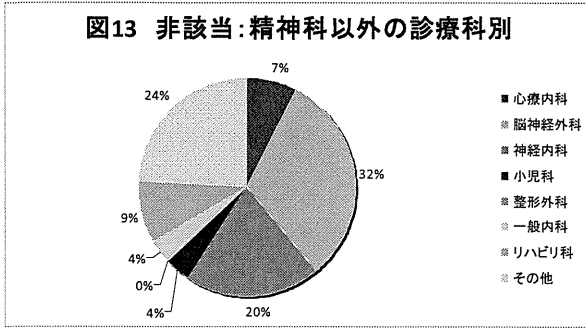
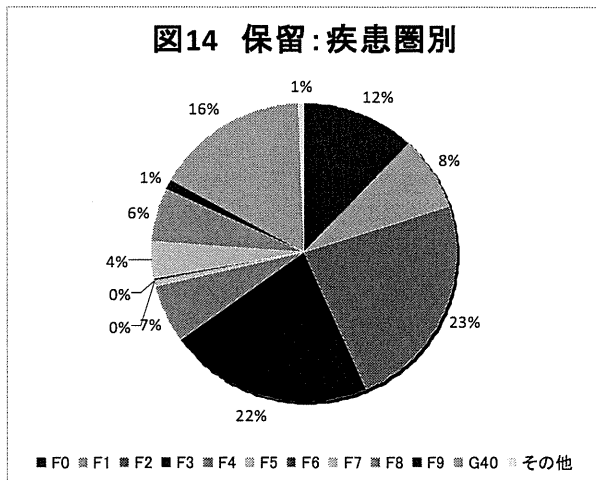


図13 非該当:精神科以外の診療科別



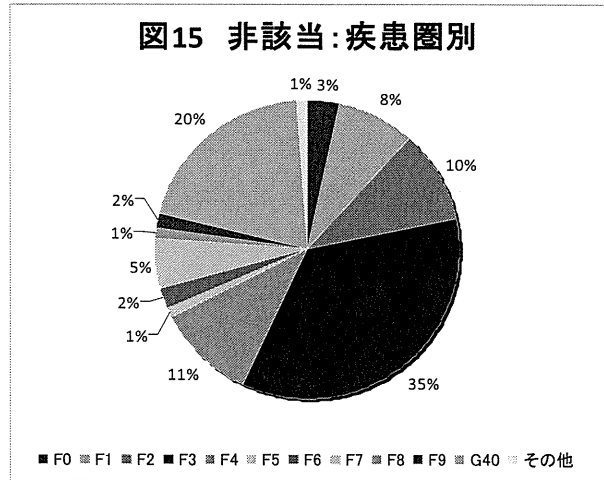
1-2-3. 当該期間における判定会議において「保留(返戻、照会)」となったものについて、患者の疾患圏別に件数を質問した。F0:114件(11.9%)、F1:78件(8.1%)、F2:223件(23.3%)、F3:207件(21.6%)、F4:63件(6.6%)、F5:4件(0.4%)、F6:3件(0.3%)、F7:36件(3.8%)、F8:56件(5.8%)、F9:13件(1.4%)、G40:155件(16.2%)、その他:6件(0.6%)であった(図14)。

図14 保留:疾患圏別



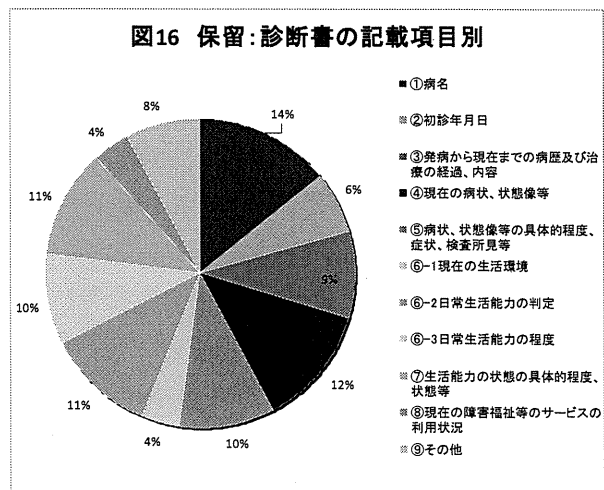
1-2-4. 当該期間における判定会議において「非該当」となったものについて、患者の疾患圏別に件数を質問した。F0:6件(3.4%)、F1:15件(8.4%)、F2:18件(10.1%)、F3:63件(35.2%)、F4:19件(10.6%)、F5:2件(1.1%)、F6:4件(2.2%)、F7:9件(5.0%)、F8:2件(1.1%)、F9:3件(1.7%)、G40:36件(20.1%)、その他:2件(1.1%)であった(図15)。

図15 非該当:疾患圏別



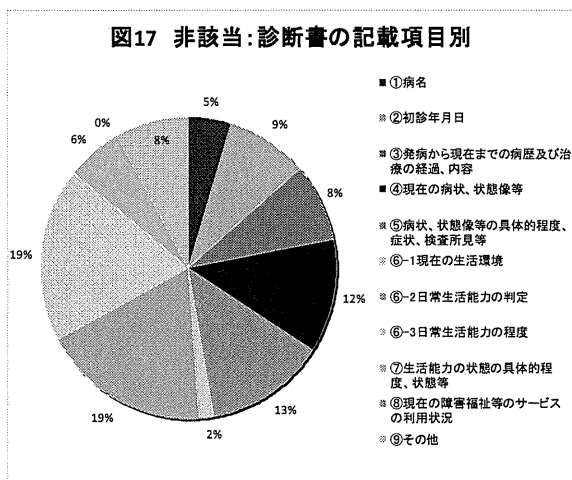
1-2-5. 当該期間における判定会議において「保留(返戻、照会)」となった診断書の記載について、項目別に件数を質問した。①病名 200件(14.1%)、②初診年月日 90件(6.4%)、③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 132件(9.3%)、④現在の病状、状態像等 176件(12.4%)、⑤④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 139件(9.8%)、⑥-1現在の生活環境 56件(4.0%)、⑥-2日常生活能力の判定 161件(11.4%)、⑥-3日常生活能力の程度 135件(9.5%)、⑦⑥の具体的程度、状態等 161件(11.4%)、⑧現在の障害福祉等のサービスの利用状況 56件(4.0%)、⑨その他 109件(7.7%)であった(図16)。

図16 保留:診断書の記載項目別



1-2-6. 当該期間における判定会議において

「非該当」となった診断書の記載について、項目別に件数を質問した。①病名 16 件 (4.8%)、②初診年月日 30 件 (8.9%)、③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 28 件 (8.3%)、④現在の病状、状態像等 41 件 (12.2%)、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%)、⑥-1 現在の生活環境 5 件 (1.5%)、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%)、⑦⑥の具体的程度、状態等 21 件 (6.3%)、⑧現在の障害福祉等のサービスの利用状況 0 件 (0%)、その他 27 件 (8.0%) であった (図 17)。



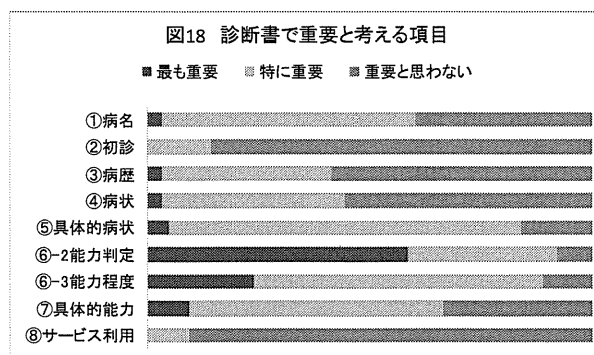
## 【第2部】

### 【第2部-1】診断書の項目

以下の質問では、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を実際に行う上での問題点等に関する総論部分について質問した。診断書の項目については、新しい診断書様式に従って、①病名、②初診年月日、③発病から現在までの病歴および治療の経過、内容、④現在の病状、状態像、⑤④の病状、状態等の具体的程度、症状、検査所見等、⑥生活能力の状態 (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。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。

2-1-1. 等級判定において、診断書のどの項目を重要考えるかに関する質問である。特に重要と思われる項目を複数回答可能として選択してもらい、最も重要と考える項目を1つ回答してもらった。特に重要と思われる項目 (最も重要とあわせて) としては、⑥-2 能力判定を選んだのが 58 件 (92.1%) と最も多く、次いで⑥-3 能力程度が 56 件 (88.9%)、⑤具体的病状が 53 件 (84.1%)、⑦具体的能力 42 件 (66.7%)、①病名 38 件 (60.3%) となった (図 18)。最も重要と思われる項目としては、⑥-2 能力判定が 37 件 (58.7%) と最も多く、次いで⑥-3 能力程度が 15 件 (23.8%)、⑦具体的能力が 6 件 (9.5%) となった (図 18)。

このように、⑥-2、⑥-3 は特に重要、最も重要と考えるセンターが多いことが判明した。

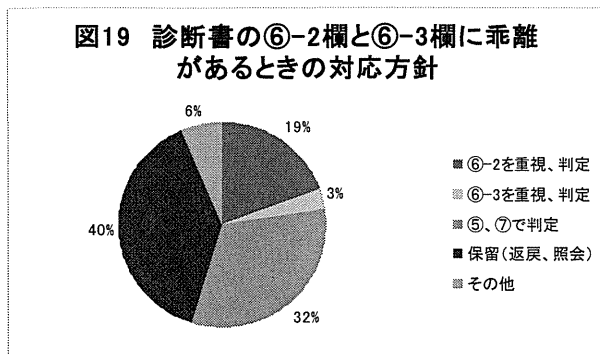


2-1-2. 診断書の⑥-2 欄と⑥-3 欄の記載内容に乖離があるかどうかについて質問した。乖離があると感じたセンターは 62 件 (98.4%)、感じたことのないセンターは 1 件 (1.6%) であった。ほぼすべてのセンターで乖離を感じていることになる。

2-1-3. 上の質問に関連して、診断書の⑥-2 欄と⑥-3 欄の記載内容に乖離があると感じたときの対応方針について質問した。「保留 (返戻、照会) とする」が 24 件 (38.7%) と最も多い (図 19)。

「⑤欄、⑦欄などを参考にして判定する」が 20 件 (32.3%)、「⑥-2 欄の記載を重視して判定する」が 12 件 (19.4%)、「⑥-3 欄の記載を重視して判定する」が 2 件 (3.2%) のように合計すると 34 件

(54.8%) と半数以上のセンターは保留（返戻、照会）せずに等級判定を行っていた（図19）。



①⑥-2 欄の記載を重視して判定する 12 件 ②⑥-3 欄の記載を重視して判定する 2 件 ③⑤欄、⑦欄などを参考にして判定する 20 件 ④保留（返戻、照会）とする 24 件 ⑤その他 4 件  
※その他が4件であり、そのうち2件の内容は以下のものであった。

- ・⑤欄、⑦欄などを参考にして判定するが、保留もありうる。

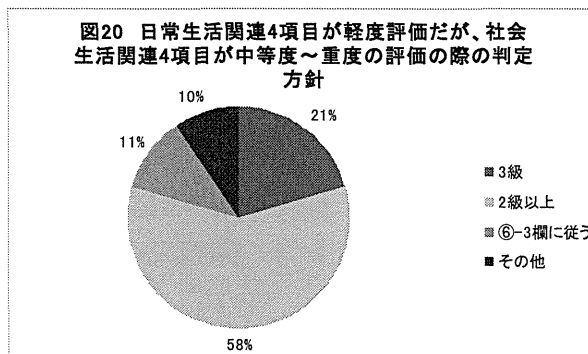
- ・⑥-2 欄の記載を重視しつつ、⑤欄、⑦欄などを参考にして判定する。

### 【第2部—2】判定基準・方針・8項目

以下の質問では、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を実際に行うときの判定基準や方針について調査した。診断書の「⑥-2 日常生活能力の判定」の欄にある8項目のうち、日常生活に関するものが(1)(2)(3)(6)の4項目、社会生活に関するものが(4)(5)(7)(8)の4項目である。施行令第6条では、等級判定の基準として、2級については「日常生活が著しい制限を受ける程度」、3級については「日常生活若しくは社会生活が制限を受ける程度」としているため、以下の質問では「⑥-2 日常生活能力の判定」欄の8項目に関して調査した。

**2-2-1. 日常生活関連4項目は「できる」または「おおむねできる」と軽度の評価であるが、社会生活関連4項目が「援助があればできる」と中等度～重度の評価になっている場合の判定方針を質問した。**37件(58.7%)が「2級以上の判定

もありうる」と回答した(図20)。このことから、社会生活が著しい制限を受けていれば日常生活の制限が著しくなくても2級以上と判断するセンターが多い、ということが示された。



①3級と判定する 13 件 ②2級以上の判定もありうる 37 件 ③⑥-3 欄の「日常生活能力の程度」の判定に従う 7 件 ④その他 6 件

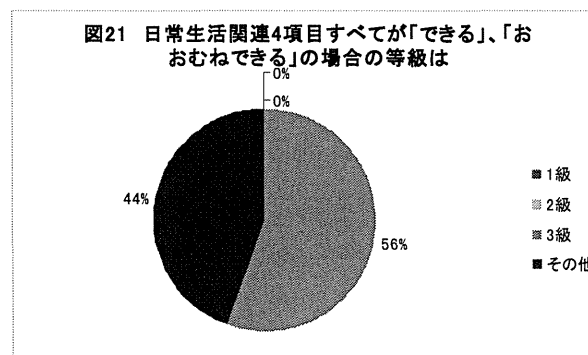
※その他6件のうち、具体的な記載内容は以下のとおりであった。

- ・⑥-3 欄の判定を基準に、総合的に判断し、2級以上の判定もありうる。

- ・③④⑤を重視して判定する。

- ・当該自治体の基準に従ってスコアリングしており、上記等級以外のこともあり得る。

**2-2-2. 日常生活関連4項目すべてが「できる」または「おおむねできる」となっている場合、通常どの等級と判定するかについて質問した。**3級と答えたセンターが最も多く35件(55.6%)であり、1級、2級と答えたセンターはなかった(図21)。

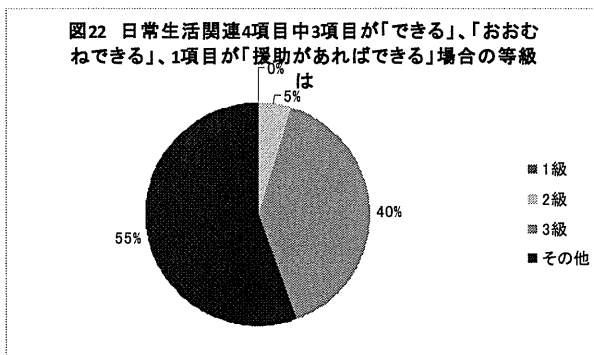


①1級 0 件 ②2級 0 件 ③3級 35 件 ④その他 28 件

その他の具体例としては、以下のようなものがあった。

- ・社会生活能力の評価により、2級の可能性を考慮する。
- ・他の記載内容と併せて総合的に判断する。
- ・⑥-3欄の「日常生活能力の程度」の判定に従う。
- ・非該当。
- ・そのみでは判定不能であるが、多くは3級。
- ・8項目を上記のように日常生活の項目、社会生活の項目と2分すること自体に無理があると考え

**2-2-3.** 日常生活関連4項目のうち3項目が「できる」または「おおむねできる」で、1項目が「援助があればできる」となっている場合、通常どの等級と判定するかについての質問である。最も多いのがその他で35件(55.6%)であるが、3級が25件(39.7%)、2級は3件(4.8%)あった(図22)。



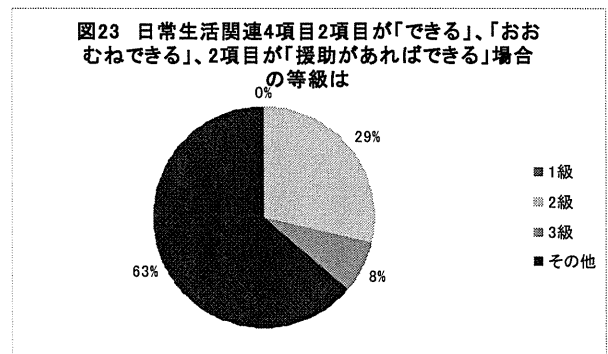
①1級 0件 ②2級 3件 ③3級 25件 ④その他 35件

※その他の具体例としては、以下のようなものがあった。

- ・⑥-3の評価によって判断する。
- ・他の項目の記載も考慮し、総合的に判断する。
- ・そのみでは判定不能であるが、多くは3級。
- ・病名、症状によっても判断が変わる。
- ・3項目が「できる」なら通常3級、「おおむねできる」なら他の項目によっては2級もありうる。
- ・⑥-3欄の「日常生活能力の程度」の判定に従う。

**2-2-4.** 日常生活関連4項目のうち2項目が「で

きる」または「おおむねできる」で、2項目が「援助があればできる」となっている場合、通常どの等級と判定するかについて質問した。前問よりもその他がさらに増加して40件(63.5%)となったが、2級と回答したセンター数は増加し18件(28.6%)、3級と回答したセンターは減少して5件(7.9%)であった(図23)。日常生活関連の2項目が「援助があればできる」生活状況を「日常生活が著しい制限を受ける程度」と考えるセンターも多いことが示された。



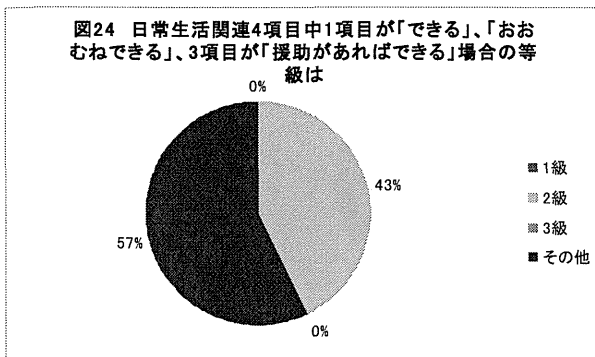
①1級 0件 ②2級 18件 ③3級 5件 ④その他 40件

※その他の具体例としては、以下のようなものがあった。

- ・他の欄も見て総合的に判断する。
- ・具体的な生活状況により判断。
- ・⑥-3欄の「日常生活能力の程度」の判定に従う。
- ・2項目が「できる」なら通常3級、「おおむねできる」なら他の項目によっては2級か3級。
- ・そのみでは判定不能であるが、2級または3級。
- ・これのみでは判断できない。

**2-2-5.** 日常生活関連4項目のうち1項目が「できる」または「おおむねできる」で、3項目が「援助があればできる」となっている場合、通常どの等級と判定するかに関する質問である。2級と回答するセンターが増えて27件(42.9%)であり、3級は0件(0.0%)となった(図24)。日常生活関連の3項目が「援助があればできる」生活状況を「日常生活が著しい制限を受ける程度」と考え

るセンターがさらに多いことが示された。

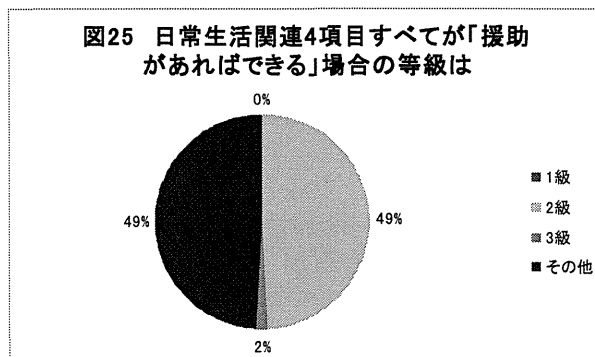


①1級 0件 ②2級 27件 ③3級0件 ④その他 36件

※その他の具体例としては、以下のようなものがあつた。

- ・他の欄も見て総合的に判断する。
- ・⑥-3欄の「日常生活能力の程度」の判定に従う。
- ・1項目が「できる」なら他の項目によっては3級もありうる、「おおむねできる」なら通常2級。
- ・そのみでは判定不能であるが、多くは2級ときに3級。
- ・これのみでは判断できない。

**2-2-6.** 日常生活関連4項目すべてが「援助があればできる」となっている場合、通常どの等級と判定するかについての質問である。2級と回答したセンターがさらに増加して31件(49.2%)となった。3級と回答した1件は、2-2-2~5ではその他と回答していたセンターであつた(図25)。

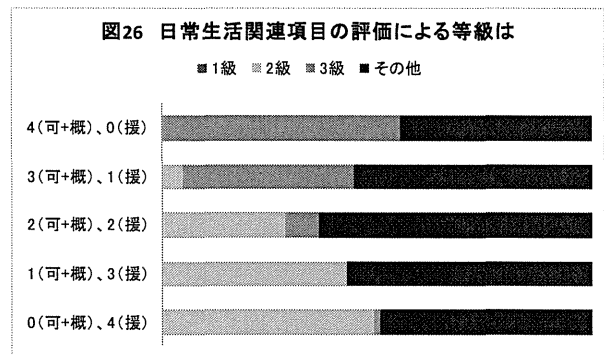


①1級 0件 ②2級 31件 ③3級 1件 ④その他 31件

※その他の具体例としては、以下のような記載があつた。

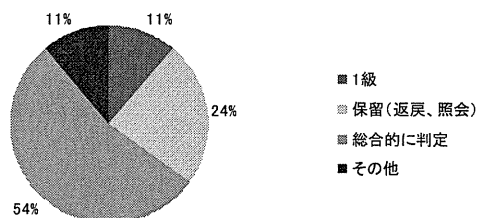
- ・他の欄も見て総合的に判断する。
- ・⑥-3欄の「日常生活能力の程度」の判定に従う。
- ・これのみでは判断できない。
- ・そのみでは判定不能であるが、多くは2級。

質問2-2-2~6(図21~図25)をまとめたのが図26である。「できる」、「おおむねできる」、「援助があればできる」を(可+概ね)、(援)と略している。「できる」「おおむねできる」の項目数が減って「援助があればできる」の項目数が増えるに従い、3級から2級と考えるセンターの割合が増加することがわかる。



**2-2-7.** 独居で在宅生活をしている場合に、8項目すべてが「できない」とされている場合の判定方針について質問した。他の欄を参考に総合的に判定が最も多く34件(54.0%)であり、1級が7件(11.1%)にすぎなかった。このことは2-2-1欄では⑥-2日常生活能力を「最も・特に重要」と考えるセンターが多いのとは対照的であり、⑥-2判定欄すべてができないことで無条件に1級と判定するセンターは少ないことが判明した(図27)。また、保留(返戻、照会)も15件(23.8%)あることから、診断書の整合性を図りたい意向を持つセンターも多いことが伺える。

図27 独居、在宅生活、8項目すべて「できない」場合の判定方針



- ①1級 7件 ②保留(返戻、照会)とする 15件 ③他の欄を参考に総合的に判定する 34件 ④その他 7件

※その他の具体例としては、以下のようなものがあった。

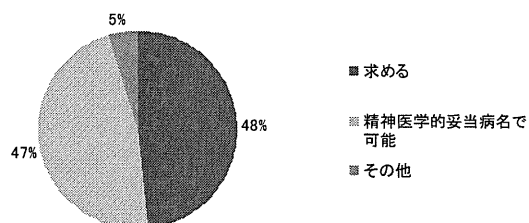
- ・通常は1級と判断するが、他の欄を参考に総合的に判断する。
- ・⑥-3欄の「日常生活能力の程度」の判定に従う。
- ・⑤、⑥-3、⑦の記載を参考に2級又は3級の判定。
- ・他の欄を参考に総合的に判定するが、保留もありうる。
- ・福祉サービスの利用状況を確認。
- ・障害福祉等のサービス利用等がない状態であれば返戻する。

### 【第2部-3】判定基準・方針

以下の質問では、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行うときの、「①病名」、「④現在の病像、状態像」の欄に関する判定基準や方針について質問した。

2-3-1. 「①病名」欄の病名の扱いに関する質問である。「ICD-10に則った病名を求める」という回答が30件(48.4%)、「ICD-10にこだわらず、精神医学的に妥当な病名で有れば可とする」という回答が29件(46.8%)であり、ほぼ半ずつを占めていることがわかった(図28)。

図28 「①病名」欄の病名はICD-10に沿った病名を求めるか



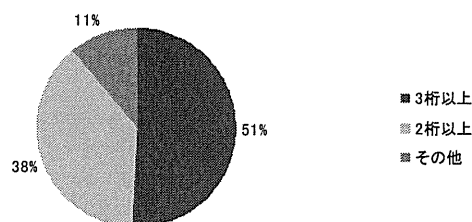
- ①ICD-10に則った病名を求める 30件 ②ICD-10にこだわらず、精神医学的に妥当な病名で有れば可とする 29件 ③その他 4件

※その他が3件であり、その他としては

- ・できるだけICD-10に則った病名を求めるが、従来型の病名もありうる。
- ・原則ICD-10に則した病名を求めているが「うつ病」「覚醒剤精神病」等汎用されている診断名に関しては容認している。
- ・高次脳機能障害以外はICDコードに則った病名を求める。
- ・基本はICDであるが、従来診断も可能としている。

2-3-2. 「①病名」欄のICDコードについては何桁まで求めるかを質問した。「Fを含め3桁以上の記載を求める」という回答が32件(50.8%)と過半数を占め(図28)、厚生労働省の通知に沿った対応を求めるセンターが多いことが分かったが、「Fを含め2桁以上の記載を求める」と回答したセンターも24件(38.1%)あり、通知にそれほど厳格ではないセンターも比較的多く存在することになる(図29)。

図29 ICDコードはFを含め何桁求めるか



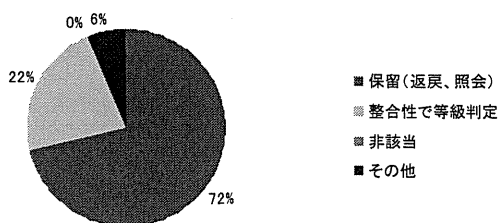
①Fを含め3桁以上の記載を求める 32件 ②Fを含め2桁以上の記載を求める 24件 ③その他 7件

※その他としては、以下のような記載などがあった。

- ・病名によって異なる。
- ・F0、F1の疾患の場合はF04とF09を除き4桁、F04とF09およびその他のコードは3桁の記載を求める。
- ・F1の場合はFを含め4桁、それ以外はFを含め3桁。
- ・原則的に3桁だが、病名等で判断できれば返戻しない。

**2-3-3.** 主たる精神障害の病名として、状態像診断(例、抑うつ状態等)が記載されている診断書の扱いに関する質問である。「保留(返戻、照会)とする」ものが45件(71.4%)と最も多く、状態像診断ではない、ICD-10に沿った、または精神医学的に妥当な診断名への変更を求めるセンターが多いことが分かった(図30)。一方で、「診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける」と回答したセンターも14件(22.2%)あり、柔軟に対応しているセンターも存在することになる。非該当と回答したセンターは0件であった。

**図30 状態像診断(例、抑うつ状態)が記載されているときの対応**



①保留(返戻、照会)とする 45件 ②診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける 14件 ③非該当 0件 ④その他 4件

※その他4件のうち、具体的な記載内容は以下のようなものがあった。

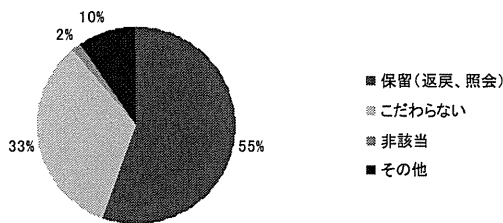
- ・原則保留だが、理由があれば可能。例えば、病

名告知がされていない統合失調症で、本人の自覚があり、病名として受け入れ可能な「鬱状態」としている場合など。

- ・ICDコードがあれば等級をつける。

**2-3-4.** 主たる精神障害の病名として、一過性ないし永続しない病態(例、急性一過性精神病等)が記載されている診断書の扱いに関する質問である。「保留(返戻、照会)とする」と回答したセンターが35件(55.6%)と最も多かった。つまり、初診日より6月を超え、十分な薬物療法下においても存在するICD-10に沿った、または精神医学的に妥当な診断を求めるセンターが多数を占めることになる(図31)。「診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける」と回答したセンターが21件(33.3%)あり、柔軟に対応するセンターも1/3存在することがわかった。「非該当とする」センターが1件(1.6%)、その他も6件(9.5%)あった。

**図31 一過性ないし永続しない病態が記載されているときの対応**



①非該当とする 1件 ②保留(返戻、照会)とする 35件 ③診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける 21件 ④その他 6件

※その他は6件あり、その具体的な記載は以下のようなものがあった。

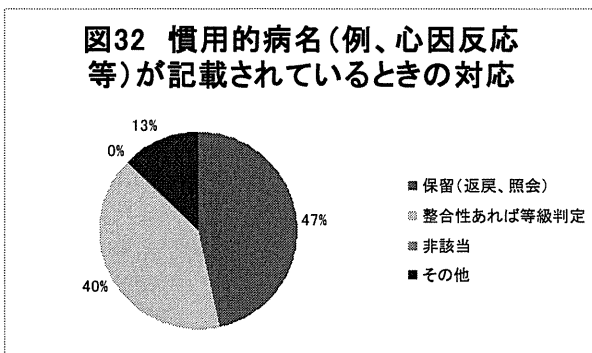
- ・診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける。

- ・初回であれば整合性がなくても等級をつけることもあるが、更新申請である場合、返戻・照会をおこなうことがある。

- ・新規なら適応障害等病名によってはあり得るが、更新の場合は病名について照会とする。

- ・初回申請では認めるが、更新申請では原則不可。
- ・ベースに知的・心理的発達の問題や人格障害があったり、繰り返しおこしたりしていることが病歴から確認できれば等級をつける。
- ・障害の持続期間により判定。
- ・ケースバイケース。

2-3-5. 主たる精神障害の病名として、慣用的病名（例、心因反応等）が記載されている診断書の扱いに関する質問である。「保留（返戻、照会）とする」と回答したセンターが29件（46.8%）と最も多く、ICD-10に沿った病名や精神医学的に妥当な診断名への変更を求めるセンターが多いことが判明した（図32）。一方で、「診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける」と柔軟な対応をするセンターが25件（40.3%）あった。非該当とするセンターは0件、その他が8件であった。



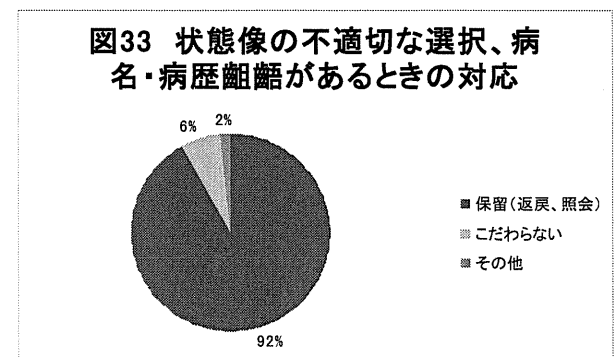
①非該当とする 0件 ②保留（返戻、照会）とする 29件 ③診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける 25件 ④その他 8件

※その他としては、8件中6件に以下のような記載があった。

- ・ICDコードがあれば等級をつける。
- ・Fコードを必ず聞いているのでそれを参考にする。
- ・ICD記載を求める。
- ・更新申請である場合、返戻・照会をおこなうことがある。
- ・認める病名とそうでない病名をある程度決めている。
- ・慣用的病名によっては認めているものもある。

Fコードや他欄の記載によって下位分類が把握可能な「神経症」などは認めている。

2-3-6. 「④現在の病像、状態像」の欄の状態像の選択が不適切であったり、病名・病歴との齟齬ある場合の判定方針に関する質問である。「保留（返戻、照会）とする」ものが57件（91.9%）と、ほとんどのセンターで適切な状態像の選択や病名・病歴と整合性を求めることが分かった（図33）。「あまりこだわらない」が4件（6.5%）と柔軟な対応をするセンターも一部に存在することがわかった。



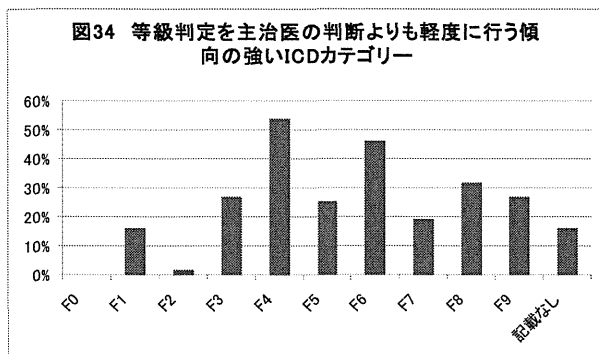
①保留（返戻、照会）とする 57件 ②あまりこだわらない 4件 ③その他 1件

※その他としては「記載内容による」という回答であった。

2-3-7. ⑥-2、⑥-3欄に示されている主治医の判断よりも、等級判定を軽度に行う傾向の強いものをICDカテゴリ別に当てはまるもの全てを選ぶ質問である。最も多い回答がF4で34件（54.0%）あった。次いで、F6が29件（46.0%）、F8が20件（31.7%）、F3が17件（27.0%）、F9が17件（27.0%）、F5が16件（25.4%）、F7が12件（19.0%）という順であった（図34）。F2が1件（1.6%）ということもあり、主に非精神病的のICDカテゴリでは主治医の判断より軽度に行う傾向があることが判明した。F3が比較的多いが、F34持続性気分障害やいわゆる新型・現代型うつ病を想定しているセンターの判断が多いと推測される。また、どのカテゴリも選択しなかった

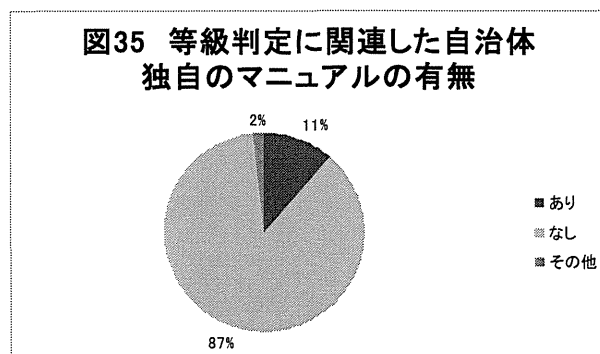


センターも 10 件 (15.9%) あることより、これらのセンターの中には主治医の判断通りに等級判定を行うところも少なからず存在することが考えられる。



①F0 0件 ②F1 10件 ③F2 1件 ④F3 17件 ⑤F4 34件 ⑥F5 16件 ⑦F6 29件 ⑧F7 12件 ⑨F8 20件 ⑩F9 17件 ⑪無回答 10件

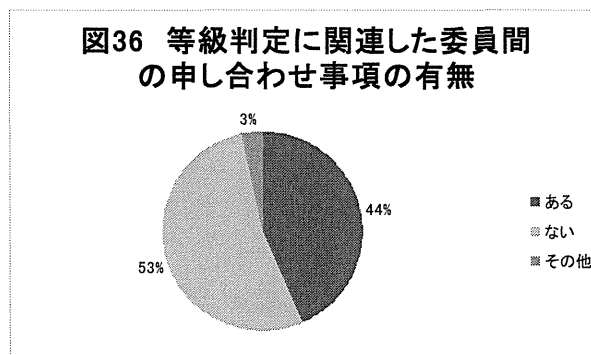
**2-3-8.** 等級判定に関して自治体が独自に制定したマニュアル等の有無に関する質問である。「ある」と回答したのが 7 件 (11.5%)、「ない」と回答したのが 53 件 (86.9%) であり (図 35)、8 割以上の自治体に独自のマニュアル等は存在しないことが明らかになった。



①ある 7件 ②ない 53件 ③その他 1件  
 ※その他の具体的な内容は、「⑥-2, 3 を点数化し、過去の判定結果を分布表にしたものを参考にしている」であった。

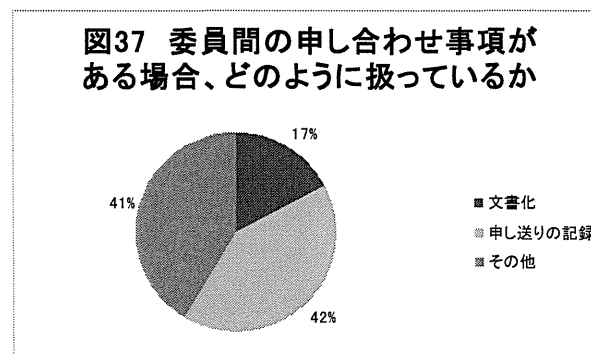
**2-3-9.** 等級判定に関連した委員間の申し合わせ事項に関する質問である。「ある」と回答したセンターが 27 件 (43.5%)、「ない」が 33 件 (53.2%)

であり (図 36)、半数弱の自治体で申し合わせ事項があることが明らかになった。



①ある 27件 ②ない 33件 ③その他 1件  
 ※その他は 1 件あり、「所内の医師のみで判定するので「申送り」のようなものはある」ということであった。

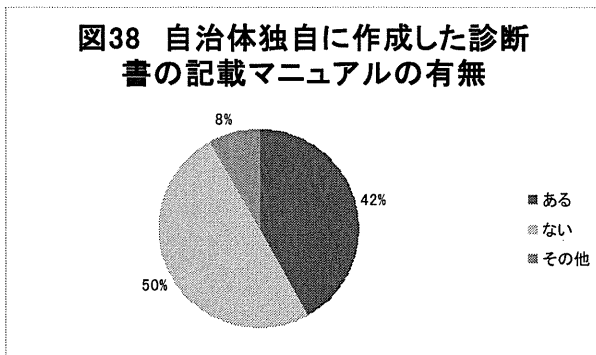
**2-3-10.** 前問で委員間の申し合わせ事項があると回答した 27 センターに対して行った、申し合わせ事項の扱い方に関する質問である。「申し送りとして記録に残している」が 12 件 (44.5%)、「文書化している」が 5 件 (18.5%) であり (図 37)、その他の内容を加味すると、半数近くのセンターでは文書化せずに申し送りとして記録に残していることになる。



①文書化している 5件 ②申し送りとして記録に残している 12件 ③その他 12件  
 ※その他としては、以下のような記載があった。  
 ・年に 1 回全体会を開催し、審査において問題、話題となった事項について話し合いを設けている。  
 ・委員間で度々確認し合う。  
 ・「考え方」として共有している。

- ・最後の評議の中で確認している。
- ・判定委員の交代の際に、申し送り事項として説明。
- ・慣習的にはあるが成文化はしていない。
- ・慣例化。
- ・引継ぎの際に口頭で伝達。
- ・必要事項があれば口頭で申し合わせている。

2-3-11. 手帳の診断書の記載マニュアルを自治体独自に作成しているかに関する質問である。「ある」が26件(42%)、「ない」が31件(50%)であり(図38)、その他の記載内容を加味すると半数近くの自治体で独自の記載マニュアル等を作成していることが判明した。



①ある 26件 ②ない 31件 ③その他 5件  
 ※その他5件のうち、具体的記載があったのは以下のとおりである。

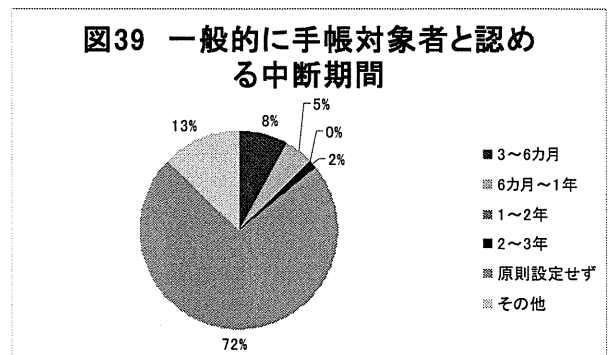
- ・記載上の留意事項をまとめたものがある。
- ・「マニュアル」といえるかどうかわからないが、診断書裏面に「記入に当たって留意すべき事項」を印刷している。
- ・「診断書作成時の注意事項」として保留になる。ケースについてホームページ上に掲載

**【第2部—4】初診年月日**

厚生労働省の施行規則や通知では、初めて医師の診察を受けた日から6月を経過した日以後の診断書が必要とされている。治療中断者や治療不規則な者の診断書では、初診年月日の考え方によっては自治体間で判定の差異が生じる可能性がある。また、疾患によっては継続的な治療が不要という

場合もあり、同種の問題が生じることがありえるため、この項では初診年月日の考え方について質問した。まず一般的な考え方を尋ね、その後、各疾患圏別の考え方を調査した。

2-4-1. 一般的に治療中断期間があっても継続的な通院とみなす場合、どの程度の中断期間までなら手帳対象者と認めるかについて質問した。「原則として設定していない」が46件(73.0%)と最も多く、「3~6カ月」が5件(7.9%)、「6カ月~1年」が3件(4.8%)、「2~3年」が1件(1.6%)などであった(図39)。治療中断期間を設定せずに受診期間を満たしていれば手帳対象者だと認めるセンターが多いが、診断書作成直近6カ月の受診や治療継続を前提としているセンターも存在することが判明した。



①3~6カ月 5件 ②6カ月~1年 3件 ③1~2年 0件 ④2~3年 1件 ⑤原則として設定していない 46件 ⑥その他 8件

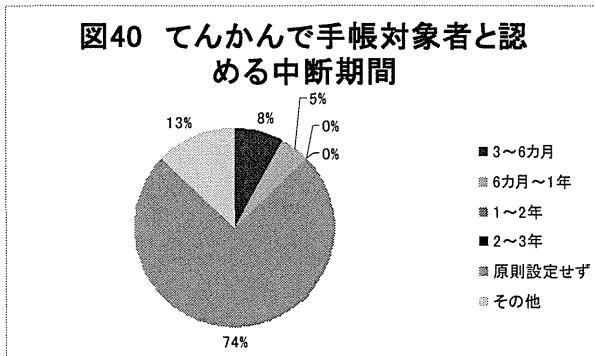
※その他としては8件あり、具体的には以下のような記載があった。

- ・新規の場合、治療が必要であれば、直近の6ヶ月間治療を継続していることを原則とする。
- ・直近6か月間の受診があれば、中断の期間の長さは問わず認定とする。
- ・全体の治療期間とのバランスを考えて判断。
- ・ケースごとにその都度判定医が合議し判断している。

2-4-2. 以下の質問では、各疾患圏についてどの程度の中断期間までなら手帳対象者と認める

かを調査した。

2-4-2-1. てんかんの中断期間の考え方に関する質問である。「原則として設定していない」が47件(74.6%)と最も多く、「3~6カ月」が5件(7.9%)、「6カ月~1年」が3件(4.8%)であった(図40)。

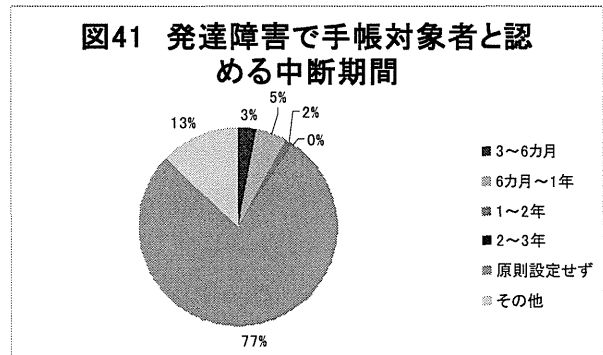


①3~6カ月 5件 ②6カ月~1年 3件 ③1~2年 0件 ④2~3年 0件 ⑤原則として設定していない 47件 ⑥その他 8件

※その他としては、以下のような記載があった。

- ・申請前の治療継続期間が6ヶ月以上で判定している。
- ・直近6か月間の受診があれば、中断の期間の長さは問わず認定とする。
- ・全体の治療期間とのバランスを考えて判断。
- ・治療の意思や発作の頻度を勘案する。
- ・ケースごとにその都度判定医が合議し判断している。

2-4-2-2. 発達障害の中断期間の考え方に関する質問である。「原則として設定していない」が49件(77.8%)と最も多く、「3~6カ月」が2件(3.2%)、「6カ月~1年」が3件(4.8%)、「1~2年」が1件(1.6%)であった(図41)。その他の記載にもあるように、治療を必要とする精神症状を併発している場合には中断期間の考え方が変わる可能性がある。

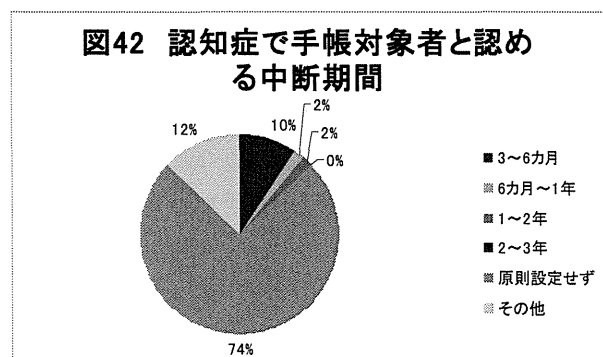


①3~6カ月 2件 ②6カ月~1年 3件 ③1~2年 1件 ④2~3年 0件 ⑤原則として設定していない 49件 ⑥その他 8件

※その他としては、以下のような記載があった。

- ・申請前の治療継続期間が6ヶ月以上で判定している。
- ・併発病の治療も含め、継続的治療が必要かどうか状況により変わってくる。
- ・精神症状等が付随しているかどうかを勘案する。
- ・ケースごとにその都度判定医が合議し判断している。
- ・全体の治療期間と治療継続の必要性を総合的に考えて判断。

2-4-2-3. 認知症の中断期間の考え方に関する質問である。「原則として設定していない」が47件(74.6%)と最も多く、「3~6カ月」が6件(9.5%)、「6カ月~1年」と「1~2年」が1件(1.6%)ずつであった(図42)。その他の記載にもあるように、BPSDなど治療を必要とする精神症状がある事例に対する中断期間の考え方は短くなる可能性がある。

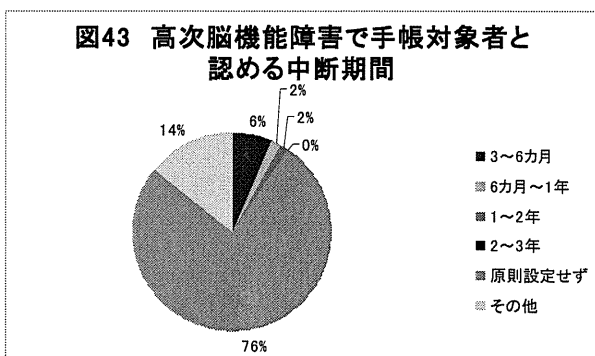


①3～6カ月 6件 ②6カ月～1年 1件 ③1～2年 1件 ④2～3年 0件 ⑤原則として設定していない 47件 ⑥その他 8件

※その他としては、以下のような記載があった。

- ・申請前の治療継続期間が6ヶ月以上で判定している。
- ・直近6か月間の受診があれば、中断の期間の長さは問わず認定とする。
- ・BPSDの治療も含め、継続的治療が必要かどうか状況により変わってくる。
- ・全体の治療期間と治療継続の必要性を総合的に考えて判断。
- ・ケースごとにその都度判定医が合議し判断している。

2-4-2-4. 高次脳機能障害の中断期間の考え方に関する質問である。「原則として設定していない」が48件(76.2%)と最も多く、「3～6カ月」が4件(6.3%)、「6カ月～1年」と「1～2年」が1件(1.6%)ずつであった(図43)。その他の記載にもあるように、治療を必要とする精神症状がある事例では中断期間の考え方が異なる可能性がある。



①3～6カ月 4件 ②6カ月～1年 1件 ③1～2年 1件 ④2～3年 0件 ⑤原則として設定していない 48件 ⑥その他 9件

※その他としては、以下のような記載があった。

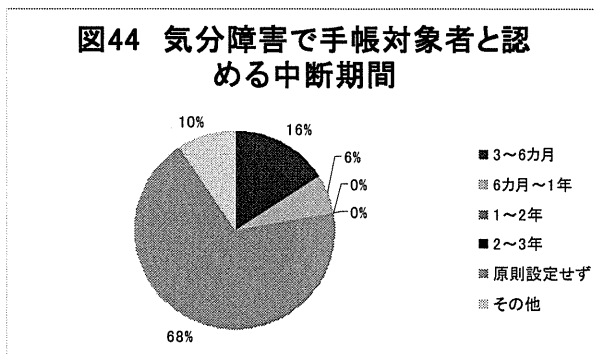
- ・申請前の治療継続期間が6ヶ月以上で判定している。
- ・直近6か月間の受診があれば、中断の期間の長さは問わず認定とする。

・併発病の治療も含め、継続的治療が必要かどうか状況により変わってくる。

・全体の治療期間と治療継続の必要性を総合的に考えて判断。

・ケースごとにその都度判定医が合議し判断している。

2-4-2-5. 気分障害の中断期間の考え方に関する質問である。「原則として設定していない」が43件(68.3%)と最も多く、「3～6カ月」が10件(15.9%)、「6カ月～1年」が4件(6.3%)であった(図44)。他の疾患群に比べて設定していないセンター数が少なく、3～6カ月と答えたセンター数が多いのは、定期的な通院、治療を必要と考えるセンターが多いことを反映していると推測される。



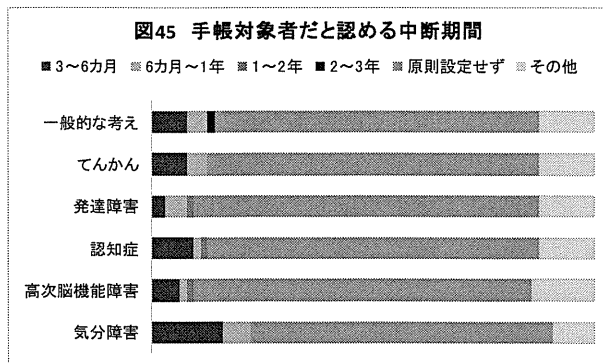
①3～6カ月 10件 ②6カ月～1年 4件 ③1～2年 0件 ④2～3年 0件 ⑤原則として設定していない 43件 ⑥その他 10件

※その他としては、以下のような記載があった。

- ・申請前の治療継続期間が6ヶ月以上で判定している。
- ・全体の治療期間と経過等を考えて判断する。
- ・直近6か月間の受診があれば、中断の期間の長さは問わず認定とする。
- ・ケースごとにその都度判定医が合議し判断している。

2-4-2-1～6の回答をまとめたのが図45である。中断期間を原則設定していないセンターがどの疾患群においても約7割であるが、気分障害に関

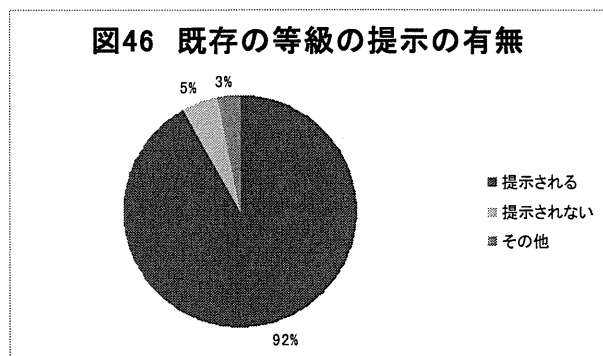
しては設定していないセンターの割合が少なく、3～6カ月までの中断期間なら手帳対象者と認めているセンターの比率が多いように思われる。これは、気分障害者は原則として通院、治療を定期的に行う必要があると考えるセンターが多いことを反映しているためと推測される。



### 【第2部—5】主観的な実情

以下の質問では、自治体内における精神障害者保健福祉手帳の等級判定等に関わる実情および等級判定のあり方に関して質問した。

**2-5-1.** 更新認定や等級変更の際に、既存の等級が情報として提示されるかについての質問である。「提示される」という回答が58件(92.1%)、「提示されない」が3件(4.8%)であり、ほとんどの自治体で提示されていることになる(図46)。



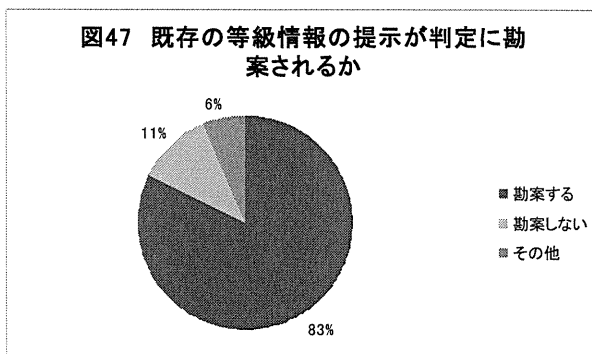
①される 58件 ②されない 3件 ③その他 2件

※その他の2件としては、以下のような回答があった。

- ・疑義があれば参照する。

- ・等級変更の時のみ提示。

**2-5-2.** 更新認定や等級変更の際に、既存の等級が情報として提示される場合、それが判定に勘案されるかという質問である。「勘案する」が51件(82.3%)、「勘案しない」が7件(11.3%)であり、8割以上の自治体で既存の等級が判定に勘案されていることになる(図47)。



①勘案する 51件 ②勘案しない 7件 ③その他 4件

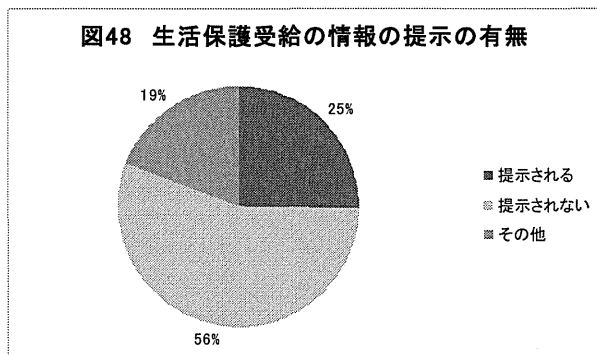
※その他4件のうち3件に記載があり、以下のとおりであった。

- ・参考程度にしている。
- ・基本的には勘案しないが、判定結果が前回と大きな乖離がある場合は、返戻。
- ・慎重な判定を要する場合に参考にすることもある。

また、2-5-1で「既存の等級が提示される」と回答した58センターに限って分析すると、50件(86%)が「勘案する」と回答した。これらより、既存の等級を判定に勘案することで、継続して精神障害者の社会復帰、自立と社会参加の促進が図られるような配慮を行っているセンターが多いことが推測される。

**2-5-3.** 更新認定や等級変更の際に、生活保護受給の有無が情報として提示されるかについての質問である。「される」が16件(25.4%)、「されない」が35件(55.6%)と半数以上のセンターでは提示されていないことがわかった(図48)。

図48 生活保護受給の情報の提示の有無



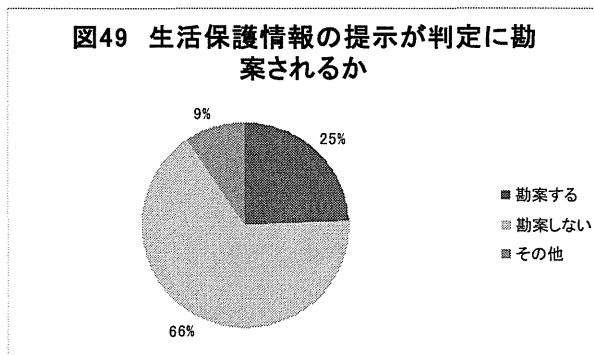
①される 16件 ②されない 35件 ③その他 12件

※その他は12件あったが、9件が記載しており、以下のような内容であった。

- ・診断書に記載があるもののみ提示。
- ・主治医が記載していればわかる。
- ・診断書記入の際に記入してもらうことにしているが、未記入の場合も少なくない。
- ・自立支援医療と同時申請の場合は、診断書に添付されている自立支援医療の申請書の写しから、生活保護受給中か否かがわかりはする。
- ・原則として、診断書記載情報のみだが、必要時には調べることがある。
- ・情報として提示されないが、診断書の内容でわかる場合がある。
- ・ケースバイケース。
- ・未記入であっても判定しており、必須提示ではない。

2-5-4. 更新認定や等級変更の際に、生活保護受給の有無が情報として提示される場合、それが判定に勘案されるかについての質問である。前問で「提示される」と回答した16センターに加えて、「提示されない」「その他」と回答したセンターからそれぞれ25件、12件の回答があり、計53件の回答があった。53件の内では、「勘案しない」が35件(66.0%)、「勘案する」が13件(24.5%)であり、生活保護の情報を判定に勘案しないスタンスのセンターが2/3を占めることがわかった(図49)。

図49 生活保護情報の提示が判定に勘案されるか



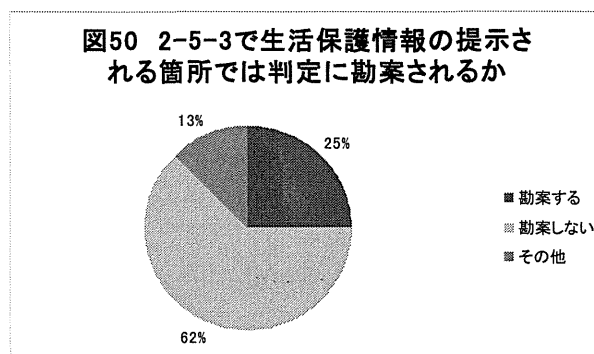
①勘案する 13件 ②勘案しない 35件 ③その他 5件

※その他5件中、2件が以下のように回答していた。

- ・等級変更の際には、勘案するケースもある。
- ・等級変更(軽症になる)の場合等の参考にする。

また、2-5-3で「生活保護情報を提示する」と回答した16センターだけで分析したところ、「勘案する」が4件(25.0%)、「勘案しない」が10件(62.5%)となり、生活保護の情報を提示するセンターに限っても判定に勘案しない割合はほぼ同率となった(図50)。

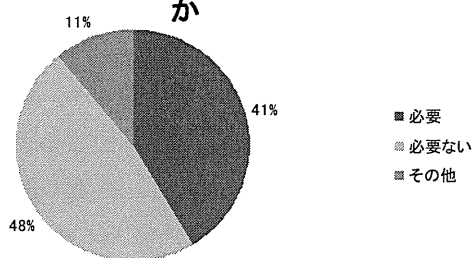
図50 2-5-3で生活保護情報の提示される箇所では判定に勘案されるか



①勘案する 4件 ②勘案しない 10件 ③その他 2件

2-5-5. 統合失調症、気分障害、認知症など、疾患ごとの判定基準が必要と考えるかについての質問である。「必要」が26件(41.3%)、「必要ない」が30件(47.6%)、その他が7件(11.1%)であった(図51)。必要と考えるセンターと必要ないと考えるセンターがおおよそ半数ずつ存在することが判明した。

図51 疾患ごとの判断基準が必要か



①必要 26件 ②必要ない 30件 ③その他 7件

その他としては、1件が「発達障害や高次脳機能障害に関してはあった方がよいと考える」と回答した。

### 【第2部-6】各論

以下の質問では、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を実際に行う上での問題点について、それぞれの疾患や障害に関する各論的部分を質問した。疾患圏については、ICD-10の診断分類に沿って、F0-F9とした。

2-6-1. F1圏のケースの取り扱いに関する質問である。主たる病名が「〇〇依存症」のみで合併精神障害の病名記載がない場合、等級判定の対象とするか否かという問いに対して「『〇〇依存症』という病名自体を対象と考えている」という回答が20件(30%)と最も多かった(図52)。また、「その他」の8件のうち、具体的な記載があった6件の内容を検討すると、1件は「対象としない」5件は「保留として、主・従入れ替え」に近く、これをあらためて分類し直したものが図53である。

図52 「〇〇依存症」を対象とするか

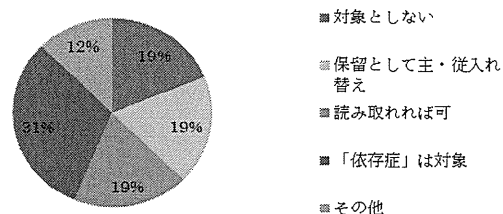
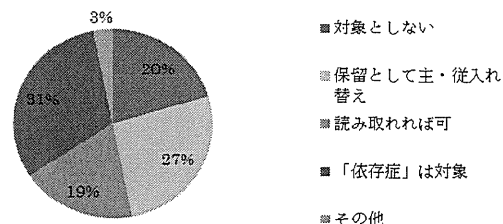


図53 「〇〇依存症」を対象とするか・修正



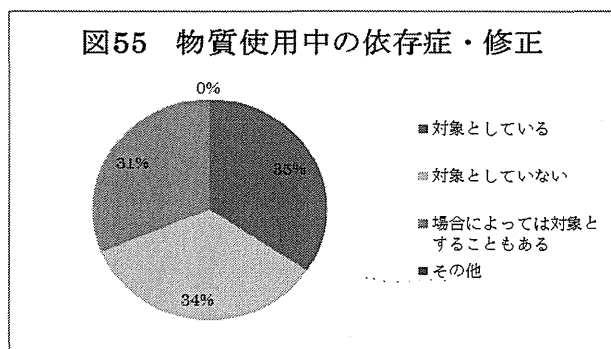
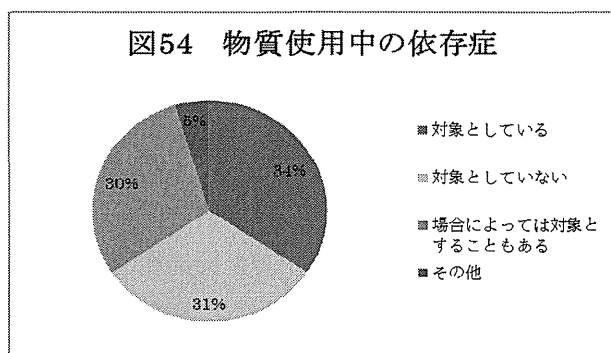
①対象としない 12件 ②従病名に合併精神障害があるので可とするとして、保留として主と従を入れ替えて貰う 12件 ③合併精神障害の記載が病名欄になくても、他の記載内容から合併精神障害の存在が読み取れれば可とする 12件 ④「〇〇依存症」という病名自体を対象と考えている 20件 ⑤その他 8件

※「その他」8件のうち6件の内容は以下のものであり、あと2件には具体的な記載はなかった。

- ・ 返戻とし、合併精神障害があれば、それを主病名としてもらう。
- ・ 全体から依存や乱用のみであれば非該当。
- ・ 返戻にして、相当する精神病相当の病名を主診断に求める。
- ・ 保留(返戻・照会)とする。
- ・ 従病名に合併精神障害があれば可とするとして、保留として記載して貰う。
- ・ 他の記載内容から合併精神障害の存在がよみとれる場合は保留とし、病名を再考してもらう。

2-6-2. 次もF1圏のケースに関する質問

である。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について質問したところ、「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。物質使用中の依存症者に対する精神障害者保健福祉手帳の適用については、自治体による見解の相違が大きく、いずれの見方も多数派となりえていない現状である(図53)。またその他の3件のうち、2件は「対象としない」に、1件は「場合によっては対象とすることもある」に近い意見だったため、それを分類し直したものが図55である。



①対象としている 22件 ②対象としない 20件 ③場合によっては対象とすることもある 19件 ④その他 3件

※「対象とすることもある」19件のうち7件の内容は以下のものであり、残りの12件には具体的な記載はなかった。

- ・依存症が従たる精神障害であって主病名が別があり、その精神疾患によって障害があると認められるとき。

- ・合併精神障害があれば可とするとして、一旦返

戻を行う。

- ・本人の治療意思、病識、主治医の方針等による。
- ・飲酒によって合併精神障害に伴う生活障害が変化(悪化)することがないと考えられる場合など。
- ・場合によっては対象とすることもある(具体的に:最近の飲酒歴があっても、断酒の展望の記載がある場合。しかし、「薬物使用」が公文書に記載されることはないと考えられる)。

- ・障害の程度と離脱できる能力を持つか。
- ・アルコール性の痴呆であり、断酒意欲あるがスリップしてしまったなどの事情であれば。

※※「その他」の3件の内容は以下のものであった。

- ・原則として非該当だが、合併精神疾患がある場合には対象とすることがある。

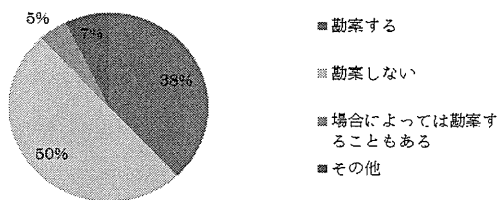
- ・依存行動の有無にかかわらず、依存症だけでは手帳の対象にならない。

- ・『依存症』そのものを対象としていない。

**2-6-3. 前問との関連質問である。前問(問2)で「対象としている」または「場合によっては対象とすることがある」と回答した場合に、飲酒時、薬物使用時の問題行動、反社会的行動、社会的機能の喪失・減弱などの重症度を示すものとして等級判定上勘案するか否かを質問した。前問で該当する回答は計42件であったが、本問の回答数の合計が44件となっているのは、前問で「対象としない」「その他」と回答したそれぞれ1か所が本問にも回答したためだが、本問の意図から考えればそれらの回答も含むことに問題はないと考えられたため、本問の回答数は44を母数としている。約3分の2の自治体が、物質使用中の依存症者を手帳の対象とすることがあり、そのうち約4割は物質使用に伴うさまざまな問題を手帳の等級判定において勘案していることになる(図56)。**



図56 物質使用による問題を勘案するか



①勘案する 17件 ②勘案しない 21件 ③場合によっては勘案することもある 2件 ④その他 3件

※「対象とすることもある」2件のうち1件の内容は以下のものであり、もう1件には具体的な記載はなかった。

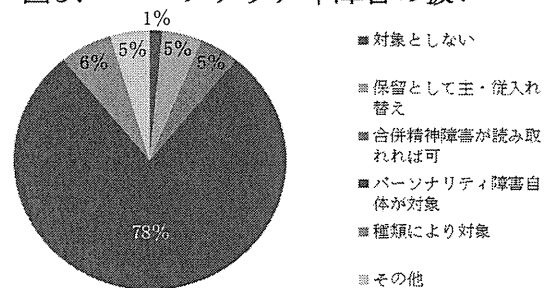
・病的体験などが伴う場合。単に酩酊による問題行動は考えない。

※※「その他」の3件の内容は以下のものであった。

- ・原則として勘案しないが、明確に区別できない場合が多い。
- ・飲酒による病状悪化は勘案しない。
- ・原則として勘案しないが、明確に区別できない場合が多い。

**2-6-4.** 主たる病名が「○○パーソナリティ障害」のみで合併精神障害の病名記載がない場合、等級判定の対象とするか否かを質問した。回答のあった64か所のセンターのうち50か所(78.1%)が、「パーソナリティ障害という病名自体を対象と考えている」を選択しており、この質問に関しては、比較的全国のセンターで意見の一致がみられているようである(図57)。

図57 パーソナリティ障害の扱い



①対象としない 1件 ②従病名に合併精神障害があれば可とするとして、保留として主と従を入れ替えて貰う 3件 ③合併精神障害の記載が病名欄になくても、他の記載内容から合併精神障害の存在が読み取れれば可とする 3件 ④パーソナリティ障害という病名自体を対象と考えている 50件 ⑤パーソナリティ障害の種類により対象とする 4件 ⑥その他 3件

※「種類により対象とする」4件のうち具体的な記載があったのは以下の2件で、残りの2件には具体的な記載はなかった。

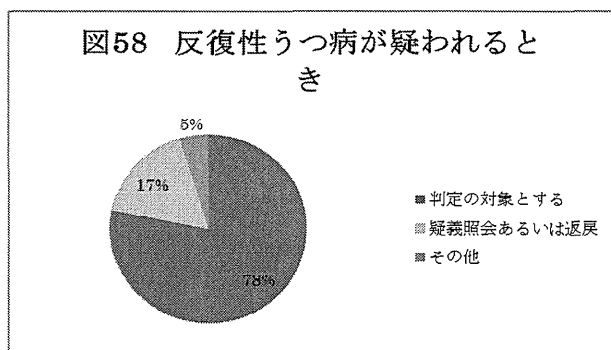
- ・情緒不安定性、統合失調質、妄想性、強迫性など。
- ・境界性。

※※「その他」の3件のうち2件の内容は以下のものであり、残りの1件には具体的な記載はなかった。

- ・委員によってばらつきがあり、対象としないから対象とするまでわかれた。
- ・治療対象となっているのであれば可とする。

**2-6-5.** 主病名のICDコードがF32(うつ病エピソード)と記載されているにもかかわらず、診断書全体の内容からはF33(反復性うつ病性障害)と診断するのがふさわしいと考えられる場合に、そのまま等級判定の対象とするか否かについて質問した。病歴などからみれば、うつ病の中でも単一エピソードではなく反復性ではないかと考えられる場合であっても、診断名、Fコードにはあまりこだわらず等級判定の対象とするという意見が50件(78.1%)と多くを占めて

いた (図 58)。



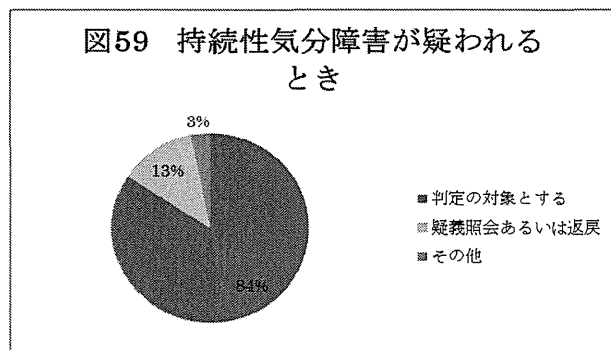
①診断にはこだわらず、判定の対象とする 50件  
②診断について疑義照会あるいは返戻を行う 11件  
③その他 3件

※ 「その他」の3件のうち具体的な記載があったのは以下の1件だけであった。

- ・ 疑義照会あるいは返戻を行うこともあるが、判定の対象とすることが多い。

2-6-6. 主病名の ICD コードが F32 (うつ病エピソード) と記載されているにもかかわらず、診断書全体の内容からは F34 (持続性気分障害) と診断するのがふさわしいと考えられる場合に、そのまま等級判定の対象とするか否かについて質問した。1件が無回答であった。病歴、経過、症状の程度などからみればうつ病というよりは持続性気分障害と診断するのがふさわしいようなケースであっても、53件 (84.1%) の回答は、診断や F コードにこだわらず等級判定を実施する、としていた (図 59)。

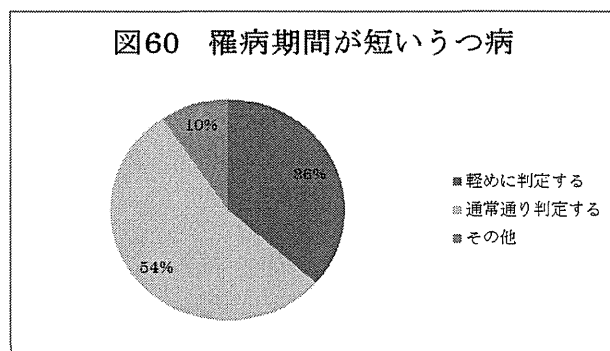
① 診断にはこだわらず、判定の対象とする 53件  
② 診断について疑義照会あるいは返戻を行う 8件  
③ その他 2件



※ 「その他」の2件のうち1件には下記のような具体的な記載があった。

・ 内容によっては F34 と読みかえる場合もありうる。

2-6-7. 主病名の ICD コードが F32 (うつ病エピソード) として申請されたケースで、罹病期間が比較的短期 (1年以内など) の場合に、そのことが等級判定に影響するか否かについて質問した。1件が無回答であった。罹病期間が短いことを考慮して軽めに判定するとしたものが23件 (36.5%)、罹病期間にかかわらず通常通りに判定するとしたものが34件 (54.0%) とセンターによってかなり判断の分かれる結果となった (図 60)。



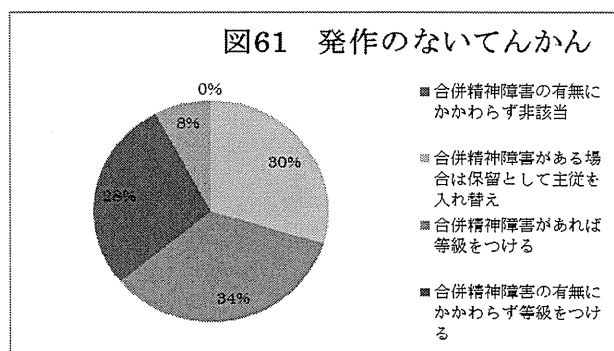
① 罹病期間が短いことを考慮して軽めに判定する傾向がある 23件  
② 罹病期間にかかわらず通常どおり判定する 34件  
③ その他 6件

※ 「その他」6件のうち4件の内容は以下のものであり、残りの2件には具体的な記載はなかった。

- ・ 病歴や初発症状など、その他の項目も参考にして個別的に判断を行う。
- ・ 軽めに判定することがある。
- ・ 罹病期間より初回エピソードかどうかを重視する。初回の場合軽くつけるかもしれない。
- ・ 合併精神障害などを考慮して判定する。

2-6-8. 以下の5つの質問は、いずれも主病名が G40 てんかんである場合の取り扱いについて質問した。

8—①. てんかんを主病名とするが、治療により臨床発作を認めないケースについて、合併精神障害の有無と等級判定の関連を質問した。合併精神障害がある場合、病名の主従の入れ替えを求めるものが19件(29.7%)、特に主従の入れ替えなど求めずそのまま等級をつけるものが22件(34.9%)と合併精神障害の存在を等級判定の要件とするものが多かったが、その一方で18件(28.1%)の回答が、臨床発作がなくしかも合併精神障害もないケースに対しててんかんの病名のみで等級をつけるとしていた(図61)。



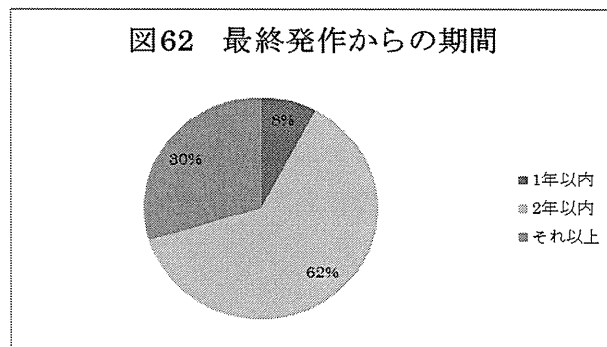
- ①合併精神障害の有無にかかわらず非該当とする 0件 ②合併精神障害がある場合は、保留とし主従の入れ替えを求める 19件 ③合併精神障害があれば等級をつける 22件 ④合併精神障害の有無にかかわらず等級をつける 18件 ⑤その他 5件

※「その他」5件のうち2件の内容は以下のものであり、残りの3件には具体的な記載はなかった。

- ・⑥-2、⑥-3の記載、及び合併精神障害の有無によって夫々対応する。
- ・総合評価を重視し、生活に制限を受けると認められた場合、等級をつける。

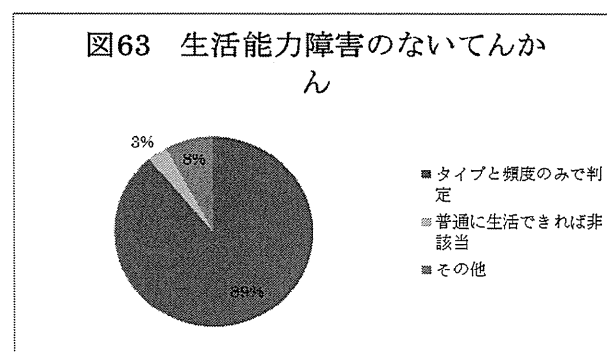
8—②. 最終の発作がどれくらい前までであれば、判定の対象とするかについて質問したところ、2年以内が40件(62.5%)と多くを占め、それ以上の期間発作がない場合であっても判定の対象とするというものが19件(29.7%)あった。少なくとも2年以内に発作があれば等級判定の対

象と考えているセンターが大部分であった(図62)。尚、本問には自由記載欄は設けていなかったが、「3年くらい(選択肢は③)」と「⑥欄の項目等から総合的に判断して等級をつける(選択肢は②)」の2件のコメントが記されていた。



- ①1年以内 5件 ②2年以内 40件 ③それ以上 19件

8—③. てんかん発作はあるが日常生活や社会生活は普通にできる場合の等級判定に関する質問である。特に生活障害がなくても(つまり⑥-3欄の日常生活能力の程度として「1.精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。」が選択されていたとしても)あくまで発作頻度(「判定基準の運用に当たっての留意事項」のイロハニの発作タイプと頻度)に即して判定し、発作があるかぎりにおいては等級をつけるか否かを質問した。1件が無回答であった。56件(88.9%)が発作のタイプと頻度によって等級判定を行っており、主病名がてんかんの場合には、日常生活能力の程度は問題にしないというセンターが大部分であった(図63)。

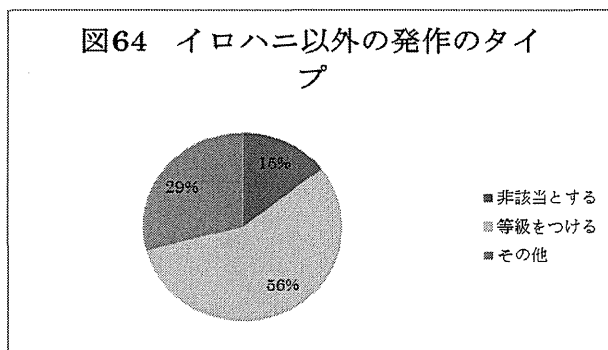


- ①タイプと頻度のみで則って等級をつける 56

件 ②普通にできる者は非該当であるとする 2  
件 ③その他 5件

※「その他」5件のうち4件の内容は以下の  
ものであり、1件は具体的な記載がなかった。  
・発作そのものが支障であるとの考え方から、日  
常生活能力の程度について整合性がないとして  
疑義照会を行う。  
・主治医に照会する。  
・生活能力の状態によって判断している。  
・普通にできる者は非該当となる旨を告げて返  
戻・照会する。

8—④. 「判定基準の運用に当たっての留意事項」  
のイロハニの発作タイプ以外の発作(たとえば自  
律神経発作や Aura のみのもの)は非該当とす  
るか否か質問した。例示されているイロハニの発作  
タイプ以外の発作であっても、いずれかの発作タ  
イプに当て嵌めて等級判定の対象としているセン  
ターが 35 件 (56.5%) と過半数を占めていた  
が、その他を選択したセンターも 18 件 (29.0%)  
と比較的多く (図 64)、その内容としては「生活  
障害などを含め総合的に判定し、必要に応じて返  
戻する」といったものが多かった。



①非該当とする 9 件 ②等級をつける 35 件  
③その他 18 件

※「その他」18 件全てに具体的な記載があっ  
た。内容は以下の通り。  
・その発作がどの「発作タイプ」に近いかを判断  
し、判定する。  
・Aura のみのものは非該当、他は発作状況の  
詳細を聞く為返戻。

- ・個別的に判断する。
- ・他の記載も考慮して等級をつける。
- ・薬物治療を継続しておれば認めている。
- ・現在もてんかんについての治療が行われている  
場合は等級をつける。
- ・返戻している。
- ・保留にして発作の状況を詳しく聞き、総合的に  
判定する。
- ・日常生活能力を勘案し判定する。
- ・個々に判断する。
- ・一端返戻する。
- ・主治医に照会する。
- ・発作による生活障害を具体的に記載してもらう。
- ・生活能力の状態によって判断している。
- ・イロハニの発作以外は対象外となるため、返戻  
し、精神症状等があれば、他の病名 (てんかん精  
神病など) の検討を提案する。
- ・⑥-2, ⑥-3 に則して判定する。いずれもでき  
るときは保留、返戻とする。
- ・⑦欄を参考にする。
- ・事例なし。

2—6—9. 主病名がてんかんであり、従たる精  
神障害がない場合で、臨床的てんかん発作が存在  
せず(薬物治療中ではある)、症状が専ら発作間欠  
期の精神症状のみのケースに関する質問である。  
このような場合に等級判定の対象とするかどうか  
質問したところ、「対象としない」と答えたもの  
はわずかに 1 件 (1.6%) で、「対象とする」26  
件 (40.6%) と「照会する」(46.8%) がほぼ同  
程度の割合で併せて 87%と大部分を占めた (図  
65)。またその他の 5 件についても、いずれも場  
合によっては対象とすることがあると受け取れ  
る内容であった。