

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る
等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 本田 秀夫

令和6（2024）年3月

目 次

I. 総括研究報告

総括研究報告書

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案
の作成のための調査研究 ----- 1

研究代表者	本田 秀夫			
研究分担者	篠山 大明			
研究協力者	小平 雅基	野邑 健二	早川 洋	
	山田 佐登留	吉川 徹	氏家 由里	
	樋端 佑樹	公家 里依	白石 健	

II. 分担研究報告

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案
の作成のための調査研究 ----- 7

研究分担者	篠山 大明
研究協力者	樋端 佑樹
研究協力者	公家 里依
研究協力者	白石 健

III. 資料

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）

認定診断書改定案	----- 20
認定診断書作成要領案	----- 22
知的障害・精神の障害に係る等級判定ガイドライン素案	----- 24

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 33

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る 等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究

研究代表者 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）

研究要旨

本研究では、平成29年度から平成33年度にかけて特別児童扶養手当認定診断書（知的障害・精神の障害用）について行われた2つの先行研究（先行研究①、②）の結果をふまえ、認定の地域差の適正化に資する「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案」を作成することを目的とする。本年度は、初年度に作成した認定診断書案と等級判定ガイドライン素案を用いて認定医が判定を行った場合の信頼性と妥当性を評価し、その結果をもとに認定診断書改定案、作成要領案、等級判定ガイドライン素案を確定することを目的とした。

研究1. 認定診断書改定案、認定診断書作成要領案、等級判定ガイドライン素案の最終調整

模擬症例5例について認定診断書改定案を用いて研究分担者および研究協力者が診断書を作成し、研究2で使用した。研究2の統計解析終了後に会議を開催し、認定診断書改定案、認定診断書作成要領案、等級判定ガイドライン素案の最終調整を行った。

研究2. 等級判定ガイドライン素案を用いた認定医による判定の信頼性と妥当性に関する研究

研究1で作成した模擬症例の診断書について、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医71名に等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。一定の妥当性と中等度～高い評価者間信頼性が得られた。

認定診断書改定案を認定診断書作成要領案に沿って診断医が記入し、等級判定ガイドライン素案に沿って認定医が判定することによって、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）における認定の地域差が解消され、さらには障害基礎年金との整合性が保障されることが期待される。

なお、障害児福祉手当（精神の障害）は、現行の認定診断書に記載すべき項目が特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）と一部を除いて同じである。したがって、本研究で作成し、修正を加えた認定診断書改定案等については、障害児福祉手当（精神の障害）に用いることも可能である。

研究分担者

篠山 大明（信州大学医学部精神医学教室
准教授）

童精神担当部長）

吉川 徹（愛知県医療療育総合センター中
央病院子どものこころ科（児童精
神科） 部長）

研究協力者

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）

氏家 由里（東京都心身障害者福祉センター
医長）

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）

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）

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 学園長）

公家 里依（信州大学医学部附属病院子ども
のこころ診療部 講師）

山田 佐登留（東京都児童相談センター 児

白石 健（信州大学医学部精神医学教室
助教）

A. 研究目的

特別児童扶養手当(知的障害・精神の障害)の障害認定事務は、都道府県及び政令指定都市において行われている。しかし、数値等の客観的な基準がないことから、各都道府県・政令指定都市の認定医の判断によるところが大きいのが現状である。

平成29年度～平成30年度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)にて行われた「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、以下、「先行研究①」)の中で、特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)の改定素案が提案された[1]。

研究代表者の本田は、令和2年度～令和3年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)にて行われた研究「特別児童扶養手当(精神の障害)の認定事務の適正化に向けた調査研究」(以下、「先行研究②」)の研究代表者を務めた[2]。先行研究②では、現行の特別児童扶養手当(知的障害・精神の障害)の認定の地域差を把握するための実態調査を行い、全国67都道府県・政令指定都市のうち40の自治体の協力を得て、4,419件の認定診断書のデータを分析した。その結果、自治体ごとの認定率(1級または2級と判定される比率)は33.6%から100%の範囲であるなど、特別児童扶養手当の障害認定における自治体間の地域差の実態が明らかとなった。

さらに先行研究②では、先行研究①で作成された改定素案にさらに修正を加えた認定診断書の改定案を作成し、様々な診断と重症度の模擬症例11例に対して日本児童青年精神医学会の医師会員に診断書の記入を依頼し、626名より回答を得た。認定診断書案の記入内容を統計解析した結果、「障害のため要する援助の程度」の判定において、妥当性と評

価者間信頼性のいずれもが一定の基準を満たしていることを確認した。

これらの結果をふまえて、本研究では、認定の地域差の適正化に資する「特別児童扶養手当(知的障害・精神の障害)に係る等級判定ガイドライン案」を作成することを目的とする。初年度は、先行研究②における認定診断書改定案の信頼性・妥当性に関する調査で得られたデータをもとに、認定診断書改定案および作成要領案の微細な修正を行った。また、障害基礎年金の精神の障害に係る等級判定ガイドラインを参考にしながら等級判定ガイドライン素案を作成した[3]。

最終年度となる本年度は、初年度に作成した認定診断書案と等級判定ガイドライン素案を用いて認定医が判定を行った場合の信頼性と妥当性を評価することを目的とした。さらに、その結果をもとに認定診断書改定案、作成要領案、等級判定ガイドライン案を確定することを目的とした。

B. 研究方法

研究1. 特別児童扶養手当(知的障害・精神の障害用)認定診断書改定案、認定診断書作成要領案、等級判定ガイドライン素案の最終調整

(本田、篠山、小平、野邑、早川、山田、吉川、氏家、樋端、公家、白石)

先行研究②で作成した模擬症例のうち5例について、初年度に調整した認定診断書の改定案を用いて研究分担者および研究協力者が記載した。記載した診断書は、研究2のアンケート調査で用いた。

さらに、研究2の結果をふまえて認定診断書改定案、認定診断書作成要領案、および等級判定ガイドライン素案の最終調整を行った。

研究2. 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン素案を用いた認定医による判定の信頼性と妥当性に関する研究

（篠山、樋端、公家、白石）

研究実施時に特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を行っていた認定医71名に協力を依頼し、認定診断書案を用いて模擬症例について記載された診断書と等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。

（倫理面への配慮）

本年度の研究では個人情報扱っていないため、倫理的配慮は必要としない。

C. 研究結果

研究1. 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）認定診断書改定案、認定診断書作成要領案、等級判定ガイドライン素案の最終調整

4回の会議を開催した。先行研究②で作成した模擬症例のうち5例について、初年度に調整した認定診断書の改定案を用いて研究分担者および研究協力者が記載した。記載した診断書は、研究2のアンケート調査で用いた。

アンケート調査の回答が回収され、統計解析が行われた後の会議では、等級判定ガイドライン素案を使用した判定の妥当性と信頼性が十分に高いことが確認された。一方で、アンケートに協力した認定医の意見からは、診断書の記載のみから正確な判定を行うことが難しいケースもあるという意見が出された。

これらの議論を踏まえ、診断書改定案に療育手帳の有無を記載する欄を設けるなどの微細な修正を行い、ガイドライン素案の表2「総合評価の際に考慮すべき要素の例」に、てん

かんに関する記載を追加した。

研究2. 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン素案を用いた認定医による判定の信頼性と妥当性に関する研究

66の自治体で判定業務を行う認定医71名のうち、39の自治体の44名から回答が得られた（回収率62.0%）。回答者の診療科は精神科医34名、小児科医7名、小児科医かつ精神科医2名、未回答1名であった。

最重度を想定した模擬症例はすべて1級の判定、重度を想定した模擬症例は主に1級と2級の判定、軽度を想定された模擬症例は主に2級と非該当の判定であった。

判定不能の回答や無回答がある対象者をリストワイズ除去により除外した後、認定医39名の回答結果から級内相関係数を算出した結果、級内相関係数ICC(2, 1)は0.69(95%信頼区間：0.42-0.95)であった。

自由記載欄では、現行の認定診断書からの変更点に対して概ね賛成の意見が多かった。一方で、より簡素なフォームの開発を求める声や、判定業務の負担を軽減するような工夫を要望する声も寄せられた。また、幼児、PTSDがある児童、てんかんがある児童の判定基準やガイドラインの追加が必要との意見もあった。診断書改定案に関しては、療育手帳の有無を記載する欄が必要であることが指摘された。

D. 考察

初年度に作成した等級判定ガイドライン素案では、「日常生活能力の判定」と「障害のため要する援助の程度」の2つの指標に基づいて等級認定の目安を判定できる判定表を作成した。また、障害基礎年金（精神の障害）の等級判定ガイドラインに倣って、判定表のみで判定をするのではなく、診断書記載内容

から「考慮する要素」を定め、その他情報等とあわせて総合評価することで障害等級の妥当性を確認することを強調した。

模擬症例について認定診断書改定案を用いて研究分担者および研究協力者が記載した診断書を認定医がガイドライン素案を用いて判定するという研究デザインで信頼性と妥当性を検討したところ、一定の妥当性と中等度～高い評価者間信頼性が確認された。このことから、本研究で作成し最終調整した認定診断書改定案、認定診断書作成要領案、等級判定ガイドライン素案は、十分に実装可能な水準であると考えられる。

一方、認定医へのアンケートにおける自由記載の記述の中には、判定の目安になる事例集の提供を求める声や、診断書から日常生活の状況を十分に読み取ることの難しさに関する意見もあった。今後、認定診断書案や等級判定ガイドライン素案を臨床や認定の現場で活用するための補助的な情報ツールがあると、診断書記載や認定の曖昧さをさらに抑えることができることが期待される。

最後に、障害児福祉手当の認定について触れておきたい。これは、重度の障害を有するために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歳未満の本人に支給される手当である。現行の障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（精神の障害用）は、記載すべき項目が特別児童扶養手当認定診断書（知的障害・精神の障害用）と一部を除いて同じである。したがって、これまでの一連の研究で作成してきた認定診断書改定案等については、障害児福祉手当に用いることも可能である。

資料として、本研究で作成した特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）認定診断書改定案、認定診断書作成要領案、等級判定ガイドライン素案を添付する。

E. 結論

本研究により、認定診断書改定案を認定診断書作成要領案に沿って診断医が記入し、等級判定ガイドライン素案に沿って認定医が判定するという流れを示すことができた。これらを用いることにより、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）における認定の地域差が解消され、さらには障害基礎年金との整合性が保障されることが期待される。

今後、認定医が等級判定を行う際の目安となる事例集や、判定に際して必要に応じて申請者に照会するための「日常生活に関する照会票」などの情報ツールを作成して補助的に用いることで地域差の解消や障害年金における等級判定との整合性が一層確実になると思われる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：神経発達症の特性に即した診療報酬の整備を！そだちの科学 No.41, 日本評論社, 東京, pp.101-102, 2023。

本田秀夫：自閉スペクトラム症のコミュニケーションケアと臨床研究。児童青年精神医学とその近接領域 64(3): 271-280, 2023。

本田秀夫：自閉スペクトラムの人にみられる適応の問題。精神科治療学 39(1): 67-71, 2024。

本田秀夫：児童精神科臨床における早期診断の意義。精神科診断学 16(1): 43-44, 2024。

Honda H, Sasayama D, Niimi T, Shimizu A, Toibana Y, Kuge R, Takagi H, Nakajima A, Sakatsume R, Takahashi M, Heda T, Nitto Y, Tsukada S, & Nishigaki A:

Awareness of children's developmental problems and sharing of concerns with parents by preschool teachers and childcare workers: The Japanese context. *Child: Care, Health and Development*. 50: e13153, 2024.

牧田みずほ, 本田秀夫: 神経発達症: 概念の変遷と診断について。治療 105(8): 992-995, 2023。

Sasayama D, Owa T, Kudo T, Kaneko W, Makita M, Kuge R, Shiraishi K, Nomiya T, Washizuka S, & Honda H. Maternal postpartum depression symptoms and early childhood hyperactive/aggressive behavior are independently associated with later attention deficit/hyperactivity symptoms. *International Journal of Behavioral Development*, in print.

2. 学会発表

Honda, H.: Plenary Lecture 9: A System-Model of Community Care for Autistic Individuals: From Clinical Practice to Research. The 11th Congress of The Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Kyoto, 5.28, 2023.

本田秀夫: ふだんは診断を必要としない自閉スペクトラムの特性のある人が一時的に示す社会生活の支障。第 119 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 6.24, 2023。

本田秀夫: 精神科診療における Neurodiversity。第 119 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 6.24, 2023。

本田秀夫: 神経発達症 (知的障害・発達障害) の早期診断: その時期と意義。第 59 回日本周産期・新生児医学会学術集会, 名古屋,

7.11, 2023。

本田秀夫: 児童精神科臨床における早期診断の意義。第 42 回日本精神科診断学会, 富山, 9.22, 2023。

本田秀夫: 児童精神科から見た神経発達症医療のトランジション。第 10 回成人発達障害支援学会横浜大会, 横浜, 10.22, 2023。

本田秀夫: 障害児のいる家庭への経済的支援に関する制度の課題。第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 弘前, 11.16, 2023。

中條裕子, 篠山大明, 本田秀夫, 鷲塚伸介: 強迫症の強迫行為と自閉スペクトラム症の反復的で常同的な行動・興味の関連について。第 42 回信州精神神経学会, 松本, 10.21, 2023。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考文献

- [1] 平成 29 年度～平成 30 年度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) (研究代表者: 齊藤万比古): 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 30 年度 総括・分担研究報告書
- [2] 令和 2 年度～令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業) (研究代表者: 本田秀夫): 特別児童扶養手当 (精神の障害) の認定事務の適正化に向けた調査研究 令和 2 年度～3 年度 総合研究報告書
- [3] 令和 4 年度～令和 5 年度厚生労働科学

研究費補助金（障害者政策総合研究事業）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に

係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究 令和4年度 総括・分担研究報告

令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のため
の調査研究

分担研究報告書

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン素案
を用いた認定医による判定の信頼性と妥当性に関する研究

研究分担者	篠山 大明	（信州大学医学部精神医学教室）
研究協力者	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）
研究協力者	公家 里依	（信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部）
研究協力者	白石 健	（信州大学医学部精神医学教室）

研究要旨

本研究は、令和 2 年度～令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）にて行われた先行研究「特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究」で作成された認定診断書の改定案に基づいて、障害基礎年金（精神の障害）との整合性がある等級判定を可能にするガイドライン案を作成することを目指している。研究期間 2 年間である本研究の 2 年目である本年度は、初年度に作成した認定診断書案と等級判定ガイドライン素案を用いた判定について、妥当性、信頼性を評価することが目的である。模擬症例 5 例について、研究分担者および研究協力者で認定診断書案への記載を行い、その診断書 5 部と本研究の初年度に作成した等級判定ガイドライン案を、66 の自治体で判定業務を行う認定医 71 名に送付し、診断書と等級判定ガイドライン案に基づいての等級判定を依頼するアンケート調査を実施した。その結果、39 の自治体の 44 名から回答が得られた（回収率 62.0%）。最重度を想定した模擬症例はすべて 1 級の判定、重度を想定した模擬症例は主に 1 級と 2 級の判定、軽度を想定された模擬症例は主に 2 級と非該当の判定であった。5 例すべての判定が記載された対象者 39 名の回答結果を基に、評価者間信頼性の指標として級内相関係数を算出した結果、級内相関係数 $ICC(2, 1) = 0.69$ (95% 信頼区間 : 0.42-0.95) であった。本調査により、認定診断書案と等級判定ガイドライン素案を用いた判定について、一定の妥当性と信頼性が確認された。

A. 研究目的

本研究は、障害年金（精神の障害）と整合性のある判定を可能とする特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に関する等級判定ガイドラインの開発を目指している。研究期間 2 年間のうちの 2 年目である本年度は、初年度に作成した認定診断書案と等級判定ガイドライン素案を用いた判定について、信頼性と妥当性を評価することを目的とした。そのために、現在、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を行う認定医に対し、認定診断書案を用いて模擬症例について記載された診断書と等級判定ガイドライン素案を用いての判定を依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。

B. 研究方法

1. アンケート調査

令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究」[1] にて作成した模擬症例 5 例について、研究分担者および研究協力者で本研究初年度に作成した認定診断書案への記載を行った。記載した診断書 5 部と初年度に作成した等級判定ガイドライン案を、66 の自治体で判定業務を行う認定医 71 名に送付し、診断書と等級判定ガイドライン案に基づいての等級判定を依頼するアンケート（別紙 1）の用紙と、同内容を Google Form で回答するための URL を配布した。

アンケートの回収は回答用紙と Google Form を併用した。模擬症例は、国際疾病分類第 10 版 (ICD-10)における知的障害 (F7) の最重度症例、心理的発達の障害 (F8) の

重度症例、行動及び情緒の障害の (F9) 軽度症例、知的障害 (F7) の重度症例、心理的発達の障害 (F8) の軽度症例の 5 例とした。認定医は、各症例に対して、1 級、2 級、非該当、または判定不能のいずれかを選択した。また、自由記載欄には本ガイドライン案に関する意見の記載を依頼した。

2. 統計

評価者信頼性の評価では、すべての模擬症例に 1 級、2 級、または非該当の判定結果を回答した認定医の回答を解析対象とし、ひとつでも判定不能の回答や無回答があった認定医の回答はリストワイズ除去により解析対象外とした。評価者間信頼性を評価するために、級内相関係数 ICC (2,1) を用い、解析には R version 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria)の irr パッケージ [2] を用いた。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報扱っていないため、倫理的配慮は必要としない。

C. 研究結果

66 の自治体で判定業務を行う認定医 71 名のうち、39 の自治体の 44 名から回答が得られた（回収率 62.0%）。回答者の診療科は精神科医 34 名、小児科医 7 名、小児科医かつ精神科医 2 名、未回答 1 名であった。

判定結果を図 1 に示す。最重度を想定した模擬症例はすべて 1 級の判定、重度を想定した模擬症例は主に 1 級と 2 級の判定、軽度を想定された模擬症例は主に 2 級と非該当の判定であった。

判定不能の回答や無回答がある対象者を

リストワイズ除去により除外した後、認定医 39 名の回答結果から級内相関係数を算出した。その結果、級内相関係数 ICC(2, 1) は 0.69 (95%信頼区間:0.42-0.95)であった。

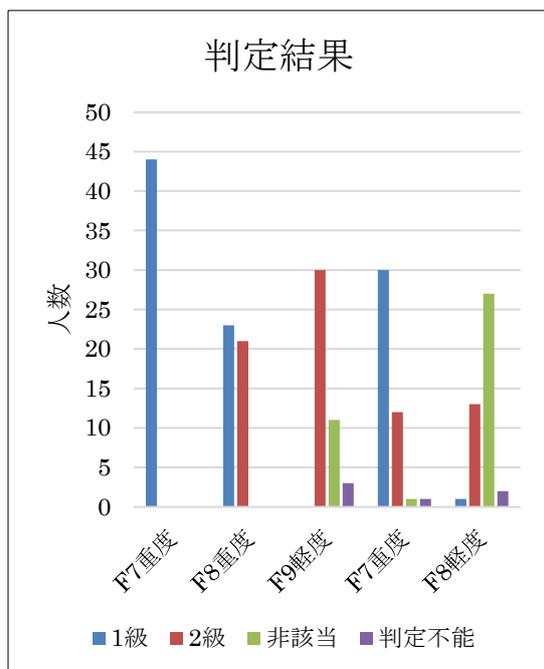


図 1: 特別児童扶養手当 (精神の障害) の認定業務をしている認定医 44 名による模擬症例 5 例の判定結果 (F8 軽度の判定は未回答 1 名により 43 名)

自由記載欄では、日常生活能力の判定に年齢相応であるかの記載が追加された点や、判定の目安として「日常生活総合スコア」と「障害のため要する援助の程度」を用いた基準を設けた点に対して、概ね賛成の意見が多かった。一方で、より簡素なフォームの開発を求める声や、判定業務の負担を軽減するために事前のスコア計算を行政に依頼したいという要望も寄せられた。また、幼児、PTSD がある児童、てんかんがある児童の判定基準やガイドラインの追加が必要との声も挙がっていた。さらに、判定の目安になる

事例集の提供を求める声や、診断書から日常生活の状況を十分に読み取ることの難しさに関する意見もあった。診断書改定案に関しては、療育手帳の有無を記載する欄が必要であることが指摘された。また、15 名の認定医から、現行の認定基準との比較に関する意見が寄せられた。その中で、13 名は本ガイドラインに基づく認定が、現行の基準と同程度の厳しさであると述べ、1 名は現行より厳しいとし、もう 1 名は現行より緩いと回答した。

D. 考察

本研究の最終年度である本年度は、初年度に作成した認定診断書案と等級判定ガイドライン素案を用いて、各自治体で判定業務を行う認定医に判定を依頼し、その判定結果の妥当性、信頼性を評価した。その結果、概ね、模擬症例の重症度を反映した判定結果が得られ、一定の妥当性が示された。さらに、算出された級内相関係数 ICC (2,1) の 95%信頼区間から、中等度～高い評価者間信頼性が確認された。

等級判定ガイドライン素案は現行の認定と同程度の基準を想定し、その標準化を図るために作成されているが、認定医へのアンケートにおける自由記載の記述からは、本ガイドライン素案が現行の認定基準と同等であることが示唆された。また、自由記載の記述から、「日常生活総合スコア」と「障害のため要する援助の程度」を用いた基準を設けることによって、判定が容易になり判定のぶれが軽減すると考えられた。

一方で、スコアだけでは判定が困難であることも明らかであり、2つの指標「日常生活総合スコア」と「障害のため要する援助の

程度」に基づく判定表のみで判定をするのではなく、診断書記載内容から「考慮する要素」を定め、その他の情報とあわせて総合評価することで障害等級の妥当性を確認することが重要である。

今回、障害の程度が軽度である F9 軽度の症例（別紙 2）は、日常生活総合スコアが 4 点、障害のため要する援助の程度が 3 となっており、判定表では 2 級・非該当に相当するスコアであった。障害の程度は軽度であるが、保護者の負担が大きいことを踏まえての 2 級の判定であったと考えられる。実際の症例は多様であるため、明確な判定基準を設けることは難しいが、等級判定に関する事例集を作成する等、より詳細なガイドラインを作成することが、判定のばらつきを最小限にするために役立つ可能性がある。

障害年金においては、「日常生活能力の程度」が 2、すなわち「家庭内での日常生活は普通にできる」場合は、通常は 2 級以上の支給の対象外である[3] 一方で、本研究で作成した特別児童扶養手当のガイドライン素案においては「障害のため要する援助の程度」が 2、すなわち「家庭生活は年齢相応にできる」場合でも 2 級に該当する場合があると判定表に示されている。また、障害年金においては「日常生活能力の判定」の平均が 2.0 未満の場合は、通常は 2 級以上の支給の対象外である[3]のに対し、本研究で作成した特別児童扶養手当のガイドライン素案においては「日常生活総合スコア」が 0 点でも 2 級に該当する場合があると判定表に示されている。この障害年金の基準との相違は次の 2 つの理由が考えられる。

第一に、障害年金における日常生活能力

の判定は単身で生活した場合を想定しているのに対し、特別児童扶養手当では、診断書改定案の「記入上の注意」の 1 に明記されているように、保護者の見守り下での家庭生活および年齢に応じて通常の学校や保育園を利用した生活を想定している。判定においても、同様に、家庭生活だけではなく学校や保育園における生活の困難さを重視する必要がある。保護者の見守り下での日常生活においては支障がなくても、障害によって学校や保育園での日常生活、とくに集団生活では困難が見られる場合は、日常生活における制限が顕著と判断され、支給の対象になる可能性がある。さらに、保護者見守り下においては日常生活の制限が少ない児童であっても、単身で暮らす場合には日常生活に著しい制限を受けることがある。そのため、同じ障害の程度であっても、特別児童扶養手当の診断書では「障害のため要する援助の程度」が 2 と判定された児童の一部は、障害年金の診断書では「日常生活能力の程度」が 3 と判定されると考えられる。

第二に、「日常生活能力の程度」や「障害のため要する援助の程度」のみでは拾いきれない日常生活の制限が存在する場合がある。具体的には、障害に伴う問題行動が著しい場合が挙げられる。令和 3 年度の調査[1]では、暴言、暴力、不眠、家からの飛び出し、自傷があり 2 級の判定が妥当と考えられる中度の重症度の模擬症例（別紙 3）について、日本児童青年精神医学会の会員の多くが、日常生活総合スコアは 4 点以下であり、障害のため要する援助の程度は 2 であると判断した。これは、この模擬症例は、中度の重症度であるにもかかわらず、理解力や生活動作の自立には問題がないためであった。

未成年が対象であるため、こうした症例においては、保護者が多大な困難を抱えることが多い。そのため、保護者に対する十分な支援が必要であるが、子ども本人の日常生活における困難さを客観的なスコアとして拾い出すことは難しい。したがって、判定の目安の表では、日常生活能力が高く、家庭内での日常生活において多くの援助を必要しない場合でも、2 級に該当する可能性があることが示されている。そのため、判定業務を行う認定医に対しては、「日常生活総合スコア」と「障害のため要する援助の程度」に基づく判定表のみではなく、その他の診断書記載内容から得られる情報とあわせて総合評価することの重要性を強調する必要があると考えられる。

診断書の記載のみから日常生活の状況を正確に読み取ることの難しさについては、アンケートの自由記載でも触れられており、今後の課題として残されている。まず、診断書記載者に起因する判定結果のばらつきを最小限にするためには、診断書を書く際の明確な基準を示すために、診断書記載要領案にさらなる改定を行うことが求められる。さらに、認定医の判定にあたっては、日常生活に関する状況を詳しく確認する必要がある場合、照会ができるシステムも必要である。

E. 結論

本研究で作成した認定診断書案と等級判定ガイドライン素案を使用した判定の妥当性と信頼性が確認された。一方で、診断書の記載のみから正確な判定を行うことは難しいという示唆も得られた。詳細な診断書記載要領の策定や判定の目安となる事例集を

含めた詳細なガイドライン作成、さらには、必要に応じて日常生活状況について照会ができるシステムの構築が求められる。

E. 参考文献

- [1] 篠山大明、樋端佑樹、公家里依：令和3年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）：分担研究報告書：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）認定診断書改定案の適切性の評価のための調査
- [2] Gamer M, Lemon J, Fellows I, Singh P. “Package ‘irr’: Various Coefficients of Interrater Reliability and Agreement (Version 0.84.1)”. 2012-1-22. <https://cran.r-project.org/web/packages/irr/irr.pdf>, (参照 2024-4-11).
- [3] 日本年金機構.”国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン ”. 2016-9. <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyuu/shougainenkin/ninteikijun/20160715.files/A.pdf>, (参照 2024-4-11).

アンケートID番号：○○○

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級 判定ガイドライン案の作成のための認定医を対象とした アンケート調査

このたびは、「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための認定医を対象としたアンケート調査」へのご協力、誠にありがとうございます。お手数をおかけいたしますが、別紙の「説明文書」をお読みいただき、研究へのご参加に同意いただける方は、以下のいずれかの方法でご回答いただけますようお願い申し上げます。

- ① 本アンケート用紙にご回答いただき、返信用封筒でお送りいただく。
- ② 別紙のURL または QR コードから Google フォームでご回答いただく。

アンケート

別紙「特別児童扶養手当認定模擬診断書」「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案」をご参照いただき、以下にご回答ください。

1. 回答者の診療科についてお答えください

- 小児科医
- 精神科医
- 小児科医かつ精神科医
- その他
- 答えたくない

（次頁に続く）

アンケートID番号：○○○

2. 別紙各模擬診断書に基づく判定をお答えください

(該当する口にチェックしてください)

	1 級	2 級	非該当	判定不能
症例 A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症例 B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症例 C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症例 D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症例 E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 上記2で判定不能の症例がある場合は、判定不能である理由をお書きください

4. 本ガイドライン案についてのご意見がありましたらご自由にご記入ください

(ご協力ありがとうございました)

症例-N

- N: 8歳(小学2年生)の男子
- 主訴: 落ち着きがなく、いつも身体のどこかを動かしている。忘れ物、なくし物が多く、社会的ルールが守れない。
- 家族歴: 父母(いずれも40代前半)、5歳下の妹との4人家族。父は会社員(事務職)で、温厚、まじめだが頑固。休日は子どもと遊んでくれるが、平日は仕事から帰ってくるのが遅く、ほとんど顔を合わせない。母は主婦。真面目でいろんなことを気にしやすい。本児を出産してから2年くらい、うつ病でクリニックに通院していた。今もイライラしたり、逆に気持ちが沈んだりする時がある。妹は天真爛漫でわがまま。発達の問題を指摘されたことはない。
- 乳幼児期の発達: 妊娠初期に切迫流産で1ヶ月入院したがその後は問題なく、40週3100gで出生。ミルクの飲みは良く、乳児期の身体発育は標準範囲内。視線も合い、人見知りも7ヶ月頃から見られた。始語は1歳2ヶ月でママだった。始歩1歳3ヶ月。1歳頃にハイハイをし出した頃からよく動く子で、戸棚をかたっぱしから空けるなどの悪戯が多く、目が離せなかった。外に出かけると、親から離れていってしまうので、ずっと手をつないでいた。2歳の時には、縁側から落ちて頭を打ち、頭部 CT をとったが、異常なかった。3歳から4歳にかけて、買い物中に少し目を離した隙に走っていってしまい、迷子になったことが何度かあった。公園で遊ぶと他の子のところに近づいていき、後ろを走っていることが多かった。年少から保育所に入園。行きしぶりなく、保育所には毎日喜んで通った。入園当初は、座っていることが難しく、先生が話をしていると立ち上がって近づいていたり、部屋の外に出て行ってしまうこともあった。年中になると、ゴソゴソしたり、立ち上がったりはあったが、部屋の外に出て行くことはなくなった。全体への話はあまり聞いていないが、その後に個別で担任が話しかけると理解できて、課題に取り組もうという気持ちは見えてくるようになった。ただ、すぐにぼーっとしたり、隣の子のやっていることにちょっかいをかけたりしてしまうために、何度か声をかける必要があった。誰とでも人見知りなく付き合ったので、クラスに仲良しの男の子が数名いてよく遊んでいたが、思い通りにならないとすぐに手が出るためにけんかも多かった。
- 小学校入学後の経過: 通常学級に就学。当初はしよちゅう立ち歩き、床に寝そべっていた。座っているようになってからも椅子をがたがたし、先生に授業に関係ないことを話しかけることもしばしば見られた。席を一番前にしてもらい、先生から声を掛けてもらうようにしたら、ぼーっとしていることが多いが、声かけをしてもらったときには、課題に取り組めるようになった。忘れ物が多く、持ち物をよくなくして帰ってきた。2年生になって、厳しい女性が担任となった。ほとんどなく、担任から家によく電話がかかってくるようになった。授業中に手を挙げずに話しかけてくること、いすをガタガタさせること、注意しても止められないことなどが伝えられて、家でも注意してくれるよう依頼された。学校では、注意されると固まって動けなくなったり痙攣をおこしたりすることもあり、時には教室の外に出ていくことも見られるようになった。友達からも注意され

ることが増えて、そのたびに本人がかつとなって手を出してトラブルになることも増えた。母もそうした様子を聞いて、何度も厳しく言って聞かせたが、本人は「知らない」「よく覚えていない」ということが多かった。家でも些細なことがかつとなることが多くなり、特に妹に嫌がらせをすることも増えた。母の言うことにも反抗的で言葉遣いも悪くなった。6月に入って、なかなか起きてこず、食事や着替えもいつも以上に時間がかかることが増えた。時に学校にいくのを嫌がることもあり、その時は母が車で送ることもあった。7月に学校から呼び出され、担任より、授業中に邪魔をするので困っている。発達障害かもしれないので病院に行って薬をもらってきてほしいと言われた。母としては、担任の話は一方的で納得できないこともあるが、家でも困っているのので、受診を希望して、令和2年7月25日(小2)に当科に初診をなつた。

- 初診時の様子：本人は小柄で元気な様子。診察室に入ってくると母に促されて椅子に座る。こちらから話しかけるとしっかり答えてくれるが、視線は動き、机の上にあるものに目が行く。身体はごそごそと揺すり、椅子をガタガタと動かす。話の途中でおもちゃの方に行き行ってひとりで遊びだした。母は、そうした様子に何度か注意をしていたが、こちらから促すと、やや早口でこれまでの様子を語る。小さいころから目が離せず大変で、何度厳しく言ってもまた同じことを繰り返すので、どうしたら良いかわからない、と涙しながら話す。母自身、最近眠れないことが多く、以前通っていたクリニックで睡眠薬をもらうようになっていた。
- 既往歴：3歳の時に、熱性けいれんがあったが、その後は認めず。
- 検査所見：脳波検査は異常波を認めず。頭部MRIで特に異常を認めなかった。初診時に行ったWISC-IVでは全検査IQ(FSIQ)=102、言語理解(VCI)=102、知覚推理(PRI)=95、ワーキングメモリー(WMI)=112、処理速度指標(PSI)=111であり、知的な遅れはないと判定できる
- 診断：主診断⇒多動性障害 F90 (活動性及び注意の障害 F90.0)
- 初診後の治療歴：初診時に母に多動性障害について説明し、周囲の大人が本人の特性を理解した上で関わることで状況が変わりうることを話した。本人にも理解できるように平易な言葉で、集中が苦手なこと、かつとなりやすいことやそうした際にどうしたら良いかについて説明した。学校にも結果を伝えて相談するように話した。脳器質性疾患除外のために上記検査実施し、問題ないことを確認したうえで、抗ADHD薬(メチルフェニデート徐放錠)を投与開始。薬物内服後は、学校からは「授業中に座っているようになった。話しかけてくるのは少なくなった」との話が聞かれるようになった。しかし、学習内容がわかっていないこともあり、授業への取り組み意欲は高くなく、ぼーっとしていることが多い。些細なことでカツとなることはあり、友達とのトラブルも以前よりは減ったが、見られている。また、内服していない休日は、落ち着きの無さや衝動的な行動があり、家族が対応に苦慮することもある。
- 認定診断書作成時(令和3年3月8日)に聴取した情報(《》は主治医の質問、「」は母親の答を示している)：
《 食事に介護が必要ですか？ 》 はしを使って自分で食べますが、よそ見をしていて、よくこぼします。すぐに気が散ったり、ぼーっとしていたりするので、しょっちゅう声をかけないと食べ

終わることが出来ません。

《トイレは？特に大便の排泄時にはどうですか？》 トイレは自分で行きます。おしりも自分でふけますが、うまくふけていないときがあるので、母が仕上げをしています。

《毎朝の着替えは一人でやれますか？》 服を出しておいても自分では着ようとしないので、目の前で声をかけてひとつずつ着るように指示します。あれこれ話していてなかなか進まないなので、毎朝母がイライラします。

《買い物や電車などでのお出かけの際にはいかがですか？》 買い物の時は、すぐにおもちゃコーナーに行ってしまうので、わかっているのですが、後で声をかけますが、楽しいおもちゃがあるとなかなか動かないことがあって大変です。電車の中は、ずっと大声で話すので注意しているのですが、全然言うことを聞きません。

《ご家族と A くんとの会話などコミュニケーションはいかがですか？》 話の内容は分かっていますが、自分の好きな話ばかりして、こちらのいうことは聞いていません。

《ご家族以外の人との会話はどうですか？》 人見知りがなく、誰とでも話します。言わなくても良いことまで言うので、一緒にいる親が恥ずかしい思いをすることもよくあります。

《火、刃物、交通の激しい道路、高いところといった物や場所の危険を理解しているようですか？》 分かっていると思うのですが、周りを見ずに道路を渡ろうとしたり、ぼーっとしていて標識にぶつかったりするので、心配です。

《集団生活へは適応していると言えそうですか？》 友達とは仲良くしていることもありますが、よく喧嘩になってしまいます。集団行動の途中ですぐに他のことに気が散ってしまうので、先生からはよく叱られているようです。

以上

症例 - J

(聴取順に箇条書き)

- J: 診断書記載時年齢 11歳(小学5年生)の女子
- 主訴: 自傷、飛び出し、登校渋り
- 家族歴: 父母とJの3人暮らし。父方祖父母、母方祖父母とも遠方で、養育の支援を受けられる親族は近くにいない。両親は職場結婚でJ出産後に母は職場を退職したが、経済的な不安があったため保育所を利用して母はパートタイムで働いた。父は「仕事もしっかりやるが、遊びもしっかり楽しむ」タイプで、趣味の遊びに休みの度に出掛けていた。母は遊びに出かける父に不満を持ちつつも、母自身が育児を希望していたこともあり、育児に取り組んでいた。
- 乳幼児期の発達: 妊娠経過に異常はなかった。出産は在胎39週の正常分娩で、黄疸や仮死はなかった。出生時体重3100g。哺育は母乳だけでは不足したため、混合栄養であった。乳幼児期は、寝つきが悪く寝てからもすぐに起きて泣くことが多く、母はなかなか睡眠が取れず育児に疲れた覚えがある。始歩は13ヵ月、始語は11ヵ月で、特に発達の遅れは見られなかった。1歳半健診、3歳児健診でも特に指摘はなし。家ではボーッと聞いていないことや、一緒に出かけた時に電車でもぞもぞして落ち着かないことがあった。また、本人の好きなキャラクターの話になると話が止まらなくなって母が辟易したり、一度駄々をこね始めると止まらなかつたりすることが多かった。保育園では、当初保育士の近くから離れたがらなかったが、慣れてくると活発に動き回るようになり、自分の好きなおもちゃを他の子から取ってしまったり、保育園の日課に合わせられないなどのトラブルが生じた。
- 小学校入学後の経過: 小学校にも特に問題なく登校していたが、低学年の頃の担任によれば、授業中にボーッとすることや話を聞いていないことが多く、忘れ物が多く叱られることも多かった。友達は保育園が同じだった子との関わりが多く、その子には好きなキャラクターの話を一方的に話しているようであった。家では整理整頓が苦手で、宿題をやっていないことが多く、母から叱られることも多かった。Jの突発的な言動に困惑した友達は次第に距離を取るようになり、学校で孤立するようになる。また、教員も何度も同じ間違いを繰り返すJを叱ることが多く、学校から帰ってきたJは、ぐったりと疲れた様子を示すようになった。小3になると学校では女子児童から仲間はずれにされることも生じ、Jは「学校に行きたくない」と訴えるようになり、母が付き添わないと登校しないことや、朝起きてこないことも生じた。それまではJの行動を叱ることが多かった母も次第に心配するようになったが、夜はなかなか寝付けないうであり、朝も眠そうな様子が見られた。小4になるとJは次第にイライラした様子を示すようになり、同級生に対しても暴言を言ったり時には手が出るが生じた。家ではやりたいことしかやらなくなり、注意をする母に対しても暴言を吐いたり、気に入らない時には家庭から飛び出して数時間帰ってこないことも見られた。また、衝動的に自室でリストカットすることも見られるようになった。母がスクールカウンセラーに相談したところ医療機関への受診を勧められ、令和2年7月

31日(小4)に初診となった。

- 初診時(小4)およびその後数回の評価面接時に得られた情報：Jと母の2人で初診。初診時のJは初めてくるクリニックに緊張している様子であったが、診察室では医師と話をすることができた。
 - Jの話：学校の女子グループと言い合いになったことがあり、それから女子たちがJと会話しなくなったとのことであった。ただ、いじめと言えるような行為は特になく、学校は「何も楽しいことがなく、行きたくない」とのことであった。
 - 母の話：学校では、他の児に暴言を言ったり叩いたりしてしまうこともあるようで、他の子の親から苦情を言われ、謝罪することが多いようであった。Jを注意すると「自分は悪くない」「○○が悪い」と他児のせいにしていた。家では自分の好きなことしかせず、注意をすると不満な様子で文句を言うことが目立つようであった。また、父について尋ねると、「父はJの行動を叱ることはなく、それを知っているJも父を利用している」と、育児に対して非協力的な父に対する不満を述べ、育児は孤立しているようであった。
- 既往歴：花粉症の他は特になし。
- 検査所見：初診後まもなく実施したWISC-IVでは全検査IQ(FSIQ)=94、言語理解(VCI)=92、知覚推理(PRI)=100、ワーキングメモリー(WMI)=85、処理速度指標(PSI)=89であり、知的な遅れはないと判定できる(判定日：令和2年8月21日)。けいれん歴はなく、脳波検査および頭部MRIでは特に異常はない。
- 診断：主診断⇒反抗挑戦性障害(；ICD-10コードF91.3)
併存症⇒注意欠如多動性障害(ICD-10コードF90.0)
- 初診後の治療歴：面接は、当初は本人・母同席で面接を行なったが、その後分離して母子それぞれと面接するようになった。Jは、面接では今やっているゲームや好きなアニメの話をするが多かった。学校や困っていることの話はしたがらず、「別に困ってないから」と言い好きな話に移ってしまった。母は、Jが母に対して反抗的で不満ばかり述べることや、学校にも行きたがらないことを話していた。Jに対しては、傾聴を続けることで信頼関係の構築に努め、その結果少しずつ対人関係の提案も受け入れるようになった。母に対しては、育児の苦勞を傾聴しつつ、学校や家庭でのJへの関わり方のアドバイスを行い、環境調整を行なった。不登校は増悪しないものの、苦手な授業がある時や、友達とトラブルがあると行きたがらないようであった。他児とのトラブルは、Jの衝動性から生じるようであるが、教員が介入することでエスカレートはしないようであった。服薬開始も提案したが、母とJが内服治療は希望しなかったため、開始しなかった。
- 認定診断書作成時(令和3年6月5日)に聴取した情報(《》は主治医の質問、「」は母の答を示している)：
《食事は手伝いが必要ですか？》「食事は1人で食べられますが、しゃべりながら食べるので食べ終わるまで時間がかかります」

- 《トイレや入浴はいかがですか?》「トイレも入浴も1人でできますが、好きなアニメに夢中になったりめんどくさくなると、お風呂に入りません。」
- 《毎朝の着替えは一人でやれますか?》「一人でやれますが、朝起きてこないでパジャマのままにいることも多いです。」
- 《買い物や電車などのお出かけの際にはいかがですか?》「出かけるのは昔から好きですが、今は他の子と会うのが嫌なようでそれほど出かけたがりません。出かけると、電車の中でも家の中のことを平気で話してしまうので注意しています。」
- 《ご家族とJさんの会話などコミュニケーションはいかがですか?》「自分の得意な話題になるとすごい勢いで話し始め、止まらなくなります。ただ、学校の話をするといライラして文句を言い出します。」
- 《ご家族以外の人との会話はどうですか?》「学校では暴言や文句が多いようです。会話はあまりないようです。」
- 《火、刃物、交通の激しい道路、高いところといった物や場所の危険を理解しているようですか?》「今は我慢しているようですが、いライラして飛び出しそうになる時は今もあります。リストカットはしていないようですが、服で見えないところを傷つけているように思います。」
- 《集団生活へは適応していると言えそうですか?》「学校には行きたがりませんし、適応しているとは言えないです。」

以上

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)		生年月日		平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女			
氏名		住所		都道府県		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 令和	年	月	③ ①のため初めて医師の 診断を受けた日	平成 令和	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 令和	年	月)	身体障害		(平成 令和	年	月)	
⑤ 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。継続の場合は前回以降の経過を必ず記入してください。)		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 現在の福祉サービス等の利用状況												
行動援護										あり・なし		
ショートステイ										あり・なし		
訪問看護										あり・なし		
その他()												
エ 発病以来の主な治療歴												
(病院等の名称)		(治療期間)		(入院・入所/外来・通所)		(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(令和 年 月 日現症)												
		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・処方等を具体的に記載してください。					
現 症	⑥ 知的障害	知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) 療育手帳(有 無) 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・令和 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 13 トラウマ症状() 14 その他()										
⑪ 問題行動	1 暴行(家庭内・家庭外)・暴言(家庭内・家庭外) 2 器物破壊 3 放火・弄火 4 盗み 5 脅迫 6 反抗・挑発 7 拒絶 8 家出・放浪 9 徘徊 10 不衛生 11 性的逸脱行動 12 物質乱用・依存 13 浪費 14 ひきこもり 15 自傷 16 自殺企図 17 排泄の問題(尿失禁・便失禁・便秘・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()											

(裏 面)

		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)			
⑫ 日常生活能力の判定 (必ず記入してください)	1 食事	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する	→【年齢相応 ・ 不相応】
	2 用便の始末	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する	→【年齢相応 ・ 不相応】
	3 衣服の着脱	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する	→【年齢相応 ・ 不相応】
	4 買い物や交通機関の利用	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する	→【年齢相応 ・ 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 ・ 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 ・ 不相応】
	7 危険物の理解(火、刃物、交通、高所等)	→【わかる	少しはわかる	全くわからない	→【年齢相応 ・ 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 ・ 不相応】
		上記の内容を具体的に記載して下さい。			
現 症	⑬障害のため要する援助の程度 (状態をもっと適切に記載できる(精神障害)又は(知的障害)のどちらかを使用し、該当するものを○で囲んでください。)	〈精神障害(発達障害・情緒の問題・認知機能の障害・てんかん・病的体験等)〉			
		〈知的障害〉			

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。

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

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。現症の程度は、保護者の見守り下での家庭生活および年齢に応じて通常の学校や保育園を利用した生活を想定して記載してください。この診断書は障害児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りますと認定が遅くなる場合がありますので、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、障害児が障害の原因となった傷病について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、障害児本人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(小児期逆境体験の存在、および、児童相談所との関わり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。
- ⑤の欄のウ「現在の福祉サービス等の利用状況」には、障害者総合支援法によるサービスの他、訪問看護ステーションなども記入してください。
- 児童心理治療施設(旧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、あるいは児童心理治療施設、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「発病以来の主な治療歴」欄に記入してください。
- ⑥から⑩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
- ⑬の欄は、精神障害又は知的障害があることによって必要となる日常生活上の援助の程度について記入してください。
- 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. 「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「④の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(例えば自閉スペクトラム症と知的障害の併記)。
2. 「② 傷病発生年月」欄には、①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養育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、その傷病を養育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「令和(平成)〇〇年△月頃」と「頃」を付けてください。
3. 「③ ①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、養育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「〇月頃」あるいは「〇月△△日頃」と「頃」を付けてください。
4. 「④ 合併症及びそれが明らかになった年月」欄には、①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関係する傷病が存在する場合、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. 「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」、「ウ 現在の福祉サービス等の利用状況」及び「エ 発病以来の主な治療歴」の4つの欄からなっています。まず、4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(例:父・母/養父母/施設職員など)を記載してください。
6. ⑤の「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確かな記載を心がけてください。その際、①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。高次脳機能障害や単回性の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. ⑤の「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」は専修学校や各種学校在学中などにあたります。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○で囲み括弧内に具体的にその状況を記載してください。
8. ⑤の「ウ 現在の福祉サービス等の利用状況」では、該当するものを○で囲んでください。その他の欄には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(以下「障害者総合支援法」という。)による福祉サービスを他に利用している場合に記載してください。
9. ⑤の「エ 発病以来の主な治療歴」は、記載されている主な傷病名(①)や合併症(④)のための治療や相談の経過を記載する欄です。「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(旧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心理治療施設、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、⑮の備考欄に記入してください。

10. 現症の「⑥ 知的障害」から「⑪ 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を○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。⑥から⑪までの各群の名称のうち⑥、⑦及び⑧は傷病名となっていますが、このうち⑥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。
11. 「⑥ 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(該当しない場合は記載不要)。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。
12. 「⑨ 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。
13. 「⑦ 発達障害」の「2 多動・衝動性」、「⑩ 精神症状」の「5 無為・自閉」、「8 不安・恐怖」、「⑪ 問題行動」の「3 放火・弄火」、「6 反抗・挑発」、「9 家出・放浪」、「12 物質乱用・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③放火(弄火)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③放火(弄火)のように)。
14. 「⑥ 知的障害」から「⑪ 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。
15. 現症の「⑫ 日常生活能力の判定」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。「全くできない」でも、それが年齢相応であれば「年齢相応」に○をつけてください。なお、見守りや声掛けは「身体介助」に含まれませんが、一人でできても年齢不相応に見守りや声掛けが必要な場合は「一人でできる」と「年齢不相応」に○をつけてください。
16. 現症の「⑬ 障害のため要する援助の程度」は、現症の「⑥ 知的障害」から「⑪ 問題行動」までの欄に記載した症状又は行動のために必要となる日常生活上の援助の程度について5段階で評価し、該当する選択肢を○で囲んでください。「①障害の原因となった主な傷病名」欄に知的障害が含まれる場合(又は発達障害などで知的障害を伴っていて、〈知的障害〉欄の方が本人の状態を適切に評価できる場合)は本項目の〈知的障害〉欄で判定し、①欄に知的障害が含まれない場合は〈精神障害〉欄で判定してください。
17. 「⑭ 医学的総合判定」の欄は「① 障害の原因となった主な傷病名」から「⑬ 障害のため要する援助の程度」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て記載してください。特別児童扶養手当の該当、非該当の判断、等級の判定にあたっては、公開されている判定の目安を参考としていますが、診断書の内容を総合的に判断し最終的な判定を行っています。医学的総合判定には、重症度や生活困難度がわかるようにご記入ください。
18. 「⑮備考」の欄は、その他特別児童扶養手当の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。

特別児童扶養手当

知的障害・精神の障害に係る等級判定ガイドライン素案

障害等級の判定

障害認定基準に基づく障害の程度の認定については、このガイドラインで定める後記1の「障害等級の目安」を参考としつつ、後記2の「総合評価の際に考慮すべき要素の例」で例示する様々な要素を考慮したうえで、障害認定審査医員（以下「認定医」という。）が専門的な判断に基づき、総合的に判定する（以下「総合評価」という。）。

総合評価では、目安とされた等級の妥当性を確認するとともに、目安だけでは捉えきれない障害ごとの特性に応じた考慮すべき要素を診断書等の記載内容から詳しく診査したうえで、最終的な等級判定を行うこととする。

1. 障害等級の目安

診断書の記載項目のうち、「障害のため要する援助の程度」の評価及び「日常生活能力の判定」の評価を組み合わせ、どの障害等級に相当するかの目安とする（表1参照）。「日常生活総合スコア」は、「日常生活能力の判定」の8項目において、年齢相応の項目は0点、年齢不相応の項目は、「1人でできる」「できる」「わかる」の場合は1点、「部分的な身体介助を要する」「少しはできる」「少しはわかる」の場合は2点、「全面的な身体介助を要する」「全くできない」「全くわからない」の場合は3点とし、それぞれの点数を合計して算出する。

2. 総合評価の際に考慮すべき要素の例

診断書の記載項目（「障害のため要する援助の程度」及び「日常生活能力の判定」を除く。）を4つの分野（現在の病状又は状態像、療養状況、生活環境、その他）に区分し、分野ごとに総合評価の際に考慮することが妥当と考えられる要素とその具体的な内容例を示したもの（表2参照）。

3. 等級判定にあたっての留意事項

(1) 障害等級の目安

- ① 「障害のため要する援助の程度」の評価と「日常生活総合スコア区分」との整合性が低く、参考となる目安がない場合は、必要に応じて診断書を作成した医師（以下「診断書作成医」という。）に内容確認するなどしたうえで、「障害のため要する援助の程度」及び「日常生活能力の判定」以外の診断書等の記載内容から様々な要素を考慮のうえ、総合評価を行う。
- ② 障害等級の目安が「1級又は2級」など複数になる場合は、総合評価の段階で両方の等級に該当する可能性を踏まえて、慎重に等級判定を行う。

(2) 総合評価の際に考慮すべき要素

- ① 考慮すべき要素は例示であるので、例示にない診断書の記載内容についても同様に考慮する必要がある、個別の事案に即して総合的に評価する。
- ② 考慮すべき要素の具体的な内容例では「2級の可能性を検討する」等と記載しているが、例示した内容だけが「2級」の該当要件ではないこと

に留意する。

- ③ 考慮すべき要素の具体的な内容例に複数該当する場合であっても、一律に上位等級にするのではなく、個別の事案に即して総合的に評価する。

(3) 総合評価

- ① 診断書の記載内容に基づき個別の事案に即して総合的に評価した結果、目安と異なる等級になることもあり得るが、その場合は、合理的かつ明確な理由をもって判定する。
- ② 障害認定基準に規定する「症状性を含む器質性精神障害」について総合評価を行う場合は、「精神障害」「知的障害」「発達障害」の区分にとらわれず、各分野の考慮すべき要素のうち、該当又は類似するものを考慮して、評価する。

(4) 再認定時の留意事項

ガイドライン施行後の再認定にあたっては、下位等級への変更や非該当への変更を検討する場合は、前回認定時の診断書や照会書類等から認定内容を確認するとともに、受給者や家族、診断書作成医への照会を行うなど、認定に必要な情報収集を適宜行い、慎重に診査を行うよう留意する。

〔表1〕 障害等級の目安

	障害のため要する援助の程度				
	5	4	3	2	1
日常生活総合スコア区分	20-24	1級	1-2級		
	15-19	1-2級	1-2級	1-2級	
	10-14		1-2級	2級	
	5-9		2級	2級	2級-非
	0-4			2級-非	2級-非

《表の見方》

1. 「障害のため要する援助の程度」は、診断書の記載項目である「障害のため要する援助の程度」の5段階評価を指す。
2. 「日常生活総合スコア区分」は、診断書の記載項目である「日常生活能力の判定」の8項目において、年齢相応の項目は0点、年齢不相応の項目は、「1人でできる」「できる」「わかる」の場合は1点、「部分的な身体介助を要する」「少しはできる」「少しはわかる」の場合は2点、「全面的な身体介助を要する」「全くできない」「全くわからない」の場合は3点とし、それぞれの点数を合計して算出する。

《留意事項》

障害等級の目安は総合評価時の参考とするが、個々の等級判定は、診断書等に記載される他の要素も含めて総合的に評価されるものであり、目安と異なる認定結果となることもあり得ることに留意して用いること。

〔表2〕 総合評価の際に考慮すべき要素の例

①現在の病状又は状態像

	考慮すべき要素	具体的な内容例
共通事項	○ 認定の対象となる複数の精神疾患が併存しているときは、併合（加重）認定の取扱いは行わず、諸症状を総合的に判断する。	—
	○ ひきこもりについては、精神障害の病状の影響により、継続して日常生活に制限が生じている場合は、それを考慮する。	—
精神障害	○ 統合失調症については、療養及び症状の経過（発病時からの状況、最近1年程度の症状の変動状況）や予後の見通しを考慮する。	—
	○ 統合失調症については、妄想・幻覚などの異常体験や、自閉・感情の平板化・意欲の減退などの陰性症状（残遺状態）の有無を考慮する。	・陰性症状（残遺状態）が長期間持続し、自己管理能力や社会的役割遂行能力に著しい制限が認められれば、1級または2級の可能性を検討する。
	○ 気分（感情）障害については、現在の症状だけでなく、症状の経過（病相期間、頻度、発病時からの状況、最近1年程度の症状の変動状況など）及びそれによる日常生活活動等の状態や予後の見通しを考慮する。	・適切な治療を行っても症状が改善せずに、重篤なそうやうつ症状が長期間持続したり、頻繁に繰り返している場合は、1級または2級の可能性を検討する。
知的障害	○ 知能指数を考慮する。ただし、知能指数のみに着眼することなく、日常生活の様々な場面における援助の必要度を考慮する。	—
	○ 不適応行動を伴う場合に、診断書の「現在の病状又は状態像」の⑦発達障害と合致する具体的記載があれば、それを考慮する。	—

発達障害	○ 知能指数が高くても日常生活能力が低い(特に対人関係や意思疎通を円滑に行うことができない)場合は、それを考慮する。	—
	○ 不適応行動を伴う場合に、診断書の「現在の病状又は状態像」の⑥知的障害または⑦発達障害と合致する具体的記載があれば、それを考慮する。	—
	○ 臭気、光、音、気温などの感覚過敏があり、日常生活に制限が認められれば、それを考慮する。	—
てんかん	○ 発作の重症度や発作頻度、また、それに起因して発作間欠期にみられる様々な程度の精神神経症状や認知障害などを考慮する。	<ul style="list-style-type: none"> ・十分な治療にかかわらず、てんかん性発作のA又はBが月1回以上あり、かつ、常時の援助が必要なものは1級の可能性を検討する。 ・十分な治療にかかわらず、てんかん性発作のA又はBが年2回以上あり、もしくは、C又はDが月に1回以上あり、かつ、日常生活が著しい制限を受けるものは2級の可能性を検討する。 <p>(注) 発作のタイプは以下の通り</p> <ul style="list-style-type: none"> A: 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 B: 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 C: 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 D: 意識障害はないが、随意運動が失われる発作

②療養状況

	考慮すべき要素	
		具体的な内容例
共通事項	<p>○ 通院の状況（頻度、治療内容など）を考慮する。薬物治療を行っている場合は、その目的や内容（種類・量（記載があれば血中濃度）・期間）を考慮する。また、服薬状況も考慮する。</p> <p>通院や薬物治療が困難又は不可能である場合は、その理由や他の治療の有無及びその内容を考慮する。</p>	—
精神障害	<p>○ 入院時の状況（入院期間、院内での病状の経過、入院の理由など）を考慮する。</p> <p>○ 在宅での療養状況を考慮する。</p>	<p>・病棟内で、本人の安全確保などのために、常時個別の援助が継続して必要な場合は、1級の可能性を検討する。</p> <p>・在宅で、家族や重度訪問介護等から常時援助を受けて療養している場合は、1級または2級の可能性を検討する。</p>
知的障害 発達障害	<p>○ 著しい不適応行動を伴う場合や精神疾患が併存している場合は、その療養状況も考慮する。</p>	—

③生活環境

	考慮すべき要素	
		具体的な内容例
共通事項	○ 家族等の日常生活上の援助や福祉サービスの有無を考慮する。	・ 日常的に福祉サービスを受けることによって生活できている場合（現に福祉サービスを受けていなくても、その必要がある状態の場合も含む）は、それらの支援の状況（または必要性）を踏まえて、2級の可能性を検討する。
精神障害	—	—
知的障害 発達障害	○ 在宅での援助の状況を考慮する。	・ 在宅で、家族や重度訪問介護等から常時個別の援助を受けている場合は、1級または2級の可能性を検討する。

④その他

	考慮すべき要素	
		具体的な内容例
共通事項	○ 「障害のため要する援助の程度」と「日常生活総合スコア」に齟齬があれば、それを考慮する。	—
	○ 「日常生活総合スコア」が低い場合であっても、各障害の特性に応じて特定の項目に著しく偏りがあり、日常生活に大きな支障が生じていると考えられる場合は、その状況を考慮する。	—
精神障害	○ 依存症については、精神病性障害を示さない急性中毒の場合及び明らかな身体依存が見られるか否かを考慮する。	—

知的障害	○ 発育・養育歴、教育歴などについて、考慮する。	・ 特別支援教育、またはそれに相当する支援の教育歴がある場合は、2級の可能性を検討する。
	○ 療育手帳の有無や区分を考慮する。	・ 療育手帳の判定区分が中度以上(知能指数がおおむね50以下)の場合は、1級または2級の可能性を検討する。 それより軽度の判定区分である場合は、不適応行動等により日常生活に著しい制限が認められる場合は、2級の可能性を検討する。
発達障害	○ 発育・養育歴、教育歴、専門機関による発達支援、発達障害自立訓練等の支援などについて、考慮する。	—
	○ 知的障害を伴う発達障害の場合、発達障害の症状も勘案して療育手帳を考慮する。	・ 療育手帳の判定区分が中度より軽い場合は、発達障害の症状により日常生活に著しい制限が認められれば、1級または2級の可能性を検討する。
	○ 知的障害を伴わない発達障害は、社会的行動や意思疎通能力の障害が顕著であれば、それを考慮する。	—
	○ 青年期以降に判明した発達障害については、幼少期の状況、特別支援教育またはそれに相当する支援の教育歴を考慮する。	—

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
本田秀夫	神経発達症の特性に即した診療報酬の整備を！	そだちの科学	41	101-102	2023
本田秀夫	自閉スペクトラム症のコミュニケーションケアと臨床研究	児童青年精神医学とその近接領域	64	271-280	2023
本田秀夫	自閉スペクトラムの人にみられる適応の問題	精神科治療学	39	67-71	2023
本田秀夫	児童精神科臨床における早期診断の意義	精神科診断学	16	43-44	2024
Honda H, Sasayama D, Niimi T, Shimizu A, Toibana Y, Kuge R, Takagi H, Nakajima A, Sakatsume R, Takahashi M, Heda T, Nitto Y, Tsukada S, & Nishigaki A	Awareness of children's developmental problems and sharing of concerns with parents by preschool teachers and childcare workers: The Japanese context	Child: Care, Health and Development	50	e13153	2024
Sasayama D, Owa T, Kudo T, Kaneko W, Makita M, Kuge R, Shiraishi K, Nomiya T, Washizuka S, & Honda H	Maternal postpartum depression symptoms and early childhood hyperactive/aggressive behavior are independently associated with later attention deficit/hyperactivity symptoms.	International Journal of Behavioral Development	-	-	印刷中

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人 信州大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中村 宗一郎 (公印省略)

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授（特定雇用）
(氏名・フリガナ) 本田 秀夫・ホンダ ヒデオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	信州大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人 信州大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中村 宗一郎 (公印省略)

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 信州大学医学部 精神医学教室 准教授
(氏名・フリガナ) 篠山 大明・ササヤマ ダイメイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	信州大学 生命科学・医学系 研究倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。