

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

分担研究報告書

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

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

研究要旨

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. アンケート調査

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

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

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

2. 統計

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

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報扱っていないため、倫理的配慮は必要としない。

C. 研究結果

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

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

判定不能の回答や無回答がある対象者を

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

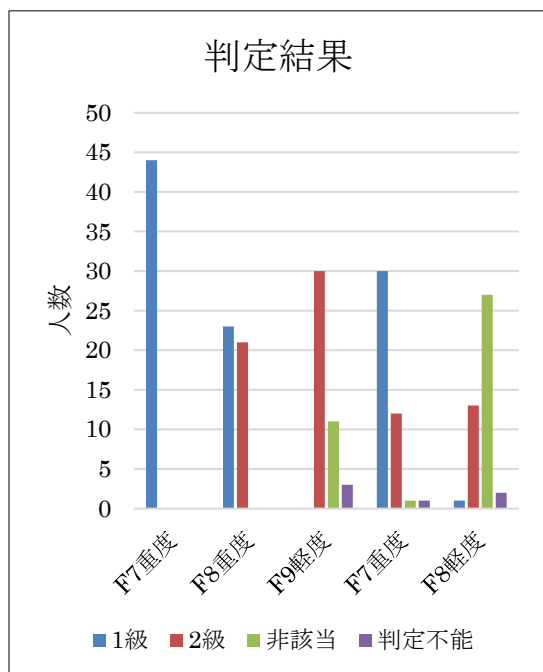


図 1: 特別児童扶養手当 (精神の障害) の認定業務をしている認定医 44 名による模擬症例 5 例の判定結果 (F8 軽度の判定は未回答 1 名により 43 名)

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

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

第一に、障害年金における日常生活能力

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

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

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

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

E. 結論

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

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

E. 参考文献

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

アンケートID番号：○○○

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

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

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

アンケート

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

1. 回答者の診療科についてお答えください

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

（次頁に続く）

アンケートID番号：○○○

2. 別紙各模擬診断書に基づく判定をお答えください

(該当する口にチェックしてください)

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

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

4. 本ガイドライン案についてのご意見がありましたらご自由にご記入ください

(ご協力ありがとうございました)

症例-N

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

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

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

終わることが出来ません。

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

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

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

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

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

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

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

以上

症例 - J

(聴取順に箇条書き)

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

31日(小4)に初診となった。

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

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

以上