

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—17年度 総合研究報告書

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

目 次

I. 総合研究報告

「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：法第 45 条判定事務に関わる全国アンケート調査 . . . 1 4

築島 健（札幌市精神保健福祉センター）

2. 分担研究：模擬症例の判定に関わる調査 7 1

山崎 正雄（高知県立精神保健福祉センター）

3. 分担研究：精神障害者の手帳に関する評価

～手帳所持者 100 人の調査から～ 1 0 7

白澤 英勝（宮城県精神保健福祉センター）

4. 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」 1 1 2

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）

5. 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」

. 1 2 0

北端 裕司（和歌山県精神保健福祉センター）

6. 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」 1 3 1

數川 悟（富山県心の健康センター）

7. 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～」

. 1 4 7

山崎 正雄（高知県立精神保健福祉センター）

I. 総合研究報告

厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総合研究報告書

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）
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）
分担研究者 敷川 悟（富山県心の健康センター 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）
分担研究者 山崎 正雄（高知県立精神保健福祉センター 所長）

研究要旨

【研究目的】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】平成16年度研究は全国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③精神障害者保健福祉手帳所持者100人を対象にした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。平成17年度は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】平成16年度研究において、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、その取り扱いとして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審査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。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るといえよう。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。平成 17 年度研究において、これまでの審査判定に関わる「指針」(国の通知など)の精査を行ったが、等級区分などにおいてなお明確化が不十分なところが少なからずみられ、国際生活機能分類 (ICF) などの最近の研究成果と照らし合わせても必ずしも今日的とはいえず、その見直しの必要が考えられた。また、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) については、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。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】：精神障害者保健福祉手帳の審査判定の現況をみると、審査判定機関間に等級判定に関して「差異が」が見られ、かつ、この「差異」は無視し得ないどころか手帳制度の根幹を揺るがしかねない現状にあり、早急な解決策が求められている。その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。そして手帳等級判定における「差異」を最小にするためには、従来判定に関わる「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を指摘している。

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観点から、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平成 16 年度から平成 17 年度の 2 年間にわたる研究として進められたものである。

B. 研究目的

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。平成 16 年度は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することとし、平成 17 年度は平成 16 年度研究において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、今後の精神障害者保健福祉手帳の審査判定を全国標準化することによって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

平成 16 年度は全国 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。平成 17 年度は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」を用いて比較検討するとともに、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)法第 45 条判定事務に関わる全国アンケート調査から

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 年度の万対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。

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、その中身を見ると、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

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

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。

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、各審査判定機関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と考えられる。

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が明らかとなったが、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あ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。これは明かに「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。

(2) 模擬症例の判定に関わる調査から

1) 等級判定結果の全体像

全国60ヶ所の審査判定機関に10ケースの模擬症例の審査判定を依頼、58ヶ所から回答(回収率96.7%)を得た。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みられたものが4ケースみられた。他の6ケースにおいても2級と3級に判定結果が大きくわかれており、すべての模擬症例で判定のばらつきが認められた。

各症例ごとの等級判定結果を以下の表2に示す。

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

2) 等級判定のばらつきの要因

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確認された。

(3) 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。

(4) 手帳判定に関わる国の通知等の検討について

平成16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は、等級判定結果の「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。

1) 「とらえ方」と「施行令第6条の等級定義」

「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

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。

(5)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事例に関する調査を行った。その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」などがあげられている。

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。

(6)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センター長会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F0X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(F0XX、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F0XX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

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。

(7) 「研究班版手帳診断書」に基づく模擬事例を通した現行「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、国際生活機能分類（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

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は増加している。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を有していることが明らかとなった。

この差異が生じる要因として、以下の3点があげられる。

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あげられる。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。

上記を踏まえ、成17年度に「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どところがあり、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 대응するものと必

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項目を一次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。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

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」とする一方、「判定の地域格差の解消は、制度の改善の中で」との指摘を行っている。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。

精神障害者保健福祉手帳の審査判定の現況をみると、審査判定機関間に等級判定に関して「差異が」が見られ、かつ、この「差

異」は無視し得ないどころか手帳制度の根幹を揺るがしかねない現状にあり、早急な解決策が求められている。その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。そして手帳等級判定における「差異」を最小にするためには、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。

本研究ではそのための叩き台として「研究班版診断書（案）」並びに「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成した。また、手帳制度の信頼性・公平性を担保するためにも等級判定の精度を向上させるための客観的な評価法を確立することが必要であり、新たに開発した一次元尺度化した評価法を検討した。平成18年4月から施行された障害者自立支援法においても精神障害者保健福祉手帳はその入り口で、現行診断書は日常生活能力の判定などで障害程度区分などと深く関わっており、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大きな課題となっていると思われる。

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) 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、2005
- 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りえ方―、(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―、障害者福祉研究会編、2002年8月
- 7) 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
- 8) 「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
- 9) 「障害等級の基本的とりえ方」、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)

- 10) 「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)
- 11) (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

分担研究

法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7.2%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着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

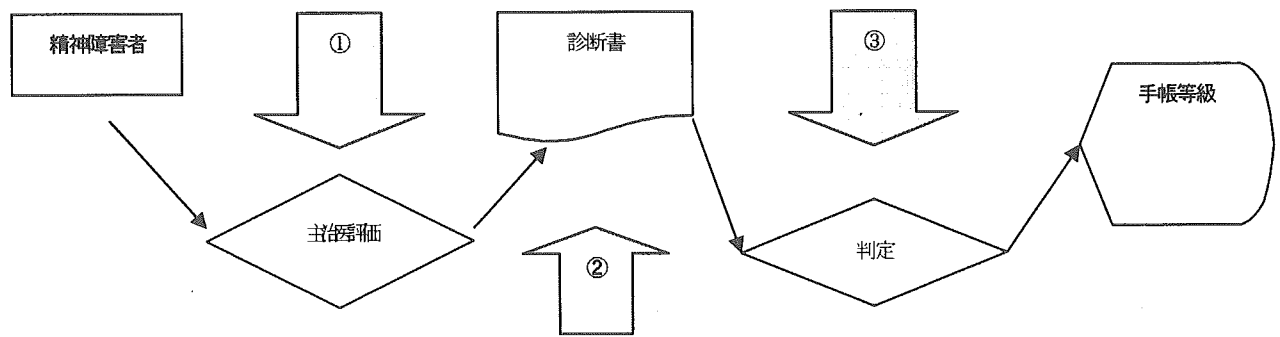


図 手帳の判定の差異が生じる段階と要因

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る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、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、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った。なお、質問項目によっては、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 判定にあたっ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

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%）。