

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における判定基準に関する研究

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、昨年度実施した精神障害者保健福祉手帳に関するアンケート調査の結果、等級判定シミュレーションの結果、およびこれまで用いられていた等級判定マニュアルや厚生労働省による通知などを解析、検討することにより、精神障害者保健福祉手帳の新たな等級判定マニュアルの雛形における基本的な方針部分を作成することを目的としている。

研究方法；昨年度全国 67 か所の精神保健福祉センターに対して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により、現在全国の自治体で行われている精神障害者保健福祉手帳の等級判定において、多くの自治体で判定方針が一致している領域と、自治体によって判定方針にばらつきのある大きな領域とを解析し、同時にこれまで用いられていた等級判定マニュアルや厚生労働省の通知等の判定基準の中で見直すべき部分を検討して、新たな等級判定マニュアルの雛形を作成することとした。

研究結果；新たな等級判定マニュアルの中核部分である「障害等級判定の考え方」を作成した。また同時に、「精神障害者保健福祉手帳の概要」および「診断書の書き方」についてもまとめた。新たな等級判定マニュアルの判定方針の特徴としては、以下のものが挙げられる。

これまでの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、新マニュアルにおいては、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。

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。

診断書の - 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。

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。

新診断書様式に加えられた 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、 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。

診断書の - 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。

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。

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。

まとめ；精神障害者保健福祉手帳の新たな等級判定マニュアルを作成した。最終年度にあたる来年度は、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。

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してそれぞれの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」^{1) 2)}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」³⁾などがある。また、これらの通知類をもとにして作られた日本公衆衛生協会による「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」(以下、旧マニュアル)も日常の等級判定業務の中で参照されることが多い⁴⁾。

これまで等級判定の基準がそれぞれの自治体では統一されているが、自治体を超えると必ずしも基準が同一ではない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)」が行われて、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⁵⁾。

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。そのため、自治体間の等級判定基準が共通化されること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当研究班は、新しい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、昨年度は全国の精神保健福祉センターに対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および等級判定の実態と判定方針に関するアンケート調査を実施した。また、並行して他の研究班においては模擬症例の等級判定シミュレーションを実施し、現在等級判定に使用されている手引き・指針の調査も行った⁶⁾。今年度は、これらの昨年度の調査結果(以下、24年度調査)をもとにして、新しい等級判定マニュアルの雛

形を作成することとした。当研究班では、新等級判定マニュアルの中核部分である「障害等級判定の考え方」を作成する。また、「精神障害者保健福祉手帳の概要」および「診断書の書き方」についてもまとめることを目指した。

B．研究方法

昨年度のアンケート調査の結果から、まず各自治体における精神障害者保健福祉手帳の運用および精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な各種制度の実態をまとめ、新等級判定マニュアルの第1章にあたる「精神障害者保健福祉手帳の概要」部分を作成する。次に、昨年度のアンケート調査の結果から得られた、各自治体における等級判定方針の実態および実施した等級判定シミュレーションの内容をもとにして、新等級判定マニュアルの第2章にあたる「等級判定の考え方」部分を作成する。また、第2章「等級判定の考え方」の後半部分である「診断書の読み取り方」に示した、診断書内容から等級判定を実施していく基本的な方針を援用して、新等級判定マニュアルの第3章にあたる「診断書の書きかた」部分も作成する。

昨年度のアンケート調査の結果を見ると、等級判定の方針に関して、ほぼ全国の自治体が同様の傾向を示している領域と、自治体によって大きく差異の認められる領域とに分かれていた。したがって今年度の作業の中では、前者のような領域では大多数の自治体に共通している判定方針に沿った方向で新等級判定マニュアルの方針を策定することとし、後者のような領域では、あらためて全国の等級判定担当部署（実際には精神保健福祉センター）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も取り入れて、新等級判定マニュアルの方針を策定することとした。

（倫理面への配慮）

本調査においては基本的に個人情報扱わない。また今年度は新たなアンケート調査などは実施していない。また、本研究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いる。

C．研究結果

精神障害者保健福祉手帳の概要

1．精神障害者保健福祉手帳の目的と概要

平成7年に創設された精神障害者保健福祉手帳制度の目的は、一定の精神障害の状態にあることを認定して交付することにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることであった。

平成5年に成立した障害者基本法において、精神障害者も国連の「障害者の権利宣言」の定義と同様に行政上の福祉施策の対象となる障害者として明記されたが、それまで精神障害者は予防、医療及びリハビリテーションを含む保健医療の対象者としてとらえられ、行政上の福祉施策の対象は主に身体障害者と知的障害者であった。障害者基本法成立の後、平成7年に精神障害者の自立と社会参加の促進を目的として精神保健法が精神保健福祉法へと改正されて以降、精神障害者も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として、社会復帰の促進と自立と社会参加の促進の援助などの福祉施策の拡充がなされることになった。また、それまで精神障害の評価は、障害年金における認定等においても機能障害（疾患による障害）中心になされていたが、精神障害者保健福祉手帳制度以降は国際障害分類（ICIDH）に準じて、能力障害（生活能力に関わる障害）を中心とした評価・判定指針となっていたことも大きな前進であった。

精神障害者保健福祉手帳制度が創設されて既に17年が経過し、初年度に2万件であった手帳の交付件数は平成23年度において63万件となり、特に近年の精神科受療患者数の増加と軌を一にして、手帳保持者数は飛躍的に増加している。また、平成18年の障害者の雇用の促進等に関する法律の改正により精神障害者が法定雇用率の対象となるなど、手帳制度の創設当初に比べれば幅広い福祉施策とサービス拡充がなされており、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進への援助は徐々にではあるが着実に進んできたと言えよう。

平成23年には、従来障害者としての位置づけと支援が不十分であった発達障害及び高次脳機能障害について、障害福祉サービスの必要性に関する社会的関心が高まったことをうけて、精神障害者保健福祉手帳の診断書が各疾患の病状や状態像等の評価がしやすい様式に改定された。しかしながら、精神障害者保健福祉手帳制度自体は創設以来大きな改正のないまま現在に至っていることも事実である。多様化した疾患に対するより正確な評価基準の策定を求める要請も多く、障害認定の基本的視点となっている国際障害分類（ICIDH）からその改訂版である国際生活機能分類（ICF）への対応など、多くの課題が残されたままとなっている。

今後も利用者に対して時代に即した総合的なサービスを継続して提供していくためにも、精神障害者保健福祉手帳制度の適正な運用と制度自体のさらなる刷新が望まれている。

2. 精神障害者保健福祉手帳の対象者

精神保健福祉法第5条に定める精神障害者のうち、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への制限を受ける者（障害者基本法の障害者）を対象とし、統合失調症、気分（感情）障害、てんかん、中毒精神病、器質性精神障害（認知症や高次脳機能障害を含む）、発達障害（広汎性発達障害、注意欠如多動性障

害）、その他の精神疾患の全てが対象となる。ただし、知的障害のみの場合は、療育手帳制度があるため対象には含まれない。

3. 交付に関わる手続と支援策

1) 交付主体

精神障害者保健福祉手帳の交付は、都道府県及び指定都市に対する団体委任事務であり、交付主体は、都道府県知事又は政令指定都市の市長である。

2) 手帳の交付申請

(1) 精神障害者保健福祉手帳の交付を申請する場合は、申請書に

精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書（精神障害に係る初診日から6か月を経過した日以後における診断書に限る。）

あるいは

精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写し

および

本人の写真

の書類等を添えて、申請者の居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事または指定都市市長に提出することにより行う。

(2) 医師の診断書は、精神障害の診断または治療に精通し、障害者の生活上の困難について十分な見識を有する医師が書くものとし、精神科医を原則とするが、てんかんの患者について内科医などが主治医となっている場合のように、他科の医師であっても、精神障害の診断又は治療に従事する医師は含まれる。

(3) 手帳の交付は、申請主義によるものとし、精神障害者本人が申請するが、家族、医療機関職員等が手帳の申請手続の代行をすることはさしつかえないものとされている。

3) 審査及び判定

医師の診断書が添付された申請については、当該都道府県(指定都市を含む)の精神保健福祉センターにおける判定会において手帳の交付の可否及び障害等級の判定を行う。なお、判定に従事する委員の数及び判定方法については、都道府県・政令指定都市の判断によるが、判定を行う委員は原則として精神医学と精神科臨床および精神障害者福祉に関して卓越した理解と幅広い見識を持った精神科医が望ましい。なお、年金証書等の写しが添付された申請については、精神保健福祉センターによる判定を要することなく、手帳の交付が行われる。この場合、年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば手帳2級、年金3級であれば手帳3級となる。交付の可否の決定は、受理日より概ね1か月以内に行うことが望ましいとされている。また、手帳の交付日は市町村長が申請を受理した日となり、手帳の有効期限は交付日から2年が経過する日の属する月の末日となる。

4) 手帳の更新、変更等

(1) 手帳の更新

手帳の有効期限は2年間であって、有効期間の延長を希望する場合は、手帳の更新の手続きが必要である。更新の手続きについては、「手帳の交付申請」に準じ、手帳の有効期限の日の3か月前から申請を行うことができる。なお、有効期限の経過後であっても、更新の申請を行うことができる。申請の際には、あらかじめ手帳を添付する必要は無く、更新を認める決定をした後に、手帳を提出し、申請者が手元に手帳を有しない期間が長く生じないように配慮するものとされている。更新後の有効期限は、更新前の有効期限の2年後の日となる。

(2) 都道府県(政令指定都市)の区域を越える住所変更の届出

手帳の交付を受けた者は、他の都道府県(政令指定都市)の区域に居住地を移したときは、30日以内に、新居住地を管轄する市町村長を経

て、新居住地の都道府県知事(政令指定都市市長)にその旨を届け出なければならない。この場合、旧手帳と引換えに新たな手帳が交付され、手帳の障害等級及び有効期限は旧手帳と同一であり、本人の写真、手帳番号及び手帳の交付日は新たなものとなる。

(3) 氏名の変更及び都道府県の区域内の住所変更の届出

手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同一都道府県の区域内において居住地を変更したときは、30日以内にその居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事(政令指定都市市長)にその旨を届け出なければならない。市町村長は、手帳に変更内容を記載した上で本人に返還する。

(4) 障害等級の変更申請

手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期限の期間内においても、その精神障害の状態が重くなった(又は軽くなった)ことにより、手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至ったと考えられるときは、障害等級の変更の申請を行い、判定を求めることができる。障害等級の変更申請の手続きについては、「(1)手帳の更新」に準ずる。障害等級の変更が認められたときは、さきに交付された精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに手帳を交付される。手帳の有効期限は、変更決定を行った日から2年が経過する日の属する月の末日となる。

5) 手帳に基づく支援策

手帳制度は、身体障害者手帳や療育手帳と同様、関係各方面の協力により各種の支援策を促進し、もって精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図ることを目的とするものであり、各地方自治体においても、その趣旨を踏まえ、手帳に基づく各種の援助施策の拡充に努めることが求められている。

(1) 医療費

手帳の交付を受けた者については、自立支援医療の支給認定申請に係る事務手続が一部簡略化される。また、重度心身障害者医療費助成等で通院医療費あるいは入院医療費の自己負担分を助成している自治体もみられる。

(2) 税制の優遇措置

所得税、住民税の障害者控除、預貯金の利子所得の非課税、低所得の障害者の住民税の一部非課税、相続税の障害者控除、贈与税の一部非課税、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税の非課税等の運用が、手帳に基づいて受けられる。

(3) 生活保護の障害者加算

手帳の1級または2級の場合においては、生活保護の障害者加算の認定が受けられる。

(4) 公共交通機関の運賃割引や各種施設の利用料割引等

地域差はあるが、公共交通機関の運賃割引や通院のための交通費補助、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ている。

(5) その他

NHK受信料の減免や携帯電話の利用料割引や、自治体によって差はあるが、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、地域の実情に合わせた多彩な助成がなされている。

(参考)精神障害者保健福祉手帳制度に基づく税制措置一覧

(1) 所得税：

障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、二七万円(特別障害者は四〇万円)を所得金額から控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)

配偶者控除及び扶養控除の同居特別障害者加算

控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況としている者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に代えて七五万円を所得金額から控除する(三七万円の加算に相当)。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級。

預貯金等及び公債の利子所得等の非課税(老人等マル優)

障害者の

ア 元本三五万円以下の銀行などの預貯金、貸付信託、金銭信託、公社債、公社債投資信託、その他の証券投資信託(所得税法第十条、租税特別措置法第三条の四)

イ 額面三五万円以下の国債及び地方債(租税特別措置法第四条)

に係る利子等については、所得税を課さない。ア、イそれぞれ前記の額を上限とするので、合計七〇〇万円まで非課税。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで。

(2) 法人税：障害者等を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税

公益法人等が行う事業のうち、その事業に従事する者の総数の半数以上が障害者等であり、これらの者の生活の保護に寄与している事業については、課税対象の収益事業には含まれない。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで。

(3) 相続税：障害者控除

相続又は遺贈により財産を取得した者が、その相続又は遺贈に係る法定相続人に該当し、かつ、障害者である場合は、その者に係る相続税額から、その者が八五歳に達するまでの年数各一年につき六万円(特別障害者については一二万円)の税額を控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)

(4) 贈与税：特定障害者扶養信託契約に係る贈与税の非課税

特定障害者が、他の個人と信託銀行との間で、その特定障害者を信託の利益の全部の受益者とする特定障害者扶養信託契約が締結され、その契約に係る財産が信託されることにより信託受益権を有することとなる場合には、その契約に基づいてその信託がされる日までに、信託銀行の営業所等を経由して納税地の所轄税務署長に「障害者非課税信託申告書」を提出したときは、その信託受益権のうち、三〇〇〇万円(特別障害者については六〇〇〇万円)までの贈与税が非課税となる。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)。

(5) 住民税：

障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、二六万円(特別障害者である場合には三〇万円)を所得金額から控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで(手帳一級は特別障害者)

同居特別障害者配偶者控除及び扶養控除

控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況としている者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に加えて二三万円を所得

金額から控除する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級。

障害者の非課税限度額

障害者であって、分離課税とされる退職所得を除外した前年中の所得が一二五万円以下の者については、住民税に係る所得割を課さない。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級から三級まで。

(6) 自動車税、軽自動車税及び自動車取得税：障害者に対する自動車税等の減免

障害者又はその生計同一者が取得し、又は所有する自動車等で、当該障害者の通院等のためにその生計同一者が運転するものについては、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税を全額減免する。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳一級。

等級判定の考え方

1. 障害等級

精神障害者保健福祉手帳の障害等級およびその精神障害の状態は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和25年政令第155号)第6条第3項(以下、施行令という)に定められているとおりである(表1)。

表1 各障害等級に該当する精神障害の程度

障害等級	精神障害の程度
1級	精神障害であって、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
2級	精神障害であって、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
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

2. 障害等級の判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害の判定については、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」(平成7年9月12日健医発第1133号厚生省保健医療局長通知)(最近改正平成25年4月26日障発0426第5号)別紙「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」(以下、「判定基準」という)に示されるとおりである。すなわち、(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、ということになっている。

「判定基準」では、各障害等級に該当する精神疾患の状態と能力障害の状態が並列に記載されているが、本研究では、精神疾患の状態ではなく、精神疾患の結果として生じた日常生活または社会生活における制限の状態、すなわち現在の「生活能力の状態」によって等級判定を行うことを基本とする。この理由については次項「3. 判定基準の解説」で説明を行うこととする。

以下には、判定基準に記載されている「能力障害(活動制限)の状態」に基づき、本研究が考える各障害等級に相当する生活能力の状態を次に示す(表2)。

表2 各障害等級に相当する生活能力の状態(研究班案)

障害等級	生活能力の状態
1級 (精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程	1 調和のとれた適切な食事摂取ができない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の清潔保持ができない。 3 金銭管理能力がなく、計画的で適切な買い物ができない。 4 通院・服薬を必要とする

度のもの)	<p>が、規則的に行うことができない。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協調的な対人関係を作れない。</p> <p>6 身の安全を保持したり、危機的状況に適切に対応できない。</p> <p>7 社会的手続きをしたり、一般の公共施設を利用することができない。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。</p> <p>(上記1~8のうちいくつか該当し、とくに日常生活に関連する1、2、3、6の複数項目が該当するもの)</p>
2級 (精神障害であって、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)	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の清潔保持は援助なしにはできない。</p> <p>3 金銭管理や計画的で適切な買い物は援助なしにはできない。</p> <p>4 通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。</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援助なしにはできない。</p> <p>6 身の安全保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。</p> <p>7 社会的手続きや一般の公共施設の利用は援助なしにはで</p>

	<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ず不安定である。</p> <p>6 身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考え方」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「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「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って「必要な時には援助を受けなければならない」程度のもを言う。

「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、「援助があっても自ら行い得ない」程度のもを言う。

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。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、特別な配慮があっ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應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ことができる。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當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、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）、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。

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、「『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 、 、 、
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。

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。

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
るべき必須の内容としては、() 発症時の状

態、() 初診時の状態、() 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た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(、 欄、 、 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。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 病名、病歴、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、欄の記載内容に関連なく等級判定がなされてよい。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 欄にて病状、状態像を選択しているため、この欄には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 欄、 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 欄及び 欄であり、 欄及び 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(欄、 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、個別の具体的な症状を記載するよう求めることが必要となる。

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)。

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に、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に、個別的に記載すべきこの欄は、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。

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、欄、欄との整合性を確認しつつ生活状況を読み取る。

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い。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。

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。

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。

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);()発症時の状態、()初診時の状態、()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。

現在の病状、状態像等；病名、病歴、具体的な病状、の欄との整合性が重要である。ときに病歴の欄にも、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、こ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。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。すでに欄にて病状、状態像を選択しているので、この欄には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。その内容が欄、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欄及び欄であり、欄及び欄は、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（欄、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。

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。

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に、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に、個別的に記載すべきこの欄は、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、欄や欄の記載内容、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、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。

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。

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。

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。

診断書の - 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。

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。

新診断書様式に加えられた 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、 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。

診断書の - 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。

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。

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