

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

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮岡 等

平成26（2014）年 3月

# 目 次

## I . 総括研究報告

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 北里大学医学部精神科学主任教授

## . 分担研究報告

1 . 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

2 . 精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究

研究分担者 山崎 正雄 高知県立精神保健福祉センター 所長

3 . 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

研究分担者 黒田 安計 さいたま市保健福祉局保健部 副理事

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 年度総括研究報告書

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 北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨

A．研究目的

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を作成することを目的としている。

B．研究方法

新等級判定マニュアル原案の策定に当たっては、3つの班に分かれて策定作業を行ない、「等級判定における判定基準に関する研究」班では主に「障害等級判定の基本的な考え方」を担当し、「等級判定の具体的な運用に関する研究」班では「等級判定のための参考症例集」を作成することにより、それぞれの疾患ごとの等級判定における考え方を整理し、「手引き・指針に関する研究」班では「精神障害者保健福祉手帳Q & A」の作成に取り組むこととした。

いずれの班も、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をもとにして作業を進めた。

B - 1．等級判定における判定基準に関する研究

「障害等級の考え方」を主に担当した。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」部分を作成した。次に、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」部分を作成した。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」部分も作成した。

B - 2．等級判定の具体的な運用に関する研究

主に昨年度実施した各自治体における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4章にあたる「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定のための参考症例集」を作成した。同時に各種精神疾患・精神障害ごとにその疾患特性・障害特性に配慮した等級判定の指針を示した。

B - 3．手引き・指針に関する研究

他の2つの分担研究「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」の記載内容との整合性に留意しながら、「精神障害者保健福祉手帳Q & A」の作成を進めた。

C．研究結果

C - 1．等級判定における判定基準に関する研究

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。

新等級判定マニュアルの第1章に当たる「精神障害者保健福祉手帳の概要」においては、精神障害者保健福祉手帳の目的、概要、対象者、手続、支援策をまとめた。支援策は各自治体によって、さまざまなものが実施されており、特に税制措置については章末に一覧で示した。

新等級判定マニュアルの第2章に当たる「障害等級判定の考え方」には新たな等級判定マニュアルの基本的な判定方針を示したが、その主な内容としては以下のものが挙げられる。

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の明記。

等級判定のために求められる「治療」の内容の見直し。

診断書の - 2 欄における8項目の捉え方の具体化。

等級判定における子どもの場合の考え方の提示。  
 新診断書様式に加えられた 欄の重要性の強調。  
 診断書の - 3 欄の「日常生活能力の程度」の捉えかたの見直し。  
 アルコールの乱用、依存に関する考え方の見直し。  
 身体障害の合併例、知的障害の合併例に関する原則を明記。

#### C - 2 . 等級判定の具体的な運用に関する研究

ICD - 10 のカテゴリーごとに、障害等級判定のための基本的な考え方を示し、参考症例の解説・参考症例の例示を行った。参考症例の解説では、「精神疾患（精神障害）の状態」、「生活能力の状態」を確認し、その結果による障害等級の「判定」を示した。また、判定における「症例の留意事項」を示した。それぞれの疾患ごとの等級判定に関する基本的な考え方については、てんかん、アルコール依存症などに関して従来の考え方に修正を加え、また睡眠障害、知的障害、適応障害、摂食障害などの疾患に関して基本的な考え方を示した。

#### C - 3 . 手引き・指針に関する研究

作成した Q & A は、総論、各論併せて 19 項目となった。総論的事項としては、新等級判定マニュアルの基本的な考え方、診断名に関する考え方、服薬に関する考え方、診断書記載医師の要件、などを取り上げた。また各論的事項としては、身体障害の合併に関する考え方や、高次脳機能障害、アルコール依存症、発達障害、てんかん、ナルコレプシー、性同一性障害、パーソナリティ障害など、個別の疾患における等級判定に関する基本的な考え方を質問 回答の形式で具体的に示した。

#### D . 考察

今回の新しい等級判定マニュアル案では、旧マニュアルに見られるような、これまでの等級判定における考え方とは異なる等級判定の基準のいくつかを示すことになった。新しい等級判定の考え方の中で中心となっているのは、旧等級判定マニュアルにおいて、「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」とされていたものを、「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」と明記したことである。これにより等級判定の基本的な考え方が整理されたと考えているが、その反対に、等級判定の考え方における「てんかん」の特異性がやや強調されることになった。しかし今回の研究では、「てんかん」の新しい判定基準にまで踏み込むことはしていない。今後の課題といえるであろう。

また、平成 23 年度からの新しい診断書様式に採用された 欄（生活障害の状態について具体的に記載する欄）の重視を打ち出し、診断書の記載内容から、本人の生活障害の状態が具体的に読み取れるような診断書の記載を求めることとした。

#### E . 結論

24 年度調査の結果を解析し検討することにより、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雛形を作成した。新しい等級判定マニュアル案では、等級判定における基準に関して旧判定マニュアルとは異なる考え方も提示することになった。本研究の最終年度に当たる来年度は、今年度作成した新しい等級判定マニュアル案を全国の精神保健福祉センターで実際に試用することで、等級判定の考え方の総論的部分、各論的部分、そしてそれらに対応する Q&A に修正を加えて、実用に耐える新しい等級判定マニュアルを完成させる予定である。

研究分担者名	所属機関	職名
太田 順一郎	岡山市こころの健康センター	所長
山崎 正雄	高知県立精神保健福祉センター	所長
黒田 安計	さいたま市保健福祉局保健部	副理事

研究協力者

宮地 伸吾

：北里大学医学部精神科学・助教

益子 茂

：東京都立中部総合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、等級の判定は、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いる。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<sup>1)</sup>。

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しばしば指摘されてきた。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<sup>2)</sup>。

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(初年度)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<sup>3)</sup>。昨年度の調査(以下24年度調査)の結果、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な制度については、各自治体間で差異がみられた。また、等級判定の現状と等級判定方針については、自治体間で運用上の差異の小さい項目と、比較的差異の大きな項目に分かれていた。また、模擬症例による等級シミュレーションの結果にも、かなりのばらつきが認められた。今年度は、これらの結果を基に、精神障害者保健福祉手帳の新等級判定マニュアル原案の策定を行うこととした。

## B．研究方法

新等級判定マニュアル原案の策定に当たっては、3つの班に分かれて策定作業を行ない、それぞれが主に「障害等級判定の考え方」、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定のための参考症例集」、「精神障害者保健福祉手帳Q&A」を分担することとした。

### B-1. 等級判定における判定基準に関する研究

「障害等級の考え方」を主に担当した。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」部分を作成した。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」部分を作成した。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」部分も作成した。

#### B - 2. 等級判定の具体的な運用に関する研究

主に昨年度実施した各自治体における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4章にあたる「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定のための参考症例集」を作成した。また、24年度調査の結果を検討し、各種精神疾患・精神障害ごとにその疾患特性・障害特性に配慮した等級判定の指針を示した。本年度の研究は、3つの分担研究が、お互いに関連が深く、また、相互の内容の整合性も重要であるため、分担研究者、研究協力者が情報交換や意見交換を密にし、お互いの記載内容の整合性に留意しながら参考症例集と疾患・障害ごとの等級判定指針の作成を進めた。

#### B - 3. 手引き・指針に関する研究

「精神障害者保健福祉手帳Q & A」の作成を担当した。24年度調査の結果をもとにして、本年度の研究における他の2つの分担研究「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」の記載内容との整合性に留意しながら、「精神障害者保健福祉手帳Q & A」の作成を進めた。

(倫理面への配慮)

本分担研究においては、基本的に個人情報を取り扱われていない。なお、研究全体については、北里大学医学部倫理委員会に研究申請書を提出し、同委員会の承認を受けて実施している。

## C . 研究結果

#### C - 1. 等級判定における判定基準に関する研究

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」においては、精神障害者保健福祉手帳の目的、概要、対象者、手続、支援策をまとめた。支援策は各自治体によって、さまざまなものが実施されており、特に税制措置については章末に一覧で示した。

新等級判定マニュアルの第2章にあたる「障害等級判定の考え方」には新たな等級判定マニュアルの基本的な判定方針を示したが、そ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。

#### C - 2 . 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の障害等級判定のための参考症例集」を作成し、ICD - 10のカテゴリーごとに、障害等級判定のための基本的な考え方を示し、参考症例の例示と解説を行った。参考症例の解説では、「精神疾患(精神障害)の状態」、「生活能力の状態」を確認し、その結果による障害等級の「判定」を示した。また、判定における「症例の留意事項」を示した。

それぞれの疾患ごとの等級判定に関する基本的な考え方については旧マニュアルとは異なった考え方もいくつか示すことになった。てんかんについては、発作のタイプと発作頻度のみによって等級判定を実施することを明記し、また従来手帳の対象ではないとされていたアルコール依存

症、睡眠障害などの疾患に関しても、疾患名によって対象外とするのではなく、疾患と関連した生活障害の存在が診断書から読み取れるかで判定すべきである、との基本的な考え方を示した。それ以外でも、知的障害を基本的には主病名としては認めないこと、適応障害については通常であれば対象とならないことなどを明記した。摂食障害における「適切な食事摂取」の考え方や、アルコール・薬物依存症における必要な断酒、断薬期間についての基本的な考え方も示した。

#### C - 3 . 手引き・指針に関する研究

前述の方法により作成したQ & Aは、総論、各論併せて19項目となった。以下にその19項目の質問(Q&AのQのみ)を示す。

##### 1 . 総論的事項

Q1 . 今回の班研究試案で、これまでと大きく異なる点はどこですか？

Q2 . 病名は、ICD 10の診断名を使うべきなのですか？ いわゆる従来診断、慣用的診断ではないのですか？

Q3 . 診断書の の欄は、特に記載すべき事項がなければ、空欄でもよいのですか？

Q4 . 精神障害の状態は、服薬中の状態で見るといいのでしょうか、あるいは、服薬を中断した状態で見るといいのでしょうか？

Q5 . 診断書が作成できる医師について要件はありますか？

##### 2 . 各論的事項

Q6 . 身体障害を合併している場合は、等級の判断に身体障害も考慮してよいのでしょうか？

Q7 . 認知症が進行し、いわゆる寝たきりの状態となった場合については、引き続き手帳の対象とすべきでしょうか？

Q8 . 「高次脳機能障害」は、病名として認めてよいですか？

Q9 . 「高次脳機能障害を診てくれている医療機関では、うつ病については書けないと言われた」、「PTSD の治療とうつ病の治療で別の医療機関にかかっている」などの理由で、1人の申請者から

複数の医療機関からの診断書が提出された場合は、どのように考えればよいでしょうか。

Q10．高次脳機能障害の発病時期についてどのように考えたら良いのか、具体的に教えて下さい。

Q11．アルコール依存症は手帳の対象とならないと考えてよいでしょうか？

Q12．アルコール精神病の場合、飲酒を続けている状態の者は対象となるでしょうか？

Q13．発達障害等の乳幼児や児童における日常生活及び社会生活障害の判断はどのようにするとよいでしょうか？

Q14．てんかんの障害等級の判定に当たってはどのように考えればよいのでしょうか？

Q15．特に定期的な外来通院が必要とされない発達障害の場合、手帳の取得は可能ですか？ その場合、医療機関への通院状況について、要件はありますか？

Q16．急性一過性精神病性障害（F23）は手帳の対象になりますか？

Q17．非器質性睡眠障害やナルコレプシーは手帳の対象となりますか？

Q18．性同一性障害は手帳の対象になりますか？

Q19．パーソナリティ障害は手帳の対象となりますか？

以上の19項目に対し、他の2つの分担研究「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」の記載内容との整合性に留意しながら、簡潔な回答を作成した。

## D．考察

今回の新しい等級判定マニュアル案では、旧マニュアルに見られるような、これまでの等級判定における考え方とは異なる等級判定の基準のいくつかを示すことになった。新しい等級判定の考え方の中で中心となっているのは、旧等級判定マニュアルにおいて、「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」とされていたものを、「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」と明記したことである。これにより等級判定の基本的な考え方が整理されたと考えているが、その反対に、等級判定の考え方における「てんかん」の特異性がやや強調されることになった。しかし今回の研究では、「てんかん」の新しい判定基準にまで踏み込むことはしていない。今後の課題といえるであろう。

また、平成23年度からの新しい診断書様式に採用された欄（生活障害の状態について具体的に記載する欄）の重視を打ち出し、診断書の記載内容から、本人の生活障害の状態が具体的に読み取れるような診断書の記載を求めることとした。

それぞれの精神疾患や精神障害による等級判定のありかたに関しても、いくつかの原則的な考え方を示した。病名に関しては、ICD-10に則った診断名を原則としたが、一概に従来診断、慣用的診断を排除するものではないとして、主治医の裁量部分を残すことにした。また、F7（知的障害）を除き、Fコードで表すことのできる疾患は基本的に全て精神障害者保健福祉手帳の対象である、との基本的な考え方を示した。ただし、アルコール依存症、薬物依存症、性同一性障害、非器質性睡眠障害など、本来治療して回復すれば生活障害を残さない可能性の高い疾患においては、「疾患との関連が明らかな生活障害が存在すること」が診断書から読み取ることができることを求める、という原則を示した。

## E．結論

24年度調査の結果を解析し検討することにより、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雛形を作成した。新しい等級判定マニュアル案では、等級判定における基準に関して旧判定マニュアルとは異なる考え方も提示することになった。本研究の最終年度に当

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案を全国の精神保健福祉センターで実際に試用することで、等級判定の考え方の総論的部分、各論的部分、そしてそれらに対応する Q&A に修正を加えて、実用に耐える新しい等級判定マニュアルを完成させる予定である。

#### **F．健康危険情報**

なし。

#### **G．研究発表**

- 1．論文発表  
なし。
- 2．学会発表  
なし。

#### **H．知的財産権の出願・登録状況**

- 1．特許取得  
なし。

- 2．実用新案登録  
なし。
- 3．その他  
なし。

#### **I．参考文献**

- 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 ) 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
- 3 ) 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 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」<sup>1) 2)</sup>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」<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>。

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<sup>5)</sup>。

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<sup>6)</sup>。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)<sup>2)</sup>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応やひきこもりが目立つ。

### (3) 3級

精神障害の状態が、日常生活又は社会生活に制限を受けるか、日常生活又は社会生活に制限を加えることを必要とする程度のものである。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。デイケア等、障害者総合支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援事業や就労継続支援事業等を利用する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じてくることもある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自主的な行動や、社会生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。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当な行動をとってしまうことは少ない。

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

## 5. 診断書の読み取り方

精神障害者保健福祉手帳の申請時に提出される主治医診断書は平成23年4月に改訂された。それまで診断書の書式に関しては、広汎性発達障害などの発達障害や、高次脳機能障害に関する記載をしにくい、これらの障害を想定していない、などの批判があり、このときの改訂はこういった批判に応えるための修正を加えるという意味合いが強かった。平成23年の改訂により、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<sup>7)</sup>、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精神保健課長通知に示された「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」の「3.能力障害の状態の判定について」の中で、下記の表のように示されている。

表4 日常生活能力の程度と障害等級  
(従来のもの)

日常生活能力の程度	障害等級
(1)精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。	非該当
(2)精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。	おおむね3級程度
(3)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。	おおむね2級程度
(4)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。	おおむね1級程度
(5)精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	おおむね1級程度

この表に示された基準は比較的明確であるが、各自治体で実施されている実際の判定業務の中では必ずしもこのように自動的に判定されている訳ではない。「(2)精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける」を3級と、「(5)精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」を1級と判定することが多い一方で、「(3)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする」と「(4)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする」については他の欄の記載内容と併せて検討し、(3)については2級または3級に、(4)については1級または2級に振り分けている実態がある。この実態は24年度調査の「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」の結果にも明らかであった。同調査において模擬症例20例のうち、この欄で「(3)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする」が選択されている症例が8例、「(4)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする」が選択されている症例が9例それぞれ例示されていたが、(3)が選択されていた8例中2例においては3級と判定した回答の方が多数であり、また(4)が選択されていた9例中7例においては2級と判定した回答の方が多く、特に後者において、必ずしも平成7年9月12日の厚生省保健医療局精神保健課長通知に示された規準に従って等級判定が行われているのではないという実態が強く顕れていた。したがって、この表の「(3)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする」および「(4)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする」の障害等級に関しては「概ね2級程度」および「概ね1級程度」という表4の記載を、それぞれ「概ね2級または3級程度」と

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

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<sup>4)</sup>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

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）  
平成 25 年度分担研究報告書

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究  
（研究代表者 宮岡 等）

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」

研究分担者 山崎 正雄 高知県立精神保健福祉センター 所長

研究要旨

【目的】

今年度の研究班の目標は、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」（研究代表者：宮岡等）の研究結果をもとに、精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル原案を策定することにある。今年度、分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」では、等級判定マニュアルに掲載する「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」の作成に取り組む。

【方法】

平成 24 年度の研究における分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務の実態に関する研究」および、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」の結果から抽出された精神障害者保健福祉手帳の等級判定における問題点を考慮して、現行の精神障害者保健福祉手帳用の診断書様式に沿った ICD カテゴリーごとの症例を作成する。さらに、その判定の手順や留意事項を解説に盛り込んだ「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」を作成する。

【結果及び考察】

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

研究協力者

新畑 敬子

：名古屋市精神保健福祉センター・所長

内田 勝久

：静岡県精神保健福祉センター・所長

黒田 安計

：さいたま市保健福祉局保健部 副理事

鈴木 志麻子

：相模原市精神保健福祉センター・所長

原田 豊

：鳥取県立精神保健福祉センター・所長

A. 研究目的

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」（研究代表者：宮岡等）の分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」（分担研究者：山崎正雄）において、精神障害者保健福祉手帳の等級判定に自治体間でのばらつきが認められ、その要因として、等級判定する上で診断書からの情報をどのように捉え解

積するかについて各自治体間に差異があり、各自治体における判定基準に違いがあることが推測されること、等級判定における不一致の解消には、疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の基準・指標の作成が必要であり、診断書作成及び障害等級判定のための新たなマニュアルの整備が必要であると考えられるとの報告がされている。平成23年4月1日に、精神障害者保健福祉手帳の診断書様式が改正されてはいるが、精神障害者保健福祉手帳に関するマニュアルとしては、日本公衆衛生協会から出版されている平成15年1月発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き」(診断書作成・障害等級判定マニュアル)以来出版されておらず、「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正について」(平成23年1月13日障発0113第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)によって改正された現在の手帳制度に沿った診断書作成及び障害等級判定のためのマニュアル作成に向け、精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の具体的な基準作りが必要である。そのために、各種精神障害・精神疾患の参考症例を作成するとともに、その等級判定の手順や留意事項などについて検討し、疾患特性・障害特性を踏まえた「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集(案)」を作成することとした。

## B．研究方法

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

の等級判定のための参考症例集(案)」の作成を進めた。

## (倫理面への配慮)

本分担研究においては、基本的に個人情報取り扱いされていない。なお、研究全体については、北里大学医学部倫理委員会に研究申請書を提出し、同委員会の承認を受けて実施している。

## C．研究結果

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

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

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

## D．考察

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

## E．結論

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

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

#### F．研究発表

- 1．論文発表  
特になし
- 2．学会発表  
特になし

#### G．知的財産権の出願・登録状況

- 1．特許取得  
特になし
- 2．実用新案登録  
特になし
- 3．その他  
特になし

#### 文献

- 1)「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」(平成7年9月12日健医発第1132号厚生省保健医療局長通知)
- 2)「精神障害者保健福祉手帳の判定基準について」(平成7年9月12日健医発第1133号厚生省保健医療局長通知)
- 3)「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」(平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知)
- 4)(財)日本公衆衛生協会、精神障害者保健福祉手帳の手引き(診断書作成・障害等級判定マニュアル)、東京、2003
- 5)白澤英勝、平成16年度-17年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事

業)「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」総合研究報告書、平成18年(2006)3月

- 6)宮岡等、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合支援事業)「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」総括・分担研究報告書、平成25年3月

## F 0 症状性を含む器質性精神障害

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

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

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

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

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

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

## F 1 精神作用物質による精神および行動の障害

平成15年1月の発行の「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)(日本公衆衛生協会)のQ&Aで、「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」と記載され、「離脱症状による精神神経症状があり、そのために長期にわたり日常生活に支障があることが条件である」とされているため、これまで多くの自治体では基本的にそのような取り扱いが行われていたものと思われる。しかしながら、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」(研究代表者:宮岡等)のアンケート調査では、実際には、3割程度の自治体から「依存症という病名自体を手帳の対象と考えている」という回答結果が得られている。一方、アルコールや薬物などの物質依存をはじめ、ギャンブル、買い物、インターネットなどのいわゆるプロセス依存の事例が精神科医療に登場する機会も増えており、また、うつ病などの合併精神障害がある場合の取り扱いについても整理する必要がある。さらに、今回の様式変更に伴い精神作用物質の不使用期間の記載欄が作られたことなどから、不使用期間をどのように取り扱うかについても、方針を定める必要に迫られている。

今回の研究班の試案として、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。これは、通常、断酒によって回復が得られれば特に障害を残さないことが多いはずのアルコール依存症であっても、診断書上の従たる精神障害の診断や、疾病に関連した具体的な生活障害が記載されていて、生活面、就労面での支援が必要な状況が明らかであれば対象となる場合も実際の臨床場面では想定されるからである。

また、この試案では、アルコール依存症に限らず、薬物、ギャンブルなど、より広い範囲の依存症についても、同様の考え方としている。しかしながら、いずれの場合も、クリーンな期間やスリップの状況、就労などの状況等を含め、治療の進捗状況が読み取れるよう、より具体的な記載が求められることになる。

精神作用物質の不使用期間については、6カ月間の不使用期間を一つの目安とし、原則半年間の断酒・断薬ののちに生活能力の状態を中心とした評価を行うこととする。実際の臨床現場では、治療の経過の上で、いわゆるスリップなど一時的な物質使用が勘案される場合もあるため、この点については、欄等に、主治医による具体的な記載を求めることとする。

## F 2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害

統合失調症は、判定の数も多く、比較的議論される場所は少ないが、原則として、判定に当たっては、病歴（治療経過）、症状、日常生活能力、福祉サービスの利用状況等で総合的に判断する。そのため、生活能力の程度については、単にできる・できないではなく、具体的な記載を要するものとする。

実際には、診断書の記載内容が不十分であったり、病歴と生活能力の状態あるいは、生活能力の状態の中で、日常生活能力の判定と日常生活能力の程度との間に乖離がみられたりする場合は時折見られ、判定の際に問題とされている。

尚、手帳の趣旨からして、「通常は2，3か月以内、しばしば数週間か数日以内に完全に回復し、これらの障害に罹患した患者の中で持続的に能力の低下した状態に陥るものはきわめてわずか」とされている「F 2 3 急性一過性精神病性障害」については、原則として手帳の対象としない方針とする。

### F 3 気分（感情）障害

気分障害患者数は増加しており、今後も手帳申請数は増加するものと考えられるが、一方で、比較的軽症のうつ病や、罹病期間の短いうつ病では、今後の障害の程度の判定がより一層難しくなると考えられる。そのため、判定に必要な情報を十分に記載してもらうことが重要となっている。実際の判定では、欠席・休暇などを含めた就学・就労状況や、家事の実施状況など、具体的な記述を求める必要が生じると思われる。

手帳の取得については、厚生労働省の施行規則や通知では、初めて医師の診察を受けた日から6か月を経過した日以降の診断書が必要とされている。この点について、治療中断や通院が不規則になっている場合には、初診年月日の考え方に、自治体間で差異が生じる可能性がある。平成24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」（研究代表者：宮岡等）の分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」のアンケート調査で、「一般的に治療中断期間があっても継続的な通院とみなす場合、どの程度の中断期間までなら手帳対象者とみなすか」という質問に対して、気分障害に関しては、概ね7割のセンターで、「原則として中断期間を設定していない」という回答であった。そのため中断期間については、特に現時点で指針を新たに設定する必要性は少ないと思われるが、今後、気分障害に限らず、他の診断名に関しても、中断期間についての取り扱いに指針が必要とされるかもしれない。

なお、気分変調症については、うつ病エピソードや反復性うつ病性障害に比べて、さらに病状の評価が難しい場合が多く、等級の判定を困難にしている。病状やその変化の詳細な記述が必要とされる他、実際の就労状況（病休、休職、退職、アルバイトの状況）や、就労以外の生活状況（趣味に関する活動など）、入院治療の有無（入院形態を含めて）などの情報も、等級判定上の参考とされる場合もある。

## **F 4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害**

「神経症」病名の取り扱いについて：「神経症」という概念を用いる場合、「神経症」とみなされる障害は、抑うつ神経症<sup>\*</sup>を除くと、ほとんどがF 4 0 - 4 8に含まれると考えられる。したがって、病名についてはICD 10に準ずる方針とし、できるだけICDコードの正確な記載を求める。（\*：抑うつ神経症は、F 3 4 . 1 気分変調症に含まれる。）

F 4 についても、診断書の記載内容が不十分であったり、病歴と生活能力の状態、あるいは、生活能力の状態の中で日常生活能力の判定と日常生活能力の程度との間に乖離がみられたりする場合が散見される。この場合、本人の就学・就労状況や、家事などの実施状況など、より詳細な情報を求める必要がある。特に、小児の判定については、小児の社会適応状況を判断するために、日常生活に関する様々な指標に関する記載を求めざるを得ない。

実際の判定場面で散見される診断上の課題については、以下のようなものがあげられる。

### **F 4 3 重度ストレス反応〔重度ストレスへの反応〕および適応障害**

#### **F 4 3 . 1 外傷後ストレス障害**

例外的に強いトラウマとなる出来事から6ヶ月以内に起きたという証拠がなければ、一般的にはこの診断を下すことはできない。また状態が多年にわたり慢性の経過を示す場合は持続的パーソナリティ変化へ移行することがあり、この場合は「F 6 2 . 0 破局的体験後の持続的パーソナリティ変化」に分類する。

#### **F 4 3 . 2 適応障害**

ICD 10の診断ガイドラインでは、適応障害において症状の持続は「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」の場合を除いて6ヶ月を超えないとなっている。本手帳の診断書は初診から6ヶ月以上経過した時点で作成されるため、適応障害は手帳の対象とはならない。

また「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」は「新規」のみ対象となりえるが、持続は2年を超えないとなっているため「更新」の場合、同じ診断名であった場合は対象とはならない。何らかの刺激により抑うつ的になってしまった場合で、症状が6ヶ月以上続く場合は、「F 3 2 うつ病エピソード」あるいは、「F 3 3 反復性うつ病性障害」を考慮してもいいかもしれない。これはF 3 2、F 3 3には、抑うつ反応、心因性うつ病あるいは反応性うつ病等が含まれているからである。

また精神遅滞等が背景にあり、環境変化に適応できず6ヶ月を超えない期間であるが精神症状が出現し、精神科的治療が必要となる場合が見られる。そして、そのエピソードがたびたび繰り返されるため、適応障害を診断名として手帳の申請がなされる場合がある。この場合においても、問題行動は精神遅滞等の一症状として考えるべきであり、適応障害の診断名を用いない。

## F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

「F 5 0 摂食障害」では、拒食、過食、嘔吐などの「食行動の異常」がみられるが、それをもって日常生活能力の判定における「適切な食事摂取」ができないことと安易に判定してはいけない。日常生活能力の判定における「適切な食事摂取」とは、食事を準備し、摂食の開始から終了までの一連の活動が、自発的な行動によって遂行されることを指す生活能力である。精神疾患（機能障害）の状態としての「食行動の異常」と生活能力の状態としての「適切な食事摂取」の能力障害を混同しないように留意しなければならない。

また、摂食障害は、持続する意図的な体重減少や種々の程度の低栄養状態、二次的な内分泌障害や代謝障害を来し、ときに身体合併症を生じることがある。診断書の記載においては、二次的に生じた身体合併症を等級判定に考慮する場合、摂食障害と関連しない他の身体疾患がもともと存在していないかどうか、他の身体疾患による症状か否かを慎重に判断することが必要である。

また、食行動の異常は、「F 3 気分障害」や、「F 6 パーソナリティ障害」に伴うものなども考えられるため、主たる精神障害については慎重に鑑別して判定すべきである。

「F 5 1 非器質性睡眠障害」は、器質的原因によるものか否かを慎重に診断し、さらに日常生活・社会生活に制限を受けるか、制限を加えることを必要とするかを慎重に判断することが望まれる。また、睡眠障害が他の精神障害の一症状として生じている場合もあり、主たる精神障害が他に存在する場合は、それを主たる精神障害として記載すべきである。

また、ナルコレプシーや睡眠時無呼吸症候群などはGコードに分類される睡眠障害であり、それ単独では精神障害者保健福祉手帳の診断書の対象とする精神障害とは認められないことに留意すべきである。

## F6 パーソナリティ障害

パーソナリティ障害では、根深い、持続する態度や行動パターンにより、広い範囲にわたり、個人的及び社会的状況の適応不全が認められ、手帳の対象とされる。「病名」の記載においては、漠然と、「パーソナリティ障害」と記載するのではなく、おのおの垂型の病名（妄想型パーソナリティ障害、統合失調質パーソナリティ障害など）で示されることが望ましい。なお、脳疾患、脳損傷、脳機能不全の残遺症状あるいは合併障害として生じたパーソナリティ障害は、「器質性パーソナリティ障害」としてF07に分類される。

「発病から現在までの病歴」の「主たる精神障害の初診年月」は、具体的にパーソナリティ障害と診断されていなくても、最終的にパーソナリティ障害と診断されるに特徴や異常行動パターンで医療機関を受診した年月日を記載する。病歴の中には、発病から現在までの個人的および社会状況の適応不全の状況や受診に至る経過、通院状況の記載を確認する。パーソナリティ障害では、多彩な病状、状態像を示すことが少なくない。「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄の記述から、病名を支持する病状、状態像であることを確認する。

## **F 7 知的障害（精神遅滞）**

「F 7 知的障害（精神遅滞）」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。

また、知的障害に合併する精神障害として、「F 4 3 . 2 適応障害」などを記載している診断書があるが、適応障害は通常、症状の持続が6ヵ月を超えない（「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」を除く）とされており、精神障害者保健福祉手帳の対象としては適切ではないので、適切な精神障害の診断名を求めなければならない。

## F 8 - 9 発達障害

(心理的発達の障害 / 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害)

発達障害は、平成 17 年 4 月に施行された『発達障害者支援法』において、「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」と定義されている。これらの発達障害は、ICD-10 においては、「F 8：心理的発達の障害」および「F 9：小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に含まれる。

「病名」の記載は、漠然と「発達障害」と記載するのではなく、「自閉症」「アスペルガー症候群」「広汎性発達障害」「多動性障害」「学習障害」などの病名を記載する。

また、発達障害の特性やそれに伴って出現した症状や疾病が、治療の中心となっていたり、生活のしづらさの主たるものとなっていたりする場合には、「(1) 主たる精神障害」に、関連する発達障害の病名を記載し、「(2) 従たる精神障害」の方に出現した症状や疾病を記載する。一方で、もともと発達障害を有していたとしても、「統合失調症」「摂食障害」などのように、治療の中心がこれらの精神疾患となっている場合は、発達障害の病名を、「(2) 従たる精神障害」の方に記載することもある。

「初診年月日」の「主たる精神障害の初診年月日」には、発達障害にて、最初に医療機関を受診した年月日を記載する。しかし、発達障害は、その特性によってさまざまな不適応を示すことがあり、当初は、2次的に出現した不安や抑うつ・不眠などの症状から、「不安障害」など、発達障害と異なった病名がつけられていることがある。この場合、これらの病名が、発達障害による2次的なものとして捉えるなら、異なった病名であったとしても、これらの症状で初診した年月日を記載することができるが、その経過については、「発病から現在までの病歴」の中に記載する。また、発達障害の中には、初診時は、「学習障害」や「多動性障害」の病名がつけられていたとしても、経過をみていく中で、病名が「広汎性発達障害」などに変更される場合がある。この場合にも、初診年月日は、最初に何らかの発達障害の診断名がつけられた年月日を記載する。

「発病から現在までの病歴」の「推定発病年月」の欄には、「主たる精神障害」に発達障害の病名を記載した時は、生年月日を推定発病年月とする。経過の中では、単に受診歴だけではなく、小児期などで見られた発達障害の症状なども分かる範囲で記載する。

「現在の病状、状態像等」の欄では、該当する病状にチェックするが、特に「(10) 知能・記憶・学習・注意の障害」および「(11) 広汎性発達障害関連症状」の該当項目は、漏れのないように記載する。

「病状」の欄には、単に検査所見だけを記載するのではなく、具体的に、症状や特性などについて記載する。

なお、児童の場合は、「生活能力の状態」には、年齢相応の能力と比較の上で判断する。「現在の障害福祉等のサービスの利用状況」も、できる限り具体的に記載する。

## G 4 0 てんかん

てんかんとは、「てんかん発作」を主徴とした神経疾患であり、ICD - 10においてはGコードに分類される。いわゆる「てんかん性精神障害」に該当するものは、ICD - 10においては、F 0 6「脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害」、F 0 7「脳疾患、脳損傷および脳機能不全による人格および行動の障害」等、Fコードに分類される。

「G 4 0 てんかん」の障害等級判定においては、「てんかん発作のタイプと頻度」による判定を行う。その判定基準は(表1)のとおりである。

いわゆる「てんかん性精神障害」が主たる病像(F 0 6, F 0 7等)である場合には、主たる精神障害としてはFコードにおける診断名を記載すべきであり、F 0の判定基準に基づいて判定する。

ちなみに、外傷性てんかんはICD - 10では、T 9 0 . 5に分類されているが、手帳の判定においてはG 4 0として取り扱って差し支えないものとする。

(表1)

等級	てんかん発作のタイプと頻度
1 級程度	ハ、二の発作が月に1回以上ある場合
2 級程度	イ、口の発作が月に1回以上ある場合 ハ、二の発作が年に2回以上ある場合
3 級程度	イ、口の発作が月に1回未満の場合 ハ、二の発作が年に2回未満の場合

### 「てんかん発作のタイプ」

- イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

なお、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。

また、本人自身の責任による不規則な、あるいは服薬中断による発作の状況について記載がされている場合には、主治医に返戻し、長期間の規則的な服薬下において期待される発作状況について記載を求める必要がある。

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に関わる手引き・指針に関する研究

研究分担者 黒田 安計 さいたま市保健福祉局保健部 副理事

研究要旨

【目的】

研究班全体の今年度の目標は、昨年度（平成 24 年度）の研究結果を基にして、精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル原案を策定することにある。

この分担研究では、等級判定マニュアル原案のうち、「精神障害者保健福祉手帳 Q & A」の原案策定に取り組んだ。

【方法】

昨年度当研究班の他の分担研究で実施された研究、すなわち、「等級判定業務の実態に関する研究」あるいは、「等級判定における不一致に関する研究」の結果から、新たに使用され始めた手帳診断書様式において等級判定業務上問題となる点を中心に、他の分担研究者、研究協力者と協議を繰り返しながら、研究班全体としての意見を反映させた Q & A（案）を作成した。

【結果及び考察】

今後の手帳判定業務の効率化や問題点の改善につながるように、昨年度の研究結果で必ずしも自治体間で標準化されていないと考えられた項目についても、研究班の案として、Q & A（案）の形で一定の方向性を示した。今後は、新たなマニュアル（案）並びに Q & A（案）を基に、実際にいくつかの自治体で精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施し、その上で従来の等級判定との違い、使用上の問題点など修正が必要な点などを抽出し、最終的にその結果を検討したのち、今後の実際の診断書の記載や、手帳判定業務に使用できる Q & A を完成させる予定である。

研究協力者

新畑 敬子

：名古屋市精神保健福祉センター・所長

内田 勝久

：静岡県精神保健福祉センター・所長

手帳の等級判定マニュアル原案の策定を行った。この分担研究では、等級判定マニュアル原案のうち、「精神障害者保健福祉手帳 Q & A」の策定に取り組んだ。

B．研究方法

A．研究目的

昨年度（初年度）の研究の結果、精神障害者保健福祉手帳によって利用可能な制度については、各自治体間で差異がみられた。また、等級判定の現状と等級判定方針については、自治体間で運用上の差異の小さい項目と、比較的差異の大きな項目に分かれていた。また、模擬症例による等級シミュレーションの結果にも、かなりのばらつきが認められた。今年度は、これらの結果を基に、班全体で精神障害者保健福祉

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

Q & A (案)」の作成を進めた。

(倫理面への配慮)

本分担研究においては、基本的に個人情報を取り扱われていない。なお、研究全体については、北里大学医学部倫理委員会に研究申請書を提出し、同委員会の承認を受けて実施している。

## C. 研究結果

上述の方法により作成したQ & A (案)について以下に示す。なお、財団法人 日本公衆衛生協会「精神障害者保健福祉手帳の手引き」で示されているものについては、文体に合わせる形で語尾を変えて、引用【1】として掲載した。

### 1. 総論

Q1. 今回の班研究試案で、これまでと大きく異なる点はどこですか？

A. これまでは、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が行われていましたが、今回の「研究班試案」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。この点が、これまでの指針との最も大きな違いとなっています。

Q2. 病名は、ICD 10の診断名を使うべきなのですか？ いわゆる従来診断、慣用的診断ではないのですか？

A. 全国の精神保健福祉センターの調査では、約半数のセンターが「ICD-10に則った病名を求める」としており、残りの約半数は「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」としています。実際に、慣用的病名が記載されている時には「返戻・照会する」というセンターも半数に上り、事務処理の効率化のことも考慮しますと、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、病名については原則としてICD-10に則った病名の記載をお願いしたいと思います。なお、その際ICDコードにつきましては、Fを含み3桁以上のコード記載をお願いいたします。

Q3. 診断書の欄は、特に記載すべき事項がなければ、空欄でもよいのですか？

A. 自治体によっては、この欄を備考欄として扱い、特に記載すべき事項がなければ、空欄でもよいとされているようです。今回の研究班試案では、この欄に、生活障害の具体的、個別的な記載を求めることとし、診断書における重要な項目と位置付けたいと考えています。

具体的には、買い物、食事、入浴、洗濯、掃除、金銭管理などの基本的な生活が一人で送ることができるのかどうか、学齢期であれば、学校への登校状況(保健室登校、特別支援教室の利用なども含む)、成人であれば、就労状況(病欠、休職などの勤務状況、福祉的就労か否か、いわゆる正規雇用か否かなど)などの記載、また、育児を行う立場であれば、育児の状況などの情報を積極的に記載していただくようお願いいたします(別紙1「乳幼児・児童の生活能力の状態を記載するためのチェックポイント」もご参照下さい)。

Q4. 精神障害の状態は、服薬中の状態で見ればよいのでしょうか、あるいは、服薬を中断した状態で見ればよいのでしょうか？

A. 精神障害の状態の判断は、基本的に服薬等治療を受けている状態で行うこととされています。【1】

また、今回の研究班試案では、「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。」とし、さらに、「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。

なお、例えばてんかんでは、治療によって発作がコントロールされるようになり、他の精神障害の合併がない場合は、非該当と判定される場合もありますのでご留意ください。一方、てんかん発作が全く抑制されている場合でも、精神症状があり、それが生活能力の状態に影響しているときには、該当する等級に判定されることとなります(その場合、Fコードによる診断名が求められます。)

Q5. 診断書が作成できる医師について要件はありますか？

A. 精神障害者保健福祉手帳の作成については、精神科専門医、精神保健指定医などの専門性の高い医師に原則記載をお願いいたします。精神科以外を専門とする医師であっても、当該精神科疾患および精神障害に関する十分な知識と経験を有する医師に記載していただきますようお願いいたします。

## 2. 各論的事項

Q6. 身体障害を合併している場合は、等級の判断に身体障害も考慮してよいのでしょうか？

A. 身体障害の合併がある場合においても、精神疾患による障害の状態を判断することが基本で、身体障害によって生じていると考えられる日常生活又は社会生活上の支障については、等級の判断に加味しないことが原則となっています。【1】

Q7. 認知症が進行し、いわゆる寝たきりの状態となった場合については、引き続き手帳の対象とすべきでしょうか？

A. 認知症の経過の中で寝たきりとなった場合、実際には精神症状と身体症状を区別することが難しいことは多いと考えられます。しかしなが

ら、Q6 に記したように、身体障害によって生じていると考えられる日常生活又は社会生活上の支障については、等級の判断に加味しないという原則は同じであると考えられます。等級判定上重要ですので、特に、感染症、骨折等の身体合併症の影響については、これを精神症状の進行と可能な限り区別して記載するようにお願いいたします。

Q8. 「高次脳機能障害」は、病名として認めてよいですか？

A. 診断書式の変更に伴って、「高次脳機能障害」の病名が周知されてきており、また、臨床の現場でも「高次脳機能障害」という診断名が使用されている現状もあり、本研究班試案では、「高次脳機能障害」という病名が記載されている診断書について、診断名の変更までは求めないこととしています。

なお、Q2 で記したように、診断名については、ICD-10 の記載を求めることにご協力いただきたいと考えております。いわゆる「高次脳機能障害」は、厳密には ICD-10 の病名ではなく、精神科領域では従来、F04 (器質性健忘症候群、アルコール及び他の精神作用物質によらないもの)、F06 (脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害)、F07 (脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害)などとされていたものです。

Q9. 「高次脳機能障害を診てくれている医療機関では、うつ病については書けないと言われた」、「PTSD の治療とうつ病の治療で別の医療機関にかかっている」などの理由で、1人の申請者から複数の医療機関からの診断書が提出された場合は、どのように考えればよいのでしょうか。

A. 診断書の作成については、原則 1 か所の医療機関で作成をお願いするものですが、高度の専門的治療等のため止むを得ない場合は、複数機関からの診断書を総合的に判断することとなります。ただし、複数機関からの診断書で等

級が加算的に判断されるわけではなく、あくまで複数の診断書を元に総合的な判断となります。

Q10．高次脳機能障害の発病時期についてどのように考えたら良いのか、具体的に教えて下さい。

A．一般に、高次脳機能障害では、受傷直後は、昏睡、傾眠、せん妄などの特異的でない主に意識障害の状態となり、それがあつた時期からその人特有の認知障害や気分障害、実行機能障害が目立ってくるといったように、交通事故などによる頭部外傷、脳挫傷などの発症と、原因疾患に基づく精神障害が確認される時期には一定の時間経過が想定されます。そのため、高次脳機能障害の発病時期としては、精神障害が確認された時期を発病時期と考えることが妥当と思われる。このような意味での発病時期の特定が困難な場合もありますが、ケースによっては「初診日から6か月以上が経過した時点の診断書」であることを確認するために必要な情報となります。したがって、交通事故などの受傷時期を高次脳機能障害の発病時期としている診断書に関して、受傷時期と発病時期が異なっていることが疑われた場合には、確認のために返戻や照会の対象とすることもあります。

Q11．アルコール依存症は手帳の対象とならないと考えてよいのでしょうか？

A．従来から、アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とならないとされ、離脱症状等により精神神経症状があり、そのために長期にわたり日常生活に支障があることが条件とされてきました。今回の研究班試案では、アルコール依存症の診断名で継続した治療がなされており、通常、断酒によって回復が得られれば特に障害を残さないことが多いと思われるアルコール依存症であっても、従たる精神障害の診断や、疾病に関連した具体的な生活障害が記載されていて、生活面、就労面での支援が必要な

状況が明らかであれば、概ね6か月間の断酒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主病名に対して、手帳の対象とするものと考えています。

また、この試案では、アルコール依存症に限らず、薬物、ギャンブルなど、より広い範囲の依存症についても、同様の考え方としています。すなわち、本来依存症による症状に関しては、回復が得られれば特に障害を残さないことが多いと推定されますが、従たる精神障害の診断や、疾病に関連した具体的な生活障害が記載されていて、生活面、就労面での支援が必要な状況が明らかであれば、その治療状況によっては、手帳の交付を完全に閉ざすものではないこととなります。しかしながら、いずれの場合も、いわゆるクリーンな期間やいわゆるスリップの状況、就労などの状況等を含め、治療の進捗状況が読み取れるよう、より具体的な記載が求められることとなります（「生活能力の具体的程度、状態等」への記載が重要となります）。

Q12．アルコール精神病の場合、飲酒を続けている状態の者は対象となるのでしょうか？

A．従来から、「アルコール精神病で飲酒を続けている状態のものは、手帳の対象とはしない。また、他の精神疾患と同様、治療中断の者も対象とはならない」とされています。今回の手帳様式の変更によって、アルコール等の不使用期間を記載することになりましたが、概ね6か月間の不使用期間が手帳取得の基本的な条件に相当すると考えています。

なお、飲酒に伴う酩酊によって直接的に惹起される生活上の問題は等級判定においては加味しないこととなりますので、診断書に記載されている現在あるいは過去の症状が、酩酊の直接的な影響かどうか明らかにならないときには、返戻・紹介をもって確認するか、場合によっては非該当ということとなります。

Q13. 発達障害等の乳幼児や児童における日常生活及び社会生活障害の判断はどのようにするとよいのでしょうか？

A 乳幼児や児童の場合には、診断書の「生活能力の状態」欄の記載からだけでは、現在の生活障害の程度を判断することは容易ではありません。このような場合の等級判定に当たっては、同年齢の他の一般的な乳幼児や児童の生活能力の状態と比較して、生活障害の程度を判断することになります。生活障害の原因となっている疾患の症状や、どのような点にどの程度の生活障害があると考えられるかについて、**や**の欄に具体的な記載を求めることが必要になります。

なお、別紙に、研究班で検討した「乳幼児・児童の生活能力の状態を記載するためのチェックポイント」(別紙 1)を載せましたので、ご参照ください。

Q14. てんかんの障害等級の判定に当たってはどのように考えればよいのでしょうか？

A. てんかんの障害等級の判定に当たっては、発作症状と発作間欠期の精神神経症状のそれぞれについて考慮することになります。発作症状については、従来の等級判定基準を踏襲し、「発作のタイプや頻度、最終発作時期」で等級判定を行うこととします(「てんかん G40」が主たる精神障害の場合)。「発作間欠期の精神神経症状・能力障害」については、器質性の精神障害(F06やF07等が主たる精神障害の場合)として、そのための生活能力障害の状況を基に等級判定が行われることになります。診断書の記載については、てんかん発作(G40)についての診断書なのか、てんかん性精神障害(F06やF07等)に関する診断書なのかが主病名によって明確に記載されることが望まれます。

なお、従来は、一律に、「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、てんかんの障害は高度と

みなされる」とされていましたが、今回の研究班試案では、てんかん発作とてんかん発作間欠期の精神神経症状を、生活能力の状態という視点で一元的に考えることは困難であるため、どちらか重い方の障害を中心に判断することとしています。

なお、てんかんの発作症状及び精神神経症状の程度の認定は、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します(Q4もご参照ください)。【1】

Q15. 特に定期的な外来通院が必要とされない発達障害の場合、手帳の取得は可能ですか？ その場合、医療機関への通院状況について、要件はありますか？

A. 特に定期的な通院治療が必要とされない場合でも、精神障害者保健福祉手帳の対象となります。現状では、診断書作成のために、精神障害に係る初診日、並びに初診日から6か月を経過した日以後における診断書が必要になるため、医療機関を何度か受診することが必要です。医療機関の通院頻度や、通院中断期間については、特に要件はありませんが、診断書作成のためには、生活能力の状態を中心に詳細な情報収集が必要になるため、診断書作成に必要な情報収集が課題になると考えられます。

Q16. 急性一過性精神病性障害(F23)は手帳の対象になりますか？

A. ICD-10では、急性一過性精神病性障害については、「通常は2、3か月以内、しばしば数週間か数日以内に完全に回復し、これらの障害に罹患した患者の中で持続的に能力の低下した状態に陥るものはきわめてわずか」とされています。このため、急性一過性精神病性障害については、原則として手帳の対象にならないものと考えられます。

Q17. 非器質性睡眠障害やナルコレプシーは手帳の対象になりますか？

A．今回の班研究試案では、非器質性睡眠障害については、一律に対象としないとはしていません。しかしながら、通常は、精神障害者保健福祉手帳の対象となるような生活上の障害は、非器質性睡眠障害では想定し難いと思われるため、実際の生活障害が整合性を持って診断書に示されている場合に限り、等級判定の対象となります。この場合、日常生活・社会生活に制限を受けているかどうかについては慎重に判断されることとなります（「生活能力の具体的程度、状態等」への記載が重要となります）。

なお、睡眠障害が他の精神障害の一症状として生じている場合は、それを主たる精神障害として記載すべきとしています。

一方で、ナルコレプシーや睡眠時無呼吸症候群などはGコードに分類される睡眠障害であり、精神障害者保健福祉手帳の対象となる精神障害とは認められないとしています。

**Q18．性同一性障害は手帳の対象になりますか？**

A．性同一性障害についても、疾病に関連した具体的な生活障害が記載されていて、生活面、就労面での支援が必要な状況が明らかであれば手帳の対象になると考えられます。ただし、合併精神障害の有無を含め、性同一性障害によって生活障害が発生する状況について 欄、欄に具体的で詳しい記載が求められることとなります。

**Q19．パーソナリティ障害は手帳の対象となりますか。**

A．今回の研究班試案では、「生活能力の状態」を基に、等級判定を行うこととされています。そのため、時にパーソナリティ障害の方にみられるような、自傷行為や過量服薬などの一時的な激しい症状に関する記載だけでは、等級判定を行うことが困難となります。したがって、パーソナリティ障害の診断で手帳の申請がされる場合には、パーソナリティ障害に認められる

様々な症状によってご本人に生活上の困難が生じ、しかも、そのことが慢性的にご本人の生活能力の状態に影響を与えていることについて、就労状況、対人交流の状況、日常生活状況などを含めた記載が求められることとなります。

**D．考察**

本研究班で検討されている、精神障害者保健福祉手帳の新たな等級判定マニュアルでは、その雛形の段階ではあるが、いくつかの新たな判定方針が示されている。Q & Aについては、これらの新たな方針に沿った内容で、また、この方針を説明する目的も加味し、特長的な項目を中心に作成を行った。

Q & Aについては、まだ、触れるべき項目は多いと考えられるが、網羅することにはある程度限界もあるため、今後、様々な意見を取り入れながら、項目の追加や内容の推敲を行い、利用者により分かり易く、使いやすいものを目指していきたいと考えている。

**E．結論**

今後の手帳判定業務の効率化や問題点の改善につながるように、研究班の試案として、Q & A（案）を作成した。今後は、新たなマニュアル（案）並びにQ & A（案）を基に、実際にいくつかの自治体で精神障害者保健福祉手帳の等級判定を実施し、その上で従来の等級判定との違いおよび使用上の問題点、修正が必要な点などを抽出し、最終的にその結果を基に、今後の実際の診断書の記載や手帳判定業務に使用できるQ & Aを完成させる予定である。

**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

なお、マニュアル(案)として利用するための参考として、昨年度報告書と同様の資料を別添資料としてある。

## 文献

- 1)「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」(健医発第 1132 号、平成 7 年 9 月 12 日付厚生省保健医療局長通知)
- 2)平成 7 年局長通知「精神障害者保健福祉手帳判定基準」「精神障害者保健福祉手帳判定基準の説明」「障害等級の基本的なとらえ方」
- 3)平成 7 年局長通知「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」
- 4)日本公衆衛生協会編「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)」

## 別紙 1 乳幼児・児童の生活能力の状態を記載するためのチェックポイント

### 別添資料

1 .「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 号厚生労働社会・援護局障害保健福祉部長通知)

2 .「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準についての一部改正について」(平成 23 年 3 月 3 日 障発 0303 第 1 号 各都道府県知事指定都市市長宛 障害保健福祉部長通知)

3 .「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項についての一部改正について」(平成 23 年 3 月 3 日 障精発 0303 第 1 号 各都道府県知事指定都市市長宛 精神・障害保健課長通知)

4 .「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の一部改正について」(平成 23 年 3 月 3 日 障精発 0303 第 2 号 各都道府県知事指定都市市長宛 精神・障害保健課長通知)

(別紙1)

## 乳幼児・児童の生活能力の状態を記載するためのチェックポイント

### 未就学児の場合

基本は「同年齢の児と比較して、どの程度日常生活に支障があるのか」で判断する。

- ・ 食事：異食の有無やその程度、食事介助の必要性
- ・ 排泄：処理の自立の程度
- ・ 着替え、入浴、洗面：声かけや見守りで可能か
- ・ 危険回避：監視の必要性やその程度
- ・ 遊び：同年代の子どもと役割遊びや簡単なやり取りができるか  
ひとり遊びが多いのか
- ・ 社会性：順番の意味が分かるか  
自分と他人のものが区別できるか
- ・ 情動面：落ち着きがない(制止の可否 興味の対象の変わりやすさ 目的の明確さ)  
マイペースさ(他者や他者の行動への関心 他者の働きかけに対する反応)  
かんしゃく  
特定の物や手順、やり方に関するこだわり

### 就学児の場合

基本は「同年齢の児と比較して、どの程度支障があるのか」で判断するが、家庭生活だけでなく、学校での様子も重要となる。

- ・ 基本的な生活習慣の獲得の程度  
(食事、排泄、着替え、入浴、洗面)
- ・ 家庭生活における援助の程度
- ・ 危険回避：監視の必要性やその程度
- ・ 学校生活
  - ・ 特別支援学級か普通学級か
  - ・ 登下校時の付き添いの要否
  - ・ 授業中の付き添いの要否
  - ・ 授業中席に座ってられるか
  - ・ 教師の指示に従えるか
  - ・ 休憩時間の様子はどうか
  - ・ 交友関係(友達はあるか、友達と遊べるか)
  - ・ 周囲とのトラブルはないか
  - ・ 一緒に給食が食べられるか

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	なし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	なし				