

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

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

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	
都道府県	アルコール依存症の病態が統合失調症と関連のある場合は加味：抑制欠如など
都道府県	状況により加味することもある。
都道府県	あくまでも生活の障害の程度として、その範囲の中で判定する。

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

③b-2-2 パーソナリティ障害の等級程度の判定について	
都道府県	対人関係など適切に行うことができないので
都道府県	照会で確認
都道府県	具体的な生活状況の記載を求める
都道府県	病歴を参考にする
都道府県	精神障害と同等の支障のある場合、例えば期間の長さ等を加味して審査する。
都道府県	できない状態がどの程度継続するか、発作の頻度等詳しく病状を主治医に記載をお願いする
都道府県	記載が不十分な場合は主治医に照会し、判断する。
指定都市	疾患特性に即して考えれば、パーソナリティ障害そのものと統合失調症等の精神病性障害とは異なってくるのは当然
指定都市	妄想性人格障害、情緒不安定型人格障害など、タイプによっても考え方が異なると思われるが、「パーソナリティ障害では日常生活の用を弁ずることが不能、とは定義上考えにくい」という見解は必ずしもあたらなと思われる。
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	合議

③b-3-1 治療によって臨床発作が見られない程度までコントロールされた、「発作なしのてんかん」は、てんかんを主たる障害としての申請については却下又は非該当とすかどうか	
都道府県	てんかんは発作のみの疾患ではありません
都道府県	3級を認め、日常生活状態の支障の程度で判定する。
都道府県	発作のタイプ・頻度、合併精神病、生活能力の状態を総合的に判定している。
都道府県	5 その他(具体的に) てんかんの診断であれば、通知(平成7年9月12日 第46号)に、3級は「イ、口の発作が月に1回未満。ハ、二の発作が年に2回未満」とあるので、この表現には発作が0回も含まれる。したがって服薬しているのであれば、「発作なしのてんかん」でもすべて3級に該当すると判断されます。
指定都市	治療により臨床発作が抑えられていても再発可能性があることから、就労や社会参加の範囲が限定されることが十分あり得る。
指定都市	個々の症例については、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	あくまでも精神症状と日常生活の状態の記載内容で判定する。発作が無く精神症状が中心であればF1点完成精神障害かどうか事情聴取する。
指定都市	服薬で発作がなくなっても服薬する必要があり、関連の生活上の不便(合併症によるものを含む)があれば等級がつくと考えている。その際の等級に発作型やもとの発作頻度は参考にする。発作なしの状態が5年以上続いているれば、医療継続・服薬の必要があるかどうか確認することもある。

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

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

③b-3-4 「てんかん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	
都道府県	過去にもてんかん発作がない場合は病名の検討を求める
都道府県	てんかんでは該当しないの意見をつけて却下
都道府県	てんかん発作がなくても、何らかの精神症状が見られる場合は、障害認定を行う場合がある。「器質性精神障害」があれば、主治医へ照会の上、従たる精神障害への追記を促す。
都道府県	状態像の記載の厳密化を求める。
都道府県	現在の症状及び能力障害の状態をできるだけ正確に判断するために、概ね過去2年間の状態、あるいは今後2年間に予想される状態も考慮する必要があると考え、詳細を主治医に文書照会し、判定する。
指定都市	個々の症例については、32条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	不機嫌症の程度と生活障害の状況の関連が整合していれば、認定する場合もある。
指定都市	主治医の疾病概念（てんかん発作自体と考えるか、挿間症と考えるか、器質性性格障害ととるか）によるところ。

③b-4-1 主たる障害が精神遅滞F7xである場合	
都道府県	このことを知らない精神科医が多い。精神症状がある場合療育手帳該当者には32条は認めるが、精神保健福祉手帳は交付せず、療育手帳を所持していない場合だけ認めている。また、知的障害の程度が重い人には療育手帳の申請を勧める場合もある。
都道府県	療育手帳を勧める。申請理由の確認、軽度の場合は3を求める
都道府県	5の場合、診断書を返し、療育手帳の有無を確認し、療育手帳を勧める。
都道府県	まずは療育手帳の取得を勧める
都道府県	主たる精神障害が知的障害の場合、主治医に診断書を返戻し補正をお願いしている。合併精神症状等がなく補正不可の場合、手帳は、非該当としている。
都道府県	知的障害のみの場合は、療育手帳の申請状況、精神症状による治療状況を確認した上で申請を受理している
指定都市	個々の症例については、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	療育手帳との関係において、主治医照会を行い協議することも多い

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

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

③b-5-2 同じ程度の精神症状であって、合併する身体障害による日常生活能力の障害のある者となし者では、精神障害としての障害等級に差をつける（身体障害のある者のほうが精神の障害等級も重くなる）	
都道府県	身体障害手帳の取得を勧める場合がある。

③b-6-2 たとえば、「1歳児のてんかん」で、「日常の生活能力の判定」がすべて「できない」となっていて「5 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」となっているものについて	
都道府県	てんかんなので型と頻度で判定する。
都道府県	診断書が5の内容になっているかどうかの照会をすることにしました。でも結果的には3になります。
都道府県	その旨留意して訂正するよう主治医に求める場合もある
都道府県	乳幼児のてんかんについてはあくまでも発作の型と頻度を重視し、日常生活能力によっては判定していない。
都道府県	発作型・頻度で判定
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	生活歴がないものを判断するということであり、この場合同年齢の精神発達の場合で活動できる範囲と比較して判定している。
都道府県	具体的症状記載によって判断する
都道府県	発作区分と頻度で判定する。
都道府県	主治医に同年齢の平均的な発達との乖離を詳細【具体的内容（エピソード）】に照会し、その内容によって判定する。
都道府県	6発作の型と頻度で判定
指定都市	個々の症例については、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	乳幼児医療はほとんど無料なので、申請は見かけない

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

③b-6-4 たえば、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	
都道府県	I、発達期にあるものの障害については別に定める必要がある。II、児童に関する福祉制度との整理が必要がある。III、16歳未満の精神障害は特定の疾患に限定する必要がある。
都道府県	照会し、学校不応答だけでなく2を、全般的な不適応なら5になる。
都道府県	その旨留意して訂正するよう主治医に求める場合もある
都道府県	照会内容は2に準ずる
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	これまで経験のしたことのない事例で、偏見と差別があり、家族に余程サポートできるネットワークを持つ医療機関でないと難しいと思われる。
都道府県	特に問題になったことはない
都道府県	主治医に同年齢の平均的な発達との乖離を詳細「具体的内容（エピソード）」に照会し、その内容によって判定する。
指定都市	個々の症例については、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	手帳に年齢制限はないので精神障害の存在、持続性、生活の障害の程度に照って判断する

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

③b-7-1 全般性不安障害（F41.1）を主たる障害とする申請について	
都道府県	病名について全般性不安障害の診断は精神病状態にならないので、他の診断名がつく可能性について照会し、その結果、全般性不安障害であるならば非該当（3 2条の時）。
都道府県	疾患の特性上、障害が限定的であり軽めの判定になる
都道府県	病歴の長さや症状の重篤さ、日常生活能力の程度などを総合的に判定し、判定会で議論して認めている。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	最近の傾向です。一般的に精神障害者と同等の長期間に渡って、生活に障害があった場合認める傾向です。疾患として認めますので3級相当になります。
都道府県	主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、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	重度で長期にわたり日常生活に支障があると認められる時

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

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

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

③b-7-5 非器質性不眠症 (F51) を主たる障害とする申請について	
都道府県	他の診断名が見つからないか照会し、精神病と同等な症状記載を得られた場合、ないし他の該当する診断名を得られた場合、該当する診断名で判断。
都道府県	生活障害の由来が不明の場合それを明らかにするよう差し戻す
都道府県	不眠のために恒常的に生活に障害が生じているかどうかで判断している。
都道府県	具体的な病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	睡眠相後退相様候群等考えられますが、単独であげられたケースがありません。夜間の仕事を持っていたり、日常生活が出来ていたり、他の精神障害がないためです。
都道府県	主治医に照会する
都道府県	内容不十分である場合は主治医に照会し、日常生活能力の状態などとあわせて、総合的に判断する。
都道府県	判定しないことはない。総合的に見る。
都道府県	精神症状の記載についても判断します
指定都市	個々の症例については、3 2 条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	不眠症のみでの手帳申請は記憶にないが、もしあれば主治医に事情聴取することもありうる。

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

③b-8-1 「高次脳機能障害」という「病名」を「主たる精神障害」の病名として認めるか？	
都道府県	当所で、高次脳機能障害支援を行っている手前、脳外科医たちにこの問題を認知してもらうために教育的指導までしています。
都道府県	現状では致し方ないとの考えで
都道府県	F06又はF07カテゴリーに記載してある病名に改めるよう指導し再提出をさせた後で認めている。
都道府県	高次脳機能障害について、その病理性が多様なため、それだけで一つの疾患に認めるかどうか、委員の判定基準に一致を見て居ないところです。今年度の国のまとめを見て考えることになると思います。
都道府県	病名をF06又はF07に変更依頼する
指定都市	個々の症例については、3 2 条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。

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

③b-9-1 「自閉症」「広汎性発達障害」「アスペルガー障害（症候群）」を主たる精神障害とした申請に対する取り扱い	
都道府県	2を原則としても、判定が5段階重視なので、照会したとしても3に落ち着いてしまう。
都道府県	原則は2だが実際には3のことも多い
都道府県	療育手帳の所持者には交付していないが、IQが高い高機能自閉症の人達は、療育手帳の対象とならないため精神保健福祉手帳の対象としている。
都道府県	現実には3になる
都道府県	精神発達遅滞による日常生活、社会生活上の制限を除いた病状や状態像を確認の上、判定する。
都道府県	決して知的障害を伴わないケースも多く、社会的援助の多いケースが数多くあります。（当地）では乳幼児一思春期を専門にしている医師が多く、居場所の問題等も検討されている。とくにアスペルガー症候群の診断が思春期以降に確定されることが多く、「ひきこもり」「デイケア」等の中で対応している。
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	知的障害があれば主治医照会により療育手帳を勧める。しかし、本来的には3と考えられる。

③b-10-1 痴呆性疾患を主たる障害とした申請について	
都道府県	違和感がありますが、通知に従うとやむを得ないとの見解です。
都道府県	手帳の対象ではないと思われるが、一応、日常生活能力の状態に応じて等級を判定し、手帳を交付している。
都道府県	中核症状に加えて精神症状があることが条件になっています。問題は診療所付設の老人医療施設からあがってくる診断書です。具体的症状が記載できていない場合もあり、そのような場合は、手帳の対象と認めていません。
都道府県	精神症状を有し精神科的治療を必要とするものについて対象としている。
都道府県	何らかの精神神経症状があれば等級をつける。
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。

③b-10-2 痴呆性疾患の身体障害部分について	
都道府県	現実には1となる
都道府県	日常生活・社会生活の制限はどこまでが身体障害によるものか判別できないため、結果的に加味した判定となってしまっている。
都道府県	身体障害の原因が精神疾患とその治療によるものであれば加味して判定する。
都道府県	今の時代では「アパート等で単身生活」を基本において考えて居ます。介護保険制度によってサポートされていることが前提です。
指定都市	個々の症例については、3.2条・手帳審査部会委員の意思を尊重し、判定しております。以下の設問についてもすべて同様です。
指定都市	現実問題として、現行の診断書で分けて判断することは困難である。
指定都市	全体的な判定しか止むを得ない

③b-10-3 痴呆の手帳判定においてこのほかに苦慮していることや考え	
都道府県	介護認定との関係で整理し法45条から切り離す。
都道府県	当県の身障手帳は、アルツハイマーによる廃用症候群による上肢、下肢機能障害というしきりで該当になります。一方精神の手帳としては、痴呆で寝たきりだと精神病的な精神症状なんかでないのではなか？との議論になります。でも結局、5段階重視で、しかも照会をかけても身障部分との分離不能との意見が返ってきてそれを追認する形になります。現行制度ではやむを得ないと考えます。
都道府県	精神科医療の対象者を明確にすべきと考えます。精神症状及び随伴症状を有しない患者は福祉の対象者ではないでしょうか。
都道府県	当県では、手帳1級に医療費自己負担の減免（多くの場合は免除）の制度が適応となるため、近年、老人医療費の自己負担増加に伴い、痴呆で手帳の申請が急増している。90歳を超える者の申請も少なくなく、もう障害者福祉を逸脱している。精神障害者福祉対策の主旨に沿う形で対象者の制限は必要と思われる。
都道府県	未成年期に発症した痴呆について（たとえば5歳で脳障害によって知能が低下した場合、痴呆として該当させるか精神遅滞として療育手帳のみとするかといった問題。該当させたケースあり）
都道府県	本当は、精神疾患とは別の障害にすべきで、基準も別々に作って判定すべき。
都道府県	適切な食事摂取の意味について理解されていないため、自発的にできるに印される事例が多い。
都道府県	徘徊等の重篤なもの以外は、介護保険で手当てすべきであって、精神保健福祉手帳の対象者から除くべきではなかろうか。
都道府県	寝たきりのケースの判断は困ります。以前に精神科医療を受診したため入院されていて、自殺未遂等のため、植物状態になっている方の手帳を申請等どうしたものか考えてしまいます。
都道府県	身体障害によるものか、痴呆の意欲低下による症状か、区別が難しい。
都道府県	痴呆は精神保健福祉手帳の対象外とすべき。
都道府県	痴呆の根拠（知能テスト、画像所見）の記載がない診断書が見受けられる。すべて返戻し、診断書に追記していただく。
都道府県	高齢者の痴呆は1級になることが多いが、それ以外の疾病の場合は1級になることは少なく、本来の対象者と思われる方へのサービスとの関係上疑問が残る。（タクシー券の交通費の補助などは1級所持者のみの所も多い）高齢者の痴呆に関しては、3.2条目的の申請（重度痴呆のデイケア）と考えられ、介護保険にて対応すべき。手帳には該当するが、3.2条に該当しないものまでも、自動的に認定されるのは問題。手帳と医療費は切り離して考えるべき。
指定都市	痴呆（認知症）の判定が激増している。精神医学に精通しない医師が書いた診断書は判定に著しい支障がある
指定都市	本市では平成16年10月より手帳1級所持者が障害者医療の対象となったためか、あきらかに寝たきり状態で身体的管理が中心の高齢者まで「痴呆」として申請されてくるようになってきました。この場合、精神科医ではなく内科や脳神経外科医の診断書であることが多く、かつ老健等施設入所者である場合が多い印象があります。どうもケースワーカー等が申請を勧めているのではないかと考えられます。本市では痴呆だけでは手帳所持は認めていませんが、このような手帳判定の目安等について精神科以外の医師に周知する機会を作ることが難しいので、このような事態には苦慮しています。また、以前には何らかの精神障害があったものの2年間のうちに状態像が変化し、痴呆が主病像になった時に、手帳の診断書の作成が精神科医から他診療科の医師に移ってしまっていて更新申請がされてくる場合があります。このような場合も、手帳の趣旨からいけば非該当とすることになるのですが、精神障害者手帳についての理解が他診療科では不十分なため、安易に更新申請が行われているように感じます。
指定都市	③b-10-2：2としても診断書からの情報では判別しにくい。“認知障害手帳”のような別立てでサービスも考える得るべきでは
指定都市	精神科以外の医師の記載の不備が目立っています。

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	
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級にみならず等級外とするか、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	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について定めているか？	
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なるような不文律（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級相当にはしない。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 細則がない場合であっても、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るか？	
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なるような不文律（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級相当にはしない。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る、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申し合わせ事項として、イ、ロ、ハ、ニと、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ず。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	疑義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、生保受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無い。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」が齟齬する場合：

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？

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の、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）～（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	返送し問い直し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」を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見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？

都道府県	・1項目が「援助があれば出来る」、他に1級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、未だ評価を開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。
都道府県	病状等機能障害等を見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、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	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、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。
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	42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、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	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段階重視
都道府県	精神障害性障害があれば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	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	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	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。

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	
都道府県	・「援助」の内容や「適切」の内容が統一されていないと思う。一人で食事していても、偏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「かろ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	実例がない
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、問い合わせしてみると、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（当センターの外来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、32条・手帳審査部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る。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があれば照会
都道府県	記載を求めている
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に不慣れなどはありませんが、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	英文字・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以外は2桁でも取り扱っている
指定都市	英文字と数字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Gのみ求める
指定都市	英文字と数字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るので、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(状態像診断のみにとどまる記載)は(原則)手帳の対象としない

⑤-3-1 手帳の更新認定の際に、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、治療の改善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、特設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	ケース・ワーク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に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者に電話連絡し、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

⑥-2 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に対応。
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おうようにしている。そのため、今まで正式な異議申し立てはない。

⑦-1 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回っています。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I.Q.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つと無理があるんじゃないかしらって、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名の指定医をおいての判断等の工夫は必要だと思えます。
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、適正な判定を下げないこと。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

⑦-2 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式が望ましいと考えるか？	
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しょうが、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変えることになると、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

	<p>⑨ 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： 精神保健福祉法第5条の解釈によれば、精神疾患を有する者を幅広く福祉の対象とする考えとなります。法第45条第1項にも「知的障害を除く精神障害者」と規定されるように、統合失調症以外の精神障害者も手帳の交付対象となるのは明らかであります。しかしながら、手帳の等級の考え方（障害等級判定基準など）は、統合失調症の病状・経過と、それにひきつづく生活能力障害を想定したモデルに基づくものであり、他の疾患にそのまま適用することは臨床的な感覚からは大きな無理があるとも考えられます。また、中毒性精神障害やパーソナリティ障害など、病状や行動障害に関する自己責任の観点から、年金の支給対象とならない疾患圏もあります。手帳制度においては特段の区別を設けておりません。これらのことが、痴呆・器質性精神障害、広汎性発達障害、パーソナリティ障害、気分障害、不安障害、中毒性精神障害など、統合失調症以外の疾患圏の障害の等級判定の困難さをもたらしているという意見もありますが、この点について、お考えを伺います。自由にご記載ください。</p>
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は異論はありません。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です。
都道府県	疾患圏ごとの判定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GAF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。が、ニーズとサービス単位とに解離があります。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が、痴呆による生活障害で重症度が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か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す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ます。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	現在的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、OCDなら、うつ病なら、というように、疾患圏ごとの閾値みたいな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。これを捨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。広く適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。

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、照会の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としています。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： 申請者（患者）が上位等級への認定を意図して、記載項目を不正に訂正するなど、偽造又は変造した診断書を用いて手帳の申請を行う事例を経験しましたか？あればその概略を知らせ下さい。	
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にあって、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	
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。照会するだけのマナーもない。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続けば、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、疑義照会や却下の選択をするだろう

⑩-3-2b 照会を行った場合にあって、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、精神障害が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のようにするでしょう。
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、知的障害が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のでも、上記のようなケースはでていない。回答用紙に、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たいこと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と思います。当県の療育手帳判定は精度よりも早さを重要視しています。
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動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総合的でないよう思われます。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級というのは変でしょうか？（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図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、高い等級の取得をねらった、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こと、手帳と32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」は該当とし、「内因性のうつ病」は該当してきたが、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（るか）」とあるが、「てんかん」の場合もこの記載のままではよいか疑問に思う。「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。分析をよろしく願います。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、32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、設問では、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年度では、審査委員数、体制等が異なっている。当該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。・32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、診断書を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。32条・45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います。
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まではなら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ってもよいと考える。・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。

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）

「精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方に関する研究」

分担研究報告書

模擬症例シミュレーション

分担研究者 山崎 正雄（高知県精神保健福祉センター所長）

研究趣旨：全国センター長会のこれまでの手帳等級判定の調査によれば、等級判定の判定機関ごとのばらつきが指摘されているが、ばらつきの実態を明らかにすると共に、その要因について分析することにより、判定のあり方を見直し、適切な判定基準を開発する基礎となる資料を提供することにある。研究方法：全国60の都道府県・指定都市を対象に、研究班で作成した10症例を提示し、各症例ごとに等級判定結果及び判定理由、また、非該当、保留の場合はその理由・内容についてのアンケート調査を行い、その結果を分析する。結果：全国60の対象機関のうち、58ヶ所から回答（回答率96.7%）を得た。模擬症例10ケースの内、1級から3級認定までにわたって判定のばらつきみられたものが、4ケースあり、他の6ケースも全て2級と3級に判定結果が大きくわかれ、全ての模擬症例において判定結果のばらつきが認められた。考察：等級判定のばらつきの要因として等級判定の入り口のところで大きな差異が生じる可能性が認められた。診断書の記載内容を詳細に検討するか否かで差異が生じていた。また、日常生活能力の判定及び日常生活能力の程度の、病歴や状態像からの障害のとらえ方からも判定に差異が認められた。一過性ないし持続しない病態や症状が固定せず、浮動的に出現する疾患については、障害の認定の仕方により、差異が生じていた。現在の判定基準の中では、各判定会の障害に対する考え方、判定に際しての重視項目の相違が、等級判定に大きな差異を生じさせていることが確認された。

A. 研究目的

平成14年度より、精神障害者保健福祉手帳の判定は、全国都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターにおいて行われている。しかしながら、この判定業務は様々な観点から問題が指摘されている。等級の判定の「ばらつき」も、その問題のひとつであり、同じ状態の障害者について自治体によって判定が異なるということは、決して好ましいこととはいえない。この「ばらつ

き」の実態を明らかにするとともに、その要因について分析することによって、精神障害者保健福祉手帳の判定のあり方を見直し、適切な判定基準を開発する基礎となる資料を提供することを目的とする。

B. 研究方法

研究プロジェクトメンバーによって作成された10ケースの模擬症例を、同時期（平成17年1月～2月）の全国60都道府県・市

の審査判定会にかけて、その判定結果およびコメントを集約する。模擬症例ごとに「1級認定」「2級認定」「3級認定」「非該当」「保留（照会）」「保留（返戻）」のいずれかに判定する。各症例について、その等級に判定した理由を、また非該当の場合、保留（照会）、保留（返戻）の場合はその理由・内容についても記載する（自由記載）。その他、判定の少数意見やコメントを回答する（自由記載）。その結果を分析し、考察する。

C. 研究結果

1. 模擬症例シミュレーション等級判定の結果

1) 等級判定結果の全体像

全国60の自治体（都道府県・政令指定都市）の精神障害者保健福祉手帳の審査判定会に、模擬症例10ケースの判定を依頼し、58カ所の自治体から回答が得られた（回答回収率96.7%）。模擬症例の判定結果をまとめると、[表1](#)、[図1～10](#)のとおりである。結果をみると、模擬症例10ケースのうち、1級認定から3級認定までにわたって判定のばらつきがあったものが4ケースもみられた。また、他の6ケースもすべて2級と3級に判定結果が大きくわかれていた。すなわち、すべての模擬症例において判定結果のばらつきが認められ、判定の一致するものはなかった。

2) 各症例ごとの等級判定結果

a. 症例1

ケースは、単身45歳女性の統合失調症患者の想定である。過去に重大な反社会的行為を行っているが、現在は独居生活を維持しているといった背景が想定されている症例である。判定結果は、1級判

定が0自治体。2級判定が39自治体。3級判定が16自治体であった。

b. 症例2

ケースは家族と同居している若い男性の統合失調症患者の想定である。現在も幻覚妄想がみられる軽度欠陥状態を想定した症例である。判定結果は、1級が0自治体。2級判定が42自治体。3級判定が13自治体であった。

c. 症例3

ケースは触法行為など反社会的行動が顕著な統合失調症患者の想定である。1級判定が5自治体。2級判定が18自治体。3級判定が11自治体であった。また、照会するとの回答が13自治体、返戻するとの回答が10自治体でみられた。もっとも、判定結果の分かれた症例である。

d. 症例4

ケースは精神遅滞で、若干の精神症状（不眠、心気）を伴うという想定である。この模擬症例では、非該当（不承認）とする自治体が26自治体と最多であった。しかし、1級判定が8自治体。2級判定が6自治体。3級判定が1自治体あり、ばらつきは大きい。照会するとの回答が8自治体、返戻すると答えた回答が9自治体みられた。

e. 症例5

ケースは気分障害の56歳女性の想定である。ホームヘルプサービスや訪問看護を利用して在宅生活をしている設定となっている。1級判定が0自治体。2級判定が16自治体。3級判定が38自治体であった。

f. 症例6

ケースは高次脳機能障害の50歳男性

の想定である。脳梗塞による症状と糖尿病の身体合併症がある設定となっている。1級判定が16自治体、2級判定が29自治体。3級判定が1自治体であった。また、非該当（不承認）が3自治体。照会が4自治体。返戻が5自治体であった。

g. 症例7

ケースはアスペルガー症候群と、そのための適応障害をもつ20歳男性の想定である。1級判定が0自治体。2級判定が10自治体。3級判定が42自治体であった。

h. 症例8

ケースは境界性人格障害で、自傷行為や衝動行為などの社会生活上の問題をもつ28歳女性の想定である。1級判定が0自治体。2級判定が30自治体。3級判定が24自治体であった。

i. 症例9

ケースは解離性障害で、時おり解離状態となり日常生活に困難をきたす30歳女性の想定である。従たる精神障害として不安障害と診断されている。判定結果は、1級判定が0自治体。2級判定が37自治体。3級判定が16自治体であった。

j. 症例10

ケースはてんかん（BECT 良性小児てんかん）の8歳男性の想定である。ばらつきは比較的少なかったが、それでも、1級判定が3自治体。2級判定が48自治体。3級判定が2自治体と3段階に分かれる結果となった。

2. 等級判定の判定理由、コメント

a. 症例1

2級判定とした理由では「病歴が長く、社会適応が不十分なため」「慢性の幻聴が

現在も改善せず、過去には幻聴の支配による他害行為がある」「子どもを殺害しているというのは重症度が高いと考えられる」「過去に第二子を殺害していること」「統合失調症の症状が持続しているから」「現在も幻覚妄想等の異常体験は持続しており、思考の混乱がある」など、精神症状を強く加味して判定しているとした回答が多くみられた。

一方、3級判定とした理由では「軽い欠陥状態はあるが自活可能」「日常生活能力が意外と改善されている」「異常体験は持続し、軽い欠陥状態はあるが、かろうじて自活しており独居生活を継続している」「日常生活はかろうじて自活可能であること」等、診断書⑤「生活能力の状態」を重視して判定しているとした回答が多くみられた。しかし、診断書⑤「生活能力の状態」の2、3の判定の結果から2級と判定しているとした回答もあり、審査判定する自治体が違えば、診断書⑤「生活能力の状態」による判定だけでも2級と3級に判定結果が分かれるということが確認された。

b. 症例2

2級判定とした理由では、診断書⑤「生活能力の状態」の2、3の判定の結果から2級と判定しているものの他に、「症状が根強く残存。生活能力も低い」「外来通院が長く、社会適応の側面としてのデイケアに週2回通うのがやっとの状態のため」「デイケアにも十分に参加できない」「妄想は持続しており、デイケアにも毎日通えないから。」「デイケアへは行っているが、仕事ができないため」等の精神

症状・状態像に重きを置いたと思われる回答がみられた。

3級判定とした理由では、診断書⑤「生活能力の状態」の2、3の判定の結果から3級と判定しているものもあり、症例2においても、診断書⑤「生活能力の状態」による判定・程度診断だけでも2級と3級に判定結果が分かれるということが確認された。その他、3級と判定した理由では、「軽度の欠陥状態が主であり、通院ができデイケアが可能のため」「通院とデイケアのみであるものの外出が可能である」「週2回のデイケアには、参加できており」「デイケアに通っており、軽度の欠陥状態と思われる」等、通院やデイケアが可能であることによって3級と判定しているとの回答があった。2級と3級の判定の違いが通院やデイケアの状況等現在の病状、状態像をどう捉えるかによって左右されていることが確認された。

c. 症例3

1級から3級まで判定が分かれた症例である。

1級判定とした理由では、診断書⑤「生活能力の状態」から判定しているものの他に、「行為障害が甚だしい」「問題行動が多い」と反社会的行動を伴う精神症状の重さを理由にしている回答がみられた。

2級判定とした理由でも、「精神症状による逸脱行動」「問題行動の激しさ」「反社会的行動」「過去の暴力事件多数で、病気による症状も重症と考える」等、診断書②病歴や診断書③④の現在の病状、状態像を重視している回答が多くみられた。

3級判定とした理由では、診断書⑤「生

活能力の状態」の3の程度診断に捉われず、⑤の2日常生活能力の判定から、3級と判定しているとした回答がみられた。診断書⑤の生活能力の状態の記載内容に齟齬がある場合、最終的にどのように判断していくかで大きな差異が生じている。また、「反社会的傾向の存在は、障害程度に加味すべきでない」としたコメントもあった。

照会、返戻とした回答も多く、診断書⑤「生活能力の状態」2と3の乖離、矛盾によるものの他に、「人格障害ではないか」「反社会性人格の合併の有無を確認」等、病名、病歴等に対する疑義によるものがみられた。

d. 症例4

精神遅滞(知的障害)の症例であるが、非該当や照会、返戻とする回答が多かったが、1級判定から3級判定まで等級判定するところもあり、ばらつきが大きい。

1級判定、2級判定とも診断書⑤「生活能力の状態」の2、3によって判定しているとした理由の回答が多かった。等級判定している回答でも、「精神症状が認められるため」「精神障害による影響との線引きは困難」等、精神症状の記載によって等級判定していることがうかがわれた。一方、非該当としている回答では、「精神遅滞は対象外」「主たる精神障害が精神遅滞であるため」「知的障害は該当しないし、精神症状の程度も手帳に該当しない」等、主たる精神障害が精神遅滞(知的障害)で精神症状が軽微であることで、非該当としている回答が多かった。また、照会・返戻とした回答では、精神遅滞(知的障

害) だけでは手帳の対象とならないため、「従たる精神障害の確認」「精神障害として申請できる状態か否か」等、精神遅滞(知的障害) 以外の精神障害や精神症状の確認を求めるとしたものがみられた。

e. 症例 5

2 級、3 級ともに診断書⑤「生活能力の状態」2 と 3 によって判定しているとした回答が多くみられた。2 級判定としたものでは、「病相を 1 年に 1 回以上繰り返している」「そううつ病にて、病状不安定だが、日常生活は可能」「現在軽躁気味の状態であるなど症状が不安定」等の回答があり、3 級判定としたものについては、「現在の症状が、軽躁状態であり、日常生活能力の状態を重視して 3 級と判定」「躁うつ病としては重症でない」「症状が改善傾向」等の回答があった。診断書における病状や過去の経過の記載は同じでも、その内容の受けとめかた如何によって判定が分かれている。

f. 症例 6

高次脳機能障害の症例である。1 級判定から、3 級判定まで大きく分かれており、非該当、照会、返戻も多い。高次脳機能障害という診断名自体を問題としているところ、診断書を作成した医師(精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師) の要件を満たしていない点から診断書そのものの有効性について言及しているところは、判定には至らず、非該当もしくは照会、返戻としている。そうした点に着目せず判定したところでは、1 級から 3 級の判定結果が

出されていると思われる。1 級判定は診断書④の「病状・状態像の具体的程度、症状等」によって判定しているとした回答が多く認められた。2 級判定では、痴呆(認知症) として位置づけ、診断書⑤「生活能力の状態」の 2 を重視して判定しているとした回答が多かった。

g. 症例 7

「適応障害という病名のみでは手帳の対象ではないが、従たる精神障害にアスペルガー症候群があるため認める」とする回答など、適応障害が主たる精神障害とした診断書の記載の問題を指摘する回答がいくつかみられた。そのため、適応障害という病名が不適切ということで、照会・返戻としているところがいくつかみられた。判定としては、診断書⑤「生活能力の状態」の 2、3 の判定結果から 3 級と判定しているところが多かった。2 級判定とした理由としては、「日常生活がある程度出来ているが、様々な不適応が生じている」「デイケアのような保護的環境下でもうまく適応できていないなど、社会生活の障害が大きいから」等、病状や状態像を加味したとする回答がいくつかみられた。

アスペルガー症候群の障害特性をもとに判定するのか、それをもとにした精神症状の有無と内容によって判定するのかで苦慮していることがうかがわれた。

h. 症例 8

まず人格障害の精神症状をどうとらえるかで判定に苦慮していることがうかがわれた。診断書⑤「生活能力の状態」の

2を重視して回答してきたところは3級判定となっている。診断書⑤「生活能力の状態」の3を重視しているところは2級判定としている。また、「自傷行為があるなど精神状態が不安定」「日常生活能力は高めであるが、衝動行為その他の精神症状が高度のため」等、精神症状の状態を加味して2級判定しているとした理由を回答しているところもあった。一方、「その時々には様々な精神症状を呈し、その時々には日常生活に一定の制限を受けているとされる症例であるが、・・・統合失調症等の慢性に経過する精神病性障害と同一に扱うのは不相当」「持続的な障害でないため」等、人格障害という精神障害の特性を勘案しているところが3級と判定している回答の中にいくつかみられた。

i. 症例9

現在の日常生活能力、診断書では⑤「生活能力の状態」の2、3の記載から、「解離時は常時援助を要するため」2級と判定しているところがある反面、「手帳の判定にあたっては、機械的にその時点での日常生活能力低下だけをみればよいのではなく、精神障害者福祉の目的や主旨を十分考慮すべき」等の理由で3級判定しているところもある。「解離エピソードの「常態」にあるのではないこと、解離エピソードの最中においても福祉的支援の対象となるとは考えにくいこと、そうであっても、一定の社会生活上の制限がある」という理由から3級判定しているところもある。解離時の精神症状をどう捉えるかで判定が左右されていることが確認された。

j. 症例10

1級から3級までばらつきはあったが、2級判定が最も多かった。てんかんでは、発作の型や頻度、発作間欠期の精神神経症状・能力障害をもとに判定されることとなっており、回答でも発作の型や頻度をもとに判定したとの理由が多かった。そのためにばらつきは少なくなっている。しかし、1級判定とした回答の理由には、「発作タイプの（イ）及び（ハ）の頻度が共に2級レベルであるため、総合すると障害の等級は高いものと判断」としたところもあり、また、3級判定と回答した理由には「典型的なBECTとのコメントを考慮」としているところもある。また、「BECTであるが、現時点では2級相当」「BECTと書いてあるが、まだ治癒していないため2級と判定する」等、現時点での障害の状態をもとに判定していることがうかがわれた。てんかんの障害の程度を総合的にどう捉えるか、年齢や経過まで考えて判定するのかという問題もあると考えられた。

D. 考察

1. 等級判定のばらつきの要因

精神遅滞（知的障害）や高次脳機能障害など、その病名によって等級判定を行わないとするところもある一方、それには捉われないことなく、日常生活能力の判定、程度によって等級判定しているところもあるなど等級判定の入り口のところで大きな差異が生じてくる可能性が認められた。

統合失調症や気分障害（躁うつ病）の症例においても、日常生活能力の判定、程度