

- 麻痺による生活障害を差し引いて判定
- 改訂版長谷川式では軽度の痴呆とも考えられるが、ぼや騒ぎを起こしていること、主治医の生活能力の状態を考慮に入れて2級と判断した。
- 1級とする意見もあったが、精神症状についてあまり触れられていないため、2級相当と判断した。
- 高次脳障害は手帳の適応と判断す。精神症状あるが、糖尿病コントロールのため入院は一般科で治療できる。
- 日常生活能力の程度（4）であるが、その原因は身体合併症が主体であるため。
- ⑤の2と3の状態による
- 能力程度は1級相当だが、能力判定に1級相当の「できない」がないため。診断については次回からICD・10の診断名を付けるように電話で指示する。
- 痴呆があること。日常の身辺管理が困難であること。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が「(4)」で1級相当であるが、「2 日常生活能力の判定」欄が、「援助があればできる」等の列が多数であり、2級に認定。
- 臨床症状、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
- ⑤-2のすべての項目が「援助があればできる」であるから
- 指針どおり
- 8項目で、全部援助であるため。
- 社会生活、日常生活共に著しい制限を受けている
- 高次脳機能障害の症例であるが、記憶障害、判断力低下など主に認知面における精神症状があり、日常生活に制限をうけている。生活能力の状態（⑤-2, 3）が、身体障害により影響を受けている可能性はあるが、精神障害による影響との線引きは困難であり、記載内容に従い2級相当であると判定した。
- 記載所見より

### 3級

- なし

### 非該当

●診断書を作成した医師は脳外科医（日本神経学会認定医）であり、精神保健指定医または精神科医師ではないため、手帳申請の診断書としては認められず、「非該当」として取り扱った。また、結果通知に際しては、再度申請する場合は、改めて精神保健指定医または精神科医師の作成した診断書の添付を求める説明を添える。なお蛇足ながら、病名にある「高次脳機能障害」は精神障害の病名としては不適切と考えられ、ICD・10 カテゴリーでの文字数字コード3～4桁を添えての診断書を求めたい（この場合のF0だけでは足りないと思われる）。

- 「てんかん」以外は、精神科を標榜している医療機関か精神科医師の診断によるものとしているため

### 照会

- 病名がICD・10にない。
- ⑤の判定に際し、左不全麻痺による身体障害が判定結果に加味されていないかどうかを確認したい。

●⑤欄の程度によると1級または2級程度と思われるが、次の理由により、保留とした。

・「高次脳機能障害」は、手帳と対象となる病名として認めていないこと。ただし、診断名を再考した結果、精神疾患の病名がつけば、あらためて審査を行うこととした。

#### 返戻

●精神症状について、徘徊、興奮の程度を具体的に記載してもらおう。

●病名が不適切

●病名不適切、再確認を要する。

●①病名；血管性痴呆等へ変える

●②、④、⑤-2、⑤-3に整合性がない ⑤-2の評価等再検討してもらおう

### 症例7 判定理由

#### 1級

●なし

#### 2級

●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

●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。

●日常生活能力は高いが、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。

●デイケアに通うことができるため2級と判定する。精神症状によるトラブルがあり手帳の適応と考える。

●知的障害はない。広汎性発達障害から来る強迫的行動が多い。日常生活で、自発的にできるのは、障害からくるこだわりの部分とも取れる。障害名から、今後治療による改善が期待できない。

●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

#### 3級

●⑤-2、⑤-3の程度より

●生活能力は比較的高い

●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。

●対人関係の障害が疾患により認められ、デイケアの場面でも観察され、うまく適応できないため。

●アスペルガー症候群が主たる精神障害とすれば、総合的に判断すると3級と判断する。

●①③④及び⑤-2、⑤-3の生活能力の障害の程度

●⑤欄の程度によると、3級程度と思われる。診断名から手帳の対象となるか検討されたが次の理由により対象とした。主たる診断が「適応障害」であり、抑うつ、不安などの症状の影響が認められること。対人トラブルが絶えないとあること。アスペルガー症候群については、今回は「従たる精神障害」としての診

断なので、「適応障害」の診断名を重視した。

- ⑤-2,3の判定、程度。
- 日常生活能力の判定・程度から
- 記載内容から総合的に判断。
- 日常生活能力から判断
- 日常生活能力の判定及び程度から判定
- 主病名が適応障害であること、また日常生活能力の程度が（2）であることから。
- アスペルガーによる対人トラブルなど生活上の支障、また気分障害は相応に評価する必要があると考えた。
- 生活能力の判定から
- 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3級相当であると考えられる
- 日常生活能力の判定と能力の程度の欄の内容が3級に該当している。
- "●精神症状があり、対人関係について顕著な制限があるため"
- ⑤2（5）の項目以外は自発的にできる、ないし自発的にできるが援助が必要であること、及び⑤3の判定から判断。
- アスペルガー症候群は恒常的障害。日常生活能力の程度（2）のため。
- ⑤の2と3の状態による
- 能力判定は3級相当の「自発的にできるが援助が必要」に○が多く、能力程度も3級相当の2である。
- 「3 日常生活能力の程度」欄が「(2)」で3級相当であり、「2 日常生活能力の判定」欄が、「概ねできるが援助が必要」等の列が多数であり、3級に認定。
- 臨床症状、日常の生活能力、日常生活能力の程度などから3級に相当すると思われる
- ②、④、⑤-2、⑤-3より3級相当と判断
- ⑤-2において、「援助が必要」以下が5項目であるから
- 8項目で、できるもしくは自発的概ねが計7つであるため。
- 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
- 適応障害・アスペルガー症候群の症例であるが、不眠・不安・抑うつなどの精神症状があり、日常生活に制限をうけている。総合的にみて、精神障害の状態による日常生活又は社会生活への制限が、「一定の制限」の範囲内であるため、3級相当であると判定した。
- 記載所見より

非該当

- なし

照会

- 主病名、従病名の関係

●精神障害者福祉の対象は、主として慢性に経過する精神障害の病態による日常生活能力等の低下への支援であるため、病名にある「適応障害」は、この手帳申請の主たる精神障害の病名としては不適切と思われる。この場合は、従たる精神障害の欄にある「アスペルガー症候群」を主たる精神障害とし、「適応障害」は従たる精神障害にするのが適当と考えられる。そのため、まず、照会によりこの旨の意見を添え、再度病名の検討を求める。その上で、等級等の判定を行うと、アスペルガー症候群を基盤としてうつ状態などの適応障害に陥ったり、診断書にあるような日常生活能力の低下が認められることは十分考えられる。そのため、長期間にわたり日常生活に一定の、あるいはそれ以上の制限を受けることが予想され、3～2級相当の判定を行うことになる。今回の場合は、診断医の判断もあり、3級相当が適当と考えられる。

●主たる精神障害として「適応障害」は定義上不適切であることを指摘し、アスペルガー障害を主たる障害としての再申請を示唆。その場合も、判断は慎重を要するが、3級の判定の可能性があると考えられる。

#### 戻る

●④精神症状、生活障害を具体的に記載

●「適応障害 F43」は病名誤り。アスペルガー障害がこの事例の問題の主なものと考えられる。これを主にすれば3級認定できると考えられる。

●病名（適応障害）について再検討を促す

### 症例 8 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。

●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、2級と判定した。診断名が「境界性人格障害」であり、幻聴や問題行動が一過性であることや、医学的に精神病レベルとしては健康度は高いと判断されることから「3級相当」との意見もあったが、自傷行為や児への虐待行為、他者とのトラブル多く、⑤(6)が「できない」とされていることから、日常生活、社会生活において医学的見地以上に障害の程度が重い状態にあると思われたこと。

●病状が不安定

●記載内容から障害の重症度を総合的に判断。

●自傷行為があるなど精神状態が不安定

●推定発病から長いこと、生活保護を受給していること、作業所に通所していることから

●日常生活能力の判定と程度から

●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。

- 生活能力の判定から
- 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なため。
- 「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
- 自傷行為や児童虐待を除けば全体的に常時援助を必要とする状態にはないと判断。
- 精神症状があるため手帳の適応と考える。共同作業所に通所できている。入院なく定期的に外来に通院しているため2級と判定する。
- 発病からの経過は短い。対人関係に問題あり。日常生活は、自発的にできるものがない。安全保持ができない。今後の改善の見込みは疑問である。
- ⑤の2と3の状態による
- 能力程度は2級相当の3であり、能力判定の評価は分散しているが2級相当が妥当と思われる。
- 「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2項目あり、2級に認定。
- ②、④、⑤-2、⑤-3より2級相当と判断
- 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

### 3級

- 生活能力は比較的高い
- 境界型人格障害を基盤として、その時々には様々な精神症状を呈し、その時々には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、その時々では、一見普通に生活していることもあると思われる。つまり、その日常生活能力の低下は経時的には変化があり、日常生活能力の程度のチェック（⑤-2）で「できない」を、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と思われる。また、その低下には、病状（精神症状等）もあるが、その人格傾向によるものも少なくない。よって、（⑤-3）の欄では（3）とあるが、以上を考慮すれば、3級相当が適当と思われる。
- 対人関係で不適切な行動あり、社会生活に支障はあるが、能力的には保たれているため。
- 社会適応レベルが良いときと悪いときの差があるが、持続的な障害ではないため3級と判定する。
- ⑤-2から3級相当
- ⑤-2の判定。
- 日常生活能力から判断
- 幻聴などの精神症状を認め、情動の不安定さ、衝動性などを考慮し、3級とした。
- 精神病様症状も認められるため。
- 入院歴がなく、地域の標準的な援助で生活を送れている。日常生活能力の判定については、統合失調症の判定基準と異なる解釈をしないとけないので3級と判定。
- 幻聴・衝動行為があり、身の安全保持危機対応ができないため
- 対人関係は極めて困難であることは読み取れるが、日常生活に援助が必要である理由はない。
- 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3級に相当すると思われる
- ⑤-2において、「援助が必要」以下が5項目であるから

●指針どおり

●8項目で、自発的概ねが5つであるため。

●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

●境界性人格障害の症例であるが、幻覚などの精神症状があり、日常生活に制限をうけている。総合的にみて、精神障害の状態による日常生活又は社会生活への制限が、「一定の制限」の範囲内であるため、3級相当であると判定した。

●記載所見より

**非該当**

●精神病と同等の症状がないため。

**照会**

●幻聴の出現は、一過性の小精神病状態としてよいのか等、診断に関する照会をしたい。

**返戻**

●幻聴、被害妄想が長期持続しているように思われます。主病名を御再考ください。診断名と症状記載の内容に整合性が無い。幻覚妄想状態について、詳しく記載してください

**症例9 判定理由**

**1級**

●なし

**2級**

●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。

●人格交代はここ6ヶ月程度の期間で極めて頻回とは判断できない。生活能力判定からも2級と判断した。

●③④及び⑤-2、⑤-3の生活能力、生活障害の程度

●⑤-2,3の判定、程度。⑦の症状。

●日常生活能力の判定・程度から

●主病の重症度を監案した。

●備考欄の記載、長期間におよんでいること、不安障害のあること等から。

●日常生活能力の判定と程度から

●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。

●生活能力の判定から

●かなり強い不安症状や解離症状があり、社会生活の障害が大きいから。

●症状は流動的なものであるため、障害という概念からは違和感があるが、現在の日常生活能力の判定によって2級と判定。

●解離性の健忘、人格交代、およびこれらに関連した不安感・抑うつ感があり、解離時は常時援助を要するため

●就業できていない。日常生活が困難であるため2級と判定する。

●経過は短い。症状は一進一退。対人関係に問題あり。解離があると、多くの見守りが必要。就労や日常生活に大きな支障あり。改善が見込まれない。

●⑤の2と3の状態による

●能力程度および能力判定ともに2級相当である。

●「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」の列が多数であり、2級に認定。

●⑤-2において、「援助があればできる」が6項目であるから

●指針どおり

●8項目で、援助が6つあるため。

●社会生活、日常生活共に著しい制限を受けている

●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

### 3級

●解離状態の頻度は不明、生活能力は比較的高い。備考欄と生活能力との判定との整合性がない。

●解離性障害は基本的には心因性の障害であり、統合失調症等の慢性に経過する精神病性障害と同一には扱えない。解離状態にある時には確かに日常生活に支障をきたすのだろうが、それが果たして全て無意識的なものなのか、随意的なものは排除できるのかといった問題もある。経時的な状態の変化も問題となる。そしてそもそも、治療の対象であるのは間違いのない所だが、果たして福祉の対象としてどの範囲まで考えればよいのかも問題としてある。手帳の判定にあったっては、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るべきと思うからである。以上のことを考慮し、今回の場合は、診断書にもあるように「日常生活は解離時でなければある程度こなせる」とあり、日常生活能力の程度(⑤-3)は、(2)が適当と思われ、3級相当と判断する。

●日常生活能力は解離状態を記載している

が、症状が固定していないことと全体的に判断し3級と判定する。"

●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。主たる診断名が「解離性障害」であり、⑤欄で「援助があればできる」とされていることは、解離時によるものであって、解離時でなければ日常生活はある程度こなせるとされていること。従たる診断に「不安障害」があり、その症状による生活への影響や、解離時の問題行動は認めるが、2級程度には至らないと判断されること。

●日常生活能力、問題行動から判断

●解離症状については、診断書に書いてある以上、特に、矛盾がない場合はそれに沿って判断するしかないと考える。生活上の支障を考えると3級が妥当かと考える。

●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。

●④の状態像及び⑤の生活能力の程度により。

●申請者の状態にあっては解離エピソードの「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ことなどから、2級ではなく3級に認定されるものとする。

●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3級に相当すると思われる

●②、④、⑤-2より生活障害は軽度と判断

●記載所見より

#### 非該当

●症状が恒常的ではないため。

#### 照会

●エピソードの頻度、持続期間を確認するため。

#### 返戻

●解離症状の持続期間、頻度等を具体的に記載してもらう。

● 「神経症性障害」の場合、他の精神疾患と同程度の状態像が必要

### 症例 10 判定理由

#### 1 級

●てんかんコードによる判断のうちに入っていることから。

●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。

●SPS が月単位でおきていて、発作頻度はさらに多いと考えられると判断されるから

#### 2 級

●④より、GTC が年二回以上という基準を満たすので。

●五項目と発作の型、頻度が同等であった。

●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。

●まず、知的障害や行動障害がないのに、日常生活能力の判定（⑤-2）のチェック内容は理解に苦しむが、多分、8歳児の日常生活能力を大人のそれと比べて記載したためと考えられる。やはり、小児の場合はその年齢の平均と比較して考えるべきであろう。そのように考えれば、今回の場合は、てんかん発作間欠時は普通であり、判定に当たっては、てんかんの発作型と頻度を考えればよいと思われる。全身性強直性間代性けいれんは年に2回以上は起こり、意識障害を伴わない部分発作が毎月あるので、2級相当と判断される。

●てんかんの発作型および頻度より2級とした。

●発作頻度を考慮し2級と判定する。



- S P S の頻度、G T C の頻度のいずれからでも 2 級相当と判断される。典型的な B E C T との記載があるが、現在 8 歳であり、将来の発作出現頻度の変化により、等級変化の可能性には考慮が必要と思われる。
- 発作型は 2 つあるがいずれも 2 級相当
- 発作頻度から
- 発作のタイプ頻度及び生活能力の状態より判断。
- 発作頻度より
- 発作の頻度、日常生活の制限から判断
- 発症からまだ約 6 ヶ月経過しただけであり、「てんかん」発作が不安定であること。発作頻度等から判定
- イ、ロの発作が月 1 回以上、ハ、ニの発作が年 2 回以上で 2 級相当、日常生活能力の程度も 2 級相当、総合して 2 級相当
- てんかん発作タイプの分類に従って評価
- 発作の頻度をもとに判定。
- 発作頻度
- 発作頻度等から
- 発作の型及び頻度での判定の結果 2 級に相当したため。
- 発作の頻度と程度から判断して 2 級相当のため。
- G T C は発作タイプ「ハ」に相当すると考えられ年 4 回で 2 級、S P S は同じく「イ」に相当すると考えられ月単位で起きているので 2 級相当であると考えられる
- 発作のタイプ・回数より判断して 2 級と判定。
- B E C T であるが、現時点では 2 級相当
- B E C T 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。
- 発病からの経過は短い。発作の頻度、タイプともに重い。日常生活の判定は、年齢によるものと、症状が活発なため、周囲からの制限を受けていることによるものと判断。経過が短いことや、幼いこともあり、治療による安定は今後見込まれる。
- ⑤の 2 と 3 の状態による
- 全般発作による意識消失の頻度は 2 級相当である。生活能力も概ね 2 級相当である。なお電話で④⑦項の S P S や G T C、B E C T などは日本語で記載するように指示する。
- 発作型と頻度のみで判定。二次的全般発作が半年で 2 回起きていることによる。
- 「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」の列が 3 項目があり、2 級に認定。
- 発作のタイプ、頻度から 2 級に相当すると思われる
- 発作頻度から 2 級と判断
- 睡眠中の発作は転倒とは考えない
- S P S → 2 級、G T C → 2 級。8 項目や 5 項目は発作間欠期の精神症状による生活障害として解釈しているが、この診断書には、発作間欠期の精神症状の記載はなく、これらの部分は判定に全く考慮しない。
- 社会生活、日常生活共に著しい制限を受けている

- 日常生活能力の判定及び程度並びに発作のタイプと頻度から
- 記載所見より

**3級**

- 典型的なBECTとのコメントを考慮。

**非該当**

- なし

**照会**

- てんかん発作の内容（発作のタイプ、頻度）から、2級程度と思われるが、⑤欄の記載内容に疑義があるため、担当医が小児科医師であることから今後の教育的指導も含めて保留とした。

**返戻**

- 作成にあたっては、外国語・略語は使用せず、日本語で判読しやすいよう、記載をしてください。
- 日常の生活能力の判定について病状によるものか年齢によるものか区別できないため

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合事業）

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）

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～

追加分担研究者 白澤 英勝 宮城県精神保健福祉センター 所長

**研究趣旨：**精神保健福祉手帳を所持している精神障害者100人を対象に手帳をどう評価しているかの試行的調査を実施し、障害者の視点から手帳判定のあり方を検討した。**研究方法：**全国6ヶ所の地域生活支援センターを利用する精神障害者保健福祉手帳所持者100名を対象に、自記式アンケート用紙を配布、集計し、その結果を分析した。**結果：**手帳等級判定に概ね納得している者が85%、納得していないが15%であり、納得していない者の73.3%が現在より重い等級と考えていた。**考察：**手帳評価の基準は現に受けているサービスの種類や量・質と連動している。精神障害者に対する福祉サービスの充実は、手帳の等級判定の信頼性と共にその評価を高めるためには重要である。

研究協力者

築島 健

札幌市精神保健福祉センター

有海 清彦

山形県精神保健福祉センター

勝島聡一郎

横浜市こころの健康相談センター

数川 悟

富山県心の健康センター

山崎 正雄

高知県精神保健福祉センター

また、今後充実して欲しい精神保健福祉サービスなどについてどう考えているか、更に、手帳所持者は手帳制度をどう評価しているかなどを調査し、手帳利用者の視点から手帳判定のあり方を検討することを目的に試行的調査を実施した。

B. 研究方法

札幌市、山形県、横浜市、富山県、高知県の各精神保健福祉センターの協力を得て、本研究に賛同してくれる札幌市、山形県、横浜市、高知県の1ヶ所の、富山県は2ヶ所の精神障害者地域生活支援センターに依頼し、同センターを利用する精神障害者保健福祉手帳所持者の内、本研究の趣旨を説明し同意を得られた者100名に対し、自記式アンケート用紙を配布し、回収・分析

A. 目的

精神障害者保健福祉手帳を所持している者が、手帳の認知度、手帳管理、手帳を取得してのメリット、デメリットについて、

した。

### C. 結果

アンケート回答者100名の内訳は男64名、女36名であった。年代別にみると30代が30名と最も多く、次いで50代29名、40代21名、20代15名、60代3名であり、無記入は2名であった。職業は無職が44名、福祉的就労19名(授産施設7名、小規模作業所12名)、臨時・パート就労12名、家事手伝い11名、その他14名であった。

精神障害者保健福祉の等級区分を知っている者は85名、知らない者15名で知っている者は知らない者の5.7倍であった。現在所持している手帳の等級は1級12名、2級63名、3級20名、わからない5名となっており、平成15年度の手帳等級判定結果と比較すると表1の通りである。

表1 手帳等級の比較

	1級 (%)	2級 (%)	3級 (%)
アンケート 所持者	12.6	66.3	21.1
平成15年度 判定結果	21.5	55.5	23.0

アンケートに回答した手帳所持者は平成15年度の判定結果と比較すると1級が少なく、2級が多くなっている。これは社会復帰施設である精神障害者地域生活支援センターを利用している手帳所持者の属性によるものと思われる。

手帳の管理は本人管理が88名と圧倒的に多く、家族が管理している者は11名、

その他1名となっていた。

手帳等級の納得度を表2に示す。

表2 手帳等級の納得度

納得度	(人)
納得している	49
まあまあ納得している	36
納得していない	15

納得している、まあまあ納得しているを合計すると、85人が等級判定結果に一応納得しているが、15名は等級判定に納得していない。納得していない15名の理由は現在の等級より重いと感じている者が73.3%、軽いと思っている者が26.7%とおよそ4分の3が重いと感じていた。

手帳取得に当たって自分で取得しようと決めた者は38名、他から勧められて取得したものは60名で勧められて取得した者が多かった。

他から勧められた者に、誰に勧められたかを聞いたところ、病院職員が23名と最も多く、次いで家族12名、社会復帰施設の職員10名、保健所等職員8名、友人6名、その他4名の順であった。この結果は常日頃、身近に関わっている人が手帳取得について働きかけていることを示している。

手帳を所持しての評価を表3で示す。

表3 所持しての利点

手帳の利点	(人)
利点が大いにあった	30
利点があった	46
利点があまりなかった	12
利点がなかった	6
不明	6

手帳に対して、利点が大いにあった、あったの肯定的な評価をする者は有効回答94人中76人で、80.9%であった。反面、手帳に対して否定的に評価する者は19.1%であった。

手帳を所持して利点があったと回答した76名について、どの様な利点を感じているかについて複数回答で聞いたところ、図1に示す結果を得た。博物館・美術館などの公共施設利用の際に入館料や入場料、利用料の割引を受けたとする者が53名(69.7%)と最も多く、バスや地下鉄などの公共交通機関の割引が34名(44.7%)、携帯電話の基本料金の割引が29名(38.2%)、生活保護の障害者加算が21名(27.6%)、障害者控除等税制の控除が12名(15.8%)、特別障害者手当・障害者福祉手当などの手当が9名(11.8%)、ショートステイやホームヘルプサービスの提供及び福祉タクシーの利用がそれぞれ8名(10.5%)、公営・公団住宅への優先入居が4名(5.3%)、生活福祉資金の貸し付けが1名(1.3%)などとなっていた。

手帳を所持していることで、いやな思いの有無(有効回答98名)については表4で示す。

表4. 手帳所持手のいやな思いの有無

内 容	人 (%)
いやな思いをしたことがある	13 (13.3)
いやな思いをしたことはない	66 (67.3)
どちらともいえない	19 (19.4)

手帳を所持していやな思いをしたことがあると回答した者が全体の13.3%、い

やな思いをしたことはないとした者が67.3%、どちらともいえないが19.4%であった。手帳所持者の内、通院 医療費公費負担制度を利用している者は全体の81.8%、障害者年金を受給している者は75%であった。

手帳所持者の日中過ごす場(複数回答あり)はデイケアセンターが30名と最も多く、次いで地域生活支援センターが21名、小規模作業所が10名、職場・会社及び援護寮がそれぞれ7名、通所授産施設が6名、福祉工場が3名、病院が1名、その他4名となっており、日中自宅で過ごす者も16名と少なからずみられた。

今後、充実して欲しいサービス(複数回答)については図2で示す。充実して欲しいサービスの主なものは働ける場の確保が59名、年金等の所得保障が30名、周囲の人の理解を深める啓発が28名、能力に応じた職業訓練の実施及び早期発見や緊急時の対応がそれぞれ22名、サロンやたまり場などの集える場及び精神障害者に対する教育施策の充実がそれぞれ12名、援護寮、福祉ホーム、グループホームなどの生活訓練施設の住まいの場の確保及び相談機能の充実がそれぞれ11名、人としての権利の擁護、ホームヘルプなどの在宅サービスの充実及び小規模作業所や授産施設などの日中過ごす場の確保がそれぞれ10名となっていた。

#### D. 考察

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名に対する調査を行った。これらの手帳所持者は手帳についての等級区分、自分の手帳の等級についての

認知について前者は85%、後者は95%が認知していた。また、手帳の管理も本人管理が88%となっている。精神障害者手帳制度が導入されておよそ10年になるが、手帳制度そのものに対する精神障害者の認知度は相当に高い水準に達していた。

自身の手帳の等級に対して納得している、まあまあ納得しているものは併せて85%であるが、反面、納得していない者も15%もあり、その内、実際の等級より自身の障害は重いと感じている者が73.3%であることをみると、手帳等級の判定に関して精神障害者自身が手帳判定の客観性・信頼性に疑問を持っていることを示している。

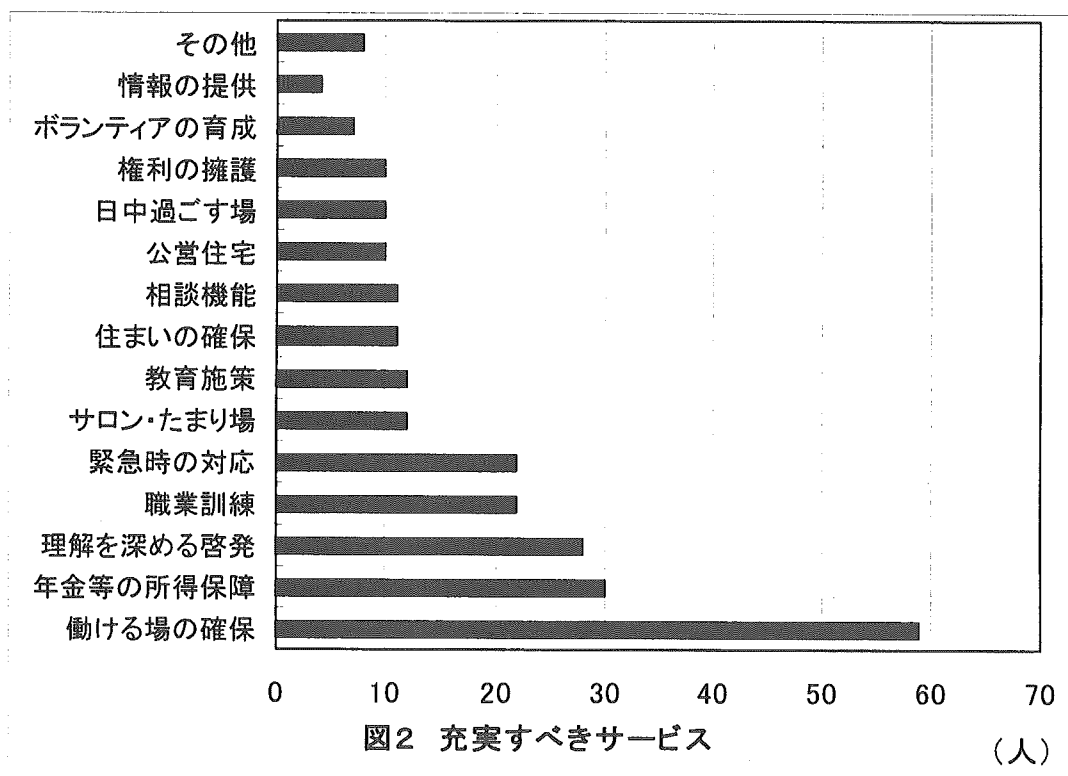
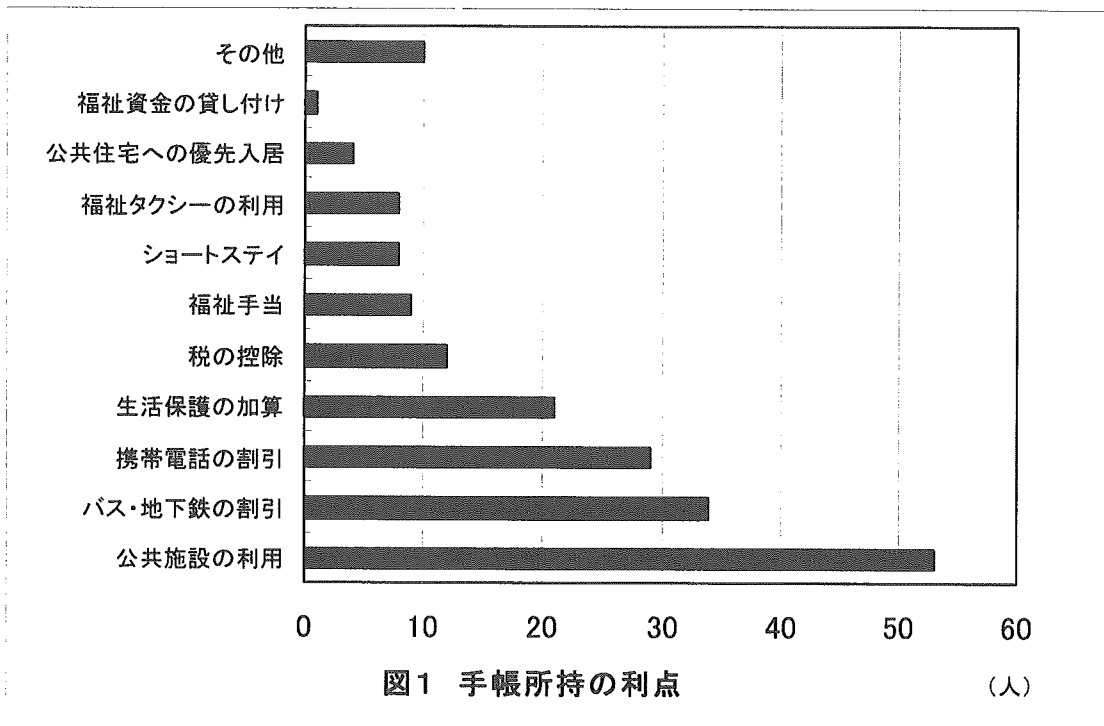
手帳を所持しての利点からは利点が大いにあった、利点があったが併せておよそ80%、残りの20%は利点を感じていなかった。手帳所持者は概ね肯定的に評価しているが、しかし、5人に1人が否定的評価をしている現状は、手帳制度と福祉サービスの種類や量とが必ずしも連動していないことを示唆するといえよう。実際、手帳の利用が福祉サービスと連動していればこの評価は高くなるが、利点にあげられた項目をみると博物館などの公共施設の利用、バスや地下鉄の公共交通機関の利用、携帯電話の基本料金の割引などであり、これらは精神障害者の社会参加、社会活動という視点からみると半数以上が利用しているのは公共施設の利用(69.7%)であり、アンケート回答者が精神障害者地域生活支援センター利用者であり、社会参加や社会活動を支援している機関であることを考慮すると、実際は手帳の利用範囲はもっと限定されていると考えるのが妥当であろう。また、手帳を所持していることで、いやな思

いをしたことがあると回答した者は13.3%もいることは、手帳制度が一般社会に十分受け入れられているとは言い難い現状にあり、なお、精神障害者に対する社会的な偏見が根強く存在しているとみることができる。また、今後充実して欲しいサービス内容をみると、就労に関連した働く場の確保、能力に応じた職業訓練、年金などの所得保障、小規模作業所や授産施設及びサロンや集える場などの日中の活動の場、緊急時の対応や相談機能の充実などであり、また、周囲の人の理解を深める啓発などもあげられている。こうしたサービス内容はいずれも精神障害者が地域で安心して生活するためには欠かすことができない切実な課題であり、これらが解決することが精神障害者の手帳制度への信頼性を高め、より確かなものになることを示唆しているといえよう。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権利の出願・登録状況 なし



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）

**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、使いづらいと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 대응す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で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ふことにより、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の見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周り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 級の障害のとら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、好みのもの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」者となってしまうのか？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。

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いえない。

## (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が、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