

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を
補助するための情報ツール作成のための研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 本田 秀夫

令和7（2025）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）の等級判定を補助するための
情報ツール作成のための研究 ----- 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
	西村 浩	松澤 信彦	岩波 明

II. 分担研究報告

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を補助するための
情報ツール作成のための研究 ----- 6

研究分担者 篠山 大明

III. 資料

資料1：診断書記載要領案 ----- 10

資料2：等級判定の目安となる事例集案 ----- 21

資料3：認定診断書改定案 ----- 69

資料4：精神の障害に係る等級判定ガイドライン案 ----- 71

資料5：日常生活に関する照会票案 ----- 80

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 83

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を 補助するための情報ツール作成のための研究

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35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3つの先行研究の結果をふまえ、等級判定を補助するための情報ツールの作成を目的とした。さらに、先行研究で作成した認定診断書改定案および等級判定ガイドライン素案についても再度確認し、最終調整を行った。

1. 等級判定に必要な書式案および情報ツール案の作成と最終調整

3回のオンライン会議とメールによる審議を重ね、「診断書記載要領案」、「等級判定の目安となる事例集案」、「日常生活に関する照会票案」の作成および「認定診断書案」と「等級判定ガイドライン案」の最終調整を行った。なお、現行の特別児童扶養手当診断書では「（知的障害・精神の障害用）」と記載されているが、障害年金との整合性の観点から特別児童扶養手当の認定に係るすべての書式案の記載を「（精神の障害用）」に統一した。

2. 特別児童扶養手当と障害基礎年金の評価基準の一致度調査

19～20歳の模擬症例11例について特別児童扶養手当の認定診断書案および障害基礎年金の診断書を用いて等級判定を実施した。両者の等級判定は概ね一致し、両制度の間で重症度の捉え方に大きな相違はないことが示唆された。

本研究によって、特別児童扶養手当（精神の障害）の認定診断書作成および等級判定業務がより適切に行われること、さらに障害基礎年金と整合性のある判定が可能となることが期待される。

研究分担者

篠山 大明（信州大学医学部精神医学教室）

氏家 由里（東京都心身障害者福祉センター）

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

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）

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）

白石 健（信州大学医学部精神医学教室）

野邑 健二（名古屋大学心の発達支援研究実践センター）

西村 浩（厚木市立病院精神科）

松澤 信彦（日本年金機構障害年金センター高度専門職（医療専門役））

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）

岩波 明（昭和大学附属烏山病院）

山田 佐登留（東京都児童相談センター）

吉川 徹（愛知県尾張福祉相談センター）

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・政令指定都市の判定医の判断によるところが大きいのが現状である。また、特別児童扶養手当の等級と障害年金の等級の認定にどの程度の整合性があるのか、これまでほとんど検討されていない。

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。

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)にて行われた研究「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」(以下、「先行研究③」)では、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い、障害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。さらに、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判定医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[3]。一方で、アンケートに協力した判定医の意見からは、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示唆も得られた。

以上より、認定診断書改定案を現場で運用できるものとするためには、障害年金のガイドラインを踏まえた更なる精査や、診断書の記載要領などガイドラインと合わせて提示するものを作成する必要がある。そこで、これらの結果を踏まえ、本研究では等級判定を補助するための情報ツールの作成を目的とした。さらに、先行研究③までに作成した認定診断書改定案および等級判定ガイドライン素案についても再度確認し、最終調整を行った。

B. 研究方法

1. 等級判定に必要な書式案および情報ツール案の作成と最終調整

障害年金のガイドラインとの整合性について更なる精査を行うため、先行研究③における研究代表者、研究分担者、研究協力者に加えて障害年金の実務に詳しい有識者3名（西村、松澤、岩波）を研究協力者に加えた。

3回のオンライン会議とメールによる審議を重ね、「診断書記載要領案」、「等級判定の目安となる事例集案」、「日常生活に関する照会票案」を作成した。

さらに、「認定診断書案」および「等級判定ガイドライン素案」の最終調整を行い、いずれも最終案を作成した。

2. 特別児童扶養手当と障害基礎年金の評価基準の一致度調査

研究代表者、研究分担者、研究協力者が分担して19～20歳の模擬症例11例を作成し、各症例について「特別児童扶養手当の認定診断書案」および障害基礎年金の診断書を記載した。記載された各診断書に基づき、特別児童扶養手当については等級判定ガイドライン案に従い、障害基礎年金については障害基礎年金の等級判定ガイドライン[4]に従って、それぞれ等級判定を実施した。得られた等級判定結果をもとに、同一症例における特別児童扶養手当判定と障害基礎年金判定の一致度を検証した。模擬症例の作成、診断書の記載、等級判定は児童精神科医師が担当し、同一症例における診断書記載、特別児童扶養手当の等級判定、および障害基礎年金の等級判定は、いずれも別の医師が担当した。

（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

1. 等級判定に必要な書式案および情報ツール案の作成と最終調整

「診断書記載要領案」、「等級判定の目安となる事例集案」、「日常生活に関する照会票案」の作成および「認定診断書案」と「等級判定ガイドライン案」の最終案はすべて研究分担者の篠山を中心に行い、他の研究者がそれらを確認して決定した。なお、現行の特別児童扶養手当診断書では「（知的障害・精神の障害用）」と記載されているが、障害年金との整合性の観点から特別児童扶養手当の認定に係るすべての書式案の記載を「（精神の障害用）」に統一した。

2. 特別児童扶養手当と障害基礎年金の評価基準の一致度調査

19～20歳の模擬症例11例に対する等級判定では、11症例中9症例において特別児童扶養手当と障害基礎年金の等級判定が一致していた。判定が一致しなかった2症例は、それぞれ軽度知的障害、神経性やせ症の模擬症例であった。

D. 考察

先行研究①以来、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定の自治体による地域差を解消し、障害年金との整合性も担保できるような認定のあり方について、さまざまな角度から検討が進められてきた。

先行研究③では「特別児童扶養手当（精神の障害）に係る等級判定ガイドライン素案」および「認定診断書改定案」の作成と、それらの信頼性・妥当性の検証が行われた。本研究では、「診断書記載要領案」「等級判定の目安となる事例集案」「日常生活に関する照会票案」を新たに作成するとともに、「等級

判定ガイドライン素案」および「認定診断書改定案」について最終調整を行った。さらに、障害基礎年金の等級判定との一致度調査を実施し、その結果を踏まえ、障害基礎年金との整合性を確保したガイドライン素案等を完成させた。

先行研究③において、「日常生活総合スコア」と「障害のため要する援助の程度」を用いた基準を設定したことで、判定作業の標準化が図られた。ただし、基準はあくまで目安に過ぎない。適切な等級判定を行うためには、診断書の記載内容全体から総合的に評価する必要がある。そのためには、障害の状況や日常生活上の支障について、具体的かつ詳細な記載が求められる。

そこで本研究では、判定医が総合的な視点からより適切な等級判定を行うための補助的な情報ツールを作成した。これらの情報ツールは、以下のように用いられることが期待される。まず「診断書記載要領案」は、診断書作成時に記載すべき情報の具体性を高め、よりの確な記載を促すものとして、判定の質向上に寄与することが期待される。「日常生活に関する照会票案」は、日常生活の状況について詳細な確認が必要となった場合に、照会によって補足情報を得るために用いる。「等級判定の目安となる事例集案」は、判定医が等級を判断する際の参考資料として活用され、判定の標準化に寄与すると思われる。

模擬症例を用いた一致度調査では、軽度知的障害および神経性やせ症の模擬症例において、特別児童扶養手当と障害基礎年金の等級判定が一致しなかった。この背景には、障害基礎年金における日常生活能力の判定が単身生活を前提としているのに対し、特別児童扶養手当の判定では保護者の見守り下での家庭生活や、年齢に応じた通常の学校・保育園を利用した生活を前提としている点が影響していると考えられ、妥当性を損ねるものではな

いと思われた。

これら2例を除けば、模擬症例における判定は概ね一致しており、本研究で開発した特別児童扶養手当の等級判定ガイドラインは、障害基礎年金と同等の重症度を想定した基準となっていると考えられる。

E. 結論

本研究によって、特別児童扶養手当（精神の障害）の等級判定にあたって、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案に沿って判定医が判定するという流れの妥当性および障害基礎年金の判定との整合性を示すことができた。さらに、「診断書記載要領案」、「日常生活に関する照会票案」、「等級判定の目安となる事例集案」を補助的に用いることによって、診断書の記載および等級判定がより適切に行われることが期待される。

資料として、本研究で作成および最終調整を行った書式を巻末に添付する（資料1～5）。

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

本研究に関連する論文はなし

2. 学会発表

本研究に関連する学会発表はなし

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

1. 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～5 年度 総合研究報告書
- [4] 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”（令和 28 年 9 月）
<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyuseido/shougainenkin/ninteikijun/20160715.files/A.pdf>（参照 2025-4-17）

分担研究報告書

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を
補助するための情報ツール作成のための研究

研究分担者 篠山 大明（信州大学医学部精神医学教室）

研究要旨

本研究は、先行研究で作成された認定診断書および等級判定ガイドラインの改定案をもとに、以下の取り組みを行うことを目的とした。すなわち、①「診断書記載要領案」の作成、②「等級判定の目安となる事例集案」の作成、③「認定診断書改訂案」および「等級判定ガイドライン案」の最終調整、④「日常生活に関する照会票案」の作成、⑤障害基礎年金（精神の障害）の等級判定との一致度に関する調査である。これらの取り組みの結果、研究班での検討を経て、「診断書記載要領案」、「等級判定の目安となる事例集案」、「等級判定ガイドライン案」、「日常生活に関する照会票案」が作成された。さらに、19～20歳の模擬症例11例について、特別児童扶養手当の認定診断書改訂案および障害基礎年金の診断書を用いて等級判定を実施した結果、両者の等級判定は概ね一致し、両制度の間で重症度の捉え方に大きな相違はないことが示唆された。今後は、本研究で作成した各種案を活用し、現行の判定基準に与える具体的な影響を検証するとともに、実用化に向けた検討を進めていくことが求められる。

A. 研究目的

本研究は、障害基礎年金（精神の障害）との整合性を確保した判定を可能とする、特別児童扶養手当（精神の障害）に関する等級判定ガイドラインの開発を目的とする。先行研究である令和2～3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]および令和4～5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」[2]において作成された「認定診断書改訂案」お

よび「等級判定ガイドライン案」を基に、以下の5点を行うことを主たる目的とする。

- ① 「診断書記載要領案」の作成
- ② 「等級判定の目安となる事例集案」の作成
- ③ 「日常生活に関する照会票案」の作成
- ④ 「認定診断書改訂案」および「等級判定ガイドライン案」の最終調整
- ⑤ 障害基礎年金（精神の障害）の等級判定との一致度に関する調査

B. 研究方法

研究班において検討を重ねたうえで、以

下の文書を作成した：

- ① 「診断書記載要領案」
- ② 「等級判定の目安となる事例集案」
- ③ 「日常生活に関する照会票案」

さらに、「認定診断書改訂案」および「等級判定ガイドライン案」の最終調整を行い、必要な改定を加えた。

また、19～20歳の模擬症例11例を作成し、各症例について「特別児童扶養手当の認定診断書改訂案」および障害基礎年金の診断書を記載した。記載された各診断書に基づき、特別児童扶養手当については等級判定ガイドライン案に従い、障害基礎年金については障害基礎年金の等級判定ガイドライン[3]に従って、それぞれ等級判定を実施した。得られた等級判定結果をもとに、同一症例における特別児童扶養手当判定と障害基礎年金判定の一致度を検証した。なお、模擬症例の作成、診断書の記載、ならびに等級判定は、いずれも児童精神科領域で診療経験を有する本研究班所属の医師が担当した。また、同一の模擬症例に関しては、症例作成、診断書記載、特別児童扶養手当の等級判定、障害基礎年金の等級判定をそれぞれ別の医師が担当する体制とした。

(倫理的配慮)

本研究では個人情報を取り扱わないため、倫理的配慮は必要としない。

C. 研究結果

診断書記載要領案(資料1)、等級判定の目安となる事例集案(資料2)、認定診断書改訂案(資料3)、精神の障害に係る等級判定ガイドライン案(資料4)、日常生活に関する照会票案(資料5)を示す。

19～20歳の模擬症例11例に対する等級判定結果を表1に示す。11症例中、9症例において特別児童扶養手当と障害基礎年金の等級判定が一致していた。判定が一致しなかった2症例は、それぞれ軽度知的障害、神経性やせ症の模擬症例であった。

表1：19～20歳の模擬症例における特別児童扶養手当判定と障害基礎年金判定

症例	診断 [†]	等級判定	
		特児	年金
1	F7	1級	1級
2	F7	2級	2級
3	F7	非	2級
4	F8	1級	1級
5	F8	2級	2級
6	F8	非	非
7	F9	2級	2級
8	F9	2級	2級
9	F9	非	非
10	F4	2級	2級
11	F5	2級	非

特児：特別児童扶養手当

年金：障害基礎年金

非：非該当

[†]ICD-10に基づく診断分類

なお、現行の特別児童扶養手当認定においては「知的障害・精神の障害用」の診断書が用いられているが、認定要領上、「知的障害」は「精神の障害」の区分に含まれるとされている。このため、認定診断書改訂案は「精神の障害用」とした。

D. 考察

令和4～5年度に行われた厚生労働科学

研究費補助金(障害者政策総合研究事業)による先行研究「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」[2]においては、「特別児童扶養手当(精神の障害)に係る等級判定ガイドライン素案」および「認定診断書改定案」の作成と、それらの信頼性・妥当性の検証が行われた。

本研究では、これに引き続き、「診断書記載要領案」「等級判定の目安となる事例集案」「日常生活に関する照会票案」を新たに作成した。また、先行研究で作成された「等級判定ガイドライン素案」および「認定診断書改定案」については、最終調整を行い、改訂を加えた。さらに、障害基礎年金の等級判定との一致度調査を実施し、その結果を踏まえ、障害基礎年金との整合性を確保したガイドライン素案等を完成させた。

先行研究においては、「日常生活総合スコア」と「障害のため要する援助の程度」を用いた基準を設定することで、判定作業の標準化が図られ、判定のぶれを軽減し、一定の判定精度を担保することが可能となった。しかし、スコアに基づく判定表はあくまで目安に過ぎず、正確かつ適切な等級判定を行うためには、診断書記載内容に基づき「考慮すべき要素」を適切に抽出し、その他の関連情報と併せて総合的に評価することが不可欠である。

そのためには、診断書に、障害の状況や日常生活上の支障について、具体的かつ詳細な記載が行われていることが重要となる。本研究において作成した「診断書記載要領案」は、診断書作成時に記載すべき情報の具体性を高め、よりの確な記載を促すものとして、判定の質向上に寄与することが期待

される。

しかしながら、診断書の記載内容のみでは日常生活における実態を正確に把握することが困難な場合もある。そこで、本研究では「日常生活に関する照会票案」を作成し、日常生活の状況について詳細な確認が必要となった場合に、照会によって補足情報を得られる体制を整えた。加えて、「等級判定の目安となる事例集案」は、判定医が等級を判断する際の参考資料として活用され、判定の標準化に寄与することが期待される。

軽度知的障害および神経性やせ症の模擬症例においては、特別児童扶養手当と障害基礎年金の等級判定が一致しないケースが確認された。この背景には、障害基礎年金における日常生活能力の判定が「単身生活」を前提としているのに対し、特別児童扶養手当の判定では「認定診断書改訂案」(資料3)の「記入上の注意」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や、年齢に応じた通常の学校・保育園を利用した生活を前提としている点が影響していると考えられる。

軽度知的障害のある児童については、必要な支援体制が整備されれば、保護者への負担は比較的軽減される。一方で、軽度知的障害のある成人が独立して生活し、就労を継続することは容易ではない。このような背景から、本研究で取り上げた模擬症例において、特別児童扶養手当では非該当と判定されたにもかかわらず、障害基礎年金では2級と判定されたことは、妥当な結果であったと考えられる。

それに対し、神経性やせ症については、保護者が日常生活において多大な負担を負っていることが、特別児童扶養手当の2級判

定につながったと推察される。具体的には、保護者はカロリー計算を含めた食事の準備、摂取の見守り、医療機関への付き添い、日常的なケアを担う必要があり、これらは就労との両立を困難にする要因ともなる。一方で、神経性やせ症は極度の低栄養状態に至らない限り、社会生活や基本的な生活動作に持続的な支障をきたす疾患ではないため、障害基礎年金の等級判定に必要となる日常生活能力の低下を示すことは難しい。このため、障害基礎年金の対象とはなりにくいと考えられる。

以上のように、保護者の支援負担に着目する特別児童扶養手当と、障害者本人の生活保障を目的とする障害基礎年金では、等級判定が一致しないケースが生じることは当然であり、本研究の結果もこの点を反映している。一方で、上記 2 例を除けば、模擬症例における判定は概ね一致しており、本研究で開発した特別児童扶養手当の等級判定ガイドラインは、障害基礎年金と同等の重症度を想定した基準となっていることが示唆される。

今後、本研究で作成されたガイドラインを実際の判定に活用する際の運用上の課題を明らかにし、活用することによる現行の判定基準への具体的な影響度を把握することが求められる。

E. 結論

本研究では、特別児童扶養手当（精神の障害）の診断書記載要領案、等級判定の目安となる事例集案、日常生活に関する照会票案を新たに作成するとともに、先行研究にて作成された認定診断書改訂案および等級判定ガイドライン案の最終調整を行った。ま

た、障害基礎年金の等級判定との一致度を模擬症例で検証した結果、特別児童扶養手当の等級判定と障害基礎年金の等級判定は概ね一致し、両者が同等の重症度を想定していることが示唆された。今後は、本研究で作成した各種案を活用し、現行制度への適用可能性を検証しつつ、実務上の有効性と妥当性を確認することで、特別児童扶養手当の認定事務の更なる適正化が期待される。

E. 参考文献

- [1] 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
- [2] 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～5 年度総合研究報告書
- [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”（令和 28 年 9 月）. <https://www.nenkin.go.jp/service/jukyuseido/shougainenkin/ninteikijun/20160715.files/A.pdf>（参照 2025-4-17）.

特別児童扶養手当（精神の障害）の診断書記載要領 ～記載にあたって留意していただきたいポイント～

日頃より、特別児童扶養手当用診断書の作成にご協力を賜り誠にありがとうございます。

精神の障害に対する特別児童扶養手当は、精神障害、知的障害又は発達障害を有する児童を家庭で監護、養育している父母等に、障害の程度に応じて手当を支給することにより、これらの児童の福祉の増進を図ることを目的に支給するものです。

適切な障害等級の決定にあたっては、作成していただく診断書の内容ができるかぎり詳細かつ具体的に記載されていることが大変重要になります。

診断書作成時に留意していただきたい事項について、記載欄ごとにまとめましたので、参考としてください。

【この診断書で確認すること】

精神の障害に起因する日常生活の制限の度合いを確認します。そのため診断書（精神の障害用）では、以下の内容を確認するための記載項目を設けております。

1. 精神の障害の存在、その病状及び重症度
〔例えば、⑥～⑪欄「現在の病状又は状態像」〕
2. 日常生活及び社会生活上の制限の度合い
〔例えば、⑤イ「教育歴」、⑫「日常生活能力の判定」〕

※確認にあたっては、診断名や病歴・治療経過・病状等の内容と日常生活能力に関する評価について、齟齬や矛盾がなく、整合性があるか、という点にも着目して行います。

①障害の原因となった主な傷病名～④合併症及びそれが明らかになった年月

〔記載例〕

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	自閉スペクトラム症 ICD-10コード(F84.0)		
② 傷病発生年月 (明らかになった年月)	主な精神障害 (平成 29年10月)	③ ①のため初めて医師の 診断を受けた日 (平成 2年 5月 17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 29年10月)	身体障害	(平成 年 月)

- 「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(精神の障害)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 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 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 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別児童扶養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」とはあくまで特別児童扶養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

〔記載例〕

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	〇〇 〇〇	患者との続柄	母																																				
<p>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。)</p> <p>妊娠周産期には光線療法を受けた他には、特記すべき異常なし。1歳6ヶ月健診にて言語発達の遅滞を指摘され、発達センターへの相談、通所を開始した。3歳時に発達センターにて医師の診察を受け、自閉症、知的障害の診断を受けたという。年中より加配つきで幼稚園への通園を開始。年長になって、嫌いな音を出す人を叩いたりする行動が見られるようになったため、当院を紹介初診、以後通院を継続している。 特別支援学校小学部に入学、感覚の過敏性が増したため、抗精神病薬の投与を開始している。</p>		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)																																							
<p>エ 発病以来の主な治療歴</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>(病院等の名称)</th> <th>(治療期間)</th> <th>(入院・入所/外来・通所)</th> <th>(病名)</th> <th>(主な療法)</th> <th>(転帰)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(ア) 発達センター</td> <td>令和2年5月～ 年 月</td> <td>入/外</td> <td>自閉症、知的障害</td> <td>不詳</td> <td>不詳</td> </tr> <tr> <td>(イ) Dクリニック</td> <td>令和4年6月～ 年 月</td> <td>入/外</td> <td>自閉スペクトラム症</td> <td>発達相談、薬物療法</td> <td>不詳</td> </tr> <tr> <td>(ウ)</td> <td>年 月～ 年 月</td> <td>入/外</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(エ)</td> <td>年 月～ 年 月</td> <td>入/外</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(オ)</td> <td>年 月～ 年 月</td> <td>入/外</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		(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) 発達センター	令和2年5月～ 年 月	入/外	自閉症、知的障害	不詳	不詳	(イ) Dクリニック	令和4年6月～ 年 月	入/外	自閉スペクトラム症	発達相談、薬物療法	不詳	(ウ)	年 月～ 年 月	入/外				(エ)	年 月～ 年 月	入/外				(オ)	年 月～ 年 月	入/外				ウ 現在の福祉サービス等の利用状況			
		(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) 発達センター	令和2年5月～ 年 月	入/外	自閉症、知的障害	不詳	不詳																																		
(イ) Dクリニック	令和4年6月～ 年 月	入/外	自閉スペクトラム症	発達相談、薬物療法	不詳																																				
(ウ)	年 月～ 年 月	入/外																																							
(エ)	年 月～ 年 月	入/外																																							
(オ)	年 月～ 年 月	入/外																																							
行動支援 あり <input checked="" type="checkbox"/>																																									
ショートステイ あり <input checked="" type="checkbox"/>																																									
訪問看護 あり <input checked="" type="checkbox"/>																																									
その他 ()																																									

- 「⑤ 発育・養育歴と発病以来の病状と経過」欄は、「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。
- 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。
- 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○で囲い括弧内に具体的にその状況を記載してください。

- 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、児童福祉法また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や、訪問看護ステーションを利用している場合などに記載してください。
- 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、診療機能のある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。

⑥～⑪ 障害の状態

〔記載例〕

障害の状態(令和 7 年 7 月 10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 (○) DQ 28) 療育手帳 (有) 無) テスト方式 (田中ビネーV) テスト不能 判定 (最重度、 <u>軽度</u> 、中度、軽度) 判定年月日 (平成 <u>令和</u> 5 年 12 月 19 日)	知能検査は当院にて実施。 自発語は限られた単語のみ。二語文をエコラリア、遅延エコラリアで発声することがある。極簡単な言葉は理解できる。聴覚に関する強い過敏性を認める。易刺激性に対して、アリピプラゾール15mg/日の投与を行っている。 反復的なジャンプや椅子を回し続けるなどの常同的な行動を認める。
	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 ()	乳児の泣き声など嫌いな音を聞くとき飛びそうとすることがある。また介助を拒み家人を叩く行動がみられる。
	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	乳児の泣き声など嫌いな音を聞くとき飛びそうとすることがある。また介助を拒み家人を叩く行動がみられる。
	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)	何かに夢中になっているときなどに、尿、便を失禁することがある。摂食の速度のコントロールが難しく、口に詰め込みすぎてむせてしまうことがある。
	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 ⑬ 排泄の問題(尿失禁・便失禁・便秘等・その他) ⑭ 食事の問題(拒食・異食・大食・小食・偏食・その他) 19 その他 ()		

- 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てください。
- 幼児の場合は、定型発達との違いが明確に伝わるように記載してください。
- 「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。
- 「⑨ 意識障害・てんかん」の「5 てんかん発作」に○をつけた場合、以下の項目を記入してください：
 - ・ 発作のタイプ(下記の分類を参照)
 - ・ 発作の頻度
 - ・ 最終発作の時期

発作のタイプは以下のいずれかに分類してください：

- 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

- 「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「1 暴行(家庭内・家庭外)・暴言(家庭内・家庭外)」「3 放火・弄火」、「6 反抗・挑発」、「8 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)。
- 「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。

⑫日常生活能力の判定

〔記載例〕

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・ 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。 身辺自立動作は一部獲得されているが、常時の見守りとしばしば身体介助を要する。 ごく簡単な音声言語による会話が可能である。外出時には突然走り出したりすることもあり、常に付き添いを要する。 集団の中で過ごすことはできるが、積極的な対人交流はない。			

- 「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りますので、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。
- 診察時（来院時）の一時的な状態ではなく、現症日以前1年程度での障害状態の変動について、症状の好転と増悪の両方を勘案した上で、当てはまるものをご判断ください。
- 支援が常態化した環境下で日常生活が安定している場合でも、一般的な年齢相応の対応で特別な支援がない状況で生活した場合を想定し、その場合の日常生活能力について記載してください。

⑬障害のため要する援助の程度

〔記載例〕

<p>⑬障害のため要する援助の程度(状態をもっとも適切に記載できる〈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。)</p>	<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> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。) 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。) 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。) 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>〈知的障害〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。) 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。) 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。) 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。)
---	--

- 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。

《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>(1)</p>	<p>精神障害を認めるが、家庭生活や社会生活は年齢相応にできる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 年齢相応に、食事摂取、用便の始末、衣服の着脱、買い物や交通機関の利用、家族との会話、家族以外の者との会話、危険物の理解、集団生活への適応ができる。 ● 精神障害を持たない児童と同じように家庭生活及び社会生活を送ることができる。
<p>(2)</p>	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことが概ね年齢相応にできるが、時に特別な支援を必要とする場合がある。 ● 例えば、一般的な活動は年齢相応にできるが、過大なストレスがかかる状況では特別な対応が必要となる。 ● 日常的な活動は年齢相応を行えるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。ひきこもりは顕著ではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が年齢相応に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ同年代に合わせることができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。社会生活の中で年齢不相応な行動をとってしまうことは少ない。
<p>(3)</p>	<p>精神障害を認め、家庭内での単純な生活はできるが、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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことは行うためには、特別な支援を必要とする場合が多い。 ● 例えば、習慣化された活動は年齢相応にできるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合には特別な対応が必要となる。食事を適切にとるために、常に助言などの支援を必要とする。身辺の清潔保持が年齢相応にはできない。対人交流が乏しいか、ひきこもっている。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が年齢相応にできないことがある。行動のテンポが同年代の他の児童と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。社会生活の中で年齢不相応にその場に適さない行動をとってしまうことがある。
<p>(4)</p>	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことは経常的な援助がなければできない。 ● 例えば、家族、医療・福祉関係者以外との交流ができない。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が年齢不相応に不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが同年代のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で病状の再燃や悪化を来しやすい。日常生活の中で年齢不相応にその場に適さない行動をとってしまいがちである。
<p>(5)</p>	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことは援助があってもほとんどできない。 ● 入院・入所施設内においては、病棟内・施設内で常時個別の援助を必要とする。在宅の場合においては、年齢相応な活動はできず、食事や身辺の清潔保持も年齢相応には行えず、常時の援助を必要とする。

《知的障害》

<p>(1)</p>	<p>知的障害を認めるが、家庭生活や社会生活は年齢相応にできる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 年齢相応に、食事摂取、用便の始末、衣服の着脱、買い物や交通機関の利用、家族との会話、家族以外の者との会話、危険物の理解、集団生活への適応ができる。 ● 知的障害を持たない児童と同じように家庭生活及び社会生活を送ることができる。
<p>(2)</p>	<p>知的障害を認め、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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことが概ね年齢相応にできるが、時に特別な支援を必要とする場合がある。 ● 日常会話はほぼ年齢相応にできるが、込み入った話は年齢に比して困難である。読み書きの能力は年齢相応にやや劣る。 ● 日常的な活動は年齢相応を行えるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。ひきこもりは顕著ではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が年齢相応に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ同年代に合わせることができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。社会生活の中で年齢不相応な行動をとってしまうことは少ない。
<p>(3)</p>	<p>知的障害を認め、家庭内での単純な生活はできるが、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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことは行うためには、特別な支援を必要とする場合が多い。 ● 具体的な事柄についての理解や簡単な日常会話はできるが、声かけなどの配慮が必要である。読み書きや計算は年齢相応にはできない。 ● 例えば、習慣化された活動は年齢相応にできるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合には特別な対応が必要となる。食事を適切にとるために、常に助言などの支援を必要とする。身の清潔保持が年齢相応にはできない。対人交流が乏しいか、ひきこもっている。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が年齢相応にできないことがある。行動のテンポが同年代の他の児童と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。社会生活の中で年齢不相応にその場に適さない行動をとってしまうことがある。
<p>(4)</p>	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことは経常的な援助がなければできない。 ● 簡単な日常会話はできて読み書きや計算は年齢相応にはできない。生活習慣になっていることであれば、言葉での指示を理解し、ごく身近なことについては、身振りや短い言葉で自ら表現することができる。日常生活では、経常的な支援を必要とする。 ● 例えば、家族、医療・福祉関係者以外との交流ができない。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が年齢不相応に不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが同年代のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で病状の再燃や悪化を来しやすい。日常生活の中で年齢不相応にその場に適さない行動をとってしまいがちである。
<p>(5)</p>	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> ● (1)のことは援助があってもほとんどできない。 ● 言葉の理解も困難またはごく身近なことに限定されており、意思表示はごく簡単なものに限られる。 ● 入院・入所施設内においては、病棟内・施設内で常時個別の援助を必要とする。在宅の場合においては、年齢相応な活動はできず、食事や身の清潔保持も年齢相応には行えず、常時の援助を必要とする。

⑭医学的総合判定

〔記載例〕

⑭医学的総合判定 (必ず記入してください)	自閉スペクトラム症と重度知的障害のため、身辺自立動作は一部獲得されているが、常時の見守りとしばしば身体介助を要する。外出時の突発的な行動などのため、外出時には常に付き添いが必要で、買い物への同行が困難となるなど、養育の負担は大きい。
--------------------------	--

- 「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。

⑮備考

〔記載例〕

⑮備考	適切な支援が提供されている環境下で比較的日常生活は安定しているが、引き続きの支援が欠かせない。現在、両親、9歳上の姉（重度知的障害で特別支援学校高等部在籍）、6歳上の兄（中3）、父方祖母（要介護1）との6人暮らし。
-----	---

- 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。
- 継続的治療が必要な疾患にもかかわらず、診断書作成を依頼する目的以外では来院していない場合は、問診により把握できた範囲で、未受診の背景（例えば、民間療法を行っていた等）について記入してください。

特別児童扶養手当（精神の障害） 等級判定の目安となる事例集

令和6年度厚生労働行政推進調査事業

「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を
補助するための情報ツール作成のための研究」

目次

I.	特別児童扶養手当 1級該当事例	
①	症例A : ICD-10 F7 事例	3
②	症例B : ICD-10 F8 事例	7
II.	特別児童扶養手当 2級該当事例	
①	症例C : ICD-10 F7 事例	12
②	症例D : ICD-10 F7 事例	15
③	症例E : ICD-10 F8 事例	18
④	症例F : ICD-10 F8 事例	23
⑤	症例G : ICD-10 F9 事例	27
⑥	症例H : ICD-10 F9 事例	30
⑦	症例I : ICD-10 F4 事例	33
⑧	症例J : ICD-10 F5 事例	36
III.	特別児童扶養手当 等級非該事例	
①	症例K : ICD-10 F7 事例	40
②	症例L : ICD-10 F8 事例	42
③	症例M : ICD-10 F9 事例	45

(1級該当事例)

症例-A

- A：11歳（小学6年生）の女子
- 主訴：身の回りのことがほとんどできない。家の中で母から離れることが難しい。
- 家族歴：母親とAの2人家族。母はAの出生前は事務職をしていたが、出産を機に退職。最近パートで事務職を始めた。自分は気が弱く細かいことが気になってしまう性格だと述べる。父はエンジニア。マイペースな人で、家にいるときもほとんどAに関わることはなかったという。Aも自分から父に近づいていくことはなかった。育児への協力を巡って母と不仲となり離婚。多額ではないが、養育費の支払いはなされている。面会交流は1回のみ実施。父方祖父母は二人とも病気で亡くなっている。母方祖父母は隣の県にすんでおり、時に祖母が手伝いに来てくれることがある。Aは祖母の来訪を楽しみにしている様子がある。
- 乳幼児期の発達： 妊娠中にダウン症候群候群と心疾患の可能性を指摘されていた。出生後すぐにダウン症候群候群と診断されNICUに入院。フォロー四徴症を伴うことがわかった。2ヶ月後に退院し、定期的にフォローを受け、1歳を過ぎて根治術を実施。以後、心機能の経過は順調である。定額10ヶ月、1歳6ヶ月頃にはハイハイができるようになり、2歳8ヶ月で歩けるようになった。2歳過ぎから喃語が増え、いろいろな音を出せるようになってきているが、現在まで発語はない。一方で両親は、早い時期から周囲の人の話している言葉はなんとなくわかっているように感じており、2歳までにはパパ、ママをはじめ、いくつかの物の名前はわかっているようだった。表情も豊かで、2歳6ヶ月頃からは興味のあるものや欲しいものを自分から指さすようになった。しゃべれないけれど、何をして欲しいのかわかる子どもだったという。この頃は風邪を引きやすく、外出することはできるだけ避けるようにしていた。小児科などに通院しながら、理学療法、言語聴覚療法を受けていた。3歳2ヶ月より児童発達支援センターに母子で通所を始めたが、最初はなかなか慣れず、母にぴったりくっついて離れなかった。しかし他の子どもが遊んでいる様子などには興味があるようで、ニコニコしながら眺めていたという。手先は極端に不器用で、4歳を過ぎてもスプーンが上手く使えず、介助が必要だった。年長で保育園に入園。加配の保育士がついていた。通園を始めたときには別れ際にベソベソ泣くことが続き、半年以上それが続いた。園の中では活発に動くことはなかったものの、おおむね機嫌良く過ごし、他の子どもが近づいてくるのも嫌がらなかった。しかしこの頃から家に居る間は、ずっと母の近くで過ごすこと

を好むようになり、なかなか離れようとせず、母はトイレに行くのも難しいくらいだった。

- 小学校入学後の経過：小学校は特別支援学校小学部に入学。学校にもはじめはなかなか慣れず、べそをかくことが多かったが、ゆっくりとなれていき、担任らとの関わりを楽しめるようになった。登校を嫌がることはなかったが、登校前や下校後に母を追いかけることはずっと続いていた。食器を使うことはなかなか難しかったが、すくいやすいものは上持ちのスプーンですくって食べられるようになったが、すぐに手づかみになってしまうことが続いた。育児の負担は大きく母は父に協力を求めたが、父の接し方は変化せず離婚となった。離婚前には口論などはあったが、激しい怒鳴りあいや暴力などはなかったという。離婚の成立と同時に父が転居。Aと母はもとの賃貸アパートに残った。小学部5年生になって母はパートの事務職員として働き始めた。同時に放課後等デイサービスの利用を開始。学校にお迎えがくると喜んでいくようになり、デイサービスは気に入っているようだった。しかし帰宅後の母への執着は著しく強くなり、母の体や衣服を片時も手放そうとしないことが続いた。また食事も自宅では全く食器を持とうとしなくなり、母に食べさせてもらうことを頑固に求めるようになった。母の疲労も強くなり、小児科主治医より紹介、児童精神科初診となった。
- 初診時（令和2年6月9日（小5））およびその後数回の評価面接時に得られた情報：ダウン症候群ということもあり、小さい頃から発達はとても遅くて、体を動かすことも苦手な子どもだった。いまでも手先はすごく不器用で、歩くのも遅い。今も言葉は話さないが、指さしや身振り、表情などを見ているとその時の気持ちややって欲しいことはだいたいわかると母はいう。大人が言っていることはよくわかっていて、頼むといろいろな物を持ってきてくれたり、お手伝いをしてくれることもある。けれど今は家の中で、母からちょっとでも離れるととても悲しそうな顔をしたり泣き出したりする。特に休みの日はそれが一日続くので、母はかなり戸惑っているよう。学校は好きで、行かないといけないとも思っているようで、通学バスに乗るのは嫌がらない。身の回りのことはほとんどできないので、食事も着替えもトイレも自宅では全部母が介助している。夜は寝入るまで母が付き添っている必要はあるが、よく眠れている。食欲にも大きな変化はない。
- 既往歴：予防接種は全て行っている。けいれん、てんかんの既往はない。心機能にも問題なく、それによる運動の制限はない。現在のところ視力、聴力に異常はない。
- 検査所見：9歳6ヶ月時に実施された療育手帳の更新判定では、田中ビネーV式知能検査で知能指数15であった。この結果についてはE県F児童相談所より、文書で情報提供を受けた。以前に小児科でおこなわれた頭部MRIでは特に異常はないとされている。甲状腺機能も正常範囲内であった。

- 診断：主診断⇒最重度知的障害<精神遅滞>（ICD-10コードF73.1）
併存症⇒ダウン症候群（ICD-10コードQ90.0）
- 初診後の治療歴：ダウン症候群の子どもは、大きな環境の変化の後に、なかなか馴染めないことがあり、しばらくいつも通りの行動ができなくなることがあることを説明。父の不在、放課後等デイサービスの利用開始など、本人にとっては変化が大きかったのではないかと話した。幸い学校も放課後等デイサービスも嫌いなわけではなさそうなので、現在の暮らし方にもいずれ慣れていけるのではないかと伝えた。母の負担の大きさに対しては、土曜日にも放課後等デイサービスに行くことを勧め、利用を開始した。そのかわりに水曜日の母の勤務を短縮してもらい、放課後等デイサービスに行かずに帰宅する日を設定した。またAが今の生活に慣れるまで、可能な範囲で祖母にもできるだけ手伝ってもらえるように母から依頼し、月に1週間ほど来てもらうことになった。その後、徐々に新しい生活にも慣れてきたのか、家の中で母について回る行動は以前のように続いているが、徐々に切迫した感じはなくなり、しばらくの間なら平気で離れていられるようになった。
- 認定診断書作成時（令和3年5月14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？》「はい、現在はほとんど私が食べさせています。学校では自分でスプーンを使うこともあります。舌で食べ物を押し出してしまうこともあるので、なかなか大変です。」
 - 《トイレは？特に大便の排泄時にはどうですか？》「ずっとオムツを使っていますが、連れて行けばトイレでおしっこができることもあります。お尻を拭くことはできません。夜もよくオムツが濡れています。」
 - 《毎朝の着替えは一人でやれますか？》「ズボンやスカートを脱ぐことはできます。靴下を脱いでしまうこともありますが、ズボンやシャツを着ることはできません。着せようとするとう足を上げたり、腕を伸ばしたりして協力はしてくれます。」
 - 《買い物や電車などでのお出かけの際にはいかがですか？》「もちろんまだ1人で買い物したり、バスや電車に乗ったりすることはできません。買い物とかお金とかの意味はわかっていないと思います。」
 - 《ご家族とAさんとの会話などコミュニケーションはいかがですか？》「言葉を話すことはありませんが、こちらの言うことは簡単なことならだいたいわかっているような気がします。指をさしたり、頷いたり、首を振ったりしてくれるので、何をしたいかは私にはだいたいわかります。おばあちゃんはやっとわかりにくいこと

もあるようです。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか?》「学校の先生には慣れているので、よく近づいていってあれこれとお願いしているようですが、もちろん会話にはなっていません。」

《文字の読み書きはできますか》全く読み書きできません。

《数はわかりますか》小さな数でもわかりません。

《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?》「あまり急に動くことがないので、普段危ない感じはしません。ただ火や刃物があぶないということは理解しているかどうか、わかりません。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか?》「学校は好きなので、なんとなく馴染んでいる感じはあります。みんなで教室を移動したりするときも、歩くのはゆっくりですが遅れずについて行こうとはしているようです。ただ自分から友達に関わっていくことは少ないようです。放課後等デイサービスにも大分馴染んではきています。」

以上

(1級該当事例)

症例-B

- B：診断書記入時8歳（小学3年生）の男子
- 主訴：家での不穏興奮、音への過敏、ベビーカーを倒してしまう、食べ物をどんでん口に詰め込んでしまう、発達の遅れ、こだわり。
- 家族歴：両親本人、小学校1年の妹の4人家族。父親は会社員で母親は主婦。
- 乳幼児期の発達：妊娠経過に異常はなかった。出産は在胎40週の正常分娩で出生時体重は2940g、仮死はなかった。黄疸が強く1日だけ光線療法を行った哺育は母乳。母親とは視線が合ったが、父親や時折訪ねてくる母方祖母からは視線が合わないと指摘されたことがあった。母親が呼んでも振り向いたり振り向かなかったりがあった。始歩は1歳2ヶ月、始語は4歳、現在コマースシャルのフレーズやオウムガエシでの2語文はあるが自発語は単語レベル。母親があやしても反応がないことが多かった。喃語もなかった。人見知りはなく、むしろ人を人として意識していないようにも見えた。母親がトイレへ行ったり、宅配便への対応で玄関に行ったりするときも、後追いはなく、何事もないかのようにすごしていた。後から思うと喜怒哀楽などの表情は時折奇声を発する以外は乏しかった。他の赤ちゃんの泣き声やバイクの音に反応して奇声をあげ不穏となることがあり、年長年齢位からは嫌いな音に対して耳をふさぐようになった。欲しいものがあると母親の手をひく動作は2歳頃からあったが、指さしは遅く5歳すぎだったと思う。1歳半健診にて言葉の遅れ等を指摘され発達センターへ相談することになった。特定のおもちゃをいつも持っていて、目の前で振ったりしていた。公園などへ行くと、他児へは興味がなく、ずっと砂をいじったりしていた。母親に抱かれた乳幼児が泣いたりバイクがそばを通っても奇声をあげて嫌がっていた。発達センターでは療育を勧められ、2歳から個別の言語指導、心理指導を受け、3歳からは集団での療育を開始した。発達センターの医師の診察があり、自閉症と知的障害を診断として告げられた。年少年齢から幼稚園への入園を希望したが、面接などを経て入園がかなわず、4歳になり公立の幼稚園へ個別支援の先生をつけて入園がなかった。入園当初は他児への興味はほとんどなく集団活動はできなかったが、しばらくすると、他児が運動をする時に園庭を走り回ったりした。2人組で手をつなぐのを支援の先生の橋渡しで他児と手をつないで一緒に走らせようとしたが手をつなぐのを嫌がった。特定の音は嫌で、体育指導の先生の笛（ホイッスル）は嫌いなため1回で笛を使用するのはやめてもらった。運動会でも走るときはピストルの使用は幼稚園全体でやめてくれ、幼稚園担任が合図の手をふりおろすことでスタート

した。クラスでのリズムダンスでは支援の先生のつきそいで一部模倣ができ、他はぐるぐる回っていた。自分の気に入ったおもちゃが特定の場所にないとイライラしてしまいかんしゃくを起こしおもちゃを投げたりした。電気のスイッチを自分がつけたり消したりしたが、母親がやってしまうと不穏となった。排泄は、排尿は4歳頃自立したが、外出時など、事前にトイレにいかせようとするといやがり、バスや電車で尿を漏らしてしまったことが数回ある。便はズボンの中にしてしまうことが多いが排泄後はいじらず知らせる。イキム雰囲気はわかるので母親が気がつきトイレに連れていくとトイレで排泄する。食事はスプーンで自分で食べるが、偏食傾向あり生野菜は食べない。カレーやシチュー、肉じゃがは食べる。目の前にあるものを全部口の中につめこんでしまい、嚥下しきれずむせて出してしまうので食事は家族がつきっきりで対応している。5歳で年長年齢になると、音を出す人へ突進したり叩いたりが出現してきた。他児が鳴るおもちゃをならすとその児をたたいたり、おもちゃを叩き落としたりするようになった。療育先のすすめもあり平成29年10月25日児童精神科へ受診となった。

- 初診時（年長の10月）およびその後数回の評価面接時に得られた情報。上記乳幼児期の発達を聞き取った。母子で初診、医師が話しかけても視線は合わず、名前を尋ねても答えられなかった。呼名するとハイと手を挙げた。今日誰と来たの？には答えられず、医師が母親を指さしてこの人誰？と尋ねると「だれ」とオウムガエシで答えた。ママどこ？と尋ねても母親を指ささずママことオウムガエシで答えた。手をあげて、バンザイなどの言葉の指示へは無反応だったが、挙手やバンザイの模倣はできた。終了時バイバイと医師が言葉で言うと、バイバイと手を振った。口どこ？目どこ？と尋ねると、口を大きく開けたり、目を指さすことはできた。ミニカーのおもちゃを見せると手を伸ばして受け取り遊び、診察後に医師がミニカーちょうだいと言葉で伝えると渡してくれた。室内を動き回ることが多く、キャスター付きの椅子をくるくるまわしたり動かしたり、ジャンプしたりしていた。時折キーキーと発声した。発達歴、本人診察所見、下記検査結果より、自閉性障害、重度知的障害と診断し療育と幼稚園通園の継続をお勧めした。
- 小学校は特別支援学校へ入学。他児への興味は薄くあまり交流はないが、殴り書きをしたり、することはでき、体育などで走ることもできた。音楽の先生の鳴らす楽器の音や歌は不穏となることはなかったが、ホイッスルの音や、バイクの音、赤ちゃんの泣き声は嫌いで不穏となった。平成30年5月初診半年後に特別児童扶養手当の診断書を記入した（今回小3の更新の記入だが、バイアスがかからないように初回診断書内容は省略）。
- 小学校1年生の後半から音過敏が強くなり、イヤーマフ（耳を押さえる帽子）や、音響機器で気に入った音をイヤホンで聞かせるなど試みたが本人が装着をいやがった。リスペ

リドン1mgから最終3mg、切り替えてアリピプラゾール15mgまで増量した薬物療法はやや不穏のピークはやわらいだ様子だが音への過敏はかわらなかった。平成31年1月、小1の3学期、母親と外出中、泣いている赤ちゃんを乗せたままのベビーカーへ突進して突き飛ばしてしまうことがあった。その時は先方の保護者がベビーカーを押さえてことなきを得たが、追いついた母親が本人の手をしっかりとにぎり謝罪、本人は手をつながれるのは嫌がった。その時から遠くでベビーカーを見かけると、赤ちゃんが泣いていなくても突進しようとするようになり、母親が嫌がる本人をベビーカーが見えなくなるまで後ろから抱くように押さえなくてはならなくなった。児童精神科の入院施設のある病院への転医あるいは入院加療も考慮したが父母とも入院は希望されなかった。

- その後、地域のヘルパーさんなどもお願いして、外出は複数で対応するようになった。日常の買い物なども本人が登校している間に母親が済ませるようにしているが、夏休みなど長期の休みの折は父母と本人で外出するか、父親か母親が買い物をして、本人は自宅に置くかでなんとか対応をしていた。
- 既往歴：予防接種は本人が嫌がって暴れるが毎回行っている。2歳の時に風邪で39度台の発熱をしたときに1回だけ熱性けいれんがみられたが、その後はけいれんがない。母親としては風邪をひきやすい、気管支が弱いと感じているが喘息などの診断を受けたことはなく常時の服薬を必要としていない。
- 検査所見：初診後まもなく実施した検査所見：田中ビネーV（平成29年11月19日判定）、1，2歳の非言語的課題には応じる。「チップ差し」「積み木積み」「3種の型はめ」「用途による物の指示、歯ブラシのみ」「動物の見分け」「縦線を引く」「トンネル作り」「絵の組み合わせ」ができた。CA6歳3ヶ月、MA1歳9ヶ月、IQ28。薬物による沈静化した脳波所見、MRI所見は正常範囲内。
- 診断：主診断⇒広汎性発達障害（小児自閉症；ICD-10コードF84.0）
重度知的障害（介助あるいは治療を要するほどの顕著な行動障害ICD-10コードF72.1）
- 更新にあたっての認定診断書作成時（令和2年7月10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？》食事はスプーンで自分で食べます。口の中がいっぱいということがわからず、どんどん詰め込んでしまいウェット吐いてしまうことがたびたびあります。母親が横について、一度に口に入れる量をコントロールしようとはしますが時折不穏となり母親をたたくことがあります。

《トイレは？特に大便の排泄時にはどうですか？》排泄は自分で知らせるので連れていきます。便の拭くのは介助です。遊びなど何かに夢中になっていると便を漏らしてしまうことがあります。排尿は満タンでないと嫌なようで、電車に乗る前などトイレに行かせようとするのが嫌がり、結局電車で漏らしてしまうことが時々あります。

《毎朝の着替えは一人でやれますか？》脱ぐことはできます。私が向きをそろえて手渡してあげるとTシャツなどのかぶりものは着られますが向きを合わせて置いてあってもそれを持って着ることはできません。ズボンには自分でできません。母親が持ってあげると片足ずつ足を通すことはでき、最後の上にひっぱりあげることはできます。ボタンはつけることもはずすこともできません。

《買い物や電車などのお出かけの際にはいかがですか？》買い物は一緒に連れていきません。以前は欲しいものは母親の持つお店の籠に入れたりできていましたが、年長の頃スーパーでウィナーの試食をしたのをきっかけに、包んでいないものは食べいいとのマイルールができあがったようで、棚に並んでいるパンなど、目につくものは口に入れてしまいます。お店でも、電車でも泣くあかちゃんが嫌で、耳をふさいだりしていましたが、最近では泣いていない赤ちゃんの乗っているベビーカーへも向かっていくようになったため、父母で交代で買い物に行っています。

《ご家族とBくんとのお話などコミュニケーションはいかがですか？》オウムガエシが多いですが、一部返事をします。ジュースと牛乳を両方見せると欲しい方を指さします。母親の言う、ごはん、お風呂、外行くよなどの言葉は状況を示したりしなくて言葉でわかっています。

《ご家族以外の人との会話はどうですか？》学校での呼名に対しては、ハイと返事をしています。朝のオハヨウゴザイマスなどの定型的な挨拶はしているようです。他児からのかかわりには、ほとんど興味を示さないか、しつこくされると嫌がって手ではらいのけるような動作があります。体育等で手をつなぐ必要がある場合は嫌がってつながしません。

《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？》危険物はわからないようですが、火は怖がって触りません。以前外食して焼肉屋に行ったのですが鉄板の熱いのはわからず触って軽い火傷をしてしまいました。その後は触りません。信号はわからず、外出は音過敏での突然の行動があるためできるだけそばにいて付き添うようにしています。通常時は車がくると避けたりすることはできますが、音過敏で不穏となり突然走り出すときは交通量の多い道でも横切ろうとすることがあり、私が必至で押さえます。高いところは好きでジャングルジムや棚の上など喜んで良く上ります。不思議なことに落ちたことはあり

ません。

《集団生活へは適応していると言えそうですか?》他児との積極的な対人交流はほとんどないです。みんなと同じ場面にいることは特別嫌がりませんが、過度にかかわられると嫌なようです。担任はわかっているようで、他のクラスの担任と自分のクラスの担任では本人の表情が違っているとのこと。

以上

(2級該当事例)

症例-C

(聴取順に箇条書き)

- C：6歳の女子（平成26年8月27日生まれ）
- 主訴：発達遅れ。
- 家族歴：両親，姉とCの4人家族。父親は会社員。母親は専業主婦。姉は小学3年生で，発達や学業成績に特記すべきことはない。
- 乳幼児期の発達：母親が30歳のときにCを出産。妊娠中に特記すべきことはなかった。在胎40週で出生。出生時体重2880g。定頸は6ヵ月，ハイハイは1歳2ヵ月，つかまり立ちは1歳6ヵ月，始歩は1歳10ヵ月であった。始語は4歳1ヵ月で，最初の言葉は「マ」（母親）であった。目はよく合い，人懐こい笑顔を見せる子であった。
- 受診・相談等の経過：4ヵ月健診のとき，未定頸であったために翌月に経過健診を受けたが，そこでも未定頸であったため，療育機能のある地域の専門病院を紹介されて，平成27年3月14日（6ヵ月）に受診し，小児科医の診察を受けた。染色体検査では特に異常は見つからなかった。翌月から理学療法士および作業療法士による運動機能の訓練を月1回受けた。1歳10ヵ月のときに歩行できるようになったが，全体に低緊張で転びやすい状態が続いたため，作業療法士が月1回ほど訓練を継続した。小児科医の勧めで平成29年4月（2歳7ヵ月）から地域の児童発達支援センターに通所し始めた。当初は週1回の親子通所に通い，平成30年4月（3歳7ヵ月）からは毎日通所した。3歳5ヵ月のとき，意識消失して全身が強直し，その後けいれんが1分ほど見られた。脳波検査を行ったところ，全導出部位で棘波および不規則棘徐波複合が散見されたため，全般性強直間代発作であったと思われる。3歳7ヵ月（平成30年4月20日）のときにも同様の発作が見られたため，バルプロ酸ナトリウムの服用を開始したところ，その後は現在まで発作は見られていない。令和2年4月（5歳7ヵ月）から，地域の幼稚園に通った。通園に当たっては，Cのために支援員を1人つけてもらった。他の子どもと一緒にいることは楽しそうだが，一斉指示には従わず，自分のペースで遊ぶことが目立った。加配の支援員が他の子と同じ活動をさせようと手を引こうとすると，強く拒否して怒るということが徐々に増えた。令和2年6月（5歳9ヵ月）には，集団活動に参加させようとするとすぐに怒って叫んだり物を投げたりするようになったため，小児科医からの紹介で同じ病院の児童精神科に紹介され，令和2年9月4

日（6歳0か月）に児童精神科初診となった。

- 初診時およびその後数回の評価面接時に得られた情報：診察室ではニコニコと笑顔を見せながら、機嫌よく室内のおもちゃを手にとって遊んでいる。声をかけられたときに振り返って相手と目を合わせ、「ん？」と発声する様子は、自然な印象を受ける。発語は少ないが、質問に単語で答えることはある。母親と医師が会話している際、おもちゃを持って母親に近寄り、母親の背中をトントンと叩いて「ネエ」と声をかけ、母親が振り返るとおもちゃを見せ、母親が「いいね」と言うとニコッと笑って元の位置へ戻っていく、ということが何度か見られた。幼稚園でも、自由遊びの時間は機嫌よく穏やかに遊んでいるとのこと。しかし、集団活動のため遊びを中断して移動するよう促されたときなどに激しく怒ることが多いという。粘土遊びや製作の時間などは、自分で好き勝手に粘土をいじるのはよいが、何かの形を作ろうと支援員が手を出すと「イヤ」と大声を出し、その手をはねのける。そのような関わりへの拒否的な態度が、幼稚園入園後にとても目立つようになったとのことである。初診の直前は夏休みだったが、夏休み中、家では穏やかに過ごしており、カンシャクを起こすことはあまりなかった。
- 検査所見：初診後に行った田中ビネーV知能検査では、精神年齢（MA）1歳11ヵ月、IQ32であった（判定日：令和2年9月18日；6歳0ヵ月）。初診後に行った頭部MRIでは特に異常はなかった。
- 診断：主診断⇒重度知的障害（介助あるいは治療を要するほどの顕著な行動障害）
(ICD-10コードF72.1)
併存症⇒全般性特発性てんかん（ICD-10コードG40.3）
- 初診後の治療歴：カンシャクを起こすエピソードが概ね幼稚園の集団活動場面に限定していること、児童発達支援センターの親子通所するときには集団活動場面でも特に問題なく過ごせていたことから、幼稚園の集団活動場面の活動内容やCへの関わり方を見直す必要があるのではないかと母親に伝えた。児童発達支援センターの職員、地域の保健師、幼稚園の担当者、両親、主治医で支援会議を開き、幼稚園での関わり方について検討した。一見すると人懐こくて対人関係が良好であったため、幼稚園の担任や加配の支援者がCの言語指示や場面の理解について過大評価しており、Cが十分に状況を把握できていないのに無理に活動参加をさせられている場面が多い可能性があると考えられた。話し合いの結果をふまえて、集団活動への参加を促す際の言葉かけを1〜2語文の簡単な言葉とし、さらに絵などの手がかりを補助的に用いるようにしたところ、比較的落ち着いて集団活動に参加できるようになった。また、重度知的障害であることから、療育手帳の

取得や特別児童扶養手当の申請が可能であることを伝えるとともに、就学についても特別支援教育を積極的に活用する必要があることを両親に伝え、教育委員会に相談に行くことを勧めた。

- 認定診断書作成時（令和3年1月16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？》「はい、まだ箸は使えず、スプーンやフォークが使えるようになったところです。スプーンですくう、フォークで刺す、などの動作が難しい食材では、つかみ食いになりやすいので、いつも手伝っています。」

《トイレは？特に大便の排泄時にはどうですか？》「まだ自分からトイレには行かないので、時間を見て誘って連れていきます。用便の始末はひとりではできないので、すべて介助しています。」

《毎朝の着替えは一人でやれますか？》「ボタンのない、首回りの大きなシャツやセーターはひとりで脱いだり着たりできますが、前後ろや表裏はわからないので、ほぼすべて介助しています。」

《買い物や電車などのお出かけの際にはいかがですか？》「もちろんまだ1人で買い物したり、バスや電車に乗ったりすることはできません。」

《ご家族とCくんとのお話などコミュニケーションはいかがですか？》「家族のことは大好きなので、家ではいつもそばにいたがります。ただ、言葉がまだ単語程度です。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか？》「幼稚園の先生や支援員は大好きで、登園するといつも寄って行って抱きついたりしています。声かけを複雑な文でなく単語程度の簡単な言葉にしてもらうようになってからは、反応がよくなりました。友だちも大好きですが、同じ遊びに入っていくことは難しいようで、他の子が遊ぶのを見ていることが多いようです。」

《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？》「まだ全く理解していません。外出のときは、いつも手をつなぐようにしています。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか？》「加配の先生をつけてもらい、個別に簡単な言葉で説明してもらってやっとなんとか参加できている状況です。他の子と同じレベルで集団生活に適応しているとは言えません。」

以上

(2級該当事例)

症例-D

(聴取順に箇条書き)

- D：6歳0か月の男子（平成26年9月22日生まれ）
- 主訴：発達の遅れ。
- 家族歴：両親とDの3人家族。父親は会社員。母親は工務店で経理の仕事をしている。
- 既往歴：予防接種は全て打つべきものは打っているという。熱性けいれんを含めけいれん歴はない。
- 乳幼児期の発達：母親が37歳のときにDを出産。在胎39週で、帝王切開で分娩した。出生時体重2720g。定頸は5ヵ月、ハイハイは11ヵ月、つかまり立ちは1歳2ヵ月、始歩は1歳3ヵ月、始語は2歳0ヵ月で「マンマ」、2語文の出現は4歳2ヵ月で「ジュース、チョコレート」であった。目はよく合い、人懐こい笑顔を見せる子であった。
- 受診・相談等の経過：4ヵ月健診のときに未定頸だったため、1ヵ月後に経過健診を受け、その時点で定頸が確認されたため、フォローは終了となった。1歳6ヵ月児健診では未発語だったため、フォローアップの対象となった。しかし、3ヵ月後に保健師が母親に電話したところ、未発語ではあるがそれほど困ってはいないことを理由に、フォローアップを断られた。2歳6ヵ月のときに保育園に入園し、母親は職場復帰した。入園後3ヵ月経ったときに、園長から母親に話があり、言葉だけでなく発達が全体にゆっくりであると思われると指摘され、医療機関の受診を勧められるとともに、Dのために加配の支援員を配置したいと言われた。母親としては医療機関を受診することには抵抗を感じたため、市の発達相談に申し込み、2歳9か月のときに発達相談の場で発達検査を受けた。新版K式発達検査でDQ 58（姿勢 - 運動62，認知 - 適応65，言語 - 社会30）であった。その資料をもとに園では加配の支援員がつけられた。発達相談を担当した心理士からも医療機関の受診を勧められたが、母親は受診予約をなかなかとろうとしなかった。市の発達相談には数ヵ月に1度訪れていた。

加配を付けたことによって、保育園でDはゆっくりながらも集団活動に参加できるようになっていった。保育士の一斉の声かけに対しては、すぐに反応せずにボーっとしていることが多かったが、加配の職員がDに個別に声をかけると、それには応じて動くことができた。思い通りにならないことがあると泣くことがあったものの、加配の職員がそばについて慰めていると10分も経たないうちに泣き止むことができた。3歳6ヵ月で年少クラ

スに入った頃から、オムツをはずしてトイレに誘う練習を始めたが、失敗することが多かった。家庭では、朝の支度などは時間がないため、ほとんど母親が介助している状態であった。

年長児になっても言葉だけでなく発達全体の遅れがみられたことから、保育園の園長と発達相談の担当の心理士が母親に強く勧めた結果、母親が医療機関に受診を申し込み、令和2年10月2日（6歳0ヵ月）に児童精神科の外来を受診した。

初診時およびその後数回の評価面接時に得られた情報：言語表出は2語文が中心で、3語文は出ていない。大小、色（赤、青、黄色、緑程度）、形（丸、三角、四角程度）は、問われると指を指して答えることができる。視線を合わせて笑顔を見せる、相手の表情に応じて自分も表情を変えるなど、共感的な様子が見られる。母親がそばにいと安心しているが、危ないことをしようとして母親が声色を変えて注意するとハッとて母親を見て真顔になって動作を止める。「おもちゃを片づけて」など、2語文レベルの言語指示であれば応じることができるが、複数の指示を一度に出すと、最初か最後の指示を1つやるだけで終わってしまう。園では、他児に関心を向け、一緒に遊びたくて寄っていくことはあるが、役割のあるヒーローごっこなどの遊びはルールがわからずに何となく他児の間をニコニコと走り回っているだけである。

- 検査所見：初診後まもなく実施した田中ビネーV知能検査では、精神年齢（MA）2歳10ヵ月、IQ47であった（判定日：令和2年10月10日）。脳波検査および頭部MRIでは特に異常はない。顔貌が少しダウン症に似ていたため、染色体検査を行ったところ、モザイク型21トリソミーであった。念のため、心奇形や環軸椎の奇形の有無について小児科および整形外科にコンサルトしたところ、どちらも異常なしとの返事であった。
- 診断：主診断⇒中等度知的障害（ICD-10コードF71.0）
- 初診後の治療歴：モザイク型ダウン症について両親に説明するとともに、中等度の発達の遅れがあることを説明した。児童相談所で療育手帳の取得ができることや特別児童扶養手当の対象となる可能性があることを説明したところ、どちらの取得も両親が希望した。
- 認定診断書作成時（令和3年1月10日：6歳3ヵ月）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？》「はい、スプーンやフォークは持てますが、箸はまだ練習中です。食べこぼしが多いので、手伝っています。」

《トイレは？特に大便の排泄時にはどうですか？》「トイレに行きたいと言えるようになりましたが、小便も大便も手伝っています。大便は、まだ自分ではお尻を拭くことが

できません。」

《毎朝の着替えは一人でやれますか?》「着脱とも、まだ完全に一人ではできないので手伝っています。ボタンのあるものは一人でできません。」

《買い物や電車などでのお出かけの際にはいかがですか?》「まだ1人で買い物したり、バスや電車に乗ったりすることはできません。」

《ご家族とDくんとのお話などコミュニケーションはいかがですか?》「人は好きですが、言葉が遅れているので会話は2語文程度です。表情は豊かで、一生懸命何かを伝えようとはしてくれます。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか?》「園では、先生にはよく話しかけています。他の子の話にはついていけないようです。」

《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?》「危ないことをしかけても注意すればやめます。でも、大人がそばにいないと何か危ないことをする可能性はあります。危険はまだ理解できないと思います。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか?》「園生活は大好きですが、加配の先生についてもらって補助してもらっているからだと思います。そうでないと、担任の先生の一斉指示だけでは何を言われたかがわからずボーっとしていると思います。他の子と一緒にいるのも好きですが、仲間として同じ立場で遊んでいるとはいえ、みんなに助けてもらいながらなんとか参加している状況です。」

以上

(2級該当事例)

症例-E

(聴取順に箇条書き)

- E：13歳（中学2年生）の男子
- 主訴：嫌いな音の刺激や登校の準備などがきっかけでしばしば興奮し、大声を出したり自分の頭を叩いたりすることがある。近くにあるものを投げたり壊したりすることも多い。
- 家族歴：両親とE，9歳の妹の4人家族。母はEの出生前は事務職をしていたが，出産を機に退職。Eが4歳の時から短時間のパート勤務を行っている。母は自身のことを物事をきっちりやらないと気が済まないタイプだと述べ，Eの幼児期にはきつく叱ることもあったという。父は工場勤務でシフト制。気の長い人で家にいるときは子ども達ともよく一緒に過ごしているという。人づきあいは苦手。診察に同行することもある。妹は生い立ちに特に気になることはないが，Eのことは負担に感じているようで，最近は特にEを刺激しないようかなり気を使いながら暮らしている。同じ市内に父方祖父母が居住しており，往き来は多い。妹はしばしば祖父母宅に預かってもらっており，妹自身も祖父母宅に行くことを好んでいる。母方祖父は亡くなっており，祖母は遠方に居住，一年に一回程度，来訪することがある。
- 乳幼児期の発達：妊娠経過に異常はなかった。出産は在胎40週の正常分娩で，黄疸や仮死はなかった。出生時体重3040 g。哺育は母乳だったが，授乳中も笑顔の少ない赤ちゃんという印象がある。抱っこしたときに違和感はなかったと母親は記憶している。音に敏感な赤ちゃんで眠りは浅く，夜泣きも多かった。後追いはしなかった。定頸は3ヶ月，始歩は11ヵ月。1歳6ヶ月の健診ではまだ言葉は発しておらず，指さしもしなかった。2歳0ヶ月より月に1回保健センターの健診事後教室に通い始めた。この頃は外出時にすぐに母から離れてしまい，手を繋ぐことも嫌がったので，外出をできるだけ避けていたという。始語は2歳4ヵ月頃で「シンカンセン」だった。その後もゆっくりと言葉は増えていったが，独り言がほとんどで，人に向かって話すことはほとんどしなかったという。電車のおもちゃなどを手に持ってくるくる回しながら眺める遊びを飽きずにやっている子どもで，物を横目で見たり不思議な見方をすることが多かった。著しい偏食があり，食べられる物は数えるくらいしかなかった。ままごとやごっこ遊びをすることはなく，自分から他の子どもに近づいたり遊びに加わったりすることはなかった。2歳8ヶ月より児童発達支援センターに母子で通所を始めたが，手遊びなどに参加することはなかった。

他児の泣き声などをひどくいやがり、部屋から逃げ出すこともあった。2歳11ヶ月時に通園施設から勧められ発達支援センターの小児科を初診、知的障害を伴う広汎性発達障害と診断を受け、以後継続して通院していた。4歳8ヶ月より保育所に通所を開始。加配の保育士が配置された。登園を嫌がることが多く、母は連れて行くのに苦労していた。保育園では加配保育士と過ごすことが多く、お遊戯や運動会の練習には参加しなかった。友達が接近したり声をかけるとやはり身を硬くしてなかなか反応できず、手をひかれたり、遊びを邪魔されると、激しいかんしゃくを起こすことがあった。気に入った同じ服を着ることを好み、違う服を着せようとするひどく嫌がるので、気に入った服があると何枚も同じものを購入していたという。Eが5歳のときに妹が出生。泣き声をひどく嫌がりかんしゃくを起こすことがあったため、母はできるだけ妹を泣かせないように気を使っていた。泣いている妹を叩くこともあり、目が離せなかったという。

- 小学校入学後の経過：就学相談を経て、就学先は知的障害の特別支援学級となった。当初は母親が付き添って登下校を行っていたが、2年生からは集団登校ができるようになった。学校では運動会などの行事は苦手で、練習の時期などには登校を渋ったり、校内でかんしゃくを起こしたりすることはあったが、支援学級内で過ごすことはおおむね楽しめていた。家庭では妹の声や泣き声に激しく反応することが多く、妹に嘔みついたり叩いたりすることがしばしば見られるようになった。
- 中学校入学後の経過：Eが中学1年生になるのを機にEと妹にそれぞれ個室を確保するために3LDKの賃貸アパートに転居、学区が変わることになった。新居にはしばらく慣れなかったものの、Eの部屋に好きなおもちゃを置いたり前の家から持ってきた家具を置いたりすることで、徐々に落ち着いていた。転居後、妹への暴力は著しく減ったが、妹が学校のプリントなどをリビングなどに置いておくと、それを破ってしまうことなどが続いた。中学校にはなかなか慣れず、同じ支援学級の上級生の甲高い声を出す女生徒が苦手で、しばしばかんしゃくを起こしたり、その生徒を叩いたりすることが見られるようになった。登校を促すと暴れることが増えたため、中学1年生の秋（13歳1ヶ月）に発達センターより紹介、児童精神科初診となった。
- 初診時（令和2年9月18日（中1））およびその後数回の評価面接時に得られた情報：現在、ひらがなを読むことができ、知っている単語とごく簡単な文を読み取ることはできる。清音の書字はおおむね可能だが、促音、拗音などは間違えることが多い。カタカナはおおむね読むことができ、一部書ける文字もある。漢字の読み書きは自分の名前以外できない。数唱は100まで可能だが、数概念として用いられるのは20程度。繰り上がり、繰り下がりのある加減算はできない。乗除算はできない。表出言語の発達は遅かったが、年長の頃までには言葉は増え、二語文が中心となり、現在は三語文を話すこともできる。

接続詞や複文の機能的な使用は見られない。日常的な簡単な要求は言葉で伝えられるが、複雑な内容は難しい。好きなDVDの台詞や駅のアナウンスなどは長い文章を覚え、一人で繰り返していることも多い。学校などで起こったできごとを自発的に母などに報告することはほとんどないが、嫌なことがあったときなどにはたまに教えてくれる。日常的に用いるものの名称はおおむね知っているが、抽象的な概念の理解は乏しい。よく知っているものごとであれば絵、写真と実物、名前のマッチングはできる。音声言語では次の行動の指示のみが確実に理解できるが、絵カードを使えば2ステップ先の予定が理解できる。従いたくない場合にはカードを噛んでしまったり破ってしまったりすることもある。現在も妹が大きな声で笑ったりすると怒りだし、大声を出したり、床を踏みならしたり、物にあたったりすることがある。妹に手がでることは減ったが、稀に見られている。また声などをきっかけに自分の頭を激しく叩く行動が増えてきている。学校では同級生の女兒に対してやはり声などをきっかけとして、その子を叩こうとしたり制止しようとする先生を叩いたりひっかいたりすることがある。激しいかんしゃくが起こってしまった場合には、長いとおさまるまでに30分以上を要することがある。朝、登校の準備をさせたり、靴を履かせようとすると激しくそれを嫌がり、暴れることがある。この他、自分のやりたいことを止められたとき、学校行事の練習が急に行われたときなどにも、時にかんしゃくが起こり、物を壊したりすることがある。現在は教室からでてしまったりすることはない。電車や新幹線が載っている絵本や図鑑を眺めることは好きで、同じ本をずっとめくって遊んでいることができる。また型はめのパズルなども好きで長時間遊んでいられることもある。偏食は強く、給食では少し食べられる物の種類は増えているが、自宅ではほぼ決まったメニューしか食べない。

- 既往歴：予防接種は毎回大騒ぎだが全て打つべきものは打っているという。アレルギー疾患はない。熱性けいれんを含めけいれん歴はない。高熱を発する病気は普通の感冒で軽度に見られた程度である。
- 検査所見：12歳6ヶ月時（令和2年2月18日）に実施された療育手帳の更新判定では、田中ビネーV式知能検査で知能指数37であった。この結果については児童相談所より、文書で情報提供を受けた。睡眠下で行った脳波検査および頭部MRIでは特に異常はない。
- 診断：主診断⇒広汎性発達障害（小児自閉症；ICD-10コードF84.0）
併存症⇒中等度知的障害（ICD-10コードF71.1）
- 初診後の治療歴：主に聴覚の易刺激性に起因する興奮を標的として、リスペリドン0.5mg口崩錠の夕食後1回服用を初診後まもなくより開始し、その後1mgに増量した。音の刺激を契機とした激しい反応はある程度改善していったが、E自身が思っていた予定を変えなければならなくなったときなどに、かんしゃくが生じることは続いている。

母とともにかんしゃくが起きるときのきっかけや、生じる行動、その後に行っていることなどを考えながら、特に予防の為の対策をいろいろ検討している。最近外を歩くときなどにイヤーマフを使う練習を始めており、本人は気に入っているが、急に嫌いな音が聞こえたときには装着がまにあわないことも多い。

- 認定診断書作成時（令和3年5月14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？》「いえ、かなりの偏食はありますが、手伝う必要は小学校入学前には必要なくなっています。」

《トイレは？特に大便の排泄時にはどうですか？》「年長のときに昼間のオムツがとれて、今は失敗することはありません。排便のあとは自分でお尻を拭くこともできます。たまに拭き残して下着がかなり汚れていることはあります。おねしょもありません。」

《毎朝の着替えは一人でやれますか？》「中学の制服を着るのをひどく嫌がるので、毎朝の着替えは大変です。なだめすかしながら、手伝ってなんとか着せています。カラーはつけなくてよいことにしてもらっています。家では気に入った洋服があれば、機嫌良く着てくれますが、新しい服はなかなか着てくれません。」

《買い物や電車などでのお出かけの際にはいかがですか？》「中学校以外には一人で外出できる先はありません。コインを渡せば、自動販売機でジュースを買うことはできますが、それ以外の買い物はできません。」

《ご家族とEくんとのお話などコミュニケーションはいかがですか？》「やって欲しいことや欲しいものがあるときは話しかけてきますが、会話を楽しむことはありません。頼み事を断るとひどいかんしゃくが起こることがあるので、大変です。こちらが言うことは気が向けば聞いてくれます。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか？》「担任の先生や放課後等デイサービスの慣れたスタッフなどには自分から言葉で頼み事をするのですが、会話にはならないです。慣れていない人には独り言とそうじゃない言葉を聞き分けるのが難しいことがあります。」

《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？》「道を歩いていると、突然大きな音が聞こえたりすると走り出して車道に飛び出してしまうことがあります。火には近づきませんが、尖ったものや壊れやすい物でも平気で叩いたりして、手にケガをしたこともありました。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか？》「集団という意識はあまりないと思います。学校でも他の子どもへの興味はほとんどないので、先生と1対1のやりとりがほ

とんどです。」

以上

(2級該当事例)

症例-F

(聴取順に箇条書き)

- F：11歳（小学6年生）の女子（生年月日：平成18年11月18日）
- 主訴：思いどおりにならないと激しいかんしゃくを起こす。幼少期からかんしゃくは多かったが、5年生になった際のクラス替えをきっかけに家でのかんしゃくが増え、妹に対する暴言を繰り返すようになった。また、靴下がびったり履けたとを感じるまで何度も繰り返し履く動作をするようになった。
- 家族歴：両親とFと小学2年生の妹の4人家族。父は会社員であり、穏やかな性格でFの言い分をよく聞いているが、平日は帰宅時刻が遅いためFと接する時間は少ない。母はパート勤務をしており、まじめな人柄だが、Fのかんしゃくに対して感情的に接してしまうことが多い。妹は気が強く、姉の暴言に対して強い口調で言い返す。
- 乳幼児期の発達：妊娠経過に異常はなかった。出産は在胎38週の正常分娩で、黄疸や仮死はなかった。哺育は母乳で、抱っこしたときに違和感はなかったが夜泣きは多かったと母親は記憶している。10ヵ月過ぎから人見知り強く、母以外が抱いても泣き止まないことが多かった。始語は13ヵ月、始歩は14ヵ月頃で、最初の言葉はママであった。その後も言葉は増え、言葉の発達はやや早いと母親は感じていたが、家族以外に対してはほとんど話そうとしなかった。歩き出してから物は並べる遊びが好きで、思い通りに並べられないときや大人に中断されたときは大泣きした。2歳頃、外で同年代の子が近づくと動きが止まってしまう、一緒に遊ぼうとすることはなかった。1歳半健診、3歳児健診では特に指摘はなかった。3歳で保育園に入園したが入園後半年以上は母から離れるときに泣いていた。保育園ではいつも積み木などで一人で遊ぶが思い通りにできないと泣き、他の児童に邪魔をされると手が出たり噛んだりしてしまうため、保育士がずっとついていないとならないことが多かった。運動会などの行事では、落ち着きがないことはなかったが、一人だけ違う動きをしていたり、別のことに没頭したりしていることが多かった。年長になる頃には徐々に他児についてごっこ遊びなどをして過ごすようになり、行事でもみんなと同じように行動できるようになった。家では自分の興味のあることをよくしゃべるようになったが、会話が一方的で理解しづらいことが多く、また保育園であったことを自分から母に話すことは少なかった。
- 小学校入学後の経過：小学校では普通学級を利用。小学校入学後、学習には意欲的であ

ったが、同級生からの些細な指摘などで泣いてしまい、泣いた理由を問われてもこたえることができなかった。家でのかんしゃくは強くなり、食事の時間が予定より遅くなったり、着ようと思った服が洗濯されていなくなったりすると、何十分も泣きながら大声で母に文句を述べた。しかし、小1の6月頃から学校で一緒に過ごす友達が一人でき、その頃より家でのかんしゃくも少なくなってきた。小3-4のクラスでも小1-2で一緒に過ごしていた友達と同じクラスになり、学校ではいつも二人で過ごしとくにトラブルを起こすようなことはなかった。小5のクラス替えでクラスに話せる友達がいなくなり、その頃から、家で靴下がうまくフィットしないと感じて泣きながら何度も履き直すことがたびたびみられるようになった。また、妹の些細な言動に対し、執拗に攻め立てるようになった。学校からはとくに問題行為を指摘されることはなかったが、毎朝登校を渋るようになり、5月に入ってから登校しない日がときどきみられるようになった。そのため、令和2年6月10日に近くのA小児科クリニックを受診し、治療が開始された。

- 初診時（小5の6月）およびその後数回の評価面接時に得られた情報：言語発達は「標準的」から「やや早め」であった。しかし、年中頃から、一方的に話し続けることが目立つようになり、相互性のある会話になりにくかった。冗談であってもからかわれると、真に受けて本気で怒りだすことがたびたびあった。一度嫌だと思ったことにはなかなか取り組めず、砂場から虫が出てきて怖い思いをして以来一切砂場で遊ばなかったり、一度嫌いになった人とは二度と話そうとしなかったりした。食事は偏食が目立ち、新しいものへの抵抗は強く、一度嫌だと思った食べ物は頑として受け付けない。大きな音は苦手で、花火や運動会のピストルでは耳をふさがずにはいられなかった。積み木など何でも並べる遊びは小学生になる頃まで続けていた。就学後、友達遊びは特定の同級以外とはほとんどなかった。最近ではアニメにはまっていて、細かいキャラ設定まですべて覚えており、家ではその動画をみたりその話をしたりしてばかりいる。学習の遅れはとくに問題になるほどではないが、授業であてられるのが嫌であることを母に述べることがあった。診察場面ではほとんど話そうとせず、ずっと母の方をみている。幼児期から夜の寝つきは悪く、夜は布団に入ってから1時間以上起きていることが多く、朝は起こさなければ登校に間に合う時刻には起きられない。とくに、小5になってからは、朝起こすたびに母と激しい衝突になっていた。
- 既往歴：予防接種は全て打つべきものは打っている。熱性けいれんを含めけいれん歴はない。
- 検査所見：初診後まもなく実施したWISC-IVでは全検査IQ（FSIQ）=84，言語理解（VCI）=80，知覚推理（PRI）=93，ワーキングメモリー（WMI）=76，処理速度指

標 (PSI) =99であり、知的な遅れはないと判定できる (検査実施日: 初診から1カ月後; 平成29年7月12日)。脳波検査および頭部MRIでは特に異常はない。

- 診断: 主診断 (診断日: 令和2年10月7日)

⇒アスペルガー症候群 (ICD-10コードF84.5)

- 初診後の治療歴: 母に広汎性発達障害の特性について説明し、学校とも相談したうえで、学校環境を整えるように努めた。特別支援学級の利用が主治医より提案されたが、本人の拒否が強く利用できていない。無理に登校を促さないようにしたが、登校できなかったことによる不安も強く、朝起きられなかった日は登校できなかったせいで何か困ったことが起きたらどうすればいいのかしつこく母に尋ね続けた。夏休み中はだいぶ落ち着き、家でのかんしゃくも週に2、3回程度であったが、2学期が始まってから再びかんしゃくが激しくなり、妹への暴言が増え、靴下が思うようにびったり履けないことへのイライラを家族にぶつけるようになった。リスペリドン0.5mg口崩錠の夕食後1回服用を開始し、やや入眠が早くなり、日中のイライラした様子も軽減した。
- 認定診断書作成時 (令和3年7月31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?》 「いえ、偏食はありますが、手伝う必要はありません。」

《トイレは?》 「低学年のときはちゃんと拭けたかを過度に心配し繰り返し母に尋ねることがありましたが、今は言うてこなくなりました。」

《毎朝の着替えは一人でやれますか?》 「一人でやれます。」

《買い物や電車などでのお出かけの際にはいかがですか?》 「1人でバスや電車に乗ったりすることはできません。買い物では自分の物を買う時も、1人でレジに行くことはできません。」

《ご家族とFさんとの会話などコミュニケーションはいかがですか?》 「あまり自分からは話さない日が多いですが、話し始めると父や母に自分の興味があることを話し出して止まりません。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか?》 「学校では担任の先生とは話せますが、同級生は、特定の友達以外には自分から話しかけることはありません。話しかけられれば相槌くらいは打ちますが、うまく返事をする事ができないようです。」

《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?》 「そういうものは非常に怖がります。包丁を使わなければいけないときは非常にびくびくしながら使っています。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか?》 「特定の友達以外とはほとんど話し

ていなかったのに適応しているとは言えません。でも集団で行う行事はみんなについて同じように行動しています。」

以上

(2級該当事例)

症例-G

(聴取順に箇条書き)

- G：診断書作成時 12 歳（小学 6 年生）の男子（生年月日：平成X年X月X日）
- 主訴：万引き、放火
- 家族歴：実母、G、妹 2 人の 4 人暮らし。生活保護家庭。実父はアルコール依存、母に対するDV、子どもへの虐待があり。G が小学 2 年生の時に離婚し、以後は母子家庭。実父はアルコール依存症で入院となり、以後は音信不通である。母方祖父母と母は関係が悪く、支援を得ることは母が拒否している。母は子ども 3 人の養育の負担もあり精神的に不安定になり、近医精神科クリニックにてうつ病と診断。希死念慮が出現したため精神科病院入院となったが、その際子どもたちを祖父母に預けることを母が拒否したため、児童相談所が保護している。母の退院後、子どもたちは自宅に帰ったが、その後も養育の困難さは継続しているため、児童相談所の関わりは継続している。妹たちは保育園に入園したが、多動が目立ち落ち着かず、対応に苦慮しているとのことである。
- 乳幼児期の発達：妊娠経過に異常なし。出産は在胎 38 週の正常分娩で、黄疸や仮死はなし。出生時体重 2850 g。母が母乳哺育にこだわりがあったので母乳のみを飲ませていたが、母乳の出が悪かったことと飲みムラがあったため体重の増加が悪く、途中から人工乳も補助として用いた。乳児期は父のアルコールの問題が激しくあまり覚えていないことも多いが、始歩も始語も 1 歳前で、歩き始めてからは動き回るようになった。1 歳半健診、3 歳児健診では特に指摘はなく、母子手帳にも特に記載がない。G が 3 歳で妹が生まれてからは、特に手がかからなかったことを母は覚えている。幼児期は何にでも関心を持ち活発な子であったが、幼稚園に入ってから他児とのトラブルも絶えなかった。母が叱るとその場では素直に聞くものの、何度も同じトラブルを繰り返すため、母は激しく叱ったり、時に叩いてしまうこともあった。
- 小学校入学後の経過：小学校入学後、学校では相変わらず他児とのトラブルは絶えず、些細なことでケンカになることも見られた。小 2 で両親が離婚して母子家庭となると、さらに小学校でのトラブルは増加し、教師に対する反抗的な態度も目立ち、担任につかみかかることもあった。小 4 になると学校もサボりがちになり、家庭では、ゲームばかりしていた。G に注意した母につかみかかる、妹たちを威嚇する、イライラして扉を蹴り破損させるなど、暴言やイライラした行動が目立つようになった。また、万引きしているところを店員に見つかって、母が呼び出されて万引きした物を弁償することや、近くのホームセンターで収納ケースで火遊びしてボヤ騒ぎを起こすこともあった。母は児童相談所に養育困難を訴え、平成Y年10月30日（小5）より一時保護となった。一時保護所では当初は反抗的で職員を無視する態度だったが、本児に対して兄のようなスタンスで関わる男性職員とは少しではあるが話ができるよう

になった。保護所での行動観察から ADHD の存在が疑われ、通院と服薬の必要性が示唆された。本人の状態が改善したため、平成Y年 11 月 28 日（小 5）に家庭に退所した。入所中の様子から担当の児童福祉司が母に児童精神科クリニックの受診を勧め、平成Y年 12 月 16 日初診となった。

- 初診時（小 5）およびその後数回の評価面接時に得られた情報：初診時、G はふて腐れた様子で、質問に対しても返事をしなかった。母は G の前でも気にせず家での養育がいかにか大変かを話し続け、それを見ている G はイライラした様子を示す。2 回目の診察からは G と母と別に話す機会を設けたところ、母は変わらず G の大変さを語っていたが、G は不機嫌そうな様子だが応答はするようになった。G は自分の好きなゲームの話題をすとうれしそうにたくさん話すものの、学校や家庭で困っていることについて話題にすると途端に口が重くなった。母は、「G が本当はできるのに真剣に取り組んでいない」と話したが、G によれば「小 3 の頃から勉強がわからない」とのことであった。他児とのトラブルについてGは「周りから挑発されるので、暴れてしまう」><挑発されるから、学校に行きたくない」と語った。
- 既往歴： 特になし。けいれん歴はなし。
- 検査所見： 児童相談所が実施した WISC-IV では、全検査 IQ (FSIQ) =87, 言語理解 (VCI) =78, 知覚推理 (PRI) =95, ワーキングメモリー (WMI) =75, 処理速度指標 (PSI) =100 であった（判定日：平成Y年 11 月 10 日）。脳画像や生理学的検査は実施しておらず。
- 診断： 主診断⇒非社会化素行障害 (ICD-10 コード F91.1)
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： 受診前からメチルフェニデート開始を母が希望しており、初診から服薬を開始した。メチルフェニデートは効果があり、本人の学習への不安も少しずつ軽減し、平成Y+1年 4 月（小 6）から G は再登校した。当初は別室への短時間の登校のため大きなトラブルは生じなかったが、教室に戻る段階になると、以前の G のトラブルの多さから同級生たちは冷たい態度を取った。学校側も以前の G の反抗性への警戒から G に対して厳しい対応を取ったため、G は次第に登校を渋るようになり、服薬も拒否するようになった。G は家庭に引きこもり、夜中にゲームをして昼間寝ている生活となった。母は日中仕事に出かけており、昼間の様子はよくわからないとのこと。
- 認定診断書作成時（平成Y+1年 7 月 13 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）：
《食事はどのような状態ですか？》 「食べたい時に勝手に冷蔵庫のものを食べています。後片付けはせず、食べっ放しです。」
《トイレ、入浴、衣服の着替えはいかがですか？》 「トイレは特に問題ないですが、入浴は気が向かないと何日も入りません。服も言わないと着替えのないような状態です。」
《外に出かけたりはしますか？》 「小学生の頃は活発によく出かけていましたが、最近
はゲームをしてばかりでほとんど出かけません。」
《ご家族と G くんとの会話などコミュニケーションはいかがですか？》 「早く寝なさ

い」と言う。「うるせえ、ババア!」と怒鳴られます。すぐに怒鳴るので、必要ないことは話しかけないようにしています。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか?》 「会話は全くないです。」

《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?》 「以前放火しているので…。危険性はわかっていないと思います。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか?》 「学校には行っておらず、適応していません。」

以上

(2級該当事例)

症例-H

(聴取順に箇条書き)

- H：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H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H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。父は趣味の遊びに没頭し、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が、父が育児を手伝わないため、母のワンオペ育児であった。
- 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3100 g。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、寝つきが悪く夜泣きが多いため、母は寝不足がちで育児に疲れていた。始歩は13ヵ月、始語は11ヵ月で、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かったが、家ではボーッとしていることや、外出時に電車で落ち着かないことがあった。また、好きなキャラクターの話になると話が止まらなくなったり、駄々をこね始めると止まらなくなったりした。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ることや、保育園の日課に合わせられないなどのトラブルが見られた。
- 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。H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。教員も何度も同じ間違いを繰り返すHを叱ることが多く、学校から帰ってきたHは、ぐったりと疲れた様子を示すようになった。小3になると学校で女子児童から仲間はずれにされることが生じ、H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H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ようであり、朝も眠そうな様子が見られた。小4になるとH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ことで生じた。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、平成Y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：Hと母の2人で初診。初診時のH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。
 - H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H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、学校での授業はよくわからず、「座っているとイライラする」とのことであった。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。Hを注意すると「自分は悪くない」「〇〇が悪い」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Hの行動を叱ることはなく、それを知っているH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。H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、H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。H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、育児の苦労を傾聴しつつ、学校や家庭でのH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、H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H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。出かける時、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Hさんと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、学校の話をするときイ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、イ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

(2級該当事例)

症例-I

(聴取順に箇条書き)

- I：14歳（中学年生）の女子（生年月日：平成18年3月31日）
- 主訴：何度も同じ動作を繰り返してしまい、とめることができず困っている。
- 家族歴：両親、父方祖父母、Iの5人家族。母にうつ病の既往あり。父は自営業、母はパート勤務。両親ともに穏やかな性格で、本人の困り感を認識し、本人が行う繰り返しの動作を止めるように促している。一方で、父方祖父母は本人の求めに応じて、本人が求める手洗いなどの動作と一緒に繰り返し行っている。
- 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。出生時身長50.5cm、体重3250g。始語は12ヵ月、始歩は13ヵ月頃で、最初の言葉はママであった。健診では乳幼児初期発達に特に異常は指摘されなかった。年少時から幼稚園に入園したが、入園してしばらくは行き渋りが見られた。また、引っ込み思案で、幼稚園では自分から他児に話しかけることは少なく、特定の児と一緒に過ごすことが多かった。集団行動は苦手であった。
- 小学校入学後の経過：小学校では自発的に勉強し、成績は優秀で、ほとんど欠席せず、下校後すぐに宿題をするようなまじめな生徒だった。小学校4年生時にインフルエンザに罹患した。その頃から、手洗い、うがいを頻回に行うようになった。何かに触れるたびに手洗いをしなければならないと感じるようになった。1回あたりの手洗いは長かった。また、入浴時に特定の順番で体を洗わなければならないと感じるようになった。
- 中学校入学後の経過：中学校入学後も無遅刻無欠席で、成績は優秀だった。テストでは常に100点を取らなければならないと考え、塾に加えて、自宅ではいつも勉強していた。部活は料理部に所属した。非常に細かい作業ができることを評価されていたが、レシピで決められた量をきっちり計らなければ気が済まず、また、調理の工程を進めるたびに頻回に手洗いをしており、他児よりも調理に時間がかかった。中学校に進学してから手洗いは小学校の時よりも増えており、あかぎれも目立ったが、手洗いをやめることができなかった。自宅では、両親や祖父母にも頻回の手洗いや帰宅時の入浴、更衣を求めた。父方祖父母はIの要求に応じ、次第に疲弊していった。I自身も自分で必要以上に手洗いを行っていることを認識していたが、やめることができなかった。両親はIが手洗いを必要以上にしなければならぬと感じ、困っていることを理解し、やめるように促したが、Iは激しく抵抗した。両親が説得し、平成30年9月5日にA病院児童精神科初診となった。

- 初診時（中1の9月）および、その後数回の評価面接時に得られた情報：母とともに受診した。診察室に入室する際、ドアの取っ手に触れることができず、母が診察室のドアを開けた。退室時も母にドアを開けるように求めていた。Iは他人のものに触れると不潔だと思ひ手を洗わなければならないと感じること、学校では我慢しているが、家族にはIと同様に手洗いを行ってほしいと考えていること、一方で、それらの考えが不合理だともわかっているがやめることができないことを言語化した。また、他人が触れたものは除菌をしないと気が済まないと感じていることを述べ、学校で過ごすことが負担になっていることを述べた。母親からの聴取では、言語発達は「標準的」だった。幼少期からきっちりとすることを好んだ。もともと、不安は強かったが、頻回の手洗いをするようになったのは小学校4年生からだった。
- 既往歴：予防接種は全て打つべきものは打っている。熱性けいれんを含めけいれん歴はない。
- 検査所見：初診1か月後に実施したWISC-IVでは全検査IQ（FSIQ）=105、言語理解（VCI）=110、知覚推理（PRI）=108、ワーキングメモリー（WMI）=98、処理速度指標（PSI）=96（検査実施日：初診から1か月後；平成30年10月3日）。脳波検査および頭部MRIでは特に異常はなかった。
- 診断：主診断（診断日：平成30年9月5日）⇒強迫性障害（ICD-10コードF42.1）
- 初診後の治療歴：本人、母親に強迫性障害について説明し、暴露反応妨害法を行うことを話したが、自宅では取り組むことが難しく、手洗いの回数を減らすことはできなかった。また、学校を休みがちとなり、外出を拒むようになった。自宅で過ごす時間が増えると父方祖父母の疲弊が著しくなり、自宅環境での治療の継続は困難と考えられ、外来主治医から入院治療を勧められた。本人が入院の必要性を理解し、入院に同意できたため、任意入院で、薬物療法の導入、暴露反応妨害法を行うこととし、同年11月14日から平成31年2月7日まで入院し、フルボキサミンを100mgまで漸増し、入院中は手洗いの回数を減らすことができた。また、家族に対して、巻き込みをなくすことを心理教育的に説明し、退院後は家族の必要以上の手洗いはしないようになった。本人は一時的には手洗いの回数を減らすことができたが、試験前や友人関係で悩みがあるときには手洗いが頻回となり、不潔恐怖のためにほとんど外出せず、自宅で過ごすことが多くなった。通院などどうしても外出しなければならない時には公共交通機関は利用せず、自家用車でなければ移動できない。外出時にはゴム手袋を装着し、頻回の手洗い、除菌を行っている。
- 認定診断書作成時（平成31年3月20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?》「入院前、調子の悪い時は家族と同じ食器を使うことを拒んだり、大皿料理を避けたりすることがありましたが、今は食事はとれています。食事中も頻回に手を除菌したり、手を洗いに行ったりするので、家族が無理やり止めないと食事にだいたい1時間半くらいはかかります。」
- 《トイレは?》「一人でできるが、時間はかかります。トイレの後は手洗いが長いです。家以外ではトイレに行こうとしません。そのため、遠出はほとんどできません。」
- 《毎朝の着替えは一人でやれますか?》「一人でやれます。」
- 《買い物や電車などのお出かけの際にはいかがですか?》「つり革や座席を嫌がるので、1人でバスや電車に乗ったりすることは嫌がります。基本的には一人で外出することはありません。」
- 《ご家族とIさんとの会話などコミュニケーションはいかがですか?》「よく話はしていると思います。以前のように家族に手洗いを求めてくることはなくなりました。」
- 《ご家族以外の人との会話はどうですか?》「学校では担任の先生とは話せますが、同級生は、特定の友達以外には自分から話しかけることはありません。話しかけられれば応じています。」
- 《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?》 危険は認識していると思います。
- 《集団生活へは適応していると言えそうですか?》「集団行動は苦手だと思います。不安が強い時には手洗いを頻回に行わなければならない、登校できないことがあります。」

以上

(2級該当事例)

症例-J

(聴取順に箇条書き)

- J: 14歳 (中学2年生) の女子 (生年月日: 平成17年3月1日)
- 主訴: 食事摂取量が減り、体重が減少している。食事場面では、家族が食べるように促すと泣いて怒りだす。妹に多く食べさせようとし、姉妹で激しい口論になる。
- 家族歴: 両親とJと小学5年生の妹の4人家族。父は公務員であり、真面目で穏やかな性格だが、平日は帰宅時刻が遅いため、Jといっしょに食事をするのは週末のみとなることが多い。母は学校の教員をしており、Jの食事摂取量低下、過活動を心配し、食事場面ではJに対して感情的に接してしまうことが多い。妹は、食事場面以外ではJとの関係性は良いが、食事場面ではJと激しい口論になる。
- 乳幼児期の発達: 妊娠経過に異常はなかった。出産は在胎38週の正常分娩で、黄疸や仮死はなかった。哺育は母乳で、抱っこしたときに違和感はなかった。始語、始歩は12ヵ月で運動発達、言語発達に遅れはなく、1歳半健診、3歳児健診で特に指摘はなかった。3歳で保育園に入園し、最初は母と分離する際に泣いていたが、慣れると楽しそうに通い、集団場面で特に問題となることはなかった。保育園で仲の良い子がおり、帰宅後、保育園でどんなことをして過ごしたかを母によく話していた。
- 小学校入学後の経過: 小学校入学後、意欲的に学習に取り組み、成績は良く、友達関係でも大きな問題はなく、学級委員を担うなど学校での評価は高かった。学習だけでなく学級委員の仕事も含め、完璧にこなそうと努力をしていた。中学校入学後、初めての試験で学年1番をとり、その後も成績を落とさないようにと以前よりも一生懸命に学習に取り組むようになった。部活は陸上部に入部し、練習に熱心に取り組んだ。中学2年生の夏に胃腸炎に罹患し、食事摂取ができず、体重が減少した。その後、同級生から「やせてかわいくなったね」と言われたり、陸上部での記録も伸び、部活の顧問に評価されたりと達成感を感じた。もう少し体重を減らすとより陸上の記録が良くなるかもしれないと考え、目標体重を40kgと決め、食事摂取量を制限するようになった。目標体重に達した後も食事摂取量はさらに減り、毎日朝晩にジョギングを行い、両親からジョギングをやめるように言われても抵抗してやめようとしなかった。胃腸炎罹患前の体重は48kg (身長154cm) だったが、35kgまで減少し、月経も秋頃からみられなくなった。母が台所で食事の準備をしていると、油を使用しないように要求したり、自身で食事を盛り付け、妹の食事を多く盛り付けたりするようになった。食事

の時間を気にするようになり、少しでも遅くなると怒り出した。食事摂取量が少ないため、母が食べるように声をかけると「妹も残しているのにどうして私だけ」「お腹がいっぱいで苦しいから食べられない」と興奮して泣きながら訴えるようになった。学校では給食をほとんど摂取できていないこと、体重が減少していることを担任に指摘され、病院受診を促された。令和元年11月6日にB病院小児科を受診した。

- 初診時（中2の11月）およびその後数回の評価面接時に得られた情報：初期発達、保育園、小学校で問題となるようなことはなかった。元来真面目で、完璧主義なところがあつた。中2の夏に胃腸炎に罹患し、体重が減少するまでは大きな問題はなかったが、体重減少後は食事をめぐって母、妹との口論が多く、母が促しても十分な食事量を摂取することはできず、家族みんなが疲弊していた。最近はジョギングだけでなく、入浴前後にストレッチをし、入浴も1時間以上かけるようになった。朝、入浴後だけでなく、頻繁に体重測定をし、体重が少しでも増えると食事摂取量をさらに減らそうとするようになった。1日に何度も鏡で自身の姿を確認し、「太ももの太さが気になる」と落ち込む様子もみられた。診察場面で、本人は学校での様子等については丁寧に受け答えをしたが、食事や体重の話題になると「体調は悪くありません」と少し涙ぐみ、それ以上話そうとはしなかった。身体所見としては末梢冷感が目立ち、血液検査では明らかな肝機能異常や電解質異常はなかったが、脱水を認め、甲状腺、性ホルモンは低値を示した。心電図では心拍52/分と洞性徐脈を認め、低体重、低栄養により血液検査、心電図の異常が生じていると考えられることを本人、母に伝えた。低体重、低栄養による身体、精神面への影響を説明しながら、再度本人に思い当たる変化はないかを確認すると、寒さに弱くなったこと、便秘しやすくなったこと、以前よりいらいらしやすいこと、それらに不便さを感じていることを肯定した。
- 既往歴：予防接種は全て打つべきものは打っている。特記すべき既往歴なし。
- 検査所見：身長154cm、体重35kg、標準体重比72.6%と低体重、低栄養状態にあり、WISCは行っていないが、これまでの学習状況や診察場面の様子からは明らかな知的な遅れはないと判断できる。脳波検査および頭部MRIでは特に異常はない。
- 診断：主診断（診断日：令和元年11月6日）⇒神経性無食欲症（ICD-10コードF50.0）
- 初診後の治療歴：本人、母に低体重、低栄養による身体、精神面への影響について心理教育をし、現在みられている、寒さに対する弱さ、便秘、いらいらしやすさなどは、食事を摂取し、体重が回復することで改善していくこと、体重を回復させるために必要な栄養量、健康的な体重等を伝えた。また、母に親が食事の見守りをし、食事摂取量を増やす必要があること、食事摂取を促しやすいかわりなどについて伝えた。ま

た、給食は教室で食べることが難しく、別室で持参した弁当を養護教諭の見守りで摂取できるようにすること、体育、部活は十分な体重回復が得られるまでは休む必要があることを学校とも共有し、学校の環境調整を行った。週末は母だけでなく父も本人の食事を見守り、声かけをするようになり、週1回の受診で少しずつ食事摂取量が増え、体重は回復傾向にあった。しかし、食事場面で本人の不安が高い際は泣いたり、怒ったりと興奮することがあり、両親、妹の負担が大きいことが語られた。

- 認定診断書作成時（令和2年1月9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）：

《食事の様子？》「食べる量が極端に少ないですし、肉や油を嫌がって食べないので少しでも食べられるように食事中は見守りつづけ、食べられるように声かけをする必要があります。お皿に盛る量のことと妹と大喧嘩になったり、泣いたり怒ったりするので、なだめるのにもとても時間がかかります。」

《トイレは？》「1人で問題なくできます。」

《毎朝の着替えは1人でできますか？》「一人でできます。」

《買い物や電車などのお出かけの際にはいかがですか？》「病気になる前は1人でバスや電車に乗ることはできていましたし、買い物もできますが、まだやせているので、今は1人での外出はさせていません。」

《ご家族とJさんとの会話などコミュニケーションはいかがですか？》「食事や体重の話題以外では、自然な会話ができますが、食事や体重のことで不安になっているときは、『これを食べても太らないか』などの確認が多くなってしまいますし、泣いたり怒ったり興奮して会話が難しくなります。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか？》「学校の休み時間は同級生と話しています。担任の先生とも話せますが、体調が悪いときでも無理をしてしまって、教科担任の先生に自分から保健室に行くように相談することは難しいです。」

《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？》「そういう理解は問題ないです。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか？》「給食は食べられないものが多いこと、周囲の生徒が食べる量が気になってしまうことと、人前で食べることへの不安が強く、別室で保健室の先生に見守ってもらいながらお弁当を食べています。まだ十分に体重が回復していないので体育も見学していますが、それ以外の授業は真面目に出て、休み時間はクラスの子達とおしゃべりをして過ごしてはいるようです。部活は休んでいますし、やせているため外出は親がつきそって最低限にしているの

もありますが、これまで学校のない日に友達と遊ぶと何かを食べることが多かった
ので、遊びに行くことも不安で行きたい気持ちもなくなっているようです。以前の
ように集団にうまくとけこむことはできていないように思います。」

以上

(非該当事例)

症例-K

- K：6歳（小学1年生）の女子
- 主訴：ことばが少ない。他の子どもと比べて発達が遅れている
- 家族歴：40代の父母、9歳上の姉、6歳上の兄との5人暮らし。父は会社員で大人しい人。仕事が忙しく、休日も家にいないことが多くて子どもとの関わりは少ない。母は主婦。人見知りで、短気なところがある。姉は重度知的障害で特別支援学校高等部3年生。大人しく、家の手伝いもしてくれる。兄は中3、元気で反抗的。発達の問題は指摘されたことはない。
- 乳幼児期の発達：妊娠期に特記すべきこと無し。38週、2500gで出生。すぐに呼吸しなかったために保育器を利用したが、その後は特に問題なかった。定頸4ヶ月、お座り7ヶ月、ハイハイ11ヶ月。始歩は1歳2か月、1歳半健診では発語無しのために指摘を受けていた。視線は合い、人見知りも認められていた。2歳前に単語を話し出したため、母としてはほっとしていた。3歳児健診で、会話は二語文程度で、よく動き、歩き方も幼かった。母にくっついて離れず、健診の課題は全くできなかった。保健センターの親子教室に半年ほど通所した。親子通園療育を勧められたが、母の仕事を理由に通所せず、幼稚園に年少から入園。担任の言っていることはあまり理解できていなかったが、加配の保育士がずっと横について手助けすることで教室の中で過ごせていた。お遊戯会や運動会は、年少の時は保育士と一緒にその場にいただけで、競技への参加は難しかったが、年中以降は遅れながらも参加できた。行事の前は、爪かみがひどくなった。トイレトレーニングは年中の夏には、園で誘導すればおしっこをトイレでするようになり、間もなく家でもできるようになった。年長になって、就学のことを心配した園の先生に勧められて、令和2年6月7日児童精神科を受診した。
- 初診時（年長の6月）の様子：母とともに来院。本人はニコニコとしていて、名前や園のクラスは元気に答えるが、わからないことを聞かれると黙ってしまう。応答は2-3語文が多いとのことであった。知能検査の結果や園生活の様子からは、学校生活において少人数で本人の成長に合った環境が好ましいことを伝え、特別支援学級が良いのではないかと話すと母はすんなり理解した。
- 検査所見：脳波、頭部MRI検査で特に異常を認めなかった。染色体検査でも異常をみられなかった。初診時に行った田中ビネー知能検査では、5歳3か月時点で、精神年齢3歳

6か月（知能指数IQ：67）であった。

- 診断：主診断⇒軽度知的障害（行動上の機能障害がないか軽微なもの）F72.0
- 初診後の治療歴：初診の後も、3か月に1回程度来院し、療育相談を行ってきた。就学に伴う環境変化でイライラすることが多くなったり、こだわりの強い同級生にしつこく注意されることで自傷行為が出現したりするなどの問題が生じたが、診察場面で助言して、それを学校に伝えて対処してもらった。その後も、緊張すると爪かみがひどくなったり、環境の変化などがあるとイライラして癩癩や自傷を起こしたりすることはあったが、入学後1年くらいしてからは落ち着いてきた。
- 認定診断書作成時（令和4年2月4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？》下手でよくこぼしますが、自分で箸を使って食べています。

《トイレは？特に大便の排泄時にはどうですか？》自分で行けるようになりました。大便の時は、おしりは自分で一応ふきますが仕上げをしてあげることが必要です。

《毎朝の着替えは一人でやれますか？》だいたい自分で着ますが、声をかけないとなかなか自分からは動きません。

《買い物や電車などのお出かけの際にはいかがですか？》外では離れずに一緒にいてくれます。

《ご家族とKちゃんとの会話などコミュニケーションはいかがですか？》母には、ニコニコしながらよく話しかけてきますが、何を言っているかはよくわからないことも多いです。ただ、最近、こちらから尋ねると、学校であったことを言ってくれることも出てきました。

《ご家族以外の人との会話はどうですか？》学校の先生や支援級の友達とは話していると思います。それ以外の人には恥ずかしくて挨拶もなかなかしません。

《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？》火や刃物は触らせていませんが、危険はわかっていないと思います。車や高い所もわかっているか心配なので、外に出たときはいつも親が注意して見えています。

《集団生活へは適応していると言えそうですか？》困った問題は起こさないですし、座ってもらえます。ただ、先生に言われないと何をして良いかわからず、固まっていると思います。

以上

(非該当事例)

症例-L

- L：8歳（小学3年生）の男子（生年月日：平成21年11月10日）
- 主訴：「お母さんが死んでしまうのではないか」「家が火事になってしまうのではないか」が不安になってしまう。
- 家族歴：両親とLの3人暮らし。両親は共働きで、就園前は近くの祖父母に預けられることもあった。両親とも穏やかで理解がある。
- 乳幼児期の発達：妊娠経過に異常はなかった。出産は在胎40週の正常分娩で、黄疸や仮死はなかった。哺育は母乳で、抱っこしたときに違和感はなかったが夜泣きは多かったと母親は記憶している。始歩は13ヵ月、始語は14ヵ月頃で、最初の言葉はブーブーであった。その後も言葉は増え、言葉の発達が遅いことはなかったと母親は感じていた。積み木やミニカーでの一人遊びが好きで、手がかからなかった。1歳半健診、3歳児健診では特に指摘はなかった。3歳で保育園に入園したが、保育園年少、年中の頃はいつも車のおもちゃで一人で遊び、他の児童と遊ぶことが少なかった。運動会などの行事では、みんなと同じように活動できたが、スターターピストルの音が怖くて、年少、年中のときは泣いた。年長のときは、自ら耳をふさいでその場にいることができた。風船が割れる音も嫌いで、風船があるだけで耳をふさいで怖がった。年長の頃は保育園で友達と遊ぶことが増えた。家では自分の興味のあることをよくしゃべっていた。
- 小学校入学後の経過：小学校入学後、普通学級を利用し学習には意欲的であったが、思い通りに書けないと全部書き直すなどのこだわりがあったため、宿題に時間がかかってしまうことが多かった。授業中の離席はなく、明らかな不注意や多動は認めなかった。保育園の頃は目立たなかったが、就学後は勝ち負けへのこだわりが強く、勝負事に負けると物にあたり部屋から出ていったりすることがあった。2年生になるときに担任が替わる際には強い不安を訴えた。新しい担任が他児を叱っているのを見て以来、「怒られたらどうしよう」と何度も母に述べるようになった。小2の9月頃からは「お母さんが死んでしまうのではないか」「家が火事になってしまうのではないか」と不安になって、母に大丈夫であるかを繰り返し確認するようになったため、令和3年1月8日にA病院児童精神科の初診となった。
- 初診時（小2の1月）およびその後数回の評価面接時に得られた情報：言語発達は標準的であった。年中の頃は自分の興味のあることをよくしゃべったが、一方的に話し続けることが目立つようになり、相互性のある会話になりにくかった。一度嫌だと思ったこと

にはなかなか取り組めず、一度嫌がらせを受けるとその人とは二度と話そうとしないことがたびたびある。食事はだいたい何でも食べたが、トマトとスイカは食べられなかった。

- 既往歴：予防接種は全て打つべきものは打っている。熱性けいれんを含めけいれん歴はない。
- 検査所見：初診後まもなく実施したWISC-IVでは全検査IQ (FSIQ) =88, 言語理解 (VCI) =103, 知覚推理 (PRI) =82, ワーキングメモリー (WMI) =79, 処理速度指標 (PSI) =91であり, 知的な遅れはないと判定できる (検査実施日: 初診から1カ月後、平成30年2月12日)。脳波検査および頭部MRIでは特に異常はない。
- 診断：主診断 (診断日: 令和3年3月12日) ⇒アスペルガー症候群 (ICD-10コードF84.5)
- 初診後の治療歴：両親にアスペルガー症候群について説明し、担任とも話し合いながら特性に配慮した学校環境を整えた。具体的には、スケジュールなどは図示してわかりやすく伝えることにより見通しが立たないことによる不安を軽減させたり、取り組みやすい内容の宿題に変更したりした。また、家で過度の不安が生じるのを防ぐために、興味を持って取り組める活動を日常生活に取り入れた。依然として、母の死や自宅の家事に関する不安の訴えはあるが、しつこさはだいぶ減り、母の負担も軽減した。
- 認定診断書作成時 (初診から7カ月後) 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?》「いえ, 手伝う必要はありません。」

《トイレは?》「とくに問題ありません。」

《毎朝の着替えは一人でやれますか?》「一人でやれます。」

《買い物や電車などのお出かけの際にはいかがですか?》「1人でバスや電車に乗ったりすることはできません。買い物では自分のほしい物を1人でレジに持っていき支払いをすることもできます。」

《ご家族とLさんとの会話などコミュニケーションはいかがですか?》「両親には自分の興味があることを一方的に話し続けます。両親が伝えたことも理解できます。」

《ご家族以外の人との会話はどうですか?》「学校では生徒にも先生にも話しかけますが、会話は一方的になってしまうことがあります。それでもみんなと話しながら一緒に遊んでいます。」

《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?》「そういうものに対しては慎重です。」

《集団生活へは適応していると言えそうですか?》「特に問題なく、同世代の友達と関わ

れています。あまりにも一方的に話しすぎで、友達から嫌がられることはあると思いますが、学校には楽しんで通えています。集団で行う行事も参加できています。最近は特に勝ち負けへのこだわりが強く、それで友達と衝突することがあります。

以上

(非該当事例)

症例-M

- M：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。真面目でいる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き、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ったりすることもあった。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。当初はしょっちゅう立ち歩き、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、持ち物をよくなって帰ってきた。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癩癩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。時に学校に行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、家でも困っているため、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、熱性けいれんがあつたが、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つた。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、かっ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。些細なことでカッとなることはあり、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くて、目の前で声をかけてひとつずつ着るように指示します。あれこれ話してなかなか進まないの、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。わかっているので、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くんとのお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。集団行動の途中でも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

様式第4号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(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	
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	
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 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) 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(状態をもっとも適切に記載できる「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)) 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。 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。) 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。) 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。) 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。) (知的障害) 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。 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。) 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。) 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。) 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。) 			
		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、児童福祉法また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のエ「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」、⑪の欄の問題行動の「1 暴行(家庭内・家庭外)・暴言(家庭内・家庭外)」「3 放火・弄火」「6 反抗・挑発」「8 家出・放浪」「12 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

精神の障害に係る等級判定ガイドライン素案

2025年3月

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」「部分的な介助を要する」「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」「全面的な介助を要する」「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」「部分的な介助を要する」「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」「全面的な介助を要する」「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、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	○ 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。	・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。
	○ 在宅での療養状況を考慮する。	・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	○ 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。	—

日常生活に関する状況について(照会)

この書類は、特別児童扶養手当の審査にあたって、請求者(児童を家庭で監護、養育している父母等)に、対象となる児童の日常生活状況に関する状況を詳しく確認させていただく必要があると認められた場合に、お送りしています。(記載していただいた内容は、審査の資料となります。)

<記入する前にご確認ください>

- 対象となる児童の日常生活に関する状況をよく把握している方が記入してください。
- 今回ご照会する内容は、既にご提出いただいている書類から確認することが困難であったものとなります。指定された項目以外の欄については、記入していただく必要はありません。
- 各項目の記入にあたっては、3ページの「記入上の注意」ををご確認ください。
- この書類が提出されない場合は、すでに提出された資料で審査をさせていただく場合があります。

請求者(監護、養育している父母等) 氏名	生年月日
様	昭和 平成 年 月 日
対象児童 氏名	生年月日
様	平成 令和 年 月 日
令和 年 月 頃の対象児童の状況についてご回答ください。	

1. 同居者について該当するものをすべて○で囲んでください。⇒	父 母
	きょうだい【 人、 (歳) (歳) (歳)】
	その他()

2. 日常生活における障害の影響や同居者等周囲の方からの援助について具体的に記入してください

①現在の生活環境		在宅	その他()
②主に誰から援助を受けていますか		父 ・ 母 ・ ヘルパー ・	その他の親族 (続柄:) その他()
③日常生活の場面	おおむね一人でもできることはどのようなことですか。	一人ではできないために、周囲の方の援助を受けていることがあれば、援助の内容や頻度を具体的に記入してください。	
食 事			
用便の始末			
入浴や 清潔保持			
衣服の着脱			
買い物や交通 機関の利用			
家族との会話			
家族以外の者 との会話			
危険物の理解			
集団生活			

その他の援助を受けていることがあれば記入してください。

3. その他の事項にかかる下記設問に詳しく記入してください。

令和 年 月 日

対象児童氏名 ()

請求者(受給者)氏名 ()

記入者氏名 () 対象児童との関係 ()

記入者電話番号 ()

注 請求者(受給者)以外の方が記入された場合は、「請求者(受給者)氏名」とあわせて、「記入者氏名」「対象児童との関係」「記入者電話番号」を記入してください。

日常生活に関する状況について(照会)の記入上の注意

1. 同居者について

- ・「その他」を選んだ場合は、かっこ内に同居者の対象児童との続柄または関係を記載してください。同じ続柄の同居者が複数いる場合は、人数も記入してください。

2. 日常生活における障害の影響や同居者等周囲の方からの援助について

- ・「①現在の生活環境」は、該当するものを○で囲んでください。「その他」を選んだ場合は、具体的な住環境について、かっこ内に記入してください。
- ・「②誰の援助をうけていますか」は、該当するものを○で囲んでください。なお、「親族」を選んだ場合は対象児童との続柄を、「その他」を選んだ場合は、具体的に誰が援助しているかをかっこ内に記入してください。
- ・「③日常生活の場面」は、本人の日常生活能力を判定するうえで、参考となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

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	成人の自閉スペクトラム症（アスペルガー障害を含む）	福井次矢, 高木誠, 小室一成	今日の治療指針2024年版ー私はこう治療しているー	医学書院	東京	2024	1081-1082
本田秀夫	神経発達症群 総論：神経発達症群の概念・分類とその歴史の変遷	本田秀夫	講座 精神疾患の臨床9：神経発達症群	中山書店	東京	2024	2-9
本田秀夫	自閉スペクトラム症 概念, 疫学, 症候, 診断基準	本田秀夫	講座 精神疾患の臨床9：神経発達症群	中山書店	東京	2024	278-288
本田秀夫	神経発達症の子どもに対する地域支援体制	本田秀夫	精神療法増刊第11号：児童期・青年期のメンタルヘルスと心理社会的治療・支援	金剛出版	東京	2024	24-31

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
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	48	241-248	2024
Niimi T, Inaba Y, Honda H	Developmental changes in prefrontal cortex activation in children with or without autism spectrum traits on near-infrared spectroscopy	Brain and Development	46	235-243	2024

Honda H	The necessity for a simple and reliable screening tool for developmental concerns: Validity of the ESSENCE-Q	Developmental Medicine & Child Neurology	66	1537-1538	2024
Kuge, R., Kojima, K., Shiraishi, K., Sasayama, D., Honda, H., Simic, M., and Baudinet, J	Adaptation of multi-family therapy for children and adolescents with anorexia nervosa in Japan	Journal of Family Therapy	46	374-387	2024
本田秀夫	家族および当事者としての利点を生かした発達障害の人たちへの精神療法	精神療法	50	559-561	2024
本田秀夫	神経発達症の特性のある親をもつ人のメンタルヘルス	精神科治療学	39	1377-1382	2024
本田秀夫	自閉スペクトラム症では、なぜ「グレーゾーン」がこれほど話題になるのか？	精神科治療学	40	23-27	2025
本田秀夫, 関根礼子	現代カルチャーを活用した自閉スペクトラムの人たちの支援	精神医学	67	420-425	2025
篠山大明	母親のメンタルヘルスと子どもとの神経発達症との関係	精神科治療学	39	1323-1328	2024
篠山大明	神経発達症群の一つとしてのコミュニケーション症群	臨床精神医学	53	739-744	2024
篠山大明	神経発達症がある児童生徒への合理的配慮に関する診断書・意見書	精神科治療学	39	379-383	2024

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

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業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 厚生労働科学特別研究事業

2. 研究課題名 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を補助するための情報ツール作成のための研究

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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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) 未審査に場合は、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

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を補助するための情報ツール作成のための研究
3. 研究者名（所属部署・職名） 学術研究院医学系・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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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。