

精神保健福祉手帳・ 自立支援医療(精神通院)について

岩手県精神保健福祉センター

精神障害者保健福祉手帳について

1 法的根拠 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第45条

○ 概要

精神障がいのある方が一定の障がいにあることを証明するもの。

手帳の等級は1～3級

○ 有効期間 2年間（2年ごとに更新の申請が必要）

○ 対象

精神障がいのために長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方

○ 手帳の所持により受けられる主な支援の内容

税制上の優遇措置（所得税・住民税の控除、自動車税の減免等）

生活保護の障害者加算、公共交通機関の運賃割引

精神障害者保健福祉手帳 のしおり

【目次】

- 1 精神障害者保健福祉手帳とは……………P1
- 2 交付を受けられる人について……………P1
- 3 手続きについて……………P1
- 4 更新について……………P2
- 5 その他の場合について……………P2
- 6 手帳により受けられるサービス……………P3
- 7 問合せ窓口……………P9

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課
こころの支援担当

電話 019-629-5450

FAX 019-629-5454

E-Mail AD0006@pref.iwate.jp

作成：平成28年12月1日

改定：平成31年2月20日

目次

- 1 精神障害者保健福祉手帳とは
- 2 交付を受けられる人について
- 3 手続きについて
- 4 更新について
- 5 その他の場合について
- 6 手帳により受けられるサービス
- 7 問合せ窓口

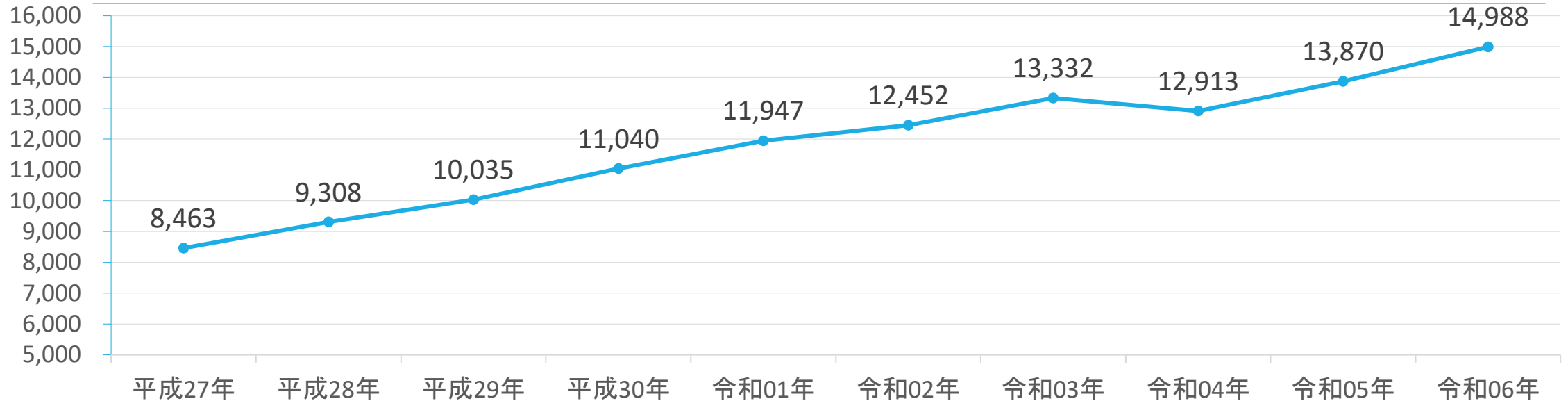
2 等級について

1級 精神障害であって、
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 精神障害であって、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
(暗黙の了解:日常生活の著しい制限=社会生活は困難)

3級 精神障害であって、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

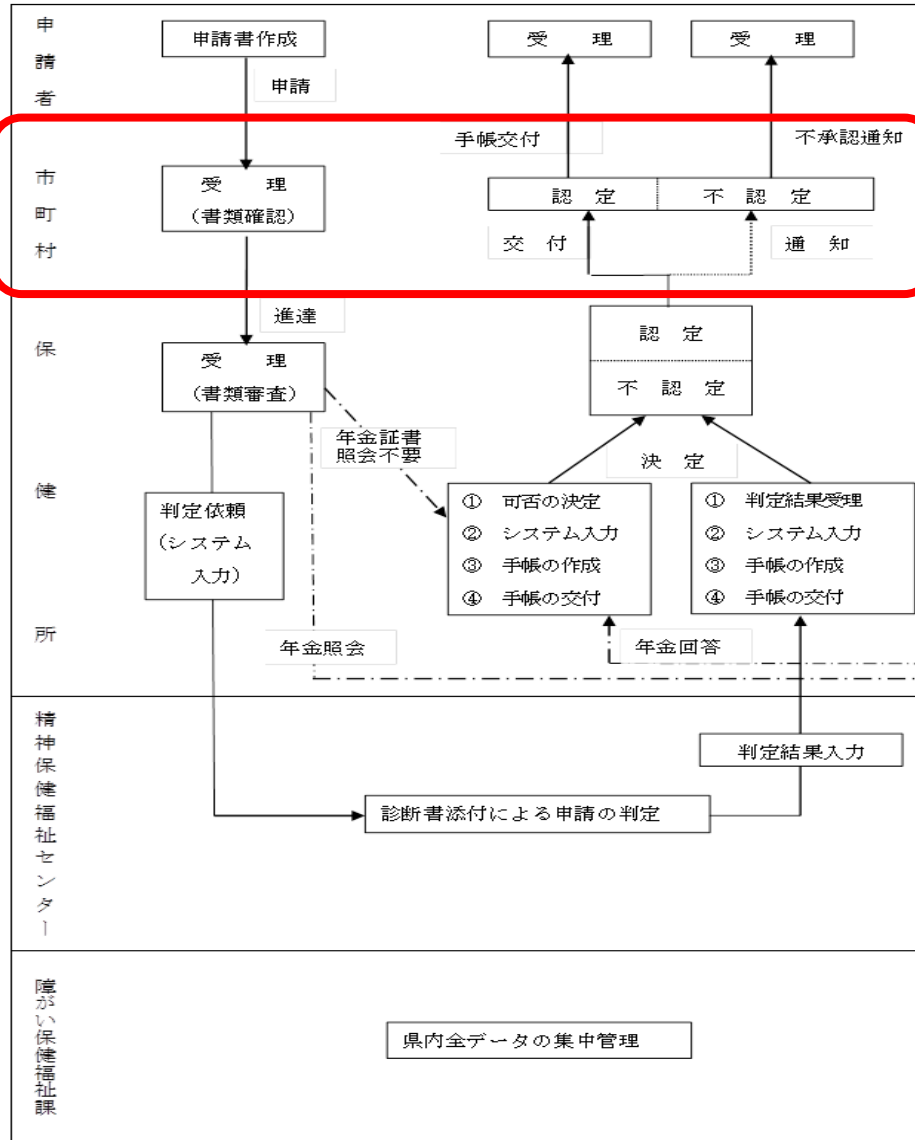
3 岩手県における交付者数の推移



	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和01年	令和02年	令和03年	令和04年	令和05年	令和06年
所持者数	8,463	9,308	10,035	11,040	11,947	12,452	13,332	12,913	13,870	14,988
増加数 (前年比)	412	845	727	1,005	907	505	880	-419	957	1,118

4 岩手県精神障害者保健福祉手帳事務処理要領

(令和8年3月25日改正)



市町村

- ▶ 必要な書類が揃っているか確認する。
- ▶ 記入漏れ等がないか確認する。
- ▶ 県保健所にて発行された手帳を申請者に交付する。

県保健所

- ▶ 診断書を要さない申請について、認定決定する。
- ▶ 診断書による判定を要するものを精神保健福祉センターに進達する。
- ▶ 手帳を発行する。

精神保健福祉センター

- ▶ 診断書による申請を判定

県庁障がい保健福祉課

- ▶ 県内データの集中管理
- ▶ 公費負担請求データの管理

申請に必要な書類等

注意

1 障害者手帳申請書（様式第1号）

2 診断書（様式第3号）

3 本人写真

4 障害者年金証書等の写し

5 マイナンバー確認書類

👉 2は、手帳交付を求める主たる精神障がいの初診日から6ヶ月を経過した日以降における診断書に限る。

👉 更新申請は期限の3ヶ月前から提出が可能。

👉 2又は4いずれかの提出により申請が可能。

👉 3のサイズは、「縦4cm×横3cm」で脱帽し上半身を写したものであること。また、1年以内に撮影したものであること。

※詳細は「岩手県精神保健福祉手帳事務処理要領」を参照してください。

障害年金証書の確認について



- ・ 「今現在」障害者年金を受給していることを確認してください。
上記が確認できない場合は、追って診断書の提出が必要になる可能性がある旨、申請者にあらかじめ説明をお願いします。

例：現在、老齢年金を受給している方で、過去に精神障害を事由とする障害者年金を受けていた場合
⇒ 「診断書」による手帳の更新が必要です。

手帳に写真の貼付がない場合



- ・受けられないサービスがあることを説明して下さい
（例：JR運賃、県内路線バス、旅客機（一部））
- ・現在写真の貼付をしていない方が貼付を希望される場合は、「再交付申請書」とともに写真の提出を求め、県保健所に進達して下さい

旅客鉄道株式会社の旅客運賃割引制度導入への対応について

令和7年4月1日からの割引制度導入

精神障害等級 1級 → 旅客運賃減額種別 第1種
2級及び3級 → 第2種

※写真の貼付及び割引種別の記載がある手帳を提示した場合のみ割引の適用を受けることが可能。

<市町村>

- ① 運賃減額種別の表示を希望する場合で、既に手帳に写真が貼られている場合
- ② 住所変更等市町村窓口で完結可能な手続きのため手帳を持参した場合
→市町村において、その場で運賃減額種別を表示する。

<県保健所>

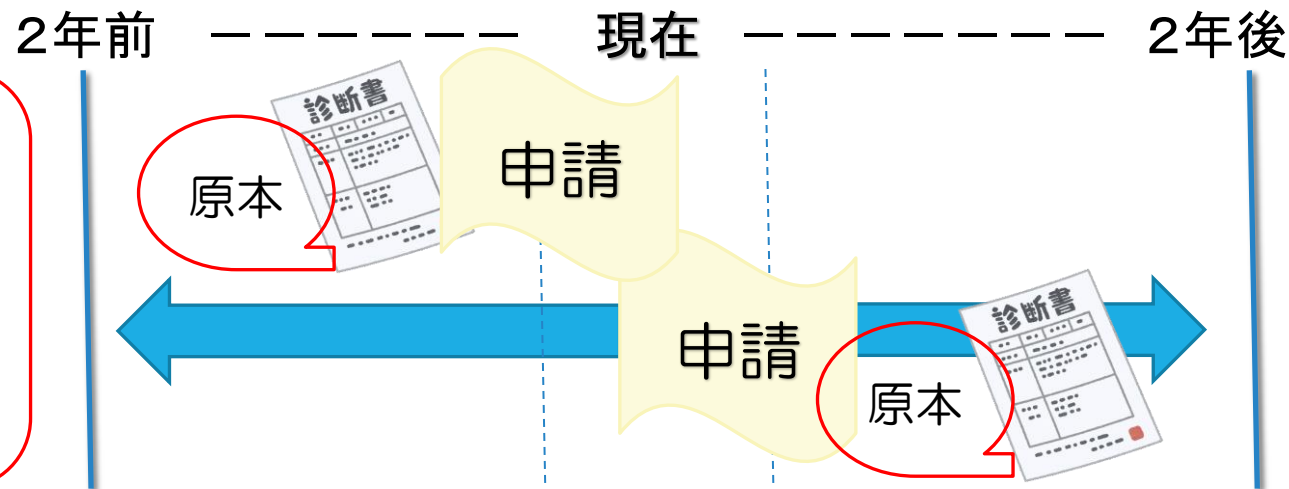
- ・ 運賃減額種別の表示を希望する場合で、手帳に写真が貼られていない場合
- ・ 手帳の新規及び更新申請の場合
→県保健所での対応。本人への交付まで一定の時間を要する。

更新申請について

- ・有効期間を経過している場合でも、原則2年以内であれば遡及して更新の申請を行うことが可能です。
その場合の有効期限は更新前の有効期限から2年経過後となります。

注意

「2年間の遡及」+「以後2年間の更新」を一度に申請したい場合は
診断書の原本を2通
添付していただくようお願いします。



手帳の更新・変更期間中の取扱いについて



- ・申請時に手帳原本を回収する必要はありません。決定通知後、手持ちの手帳と引き換えに新たな手帳を交付してください。
- ・申請者の利便性を確保するために、更新・変更期間中は市町村から写しを発行することが可能です。
- ・写しは、更新完了後に必ず回収するようお願いいたします。

自立支援医療(精神通院)について

1 法的根拠 障害者総合支援法第52～69条

○ 概要

統合失調症等の精神疾患の治療のために、通院医療費が公費で負担される制度

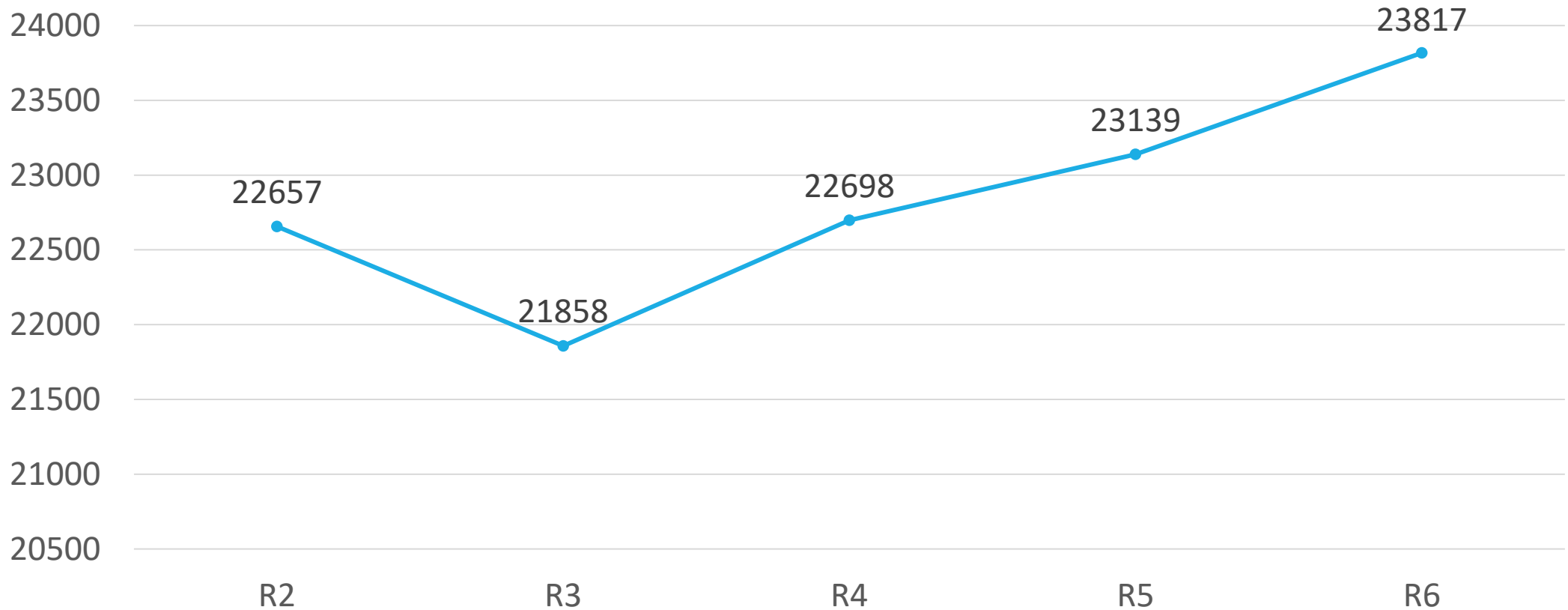
○ **有効期間** 1年間（治療方針に変更がなければ診断書による再認定は2年に1回）

○ **対象** 精神疾患を有する方で、通院による医療を継続的に必要とする方

○ 支援の内容

その医療に必要な費用の100分の90に相当する額の給付を行い、精神障がい者の医療、保健、福祉の増進を図る。なお、所得が一定の基準より低い場合又は継続的に相当額の医療費負担が発生する場合には、月当たりの自己負担額に上限が設定される。

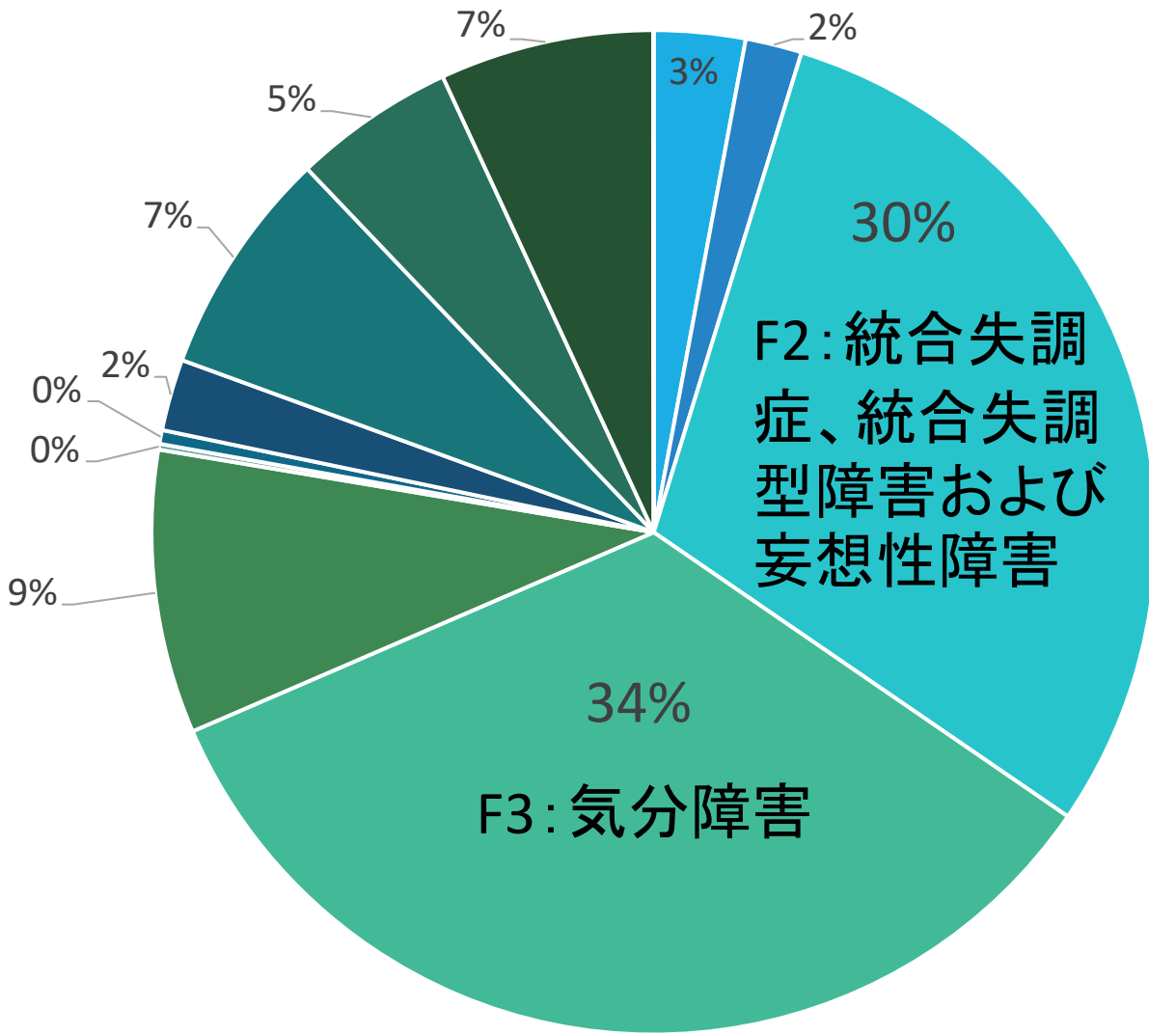
2 岩手県における精神障がい者（自立支援医療）の推移



R2	R3	R4	R5	R6
22657	21858	22698	23139	23817

精神保健福祉業務実績報告からの引用（保健所⇒県）
精神障がい者把握数（自立支援医療）

2 令和6年度疾患別内訳



- F0 症状性を含む器質性精神障害
- F1 精神作用物質による精神および行動の障害
- F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
- F3 気分(感情)障害
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害
- F7 知的障害
- F8 心理的発達の障害
- F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害
- G4 てんかん
- その他

3 岩手県自立支援医療費(精神通院医療)事務処理要領

(令和8年3月25日改正)

Ⅲ 市町村長の事務処理

1 申請等の受理

2 申請書類等の確認

(1)②診断書

- 手帳と同時申請の場合、手帳用診断書によるものか。
- 診断書の医師氏名欄は、記名押印又は自筆による署名のいずれかになっているか。
- 新規申請の場合、診断日は、申請日又は申請日以前の日付となっているか。
- 記入漏れはないか。
- 電子媒体で記載されている場合、診断書の写しが2枚添付されているか。
- 診断日が受理日から3ヶ月以内のものか。
- 入院中の者であることが記載されていないか。

◆ 同時申請

手帳と自立支援医療（精神通院）を同時に申請する場合は、精神障害者保健福祉手帳用の診断書のみで申請することが可能です

◆ 有効期限の短縮

精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療の受給者証の有効期限の終期が異なるために同時申請ができない場合、自立支援医療の受給者証の有効期限を短縮し、精神障害者保健福祉手帳の有効期限に合わせることが可能です

※ 申請者から同意が得られた場合で、自立支援医療の申請を受け付けた時点で手帳の有効期限が1年未満である場合に限る

【期限短縮のイメージ】

精神保健福祉手帳



更新

1年未満

更新(同時)

有効期限の短縮

自立支援医療



1年間

自立支援医療・手帳共通 診断書について

注意

- ・申請者が窓口で診断書のコピーを提出する場合があります。申請を受理する段階で、診断書が原本であることを御確認願います。特に「医師氏名」が自署の場合、原本とコピーの見分けがつきづらくなりますので、注意して確認していただくようお願いいたします。
- ・更に、県保健所へ進達するものが、原本であることの確認をお願いいたします。

👉 診断書右下の署名等欄

<input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
⑩ 「重度かつ継続」に関する意見 (※ 精神通院医療と同時申請の場合は記載) <small>(「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がICDカテゴリーのF4～F9の場合は、診断する医師の資格についてア、イ、ウのうちあてはまる項目を○で囲む)</small>	
1. 該当 (ア 精神保健指定医 イ 精神医家歴3年以上の医師 ウ その他の医師)	
2. 非該当	
⑪ 備考	
年 月 日	医師氏名 (自署又は記名押印)
医療機関所在地	
名 称	
診 療 科 名	
電 話 番 号	

氏名		年 月 日生 (歳)
① 病名 ICDコードは(1)②の病名と対応する F00～F99 又は G40 のいずれか1を記載		
(1) 主たる精神障害	ICDコード ()	
(2) 従たる精神障害	ICDコード ()	
(3) 身体合併症	身体障害者手帳 (有・無、種別)	級
② 初診年月日 (精神科で診察する本人又は家族の申し立てに基づき記入する)		
主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (初診の年月、発病状況、初診状況、診断の経過、治療の内容などを記載する)		
推定発病時期:	年 月 日	
※ 器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名) 年 月 日		
④ 現在の病状・状態像等 (該当する項目を○で囲む)		⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、状態、検査所見等 (該当する項目の□をチェックし、空欄に必要事項を記入する)
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () (2) 躁状態 1 行かぬ道 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 () (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 連合地獄・減衰思考 4 その他 () (4) 精神運動興奮及び管理状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 () (5) 統合失調症等状態 1 自閉 2 感情平坦化 3 意識の減退 4 その他 () (6) 衝動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・疝言 6 その他 () (7) 不安及び不眠 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に關連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 () (8) てんかん発作等 (りけんおよび覚醒障害) 1 けいれん 2 意識障害 3 臨床発作はなし 4 観察が必要 4 てんかん発作 5 その他 () てんかん発作のタイプと頻度について ① 意識障害はなし ② 意識障害はあり ③ 意識を失い、行為が完全だが、倒れはなし ④ 倒れはあり 倒れはなしの頻度 (回/月) 最終発作時期 (年 月 日) ⑤ 意識障害の有無を問われず発作はあり、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作頻度 (回/年) 最終発作時期 (年 月 日) (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有酸素剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残毒性・遅発性精神障害 (状態像を該当項目に併記すること) エ その他 () 現在の精神作用物質使用 有・無 (不使用の場合、その期間 年 月から)		□ その状態像が精神科あるいはそれ等と同等の病態にあり、持続するが、あるいは病長を繰り返す □ てんかん発作のコントロールについて詳細な説明が必要 □ 精神作用物質の乱用、依存からの脱却のため適切な治療が必要である □ その他の状態 (具体的に)
検査所見: 検査名、検査結果、検査時期		
⑥ 現在の治療内容		
(1) 投薬内容 (精神科医療の対象と考えられるものについて記入) <input type="checkbox"/> 非定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 通院精神療法・カウンセリング <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他 (2) 通院頻度 (定期的・不定期) 年 回数 (3) 通院看護指示の有無 (有・無) (4) 訪問看護指示の有無 (有・無)		
⑦ 生活能力の状態 (保護の程度ではない場合を想定して判断する。児童)		
1 現在の生活環境 ・入院 (精神・他科)・入所 (施設名))・在宅 ()		
2 日常生活能力の判定 (該当する項目一つを○で囲む)		
(1) 適切な食事摂取 ・自発的にできる <input type="checkbox"/> ・自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/> (2) 身の清潔保持、規則正しい生活 ・自発的にできる <input type="checkbox"/> ・自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/> (3) 金銭管理と買い物 ・適切にできる <input type="checkbox"/> ・おぼつかないが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/> (4) 通院と服薬 (要・不要) ・適切にできる <input type="checkbox"/> ・おぼつかないが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/> (5) 他人との意思伝達、対人関係 ・適切にできる <input type="checkbox"/> ・おぼつかないが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/> (6) 身の安全保持、危機対応 ・適切にできる <input type="checkbox"/> ・おぼつかないが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/> (7) 社会的手続きや公共施設の利用 ・適切にできる <input type="checkbox"/> ・おぼつかないが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/> (8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 ・適切にできる <input type="checkbox"/> ・おぼつかないが援助が必要 <input type="checkbox"/> ・援助が必要 <input type="checkbox"/>		
3 日常生活能力の程度 (該当する項目一つを○で囲む)		
(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通に行っている (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助 (5) 精神障害を認め、身のまわりのことほとんど出来ない		
⑧ ⑦の具体的程度、状態等		
⑨ 現在の福祉サービスの利用状況 (該当する項目に○を記入)		
<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型、B型) <input type="checkbox"/> 自立生活支援 <input type="checkbox"/> 行動支援 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		
⑩ 「重症かつ継続」に関する意見 (※ 精神障害者保健福祉手帳同時申請の場合は記載)		
(①重症かつ継続) 該当する精神障害がICDカテゴリーのF20～F29の場合は、診察する医師の判断によって、イ、ウのうちあてはまる項目を○で囲む 1. 該当 (ア 精神科医療機関で3年以上の医師 ウ その他(の医師)) 2. 非該当		
⑪ 備考		
年 月 日		
医療機関所在地		医師氏名 (自署又は記名押印)
名 称		
診 療 科 名		
電 話 番 号		

・ 申請者の氏名、生年月日

・ 診断書作成日 ・ 医療機関所在地

・ 名称 ・ 診療科名 ・ 電話番号

注意

記載の不備があった場合は、医療機関に修正を依頼し、整備の上で県保健所への進達をお願いします。

自立支援医療・手帳 診断書のチェックポイントについて①

～以下の記入漏れが多い項目、審査に重要な項目について確認をお願いします～

○精神通院医療用診断書

※手帳用診断書についても、同様に確認願います。

- ①病名とICDコードの記入漏れはないか。
- ②病歴に「入院中」の記載はないか。(入院中の場合は、医療機関に退院したか確認願います。)
- ③(9)精神作用物質の乱用、依存のア～エ、③(10)知的障害のア～ウの記入漏れはないか。
- ⑤(1)投薬内容、(2)精神療法、デイケア利用等、⑦サービス利用状況の記入漏れはないか、利用していない場合は未利用にチェックあるか。
- 主たる精神障害がF4～F9で⑧重度かつ継続が「該当」の場合は、アまたはイの医師が書いた診断書か。ウの医師による診断書の場合は、アまたはイとの連名になっているか。

自立支援医療・手帳 診断書のチェックポイントについて②

～以下の記入漏れが多い項目、審査に重要な項目について確認をお願いします～

○精神障害者保健福祉手帳用診断書について

□ ②主たる精神障害の初診年月日から診断書作成日まで6か月以上経過しているか。

□ 病名にてんかんがある場合、④(8)「てんかん発作のタイプと頻度について」の発作頻度と最終発作時期の記入漏れはないか。

□ ⑦2、3日常生活能力の判定、程度に記入漏れはないか。

(※⑦2(4)通院と服薬の要、不要にチェックあるか。また、不要の場合も可能な限り能力評価は記載いただくようお願いします。)

注意

- ・初診から6か月経過しない診断書の場合は、判定基準を満たす場合も「非該当」となります。
- ・てんかんの発作頻度、最終発作時期は等級判定にあたり重要な項目です。

最新の診断書をお使いください

各市町村のホームページに掲載している各診断書の様式が最新のものか、確認をお願いします。

令和4年11月に以下の点について改訂が行われています。

【自立支援医療(精神通院)】

- ・④: てんかん関連の項目にて、「最終発作時期」の項目が追加
- ・⑤(1): 「投薬なし」の項目が追加
- ・⑤(2): 「未利用」の項目が追加

【精神障害者保健福祉手帳】

- ・④(8): てんかん発作のタイプと頻度の欄にて、「最終発作時期」の項目が追加
- ・⑥(1): 「投薬なし」の項目が追加
- ・⑥(2): 「未利用」の項目が追加

等級降下理由の問合せについて

近年、等級降下理由についての問合せが増加していることから、以下のとおりご対応をお願いします。

<ご対応いただきたいこと>

診断書は医療機関で厳封されることが多く、申請者等が内容を把握してない場合が想定されます。

個別の審査結果については回答していないとお伝えください。

そのうえで、

- ・ 審査結果に誤りがないか確認が可能であること
- ・ 結果に納得がいかない場合は、主治医と相談のうえ診断書を再度作成し、等級変更申請が可能であること

御清聴ありがとうございました



今年度も、適切かつ円滑な事務に御協力をお願いいたします。

本日の説明に不明な点等ございましたら、精神保健福祉センターまで御連絡ください。

電話番号：019-629-9617