

## 認定診断書暫定改訂案を用いたサンプル調査と結果解析

研究分担者 本田秀夫

信州大学医学部子どものこころの発達教室 教授

## 研究要旨

本研究班の目的は、1年目に作成した特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式改訂案（以下「特児手当診断書改訂案」と略記）及び障害児福祉手当認定診断書(精神の障害用)様式改訂案の妥当性と信頼性を検討することである。

日本児童青年精神医学会の規定に則り実施した事前調査で本調査への協力を意思表示し、同時に特別児童福祉手当認定診断書作成の経験のある日本児童青年精神医学会医師会員345名を対象として、特児手当診断書改訂案、その作成要領案、及び認定のための留意事項のたたき台を用いたサンプル調査を実施した。知的障害(ICD-10におけるF7)、心理的発達の障害（F8）、行動及び情緒の障害（F9）のそれぞれにおける最重度、重度、中度、軽度の模擬症例を計13症例作成し、研究参加者345名を13グループにランダムに振り分け、各グループに模擬症例1症例をそれぞれ割り当てて、特児手当診断書改訂案に記入を依頼した。

230名より回答があり（回収率66.7%）、そのうち有効回答数は228名（有効回答率66.1%）であった。13症例中8症例（61.5%）において、研究参加者による重症度の評価の中央値は、想定された重症度と一致していた。12症例（92.3%）において、研究参加者による重症度の評価の中央値と想定された重症度との差は1段階以下であった。11症例（84.6%）において、想定された重症度は研究参加者による重症度の評価の10-90パーセンタイル内の範囲に含まれていた。これらより、特児手当診断書改訂案は重症度の判定に関して一定の妥当性があると思われた。

研究参加者による重症度の評価の10パーセンタイルと90パーセンタイルの差は0-2段階であった。9症例（69.2%）において、10パーセンタイルと90パーセンタイルの差が1段階以下であった。これらより、特児手当診断書改訂案は重症度の判定に関して一定の信頼性があると思われた。

研究参加者による要注意度の評価の10パーセンタイルと90パーセンタイルの差は0-1.3段階であった。11症例（84.6%）において、10パーセンタイルと90パーセンタイルの差が1段階以下であった。これらより、特児手当診断書改訂案は要注意度の判定に関して一定の信頼性があると思われた。

各模擬症例において、研究参加者が評価した要注意度と重症度の評価の間には正の相関がみられたものの、両者の判定はが必ずしも強く関連しているわけではなかった。

以上より、特児手当診断書改訂案は、F7、F8、F9の症例の判定に関して、一定の妥当性と信頼性を有することが示された。実際の判定においては、重症度と要注意度の両方の判断を踏まえて総合的に行う必要があると考えられた。

研究協力者氏名・所属研究機関名  
及び所属研究機関における職名

篠山大明 信州大学医学部精神医学教室 准教授  
樋端佑樹 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室 特任助教

## A. 研究目的

平成29年度（1年目）の本研究班では、特別児童扶養手当と障害児福祉手当（以下、「特別児童扶養手当等」

と略記）の認定診断書の現在の様式の問題点について検討し、各認定診断書の改訂案を作成した（齊藤, 2018）。

まず、評価すべき対象となる疾患の症状や問題行動等の分類を、現行の知的障害等、発達障害関連症状を始めとする5群から、知的障害、高次脳機能障害・発達障害等、意識障害・てんかん、精神症状、問題行動（二次障害を含む）の5群へと修正した。さらに高次脳機能障害・発達障害等、精神症状、問題行動（二次障害を含む）に含めた症状や行動を中心に修正を行った。特に、高次脳機能障害・発達障害等においては現行の知的障害等から高次脳機能障害を取り出し、発達

障害症状と併せた新たな群概念に組み換え、自閉スペクトラム症（ASD）に限定されていた現行の発達障害症状を注意欠如・多動症（ADHD）や学習障害（LD）も含めたものにするよう工夫した。また、日常生活能力の程度に関しても現行項目のいくつかを削除し、新たに買い物や交通機関の利用、集団生活への適応などを評価項目に追加した上で、各項目が年齢相応か否かを評価するよう求め、さらに医学的総合判定では状態像を根拠とする重症度を軽度、中度、重度のいずれかで明確に評価するよう求めた。

今回、本分担研究の目的は、特児手当診断書改訂案の妥当性と信頼性について検討することである。1年目に作成した当該改訂案とその作成要領案、及び認定のための留意事項のたたき台を用いて、日常の業務で特別児童扶養手当等の認定診断書作成の経験のある医師を対象としたサンプル調査を実施した。

## B. 研究方法

### 1. 対象

日本児童青年精神医学会の規定に則り実施した事前調査で本調査への協力を意思表示し、同時に特別児童福祉手当認定診断書作成の経験のある日本児童青年精神医学会医師会員 345 名を対象とした。

### 2. 模擬症例の作成と送付

知的障害(ICD-10 における F7)、心理的発達の障害 (F8)、行動及び情緒の障害 (F9) のそれぞれにおいて最重度、重度、中度、軽度の模擬症例を本研究班にて表 1 の通り計 13 症例作成した。研究参加者 345 名を 13 グループ (26 名または 27 名 / グループ) にランダムに振り分け、各グループに 13 症例のうちの 1 症例をそれぞれ割り当てて、各研究参加者に対象となる模擬症例を送付した。

表 1. 模擬症例

	F7	F8	F9
<b>最重度</b>	1 症例	1 症例	1 症例
<b>重度</b>	1 症例	1 症例	1 症例
<b>中度</b>	1 症例	2 症例	1 症例
<b>軽度</b>	1 症例	1 症例	1 症例

### 3. Google フォームを用いたアンケート調査

信州大学が教職員、学生向けに契約している Google のサービスの一つである Google フォームを用いてアンケート調査をおこなった。まず特児手当診断書改訂案の書式に沿った内容をウェブ上で入力できるフォームを作成し、研究班で事前に試行し検討した。次に、事前調査でウェブフォームを用いた回答が可能と意思表示した研究参加者に対し、メールで本調査の依頼をした。調査期間内に各研究参加者に割り振られた症例にもとづいた認定診断書の記載を、それぞれフォームに入力してもらい、得られた結果を分析した。

### 4. 統計解析

解析対象となる主たる指標は「重症度」の評価とし、以下の 2 点について解析を行った。

妥当性： 模擬症例において想定された重症度と

の一致度を評価するために、研究参加者の評価の中央値および 10-90 パーセンタイルと、想定された重症度とのずれを指標とした。

信頼性： 研究参加者間における重症度の評価のばらつきを評価するために、研究参加者による評価の 10 パーセンタイルと 90 パーセンタイルの幅を指標とした。

副次的指標として「要注意度」における信頼性について、「重症度」と同様に研究参加者による評価の 10 パーセンタイルと 90 パーセンタイルの幅を指標とした。各模擬症例における要注意度と重症度との相関はスピアマンの相関係数を用いて検討した。

### (倫理面への配慮)

本調査は Google フォームを用いた調査研究であり、インターネットを通じて入力する形式となることは回答者に事前調査の際のインフォームド・コンセントによって同意を得た。本調査では、回答した医師の個人情報等の属性は専門診療科名以外を除いて解析対象ではなく、集計された数値あるいは特児手当診断書改訂案の記載欄の記載内容のみを対象とし、解析のために Google フォームから取り出し集計したデータには個人情報は全く含めず、模擬症例に関する記入内容のみとした。「インフォームド・コンセントのお知らせ文」を Google フォームの冒頭頁に掲げ、これに対する同意のボタンを押さない限り調査頁には入っていけない機能を持たせ、ボタンを押すことをもってインフォームド・コンセントへの同意を得た。本研究は愛育研究所研究倫理委員会及び信州大学医倫理委員会の承認を得た上で実施した。

## C. 研究結果

### 1. アンケートの回答数

アンケートを送付した 345 名中 230 名より回答を得た (回収率 66.7%)。そのうち、1 名は送信元不明のため対象模擬症例が不明であり、1 名は「重症度」の回答がなかったため、これら 2 名を無効回答とした。その結果、有効回答数は 228 (有効回答率 66.1%) であった。有効回答数については表 2 に示す。

表 2. 有効回答数

	F7	F8	F9
<b>最重度</b>	20	18	16
<b>重度</b>	20	18	18
<b>中度</b>	16	15, 14	18
<b>軽度</b>	18	19	18

### 2. 重症度

資料 1 に研究参加者による重症度の評価について示す。13 症例中 8 症例 (61.5%) において、研究参加者による重症度の評価の中央値は、想定された重症度と一致していた。中央値が想定された重症度と一致していなかったのは、F8 最重度、F9 最重度、F9 重度、F7 軽度、F9 軽度であった。最重度及び重度と想定されていた症例では、中央値が想定された重症度より軽症例にずれしており、軽度と想定されていた症例では、中央

値が中度となった。

また、13 症例中 12 症例 (92.3%) において、研究参加者による重症度の評価の中央値と想定された重症度との差は 1 段階以下であった。F9 最重度と想定されていた症例のみ中央値が中度で、2 段階の差があった。

13 症例中 11 症例 (84.6%) において、想定された重症度は研究参加者による重症度の評価の 10-90 パーセンタイル内の範囲に含まれていた。この範囲に含まれなかったのは、F9 最重度と F9 軽度の 2 症例であった。

研究参加者による重症度の評価の 10 パーセンタイルと 90 パーセンタイルの差は 0-2 段階であった。13 症例中 9 症例 (69.2%) においては、研究参加者による重症度の評価の 10 パーセンタイルと 90 パーセンタイルの差が 1 段階以下であった。一方で、13 症例中 2 症例 (15.4%; F9 中度と F7 軽度) において、研究参加者による重症度の評価の 10 パーセンタイルと 90 パーセンタイルの差が 2 段階であった。

### 3. 要留意度

資料 2 に研究参加者による要留意度の評価について示す。研究参加者による要留意度の評価の 10 パーセンタイルと 90 パーセンタイルの差は 0-1.3 段階であった。13 症例中 11 症例 (84.6%) においては、研究参加者による要留意度の評価の 10 パーセンタイルと 90 パーセンタイルの差が 1 段階以下であった。想定された重症度が F8 重度と F9 重度の 2 症例も、1 段階をわずかに超えただけであり、2 段階までは達してなかった。

### 4. 要留意度と重症度との相関

各模擬症例において、研究参加者が評価した要留意度と重症度との間には、13 症例中 6 症例 (46.2%) において統計的に有意な正の相関 ( $P < 0.05$ ) がみられた。相関係数  $\rho > 0.6$  の症例は 3 症例 (23.1%) であった。図 3 に各模擬症例において研究参加者が評価した要留意度と重症度との関係を示す。

## D. 考察

### 1. 重症度の妥当性と信頼性

各模擬症例において、研究参加者の評価による重症度の大部分が、模擬症例作成者が想定した重症度と一致もしくは 1 段階以内の範囲に含まれていた。このことから、特児手当診断書改訂案は重症度の判定に関して一定の妥当性があると考えられた。

また、各模擬症例において、研究参加者の評価による重症度の大部分が 1 段階以内の範囲に含まれていた。評価者間のばらつきが小さいことから、特児手当診断書改訂案は重症度の判定に関して一定の信頼性があると考えられた。

F9 は、想定したすべての重症度の症例について、研究参加者の評価による重症度の中央値が中度となった。F9 に含まれる ADHD、反応性愛着障害、素行症、反抗挑発症などの障害群は、特別児童扶養手当等の認定診断書を作成する場合、中度を想定しやすい傾向にあることが示唆された。

模擬症例作成者が軽度と想定した 3 症例のうち 2 症例で、研究参加者の評価の中央値は中度であった。軽

度と想定された症例に振り分けられた研究参加者の自由記載欄には、「この書類は支援(支給・交付)を受けるという目的があるため『中度』としました」などのコメントがあった。日常の臨床で医師が特別児童扶養手当等の認定診断書を作成する場合、医師は手当が支給される可能性が高いと事前に判断した症例に対してのみ認定診断書の記載を行うことが多く、軽度と判定する認定診断書を作成する機会は少ないと思われる。今回は、特別児童扶養手当等の支給に該当しないとされる場合は認定診断書を作成しないという選択肢を設けなかったため、このような可能性について実証することはできなかった。

### 2. 要留意度の信頼性

各模擬症例において、研究参加者の評価による要留意度の大部分が 1 段階以内の範囲に含まれていた。評価者間のばらつきが小さいことから、特児手当診断書改訂案は要留意度の判定に関して一定の信頼性があると考えられた。

### 3. 要留意度と重症度との相関

重症度の判定は、要留意度も含めたすべての記載内容を総合的かつ医学的に評価して判定する構造になっている。今回、要留意度と重症度の評価の間には正の相関がみられたものの、両者の判定はが必ずしも強く関連しているわけではなかった。

図 3 を見ると、模擬症例作成者の想定した重症度と研究参加者による重症度の評価が異なる場合に、要留意度の評価がある程度加味されている可能性がある。たとえば F7 は、知的障害の程度が総合的な重症度に強く関連すると想定されるが、F7 軽度が想定された症例で中度～重度と評価した研究参加者の多くが要留意度を「常に」～「嚴重」と評価していた。

一方、F9 は知的障害の程度が総合的な重症度にあまり関連しない障害群である。今回の調査では、研究参加者は全体的に重症度を中度と判定する傾向があったが、図 3 をみると、想定した重症度が最重度の症例では要留意度が「常に」が多くなっていた。想定した重症度が最重度以外の症例では、研究参加者の評価した要留意度が「常に」と「時に」に多く分布しており、F9 の要留意度と重症度との関係が複雑であることが示唆された。

これらより、判定は重症度と要留意度の両方の判断を踏まえて総合的に行う必要があると考えられた。

## E. 結論

模擬症例によるサンプル調査の結果、本研究班で作成した特児手当診断書改訂案は、F7、F8、F9 の症例に対して一定の妥当性と信頼性をもって判定を行うことができると考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

本田秀夫: 自閉スペクトラムの人たちにみられる過剰

適応的対人関係. 精神科治療学 33(4): 453-458, 2018.

本田秀夫: わが国における自閉スペクトラム症の頻度 - 小学生を対象とした多地域疫学調査より -. 精神科臨床Legato 4(2): 68-71, 2018.

本田秀夫: 精神発達. 尾崎紀夫, 三村將, 水野雅文, 村井俊哉 (編): 標準精神医学第7版. 医学書院, 東京, pp.67-79, 2018.

本田秀夫: 発達障害(神経発達症群)およびその他の児童期の精神疾患. 尾崎紀夫, 三村將, 水野雅文, 村井俊哉 (編): 標準精神医学第7版. 医学書院, 東京, pp.373-391, 2018.

本田秀夫: 選好性 (preference) の観点からみた自閉スペクトラムの特性および生活の支障. 鈴木國文, 内海健, 清水光恵 (編): 発達障害の精神病理. 星和書店, 東京, pp.97-114, 2018.

## 2. 学会発表

本田秀夫: 特別講演: 子どものこころと家族を支える人材を育てる. 第119回日本小児精神神経学会, 東京, 2018.

本田秀夫: 自閉スペクトラム症の医療の現状と今後の治療の展望. 日本自閉症スペクトラム学会第17回研究大会医療講演, 花巻, 2018.

関正樹, 吉川徹, 高岡健, 本田秀夫: 岐阜県多治見市および瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制に関する調査. 第59回日本児童青年精神医学会総会, 東京, 2018.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得、実用新案登録等なし。

## I. 参考文献

齊藤万比古: 厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野): 特別児童扶養手当等(精神の障害)の課題分析と充実を図るための調査研究 平成 29 年度総括研究報告書. 2018.

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva, 1993.

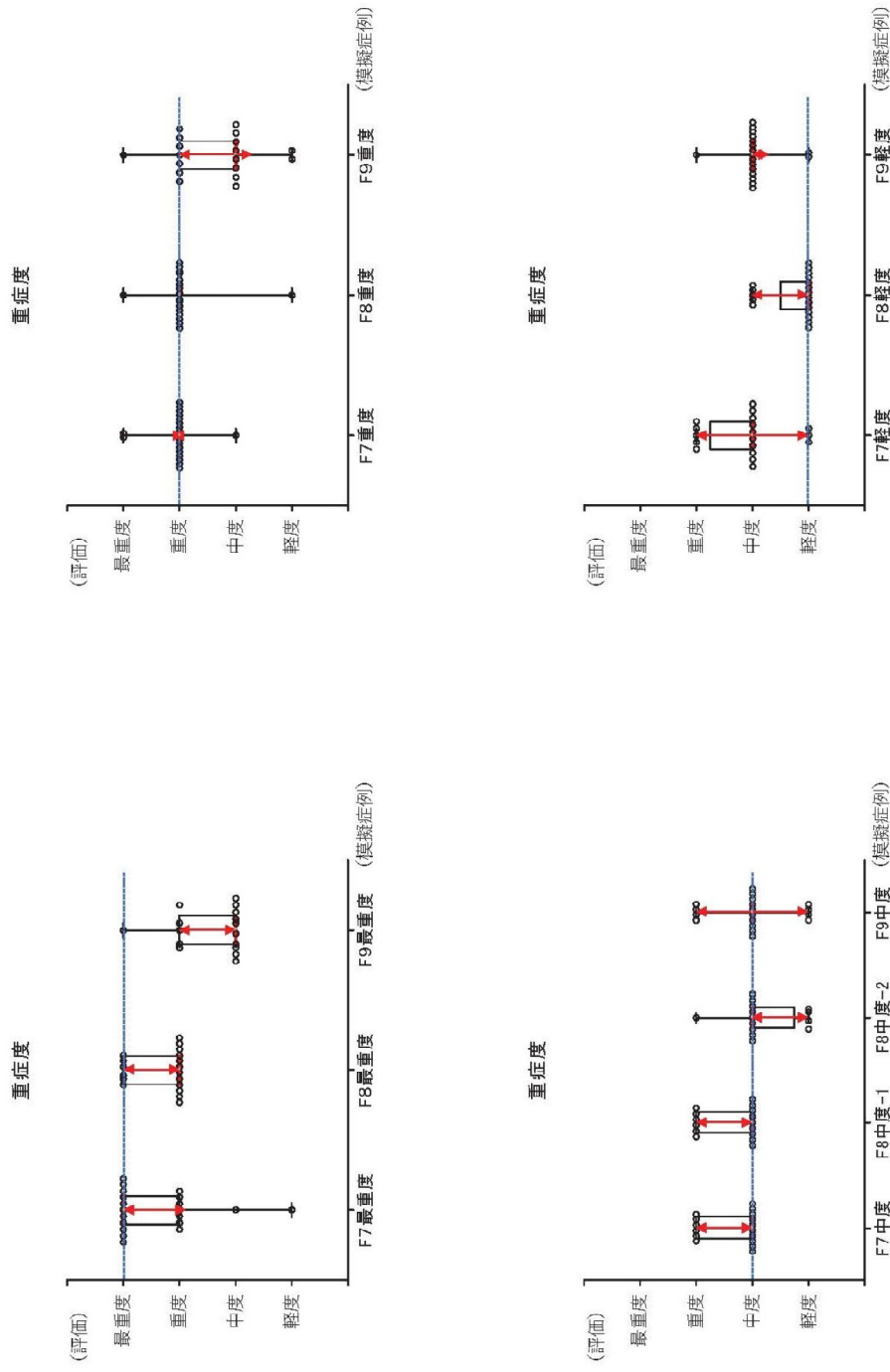


図1：各模擬症例における重症度の評価  
中央値は赤線、10-90パーセンタイルの範囲は赤矢印で示している。ひげの上端と下端は最大値と最小値を示し、青の点線は模擬症例で想定された重症度を表している。

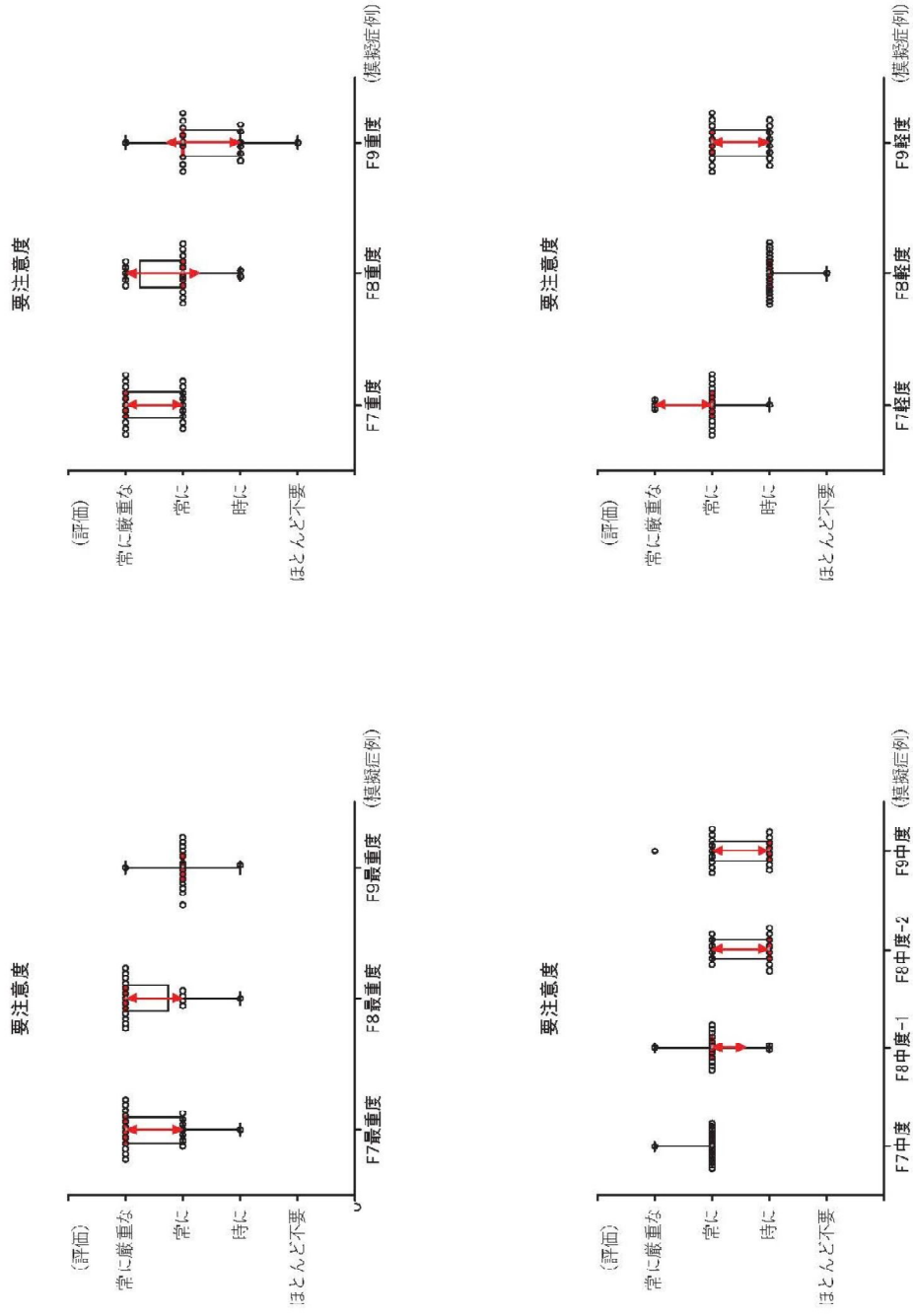


図2：各模擬症例における要注目度の評価  
中央値は赤線、10-90パーセンタイルの範囲は赤矢印で示している。ひげの上端と下端は最大値と最小値を示している。

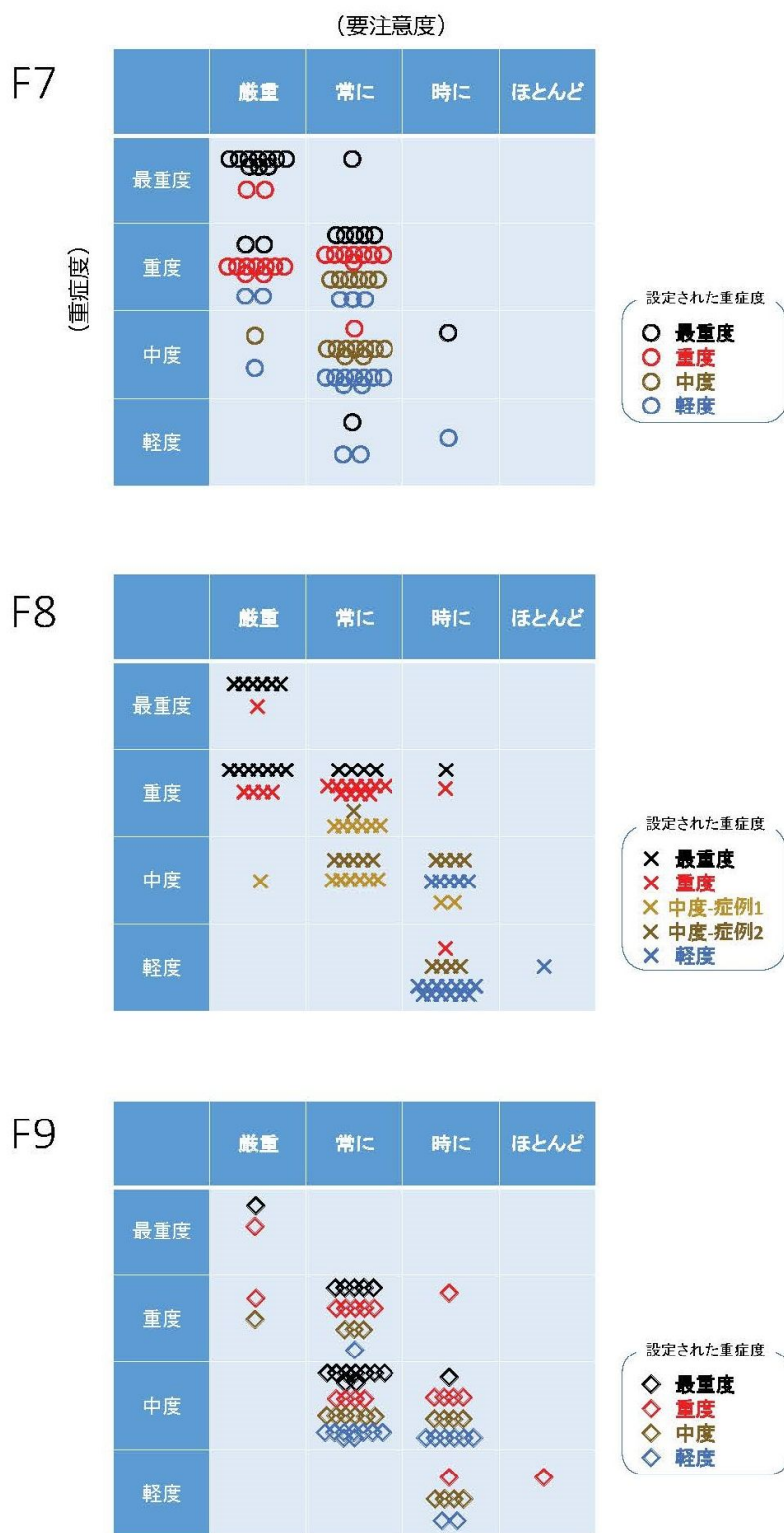


図3：重症度と要注意度との関係  
各模擬症例において研究参加者が評価した要注意度と重症度との関係を示す。