

広島県における精神療養病棟入院患者の 障害程度区分による実態調査

石井 知行¹⁾, 津久江 一郎²⁾

Tomoyuki Ishii, Ichiro Tsukue: Investigation of the Validity of the Algorithm for Evaluating the Degree of Disability in those who are Institutionalized in Long-term Psychiatric Care Facilities in Hiroshima

障害者自立支援法において、障害程度区分によって障害者評価がされることとなった。広島県における精神療養病棟入院患者 2,200 名に対して調査した。年齢別・期間別には 50 歳以上 65 歳未満かつ 3 年以上入院群が最多であった。障害程度区分判定ソフトにより 1 次判定を行い、さらに、2 軸評価目安・生活障害評価を行った。2 次判定は市町村審査会委員マニュアルに準拠して行った。障害程度区分においては、1 次判定、2 次判定ともにピークは区分 2 にあった。2 次判定上位区分変更率は病院間によりバラツキが大きかった。平成 17 年度障害程度区分判定等試行事業自治体、又、平成 18 年 11 月末までの広島県各市町村審査会においても、障害程度区分上位区分変更率は、バラツキが大きくみられている。2 次判定における各市町村審査会の裁量による上位区分変更の判断の基準をより明確にし、見解の統一を図ること等により、より適切な 2 次判定のあり方が検討されるべきであると思われた。

2 軸評価目安において目安 6、生活障害評価による変更目安区分 4 以上にピークがみられ、特に、重度障害において、障害程度区分評価と 2 軸評価目安・生活障害評価の乖離が大きかった。70 歳以上の高齢者層においてはその乖離は小さかった。障害程度区分評価が身体障害による生活障害を評価するロジックを基本としているため高齢者層においては、比較的妥当であるが、精神障害による生活障害に対しては、障害が重度になると有効性に疑問が持たれた。精神障害の特性に対応した新しい適切な評価法の開発の研究が必要であると思われた。

<索引用語：障害者自立支援法，障害程度区分，精神療養病棟，精神障害，障害者福祉>

I はじめに

平成 14 年 12 月、厚生労働省において、大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が作られた。平成 15 年 5 月には、中間報告⁹⁾が出され、普及

啓発指針検討会、精神病床等検討会、在宅福祉・地域ケア体制等検討会の 3 つの検討会が設置されることとなり、この各検討会からは各々報告¹⁰⁻¹²⁾が出され、改革のグランドデザイン案¹³⁾

著者所属：1) 広島県精神保健福祉に関する政策研究会・広島県精神科病院協会理事・メープルヒル病院, Board member of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Board member of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Maple Hill Hospital

2) 広島県精神保健福祉に関する政策研究会・広島県精神科病院協会会長・瀬野川病院, Chairman of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Chairman of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Senogawa Hospital

受 理 日：2007 年 9 月 1 日

となり、障害者自立支援法²⁵⁾へと結実していったことは周知の通りである。

障害者自立支援法によって、3障害の制度格差を解消するため障害者施策の一元化が図られた。このため、障害程度区分評価¹⁴⁾は、要介護認定調査項目(79項目)を基本としてこれに、①多動やこだわりなど行動面に関する項目、②話がまとまらない、働きかけに応じず動かないているなど精神面に関する項目及び③調理や買い物ができるかどうかなど日常生活面に関する項目など27項目を追加した106項目から成っている。

要介護認定調査項目を基本的ロジックとして採用することは、精神障害による生活障害の評価及び支援の必要度の判定には不適切ではないかとの意見²²⁾も聞かれる。しかし、退院支援、地域ケア移行への中心となり、受入条件が整えば退院可能となるであろうと考えられる主たる対象である精神療養病棟入院患者の障害程度区分評価のデータは公表されていない。

精神療養病棟がどのような患者群で構成されているのかのプロフィールを把握すること、及び精神療養病棟に入院中の患者を障害程度区分により評価することによりどのような問題点が見いだされるのか検討するため本研究を行うこととなった。

地方自治が推進される中であって、医療制度は都道府県単位で再編成されようとしている。精神科医療体制も地域ケア体制への展開を考えれば都道府県毎の地域に根ざした独自の体制の構築が迫られている。

以上の趣旨から、広島県においては、広島県福祉保健部保健対策室、障害者支援室、総合精神保健福祉センターと広島県精神科病院協会により、平成18年8月「精神保健福祉に関する政策研究会」(以下、政策研究会という)を立ち上げ、官民合同で精神保健福祉のあり方を研究していくこととなった。この調査は政策研究会による研究の一環として施行した。

II 精神療養病棟における障害程度区分調査

(1) 調査方法

広島県において精神療養病棟を運営している22病院中20病院定床2,470床を対象とした。調査の習熟、正確を図るため、先行して2回にわたり、審査経験のある市町審査会委員により、障害程度区分及び判定ソフトの説明会を行った。

対象病院のうち、1病院は精神療養病棟4病棟のうち2病棟において調査し、1病院は3病棟のうち2病棟を対象として調査した。調査期間中、満床でない病棟もあり、在院実人数の2,200名に対して、平成18年8月5日～同年9月19日の間において、各病院の該当スタッフにより調査を施行した。障害程度区分判定ソフト¹⁴⁾により1次判定を行った。2次判定は「市町村審査会委員マニュアル・市町村審査会における2次判定について」¹⁵⁾に準拠し、19病院定床2,309床中2,049名に対して施行した。この時点において、2次判定における変更が理解不十分として1病院は施行していない。

日本精神科病院協会が平成14年に全会員病院に対して能力障害と精神症状の2軸の評価による調査を行い平成14年マスタープラン調査データ集⁴⁾として発表している。

平成18年3月、厚生労働省企画課長通知¹⁹⁾によりこの評価法が「〈精神障害の機能評価〉〇精神症状・能力障害二軸評価 〇生活障害評価」として「医師意見書」に取り入れられることとなった(表1)。さらに、これが2次判定において、表2のような形で「精神障害者の障害程度区分審査会における二次判定の目安」⁵⁾として障害程度区分を変更する参考のために利用されることが期待された。その後、平成18年5月と6月、厚生労働省精神・障害保健課障害程度区分係長による事務連絡^{20,21)}があり、この利用について議論中である。精神症状や能力障害は、変動や評価のバラツキもあることからこの「二軸評価」から障害程度区分を変更する目安(以下、「2軸評価目安」という)においては「1～2」などの巾を持たせた評価法が採用されている。

表1 精神症状・能力障害二軸評価と生活障害評価 (文献19) より引用)

1. 精神症状・能力障害二軸評価

(1)精神症状評価

現在の精神症状について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

| 回答欄 | |
|-----|---|
| 1. | 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。 |
| 2. | 精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。 |
| 3. | 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。 |
| 4. | 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状 (欠陥状態、無関心、無為、自閉など)、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。 |
| 5. | 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥 (ひどい減裂や無言症) がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。 |
| 6. | 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動 (自殺企図、暴力行為など) が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。 |

(2)能力障害評価

現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

(詳細は別紙「能力障害」評価表を参照してください)

| 回答欄 | |
|-----|--|
| 1. | 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。 |
| 2. | 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。 |
| 3. | 精神障害を認め、日常生活または社会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、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。 |
| 5. | 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。 |

2. 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。

| No. | 項目 | 回答欄 | 内容 |
|-----|-------|-----|--|
| 1 | 食事 | 1) | 適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない) |
| | | 2) | 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がだいたい自主的にできる。 |
| | | 3) | 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。 |
| | | 4) | いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。 |
| | | 5) | 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。 |
| 2 | 生活リズム | 1) | 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きていることが望まれる) |
| | | 2) | 時に寝過ぎることがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。 |
| | | 3) | 時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1~2時間程度のばらつきがある。 |
| | | 4) | 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。 |
| | | 5) | 臥床がちで、昼夜逆転したりする。 |

| No. | 項目 | 回答欄 | 内容 |
|-----|-------------|-----|--|
| 3 | 保清 | | 1) 洗面, 整髪, ひげ剃り, 入浴, 着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて (週に1回くらいは), 自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。 |
| | | | 2) 洗面, 整髪, ひげ剃り, 入浴, 着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが, 自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなせる。 |
| | | | 3) 個人衛生を保つためには, 週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて, 週1回程度助言がなければ, ごみがたまり, 部屋が乱雑になる。 |
| | | | 4) 個人衛生を保つために, 強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず, いつもごみがたまり, 部屋が乱雑になり, 強い助言や援助を必要とする。 |
| | | | 5) 助言や援助をしても, 個人衛生を保つことができず, 自室の清掃やかたづけを, 助言や援助をしてもしないか, できない。 |
| 4 | 金銭管理 | | 1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また, 大切な物を管理できる。 |
| | | | 2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい, 必要な出費 (食事等) を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。 |
| | | | 3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが, 時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。 |
| | | | 4) 3~4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく, 強い助言や援助を必要とする。 |
| | | | 5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。 |
| 5 | 服薬管理 | | 1) 薬の必要性を理解しており, 適切に自分で管理している。 |
| | | | 2) 薬の必要性は理解しているいまいにかかわらず, 時に飲み忘れることもあるが, 助言が必要なほどではない。(週に1回以下) |
| | | | 3) 薬の必要性は理解しておらず, 時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上) |
| | | | 4) 飲み忘れや, 飲み方を間違えたり, 拒薬, 大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助 (場合によりデボ剤使用), さらに, 薬物血中濃度モニター管理を必要とする。 |
| | | | 5) 助言や援助をしても服薬しないか, できないため, ケア態勢の中で与薬を行ったり, デボ剤が中心となる。さらに, 薬物血中濃度モニターは不可欠である。 |
| 6 | 対人関係 | | 1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあい自主的に問題なくできる。近所, 職場, 社会復帰施設, 病棟等で, 他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて, 誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり, 継続してつきあうことができる。 |
| | | | 2) 1) が, だいたい自主的にできる。 |
| | | | 3) だいたいできるが, 時に助言がなければ孤立的になりがちで, 他人の行動に合わせられなかったり, 挨拶や事務的なことでも, 自分から話せない。また助言がなければ, 同世代の友人を自分からつくり, 継続してつきあうことができず, 周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。 |
| | | | 4) 1) で述べたことがほとんどできず, 近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり, 強い助言や介入などの援助を必要とする。 |
| | | | 5) 助言・介入・誘導してもできないか, あるいはしようとして, 隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。 |
| 7 | 社会的適応を妨げる行動 | | 1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり, 小さくても犯罪行為を行ったり, どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。 |
| | | | 2) この1ヵ月に, 1) のような行動は見られなかったが, それ以前にはあった。 |
| | | | 3) この1ヵ月に, そのような行動が何回あった。 |
| | | | 4) この1週間に, そのような行動が数回あった。 |
| | | | 5) そのような行動が毎日のように頻回にある。 |

表2 精神障害者の障害程度区分審査会における二次判定の目安 (文献5) より引用

①「二軸評価」から障害程度区分を変更する目安

| | 精神症状1 | 精神症状2 | 精神症状3 | 精神症状4 | 精神症状5 | 精神症状6 |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 能力障害1 | 1 | 1~2 | 2~3 | 3~4 | 4以上(M) | 5以上(M) |
| 能力障害2 | 1~2 | 2~3 | 2~3 | 3~4 | 4以上(M) | 5以上(M) |
| 能力障害3 | 3~4 | 3~4 | 4 | 5 | 5以上(M) | 6(M) |
| 能力障害4 | 4~5 | 4~5 | 5 | 5以上 | 6(M) | 6(M) |
| 能力障害5 | 5以上 | 5以上 | 6 | 6 | 6(M) | 6(M) |

※(M)：医学的管理を優先することが好ましい。

②「生活障害評価」から障害程度区分を変更する目安

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・食事・生活リズム・保清・金銭管理・対人関係 ランク3以上が1項目以上あれば区分2以上 ランク3以上が2項目以上あれば区分3以上 ランク4以上が1項目以上あれば区分4以上 ・社会的適応を妨げる行動 ランク3以上が1項目でもあれば区分4以上 ・全ての項目でランク2以上が1項目でもあれば区分1以上 |
|---|

注) 方法

- ・「二軸評価」と「生活障害評価」は医師の意見書の特記事項欄に記載してあります。この内容が客観的に正しいものと判断されれば、二次判定における変更の根拠とすることができます。
- ・「二軸評価」と「生活障害評価」のうち、より重度に評価される方を利用して下さい。両者を勘案して、より重度に変更することもできます。

表3 障害程度区分1次判定における入院期間別・年齢別分布

| 入院期間 | 50歳未満 | 50歳以上65歳未満 | 65歳以上70歳未満 | 70歳以上 | 総計 |
|----------|-------|------------|------------|-------|------|
| 1年未満 | 72 | 109 | 47 | 105 | 333 |
| 1年以上3年未満 | 65 | 140 | 62 | 133 | 400 |
| 3年以上 | 232 | 618 | 233 | 384 | 1467 |
| 総計 | 369 | 867 | 342 | 622 | 2200 |

現時点においては、公的に認知された精神症状と能力障害に対する適切と思われる評価法が確立されていない。障害程度区分の特徴を検討するため、この2軸評価目安と障害程度区分評価を比較することとし、障害程度区分判定と同時に2軸評価目安及び生活障害評価による区分変更(以下、生活障害評価という)を行った。

(2) 調査結果

障害程度区分1次判定における入院期間別・年齢別分布を表3に示した。入院期間は1年と3年で区分した。

「病床の機能分化のイメージ」¹³⁾において、1年の入院期間を目処としていること、及び3年以上入院者の処遇のあり方と社会復帰の可能性についての論議⁹⁾があることにより1年と3年で区分した。

表4 障害程度区分1次判定における障害区分別・入院期間別・年齢別集計結果

| 1次判定 | 入院期間 | 50歳未満 | 50歳以上65歳未満 | 65歳以上70歳未満 | 70歳以上 | 総計 |
|------|----------|-------|------------|------------|-------|------|
| 非該当 | 1年未満 | 11 | 13 | 0 | 3 | 27 |
| | 1年以上3年未満 | 5 | 19 | 5 | 5 | 34 |
| | 3年以上 | 16 | 44 | 13 | 9 | 82 |
| | 合計 | 32 | 76 | 18 | 17 | 143 |
| 区分1 | 1年未満 | 31 | 35 | 10 | 10 | 86 |
| | 1年以上3年未満 | 15 | 42 | 11 | 17 | 85 |
| | 3年以上 | 63 | 202 | 70 | 61 | 396 |
| | 合計 | 109 | 279 | 91 | 88 | 567 |
| 区分2 | 1年未満 | 23 | 36 | 16 | 21 | 96 |
| | 1年以上3年未満 | 33 | 44 | 22 | 33 | 132 |
| | 3年以上 | 112 | 220 | 80 | 111 | 523 |
| | 合計 | 168 | 300 | 118 | 165 | 751 |
| 区分3 | 1年未満 | 5 | 16 | 12 | 30 | 63 |
| | 1年以上3年未満 | 10 | 22 | 11 | 36 | 79 |
| | 3年以上 | 35 | 109 | 44 | 107 | 295 |
| | 合計 | 50 | 147 | 67 | 173 | 437 |
| 区分4 | 1年未満 | 0 | 4 | 4 | 11 | 19 |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 5 | 3 | 14 | 22 |
| | 3年以上 | 4 | 13 | 15 | 30 | 62 |
| | 合計 | 4 | 22 | 22 | 55 | 103 |
| 区分5 | 1年未満 | 2 | 3 | 2 | 15 | 22 |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 3 | 5 | 14 | 22 |
| | 3年以上 | 1 | 20 | 7 | 36 | 64 |
| | 合計 | 3 | 26 | 14 | 65 | 108 |
| 区分6 | 1年未満 | 0 | 2 | 3 | 15 | 20 |
| | 1年以上3年未満 | 2 | 5 | 5 | 14 | 26 |
| | 3年以上 | 1 | 10 | 4 | 30 | 45 |
| | 合計 | 3 | 17 | 12 | 59 | 91 |
| 総計 | | 369 | 867 | 342 | 622 | 2200 |

精神療養病棟入院患者の平均年齢が高齢化しつつある実態から、年齢は50歳、65歳、70歳で区分した。

表4に障害程度区分1次判定における入院期間別、年齢別集計結果を示した。同様に図1が障害程度区分2次判定及び2軸評価目安における入院期間別年齢別集計結果である。

図1にみられるように入院期間別には3年以上群が最も多く、3年以上群の中でも区分2が最も多かった。1年以上3年未満群では区分3、1年未満群では区分2が最多であった。年齢別には50歳以上65歳未満群が最も多かった。年齢別に障害程度区分をみると、70歳未満の全年齢群で区分2が最も多くみられた。70歳以上群は区分3、

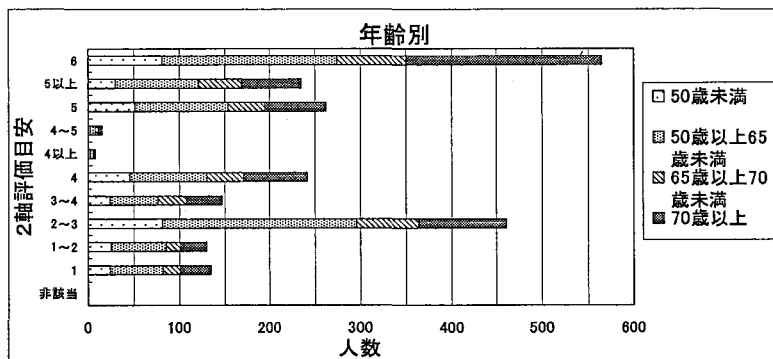
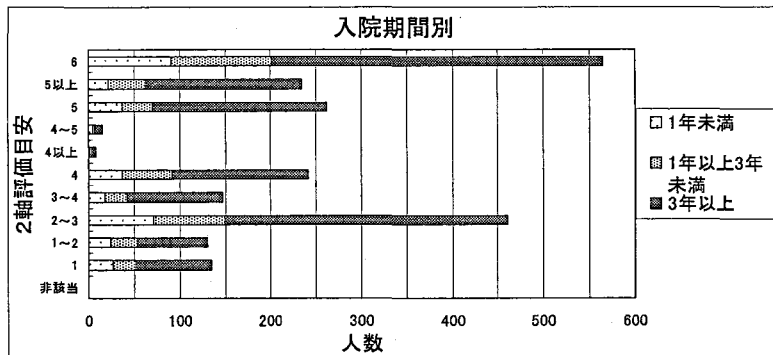
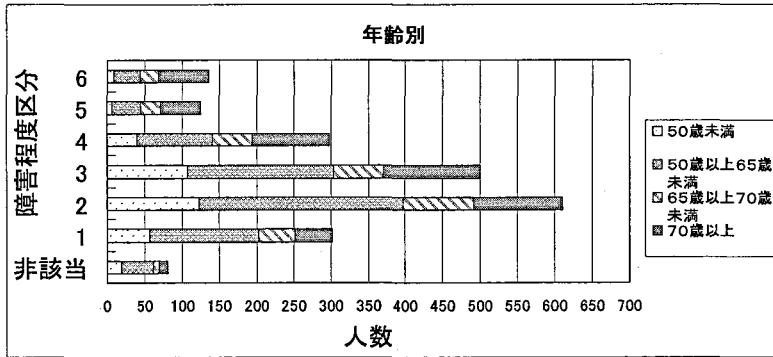
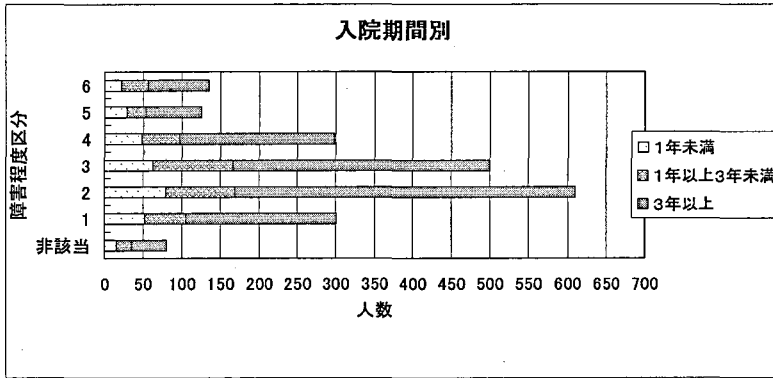


図1 障害程度区分2次判定及び2軸評価目安における入院期間別・年齢別集計結果

区分2, 区分4の順であった。区分5, 区分6も9%と12%であり, 他の年齢層に比べて, 重度者の割合が多くみられた。70歳以上の割合は区分5の層の中においては42%, 区分6の層の中においては49%を占めていた。2軸評価目安においては入院期間別にも年齢別にも目安6が最も多くみられた。

各病院全体の1次判定, 2次判定, 2軸評価目安, 生活障害評価の割合を図2に示す。

1次判定のピークは区分2, 2次判定のピークも区分2にあり, 2軸評価目安のピークは目安6, 生活障害評価による変更目安区分4以上が最多数を占めた。

2次判定における障害程度区分上位変更率を表5に示す。2病院は変更しない方が妥当であると当該スタッフが考え, 変更されていない。この2病院のデータは, 2次判定に採用している。

III 考 察

障害程度区分評価において, 最も多数を占めていた群は障害程度区分2の50歳以上65歳未満かつ3年以上入院群であった。1次判定においては区分5は5%, 区分6は4%であり合計9%であった。2次判定によると区分5は6%, 区分6は7%, 合計13%であった。生活障害評価による変更目安区分4以上群が73%と最多であり, 2軸評価目安においては, 目安6群が26%であり, 2軸評価目安5以上の重度群は49%に達した。各評価基準で重度障害に対する評価の乖離が大きい。つまり, 特に障害が重度になると障害程度区分評価と2軸評価目安・生活障害評価の乖離が大きい。又, 高齢者層においては, 区分5, 区分6が比較的多くみられており, 高齢者の場合は重度の場合もその乖離が小さかった。これは障害程度区分評価が介護保険要介護認定調査項目を基本的評価のツールとしていることによる可能性があるためではないかと思われる。すなわち, 身体障害による生活機能障害を評価するロジックであるため高齢者層においては比較的妥当であるが, 精神障害による生活機能障害に対しては, 障害が重度

になるほど障害程度区分と2軸評価目安・生活障害評価の乖離が大きい。障害程度区分評価の不合理については, 松原⁷⁾が指摘しているが, これにより医療と生活支援の乖離が益々著しくなってしまうことを憂慮している。平成17年10月に発表された障害程度区分判定等試行事業の実施結果¹⁸⁾においても, 精神障害は他障害よりも有意に低い評価が出ており, このことはすでに課題となっていた。

2次判定については, 平成17年度障害程度区分判定等試行事業自治体における平成18年6月末までの判定結果の精神障害に対する2次判定上位区分変更率は52.9%¹⁶⁾であった。これについては平均値のみが発表されており, 各合議体の個別の変更率は発表されていない。

今回の調査においては, 表5にみられるように, 2次判定上位区分変更率のバラツキが大きく, スタッフの未習熟によるところがあるのかもしれないが, 同時に, これは, 患者構成の違いによるものと各病院スタッフにより障害のとらえ方に違いがあること等によると推測される。2次判定においては, 特記事項, 医師意見書記載内容, 1次判定で考慮していない項目群の内容等から障害程度区分基準時間をより長く要すると判断される事例等について区分が上方修正されることとなっている¹⁷⁾。その判断は各合議体の裁量に任される仕組みとなっており, この裁量の違いによりバラツキが発生したものと推測される。今回の変更率の平均は50.9%であり, 試行事業自治体における2次判定上位区分変更率と近い値を示している。今後の市町村審査会における2次判定においても同様に, 各合議体毎に区分変更のバラツキが予想される。表6に平成18年11月末までの広島県における各市町村審査会の市町毎の障害程度区分上位区分変更率²⁾を示した。表5と同様に, 市町村審査会毎に上位区分変更率の大きなバラツキがみられ, 又, 3障害ともに, そのバラツキが大きい。1次判定の評価が比較的適切であるとされている身体障害においてもバラツキがみられ, さらに知的障害においてもバラツキがみられている。精神障害

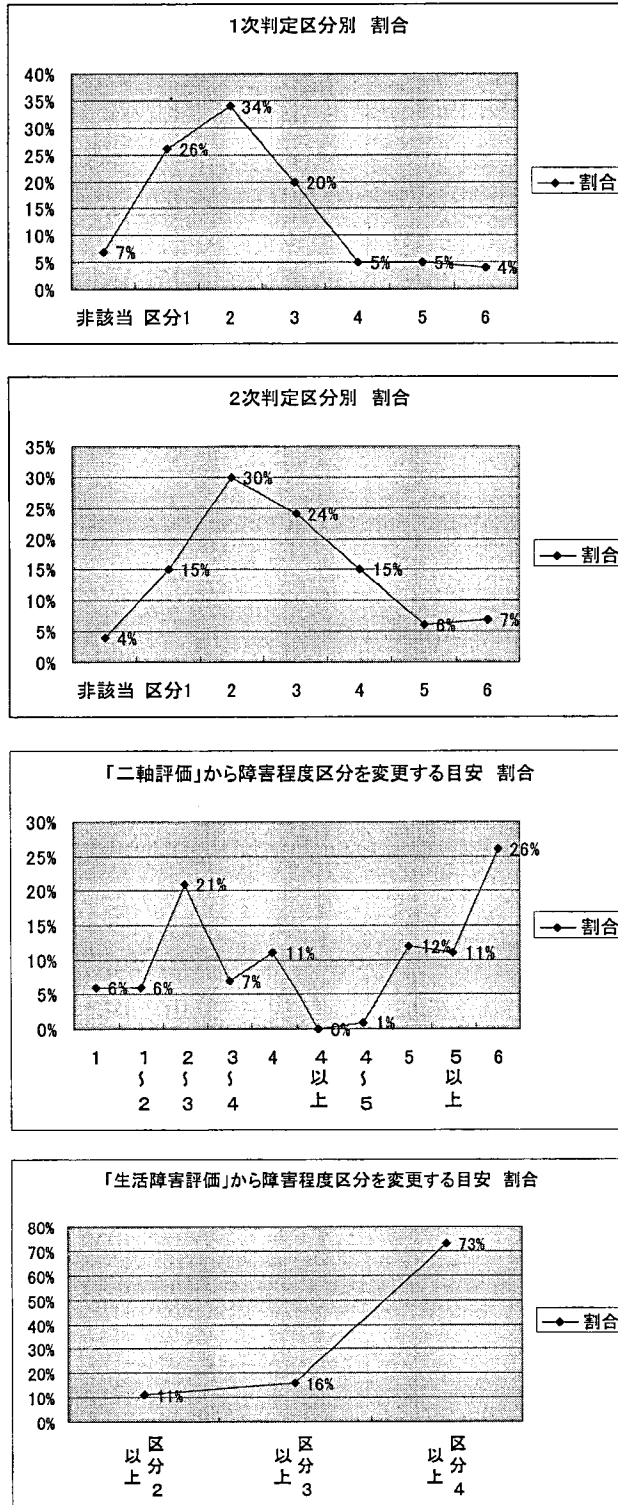


図2 障害程度区分と2軸評価目安・生活障害評価における各障害区分の割合

表5 障害程度区分2次判定における障害程度区分上位区分変更率（四捨五入）

| 病院 | 変更率 | 病院 | 変更率 |
|-----|-------|-----|-------|
| A病院 | 31.7% | K病院 | 83% |
| B病院 | 45.9% | L病院 | 0% |
| C病院 | 39% | M病院 | 58% |
| D病院 | 22.9% | N病院 | 28.6% |
| E病院 | 41.4% | O病院 | 39% |
| F病院 | 0% | P病院 | 44.6% |
| G病院 | 6.7% | Q病院 | 83.2% |
| H病院 | 66.3% | R病院 | 87.3% |
| I病院 | 79.1% | T病院 | 96.9% |
| J病院 | 8.5% | 平均 | 50.9% |

においては0～100%と最も大きなバラツキがみられる。上位区分変更率の平均をみると、身体障害、知的障害、精神障害の順に大きくなっている。これは、2次判定において変更が必要であった各障害の実態を示しており、精神障害においては最も上位区分変更が必要であったと言えるであろう。逆に言えば、精神障害においては、1次判定のみでは障害程度区分の評価が最も不十分であったと思われる。各審査会毎にみみると、3障害に共通して変更率の大きい審査会と共通して小さい審査会があり、変更に対する各審査会毎の違いがみられる。つまり、3障害に対して全く変更していない審査会もあれば3障害すべてに対して大きく変更している審査会もあり、真に公平が保たれているのか疑問が残る。市町審査会毎の上位区分変更率のバラツキが障害に対する理解と考え方の違いによるものだけでなく、今後、市町村財政の格差が大きくなり、財政状況が厳しくなれば、財政格差による違いも出現し得るのではないかと憂慮される。

2次判定変更事例集の発行だけでなく、同一症例を用いた変更のシミュレーションを通して変更の基準を明確にし、見解の統一を図るなどの研修体制が必要であると思われる。全国一律の内容の研修による市町審査会審査委員の資質の向上と上

表6 広島県内市町における障害程度区分上位区分変更率（文献2）より引用）

(H18. 11月末現在)

| 市町名 | 上位区分変更率 (%) | | | |
|-------|-------------|------|-------|------|
| | 身体障害 | 知的障害 | 精神障害 | 障害全体 |
| A | 15.8 | 37.1 | 46.9 | 28.4 |
| B | 16.1 | 33.5 | 40.0 | 26.6 |
| C | 11.1 | 18.2 | 50.0 | 17.2 |
| D | 17.8 | 53.5 | 52.2 | 40.6 |
| E | 7.6 | 51.7 | 76.4 | 42.7 |
| F | 26.7 | 48.4 | 74.6 | 43.5 |
| G | 29.0 | 66.7 | 0.0 | 52.0 |
| H | 36.8 | 45.7 | 27.8 | 39.2 |
| I | 0.0 | 52.8 | 33.3 | 38.9 |
| J | 35.7 | 59.3 | 50.0 | 51.2 |
| K | 18.0 | 35.9 | 43.6 | 30.1 |
| L | 25.6 | 57.5 | 73.9 | 47.5 |
| M | 7.1 | 20.7 | 22.2 | 12.8 |
| N | 9.1 | 42.9 | 100.0 | 26.3 |
| O | 11.4 | 37.1 | 54.5 | 29.1 |
| P | 0.0 | 36.8 | 33.3 | 21.1 |
| Q | 62.5 | 62.1 | 100.0 | 63.5 |
| R | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| S | 0.0 | 33.3 | 55.6 | 28.1 |
| T | 9.1 | 33.3 | 0.0 | 20.0 |
| U | 36.4 | 26.7 | 0.0 | 27.6 |
| V | 19.0 | 37.5 | 66.7 | 30.0 |
| W | 29.4 | 14.3 | 50.0 | 27.0 |
| 広島県全体 | 18.3 | 42.2 | 53.2 | 33.8 |

位区分変更の平準化が望まれるのではなからうか。

受け入れ条件が整えば退院可能ではないかと推定される障害程度区分非該当、区分1の軽度障害者をみみると障害程度区分1次判定で33%、2次判定で19%、2軸評価目安で12%であった。1次判定においては、軽度に評価される割合が高い傾向がみられた。この層が、リハビリ、退院支援が充実されれば、地域移行可能となる患者群ではないかと思われる。しかしながら、退院可能で

はないかと推測される非該当、区分1の患者群は地域生活移行のための諸サービスを障害程度区分の制限により利用が困難であるというパラドックスがある。

2次判定における上位区分変更率の市町毎のバラツキが他の2障害より大きいこと、障害程度区分評価と2軸評価目安・生活障害評価との乖離が重度障害において大きくみられること、高齢者においてはその乖離が比較的小さいことなどから、精神症状と能力障害に対するより適切な評価法の開発が望ましいと思われる。精神症状と能力障害を評価する評価法^{3,6,23,24)}は既に多数が開発されている。地域ケアへのつながりを視野に入れるなら、米国において版を重ねてきたLOCUS²⁾も優れており、これらを参考にしながら適切な評価法の開発の研究が期待される。

なお、障害程度区分評価が開始初期にあるため、本稿は2軸評価目安との比較を主眼とした第1報である。疾患別などの詳細な検討は次稿に譲りたい。

ま と め

広島県における精神療養病棟入院中の2,200名に対して障害程度区分及び精神症状・能力障害二軸評価と生活障害評価の調査を行った。年齢別・期間別には50歳以上65歳未満かつ3年以上入院群が最多であった。障害程度区分評価は、1次判定、2次判定ともピークは区分2であった。2軸評価目安6、生活障害評価による変更目安区分4以上にピークがみられ、障害程度区分評価の成績と乖離がみられた。とくに、重度障害において2軸評価目安・生活障害評価と障害程度区分評価の乖離が大きかった。精神症状と能力障害に対するより適切な評価法の開発の研究が必要であることが示唆された。2次判定における上位区分変更率はバラツキが大きく、より適切な2次判定のあり方が検討されるべきであると思われた。

謝 辞

調査にご協力いただいた広島県精神科病院協会の会員病

院の先生方並びにスタッフの皆様様に深く感謝いたします。

文 献

- 1) American Association of Community Psychiatrists: Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services Adult Version 2000 (木村 卓, 八木 深訳: 精神疾患および依存症のためのケアレベル活用システム成人用2000年版, 厚生労働省委託研究「政策医療ネットワークを基盤とした精神科救急のあり方に関する研究班」, 2006)
- 2) 広島県福祉保健部社会福祉局障害者支援室: 広島県福祉保健部社会福祉局障害者支援室開示資料, 2007
- 3) 稲垣 中, 八木剛平: 精神分裂病の評価尺度—治療抵抗性分裂病を中心に—. 臨床精神薬理, 2; 19-26, 1999
- 4) 日本精神科病院協会: 平成14年マスタープラン調査データ集, 2003
- 5) 日本精神科病院協会, 日本精神神経科診療所協会, 日本精神保健福祉士協会: 精神障害者の障害程度区分審査会における二次判定の目安, 2006
- 6) 湖海正尋, 稲田俊也: 主観欠損症候群評価尺度日本語版 [SDSS-J]. じほう, 東京, p. 32-33, 2003
- 7) 松原三郎: 障害程度区分について. 日精協誌, 25; 285-295, 2006
- 8) 松原三郎: 長期入院から地域生活へ. 精リハ誌, 10; 132-139, 2006
- 9) 厚生労働省精神保健福祉対策本部: 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向, 2003
- 10) 厚生労働省精神保健福祉対策本部心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会: 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書, 2004
- 11) 厚生労働省精神保健福祉対策本部精神病床等に関する検討会: 精神病床等に関する検討会最終まとめ, 2004
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会: 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会最終まとめ, 2004
- 13) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 今後の障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案), 2004
- 14) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 認定調査員マニュアル, 2006
- 15) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 市町村審査会委員マニュアル, 2006
- 16) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 障害程

度区分認定状況調査における障害程度区分の分布状況。平成18年8月24日障害保健福祉関係主管課長会議資料。2006

17) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：障害程度区分・二次判定参考資料の作成について。平成18年8月24日障害保健福祉関係主管課長会議資料。2006

18) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：障害程度区分判定等試行事業の実施結果（速報）：平成17年10月5日社会保障審議会障害者部会資料。2005

19) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：医師意見書記載の手引き。平成18年3月17日障企発第0317001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知別添資料。2006

20) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程度区分係：障害程度区分にかかる市町村審査会での審査判定について：平成18年5月30日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程

度区分係長事務連絡。2006

21) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程度区分係：障害程度区分にかかる市町村審査会での精神障害者の審査判定について：平成18年6月23日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程度区分係長事務連絡。2006

22) 佐久間 啓：精神科地域医療と障害者自立支援法。精神経誌，108；860-866，2006

23) Sederer, L. I., Dickey, B.: Outcomes Assessment in Clinical Practice. Maryland, 1996 (伊藤弘人，栗田広訳：精神科医療アセスメントツール。医学書院，東京，p.40-90，2000)

24) 富田拓郎，北村俊則：精神症状評価尺度の妥当性に関する方法論的問題点。臨床精神薬理，2；13-17，1999

25) 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）。

Investigation of the Validity of the Algorithm for Evaluating the Degree of Disability in those who are Institutionalized in Long-term Psychiatric Care Facilities in Hiroshima

Tomoyuki ISHII¹⁾, Ichiro TSUKUE²⁾

1) *Board member of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Board member of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Maple Hill Hospital*

2) *Chairman of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Chairman of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Senogawa Hospital*

The Disability Support Act is intended to integrate welfare services for those who are physically, intellectually, or mentally disabled and promote the independence and social participation. However, the Act has been the center of intense controversy since its implementation in 2005. A number of important issues on implementing the Act in psychiatric medicine have been raised, and the validity of the for evaluating algorithm the degree of disability in those who are mentally disabled is considered to be of the utmost importance. We investigated the validity of the algorithm for evaluating the degree of disability in 2,200 patients who were institutionalized in long-term psychiatric care facilities in Hiroshima. The discordance rate between the primary evaluation by computer program and secondary

evaluation by specialists' review was 50.9%. A wide disparity in evaluating the degree of disability was observed between that by secondary evaluation by specialists' review and that by evaluation of IADL. This disparity was more prominent in those who were more severely disabled. Further studies are needed to develop a new evaluation method to address the psychiatric signs and symptoms, and cognitive deficit of the mentally disabled.

<Authors' abstract>

<**Key words** : Disability Support Act, algorithm for evaluating the degree of disability, long-term psychiatric care facilities, mentally disabled, welfare services for persons with disabilities>
