

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、不適切さの類型ごとに、どのような処理状況にあるのかをお尋ねするものです。もちろんcase by caseであって、一概には言えないことではありますが、貴都道府県市の判定組織体の判断の傾向としてどのような状況にあるのかをお聞きするものです。

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

表③a-3 I	回答数
a	59
b	0

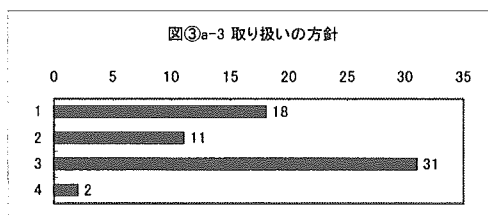
(有効回答数58)

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（状態像等）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（状態像等）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）

表③a-3 II	回答数
1	18
2	11
3	31
4	2

(有効回答数58)



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り扱いには、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③a-4-1 I	回答数
a	59
b	0

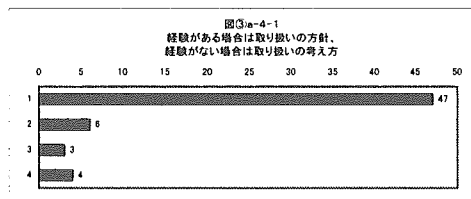
(有効回答数59)

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 診断書を記載した医師の要件については斟酌しない
- 2 診断書を記載した医師に問い合わせて、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」と言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」と言明した場合には有効な申請書類として認める
- 3 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
- 4 その他（具体的に）

表③a-4-1 II	回答数
1	47
2	6
3	3
4	4

(有効回答数59)



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）：

- 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③a-4-2 I	回答数
a	54
b	5

(有効回答数59)

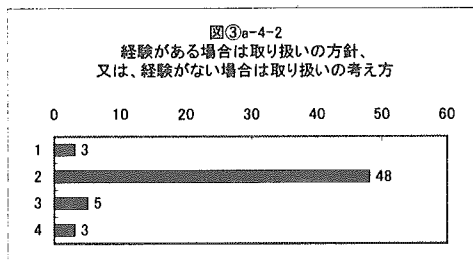
0.92

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 申請を却下又は非該当とすることが多い
- 2 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
- 3 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、照会・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
- 4 その他（具体的に）

表③a-4-2 II	回答数
1	3
2	48
3	5
4	3

(有効回答数59)



③a-5 現在精神科治療を受けていない者の取り扱い、急性期にあっ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、服薬していないでんかん）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、判定上考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）

- 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a-5-1 I	回答数
a	33
b	26

(有効回答数59)

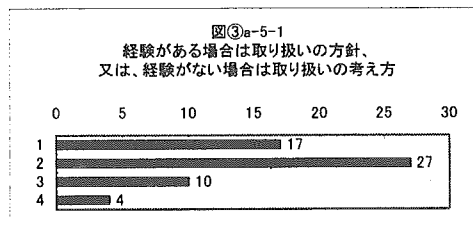
経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

- 1 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、その程度に則して判定する
- 4 その他（申請者や主治医に説明して申請を取り下げよう指導するなど）具体的に

表③a-5-1 II	回答数
1	17
2	27
3	10
4	4

(有効回答数59)

0.46



③a-5-2 初診後6ヶ月以上経過するも、いまだ急性期にあって症状がいまだ安定していない者

- 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

表③a-5-2 I	回答数
a	40
b	19

(有効回答数59)

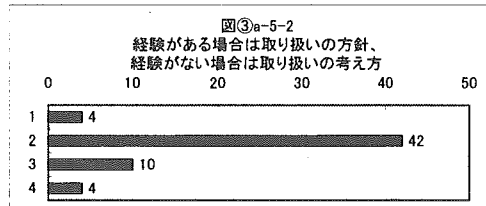
0.68

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、その程度に則して判定する
- 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

表③a-5-2 II	回答数
1	4
2	42
3	10
4	4

(有効回答数59)



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

- 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③a-5-3 I	回答数
a	16
b	43

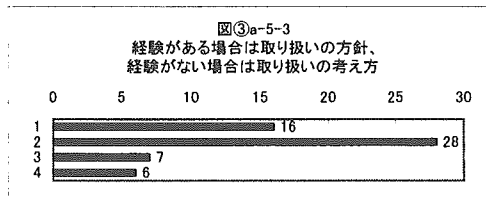
(有効回答数59)

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 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、その程度に則して判定する
- 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

表③a-5-3 II	回答数
1	16
2	28
3	7
4	6

(有効回答数55)



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

表③a-5-4 I	回答数
a	25
b	34

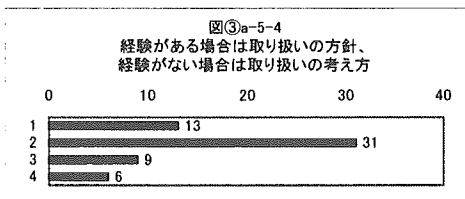
(有効回答数59)

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 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、その程度に則して判定する
- 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

表③a-5-4 II	回答数
1	13
2	31
3	9
4	6

(有効回答数55)



③a-5-5 手帳の判定にかり必ずしも本人、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

表③a-5-5 I	回答数
a	12
b	47

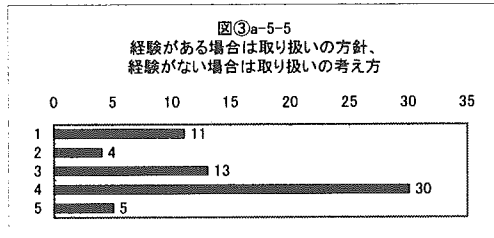
(有効回答数59)

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 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)

表③a-5-5 II	回答数
1	11
2	4
3	13
4	30
5	5

(有効回答数56)



③a-6 等級決定(又は、非該当の決定)後、ほとんど間を置かずに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見られます。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

表③a-6 I	回答数
a	25
b	34

0.42

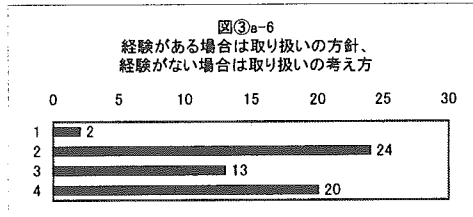
(有効回答数59)

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 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、その程度に則して判定する
- 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

表③a-6 II	回答数
1	2
2	24
3	13
4	20

(有効回答数58)



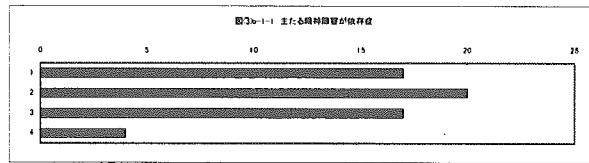
③-b 【各論的事項】

③b-1 アルコール依存症、薬物依存症など、癲癇関連疾患の場合

- 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、また
 4 その他（具体的に）

表③b-1-1	回答数
1	17
2	20
3	17
4	4

(有効回答数58)



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（中毒性精神病ではないもの）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

表③b-1-2	回答数
1	21
2	35

(有効回答数56)

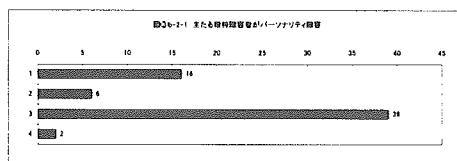
③b-2 主たる精神障害が精神病質（パーソナリティ障害）であるものについて

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）

表③b-2-1	回答数
1	16
2	6
3	39
4	2

(有効回答数59)

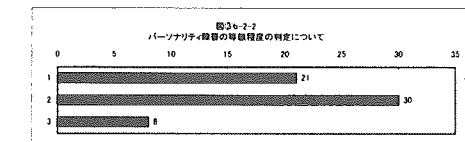


③b-2-2 パーソナリティ障害の等級程度の判定について

- 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）

表③b-2-2	回答数
1	21
2	30
3	8

(有効回答数59)



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

表③b-2-3	回答数
1	29
2	27

(有効回答数56)

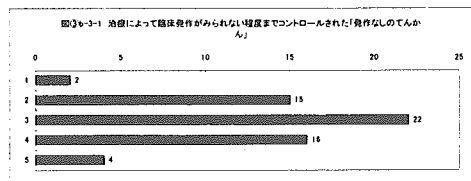
③b-3 主たる障害がてんかんG40である場合の取り扱い

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されるかどうか

- 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で、主治医に照会する
- 5 その他（具体的に）

表③b-3-1	回答数
1	2
2	15
3	22
4	16
5	4

(有効回答数59)

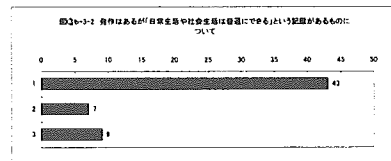


③b-3-2 発作はあるが「日常生活や社会生活は普通にできる」という記載があるものについても、あくまで発作頻度（「判定基準の運用に当たっての留意事項」のイロハニの発作タイプと頻度）に即して判定し、発作があるかぎりにおいては等級をつけるか

- 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）

表③b-3-2	回答数
1	43
2	7
3	9

(有効回答数59)

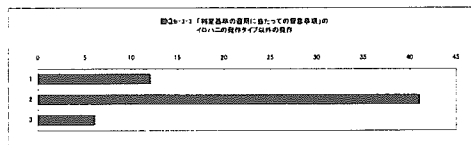


③b-3-3 「判定基準の運用に当たっての留意事項」のイロハニの発作タイプ以外の発作（たとえば自覚神経発作やAuraのみのもの）は却下又は非該当とするか

- 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）

表③b-3-3	回答数
1	12
2	41
3	6

(有効回答数59)

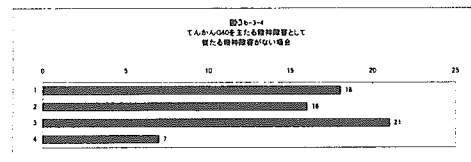


③b-3-4 「てんかんG40」を主たる精神障害として、従たる精神障害がない場合で、臨床的てんかん発作が存在せず（薬物治療中ではある）、症状が専ら「不機嫌症」の場合、「てんかんG40」を主たる障害として障害認定するかどうか

- 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ため、主治医に照会する
- 4 その他（具体的に）

表③b-3-4	回答数
1	18
2	16
3	21
4	7

(有効回答数59)



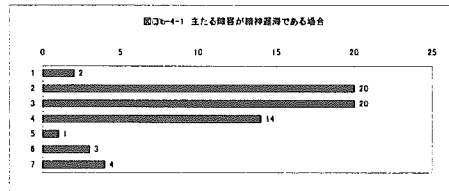
③b-4 知的障害の取り扱い

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）

表③b-4-1	回答数
1	2
2	20
3	20
4	14
5	1
6	3
7	4

(有効回答数59)



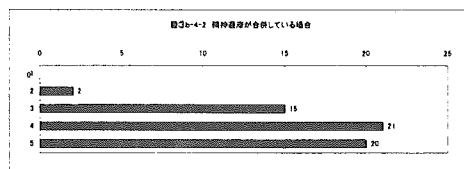
③b-4-2 精神遅滞が合併している場合で、精神遅滞による日常・社会生活能力障害の寄与分が多くを占めると考えられる場合の取り扱いにはしばしば苦慮させられます。たとえば、主たる精神障害が「軽度うつ病」、従たる精神障害が「精神遅滞（中度）」である場合で、日常生活能力の多くの項目が「出来ない」となっている場合

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

表③b-4-2	回答数
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、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し者では、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）

表③b-4-3	回答数
1	35
2	23

(有効回答数58)

0.60

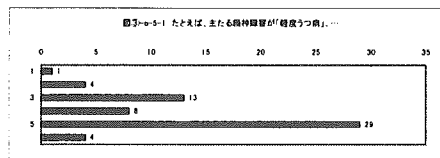
③b-5 日常生活能力の低下が主として合併身体疾患（障害）によるもの取り扱い

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 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が、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）

表③b-5-1	回答数
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、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）

表③b-5-2	回答数
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

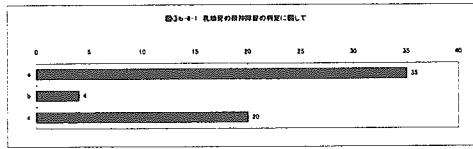
③b-6-1 乳幼児の「精神障害」の判定に関して取り扱いの経験がありますか？

- 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

表③b-6-1	回答数
a	35
b	4
c	20

(有効回答数59)

0.59

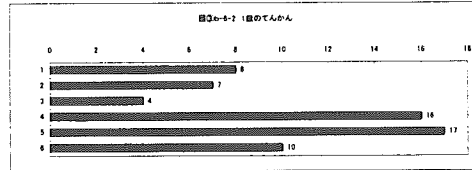


③b-6-2 たとえば、「1歳児のてんかん」で、「日常生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」となっているものについて

- 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)

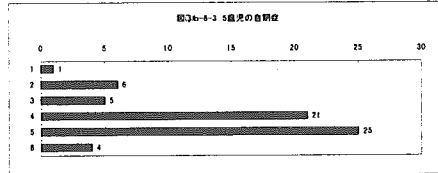


③b-6-3 たとえば、5歳児の自閉症で、「日常生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」となっているものについて

- 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)

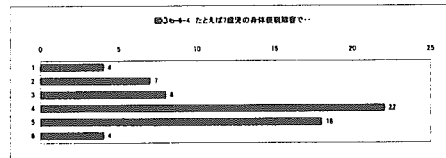


③b-6-4 たとえば、7歳児の身体表現性障害（不登校児童）で、「日常生活能力の判定」がすべて「援助があればできる」となっていて「3精神障害を認め、日常生活に著しい制限があり、時に応じて援助が必要である」となっているものについて

- 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

(有効回答数59)

0.78

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

(有効回答数59)

0.81

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-7-5 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)

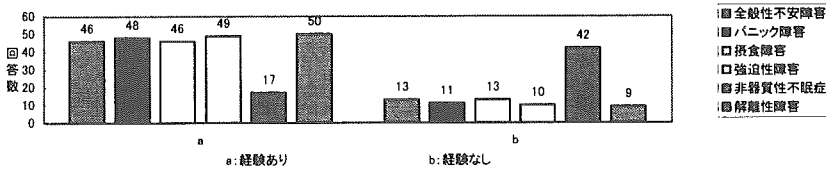
経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

- 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）

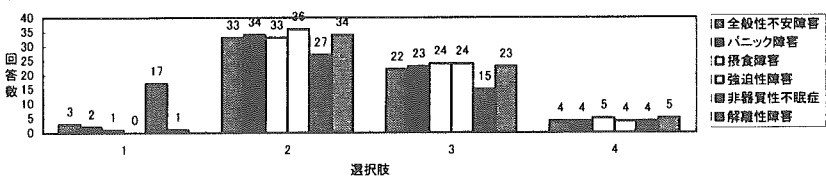
表③b-7-6 II	回答数
1	1
2	34
3	23
4	5

(有効回答数59)

図③b-7 I 神経症圏等の取り扱い経験



図③b-7 II 神経症圏等の取り扱いの方針



- 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）

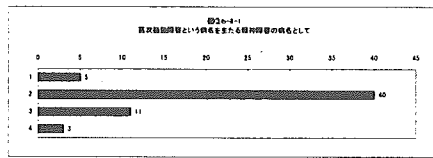
③b-8 いわゆる「高次脳機能障害」の取り扱い

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
- 4 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)

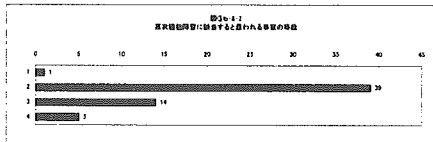


③b-8-2 「高次脳機能障害」に該当すると思われる事案の等級についてはどのように考えますか？

- 1 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-F04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」には該当し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）

表③b-8-2	回答数
1	1
2	39
3	14
4	5

(有効回答数58)



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。
- 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。
- 4 その他（具体的に）

表③b-9-1	回答数
1	13
2	18
3	26
4	3

(有効回答数59)



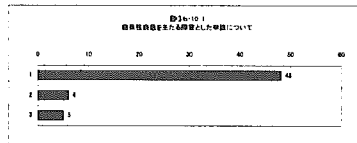
③b-10 痴呆の取り扱い

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)

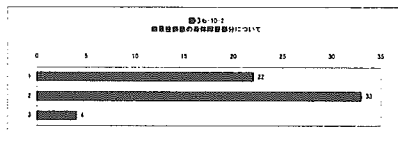


③b-10-2 痴呆性疾患の身体障害部分については：

- 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）

表③b-10-2	回答数
1	22
2	33
3	4

(有効回答数59)

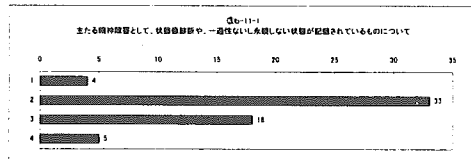


③b-11-1 主たる精神障害の病名として、状態像診断や、一過性ないしは持続しない病態（心因反応、適応障害、等）が記載されているものについては：

- 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）

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。

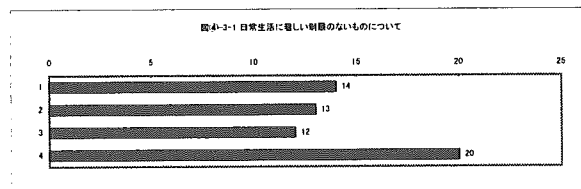
障害等級	精神障害の状態
1級	日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
2級	日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
3級	日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

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）

表④-3-1	回答数
1	14
2	13
3	12
4	20

(有効回答数59)



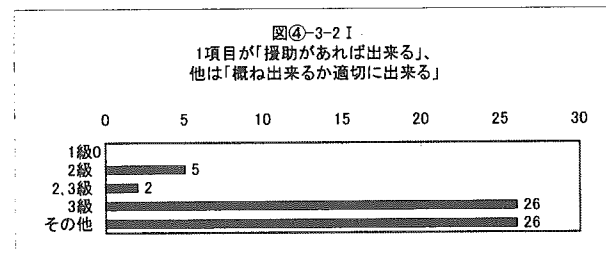
④-3-2 たとえば、以下のような場合はどう考えますか？

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」

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

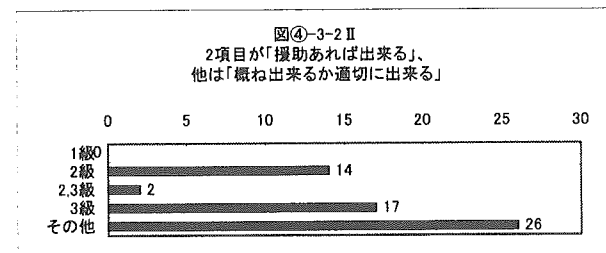
(有効回答数59)



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」

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

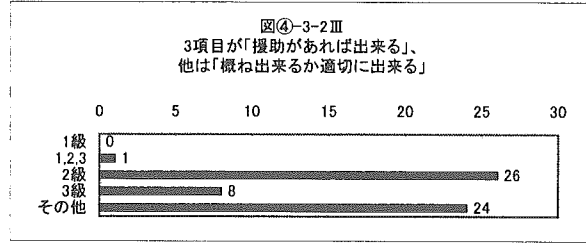
(有効回答数59)



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

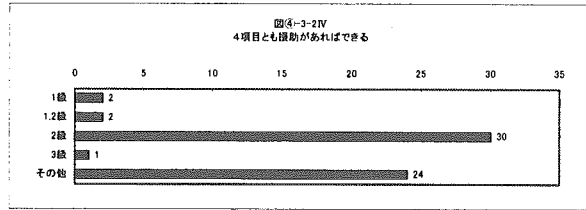
(有効回答数59)



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)

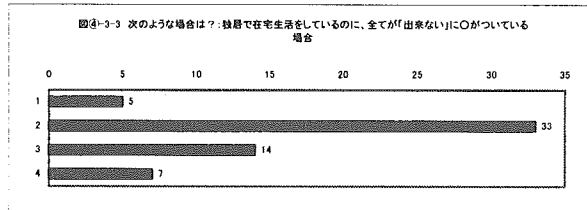


④-3-3 次のような場合は？；独居で在宅生活をしているのに、全てが「出来ない」に○がついている場合

- 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）

表④-3-3	回答数
1	5
2	33
3	14
4	7

(有効回答数59)



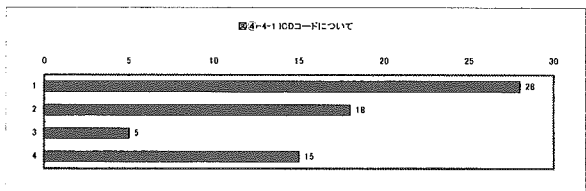
④-4 診断書の記載に対する基準

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)

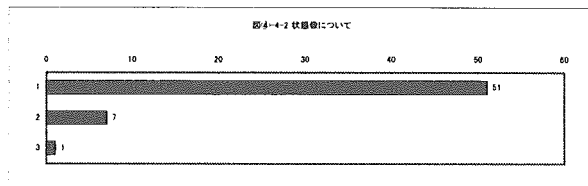


④-4-2 状態像について

- 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)

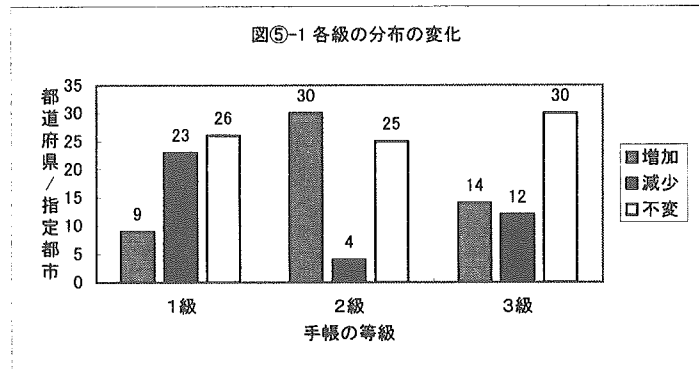


⑤ 2年ごとの更新認定などの際における等級の異動の状況

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）

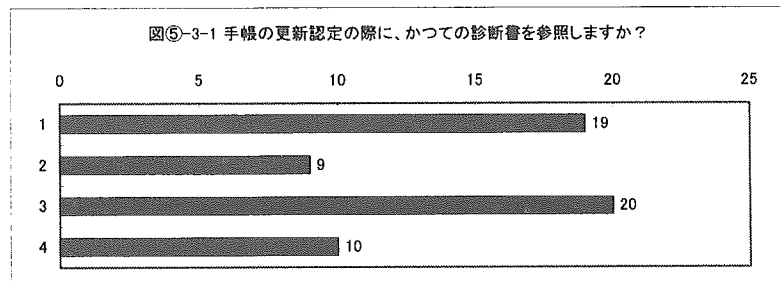
⑤-3 手帳の更新認定や等級変更申請の際に、既存の等級を勘案しますか（2年前や直近の診断書を参照しますか）？更新認定に当たって、手帳の等級が2年前に比べて下がると、「不利益処分」になることから、一定の配慮が必要になることがあります。既得権益の保護が前面に出ると、公平・公正な処分に悪影響がでかねません。多々苦慮するところです。

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・照会や、異議申し立ての処理状況

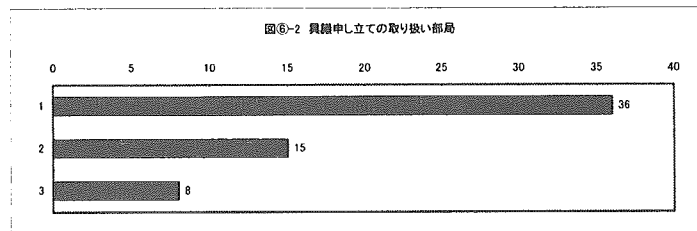
⑥-1 14年度以降の異議申し立て件数とその結果（略）

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こと

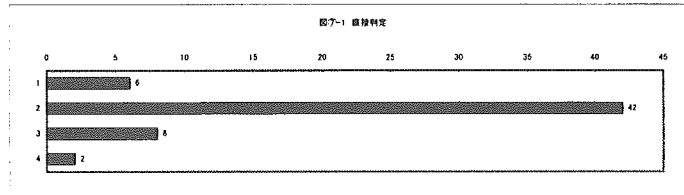
精神障害者保健福祉手帳の制度においては、診断書の記載をほとんど唯一の手がかりとして障害等級の判定を行い、都道府県知事・政令市長が手帳の交付の可否、等級を決定するという行政処分を行います。従って、診断書の記載の質が行政処分の質を左右することになりますが、主治医の理解の程度が十分ではない場合や、申請者や主治医の何らかの作為・不作為が働いた場合などでは、申請者の障害の状態を適正に反映した処分とならない場合も考えられます。かかる場合への対策が現行制度においては甚だ不十分です。この点が、手帳制度への信頼度を著しく低下させる要因ともなっていると考えられます。以下の設問は、グランドデザインにいう「給付」の改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

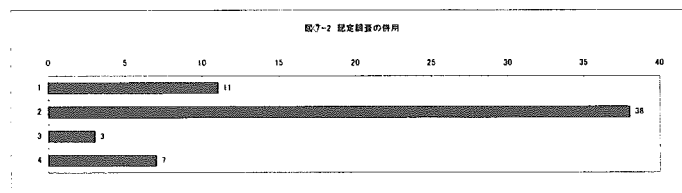


⑦-2 認定調査の併用：介護保険制度における介護認定においては、認定調査員が実際に訪問調査を行い、その結果をコンピュータによる一時判定にかけて、この結果と主治医の意見書と総合して認定審査会において二次判定にかけられて要介護度が決定されます。主治医の意見書のみではなく、実際の訪問調査が行われることから、客観性が一定程度確保されることとなります。この場合、主治医が介護保険の制度を理解していないとしても判定に大きな支障が生じにくいこととなります。

- 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るか？
- 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)

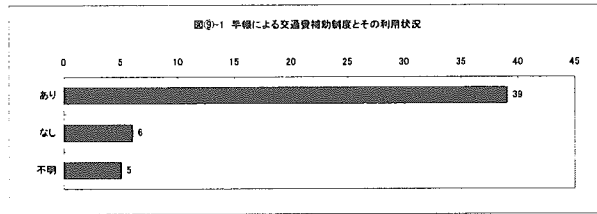


⑨ 精神障害者支援施策の利用状況と手帳等級との関係
 (圏域内の状況について網羅的にお答えになることは困難かもしれませんが、可能な限りでよろしいですから、お答えください。圏域内の市町村の上乗せ分を含む制度の有無については盛り込むように願います)

⑨-1 手帳による交通費補助の制度とその利用状況

表⑨-1	回答数
あり	39
なし	6
不明	5

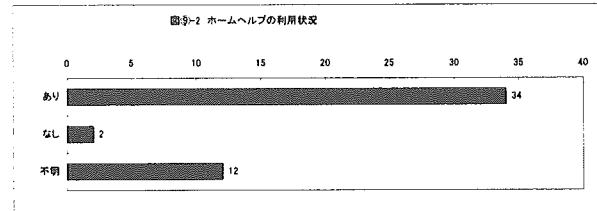
(有効回答数50)



⑨-2 ホームヘルプの利用状況

表⑨-2	回答数
あり	34
なし	2
不明	12

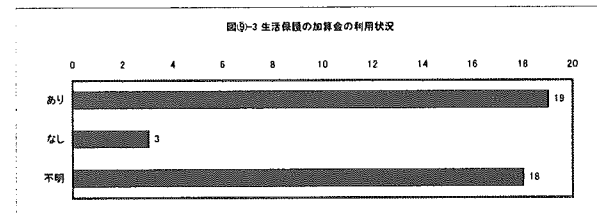
(有効回答数48)



⑨-3 生活保護の加算金の利用状況

表⑨-3	回答数
あり	19
なし	3
不明	18

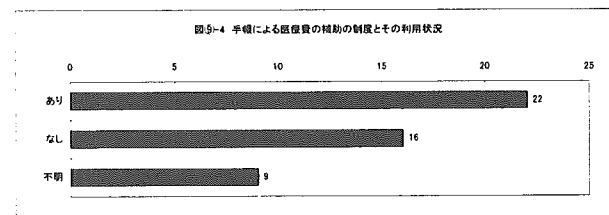
(有効回答数40)



⑨-4 手帳による医療費の補助の制度とその利用状況

表⑨-4	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 1	回答数
a	28
b	31

(有効回答数59)

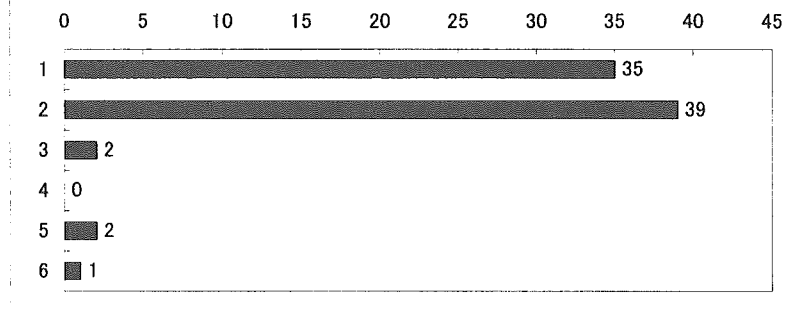
経験がある場合は取り扱いの方針、又は、経験がない場合は取り扱いの考え方

- 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無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齟齬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

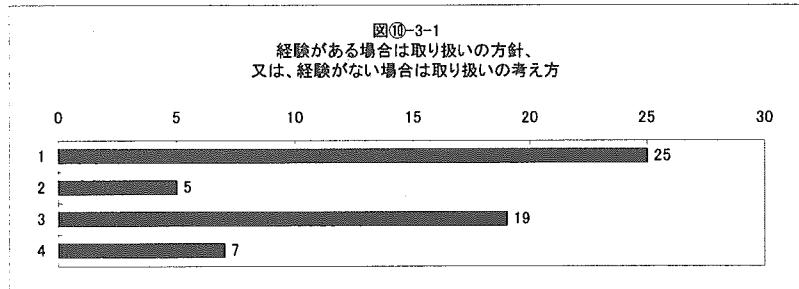
(有効回答数59)

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)



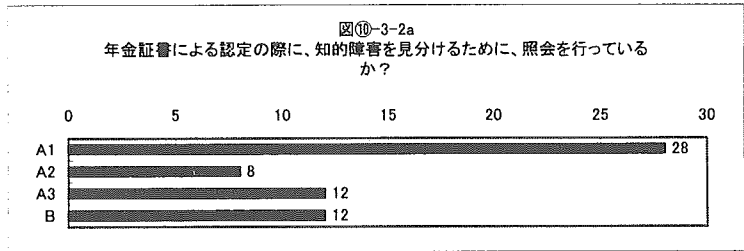
⑩-3-2 証書認定の照会

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

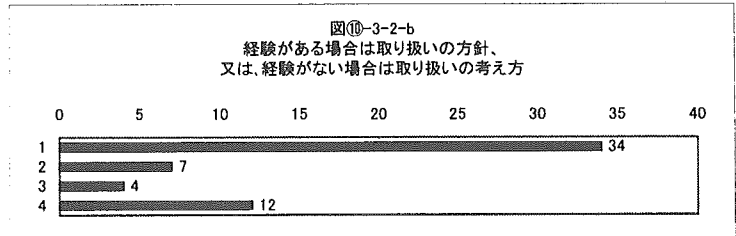
(有効回答数57)

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 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	外部の医師等を置い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と公的機関の医師
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読み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： 審査委員会等で等級の判定にかかる意見が分かれた時の対応	
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ように指導する
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）	
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添付するなど
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抜いで一級になっていました。
都道府県	病識欠如も障害の一部でありおよそ2が多い。治療を受けさせる努力が乏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年以上本人の通院が途絶え、家族のみの受診により作成された診断であったため、判定不能とし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(現症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像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は痴呆、知的障害を合併した場合の考え方です。
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	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	服薬下を前提、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い合わせることがある。
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も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843ページ)と記載されるからです。
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も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、病識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、保留とし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るかどうか	
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しょうが)、その内容について主治医と協議することはあり得る。