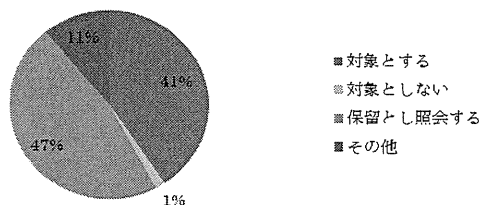


図65 発作がなく精神症状があるてんかん



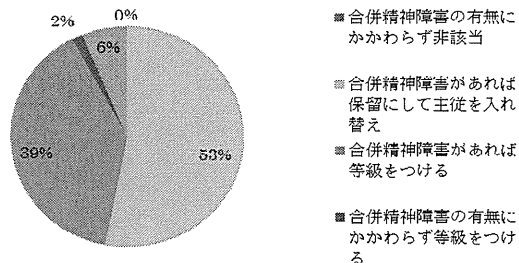
①対象とする 26件 ②対象としない 1件
③保留とし、合併精神障害の有無などについて主治医に照会する 30件 ④その他 7件

※「その他」7件のうち5件の内容は以下のものであり、残りの2件は具体的な記載がなかった。

- ・返戻し、病名再考を求める。
- ・非該当と保留の両方ありうる。
- ・内容によっては照会する。
- ・発作間欠期の精神症状がてんかんによるものなら対象とする。
- ・病名を「てんかん精神病」に変更できないかを提案し、病名が変更されれば判定対象とし、病名変更不可であれば非該当とする。

2-6-10. 主たる障害が知的障害 F7x である場合の等級判定について、合併精神障害の有無を中心に質問した。合併精神障害があっても非該当と回答したセンターはなく、ほとんどのセンターが「合併精神障害があれば等級をつける」と回答していた。ただしその中でも、保留として主病名と従病名の入れ替えを求めるとする回答が34件(53.1%)で多数派であった。1件だけであるが、「合併精神障害の有無にかかわらず等級をつける」と回答したものがあつた(図66)。

図66 知的障害



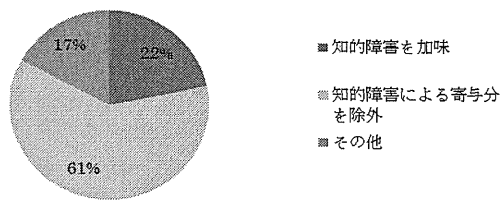
①合併精神障害の有無にかかわらず非該当とする 0件 ②合併精神障害がある場合は、保留とし主従の入れ替えを求める 34件 ③合併精神障害があれば等級をつける 25件 ④合併精神障害の有無にかかわらず等級をつける 1件 ⑤その他 4件

※「その他」4件のうち3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。

- ・長期的な合併精神障害があるか詳細を聞く。
- ・精神症状があれば等級をつける。
- ・精神症状問題行動の記載があれば等級をつける。

2-6-11. 精神障害に知的障害を合併しているケースの等級判定において、知的障害による生活障害を加味して判定するか否かを質問した。39件(60.9%)が、「知的障害による寄与分を除いた状態を考慮して、精神障害部分のみを判定する」と回答していたが(図67)、この中にはコメントとして「上記のとおりだが、実際にはある程度加味される」と記載しているものもあり、11件あつた「その他」の中にも、「どうしても知的障害による生活障害を加味せざるを得ない一切り分けが困難である」など、寄与分を除くことが実際の判定上は困難であることを記載しているものがあつた。また、「その他」の具体的な記載内容を検討すると、選択肢にある「加味し、より重度の障害として判定」と「寄与分を除いた状態を考慮して、精神障害部分のみを判定」の解釈に齟齬が起きている可能性もあり、この質問の結果についてはあらためて検討が必要ではないかと考えられた。

図67 知的障害による寄与分の扱い



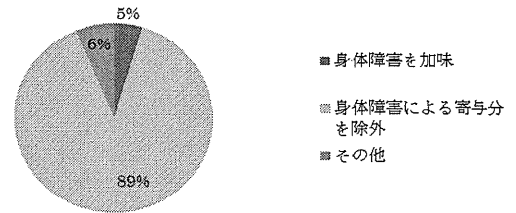
①知的障害を加味し、より重度の障害として判定する 14 件 ②知的障害による寄与分を除いた状態を考慮して、精神障害部分のみを判定する 39 件 ③その他 11 件

※「その他」11 件のうち 10 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。

- ・臨床症状や生活障害の程度に応じて判定する。
- ・診断時に⑥-2、⑥-3 が加味されていると思われるので敢えて重度にはしない。
- ・ケースバイケース。
- ・どうしても知的障害による生活障害を加味せざるを得ない一切り分けが困難である。
- ・ケースバイケース。
- ・総合的に判断する。
- ・中等度以上について、寄与分を減じて判定する。
- ・軽度の知的障害の場合、重複の影響を判定しかねるため、加減はしないで判定するが多い。
- ・知的障害の考慮は行わない。
- ・知的障害を意識せず、⑥生活能力の状態、⑦⑥の具体的程度病状等をもとに判定する。

2—6—1.2. 精神障害に身体疾患（障害）を合併しているケースの等級判定における方針を質問した。「寄与分を考慮して、精神障害部分のみを判定」が 57 件（89.1%）と回答の大多数を占めており（図 68）、「身体障害の寄与」を切り分けることは、前問の「知的障害の寄与」を切り分けることに比べればまだしもやりやすいのかもしれない。

図68 身体障害による寄与分の扱い



①身体疾患（障害）を加味し、より重度の障害として判定する 3 件 ②身体疾患（障害）による寄与分を除いた状態を考慮して、精神障害部分のみを判定する 57 件 ③その他 4 件

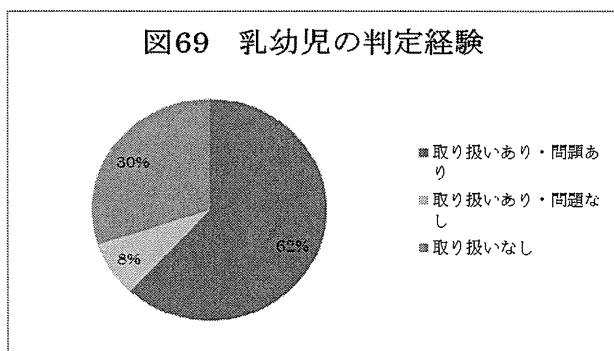
※「その他」4 件の具体的な内容は以下のようであった。

- ・とくに加味はしないが、主治医の意見書の判定が自然と重くなっているため、結果として加味したことになることが多い。
- ・とくに加味はしないが、主治医の意見書の判定が自然と重くなっているため、結果として加味したことになることが多い。
- ・身体疾患の考慮は行わない。
- ・精神障害そのものではなく、身体疾患（障害）による生活能力の低下が明らかな場合は、その旨を記載し、主治医に返戻・照会する場合があるが一般的には質問 11 に準じる。（←この回答者の質問 11 への回答は「その他」で、「知的障害を意識せず、⑥生活能力の状態、⑦⑥の具体的程度病状等をもとに判定する」と記載されていた。）

2—6—1.3. 以下の 6 つの質問は、いずれも乳幼児の「精神障害」の等級判定に関連したものである。

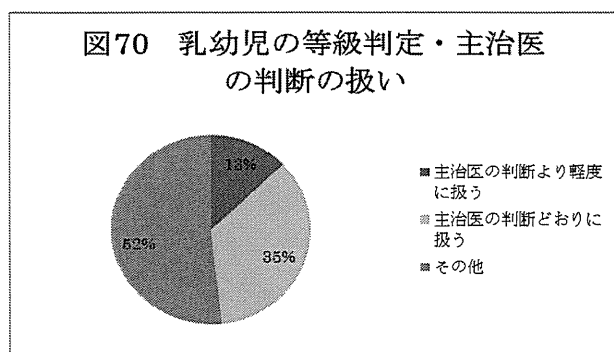
1.3—①. 乳幼児の「精神障害」の判定に関して、取り扱いの経験の有無を質問した。「取り扱いの経験があり、問題を感じている」が 40 件（62.5%）で多数を占めていたが、取り扱いの経験があっても特に問題を感じていないという回答も 5 件（7.8%）あった。また、取り扱いの経験がない

という回答が 19 件 (30%) あり、手帳を利用する側の意識に地域差があることが想定された (図 69)。



① 取り扱いがあり、問題を感じている 40 件 ② 取り扱いがあるが、問題はないと考えている 5 件 ③ 取り扱いがない 19 件

1.3-②. 乳幼児の「精神障害」の等級程度の判定について、主治医の判断をどの程度尊重するか質問した。2 件が無回答であった。他の質問に比べ、「その他」が 32 件 (51.6%) と非常に多く、質問および選択肢の曖昧さも影響した可能性はあるが、乳幼児における等級判定の困難さを示すものと考えられた (図 70)。「その他」の具体的な記載には、「同年代の乳幼児の平均的能力との比較」を重視する意見が多く見られた。



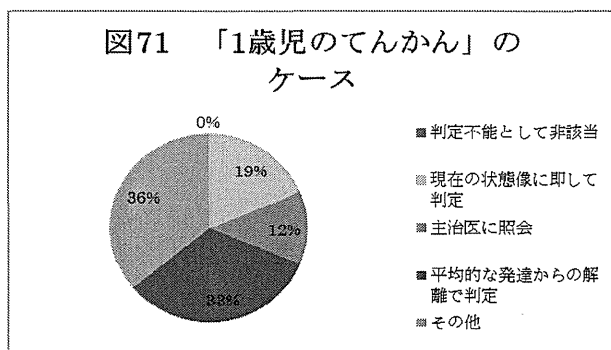
① 障害程度は主治医の判断より軽度に扱う 8 件 ② 主治医の判断どおりに扱う 22 件 ③ その他 32 件

※「その他」32 件のうち 25 件の内容は以下のものであり、残りの 7 件は具体的な記載がなかった。

- ・主治医に照会する。
- ・年齢相応の能力と比較して障害の程度を判断する。
- ・紹介をかけ主治医とのやりとりの間で両者が同じ判断になるよう調整する。
- ・わからない。
- ・同じ年齢の一般的な乳幼児と比較した際の能力の差と症状に疑義があれば保留とし、疑義がなければそのまま扱っている。
- ・ケースバイケース。
- ・初回は控えめに判定し、経過を見ていくことが多い。
- ・結果的に主治医の判断より軽度の等級判定となることが多い。
- ・わからない。
- ・診断書の内容により判断。
- ・主治医が、「年齢相応の能力比較の上で判断されているかどうか」による。
- ・同年代の平均的発達からの乖離をふまえて判定する。
- ・具体的に：できる限り情報を集約して、総合的に判断することになると思われる。
- ・年齢相応の能力との比較、生活上の支障の度合いから判断する。
- ・主治医の判断を一旦置いておいて、年齢と照らし合わせて判定する。
- ・対象児の年齢相応の能力と比較する。
- ・結果的に、主治医の判断どおりになることがあるし、ならないこともある。
- ・その年齢相当の発達を加味して行う。
- ・能力判定は参考程度にとどめ、具体的な生活状況をみて判定。
- ・他欄の記載などから具体的な生活状況を読み取り、主治医の ADL の判断が同年代の乳幼児と比較したうえで適切かどうかを確認した上で、返戻し記載の再検討を求めるか、そのまま主治医の記載に基づいて判定するかを決める。
- ・総合的に判断する。
- ・状態像の具体的な記載等を基に勘案する。

- ・⑥-2,3 は重要視せず、他の記載内容より判定する。
- ・日常生活状況や能力について詳細な照会を行う。
- ・記載内容から総合的に判断する。

13—③. 例示として、「1歳児のてんかん」で「日常の生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」となっているものを挙げ、そのケースの等級判定について方針を質問した。前問の「その他」の具体的な記載内容に見られたように、「1歳児の平均的な発達からの解離をもって判定する」との意見が21件(32.8%)が多かったが、もっとも多かったのは「その他」の23件(35.9%)であり(図71)、そのうち19件には「てんかん発作のタイプと頻度で判定する」旨の記載があった。これについては選択肢に問題があったと考えられる。



- ①判定不能として申請を非該当とする 0件 ②現在の状態像の記載に即して判定する 12件 ③主治医に照会する 8件 ④1歳児の平均的な発達からの解離をもって判定する 21件 ⑤その他 23件

※「その他」23件のうち21件の内容は以下のものであり、残りの2件は具体的な記載がなかった。

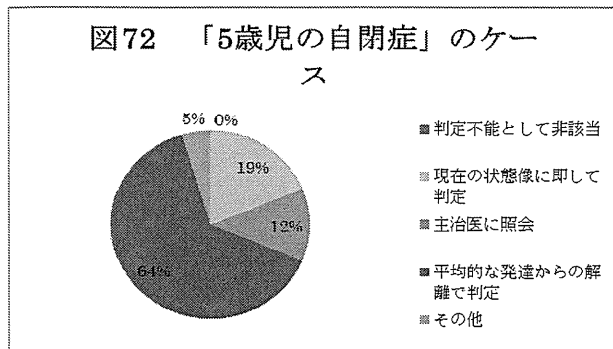
- ・てんかんの場合は、発作のタイプと頻度から判定する。
- ・不足している情報などを返戻により確認し、慎重に判断する。
- ・同じ年齢の一般的な乳幼児と比較した際の能力

の差と症状に疑義があれば保留とし、疑義がなければ発作時の状態と頻度から判定している。

- ・てんかんについては、発作のタイプと頻度によって判定する。
- ・発作型、発作頻度を考慮して判定する。
- ・てんかんでは発作のみで判定。
- ・てんかん発作の発作型と頻度で判定する。
- ・てんかんの発作のタイプ、頻度により判定する。
- ・「てんかんの判定基準」に従うが、実際的には、困難が予想される。
- ・具体的に：発作型、発作頻度などを中心に判断する。
- ・てんかんの発作の種類と頻度でもって判定する。
- ・発作タイプ及び頻度にもみ基づいて判定する。
- ・てんかん発作タイプと頻度で判定する。
- ・「現在の状態像」の項目ではなく、生活や行動の具体的な記載。
- ・てんかんの発作頻度・型に基づいて判定する。
- ・てんかんの型、頻度などで判定する。
- ・てんかんの発作型と頻度で決める。
- ・てんかんの場合、「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」により判定する。
- ・てんかんのタイプと発作頻度から判断する。
- ・主病名がてんかんであれば、発作タイプと頻度のみで判定する。
- ・てんかんのタイプと頻度。

13—④. 例示として、5歳児の自閉症で「日常の生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」となっているものを挙げ、そのケースの等級判定について方針を質問した。前2問と同様に、「5歳児の平均的な発達からの解離をもって判定する」との意見が41件(64.1%)で大部分を占めていた(図72)。なお、「②現在の状態像の記載に即して判定する」を選んだ回答の中に「『現在の状態像』の項目ではなく、生活や行動の具体的な記載」というコメントが付けら

れているものが1件あった。

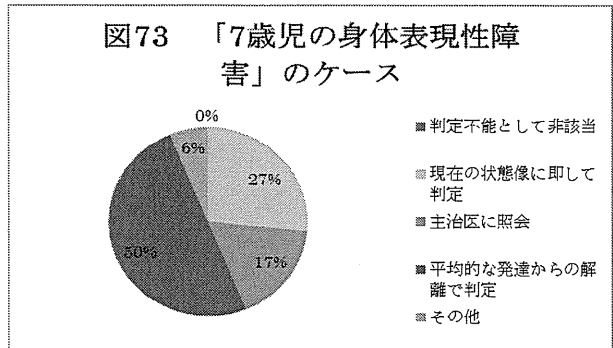


①判定不能として申請を非該当とする 0件 ②現在の状態像の記載に即して判定する 12件 ③主治医に照会する 8件 ④5歳児の平均的な発達からの解離をもって判定する 41件 ⑤その他 3件

※ 「その他」3件の具体的な内容は以下のようであった。

- ・全体から判定する。
- ・現在の状態像から、5歳児の平均的な発達からの解離を勘案して判定するが、返戻となることも少なくないだろう。
- ・現在の状態、日常生活能力の判定等、記載内容から判定する。

13—⑤. 例示として、7歳児の身体表現性障害で「日常生活能力の判定」がすべて「援助があればできる」となっていて「3 精神障害を認め、日常生活に著しい制限があり、時に応じて援助が必要である」となっているものを挙げ、そのケースの等級判定について方針を質問した。このケースについても「7歳児の平均的な発達からの解離をもって判定する」という意見が32件(50.0%)でもっとも多かったが、「現在の状態像の記載に即して判定する」が17件(26.6%)、「主治医に照会する」が11件(17.2%)と、「平均的な発達との解離」の重視から、年齢が上がるに従って成人に近い判定基準に移行する傾向が見られた(図73)。



①判定不能として申請を非該当とする 0件 ②現在の状態像の記載に即して判定する 17件 ③主治医に照会する 11件 ④7歳児の平均的な発達からの解離をもって判定する 32件 ⑤その他 4件

※ 「その他」4件の具体的な内容は以下のようであった。

- ・現在の状態像の記載に即して、7歳児の平均的な発達からの解離をもって判定するが、2級相当である可能性は低いし、具体的な生活上の不具合が十分記載されていなければ返戻となる。
- ・3級をつけることになると思われる。
- ・「現在の状態像」の項目ではなく、生活や行動の具体的な記載。
- ・現在の状態、日常生活能力の判定等、記載内容から判定する。

13—⑥. 乳幼児の精神障害者保健福祉手帳の申請について、問題となった事例やこのテーマに関する意見を自由記載で尋ねた質問である。18件の回答があり、その内容は以下のようなものであった。記載されている内容としては、その年齢の平均的な能力との解離をもって判定することになっているが、年齢相応の能力の基準が明確ではないことによる判定の困難さを課題として挙げるものが多かった

- ・乳幼児の判定の例はなく児童も含めての意見になりますが、生活能力の状態は年齢相応の能力と比較して判断することになっておりますが、低年齢の場合は日常生活能力の障害が精神障害からくるのか年齢的なものなど精神障害以外からく

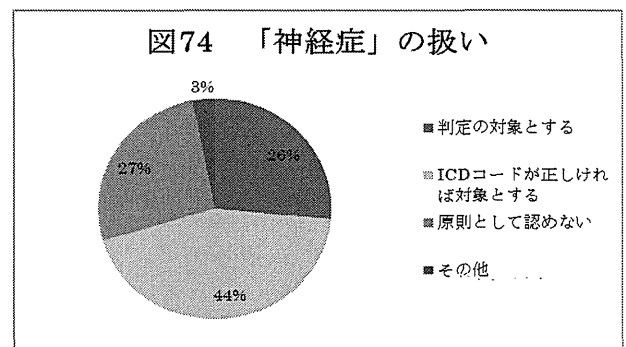
るのかの判断や、そもそもどの程度が年齢相応の能力なのかの判断が困難である。

- ・乳児の場合、かなり重症な症状であっても他児との能力の差が分かりにくく、主治医に照会しても明確な回答が得られにくい。
- ・病名「てんかん」の場合、確実にてんかんであるか判断が難しい。
- ・てんかん以外は何歳から認めるのが妥当か迷う。
- ・罹病期間が短く、改善可能性の高いケースも多く、年齢相当の生活能力との比較に困難を感じることも多い。
- ・経験がない。
- ・⑥生活能力の状態を判断する際、年齢相応の能力の基準が明確ではないため、診断書の内容に疑義が生じることがある。
- ・保育園、幼稚園、学校などへの適応状況や、具体的な育児上の問題など、情報の集約がかなりないと判断が難しいと考えられる。
- ・乳児期の発達障害など手帳に該当するのか判断が難しい。
- ・0歳（おそらく重度知的障害）におけるてんかん。乳幼児に限らず発作が1回しかなくてその後コントロールされているケース。
- ・当センターでの乳幼児例では、児童福祉センターからの手帳診断書の提出が多く、両センター間の約束で、12歳程度までの乳幼児・児童については、家族に発達や日常生活の状況を一定の書式で記載していただいたものを添付して。
- ・診断書の「⑥-2日常生活能力の判定」の項目が乳幼児及び児童の障害の程度を判定するには極めて不適切である。
- ・今まで申請なし。
- ・具体的な生活・行動や支援状況の記載が必要と思う。
- ・てんかんの場合は発作に基づいて等級を決定しているが、その他の精神障害の場合、ADLの低下の程度が、精神疾患のみによるものなのかを判断するのが困難であるため、申請受付の担当者や主治医などから、申請者の保護者が手帳取得を希

望するに至った経緯や、他のサービス利用の状況や、その他の病状についてなどできる範囲での情報を集め、判定の参考にする場合がある。

- ・年齢相応の能力と比較した上での記載、判定をしていただけないことが多い。
- ・年齢相応の指標がほしい。
- ・主治医の意向ではなく、親の強い要望で申請される診断書も存在します。伝聞の域ではあるが、付随するサービス目的や『病気であることの証明書代わり』という話も聞く。年齢制限も要るのかと判定医同士で話すこともあります。

2-6-14. 「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に関する判定の方針を質問した。「ICDコードが正しければ」という条件付きの選択肢を含めれば「神経症」という病名を認めているという回答が45件（70.3%）であり多数を占めるが、「原則として認めない」とする意見も17件（26.6%）であり、ICDの診断名に沿った下位分類を求めるセンターも少なくないという結果であった（図74）。



- ①判定の対象とする 17件
- ②ICDコードが正しければ判定の対象とする 28件
- ③原則として認めず、主治医に病名の変更等を求める 17件
- ④その他 2件

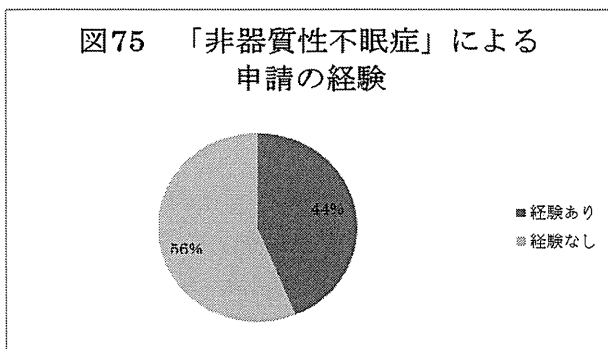
※「その他」2件の具体的な内容は以下のようであった。

- ・返戻し、ICD-10コードに合致した病名の記載を求める。
- ・〇〇神経症ということでICDコードが正しければ判定の対象とするが、単なる神経症は原則と

して認めず、主治医に病名の変更等を求める。

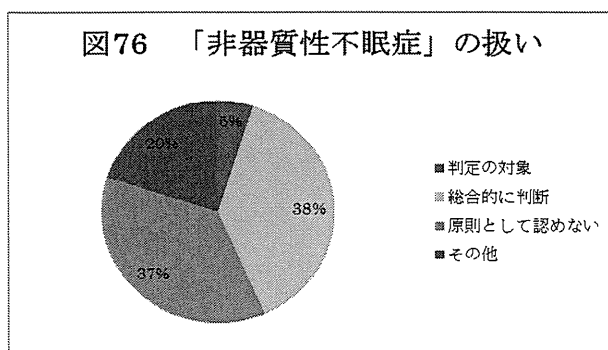
2-6-15. 以下の2つの質問は、非器質性不眠症（F51）を主たる障害とする申請に関する等級判定の経験と方針について質問した。

15-①. 非器質性不眠症（F51）を主たる障害とする申請をこれまでに経験しているか否かを質問したところ、そのような経験のないセンターの方がやや多かった（図75）。



①そのような例を経験している 28件 ②そのような例は経験がない 36件

15-②. 非器質性不眠症（F51）を主たる障害とする申請の経験がある場合に、取り扱いの方針を質問した。また経験がない場合にも取り扱いに関する考え方について回答を求めた。4件が無回答であった。「日常生活の障害程度から総合的に判断する」を選択した回答が23件（38.3%）ともっとも多かったが（図76）、「その他」の12件のうち、「原則として認めない」と明確に記載したものが11件中5件あり、これらは「原則として認めず、主治医に病名の変更等を求める」という意見に近いものとも考えることもできる。



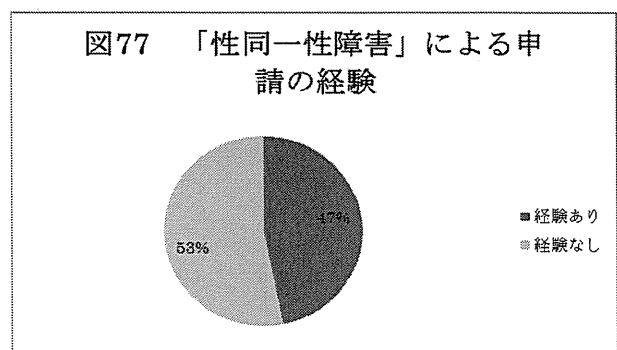
①判定の対象とする 3件 ②日常生活の障害程度から総合的に判断する 23件 ③原則として認めず、主治医に病名の変更等を求める 22件 ④その他 12件

※ 「その他」12件のうち11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。

- ・主治医に照会する。
- ・非該当としている。
- ・従病名とし、主病名を求める。
- ・日常生活の障害程度から総合的に判断するが、実際的にはまず非該当となるものと考えられる。
- ・併存する精神疾患の有無を照会する。
- ・原則として非該当。
- ・非該当とする。
- ・症状がどのように生活に影響しているか記載を求める。
- ・現在の状態、日常生活能力の判定等、記載内容から判定する。
- ・不眠以外の症状や他の疾患の有無について主治医に照会する。
- ・原則として認めず。主治医に他の精神症状の有無を確認する。

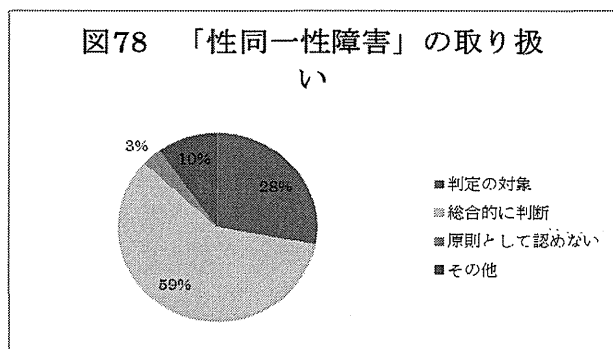
2-6-16. 以下の2つの質問は、性同一性障害（F64）を主たる障害とする申請に関する等級判定の経験と方針に関する質問である。

16-①. 性同一性障害（F64）を主たる障害とする申請をこれまでに経験しているか否かを質問したところ、そのような経験のないセンターの方がやや多かった（図77）。



①そのような例を経験している 30 件 ②そのような例は経験がない 34 件

1-6-②. 性同一性障害 (F64) を主たる障害とする申請の経験がある場合に、取り扱いの方針を質問した。また経験がない場合にも取り扱いに関する考え方について回答を求めた。3 件が無回答であった。「日常生活の障害程度から総合的に判断する」を選択した回答が 36 件 (59.0%) ともっとも多い点は前問の非器質性不眠症に関する判定方針と共通していたが、「判定の対象とする」を選択したものが 17 件 (27.9%) と多く、「原則として認めず、主治医に病名の変更等を求める」を選択したものが 2 件 (3.3%) と少なかった点が、非器質性不眠症に関する判定方針とは異なっていた (図 78)。「原則として認めない」を選択した回答の中に「照会をかけ、精神状態が他の精神疾患の病名がつく状態であればそれを診断名にしよう」というコメントを付けたものが 1 件、「日常生活の障害程度から総合的に判断する」を選択した回答の中に「未定」というコメントを付けたものが 1 件あった。



①判定の対象とする 17 件 ②日常生活の障害程度から総合的に判断する 36 件 ③原則として認めず、主治医に病名の変更等を求める 2 件 ④その他 6 件

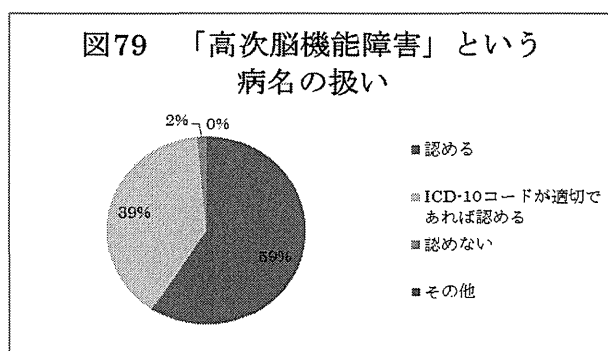
※「その他」6 件の具体的な内容は以下のようであった。

- ・主治医に照会する。
- ・従病名とし、主病名を求める。
- ・この病名によって直接的に日常生活障害が起き

るとは考え難いので、日常生活の障害程度から総合的に判断するが、実際はこれのみでは非該当であろう。

- ・合併する精神障害の有無で判定すると思う。
- ・合併精神症状等による。
- ・精神障害の症状有無。

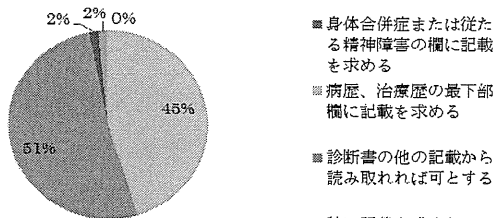
2-6-17. 「高次脳機能障害」という病名を「主たる精神障害」の病名として認めるか否かを質問したところ、「認める」が 38 件 (59.4%)、「ICD-10 コードが適切であれば認める」が 25 件 (39.1%) と、ほとんどのセンターが高次脳機能障害という病名を主病名として認めており、「認めない」を選択したものはわずかに 1 件 (1.6%) であった (図 79)。これに関しては、平成 23 年の診断書書式の変更以前と以後で対応の変化があったものと推測される。



①認める 38 件 ②ICD-10 コードが適切であれば認める 25 件 ③認めない 1 件 ④その他 0 件

2-6-18. 主病名が「高次脳機能障害」である場合に、高次脳機能障害をもたらした疾患が病名欄に記載されていることを求めるか否かを質問した。これについては、診断書の所定の欄に記載を求めるとい回答が 29 件 (45.3%)、他の欄の記載から読み取れば可とする回答が 33 件 (51.6%) であり、ほぼこの 2 つの選択肢に 2 分された (図 80)。

図80 「高次脳機能障害」の原因疾患の記載



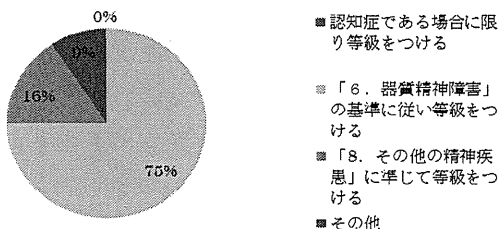
①身体合併症または従たる精神障害の欄に記載を求める 0件 ②病歴、治療歴の最下部欄（器質性精神障害の発症原因疾患名、発症日）に記載を求める 29件 ③病歴、治療歴など診断書の他の記載から読み取れば可とする 33件 ④特に記載を求めない 1件 ⑤その他 1件

※「その他」1件の具体的な内容は以下のようであった。

・主たる病名としている疾患からくる精神障害の病名を記載。

2-6-19. 「高次脳機能障害」に該当すると思われる申請の等級を決定する際に何を判断根拠としているか質問した。なお選択肢にある「判定基準」とは、厚生労働省通知「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」のことを指す。回答としては、「判定基準の『6. 器質性精神障害』の基準に従い等級をつける」を選択したものが48件（75.0%）で大部分を占め、「判定基準の『8. その他の精神疾患』に準じて等級をつける」を選択したものが10件（15.6%）で、「認知症でない場合は非該当とする」を選択したものはなかった（図81）。

図81 「高次脳機能障害」の判定根拠



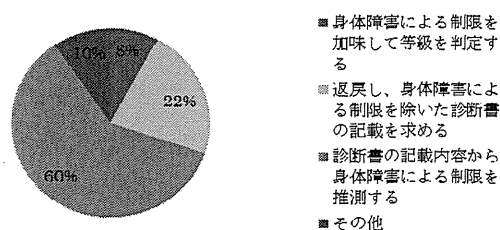
①認知症である場合に限り等級をつける。認知症でない場合は非該当とする 0件 ②判定基準の「6. 器質性精神障害」の基準に従い等級をつける 48件 ③判定基準の「8. その他の精神疾患」に準じて等級をつける 10件 ④その他 6件

※「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件は具体的な記載がなかった。

- ・状態によりケースバイケース。
- ・総合的に判断し等級をつける。
- ・判定基準に加え発症からの期間も考慮して等級をつける。
- ・総合的に判定。

2-6-20. 高次脳機能障害を主病名とする申請の等級判定において、身体障害部分についてどのように勘案するか質問した。1件が無回答であった。この質問に対しては、実際の手順としては「返戻し、身体障害による制限を除いた診断書の記載を求める」とするもの14件（22.2%）と、「診断書の記載内容から身体障害による制限を推測する」とするもの38件（60.3%）の2つに意見が別れたが、基本的な方針としては「身体障害による日常生活・社会生活の制限を差し引いて等級を判定する」との意見が52件（82.5%）と大勢を占めた（図82）。

図82 「高次脳機能障害」の身体障害部分の扱い



①身体障害による日常生活・社会生活の制限を加味して等級を判定する 5件 ②身体障害による日常生活・社会生活の制限を差し引いて等級を判定する。この場合、返戻し、身体障害による制限を除いた診断書の記載を求める 14件 ③身体

障害による日常生活・社会生活の制限を差し引いて等級を判定する。この場合、診断書の記載内容から身体障害による制限を推測する 38 件 ④ 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 件は具体的な記載がなかった。

- ・ 返戻時と推測する時と状況による。
- ・ 身体障害による日常生活・社会生活の制限をできるだけ差し引いて判定するが、勘案せざるを得ないこともある。
- ・ 質問 12 と同様。
- ・ 身体障害による日常生活・社会生活の制限を差し引いて等級を判定する。この場合、診断書の記載内容から身体障害による制限を推測するが、診断書の内容に疑義がある場合は照会返送する。

2—6—2.1. 広汎性発達障害の精神障害者保健福祉手帳の申請について、問題となった事例やこのテーマに関する意見を自由記載で尋ねた質問である。22 件の回答があり、その内容は以下のようなものであった。記載されている内容としては、(低)年齢の問題、継続的治療の問題、知的障害の合併の問題、(主治医の)診断の問題、判定医の理解の問題などが挙げられており、また診断書の内容について、学業、就労など総合的な情報の必要性が述べられていた。

- ・ 生活能力の状態は年齢相応の能力と比較して判断することになっておりますが、低年齢の場合は、日常生活能力の障害が精神障害からくるのか年齢的なものなど精神障害以外からくるのかの判断や、そもそもどの程度が年齢相応の能力なのかの判断が困難である。
- ・ ①判断は継続的治療下における状態で行うことが原則とされているので、その解釈が難しい(通院、服薬を必要としないため、診断書作成のためだけに通院するケースもある)。
- ・ ②知的障害部分をどの程度差し引くか。
- ・ 特にありません。

・ 当自治体では、普通学級や支援学級、就労状況などの情報を診断書の中で求めており、総合的に社会の中でどの程度生活できているのかを考慮した上で判定を行っている。

- ・ 初診 6 ヶ月経過してすぐに出てくる診断書があるが、正しい診断なのか疑問を感じることもある。
- ・ 2 次障害として別の精神障害が主病名になっている可能性がある。広汎性発達障害の診断をできる先生がまだ少ない。
- ・ 本県では、普通学級か特別支援学級などの情報も診断書の中で求めている。又、仕事の内容の情報も求めており、総合的に社会の中でどの程度生活できているかで判定を行っている。
- ・ ハローワークでの障害者枠を利用するために勧められることも多いようだ。
- ・ 発達障害の専門医である委員から手帳申請は中学生までは受けるべきではないとの意見あり。①福祉サービス等については他の方法(医師の意見書など)で受けることが出来る②成長の可能性があること③ラベリングになること④発達障害専門医の負担が大きくなること⑤非専門医の判断が増えること。
- ・ 通園、通学状況、就労状況など社会適応に関する具体的な情報が不足する傾向にある。
- ・ 診断根拠が医師によりまちまちであるように思われる。
- ・ 広汎性発達障害の診断を裏付ける記載に乏しいものが多くて困っている。
- ・ 小児科医より、現様式では診断書の記載が難しいとの意見がある。
- ・ 病状が軽いことが推測されるにも関わらず、日常生活能力が重度に評価され、判定に苦慮するケースがある。
- ・ 高機能の広汎性発達障害の場合など、うまくはまれば働けるが、合わないといふ全くダメというように環境要因によって日常生活障害の程度が左右されることがあり、判定に迷うことがある。
- ・ 特になし。
- ・ 具体的にどのような配慮や支援が必要かについて

て記載が必要。

・①本市では、広汎性発達障害は原則3級としているため、他自治体からの転入により等級が下がってトラブルとなる場合がある。②判定会で、「初診日から6か月以上の通院継続が必要との原則があるが、広汎性発達障害の場合、病状に動揺性が少なく生活能力の状態がほぼ固定していることや、手帳取得による福祉サービス等の利用をなるべく早期から行いたいという理由から、通院が6か月未満でも認めてよいのでは」という意見が出たことがあった。

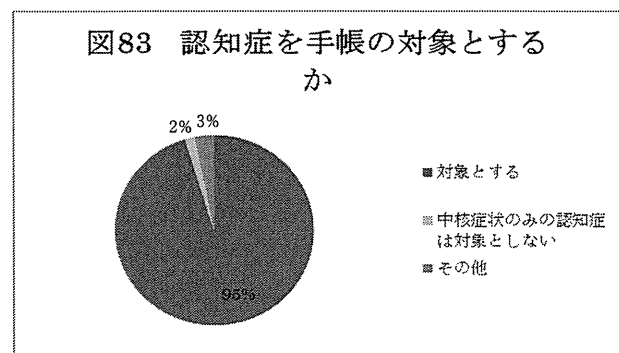
・最近申請が増加しているが、診断根拠が不十分なことが少なくない。特に精神科・小児科以外の専門分野の医師の診断書は、疾病の存在が疑問であることが少なくない。

・施設が提出を求める事情の是非／通院継続しないことの是非／子どもの生活能力が低くなること。

・幼少期の判定が困難。

・判定医の発達障害に対する理解不足、乳幼児・学童の判断基準は成人のものとは別のものがない。

2-6-2.2. 以下の3問は、認知症疾患を主たる障害とした申請についての質問である。まず、認知症を主病名とする申請に関して、等級判定の基本的な方針を質問した。1件を除き、ほとんどのセンターで認知症は等級判定の対象とされていた(図83)。「その他」の2件も、基本的には認知症を手帳の交付対象と考える方針と思われた。



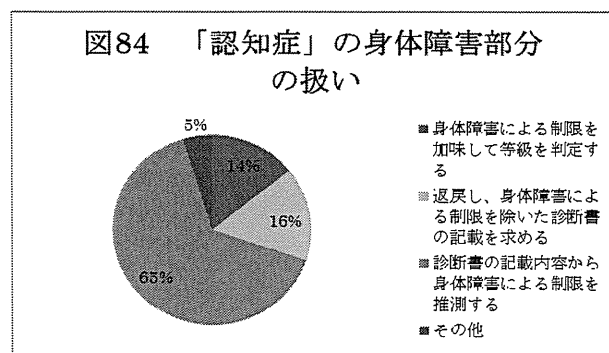
①手帳の交付対象とし、日常生活、社会生活の制限に応じて等級をつける 61件 ②中核症状のみの認知症は、精神障害者保健福祉手帳の対象とはしない 1件 ③その他 2件

※「その他」2件の具体的な内容は以下のようであった。

・中核症状のみの認知症は、級を減じることがありうる。

・概ね4欄の重症度に応じて等級を決定している。

2.2-1. 前問で「等級をつける」を選択したセンターに対して、等級判定に当たって認知症疾患の身体障害部分についてどのように勘案するか質問した。前問において「その他」を選択した2センターを含め、63件の回答があった。高次脳機能障害における身体障害部分についての質問(質問2-6-2.0)に対する回答と同様に、実際の手順としては「返戻し、身体障害による制限を除いた診断書の記載を求める」とするもの10件(15.9%)と、「診断書の記載内容から身体障害による制限を推測する」とするもの41件(65.1%)の2つに意見が別れたが、基本的な方針としては「身体障害による日常生活・社会生活の制限を差し引いて等級を判定する」との意見が51件(81.0%)と大勢を占めていた(図84)。なお、「身体障害による日常生活・社会生活の制限を加味して等級を判定する」を選択したセンターのうち2か所が「加味というより差引を行わない」旨のコメントを付けていた。



①身体障害による日常生活・社会生活の制限を加

味して等級を判定する 9件 ②身体障害による日常生活・社会生活の制限を差し引いて等級を判定する。この場合、返戻し、身体障害による制限を除いた診断書の記載を求める 10件 ③身体障害による日常生活・社会生活の制限を差し引いて等級を判定する。この場合、診断書の記載内容から身体障害による制限を推測する 41件 ④その他 3件

※「その他」3件の具体的な内容は以下のようであった。

- ・身体障害による日常生活・社会生活の制限をできるだけ差し引いて判定するが、勘案せざるを得ないこともある。
- ・特に区別することなく判断している。
- ・質問12と同様。

2-2-②. 質問2-6-2-2で「対象としない」を選択したセンターに対して、中核症状のみの認知症を精神障害者保健福祉手帳の対象としない理由を自由記述で尋ねたが、この質問に対しては回答が得られなかった。

2-6-2-3. 最後の質問として、その他、手帳の判定に関する意見、または本調査に関する意見を自由記述で尋ねた。19件の回答があり、その内容は以下のようなものであった。記載されている内容としては、

- ①今後成人のADHDの問題に関し、横断的状态像のみで診断される可能性を危惧する生育歴など診断根拠に乏しい②就学前の発達障害の手帳申請の扱いについて一部医師で精神医学的診断の混乱がみられる(偏った判定をする)事への対応に困る③判定会議からの照会に対し一部医師の横柄な対応。④書かれている診断内容に矛盾があるにも拘わらず、等級判定を審査会任せとする為照会を多くかけなければならなくなる事。
- ①設定条件が断片的な質問があり、実際の判定においては総合的に判断しているため回答に窮した。②このアンケートをまとめた回答が、普段

の判定や考え方を反映しているとは言えない。③日常生活能力を重要視しているが、客観性に乏しいため、改良の余地があると感じている。④脳神経外科医又は神経内科医が精神症状を記載せず、精神症状を認めないと記入している診断書があり、問題があると感じている。

●①症状が悪化した際の診断書の場合(例:入院など)は改善の見込みがあるかどうか記載が必要ではないか。②手帳等級が医療助成と関連していると一旦認定した等級が、更新時の判断に影響してくる。診断書を記載している医師もこのことを意識して記載しているので、適切な等級判断できているのかと思う。③認知症は非精神科の診断書が増加している。当県では2級以上だと重度心身医療助成があり一般科を含めた自己負担分通院医療費が全額戻ってくる。認知症患者のデイケアや訪問診療を行っている医療機関が集患目的で多量に手帳申請しているが、認知症患者は他制度もあるので、手帳の判定に疑問を感じている。●発達障害や高次脳機能障害については、治療を必要としない方も存在する。手帳は、原則長期の薬物治療下における状態で判定を行うことになっているので、そういった治療を要しない方達の判定について詳細な基準作成をお願いしたい。

●【手帳の判定に関して】①他の診断書記載との違いを明確にしないと記載しづらいし、判定も難しい。たとえば、「介護保険の主治医意見書」では、「食事行為」が「自分で食べられること」で記入するのに対し、「精神の手帳の診断書」の「食事摂取」では、「栄養のバランスを考え、自ら準備して食べること」で○をつけることになっている。②主治医の意図がよみとれる場合は、判定しやすいが、意図不明の場合、判定しづらい。たとえば、「等級変更」申請なのに前回診断書の記載内容と全く同じ場合、「申請者とどういうやりとりだったのか」のコメントがあれば、有難い。③主治医のばらつきが大きい。重めに書く主治医と、軽めに書く主治医がおられる。返戻を繰り返しても意味が伝わらない場合があり、それを加味して

判定することがある。【本調査の質問19.について】回答の選択肢の1番目に「認知症である場合に限り等級をつける」とありますが、18歳以前の脳損傷や疾患の場合「知的障害」になるのではないのでしょうか？

●①手帳制度や書式そのものの問題があまりに大きく、等級判定のスタンダードを探る作業はそもそもが困難な仕事だと実感しています。本来的には、手帳制度と書式の抜本的な改正を望みたいものです。②児童について・年齢相応の生活能力を判定するためには、年齢ごとに標準的な生活能力の基準が必要。・児童は保護的な環境を想定するのかしないのかが示されていない。・児童の場合、生活障害は将来的にも改善する可能性は否定できず、障害の固定を判定することには無理がある。精神疾患の状態のみで判定すれば良いのではないか。③社会資源や公的な支援の充実度は自治体によっても異なり、また様々なサービスを使いこなせる、または質の高いサービス内容を利用できている人は、病状や生活障害が重くても結果的に軽い等級に判定されてしまう場合も発生する。④てんかんの発作の際に、直前数か月に発作がない場合に、頻度をどうカウント・計算していいのか悩む。⑤(その他判定には関係ないですが・・・)現在の生活能力の判定について、「援助」の有無でどの程度自立できるか、という評価の仕方では、多分、主治医は正確に評価出来ないし、障害自体が社会の仕組みと反比例？するものなので、あまり医学的ではない。右頁の生活能力関連の記載については、ワーカーなど、生活支援に関わる職種が書くよう分担できないものか？

●調査内容を精査していただき、判定マニュアル完成を早期に実現してほしい。

●手帳の判定に関して、その判定に関する基本的な考え方が、診断書を記載する医師に不十分と考えざるを得ないことが多く、今後周知をしていく必要性を強く感じている。

●疾患別の判定基準はあるほうがよいという意見もありましたが、実際に作成するのは困難であ

り、各疾患間の整合性を保つことはかえってむづかしいのではないかと、原則は生活能力の状態に即して判断すべきとの意見に落ち着きました。「生活能力の障害」よりも「精神症状(=機能障害)」が重いかどうか、注目しがちな精神科医が多いように思われます。手帳が「生活能力の障害」をもとに判断していることが、十分周知できていないこともあります。生活障害といった概念を十分理解していただけていないように感じる医師も時に見受けられます。また、今回の集計では、たまたま脳外科、内科等からの診断書が少なかったのですが、普段はかなりこれらの科の診断書に困っています。診断名が精神疾患ではないもの、精神障害の状態の記載がなく外科的治療や内科的治療の経過ばかり書かれているもの等があり、非該当としますが、本来申請すべきでないものまで申請されている事例もあります。診断書を書く医師の要件について整理できないもののでしょうか。

●細かいことに拘るとものすごくエネルギーが要る。基本方針(姿勢)＝総合的判定が決まっていればいいのではないかと。

●手帳の判定に関して、全国で共通する手引きの作成をするとともに、毎年研修を開催するなどして事務の統一化を図ってほしい。

●具体的な生活(障害)や支援の状況についての記載と項目評価の整合性を見ながら判定している。

●精神作用物質使用による精神および行動の障害(F1)、発達障害、高次脳機能障害などは、通知に明記されておらず各自治体で判断する部分が多いため、他自治体からの転入ケースが本市転入前と全く異なる判定結果が出てトラブルにつながることもあり、また、本市の内規を根拠とした判定に対して審査請求等が行われた場合、その根拠を示すのが困難で、対応に苦慮する場合があります。こういった調査を通して、明文化した基準を増やし、各自治体で意識を共有することが出来れば、非常に有用であると思われる。

●①病歴、現症にほとんど記入がないことが少な

くないので問題であると考え、追記を依頼しても不十分であることが多い。疾病の存在が疑わしい(特にうつ病、発達障害)ことも少なくない。診断書を記入できる医師の資格または基準を検討すべきではないかと思う。②手帳認定から得られる便益を既得権のように考え、症状の改善により級が下がると、クレームをつける申請者、または主治医が少なくない。この点から考えても、診断書の信頼性には疑問が残る。特に最近、身体科の医師の診断書がふえており、将来的に診断書の質に対しての疑問は増えると思う。

●てんかんの発作型については「イロハニ」に該当しない発作もあるため、判定しにくいことがあります。「イロハニ」に加えて「ホ：その他」を加えて、内奥を記載してもらうことはいかがでしょうか。

●①病名らん、身体障害手帳の有無の記載、どんな意味があるのか。②手帳の発行枚数が年々増えている。対象範囲等の見直しが必要ではないか。③認知症は精神障害なのか。

●①⑥2と3、具体的記載含めて、整合性が取れない場合、通常勘案して対応している。②従来からの統合失調症の判断がベースにあり、最近急増している気分障害に対しては相対的に低く判定している。③主治医により過大に書く傾向が伺われると、多少なりとも勘案して判断されるケースもある。④質問にもあるが、身体障害そのものによる日常生活能力の低下と判断されるケースもある。⑤入院となり申請するケースもあり、治療前のため必然的により重度となる傾向。⑥依存症の場合、入院中であれば現在の作用物質の使用は必然的に不必要となり、退院後は未知数であるにもかかわらず、手帳の対象となってしまう。

●①診断書を記載する医師への教育が必要。②診断書を作成できる医師を制限することが必要。③「てんかん」は、小児科・脳外科医が作成するケースが多いが、記載が不十分であることが多い。また、「認知症」は、内科医や入所施設等の嘱託医等の記載が多く、記載の要領を得ないこと事が多

い。

●年金証裁定返知書の写しによる認定状の問題
①診断書の種類の欄に7と記載されていたが、照会により精神疾患以外の疾患が原疾病である旨の回答を得た事例があった。②そもそも年金証書等の写しによる手帳等級の認定が妥当な方法であるのかという疑問がある。③年金が精神障害によるかの確認をどの範囲まで行うべきか、各自治体の実情を調査してほしい。

D. 考察

【第1部】

第1部-1は、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」という回答は半数に満たないものの、医療費の自己負担分に対する助成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。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に応じた助成制度を設けていることが窺えた。

第1部-2においては、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、各センターにおいて1ヶ月間に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。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・非該当の割合は約4分の1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については概ね申請の割合に応じた件数と考えられたが、非該当については、全疾患圏に占める F3 の割合の高さが目立った。

診断書の記載項目についての質問については、保留となる例は、どの項目でも概ね均等にみられたが、非該当となった診断書の記載項目は⑥-2 日常生活能力の判定、⑥-3 日常生活能力の程度、⑤④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等、④現在の病状、状態像等、などに多く、実際の等級判定上は、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ることが窺われた。

【第2部】

第2部1~4では、等級判定の際に診断書の記載内容をどう捉えるかを問い、第2部3の一部および5では、等級判定の際の自治体内での体制を問うた質問であった。診断書で重要と考える項目は⑥-2、3、⑤のように各センター間で一致度が高い一方で、診断書⑥-2と⑥-3欄で乖離があるときの対応はセンター間でばらつきが大きかった。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、第2部6の各論領域に関する質問は35問あったが、扱う疾患圏などにより、自治体間で回答の傾向に差異の大きい質問と、そうでない質問に分かれた。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95.3%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(1.6%)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78.1%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1.6%に過ぎなかった。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、これらの項目に関しては、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、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26.6%、「ICDコードが正しければ対象とする」が43.8%、「原則として認めない」が26.6%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。これら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。

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。64か所(施設回収率95.5%)から回答があり、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。

来年度の等級判定マニュアル作成においては、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. 研究発表

1. 論文発表

特になし。

2. 学会発表

特になし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし。

2. 実用新案登録

特になし。

3. その他

特になし。

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) 「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
- 3) 「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
- 4) 「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
- 5) （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

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における不一致に関する研究

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

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）における分担研究「模擬症例の判定に関わる調査」（分担研究者：山崎正雄）において、等級判定の自治体間でのばらつきが指摘されている。その後、「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った。

そうした改正を受けて、等級判定上の問題は解消されているのか、各自治体間での判定のばらつきは解消されているのかを検証するため、平成 16 年度の研究に追加して、各都道府県・政令指定都市を対象に模擬症例の等級判定シミュレーションを行い、現在の等級判定の不一致の状況を確認することとした。

研究方法：20 ケースの模擬症例を作成し、それを同時期（平成 24 年 1 2 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。その判定結果及び判定理由、コメントを集約・分析した。

結果：全国 67 の精神保健福祉センターのうち 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%）。

模擬症例の等級判定結果を見ると、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 症例あるなど、等級判定の不一致、自治体間でのばらつきの現状が確認された。

考察：自治体間での等級判定のばらつきが認められ、その要因として、等級判定する上で診断書からの情報をどのように捉え解釈するかについて各自治体間に差異があり、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。等級判定における不一致の解消には、疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の基準・指標の作成が必要であり、診断書作成及び障害等級判定のための新たなマニュアルの整備が必要であると考えられた。

研究協力者

鈴木 志麻子

：相模原市精神保健福祉センター・所長

原田 豊

：鳥取県立精神保健福祉センター・所長

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 113

3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が全国精神保健福祉センター長会総会(平成15年10月)において話題となった。そのため、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)における分担研究「模擬症例の判定に関わる調査」(分担研究者:山崎正雄)で、全国の精神保健福祉センターの審査判定会議において模擬症例10例を実際に判定してもらう調査研究を行っている。その結果、等級判定に自治体間のばらつきが見られることが明らかになり、手帳の診断書様式の見直しを含め、さまざまな精神疾患・精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた、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。

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。

そうした改正ののち、等級判定上の問題は解消されているのか、各自治体間での判定のばらつきは解消されているのかを検証するため、平成16年度の研究に追加して、新たな診断書様式で作成した模擬症例を各都道府県・政令指定都市の審査判定会議にかけるシミュレーションを行うことによって、現在の等級判定の不一致の状況を確認することとした。

B. 研究方法

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う「等級判定シミュレーション」を依頼した。その判定結果及び判定理由、コメントを回収した。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。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。

C. 研究結果

1. 等級判定シミュレーションの判定の結果 (全体像)

全国67の精神保健福祉センター(東京都は3か所のセンターのうち、手帳の審査判定業務を行っている東京都中部総合保健福祉センター1か所)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%)。

模擬症例の等級判定結果をまとめると、表1、図1～20のとおりである。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。

2. 模擬症例ごとの等級判定結果及び判定理由・コメント

(1) 模擬症例1

統合失調症の48歳の症例である。入退院を繰り返し、残遺症状が著明で、衝動行為・逸脱行為のみられるケースである。

1級判定が53自治体。2級判定が3自治体。3級判定はなし。保留が7自治体であった。判定結果は、初診年月日の記載もれや記載上の誤りの指摘による保留を除けば、ほとんどが1級判定であった。

厚生労働省の各種通知を参照に等級判定して、1級判定が導かれたと判定理由に記載

している自治体もあったが、多くは、⑤⑥⑦、特に⑥生活能力の状態の⑥-2、3の記載内容から1級判定したとしていた。2級判定とした自治体が3か所であったが、「基準に照らして」「総合的に」判定しての2級判定もあれば、「⑥欄の2、3欄が2級相当」として2級判定している自治体もあった。判定する自治体によって、同じ判定根拠からも違った結果が導き出されている現状が見られた。

(2) 模擬症例2

統合失調症の43歳の症例である。浮動性の幻覚妄想、人格水準の低下はあるが、不安定な異性関係を繰り返すなどの生活を送っているケースである。

1級判定はなし。2級判定が57自治体。3級判定が1自治体。保留が5自治体であった。ほとんどが2級判定であった。

⑥-2、3からの判断で2級判定している自治体が多かった。「残遺症状の為、人格変化等が認められるが…」「子どもへの虐待、繰返される万引きなどの反社会的行為は長年の未治療による人格障害であり…」と、病状や状態像にとらわれることなく、生活能力の状態から判定しているという理由意見が見られた。保留(返戻)の理由として、過去2年間の状態及び受診状況の記載を求めるものがあつた。

(3) 模擬症例3

統合失調症の43歳の症例である。陰性症状が強く、人格水準の低下が認められ、社会性の低下や自発性の低下のため、ひきこもり状態にあるケースである。

1級判定が46自治体。2級判定が16自治体。3級判定はなし。保留なし。1級判定と2級判定とに分かれる結果となった。

多くは④現在の病状、状態像等の重症度、⑥生活能力の状態が判定理由として回答されていた。同じ判定理由から、1級判定、2

級判定が導き出されており、自治体間の判定基準の違いの大きさが推測された。

「興奮がない」ことや、「問題行動が比較的少ない」ことなどから2級判定になっている自治体があった。

(4) 模擬症例4

統合失調症の51歳の症例である。デイケアの利用や、アルバイトや就労経験もあるケースである。現在はアルバイト就労しているが安定はしていないケースである。

1級判定はなし。2級判定は14自治体。3級判定は46自治体。非該当1自治体。保留2自治体であった。

アルバイトができていることで3級判定としている自治体もあれば、アルバイトはしているが生活能力の低下があるために2級としている自治体もあるなど、就労状況と援助を必要とする状態をどう総合的にみるかで判定が分かれている。③病歴や④現在の病状、状態像等をどう加味するかも判定が分かっていた。

(5) 模擬症例5

注意欠陥多動障害と精神遅滞の10歳の症例である。

1級判定が21自治体。2級判定が25自治体。3級判定が5自治体。保留が12自治体と分かれた。

精神遅滞（知的障害）をどうとらえるか、年齢をどうとらえるかによって判定が分かっていた。年齢による将来の改善の見込みを考慮している自治体も見られた。今後成長によって改善していくと期待されるため、等級を低めにつけるという考え方を示していた自治体もあった。

また、ICDコードはFを含む4桁までの記載を求める自治体もあった。

(6) 模擬症例6

アスペルガー症候群と多動性障害の7歳の症例である。

1級判定はなし。2級判定が11自治体。3級判定が45自治体。保留が7自治体であった。

2級判定の理由として、「勝手な振る舞い」「衝動行為もある」など、不適応行動を考慮している自治体が見られた。保留（返戻）の理由として、医学的診断に関する疑義を回答している自治体があった。「アスペルガー症候群の診断には④欄（11）の3項が必須となっている」「…3つ組が、2つしか記載がない」ことから保留（返戻）としていた。

コメントには、年齢相応の能力との比較を求めるものなど、年齢による判定の困難さを指摘する意見があった。また、推定発病年月について、不適応症状のおきたときではなく、生来性のもとするようにとの指摘もあった。

(7) 模擬症例7

注意欠陥多動障害と学習障害の52歳の症例である。

1級判定はなし。2級判定が33自治体。3級判定が22自治体。保留が8自治体であった。

判定の理由の回答からは、⑥生活能力の状態の⑥-2日常生活能力の判定におけるばらつきのために判定に苦慮されている様子がうかがわれた。「2次障害がなく、精神症状も著しくない」「就労経験がある」「就労も可能」という理由から3級としている自治体があった。また、病名からは原則3級としているとのコメントの自治体があった。

保留（返戻）の理由としては、「注意欠陥多動障害の診断根拠が不十分」などの回答があった。

コメントには、「成人期の発達障害の医学的診断は、発達歴が不明もしくは不詳な場合が多く容易ではない…発達歴の情報を出来