

	<p>きない。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。</p> <p>(上記1～8のうちいくつかに該当し、とくに日常生活に関連する1、2、3、6の複数が該当するもの)</p>
<p>3級 (精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しく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)</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の周りの清潔保持は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。</p> <p>3 金銭管理や計画的で適切な買物はおおむねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>4 規則的な通院・服薬はおおむねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいええず不安定である。</p> <p>6 身の周りの安全保持や危機的状況での対応はおおむね適切であるが、なお援助を必要とする。</p> <p>7 社会的手続きや一般の公共施設の利用はおおむねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいええず援助を必要とする。</p>

(上記1～8のうちいくつかに該当するもの)

3. 判定基準の解説

1) 障害等級の判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定について、「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号厚生省保健医療局長通知)(最終改正平成25年4月26日 障発0426第5号)(以下、「実施要領」という)には「障害等級の判定に当たっては、精神疾患(機能障害)の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に判定を行うものとし」と記載されている。等級を判定する者は、この「総合的」という表現を「機能障害と生活能力障害を並列的に加重して」と理解するべきではない。精神障害者保健福祉手帳は、精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者(mentally disabled)である精神障害者に対して、社会復帰、日常生活における自立と社会参加の促進のための援助を提供するために用意された制度である。したがって、その等級判定は、「日常生活または社会生活における制限」(生活能力の障害)の程度によって判定されることが基本となる。なお、精神疾患に伴う機能障害の内容とその程度については、生活能力の障害が精神疾患によるものであること、精神疾患に伴う機能障害の内容と程度に見合った生活能力であること、などを検討するための重要な情報として勘案されることになる。

すなわち、「判定基準」に記載されている、「判定は、(1)精神疾患の存在の確認、(2)精神疾患(機能障害)の状態の確認、(3)能力障害(活動制限)の状態の確認、(4)精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる」とある内で、(3)と(4)の根拠として(1)と(2)の情報が重要となるといえる。

障害等級の判定に当たっては、まず一義的には生活能力の障害の程度、その態様により等級判定が行われるべきである。基本的な考え方として、精神障害に伴ってその人が抱えている生活上の困難の内容と程度に従って等級が定められるべきなのであり、その生活障害のもとになっている精神疾患の種別によって等級が決まる訳ではない。精神疾患（機能障害）が等級判定上重要であるのは、生活能力の障害をきたすような精神的症状、症候、状態が、精神疾患の診断名や、現病歴などの経過などによってある程度類型化したり、予後を予測したりすることが可能となるためである。

2) 生活能力の状態

「生活能力の状態」は、精神疾患による日常生活あるいは社会生活の制限の程度について判断するものであって、「障害の程度」を判断するための指標として用いる。判断する際に必要な基本的考え方については、「判定基準」や「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日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知）（最終改正平成23年3月3日 障精発0303第2号）（以下、「判定基準の留意事項」とする）に記載されているので、本研究もこれに準じて以下に記載する。

(1) 生活能力の状態の判定は、保護的な環境（例えば、病院に入院しているような状態）ではなく、例えば、アパートで単身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の状態を判定するものである。なお、小児の生活能力の状態の判定は次項「4. 障害等級の基本的なとらえ方」に記載する。

(2) 生活能力の状態の判定に当たっては、現時点の状態のみでなく、おおむね過去の2年間の状態、あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態も考慮する。

(3) 生活能力の状態の判定は、治療が行われ

ていない状態で判断することは適当ではない。十分に長期間の薬物療法や生活療法・生活支援など治療的介入が行われた状態で行うことを原則とする。ただし、疾患や障害の特性に配慮し、狭義の「治療」によって改善が見込めない場合はその旨の記載が診断書に記載されていれば、これを認めることとする。

(4) 日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは、助言、指導、介助などをいう。

(5) 生活能力の状態は、「実施要領」（別紙様式2）「診断書（精神障害者保健福祉手帳用）」の「⑥生活能力の状態」欄を重要視することとする。「2 日常生活能力の判定」欄の(1)～(8)のそれぞれの項目について、「できない」ものは生活能力が障害されている程度が高く、「援助があればできる」、「自発的にできるが援助が必要・おおむねできるが援助が必要」、「自発的にできる・適切にできる」の順に生活能力が障害されている程度は低くなる。また、(1)～(3)と(6)は日常生活に関連のある項目、(4)、(5)、(7)および(8)は社会生活に関する項目である。生活能力の状態の判定に、(1)～(8)のどの項目がどの程度であれば何級であるという基準は示し難い。本研究では、施行令による障害等級の程度を満たすには、1級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が「できない」に、2級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が「援助があればできる」に、3級と判定するには「自発的にできるが援助が必要・おおむねできるが援助が必要」のいくつかに該当する必要があると考える。

次に(1)～(8)の各項目の能力の判定をどのように行うかを述べる（「判定基準」より）。

(1) 適切な食事摂取、および(2) 身の清潔保持、規則正しい生活

洗面、洗髪、排泄後の衛生、入浴等身体の衛生の保持、更衣（清潔な身なりをする）、清掃などの清潔の保持について、あるいは、食物摂

取（栄養のバランスを考え、自ら準備して食べる）の判断などについての生活能力の状態を判断する。これらについて、意志の発動性という観点から自発的に適切に行うことができるかどうか、援助が必要であるかどうか判断する。

（３）金銭管理と買い物

金銭を独力で適切に管理し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要であるかどうか判断する（金銭の認知、買い物への意欲、買い物に伴う対人関係処理能力に着目する）。

（４）通院と服薬

自発的に規則的に通院と（服薬が必要な場合は）服薬を行い、症状や副作用などについてうまく主治医に伝えることができるか、援助が必要であるか判断する（デイケア等に参加している場合は、定期的に通うことができるかも判断する）。

（５）他人との意思伝達・対人関係

他人の話を聞き取り、自分の意思を相手に伝えるコミュニケーション能力、他人と適切につきあう能力に着目する。

（６）身の安全保持・危機対応

自傷や危険から身を守る能力があるか、危機的状況でパニックにならずに他人に援助を求めるなど適切に対応が出来るかどうか判断する。

（７）社会的手続きや公共施設の利用

各種の申請など社会的手続きを行ったり、銀行や福祉事務所、保健所などの公共施設を適切に利用したりできるかどうか判断する。

（８）趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

新聞、テレビ、趣味、娯楽、余暇活動に関心を持ち、個人的な楽しみやグループでの活動を行なっているか。地域のサークルやボランティア活動、さまざまなイベントなどに参加しているか、これらが適切であって援助を必要としないかどうか判断する。

（６）精神障害の程度の判定に当たっては、診

断書の記載内容から総合的に判定するものであるが、診断書「⑥生活能力の状態」の「3. 日常生活能力の程度」欄の（１）～（５）のそれぞれにより考えられる生活能力の状態の程度は、「判定基準の留意事項」に記載されているが、24年度調査の分担研究「等級判定の不一致に関する研究」（研究分担者、山崎正雄）²⁾の報告の結果も踏まえて、本研究では、概ね表3のとおりと考える。

表3 日常生活能力の程度と障害等級
(研究班案)

生活能力の程度	障害等級
（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	非該当
（２）精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける	おおむね3級程度
（３）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	おおむね3級または2級程度
（４）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	おおむね2級又は1級程度
（５）精神障害を認め、身の回りのことは殆どできない	おおむね1級程度

なお、「判定基準の留意事項」にあるとおり、上記の「普通にできる」、「一定の制限を受ける」、「著しい制限」、「時に応じて援助」、「常時援助」、「ほとんどできない」程度は以下の通りだと考える。

「普通にできる」とは「完全・完璧にできる」という意味ではなく、日常生活および社会生活を行う上で、あえて他者による特別の援助（助言、指導や介助）を要さない程度のものをいう。

「日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける」とは、活動や参加において軽度ないしは中等度の問題があり、あえて援助を受けなくて

も、自発的にまたはおおむね適切に行うことができるが、援助があればより適切に行う程度のものを言う。

「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」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に中等度ないしは重度の問題があつて「必要な時には援助を受けなければならない」程度のものを言う。

「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」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に重度の問題があり、「常に援助がなければ自ら行い得ない」程度のものを言う。

「身の回りのことはほとんどできない」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に最重度の問題があり、「援助があつても自ら行い得ない」程度のものを言う。

4. 障害等級の基本的なとらえ方

「判定基準」の別添2「障害等級の基本的なとらえ方」には、障害等級を判定基準に照らして判定する際の各障害等級の基本的なとらえ方を参考として示してあり、以下のとおりである。ただし、小児の場合のとらえ方については、「判定基準」に特に述べられていないため、本研究班の考え方を付け加えている。

(1) 1級

精神障害が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものである。この日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の援助を受けなければ、ほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものである。

例えば、入院患者においては、院内での生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出を自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付け等の家事や身の清潔保持も自発的には行えず、常時援助を必要とする。

親しい人との交流も乏しく引きこもりがち

である。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

未就学児においては、異食が激しい、自傷行為が激しい、いつもかんしゃくを起こし周囲に暴力的である、同年代の児と共通の空間にいられない、などの生活状態が持続している。小学生においては、かんしゃく、異食、自傷、こだわりなどのため周囲といつもトラブルが絶えず、特別な配慮があつても学校では対応できず、家庭での生活も著しく困難である。中学生以上においては成人に準じる。

(2) 2級

精神障害の状態が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものである。この日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は困難な程度のものである。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケア等、障害者総合支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援事業や就労継続支援事業等を利用することができる。食事をバランス良く用意する等の家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと

病状の再燃や悪化を来しやすい。金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。

未就学児においては、常に誰かが横にいないと食事を食べられない、異食が多いため監視が必要である、排便後の処理ができない、夜尿が頻回であるか失禁が多い、自分のものと他人のものとの区別がつかず教える必要がある、すぐに道路に飛び出して目が離せない。小学生においては、上記と同様の状態で家庭での生活が困難である。一人での登下校や外出ができずに付き添いが必要である、授業中は誰かがそばにつき必要がある、少数の生徒での授業が必要である、休憩時間も他の児童と接することが少ないか、他者の意向と関係なく交わろうとするためトラブルになることも多い。中学生以上においては成人に準じるが、学校生活や家庭生活での不適応やひきこもりが目立つ。

(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。デイケア等、障害者総合支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援事業や就労継続支援事業等を利用する者、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てくることもある。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。自主的な行動や、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。金銭管理はおおむねできる。社会生活の中で不適当な行動をとってしまうことは少ない。

未就学児においては、食事、入浴、洗面、下着の交換の際に声かけや見守りが必要、幼稚園や保育園では集団の輪に入ったり遊んだりができないことがある、受診・服薬や検査を嫌がることもある。小学生においては、上記と同様の状態で、家庭での生活においてもある程度の援助を必要とする。登下校や授業中に付き添いを必要とすることはあまりない、休憩時間は限られた友人と過ごすこともあり、他者の意向と関係なく交わりトラブルになることもあるが多くない。中学生以上においては成人に準じるが、学校生活や家庭生活における困難を認めることも多い。

5. 診断書の読み取り方

精神障害者保健福祉手帳の申請時に提出される主治医診断書は平成 23 年 4 月に改訂された。それまで診断書の書式に関しては、広汎性発達障害などの発達障害や、高次脳機能障害に関する記載をしにくい、これらの障害を想定していない、などの批判があり、このときの改訂はこういった批判に応えるための修正を加えるという意味合いが強かった。平成 23 年の改訂により、③の病歴欄の下部に器質性精神障害の場合の発症の原因となった疾患名とその発症日の欄が設けられ（高次脳機能障害等を想定したものである）、④欄の症状記載欄には広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、高次脳機能障害などを想定した項目が追加された。またこのときの改定でそれまではなかった⑦欄が新たに設けられ、日常生活上の障害に関する具体的な記載を求めることになった。この⑦欄の新設は、精神障害者保健福祉手帳の等級判定のためには非常に重要な書式変更であるが、残念ながらその後発出された厚生労働省の通知においては、この⑦欄は「必要に応じて記載」という扱いにとどまっている。

以下、診断書書式の順に従って、それぞれの欄の記載をどのように読み取り、等級判定を行

っていくかを述べていく。

- ① 病名；「主たる精神障害」、「従たる精神障害」とともに基本的には ICD-10 の診断名、コード名に沿った記載を求める。ただし、現在の精神科臨床におけるいわゆる「従来診断」「慣用的診断」の実用性、重要性を考慮すれば、精神障害者保健福祉手帳において一律に ICD-10 診断に従うことを求めることについては批判もある。24 年度調査においても、『①病名』欄の病名は ICD-10 に沿った病名を求めるかを訊ねたところ、「ICD-10 に則った病名を求める」との回答が 48%、「ICD-10 にこだわらず、精神医学的に妥当な病名であれば可とする」との回答が 47%であり、両者の割合は拮抗していた。また「主たる精神障害の病名として慣用的病名（例、心因反応等）が記載されているときの対応」を訊ねたところ、「非該当とする」とする回答は 0 件で、「保留（返戻、照会）とする」という回答が 47%、「診断書の記載内容に整合性があれば等級をつける」という回答が 40%であり、慣用的病名をある程度は認めている現状が示されていた。

現在 ICD-10 は ICD-11 への改訂作業が進められており⁷⁾、完成が予定されている 2015 年以降、わが国においても ICD-11 の翻訳が上梓された後は、多くの診断書類も順次切り替えられていくであろう。現在多くの精神科医が、ICD-10 や DSM-5 のような操作的診断基準を共通言語として使用する一方で、従来の精神医学が用いてきた慣用的な診断を実際の臨床場面では有用なものとして使用している現状を見れば、いわゆる「従来診断」の使用は一概には否定しがたいが、少なくとも精神障害者保健福祉手帳の診断書に用いる病名については、共有言語としての操作的診断基準を用いることを求めたい。特に、従来診断が用いられ

ているときに、診断名と併記されている Fコードとの一致に疑問がある場合や、診断名と他の欄（診断書の③、④、⑤、⑥、⑦欄など）の記載内容との間に不整合を認める場合は、返戻、問い合わせを行い、記載内容の確認に努めることが必要である。

また、平成 23 年の診断書改定以降、それまで一部の自治体においては認められていなかった「高次脳機能障害」という病名の使用が大部分の自治体において認められるようになってきている。24 年度調査においても「認める」とする自治体が 59%、「ICD-10 コードが適切であれば認める」とする自治体が 39%であった。平成 23 年改定の経緯から考えてよく理解できる状況ではあるが、これについても「原則的には ICD-10 に沿った診断名」を求めるのが本来であり、一方で診断書全体から見て精神医学的に妥当と考えられものであれば、「高次脳機能障害」という病名も通常の慣用的診断と同様に認める、と考えるのが適切である。

「主たる精神障害」の欄には複数の病名の記載を認めるべきではない。複数の精神科診断がある場合は、主病名以外はすべて「従たる精神障害」の欄に記載することを求めるべきである。

- ② 初診年月日；主たる精神障害の初診年月日としては、治療中断期間があっても主たる精神障害のために初めて医療機関を受診した年月日を記載することを求める。

また、診断書作成医療機関の初診年月日については、総合病院などでは当該診療科初診前に他科受診がある場合が考えられるが、その場合は当該診療科を初めて受診した年月日の記載を求めること。

- ③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容など）；記載を求めべき必須の内容としては、(i) 発症時の状

態、(ii) 初診時の状態、(iii) 初診後の治療経過、が挙げられる。とりわけ初診後、現在までの治療経過に関しては具体的で詳しい記載を求めたい。この欄の記載内容からは、初発時の症状から、治療を受ける経過の中で、現在の症状に至り、その現在の症状に基づいて生活障害を来すことになったという流れが整合性を持って読み取れることが必要である。したがって、それが十分に読み取れないような内容であれば返戻をもって追加記載を求めることも必要であり、他の欄(④、⑤欄、⑥、⑦欄など)との齟齬が認められれば、それについて問い合わせることも必要となる。

推定発病時期は、詳らかにならないこともあるが、可能な範囲で記載を求める。また、疾患ごとの考え方として、広汎性発達障害など発達障害の場合は基本的に生下時前後を発病時期とみなし、高次脳機能障害などの器質性精神障害については、原因疾患発症時ではなく原因疾患に基づく精神障害が始まった時期を発病時期とみなすことを原則とする。

また、この欄に限ったことではないが、診断書全体の記載を通じて、基本的には略号を使用しないように求めるべきである。

- ④ 現在の病状、状態像等；この欄の項目選択及び記載の内容は、特に①病名、③病歴、⑤具体的な病状、の欄との整合性が重要である。

また、てんかん発作に関する頻度及び最終発作、依存症の場合の現在の精神作用物質使用の有無及び最終使用時期については、等級判定のための情報として重要であるため、記載漏れがあれば返戻・問い合わせなどにより確認する必要がある。

これまで述べてきたように、本研究においては、精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定は、「生活能力の障害」に一義的に

着目して行なうものと考えている。しかし、「てんかん」に関してだけはこの原則の例外である。本研究においても「てんかん」に関する障害等級判定においては、「発作のタイプと頻度」に着目して等級判定を行ってきた従来の等級判定基準をそのまま踏襲することとする。したがって、「てんかん」のみに関しては、⑥、⑦欄の記載内容に関連なく等級判定がなされてよい。

- ⑤ 病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等；この欄に求められるものは、具体性及び個別性である。すでに④欄にて病状、状態像を選択しているのので、この欄には④で選択された症状に関して、当該患者における具体的な内容を記載することを求めることになる。ある程度の期間必要な治療を受けたにも関わらず残存している症状を具体的に記載することを求め、その内容が⑥欄、⑦欄の記載と照らし合わせて齟齬がないかをよく吟味することが重要である。等級判定の直接の根拠となるのは⑥欄及び⑦欄であり、④欄及び⑤欄は、当該患者の罹患している疾患と、当該患者の有する日常生活能力の障害(⑥欄、⑦欄に記載されている)が齟齬なく結びつくことを確認するための重要な情報とみなされる。

画像検査、生理学的検査や心理検査の結果については、必要に応じて記載を求めることになるが、例えば認知症におけるHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)やMMSE(Mini-Mental State Examination)のような検査の結果については、できるだけ記載を求める。こういった検査が重要なのは、等級判定のためには、診断確定のための検査結果よりも、病状の重さ、その変化を判断するのに参考となるような検査結果の記載が意味を持つからである。

その反対に、この欄に検査結果の羅列のような記載をしている診断書が提出される

ことがときにあるが、そのような場合には検査結果のみを記載するのではなく、個別で具体的な症状を記載するよう求めることが必要となる。

⑥ 生活能力の状態；「1 現在の生活環境」において、施設入所中なのか単身なのか家族と同居なのかは、それ以降の欄と総合的に見ることで、診断書自体の信頼性に関わることもある。ときに見られることであるが、この⑥欄の「2 日常生活能力の判定」や「3 日常生活能力の程度」において、日常生活能力がかなり重篤に障害されているような選択肢を選んでいて、生活環境としては単身生活であり、しかも⑧欄をみれば何も福祉サービスを利用していないといった内容の診断書が提出されることがある。もちろんそのような場合であっても、実際には家族、親戚、知人、友人などの支援のもとに生活が成立していることはままあるが、等級判定のためには生活能力障害の程度と、環境および支援状況に大きな齟齬のないことが診断書上から読み取れることが必要である。

「2 日常生活能力の判定」欄には8つの項目があるが、日常生活能力関連項目とされる(1)(2)(3)(6)の4項目と、社会生活能力関連項目とされる(4)(5)(7)(8)の4項目については、等級判定上の意味合いがやや異なるものと考えべきである。平成7年9月12日の厚生省保健医療局長通知に示された精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準において、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」を1級相当、「日常生活が著しい制限を受ける程度のもの」を2級相当とし、「日常生活若しくは社会生活が制限を受ける程度のもの」を3級相当としているのは、日常生活に関連する能力と、社会生活に関連する能力をそれぞれ区別して考慮し、そのう

えで総合的に判定することを求めているものと解される。したがって、この8項目については、1級相当か2級相当かを判定するときには主に(1)(2)(3)(6)の4項目の程度を吟味することが重要である。また、2級相当か3級相当かを判定するときには(1)(2)(3)(6)の4項目について日常生活に関する能力障害の程度を吟味し、それに(4)(5)(7)(8)の社会生活に関する能力障害の程度を加えて総合的に判定するということになる。

「3 日常生活能力の程度」欄の読み取り方については、平成7年9月12日の厚生省保健医療局精神保健課長通知に示された「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」の「3. 能力障害の状態の判定について」の中で、下記の表のように示されている。

表4 日常生活能力の程度と障害等級
(従来のもの)

日常生活能力の程度	障害等級
(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。	非該当
(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。	おおむね3級程度
(3) 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。	おおむね2級程度
(4) 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。	おおむね1級程度
(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	おおむね1級程度

この表に示された基準は比較的明確であるが、各自治体で実施されている実際の判定業務の中では必ずしもこのように自動的に判定されている訳ではない。「(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける」を3級と、「(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」を1級と判定することが多い一方で、「(3) 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」と「(4) 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」については他の欄の記載内容と併せて検討し、(3)については2級または3級に、(4)については1級または2級に振り分けている実態がある。この実態は24年度調査の「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」の結果にも明らかであった。同調査において模擬症例20例のうち、この欄で「(3) 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」が選択されている症例が8例、「(4) 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」が選択されている症例が9例それぞれ例示されていたが、(3)が選択されていた8例中2例においては3級と判定した回答の方が多数であり、また(4)が選択されていた9例中7例においては2級と判定した回答の方が多く、特に後者において、必ずしも平成7年9月12日の厚生省保健医療局精神保健課長通知に示された規準に従って等級判定が行われているのではないという実態が強く顕れていた。したがって、この表の「(3) 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」および「(4) 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」の障害等級に関しては「概ね2級程度」および「概ね1級程度」という表4の記載を、それぞれ「概ね2級または3級程度」と

「概ね1級または2級程度」に読み替えるのが、現実に即しているものと考えられる(表3を参照)。

⑦ 生活能力の具体的程度、状態等；平成23年の診断書書式改正において新設された項目である。精神障害者保健福祉手帳の等級が、精神障害の残存症状に伴って起きる日常生活上・社会生活上の不具合に対して、それをカバーするために本人の障害程度に見合った福祉的サービスを提供するための目安であるとする、その判定は障害に伴う日常生活上・社会生活上の不具合を具体的、個別的に判定することによってなされることになる。したがって、その生活障害の程度を具体的、個別的に記載すべきこの⑦欄は、この診断書においてきわめて重要な項目であり、等級判定時にはこの欄の記載内容を丁寧に吟味し、他の欄の記載との間に齟齬があれば積極的に返戻、問い合わせを行って適切な等級判定に努めるべきである。

具体的には、食事、入浴などの基本的な生活が一人で送ることができているのかどうか、学齢期であれば学校には通えているのか、成人であれば就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのか、などについて記載を求めたい。家事に従事する者であれば家事の達成度は重要な指標となり、また育児を行う立場であれば育児の達成度も重要な指標となるが、この場合の育児に関しては日常生活に関する能力ではなく社会生活に関する能力とみなして判定すべきであろう。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況；この欄の記載により、現在の福祉サービスの利用状況が窺われる。グループホーム入居中なのか、ケアホーム入居中なのか、ホ

ームヘルパーを利用しているのか、福祉的就労を利用しているのかなど、本人の生活能力と、周囲の資源を把握するための情報が多く含まれることになるので、生活保護受給などの経済的な自立度を含め、⑤欄、⑥欄、⑦欄との整合性を確認しつつ生活状況を読み取る。

Ⅲ 診断書の書き方

前章において、等級判定に際してどのように診断書の内容を読み取るかについて述べたが、本章においてはその考え方を援用して、精神障害者保健福祉手帳申請時に添付される主治医の診断書の書き方について簡略にまとめた。精神障害者保健福祉手帳の主治医診断書を作成するに当たって、もっとも重要なことは、

(1) 精神の障害により、本人が生活上の困難を有していることが記載されていること。そして、その生活上の困難の具体的な内容と程度が読み取れること。

(2) 診断書全体に整合性が取れていること。の2点である。現在の診断書書式に書き込むことのできる情報量の範囲で、可能な限り「本人の生活および生活上の困難がイメージできる診断書」を目指すことが重要である。

以下、診断書書式の順に従って「書き方」を述べていく。

① 病名；「主たる精神障害」、「従たる精神障害」ともに基本的には ICD-10 の診断名、コード名に沿った記載をする。前章でも述べたが、精神障害者保健福祉手帳の等級審査を実施している全国の精神保健福祉センターの48%がこの欄の記載に関しては「ICD-10 に則った病名を求める」と考えている一方で、47%が「ICD-10 にこだわらず、精神医学的に妥当な病名であれば可とする」と考えていて、割合としては非常に拮抗している現状である。実際に慣用的病名が記載されているときに、「非該当とする」という方針の

精神保健福祉センターはないようだが、「返戻、照会する」という方針の精神保健福祉センターが47%あった。返戻、照会にとまなう手間や時間的ロスを考慮すれば、やはりできるだけ ICD - 10 に記載されている診断名を使用することが推奨される。主治医としての精神医学的判断に大きく差し障るものでなければ、可能な限り ICD - 10 に記載されている病名を用いることとしたい。

ICD コードについては、F を含んで3桁以上のコードを記載すること。

また、「主たる精神障害」の欄に複数の病名を併記している診断書がときに認められるが、「主たる精神障害」の欄に記載する病名は基本的には1つとする。複数の精神科診断がある場合は、主病名以外はすべて「従たる精神障害」の欄に記載すること。

② 初診年月日；治療中断期間があっても、主たる精神障害のために初めて医療機関を受診した年月日を記載する。

「主たる精神障害」の初診年月日は、治療中断期間の有無にかかわらず、当該精神疾患のために初めて医療機関を受診した年月日を記載する。

また、「診断書作成医療機関の初診年月日」についても同様で、他院に転院していたなどの理由での中断期間があっても、当該疾患のためにその医療機関を初めて受診した年月日を記載する。ただし、総合病院などでは当該診療科初診前に他科受診がある場合が考えられるが、その場合は当該診療科を初めて受診した年月日を記載する。

③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容など）；(i) 発病時の状態、(ii) 初診時の状態、(iii) 初診後の治療経過、の3項目は必ず記載する。可能であれば、発症以前の生育歴、生活歴にも簡単に触れる。必須とした3項目のうち、

とりわけ初診後、現在までの治療経過に関しては具体的で詳しい記載が望ましい。初発時の症状から、治療を受ける経過の中で、現在の症状に至る流れを、簡潔に、しかしできるだけ具体的に記載する。

推定発病時期は、分かる範囲で記載する。また、知的障害や広汎性発達障害などの発達障害の場合は基本的に生下時前後を発病時期と考え、高次脳機能障害などの器質性精神障害については、原因疾患発症時ではなく原因疾患に基づく精神障害が始まった時期を発病時期と考える。

- ④ 現在の病状、状態像等；①病名、③病歴、⑤具体的な病状、の欄との整合性が重要である。ときに③病歴の欄にも、⑤具体的な病状・状態像の欄にも出てきていない病状・状態像がこの欄のみに唐突に記載（チェック）されていたり、その反対に③、⑤の欄に記載されている病状、症状が、この欄では全くチェックされていないような診断書が見受けられる。これらの欄の記載内容との整合性には特に留意が必要である。

また、主病名がてんかんのときのてんかん発作に関する頻度及び最終発作の項目、そして主病名または従病名が精神作用物質の乱用・依存・関連精神障害である場合の現在の精神作用物質使用の有無及び最終使用時期の項目は、等級判定上重要な項目なので記載漏れがないように注意すること。とりわけてんかんについては、この欄に記載する「発作のタイプおよび頻度」のみによって等級判定がなされることになるので、特にこの欄の記載が重要である。

- ⑤ 病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等；この欄に求められるものは、具体性及び個別性である。すでに④欄にて病状、状態像を選択しているのので、この欄には④で選択した症状に関して、当該患者における個別的、具体的な状態像を記載する。あ

る程度の期間にわたって必要な治療を行ったにも関わらず残存している症状を具体的に記載する。その内容が⑥欄、⑦欄の記載と照らし合わせて整合性が取れていることが必要である。等級判定の直接の根拠となるのは⑥欄及び⑦欄であり、④欄及び⑤欄は、当該患者の罹患している疾患と、当該患者の有する日常生活能力の障害（⑥欄、⑦欄に記載されている）が齟齬なく結びつくことを確認するための重要な情報となる。

画像検査、生理学的検査や心理検査の結果については、必要に応じて記載する。検査結果の羅列は避け、等級判定上意味があると考えられる検査結果のみを記載するように努める。等級判定上意味がある検査とは、病状の重さやその変化を判断する参考になるような検査結果のことであり、例えば、認知症患者の診断書においては HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）や MMSE（Mini-Mental State Examination）のような検査の結果については、できるだけ記載すべきであろう。

- ⑥ 生活能力の状態

1 現在の生活環境；この欄で選択することになる、入院中、施設入所中、在宅単身、在宅家族と同居、などの情報は、それ以降の欄との整合性が重要である。ときに見られることであるが、この⑥欄の「2 日常生活能力の判定」や「3 日常生活能力の程度」において、日常生活能力がかなり重篤に障害されているような選択肢を選んでいて、生活環境としては単身生活であり、しかも⑧欄をみれば何も福祉サービスを利用していないといった内容の診断書が提出されることがある。もちろんそのような場合であっても、実際には家族、親戚、知人、友人などの支援のもとに生活が成立していることはままあるが、そのような個々の状況を含め、生活能力障害の程度と、環境および支援状況に大きな齟齬のないことが読み取れるような診断書の

記述が必要である。

2 日常生活能力の判定；この欄には8つの項目があるが、日常生活能力関連項目とされる(1)(2)(3)(6)の4項目と、社会生活能力関連項目とされる(4)(5)(7)(8)の4項目については、等級判定上の意味合いがやや異なるものと心得ておきたい。平成7年9月12日の厚生省保健医療局長通知に示された精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準において、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」を1級相当、「日常生活が著しい制限を受ける程度のもの」を2級相当とし、「日常生活若しくは社会生活が制限を受ける程度のもの」を3級相当としているのは、日常生活に関連する能力と、社会生活に関連する能力をそれぞれ区別して考慮し、そのうえで総合的に判定することを求めているものと解される。したがって、診断書を記載する側としても、1級相当か2級相当かを判定するときにはこの8項目のうちの主に(1)(2)(3)(6)の4項目の選択が重視されること、また2級相当か3級相当かを判定するときにはこの8項目のうちの主に(1)(2)(3)(6)の4項目によって日常生活に関する能力障害の程度が吟味され、それに(4)(5)(7)(8)の社会生活に関する能力障害の程度を加えて総合的に判定されるということを承知しておくべきだろう。

3 日常生活能力の程度；この欄の選択と等級判定の関係については、平成7年9月12日の厚生省保健医療局精神保健課長通知に示された「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」の「3. 能力障害の状態の判定について」の中で、前章の表4のように示されている。この表に示された基準は比較的明確であるが、各自治体で実施されている実際の判定業務の中では必ずしもこのように自動的に判定されている訳ではない。「(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。」を

3級と、「(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」を1級と判定することが多い一方で、「(3) 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。」と「(4) 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。」については他の欄の記載内容と併せて検討し、(3)については2級または3級に、(4)については1級または2級に振り分けている自治体が多い。したがって、診断書を記載する側としてもそのような実情を踏まえた上で、表3を参考にしてこの欄の選択肢を選ぶことが現実に即していると言える。

表3 日常生活能力の程度と障害等級
(研究班案・再掲)

日常生活能力の程度	障害等級
(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.	非該当
(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける.	おおむね3級程度
(3) 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.	おおむね3級又は2級程度
(4) 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.	おおむね2級又は1級程度
(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない.	おおむね1級程度

また、この欄において生活能力障害の程度を選択し、また次の⑦欄において生活能力障害の具体的状況を記載するに当たっては、「精神障害に起因する生活能力障害」に限定して考慮すべきであって、身体障害や知的障害に起因する生活能力障害を加味することのないように十分注意を払うこと。

子どもの場合には、年齢相応の生活能力が、精神障害の存在によって損なわれている程度

について生活能力障害の程度を選択する。年齢が低いことにより日常生活能力が不十分であることを、精神障害による生活障害に加味するようなことは厳に慎まなければいけない。

⑦ 生活能力の具体的程度、状態等；平成23年の診断書書式改正において新設された項目である。精神障害者保健福祉手帳の等級が、精神障害の残存症状に伴って起きる日常生活上・社会生活上の不具合に対して、それをカバーするために本人の障害程度に見合った福祉的サービスを提供するための目安であるとする、その判定は障害に伴う日常生活上・社会生活上の不具合を具体的、個別的に判定することによってなされることになる。したがって、その生活障害の程度を具体的、個別的に記載すべきこの⑦欄は、この診断書においてきわめて重要な項目であり、診断書記載時にはこの欄にできるだけ詳細な情報を書き込むことにより、この章の最初で述べたような「本人の生活（上の困難）がイメージできる診断書」を目指すことになる。また、この欄の記載内容と、⑤欄や⑥欄の記載内容、選択項目との整合性が取れていることも重要であり、その点には十分に留意したい。

具体的には、食事、入浴などの基本的な生活が一人で送ることができているのかどうか、学齢期であれば学校には通えているのか、成人であれば就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのか、などについての記載が重要である。家事に携わる者であれば家事の達成度は重要な指標となり、また育児を行う立場であれば育児の達成度も重要な指標となるが、この場合の育児に関しては単なる日常生活に関する能力ではなく社会生活に関する能力に近いものと考えて、⑥欄の選択との整合性を図るべきである。

なお、アルコール依存症や非器質性睡眠障害など、適切な治療が行われて病状が回復すれば、通常は生活能力障害を残さないとみなされる疾患であっても、なんらかの要因で当該疾患による生活能力障害を残すこともありうるので、そのような場合には本欄に生活能力の障害と、それに対する当該精神疾患の関与について詳細に記載する必要がある。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況；現在の福祉サービスの利用状況を具体的に記載する。グループホーム入居中なのか、ケアホーム入居中なのか、ホームヘルパーを利用しているのか、福祉的就労を利用しているのかなど、本人が現在利用している周囲の資源が明らかになるように、生活保護受給などの経済的な自立度を含め具体的に記載するよう努める。

D. 結論

昨年度実施し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もとにして、精神障害者保健福祉手帳の新しい等級判定マニュアルの第1章「精神障害者保健福祉手帳の概要」、第2章「等級判定の考え方」、第3章「診断書の書きかた」にあたる部分を作成した。

今回作成した新等級判定マニュアルの雛形は、旧等級判定マニュアル⁴⁾や、厚生労働省による通知などに示されていた等級判定の方針と比較すると、以下のような特徴がある。

- ① 旧等級判定マニュアルでは、「精神疾患（機能障害）の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に等級判定を行う」とされていたが、本研究においては、障害等級の判定に当たっては、まず一義的には生活能力の障害の程度、その態様により等級判定が行われるべきである、と明記した。
- ② 旧マニュアルにおいて「能力障害の状態の判

断は、長期間の薬物療法下における状態で行なうことを原則とする」とされていたものを、「治療が行われていない状態で判断することは適当ではない。十分に長期間の薬物療法、心理療法や生活療法など治療的介入が行われた状態で行なうことを原則とする」と改めて治療の内容を薬物療法以外に広げるとともに、疾患や障害の特性に応じて、狭義の「治療」によって改善が見込めない場合への方針を明記した。

- ③ 診断書の⑥-2欄について、「1級；日常生活関連項目の複数が『できない』、2級；日常生活関連項目の複数が『援助があればできる』、3級；『自発的に（おおむね）できるが援助が必要』のいくつかに該当する必要がある」と示して、旧マニュアルよりも限定的な内容とした。
- ④ 等級判定における生活障害の具体的な捉え方について、成人とは別に子どもの場合の考え方を提示した。就学前と就学後に分けて具体的に記載し、1級～3級それぞれに、学校適応、家庭適応、日常生活における支援の必要性などを例示した。
- ⑤ 新診断書様式に加えられた⑦欄について、平成23年3月3日精神・障害保健福祉課長通知では、「生活能力の状態について、⑥に追加して具体的に記述することがあれば、ここに記載する」とされているが、新マニュアルにおいてはこの欄の重要性を強調し、この欄に具体的な生活障害を詳細に記載することを求めるべき、とした。
- ⑥ 診断書の⑥-3欄の「日常生活能力の程度」の（1）～（5）の選択と障害等級判定との関係に変更を加え、等級判定に一定の幅を持たせることとした。
- ⑦ 旧マニュアルの「Q&A」にあった、「アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とはならない」との考え方は見直すこととした。ただし、アルコール依存症など通常治療によって

回復すれば継続的な生活障害は残らないはずの疾患においては、その具体的内容の記載が必須であるとの考え方を示した。

- ⑧ 身体障害の合併例、知的障害の合併例では、それらの合併による生活障害について加味しないことを原則とする」と明記した。
- 来年度は、今年度作成した新しい等級判定マニュアルの雛形を用いて、全国の精神保健福祉センターにおいて等級判定を試行し、新等級判定マニュアルを完成させる予定である。

E. 研究発表

1. 論文発表
特になし。
2. 学会発表
特になし。

F. 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) 「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
- 2) 「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
- 3) 「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
- 4) （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

- 5) 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
- 6) 宮岡等、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合支援事業)「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」総括・分担研究報告書、平成 25 年 3 月

- 7) 飯森真喜雄、他：ICD-11 の最近の動向. 精神神経学雑誌、115 ; 49－52、2013

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 25 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の具体的な運用に関する研究」

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

【目的】

今年度の研究班の目標は、平成 24 年度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)）「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）の研究結果をもとに、精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル原案を策定することにある。今年度、分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」では、等級判定マニュアルに掲載する「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」の作成に取り組む。

【方法】

平成 24 年度の研究における分担研究「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」および、「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」の結果から抽出された精神障害者保健福祉手帳の等級判定における問題点を考慮して、現行の精神障害者保健福祉手帳用の診断書様式に沿った ICD カテゴリーごとの症例を作成する。さらに、その判定の手順や留意事項を解説に盛り込んだ「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」を作成する。

【結果及び考察】

精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル作成に向け、精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の具体的な基準作りが必要である。今年度は、等級判定の参考にすることを目的とした「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」を作成した。他の分担研究の結果と本研究の結果を総合して、この参考症例集（案）を含めた「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（案）」にまとめ、来年度、全国の精神保健福祉センターで試行の後、実践に役立つ「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」を完成させていく。

研究協力者

新畑 敬子

：名古屋市精神保健福祉センター・所長

内田 勝久

：静岡県精神保健福祉センター・所長

黒田 安計

：さいたま市保健福祉局保健部 副理事

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 24 年度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)）「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）の分担研究「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」（分担研究者：山崎正雄）において、精神障害者保健福祉手帳の等級判定に自治体間で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

積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ること、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るとの報告がされている。平成23年4月1日に、精神障害者保健福祉手帳の診断書様式が改正されてはいるが、精神障害者保健福祉手帳に関するマニュアルとしては、日本公衆衛生協会から出版されている平成15年1月発行の「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）以来出版されておらず、「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）によって改正された現在の手帳制度に沿った診断書作成及び障害等級判定のためのマニュアル作成に向け、精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の具体的な基準作りが必要である。そのために、各種精神障害・精神疾患の参考症例を作成するとともに、その等級判定の手順や留意事項などについて検討し、疾患特性・障害特性を踏まえた「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」を作成することとした。

B. 研究方法

本年度の研究は、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における判定基準に関する研究」、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」並びに「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」の3つの分担研究が実施されたが、お互いに関連が深く、また、相互の内容の整合性も重要であるため、分担研究者、研究協力者が情報交換や意見交換を密にし、お互いの記載内容の整合性に留意しながら、「精神障害者保健福祉手帳

の等級判定のための参考症例集（案）」の作成を進めた。

（倫理面への配慮）

本分担研究においては、基本的に個人情報を取り扱われていない。なお、研究全体については、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実施している。

C. 研究結果

上述の方法により作成した「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」について、「資料1」に示す。

ICD-10のカテゴリーごとに、障害等級判定のための基本的な考え方を示し、参考症例の例示・参考症例の解説を行った。

参考症例の解説では、「精神疾患（精神障害）の状態」、「生活能力の状態」を確認し、その結果による障害等級の「判定」を示した。また、判定における「症例の留意事項」を示した。

D. 考察

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」の作成によって、平成24年度から使用されている診断書様式（精神障害者保健福祉手帳用診断書）に沿った障害等級判定のための手順や留意事項などを示した。他の分担研究の結果とともに、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（案）」にまとめていく。

E. 結論

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」を含んだ研究班作成の「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（案）」をもとに、来年度は、実際に判定マニ

マニュアル（案）を使って、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障害等級判定を試行し、使用上の問題点やマニュアルの修正点を抽出、その結果をもとに、参考症例集を修正して、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」を完成させる。

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) 「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号厚生省保健医療局長通知)
- 2) 「精神障害者保健福祉手帳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)
- 3) 「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号厚生省保健医療局精神保健課長通知)
- 4) (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
- 5) 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

- 6) 宮岡等、平成24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合支援事業）「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」総括・分担研究報告書、平成25年3月

資料 1

精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための の参考症例集（案）

F 0 症状性を含む器質性精神障害

認知症や、いわゆる「高次脳機能障害」が含まれるため、今後申請が増える可能性が高いカテゴリーである。

まず、中核症状のみの認知症を手帳の対象とするかどうかについて、若干の議論はあるが、原則対象とする方針が適切である。認知症は一般には進行性の病態であることが多いこともあり、医療を中断している期間については、期限を設定することに意義は少ないと思われる。

また、認知症の場合、検査等で量的評価が可能であることから、できるだけ検査結果の記載を求める。この場合、単に検査結果を羅列するのではなく、症状の重さやその変化を判断する上で参考になる検査結果の記載を求める。また、中核症状（記憶障害、認知機能障害）だけでなく、いわゆるB P S Dなどの周辺症状がある場合には、さらに、これも指標に加味する。

認知症における身体障害と考えられる部分については、「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」、「診断書の内容から身体障害による制限を差し引いて等級を判定する」などの対応がされているが、実際には、精神症状による制限と身体症状による制限の区別が困難な場合もある。しかしながら、手帳の趣旨を鑑みれば、精神症状による制限によって判定すべきであると考えられる。また、病状が進行し、コミュニケーションがほとんど取れなくなった場合や、いわゆる「寝たきり」の状態になった場合も判定の対象として取り扱うこととする。この場合、精神症状の有無や治療内容などの記載も判定の参考とする。

いわゆる「高次脳機能障害」については、平成23年度の診断書改定以降、大部分の自治体において「高次脳機能障害」という病名の使用が認められるようになってきている。しかしながら、「原則的にはICD-10に沿った診断名」を本来であり、一方で診断書全体から見て精神医学的に妥当と考えられるものであれば、「高次脳機能障害」という病名も通常の慣用的診断と同様に認める、と考えるのが適切である。また、高次脳機能障害などの器質性精神障害については、原因疾患の発症時ではなく原因疾患に基づく精神障害が始まった時期を発病時期とみなすことを原則とする。なお、この場合も、検査結果だけではなく、症状の個別的、具体的な記載を求める必要がある。

身体合併症、および発症の原因となった疾患による能力障害がある場合には、それらによる障害を加味するのではなく、主病名（Fコードの疾患）による能力障害で判断する。