

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

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

本研究の目的は、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定事務について課題の分析を行い、認定の際に客観性を確保するための改善策について研究することである。2年間で以下の研究を行った。

1. 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）認定の実態調査（1年目：篠山、公家）：精神の障害に係る認定の地域差を把握するため、全国の都道府県・政令指定都市を対象とした実態調査を実施した。40の自治体が調査対象となり、4,419件の認定診断書のデータが得られた。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%の範囲であった。

2. 認定診断書改定案の作成（1年目：本田、篠山、小平、野邑、早川、山田、吉川、樋端、公家）：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」（以下、「先行研究」）の中で提案された改定素案をさらに発展させ、障害基礎年金との整合性のある認定診断書改定案および作成要領案を作成した。

3. 改定案に関する調査への協力の意志の有無に関するアンケート調査（1年目：本田、篠山、小平、野邑、早川、山田、吉川、樋端、公家）：日本児童青年精神医学会の学会員（医師）を対象として、5のサンプル調査協力の意志の有無に関するアンケート調査を行い、636名から調査協力の意志を示す回答が得られた。

4. 模擬症例のビネット作成（2年目：本田、篠山、小平、野邑、早川、山田、吉川、樋端、公家）：先行研究にて作成した13の模擬症例について研究代表者、研究分担者、研究協力者がオンライン会議およびメール審議で検討し、今回の研究の目的に沿って取捨選択および必要に応じて内容の加筆修正を行い、11症例を5の調査で用いることにした。

5. 認定診断書改定案によるサンプル調査（2年目：篠山、樋端、公家）：3のアンケート調査で本調査への協力を意志表示した医師を対象に、4で作成した模擬症例を用いて認定診断書改定案に記載するサンプル調査を行った。182名から有効回答が得られ、認定診断書改定案の「障害のため要する援助の程度」が模擬症例で想定されていた重症度と関連し、評価者間信頼性が保たれていることが確認できた。さらに、「日常生活能力の判定」と「障害のため要する援助の程度」の判定が重いほど、各模擬症例で想定されていた重症度は高い傾向が見られた。

本研究より、現行の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。また、本研究で作成した認定診断書改定案は妥当性、信頼性とも一定の基準を満たしていると考えられた。今後、認定業務の地域格差が是正され、適切に業務が行われるよう、このデータをもとにした特別児童扶養手当認定のガイドラインを作成することが求められる。

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）

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）

A. 研究目的

本研究の目的は、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定事務について課題の分析を行い、認定の際に客観性を確保するための改善策について研究することである。

20歳未満で知的障害または精神障害のある児童を家庭で監護、養育している父母等に支給される特別児童扶養手当については、「特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)」（以下、「認定診断書」）により、各自治体の認定医等が障害程度の認定を行っている。特別児童扶養手当の障害認定業務は、都道府県およ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く、一定の基準に基づく不公平感の少ない認定が行われているかどうかについては疑問が残る。自治体によって認定の地域差が生じている可能性があることから、精神の障害の認定について地域差の原因を解明し、認定事務の適正化を図る必要がある。

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」）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。ICD-10のF7、F8、F9の疾患群ごとに軽度、中度、重度、最重度の4種類の重症度の模擬症例各1例（ただしF8中度では2ケース）計13ケース分の架空のビネットを作成し、それをもとに228名の医師が改定素案に記入した結果、改定素案で記載を求めている医学的総合判定欄の障害の重症度、及び現症の要注意度は各々一定の妥当性と信頼性を持つことが明らかになった[1]。

今回の研究では、精神の障害に係る認定の地域差を把握するため、全国の都道府県・政令指定都市を対象とした実態調査を実施する（1年目：令和2年度）とともに、上記先行研究で作成された改定素案をさらに発展させ、障害基礎年金との整合性のある認定診断書改定案を作成し（令和2年度）、その信頼性・妥当性を検討する（2年目：令和3年度）ことを目的として、以下の研究を行った。

B. 研究方法

1. 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）認定の実態調査

（1年目：篠山、公家）

令和2年8月1日～11月30日に全国の都道府県・政令指定都市で新規判定された特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）を対象

とした。ただし、データの採取が困難とならないように、別期間での設定が望ましい場合は各自治体の判断で上記と異なる 4 カ月間を対象期間とすることも可とした。

全国の都道府県・政令指定都市の特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）認定業務を行う部署の担当者に情報提供を依頼し、認定診断書の記載内容および判定結果に関する情報を入手した。

各都道府県・政令指定都市の新規申請者数と認定者数の内訳、各傷病名における 1 級および 2 級の認定率、1 級および 2 級と判定された児童の診断の内訳、各都道府県・政令指定都市の新規申請者の IQ/DQ 値を算出した。また、性別、年齢、IQ/DQ 値、要注意度、精神症状、問題行動及び習癖を説明変数、認定の有無を目的変数とした二項ロジスティック回帰を行った。

2. 認定診断書改定案の作成

（1 年目：本田、篠山、小平、野邑、早川、山田、吉川、樋端、公家）

現行の認定診断書および先行研究で作成した認定診断書改定素案について、研究班内で問題点の洗い出しを行い、認定診断書改定案作成に取り組んだ。

3. 改定案に関する調査への協力の意志の有無に関するアンケート調査

（1 年目：本田、篠山、小平、野邑、早川、山田、吉川、樋端、公家）

2 年目に行うサンプル調査の準備として、日本児童青年精神医学会の学会員（医師）を対象としてサンプル調査協力の意志の有無に関するアンケート調査を行った。

日本児童青年精神医学会の事務局運営委員長の承認を得て、事務局を受託している(株)土倉事務所より学会員に対してアンケート案内文およびアンケートの発送を委託した。アン

ケートはハガキに印刷し、対象者に記入後に返送するよう依頼した。

4. 模擬症例のビネット作成

（2 年目：本田、篠山、小平、野邑、早川、山田、吉川、樋端、公家）

先行研究 [1]にて作成した 13 の模擬症例について研究代表者、研究分担者、研究協力者がオンライン会議およびメール審議で検討し、今回の研究の目的に沿って取捨選択および必要に応じて内容の加筆修正を行った。

5. 認定診断書改定案によるサンプル調査

（2 年目：篠山、樋端、公家）

3 のアンケート調査で本調査への協力を意志表示した医師に、模擬症例のうちの 1 症例をランダムに割り付けた。割り当てた模擬症例および特別児童扶養手当認定診断書改訂案に基づいて作成した Google フォームのホームページアドレス (URL) を電子メールにて送付し、その模擬症例について Google フォーム上の回答を依頼した。

（倫理面への配慮）

1、3、5 は、研究開始時に信州大学医倫理委員会の承認を得た上で実施した。1 については、本研究の実施についての情報を信州大学医学部子どものこころの発達医学教室のホームページに公開して研究対象者等が研究について知る機会を保障した。また情報提供機関である各自治体では、情報公開等により研究対象者等が研究について知る機会を保障するなど、各自治体において適切な手続きを行った上での情報提供を行った。3 は返信用ハガキの送付をもってインフォームド・コンセントを得られた者とした。5 は「インフォームド・コンセントのお知らせ文」を Google フォームの冒頭頁に掲げ、これに対する同意のボタンを押さない限り調査頁には入れない機能

を持たせた。このボタンを押すことをもってインフォームド・コンセントを得られたものとした。

2と4は、研究対象者が存在せず、個人情報扱うこともない。

C. 研究結果

1. 特別児童扶養手当(知的障害・精神の障害)認定の実態調査

全国の47都道府県および20政令指定都市のうち、協力が得られた40の自治体が調査対象となり、4,419件の認定診断書のデータが得られた。1級判定は108件、2級判定は3,790件、特別児童扶養手当非該当の判定は520件、判定不明が1件であった。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%の範囲であり、中央値は93.3%であった。5自治体が認定率100%であったのに対し、8自治体が認定率80%以下であった。自治体ごとの1級の認定率は0%から21.1%の範囲であり、中央値は1.4%であった。12自治体で1級の認定率が0%であったのに対し、4自治体では10%以上であった。傷病名は自閉スペクトラム症が最多で、次いで知的障害、注意欠如・多動症(ADHD)であった。

1級判定の児童のIQ/DQは2級判定の児童のIQ/DQと比較して有意に低く($P < 0.001$)、2級判定の児童のIQ/DQは非該当の児童のIQ/DQと比較して有意に低かった($P < 0.001$)。各自治体において申請された対象児童の平均IQ/DQの高さと認定率との間には有意な相関を認めなかった。申請された対象児童の平均IQ/DQの各自治体における範囲は48.1-77.9であった。

認定率 $\leq 80\%$ の8自治体と認定率 $> 80\%$ の32自治体を分けてそれぞれで解析したところ、いずれにおいてもIQ/DQ値および要注意度が認定の有無に強い影響を与えていた(いずれも $P < 0.001$)。1級判定および非該当判定と

なった対象児のIQ/DQの平均値については2群で有意な差を認めなかったが、2級判定となった対象児のIQ/DQの平均値は認定率が高い自治体で有意に高かった($P < 0.001$)。

2. 認定診断書改定案の作成

研究会議を7回開催して、認定診断書改定案(資料1a、同1b)および特別児童扶養手当認定診断書作成要領案(資料2)を作成した。新型コロナウイルス感染拡大の影響により、研究会議はすべてオンライン会議とした。

先行研究で作成された改定素案は、医学的総合判定欄の障害の重症度および現症の要注意度の各々が一定の妥当性と信頼性を持つことが明らかになっているものの、項目の構成等において障害基礎年金診断書(精神の障害用)と異なるところもある。そこで、今回の研究班では、改定素案と障害基礎年金診断書の書式を照合しながら可能な限り整合性が得やすくなるよう留意した。

先行研究では、現行の認定診断書(知的障害・精神の障害用)様式(資料3a、同3b;以下、「現行様式」)の問題点に関する検討を重ね、改定素案を作成した(資料4a、4b)。以下、改定素案および今回の改定案における変更の主なものを挙げる。

a) 改定素案では、現行様式の「① 障害の原因となった傷病名」から「④ ①のため初めて医師の診断を受けた日」までの項目を整理し、「① 障害の原因となった主な傷病名」では認定を申請する主な傷病名とそれに該当するICD-10コードを記載することを求め、「② 傷病発生年月」に主な傷病の発生した、あるいは傷病が明らかになったときの年と月を記載し、「③ ①のため初めて医師の診断を受けた日」として初診日等の具体的な年月日を記載するという流れで主たる傷病の名称と時系列をまず明確にし、続いて「④ 合併症及びそれが明らかとなった年月」で合併症の特定とその発

症時期を明確にするという形式に修正した。

今回の改定案でも改定素案の変更を踏襲した。

b) 現行様式の「⑤ 現病歴」と「⑥ これまでの発育・養育歴等」を統合し、改定素案では「⑤ 発育・養育歴と発病以来の病状と経過」とした。現行様式の⑤の「ア 発病以来の症状と経過」及び⑥の「ア 発育・養育歴」を「ア 発育・養育歴及び発病以来の症状と経過」にまとめることで、知的障害や発達障害のような理念的には出生直後から傷病が現れている場合でも一連の流れとして出生から診断書作成時までの経過を記載できるように修正した。今回の改定案では、「ア 発育・養育歴及び発病以来の症状と経過」の（ ）内の注意事項に「継続の場合は前回以降の経過を必ず記入してください。」という文を追加した。

c) 現行様式の⑥の「イ 教育歴」は現在の特別支援教育や不登校支援策の展開を反映できていないため、改定素案で修正を加えた。また、現行様式の「不就学」という規定を改定素案で「未（不）就学」という名称にした上で、診断書作成要領案において未就学と不就学の定義を明記した。加えて今回の改定案では、「ウ 現在の福祉サービス等の利用状況」の欄を追加した。

d) 現行様式では「現症」のうち「現在の病状又は状態像」には「⑦ 知的障害等」から「⑫ 性格特徴」までの 6 種類の症状等が含まれている。改定素案ではこれらの項目を整理した。まず、何を記載すべきか曖昧で作成医にとって記載しにくい「⑫ 性格特徴」は廃止し、「⑥ 知的障害」「⑦ 発達障害」「⑧ 高次脳機能障害」「⑨ 意識障害・てんかん」「⑩ 精神症状」「⑪ 問題行動」の 6 種類の欄に再編した。その上で、「⑦ 発達障害」の欄には広汎性発達障害関連症状にとどまらず、不注意性、多動・衝動性、読み書き障害、算数障害、チックなどを加えることで広く発達障害の症状を浮かび上がらせることができるようにした。同じよ

うに「⑩ 精神症状」では現行の 13 症状（「その他」を除いた数）を取捨選択し、新たに「解離・トラウマ症状」「睡眠障害」「身体化」などを加えた 12 症状（「その他」を除いた数）に整理した。「⑪ 問題行動」においても現行様式の用語をいくつか修正し、「ひきこもり」「家出・放浪」「脅迫」を新たに追加した 18 項目（「その他」を除いた数）とすることで現状に適合した選択肢とした。今回の改定案では、改定素案の「現在の病状又は状態像」をそのまま採用した。

e) 現行様式の「現症」に含まれる「⑬ 日常生活能力の程度」は「1 食事」「2 洗面」「3 排泄」「4 衣服」「5 入浴」「6 危険物」「7 睡眠」の 7 項目について能力の程度を基本的には「全介助、半介助、自立」の三段階で評価することになっている。しかしこの 7 項目のいずれもが、重度ないし最重度の知的障害児でない限り学童期以上になれば「自立」と評価できる可能性が高く、知的障害のない発達障害等においてはこれらの項目では日常生活における家族や教師などの真の困り感・困り度を反映できていない。さらに各項目とも「全介助、半介助、自立」のいずれかに評価したとして、それが年齢に不相応な水準なのか年齢相応なのかがわからない。例えば「入浴」の「半介助」と評価したとして、それは 6 歳の幼児には年齢相応なのか否かが明らかではない。こうした検討結果から、改定素案では日常生活能力を反映する指標として「1 食事」「2 用便の始末」「3 衣服の着脱」「4 買い物や交通機関の利用」「5 家族との会話」「6 家族以外の者との会話」「7 危険物の理解（火、刃物、交通、高所等）」「8 集団生活への適応」の 8 項目を選択した。この 8 項目について 3 段階の評価を作成医師に求めているが、上記の 1～4 の 4 項目には「1人でできる、部分的な介助を要する、全面的な介助を要する」の 3 水準を設定し、5、6、8 の 3 項目には「できる、少しはで

きる、全くできない」の3水準、「7 危険物の理解」は「わかる、少しはわかる、全くわからない」の3水準とした。さらに、項目毎に決定した作成医師による能力水準の評価が各々「年齢相応」か「年齢不相応」かを判断し記載することになっている。今回の改定案では、これらの内容については改定素案をそのまま用いることにした。

f) 「現症」の最終評価項目である現行様式の「⑭ 要注意度」は、今回最も大幅な改変を加えた部分である。現行様式では、特別児童扶養手当の等級判定における総合的な重症度の評価は「⑦ 知的障害等」の知能検査あるいは発達検査による「判定（最重度、重度、中度、軽度）」と「⑭ 要注意度」の3段階評価に注目して行われてきた経過がある。しかし、発達障害やその他の精神疾患による認定申請が増加してきた現在、IQやDQに注目するだけでは各精神疾患の特性による総合的な重症度を把握することが難しく、さらに「⑭ 要注意度」の3段階評価では中間の選択肢を選択する可能性が高くなる傾向がある。改定素案では、「⑬ 要注意度」を4段階に修正し、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と、それらが注意を要する程度及びそれらの生じる頻度、そして⑫に記載した日常生活能力の水準を勘案して評価するように求めた。

一方、障害基礎年金における精神障害の等級判定については、厚生労働省（2016）の「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」によって「日常生活能力の程度」の評価と「日常生活能力の判定」の評価の平均を組み合わせたものと障害等級との目安が示されている[2]。そこで今回の改定案では、改定素案の「⑫日常生活能力の程度」の内容はそのまま項目名を「⑫日常生活能力の判定」と改変し、さらに「⑬要注意度」を廃止して新たに「⑬障害のため要する援助の程

度」という項目を新設した。改定案の⑫は障害基礎年金の「日常生活能力の判定」に、⑬は「日常生活能力の程度」に相当し、それぞれ子どもを対象とした評価を念頭に置いた記載となっている。

g) 改定素案では「⑭ 医学的総合判定」の欄に障害の重症度として最重度、重度、中度、軽度の4段階のチェックボックスを設け、必ずいれずれかにチェックを入れることを作成医師に求めた。しかし改定案では、障害基礎年金との整合性を考慮して現行様式と同じ自由記載方式に戻した。

h) 以上の様式の改訂に伴い、「記入上の注意」および「特別児童扶養手当認定診断書作成要領案」も修正を加えた。

3. 改定案に関する調査への協力の意志の有無に関するアンケート調査

アンケートは日本児童青年精神医学会の医師会員 2,809 名に送付し、1,140 名（40.6%）から回答を得た。

診療科の内訳は、精神科 951 名、小児科 174 名、その他 7 名（内科 3 名、リハビリテーション科 1 名、救急 1 名、診療科名不記載 2 名）、無回答 8 名であった。

精神科医 951 名のうち特別児童扶養手当認定診断書を作成したことがあると回答したのが 509 名、そのうち 2 年目のサンプル調査に協力すると回答したのが 504 名であった。

小児科医 174 名のうち特別児童扶養手当認定診断書を作成したことがあると回答したのが 123 名、そのうち 2 年目のサンプル調査に協力すると回答したのが 123 名であった。

その他の診療科および診療科名が無回答であった 15 名のうち特別児童扶養手当認定診断書を作成したことがあると回答したのが 4 名、そのうち 2 年目のサンプル本調査に協力すると回答したのが 3 名であった。

精神科医で特別児童扶養手当認定診断書を

作成したことがないと回答した 255 名のうち 3 名が、設問の上では 2 年目のサンプル調査への協力の意志については無回答でよいとしていたにもかかわらず、協力すると回答した。また、特別児童扶養手当認定診断書を作成経験の有無について無回答であった 3 名のうち 2 名が 2 年目のサンプル調査に協力すると回答した。

以上より、1 年目終了時点で 2 年目のサンプル調査に協力すると回答したのは、全部で 634 名であった。その後、2 年目初頭にさらに 2 名から協力の意志表示の連絡が入った。これを合わせた計 636 名に 2 年目のサンプル調査を依頼することにした。

4. 模擬症例のビネット作成

先行研究で作成された模擬症例は、ICD-10 (WHO) の精神障害の分類の知的障害(ICD-10 における F7)、心理的発達の障害 (F8)、行動及び情緒の障害 (F9) のそれぞれにおいて軽度から最重度までの重症度を想定した 12 ジャンルに対して、F8 中度のみ 2 症例、それ以外は 1 症例ずつ作成されていた。今回の研究では、F8 中度については 2 症例のうち 1 症例のみを採用した。また、検討会議のなかで、F9 の最重度は想定が難しいため重度まででよいとの意見が出され、今回は F9 最重度を想定した模擬症例はなしとした。残る 11 症例について文言の微修正等を行い、模擬症例を完成させた。

5. 認定診断書改定案によるサンプル調査

636 名の協力意志表示者のうち連絡先不明等を除いた 626 名に調査依頼を行った。190 名の回答が得られ、的外れ回答 8 名 (例: 模擬症例に基づいていない記載が行われている) を除外した 182 名の回答を解析対象とした。有効回答者 182 名の属性は、小児科医かつ精神科医 20 名、小児科医 30 名、精神科医 132 名

であった。

182 名から得られた有効回答を集計・統計解析し、診断書改定案に記載された「障害のため要する援助の程度」の妥当性と信頼性を評価した。さらに、診断書改定案に記載された「日常生活能力の判定」および「障害のため要する援助の程度」と、各模擬症例で想定されていた重症度との関係を明らかにした。

想定されていた各模擬症例の重症度と回答された「障害のため要する援助の程度」の間の相関係数 Spearman's $\rho = 0.552$ (95%CI: 0.442-0.646)、Kendall の一致係数 $W = 0.776$ (95%CI: 0.836-0.904) であった。医師間の一致性の指標として算出した級内相関係数 ICC = 0.647 (95%CI: 0.139-0.890) であった。「障害のため要する援助の程度」は、模擬症例で想定されていた重症度と関連し、また評価者間信頼性が保たれていることが確認できた。

さらに、診断書改定案における 8 項目の「日常生活能力の判定」に対する回答の平均点数と「障害のため要する援助の程度」について検討したところ、「日常生活能力の判定」と「障害のため要する援助の程度」の判定が重いほど、各模擬症例で想定されていた重症度は高い傾向が見られた。

D. 考察

全国の都道府県・政令指定都市を対象とした実態調査では、67 自治体中 40 の自治体からの情報提供により得られた特別児童扶養手当認定診断書の記載内容と判定結果を分析した。特別児童扶養手当の認定率および申請される対象児童の平均 IQ/DQ には自治体間で大きな差を認めた。IQ/DQ 値および要注意度は判定結果に強い影響を持つ因子であったが、各自治体において申請された対象児童の平均 IQ/DQ の高さや認定率との間には有意な相関を認めなかった。申請される児童の IQ/DQ が低いために認定率が高くなっていると考えら

れる自治体がある一方で、認定率が高いが故に IQ/DQ が高い児童に対しても申請が行われていると考えられる自治体もあった。

傷病名では自閉スペクトラム症が最多で、続いて知的障害、ADHD であった。特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）が認定される児童の大部分が何らかの発達障害と診断されている実態が明らかとなった。

認定率が 80% 以下の自治体とそれ以外の自治体の比較では、判定に影響を与える要因については明らかな違いを認めなかったが、2 級判定となる対象児童の IQ/DQ 値や要注意度の分布は 2 群での差が明らかであった。これらの結果から、認定される目安となる児童の重症度の基準が自治体によって異なっていることが示唆された。

改定案の作成については、新型コロナウイルス（COVID-19）感染症流行拡大の影響で、対面による研究会議は 1 度も開催できず、代わりにオンライン会議を開催した。1 年目の会議では、先行研究で出された改訂素案および障害基礎年金認定診断書（精神の障害）を比較・検討した上で、特別児童扶養手当と障害基礎年金の関係について整理し、児童期における特別児童扶養手当の認定と成人期における障害基礎年金の認定との内容の整合性が得られるよう留意しながら改定案を作成した。

2 年目は、模擬症例のビネット作成とサンプル調査を行った。模擬症例は、先行研究で使用したものを再検討し、一部改変して使用した。特別児童扶養手当の対象となる障害は主として ICD-10 の F7、F8、F9 に含まれることが多いため、それぞれについて軽度、中度、重度、最重度を想定したビネットを作成した。しかし F9 は、ここに含まれる ADHD、反応性愛着障害、素行症、反抗挑発症などの障害の最重度を重度と区別して想定することが難しいとの意見が検討会議の場に出され、検討した結果、最重度のビネットは用いずに軽度、中度、

重度のみとした。

以上より、計 11 症例について模擬症例のビネットを完成させ、これを用いて認定診断書改定案によるサンプル調査を行った。サンプル調査では、認定診断書改定案の妥当性の指標として、模擬症例で想定されていた重症度と認定診断書改定案に記入された「障害のため要する援助の程度」の相関を調べ、信頼性の指標として「障害のため要する援助の程度」における評価者間の級内相関係数を用いた。その結果、妥当性、信頼性ともに、一定の基準を満たしていることが確認できた。

さらに、8 項目の「日常生活能力の判定」の平均判定と「障害のため要する援助の程度」の判定が重いほど、想定されていた各模擬症例の重症度が高い傾向が確認できた。「日常生活能力の判定」と「障害のため要する援助の程度」を組み合わせることが、症例の重症度の指標となり得ることが示唆される結果が得られた。

ただし、「日常生活能力の判定」と「障害のため要する援助の程度」の組み合わせは、あくまでも重症度の目安にしかなり得ない。認定診断書の他の項目の記載内容も併せて詳しく審査する必要がある。総合的な判断に基づく等級判定に関する基準をどのように設けるかが、今後の等級判定のガイドライン作成における課題である。

E. 結論

全国の自治体を対象とした実態調査からは、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。地域較差の是正と認定業務の適正化をはかるためには、信頼性・妥当性が保証された認定診断書と認定のためのガイドラインが必要である。今回作成した認定診断書改定案は、信頼性・妥当性を検証できたことから、この診断書改定案は障害認定における自治体間の地域差の解消に有用であると思われる。

今後、認定業務の地域格差が是正され、適切に業務が行われるよう、このデータをもとにした特別児童扶養手当認定のガイドラインを作成することが求められる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

Hidese S, Hattori K, Sasayama D, Tsumagari T, Miyakawa T, Matsumura R, Yokota Y, Ishida I, Matsuo J, Yoshida S, Ota M, Kunugi H. Cerebrospinal fluid neuroplasticity-associated protein levels in patients with psychiatric disorders: a multiplex immunoassay study. *Transl Psychiatry*. 2020 May 21;10(1):161.

Hidese S, Hattori K, Sasayama D, Tsumagari T, Miyakawa T, Matsumura R, Yokota Y, Ishida I, Matsuo J, Yoshida S, Ota M, Kunugi H. Cerebrospinal Fluid Inflammatory Cytokine Levels in Patients With Major Psychiatric Disorders: A Multiplex Immunoassay Study. *Front Pharmacol*. 2021 Feb 1;11:594394.

本田秀夫：精神医学の専門性と臨床の大衆性—発達障害についてマスメディアで発言するわけ—。精神科治療学 35(7): 681-685, 2020。

本田秀夫：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染拡大に伴う学校の一斉休校は、子どものメンタルヘルスにどのような影響を及ぼしたか？精神科治療学 35(8): 791-795, 2020。

本田秀夫：児童・青年期に関連する精神障害の診断概念と分類。「精神科治療学」編集委員会編，桑原斉，井上祐紀（編集協力）：

「精神科治療学」第 35 巻増刊号：児童・青年期の精神疾患治療ハンドブック。星和書店，東京，pp.9-13, 2020。

本田秀夫：神経発達症の早期支援システム。

「精神科治療学」編集委員会編，桑原斉，井上祐紀（編集協力）：「精神科治療学」第 35 巻増刊号：児童・青年期の精神疾患治療ハンドブック。星和書店，東京，pp.63-66, 2020。

本田秀夫：境界知能。「精神科治療学」編集委員会編，桑原斉，井上祐紀（編集協力）：「精神科治療学」第 35 巻増刊号：児童・青年期の精神疾患治療ハンドブック。星和書店，東京，pp.128-129, 2020。

本田秀夫：成人期における ASD の臨床。チャイルド・ヘルス 24(1): 37-39, 2021。

本田秀夫：標準的精神科医が知っておくべき児童精神科の知識と技能。精神科治療学 36(2): 183-188, 2021。

本田秀夫，土屋賢治，篠山大明，内山登紀夫，野見山哲生：発達障害の原因，疫学に関する情報のデータベース構築のための研究。医療情報学 41(2): 82-83, 2021。

本田秀夫，新美妙美，樋端佑樹：小児科から精神科へのトランジションにおける児童青年精神科の役割—システム・モデルの観点から—。精神科治療学 36(6): 627-632, 2021。

本田秀夫：自閉スペクトラム症。精神科 Resident 2(3): 166-168, 2021。

本田秀夫：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定の地域差。日本医事新報 No.5087: 60-61, 2021。

本田秀夫：子どもの精神科臨床は薬物治療なしでどこまでできるのか？精神科治療学 36(10): 1115-1120, 2021。

本田秀夫：【特集】「実感と納得」に向けた病気と治療の伝え方：成人の神経発達症—主観と客観を総合した多軸的・階層的な視点から—。精神医学 63(11): 1625-1632, 2021。

- 本田秀夫：自閉スペクトラム症の視点からみた精神疾患・精神障害の概念の再検討－「パラレルワールド」の精神医学の必要性－。精神科 40(1): 1-6, 2022。
- Imai J, Sasayama D, Kuge R, Honda H, and Washizuka S: Hyperactive / impulsive symptoms and autistic trait in institutionalized children with maltreatment experience. *New Directions for Child and Adolescent Development* 2021(179): 29-39, 2021.
- Ishiwata S, Hattori K, Hidese S, Sasayama D, Miyakawa T, Matsumura R, Yokota Y, Yoshida S, Kunugi H. Lower cerebrospinal fluid CRH concentration in chronic schizophrenia with negative symptoms. *J Psychiatr Res.* 2020 Apr 16;127:13-19.
- 金重紅美子, 中嶋彩, 上田美穂, 宮沢久江, 佐藤かおる, 齊藤由美子, 三神恭子, 宮本佳代子, 日原寿美子, 柳原めぐみ, 岡輝彦, 畠山和男, 池田久剛, 保坂裕美, 宇藤千枝子, 相原正男, 山縣然太郎, 片山知哉, 本田秀夫：山梨市における児童の発達障害の累積罹患率, 有病率および学校教師の把握の状況の前方視的調査－小学1年生から5年間の継時的推移－。精神科治療学 35(6): 657-664, 2020。
- 岸信之, 亀岡智美, 早川洋, 小川素子, 菊池清美：児童心理治療施設と治療共同体－総合環境療法の視点から－。集団精神療法 36(2): 239-246, 2020。
- 小平雅基：【精神疾患の背後に発達障害特性を見いだしたとき、いかに治療すべきか】自閉スペクトラム症傾向を認める強迫症者への介入。精神神経学雑誌 122(4): 282-289, 2020。
- 小平雅基：新型コロナウイルス感染症と児童青年のメンタルヘルス。精神医学 63(1): 113-123, 2021。
- Nakamura T, Sasayama D, Hagiwara T, Kito H, Washizuka S. Reduced functional connectivity in the prefrontal cortex of elderly catatonia patients: A longitudinal study using functional near-infrared spectroscopy. *Neurosci Res.* 2020 Dec 11;S0168-0102(20)30485-5.
- Sasayama D, Hattori K, Yokota Y, Matsumura R, Teraishi T, Yoshida S, Kunugi H. Increased apolipoprotein E and decreased TNF- α in the cerebrospinal fluid of nondemented APOE- ϵ 4 carriers. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2020 Jun;40(2):201-205.
- 篠山大明：長野県発達障がい診療人材育成事業における医師育成カリキュラム。児童青年精神医学とその近接領域, 61(2):82-88, 2020年。
- 篠山大明：「診断を活かす」ということ。教育と医学, 68(3):60-67, 慶応義塾大学出版会, 東京, 2020年5月
- 篠山大明：発達障害とコミュニケーションスタイル。教育と医学, 68(4):56-63, 慶応義塾大学出版会, 東京, 2020年7月
- 篠山大明：良いコミュニケーションを育てるために大切なこと。教育と医学, 68(5):62-69, 慶応義塾大学出版会, 東京, 2020年9月
- 篠山大明：「やればできる、でも難しい」こと。教育と医学, 68(6):60-67, . 慶応義塾大学出版会, 東京, 2020年11月
- Sasayama D, Kudo T, Kaneko W, Kuge R, Koizumi N, Nomiya T, Washizuka S, and Honda H: Brief Report: Cumulative Incidence of Autism Spectrum Disorder Before School Entry in a Thoroughly Screened Population. *Journal of Autism*

- and Developmental Disorders 51: 1400-1405, 2021.
- Sasayama D, Kuge R, Toibana Y, and Honda H: Trends in autism spectrum disorder diagnoses in Japan, 2009 to 2019. JAMA Network Open 4(5): e219234. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.9234, 2021.
- Takahashi F, and Honda H: Prevalence of clinical-level emotional/behavioral problems in schoolchildren during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan: A prospective cohort study. JCPP Advances 1: e12007. https://doi.org/10.1111/jcv2.12007, 2021.
- Takemori Y, Sasayama D, Toida Y, Kotagiri M, Sugiyama N, Yamaguchi M, Washizuka S, Honda H. Possible utilization of salivary IFN- γ /IL-4 ratio as a marker of chronic stress in healthy individuals. Neuropsychopharmacol Rep. 2021 Mar;41(1):65-72.
- 吉川徹：発達障害のある子どもの家族への支援。小児の精神と神経 60(2), 127-136, 2020。
- 吉川徹：思春期・青年期。精神科治療学 35 増刊 児童・青年期の精神疾患治療ハンドブック 24-29, 2020。
- ## 2. 学会発表
- 原田由紀子, 高野亨子, 中嶋英子, 木ロサチ, 小島洋文, 本田秀夫：関節拘縮を呈した DeSanto-Shinawi 症候群の 1 例。第 63 回日本小児神経学会学術集会, Web 開催, 5.28, 2021。
- 早川洋, 高田治, 益田啓裕：大舎と小舎の両方を経験した職員へのヒアリング調査。第 61 回日本児童青年精神医学会総会, WEB 開催, 10.24~11.20, 2020。
- 本田秀夫：『にじいろ子育て』と合理的配慮—子どもの個性を大切に育てることからの発達障害支援—。第 126 回日本小児精神神経学会, Web 開催, 10.17, 2021。
- 本田秀夫：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）の認定事務の適正化に向けた調査研究。第 62 回日本児童青年精神医学会総会, Web 開催, 11.13, 2021。
- 本田秀夫：長野県と信州大学医学部の共同による神経発達症の地域支援を担う人材育成。第 62 回日本児童青年精神医学会総会, Web 開催, 11.14~12.11, 2021。
- 本田秀夫, 清水康夫, 岩佐光章, 篠山大明, 今井みほ, 大園啓子, 植田みおり, 原郁子：横浜市港北区において 7 歳までに自閉スペクトラム症と診断された子どもの 20 年間の縦断的出生コホート研究（Y-LABiC Study）：データベース作成。第 62 回日本児童青年精神医学会総会, Web 開催, 11.14~12.11, 2021。
- 本田秀夫：発達障害の人たちの社会参加を阻む要因。第 94 回日本産業衛生学会, 松本, 5.19, 2021。
- 本田秀夫：ADHD と ASD—理念型の比較, 診断および治療—。第 63 回日本小児神経学会学術集会, Web 開催, 5.28, 2021。
- 本田秀夫：自閉スペクトラム症の理解と療育・支援。第 125 回日本小児精神神経学会, Web 開催, 6.26, 2021。
- 本田秀夫：子どもから大人への発達精神医学。日本 COG-TR 学会第 1 回学術集会 in 広島, 広島, 8.22, 2021。
- 本田秀夫：基調講演：コロナ禍と自閉スペクトラム症。日本自閉症スペクトラム学会第 19 回研究大会, Web 開催, 8.29, 2021。
- 本田秀夫：長野県と信州大学との提携による「発達障がい診療人材育成事業」。第 116 回日本精神神経学会学術総会, WEB 開催, 9.28, 2020。

本田秀夫：指定発言。「シンポジウム 72：自閉スペクトラム症の感覚特性とは何なのか？」：第 116 回日本精神神経学会学術総会，WEB 開催，9.30，2020。

本田秀夫：自閉スペクトラム症の診断概念，診断の技，現場での応用。第 40 回日本精神科診断学会，Web 開催，3.6，2021。

本田秀夫：リハビリテーションの視点からみた発達障害の支援。日本精神障害者リハビリテーション学会第 28 回愛知大会，Web 開催，12.12，2021。

本田秀夫：発達障害への対応：皮膚科医にできることは？ 第 12 回日本皮膚科心身医学会，さいたま市，1.15，2022。

岩佐光章，清水康夫，篠山大明，今井みほ，大園啓子，植田みおり，原郁子，本田秀夫：横浜市港北区において 7 歳までに自閉スペクトラム症と診断された子どもの 20 年間の縦断的出生コホート研究（Y-LABiC Study）：社会生活基本調査を用いた成人期転帰の検証。第 62 回日本児童青年精神医学会総会，Web 開催，11.14～12.11，2021。

公家里依，長田亮太，田名部はるか，篠山大明，本田秀夫，鷲塚伸介：3 年にわたる入院治療を通して心的発達がみられた神経性やせ症の女兒の 1 例と病棟の変化。第 39 回信州精神神経学会，WEB 開催，10.17，2020。

小平雅基：年代別の特異性と診療の現状。“ADHD とトラウマの関連について”，日本 ADHD 学会第 12 回総会シンポジウム，WEB 開催，2021 年 3 月。

牧田みずほ，公家里依，児島佳代子，宮澤有真，本田秀夫，篠山大明，鷲塚伸介：精神科病棟における子どもを対象とした入院集団精神療法の取り組み—第 2 報—自閉スペクトラム症思春期女子症例にみられた変化。第 39 回信州精神神経学会，WEB 開催，10.17，

2020。

村上寛，公家里依，篠山大明，本田秀夫：摂食障害の臨床像を前景とした強迫症の男児の 1 例。第 40 回信州精神神経学会，Web 開催，10.16，2021。

篠山 大明，竹森 由佳，小田切 みのり，樋田 優希代，杉山 暢宏，山口 昌樹，鷲塚 伸介，本田 秀夫：スマートフォンの使用、睡眠、心理的ストレス、注意機能の関連。第 116 回日本精神神経学会学術総会，WEB 開催，9.28-30，2020。

武川清香，児島佳代子，濱本緑，北澤加純，赤羽恵里奈，篠山大明，本田秀夫，鷲塚伸介：信州大学医学部附属病院精神科及び子どものこころ診療部で実施された心理検査の変遷。第 40 回信州精神神経学会，Web 開催，10.16，2021。

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] 厚生労働省：国民年金・厚生年金保険精神の障害に係る等級判定ガイドライン，2016。

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	郡市 区			
① 障害の原因となった 主な傷病名		ICD-10コード()					
② 傷病発生年月 (明らかになった年月)		主な精神障害	平成 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 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		
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。)		患者との続柄					
		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					
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、 <u>その全てについて必ず</u> その程度・症状・処方薬等を <u>具体的に</u> 記載してください。			
	⑥ 知的障害	知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) テスト方式 () テスト不能 判定 (最重度、 重度、 中度、 軽度) 判定年月日 (平成・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・トラウマ症状() 13 その他()					
⑪ 問題行動	1 暴行(家族・他人) 2 拒絶 3 自殺企図 4 自傷 5 不衛生 6 放火・弄火 7 器物破壊 8 反抗・挑発 9 徘徊 10 家出・放浪 11 盗み 12 脅迫 13 性的逸脱行動 14 乱用・依存 15 浪費 16 ひきこもり 17 排泄の問題(尿失禁・便秘・便こね・その他) 18 食事の問題(拒食・異食・大食・小食・偏食・その他) 19 その他 ()						

資料1b:特別児童扶養手当認定診断書(知的障害・精神の障害用)改定案の裏面

(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	部分的な介助を要する	全面的な介助を要する】	→【年齢相応・年齢不相応
	2 用便の始末	→【1人でできる	部分的な介助を要する	全面的な介助を要する】	→【年齢相応・年齢不相応
	3 衣服の着脱	→【1人でできる	部分的な介助を要する	全面的な介助を要する】	→【年齢相応・年齢不相応
	4 買い物や交通機関の利用	→【1人でできる	部分的な介助を要する	全面的な介助を要する】	→【年齢相応・年齢不相応
	5 家族との会話	→【できる	少しはできる	全くできない】	→【年齢相応・年齢不相応
	6 家族以外の者との会話	→【できる	少しはできる	全くできない】	→【年齢相応・年齢不相応
	7 危険物の理解(火、刃物、交通、高所等)	→【わかる	少しはわかる	全くわからない】	→【年齢相応・年齢不相応
	8 集団生活への適応	→【できる	少しはできる	全くできない】	→【年齢相応・年齢不相応
	上記の内容を具体的に記載して下さい。				
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では適切な行動がとれず、ときどき個別の声かけ、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では適切な行動がとれず、ときどき個別の声かけ、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。この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点があ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、障害者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、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑤の欄の「発育・養育歴と発病以来の病状と経過は、出生から発育の状況について(虐待などの逆境体験があればそれについても)、そして障害の発現とその後の経過について陳述者から聴取の上、時系列に沿って記載してください。
- ⑤の欄の「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○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 傷病発生前年月」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保護者あるいは本人から聞き取った上で記載します。知的障害や発達障害に属する傷病の場合、その発生前年月は明確でないことがほとんどのため、その傷病を保護者が最初に気づいた年月を聞き取り記載します。その年月が月まで特定できない場合には「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、保護者あるいは本人から聞き取り、その日を記載するとともに、「本人の申立て」に○をします。その際、月、あるいは月日が不明確な場合は「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にも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に在学中の場合などにあたります。また、高等学校卒業程度認定試験による認定を目指して在宅や塾・予備校等を利用している場合、中学卒業後や高等学校中途退学後に就職したり地域若者サポートステーションなどに通所している場合、あるいは高等学校などに所属せず入院中やひきこもり状態にある場合などには最下欄の「その他」を○で囲い括弧内に具体的にその状況を記載してください。
8. ⑤の「ウ 現在の福祉サービス等の利用状況」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の他、訪問看護ステーション等の利用状況についても記載してください。
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。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」、「12 解離・トラウマ症状」、「⑪ 問題行動」の「6 放火・弄火」、「8 反抗・挑発」、「10 家出・放浪」、「14 乱用・依存」のように2つの症状・行動を並列させている項目は、2つの内どちらか1つでも該当すればその項目の数字を○で囲み、その症状又は行動名を○で囲んでください(例えば① 幻覚(妄想)のように)。また、2つの症状・行動が該当すれば、両方を○で囲んでください(例えば① 幻覚(妄想)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。
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4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。
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。

様式第4号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

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

(裏 面)

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

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

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称
所在地

診療担当科名
医師氏名

印

記入上の注意

- この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点があると認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- ④の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑦から⑩までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。
- 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- ⑭の欄は、⑦から⑩までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。

様式第4号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

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

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

(裏面)

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

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

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印

記入上の注意

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