

## 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るという事）」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）

（申請者ではなく）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（申請者ではなく）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、地域差も大きいですが、最大で2割、平均で7.2%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③a-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；

嗜癲関連疾患、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 嗜癲関連疾患 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癖関連疾患がある場合にあつて、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 パーソナリティー障害 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つては「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）に則つて該当とする」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判定にあつ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いながらも、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」とするものにあっては、「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言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って]

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种的な判断の必要性に

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・照会をめぐって]

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、診断書の取扱い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、現状では検討すべき課題が多いことが明らかとなった。

#### [能力の状態の判定（8項目）と総合評価（5段階）の齟齬をめぐって]

主治医が仮に精神障害の状態を適正に評価している場合にあっても、それが正しく表現されていなければ適正に判定されない。診断書の記載に関する主治医の理解が著しく不足している場合にこのようなことがまま起こると考えられる（図 手帳の判定の差異が生じる段階と要因 段階・要因②）。そもそも、「できない」とはどのような状態をいい、「援助があれば出来る」と「概ねできるが援助が必要」とはどのように異なるかにつき、コンセンサスがないことから、判定段階でも、主治医の理解不足を指摘することすら困難であることもある。

### 〔非専門医の診断書をめぐって〕

施行規則第23条によれば、手帳の判定にあたっては「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診断書」によるものとされている。同規則を文字通り解釈するならば、指定医であるか、精神科を標榜する医師か、標榜科如何を問わずとも少なくとも「精神障害の診断・治療に従事する」実情にある医師でなければならないことになる。ところが、実際には、精神障害者の診断又は治療に従事していない医師が作成した診断書が提出されることも少なくない。そのような診断書は判定困難となることがままある。手帳の判定については、それが、申請者を「精神障害者たる」と認定することにほかならないから、正しい精神医学的診断評価に基づいて作成された診断書によるものでなければならないのは当然であるが、実際には内科医や脳神経外科医の診断書を添付した申請も受理し、判定に供している自治体が多い。

たとえば、以下のような事例がある。既に手帳を所持している精神障害者が精神科の通院治療を中断し、内科医等に「2年ごとの更新認定」の診断書作成を求められることがある。その場合にあっては、手帳制度に関して全く不案内であるばかりか精神医学に精通しない医師が、単に診断書の項目を機械的に埋めたような診断書を作成することもある。このように作成された診断書は、診断名と状態像が齟齬するなど医学的な整合性さえ失っていることがしばしばである。例によって記載内容について照会すると、「私は精神医学を専門としない」「頼まれれば医師法第19条の規定により拒めないと思い、不案内なまま書いた」と返答し、要領を得ない（聞き取り）。

個人情報取り扱いや、公平・透明な行政手続の確保のためには、このような不適切な診断書が決して提出されることのないように、臨床医への精神障害者保健福祉手帳制度の内容や、診断書の記載方法について十分周知徹底することも必要であろう。ただし、圏域内すべての医師に対して十分な情報提供を行うことは不可能であるから、診断書を作成することができる医師の要件についても限定的・明示的に定めるなども必要と考えられる。

〔「長期間の薬物療法下」にないなどの状態におけ

### る判定をめぐって〕

精神障害者は、障害者であるとともに精神疾患を有する者であることから、当然に症状や障害の状態の動揺性、変動性がある。障害が固定していないという点においては他の障害者（身体、知的）と同様に考えることにはならない。この「精神疾患を有する者であるという側面」においては、適切な精神科治療が提供されているかどうか、疾患の状態、ひいては障害の状態を左右するパラメータとなる。このことから「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」（健医精発第46号 平成7年9月12日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）においても、「精神疾患（機能障害）の状態の判断は、長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする」「能力障害の状態の判断は長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする」とあるとおり、薬物治療を受けていないのでは判定することは不適切であるとされているところである。しかしながら、実際には、精神科治療を拒否し、治療を中断してしまう者や、精神科以外の医療機関で代替の治療を受けている者も存在する（このような場合にあっては適切な精神科薬物療法を受けていないこともある）。また、より積極的な治療（たとえば入院治療）が必要である状態にありながら、受療を拒否（たとえば入院を拒否）し続けているなどの場合にあって、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、結果的に積極的な治療支援が提供されていないことにより精神疾患（機能障害）の状態や能力障害の状態が悪くなっている者については、その適正な判断が困難になることが予想されるものである。

この問題に関しては、各自治体とも、判断に苦慮することになる。結果として、「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」とすることについては、その「推測」は、基準等が存在しない、極めて高度な専門的臨床的判断とならざるを得ないという問題を抱える。また、「治療を拒否する」ということ自体、病識の欠如という「病状の重さの指標」に他

ならないという考え方もある一方で、いわば自らの責に帰す選択（たとえば、受診をしないこと）の結果で一時的に病状が重くなっているという考え方もある。また、家族や医療機関の対応が明らかに不適切であるとしても、それを、本人の不利益に帰すことはできないという考え方もある（自由記載意見及び聞き取り）。

そもそも、現在の手帳の診断書の様式には、現在の治療内容、コンプライアンスについて記載する欄がないことから、適切な治療的介入が行われている旨を把握することが極めて困難である。「障害であるとともに疾患でもある」精神障害の特性にかんがみ、「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」の趣旨からも、障害の状態を左右する重要なパラメータである「治療支援の状況」を判定に適切に反映できるよう改善される必要がある。

#### 【等級変更申請をめぐって】

たとえば、2年ごとの更新認定の際に、等級が前回の等級から下がった場合、又は新規の場合でも、判定結果が期待した等級でない場合（しばしば主治医から「見込み等級」が伝えられている）に、このような申請が想定される。生活保護の障害者加算や、交通費助成などの経済的インセンティブが介在していることがある。等級の決定時よりほとんど間髪をいれずに「変更申請」が提出された場合で、前回の診断書の記載内容と大きく違う場合（時に、病歴や診断名まで異なることもある）にあっては、非常に短時間に状態の変化があったのか、前回の診断書の記載が誤りであったのか、それとも、上位等級への変更を意図した恣意的な記載変更なのかにつき判じかねることになることから、判定上の困難を伴うものである。

しかしながら、このような案件については、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であるところに、「首をかしげながら判定する」事情がみられる。

自由記載意見としては、「主治医と調整する」という内容が多いが、自治体独自で精神医学的な診察評価を行い得ない（法第45条の2の規定は手帳の返還を命ずる場合に限られる）以上、事実関係を明らかにすることを放棄して書面上の記載内容を採用するか、主治医を通じた情報収集によらざるを得ない。

#### 【③-b 各論的事項】

精神保健福祉法第5条の「精神障害者」の定義は「精神疾患のある者」と非常に幅広く規定され、その解釈としては、国際疾病分類第5章（ICD-10 F）に含まれるものとされているところであるが、その症状や経過は当然ながら疾患圏ごとに大きく異なる。従って、精神疾患（機能障害）の状態、能力障害の状態は、すべての疾患圏において、「同じように障害される」わけではないことも当然である。統合失調症の症状や経過を基本的なモデルとして現行の手帳制度が作られている以上、その他の疾患圏では等級の判定に苦慮することがままある。特に、平成14年度以降、手帳用診断書及び通院医療費公費負担用診断書の書式が改められたことにより、申請される疾患圏が大きく広がったことから、統合失調症以外の疾患圏の障害が等級判定基準に照らして如何ほどの障害の状態にあるかにつき判断が求められる機会が増えた。

以下の疾患圏や状況における判定困難事例が多いと考えられたことから、それぞれにつき、各自治体の判定の状況や考えを調査した；

嗜癲関連疾患、パーソナリティー障害、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 嗜癲関連疾患 F1x

【嗜癲関連疾患は「精神障害」ではないのか】

アルコール依存症や薬物依存症など、嗜癲関連疾患においては、従来依存や乱用それ自体は対象としない取扱いが一般的であった。しかしながら、ICDでは乱用（有害な使用）F1x.1や依存症候群F1x.2も「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」に分類され、これらを手帳の交付対象としない合理的な理由が問われることも考えられる。

#### ③b-2 パーソナリティー障害 F60

【「生きづらさ」を障害と評価するか】

パーソナリティー障害（人格障害）については、従来、法第5条の例示（「精神病質」）のとおりとして、



手帳の交付対象とされてきたものであるが、それ自体、福祉施策の対象になじむかにつき議論があるところではある。特に、非社会性人格障害（F60.2）；DSM-IV TRでは反社会性パーソナリティー障害については、「非道徳的、反社会的行為の存在ゆえに（福祉施策の上で）厚遇される」といった一種のモラルハザードとの関係で、等級判定に苦慮することが考えられる（聞き取り）。また、情緒不安定性人格障害境界型（F60.31）；DSM-IV TRでは境界性パーソナリティー障害では、度重なる行動化（たとえば、自傷行為など）をみながらも、日常生活の自立度は高い者が少なくないが、その場合における等級の判定は妥当な基準となるべき指針が存在しないことから、判定に苦慮することになる。

障害等級判定基準には「パーソナリティー障害」「人格障害」「精神病質」の項はなく、「7 その他の精神疾患」が適用されるものと考えられるが、そこでいう「1～6 に準ずる」とはどういったものかにつき、判断に苦慮することになる。

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

〔精神障害としてのてんかん〕をどう捉えるか〕

てんかんは、それ自体、神経疾患（国際疾病分類第6章：ICD-10 G）であって、精神疾患ではないことから、精神保健福祉法第5条の「精神障害」にはあたらない。しかしながら、手帳制度創設時より手帳の交付対象とし、精神障害者福祉制度の対象とされてきた。また、てんかんに続発して精神症状をきたすものについては、F06、F07 カテゴリーに分類される器質・症状性精神障害として取り扱われる。このように「てんかん」と一言に言う場合、「発作性の神経疾患たる『てんかん』それ自体」を意味するものか、「発作性の神経疾患たる『てんかん』及びこれに続発する器質・症状性精神障害をも含む広義の疾患群」を意味するものかにつき、解釈が分かれることが考えられ、これにより取扱いが分かれる可能性がある。

〔「発作のタイプと頻度」の明示的基準をめぐって〕

それでも、てんかんの手帳等級にあつては「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。この「明示規定」の意義は大きい。ただし、統合失調症をはじめ他の疾患圏に比して障害等級の認定が緩やかであるという意見もある（聞き取り）。

なお、精神障害者保健福祉手帳等級判定基準（健医発第1133号 平成7年9月12日 各都道府県知事宛 厚生省保険医療局長通知 別紙及び別添1）の「てんかん」の項にある「知能障害」は「器質精神病たる痴呆」のことであり知的障害（精神遅滞）を意味しないものと解釈されるが、一部に知的障害を含むとする解釈によると考えられる回答もあった。

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

〔ダブルカウントの問題〕

知的障害（精神遅滞）については、法第45条第1項の明示的な規定から、精神障害者保健福祉手帳の交付対象から除かれるものであるが、それでも知的障害を「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。「知的障害」というひとつの障害の状態が2つの制度でダブルカウントされることの是非については議論が必要と考えられる。これと同様のことは、次項の合併身体障害のある場合にも言える。畢竟、療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の関係整理・調整が必要である。

### 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）；

〔身体障害による能力障害を除く推定とは〕

前項の知的障害との関係整理・調整に関する問題は、そのまま身体障害にもあてはまる。「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」とすることに関しては、その「推測」は極めて高度な専門的臨床的判断であつて明示的な基準がないことから、その「推測」の透明性は究極的には確保されないことが問題となるかもしれない。

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）；

#### 〔医学的立場と行政的立場〕

精神保健福祉法の精神障害者の定義には年齢の要件は存在しない。また、法第45条にも年齢の条件は定められていない。従って、極端な場合、法的には精神障害者保健福祉手帳は生後6か月の乳児においても交付を受けることが出来る。

しかしながら、一般の臨床精神科医においては、乳幼児における「知的障害ではない精神障害」をどう捉えるかにつき、全くコンセンサスがなげばかりか、否定的見解が優勢である（聞き取り）。従って、法的には（つまり、行政機関としての考えでは）乳幼児に精神障害者保健福祉手帳を交付することが可能としても、臨床医学的には（つまり、精神科医師としての考えでは）乳幼児に対しては精神障害者たる認定をすることには否定的であり、手帳を交付しがたいこととなる。この立場的な不整合は「行政機関の精神科医師」たる精神保健福祉センターの所長を悩ませることになる（③b-6-5 自由記載項目）。

#### 〔技術的問題；子どもの精神障害とは何か？〕

技術困難も大きい。少なくとも、「精神障害者保健福祉手帳等級判定基準」を適用して、乳幼児の精神障害を判定することは不可能である。診断書の様式も乳幼児の精神障害の判定に必要な情報が得られないものであると言わざるを得ない。さらに、「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「保護的環境でなく、たとえばアパート等で単身生活を行った場合を想定して」とある記述は、成人の申請者を想定しているのであって、養育者の保護の下に生活している乳幼児はその対象として全く想定されていないことが明白となる。

たとえば、3歳のてんかんの幼児で、適切な食事が「できない」者と55歳の統合失調症の長期入院者で適切な食事が「できない」者の両者の「できない」の意味は異なることから、これらを同等の能力障害の状態であるとは言いがたい。

仮に、今後、乳幼児における「知的障害ではない精神障害」を認定する政策的動機付けがあるとするならば、明確に定義づける必要がある。

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が、これとて、障害認定としての妥当性が確保されている証拠はない。

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）；

#### 〔精神障害インフレ〕

手帳制度のつくりが、統合失調症をモデルとしたものである以上、予後や症状経過の異なる非精神病圏の障害において、横断面的に能力障害の状態が診断書の記載上で重度であったとしても、統合失調症や器質精神病と等価に判断することは適切とは言えないという考えがある。疾患特性を考慮した判定が必要となる（聞き取り）。個別の判定の行方においては、主治医及び判定側の「神経症観」が強く作用しているともいえる。

非器質性不眠症を主たる精神障害とした申請については、全ての自治体でかかる事例を経験しているわけではない。しかし、平成14年以降、「ICD-10 Fであれぼどの疾患も精神障害者である」という認識が一部にはあり、手帳に基づくサービスの拡大による手帳取得動機の増大が、法第5条の精神障害者の定義の曖昧さもあいまって、従来では考えも及ばないような申請を招き入れているともいえる（聞き取り）。

手帳制度の意義は「一定の精神障害の状態にあることを証する手段」であり、「手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進する」というものであるが、（「不眠症」まで対象に含むなど）対象者が拡散することにより、手帳取得の意義が相対的に薄まる、いわばインフレ現象となることを危惧する考えもある（聞き取り）。

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）；

#### 〔新しい障害種別ではなく、既存の枠の適用〕

いわゆる高次脳機能障害については、その概念や支援方法等につき厚生労働科学研究やモデル事業等で検討がなされている最中であるが、現時点での取扱いは一定のコンセンサスが得られたものとは言いがたい。

「高次脳機能障害」という用語自体は手帳制度におい

て想定されている病名ではないことや、失語症などの身体障害者手帳の交付対象をも含む障害種別横断的（身体障害と精神障害、時に知的障害にも及ぶという意味で）な概念である。また、甚だしい場合には「高次脳機能障害」という「病名」は、必ずしも精神医学に精通しない医師が、脳損傷後の心身の状態を大ざっぱに表現する際に用いることすらあり、この用語によって表現される状態が、必ずしも一定の精神障害の状態にあることを特定するものではないことが問題となる。「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のは、あながち、精神科医の保守性を意味するものではない。

③b-9 広汎性発達障害 F84（表③b-9-1、図③b-9-1）；

#### 〔新しい法制度による支援の促進〕

知的障害を伴う自閉症の場合、従来、知的障害者福祉施策（療育手帳制度）で手当されてきたものであるが、知的障害を伴わない、高機能自閉症やアスペルガー障害については、制度の谷間にあって、支援の手が差し伸べられなかった。平成17年4月に「発達障害者支援法」が施行されたが、「発達障害者手帳」というものは存在しないので、高機能自閉症やアスペルガー障害については、ICD-10 F84として精神障害者福祉施策の対象とすること、すなわち、精神障害者保健福祉手帳の対象とすることがより促進されるようになる。

#### 〔制度の谷間か、ダブルカウントか？〕

「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。このことは、知的障害と精神障害の境界領域にある発達障害圏の障害認定の難しさを物語る。「制度の谷間」か、「ダブルカウント」か、いずれにしても適正さに疑念が及ぶ。ある自治体では、既に支援費制度の枠いっぱいのサービスを利用して、精神障害者保健福祉施策の枠組におけるさらに上乗せのサ

ービスを求めたケースを経験した（聞き取り）。今後の方向性である「3 障害共通の障害者福祉施策」においては適切な調整が図られることを期待したい。

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）；

#### 〔障害者福祉と高齢福祉の関係調整〕

先の広汎性発達障害における問題と相似の問題が認知症（痴呆）についても存在する。施策体系上、認知症（痴呆）対策は、障害福祉ではなく高齢福祉の一環で、介護保険制度の対象となるものである。認知症（痴呆）は精神疾患（器質性精神障害）であることから、精神障害であることは明白であるが、介護保険制度と精神障害者福祉制度の両方の対象とすべきか、つまりダブルカウントすべきかどうかにつき、整理が必要であるかもしれない。このことは、今後、障害者福祉と介護保険制度の統合を視野に入れた議論の中で解決されてゆくものなのかもしれない。

#### 〔身体障害部分の見積もり〕

様々な程度の身体障害を合併する認知症（痴呆）高齢者の能力障害の程度について、それを「精神障害」として認定する技術的困難がある。「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」のがよいのか、「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」のがよいのかについては、結論が出ない。これも、介護保険との統合の議論の中で解決されてゆくのもかもしれない。

#### 〔施設入所の「元精神障害者」〕

さらに、老人福祉施設の嘱託医等であって精神科を専門としない医師が作成し、精神医学的な状態像の記載がない（たとえば、スクリーニングテストの数値のみを記載したもの）診断書が提出される場合（かつては統合失調症の病歴があるが、もはや精神科医療を受けていない場合もある）もあって、このような場合は、「精神障害者福祉の対象者」としての認定を行うにふさわしいかにつき疑問があるという意見もある（③b-10-1 自由記載項目）。

#### 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

[明示規定の不存在と、判定の公平性・透明性の確保]

「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」は、能力障害の判定に当たって、「生活能力の状態」欄について、「(1)～(8)どの項目にどの程度のレベルがいくつ示されていれば何級であるという基準は示し難い」として、明確な基準の設定を避けている。一方で『『できない』がひとつしかなくても1級となる場合があり』などの記述があることから、これらの8項目のそれぞれの項目の個々のレベルと数が等級判定の重要な手がかりとなりうることを示唆している。また、「(1)～(3)と(6)は日常生活に関連のある項目、その他は社会生活に関する項目である」として、日常生活と社会生活は分けて評価すべきことを示唆している。施行令第6条第3項に規定する障害等級において、1、2級が「日常生活」によって定義され、3級が「日常生活若しくは社会生活」によって定義されていることによるものと考えられる。

このように、運用に当たっての留意すべき点については、同通知においてはいくつかの示唆が読み取れるが、いずれも暗示的なものにとどまり、ただちに等級判定における指針とすることは難しい。

それでも、各自治体で数多くの判定を行っている中で、改めて策定することがなくとも、経験的に（若しくは帰納的に）等級判定の事実上の基準が出来上がっていることも考えられる。また、そのように形成された事実上の基準から、各自治体の障害等級の基本的な捉え方が浮き彫りになるのかもしれないと考えて調査したが、あらためて明示することは困難であり、これを収集することは難しい。

#### 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）；

不文律といえないまでも、取扱いの傾向や踏襲される前例としての意義は小さくない。

#### ④-4 診断書の記載に関する基準

[医師以外にも分かりやすい記載]

平成14年度に診断書の書式が改正され、ICDカテゴリー（国際疾病分類の2桁）を記入することとなったが、必ずしも適切に記載されているとは言えない実情にある。一方、2桁では精々疾患圏を特定することにしかならず、病名や病態を特定するには不十分であることから、ICDコード（3桁）を求めるべきであるという考えもある。この間、国際的な診断基準が臨床、研究、行政の各方面で、急速に普及してきた。精神科領域にDPCが導入されることが議論されている今後、ICDによる病名記述はさらに普及すると考えられることから、少なくとも、障害者福祉サービスに関する重要な法益を左右する行政処分の根拠として、診断書において正確なコーディングを求めることもあながち失当とは言えない。医学医療と福祉行政サービスのコミュニケーションの促進という観点からも、正確な記載を求めたいとする考えもある。

#### 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

[不利益処分の回避]

更新認定にあたって、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。自治体が住民に対し不利益処分を行う際には、一定の配慮や手続が求められることにもつながる。かといって、既得権益の保護が前面に出ると、公平・公正・透明な処分に悪影響を及ぼすことにもつながる。

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することや、2年前や直近の診断書を参照することからは、福祉サービスにおける不利益処分に関して、異議申し立てや行政訴訟等、住民との緊張関係に至ることを恐れる地方自治体の姿が見て取れる。

更行政手続法（条例）では、不利益処分を行う際には、手帳の決定に明示的な処分基準を求めているが、現在、具体的事案の処分の理由については個別の臨床的判断によることになるので、なかなか説明し難いことになる。その説明は対象者に説明して納得を得ることは困難であり、主治医へ説明したり、主治医に「不利益処分とならないように」照会したり誘導したりす

るなど、「できれば、不利益処分はしたくない」という力動が働くこともありうる。

#### ⑥苦情・照会や異議申し立ての処理状況

##### [公平性・透明性の確保のコスト]

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。ひとたび異議申し立て事例が発生すると、その処理のために長期にわたり膨大な事務量が発生する。事務的負担のみならず、関係者からの個人攻撃や地方議会の議員などからの政治的圧力などもあり、当該実施機関の管理職が、業務的・心理的に著しい負担を甘受しなければならないことにもつながる。行政事務の公平性・透明性の確保のコストは、知られている以上に多大なものである。

各自治体における異議申し立て等の具体的事例を検討を行い、処理方法につき情報交換し、住民の満足度を向上させる必要がある。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

##### [判断に供する情報が量的・質的に足りないこと]

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）においては、申請者の精神疾患（機能障害）の状態とそれに伴う生活能力障害の状態に関する情報は、主治医の目を通した評価を間接的に得るほかはない。主治医の評価が適正でない場合、主治医の評価が診断書に適切に表現されていない場合、あるいは記載内容に疑いがある場合にあっては、③a-1の例によって、情報を補う等の取扱いをすることになる。それでも、あくまで「主治医の判断を介した情報を間接的に受け取る」に過ぎず、情報の質までは制御できない。

##### [判定の費用対効果]

「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、仮に行うとすれば、手帳の判定に要するコストは著しく増大する。このコスト増をもたらしてまで正確な評価を求める必要があるかどうかについては、手帳制度の今後の活用等の方向性如何によるのかもしれない。

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）；

##### [「統合失調症換算」の困難性]

③bの各項においても明らかとなつたとおり、統合失調症以外の疾患圏の障害認定は、少なくとも現行の診断書を障害等級判定基準に照らして判定する限りにおいて、困難が多いものであると言える。

たとえば、55歳の統合失調症の長期入院者で適切な食事が「できない」者と、28歳の神経性大食症の者で適切な食事が「できない」者の、両者の「できない」の状況は異なることから同等の能力障害の状態にあるとは言いがたいという考えもある。

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が優勢でありながらも、客観的な基準が欠如している現行の制度は判定の困難が大きいものであることが明らかとなる。個別の臨床的な判断にゆだねられている現行制度では、様々な考え方を許容する利点はあっても、処分としての安定性を欠くことが問題となりうる。

#### ⑨精神障害者支援施策の利用状況と手帳等級との関係

##### [手帳の価値の増大に伴う問題]

精神障害者保健福祉手帳制度の目的については、「身体障害者手帳や療育手帳と同様、関係各方面の協力により支援施策を促進し、もって精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を目的とするものである（後略）」（「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」健医発第1132号 平成7年9月12日 各都道府県知事宛 厚生省医療局長通知）とあるとおり、手帳を所持する障害者に対して、国や地方自治体若しくは民間の事業者が各種の支援施策を講ずることを予定しているものである。提供される支援施策のサービス量に多寡の別を設ける場合には、等級をよりどころとするのが自然であるから、支援施策が充実するほど、等級の別による法益の格差が拡大することになる。平成7年の精神障害者保健福祉手帳制度創設時には手帳による支援施策が少なかったことから、この「法益の格差」も少ないものであったが、この格差が増大するにつれ、

判定の精度が低いことなどによる不満や苦情が増えることになる。自治体にとっては「支援施策を充実させる程、苦情が増える」という dilemma がある。従って、ここへ来て判定の精度がより求められるものになってきている。

なお、ここでいう、「支援施策」のうち、国の施策に係るものとしては、生活保護の障害者加算が代表的なものであり、精神障害者の経済的生活を大きく支える支援策として、これを目的とした手帳の取得動機は極めて高いと考えられる。地方自治体の施策に係るものとしては、交通費補助や医療費の上乗せ補助、公営住宅の優先入居等があり、これを目的とした手帳の取得動機も高いと考えられる。民間等事業者の協力に係るものについては、料金の割引（例：携帯電話料金）や、施設等の利用に係る優遇が想定されるが、身体障害者手帳や療育手帳の所持者に比べて利用できるサービスは多いとはいえない（たとえば、精神障害者に対してはNHKの受信料減免の制度はない）。

この、手帳の取得動機の高低が手帳の判定結果への不満や異義の申立に結びつく可能性がある。

たとえば、年金を受給していない生活保護受給者は精神障害者保健福祉手帳1、2級の交付にかかる傷病の初診日より1年6月経過している場合に障害者加算を得ることができるが、この加算は、生活保護法の1級地では年額最大50万円程度となる一方で3級では0であることから、2年ごとの更新認定の際に1、2級から3級に等級が変更された場合、その翌月から加算が廃止される。精神障害者には年金の受給権を持たない者が少なくなく、精神障害者の所得保障は生活保護の障害者加算に負う部分が少なくないと考えられ、当事者も手帳の等級による障害者加算認定を大きく期待するものと考えられる。結果として手帳所持者がその手帳の等級に敏感になることから、決定に対する異義申し立てや等級変更の申立が増加する結果を招く。

このため、一部の自治体では、手帳の申請者のうち生活保護を受給している者については、下位等級に落ちないように考慮するということである（⑤-3-2 自由記載項目）が、その取扱い、手帳の申請者のうち生活保護を受給していない者に対して相対的に不利益な扱いとなる恐れもなしとは言えず、判定の公平性・

透明性との関係が問題となりうる。

さらに、手帳に基づく自治体ごとの福祉サービス（公共交通機関の無料乗車券等）が充実しつつあるが、こういったサービスの充実は、手帳所持の（法益としての）価値を結果的に高め、等級の別による格差を拡大することになる。

〔新しい障害者支援サービスメニューの整理と手帳に基づくサービスの関係〕

一方で、ホームヘルプサービス、ショートステイ、自立訓練などの障害者支援サービスメニューが、障害者自立支援法の枠組のもと、3 障害共通メニューとして再編されることになっており、それにおいては、手帳の等級の別によることなく、ケアマネジメントの手法によった「障害程度区分認定」によることが予定されている。障害程度区分の妥当性や使いやすさについては、その詳細が明らかでない現在論ずることはできないが、具体的なサービス量の多寡を障害程度区分によって決定するようになれば、他の支援施策もこれに倣うことになれば、手帳の等級の別の意義は今後縮小する方向に進むかも知れない。

〔自治体の「上乗せ」サービスの行方〕

特に、重度の障害者に対する入院医療費の助成を、地方自治体の単費事業による「上乗せ」で行うところにあっては、老人医療費や、育成医療・更正医療の患者自己負担の引き上げと所得による適用範囲の縮小に伴って、他制度からの対象者（たとえば、認知症高齢者、てんかん、知的障害者等）の流入を招く結果となっている（聞き取り）。このように多制度からの対象者の流入については、非典型的な事例も少なくないことから、判定は必ずしもたやすくはない。いずれにしろ、公費負担医療が「自立支援医療」として一元的に整理されつつある中で、障害者支援サービスメニューとともに、自治体の「上乗せ公費医療」は改めて検討されてゆくことになるであろう。

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）

〔不法な行為に対する防御の必要性〕

手帳の偽造行使事例は、障害者福祉の信頼性を毀損

し、障害者福祉の増進に水をさす悪質な行為である。また、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が、実際にこれを見分けることは困難で、気付かずに判定してしまうことも考えられる。手帳の価値の増大に伴い、不法な行為に対する防衛も必要になるかもしれない。

#### 〔診断書を記載する手間の問題など〕

医師自らが記載したものではないことが明らかな診断書（ソーシャルワーカーや、事務員等の代筆に、医師が捺印しただけのもの）も散見されるが、時に医学的につじつまが合わず、診断書の体をなさないものも存在する。一方で、多忙な日常診療の合間にこの診断書を書くことは主治医にとって大きな負担であることから、省力化を図りたいとする考えには理解できる理由がある。また、日常生活能力の障害の状態については、デイケアや訪問看護等で日常的なかかわりのあるスタッフのほうが医師より了知している可能性もある。コンピュータで作成された診断書は医師の署名・捺印がある場合には有効な書類と認める自治体が多いが、2年前とまったく同一の記載内容であったり、同時期に提出された異なる複数の申請者の記載内容が同一であったりするなど、到底適切な書類と認めがたい事情も存在する。現時点で、問題解決のためにより方法はなから、今後、議論が必要であろう。

#### 〔手帳判定の今後について〕

精神科医としての立場と行政職員としての立場を持つ精神保健福祉センターの所長が、この2つの立場を持つゆえに見えてくるものもあり、それゆえに苦慮することも多い。手帳の判定は専門的な見地からは、基準が曖昧なことから不正確なものとなることも少なくない。正確に行うつもりになれば究極的には不可能ではないかもしれないが際限がない。費用対効果の点や、行政手続法（条例）の標準処理期間内に迅速に処分するために、正確さを一定程度犠牲にした妥協の連続となる。申請者の立場からは、その曖昧さが権利の侵害となる。主治医は手帳の診断書のためにこれ以上の労力を割きたくない。関係者それぞれがある程度納得できる制度とすることが必要である。

そのための方策として、自由記載項目の回答の中でいくつかの示唆がある。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、障害程度区分との関係調整を要することなどである。

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ことと、診断書を作成する医師の要件を厳密にしていく必要性、さらには、いくつもの立場の関係者がそれぞれに納得できる、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ことについては、今回のアンケート結果のみならず、本年度の別の分担研究である、「模擬症例シミュレーション」においても、同様の結果がみられた。

#### E. 結論

精神障害者保健福祉手帳は法によって規定された国内共通の制度でありながら、実際には都道府県・指定都市ごとに判定の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、様々な要因が考えられるが、大きく、「判定に供する情報の問題」「判定の基準の問題」に収束する。診断書の様式を整理することにより、質の高い情報がもれなく入手できるようにするとともに、精神障害者保健福祉手帳の診断書が適正な評価に基づき適切に作成されるよう図る必要がある。また、判定の基準を明示的に定めることで、判定の公平性と透明性を確保し、行政の決定としての手帳の交付が、様々な立場の人々に納得して受け入れられるように図る必要がある。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権利の出願・登録状況

なし

#### 謝辞

本研究に際しては、全国59の精神保健福祉センターに貴重な時間をお割きいただき、膨大なアンケート及

び、長時間にわたる電話聞き取りに、ご協力いただいた。また、多々貴重なご助言を頂いた。厚く御礼申し上げます。

また、データの集計に際しては学校法人吉田学園の定平憲之氏、兵頭俊次氏にご協力いただいた。併せて御礼申し上げます。



# 資料 1

## ① 判定の実績

平成15年度（平成15年4月1日から平成16年3月31日）において：

①-1 45条の判定会議を何回開催しましたか？

①-2 この時期の判定会議1回あたりの時間は概ね何時間ですか？

①-3 平成15年度の1年間に何件判定しましたか（すなわち診断書の枚数は何枚ですか）：再判定、再々判定は2件、3件と数えます

表①-1	合計	平均	最大	最小	最頻	中央
①-1	1336	22.6	48	12	24	24
①-2	117	2.0	6	1	2.0	2.0
①-3	101813	1726	14764	296		1240
人口1万人あたりの判定件数	467	7.9	19.5	3.0		6.9
1回1時間あたりの判定件数		38	308.0	6.5		36.6

①-4 平成15年度の1年間の判定の結果、1級、2級、3級はそれぞれ何件となりましたか？非該当の件数は何件ですか？

判例結果

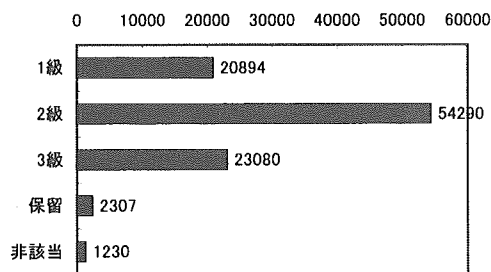
表①-4 I	合計	最大	最小	中央値
1級	20894	3425	43	203
2級	54290	7841	147	601
3級	23080	3319	4	238
保留	2307	354	0	21
非該当	1230	179	0	18.5

地域ブロック別構成比

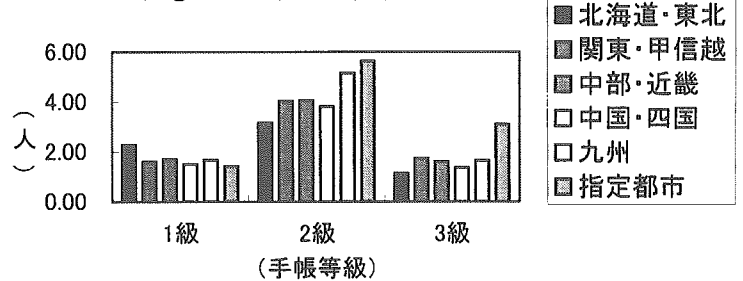
表①-4 II	北海道・東北	関東・甲信越	中部・近畿	中国・四国	九州	指定都市	平均	最大	最小	中央値
1級	2.28	1.60	1.71	1.50	1.67	1.43	1.66	7.59	0.32	1.1
2級	3.16	4.04	4.06	3.82	5.16	5.65	4.35	13.57	0.70	3.3
3級	1.13	1.75	1.60	1.36	1.66	3.11	1.84	5.41	0.02	1.4

(人口1万人比)

図①-4 I 判定の結果



図①-4 II 手帳判定結果(人口1万人当り)



①-5 同時期の年金証書認定分は1級、2級、3級はそれぞれ何件でしたか？(診断書判定分との比較のため、それぞれ等級別に集計)

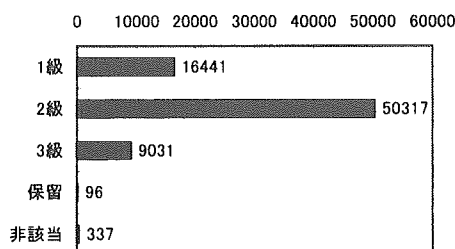
表①-5 I	合計	最大	最小	中央値
1級	16441	1923	5	196.5
2級	50317	3083	117	644.5
3級	9031	632	27	123.5
保留	96	77	0	0
非該当	337	45	0	2.5

地域ブロック別構成比

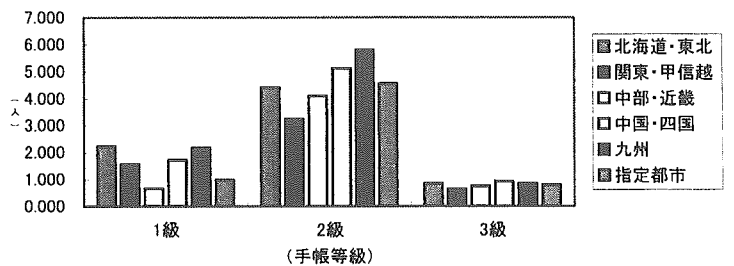
表①-5 II	北海道・東北	関東・甲信越	中部・近畿	中国・四国	九州	指定都市	平均	最大	最小	中央値
1級	2.229	1.563	0.659	1.721	2.170	0.973	1.543	10.350	0.060	1.065
2級	4.411	3.238	4.085	5.112	5.797	4.549	4.557	12.503	1.413	4.298
3級	0.848	0.633	0.739	0.927	0.850	0.800	0.820	2.100	0.326	0.789

(人口1万人比)

図①-5 I 同時期の年金証書認定分



図①-5 II 年金証書認定分(人口1万人当り)

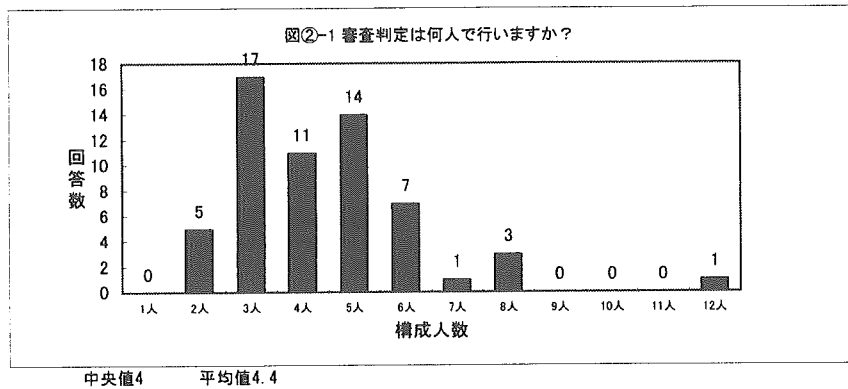


② 判定の方法と実施体制（判定組織体の構成等）

②-1 審査判定は何人で行いますか（事務局を除く）？

表②-1	人数
1人	0
2人	5
3人	17
4人	11
5人	14
6人	7
7人	1
8人	3
9人	0
10人	0
11人	0
12人	1
平均値	4.4
最大値	12
最頻値	3
中央値	4

(有効回答数59)



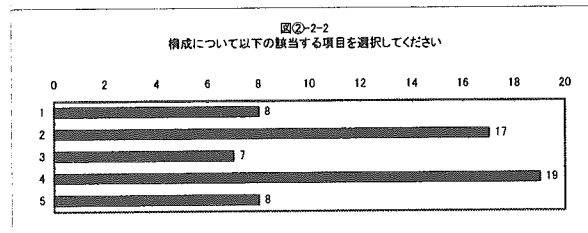
②-2 審査判定（会）の構成はどのようになっていますか？

②-2-2 構成について以下の該当する項目を選択してください

- 5
- 2 外部の医師等をセンターの非常勤職員として発令し、センターの常勤職員とともに判定業務に当たる
- 3 外部の医師等からなる附属機関を設置して判定に当たる
- 4 外部の医師等を専門委員として委嘱して判定に当たる
- 5 その他（具体的に）

表②-2	回答数
1	8
2	17
3	7
4	19
5	8

(有効回答数59)

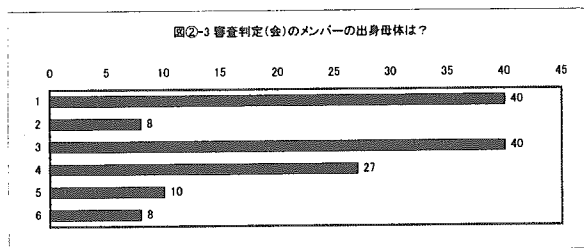


②-3 審査判定（会）のメンバーの出身母体は？（複数回答可）

- 1 センターの常勤職員（医師職）
- 2 センターの常勤職員（医師以外：PSW, PHNなど）
- 3 民間病院の医師
- 4 公的病院の医師
- 5 医育大学の教官
- 6 その他（具体的に：「医育大学以外の教育機関の教官」など）

表②-3	回答数
1	40
2	8
3	40
4	27
5	10
6	8

(有効回答数59)

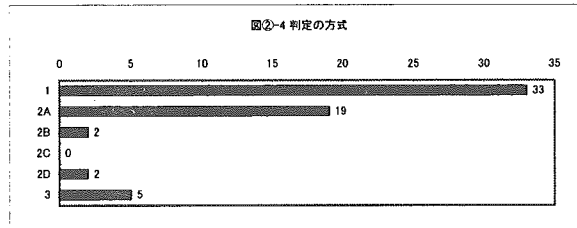


②-4 判定の方式

- 1 原則すべて合議で判定
- 2 一部合議
  - A 判定困難事例を合議
  - B 新規事例を合議
  - C 更新事例を合議
  - D 返戻・再判定事例を合議
- 3 各委員が個別に判定

表②-4	回答数
1	33
2A	19
2B	2
2C	0
2D	2
3	5

(有効回答数59)



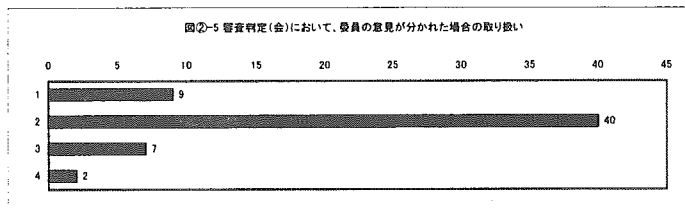
②-5 審査判定(会)において、委員の意見が分かれた場合の取り扱い

審査委員会等で等級の判定にかかる意見が分かれた時、どのように対応しているのでしょうか？

- 1 多数決
- 2 意見が合うまで協議
- 3 センター所長が決する
- 4 その他(具体的に)

表②-5	回答数
1	9
2	40
3	7
4	2

(有効回答数57)



③ 判定保留、判定困難事例の実情と、その取り扱い方法（診断書の返戻等）

③-a 【総論的事項】

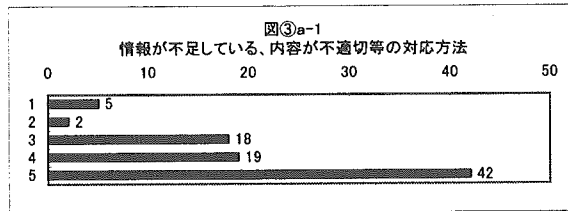
手帳の交付可否等級審査判定にあたっては、事実上、申請書に添付された診断書の内容以外に判定のよりどころすべき情報はありませんが、ここに記載されている情報が不十分であったり、内容が不適切であったりするのは、かなりの数に上ることが知られています。このような不適切な診断書により、判定が困難になることも多く、時には判定不能となったり、判定の信頼性を低下させ、知事/市長の行う処分に深刻な悪影響を与えることも懸念されます。このため、各都道府県市において不適切な診断書を受理した後の対応としてどのような対応方法（オプション）をお持ちなのか、まずお尋ねします。

③a-1 情報が不足している、内容が不適切などの場合で、等級の判定ができない若しくは困難なものについては、どのような対応方法（オプション）をお持ちですか？（複数回答）；

- 1 判定不能又は非該当と判定する（その結果、交付申請を却下し、又は、非更新と決定することになる）
- 2 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手第7条に準じる取り扱いをするということ）
- 3 判定を保留し、診断書を書いた医師に文書照会して、補足の情報を徴したうえで、後日再判定する
- 4 判定を保留し、診断書を書いた医師に電話照会して、補足の情報を徴したうえで、後日再判定する
- 5 判定を保留し、診断書を書いた医師に診断書（提出された診断書の現物）を返戻し、訂正・加筆等を求め、再提出された診断書をもって、後日再判定する

回答数	回数
1	5
2	2
3	18
4	19
5	42

(有効回答数59)

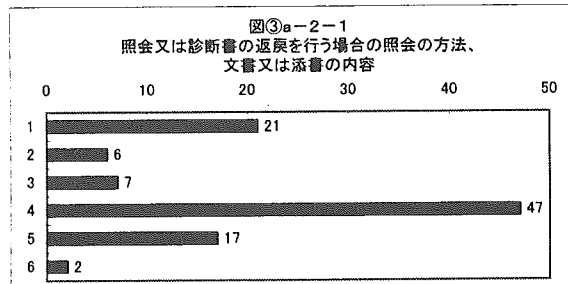


③a-2-1 診断書を書いた医師に対して、照会又は診断書の返戻を行う場合の照会の方法、文書又は添書の内容；（複数回答）

- 1 電話照会：センターの事務方（保健師、精神保健福祉士を含む）から主治医へ
- 2 電話照会：センターの医師から主治医へ
- 3 文書照会：単に「（総体として）診断書の記載が不備である」旨のみの記載
- 4 文書照会：具体的問題箇所の指摘、考えられる（又は望ましい）記載例を示唆するなど
- 5 文書照会：手帳制度の説明をするなど、判定基準の解釈など具体的な説明と情報提供をするなど詳細にわたり教育的に照会する
- 6 その他（具体的に）

回答数	回数
1	21
2	6
3	7
4	47
5	17
6	2

(有効回答数59)



③a-2-2 返戻・照会の件数（平成15年度）

返戻・照会の件数	回数
0~50件	24
50~100件	9
100~150件	9
150~200件	1
200~250件	0
250~300件	2
300件~	7
最大値	1680
最小値	5
最頻値	32
中央値	51

(有効回答数56)

