

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、昨年度作成した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原案（以下、新マニュアル案）を全国の精神保健福祉センター（以下、センター）で試行することにより、新マニュアル案に追加・修正を加え、新等級判定マニュアル（以下、新マニュアル）を完成することを目的としている。そして、その新マニュアルのなかでも第 章にあたる、等級判定の基本的な考え方を述べた部分に追加・修正を加え、それと連動させる形で第 章「診断書の書き方」にも同時に修正を加えることを目的とした。

研究方法；昨年度作成した新マニュアル案を、全国 67 か所の精神保健福祉センターに配布し、実際の症例（20 ケース）に対して新マニュアル案を用いて等級判定を実施してもらった。その上で、予め用意してあった 17 問の設問に回答してもらった。17 の設問は、等級判定業務における新マニュアル案の考え方（等級判定基準）を評価してもらい、その問題点、不整合などの意見を述べてもらうものであった。全国のセンターから得た意見をもとにして、新マニュアル案に追加・修正を加え、新マニュアルの第 、第 、および第 章を完成した。

研究結果；新マニュアルの中核部分である第 章「障害等級判定の考え方」を完成した。またこれに伴って、第 章「診断書の書き方」についてもまとめた。なお、第 章「精神障害者保健福祉手帳の概要」については、昨年度作成した新マニュアル案の内容から変更はない。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。

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。

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。

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。

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。

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。

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、上記の等級判定方針は概ね全国のセンターから支持されており、部分的な追加、修正を加えた上で基本的な方向性としては新マニュアルに取り入れられることとなった。

一方で 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、 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ており、再検討が必要であった。また、 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。

てんかんの等級判定基準、および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、という2点が、今回完成した新マニュアルにおいても本後の課題として残された。

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案に追加・修正を加えて、新マニュアルの第 〃、第 〃、および第 〃章を完成した。

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

：医療法人 聖和錦秀会阪本病院・副院長

黒田 安計

：さいたま市保健福祉局保健部・副理事

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

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り、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、平成14年の精神保健福祉法改正以降は各自治体の精神保健福祉センター（以下、センター）において実施されることになっている。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、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¹⁾。

これまで、等級判定の基準が自治体によって

異なっているという問題がしばしば指摘されてきた。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、初年度は全国の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²⁾。これらの調査の結果を詳細に検討し、次年度には新しい等級判定マニュアルの雛形を作成した。当分担研究では、この次年度の作業において、マニュアルの中核部分である「障害等級判定の考え方」の章の作成を担当し、また「精神障害者保健福祉手帳の概要」と「診断書の書き方」の2章分の作成も担当した。

最終年度に当たる今年度は、昨年度作成した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原案（以下、新マニュアル案）を全国のセンターで試行することにより、新マニュアル案に追加・修正を加え、新等級判定マニュアル（以下、新マニュアル）を完成することを目的としている。そして、当分担研究ではその新マニュアルのなかでも第 3 章にあたる、等級判定の基本的な考え方を述べた部分に追加・修正を加え、それと連動させる形で第 4 章「診断書の書き方」にも同時に修正を加えることを目指した。

B．研究方法

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い、その後予め準備された 17 項目のアンケートに回答してもらった。17 項目の設問は、新マニュアル案に示された、等級判定における考え方（判定基準）に対する評価を、適切、どちらかと言えば適切、どちらとも言えない、どちらかと言えば不適切、不適切の 5 段階で訊ねるものであり、その上でそれら考え方（判定基準）に対して自由記載でのコメントも求めた。17 項目の設問で取り上げたのは、新マニュアル案において新たに取り入れられた新しい考え方（判定基準）、旧マニュアルにも示されていたが新マニュアル案においてあらためて明示された考え方（判定基準）、などが中心であった。

（倫理面への配慮）

今年度の調査では、各自治体で等級判定の対象となった診断書のうち、自治体ごとにランダムに選ばれた各 20 の診断書を新マニュアル試用のサンプルとして用いた。したがってそこにおいて個人情報を扱うことになったが、調査結果の解析および発表の段階において、個人情報を用いることや、発表の内容に個人情報が含まれることはない。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実施している。

C．研究結果と考察

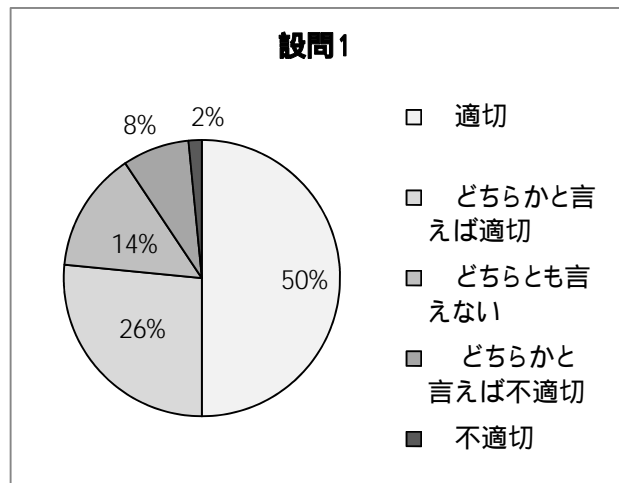
精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務を行っている 66 自治体の精神保健福祉センター（新潟県と新潟市は合同での審査判定のため、1 自治体として数える）のうち、63 自治体からの回答を得た（回収率 95.5%）。以下、17 の設問それぞれについて、5 段階評価の集計結果を示し、自由記載のコメントを ~ の評価別に全て掲載する。その上で 17 項目それぞれに関

する考察を行い、その内容に応じて新マニュアル案に追加・修正を加えた。追加・修正を加えた新マニュアルは総合報告書の末に掲載した。

アンケート 設問 と 回答

[設問 1]

旧マニュアルでは、診断名による精神疾患（機能障害）の状態と、能力障害の状態を総合的に勘案して等級判定を行うこととされていましたが、新マニュアル案では、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しています。このような考え方について、どのように思われますか。（参照）「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。」



設問1					
N = 64	32	17	9	5	1
%	50.0	26.6	14.1	7.8	1.6

【 設問 1 . コメント 】

と回答したセンター

- ・なお、「診断名によってある程度、病状や経過が予想される面もあり、診断書に記載された内容と照らし合わせて等級判断に用いる」といったことが明記されているとよい。
- ・精神症状により生活能力状態が変動することが前提で、完全に精神疾患の診断を排除することは、難しいが基本的な障害福祉の理念上可
- ・現在も概ねこの考え方で判定しており。障害者手帳の制度の趣旨とも矛盾しないと思います。
- ・疾患によって、病態水準が違ってくことを考慮すべきではないかという意見もあった。

と回答したセンター

- ・概ね賛成できますが、例えば、神経症で身の回りのことができない方と統合失調症で身の回りのことができない方とを同様の判定とすることには抵抗があります。
- ・主治医が生活障害について、どの程度詳細に把握しているかについては課題が残る。
- ・それ以外の記入をどう活用するのか？
- ・F2 と F4 は根本的に異なる病態と考えているため

- ・病気によってその後の経過が違ふ
- ・統合失調症や双極性障害など狭義の精神障害と神経症圏やパーソナリティ圏等では、総合的な評価は本来異なり、全く同列で考えることには違和感がある。

と回答したセンター

- ・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とには賛成であるが、精神疾患（機能障害）の状態など、他の部分の記載内容も総合的に勘案して等級判定を行うという考え方は残していただくと有り難い。

・考え方は理解できるが、機能障害の状態に比して能力障害が不釣り合いに重く評価された診断書が多くみられる現状に対応するためには、実務上現在の総合判定の考え方は重要と考えている。それらをすべて返戻するとなると膨大になるうえ、症状の方を重く修正されてしまう懸念もある。

・適切であるという意見もあったが、一方で、内因性精神疾患による生活能力の障害と心因性あるいはパーソナリティによる障害とを同列に扱うことには違和感がある。疾病利得に結びつく可能性があり、治療的ではないように思われる。あくまで、精神疾患の種別と障害の程度を総合的に考慮して等級が定められるべきであるという意見もあった。

・個で生活する場合と社会とつながりを持って生活を送る場合とで状態は変化するので、社会的係わりの状況を知る必要がある。てんかんの判定は別立てで判断しており矛盾している。

・個で生活する場合と、社会と繋がりを持って生活を送る場合とでは状態は変化するため、社会的関わりの状況を知る必要がある。

てんかんの判断は、発作のタイプと頻度による判定を行うとあるが、矛盾を感じる。

と回答したセンター

- ・判定には今後2年間に予想される状態も含めて考える必要があり、精神疾患によって予後が

違ふため、精神疾患の状態も考慮すべき。

・理想的には適切であるが現実的には、必ずしも適切な判定につながらないと思う。「生活能力の状態」の欄の記述は本来は客観的なものであるべきであるが、実際は患者の主観的な訴えにより記入されていることが多い（つまり、「生活能力は十分あっても、患者が自分の症状が辛いことを強調すれば生活能力が低いと記述していると思われる。特に、うつ、発達障害圏、覚せい剤後遺症などの場合）、病名も含めて等級を判断する方が、申請者全体からみるとより公正な判断につながると思う。

・例えば、統合失調症のひきこもりであれば等級判断はそれほど迷わないが、精神障害とは言えない「社会的ひきこもり」であれば非該当になる。では、「社会不安障害」の病名をつけられたひきこもりはどうか。状態が似ていても、統合失調症と同じ等級にはならないと考えられる。あるいは、パーソナリティ障害の暴力等を「精神障害による」として、100%等級に加えるわけにはいくまい。

精神疾患とは言いがたい要素によるものが含まれているからであろう。従って、どの程度「精神障害による」によるものかの判断が必要になる。この点の説明がないと、精神疾患の病名がつけられ、身体障害や知的障害がなければ、生活能力の状態がそのまま等級と解釈されかねない。

「ただし、『精神障害による』能力障害であるから、身体障害や知的障害によるものを除くのはもちろんだが、例えば、神経症圏やパーソナリティ障害などでは、生活能力の状態が全て精神障害によるとは言いがたい場合もあるため、どの程度が『精神障害による』のかを考慮して判定する必要がある」などを追記してはどうか。

・現在の「生活能力の状態」によって等級判定を行えば、主治医によるバイアスが入る虞が大きい。主治医によっては、自分の患者の有利となるように診断書を書いたり、逆に患者が手帳

を取得できるような診断書を書くよう主治医に執拗に圧力をかけてくるケースも考えられる。現在の精神疾患の状態を、病歴経過等を勘案し、生活能力の障害の程度を総合的に判断する現行の判定基準の方が、より客観的で適正な等級判定ができる。

・理念としてそのように考え易いが、現実的には、精神疾患から生じる生活能力障害として、疾患性との関連で、その合理性を判定している。身体障害のような具体的な数値の尺度がなく、主治医の判断だけなので、その独断を排するためにも、「総合的」とならざるを得ない。

と回答したセンター

・生活能力の障害の程度を一義的判定の主軸にしても、2つの等級がある場合は結果的には能力の判定を参考にせざるをえず程度のみでの判定には至らず、程度と判定は同等に扱うべきである。精神科医以外の診療科の医師が書いた場合に程度とか能力の乖離が生じやすくその点を補正する為にも同等に見る必要がある。一部ではたまたまこれまでの判定と不一致の討究は出なかったが、程度を軸にすると判定の部分を書く意味を持たなくなるし、重い等級が付与される人が増えることは否めない。

【 設問1 . 考察 】

回答の50%が「適切」、約27%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、新マニュアル案に示された「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」という考え方を支持する回答が多かったと言える。ただし「不適切」と「どちらかと言えば不適切」を合わせると10%(6か所)であり、その内容を十分に検討する必要がある。

6か所の自治体からのコメントには、現状としては疾患性との関連で生活能力障害の合理性を判定していること、それにより主治医によ

るバイアス(患者の主観的な訴えの影響が強い)を排してより客観的な判定が可能となること、今後2年間の状態の予想のためには精神疾患の種別を勘案する必要があること、などが記載されていた。ただ、このような捉え方は、実際には新マニュアル案の「等級判定は、原則的に生活障害の程度による」という考え方と食い違うものではない。新マニュアル案では、生活能力障害を等級判定の基準とする一方で、機能障害に関する情報の取り扱い方について、「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(平成25年度報告書 p.26)」、「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。(同 p.26)」、「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。(同 p.31)」などとしており、機能障害の程度に関する情報の重要さが繰り返し述べられている。しかし、それにもかかわらず6か所からのコメント以外にも、同様の懸念を示すものが少なくなかった。したがって、これについては「生活能力障害によって判定するが、診断書に記載された他の内容と十分に照らし合わせて判断する」といった内容をより強調した記載に変更することとした。

ただ、診断書全体の情報から総合的に判断するのは同じであるとしても、「機能障害と生活能力障害を総合して等級判定する」のと「情報を総合して生活能力障害により等級判定する」

のでは、手続き的に多少違いを生じる。前者の考え方によれば、診断書上の情報に齟齬が認められた場合、情報を総合して実情を推測し等級判定を下すことになるが、後者の考え方によれば、「生活能力障害により等級判定する」ために、それと整合性を持たない情報について返戻することが増加することが予想される。今回「どちらとも言えない」を選択した回答で、この点に懸念を示すコメントも見られた。この点については、研究班の検討の中では、一時的に返戻が増加するのはやむを得ないのではないかという意見と、取り扱い数の多い自治体ではそれは現実的に難しいので、「総合的な判定」の余地を残すことが好ましいのではないかと、この両方の意見があった。最終的に研究班としては、新マニュアルの前文に、このマニュアルが各自治体の判定業務を拘束するような性格のものではないことを記載することを前提に、等級判定に関するこの原則的な考え方を維持することとした。

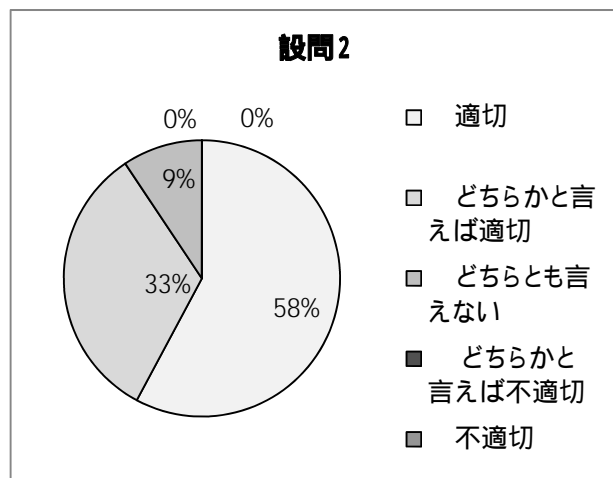
また、同程度の生活障害であっても、統合失調症によるものと、神経症やパーソナリティ障害によるものを同列に扱うことに違和感を覚えるという意見もあり、このような意見は6か所以外のコメントの中にも少なからず認められた。しかしこれについては、やはり疾患によって予め等級判定に関する差異を規定することは難しいため、前述の今後2年間の予後予測を含め、前後2年間の生活能力障害の程度について疾患名から考えて整合性があるかどうかを判断し、疑義がある場合は積極的に返戻して問い合わせるという考え方を原則的なものとした。

また、コメントの中で指摘されていた事項の中で特に触れておきたいこととして、神経症やパーソナリティ障害の生活能力障害の判定に暴力などのトラブルの多さが加味されることがしばしばあるが、基本的には暴力などのトラブルの多さは、それが病気、障害に由来するも

のであっても、社会的機能の低下を招きこそすれ、通常は日常生活能力の低下を招くものではない、ということである。診断書を記載する側も、等級判定する側も、この点についてはあらためて認識を共有しておくことが必要であり、新マニュアルにおいては、第 4 章の疾患ごとの解説においてこの点を改めて述べることにした。

[設問 2]

精神障害者保健福祉手帳は、従前より、基本的には、ご本人の単身での生活を想定し、生活能力の障害について記載することとされており、新マニュアル案でも、その考え方に沿っています。しかしながら、(設問1にもお示したように)新マニュアル案では「生活能力の状態」によって等級判定を行うことを基本としており、そのため、例えば家族が同居されている場合は、そのサポートがなかった場合を十分に推定する必要があり、また、単身生活をされている場合は、実際にその方が受けられている社会的支援の有無、種類、程度等を等級判定のための重要な情報とすることが予想されます。そこで、そもそも、「ご本人の単身での生活を想定して生活能力の状態について記載すること」について、どのように思われるかについてお尋ねします。



設問2					
N=64	37	21	6	0	0
%	57.8	32.8	9.4	0.0	0.0

【 設問2 . コメント 】

と回答したセンター

- ・家族がいる場合、単身生活を想定しにくい
- ・適切であるが、(記入用紙に明記されているにかかわらず)そのことは記入者に十分理解されていないと思う。
- ・単身生活を想定しての記載の周知が必要である。加えて、発達障害等で子供の手帳取得が増えている傾向にある中、小児の場合の判定基準の考え方の周知が必要。

と回答したセンター

- ・申請者毎に想定する生活状況が異なっていてはいけないと思うので、すべての事例において「単身生活を想定する」といったように統一させることが望ましい。ただし、事例によっては単身生活を想定することが難しい場合もあり、その際は想像(架空の生活状況)で判定することになってしまうので、その点が問題と思われる。
- ・生活能力の評価を一定させるために何らかの座標軸が必要だと思いますので。
- ・単身生活を想定した際、正当な評価がどこまでできるか課題が残る。また、「援助があればできる」「できない」の境界線がわかりにくい。
- ・単身を原則として考える。単身生活の想定がむずかしい場合がある。家族の援助を受けている場合その程度をどのようにするか。
- ・欄の「保護的環境ではない場合を想定して」ではなく、「単身生活を想定して」と記載すると、記載者もより意識できると感じた。
- ・ご本人の単身での生活を想定し、生活能力の障害について記載する現行の方法が、より公平で適正な判断ができるものと思われる。本人が家族と同居であるかどうかとか、社会的サポートを受けているかどうかなどの環境因子を等

級判定に加味するべきではない。

- ・単身での生活を想定しにくい場合がある。
- ・考え方は適切であるが、保護的環境にある場合、単身生活を想定することが難しい場合があるのではないか。

と回答したセンター

- ・こちらの主旨に沿って記載していただけないので、実効性が乏しい。むしろ、不適切な記載にもかかわらず、判定基準に沿って判断させられると、おかしなことになる。
- 「そのような記載を求めてはいるが、作成医がそこまで考慮して記載しているとは限らないので、注意が必要」との追記が必要と考える。
- ・そういう記載を求めることは適切であると思うが、適切に能力を推定して記載するのは現実的には困難な場合もある。

【 設問2 . 考察 】

回答の約58%が「適切」、約33%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、一方で「不適切」、「どちらかと言えば不適切」を選択したセンターはなかった。「ご本人の単身での生活を想定して生活能力の状態について記載すること」という現在も取られている基本的な方向性は、多くのセンターに認められていると考えてよい。

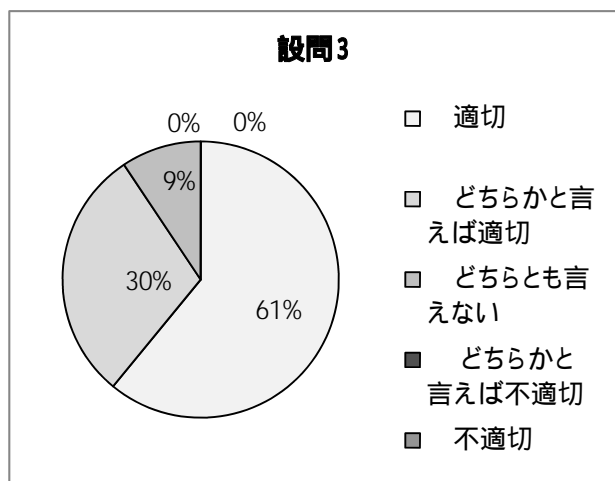
回答者によるコメントの内容は、大きく分けて2種類に分けられた。まず1つは、「単身生活の想定が難しいケースがある」という指摘である。家族と同居している場合、入院中のケース、施設入所中のケースなどについては、単身生活を想定することが難しいケースは確かにあるだろう。それでも、選択肢としてはいずれもが「適切」または「どちらかと言うと適切」を選択しての自由意見であり、基本方針としては単身生活を想定して等級判定することを肯定したうえで、敢えて問題点を指摘したものと考えてよいであろう。

もう1つの意見は、「そのことを主治医が分かっている」という指摘であった。これにつ

いても、単身生活を想定する、というコンセプトを否とする意見ではなく、そのような方針を診断書記載医が理解していない現状に対する指摘であった。これについては、各自治体における周知のための努力が必要となるが、当研究班としては、われわれが作成する新マニュアルの第 4 章が「診断書の書き方」という診断書記載医向けの章となるため、その章において特にこの点について強調する記載を追加することとした。

[設問 3]

精神障害者保健福祉手帳の判定の基本的な考え方として、従前より「生活能力の状態（能力障害）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。」とされており、本マニュアル案でもこの考え方を踏襲しています。この考え方については、どのようにお考えになりますか。



設問3					
N = 64	39	19	6	0	0
%	60.9	29.7	9.4	0.0	0.0

【 設問 3 . コメント 】

と回答したセンター

- ・ 想定する期間を提示することに意味がある
- ・ 今後二年間の予想は、難しいのではないかと答

えの出ない問が残る

・ 適切であるが、（記入上の留意点に明記されているにもかかわらず）そのことは記入者に十分理解されていないと思う。

・ 新規申請、等級変更申請の場合期間想定をどのように考えるか。

と回答したセンター

・ 考え方としては悪くはないのだが、「今後 2 年間に予想される状態」は判断する人によって考えが異なり、何が本当なのか（正しいのか）不明確ではないかと思われる。

・ 判定については同意。なお、「診断書の書き方」にもその旨を記載すべきであり、特に「再発後間もない時期における診断書」などでは今後の予想についても可能な限り記載することと明記していただきたい。

・ 今後 2 年の予想は難しいので適当に書いても許される余地が生じるように思いますが、過去 2 年の実状だけでの判定も問題があると思います。

・ 瞬間風速的な急性期症状ではダメですよという意味では有用と思う。ただし、悪化中や改善中の場合は、どう解釈するのかわかりにくい。「てんかん発作が過去 2 年間ではかなりあったが、治療を始めたところ、この半年間はない」という場合、今後もないであろうと解釈するのが妥当であり、4 年間で平均してという意味ではないはずである。

それと、「前回と記載が同じであれば、等級判定は変わらないということではない」をどこかに書いてもらいたい。

・ 病状は変わるものであるから、現時点の状態のみでなく、過去 2 年間から今後 2 年間に予想される状態も考慮して判定すべきである。ただし、2 歳以下の子どもの申請の場合はどうするかを併記した方がよい。

と回答したセンター

・ 診断書から過去 2 年間の状態の予測をすることは、困難と思われる。

- ・過去2年間という期間は妥当だが、今後2年は困難ではないか。
- ・入院中に診断書が提出される場合2年は長いと思われる
- ・特に児童思春期など大きく状態が変化する患者も多く、2年は長いのでは。
- ・過去の状態に関する情報が不十分な場合がある、今後の状態の予想は判断に差が出る、等の理由により判定に影響が出る。

【 設問3・考察 】

回答の約61%が「適切」、約30%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、一方で「不適切」または「どちらかと言うと不適切」を選んだセンターはなかった。従前よりの方針であった「生活能力の状態（能力障害）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。」という考え方を踏襲することが支持されたものと考えられる。

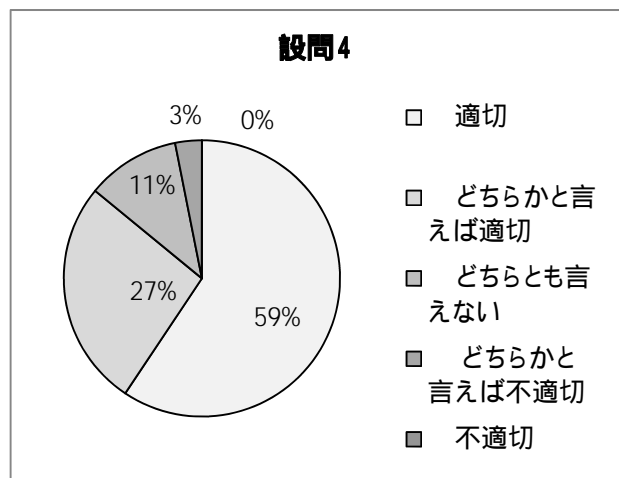
各センターからのコメントを見ると、最も多く取り上げられていたのは、「過去2年間の状態を考慮することは良いとしても、今後2年間の状態を予測することは難しいのではないか」という懸念についてであった。もちろん、今後の病状の予測を提出された診断書だけから行うことは困難であり、この方針が、今後2年間の病状を正確に予測したうえで、その間に予想される生活障害をもって等級判定するよう求めているものとは考えにくい。実際に求められていることは、とくに初発時や初発からの回復期、再燃時や再燃からの回復期など、病状が変動しつつある時期に提出された診断書については、現在の横断面だけで等級判定を行うのではなく、ある程度は今後の病状についてもこれまでの病歴を参考にして予想し、その予想を組み込んだ等級判定を行うことである。これについては、新マニュアルの記載の中に、とくに新しく追加記載を書き込むかどうかを検討した

が、今回は見送ることとした。

また、1か所のセンターからは、過去2年間の状態を診断書から判断することも困難なのではないか、との意見があった。当研究班としては、過去2年間の状態を判断することはそれほど困難と考えていないが、実際の診断書には、「病状悪化時には家事もままならない」等の条件付きの記載が見られることも多い。とりわけ気分障害のような、疾患の性質上病状の変動があつて当然の疾患の場合は、診断書にそれが分かるような情報の記載を求めるべきである。これについては、新マニュアルの該当部分に追加記載をすることとした。

[設問4]

精神疾患の状態の判断については、従前より「長期間の薬物治療下における状態で認定することを原則とする」とされていましたが、新マニュアル案でも、「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。」としています。このような考え方について、どう思われますか。



設問4					
N=64	38	17	7	2	0
%	59.4	26.6	10.9	3.1	0.0

【 設問4 . コメント 】

< と回答したセンター >

・なお、「狭義の『治療』によって改善が見込めない」という判断をどのように行うかが問題となる可能性があるので、「主治医が理由を書いていれば OK という事ではない」ということを明記してほしい。

・必ずしも十分な治療経過か、判断が難しい。
 ・再発などの急性期に診断書が出された場合にこの点が明確にしてあると返戻しやすいです。
 ・現在はこの点があいまいなため、不適切な申請もある。

・「狭義の治療」の意味があいまいでないか、という意見あり。

< と回答したセンター >

・原則、この考え方でよいとは思いますが、このような状態で判断するのが難しい事例もあり、その際は(架空の)想定で判定することになってしまうので、その点が問題と思われる。

・治療に乗れないことは、病状ではあっても障害ではない、と捉えることができますが、その病状が固定していれば障害と捉えるべきかも、と迷います。

・生活能力の判定は長期間の薬物治療下における状態で認定することを原則とする現行法でよい。てんかんなどは、薬物治療下で発作が長年にわたり完全に抑制されて、手帳の等級外となるケースもあるが、患者が手帳の取得のために服薬を自己中断することも考えられるからである。

・手帳交付にあたり、治療継続は必須ではあるが、中には病識が乏しく治療的介入を拒んでいるが社会的支援が必須なケースも存在するため、そうした事例への配慮も必要である。

< と回答したセンター >

・原則外のことを示す場合には、具体的な指示内容であるべき。何を言いたいのか、「文言」を練り直す必要がある。

・事例の内容によると思われるため、マニュアルには明記せず、各自治体の判断でよいのでは。

・「生活支援などの治療的介入が行われたとすると」について、単身生活であっても十分な生活支援があると、仮に本人が何もできないとしても全てできてしまう可能性があるため。

・手帳取得だけを目的とした受診増加を危惧します。

・薬物療法に限らず治療を継続していなければ手帳はもらえないよという点は適切だが、「狭義の『治療』によって改善が認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」では、パーソナリティ障害を改善が認めないという理由で通院しなくても手帳OKとなってしまうため、適切である。

高次脳機能障害や発達障害の「できない」部分は致し方ないが、暴力などの問題については、治療を受けていなければ判定から除外する必要がある。

必要な薬物療法を拒否している場合にどうするのかという問題がある。てんかん(発作)の場合は、治療継続されていなければ、非該当であろう。一般に、神経症圏やパーソナリティ障害、依存症等は治療継続(薬物療法とは限らない)されていなければ、非該当とすべきであろう。統合失調症でも治療中断が続いている場合は、非該当もあり得るのでは。

「症状のうち、(10)(11)については、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あれば認めることができるが、他の症状については、改善するかどうかは別にして、治療を継続していなければ、等級判定から除外することもやむを得ない。」

「初診から半年間経過していても、必要な治療が継続されていない場合は、非該当として良

い。」

・アルコール・薬物依存症の方や不規則な受診をしている方に関しては、十分な治療がおこなえる前から手帳を取得したほうが良い場合もあると考える。

< と回答したセンター >

・定期的に、最低でも半年に1回は医療機関との係わりを持つ必要がある。そうでないと、過去2年、今後2年間の予想がつかないし、手帳のためだけの受診で、そのときみの状態(点でとらえなければならぬ)で判断しなければならないので困難。詐病を判断するのが困難。
・定期的(最低でも半年に1回)な医療機関との関わりを持つ必要がある。そうでなければ、過去2年間、今後2年間の予想がつかず、手帳取得のためだけの受診となり、その時のみの状態で判断しなければならないため困難である。また、詐病を判断するのも困難である。

【 設問4 . 考察 】

回答者の約59%が「適切」、約27%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、新マニュアル案に示された「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。」という考え方を支持する回答が多かったと言える。「不適切」と回答した自治体はなかったが、「どちらかと言えば不適切」が3%であり、その内容を検討しておく必要がある。

「どちらかと言えば不適切」と回答した自治体のうち2か所のコメントは、「最低でも半年に1回など定期的に医療機関との関わりを持たないと、手帳取得のためだけの受診となり、その時点みの状態での判断となる。そのため、過去2年間や今後2年間の予測がつかなくなる。詐病を判断することも困難になる」と記載されていた。

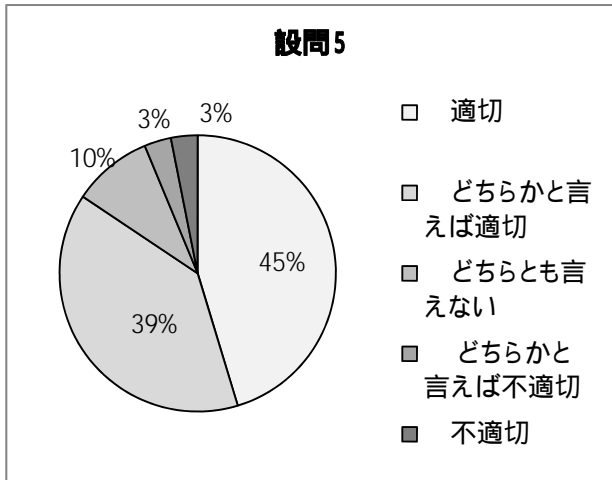
新マニュアル案も治療的介入が十分長期間行われていることを求めており、その前提として、当該精神障害について医療機関を定期的に

受診し、医師による治療や支援を受けていることを想定している。

一方で、複数の自治体から指摘された「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。」についても、定期的に治療的介入を受けていることを前提としている。治療拒否や効果的な治療法が選択的に回避されることで、障害等級判定が不適切になるような事態を避けるために、マニュアルを「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、これを認めることもありえる。」に変更することとした。

[設問5]

日常生活能力の判定項目について、本マニュアル案では、「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。」としながらも、「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(1)(2)(3)(6)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。」としています。この考え方について、どう思われますか。



設問5					
N = 64	29	25	6	2	2
%	45.3	39.1	9.4	3.1	3.1

【 設問5 . コメント 】

< と回答したセンター >

- ・妥当と考える。
- ・チェックの位置だけで等級が決まることはあってはならないことですが、等級を決めるための重要な情報であることには間違いのないため、この表現を支持します。一方、チェックの位置はいい加減につけられていることも多いため、チェックの位置を裏付ける具体的な記載を求めることのほうが重要と思います。
- ・「 」の位置以外の記載内容を重視するときもある。

< と回答したセンター >

- ・文言の整理（「複数」と「いくつか」の統一など）が必要であるから。
- ・原則、このような考え方でよいとは思いますが、あくまでも「原則」としてであり、すべての事例でこの通りに判定するわけにはいかないと思われる。
- ・考え方には基本的に賛成だが、実務上は例えば参考症例8、20のようにケースバイケースのことも多いのではないかと。
- ・合理的な条件判断の定量的な基準で難しいのではないかと 概念は了。

・御趣旨には賛成ですが、社会生活は日常生活ではないのか、という疑義は想定されますね。身辺自立と社会生活、といった表現も検討の余地があるかも、と思いました。

・「複数」と「いくつか」の違いは、ありますか？「表3（P8）」との整合性も必要と思います。

・なかなか切り分けられない部分もあるが、等級判定に迷った際に一つの目安になると感じた。

・明文化していただいた方が、判定しやすい。

・ で考えられる等級以上に、
において上級の項目に数か所以上のチェックがある時に、どう判定すべきなのか指針が必要。判定者間で齟齬が起これにくいようにしていくべき。不服申し立てがあった場合に明確な判断理由が示せるようにしておくべきかと思われる。

< と回答したセンター >

- ・設問の解釈により判断が異なる。
- ・若干煩雑かと思えます。
- ・医師の判断にばらつきがある。日常生活能力のみでは、精神障害の状態は判断できない。精神面も含めた多面的な判断が本来は必要である。
- ・日常生活能力のみでは精神障害の状態は判断できない。精神面も含めた多面的な判断が本来は必要であると考えます。

< と回答したセンター >

・生活能力の状態は、年齢や合併症、生活環境などの影響を完全に除外しうるものではないため、その判定は、(1)～(8)のどの項目がどの程度あれば何級と判定するという基準は示さず、個々の症例に合わせて柔軟性を持って判断するのが良い。

< と回答したセンター >

- ・記述の「複数」を「半数以上」とすべき。
- ・1級の「調和のとれた適切な食事摂取ができない。」は3級でもあてはまりそうな表現なの

で、再考が必要では。

「一般に、1級では単身生活は成り立たず、常に誰かの援助を必要とする。」などを追記してはどうか。

医師によって記載の仕方に差があり過ぎるため、例えば、2が全て「できない」で、3が(5)であっても、3級とするような事案もあり得る。p.7の説明のように、がつけられていれば判定に直結するような説明や、p.8表3のような基準が明記されると非常に困る。もっとも、従来よりは幅があるともいえるが。

(1)は概ね非該当。(2)は概ね3級(または非該当)までは書いても良いが、それ以外は問題がある。(1)~(5)の番号をはずしてはどうか。また「診断書全体の記載から『』と考えられる場合など」と言いかえてはどうか。

「2、3については、作成医による考え方の違いが反映されやすいため、基準と異なる記載がなされていると考えられる場合は、判定から除外する必要が生ずる。あるいは、作成医の記載の傾向等を考慮する必要がある場合もある。」

【 設問5 . 考察 】

回答者の約45%が「適切」、約40%が「どちらかと言えば適切」を選択しており、新マニュアル案に示された「1級と判定するには日常生活に関連した項目(1)(2)(3)(6)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」という考え方を支持する回答が多かったと言える。

具体的なコメントをあげると、「原則、このような考え方でよいとは思いますが、あくまでも『原則』としてであり、すべての事例でこの通りに判定するわけにはいかないと思われる。」「考え方には基本的に賛成だが、実務上は例えば参考症例8、20のようにケースバイケース

のことも多いのではないか。」などのように、基準を示すことの必要性と同時に、その基準を一律に適用することへの懸念を示している意見が多かった。一方で、「生活能力の状態は、年齢や合併症、生活環境などの影響を完全に除外しうるものではないため、その判定は、(1)~(8)のどの項目がどの程度あれば何級と判定するという基準は示さず、個々の症例に合わせて柔軟性を持って判断するのが良い。」といった基準を設定すること自体への反対意見もあった。

なお、平成23年の課長通知(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あたって留意すべき事項についての一部改正について)において、それまでの、「『できない』が一つしかなくても1級となる場合はあり、また、ほとんどすべての項目が『自発的にできる』あるいは『適切にできる』となっている場合でも、『自発的にできるが援助が必要・概ねできるが援助が必要』が一つでもあれば、3級となる場合がある」という記載は削除されている。

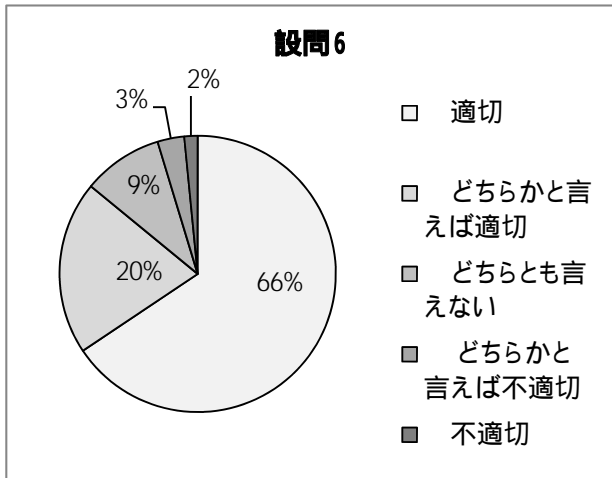
研究班の検討の中では、このような状況に対して、ある程度の基準を示すことは必要であるとの結論となった。したがって、新マニュアル案に示した基準はそのまま残し、「ある程度の目安として、1級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が『できない』に、2級と判定するには日常生活に関連した項目の複数が『援助があればできる』に、3級と判定するには『自発的にできるが援助が必要・おおむねできるが援助が必要』のいくつかに該当する必要がある。」と修正することとした。

また、マニュアル案の文言(1級および2級では『複数』が、3級では『いくつか』が用いられている)への指摘が重なった。マニュアル案本文の表2「各障害等級に相当する生活能力の状態」には、1、2級で「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』項目が該当する

もの、3級で「上記1～8のうち『いくつか』に該当するもの」となっており、特に使い分けの意図はないため、『複数』で統一することとした。

[設問6]

新マニュアル案の「表3 日常生活能力の程度と障害等級」でお示したように、日常生活能力の程度で「(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」場合は、従前の「概ね1級程度」から、新マニュアル案では「おおむね2級又は1級程度」という取り扱いが提案されています。この点についてお聞きします。



設問6					
N=64	42	13	6	2	1
%	65.6	20.3	9.4	3.1	1.6

【 設問6 . コメント 】

< と回答したセンター >

- ・妥当と考える。
- ・現行の国の通知では、原則的には1対1対応で、そうでない場合には理由を示せ、といった解釈になる当事者、御家族、担当医もおられるようですので。
- ・適切と考えるが、障害年金の等級判定との整合性を考える必要がある。
- ・本県では、現在すでにこのような取り扱いを

行っている。

< と回答したセンター >

・「概ね1級程度」ということは、1級ではない場合もあり得るということが前提なので、(実質的には)従前の考え方とあまり変化していないと解釈できるものと思われる。

・2の要素判定と3の程度が不整合な場合など、返戻しなくとも幅を持って判定できるようになる反面、その等級を選択した根拠を明確にしておく必要がある。

・現在でも(4)は2級にすることがある。場合によっては3級の時もある。

・当センターの判定会議でも同じような考え方で判定している。

・6(2)と6(3)の程度が一致しない場合の指針も必要。柔軟性を残した方が良い反面、共通したコンセンサスが必要と考える。

< と回答したセンター >

・判定に活用すべきかどうか分からない。

・6の2、3両方に等級が設定してありダブルスタンダード、6の2を重視し、2で等級を決め、3は主治医の参考意見とすることも考えられる。

精神障害の重症度については、本来は客観的な検査を参考に判断する必要があると考える。63(1)～(5)までであるが、心に大きなダメージを受けていても、何とか生活が送れているれば等級は軽くなる。ダメージの中には、麻痺、解離、幻聴、妄想という状況を起こしていても、生活レベルが見かけ上高く見えているものもある。

・精神障害の重症度(客観的な検査を参考にすべき)の判断が本来は必要だと思われる。心は大きなダメージを受けていても、何とか生活を送ることができている人もいる。そういう場合、見かけ上分からないため、等級が軽くなってしまふ。

ダメージの中には、麻痺、乖離、妄想、幻覚状態を起こして、生活レベルが見かけ上高く見え

ているものもあるため、全てが型に当てはまる
とは限らない。検査所見も見て判断したほうが
良い。よって、表3は、あくまでも参考とすべ
きと考える。

< と回答したセンター >

・基準を変えるよりも「普通」「制限」の内容
をもう少し丁寧に説明して妥当な診断書にな
るように工夫すべきではないでしょうか。今の
ままでは読みようによっては世の中の健常男
性の多くが2級や3級にあてはまることになり
ます。

< と回答したセンター >

・医師によって記載の仕方に差があり過ぎるた
め、例えば、2が全て「できない」で、3
が(5)であっても、3級とするような事案もあ
り得る。p7の説明のように、がつけられてい
れば判定に直結するような説明や、p.8表3の
ような基準が明記されると非常に困る。もっと
も、従来よりは幅があるともいえるが。

(1)は概ね非該当。(2)は概ね3級(または非
該当)までは書いても良いが、それ以外は問題
がある。(1)~(5)の番号をはずしてはどうか。
また「診断書全体の記載から『 』と考
えられる場合など」と言いかえてはどうか。

「2、3については、作成医による考え方
の違いが反映されやすいため、基準と異なる記
載がなされていると考えられる場合は、判定か
ら除外する必要が生ずる。あるいは、作成医の
記載の傾向等を考慮する必要がある場合もあ
る。」

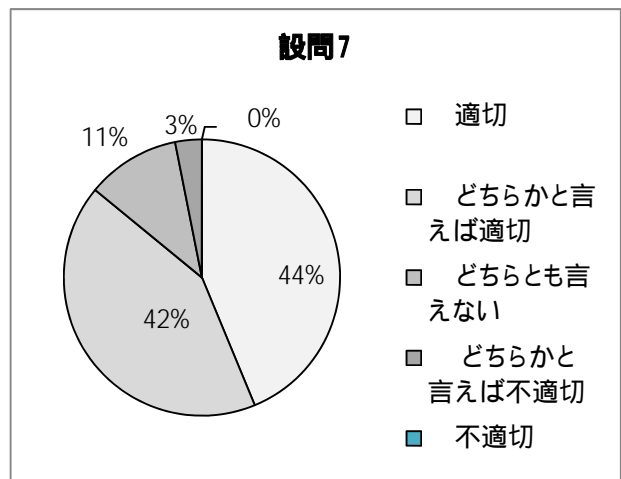
【 設問6 . 考察 】

回答者の約66%が「適切」、約20%が「ど
ちらかと言えば適切」を選択しており、新マニ
ュアル案に示された「日常生活能力の程度で」(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」場合は、従前
の「概ね1級程度」から、新マニュアル案では
「おおむね2級又は1級程度」とする」という
考え方を支持する回答が多かった。

具体的なコメントと挙げると、「『概ね1級程
度』ということは、1級ではない場合もあり得
るということが前提なので、(実質的には)従
前の考え方とあまり変化していないと解釈で
きるものと思われる。」「現在でも(4)は2級に
することがある。場合によっては3級の時もある。」「当センターの判定会議でも同じような考
え方で判定している。」などは、新マニュアル
案が等級判定の現状に沿ったものであるとと
らえたものであった。このように、今回の方針
を支持する意見が多かったため、その内容には
特に修正を加えないこととした。

[設問7]

旧マニュアルでは、未就学児の生活障害につ
いて判定基準などは示されていませんでした。
本マニュアル案では、「障害等級の基本的な捉
え方」に未就学児の生活能力に関する独自の考
え方を示しています。この点についてどのよう
に思われますか。



設問7					
N=64	28	27	7	2	0
%	43.8	42.2	10.9	3.1	0.0

【 設問7 . コメント 】

<< と回答したセンター >>

- ・理念は適切だが、判断は難しい。
- ・近年未就学児の申請が増えており、基準を明

確にする上でも重要だと思えます。

・未就学児の生活障害の考え方の周知が必要である。日常・社会生活の具体的かつ詳細な記載を求めてく必要があり、現在の診断書記載の状況から返戻等の対応が必須となる可能性がある。

・内容はともかく、「考え方」を提示したことは評価されるべきである。妥当性があり、しかも判定する上で役に立つ「考え方」を示すのはなかなか難しいことかと思われる。

・未就学児のケースに対しての想定も必要か。

<< と回答したセンター>>

・趣旨は賛成。内容はもう少し検討の余地ありか。今後2年間の成長発達の可能性をどう考慮するかなど。今回の参考症例にこの年齢のものがないのが残念。

・知的な能力の発達水準に照らして標準的な支援の必要性に比べてどうか、という観点で丸を付け、にも具体的に記載する、という点を明確にするのが良いと思えます。なお、育児を社会生活関連の項目に位置づけることは大賛成で、育児中の母親の精神疾患の臨床で、一般の精神科医がこの点に留意できることが重要と思えます。

・例として参考となる。

・未就学児における記載(案)はかなり厳しい。検討が必要と考える。記載すること自体は必要。

・この表現で完全かどうかはわからないが、おおむね適切だと思う。

・3級程度の未就学児は多いようにも感じるが、明文化されている方が判断しやすい。

・この表現で完全かどうかはわからないが、おおむね適切だと思う。

<< と回答したセンター>>

・基準自体はおおむね妥当と考えるが、設問5同様に、基準を設けても、実際の記載はそうはならないことへの注意を喚起すべき。「このような記載を求めているが、実際にはその趣旨に沿って記載されていない場合があるため、判定

にあたっては注意が必要である。」

・未就学児について言及するのは良いが、2、3才の子どもにも対応できる内容にしていたきたい。

・-2欄の項目については、小児と成人に分ける必要があるのではないか。

・考え方を示したのはいいが、大人と内容が矛盾したものもあり、内容を整理した方がいい。

・未就学児の生活能力に関する考え方について考えが示されたことに関しては良いが、もう少し内容を整理したほうが良い。

・十分な例を呈されていない。手帳交付の下限年齢を設定すべき。未就学児と言っても年齢により違う。1~2歳児ならば誰でも2級程度にあてはまってしまう。その点の基準が必要。

【 設問7. 考察 】

未就学児の生活障害についての等級判定基準について、全体の約86%が概ね肯定的な回答をしていた。新マニュアル案では、日常生活能力の程度と障害等級の判定において、「子どもの場合には、年齢相当の生活能力が、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」となっており、さらに障害により発生しえる生活上での問題行動をいくつかあげている。判定の考え方および具体的な問題行動を基にした判定等級を示したことが、肯定的な意見につながったと考えられた。しかし、具体的な基準の内容については、もう少し内容を整理したり、検討をしたりする必要があるという意見がいくつか見られた。

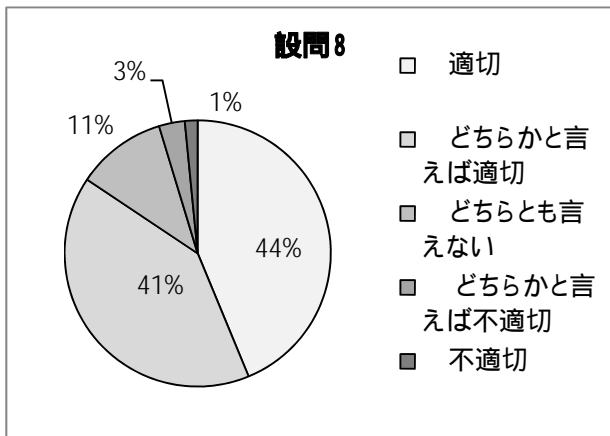
また、未就学児の生活障害について等級判定を行うためには、これまで以上に詳しい記載を

「生活能力の具体的程度、状態等」に求めることになるが、これについて返戻が増えることを危惧する意見がみられた。我々研究班での検討においても同様の懸念を示す意見が強かったため、第 章にこの点に注意を促す記載を追加することとした。

[設問 8]

旧マニュアルでは、小学生の生活障害について特に判定基準などは示されていませんでした。一方、平成23年に精神障害者保健福祉手帳の主治医診断書が改訂された際、生活能力の状態については「児童では年齢相応の能力との比較の上で判断する」とされています。

新マニュアル案では、「障害等級の基本的な捉え方」に小学生の生活能力に関する独自の考え方を加えています。これについてどのように思われますか。



設問8					
N = 64	28	26	7	2	1
%	43.8	40.6	10.9	3.1	1.6

【 設問 8 . コメント 】

<< と回答したセンター>>

- ・理念は適切だが、判断は難しい。
- ・小学生の生活障害の考え方の周知が必要である。日常・社会生活の具体的かつ詳細な記載を求めてく必要があり、現在の診断書記載の状況から返戻等の対応が必須となる可能性がある。
- ・明文化していただいた方が、判定しやすい。どういう点に着目するのか目安になる

<< と回答したセンター>>

- ・内容はともかく、「考え方」を提示したことは評価されるべきである。妥当性があり、しかも判定する上で役に立つ「考え方」を示すのは

なかなか難しいことかと思われる。

- ・趣旨は賛成。内容はもう少し検討の余地ありか。今後2年間の成長発達の可能性をどう考慮するかなど。今回の参考症例にこの年齢のものがないのが残念。

- ・登校の有無のみでなく、学校での適応状況も必要と思います。

- ・例として参考となる。

- ・この表現で完全かどうかはわからないが、おおむね適切だと思う。

<< と回答したセンター>>

- ・基準自体はおおむね妥当と考えるが、設問5同様に、基準を設けても、実際の記載はそうはならないことへの注意を喚起すべき。「このような記載を求めているが、実際にはその趣旨に沿って記載されていない場合があるため、判定にあたっては注意が必要である。」

- ・小学生について言及するのは良いが、発達障害圏だけでなく early psychosis にも対応できる表現にしていきたい。

- ・他児と比べて相対的に判断をして記載することは難しい。

- ・考え方を示したのはいいが、大人と内容が矛盾したものもあり、内容を整理した方がいい。

- ・小学生の生活能力に関する考え方について考えが示されたことに関しては良いが、もう少し内容を整理したほうが良い。

- ・十分な例を呈されていない。精神疾患の症状を評価せずに、学校と家庭での生活適応だけで判定するのは、安易に給付を増やす危険がある。

<< と回答したセンター>>

- ・1級については『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』との記載があるが、周囲とトラブルが多いことをもって、日常生活能力が低いとはいえないのではないかと。また「学校では対応できない」の内容についても、日常生活能力に障害があることによるものなのか、周囲とのかわり(社会生活能力)によるものか不明である。

成人の場合、1～2級の等級判断において【日常生活能力障害】の程度を評価することは欠かせないことととらえているが、児童の発達障害の場合にあっても、「あくまで食事・保清・危機対応等の【日常生活能力障害】の度合いをみる」のか、あるいは、「かんしゃくや他害などにより周囲とのかかわりが困難で、集団生活を送ることが著しく困難」であれば障害を高度と見なすのかについて、方針が不明である。

発達障害圏の場合、『援助が必要』と評価される際にも、「行う能力そのものがない」という場合と、「行う能力自体はあるが、こだわりが強い等の発達障害関連症状により、その能力を発揮できない」という場合が想定されるため、その部分をどう評価するかについても言及するとよいのではないかと。

【 設問8 . 考察 】

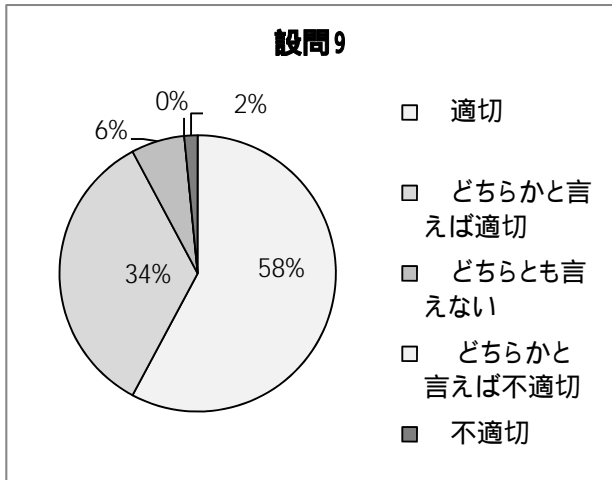
小学生を対象としての生活障害についての判定基準について、たずねたものである。設問7とほぼ同様、全体の約84%が概ね肯定的な回答をしていた。肯定的であった理由は、設問7の考察で述べたものと同様と考える。またこの設問でも、より詳しい生活状況の記載が求められるため返戻の数が増えるであろうといった危惧、新マニュアル案に記載された例示に対する疑義などが意見としてみられた。この前者については、設問7と共通する課題と考えて、新マニュアル案の第 章に追加記載を行い、とくに子ども（未就学児も小学生も）の場合の生活障害に関する診断書記載について主治医に対して注意を喚起することとした。また後者については、第 章の「4 . 障害等級の基本的なとらえ方」における1級、2級、3級それぞれの未就学児、小学生、中学生についての例示の内容についてあらためて検討を行った。「不適切」を選択したセンターから「1級については『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』との記載があるが、周囲とトラブルが多いことをもって、日常

生活能力が低いとはいえないのではないかと。また『学校では対応できない』の内容についても、日常生活能力に障害があることによるものなのか、周囲とのかかわり（社会生活能力）によるものか不明である。成人の場合、1～2級の等級判断において【日常生活能力障害】の程度を評価することは欠かせないことととらえているが、児童の発達障害の場合にあっても、『あくまで食事・保清・危機対応等の【日常生活能力障害】の度合いをみる』のか、あるいは、『かんしゃくや他害などにより周囲とのかかわりが困難で、集団生活を送ることが著しく困難』であれば障害を高度と見なすのかについて、方針が不明である。」というコメントがあり、研究班の検討の中でも、新マニュアル案において、この点に不整合があったという意見が強く、子どもにおいても成人と同様の方針を維持することを確認した。この方針に従って、1級、2級、3級の例示にそれぞれ追加・修正を加えることとした。

また、例示の修正と併せて、児童期の参考症例を第 章に追加掲載することとした。

[設問9]

旧マニュアルでは、病名欄記載に当たっては「手帳の交付を求める精神疾患の病名を記載することとされてきました。「従来診断」「慣用的診断」の実用性や重要性を考慮すれば、一律に操作的診断基準の病名使用を求めることには批判もあります。一方で、多くの精神科医が操作的診断基準を共通言語として使用している現状に鑑み、新マニュアル案では、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こととしました。新マニュアル案での考え方について、どのように思われますか。



設問9					
N = 64	37	22	4	0	1
%	57.8	34.4	6.3	0.0	1.6

【 設問9 . コメント 】

と回答したセンター

・ 共通概念として必要と考える

と回答したセンター

・ 考え方は適切であるが、従来診断であっても、他の記載と矛盾がない場合には認めるなど、柔軟な取り扱いができるのであればよい。現在は無記入か抽象的な記載が多い。具体的な記載を促す工夫（周知）が必要。

・ 「うつ病」「覚せい剤精神病」などは許容したいので、「原則として」に留めたい。

・ F2 や F3 については、現行どおり 2 桁でも良いように思います。

・ 実際には従来診断も認めています。何らかの基準は必要かと思えます。

・ コードに当てはめるが難しいこともあるがやむを得ないと考える。

・ 「従来診断」「慣用的診断」でも構わないが、事務職でもわかるように I C D ? 1 0 の診断名、コード名に沿った記載にする方がよい。

・ 考え方は適切であるが、従来診断であっても、他の記載と矛盾がない場合には認めるなど、柔軟な取り扱いができるのであればよい。現在は無記入か抽象的な記載が多い。具体的な記載を

促す工夫（周知）が必要。

と回答したセンター

・ 原則的に ICD に準じた診断名を記載することが重要であるので、適切ではあると思う。ただし、患者とのやりとりの中で従来診断が使用されている場合もあり、F コード及び病歴・症状との齟齬がなければ、従来診断の記載でも構わないこともあるものとする。

・ 統計調査や比較検討のためには統一的な診断基準(共通言語)を使用することが望ましいが、一方で精神科の診断に使用する言語にはある程度の多様性があってもよいのではないかという気もしている。

・ 精神科以外の科の医師にとっては慣用的診断の方が分かりやすいと思われるため。

・ 慣用的診断は個人差があるため、統一的な診断名の記載を求めるべきであるという意見もあったが、一方で、操作的診断には批判も多く、慣用的診断の方が病態を的確に捉えている場合があり、判断の根拠として重要な要素となることは少なくないため、慣用的診断に I C D コードを付け加えればよいという意見もあった。

と回答したセンター

・ 本県では、主治医の考え方がよくわかる慣用病名のほうが良いと考えている。もちろん、ICD-10 数字 2 桁相当の病名(パーソナリティー障害の場合はタイプまで)を求めている。また、ICD コードについては、F コードは数字 1 桁でも返戻はしていない。ICD 病名を求めていることを理由に、高次脳機能障害という病名をやや問題視する(p.11)というロジックはおかしい。法令で認められた病名を法令に基づく手帳の判定で問題視するのは変。「判定機関が認めれば、慣用病名の使用を妨げるものではない」「 I C D コードをどこまで詳しく求めるかは、各自自治体の判定機関の裁量として良い」

【 設問9 . 考察 】

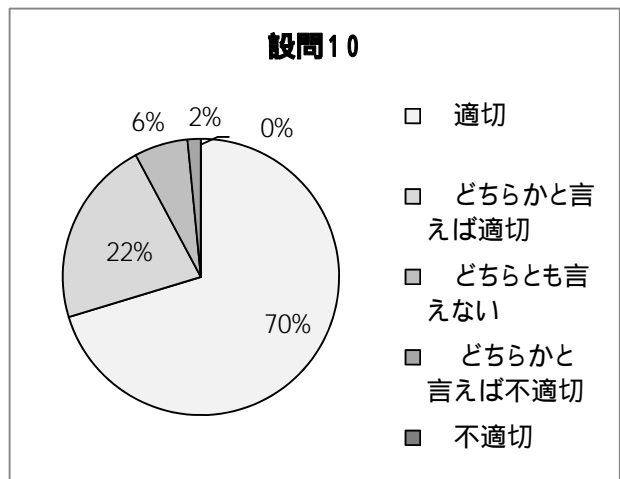
新マニュアルでは診断書における病名について「主たる精神障害」「従たる精神障害」と

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ことについての設問である。この設問には全体の 93% が肯定的な回答を示していた。我々が行った平成 24 年度調査においては、各自治体とも実際の判定上は慣用的病名をある程度認めている現状が示されていた。しかしながら、今回の調査では、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が望ましいと考えていることが確認できた。現在多くの精神科医が、操作的診断基準を共通言語として使用しながら、実際の臨床場面では慣用的な診断を有用なものとして使用している現状をみれば、いわゆる「従来診断」の使用は一概には否定しがたいことから、「基本的には」ICD-10 に沿った診断名を求め、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、慣用的診断名や高次脳機能障害といった病名も認める、と考えるのが現実的であろう。従って、このテーマに関する部分については、新マニュアル案には特に修正を加えないこととした。

[設問 10]

診断書の「 の具体的程度、状態等」の欄は、平成23年に精神障害者保健福祉手帳の主治医診断書改訂の際に新設された項目です。これまで、この欄の記載はあまり重要とされていなかったかもしれませんが、新マニュアル案では、「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しています」としているため、障害に伴う日常生活上・社会生活上の不具合を具体的、個別的に判断することがこれまで以上に重要となり、この欄に生活障害の程度を具体的、個別的に記載していただくことを強く求めていきたいと考えています。この考え方について、どのよう

に思われますか。



設問10					
N = 64	45	14	4	1	0
%	70.3	21.9	6.3	1.6	0.0

【 設問 10 . コメント 】

と回答したセンター

- ・ 障害の程度が症状よりも明確に判断できる
- ・ とても重要なことだと思います。しかしながら、診断書を作成する医師に十分な記載を求めることで診断書を作成する医師と審査者の間に入る事務職員に負担を強いることになるため、その対策を立てることも大切かもしれません。
- ・ 生活能力の程度を具体的に判断できるのはこの欄だと思います。
- ・ 適切と考えるが、初診から日が浅い場合など、主治医が短い診療時間で全ての生活障害を把握できるか？医師、スタッフの負担が大きくなる。
- ・ の記載は等級判定の際に重要であり、当県では の欄に記載がない場合は、保留、返戻照会している。

と回答したセンター

- ・ 場合により との整合性が保たれず判断に迷うケースが頻出する可能性があると感じる。その場合、返戻して確認するのですが、書類処理の遅延は結果的に当事者の不利益になる

ので、書類を必要以上に煩雑にしない方がよ
しいのではないか。

・基本的には賛成であるが、他の部分の記載内
容が非常に丁寧であるがため、記載の必要性
が相対的に低くなっているという場合もあり
得るかと思われる。

・理屈としては当然と考えますが、実際には判
定に資するほどに診療情報を得てそれを記載
する能力が不足している医師も多いと思いま
す。これは医療保護入院の入院届における退院
後生活環境調整員の記載についても同様で、本
邦の精神科医療の水準(他科医が特定の精神疾
患のみを診療している場合も含めて)の向上が
必要と感じています。

・記載の徹底及び周知が必要である

・欄を重視しているのが新マニュアルからは
分からなかった。(重要な項目であるが)

と回答したセンター

・生活能力の状態欄がかなり細かく、それ以上
に詳細な情報を求めることは難しい。しかし単
身、家族と同居に関わらず、今現在の生活状況
について記載することを期待するのならば書
けないことはない。

・症状と生活上の不具合の区別が難しく、必要
な情報が欄など他欄に書いてある場合があ
る。判定に必要な情報がどこかに記載されてお
れば、空欄という理由で返戻はしていない。逆
に欄に記載があっても、判定に必要な情報が
全体として不十分なら返戻することになる。
「他欄の記載から、生活上の不具合が十分読み
取れば、空欄という理由だけで返戻する必要
はない」

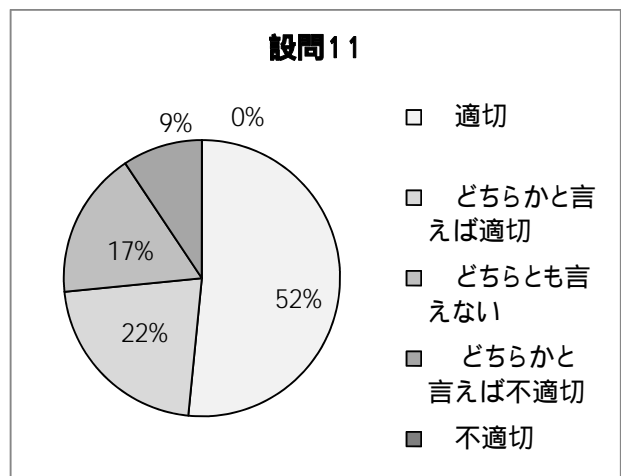
【 設問10 . 考察 】

平成23年の診断書書式改正において新設
された生活能力の具体的な程度、状態等に関する
記載を強く求めることについての設問である。
新マニュアルにおける障害等級の判定におい
ては、障害に伴う日常生活上・社会生活上の不
具合をより具体的、個別的にみて判断すべきで

あると規定している。この欄にできるだけ詳細
な情報を書き込むことによって、本人の生活上
の困難がイメージできる診断書となると考え
られる。この設問には91%の自治体が肯定的な
回答を示していた。否定的な意見においても、
他の欄から生活上の不具合が読み取れば良
いとする意見であり、実際の判定上は本人の生
活上の困難が読み取れることを求めている。新
マニュアルにおける、この欄の記載はこの診断
書においてきわめて重要な項目であり、等級判
定時にはこの内容を丁寧に吟味し適切な等級
判定に努めるべきという方針が概ね支持され
たものとする。したがって、このテーマにつ
いても、新マニュアル案には特に修正は必要な
いと考えられたが、一部のコメントからは、新
マニュアル案において「生活能力の具体的な程
度、状態等」の欄を重視していることが伝わ
っていないと思われたため、新マニュアル案の第
三章に語句修正を施し、この点を強調すること
とした。

[設問11]

新マニュアル案では、広汎性発達障害や多動
性障害の推定発病年月を生下時(誕生日)とみ
なすことを原則としています。この考え方につ
いて、どのように思われますか。



設問11					
N=64	33	14	11	6	0
%	51.6	21.9	17.2	9.4	0.0

【 設問 1 1 . コメント 】

<< と回答したセンター>>

・妥当と考える。

<< と回答したセンター>>

・自閉症スペクトラムの成人例や典型例でない症例もあり、乳幼児期の変動や十分な情報が取れないことが多い現実がある。原則であれば、可。

・推定発症時期のとらえ方について、“基本的に生下時前後ととらえる”と“生年月日を推定発症月日とする”とマニュアルの記載内容に整合性がない。

・遺伝因子と環境因子の寄与度によっては、発症年月がずれることもあるかもしれないが、初診時にそれを正確に推定するのは実際には難しく、生下時に統一してよい。

<< と回答したセンター>>

・生下時から既に何らかの異常が存在していたのではあろうが、実際に発症したと認識された時期(病気としての徴候や問題行動等が現れた時期)が知りたいという場合も多々ある。

・判定に影響する程度が少ない事項ですので、あえて何も言わなくてもよいのではないでしょう。

・実際には発症時期の記載がないことも多く、当市ではあまり重要視していません。

・新マニュアルでは生下時からの障害とされているが、「病」の定義は日常生活・社会機能の障害にあり、生下時よりこれが満たされていたわけではないことが多い。就労後や就学後に、種々の問題が生じるものも多く、画一的に生下時とするわけにはいかないと考える。

・症状が現れた時点とする考え方もあり、どちらとも言えない。

<< と回答したセンター>>

・特性自体は生まれつきかもしれないが、障害による問題が顕在化し、支援などがいつ頃必要になってきたのかの情報のほうが有用に思います。

・障害の始まった時期を発病年月と考えているので、推定発病年月を一律に生下時とみなせるものではない。

・これは現行通りな訳ですが、中枢神経系は胎児期から個性を持って育てているし、障害の指標となる状態像が出現するのは生後しばらく経ってからです。出生時にするのは実際には根拠が無いように思います。

・判定に影響しないことでこだわっても意味が無いと思う。「一般に、遅れに気づいた時点と考えられるが、疾患の性質上、生下時としても良い」

・大人のADHDを生下時とするのか？発病時期が分からないので「不詳」でいいのではないか。生下時とすると、母親が自分の責任と感じてしまう恐れもある。

・発祥時期が分からないため、不詳とするべきではないか。生下時とすると、母親が傷つくため、母親の心情をもう少し考慮すべき。

【 設問 1 1 . 考察 】

広汎性発達障害や多動性障害の推定発病をいつにするかを問うたものであり、新マニュアル案では、それを生下時(誕生日)とした。これについて、全体の約74%が概ね肯定的な回答をしていた。「発達障害者支援法」において、「『発達障害』とは自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥性多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう」とあるように、一般に発達障害は、低年齢からすでに存在する脳機能の障害と考えられている。低年齢ゆえに発達途中にある脳機能と脳機能障害とを区別することは困難であり、いつ発症したかを正確に見極めることには無理があ

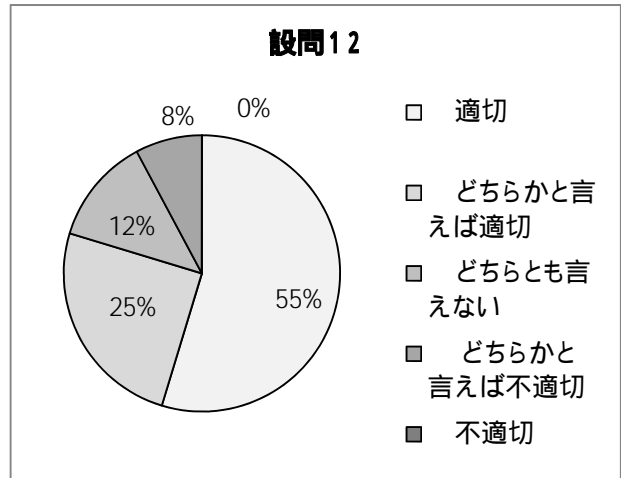
る。故に、新マニュアル案では一義的に推定発症時期を生下時としたのであった。

他方、多くの精神疾患において、ある精神状態を精神疾患と診断する際、その状態（精神症状）が社会的に通常期待される生活状況から著しく変化し、それ故、本人に苦痛をもたらしているかどうかを問うている（DSMの診断基準等）。この考えに従うと、障害の発症時期を生下時とするのは不適切であり、本マニュアル案に対し否定的な回答をした自治体の大部分が、このことをもって否定的とした理由としていた。

新マニュアル案の第 5 章の「5. 診断書の読み取り方」および第 6 章では、推定発症時期について広汎性発達障害、知的障害などの発達障害と、高次脳機能障害などの器質性精神障害の 2 つを例として挙げて、それぞれの推定発症時期に関する考え方を述べていた。しかし、この 2 つの考え方に不整合があることが今回の調査によって指摘されたことを踏まえて検討し、推定発症時期については、「当該精神疾患の症状発現の時期を発症時期とする」ことを原則と考えることにした。ただし、前述したごとく、知的障害や広汎性発達障害の発症時期については、生下時とみなす意見も少なくないため、まず「症状発現の時期が発症時期」という原則を述べた上で、広汎性発達障害、知的障害などの例外についての考え方を述べることにした。

[設問 12]

新マニュアル案では、高次脳機能障害などの器質性精神障害の発症時期について、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症時期とみなすことを原則としています。この考え方について、どのように思われますか。



設問12					
N = 64	35	16	8	5	0
%	54.7	25.0	12.5	7.8	0.0

【 設問 12 . コメント 】

と回答したセンター

- ・当然ながら初診についても同様です。
- ・妥当と考える。

と回答したセンター

・原因となった疾患は精神疾患ではなく、身体疾患なので、この考え方には概ね賛成である。ただし何時の時点でも「精神障害が始まった時期」とするべきかの判断が難しい事例もあると思われる。

・別に原因疾患の発症日の欄が設けてあるのでこの考え方でもよいと思うが、どこまで精神科以外の医師の理解を得て徹底できるかが問題。

・原因疾患の発症時期を高次脳機能障害の発症時期ととらえてもよい場合があるのではないかと。

- ・発症時期が明確でない場合もある。

と回答したセンター

・高次脳機能障害のみを考えると妥当と思いますが、発達障害圏の問題で出生時にして良いことになっているのと整合性が無いように思います。但しこれは、後者の方が理屈に合わないと思うことは、上述のとおりです。

- ・原因疾患発症時は特定しやすいが、それに基

づく精神障害の発症となると時期を特定するのが困難である。精神科医以外の医師が診断書を書く際に特にそれは難しいのではないかとと思われる。

・原因疾患発症時でもよいのではないか。

と回答したセンター

・当市では「発症の原因となった疾患の発症日」、初診日も「当該疾患の初診日」で可としているため。

・高次脳機能障害はほとんどの場合原因疾患発症時に発生しているはずだが、意識障害などが収まらなければわからないし、高次の遂行機能障害などは、退院して初めてわかる場合もある。発病時期というのは気づいた時期ということになってしまう。設問 11 を良しとするなら、高次脳機能障害の場合も受傷時で良いというロジックになるはずである。これは、初診から半年という問題と密接にかかわってくる。本県では、「厳密には高次脳機能障害と診断した日が初診年月日ですが、急性期から一貫して診療されている場合は、原因となった外傷や脳血管障害等で貴院に搬送された日を初診日として構いません。」としている。

・原因疾患が頭部外傷、脳梗塞等の場合、精神障害は顕性化する以前より始まっているため、patient's delay、doctor's delay を入れないためにも、受傷（発症）年月日を記載する方がよい。

【設問 12 . 考察】

精神障害者保健福祉手帳における高次脳機能障害という診断名(ICD-10 コードで F04、F06、F07 等に該当する) と、その推定発病時期については、従前より議論がされているところではあるため、今回、設問 11 で、広汎性発達障害や多動性障害の推定発病年月について、この設問 12 では、高次脳機能障害の推定発病年月の考え方について尋ねた。

ちなみに、平成 20 年 11 月に国立障害者リハビリテーションセンターから発行された、

「高次脳機能障害者支援の手引き」の中では、高次脳機能障害の診断時期については、「高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う」と記載されており、実際の臨床場面でも、急性期には、その後に予想される精神症状の評価を行うことが困難なため、この考え方が広く受け入れられているようである。一方で、平成 23 年 3 月の精神・障害保健課長通知により、手帳の取り扱い上の整理としては、「推定発病時期については、最初に症状に気づかれた時期を原則とするが、発達障害等明らかに出生直後からの問題に付随した場合は、出生時を推定発病時期と記入する。高次脳機能障害の場合は、発症の原因となった疾患の発症日を記入する」とされている。

今回の調査の結果では、概ね半数の自治体では、高次脳機能障害などの器質性精神障害の発病時期について、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原則には「適切」との回答であった。また、「どちらかと言えば適切」の回答を合わせると、概ね 8 割の自治体では、実際の臨床的な実態に即したこのような考え方が受け入れられるようである。一方で、現実的には、高次脳機能障害などの器質性精神障害の発病時期については、既に原因疾患発症時として取り扱われている自治体もあり、精神科以外の医師との間に共通の理解を進めることが難しいのではないかという懸念もあり、約 2 割の回答が「どちらともいえない」あるいは、「どちらかと言えば不適切」となっている。研究班としては、今回のアンケート調査の結果も十分に検討した上で、新マニュアルでは「推定発病時期については、当該精神疾患の症状発現の時期を発病時期とする」ことを原則と考えることにした。したがって新マニュアル案での「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

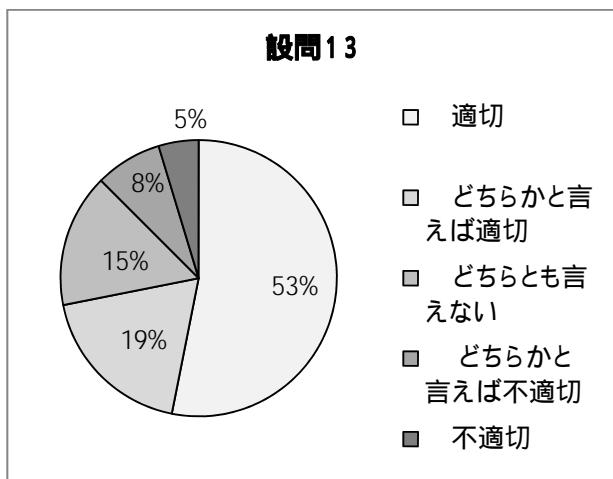
障害が始まった時期を発病時期とみなすことを原則とする。」という記載には変更を加えないこととした。ただし、設問11の考察でも述べたように、この「症状発現の時期を発病時期とする」という原則については、疾患によってその特性に応じた柔軟な扱いが可能と考えている。

[設問13]

てんかんについて、新マニュアル案においては、「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。新マニュアル案においても「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。」となっています。

このように、「てんかん」に関してのみ、欄の記載内容と無関係に等級判定がなされてよいとしている点について(ただし、病名が「てんかん」のみの事例を想定しています)、どのように考えますか。



設問13					
N=64	34	12	10	5	3
%	53.1	18.8	15.6	7.8	4.7

【設問13・コメント】

と回答したセンター

・なお、八の「状況にそぐわない行為」についてたとえば、oral automatismのようなものも含めるのが妥当なのか、あるいは、行為の内容によって判断を変える必要があるのか、という点について検討していただければと思います。

・てんかんに対する適切な医療が行われていない場合とする基準はどのようなものか。また、その確認はどのように行うのか。

・適切であるが、記入者には必ずしも十分理解されていないのが現状である(発作時の状態で生活能力が判定されていることもしばしばある)。

・従来通り発作区分と頻度による判定が適切であると考え。Fコードに該当するてんかん性の精神疾患の診断名が記載されていないことが多い。

と回答したセンター

・妥当と考える。

・当市では「てんかん」と「てんかん性精神病」と区別して判定しているため、不都合はありません。

と回答したセンター

・てんかんという病名にこだわらず、てんかん発作の程度や器質性精神障害の有無や内容とで判定すればよいと思います。てんかん発作の程度と等級判定の目安を示しておけばよいと思います。

・発作の予防が生活に影響する程度・内容の記載は必要。

・今までどおりでよいとの意見もあったが、他の精神疾患との比較において、生活機能障害の面からてんかんに対する判断基準は甘いように思われる、発作のみで判定するのは違和感が

ある、生活能力の状態も考慮すべきではないかという意見もあった。

・本人の申立てのみにより発作の頻度等が記載される場合もあることを想定すると、どちらとも言えない。

・能力障害をどう見るか。

と回答したセンター

・「てんかん」に関してのみ他の疾患とは異なる判断基準を用いることは望ましいとはいえない。しかしながら、そもそも「てんかん」は精神疾患ではなく神経疾患なので、他の疾患（精神疾患）と同じ考え方が妥当なのか？といった疑問もある。

・てんかんの症状があれば、日常生活に何らかの支障が生じているはずであるので、その部分についての記載を求めたい。

・全く無関係ではなく、 の記載も参考にして判定している。

・発作型と頻度に着目して等級判定の方が公平と考えるが、薬物治療により発作が2年以上完全に抑制されていても、日常生活の障害の程度が自覚的に変わらないケースでは不服申し立てをされる場合もあり、その際、服薬を自己中断されたり、pseudo seizure を起こさせる虞がある。患者にとっては病気が良くなった = happy ではなく、病気が良くなった = 既得利益がなくなったと捉えるケースが多いのは事実である。

と回答したセンター

・発作自体は2年間たまたま抑えられていても、そのために必要なAEDによる副作用の認知機能の抑制や眠気、交通機関の未整備な地域での自動車運転の禁止、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、当県では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。

・発作のみでなく、生活状況、仕事、学業の状況等を本来は考慮すべき。他の病名と不公平感がある。

・他の精神障害と判定の仕方が異なり、不公平である。

【 設問13 . 考察 】

設問に不明確な点があり、回答に迷われたかもしれない。てんかんの判定（病名がてんかんのみの場合）については、そもそも、「発作の区分と頻度、あるいは発作間欠期の精神神経症状・能力障害のいずれか一方のうち、より高い等級を障害等級ととる」との課長通知の記載があるが、実際には発作間欠期の精神神経症状や能力障害の情報の記載が不十分な場合が多く、また、発作間欠期に明確な臨床症状がみられる場合は、Fコードに該当する他の病名が併記されることが期待されることなどから、実際の判定の場面では発作のタイプや発作頻度を中心に等級の判定がなされていることが多いと思われる。今回、てんかんのみの病名の場合の判定を、他の疾患のように「生活能力の障害」に着目するのではなく、敢えて、「発作のタイプと発作頻度を中心とする」方向として整理しようとしており、その点について、各自治体の考え方を尋ねた。

回答いただいた自治体のうち、半数を超える53%は、このような考え方を「適切」とするものであった。また、「どちらかと言えば適切」を合わせると、約72%の自治体からは、このような考え方を受け入れられるとする回答があった。

「どちらかと言えば不適切」または「不適切」と回答した8か所のセンターのうち、3か所は「『てんかん』に関してのみ他の疾患とは異なる判断基準を用いることの不公平さ」をその理由として挙げていた。これは理論的には正当な意見であり、今回の新マニュアルでも見直しを考慮された部分であるが、その場合に解決すべき問題が非常に多いため、残念ながら新マニ

アルにおいても従来の判断基準を踏襲することとなった。一方で、数か所の自治体から指摘のあった、抗てんかん薬の副作用を含めた治療（再発予防）に起因する生活障害・生活困難については、他疾患との整合性を考慮して、等級判定にあたって斟酌の対象としないこととした。ただし、診断書への可能な限り正確な記載を求めていくことがてんかんの場合にも重要になる。したがって、新マニュアル案の第 3 章の記載を一部変更し、 欄、 欄の記載に関して主診断がてんかんの場合には発作型、発作頻度と最終発作時期が明確になるような記載を強く求めることとした。

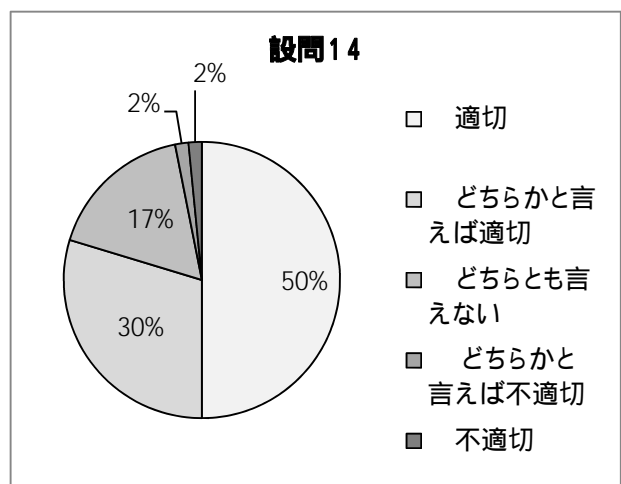
新マニュアルの「てんかん」に関する考え方について、あらためて説明を加えておく。従来てんかんは、「てんかんは慢性にてんかん発作を反復する『脳障害』であり、その症状にはてんかん発作だけでなく、人格障害、知能障害、精神症状などがみられることがある（大熊、2013）」とする考え方が一般的であり、てんかん発作と、それに伴う精神症状を別個に捉えようとする新マニュアルの考え方は、このような歴史的に支持されてきた神経精神医学的な認識とはやや相違するものである。しかし、残念ながら新マニュアルにおいても、「てんかんの等級判定は、発作のタイプと発作頻度をもってする」というこれまでの判定基準を踏襲することとしたため、この範囲内での整合性を保つために、「てんかん」と「てんかん関連精神障害」を区別して、前者は症状によって、後者は生活障害によって等級判定を行うと明確に区別することとしたものである。もちろん、研究班としても、そこに基本的な不整合が残っていることは認識している。

[設問 14]

認知症における精神症状と身体症状の区別が難しいと考えられる部分について、新マニュアル案においては、「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。」となっています。

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、どのように考えますか。



設問14					
N = 64	32	19	11	1	1
%	50.0	29.7	17.2	1.6	1.6

【 設問 14 . コメント 】

と回答したセンター

- ・理念は適切だが、身体合併症の記載が無いものすべてを照会するのは現実には困難。
- ・ただし、寝たきり状態になることに先行して認知症があることが診断書から確認されている場合に限定するべき。
- ・身体的要因を除外しての記載の徹底が難しい。精神症状の具体的な記載や生活障害を求めていく必要がある。
- ・認知症は徐々に進行するので判別できるが、例えば、脳腫瘍で意識障害のほう急速に進行して植物状態になった場合はどうするのか。意

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。

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）が主となくなった時点で対象外とするのはどうか。

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する意見もあった。

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る、各自治体の現状での考え方をお聞きした。

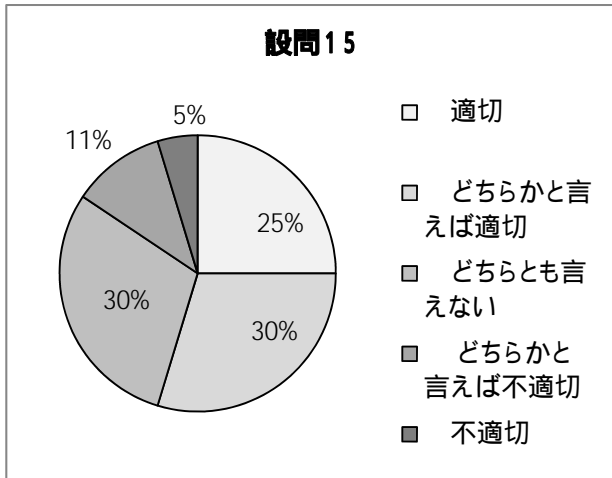
この点について、半数（50%）の自治体からは、認知症が進行していわゆる「寝たきり」になった場合も、それまでの経過を考慮し、引き続き手帳の対象とするという取り扱い方針について「適切」との回答をいただいた。さらに、「どちらかと言えば適切」とした回答を含めると、約8割の自治体で、このような取り扱いをされているようである。

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カ月の不使用期間」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					
N=64	16	19	19	7	3
%	25.0	29.7	29.7	10.9	4.7

【 設問15 . コメント 】

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。

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。

と回答したセンター

・F1X.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。

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。

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「 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、「 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き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」とすること、その場合、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うようである。

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。

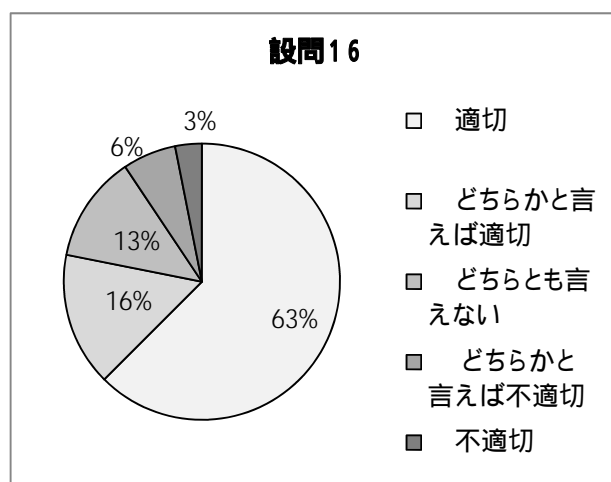
なお、以上のような議論の結果、新マニュアル第 7 章参考症例集の記載に修正を加えた。また、第 7 章 Q & A の Q 1 1 について加筆・訂正を行った。

[設問 1 6]

F 7 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					
N = 64	40	10	8	4	2
%	62.5	15.6	12.5	6.3	3.1

【 設問 1 6 . コメント 】

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。

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と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。

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。

と回答したセンター

・治療を要する行動障害を伴うもの F7x.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。

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、個別的に判断すべき。

【 設問16 . 考察 】

知的障害(精神遅滞)を主病名とするもの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

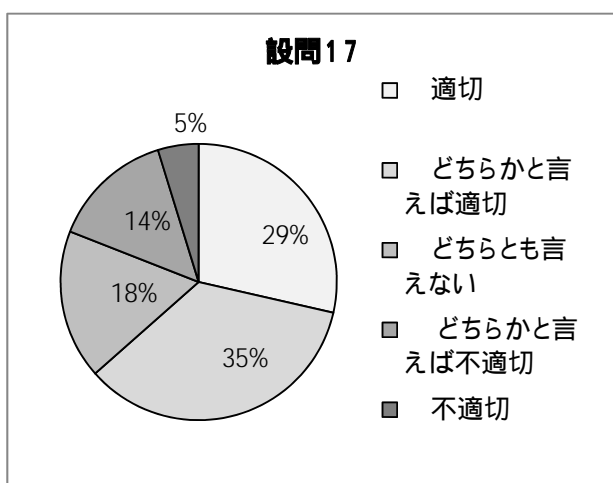
することとしている。調査の結果、約63%の自治体が「適切」、約16%の自治体が「どちらかといえば適切」を選択しており、約78%の自治体が肯定的な回答をしている。一方で、「どちらかといえば不適切」が約6%、「不適切」とした回答が約3%みられた。否定的な意見では、「症状によっては主病名でも可」「個別的に判断すべき」というものが多かった。知的障害に対しては療育手帳制度が既に存在しており知的障害のみでは対象としないこと、他の精神障害が存在すればその精神障害を主病名として判定することを原則とすることについては、比較的支持されると思われる、新マニュアルの記載には変更を加えないこととした。

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「(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「(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 F7x.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 章参考症例集においてその旨を記載し、また、第 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					
N = 63	18	22	11	9	3
%	28.6	34.9	17.5	14.3	4.8

【 設問17 . コメント 】

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実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。

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。

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、もう一つはとまっている)

・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。

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、不適切だと思えます。

・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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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～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、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、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