

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4年度～5年度 総合研究報告書

研究代表者 本田 秀夫

令和6（2024）年3月

目 次

I. 総合研究報告				
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	-----			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. 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	-----			8
認定診断書作成要領案	-----			10
知的障害・精神の障害に係る等級判定ガイドライン素案	-----			12
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----			21

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

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。

本研究では、平成29年度から平成30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。

1. 検討会議

研究代表者1名、研究分担者1名、研究協力者9名による検討会議を組織し、1年目は6回、2年目は4回の会議を開催した。研究1、2の結果を踏まえて、先行研究②で作成した認定診断書改定案および診断書作成要領案の最終調整を行うとともに、等級判定ガイドライン素案を確定した。

2. 等級判定ガイドライン素案の作成（研究1）

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、「日常生活総合スコア区分」と「障害のため要する援助の程度」の組み合わせによる等級判定表素案を作成した。

3. 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2）

研究分担者および研究協力者が作成した模擬症例に対する認定診断書について、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。44名（62.0%）から回答があり、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、現行の認定診断書で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）

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）

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）

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）

山田 佐登留（東京都児童相談センター 児

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）

氏家 由里（東京都心身障害者福祉センター
医長）

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）

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）

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した。

B. 研究方法

1. 検討会議による検討(1年目、2年目)

本研究では、研究代表者1名(本田)、研究分担者1名(篠山)、研究協力者9名(小平、野邑、早川、山田、吉川、氏家、樋端、公家、白石)による検討会議で検討を行いながら、アンケート実施および統計解析については研究分担者(篠山)と研究協力者(樋端、公家、白石)のチームが行った。

1年目は、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。

2年目は、1年目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した。

2. 特別児童扶養手当(知的障害・精神の障害)等級判定ガイドライン素案の作成(1年目)(研究1)

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するために、年金局に文面での質疑応答を行った。さらに、先行研究②における認定診断書改定案の信頼性・妥当性に関するサンプル調査で得られたデータをもとに、等級判定ガイドライン素案の作成を行った。

3. 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（2年目）（研究2）

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。

研究実施時に、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医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

1. 検討会議

1年目は6回の検討会議を開催した。先行研究②で実施された日本児童青年精神医学会の医師会員626名を対象としたアンケート調査では、同研究で作成された認定診断書の改定案および認定診断書作成要領案についてさまざまな意見が寄せられた。それらの意見をふまえて議論を重ね、認定診断書改定案および認定診断書作成要領案の微細な修正を行った。修正は主として文言等に関するものであり、診断医の記載結果および認定医の等級判定への影響はないと考えられた。

2年目は4回の検討会議を開催した。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。

2. 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）等級判定ガイドライン素案の作成（1年目）（研究1）

年金局に文面での質疑応答を行い、判定表作成に関する方針を定めた。

先行研究②において「日常生活能力の判定」の評価と「障害のため要する援助の程度」の評価がどのような組み合わせの場合に各模擬症例がどの程度の重症度であったかを分析し、その組み合わせを参考に等級認定の目安となる判定表を作成した。

さらに、判定表が独り歩きしないよう、診断書記載内容から「考慮する要素」を定め、その他の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、明記することにした。

「日常生活能力の判定」の内容から「日常生活総合スコア」を求めると、先行研究②で実施した調査における模擬症例において、「日常生活総合スコア区分」と「障害のため要する援助の程度」の2つの指標の組み合わせが、各模擬症例の重症度の目安となることが明らかになった。

この結果をふまえて、「日常生活総合スコア区分」と「障害のため要する援助の程度」の組み合わせによる等級判定表案を作成した。

障害基礎年金（精神の障害）の等級判定との整合性を保つために、障害基礎年金（精神の障害）の等級判定ガイドラインを参照しながら検討会議で討議を行い、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）に係る等級判定ガイドライン素案を作成した。具体的には、重症度のスコア化についての検討を行い、診断書に医師が記入した「障害のため要する援助の程度」と「日常生活能力の判定」の数値から、重症度の目安を算出する表の作成を行った。

3. 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（2年目）（研究2）

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

先行研究②および本研究の研究2のアンケートに回答した医師のコメントを反映させる形で認定診断書案および作成要領案に修正を加えたことにより、診断医が記載しやすい診断書様式になった。修正は主としてフォーマットや細かい用語であり、認定診断書改定案の信頼性および妥当性には影響を及ぼさないと考えられる。研究1で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。

研究2では、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。その結果、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。

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見安となる事例集や、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。

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。

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, 長野佳子: 発達障害の人たちの余

暇活動支援. 小児内科 54(7): 1179-1182, 2022.

本田秀夫: 自閉スペクトラム症. 日本医師会雑誌 151 特別号(2): S166-S168, 2022.

本田秀夫, 永春幸子: 神経発達症の臨床で知っておきたい制度・社会資源・連携機関. 精神科治療学 37(12): 1371-1376, 2022.

本田秀夫: 「つなぎ」の視点からみた発達障害の支援. こころの科学 NO.227, 日本評論社, 東京, pp.14-19, 2023.

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.

Iwasa M, Shimizu Y, Sasayama D, Imai M, Ohzono H, Ueda M, Hara I, and Honda H: Twenty-year longitudinal birth cohort study of individuals diagnosed with autism spectrum disorder before seven years of age. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 63(12): 1563-1573, 2022. doi: 10.1111/jcpp.13614. PMID:

- 35405770.
- 久保木智洸, 高橋知音, 本田秀夫, 鷺塚伸介: 自閉スペクトラム症および注意欠如・多動症傾向の中学生が抱える日常生活上の困り感を尋ねるための自記式質問紙の試作版開発。信州大学教育学部研究論集 16: 49-62, 2022。
- 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。
- 中條裕子, 本田秀夫: 「強迫」概念の歴史と変遷。上越教育大学心理教育相談研究 22: 29-34, 2023。
- Nakamura T, Kaneko T, Sasayama D, Yoshizawa T, Kito Y, Fujinaga Y, Washizuka S. Cerebellar network changes in depressed patients with and without autism spectrum disorder: A case-control study. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2023 Mar;329:111596. doi: 10.1016/j.psychresns.2023.111596.
- Sasayama D, Kuge R, Toibana Y, and Honda H: Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children, Adolescents, and Adults in Japan From April 2010 to March 2020. *JAMA Network Open*. 2022;5(9):e2234179. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.34179.
- 篠山大明: 子ども・発達領域における精神医学的知識の普及啓発。精神医学 64(7):1007-1015, 2022。
- 清水亜矢子, 本田秀夫: プライマリケア医が診る子どもの発達障害。日本医事新報 No.5129: 18-32, 2022。
- 山口美季, 本田秀夫, 篠山大明, 鷺塚伸介: 通常学級で発達障害の子どもが困難に感じやすい場面における支援方法に関する学校教員と医師の意識の比較に関する探索的研究。精神科治療学 37(9): 1023-1031, 2022。
- ## 2. 学会発表
- 福永宏隆, 公家里依, 篠山大明, 本田秀夫, 鷺塚伸介: 神経性やせ症の入院患者を対象とした再栄養療法の有効性, 安全性の検討: 後ろ向き観察研究。第 41 回信州精神神経学会, 松本, 10.16, 2022。
- 本田秀夫: 神経発達症の子どもたちはどんな大人になるのか? 第 18 回日本小児心身医学会北海道地方会大会, Web 開催, 7.10, 2022。
- 本田秀夫: 歴史的視点からみた自閉スペクトラム研究。日本自閉症スペクトラム学会第 20 回記念研究大会, Web 開催, 8.21, 2022。
- 本田秀夫: 自閉症概念の変遷—Rutter による内包の変革, Wing による外延の拡大—。第 25 回日本精神医学史学会大会, 松本, 10.15, 2022。
- 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。第 63 回日本児童青年精神医学会総会, 松本, 11.10, 2022。
- 本田秀夫: 指定発言。シンポジウム 1: 発達障害グレイゾーン 診断閾下の外来支援—その定義と治療意義—。第 63 回日本児童青年精神医学会総会, 松本, 11.10, 2022。
- 本田秀夫: 特別児童扶養手当 (知的障害・精神の障害) 認定診断書改定案および等級判定ガイドライン案の作成。第 63 回日本児童青年精神医学会総会, 松本, 11.11, 2022。
- 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。

篠山大明．シンポジウム：地域における診療体制整備と人材育成：長野県における発達障がい診療人材育成事業．第 63 回日本児

童青年精神医学会総会，松本，11.11, 2022。
篠山大明：シンポジウム：長野県の発達障がい診療人材育成事業における経験から．第 3 回 日本成人期発達障害臨床医学会，川越，1.28, 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

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 令和	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 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()										
エ 発病以来の主な治療歴		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()												
		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・処方薬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】
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。)	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	<p>〈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)〉</p> <p>1 精神障害を認めるが、家庭生活や集団生活は年齢相応にできる。</p> <p>2 精神障害を認め、家庭生活は年齢相応にできるが、集団生活には援助が必要である。 (たとえば、集団生活でときどき個別の声かけ・構造化・視覚的支援等が必要な場合など。)</p> <p>3 精神障害を認め、家庭内の単純な生活は普通にできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、年齢相応の介助や声かけ等では適切な行動がとれず、ときどき個別の声かけ・構造化・視覚的支援等、生活習慣の管理、又は介助が必要な場合など。)</p> <p>4 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、常に個別の声かけ・構造化・視覚的支援等又は生活習慣の管理が必要で、ときに介助が必要な場合など。)</p> <p>5 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、常に生活習慣の管理および介助が必要な場合など。)</p> <p>〈知的障害〉</p> <p>1 知的障害を認めるが、家庭生活や集団生活は普通にできる。</p> <p>2 知的障害を認め、家庭生活は普通にできるが、集団生活には援助が必要である。 (たとえば、集団生活でときどき個別の声かけ・構造化・視覚的支援等が必要な場合など。)</p> <p>3 知的障害を認め、家庭内の単純な生活は普通にできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、年齢相応の介助や声かけ等では適切な行動がとれず、ときどき個別の声かけ・構造化・視覚的支援等、生活習慣の管理、又は介助が必要な場合など。)</p> <p>4 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、常に個別の声かけ・構造化・視覚的支援等又は生活習慣の管理が必要で、ときに介助が必要な場合など。)</p> <p>5 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、常に生活習慣の管理および介助が必要な場合など。)</p>			
⑭ 医学的総合判定 (必ず記入してください)					
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。

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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<p style="text-align: center;">—</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">—</p>
精神障害	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<p style="text-align: center;">—</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な治療を行っても症状が改善せず、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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<p style="text-align: center;">—</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">—</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 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。 	—
精神障害	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 在宅での療養状況を考慮する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。
知的障害 発達障害	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	—

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

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本田秀夫		本田秀夫	学校の中の発達障害ー「多数派」「標準」「友達」に合わせられない子どもたちー	SBクリエイティブ	東京	2022	
本田秀夫	特異な選好 (preference) をもつ種族 (tribe) としての自閉スペクトラム	本田秀夫 (監修), 大島郁葉 (編)	おとなの自閉スペクトラムーメンタルヘルスケアガイドー	金剛出版	東京	2022	
本田秀夫		本田秀夫	10代からのメンタルケア 「みんなと違う」自分を大切にする方法	KADOKAWA	東京	2022	

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, 長野佳子	発達障害の人たちの余暇活動支援	小児内科	54	1179-1182	2022
清水亜矢子, 本田秀夫	プライマリケア医が診る子どもの発達障害	日本医事新報	5129	18-32	2022
本田秀夫	自閉スペクトラム症	日本医師会雑誌	151特別号	S166-S168	2022
本田秀夫, 永春幸子	神経発達症の臨床で知っておきたい制度・社会資源・連携機関	精神科治療学	37	1371-1376	2022
本田秀夫	「つなぎ」の視点からみた発達障害の支援	こころの科学	227	14-19	2023
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ティケアと臨床研究	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
Iwasa M, Shimizu Y, Sasayama D, Imai M, Ohzono H, Ueda M, Hara I, and Honda H	Twenty-year longitudinal birth cohort study of individuals diagnosed with autism spectrum disorder before seven years of age	Journal of Child Psychology and Psychiatry	63	1563-1573	2022

久保木智洸, 高橋知音, 本田秀夫, 鷺塚伸介	自閉スペクトラム症および注意欠如・多動症傾向の中学生が抱える日常生活上の困り感を尋ねるための自記式質問紙の試作版開発	信州大学教育学部研究論集	16	49-62	2022
中條裕子, 本田秀夫	「強迫」概念の歴史と変遷	上越教育大学心理教育相談研究	22	29-34	2023
Nakamura T, Kaneko T, Sasayama D, Yoshizawa T, Kito Y, Fujinaga	Cerebellar network changes in depressed patients with and without autism spectrum disorder: A case-control study	Psychiatry Res Neuroimaging	329	111596	
篠山大明	子ども・発達領域における精神医学的知識の普及啓発	精神医学	64巻7号	1007-1015	2022
Sasayama D, Kuge R, Toibana Y, and Honda H	Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children, Adolescents, and Adults in Japan From April 2010 to March 2020	JAMA Network Open	5	e2234179	2022
山口美季, 本田秀夫, 篠山大明, 鷺塚伸介	通常学級で発達障害の子どもが困難に感じやすい場面における支援方法に関する学校教員と医師の意識の比較に関する探索的研究	精神科治療学	37	1023-1031	2022