

201224088A

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成
及び実態把握に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮岡 等

平成25(2013)年 3月

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成
及び実態把握に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮岡 等

平成25(2013)年 3月

目 次

I. 総括研究報告

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究 7

研究代表者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

II. 分担研究報告

1. 精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務の実態に関する研究 19

研究分担者 太田 順一郎 岡山市こころの健康センター 所長

2. 精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究 61

研究分担者 山崎 正雄 高知県立精神保健福祉センター 所長

3. 精神障害者保健福祉手帳に関わる手引き・指針に関する研究 155

研究分担者 黒田 安計 さいたま市こころの健康センター 所長

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）
平成 24 年度総括研究報告書

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究

研究代表者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨

A. 研究目的

平成 7 年に創設された精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」）の制度は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）によって規定された国内共通の制度でありながら、各都道府県・政令指定都市ごとに、その判定に差異があることはこれまでも指摘されてきた。また、平成 23 年に手帳の診断書様式が改正されて発達障害や高次脳機能障害に関する情報を得やすくした新たな診断書様式となり、さらに、生活能力の状態について具体的な程度・状態等について記載する欄が新たに設けられるなどの改正がされている。そうした改正を踏まえ、本研究は精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアルを新たに策定することを目指している。今年度はそのために必要な基礎資料を、全国の精神保健福祉センターを対象としたアンケート調査、模擬症例の等級判定シミュレーション、現在等級判定に使用されている手引き・指針の調査などによって得ることとした。

B. 研究方法

B-1. 等級判定業務の実態に関する研究

精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所の精神保健福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。内容は二部に分かれており、第 1 部では、各自治体における精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各自治体ごとの制度について訊ねた。また第 2 部では、各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について訊ねた。

B-2. 等級判定における不一致に関する研究

20 ケースの模擬症例を作成し、それを同時期に全国 67 都道府県・政令指定都市の審査判定会議にかけて等級判定してもらい「等級判定シミュレーション」を実施した。模擬症例ごとに、「1 級判定」「2 級判定」「3 級判定」「非該当」「保留（照会）」「保留（返戻）」のいずれかに判定し、各模擬症例について、その判定理由（自由記載）を、また非該当の場合にはその理由を、保留の場合にはその内容についても記載を求めた。その他、判定の少数意見やコメントの記載も求めた。

B-3. 手引き・指針に関する研究

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務の実態に関する研究」班と共同で、全国の精神保健福祉センターに対してアンケート調査を行い、等級判定に関して自治体が独自に制定したマニュアル等の有無、等級判定に関連した委員間の申し合わせ事項の有無、自治体独自に作成した診断書の記載マニュアル等の有無について回答を得た。さらに、手帳の判定で問題になりうる点について、アンケートに質問を設定し、全国のセンターにおける判定の現状あるいは傾向についても調査を行った。

C. 研究結果

C-1. 等級判定業務の実態に関する研究

67 施設中 64 施設から回答があり、施設回収率は 95.5%であった。手帳によって利用できる制度については、各自治体においてかなりの差異があった。入院医療費に関わる医療費補助に関しては「ある」という回答が最も少なかったが、そのうち約 3 分の 2 の自治体においては重度心身障害者医療費助成等で医療費の自己負担分を助成しており、こういった手厚い制度は手帳所持の強い動機となりうると思われた。等級判定の実態と判定方針についても、項目によっては自治体間で大きな違いが認められた。例えば、等級判定において、診断書のどの項目を重要と考えるかに関しては、⑥-2「日常生活能力の判定」、⑥-3「日常生活能力の程度」を重要と考えるという回答が多かったが、この 2 つの欄の記載に乖離がある場合の判定方針については、自治体ごとの考え方はさまざまであった。主病名に関する考え方についても、ICD-10 の診断名をどの程度重視するかや、状態像診断や慣用的診断名の

取り扱いに関して、自治体間での考え方の違いが目立っていた。また、判定の際に既存の等級を提示し、等級が判定に勘案するセンターが多かったのと対照的に、生活保護情報を提示するセンターは少なく、生活保護情報を判定に勘案しないセンターが6割以上存在した。また扱う疾患圏により、自治体間で回答の傾向に差異の大きいものと、そうでないものがあった。

C-2. 等級判定における不一致に関する研究

全国67の精神保健福祉センターに模擬症例20ケースの等級判定を依頼し、63か所の精神保健福祉センターから回答を得た(回答率94.0%)。いずれの模擬症例においても等級判定が分かれ、1級から3級までのすべての等級に判定が分かれたものも、20症例中6症例あった。自治体間でこのような等級判定のばらつきが認められたことから、各自治体における判定基準に違いがあることが推測された。国の各種通知はあるものの、実際の等級判定には各自治体での独自の等級判定の基準(具体的なものかどうかは定かではないが)もあるのではないかと考えられた。

今回の等級判定シミュレーションの結果を解析する中で特に注目された点として、診断書にどの程度の情報を求めるのか、年齢をどのように扱うか、診断書のどの項目の情報を等級判定上重要視するのか、特にばらつきの目立つ疾患群の扱い、初診年月日および推定発病年月の取り扱いなどが挙げられた。

C-3. 手引き・指針に関する研究

全国67か所のセンターのうち、本研究に関する回答については、62か所から有効な回答が得られた。約9割の自治体では、独自のマニュアルは作成されていなかったが、等級判定に関連した委員間の申し合わせ事項の有無については、約45%の自治体では申し合わせ事項があることが明らかとなった。自治体独自に作成した診断書の記載マニュアルがあるかどうかについては、半数弱の自治体で、それぞれの自治体の診断書作成医療機関に向けた記載上留意すべき点についてのマニュアルを作成していることが明らかになった。

またアンケート調査とは別に、今後、等級判定業務に有効なマニュアルを作成するためには、現在、各自治体で参考にされている厚生労働省の通知や他の研究報告書等との整合性について確認する必要があるため、関連する資料の整理を行った。

D. 考察

等級判定の実態に関するアンケート調査からは、来年度以降の作業について以下のような方向性が示された。来年度、等級判定マニュアルの原案を作成するに当たって、「認知症を手帳の対象とするか」、「パーソナリティ障害を手帳の対象とするか」といった、大多数のセンターの判定方針が一致している命題に関しては、大多数のセンターに共通している判定方針に沿った方向でマニュアル原案を策定することになる。一方で、「飲酒を認めるアルコール依存症や薬物使用を認める薬物依存症を、等級判定の対象としているか否か」や「『神経症』を主病名とする精神障害者保健福祉手帳の診断書を認めるか」のような、自治体によって等級判定の方針の相違が目立つ領域については「多数意見に従う」という単純なマニュアル策定は不可能であろう。したがってこれらの領域に関しては、各領域の専門家の等級判定に関する意見も参考にして、整合性のある等級判定方針を作る作業が必要である。

また模擬症例に対する等級判定シミュレーションの結果からは、以下のようないくつかの具体的な検討課題が浮かび上がった。

- 1) 診断書に記載すべき情報としてどこまで求めるのか
- 2) 年齢の扱い
- 3) どの項目の情報を重視するか
- 4) ばらつきの目立つ疾患の存在
- 5) 初診年月日、推定発病時期の捉え方

来年度の等級判定マニュアル原案の策定においては、これらの検討課題について、一定の指針を示す必要がある。

E. 結論

全国67か所の精神保健福祉センターに、精神障害者保健福祉手帳によって利用できる制度および精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実際と判定方針についてアンケート調査を実施した。その中で、各自治体における独自の等級判定マニュアルの有無などについても確認した。また、同時に20例の模擬症例を提示して、等級判定のシミュレーションを実施した。

精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な制度については各自治体によってかなりの差異があった。また等級判定の現状と等級判定方針については、自治体間でばらつきの少ない項目と、ばらつきの大きい項目に分かれていた。模擬症例による等級判定シミュレーションの結果にも、かなりのばらつきが認められた。

来年度の等級判定マニュアル原案の作成においては、これらの結果を踏まえて「障害者福祉」の基本的なツールとして整合性のある等級判定基準の策定を試みたい。

研究分担者名	所属機関	職名
太田 順一郎	岡山市こころの健康センター	所長
山崎 正雄	高知県立精神保健福祉センター	所長
黒田 安計	さいたま市こころの健康センター	所長

研究協力者

宮地 伸吾

：北里大学医学部精神科学・助教

A. 研究目的

平成7年に創設された精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」）の制度は、平成14年度から、全国都道府県・政令指定都市において行われている。手帳の障害等級の判定は、「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号厚生省保健医療局長通知）において、障害等級の判定基準が示されている。また、「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」（平成7年9月12日健医発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知）、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項」（平成7年9月12日健医発第45号厚生省保健医療局精神保健課長通知）に則って、各都道府県・政令指定都市において手帳の判定業務が行われている。

手帳の制度は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）によって規定された国内共通の制度でありながら、各都道府県・政令指定都市ごとに、その判定に差異があることはこれまでも指摘されてきた。平成16年度～17年度

にかけて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かたに関する研究」（主任研究者：白澤英勝）が行われ、精神保健福祉法第45条判定事務に関わる全国アンケート調査、全国の審査判定会議における模擬症例10例の模擬判定調査、手帳所持者100人を対象にした手帳に関する評価の調査などを実施している。この研究の結果として、審査判定機関間に等級判定に関して「差異」が見られ、かつこの「差異」が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ることが報告され、手帳の診断書様式の見直しを含め、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の必要性が指摘されていた。

また、平成23年、「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正について」（平成23年1月13日障発0113第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、「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」、「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」、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項」などの手帳に関する各種通知が改正され、平成23年4月1日から適用されている。手帳の診断書様式も改正され、平成23年4月1日から

は、発達障害や高次脳機能障害に関する情報を得やすくした新たな診断書様式となり、さらに、生活能力の状態について具体的な程度・状態等について記載する欄が新たに設けられるなどの改正がされている。

そうした改正を踏まえ、本研究は精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアルを新たに策定することを目指している。今年度はそのために必要な基礎資料を、全国の精神保健福祉センターを対象としたアンケート調査、模擬症例の等級判定シミュレーション、現在等級判定に使用されている手引き・指針の調査、などによって得ることとした。

B. 研究方法

B-1. 等級判定業務の実態に関する研究

精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国 67 か所の精神保健福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。内容は二部に分かれており、第 1 部では、各自治体において、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な自治体ごとの制度について訊ねた。また第 2 部では、各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について訊ねた。

(倫理面への配慮)

本調査においては、基本的に個人情報は扱わない。各自治体の精神障害者保健福祉手帳により利用可能な制度に関する情報および、精神障害者保健福祉手帳の等級判定に関する判定会議委員(各精神保健福祉センター長および担当者を含む)の等級判定における現状、方針を訊ねたものである。しかし、自由記載部分に対する回答において個人情報に関わる内容が記載されている可能性もあるため、報告において個人情報に触れることがないように十分に配慮した。また、北里大学医学部倫理委員会に研究申請書を提出し、同委員会の承認を受けている。

B-2. 等級判定における不一致に関する研究

研究班メンバーによって 20 ケースの模擬症例(統合失調症 4 例、発達障害 7 例、高次脳機能障害(器質性精神障害) 4 例、神経症性障害 1 例、気分障害 4 例)を作成し、それを同時期(平成 24 年 12 月～平成 25 年 1 月)の全国 67 都道府県・政令指定都市の審査判定会議にかけて等級判定してもらい「等級判定シミュレーション」を依頼した。模擬症例ごとに、「1 級判定」「2 級判定」「3 級判定」「非該当」「保留(照会)」「保留(返戻)」のいずれかに判定してもらい、その判定結果及び判定理由、コメントを回収した。各模擬症例について、その判定理由(自由記載)を、また非該当の場合にはその理由(自由記載)を、保留(照会)・保留(返戻)の場合にはその内容(1. 申請者に診断書を返戻する、2. 診断書を書いた医師に文書照会して再判定、3. 医師に電話照会して再判定、4. 医師に診断書を返戻する)についても記載を求めた。その他、判定の少数意見やコメント(自由記載)の記載も求めた。その結果を集約・分析した。

(倫理面への配慮)

模擬症例は、架空の想定した症例であり、特定の個人情報とは扱っていない。各都道府県・政令指定都市から回収したデータは厳重に保管し、都道府県・政令指定都市名が特定されないようにする。また、結果を集約・分析した後は、データを廃棄する。

B-3. 手引き・指針に関する研究

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務の実態に関する研究」班と共同で、全国の精神保健福祉センターに対してアンケート調査を行い、等級判定に関して自治体が独自に制定したマニュアル等の有無、等級判定に関連した委員間の申し合わせ事項の有無、自治体独自に作成した診断書の記載マニュアル等の有無について回答を得た。さらに、手帳の判定で問題になりうる点について、アンケートに質問を設定し、全国のセンターにおける判定の現状あるいは傾向についても調査を行った。

C. 研究結果

C-1. 等級判定業務の実態に関する研究

67 施設中 64 施設から回答があり、施設回収率は 95.5%であった。

手帳によって利用できる制度については、各自治体においてかなりの差異があった。入院医療費に関わる医療費補助に関しては「ある」という回答が最も少なかったが、そのうち約 3 分の 2 の自治体においては重度心身障害者医療費助成等で医療費の自己負担分を助成しており、こういった手厚い制度は手帳所持の強い動機となりうると考えられた。通院医療費補助に関しては、自立支援医療費の支給によって自己負担が軽減されることから自治体独自の制度については限定的役割と考えられるが、入院医療費の補助を積極的に行っている自治体の多くは通院に関わる医療費補助制度についても同様に助成を行っていた。等級判定の実態と判定方針についても、項目によっては自治体間で大きな違いが認められた。例えば、等級判定において、診断書のどの項目を重要と考えるかに関しては、⑥-2「日常生活能力の判定」、⑥-3「日常生活能力の程度」を重要と考えるという回答が多かったが、この 2 つの欄の記載に乖離がある場合の判定方針については、自治体ごとの考え方はさまざまであった。主病名に関する考え方についても、ICD-10 の診断名をどの程度重視するかや、状態像診断や慣用的診断名の取り扱いに関して、自治体間での考え方の違いが目立っていた。また、判定の際に既存の等級を提示し、等級が判定に勘案するセンターが多かったのと対照的に、生活保護情報を提示するセンターは少なく、生活保護情報を判定に勘案しないセンターが 6 割以上存在した。また扱う疾患圏により、自治体間で回答の傾向に差異の大きいものと、そうでないものがあった。例えば「認知症を手帳の対象とするか」という設問に対しては 95%のセンターが「対象とする」と回答しており、「対象としない」と回答したセンターは 1 か所のみであった。それ

以外でも、「パーソナリティ障害を手帳の対象とするか」という設問に対しては 77%のセンターが「対象とする」としており、「合併精神障害が読み取れば可」、「種類により対象」などの条件付きで認めるものを含めればほとんどのセンターが対象として認めていて、「対象としない」と回答したセンターは 2%に過ぎなかった。一方で、例えば「飲酒を認めるアルコール依存症や薬物使用を認める薬物依存症を、等級判定の対象としているか否か」という設問に対しては、「対象としている」「対象としない」「場合によっては対象とすることもある」の 3 者がほぼ同数で、それぞれがほぼ 3 分の 1 を占めていた。また、『『神経症』を主病名とする精神障害者保健福祉手帳の診断書を認めるか」という設問に対しては、「判定の対象とする」が 27%、「ICD コードが正しければ対象とする」が 43%、「原則として認めない」が 27%であり、「神経症」という診断名についての自治体による等級判定方針の差異はかなり大きなものであった。

C-2. 等級判定における不一致に関する研究

全国 67 の精神保健福祉センターに模擬症例 20 ケースの等級判定を依頼し、63 か所の精神保健福祉センターから回答を得た（回答率 94.0%）。いずれの模擬症例においても等級判定が分かれ、1 級から 3 級までのすべての等級に判定が分かれたものも、20 症例中 6 症例あった。自治体間でこのような等級判定のばらつきが認められたことから、各自治体における判定基準に違いがあることが推測された。国の各種通知はあるものの、実際の等級判定には各自治体での独自の等級判定の基準（具体的なものかどうかは定かではないが）もあるのではないかと思われた。

今回の等級判定シミュレーションの結果を解析する中で特に注目された点として、診断書にどの程度の情報を求めるのか、年齢をどのように扱うか、診断書のどの項目の情報を等級判定上重要視するのか、特にばらつきの目立つ疾患群の扱い、

初診年月日および推定発病年月の取り扱い、などが挙げられた。

C-3. 手引き・指針に関する研究

全国 67 か所のセンターのうち、本研究に関する回答については、62 か所から有効な回答が得られた。「精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務の実態に関する研究」班と共同で行ったアンケート調査のうち本研究に関する設問は、等級判定に関して自治体が独自に制定したマニュアル等の有無、等級判定に関連した委員間の申し合わせ事項の有無、自治体独自に作成した診断書の記載マニュアル等の有無、などである。

等級判定に関して自治体が独自に制定したマニュアル等については、「ある」という回答が 7 件、「ない」という回答が 53 件、未記入が 2 件であり、約 9 割の自治体では、独自のマニュアルは作成されていなかった。等級判定に関連した委員間の申し合わせ事項の有無については、「ある」が 27 件、「ない」が 33 件、その他が 2 件であり、約 45%の自治体では申し合わせ事項があることが明らかとなった。委員間の申し合わせ事項に関する設問では、「申し送りとして記録に残している」が 12 件、「文書化している」が 5 件、その他が 12 件であり、その他としては、「年に 1 回全体会を開催し、審査において問題、話題となった事柄について話し合いを設けている」、「委員間で度々確認しあう」、「判定委員の交代の際に、申し送り事項として説明」、「成文化はしていない慣習がある」、「引き継ぎの際に口頭で伝達」などの記載があった。自治体独自に作成した診断書の記載マニュアルがあるかどうかについては、「ある」が 26 件、「ない」が 31 件、その他が 5 件であった。その他に記載されたものとしては、「記載上の留意事項をまとめたものがある」、「診断書裏面に『記入にあたって留意すべき事項』を印刷している」、「『診断書作成時の注意事項』として、保留になるケースについてHP上に掲載」などがあった。半数弱の自治体で、それぞれの自治体の診

断書作成医療機関に向けた記載上留意すべき点についてのマニュアルを作成していることが明らかになった。

またアンケート調査とは別に、今後、等級判定業務に有効なマニュアルを作成するためには、現在、各自治体で参考にされている厚生労働省の通知や他の研究報告書等との整合性について確認する必要があるため、関連する資料の整理を行った。その結果、一般に、等級判定業務の拠り所とされている通知等には以下のものがあげられた。

①「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正について」(平成 23 年 1 月 13 日 障発 0113 第 1 号厚生労働社会・援護局障害保健福祉部長通知)

②「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の一部改正について」(平成 23 年 3 月 3 日 障発 0303 第 1 号 各都道府県知事指定都市市長宛 障害保健福祉部長通知)

③「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項についての一部改正について」(平成 23 年 3 月 3 日 障精発 0303 第 1 号 各都道府県知事指定都市市長宛 精神・障害保健課長通知)

④「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の一部改正について」(平成 23 年 3 月 3 日 障精発 0303 第 2 号 各都道府県知事指定都市市長宛 精神・障害保健課長通知)

⑤日本公衆衛生協会編「精神障害者保健福祉手帳の手引き(診断書作成・障害等級判定マニュアル)」

また、発達障害に関しては、

⑥厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究(主任研究者 奥山 眞紀子)平成 19-21 年度 総合研究報告書(総括・分担)「発達障害の診断の妥当性を検証し、臨床家向けガイドライン提案」が報告されている(資料として再掲)。

D. 考察

まず、等級判定の実態に関するアンケート調査からは、来年度以降の作業について以下のような方向性が示された。

来年度、等級判定マニュアルの原案を作成するに当たって、「認知症を手帳の対象とするか」、「パーソナリティ障害を手帳の対象とするか」といった、大多数のセンターの判定方針が一致している命題に関しては、大多数のセンターに共通している判定方針に沿った方向でマニュアル原案を策定することになるであろう。

一方で、「飲酒を認めるアルコール依存症や薬物使用を認める薬物依存症を、等級判定の対象としているか否か」や「『神経症』を主病名とする精神障害者保健福祉手帳の診断書を認めるか」のような、自治体によって等級判定の方針の相違が目立つ領域については「多数意見に従う」という単純なマニュアル策定は不可能であろう。したがってこれらの領域に関しては、来年度中のマニュアル原案の策定に当たって、あらためて全国のセンターのセンター長および担当者に等級判定における基本的な判定基準（に関する考え方）を確認すると同時に、各領域（依存症、認知症、発達障害、児童・青年期、高次脳機能障害、気分障害、パーソナリティ障害など）の専門家の等級判定に関する意見を求め、それらの意見を反映させていく必要があるだろう。

次に、模擬症例に対する等級判定シミュレーションの結果からは、以下のようないくつかの具体的な検討課題が浮かび上がった。

まず、診断書に記載すべき情報としてどこまで求めるのか、という問題である。診断書をどこまで詳細に検討して確認するかについては、自治体によって若干の温度差があった。例えば、発達障害について、ICD コードを4桁まで求めるとする自治体もあった。また、発達歴や検査所見など厳しくチェックすることで、そもそもの「診断」に対しての疑義から判定を保留し、返戻などの形で

詳細を求めるとするところもあった。高次脳機能障害についても、何をもって手帳の対象とするか、検査所見を含め病状・状態像の具体的な記述をどう判断するかは自治体によって判断が分かれていた。どこまで詳細に診断書を確認するか、記載すべき情報をどこまで求めるかを見直す必要がある。

年齢の扱いも重要な検討課題である。特に発達障害の場合、年齢をどう考慮するか、また将来の改善の可能性をどう加味するかなどでも等級判定が揺らぐ可能性が示唆される結果となった。診断書の⑤生活能力の状態には、「児童では年齢相応の能力との比較の上で判断する」とされているが、「発達」をどのようにとらえるか、障害の固定をどのように考えるかでも判定の結果が変わっていた。また、治療歴があまりなく、大人になって、またはある程度年齢が高くなってから初めて手帳の診断書の取得をきっかけとして精神科医療機関を訪れたような発達障害者をどう判断するかも検討すべき課題である。

平成16年度の白澤班研究において、等級判定のばらつきの要因として、「生活能力の状態」の「日常生活能力の判定」と「日常生活能力の程度」のいずれを重視して判定しているか、総合的にどう判断するか各自治体の判定会議での判断の方法によって差異が出ていることが指摘されていたが、今回の調査でも同様の結果であった。新たな診断書様式では、⑥「生活能力の状態」については、⑦に、⑥の具体的な程度・状態等について記載する欄が新たに設けられ、これまで⑥-2「日常生活能力の判定」、⑥-3「日常生活能力の程度」のどこに○をつけられているかだけでは不十分だった情報の追加記載が可能となっている。しかし、各自治体間の判定の不一致の解消には至っていない。また、同じ⑥、⑦から（または⑤、⑥、⑦から）判断したとされながらも、自治体が違えば異なる等級に判定される結果となっている。各自治体によって異なる判定基準になっているものと推測される。新たな診断書様式に追

加された詳細な情報をどう判定に結びつけるかの具体的な指標、ばらつきの生じない判定基準を示すことが必要であろう。

疾患により、特に等級判定のばらつきが大きいと思われるものもあった。今回の模擬症例シミュレーションで「解離性障害」を提示したところ等級判定が1級から3級までばらつく結果となった。神経症性障害、特に症状に変動があり、障害の固定をどう判断するか悩ましいものに対する等級判定の難しさがある。疾患特性・障害特性を踏まえた具体的な判定基準・指標の作成が必要であろう。気分障害（感情障害）に関しても、症状の変化もあるため、症状としてとらえるのか生活能力の障害としてとらえるのかでも判断が迷うところである。具体的な等級判定の基準・指標が必要である。

初診年月日、推定発病時期についても重要な検討課題と言える。例えば平成23年度の厚生労働省課長通知では、「推定発病時期については、最初に症状に気づかれた時期を原則とするが、発達障害等明らかに出生直後からの問題に付随した場合は、出生時を推定発病時期と記入する。高次脳機能障害の場合は、発症の原因となった疾患の発症日を記入する。」と明記されている。しかし、高次脳機能障害では「精神障害」の発病時期がいつからなのか、「精神障害」の初診は原因となった疾患の急性期症状を脱したあとで初めて精神科医療機関等で診断された日なのか、それとも原因となった疾患で初めて医師の診療を受けた日なのかについて、まだまだ混乱した診断書にも出会う。今回の模擬症例での等級判定シミュレーションでも、そのような見解の違いがみられた。実際には、発病の原因となった疾患を内科や脳神経外科等で治療を続け、リハビリ等を導入している中途であらためて「精神障害」が明確になる場合などもあり、診断書を記載する医師の側でも迷われるのではないと思われる。これについても今一度の整理が必要かと思われる。

手引き・指針については、今回の調査では自治

体独自の等級判定のための指針・マニュアルを作成しているセンターは少なかった。一方で、等級判定に関連した委員間の申し合わせ事項の有無については、回答があった自治体の約45%では申し合わせ事項があることが明らかとなった。また、診断書の記載上の留意事項については、半数弱の自治体で、何かしらの情報提供を行っていることが明らかになった。

診断書の改定に伴い、厚生労働省からの通知等を基に、各自治体で診断書の記載上の留意事項についてはかなり情報提供がなされているが、一方で、等級判定については、委員間の申し合わせ事項にとどまっており、運用上の詳細に踏み込んで自治体独自のマニュアル・指針を作成しているところは少ない。来年度等級判定マニュアルの策定にあたっては、今年度行ったアンケート調査および等級判定シミュレーションの結果を基に、一歩踏み込んだ等級判定基準を提示することが求められる。

E. 結論

全国67か所の精神保健福祉センターに、精神障害者保健福祉手帳によって利用できる制度および精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実際と判定方針についてアンケート調査を実施した。また、同時に20例の模擬症例を提示して、等級判定のシミュレーションを実施した。

精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な制度については各自治体によってかなりの差異があった。また等級判定の現状と等級判定方針については、自治体間でばらつきの少ない項目と、ばらつきの大きい項目に分かれていた。模擬症例による等級判定シミュレーションの結果にも、かなりのばらつきが認められた。

来年度の等級判定マニュアル原案の作成においては、これらの結果を踏まえて「障害者福祉」の基本的なツールとして整合性のある等級判定基準の策定を試みたい。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特になし。

I. 参考文献

- 1) 白澤英勝、平成 16 年度－17 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」総合研究報告書、平成 18 年（2006）3 月

- 2) 「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」、平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1132 号、各都道府県知事宛、厚生省保健医療局長通知
- 3) 「障害等級判定基準」、平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1133 号、各都道府県知事宛、厚生省保健医療局長通知
- 4) 「障害等級の基本的なとらえ方」、平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1133 号、各都道府県知事宛、厚生省保健医療局長通知
- 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）長宛、厚生省保健医療局精神保健課長通知
- 6) （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. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
平成 24 年度分担研究報告書

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究
（研究代表者 宮岡 等）

精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務の実態に関する研究

研究分担者 太田 順一郎 岡山市こころの健康センター 所長

研究要旨；本研究は、精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアルを策定するための基礎的な資料として、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な自治体による各種制度を網羅的に把握すること、各自治体における等級判定の実態を把握すること、および各自治体における等級判定方針を把握することを目的としている。

研究方法；全国 67 か所の精神保健福祉センターに対してメールによるアンケート調査を実施した。内容は二部に分かれており、第 1 部では自治体における精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各自治体の制度について質問した。また第 2 部では各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について質問した。

研究結果；67 施設中 64 施設から回答が得られた（施設回収率 95.5%）。手帳によって利用できる制度については、各自治体においてかなりの差異があった。入院医療費に関わる医療費補助に関しては「ある」という回答が最も少なかったが、そのうち約 3 分の 2 の自治体においては重度心身障害者医療費助成等で医療費の自己負担分を助成しており、こういった手厚い制度は手帳所持の強い動機となりうると考えられた。通院医療費補助に関しては自立支援医療費の支給によって自己負担が軽減されることから自治体独自の制度については限定的役割と考えられるが、入院医療費の補助を積極的に行っている自治体の多くは通院に関わる医療費補助制度についても同様に助成を行っていた。等級判定の実態と判定方針についても、項目によっては自治体間で大きな違いが認められた。例えば等級判定において、診断書のどの項目を重要と考えるかに関しては、⑥-2「日常生活能力の判定」、⑥-3「日常生活能力の程度」を重要と考えるという回答が多かったが、この 2 つの欄の記載に乖離がある場合の判定方針については、自治体ごとの考え方はさまざまであった。主病名に関する考え方についても、ICD-10 の診断名をどの程度重視するかや、状態像診断や慣用的診断名の取り扱いに関して、自治体間での考え方の違いが目立っていた。また判定の際に既存の等級を提示し、等級が判定に勘案するセンターが多かったのと対照的に、生活保護情報を提示するセンターは少なく、生活保護情報を判定に勘案しないセンターが 6 割以上存在した。また扱う疾患圏により、自治体間で回答の傾向に差異の大きいものと、そうでないものがあった。例えば「認知症を手帳の対象とするか」という質問に対しては 95%のセンターが「対象とする」と回答しており、「対象としない」と回答したセンターは 1 か所のみであった。それ以外でも、「パーソナリティ障害を手帳の対象とするか」という質問に対しては 77%のセンターが「対象とする」としており、「合併精神障害が読み取れば可」、「種類により対象」などの条件付きで認めるものを含めればほとんどのセンターが対象として認めていて、「対象としない」と回答したセンターは 2%に過ぎなかった。一方で、例えば「飲酒を認めるアルコール依存症や薬物使用を認める薬物依存症を、等級判定の対象としているか否か」という質問に対しては、「対象としている」「対象としない」「場合によっては対象とすることもある」の 3 者がほぼ同数で、それぞれがほぼ 3 分の 1 を占めていた。また、『「神経症」を主病名とする精神障害者保健福祉手帳の診断書を認めるか」という質問に対しては、「判定の対象とする」が 27%、「ICD コードが正しければ対象とする」が 43%、「原則として認めない」が 27%であり、「神経症」という診断名についての自治体による等級判定方針の差異はかなり大きなものであった。

まとめ；精神障害者保健福祉手帳によって利用できる制度については自治体間でかなりの差異があり、等級判定方針についても項目によってはばらつきの大きなものがある。来年度以降の等級判定マニュアルの策定に当たっては、これらの現状を反映させた上で、現実的で整合性のあるマニュアル作りが求められる。

研究協力者

二宮 貴至

：浜松市精神保健福祉センター・所長

井上 雄一郎

：三重県こころの健康センター・所長

A. 研究目的

精神障害者保健福祉手帳は平成7年の精神保健福祉法の改正時に導入された制度である。精神障害者が制度上明確に障害者として福祉的施策の対象と位置付けられたのは平成5年の障害者基本法制定以降であり、その後現在に至るまで身体、知的、精神の三障害に対する障害者福祉制度は三障害一本化の方向で進められてきたが、それぞれの領域における手帳制度を含め、いまだに三障害の福祉施策の一本化は途上にある。

精神障害者保健福祉手帳は、申請者の生活障害の程度により1級、2級、3級の3段階に等級が分けられ、それぞれの自治体において等級判定が実施されている。この等級判定は、制度発足当初は各自治体の精神保健福祉審議会の部会が行っていたが、精神保健福祉法改正により、平成14年以降は各自治体の精神保健福祉センターにおいて実施されることになった。現在全国の精神保健福祉センターで精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施しており、実際の等級判定会議は、精神科医を中心としたメンバーによって運営されることが多いが、判定会議の構成メンバーについても自治体によってかなり違いがある。

精神障害者保健福祉手帳の等級判定は、厚生労働省による各種の通知などを参考にそれぞれ自治体で実施されており、参考にされている通知類としては、平成7年9月の厚生省保健医療局長通知「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」や、厚生省保健医療局精神保健課長通知「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」などがある。

これまで等級判定の基準が自治体によってまちまちであることはつとに指摘されていた。平成16年～17年にも厚生労働科学研究費補助金により「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究（白澤班）」が行われ、そこでも審査判定機関間に等級判定に関して「差異」が見られ、かつこの「差異」が無視し得ない現状にあることが報告されている。

手帳の申請数は年々増加しており、また各自治体において手帳によって利用できる制度も次第に充実してきている。現在のように手帳の等級判定基準が自治体によって差異が認められる現状について、ある程度全国共通の判定基準が必要であるという意見は多い。

このような現状に対して精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアルを策定するため、まず精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な自治体による各種制度を把握し、同時に各自治体における等級判定の実態と判定方針を調査することとした。

B. 研究方法

精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施している全国67か所の精神保健福祉センターに対して、メールによるアンケート調査を実施した。内容は二部に分かれており、第1部では、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各自治体における各種制度について質問した。また第2部では、各自治体における精神障害者保健福祉手帳の等級判定の実態と等級判定方針について質問した。

（倫理面への配慮）

本調査において基本的に個人情報扱わない。各自治体の精神障害者保健福祉手帳により利用可能な制度に関する情報および、精神障害者保健福祉手帳の等級判定に関する判定会議委員（各精神保健福祉センター長および担当者を含む）の等級判定における現状、方針を質問し

た。しかし自由記載部分に対する回答において個人情報に関わる内容が記載されている可能性もあるため、報告において個人情報に触れることがないように十分に配慮した。また北里大学医学部倫理委員会に研究申請書を提出し、同委員会の承認を受けた。

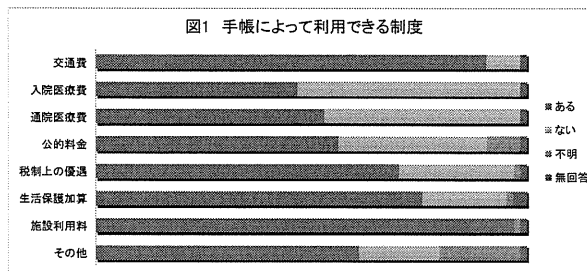
C. 研究結果

67 施設中 64 施設から回答があり、施設回収率は 95.5%であった。以下、各項目に対する回答を集計した結果を報告する。

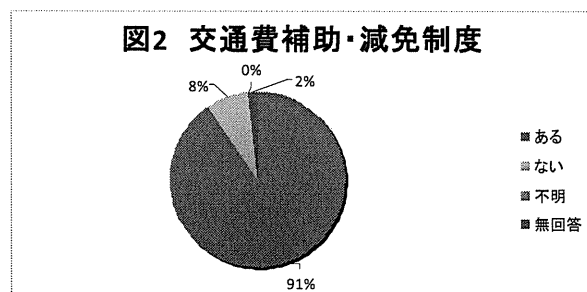
【第 1 部】

【第 1 部—1】手帳によって利用できる制度

各自治体において、精神障害者保健福祉手帳所持者が利用することのできる制度について聞く質問であった。手帳の所持により利用できる制度が多く手厚いほど、手帳申請の動機につながるものと考えられる。例えば、入院医療費に関わる医療費補助に関しては「ある」という回答が最も少なかったが、そのうち約 3 分の 2 の自治体においては重度心身障害者医療費助成等で医療費の自己負担分を助成しており、こういった手厚い制度は手帳所持の強い動機となりうると考えられた。通院医療費補助に関しては自立支援医療費の支給によって自己負担が軽減されることから自治体独自の制度については限定的役割と考えられるが、入院医療費の補助を積極的に行っている自治体の多くは通院に関わる医療費補助制度についても同様に助成を行っていた。公的料金の助成については回答内容の多くはNHK受信料の減免に関するもので、自治体独自の助成については上下水道の助成を行っている自治体が約 1 割であった。税制上の優遇や、生活保護加算については概ね国の基準に基づき行われており、その他の助成については各自治体の地域性や特性に応じた制度を設けていることが窺えた

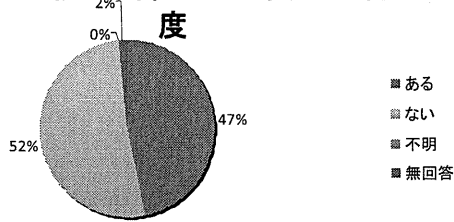


1—1—1, 2. 交通費補助・減免制度に関する質問である。「ある」という回答が 58 件 (90.6%)、「ない」という回答が 5 件 (7.8%)、「不明」0 件 (0.0%)、「無回答」1 件 (1.6%)であった (図 2)。助成の具体的内容については、3 分の 1 の自治体が等級によっては半額以上を助成するオプションを有していた。また他等級に比べて 1 級を優遇している自体他が 4 割、1, 2 級を同等に優遇する自治体が 1 割、3 等級同等の助成を行う自治体が 4 割弱であった。



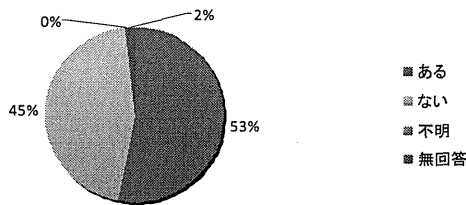
1—1—3, 4. 入院に関わる医療費補助制度に関する質問である。「ある」という回答が 30 件 (46.9%)、「ない」という回答が 33 件 (51.6%)、「不明」0 件 (0.0%)、「無回答」1 件 (1.6%)であった (図 3)。「ある」と回答した自治体のうち、約 3 分の 2 は重度心身障害者医療費助成等で医療費の自己負担分を助成していた。1 級のみを助成している自治体が約 1 割。1, 2 級だけを助成している自治体が約 2 割であった。

図3 入院に関わる医療費補助制度



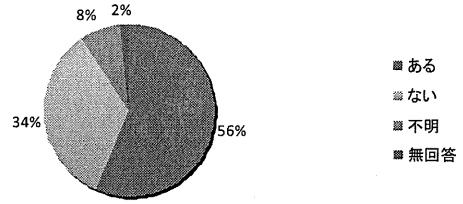
1-1-5, 6. 通院に関わる医療費補助制度に関する質問である。「ある」という回答が 34 件 (53.1%)、「ない」という回答が 29 件 (45.3%)、「不明」0 件 (0.0%)、「無回答」1 件 (1.6%)であった (図 4)。具体的内容についての自由記載からは、入院医療費の補助を積極的に行っている自治体の多くは通院に関わる医療費補助制度についても同様に助成を行っていることが分かった。1 級のみを助成している自治体は 1 割強、1, 2 級だけを助成する自治体が 1 割であった。

図4 通院に関わる医療費補助制度



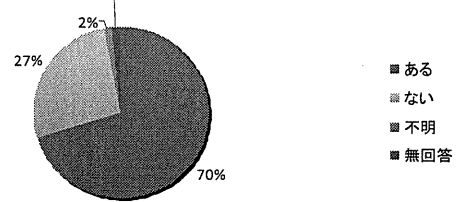
1-1-7, 8. 公共料金の支払い減免制度に関する質問である。「ある」という回答が 36 件 (56.3%)、「ない」という回答が 22 件 (34.4%)、「不明」5 件 (7.8%)、「無回答」1 件 (1.6%)であった (図 5)。具体的内容についての自由記載は、内容の多くが NHK の受信料について減免されるというもので、自治体独自の助成については上下水道の助成を行っているという回答が約 1 割見られる程度であった。

図5 公的料金の支払い減免制度

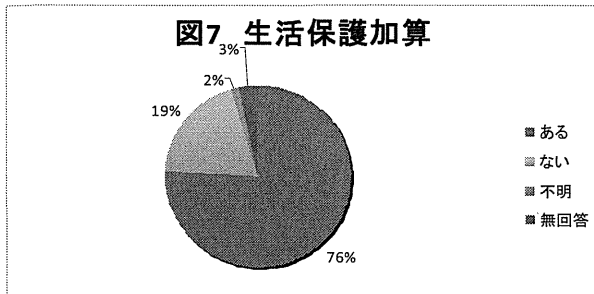


1-1-9, 10. 各自治体における税制上の優遇措置に関する質問である。「ある」という回答が 44 件 (70.3%)、「ない」という回答が 17 件 (26.6%)、「不明」1 件 (1.6%)、「無回答」1 件 (1.6%)であった (図 6)。その内容については、所得税・住民税の特別障害者控除、相続税の控除、贈与税の控除 (特別障害者)、自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免などがあげられていた。

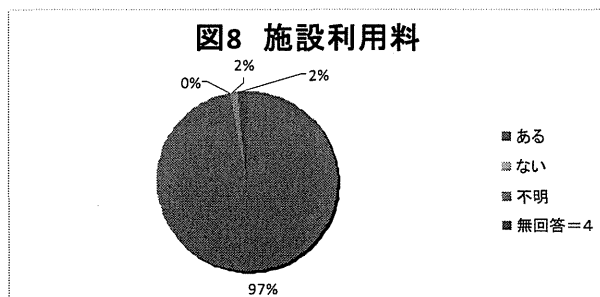
図6 税制上の優遇



1-1-11, 12. 生活保護費等の加算に関する質問である。「ある」という回答が 46 件 (75.8%)、「ない」という回答が 12 件 (19.4%)、「不明」1 件 (1.6%)、「無回答」2 件 (3.2%)であった (図 6)。生活保護費の加算については各自治体とも国の基準に基づき行われており、「ない」という回答については自治体独自に定める加算として回答されている。「ある」という回答内容も概ね国の基準に基づき行っていると考えられるものであった。

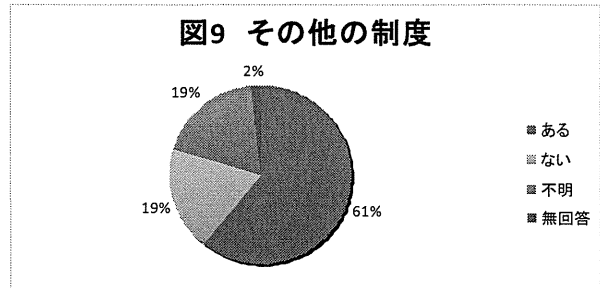


1-1-13, 14. 施設利用料等の減免・助成に関する質問である。「ある」という回答が 62 件 (96.9%)、「ない」という回答が 0 件 (0%)、「不明」1 件 (1.6%)、「無回答」1 件 (1.6%) であった (図 6)。公立のスポーツ施設、文化施設、遊興施設、観光施設等の利用料が減免され、多くは等級の別なく助成が行われていたが、公営駐車場利用料の減免を行っている自治体に関しては 1 級のみ助成しているとの回答も半数ほどみられた。



1-1-15, 16. その他の助成に関する質問である。「ある」という回答が 39 件 (60.9%)、「ない」という回答が 12 件 (18.8%)、「不明」12 件 (18.8%)、「無回答」1 件 (1.6%) であった (図 9)。その内容は、公営住宅への入居選考時の優遇と家賃の特別減額、駐車禁止除外指定車標章の交付、障害者福祉手当、生活福祉資金貸付、在宅重度障害者介護金、保育料の軽減、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、大型ごみ搬出支援、家庭ごみ収集、有料指定ゴミ袋の交付、図書郵送貸出、自動車運転免許取得の助成、インフルエンザ予防接種代金の補助、健康診査料金の無料化、手帳申請用診断書料の助成、紙おむつ支給、日常

生活用具費の支給、福祉バスの運行、配食サービス、日常生活用具の給付、雪下ろし費用の助成、寝具乾燥および水洗サービス、指定宿泊施設の宿泊料一部助成、成年後見制度利用支援、ホームヘルプサービス (自治体単独助成) などで、各自治体の実情に合わせた多彩な助成がみられた。



【第1部-2】返戻、照会、非該当

精神障害者保健福祉手帳の判定において保留 (返戻、照会) や非該当となる様々な要因を調査するため、以下の質問では各自治体での平成 24 年 1 月 2 月 14 日から 1 ヶ月間の判定会議において保留および非該当とされた件数について、主治医の専門分野別、疾患圏別、診断書の記載項目別に調査を行った。疾患圏については、ICD-10 の診断分類に沿って、F0-F9 および G40 とした。診断書の記載項目については、新しい診断書書式に従い、①病名、②初診年月日、③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、④現在の病状、状態像等、⑤④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等、⑥-1 現在の生活環境、⑥-2 日常生活能力の判定、⑥-3 日常生活能力の程度、⑦⑥の具体的程度、状態等、⑧現在の障害福祉等のサービスの利用状況とした。

主治医の専門分野別の質問では、各診療科における診断書記載の実態を評価するため、診療科別に保留や非該当となる割合を調査した。精神科と精神科以外の診療科を比較した場合、精神科以外の診療科が占める保留の割合は 26.0%、非該当の割合は 30.3%であった。また精神科以外の診療科の中では、脳神経外科と神経内科において保留や非該当となっている件数が多かった。疾患圏別の保

留件数の多い疾患圏は順に F2:223 件 (23.3%)、F3:207 件 (21.6%)、G40:155 件 (16.2%)、F0:114 件 (11.9%) であった。非該当件数の多い疾患圏は順に F3:63 件 (35.2%)、G40:36 件 (20.1%)、F4:19 件 (10.6%)、F2:18 件 (10.1%) であり、全疾患圏に占める F3 の割合の高さが目立った。保留となった診断書の記載項目は、多い順に、①病名 200 件 (14.1%)、④現在の病状、状態像等 176 件 (12.4%)、⑥-2 日常生活能力の判定 161 件 (11.4%)、⑦⑥の具体的程度、状態等 161 件 (11.4%) の順であったが、目立って保留件数の多い記載項目はなく、概ね均等であった。また、非該当となった診断書の記載項目は多い順に、⑥-2 日常生活能力の判定 62 件 (18.5%)、⑥-3 日常生活能力の程度 62 件 (18.5%)、⑤④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 44 件 (13.1%)、④現在の病状、状態像等 41 件 (12.2%)、の順であり、実際の判定上は、やはり精神症状の評価と日常生活能力の評価が重視されていることが窺われた。

1-2-1. 当該期間における判定会議において「保留 (返戻、照会)」となったものについて、主治医の専門分野別に件数を質問した。精神科の保留件数は 697 件 (74.0%) だったのに対し、精神科以外の診療科における保留件数の総計は 245 件 (26.0%) であった (図 10)。また、精神科以外の診療科については心療内科 33 件 (13.5%)、脳神経外科 57 件 (23.3%)、神経内科 57 件 (23.3%)、小児科 19 件 (7.8%)、整形外科 0 件 (0.0%)、一般内科 26 件 (10.6%)、リハビリ科 8 件 (3.3%)、その他 45 件 (18.4%) であった (図 11)。

図10 保留:精神科と精神科以外の割合

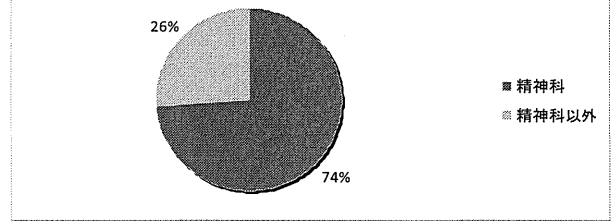
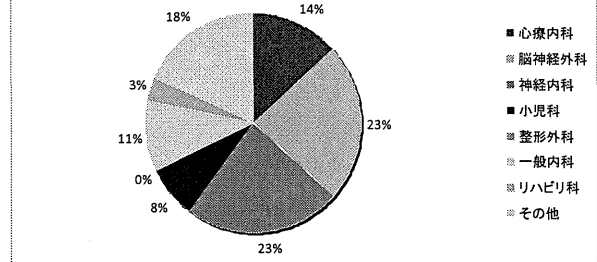


図11 保留:精神科以外の診療科別



1-2-2. 当該期間における判定会議において「非該当」となったものについて、主治医の専門分野別に件数を質問した。精神科の非該当件数は 124 件 (69.7%) だったのに対し、精神科以外の診療科における非該当件数の総計は 54 件 (30.3%) であった (図 12)。また、精神科以外の診療科については心療内科 4 件 (7.4%)、脳神経外科 17 件 (31.5%)、神経内科 11 件 (20.4%)、小児科 2 件 (3.7%)、整形外科 0 件 (0.0%)、一般内科 2 件 (3.7%)、リハビリ科 5 件 (9.3%)、その他 13 件 (24.1%) であった (図 13)。

図12 非該当:精神科と精神科以外の割合

