

200500577A

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17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

平成18(2006)年3月

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17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	青木 眞策	(島根県立心と体の相談センター所長)
	築島 健	(札幌市精神保健福祉センター所長)
	數川 悟	(富山県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)
研究協力者	有海 清彦	(山形県精神保健福祉センター所長)
	北端 裕司	(和歌山県精神保健福祉センター所長)
	黒田 安計	(さいたま市こころの健康センター所長)
	中島 央	(熊本県精神保健福祉センター所長)
	濱野 強	(新潟医療福祉大学)
	山下 俊幸	(京都市こころの健康増進センター所長)

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・協力研究報告

1. 分担研究：現行指針の検討とあるべき指針案の作成について

「等級の審査判定にあたる立場からの現行指針の読み解き」・・・9

青木 眞策（島根県立心と体の相談センター）

築島 健（札幌市精神保健福祉センター）

2. 協力研究

「客観的・普遍的な等級判定の可能性に関する研究」・・・17

北端 裕司（和歌山県精神保健福祉センター）

3. 分担研究：指針案の作成に関する研究

「手帳診断書に盛り込まれるべき情報と新たな診断書案
に関する研究」・・・28

數川 悟（富山県心の健康センター）

4. 協力研究

「研究班版手帳診断書と現行診断書との比較検討
～研究班版手帳診断書（案）を用いた模擬事例を通して～」・・・46

山崎 正雄（高知県立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 白沢 英勝（宮城県精神保健福祉センター 所長）

研究要旨：平成 16 年度の研究を踏まえ従来の判定に関わる「指針」の検討及び「情報のリスト案」（診断書案）を作成し、手帳判定に関する全国標準化するための基礎資料を得ることを目的にした。研究方法：これまでの判定に関わる「通知」の精査を行うとともに、全国 8ヶ所のセンターの平成 17 年 11 月の等級判定結果を無作為に抽出し、一元的尺度を用いて比較検討し、また、従来の診断書の検討を通して「盛り込むべき情報のリスト案」を新たな「診断書（案）」としてまとめ、模擬事例を通して従来の診断書との比較検討を行った。結果と考察：これまでの判定に関わる「指針」は、必ずしも明確化されておらず、判定の実務上の困難に対応しがたい問題を有していた。全国 8ヶ所のセンターで平成 17 年 11 月に審査判定された事例の判定等級結果と「日常生活能力の判定」を一元尺度化した評価表からの得点との相関を解析した結果、判定ロジックに差異があることが明らかとなった。これを最小化するためには、「得点」を用いての評価方法の検討が必要である。診断書に盛り込まれるべき情報のリスト（案）について、新たに「研究班版手帳診断書（案）」としてまとめた。診断書記載に関してはより詳細な記述に、病状の推移に関しては、障害の変動性・周期性の有無、治療や社会資源の利用状況、支援による効果と予後及び過去 2 年間の重症度の評価を記載することとした。また、能力障害の状態については国際生活機能分類（ICF）に準拠して障害程度を判断することとした。この診断書（案）に基づき模擬事例を作成し検討を加えたところ、記載不足によるあやふやさが改善されていること、日常生活能力を適切に記載することで公平・公正な審査判定が可能となることが示唆された。結論：手帳等級判定における「差異」を最小にするためには客観的な評価を行う必要があり、従来の判定に関わる「指針」等を見直し、診断書に盛り込まれるべき情報を整理し、日常生活能力に関しては国際生活機能分類（ICF）に準拠したものに、かつ、評価については一次元尺度化した評価方法に改め、客観的な評価を可能にすることが必要である。

A. はじめに

精神障害者保健福祉手帳は、障害年金受給者からの申請を除き、医師の診断書が添付された申請書を各都道府県・政令指定都

市の審査判定機関で審査し、等級判定が行われる。その際、各審査判定機関は国の通知である「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」、「精神障害者保健福祉手帳の判定

基準について」、「障害等級の基本的とらえ方」、「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」等及び財団法人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）」を参考に審査判定を行ってきた。しかし、各審査判定機関では病状や日常生活能力の状態を踏まえ

「総合的に判定」を行うことから、かねてより各審査判定機関の審査判定に「差異」があるのではないかといわれてきた。平成11年の精神保健福祉法の改正により、これら審査判定の実務が精神保健福祉センター業務になったことから、全国センター長会総会等の場においても度々取り上げられ、その現状等が議論されるとともに、全国的な審査判定に関する調査を行う必要性が指摘され、厚生労働科学研究費補助金を受けて、平成16年度から17年度の2年間にわたる「精神障害者保健福祉手帳のあり方に関する研究」を行うこととなった。

平成16年の研究は「法第45条判定事務に関わる全国アンケート調査」及び「模擬症例の判定に関わる調査」を主要な柱として全国的な調査研究を行った。その結果、手帳判定結果を地域別、審査判定機関別に比較したところ大きな開きが認められ、また、判定保留及び判定困難事例は全ての審査判定機関が経験しており、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、神経症圏精神障害、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審査判定機関も苦慮していた。これらの研究によって、精神障害者保健福祉手帳の現況は、地域間及び各審査判定機関

間で等級判定結果に無視し得ない差異があり、手帳制度の根幹に関わる深刻な状況にあることが明らかとなった。この差異を生じる要因を分析したところ、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、盛り込まれるべき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ことが示唆された。

平成17年度研究は平成16年度の結果を踏まえ、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の再検討、診断書様式の見直し、審査判定に際しての判定基準の明確化を課題に、以下の研究を行うこととなった。

B. 研究目的

平成16年度の研究から手帳等級判定において審査判定機関間に無視し得ない「差異」があることから、この差異を生じさせる要因を分析した中から判定に関わる「指針」や診断書に盛り込まれるべき「情報のリスト（案）」を「新たな診断書（案）」として作成し、精神障害者保健福祉手帳の診断を全国標準化するための基礎的な資料を得ることにある。

C. 研究方法

これまでの判定に関わる国の「通知」の精査を行うとともに、全国8ヶ所の精神保

健福祉センターの協力を得て、平成 17 年 11 月に行った等級判定結果を無作為に 1 判定機関当たり 30 例から 50 例を抽出し、日常生活能力の程度の評価について独自に開発した「一元的評価尺度」を用いて比較検討した。また、従来の診断書を検討するとともに、「盛り込むべき情報のリスト（案）」を作成し、全国精神保健福祉センター長会メーリングリストを活用して全国の精神保健福祉センター長に意見を求め、それを踏まえて新たな診断書（案）を「研究班版手帳診断書（案）」及び「記入に当たっての留意事項」としてまとめた。更に、研究班版診断書案について模擬事例を作成し、現行診断書との比較検討を行った。

D. 結果

1) 手帳判定に関わる国の通知等の検討について

昨年度の研究によれば、手帳審査判定において独自の審査判定の細則を採用している審査判定機関は極めて少なく、実際上は国による以下の通知を明示的基準としていた。即ち、「障害等級判定基準（平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1,133 号）」、「障害等級の基本的とらえ方（平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1,133 号）」、「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）」である。

特に、「障害等級の基本的とらえ方（以下、「とらえ方」と略す）」は、平成 18 年 4 月 1 日からの障害者自立支援法の施行にともない、障害程度区分認定申請にあたって添付される医師意見書の記載項目にも準用されており、今後とも精神障害者の障害程度

の目安として用いられることが考えられる。しかし、これをよりどころとして行う手帳の審査判定においても、等級判定における「差異」を生じさせる要因となっていることから、各審査判定機関の「差異」を最小化する意味でも「とらえ方」の検討は欠かせないと考えた。

① 「とらえ方」と「施行令第 6 条の等級定義」について

「とらえ方」と「施行令第 6 条の等級定義」との関係を見ると、施行令第 6 条第 3 項の等級定義ははなはだ抽象的であり、それを補完する上で、即ち、一定程度の明解さをもって換言するところに大きな意味を有している。しかし、なお明確化が不十分であるところもみられ、記載者たる主治医の誤解を招きかねない部分も少なくなく、必ずしも審査判定の実務上の困難に応えるものとはなっていない。また、施行令第 6 条の定義は基本的には国際障害分類

(ICIDH) 1980 の能力障害 disabilities に依拠したもので、障害の程度の定義としては国際生活機能分類 (ICF) 2001 をはじめとする最近の研究成果と照らした場合、決して今日的なものとはいえないことも事実である。例えば、2 級と 3 級の各級において「(精神障害の状態が) 日常生活 (又は社会生活に) (著しい) 制限を加えることを必要とする程度のもの」との表現は、身体障害、とりわけ内部障害において医学的見地からみたものとしては妥当性を有しているかも知れないが、こと精神障害においては精神障害者の人権保障や社会参加の促進との観点からすれば定義としての表現の適切さについては議論の余地を残している。

② 「とらえ方」全体を通じた問題について

て

障害等級の審査判定においては、障害各級の基本的な範囲と程度を明示的（ポジティブ）に特定する必要がある。しかし、「とらえ方に」においては例外でない「原則としての基本的基準」の例示に極めて乏しく、そのため障害の基準が特定しがたい表現となっている。特に、文書全体を通じて「著しい」、「大きく」、「些細な」等の副詞の意味するところが明確に定義されておらず、結果として診断書を記載する主治医や審査判定に関わる判定者の言語的感覚に委ねざるを得ず、審査判定の妥当性が揺らぎかねない結果をもたらす危険性を有しているといえよう。

更に「とらえ方」は統合失調症を標準的な精神障害者のモデルとして、統合失調症にみられる一般的な病状をその重症度に沿って階層的に並べた表現によって構成されているが、それ以外の疾患群、例えば神経症性障害等において必ずしも当てはまらないものが多々みられることも事実である。精神障害者保健福祉手帳は極めて幅広い疾患群を対象にしている以上、疾患群毎の判定のアンカーポイントを示すことや、生活能力や社会能力のスペクトラムの各々について指標を用いる等の検討を行い、客観的かつ適切に評価することが必要といえよう。

2)客観的・普遍的な等級判定の可能性について

客観的・普遍的な等級判定の可能性を探るため全国8ヶ所の精神保健福祉センターの協力を得て、平成17年11月に判定を行った事例の内、「主たる精神障害」もしくは「従たる精神障害」がてんかんであるものを除き、無作為に抽出した30～50事例に関

しての調査を行った結果は以下の通りである。

① 判定事例の背景について

対象者はF2（統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害）が過半数を占めていた。平均年齢は50才前後であった。

② 判定等級と「日常生活能力の判定」との関係について

「日常生活能力の判定」の8項目を一元尺度化した。「自発的にできる」もしくは「適切にできる」を0点、「自発的にできるが援助が必要」もしくは「概ねできるが援助が必要」を1点、「援助があればできる」を2点、「できない」を3点とし、8項目の合計点を算出し、「日常生活能力の判定得点」（以下、得点）とした。

その結果、判定等級と本「得点」間には関連がみられ、本「得点」の有用性が示唆された。1ヶ所を除き、1級と2級は「得点」が比較的明確に分離された。2級と3級に関しては、比較的明確に分離されるものの、一部重なりがみられるものに分かれた。これは等級判定に際し、「日常生活能力の判定」以外の指標が加味されていることが示唆された。

③ 判定等級と「日常生活能力の程度」との関係について

判定等級と「日常生活能力の程度」から導きだされる等級の一致率をみると、一致率は各審査判定機関間で著しい差異がみられた。前項の結果と照らし合わせると、等級判定の際、2ヶ所の判定機関は「日常生活能力の判定」を極めて重視しており、4ヶ所は「日常生活能力の判定」を重視しつつも、「日常生活能力の程度」も考慮しており、1ヶ所はその中間であった。また、1ヶ

所は「日常生活能力の程度」を極めて重視していた。

④ 判定に加味されるその他の情報
判定に加味される情報としては「精神疾患（機能障害）の状態」、「前回の等級」などが指摘された。

⑤ 「日常生活能力の判定」を一次元尺度化することの意義について
「日常生活能力の判定」を一次元尺度化し、「得点」とすることで、各審査判定機関間の等級判定ロジックの差異を具体的に明らかにすることが可能となった。今後、「得点」の信頼性・妥当性・一次元性を再確認し、それに改良を加えれば等級判定における客観性・普遍性がある程度担保されると思われる。

3)手帳診断書に盛り込まれるべき情報と新たな診断書案に関して

現行診断書を踏まえ、精神障害者保健福祉手帳診断書に盛り込まれるべき情報を検討し、その情報のリスト（案）を「研究班版手帳診断書（案）」としてまとめ、その記入の手引きとなる「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成した。これらについて全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを通しての意見聴取を行い、修正を加えた。

①「研究班版手帳診断書（案）」について
住所については実態のある居住地を記載することとし、入院や通過型居住施設利用時は住民登録に従うこととした。精神障害の認定において疾患の存在は最重要事項の1つであり、病名欄で可能な限り明確に行えるようにした。即ち、ICDコードをFOXからF9Xのいずれかを3桁で、更に基礎疾患の判別のためF0、F1の疾患の場合は4桁

(FOXX、F1XX)とした。てんかんの場合はてんかん性精神障害についてはFOXXで、てんかん発作のみの場合はG40とした。主たる精神障害に起因する病態或いは精神障害の治療に関連した病態については二次的な病態やそれによる障害を判別できるようにした。精神疾患の経過と生活の状態については、できるだけ詳細な情報を求めた。また、現在の病状、状態像等については項目を整理、追加するとともに、選択記入しやすい書式とした。精神障害の特性である症状や障害の変動性・周期性の有無及び程度、治療や社会資源利用、支援による効果と今後の予後について具体的に記載することとした。更に、過去2年間の重症度を評価することとした。現在の医療状況はより具体的に記載するようにした。能力障害の状態については、包括的な精神障害の評価として精神機能の全体的評価尺度(GAF)の活用も検討したが、生活面でのより詳細な能力評価が行われる必要もあることから、日常生活能力については国際生活機能分類(ICF)に準拠し、評価に関しては5段階評価とした。日常生活能力の程度に関しては審査判定機関が総合的に判定するところからこれを削除した。

②「記入にあたって留意すべき事項（案）」について

「研究班版手帳診断書（案）」について、特に重要な点についての留意点を列記した。認知症の程度判定にCDRによる評価を求めたことから、CDRスケールを表示、更にICFについての解説事項も加えた。

4)「研究班版手帳診断書」に基づく模擬事例を通じた現行「診断書」との比較検討について

「研究班版手帳診断書（案）」と「記入にあたって留意すべき事項（案）」をもとに模擬事例 5 例（統合失調症 2 事例、気分障害、神経症圏精神障害、器質性精神障害各 1 例）を作成し、現行診断書との比較検討を試みた。「研究班版診断書（案）」は現行診断書に不足している情報が盛り込まれ、等級判定のばらつきの要因となる診断書の記載不足による判定のあやふやさが改善されていることが確認された。しかし、神経症性障害や発達障害、高次脳機能障害等の等級判定に関しては診断書書式の改訂だけでは解決できない困難さがあることも確認された。これらの疾患群については障害特性を考慮した生活能力のとらえ方をどうするのか、等の研究が必要である。また、ICF に準拠した生活能力の状態の記載欄があることで、総合的、客観的な判断が可能となるが、そのためには記載マニュアル、判断基準を整理する必要もある。そのための基礎的な研究も必要である。

E. 考察

昨年度の研究から精神障害者保健福祉手帳の等級判定に当たって、「判定基準」に少なからず問題を有しており、それが審査判定機関における判定結果に影響を及ぼしており、審査判定機関間の判定結果に「差異」をもたらしていることが示唆されたところから、「障害等級判定基準」、「障害等級の基本的とらえ方」、「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すべき事項」等の通知等を検討した。その結果、現行診断書判定において各審査判定機関で実務上広く参考にされている「障害等級の基本的とらえ方」は等級区分にお

いてなお明確化が不十分なところがあり、診断書を記載する医師に誤解を生じかねない部分も少なくなく、判定の実務における困難に配慮のものと必ずしもなっていないこと、具体的には「とらえ方」に示される「定義」は基本的には国際障害分類の能力障害に専ら依拠したものであり、障害の程度の定義としては国際生活機能分類をはじめとする最近の研究成果と照らし合わせると今日的とはいえないこと、また、統合失調症を標準的なモデルとしていることから、他の疾患群には必ずしも当てはまらないものが多々あること、これを改善するためには疾患群毎のアンカーポイントを示すことや、生活能力や社会能力のスペクトラムの各々について適切な重み付けを施す必要があり、現状の知見に則してこれら通知を見直す必要がある。

手帳判定において「客観的・普遍的な等級判定」が求められているが、その「可能性」に関する調査を等級判定結果と「日常生活能力の判定」8 項目を一元尺度化した評価表を用いて「得点化」した結果とを比較検討したところ、等級判定と本尺度に基づく「得点」との間には関連がみられ、得点の有用性が示された。今後、更に検討を深めることによって、客観的・普遍的な評価法の確立が可能となることが示唆されたといえよう。

他方、手帳診断書に盛り込まれるべき情報のリスト（案）を全国センター長会のメーリングリストを通して意見聴取し、それを踏まえて「研究班版診断書（案）」として取りまとめた。また、同時に「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成し、更に、これに基づき「模擬事例」を作成し、現行

診断書との比較検討を行った。「研究班版診断書(案)」はできるだけ詳細な記述を求め、過去2年間の重症度評価項目を追加することとし、日常生活能力については国際生活機能分類(ICF)に準拠した。現行診断書と比較した場合、現行診断書に不足している情報が盛り込まれたことから、手帳判定のばらつきの要因が除去されたことから、審査判定機関に公平・公正な審査判定を委ねることができることが確認された。しかし、神経症性障害や発達障害、高次脳機能障害等の疾患群は診断書改訂だけでは解決できない問題も有していることも確認された。

F. 結論

現在、手帳等級判定には審査判定機関間の無視し得ない「差異」があり、それは手帳制度の信頼性・公平性との観点からその根幹を揺るがしかねない現況にあることが明らかとなった。この「差異」を最小化するためには手帳等級判定において客観的な評価法確立することが必要であり、そのためには従来 of 判定に関わる国の「指針」等を見直し、客観的な評価に耐え得るために「必要な情報」を盛り込んだ新たな「診断書(案)」を検討することが不可欠であり、その際、日常生活能力に関しては国際生活機能分類(ICF)等を取り入れることが重要である。

今年度の研究においても各審査判定機関間の判定に関するロジックが必ずしも一致していないことが明らかとなった。手帳制度は障害者自立支援法下では自立支援医療費と連動しており、また、導入の際の有力な情報ともなることからみても、手帳の審

査判定に関わる精度及び信頼性を向上させることが必要であり、今後とも手帳制度や審査判定に関する研究を深めることが、今後の障害者施策に寄与するものと考えられる。

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) 白澤英勝、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」総括・分担研究報告書、平成17年(2005)年3月
- 2) 世界保健機関(WHO)、「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」、中央法規、2002、東京
- 3) 「障害等級判定基準」、平成7年9月12日健医発第1,133号、各都道府県知事宛、厚生省保健医療局長通知
- 4) 「障害等級の基本的とらえ方」、平成7年9月12日健医発第1,133号、各都道府県知事宛、厚生省保健医療局長通知(別添2)
- 5) 「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、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(別紙)
- 6) 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、
2005

- 7) (財)全国精神障害者家族連合会・精神障害者社会復帰センター、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—、
1997

- 8) (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

Ⅱ. 分担・協力研究報告書

平成 17 年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究）
「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）

分担研究「現行指針の検討とあるべき指針案の作成について」
等級の審査判定にあたる立場からの現行指針の読み解き

分担研究者 青木 眞策（島根県精神保健福祉センター 所長）
築島 健（札幌市精神保健福祉センター 所長）

研究要旨：

精神障害者保健福祉手帳の判定における数少ない「判定のよりどころ」として、広く参照されている、「障害等級の基本的なとらえ方」を、自治体における手帳の審査判定にあたる立場から読み解いた。障害者自立支援法施行後の新たな障害者福祉サービスの体系の中で、手帳の位置づけを改めて明確化し、新たな判定ロジックと指針作りが望まれる。

A. はじめに

精神障害者保健福祉手帳の等級は、精神保健福祉法施行令第6条第3項に1級から3級までの3段階に定義されている。手帳の交付にあたっては、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主治医等が作成した診断書の内容を審査し、手帳の交付の可否及びその等級を判定することになっている。この事務は、都道府県知事（政令指定都市の市長）の自治事務であって、各自治体の裁量によるものであるが、実際には、独自の判定の細則を明示的に定めている自治体は極めて少なく、各自治体は次の各号の通知を、事実上、数少ない明示的基準として判定している。

- ・ 「障害等級判定基準」（平成7年9月12日健医発第1,133号 各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知 別添1）
- ・ 「障害等級の基本的なとらえ方」（平成7年9月12日 健医発第1,133号 各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知 別添2）：以下「とらえ方」という。
- ・ 「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 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）

これらの通知は行政手続法にいう審査基準となるものであって、広く参照されているが、前年度の研究においては、自治体における審査判定の実務においては、なお、使いづらいつ感じられる部分も少なくないことが指摘されている。

B. 研究方法

前年度の研究においては、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、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、各自治体において、でき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」があるものとした。

その、判定段階（段階・要因③）で生じてしまう、「出力としての判定の差異」は、つまるところ、前年度の研究の結論において指摘された「判定の基準の問題」である。

特に、数少ない事実上の明示的基準の一つである、「とらえ方」は、平成18年度以降、障害者自立支援法の施行に伴い実施される障害程度区分認定申請にあたり、添付される医師意見書の記載項目の一つである、「精神症状・能力障害二軸評価」のうち、「能力障害」評価表（5段階）の各段階の例示にも、そのまま流用されている。これまでも、そして今後においても、精神障害者の障害程度の目安として、当面一定の価値を保ち続けると考えられる。しかしながら、実際には、これをよりどころとして手帳の審査判定を行うことにより、判定の差異が生じていたものである。

したがって、この判定のよりどころたる「基準」を読み解くことにより、判定ロジックの観点から自治体間の判定の差異を改善することに資する「あるべき指針」について考えようとするものである。

C. 研究結果

1. 「とらえ方」と「施行令第6条の等級定義」について

「障害等級の基本的とらえ方」（平成7年9月12日 健医発第1,133号 別添2）は、手帳申請にあたり主治医等が診断書を作成する際に、具体的イメージを得るための有力な参考情報として10年以上にわたり活用されている。施行令第6条第3項の等級定義がはなはだ抽象的であるところを、一定程度の明確さをもって換言するところに、同文書の大きな価値がある。しかしながら、実務上は、なお明確化が不十分であるところや、主治医等の誤解を招きかねない部分も少なくなく、判定の実務における困難に添えるものとなっていないことが残念である。

本論では、自治体において障害等級の判定にあたる立場から、同文書の評価を試みた。

なお、施行令第6条の等級定義については、これを否定せず、これに基本的にのっとること

として議論をすすめる。

しかしながら、この定義は、基本的には、国際障害分類（ICIDH）1980の能力障害 disabilities に専ら依拠したもので、障害の程度の定義としては、国際生活機能分類（ICF）2001をはじめとする最近の研究成果と照らした場合、決して今日的なものとは言えない。さらに、障害者の社会参加を重要な政策課題とする今日においては、例えば、2級と3級の各級において「（精神障害の状態が）日常生活（又は社会生活に）（著しい）制限を加えることを必要とする程度のもの」という表現は、いささか適切とはいえない。これらの表現は、身体障害、とりわけ内部障害において、その基礎疾患の悪化を防止する等の医学的見地からの勧告として、日常生活強度に一定の制限を加える必要がある場合の相似的言い換えて設けられた表現であろうと考えられるが、精神障害においては、超急性期は別としても、活動を制限するような医学的見地からの勧告は一般論としては必ずしも要しないからである。むしろ、精神障害者の活動と参加に他動的に制限を加えることを是認するかのごとくに読み取れることから、障害者の人権の保障や社会参加の促進の趣旨にかんがみても、定義としての表現の適切性につき議論の余地がある。これらの問題については、今後の法改正にあたっては、各方面の知見を取り入れて議論してゆく必要がある。

そうであっても、現状ではこれにかわるものがないことから、施行令第6条の定義に準拠せざるを得ない。

2. 「とらえ方」全体を通じた問題

「とらえ方」は、施行令第6条の定義を適切に例示するものである必要があるが、その場合には、特に、障害各級の基本的な範囲と程度を明示的に（ポジティブに）特定する必要がある。ところが、同文書においては「～の場合がある」

等の「例外の記述」は数多くあるものの、例外ではない原則としての基本的基準の例示に極めて乏しく、結局、どうあっても障害の基準が特定しがたい表現となっている。その結果、この文書が饒舌でありながらいささか中身の乏しい空虚なものになっている。他にも、定義の曖昧な用語によって再定義されている部分も多く、この文書を根拠としたとしても、必ずしも障害の範囲と程度がはっきりしないことによって、判定の実務における困難が解決しない。

また、この文書全体を通じて、「著しい」「大きく」「些細な」などの副詞の意味するところが明確に定義されていない。結果として、主治医や判定者の個人としての言語的感覚に専ら依拠した判定となってしまうことにより、主治医と判定者のコミュニケーションがすれ違って、判定の妥当性が揺らぐ。言語的解釈の自由度を極力下げた、具体的に特定された表現にする必要がある。

また、「精神保健福祉法第5条の定義による精神障害者の部分集合としての、手帳の交付対象者」の範囲と程度を定義しようにも、そもそもの「法第5条の精神障害者の定義」がICFの境地からは決して今日的ではなく見直しが必要なものと言えることから、どうあっても範囲と程度が確定しない。

さらに、この「とらえ方」は、統合失調症を標準的な精神障害者のモデルとして、統合失調症にみられる一般的な病状をその重症度に沿って階層的に並べた表現によって構成されている。したがって、統合失調症においては、比較的良く当てはまるので、障害の程度をかなりの確信でイメージできるものとなっているが、それ以外の疾患群には必ずしも当てはまらないものも多々ある。例えば、神経症性障害などのように、極度に引きこもりが強くとも、身の回りのこと（セルフケア）は完全に自立している疾患群もあり、認知症などのように、デイケアに通えた

としても、身の回りのこと（セルフケア）が、全くおぼつかないものもある。平成11年の精神保健福祉法改正（14年施行分）以降、手帳の対象疾患が著しく（ややもすると、不用意なほどに）拡大したが、本法手帳の制度が極めて幅広い疾患群を対象とする以上、疾患群ごとの判定のアンカーポイントを示すことや、生活能力や社会能力のスペクトラムの各々について適切な重み付けを施し、点数化して、総得点で判定する等の工夫が必要になってくると考えられる。実際のところ、この問題は、平成18年度以降施行される障害者自立支援法における障害程度区分認定にも、そのまま引き継がれる難題の一つである。疾患特異的な問題と、精神障害共通の（そればかりでなく3障害共通の）問題とを的確に峻別し、妥当な評価を加える努力を引き続き払う必要がある。

3. 「とらえ方」逐条の検討

以下、同文書につき、逐条的に検討を加える。

（平成7年9月12日 健医発第1,133号 別添2）

障害等級の基本的なとらえ方

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すと、概ね以下のとおりである。

(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。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的には行

えず、常時援助を必要とする。

1 級の障害のとりえ方の例示として記載されているところの、入院患者において「院内での生活に常時援助を必要とする」者は、それ自体極めて重度の病状にあるものと考えられるが、一方、在宅患者に関しては、入院患者の「最重度の病状」に比べて、著しく不釣り合いな程度に軽度の者も含まれている。すなわち、入院患者においては、GAF で10以下、在宅患者に関しては30～40程度と考えられる。これらを同等の等級に処分する合理的理由がない。

「医療機関等への外出を自発的にできず」という表現の意図は、「医療機関等のように、絶対的に必要であり、かつ、何度も行ったことのあるところですら、付き添いがないと道に迷ったり、危険から身を守ることができない」というものであると解釈すべきものである。医療機関への通院に限定するかのごとくの誤解を生じさせる等、いささか舌足らずであるがゆえに、「病識がないことや、治療に拒否的であること」を理由として、通院に付き添いを要する者をそのこと自体をもって、誤ってこの等級に処分するおそれがある。

また、「適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的には行えず…」という例示は、次の点で問題があると考えられる；

- ・ ICF の「セルフケア d5」と「家庭生活 d6」を混同又は併合したパラメータとなっているので、範囲が確定しないものと考えられる。
- ・ 特に、ここでいう「適切な食事を用意する」の意味の範囲が未定義であることにより、ここで要求されるタスクの範囲が不明確となってしまうことが問題であると考えられる。
- ・ 仮に「献立を計画し、自ら調理する技能」（「家庭生活」のカテゴリーに属する能力）をも求めるものであるとすれば、障害の程度を判定

する課題としては不当にハードルが高い。当該障害者が都市部における「アパート等で単身生活を送ることを想定した」場合、弁当をコンビニエンスストア等で買ったり、好みのもを蕎麦屋やラーメン屋で食べたりすること（「セルフケア」のカテゴリーに属する能力）を「適切」と言えないものとするのか。

- ・ 仮にそうであるなら、ごく普通の健康な既婚男性は「できない」者となってしまわないか？逆に、健康な独身男性が行う程度の生活技能を正常とするならば、弁当やインスタント食品、外食をすることをもって「適切にできる」と評価すべきものであることにならないか？評価を行う主治医がどちらの立場を取るかにつき、等級の判定は大きく揺らぐことになる。
- ・ これらのことは畢竟、いわゆる日常生活能力8項目（①食事、②清潔、③金銭管理、④服薬通院、⑤意思伝達、⑥危機対応、⑦社会手続、⑧趣味娯楽）の「パラメータとしての妥当性」にかかる問題である。

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たしやすい。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いがちである。

- ・ 「⑤他人との意思伝達・対人関係」は、ICFの「対人関係 d7」関係の評価である。また、「⑥身の安全保持・危機対応」すなわち、同文書に言う「ストレスへの対応」はICFの「一般的な課題と要求 d2」関係と考えられる。これらは、単一のカテゴリーに属する能力について評価していることになるので、その評価のアンカーポイントが適切である限りにおいては問題が少ない。

- ・一方、「③金銭管理と買い物」は、ICFの「学習と知識の応用 d1」と「主要な生活領域 d8のうち経済生活 d860-d879」にかかるものと考えられるが、これらの2つ以上のカテゴリーにまたがる能力を単一のスケールに展開して評価することには大きな無理がある。また、これらにあたらぬ因子の交絡も考えられる。例えば、ギャンブルや浪費等により生活保護費が足りなくなることによって「金銭管理ができない」と評価することを適切とすべきとはどうてい考えにくい。
- ・つまり、そういった観点からは、「③金銭管理と買い物」のパラメータについては、むしろ、d1領域の、計算や計画などの能力的な部分に限定することによって、より適切な評価がなしうると考えられる。
- ・「著しく」「大きく」「些細な」などの、程度を表す副詞の意味するところを明確に再定義しないと、程度の判定が困難になる。例えば、『自発性が著しく低い』とは、『促しによっても自発的に何事も行い得ない』という意味とする」などの明確な定義づけがなされると、判定の精度の向上に資する。
- ・さらに、「常時援助」とは、何をどうすることか？「時に応じた援助」とは、頻度や強度としてどの程度のものをさすのか？これらのことが結局明確に再定義されていないので、診断書を作成する主治医や、審査判定にあたる精神保健福祉センターの判定者の判断が大きく揺らぐ原因となる。自治体によっては精神保健福祉センターの判定合議体において、これらの語の解釈を申し合わせているところもあるが、そのようなローカルルールは、逆に自治体間の判定の差異を招くことになる。
- ・「援助」の定義があまりに幅広くて実際的でない。「援助とは、助言、指導、介助のことである」という定義は、非常に幅広すぎて曖昧である。

味である。介助と助言はまったくレベルの異なるものと考えられる。「時に応じて助言を必要とする者」と、「時に応じて介助を要する者」を「時に応じて援助を要する者」に括って、同等の等級に処分することは適切とは言いがたい。

(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。

・「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」の意味が不明確で曖昧である。自分でできるのか、できないのか、助力は不要なのか、助力なしでは困難なのか、結局のところ明らかにならない。

・また、ここでいう、「日常生活は困難」は、当事者の主観的な苦悩ではなく、客観的なアウトカムのことであるべきところ、「困難である実態」を判断する基準が欠如しているので、客観的な判定が困難となる。

「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、デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランス良く用意するなど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

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。

・「ストレスがかかる状況が生じたときに対処することが困難」というのは、健康人にとっても当然にありうることなので、このこと自体、障害の有無を指し示す指標とはなりえない。そもそも、その「ストレス」の程度が判定上の問題となりうる。そればかりか「ストレス」という、定義しがたい要因を無批判に導入することによって客観性を減じてしまっている。

・「食事をバランスよく用意するなどの家事」は、非常に難しいハードルであることについては前述したが、障害の各級で何度も使用するタスクであるから、なおさら明確な再定義が必要であろう。

・「助言や援助を必要とする」の、「助言」とは何か、「援助」とは何か。「助言によって適切になし得る者」と、「援助なくして行い得ない者」は、生活技能において、同程度の能力を有する者とはどういって判定しがたいものである。

・「金銭管理が出来ない場合がある」「その場に適さない行動をとってしまうことがある」などの表現で示される頻度や程度が明らかでない。

「～場合がある」「～ことがある」は、決して常態を示す語ではないから、障害者の普段の状態を判定すべき対象とするところ、例外的に病状が重くなった時点での、いわば「瞬間最大風速」をもって判定することは、やはり、妥当なこととは言いがたい。

(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。デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加する者、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。自発的な行動や、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。金銭管理は概ねできる。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

2級で「ストレス状況下のコーピング不全」を指標とすることの不合理を前述したが、ここでは、障害のない健康人にとっても当然に対処困難となりうる「過大なストレス」（そもそも、「過大なストレス」とは通常の想定される程度を超えた、非日常的な程度のものという意味であると考えられる）による「対処困難」をもって、精神障害の存在を定義しようとすることにほかならない。このことをもって、「ストレス」に対する脆弱性があるとは認めがたい。

D. 考察

「とらえ方」の全体を通じて、「原則」を示さぬまま、「例外」の記述のみがあることや、程度を示す副詞の適切な再定義が行われないことなどの問題があることは既に述べた。このような曖昧さは、これをまさしく（行政処分を行う上での）行政手続法上の審査基準としての判定基準の「とらえ方」として活用している自治体の審査判定の実務においては、自治体の裁量の拡大として歓迎できることばかりではない。

「障害等級判定基準」が、疾患圏ごとの「精神疾患（機能障害）の状態」と、全疾患圏共通な「能力障害の状態」の二段構えで定義付けている一方、「とらえ方」は、疾患圏を問わず各等級のイメージについて、記述するものとなっている。障害等級についての一般的なイメージを

得るには良い方法である。ただし、前述のとおり、統合失調症を標準的な精神障害者のモデルとして、統合失調症にみられる一般的な病状をその重症度に沿って階層的に並べた表現によって構成されていることから、それ以外の疾患圏の場合には、却ってイメージしにくいことにもなり、結果として基準性が損なわれる結果となる。前年度の研究においても、「統合失調症以外の障害の等級判定の困難さ」については「統合失調症換算」の困難性として指摘されていたところであるが、それぞれに異なる疾患特性を有する異なる疾患圏の精神障害を、「精神障害である」という唯一の共通点により、強引に一つのスケールに投影することには、やはり、かなりの無理が生じる。

「一つのスケールに投影する無理」については、障害者自立支援法の障害程度区分認定においても、基本的に同様のことが言えるようにも見えるが、実際にはさほどでもない。障害程度区分認定は、全国共通の認定調査項目と、ブラックボックスたるコンピュータ一次判定により、ルールとしてはかなりの標準化が達成されているものと認められる。さらに、障害程度区分の判定は、その目的が介護サービスの提供に特化されている上に、認定調査によって得られた多くの情報を、多くの知見を集めて形作られた手続により処理する最新の体系である。こと介護サービスの提供に関して言えば、疾患特性の違いを議論するより、総体としての介護の必要度（時間換算）を議論すれば足りることになるから、一つのスケール（この場合、「障害程度区分」）に落とし込むことにも、大きな無理は生じないことになると考えられる。

それに比べると、手帳の判定は、判定ロジックの古さや情報の少なさはもとより、「手帳の存在意義」ないしは「精神障害者福祉サービスにおける位置付け」が見えにくくなってしまった現状においては、「判定のあり方」以上に、「手

帳のあり方」についての広汎な議論に立ち戻る必要があるのかもしれない。新しい障害者福祉の流れからすっかり取り残されてしまった感のある精神障害者保健福祉手帳が、障害者自立支援法（区分認定）による介護サービスの給付とは異なる目的（例えば、就労支援など）のために存在意義を今後も保ち続けるとすれば、その目的を明確化し、その目的に特化した判定ロジックを再構築することも必要であろう。

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

参考文献

- 1) 築島 健：「全国精神保健福祉センターアンケート」平成 16 年度厚生労働科学研究（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」（主任研究者：白澤 英勝）分担研究
- 2) 世界保健機関（WHO）：「国際生活機能分類」中央法規、2002、東京
- 3) 「障害等級判定基準」（平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1,133 号 各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知 別添 1）
- 4) 「障害等級の基本的とらえ方」（平成 7 年 9 月 12 日 健医発第 1,133 号 各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知 別添 2）
- 5) 「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 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 別紙）
- 6) 「障害程度区分における「認定調査票記入の手引き」及び「医師意見書記載の手引き」について」（平成 18 年 3 月 17 日 障企発第 0317001