

識障害は対象とはいえないのではないかとすると、それ以前に精神症状も出現していた場合、意識障害に至る以前の精神症状による状態で判定することになるのか。

・認知症が進行して「寝たきり」になったから手帳を取り上げるのはいかがなものか。介護保険が受けられないケースや、その他の福祉サービスを受けられない場合もあるため、引き続き手帳の対象とする方が望ましい。

《②と回答したセンター》

・考え方としては適切であるが、身体症状による制限と、精神症状による制限の区別が難しい。  
・精神科治療（薬物治療等）が主となくなってきた時点で対象外とするのはどうか。

《③と回答したセンター》

・本来は、（身体症状による制限は除いて）精神症状による制限に基づいた判定を行うべきであるが、ひとりの人間に複数の症状や障害が併存している場合に、その一部を除外して（差し引いて）能力を評価するということは現実的には難しく、空論になってしまう恐れがある。また、いわゆる「寝たきり」になっても対象とすることはやむを得ないものと思われる。

・福祉サービスの適応範囲等を前提とし考慮する。

・理屈はそうだと思いますが、アルツハイマー病が進行して身体機能が低下したことによる生活能力の障害は「F00：アルツハイマー病の認知症」によるものではない、ということで、皆様の納得が得られるでしょうか？

・現在でも同様の基準で判定していますが、寝たきりになってから申請された場合の対応に苦慮しています。

・認知症が最も進行した症状と考えれば手帳の対象となると言えるという意見もあったが、一方で、寝たきりで精神症状が問題にならなければ精神障害者手帳で見なくてもみなくてもよいのではないかとという意見もあった。

《⑤と回答したセンター》

・認知症が先行して身体合併症等で寝たきりになった事例と、身体疾患が先行して認知症を発症し寝たきりになった事例で、「寝たきり」になった時点での取り扱いが異なることになる。

「寝たきり」状態の認知症を手帳の対象とすべきかは議論の余地があるのではないかと。

【 設問14. 考察 】

認知症あるいはそれに関連した臨床症状が、特に重篤になってからはじめて申請されたような場合、そもそも、認知症という疾患名で症状をすべて考えていいのか、どこまでを精神障害者保健福祉手帳の範囲と考えていいのか疑問に思うことがある。認知症の手帳申請は、費用負担との問題とも絡んで今後ますます増加してくると思われ、各自治体の現状での考え方をお聞きした。

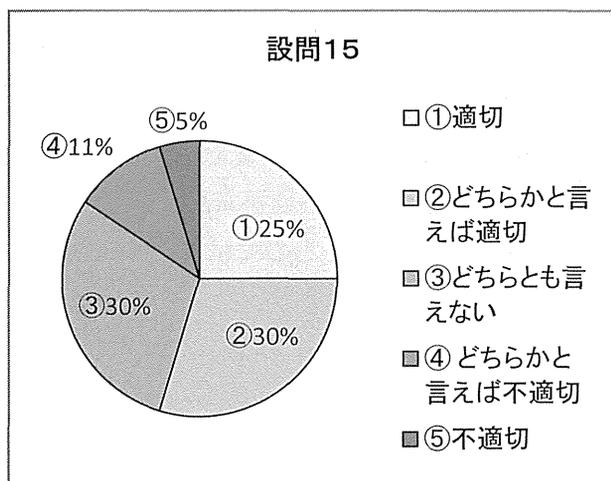
この点について、半数（50%）の自治体からは、認知症が進行していわゆる「寝たきり」になった場合も、それまでの経過を考慮し、引き続き手帳の対象とするという取り扱い方針について「適切」との回答をいただいた。さらに、「どちらかと言えば適切」とした回答を含めると、約8割の自治体で、このような取り扱いをされているようである。

新マニュアルの記載については、特に変更を加えないこととした。

[ 設問15 ]

アルコール依存症に関して、「今回のマニュアル案として、概ね6カ月間の断酒等の不使用期間があることを原則として、依存症治療の進捗状況を考慮することを条件に、アルコール依存症の病名に対して、手帳の交付を一律に閉ざすものではないという方針を考えている。」となっています。

アルコール依存症を手帳の対象とする場合の、「概ね6か月の不使用期間」を前提とする考え方について、どのように考えますか。



設問15	①	②	③	④	⑤
N=64	16	19	19	7	3
%	25.0	29.7	29.7	10.9	4.7

【 設問15. コメント 】

《①と回答したセンター》

・生保での加算目的に手帳を申請するケースが多く見られます。断酒断薬の動機づけの点からも不使用期間は必要と考えます。断酒断薬期間が短い場合には暫定的に3級扱いとするのも方法かもしれません。

《②と回答したセンター》

・断酒の確認が適切に把握できないことが多い。  
 ・完全断酒に至らない断酒努力をどう評価するか。入院期間を不使用期間から除外すべきかどうか。

・(案)のように目安はあったほうがよい。アルコール依存症が従たる精神障害にある場合はどうなるか？

・考え方には賛成。6か月という期間の設定根拠(考え方)を示すとよいのでは。

・「非該当とできる」と明記してもらったほうが良い。また、アルコール依存症が主病名でなく従病名であったり、病名記載がなくとも、記載からアルコール依存症がメインと考えられる場合は同様に考えて良いとしてもらいたい。また、「病名に関係なく、飲酒による症状悪化はカウントする必要ない。」ことを明記しても

らいたい。

・考え方には賛成。6か月という期間の設定根拠(考え方)を示すとよいのでは。

《③と回答したセンター》

・FIX.2 で使用がないという事例が極めて少数と考えられることから、どちらともいえない。  
 ・アルコールの不使用期間を正確に把握することは難しく、「6か月のアルコールの不使用期間」という新基準は不適切な認定に繋がるおそれがある。現行の規準(「アルコールの依存乱用のみでは手帳の対象とならず、離脱症状等の精神神経症状があり、そのために日常生活に支障があること」)が適切ではないか。

・「断酒をする」という患者のやる気を求めるという意味で、新マニュアル案の「6か月のアルコールの不使用期間」を求める基準は有効ではないか。

・不使用期間を「概ね6か月」とすることの妥当性が不明なので(その根拠となるものは何か)、適切か否かの判断ができなかった。

・スリップなど一時的な物質使用について⑦欄に記入する、とあるが、どこまでを許容範囲とするべきか判断に迷う事例が出てくるものと思われる(アルコールのみならずギャンブルなども含めて)

・もしそのように明記するのであれば、一度、当事者団体との話し合いが持たれていることが望ましいと思います。

・6か月不使用の断酒を前提とすることが現実的ではないと考えられる。治療的關係成立しない依存症は除外するという意味では、ある程度の制限は必要。

・適切であるという意見もあったが、治療がうまくいかなければ手帳の対象としないとも読み取れる、精神疾患の場合、適切な治療を行っていても結果が伴わないことは稀ではなく、他の精神疾患との整合性に問題があるように思われるという意見もあった。

・6か月間という不使用期間は実際には当ては

まらないものが多いように思われる。

・断酒の意志はあるが止められない人を福祉の対象から除外することになる。

《④と回答したセンター》

・「アルコール依存症は非該当」として判定し、医療機関にも浸透しているため、今後対象にすること自体が難しいです。

・従来通り依存症以外のアルコール性精神障害を手帳の対象とすべき。自立支援医療で治療促進されてるか、もう暫く観察すべき。)

・6 か月は短い。

・断酒期間のみで判断せず、背景にある精神疾患を考慮すべき。また、不使用期間には、本人の意思が必要で、入院期間を含めることには違和感がある。

・断酒期間だけで判断するのではなく、背景にある精神疾患、精神状態を重視すべきではないか。

《⑤と回答したセンター》

・依存症では飲酒することそのものが障害でもあり、断酒を求めるのは無理でも治療にはつながっている場合もある。この場合、きちんとした施設で治療を受けているのであれば、時々飲酒しながらでも治療が継続していること、治療意欲があることを評価すべきではないかと思われる。この点で断酒を条件にするのは適切ではないと考えられる。

・これまでアルコール依存症は「対象外」としてきた。判定会でも協議したが、アルコール依存症は手帳の対象としてそぐわないという意見で全員一致した。アルコール性精神病の場合は認めている。アルコール依存症を対象とする場合は、手帳の受給者数が急増する虞があるが、それに対応できる財源があるかどうかはまず問題である。対象とする場合でも、「おおむね2年間」の不使用期間を前提とすべきであろう。

・アルコール依存症が主たる精神障害となる場合は、従来から対象としていない。やはり、ア

ルコール依存症が主となる場合は、対象とすべきではないと考える。

【 設問15. 考察 】

平成24年度に本研究班で行ったアンケート調査の結果では、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質問に対して、「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全体の30%程度、対象としないとする回答が約20%、従たる病名に合併精神障害があるか、記載内容から合併精神障害の存在が読み取れば対象としている回答が合わせて約46%となっていた。また、物質使用中の依存症に対しても、「対象としている」「対象としていない」「場合によっては対象とすることもある」と概ね1/3ずつの回答となっており、自治体による運用状況の相違が大きいことが示されている。ただし実際には、「対象とする」の中に判定の結果「非該当」とされる場合が含まれていたり、その反対に「対象としない」の中に返戻などによる追加記載によって、結果的には等級判定が行われ、追加情報によって何かしらの等級に至る場合が含まれているなど、様々な事例が混交されている可能性があるため、解釈は慎重である必要がある。

本報告書では、上述のように、いくつかの自治体ですでに依存症を主たる病名とする診断書に対して等級判定の対象としているという実態を踏まえ、平成23年の診断書様式改正によって新たに設けられた現在の精神作用物質の使用の有無」欄並びに「不使用期間」欄の活用方法に関して、また今後、様々な依存症をそれのみで精神障害者保健福祉手帳の対象とすべきかどうかという論点に関して研究班による一定の方向性を示せないかと考えた。一つの整理の方向性として、今回の新マニュアル案では、「アルコール依存症という病名に対して一律に手帳の交付を閉ざさないものとする」と、その場合、概ね6か月間の断酒等の不使用期間

があることを原則とした依存症治療の進捗状況を条件とする」という方針を考えたが、この考え方に対する各自治体のご意見をいただいた。

今回の設問は「概ね6カ月間の不使用期間」を前提とする考え方について尋ねているが、実際には、「アルコール依存症の病名に対して、手帳の交付を一律に閉ざすものではないという方針」についても回答やコメントをいただいております。設問自体が不明確でわかり難いものとなってしまったようである。

回答としては、25%が「適切」、約30%が「どちらかと言えば適切」、約30%が「どちらとも言えない」、約11%が「どちらかと言えば不適切」、約5%が「不適切」で否定的な自治体が約16%と回答にばらつきが大きかった。

コメント欄に記載された内容としては、不使用期間の設定の必要性に関するもの、実際の使用期間を正確に把握することの困難さに関するもの、スリップなどの一時的な物質使用についての許容範囲の設定や、飲酒しながらも治療を継続している場合の治療意欲の評価に関するもの、6カ月間という不使用期間を考えた根拠やその妥当性に関するものがあった。また、アルコール依存症を手帳の対象とすべきかどうかについても、従来の通知通り「アルコール依存症は非該当」として地域の医療機関にも浸透している、手帳の申請が急増するおそれがある、などの理由でアルコール依存症の病名に対する手帳交付は難しいとするコメントもあった。

これらの回答を受けて、依存症に関する研究班の考え方を再度整理した。検討を進める中で、研究班の考え方としては、「依存症では、精神作用物質の直接的な影響が除かれれば、手帳の対象となるような生活能力の障害は、原則みられないのではないか」、「もし、直接的な影響が除かれたと考えられる相当期間を過ぎても、手帳の対象となるような精神障害が認められ

るということであれば、依存症以外の診断名の記載が基本的に可能なのではないか」、「それでも、アルコール依存症等の依存症という病名に対しても、他のFコード（ICD-10の。ただしF7を除く）の疾患と同様に手帳の交付を原則としては認めるべきであろう」、「その場合、診断書全体に、つまり病名、病歴、症状、そして生活障害の記載に整合性があり、主病名を原因とするなんらかの生活障害を認めることが重要である」、「主診断であれ従たる診断であれ、依存症という診断に関しては、物質使用・酩酊の影響による直接的な生活障害を除外して等級判定をする必要がある」、「精神作用物質の直接的な影響を除外して精神症状を評価するためには、申請の際の診断書要件が『精神障害に係る初診日から6か月を経過した日以降における診断書に限る』とされていることから、この期間を当てはめることが可能なのではないか」といった方向で整理されることとなった。このような考え方に即して理解すれば、この「不使用期間」の設定は、本人の治療意欲の指標ではなく、あくまで、精神作用物質の直接的な影響を除外して、精神症状および生活障害をより正確に評価するために設定を試みた期間であるとみなすことができる。

以上の様々な点を研究班で再度総合的に検討し、今回の新マニュアルでは、

1. 主たる精神障害が「依存症」で、従たる病名に記載がない場合であって、精神作用物質の使用が継続されている場合は、通常生活障害が残らないはずの疾患において、物質使用により状態の判定が不能となっているため、原則的には非該当とする。

2. 主たる精神障害が「依存症」で、従たる病名に記載がなく、一定期間（6か月間）精神作用物質の使用が認められない場合は、主病名を含めて診断書全体から整合性を持って一定の生活障害が認められるときにはそのまま等級判定を行い、「アルコール性精神障害」等の

診断名の追加が適切と考えられるときには、返戻等で主たる精神障害の病名について主治医に検討をお願いする。

3. 主たる精神障害が「依存症」で従たる病名に記載がある場合は、必要に応じて主たる病名と従たる病名の入れ替えについて主治医に検討をお願いする。

4. 主たる精神障害が他の精神疾患で、従たる精神障害が「依存症」の場合であって、物質使用が認められる場合。実際の等級判定業務においては、このケースが最も問題となるものと考えられる。この場合、物質使用により状態の判定が不能となっているが、主病名と主病名に関連する症状およびそれに伴う生活障害に関する記載内容から考えて、ある程度の主病名に起因する生活障害の存在が想定される場合は、3級と判定することはありうる。また、断酒等への治療努力を継続中でのスリップであれば、再使用を認めてもそれが生活障害に影響しない可能性もあり、そのような場合には返戻して主治医にその旨を確認することが望ましい。先にも述べたように、断酒等への努力を評価するのではなく、物質使用による生活障害への影響の有無を判断することが重要である。

5. 主たる精神障害が他の精神疾患で、従たる精神障害が「依存症」の場合であって、物質使用が認められない場合。通常の等級判定と同様に考える。

6. アルコールや薬物以外の他の依存性疾患（物質使用障害）についても、原則的には同様な考え方で判定を行う。

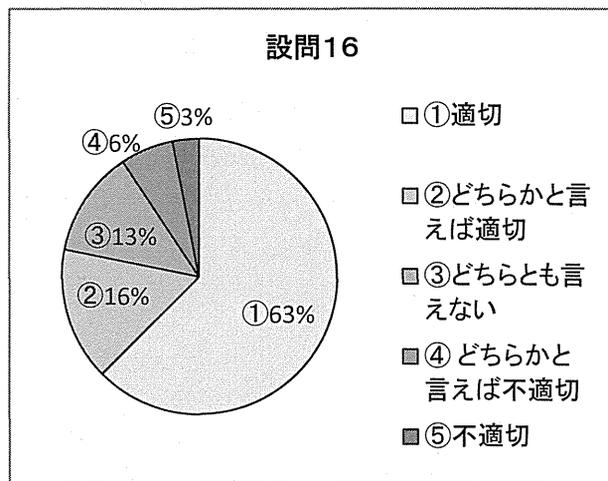
なお、以上のような議論の結果、新マニュアル第IV章参考症例集の記載に修正を加えた。また、第V章Q&AのQ11について加筆・訂正を行った。

[ 設問16 ]

F7 知的障害（精神遅滞）について、新マニュアル案においては、「それ単独のみでは精

神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。他の精神障害が存在する場合は手帳の対象となりうるが、その場合は、知的障害を主たる精神障害とすべきではなく、それ以外の精神障害を主たる精神障害として記載すべきである。等級判定に際しては、知的障害による寄与分を除いた精神障害部分のみをもって判定する。つまり、日常生活能力の判定は、知的障害によるものを加味せず、それ以外の精神障害について判定する。」となっています。

知的障害（精神遅滞）を主病名にしないとする考え方について、どのように考えますか。



設問16	①	②	③	④	⑤
N=64	40	10	8	4	2
%	62.5	15.6	12.5	6.3	3.1

【 設問16. コメント 】

《①と回答したセンター》

- ・別の福祉施策が既にあるため。
- ・「精神遅滞（知的障害）を主病名とする場合は、非該当として良い」と明記してもらったほうが良い。
- ・知的障害（精神遅滞）は療育手帳の対象である。

《②と回答したセンター》

- ・知的障害を除外して等級を判定することから主病名にあげるのは適当ではないと思うが、自立支援医療での診断名との棲み分けや知的障

害の部分の除外等、現場で混乱を来す恐れがある。

・実際には知的障害が主病名になっているものが多かった。

《③と回答したセンター》

・「考え方」には賛成したいのだが、精神遅滞の病状は多彩であり、(主病名であるか否かにかかわらず)精神障害者保健福祉手帳の対象とせざるを得ない事例もあるかと思われる。

・筋を通そうとすれば、正しい方法です。しかし、このようなこだわりが増えると事務に負担がかかります。(2つ回答がありもう一つは②となっている)

・知的障害をベースとした行為障害等多様な症状も多い、症状理解の上で合併するものを見る必要はあるのではないか、副診断を書かせる方が妥当ではないか。

《④と回答したセンター》

・治療を要する行動障害を伴うもの F7 x. 1 の場合は主病名で可とすべき。

・情動や行動の障害を伴う場合は、MRが主病名でよいと思われる。

《⑤と回答したセンター》

・知的障害は、知能の問題だけでなく、情緒的および社会的な未熟性の問題も含む概念なので。知的能力の低さによるものは療育手帳の対象ですが、情緒的および社会性の未熟による問題が顕著な場合、これは精神障害の枠組みで捉える方が理に適っていると考えます。

・知的障害者の精神疾患の診断には多くの困難があり、単純に操作的診断基準で判断できない。一律に排除するのではなく、個別に判断すべき。

#### 【 設問16. 考察 】

知的障害(精神遅滞)を主病名とすることの可否についての設問である。新マニュアルでは、知的障害(精神遅滞)のみでは精神障害者保健福祉手帳の対象とせず、他の精神障害が存在する場合にはその精神障害を主病名として判定

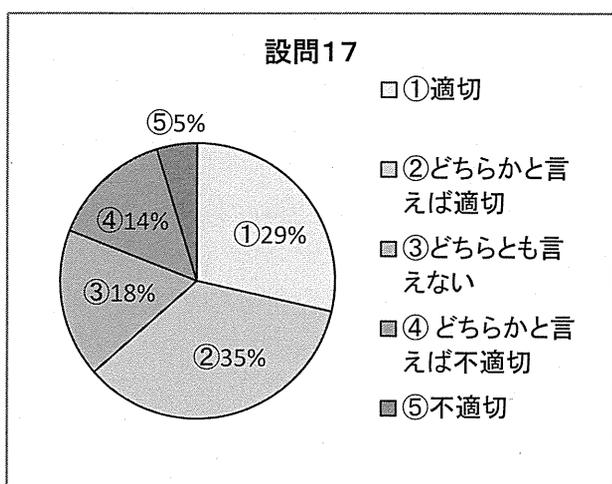
することとしている。調査の結果、約63%の自治体が「適切」、約16%の自治体が「どちらかといえば適切」を選択しており、約78%の自治体が肯定的な回答をしている。一方で、「どちらかといえば不適切」が約6%、「不適切」とした回答が約3%みられた。否定的な意見では、「症状によっては主病名でも可」「個別に判断すべき」というものが多かった。知的障害に対しては療育手帳制度が既に存在しており知的障害のみでは対象としないこと、他の精神障害が存在すればその精神障害を主病名として判定することを原則とすることについては、比較的支持されると思われ、新マニュアルの記載には変更を加えないこととした。

しかしながら、情動や行動の障害を伴う場合には、知的障害(精神遅滞)の診断名でも診断書の⑤「④(現在の病状、状態像等)の病状、状態像への具体的程度、症状、検査所見等」及び⑦「⑥(生活能力の状態)の具体的程度、状態等」の具体的な記載事項をもとに等級判定が行われている自治体もあり、実際の運用上は取り扱いが分かれるところである。これに関して新マニュアルでは、今回の調査で「治療を要する行動障害を伴うもの F7 x. 1 の場合は主病名で可とすべき」や「情動や行動の障害を伴う場合は、MRが主病名でよいと思われる」といった回答があったことも参考にして、知的障害の中でもICD-10のコードでF7x.1およびF7x.8に該当する行動障害を伴うものに関しては主病名がF7圏であっても認めることとし、新マニュアル第IV章参考症例集においてその旨を記載し、また、第V章Q&Aにこれに関する項目を追加した。

#### [ 設問17 ]

F7 知的障害(精神遅滞)について、新マニュアル案においては、「それ単独のみでは精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。他の精神障害が存在する場合は手帳の対象とな

りうるが、その場合は、知的障害を主たる精神障害とすべきではなく、それ以外の精神障害を主たる精神障害として記載すべきである。等級判定に際しては、知的障害による寄与分を除いた精神障害部分のみをもって判定する。つまり、日常生活能力の判定は、知的障害によるものを加味せず、それ以外の精神障害について判定する。」となっています。知的障害を合併している場合の、知的障害による寄与分を除いた精神障害部分のみをもって判定するとする考え方について、どのように考えますか。



設問17	①	②	③	④	⑤
N=63	18	22	11	9	3
%	28.6	34.9	17.5	14.3	4.8

【 設問17. コメント 】

《①と回答したセンター》

・なお、どうやって知的障害分を除くか、診断書にどのように書くか？どのように読み取るか？についてもマニュアルや事例に記載があればと思います。また、過去にてんかんがあった場合に反応性の興奮を、「てんかんに伴う易刺激」と説明されている知的障害の方が少なからずみられますが、それは該当とするのかどうか、Q&Aなどに記載いただければと思います。

・現在でも新マニュアル案同様の基準で判断し返戻や照会をしていますが、「切り離すことはできない」と言われることも多く、判定に苦慮

しています。

・知的障害を除外して判定する考え方は、非常にイメージしづらい。

・もちろん、実際には区別できない場合もあるため、「できる限り除いて判定することが望ましい」ぐらいか。一方、てんかんにおいては、留意事項に「精神遅滞その他の精神神経症状が中等度であっても、これが発作と重複する場合には、てんかんの障害度は高度とみなされる。」と、知能障害を加味するようになっている。知的障害を含まないことの明記が必要と考える。発達障害で知的障害もある場合はどうするか。全体としての知能が低い部分は除いて、アンバランスなところや、衝動行為などを精神の手帳でカウントするというロジックになるのか。知的障害が軽かったり高齢などの理由で、療育手帳の対象とならない場合に、配慮するのかどうか等々。

《②と回答したセンター》

・概念的にはその通りだが、実務上峻別が難しく差し引くといっても身体のように単純にいかないことが多い。

・寄与分を除いた精神障害部分の判断が難しい

・主治医に寄与分を除いた評価の記載を求めること及び診断書のみから判断するには限界がある

・考え方としては適切であるが、知的障害による寄与分を除いた生活能力の状態を診断書に記載してもらうことが課題である。

・どちらかと言えば適切であるが、知的障害の寄与分を正確に除くのは難しい。

・判断が難しい場合がある。

・考え方は適切であるが、知的障害の寄与分が判然としない場合が多く、そのようにできるかが疑問。

・どこまでが知的障害による寄与分であるか、どこからが精神障害によるものか境界線を判断すること自体が不可能であり、記載があいまいになる可能性が高いと思われる。

《③と回答したセンター》

・「考え方」には賛成したいのだが、ひとりの人間に複数の障害が併存している場合に「寄与分」のみを抽出して、他の部分を除き、そして残った部分で判定し、本手帳のサービスを適用するといったことが果たして現実的に可能（妥当）なのか？という疑問が生じる。

・知的障害に基づく生活障害の範囲を適切に判断できると考えることに疑問がある。現実の生活実態に適合した等級にならざるを得ないのではないか。

・精神科診療機関では知的障害と他の精神障害とであまり区別されていないように思います。浸透させるのにはかなりの労力が必要となりそうです。（2つ回答があり、もう一つは②となっている）

・きれいには分けられないのではないか。

・知的障害と他の精神障害を区別して判断するのは実際非常に困難と感じた。

・寄与分を差し引く時にある程度の基準が欲しい（療育手帳の有無を考慮に入れるのかどうか等）

・分離については、判断を迷う。ある程度、勘案することは可能だと思われるが。

《④と回答したセンター》

・MRが軽症で療育手帳なら3級でも、精神症状があるので2級となる人がいる。いわゆる「接枝分裂病（軽度MR）」「軽度MR＋双極性障害」などを考えると、分けて考えることは難しく、「生活能力中心に判定する」と考えることと矛盾するようにも思える。

・知的障害による寄与分の判定が難しい。

・知的障害と他の精神障害を分離して判断することは困難である。

・知的な能力の問題による部分を勘案して記載も判定も行うのは妥当と思いますが、症例19の判定では、能力が発揮できるか否かの程度にばらつきが有る、という自閉症の特徴部分を、自閉症でなく知的障害による問題である、との

論拠にしているように読み取れて、不適切だと思います。

・提出された診断書から知的障害による寄与分を除く作業は極めて困難だと思われる。

・知的障害を除いて判断すること自体が困難であるため、知的障害と精神障害をトータルでみればよいのではないかという意見が主流であった。

《⑤と回答したセンター》

・理論的にはありうる考え方だが、現実的には知的障害の寄与分を合理的に除くことは困難。

・知的障害そのものと精神障害部分を切り分けるのは困難である。現実面での生活障害全体で考えたほうが良い。

・実際には精神障害部分のみの判定は不可能であり、総合判定するしかないため。

《その他》

・知的障害を除くという発想は必要。併せ持った障害のため現実には困難（2, 3, 4で意見がわかれた）。

【 設問17. 考察 】

知的障害（精神遅滞）と他の精神障害が合併する場合、知的障害による寄与分を除いて判定することについての設問である。新マニュアルの判定においては、知的障害によるものを加味せずそれ以外の精神障害について判定することとしている。調査の結果は、約29%が「適切」、約35%が「どちらかと言えば適切」を選択している。その一方で、「どちらかといえば不適切」が約14%、「不適切」が約5%あり、さらに、約18%は「どちらともいえない」を選択していた。否定的な意見としても、「考え方は理解できる」が「知的障害と他の精神障害の区別が困難である」というものが圧倒的に多く、実際の診断書の記載内容から判定側が読み取ることも難しく、現在の判定でも苦慮していることが推測される。可能な限り知的障害（精神遅滞）の寄与分を除いて判定していきたいという考え方そのものは支持されていると

考えられるため、新マニュアルの記載については変更を加えないこととした。

ただし、現実的に「知的障害と他の精神障害の区別が困難である」という意見だけではなく、「MR が軽症で療育手帳なら 3 級でも、精神症状があるので 2 級となる人がいる。いわゆる『接枝破瓜病（知的障害）』『知的障害＋双極性障害』などを考えると、分けて考えることは難しく、『生活能力中心に判定する』と考えることと矛盾するようにも思える。」という意見の後半に示されるような、知的障害による部分と精神障害による部分を切り分けること自体に対する概念的な疑問も提示されていた。この問題に関しては、新マニュアルにおいても課題を残したままとなったが、この課題を克服するためには、身体、知的、精神のいわゆる三障害に対するサービス提供に関して、包括的な検討が必要がある。

#### D. 結論

昨年度作成した、精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための新たなマニュアルの雛形を、全国のセンターに送付し、実際の症例を用いて等級判定を試行してもらい、その上で 17 項目のアンケートに回答をもらった。その回答をもとにして、昨年度作成した新マニュアル案に追加・修正を加えて新マニュアル案を完成させた。

昨年度作成した新マニュアル案は、旧マニュアルや、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った。

- ① 旧マニュアルでは、「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』の複수에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、小学校、中学校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、新マニュアル案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、その具体的な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。

今年度、新マニュアル案を用いた等級判定試行後のアンケート調査の結果により新マニュアル案に追加・修正を加えて新マニュアルを完成させたが、その過程で上記①～⑥の等級判定方針は概ね全国のセンターから支持されたと考えられた。しかし、これらの等級判定方針についても一部追加、修正の必要な部分があった。

一方で⑦のアルコール依存症の扱いについては、様々な意見があり、それらを再検討の上、アルコール依存症の等級判定に関する考え方を改めて整理する必要があった。また、⑧の知的障害による生活障害部分を加味して等級判定を行うかどうかについてもアンケートの結果は分かれたが、これについては研究班での検討の結果として、主に『『加味する』とした場合の適切な指針が提示できない』というやや消極的な理由により、新マニュアル案の考え方をそのまま維持することとした。また、④の子どもの生活障害に関する例示に関しては、新マニュアル案では、具体的な例示を行うこと自体に対しては肯定的な評価が多かったが、その内容については批判的な意見もあり、とくに「トラブルや問題行動の多さが、そのまま直接的に等級判定の目安になっているのは見直すべきだ」という意見を研究班としては重視すべきだと考えて、例示を大きく修正することとした。

上記の等級判定方針以外で、今回のアンケート調査の結果により新マニュアル案の内容に修正を加えた事項としては、推定発病時期に関する基本的な考え方が挙げられる。新マニュアルに具体例として挙げた発達障害と高次脳機能障害の推定発病時期に関する考え方に整合性がないという批判を受けて、原則と例外につ

いて明記することにした。

最後に、今回完成した新マニュアルにおいても残ることになった2つの大きな課題について触れておく。その1つはてんかんの等級判定基準である。新マニュアルが、「一義的に生活障害の状態によって等級判定を行う」ことを原則としているにもかかわらず、ひとりてんかんのみは新マニュアルにおいても症状－てんかん発作のタイプと頻度－によって等級判定されることとなった。新マニュアルは「てんかん」と「てんかん性精神障害」を明確に区別する、という方法で部分的な整合性は保ったが、新マニュアル全体としての不整合を残したままだと言わざるを得ない。

もう1つは、知的障害の合併例における知的障害による生活障害部分の切り分けである。これは技術的にも困難な部分を残すことになり、また理念的にも課題を残すことになったと言える。

#### 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) (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
- 2) 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

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 26 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マニュアル(案)による等級判定シミュレーション」

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的は、平成 24 年度、平成 25 年度の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）の研究成果をもとに、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」を策定することにある。これまでの研究をもとに作成した新たな「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（案）」（以下、新マニュアル案）の内容を評価・検討するために、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている全国の精神保健福祉センターにおいて、等級判定会議に提出された実際の診断書を新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、実際の等級判定結果と比較分析する。加筆・修正すべき点を抽出し、他の分担研究の成果とあわせて、「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。

【方法】

平成 25 年度の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）の研究成果をもとに作成された新マニュアル案を使って、各自治体において実際の診断書の等級判定を行ってもらい、その結果を分析する。

全国の精神保健福祉センターに新マニュアル案を送付し、各自治体で等級判定会議に提出された実際の診断書から最大で 20 例のケースを抽出し、それぞれのケースについて、新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらうとともに、アンケート回答には、その等級判定結果と実際の等級判定結果をアンケート記載表に記載してもらう。また判定における意見の記載も求める。両者の等級判定結果を比較分析し、判定における意見も含めて考察する。なお、20 例のケースは主病名が ICD-10 コードに従って、F0～F9、G40 の分類コードごとに最大 2 例ずつ（F8 と F9 のみ併せて 2 例）抽出してもらうこととした。

【結果及び考察】

精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている 66 自治体の精神保健福祉センターのうち、63 自治体からの回答を得た（回収率 95.5%）。

等級判定結果に変化がなかったものを「不変」、新マニュアルに沿った等級判定で等級が上がったものを「上昇」、等級が下がったものや返戻・照会、非該当となったものを「下降」として整理した結果、不変だったものの割合は、分類コードによって、64.6%から 92.0%の幅があった。新マニュアル案が「生活能力の状態」によって等級判定することを基本とすることなど、新マニュアル案に沿って等級判定することで等級判定結果に変化がみられたもの他には、各分類コードの等級判定の考え方を新マニュアル案に明確にしたことで結果が変化しているものもみられた。

アンケート回答には、新マニュアル案の考え方に懸念を呈する意見もみられた。「生活能力の状態」によって判断することを基本とするためには、生活能力の状態を裏付ける現病歴や病状の具体的程度の記載などが十分されているとともに、それを確認した上での等級判定がより重要となる。その点について、新マニュアルの記載に強調することが必要である。また、各分類コードの等級判定の考え方も整理し直すべき点も明らかになった。他の分担研究の成果をもとに、参考症例集を加筆・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」を完成する。

## 研究協力者

原田 豊

：鳥取県立精神保健福祉センター・所長

波床 将材

：京都市こころの健康増進センター・所長

### A. 研究目的

現在、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が求められていた。

平成 24 年度、平成 25 年度の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）の成果をもとに、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（案）」（以下、新マニュアル案）を作成した。その新マニュアル案の内容を評価・検討するために、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている全国の精神保健福祉センターにおいて、等級判定会議に提出された実際の診断書から 20 例のケースを抽出し、それぞれのケースについて、新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらうとともに、その等級判定結果と実際の等級判定結果をアンケート記載表に記載してもらう。両者の等級判定結果を比較分析し、新マニュアル案が実用に耐えうるものであるかどうか確認する。また、不足している点や修正点を確認して、他の分担研究の成果とあわせて、新マニュアル案に追加・修正を加えて、「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。

### B. 研究方法

平成 24 年度の分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における判定基準に関する研究」および、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」、「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」の成果をもとに、平成 25 年度の研究では新マニュアル案の作成に取り組んだ。

今年度は、その新マニュアル案の内容を評価・検討するために、精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている全国の精神保健福祉センターにおいて、平成 26 年 8 月～9 月に実際に等級判定の対象となった診断書から 20 例を無作為に抽出し、新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらうとともに、その等級判定結果と実際の等級判定結果とをアンケート記載表【資料 1】に記載してもらった。

アンケートには、等級判定結果以外に、年齢層、診断名、ICD-10 コードを記載してもらうこととした。また、判定において課題となったことなどを記載してもらうこととし、現在の等級判定と新マニュアル案を使用した等級判定で、等級が異なった場合は、その理由も記載してもらうこととした。

20 例は主病名が F0～F9、G40 の ICD-10 分類コードごとに 2 例ずつ抽出して等級判定してもらうこととした。（F8 と F9 に関しては、新マニュアル案の解説において、併せて「F8～F9」としているため、「F8～F9」の中から 2 例とした。）各分類コードの診断書が 2 例に足りない場合は 1 例または 0 例でも構わないこととした。

アンケート回答を回収し、実際の等級判定結果と新マニュアル案を使って等級判定した結果を比較分析した。

（倫理面への配慮）

本分担研究において、等級判定のシミュレーションには、実際各自治体に提出された診断書

を用いるため、人権擁護上の配慮が重要である。アンケートの回答には等級判定の対象となった診断書情報から、患者の年代、診断名、ICD-10コード、判定等級のみを回答してもらい、個人の特定される可能性のある情報は取り扱わない。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

精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている 66 自治体の精神保健福祉センター（新潟県と新潟市は合同での審査判定のため、1 自治体として数える）のうち、63 自治体からの回答を得た（回収率 95.5%）。

回答された事例数を各 ICD-10 コード、10 歳ごとの年齢層別にまとめたものを【資料 2】に示す。「F8～F9」には、他のコードには少数の 0 歳代や 10 歳代の事例が多かった。

実際の審査判定会議での等級判定結果と、新マニュアル案に沿って等級判定した結果を ICD-10 コードごとにまとめた。等級判定結果に変化がなかったものを「不変」、新マニュアルに沿った等級判定で等級が上がったものを「上昇」、等級が下がったものや返戻・照会、非該当となったものを「下降」として整理した。ICD-10 コードごとの結果や判定における意見（等級が異なった場合は、その理由）についてのもつとめを【資料 3】に示すが、分類コードごとに実際の等級判定結果と新マニュアル案を使っての等級判定結果との比較について以下に示す。

#### 【F0】

事例は全部で 125 例。  
実際の等級判定結果と新マニュアル案を使っての等級判定結果とで等級判定結果が不変の

ものが 115 例（1 級=54 例、2 級=40 例、3 級=20 例、返戻・照会=0 例、非該当=1 例）であった。

新マニュアル案を使っての判定で、等級が上昇したものは、1 例（2 級から 1 級=1 例、3 級から 2 級=0 例）であった。等級が下降したものが、9 例（1 級から 2 級=2 例、2 級から 3 級=1 例、返戻・照会=6 例、非該当=0 例）であった。

#### 【F1】

事例は全部で 118 例。  
等級判定結果が不変のものが 85 例（1 級=11 例、2 級=45 例、3 級=28 例、返戻・照会=1 例、非該当=0 例）であった。  
等級が上昇したものは、1 例（2 級から 1 級=0 例、3 級から 2 級=1 例）であった。等級が下降したものが、32 例（1 級から 2 級=2 例、2 級から 3 級=1 例、返戻・照会=24 例、非該当=5 例）であった。

#### 【F2】

事例は全部で 126 例。  
等級判定結果が不変のものが 112 例（1 級=19 例、2 級=64 例、3 級=28 例、返戻・照会=1 例、非該当=0 例）であった。  
等級が上昇したものは、1 例（2 級から 1 級=1 例、3 級から 2 級=0 例）であった。等級が下降したものが、13 例（1 級から 2 級=3 例、2 級から 3 級=7 例、返戻・照会=3 例、非該当=0 例）であった。

#### 【F3】

事例は全部で 126 例。  
等級判定結果が不変のものが 101 例（1 級=10 例、2 級=42 例、3 級=47 例、返戻・照会=2 例、非該当=0 例）であった。  
等級が上昇したものは、6 例（2 級から 1 級=0 例、3 級から 2 級=6 例）であった。等級が下降したものが、19 例（1 級から 2 級=1 例、2

級から3級=14例、返戻・照会=4例、非該当=0例)であった。

#### 【F4】

事例は全部で124例。

等級判定結果が不変のものが106例(1級=2例、2級=33例、3級=69例、返戻・照会=1例、非該当=1例)であった。

等級が上昇したものは、4例(2級から1級=0例、3級から2級=4例)であった。等級が下降したものが、14例(1級から2級=2例、2級から3級=6例、返戻・照会=5例、非該当=1例)であった。

#### 【F5】

事例は全部で60例。

等級判定結果が不変のものが53例(1級=3例、2級=26例、3級=22例、返戻・照会=1例、非該当=1例)であった。

等級が上昇したものは、1例(2級から1級=0例、3級から2級=1例)であった。また、非該当から3級となったものが1例あった。等級が下降したものが、5例(1級から2級=0例、2級から3級=4例、返戻・照会=0例、非該当=1例)であった。

#### 【F6】

事例は全部で93例。

等級判定結果が不変のものが83例(1級=4例、2級=36例、3級=40例、返戻・照会=2例、非該当=1例)であった。

等級が上昇したものは、4例(2級から1級=1例、3級から2級=3例)であった。等級が下降したものが、6例(1級から2級=1例、2級から3級=2例、返戻・照会=3例、非該当=0例)であった。

#### 【F7】

事例は全部で65例。

等級判定結果が不変のものが42例(1級=5例、

2級=18例、3級=12例、返戻・照会=6例、非該当=1例)であった。

等級が上昇したものは、0例(2級から1級=0例、3級から2級=0例)であった。等級が下降したものが、23例(1級から2級=0例、2級から3級=3例、返戻・照会=9例、非該当=11例)であった。

#### 【F8-9】

事例は全部で126例。

等級判定結果が不変のものが105例(1級=4例、2級=56例、3級=45例、返戻・照会=0例、非該当=0例)であった。

等級が上昇したものは、10例(2級から1級=1例、3級から2級=9例、非該当から照会=1例)であった。等級が下降したものが、10例(1級から2級=0例、2級から3級=2例、返戻・照会=8例、非該当=0例)であった。

#### 【G40】

事例は全部で124例。

等級判定結果が不変のものが105例(1級=33例、2級=34例、3級=36例、返戻・照会=2例、非該当=0例)であった。

等級が上昇したものは、2例(2級から1級=1例、3級から2級=1例、非該当から照会=1例)であった。等級が下降したものが、16例(1級から2級=1例、2級から3級=2例、返戻・照会=2例、非該当=11例)であった。

#### D. 考察

今回のアンケートでは、実際に等級判定の対象となった診断書を新マニュアル案に沿って等級判定を試行してもらい、その等級判定結果と実際の等級判定結果とを比較するとともに、判定にあたっての意見や等級判定が異なった理由について回答してもらった。平成24年度の分担研究「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」で行ったような模擬症例を審査判定するものではないため、各自治体で等級判定された実際の診断書を確認することはできず、等級判定の詳細についてはわからないが、新マニュアル案の考え方が実用に耐えうるものであるかの確認、実用に向けて不足している点や修正点を確認するための情報を得ることができた。

新マニュアル案が「生活能力の状態」によって等級判定することを基本とすることなど、新マニュアル案に沿って等級判定することで、等級判定結果に変化がみられたものがあった。また判定結果としての等級そのものは同じであっても、判定に戸惑いを感じさせる面もあり、新マニュアル案の考え方に疑問を呈する意見もみられる。新マニュアル案を使つての判定では、「生活能力の状態」によって等級判定することを基本としているため、機能障害と生活能力障害の記載に乖離を認めた場合などに、等級判定が重く判定され過ぎたり、軽く判定され過ぎたりするのではないかということ懸念する意見もみられた。実際、アンケート回答で等級が変化しているものの理由の多くは、新マニュアル案の生活能力障害を重視した考え方によるものであった。そのため、「生活能力の状態」によって判断することを基本とするためには、生活能力の状態を裏付ける現病歴や病状の具体的程度の記載などが十分にされていること、等級判定では、それを確認した等級判定がより重要となる。その点について、新マニュアルの記載に強調することが必要であろう。

以下、分類コードごとのアンケート結果を考察する。

#### 【F0】

125 例中 115 例 (92.0%) が等級判定結果に変化がみられず、等級変更になるものは少なかった。等級が下がるもの・返戻となるものに関しては生活能力の状態や程度についての記載の内容や記載の不足によるものとされており、

新マニュアル案の考え方に沿って生活能力の状態によって判定することが判定に影響していた。また、診断書「⑦ ⑥の具体的程度、状態等」への詳細な記載を求めることで返戻になると回答しているものがいくつかあったが、このあたりは、新マニュアル案が求めているところであり、等級判定が厳密になってのことと考えられる。具体的な生活能力の状態の記載、検査結果の記載を求めるために返戻することなどが、新マニュアルを使つた等級判定では増えてくるかもしれない。

精神障害の初診年月日による、等級判定の問題点はアンケート回答ではみられなかった。

#### 【F1】

118 例中 85 例 (72.0%) が等級判定結果に変化がみられなかったが、新マニュアル案に沿った等級判定で返戻・照会に変わるものが 24 例 (20.0%) と多かった。新マニュアル案に沿った「日常生活能力の判定」、「日常生活能力の程度」による判定としているもの以外には、不使用期間の基準 (概ね 6 か月間の断酒等の不使用期間があることを原則として) があるため、照会・返戻としているものがいくつかみられた。

意見の中には、「飲酒していても手帳の対象としている」、「不使用期間が 6 ヶ月以内のものであっても依存症と診断されていれば認めている」とするものや、「現在の判定会では、現病歴及び病状の具体的程度の記載から残遺性精神病性障害の程度を鑑み、さらに昨今の依存症治療では必ずしも断酒のみを厳しく求めるのではなく、依存症治療の継続と『断酒努力』等を重視している」との現在の等級判定の実状を書かれたものもあった。また、「ICD コードを 4 ケタまで求め、判定を厳密にしている」、「手帳の対象とするのは、F1x.6 か F1x.7 のみとしている」という意見もみられた。自治体によって、異なった判定基準をもっていることがうかがわれた。依存症に関しては、各自治体で現

在の等級判定の考え方に違いが大きいものと思われる。新マニュアルには、現状にも配慮しつつ、依存症に対する考え方の整理が必要であろう。

#### 【F2】

126 例中 112 例 (88.9%) が等級判定結果に変化がみられず、判定等級が下がったもの、または返戻・照会となったものが 13 例 (10.3%) であった。新マニュアル案による判定では「生活能力の状態」によって判断することを基本とすることによって等級が下がったとするものがいくつかみられた。

「病名と病状・状態像が一致しない場合に返戻すべきかどうかをマニュアルに記載すべき」という意見があった。

#### 【F3】

126 例中 101 例 (80.2%) が等級判定結果に変化がみられなかった。等級に変化があったのは 25 例 (等級が上がるものが 6 例、等級が下がるもの 15 例、返戻・照会となるものが 4 例) であった。

「手帳記載時の⑥-2 日常生活能力の判定では比較的軽度のため、新マニュアル案では 3 級と判定されるが、判定会では、診断名が『反復性』であり、過去 2 年間にうつ病相の再燃もあり、この時期には日常生活能力の低下もみとめ、現在の状態が完全に安定しているとは考えられないことを含めて、2 級と判定した。」などの意見があった。機能障害と生活能力障害の記載内容をどのように取り扱うか、特に症状が再燃したり変動したりするもの、反復するものなどをどう考えるかで苦慮している状況がうかがわれた。「生活能力の状態」によって判断するための機能障害などの情報をどのように勘案するかの課題がみとめられた。

#### 【F4】

124 例中 106 例 (85.5%) が等級判定結果に変化がみられなかった。等級に変化があったのは 18 例 (等級が上がるものが 4 例、等級が下がるもの 8 例、返戻・照会となるものが 5 例、非該当が 1 例) であった。等級が変化するものの多くは、日常生活能力の判定、程度の記載を新マニュアル案に沿って判定することによるものであった。返戻・照会としたものは、適応障害に多く見られた。適応障害という病名を理由に非該当としたものもあった。新マニュアル案では適応障害の症状の持続は基本的に 6 ヶ月を超えないものとしているため、当然、返戻・照会や非該当は増えてくるものと考えられる。

#### 【F5】

60 例中 53 例 (88.3%) が等級判定結果に変化がみられなかった。ほとんどの症例が摂食障害の診断名であった。

等級が変化するのは、新マニュアル案に沿って生活能力障害を判定することで変化していた。他の分類コードでの意見と同様に、現行では機能障害と生活能力障害の両面から判定を行っていることから、新マニュアル案での生活能力の状態によって判定することでこれまでの判定が変わってしまうことを懸念する意見があった。

#### 【F6】

93 例中 83 例 (89.2%) が等級判定結果に変化がみられなかった。

等級が変化するものの多くは、日常生活能力の判定、程度の記載を新マニュアル案に沿って判定することによるものであった。パーソナリティ障害の判定に際しては、「従たる精神障害」の診断名や、記載の中に存在する精神症状などを参考に判定が行われているものがあり、障害の程度よりも、病状の程度を判断の材料として

いるものもある。また、背景に、知的障害や、なんかの身体疾患を有している場合には、能力の低下がパーソナリティ障害によるものか、それ以外のものによるものなのか、判断が難しいとする意見も見られた。

#### 【F7】

65 例中 42 例 (64.6%) が等級判定結果に変化がみられなかった。等級が上がったものはなく、23 例は等級が下がるか、返戻・照会 (9 例) または非該当 (11 例) とされていた。新マニュアル案では、知的障害を主たる診断として認めないとしているため、他の分類コードに比べて返戻・照会や非該当となるものが多かった。

「新マニュアルでは精神遅滞それ単独のみでは精神障害者保健福祉手帳の対象とはならないが、本県では現在、診断書において精神症状が見られる場合には、精神障害者保健福祉手帳の交付対象としている」、「従来 F70.1 は、精神保健福祉手帳の対象とし、生活能力の障害については、知的な能力の低さ自体による部分は差し引いて判定しています」などの意見があった。

新マニュアル案では、知的障害 (精神遅滞) のみでは精神障害者保健福祉手帳の対象とはならないとしているが、情動や行動の障害を伴う場合などの等級判定については、自治体によっては認めているとの意見もあり、新マニュアルの内容に検討が必要であろう。

#### 【F8-9】

126 例中 105 例 (83.3%) が等級判定結果に変化がみられなかった。

新マニュアル案にもとづく判定、つまり「生活能力の状態」によって等級判定することを基本とすることによって等級判定結果が変わってきているとするものが多かった。

アンケートの回答には、「今まで、小児については判断が難しかった」、「児童の場合や発達

障害圏の事例では、しばしば判定困難で返戻することも多い」、「病状・状態像等の程度・症状の記載はあるが、生活能力の状態の程度・状態の記載がなく、小学校でどの程度の配慮が必要か不明のため」などの意見が見られ、子どもについての等級判定の判断や「生活能力の状態」をみることの難しさを感じていることがうかがわれた。発達障害圏では、幼児や児童などの診断書も提出されることが多く、等級判定するにあたっての目安が重要であろう。

#### 【G40】

124 例中 105 例 (84.7%) が等級判定結果に変化がみられなかった。

新マニュアル案では、てんかん発作による等級判定は、長期間の薬物療法下においてもなお発作が存在する場合に認定するものであり、完全に抑制されている場合には非該当となるとしているため、「返戻」「非該当」と判定されるものがいくつか認められた。また、新マニュアル案では、「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。」としているが、アンケートの回答の意見では、「生活能力障害との総合的な等級判定ではなく、発作のタイプと頻度のみで判定した場合、1 級相当となる (実際の等級判定では 2 級)」とするものや、「てんかん発作はコントロールされているが、てんかに伴う精神障害を認めており、本来であれば F06 に分類するべきものである。これについては修正の意義が少ないため許容した」、「現在の判定会では、てんかん性精神病が長期のてんかん発作に関連する一症状と考えられることから、ICD コードは G40 であっても照会または返戻をしないで判定を行っている」と F コードに該当するものでも、あえて G40

てんかんとして許容しているものがあった。また、「てんかん性精神障害には該当しない発作間欠期の症状、などで日常生活能力が障害されることは有り、本自治体では2年前に、厚労省の通知に沿った形、すなわち発作によるものと日常生活能力の障害によるもののうち、等級の重いものにするという決まりに変えたところ です」などの意見もみられた。

#### E. 結論

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル(案)」(新マニュアル案)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、問題点やマニュアルに加筆・修正すべき点を抽出した。その分析結果と、他の分担研究の成果をもとに、参考症例集を加筆・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
- 7) 宮岡等、平成25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26年3月

## アンケートの記載に当たって

- 1 平成26年8月もしくは9月に提出された精神障害者保健福祉手帳用診断書の中から無作為に、下記【対象】のものを抽出して下さい。  
それぞれの事例について、年齢(年代で記載)、診断書に記載されている診断名(主病名)及び該当するICD-10コードを記載します。

【対象】 主病名がF0～F9、G40の各分類コードごとに、2例  
各分類コードごとに、(1) (2) としていますので、2例の回答をお願いします。

- なお、
- 1) F8、F9は、新マニュアル案の解説においては、合わせて「F8～F9」としていますので、F8、F9は、「F8～F9」から2例とします。F8:2例でも、F9:2例でも、F8・F9:各1例計2例でも構いません。
  - 2) F7を主病名にした診断書については判定しないとしている場合は、その旨記載して下さい(非該当判定、返戻等されていればその旨も記載して下さい)。F7を主病名にしていても判定している場合は、等級判定をお願いします。
  - 3) 該当する事例が、各コード内に2例に至らない場合は、2例分の判定の必要はありません。1例のみであれば、その1例を判定して下さい。該当する事例が無ければ、判定は不要とします。

- 2 精神障害者保健福祉手帳の判定会における、今回の等級判定の結果を○で囲んで下さい。
- 3 新マニュアル案を使って、それぞれの等級の判定を行って下さい。判定の結果を○で囲んで下さい。  
判定の実施は精神障害者保健福祉手帳の判定会において行ってください。判定会での判定が困難な場合は、精神保健福祉センター内において判定を実施して下さい。
- 4 判定において課題となったことなどを記載して下さい。現在の判定と新マニュアル案を使用した判定で、等級が異なった場合は、その理由を記載して下さい。