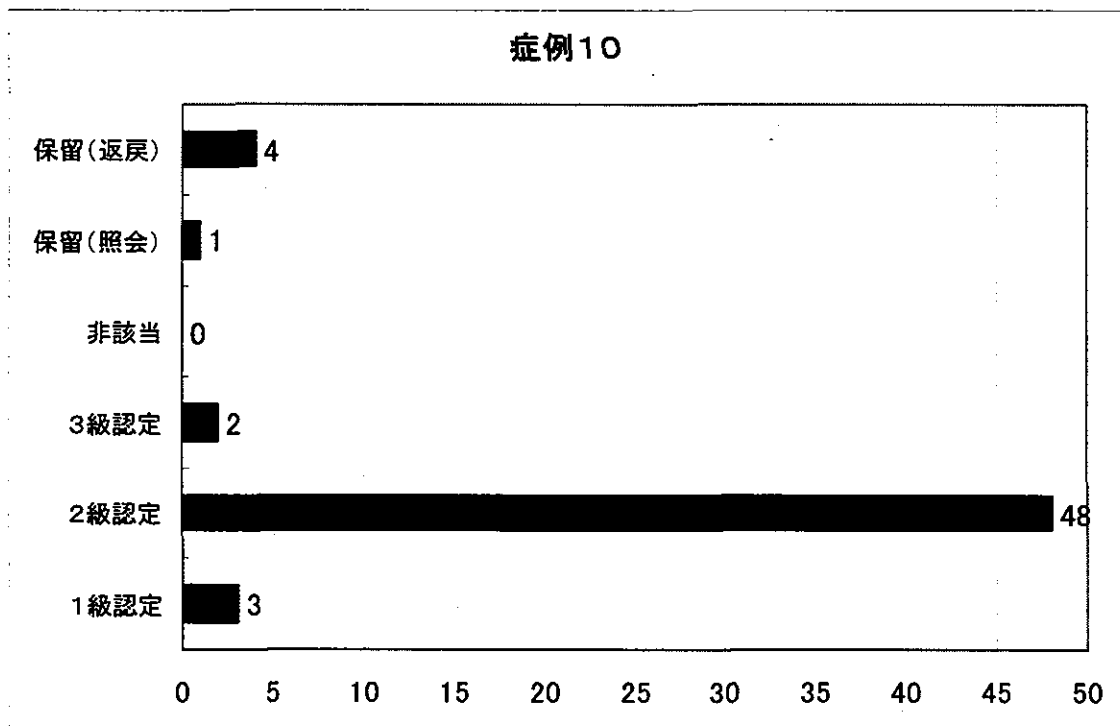


図 10



資料2 判定理由

症例1 判定理由

1級

- なし

2級

- ⑤-2、⑤-3の程度より
- 五項目重視
- 精神疾患の存在と状態および能力障害の状態を確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定。
- 独居生活がほぼ維持できているが、統合失調症であること、日常生活能力の判定（⑤-2）のチェックにより2級相当と判断した。
- 病歴が長く、社会適応が不十分なため。
- ⑤の2に”できない”がない。同じく、”援助があればできる”が3つ以上ある。⑤の3が（3）とあるため2級と考える。”
- 生活能力判定からは3級相当とも考えられるが、残遺精神症状では、慢性の幻聴が現在も改善せず、過去には幻聴の支配による他害行為がある。したがって、生活能力の程度は、（3）の、「時に応じて援助を要する」に相当し、2級と判断した。
- 日常生活能力の判定・程度から
- 欠陥状態が2級相当程度にあると、記載内容から総合的に判断。
- 日常生活能力から判断
- 日常生活能力の程度が（3）、子どもを殺害しているというのは重症度が高いと考えられる
- 現在病的体験による影響は少ないとはいえ過去に第二子を殺害していること、現在も独居生活とはいえ生活保護を受けている。ことなどを考慮して2級と判定した。
- 統合失調症にて、自宅にて何とか生活が出来、通院も出来ている。
- 生活能力の判定から
- 病歴が長い
- 独居生活は維持しているが、統合失調症の症状が持続しているから。
- 日常生活能力の判定と日常生活能力の程度等から判断して。
- 「精神疾患（機能障害）の状態」「能力障害の状態」ともに2級相当であると考えられる
- 現在も幻覚妄想等の異常体験は持続しており、思考の混乱がある。日常生活も著しい制限を受けており、援助を必要とする
- 思考障害の残存による日常生活の障害が著しい
- 一人暮らしで通院できているが、仕事ができないので、2級と判定する。
- 統合失調症であり、日常生活能力の程度（3）となっているため。
- 発病からの経過が長い。現在も陽性症状強いが、異常体験に左右された行動がない。生活能力が中程度

と判断される。

●⑤の2と3の状態による

●能力判定で「援助があればできる」の項目に3つ○があり、能力程度の3とも整合性がある。

●「3 日常生活能力の程度」欄が「(3)」で2級相当であり、「2 日常生活能力の判定」欄が、「援助があればできる」が3項目あり、2級に認定。

●診断名、年齢、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから2級に相当すると思われる

●②、④、⑤-2、⑤-3より2級相当と判断

●8項目で、できるが1つ、自発的概ねが4つであり、確実に2級ならば援助が4つ以上必要である。しかし、統合失調症であるため、3級になる。

●日常生活能力の判定及び程度並びに病状の記載内容から(軽い欠陥状態にあり自活可能との記載)

3級

●症状が安定、独居生活がほぼ維持できている。障害の程度も低くない

●③-3,⑤-2から3級相当

●⑤欄の程度によると2級または3級程度と思われるが、次の理由により、3級と判定した

●②欄記載から出産直後に幻覚妄想状態を呈することが多かったが、それ以外は良好な状態にあること。独居生活をほぼ維持できていること。④欄の記載から、軽い欠陥状態はあるが、「最近では異常体験に左右された行動に及ぶことはない。」こと。⑤欄で、日常生活関連項目が社会生活関連項目より軽めであること。過去と比して、全体的に、良くなってきている傾向にあること。

●軽い欠陥状態。精神保健福祉サービスを利用せず、独居生活を維持できている。

●日常生活能力が意外と改善されている。

●10年間、独居生活を維持できている。軽い欠陥状態はあるが自活可能で、異常体験に左右されない安定の長さから3級と判定。

●異常体験は持続し、軽い欠陥状態はあるが、かろうじて自活しており独居生活を継続している。

●日常生活関連項目(食事、清潔、金銭、安全)がすべて「概ね(自発的に)できるが援助が必要」であること。日常生活はかろうじて自活可能であること。「3 著しい障害を認め…」という重めの総合判定を支持する情報が、この診断書の他の記載に読み取れないこと。

●⑤-2において、「援助が必要」以下が5項目であるから

●2級または3級だが病歴、治療の経過、状態像の具体的程度の記載を含め総合的に判断

●社会生活は制限を受けるが日常生活の制限は著しいとは言えない

●精神障害の状態による日常生活への制限が、「著しく」制限を加えられている状態でないため、3級に該当すると考えられる。

非該当

●なし

照会

●作為体験があるかどうかを照会する。作為体験があれば1級、なければ2級。

返戻