

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にはほかならない。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となり、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

号 各都道府県障害保健福祉主管部（局）長あ  
て厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画  
課長通知)

平成17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「現行指針の検討とあるべき指針案の作成について」  
（分担研究者 青木 眞策、築島 健）

研究協力報告書

「客観的・普遍的な等級判定の可能性に関する研究」

研究協力者 北端 裕司（和歌山県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等級判定の差異を具体的に明らかにするために、全国8ヶ所の精神保健福祉センターでの判定事例を対象として調査研究をおこなった。調査対象は、平成17年11月に各精神保健福祉センターで判定された事例のうち、「主たる精神障害」もしくは「従たる精神障害」がてんかんである場合を除き、匿名化された後無作為に抽出された30～50事例とした。調査項目は①実際に判定された等級（判定等級）、②年齢、③性別、④主たる精神障害（病名、ICD-10 カテゴリー）、⑤従たる精神障害（病名、ICD-10 カテゴリー）、⑥日常生活能力の判定、⑦日常生活能力の程度、⑧判定に加味されるその他の情報、とした。調査の結果、疾患圏としては、すべての精神保健福祉センターでF2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）が過半数をしめた。平均年齢は50歳前後で、各精神保健福祉センター間で差はなかった。各精神保健福祉センターでの判定等級ロジックを明白にするために「日常生活能力の判定」の8項目より次元尺度である「日常生活能力の判定得点」（以下「得点」）を作成し、有用性を確認した。本「得点」を採用することで、等級判定ロジックの差異が具体的に明らかとなった。また、「日常生活能力の程度」が各精神保健福祉センターでの等級判定ロジックにどの程度採用されているかも明らかになった。「判定に加味されるその他の情報」として、「精神疾患（機能障害）の状態」、「前回の等級」が指摘された。「精神疾患（機能障害）の状態」の程度は、事後的には半定量が困難であり、等級判定の不安定さを助長する一因となっていると考えられた。今後、「得点」の信頼性・妥当性・次元性を確認し、改良を加え、全精神保健福祉センターで「得点」を用いた等級判定に関するコンセンサスを得ることによって、等級判定における客観性・普遍性がある程度担保されるようになる考えた。

研究協力者（50音順）

数川 悟（富山県精神保健福祉センター）  
黒田 安計（さいたま市こころの健康センター）  
白澤 英勝（宮城県精神保健福祉センター）  
築島 健（札幌市精神保健福祉センター）  
中島 央（熊本県精神保健福祉センター）  
山崎 正雄（高知県立精神保健福祉センター）  
山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）

A. 研究目的

平成16年度「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）により、精神保健福祉手帳の等級判定に関し、全国の各精神保健福祉センターで等級判定ロジックに差異があることが示唆された。特に模擬事例を用いた研究（「模擬症例の判定に関わる調査」（分担研究者 山崎 正雄））では同一の

模擬事例に対し、等級が1級から非該当まで分かれる結果となった。

今回、等級判定ロジックの差異を実際の判定事例に沿って具体的に明らかにするために、全国8ヶ所の精神保健福祉センターで平成17年11月に判定を行った事例に関し調査を行った。

## B. 研究方法

全国8ヶ所の精神保健福祉センターで平成17年11月に判定をおこなった事例のうち「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、個人情報保護に十分な留意を払い、完全に匿名化し、無作為に抽出した30～50事例に関し以下の項目に関し調査を行った。なお、てんかんに関しては国の通知（「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留意すべき事項について」（平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知））で等級判定ロジックが明らかにされているため、今回の研究対象からは除外した。

### 1. 調査内容

以下の項目に関し、調査を行った。

- ①実際に判定された等級（判定等級）
- ②年齢
- ③性別
- ④主たる精神障害；  
病名、ICD-10 カテゴリー
- ⑤従たる精神障害；  
病名、ICD-10 カテゴリー
- ⑥日常生活能力の判定
- ⑦日常生活能力の程度
- ⑧判定に加味されるその他の情報

## C. 研究結果

### 1. 判定事例の背景

表1に各精神保健福祉センターにおける判定事例に関する主たる精神障害の疾患圏（ICD-10 カテゴリー）ごとの人数、平均年齢および標準偏差を示す。各精神保健福祉センター名はA～Hのアルファベットであらわしている。疾患圏としては、すべての精神保健福祉センターでF2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）が過半数をしめた。平均年齢は50歳前後で

あった。精神障害者保健福祉手帳の判定は、全年齢に対し、疾患圏にかかわらずおこなわれるものであるため、以降の検討は年齢、疾患圏を区別せずおこなった。

### 2. 判定等級と「日常生活能力の判定」との関係

「日常生活能力の判定」は各精神保健福祉センターにて独自のロジックを用い総合的に解釈しているという点に着目し、本研究において各精神保健福祉センター間の判定ロジックの差異を明らかにするために、「日常生活能力の判定」の8項目を一次元尺度化した。

具体的には、各項目の「自発的にできる」もしくは「適切にできる」に対し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」に対し1点、「援助があればできる」に対し2点、「できない」に対し3点を与え、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。図1に各精神保健福祉センター別の等級別得点分布をしめす。本「得点」を用いた場合、精神保健福祉センターBを除き、判定等級と本「得点」間には関連がみられ、本「得点」の有用性が示された。また、精神保健福祉センターBでは等級判定に際し、「日常生活能力の判定」以外の指標が用いられている可能性が示唆された。

精神保健福祉センターB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（精神保健福祉センターA、E、G）、一部重なりがみられるもの（精神保健福祉センターC、D、F、H）に分かれた。精神保健福祉センターC、D、F、Hでは等級判定に際し、「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。

精神保健福祉センターB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（精神保健福祉センターA、E、G）、一部重なりがみられるもの（精神保健福祉センターC、D、F、H）に分かれた。精神保健福祉センターC、D、F、Hでは等級判定に際し、「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。

図2に、等級毎の「得点」分布に関する各精神保健福祉センター間の比較を示す。上記検討で「得点」が判定等級ごとに比較的明確に分離された精神保健福祉センターA、E、G間でも、同一等級での「得点」分布は明らかに異なっており、これらの精神保健福祉センター間でも「日常生活の判

定」を総合的に解釈する際のロジックが異なっ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

表2に判定等級と「日常生活能力の程度」から導きだされる等級の一致率を示す。なおここでは、「日常生活能力の程度」から導きだされる等級に関し、「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留意すべき事項について」（平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知）に従い、「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」「精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする」を1級、「精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする」を2級、「精神障害を認め、日常生活及び社会生活に一定の制限を受ける」を3級としている。

一致率は、精神保健福祉センター間で著しい差がみられた。精神保健福祉センターA、Eでは一致率が極めて低く、精神保健福祉センターD、F、G、Hでは中間的な値をとり、精神保健福祉センターB、Cでは一致率は高率であった。

前項の結果と照らし合わせると、等級判定の際には、精神保健福祉センターA、Eは「日常生活能力の判定」を極めて重視しており、精神保健福祉センターC、D、F、H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、精神保健福祉センターGはその中間であるといえる。また精神保健福祉センターBは「日常生活能力の程度」を極めて重視しているといえるかもしれない。

### 4. 判定に加味されるその他の情報

「日常生活能力の判定」、「日常生活能力の程度」以外で判定に加味される情報として、各精神保健福祉センターからは、「精神疾患（機能障害）の状態」、「前回の等級」が指摘された。

判定等級ロジックにおける「精神疾患（機能障害）の状態」の関与を明らかにするために、今回の調査対象となった8ヶ所の精神保健福祉センターのうち2ヶ所で、

診断書記載内容から事後的に「精神疾患（機能障害）の状態」を読み取り、本研究の分担研究である「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 —」（分担研究者 数川 悟）で提唱された「過去2年間の重症度」を用い半定量化を試みた。しかし、診断書には必要な記載情報量が少なく、重症度の判定の半定量化は困難であった。統合失調症に関しては欠陥症状の程度の評価が困難であり、双極性感情障害では、過去2年間を総合的に評価することが困難であった。

この点を踏まえると、各精神保健福祉センターでの等級判定時には、各判定委員会が不十分な記載内容の診断書より高度な専門的知識をもって「精神疾患（機能障害）の状態」を読み取り、等級判定に供している場合が多々あることが予測される。

### D. 考察

プリミティブな形ではあるが、「日常生活能力の判定」の8項目を一次元尺度化し、「得点」とすることで、各精神保健福祉センター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。今回の研究から、昨年度の研究（「模擬症例の判定に関わる調査」（分担研究者 山崎 正雄））と比較しても、等級判定に際し各精神保健福祉センターはそれぞれ特有の判定ロジックを用いていることがさらに明白となった。また、各精神保健福祉センターにおける等級判定の際の「日常生活能力の判定」、「日常生活能力の程度」の利用方法に関しても、ある程度明らかにすることができた。今後、「得点」の信頼性・妥当性・一次元性を再確認し、改良を加え、全精神保健福祉センターで「得点」を用いた等級判定に関するコンセンサスを得ることによって、等級判定における客観性・普遍性がある程度担保されるようになると考えられる。

一方、診断書記載内容から「精神疾患（機能障害）の状態」を半定量化することが困難であり、「精神疾患（機能障害）の状態」が等級判定ロジックに及ぼす影響に関して検討することはできなかった。このことは、「精神疾患（機能障害）の状態」の

判断には各精神保健福祉センターでそれぞれ特有の高度な専門的知識をもって、それぞれ特有の判断をせざるを得ないことを意味している。以上のことから、「精神疾患（機能障害）の状態」に関する定量性の欠如が、判定の不安定さを助長する一因となっていると考えられる。精神疾患（機能障害）の状態」を正確に判定するためには、例えば統合失調症の場合には陽性・陰性症状評価尺度や簡易精神症状評価の評価点を診断書に記載するなど、ある程度の定量性が担保された指標を診断書に記載することが望まれる。しかし、等級判定は全疾患圏を対象に行われるものであり、全疾患圏で共通の重症度判断基準がないことから、「精神疾患（機能障害）の状態」の正確な判断のために「全精神疾患共通の重症度判定スケール」の開発が望まれる。

今回の研究では、事例数の関係で、精神保健福祉センター間の疾患圏毎の判定ロジックの差異に関しては検討できなかった。今後事例数を増やし、疾患圏毎の判定ロジックの差異についても検討が必要である。また、昨年度の研究からは、同一の精神保健センター内でも疾患圏により判定ロジックに多少の差異が生じている可能性も指摘されており、このことも今後の研究課題である。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

#### 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. 2005
- 2) 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留意すべき事項について（平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知）

表1 精神保健福祉センター別等級判定背景

精神保健福祉センター A

疾患圏	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	3	71.0	±	7.8	2	66.5	±	0.7	1	80.0		
F1	1	43.0			1	43.0			0			
F2	29	50.0	±	14.7	15	48.3	±	16.7	14	51.9	±	12.6
F3	14	48.6	±	16.0	3	50.0	±	16.8	11	48.2	±	16.6
F4	2	28.0	±	7.1	2	28.0	±	7.1	0			
F5	0				0				0			
F6	0				0				0			
F7	0				0				0			
F8	0				0				0			
F9	0				0				0			
計	49	49.9	±	15.8	23	48.1	±	16.6	26	51.4	±	15.2

精神保健福祉センター B

疾患圏	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	4	56.3	±	12.3	2	56.5	±	2.1	2	56.0	±	21.2
F1	0		±		0				0			
F2	15	48.0	±	19.0	11	44.0	±	17.2	4	59.0	±	22.0
F3	10	52.1	±	13.8	6	58.2	±	7.3	4	43.0	±	17.3
F4	1	23.0			0				1	23.0		
F5	0				0				0			
F6	0				0				0			
F7	0				0				0			
F8	0				0				0			
F9	0				0				0			
計	30	49.6	±	16.8	19	49.8	±	15.1	11	49.4	±	20.3

精神保健福祉センター C

疾患圏	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	2	86.5	±	3.5	2	86.5	±	3.5	0			
F1	7	45.3	±	12.1	5	49.6	±	8.5	2	34.5	±	16.3
F2	24	47.6	±	12.9	12	45.8	±	9.1	12	49.5	±	16.0
F3	8	47.3	±	13.6	4	52.8	±	15.2	4	41.8	±	11.0
F4	4	31.3	±	9.8	2	33.0	±	16.8	2	29.5	±	10.6
F5	0				0				0			
F6	0				0				0			
F7	0				0				0			
F8	1	18.0			1	18.0			0			
F9	1	6.0			0				1	6.0		
計	47	46.0	±	16.8	26	48.7	±	16.2	21	42.6	±	17.2

精神保健福祉センター D

疾患圏	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	4	77.0	±	8.4	0				4	77.0	±	8.4
F1	0				0				0			
F2	28	46.4	±	12.0	12	49.4	±	10.6	16	44.1	±	12.8
F3	13	36.2	±	12.9	3	31.0	±	6.6	10	37.8	±	14.2
F4	1	41.0			1	41.0			0			
F5	0				0				0			
F6	0				0				0			
F7	0				0				0			
F8	0				0				0			
F9	0				0				0			
計	46	46.0	±	15.8	16	45.4	±	12.0	30	46.4	±	17.7



精神保健福祉センター E

疾患層	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	3	54.0	±	7.2	3	54.0	±	7.2	0			
F1	1	32.0	±		0				1	32.0		
F2	31	50.7	±	15.0	16	52.1	±	13.1	15	49.1	±	17.1
F3	15	43.0	±	9.8	6	46.5	±	7.9	9	40.7	±	10.6
F4	0				0				0			
F5	0				0				0			
F6	0				0				0			
F7	0				0				0			
F8	0				0				0			
F9	0				0				0			
計	50	47.2	±	13.5	25	50.1	±	12.7	25	45.1	±	13.8

精神保健福祉センター F

疾患層	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	3	74.7	±	9.3	3	74.7	±	9.3	0			
F1	2	56.5	±	3.5	2	56.5	±	3.5	0			
F2	28	52.1	±	15.0	12	51.9	±	15.8	16	52.2	±	14.9
F3	4	47.0	±	12.2	2	48.0	±	15.6	2	46.0	±	14.1
F4	3	36.7	±	14.0	1	36.0			2	37.0	±	19.8
F5	0				0				0			
F6	0				0				0			
F7	0				0				0			
F8	0				0				0			
F9	0				0				0			
計	40	52.3	±	15.6	20	54.6	±	16.1	20	50.1	±	15.1

精神保健福祉センター G

疾患層	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	4	63.5	±	5.4	1	70.0			3	61.3	±	4.0
F1	0				0				0			
F2	21	45.0	±	11.2	12	46.9	±	13.1	9	42.6	±	8.2
F3	6	46.7	±	11.2	1	45.0			5	47.0	±	12.5
F4	2	45.0	±	1.4	1	44.0			1	46.0		
F5	0				0				0			
F6	0				0				0			
F7	0				0				0			
F8	0				0				0			
F9	0				0				0			
計	33	47.6	±	11.9	15	48.1	±	13.1	18	47.1	±	10.8

精神保健福祉センターH

疾患層	人数	平均年齢	±	SD	男性(人)	平均年齢	±	SD	女性(人)	平均年齢	±	SD
F0	3	76.0	±	22.6	2	68.5	±	26.2	1	91.0		
F1	0				0				0			
F2	34	43.6	±	11.0	24	40.6	±	9.0	10	50.7	±	12.5
F3	8	48.8	±	15.6	4	47.5	±	16.8	4	50.0	±	16.8
F4	4	44.0	±	7.8	3	40.7	±	5.0	1	54.0		
F5	0				0				0			
F6	1	46.0			0				1	46.0		
F7	0				0				0			
F8	0				0				0			
F9	0				0				0			
計	50	46.4	±	14.2	33	43.2	±	12.5	17	52.8	±	15.5

表2 判定結果と日常生活能力の程度の一一致

精神保健福祉センター A			精神保健福祉センター E		
判定結果	実数	比率(%)	判定結果	実数	比率(%)
1級	7	14.3%	1級	8	16.0%
2級	23	46.9%	2級	18	36.0%
3級	19	38.8%	3級	24	48.0%
非該当	0	0.0%	非該当	0	0.0%
計	49	100%	計	50	100.0%
			一致	17	34%

精神保健福祉センター B			精神保健福祉センター F		
判定結果	実数	比率(%)	判定結果	実数	比率(%)
1級	7	23.3%	1級	4	10.0%
2級	23	76.7%	2級	26	65.0%
3級	0	0.0%	3級	10	25.0%
非該当	0	0.0%	非該当	0	0.0%
計	30	100%	計	40	100%
			一致	25	63%

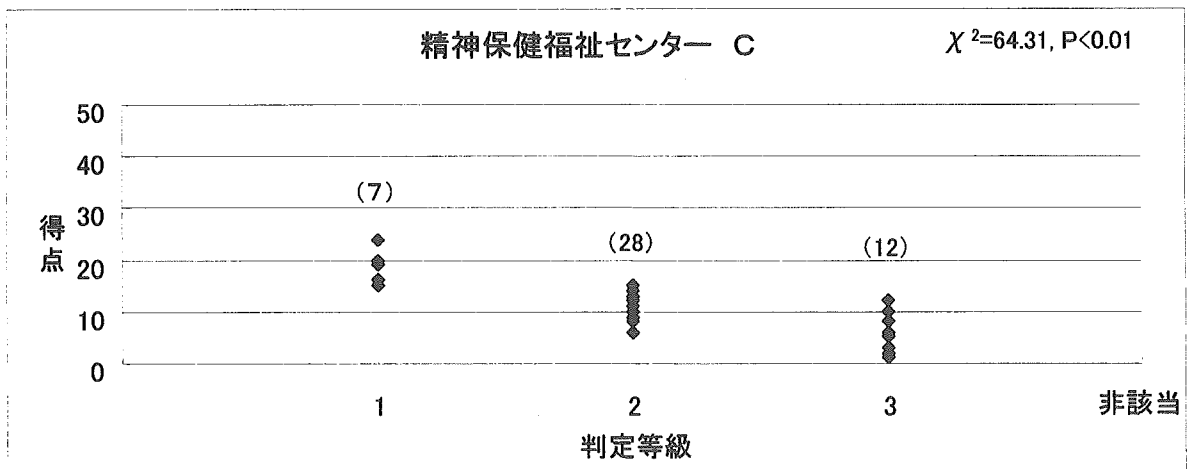
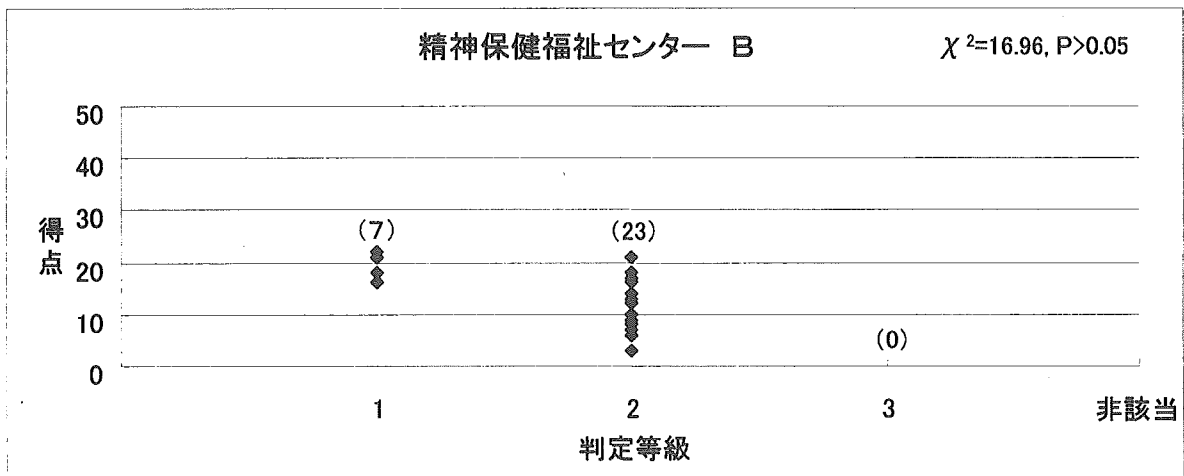
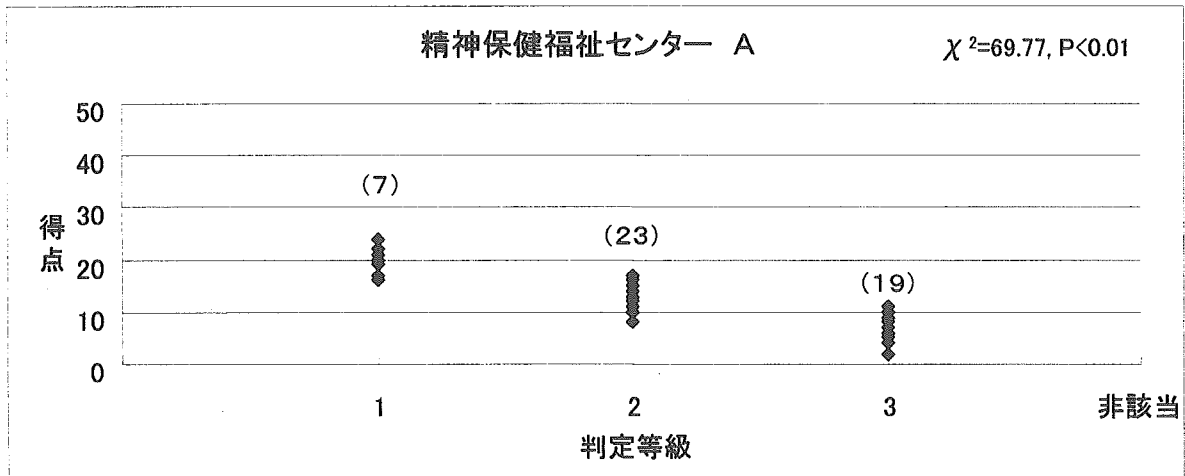
  

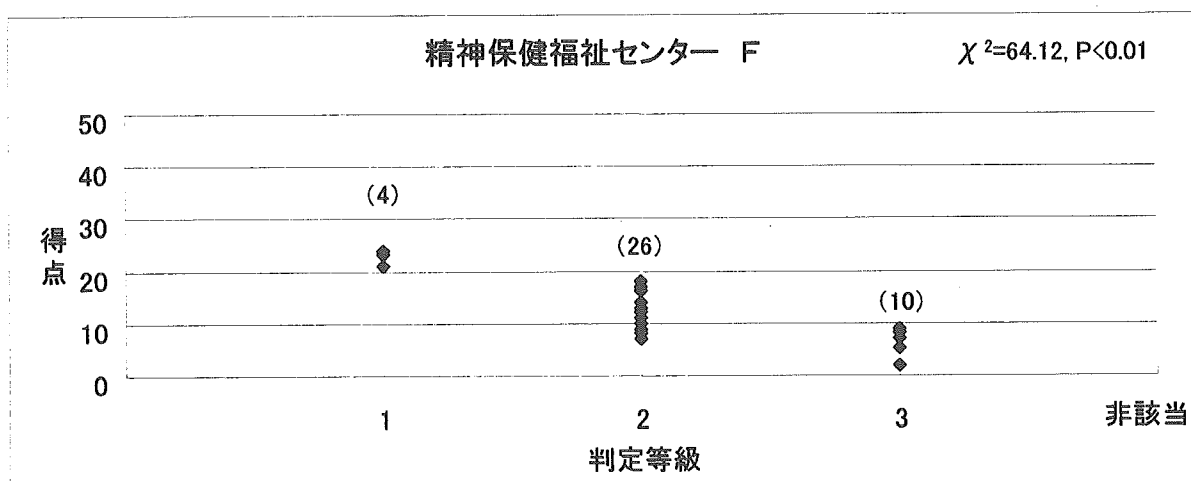
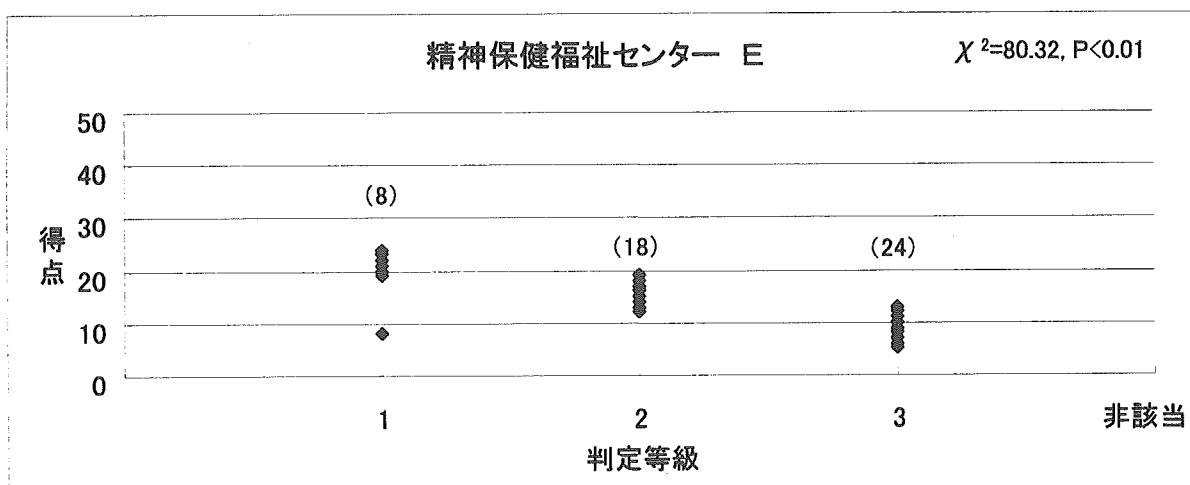
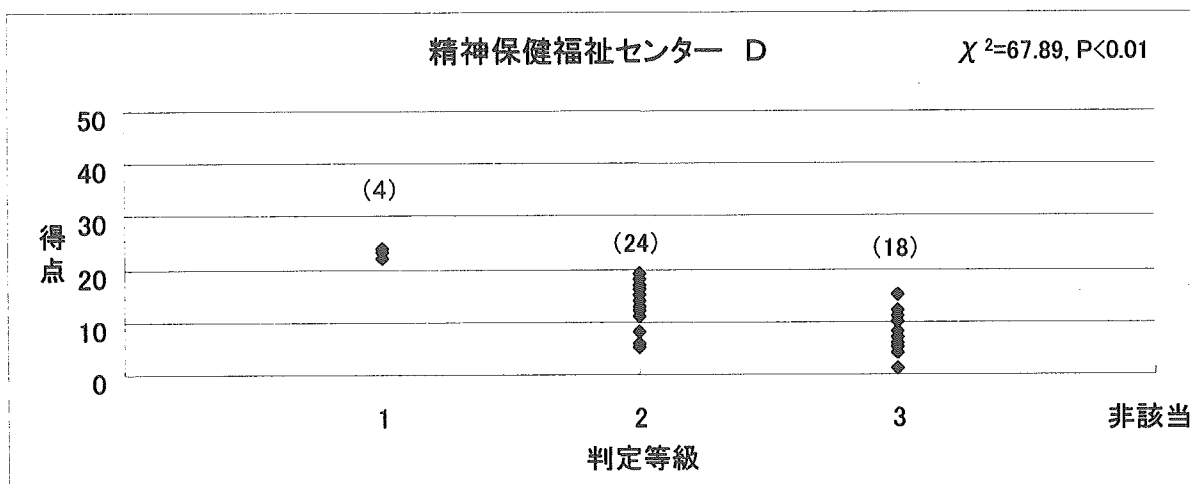
精神保健福祉センター C			精神保健福祉センター G		
判定結果	実数	比率(%)	判定結果	実数	比率(%)
1級	7	14.9%	1級	6	20.0%
2級	28	59.6%	2級	16	53.3%
3級	12	25.5%	3級	7	23.3%
非該当	0	0.0%	非該当	1	3.3%
計	47	100%	計	30	100%
			一致	19	63%

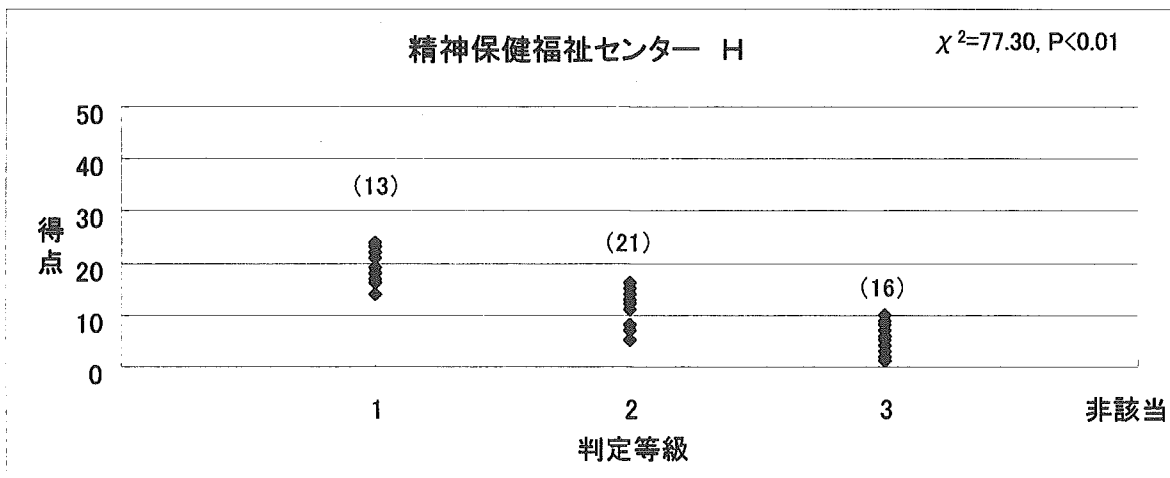
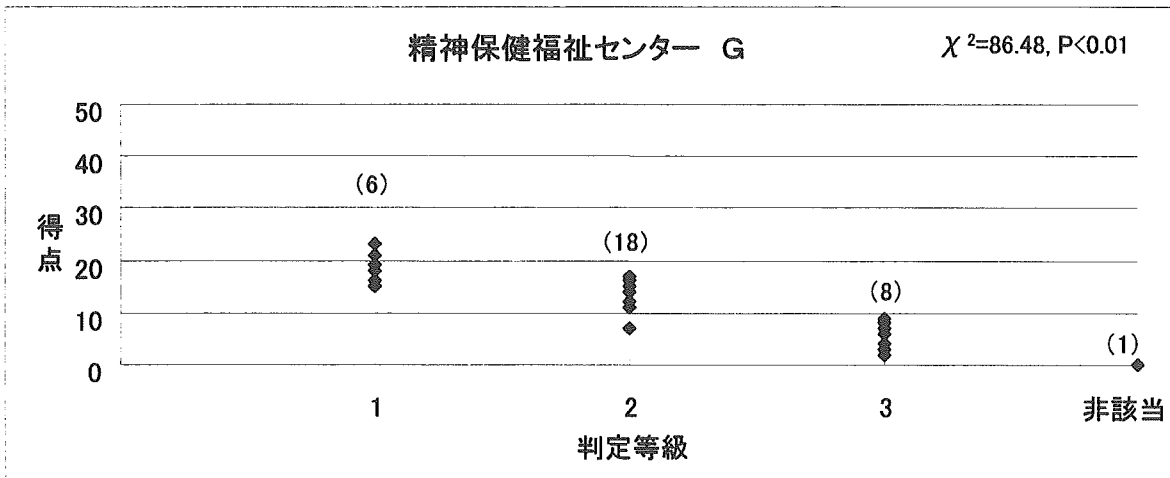
  

精神保健福祉センター D			精神保健福祉センター H		
判定結果	実数	比率(%)	判定結果	実数	比率(%)
1級	4	9%	1級	13	26.0%
2級	24	52%	2級	21	42.0%
3級	18	39%	3級	16	32.0%
非該当	0	0.0%	非該当	0	0.0%
計	46	100%	計	50	100%
			一致	36	72%

図1 等級別得点分布図(各精神保健福祉センター別)



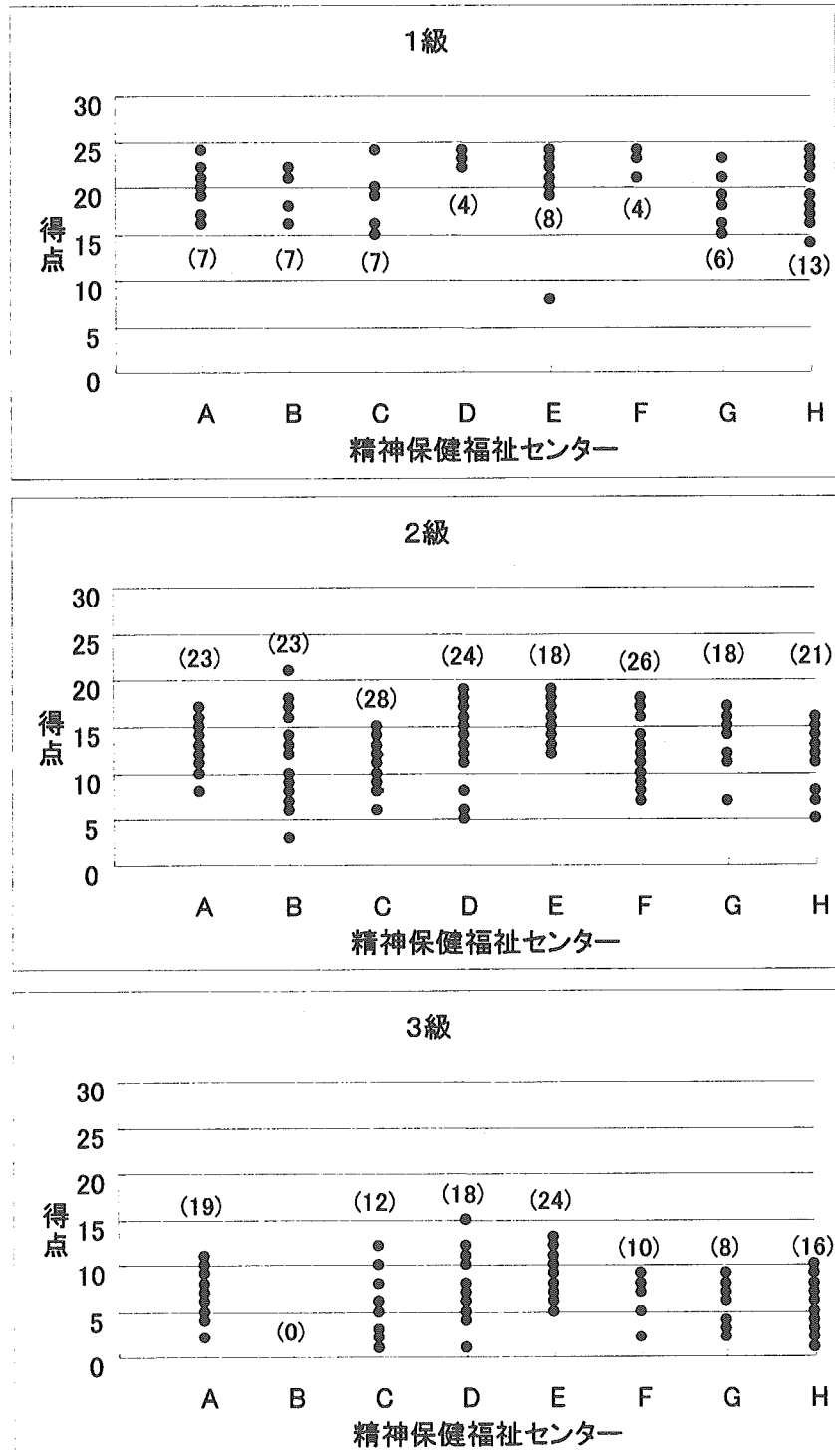




横軸は判定等級、縦軸は得点、( )内は事例数を示す。

図内の  $\chi^2$  値およびP値は独立性の検定の結果を示す

図2 等級別得点分布図(精神保健福祉センター間比較)



横軸は精神保健福祉センター名、縦軸は得点、( )内は事例数を示す

平成17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」  
分担研究報告書

指針案の作成に関する研究

一 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 一  
分担研究者 数川 悟（富山県心の健康センター 所長）

研究要旨：平成16年度の厚生労働科学研究費補助金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」においては、各都道府県・指定都市間に精神障害者保健福祉手帳の判定結果に大きな差異があり、それが生じる要因として、診断書記載医師の疾患や障害の考え方やとらえ方が一致していないこと、診断書に記載されるべき情報が必ずしも十分ではないこと、審査判定に関わる委員の判定基準が不明確であることなどが示唆された。そこで、診断書に盛り込まれるべき情報のリスト（案）を作成するための研究を行った。診断書に盛り込まれるべき情報を検討し、「手帳診断書（案）」を作成し、その記入のための手引きとなる「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成した。その作成にあたっては等級判定に必要な情報を整理し記載項目を追加するとともに、「日常生活能力の程度」欄は削除した。さらに、生活能力障害の記載においてはICF（国際生活機能分類）の導入を試みた。試案について判定機関である全国精神保健福祉センターの意見を求めて修正を加え、精神障害者の認定と等級判定のために必要かつ有効な情報の範囲を定め、精神障害者保健福祉手帳診断書の様式に改変を加え、新たな診断書案を作成した。

はじめに

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「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」においては、各都道府県・指定都市間に判定結果に大きな差異があり、それが生じる要因として、診断書記載医師の疾患や障害の考え方やとらえ方が一致していないこと、診断書に記載されるべき情報が必ずしも十分ではないこと、審査判定に関わる委員の判定基準が不明確であることなどが示唆された。そこで本研究では、精神障害者保健福祉手帳診断書の様式に検討を加え、精神障害者の認定に必要で等級判定のために有効な情報の範囲についての研究を行った。

A. 研究目的

本研究の目的は、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のリスト（案）を作成することである。精神障害者の認定と等級判定に資する情報を整理し、必要な記載事項の追加を検討する。

B. 研究方法

研究班において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）」の様式にまとめ、その記入のための手引きとなる「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メーリングリストによる意見聴取を行い、修正を加え、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のリスト（案）として新たな診断書案を提示した。

C. 研究結果

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「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」に基づき、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た。情報のリスト（案）を「研究班版手帳診断書

（案）」としてまとめ、その記入のための手引きとなる「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成した。これらについて精神障害者保健福祉手帳診断書の判定業務を行っている精神保健福祉センターに対して、意見聴取を行い、最終的に次に示す手帳診断書（案）、記入にあたって留意すべき事項（案）としてまとめた。

## 1. 手帳診断書（案）— 診断書（精神障害者保健福祉手帳用）（資料1）

手帳診断書（案）については、記載医師ならびに判定機関双方の立場を考慮しながら、現行の法定診断書様式に検討を加えた。その結果、次に示すような改訂を試みた。精神障害の認定と等級判定に資する情報を整理し記載項目を追加し、書式の改良を図り、「日常生活能力の程度」欄は削除した。さらに、生活能力障害の記載においてはICF（国際生活機能分類）の導入を図った。

### 1) 住所

居住の実態のある場所を記載することが適当であり、入院の場合や通過型居住施設利用時は住民登録に従って記載することが必要である。

### 2) 精神疾患の存在

精神障害の認定においては、診断書記載事項の根本情報となるのは精神疾患の存在である。精神疾患の存在の確認を、①病名の欄で可能な限り明確に行えるような様式を検討した。主たる精神障害及び従たる精神障害について、ICDコードをF0X-F9Xのいずれかを3桁で記載することとした。さらに基礎疾患の判別のため、F0、F1の疾患の場合は、必ず4桁（F0XX、F1XX）を記入することが求められる。てんかんについては、てんかん性精神障害が存在する一方で、現在、てんかん発作によっても等級の判定基準が示されている（「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」平成7年9月12日 健医精発第46号）。そこで、手帳の交付を求める疾患がてんかんである場合は(1)に記入し、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を記載することとした。

さらに主たる精神障害に起因して生じた病態や、精神障害の治療に関連して生じた病態が存在する場合は、これを(3)の項に明記することで、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。その他の身体障害や疾患が合併する時には、それらによる生活障害を弁別するため、(4)

の項にその障害名、疾患名を記入することで障害者の実態の把握を行いやすくした。

なお、精神疾患の存在の確認については、「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」（平成7年9月12日 健医発第1133号）によっても疑義が多いことが議論された。すなわち申請者の年齢は軽視できない問題であり、高齢者、未成年者、ことに学童や幼児を同列に精神障害者として取り扱うことの是非は重要な検討課題である。また例えば、てんかんと統合失調症を同様な基準の下で障害認定し、等級判定することには、實際上、相当の困難がある。発達障害、高次脳機能障害などの障害のもつ特殊性に配慮しつつ適切な等級判定を行うためには、新たな判定基準が求められる。さらに、神経症性障害、人格障害を無原則的に福祉の対象として障害認定することの妥当性等については、今後十分な検討がなされるべき重大な課題と考えられた。

### 3) 精神疾患の経過と生活の状態

精神障害の特性を考える時、精神疾患の経過と生活の状態についての情報は、精神障害の程度を判定する上で、極めて重要なものである。このため、発病から現在までの病歴については、推定発病年月、生活歴、精神科治療歴、就学・就業、生活状況、社会資源利用状況等の情報が必要である。主たる精神障害の初診年月日、診断書作成医療機関の初診年月日も重要である。精神疾患の経過と状態が明確に示されるために、推定発病年月の他、生活歴、精神科治療歴、社会資源利用状況等についての記載が求められる。

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に改めた。また、てんかん発作については、現在の発作頻度を記入すること、臨床発作が抑制されている場合においては、最終発作がいつであったかを明記すること、精神作用物質の乱用・依存等については、精神作用物質名、精神作用物質使用の継続の有無についても記入されることが等級の判定上有用である。さらに、知的能力障害においては、精神遅滞ではIQを、認知症にあってはその障害程度をCDRスコアに



よって判定して記載するようにするなど、実態の把握が行いやすいようにした。

上記の病状・状態像の具体的な状況・程度、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・程度、治療や社会資源利用・支援による効果と予後等に関しては、③に記された現在の病状、状態像についてより具体的に記し、さらにその変化や変動性・周期性をも記載し、さらに治療や社会資源の利用、福祉サービスの受給や支援による効果と今後の予後について記載することで状態像の把握が的確になる。さらに、過去2年間の重症度を評価し、変動がある場合はそれぞれの重症度の期間が記入されることで情報の確度が向上する。今後2年間の見通しとして、治療ならびに公的、私的な支援の計画、治療中止の可能性やそれらによる効果や変化等の記載によって等級判定の的確性が向上するであろうと考えられた。

#### 4) 現在の医療状況

精神障害の特性を考慮して、現在の医療状況を把握するために、入院日、通院状況を明記することとした。投薬内容については、主および従たる精神障害の治療のための薬剤の用法用量を記入することで、重症度の推定や医療状況の把握がしやすくなる。さらに、精神療法等について、その内容や頻度等とその具体的内容を記載し、訪問看護指示についてもその有無、頻度を記入することで、医療状況がより明確に把握できる。現在および今後の治療方針の記載によって、今後の予後と生活状況の推移の判断資料とすることが出来る。

#### 5) 能力障害の状態

能力障害の状態を確認し、精神障害の総合的な程度を判定することは、手帳の等級判定の最重要課題である。従って、このことについては特に明確な情報が記入されなければならない。生活能力の判定のために、現在の環境下での生活状況・状態について具体的な実際の生活環境、精神保健福祉サービスの利用状況等が明確に記入される必要がある。

現行の診断書様式では、「日常の生活能力の判定」として、「適切な食事摂取」か

ら「趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加」までの8項目を4段階で評価する形になっている。この8項目自体、平成14年度以降見られる手帳申請疾患圏の拡大によって生じた、基礎疾患の増加に伴う障害の様相の多様化に対応できていない。例えば、食事摂取が適切であるとは、食材を調達し、調理し、栄養に配慮し適量を適時にとることをいうのか、コンビニで購入し、あるいはインスタント食品により食餌を確保できることをいうのか、過食嘔吐などを行わないことをいうのか、基礎疾患によってもその状況と内容は相違する。現在の書式は、状態を記載するにしても、認定・判定にあたっては、現在の社会・文化状況や福祉サービス提供の現状、さらに疾病構造を考慮したものになっているとはいえない。さらにこの8項目の能力の程度と手帳等級がどのように関連するかの明示的な指針も示されていない。

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）が利用され、手帳診断書においてもそれを活用することが検討された。一方では診断書という書式の中で、生活面でのより詳細な能力評価も行われる必要がある。そこで、日常の生活能力についてはICF（国際生活機能分類）に準拠して障害程度を判断し、9項目につきその状態を記載することとした。上記の現行診断書の8項目の事項を勘案し、より包括的に、より総合的に、諸種の疾患、障害様態に対応できるようにするという観点から、ICFの「活動と参加」の項から選択し以下の9項目に設定した。ICFの「第1評価点」に基づき、それぞれの項目について5段階評価を行うこととした。

- 1 学習と知識の応用（注意・思考・意志決定）
- 2 課題と要求（日課遂行・ストレス対処）
- 3 コミュニケーション（理解・会話・用具利用）
- 4 移動（交通機関・手段の利用）
- 5 セルフケア（飲食・保清・更衣）
- 6 家庭生活（必需品入手・家事・調理）
- 7 対人関係（家族関係・社会的関係）
- 8 経済的取引（金銭管理・買物）
- 9 社会生活（社会参加・余暇）

この日常生活能力については、診断書記載時点のみではなくこれまで概ね2年間に認められ、あるいは存在したと推定され、また、概ね今後2年間に想定される生活能力の状態を含めて評価した上での平均的な状態の記載が求められる。てんかんについては、発作間歇期の状態について記載されなければならない。生活能力に関する9項目は、ICFに準拠しているため、日常の生活能力をこれに照らして評価し、判定して記載することが求められる。

#### 6) 日常生活能力の程度

従来の診断書の「日常生活能力の程度」の項は、平成16年度の研究において、診断書の他欄の記載との齟齬が稀ならず見受けられるなど、かえって等級判定を困難にすることがあることが確認された。

主治医による診断書に期待されるのは精神障害の実情に関する事実であり、公平性、中立性の確保からしても等級判定に直接及ぶ主治医からの見解は必要ではない。本来この「日常生活能力の程度」は、判定機関（精神保健福祉センター）が等級判定にあたっての総合的判定の中で評定すれば足りるものと考えられた。このため、「日常生活能力の程度」は診断書の記載項目としてはこれを削除するのが妥当であるとの結論に至った。

#### 7) 診断書の記載

精神障害の認定のための診断書の記載は、精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する十分な経験を持つ医師によることが適切である。このため、医療機関の診療科名、精神科の標榜の有無、精神保健指定医であるか否かを記入することが求められる。医師氏名については、今後の電子文書化への対応としても、自署又は署名捺印によるのが適当である。

さらに、障害者の実態の把握のために、精神保健福祉士や訪問看護師等からの情報や意見が添付されるべきとの意見や、事例によっては実態調査が行える制度を導入すべきではないかとの議論もあった。

#### 2. 記入にあたって留意すべき事項（案） — 診断書（精神障害者保健福祉手帳用） 記入にあたって留意すべき事項（資料2）

精神障害者保健福祉手帳制度の制定にあたって、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当って留意すべき事項について」（平成7年9月12日 健医発第45号）という通知がされている。しかし、その後の精神保健福祉法の改正にもかかわらずこの通知については改正がなされておらず、現今の精神科医療や精神障害者福祉の状況に相応した記載となっていない。障害認定と障害等級判定のためには唯一の情報源たる診断書に必要な記載がなければならない。そこで、上記の検討結果に基づき作成した「研究班版手帳診断書（案）」の様式について、これに的確な記入を求めするために、特に重要な点についての留意点を列挙した「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成した。認知症の程度判定の記載にCDRによる評価を求めたことから、CDRスケールを表示した。さらにICFについての解説的事項も加えた。

#### 3. 精神保健福祉センターに対する意見聴取（資料3）

平成18年1月12日から2月7日までに、精神障害者保健福祉手帳診断書の判定業務を行っている精神保健福祉センターに対して、全国精神保健福祉センター長会メーリングリストを利用して「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）」について意見聴取を行った。現在、精神障害者保健福祉手帳診断書の判定業務を行っているのは全国61カ所の精神保健福祉センターである。このうち研究班員の所属する7カ所を除く54施設のうち29判定機関（53.7%）から回答が得られた。

診断書記載事項、留意事項について、具体的な修正、追加など書式の改良に資する多くの意見が提出された。今回、研究班が提案した診断書様式について、判定業務上有益で適切な改良であるとする意見が多くある一方では、明確な等級判定基準の提示によってはじめて適切な記載が期待できる

との意見も見られた。また、記載事項の増加に伴う煩雑さが記載医師ならびに判定機関の負担を増大させるのではないかとの危惧も少なくなかった。さらに、自由記載項目などから障害認定と等級判定業務において、日常甚大な苦慮をしている諸問題が報告された。

この意見聴取の結果を取りまとめて検討し、修正を加えて手帳診断書に盛り込まれるべき情報として新たな診断書案の様式で作成したものが、資料1、資料2として示している「手帳診断書(案)」とその記入のための手引きとなる「記入にあたって留意すべき事項(案)」である。

#### D. 考察

本研究においては、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「手帳診断書(案)」として作成し、その記入にあたっての手引きとするための「記入にあたって留意すべき事項(案)」を作成した。その作成の過程において、手帳診断書に盛り込まれるべき情報にとどまらない、精神障害者保健福祉手帳診断書や手帳制度そのものに関わる種々の課題が検討された。

##### 1. 精神障害者の年齢の問題

精神障害者保健福祉手帳の交付対象について、その年齢に関してはなんら制限がなされていない。しかし、実情として5歳の申請者が「てんかん」によって手帳の交付を求める事例があり、80歳の「アルツハイマー型認知症」患者の申請が存在する。一方では、福祉施策として児童福祉法が存在し、高齢者を対象とする介護保険法による福祉的対応が行われている。精神保健福祉法における精神障害者保健福祉手帳による福祉施策の範囲についての再検討が必要と考えられる。

##### 2. 基礎疾患の問題

てんかんにおいては、発作頻度による等級判定基準が示されており、生活障害全般を勘案して判定する他の精神障害とは別種

の判定基準が用いられている現状がある。さらに、発達障害、高次脳機能障害などでは、例えば統合失調症を基礎疾患とする精神障害とはその障害の状況を異にしており、同一の様式の診断書では明確な障害実態についての把握に困難がある。身体障害認定において行われているように、基礎疾患群により数種の診断書書式を作成することも検討する必要がある。また、人格障害についての取り扱いも重要な検討課題と考えられ、例えば反社会的行為の見られるものに対して、福祉施策としての手帳制度の適用が妥当であるかといった疑義についても、判定機関では大きな苦慮を強いられているのが実情である。これらの問題は判定業務遂行上大きな障害となっている問題点であり、今後、早急に整理されるべき重要課題と考えられる。

##### 3. 状態像

状態像の実際、さらにその変動性や、治療や援助による可変性があるということは精神障害という障害のもつ重要な特性の一つである。今回、この点についての必要十分な情報を求めるという観点に立って診断書書式を作成した。しかし一方では、意見聴取でも多くの指摘のあったように、記載者の負担、さらに判定にあたっての事務的負担の増大を招くことも容易に予想されることである。判定の確度の向上と、事務的な負担の軽減とをいかなる地点で統合するかは、判定機関たる精神保健福祉センターとして困難なしかし現実的な重要な課題なのである。

##### 4. 障害の程度判定の問題

結果に記したように、障害の認定及び等級判定に資する情報を整理し記載項目を追加し、従来の「日常生活能力の程度」欄は削除した。さらに、生活能力障害の記載においてはICF(国際生活機能分類)の導入を図った。今後の精神保健福祉対策においては、当然、ICFに基づく施策立案や対応が求められると考えられるからである。しかし、ICFを使用した精神障害の実際の状況の把握と、さらにその評価や評定に

ついでの研究はいまだ十分でない。例えば、障害認定にあたっては、「活動と参加」のd項目間の関連の如何やその障害程度の重み付けの研究がなされなければ、等級判定に十分な活用が可能とはいえないのである。ICFを障害の程度や支援の評定に役立たせうる、基礎的な精神障害研究は精神障害者福祉サービスの充実の上でも喫緊の重要課題である。

今回の研究において「日常生活能力の程度」欄は削除することとした。平成16年度の研究において、診断書の他欄の記載との齟齬が稀ならず見受けられるなど、かえって等級判定を困難にすることがあることが確認され、「日常生活能力の程度」は、判定機関（精神保健福祉センター）が等級判定にあたっての総合的判定の中で評定すれば足りるとの検討結果に基づくものであり、意見聴取でも賛同する意見が多かった一層、その他の欄の事項の記載の充実と、判定にあたっての総合的な判断の的確性が求められるのはいうまでもない。

## 5. 記載者の問題

精神障害の認定のためには、精神障害についての十分な知識と経験を持つ医師による診断書が適当と考えられる。平成18年4月1日に施行される障害者自立支援法による精神通院医療の「重度かつ継続」の意見書については、「3年以上の精神医療の経験を有する医師」との規定も設けられている。精神障害者保健福祉手帳の診断書においては、疾患と障害の共存といった精神障害の特性を熟知し、多様な精神疾患についての広汎な臨床経験をもつ医師による記載が求められる。しかしながら、現在、診断書記載者について明確な規定がなく、平成16年度の研究に明らかなように、一部、内科医や脳外科医による診断書をもとに判定業務が行われている実情がある。このため、診断書記載医師の基準の設定や、身体障害者手帳におけるような指定医師制度の導入なども検討する必要があると考えられた。今回の診断書（案）においては、診療科の記入や精神保健指定医の資格の有無を確認する項目を設けることにより、より適

格な診断を求める条件を担保するにとどまっている。

## 6. 書式と記載項目

先にも述べたように、今回提示した「手帳診断書（案）」では、記入する事項は相当に増加することとなった。書類としての紙幅は広がり、書式としてはA3用紙印刷で2ページに渡ると考えられる。これは、記載者の負担の増大のみならず、判定機関たる精神保健福祉センターの判定事務上の作業量増加、判定業務の労力の増大に結果することが考えられる。にもかかわらず、あえて今回の研究の結果としてこのような「手帳診断書（案）」を提示するのは、多くの重大な問題を現実にはらんでいる精神障害者福祉手帳判定業務の精神障害者の福祉施策としての適法性、妥当性、公平性の向上を企図しての試みにほかならない。

精神障害者の生活支援には年金保険制度に基づく障害年金がある。障害福祉サービスについては、平成18年10月から障害者自立支援法による障害区分の認定に従って支給決定が行われる。このような他の制度との関連において、精神障害者保健福祉手帳がどのような役割を果たし、その認定と等級判定にはどのような基準が必要かについて、改めて検討されることが望まれる。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

### 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. 2005
- 2) 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