

③b-1-1	主たる精神障害の病名として、状態診断や、一過性ないし持続しない病態（心因反応、適応障害、等）が記載されているものについて
都道府県	2の照会をかけるようにしており、少なくとも精神科医に照会した結果は、F2.F3に変更されました。
都道府県	適応障害でも脆弱性を背景にしており、繰り返すことが多い、こうした全体像をもとに判断する
都道府県	2003年発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き」68ページの心因反応の記載に基づきカテゴリーが記載されていれば認めている
都道府県	更新の申請の場合に一過性等の診断がされた場合は、主治医に適切な病名について照会し、回答内容をもって判定する。
都道府県	3級にみなすか等級外とするか、別れると思います。
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	ICDコードが明確に記載されているものは該当とする。

④-1	施行令第6条や障害等級判定基準ならびに関連通知（「運用留意事項」など）のほか、自治体が独自に策定した細則があるか？あるとすればどのようなことか
都道府県	厚労省関連通知に基づいて、都道府県保健福祉部保健予防課精神保健対策室および指定都市市保健福祉局保健福祉部障害福祉課が作成した「通院医療費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の申請にかかわる診断書の記載方法について」（平成14年8月1日付）という文書を関係医療機関に配布している。判定はそこで示した内容から逸脱しないように行っている。しかし、実際の判定に際して、そこで定められている基準では判定しがたい事例もあるので、そのような場合にはいかのような不文律（共通認識）にしたがって判定している。1）主たる障害名が人格障害やうつ病の場合は原則として一般相当にはしない。2）経過の長い統合失調症の場合は、⑤-3が（3）であり、かつ⑤-2で全項目が「概ねできる」となっている場合は、「援助があればできる」が一つなくても2級とする。同様に⑤-3が（4）であり、かつ⑤-2で全項目が「援助ができる」となっている場合は、「できない」が一つなくても1級とする。いずれの場合でも、③および④を考慮に入れることはいうまでもない。3）新規申請の場合、⑤-2、⑤-3で障害の程度に乖離がある場合は、軽い方で判定する。大きな乖離がある場合は照会する。
都道府県	なし
都道府県	3級は、⑤の出来る、援助が必要、のみで、援助があればできる、と、出来ない、はゼロ。2級は、援助があればできる、が2個から3個で、出来ないは原則ゼロ個、1級はできないが1個から2個以上。⑥の（1）（2）は3級、（3）（4）は2級、（5）は1級。⑤、⑥が一致しない時は軽い方に判定する、が原則。
都道府県	細則はない
都道府県	定めていない
都道府県	老人性痴呆の取扱について、生活能力の判定について。
都道府県	「通院医療費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の申請に係る診断書の記載方法等について」を全指定医に配布。
指定都市	ありません

④-2	細則がない場合にあっても、委員間の申し合わせ事項や不文律があるか？事実上の基準みたいなものがあるとするは、どのようなことに関して、どのような内容か
都道府県	厚労省関連通知に基づいて、都道府県保健福祉部保健予防課精神保健対策室および指定都市市保健福祉局保健福祉部障害福祉課が作成した「通院医療費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の申請にかかわる診断書の記載方法について」（平成14年8月1日付）という文書を関係医療機関に配布している。判定はそこで示した内容から逸脱しないように行っている。しかし、実際の判定に際して、そこで定められている基準では判定しがたい事例もあるので、そのような場合にはいかのような不文律（共通認識）にしたがって判定している。1）主たる障害名が人格障害やうつ病の場合は原則として一般相当にはしない。2）経過の長い統合失調症の場合は、⑤-3が（3）であり、かつ⑤-2で全項目が「概ねできる」となっている場合は、「援助があればできる」が一つなくても2級とする。同様に⑤-3が（4）であり、かつ⑤-2で全項目が「援助ができる」となっている場合は、「できない」が一つなくても1級とする。いずれの場合でも、③および④を考慮に入れることはいうまでもない。3）新規申請の場合、⑤-2、⑤-3で障害の程度に乖離がある場合は、軽い方で判定する。大きな乖離がある場合は照会する。
都道府県	特に基準は作っていない。 現状はケース・バイ・ケースで対応している。
都道府県	なし（なるべく病歴全体を把握して判定するようにしているので、なかなか基準づくりは難しい。全体像の判断には、入院レベルは1級、デイケアレベルは2級、軽労働以上は3級といったおおまかな目安のほうが便利。たとえば通院していても、努力して入院を防いでいるような場合は1級になり得る）
都道府県	精神医学的慣習による
都道府県	特に定められていない。
都道府県	金銭管理と通院・服薬を重視する
都道府県	てんかんについてのみ申し合わせ事項として、イ、ロ、ハ、ニ、ド、頻度を組み合わせて判定基準を作成している
都道府県	迷う症例に関しては他の欄の記載を併せ勘案し、総合的に判定している。十分な情報を得られない書面に関しては返戻、照会している。
都道府県	その都度合議する
都道府県	長年の経験上の知識は伝承されています。合議の際に前回の場合が引き合いに出されます。また生活保護を受給している方の更新については、前回の診断書もつけて検討することがあります。
都道府県	8項目で「できない」が一つもないと1級にしない。主病名が状態像及び一過性の病名の際は主治医に返戻等。の申し合わせ事項。文書化したものはなし。
都道府県	診断書の記載方法等について
都道府県	人格障害は1級は認めない。日常能力の判定のみでは判断せず、病状・状態像の欄に精神障害に伴う、対人関係や日常生活の具体的情報の記載を求め、総合的に判断している。
都道府県	留意事項は判定会議の最後に全体で合議している。
指定都市	代筆の診断書は認めない。統合失調症以外の疾患については疾患特性に即して判定する。たとえば、パーソナリティ障害はそれ自体では1級にはなりにくい。日常生活項目に1以上の「出来ない」がなければ1級にならない、1以上の「援助があれば出来る」がなければ2級にならない、など
指定都市	特に細則はないが、統合失調症以外は判定が厳しくなる傾向にある
指定都市	ありません
指定都市	例えば、2級から3級へ下がる時に、生患者の場合は考慮することがある。
指定都市	不文律、内規が特にある訳ではない。明らかな代筆であれ、署名捺印した医師の責任で作成された診断書として扱っている。

④-3 「8項目」と「5段階」が関係する場合：	
都道府県	14年度、著しい矛盾があるものは、電話で問い合わせをしていました。その結果が、この問題は減ってきました。
都道府県	日常生活は社会生活も関連しているもので、それを含めて総合的に判断する
都道府県	ただしある程度割り引いて判定
都道府県	不整合がある場合は返戻（主治医に確認）
都道府県	1に準ずるが2級もあり
都道府県	病歴、状態像の具体的程度等の記載を参考にする
都道府県	その他の記載内容を勘案し、なお、判定困難の場合は、主治医へ照会する。
都道府県	余りにもかけ離れている場合は判定を保留しコメントを添えて返却している。
都道府県	⑤-2-1（1）～（8）を日常生活能力に関する項目とみなして判定
都道府県	1級にはならない。乖離がひどければ主治医に照会・返戻
都道府県	整合されるよう主治医に照会し、回答内容をもって判定する。
都道府県	返送し問い合わせをしかけているケースの大半はこのようなケースだと思います。「整合性」ととって下さいという指摘が意外と分かりにくいようです。
都道府県	基本的には主治医の評価した総合判定に従うが、具体的な症状記載をより重視する。症状記載と乖離がある場合は、照会することもある。
都道府県	病状等機能障害等をみて総合的に判断する
都道府県	ケースバイケース
都道府県	ケースによっては、「8項目」と「5段階」の整合性について主治医に照会することもある。
都道府県	年齢、性別、疾患、病状、治療状況等も参照しながら、総合的に判断している。
都道府県	1級ということはありません。
都道府県	日常生活能力の判定と総合判定に大きな乖離が認められる場合は、主治医に照会を行い、その他の記載内容を含め総合的に判断する。
指定都市	8項目を「日常生活関連」と「社会生活関連」に分けて判定する指針があるとは承知していない。「通院・服薬」などは社会生活機能ではなく、病気の自己管理をするという日常生活機能にむしろ属するとの考え方も生じるのでは？
指定都市	病歴、病状からの情報を可能であれば加味し、社会生活と日常生活について、総合的に判定している
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	著しい乖離がある場合には主治医に事情聴取する
指定都市	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、8項目と5段階とを総合的に判定する。
指定都市	診断書全体のバランスをとって判断。判断に必要な情報が不足していれば、主治医照会。

④-3-2 以下のような場合の考え如何？	
*1項目が「援助があれば出来る」、他は「職ね出来るか適切に出来る」	
都道府県	疾病、症状、その他全体を参考に決定
都道府県	5段階が3級でなければ照会、そうでなければ5段階重視
都道府県	疾患にもよるが、統合失調症であれば概ね2級
都道府県	この項目のみで判定することは無理
都道府県	④-3-2については、状態像とにらみ合わせて評価するので、日常生活の評価だけで段階に分けるのは設問に難があり希求できない
都道府県	ケースに応じて総合的に判断
都道府県	基本的には3級だが、他の記載を参考にする。
都道府県	本件だけの情報では判定不可能。
都道府県	1, 2, 3, 6以外の項目の記載によってかわる
都道府県	食事に関してはあまり考慮しない
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	私達のところではケースワーカーを入れていないので、この点では判断できないのです。新様式を作成した時に、ケースワーカーから批判があり、かなり生活の視点を医師が診れるように工夫したつもりですが、未だ評価を聞けるところになっていません。
都道府県	2級もしくは3級を他の診断書記載内容を含めて総合的に判定する
都道府県	具体的な症状記載と日常生活能力判定、総合判定をあわせて評価する。奈良県は具体的な症状記載をより重視していると考えます。
都道府県	病状等機能障害等をみて総合的に判断する
都道府県	ケースバイケース
都道府県	「日常生活能力の程度」との整合性を見て決定する。整合性に疑義があれば、主治医に診断書返戻し、再検討してもらう。
都道府県	病状・状態像との総合的判断による。
都道府県	日常生活能力の判定と総合判定に大きな乖離が認められる場合は、主治医に照会を行い、その他の記載内容を含め総合的に判断する。
指定都市	8項目を「日常生活関連」と「社会生活関連」に分けて判定する指針があるとは承知していない。「通院・服薬」などは社会生活機能ではなく、病気の自己管理をするという日常生活機能にむしろ属するとの考え方も生じるのでは？
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	総合的に判断する
指定都市	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、8項目と5段階とを総合的に判定する。
指定都市	診断書全体のバランスをとって判断。判断に必要な情報が不足していれば、主治医照会。

・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」	
都道府県	疾病、症状、その他全体を参考にして決定
都道府県	5段階が1級であれば照会、そうでなければ5段階重視
都道府県	疾患にもよるが、統合失調症であれば概ね2級
都道府県	この項目のみで判定することは無理
都道府県	ケースに応じて総合的に判断
都道府県	④-3-2については、状態像とにらみ合わせて評価するので、日常生活の評価だけで段階に分けるのは設問に難があり希求できない
都道府県	基本的には2級だが、総合的に勘案する。
都道府県	本件だけの情報では判定不可能。
都道府県	1, 2, 3, 6以外の項目の記載によってかわる
都道府県	他の項目を参考にする
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	私達のところではケースワーカーを入れていないので、この点では判断できないのです。新様式を作成した時に、ケースワーカーから批判があり、かなり生活の視点を医師が診れるように工夫したつもりですが、未だ評価を聞けるところになっていません。
都道府県	2級もしくは3級を他の診断書記載内容を含めて総合的に判定する
都道府県	具体的症状記載と日常生活能力判定、総合判定をあわせて評価する。奈良県は具体的症状記載をより重視していると考ええる。
都道府県	病状等機能障害等のみを総合的に判断する
都道府県	ケースバイケース
都道府県	「日常生活能力の程度」との整合性を見て決定する。整合性に疑義があれば、主治医に診断書返戻し、再検討してもらう。
都道府県	日常生活能力の判定と総合判定に大きな乖離が認められる場合は、主治医に照会を行い、その他の記載内容を含め総合的に判断する。
指定都市	8項目を「日常生活関連」と「社会生活関連」に分けて判定する指針があるとは承知していない。「通院・服薬」などは社会生活機能ではなく、病気の自己管理をするという日常生活機能にむしろ属するとの考え方も生じるのでは？
指定都市	病名、年齢、症状などを総合的に考えて判定するので、事例によって異なると思われる
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	総合的に判断する
指定都市	社会生活関連項目の評価を参考にする
指定都市	病状、状態像の具体的な程度や、病歴、治療経過の記載を参考として、8項目と5段階とを総合的に判定する。
指定都市	診断書全体のバランスをとって判断。判断に必要な情報が不足していれば、主治医照会。

・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」	
都道府県	5段階重視
都道府県	ケースに応じて総合的に判断
都道府県	この項目のみで判定することは無理
都道府県	私達のところではケースワーカーを入れていないので、この点では判断できないのです。新様式を作成した時に、ケースワーカーから批判があり、かなり生活の視点を医師が診れるように工夫したつもりですが、未だ評価を聞けるところになっていません。
都道府県	④-3-2については、状態像とにらみ合わせて評価するので、日常生活の評価だけで段階に分けるのは設問に難があり希求できない
都道府県	ケースに応じて総合的に判断
都道府県	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。
都道府県	総合的に判断する
都道府県	本件だけの情報では判定不可能。
都道府県	社会生活関連項目の評価を参考にする
都道府県	1, 2, 3, 6以外の項目の記載によってかわる
都道府県	他が全部適切に出来るなら3級
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
指定都市	病状、状態像の具体的な程度や、病歴、治療経過の記載を参考として、8項目と5段階とを総合的に判定する。
都道府県	2級もしくは3級を他の診断書記載内容を含めて総合的に判定する
都道府県	具体的症状記載と日常生活能力判定、総合判定をあわせて評価する。奈良県は具体的症状記載をより重視していると考ええる。
都道府県	病状等機能障害等のみを総合的に判断する
都道府県	ケースバイケース
都道府県	「日常生活能力の程度」との整合性を見て決定する。整合性に疑義があれば、主治医に診断書返戻し、再検討してもらう。
都道府県	日常生活能力の判定と総合判定に大きな乖離が認められる場合は、主治医に照会を行い、その他の記載内容を含め総合的に判断する。
指定都市	4.2級になるか3級になるかはその他の記載事項による
指定都市	8項目を「日常生活関連」と「社会生活関連」に分けて判定する指針があるとは承知していない。「通院・服薬」などは社会生活機能ではなく、病気の自己管理をするという日常生活機能にむしろ属するとの考え方も生じるのでは？
指定都市	病名、年齢、症状などを総合的に考えて判定するので、事例によって異なると思われる
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	総合的に判断する
指定都市	社会生活関連項目の評価を参考にする
指定都市	病状、状態像の具体的な程度や、病歴、治療経過の記載を参考として、8項目と5段階とを総合的に判定する。
指定都市	2級になるか3級になるかはその他の記載事項による
指定都市	診断書全体のバランスをとって判断。判断に必要な情報が不足していれば、主治医照会。

・4項目とも「援助があれば出来る」	
都道府県	5段階重複
都道府県	精神病的障害があれば3級。そうでなければ非該当もやむなし。
都道府県	この項目のみで判定することは無理
都道府県	④-3-2については、状態像とにらみ合わせて評価するので、日常生活の評価だけで段階に分けるのは段階に難があり希求できない
都道府県	ケースに応じて総合的に判断
都道府県	本件だけの情報では判定不可能。
都道府県	1, 2, 3, 6以外の項目の記載によってかわる
都道府県	私達のところではケースワーカーを入れていないので、この点では判断できないです。新様式を作成した時に、ケースワーカーから批判があり、かなり生活の視点を医師が診れるように工夫したつもりですが、未だ評価を聞けるようになっていません。
都道府県	他の診断書記載内容をきめて総合的に判定する
都道府県	具体的症状記載と日常生活能力判定、総合判定を合わせて評価する。奈良県は具体的症状記載をより重視していると思う。
都道府県	病状等機能障害等を含めて総合的に判断する
都道府県	ケースハイケース
都道府県	「日常生活能力の程度」との整合性を見て決定する。整合性に疑義があれば、主治医に診断書返戻し、再検討してもらう。
都道府県	その他の項目が全て援助があればできる場合は、病状・状態像と総合的に判断し、1級とする場合がある。
都道府県	日常生活能力の判定と総合判定に大きな乖離が認められる場合は、主治医に照会を行い、その他の記載内容をきめて総合的に判断する。
指定都市	8項目を「日常生活関連」と「社会生活関連」に分けて判定する指針があるとは承知していない。「通院・服薬」などは社会生活機能ではなく、病気の自己管理をするという日常生活機能にむしろ属するとの考え方も生じるのでは？
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	総合的に判断する
指定都市	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、8項目と5段階とを総合的に判定する。
指定都市	診断書全体のバランスをとって判断。判断に必要な情報が不足していれば、主治医照会。

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」にひかっている場合	
都道府県	・「援助」の内容や「適切」の内容が統一されていないように思う。一人で食事も、備食のために脂肪肝になるようでは適切とはいえません。 ・病歴や状態像の記述からこうした不適切さが読み取れる場合は1級に該当します。先に述べた「かるうじて入院をとどめている」状態と考えます。病歴からも読み取れない場合は主治医に照会します。
都道府県	ヘルパー等の納得する記載がなければ、返戻する。
都道府県	考え方は3であるが、判定結果は1となる場合が多い。
都道府県	現時点で単身生活を送っているかどうか記載のない診断書が多く、現在の診断書はあくまで単身生活を行った場合を想定して書くようになっているので、主治医の記載に従うことが多い
都道府県	事例がない
都道府県	主治医に照会し、具体的な状態を確認の上、判定する。
都道府県	基本は在宅で治療を受けて、生活をしているということですが、問い合わせてみると、難聴があり、ヘルパーが生活を援助し、通院にもヘルパーが付き添ってきているというケースがありました。高齢認知症の方だったと思いますが、そこまで生活を支えていること認めて再判定を行いました。
都道府県	独居生活かどうかという情報は、診断書に記載されていない限り把握できない
指定都市	出来ないで生活が相当程度破綻している重症単身生活者は存在する（当センターの外來通院患者のなかにもおられる）。すなわち、現に単身生活を余儀なくされているという状況は、本人の能力に応じたものとは限らない。ホームヘルプを制限一杯に利用したり、大家さんの世話等により何とか単身生活を続けているケースもありうる。
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	主治医照会
指定都市	主治医に返戻する。

④-4-1 ICDコードについて	
都道府県	ICDコードの記載は今のところ必ずしも求めていない。書かれた診断名が不明確の場合、ICDコードを照会することが多い。
都道府県	空欄は電話で確認。疾患に対する主治医の理解に問題があるようなコーディングの誤りは差し戻し
都道府県	ICDコードに著しい矛盾あれば照会
都道府県	記載を求めていない
都道府県	あわせて2桁。日本語病名と整合性なければ照会
都道府県	2桁以上を求める
都道府県	診断名とコードの乖離は返戻・照会
都道府県	ICDに不慣れなところはありますが、今回の用紙ではここが重要なので、キッチリ書いて頂いています。
都道府県	定期的に会議等の場でICDコードの記載を確認している
都道府県	2桁
都道府県	英数字・数字併せて2桁まで求める
都道府県	2桁を求めているが、記載していないときは次回から記載するように電話で指示する。
指定都市	少なくとも現行のICD2桁記載ではあまり意味がないと考えるが、3桁なら解決するともいえない。例えば日本語病名でよく使われる「うつ病」は3桁に対応しない。また3桁によっても「非社会性人格障害」と「情緒不安定性人格障害」とを細分し得ない。
指定都市	ただし、F1以外では2桁でも取り扱っている
指定都市	英数字と数字1桁あわせて2桁を求める。
指定都市	2桁まで、てんかんは8のみ求める
指定都市	英数字と数字1桁を求めている
指定都市	3桁が望ましいが、2桁まででも厳しく返戻しない。

④-4-2 状態像について	
都道府県	当県では必ずしも「これまでの状態像」を全て記載することを求めていないので、齟齬が問題になることは少ない。むしろ、生活能力の障害が予想できない内容であれば、充実した記載を求めるよう差し戻す
都道府県	状態像は（原則）手帳の対象としない

⑤-3-1 手帳の更新認定等の際に、かつての診断書を参照するか？既存の等級を勘案するか？	
都道府県	当該診断書の判定が定まらない場合、参照する。理由はそれによって状態の安定度をより正確に判断できるからです。たとえば、2年前まで発作が頻発していた1級だったのが、治療の変更によってびたりとおさまったという場合、いきなり非該当にはしないように思います

⑤-3-2 更新認定等に当たって、下位等級への変更となりそうな場合において、特級の配慮をする場合はあるか？	
都道府県	特に疑問点などについて内容を再確認することが多い。
都道府県	納得してもらえよう、理由を付すが、それでも苦情は少なくない。そのため、なかなか等級を下げるのが難しいのが現状。
都道府県	主治医の変更がある場合、照会することあり。
都道府県	生活保護の場合には、より慎重になる傾向がある
都道府県	判定根拠を明確にしておく
都道府県	主治医が明らかに診断書を書き慣れていなくて、そのまま判定すると本人に不利益が及ぶ場合（特に生保受給者）。
都道府県	2名以上の委員で合議する
都道府県	主治医の理解不足と思われるときは意見書をつけて照会。
都道府県	生活保護世帯の場合、障害加算費に影響が出てきますので、検討して判定します。また判定時に内容がいい加減であったような場合も、前回の診断書と見比べて判定します。
都道府県	担当者で協議するのみ
都道府県	ケア ケースであるが主治医に照会をかけて決定をする
都道府県	主治医の判断が誤りと思われるものは、照会する。
都道府県	前回（2年前）審査分の診断書と見比べて、病状がおおむね変わらないか、または重くなっている場合に、2年前の診断書を添付の上再審査にかける。
都道府県	1級から2級に等級が変更となった場合は、市町村担当者に対して、等級変更の手続きができること等、事務連絡することはある。
都道府県	1. 前回申請書を参照。 2. 主治医への照会。
都道府県	生活保護受給者について考慮し現状維持とする場合がある
都道府県	診断書の記載不備により、下位等級になることは本人の不利益となるため、下位等級の判断の妥当性が診断書上で明確となるよう、ほとんどの場合、主治医への内容照会を行うようにしている。また、前回判定時の診断書を必ず確認し、記載内容の変化がない場合は、下位等級への変更を行わないこともある。（判定会の信頼性を保つため）。また、医学的なことは、所長（医師）が電話で主治医に問い合わせ、級が変更になった際にも、主治医が申請者に説明できるよう依頼することも多い。
都道府県	能力判定（8項目）と能力程度（5段階）に整合性がない場合は返戻して再考を促す。
指定都市	主治医に情報提供をする
指定都市	等級が下がる可能性が高い場合は、前回の診断書を参照する
指定都市	下位等級への変更は、必ず2名以上の合議を行なっています。
指定都市	下位等級へ変更となりそうであることを診断書を作成した医師に電話連絡し、診断書の記載事項の確認をしている
指定都市	診断書の記載内容に前回と変化がなければ、ほとんどの場合、前回と同等級とする。
指定都市	区の窓口への配慮伝達

⑤-2 異議申し立ての取り扱い部局	
都道府県	異議申し立ての定義が苦情・照会の意味でしたら、取扱はセンターで、14年度から計11件（14年度6件、15年度5件）ありました。次項の件数も苦情についての回答です。
都道府県	保健所から精神保健福祉センターに問い合わせがあるが、直接は保健所
都道府県	1と2。行政不服審査として受けますから、精神保健センターが独自に行うことは出来ませんし、本庁も内容面の把握が出来ないので単独で受けることは出来ません。
都道府県	保健所
指定都市	特に定めはありません。本庁、保健所、当センターの受けたところで対応。
指定都市	異議申し立てに至った例はなく、取り扱い部局については未整理です。
指定都市	都道府県、しかしその前に2に問い合わせが来て、納得してもらるか、主治医と話し合い、等級変更の再申請してもらっている。そのため、今まで正式な異議申し立てはない。

⑥-1 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るか？	
都道府県	療育手帳の再判定は多くの自治体で内規を作って簡素化を図っています。また、当県の場合A→Bはなく、むしろ痴呆化したり合併する精神障害が悪化してB→Aになる以外等級の変更は殆どありません。それに1.0.でほぼ等級判定が成される療育手帳と比較するのもちよと無理があるんじゃないかと思って、思います。ただ、よほどのことがないと、本人の実情と手帳の等級の差に気がつくチャンスが県にはないような気がします。どんなものでしょうか。
都道府県	業務過多となる
都道府県	県（大都市）の立場は診断書を質の高いものにしていくことが目的なので、教育的配慮を必要とし、むしろその対策を立てることの方が大切です。病院協会や診療所協会を通して学習されていくことが望ましく、そのような流になっています。詐病による手帳取得と発覚において、強制的に返還を命じるために、また告発者の内容の行政的な聞き取り、2名の指定医を介しての判断等の工夫は必要だと思います。
都道府県	・機能障害と日常生活能力の判定が合わない場合、判断に困る。・生活障害無し（1）のものについて（特にてんかん）。・てんかんの発作1回未満の考え方。・発達障害児の判定。・精神障害の場合、障害固定がないので（？）判定の判断が困る。主観的判断が入りやすく客観的平等性がない。国からの通達ではいろんな考え方ができて判断に困る。
都道府県	審査の明確な基準がないため、審査委員間の判定にずれが生じること。更新の場合、前回の審査が、記載内容不十分な診断書で行われており、判定結果が甘いと、今回の診断書の内容が明らかに下位等級が妥当と認められても、判定会の信頼性を失うことから、適正な判定を下せないこと。専門性を疑うような診断書でも、根拠がないため一律に却下とできないこと。
指定都市	これからの検討課題と考えます

⑥-2 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法が望ましいと	
都道府県	良いと考えるが、実際には困難。
都道府県	4（介護保険、支援費にかかわるのであれば必要ですが、国の動きはそうではないと思います）
都道府県	この制度に付加するというより新制度としたほうがやりやすい。
都道府県	チーム医療の体制があれば、可能です。ただ、医師を中心に置いた制度を定めることになると、難しい面があります。実際には医師のマネジメント力が無くても、ニーズの把握者が決定していくようになるのではないのでしょうか。
指定都市	これからの検討課題と考えます
指定都市	2年の有効期間とする限りにおいては不要

⑤ 統合失調症以外の障害の等級判定の困難さについての認識		精神保健福祉
都道府県	精神障害の種類ごとにきめ細かな判定基準を作ることに異論はありません。特に人格障害、神経症圏内、知的障害等については必要だと思います。ただし、その場合、どの視点で障害種別を分けるかが大きな問題になります。今後も医師が判定の責任を担うのであれば、当然疾病という観点から種別分けをして医学的観点を重視した判定をすることになります。しかし、生活障害という観点を重視するのであれば、PSW等と精神科医の共同判定、あるいはPSW等を判定主体として精神科医は参考意見を述べる程度という介護保険制度の判定に準じた判定制度にすべきでしょう。その場合はICFを基準とした判定基準に全面見直しが必要です。	
都道府県	疾患圏ごとの判定の指針の必要性について支持する	
都道府県	他の障害に比べて、明確なスケールがないだけ精神障害の方が身障より辛く障害程度が認定されるような印象を持っています。診断書を書く医師側の要件を厳しくし、あとは彼らの良心と公正さに委ねるほうが現実的ではないでしょうか。	
都道府県	精神障害といっても疾患により、その経過や日常生活への今日の状況が異なり、疾患圏毎の判定基準は必要である。その際の等級判定においても手帳交付の主旨に沿う形で行うことが必要。例えば、統合失調症には、厚厚い等級の扱いをする等。また、介護保険の対象年齢以降は、別の取り扱いが必要。とにかく制度の主旨を十分考えることが大事である。	
都道府県	てんかんに準じて、必要な疾患圏の判定の要点を示すのが現実的と思う。	
都道府県	障害の評価を日常生活レベルに限定すれば、ひとつの基準もよいということになる。問題は、障害の視点を機能、日常生活、社会参加の3層、特に機能障害を重視して判断することから、疾患ごとの判定などという議論が生じると思う。	
都道府県	疾患の特異性をこえた日常生活にかかる状況の判定という意味では、疾患圏を問わない尺度等に即した指針が必要であると考えます。	
都道府県	最終的に統合失調症の交付に限定されるのではないかと	
都道府県	疾患圏ごとの判定の指針が必要	
都道府県	3障害に関してはICFによる尺度を用い、各障害ごとに判定項目を設けるべきではないかとおもう。	
都道府県	第5条の精神障害者の定義と第45条の手帳対象者の規定は再検討される余地があると考えている。例示される「疾患ごとの指針」は必要と考える。また、疾患規定をした精神障害者手帳が検討されることも必要と考えている。例えば統合失調症のための障害者手帳。	
都道府県	必要性あり	
都道府県	疾患圏ごとの指針は必要と考える	
都道府県	障害者という言葉がキーワードになりますから、日常生活における具体的な障害を解決する必要があります。これができるとすれば、市町村になります。ニーズとサービス単位に分離があります。多分統合失調症以外ではこの分離した状況が大きいので、困難に思われる方も居られると思います。これから始まる精神に障害のある人たちの地域生活でのニーズを考えると、統合失調症の方でも板についていた状態だと思います。技術の開発も必要でしょう。自立支援医療費および手帳はサービスの一つです。大きいサービスだと思いますが、そのことだけではありません。	
都道府県	現行では統合失調症以外の障害も診断書に基づいた判定をせざるを得ない。不十分とは思いますが、すべてをカバーするルールは難しいのでは。よって、具体的な症状記載を重視して、日常の生活障害についてもそれを、かなり参考にしている。	
都道府県	・疾患毎の判定指針は判定者にとって負担になり、今後3障害共通制度への展開を考えると現実的な対応とは考えにくい。介護保険にしても主に身体疾患による生活障害か、痴呆による生活障害かで重症度に差が出る等の問題もあるが実施後数年が経過した現在ではそれなりの判定が出ていると考える。国民のコンセンサスがどうしたら得られるのが主になるのではないかと。純粋医学的な判断でというのも一つの考えかもしれませんが三障害共通の制度という大きなハードルをまず越えたいことが今後強く求められているような気がします。	
都道府県	疾患圏ごとの判定の指針の必要性を感じる。さらには、自立支援給付法に関連して、三障害に横断的なルールも必要であると感じている。	
都道府県	三障害に横断的なルールが必要	
都道府県	3障害にまたがった尺度が必要であり、疾患や障害の別によって判定することには限界がある。たとえば知的障害や身体障害を併せ持ったものが総合的にどの程度の生活困難を持っているかによって判断されるべきと考える。	
都道府県	全体像が分からないと何とも言えない	
都道府県	疾患圏によらない精神障害に限った評価基準をつくるべきと考えます。	
都道府県	早急に他障害との整合性がある生活機能評価尺度の開発を行う必要がある。	
都道府県	日常生活の困難さに包括的判定が望ましいが、そこに疾患別の特異性(経過、予後、症状特異性等)を加味するような一定の基準が必要。	
都道府県	疾患圏ごとの判定指針が必要であると考える。例えば、うつ病、パーソナリティ障害等々	
都道府県	今の制度では、疾患圏ごとの判定の指針の必要性を感じるが、福祉サービスに徹すれば、疾患圏を問わない指針が必要。手帳と医療費を切り離して考えたい。	
都道府県	現在の方式で特に不都合は感じていない。	
指定都市	自立支援給付法の障害程度区分によるサービスの給付が行われるようになると、手帳は単なる「障害者福祉サービスへの入場券」に過ぎなくなると考えられる。したがって、等級よりも、「精神障害であること」の認定が重要になり、「尺度(程度)よりも疾患性(質的なもの)」が重視されるということになる。具体的には、統合失調症であればどの程度の者が「障害者」として認定されるか、OCDなら、うつ病なら、というように、疾患圏ごとの関心したいものが必要となるだろう。	
指定都市	疾患圏ごとの判定指針が必要。	
指定都市	精神障害の場合、「障害」の判定とはいうものの医学的病状の重症度も加味した判定にならざるを得ない。これを抽象した純粋な障害部分のアセスメントを目指すすと不都合も多いと思われる。広く通用するツールも未だない(ICFなど目にしたこともない精神科医の方が多い現状)。	
指定都市	(対象疾患がある程度限定されれば)疾患圏別に具体的な尺度を考えられれば良いと思うが、煩雑で実用性に欠ける可能性が高く迷うところである	
指定都市	疾患ごとの指針が必要である。身体障害においても細かく分類されており、精神障害も単一ルールで判断するのは無理がある。	
指定都市	疾患圏を問わない尺度に即した指針が必要であるとは思いますが、疾患ごとの特異性を強調すればするほど、手帳のもつ意味が薄れてしまうように思うからです。そういった意味からすれば、本来なら三障害に共通した尺度と、疾患特異的な評価と両方で判定できるような指針や尺度が必要だと思います。	
指定都市	疾患圏ごとの判定指針が必要	
指定都市	疾患ごとも全体でもいいが、客観的な指標(数値で表示できる)が必要だが、精神疾患では現実的には無理であろう	
指定都市	疾患圏ごとの判定の指針の必要性	
指定都市	特に老年期痴呆に関しては果てしなく対象が広がってゆくようで、判定の基準を別途定めるべきではないでしょうか。	

⑧ 統合失調症以外の障害の等級判定の困難さについての認識		精神保健福祉
都道府県	精神障害の種別ごとにきめ細かな判定基準を作ることに異論はありません。特に人格障害、神経症圏内、知的障害等については必要だと思います。ただし、その場合、どの視点で障害種別を分けるかが大きな問題になります。今後医師が判定の責任を担うのであれば、当然疾病という観点から種別分けをして医学的観点を重視した判定をする必要があります。しかし、生活障害という観点を重視するのであれば、PSW等と精神科医の共同判定、あるいはPSW等を判定主体として精神科医は参考意見を述べる程度という介護保険制度の判定に準じた判定制度にすべきでしょう。その場合はICFを基準とした判定基準に全面見直しが必要だと思います。	
都道府県	疾患ごとの判定の指針の必要性について支持する	
都道府県	他の障害に比べて、明確なスケールがないだけ精神障害の方が身障より辛い障害程度が認定されるような印象を持っています。診断書を書く医師側の要件を厳しくし、あとは彼らの良心と公正さに委ねるほうが現実的ではないでしょうか。	
都道府県	精神障害といっても疾患により、その経過や日常生活への今日の状況が異なり、疾患毎の判定基準は必要である。その際の等級判定においても手帳交付の主旨に沿う形で行うことが必要。例えば、統合失調症者には、手厚い等級の扱いをする等。また、介護保険の対象年齢以降は、別の取り扱いが必要。とにかく制度の主旨を十分考えることが大事である。	
都道府県	てんかんに準じて、必要な疾患毎の判定の要点を示すのが現実的と思う。	
都道府県	障害の評価を日常生活レベルに限定すれば、ひとつの基準もよいということになる。問題は、障害の視点を機能、日常生活、社会参加の3層、特に機能障害を重視して判断することから、疾患ごとの判定などという議論が生じると思う。	
都道府県	疾患の特異性をこえた日常生活にかかる状況の判定という意味では、疾患圏を問わない尺度等に即した指針が必要であると考える。	
都道府県	機能的に統合失調症の交付に限定されるのではないかと	
都道府県	疾患ごとの判定の指針が必要	
都道府県	3障害に関してはICFによる尺度を用い、各障害ごとに判定項目を設けるべきではないかとおも。	
都道府県	第5条の精神障害者の定義と第45条の手帳対象者の規定は再検討される余地があると考えている。例示される「疾患ごとの指針」は必要と考える。また、疾患規定をした精神障害者手帳が検討されることも必要と考えている。例えば統合失調症のための障害者手帳。	
都道府県	必要性あり	
都道府県	疾患ごとの指針は必要と考える	
都道府県	障害者という言葉がキーワードになりますから、日常生活における具体的な障害を解決する必要があります。これができるとすれば、市町村になりますが、ニーズとサービス単位に解離があります。多分統合失調症以外ではこの解離した状況が大きいので、困難に思われる方も居られると思います。これから始まる精神に障害のある人たちの地域生活でのニーズを考えると、統合失調症の方でも板についた状態だと思います。技術の開発も必要でしょう。自立支援医療費および手帳はサービスの一つです。大きいサービスだと思いますが、そのことだけではありません。	
都道府県	現行では統合失調症以外の障害も診断書に基づいた判定をせざるを得ない。不十分とは思いますが、すべてをカバーするルールは難しいのでは。よって、具体的な症状記載を重視して、日常生活障害についてもそれを、かなり参考にしていく。	
都道府県	・疾患毎の判定指針は判定者にとって負担になり、今後3障害共通制度への展開を考えると現実的な対応とは考えにくい。介護保険にしても主に身体疾患による生活障害か、痴呆による生活障害かで重症度で差が出る等の問題もあるが実施後数年が経過した現在ではそれなりの判定が出ていると考える。国民のコンセンサスがどうしたら得られるかが主になるのではないかと。純粋医学的な判断でいうのも一つの考えかもしれませんが3障害共通の制度という大きなハードルをまず越えたいことが今後強く求められているような気がします。	
都道府県	疾患ごとの判定の指針の必要性を感じる。さらには、自立支援給付法に関連して、3障害に横断的なルールも必要であると感じている。	
都道府県	3障害に横断的なルールが必要	
都道府県	3障害にまたがった尺度が必要であり、疾患や障害の別によって判定することには限界がある。たとえば知的障害や身体障害を併せ持ったものが総合的にどの程度の生活困難を持っているかによって判断されるべきと考える。	
都道府県	全体像が分からないと何とも言えない	
都道府県	疾患圏によらない精神障害に限った評価基準をつくるべきと考えます。	
都道府県	早急に他障害との整合性がある生活機能評価尺度の開発を行う必要がある。	
都道府県	日常生活の困難さに包括的判定が望ましいが、そこに疾患別の特異性(経過、予後、症状特異性等)を加味するような一定の基準が必要。	
都道府県	疾患ごとの判定指針が必要であるとする。例えば、うつ病、パーソナリティ障害等々	
都道府県	今の制度では、疾患ごとの判定の指針の必要性を感じるが、福祉サービスに換すれば、疾患圏を問わない指針が必要。手帳と医療費を切り離して考えたい。	
都道府県	現在の方式で特に不都合は感じていない。	
指定都市	自立支援給付法の障害程度区分によるサービスの給付が行われるようになると、手帳は単なる「障害者福祉サービスへの入場券」に過ぎなくなると考えられる。したがって、等級よりも、「精神障害であること」の認定が重要になり、「尺度(程度)よりも疾患性(質的なもの)」が重視されるということになろう。具体的には、統合失調症であればどの程度の者が「障害者」として認定されるか、OGDなら、うつ病なら、というように、疾患ごとの関係性のないものが必要となるだろう。	
指定都市	疾患ごとの判定指針が必要。	
指定都市	精神障害の場合、「障害」の判定とはいふものの医学的病状の重症度も加味した判定にならざるを得ない。これを抽象した純粋な障害部分のアセスメントを目指すとは不都合も多いと思われる。広く通用するツールも未だない(ICFなど目にしたこともない精神科医の方が多い現状)。	
指定都市	(対象疾患がある程度限定されれば)疾患別に具体的な尺度を考えられれば良いと思うが、煩雑で実用性に欠ける可能性が高く迷うところである	
指定都市	疾患ごとの指針が必要である。身体障害においても細かく分類されており、精神障害も単一ルールで判断するのは無理がある。	
指定都市	疾患圏を問わない尺度に即した指針が必要であるとは思いますが。疾患ごとの特異性を強調すればするほど、手帳のもつ意味が薄れてしまうように思うからです。そういった意味からすれば、本来なら3障害に共通した尺度と、疾患特異的な評価と両方で判定できるような指針や尺度が必要だと思います。	
指定都市	疾患ごとの判定指針が必要。	
指定都市	疾患ごとも全体でもいいが、客観的な指標(数字で表示できる)が必要だが、精神疾患では現実的には無理であろう	
指定都市	疾患ごとの判定の指針の必要性	
指定都市	特に老年期痴呆に関しては果してなく対象が広がってゆくようであれば、判定の基準を別途定めるべきではないでしょうか。	

⑩-1-1 手帳の偽造事例	
都道府県	携帯電話の障害者割引制度申請時、手帳が手書きのものだった。
都道府県	警察から捜査事項照会があった。中には、住所を他県にしたまま偽造する等の稚拙なものもあるが、かなり精巧なものもあった。手帳によるサービスに携帯電話料金割引が加わった時以後増加した印象がある。
都道府県	民間会社実施制度への申請に際して、偽造手帳を提出した事例。氏名、手帳番号の書き換えがあり。
都道府県	平成16年度以降、警察および携帯電話会社からの紹介が5月ごろから相次ぎました。個人情報保護条例等の制約があり、どの程度まで回答ができるか県庁などと相談し、照会番号が当県において現在発行されているものか否かについてのみ答えるようにしています。
都道府県	自分で勝手に更新した(新しい有効期間を記入)
指定都市	携帯電話の新規契約、タクシーの無償乗車
指定都市	携帯電話の新規契約時に身分証明書として偽造された手帳を使用した
指定都市	携帯電話の割引サービス申請時に提示された手帳。**市印が押されているべきところであるにもかかわらず、**県印。
指定都市	手帳番号、氏名等を書き換えコピーし、携帯電話の契約の際の身分証明書として利用していた。

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の取り扱い	
都道府県	診断書は自筆が原則であり、捺印ではなく自筆のサインを求めるべきである。また、上記5の内容（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）、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）を普及啓発し指導する。但し、センターが「明らかに本人の筆跡とは認めがたい」と行政文書で指摘することは難しく、返戻の扱いにすることは困難である。
都道府県	代筆に関しては寛容です。内容的に偽造の可能性がある場合でなければ1です。
都道府県	新規では不可
都道府県	4ですが、明らかに公文書偽造です。ワープロ文章であっても状態像の内容など、不明なものは、問い直しをすることになっています。違う患者のデータが入っていたことがあります。定型化下ワープロ記載については、2年前と比較して、書き込む必要のある言葉を誘導して書くなりワープロで書き足してもらいます。
都道府県	捺印では認めない。自署のみ有効としている。
指定都市	事務職員が記載して院長が捺印した診断書をたびたび出してくるクリニックがあるが、診断書の記載が医学的つじつまが合わないことがあり、判定に苦慮する。
指定都市	2（ワープロ印刷に自署名のもの）については、すでに問題なく受理する全国的コンセンサスが得られているものと承知している。

⑩-2 診断書の偽造について：	
都道府県	たとえあったとしても、判別困難。
都道府県	要請が多いことは知っています。今は1級をとりたい人のほうが多いようです。
指定都市	更新認定時に1級から2級になった者が自ら記載した診断書を持って変更申請に訪れた。区役所窓口での指導により、当該虚偽申請は受理せず、申請者は診断書を持ち帰った。

⑩-3-1 本人等からの相談の取り扱い、精神病院実地審査・実地指導や遠隔請求・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、政布市など	
都道府県	根拠により3
都道府県	事例により、上記何れかの判断をする
都道府県	診断書情報と別の情報を慎重に検討し、上記1、2、3のいずれかの対応をする
都道府県	昨年の行政不服審査は、「自分の生活をちゃんと見て居なくて書いた診断書である。従って3級は不当である」というもので、すべての書類を突き合わせて、納得のいく解決があるのかと思いましたが。行政不服審査でするので非該当になりましたが。
都道府県	case by case
都道府県	事例がない。照会するだけのマワもない。偶然判れば主治医に確認する。
都道府県	余程ひどかったり同一主治医で同じ問題が繰り返せば、指導等の対処方法を考えます。
指定都市	実施機関内において偶々意図せず取得した個人情報であっても、それを目的外（この場合手帳の等級の審査）に利用することは個人情報の取り扱い上問題が生じるおそれがある。ただし、事実と相違する内容の申請を保護する理由はないことから、何らかの対策が必要と考える。
指定都市	診断書以外情報が、入手されること自体に個人情報取り扱いの観点から見て問題がない場合があれば、發着照会や却下の選択をずるだろう

⑩-3-2b 照会を行った場合にあっても、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の取り扱い	
都道府県	照会する際には、精神障害か否かについてのみ確認しています。その結果、精神障害であるとの回答の場合は、「（2）判定にかけて認定しています。」
都道府県	申請を保留し、3ヶ月以内に診断書を提出するよう市町村を通じ本人に文書でお知らせしている。
都道府県	照会先に具体的な診断書の内容を確認の上、判定する。
都道府県	今までありませんでしたが、今後あった場合、多分1のようになるでしょう。
都道府県	社会保険庁に診断書の内容を照会し、精神症状の有無を確認する
都道府県	病院に照会
都道府県	再度照会を行う
都道府県	年金証書照会先に、知的障害か精神障害のいずれによる年金を受給しているのか、確実に回答してもらっている。上記のようなケースはでていない。回答形式に、知的か精神かのチェック項目を設けており、そこにチェックをしてもらっている。
都道府県	年金証書用の診断書の写しを提出してもらい、その内容にて「精神障害」の有無を確認する。確認できない、もしくは、判断に苦慮する内容であった場合は、手帳の診断書又は、32条用の診断書による申請をするよう指導する。
都道府県	保留にして、精神障害名と症状を記載するように返戻します。
指定都市	照会とは本庁で行ないますが、支給理由を「精神障害者ではない」と「精神障害者である」の2分類で行っており、それに従って判定しております。
指定都市	新規申請で、証書の診断書の種類が「7」以外の申請者については、「障害の等級」「現在の受給の有無」のほか、「傷病コード」を照会しており、傷病コード28の場合は、知的障害であることを確認して、不承認としている。
指定都市	社会保険事務所に内容照会を行い、取り扱いの方向を決める。

10-4 その他、手帳の判定に関して、又は、本調査に関して自由記載	
都道府県	国の財政負担が大変なので何とかする必要がある。
都道府県	他の手帳のようにサービスを受けるためのパスポートとしての手帳にし、等級は知的並の2階級にしてもいいのではないかと思います。手帳のメリットの少なさに加え、診断書を書く側の労力に対し、この書類が判定の他に利用しがいによる診断書自体がもつ直接効果の低さが、問題の多い書類を生む原因になっているのではないかと思います。当県の療育手帳判定は精度よりも早さを重視しています。
都道府県	大変な調査ご苦労様です。判定に必要な情報を記載させるために、診断書の様式変更が是非とも必要だと感じていますので、この調査がその点への働きかけに繋がって行く事を願っています。8項目、5項目の判定は、判定基準があいまいであるうえ、それぞれの記述自体が必ずしも整合的でないと思われる。たとえば、自発的にできるが援助が必要が3級で、時に応じて援助を必要とするが2級というは変でしょうか？（もちろん日常生活に著しい制限を受けておりという記述がありますが、「援助」という観点では両者の記述に違いは見出せません）。現段階では、病歴や状態像の具体的な記載が重要であり、そこに専門的判定の意義があるように思います。
都道府県	今後、さらに知識と理解を深めたいと思いました。
都道府県	各種福祉サービスを受ける根拠として、手帳は重要であり、判定の全国的な標準化が必要である。分かりやすく客観的な診断書がある一方で、高い等級の取得が難しく、問題ありの診断書も少なくない。当面できることは、診断書様式の見直し（障害についても症状と同様に、総合的な文章記載を求めると、手帳と3.2条の双方の判定ができる様式に改めることなど）と思われる。しかし、主治医の診断書にもとづく判定方式には限界があり、今後のケアマネジメントサービスのためには、抜本的な見直しあるいは新たな制度が必要と思われる。
都道府県	本調査によって、日頃、疑問に思っていたことが整理され、そのことに対して、全国レベルでの意見交換ができること、また、最低限度必要なことについて意見集約ができることはきわめて意義深いものと思います。今国会で審議される「障害者自立支援法」が可決されると、障害程度区分の判定が必要となり、その具体的方法の検討が課題となります。今回の調査の結果、手帳判定の精度についての評価が定まれば、今後の障害認定区分との整合性について意見交換も可能になると考えます。
都道府県	問題点を系統的に再考するよい機会となった。集計結果にも期待している。
都道府県	1. 診断書を書く医師は精神保健指定医に限定すべきであるし、判定する医師も精神保健指定医でないといけない。また、生活支援については精神保健福祉士も判定に参加すべきではないかと思う。2. この調査には、所々設問の趣旨がはっきりしない箇所、判断に迷う箇所もあった。調査の内容を絞るべきではないかと思う。
都道府県	疲れたよー
都道府県	気分障害（F3）の場合の判定について、従来「抑うつ神経症」は非該当とし、「内因性のうつ病」は該当としてきたが、ICDコードでは判別できず判断に苦慮することが多い。ICDコードを記載するのなら（例えば、「F32.1」は×、「F32.2以上」は○など）具体的な判断基準を設けて欲しい。診断書上の「⑤3日常生活の程度」欄に「精神障害を認め（るが）、…」とあるが、「てんかん」の場合もこの記載のままではよいのか疑問に思う。「発達障害関連」や「引きこもり（社会恐怖F40.1+回避性人格障害F60.6）」の取り扱いについても基準を明確にして欲しい。
都道府県	項目をこれだけ考えて頂いて、ありがとうございました。分析をよろしくお願いします。結果を楽しみにしています。
都道府県	等級を下げた場合、クレームに来て当職員を脅すような人が希にいる。その対応に困る。直接関係ないが、3.2条でも今後対象者の変更に伴ってトラブルとならないように対応することは難しいのではないかと考える。
都道府県	・当結果が今後の判定業務に役立つ指針を示してくれることに期待します。・生活保護費の障害加算等については、他機関に依頼すべき事項もあり、協力依頼が大変でした。出来るだけ当センターで回答できる内容にして頂ければと思います。・質問事項が多く負担が大きかったです。
都道府県	調査の回答に関して、当県では、平成17年7月から審査会の回数は月2回となっている。それに伴い、平成17年7月以降と平成16年度とでは、審査委員数、体制等が異なっている。設問②以下については、現体制を基準に回答している。手帳の判定に関して、日常生活能力の判定や程度は3障害（+老人）総合で決めた方がよい。
都道府県	・診断書記載する医師又は医療機関に何らかの規制が必要。例えば指定医療機関制度等。 ・申請から結果通知までに長期間を要している。（医療機関への照会を行うと、さらに期間を要する）改善が必要であると考えている
都道府県	・障害年金証書による申請で、精神障害のみの事由ではなく、精神と身体障害との合併で年金の等級が認定されているものについては、手帳の等級認定に際して、年金の等級をそのまま認定することは、診断書による申請者との等級認定に整合性が保てないなど問題がある。・3.2条も手帳も、診断書の様式や審査基準を明確にし、全国統一することが望まれる。また、診断書に記載する医師の資格要件を定めるべきと考える。（たとえば、身障手帳や更生医療の15条指定医や18条指定医などのように）、病院でしか接することのない医師が、日常生活の能力を正確に判定することが可能でしょうか。（特に脳外科医の診断書では、矛盾したものが多い。）日常生活能力の判定にあたっては、その方法や記載内容をさらに具体的にするなど可能な診断書様式に改正することも必要と考える。3.2条・4.5条ともに、その取扱について、判断に困ることも多いのが現状のため、全国担当者会の開催をぜひお願いしたい。最後に、アンケートの調査項目について、コメントします。問③b-1-2や③b-2-3の事例は、現行の書類審査のみでは判断ができない内容であり、加味することには問題があると思えます。
都道府県	詳細な質問事項でしたが、作成には多大な労力を要したことと思います。お疲れさまでした。
指定都市	このアンケートの項目は非常に細部にわたっているが、実際に判定ガイドライン等を整備する場合にこまめに細分化した規定が必要ではない部分もあると思われる。判定の誤差範囲としておいても大きな不公平にはまではないと思われる項目もあった。
指定都市	大部に亘るアンケートの作成ご苦労様でした。回答するのなかなか大変でした。各回答を見ていただければわかるかと思いますが、本市での統計の取り方と異なる内容がありました。せっかく回答するのですから有意義になるようにしたいとは思いますが、レトロスペクティブで回答するには無理があるようにも思います。今回は無理だったのですが、可能ならば時間をかけてプロスペクティブに調査できるようにすると、データの信頼性が高くなるのではないかと思います。あらかじめ各アンケート項目を念頭において判定を行うと、問題点が明確になるのではないかと思います。
指定都市	・「精神障害者保健福祉手帳の手引き」や厚生労働省通知が医師に十分に周知されていない。医師の診断書記入に際し、全国共通の簡便なマニュアルがあることもよいと考える。・手帳の判定を誰が行っても、その結果が一致することは障害特性上、実務上から困難と考えるが、一定以上の信頼性が保証されることは必要である。
指定都市	アンケートの作成ご苦労様です。集計も頑張ってください。
指定都市	1) 今後、区窓口とのオンライン化や、本手帳（精神障害者福祉）と他福祉情報（住民登録基本台帳と運動）とリンクするシステム化が必要と思われるが、そのシステムそのもののセキュリティとその利用目的（精神障害者の人権を守り、利益となる活用）をどう保障するかが課題[手帳] 2) 全国規模のサービス内容の拡充と周知の徹底推進[手帳] 3) 入力処理に相当時間を要し、増加する申請診断書類の保管（場所と管理）の問題
指定都市	答えながら参考とすべき視点にも気づくことが出来ました。担当の方のご苦労を思います。頑張ってください。

1 現在値は、平成16年10月1日現在でお答え下さい。また、特に断りがないかぎり年度の実績値は平成15年度のものをお答え下さい。

2 大変な大部に亘るアンケートですが、どうか全項目もれなくお答え下さい。選択肢に当てはまらない場合は、自由記載欄をご活用下さい。

選択肢は浅葱色の部分です。

選択肢の回答は、黄色の欄に数字かアルファベットでお答え下さい。

3 各回答については、自由回答欄も含めて、パソコンで処理いたします。このファイルの最後のシート（「アンケートの本文及び回答欄」）にご記載の上、メールに添付してご返送下さい。整理の都合、ファイル名は「都道府県・市名.xls」にさせていただくと、有難いです。

4 アンケート用紙は、エクセル形式になっています。欄が小さい場合、セルの幅や高さは適宜ご調整下さい。その際、位置は動かさないようお願いいたします。

5 お忙しいところ大変恐縮ですが、1月末日までにお答え下さい。2月の第1週ごろに集計を済ませてしまいたいと考えております。

6 電子メールによる回答のあて先は、*****（札幌こころのセンター所長 築島）あてでお願いいたします。

FAXは、011-622-5244です。

ページ数が非常に多いので（プリントアウトすると、20ページを超えます）、E-mailをご利用下さい。E-mail使用不可のセンターは、ご連絡下さい。フロッピーをお送りします。

7 このアンケートは次のシート（「アンケートの大項目と中項目」）にご説明いたします通り、非常に大部に亘るものです。全部で①～⑩の10大項目、中項目までで50、小項目まで含めると100以上の回答欄があります。このうち、①、③a-2-2、および⑤は、数字（実績値又は現在値）の回答を要するものですので、貴センターのご担当の職員さんのお手を煩わせるものです。また、④、⑥、⑨、⑩などは、若干の資料をお調べいただく必要があるかもしれません。しかしながら、それ以外の全ての項目は、所長さんご自身のお考えをお伺いするものですから、特にご準備は不要です。適宜お答え下さい。

8 何かご質問がございましたら、上記の電子メールアドレスか、FAXにてお問い合わせください。

御協力のほど、よろしくお願いいたします。

都道府県・政令指定都市名

① 判定の実績

平成15年度（平成15年4月1日から平成16年3月31日）において：

①-1 45条の判定会議を何回開催しましたか？

①-2 この時期の判定会議1回あたりの時間は概ね何時間ですか？

①-3 平成15年度の1年間に何件判定しましたか（すなわち診断書の枚数は何枚ですか）：再判定、再々判定は2件、3件と数えます

①-4 平成15年度の1年間の判定の結果、1級、2級、3級はそれぞれ何件となりましたか？非該当の件数は何件ですか？

1級
2級
3級
保留
非該当

①-5 同時期の年金証書認定分は1級、2級、3級はそれぞれ何件でしたか？（診断書

1級
2級
3級
保留
非該当

② 判定の方法と実施体制（判定組織体の構成等）：判定を行う体制について（平成14

②-1 審査判定は何人で行いますか（事務局を除く）？

②-2 審査判定（会）の構成はどのようになっていますか？

②-2-1 以下の表に（記載例に準じて）お書きください：

番号	審査員名（出身母体）	職種	常/非	役割
1	〇〇大学医学部精神科助教授	医師	非常勤	
2	××医科大学精神科講師	医師	非常勤	
3	医療法人〇〇病院院長	医師	非常勤	
4	医療法人××病院副院長	医師	非常勤	
5	〇〇精神保健福祉センター所長	医師	常勤	委員長

②-2-2 構成について以下の該当する項目を選択してください

- 1 センターの常勤職員のみ
- 2 外部の医師等をセンターの非常勤職員として免令し、センターの常勤職員とともに判定業務に当たる
- 3 外部の医師等からなる附属機関を設置して判定に当たる
- 4 外部の医師等を専門委員として委嘱して判定に当たる
- 5 その他（具体的に：_____）

②-3 審査判定（会）のメンバーの出身母体は？

- 1 センターの常勤職員（医師職）
- 2 センターの常勤職員（医師以外：PSW、PHNなど）
- 3 民間病院の医師
- 4 公的病院の医師
- 5 医育大学の教官
- 6 その他（具体的に：「医育大学以外の教育機関の教官」など）

②-4 判定の方式

- 1 原則すべて合議で判定
- 2 一部合議
 - A 判定困難事例を合議
 - B 新規事例を合議
 - C 更新事例を合議
 - D 返戻・再判定事例を合議
- 3 各委員が個別に判定

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

審査委員会等で等級の判定にかかる意見が分かれた時、どのように対応しているのでしょうか？

- 1 多数決
- 2 意見が合うまで協議
- 3 センター所長が決する
- 4 その他（具体的に：_____）

③ 判定保留、判定困難事例の実情と、その取り扱い方法（診断書の返戻等）

③-a 【総論的事項】

手帳の交付可否等級審査判定にあたっては、事実上、申請書に添付された診断書の内容以外に判定のよりどころとすべき情報はありませんが、ここに記載されている情報が不十分であったり、内容が不適切であったりするものは、かなりの数に上ることが知られています。このような不適切な診断書により、判定が困難になることも多く、時には判定不能となったり、判定の信頼性を低下させ、知事/市長の行う処分に深刻な悪影響を与えることも懸念されます。このため、各都道府県市において不適切な診断書を受理した後の対応としてどのような対応方法（オプション）をお持ちなのか、まずお尋ねします。

③a-1 情報が不足している、内容が不適切などの場合で、等級の判定ができない若しくは困難なものについては、どのような対応方法（オプション）をお持ちですか？（複数回答）：

1. 判定不能又は非該当と判定する（その結果、交付申請を却下し、又は、非更新と決定することになる）
2. 判定を保留し、申請者（患者）に診断書（もしくは一件書類）を返戻し、相当の期間を定めて当該申請の補正を求める。（形式的要件不適合申請ではないが手続7条に準じる取り扱いをすということ）
3. 判定を保留し、診断書を書いた医師に文書照会して、補足の情報を徴したうえで、後日再判定する
4. 判定を保留し、診断書を書いた医師に電話照会して、補足の情報を徴したうえで、後日再判定する
5. 判定を保留し、診断書を書いた医師に診断書（提出された診断書の現物）を返戻し、訂正・加筆等を求め、再提出された診断書をもって、後日再判定する

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）

1. 電話照会：センターの事務方（保健師、精神保健福祉士を含む）から主治医へ
2. 電話照会：センターの医師から主治医へ
3. 文書照会：単に「（総体として）診断書の記載が不備である」旨のみの記載
4. 文書照会：具体的問題箇所の指摘、考えられる（又は望ましい）記載例を示唆するなど
5. 文書照会：手帳制度の説明をするなど、判定基準の解釈など具体的な説明と情報提供をするなど詳細にわたり教育的に照会する
6. その他（具体的に）

③a-2-2 返戻・照会の件数（平成15年度）

総数：
（もし可能であれば）診療科別内数
精神科医、又は主たる標榜科が精神科である医師
小児科医
脳外科医、神経内科医
内科医（心療内科、老人科を含む）
それ以外

③a-3～6 以下の設問は、先ほどの「不適切な診断書」への対応のオプションが、不

③a-3 右半の欄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）が著しく齟齬する診断書は少なくありません。その場合の取り扱いについてはどのような傾向にあるでしょうか？：

- 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

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. 他の欄の記載（状態欄等）を総合的に勘案するが、おおむね「8項目」に即して判定することが多い
2. 他の欄の記載（状態欄等）を総合的に勘案するが、おおむね「5段階」に即して判定することが多い
3. 記載に不備があるものとして、記載した医師に照会するか返戻することが多い
4. その他（具体的に）

③a-4 施行規則第23条によれば、手帳の判定にあたっては「指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書」によるものと規定されているところですが、診断書を記載した医師が精神障害の診断又は治療に従事しない医師である場合の取扱いは、提出された診断書がかならずしも適正な精神医学的評価に基づいたものではないと考えられる場合も少なくないことから、しばしば苦慮させられます。その取り扱いについてお伺いします。：

- ③a-4-1 診断書を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
- そのような例を経験している
 - そのような例は経験がない

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

- 診断書を記載した医師の要件については斟酌しない
- 診断書を記載した医師に問い合わせ、又は、診断書に記載を求めて、自ら「精神障害の診断又は治療に従事しない医師である」と表明した場合には申請書類不備として申請を却下又は非該当とする。標榜科を問わず、自ら「精神障害の診断又は治療に従事する医師である」と表明した場合には有効な申請書類として認める
- 精神科を標榜しない医師の書いた診断書については、「てんかん」のみ認めるが、他は認めない
- その他（具体的に）

- ③a-4-2 状態像の記載等が精神医学的に誤っていたり理解不能であったり、医学的整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適用される取り扱いの一般的な傾向、又は印象）：

- そのような例を経験している
- そのような例は経験がない

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

- 申請を却下又は非該当とすることが多い
- 妥当な記載となるまで、記載した医師に返戻・照会を繰り返すことが多い
- 照会しても妥当な回答が得られる見込みが薄いことから、照金・返戻はせず、その診断書のなかの他の情報から総合的に類推・判断することが多い
- その他（具体的に）

- ③a-5 現在精神科治療を受けていない者の取り扱い、急性期にあつて症状がまだ安定していない者、コンプライアンスの悪い者（特に、服薬していないてんかん）や、適切な支援（治療）を拒否していたり、家族や医療機関等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などについても、判定上苦慮させられることが多いようですが、それぞれの場合について、どのような取り扱いの傾向にあるでしょうか？（③a-1のオプションの中などから適用される取り扱いの一般的な傾向、又は印象）：

- 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）

- そのような例を経験している
- そのような例は経験がない

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

- 判定不能として申請を却下又は非該当とする
- 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
- 適切な治療を受けて、病状が安定した後の状態を推測して、その程度に即して判定する
- その他（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など）具体的に

- 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まだ安定していない者

- そのような例を経験している
- そのような例は経験がない

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

- 判定不能として申請を却下又は非該当とする
- 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
- 適切な治療を受けて、病状が安定した後の状態を推測して、その程度に即して判定する
- その他（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など）具体的に

- 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

- そのような例を経験している
- そのような例は経験がない

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

- 判定不能として申請を却下又は非該当とする
- いたしかたないものとして現在の状態像（発作が頻発している状態）に即して判定する
- 適切な治療を受けて、病状が安定した後の状態を推測して、その程度に即して判定する
- その他（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など）具体的に

③a-5-4 適切な支援（治療）を拒否していたり、家族や医療機関等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

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

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 判定不能として申請を却下又は非該当とする
- 2 いたしかたないものとして現在の状態像（したがって、重い状態）に即して判定する
- 3 適切な治療を受けて、病状が安定した後の状態を推測して、その程度に即して判定する
- 4 その他（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など）具体的に

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、当該関係者に対して、意見を付す、又は、より適切な対応を勧告することはありますか？（複数回答）

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

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 主治医に連絡し、意見を述べたり、より適切な対応を勧告する
- 2 本人や家族に連絡し、意見を述べたり、より適切な対応を勧告する
- 3 保健所や市町村、区役所に連絡し、より適切な対応を勧告する
- 4 不適切な対応であることを知っても、意見を付したり、より適切な対応を勧告することはない
- 5 その他（具体的に）

③a-6 等級決定（又は、非該当の決定）後、ほとんど間を置かず等級変更申請があがる場合があります。精神障害においては病状や状態像が変化することがあるとしても、病歴や診断名まで大幅に変化するような極端な申請内容の変更もまま見られません。そのような場合の取り扱いについてはどのようにお考えですか？

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

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 判定不能として申請を却下又は非該当、等級変更なしなどとする
- 2 いたしかたないものとして現在の状態像（したがって、重い状態）に即して判定する
- 3 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、妥当と考えられる状態を推測し、それに即して判定する
- 4 その他（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など）具体的に

③-b 【各論的事項】

次に、疾患ごとの各論についてお伺いします。もちろん、判定はcase by caseであることから、これらの問いに厳密に答えることはほとんど不可能かもしれませんが、また、かかる事例を経験していない自治体もありましょう。したがって、ここでは、この2年間、精神保健福祉センターが45条の判定事務を所管した経験から、一般的傾向又は印象をおききするものです。

③b-1 アルコール依存症、薬物依存症など、嗜癮関連疾患の場合

アルコール依存症、薬物依存症などの場合には、乱用や依存は対象とはならず、「中毒性精神障害」であるものについては手帳の交付対象とすることとされています。この障害圏のものについては判定に苦慮することも多いものです。

③b-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；

- 1 合併精神障害がある場合は、主たる精神障害が「依存症」であっても等級をつける
- 2 合併精神障害が主たる精神障害と同等かそれ以上である場合は、合併精神障害の等級を付ける
- 3 合併精神障害名の記載がなくとも、状態像に「依存・乱用」以外の記載があれば、主たる精神障害が「依存症」であっても等級をつける
- 4 その他（具体的に）

③b-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（中毒性精神障害ではないもの）を合併している場合、飲酒による酩酊や反社会的行為による問題の存在も、等級判定の際に「重症度を示すものとして」加味するか

- 1 加味する、又は加味する傾向にある
- 2 加味しない

③b-2 主たる精神障害が精神病質（パーソナリティ障害）であるものについて

主たる精神障害が精神病質（パーソナリティ障害）であるものについては、年金の対象とはならないが、手帳の対象とはなるものでありますが、これを対象とすることに関しては、パーソナリティ障害の種別によっては、医学的、社会的、倫理的観点からの問題も生じることとなり、しばしば苦慮させられます。

③b-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

- 1 合併精神障害がある場合は、主たる精神障害が「パーソナリティ障害」であっても等級をつける
- 2 合併精神障害がある場合はそちらを主たる障害に書き換えることを求める
- 3 合併精神障害がない場合であっても、これを主たる障害として等級をつける
- 4 その他（具体的に）

③b-2-2 パーソナリティ障害の等級程度の判定について

パーソナリティ障害それ自体で「日常生活の用を弁ずることが不能」になるとは定義上は考えにくいものですが、実際には「できない」「常時援助」の診断書は少なくありません。こういう場合、障害程度はどのように扱う傾向にありますでしょうか？

- 1 障害程度は主治医の判断より低めに扱う
- 2 主治医の判断通りに扱う
- 3 その他（具体的に）

③b-2-3 従たる精神障害がパーソナリティ障害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反社会性パーソナリティ障害を合併している場合、犯罪行為や反社会的行為による問題の存在も、等級判定の際に「重症度を示すものとして」加味するか

- 1 加味する。又は加味する傾向にある
- 2 加味しない

③b-3 主たる障害がてんかんG40である場合の取り扱い
てんかんに関しては「発作のタイプ」と「頻度」に関する通知があることから、いささか他の障害と異なる判定のプロセスがあります。

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とするかどうか

- 1 合併精神障害の有無にかかわらず却下又は非該当とする
- 2 合併精神障害の有無にかかわらず等級をつける場合がある
- 3 合併精神障害があれば等級をつける場合がある
- 4 合併精神障害がある場合は、そちらを主たるものにすべきであるの
- 5 その他（具体的に）

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」のイロハニの発作タイプと頻度）に即して判定し、発作があるかぎりにおいては等級をつけるか

- 1 タイプと頻度のみによって等級をつける
- 2 普通にできる者は非該当であるとする
- 3 その他（具体的に）

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

- 1 却下又は非該当とする
- 2 等級をつける場合がある
- 3 その他（具体的に）

③b-3-4 「てんかんG40」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「不機嫌症」の場合、「てんかんG40」を主たる障害として障害認定するかどうか

- 1 障害認定する
- 2 障害認定しない
- 3 主たる精神障害が「器質・症状性精神障害」である可能性があるの
- 4 その他（具体的に）

③b-4 知的障害の取り扱い

知的障害は法第45条第1項で対象から除かれているのにもかかわらず、しばしばこれを主たる障害とした申請があります。しかしながら、その取り扱いは、各自治体の間で必ずしも一律ではないと考えられます。

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」「精神薄弱」「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」「精神薄弱」「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そちらを主たる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、状態像に「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）

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の取り扱いにはしばしば苦慮させられます。

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「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

③b-4-3 同じ程度の精神症状であって、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らない者では、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）

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

重度の身体障害と軽度の精神障害が合併している場合で、当該申請者の日常生活、社会生活の制限が、専ら身体障害によるものと考えられる場合には、判定に苦慮することが多いものです。

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（身障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. 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）

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らない者では、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）

③b-6 乳幼児の「精神障害」の取り扱い

最近、乳幼児医療や小児慢性疾患に対する公費負担の制度が改正されたことに伴い、大幅に精神の公費負担や手帳取得に流れてきている現状があります。従来見かけることの少なかった、乳幼児の「精神障害」の判定を求められることが著しく増加し、一見して手帳の診断書の記入に不慣れな医師が書いたと見られる診断書が著増して苦慮させられます。

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

- a 取り扱いがあり、問題を感じている
- 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

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）

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）

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、時に応じて援助が必要である」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（具体的に）

③b-6-5 乳幼児の精神障害者保健福祉手帳の申請について、問題となった事例やお考えになっていることがあれば、ご自由にご記載ください

③b-7 神経症圏等の取り扱い

不安障害（パニック障害を含む）など神経症圏、さらには不眠症の障害については、平成14年度以前は手帳や公費負担の対象としない取り扱いが一般的であったと考えられますが、平成14年の通院医療費判定指針においては公費負担の対象とされたことから、診断書式の改正によって手帳についても、障害等級判定基準の改正のないままに、手帳交付対象とする自治体も増えているようです。その場合、障害等級判定基準には神経症圏等の障害を規定した項目はありませんが、「7 その他の精神疾患」に該当するものとして判定されると考えられますが、その取扱いは各自治体によって違いがあるようです。

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
- 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）

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
- 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）

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

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)

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

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)

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

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)

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

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)

③b-8 いわゆる「高次脳機能障害」の取り扱い

高次脳機能障害については、厚生労働科学研究やモデル事業等で検討がなされている最中ではありますが、特に、痴呆のない高次脳機能障害の判定は苦慮させられます。「高次脳機能障害」という語自体は正式に認知された病名ではなく、また、失語症などの身体障害者手帳の交付対象をも含む障害種別横断的な概念であることから、必ずしも精神障害を特定するものではないことや、精神医学に精通しない医師が多用することがある概念であることも問題の一つであります。

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カテゴリーとして正しく分類されていて、状態像が妥当であれば認める
- 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 (照会するなどの対応を行う)
- 4 その他 (具体的に)

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 痴呆がある場合に限っては等級をつける。痴呆でない場合は等級をつけない
- 2 ICD-F0xに分類されるものであれば、「6 器質精神病」として、その基準に従い等級をつける
- 3 「6 器質精神病」には該当になりにくい場合も多いので、「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)

③b-9 広汎性発達障害の取り扱い

自閉症スペクトラムの者について、近年申請が増えています。自閉性障害、アスペルガー症候群、PDDNOSなどについて、療育手帳制度との関係調整などにおいても、しばしば苦慮させられます。

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、精神障害者保健福祉手帳は原則重複して交付しない
- 2 ICD-F84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。その際、知的障害による日常生活、社会生活上の制限を加味しない。
- 3 ICD-F84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。その際、知的障害による日常生活、社会生活上の制限も加味して、ケース全体としての障害の重篤度を判定する。
- 4 その他（具体的に）

③b-10 痴呆の取り扱い

痴呆については、介護認定との関係で調整が必要となることがあります。老人医療費の一部負担が導入されたことにより、通院医療費公費負担の運用を得るために手帳取得が激増している背景があるとされています。問題行動や精神症状等のない（いわゆる「中核症状のみの」）痴呆の場合、このような対象者において手帳の取得によって得られるメリットは、事実上、通院医療費の公費負担のみであり、32条の判定では、中核症状のみの痴呆は公費負担の対象とはならないことになっています。しかしながら、手帳を取得すれば、自動的に公費負担の対象となるような「ねじれ現象」が存在します。このことから、「中核症状のみの痴呆」に対しては、各自治体で対応が分かれるところで

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）

痴呆性高齢者は、また、様々な程度の身体障害を合併しています。血管性痴呆においては、運動麻痺や失語などの異症状のあることが、診断の条件となりますが、これらは無視できない程度に当該申請者の生活に影響します。さらにアルツハイマー病においては、その病気の進行につれて運動障害が進行し、ついには失外歩状態となるなど、痴呆にともなう身体症状の出現とそれによる日常生活、社会生活の制限は、痴呆の原疾患が「精神障害と身体障害を同時に引き起こすもの」であるだけに、判定上苦慮させられます。この取り扱いも、各自治体で一律とは言えないようです。また、手帳の等級判定においては、「アパート等で単身生活を行った場合を想定して」（「運用に当たっての留意事項」）判定するとありますが、痴呆性高齢者の場合には、統合失調症の壮年期の者等の場合と同様に「アパート等で単身生活」を通常の状態であるとする仮定に基づいた日常生活状況の想定が可能とは言えません。

③b-10-2 痴呆性疾患の身体障害部分については；

- 1 運動麻痺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 運動麻痺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）

③b-10-3 痴呆の手帳判定においてこのほかに苦慮していることや、お考えについて、ご自由にご記載ください

③b-11 主たる精神障害の病名として、状態像診断や、一過性ないしは持続しない病態（心因反応、適応障害、等）が記載されているものがあります。これらは、診断時点の状態を表すものであっても、「能力障害の状態の判定にあたっては、現時点の状態のみでなく、概ね過去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」（「運用に当たっての留意事項」）とある通り、近い将来、あるいは治癒してしまうことが予想される一過性の病態については、障害として認定すべきか苦慮します。また、状態像診断は暫定的、多面的であり、障害の性状を伺い知ることが時に困難であることから、判定に支障を生じます。この取り扱いについてお伺いします；

③b-11-1 主たる精神障害の病名として、状態像診断や、一過性ないしは持続しない病態（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かれば、却下又は非該当とする
- 3 F2やF3カテゴリー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）

- 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
 「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」
 (「運用留意事項」)には、能力障害の判定について、「(1)～(8)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がたい」として、明確な基準の設定を避けています。しかしながら、一方で「『できない』がひとつしかなくても1級となる場合があり」などの記述から、「できない」がひとつもない場合には1級にならないということが読み取れると考えられます。このように、厚労省の関係通知のみでは、実際の判定の実務は運用困難であり、事実上の細則や申し合わせ事項(不文律)が、各自治体においてはあるようです。

④-1 施行令第6条や障害等級判定基準ならびに関連通知(「運用留意事項」など)のほかに、自治体が独自に策定した細則がありますか?あるとすればどのようなことについて定めていますか?

④-2 細則がない場合にあっても、委員間の申し合わせ事項や不文律がありますか?事実上の基準みたいなものがあるとすれば、どのようなことに関して、どのような内容の申し合わせ事項がありますか?

(たとえば、「看護婦やPSW代筆の診断書は認めない」「人格障害は1級に認定しない」「統合失調症と他の障害では基準を若干変える」「日常生活項目:食事、清潔、金銭、安全、の4項目のうち一つ以上“できない”がある場合に1級とする」「“できない”を4点、“援助があればできる”を3点など、点数化して、総点数の多寡を参考にする」など)
 「点数換算表」「疾患ごとの基準細則」など、資料がありましたら、併せてご提供ください。

④-3 「8項目」と「5段階」が齟齬する場合

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。

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、この部分が著しく齟齬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、いずれもが「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 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
- 2 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
- 3 主治医の評価した総合判定に従う
- 4 その他(具体的に)

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」

- 1 「1級」
- 2 「2級」
- 3 「3級」
- 4 「その他」

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」

- 1 「1級」
- 2 「2級」
- 3 「3級」
- 4 「その他」

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」

- 1 「1級」
- 2 「2級」
- 3 「3級」
- 4 「その他」

4項目とも「援助があれば出来る」

- 1 「1級」
- 2 「2級」
- 3 「3級」
- 4 「その他」

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る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)

④-4 診断書の記載に対して、求めていること、あらかじめの基準としていることについて、特に、以下の事項についてはどのような方針ですか?(複数回答)

④-4-1 ICDコードについて

- 1 ICDのコードは、正確につけることを求める