

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）
平成 25 年度分担研究報告書

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究
（研究代表者 宮岡 等）

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」

研究分担者 山崎 正雄 高知県立精神保健福祉センター 所長

研究要旨

【目的】

今年度の研究班の目標は、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」（研究代表者：宮岡等）の研究結果をもとに、精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル原案を策定することにある。今年度、分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」では、等級判定マニュアルに掲載する「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」の作成に取り組む。

【方法】

平成 24 年度の研究における分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定業務の実態に関する研究」および、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」の結果から抽出された精神障害者保健福祉手帳の等級判定における問題点を考慮して、現行の精神障害者保健福祉手帳用の診断書様式に沿った ICD カテゴリーごとの症例を作成する。さらに、その判定の手順や留意事項を解説に盛り込んだ「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」を作成する。

【結果及び考察】

精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル作成に向け、精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の具体的な基準作りが必要である。今年度は、等級判定の参考にすることを目的とした「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集（案）」を作成した。他の分担研究の結果と本研究の結果を総合して、この参考症例集（案）を含めた「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル（案）」にまとめ、来年度、全国の精神保健福祉センターで試行の後、実践に役立つ「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」を完成させていく。

研究協力者

新畑 敬子

：名古屋市精神保健福祉センター・所長

内田 勝久

：静岡県精神保健福祉センター・所長

黒田 安計

：さいたま市保健福祉局保健部 副理事

鈴木 志麻子

：相模原市精神保健福祉センター・所長

原田 豊

：鳥取県立精神保健福祉センター・所長

A. 研究目的

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業(精神障害分野)）「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」（研究代表者：宮岡等）の分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」（分担研究者：山崎正雄）において、精神障害者保健福祉手帳の等級判定に自治体間でのばらつきが認められ、その要因として、等級判定する上で診断書からの情報をどのように捉え解

積するかについて各自治体間に差異があり、各自治体における判定基準に違いがあることが推測されること、等級判定における不一致の解消には、疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の基準・指標の作成が必要であり、診断書作成及び障害等級判定のための新たなマニュアルの整備が必要であると考えられるとの報告がされている。平成23年4月1日に、精神障害者保健福祉手帳の診断書様式が改正されてはいるが、精神障害者保健福祉手帳に関するマニュアルとしては、日本公衆衛生協会から出版されている平成15年1月発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き」(診断書作成・障害等級判定マニュアル)以来出版されておらず、「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正について」(平成23年1月13日障発0113第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)によって改正された現在の手帳制度に沿った診断書作成及び障害等級判定のためのマニュアル作成に向け、精神疾患や精神障害の疾患特性・障害特性を踏まえた等級判定の具体的な基準作りが必要である。そのために、各種精神障害・精神疾患の参考症例を作成するとともに、その等級判定の手順や留意事項などについて検討し、疾患特性・障害特性を踏まえた「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集(案)」を作成することとした。

B．研究方法

本年度の研究は、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における判定基準に関する研究」、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定の具体的な運用に関する研究」並びに「精神障害者保健福祉手帳に関わる手引き・指針に関する研究」の3つの分担研究が実施されたが、お互いに関連が深く、また、相互の内容の整合性も重要であるため、分担研究者、研究協力者が情報交換や意見交換を密にし、お互いの記載内容の整合性に留意しながら、「精神障害者保健福祉手帳

の等級判定のための参考症例集(案)」の作成を進めた。

(倫理面への配慮)

本分担研究においては、基本的に個人情報取り扱いされていない。なお、研究全体については、北里大学医学部倫理委員会に研究申請書を提出し、同委員会の承認を受けて実施している。

C．研究結果

上述の方法により作成した「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集(案)」について、「資料1」に示す。

ICD-10のカテゴリーごとに、障害等級判定のための基本的な考え方を示し、参考症例の例示・参考症例の解説を行った。

参考症例の解説では、「精神疾患(精神障害)の状態」、「生活能力の状態」を確認し、その結果による障害等級の「判定」を示した。また、判定における「症例の留意事項」を示した。

D．考察

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集(案)」の作成によって、平成24年度から使用されている診断書様式(精神障害者保健福祉手帳用診断書)に沿った障害等級判定のための手順や留意事項などを示した。他の分担研究の結果とともに、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル(案)」にまとめていく。

E．結論

「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集(案)」を含んだ研究班作成の「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル(案)」をもとに、来年度は、実際に判定マニ

マニュアル(案)を使って、全国の精神保健福祉センターで精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定を試行し、使用上の問題点やマニュアルの修正点を抽出、その結果をもとに、参考症例集を修正して、「精神障害者保健福祉手帳の等級判定マニュアル」を完成させる。

F．研究発表

- 1．論文発表
特になし
- 2．学会発表
特になし

G．知的財産権の出願・登録状況

- 1．特許取得
特になし
- 2．実用新案登録
特になし
- 3．その他
特になし

文献

- 1)「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)
- 2)「精神障害者保健福祉手帳の判定基準について」(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)
- 3)「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」(平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知)
- 4)(財)日本公衆衛生協会、精神障害者保健福祉手帳の手引き(診断書作成・障害等級判定マニュアル)、東京、2003
- 5)白澤英勝、平成16年度-17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」総合研究報告書、平成18年(2006)3月

- 6)宮岡等、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合支援事業)「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」総括・分担研究報告書、平成25年3月

F 0 症状性を含む器質性精神障害

認知症や、いわゆる「高次脳機能障害」が含まれるため、今後申請が増える可能性が高いカテゴリーである。

先ず、中核症状のみの認知症を手帳の対象とするかどうかについて、若干の議論はあるが、原則対象とする方針が適切である。認知症は一般には進行性の病態であることが多いこともあり、医療を中断している期間については、期限を設定することに意義は少ないと思われる。

また、認知症の場合、検査等で量的評価が可能であることから、できるだけ検査結果の記載を求める。この場合、単に検査結果を羅列でするのではなく、症状の重さやその変化を判断する上で参考になる検査結果の記載を求める。また、中核症状（記憶障害、認知機能障害）だけでなく、いわゆるBPSDなどの周辺症状がある場合には、さらに、これも指標に加味する。

認知症における身体障害と考えられる部分については、「返戻し、身体障害による制限を除いた診断書の記載を求める」、「診断書の内容から身体障害による制限を差し引いて等級を判定する」などの対応がされているが、実際には、精神症状による制限と身体症状による制限の区別が困難な場合もある。しかしながら、手帳の趣旨を鑑みれば、精神症状による制限によって判定すべきであると考えられる。また、病状が進行し、コミュニケーションがほとんど取れなくなった場合や、いわゆる「寝たきり」の状態になった場合も判定の対象として取り扱うこととする。この場合、精神症状の有無や治療内容などの記載も判定の参考とする。

いわゆる「高次脳機能障害」については、平成23年度の診断書改定以降、大部分の自治体において「高次脳機能障害」という病名の使用が認められるようになってきている。しかしながら、「原則的にはICD 10に沿った診断名」を本来であり、一方で診断書全体から見て精神医学的に妥当と考えられるものであれば、「高次脳機能障害」という病名も通常の慣用的診断と同様に認める、と考えるのが適切である。また、高次脳機能障害などの器質性精神障害については、原因疾患の発症時ではなく原因疾患に基づく精神障害が始まった時期を発病時期とみなすことを原則とする。なお、この場合も、検査結果だけではなく、症状の個別的、具体的な記載を求める必要がある。

身体合併症、および発症の原因となった疾患による能力障害がある場合には、それらによる障害を加味するのではなく、主病名（Fコードの疾患）による能力障害で判断する。

F 1 精神作用物質による精神および行動の障害

平成15年1月の発行の「精神障害者保健福祉手帳の手引き」(診断書作成・障害等級判定マニュアル)(日本公衆衛生協会)のQ&Aで、「アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象とはならない」と記載され、「離脱症状による精神神経症状があり、そのために長期にわたり日常生活に支障があることが条件である」とされているため、これまで多くの自治体では基本的にそのような取り扱いが行われていたものと思われる。しかしながら、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」(研究代表者:宮岡等)のアンケート調査では、実際には、3割程度の自治体から「依存症という病名自体を手帳の対象と考えている」という回答結果が得られている。一方、アルコールや薬物などの物質依存をはじめ、ギャンブル、買い物、インターネットなどのいわゆるプロセス依存の事例が精神科医療に登場する機会も増えており、また、うつ病などの合併精神障害がある場合の取り扱いについても整理する必要がある。さらに、今回の様式変更に伴い精神作用物質の不使用期間の記載欄が作られたことなどから、不使用期間をどのように取り扱うかについても、方針を定める必要に迫られている。

今回の研究班の試案として、概ね6カ月間の断酒等の不使用期間があることを原則として、依存症治療の進捗状況を考慮することを条件に、アルコール依存症の病名に対して、手帳の交付を一律に閉ざすものではないという方針を考えている。これは、通常、断酒によって回復が得られれば特に障害を残さないことが多いはずのアルコール依存症であっても、診断書上の従たる精神障害の診断や、疾病に関連した具体的な生活障害が記載されていて、生活面、就労面での支援が必要な状況が明らかであれば対象となる場合も実際の臨床場面では想定されるからである。

また、この試案では、アルコール依存症に限らず、薬物、ギャンブルなど、より広い範囲の依存症についても、同様の考え方としている。しかしながら、いずれの場合も、クリーンな期間やスリップの状況、就労などの状況等を含め、治療の進捗状況が読み取れるよう、より具体的な記載が求められることになる。

精神作用物質の不使用期間については、6カ月間の不使用期間を一つの目安とし、原則半年間の断酒・断薬ののちに生活能力の状態を中心とした評価を行うこととする。実際の臨床現場では、治療の経過の上で、いわゆるスリップなど一時的な物質使用が勘案される場合もあるため、この点については、欄等に、主治医による具体的な記載を求めることとする。

F 2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害

統合失調症は、判定の数も多く、比較的議論される場所は少ないが、原則として、判定に当たっては、病歴（治療経過）、症状、日常生活能力、福祉サービスの利用状況等で総合的に判断する。そのため、生活能力の程度については、単にできる・できないではなく、具体的な記載を要するものとする。

実際には、診断書の記載内容が不十分であったり、病歴と生活能力の状態あるいは、生活能力の状態の中で、日常生活能力の判定と日常生活能力の程度との間に乖離がみられたりする場合は時折見られ、判定の際に問題とされている。

尚、手帳の趣旨からして、「通常は2，3か月以内、しばしば数週間か数日以内に完全に回復し、これらの障害に罹患した患者の中で持続的に能力の低下した状態に陥るものはきわめてわずか」とされている「F 2 3 急性一過性精神病性障害」については、原則として手帳の対象としない方針とする。

F 3 気分（感情）障害

気分障害患者数は増加しており、今後も手帳申請数は増加するものと考えられるが、一方で、比較的軽症のうつ病や、罹病期間の短いうつ病では、今後の障害の程度の判定がより一層難しくなると考えられる。そのため、判定に必要な情報を十分に記載してもらうことが重要となっている。実際の判定では、欠席・休暇などを含めた就学・就労状況や、家事の実施状況など、具体的な記述を求める必要が生じると思われる。

手帳の取得については、厚生労働省の施行規則や通知では、初めて医師の診察を受けた日から6か月を経過した日以降の診断書が必要とされている。この点について、治療中断や通院が不規則になっている場合には、初診年月日の考え方に、自治体間で差異が生じる可能性がある。平成24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究」（研究代表者：宮岡等）の分担研究「精神障害者保健福祉手帳の等級判定における不一致に関する研究」のアンケート調査で、「一般的に治療中断期間があっても継続的な通院とみなす場合、どの程度の中断期間までなら手帳対象者とみなすか」という質問に対して、気分障害に関しては、概ね7割のセンターで、「原則として中断期間を設定していない」という回答であった。そのため中断期間については、特に現時点で指針を新たに設定する必要性は少ないと思われるが、今後、気分障害に限らず、他の診断名に関しても、中断期間についての取り扱いに指針が必要とされるかもしれない。

なお、気分変調症については、うつ病エピソードや反復性うつ病性障害に比べて、さらに病状の評価が難しい場合が多く、等級の判定を困難にしている。病状やその変化の詳細な記述が必要とされる他、実際の就労状況（病休、休職、退職、アルバイトの状況）や、就労以外の生活状況（趣味に関する活動など）、入院治療の有無（入院形態を含めて）などの情報も、等級判定上の参考とされる場合もある。

F 4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

「神経症」病名の取り扱いについて：「神経症」という概念を用いる場合、「神経症」とみなされる障害は、抑うつ神経症^{*}を除くと、ほとんどがF 4 0 - 4 8に含まれると考えられる。したがって、病名についてはICD 10に準ずる方針とし、できるだけICDコードの正確な記載を求める。（*：抑うつ神経症は、F 3 4 . 1 気分変調症に含まれる。）

F 4 についても、診断書の記載内容が不十分であったり、病歴と生活能力の状態、あるいは、生活能力の状態の中で日常生活能力の判定と日常生活能力の程度との間に乖離がみられたりする場合が散見される。この場合、本人の就学・就労状況や、家事などの実施状況など、より詳細な情報を求める必要がある。特に、小児の判定については、小児の社会適応状況を判断するために、日常生活に関する様々な指標に関する記載を求めざるを得ない。

実際の判定場面で散見される診断上の課題については、以下のようなものがあげられる。

F 4 3 重度ストレス反応〔重度ストレスへの反応〕および適応障害

F 4 3 . 1 外傷後ストレス障害

例外的に強いトラウマとなる出来事から6ヶ月以内に起きたという証拠がなければ、一般的にはこの診断を下すことはできない。また状態が多年にわたり慢性の経過を示す場合は持続的パーソナリティ変化へ移行することがあり、この場合は「F 6 2 . 0 破局的体験後の持続的パーソナリティ変化」に分類する。

F 4 3 . 2 適応障害

ICD 10の診断ガイドラインでは、適応障害において症状の持続は「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」の場合を除いて6ヶ月を超えないとなっている。本手帳の診断書は初診から6ヶ月以上経過した時点で作成されるため、適応障害は手帳の対象とはならない。

また「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」は「新規」のみ対象となりえるが、持続は2年を超えないとなっているため「更新」の場合、同じ診断名であった場合は対象とはならない。何らかの刺激により抑うつ的になってしまった場合で、症状が6ヶ月以上続く場合は、「F 3 2 うつ病エピソード」あるいは、「F 3 3 反復性うつ病性障害」を考慮してもいいかもしれない。これはF 3 2、F 3 3には、抑うつ反応、心因性うつ病あるいは反応性うつ病等が含まれているからである。

また精神遅滞等が背景にあり、環境変化に適応できず6ヶ月を超えない期間であるが精神症状が出現し、精神科的治療が必要となる場合が見られる。そして、そのエピソードがたびたび繰り返されるため、適応障害を診断名として手帳の申請がなされる場合がある。この場合においても、問題行動は精神遅滞等の一症状として考えるべきであり、適応障害の診断名を用いない。

F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

「F 5 0 摂食障害」では、拒食、過食、嘔吐などの「食行動の異常」がみられるが、それをもって日常生活能力の判定における「適切な食事摂取」ができないことと安易に判定してはいけない。日常生活能力の判定における「適切な食事摂取」とは、食事を準備し、摂食の開始から終了までの一連の活動が、自発的な行動によって遂行されることを指す生活能力である。精神疾患（機能障害）の状態としての「食行動の異常」と生活能力の状態としての「適切な食事摂取」の能力障害を混同しないように留意しなければならない。

また、摂食障害は、持続する意図的な体重減少や種々の程度の低栄養状態、二次的な内分泌障害や代謝障害を来し、ときに身体合併症を生じることがある。診断書の記載においては、二次的に生じた身体合併症を等級判定に考慮する場合、摂食障害と関連しない他の身体疾患がもともと存在していないかどうか、他の身体疾患による症状か否かを慎重に判断することが必要である。

また、食行動の異常は、「F 3 気分障害」や、「F 6 パーソナリティ障害」に伴うものなども考えられるため、主たる精神障害については慎重に鑑別して判定すべきである。

「F 5 1 非器質性睡眠障害」は、器質的原因によるものか否かを慎重に診断し、さらに日常生活・社会生活に制限を受けるか、制限を加えることを必要とするかを慎重に判断することが望まれる。また、睡眠障害が他の精神障害の一症状として生じている場合もあり、主たる精神障害が他に存在する場合は、それを主たる精神障害として記載すべきである。

また、ナルコレプシーや睡眠時無呼吸症候群などはGコードに分類される睡眠障害であり、それ単独では精神障害者保健福祉手帳の診断書の対象とする精神障害とは認められないことに留意すべきである。

F6 パーソナリティ障害

パーソナリティ障害では、根深い、持続する態度や行動パターンにより、広い範囲にわたり、個人的及び社会的状況の適応不全が認められ、手帳の対象とされる。「病名」の記載においては、漠然と、「パーソナリティ障害」と記載するのではなく、おのおの垂型の病名（妄想型パーソナリティ障害、統合失調質パーソナリティ障害など）で示されることが望ましい。なお、脳疾患、脳損傷、脳機能不全の残遺症状あるいは合併障害として生じたパーソナリティ障害は、「器質性パーソナリティ障害」としてF07に分類される。

「発病から現在までの病歴」の「主たる精神障害の初診年月」は、具体的にパーソナリティ障害と診断されていなくても、最終的にパーソナリティ障害と診断されるに特徴や異常行動パターンで医療機関を受診した年月日を記載する。病歴の中には、発病から現在までの個人的および社会状況の適応不全の状況や受診に至る経過、通院状況の記載を確認する。パーソナリティ障害では、多彩な病状、状態像を示すことが少なくない。「現在の病状、状態像等」、「の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄の記述から、病名を支持する病状、状態像であることを確認する。

F 7 知的障害（精神遅滞）

「F 7 知的障害（精神遅滞）」は、それ単独のみでは精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。他の精神障害が存在する場合は手帳の対象となりうるが、その場合は、知的障害を主たる精神障害とすべきではなく、それ以外の精神障害を主たる精神障害として記載すべきである。

等級判定に際しては、知的障害による寄与分を除いた精神障害部分のみをもって判定する。つまり、日常生活能力の判定は、知的障害によるものを加味せず、それ以外の精神障害について判定する。

また、知的障害に合併する精神障害として、「F 4 3 . 2 適応障害」などを記載している診断書があるが、適応障害は通常、症状の持続が6ヵ月を超えない（「F 4 3 . 2 1 遷延性抑うつ反応」を除く）とされており、精神障害者保健福祉手帳の対象としては適切ではないので、適切な精神障害の診断名を求めなければならない。

F 8 - 9 発達障害

(心理的発達の障害 / 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)

発達障害は、平成 17 年 4 月に施行された『発達障害者支援法』において、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されている。これらの発達障害は、ICD-10 においては、「F 8：心理的発達の障害」および「F 9：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」に含まれる。

「病名」の記載は、漠然と「発達障害」と記載するのではなく、「自閉症」「アスペルガー症候群」「広汎性発達障害」「多動性障害」「学習障害」などの病名を記載する。

また、発達障害の特性やそれに伴って出現した症状や疾病が、治療の中心となっていたり、生活のしづらさの主たるものとなっていたりする場合には、「(1) 主たる精神障害」に、関連する発達障害の病名を記載し、「(2) 従たる精神障害」の方に出現した症状や疾病を記載する。一方で、もともと発達障害を有していたとしても、「統合失調症」「摂食障害」などのように、治療の中心がこれらの精神疾患となっている場合は、発達障害の病名を、「(2) 従たる精神障害」の方に記載することもある。

「初診年月日」の「主たる精神障害の初診年月日」には、発達障害にて、最初に医療機関を受診した年月日を記載する。しかし、発達障害は、その特性によってさまざまな不適応を示すことがあり、当初は、2 次的に出現した不安や抑うつ・不眠などの症状から、「不安障害」など、発達障害と異なった病名がつけられていることがある。この場合、これらの病名が、発達障害による 2 次的なものとして捉えるなら、異なった病名であったとしても、これらの症状で初診した年月日を記載することができるが、その経過については、「発病から現在までの病歴」の中に記載する。また、発達障害の中には、初診時は、「学習障害」や「多動性障害」の病名がつけられていたとしても、経過をみていく中で、病名が「広汎性発達障害」などに変更される場合がある。この場合にも、初診年月日は、最初に何らかの発達障害の診断名がつけられた年月日を記載する。

「発病から現在までの病歴」の「推定発病年月」の欄には、「主たる精神障害」に発達障害の病名を記載した時は、生年月日を推定発病年月とする。経過の中では、単に受診歴だけではなく、小児期などで見られた発達障害の症状なども分かる範囲で記載する。

「現在の病状、状態像等」の欄では、該当する病状にチェックするが、特に「(10) 知能・記憶・学習・注意の障害」および「(11) 広汎性発達障害関連症状」の該当項目は、漏れのないように記載する。

「病状」の欄には、単に検査所見だけを記載するのではなく、具体的に、症状や特性などについて記載する。

なお、児童の場合は、「生活能力の状態」には、年齢相応の能力と比較の上で判断する。「現在の障害福祉等のサービスの利用状況」も、できる限り具体的に記載する。

G 4 0 てんかん

てんかんとは、「てんかん発作」を主徴とした神経疾患であり、ICD - 10においてはGコードに分類される。いわゆる「てんかん性精神障害」に該当するものは、ICD - 10においては、F 0 6「脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害」、F 0 7「脳疾患、脳損傷および脳機能不全による人格および行動の障害」等、Fコードに分類される。

「G 4 0 てんかん」の障害等級判定においては、「てんかん発作のタイプと頻度」による判定を行う。その判定基準は(表1)のとおりである。

いわゆる「てんかん性精神障害」が主たる病像(F 0 6, F 0 7等)である場合には、主たる精神障害としてはFコードにおける診断名を記載すべきであり、F 0の判定基準に基づいて判定する。

ちなみに、外傷性てんかんはICD - 10では、T 9 0 . 5に分類されているが、手帳の判定においてはG 4 0として取り扱って差し支えないものとする。

(表1)

等級	てんかん発作のタイプと頻度
1 級程度	ハ、二の発作が月に1回以上ある場合
2 級程度	イ、口の発作が月に1回以上ある場合 ハ、二の発作が年に2回以上ある場合
3 級程度	イ、口の発作が月に1回未満の場合 ハ、二の発作が年に2回未満の場合

「てんかん発作のタイプ」

- イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

なお、てんかん発作による等級判定は、長期間の薬物療法下においてもなお発作が存在する場合に認定するものであり、完全に抑制されている場合には非該当となる。

また、本人自身の責任による不規則な、あるいは服薬中断による発作の状況について記載がされている場合には、主治医に返戻し、長期間の規則的な服薬下において期待される発作状況について記載を求める必要がある。