

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害政策総合研究事業（精神障害分野））
総合研究報告書

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

研究代表者 齊藤万比古
社会福祉法人恩賜財団母子愛育会愛育研究所 児童福祉・精神保健研究部部長 / 愛育相談所所長

研究要旨

本研究は平成29年度より2年間を予定した調査事業である。初年度には特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)及び障害児福祉手当認定診断書(精神の障害用)、とりわけ前者の現行認定診断書様式についての問題点や課題を洗い出し、認定診断書様式の改訂案を作成することに研究班を挙げて取り組んだ。初年度末にはたたき台としての暫定改訂案とその作成要領案の作成に漕ぎつけることができた。さらに平成30年度に予定しているサンプル調査の回答者として、現行の認定診断書を作成した経験のある精神科医や小児科医を想定し、日本児童青年精神医学会の医師会員に調査協力を求めるアンケートを日本児童青年精神医学会の協力で実施し、500名強の医師が調査への参加意志を表明した。

平成30年度はさらに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）の内容の検討と推敲を重ね、サンプル調査に使用する同診断書改訂案を作成するとともに、Googleフォーム上での認定診断書入力フォームを作成した。サンプル調査は上記500名強にGoogleフォームを用いた調査であること等を明らかにした上でサンプル調査への参加の意志を再度問い、最終的に345名の医師の参加意志を確認した。さらに、研究班の分担研究者及び研究協力者がICD-10のF7、F8、F9の疾患群ごとに軽度、中度、重度、最重度の4種類の重症度の模擬症例各1例（ただしF8中度では2ケース）計13ケース分のピネットを作成し、345名に1ケースずつ無作為に割り当て、Googleフォーム上の特児手当診断書改訂案に基づく入力フォームへの入力を依頼した。最終的に228名の医師より有効な回答を得て、本田秀夫研究分担者と篠山大明研究協力者により集計・解析が行われた。その結果、特児手当診断書改訂案で記載を求めている医学的総合判定欄の障害の重症度、および現症の要注意度は各々一定の妥当性と信頼性を持つことが明らかになった。また、調査に回答を寄せてくれた医師からは自由記述の中で特児手当診断書改訂案の作成要領がフォームへの入力の指針として役に立ったとの感想が多数見られた。

こうした研究活動を経て本研究班は特児手当診断書改訂案とその作成要領案を完成させ、その結果をもって障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案を完成させることができたのでここに報告する。

**研究分担者氏名・所属研究機関名
及び所属研究機関における職名**

本田秀夫 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室
教授

**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**

野邑健二 名古屋大学心の発達支援研究実践センター
特任教授
吉川 徹 愛知県心身障害者コロニー中央病院児童精神
科 医長
山田佐登留 東京都児童相談センター 児童精神担当部長
小平雅基 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保
健センター愛育クリニック小児精神保健科 部長
早川 洋 社会福祉法人慈徳院こどもの心のケアハウス
嵐山学園 園長
篠山大明 信州大学医学部精神医学教室 准教授

監護、養育している父母等に支給される特別児童扶養手当及び精神又は身体に重度の障害を有するため、日常生活において常時の介護を必要とする状態にある在宅の20歳未満の者に支給される障害児福祉手当については、特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)及び障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)により、各自治体の認定医等が障害程度の認定を行っている。

本研究を通じて、上記診断書の作成医ならびに各自治体の認定医等が症候や問題とそれらの重症度を判断しやすくなるように以下のような提案を具体的に行うことを目指す。特別児童扶養手当等における発達障害の認定については、数値等の客観的な基準がなく、各自治体の認定医の判断によるところが大きいことから、各認定診断書作成医と自治体認定医が判断しやすいうようメリハリのある特児手当診断書改訂案及び障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案を示す。様式の提案に併せ、診断書作成医(かかりつけ医)ができる限り詳細かつ具体的に診断書を作成できるよう、診断書を作成する際の留意事項を示した作成要領案を提案する。自治体認定医が認定に際して着目すべき点を示した留意事項を提案する。

A. 研究目的

20歳未満で精神又は身体に障害のある児童を家庭で

B. 研究方法

平成29年度には特児手当診断書改訂案の作成を目指し研究班内で問題点の洗い出しと暫定的な改訂案作成

に取り組み、研究報告書に掲載した。また年度の終盤にサンプル調査への参加の意志を日本児童青年精神医学会の医師会員で特別児童扶養手当認定診断書の記載経験を持つ医師に問うアンケート調査を当該医学会の協力を得て実施し、当初500名強から参加意志ありとの回答を得た。平成30年度に入り、Googleフォーム上の調査であること等の調査法を明確に示した上で、再度協力意志の確認を行ったところ345名から参加同意の意志表示が寄せられた。

平成30年度に入り、サンプル調査に用いるために特児手当診断書改訂案を班員でさらに検討・推敲を重ね、サンプル調査用様式を完成させ、それをを用いたGoogleフォーム上の入力用フォームを準備した。さらに、研究班でF7、F8、F9の3障害群ごとにそれぞれ4段階の重症度（軽度、中度、重度、最重度）の模擬症例13ケース（各1ケース、F8の中度のみ2ケース）を作成した。この13ケースを345名に無作為に割り振り回答を求めたところ、計228名が有効な回答を寄せてくれた。その内訳は回答者数が最少の模擬症例で16名（F7中度とF9最重度）、最多で29名（F8中度で2ケースの合計）と解析に耐える数をそれぞれのカテゴリで集めることができた。これらの回答の集計および解析は本田秀夫研究分担者及び篠山大明研究協力が担当し、その結果明らかにされた解析結果を班員全員で分析を加え、特児手当診断書改訂案への反映に取り組んだ。

さらにサンプル調査の回答にはサンプル調査用様式案への入力を行って感じた感想や意見、及び診断書作成要領案への意見を記入する自由記述欄を入力フォームに設定した。そこに寄せられた意見を研究班内で検討し、合理的な意見を選択した上で、それに応じた特児手当診断書改訂案及びその作成要領案の修正を加え最終改訂案及び作成要領を完成させた。この完成した特児手当認定診断書改訂案の修正を反映させることで障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案の完成版を作成した。

研究活動の最後に、第5回及び第6回の班会議の中でこの診断書改訂案を用いた特児手当の認定に際し、本研究の結果からどのような基準を設定すべきかについての検討を行った。

（倫理面への配慮）

1年目に行った日本児童青年精神医学会医師会員を対象に2年目実施予定のGoogleフォームを介した本調査への協力の意志を問う郵送によるアンケート調査は、日本児童青年精神医学会の規定により学会事務局（土倉事務所）に委託し実施した。なお、この調査に関しては愛育研究所倫理委員会の審査を受け承認されている。2年目の本調査はGoogleフォームを用いた調査であること、架空の模擬症例に関する評価を求めるものであることなどの調査の全容を開示した上で、調査開始前に愛育研究所及び信州大学の各倫理委員会での審査と承認を受けた。

C. 研究結果

2年間の研究から主に2点の結果を得たので以下に挙げる。

(1) 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、同診断書作成要領案及び障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案の作成

本研究は、初年度にあたる平成29年度に研究班を挙げて現行の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(資料-7a、同-7b)の問題点に関する検討を重ね、同年度の報告書に作成した特児手当診断書改訂案の暫定案を掲載している。2年目にあたる平成30年度に入り、班会議等を通じてこの特児手当診断書改訂案の検討と推敲を続け、サンプル調査用様式を完成させたことはB.研究方法で記載した通りである。同診断書改訂案はB.研究方法でも記載したように調査時にGoogleフォーム上の調査票に入力後の感想を自由記述欄に記載してもらっており、その意見を班会議で検討し、特児手当診断書改訂案の若干の修正を加え同診断書改訂案を完成させた(資料-4a、同-4b)。またこの診断書案に各項目への記載について具体的に解説した作成要領案を完成させた(資料-5)。この診断書改訂案と対応させて修正を加えることで「障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案」の完成版を作成した(資料-6a、同-6b)。

特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式改訂案の現行様式からの変更点のうち主なものは以下のとおりである。

a) 現行様式の「障害の原因となった傷病名」から「のため初めて医師の診断を受けた日」までの項目を整理し、「障害の原因となった主な傷病名」では認定を申請する主な傷病名とそれに該当するICD-10コードを記載することを求め、「傷病発生年月」に主な傷病の発生した、あるいは傷病が明らかになったときの年と月を記載し、「のため初めて医師の診断を受けた日」として初診日等の具体的な年月日を記載するという流れで主たる傷病の名称と時系列をまず明確にし、続いて「合併症及びそれが明らかとなった年月」で合併症の特定とその発症時期を明確にするという形式に修正した。

b) 現行様式の「現病歴」と「これまでの発育・養育歴等」を統合し、特児手当診断書改訂案では「発育・養育歴と発病以来の病状と経過」という記入欄とした。ここで特記すべきは現行様式の「ア 発病以来の症状と経過」及び「ア 発育・養育歴」を「ア 発育・養育歴及び発病以来の症状と経過」にまとめることで、知的障害や発達障害とされる諸疾患のような理念的には出生直後から傷病が現れている様な疾患でも一連の流れとして出生から診断書作成時までの経過を記載できるように修正した点である。

c) 現行様式の「イ 教育歴」は現在の特別支援教育や不登校支援策の展開を反映できておらず、特児手当診断書改訂案ではその修正を加えた。ここで議論となったのは現行様式の「不就学」という規定である。当該改訂案ではこれをその違いを「未(不)就学」という名称にした上で、診断書作成要領案において「幼稚園や保育園に所属する幼児、あるいは在宅の幼児の場合は未就学、学齢に達しているが事情により学齢簿に記載されていない場合や学齢簿に記載されているが入学していない場合は不就学」と定義することで明確にした。

d) 現行様式では「現症」のうち「現在の病状又は状態像」には「知能障害等」から「性格特徴」までの6種類の症状等が含まれている。しかし、「性格特徴」は子どもの場合何を記載すべきか曖昧で作成医にとって記載しにくい欄であった。一方、「発達障害関連症状」は広汎性発達障害(DSM-5では自閉スペクトラム症)の3主症状が挙げられているのみで、学習障害(同じく限局性学習症)多動性障害(同じく注意欠如・多動症)などは知的障害等の欄や精神症状や問題行動及び習癖の欄にその一端を示す項目が散在する程度であり、総じて発達障害の特性を浮かび上ら

せてくれる欄が乏しいものであった。これに対して特児手当診断書改訂案では、「現在の病状又は状態像」として、まず「性格特徴」は廃止し、「知的障害」「発達障害」「高次脳機能障害」「意識障害・てんかん」「精神症状」「問題行動」の6種類の欄に再編した。その上で、「発達障害」の欄には広汎性発達障害関連症状にとどまらず、不注意性、多動・衝動性、読み書き障害、算数障害、チックなどを加えることで広く発達障害とされる各疾患の症状を浮かび上がらせることができるようにした。同じように「精神症状」では現行の13症状（「その他」を除いた数）を取捨選択し、新たに「解離・トラウマ症状」「睡眠障害」「身体化」などを加えた12症状（「その他」を除いた数）に整理した。これは発達障害等のある子どもが児童虐待被害者となった場合の症状により処遇が困難になるケースが少ない現状を鑑みたことに拠る。また、「問題行動」においても現行様式の用語をいくつか修正し、「ひきこもり」「家出・放浪」「脅迫」などを新たに追加した18項目（「その他」を除いた数）とすることで現状に適合した選択肢とした。

e) 現行様式の「現症」に含まれる「日常生活能力の程度」は「1 食事」「2 洗面」「3 排泄」「4 衣服」「5 入浴」「6 危険物」「7 睡眠」の7項目について能力の程度を基本的には「全介助、半介助、自立」の三段階で評価することになっている。しかしこの7項目のいずれもが、重度ないし最重度の知的障害児でない限り学童期以上になれば「自立」と評価できる可能性が高く、知的障害のない発達障害等においてはこれらの項目では日常生活における家族や教師などの真の困り感・困り度を反映できていない。さらに各項目とも「全介助、半介助、自立」のいずれかに評価したとして、それが年齢に不相当な水準なのか年齢相応なのかかわからない。例えば「入浴」の「半介助」と評価したとして、それは6歳の幼児には年齢相応なのか否かが明らかではない。こうした検討結果から、特児手当診断書改訂案では日常生活能力を反映する指標として「1 食事」「2 用便の始末」「3 衣服の着脱」「4 買い物や交通機関の利用」「5 家族との会話」「6 家族以外の者との会話」「7 危険物の理解（火、刃物、交通、高所等）」「8 集団生活への適応」の8項目を選択した。この8項目について3段階の評価を作成医師に求めているが、上記の1～4の4項目には「1人でできる、部分的な介助を要する、全面的な介助を要する」の3水準を設定し、5、6、8の3項目には「できる、少しはできる、全くできない」の3水準、「7 危険物の理解」は「わかる、少しはわかる、全くわからない」の3水準とした。さらに、項目毎に決定した作成医師による能力水準の評価が各々「年齢相応」か「年齢不相当」かを判断し記載することになっている。

f) 「現症」の最終評価項目である現行様式の「要注意度」は「1 常に厳重な注意を必要とする」「2 随時一応の注意を必要とする」「3 ほとんど必要ない」の3段階評価をする項目である。現行様式では総合的な重症度の評価は「知的障害等」の知能検査あるいは発達検査による知能指数（IQ）あるいは発達指数（DQ）における「判定（最重度、重度、中度、軽度）」と「要注意度」の3段階評価だけであり、特児手当の等級判定にはこの両者が注目されてきた経過がある。しかし、発達障害やその他の精神疾患による認定申請が増加してきた現在、IQやDQに注目するだけでは各精神疾患の特性による総合的な重症度を把握することが難しく、さらに「要注意度」の3段階評価では3分法であるため中間の選択肢を選択する可能性が高くなる

傾向がある。そこで特児手当診断書改訂案では「要注意度」を「1 常に厳重な注意を必要とする」「2 常に注意を必要とする」「3 時に注意を必要とする」「4 ほとんど必要としない」の4段階表に修正することで「要注意度」の信頼性を増すことを目指した。その上で診断書作成要領案では、この4段階評価について「現症の『知的障害』から『問題行動』までの欄に記載した症状又は行動と、それらが注意を要する程度及びそれらの生じる頻度、そしてに記載した日常生活能力の水準を勘案し」て評価するように求めるとともに、「この評価にあたっては、例えば幼児のように暦年齢から当然払うべきとされる相応の注意と配慮を『4 ほとんど必要としない』と評価したうえで、その水準より明らかに多くの注意を要すると判断される場合に1から3までの選択肢を選択するという評価にしてください。」と記載し、4段階の要注意度の具体的な基準を提示している。

g) 現行様式の「医学的総合判定」は「必ず記入してください」と注意書きしているにも関わらず自由記述のみであることから、現行の等級認定においてどのくらい注目されているかについて作成医師からは疑問視する声が少なからずあった。また、認定にあたる医師の側にもこの自由記述から判断材料を拾い出すには困難があったことが推測される。その結果、知的障害の重症度と要注意度に注目した判断となりがちであるだろうことは想像に難くない。そこで特児手当診断書改訂案では「医学的総合判定」の欄に障害の重症度として最重度、重度、中度、軽度の4段階のチェックボックスを設け、必ずいずれかにチェックを入れることを作成医師に求めている。この障害の重症度はサンプル調査において具体的な基準を明確にしてほしいとの意見が複数あったことから、診断書作成要領には「『障害の原因となった主な傷病名』から『要注意度』までの欄に記載されている全ての内容を総合的かつ医学的に評価し」た上で重症度を4段階で示し、必ずその判定の理由と根拠を具体的に記載することを要請している。さらに4段階の重症度評価の基準を「傷病及び現症の程度が非常に重く、そのため居室内においてもほとんど常に他人の介助、保護を必要とする水準を『最重度』、傷病及び現症の程度が重く、そのため居室内においても他人の介助、保護を必要とする水準を『重度』、傷病及び現症の程度が重度と軽度の間にあり、そのため居室内においては概ね一人で行動できるが、外出時には相応の他人の介助、保護を必要とする水準を『中度』、傷病及び現症の程度が軽く、そのため居室内ではおおむね一人で行動でき、外出時にも年齢相応以上の他人の介助、保護をほとんど必要としない水準を『軽度』と評価」すると、具体的に判定の基準を記載するとともに、「重症度の評価における『1人で行動できる範囲』および『他人の介助、保護の必要性』」の基準を「精神の障害を持たずIQ70以上の知的能力を持つ標準発達の同年齢の水準」として、それとの水準の相違を評価するよう求める解説を掲載している。

h) 以上の様式の改訂に伴い、「記入上の注意」も修正を加えた。

(2) 特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式改訂案を用いたサンプル調査の結果

平成30年度の本研究活動の成果の一つが特児手当診断書改訂案の信頼性と妥当性を検証することであった。この調査研究は完成させたサンプル調査用特児手当診断書改訂案を用いるもので、Googleフォーム上での調

査という形を採った。調査により228名から有効回答を得た。

a) 重症度

その回答の疾患群（ICD-10のF7、F8、F9）と重症度の分布は数のとおりである。

表 有効回答数

	F7	F8	F9
最重度	20	18	16
重度	20	18	18
中度	16	15, 14	18
軽度	18	19	18

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 パーセント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パーセントイルと90パーセントイルの差は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パーセントイルと90パーセントイルの差が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パーセントイルと90パーセントイルの差が2段階であった。

b) 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パーセントイルと90パーセントイルの差は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パーセントイルと90パーセントイルの差が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。

c) 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 > 0.6 の症例は3症例（23.1%）であった。資料-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

「C. 研究結果」に示した本研究の成果、とりわけ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(資料-4a、同-4b)とその作成要領案(資料-5)、

及び障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案(資料-6a、同-6b)の3点の完成版に関する記述には、その成果に至る経過を明確にするための考察が分離不能な形で含まれている。このため上記3点の成果物に関してこれ以上の考察は冗長な反復になるためここでは省略したい。

上記3点の成果のうちサンプル調査の対象としたのは特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式改訂案とその作成要領案である。これに有効な回答を寄せた228名の集計・解析の結果、研究班で作成した模擬症例13ケースのうち12ケース（92.3%）において、回答者による重症度の評価の中央値と研究班で想定した重症度との差は1段階以下であった。また、回答者による重症度評価の分布の10パーセントイルと90パーセントイルの差は0-2段階であり、9症例（69.2%）において、研究参加者による重症度の評価の10パーセントイルと90パーセントイルの差が1段階以下であった。この両者から一定の妥当性と信頼性がこの特児手当診断書改訂案には認められた。

また、各模擬症例について回答者が評価した現症の要留意度の大部分が1段階以内の範囲に含まれており、回答者間のばらつきが小さいことから、この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。

以上より、特児手当診断書改訂案は今後の行政的検討作業のたたき台として利用可能であることが分かった。このためこの診断書改訂案から派生する障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案もまた一定の妥当性と信頼性を持つ改訂案であると考えてよいだろう。また、サンプル調査を通じて特児手当診断書改訂案の入力過程で診断書作成要領案が非常に役立ったという自由記述が複数あり、同時に寄せられた障害の重症度の評価の基準が必要との意見に応え、診断書作成要領案の内容をより具体的な指針を示す内容に修正できた。この本研究が作成した診断書作成要領案は、特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式の記入の指針として当該診断書の末尾に記載されている「記入上の注意」と併せ、本診断書の作成にあたる医師にとって強力な支援ツールとなることが予測される。

考察の最後に、目標の3番目に挙げた「自治体認定医が認定に際して着目すべき点を示した留意事項を提案する」という点について触れておきたい。本研究班は、2年間の研究期間を通じて繰り返しこの点の議論を重ねてきたが、この課題は行政の最前線で今現に行われている地方自治体による認定作業に混乱を生じさせる可能性を否定できず、そのような提言は本研究の到達目標とするには不適切であったとの結論に至った。

とはいえ、本研究が特児手当診断書改訂案の作成過程とその妥当性・信頼性を確認するためのサンプル調査の解析結果を分析する過程で班員が持つに至った認定作業への以下に述べるような若干の提案は許されるのではないだろうか。

「要留意度」の4段階評価は「日常生活能力」やその他の現症の記載内容と矛盾がないか注目する。

「医学的総合判定」における障害の重症度判定は軽度から最重度までの4段階の定義から正しく判定しているか、診断書の他の記載と重症度との矛盾はないか注目する。等級認定に当たっては「医学的総合判定」と「要留意度」の両者の程度から総合的に判断する。

以上は今後の特別児童扶養手当等に関する行政的検討作業における認定をめぐる参考意見となれば幸いである。

E. 結論

2年間にわたって現行特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式の修正が必要な点に関する検討を続け、特児手当診断書改訂案とその作成要領案の完成に至ったので本研究報告書に掲載した。また特児手当診断書改訂案及びその作成要領案を用いたサンプル調査に取り組み、上記診断書改訂案の一定の妥当性と信頼性を示すことができた。その結果から、特児手当診断書改訂案の内容に準拠し、障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案の完成版を作成した。

F. 研究発表

1.論文発表

齊藤万比古: 発達障害の心と行動の発達 パーソナリティ形成の観点から . LD研究 26(2); 116-127, 2017.

齊藤万比古, 小枝達也, 本田秀夫(編): 知ってほしい乳幼児期から大人までのADHD・ASD・LDライフサイクルの沿った発達障害支援ガイドブック. 診断と治療社, 東京, 2017.

齊藤万比古: 幼児期の心理的発達と思春期. 子どもの心とからだ 26(4); 350-353, 2018.

本田秀夫: わが国における自閉スペクトラム症の早期診断の実態 - 多地域疫学調査より -. 精神神経学雑誌 119(10): 727-734, 2017.

日戸由刈, 本田秀夫, 原郁子, 藤野博: 知的発達に遅れないASD児者の友人関係にかんする追跡調査 - 地域療育センターを幼児期から成人前期まで利用した12事例の場合 -. LD研究 26(4): 464-473, 2017.

本田秀夫: 自閉スペクトラム症の理解と支援 - 子どもから大人までの発達障害の臨床経験から -. 星和書店, 東京, 2017.

Sasayama D, Kurahashi K, Oda K, Yasaki T, Yamada Y, Sugiyama N, Inaba Y, Harada Y, Washizuka S, and Honda H: Negative Correlation between Serum Cytokine Levels and Cognitive Abilities in Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Intelligence, 5(2): 19, 2017.

市川宏伸, 齊藤万比古, 齊藤卓弥, 仮屋暢聡, 小平雅基, 太田晴久, 岸田郁子, 三上克央, 太田豊作, 姜昌勲, 小坂浩隆, 堀内史枝, 奥津大樹, 藤原正和, 岩波 明: 成人用ADHD-RS-IV with adult prompts日本語版の信頼性および妥当性の検討. 精神医学 60(4); 399-409, 2018.

市川宏伸, 宮島祐, 山下裕史朗, 藤原正和, 奥津大樹, 齊藤万比古: 日本人の小児ADHDに対するguanfacine塩酸塩徐放錠の有効性及び安全性: 第2/3相二重盲検プラセボ対照試験. 臨床精神薬理 21(8); 1093-1117, 2018.

牧野和紀, 齊藤万比古, 青島真由, 伊藤千晶, 岩垂喜貴, 小平雅基, 宇佐美政英: 子どものADHDの診断・治療に関するエキスパート・コンセンサス 心理社会的治療・支援編. 精神科治療学 3

3(9); 1113-1122, 2018.

Hosogane N, Kodaira M, Kihara N, Saito K, Kamo T: Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. Ann Gen Psychiatry 17: 9, 2018.

市川宏伸, 宮島祐, 山下裕史朗, 藤原正和, 奥津大樹, 齊藤万比古: 日本人の小児ADHDに対するguanfacine塩酸塩徐放錠の長期投与時の有効性及び安全性: 第2/3相非二重盲検長期継続投与試験. 臨床精神薬理 21(12); 1645-1661, 2018.

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, 三村将, 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, 三村将, 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.

小平雅基, 山口貴史: ADHD/ASDとパーソナリティ特性. 臨床精神医学 47(5); 537-544, 2018.

2.学会発表

齊藤万比古: 発達障害当事者の心を支え育むために 私たちのなすべきことは何か. 第30回日本健康心理学会, 東京, 2017.

齊藤万比古: 幼児期の心理的発達と思春期. 第35回日本小児心身医学会学術集会, 金沢, 2017.

齊藤万比古: 本邦におけるADHDの診断・治療ガイドライン第4版について. 第60回日本小児神経学会学術集会学会委員会企画6「神経発達症群における小児適応薬剤の意義とその使い方」, 千葉市, 2018.

齊藤万比古: 思春期における母 娘関係の病原性と資源性という観点から2症例を読む. 第114回日本精神神経学会学術総会ワークショップ12「思春期臨床を学ぶ: 逆境体験を越えて思春期を生き延びた女子ケースの母-娘関係」, 名古屋市, 2018.

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.

樋端佑樹, 篠山大明, 新美妙美, 公家里依, 児島佳代子, 本田秀夫, 倉橋佳那: 長野県内の小児科医および精神科医を対象とした発達障害診療の実態,

診療連携と移行に関するアンケート調査. 第59回日本児童青年精神医学会総会, 東京, 2018.
野邑健二, 福元理英, 若林紀乃, 野村あすか, 金子一史, 永田雅子, 松本真理子, 酒井貴庸, 森田美弥子: モンゴル国における発達障害児支援の現状と今後の方向性. 第59回日本児童青年精神医学会総会, 東京, 2018.

Fukumoto R, Wakabayashi S, Nomura A, Sakai T, Nomura K, Morita M: The Characteristics of Mongolian Children's Shape Copying Skills : Comparing Tanaka-Binet Intelligence Test V (TB-V) Results with a Japanese Standardized Document. 40th Annual Conference of the International School Psychology Association (ISPA), Tokyo, Japan. 2018

特許取得、実用新案登録等なし。

G . 知的所有権の取得状況

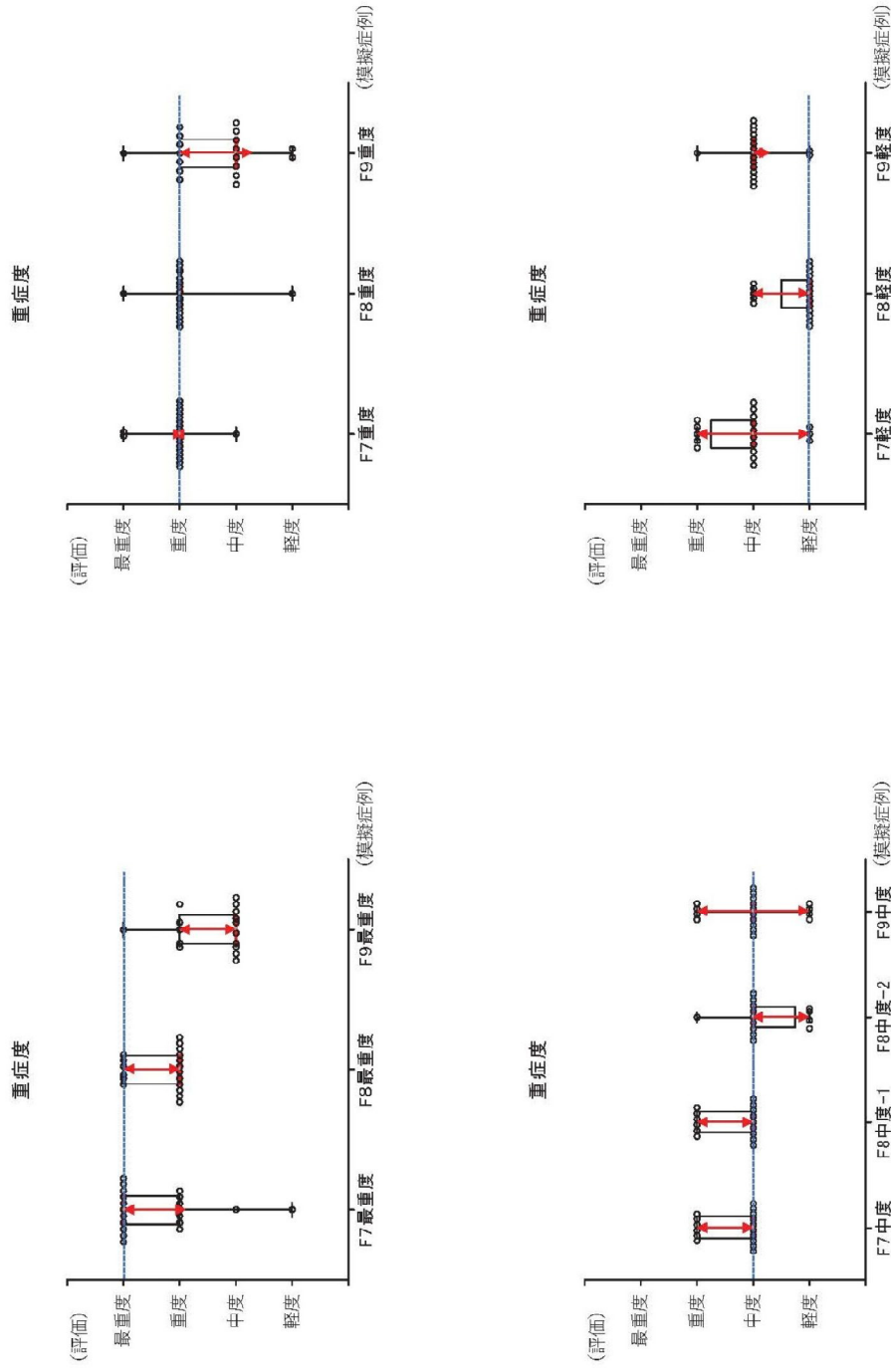


図1：各模擬症例における重症度の評価
 中央値は赤線、10-90パーセンタイルの範囲は赤矢印で示している。ひげの上端と下端は最大値と最小値を示し、青の点線は模擬症例で想定された重症度を表している。

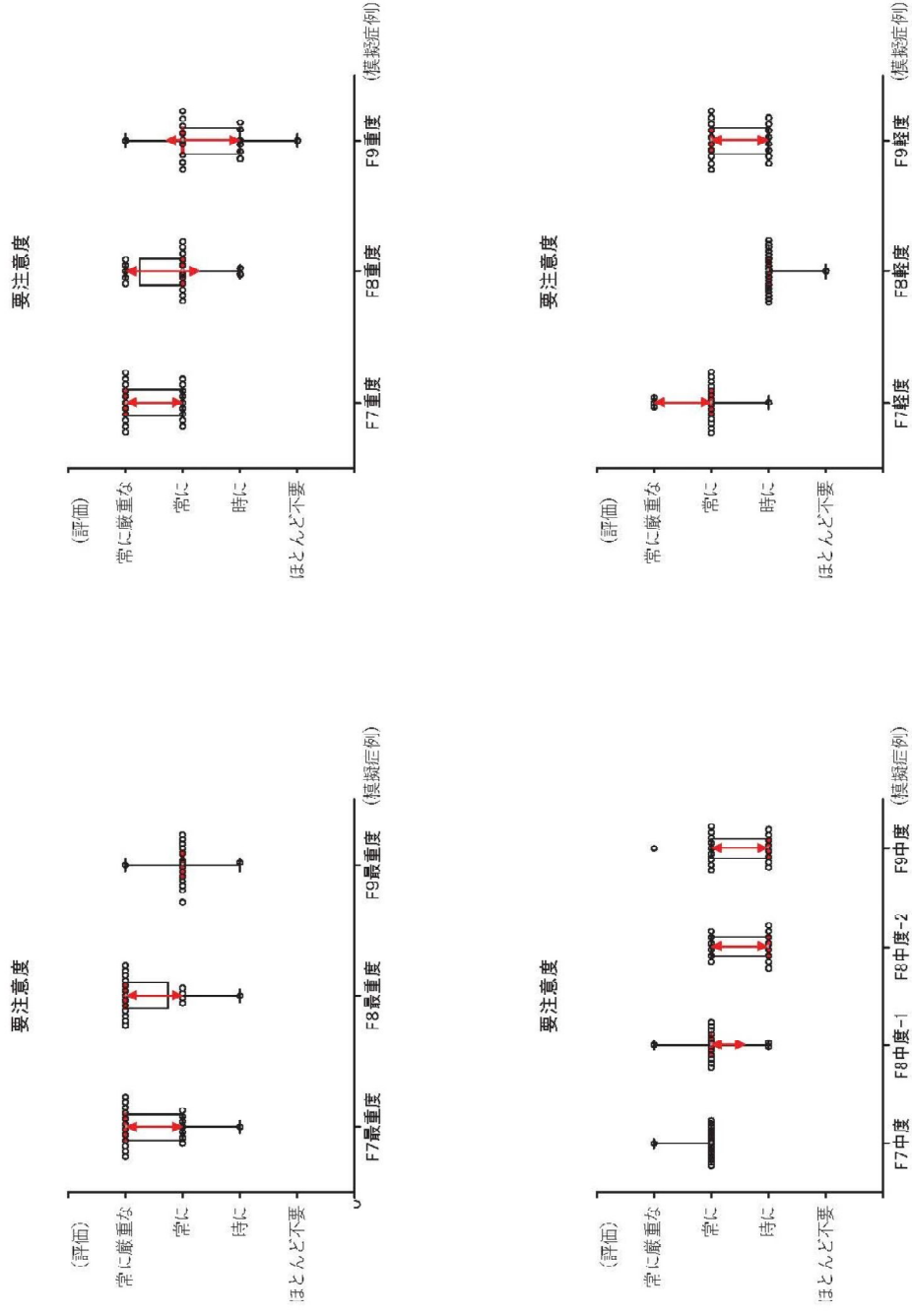


図2：各模範症例における要注意度の評価
中央値は赤線、10-90パーセンタイルの範囲は赤矢印で示している。ひげの上端と下端は最大値と最小値を示している。

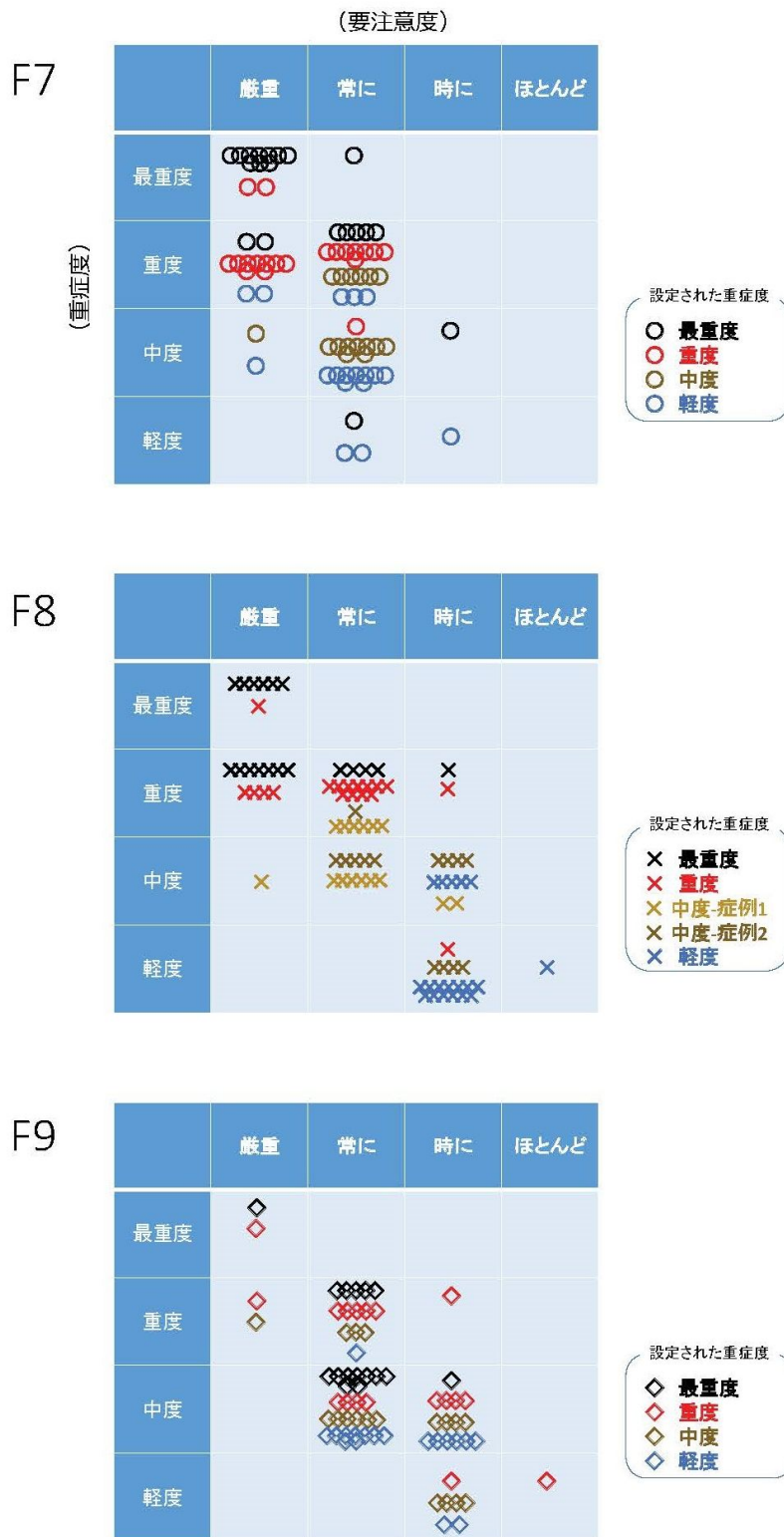


図3：重症度と要留意度との関係
各模擬症例において研究参加者が評価した要留意度と重症度との関係を示す。

資料-4a：特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式改訂案の表面

様式第4号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな) 氏 名		生年月日		平成 年 月 日生(歳)	性別	男・女	
住 所		住所地の郵便番号 ()	都道 府県	都市 郡市 区			
① 障害の原因となった 主な傷病名		ICD-10コード()					
② 傷病発生年月 (明らかになった年月)		主な精神障害	平成 年 月	③ ①のため初めて医師 の診断を受けた日	平成 年 月 日	・ 診療録で確認 ・ 本人の申立て	
④ 合併症及びそれが 明らかになった年月		精神障害	(平成 年 月)	身体障害	(平成 年 月)		
⑤ 発育・養育歴と発病 以来の病状と経過		<small>(出生から現在までの発育の状況や養育・教育歴、現病歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)</small> 陳述者の氏名 患者との続柄					
ア 発育・養育歴及び発病以来の病状と経過 <small>(療育機関等への通所や児童福祉施設への入所歴等があればここに記入してください。)</small>		イ 教育歴					
		未(不)就学 ・ 就学猶予					
		小学校 →(普通学級・通級・特別支援学級・特別支援学校)					
		中学校 →(普通学級・通級・特別支援学級・特別支援学校)					
		高 校 →(全日制・定時制・通信制・特別支援学校・その他)					
		その他()					
ウ 発病以来の主な治療歴							
(病院等名称)		(治療期間)	(入院/外来)	(病名)	(主な療法)	(転帰)	
(ア)		年 月 ~ 年 月	入/外				
(イ)		年 月 ~ 年 月	入/外				
(ウ)		年 月 ~ 年 月	入/外				
(エ)		年 月 ~ 年 月	入/外				
(オ)		年 月 ~ 年 月	入/外				
障害の状態(平成 年 月 日現症)							
現 症	現在の病状又は状態像			左記の状態がある場合、その全てについて必ずその程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。			
	⑥ 知的障害	知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) テスト方式 () テスト不能 判定 (最重度、 重度、 中度、 軽度) 判定年月日 (平成 年 月 日)					
	⑦ 発達障害	1 不注意性 2 多動・衝動性 3 対人行動・コミュニケーションの質的異常 4 感覚過敏 5 限定した常同的で反復的な関心と行動 6 読み書き障害 7 算数障害 8 チェック 9 その他()					
	⑧ 高次脳機能障害	1 失行 2 失認 3 記憶障害 4 遂行機能障害 5 注意障害					
	⑨ 意識障害・てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 () ● てんかん発作のタイプ () ● てんかん発作の頻度 ((年間・月・週) 回程度) ● 最終発作の時期(年 月)					
	⑩ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 思考障害 4 興奮 5 無為・自閉 6 うつ状態 7 そう状態 8 不安・恐怖 9 強迫 10 身体化 11 睡眠障害 12 解離・トラウマ症状() 13 その他()					
⑪ 問題行動	1 暴行(家族・他人) 2 拒絶 3 自殺企図 4 自傷 5 不衛生 6 放火・弄火 7 器物破壊 8 反抗・挑発 9 徘徊 10 家出・放浪 11 盗み 12 脅迫 13 性的逸脱行動 14 乱用・依存 15 浪費 16 ひきこもり 17 排泄の問題(尿失禁・便秘・便こね・その他) 18 食事の問題(拒食・異食・大食・小食・偏食・その他) 19 その他 ()						

資料-4b：特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式改訂案の裏面

(裏面)

現 症	⑫ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	選択肢から1つ選んで○をつけてください。(年齢相応・不相応の欄も必ず記入してください。)			
		1 食事 →【1人でできる 部分的な介助を要する 全面的な介助を要する】 →【年齢相応・年齢不相応】	2 用便の始末 →【1人でできる 部分的な介助を要する 全面的な介助を要する】 →【年齢相応・年齢不相応】	3 衣服の着脱 →【1人でできる 部分的な介助を要する 全面的な介助を要する】 →【年齢相応・年齢不相応】	4 買い物や交通機関の利用 →【1人でできる 部分的な介助を要する 全面的な介助を要する】 →【年齢相応・年齢不相応】
		5 家族との会話 →【できる 少しはできる 全くできない】 →【年齢相応・年齢不相応】	6 家族以外の者との会話 →【できる 少しはできる 全くできない】 →【年齢相応・年齢不相応】	7 危険物の理解(火、刃物、交通、高等) →【わかる 少しはわかる 全くわからない】 →【年齢相応・年齢不相応】	8 集団生活への適応 →【できる 少しはできる 全くできない】 →【年齢相応・年齢不相応】
		上記の内容を具体的に記載してください。			
	⑬ 要注目度	1 常に厳重な注意を必要とする	2 常に注意を必要とする	3 時に注意を必要とする	4 ほとんど必要としない
	⑭ 医学的総合判定 (必ず記入してください)	(該当する障害の重症度に必ずチェックを入れ、その理由を必ず記載してください。なお、この重症度は⑥で記載した知的障害の重症度判定のことではなく、発育・養育歴と発病以来の病状と経過(⑤)及び現症の各項目(⑥～⑬)の記載を参照し総合的に判定してください。)			
		<input type="checkbox"/> 最重度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 軽度
	⑮ 備考				

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称
所在地

診療担当科名

医師氏名

印

記入上の注意

- この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点があると認定が遅くなることがありますので、できるだけ詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑤の欄の発育・養育歴と発病以来の病状と経過は、出生から発育の状況について(虐待などの逆境体験があればそれについても)、そして障害の発現とその後の経過について陳述者から聴取の上、時系列に沿って記載してください。
- 児童心理治療施設(情緒障害児短期治療施設)、国立児童自立支援施設、医療少年院への入所歴、あるいは児童発達支援センターへの通所歴があれば、医療機関での治療歴に準じて⑤のウ「発病以来の主な治療歴」欄に記入してください。
- ⑥から⑬までの欄は、それぞれの欄に挙げた症状又は行動について該当するものを○で囲み、必要事項に記入したうえで、右欄にその症状又は行動の内容、それらの程度、経過、処方薬等について必要に応じて具体的に記載してください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑥の欄に記入してください。
- 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- ⑦の欄の発達障害の「2 多動・衝動性」、⑩の欄の精神症状の「5 無為・自閉」「8 不安・恐怖」「12 解離・トラウマ症状」、⑪の欄の問題行動の「6 放火・弄火」「8 反抗・挑発」「10 家出・放浪」「14 乱用・依存」は、それぞれ2つの症状・行動を記載していますが、どちらか1つでも該当すれば○で囲んでください。
- ⑬の欄は、⑥から⑬までの欄に記載した注意を要する症状又は行動の有無、程度及び頻度に応じて、該当するものを○で囲んでください。
- ⑭の欄の「医学的総合判定」は、①から⑬までの欄に記載した内容を総合的かつ医学的に評価し、障害の重症度を判定した上で、その判定の理由と根拠を具体的に記載してください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」に記入する必要はありません。
- この他、作成に当たっては「特別児童扶養手当認定診断書作成要領」を参照してください。

特別児童扶養手当認定診断書作成要領案

1. 「障害の原因となった主な傷病名」欄には特別児童扶養手当(以下「特児手当」という。)の認定を申請する主な傷病名とそれに該当するICD-10コードを記載します。認定を申請する傷病名(知的障害、発達障害、高次脳機能障害、てんかん、精神疾患に属する傷病名)が複数である場合には主な傷病名を特定した上で、その傷病名とICD-10コードをこの欄に記載し、それ以外の傷病名は「合併症及びそれが明らかになった年月」欄に記載します。なお、主な傷病名を一つに特定できない場合に限り、複数の主な傷病名をそのICD-10コードと共に記載してください(例えば自閉症と知的障害の併記)。
2. 「傷病発生年月」欄には、で記載した主な傷病の発生した、あるいは傷病が明らかになった年月を保護者あるいは本人から聞き取った上で記載します。知的障害や発達障害に属する傷病の場合、その発生年月は明確でないことがほとんどのため、その傷病を保護者が最初に気づいた年月を聞き取り記載します。その年月が月まで特定できない場合には「平成 年 月頃」と「頃」を付けてください。
3. 「 のため初めて医師の診断を受けた日」欄には、本認定診断書記載医師が最初の診断を行った医師の場合、あるいは記載医師が所属する機関で既に診断されており、そのことが診療録より明らかな場合、その初診日をこの欄に記載し、「診療録で確認」に をします。記載医師の所属する機関で診断を受ける前に既に他の機関の医師により診断が行われていた場合、その初診日が紹介状等から診療録に記載されている場合には、その日を記載し、「診療録で確認」に をします。また、その日が診療録から特定されない場合には、保護者あるいは本人から聞き取り、その日を記載するとともに、「本人の申立て」に をします。その際、月、あるいは月日が不明確な場合は「 月頃」あるいは「 月 日頃」と「頃」を付けてください。
4. 「合併症及びそれが明らかになった年月」欄には、 に記載した主な傷病名以外の特児手当認定申請の理由に係る傷病名を記載する欄で、もし存在するなら、精神障害と身体障害に分けてその全てを記載し、それらの明らかになった年月を記載してください。なお、ここで言う「全て」とはあくまで特児手当認定申請の理由に関与している「全ての傷病名」という意味であり、申請の理由に関わっていないものを記載する必要はありません。記入欄が不足する場合は、備考欄に記入してください。
5. 「 発育・養育歴と発病以来の病状と経過」欄には、「ア 発育・養育歴及び発病以来の病状と経過」、「イ 教育歴」及び「ウ 発病以来の主な治療歴」の3つの欄からなっています。まず、3つの各欄の記載内容に関する主な陳述者の氏名と患者との続柄を記載してください。
6. 「ア 発育・養育歴及び発病以来の病状と経過」欄には、胎児期、分娩経過を含む周産期、乳児期(0歳代)、幼児期(1歳から小学校入学前まで)、学童期(小学校低学年、高学年)、青年期(中学校、高等学校、それ以後20歳未満)の時期のうち、本認定診断書を記載している時点までの発育経過と、その各時期における養育経過について、その概略が理解できるような的確な記載を心がけてください。その際、 に記載した主な傷病の出現前後及びそれ以降の経過については、その経過がとらえられるような詳細な記載をしてください。なお、発育・養育歴及び発病以来の病状と経過(すなわち現病歴)を同一の欄に連続的に記載する形式となっているのは、知的障害や発達障害をはじめ子どもの精神障害は発育・養育歴と現病歴が連続的な経過となっていることが多いためです。高次脳機能障害や心的外傷後に生じた精神疾患のように発病時期が明確な傷病の場合には、発病時期を明確にし、それ以前を「発育・養育歴」、発病以降が「現病歴」となるよう記載してください。
7. 「イ 教育歴」には、本認定診断書の記載時点で未就学あるいは不就学の状態に在る場合、すなわち幼稚園や保育園に所属する幼児、あるいは在宅の幼児の場合は未就学、学齢に達しているが事情により学齢簿に記載されていない場合や学齢簿に記載されているが入学していない場合は不就学としていずれも「未(不)就学」を、また学齢期に達しながら自治体より就学猶予されている場合には「就学猶予」をそれぞれ で囲んでください。小学生と中学生は普通学級のみ所属している場合には「普通学級」を、普通学級に所属しながら一定の時間を通級指導学級で教育を受けている場合には「通級」を、特別支援学級に所属している場合には「特別支援学級」を、特別支援学校に所属している場合には「特別支援学校」をそれぞれ で囲んでください。高校生の場合には全日制高校、定時制高校、通信制高校、特別支援学校のどれに所属しているか確認し、該当する高校の課程名を で囲んでください。高校の欄の「その他」は専修学校在学中や、国内の高等学校に所属せず海外の学校に留学中の場合などにあたります。また、高等学校卒業程度認定試験による認定を目指して在宅や塾・予備校等を利用している場合、中学卒業後や高等学校中途退学後に就職したり地域若者サポートステーションなどに通所している場合、あるいは高等学校などに所属せず入院中やひきこもり状態にある場合などには最下欄の「その他」を○で囲い括弧内に具体的にその状況を記載してください。
8. 「ウ 発病以来の主な治療歴」には、記載されている主な傷病名()や合併症()のための治療や相談の経過を記載する欄で、「病院等の名称」とそこでの「治療期間」を記載し、その治療が「入院・入所(選択肢は「入」)」なのか「外来・通所(選択肢は「外」)」なのかを聞き取り、該当する方を で囲んでください。医療機関への入院歴に相当する他の機関への入所歴としては児童心理治療施設(情緒障害児短期治療施設)、国立児童自立支援施設、医療少年院への入所が、医療機関への通院歴に相当する他の通所機関への通所歴としては児童発達支援センターへの通所がそれにあたり、該当すればこれを記載してください。「転帰」は記載された機関の入院・入所あるいは通院・通所により傷病が軽

快したか、悪化したか、あるいは不変であるかを、それぞれ「軽快」、「悪化」、「不変」と記載してください。なお、記入欄が不足する場合は、の備考欄に記入してください。

9. 現症の「知的障害」から「問題行動」までの欄は、それぞれの欄に挙げた症状又は行動のうち該当するもので囲み、さらにその内容について記載を求められている項目についてはそれを記載します。 から までの各群の名称のうち、及び は傷病名となっていますが、このうち はその傷病の症状やその頻度、あるいは重症度を示す数値などの記載が含まれています。
10. 「知的障害」に該当する場合には「知能指数又は発達指数」と「テスト方式」を必ず記載してください。知能指数あるいは発達指数は標準化されているテストを用い、認定診断書記載時点に最も近いテストの結果を記載してください。もしこれらの指数を得るためのテストが実施できない状態である場合には「テスト不能」に をつけてください。次にこれらの指数(あるいはテストが実施できない状態)と日常生活の状態から知的障害の重症度を判定し、「最重度、重度、中度、軽度」のいずれかに をするとともに、その判定を行った日を記載してください。なお、この判定を行った日とは認定診断書記載日のことではなく、知能テストまたは発達テストの結果から認定診断書記載医師が判定を行った日のことです。
11. 「意識障害・てんかん」の「5 てんかん発作」に○をつけた場合、てんかん発作の「タイプ」「頻度」「最終発作の時期」を記載してください。
12. 「発達障害」の「2 多動・衝動性」、「精神症状」の「5 無為・自閉」、「8 不安・恐怖」、「12 解離・トラウマ症状」、「問題行動」の「6 放火・弄火」、「8 反抗・挑発」、「10 家出・放浪」、「14 乱用・依存」のように2つの症状・行動を並列させている項目は、2つの内どちらか1つでも該当すればその項目の数字を で囲み、その症状又は行動名を で囲んでください(例えば「幻覚・妄想」のように)。また、2つの症状・行動が該当すれば、両方を で囲んでください(例えば「幻覚・妄想」のように)。
13. 「知的障害」から「問題行動」までの欄に列挙されている症状又は行動の一つあるいは複数に をつけた場合、右側の空欄に を付けた症状又は行動の全てについて、その具体的な内容、それらの程度や経過、あるいは処方薬の内容などを必ず記載してください。
14. 現症の「日常生活能力の程度」欄には、「1 食事」から「8 集団生活への適応」までの8項目の日常生活上の指標が掲載されています。その全ての指標について、各々の3段階評価から該当する選択肢を1つ選び○をつけてください。なお、指標により選択肢の表現が異なっていますので、ご注意ください。そのうえで各項目の○をつけた達成水準が「年齢相応」なものか、「年齢不相応」に低いと見なすべきかを判断し、該当する選択肢に○をつけてください。
15. 現症の「要注意度」は、現症の「知的障害」から「問題行動」までの欄に記載した症状又は行動と、それらが注意を要する程度及びそれらの生じる頻度、そして に記載した日常生活能力の水準を勘案し、要注意度を「1 常に嚴重な注意を必要とする」から「4 ほとんど必要としない」までの4段階で評価し、該当する選択肢を で囲んでください。この評価にあたっては、例えば幼児のように暦年齢から当然払うべきとされる相応の注意と配慮を「4 ほとんど必要としない」と評価したうえで、その水準より明らかに多くの注意を要すると判断される場合に1から3までの選択肢を選択するという評価にしてください。
16. 「医学的総合判定」の欄は「障害の原因となった主な傷病名」から「要注意度」までの欄に記載されている全ての内容を総合的かつ医学的に評価し、障害の重症度を「軽度」から「最重度」までの4段階評価を行い該当する にチェックを入れ(☑)、そのうえで必ずその判定の理由と根拠を具体的に記載してください。その際、重症度は記載された傷病名とその現症及び治療歴からみた病状を総合的に判断し、傷病及び現症の程度が非常に重く、そのため居室内においてもほとんど常に他人の介助、保護を必要とする水準を「最重度」、傷病及び現症の程度が重く、そのため居室内においても他人の介助、保護を必要とする水準を「重度」、傷病及び現症の程度が重度と軽度の間にあり、そのため居室内においては概ね一人で行動できるが、外出時には相応の他人の介助、保護を必要とする水準を「中度」、傷病及び現症の程度が軽く、そのため居室内ではおおむね一人で行動でき、外出時にも年齢相応以上の他人の介助、保護をほとんど必要としない水準を「軽度」と評価してください。重症度の評価における「1人で行動できる範囲」および「他人の介助、保護の必要性」の評価にあたっては、精神の障害を持たずIQ70以上の知的能力を持つ標準発達の同年齢の水準と比較して判断してください。なお、この重症度評価は で記載した知的障害の判定(本欄と同じ軽度から最重度までの4段階)とは全く異なる総合的な評価であることに留意してください。
17. 「備考」の欄は、その他特別児童扶養手当判定にあたって参考となる事項があれば記入してください。

資料-6a：障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)様式改訂案の表面

様式第8号

(表 面)

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)

(ふりがな)				男・女	② 生年月日	平成	年	月	日		
① 氏名	住所地の郵便番号 ()		都道 府県	都市 郡市 区							
③ 住所											
④ 障害の原因となった 主な傷病名											
⑤ 傷病発生年月 (明らかになった年月)	主な精神障害	平成	年	月	⑥ ④のため初めて 医師の診断 を受けた日	平成	年	月	日	⑦ 将来再判定の要	有(年後)・無
⑧ 合併症及びそれが 明らかになった年月	精神障害	(平成	年	月)	身体障害	(平成	年	月)			
⑨ 発育・養育歴と発病 以来の病状と経過	(出生から現在までの発育の状況や療育・教育歴、現病歴を陳述 者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)				陳述者の 氏名	患者との続柄					
ア 発育・養育歴及び発病以来の病状と経過(療育機関等への通所や児童福祉施設への入所歴等があればここに記入してください。)						イ 教育歴					
						未(不)就学・就学猶予					
						小学校 →(普通学級・通級・ 特別支援学級・特別支援学校)					
						中学校 →(普通学級・通級・ 特別支援学級・特別支援学校)					
						高校 →(全日制・定時制・通信制・ 特別支援学校・その他)					
						その他()					
ウ 発病以来の主な治療歴											
(病院等名称)		(治療期間)		(入院/外来)		(病名)		(主な療法)		(転帰)	
(ア)		年 月 ~ 年 月		入/外							
(イ)		年 月 ~ 年 月		入/外							
(ウ)		年 月 ~ 年 月		入/外							
(エ)		年 月 ~ 年 月		入/外							
(オ)		年 月 ~ 年 月		入/外							
障害の状態(平成 年 月 日現症)											
現 症	現在の病状又は状態像					左記の状態がある場合、その全てについて 必ず その程度・症状・処方案等を 具体的に 記載してください。					
	⑩ 知的障害	知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) テスト方式 () テスト不能 判定 (最重度、 重度、 中度、 軽度) 判定年月日 (平成 年 月 日)									
	⑪ 発達障害	1 不注意性 2 多動・衝動性 3 対人行動・コミュニケーション の質的異常 4 感覚過敏 5 限定した常同的で反復的な関 心と行動 6 読み書き障害 7 算数障害 8 チック 9 その他()									
	⑫ 高次脳機能 障害	1 失行 2 失認 3 記憶障害 4 遂行機能障害 5 注意障害									
	⑬ 意識障害・ てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 () ● てんかん発作のタイプ () ● てんかん発作の頻度 ((年間・月・週) 回程度) ● 最終発作の時期(年 月)									
	⑭ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 思考障害 4 興奮 5 無為・自閉 6 うつ状態 7 そう状態 8 不安・恐怖 9 強迫 10 身体化 11 睡眠障害 12 解離・トラウマ症状() 13 その他()									
⑮ 問題行動	1 暴行(家族・他人) 2 拒絶 3 自殺企図 4 自傷 5 不衛生 6 放火・弄火 7 器物破壊 8 反抗・挑発 9 徘徊 10 家出・放浪 11 盗み 12 脅迫 13 性的逸脱行動 14 乱用・依存 15 浪費 16 ひきこもり 17 排泄の問題(尿失禁・便失禁・便こね・その他) 18 食事の問題(拒食・異食・大食・小食・偏食・その他) 19 その他 ()										

様式第4号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日	平成 年 月 日生(歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号 ()	都道府県	都市	市区
① 障害の原因となった傷病名		ICD-10コード()			
② 傷病発生 年 月	主な精神障害	平成 年 月	③ 合併症	精神障害	
	合併精神障害	平成 年 月		身体障害	
⑤ 現病歴(陳述者より聴取)		④ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立て
ア 発病以来の病状と経過		陳述者の氏名		患者との続柄	
		イ 発病以来の治療歴 (病院名) (治療期間) (入院・外来別) (病名) (主な療法) (転帰)			
		(ア) 年 月 ~ 年 月 入・外			
		(イ) 年 月 ~ 年 月 入・外			
		(ウ) 年 月 ~ 年 月 入・外			
		(エ) 年 月 ~ 年 月 入・外			
⑥ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)		ア 発育・養育歴	イ 教育歴 乳児期 不就学 ・ 就学猶予 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 高校(普通学級・特別支援学校) その他		
障害の状態(平成 年 月 日現症)					
現 症	現在の病状又は状態像		左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。		
	⑦ 知的障害等	1 知的障害 知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) テスト方式 () テスト不能 判定(最重度、重度、中度、軽度) 判定年月日(平成 年 月 日) 2 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害 3 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 4 その他()			
	⑧ 発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他()			
	⑨ 意識障害・てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他() ・ てんかん発作のタイプ() ・ てんかん発作の頻度((年間・月・週) 回数)			
	⑩ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 9 思考障害 10 心気症 11 中毒増強 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他()			
	⑪ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企図 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破壊 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題(尿失禁、便失禁、便こね、その他) 15 食事の問題(拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16 その他()			
⑫ 性格特徴					

資料-7b：現行特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式の裏面

(裏 面)

現 症	⑬ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	1 食事 (全介助・半介助・自立)	5 入浴 (全介助・半介助・自立)
		2 洗面 (全介助・半介助・自立)	6 危険物 (全くわからない・特定の物、場所はわかる・大体わかる)
		3 排泄 (おむつ必要・おむつ不要)	7 睡眠 (夜眠らず騒ぐ・時々不眠)
		4 衣服 (脱げない・着れない・ボタン不能・自立)	
		上記の内容を具体的に記載して下さい。	
	⑭ 要 注 意 度	1 常に嚴重な注意を必要とする	2 随時一応の注意を必要とする
		3 ほとんど必要ない	
	⑮ 医学的総合判定 (必ず記入してください)		
	⑯ 備 考		

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称
所在地

診療担当科名
医師氏名

印

記入上の注意

- この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点があると認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- ④の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑦から⑩までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。
- 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- ⑪の欄は、⑦から⑩までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。