

1. 精神障害者保健福祉手帳の「認定・非認定の基準」に関するご回答
「都道府県・指定都市別（順不同）」

A	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第6条に基づき、精神障害者保健福祉手帳の手引き（財団法人日本公衆衛生協会発行）、ICD・10 精神および行動の障害（医学書院発行）を参考に判定している。
B	国の基準を参考にしている。
C	精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について（平成7年9月12日厚生省保健医療局長通知）に則っている。
D	精神障害者保健福祉手帳障害判定基準について（平成7年9月12日厚生省保健医療局長通知）を等級の基準とし、手帳の等級に値しないについて非認定としている。
E	精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準（平成7年9月12日健医発第1133号）厚生省保健医療局長通知に基づき判定しており、本県独自の基準は設けていない。
F	精神保健福祉法、同施行令、及び以下の国の通知により、総合的に判断して認定・非認定を判定している。それ以外の基準をとくには定めていない。 1) 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について（健医発第1132号、H7.9.12付、厚生省保健医療局長通知） 2) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について（健医初第1133号、H7.9.12付、厚生省保健医療局長通知） 3) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たっての留意すべき事項について（健医発第46号、H7.9.12付、厚生省保健医療局精神保健福祉課長通知）
G	1) 精神障害を認め、日常生活に支障があり援助を必要とするもの→認定 2) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる→非認定
H	H7.9.12 健医発第1133号厚生省保健医療局長通知の障害者等級判定基準及び判定基準の説明・基本的なとらえ方、H7.9.12 健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知を基に交付、不交付及び等級を判定する。
I	（財）日本公衆衛生協会「精神障害者保健福祉手帳の手引き」にを参考にしている。
J	厚生労働省の通知によっています。
K	1) 診断書による判定 「日常生活および社会生活は普通にできる」と判断される場合は非認定。 2) 年金通知書等 「精神障害による年金受給中」は該当、それ以外は非該当。
L	国の通知に基づき審査を担当する医師の合議で決定している。
M	障害等級の判定基準に該当しない場合に非認定としている。健医発第1133号（平成7年9月12日）厚生省保健医療局長「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」の基準を用いる。
N	通知（「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」）などを参考・基準として判定を行っている。
O	施行令第六条に基づき判定している。ICD・10のカテゴリーF1に関しては、Flx.0～Flx.3のみであれば非認定としている。
P	厚生労働省の指針による。
Q	精神保健及び精神障害者福祉法に基づいている。
R	精神保健及び精神障害者に関する法律施行令の「等級の基準」に基づいて判定を行っている。
S	未記入
T	手帳診断書の欄中、3.日常生活能力の程度（1）精神障害は認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできるに○がつき、日常生活能力の判定で自発的にできるあるいは適当にできるに○がついているものについては、非認定としている。
U	①病態の種類、②疾病の経過、③疾病の症状を総合的に判断して認定する。

V	日本公衆衛生協会発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き」による。
W	厚生省通知（平成7年9月12日 健医発第1133号及び健医精発第46号）に基づいており、独自の基準はない。診断書⑥-2「日常生活能力の判定」について、設問事項がすべての精神疾患に対応しておらず、判定に苦慮することがある。
X	基本的には「精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできるのか、できないのか」。
Y	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第2項の規定による。
Z	「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」及び「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」（国通知）のとおり。
AA	国平成7年通知「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」を基本としている。『精神障害を認めるが日常生活及び社会生活は普通にできる』と認められる場合不承認。ただし一度は診断書を提出した病院に照会した上で決定している。
AB	精神障害者保健福祉手帳制度実施要領及び精神障害者保健福祉手帳の手引きを参考にしています。
AC	「等級の基準」（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令）。
AD	1) 精神障害者保健福祉手帳の手引き（財団法人日本公衆衛生協会）参照、健医発第1133号（平成12年9月12日付）通知による。 2) 平成15年度から痴呆について判定の取り扱いについて示す（基準・要綱作成中）。
AE	独自の基準は設けていない。精神障害者保健福祉手帳制度実施要領など国からの通知を参考に判定している。
AF	「等級の基準」に従っている。
AG	法律・通達に従う（独自の基準はない）。
AH	別紙「精神障害者保健福祉手帳等級判定基準」及び「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」に沿って総合的に判断した結果、1～3級のいずれかに該当すれば認定します。知的障害については、知能障害以外の精神・神経症状が何もなければ申請要件を満たさないと判断し、非認定としています。
AI	精神保健福祉法第5条の定義による精神障害者のうち知的障害（他に精神疾患がある場合は審査対象）を除いたものが対象となり、認定・非認定については「精神障害者保健福祉手帳の手引き」の基準に従い審査している。
AJ	「等級の基準」で3級に該当しないものを基準と考えている。精神疾患の状態、能力障害の状態各々で等級を検討し、両方該当しなければ非認定、片方のみ3級に該当すれば総合的に判定している。
AK	「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」に基づいて判断している。
AL	特に独自の判断基準は作成しておらず、国の判断基準に基づいて障害等級の判定を行っている。ただし、居住地については、患者さんの利益優先のため、住民票の有無に関わらず「実際の居住地」で認定している（厚生労働省に確認済み）。
AM	1) 診断書の内容が具体的で整合性がとれていること。 2) 痴呆性疾患についても1)の基準に照らして認定しているが、痴呆を精神障害と同様に判定することに疑義もある。
AN	法に従って行っている。
AO	1) 健医発第1132号「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」 2) 健医発第1132号「精神障害者保健福祉手帳障害者等級判定基準の運用に当たっての留意事項」 3) 厚生省説明資料・厚生省問合せ事項
AP	精神障害のため長期にわたり日常生活や社会生活への制約があるか。
AQ	1) 診断日が初診日から6ヶ月以上経過していること。 2) 精神疾患を有するものが対象。 3) 知的障害、アルコール依存症は対象外。
AR	精神症状が認められ、日常生活や社会生活に支障がある場合に、判定基準に基づき審査を行い、手帳を交付する。 （判定基準）「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」H7.9.12 健医発第1133号 厚生省保健医療局長通知

AS	手帳の判定にあたっては、①精神疾患の存在の確認、②精神疾患の状態の確認、③能力障害の状態、④精神障害の程度の4つの要因を総合的に判断していますが、認定、非認定の基準で特に定めたものはありません。
AT	厚生省保健医療局長通知（平成7年9月12日健医発第1133号）の基準により行っている。
AU	1) 診断書にある精神疾患に罹患後6ヶ月未満のもの。 2) 診断書⑥において生活能力状態が「日常生活及び社会生活がすべて自分でできる適切にできる」と判断された場合。
AV	平成7年の通知（判定基準及びQ&A）の通り。
AW	国の通知の通り。
AX	国通知等に準拠し、精神障害の状態にあると認められるかどうかを審査する。
AY	1) 精神障害の程度が、日常生活を送る上でどのような影響を及ぼしているか。 2) 主たる精神障害が「知的障害」のみでの申請は認定していない。 ※「精神障害者保健福祉手帳の手引き」に準じた判定を行っています。
AZ	精神障害者保健福祉手帳制度実施要領（平成12年3月31日障第245号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知、第二手帳の交付手続き）のとおり。
BA	厚生労働省の手帳関係の通知に基づいています。
BB	精神保健福祉法施行令および「精神障害者保健福祉手帳の手引き（日本公衆衛生協会刊）」を基準の参考としています。
BC	1) 「機能障害」「能力障害」が共にある場合、非認定としている。 2) 知的障害は本手帳に対象外であるがそれに由来または伴う精神障害は1)を基準としている。
BD	「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について（平成7年9月12日健医発第1132号厚生省保健医療局長通知）」に基づいて認定しております。独自の基準は特に設けておりません。
BE	以下の1)～3)をすべて満たすもの 1) 診断名においては、ICD10カテゴリーのF00～99 or G40～G47の範囲であり、かつ、確定診断であること（従来の神経症・状態像等で、重篤かつ長期にわたり症状が認められ今後も（2年間は）続くと診断されるケース等も含む）。 2) 診断書にもれなく必要項目が記入され、手帳認定の情報が記載されている事。 3) 現在の具体的症状・状態（精神症状あるいはそれを中核とする症状）と日常生活能力の該当項目とに整合性があり、それが現在の日常生活に支障を来していると同時に、今後少なくとも2年間続くと判断できること。
BF	1) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について（平成7年9月12日健医発第1133号 各都道府県知事あて 厚生省保健医療局長通知） 2) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について（平成7年9月12日健医精発第46号各都道府県知事あて厚生省保健医療局精神保健福祉課長通知）
BG	精神保健福祉法第45条第2項～3項にのっとる。
BH	「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」の通知どおり（平成7年9月12日付け、健医発第1133号、厚生省保健医療局長通知）。

2. 非認定事例に関するご回答

「都道府県・指定都市別（順不同）」

A	1) アルコール依存症のみで明らかな精神症状を伴わないもの。あるいは、アルコール関連疾患で断酒していないもの。 2) 精神症状の伴わない知的障害（精神遅滞）。 3) 症状が基準を満たさないもの。あるいは、明らかに一過性のもの（てんかんは除く）。 4) 初診から申請（判定）の期間不足のもの。
B	1) ⑤生活能力、3日常生活能力の程度（1）に○がついているもの。
C	1) 「てんかん」の診断名で提出された診断書であったが現在てんかん発作も生じておらず、日常生活に制限を加えている要因が重度知的障害及び重度慢性麻痺によるものと考えられたため（1件）。 2) 「てんかん」の診断名であるが、てんかん発作がみられず日常生活能力の状態も高いため（2件）。 3) 「統合失調症」の診断名であるが、現在、店員として就労しており、日常生活能力の状態も高いため。
D	1) 診断書が初診から6ヶ月未満のもの。 2) 生活能力の状態が手帳の等級に値しない。
E	1) 日常生活能力の障害が精神発達遅滞のみによる。 2) 初診年月日から6ヶ月を経過していない。 3) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 4) アルコール精神病だが、飲酒を続けている状態の者である。 5) 治療中断し、長期間の薬物治療下における状態のため判定できない。
F	平成15年度は、25件の非認定となった事例があった。その内訳は以下の通り。 1) 主な精神障害の病名が手帳交付の対象外であるために非認定となった事例（10件） （知的障害（精神遅滞）、アルコール依存症・乱用、薬物依存・乱用、神経疾患） 2) 精神障害はあるが、手帳交付に該当する障害の状態が認定できず非認定となった事例（2件）。 3) 精神障害はあるが、未治療あるいは継続して十分治療がなされておらず、等級判定の時期にないために非認定となった事例（3件）。 4) 精神障害はあるが、急性期でその治療の途中にあり、等級判定の時期に無いために非認定となった事例（1件）。なお通常、慢性経過中での急性増悪の事例については、急性増悪以前の状態により等級の判定を行い手帳を交付している。 5) 精神障害は認められるが、手帳交付の対象となる程ではなく、日常生活能力の低下が主として合併身体疾患（障害）によるものと判定され非認定となった事例（1件）。 6) 等級変更申請について、判定の結果、等級変更に到らないため新たに手帳交付が行われず、非認定扱いとした事例（7件）。 7) 年金証書による申請で、精神障害の年金受給でないために手帳交付の対象とならず、非認定扱いとした事例（1件）。
G	1) 知的障害とてんかんがあるが、てんかん発作は長期に抑制されている。 2) 知的障害のみ、アルコール依存症のみ。 3) てんかんによる障害が明らかでない。 4) 障害能力の程度が軽度である（日常生活能力が（1）と判定されているなど）。 5) 診断日が初診日から6ヶ月経過していない。
H	1) 日常生活及び社会生活は普通にできると判断されるため。 2) 精神疾患の病名による日常生活及び社会生活の制限は長期的に及ぶものではないと判断されるため（適応障害 etc）。
I	1) 日常生活能力及び日常生活能力の判定がすべて「できる」に該当。 2) 初診年月日から6ヶ月以上経過していない。
J	1) 初診から6ヶ月以上経過していなかったもの。 2) 厚生労働省の基準を満たさなかったもの。

K	1) てんかん及び抑うつ状態：発作は服薬によりコントロールされており、生活能力障害は認められない。 2) 不安神経症：時として不安が強まる。生活能力障害はほとんど認められない。
L	1) H15年度は25件の非該当者(交付は約4400件)。 2) G・F3・F4で症状が軽い者。 3) 児童期の申請者が多い傾向が見られる。
M	1) 精神発達遅滞のみで非認定。 2) てんかんで服薬により発作はコントロールされ、日常生活能力は自立。 3) うつ病の症状がおちつき現在睡眠障害のみ。日常生活能力は自立。
N	1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通に出来る場合。 2) 精神症状の無い「てんかん」患者で、発作がコントロールされている場合。 3) 精神症状の無い知的障害者。 4) 精神障害に係る初診日から6ヶ月を経過した日以後における診断書で無い場合。
O	非認定事例で実際に多くみられるのは、制度に対する理解の問題があると思われるもの。例えば、 1) 疾患名が精神遅滞のみ。 2) てんかんで発作が2年以上起こっていない。 3) 診断はついているが生活障害が軽く、日常・社会生活が普通にできると記載されているもの。
P	精神遅滞の状況が強く、通院公費のみの認定が適切なものが数件有。
Q	日常生活能力の程度が精神障害を認めるが日常生活及び社会生活は普通に出来る場合。
R	1) 初診日から6ヶ月以内での申請。 2) 生活能力状態が自立しており、日常生活及び社会生活に問題のない場合。 3) てんかんで発作が数年なく、コントロールされている場合。
S	1) 「⑥生活能力の状態-2日常能力の判定」について該当する大半が「自発的にできる」「適切にできる」と記載されている場合。 2) 記載内容が精神障害を主訴とするものではないと思われる場合。
T	手帳診断書の欄、3日常生活の程度「(1)精神障害は認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる」に○がつき、日常生活能力の判定で自発的にできるあるいは適切にできるに○がついているものについては非認定としている。
U	①病態の種類、②疾病の経過、③疾病の全体に整合性が認められなければ非認定とする。
V	1) アルコール依存症であるが飲酒が続いている場合。 2) 病名が精神遅滞のみの場合。 3) ⑤生活能力の状態欄の日常生活能力の判定と日常生活能力の程度の整合性のない場合。
W	1) 初診日から6ヶ月を経過していない。 2) 日常生活能力(診断書⑥-2、3)について、障害の程度が軽く、健常者と統一水準と認められる。
X	「精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる」ので、非認定となった。
Y	「日常生活能力の判定」においてすべて「自発的」あるいは「適切に」できるとの評価で、「日常生活能力の程度」において「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」との評価であった事例について、「3級相当」との意見1、「非該当」との意見2であったため、認定しなかった。
Z	1) 診断書作成日が初診日から6ヶ月を経過していなかった。 2) 「精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる」状態であった。
AA	「2日常生活能力」で“自発的に出来る”にすべて印がはいつており、「3日常生活能力の程度」で(1)に印のケース。
AB	1) 病名はアルコール依存症で生活能力は出来る(手帳不承認、32条は承認)。 2) 病名はアルコール依存症で症状は乱用及び依存のみ(手帳不承認、32条は承認)。 3) 病名睡眠障害、生活能力は出来る(手帳不承認、32条承認)。 4) てんかん発作なし、生活能力はできる(手帳不承認、32条は承認)。

AC	<ul style="list-style-type: none"> 1) 疾患が該当しない。 2) 精神障害を認められない。 3) 程度が等級に該当しない。
AD	<ul style="list-style-type: none"> 1) アルコール依存症 (7 件) : 精神障害 (機能障害) なし。 2) 痴呆症 (10 件) : 高齢で発症。病理所見等、客観的データによる診断根拠が不明瞭。精神症状なし。 3) 精神遅滞 (4 件) : 精神障害なく、療育手帳の対象。 4) うつ病 (2 件) : 薬による改善の可能性あり。生活能力の障害なし。 5) パニック障害 (2 件) : 生活能力の障害なし。 6) てんかん (2 件) : 精神障害なし、発作なし。 7) 脳梗塞 : 精神疾患なし、精神障害なし。
AE	なし
AF	<ul style="list-style-type: none"> 1) 主たる精神障害の病名が精神遅滞であり、療育手帳の申請が適切と思われるもの。 2) 日常生活、社会生活に制限のないもの。
AG	<ul style="list-style-type: none"> 1) 6ヶ月以上経過していない。 2) 精神障害による障害年金でない。 3) てんかん発作が3年以上発生していない。
AH	<ul style="list-style-type: none"> 1) 「特定的人格障害」との判断だが、精神症状がうかがえず、日常生活及び社会生活は普通にできており、能力障害はほとんど認められない事例。 2) 診断名が痴呆であり、程度は軽度 (長谷川式 19 点)、症状は痴呆のみで他の精神・神経症状が何もない事例。 3) 診断名が知的障害で、知的障害以外の精神症状が認められず、精神障害者保健福祉手帳の申請要件を満たさないと判定された事例。 4) 主たる精神疾患 : 知的障害、てんかんと診断名。知的障害は重度だが他の精神・神経症状が何も認められず、てんかんの臨床発作もない事例。
AI	知的障害の方で他に精神症状が認められなかった事例。
AJ	<ul style="list-style-type: none"> 1) 統合失調症のケース : 服薬により精神症状をほとんど認めない。 2) うつ病のケース : 疲労感、意欲低で時々イライラ感がみられる。
AK	<ul style="list-style-type: none"> 1) 障害年金の支給事由が精神障害でない場合。 2) 診断書の内容が「等級の基準」に該当しない場合。 3) 診断書が初診日から6ヶ月を経過していない場合。
AL	<ul style="list-style-type: none"> 1) 精神障害に係る初診日から6ヶ月以上経過していなかった。 2) 精神疾患はあるが、精神障害はなかった。 3) 非認定とした病名は、①心因反応、②抑うつ反応、③アルコール依存症、④疑い、⑤状態、⑥高次脳機能障害、⑦人格障害。
AM	<ul style="list-style-type: none"> 1) 診断書の記載漏れ (障害の重症度、症状)。 2) 診断書以外の様式による病状記載。 3) 日常生活能力から手帳の対象外と判定された。
AN	<ul style="list-style-type: none"> 1) 日常生活及び社会生活は普通に出来ると判断されるため (12 件、平成 15 年度)。 2) 診断書が初診日より6ヶ月以上経過した時点のものでない (5 件、平成 15 年度)。
AO	診断書が初診日から6ヶ月以上経過していなかったため。
AP	<ul style="list-style-type: none"> 1) 他の精神障害を伴わないアルコール依存症や精神遅滞。 2) 発作間欠期の精神神経症状、能力障害のない2年以上発作が抑制されているてんかん。 3) 初診日から6ヶ月以上経過していない診断書による申請。
AQ	初診日から6ヶ月以内で申請されていた事例。
AR	<ul style="list-style-type: none"> 1) てんかん : 診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。 2) アルコール依存 : 診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。 3) うつ病 : 診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。 4) 器質性精神病 : 診断書記載の症状により手帳非該当。

	<p>5) 身体表現性障害：診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。</p> <p>6) 症候性てんかん：診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。</p> <p>7) アルコール症：「全く断酒する気がない」（診断書）のため不承認。</p> <p>8) 人格障害：初診日から6ヵ月経過していないため不承認。患者票は承認。</p> <p>9) 統合失調症：初診日から6ヵ月経過していないため不承認。患者票は承認。</p> <p>10) アルツハイマー型痴呆：初診日から6ヵ月経過していないため不承認。患者票は承認。</p> <p>11) 統合失調症：初診日から6ヵ月経過していないため不承認。患者票は承認。</p> <p>12) ギャンブル依存症：診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。</p> <p>13) 適応障害：診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。</p> <p>14) てんかん：診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。</p> <p>15) 不安（回避）性人格障害：診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。</p> <p>16) 全般性不安障害：診断書記載の症状により手帳非該当。患者票は承認。</p>
AS	てんかんの患者で、発作がコントロールされており、かつ、日常生活能力の評価が等級判定基準のいずれにも該当しない程、軽易なものについては、非認定となっています（多くは精神科医以外が書いた診断書です）。
AT	<p>非精神科医の診断書は、精神医学的な状態像の記載に著しい問題があるものが少なくないことから、適切な判定ができず、度々の照会の末に非認定となるものも少なくない。</p> <p>1) 日常生活は普通に出来る（内科医）。</p> <p>2) 精神遅滞。</p> <p>3) 日常生活は普通に出来る（脳外科医）。</p> <p>4) 日常生活は普通に出来る。</p> <p>5) 日常生活は普通に出来る。</p> <p>6) 日常生活は普通に出来る（発作が完全に抑制されているてんかん：小児科医）。</p> <p>7) 日常生活は普通に出来る。</p> <p>8) 日常生活は普通に出来る（産婦人科医）。</p> <p>9) 普通に出来る（アルコール依存のみ）。</p> <p>10) 日常生活は普通に出来る。</p> <p>11) アルコール乱用・依存のみ、身体障害による日常生活機能の障害。</p> <p>12) 身体障害による日常生活機能の障害（精神症状の記載なし：内科医）。</p> <p>13) アルコール乱用・依存のみ。</p> <p>14) 発作が完全に抑制されているてんかん。</p> <p>15) 日常生活は普通に出来る（発作に関する記載の無いてんかん：内科医）。</p> <p>16) 日常生活は普通に出来る（発作の無いてんかんの4歳児？：小児科医）。</p> <p>17) 精神遅滞。</p> <p>18) 日常生活は普通に出来る（発作が完全に抑制されているてんかん）。</p>
AU	<p>1) 診断書にある精神疾患に罹患後6ヵ月未満のケース。</p> <p>2) 診断書⑦において生活能力状態が「日常生活及び社会生活がすべて自分でできる適切にできる」と判断された場合。</p>
AV	「日常生活能力の判定」がすべて自立しているため。
AW	診断書の記入欄で、⑤の2の生活能力の状態が、自発的にできる及び適切にできるに記載があり、⑤の3日常生活能力が、(1)精神状態を認めるが日常生活及び社会生活は普通にできるに記載があったもの。
AX	<p>1) 日常生活は全項目自立の判定で、日常生活及び社会生活は普通にできるため精神障害と認められない（15年度：2件）。</p> <p>2) 当該精神障害病名と判断された初診から6ヶ月以上経過していないため（15年度：2件）。</p>
AY	「アルコール依存症」の方で精神症状がまったくなく、日常生活に支障がない事例。
AZ	<p>1) 社会保険事務所等への年金照会で、精神障害を支給事由としていない場合。</p> <p>2) 精神障害を支給事由とする障害年金を現に受けていない場合。</p>
BA	⑤生活能力の状態が、2がすべて「自発的にできる」、3が「(1)精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる」。

BB	<p>1) てんかんで、薬物療法を継続しているが、服薬が適切にされており過去2年間一度も発作がなく、日常生活能力でも制限がないと診断書に記載されていたもの。</p> <p>2) 老年痴呆で、精神科以外の病院に入院中で、あきらかに寝たきり状態で持続点滴なども行っている状態が続いていると診断書に記載されており、精神科治療よりも身体的治療のみが行われているとしか判断できなかったもの。</p>
BC	<p>1) てんかん：発作は薬物でコントロールされ、また生活能力障害がない。</p> <p>2) アルコール依存症：生活能力障害がない。</p> <p>3) アルコール依存症：依存症のみでは対象とならない。</p> <p>4) 不安障害：生活能力障害がない。</p> <p>5) うつ病：うつ症状は消失し、生活能力障害がなく、就労できている。 ※いずれも公費負担については承認されている。</p>
BD	日常生活に支障がないとの判断があったケースがありました（病名：うつ病、神経症、アルコール依存症、PTSD）。
BE	<p>1) 状態像・一過性の病名。知的障害のみで精神障害が特にない、アルコール依存症のみ。（記載内容によっては、加筆・変更等の求めた再審査の結果でなるケースもあり）</p> <p>2) 精神症状の記載がない、内容が著しく不十分。整合性に著しく欠ける。</p> <p>3) 日常生活に支障を認めない。</p>
BF	<p>1) てんかんで過去2年間に発作が一度もなく、他の精神症状もない。</p> <p>2) 通院しているが就労しており、日常生活は普通にできる。</p>
BG	<p>1) 初診日からの期間不足。</p> <p>2) 生活能力の状態に「問題なし」という記載のもの。</p>
BH	神経症・アルコール依存症・人格障害については日常生活障害が認められないと非認定。

3. 手帳の不正利用の事例に関するご回答

「都道府県・指定都市別（順不同）」

A	なし
B	不明
C	なし
D	なし
E	なし
F	特にありません
G	なし
H	ドコモ、au 等電話会社の障害者割引サービスを行ける際、手帳を偽造し申請をするというケースがあった
I	未記入
J	特になし
K	障害手帳による携帯電話の使用料半額サービスの申請について、偽造の疑いがある事例が数件あり、申請窓口から照会があった
L	特に報告はない
M	携帯電話割引を受けるため、偽の手帳を作成使用した
N	特に、報告はありません
O	把握していない
P	特になし
Q	未記入
R	報告なし
S	未記入
T	現在まで報告はない
U	不正利用の事例は、確認されていないが、1 級→2 級となった生活保護受給者が、障害加算が無くなった事で、「担当者を殺してやる」と、FAX を送ってきた者がいる。
V	報告はなし
W	報告事例なし
X	該当なし
Y	ありません
Z	特にありません
AA	未記入
AB	なし
AC	受けている報告はありません
AD	該当なし
AE	具体例はあがってきていない。
AF	報告は受けていない
AG	なし
AH	不正利用の報告はありません
AI	なし
AJ	報告なし
AK	なし
AL	未記入
AM	なし

AN	ありません
AO	なし
AP	なし
AQ	特にありません
AR	事例なし
AS	特にありません。
AT	なし
AU	特になし
AV	なし
AW	なし
AX	特になし
AY	未記入
AZ	なし
BA	報告なし
BB	手帳そのものではありませんが、手帳交付に伴い交付を受けることが出来る、交通機関の福祉特別乗車券の本人以外使用というものはありました。1ないし2級の方に交付される介護者用乗車券を1人で使用していたというものです。使用していた人物は介護者でもなく、ホームレスのようであり、「友人からもらった」と言っていたということです。実際にどのようにしてこの人物が介護者用乗車券を手に入れたかを特定することはできなかつたようです
BC	昨年、携帯電話各社が精神障害者を対象とする障害者割引を開始して程なく、偽造した精神障害者保健福祉手帳を使用しての携帯電話申し込みが相次いだ
BD	偽造手帳を身分証明書としての携帯電話の新規契約
BE	特に把握していない
BF	1)手帳を偽造し、その手帳を身分証明書として携帯電話に加入し、電話料金を支払わなかったもの(1件) 2)手帳を偽造し、その手帳を身分証明書として銀行口座を開設しようとしたもの(1件)
BG	特になし
BH	今のところ報告はあっていません

※資料1～3のA、B、Cは同一ではない。

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

分担研究報告書

行政・実績報告の整理と有効活用

－精神障害者保健福祉手帳の標準化に向けた聞き取り調査－

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 小山 智典（国立精神・神経センター精神保健研究所）
北島 顕浩（岩手県精神保健福祉センター）
白澤 英勝（宮城県精神保健福祉センター）
川島 道美（千葉県精神保健福祉センター）
川関 和俊（東京都立中部総合精神保健福祉センター）
藤田 健三（岡山県精神保健福祉センター）
山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）
柿本 裕一（神戸市こころの健康センター）
石幡 裕子（盛岡市保健センター）

研究要旨 本研究では、精神障害者保健福祉手帳（以下、精神障害者手帳または手帳）制度の運用実態を把握し、制度の適正な普及と標準化に向けた提言を行うため、7 都県・政令指定都市（以下、都道府県）の精神保健福祉センターに、現地訪問による個別聞き取り調査を行った。各都道府県では、それぞれの組織・業務体制、および業務量に応じたやり方で、精神障害者手帳の審査・交付業務を行っていることが明らかになった。また、手帳制度が国民一般の間に普及するに伴い、制度発足時に考慮されていなかったであろう制度利用が広がりつつあることが明らかになった。そして、早急な診断書の様式改訂と、それに基づく診断書作成の手引き作成を進める必要性が示唆された。本研究で得られた意見等は、いずれも手帳制度の運用改善に貴重な情報を含むものであり、今後も手帳制度の運用実態のモニタリングを行うとともに、実務を担当する精神保健福祉センター等からの情報を制度運用の改善にフィードバックする仕組みを構築することが必要である。

A 研究目的

精神障害者保健福祉手帳（以下、精神障害者手帳または手帳）は、精神障害者の社会復帰の促進を目的として、

精神保健福祉法（平成 7 年）で定められた。そして平成 11 年の精神保健福祉法の改正により、平成 14 年度より、精神障害者手帳の申請受付業務は保

健所から市町村に移譲され、審査業務は精神保健福祉センターが行うこととなった。しかし、これらの改正を受けて実際に都道府県・政令指定都市（以下、都道府県）でどのように業務が行われているかは、明らかになっていない。また現在のところ、手帳制度普及のための広報の取り組みや、地域における具体的なサービスの違いなどの影響により、都道府県における手帳制度の運用状況には差が生じている可能性がある（付録参照）。

さて、平成16年5月、厚生労働省「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」の報告書において、精神障害者を実雇用率（1.8%）に算定する際の対象者の把握・確認方法として、精神障害者手帳の所持によることが適当であるとの方針が示された。そして現在、平成17年通常国会において、上記内容を含めた障害者雇用促進法の改正法案が提出、審議されている。この法案が可決されれば、精神障害者の地域生活の支援において、精神障害者手帳の活用の機会がますます増えることが予想される。

本研究の目的は、精神障害者手帳制度の運用実態を把握するため、都道府県の担当者に申請・交付等に関する聞き取り調査を行い、精神障害者手帳制度の適正な普及と標準化に向けた提言を行うことである。

B 研究方法

調査期間は平成16年5月～12月であった。岩手県、宮城県、千葉県、東

京都、岡山県、京都市、神戸市の7都県・政令指定都市の精神保健福祉センター（以下、センター）および盛岡市保健センターに対し、文書で個別に調査依頼を行った。各施設から了解を得た後、著者らが現地を訪問し、個別に聞き取り調査を行った。聞き取り時間はいずれもおよそ2時間であった。

聞き取り調査の項目は、交付申請から決定に至る事務手続き、市町村による申請状況の違い、広報活動、保健所や主管課の役割について、審査のあり方、行政事務において気づいていること、標準化に向けた課題などと題して、各センターに調査依頼時に文書で紹介した。

聞き取り調査の内容は、調査当日、調査対象者の了承を得てカセットテープに録音した。後日、テープ起こしによって逐語録を作成し、内容を簡単にまとめ、調査対象者に修正事項等の確認を文書で依頼した。また本報告書の執筆段階において、改めて調査対象者に内容確認を依頼し、十分に校正を行った。これらの確認については、調査時にあらかじめ依頼した。

（倫理面への配慮）

調査内容を録音したカセットテープは、逐語録を作成後、再生が不可能な形で処分した。またワード文書による逐語録は、管理者のみが知り得るパスワードによって管理した。

聞き取り内容は、一般的な業務に関するものであり、個人情報を含むものではない。しかし個別の意見については、業務上知り得た情報や見解を含む

場合があり、それが公表されることが結果として調査対象者の不利益をもたらす可能性があるため、発言者を特定できない形で公表することとした。

C 研究結果

1. 申請から交付に至るまで

表1に、各都道府県における精神障害者手帳の申請・審査・交付業務の進め方をまとめた。

ほとんどの都道府県では、市区町村窓口とセンター間のみで業務が行われ、申請から交付まで1ヵ月以内を目標としている都道府県が多かった。

しかし、岩手県では申請はすべて保健所を經由し、センターは審査業務のみを行い、手帳交付に関する決裁は保健所で行っていた。千葉県も保健所を經由していたが、こちらは「地域サポートとの関係を考慮して」とのことであった。

審査会は2週間から1ヵ月に1回行われており、ほとんどの都道府県で、公費負担申請と一緒に審査されていた。1回あたりの手帳の審査件数は少ないところでは20件ほど（宮城県）であったが、東京都では1000件にも及んでいた。

2. 市町村による違い

市町村によって手帳の申請や交付数に差があると認識している都道府県が多かった。その理由として、「家族会が啓発している市町村では、取得している人が多い」という意見が聞かれた。また、「小さな町村では、顔見

知りで申請しにくい可能性がある」といった指摘や、「診断書の作成料を補助している市町村がある」「タクシー券がもらえる市町村では申請が多い」といった具体的なサービス等の差異も聞かれた。

3. 広報活動等

すべての都道府県において、何らかの広報活動が行われていた。その方法は主としてパンフレット、ポスター、広報誌への掲載等の紙媒体によるものであり、具体例では、岩手県の「メンタルヘルスの社会資源ガイド」、宮城県の「精神保健福祉社会資源ガイド」、京都市の「保健所のおもな仕事」などがあった。

4. 事実情報の整理

表2に、精神障害者手帳に関する事務において気づかれていたことをまとめた。

手帳申請者の増加は、ほとんどすべての都道府県で言及されていた。増加の要因として、具体的なサービスの影響だけでなく、手帳や障害に対する捉え方が変化している可能性、各種福祉施策の積極的な利用が進められている可能性も指摘されていた。

申請者の診断では、痴呆や高次脳機能障害などの器質性精神障害（F0）による者の増加が多く聞かれた。てんかんの診断に代表される、幼児の手帳申請者がいるという都道府県も多かったが、「手帳に年齢制限はないため、幼児であっても対象である」と考えら

れていた。

通院公費の申請を経ずに、最初から手帳取得を申請する例も相当数あるようであった。中には、公費負担申請目的であり、手帳を特に必要としないようであるにも関わらず、医師が診断書の記入が容易だからと、手帳用の診断書で申請している可能性を懸念する声もあった。

5. 標準化に向けた課題

表3に、精神障害者手帳の標準化に向けた課題に関する意見等をまとめた。

1) 診断書について

診断名については、ICDが十分に浸透していないと感じている都道府県もあった。生活状況や病状については、申請者の状況がわかりやすいよう、具体的な記述を重視して記述すべきとする意見があった。また病状については、服薬した結果を書いているのか、服薬しなかった場合を想定して書いているのか、明確にする必要性が指摘された。

日常生活能力については、ほとんどの都道府県において、病歴・病状との整合性のない診断書があることが問題とされていた。概して日常生活能力についての理解が不十分であり、例えば「適切な食事摂取」を嚥下と勘違いするなどの例もあったという。

また高齢者、身体合併症がある者、知的障害を合併する者などでは、日常生活能力の障害がどの程度精神症状由来であるのか、判断に困るとの意見

があった。

2) 精神科医と精神科以外の医師

内科や脳外科などの精神科以外の医師では、手帳制度への理解が十分でなく、書かれた診断書に問題が多いことが、複数の都道府県で指摘されていた。

3) その他

他機関との連携については、主管課が中心となって都道府県の疑問や意見をまとめる必要性や、医師を対象にした講習会の必要性を挙げる意見があった。また、年金証書申請は社会保険事務所等に照会されていたが、診断書申請との等級の整合性が必要であるという意見が聞かれた。

手帳の更新期間については、2年では短いという意見もあったが、「主治医の診断書のみに基づいて判定し、写真の貼付もないので、制度の安定性を考えるとやむを得ない」とする意見もあった。更新の際に等級を下げることは、判定基準の変更があったとしても困難を伴うようで、苦情等に対応するため、前回の診断書と見比べて審査、回答している都道府県もあった。

診断書の返戻を減らすよう記入用の注意書きを裏面に付すことは、誘導になりかねないとする意見があった。また返戻に備え、あらかじめ申請者から承諾書（同意書）を取るのが望ましいという指摘もあった。

ある程度人口規模の大きい区市であれば、手帳に関する業務全般を担当することも可能ではないかという意見があった。

D 考察

本研究により、各都道府県では、それぞれの組織・業務体制、および業務量に応じたやり方で、精神障害者手帳の審査・交付業務を行っていることが明らかになった。保健所が業務に位置付けられている都道府県は岩手県のみで、精神保健福祉主管課が位置付けられている都道府県はなかった。さらに多くの都道府県では、申請から1ヵ月以内に交付できるよう、効率的な業務を目指して行政事務の簡素化を進める方向にあると思われた。しかし手帳制度の適正な普及と標準化は、申請・審査・交付に関する行政事務が慎重に行われることによって実現できるものであり、精神保健福祉主管課の関与も含めて、行政事務の充実が必要と考えられる。

市町村による違いでは、手帳制度普及の広報活動、利用できる福祉サービスの内容等の違いがあり、そのことが手帳制度の普及と関連していることが示唆された。また普及啓発においては、精神障害に限らず、障害福祉サービス全体の中で普及啓発を行う方向にあると考えられた。それに対してセンターのパンフレット等は、精神障害の理解や精神障害者を対象としたサービス等に特化して作成されているものが多く、市町村の広報活動とある程度の役割分担があると考えられた。

事実情報の整理により、手帳制度が国民一般の間に普及するに伴い、制度発足時に考慮されていなかったであろう制度利用が広がりつつあること

が明らかになった。手帳制度は平成7年の精神保健福祉法改正で開始された制度であるが、制度運用の適正化を図るには、本研究で挙げられたような事実情報を収集分析するシステムが必要と考えられる。

診断書に関する意見からは、標準化のための具体的な改善方策につながる意見が多く示された。特に病状・病歴と日常生活能力の関連性がわかるような診断書、日常生活能力の障害がどの程度精神症状由来であるのかわかるような診断書に様式を改訂することは、手帳制度の標準化に直接結びつくものと考えられ、重要である。また精神科以外の医師向けに、ICD診断を含めた診断書作成の手引きを作成することも必要なことだと思われる。障害者雇用促進法の改正が行われた場合、手帳取得希望者がさらに増加すると想定されるため、手帳の申請・審査・交付を担当する精神保健福祉センターの意見や本研究の成果等をもとに、早急な診断書の様式改訂とそれに基づく診断書作成の手引き作成を進める必要がある。

本研究で得られた意見等は、いずれも手帳制度の運用改善に貴重な情報を含むものである。手帳制度が発足して10年を経て、その普及とともに制度運用の問題点が明らかになりつつある。手帳制度の運用において、運用実態のモニタリングを行うとともに、申請・審査・交付の実務を担当する精神保健福祉センター等で気づかれた情報を制度運用の改善にフィードバ

ックする仕組みを構築する必要があると考えられる。

E 結論

各都道府県では、それぞれの組織・業務体制、および業務量に応じたやり方で、精神障害者手帳の審査・交付業務を行っていることが明らかになった。また、手帳制度が国民一般の間に普及するに伴い、制度発足時に考慮されていなかったであろう制度利用が広がりつつあることが明らかになった。そして、早急な診断書の様式改訂と、それに基づく診断書作成の手引き作成を進める必要性が示唆された。

本研究で得られた意見等は、いずれも手帳制度の運用改善に貴重な情報を含むものであり、今後も手帳制度の運用実態のモニタリングを行うとともに、実務を担当する精神保健福祉センター等からの情報を制度運用の改善にフィードバックする仕組みを構築することが必要である。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 精神障害者保健福祉手帳の申請・審査・交付業務

<p>岩手県</p>
<p><事務手続き></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村から保健所を経由し、センターに送られてくる。 ・ 申請から交付まで1ヵ月以内を心がけている。 <p><審査></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3週間に1度、1時間～1時間半程度、1回約60件（前年度は全部で審査件数延べ1019件、うち承認1005件）。 ・ 公費負担（1回200件超）と合わせ、全数について審査を行う。 ・ 所長は事務局の参加で、外部委員のローテーション（5人の精神科医のうち3人）で審査会を行う。 ・ 日常生活能力の程度を重視して審査している。 <p><保健所や主管課との役割分担></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 申請はすべて保健所を経由し、センターは審査業務のみ行っている。 ・ 年金証書による申請については、保健所において社会保険事務所に照会する。 ・ センターでは審査を行い、交付についての決裁は保健所で行う。 ・ 市町村等からの疑義照会については、センターから主管課に照会し回答している。 ・ 主管課は、手帳交付事務に係る連絡調整に当たっている。
<p>宮城県</p>
<p><事務手続き></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村からセンターに直接送られてくる。 ・ センターで台帳に記載するが、診断名は記載しない。 ・ ふつう遅くとも1ヵ月で申請者の手元に届く。 <p><審査></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 月2回（第2木、第4木）、約1時間半、1回20件弱（前年度は全部で413件）。 ・ 公費負担（1回200件ほど）と合わせ、全数について審査を行う。 ・ 所長+5人の精神科医が審査員であり、3人参加（所長は必含）で審査会を行う。 ・ 事前には記入漏れのみチェックし、審査会当日、全数を審査する。 <p><保健所や主管課との役割分担></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 手帳と公費負担とあわせ、保健所ごとに、交付決定者の名前、生年月日、期間を連絡している。診断は伝えていない。 ・ 主管課との連携は特になく、必要に応じて交付件数を教える程度である。 ・ 交付の最終的な決定は、決裁権者である所長が行っている。
<p>千葉県</p>
<p><事務手続き></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村『障害福祉担当課』→ 保健所 → センター ・ 年金証書申請は社会保険事務所に等級・支給状況等の照会をする。 ・ センターでデータベースを作成する。診断内容は入力していない。 ・ 診断書申請は1月半、年金証書申請は1月半～2月で交付になる。 ・ オンライン化を目指す動きもあるが、プライバシーなど詰める点が多い。他のサービスは18年1月から可能になり、手帳も検討中である。 <p><審査></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年17回（3週に1回）行っている。昨年までは月に1回だった。 ・ 診断書は1回200～300件、公費負担は1000件で、3時間前後かかる。 ・ センター長+5名の嘱託医の計6名で審査する。

- ・ 審査会は合議制としているが、実際は1人が手帳40～50件を判定し、複雑なケースや判断が難しい場合はその都度合議をしている。
- ・ 診断書の枚数が多い場合や、嘱託医の欠席が多い場合は、ある程度の件数事前チェックをし、疑義のある診断書は合議にかけて判定することがある。

<保健所や主管課との役割分担>

- ・ 保健所の経由は、地域サポートとの関係を考慮して残してある。
- ・ 保健所は書類のチェックを担当し、市町村への指導を行っているところもある。
- ・ 主管課は直接関与しておらず、手帳の交付件数を報告する程度である。
- ・ 問い合わせ、苦情等の対応は保健所や主管課ではなくほとんどセンターが行っている。

東京都

<事務手続き>

- ・ 市町村の窓口（23区は区立保健所・区立保健センター）から都庁経由で送られてくる。
- ・ 4人の地区担当者が書類のチェックや振り分けを行う。
- ・ 年金証書による申請は、社会保険事務所に障害等級照会をする。
- ・ 診断書による申請では、1ヵ月ほどで申請者の手元に届く。

<審査>

- ・ 2つの合議体があり、審査会はそれぞれ月1回ずつ行う。
- ・ 1回の審査件数は800～1000件くらい（半月分）である。
- ・ 合議体は医師3名（センター・民間）とコメディカルスタッフ1名からなる。
- ・ 公費負担とはまったくの独立で審査しており、審査員の重複はない。
- ・ 各審査委員が受け持ち分（上記の1/4）を前もって判定（所用約2時間）し、非該当のものや疑義があるものを合議にかける。
- ・ 合議になるのは毎回40～50件くらいであり、1時間ほどかかる。
- ・ 病状・状態像、日常生活能力の判定、程度を総合的に考慮し、判定している。

<保健所や主管課との役割分担>

- ・ 都の7保健所（主に多摩地区）とは事務上のつながりはない
- ・ 主管課との事務的な協力体制は特にない。
- ・ 問い合わせに応じて、主管課や区市町村に取得者数を教えている。
- ・ 住民からの問い合わせは主にセンターが対応している。

岡山県

<事務手続き>

- ・ 市町村からセンターに直接送られてくる。
- ・ 障害年金の場合、社会保険事務所や共済連合会に照会する。
- ・ センターで、診断（ICDではない）を含めたデータベースを作成する。
- ・ おおむね半月～1月半で交付される（受付日と審査日の関係による）。

<審査>

- ・ 月1回約3時間、診断書は1回70件程度（前年度は全部で約800件）。
- ・ 公費負担と合わせ、全数について審査を行う。
- ・ 手帳は5人の精神科医による委員会（合議）で審査する。
- ・ 公費負担は1件を3人で審査する（診断書に押印）。
- ・ 審査会8日前に届いている2/3程度は、前もって委員に送付しておく。
- ・ 審査会の前日までに届けば審査対象となり、約半月後に交付される。
- ・ 前年度は51件が不承認となった（6ヶ月経っていない、3級にも非該当など）。

<保健所や主管課との役割分担>

- ・ 保健所は関与しておらず、年度末に人数の報告をするが、診断は伝えていない。
- ・ 交付に関しては、センター長に知事の権限が委任されている。

京都市

<事務手続き>

- ・ 居住地の保健所からセンターに送られてくる。
- ・ 1ヵ月ほどで申請者の手元に届く。

<審査>

- ・ 審査会は月2回（原則火曜日）。
- ・ 公費負担と合わせ、全数について審査を行う。
- ・ 2名の医師が前もって個別に判定し、審査会当日に結果をつき合わせる。
- ・ 等級が下がるものについては、前回分のコピーを準備し、比較検討判定し、その理由がわかるように明記しておく。
- ・ 日常生活能力の項目を重視して判定するが、他の項目と一致しない場合、日常生活能力も含めて、総合的に判定する。

<保健所や主管課との役割分担>

- ・ 保健所は申請の受付、センターは審査判定、手帳発行、主管課に発行数など報告。
- ・ 市民からの問い合わせは保健所とセンターが対応している。

神戸市

<事務手続き>

- ・ 各区役所の『保健福祉部健康福祉課あんしんすこやか係』からセンターに送られてくる。
- ・ 年金証書申請は社会保険事務所に照会する。
- ・ 診断（ICD）も含めたデータベースを作成する。
- ・ おおむね1月～1月半で交付になる。

<審査>

- ・ 月2回行う。診断書は1回100件弱で、全数審査する。
- ・ 1班につき指定医3名の2班体制である。
- ・ 公費負担と一緒に審査している。公費負担は異議のあるものだけを審査する。13年度までは全数行っていた。

<保健所や主管課との役割分担>

- ・ 区の保健福祉部が保健所の役割も担っており、いわゆる保健所は関与していない。
- ・ センターが主管課を兼ねている（センター長が主管課長を兼任している形）。

表2 精神障害者保健福祉手帳に関する事務において気づいていること

(申請の増加について)

- ・ 16年度の途中だが、取得者数はすでに15年度を超えている。
- ・ 新規取得者がおよそ40%である。
- ・ 携帯料金の割引サービスが開始され、手帳の申請者が増えた。
- ・ 社会保険本人の取得が多く、会社で取得を促している可能性が考えられる。
- ・ 申請増加は時代(不況等の社会情勢)と、「敷居が低くなった」からではないかと思う。
- ・ 手帳や障害に対する捉え方も変化し、ホームヘルプ事業をはじめ福祉施策の積極的利用を考えてか、申請・交付者が増えている。
- ・ 病院や福祉事務所でも勧めており、「通院公費にあわせて手帳も取得しよう」という申請もある。

(申請者の疾患)

- ・ F0(痴呆、高次脳機能障害)が増えている。
- ・ F2、F3、F0、F4の順に申請が多い。
- ・ 依存症は少ない。人格障害はほとんどない。
- ・ 精神科以外の医師からの診断書が2、3割を占める。

(申請者の年齢)

- ・ 申請に年齢制限はないので、窓口では制限はかけておらず、3、4歳など極端な低年齢の申請者がいる。
- ・ 年齢幅は3歳児(てんかん)から90代くらいまでである。
- ・ 10歳未満の申請は年に2、3人。
- ・ 3、4歳の幼児の申請もある。その場合、てんかんであれば、発作のタイプと頻度で判定せざるを得ない。生活能力を考慮するのは難しい。
- ・ 3歳児の申請があった。問い合わせしてくる市町村も多いが、よく知らない窓口担当者はそのまま受理してしまう。「取れたら手帳も…」という感じで申請してきている可能性がある。
- ・ 6歳児の申請があった際に、厚生労働省に問い合わせたことがある。
- ・ 極端に低年齢や高齢であっても、対象でないとする“根拠”はない。

(公費負担と関係)

- ・ 手帳申請の増加は、公費負担から移行した感じではなく、純粹に増えている。
- ・ 通院公費がまったくなくて、最初から手帳申請というケースも結構ある。
- ・ 公費負担を経ずに手帳の申請をする例はかなりありそうだが、統計はない。
- ・ 公費負担申請を受けるのに、医師が診断書の記入が容易だからと、手帳用診断書で申請する例が考えられる。
- ・ 公費負担を手帳の診断書で申請している可能性については、意識したことはない。「手帳もついでにもらっておこう」という感じではないか。

(その他)

- ・ 診断書様式と記載方法の手引きをフロッピーディスクに収め、医療機関に配布した。
- ・ 担当者不在でも対応できるよう、マニュアルを作成している。
- ・ 手帳を複数の市町村で申請しても確認が難しく、また、転出した人をリストから削除しないので、各市町村の取得者数を合計すると、県の取得者数より多くなり得る。
- ・ 住民票の住所地で申請してもらうので、他県との二重取得はない。