

調 査 研 究

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
平成 17 年度総括研究報告書

精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究

主任研究者 白沢 英勝（宮城県精神保健福祉センター所長）

分担研究者 青木 眞策（島根県立心と体の相談センター所長）

築島 健（札幌市精神保健福祉センター所長）

数川 悟（富山県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）

研究協力者 有海 清彦（山形県精神保健福祉センター所長）

北端 裕司（和歌山県精神保健福祉センター所長）

黒田 安計（さいたま市こころの健康センター所長）

中島 央（熊本県精神保健福祉センター所長）

山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター所長）

濱野 強（新潟医療福祉大学）

研究要旨：平成 16 年度の研究を踏まえ従来の判定に関わる「指針」の検討及び「情報のリスト案」（診断書案）を作成し、手帳判定に関する全国標準化するための基礎資料を得ることを目的にした。**研究方法：**これまでの判定に関わる「通知」の精査を行うとともに、全国 8 ヶ所のセンターの平成 17 年 11 月の等級判定結果を無作為に抽出し、一元的尺度を用いて比較検討し、また、従来の診断書の検討を通して「盛り込むべき情報のリスト案」を新たな「診断書（案）」としてまとめ、模擬事例を通して従来の診断書との比較検討を行った。**結果と考察：**これまでの判定に関わる「指針」は、必ずしも明確化されておらず、判定の実務上の困難に対応しがたい問題を有していた。全国 8 ヶ所のセンターで平成 17 年 11 月に審査判定された事例の判定等級結果と「日常生活能力の判定」を一元尺度化した評価表からの得点との相関を解析した結果、判定ロジックに差異があることが明らかとなった。これを最小化するためには、「得点」を用いての評価方法の検討が必要である。診断書に盛り込まれるべき情報のリスト（案）について、新たに「研究班版手帳診断書（案）」としてまとめた。診断書記載に関してはより詳細な記述に、病状の推移に関しては、障害の変動性・周期性の有無、治療や社会資源の利用状況、支援による効果と予後及び過去 2 年間の重症度の評価を記載することとした。また、能力障害の状態については国際生活機能分類（ICF）に準拠して障害程度を判断することとした。この診断書（案）に基づき模擬事例を作成し検討を加えたところ、記載不足によるあやふやさが改善されていること、日常生活能力を適切に記載することで公平・公正な審査判定が可能となることが示唆された。

結論：手帳等級判定における「差異」を最小にするためには客観的な評価を行う必要があり、従来の判定に関わる「指針」等を見直し、診断書に盛り込まれるべき情報を整理し、日常生活能力に関しては国際生活機能分類（ICF）に準拠したものに、かつ、評価については一次元尺度化した評価方法に改め、客観的な評価を可能にすることが必要である。

A. はじめに

精神障害者保健福祉手帳は、障害年金受給者からの申請を除き、医師の診断書が添付された申請書を各都道府県・政令指定都市の審査判定機関で審査し、等級判定が行われる。その際、各審査判定機関は国の通知である「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」、「精神障害者保健福祉手帳の判定基準について」、「障害等級の基本的とらえ方」、「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」等及び財団法人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）」を参考に審査判定を行ってきた。しかし、各審査判定機関では病状や日常生活能力の状態を踏まえ

「総合的に判定」を行うことから、かねてより各審査判定機関の審査判定に「差異」があるのではないかといわれてきた。平成11年の精神保健福祉法の改正により、これら審査判定の実務が精神保健福祉センター業務になったことから、全国センター長会総会等の場においても度々取り上げられ、その現状等が議論されるとともに、全国的な審査判定に関する調査を行う必要性が指摘され、厚生労働科学研究費補助金を受けて、平成16年度から17年度の2年間にわたる「精神障害者保健福祉手帳のあり方に関する研究」を行うこととなった。

平成16年の研究は「法第45条判定事務

に関わる全国アンケート調査」及び「模擬症例の判定に関わる調査」を主要な柱として全国的な調査研究を行った。その結果、手帳判定結果を地域別、審査判定機関別に比較したところ大きな開きが認められ、また、判定保留及び判定困難事例は全ての審査判定機関が経験しており、アルコール依存症、人格障害、てんかん、精神遅滞、乳幼児の精神障害、神経症圏精神障害、高次脳機能障害、広汎性発達障害、痴呆及び身体合併症を有する精神障害の取り扱いにはいずれの審査判定機関も苦慮していた。これらの研究によって、精神障害者保健福祉手帳の現況は、地域間及び各審査判定機関間で等級判定結果に無視し得ない差異があり、手帳制度の根幹に関わる深刻な状況にあることが明らかとなった。この差異を生じる要因を分析したところ、①診断書作成に関わる医師の疾病や障害に対する考え方、病歴や現在症の記載の仕方、とりわけ疾病の重症度のとらえ方が一致していないこと、②診断書に記載されるべき情報内容に関して、診断書様式が成人を対象にしており、かつ、統合失調症をモデルにしていることから、盛り込まれるべき情報が包括的であり、必ずしも十分ではないこと、③審査判定に関わる委員の判定基準が不明確であり、特に、疾病の重症度や障害の程度に関する判定基準が異なることが示唆された。

平成17年度研究は平成16年度の結果を

踏まえ、診断書作成に関わる医師に対する標準化された手引き、診断書に盛り込まれるべき情報の再検討、診断書様式の見直し、審査判定に際しての判定基準の明確化を課題に、以下の研究を行うこととなった。

B. 研究目的

平成16年度の研究から手帳等級判定において審査判定機関間に無視し得ない「差異」があることから、この差異を生じさせる要因を分析した中から判定に関わる「指針」や診断書に盛り込まれるべき「情報のリスト(案)」を「新たな診断書(案)」として作成し、精神障害者保健福祉手帳の診断を全国標準化するための基礎的な資料を得ることにある。

C. 研究方法

これまでの判定に関わる国の「通知」の精査を行うとともに、全国8ヶ所の精神保健福祉センターの協力を得て、平成17年11月に行った等級判定結果を無作為に1判定機関当たり30例から50例を抽出し、日常生活能力の程度の評価について独自に開発した「一元的評価尺度」を用いて比較検討した。また、従来の診断書を検討するとともに、「盛り込むべき情報のリスト(案)」を作成し、全国精神保健福祉センター長会メーリングリストを活用して全国の精神保健福祉センター長に意見を求め、それを踏まえて新たな診断書(案)を「研究班版手帳診断書(案)」及び「記入に当たっての留意事項」としてまとめた。更に、研究班版診断書案について模擬事例を作成し、現行診断書との比較検討を行った。

D. 結果

1)手帳判定に関わる国の通知等の検討について

昨年度の研究によれば、手帳審査判定において独自の審査判定の細則を採用している審査判定機関は極めて少なく、実際上は国による以下の通知を明示的基準としていた。即ち、「障害等級判定基準(平成7年9月12日健医発第1,133号)」、「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)」、「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)」である。

特に、「障害等級の基本的とらえ方(以下、「とらえ方」と略す)」は、平成18年4月1日からの障害者自立支援法の施行にともない、障害程度区分認定申請にあたって添付される医師意見書の記載項目にも準用されており、今後とも精神障害者の障害程度を目安として用いられることが考えられる。しかし、これをよりどころとして行う手帳の審査判定においても、等級判定においての「差異」を生じさせる要因となっていることから、各審査判定機関の「差異」を最小化する意味でも「とらえ方」の検討は欠かせないと考えた。

①「とらえ方」と「施行令第6条の等級定義」について

「とらえ方」と「施行令第6条の等級定義」との関係を見ると、施行令第6条第3項の等級定義ははなはだ抽象的であり、それを補完する上で、即ち、一定程度の明解さをもって換言するところに大きな意味を有している。しかし、なお明確化が不十分であるところもみられ、記載者たる主治医

の誤解を招きかねない部分も少なくなく、必ずしも審査判定の実務上の困難に應えるものとはなっていない。また、施行令第6条の定義は基本的には国際障害分類

(ICIDH) 1980 の能力障害 **disabilities** に依拠したもので、障害の程度の定義としては国際生活機能分類 (ICF) 2001 をはじめとする最近の研究成果と照らした場合、決して今日的なものとはいえないことも事実である。例えば、2級と3級の各級において「(精神障害の状態が)日常生活(又は社会生活に)(著しい)制限を加えることを必要とする程度のもの」との表現は、身体障害、とりわけ内部障害において医学的見地からみたものとしては妥当性を有しているかも知れないが、こと精神障害においては精神障害者の人権保障や社会参加の促進との観点からすれば定義としての表現の適切さについては議論の余地を残している。

②「とらえ方」全体を通じた問題について

障害等級の審査判定においては、障害各級の基本的な範囲と程度を明示的(ポジティブ)に特定する必要がある。しかし、「とらえ方に」においては例外でない「原則としての基本的基準」の例示に極めて乏しく、そのため障害の基準が特定しがたい表現となっている。特に、文書全体を通じて「著しい」、「大きく」、「些細な」等の副詞の意味するところが明確に定義されておらず、結果として診断書を記載する主治医や審査判定に関わる判定者の言語的感覚に委ねざるを得ず、審査判定の妥当性が揺らぎかねない結果をもたらす危険性を有しているといえよう。

更に「とらえ方」は統合失調症を標準的

な精神障害者のモデルとして、統合失調症にみられる一般的な病状をその重症度に沿って階層的に並べた表現によって構成されているが、それ以外の疾患群、例えば神経症性障害等において必ずしも当てはまらないものが多々みられることも事実である。精神障害者保健福祉手帳は極めて幅広い疾患群を対象にしている以上、疾患群毎の判定のアンカーポイントを示すことや、生活能力や社会能力のスペクトラムの各々について指標を用いる等の検討を行い、客観的かつ適切に評価することが必要といえよう。

2)客観的・普遍的な等級判定の可能性について

客観的・普遍的な等級判定の可能性を探るため全国8ヶ所の精神保健福祉センターの協力を得て、平成17年11月に判定を行った事例の内、「主たる精神障害」もしくは「従たる精神障害」がてんかんであるものを除き、無作為に抽出した30~50事例に關しての調査を行った結果は以下の通りである。

① 判定事例の背景について

対象者はF2(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害)が過半数を占めていた。平均年齢は50才前後であった。

② 判定等級と「日常生活能力の判定」との関係について

「日常生活能力の判定」の8項目を一元尺度化した。「自発的にできる」もしくは「適切にできる」を0点、「自発的にできるが援助が必要」もしくは「概ねできるが援助が必要」を1点、「援助があればできる」を2点、「できない」を3点とし、8項目の合計点を算出し、「日常生活能力の判定得点」(以下、得点)とした。

その結果、判定等級と本「得点」間には関連がみられ、本「得点」の有用性が示唆された。1ヶ所を除き、1級と2級は「得点」が比較的明確に分離された。2級と3級に関しては、比較的明確に分離されるものの、一部重なりがみられるものに分かれた。これは等級判定に際し、「日常生活能力の判定」以外の指標が加味されていることが示唆された。

③ 判定等級と「日常生活能力の程度」との関係について

判定等級と「日常生活能力の程度」から導きだされる等級の一致率をみると、一致率は各審査判定機関間で著しい差異がみられた。前項の結果と照らし合わせると、等級判定の際、2ヶ所の判定機関は「日常生活能力の判定」を極めて重視しており、4ヶ所は「日常生活能力の判定」を重視しつつも、「日常生活能力の程度」も考慮しており、1ヶ所はその中間であった。また、1ヶ所は「日常生活能力の程度」を極めて重視していた。

④ 判定に加味されるその他の情報
判定に加味される情報としては「精神疾患（機能障害）の状態」、「前回の等級」などが指摘された。

⑤ 「日常生活能力の判定」を一次元尺度化することの意義について

「日常生活能力の判定」を一次元尺度化し、「得点」とすることで、各審査判定機関間の等級判定ロジックの差異を具体的に明らかにすることが可能となった。今後、「得点」の信頼性・妥当性・一次元性を再確認し、それに改良を加えれば等級判定における客観性・普遍性がある程度担保されると思われる。

3)手帳診断書に盛り込まれるべき情報と新たな診断書案に関して

現行診断書を踏まえ、精神障害者保健福祉手帳診断書に盛り込まれるべき情報を検討し、その情報のリスト（案）を「研究班版手帳診断書（案）」としてまとめ、その記入の手引きとなる「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成した。これらについて全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを通しての意見聴取を行い、修正を加えた。

①「研究班版手帳診断書（案）」について
住所については実態のある居住地を記載することとし、入院や通過型居住施設利用時は住民登録に従うこととした。精神障害の認定において疾患の存在は最重要事項の1つであり、病名欄で可能な限り明確に行えるようにした。即ち、ICDコードをF0XからF9Xのいずれかを3桁で、更に基礎疾患の判別のためF0、F1の疾患の場合は4桁（F0XX、F1XX）とした。てんかんの場合はてんかん性精神障害についてはF0XXで、てんかん発作のみの場合はG40とした。主たる精神障害に起因する病態或いは精神障害の治療に関連した病態については二次的な病態やそれによる障害を判別できるようにした。精神疾患の経過と生活の状態については、できるだけ詳細な情報を求めた。また、現在の病状、状態像等については項目を整理、追加するとともに、選択記入しやすい書式とした。精神障害の特性である症状や障害の変動性・周期性の有無及び程度、治療や社会資源利用、支援による効果と今後の予後について具体的に記載することとした。更に、過去2年間の重症度を評価することとした。現在の医療状況はより

具体的に記載するようにした。能力障害の状態については、包括的な精神障害の評価として精神機能の全体的評価尺度（GAF）の活用も検討したが、生活面でのより詳細な能力評価が行われる必要もあることから、日常生活能力については国際生活機能分類（ICF）に準拠し、評価に関しては5段階評価とした。日常生活能力の程度に関しては審査判定機関が総合的に判定するところからこれを削除した。

②「記入にあたって留意すべき事項（案）」について

「研究班版手帳診断書（案）」について、特に重要な点についての留意点を列記した。認知症の程度判定に CDR による評価を求めたことから、CDR スケールを表示、更に ICF についての解説事項も加えた。

4)「研究班版手帳診断書」に基づく模擬事例を通した現行「診断書」との比較検討について

「研究班版手帳診断書（案）」と「記入にあたって留意すべき事項（案）」をもとに模擬事例 5 例（統合失調症 2 事例、気分障害、神経症圏精神障害、器質性精神障害各 1 例）を作成し、現行診断書との比較検討を試みた。「研究班版診断書（案）」は現行診断書に不足している情報が盛り込まれ、等級判定のばらつきの要因となる診断書の記載不足による判定のあやふやさが改善されていることが確認された。しかし、神経症性障害や発達障害、高次脳機能障害等の等級判定に関しては診断書書式の改訂だけでは解決できない困難さがあることも確認された。これらの疾患群については障害特性を考慮した生活能力のとらえ方をどうするのか、等の研究が必要である。また、ICF に準拠

した生活能力の状態の記載欄があることで、総合的、客観的な判断が可能となるが、そのためには記載マニュアル、判断基準を整理する必要もある。そのための基礎的な研究も必要である。

E. 考察

昨年度の研究から精神障害者保健福祉手帳の等級判定に当たって、「判定基準」に少なからず問題を有しており、それが審査判定機関における判定結果に影響を及ぼしており、審査判定機関間の判定結果に「差異」をもたらしていることが示唆されたところから、「障害等級判定基準」、「障害等級の基本的とらえ方」、「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すべき事項」等の通知等を検討した。その結果、現行診断書判定において各審査判定機関で実務上広く参考にされている「障害等級の基本的とらえ方」は等級区分においてなお明確化が不十分なところがあり、診断書を記載する医師に誤解を生じかねない部分も少なくなく、判定の実務における困難に 대응するものと必ずしもなっていないこと、具体的には「とらえ方」に示される「定義」は基本的には国際障害分類の能力障害に専ら依拠したものであり、障害の程度の定義としては国際生活機能分類をはじめとする最近の研究成果と照らし合わせると今日的とはいえないこと、また、統合失調症を標準的なモデルとしていることから、他の疾患群には必ずしも当てはまらないものが多々あること、これを改善するためには疾患群毎のアンカーポイントを示すことや、生活能力や社会能力のスペクトラムの各々について適切な重み付けを施す必要が

あり、現状の知見に則してこれら通知を見直す必要がある。

手帳判定において「客観的・普遍的な等級判定」が求められているが、その「可能性」に関する調査を等級判定結果と「日常生活能力の判定」8項目を一元尺度化した評価表を用いて「得点化」した結果とを比較検討したところ、等級判定と本尺度に基づく「得点」との間には関連がみられ、得点の有用性が示された。今後、更に検討を深めることによって、客観的・普遍的な評価法の確立が可能となることが示唆されたといえよう。

他方、手帳診断書に盛り込まれるべき情報のリスト（案）を全国センター長会のメーリングリストを通して意見聴取し、それを踏まえて「研究班版診断書（案）」として取りまとめた。また、同時に「記入にあたって留意すべき事項（案）」を作成し、更に、これに基づき「模擬事例」を作成し、現行診断書との比較検討を行った。「研究班版診断書（案）」はできるだけ詳細な記述を求め、過去2年間の重症度評価項目を追加することとし、日常生活能力については国際生活機能分類（ICF）に準拠した。現行診断書と比較した場合、現行診断書に不足している情報が盛り込まれたことから、手帳判定のばらつきの要因が除去されたことから、審査判定機関に公平・公正な審査判定を委ねることができることが確認された。しかし、神経症性障害や発達障害、高次脳機能障害等の疾患群は診断書改訂だけでは解決できない問題も有していることも確認された。

F. 結論

現在、手帳等級判定には審査判定機関間の無視し得ない「差異」があり、それは手帳制度の信頼性・公平性との観点からその根幹を揺るがしかねない現況にあることが明らかとなった。この「差異」を最小化するためには手帳等級判定において客観的な評価法確立することが必要であり、そのためには従来の判定に関わる国の「指針」等を見直し、客観的な評価に耐え得るために「必要な情報」を盛り込んだ新たな「診断書（案）」を検討することが不可欠であり、その際、日常生活能力に関しては国際生活機能分類（ICF）等を取り入れることが重要である。

今年度の研究においても各審査判定機関間の判定に関するロジックが必ずしも一致していないことが明らかとなった。手帳制度は障害者自立支援法下では自立支援医療費と連動しており、また、導入の際の有力な情報ともなることからみても、手帳の審査判定に関わる精度及び信頼性を向上させることが必要であり、今後とも手帳制度や審査判定に関する研究を深めることが、今後の障害者施策に寄与するものと考えられる。

G. 健康危険情報 なし

H. 研究発表 なし

I. 知的財産権の出願・登録状況 なし

参考文献

- 1) 白澤英勝、平成16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」総括・分担
研究報告書、平成 17 年（2005）年 3
月
- 2) 世界保健機関（WHO）、「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」、中央法規、2002、東京
 - 3) 「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
 - 4) 「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（別添 2）
 - 5) 「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）長あて、厚生省保健医療局精神保健課長通知（別紙）
 - 6) 濱野強、岩崎榮、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究、平成 16 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）、「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」総括・分担報告書、2005
 - 7) （財）全国精神障害者家族連合会・精神障害者社会復帰センター、障害者手帳・障害年金における障害評価に関する研究—手帳制度の発展と障害年金の改善に必要な障害のとらえ方—、1997
 - 8) （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

資料 1

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ
氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)

性別 男 ・ 女

住所 (居住の実態のある場所を記載することとし、入院中の場合は住民登録に従って記載して下さい。)

① 病名

(ICDコードは、F0X-F9Xのいずれかを3桁で記載して下さい。但し、F0・F1の疾患の場合は必ず4桁(F0XX, F1XX)を記入して下さい。手帳の交付を求める疾患がてんかんの場合は(1)に記入し、てんかん性精神障害についてはF0XXで、てんかん発作の場合はG40を記載して下さい。)

(1) 主たる精神障害 _____ ICDコードF□□□

(2) 従たる精神障害 _____ ICDコードF□□□

(3) 主たる精神障害に起因して生じた病態や精神障害の治療に関連して生じた病態 _____

(4) (3) 以外の既存の身体障害・疾患 _____

② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、生活歴、精神科治療歴、就学・就業、生活状況、社会資源利用状況等)

(主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 年 月 日)

(診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 年 月 日)

(推定発病年月 昭和・平成 年 月)

③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目や記号を○で囲んで下さい。)

- (1) 抑うつ状態 : 思考・運動抑制・抑うつ気分・希死念慮・焦燥・日内変動・その他 ()
- (2) 躁状態 : 行為心迫・多弁・高揚感情・易刺激性・観念奔逸・浪費・その他 ()
- (3) 幻覚妄想状態 : 幻覚・妄想・考想化声・思考障害・その他 ()
- (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 : 興奮・昏迷・拒絶・反響・無言・常同・衒奇・その他 ()
- (5) 統合失調症残遺状態等 : 自閉・感情の平板化・意欲減退・無関心・非疎通・その他 ()
- (6) 人格障害 : 妄想性・統合失調性・非社会性・情緒不安定性・演技性・強迫性・不安性・依存性
その他 ()
- (7) 神経症性障害 : 不安・恐怖・強迫・心気・離人・注意集中困難・自己不全感・睡眠障害・その他 ()
- (8) 癡れん及び意識障害 :
せん妄・錯乱・もうろう・不機嫌症
てんかん発作
ア 意識障害はないが随意運動が失われる発作 (回/年・月)
イ 意識を失い行為が途絶するが倒れない発作 (回/年・月)
ウ 意識障害の有無を問わず転倒する発作 (回/年・月)
エ 意識障害を呈し状況にそぐわない行為を示す発作 (回/年・月)
オ 発作抑制 (最終発作 年 月 日))
- (9) 精神作用物質の乱用・依存等
精神作用物質名 ()
精神作用物質使用の継続 (有 ・ 無 (不使用期間 年 月))
乱用・依存・その他 ()
- (10) 知的能力障害 : 精神遅滞 (IQ :)・認知症 (CDR ; 0・0.5・1・2・3)・その他 ()
- (11) 発達障害 : 広汎性・多動性・その他 ()
- (12) 器質性精神障害 : 健忘症状群・人格変化・問題行動 ()・その他 ()
- (13) その他 ()

④ ③の病状・状態像の具体的な状況・程度、症状や障害の変動性・周期性の有無・程度、治療や社会資源利用・支援による効果と予後等

(1) 現在の病状、状態像の具体的な状況・程度

(2) 過去2年間の重症度 (該当箇所にチェック(レ点)を入れてください。変動がある場合はそれぞれの重症度の期間も記入してください。)

- i. 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが、日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。 (月間)
- ii. 精神症状は認められるが、安定している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。 (月間)
- iii. 精神症状、人格水準の低下、知的能力の低下などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。 (月間)

⑥ 生活能力の状態 (現在の生活環境下での生活状況・状態について明確に記して下さい。)

- (1) 現在の生活環境 入院(施設名)
 入所(社会復帰施設・救護施設・グループホーム(施設名)
 在宅(単身・同居者:父・母・兄弟姉妹・配偶者・子・その他())
- (2) 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (該当する項目に○印をつけること)
 ア. 介護給付:居宅介護・短期入所・生活介護・共同生活介護・その他()
 イ. 訓練等給付:就労移行支援・就労継続支援(雇成型・非雇成型)・共同生活援助・その他()
 ウ. 地域生活支援事業:地域活動支援センター・福祉ホーム・その他()
 エ. その他(小規模作業所・回復者クラブ・コミュニティサロン・保健師の訪問指導・その他())
- (3) 現在の就学・就労、婚姻、家庭生活等の状況

(4) 日常生活能力 (1~9についてそれぞれ該当する欄の一つにチェック(レ点)をいれてください。)

	機能障害なし (0-4%)	軽度(わずか) の機能障害 (5-24%)	中等度(かなり) の機能障害 (25-49%)	重度 の機能障害 (50-95%)	完全な 機能障害 (96-100%)
1 学習と知識の応用 (注意・思考・意志決定)					
2 課題と要求 (日課遂行・ストレス対処)					
3 コミュニケーション (理解・会話・用具利用)					
4 移動 (交通機関・手段の利用)					
5 セルフケア (飲食・保清・更衣)					
6 家庭生活 (必需品入手・家事・調理)					
7 対人関係 (家族関係・社会的関係)					
8 経済的取引 (金銭管理・買物)					
9 社会生活 (社会参加・余暇)					

⑦ 備考

平成 年 月 日

医療機関 精神科の標榜 有 ・ 無
 所在地 精神保健指定医 該当 ・ 非
 名称 医師氏名 (自署または署名捺印)
 診療科名 ()
 電話番号 () ⑧

※ 必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この診断書の内容について〇〇〇から医療機関に照会をすることがあります。

資料 2 診断書（精神障害者保健福祉手帳用）記入にあたって留意すべき事項

精神障害者保健福祉手帳は、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、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を目的としている。その認定のための審査判定の基礎資料となる診断書は、この目的に適合した必要にして十分な情報の記載がなければならない。

1. 住所は居住地を記載する。

居住の実態のある場所を記載することとし、入院の場合や通過型居住施設利用時は住民登録に従って記載する。

2. 精神疾患の存在が明記されなければならない。

① 病名

主たる精神障害及び従たる精神障害について ICDコードは、F0X-F9Xのいずれかを3桁で記載する。さらにF0、F1の疾患の場合については必ず4桁（F0XX、F1XX）を記入する。

手帳の交付を求める疾患がてんかんの場合は(1)に記入し、てんかん性精神障害についてはF0XXで、てんかん発作のみの場合はG40を記載する。

主たる精神障害に起因して生じた病態や、精神障害の治療に関連して生じた病態が存在する場合は、これを(3)の項に明記する。

その他の身体障害や疾患が合併する時には(4)の項に、その障害名、疾患名を記入する。

3. 精神疾患の経過と生活の状態が明確に記載されなければならない。

② 発病から現在までの病歴（推定発病年月、生活歴、精神科治療歴、就学・就業、生活状況、社会資源利用状況等）

主たる精神障害の初診年月日、診断書作成医療機関の初診年月日を記載する。精神疾患の経過と状態がわかるように、推定発病年月の他、生活歴、精神科治療歴、社会資源利用状況等について記入する。

③ 現在の病状、状態像等

該当する項目や記号を○で囲み、その他の場合には（ ）に記入する。

てんかん発作については、現在の発作頻度を記入する。臨床発作が抑制されている場合においては、最終発作がいつであったかを明記する。

精神作用物質の乱用・依存等については、精神作用物質名、精神作用物質使用の継続の有無についても記入する。

知的能力障害においては、精神遅滞ではIQを、認知症にあつてはその障害程度をCDRスコアによって判定して記載する。

CDR スコア (Clinical Dementia Rating)

	健康 (CDR 0)	痴呆の疑い (CDR 0.5)	軽度痴呆 (CDR 1)	中等度痴呆 (CDR 2)	重度痴呆 (CDR 3)
記憶	記憶障害なし 時々若干のもの 忘れ	一貫した軽いもの 忘れ 出来事を部分的に 思い出す良性健忘	中等度記憶障害、 とくに最近の出来 事に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習した 記憶は保持、新し いものはすぐに 忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ 残存
見当識	見当識障害なし	同左	時間に対するの 障害あり。検査では 場所、人物の失見当 なし、しかし時々地 理的失見当あり	常時、時間の失見 当 時々場所の失見当	人物への見当識 のみ
判断力と 問題解決	適切な判断力 問題解決	問題解決能力の障 害が疑われる	複雑な問題解決に 関する中等度の 障害 社会的判断は保持	重度の問題解決 能力の障害 社会的判断力の 障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、ビ ジネス、金銭の取 扱い、ボランティ アや社会的グルー プで普通の自立し た機能	左記の活動の軽度 の障害もしくは その疑い	左記の活動のいく つかにかかわって いても、自立した機 能が果たせない	家庭外(一般社会) では独立した機能 を果たせない	同左
家庭状況 および 趣味・関心	家での生活趣味 知的関心が保持 されている	同左、もしくは若干 の障害	軽度の家庭生活の 障害 複雑な家事が障害 高度の趣味・関心の 喪失	単純な家事のみ限 定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケア完全	同左	ときどき援助が 必要	着衣、衛生管理な ど身の回りのこと に介助が必要	日常生活に十分な 介護を要する しばしば失禁

(Hughes CP et al.: Br J Psychiatry 140: 566-572, 1982)

- ④ ③の病状・状態像の具体的な状況・程度、症状や障害の変動性・周期性の有無・程度、

治療や社会資源利用・支援による効果と予後等

③に記した現在の病状、状態像について具体的に記し、さらにその変化や変動性・周期性について記載し、治療や社会資源の利用、福祉サービスの受給や支援による効果と今後の予後について記入する。

過去2年間の重症度を評価し、変動がある場合は該当箇所にチェック（レ点）を入れ、それぞれの重症度の期間を記入する。

今後2年間の見通しとして、治療や公的、私的な支援の計画、治療中止の可能性やそれらによる効果や変化等を記載する。

⑤ 現在の医療状況

入院日、通院状況を明記する。

投薬内容については、主および従たる精神障害の治療のための薬剤の用法用量を記入する。

精神療法等について、その内容や頻度等を記載し、その具体的内容を空欄に記載する。

訪問看護指示について、有無、頻度を記入する。

現在および今後の治療方針を記載する。

4. 能力障害の状態を確認し、精神障害の程度が判定できるよう、明確に記入されなければならない。

⑥ 生活能力の状態

現在の環境下での生活状況・状態について実際の生活環境、精神保健福祉サービスの利用状況等を明確に記入する。

日常の生活能力についてはICF（国際生活機能分類）に準拠して障害程度を判断し、9項目につき、該当するもの一つをレで選んで状態を記す。

診断書記載時点のみではなく、これまで概ね2年間に認められ、また、概ね今後2年間に想定される生活能力の状態を含めて評価して記載する。

てんかんについては、発作間歇期の状態について記載する。

生活能力に関する9項目は、ICF（国際生活機能分類）に準拠しているので、日常の生活能力をこれにてらして評価し、判定して記載する。

1 学習と知識の応用（注意・思考・意志決定）

刺激に対して、意図的に視覚、聴覚を用い、集中することが出来、思考し、読み、書き、計算を行い、問題や状況の解決法を見出し、選択肢の中からの選択、選択の実行、選択の効果の評価を行うこと。

2 課題と要求（日課遂行・ストレス対処）

単一のあるいは多数の課題の遂行、日課の調整、ストレスへの対処について一般的な対応を行うこと。例えば、1日を通しての活動の時間を配分し、計画を立てることや、ストレス、動揺、危機を伴うような課題の遂行に際して、心理的要求をうまく管理し、統制することを含む。

3 コミュニケーション（理解・会話・用具利用）

話し言葉やジェスチャー、シンボル、絵などによるメッセージを受け取ることや生み出すこと、会話の進行、電話などのコミュニケーション器具や技術の使用を含む。

4 移動（交通機関・手段の利用）

姿勢あるいは位置を変化させることや、物を運び、動かし、操作すること、さまざまな乗り物や交通機関を利用することを含む。

5 セルフケア（飲食・保清・更衣）

自分の全身や身体各部の手入れをすること、更衣をすること、食べること、飲むことなど、自分の健康管理に注意することである。

6 家庭生活（必需品入手・家事・調理）

住居、食料、衣服、その他の必需品を入手したり、調理や掃除や修繕をしたりすること、さらに家庭用品の手入れや植物、ペットの世話、他者への援助を含む。

7 対人関係（家族関係・社会的関係）

状況に見合った社会的に適切な方法を用いて、人々（よく知らない人、友人、親戚、家族）と、基本的で複雑な相互関係を持つための行為や課題遂行である。

8 経済的取引（金銭管理・買物）

食料を購入するための金銭の使用、物々交換、物品やサービスの交換、金銭の貯蓄、経済的保証を確保するために私的な財産を管理することを含む。

9 社会生活（社会参加・余暇）

家族外での組織化された社会生活、コミュニティライフ、社会生活や市民生活の種々の分野に従事する行為を含む。

< 参考 >

ここに示した数量的なスケールを普遍的に用いることが可能になるためには、研究を重ねて評価の手順が開発される必要がある。ここに示した大まかなパーセント表示は、較正（キャリブレーション、訳注：測定器などの正確さを保障するために、感度などの調整を行うこと）された評価器具やその他の評価基準によって、機能障害、能力の制限、実行状況における問題、および阻害因子を数量的に判定できる場合のためのものである。ちなみに、「問題なし」または「完全な問題」とされた場合でも、5%までの誤差はあるとみてよい。「中等度の問題」の程度は通常「完全な問題」の半分までである。パーセント表示は、関係する集団の標準値のパーセンタイル（百分位数、訳注：大きさ順に並べた集団の、例

例えば 30 パーセント目にある個体の示す数値を 30 パーセンタイルと呼ぶ) を参照して、それぞれの領域で較正されるべきである。

xxx. 0	問題なし (なし, 存在しない, 無視できる...)	0-4%
xxx. 1	軽度の問題 (わずかな, 低い...)	5-24%
xxx. 2	中等度の問題 (中程度の, かなりの...)	25-49%
xxx. 3	重度の問題 (高度の, 極度の...)	50-95%
xxx. 4	完全な問題 (全くの...)	96-100%
xxx. 8	詳細不明	
xxx. 9	非該当	

(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版」(日本語版)より抜粋)

⑦ 備考

①～⑥欄の記載事項に加えて、精神障害の程度の総合判断に参考となることがあれば記入する。

5. 診断書の記載は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による。

医療機関の診療科名、精神科の標榜の有無、精神保健指定医であるか否かを記入する。
医師氏名については、自署又は署名捺印による。