

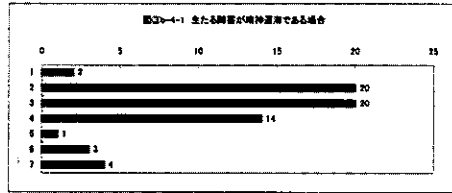
③b-4 知的障害の取り扱い

③b-4-1 主たる障害が精神遅滞F7xである場合

- 1 主たる精神障害が「精神遅滞」「知的障害」「精神遅滞」「ダウン症候群」などであっても合併精神障害の有無を問わず等級をつける
- 2 合併精神障害がある場合は、主たる精神障害が「精神遅滞」「知的障害」「精神遅滞」「ダウン症候群」などであっても等級をつける
- 3 合併精神障害がある場合は、主たる精神障害に書き換えることを求める
- 4 合併精神障害名の記載がなくとも、状態簿に「知的障害」以外の記載があれば、主たる精神障害が「精神遅滞」等であっても等級をつける
- 5 主たる精神障害が知的障害である場合は一律に申請を却下又は非該当とする
- 6 合併精神障害の有無を問わず、主治医に返戻して再考を求める
- 7 その他（具体的に）

回答数	回数
1	2
2	20
3	20
4	14
5	1
6	3
7	4

(有効回答数59)



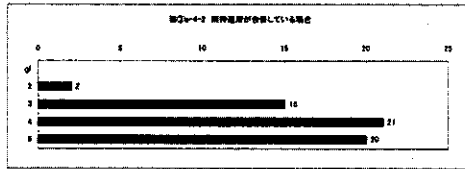
③b-4-2 精神遅滞が合併している場合で、精神遅滞による日常・社会生活能力障害の寄与分が多くを占めると考えられる場合の取り扱いにはしばしば否慮させられます。たとえば、主たる精神障害が「軽度うつ病」、従たる精神障害が「精神遅滞（中度）」である場合で、日常生活能力の多くの項目が「出来ない」となっている場合

たとえば、主たる精神障害が「軽度うつ病」、従たる精神障害が「精神遅滞（中度）」である場合で、日常生活能力の多くの項目が「できない」となっている場合

- 1 障害の主従が誤っていると考えられることから、申請書類不備として申請却下又は非該当とする
- 2 障害の主従が誤っていると考えられることから、精神遅滞に対する手帳申請と解釈して、法第45条の要件に満たない申請として又は非該当とする
- 3 障害の主従が誤っていると考えられることから、診断書を記載した医師に照会・返戻
- 4 障害の主従が誤っていると考えられるが、診断書の記載を否定する情報もないことから、いたしかたないものとして、そのまま判定に供する
- 5 知的障害による寄与分を除いた状態を推測して、精神障害部分のみを判定

回答数	回数
1	0
2	2
3	15
4	21
5	20

(有効回答数57)



③b-4-3 同じ程度の精神症状であっても、合併する知的障害による日常生活能力の障害のある者とない者では、精神障害としての障害等級に差をつける（知的障害のある者のほうが精神の障害等級も重くなる）

- 1 結果的にそのように取り扱っている（重くしている）
- 2 結果的にそのように取り扱っていない（重くしない）

回答数	回数
1	38
2	23

(有効回答数66)

0.60

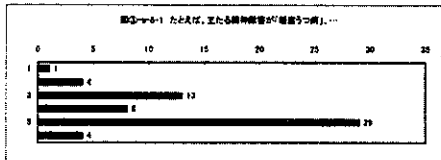
③b-5 日常生活能力の低下が主として合併身体疾患（障害）によるもの取り扱い

③b-5-1 たとえば、主たる精神障害が「軽度うつ病」、身体合併症が「頸髄損傷による対麻痺（身体1級相当）」である場合で、日常生活能力の多くの項目が「できない」となっている場合

- 1 障害の主従が誤っていると考えられることから、申請書類不備として申請却下又は非該当とする
- 2 障害の主従が誤っていると考えられることから、身体障害に対する手帳申請と解釈して、法第45条の要件に満たない申請として又は非該当とする
- 3 障害の主従が誤っていると考えられることから、診断書を記載した医師に照会・返戻
- 4 障害の主従が誤っていると考えられるが、診断書の記載を否定する情報もないことから、いたしかたないものとして、そのまま判定に供する
- 5 身体障害による寄与分を除いた状態を推測して、精神障害部分のみを判定
- 6 その他（具体的に）

回答数	回数
1	1
2	4
3	13
4	8
5	29
6	4

(有効回答数59)



③b-5-2 同じ程度の精神症状であっても、合併する身体障害による日常生活能力の障害のある者とない者では、精神障害としての障害等級に差をつける（身体障害のある者のほうが精神の障害等級も重くなる）

- 1 結果的にそのように取り扱っている（重くする）
- 2 結果的にそのように取り扱っていない（重くしない）

回答数	回数
1	19
2	39

(有効回答数58)

③b-6 乳幼児の「精神障害」の取り扱い

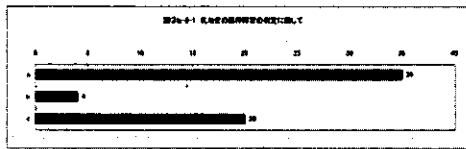
③b-6-1 乳幼児の「精神障害」の判定に關して取り扱いの経験がありますか？

- a 取り扱いがあり、問題を感している
- b 取り扱いがあるが、問題はないと考えている
- c 取り扱いがない

表③b-6-1	回答数
a	35
b	4
c	20

(有効回答数59)

0.59

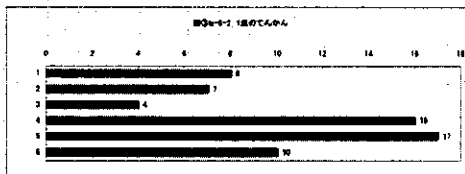


③b-6-2 たとえば、「1歳児のてんかん」で、「日常生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」となっているものについて

- 1 判定不能として申請を却下又は非該当とする
- 2 制度の趣旨にそぐわないものとして、申請者や主治医に説明して申請を取り下げるよう指導する（行政指導に従わない場合は申請却下）
- 3 いたしかたないものとして現在の状態像に即して判定する
- 4 主治医に照会する
- 5 1歳児の平均的な発達からの乖離をもって判定する
- 6 その他（具体的に）

表③b-6-2	回答数
1	8
2	7
3	4
4	16
5	17
6	10

(有効回答数59)

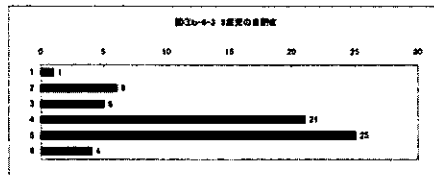


③b-6-3 たとえば、5歳児の自閉症で、「日常生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」となっているものについて

- 1 判定不能として申請を却下又は非該当とする
- 2 制度の趣旨にそぐわないものとして、申請者や主治医に説明して申請を取り下げるよう指導する（行政指導に従わない場合は申請却下）
- 3 いたしかたないものとして現在の状態像に即して判定する
- 4 主治医に照会する
- 5 5歳児の平均的な発達からの乖離をもって判定する
- 6 その他（具体的に）

表③b-6-3	回答数
1	1
2	6
3	5
4	21
5	25
6	4

(有効回答数59)

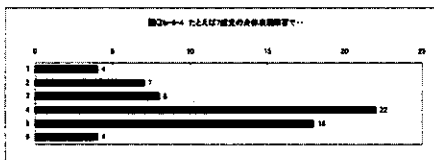


③b-6-4 たとえば、7歳児の身体表現性障害（不登校児童）で、「日常生活能力の判定」がすべて「援助があればできる」となっていて「3精神障害を認め、日常生活に著しい制限があり、対応して整期が必要である」となっているものについて

- 1 判定不能として申請を却下又は非該当とする
- 2 制度の趣旨にそぐわないものとして、申請者や主治医に説明して申請を取り下げるよう指導する（行政指導に従わない場合は申請却下）
- 3 いたしかたないものとして現在の状態像に即して判定する
- 4 主治医に照会する
- 5 7歳児の平均的な発達からの乖離をもって判定する
- 6 その他

表③b-6-4	回答数
1	4
2	7
3	8
4	22
5	18
6	4

(有効回答数59)



③b-7 神経症等の取り扱い

③b-7-1 全般性不安障害 (F41.1) を主たる障害とする申請について

- a. そのような例を経験している
- b. そのような例は経験がない

表③b-7-1 I	回答数
a	46
b	13

0.78

(有効回答数59)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. 原則却下又は非該当とする
2. 日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする
3. 疾患特性を考慮して判定する
4. その他 (具体的に)

表③b-7-1 II	回答数
1	3
2	33
3	22
4	4

(有効回答数58)

③b-7-2 パニック障害 (F40.01又はF41.0) を主たる障害とする申請について

- a. そのような例を経験している
- b. そのような例は経験がない

表③b-7-2 I	回答数
a	48
b	11

0.81

(有効回答数59)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. 原則却下又は非該当とする
2. 日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする
3. 疾患特性を考慮して判定する
4. その他 (具体的に)

表③b-7-2 II	回答数
1	2
2	34
3	23
4	4

(有効回答数58)

③b-7-3 摂食障害 (F50) を主たる障害とする申請について

- a. そのような例を経験している
- b. そのような例は経験がない

表③b-7-3 I	回答数
a	46
b	13

(有効回答数59)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. 原則却下又は非該当とする
2. 日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする
3. 疾患特性を考慮して判定する
4. その他 (具体的に)

表③b-7-3 II	回答数
1	1
2	33
3	24
4	5

(有効回答数59)

③b-7-4 強迫性障害 (F42) を主たる障害とする申請について

- a. そのような例を経験している
- b. そのような例は経験がない

表③b-7-4 I	回答数
a	49
b	10

(有効回答数59)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. 原則却下又は非該当とする
2. 日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする
3. 疾患特性を考慮して判定する
4. その他 (具体的に)

表③b-7-4 II	回答数
1	0
2	36
3	24
4	4

(有効回答数59)

③b-7-5 非器質性不眠症 (F51) を主たる障害とする申請について

- a. そのような例を経験している
b. そのような例は経験がない

表③b-7-5 I	回答数
a	17
b	42

(有効回答数59)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. 原則如下又は非該当とする
2. 日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする
3. 疾患特性を考慮して判定する
4. その他 (具体的に)

表③b-7-5 II	回答数
1	17
2	27
3	15
4	4

(有効回答数59)

③b-7-6 解離性 (転換性) 障害 (F44) および、身体表現性障害 (F45) を主たる障害とする申請について

- a. そのような例を経験している
b. そのような例は経験がない

表③b-7-6 I	回答数
a	50
b	9

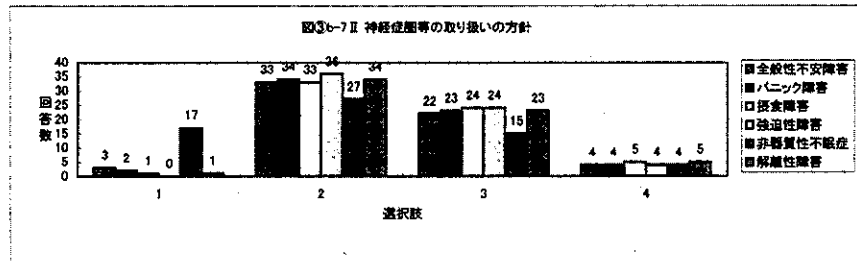
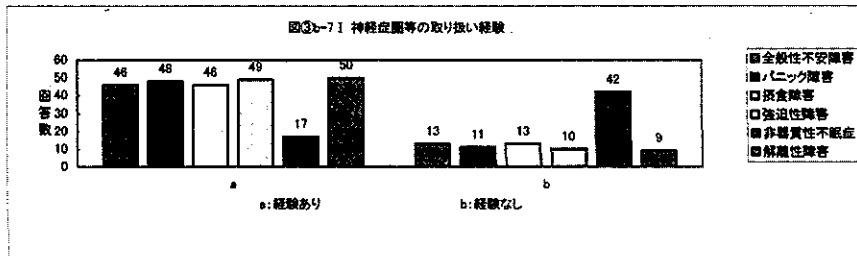
(有効回答数59)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. 原則如下又は非該当とする
2. 日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする
3. 疾患特性を考慮して判定する
4. その他 (具体的に)

表③b-7-6 II	回答数
1	1
2	34
3	23
4	5

(有効回答数59)



1. 原則如下又は非該当とする
2. 日常生活能力の程度 (診断書に記載されたもの) に則って該当とする
3. 疾患特性を考慮して判定する
4. その他 (具体的に)

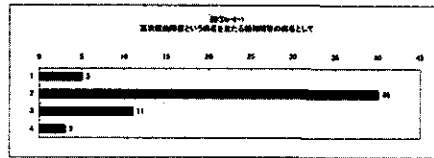
③b-8 いわゆる「高次脳機能障害」の取り扱い

③b-8-1 「高次脳機能障害」という「病名」を「主たる精神障害」の病名として認めますか？

- 1 「高次脳機能障害」と記載されているものを精神障害として無条件に認める
- 2 F06又はF07カテゴリとして正しく分類されていて、状態が改善であれば認める
- 3 この病名自体は精神障害を特定するものではないとして、この病名しか記載されていなければ認めない
その他（具体的に）

表③b-8-1	回答数
1	5
2	40
3	11
4	3

(有効回答数59)

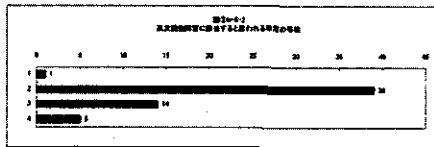


③b-8-2 「高次脳機能障害」に該当すると思われる事案の等級についてはどのように考えますか？

- 1 病案がある場合に限りは等級をつける。病案でない場合は等級をつけない
- 2 I09-F06に分類されるものであれば、「6」重症精神障害として、その基準に従い等級をつける
- 3 I06「器質精神障害」には該当しにくいが場合も多いので、「7」その他の精神疾患として、他の障害と同等の障害程度があれば等級をつける
- 4 その他（具体的に）

表③b-8-2	回答数
1	1
2	39
3	14
4	5

(有効回答数59)



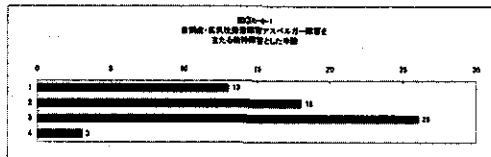
③b-9 広汎性発達障害の取り扱い

③b-9-1 「自閉症」「広汎性発達障害」「アスペルガー障害（症候群）」を主たる精神障害とした申請に対してはどのように扱いますか？

- 1 知的障害のある場合には、療育手帳の対象となるので、精神障害者保護福祉手帳は原則置換して交付しない
- 2 I09-F06に分類されるものであれば、療育手帳の対象となるか否かを問わず「7」その他の精神疾患として、他の障害と同等の障害程度があれば等級をつける
- 3 I06「器質精神障害」には該当しにくいが場合も多いので、「7」その他の精神疾患として、他の障害と同等の障害程度があれば等級をつける
- 4 その他（具体的に）

表③b-9-1	回答数
1	13
2	18
3	28
4	3

(有効回答数59)



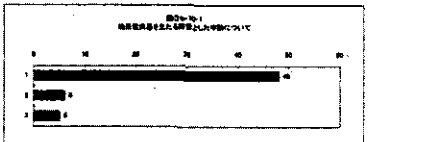
③b-10 病気の取り扱い

③b-10-1 痴呆性疾患を主たる障害とした申請について

- 1 手帳の交付対象とし、日常生活・社会生活の制限に応じて等級をつける
- 2 中核症状のみの痴呆は、政策的に精神障害者対策の対象者ではなく、高齢者福祉の対象であるから、手帳の交付対象としない
- 3 その他（具体的に）

表③b-10-1	回答数
1	48
2	6
3	5

(有効回答数59)

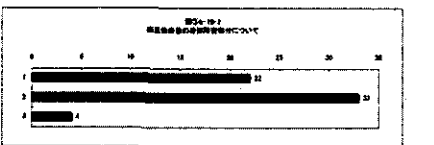


③b-10-2 痴呆性疾患の身体障害部分については：

- 1 運動障害や失語などの身体障害による日常生活・社会生活の制限も精神障害の重症度と不可分であることから、これを加味する判定を行う
- 2 運動障害や失語などの身体障害による日常生活・社会生活の制限は精神障害の重症度と分けて考えるべきで、これを加味しない判定を行う
- 3 その他（具体的に）

表③b-10-2	回答数
1	22
2	33
3	4

(有効回答数59)

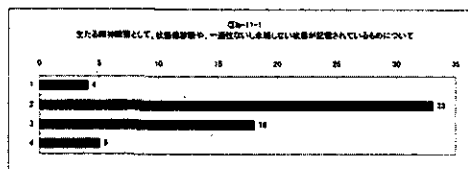


③b-11-1 主たる精神障害の病名として、状態診断や、一過性ないしは永続しない病態（心因反応、適応障害、等）が記載されているものについては：

- 1 却下又は非該当とする
- 2 主治医に適切な病名について照会し、一過性の病態であることが分れば、却下又は非該当とする
- 3 F2やF3カテゴリとして記載されているものについては該当とする
- 4 その他（具体的に）

表③b-11-1	回答数
1	4
2	33
3	18
4	5

(有効回答数59)



④ 判定にあたっての細則の制定および、申し合わせ事項の状況

④-1 自治体が独自に策定し

表④-1	回答数
あり	3
なし	48

(有効回答数51)

④-2 委員間の申し合わせ事項や不文律

表④-2	回答数
あり	3
なし	34

(有効回答数37)

④-3 「8項目」と「5段階」が鑑別する場合

④-3-1 施行令第6条では障害等級は以下のように定められています。

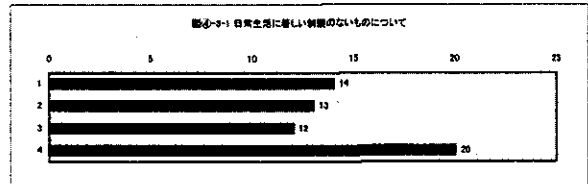
障害等級	精神障害の状態
1級	日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
2級	日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
3級	日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

つまり、日常生活に著しい制限のない者については、1級や2級には判定されないこととなりますが、この部分が著しく鑑別する診断書はよく見られます。たとえば、日常生活能力の判定の8項目のうち、日常生活に関連のある4つの評価項目；(1)、(2)、(3)、(6)（食事・清潔・金銭・安全）のうち、いずれも「概ねできるか適切にできる」であって、ひとつも「援助があればできる」ではない場合で、その他の項目（社会生活に関連のある項目：たとえば通院・服薬など）が「援助があればできる」又は「できない」になっているものについて、どのように考えますか？

- 1級と2級は日常生活について評価・判断されるものであることから、社会生活関連項目が重度であったとしても、日常生活関連項目が軽度であれば3級に判定するのが正しい
- 社会生活関連項目が重度である場合は、日常生活に著しい制限がなくとも、1級又は2級に判定する
- 主治医の評価した総合判定に従う
- その他（具体的に）

表④-3-1	回答数
1	14
2	13
3	12
4	20

(有効回答数59)



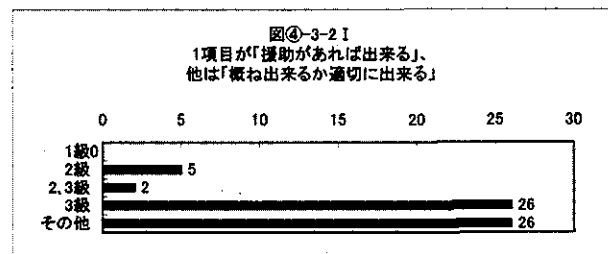
④-3-2 たとえば、以下のような場合はどう考えますか？

日常生活に関連する項目（1食事・2清潔・3金銭・6安全）のうち、

1項目が「援助があれば出来る」、他は「概ね出来るか適切に出来る」

④-3-2 I	回答数
1級	0
2級	5
2,3級	2
3級	26
その他	26

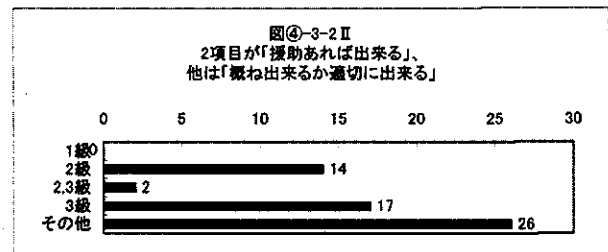
(有効回答数59)



2項目が「援助があれば出来る」、他は「概ね出来るか適切に出来る」

④-3-2 II	回答数
1級	0
2級	14
2,3級	2
3級	17
その他	26

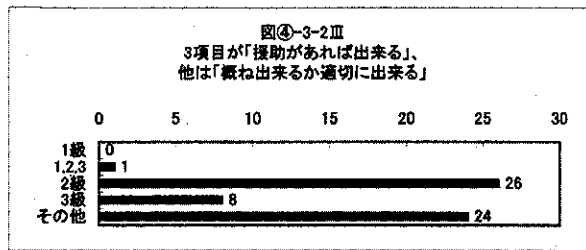
(有効回答数59)



3項目が「援助があれば出来る」、他は「概ね出来るか適切に出来る」

④-3-2Ⅲ	回答数
1級	0
1, 2, 3級	1
2級	26
3級	8
その他	24

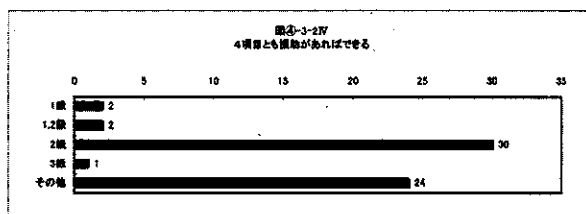
(有効回答数59)



4項目とも「援助があれば出来る」

④-3-2Ⅳ	回答数
1級	2
1, 2級	2
2級	30
3級	1
その他	24

(有効回答数59)

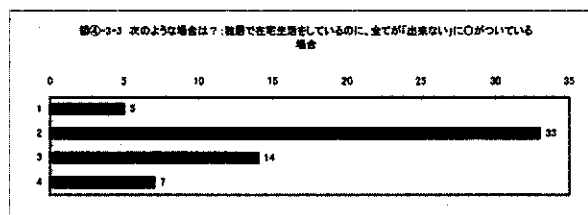


④-3-3 次のような場合は？：独居で在宅生活をしているのに、全てが「出来ない」に○がついている場合

- 1 主治医の判定通り（すなわち、この場合、1級となる）
- 2 主治医の判定が誤っていると考えられるので、照会する
- 3 主治医に照会しても、適切な回答が得られない見込みがない等の問題があることから、他の記載等を参考に、妥当と思われる等級に判定する
- 4 その他（具体的に）

表④-3-3	回答数
1	5
2	33
3	14
4	7

(有効回答数59)



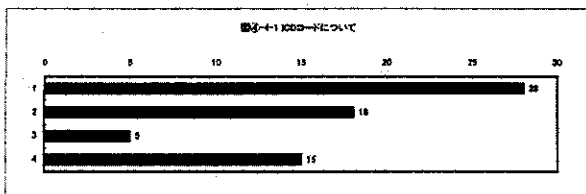
④-4 診断書の記載に対する基準

④-4-1 ICDコードについて（複数回答）

- 1 ICDのコードは、正確につけることを求める
- 2 3桁（すなわち、FXXのように英文字と数字2桁、あわせて3桁）を求めるべきである
- 3 ICDの記載がなくても、コーディングが誤っていても問題としない
- 4 その他（具体的に）

表④-4-1	回答数
1	28
2	18
3	5
4	15

(有効回答数58)

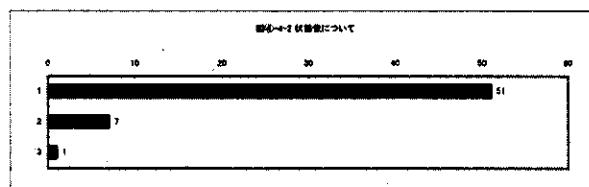


④-4-2 状態像について

- 1 状態像の選択が不適切なものや、病名や病歴との間に齟齬がある場合は、問題があるものとして返戻や照会をする
- 2 これを問題とすることは少ない
- 3 その他（具体的に）

表④-4-2	回答数
1	51
2	7
3	1

(有効回答数59)

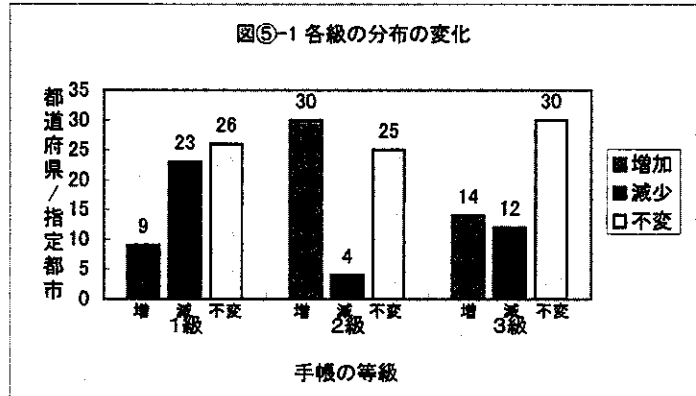


⑤ 2年ごとの更新認定などの際における等級の異動の状況

⑤-1 各級の分布の変化（傾向）

- 1級について (1 構成比が増加、 2 構成比が減少、 3 不変)
 2級について (1 構成比が増加、 2 構成比が減少、 3 不変)
 3級について (1 構成比が増加、 2 構成比が減少、 3 不変)

表⑤-1	1級	2級	3級
増加	9	30	14
減少	23	4	12
不変	26	25	30



⑤-2 平成8年度から平成15年度までの、各年度末現在の各等級ごとの手帳所持者数（略）

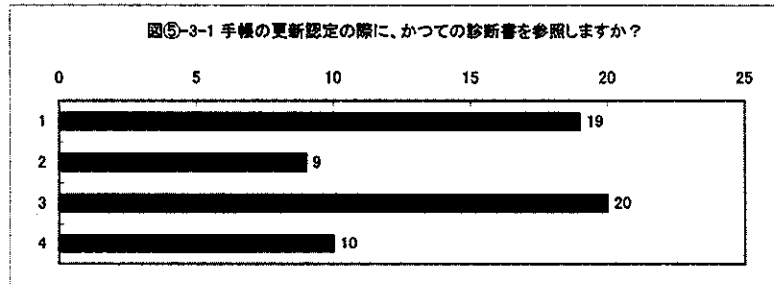
⑤-3 手帳の更新認定や等級変更申請の際に、既存の等級を勘案しますか（2年前や直近の診断書を参照しますか）？更新認定に当たって、手帳の等級が2年前に比べて下がると、「不利益処分」になることから、一定の配慮が必要になることがありますが、既得権益の保護が前面に出ると、公平・公正な処分に悪影響がでかねません。多々苦慮するところです。

⑤-3-1 手帳の更新認定等の際に、かつての診断書を参照しますか？既存の等級を勘案しますか？

- 1 参照し、既存の等級を勘案する
- 2 参照するが、既存の等級は勘案しない
- 3 参照しないが、既存の等級は勘案する
- 4 参照しないし、既存の等級も勘案しない

回答数	回答数
1	19
2	9
3	20
4	10

(有効回答数58)



⑥ 苦情・届出や、異議申し立ての処理状況

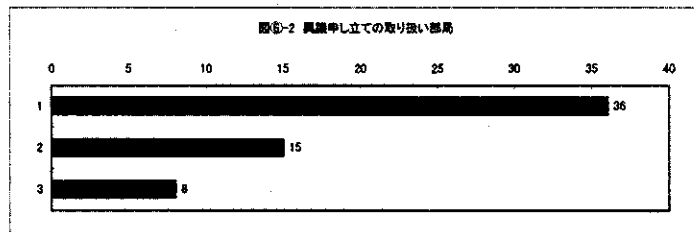
⑥-1 14年度以降の異議申し立て件数とその結果（略）

⑥-2 異議申し立ての取り扱い部局

- 1 本庁
- 2 精神保健福祉センター
- 3 その他（具体的に）

回答数	回答数
1	36
2	15
3	8

(有効回答数59)



⑦ 判定および決定に際して困難を感じる事

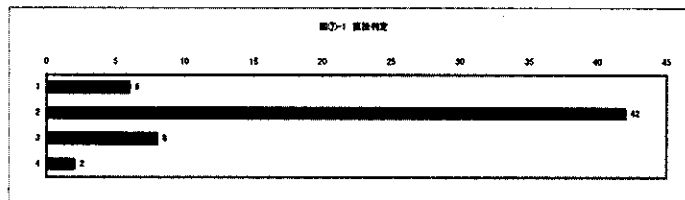
精神障害者保健福祉手帳の制度においては、診断書の記載をほとんど唯一の手がかりとして障害等級の判定を行い、都道府県知事・政令市長が手帳の交付の可否、等級を決定するという行政処分を行います。従って、診断書の記載の質が行政処分の質を左右することになりますが、主治医の理解の程度が十分ではない場合や、申請者や主治医の何らかの作為・不作為が働いた場合などでは、申請者の障害の状態を適正に反映した処分とならない場合も考えられます。かかる場合への対策が現行制度においては甚だ不十分です。この点が、手帳制度への信頼度を著しく低下させる要因ともなっていると考えられます。以下の設問は、グランドデザインにいう「給付」の改革に関する意見をおうかがいするものです。

⑦-1 直接判定：療育手帳制度においては、児童相談所又は知的障害者更生相談所の直接判定によって等級を決定できます。精神保健福祉法第45条の2には、手帳の返還を命じようとするときの指定医の診察の規定がありますが、現行制度では手帳の等級を決しがいときに、指定医の診察の規定はありません。直接判定の制度（すなわち、精神保健福祉センターによる直接判定の制度）があると良いと考えますか？

- 1 直接判定の制度は必要である
- 2 あつてよいと考えるが、実際に行うことは困難
- 3 不要
- 4 その他（具体的に）

表⑦-1	回答数
1	6
2	42
3	8
4	2

(有効回答数58)



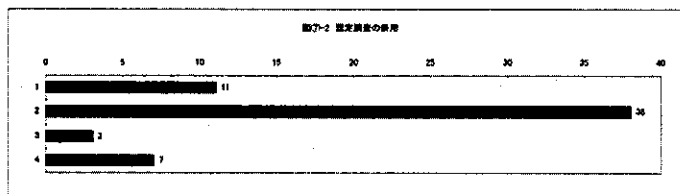
⑦-2 認定調査の併用：介護保険制度における介護認定においては、認定調査員が実際に訪問調査を行い、その結果をコンピュータによる一時判定にかけて、この結果と主治医の意見書と総合して認定審査会において二次判定にかけられて要介護度が決定されます。主治医の意見書のみではなく、実際の訪問調査が行われることから、客観性が一定程度確保されることとなります。この場合、主治医が介護保険の制度を理解していないとしても判定に大きな支障が生じにくいこととなります。

主治医による診断書のみではなく、何らかの認定調査（たとえば、ケアアセスメントツールによる評価）が行われ、診断書とペアで判定する方式が望ましいと考えますか？

- 1 望ましい
- 2 良いと考えるが、実際には不可能
- 3 望ましくない
- 4 その他（具体的に）

表⑦-2	回答数
1	11
2	38
3	3
4	7

(有効回答数59)

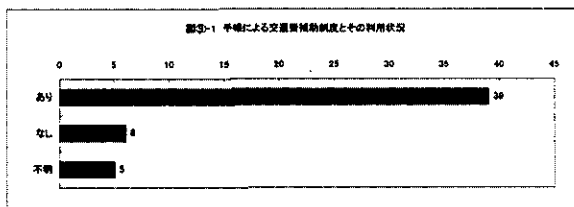


④ 精神障害者支援施策の利用状況と手帳等級との関係
 (圏域内の状況について網羅的にお答えになることは困難かもしれませんが、可能な限りでよろしいですから、お答えください。圏域内の市町村の上乗せ分を含む制度の有無については盛り込むように願います)

④-1 手帳による交通費補助の制度とその利用状況

表④-1	回答数
あり	39
なし	4
不明	5

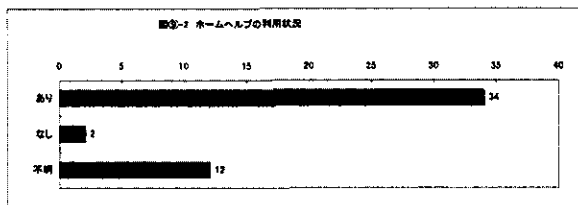
(有効回答数50)



④-2 ホームヘルプの利用状況

表④-2	回答数
あり	34
なし	2
不明	12

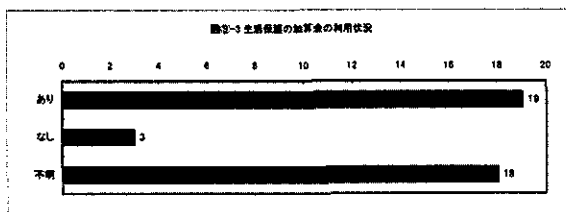
(有効回答数48)



④-3 生活保護の加算金の利用状況

表④-3	回答数
あり	19
なし	3
不明	18

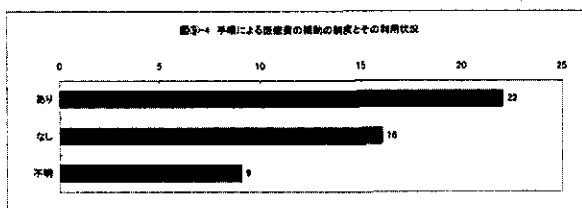
(有効回答数40)



④-4 手帳による医療費の補助の制度とその利用状況

表④-4	回答数
あり	22
なし	16
不明	9

(有効回答数47)



⑩ その他

⑩-1 手帳の偽造について：

⑩-1-1 手帳の偽造事例を経験しましたか？あれば、その概略をお知らせ下さい。

- a 経験あり
- b 経験なし

表⑩-1	回答数
a	10
b	49

(有効回答数59)

⑩-1-2 医師自らが記入したものではないことが明らかな診断書についてはどのように取り扱いますか？

- a 経験あり
- b 経験なし

表⑩-1-2 I	回答数
a	28
b	31

(有効回答数59)

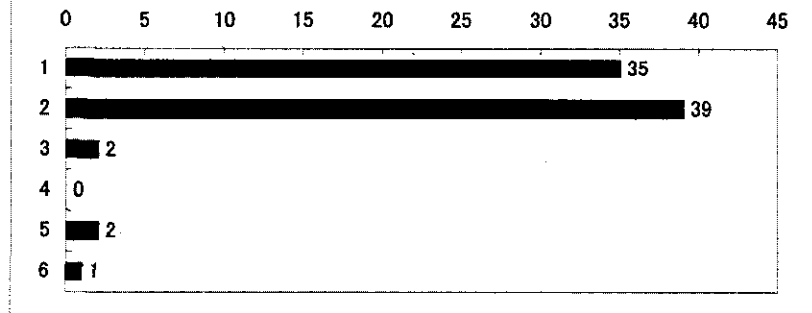
経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

- 1 医師の自署又は捺印があれば、他の記載が別の者が記載していることが明らかであっても、有効な診断書として取り扱う
- 2 医師の自署又は捺印があれば、ワープロによる文書作成であっても、有効な診断書として取り扱う
- 3 医師の自署又は捺印と、「医師の口述により看護師が代筆した」などの断り書きが備考欄にあれば、有効な診断書として取り扱う（介護意見書、年金診断書と同様の取り扱い）
- 4 この書類はあくまで「診断書」であって、「報告書」ではないことから、医師の自署又は捺印があっても、医師以外の者の代筆は認めないので、医師本人以外の筆跡であるものである場合には、申請書類不備として却下又は非該当とする
- 5 この書類はあくまで「診断書」であって、「報告書」ではないことから、医師の自署又は捺印があっても、医師以外の者の代筆は認めないので、医師本人以外の筆跡であるものである場合には、医師以外の者の代筆は認めないとして、主治医に返戻する
- 6 その他（具体的に）

表⑩-1-2 II	回答数
1	35
2	39
3	2
4	0
5	2
6	1

(有効回答数57)

図⑩-1-2 II
経験がある場合は取り扱いの方針、
又は、経験がない場合は取り扱いの考え方



⑩-2 診断書の偽造について：

- a 経験あり
- b 経験なし

a	2
b	57

(有効回答数59)

⑩-3 判定にあたっての情報収集：

⑩-3-1 判定に際しては、事実上、診断書以外の情報がないことがほとんどですが、本人等からの相談の取り扱い、精神病院実地審査・実地指導や退院請求・処遇改善請求などの際に精神保健福祉センターとして得られた情報や、政令市などにおいて生活保護等の情報が実施機関として得られている場合などで、診断書の記載内容と照合する事実が把握されている場合があります。診断書の記載が、申請者の病状や生活能力の事実と明らかに相違する内容であることを信ずるに足る理由があるということが偶々判明した場合の取り扱いには、しばしば苦慮させられます。このような場合、どのように取り扱いますか？

- a. 経験あり
- b. 経験なし

表⑩-3-1 I	回答数
a	9
b	50

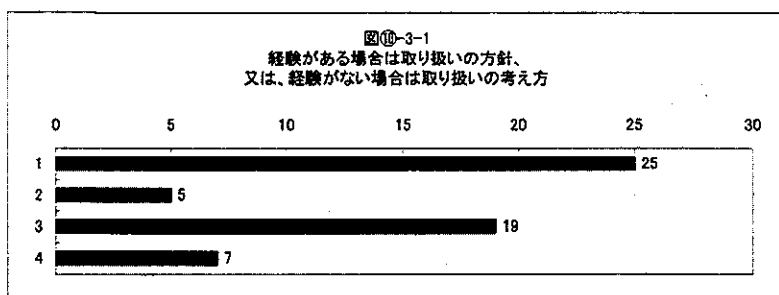
(有効回答数59)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. 行政手続や個人情報の取り扱いの原則から、いたしかたないものとして、(事実ではないことを知りつつ)診断書記載のみに即して判定する
2. 他の(診断書以外の)情報も斟酌して総合的に判定する
3. 診断書を記載した医師に疑義をただし、返戻・照会する
4. その他(具体的に)

表⑩-3-1 II	回答数
1	25
2	5
3	19
4	7

(有効回答数56)



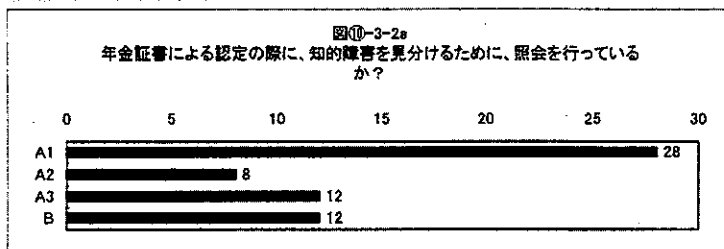
⑩-3-2 証書認定の照会

⑩-3-2a 年金証書による認定の際に、知的障害を見分けるために、照会を行っているか？

- A. 行っている
 - 1 センターが行う
 - 2 本庁が行う
 - 3 保健所等、他の出先機関が行う
- B. 行わない

表⑩-3-2a	回答数
A1	28
A2	8
A3	12
B	12

(有効回答数58)



⑩-3-2b 照会を行った場合であっても、年金の支給理由が「発達障害」「脳卒中後遺症」など、必ずしも精神障害を特定しないものも少なくありません。この場合はどのように取り扱いますか？

- a. 経験あり
- b. 経験なし

表⑩-3-2b I	回答数
a	32
b	25

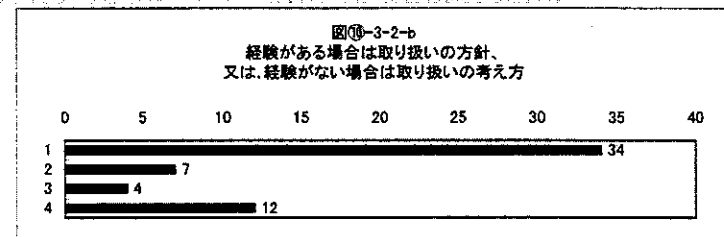
(有効回答数57)

経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

1. この申請を、判定にかけずに却下し、診断書による判定を受けるよう指導する
2. 判定にかけて、精神障害として認定する
3. 判定にかけて、却下又は非該当とする
4. その他

表⑩-3-2b II	回答数
1	34
2	7
3	4
4	12

(有効回答数56)



資料 2

自由記載項目

②-2-2 判定組織体の構成について	
都道府県	センター医師と保健所長
都道府県	外部の医師等に判定委員として依頼をし、センターの常勤職員とともに判定業務に当たる。
都道府県	センター所長（医師）及び外部の医師に依頼
都道府県	センター常勤医師とセンター嘱託医師と外部委嘱医師（輪番制）で実施
都道府県	センター長と医師2名
都道府県	旧習を踏襲し、精神病院協会、診療所協会から専門医を選出してもらっている。
都道府県	外部の医師を専門委員として委嘱してセンターの常勤職員とともに判定業務に当たる
都道府県	外部の医師等を雇いあげて判定をお願いしている。
指定都市	外部の医師を嘱託職員として、判定業務に当る。
指定都市	外部の医師5名をセンターの非常勤職員として発令し、**市立病院の医師1名と合わせた6名の医師が交代で判定に当る

②-3 審査判定（会）のメンバーの出身母体	
都道府県	1 公的機関の医師
都道府県	民間医師は精神病院協会と精神科診療所協会からの推薦 各2名
都道府県	診療所医師
都道府県	1, 3
都道府県	6はセンター非常勤嘱託医師
都道府県	診断書を医師が書き、補足説明をワーカーが書くという状況では、構成員を未だ医師を中心に置かざるを得ない状況です。またワーカーの方も診断書に記載されている医学用語を眺めとれない状況があります。
都道府県	医育大学以外の教育機関の教官
都道府県	保健師
指定都市	精神科クリニックの医師
指定都市	出身母体はそれぞれ異なります。

②-5 審査判定（会）において、委員の意見が分かれた場合の取り扱い：	
都道府県	意見が一致するまで協議するが、その際、センターより基本的な考え方を示したり、調査を行った上でセンター一任を取り付ける場合がある。
都道府県	※意見が合うまで協議を行い、合わないときは、所長が決する。
都道府県	センター長預かりで判定します。審査会の状況を反映して行います。必要な場合、補足資料を利用することもあります。
都道府県	1, 2, 3の順に対応
指定都市	最終判断はセンター長が行う

③a-2-1 診断書を書いた医師に対して、照会又は診断書の返戻を行う場合の照会の方法、文書又は添書の内容；（複数回答）	
都道府県	以前は電話が主だったが、精神科医以外への照会が増え、口頭でのやりとりでは理解しあえない場合が出てきたため、現在は文書照会を主としている。4になるか5になるかは、診断書の内容、医師の地域への貢献度などによって決めている。明確な指標はない。もちろん、審査会議で、照会方法についての助言を得る場合もある。
都道府県	1, 6(具体的問題箇所を指摘して申請書を返戻する。必要に応じてセンターで作成した手帳の書き方を送るまたは参照してもらう（HPに掲載）
都道府県	審査会のコメントを無視する医師も居り、その場合は、現診断書で判定する。
都道府県	文書参照：具体的な問題箇所の記載

③a-3 右半の種の能力の状態の判定：日常生活能力の判定（8項目）と、総合判定：日常生活能力の程度（5段階）が著しく異なる診断書の場合の取り扱いの傾向	
都道府県	基本的には主治医が一番状態を把握しており、8項目で表現できない困難をも5段階は網羅しているという考え方に立っている。ただし、余りに乖離が過ぎる場合には審査会議の助言で、教育的な文書照会を行うこともある。
都道府県	1 or 2：病歴等を重視しそこから予想される等級に近いもの（8項目or5段階）をあてはめる
都道府県	基本的には、2であるが、場合により3。
都道府県	5段階は重視するが、あまりにも整合性がない場合は、医師に返戻する。
都道府県	基本的に3, 次いで合議して決定する
都道府県	4については時に、状態像の具体的記載をおおむね参考にする。
都道府県	あまりに整合性がとれない場合は3、さらに前回の診断書を参考にする
指定都市	ケースごとに、病状、状態像の具体的程度や、病歴、治療経過の記載を参考として判定する。

③a-4-1 診断書に記載する医師の要件について（一般的傾向、又は印象）：内科医や脳神経外科医等、精神科臨床の経験の薄い医師の記載した診断書の取り扱いについて	
都道府県	診断書の内容で判断しますが、何回か照会をしているうちに、結果的に「てんかん」以外は非該当になってしまう傾向にあります。場合によっては明らかに該当しそうな場合であってもです。ただ、その場合、非該当になることで、利用者がその医療機関に対し、何らかの気づきを得ることを期待して、非該当にしました（但し3, 2条）。
都道府県	ただし従事しないことさら言明されたことはないし問い合わせたこともない
都道府県	保留。照会で確認
都道府県	※但し、精神科医作成のものよりも慎重に審査を行う。
都道府県	診断書内容から、適正な精神医学的評価に基づいたものでないと考えられる場合につき、具体的指摘・情報提供をするなど文書紹介又は必要に応じて電話照会をする。
都道府県	老人施設内の内科医等から出される場合があるが、精神科のコンサルテーションを勧めることがある。
都道府県	通常は1であるが、ひどい場合には返戻し、精神科医のコンサルテーションを求めよう指導する
指定都市	診断書の内容が極めて不備であるものの中で、精神科臨床の経験の薄い医師と推定された場合に、上記2の問い合わせを行っている。

③a-4-2 状態後の医師等が精神医学的に誤っていたり理解不能であったり、医学的適合性を著しく欠くものの取り扱いについて（③a-1のオプションの中などから選	
都道府県	診断書作成にあたっての留意事項や判定基準の解釈の説明および具体的問題箇所の指摘を情報提供するなど教育的に照会する。
都道府県	精神科医へのコンサルを勧める。総合病院でありながらコンサルテーションがえられず、本来得られる等級を下げて判定したケースもある。
都道府県	記載上の留意事項や参考資料等を送付するなど
指定都市	返戻再審査
指定都市	少なくとも1回は記載した医師に返戻・照会することが多い

③a-5-1 現在精神科治療を受けていない者。（治療中断者、治療不要者、未治療者、著しくコンプライアンスの不良な者）	
都道府県	経験例は、医療は受けたくないがサービスは受けたいという統合失調症者でした。照会の結果、現在入院加療中であること、治療を受けても対して改善の見込みがないこととの意見が書かれていたそうです。その結果3級で一級になりました。
都道府県	病歴欠如も障害の一部でありおおよそ2が多い。治療を受けさせるのが難しいと判断されるような場合などは1に、治療中断後治療を再開して間もないような場合は3
都道府県	カルテ等の提出を求め、その後判断
都道府県	現在1年以上本人の滞院が途絶え、家族のみの受診により作成された診断であったため、判定不能と申請を非該当とした。
都道府県	治療中断のケースで、医師が往診などして面談できなかった（現病を把握できなかった）場合、など事実を踏まえて判定する。
都道府県	4(case by case)
都道府県	趣旨の説明と少なくとも経過観察下での申請が妥当であることを主治医に指導し、その結果で判断する。
指定都市	申請の意図や、治療状況等につき、主治医に詳細に問い合わせ、申請者と主治医との間で解決してもらう
指定都市	現状の診断書

③a-5-2 初診後6ヶ月以上経過するも、いまだ急性期にあつて症状がいまだ安定していない者	
都道府県	6ヶ月「適切」な医療を受けて症状が安定しないのは、その障害者の責任ではないと考えます。
都道府県	現在の病状ももちろん参考にするが、病歴が短いので障害としては低く判断されることが多い
都道府県	症状固定化後の再申請
都道府県	最低でも1年以上治療してから再度診断書を提出するよう指導している。1年間以上は治療をしていただいてから再度提出された場合は、症状が安定していなければその時の状態後に即して判定している。
都道府県	推測して判断することになります。
都道府県	手帳制度の趣旨（申請2年前後から推測して記載を）を理解してもらい主治医に再提出させる場合もあり

③a-5-3 服薬していないことにより、発作が頻発しているてんかん	
都道府県	服薬後の再申請を指導する
都道府県	2は発呆、知的障害を合併した場合の考え方で。
都道府県	服薬していないことが精神障害によるものであれば2；上記の設問参照
都道府県	カルテ等の提出を求め、その後判断
都道府県	継続して申請のある場合、治療方法に注文をつける場合がある。
都道府県	4(case by case)
都道府県	服薬下き前提、治療内容や状況には踏み込めないが、これまでの治療内容の経過を問合わせることもある。
都道府県	手帳の判定は治療して残っている障害について判定しているので判定不能とすべきである。
都道府県	その根拠は、てんかんの認定においては、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（法令通知集B43ページ）と記載されているからです。
指定都市	原則的には非該当である旨を説明し、主治医と申請者との間で解決してもらう。
指定都市	服薬継続が手帳申請の条件とは言い難い
指定都市	主治医と協議して、一時保留。服薬できるような介入が行われたのちもう一度判定するよう指導する。

③a-5-4 適切な支援（治療）を拒否していたり、家族や医療機関関係者が積極的な治療援助を怠っていること等により結果的に病状が重くなっている者	
都道府県	a-5-1のケース一例だけです。
都道府県	服薬していないことが精神障害によるものであれば2；上記の設問参照
都道府県	支援の可能性を照会
都道府県	医療機関に受診を促す工夫をするように指導する場合がある。保健所の嘱託医が訪問し作成した診断書は受理していない。
都道府県	診断書からは当該情報はつかみにくい。仮に診断書からその内容が読みとれるようであれば、主治医に照会し、判断する。
都道府県	手帳の判定は治療して残っている障害について判定しているので判定不能とすべきである。
指定都市	原則的には非該当である旨を説明し、主治医と申請者との間で解決してもらう。
指定都市	これを厳密にすると、病歴の欠如した最重度の精神障害者が手帳制度の適用にならなくなる（本人申請の原則との兼ね合いが難しいところであるが）
指定都市	場合によっては、保留と主治医と協議して介入を検討してもらうことはあり得る。

③a-5-5 手帳の判定にかかり必ずしも本人、主治医や家族等、申請者側の関係者が適切な対応をしていないと考えられる場合にあって、判定に際して、当該関係者に	
都道府県	独自の診断治療をされる方に、診断名の整理ということで差し戻したことがある
都道府県	例えば、「主治医にこうお願いしてみたら」など。
都道府県	このような事例は全く取り扱ったことが無く、判断できかねます。意見を付すとか、勧告する権限が判定会に認められるのでしょうか？
都道府県	判定審査会には、治療や処遇上の指導権限はないと考えられますので、もし問題が大きければ精神医療審査会に相談することになると思います。
指定都市	本来は1および2や3であるべきであるが、個人情報保護法制の関係で難しい
指定都市	事実関係を聴取し、場合によっては区役所（保健所）での対応をすすめる
指定都市	手帳の内容に適切な対応かどうかを明確に判断できるような根拠が記されていれば（診断書だけなので判断は難しいですが）、その内容について主治医と協議することはあり得る。

④a-b 等級決定（又は、非該当の決定）後、ほとんど問を置かずになされる等級変更申請の取り扱いについて	
都道府県	文書にて主治医に照会し、内容確認をする。
都道府県	それほど極端な例は経験していない
都道府県	変更の根拠を照会
都道府県	あとに提出された診断書が著しく不自然であった場合は、医師にその点について照会、補足説明を求めるため、返戻する。
都道府県	再提出した理由を詳しく記載するようコメントを付し返送している
都道府県	変更の程度、質によって対応も大きく変化させると思います
都道府県	主治医等に連絡説明のうえ適切な申請を促す
都道府県	問い合わせがあれば主治医に望ましい記載と考え方を連絡する
都道府県	主治医に前回提出時の診断書との整合を確認の上、判定する。
都道府県	原則的に3ヶ月後再提出を求め、再度判定する。
都道府県	4(主治医に状況を確認)
都道府県	主治医に照会する
都道府県	主治医から事情聴取したのち却下の方向で考慮
都道府県	医師に照会
都道府県	主治医に照会し、判断する。
指定都市	主治医に事情説明を求めた上で判定する
指定都市	必要に応じて照会
指定都市	変化した経緯を診断書に記載するよう主治医に求める。
指定都市	後に提出された診断書が著しく不自然であると考えられる場合にあっては、主治医に連絡・協議して適切な扱いが出来るよう調整することもあり得る。

④b-1-1 主たる精神障害が依存症（F1x.2）（アルコール依存症、薬物依存症など）の取り扱い	
都道府県	ただし④具体的程度、症状等の記載で「依存・乱用」がある場合は却下。
都道府県	単に依存症だけの診断では、診断名の再検討を求め、精神障害のある場合、主・従とわず判定する。
都道府県	依存症は非該当として返戻。再提出された書類を判定。
都道府県	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	4生活能力の障害の具体的記載があれば等級をつける
指定都市	ばらつきはある

④b-1-2 従たる精神障害が依存症であるものについて；例えば、主たる精神障害が統合失調症でアルコール依存症（中毒性精神病ではないもの）を合併している場	
都道府県	アルコール依存症の病態が統合失調症と関連のある場合は加味・抑制欠如など
都道府県	状況により加味することもある。
都道府県	あくまでも生活の障害の程度として、その範囲の中で判定する。

④b-2-1 主たる精神障害がパーソナリティ障害（人格障害）：F60～F62、特にF60である場合の取り扱い	
都道府県	PDのうち、反社会的行為をおこすこと以外の病状が精神病と同程度と考えられる者を対象にしています。
都道府県	精神障害と同等の支障のある場合、例えば期間の長さ等を加味して審査する。
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	4生活能力の障害の具体的記載があれば等級をつける
指定都市	3、ただし重度長期で日常生活に支障
指定都市	短期精神病状態の状況など、生涯状況を判断する

④b-2-2 パーソナリティ障害の等級程度の判定について	
都道府県	対人関係など適切に行うことができないので
都道府県	照会で確認
都道府県	具体的な生活状況の記載を求める
都道府県	病歴を参考にする
都道府県	精神障害と同等の支障のある場合、例えば期間の長さ等を加味して審査する。
都道府県	できない状態がどの程度継続するか、発作の頻度等詳しく病状を主治医に記載をお願いする
都道府県	記載が不十分な場合は主治医に照会し、判断する。
指定都市	疾患特性に即して考えれば、パーソナリティ障害者のものと統合失調症等の精神病性障害とは異なってくるのは当然
指定都市	妄想的な人格障害、情緒不安定型人格障害など、タイプによっても考え方が異なると思われるが、「パーソナリティ障害では日常生活の用を弁ずることが不能、とは定義上考えにくい」という見解は必ずしもあたらなないと思われる。
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	合議

③b-3-1 治療によって臨床発作が見られない程度までコントロールされた、「発作なしのてんかん」は、てんかんを主たる障害としての申請については却下又は非該当	
都道府県	てんかんは発作のみの疾患ではありません
都道府県	3級を認め、日常生活状態の支障の程度で判定する。
都道府県	発作のタイプ・頻度、合併精神病、生活能力の状態を総合的に判定している。
都道府県	5 その他(具体的に) てんかんの診断であれば、通知(平成7年9月12日 第46号)に、3級は「イ、ロの発作が月に1回未満。ハ、ニの発作が年に2回未満」とあるので、この表現には発作が0回も含まれる。したがって服薬しているのであれば、「発作なしのてんかん」でもすべて3級に該当すると判断されます。
指定都市	治療により臨床発作が抑えられていても再発可能性があることから、就労や社会参加の範囲が限定されることが十分あり得る。
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	あくまでも精神症状と日常生活の状態の記載内容で判定する。発作が無く精神症状が中心であればF1点完成精神障害かどうか事情聴取する。
指定都市	服薬で発作がなくなっても服薬する必要があり、関連の生活上の不便(合併症によるものを含む)があれば等級がつくと考えている。その際の等級に発作型やもとの発作頻度は参考にする。発作なしの状態が5年以上続ければ、医療継続・服薬の必要があるのかどうか確認することもある。

③b-3-2 発作はあるが「日常生活や社会生活は普通にできる」という記載があるものについても、あくまで発作頻度(「判定基準の運用に当たっての留意事項」のイ)	
都道府県	統合失調症と比べててんかんは厚遇されているという審査委員の不満にセンターとしても同意見ですが、通知に従っています。
都道府県	非該当になる旨、返戻して指導する
都道府県	保留とし、主治医に日常生活能力の程度記載の再考を促す。
都道府県	マニュアルに従うとそうせざるを得なく、生活歴のないケースの場合、矛盾があり、課題と考えて居る。
都道府県	通常は、発作の種類と頻度に即して等級判定するが、「日常生活や社会生活が普通にできる」という記載があるものについては、診断書を返戻し、訂正を求める。
都道府県	発作がある以上、矛盾するため返戻
都道府県	発作のタイプや頻度と日常生活能力の程度に乖離がある場合は、主治医に照会をかける。
都道府県	3級
都道府県	3 その他(具体的に) てんかんの診断であれば、通知(平成7年9月12日 第46号)に「発作の区分と頻度、あるいは発作間欠期の精神神経症状・能力障害のいずれか一方のうち、より高い等級を障害等級ととる」とあるので、「1」に○をつけるのは自明の理だと考えます。
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	発作間欠期の生活障害を、潜在的な要素も加味して再評価する様、主治医に求めて返戻している。

③b-3-3 「判定基準の運用に当たっての留意事項」のイロハニの発作タイプ以外の発作(たとえば自律神経発作やAuraのみのもの)は却下又は非該当とするか	
都道府県	精神症状の有無により判断
都道府県	まだ未経験なので通知に従うまでです。
都道府県	何らかの精神症状が見られる場合は、等級をつける場合がある。
都道府県	マニュアルに従って判定する。
都道府県	日常生活への支障の有無を考慮
都道府県	3級
都道府県	その他(具体的に) 「てんかん」であり服薬しているのであれば、すべての発作型を含めなければなりません。自律神経発作やAuraのみは単純部分発作に該当しますし、注1)分類では不十分だが「イ」として判断している。
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	イロに準じて判定している。
指定都市	他の精神障害の有無により判定する

③b-3-4 「てんかん640」を主たる精神障害として、従たる精神障害がない場合で、臨床的てんかん発作が存在せず(薬物治療中ではある)、症状が専ら「不機嫌	
都道府県	過去にもてんかん発作がない場合は病名の検討を求める
都道府県	てんかんでは該当しないの意見をつけて却下
都道府県	てんかん発作がなくても、何らかの精神症状が見られる場合は、障害認定を行う場合がある。「器質性精神障害」があれば、主治医へ照会の上、従たる精神障害への追記を促す。
都道府県	状態像の記載の厳格化を求める。
都道府県	現在の症状及び能力障害の状態をできるだけ正確に判断するために、概ね過去2年間の状態、あるいは今後2年間に予想される状態も考慮する必要があると考え、詳細を主治医に文書照会し、判定する。
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	不機嫌の程度と生活障害の状況の関連が整合していれば、認定する場合もある。
指定都市	主治医の疾病概念(てんかん発作自体と考えるか、揮動症と考えるか、器質性性格障害ととるか)によるところ。

③b-4-1 主たる障害が精神遅滞F7xである場合	
都道府県	このことを知らない精神科医が多い。精神症状がある場合療育手帳該当者には3.2条は認めるが、精神保健福祉手帳は交付せず、療育手帳を所持していない場合だけ認めている。また、知的障害の程度が重い人には療育手帳の申請を勧める場合もある。
都道府県	療育手帳を勧める。申請理由の確認、軽度の場合は3を求める
都道府県	5の場合、診断書を返し、療育手帳の有無を確認し、療育手帳を勧める。
都道府県	まずは療育手帳の取得を勧める
都道府県	主たる精神障害が知的障害の場合、主治医に診断書を返戻し補正をお願いしている。合併精神症状等がなく補正不可の場合、手帳は、非該当としている。
都道府県	知的障害のみの場合は、療育手帳の申請状況、精神症状による治療状況を確認した上で申請を受理している
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	療育手帳との関係において、主治医照会を行い協議することも多い

③b-4-2	精神遅滞が合併している場合で、精神遅滞による日常・社会生活能力障害の寄与が多くを占めると考えられる場合、たとえば、主たる精神障害が「軽度うつ病」
都道府県	5を前提とした内容になっているかどうかの照会をしますが、多くは4の結果になってしまふ。
都道府県	病歴により判断
都道府県	この場合も療育手帳の有無と等級を聞き、その上で判定する。
都道府県	5に関しては照会することが多い。
都道府県	主治医に診断書を返戻し、知的障害の寄与分を除くよう補正指示を出している。併せて、主たる障害が精神遅滞であれば、療育手帳制度の対象になることを主治医に伝える（主治医が制度を知らない場合があるため）。
都道府県	本来は5でやりたいが、実情は4。なお、内容に整合性がない場合は、療育手帳の有無など関連情報を主治医等に照会する。
指定都市	方針としては5だが、結果的に重くなる傾向にある
指定都市	知的障害ではなく、主たる精神障害と生活障害の関連記載を求めて返戻
指定都市	全体としての判断しか出来ない

③b-5-1	たとえば、主たる精神障害が「軽度うつ病」、身体合併症が「頸髄損傷による対麻痺（身体「級相当）」である場合で、日常生活能力の多くの項目が「でき
都道府県	原則的には5だとおもいますが、1例だけ経験しました。5に従って照会→審査により非該当→再提出→この時には精神障害が重くなっている→結局審査承認となりました。
都道府県	病歴により判断
都道府県	身体障害による寄与分を除いた状態を主治医に確認する。
都道府県	身体障害者手帳の有無を確認し、その程度に応じた生活障害は差し引いて判定する
都道府県	ケースによっては、主治医に診断書を返戻し、身体障害の寄与分を除くよう補正指示を出している。
都道府県	主治医等に照会し、身体障害による日常生活上の支障の程度を確認し、その上で、判定する。
指定都市	このケースは「主・従」の問題ではないことから、選択肢1から4は不適当と思われる。5としたところだが、身体障害による寄与部分を除いた状態を推測することには限界があるので、主治医に事情を説明して書き直してもらうことになる。
指定都市	方針としては5だが結果的に重くなる傾向にある
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	主たる精神障害との関連記載を求めて返戻再審査

③b-5-2	同じ程度の精神症状であって、合併する身体障害による日常生活能力の障害のある者となし者では、精神障害としての障害等級に差をつける（身体障害のある
都道府県	身体障害者手帳の取得を進める場合がある。

③b-6-2	たとえば、「産児のてんかん」で、「日常の生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない
都道府県	てんかんなので型と頻度で判定する。
都道府県	診断書が5の内容になっているかどうかの照会をすることにしました。でも結果的には3になります。
都道府県	その旨留意して訂正するよう主治医に求める場合もある
都道府県	乳幼児のてんかんについてはあくまでも発作の型と頻度を重視し、日常生活能力によっては判定していない。
都道府県	発作型・頻度で判定
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	生活歴がないものを判断するというものであり、この場合同年齢の精神発達の場合で活動できる範囲と比較して判定している。
都道府県	具体的症状記載によって判断する
都道府県	発作区分と頻度で判定する。
都道府県	主治医に同年齢の平均的な発達との乖離を詳細（具体的内容（エピソード））に照会し、その内容によって判定する。
都道府県	6発作の型と頻度で判定
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	乳幼児医療はほとんど無料なので、申請は見かけない

③b-6-3	たとえば、5歳児の自閉症で、「日常の生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」と
都道府県	審査会種で照会すべきかを問い、場合によっては2へ、療育手帳非該当なら3という流れになります。
都道府県	その旨留意して訂正するよう主治医に求める場合もある
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	専門家が読み、そこから出される診断書については審査する。生活状態は前項と同等に読み替えるを行う。
都道府県	具体的症状記載によって判断する
都道府県	主治医に診断書を返戻し、同年齢児の平均と比較で「日常生活能力の判定」等を記載するよう補正指示を出す
都道府県	知的障害が中・重度の場合には、療育手帳の取得を勧め、軽度の場合には3で判定する。
都道府県	主治医に同年齢の平均的な発達との乖離を詳細（具体的内容（エピソード））に照会し、その内容によって判定する。
指定都市	5歳の自閉症で「身の回りのことがすべてできない」場合にあっては、知的障害で認定される可能性があると考えられることから
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	知的障害があれば、療育手帳を勧めるべく主治医照会

③b-6-4 たとえば、7歳児の身体表現性障害（不登校児童）で、「日常生活能力の判定」がすべて「援助があればできる」となっていて「3精神障害を認め、日常生活	
都道府県	I、発達期にあるものの障害については別に定める必要がある。II、児童に関する福祉制度との整理が必要がある。III、16歳未満の精神障害は特定の疾患に限定する必要がある。
都道府県	照会し、学校不登校だけなら2を、全般的な不適応なら5になる。
都道府県	その旨留意して訂正するよう主治医に求める場合もある
都道府県	照会内容は2に準ずる
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	これまで経験のしたことのない事例で、偏見と差別があり、家族に余程サポートできるネットワークを持つ医療機関でないと難しいと思われる。
都道府県	特に問題になったことはない
都道府県	主治医に同年齢の平均的な発達との乖離を詳細（具体的内容（エピソード））に照会し、その内容によって判定する。
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意見を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	手帳に年齢制限はないので精神障害の存在、持続性、生活の障害の程度によって判断する

③b-6-5 乳幼児の精神障害者保護福祉手帳の申請について、問題となった事例や考え	
都道府県	I、発達期にあるものの障害については別に定める必要がある。II、児童に関する福祉制度との整理が必要がある。III、16歳未満の精神障害は特定の疾患に限定する必要がある。
都道府県	もしも、乳幼児の精神障害というものを認めるのであれば、発達段階に合わせた診断書を用意すべきだと思います。また、てんかんを身体障害にしていまい、純粋に発作の頻度と型だけで判断するようにしてもいいのではないのでしょうか。
都道府県	同年齢の日常的能力との比較を主治医に求め、それに応じて判定する
都道府県	特別障害児手当の判定（センター所長が行っている）基準となるべく整合性を持たせるようにしている
都道府県	非該当になる旨、返戻して指導する
都道府県	てんかんの患者でも、10歳未満の子どもの精神障害者と診断し手帳を交付することが妥当なのかどうかということは判定会でいつも議論されている
都道府県	難治性てんかんの子どもたちで、生活力のある子どもに簡単に1級にして良いかどうか迷うところです。
都道府県	県の独自事業の「福祉医療制度」での自己負担が増加し、「てんかん」等の病名で手帳もしくは32条の申請を行い、精神的な治療と言うよりは療育を行っている。精神科医（脳神経小児科医）が常勤していない医療機関での療育は認めない。今後福祉医療の自己負担がさらに増加するとますます32条で対応を求めていくことが予想され、精神医療の範囲（難治性てんかんとは？）を明確にして判定委員会で判断しなくてはならない。
都道府県	10歳未満は手帳は非該当とし、32条のみとしている。
都道府県	乳幼児用の日常生活能力の判定項目が別に必要。
都道府県	「生活能力」の判定は「独りでアパート生活をしている」状況を前提としている。その前提とならない年齢（18歳以下）の者は、現実的に親等に養護されている者であることから、この手帳の対象とはせず、児童福祉法でカバーすべきであると考えます。
都道府県	多くの場合、小児科医が記載しており、手帳判定の基準を十分理解していないためか、記載内容に不備が多く、主治医に、コメントを求めるための照会をする事が多い。手帳交付の対象について、下限年齢を設定する必要があるのではないのでしょうか。（0、1、2歳くらいまでは、特に変化が著しく、障害の固定をどう捉えるのか疑問です。）
都道府県	福祉手帳の等級基準は、精神病類似の生活障害の有無を指標にしているため、乳幼児は該当しないことが多い。
指定都市	知的障害との境界領域が整理されていない。そもそも子どもの精神障害そのものの医学的位置づけが、一般の精神科臨床医の中に十分なコンセンサスがあるとはいえず、そういうものを精神障害者施策に位置づけることに困難がある。経験では、当該対象者の障害者福祉施策の利用というよりも、保護者が子どもの障害認定をもって生活保護の加算を得ることを意図しているなど、経済的な利得と結びついた申請が多い印象がある。生保の障害加算も広い意味で障害者福祉施策ではあるが、今後、障害者自立支援法の制度下においては、手帳の取得そのものが支援の給付と直接結びつかなくなることから、手帳取得の意義は「障害者たること」の認定に移行すると考えられる。個別には、障害程度区分の認定によってサービスが提供されることになるが、そうすると、手帳の取得は障害者福祉の入り口であることになり、別の重みが増してくる。「子どもの精神障害」に関するコンセンサスについては喫緊に解決されるべき課題であろう。
指定都市	・手帳申請に至る経緯が見えにくい（療育手帳の有無など）・本人の申請が原則とされているが、実際には親の意向で申請がなされることになる・平均的な発達からの乖離が、実際には診断書では読み取りにくい場合が多い
指定都市	現状の精神障害者の範囲を考えれば、乳幼児といえども精神症状があり、それにより日常生活にかなりの制限があり、援助が必要であれば手帳取得はいたしかたないものと考えます
指定都市	高機能自閉症で、情動及び行動の障害がない場合
指定都市	今後アスペルガーなど増えるのではないのでしょうか

③b-7-1 全般性不安障害（F41.1）を主たる障害とする申請について	
都道府県	病名について全般性不安障害の診断は精神病状態にならないので、他の診断名がつく可能性については照会し、その結果、全般性不安障害であるならば非該当（32条の時）。
都道府県	疾患の特性上、障害が限定的であり軽めの判定になる
都道府県	病歴の長さや症状の重篤さ、日常生活能力の程度などを総合的に判定し、判定会で議論して認めている。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	最近の傾向です。一般的に精神障害者と同等の長期間に渡って、生活に障害があった場合認める傾向です。疾患として認めますので3級相当になります。
都道府県	主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意見を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	重度で長期にわたり日常生活に支障があると認められる時

③b-7-2 パニック障害（F40.01又はF41.0）を主たる障害とする申請について	
都道府県	疾患の特性上、障害が限定的であり軽めの判定になる
都道府県	病歴の長さや症状の重篤さ、日常生活能力の程度などを総合的に判定し、判定会で議論して認めている。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	単独でパニック障害を主病名にしている診断書とうつ病（状態）で挙げている場合があります。単独であげられた時に主治医に診断名の再考を促す場合があります。
都道府県	主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意見を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	重度で長期にわたり日常生活に支障があると認められる時

③b-7-3 摂食障害（F50）を主たる障害とする申請について	
都道府県	疾患の特性上、障害が限定的であり軽めの判定になる
都道府県	病歴の長さや症状の重篤さ、日常生活能力の程度などを総合的に判定し、判定会で議論して認めている。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	摂食障害が通過障害として考えられる場合もありますので、その場合主治医に診断名に再考を促すことがあります。
都道府県	主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	4判定しないことはない、総合的に見る。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	重度で長期にわたり日常生活に支障があると認められる時

③b-7-4 強迫性障害（F42）を主たる障害とする申請について	
都道府県	疾患の特性上、障害が限定的であり軽めの判定になる
都道府県	病歴の長さや症状の重篤さ、日常生活能力の程度などを総合的に判定し、判定会で議論して認めている。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	長期に及び程度も重症で推移する場合もありますので、そのようなケースで1級に該当した事例もあります。
都道府県	4=主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	重度で長期にわたり日常生活に支障があると認められる時

③b-7-5 非器質性不眠症（F51）を主たる障害とする申請について	
都道府県	他の診断名がつかないか照会し、精神病と同等な症状記載を得られた場合、ないし他の該当する診断名を得られた場合、該当する診断名で判断。
都道府県	生活障害の由来が不明の場合それを明らかにするよう差し戻す
都道府県	不眠のために恒常的に生活に障害が生じているかどうかで判断している。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	睡眠相後退相候群等考えられますが、単独であげられたケースがありません。夜間の仕事を持っていたり、日常生活が出来ていたり、他の精神障害がないためです。
都道府県	主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	判定しないことはない、総合的に見る。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	不眠症のみでの手帳申請は記憶にないが、もしあれば主治医に事情聴取することもありうる。

③b-7-6 解離性（転換性）障害（F44）および、身体表現性障害（F45）を主たる障害とする申請について	
都道府県	疾患の特性上、障害が限定的であり軽めの判定になる
都道府県	病歴の長さや症状の重篤さ、日常生活能力の程度などを総合的に判定し、判定会で議論して認めている。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	診断名の再検討を主治医に促します。大体変更し、違う病名を主病名にされているようです。
都道府県	解離状態の生じる頻度、発作の期間等詳しい状況を診断書に記載を求める
都道府県	主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	重度で長期にわたり日常生活に支障があると認められる時

③b-8-1 「高次脳機能障害」という「病名」を「主たる精神障害」の病名として認めるか？	
都道府県	当所で、高次脳機能障害支援を行っている手前、脳外科医たちにこの問題を認知してもらうために教育的指導までしています。
都道府県	現状では致し方ないとの考えで
都道府県	F06又はF07カテゴリーに記載してある病名に改めるよう指導し再提出をさせた後で認めている。
都道府県	高次脳機能障害について、その病理性が多様なため、それだけで一つの疾患に認めるかどうか、委員の判定基準に一致を見て居ないところです。今年度の国のまともを見て考えることになると思います。
都道府県	病名をF06又はF07に変更依頼する
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。

③b-8-2 「高次脳機能障害」に該当すると思われる事案の等級についての考え	
都道府県	「高次脳機能障害」のうち、外傷性のもの、若年者には啓発を行っています。高齢者の脳血管性高次脳機能障害、身障手帳保持者に関しては積極的に啓発することはしません。
都道府県	全般的な脳機能障害・注意障害・記憶障害・実行機能障害などについては認める。限定的な脳機能障害（失認など）は原則認めない
都道府県	内容に不備がなければ、F0として扱う
都道府県	3の例は経験がない
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	6あるいは7に準じる形になると思います。
指定都市	個々の症例については、3・2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。

③b-9-1 「自閉症」「広汎性発達障害」「アスペルガー障害(症候群)」を主たる精神障害とした申請に対しての取り扱い	
都道府県	2を原則としても、判定が5段階重視なので、照会したとしても3に落ち着いてしまう。
都道府県	原則は2だが実際には3のことも多い
都道府県	療育手帳の所持者には交付していないが、IQが高い高機能自閉症の人達は、療育手帳の対象とならないため精神保健福祉手帳の対象としている。
都道府県	現実には3になる
都道府県	精神発達遅滞による日常生活、社会生活上の制限を除いた病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	決して知的障害を伴わないケースも多く、社会的援助の多いケースが数多くあります。大阪では乳幼児一思春期を専門にしている医師が多く、居場所の問題等も検討されている。とくにアスペルガー症候群の診断が思春期以降に確定されることが多く、「ひきこもり」「デイケア」等の中で対応している。
指定都市	個々の症例については、3・2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	知的障害があれば主治医照会により療育手帳を勧める。しかし、本来的には3と考えられる。

③b-10-1 痴呆性疾患を主たる障害とした申請について	
都道府県	違和感はありますが、通知に従うとやむを得ないとの見解です。
都道府県	手帳の対象ではないと思われるが、一応、日常生活能力の状態に応じて等級を判定し、手帳を交付している。
都道府県	中核症状に加えて精神症状があることが条件になっています。問題は診療所付設の老人医療施設からあがってくる診断書です。具体的な症状が記載できていない場合もあり、そのような場合は、手帳の対象と認めていません。
都道府県	精神症状を有し精神的治療を必要とするものについて対象としている。
都道府県	何らかの精神神経症状があれば等級をつける。
指定都市	個々の症例については、3・2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。

③b-10-2 痴呆性疾患の身体障害部分について	
都道府県	現実には1となる
都道府県	日常生活・社会生活の制限はどこまでが身体障害によるものか判別できないため、結果的に加味した判定となってしまっている。
都道府県	身体障害の原因が精神疾患やその治療によるものであれば加味して判定する。
都道府県	今の時代では「アパート等で単身生活」を基本において考えて居ます。介護保険制度によってサポートされていることが前提です。
指定都市	個々の症例については、3・2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	現実問題として、現行の診断書で分けて判断することは困難である。
指定都市	全体的な判定しき止むを得ない

③b-10-3 痴呆の手帳判定においてこのほかに考慮していることや考え	
都道府県	介護認定との関係で整理し法45条から切り離す。
都道府県	若手帳の身障手帳は、アルツハイマーによる廃用症候群による上肢、下肢機能障害というしきりで該当になります。一方精神の手帳としては、痴呆で寝たきりだと精神病的な精神症状なんかないか？との議論になります。でも結局、5段階重視で、しかも照会をかけても身障部分との分離不能との意見が返ってきてそれを追認する形になります。現行制度ではやむを得ないと考えます。
都道府県	精神科医療の対象者を明確にすべきと考えます。精神症状及び副症状を有しない患者は福祉の対象者ではないでしょうか。
都道府県	当県では、手帳1級に医療費自己負担の減免（多くの場合は免除）の制度が適応となるため、近年、老人医療費の自己負担増加に伴い、痴呆で手帳の申請が急増している。90歳を超える者の申請も少なくなく、もう障害者福祉を逸脱している。精神障害者福祉対策の主旨に沿う形での対象者の制限は必要と思われる。
都道府県	未成年期に発症した痴呆について（たとえば5歳で脳障害によって知能が低下した場合、痴呆として該当させるか精神遅滞として療育手帳のみとするかといった問題。該当させたケースあり）
都道府県	本当は、精神疾患とは別の障害にすべきで、基準も別々に作って判定すべき。
都道府県	適切な意思疎通の意味について理解されていないため、自発的にできるに印される事例が多い。
都道府県	排泄等の重篤なもの以外は、介護保険で手当てすべきであって、精神保健福祉手帳の対象者から除くべきではなからうか。
都道府県	寝たきりのケースの判断は困ります。以前に精神科医療を受診したため入院されていて、自殺未遂等のため、植物状態になっている方の手帳を申請等どうしたものか考えてしまいます。
都道府県	身体障害のよるものか、痴呆の意欲低下による症状か、区別が難しい。
都道府県	痴呆は精神保健福祉手帳の対象外とすべき。
都道府県	痴呆の根拠（知能テスト、画像所見）の記載がない診断書が見受けられる。すべて返戻し、診断書に追記していただく。
都道府県	高齢者の痴呆は1級になることが多いが、それ以外の疾病の場合は1級になることは少なく、本来の対象者と思われる方へのサービスとの関係上疑問が残る。（タクシー等の交通費の補助などは1級所持者のみの所も多い）高齢者の痴呆に関しては、3・2条目的の申請（重度痴呆のデイケア）と考えられ、介護保険にて対応すべき。手帳には該当するが、3・2条に該当しないものまでも、自動的に認定されるのは問題。手帳と医療費は切り離して考えるべき。
指定都市	痴呆（認知症）の判定が激増している。精神医学に精通しない医師が書いた診断書は判定に著しい支障がある
指定都市	本市では平成16年10月より手帳1級所持者が障害者医療の対象となったため、あきらかに寝たきり状態で身体的管理が中心の高齢者まで「痴呆」として申請されてくるようなことになりました。この場合、精神科医ではなく内科や脳神経外科医の診断書であることが多く、かつ老健等施設入所者である場合が多い印象があります。どうもケースワーカー等が申請を勧めているのではないかと考えられます。本市では痴呆だけでは手帳所持は認めていませんが、このような手帳判定の目安等について精神科以外の医師に周知する機会を作ることが難しいので、このような事態には苦慮しています。また、以前には何らかの精神障害があったものの2年間のうちに状態像が変化し、痴呆が主病像になった時に、手帳の診断書の作成が精神科医から他診療科の医師に移ってしまっていて更新申請がされてくる場合があります。このような場合も、手帳の趣旨からいけば非該当とすることになるのでしょうか、精神障害者手帳についての理解が他診療科では不十分なため、安易に更新申請が行われているように感じます。
指定都市	③b-10-2：2としても診断書からの情報では判別しにくい。“認知障害手帳”のような別立てでサービスも考えるべきでは
指定都市	精神科以外の医師の記載の不備が目立っています。