

雇用対策上の精神障害者の  
認定のあり方に関する調査研究

2010年3月

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構  
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

# 雇用対策上の精神障害者の 認定のあり方に関する調査研究

2010年3月

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構  
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION



## まえがき

障害者職業総合センターでは、1991年の設立以来、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、わが国における職業リハビリテーションの中核的機関として、職業リハビリテーションに関する調査をはじめとして、さまざまな業務に取り組んでいます。

この報告書は、当センターが実施した「雇用対策上の精神障害者の障害認定のあり方に関する調査研究」の結果を取りまとめたものです。

本研究では、精神保健福祉センターを対象とした精神障害者保健福祉手帳の判定結果に関する調査と、ハローワーク等の職業リハビリテーション機関に対する障害認定に関する調査を実施し、その結果を分析するとともに、雇用対策上の精神障害者の認定のあり方について検討しました。本書は、その結果を取りまとめております。

この研究を進めるに際しては、調査にご協力くださった精神保健福祉センターや職業リハビリテーション機関のみなさまをはじめ、多くの方々から多大なご協力を賜りました。ここに深く感謝申し上げます。

この報告書がたくさんの方々を活用され、今後の雇用対策上の精神障害者の認定のあり方を検討していく際の一助になれば幸いです。

2010年3月

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構

障害者職業総合センター

研究主幹 上村俊一

### 執筆担当：(執筆順)

相澤 欽一	障害者職業総合センター	主任研究員	概要、第1章～第4章*
佐渡 賢一	障害者職業総合センター	統括研究員	参考資料1
川村 博子	障害者職業総合センター	統括研究員	参考資料2

\*第4章は、研究委員会の議論をもとに相澤が取りまとめたものである。

### 謝 辞

本調査を実施するにあたり、多くの方々から多大な協力を賜りました。

第2章では精神保健福祉センターの皆様、第3章ではハローワークの皆様、障害者就業・生活支援センターの皆様、地域障害者職業センターの皆様に、アンケート調査等にご協力いただきました。皆様のご協力のおかげで貴重な情報を収集することが出来ました。ご協力頂いた皆様に、御礼申し上げますとともに心より感謝申し上げます。

### 研究担当者

本研究は、障害者職業総合センター障害者支援部門で担当した。

研究担当者・研究担当時の職名、担当した年次は下記のとおりである。

苅部 隆	障害者支援部門	特任研究員	(平成21年度)
川村 博子	障害者支援部門	統括研究員	(平成20～21年度)
相澤 欽一	障害者支援部門	主任研究員	(平成20～21年度)
位上 典子	障害者支援部門	研究員	(平成20年度)
村山 奈美子	障害者支援部門	研究員	(平成20年度)
岩永 可奈子	障害者支援部門	研究員	(平成21年度)
野口 博文	障害者支援部門	研究協力員	(平成20年度)
大石 甲	障害者支援部門	研究協力員	(平成21年度)

「雇用対策上の精神障害者の認定のあり方に関する研究委員会」

● 外部委員

(50音順)

朝日 雅也	埼玉県立大学 保健医療福祉学部 教授	平成 21 年度
安西 信雄	国立精神・神経センター病院 副院長	平成 20～21 年度
久保田 英幹	独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター 診療部長	平成 20～21 年度
倉知 延章	九州産業大学 国際文化学部 教授	平成 21 年度
島 悟	京都文教大学 臨床心理学部 教授	平成 20～21 年度
野津 眞	東京都立多摩総合精神保健福祉センター 所長	平成 20～21 年度
松為 信雄 (座 長)	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 教授	平成 20～21 年度

●内部委員

佐渡 賢一	障害者職業総合センター 事業主支援部門 統括研究員	平成 20～21 年度
春名 由一郎	障害者職業総合センター 社会的支援部門 研究員	平成 20～21 年度

●オブザーバー

渡辺 久晃	厚生労働省 職業安定局 高齢・障害者雇用対策部 障害者雇用対策課 調査官	平成 20～21 年度
-------	---	-------------

# 目 次

概 要	1
第 1 章 我が国における精神障害者の障害認定の現状と経過	7
1 精神障害者の雇用施策と障害認定の経過	7
2 精神障害者の障害認定の現状	12
3 雇用率制度上の重度障害者について	18
第 2 章 精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果に関する調査	25
1 調査の概要	25
2 調査結果	25
3 考察	30
第 3 章 職業リハビリテーション機関に対する雇用対策上の精神障害者の障害認定に関する調査	33
1 調査の概要	33
2 調査結果	33
3 考察	41
第 4 章 雇用対策上の精神障害者の認定のあり方の論点整理	43
1 雇用対策上の精神障害者の認定を考える際の留意点	43
2 雇用率の対象となる精神障害者の範囲	43
3 精神障害者に係る重度判定の考え方について	47
参考資料 1：ドイツの障害者施策といわゆる「鑑定手引」による障害認定	51
1 社会法典第 9 編における重度障害者等の定義・認定	51
2 ドイツ社会法典体系における「障害」「重度障害」の取り扱い	55
3 差別禁止等に関する法律における「障害」「重度障害」の取り扱い	62
4 まとめ	62
(参考) ドイツ連邦労働社会省 社会賠償法及び重度障害者法 (社会法典第 9 編第 2 部) にも とづく「医学的鑑定業務のための手引き (2008 年版)」の障害等級・就労制限等級表 「26. 3. 神経系と精神」より一部抜粋	64
参考資料 2：フランスにおける障害者施策と障害認定制度	70
1 障害者関係の基本法	70
2 障害者の定義	70

3	雇用率（割当雇用）制度	70
4	障害労働者の資格の認定	72
5	障害認定機関の沿革	72
6	障害の認定・評価	73
7	障害者の補償の必要性を評価するための手引き（GEVA）	74
	（参考）障害者の機能障害および能力低下の評価のための指針「第2章 精神障害」より 一部抜粋	76

#### 巻末資料

資料1	：精神障害者保健福祉手帳制度実施要領で定められた診断書の様式	79
資料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	81
資料3	：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	91
資料4	：障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の別表第1	94
資料5	：精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果に関する調査について	95
資料6	：精神障害者保健福祉手帳申請者の状況及び実雇用率の算定対象に関する意見調査票	98





## 概 要

本報告書は、我が国における精神障害者の障害認定の経過と現状を紹介した第1章、精神障害者保健福祉手帳（以下、「手帳」という。）の判定に関する調査結果を分析した第2章、職業リハビリテーション機関を利用する精神障害者の手帳申請状況調査と、現行の精神障害者の実雇用率算定対象の範囲等に対する職業リハビリテーション機関の意見調査の結果を分析した第3章、雇用対策上の精神障害者の認定のあり方について論点整理をした第4章から構成されている。

また、巻末に参考資料として、雇用率制度を採用しているドイツとフランスの障害認定の概要を紹介した。

第1章では、精神障害者に対する雇用施策の適用と雇用対策上の精神障害者の範囲がどのような歴史的経過を辿っているか概観するとともに、雇用対策上の精神障害者の認定・確認方法及び精神保健福祉領域の精神障害者の範囲や認定方法について概観した。

第2章では、手帳の判定結果に関する調査の結果を分析し、考察を加えた。本調査は、手帳判定の疾患種別による差や地域差の確認、及び手帳更新時の等級変更等の状況把握を目的とし、手帳の判定業務を行っている全国の精神保健福祉センターを対象に、2009年9月の1ヵ月間の調査期間で実施したもので、回収数は59センター（回収率90.8%）であった。

調査結果は次のとおりである。

まず、手帳の新規申請件数を疾患別で見ると、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）」が最も多く、次いで、「気分（感情）障害（F3）」であった。この2つの疾患で、申請件数全体の約7割を占めていたが、F0からF99まですべての疾患で申請が発生していた。

新規申請の判定結果を疾患別で見ると、交付件数と非該当件数の割合で、交付件数の割合が最も高いのが「その他（F99）」の100%、次いで、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）」の99.6%であった。交付件数の割合が最も低いのが、「知的障害（精神遅滞）（F7）」の80.0%、次いで、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）」の89.0%であった。交付件数と非該当件数の割合を疾患別の関連で $\chi^2$ 検定を行ったところ、有意な差が見られた。そこで残差分析を行った結果、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）」で交付件数の割合が有意に高く、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）」、「知的障害（精神遅滞）（F7）」、「てんかん（G40）」（交付件数の割合92.6%）が有意に低かった。

新規申請の判定結果をセンター別で見ると、申請件数が最も多いセンターで751件、最も少ないセンターで18件であった。交付件数と非該当件数の割合で、交付件数の割合100%のセンターが27ヵ所あった。交付件数の割合が最も低いセンターの場合、交付件数の割合は84.0%であった。交付件数と非該当件数の割合をセンター毎の関連で $\chi^2$ 検定を行ったところ、有意な差が見られた。そこで残差分析を行った結果、交付件数の割合が有意に高いセンターが1ヵ所、低いセンターが4ヵ所あった。

2年に1度行われる手帳更新時の判定結果については、診断書による場合は、等級変更なし6,669件(85.8%)、等級変更あり1,051件(13.5%)、非該当54件(0.7%)で、等級変更で等級が上がったもの650件(8.3%)、下がったもの401件(5.1%)であった。また、年金証書等の写しによる更新手続きでは、等級変更なし4,920件(90.9%)、等級変更あり490件(9.1%)で、等級変更で等級が上がったもの337件(6.2%)、下がったもの153件(2.8%)となっていた。

以上の結果を踏まえ、次のような考察をした。

疾患別の判定状況については、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)」の交付件数の割合の高さは、厚生労働省の通達(障害等級の基本的とらえ方)が、「統合失調症にみられる一般的な症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」との指摘があり、このような点が関連しているものと考えられる。

交付件数の割合が低かった「知的障害(精神遅滞)(F7)」については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律で手帳の対象から除外されている関係が影響していること、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害(F1)」については、単なるアルコール依存や薬物依存だけでは手帳の対象としないことが一般的であるため、従たる障害(合併症)の状況によっては、非該当になる割合が高くなることが推測された。「てんかん(G40)」については、発作間欠期の能力障害等について、十分把握しきれていないことも推測されるが、今後、十分な検討が必要になる。

但し、他の疾患と比較して交付件数の割合が低い疾患があるといっても、本来手帳の対象から除外されている「知的障害(精神遅滞)(F7)」でも交付件数の割合は8割あり、次に交付件数の割合が低い「精神作用物質使用による精神及び行動の障害(F1)」では約9割で、非該当の件数が多数出ている訳ではないことに留意すべきことを指摘した。

センター毎の判定状況については、手帳の交付件数・非該当件数の割合の検定を行い有意差が見られたが、手帳に該当しない内容の申請であれば、当然、非該当件数が多くなる。検定の結果は、手帳の交付件数・非該当件数の割合が統計的に異なるセンターが一部にあることを示しているが、交付件数の割合が高いところは判定基準が甘い、低いところは厳しいということを直接的に示している訳ではないことに留意する必要がある。また、調査期間が1カ月のみであり、そのセンターの全体的な傾向を十分に反映しているかどうか、慎重に考える必要がある。手帳判定に係る地域差について、より具体的な考察を加えるには、更なるデータの蓄積が必要であるが、交付・非該当で有意差がでたのは、一部のセンターにとどまっていること、交付件数の割合が95%以上のセンターが59センター中53センターあり、回答を寄せた約9割のセンターは交付件数の割合が95~100%の間にあること、交付件数の割合が95%未満の6センター中3センターは、非該当件数が1件変わるだけで交付件数の割合が95%以上になること等から考えると、少なくとも、手帳の交付・非該当については極端な地域差が全国規模で起こっているとは言いがたいと思われる。

更新時判定結果については、診断書による更新手続きで、ごく僅かではあるが手帳所持者が更新時に非該当になること、更新手続きの1割前後で等級変更があることが分かった。これらの点については、雇用対策

上の精神障害者の認定のあり方を検討する際に十分留意する必要がある。

第3章では、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター及び地域障害者職業センター（以下、「職リハ機関」という。）を利用する精神障害者等のうち手帳を申請しても手帳取得できない者がどの程度いるか、また、現行の精神障害者の実雇用率算定対象の範囲等について職リハ機関の職員がどのような意見を持っているかを調査した結果を分析している。本調査は、全国の職リハ機関を対象に、2009年に実施したもので、回収数は545所（回収率75.9%）であった。なお、手帳を申請しても手帳取得できない者の把握については、2009年4～5月の2ヵ月間に職リハ機関を新規利用した精神障害者等の2009年8月31日時点における手帳申請状況と判定結果を集計した。

初回来所時に手帳を取得しておらず、その後、手帳の申請をした者（初回来所時に手帳申請中の者を含む）は308人で、疾患内訳は、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）が87人で最も多く、統合失調症85人、発達障害80人、高次脳機能障害16人、てんかん12人、その他28人、となっている。手帳申請結果が確認されている者は178人で、内訳は手帳取得176人（98.9%）、取得できず2人（1.1%）であった。取得できずの2人はいずれも発達障害であった。発達障害で結果確認できた者は40人だったので、取得できなかった者は5.0%であった。

実雇用率算定対象の範囲等についての職リハ機関の意見については、次のような結果であった。

まず、「現在、障害者雇用率制度においては、精神障害者のうち手帳所持者が雇用率の算定対象となっていますが、このことについて問題を感じますか。」という設問をしたところ、問題を「感じている」が51.9%と最も多く、「どちらともいえない」23.9%、「特に感じない」23.3%であった。問題を感じていると答えた機関にその理由を尋ねたところ、「手帳を取得できない者の中にも、雇用率の対象とすることが望ましい者がいるから」が73.1%、「雇用促進法上の精神障害者でも、実雇用率の算定対象とならない場合があるから」が48.8%あった。

次に、「現在、精神障害者の場合、雇用率算定の際にダブルカウントの対象となる者の設定はありませんが、ダブルカウントの対象を設定するの必要を感じますか。」という設問をしたところ、結果は、「感じている」が58.7%と最も多く、「どちらともいえない」が26.6%、「特に感じない」が13.9%であった。問題を感じていると答えた機関にその理由を尋ねたところ、「ダブルカウントの対象となる身体障害者や知的障害者と比較して、同等もしくはそれ以上に職業的な困難度が高い精神障害者もいるから」が89.1%と最も高く、「ダブルカウントがあった方が、企業を説得できるから」が40.6%、「身体障害者や知的障害者が、ダブルカウントの対象となる者を設定しているから」が33.8%であった。

以上の結果を踏まえ、次のような考察をした。

職リハ機関を利用する精神障害者等のうち、手帳申請して手帳取得できなかった者は1.1%のみであった。この際、手帳を取得できなかった者が、職業上の障害があるのか、ないのかが問題になる。一般的には、職業上の障害がまったくないにもかかわらず、職リハ機関で相談することは考えにくいですが、今後、職リハ機関

を利用する者で手帳申請したが非該当になった者の詳細な事例分析を行う必要がある。

実雇用率算定対象が手帳所持者であることに対する職リハ機関の意見については、「問題を感じる」との回答が5割以上を占め、その理由として、7割以上が「手帳を取得できない者の中にも、雇用率の対象とすることが望ましい者がいるから」をあげている。手帳非該当になる者がごく少数であったことから、「問題を感じない」との意見が多数を占めてもよさそうだが、結果は違っていた。この点については、①手帳非該当の発生確率はごく少数でも、長年の障害者就労支援の現場経験で、非該当事例の経験をしている者が一定数存在する（問題を感じるが障害者就業・生活支援センターと地域障害者職業センターで6割台、ハローワークで4割台）、②主治医の考え方により手帳申請まで至らない事例の経験をしている者が一定数存在する、③手帳を取得できない者の中に、手帳取得を希望しない者を想定して回答した者も一定数存在する、④今後、申請しても非該当になる事例が発生した場合、支援の選択肢が狭まることに不安を持っている者が一定数存在する、⑤手帳取得と職業上の障害との関連性といった原則的な問題について疑問をもっている者が一定数存在する、等のことが考えられる。この点については、職リハ機関へのヒアリング調査等により、さらに精査する必要がある。

ダブルカウントの必要性を感じているとの回答が6割弱あった。その理由として、約9割が「ダブルカウント対象の身体障害者や知的障害者と比較し、同等もしくはそれ以上に職業的な困難度が高い精神障害者もいる」を選択している。但し、自由記述等で、何をもちて重度とするのか、その判断の難しさを指摘した回答もあり、具体的な認定の検討に際しては、さまざまな視点からの検討が必要になることがうかがえた。

第4章では、今後、雇用義務化等に伴い、雇用率制度の対象となる精神障害者の範囲について、手帳所持者の場合、手帳所持者を原則とするが補完的な認定方法も導入する場合等、いくつかの場合を想定したうえで、検討点について言及した。

手帳所持者を対象とする場合については、①手帳は日常生活や社会生活上の障害状況を含めた判定が行われており、一定程度職業上の問題にも関連してくると考えられること、②精神障害者の雇用の促進等に関する研究会報告書（2004年5月）で指摘されたように、プライバシーへの配慮、公正性・一律性、実務上の便宜、疾病横断的なこと、症状の変化に対応できること、③第2章で示した調査結果から、公平性や一律性の視点から現状を見た場合、手帳所持者を実雇用率の対象にすることに大きな問題が発生しているとはいえないこと、④第3章で示した調査結果から、職業リハビリテーション機関を利用する精神障害者で手帳の申請をしたが非該当になった者はごく少数であったこと、等が肯定的な要素としてあげられる。但し、①障害者職業総合センターが行った企業ヒアリングで、手帳非該当になり雇用率の対象外になることへの懸念について言及した企業があり、ごく小数はあるが更新時に手帳非該当になる事例も確認されたことから、企業におけるインセンティブへの影響がありうることに留意する必要もあるのではないかと、②具体的なケースまでは把握できていないが、第2章や第3章で示した調査結果から、手帳非該当になる者で雇用率制度の対象とすべき者が全くいないとは言い切れず、このような事例の発生する可能性をどう考えるか、といったことを検討する必要がある。



手帳所持者を原則とするが補完的に手帳以外の方法で認定された者も対象とする場合については、身体障害者や知的障害者の場合、雇用率の対象者の確認方法として、身体障害者手帳や療育手帳以外の確認方法も設定していること、雇用率制度のあるドイツやフランスにおいては、雇用率の対象者の認定方法を複数設定していること、等が肯定的な要素としてあげられる。但し、補完的な認定方法を新たに考える場合は、申請範囲、判定機関、判定方法、判定の有効期間等、さまざまな視点から検討を加える必要がある。

新たな認定基準の策定により対象者を認定する場合には、現行の手帳は雇用対策上の観点から作られたものではなく、労働能力や職業上の障害を必ずしも正確には反映していない場合も考えられ、仮にこのような問題が生じる場合、新たな認定基準・方法を策定することにより、労働能力や職業上の障害をより反映した障害認定が行われる可能性がある。但し、仮に、就業上のような支援や配慮が必要かを把握することが新たな認定基準と定義されると、職種や職場環境との相対的な関係で把握されるものとなり、基準や認定の仕方が複雑となるため、これらの相対的な視点も含めつつ、認定基準・方法に係る定義や策定のあり方について検討する必要がある。

手帳所持者を原則とするが、雇用後に手帳非該当になった者については特例的に実雇用率の対象とする場合は、雇用後に手帳非該当になる可能性がわずかではあるが存在するため、企業側が精神障害者雇用に積極的にならない可能性も考えられるので、雇用継続のインセンティブ等の観点を考慮し、雇用後に手帳非該当になった者について特例的に実雇用率の算定対象とするものである。但し、①雇用促進法は、障害があると確認された者を対象としており、障害があるという確認を取っていない者を、実雇用率の算定対象とすることに問題はないか、②雇用率制度を採用しているドイツやフランスにおいては、かつて障害があったという履歴だけで雇用率対象の障害認定は行っていない、③このような措置をとると、現在のガイドラインとまったく異なる取り扱いとなり、本人が障害者雇用の対象となることを望まない場合でも、自動的に実雇用率の算定対象になってしまう危険性はないか、等を検討する必要がある。

また、精神障害者に重度障害者に係る雇用率のダブルカウントの対象を導入すると仮定した場合の重度範囲の決定・判定方法に関する検討点を、以下のように整理した。

身体障害者と同様に、手帳等級により重度の範囲を決める場合は、何級から雇用対策上の重度とするのか、手帳更新時に等級変更に伴う雇用率の変動の負担や雇用継続へのインセンティブの観点を含めて考慮する必要がある。

常用雇用の割合が低いこと、また、障害者職業総合センターが行った企業ヒアリングの結果等からは、手帳所持者はすべてダブルカウントの対象にすることも考えられるが、今後、精神障害者の雇用状況が変化することも想定される。

手帳等級を基本にするが、知的障害と同様、補完的な判定の基準を作ることも考えられるが、基本とする手帳等級の重度の範囲をどうするか整理する必要があるとともに、補完的な判定の基準についても検討が必要である。



## 第1章

# 我が国における精神障害者の 障害認定の現状と経過





# 第1章 我が国における精神障害者の障害認定の現状と経過

## 1 精神障害者の雇用施策と障害認定の経過

精神障害者に対する雇用施策の適用と、雇用対策上の精神障害者の範囲がどのような経過を辿っているかを概観する。

### (1) 身体障害者雇用促進法制定当時の議論

1960年の身体障害者雇用促進法制定時、法案検討の過程のなかで取り上げられた主な問題点の一つに、「身体障害者の範囲に結核回復者等の胸腹部臓器の機能障害者及び精神又は神経系等の障害者を含めることの可否」<sup>1)</sup>があったが、「身体障害者雇用促進法が一方的に福祉を与えるものではなく、他方において事業主に義務を課すものであるため、全国的、画一的な判定が可能であることを必須の条件とするものであり、これらの障害者については、まだ基本的要件が整っていないということから、取りあえず本法の対象からはずされた」<sup>2)</sup>とされている。

そして、「身体障害者雇用促進法制定時から昭和四十年代までは、身体障害者は精神に障害のある者<sup>注1</sup>を含むとの考え方のもとに、知的障害者も労働省令で定めれば身体障害者にも含まれるものと解釈されていた<sup>注2</sup>。ところが、昭和三十五年に制定された精神薄弱者福祉法(現知的障害者福祉法)が定着していくにつれて知的障害者は身体障害者福祉法の身体障害者に含まれ得ないものと解され、(中略)昭和四十年代以降は、知的障害者は身体障害者に含まれないとする考え方が有力となった。」<sup>3)</sup>とされている。

### (2) 精神障害者の雇用対策が遅れた背景

身体障害者雇用促進法の制定以降も、精神障害者には障害者の雇用施策は適用されない期間が長く続いた。精神障害者は、身体障害者や知的障害者に比べ制度の対象となるのが遅れたが、このことは、雇用施策だけではなく、福祉施策でも同様であった。

この背景には、精神疾患に罹患している人に最も必要なものは医療であり、精神疾患が治癒してしまえば、障害のある人として福祉等の対象になることはないと考えられていたことがあげられる<sup>注3</sup>。1980年に発行された労働省職業安定局監修「身障者雇用促進ガイドブック」の「障害別にみた雇用の実際」という章に、はじめて精神障害者がとりあげられたとき、「精神障害者を雇用の対象として考えることに、素朴な疑問をいだく人がいるかもしれない。精神障害者は治療の対象ではないのか、良くなったら精神障害者とはいわないのではないかと。」<sup>4)</sup>と、記述しなければならなかったのも、上記のような背景が影響しているものと思われる。

### (3) 精神保健行政における職親制度と雇用対策の動向(1970年代～1980年代前半)

1970年代に入り、精神障害者の就労に関する施策として、東京都の「精神衛生職親制度」(1970年)をはじめ、いわゆる「職親制度」がいくつかの都道府県の単独事業として取り組まれるようになった。厚生省で

は、1980年に「精神障害者職親制度委員会」を設置し、「職親制度」について検討している。同委員会は翌年中間報告を出し、職親制度（中間報告では「精神障害者職業参加促進制度」）を医学的リハビリテーションと位置づけ、精神障害者の職業参加の促進を図ることが、今後の社会復帰と地域社会の開発に有効であるとした。この報告を受け、厚生省では「通院患者リハビリテーション事業実施要綱」（厚生省公衆衛生局長通知：1982年）を策定し、職親事業所に対する奨励金等の都道府県経費を国が補助することにした<sup>4</sup>。

なお、岡上<sup>5</sup>は、1960年代に精神病院の在院患者にリハビリテーションの一環として院外作業が広く行われ、外勤先の事業主を職親と呼ぶ慣わしが広まったこと、1964年の中央精神衛生審議会の中間答申（職親制度の制度化）や1966年の保健所における精神保健業務運営要領（職親クラブに対する助言、援助または指導）でも「職親」の名称が使用されていることを紹介しており、「職親」は東京都等が制度化する前から実質上行われていたといえる。

一方、障害者雇用対策では、1976年に身体障害者雇用促進法が大きく改正され、身体障害者雇用が努力義務から法的義務になり、併せて、障害者雇用納付金制度が創設された。また、知的障害者を雇用している場合、身体障害者を雇用していると見なして納付金が減額されるとともに、助成金の支給対象とされたが、精神障害者には、雇用率制度、雇用納付金制度、職場適応訓練、特定求職者雇用開発助成金等、いずれの制度も適用されていない。

1982年の身体障害者雇用審議会意見書（国際障害者年を契機とする心身障害者雇用対策の今後の在り方について）では、「精神障害者については、その寛解者であっても、どこまで医学的管理が必要であるかといった問題があること、一般的な社会復帰体制は整備されつつあるもののいまだ不十分であるとみられること、社会生活指導面においても特別の配慮が必要とされること、プライバシーの問題があること等、種々の問題があるので、寛解者の雇用の問題はこれらをめぐる状況の推移を見極めつつ、慎重に対応を検討すべきものである。」とされている。

#### （4）職場適応訓練の適用以降

1983年に、ILO第159号条約（職業リハビリテーション及び雇用に関する条約）が採択された。同条約では、「この条約の規定は、すべての種類の障害者について適用する」（第1条の4）とされた。

このような経緯の中、1986年に精神障害者について「精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者で症状が安定し就労可能な状態にある者」が職場適応訓練の対象となった。当時、精神障害者の手帳制度はなく、職場適応訓練が適用される者は「精神障害回復者等」とされ、「精神障害の回復途上等にあり就労が可能な状態にある者であることの確認は、その求職者の就労に係る主治医の意見書によること」<sup>6</sup>とされていた<sup>5</sup>。

1987年に、身体障害者雇用促進法は、①法律の対象をすべての障害者に拡大し、知的障害者を雇用率に算定する、②雇用促進に加え雇用の安定を図る、③職業リハビリテーションを法律で規定する、等の改正が行われ、法律名も「障害者の雇用の促進等に関する法律」（以下、「雇用促進法」という。）に改称された。改正前の身体障害者雇用促進法は身体障害者を対象としていたが、雇用促進法の対象は、知的障害者、精神

障害者を含むすべての障害者へ拡大し、障害者は「身体又は精神に障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう」（第1条第1号）と定義された。

また、雇用促進法で、適応訓練の対象者が、それまでの「求職者である身体障害者」から「求職者である障害者（身体障害者、精神薄弱者その他政令で定める障害者に限る。）」（第5条第1項）とされ、雇用促進法施行令第1条で、「障害者の雇用の促進等に関する法律第5条第1項の政令で定める障害者は、精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者とする。」とされた。

1992年、日本政府はILO第159号条約を批准した。同年、精神障害回復者等に対して、障害者雇用納付金制度に基づく助成金、雇用対策法等に基づく特定求職者雇用開発助成金、訓練手当を受給しての公共職業訓練の受講がそれぞれ適用されることとなった。

その後、精神障害者に対する施策は年々拡充され、1994年に障害者職業総合センターで開始された職業レディネス指導事業をはじめ、精神障害者に特化した職業リハビリテーションサービスが実施されるようになった。

#### （5）雇用促進法における精神障害者の定義の変遷

1995年に精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正され、精神障害者保健福祉手帳が創設された。それに伴い、1997年に雇用促進法施行令第1条が「障害者の雇用の促進等に関する法律第5条第1項の政令で定める障害者は、次に掲げる者で労働省令で定めるものとする。一 精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者、二 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者（前号に掲げる者に該当する者を除く。）」と変更され、雇用促進法施行規則（労働省令）に「障害者の雇用の促進等に関する法律施行令第1条の労働省令で定める者は、症状が安定し、就労可能な状態にある者とする。」（第3条第2項）が加えられた。

雇用促進法に精神障害者の定義規定が加えられたのは、2002年の雇用促進法改正においてであった。雇用促進法第2条第6号で、精神障害者は「障害者のうち、精神障害がある者であって厚生労働省令で定めるものをいう。」と定義され、厚生労働省令第1条第4項で、「法第2条第6号の厚生労働省令で定める精神障害がある者（以下「精神障害者」という。）は、次に掲げる者であって、症状が安定し、就労可能な状態にあるものとする。一 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、二 精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者（前号に掲げる者に該当する者を除く。）」とされた。雇用促進法に精神障害者の定義規定をしたのは、精神障害者に対する雇用支援を進めることを明確にするためとされている<sup>8)</sup>。

また、障害者の定義が、それまでの「身体又は精神に障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう。」から、「身体障害、知的障害又は精神障害（以下、「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう。」（第2条第1号）とされている。

図表 1-1 精神障害者を中心とした就労支援の関連年表

1947年	労働省の設置、職業安定法、労働基準法、労働者災害補償保険法等の制定
1950年	精神衛生法の制定
1955年	ILO 第 99 号勧告（身体障害者の職業更生に関する勧告）の採択
1960年	身体障害者雇用促進法の制定
1970年	<b>東京都精神衛生職親制度の開始</b>
1976年	身体障害者雇用率の法的義務化、身体障害者雇用納付金制度の創設
1982年	<b>通院患者リハビリテーション事業の開始</b>
1983年	ILO 第 159 号条約（職業リハビリテーション及び雇用に関する条約）の採択
1986年	<b>職場適応訓練を精神障害回復者等に適用</b>
1987年	身体障害者雇用促進法を「障害者の雇用の促進等に関する法律」に改正 精神衛生法を「精神保健法」に改正
1988年	知的障害者を実雇用率に算定（法改正は前年）
1992年	日本政府が ILO 第 159 号条約を批准 <b>納付金制度の各種助成金を精神障害回復者等に適用</b> <b>特定求職者雇用開発助成金を精神障害回復者等に適用</b> <b>一般公共職業訓練校での精神障害回復者等に対する職業訓練の実施</b>
1993年	<b>ハローワークに精神障害担当職業相談員の配置</b>
1994年	<b>障害者職業総合センターで職業レディネス指導事業開始</b>
1995年	精神保健法を「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正 精神障害者保健福祉手帳を創設
1996年	<b>ハローワークで精神障害者ジョブガイダンス事業開始</b>
1997年	<b>職場適応訓練等の援護制度の対象に精神障害者保健福祉手帳所持者を追加</b> <b>短時間労働（週 20～30 時間未満）の精神障害者に対する助成金の支給</b> <b>ハローワークに精神障害者ジョブカウンセラーを配置</b>
1998年	知的障害者の雇用義務化（法改正は前年）
1999年	<b>地域障害者職業センターでの精神障害者職業自立支援事業の導入開始</b>
2002年	<b>雇用促進法に精神障害者の定義規定を追加</b> <b>精神障害者が特定求職者雇用開発助成金で重度障害者と同様の取り扱い</b> <b>障害者職業総合センターで在職精神障害者の職場復帰支援プログラム開始</b> <b>国立職業リハビリテーションセンターで精神障害者に対する職業訓練を実施</b> <b>地域障害者職業センターで職場適応援助者（ジョブコーチ）事業を開始</b>
2003年	<b>週 15 時間以上の短時間労働者に納付金制度の助成金支給（精神障害者限定）</b>
2004年	<b>地域障害者職業センターで休職中の在職精神障害者の職場復帰支援事業（リワーク支援）開始</b>
2005年	障害者自立支援法の制定
2006年	精神障害者保健福祉手帳所持者を実雇用率に算定（法改正は前年）
2008年	<b>精神障害者ステップアップ雇用奨励金の創設</b> <b>ハローワークに精神障害者就職サポーターを配置</b>

（太字：精神障害者の雇用施策・就労支援関連事項）

相澤<sup>7)</sup> より一部変更・追加して引用

その後、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律で、精神分裂病が統合失調症に変更されたのに伴い、雇用促進法施行規則の記述も、2006年の省令改正により統合失調症に改められた。さらに、2007年、雇用促進法施行規則で「そううつ病」と記述されていたものが、単極性のそう病やうつ病も含まれることを明確に



するため、「そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）」に改正された。

#### （６）精神障害者に対する実雇用率算定の適用

精神障害者に対する雇用率制度の適用については、内閣の障害者対策推進本部決定による障害者プラン（1995年）で、「精神障害者の雇用実態等を踏まえ、雇用率制度の適用の在り方を検討する」とされ、障害者雇用審議会意見書（1997年1月）では、「精神障害者の雇用率制度については、一層の雇用支援策の充実を図りつつ、障害者プランの計画期間である平成14年度までに、引き続き検討を加え、適切な措置を講じていくことが必要」とされた。また、障害者雇用対策基本方針（1998年3月：労働省告示第41号）でも、「精神障害者に対する障害者雇用率制度の適用については引き続き検討を加え、適切な措置を講じる」とされた。

このような指摘を踏まえ、旧労働省及び厚生労働省では、2度にわたり、精神障害者の雇用の促進等に関する研究会（1999年7月～2001年8月、2002年7月～2004年5月）を設置し検討を重ねている。

2004年12月、労働政策審議会障害者雇用分科会は、これまでの議論を踏まえ、精神障害者の雇用対策について、①精神障害者を実雇用率の算定対象とする、②併せて、障害者雇用納付金制度の調整金・報奨金の対象とする（助成金の対象には既になっている）、③精神障害者の障害特性を踏まえ短時間労働者を雇用率の算定上0.5人とカウントする、④実雇用率の算定対象は精神障害者保健福祉手帳の所持者とする、⑤企業に対して雇用率対象の精神障害者の把握・確認の方法について分かりやすいガイドラインを示す、⑥手帳制度と職業リハビリテーションサービスの利用について十分な周知を図る、⑧精神障害に対する国民各層の理解の浸透を図る、⑨精神障害者の実雇用率算定後の適用状況を踏まえ雇用義務化<sup>注6</sup>の検討を具体的に進めていく、等の意見を取りまとめた。

このような経緯の後、2005年の雇用促進法の改正で、精神障害者のうち精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が実雇用率の算定対象となった（施行2006年4月）。

#### （７）実雇用率算定対象が手帳所持者とされた経緯

現在、実雇用率の算定対象となる精神障害者は雇用促進法の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者になっているが、労働政策審議会障害者雇用分科会の意見書（2004年12月）では、「精神障害者を実雇用率に算定するに当たっての対象者の把握・確認方法は、精神障害の特性やプライバシーへの配慮、公正、一律性等の観点から、精神障害者保健福祉手帳の所持をもって行うことが適当」という見解を示している。

また、精神障害者の実雇用率への算定を提言した精神障害者の雇用の促進等に関する研究会報告書（2004年5月）では、「精神障害者を実雇用率に算定するに当たっての対象者の把握・確認方法は、精神障害の特性を踏まえたものである必要がある。すなわち、疾病横断的に行われるべきであることはもちろん、症状の変化によって障害程度が固定されないことから、障害の継続について慎重な確認手段が求められる。また、プライバシーに配慮し、公正かつ一律性を保った判定を行うため、専門家からなる第三者機関によって行われるべきであることや、適用に当たっての実務上の便宜を考えると、精神障害者保健福祉手帳の所持をもつ

て把握・確認し、実雇用率に算定することが適当である。」としている。

## 2 精神障害者の障害認定の現状

雇用対策上の精神障害者の認定・確認方法及び精神保健福祉領域の精神障害者の範囲や認定方法について概観する。

### (1) 雇用促進法における精神障害者

雇用促進法等では表2のように精神障害者を定義している。また、雇用促進法第72条の2で、精神障害者のうち精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている労働者については、実雇用率への算定や障害者雇用納付金制度の調整金・報奨金の対象にできることが規定されている。

図表1-2 雇用促進法における精神障害者の定義

#### 【障害者の雇用の促進等に関する法律】

第2条 この法律において次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

一 障害者 身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう。

（中略）

六 精神障害者 障害者のうち、精神障害がある者であって厚生労働省令で定めるものをいう。

#### 【障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則（厚生労働省令）】

第1条の4 法第2条第6号の厚生労働省令で定める精神障害がある者（以下「精神障害者」という。）は、次に掲げる者であって、症状が安定し、就労可能な状態にあるものとする。

一 精神保健福祉法第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者

二 統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）又はてんかんにかかっている者（前号に掲げる者に該当する者を除く。）

### (2) 雇用促進法における精神障害者の確認方法

厚生労働省の障害者職業紹介業務取扱要領によると、「精神障害者であることの判断の参考とする医師の診断書、意見書等については、『主治医の意見書』（様式4）によるものとするが、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者であっても、症状が安定し、就労可能な状況にあるか否かの判断に必要となる場合があるので留意されたい。特に、症状の安定性や就労の可能性については、医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーションの実施に伴い、変化するものであるので、一度の判断により決定するのではなく、必要に応じて、主治医等に再確認を行うこととされたい。」（第1章 p10）とされ、「症状が安定し、就労可能な状況にあるか否かの判断」は、必要に応じて主治医の意見書等を参考にしつつ、ハローワークが行うこととなる<sup>注7</sup>。

### （３）症状が安定し就労可能な状態にあることの確認

雇用促進法の精神障害者の定義には、「症状が安定し、就労可能な状況にある者」であることが含まれている。つまり、精神障害者保健福祉手帳を交付されており、統合失調症、そううつ病又はてんかんを有していても、「症状が安定し、就労可能な状況にある者」であることが必要であるが、精神症状が悪化し、休職した場合でも、厚生労働省では、事業主との雇用契約は維持されており、休職中の身体障害者や知的障害者も実雇用率に算定されていることから、休職中の精神障害者についても実雇用率に算定されるとしている<sup>9)</sup>。

この点について、今井は、「社会連帯責任に基づき、それぞれの雇用労働者数に応じて、一定割合の障害者を雇用することを義務付けるという雇用義務制度の趣旨に鑑みれば、事業主が休職者を抱えることを、この制度の上でことさら消極に評価する理由は見当たらない。精神障害者が休職に入ったからといって、それまでと雇用率制度上の取扱いを違える、積極的な理由、実益も乏しい。精神障害者の定義における就労可能性の規定は、雇用率制度の適用の場面について言えば、雇用契約の締結をもって就労可能性の蓋然性は一応認められる、つまり雇用契約の締結をもって、企業と労働者が互いに就労可能性を認め合った以上、法は、その後の個別具体的な勤務状況に及んでまで、雇用率制度の適用における就労可能性について関心を払うものではないと解することを相当とする」<sup>10)</sup>としている。

### （４）雇用支援施策の適用範囲

雇用促進法で規定される「精神障害者」のうち、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者とそうでない者では、適用される支援制度の範囲が異なる（図表 1－3）。

障害者職業紹介業務取扱要領では、身体障害者、知的障害者及び精神障害者以外の障害者（その他の障害者）の例として、「発達障害者（中略）精神障害には至らない精神疾患若しくは高次脳機能障害等により、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、若しくは職業生活を営むことが著しく困難な者があげられる。」

（第 1 章 p10）としている。また、「『長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難』か否かについては、必要に応じて、地域障害者職業センターに職業評価を依頼し、その結果を確認することにより、その判断を行うこと。」（第 1 章 p10）とされている。



図表 1-3 障害種別による主な雇用支援施策の適用範囲

		身体障害者 ・ 知的障害者	精神障害者		その他* <sup>3</sup>
			手帳所持	手帳なし	
障害者雇用率制度	雇用義務	○	×	×	×
	実雇用率算定	○	○	×	×
納 付 金 制 度	納付金の徴収	○	○	×	×
	調整金・報奨金の支給	○	○	×	×
	各種助成金の支給	○	○	○* <sup>2</sup>	△* <sup>4</sup>
特定求職者雇用開発助成金* <sup>1</sup>		○	○		×
職場適応訓練		○	○		×
障害者職業能力開発校等での職業訓練		○	○		○* <sup>5</sup>
トライアル雇用		○	○		○
精神障害者ステップアップ雇用奨励金		×	○		×
上記以外の職業リハビリテーション		○	○		○

【図表注】

- \* 1 精神障害者は、重度身体障害者、重度知的障害者、45才以上の身体障害者及び知的障害者と同様の取り扱いで、助成額（2009年10月1日現在）は、中小企業に対しては2年間で240万円（上記以外の障害者は135万円）、大企業に対しては1年6カ月で100万円（上記以外の障害者は50万円）。
- \* 2 雇入れ及び雇用継続に係る事業主に対する各種助成金は、ハローワーク紹介に係る者、当該事業所で精神障害者社会適応訓練を受けた者、障害者職業センターで職場復帰のための職業リハビリテーションの措置を受けた者に限る。
- \* 3 精神障害者保健福祉手帳を取得せず、診断名が「統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）、てんかん」以外の精神疾患のある者は、雇用促進法上の障害者に該当し、「その他」の障害者として取り扱われる。
- \* 4 発達障害者（「発達障害者支援法」第2条第2項に規定する発達障害者）は「第1号職場適応援助者助成金」及び「第2号職場適応援助者助成金」の対象となる。また、高齢・障害者雇用支援機構が必要と認めた障害者は「第1号職場適応援助者助成金」の対象となる。
- \* 5 ハローワークの受講指示による訓練手当の支給は非該当。

#### (5) 雇用率算定に際しての企業側における精神障害者の確認

2006年4月から精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている精神障害者が雇用率に算定されるようになり、特に在職中の精神障害者の把握・確認の際はプライバシーに配慮する必要性が生じてきた。このため、厚生労働省では、障害者本人の意に反した雇用率の算定が行われないよう、雇用率制度の対象となるすべての障害者を対象として、「プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドライン」（2005年）を策定した。その概要は、以下のとおり。

##### ア 雇用率算定対象者の把握・確認

面接等において採用決定前から障害者であることを把握している場合には、採用決定後に、障害者雇用状況の報告等のために必要な情報（障害者手帳の所持等の情報）を求める。求める際には、利用目的等<sup>注8</sup>を具体的に伝える。

採用後に雇用している労働者が雇用率算定対象かどうか把握する場合、企業は、障害者雇用状況の報告、障害者雇用納付金の申告等のために必要な情報を把握したい旨、雇用している労働者全員に画一的な手段（メールや書類等）により伝える。

但し、労働者本人が、職場において障害者の雇用支援制度や社会の支援制度の活用を求めて、企業に対して自発的に提供した情報を根拠にする場合は、個人を特定して障害者手帳の所持等を照会できる<sup>注9</sup>。障害者手帳の所持が確認され、かつ、障害者雇用状況報告等のためにそれを用いることの同意を得たら、企業は、必要な情報の確認を行う。

企業が労働者の障害の把握・確認をする際の禁忌事項としては、利用目的の達成に必要な情報の取得、本人の意思に反しての障害者の申告（雇用率算定）、手帳取得の強要、障害者の申告や手帳取得を拒んだことにより不利な取り扱いをする等があげられている。

##### イ 把握・確認した情報の更新

精神障害者保健福祉手帳の場合は有効期限が2年間であることから、企業は、把握・確認した手帳の有効期限が経過した後、手帳を更新しているか確認する。身体障害者手帳については、再認定の条件が付されているか注意する。

本人から、障害者雇用状況の報告等のために利用しないよう要求された場合、その求めが適正であると認められるときは、利用を停止する。

##### ウ その他

事業主は、労働者が障害者であること明らかにする書類を備え付けるとともに、本人の死亡・退職または解雇の日から3年間保存する。障害者雇用状況の報告書等の漏洩防止等、情報の安全管理のために必要な措置を講じる。情報を管理する者の範囲を必要最小限に限定した上、その範囲に従業員に分かるように明確化する。（安全管理措置等）

把握・確認した情報の取り扱いに関する苦情処理の担当を明らかにし、苦情処理を適切かつ迅速に処理するために必要な体制整備に努める。（苦情処理体制の整備）

同じ職場で働く管理職や従業員が障害について正しく理解し、適切な雇用管理上の配慮が行えるよう啓発・研修を行う。（管理職や従業員の意識啓発）

#### （6）精神保健福祉法における精神障害者

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）では、精神障害者を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」（第5条）としている。

精神保健福祉研究会監修「三訂精神保健福祉法詳解」（中央法規，2007）によると、「この定義では、精神障害者とは、『精神疾患を有する者をいう』という医学的概念で規定されており、その例示として、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質があげられている。（中略）『精神疾患』とは、精神上、心理上及び行動上の異常や機能障害によって、生活を送る上での能力が相当程度影響を受けている状態を包括的に表す用語として、医学上定着している言葉である。精神疾患に該当するかどうかの実際の判断は、思考、現実認識、意思疎通、記憶、感情表出、問題対処等の機能が損なわれていることによって行われる。『精神疾患』の範疇に入る具体的な個々の疾患名は、国際疾病分類において詳細に分類されており、国際疾病分類上の該当項目（精神障害の章）全体が『精神疾患』の範囲である。（中略）本条における精神障害者の定義は、本法でいう精神障害者の外縁を示しているものであり、個々の制度や条文の対象となる精神障害者の範囲は、その一部又は全部であり、それぞれの制度や規定の趣旨によって、さらに要件が加わる」（p62-64）としている。

なお、厚生労働省は2008年患者調査から、我が国の精神障害者を323万3千人と推計している<sup>注10</sup>。2005年の推計値では302万8千人で、3年間で約20万人増加したことになる。特に、「気分（感情）障害」が約12万人増えている。

#### （7）精神障害者保健福祉手帳の判定手順

精神障害者保健福祉手帳は、精神保健福祉法第45条、同法施行令第5条から第11条、同施行規則第23条から第29条に規定され、運用の詳細は精神障害者保健福祉手帳制度実施要領等で規定されている。

精神障害者保健福祉手帳の交付は次の手続きにより行われる。

①申請書に医師の診断書（巻末の資料1）を添付して都道府県知事に申請。②精神保健福祉センターで手帳交付の可否及び障害等級の判定を行う。③都道府県知事は、交付を決定した場合は手帳を交付する。手帳の有効期限は2年間。（手帳を交付しないと決定したときには速やかに申請者に通知する。）

なお、精神障害を支給事由とする国民年金や厚生年金及び共済年金等の年金給付を現に受けている証書を添付して申請もできる。その場合は、医師の診断書は不要で、年金1級であれば手帳も1級、年金2級であれば手帳も2級として、手帳交付がなされる。

診断書による精神障害者保健福祉手帳の判定は、精神疾患の存在の確認、精神疾患（機能障害）の状態の確認、能力障害の状態の確認、総合判定の順を追って行われ、精神障害者保健福祉手帳の申請をするための診断書は、初診日から6ヵ月以上経過している必要がある。精神疾患の確認は、基本的にICD-10のFコードに基づき行われるが、Gコードのてんかんも対象となる。高次脳機能障害は器質性精神障害として、また、発達障害は、心理的発達の障害、もしくは、小児（児童）期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害として、精神疾患の対象となり、機能障害や能力障害等が手帳の判定基準に該当すると認められれば、手帳が交付される可能性がある。

等級は1～3級からなり、1級は「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級は「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級は「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」とされている。

なお、精神障害者保健福祉手帳の2008年度末交付者数は482,905人であった。この手帳制度は、1995年から始まり、1996年度末の交付者数は59,888人で、それ以降、毎年3～4万人ずつ増加している。

#### （8）障害者自立支援法の対象となる精神障害者

障害者自立支援法における精神障害者対策について以下に概要を示す<sup>11) 12)</sup>。

##### ア 介護給付及び訓練等給付

居宅介護等の介護給付や自立訓練等の訓練等給付の支給決定は以下の手続きによる。

①本人等が市町村に申請、②認定調査員が申請のあった障害者等と面接し、a)概況調査（福祉サービスの利用意向、本人の生活状況、介護者や住居の状況等の把握）、b)障害程度区分認定調査（心身状態に関する106項目：介護保険の要介護認定に用いられる79項目と、障害特性を反映できるような、日常生活に関する7項目、行動障害に関する9項目、精神面等に関する11項目の把握）、③医師の意見書の提出（疾病、障害内容、精神の状況、介護に関する所見等を主治医等が記載）、④一次判定（②の介護保険と同じ79項目と日常生活面の7項目の結果をコンピュータ入力して判定）、⑤市町村審査会において、一次判定結果及び行動障害に関する9項目、精神面等に関する11項目、認定調査員の特記事項、主治医の意見をもとに審査判定、⑥市町村が判定結果（障害程度区分）を申請者に通知。⑦市町村は、必要に応じて、市町村審査会、更生相談所や精神保健福祉センター等から意見聴取、⑧市町村は、支給決定を行った場合、障害者福祉サービス受給者証を交付。

なお、訓練等給付のみを受ける場合は、障害程度区分に係る調査・判定（②のb）、③～⑦）は不要で、本人の希望を勘案し、一定の訓練計画にもとづき試しに訓練を受け（暫定支給決定）、効果があると見込まれる場合に正式に支給決定がなされる。

#### イ 自立支援医療（精神通院医療）

自立支援医療（精神通院医療）の対象となる者は、精神保健福祉法第5条に規定する精神障害者であつて、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあるものとされている。

支給決定は以下の手続きによる。

①申請書に必要書類を添付して都道府県に申請。必要書類：自立支援医療（精神通院医療）の診断書及び障害者自立支援法施行令第35条に規定する高額治療継続者<sup>註11</sup>に該当する旨を申告する場合には「重度かつ継続」に関する意見書、被保険者等及び本人の属する「世帯」の所得状況等が確認できる資料。②判定指針に基づき、自立支援医療（精神通院医療）の要否について精神保健福祉センターで判定。③都道府県知事は、支給決定をしたときには自立支援医療受給者証を交付する。（支給認定を行わないと決定したときには、申請者の居住地の市町村長を經由しその旨申請者に通知する。）

なお、自立支援医療（精神通院医療）の高額治療継続者に該当する者は、統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害若しくは薬物関連障害（依存症等）を有する者、又は、精神医療に一定以上の経験を有する医師が集中・継続的な治療を要する者と判断した者、もしくは、疾病等にかかわらず、高額な費用負担が継続する者（医療保健の多数該当者）、となっている。

また、精神障害者保健福祉手帳の新規交付もしくは再交付の申請と併せて自立支援医療（精神通院医療）を申請する場合は、自立支援医療（精神通院医療）の診断書は不要で、精神障害者保健福祉手帳用の診断書だけでよい。

### 3 雇用率制度上の重度障害者について

雇用義務の対象である身体障害者や知的障害者の場合、その障害の程度が重い者については、雇用率制度上、1人をもって2人として算定されている（いわゆるダブルカウント）が、精神障害者については、ダブルカウントは行われていない。ここでは、精神障害者の「ダブルカウント」について検討する際の基礎知識として、雇用率制度上の重度身体障害者と重度知的障害者について簡単に記載する。

#### （1）重度身体障害者

雇用促進法では、重度身体障害者は、厚生労働省令の別表1に該当する者とされている（巻末の資料4）。この厚生労働省令の別表1では、身体障害者福祉法施行規則別表第5号（身体障害者障害程度等級表）の2級よりも重いものが該当するようになっており、基本的には、身体障害者手帳1～2級を所持する者が、雇用促進法における重度身体障害者となる。

なお、身体障害者手帳を所持していない場合でも、身体障害者福祉法第15条の規定により都道府県知事の定める医師（以下「指定医」という。）又は労働安全衛生法第13条に規定する産業医による厚生労働省令の別表1に掲げる身体障害を有する旨の診断書・意見書（ただし、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害については、当分の間、指定医によるものに限る。）でも確認は可能とされている。



また、身体障害者手帳1～2級の者を重度身体障害者とした理由としては、1～2級の身体障害者の就業率が著しく低いこと<sup>注12</sup>があげられる。さらに、1982年2月の身体障害者雇用審議会意見書においては、制度運用上からの実務的な観点から身体障害者福祉法の重度障害を利用することの合理性が指摘されている<sup>注13</sup>。

## (2) 重度知的障害者

雇用促進法では、重度知的障害者は、「知的障害者判定機関（児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センター）により知的障害の程度が重いと判定された者」とされている。

また、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医により「療育手帳制度における重度、年金制度における障害の程度（知的障害によるものに限る。）が1級、特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく障害の程度（知的障害によるものに限る。）が1級又は特別障害児（知的障害によるものに限る。）若しくは特別障害者（知的障害によるものに限る。）又は所得税又は地方税における特別障害者（知的障害によるものに限る。）のいずれかに相当すると判定されている者」も、上記「知的障害の程度が重いと判定された者」に該当すると見なされる。

なお、療育手帳制度の重度は、知能指数（IQ）が概ねIQ35以下、身体障害が重複する場合は50以下で、ADL（日常生活動作）が困難で個別的指導を有するか、問題行動があり常時注意・指導を必要とする者とされている（厚生省「療育手帳の実施について」昭和48年9月27日児発第725号）。雇用促進法における重度知的障害者については、福祉法の重度基準と異なる者も含めているが、その理由としては、知的障害者が一般雇用に就く場合、身体障害者のように福祉制度の重度障害者をそのまま準用するのは困難であるとの認識があったものと思われる<sup>注14</sup>。

障害者職業センターが雇用促進法に基づき知的障害者の判定機関になったのは、知的障害者が実雇用率の算定対象となった1988年からであり、重度知的障害者のダブルカウントが適用されたのは1993年からである。

### 【注釈】

注1 当時、身体障害者雇用促進法の制定に携わった堀秀雄著「身体障害者雇用促進法解説」（労働法令協会、1961）では、「次に精神薄弱者を「身体障害者」とすることについての可否であるが（後略）」（p109）との記述はあるが、精神障害者の記述はみられない。また、1960年3月29日の参議院社会労働委員会の記録では、質問者が「別表の五の中に、精神障害者を取り入れることについて（中略）この精神障害者—精神病ではありません。精神障害者、これは、白痴、魯鈍、痴愚とありますが、（中略）精神薄弱者の雇用の問題、これについてどうなっているのか」と質問し、政府委員が「精神薄弱者の問題につきましては、身体障害者雇用審議会におきまして一つの大きな問題としてご検討願いたいと思っております。」と答弁している。さらに、同年5月12日の衆議院社会労働委員会では、全日本精神薄弱者育成会専務理事が参考人として意見を述べているが、いわゆる精神障害者の立場から発言する参考人は出てい

ない。したがって、身体障害者雇用促進法制定時に問題になった精神障害者とは、知的障害者のことであり、いわゆる精神障害者は、あまり想定されていなかった可能性が高いと思われる。

注2 当時の身体障害者雇用促進法の対象となる身体障害者は「別表に掲げる身体上の欠陥がある者」とされ、別表で定める身体上の欠陥の一つに「就職に著しい困難があると認められる労働省令で定める身体上の欠陥」という項目が定められていた。

注3 1981年に、衆議院及び参議院は、それぞれ本会議で「国際障害者年に当たり、障害者の『完全参加と平等』の実現を図る決議」を採択し、「精神障害者に関する福祉施策を充実するよう努めること」（衆議院）、「精神障害者の社会復帰を促進するための施策の充実に努めること」（参議院）、と精神障害者の福祉施策等の充実に言及しているが、1984年時点でも、厚生大臣が「精神障害者の場合は、医学的な保護の下におく必要があり、また回復した場合には普通になって社会復帰でき（後略）」（1984年4月24日参議院社会労働委員会）との答弁を行っている。

注4 同要綱では、通院患者リハビリテーション事業の目的を「精神障害者を一定期間事業所に通わせ、集中力、対人能力、仕事に対する持久力、環境適応能力等の涵養を図るための社会適応訓練を行い再発防止と社会的自立を促進し、もって精神障害者の社会復帰を図ること」としている。また、1995年に精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正され、同法50条の4において通院患者リハビリテーション事業は「精神障害者社会適応訓練事業」として、法的に位置づけられている。

注5 この時点では、精神障害回復者等が職場適応訓練の対象になったことは、身体障害者雇用促進法及び同政令・省令には反映されていない。

注6 障害者雇用率は下記の式で算定されており、今後、精神障害者が雇用義務化の対象になると、この計算式に常用雇用精神障害者数と失業精神障害者数が入る。つまり、雇用義務の対象となる精神障害者の範囲の設定の仕方によって、雇用率のアップ分が変わることになる。この式によれば、その時々状況によって雇用率は変化する可能性があるが、雇用促進法では、その推移を勘案し、少なくとも5年毎に、雇用率を見直すこととしている。フルタイム常用雇用労働者は週30時間以上の常用労働者である。また、重度身体障害者及び重度知的障害者は、1人を2人として計算するので、正しくは、分子「フルタイム常用雇用身体障害者数+フルタイム常用雇用重度身体障害者数×2+フルタイム常用雇用知的障害者数+フルタイム常用雇用重度知的障害者数×2+失業身体障害者数+失業知的障害者数」となる。常用雇用身体障害者数、常用雇用知的障害者数、失業身体障害者数、失業知的障害者数、及びそのうちの重度身体障害者数、重度知的障害者数は、障害者就業実態調査等から推計している。このため、知的障害者の推計には、地域障害者職業センターにおける知的障害者判定及び重度知的障害者判定は含まれていない。また、2010年7月から、身体障害者又は知的障害者である短時間労働者（週所定労働時間20時間以上30時間未満）も雇用義務の対象となり、上記の式の分母に「短時間労働者×0.5」が加えられ、分子に「短時間労働者である身体障害者数×0.5」と「短時間労働者である知的障害者数×0.5」が加えられる。なお、雇用率制度を採用しているドイツやフランスは、このように雇用率の対象となる障害者数と数値が直接的に連動している訳ではない。

$$\text{障害者雇用率} = \frac{\text{フルタイム常用雇用身体障害者数} + \text{フルタイム常用雇用知的障害者数} + \text{失業身体障害者数} + \text{失業知的障害者数}}{\text{フルタイム常用雇用労働者数} - \text{除外率相当労働者数} + \text{失業者数}}$$

注7 雇用促進法上の精神障害者であるためには、雇用促進法上の障害者であることの確認が前提となるが、障害者職業紹介業務取扱要領では、「身体障害者、知的障害者又は精神障害者であることの確認を行った者については、同時に障害者であることの確認を行ったこととなる。」（第1章p4）とされている。

注8 ①利用目的（障害者雇用状況の報告、障害者雇用納付金の申告、障害者雇用調整金又は報奨金の申請）、②①の報告に必要な個人情報（障害者手帳）、③取得した個人情報は毎年度利用する、④障害者等級や精神障害者保健福祉手帳の有効期限等について確認を行う場合がある、⑤障害者手帳の返却や等級変更があった場合はその旨申し出てほしい、⑥特例子会社又は関係会社の場合、取得した情報を親会社に提供する、等があげられる。

注9 但し、所得税の障害者控除を行うために提出された書類、病欠・休職の際に提出された診断書、傷病手当（健康保険）の請求に当たって事業主が証明を行った場合等は、「個別の状況によっては照会を行う根拠として不適切な場合がありうる例」とされ、「企業において個別ケースごとに慎重に行う必要がある」としている。

注10 患者調査の精神障害者数は、WHOの国際疾病分類第10版（ICD-10）の精神及び行動の障害（Fコード）から精神遅滞を除き、神経系の疾患（Gコード）のてんかんとアルツハイマー病を加えた数値である。

注11 医療上の必要性から継続的に相当額の医療費負担が生じる場合（いわゆる「重度かつ継続」）に該当する者を高額治療継続者という。

注12 例えば、1976年5月13日の参議院社会労働委員会の政府側の説明に「十八歳以上六十五歳未満の身体障害者は八十八万人でございますが、そのうちの就業者は五十三万人でございます、就業率は六〇％となっております。これを一般の就業率七一％と比べますと、かなり低い現状でございます。さらに、重度の身体障害者の就業率は四五・一％と相当低くなっております。」といったものがある。

注13 「国際障害者年を契機とする今後の心身障害者雇用対策の在り方について」（身体障害者雇用審議会意見書：1982年2月1日）によると、「重度障害者の範囲については、雇用率制度及び雇用納付金制度において企業側も適切かつ簡便に判定できることがこれらの制度の円滑な運用にとって不可欠である点などを考慮すると、当面身体障害者福祉法施行規則の等級表を利用してその範囲を定めることが実務的観点からは一つの適切な方法であろう。」とされている。但し、「身体障害者雇用促進法における重度障害者の範囲は、身体障害者福祉法施行規則の身体障害者障害程度等級表（以下、「等級表」という。）の1級及び2級に該当する者とされている。しかし、等級表の上では障害が中度（3級及び4級）であるとされている者でも職業上のハンディキャップは大きく、就職の相当困難な障害者が見られる。例えば、脳性マヒによる全身性障害者については等級表上は仮に3級であっても職業能力の低下の度合いは大きい者がみられるなど、等級表上の障害の程度と職業能力の低下の度合いとの間には必ずしも対応関係がない場合もある。このため、このような職業能力の観点からその範囲の見直しが望まれる。この場合、職



業能力がどの程度低下しているかの観点に加え、企業の受け入れ体制（施設・設備の改善、作業補助具の開発、改善等の状況）の現状等が総合的に勘案されることが望ましい。」との指摘もされている。征矢<sup>13)</sup>は、「この指摘を受け、昭和57年6月に「重度障害者の範囲に関する研究会」を設置し（中略）脳性マヒによる全身性障害者等については重度障害者として取り扱うこととすべきとの結論を得た。昭和59年10月には、福祉法の等級表の改正にあわせて、身体障害者雇用促進法の重度障害者の範囲に脳性マヒによる重度の身体障害者を加える改正を行った」としている。なお、脳性マヒ以外にも、身体障害者福祉法の施行規則別表5（身体障害者障害程度等級表）の改正に伴い、雇用促進法の施行規則別表1及び別表2が随時改正されており、1984年に「ぼうこう又は直腸の機能の障害」「乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（脳性まひ）」、1985年「小腸の機能の障害」、1995年「視野障害の範囲の変更」、1998年「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害」が追加・変更されている。

注14 1992年4月16日の参議院の労働委員会において、「厚生省、都道府県における療育手帳等の基準における重度となりますと、実はなかなか一般雇用につくのが大変困難な状態の方なんです。そういうことからいいますと、身体障害者を今身障手帳から準用した形で決めておりますけれども、精神薄弱者についてはやはり労働省として独自の基準といいますか、どういう方をいわゆる重度とするのか重度としないのか考えなきゃいけないと思うんですけれども、その点はどうでしょうか。」との質問に対し、政府委員が、「精神薄弱者の方の職業的な観点から見ました精神薄弱の程度というものにつきまして、必ずしもその知能指数と完全に比例するものではないわけでごさいます、従来から重度の精神薄弱者の方につきましては、個々の精神薄弱者の知能指数を基礎といたしまして、その手腕等の動作能力でごさいますとか、あるいは社会生活能力を勘案して判定することにいたしておるわけでごさいます。具体的には、これまでも重度障害者職場適応助成金というのがあるわけでごさいます、この取り扱い等で重度の範囲を定めております。一つの基準を持っておりますが、今回こういう形で重度精神薄弱者につきましての法的な措置を講じることでございますので、これにつきましては、改めてこれまでの重度障害者職場適応助成金の取り扱いでの重度の範囲を参考といたしまして、障害者雇用審議会の御意見を伺って検討していきたいというふうに考えております。」と答弁している。なお、この答弁に出てくる重度障害者職場適応助成金は1981年に創出されたもので、その助成金の対象者である「精神薄弱者であつて、その精神薄弱の程度が重いもの」の判定に際し、当時の心身障害者職業センター（現地域障害者職業センター）で、「IQ」「手腕作業検査」「社会生活能力調査」からなる、重度判定を行っている。

#### 【文献】

- 1) 征矢紀臣：障害者雇用対策の理論と解説，p56，労務行政研究所，2000.
- 2) 同上，p56，2000.
- 3) 同上，p66，2000.
- 4) 林 幸男：精神障害者の雇用，身障者雇用促進ガイドブック，p167，1980.
- 5) 岡上和雄：職親制度，臨床精神医学1995年8月増刊号，pp163-165，1995.

- 6) 若林之矩：障害者雇用対策の新展開， p248， 労務行政研究所， 1993.
- 7) 相澤欽一：精神障害者雇用支援ガイドブック， p48， 金剛出版， 2007.
- 8) 厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部編著：障害者雇用促進法の逐条解説， 序論 p24， 日刊労働通信社， 2003.
- 9) 厚生労働省：平成 17 年障害者雇用促進法改正関係 Q & A  
<[http:// www.mhlw. go. jp/bunya/koyou/shougaisa01/pdf/kaisei06. pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisa01/pdf/kaisei06.pdf) >
- 10) 今井明：精神障害者の雇用率適用～制度改正の主要論点と今後の展望～， 職業リハビリテーション， 19(2)， p49， 2006.
- 11) 障害者福祉研究会編：逐条解説障害者自立支援法， 中央法規， 2007.
- 12) 自立支援医療費の支給認定について 別紙 4 自立支援医療（精神通院医療）支給認定実施要綱（2006 年 3 月 3 日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知， 改訂 2006 年 9 月 22 日）
- 13) 征矢紀臣：障害者雇用対策の理論と解説， pp191-192， 労務行政研究所， 2000.
- 14) 倉知延章：精神障害者に対する職業リハビリテーションの歴史と展望， 精神障害とリハビリテーション， 2(2)， pp103-110， 1998.



## 第2章

### 精神障害者保健福祉手帳の新規申請時 及び更新時の判定結果に関する調査



## 第2章 精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果に関する調査

### 1 調査の概要

#### (1) 調査の目的

障害者の雇用の促進等に関する法律では、精神障害者保健福祉手帳（以下、「手帳」という。）所持者を、実雇用率の算定対象としているが、手帳の判定については、地域差等の指摘がなされている<sup>1)</sup>。

このため、手帳の判定結果を把握し、疾患や地域により手帳の判定に差があるかどうかを検討する。

さらに、更新時に非該当になる場合や等級変更がどの程度発生するのかについても把握し、雇用対策上の障害認定のあり方の検討に資する。

#### (2) 調査対象

全国の精神保健福祉センター 65 所

#### (3) 調査内容

##### ① 手帳の新規申請時の判定結果

新規に手帳申請（期限切れの再申請も含む）した者のうち判定結果が出た者について、その結果を、疾患毎に分けて申請件数、交付件数、非該当件数、保留・返戻件数別に集計する。

##### ② 手帳の更新申請時の判定結果

手帳の更新申請をした者のうち判定結果が出た者について、その結果を、等級毎に分けて更新手続き件数、等級変更の有無及び等級変更の内容別に集計する。

詳細は巻末の資料5のとおり。

#### (4) 調査期間及び実施方法

2009年9月1日～9月30日。郵送により調査票を送付し、記入後に返送してもらった。

### 2 調査結果

#### (1) 回収状況

59センターから回答があった（回収率90.8%）。

#### (2) 結果

##### ア 新規申請判定結果の状況

##### (ア) 全体状況

新規申請判定に係る全体状況を図表2-1に示す。

図表 2-1 新規申請判定の状況

診断書によるもの

申請件数	判定結果			
	交付件数	非該当件数	(小計)	保留・返戻
5,993	5,561 (97.9%)	119 (2.1%)	(5,680)	313

年金証書の写しによるもの

交付件数
2,104

回答のあった 59 センターにおいて調査期間内に判定結果が出た診断書による申請件数は 5,993 件、うち手帳交付件数 5,561 件、非該当件数 119 件、保留・変戻 313 件となっている。保留・返戻はその後の交付状況が不明なため、交付件数と非該当件数だけで割合をみると、交付件数 97.9%、非該当件数 2.1%となる。

また、年金証書等の写しによる交付件数<sup>注1</sup>は 2,104 件で、診断書による申請と併せた申請件数全体 (8,097 件) の 26.0%を占めている。

(イ) 疾患別の判定状況

診断書による新規申請判定に係る疾患別の状況を図表 2-2 に示す。

図表 2-2 疾患別の新規申請判定状況

主たる病名	申請件数	判定結果			
		交付件数	非該当件数	(小計)	保留・返戻
「症状性を含む器質性精神障害」のうち認知症 (F00-F03)	373	346 (98.0%)	7 (2.0%)	(353)	20
「症状性を含む器質性精神障害」のうち認知症以外のもの (F04-F09)	244	220 (97.8%)	5 (2.2%)	(225)	19
精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)	210	170 * (89.0%)	21 * (11.0%)	(191)	19
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)	2,197	2130 * (99.6%)	9 * (0.4%)	(2,139)	58
気分(感情)障害 (F3)	1,934	1810 (98.0%)	37 (2.0%)	(1,847)	87
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4)	361	329 (96.5%)	12 (3.5%)	(341)	20
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F5)	22	19 (90.5%)	2 (9.5%)	(21)	1
成人の人格及び行動の障害 (F6)	66	62 (96.9%)	2 (3.1%)	(64)	2
知的障害(精神遅滞) (F7)	48	20 * (80.0%)	5 * (20.0%)	(25)	23
心理的発達の障害 (F8) 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (F90-F98)	240	222 (99.1%)	2 (0.9%)	(224)	16
てんかん (G40)	279	214 * (92.6%)	17 * (7.4%)	(231)	48
その他 (F99)	19	19 (100.0%)	0 (0.0%)	(19)	0

\* p<.01



申請件数では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2）」が 2,197 件と最も多く、次いで、「気分（感情）障害（F 3）」の 1,934 件であった。この 2 つの疾患で、申請件数全体の 68.9%を占めているが、F 0 から F 99 まですべての疾患で申請が発生している。

保留・返戻を除いた、交付件数と非該当件数の割合で見ると、交付件数の割合が最も高いのが「その他（F 99）」の 100%、次いで、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2）」の 99.6%であった。交付件数の割合が最も低いのが、「知的障害（精神遅滞）（F 7）」の 80.0%、次いで、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F 1）」の 89.0%であった。

保留・返戻を除いた交付件数及び非該当件数と疾患別の関連について  $\chi^2$  検定を行ったところ、有意な差が見られた ( $\chi^2(11) = 184.72, p < .01$ )。そこで残差分析を行った結果、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2）」で交付件数の割合が有意に高く、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F 1）」「知的障害（精神遅滞）（F 7）」「てんかん（G 40）」が交付件数の割合が有意に低かった。

なお、保留・返戻の割合は、「知的障害（精神遅滞）（F 7）」「てんかん（G 40）」が高くなっている。「知的障害（精神遅滞）（F 7）」は本来手帳の対象にはならないこと、「てんかん（G 40）」はてんかん発作型と頻度の記載漏れが多いことが影響しているものと予想される。

#### （ウ）センター別の判定状況

診断書による新規申請判定に係るセンター別の状況を図表 2-3 に示す。

申請件数が最も多いセンターで 751 件、最も少ないセンターで 18 件である。

保留・返戻を除いた、交付件数と非該当件数の割合でみたときに、交付件数の割合 100%のセンターが 27 カ所ある。交付件数の割合が最も低いセンターの場合、交付件数の割合は 84.0%であった。

また、保留・返戻を除いた交付件数及び非該当件数とセンター毎の関連について  $\chi^2$  検定を行ったところ、有意な差が見られた ( $\chi^2(58) = 137.83, p < .01$ )。そこで残差分析を行った結果、交付件数の割合が有意に高いセンターが 1 カ所、低いセンターが 4 カ所あった。

#### イ 更新申請判定結果の状況

##### （ア）診断書による更新手続き

診断書による更新申請手続きの判定状況を図表 2-4 に示す。

診断書により更新手続きを行い、調査期間内に判定結果が出た更新手続き件数は 8,088 件あった。等級変更等の状況を見ると、保留・変戻を除いた 7,774 件うち、等級変更なし 6,669 件 (85.8%)、等級変更あり 1,051 件 (13.5%)、非該当 54 件 (0.7%) であった。また、等級変更で等級が上がったもの 650 件 (8.3%)、下がったもの 401 件 (5.1%) となっている。

等級別に見ると、前回等級 3 級で、等級変更あり及び非該当の割合が最も高くなっている。また、2 級から非該当が 26 件 (0.6%)、1 級からも非該当が 2 件 (0.2%) 発生している。

図表 2-3 センター別の新規申請判定状況

NO.	申請件数	申請判定状況				
		交付件数の割合	交付件数	非該当件数	(小計)	保留・返戻
1	751	95.1%	638 *	33 *	(671)	80
2	334	100.0%	322 *	0 *	(322)	12
3	246	100.0%	246	0	(246)	0
4	236	96.4%	216	8	(224)	12
5	222	97.5%	199	5	(204)	18
6	198	96.5%	191	7	(198)	0
7	198	99.0%	196	2	(198)	0
8	178	97.5%	153	4	(157)	21
9	176	100.0%	175	0	(175)	1
10	170	98.8%	168	2	(170)	0
11	157	94.7%	143 *	8 *	(151)	6
12	137	98.5%	129	2	(131)	6
13	132	96.2%	127	5	(132)	0
14	123	99.2%	122	1	(123)	0
15	120	98.3%	117	2	(119)	1
16	116	100.0%	113	0	(113)	3
17	114	96.5%	109	4	(113)	1
18	113	99.0%	99	1	(100)	13
19	109	100.0%	99	0	(99)	10
20	107	100.0%	103	0	(103)	4
21	106	100.0%	106	0	(106)	0
22	104	98.1%	101	2	(103)	1
23	101	99.0%	99	1	(100)	1
24	95	98.9%	87	1	(88)	7
25	95	98.9%	86	1	(87)	8
26	90	96.3%	79	3	(82)	8
27	85	97.4%	74	2	(76)	9
28	82	98.8%	79	1	(80)	2
29	82	97.5%	78	2	(80)	2
30	68	98.2%	55	1	(56)	12
31	65	100.0%	63	0	(63)	2
32	64	100.0%	60	0	(60)	4
33	60	96.2%	50	2	(52)	8
34	58	100.0%	58	0	(58)	0
35	58	91.2%	52 *	5 *	(57)	1
36	58	100.0%	44	0	(44)	14
37	53	100.0%	53	0	(53)	0
38	53	100.0%	53	0	(53)	0
39	46	97.6%	41	1	(42)	4
40	45	100.0%	42	0	(42)	3
41	43	100.0%	38	0	(38)	5
42	41	97.4%	37	1	(38)	3
43	41	92.1%	35	3	(38)	3
44	40	94.4%	34	2	(36)	4
45	38	100.0%	28	0	(28)	10
46	36	100.0%	36	0	(36)	0
47	35	100.0%	32	0	(32)	3
48	34	100.0%	32	0	(32)	2
49	31	100.0%	29	0	(29)	2
50	28	100.0%	28	0	(28)	0
51	28	100.0%	28	0	(28)	0
52	28	96.3%	26	1	(27)	1
53	27	100.0%	27	0	(27)	0
54	26	92.3%	24	2	(26)	0
55	26	84.0%	21 *	4 *	(25)	1
56	23	100.0%	23	0	(23)	0
57	23	100.0%	22	0	(22)	1
58	22	100.0%	18	0	(18)	4
59	18	100.0%	18	0	(18)	0

\* p<.01

図表 2-4 更新申請判定状況

(診断書によるもの：前回認定が年金証書等の写しによるものを含む)

前回認定等級	更新手続き件数	「等級変更なし」件数	「等級変更あり」件数		非該当件数	(小計)	保留・返戻
			1級→2級	1級→3級			
1級	1,343	1,123 (87.5%)	153 (11.9%)	5 (0.4%)	2 (0.2%)	(1,283)	60
2級	4,528	3,882 (88.8%)	220 (5.0%)	243 (5.6%)	26 (0.6%)	(4,371)	157
3級	2,217	1,664 (78.5%)	18 (0.8%)	412 (19.4%)	26 (1.2%)	(2,120)	97
計	8,088	6,669 (85.8%)	1,051 (13.5%)		54 (0.7%)	(7,774)	314

(イ) 年金証書等の写しによる更新手続き

年金証書等の写しによる更新申請手続きの判定状況を図表 2-5 に示す。

年金証書等の写しにより更新手続きを行い、調査期間内に判定結果が出た更新手続き件数は 5,410 件あり、更新申請全体 (13,498 件) の 40.1% を占めている。等級変更等の状況を見ると、等級変更なし 4,920 件 (90.9%)、等級変更あり 490 件 (9.1%) であった<sup>注2</sup>。また、等級変更で等級が上がったもの 337 件 (6.2%)、下がったもの 153 件 (2.8%) となっている。

図表 2-5 更新申請判定状況

(年金証書等の写しによるもの：前回認定が診断書によるものを含む)

前回認定等級	更新手続き件数	「等級変更なし」件数	「等級変更あり」件数	
			1級→2級	1級→3級
1級	834	753 (90.3%)	80 (9.6%)	1 (0.1%)
2級	3,893	3,728 (95.8%)	93 (2.4%)	72 (1.8%)
3級	683	439 (64.3%)	8 (1.2%)	236 (34.6%)
計	5,410	4,920 (90.9%)	490 (9.1%)	

### 3 考察

#### (1) 新規申請判定結果について

##### ア 申請状況

全国 59 ヲ所の精神保健福祉センターにおける 1 ヲ月間の診断書による新規申請では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2）」と「気分（感情）障害（F 3）」が申請件数全体の約 7 割を占めていたが、F 0 から F 99（及び G 40）まで、すべての疾患で申請があり、すべての疾患で手帳交付がなされている。手帳がすべての精神疾患をカバーしていることが改めて確認できた。

障害者職業総合センターが行ったハローワークにおける精神障害者に対する職業紹介等の実態調査<sup>2)</sup>においても、さまざまな精神疾患の患者が精神障害者として求職登録していることが把握されている。このような現状を踏まえると、ハローワークをはじめとした雇用支援を行う機関等では、さまざまな精神疾患を背景とする精神障害者に対する支援ノウハウの蓄積や、精神医療保健福祉領域との連携が、今後ますます求められてくるといえよう。

##### イ 疾患別の判定状況

診断書による交付件数と非該当件数の割合を、疾患別で比較すると「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2）」で交付件数の割合が有意に高く、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F 1）」、「知的障害（精神遅滞）（F 7）」、「てんかん（G 40）」で有意に低かった。

「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2）」の交付件数の割合の高さは、厚生労働省の通達「障害等級の基本的とらえ方」（1995 年 9 月 12 日健医発第 1133 号の別添 2）について、「統合失調症にみられる一般的な症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」<sup>3)</sup>との指摘がなされており、このような点が関連しているものと思われる。

一方、他の疾患と比較して、交付件数の割合が低かった疾患が 3 つあった。

「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F 1）」の場合、単なるアルコール依存や薬物依存だけでは手帳の対象としないことが一般的であるため、従たる障害（合併症）の状況によっては、非該当になる割合が高くなることが推測される。

また、「知的障害（精神遅滞）（F 7）」については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条第 1 項により手帳の対象から除外されている関係から、本来は「主たる障害」ではなく、「従たる障害」で申請がなされるものと思われるが、主たる障害でも手帳が交付されていた。交付と非該当の違いは、知的障害以外の「従たる障害」の状況によって異なっているものと推測される。

「てんかん（G 40）」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の運用に当たって留意すべき事項について」（1995 年 9 月 12 日健医精発第 1133 号）で、「発作のタイプと頻度」及び「発作間欠期の精神神経症状や能力障害」について明示されているが、発作間欠期の能力障害等について、十分把握しきれていないことも推測されるが、今回の結果だけから明確なことは言えず、今後、十分な検討が必要になる。

但し、他の疾患と比較して交付件数の割合が低いといっても、本来手帳の対象から除外されている「知的障害（精神遅滞）（F7）」でも交付件数の割合は8割あり、次に交付件数の割合が低い「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）」では約9割で、非該当の件数が多数出ている訳ではない。

なお、高次脳機能障害が含まれると想定される「『症状性を含む器質性精神障害』のうち認知症以外のもの（F04-F09）」や、発達障害が想定される「心理的発達の障害（F8）、小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」の申請が、それぞれ4%程度あり、交付件数の割合も低くなかった。厚生労働省でも、手帳の申請様式を、発達障害や高次脳機能障害について明確に記述できるよう変更する検討をしているが、今後、雇用支援の領域で支援ニーズが増加しているこれらの者の手帳申請の動向がどうなるか注視される。

#### ウ センター別の判定状況

手帳については、「審査判定機関間に等級判定に関して差異が見られ、かつ、この差異は無視し得ないどころか手帳制度の根幹を揺るがしかねない現状」<sup>4)</sup>との指摘がなされている。この指摘は、等級判定に関するものであり、交付・非該当に関するものではない。

一方、雇用対策上問題になるのは、手帳所持者かどうかであり、手帳等級による雇用対策上の差異はない。また、職業リハビリテーション機関からは、交付・非該当に関しても地域差を懸念する声がある（p37, 39 参照）。このため、本調査では、新規申請時の交付・非該当についてのみ把握することとし、手帳等級は把握していない。

センター毎の交付、非該当の割合は、交付件数の割合が有意に高いセンターが1ヵ所、有意に低いセンターが4ヵ所あった。交付件数の割合の低いセンターのうち、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）」が非該当件数の6割以上（非該当8件中5件）を占めるところが1ヵ所、「気分（感情）障害（F3）」が非該当件数の5割以上を占めるところが2ヵ所あった（非該当33件中17件と非該当4件中2件）。

ところで、申請された診断書の内容は1件1件異なっており、手帳に該当しない内容の申請であれば、当然、非該当件数が多くなる。検定の結果は、手帳の交付件数・非該当件数の割合が統計的に異なるセンターが一部にあることは示しているが、交付件数の割合が高い又は低いところは、判定基準が甘い又は厳しいということを直接的に示している訳ではないことに留意する必要がある。また、調査期間が1カ月のみであり、そのセンターの全体的な傾向を十分に反映しているかどうかは、慎重に考える必要がある。

手帳判定に係る地域差について、より具体的な考察を加えるには、更なるデータの蓄積が必要であるが、今回の結果からは、交付・非該当で有意差が出たのは、一部のセンターにとどまっていること、交付件数の割合が95%以上のセンターが59センター中53センターあり、回答を寄せた約9割のセンターは交付件数の割合が95~100%の間にあること、交付件数の割合が95%未満の6センター中3センターは、非該当件数が1件変わるだけで交付件数の割合が95%以上になること等から考えると、少なくとも、交付・非該当について極端な地域差が全国規模で起こっているとは言いがたいと思われる。

## (2) 更新申請判定結果について

診断書による更新手続きで、非該当が 0.7%あった。ごくわずかではあるが、手帳所持者が更新時に非該当になることが確認された。企業が手帳所持者を採用後、更新時に非該当になった場合に雇用継続に問題が起きないか不安視する意見があるが (p39 参照)、この点については、雇用対策上の精神障害者の認定のあり方で十分検討する必要がある<sup>注3</sup>。

一方、診断書による更新手続きで、等級変更ありが 13.5%、年金証書等の写しによる更新手続きでは、等級変更ありが 9.1%あった。年金証書等の写しによる更新手続きの場合、国民年金の障害年金 2 級が非該当になった者の場合、更新手続きは年金証書の写しでは行わないので、実質上、下がる者が少なくなる可能性はあるが、いずれにしても、更新手続きの 1 割前後で等級変更があることが分かった。現在、精神障害者には実雇用率算定上のダブルカウントの対象は設定していないが、もし手帳等級で行おうとする場合には、更新手続き時に、今回把握された程度の等級変更が常時発生する可能性があることを踏まえておく必要がある。

### 【注釈】

注 1 年金証書等 (国民年金や厚生年金等の障害年金を受けていることを証する書類) の写しによる判定は、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を行うことになっている (年金 1 級は手帳 1 級、年金 2 級は手帳 2 級、年金 3 級は手帳 3 級)。このため、非該当は発生しない。

注 2 新規申請判定同様、更新手続きでも年金証書等の写しによる判定は、年金等級が手帳等級になり、非該当は発生しない。このため、例えば、国民年金の障害年金 2 級が非該当になった者の場合、更新手続きは年金証書の写しではなく、診断書により行うことになる。

注 3 本研究に関連し、神奈川県精神保健福祉センターでヒアリングを行ったが、「治療の継続は必要だが、状態がよくなり、更新時に手帳非該当になる者は、(窓口の印象として) 年に 5~10 人程度いる。これらの者は、主にうつ病だが、統合失調症でもそのような事例が発生する可能性はある。また、状態がよくなったので更新手続きを取らず手帳が期限切れとなる事例も相当数ある。今後、雇用率の算定対象になる者が増えれば、これらの者の中からも、更新時非該当になる者が相当数出てくる可能性がある。」との指摘があった。

### 【文献】

- 1) 白澤英勝、青木眞策、數川悟、築島健、山崎正雄：精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究，厚生労働科学研究 (障害保健福祉総合研究事業) 総合研究報告書平成 16~17 年度，2006.
- 2) 障害者職業総合センター：精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究，調査研究報告書 No95，2010.
- 3) 前掲，p 7，2006.
- 4) 前掲，p 2，2006.



## 第3章

# 職業リハビリテーション機関に対する 雇用対策上の精神障害者の障害認定に関する調査





## 第3章 職業リハビリテーション機関に対する雇用対策上の精神障害者の障害認定に関する調査

### 1 調査の概要

#### (1) 調査の目的

ハローワーク、障害者就業・生活支援センター及び地域障害者職業センター（以下、「職リハ機関」という。）を利用している精神障害者のうち、本人が希望しても精神障害者保健福祉手帳を取得できない者がどの程度いるか把握するとともに、現行の精神障害者の実雇用率算定対象の範囲等について職リハ機関がどのような意見を持っているか把握する。

#### (2) 調査対象

- ① 全国のハローワーク（出張所等は除く）の専門援助部門（障害者相談窓口）：461カ所
- ② 全国の障害者就業・生活支援センター（以下、「支援センター」という。2008年度までに設置されたセンターに限定する。）：205カ所
- ③ 全地域障害者職業センター（以下、「地域センター」という。支所を含む。）：52カ所

#### (3) 調査内容

- ① 2009年4月1日～2009年5月31日の2ヵ月間に職リハ機関を新規利用した精神障害者等の、2009年8月31日時点における精神障害者保健福祉手帳申請状況と判定結果。
- ② 精神障害者の実雇用率算定対象の範囲等についての職リハ機関の意見。  
詳細は巻末の資料6のとおり。

#### (4) 調査期間及び実施方法

2009年7月に、調査票を調査対象の職リハ機関にe-mailで送信し、記入後に当研究部門にe-mailで返信してもらった（回答期限は2009年9月15日）。

なお、ハローワーク及び支援センターについては、厚生労働省障害者雇用対策課地域就労支援室より各労働局を通じて調査票を送信している。

### 2 調査結果

#### (1) 回収状況

ハローワーク 343カ所（回収率 74.4%）、支援センター159カ所（回収率 77.6%）、地域センター43カ所（回収率 82.7%）、計 545カ所（回収率 75.9%）であった。

(2) 職リハ機関を新規利用した精神障害者等の精神障害者保健福祉手帳申請状況と判定結果

ア 職リハ機関を新規利用した精神障害者、高次脳機能障害者、発達障害者の人数

2009年4月1日～2009年5月31日の2ヵ月間に各職リハ機関を新規に利用した者を図表3-1に示す。

総計では、精神障害者4,368人、高次脳機能障害者93人、発達障害者330人である。

図表3-1 新規利用者数（精神障害者、高次脳機能障害者及び発達障害者）

(単位:人)

	精神障害者	高次脳機能障害者	発達障害者
職リハ機関	4,368	93	330
ハローワーク	2,888	24	108
支援センター	729	28	80
地域センター	751	41	142

また、本調査における精神障害者、高次脳機能障害者、発達障害者は以下のとおりとしている。

精神障害者：障害者の雇用の促進等に関する法律（以下、「雇用促進法」という。）雇用促進法上の精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者＋「統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）、てんかん」）以外の、何らかの精神疾患に罹患している人（意見書等により医師の診断が確認できた人）も含める。

高次脳機能障害者：医師により高次脳機能障害者と診断された者に限る。（但し、初回来所時、すでに精神障害者保健福祉手帳を所持していた者は、精神障害者とする。）

発達障害者：医師により発達障害者と診断された者に限る。（但し、初回来所時、すでに精神障害者保健福祉手帳を所持していた者は、精神障害者とする。）

なお、本調査では職リハ機関を利用する精神障害者の手帳所持の状況については確認していないが、障害者職業総合センターが行った調査<sup>1)</sup>によると、ハローワークの障害者相談窓口を利用した精神障害者のうち、手帳所持者は新規求職登録者の68.6%、紹介就職者の81.6%、手帳申請中の者は新規求職登録者の4.6%、紹介就職者の1.2%であった。また、紹介就職者の18.2%は新規求職登録以後に手帳を所持している。

イ 手帳の申請状況と判定結果

上記(2)のアの者のうち、初回来所時に精神障害者保健福祉手帳（以下、「手帳」という。）を取得しておらず、その後、手帳の申請をした者（初回来所時に手帳申請中の者を含む）がいたかどうか尋ねた。結果は図表3-2のとおりで、申請した者が「いた」と回答した機関は総計で168ヵ所（30.8%）あった。

図表 3-2 初回来所時に手帳を所持していない者で、その後申請した者がいたか

(単位：所)

	申請した者がいた	申請した者がいない	わからない	未回答	計
職リハ機関	168 (30.8%)	329 (60.4%)	30 (5.5%)	18 (3.3%)	545
ハローワーク	88 (25.7%)	219 (63.8%)	22 (6.4%)	14 (4.1%)	343
支援センター	51 (32.1%)	98 (61.6%)	6 (3.8%)	4 (2.5%)	159
地域センター	29 (67.4%)	12 (27.9%)	2 (4.7%)	0 (0.0%)	43

また、この 168 ヲ所に対して、その人数を疾患・障害別に尋ねたところ、結果は図表 3-3 のとおりであった。手帳を申請した者は総数で 308 人で、申請者はそううつ病（そう病及びうつ病を含む）が 87 人で最も多く、統合失調症 85 人、発達障害 80 人等となっている。

手帳申請の結果が確認されている者 178 人中、手帳取得 176 人（98.9%）、取得できず 2 人（1.1%）であった。統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）、てんかん、高次脳機能障害、その他の精神疾患では、手帳取得できなかつた者はいなかつたが、発達障害で 40 人中 2 人（5.0%）、手帳を取得できなかつた者が発生している。

なお、非該当事例が発生した機関に当該事例の状況を問い合わせ、以下のような情報を得た。

①就職したが、指示が入らない、協調性がない等の問題を会社から指摘され離職。アルバイトを数回行った後、医療機関で発達障害の診断を受け、ハローワークの障害者相談窓口で求職登録。発達障害者の支援機関からの勧めもあり、手帳の申請を行ったが、手帳は非該当。その後、ハローワークの紹介で障害開示し就職。発達障害者雇用開発助成金を活用している。

②大学卒業後、就職したが短期で離職（離職理由は確認されていない）。その後、医療機関で発達障害の診断を受け、福祉の窓口で相談後に、障害者委託訓練の受講を希望し、ハローワークの障害者相談窓口で求職登録。手帳の申請を行っていたが非該当。委託訓練（パソコン訓練）後に、自己開拓により公的機関の短期アルバイトに従事（障害の開示・非開示の確認はされていない）。その後、ハローワーク紹介（障害非開示）により、別の公的機関の短期アルバイトに応募し採用される。

図表 3-3 初回来所時に手帳を所持していない者で、  
その後申請した者の人数及び申請結果の内訳

(単位：人)

		手帳を取得した	手帳取得できず	申請中	不明	計
計	職リハ機関	176	2	75	55	308
	ハローワーク	103	2	32	27	164
	支援センター	43	0	18	13	74
	地域センター	30	0	25	15	70
統合失調症	職リハ機関	49	0	18	18	85
	ハローワーク	29	0	11	6	46
	支援センター	17	0	5	6	28
	地域センター	3	0	2	6	11
そううつ病	職リハ機関	58	0	12	17	87
	ハローワーク	38	0	9	9	56
	支援センター	13	0	3	4	20
	地域センター	7	0	0	4	11
てんかん	職リハ機関	9	0	3	0	12
	ハローワーク	6	0	2	0	8
	支援センター	2	0	0	0	2
	地域センター	1	0	1	0	2
高次脳機能障害	職リハ機関	10	0	3	3	16
	ハローワーク	2	0	1	0	3
	支援センター	2	0	0	1	3
	地域センター	6	0	2	2	10
発達障害	職リハ機関	38	2	32	8	80
	ハローワーク	19	2	8	3	32
	支援センター	7	0	5	2	14
	地域センター	12	0	19	3	34
その他	職リハ機関	12	0	7	9	28
	ハローワーク	9	0	1	9	19
	支援センター	2	0	5	0	7
	地域センター	1	0	1	0	2

(3) 精神障害者の実雇用率算定対象の範囲等についての職リハ機関の意見

ア 実雇用率算定対象が手帳所持者であることに対する意見

「現在、障害者雇用率制度においては、精神障害者のうち手帳所持者が雇用率の算定対象となっていますが、このことについて問題を感じますか。」という設問をし、「特に感じない」、「どちらともいえない」、「感じている」の中から、一つ選択してもらった。

結果は、図表 3-4 のとおりである。全体では、「感じている」が 51.9%と最も多く、5割以上が手帳による雇用率算定に問題を感じていた。一方、「どちらともいえない」23.9%、「特に感じない」23.3%と、約4分の1ずつであった。機関別では、支援センターと地域センターが「感じている」が60%以上だったが、ハローワークは46.6%となっている。

図表 3-4 雇用率制度の雇用率算定対象が手帳所持者であることについて、問題を感じているか

(単位：所)

	ア特に感じない	イどちらともいえない	ウ感じている	未回答	計
職リハ機関	127 (23.3%)	130 (23.9%)	283 (51.9%)	5 (0.9%)	545
ハローワーク	90 (26.2%)	92 (26.8%)	160 (46.6%)	1 (0.3%)	343
支援センター	31 (19.5%)	27 (17.0%)	97 (61.0%)	4 (2.5%)	159
地域センター	6 (14.0%)	11 (25.6%)	26 (60.5%)	0 (0.0%)	43

問題を感じていると答えた機関にその理由を尋ねたところ、図表 3-5 の結果を得た。「手帳を取得できない者の中にも、雇用率の対象とすることが望ましい者がいるから」が 73.1%、「雇用促進法上の精神障害者でも、実雇用率の算定対象とならない場合があるから」が 48.8%あった。「その他」の主な意見としては、「主治医の意見書による確認でよい（7件）」、「手帳取得に抵抗がある人がいる（6件）」、「更新時に手帳失効となった場合の雇用体制に不安（5件）」、「手帳の認定に地域差や主治医差がある（2件）」等があった。

図表 3-5 「ウ感じている」と答えた者について、その理由で当てはまる項目（複数回答）

(単位：所)

	ウと答えた者	理由		
		a 手帳取得できない者の中にも雇用率対象となることが望ましい者がいるから	b 雇用促進法上の精神障害者でも、実雇用率の算定対象とならない場合があるから	c その他
職リハ機関	283	207 (73.1%)	138 (48.8%)	38 (13.4%)
ハローワーク	160	106 (66.3%)	77 (48.1%)	19 (11.9%)
支援センター	97	85 (87.6%)	43 (44.3%)	12 (12.4%)
地域センター	26	16 (61.5%)	18 (69.2%)	7 (26.9%)

#### イ 精神障害者のダブルカウントに対する意見

「現在、精神障害者の場合、雇用率算定の際にダブルカウントの対象となる者の設定はありませんが、ダブルカウントの対象を設定するの必要を感じますか。」という設問をし、「特に感じない」、「どちらともいえない」、「感じている」の中から、一つ選択してもらった。

結果は、図表3-6のとおりである。全体では、「感じている」が58.7%と最も多く、「どちらともいえない」が26.6%、「特に感じない」が13.9%であった。6割弱の職リハ機関がダブルカウントの必要性を感じている。

図表3-6 精神障害者について、ダブルカウントの対象を設置する必要性を感じているか

(単位：所)

	ア特に感じない	イどちらともいえない	ウ感じている	未回答	計
職リハ機関	76 (13.9%)	145 (26.6%)	320 (58.7%)	4 (0.7%)	545
ハローワーク	56 (16.3%)	93 (27.1%)	194 (56.6%)	0 (0.0%)	343
支援センター	14 (8.8%)	39 (24.5%)	102 (64.2%)	4 (2.5%)	159
地域センター	6 (14.0%)	13 (30.2%)	24 (55.8%)	0 (0.0%)	43

また、問題を感じていると答えた機関にその理由を尋ねたところ、図表3-7の結果を得た。「ダブルカウントの対象となる身体障害者や知的障害者と比較して、同等もしくはそれ以上に職業的な困難度が高い精神障害者もいるから」が89.1%と最も高く、「ダブルカウントがあった方が、企業を説得できるから」が40.6%、「身体障害者や知的障害者が、ダブルカウントの対象となる者を設定しているから」が33.8%であった。「その他」の主な意見としては、「特定求職者雇用開発助成金等と比較して、重度設定が必要（2件）」、「重度だけでなく（身体障害や知的障害との）重複障害者に対してもダブルカウントが必要（2件）」等があった。

図表3-7 「ウ感じている」と答えた者について、その理由で当てはまる項目（複数回答）

(単位：所)

	ウと答えた者	a ダブルカウントがあった方が企業を説得できるから	b 身体・知的が、ダブルカウントの対象となる者を設定しているから	c ダブルカウントの対象となる身体・知的と比較して、職業的な困難度が高い精神障害者もいるから	d その他
職リハ機関	320	130 (40.6%)	108 (33.8%)	285 (89.1%)	16 (5.0%)
ハローワーク	194	77 (39.7%)	55 (28.4%)	171 (88.1%)	10 (5.2%)
支援センター	102	45 (44.1%)	40 (39.2%)	93 (91.2%)	4 (3.9%)
地域センター	24	8 (33.3%)	13 (54.2%)	21 (87.5%)	2 (8.3%)



#### (4) 自由記述

「その他、精神障害者の雇用率への算定方法や精神障害者の障害認定に関連して、何かご意見がある場合は、以下にご記入下さい」という設問に対して、いくつか回答があったが、手帳以外の認定の必要性の有無やダブルカウントの必要性の有無に関連し、上記(3)のア、イと重複する回答が多かった。

ここでは、なるべく上記(3)と重複しないものを紹介する。なお、紹介に際し、一部回答を簡略化している。

##### ア 手帳による雇用率算定に関する意見

「(手帳以外の) 障害認定に関して非常にあいまいな感じがする。取得に関して特に苦慮した実績もない。現在の雇用率への算定方法も当面はこのままでいいのではないか」、「判断基準がなければルールが曖昧になってしまうので、現段階では手帳取得は必要だと思う」といったものや、「(手帳以外の認定を行うと) 従業員の障害の掘り起こしにつながらないか心配がある」、「手帳取得をしないまま一般就労している方も多いのに、(手帳以外の認定を行うと) 雇用率のために障害の認定を勧めているようにもとられかねない」、「医師によっては意見書を本人、企業側に沿った形で作成する医師もいないとは限らないので、意見書のみで雇用率に算定するのには反対である」といった、手帳以外の認定方法を導入することによる掘り起こしの問題を懸念する意見もあった。

一方、「従来の手帳においては、就労の際の困難さを示す尺度としては程遠いと感じる。認知領域の障害特性については、知的・発達・精神・高次脳等の障害を横断的に把握・認定する方法(職業的配慮手帳)があればよいと思う。これらが重度判定の材料として生かされることも必要である」という意見があった。

また、「高次脳機能障害、発達障害、てんかんの職業的困難さが医療側に伝わりにくく、なかなか手帳が発給されない」、「主治医から『手帳を取得すると差別される』と止められる者もある」、「主治医によっては手帳の取得に積極的でない状況がある」、「症状が安定している方でも、職業上は手帳が必要な方もいるが、症状が安定しているということで主治医から必要がないのではないかといわれ手帳申請ができないという話をうかがったケースがある」といった、主治医の診断書の書き方や考え方により手帳取得が左右される場合があることを指摘するものがあった。

さらに、「精神障害者の範囲を手帳所持者に集約することはできないか。雇用率の算定と助成金が一致し、事業主の誤解が生じにくい」、「精神障害者の障害者登録も原則、手帳取得者だけにしてほしい」といった、精神障害者を手帳所持者に一本化(いわゆる3疾患の項目は削除)すべきという意見もあった。その他、「精神障害者雇用を考える企業は、助成金や雇用率算定などのメリットを考えている場合が多く、雇用した後に手帳の期限が切れたため対象者ではなくなったことにより、離職を余儀なくされるケースも考えられる」、「精神障害者として採用された後、手帳の更新の際に手帳に該当しなくなった場合、雇用率の算定にならず継続雇用に影響が生じる危惧があるのではないか」、といった、手帳が更新されないために雇用継続に影響がでるケースの発生を懸念する意見もあった。

## イ ダブルカウントに関する意見

「精神障害者を雇用している会社には、週 20 時間未満の勤務時間で雇用契約しており、雇用率の算定対象にならない場合が多く、週 20 時間未満の労働者でも雇用率の算定対象となるよう検討を願いたい」、「30 時間以上はダブルカウント、20 時間以上で 1 カウント、10 時間以上で 0.5 カウントしてはどうか」といった、週 20 時間労働未満の算定や労働時間により算定を変える意見があった。

また、「精神障害者が就職にこぎつける、また職場定着を達成していくためには、身体障害や知的障害と比較しても、支援者および企業は相当な労力を要求されることから、ダブルカウント以上のトリプルカウント制度を設定してもらうわけにはいかないか」という意見がある一方、「社会参加できる人は、それなりの力を有していると思うのでダブルカウントの必要性はないと思う」といった意見もあった。

さらに、「身体障害、知的障害の対象者と比較し、精神障害の対象者に設定がないことは、企業に対する雇用援護制度上、均衡を失する側面はあるように思うが、当地域では「重度」という表現自体に抵抗を感じる対象者や企業も存在することも含めて勘案すると、精神障害についてダブルカウントの対象者を設定することについては、慎重に検討をする必要がある」、「精神障害者に対しては、ただでさえ偏見が残っている中、身体および知的同様、ダブルカウントの対象にした場合、重度の精神障害者という表現になり、企業側の受け入れをますます消極的にすることになりかねない。したがって、ダブルカウントをする際には、重度ではなく、たとえば精神障害者特例のような表現は取れないか」といった、『重度』精神障害者のイメージの問題を指摘する意見もあった。

また、「日々の業務のなかでダブルカウントの対象を設定する必要性を感じるが、その基準がどうなのかという問題がある」、「ダブルカウントについては、その必要性を感じるケースもあるが、障害特性上、症状等に波があるため、ダブルカウントするか否かの判断基準が難しいと思われる」、「雇用機会を増やすためには、ダブルカウントの制度があると良いと思うが、精神障害者は知的・身体と異なり、病状の変化を伴うため、どの時点のどのような状態像をもって、ダブルカウントの対象とするのか、客観的な判断が難しいように思われる」といったように、ダブルカウントの必要性を感じながらも、判断が難しいのではないかと

## ウ その他

「精神障害の登録者は増加の一方であるにもかかわらず、企業は、偏見やノウハウの不足で、精神障害者雇用には足踏みしている」、「ダブルカウントなど以前に、精神障害者の雇用を考える企業が少ないように感じる」といった、企業側の受け入れ状況の厳しさを指摘する意見もあった。

また、「統合失調症やうつ病等、従来の精神障害の概念から、神経症等、精神障害の範囲が広がってきており、支援が広がり過ぎている。病気（障害）と本人の問題の区別がつきづらい状況であり、どこまでが支援範囲なのか、支援の限界を感じている」、「雇用状況の悪化もあり、生活困難からうつになり、主治医のほうを取得にためらいを感じ、本人は取得したいというケースも増えている。企業が統合失調症の方よりも軽い神経症でスキルのある方を希望するなどの傾向が強まると、何のために手帳ができたのか分からなくな

る。発達障害者の手帳取得もあり、分かりにくい病気である上に更に雇用状況などが絡んできて、裾野が広がりすぎることの弊害もある。こうしたことから、上記の質問にも曖昧な答えしかできないというのが現実である」といった、問題が複雑で、認定やダブルカウントの問題も簡単には答えられないというものもあった。

### 3 考察

#### (1) 職リハ機関を新規利用した精神障害者等の手帳申請状況と判定結果

調査に回答した職リハ機関 545 ヶ所（回収率 75.9%）の 2 ヶ月間の新規利用者のうち、初回来所時に手帳を取得しておらず、その後、手帳申請をした（初回来所持に手帳申請中の者を含む）ことが職リハ機関に把握された者が総数で 308 人おり、うち結果が確認された 178 人中、手帳を取得できた者が 176 人、手帳を取得できなかった者が 2 人であった。手帳を申請した多くの者は手帳所得できているが、結果が確認できた者の 1.1%が手帳取得できていない。

この際、手帳を取得できなかった者に、職業上の障害があるのか、ないのかが問題になるが、一般的には、職業上の障害がまったくないにもかかわらず、職リハ機関で相談することは考えにくい。

但し、今回の調査では、手帳非該当事例の概要を把握したのみで、詳細な事例分析はできていない。このため、職リハ機関を利用し手帳非該当となる事例が、どの程度の職業上の障害を有しているか、十分な検討を加えることはできなかった。今後は、職リハ機関を利用している手帳非該当の事例を一定数把握し、より詳細な事例分析を通じて、十分な検討を加える必要がある。

#### (2) 職リハ機関職員の意識

##### ア 実雇用率算定対象が手帳所持者であることに対する意見

実雇用率算定対象が手帳所持者であることに問題を感じるとの回答が 5 割以上であった。その理由として、「手帳を取得できない者の中にも、雇用率の対象とすることが望ましい者がいる」が問題を感じると回答したうちの約 7 割、「雇用促進法上の精神障害者でも、実雇用率の算定対象とならない場合がある」が約 5 割あった。それ以外にも、「主治医の意見書による確認でよい」、「手帳取得に抵抗がある人がいる」、「更新時に手帳失効となった場合の雇用体制に不安」、「手帳の認定に地域差や主治医差がある」等の意見があった。

非該当になる者がごく少数であることから、本調査の自由記述で「（手帳の）取得に関して特に苦慮した実績もない。現在の雇用率への算定方法も当面はこのままでいいのではないか」といった意見が多数を占めてもよさそうだが、結果は違っていた。

この点については、雇用促進法上の精神障害者でも、実雇用率の算定対象とならない場合があることだけに問題を感じている者がいることに加え〔「雇用促進法上の精神障害者でも、実雇用率の算定対象とならない場合があるから」のみ選択している機関は 57 所（問題を感じている機関の約 2 割）〕、①手帳非該当の発生確率はごく少数でも、長年の障害者就労支援の現場経験で、非該当事例の経験をしている者が一定数存在

する（「問題を感じる」が支援センターと地域センターで6割台、ハローワークで4割台）、②主治医の考え方により手帳申請まで至らない事例の経験をしている者が一定数存在する、③手帳を取得できない者の中に、手帳取得を希望しない者を想定して回答した者も一定数存在する、④今後、申請しても非該当になる事例が発生した場合、支援の選択肢が狭まることに不安を持っている者が一定数存在する、⑤手帳取得と職業上の障害との関連性といった原則的な問題について疑問をもっている者が一定数存在する、等のことが考えられる。

いずれにしても、この点については、職リハ機関へのヒアリング調査等により、さらに精査する必要がある。

#### イ ダブルカウントに関する意見

ダブルカウントの必要性を感じているとの回答が6割弱であった。その理由として、問題を感じると回答したうちの約9割が「ダブルカウント対象の身体障害者や知的障害者と比較し、同等もしくはそれ以上に職業的な困難度が高い精神障害者もいる」、約4割が「企業を説得できる」、約3割が「身体障害者や知的障害者がダブルカウントの設定をしている」を選択している。その他、「特定求職者雇用開発助成金等と比較して、重度設定が必要」、「重度だけでなく（身体障害や知的障害との）重複障害者に対してもダブルカウントが必要」等があった。

ダブルカウントについては、労働時間との関連でカウントを考える意見がいくつかでている。また、重複障害との関連でカウントを考える意見もあった。一方、何をもちって重度とするのか、その判断の難しさを指摘した回答もある。さらに、ダブルカウント対象を「重度」の精神障害者という捉え方になると、企業側の受け入れに影響するのではといった指摘もあり、ダブルカウントの問題も、さまざまな視点からの検討が必要になることがうかがえた。

#### ウ その他

手帳による認定やダブルカウントの質問について、どちらも約4分の1が「どちらともいえない」という答えであった。自由記述からは、精神障害者に対する企業側の受け入れ状況の厳しさ、他障害との比較、手帳以外の認定方法の難しさ、手帳対象者の広がり、手帳更新に伴う問題等々、問題が複雑で、認定やダブルカウントについて、簡単には答えられないと感じている者も相当数いることがうかがえる。

#### 【文献】

- 1) 障害者職業総合センター：精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究，調査研究報告書 No95，2010.

## 第4章

### 雇用対策上の精神障害者の 認定のあり方の論点整理



## 第4章 雇用対策上の精神障害者の認定のあり方の論点整理

### 1 雇用対策上の精神障害者の認定を考える際の留意点

検討の前提として、本研究における、雇用対策上の精神障害者の認定のあり方についての検討は、身体障害者及び知的障害者が雇用義務化されている枠組みを参照しつつ、現行の障害者雇用率制度の大枠を前提としている。その上で、以下の点に留意する必要がある。

○雇用対策上の障害者については、①雇用率制度、②各種助成金制度、③職業リハビリテーションサービス、それぞれにおける対象者の範囲は異なる。精神疾患を有する者の場合、①は精神障害者保健福祉手帳（以下、「手帳」という。）所持者のみ、②は手帳所持者に加え、統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）又はてんかんにかかっている者（以下、「3疾患を有する者」という。）、③は手帳所持者と3疾患を有する者に限らず、精神障害のために長期にわたり職業生活に相当の制限を受けていると判断される者となっている。

対象者の範囲が異なる点については、国際的な障害者の定義や範囲を検討した議論においても、雇用率制度や社会保障給付では障害を狭く定義し、差別禁止法の障害定義では広く定義する傾向にあることが指摘されている<sup>1)</sup>。また、今井<sup>2)</sup>は、職業リハビリテーションサービスのような障害者や企業にとって受益的と考えられるものとは異なり、雇用率制度は企業の義務負担に関わるものであることに配慮する必要があることを指摘している。

○精神障害者の場合は、さまざまな企業の配慮や支援により、自信をつけて、能力を発揮したり、労働の延長が可能になった場合、障害が軽くなったと判断され、手帳の等級が下がったり、場合によっては、手帳非該当になる可能性もある。

○障害者職業総合センターでは、精神障害者を雇用している大企業8社と精神障害者の雇用を積極的に行っている企業10社に対しヒアリング調査を行った<sup>3)</sup>。その中で、大企業8社中5社から、手帳更新時に（2年毎に）手帳を確認しなければならない事務負担や、手帳非該当になり雇用率の対象外になることへの懸念について指摘があった。また、精神障害者の雇用を積極的に行っている企業では10社中4社から、採用後に手帳非該当になる可能性についての指摘があった<sup>注1)</sup>。

### 2 雇用率の対象となる精神障害者の範囲

現行の障害者の雇用の促進等に関する法律（以下、「雇用促進法」という。）上、精神障害者の範囲は、手帳所持者及び3疾患を有する者とされており、実雇用率算定における特例措置（みなし雇用）については



手帳所持者が対象となっている。今後、雇用義務化等に伴い雇用率制度の対象となる精神障害者の範囲のあり方に関する検討を行うに際しては、以下の論点があると考えられる。

(1) 手帳所持者を対象とする場合

- ① 手帳の判定は、精神疾患の存在の確認、機能障害及び能力障害の確認、総合判定から行われている。精神疾患の確認は、基本的に ICD-10 の F コードに基づき行われ (G コードのてんかんも含む)、精神疾患の存在が確認されれば、判定では精神疾患の診断名による制限がない。また、原則として機能障害だけでなく、日常生活や社会生活上の障害状況を含めた判定が行われており、その点が、一定程度職業上の問題にも関連してくると考えられる。
- ② 精神障害者の実雇用率への算定を提言した精神障害者の雇用の促進等に関する研究会報告書 (2004 年 5 月) では、「プライバシーへの配慮」、「公正性・一律性」、「実務上の便宜」の視点、及び、精神障害の特性を踏まえた、「疾病横断的」で、「症状の変化に対応できる」ことから、手帳による実雇用率の算定が適当としている。
- ③ 精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果に関する調査 (以下、「手帳判定調査」という。) 結果からは、疾患や地域によって、手帳交付に極端な差が生じているとまではいえない状況であった。公平性や一律性の視点から現状を見た場合、手帳所持者を実雇用率の対象にすることに大きな問題が発生しているとはいえないと考えられる。
- ④ 職業リハビリテーション機関に対する雇用対策上の精神障害者の障害認定に関する調査 (以下、「職リハ機関調査」という。) 結果では、職業リハビリテーション機関を利用する精神障害者で手帳の申請をしたが非該当になった者はごく少数であった。

(検討点)

- ① 手帳については、障害状況の変化に対応するために 2 年に 1 度更新があるが、障害者職業総合センターが行った企業ヒアリングでは、2 年毎に手帳を確認しなければならない事務負担や手帳非該当になり雇用率の対象外になることへの懸念について言及した企業がある。2 年に 1 度の確認における事務負担が許容範囲のものかどうかは、別途検討が必要と思われるが、手帳所持者が非該当になる件については、手帳判定調査において、ごく少数であるが更新時に手帳非該当の事例が発生していることが分かっている。また、実際に雇用している精神障害者で、今後、手帳非該当になる可能性の高いことを指摘をした企業もある。精神障害者の場合、雇用管理上さまざまな工夫をし、本人の自信が回復して、状態も改善した結果、手帳非該当になって実雇用率の対象外となる可能性も考えられ、企業におけるインセンティブへの影響がありうることにも留意する必要があるのではないかと。
- ② 今回実施した、職リハ機関調査では、職業リハビリテーション機関を利用する精神障害者で手帳の申請をしたが非該当になった者がごく少数だが発生している。また、手帳判定の地域差や主治医の考え方の差を指摘する職業リハビリテーション機関の意見もあった。さらに、手帳判定調査では、疾患別やセンター別で

交付状況にごく一部ではあるが差異が見られた。本研究における調査では、具体的なケースまで把握できていないが、手帳非該当になる者で雇用率制度の対象とすべき者が全くいないとは言い切れない。このような事例の発生する可能性をどう考えるか。

(2) 手帳所持者を原則とするが、補完的に手帳以外の方法で認定された者も対象とする場合

手帳所持者を原則とするが、上記2の検討点で指摘したような事例がある場合に、手帳以外の方法で認定された者を雇用率制度の対象とすることが考えられる。

この際、身体障害者や知的障害者は、雇用率の対象者の確認方法として、身体障害者手帳や療育手帳以外の確認方法も設定している<sup>注2</sup>。

また、ドイツでは、雇用率制度の対象となる者として、鑑定業務手引きに基づく重度障害者と認定された者以外に、重度障害者との同等扱いがなければ適切な職を得る、あるいは、保持することができないと職業安定所において認定された者が含まれ、フランスにおいても、障害者権利・自立委員会における雇用率制度の対象となる障害認定では、県障害者センターでの能力低下率等の判定に基づく者以外に、職業再訓練センター等の訓練受講を指示された者等も含まれており、雇用率制度のあるドイツやフランスにおいては、雇用率の対象者の認定方法を複数設定している（参考資料1及び2）。

(検討点)

手帳以外の補完的な認定方法を新たに考える場合は、基本的に、本人からの申請（主治医の診断書を添付：ICD-10のFコードかてんかんであることを確認）→職業上の障害の確認→判定書の発行、といった流れが考えられるが、これについては以下のような検討点が考えられる。

a 本人からの申請範囲

手帳は取得したくないが、他の認定方法であれば判定を希望するという者、手帳の申請をした者のうち非該当が確認された者のいずれについて、申請を認めるのか。

b 判定機関

手帳は取得したくないが、他の認定方法であれば、判定を希望するという者の申請を受け付けるとする場合には、希望者の予測が困難であり、大量の認定事務が発生する可能性がある

c 職業上の障害の確認

○客観的な検査による測定等

判定が主観的にならないよう、例えば、認知障害<sup>4)</sup>を測定する何らかの神経心理学的検査を導入することが考えられるが、さまざまな精神疾患の患者に対して、認知障害という括りで評価することが可能か。また、認知障害という視点で評価するとしても、職業上の障害を判定する際に、どのような認知障害を測定するのか、測定する方法はどのようなものか、どのような基準で職業上の障害があると判断するのか、といった点について、さまざまな精神疾患を対象に検討を行う必要がある。

○チェックリストによる評価

職業上の障害を把握するチェックリスト<sup>5)</sup><sup>6)</sup>のような評価尺度を採用する方法も考えられるが、それらの項目の妥当性や、職業上の障害と見なす基準について、検討を行う必要がある。特に、精神障害者の場合、長期的に見れば、「支援のあり・なしによる変動」、「訓練等により、できなかったことができるようになるという、本人の能力の変化」、「症状や状態像の不安定性」等があり、それらの変動を評価尺度にどのように反映させるのか、十分な検討が必要と考えられる。また、企業ヒアリングにおいて、「地方では、土日診療が難しい上、通院が一日仕事になってしまう」との意見もあり、支援環境にかなりの地域差がある可能性も考えられる。なお、機能障害と評価項目との関連性を考えると、評価項目を設定するときには、精神障害の障害特性を十分に考え、その障害特性から発生しやすい職業上の問題を、チェックリストの項目に入れ込む<sup>注3</sup>ことや、労働負荷の基準をはじめから一定にする仕組みを入れ込む等の検討も必要であろう。

#### d 判定の有効期間

判定書の有効期限について、手帳と同様に2年間とする場合、継続的に大量の更新事務が発生する可能性があることを考慮する必要がある。

#### (3) 新たな認定基準の策定により対象者を認定する場合

本研究における調査においては、現行の手帳による認定について、明確な支障は認められなかったが、現行の手帳は雇用対策上の観点から作られたものではなく、労働能力や職業上の障害を必ずしも正確には反映していない場合も考えられる<sup>注4</sup>。仮にこのような問題が生じる場合、新たな認定基準・方法を策定することにより、労働能力や職業上の障害をより反映した障害認定が行われる可能性がある。

#### (検討点)

仮に、就業上のような支援や配慮が必要かを把握することが新たな認定基準と定義されると、職種や職場環境との相対的な関係で把握されるものとなり、基準や認定の仕方が複雑となるため、障害認定という基準を設定する際には、これらの相対的な視点も含めつつ、認定基準・方法に係る定義や策定のあり方を検討する必要がある<sup>注5</sup>。

#### (4) 手帳所持者を原則とするが、雇用後に手帳非該当になった者については特例的に実雇用率の対象とする場合

精神障害者の場合、雇用後に手帳非該当になる可能性はどのケースにもわずかではあるが存在する。このような状態では、企業側が精神障害者雇用に積極的にならない可能性も考えられるため、雇用継続のインセンティブ等の観点を考慮し、雇用後に手帳非該当になった者について特例的に実雇用率の算定対象とする。

#### (検討点)

① 雇用促進法は、障害があると確認された者を対象としている。特に、雇用率の対象者を考える際には、一律性や公平性が重要になるが、障害があるという確認を取っていない者を、特例的とはいえ、実雇用率の

算定対象とすることに問題はないか。

② 雇用率制度を採用しているドイツやフランスにおいては、かつて障害があったという履歴だけで、雇用率対象の障害認定は行っていない。

③ このような措置をとると、現在のガイドラインとまったく異なる取り扱いとなり、本人が障害者雇用の対象となることを望まない場合でも、自動的に実雇用率の算定対象になってしまう危険性はないか。

### 3 精神障害者に係る重度判定の考え方について

重度障害者に係る雇用率算定上のいわゆるダブルカウントについては、その是非を含めた議論がなされているところであるが、ここでは、身体障害者と知的障害者に適用されていることを前提に、精神障害者に導入を検討する場合における重度範囲の決定・判定方法に関する検討点を整理する。

#### (1) 手帳等級により重度の範囲を決める

身体障害者の場合と同様に、手帳等級に基づき重度の範囲を定めるという考え方がありうる。

但し、何級から雇用対策上の重度とするのが適当か、といった点を整理する必要がある<sup>注6</sup>。

また、今回実施した手帳判定調査によると、2年に1度の手帳の更新に伴い、診断書による更新判定の13.5%で等級が変更されており、手帳の更新手続きで等級が変更され、カウントの変更が頻繁に発生する可能性がある。また、雇用管理上の配慮により状態が改善し、等級の変更により非重度に該当するケースも考えられることから、雇用率の変動に伴う対応への負担や雇用継続へのインセンティブの観点を含めて考慮する必要があるだろう。

#### (2) 手帳所持者はすべてダブルカウントの対象にする

厚生労働省の調査によれば、重度身体障害者に比較し、3級に該当する精神障害者の方が常用雇用の割合が低い<sup>注7</sup>。また、手帳取得者を全て重度としてダブルカウントの対象と扱うべきとの考え方が企業ヒアリング<sup>注8</sup>において得られている。

但し、今後、全体として精神障害者の雇用状況が変化することも想定される。

#### (3) 手帳等級を基本にするが、知的障害と同様、補完的な判定の基準を作る

手帳等級を基本としつつも、補完的な重度判定の基準を策定することが考えられる。

但し、上記3の(1)同様、基本とする手帳等級の重度の範囲をどうするか整理する必要があるとともに、補完的な判定の基準については、上記2の(2)で指摘した点と同様、検討が必要である。

## 【注釈】

- 注1 例えば、「手帳の更新が2年ごとにある、その都度、手帳を出してもらっているが、手帳期限の確認・管理が大変だし、本人が更新しないことも考えられる。」といった発言があった。非該当になる可能性については、「勤務状況が給料に見合う人は良いが、そうでない場合には企業の負担が重くなる」、「病気が治り、治療の必要がなくなったのであれば、手帳の対象ではなくなり、雇用率の対象にもならなくなるのは当然であるが、治療が継続しているのに、手帳の対象でなくなり、雇用率の対象からはずれるような事例が出るとすれば釈然としないものはある」、「雇用管理上の配慮があった上での雇用安定であるのでカウントとしては残し続ける方が良い」といった意見がある一方、「将来的に手帳の更新ができなくなりそうな事例が2名ほどいるが、手帳なしでも能力があるので雇用は続ける」といった意見もあった。
- 注2 身体障害者は、身体障害者手帳所持者以外に、身体障害者福祉法第15条の規定により都道府県知事の定める医師又は労働安全衛生法第13条に規定する産業医による診断書・意見書での確認により、知的障害者は、療育手帳所持者以外に、精神保健指定医や障害者職業センター等における判定書での確認により、雇用率の対象として取り扱うことができる。
- 注3 但し、多岐にわたる原疾患から由来する障害を、精神障害として一括りに論ずることが可能かどうか問題になる。障害と職業生活の制限との関連性については、健康状態の変調（疾患）から機能障害の関連性をみつけ、機能障害からどのような職業上の能力障害が発生する可能性があるかを検討するとともに、そのような障害状況に対して、望ましい職務や職場環境、支援内容を検討するためのツール（試作版）を障害者職業総合センターで開発している<sup>7)</sup>が、このツールで想定されている、「疾患」→「機能障害」→「職業上の能力障害」の関連性に関する妥当性等の検証は行われていない。
- 注4 この点に関連した指摘はさまざまあるが、最近のものとしては、「雇用率制度上の障害の定義については、医学的・機能的観点からの障害者等級によっており、職業能力に応じた障害等級を創設する必要があるのではないか」労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する研究会（労働・雇用分野における障害者権利条約への対応について中間整理：2009年7月8日）、「現行の障害等級・範囲と、現実に障害のある人々が遭遇している職業的困難度の度合いとの間には、かなりの乖離のあるケースがみられ、障害の等級では中・軽度に区分されているが職業的には重度に相当する者、現行の障害者には含まれないが、大きな困難に直面している者などが少なからぬ数にのぼっている。」（障害者職業総合センター資料シリーズ No. 43「職業的困難度からみた障害程度の評価等に関する研究」2008.12）といったものがあげられる。
- 注5 職場の物理的・人的環境の改善を企業側の配慮度として測定し、配慮度と職場での困難性を総合して障害認定を行うような方法も考えられるが、かなり複雑な仕組みが必要とされるため、障害認定の公平性や一律性、実務上の便宜を担保するのがどの程度可能か十分検討する必要がある。また、就業可能な職域の制限という視点から、職業上の障害を考えた場合でも、その地域、その時代の求人状況も含めて、かなり相対的なものになってくる。オランダでは、障害年金や給付金の支給認定に際し、医師が障



害者の機能評価をした後、労働分野の専門家が、機能評価の結果をもとに、オランダ国内 3,500 社に存在する約 7,500 種の仕事に関する情報（必要な資格、職務内容、職場環境、給料等）が収められているデータベースに照らし合わせて、オランダ国内でどのような仕事が可能か判断する仕組みをとっている<sup>8)</sup>。しかし、我が国との地理的状況や背景が異なるため、雇用率制度の対象者をこのような方法で認定を行うとすると、複雑になる可能性がある。

注6 「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」の別添2「障害等級の基本的なとらえ方」（p89 参照）によると、1級は「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のである。（後略）」とされ、基本的には就業すること自体が非常に難しい状況にある判定基準になっている。2級は「（前略）デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加することができる（後略）」とされ、生活訓練や保護的な就業が想定されている。3級は「（前略）デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加する者、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ものも含まれる（後略）」とされ、生活訓練や保護的な就業に加え、配慮のある事業所での短時間労働を含む常用雇用の可能性もあることを想定している。

注7 身体障害者手帳1～2級の障害者をダブルカウントの対象にするときの議論では、就業率の著しい低さをその理由の一つにあげているが、厚生労働省の「平成18年身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査」では、精神障害者保健福祉手帳を所持している者の就業率は17.4%で、等級別では1級が12.5%、2級が15.4%、3級が24.2%となっており、重度身体障害者（身体障害者手帳1～2級）の32.6%の就業率と比較しても、かなり低くなっている。また、常用雇用に限っても、精神障害者保健福祉手帳所持者の就業者のうち常用雇用の者は5.6%、等級別では1級が1.8%、2級が4.1%、3級が11.1%で、重度身体障害者の14.6%より、かなり低い値になっている。

なお、知的障害者の場合は、就業率が、重度知的障害者（療育手帳A）で42.6%、非重度知的障害者で61.0%、常用雇用の割合が、重度知的障害者（療育手帳A）で1.3%、非重度知的障害者で16.3%となっており、重度知的障害者（療育手帳A）の常用雇用の割合は非常に低くなっている。但し、実際に雇用率でダブルカウントの対象となる重度知的障害者（障害者職業センターで重度判定を受けた者を含む）と、就業実態調査での重度知的障害者はその範囲が異なっているので、直接比較の対象にならないことに留意する必要がある。

注8 障害者職業総合センターで行った企業に対するヒアリング結果によると、大企業では8社中6社がダブルカウントの必要性について言及している。その理由として、4社が、精神障害者の場合、他の障害に比べ雇用管理上の負担が大きいことをあげ、3社は、精神障害者はすべてダブルカウント対象（あるいはトリプルカウント）が望ましいと指摘している。

一方、精神障害者雇用に積極的な企業は、ダブルカウントの必要性に言及したのは10社中8社あり、

うち、5社は手帳等級にかかわらずすべてダブルカウントにすべきであるとの意見であった。その理由として、精神障害者雇用に企業側の拒否感が強いのでダブルカウントにしないと雇用がすすまない、雇用管理のノウハウがない企業が多いので負担感が強くなる等があげられた。それ以外は、ダブルカウントの対象として、「軽度の身体障害や知的障害との重複障害の人」、「手帳1級の者」、「1～2級の者」をあげたのが1社ずつあった。また、7社から、手帳等級と就業状況が必ずしも一致していないケースがある、特に2級と3級の違いは分からない、といった指摘もあった。

#### 【文献】

- 1) 障害者職業総合センター：諸外国における障害者の雇用政策の動向， p56， 資料シリーズ No21， 1999.
- 2) 今井明：精神障害者の雇用率適用～制度改正の主要論点と今後の展望～， 職業リハビリテーション 19 (2) ， p40， 2006.
- 3) 障害者職業総合センター：精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究， 調査研究報告書 No95， 2010.
- 4) 精神疾患と認知機能研究会編：精神機能と認知機能， 新興医学出版， 2009.
- 5) 障害者職業総合センター：就労支援のためのチェックリスト活用の手引き， 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構， 2009.
- 6) 岩崎晋也他：精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI) の開発－信頼性の検討 (第1報) ， 精神医学， 36(11) ， pp1139-1151， 1994.
- 7) 障害者職業総合センター：職業的視点から見た障害と地域における効果的支援に関する総合的研究， 調査研究報告書 No67， 2005.
- 8) 障害者職業総合センター：欧米諸国における障害認定制度， pp43-66， 資料シリーズ No49， 2009.



## 参考資料

参考資料 1：ドイツの障害者施策といわゆる「鑑定手引」による障害認定

参考資料 2：フランスにおける障害者施策と障害認定制度



## 参考資料1：ドイツの障害者施策といわゆる「鑑定手引」による障害認定

ドイツにおける障害者施策は社会法典第9編、特にその第2部を中心に構築されている。ドイツ障害者雇用施策の代表的存在である雇用率制度も、この第2部に規定されている。これら施策の対象は主として「重度障害者」及び「(重度障害者と)同等扱いの者」であり、重度障害者認定(正確にはその前提となる障害の有無およびその程度の認定)の手続もこの第2部に置かれている。これに関連して詳細な等級が記載された「医学的鑑定業務手引」が(現在は労働社会省から)公表されている。

これらの認定手続や関連文書については当センターの研究成果物においてしばしば取り上げており、とくに「医学的鑑定業務手引」については最新版の全訳がすでに提供されている<sup>2)</sup>。本項前半では、それら既存の解説との重複をいとわず社会法典第9編第2部に規定された重度障害者の認定手続や関連する手続につき一通り概説する。

他方、この重度障害者認定が他の法律や規則における障害者を対象とする施策にどこまで適用されるのか、すなわち障害のある者を対象とする施策全般における重度障害者認定手続の有効性、汎用性はどの程度かも関心の対象となりうる。そこで、後半では社会保障に関するものを中心にいくつかの制度に関する法規定を通して、それぞれの制度における「障害」「障害者」の扱いを検討する。

### 1 社会法典第9編における重度障害者等の定義・認定

#### (1) 社会法典第9編

ドイツ社会法典の全体構成は後に述べるが、重度障害者認定に関して説明を加える必要から第9編について先行して述べる。

第9編は2部から構成されている(図表1)。これは社会法典第9編が2つの法律を統合・再編成することにより制定されたことを反映している。ちなみに、第2部の前身は「重度障害者法」であった。それを反映して、第2部には「重度障害者の参画に関する特別規定(重度障害者法)」なる標題が付されている。

障害者、重度障害者の定義・認定に関する規定は第1部と第2部に分割して置かれている。まず第1部に属する第2条に障害、重度障害、「同等扱いの障害者」(後述)の定義がなされている。認定手続は第2部に置かれ、第69条がこれにあてられている。こうした構造から、以下に述べる認定手続については、社会法典第9編第2部の諸規定の適用を受けることが主な目的になっていると類推されよう。

図表 1 社会法典第9編の構成

第1部	障害者および障害のおそれのある者に関する規則
第1章	総則(第1条～第16条)
第2章	参画のための給付実施(第17条～第21条)
第3章	共同出先機関(第22条～第25条)
第4章	医学リハビリテーションのための給付(第26条～第32条)
第5章	労働生活に参画するための給付(第33条～第43条)
第6章	生計を保障する給付およびその他の補助的給付(第44条～第54条)
第7章	共同体での生活に参画するための給付(第54条～第59条)
第8章	参画の保障と調整(第60条～第67条)
第2部	重度障害者の参画に関する特別規定(重度障害者法)
第1章	保護対象者の範囲(第68条～第70条)
第2章	雇用主の雇用義務(第71条～第79条)
第3章	雇用主のその他の義務(第80条～第84条)
第4章	解雇からの保護(第85条～第92条)
第5章	経営協議会、公勤務者委員会、裁判官委員会、検察官委員会(第93条～第100条)
第6章	重度障害者参画のための特別規定の実施(第101条～第108条)
第7章	社会統合専門機関(第109条～第115条)
第8章	重度障害者および重度障害者と同等扱いの障害者の参画のための特別規定の適用終了(第116条～第117条)
第9章	異議申立て手続(第118条～第121条)
第10章	その他の規定(第121条～第131条)
第11章	社会統合プロジェクト(第132条～第135条)
第12章	障害者作業所(第136条～第144条)
第13章	公共旅客輸送における重度障害者の無料輸送(第145条～第154条)
第14章	処罰規定・罰金規定および最終規定(第155条～第160条)

(2) 障害の定義・認定

社会法典第9編における障害、重度障害等の定義は次のとおりである。

ある人の身体的機能、知的能力または精神状態が、6ヵ月以上にわたり、その年齢に典型的な状態とは異なる確率が高く、そのため社会生活への参画が侵害されているならば、障害があるという。侵害が見込まれている場合には、障害のおそれがあるという。(第2条第1項)

ある人の障害の程度が50以上であり、かつその住所、通常の滞在所または第73条の趣旨による職

場での就業場所が、法に則り本法典の適用範囲内にあるならば、第2部の趣旨による重度障害である。  
(第2条第2項)

障害の程度が30以上50未満であり、前項のその他の前提条件を満たす障害者は、その障害のために、重度障害者との同等扱いがなければ第73条の趣旨による適切な職場を得る、あるいは保持することができない場合には、重度障害者と同等に扱われる(同等扱いの障害者)。(第2条第3項)

この規定にあるとおり、重度障害者、同等扱いの障害者の定義においては「障害の程度」という数値が介在する。

これら障害の有無、そしてその程度にかかる認定に関する規定は次のとおりである。

障害者の申請に基づき、連邦援護法の実施管轄官庁は、障害の有無および障害の程度を認定する。  
(第69条第1項より)

社会生活への参画に対する効果は、障害の程度として10を単位とする等級分類により認定される。  
(中略) 障害の程度が20以上の場合にのみ認定が行われる。(同じく第69条第1項より)

障害者の申請に基づき、管轄官庁は、障害の認定をもとに重度障害者としての特徴、障害の程度に関する証明書、さらに第4項の事例においては別の健康上の特徴も含めた証明書を発行する。(中略)  
この証明書には有効期間を定めるものとする。(第69条第5項より)

障害者の重度障害者との同等扱い(第2条3項)は、第69条の認定をもとに障害者の申請に基づき連邦雇用機構により行われる。同等扱いは、申請書類の到着日を以って効力を発する。同等扱いは期限付きとすることができる。(第68条第2項)

規定は以上のとおりであるが、担当する機関につき若干の補足を加える。

第1項にあるとおり障害の有無と程度を認定するのは「連邦援護法の実施管轄官庁」とされている。これは具体的には援護事務所(Versorgungsamt)、州援護事務所と別途定められている。

第69条第5項にあるとおり、認定を受けた重度障害者には障害者証明書(Ausweis für schwerbehinderte Menschen)が交付される、証明書には障害の程度、有効期限などの情報とともに、生活等への制約の状況を表す目印(Merkzeichen)がアルファベット1～2文字で付される。この目印に関することも認定の対象である。障害者に対する支援策によっては、特定の目印が付されていることが必要とされる場合とそのような限定を要しない場合がある。例えば雇用率制度は後者に該当する。

同等扱いの認定は連邦雇用機構が行うこととされており、実際の申請受付や認定の可否にかかる検討の諸手続は傘下の職業安定所が行う。

### (3) 認定基準(「鑑定業務手引」)

障害者認定のための基準として、「鑑定業務手引」がある。これは1916年に制定された戦傷に対する

軍医の判定基準にまでその起源を辿ることができる長い歴史を持ち、前述のとおり最新版(2008年版)の訳を別途当センターの成果物として提供している<sup>2)</sup>。

障害認定にかかわる部分は全143章中第26章にあたり(図表2参照)、障害の種類、症状などに応じて障害の程度が示されている。1つの章とはいえ全300ページ中100ページを占めており、記述は詳細にわたっている。

この章の項立ては図表3のとおり18項目で構成されている。一般的注意事項を述べた最初の項目を除く17項目が、心身の部位を扱っており、各項目において、広範囲な疾病や損傷とその症状に関する詳細な記述が列挙されている。そして、それぞれに対して0から100までの評価が10刻みで付されている。項目の立て方からも推測されるように、記載は詳細であるとともに網羅的ともいえ、あらゆる部位の広範囲な疾病・損傷につき、その症状が深刻度に応じて段階的に記述されている。

これが20以上である場合に障害者、50以上である場合に重度障害者となるのは既述のとおりである。

国によってはICF(国際生活機能分類, 2001年採択)の影響を受け認定のための新たな基準を設けたりする動き(例えばフランス)がみられるが、ドイツに関しては上述の鑑定手引きについて近年における大きな改訂は見受けられない。過去に遡ってみると、この手引き及び認定手続に関する大きな改定は1986年における障害の程度

にかかわるもので、それまで労働能力損失の程度としてパーセント表示されていたものが、同年単位のない「障害の程度」に改められ、現在に至っている。

その他の事項については、一部部位における項目の追加・改編に関するものを除くと、特定の項目における障害の程度の変更、表現の変更といった微調整にとどまっている。

本鑑定手引き等級表の1996年版に基づく和訳が存在することを手がかりに、1996年版から2008年版までの比較的大きな改訂事項を確認してみたが、明記すべきと思われるのは次の3点にとどまる。

①「2. 神経系と精神」において「小児・青少年期における知的能力の阻害」に関して項目を追加、記述を再編成

②「10. 消化器官」において慢性肝炎の記述を追加

図表2 鑑定業務手引の全体構成

A: 共通原則
鑑定の実施(1~15章)
基礎概念(16~25章)
<b>障害等級表(26章)</b>
B: 社会法典第9編第2部(重度障害者法)に基づく鑑定
C: 社会補償法の評価

図表3 「鑑定業務手引」第26章の構成

1 障害程度等級表に関する一般的注意事項
2 頭部と顔
3 神経系と精神
4 視覚器官
5 耳と平衡器官
6 鼻
7 口腔、咽頭腔、上気道
8 胸郭、気道深部、肺
9 心臓と循環系
10 消化器官
11 ヘルニア
12 泌尿器官
13 男性生殖器
14 女性生殖器
15 代謝、内分泌
16 血液、血液精製器官、免疫系
17 皮膚
18 支持器官と運動器官、リウマチ疾患

### ③ 「15. 代謝、内分泌」において糖尿病に関する項建てを再編成

#### (4) 同等扱いの認定

前述のとおり社会法典第9編第2条第3項には同等扱いの障害者の定義があり、第68条第2項には同等扱いの認定を連邦雇用機構が行うことが定められている。

連邦雇用機構は重度障害者に準ずる者の扱いを請求するには障害に起因する職場における危うい状況が前提であるとし、その根拠となりうるものとして次のような項目をあげている(Bundesagentur für Arbeit (2007))。

- ・ 障害ゆえの反復的・頻繁な欠勤 (Fehlzeit)
- ・ 障害ゆえの能率の低下及び障害に合わせた職場の整備
- ・ 恒常的な耐久力の低下
- ・ 障害ゆえの能力低下と関連した警告または弁済請求
- ・ 永続的な同僚による援助の必要性
- ・ 障害を根拠とした職業上、地域内の移動の制約

## 2 ドイツ社会法典体系における「障害」「重度障害」の取り扱い

「雇用率制度の対象及びその認定の方法」についてならば、前節で一通り答えたことになる。しかし、これまで述べた重度障害者としての認定がどの範囲まで有効か、第9編第2部以外で規定された諸制度と重度障害者認定、同等扱い認定との関係はどうかという点も関心の対象となりうる。以下ではそうした問題意識を念頭に置き、まず社会保障との関係を考察する。

ドイツの社会保障制度にかかる主要な規定は社会法典に体系的にまとめられており、障害者を扱った第9編もその体系に属している。ここでは、第9編に限らず社会法典を構成するいくつかの部分における障害者、重度障害者の扱いを検討する。

#### (1) 全体構成

検討を始めるに先立ち、今回の検討の主対象である社会法典の全体像を紹介する。

社会法典はドイツにおける社会保障にかかる諸法規を一連の体系にまとめることを目指して、徐々に整備が進んでいる。現時点において社会法典は第1編から第12編まで欠番のない状態で発効しており、その編成は図表4のとおりである。

これらの中でよく取り上げられるもの、障害者との関連が深いものをいくつかあげておこう。

第3編「雇用促進」は連邦雇用機構及びその傘下の職業安定所が行う労働市場政策を規定するものである。これに対し歴史の新しい(2005年施行)第2編は、長期失業者(第3編で取り扱う失業手当の給付期間が終了した者等)に対する保障を扱っており、働く能力と意志があるにもかかわらず就業による所得がない場合の就労促進策の一環としての給付(失業手当Ⅱと呼ばれる)なども規定されている。



第5編は医療保険を、第6編は年金保険を取り扱っており、どの国においても社会保障の中核とあってよい両制度は、早い段階から社会法典の中に編成されている。

第11編は1995年に導入された介護保険を扱っている。

第12編は最低生活保障の役割を負っていた社会扶助法を再編成し、社会法典の体系に組み入れたものである。

図表4 ドイツ社会法典の現状

	表題	沿革	発効した年
第1編	総則		1976年1月1日
第2編	求職者のための基礎保障	旧第3編及び社会扶助法を再編成する過程で独立の法規として成立	2005年1月1日
第3編	雇用促進		1998年1月1日
第4編	社会保険通則		1977年1月1日
第5編	法定医療保険		1989年1月1日
第6編	法定年金保険		1992年1月1日
第7編	法定傷害保険		1997年1月1日
第8編	児童少年扶助		1991年1月1日
第9編	障害者のリハビリテーションと参画	リハビリテーション給付調整法と重度障害者法を統合	2001年1月1日
第10編	行政手続と社会データ保護		1981年/1983年1月1日
第11編	社会介護保険		1995年1月1日
第12編	社会扶助	社会扶助法	2005年1月1日

(注) 特に既存の訳がない表題は <http://www.euroassist.de/contents/info/SGB.html> でのものを使用

## (2) 第9編における障害者と重度障害者の扱い

### ア 第9編の構成

検討の第1歩として、雇用率制度をはじめとする重度障害者に関する諸施策を列挙した社会法典第9編を取り上げる。

社会法典第9編の編成はすでに前項で示している。その際、第9編が2つの法律を統合・再編成することにより制定されたこと、それを反映して2部から構成され、第2部の前身が「重度障害者法」であることにも触れた。

ここでは、十分な記述を行っていない第1部について、まず説明する。第1部の前身は重度障害者法に比べると知名度が低い。漠然と「リハビリテーションに関する法律」と認識されることも多いが、リハビリテーション施設の設立や運営を規定するといった内容は含んでいない。直訳すれば「リハビリテーションのための給付を調整する法律」となり「リハビリテーション給付調整法」と称されること

もあった。もともと、様々な制度で行われていたリハビリテーションのための給付の内容が制度によりまちまちであった状況を改善するため、統一的な規定を定める趣旨で1974年に施行されたものが第1部の前身の法律とされている<sup>3)</sup>。その趣旨は現行の第1部にも引き継がれ、種々の制度に基づき種々の機関によって行われているリハビリテーションのための給付について、統一的な取り扱いを定めることに大半が費やされている。

#### イ 単語の出現状況から見た「障害者」「重度障害者」概念の扱い

こうした編成を念頭に置きつつ、社会法典第9編における「障害」概念の扱いを検討する。まず数字による比較を行ってみよう。「障害(Behinderung)」「障害がある(behindert)」ないしそれらの派生語が現れる回数、その内数である「重度障害(Schwerbehinderung)」「重度障害がある(schwerbehinderte)」(以下誤解の恐れがなければ、この意味で「重度障害」を用いることがある)が使われる回数をカウントし、残り、すなわち「重度障害」「重度障害者」以外の「障害」「障害者」あるいはそれらの派生語(以下『「重度」のない「障害』』と略記する)の出現回数と比べることとする。2008年1月時点の社会法典第9編について上記比較を行うと、「重度障害」が381回、「重度」のない「障害」が342回で、「重度」のない「障害」の使用が決して少数でないことがわかる。「ドイツの社会保障・社会福祉の規定は重度障害概念で構築されている」という予想は、重度障害者関連の規定が集中する第9編において早くも崩れることになる。

さらに、「重度障害」はほとんど第2部に集中しており、第1部には6回登場するだけである。第1部に195回登場する「障害」あるいはその派生語はほとんどが「重度」を伴わずに使われている(図表5)。

図表5 社会法典第9編における単語出現回数

	目次	第1部	第2部	計
behinderte, Behinderung 等	20	189	153	362
Schwerbehinderte, Schwerbehinderung	19	6	375	400
計	39	195	528	762

#### ウ 障害の定義、認定手続きのに関する規定の配置

前項で確認したように障害者を対象としている社会法典第9編においても「重度障害者」を対象としているのは第2部のみであった。そこで、第9編における障害の定義、認定手続きの規定がどのような構造になっているかを再度確認する。

まずそれぞれの条文の所在をみると、第9編における障害の定義は第2条に置かれ、障害、重度障害、同等扱いがこの順序で定義されている。すなわちこれらの定義は第9編の冒頭に置かれている。これに対し認定に関する規定は第69条、すなわち第2部に置かれている。この条文の配置からだけでも障害認

定の手続きが、第9編全体ではなく、その第2部の規定が及ぶ対象者たることの認定であると判断できるが、実際第69条の条文に立ち入ると「障害者の申請により (Auf Antrag des behinderten Menschen)」あるいは「重度障害者としての資格認定を申請した場合 (Beantragt … die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch)」のような表現がある。もし障害者が重度でない場合においても第69条に沿った認定を要するのであれば前者のような表現はありえないし、後者からも、この認定手続きが重度障害者としての認定を求めるものであるとの意図がうかがえる。このように、手続きを規定した条文もこの認定が障害者であることよりも主として重度障害者であることを認定する趣旨で行われていることを示唆している。

一方第2条1項で定義する「障害者」であることについて、なんらかの公的な認定を要するかについては、明確な規定は少なくとも第9編には存在していない。第69条の手続きにより何らかの障害の程度（すなわち20以上）が認定されれば、障害があることの認定にはなるが、（重度と限らない）障害者であることにだけに対しても同様の認定手続きを求めているかは別の問題である。そして、こうした認定を要求する規定は少なくとも第9編には存在していないし、他にも確認していない。

以上の検討から、第9編第69条の手続きは原則として重度障害者たることの認定すなわち第2部に定めた規定が適用されることについての認定であると、ひとまず判断する。

#### エ 第1部における「鑑定」

上のように判断する上で明確にしておくべきと考えるのが、第1部で何度か言及される「鑑定 (Gutachten)」の趣旨である。第69条にかかる認定の基準が収録された文書の表題にもこの「鑑定」の語が使われ「鑑定人の職務のための指針 (Die Anhaltspunkte für die … Gutachtertätigkeit)」となっているので、ここでの「鑑定」と第1部で言及される「鑑定」との異同を明らかにする必要がある。そこで、第1部において「鑑定」が現れる箇所のうちいくつかを確認すると図表6のような内容となっている（条文はいずれも抜粋）。

図表6 社会法典第9編抜粋

第14条(5) 鑑定が必要な場合はリハビリテーション担当機関はただちに適切な専門家1名に依頼する。(中略) 選ばれた1名の専門家は、包括的な社会医学的、必要ならば心理学的な鑑定を実施し、依頼後2週間以内に鑑定書を作成する。鑑定書の中で行われたリハビリテーションの必要性に関する査定は、リハビリテーション担当機関の決定の基礎となる。

第38条 連邦雇用機構は、他のリハビリテーション担当機関の請求に基づき、給付の必要性、種類および範囲について、労働市場上の合目的性を考慮のうえ鑑定人としての立場をとる。

第62条(2) 州医は主に以下の任務を有する。

1. 保健制度および社会扶助を管轄する州官庁ならびに管轄する社会扶助の運営者のために特別に難しい状況にある個別事例または原則に関する意味を持つ事例において、鑑定を行う。

これらの「鑑定」はいずれもリハビリテーション給付の申請に対し、その妥当性の判定に必要な医学等専門的見地から「鑑定」であり、実施者はリハビリテーション関係機関等、当該申請の関係者である。したがって第1部の「鑑定」は第69条で定められた障害者の申請を受けた連邦援護法実施管轄官庁が行う障害の程度を判定するための「鑑定」とは性格を異にしており、第1部が第69条の認定手続きを経ていない者を含む障害者を対象としているという判断を揺るがすものでないと判断できる。

### (3) 雇用促進施策における障害者、重度障害者の扱い

社会法典第3編は「雇用促進」と題されており、職業紹介、失業保険等、ドイツの労働市場政策を規定している。

第3編では「障害者」の定義の項があり(第19条1項)「第9編第2条1項の意味における障害の種類や程度のゆえに労働生活への参加の見通しが低下している者…」と第9編の障害の定義と連動して障害者の概念が定められている。また雇用主のための各種給付金を取り上げている第4章の中に障害者関連の節がおかれているが、その題が「障害者 (behinderter Menschen) の労働生活の参加促進」となっているように、表題に「重度」のない「障害者」が使われ、文中でも「重度」のない「障害」が用いられている。これらが示すように、第3編においては重度障害ではなく、障害の概念によって叙述されていることが示唆される。実際、第9編で行ったように「重度」のない「障害」と「重度障害」の出現回数を比較すると、「重度」のない「障害」が71回、「重度障害」が30回と重度障害の使用は他の半数に満たない。

第3編の諸制度の中で「重度障害」を対象としている規定は「統合助成金」に関するものである。これは高齢者・重度障害者の雇用支援のため雇用事業所に助成金を支給する制度であるが、ここでは「重度障害」(及び同等扱いの者)を雇用した場合に支給内容がどのように増強されるかが明記されている。これは、この制度が重度障害者雇用率制度における負担調整賦課金によって形成される基金による重度障害者雇用促進制度を前身に持つからである<sup>註1</sup>。現在は上記賦課金との連携は以前より緩いものになっているが、重度障害者(及び同等扱いのもの)を対象とする制度の枠組みは、なお維持されている。

こうした経緯のある制度に関するものを除くと、この第3編においては「重度障害者」への言及はほとんどなく、「重度」のない「障害」概念を中心に諸制度が構築されている。

### (4) 年金制度における障害者、重度障害者の扱い

社会法典第6編では年金制度が取り扱われている。まず、年金と社会参加支援の間の重要な原則「年金よりリハビリテーション」を連想させる条項を紹介しよう。「参画のための給付は年金給付に優先 (Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen) する」という規定が第19条にあり、障害者に対する施策はまず社会参画であるという原則が第6編にも適用されていること、言い換えれば、障害者であることだけを理由に漏れなく年金が適用されるといった制度は設けられていないことが、この条項から推測される。

第6編における重度障害者を対象とする規定は、老齢年金の早期支給開始を定めた条項である。第37条によれば、通常65歳の支給開始が重度障害者である場合62歳で請求することができる。(支給開始年齢はさらに60歳まで引き下げよう請求できる(第236a条)が、その場合は一定の減額措置を伴う。)

上記の措置はあくまでも老齢年金の早期支給開始であって、上記下限に満たない年齢をカバーするものではない。そうした性格を持つものは「稼得能力の減少を理由とする年金(Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit)」(第43条)である。これは「以前から…改革が必要であるとの合意が存在した<sup>4)</sup>」もので、2001年1月に「年金保険と失業保険との役割分担を見直す」(同)などの趣旨の改正が施行されており、以下は上記改正後の制度について説明する。

「稼得能力の減少を理由とする年金」は、「稼得能力の部分的な減少を理由とする年金」「稼得能力の全面的な減少を理由とする年金」の2区分からなる。それぞれの支給対象者は、前者が「疾病または障害<sup>注2)</sup>のために、近い将来においては、一般的な労働市場における通常の下で1日3時間以上6時間未満しか就労できない」者、後者が同様の前提の下「1日3時間未満しか就労できない」者である(上記第43条1項及び2項)。このように、この給付の支給対象となる条件を規定する条文において使われている言葉は「重度障害」ではなく「障害」である。

ところで、上で説明を加えたとおり、単に障害者あるいは重度障害者であることではこの年金の支給対象とはならない。就労困難性が判定条件に加わっている。例えば第9編第2部が規定する雇用率制度等によって雇用され、上記の制約を受けない就業が実現した場合には、この年金の支給対象とはならない。言い換えれば「リハビリテーションと参画」という第9編の目的が果たされればこの年金の対象とはならないわけで、その意味ではまさに「年金よりリハビリテーション」の趣旨が反映していることになる。

#### (5) 介護保険制度における障害者、重度障害者の扱い

社会法典第11編は介護保険制度にあてられている。

本項の主眼は同編の規定を検討し、この制度における要介護認定で障害概念がどのように使われているかを確認することにあるが、本題の前に、介護とリハビリテーションの関連を述べた条文を紹介する。第31条は「リハビリテーションの介護に対する優先」と題され、介護の必要性を克服し、低下させ、あるいは悪化を予防する観点から医学リハビリテーションのための給付が優先されるべきこと等が規定されている。

要介護認定<sup>注3)</sup>についてみると、本11編における要介護者とは「疾病または障害(Krankheit oder Behinderung)のために、日常生活活動(日常生活において日常的かつ規則的に繰り返される活動)を行うのに、継続最低6ヶ月と予想される期間、相当程度あるいはそれ以上の援助を必要とする者」であり(第14条第1項)、認定が得られるのは上記要件を満たしていると認められる場合である。障害あるいは疾病が認定の前提となっているが、上記のとおり援助の必要性が要件となっており、障害があることだけでは要介護認定にはつながらない。



上記条項に現れた「障害あるいは疾病」については続く第 14 条 2 項に定義があり

「①体を支える基幹及び運動器の喪失、麻痺またはその他の機能障害 ②内臓または感覚器の機能障害 ③刺激、記憶または方向感覚障害のような中枢神経系の障害並びに内因性の精神病、神経症または知的障害」となっている。すなわち第 11 編は第 9 編とは異なる独自の障害（または疾病）の定義を有する。

このように介護保険制度において使用されているのは「重度」のない「障害」の概念であり、かつその定義は第 9 編第 2 条 1 項とは異なる独自の定義に則っている。

なお、第 11 編全編を通して「重度障害」、「重度障害者」という単語は 1 度も登場しないことを付記する。

#### （6）求職者のための基礎保障及び社会扶助における障害者、重度障害者の扱い

求職者のための基礎保障を取り扱った第 2 編と社会扶助を取り扱った第 12 編を、労働市場改革の一環として両者の調整が図られた経緯を踏まえ、本稿でまとめて取り扱う。

まず第 2 編についてみると、第 1 条「任務と目的」において基礎保障にかかる給付が特に達成すべきものを列挙しているが、その一つとして「障害による不利益（behindertenspezifische Nachteile）が克服されること」をあげており、「重度」のない「障害」が本制度の視野に入っていることを示唆している。

第 3 編であげた重度障害者に対する増強を含む統合助成金については、第 16 条で支給が認められており、各種条件は特段の規定がない限り第 3 編のものが準用されることとされている。従って、この部分については間接的に「重度障害」が勘案されている。

第 2 編の他の箇所はすべて「重度」のない「障害」が用いられている。（正確には、上記も間接的な勘案であって、第 2 編で「重度障害」という語は 1 度も出現しない）。第 2 編では上記を例外として、「重度障害」を用いることなく、障害、障害者が取り扱われているといえる。

次に第 12 編を取り扱う。第 12 編の前身は「社会扶助法」であり、第 1 条によれば、その目的は受給権者に人間の尊厳に値する生活を営むことができるようにすることである。

具体的な扶助の内容は第 8 条に列挙されているが、その 1 つが障害者のための統合扶助（Eingliederungs- hilfe für behinderte Menschen）である。第 6 章はこの扶助の詳細な規定に割かれている（第 6 章の表題も「障害者のための統合扶助」である）。対象者は「社会法典第 2 条 1 項 1 文の意味での障害により、社会に参加する能力が著しく制限されまたはそのような著しい障害の恐れがある者で、統合扶助の任務が達成される可能性がある場合」である（第 53 条 1 項）。すなわち、この扶助の認定条件は「重度」のない「障害」により規定されており、また障害概念について第 9 編との連動が意識されている。

また、条文上はこの前になるが、年金において取り上げた「稼得能力」に関する扶助として「稼得能力減少の場合の扶助（bei Erwerbsminderung）」が「老齢時の扶助」と一括して扱われている（第 4 章）。

上の名称は表題におけるもので本文中では「永続的、全面的な稼得能力減少者」を扶助の対象に規定している（第41条1項）。さらにその需給権者として「18歳以上でその時々々の労働市場情勢に関わらず第6編第43条2項の意味での稼得能力の全面的な減少の状態にあり、その状況の解消の見通しのない者」と規定している（第41条3項）。概念的には第6編との連携が図られており、したがって「重度でない障害」による定義がなされている。

なお、第2編の項で言及しなかったが、第2編での失業手当Ⅱと呼ばれる手当での支給対象者は「稼得能力減少者でない」ことが条件の1つとなっている。このような条件を課すことで、両編での支給対象は重複なく分割され、従来の制度の要改善点とされていた二重払いの可能性を除去している。

最後になったが、第12編においても「重度障害」の使用は皆無である。

### 3 差別禁止等に関する法律における「障害」「重度障害」の取り扱い

これまで検討を加えてきたのは社会保障施策を対象とする社会法典であったが、ここでは障害者に対する不利な取り扱いを禁止する法律について、同様の検証を行う。

まず、基本法（Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland）における不利益的取り扱いの排除に関する規定をみると、それに該当する第3条3項2文は「いかなる者も障害によって（wegen seiner Behinderung）不利を被ることはあってはならない」となっており、「重度」のない「障害」が用いられている。

本項の趣旨に沿って確認を行うべき法律は「障害者対等化法（Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen - BGG、2002年）」と「一般均等待遇法（Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz - AGG、2006年）」であるが、結論だけを述べると、いずれの法律においても「重度障害」はまったく使われておらず、すべての規定が「重度」のない「障害」のみによっている。

すべての人に平等な権利を保障する趣旨の法令で重度障害者に限定した規定を置くことは障害者の中で重度障害者だけを特別に扱うことになり、その趣旨に反するという認識が自然であろうが、現実の法律もその自然な理解に沿った扱いであるといえる。

### 4 まとめ

本報告では通常検討の対象としている社会法典第9編の他に、数点の法律について検討を加えたが、ここまでの検証によって、第9編第2部を除く各編（第9編第1部も含む）をはじめとする今回検討した法律においては、主流の概念は「重度」を除く「障害」であることが確認された。重度障害者に関する規定は第9編第2部に集中していることになり、この部分はまさに表題が示すとおり「重度障害者のための特別」な規定であることになる。

他方、職業安定所が行う同等認定を受ければ少数の例外を除き第9編第2部の規定のほとんどが適用されるが、第9編第2部以外で重度障害者を対象とする規定は第3編の雇用促進施策にかかる規定が主であり、これにおいても、重度障害者を対象とする規定の大半が同等扱いの者に対しても有効であるこ



とも 59 頁で確認したとおりである。今回の検証のもう一つの成果として、同等認定が本来の重度障害認定にほとんど類似した有効性を持つことが判明したこともあげられよう。

#### 【注釈】

注 1 当初は「重度障害者負担調整賦課金規則」において定められていた制度である。

注 2 社会法典第 6 編においては「障害」についての定義はなく、「障害」に「第 9 編第 2 条 1 項の意味での」といった形容が施された箇所も確認できていない。

注 3 本文では認定手続きについて触れなかったが、第 11 編では第 18 条で要介護認定に関する手続きを規定している。それによると、本人または家族から給付の申請を受けた介護金庫 (Pflegekassen) は、メディカルサービス (Medizinischen Dienst der Krankenversicherung -MDK) に要介護の審査を委託する。メディカルサービスは加入者を住居において審査し、その審査結果を介護金庫に報告するとともにリハビリテーション措置、介護給付の種類、個別介護プランについて勧告する。

#### 【文献】

- 1) 障害者職業総合センター : 諸外国における障害者雇用施策の現状と課題, 資料シリーズ No. 41, 2008.
- 2) 同上 : 欧米諸国における障害認定制度. 資料シリーズ No. 49, 2009.
- 3) 厚生労働省 (障害者 (児) の地域生活支援の在り方に関する検討会, 田中幸太郎) : ドイツにおける障害者施策の展開と介護保険, 2003.
- 4) 松本勝昭 : ドイツ社会保障論 II (年金保険), 信山社出版, 2004.
- 5) 松本勝昭 : ドイツ社会保障論 III (介護保険), 信山社出版, 2007.

(参考)ドイツ連邦労働社会省 社会賠償法及び重度障害者法(社会法典第9編第2部)にもとづく「医学的鑑定業務のための手引き(2008年版)」の障害等級・就労制限等級表 「26.3.神経系と精神」より一部抜粋

(障害者職業総合センター:欧米諸国における障害認定制度,NIVR資料シリーズNo49,2009.より一部改変して掲載)

## 26.3.神経系と精神

### 脳障害

脳障害を負った者とは、脳の発達が阻害されたか外部からの暴力、疾病、毒物の影響、又は血液供給障害により、器質性的変化を被り、その影響が続いていることを証明できる者である。

脳の負傷又は疾患の後、急性期症状の段階が収まって、器質的変化の症状が確認された場合、脳障害が証明されたとみなされる。これはのちの検査で脳器質の機能障害と能力の阻害がもはや見られなかったとしても、当てはまる(障害等級・就労制限等級は、自律神経の不調などの20の軽いものも、開放性脳外傷後など30以上のものも含む)。

障害等級・就労制限等級評価に決定的役割を果たすのは、脱落症状が残っている範囲である。その場合の神経学上の所見、病前性格を尊重した精神分野の脱落症状、そしてもしあればてんかんに注意する。

脳障害の結果生じる状況が多様であるため、障害等級・就労制限等級評価は20から100の間で行われる。

子供の場合、脳損傷の影響は成長過程しだいでかなり異なった推移(改善か悪化)をしようするため、再鑑定が通常何年かのちに行われている。

弁を治療に用いる水頭症の場合、障害等級・就労制限等級は30以上で評価される。

脳震盪後の一過性だけではない自律神経障害(可逆性の、形態学上証明できない脳全体の機能障害)は、事故後一年目に10から20の障害等級・就労制限等級が認められる。

以下の脳障害の障害等級・就労制限等級表では、Aに挙げられた総評価が重要となる。Bに挙げられた単独で表れるか、主要な症候群は、評価の補助的な役割にとどまる。

#### A. 脳損傷の総評価の基本原則

##### 障害等級・就労制限等級

- |                   |        |
|-------------------|--------|
| 1. 軽度の能力障害を伴う脳損傷  | 30-40  |
| 2. 中程度の能力障害を伴う脳損傷 | 50-60  |
| 3. 重度の能力障害を伴う脳損傷  | 70-100 |

B. 個別発症症候又は主要症候群の脳損傷評価(社会賠償法における鑑定の場合、また重度障害者手当の確定目的にも使用)

●器質的・精神的障害

ここでは脳器質の一般的徴候、知的後退（痴呆症）、脳器質的な人格変化の間で区別を行うが、しばしばこのうちいくつかを組み合わせられ、あるいははっきりした区分けが存在しない。

脳器質の一般的徴候（「脳機能の低さ」）には、とくに注意力・集中力の阻害、神経過敏、興奮しやすさ、疲れやすさ、要約・転換能力の欠如、自律神経の不安定さ（頭痛、血管運動神経障害、睡眠障害、感情の不安定など）が含まれる。

脳器質的人格変化（「脳器質的な本性変化」）は、意欲、気分、感情面での障害、批判能力と周囲との接触能力の低下、並びに特別な人格特徴の強調を伴う人格の零落と粗暴化により、特徴づけられる。

器質的・精神的変化の土台の上に、追加の心的反応障害が発展することが珍しくない。

●精神的障害を伴う脳障害

（先に説明の種類により）

軽度（日常生活での影響はわずか・・・	30-40
中度（日常生活ではっきり影響がある）・・・	50-60
重度・・・	70-100

●脳の持続的障害の現れとしての中枢自律神経障害（睡眠・覚醒リズム、血管運動調節、発汗調節の障害など）

軽度・・・	30
中度、まれに失神発作・・・	40
頻繁な発作、又は通常状態にいちじるしい影響・・・	50

●立位・歩行時の難度を含めたターゲット運動【Zielmotorik】障害と巧緻運動障

害の範囲にもとづく、（脊髄）小脳を原因とする協調障害及び平衡感覚障害（これには 26.5 号も参照）・・・ 30-100

●認知能力障害を伴う脳損傷（失語症、失行、失認など）

軽度（ある種の言語機能障害(Restaphasie)など）・・・	30-40
中度（中度から重度までのコミュニケーション障害を伴う失語症など。）・・・	50-80
重度（広範囲に及ぶ失語症など）・・・	90-100

●脳に起因する部分麻痺と完全麻痺（略）

●パーキンソン症候群（略）

●てんかん発作

種類、重度、頻度、一日のうちどの時間帯に起きるかによる

- 非常にまれ：(広汎性（大発作）又は複合焦点が、一年以上の間隔をおく複合焦点の発作、複数月の間隔をおく単焦点の小発作) . . . . . 40
- まれ：(広汎性（大発作）で、複数月の間隔をおく多焦点の発作。小規模、複数週の間隔を置く単焦点発作) . . . . . 50-60
- 中程度の頻繁：(広汎性（大発作）で、複数週の間隔をおく複合焦点の発作、数日の間隔をおく単焦点の小発作) . . . . . 60-80
- 頻繁：(広汎性（大発作）で、毎週又は全般性痙攣発作・焦点強調又は多焦点の発作の連続。毎日小発作・単焦点発作が起きる) . . . . . 90-100
- 3年間発作がなく、さらに必要があれば抗痙攣治療 . . . . . 30

薬剤投与なしに3年間発作が起きなかった場合、発作は快癒したとみなされる。脳損傷の証明がなければ、障害等級・就労制限等級はもはや認められない。

**ナルコレプシー**

頻度、強度、複合症候群（日中の眠気、睡眠発作、脱力発作、疲労現象の範囲内である自動的行動、入眠時幻覚としばしば結びつく睡眠麻痺）により、一般に障害等級・就労制限等級は50から80で設定される。障害等級・就労制限等級40（日中の軽度の眠気が、睡眠麻痺及び入眠時幻覚とまれに結びつくなど）や、80以上（非常に強度の場合）もまれに見られる。

**脳腫瘍**（略）

**小児・青少年期における知的能力の阻害**（略）

**小児期における発達障害**

適切なテストによる標準的な所見のアンケートと発達指数（EQ）決定が評価の前提となる（学齢期到達時に事後審査）。

- 運動機能、言語又は知覚、注意力の分野の発達障害の説明
  - 軽度、発達全体で大きな阻害なし . . . . . 0-10
- その他（平均まで）
  - 発達全体の阻害による . . . . . 20-40
  - 特に重度の特徴（まれ） . . . . . 50

●全般的発達障害（言語・コミュニケーション、知覚と遊戯行動、運動機能、自立性、社会的統合の諸分野での制限）

社会的統合障害と行動障害（活動亢進、攻撃性など）の範囲による

- 影響はわずか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30－40
- 影響大（EQ は 70 から 50 以上）・・・・・・・・・・・・・・・・ 50－70
- 影響甚大（EQ は 50 以下）・・・・・・・・・・・・・・・・ 80－100

**義務教育開始・青少年期における知的能力の制限**

●認知に関する部分的な能力遅滞（読み書き障害、計算障害など）

- 軽度、学業の重大な障害なし・・・・・・・・・・・・・・・・ 0－10
- その他、集中力・注意力障害に配慮しても一平均まで・・・・・・・・ 20－40
- 特に重度の障害（まれ）・・・・・・・・・・・・・・・・ 50

●成人で、ほぼ 10 歳から 12 歳の精神年齢に応じた知能遅滞を伴う知的能力障害（IQ はほぼ 70～60）

学齢期における理解力、記憶力、精神的負荷能力、社会的統合、発声、言語、

又はその他知覚上の部分的な能力の軽度な障害、

又は

義務教育終了後、なお習得能力を示し、大きな社会的統合の困難な人格障害がない場合、

又は

障害者向け特別規定を適用し、職業教育に到達可能な人物・・・・・・・・ 30－40

学齢期における上記の障害が大きいか、学業についていけないと予想される場合、

又は

学業終了後自立して生活する能力の障害又は社会的統合の障害が推測される場合、

又は

障害者が職業助成を受ける機会（特殊なリハビリ施設などで）があり、障害者用

特別規定を用いても、その障害のために職業資格を得られない場合・・・ 50－70

●教育の可能性が非常に限られている知能の不足、言語習得のいちじるしい不足、成人で精神年齢 10 歳以下に相当する知能遅滞（IQ60 以下）

人格発達と社会的適応力が比較的高度（特殊学級での一部成績良好、いくつかの

限定分野での生活自立、一般的職業生活における統合、単純運動能力がまだある）・・・ 80－90

統合の可能性は非常に限定的、自立性・教育の可能性はいちじるしく不足、言語発達

の遅滞、労働市場の状況にかかわらず長期の就業は障害者作業所での労働のみ可能・・・ 100

**特別に小児期に始まる精神障害**

●自閉症症候群

- 軽度（アスペルガー型など） . . . . . 50－80
- その他 . . . . . 100

●その他感情面・社会心理面の障害（「行動障害」）

- 長期にわたる統合がいちじるしく困難（通常の学校への通学は不可能など） . 50－80

**統合失調症と感情面の精神病**

●顕症期における長期にわたる（半年以上続く）精神病

- 職業的・社会的適応能力の欠如に応じて . . . . . 50－100

●統合失調症の残存状態（集中力欠如、対人関係障害、生気の欠如、感情面の平準化）

軽度で個別の残存症候群

- 社会的適応の問題はない . . . . . 10－20
- 軽度の社会的適応の困難 . . . . . 30－40
- 中度の社会的適応の困難 . . . . . 50－70
- 重度の社会的適応の困難 . . . . . 80－100

比較的短期だが頻繁にくり返す段階の感情面の精神病

- 一年に複数週の長さの段階を1回から2回反復、種類と影響による . . . 30－50
- 複数週の段階がより頻繁に反復される . . . . . 60－100

●長期にわたる幻覚妄想状態の治癒後は、通常治癒観察期間を2年設ける（例外は以下）。

- この期間中の障害等級・就労制限等級は、すでに複数の躁状態又は躁・鬱状態  
が先行している場合 . . . . . 50
- その他 . . . . . 30

最初の疾患段階として、又は以前の疾患段階の後、10年以上たつて初めて一極進行の鬱状態が続いて  
いた場合、治癒観察を待つ必要はない。

**神経症、人格障害、心的外傷の結果**

●軽度の自律神経障害又は精神障害 . . . . . 0－20

●強い障害

- 体験能力・造形能力の大きな制限（比較的強度の鬱、心気妄想、無力症  
又は恐怖症、病気を伴う発達、身体表現性障害） . . . . . 30－40

●重度の障害（重度の強迫神経症など）

中度の社会的適応障害・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50－70

重度の社会的適応障害・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80－100

### **アルコール疾患、アルコール依存症**

慢性的アルコール消費が身体及び/又は精神の損傷を及ぼした場合、アルコール疾患という。

障害等級・就労制限等級は、内臓の損傷程度とその結果（肝臓障害、多発神経障害、器質的・精神的変化、脳器質的発作）及び/又は依存の程度と依存症特有の人格変化により、定められる。依存が証明され、制御を失い、意志の自由がいちじるしく制限される場合、慢性的アルコール消費の結果の総合障害等級・就労制限等級は、50以上となる。

依存が証明され、禁断療法がおこなわれた場合、治癒観察期間の待機が必要である（通常2年間）。この期間中は、通常障害等級・就労制限等級は30とされる。ただし内臓障害に対し、より高い等級が設定された場合を除く。

### **薬物依存症**

薬物（麻薬）を慢性的に摂取し、身体的及び/又は精神的に依存状態となり、相応の精神的変化があり、社会生活を営むことが困難になった場合、薬物依存という。

通常障害等級・就労制限等級は、精神的変化と社会的統合の困難の度合いにより、50以上と推測される。依存が証明され、禁断療法が行われた場合、治癒観察期間の待機が必要である（通常2年間）。この期間中は、通常障害等級・就労制限等級は30が想定される。

（以下、略）



## 参考資料 2 : フランスにおける障害者施策と障害認定制度

### 1 障害者関係の基本法

フランスにおける障害者施策の基礎を築いてきたのは 1975 年の「障害者基本法」であり、フランスではこの法律に基づき障害者のための特別の施策を展開してきた。

障害者施策のうち雇用就労の分野に関しては労働法典が根拠法で割当雇用制度（日本の雇用率制度に該当）と障害者の雇用・労働条件に関する制度等を規定しており、福祉全般の分野では社会福祉・家族法典が根拠法となっている。

しかし、2005 年 2 月 11 日に新たに、「障害のある人々の権利と機会の平等、参加及び市民権に関する法律」（「障害者権利法」）が成立したことにより、労働法典においては障害労働者の資格の認定等、社会福祉・家族法典では障害者の定義等が改正された。

### 2 障害者の定義

労働法典 L5213-1 条では、「障害労働者とは、1 つ又は複数の、身体的、感覚的、知的、精神的機能が変化したために、雇用の獲得又は継続の可能性が実際に減少している全ての者をいう」と規定され、L5213-2 条で障害労働者の資格は社会福祉・家族法典 L146-9 条に定める障害者権利・自立委員会（Commission des droits et de l' autonomie des personnes handicapées : CDAPH）により認定される。

2005 年の「障害者権利法」により修正された社会福祉・家族法典 L114 条の定義では「障害（handicap）とは、身体、感覚、知能、認知又は精神の機能のうち、1 つ又は複数の実質的、継続的又は決定的な低下のほか、重複障害又は日常生活に支障をきたす健康障害のために自らの環境において被るあらゆる活動の制限又は社会生活への参加の制約を指す」とされている。

### 3 雇用率(割当雇用) 制度

#### (1) 雇用義務の対象者

雇用義務の対象者は以下のとおりである（労働法典 L5212-13 条）。

- ①障害者権利・自立委員会（CDAPH）により障害認定を受けた労働者
- ②10%以上の恒久的労働不能を持つ労災年金の受給者
- ③障害年金の受給者
- ④障害軍事年金の受給者
- ⑤戦争犠牲者遺族
- ⑥ボランティア消防士の障害年金・障害手当を受給している者
- ⑦社会福祉・家族法典に定める障害者手帳の所持者（2005 年法により新たに加えられた）
- ⑧成人障害者手当の受給者（2005 年法により新たに加えられた）

## (2) 雇用義務対象企業

雇用義務は従業員20人以上の雇用主に課せられ(労働法典L5212-1条)、雇用率は6%とされている(労働法典L5212-2条)。複数の事業所を有する企業においては、雇用義務は事業所ごとに適用される(労働法典L5212-3条)。

雇用義務対象労働者数は、12月31日現在で計算される。新たに創設された従業員20人以上の企業、従業員数の増加により20人以上となった企業の雇用義務は3年間猶予される(労働法典L5212-4条)。

## (3) その他の義務の実施方法

### ア 部分的義務の契約による履行

- ・適合企業、在宅労働供給センター、労働支援・サービス機関へ一定の仕事を出す(労働法典L5212-6条)
- ・障害者を職業訓練生として受け入れる等(労働法典L5212-7条)

### イ 協約の適用

- ・障害者のための行動計画の実施を規定する労働協約を適用する(労働法典L5212-8条)

### ウ 毎年の納付金の支払い

- ・雇用率未達成の場合には、AGEFIPH(障害者職業編入基金)への納付金を支払わねばならない(労働法典L5212-9条)。
- ・納付金は、未達成1人当たりSMIC(時間当たり最賃)の600倍を上限としてデクレで定められる(労働法典L5212-10条)。
- ・3年以上にわたり障害者を1人も雇用せず納付金の支払いしかしていない場合、あるいは上記アの契約、イの協約を適用しない場合、納付金の上限がSMICの1500倍に引き上げられる(労働法典L5212-10条)。

## (4) 納付金制度における障害重度認定

2005年法により雇用率制度における除外率制度とダブルカウント制が廃止された。

ただし、納付金の計算において、6%未達成の場合には、「特別の配慮を必要とする職種」や障害重度認定は考慮され、納付金減額の理由とされる。また、6%を達成しており、障害重度認定を受けた障害者を雇用している場合、助成金が払われる。

2006年1月より、これまで公的機関が実施してきた重度判定を「障害重度認定」に変更した。「障害重度認定」は職務への調整に対する事業主への補償に使われる概念で障害労働者の資格の認定ではない。「障害重度認定」のために、企業は雇用義務の対象者であることの証明書、職務への調整にかかった費用(恒久的能力低下率が80%以上の場合には調整にかかると思われる費用)を示す書類などを添えて、県労働・雇用・職業訓練局(directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle:DDTEEP)に対して申請する。DDTEEPがかかった額を計算した上で認定する(労働法典L5212-9条及びデクレ)。

障害重度の認定は、障害による使用者の負担が少なくともSMIC×当該事業所の労働時間の20%であることが必要で、その場合、フルタイムのポストであれば、SMIC×450の経済的援助が使用者に行われる。

## 4 障害労働者の資格の認定

障害者権利・自立委員会 (CDAPH)により障害労働者 (労働法典 L5213-1 条)と認定される (労働法典 L5213-2 条)。

CDAPH により労働支援サービス機関 (ESAT)、一般就労、職業再訓練センターに行くように指導された場合にも 障害労働者の資格の認定と同等とみなされる。

障害者労働者と認定されると、①CDAPH による適合企業 (EA)、労働支援機関・サービス (ESAT)への進路指導、②職業訓練・研修、③Cap Emploi(企業と障害者に対して、求職に関するあらゆる支援を行うサービス機関をネットワーク化した県の制度。公共職業安定所 (ANPE)のサービスを補完する)のサービス、④民間機関、公的機関に対する雇用義務の対象となる、⑤障害者職業編入基金 (AGEFIPH)の助成金の対象となる権利が与えられる。

申請は、障害者自身、両親、法定代理人、世話を引き受けている医療福祉施設などが行うことができ、申請者は MDPH に所定の様式の書類を提出する。

CDAPH は、MDPH からの書類を審査・判定する。判定が特に困難な場合には、centre de préorientation (予備指導センター)の障害者の希望や知的・身体的職業適応能力についての詳細な報告書に基づき、判定を下す。

## 5 障害認定機関の沿革

障害者施策の基礎を築いてきた 1975 年の「障害者基本法」第 1 条で障害者の教育、就労、所得保障、社会生活への統合は、国の責任と義務であると定め、各県に①未成年の子供たちに関するあらゆる問題について管轄権を持つ特別教育委員会 (CDES)、②成人障害者のための社会福祉事業及び職業に関する管轄権を持つ職業指導・職業再配置専門委員会 (Commission technique d'orientation des personnes handicapées : COTOREP)を設置し、教育、福祉、雇用サービスを担う主要機関として位置づけた。

しかし、2005 年の障害者権利法により、県特殊教育委員会 (CDES)及び職業指導・職業再配置専門委員会 (COTOREP)が統合されて障害者権利・自立委員会 (CDAPH)が設置され、新たに多分野専門家チーム (équipe pluridisciplinaire)の活動を統括する県障害者センター (Maison départementale des personnes handicapées : MDPH)が設置され、障害の認定・評価の仕組みが改善された。能力低下率等の判定は MDPH であり、CDAPH が最終的な認定を行うこととなった。

MDPH には、医師などの専門家により構成される多分野専門家チームが配置され、「障害者の機能障害および能力低下の評価のための指針」(Guide-barème)により機能障害の程度や能力低下率を判定するとともに、2008 年に導入された「障害者の補償の必要性を評価するための手引き」(GEVA)により、個々の障害者の置かれた環境や障害の必要性に応じた障害補償プランを提案することとなった。

## 6 障害の認定・評価

「障害者の機能障害および能力低下の評価のための指針」(Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées 以下、「Guide-barème」という。)は1993年に政令(デクレ)で制定された、障害の内容に応じて「能力低下率」(%)を定めるための基準で、現在は「社会福祉・家族法典」のAnnexe(付録)として規定されている。

2007年までは実質的な改訂はなかったが「社会福祉・家族法典」附属文書2-4の修正に関する「2007年11月6日付け政令」により、冒頭に「序論(introduction générale)」を新設し、第6章「内部障害及び全身性の機能障害」を全文書き換えた。ただし、精神障害を扱った第2章は改訂されていない。

総括序論では、本指針は、対象となる障害者の年齢にかかわらず、その障害の原因となる疾患について、医学的性格だけでなく、その人の機能障害と日常生活の中での結果をもとにして、能力低下率を定めることができるようにするものであるとしている。すなわち、Guide-barèmeは、病気の診断、機能障害、能力低下、社会的不利の4つの観点から障害を定義している。

### <Guide-Barème の構成>

指針序論(新設)

第1章 知的障害及び行動の制限

第2章 精神障害

第3章 聴覚の機能障害

第4章 言語及び発声発語の障害

第5章 視覚の機能障害

第6章 内部障害及び全身性の機能障害(改訂)

第7章 運動機能障害

第8章 審美障害

Guide-Barèmeは、正確な能力低下率を定めるものではなく、能力低下率の許容変動範囲を示すとされる。重篤度は、章により3段階～5段階(ほとんどの場合は4段階)に分けられる。

軽度の型: 1%～15%

中度の型: 20～45%

中重度の型: 50～75%

重度又は最重度の型: 80～95%

50%と80%の境界値に達すると、様々な優遇措置や給付を受ける権利が与えられる。100%という率は、植人物人間状態や昏睡状態など、全面的な能力低下がある場合である。

#### <精神障害者の能力評価>

精神障害は Guide-Barème 第 2 章に規定されている。

第 1 節小児及び青年の精神障害、第 2 節成人の精神障害に分類。主要機能障害基準として、1 意欲の障害、2 思考の障害、3 知覚障害、4 コミュニケーションの障害、5 行動の障害、6 気分の障害、7 意識及び警戒心の障害、8 知的障害、9 情緒及び情動生活の障害、10 精神医学的障害の身体症状化に分類し、能力低下率を規定している。

### 7 障害者の補償の必要性を評価するための手引き (GEVA)

県障害者センター (MDPH) の多分野専門家チームが、障害者の補償のニーズと恒久的能力低下を評価する際には、GEVA (Guide d' evaluation des besoins de compensation de la personne Handicapée) が基準とされている (社会福祉・家族法典 L146-8 条)<sup>1)</sup>。GEVA は多分野専門家チームによる「個別の要求に応じた補償計画」作成のための評価のためのガイドであり、2008 年 2 月法令により公布された。

GEVA の評価は、次のとおり各種の個人向け扶助、住宅、交通、就学、就労、生活資金など、障害者の置かれた状況の様々な側面を対象としている。

#### <GEVA の構造>

GEVA は 8 項目の評価シートから構成される

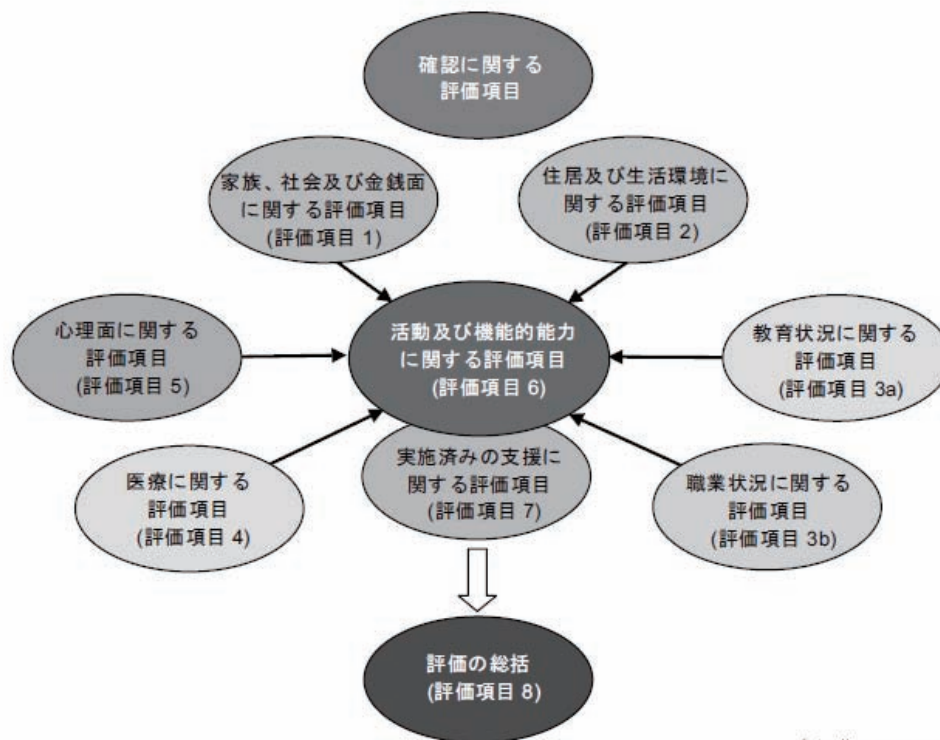
1. 家族・社会・経済状況
2. 住居・生活環境
3. 教育または職業の状況
4. 医療
5. 心理面
6. 活動・機能的な能力
7. 適用される支援
8. 総合的評価

多分野専門家チームは、評価の際には、障害者本人 (未成年の場合は両親または法廷代理人) から話を聞き、障害者の生活の場に赴く。評価の実施に当たり、障害者本人 (未成年の場合は両親または法廷代理人) は、任意の 1 人を同席させることができる。多分野専門家チームの構成は、障害の性質に応じて変更可能である。

教育状況に関する評価項目では、就学及び初期職業訓練に関する項目 (高等教育の他に有償の職業訓練も含む)、職業の状況に関する評価項目では、職業計画、職業訓練、職業状況及び就労の実現に必要な条件などを評価する。

MDPH のうち 8 割が GEVA を活用している。

GEVA を公布した政令では報告等による改訂の可能性が盛り込まれている。



(出典：CNSA,2008)

図表 1 GEVA の評価項目

【文献】

- 1) 障害者職業総合センター：欧米諸国における障害認定制度，資料シリーズ No. 49 ， 2009.
- 2) 障害者職業総合センター：諸外国における障害者雇用施策の現状と課題，資料シリーズ No. 41 ， 2008.
- 3) 障害者職業総合センター：欧米諸国における障害者権利条約批准に向けた取り組み，資料シリーズ No. 42 ， 2008.
- 4) 障害者職業総合センター：欧米諸国における障害者の雇用政策の動向，資料シリーズ No. 21 ， 1999.
- 5) 木村哲彦：〔フランス〕障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針（仮訳），2000.
- 6) 厚生労働省（第2回労働・雇用分野における障害者の権利条約への対応のあり方に関する研究会，永野仁美）：フランスの障害者雇用率制度，2008.
- 7) 障害者職業総合センター：障害者雇用にかかる「合理的配慮」に関する研究——EU諸国及び米国の動向一，調査研究報告書 No. 87 ， 2008.



(参考) 障害者の機能障害および能力低下の評価のための指針「第2章 精神障害」より  
一部抜粋

(木村哲彦 [フランス] 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針 (仮訳) (2000) より一部改変して掲載)

## 第2節 成人の精神的機能障害

### A. 機能障害の主要基準

#### 1. 意欲の障害

- a) 代償可能：日常生活や、社会就労生活は一人でも送れるが、その他の活動は極めて少ない（能力低下率：20～45％）。
- b) 代償不能：日常生活行為に自立性はあるが、仕事は、保護された、あるいは、整備された環境か職場を必要とする。その他の活動は、殆ど認められない（能力低下率：50～75％）
- c) 継続的な自発的活動が少ないか、あるいは、極めて少なく、臥床傾向があり、外出せず、基本的な行為にも強い促しが必要（能力低下率：80～95％）。

#### 2. 思考の障害（過程、及び、内容）

- a) 代償可能：思考、あるいは、発言の整合性の障害にも関わらず、日常生活、及び、職業活動で許容される（能力低下率：20～45％）。
- b) 代償不能：日常生活に変化がなく、社会職業的適応に問題があり、思考過程及び発言の整合性に著明な障害を認める（能力低下率 50～75％）。
- c) コミュニケーションを阻害するような重篤で頻繁な障害。圧倒的な妄想、あるいは、孤立へ追い込む妄想、現実との接触の停止にまで至る障害（能力低下率 80～95％）。

#### 3. 知覚障害

- a) 代償可能：日常生活、及び、社会職業的生活で許容される（能力低下率 20～45％）。
- b) 代償不能：社会職業的生活に異常が見られるが、日常生活は維持されている（能力低下率 50～75％）。
- c) 現実へ回帰する時間を伴う、あるいは、伴わない精神の障害を生じ、それが日常生活を混乱させ、あるいは、阻害する場合（能力低下率 80～95％）。

#### 4. コミュニケーションの障害（言語）

- a) 日常生活に問題を伴うコミュニケーションの障害（能力低下率：20～45％）。
- b) 社会就労活動に混乱をもたらすコミュニケーションの障害（能力低下率：50～75％）
- c) 日常生活及び社会就労生活に混乱、あるいは、障害をもたらすコミュニケーション機能障害。完全な神秘主義、完全な自閉症、全失語、完全な無言症（能力低下率 80～95％）。

#### 5. 行動の障害

- a) 日常生活及び社会就労生活で許容される、コントロール可能な行動の障害。病的な演劇症、怒りやすさ、小心、あるいは、困惑、あるいは、不規則な活動亢進。（能力低下率 20～45％）。
- b) 社会就労生活を混乱させるような、コントロールしがたい症状。神経症的自傷、攻撃性、日常生活の



障害となるような儀式、あるいは、恐怖症、情緒不安定（能力低下率 50～75%）。

c) 行為の制御の混乱、あるいは、阻害。重度の興奮、暴力的行為への移行をうかがわせる徴候、行動を支配する儀式や恐怖症、重度の暴力行為、極度の興奮、対象者あるいはその周囲の人々の生命の危険（能力低下率 80～95%）。

## 6. 気分障害

注：この障害は、それが長期間継続する場合（6カ月を越える）、あるいは、繰り返す場合（年に3回を越える）にのみ能力低下として取り扱う必要がある。

a) 日常生活、及び、社会就労生活で許容される、軽度、あるいは、安定している、抑鬱性、あるいは、軽躁性障害、あるいは、うまくコントロールされている躁鬱病（能力低下率 20～45%）。

b) 気分障害。明白な興奮、あるいは、鬱状態があるが、社会就労生活に著明な混乱をもたらすような重度の鬱症状を示さないもの。日常生活は保たれている（能力低下率 50～75%）。

c) 社会就労生活を混乱、あるいは、障害するような躁状態。本人及び周囲の人々に危険となりうる精神運動的興奮、気分の消失、重度の不眠症、あるいは、鬱状態。日常生活を障害するような、無為、心痛、自責、精神運動の遅延（能力低下率 75～95%）。

## 7. 意識及び警戒心の障害

a) 社会的及び職業的同化を妨げない、警戒心の軽度かつ永続的な低下（能力低下率 20～40%）。

b) 社会就労生活に顕著な困難を伴うが、比較的満足できる日常生活を維持できる意識の障害（能力低下率 50～75%）。

c) 日常生活及び社会就労生活を混乱、あるいは、障害する意識障害。生活上の基本行為の実行に強い働き掛けが必要。長時間のもうろう状態（能力低下率 80～95%）。

注：てんかんについては、第1章第3節参照。

## 8. 知的障害

a) 早発性精神疾患の後遺症

b) 遅発性の障害

## 9. 情緒及び情動生活の障害

a) 社会生活及び就労生活を障害しないような軽度の障害（能力低下率：1～40%）。

b) 社会就労生活に重大な困難をもたらすが、日常生活の維持は可能な、代償不能な障害（能力低下率：50～75%）。

c) 日常生活、及び、社会就労生活を混乱、あるいは、障害する情緒の障害（能力低下率：80～90%）。

d) 現実との接触がもはや不可能な、重大な感情障害（能力低下率：95%）。

## 10. 精神医学的障害による身体症状

a) 日常生活及び就労生活に著明な影響を及ぼさない、主観的苦情の形をとる身体症状化（能力低下率：20～45%）。

b) 社会就労生活に混乱を生じ、繰り返される治療を必要とする、重大な系統的身体化（能力低下率：50

～75%)。

c) 日常生活に支障を来たすような、重篤で、障害を伴う全身状態の悪化（非常に重度の消瘦など）（能力低下率：85～90%）。

d) 予後に生命の危険を伴う重篤な全身状態の悪化（悪液質、広範な乾燥痂皮、寝たきり）（能力低下率：95%超）。

## 卷末資料

- 資料 1 : 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領で定められた診断書の様式
- 資料 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
- 資料 3 : 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
- 資料 4 : 障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則の別表第 1
- 資料 5 : 精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果に関する調査について
- 資料 6 : 精神障害者保健福祉手帳申請者の状況及び実雇用率の算定対象に関する意見調査票



資料 1

精神障害者保健福祉手帳制度実施要領で定められた診断書の様式

(別紙様式 2)

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳)	男・女
住 所			
① 病名 (ICDカテゴリーは、F0～F9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害_____ ICDカテゴリー ( ) (2) 従たる精神障害_____ ICDカテゴリー ( ) (3) 身体合併症 _____		
② 発病から現在までの 病歴 (推定発病年月、精神科受 診歴等)			
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)			
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他( )			
(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他( )			
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他( )			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他( )			
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情純麻 3 意欲の減退 4 その他( )			
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他( )			
(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他( )			
(8) 痙れん及び意識障害 1 痙れん 2 意識障害 3 その他( )			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他( )			
(10) 知能障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 2 認知症			
④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状等			

⑤ 生活能力の状態(保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判定して下さい。)

- 1 現在の生活環境  
入院・入所(施設名 )・在宅・その他
- 2 日常生活能力の判定(該当するもの一つを○で囲んで下さい。)
- (1) 適切な食事摂取  
自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
  - (2) 身の清潔保持  
自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
  - (3) 金銭管理と買物  
適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
  - (4) 通院と服薬(要・不要)  
適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
  - (5) 他人との意思伝達・対人関係  
適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
  - (6) 身の安全保持・危機対応  
適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
  - (7) 社会的手続きや公共施設の利用  
適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
  - (8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加  
適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

3 日常生活能力の程度  
(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)

- (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。
- (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。
- (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。
- (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。
- (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑥ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況  
(障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等)

⑦ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関の名称  
医療機関所在地  
電話番号  
診療科担当科名  
医師氏名(自署又は記名捺印)

印

## 資料 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

平成 7 年 9 月 12 日 健医発第 1133 号  
各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知

最近改正 平成 18 年 9 月 29 日障発第 0929004 号

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成 7 年法律第 94 号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであり、その実施要領については、本日付け健医発第 1132 号本職通知により通知したところである。

この実施要領における障害等級の判定の基準を、別紙のとおり「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」定めたので通知する。

（別紙）

#### 精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、(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。障害の状態の判定に当たっての障害等級の判定基準を下表に示す。

なお、精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明（別添 1）、障害等級の基本的な考え方（別添 2）を参照のこと。

障害等級	障害の状態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
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度のもの)	1 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの 2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰	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、清掃など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・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。



	<p>り返したりするもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、 残遺状態又は病状が前記1、2に準ずる もの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、ひん ぱんに繰り返す発作又は知能障害その 他の精神神経症状が高度であるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認 知症その他の精神神経症状が高度のも の</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認 知症その他の精神神経症状が高度のも の</p> <p>7 その他の精神神経疾患によるものに あつては、上記の1～6に準ずるもの</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。 (上記1～8のうちいくつかに該当する もの)</p>
--	---	--

障害等級	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
<p>2級</p> <p>（精神障害で あつて、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>	<p>1 統合失調症によるものにあつては、残 遺状態又は病状があるため、人格変化、 思考障害、その他の妄想・幻覚等の異常 体験があるもの</p> <p>2 そううつ病（気分（感情）障害）によ るものにあつては、気分、意欲・行動及 び思考の障害の病相期があり、かつ、こ れらが持続したり、ひんぱんに繰り返 したりするもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、 残遺状態又は病状が前記1、2に準ずる もの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、ひん ぱんに繰り返す発作又は知能障害その 他の精神神経症状があるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認</p>	<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、清潔などの身の 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 社会的手続や一般の公共施設の利用 は援助なしにはできない。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、</p>

	<p>知症その他の精神神経症状があるもの</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの</p>	<p>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のうちいくつか該当するもの)</p>
--	---	---

障害等級	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
<p>3級</p> <p>(精神障害であつて、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 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があり、人格変化の程度は著しくはないが、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの</p> <p>2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、その症状は著しくはないが、これを持続したり、ひんぱんに繰り返すもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの</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、清掃などの身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い物は概ねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>4 規則的な通院・服薬は概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概ね適切であるが、なお援助を必要とする。</p> <p>7 社会的手続や一般の公共施設の利用は概ねできるが、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> <p>(上記1～8のうちいくつか該当するもの)</p>

(別添1)

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明

精神障害の判定基準は、「精神疾患（機能障害）の状態」及び「能力障害の状態」により構成しており、その適用に当たっては、総合判定により等級を判定する。

(1) 精神疾患（機能障害）の状態

精神疾患（機能障害）の状態は、「統合失調症」、「そううつ病（気分（感情）障害）」、「非定型精神病」、「てんかん」、「中毒精神病」、「器質精神病」、及び「その他の精神疾患」のそれぞれについて精神疾患（機能障害）の状態について判断するためのものであって、「能力障害の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

① 統合失調症

統合失調症は障害状態をもたらす精神疾患の中で頻度が高く、多くの場合思春期前後に発症する疾患である。幻覚などの知覚障害、妄想や思考伝播などの思考の障害、感情の鈍麻などの感情の障害、無関心などの意志の障害、興奮や昏迷などの精神運動性の障害などが見られる。意識の障害、知能の障害は通常見られない。急激に発症するものから、緩徐な発症のために発病の時期が不明確なものまでである。経過も変化に富み、慢性化しない経過をとる場合もあり、障害状態も変化することがある。しかしながら、統合失調症の障害は外見や行動や固定的な一場面だけからでは捉えられないことも多く、障害状態の判断は主観症状や多様な生活場面を考慮して注意深く行う必要がある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 残遺状態

興奮や昏迷を伴う症状は一過性に経過することが多く急性期症状と呼ばれる。これに対し、急性期を経過した後に、精神運動の緩慢、活動性の低下（無為）、感情鈍麻、受動性と自発性欠如、会話量とその内容の貧困、非言語的コミュニケーションの乏しさ、自己管理と社会的役割遂行能力の低下といった症状からなる陰性症状が支配的になった状態を残遺状態という。これらは決して非可逆的というわけではないが、長期間持続する。

(b) 病状

「精神疾患（機能障害）の状態」の記述中に使用されている「病状」という用語は残遺状態に現れる陰性症状と対比的に使用される陽性症状を指している。陽性症状は、幻覚などの知覚の障害、妄想や思考伝播、思考奪取などの思考の障害、興奮や昏迷、緊張などの精神運動性の障害などのように目立ちやすい症状からなる。陽性症状は残遺状態や陰性症状に伴って生じる場合もある。

(c) 人格変化

陰性症状や陽性症状が慢性的に持続すると、連合弛緩のような持続的な思考過程の障害や言語的コミュニケーションの障害が生じ、その人らしさが失われたり変化したりする場合がある。これを統合失調症性人格変化という。

(d) 思考障害

思考の障害は、思考の様式や思路の障害と内容の障害に分けられる。様式の障害には、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声、などの統合失調症に特有な障害の他に、強迫思考などがある。思路の障害には、観念奔逸、思考制止、粘着思考、思考保続、滅裂思考、連合弛緩などがある。内容の障害は、主に妄想を指すが、その他に思考内容の貧困、支配観念なども含まれる。単に思考障害といった場合は妄想等の思考内容の障害は含まず、主に思考様式の障害を指す。

(e) 異常体験

幻覚、妄想、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声などの陽性症状を指している。

② そううつ病（気分（感情）障害）

ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回改正）では気分（感情）障害と呼ばれ、気分及び感情の変動によって特徴づけられる疾患である。主な病相期がそう状態のみであるものをそう病、うつ状態のみであるものをうつ病、そう状態とうつ状態の2つの病相期を持つものをそううつ病という。病相期以外の期間は精神症状が無いことが多いが、頻回の病相期を繰り返す場合には人格変化を来す場合もある。病相期は数か月で終了するものが多い。病相期を繰り返す頻度は様々で、一生に1回しかない場合から、年間に十数回繰り返す場合もある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 気分の障害

気分とは持続的な基底をなす感情のことであり、情動のような強い短期的感情とは区別する。気分の障害には、病的爽快さである爽快気分と、抑うつ気分がある。

(b) 意欲・行動の障害

そう状態では、自我感情の亢進のため行動の抑制ができない状態（行為心迫）、うつ状態では、おっくうで何も手につかず、何もできない状態（行動抑制）である。

(c) 思考障害

思考の障害については統合失調症の記載を参照のこと。そうやうつの場合には、観念奔逸や思考制止などの思考過程の障害や、思考内容の障害である妄想が出現しやすい。

また、そうまたはうつ病の病状がある病相期は、長期にわたる場合もあれば短期間で回復し、安定化する場合もある。病相期の持続期間は、間欠期に障害を残さないことが多いそううつ病の障害状態の持続期間である。間欠期にも障害状態を持つ場合は病相期の持続期間のみが障害状態であることにはならない。一般にそううつ病の病相期は数か月で軽快することが多い。

病相期が短期間であっても、頻回に繰り返せば、障害状態がより重くなる。1年間に1回以上の病相期が存在すれば、病相期がひんぱんに繰り返し、通常の社会生活は送りにくいといえるべきだろう。

### ③ 非定型精神病

非定型精神病の発病は急激で、多くは周期性の経過を示し、予後が良い。病像は意識障害（錯乱状態、夢幻状態）、情動障害、精神運動性障害を主とし、幻覚は感覚性が著しく妄想は浮動的、非体系的なものが多い。発病にさいして精神的あるいは身体的誘因が認められることが多い。経過が周期的で欠陥を残す傾向が少ない点は、統合失調症よりもそううつ病に近い。

なお、ICD-10ではF25統合失調感情障害にほぼあたる。この統合失調感情障害とは、統合失調症性の症状とそううつ気分障害の症状の両者が同程度に同時に存在する疾患群を指す。

### ④ てんかん

てんかんは反復する発作を主徴とする慢性の脳疾患であり、特発性および症候性てんかんに二分される。症候性てんかんの発作ならびに精神神経学的予後は、特発性てんかんにくらべて不良のことが多い。てんかんの大半は小児期に年齢依存性に発病し、発作をもったまま青年・成人期をむかえる。

てんかん発作は一般に激しい精神神経症状を呈する。多くの場合、発作の持続時間は短い、時に反復・遷延することがある。発作は予期せず突然起き、患者自身は発作中の出来事を想起できないことが多い。姿勢が保てなくなる発作、意識が曇る発作では、身体的外傷の危険をともなう。

発作に加えててんかんには、発作間欠期の精神神経症状を伴うことがある。脳器質性障害としての知的機能の障害や、知覚・注意・情動・気分・思考・言語等の精神機能、および行為や運動の障害がみられる。発作間欠期の障害は小児から成人に至る発達の途上で深甚な修飾をこくむる。それは精神生活の脆弱性や社会適応能力の劣化を引き起こし、学習・作業能力さらに行動のコントロールや日常生活の管理にも障害が現れる。てんかん患者は発作寛解に至るまで長期にわたり薬物治療を継続する必要がある。なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

#### (a) 発作

てんかんにおける障害の程度を判定する観点から、てんかんの発作を次のように分類する。

- 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

#### (b) 知能障害

知能や記憶などの知的機能の障害程度は、器質精神病の認知症の判定基準に準じて判定する。



(c) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状とは、注意障害、情動制御の障害、気分障害、思考障害（緩慢・迂遠等）、幻覚・妄想等の病的体験、知覚や言語の障害、対人関係・行動パターンの障害、あるいは脳器質症状としての行為や運動の障害（たとえば高度の不器用、失調等）を指す。

⑤ 中毒精神病

精神作用物質の摂取によって引き起こされる精神および行動の障害を指す。有機溶剤などの産業化合物、アルコールなどの嗜好品、麻薬、覚醒剤、コカイン、向精神薬などの医薬品が含まれる。これらの中には依存を生じる化学物質が含まれ、また法的に使用が制限されている物質も含まれる。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、以下のとおりである。

(a) 認知症、その他の精神神経症状

中毒精神病に現れる残遺及び遅発性精神病性障害には、フラッシュバック、人格障害、気分障害、認知症、妄想症などがある。器質精神病の認知症、その他の精神神経症状を参照のこと。

⑥ 器質精神病

器質精神病とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中毒（一酸化炭素中毒、有機水銀中毒）、中枢神経の感染症、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる精神疾患であって、従来、症状精神病として区別されていた疾患を含む概念である。ただしここでは、中毒精神病、精神遅滞を除外する。

脳に急性の器質性異常が生じると、その病因によらず、急性器質性症候群（AOS）と呼ばれる一群の精神症状が見られる。AOSは多彩な意識障害を主体とし、可逆的な症状である場合が多い。AOSの消退後、または潜在性に進行した器質異常の結果生じるのが慢性器質性症状群（COS）である。COSは、知的能力の低下（認知症）と性格変化に代表され、多くの場合非可逆的である。COSには、病因によらず、脳の広範な障害によって生じる非特異的な症状と、病因や障害部位によって異なる特異的な症状とがある。単症状等の神経症状、幻覚、妄想、気分の障害など、多彩な精神症状が合併しうる。

初老期、老年期に発症する認知症も器質性精神症状として理解される。これらのうち代表的なアルツハイマー型認知症と血管性認知症を例にとると、血管性認知症は、様々な原因でAOS（せん妄など）を起こし、そのたびにCOSの一症状としての認知症が段階的に進行する。アルツハイマー型認知症では、急性に器質性変化が起こることはないので、AOSを見る頻度は比較的少なく、COSとしての認知症が潜在的に発現し、スロープを降りるように徐々に進行する

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 認知症

慢性器質性精神症状の代表的な症状の一つは、記憶、記銘力、知能などの知的機能の障害で

ある。これらは記憶、記銘力検査、知能検査などで量的評価が可能である。

(b) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状には、意欲発動性の低下または病的高進、気分障害、情動制御の障害、思考障害、幻覚・妄想等の病的体験、人格レベルの低下など、様々な精神症状のほか、精神機能の発現、日常生活行動の遂行に影響する、大脳巣症状のような神経症状がある。

⑦ その他の精神疾患

その他の精神疾患には ICD-10 に従えば、神経症性障害、ストレス関連障害、成人の人格および行動の障害、食行動異常や睡眠障害を含む生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害、小児（児童）期および青年期に生じる行動および情緒の障害などを含んでいる。

(2) 能力障害の状態

「能力障害の状態」は、精神疾患（機能障害）による日常生活あるいは社会生活の支障の程度について判断するものであって、「精神疾患（機能障害）の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

この場合、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。

① 適切な食事摂取や洗面、入浴、更衣、清掃など身の清潔保持

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能力障害の有無を判断する。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。

② 金銭管理や適切な買い物

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）。

③ 規則的な通院・服薬

自発的に規則的に通院・服薬を行い、病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。

④ 適切な意思伝達や協調的な対人関係

他人の話聞き取り、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。

⑤ 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できるかどうかを判断する。

⑥ 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できるかどうか判断する。

⑦ 趣味・娯楽等への関心、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、地域の講演会や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。

(別添 2)

障害等級の基本的なとらえ方

障害等級を判定基準を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すと、概ね以下のとおりである。

(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のである。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のである。

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、後片付けなど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たしやすい。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。

(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のである。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のである。

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、デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランス良く用意するなど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

悪化を来たしやすい。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。

(3) 3級

精神障害の状態が、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、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。デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加する者、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。自発的な行動や、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症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ねできる。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

## 資料3

### 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

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

最近改正 平成18年9月29日障精発第0929007号

精神障害者保健福祉手帳の判定基準については、本日付け健医発第1133号厚生省保健医療局長通知により示されたところであるが、この判定基準の運用に当たって留意すべき事項は別紙のとおりであるので、判定に当たって留意されたい。

#### (別紙)

#### 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

##### 1 総合判定

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、精神疾患の種類によって、また精神疾患（機能障害）の状態によって、精神疾患（機能障害）の状態と能力障害の状態の関係は必ずしも同じではないため、一律に論じることはできないが、精神疾患の存在と精神疾患（機能障害）の状態の確認、能力障害の状態の確認の上で、精神障害の程度を総合的に判定して行う。

##### 2 精神疾患（機能障害）の状態の判定について

- (1) 精神疾患の原因は多種であり、かつ、その症状は、同一原因であっても多様である。したがって、精神疾患（機能障害）の状態の判定に当たっては現症及び予後の判定を第1とし、次に原因及び経過を考慮する。
- (2) 精神疾患（機能障害）の状態を判断するに当たっては、現時点の状態のみでなく、概ね過去の2年間の状態、あるいは、概ね今後2年間に予想される状態も考慮する。
- (3) 精神疾患（機能障害）の状態の判断は、長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。
- (4) 「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状について、以下の事項について留意する必要がある。

###### ① 統合失調症について

- (a) 高度の残遺状態とは、陰性症状が高度かつ持続的で、自己管理や社会的役割遂行能力が著しく妨げられた状態をいう。

(b) 高度の病状とは、陽性症状が高度でかつおよそ6ヶ月を超える長期に渡ることが予測される場合をいう。

(c) 高度の人格変化とは、持続的な思考形式の障害や言語的コミュニケーションの障害が高度かつ持続的で、自己管理や社会的役割遂行能力が著しく妨げられた状態をいう。

② そううつ病について

(a) そうまたはうつの病状がある病相期は、長期にわたる場合もあれば短期間で回復し、安定化する場合もある。病相期の持続期間は、間欠期に障害を残さないことが多いそううつ病の障害状態の持続期間である。間欠期にも障害状態を持つ場合は病相期の持続期間のみが障害状態であることにはならない。一般にそううつ病の病相期は数か月で軽快することが多い。

(b) 病相期が短期間であっても、頻回に繰り返せば、障害状態がより重くなる。1年間に1回以上の病相期が存在すれば病相期がひんぱんに繰り返し、通常の社会生活は送りにくいというべきだろう。

③ てんかんについて

(a) ひんぱんに繰り返す発作とは、2年以上にわたって、月に1回以上主として覚醒時に反復する発作をいう。

(b) なお、精神疾患（機能障害）の状態と後述の能力障害の状態の判定に基づいて、てんかんの障害の程度を総合的に判定するに当たっては、以下の点について留意する必要がある。

てんかんにおいては、発作時及び発作間欠期のそれぞれの障害の性状について考慮し、「発作のタイプ」、「発作間欠期の精神神経症状・能力障害」のそれぞれについて次表のように考えるものとする。

この場合、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する。しかし、知能障害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。なお、てんかんの発作症状およ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する。

等級	発作のタイプ	発作間欠期の精神神経症状・能力障害
1級程度	ハ、ニの発作が月に1回以上ある場合	他の精神疾患に準ずる
2級程度	イ、ロの発作が月に1回以上ある場合 ハ、ニの発作が年に2回以上ある場合	他の精神疾患に準ずる
3級程度	イ、ロの発作が月に1回未満の場合ハ、ニの発作が年に2回未満の場合	他の精神疾患に準ずる

注1) 「発作のタイプ」は以下のように分類する。

- 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

#### ④ 器質精神病について

- (a) 標準的な知能指数が著しく低い場合、知的能力の障害が高度であると判断してよい。知能指数が比較的高い場合にも、知能検査の下位検査項目の得点プロフィールや、記憶、記銘力検査の結果を総合的に判断してこれらが高度であると判断されれば、これを高度な認知症と判断してよい。

### 3 能力障害の状態の判定について

- (1) 能力障害の状態の判定は、保護的な環境（例えば、病院に入院しているような状態）でなく、例えばアパート等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障害の状態を判定するものである。
- (2) 能力障害の状態の判定に当たっては、現時点の状態のみでなく、概ね過去の2年間の状態、あるいは、概ね今後2年間に予想される状態も考慮する。
- (3) 能力障害の状態の判断は、長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。
- (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) この場合、精神障害者保健福祉手帳診断書（健医発第1132号、別紙様式2）の「⑥生活能力の状態」欄等を参考にすることになる。「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は、「できない」ものは障害の程度が高く、「援助があればできる」、「自発的にできるが援助が必要・概ねできるが援助が必要」、「自発的にできる・適切にできる」の順に順次能力障害の程度は低くなる。また、(1)～(3)と(6)は日常生活に関連のある項目、その他は社会生活に関する項目である。障害の程度の総合判定に、(1)～(8)のどの項目にどの程度のレベルがいくつ示されていれば何級であるという基準は示し難いが、「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、ほとんど全ての項目が「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。
- (6) 精神障害の程度の判定に当たっては、診断書のその他の記載内容も参考にして、総合的に判定するものであるが、「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能力障害の程度は、概ね次表の通りと考えられる。

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	概ね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	概ね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	概ね1級程度
(5) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない	概ね1級程度

## 資料 4

障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則（昭和 51 年 9 月 30 日 労働省令第 38 号 最終改正：平成 21 年 12 月 24 日厚生労働省令第 157 号）の別表第 1

### 別表第 1

- |   |
|---|
| <p>一 次に掲げる視覚障害で永続するもの</p> <p>イ 両眼の視力（万国式試視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力によつて測つたものをいう。）の和が 0.04 以下のもの</p> <p>ロ 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内で、かつ、両眼による視野についての視能率による損失率が 95 パーセント以上のもの</p> <p>二 次に掲げる聴覚の障害で永続するもの</p> <p>両耳の聴力レベルがそれぞれ 100 デシベル以上のもの</p> <p>三 次に掲げる肢体不自由</p> <p>イ 両上肢の機能の著しい障害で永続するもの</p> <p>ロ 両上肢のすべての指を欠くもの</p> <p>ハ 一上肢を上腕の 2 分の 1 以上で欠くもの</p> <p>ニ 一上肢の機能を全廃したもの</p> <p>ホ 両下肢の機能の著しい障害で永続するもの</p> <p>ヘ 両下肢を下腿の 2 分の 1 以上で欠くもの</p> <p>ト 体幹の機能の障害で永続するものにより坐位又は起立位を保つことが困難なもの</p> <p>チ 体幹の機能の障害で永続するものにより立ち上がることが困難なもの</p> <p>リ 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による上肢の機能の障害で、不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの</p> <p>ヌ 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による移動機能の障害で、不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの</p> <p>四 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害で、永続し、かつ、自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの</p> <p>五 前各号に掲げるもののほか、その程度が前各号に掲げる身体障害の程度以上であると認められる身体障害</p> |
|---|

精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び  
更新時の判定結果に関する調査について

1 調査の内容

(1) 精神障害者保健福祉手帳の新規申請時の判定結果

新規の手帳申請（期限切れによる申請も含む）をした者で、平成 21 年 9 月 1 日～9 月 30 日の間に判定結果が出た者について、別添「精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果調査票」に基づき、診断書によるもの（調査票の 1 の(1)）と、年金証書等の写しによるもの（調査票の 1 の(2)）に分けて、集計して下さい。

また、診断書によるものは、調査票の 1 の(1)のとおり、疾患別に分類して集計して下さい。

なお、他自治体から転入し、新手帳の交付を受けた場合は除外して下さい。

(2) 精神障害者保健福祉手帳更新時の判定結果

手帳の更新申請をした者で、平成 21 年 9 月 1 日～9 月 30 日の間に判定結果が出た者について、別添「精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果調査票」に基づき、診断書によるもの（調査票の 2 の(1)）と、年金証書等の写しによるもの（調査票の 2 の(2)）に分けて、集計して下さい。

なお、手帳の有効期限の前に等級変更を申請する場合は除外されます。

2 回答方法

別添「精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果調査票」に記入後、同封の返信用封筒にて、障害者職業総合センター障害者支援部門までご返送下さい。



## 精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果調査票

(平成21年9月1日から9月30日までの判定分)

(他自治体からの転入分及び有効期限前に等級変更の申請をする場合は除きます)

### 1. 精神障害者保健福祉手帳の新規申請判定結果 (期限切れ再申請は含みます)

#### (1) 診断書によるもの

主たる病名	申請件数			
	申請件数	交付件数	非該当件数	保留・返戻
「症状性を含む器質性精神障害」のうち 認知症 (F00－F03)				
「症状性を含む器質性精神障害」のうち 認知症以外のもの (F04－F09)				
精神作用物質使用による精神及び行動 の障害 (F1)				
統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害 (F2)				
気分(感情)障害 (F3)				
神経性障害、ストレス関連障害及び身 体表現性障害 (F4)				
生理的障害及び身体的要因に関連した 行動症候群 (F5)				
成人の人格及び行動の障害 (F6)				
知的障害(精神遅滞) (F7)				
心理的発達の障害 (F8) 小児期及び青年期に通常発症する行動及び 情緒の障害 (F90－F98)				
てんかん (G40)				
その他 (F99)				

#### (2) 年金証書等の写しによるもの

交付件数

\*年金証書の写し等による認定事務をセンターで行っていない場合は、お手数ですが、当該事務を行っている部署にお問い合わせの上、ご記入願います。

2. 精神障害者保健福祉手帳の更新申請判定結果

(1) 診断書によるもの（前回認定が年金証書等の写しによるものを含む）

前回認定 等級	更新手続き 件数	「等級変更なし」件数	「等級変更あり」件数		非該当件数	保留・返戻
			1級→2級	1級→3級		
1級			1級→2級	1級→3級		
2級			2級→1級	2級→3級		
3級			3級→1級	3級→2級		

(2) 年金証書等の写しによるもの（前回認定が診断書によるものを含む）

前回認定 等級	「等級変更なし」 件数	「等級変更あり」件数	
		1級→2級	1級→3級
1級		1級→2級	1級→3級
2級		2級→1級	2級→3級
3級		3級→1級	3級→2級

\*年金証書の写し等による認定事務をセンターで行っていない場合は、お手数ですが、当該事務を行っている部署にお問い合わせの上、ご記入願います。

◆センター名と担当者名をご記入ください。

センター名： \_\_\_\_\_ (担当者： \_\_\_\_\_ )

資料6

精神障害者保健福祉手帳申請者の状況及び実雇用率の算定対象に関する意見調査票

問1 平成21年4月1日から5月31日までに、貴所または貴センターを新規利用した精神障害者と高次脳機能障害者及び発達障害者についてお聞きします。分かる範囲内で結構ですので、お答え下さい。

① 新規利用の精神障害者\*は何人いましたか。 . . . . . ( 人)

\*ここでいう精神障害者には、雇用促進法上の精神障害者(手帳所持者+3疾患)以外の、何らかの精神疾患に罹患している人(意見書等により医師の診断が確認できた人)も含める。

② 新規利用の高次脳機能障害者\*は何人いましたか。 . . . . . ( 人)

\*医師により高次脳機能障害者と診断された者に限る。(但し、初回来所時、すでに精神障害者保健福祉手帳を所持していた者は、精神障害者とする。)

③ 新規利用の発達障害者は何人いましたか。 . . . . . ( 人)

\*医師により発達障害者と診断された者に限る。(但し、初回来所時、すでに精神障害者保健福祉手帳を所持していた者は、精神障害者とする。)

④ 上記①②③のうち、当初(初回来所時)、精神保健福祉手帳を取得しておらず、その後、手帳の申請をした者はいましたか(初回来所持に手帳申請中の者を含む)。

- ア いた ( 人) →⑤へ
- イ いない →問1終了、問2へ
- ウ 分からない →問1終了、問2へ

⑤ 上記④に該当する者の申請結果(8月末時点までに把握された状況)はどのようなものでしたか。その内訳と内訳ごとの人数と疾患名を記入してください。

注)「そううつ病」は、そう病、うつ病を含む。

●手帳取得した . . . . . ( 人)  
うち、統合失調症( 人)、そううつ病( 人)、てんかん( 人)、高次脳機能障害( 人)、  
発達障害( 人)、その他( 人) →(具体的診断名: )

●手帳取得できず . . . . . ( 人)  
うち、統合失調症( 人)、そううつ病( 人)、てんかん( 人)、高次脳機能障害( 人)、  
発達障害( 人)、その他( 人) →(具体的診断名: )

●申請中(結果がまだ出ていない) . . . . . ( 人)  
うち、統合失調症( 人)、そううつ病( 人)、てんかん( 人)、高次脳機能障害( 人)、  
発達障害( 人)、その他( 人) →(具体的診断名: )

●不明 . . . . . ( 人)  
うち、統合失調症( 人)、そううつ病( 人)、てんかん( 人)、高次脳機能障害( 人)、  
発達障害( 人)、その他( 人) →(具体的診断名: )

**問2** 現在、障害者雇用率制度においては、精神障害者のうち精神保健福祉手帳所持者が雇用率の算定対象となっていますが、このことについて問題を感じますか。ア～ウのいずれかひとつに○をしてください。

- ア 特に感じない
- イ どちらともいえない
- ウ 感じている

(ウと回答した人のみお答えください)

その理由を、a～cで当てはまるものすべてに○をしてください。

- a 精神保健福祉手帳を取得できない者の中にも、雇用率の対象とすることが望ましい者がいるから。
- b 雇用促進法上の精神障害者\*でも、実雇用率の算定対象とならない場合があるから。  
\*症状が安定し、就労可能な状態にある者であって、①精神保健福祉手帳の交付を受けている者、②統合失調症、そううつ病、てんかんにかかっている者。
- c その他 ( )

**問3** 現在、精神障害者の場合、雇用率算定の際にダブルカウントの対象となる者の設定はありませんが、ダブルカウントの対象を設定するの必要を感じますか。ア～ウのいずれかひとつに○をしてください。

- ア 特に感じない
- イ どちらともいえない
- ウ 感じている

(ウと回答した人のみお答えください)

その理由を、a～dで当てはまるものすべてに○をしてください。

- a ダブルカウントがあった方が、企業を説得できるから。
- b 身体障害者や知的障害者が、ダブルカウントの対象となる者を設定しているから。
- c ダブルカウントの対象となる身体障害者や知的障害者と比較して、同等もしくはそれ以上に職業的な困難度が高い精神障害者もいるから。
- d その他 ( )

**問4** その他、精神障害者の雇用率への算定方法や精神障害者の障害認定に関連して、何かご意見がある場合は、以下にご記入下さい。

[ ]

以上で、調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページからPDFファイル等によりダウンロードできます。

【障害者職業総合センター研究部門ホームページ】

<http://www.nivr.jeed.go.jp/research/research.html>

著作権等について

視覚障害その他の理由で活字のままこの本を利用できない方のために、営利を目的

とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することを認めます。その際は下記までご連絡下さい。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル（文章のみ）を希望される時にも、ご連絡ください。

【連絡先】

障害者職業総合センター企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

資料シリーズ No. 52

雇用対策上の精神障害者の認定のあり方に関する調査研究

---

編集・発行 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構  
障害者職業総合センター  
〒261-0014  
千葉県美浜区若葉 3-1-3  
電話 043-297-9067  
FAX 043-297-9057

発行日 2010年3月  
印刷・製本 株式会社 ワーナー

---



NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570