

厚生労働省 令和7年度 障害者総合福祉推進事業

**特別児童扶養手当（精神の障害）の
等級判定ガイドラインの運用上の課題等
に関する調査研究
報告書**

令和8（2026）年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

目次

事業要旨.....	1
第1章 本調査事業の実施概要	3
第2章 アンケート調査結果	11
1. 審査医向けアンケート調査結果	11
(1) 基本情報	11
(2) ガイドライン案等の導入に向けた模擬審査	11
(3) ガイドライン案等の導入・運用について	31
2. 自治体向けアンケート調査.....	38
(1) 基本情報	38
(2) ガイドライン案等の導入・運用について	43
第3章 ヒアリング調査結果	56
1. 審査医向けヒアリング調査結果	56
(1) 実施概要	56
(2) 結果概要	56
2. 自治体向けヒアリング調査結果	64
(1) 実施概要	64
(2) 結果概要	64
第4章 まとめ	81

参考資料:

○アンケート調査票

○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）※

○特別児童扶養手当認定診断書※

※ガイドライン素案及び認定診断書の様式は、「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年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 行政政策研究分野厚生労働科学特別研究）」において作成されたものである。

事業要旨

障害の種類別に特別児童扶養手当の受給者数（令和5年度末時点）をみると、総数約27万人のうち「精神の障害」は9割超を占めており、精神の障害での支給対象障害児数が増加していることや、認定における自治体間の地域差があることが指摘されている。これまでに、厚生労働科学研究を通じて、特別児童扶養手当における障害の認定の適正化を図るため、「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案」や「認定診断書改定案」等（以下、「ガイドライン案等」とする）の検討・作成が進められてきた。

本調査事業は、特別児童扶養手当の精神の障害における認定に係る地域差の解消に向けて、特別児童扶養手当の認定に関するガイドラインの作成等に関する検討のための基礎資料を得ることを目的として実施した。具体的には、都道府県・指定都市及び当該自治体で特別児童扶養手当（精神の障害）の審査を行う医師（以下、「審査医」とする）向けのアンケート調査並びにヒアリング調査を行った。また、有識者ヒアリングを実施し、各調査の設計や結果等に対する助言をいただいた。

各種調査等から得られた結果は以下のとおりである。

（１）ガイドライン案等の検証結果

- ・ 全国の特別児童扶養手当（精神の障害）の審査医に対し、ガイドライン案と模擬症例による模擬審査を行っていただいたところ、ガイドライン案等の導入により、概ね審査のばらつきを抑えられることが示唆された。また、ガイドライン案等の導入による判定基準の変化の傾向については、これまでの審査のばらつきが一定程度抑えられることで、地域単位でみると、やや厳格になる可能性のある地域もあれば、ほとんど影響が想定されない地域もあると考えられた。また、軽度知的障害や神経症圏等、該当／非該当の判断に悩むことが多い症例については、判定基準が緩和される可能性のある地域もあると考えられた。

（２）ガイドライン案等の導入・運用に係る課題等

①必要と思われる準備等

- ・ 審査医への情報提供：都道府県・指定都市に対し、ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備を尋ねたところ、最も多かった回答は、審査医への情報提供であった。審査医への情報提供に関する課題・懸念としては、自治体職員が審査医に対してガイドラインの内容をどこまで説明できるのか、特に具体的なケースについて審査医から照会された場合に回答できるかどうかを懸念する意見があった。また、審査医からは、ガイドラインの変更に際して審査医向けの研修や説明会の開催を求める意見が寄せられた。具体的には、新しいガイドライン導入の背景説明や、ガイドライン自体の内容説明への要望があった。
- ・ 診断書を作成する医療機関への周知：診断書の作成に関しては、現在も精神科医や小児科医だけでなく、多様な診療科の医師・医療機関が診断書を作成しており、作成者によって記載内容が大きく異なっていることが指摘された。診断書の新様式やガイドラインの導入に際しては診断書を作成する医療機関への周知が不可欠であるが、一部の自治体では、診断書を作成している医療機関が多岐にわたるため、全ての医療機関への周知が難しいことや、担当課として医療機関との直接的な接点

がなく周知が困難であること等が課題として挙げられた。また、医療機関に対し周知可能な場合も、医師会や関係する医療機関にガイドライン案等を郵送する可能性があり、その郵送費用や対応業務が発生することを課題に挙げる自治体もあった。

- ・ その他：その他、必要と思われる準備としては、申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討や、市町村などの申請窓口への周知、本庁内の関係部署等への周知、ガイドライン導入時の具体的な運用の整理等が挙げられた。

②準備期間・移行期間について

- ・ 都道府県・指定都市調査では、移行に伴う準備期間として、0 か月～24 か月と幅広い回答があった。特に医療機関等の関係機関への周知に時間を要することや、診断書を作成する医療機関側でのシステム改修等の準備に時間がかかることから、年単位の準備期間が必要であるとの指摘があった。
- ・ また、移行期間・経過措置について、新様式と旧様式が混在する期間が発生することが見込まれることや、継続申請が却下となる事例がある場合の経過措置を求める意見も見られた。

第1章 本調査事業の実施概要

（1）本調査事業の目的

特別児童扶養手当は、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律」に基づき、精神又は身体に障害を有する児童を家庭で監護、養育している父母等に支給されている。障害の種類別に特別児童扶養手当の受給者数（令和5年度末時点）をみると、総数約27万人のうち「精神の障害」は9割超を占める。精神の障害での支給対象障害児数が増加していることや、認定における自治体間の地域差があることが指摘されている¹。

これまでに、厚生労働科学研究を通じて、特別児童扶養手当における障害の認定の適正化を図るため、「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案」や「認定診断書改定案」等の検討・作成が進められてきた。具体的には、研究班による検討会の開催の他、模擬症例を用いてのガイドライン案や認定診断書改定案（以下、「ガイドライン案等」とする）の検証等を通じて、ガイドライン案等の妥当性・信頼性を含め、整理されているところである。今後の自治体での実装に向けては、特別児童扶養手当の認定機関（都道府県・指定都市）に実際に参照してもらいながら、ガイドライン案等を運用する場合の影響や課題等の整理が必要である。

本調査事業においては、特別児童扶養手当の精神の障害における認定に係る地域差の解消に向けて、特別児童扶養手当の認定に関するガイドラインの作成等に関する検討のための基礎資料を得ることを目的として、都道府県・指定都市等を対象とした、ガイドライン案等を運用する場合の影響や課題に関する調査を実施した。

（2）本調査事業の全体像

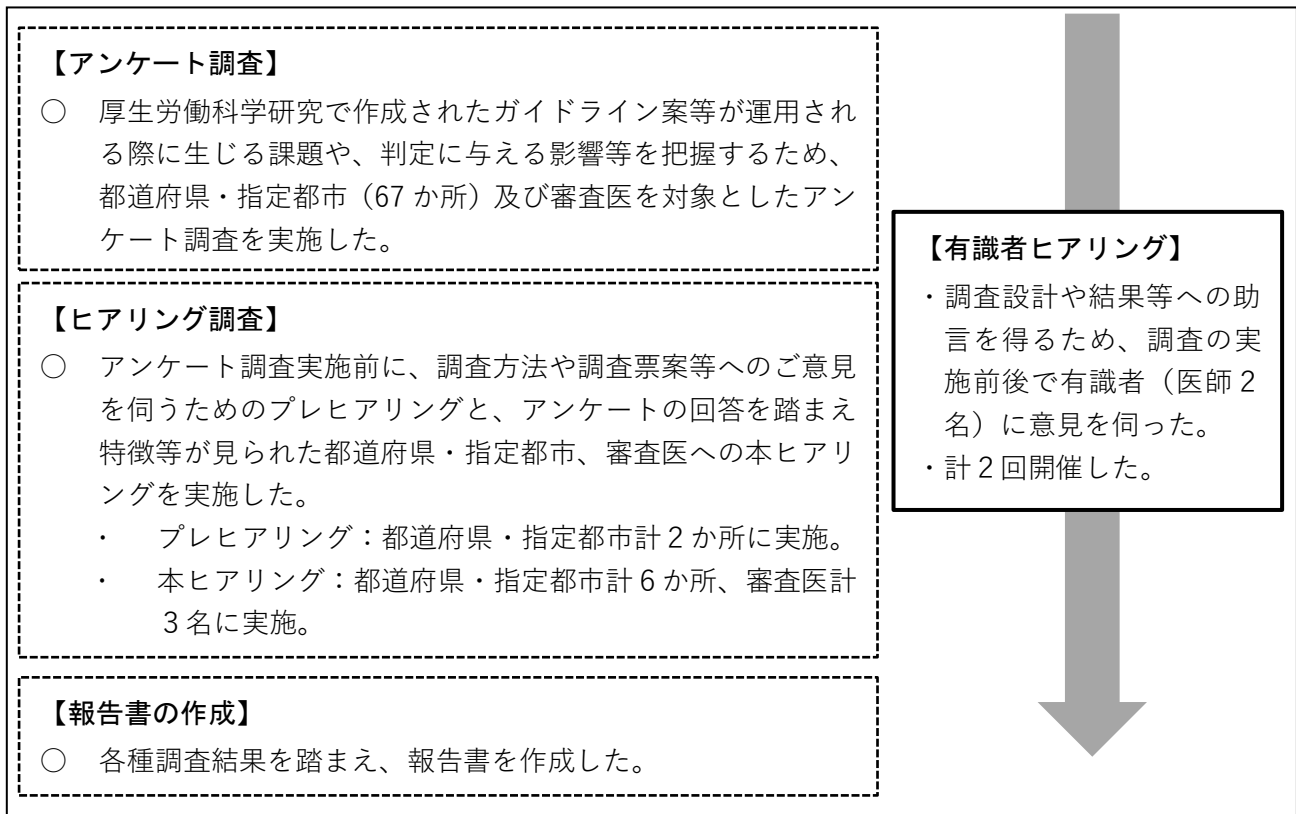
① 全体の構成

本調査事業の全体構成は、以下のとおり。

都道府県・指定都市、当該自治体で特別児童扶養手当（精神の障害）の審査を行う医師（以下、「審査医」とする）向けのアンケート調査並びにヒアリング調査を行った。また、これらの調査を実施する際には、事前・事後に有識者ヒアリングを実施し、各調査の設計や結果等に対する助言をいただいた。

¹ 篠山・公家（2021）「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）認定の実態調査」（令和2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）

図表 1-1 本調査事業の全体構成



② 実施スケジュール

本調査事業の実施スケジュールは、以下のとおり。

図表 1-2 実施スケジュール

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
（１）アンケート調査										
調査票設計等	←→									
調査実施（配布、回収）				←→						
集計、分析					←→			→		
（２）ヒアリング調査										
プレヒアリング実査	←→									
本ヒアリング：調査設計					←→					
本ヒアリング：実査						←→		→		
本ヒアリング：結果整理						←→			→	
（３）有識者ヒアリング										
開催	●	●								●
（４）報告書										
作成									←→	→

（３）本調査事業の実施概要

① アンケート調査

１）目的

厚生労働科学研究で作成されたガイドライン案等が運用される際に生じる課題や、判定に与える影響等を把握するため、都道府県・指定都市及び当該自治体で特別児童扶養手当（精神の障害）の審査を行う医師（以下、「審査医」とする）を対象としたアンケート調査を実施した。

２）審査医向けアンケート調査実施概要

【調査対象】

特別児童扶養手当（精神の障害）の審査医

【調査方法】

厚生労働省担当課より、自治体向けアンケート調査の対象自治体宛に調査 URL 及び二次元コードが記載された依頼状等をメールで送付し、自治体に対象となる審査医に転送いただいた。審査医からは Web アンケートによる回答・回収とした。

なお、依頼にあたっては、依頼状や当該調査の調査項目一覧の他、令和 6 年度厚生労働科学研究で開発された等級判定ガイドライン案、特別児童扶養手当認定診断書案、診断書記載要領案、及び本調査実施のために作成した模擬診断書（同一の症例における現行版の診断書、改定案の診断書の例）を送付した。

【調査期間】

令和 7 年 9 月 1 日（月）～令和 7 年 10 月 27 日（月）

【回収状況】

有効回答数は 46 件であった。

３）自治体向けアンケート調査実施概要

【調査対象】

都道府県・指定都市（特別児童扶養手当の認定業務を行う部署） 67 か所

【調査方法】

厚生労働省担当課より電子メールにより、都道府県・指定都市宛に URL 及び二次元コードが記載された依頼状等を配布し、Web アンケート（Questant）による回答・回収とした。

なお、依頼にあたっては、依頼状や当該調査の調査項目一覧の他、令和 6 年度厚生労働科学研究で開発された等級判定ガイドライン案、特別児童扶養手当認定診断書案、診断書記載要領案も送付した。

【調査期間】

令和7年9月1日（月）～令和7年10月27日（月）

【回収状況】

有効回答数は57件（有効回収率85.1%）であった。

② ヒアリング調査**1) 目的**

アンケート調査実施前に、調査方法や調査票案等への意見を伺うためのプレヒアリングと、ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題や判定に与える影響等について、アンケートの回答を踏まえ特徴等が見られた都道府県・指定都市、審査医への本ヒアリングを実施した。

2) 実施概要**a) プレヒアリング****【調査対象、実施日、実施方法】**

プレヒアリングの実施概要は以下のとおり。聴き取った内容はアンケート調査の設計に活用した。

図表 1-3 プレヒアリング実施概要

自治体	実施日	実施方法
都道府県1か所	令和7年7月9日	オンライン
指定都市1か所	令和7年7月3日	対面

【調査項目】

調査項目は以下のとおり。

図表 1-4 調査項目

1. 現在の状況について

- ・ 現在の特別児童扶養手当（精神の障害）における障害の程度の認定状況
- ・ 厚生労働科学研究事業におけるガイドライン案等に関する研究動向の把握状況 / 等

2. 調査実施概要について

- ・ 調査事業全体の設計について
- ・ アンケート調査の実施概要について
- ・ アンケート調査項目案について / 等

b) 本ヒアリング

■都道府県・指定都市

【調査対象、実施日、実施方法】

アンケート調査に回答いただいた自治体（都道府県、指定都市）から候補を選定し、都道府県3か所、指定都市3か所に対し、オンラインによるヒアリングを実施した。なお、調査対象・回数については、本調査事業担当課と相談の上決定した。

図表 1-5 調査対象、実施日、実施方法

自治体		実施日	実施方法
都道府県	富山県	令和7年11月26日	オンライン
	広島県	令和7年12月11日	オンライン
	千葉県	令和8年1月26日	オンライン
指定都市	堺市	令和7年12月8日	オンライン
	仙台市	令和7年12月16日	オンライン
	札幌市	令和8年1月22日	オンライン

（注釈）都道府県・指定都市別に実施日順に掲載。

【調査項目】

調査項目は以下のとおり。

図表 1-6 調査項目

1. 基本情報

- ・ 支給対象障害児数の状況（特徴、ここ数年の傾向 等）
- ・ 新規申請、認定件数の状況（特徴、ここ数年の傾向 等）
- ・ 審査医の状況（過不足感、審査状況 等） / 等

2. ガイドライン案等の導入・運用における影響や課題等

- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けて事前準備が必要と思われること
 - 必要な対応、負担感、必要な準備期間
 - 各対応における課題、必要な支援
- ・ ガイドライン案等の導入・運用直後に想定される課題
 - 診断書に関すること（記載状況や内容、新旧診断書の取扱い 等）
 - 自治体事務に関すること（問合せ対応、不備等による差し戻し対応、確認業務、下位等級や非該当ケースの対応 等）
 - その他
- ・ ガイドライン案等の導入・運用を行っていく上で想定される継続的な課題

- ・ ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果
- ・ その他、特別児童扶養手当（精神の障害）に関して思われること（あれば）

■ 審査医

【調査対象、実施日、実施方法】

アンケート調査に回答いただいた審査医から候補を選定し、計4地域・3名の審査医に対しヒアリングを実施した。なお、調査対象・回数については、本調査事業担当課と相談の上決定した。

図表 1-7 調査対象、実施日、実施方法

自治体	実施日	実施方法
A 都道府県の審査を行う審査医1名	令和7年 12 月 12 日	オンライン
B 都道府県・C 指定都市の審査を行う審査医1名	令和8年1月 26 日	オンライン
D 指定都市の審査を行う審査医1名	令和7年 12 月9日	オンライン

【調査項目】

調査項目は以下のとおり。

図表 1-8 調査項目

1. 基本情報

- ・ 現在の審査の状況（審査件数、頻度、1件あたりの所要時間 等）
- ・ 審査を行う対象（申請者の居住地、障害の内容 等） / 等

2. ガイドライン案等の導入・運用による判定結果への影響

- ・ 模擬症例の審査に関すること
 - 研究班が想定している等級（以下、想定等級）と異なる判定となった症例について、判定時に迷いがあったか（想定等級での判定も検討したか）
 - 判定基準を参照しても迷いが生じた場合、最終的な判断を行うときに基準とされたこと
 - 想定等級が目安として示された場合、今回の判定基準との整合性に違和感があるか
- ・ 判定結果に影響が出やすいと思われる症例、その頻出頻度
- ・ 参考症例集がある場合、判定の目安としての有用性

3. ガイドライン案等の導入・運用における影響や課題等

- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と思われる準備、その期間の目安
- ・ その他、ガイドライン案等が判定に与える影響
 - 障害年金ガイドラインと同様に、誰でもガイドラインを閲覧可能とする場合
 - 照会票の活用について
- ・ ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果

- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けて課題になること
- ・ その他、特別児童扶養手当（精神の障害）に関して思われること（あれば）

③ 有識者ヒアリング

1) 目的

本調査事業の調査設計や、調査結果への助言等を求めることを目的として、特別児童扶養手当（精神の障害）に精通する有識者へのヒアリングを実施した。

2) ヒアリング対象

有識者ヒアリング対象は、以下のとおり。

図表 1-9 ヒアリング対象

氏 名	所 属
氏家 由里	東京都心身障害者福祉センター
篠山 大明	信州大学医学部精神医学教室・子どものこころの発達医学教室 信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部

（敬称略、五十音順）

3) 開催概要

開催概要は以下のとおり。

図表 1-10 開催概要

	開催日	開催場所	お伺いした内容
第1回	令和7年6月23日 令和7年7月24日 ※個別ヒアリング形式	Zoom	・ 調査事業全体の設計 ・ アンケート調査の実施概要や項目案
第2回	令和8年3月5日 ※グループヒアリング形式	Zoom	・ 報告書案

(4) 実施体制

本調査事業の実施体制は、以下のとおり。

図表 1-11 実施体制

氏 名	所 属・役 職
清水 孝浩	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 主任研究員
古賀 祥子	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 主任研究員
西尾 秀美	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 副主任研究員
山田 詢介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 研究員
信國 舞	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 研究アシスタント
白土 典子	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 研究アシスタント

(5) 成果等の公表計画

報告書については、事業実施主体である三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングの公式ホームページにて公開する。

第2章 アンケート調査結果

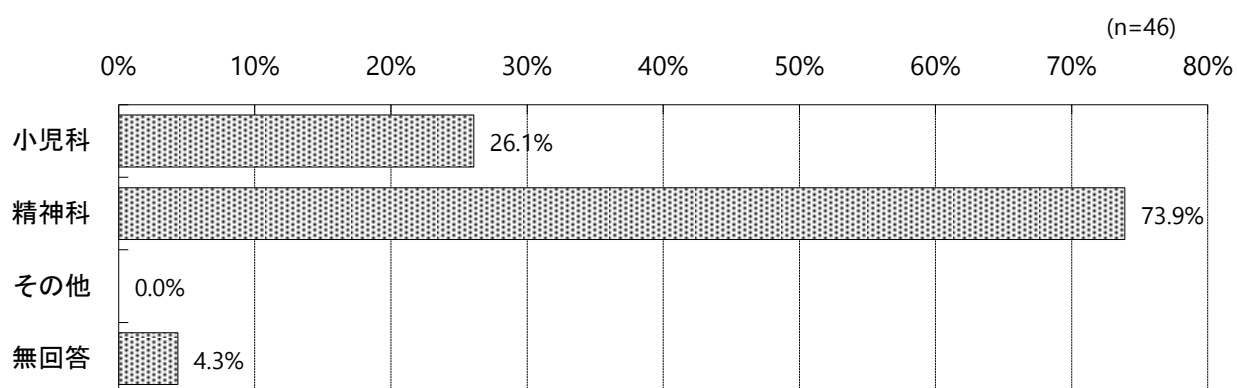
1. 審査医向けアンケート調査結果

(1) 基本情報

① 診療科

「精神科」の割合が最も高く 73.9%である。次いで、「小児科（26.1%）」である。

図表 2-1 診療科（複数選択）



(2) ガイドライン案等の導入に向けた模擬審査

※本調査で実施した「模擬審査」について

- ・ 等級判定ガイドライン案と模擬診断書（同一の症例における現行版の診断書、改定案の診断書の2種類）を使用して、審査医に、①現行版の診断書をもとにした現在の判定基準での審査、②改定案の診断書をもとにしたガイドライン案に基づく審査の実施をお願いした。なお、ガイドライン案の影響を避けるため、必ず現在の判定基準での審査を先に実施するよう依頼した。
- ・ 審査医には、必須の審査を5症例、任意の審査を5症例として、最大10症例について回答いただいた。
- ・ なお、模擬審査事例は、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」で作成された「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」の掲載事例をもとに、現行版・改定案の診断書を作成した。

① 症例 1 の模擬審査結果

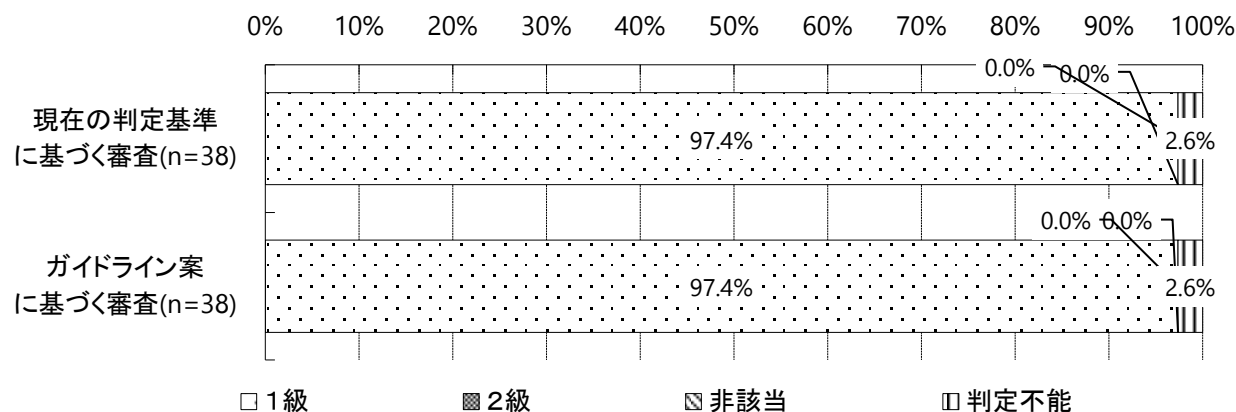
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
11 歳	最重度知的障害	F7 事例	24	5	1 級相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準、ガイドライン案に基づく審査結果は全く同じで、「1 級」の割合が最も高く 97.4% である。次いで、「判定不能（2.6%）」である。

なお、ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送りについて、記載はなかった。

図表 2-2 【症例 1】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-3 【症例 1】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

現在の判定基準に基づく審査	・ 知能検査日が診断書作成の2年以上前であるため
ガイドライン案に基づく審査	・ 知能検査の日付が診断書作成の2年以上前であるため

② 症例 2 の模擬審査結果

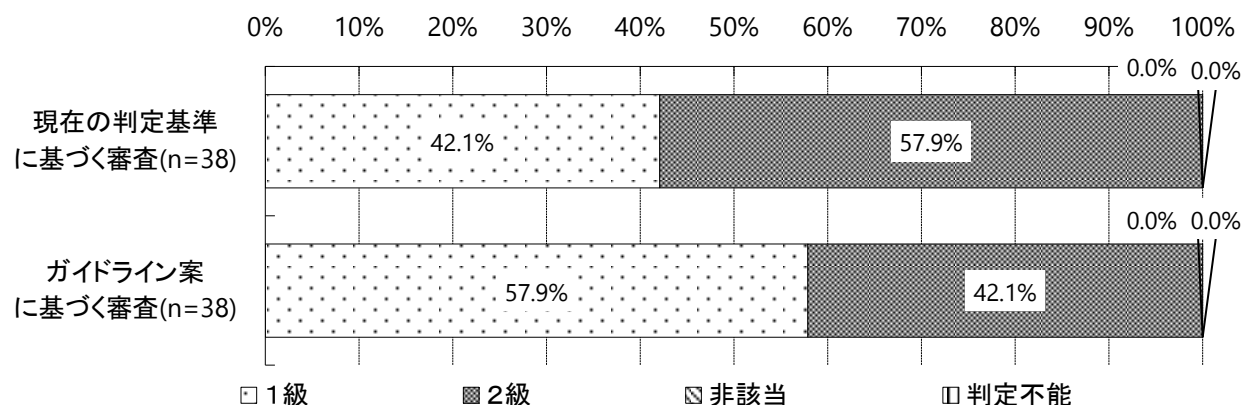
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
13 歳	自閉スペクトラム症、中等度知的障害	F8、F7 事例	19	4	2級相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 57.9%である。次いで、「1 級 (42.1%)」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「1 級」の割合が最も高く 57.9%である。次いで、「2 級 (42.1%)」である。

図表 2-4 【症例 2】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-5 【症例 2】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り
(自由記述式)

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	1	現在のものでは、主治医が「随時一応の注意を要する程度」と記載したら2級。新ガイドラインでは障害度合いが明記されているので1級となった
2	1	日常生活能力が年齢に不相応が多いから
2	1	日常生活総合スコアが参考になった
2	1	知的には中度だが、生活介護度が高いように見受けられる。1級か2級で迷った結果、1級とした

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	2	現行では2級で判定したが、ガイドラインでは等級表では1級～2級となっており判断に迷った。2歳から4歳まで児童発達支援センターに母子通所した後は、療育は利用せず加配で保育園に通っていること、就学後は特別支援学級に通っていること、単独での登下校が可能であること、現在福祉サービスを利用していないことなどより2級とした

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

③ 症例 3 の模擬審査結果

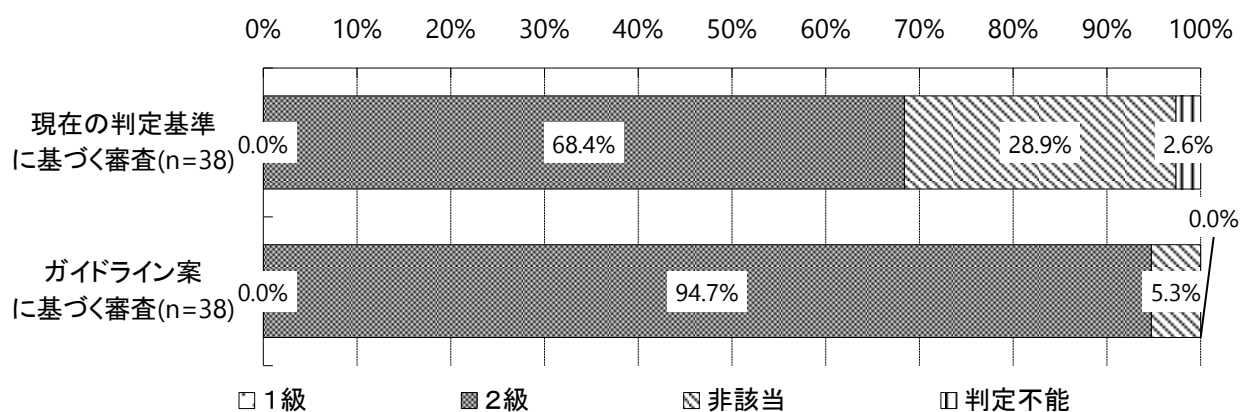
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
6 歳	軽度知的障害	F7 事例	13	3	非該当相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 68.4%である。次いで、「非該当 (28.9%)」、「判定不能 (2.6%)」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 94.7%である。次いで、「非該当 (5.3%)」である。

図表 2-6 【症例 3】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-7 【症例 3】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

現在の判定基準に基づく審査	・ 合併精神障害を確認(判定を保留する)
---------------	----------------------

図表 2-8 【症例 3】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り（自由記述式）

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
3	2	日常生活能力が年齢に不相応が多いから
3	2	日常生活能力が年齢不相当の項目が多かったためガイドライン案では2級とした
3	2	日常生活スコアで高得点であったため2級該当とした

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
3	2	現行では軽度知的障害のみの診断であり、IQ67 と軽度域のなかでも能力は高く、非該当である。特別支援学校で就学しているため、数値以上の困難がないかどうか、照会する可能性はある。ガイドラインでは、スコアリングにより2級となった
3	2	日常生活能力の具体的な記載内容からは、軽度遅滞相当と思われますが、年齢不相応ではあることから、結果としてスコアが高くなり、2級該当となりました。しかし、総合的には非該当(軽度知的障害)と思います
3	2	現行の診断書では、日常生活の困難さの程度が評価しにくかった

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

④ 症例 4 の模擬審査結果

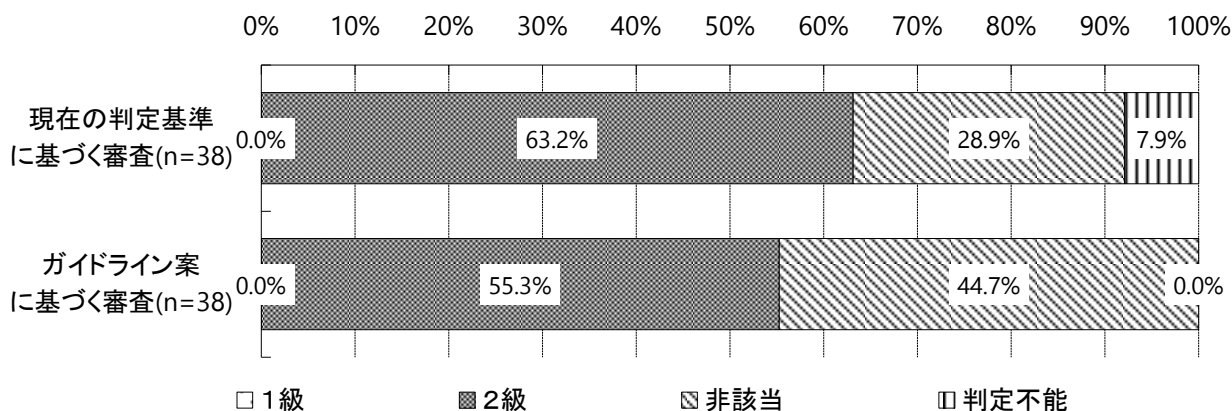
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
8 歳	多動性障害	F9 事例	4	3	非該当相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 63.2%である。次いで、「非該当 (28.9%)」、「判定不能 (7.9%)」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 55.3%である。次いで、「非該当 (44.7%)」である。

図表 2-9 【症例 4】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-10 【症例 4】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

現在の判定基準に基づく審査	- 知的障害の評価がなされていないため - 問題行動の程度・頻度が不明のため - 通常の学級であり日常生活の自立度も比較的高いため、学校等でどのような支援が必要であるかの情報が新たに必要であるため
---------------	--

図表 2-11 【症例 4】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り（自由記述式）

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	3	日常生活能力が年齢相当の項目が多かったため、ガイドライン案では非該当とした

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	2	⑫欄: 診断書記載医師の判断と異なり、8 歳の男児に対する母親による便のふき取り、着替えを一つ一つ声掛け必要なのは年齢不相応と考えます。小学校2～3年生の同級生にそのような援助は行わないからです

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

⑤ 症例 5 の模擬審査結果

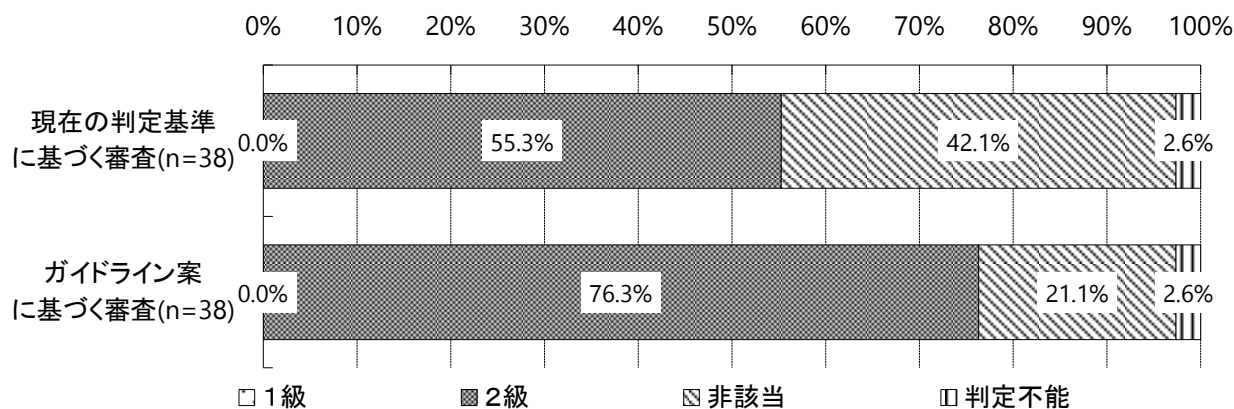
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
14 歳	強迫性障害	F4 事例	6	4	2級相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 55.3%である。次いで、「非該当（42.1%）」、「判定不能（2.6%）」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 76.3%である。次いで、「非該当（21.1%）」、「判定不能（2.6%）」である。

図表 2-12 【症例 5】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-13 【症例 5】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

現在の判定基準に基づく審査	・ 非該当と考えるが、精神症状があるため、合併精神障害を確認（判定を保留する）
ガイドライン案に基づく審査	・ 生活状況の確認を行う（判定保留）

図表 2-14 【症例 5】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り（自由記述式）

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	3	日常生活スコアで低得点であったため非該当とした
3	2	日常生活能力が年齢に不相応が多いから

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
3	2	強迫性障害では障害年金は非該当だという認識があったが、ガイドラインに合わせると2級になるのだと思った。強迫は手がかかるので、診断名に左右されずに判断することは、それはそれで良いと思う
3	2	生活に援助が必要な様子が、文面で明示された印象がある
3	2	数値化するとわかりやすい反面、その他を選びにくい。現在の経過は比較的落ち着いている。社会資源の利用もない
3	2	現在、非該当としている。新ガイドラインでは生活の障害度合いに応じて2級と判定
2	2	①～④欄：診断は、インフルエンザ脳症後の高次脳機能障害の可能性があると思います。⑤からも中途障害を疑いました。従って、強迫症状により登校や生産的な活動への従事困難であるのは今後も持続的にみられると考えて、現行案でも2級としています
3	3	認定の対象疾患ではないと判断したため非該当としたが、ガイドライン案では障害等級の目安が2級相当であるため非該当として良いのか迷った

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

⑥ 症例 6 の模擬審査結果

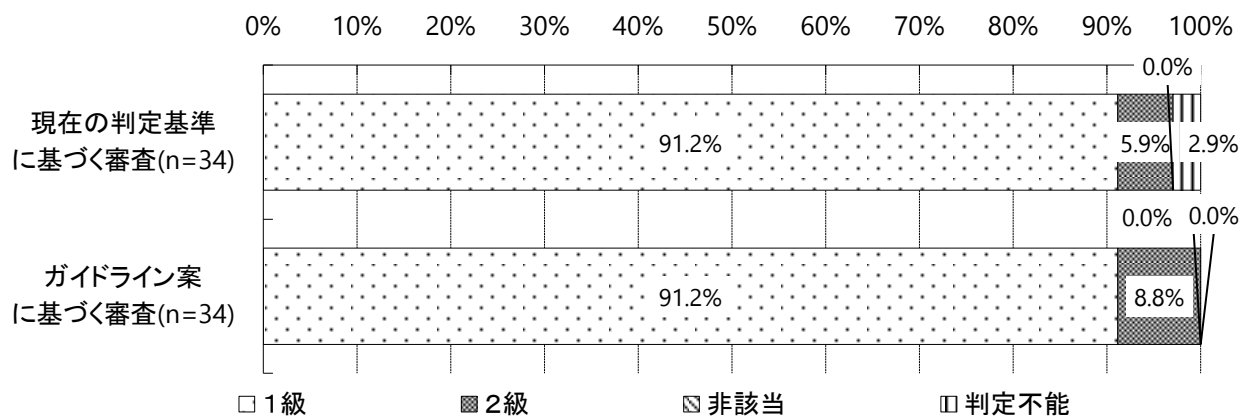
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
8歳	広汎性発達障害	F8 事例	17	4	1級相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「1級」の割合が最も高く 91.2%である。次いで、「2級(5.9%)」、「判定不能(2.9%)」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「1級」の割合が最も高く 91.2%である。次いで、「2級(8.8%)」である。

図表 2-15 【症例 6】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-16 【症例 6】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

現在の判定基準に基づく審査	・ 教育歴の記載に間違いがあり、確認の上、1級としたい
---------------	-----------------------------

図表 2-17 【症例 6】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り（自由記述式）

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
1	1	現行では日常生活能力の判定において、1級相当では「全面的な援助が必要」とあるので、本症例のような「部分的な介助」のケースで1級にして良いのか迷うが、「日常生活総合スコア」と「障害のため要する援助の程度」により障害等級の目安があると、全面的な援助ではなくても総合的な判断がおこないやすい

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	2	重度知的障害については療育手帳の判定を基礎とすべきで、特別児童扶養手当の認定は、より客観的な療育手帳の取得状況で確認するべきかと思います

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

⑦ 症例 7 の模擬審査結果

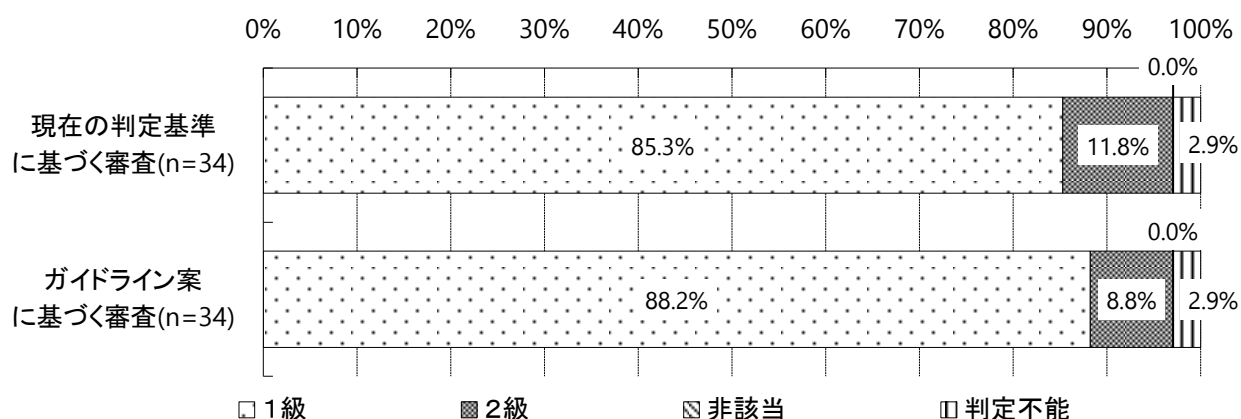
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
6歳	重度知的障害	F7 事例	18	4	2級相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「1級」の割合が最も高く 85.3%である。次いで、「2級(11.8%)」、「判定不能(2.9%)」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「1級」の割合が最も高く 88.2%である。次いで、「2級(8.8%)」、「判定不能(2.9%)」である。

図表 2-18 【症例 7】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-19 【症例 7】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

現在の判定基準に基づく審査	・ ⑦⑭記載内容からは1級と考えるが、⑪記載が乏しく⑤の内容も反映されていない(⑤欄からは、興奮、拒絶、器物破壊にも該当?)。⑬も洗面、入浴の介助の内容が記載されておらず、本当に半介助なのか判断がつきませんでした。診断書の記載内容が、判定するには不十分で矛盾も感じました
ガイドライン案に基づく審査	・ 目安表では1級でも2級でも良いことになっています。⑫欄も全介助の項目がほとんどないので、区別する材料は問題行動や意思疎通への支援量の情報かと思いました。やはり、この診断書の記載内容では判断がつきませんでした

図表 2-20 【症例7】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り
(自由記述式)

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	2	年少児では障害のための援助区分や日常生活スコアは当然高くなってしま うので、小学校高学年以上の小児と同じ基準では問題が多いと思います
4	4	もっと病状・状態像を詳しく知りたい診断書でした

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

⑧ 症例 8 の模擬審査結果

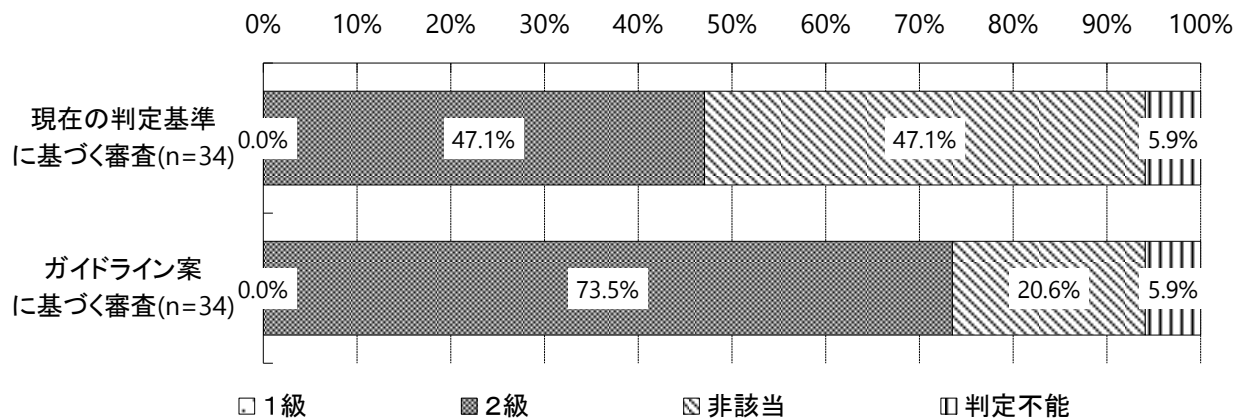
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
14 歳	神経性無食欲症	F5 事例	8	4	2級相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「2級」、「非該当」の割合が高く、それぞれ 47.1%である。次いで、「判定不能（5.9%）」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「2級」の割合が最も高く 73.5%である。次いで、「非該当（20.6%）」、「判定不能（5.9%）」である。

図表 2-21 【症例 8】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-22 【症例 8】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

現在の判定基準に基づく審査	- 現在の学校での活動実態や登校などの状況が不明 - 合併精神障害を確認する(判定保留)
ガイドライン案に基づく審査	- 現症日と年齢に齟齬あり。学校での活動状況や登校状況が不明 - 合併精神障害を確認する(判定保留)

図表 2-23 【症例8】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り
(自由記述式)

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
3	2	ガイドラインの説明には、発達障害・てんかん・統合失調症・うつ病・気分障害と記載されていますが、他の精神疾患について、例えば ICD-10 の F4 や F5 についても、手当の該当となるかを明示していただきたいと思います。個人的考えとしては、神経性無食欲症は入院治療も要する疾患であり、実際に経済的事情を理由に入院できない症例もありますので、手当が該当されるとより多くの患者様が救われると思います、新しいガイドラインによる判定では「2級」といたしました
3	2	発症から半年、治療を開始して3か月であり、経過として短いのではないかと思います。基本的には神経症圏はこの手当の対象外であり、基盤に発達障害があり、これまでも不適応があったり、治療が長期にわたっているにも関わらず症状が持続している場合などは、該当を考慮しています
3	2	数値化するとわかりやすい反面、その他を選びにくい。現在の経過では他の治療方針を取ることが十分に可能。社会資源の利用もない
3	2	神経性無食欲症でしたが、摂食による問題はありますが、現行の判定では、生活全般への支援を要する状態とは考えられませんが、新版での診断書では、⑬が4でついているため2級の判定になりました
3	2	一見、食事にまつわる問題行動や支援量の多さに限局して見えますが、スコア化によって対人関係の援助が必要な状態が見えて、判定結果が変わりました。新ガイドライン⑬欄は3ではと思いますが、それでも2級相当になりました
3	3	特にない。治療を受け、軽快している。今後も治療により改善する可能性がある
4	4	点数のみで該当としてよいのか、合併精神障害を確認すべきと考える

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

⑨ 症例 9 の模擬審査結果

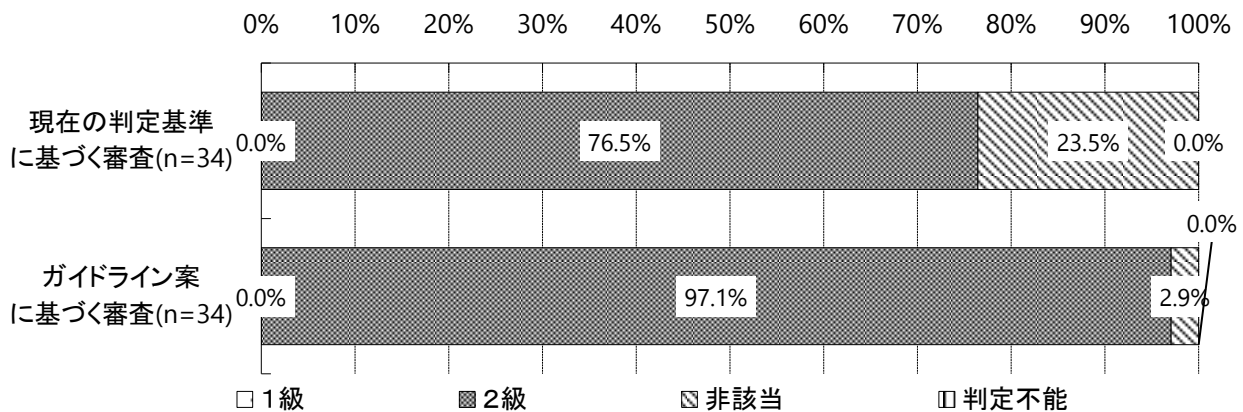
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
11 歳	反抗挑戦性障害	F9 事例	9	3	2級相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 76.5%である。次いで、「非該当（23.5%）」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「2 級」の割合が最も高く 97.1%である。次いで、「非該当（2.9%）」である。

図表 2-24 【症例 9】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-25 【症例 9】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り
(自由記述式)

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
3	2	日常生活能力が年齢に不相応が多いから
3	2	数値化するとわかりやすい反面その他を選びにくい。現在の経過では他の治療方針を取ることが十分に可能。社会資源の利用もない
3	2	神経症、人格障害は基本的に対象にならないため、反抗挑戦性障害は基本的に対象とはならないと考えられる。現行では ADHD の症状と反抗挑戦性障害の症状を記載内容から区別して検討し、非該当とした。ガイドラインに基づくそれぞれの症状は区別されずスコアリングされ、2級となった

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
3	2	新基準では2級該当としましたが(日常生活と援助の程度のスコアも十分参考に)、現状では投薬や福祉サービスの利用なく特別支援教育の利用もないということですので、疑問は残りました
3	2	現行のガイドライン記載では「状態は改善傾向」という内容であったが、新ガイドラインでは日常生活スキルにそれなりのスコアがついていたことと、援助の程度の判断が読み取れる以上に重度であった
3	2	環境調整で改善中とあり、固定した症状・障害ではないということで、障害認定すべきではないケースかもしれません。自傷などの問題行動の頻度や内容も不明です。3-9で2級判定を目安とすると、ADHDで不適応を起こしているような多くの対象者が該当することになってしまい、特別児童扶養手当認定の原則(障害の程度を疾患にかかわらず同程度とする)に反する可能性があります
2	2	病歴の最後の「薬物治療は提案されたが希望しなかったため実施されなかった」という一文はやや引っ掛かります。必要な治療を拒否して状態が悪い場合の判定について。それが本人の病状による拒否ならやむを得ないと考えますが、それ以外の場合、手当より治療が先ではないかとも考えます

(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

⑩ 症例 10 の模擬審査結果

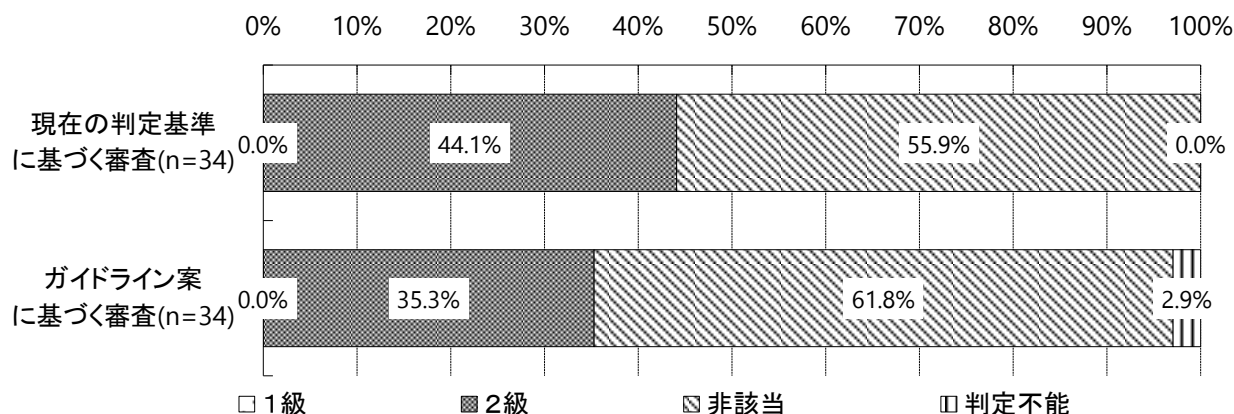
症例の概略			ガイドライン案に基づく審査の想定		
年齢	障害の原因となった傷病名	ICD-10	日常生活総合スコア	障害のため要する援助の程度	判定の目安※
8歳	アスペルガー症候群	F8 事例	3	2	非該当相当

(注釈)「判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

現在の判定基準に基づく審査結果は、「非該当」の割合が最も高く 55.9%である。次いで、「2級 (44.1%)」、「1級 (0.0%)」である。

ガイドライン案に基づく審査結果は、「非該当」の割合が最も高く 61.8%である。次いで、「2級 (35.3%)」、「判定不能 (2.9%)」である。

図表 2-26 【症例 10】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査結果



図表 2-27 【症例 10】_現在の判定基準／ガイドライン案に基づく審査で「判定不能」の理由（自由記述式）

ガイドライン案に基づく審査	・ 社会機能障害の程度が2級か非該当かが判定に迷った。知的水準によっても判定が変わると思われ、知能検査等の結果を照会したいと考えた
---------------	---

図表 2-28 【症例 10】_ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送り（自由記述式）

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	3	現行では家庭での日常生活能力の程度がはっきりとしなかったため、社会的な適応性から2級相当と判定したが、ガイドライン案では「日常生活総合スコア」も「障害のため要する援助の程度」も低く、総合的な判断として日常生活に援助が必要とまでは言えないため非該当とした

現在の判定基準の審査結果	ガイドライン案の審査結果	意見
2	4	現行診断書では「不安を訴え家族に確認を求める」「友達と衝突する事が多い」との記載から社会機能障害があると推定し、2級と判定した。ガイドライン案で、援助の程度が「2」と低い値であったため、社会機能障害の程度の判定に苦慮した。知的水準や機能障害の情報が追加で必要と考えた
2	2	症例9と同じく知的に問題なく通常の学級で対応していること、また問題行動が著しいものと判断しにくいことから、判定はかなり迷った。今回は⑫、⑭の記載から中度としたが、記載の書き方、表現により軽度と判断する可能性もある
3	3	特性があり一定の支障があるのはわかりましたが、日常生活の介助度が低いと考え非該当としました

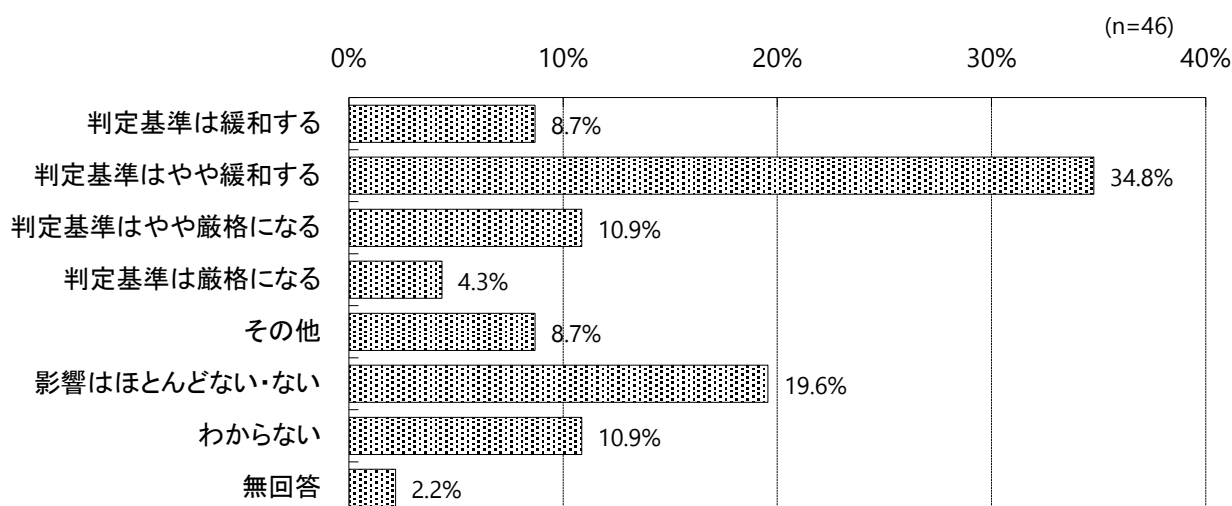
(注釈) 現在の判定基準／ガイドライン案の審査結果について、「1」は1級、「2」は2級、「3」は非該当、「4」は判定不能を指す。

(3) ガイドライン案等の導入・運用について

① ガイドライン案の導入による、判定基準の変化の傾向

「判定基準はやや緩和する」の割合が最も高く 34.8%である。次いで、「影響はほとんどない・ない (19.6%)」、「判定基準はやや厳格になる (10.9%)」、「わからない (10.9%)」である。

図表 2-29 ガイドライン案の導入による、判定基準の変化の傾向（単数選択）



② ガイドライン案の導入によって、審査結果への影響が想定されるケースの状態像・影響の内容

ガイドライン案の導入によって、審査結果への影響が想定されるケースの状態像・影響の内容として、以下の回答があった。なお、文末の【】は、上記「ガイドライン案の導入による、判定基準の変化の傾向」の回答結果である。

図表 2-30 ガイドライン案の導入によって、審査結果への影響が想定されるケースの状態像・影響の内容
(自由記述式)

(年少児)

- ・ 年少児はその障害の程度にかかわらず生活上の支援がかなり必要で、その援助程度については大きな個人差があり、援助するものの主観にも大きな幅があります。年少児の生活援助についての審査医の認識にも大きな差異があると思われます。できるだけ発達途上にある年少児の扱いにはさらなる工夫が必要かと考えます【緩和】

(重複障害)

- ・ 対象疾患と対象ではない疾患が併存する場合、スコアによりこれまで非該当となっていたケースが2級となることが想定され、判定基準が緩和される。具体的には発達障害や知的障害を併存する素行障害、愛着障害など【緩和】

(行動障害)

- ・ 行動障害の状況により判断が分かれると考える【やや緩和】
- ・ IQ・DQ35 より若干高く、行動障害が強いケースは、今まで2級としていたのが、1級になる可能性がある【やや緩和】

（支援ニーズ）

- ・ 家庭状況の配慮が必要な場合【やや緩和】
- ・ 不相応とする判断が難しいが、ニーズに沿って判定は緩和していくと考えます【やや緩和】
- ・ 保護者の支援度は、保護者の養育能力に大いに依存する。治療も受けず、保護者が「困った」アピールをする面が取り上げられてしまいそうに感じる【緩和】

（2級判定の増加、非該当の減少）

- ・ 審査結果は甘くなり、2級判定が増えると考えられます【やや緩和】
- ・ 経過が短い、比較的良い経過が該当する可能性あり【緩和】
- ・ 主治医の主観が反映されやすくなり、大袈裟な医師や、経験の少ない医師により、非該当が減るだろう。ガイドラインが馴染むと『ここに丸をつければ通る』など安易な考えに至る医師も出るだろう【やや緩和】
- ・ これまで、神経症圏については基本的に非該当とし、強度な障害の形がキチンと記載されていると該当させていた。新しい基準は、日常生活への影響が具体的に表現されるようになり、該当となってくるケースが多い【やや緩和】
- ・ F4、5 などこれまで非該当になりやすかった症例が該当するようになる。主治医が審査に通すために要注意度を重めにつける傾向を改善できる【その他】

（非該当の増加）

- ・ 現在、軽度知的障害で申請してくる事例が増えている。市町村が療育手帳該当者には申請を促している事が背景にある。こうした事例が非該当になる可能性が若干だが高くなると感じた【やや厳格】

（診断書作成医の判断）

- ・ 「日常生活能力の判定」と「障害のため要する援助の程度」は診断医によって基準が違うかもしれないと思いました。書類を記載した医師の裁量に任されるように思います【やや緩和】
- ・ 主治医はより詳細に家庭での支援状況を聴取して記入しなければならないため、作成医師の負担は大きくなると考えられます。発達障害に熟知している医師へは影響は少ないと考えられますが、地域のかかりつけの小児科医師の診断書では評価不十分になると考えられます【厳格】
- ・ 障害等級の目安の表における「1－2級」「2級－非」に該当するケースにおいては、（特に「2級－非」の場合）、医療者の心情的に「重いほう」つまり該当する方を選択することになるのではないかと思います【その他】

（その他）

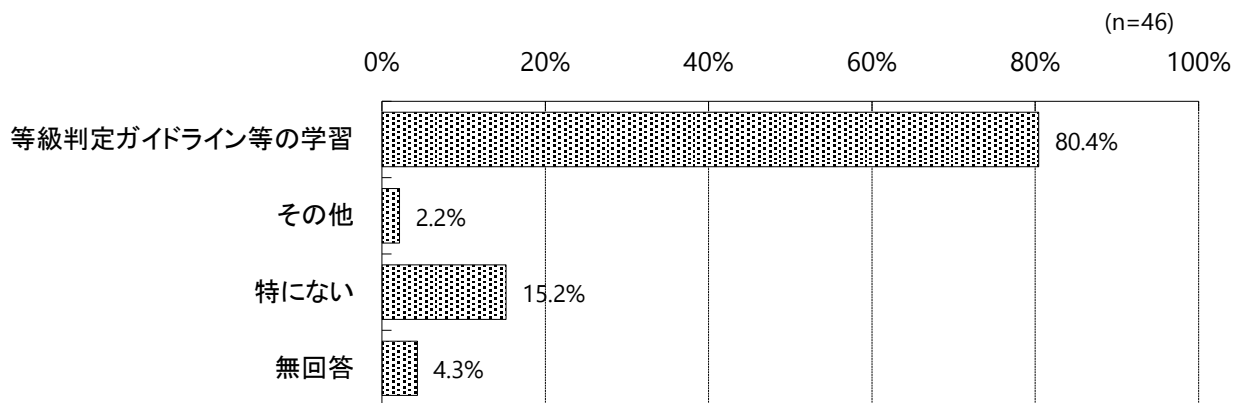
- ・ 日常生活能力判定は主観が入りやすいため、特に少しという状況に幅があり、点数化すると偏る可能性がある。具体的な状態を記入することが必要と思われる【やや緩和】

（注）文末の【】は、「ガイドライン案の導入による、判定基準の変化の傾向」の回答結果である。

③ ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備

「等級判定ガイドライン等の学習」の割合が最も高く 80.4%である。次いで、「特にない (15.2%)」、「その他 (2.2%)」である。

図表 2-31 ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備（複数選択）



④ ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備期間

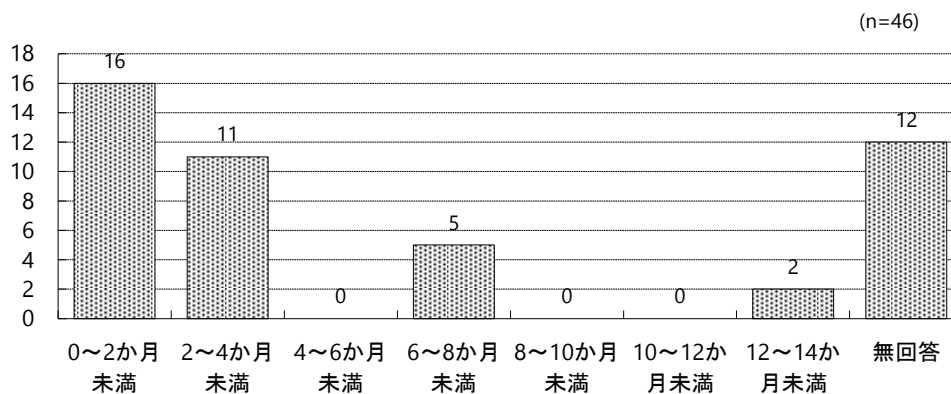
平均値 2.7、最小値 0.0、最大値 12.0、標準偏差 3.0 である。

図表 2-32 ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備期間

（ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備がある場合、単位：か月）

回答数(n)	平均値	最小値	最大値	標準偏差	中央値
34	2.7	0.0	12.0	3.0	2.0

図表 2-33 ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備期間の分布



⑤ ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果

ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果として、以下の回答があった。

図表 2-34 ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果（自由記述式）

（判定負担の軽減）

- ・ 審査時間の短縮
- ・ 時間短縮。判定不能の減少
- ・ 審査医としての負担は減ると思います

（審査情報の充実）

- ・ 点数化は良いと考える、特に年齢相応の導入は良い
- ・ 判定医は、より状態像や支援の程度について詳しく知ることができる
- ・ ア發育・養育歴及び発病以来の病状と経緯の所が、現行のものよりまとまって記載する必要があるの
で有効と考えます

（判定しやすくなる）

- ・ 一定の基準で迷いが消えるメリットはあります
- ・ 障害等級の目安の表でおおよその判定はしやすい
- ・ てんかんの基準が分かりやすくなった。等級の目安があるので、参考になる。コミュニケーションが年齢相応かどうかで判断できそう（知的障害のない ASD）
- ・ 個人的には、前より判定しやすいです。立場や人によるブレもなくなるのではと思いました。⑬欄が成人期の区分認定とほぼ同じなので、成人期をイメージして考えやすいです。一見日常生活は自立しているけれど、このまま社会に出るのは困難と考えられる中学生・高校生について、その懸念を点数化できるのはありがたいです

（判定基準の明確化）

- ・ 基準が以前よりは明確になる可能性がある（例えば、日常生活能力の評価において、現状では見守りや声掛けだけでも半介助として提出されるケースが多々あるが今後はそれが少なくなる、年齢を考慮した場合にどう評価するかという視点がより明確になる等）

（判定の標準化）

- ・ 等級の目安ができ、自治体間で判定結果が均一化する可能性はあります
- ・ 審査医による判定のバラツキが少なくなると思うので、公平な審査になることが期待される
- ・ 判定根拠が明確になり、児童青年期臨床の経験が比較的少ない判定医でもある程度質の担保が可能になると思われた

（その他）

- ・ これまでよりも、本当に支援が必要な人に支援が届けられるようになる
- ・ 判定基準がより明確になり安心感は増しますが、もしかしたら、判定にかかる労力、判定の正確性はそう変わらないかもしれません
- ・ 審査医によるばらつきを多少は抑えやすいと思います。また、主治医によっては現症の右欄「具体的に記載」をあまり十分にされないの、それについてより「全てについて必ず」と強調されるのはメリッ

トが大きいと期待します。もう少し大きい字にして強調していただけると良いのですが

⑥ ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念

ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念として、以下の回答があった。

図表 2-35 ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念（自由記述式）

（2級、非該当の精査）

- ・ ①2級か非該当かの判断で迷うことはやはり多いと思われる、②診断書作成医師が判定基準を理解するかどうかは課題
- ・ 2級か非該当か迷うケースは変わらないかもしれない。結局は診断書を記入する医師によるところがある。（これは年金等の他の精神の診断書にも共通するがある程度はやむを得ない。）
- ・ 2級か非該当か日々悩んでいるので、なるべく悩まなくて済むようなシステムにしてほしい。当県では、前回の診断書は添付されずに判断しているが、過去と診断書は全く変化していないのに、微妙な方は前回と異なる結果になってしまい患者から苦情をもらうことがある

（負担増加）

- ・ 診断書記載医の手間、判定医の判定にかかる時間が増える、など
- ・ 認定診断書のコピーを見ながら日常判定能力の得点を計算しながら判定するのはかなり骨の折れる作業で煩雑であるという印象を持った

（診断書）

- ・ 診断書記載医師との意見の相違は今後もあると思います
- ・ 診断書作成医にどう周知するかが課題です
- ・ 発達障害の保護者は介助、半介助と言った単純な言葉では表せない負担を抱えている方もいると思います。その点を診断書作成医がしっかりと把握して診断書に反映できるよう、新ガイドラインの書き方の学習の場、もっと詳細な書き方の本の発行が必要だと思います

（点数化の影響）

- ・ 診断医の判断にばらつきがあるため、日常生活総合スコアの信頼性に疑問がある
- ・ 点数化することで明確になる部分があるが、逆に申請者側がそれを意識しすぎる懸念がある（表区分が公開されなければよいと思いますが）。また、逆に審査側も、高い点数の場合（提出された全体の内容より異様に点数が高く乖離が予想される場合でも）非該当を検討しにくくなる
- ・ 障害年金のように（社会保険労務士から）『ここに付けて、得点すれば受給できます』などという、得点調整の問題に集約されていないかの懸念はあります
- ・ 日常生活総合スコアを記載して定量化することは目安としてのメリットはありますが、数字に反映されにくい質的な困難もあるかと思っています

（ガイドラインの充実）

- ・ 援助の程度の3、4が何級相当かはっきりしない
- ・ 目安が1－2級、2級－非の場合に判断基準となる「総合評価の際に考慮すべき要素の例」がもう少し具体的であっても良い

(説明会・研修会)

- ・ 専門分野に応じたオンライン説明会があるとよい
- ・ 全国的な研修等により目合わせ等があればよい、地域差の解消を図る観点からもある程度のすり合わせがないと、判断が変わらない

(その他)

- ・ 基準が緩和され、書類が多くなること
- ・ 等級の目安通りの結果にならなかった場合、審査請求となる懸念があります
- ・ ⑫の項目は、点数化は問題ありと思います。具体的に記載することが重要であると考えます。現症のところは、具体的に記載することが必要であり、そのことが理解できるように表示していくことが必要
- ・ ①適切な環境調整(例えば支援級の利用等)がまだなされていない(内科の病気でいえばまだ本来の治療が全く行われていない)状況で、障害を認定することは適切なのでしょうか？②感覚過敏の実際は、ずいぶんその程度は様々で、家族の受けとめ方にも大きな差異があります。日常生活に制限があるという具体的な例をお示しいただく必要があるのではないのでしょうか？③ひきこもり等で日常生活が制限されている場合に考慮するとありますが、これらの児童における日常生活への制限とは具体的にどのようなものなのでしょうか？(家族や医師によって考え方が大きく違うと思います。)④対人関係や意思疎通が円滑に行えないという状況は、年齢によって求められるものが大きく違いますし、かなり主観的な基準です。場面や場所によっても症状が異なることが多いです。具体的な基準例を出していただくのがよいと思います。⑤日常生活において声掛けや見守りを要する状態は、従来はほとんど「半介助」として記載されてきています。新しい様式では「ひとりでできる」に該当するということなら十分周知を図る必要があると思います

／等

⑦ ガイドライン案等の導入・運用に向けての国・自治体への要望

ガイドライン案等の導入・運用に向けての国・自治体への要望として、以下の回答があった。

図表 2-36 ガイドライン案等の導入・運用に向けての国・自治体への要望（自由記述式）

(審査医向けの情報提供)

- ・ 各級へ至るフローチャートがあると判断しやすい
- ・ 判定にあたって目安となるような Web 研修があると良い

(診断書作成医向けの情報提供)

- ・ 診断書を書く医師が、「障害のために要する援助の程度」や「日常生活総合スコア区分」を適正に評価できるかどうか疑問であるため、この診断書を書く人には講習を受けることを義務付けることが望ましい
- ・ 現状でも変わらないが、診断書を記載する医師の記載の仕方、例えば記載量の多少、問題行動の表現、頻度により判定結果が大きく左右している。スコア化することも一定の意味があるが、記載する医師が理解していないと正確な記載がされない可能性がある
- ・ 今回のアンケートのフィードバックをしていただきたいと思います。それに類似したものを定期的にお願ひしたいです。また、主治医(診断書を記載する医師)に対して診断書記載に当たっての注意点を十分に周知していただきたいです。前回の診断書のコピーをそのまま出されるケースや具体的記載が少ないケースが多くみられま

す

- ・ ①診断書作成医師に、診断書作成のオンデマンド講習を受けることとし、診断書に受講終了番号などを付記することを求めるようにしてほしい…主治医が該当すると判断したものを「非該当」と判定するのはやはり抵抗を感じるため、作成医師への講習をしてほしい。②診断書の「記入上の注意」が多すぎる。ここを簡略にし、診断書の記載部分の活字を大きくしてもらいたい。診断書案はあまりに活字が小さく煩雑である。③作成要領も活字が小さく、これでは作成医師は読まない可能性が高い。ページが増えても見やすい形式にしてほしい。④診断書案では、経過や病状の記載内容が増え、現在より審査に時間を要すると予想される。審査担当報酬を適切な額に増額することが審査医師確保には必要と考える(現在も成り手は少ないと聞いている)

(DXの推進)

- ・ 審査について、紙媒体から電子媒体に移行していただきたい。審査件数が増えており、審査結果を手書きする時間、労力が大きい
- ・ 自治体から、診断書原本が、審査医師へ直接送付されてくる現状について、紛失リスクがあり、個人情報保護の観点から重大な問題がある。DX化推奨の観点からも、紙媒体の送付でのやり取りは、廃止する方向で検討するべきである。自治体が紙媒体で申請者から受けと取ったとしても、それを担当者が Web プラットフォームに入力し、審査医師が、Web でログインして、審査が出来るようにしてください
- ・ 紙媒体の形式のデータ保存でなく、データのクラウド化をぜひとも検討いただきたい。特に、更新で再検討必要な場合に、過去の記録がその場ですぐに確認できないのは致命的である。個人情報の扱いで懸念があれば、データを識別番号などにするなど十分可能と考える。各自治体でなかなか難しいのが現状のように感じる。国に新ガイドライン案導入とともにデータの保存と蓄積を可能にできる形を作成いただき、データを一定量蓄積ののちに検討できる形にすれば、今回の新ガイドラインの妥当性やより適切なガイドライン作成にも利用できる

(判定が困難)

- ・ 微妙な症例をハッキリさせるシステムにしてほしい
- ・ 神経症で精神病の病態を示していない場合は、認定の対象になりませんが、「障害等級の目安」で 1 級の目安がついてしまうようなケースがあると、判定に迷う可能性があるかもしれません
- ・ 判定時に困るケースは、「前回診断書の完全コピー(特に幼児の場合は、2～3年の経過の中で、変化はあるのではないかと思います)」、「身体合併症のないダウン症で、生後半年未満で申請(発達遅延の評価困難)」、「診断がついてすぐに申請(てんかん、統合失調症、うつ病など)」、「療育手帳 A 以外で、具体的な記載がない」、「定型発達児との差がわかりづらい(幼児の行動面、ADL の介助の態度など。声かけレベルで半介助に○をしている診断書も多いです)」、「状態像の記載内容が現在あるものか、過去にあったものか、わかりづらい」などです。診断書を記入する医師への周知もお願いしたいです

(その他)

- ・ 児童思春期分野の日常診療に加え、審査件数が急増しており、業務負担が大変です。病院勤務医ですが、時間外勤務 80 時間の常態化の中で、審査も行っています。審査医のモチベーションを上げるような対応を考えてほしい(報酬面など)。また昨年の同様のアンケートに対するフィードバックがない
- ・ そもそもの基準が曖昧なように思われ、これまで審査医向けのレクチャーをお願いしても国はしないといわれ、審査医を辞退したくてもできず、不安で仕方ありませんでした。国で一括して審査を望みます

2. 自治体向けアンケート調査

(1) 基本情報

① 特別児童扶養手当（精神の障害）の支給対象障害児数（令和 6 年度末時点）

知的障害のみの支給対象障害児数は、1 級が平均値 888.2、最小値 153.0、最大値 3,633.0、標準偏差 862.1、2 級が平均値 588.5、最小値 53.0、最大値 3,019.0、標準偏差 630.5 である。

知的障害及び知的障害以外の精神障害の支給対象障害児数は、1 級が平均値 108.6、最小値 0.0、最大値 496.0、標準偏差 117.2、2 級が平均値 1,261.6、最小値 0.0、最大値 9,180.0、標準偏差 1,414.7 である。

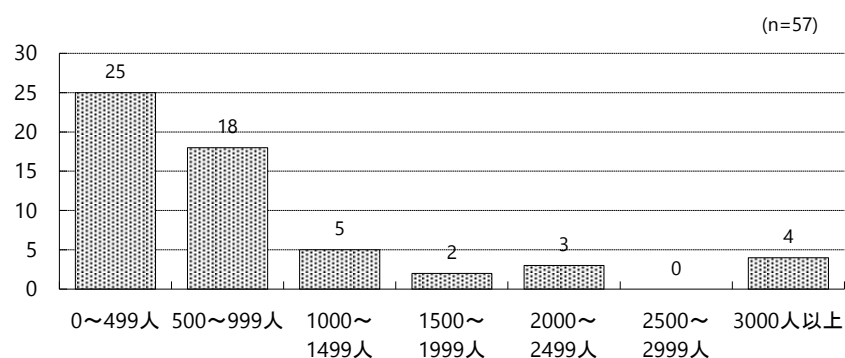
知的障害以外の精神障害のみの支給対象障害児数は、1 級が平均値 14.4、最小値 0.0、最大値 141.0、標準偏差 25.0、2 級が平均値 1,052.5、最小値 21.0、最大値 7,107.0、標準偏差 1,306.4 である。

図表 2-37 特別児童扶養手当（精神の障害）の支給対象障害児数（令和 6 年度末時点、単位：人）

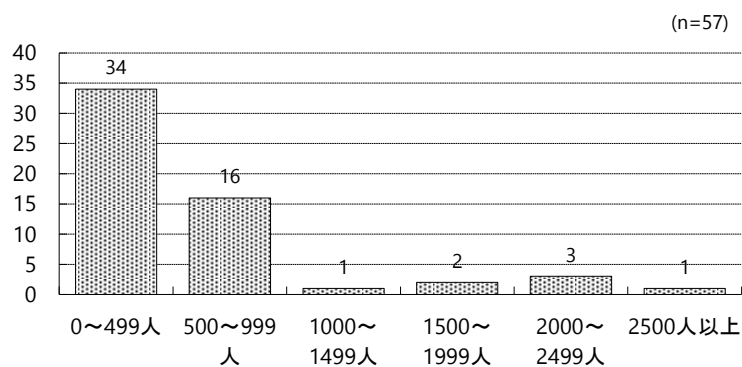
		回答数(n)	平均値	最小値	最大値	標準偏差	中央値
知的障害のみ	1 級	57	888.2	153.0	3,633.0	862.1	597.0
	2 級	57	588.5	53.0	3,019.0	630.5	387.0
知的障害及び知的障害以外の精神障害	1 級	57	108.6	0.0	496.0	117.2	65.0
	2 級	57	1,261.6	0.0	9,180.0	1,414.7	952.0
知的障害以外の精神障害のみ	1 級	57	14.4	0.0	141.0	25.0	4.0
	2 級	57	1,052.5	21.0	7,107.0	1,306.4	675.0

図表 2-38 特別児童扶養手当（精神の障害）の支給対象障害児数の分布（令和 6 年度末時点）

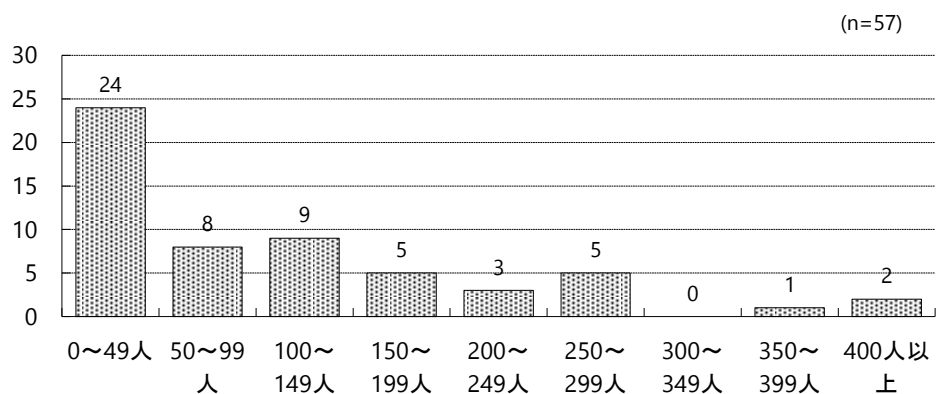
【知的障害のみ・1 級】



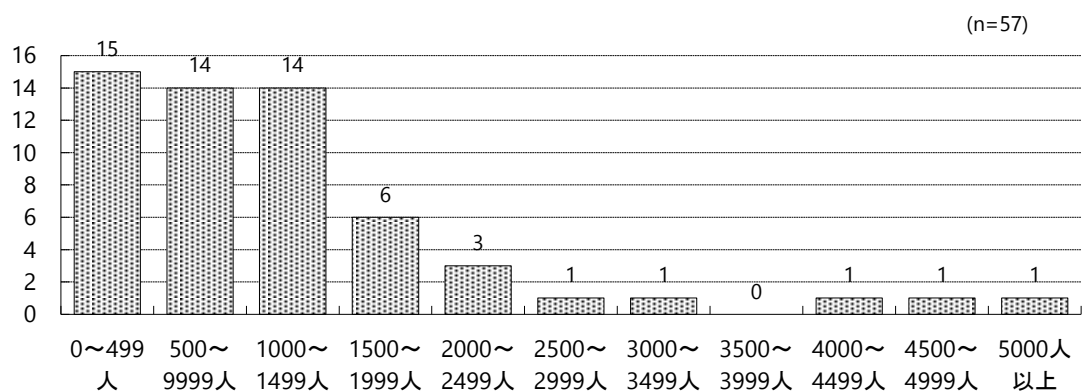
【知的障害のみ・2 級】



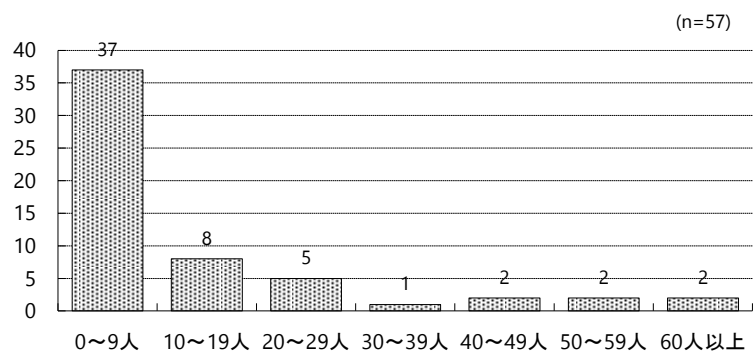
【知的障害及び知的障害以外の精神障害・1 級】



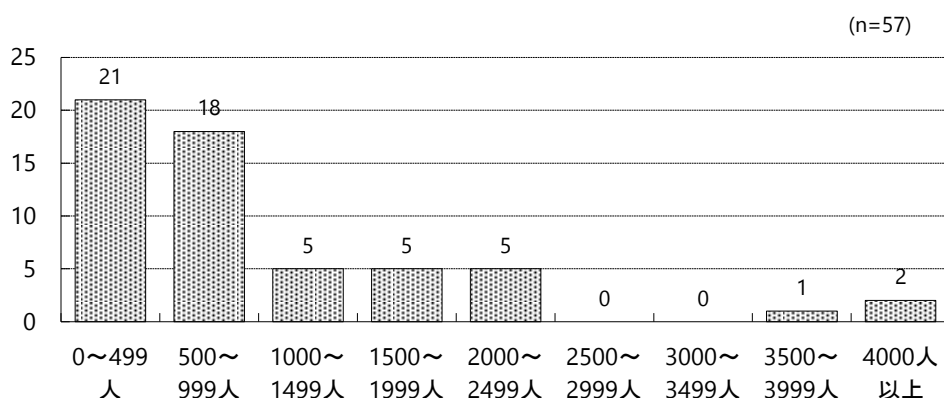
【知的障害及び知的障害以外の精神障害・2 級】



【知的障害以外の精神障害のみ・1 級】



【知的障害以外の精神障害のみ・2級】



② 令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の新規申請件数

知的障害のみの新規申請件数は、平均値 148.0、最小値 32.0、最大値 781.0、標準偏差 180.4 である。

知的障害及び知的障害以外の精神障害の新規申請件数は、平均値 138.3、最小値 16.0、最大値 394.0、標準偏差 87.5 である。

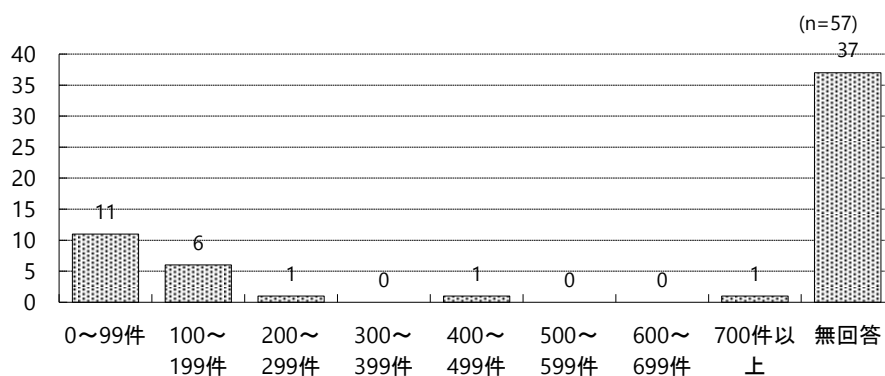
知的障害以外の精神障害のみの新規申請件数は、平均値 199.5、最小値 6.0、最大値 950.0、標準偏差 252.8 である。

図表 2-39 令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の新規申請件数（単位：件）

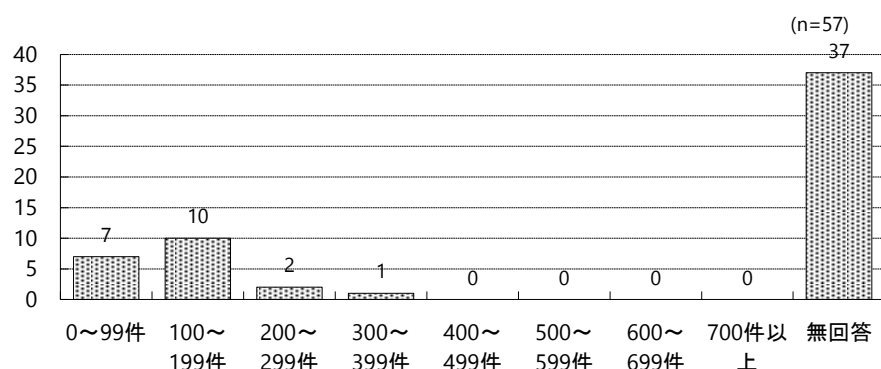
	回答数(n)	平均値	最小値	最大値	標準偏差	中央値
知的障害のみ	20	148.0	32.0	781.0	180.4	88.0
知的障害及び知的障害以外の精神障害	20	138.3	16.0	394.0	87.5	127.5
知的障害以外の精神障害のみ	20	199.5	6.0	950.0	252.8	116.5

図表 2-40 令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の新規申請件数の分布

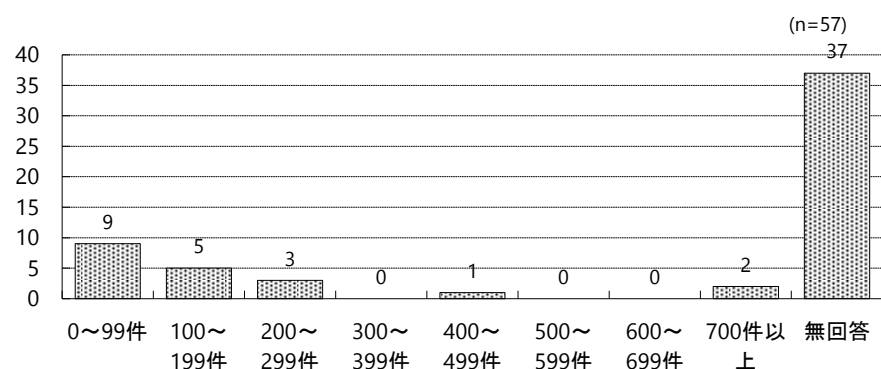
【知的障害のみ】



【知的障害及び知的障害以外の精神障害】



【知的障害以外の精神障害のみ】



③ 令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の新規認定件数

知的障害のみの新規認定件数については、平均値 165.7、最小値 19.0、最大値 734.0、標準偏差 180.5 である。

知的障害及び知的障害以外の精神障害の新規認定件数については、平均値 215.5、最小値 0.0、最大値 1,442.0、標準偏差 228.0 である。

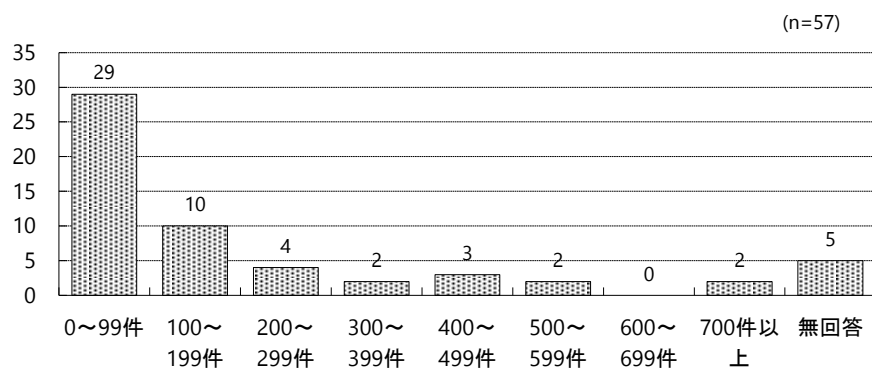
知的障害以外の精神障害のみの新規認定件数については、平均値 169.7、最小値 6.0、最大値 950.0、標準偏差 203.0 である。

図表 2-41 令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の新規認定件数（単位：件）

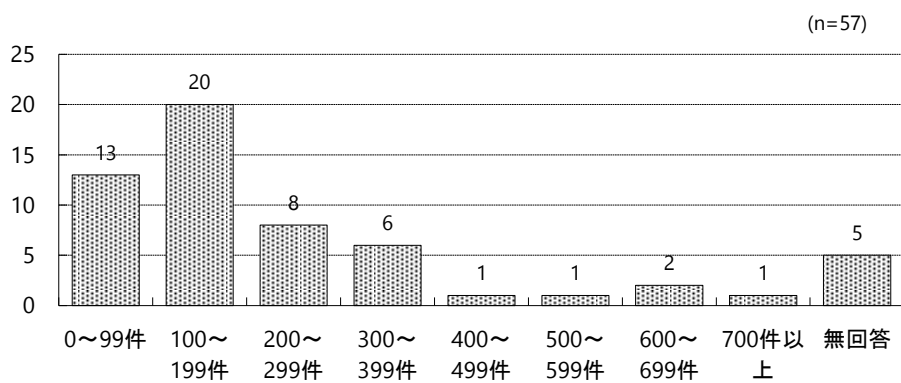
	回答数(n)	平均値	最小値	最大値	標準偏差	中央値
知的障害のみ	52	165.7	19.0	734.0	180.5	87.5
知的障害及び知的障害以外の精神障害	52	215.5	0.0	1,442.0	228.0	164.5
知的障害以外の精神障害のみ	52	169.7	6.0	950.0	203.0	111.0

図表 2-42 令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の新規認定件数の分布

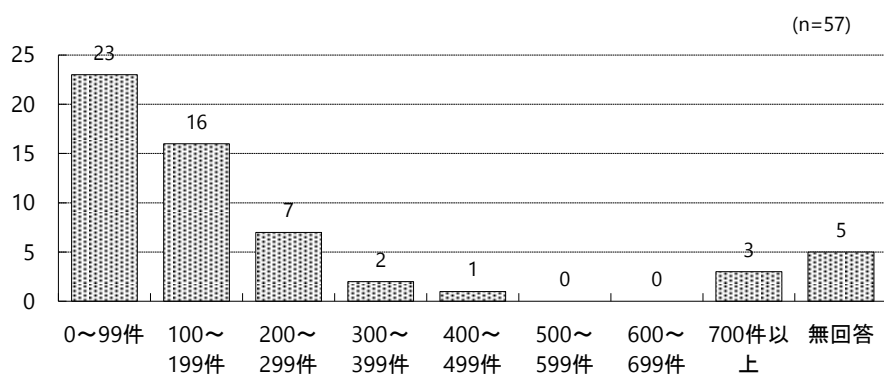
【知的障害のみ】



【知的障害及び知的障害以外の精神障害】



【知的障害以外の精神障害のみ】



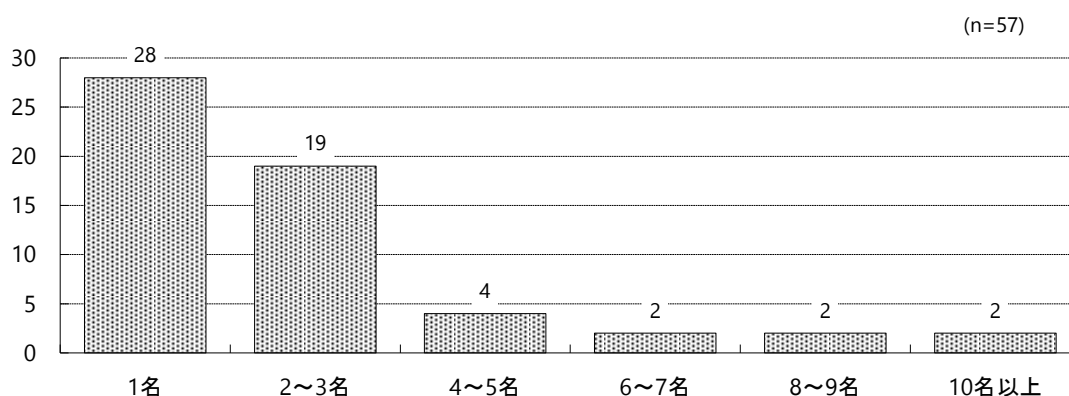
④ 特別児童扶養手当（精神の障害）の審査医の人数（令和7年9月1日時点）

平均値 2.6、最小値 1.0、最大値 15.0、標準偏差 2.7 である。

図表 2-43 特別児童扶養手当（精神の障害）の審査医の人数
(令和7年9月1日時点、単位：人)

回答数(n)	平均値	最小値	最大値	標準偏差	中央値
57	2.6	1.0	15.0	2.7	2.0

図表 2-44 自治体が依頼をしている特別児童扶養手当（精神の障害）の審査医の人数の分布



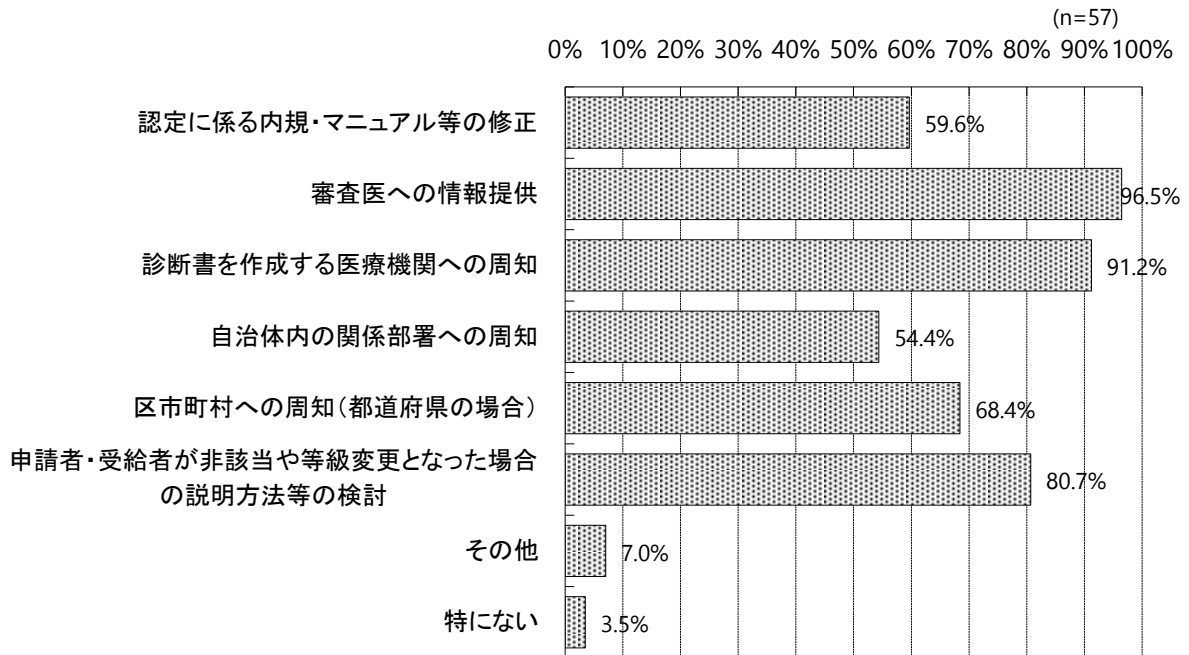
（２）ガイドライン案等の導入・運用について

※以降は、特別児童扶養手当（精神の障害）の認定にあたり、精神の障害に係る等級判定ガイドライン素案、特別児童扶養手当認定診断書の改定案を活用して審査することを想定して回答いただいた。

① ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備

「審査医への情報提供」の割合が最も高く 96.5%である。次いで、「診断書を作成する医療機関への周知（91.2%）」、「申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討（80.7%）」である。

図表 2-45 ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備（複数選択）



② ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備期間

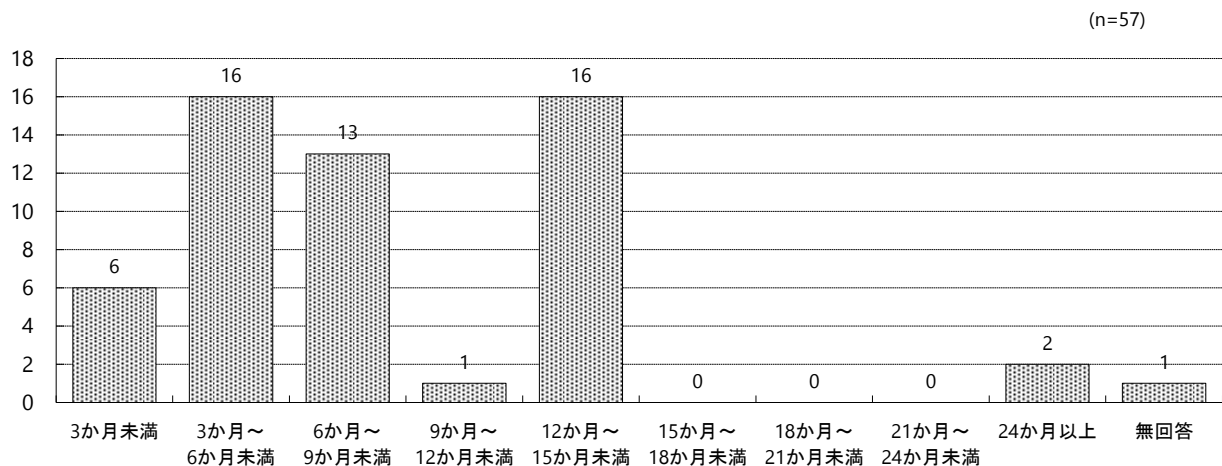
平均値 7.2、最小値 0.0、最大値 24.0、標準偏差 5.1 である。

図表 2-46 ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備期間

(ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備がある自治体、単位：か月)

回答数(n)	平均値	最小値	最大値	標準偏差	中央値
54	7.2	0.0	24.0	5.1	6.0

図表 2-47 ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備期間の分布



③ ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備の内容、負担感

ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備の内容、負担感として、以下の回答があった。

図表 2-48 ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備の内容、負担感（自由記述式）

必要な準備の内容	負担感	(参考)必要な準備期間
ガイドラインの内容を関係者と共有し、現場の実情に即した調整を行う必要がある。新しい運用に対応するため、職員や関係者への研修が求められる	研修や業務調整に時間を割く必要があり、通常業務との両立が難しくなる。新しい制度への対応に不安を感じる職員もあり、特に現場での混乱が懸念される	24 か月
・障害非該当となった場合に発出している「非該当理由書」の様式修正及び記載方法の検討 ・県判定医に対し、判定ガイドライン及び新診断書の周知及び説明 ・診断書作成医に対し、判定ガイドライン及び作成方法の周知(周知方法は要検討) ・県内市町村に対し、判定ガイドライン及び新診断書の周知及び説明と、市町村から受給者に対し診断書等が改定された旨を案内してもらうよう依頼	・県判定医へは、何度か新診断書やガイドライン(案)について触れているため、説明は比較的容易だと思われる ・診断書作成医への判定ガイドラインや新診断書の作成方法の周知については、県内の精神科、心療内科、小児科等の医療機関に所属するすべての医師に行う必要があり、周知方法の検討を含め、負担がかなりある。また、作成医や受給者からの問い合わせが急増することが見込まれ、当課や市町村に一時的な負担が生じる	12 か月
医師会や自治体、障害認定審査医への説明会等、申請者への説明資料の修正の準備	医師会や自治体、障害認定審査医への説明は資料の準備や時間調整が難しいため、負担が大きい	12 か月
アンケートにあった選択肢1～6までの全ての準備が必要であり、毎年度市町村に対し配布している事務処理手引きの修正や、診断書を作成する医師を対象にした周知等も必要となる	手引きの修正やガイドラインの周知に時間を要するため、少なくとも運用開始の1年以上前に詳細を示していただかないと、負担感としてはかなり大きなものになる	12 か月
・審査医、関係機関、管轄市町村への説明会の実施 ・審査医同士の認識のすり合わせ	・疑義が生じるたびに国へ照会したり、審査医への再説明等が発生する ・説明資料等の関係資料の作成	12 か月
県要綱の改正、リーフレットの修正、市町村窓口での受給者に対する案内の変更、認定医への説明、点数化をどこの部署で行うかの調整	人的負担、時間的負担	10 か月

必要な準備の内容	負担感	(参考)必要な準備期間
診断書を作成する医療機関への周知方法の検討、従前の診断書等を用いたときの対応	従前の様式を用いた場合の返戻作業といった事務量の増加が考えられる	6 か月
判定医への変更内容の説明、診断書作成医療機関への周知、当県内認定機関への説明、県内市町村への周知 等	運用開始前年度など、準備期間に余裕があれば県内及び市町村への対応は可能だと思われるが、医療機関への周知は、都道府県から県内全ての医療機関へ周知するとなると、かなり負担があると思われる	6 か月
マニュアルの修正、関係部署への通知、医療機関(医師会)への周知・説明、市民への周知	通常業務とは別に準備に係る作業を行う必要があり、負担感は大いものとする	6 か月
関係課や審査医への周知、診断書作成医への周知及びその方法の検討	日頃からの接点がないため、診断書作成医に対する周知等が難しい	4 か月
関係機関や判定医等への周知、医師への報償費の見直し、県マニュアルの修正など	ガイドラインを導入したことによる各種(医師、市町村、受給者等)問い合わせ対応がとて負担になることが想定される。また、判定結果がこれまでと変更となった場合(非該当や等級変更)の申請者等に対する説明が大きな負担となることが想定される	4 か月
・審査医との調整(日常生活スコアの点数を事務担当で算出した上で審査を依頼するか等) ・市町村担当者への説明(資料の作成等)	医療機関への周知を都道府県で担う必要がある場合、大きな負担がある	3 か月
・主要な診療機関への周知 ・受給者への周知	精神は認定数が多く影響が大きいため、過去一定期間の診断書発行医療機関を調べて周知する必要がある	3 か月
審査医への説明、区役所への周知、HP 上での医療機関への周知、医療機関からの問合せ対応、業務マニュアルの修正、同一審査医に依頼している自治体間でのスコア計算等の判定準備手順のすり合わせ	医療機関への影響が大きいため、医療機関対応の負担が大いと思われる。その他の要素も業務増になるが、一時的なものであり大きな問題はないと思われる	2 か月
マニュアル修正を行い、審査医や医療機関、市町村へ周知が必要	特に負担が大いわけではない	2 か月
新しいガイドラインの送付	特になし	0 か月

④ ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念

ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念として、以下の回答があった。

図表 2-49 ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念【自治体】（自由記述式）

（ガイドラインに基づく実施の難しさ）

- ・ 新基準の内容を適切に理解・運用できるか。新基準に基づく審査に時間がかかる可能性
- ・ 考慮すべき要素が多く、かなり具体的に診断書を記載してもらわないと、診断書の内容を医療機関に照会したり、受給者に聞き取りしたりするケースが増え、認定に時間と労力を要する。福祉サービス支援など、診断書に○があっても、具体的な状況を読み取れない場合が多いことが予想される。障害等級の目安で「1-2級」や「2級-非該当」の幅がある場合には、総合的評価において自治体や審査医の裁量によるところが大きいように感じられ、ガイドライン案導入の目的である自治体間の地域差解消に繋がるのか懸念がある

（照会対応）

- ・ ガイドライン案では、再認定時、前回認定時の診断書等の確認や受給者等への照会することが求められているが、申請数が多い月には、大きな負担となると予想される。過去の診断書等は、一定期間保管しているものの、申請時期が申請者によって異なるため、過去の資料を探し出すのに時間がかかる。また、受給者や家族、作成医への聞き取りは、審査医が行うのか、行政職員が行うのか。仮に行政職員が聞き取りを行う場合でも、その内容をもとに、等級を決定することは難しい
- ・ ガイドライン案の中で診断書等の記載内容から詳しく審査したうえで、最終的な等級判定を行うこととなっている一方、診断書作成医師や受給者、家族等へ内容確認を行うこととなっている。診断書の内容確認が増えると、医療機関や各都道府県の負担になることが想定される

（スコアの計算）

- ・ スコアの事前計算は自治体で行うと思われ、有期更新の時期には件数が多く負担が重くなることが想定される。慣れるまでは判定に時間がかかるとされる
- ・ 判定に使用するスコアの計算を医師が行うことの負担。この負担により判定医が当該業務を辞退した場合に、新たな判定医を選定する負担
- ・ 当県の嘱託医は1名であり、毎月 100～350 件近くの判定を行っている。判定に使用するスコアの計算を医師が行うことの負担は大きい

（従来の書式の利用）

- ・ 旧様式での診断書の提出があった場合、差し替えが必要となり、判定までに時間がかかる
- ・ 旧様式の診断書の提出はどの程度認めるのか。また、双方の様式を認める場合、評価基準に差が生じ、平等性が担保されない可能性があるが、どのように取り扱うべきか。要領案によると、○の付け方や記載の方法にかなり細かい決まりがあるように思える。どのように周知するか（市内の医療機関すべてに周知連絡をするのは現実的でない）
- ・ 現状において、過去の法改正前の診断書を用いて作成する医療機関もあり、また手書きの診断書も多くあるため、精神の障害で特別児童扶養手当用診断書を書き得る全ての医療機関へ周知することが望ましいと思うが、おそらく旧様式での診断書様式を用いて作成する医療機関が起こり得る。その場合に都道府県

としてどう対応するか、旧様式でも判定するか、新様式で書き直すよう依頼するか、判断しかねるケースが発生する可能性がある

(医療機関への周知)

- ・ 新しい診断書やガイドラインに沿った記載方法の周知
- ・ 医療機関にもれなく周知できるかが課題となる
- ・ 新しい診断書やガイドラインに沿った記載方法の医療機関への周知(作成要領等を十分理解した上で作成いただけるよう周知を徹底すること)。審査の変更点を関係機関が十分に理解すること(判定に使用するスコアの計算は審査医が行うのか、記載は必要か、チェック体制等)。これまでの診断書が提出された場合の対応。これまでの受給者が非該当や等級変更となった場合の説明

(非該当や等級変更への対応、審査請求)

- ・ 障害等級の目安について、1-2級で2級、2級-非該当で非該当となった場合に、ガイドラインの周知が進むと審査請求の増加が懸念される
- ・ ガイドラインの運用初期には、受給要件を満たしているにもかかわらず不支給になった、あるいは等級が下がったとして不服申し立てが増加する可能性がある
- ・ 非該当件数の増加による問い合わせ対応や、審査請求の増加。審査請求のあった際の判定根拠として当ガイドライン内容を示すことは可能か。スコア計算の負担。医療機関や各自治体への様式利用の周知

(移行に伴う業務負担の増加)

- ・ ガイドラインの導入にかかる運用手順等の作成及び県内市町村、関係医療機関への周知・徹底について、業務負担の増大が見込まれる。その他ガイドライン、診断内容(様式)の改定に伴う受給者(対象児童)の等級変更や診断方法の相談・変更クレーム対応等により業務負担の増大が見込まれる
- ・ これまでと同じ症状なのに、ガイドライン導入により却下となる場合が想定されることに対する市町村への説明が困難。スコアの検算、差し戻しなど、市町村の業務が増加する可能性がある
- ・ 自治体に対する説明会の準備が大変なことや導入後に理解が進まない可能性が懸念される

(その他)

- ・ 判定に使用するスコアの計算を医師が行う必要が生じることにより精神障害の判定業務の遅延が生じる可能性がある点。新しい診断書やガイドラインに沿った記載方法の医療機関への周知を検討する必要がある点。これまでの診断書によりすでに判定された障害等級の扱い(すでに判定済みの診断書については特別児童扶養手当の有期期限まで有効となっているが、様式が改定されたあとも同様の扱いとできるのか)。記載箇所が増加することにより記入漏れの可能性が高くなること(医療機関への確認の事務作業が増加する可能性があること)
- ・ 不特定多数の医療機関がある中、どのように周知を行うのか。移行当初は記載の不備(旧様式での作成も含む)が多発すると想定される。そのたびに差し戻し等を行うと認定事務が煩雑になり、認定までに時間を要する。日常生活総合スコアの計算を行うことの負担増。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となる場合は、前回認定時の診断書等で認定内容を確認するとあるが、現行の診断書等と比較する必要があるということか。※審査医は前回の診断書等の書類を所有していない。審査を行う前に施行後の診断書については、すべての診断書に前回の診断書等を添付した上で審査してもらうか、審査後に等級変更や非該当となったものについては、前回の診断書等を添付した上で、改めて審査してもらうことが想定され、事務負担の増加や審査機関の長期化が懸念される。「表1」で等級の目安が示さ

れたが、診断書等に記載の他の要素も含めて総合的に評価するため、どの点が認定における自治体間の地域差解消に繋がるのか不明

／等

図表 2-50 ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念
【その他（診断書を作成する医療機関、本人・家族等）】（自由記述式）

診断書を作成する医療機関について

（新しい診断書への移行）

- ・ 診断書を作成する医療機関が、2ページにわたる「診断書作成要領」をきちんと読んだ上で、診断書を作成してくれるのか
- ・ 1・・・新様式について、認定機関としては判定材料が増え大変ありがたいが、医療機関の負担がかなり大きいように思われる。教育歴や福祉サービス利用状況等、病院での診断において把握していない情報もあり、診断書作成を断る医療機関が出てくる可能性も考えられる。一部の医療機関に集中し、特に再認定時には期限内に診断書作成が間に合わなくなる可能性がある
2・・・現状においても再認定時は記載内容の更新がなされていない場合も見受けられるため、情報量が増すほど時点修正がなされず形骸化する恐れがある
- ・ 【診断書作成医】日常生活能力において、市では3歳以下の児童で療育手帳の判定をうけていない場合、診断書作成医に年齢相応なのか不相応なのかを照会しているが、判断がつかないと回答されることがあり、診断書の様式に○が付されてこない、または「不明」とされることが多くなることが予想されるので、その際の対応についての検討が必要になる（この件についての問い合わせが増えることも懸念される）

（システム改修等）

- ・ カルテの電子化を導入している医療機関は、システム改修が必要となると思われる。電子カルテにより慣れた PC が苦手の医師もあり（プリンターの設定の問題か、記載内容が枠に収まらず、印字されていない診断書が散見）、診断書の統一には時間を要すると思われる
- ・ 診断書を作成する医療機関への周知。大きい病院はシステムに診断書のフォーマットが組み込まれているため、改修にも時間がかかる。また、古い診断書様式で提出してきた時の対応が困難

（スコアの計算）

- ・ （医師）判定に使用するスコアの計算を医師が行うことの負担
- ・ 判定に使用するスコアの計算を医師が行うことの負担、記載漏れの対応

（診断書作成の負担）

- ・ 診断書における必須項目が増えたことによる医療機関での業務負担
- ・ 診断書作成機関によっては、診断書の様式をデータにして入力しているところもあるため、新様式になった場合差し替えてもらう必要がある。差し替えてもらうまでは、手書きで対応いただくなどご不便をおかけすることになる

（記載不備等の増加）

- ・ 診断書作成医のガイドライン等の理解不足による診断書の記載不備の増加。特に新たな判断基準かつ記載事項である、⑫欄の「年齢相応・不相応」の記載漏れが想定される
- ・ 新様式は、これまでよりも確認事項が多いため、記載漏れが多くなる。診断書作成医師向けの丁寧なマニ

ュアルや記載例が必要

(その他)

- ・ 判定ガイドラインが公になることにより、診断書の記載時に診断書の記載内容が認定に有利になるよう調整される可能性(特に障害等級の判断の元とされる「⑫日常生活の能力の判定」及び「⑬障害のため要する援助の程度」の記載)。判定ガイドラインや新診断書に診断書作成医が慣れるまでの間の医療機関の負担。それに伴い、有期末の医療機関混雑のために診断書の作成に時間を要し、認定に遅延が生じる可能性

審査医について

- ・ スコアはあくまでも障害等級の目安という運用にすることは、スコアに重きを置き判定する医師と、総合的判定に重きを置く医師に分かれ、判定の考え方にズレが生じ、地域差が果たして完全に是正されるのか懸念されます
 - ・ 医療機関: 診断書を作成する医師が限られた診療時間で今まで以上に記載量が増える診断書を作成することは難しく、必要事項すべてに記載しないで提出することや、記載量が少なくなり、必要な情報が得られない可能性が懸念される
- 障害認定医: 障害認定審査医が正しく理解して審査できるかわからない
- 本人: いままでの審査で有期認定されていた方で、審査基準が変わることで同じ障害状態でも違った結果に不満を持つことが懸念される

本人・家族等について

(等級の変更や非該当)

- ・ これまで市において認定されていた者が、ガイドラインにより審査した結果、(障害の状態に大きな変化がないのに)非該当となった場合に、市民からの理解を得られない可能性がある(説明責任が果たせるのか)
- ・ 申請者・本人: 病院で作成された診断書が旧様式だった場合の再作成負担。前回は認定されていたが、ガイドライン導入により非該当になってしまう可能性

(診断書発行の時間的・経済的負担)

- ・ 病院が保存している様式で診断書が作成されているケースがあるため、古い様式で診断書が提出された時の再作成費用の負担の懸念
- ・ 診断書作成を行う医師の新様式記入要領の理解不足が懸念され、それにより差し戻し件数が増加し、市民の負担が増える可能性がある。新様式になることで、医師が診断書作成に時間を要する場合があります、それによって市民が期限までに診断書の提出ができない可能性がある

(その他)

- ・ 過去に基準非該当と判断された方が、ガイドラインの制定に期待し、申請が増える可能性はある

その他

- ・ 新様式の現症欄では、具体的な記載欄が⑥～⑪でまとめられているが、医療機関で○だけ付けて具体的な記載をしないケースが多くなることが予想される。現様式のように区切ってあった方がよい。旧様式で申請された場合、申請者に新様式を提出し直すよう要請した際に、医療機関が診察費又は診断書作成費を

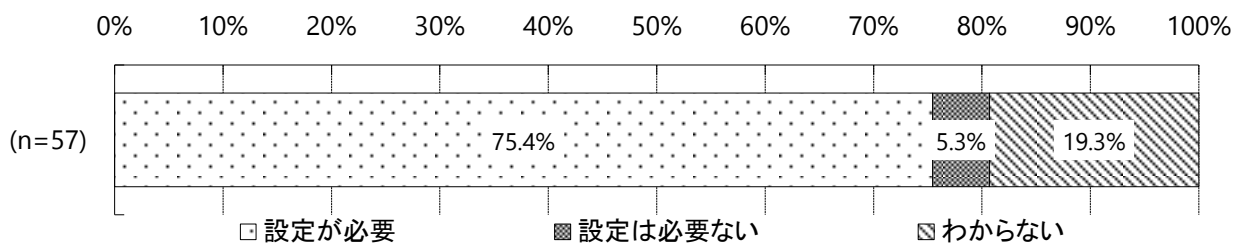
再度申請者に求める可能性がある(現状でも、診断書発行費がかかることに対する苦情が時々寄せられる)

- ・ ガイドライン案の②「療養状況の共通事項」において、考慮すべき要素として「通院の状況」が挙げられていますが、新様式の診断書に通院頻度を記載する欄があるとわかりやすいです。また、ガイドラインにおいて、どの程度の頻度で通院している場合に定期的に通院しているとみなすかなどの目安を示していただきたいです。実際、特別児童扶養手当認定診断書作成のためだけに2年に1回受診するようなケースも聞いたことがあります。特別児童扶養手当認定診断書作成要領案の11に「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。」とあります。しかし、診断書作成日からかなり以前の検査結果を記載する事例が見受けられます。審査医師から検査結果が古いため審査不能と判定される事例があります。知能検査を実施できない医療機関で作成された診断書について、審査医師から検査結果が古いため審査不能と判定されると対応に苦慮することがあります。つきましては、検査結果の記載に関する具体的な期間の目安を示すことをご検討いただきたいと思います。例:検査後6か月以内の結果であれば可能、診断書作成医師が最新の検査結果と状況が変わりないため検査不要と判断すれば1年以内の検査結果に限り使用可能など

⑤ ガイドライン案等の導入にあたり移行期間を設定する必要性

「設定が必要」の割合が最も高く 75.4%である。次いで、「わからない (19.3%)」、「設定は必要ない (5.3%)」である。

図表 2-51 ガイドライン案等の導入にあたり移行期間を設定する必要性



⑥ 移行期間の設定が必要と思われる理由や、期待する移行のあり方

移行期間の設定が必要と思われる理由や、期待する移行のあり方として、以下の回答があった。

図表 2-52 移行期間の設定が必要と思われる理由や、期待する移行のあり方 (自由記述式)

(周知に時間を要する)

- ・ 審査医や医療機関への説明、周知に期間が必要と考える
- ・ 県内の精神科、心療内科、小児科等の医療機関に所属する全ての医師に判定ガイドラインや新診断書についての周知を行う必要があるため。また、受給者にも上記同様の周知が必要なため

(丁寧な事前周知が必要)

- ・ 従来のマニュアルからかなり変更点が多いため、診断書を作成する医師等へ丁寧な説明が必要と考える。

また各関係機関や申請者等についても、従来手法では該当となっていたものが非該当となるケースも想定され、事前に丁寧な説明や周知期間が必要

(システム改修に時間を要する)

- ・ 医療機関への幅広い周知が重要になるため、移行期間は設けた方が良い。また、医療機関によってはシステムで診断書様式を設定しているものもあると思われるため、システムへの適用期間も相当期間必要になると思われる
- ・ 診断書作成医や審査医、担当職員が新ガイドラインによる基準の違いに慣れる必要がある。また、各医療機関ではシステムから様式を出力できるようにするなど、改修が必要なことも考えられるので、移行には1年ほどの猶予があるのが望ましいと考えます

(運用を確認する期間が必要)

- ・ 新しいガイドラインを実際に運用してみなければ、市町村や出先機関、審査医との細かな事務の流れが把握できないため
- ・ 新しいガイドラインが導入される際、既存の制度や運用とのギャップが生じる可能性があり、移行期間を設けることで、段階的に調整し、混乱を避けることができるため

(新旧様式を併用できる期間が必要)

- ・ 1・・・診断書作成医への周知に時間を要するため。2・・・提出時期により新旧様式が混在するため、ダブルスタンダードの期間を2年間(認定有期)設けてほしい
- ・ 市区町村が対象者に診断書を配布してから診断までのタイムラグもあるため、診断書の切り替えに当たり移行期間が必要と思われる(例:4月1日から新しい診断書での提出が必要だが、その前3か月程度も新旧どちらの診断書でも対応可能とする等)。なお、移行期間設定に当たっては、有期期月(3月、7月、11月)を意識した設定をお願いしたい
- ・ 移行期間中は旧様式でも受付を行い、順次有期更新時には新しい様式を同封し、新様式での提出を求める
- ・ 問い合わせ等に対応ができるようにしておく必要があるため。受給者への周知には有期更新の受診前に行う必要があり、移行期間を要すると考える。所得状況届などの対面での機会等を活用できるようにする

(経過措置の設定)

- ・ 新規のガイドラインの運用によって継続申請が却下となる事例が発生する可能性があるが、世帯の生計状況に大きな影響を与える恐れがあるため、一定期間、経過的に容認する必要があると考えられる。また、制度導入時に生じる疑義の検証と運用ルールの検討のため、半年程度試用期間を設けて運用したい

(その他)

- ・ 導入後にどのような問題点があるのかわからないため、希望する自治体に先行して試験的に導入した後に本格運用をしていただきたい

／等

⑦ ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果

ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果として、以下の回答があった。

図表 2-53 ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果（自由記述式）

（審査基準の明確化）

- ・ 数値化されることで一定の基準が明確化される
- ・ スコア化されることで、等級の判定が明確になり、公平な判定をすることができる考える
- ・ 地域や審査医によらず、障害に対し定量的なスコアを用いた画一的な評価・判定ができるようになること

（審査の正確性の向上）

- ・ 年齢的にみた日常生活能力の程度が明記されることで、障害によって生じている日常生活上の困難が分かりやすくなり、より正確な判定が下せる可能性が高まる
- ・ 基準がより明確化され、年齢不相当かどうかの項目が追加されることにより判定しやすくなる
- ・ 日常生活能力の判定は、年齢相応なのか、年齢不相応なのかで判断が異なってくるとされるため、明確化されることで状態像の把握に資すると思われる

（診断書の記載内容の標準化・充実）

- ・ 診断書の表記が細くなることにより、医師ごとの記載のばらつきが少なくなるとされる
- ・ ガイドラインを作成いただくことで、判定医の医学的部分の判断がより統一され、地域格差が改善されることが期待されることは言わずもがな、診断書作成要領を作成いただくことで、診断書作成医による診断書の記載内容の差を埋め、より公平な判断がしやすいと思われま
- ・ 診断書に記載する内容がより詳細になるため、より多くの情報を基に審査できる。審査医の入れ替わりが生じる際に、引継ぎ用資料として利用できる

（医師間の審査基準の差の解消）

- ・ 医師の違いによる判断差の解消
- ・ 判定の基準が明確になることにより、医師ごとの判断や類似の内容による判定の変化が出なくなる
- ・ 認定基準がより詳細になることで、判定医による審査基準が統一されることを期待する

（自治体間の地域差の解消）

- ・ 全国統一のガイドラインに基づいて審査することで地域差が解消される
- ・ これまでの「⑭要注意度」が、「⑬障害のため要する援助の程度」として状態像の判りやすい評価基準に変更されたこと、及び「障害等級の目安」として、日常生活能力に対する具体的な判断基準が設けられることにより、知的障害及び精神障害・発達障害にかかる審査結果のばらつきがある程度抑制されることが期待される
- ・ 全国的な審査の平準化が期待できる（転入者の場合、当自治体での有期更新時に非該当又は減額になる方もおり、説明に苦慮している）

（申請者への説明）

- ・ 申請者に対して、ガイドライン等に基づき、降級等の理由等についてより具体的な説明を行うことができる
- ・ 非該当となった申請者に対し、より明確な根拠に基づいた説明が可能となり、審査請求の減少や申請者の理解促進を期待します
- ・ 非該当者等への定量的な説明が可能となるほか、判定医の判断の根拠としての機能が期待できる

（審査医の負担軽減）

- ・ 判定の明確化による審査医の負担軽減
- ・ 均一的な判定が可能になる。個々のケースについて診断医の判定にすべてが委ねられることが減るため、

診断医にとって、判断の上では心理的負担は軽減されると思われる

- ・ 知的障害のみで知能指数は2級相当だが、日常生活能力の程度等が非常に重く見受けられるケースの1級認定の可能性や、精神の障害のみの認定に関しては、障害等級の目安が見えることで、判定時の負担が軽減される可能性がある

／等

⑧ ガイドライン案等の導入・運用に向けての国への要望

ガイドライン案等の導入・運用に向けての国への要望として、以下の回答があった。

図表 2-54 ガイドライン案等の導入・運用に向けての国への要望（自由記述式）

（国による周知の実施）

- ・ 医療機関へのガイドライン、診断書様式の周知について、全国の医療機関への一律周知を検討いただきたい。また、特児の精神の障害での診断書作成医療機関は、精神科のみでなく、小児科や内科でも記載することがあるので、広く周知をお願いしたい
- ・ 医療機関への説明、周知にあたっては、審査の地域差是正という主旨を鑑み、国が責任をもって説明会や説明資料作成を行い、周知が徹底されるようにしていただきたい
- ・ 申請者がどの病院で診断書をとるか不明であり、県内すべての小児科、精神科のある病院にガイドラインを送付することになるため、各病院への周知については国が行うべきであると考え

（説明会の開催）

- ・ 医師会及び自治体に対する説明会を開催してもらいたい。また、申請者に対する審査方法が変更になることを知らせるパンフレット等を作成してもらいたい
- ・ 実際の診断書を活用しながら、どのように判定をするのか判定の手順を説明した説明会を実施してほしい。また、その説明をアーカイブ配信として動画に残し、何度でも確認できるようにしてほしい

（周知用の資料の提供）

- ・ 医師、受給者への説明文、通知文の作成
- ・ 案内リーフレットのひな型等を作成してほしい
- ・ 医師に説明する際の概要資料の作成、診断書を作成している医療機関への周知文の作成、スコア算出結果などを記載するための参考様式の提供
- ・ 新しい診断書を作成する医療機関（医師）への説明資料と説明用動画を作成していただきたい

（準備期間、経過措置の設定）

- ・ ガイドライン案等導入による混乱を最小限にするため、一定期間、旧様式での提出も受け付けるなどの経過措置を設けるよう要望します
- ・ 導入前の準備期間を、できれば繁忙期（年度末・年度初め）を除いて設けてほしい
- ・ 制度改正内容が自治体に周知してから実際に運用されるまで、十分な期間をいただきたい
- ・ 最も周知が行き届く時期は所得状況届の申請時期だと思われるので、そこで周知できるようなタイミングだとありがたい。周知用のポスターやリーフレットがあると助かる

（Q&A の作成）

- ・ Q&A を作成してほしい
- ・ 旧様式の診断書での提出が一定数あると思われるため、旧様式での提出があった場合の対応、Q&A などを示してほしい

(導入スケジュールの提示や随時の情報共有)

- ・ 早い段階で、ガイドライン案等導入スケジュールを提示していただきたい
- ・ 当該案件について動きがあれば随時情報提供をいただけると助かります
- ・ 随時、情報の共有・提供をいただければ幸いに存じます

(診断書案・ガイドライン案について)

- ・ 診断書の⑦は程度を備考欄に記載されている内容から判断するしかないため、判断が難しい案件が出てくる懸念があるため、程度を選択させる項目を追加してもらえると判断しやすくなるのではないかと(本市の現行の様式には独自に程度を選択できる項目を追加している)
- ・ 身体障害者手帳の診断書は 15 条で指定された医師が作成するが、特別児童扶養手当には指定医制度がない。発達障害の判定機関が少ない地方を想定しての制度かと思われるが、小児科の医師が発達障害関係の診断書を作成することが多いが、発達障害理解や疑義がある診断書(保護者の聞き取りが中心で、医師の観察、所見、治療方針の記載が薄い)が多く、判定医が困るケースが見受けられる。日常生活能力について、「半介助」「自立」の判断が保護者の主観による回答が想定されるが、同じ状態の対象児の点数が、等しく同じ内容で表現されるかどうか疑義がある。「半介助」「自立」の基準をお示しいただけると助かります。日常生活能力と IQ や障害像の記載内容に乖離がある診断書が多く、判定医が判断に苦慮しているようです。ガイドラインの導入が、このような乖離がなくなる仕組みが用意されたものであるとよいと思います

(その他)

- ・ 申請数が増加している中、判定に時間を要することが増えている。できるだけ判定医の負担が増える方法にはしない方がよいと思う
- ・ 前提として精神科医の負担が大きいため、診断書以外の認定方法も検討してほしい
- ・ 移行前に診断書作成医や判定医に対し、判定ガイドラインや新診断書についての説明会を開催してほしい。判定ガイドライン及び新診断書の導入直後には非該当件数が増え債権が発生することも想定されることから、障害程度の再認定で非該当となった場合、有期満了月を「資格喪失日」とする取扱いに変更することで、返還が生じないようにしてほしい

／等

第3章 ヒアリング調査結果

1. 審査医向けヒアリング調査結果

(1) 実施概要

アンケート調査に回答いただいた審査医から候補を選定し、計4地域・3名の審査医に対しヒアリングを実施した。なお、調査対象・回数については、本調査事業担当課と相談の上決定した。

図表 3-1 調査対象、実施日、実施方法

自治体	実施日	実施方法
A 都道府県の審査を行う審査医1名	令和7年12月12日	オンライン
B 都道府県・C 指定都市の審査を行う審査医1名	令和8年1月26日	オンライン
D 指定都市の審査を行う審査医1名	令和7年12月9日	オンライン

(2) 結果概要

① 基本情報

1) 現在の審査状況

現在の審査状況については、頻度は週1回～月1回、1回あたりの審査で確認する件数は30～60件と様々であったが、1件あたりの審査時間は2～5分程度と概ね共通していた。

2) 診断書の不備や照会対応の状況

記載内容に不備がある診断書は1回の審査で1割ほどあるが、他の情報から状況が判断できる場合はそのまま審査を行い、判定が難しい場合に照会をかけたり差し戻したりするケースが多かった。また、差し戻すケースは、該当～非該当の間で判断に迷うケースが多いため、照会后追加情報がなければ非該当とすることもあるとのことだった。

図表 3-2 診断書の不備や照会対応の状況

- ・ 診断書の不備は、身体障害なしのチェックがない等、細かい不備を含めると10%程度(20%はない程度)はある。診断書に不備があった場合、判定に困る場合は差し戻し、明らかに状況がわかるものについては、そのまま審査している。
- ・ 診断書に不備・不足があるケースは、1回の審査で4～5件(1回の審査で確認する件数の1割ほど)ある。他の情報から状況が推測できる場合は照会しないため、1回の審査で2～3件照会をかけている。
- ・ 診断書の不備や矛盾等で主治医に確認をしたいケースはあるが、照会することは少ない。

- ・ 診断書の詳細の記載を求めたり、非該当ではないか、と診断書を差し戻すことが月に1～2回ある。

② ガイドライン案等の導入・運用による判定結果への影響

1) アンケート調査で使用した模擬症例やガイドライン（案）への意見

「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、研究代表者本田 秀夫）」にてとりまとめられたガイドライン（案）等について意見を伺った。いただいた意見は以下のとおりである。アンケート調査時に使用したガイドライン（案）の記載では、読み手によって解釈に差が出る可能性が示唆された。

図表 3-3 ガイドライン（案）への意見

総合的な判断について

- ・ 「総合的」という表現は曖昧であり、結局は、審査医は新ガイドラインの障害等級の目安の表や自立度、IQ 等を中心に見ざるをえない。現状は、検査データや学校生活等の管理状況等の客観的な情報を把握して判断している。

〔表2〕総合評価の際に考慮すべき要素の例に関すること

（ひきこもりについて）

- ・ 〔表2〕①現在の病状又は状態像について、共通事項には「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。」と記載がある。ひきこもりや不登校の状況にある方は多いが、障害と位置付けるためには、どのような状況にあるかの具体的な基準（「日常生活に制限」の意味がどのようなものか）が重要だと思う。

（発達障害について）

- ・ 意思の疎通：〔表2〕①現在の病状又は状態像について、発達障害には「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。」とあるが、下線部分は具体的に何を指すか。例えば、意図が理解できない、言語外の意味が理解できない、緘黙状態だがメール等ではコミュニケーション取れるなど様々なパターンがある。具体的で詳細な判断基準が必要（実際には、診断書に意思疎通に関する具体的な内容が記載されることはほとんどない）。
- ・ 感覚過敏：〔表2〕①現在の病状又は状態像について、発達障害には「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。」とあり、判定基準の一つになっている。診断には重要な項目だが、認定にあたっては生活にどのような支障があるかが重要になる。感覚過敏があるだけで自立度が低いととらえる必要はない。感覚過敏があっても、登校や子ども同士の交流ができるケースもある。

（てんかんについて）

- ・ ガイドライン案に「総合評価の際に考慮すべき要素の例」として、てんかんの内容が記載されているが、A～D のタイプ等、記載内容がわかりにくい。また、記載内容は5～6 歳以上のてんかんについてだと思うが、現在0～1 歳からの申請が増えている。0～1 歳の示すてんかんの症状と、5～6 歳以上で熱性けいれんから始まり大きな発作となるようなてんかんとは、種類・治療法が異なる。低年齢の場合1 日に20 回程度の小さなけいれんを起こすが、そのような情報が落ちてしまうようにも思う。

（福祉サービスについて）

- ・ [表2] ③生活環境について、共通事項には「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。」とあるが、放課後等デイサービスや児童発達支援の利用は、重い障害への対応というよりも保護者の時間的なサポートの側面が大きい。サービスを利用していることが障害の重さを表すとは限らないと思う。
※ガイドライン案を作成した研究班からは、福祉サービスの利用の有無で支援の度合いを確認するというこ
とではないとの説明があった。

2）判定結果に影響が出やすいと思われる症例や判断に迷う症例

判定結果に影響が出やすいと思われる症例や判断に迷う症例について尋ねたところ、「低年齢児」「2 級相当と非該当の狭間のケース」「てんかん」「反抗挑戦性障害」が挙がった。

図表 3-4 判定結果に影響が出やすいと思われる症例や判断に迷う症例

（低年齢の審査について）

- ・ 今後正常発達に向かうのか、重度知的障害となるのかの判断は、3～4 歳時点では難しい。5～6 歳になっても自立度の判断は難しい。
- ・ 今回のガイドライン案の表（障害等級の目安）に基づく、低年齢が承認されやすいと思う。ガイドライン案では、「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。」という文言がある。一度認定してしまくと、成長過程で正常発達に近い状態となっても降級や非該当とすることは難しいと思う。保護者も降級や非該当判定への変更に対して抵抗があると思う。
- ・ 「年齢相応」の判断では、同じ年齢でもできることに幅がある点を考慮すべきだが、医師の見解や親の自立への認識において、「年齢相応」が著しく厳格にとらえられていることも多い。例えば、3 歳でおむつがとれていることが年齢相応と考えている医師がいるが、実際にはそうではない。子どもの経験や家庭環境に応じて「年齢相応」には幅がある。診断書を作成する精神科医の中には、いわゆる定型発達と思われる小児（特に幼児）がどのように自立していくかを十分ご存じない方もおられるように思う。安易に年齢不相応と判断される診断書が多くならないか懸念する。
- ・ 低年齢の申請において、知能指数（IQ）ではなく、発達指数（DQ）での申請が多い。幼児の将来を見据えた判定ができないので、研究班には DQ に関する学術的な見解をふまえ、（正確な IQ

を判断することが難しい) 低年齢児の審査の在り方を検討してほしい。

(2級相当と非該当の狭間のケース)

- ・ 審査で悩むのは、例えば、知的機能の問題はなく、生活能力や精神症状だけで判断しなければならないケース。また、知的障害があっても機能障害が軽度の場合も悩むと思う。
- ・ 1級または2級かの判断はしやすいが、2級または非該当の判断は難しい。ガイドライン案は助けにはなるが、現在も悩んでいるような微妙な判定の悩みは残ると思う。
- ・ 審査時に迷うケースについて、例えば、障害が軽度で行動面での課題がある場合、中度域の知的障害と同程度の生活課題があるのかどうかで迷うことはある。自傷・他害がある場合は迷わず審査できるが、そのようなことがないまたは減ってきたと記載されている場合は、手当としては継続と判断するが、有効期限は1年として様子を見ることもある。

(てんかん)

- ・ てんかんの場合、主治医に診断書を記載してほしい。診断書作成医も指定できると良いのではないかな。

(反抗挑戦性障害)

- ・ 研究班の想定では2級該当となっているが、非該当と審査した。反抗挑戦性障害のケースであるが、愛着障害から生じる ADHD があり、不適応が高じて非行に走っている状況と考えられる。このようなケースでは、親への経済的支援ではなく、その子自身の環境調整が必要である。児童相談所や地域、学校が連携して支えていくことが必要であり、診断書等では、このような対応のもと環境調整によって改善傾向が見られていた。
- ・ 特別児童扶養手当は、障害が一定、固定された状況で判定すべきとなっている。障害の程度が変化する可能性があれば、支援の効果が一定程度発揮されたタイミングで判定を実施すべき。このような(著しい家庭機能不全の)状況を踏まえて、認定となるのは違和感がある。模擬事例として取り扱うのは慎重に判断してはどうか。

3) 参考症例集や照会票の有用性

「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、研究代表者本田 秀夫)」にてまとめられた、参考症例集と照会票についても意見を伺った。

参考症例集については、記載内容は有用である一方で、実際の審査の際にここまでの情報が得られることが少ないことが指摘された。また、参考症例集に取り上げる症例について、実際は療育手帳で審査されることが多い最重度や重度の知的障害のケースは取り上げる必要はないのではないかという意見や、参考症例集の詳細な記述よりも、1級/2級/非該当の事例を複数例示し、判断の目安を示してはどうかという意見もあった。

照会票については、現在は「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。」となっているが、記入者は診断書作成医を想定してはどうかといった意見があった。

図表 3-5 参考症例集や照会票の有用性

参考症例集について

- ・ これくらい詳しく記載があると様子がわかるが、このような状況確認は不可能。
- ・ 参考症例集は、多動性障害や自閉症の特徴や変化を適切に捉えており、よくまとまっている。児童精神科で研修を重ねた医師、小児科でも心の診療部で経験を積んだ医師であれば、診断書が記載できるのではないかと思う。
- ・ 参考症例として取り上げる症例を見直してはどうか。例えば、審査基準の中に、最重度や重度の知的障害の症例を取り上げる必要はないように思う（実際は療育手帳による審査が行われることが多いため）。
- ・ 参考症例集は、あまり見ないかもしれない。ここまで細かく記載しなくて良いので、1級、2級、非該当の事例を各1～3つ示して、判断の目安を示してもらう方が参考にしやすい。

照会票について

（フォーマットに関すること）

- ・ 照会票について、「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」と記載があるが、チェックボックス等の指定する欄がない。また、同居者の項目に「父」、「母」とあるが、継父・養父等関係性は様々あるので、自由記述としてはどうか。

（使用方法に関すること）

- ・ 照会票は、提出された診断書を差し戻すときに使用するのか。誰が誰に対して照会するのか、照会する判断はどの時点で誰がするのかを明確にしてほしい。
- ・ 診断医による「⑫日常生活能力の判定」の選択を見て、審査医が照会の必要性を判断できるかどうか。下の欄に具体的な内容の記載があれば照会はしないと思う。
- ・ 例えば、「IQの数値からみてここはできるのではないか」と差し戻すとすれば、診断医に差し戻すべき。照会票は、県と請求者間でやり取りを行うもので、診断医は関与しない形になっていると思われるが、診断医に自分が作成した書類の内容に疑問をもってもらおうという意味で診断医経由が良い。

（その他）

- ・ 現在、主治医（診断書作成医）に「6か月以内にこのようなことが継続しているか」と照会すると、主治医からは正直に「今はない」と回答されることも多い。他方で、保護者に照会したときにどのような回答が返ってくるかは分からない。
- ・ 照会票に多くの記載があっても、重要な情報がどの程度あるかが分からない。保護者からの記載内容にどの程度バイアスがあるかを判断することが難しい。

③ ガイドライン案等の導入・運用における影響や課題等

1) ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と思われる準備

ガイドライン案等の導入・運用に向けて、審査医向けに研修や説明の機会があると良い、プログラムとしては、①国によるガイドライン案等導入の背景説明、②新しいガイドライン自体の説明があると良い、との回答があった。

図表 3-6 ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と思われる準備

- ・ 審査医としては、ガイドラインが発行されたら、則って審査を行うまでである。
- ・ もしガイドライン案が運用されることになれば、ガイドラインについての講習を受けたい。同時に複数で受講できるようオンラインで実施するのが良いと思う。
- ・ 講習の内容としては、ガイドラインそのものの説明が良い。旧ガイドラインとの比較は説明が難しいだろうと思うので、新しいガイドライン自体の説明で良いと思う。また、どのような目的でガイドラインを作成したのか、厚生労働省からの説明があると良い。

2) ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題

a) 診断書の作成にかかる課題

最も意見が多かったのは、審査を行う診断書の作成にかかる課題であった。現状、診断書を作成する医師は、精神科医から小児科医、リハビリ・療育を専門とする医師、児童相談所等の行政機関の嘱託医等多様であり、作成した医師によって記載内容・質にばらつきがある状況が報告された。審査に必要な情報が診断書に十分含まれるよう、例えば、診断書の作成要領の文字を大きくする等して注意事項を読んでもらえるように工夫することや、診断書作成時のポイントを伝えるための研修や動画の公開、診断書作成医向けの研修又は講習の実施といった取組を求める意見があった。

図表 3-7 診断書の作成にかかる課題

診断書に関する現状

(診断書作成医の状況)

- ・ 診断書は、精神科医、リハビリ・療育を専門とする医師、小児科医で記載内容が異なる。おおまかにしか記載しない医師、電子カルテを転記する医師、主訴のような情報を記載する医師も多い。診断書の記載量が増えることで状態像がつかみやすくなる可能性がある。他方で、書式の記載箇所が増えると、無駄な記載（転記）が増えるリスクもある。
- ・ 診断書作成医の中には、2～3年前と同じ内容をコピーして記載する医師が一定数いる。
- ・ 一部の地域では、児童相談所の嘱託医が作成することがある。本来であれば、普段の様子や以前の状況も把握している医師に作成してもらいたい。

(診断書記載内容の質)

- ・ 障害者年金の申請では精神科医が診断書を作成しており、どのようなことを記載すれば良いか把握されている。他方で、特別児童扶養手当は、整形外科医が数値だけしか記載していないよ

うなケースも多く、記載内容の質が全く異なる。他科の医師にも現状を理解してもらいたい。

- ・ 模擬症例にある診断書は経過が追えて分かりやすいが、実際の診断書は、記載が求められている 10 番以外はほとんど記載されていない。児童相談所や保健センター等に記載してもらっている人が多いのではないと思う。
- ・ 診断書を作成するのであれば、対象者本人に今起きていることが成長の過程の中でどうかという視点で見ることができるようになると良い（そのための講習があると良い）。
- ・ 診断書様式において（家庭内・家庭外）の項目が新設され、記載を求めるようになったのは良かったが、現状、多くの診断書では家庭内の記載のみである。主治医が学校の状況を確認せずに、保護者に家庭の状況だけ聞いて記載していることが多い。正しい判断を行うには、保育園、学校等の状況確認も必要である。

診断書の質を担保するための取組

（新診断書の様式や作成要領案）

- ・ 診断書作成要領案は、字が小さいので読めないと思う。ざっとは読むかもしれないが、毎回読む人はいない。また、「記入上の注意」も記載量が多い。
- ・ ガイドライン案が活きてくるかどうかは、診断書作成時にどのくらい診断書記載要領をみてもらえかによる。現行の記載要領は十分確認していない医師が多いと思う。
- ・ ガイドライン案の診断書では、「⑫日常生活能力の判定」の選択と具体的な記載内容を確認することになるが、自由記述の記載はないことが多い。そのため、「現症」の記載と「⑫日常生活能力の判定」の記載から日常生活能力を判断することになる。模擬事例集では状態が詳細に記載されているが、診断書上でのポイントを示されないと参考にしづらい。実際には、模擬事例集にあるような詳しい情報がない状態で判定している。

（医師向けの研修や講習の受講について）

- ・ 常に視聴できる 10 分程度の動画があると良い。また、わかりやすくポイントを絞った診断書作成要領が必要か。そのような要領があれば、診断書の「記入上の注意」を減らして、診断書本体の記載欄や文字のサイズを大きくして、書きやすくしてほしい。
- ・ 診断書を作成される医師への研修や説明の機会があればよいと思う。
- ・ 診断書を作成する医師に対してどうアプローチするのか。例えば、30 分のガイドライン案の講習の受講を義務付ける、行政から医師に対して説明を行う等が必要となるか。障害者年金と同程度の診断書の記載、判定が求められると負担は大きい。

b) 審査医の負担

ガイドライン案に移行するとした場合、新診断書の様式だと得られる情報が増え、審査にかかる時間が延び審査医の負担が大きくなる可能性が指摘された。

図表 3-8 審査医の負担

- ・ 審査医からすると、ガイドライン案の診断書は、病状、経過、現症の欄が広くなり、得られる

情報が増えたが、確認する箇所が多く読み込みが大変。これでは1件3分で判定できない。

- ・ 判定に自信がない症例については、ガイドライン案を参考にできると思うが、全ての診断書項目を確認し、手順を1つ1つ踏むとなると判定時間が増える。これまで感覚で判定できていたものが、ガイドライン案導入によりすべて確認する必要が生じ、負担は増える。
- ・ 審査医も大変になる中で、今後、審査医を確保できるかが懸念される。また、判定に慣れていない審査医が非該当と判定できるかが危惧される。審査医に対してどのような説明ができるかも大事である。労力はより必要になるがそれに見合う報酬がない。

④ その他、特別児童扶養手当（精神の障害）に関する課題・意見等

その他、特別児童扶養手当に関する課題や意見を伺ったところ、精神の障害とそれ以外の障害との審査の整合性が取れているのか懸念する意見や、特別児童扶養手当という現金給付の仕組みだけでなく、環境調整等を含む総合的な支援体制の整備が求められるのではないかという意見があった。

図表 3-9 その他、特別児童扶養手当（精神の障害）に関する課題・意見等

（精神の障害とそれ以外の障害における審査の整合性）

- ・ 精神以外の障害と精神の障害について、判定の整合性を考えてほしい。

（特別児童扶養手当以外の支援の必要性）

- ・ 時代とともに、特別児童扶養手当の役割は変わってきているのではないかと。障害児のサポート体制は充実してきており、医療費などを含めた経済的支援だけでなく、児童発達支援や放課後等デイサービス、その他発達を支援する制度が様々ある。特別支援学級、特別支援学校も充実してきているが、定員が少なく、ニーズがあっても利用できていない子どもが多い。
- ・ 軽度の知的障害があり ASD 傾向のある子どもは、通常学級に進学し、不適応となることも多い。このような子どもを早期発見し、良いサポート環境を提供する仕組みが必要であるが、特別児童扶養手当の制度はかえってマイナスになるのではないかと。2級認定されないが、サポートが必要な子は多く、これらの子どもたちへの支援の必要性が（特別児童扶養手当の制度にのらないことで）家庭等に認識されないままになるのではないかと危惧する。また、逆に2級認定で手当を受給することで、かえって環境整備が進まなければ意味がない。子どもは家庭内でのちょっとした関係性を見直しで状況が大きく改善する。そういった支援が重要である。
- ・ ダウン症の場合、中度～軽度の判定を行き来することがある。判定が中度の場合、特別児童扶養手当の対象となるが、軽度の場合非該当となる。過去に、手当の対象となっていた間は障害児通所サービスを利用し、本人のできることが増えていったが、次の審査の際に手当が非該当（軽度のため）となったことで、通所できなくなったというケースがあった。

2. 自治体向けヒアリング調査結果

(1) 実施概要

アンケート調査に回答いただいた自治体（都道府県、指定都市）から候補を選定し、都道府県 3 か所、指定都市 3 か所に対し、オンラインによるヒアリングを実施した。なお、調査対象・回数については、本調査事業担当課と相談の上決定した。

図表 3-10 調査対象、実施日、実施方法

自治体		実施日	実施方法
都道府県	富山県	令和7年 11 月 26 日	オンライン
	広島県	令和7年 12 月 11 日	オンライン
	千葉県	令和8年 1 月 26 日	オンライン
指定都市	堺市	令和7年 12 月 8 日	オンライン
	仙台市	令和7年 12 月 16 日	オンライン
	札幌市	令和8年 1 月 22 日	オンライン

(注釈) 都道府県・指定都市別に実施日順に掲載。

(2) 結果概要

① 基本情報

1) 支給対象障害児数の状況（特徴、ここ数年の傾向 等）

支給対象障害児数について、近年増加傾向にある点は概ね共通しており、特に、「知的障害及び知的障害以外の精神障害」の新規申請が増加傾向であるとの回答が多かった。背景として、以前は精神障害としての受診や診断に抵抗感があったが、近年そのような風潮が緩和され、病院を受診しやすくなった／診断を受け入れやすくなったのではないかと、との指摘があった。

2) 新規申請、認定件数の状況（特徴、ここ数年の傾向 等）

新規申請の状況については、都市部を中心に、未就学児の申請・認定が増加している傾向が共有された。背景として、障害者手帳の交付時に特別児童扶養手当を案内していることから、手帳申請の低年齢化に伴って特別児童扶養手当の申請が低年齢化している可能性が指摘された。

申請に対する認定状況は各自治体さまがまだが、非該当・却下となるケース例としては、発達障害がなく知的障害のみで IQ が基準より高い (IQ51 以上) ケースや、IQ が境界域で ASD 等が併存しているケースが挙がっていた。また、非該当・却下の割合が新規申請全体の 2～3 % の自治体では、診察の結果非該当になると思われるケースに関して、そもそも医療機関が認定診断書の作成を勧めないことが多いかもしれないとの回答もあった。

3) 審査医の状況、審査までの担当課の対応

a) 審査医の状況

今回ヒアリングを行った自治体の審査医の体制は、1名ないし2名の体制であった。

2名体制の自治体に対し、審査医の役割分担を伺ったところ、1名は小学生以下でもう1名は中学生以上で分担、1名は郵送審査でもう1名は対面審査にて実施、1名は毎月実施でもう1名は有効期限の更新月とその翌月のみ実施、といった分担であった。

各都道府県、指定都市の審査の実施状況と審査医の不足感は以下のとおりである。

図表 3-11 審査の実施状況、審査医の不足感

自治体	体制	実施頻度	1回当たりの審査件数	審査医の不足感
A 都道府県	1名	・週1回	平均 48 件 (※指定都市分も一緒に実施するため、合計 60 件程度)	不足感なし。体力的に対応が厳しくなっているため新しい審査医を検討中
B 都道府県	2名	・月2回 (各審査医月1回)	上限なし	不足感なし。再認定時期の負担は大きいとその時期だけの採用は難しい
C 都道府県	1名	・月2回 (通常) ・月3～4回 (有期末の月)	(通常) 40～60 件 (有期末の月) 100～150 件	不足感なし
D 指定都市	2名	・月4回程度 (各審査医月2回程度)	80 件程度	1名増員できるとよい
E 指定都市	1名	・月1回	(通常) 30～40 件 (有期末の翌月) 100 件以上	不足感なし
F 指定都市	2名	・月1回 (通常、1名にて実施) ・月2回 (有期末の月、各審査医月1回) ・月3回 (有期末の翌月、1名月1回＋もう1名月2回)	37～40 件 (最大 50 件程度)	最大 50 件を超えてくれば実施回数か審査医の増員を検討する必要がある

b) 審査までの担当課の事前準備

審査までの事前準備について、担当課の対応を伺ったところ、以下のような回答であった。前回判定がある場合は、前回審査時の認定診断書の内容から変化を整理して審査医に伝える、記載事項の補足が必要なケースはメモを作成した上で審査医と共有、といった回答があった。

図表 3-12 審査までの担当課の事前準備

- ・ 更新申請の場合は前回審査時の認定診断書も参考資料として共有している。その際は、申請者の基礎情報（申請者の年齢、知的障害／発達障害の有無、IQ、問題行動の有無、日常生活能力の程度等）とあわせて、前回審査時の認定診断書の内容からの変化も整理して審査医に伝えている。
- ・ 担当課に届いた診断書を整理し、審査医が審査しやすいように判定シートと診断書をホチキス止めして審査医に渡している。
- ・ 審査医が判定に迷う可能性があると思われるケースは、前回の申請時の認定診断書（更新の場合）等の参考資料を準備する。
- ・ 有期再認定請求については、前回の判定があるので、審査医が前回からの変化幅を確認できるよう前回の診断書に判定結果を入れたものを持参している。

また、審査までの処理の流れ、都道府県内の市町村（指定都市の場合は各区）との役割分担について伺ったところ、申請を受け付ける市町村への依頼事項や不備等があった場合の問合せ対応について、自治体によって細かな役割分担の違いが見られたものの、概ね以下の点で共通していた。

<申請の受付>

- 市町村や区役所（指定都市の場合）の窓口で申請を受け付ける。
- 受け付けた際に、窓口となる担当部署に対して、診断書について現症日等の大きな不備がないか確認を依頼している自治体と、そこまでの対応を求めている自治体で対応が分かれている。
- 不備等のない申請書類は、窓口から特別児童扶養手当の担当課に進達される。

<診断書の不備などがあり照会する場合の対応>

- 以下のパターンが見られた。
 - 申請を受け付けた市町村や区役所の窓口を介して、申請者や医療機関に照会する。
 - 都道府県・指定都市の特別児童扶養手当担当課から直接医療機関に照会する。

図表 3-13 審査までの処理の流れ、市町村（指定都市の場合は各区）との役割分担

自治体	役割分担
A 都道府県	・ 市町村が受け付けた申請書類は、認定権者である各保健相談所に進達され、保健相談所が受け付けた書類が都道府県に送付される。各市町村の障害福祉担当部署では、申請書類が揃っているか確認しており、認定診断書の内容の不備までは確認しておらず、都道府県からは市町村で確認してほしい項目等は示していない。 ・ 審査医から照会依頼があった場合には、当課から申請者の居住市町村を管轄する保健相談所に対し、診断書作成医への照会依頼通知を送付する。それを受けて保健相

自治体	役割分担
	談所から診断書作成医の所属する医療機関に対して照会依頼通知を送付し、医師からの回答を得ている。
B 都道府県	・ 診断書に明らかな不備があれば、医師に提供する前に担当課にて照会する。
C 都道府県	・ 特別児童扶養手当の障害審査以外の事務を管内市町村に権限移譲しており、新規申請を行う場合、申請者は認定診断書を含む必要書類を市町村に提出する。 ・ 市町村は、申請者から必要書類が提出されると、書類に不備がないか、特別児童扶養手当の支給対象となる所得となっているか等を確認する。
D 指定都市	・ 申請受付、申請に係る市民からの相談対応に関しては、各区役所が対応している。区役所で認定診断書に不備や不足がないかを確認してもらった上で、申請書類を指定都市の担当課に送付する。特に、認定診断書については、知能検査・発達検査の判定日が規定の期間（申請者の年齢による）に収まっているか、現症日と認定診断書の作成日に2か月以上の差がないか、区役所で確認している。 ・ 不備や不足がある場合、認定診断書を作成した医療機関に対しては当課から直接、申請者に対しては区を通じて照会を行う。
E 指定都市	・ 認定診断書を含む申請書類を区役所・支所に提出する。区役所・支所では、申請書類に不備（記載の抜け漏れ等）がないか最低限の確認を行う。診断書については、作成日や、該当する症例の診断日等の確認はしてもらっているが、それ以外の中身までは確認していない。 ・ 不備がなければ、区役所・支所から当課に申請書類が送付され、指定都市にて申請者の情報と書類の内容を再度確認し、不備があれば区役所・支所に返戻する。区役所・支所は、申請者・医療機関に修正と再提出を依頼する。
F 指定都市	・ 申請者が区役所に書類を提出し、区から指定都市に書類が提出された後、指定都市の担当課にて書類の不備や診断書の中身を確認する。その際に、診断者名の未記載や、記載内容がやや古く現在の状態と変わらないかの確認等、形式的な内容で差し戻すことはある。こうした不備がないことを確認し、審査医に判定してもらう。 ・ 区の窓口では診断書の中身まで確認していないように思う。指定都市の担当課が書類を受け取り確認した後に指摘する、または審査医からのコメントを指摘することがほとんどである。審査医から要望があった場合は、そのコメントを区に伝え、区から医療機関に対し診断書の修正を依頼する。

② ガイドライン案等の導入・運用における影響や課題等

1) ガイドライン案等の導入・運用に向けて事前準備が必要と思われること

a) 認定に係る内規・マニュアル等の修正

市町村（指定都市の場合は区）に対し、事務処理等に関するマニュアルを作成しており、ガイドライン案等の導入・運用により、事前に修正が必要との意見が挙がっていた。修正内容については、申請書

類等の確認を市町村にてどこまで対応するのか（形式不備等の差し戻しなど）によるとの指摘もあり、各自治体における市町村の役割によって異なってくると考えられた。

図表 3-14 事前準備が必要なこと_認定に係る内規・マニュアル等の修正

- ・ 認定に係る事務処理に関するマニュアル（申請受付時に確認する事項等を記載）を市町村向けに作成・共有しており、ガイドライン案等の導入に際して、マニュアルの修正や診断書チェックポイントリストの更新が必要。
- ・ 現行の認定診断書での申請に係る事務処理マニュアルを区の担当者向けに作成している。ガイドライン案等の導入により、マニュアルの加筆修正が必要になるが、修正内容は区役所でどこまで書類の確認をしてもらうかにもよる。
- ・ 現行の認定診断書における事務処理・判定に関する、各区役所・支所向けのマニュアルがある。ガイドライン案等の導入・運用に際しては、当該マニュアルの修正が必要と考えられ、通常業務に加えて修正対応することになるため、当課の負担がある。
- ・ 業務マニュアルの修正については、形式的なもののため大きな負担はない。新様式の診断書の記載事項が細くなり、必須記載事項も増えた中で、どこまで形式不備として差し戻しとするかについては、業務マニュアルにて細かく指定する必要があるか。

b) 審査医への情報提供

審査医への情報提供については、書面での共有から説明する機会の設定まで対応方法は様々であったが、担当課から審査医に対し事前にガイドライン案等の変更点等を説明するとの意見が多数であった。他方で、個別のケースについて、ガイドライン変更による判断の仕方等を審査医から確認された場合は、担当課としては対応に窮する可能性もあるとの指摘もあった。

図表 3-15 事前準備が必要なこと_審査医への情報提供

- ・ 新しいガイドラインの内容の変更点と今後の審査方針のすり合わせをする必要がある。
- ・ ガイドライン案等の導入時に国から都道府県に送付される通知を審査医に共有するとともに、当課から変更点や注意が必要な点を説明することを考えている。
- ・ 担当課でガイドライン案の内容を読み込んだ上で、現行の認定診断書からの変更点を整理して審査医に伝える必要がある。
- ・ 現行の認定診断書からの変更点や判定上の注意点を審査医に説明する必要がある。事前に書類等で案内した上で、直接説明する場を設けて丁寧に説明したいと考えている。
- ・ 担当課でガイドラインを肉付けできる材料がないので、ガイドラインについて事前に審査医と調整する場を設定することは想定していない。基本的には各審査医にガイドライン等を書面にて確認してもらい、その中で何かあれば都度対応することになると思う。
- ・ 担当課としてどこまで審査医にガイドラインの内容を説明できるか懸念がある。1つ1つを国に確認しながら、このようなケースではこのように判断すると審査医に説明することまで求められると大変だと思う。例えば、審査医から「著しい生活上の支障というのはこのようなケースで認

定してよいか」と具体的な話をされると、担当課も回答に窮する。審査医がガイドラインと医療知識・経験を以て判断できるなら良いが、細かい文言の話になると対応が大変だと思う。

c) 診断書を作成する医療機関への周知

医療機関への周知については、各自治体から診断書を作成するすべての医療機関に対し、ガイドライン案等の周知を行うことが難しく、負担も大きいといった指摘が多く挙がっていた。また、周知用の説明資料を各自治体で作成することによって記載内容の差が生じることへの懸念や周知資料送付にかかる事務負担や印刷・発送費用等の負担についても指摘があった。

周知の方法については、周知が必要な医療機関のリストを担当課が保有しておらず直接のチャンネルがないとの指摘もあり、各自治体のホームページへの掲載を想定する自治体が多く見られた。また、医師会による周知が必要との意見や国から一律に周知を実施してほしいとの意見が挙がっていた。

図表 3-16 事前準備が必要なこと_診断書を作成する医療機関への周知

- ・ 現行の認定診断書でも作成する医師によって記載方法に差がある。ガイドライン案等の導入後、診断書を作成する医師がガイドライン案等の内容に準拠してくれるか不安がある。認定診断書を作成する全ての医療機関に情報を届けられると良いが、都道府県から自治体内の全医療機関に情報を届けるノウハウが不足している。現時点では考えられる周知方法として、ガイドライン案等の導入に関する情報を都道府県のホームページに掲載することがあるが、医療機関に限らず当県のホームページを閲覧する全ての人に情報を公開することになるため、それが良いのか悩ましく感じる。特別児童扶養手当の診断書の作成は指定医制度があるわけではないため、診断書を作成する医療機関に絞って情報を届けることも難しい。日常的に医療機関と連携を行っている庁内他部局と連携して周知を行うことは考えられる。
- ・ 児童の診断書を多く作成している医療機関には周知しやすいと思うが、県内の全ての精神科・小児科の医療機関に一律に周知することは難しく、負担も大きい。現在の診断書でも記載に不備があることが多いので、どこまで正確に伝わるか不安はある。
- ・ 特別児童扶養手当（精神の障害）の認定診断書を作成する可能性のある全ての医療機関・医師への周知を当課が行うことはかなり負担が大きい。可能であれば、全国の医師会を通じて国から医療機関に対しての通知を発信してもらえると、都道府県からの周知を行いやすくなるのではないかと。また、都道府県から医療機関に対して周知を行う場合、説明文書を送付することが考えられるが、文書の印刷や送付に業務的・費用的な負担が生じる。また、説明文書を各都道府県で作成することになると、都道府県間で記載内容に差が生じてしまう恐れがある。特別児童扶養手当は全国一律の制度であるため、国に説明文書を作成してもらえると都道府県の負担が軽減すると思う。他方で、医療機関に対して担当課から文書を送付しても内容を確認してもらえないことがある。医療機関への周知には課題があると感じる。
- ・ 診断書を作成する可能性のある医療機関と当市の医師会へのガイドライン案等の郵送に係る費用や対応業務が生じる。また、当市のホームページにガイドライン案等の導入に関する情報を掲載することを考えており、その対応は生じる。

- ・ 認定診断書を作成する可能性のある全ての医療機関に対して、ガイドライン案等が導入されたことを周知するのであれば、医師会を通じた周知が必要と考えている。周知の対象となる医療機関としては、精神科または小児科を標榜している医療機関を想定している。ただし、特別児童扶養手当（精神の障害）の認定診断書を作成していない小児科や、認定診断書を作成する精神科・小児科以外の診療科もあり、認定診断書を作成する可能性がある医療機関に漏れなく周知するのは難しいと思う。
- ・ 現在、市から医療機関へ周知するチャンネルがない。また、別居監護も含めると遠方にも医療機関があるため、一律で説明することも難しく、導入後もハレーションがある部分だと思う。現時点では、市から個別の医療機関への周知までは想定していない。市として実施できることは、ホームページで周知するくらいか。担当課は医療所管部署ではなく、医療機関の連絡先リストを保有していないため、個別の医療機関への電話・メールでの連絡や集合研修を実施するのは難しい。医療機関への周知は国でも実施してもらえるとよい。医療機関も縦割りの連絡網があると思うので、その中で周知・協力依頼をしてもらえると有難い。

d) 市町村への周知

市町村への周知については、申請の窓口となる市町村（指定都市の場合は区）に対し、主に申請者向けの説明に関しての情報提供と、事務手続き上の変更点の周知という2つの視点から、ガイドライン案等の変更点等を周知し、窓口とのすり合わせが必要であるとの意見が挙がっていた。

図表 3-17 事前準備が必要なこと_市町村への周知

- ・ 市町村の窓口で特別児童扶養手当の認定診断書を配布することが多いため、当県から市町村に対して認定診断書の変更を周知するとともに、市町村の窓口担当者が申請者に変更点等を伝えられるよう事前に説明しておく必要がある。
- ・ 特別児童扶養手当（精神の障害）の支給対象障害児数は近年増加している。このような状況下でガイドラインを導入した場合、支給対象障害児全員への説明文書の送付や、対象児とその家族からの質問への対応等の業務負担が大きくなる可能性がある。これらの対応は主に市町村が担うことになるため、市町村の窓口業務が滞るおそれがある。そのため、市町村が円滑に対応できるよう、都道府県から市町村に説明を行う必要があると考える。基本的には、市町村への通知の送付を想定しているが、市町村から要望があった場合には、市町村向けの説明会の開催や、市町村が書類を確認する際のチェックリストの作成も検討する。
- ・ 申請受付・申請に係る相談に対応している区役所や審査医への周知が必要と考える。
- ・ 経過措置の有無・内容によっては、区に対して、旧様式の診断書の取扱い等のすり合わせが必要になると思う。具体的には、各区にメール等で周知しつつ、マニュアルを改正し、年1回の説明会を通じて伝達するイメージである。複雑な内容であれば個別の説明機会を設ける可能性もある。一度受理した書類の修正には多大な労力がかかるため、区の窓口で申請したタイミングで書類を差し戻すかどうかで区の負担は変わってくる。導入前には対応フロー図で説明が必要。

e) 自治体内の関係部署への周知

自治体内の関係部署への周知については、特別児童扶養手当の認定診断書等の書類や特別児童扶養手当の受給と連動する手当等を担当する自治体内の関係部署への周知が必要といった意見が挙がっていた。

図表 3-18 事前準備が必要なこと_自治体内の関係部署への周知

- ・ 児童扶養手当の判定業務を担当する庁内の他部署（子育て部門）に対する情報提供が必要と考えている。
- ・ ホームページ上でのガイドライン案等の周知を行う場合、ホームページの更新対応を行う部署への周知が必要になる。特別児童扶養手当の認定診断書で申請可能な障害児福祉手当や障害年金の担当、特別児童扶養手当を受給している場合に 20 歳まで受給可能になる児童扶養手当の担当にも周知する必要がある。
- ・ 担当課が児童に関する助成等を所管する部署のため、ガイドライン案等の導入に際しては、障害福祉所管課への周知が必要である。加えて、当市において精神の障害がある児童への支援を行う機関（療育手帳の判定機関等）に対する周知も必要になる。

f) 申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討

非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討については、ガイドライン案等の導入を理由に非該当や等級変更となったことを説明する方法の検討が必要だが、ガイドライン変更を直接の理由として説明するのは難しいといった意見が挙がっていた。

図表 3-19 事前準備が必要なこと_申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討

- ・ 等級変更や非該当になった場合、その理由を通知書とあわせて市町村から送付しているが、ガイドライン変更による等級変更は理由として説明しづらい。受給者からは行政の内部的な都合と捉えかねないため丁寧な説明が必要だと思う。
- ・ 現行の認定診断書の医学的総合判定の欄に「軽度」「中度」「重度」の程度区分の選択肢を追加している。医学的総合判定が「軽度」の場合には原則非該当とする運用となっているため、新しい認定診断書に移行してこの選択肢がなくなると、判定が難しくなり、非該当時の理由説明にも苦慮すると考えられる。新しい認定診断書への移行に伴い、非該当理由書の記載項目を変更する必要がある。
- ・ 症状に変化はないが、現行の認定診断書では認定されていて新しい認定診断書では非該当になるケースがあった場合に、その理由の説明に苦慮するように思う。当市では、審査の結果特別児童扶養手当が非該当になった場合には、その理由を説明する通知書を発行し、申請者に送付している。ガイドライン案等の導入を理由に非該当になったことを説明する方法を検討する必要があるが、まだ検討できていない。
- ・ 非該当や等級変更となった申請者・受給者からの問い合わせに対する当市の対応方針に関して事前の検討が必要。あわせて、実際に問い合わせに対応することになる区役所・支所の職員への説

明も必要と考えている。ただし、当市で対応方針の検討を行った結果、ガイドライン案等の導入を理由として説明する方針になる可能性もある。

g) その他

その他、事前準備における懸念点として、診断書の差し戻しを行う程度について検討が必要であるとの意見があった。

図表 3-20 事前準備が必要なこと_その他

- ・ 診断書を差し戻しにするレベルについて、まず旧様式で診断書が提出されたときの対応をどうするか。受理する場合は、何かで情報を補い新様式と同じ基準にする必要があるか。
- ・ 新様式で診断書が提出されても、審査医も慣れていないと思うので、どの程度の不備から差し戻すか。新様式では必須記入欄が増えたが、その部分に適切に丸がついていなければ差し戻すのか、あるいは、審査医が総合的判定できるのであれば差し戻さなくても良いのか。そのあたりについて自治体判断となれば考えるが、導入においては考慮が必要。差し戻しの基準が審査医の個性で左右されてしまって良いのかとも思う。細かいことを気にする審査医と、おおらかな審査医で対応が分かれて良いのかどうか。

h) 事前準備に必要な期間

事前準備に必要な期間としては、2 か月から 12 か月といった回答であった。主な意見は以下のとおり。

図表 3-21 事前準備に必要な期間

- ・ 特に診断書を作成する医療機関や市町村・受給者への周知に時間を要する。
- ・ 自治体や認定診断書を作成する医療機関の中には、認定診断書をデジタル化して組織内のデジタルシステムに取り込んでいるところがあり、システム改修の時間が必要。
- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けた準備期間として、周知・説明（審査医、区への説明、ホームページへの情報掲示、近隣自治体とのすり合わせ）だけであれば2 か月ほど必要。その後の疑問の解消対応まで含めると年単位で準備期間が必要。

2) ガイドライン案等の導入・運用直後に想定される課題

a) 新旧診断書の混在

ガイドライン案等の導入・運用直後に想定される課題については、新旧診断書が混在する期間において、ガイドラインにて追加されている項目等の読み替え等をどうするか、新旧診断書の提出があった場合にどちらのガイドラインにて判断するのか、といった懸念が指摘されていた。

図表 3-22 ガイドライン案等の導入・運用直後に想定される課題_新旧診断書の混在

- ・ ガイドライン案等の導入後に現行の認定診断書での申請があった場合には、診断書を作成した医師に対してガイドライン案等の導入の旨を説明する。そこで新しい認定診断書で再作成をしてもらえると良いが、再作成が難しく現行の認定診断書で審査することになった場合、新しい認定診断書で新たに追加された項目への読み替えの判断で悩むと思う。ガイドライン案等の導入後に現行の認定診断書で申請があった場合、現行の認定診断書の内容を新しい認定診断書の内容への読み替える際の方針が示されていれば、それに当てはめれば良いと思う。一方で、読み替え方針が示されていない場合、新しい診断書での再作成をお願いして良いのか、当課の判断で読み替えた上で審査を行う方が良いのか悩ましい。
- ・ 様式が混ざった場合、どのように審査していくべきか、示してもらえるとありがたい。新様式は新しいガイドラインでみる、旧様式は旧ガイドラインでみるとなると、基準が異なってしまうだろうし、他方で、新様式にだけある項目もある。新旧様式が混ざった審査においては、新旧を分けるように整理する等の対応が必要だと思うが大変だと思う。基準はどこかで完全に切り替えても、様式はある程度混ざっても良い猶予期間があると良いか。旧様式で提出されたもの全てを差し戻さなければいけないとなると、労力もかかるし認定までに時間がかかってしまうので避けたい。新様式になるタイミングで医療機関への照会が増えると思われるため、医療機関に向けて記入例があると良いか。記入例があるからと言って不備がなくなるわけではないが、記入例をホームページで示し、差し戻しが少なくなるような対応が行えると良い。
- ・ 経過措置期間には現行の認定診断書と新しい認定診断書の申請が混在することになる。2種類の認定診断書で判定結果に差が生じる可能性がある。ただし、経過措置期間に現行の認定診断書の申請があった場合に、新しい認定診断書で申請してもらうように差し戻すことは想定していない。
- ・ 医療機関の中には、現行の認定診断書を独自に電子化して、診断書を作成している機関もある。そのため、ガイドライン案等の導入後も現行の認定診断書で申請される可能性がある。現行の認定診断書で継続して審査を行える移行期間を設けてもらえるか、懸念がある。また、現行の認定診断書と新しい認定診断書の両方で申請がある場合に、医療機関への照会業務や郵送費用等の自治体側の財政的負担が増加する可能性がある。現行の認定診断書で申請された場合、新しい認定診断書にはあり、現行の認定診断書にはない項目について、診断書を作成した医師への照会が必要になると思うが、どのように照会すれば良いか検討できていない。また、審査医に共有する前に当課で内容を確認するタイミングだけでなく、審査医が審査するタイミングで診断書を作成した医師に照会する場合もあり、照会が増加する恐れがある。
- ・ 認定診断書を作成する医療機関が、ガイドライン案等が導入されたことを知らずに現行の認定診断書を作成・提出してしまう可能性がある。そのため、認定診断書を作成する医療機関への周知は重要と考える。返戻等があって現行の認定診断書と新しい認定診断書の両方が混在することも考えられるため、新旧両方の認定診断書を認める移行期間が必要ではないか。認定診断書を一から作成し直すのは負担が大きいため、現行の認定診断書で作成した医療機関に新しい認定診断書での再作成を求めるのも難しいと思う。
- ・ 新旧様式が混ざったとしてもガイドラインを基に判定すると思う。旧様式の診断書を新しいガイ

ドラインで判定するためには、旧様式に記載がない項目の追記を求めるのかどうか。新旧様式で判定結果が変わるのは良くないので、どう揃えるか。あくまで同じ制度・認定基準であり、具体化したマニュアルがあるかどうか、判定するための診断書になっているかどうかの違いなので、判定結果は揃えたい。

b) 非該当や等級変更となる申請者・受給者の増加

ガイドライン案等の導入直後について、ガイドライン変更を理由とした非該当や等級変更のケースの増加を懸念する意見が挙がっていた。特に、低年齢児の年齢相応・不相応の程度の判断基準の明確化による影響についての指摘があった。他方、ガイドライン変更による非該当や等級変更への影響はそれほどないのではないかととの指摘もあり、自治体の審査状況によって差が見られた。

図表 3-23 ガイドライン案等の導入・運用直後に想定される課題_非該当や等級変更となる申請者・受給者の増加

- ・ 項目を追加して独自の認定診断書を作成した際にも、非該当の件数が増加し、審査請求や非該当理由の説明の要望が増加して県や管内市町村で負担が生じた。ガイドライン案等の導入の際にも同様のことが考えられる。
- ・ ガイドライン案等の導入により基準が明確化されることで、導入前後で状態像は変わらないのに、非該当や等級変更になる人が出てくることが考えられる。特に、乳幼児を中心とした低年齢児において、年齢相応の介助の程度かどうかの判断基準が明確になり、非該当や等級変更が増加する可能性がある。
- ・ ガイドライン案等の導入前後で症状に変化はないのに、現行の認定診断書では非該当で、新しい認定診断書では該当になるケースが考えられる。その場合に、これまで受給できなかった分の特別児童扶養手当はどうなるのかといった照会の可能性がある。
- ・ 特別児童扶養手当の等級の境界の程度の障害の方の判定結果について、都道府県ごとに差が生じてしまう可能性がある。他の都道府県から当県に転居してきて再認定を受けた際に、転居前よりも軽い判定や非該当になってしまった際に申請者の不満が生じ、市町や当県が理由の説明や審査請求等の対応に追われる懸念がある。
- ・ 審査結果への影響について、新しいガイドラインになったからといって非該当が大きく増えるといったことはないと思う。総合的な評価を行うにあたって、スコア区分によりおおまかな目安はつけることができると思うが、2級か非該当かどちらになるか迷うケースは、審査医の裁量によって差が出てしまうかもしれない。
- ・ ガイドラインが導入されても判定結果はあまり変わらないと思う。

c) 移行期間の設定の必要性

ガイドライン案等の導入後の新旧の移行期間については、半年から2年必要という意見が挙がっていた。理由としては、診断書作成の医療機関がガイドラインの変更内容について理解するための期間が必要、医療機関が旧様式から新様式での診断書作成へ変更するまでの移行期間として必要、といった意見であった。

図表 3-24 ガイドライン案等の導入・運用直後に想定される課題_移行期間の設定の必要性

- ・ 認定診断書を作成する医療機関に対しガイドライン案等の周知が行き届くまでの期間は必要と考えている。オンラインでの説明会等を通じ、診断書を作成する医療機関がガイドライン案等の内容について理解できた上で、ガイドライン案等の導入ができると混乱は少ないと思う。ガイドライン案等の導入後に現行の認定診断書での申請も認める移行期間について、半年～1年程度あると対応しやすいと考えている。
- ・ ガイドライン案等の導入後の移行期間について、1年程度必要と考えている。1年ほど前に特別児童扶養手当の認定診断書の様式変更を独自に行ったが、現在でも古い様式で認定診断書を作成する医療機関がある。審査に大きく影響しないため、古い様式で提出されても特段指摘してはいないが、今回のガイドライン案等の導入は全国的な変更であるため、医療機関に対して新しい認定診断書での作成を呼びかける必要がある。
- ・ 認定診断書を独自に電子化している医療機関では、費用や作業の手間等の問題で、ガイドライン案等の導入後すぐに新しい認定診断書の内容に改修するのが難しいことも考えられる。当市が新しい認定診断書の Excel ファイル形式のフォーマットを作成し、各医療機関に提供するように思う。移行期間終了後も新しい認定診断書に移行しない医療機関に対しては、お願いベースで移行を呼びかけることになると思う。移行期間終了後に、現行の認定診断書の提出があった場合は、新しい認定診断書で追加された項目について、診断書を作成した医療機関に文書照会を行うことを考えている。
- ・ 特別児童扶養手当は2年ごとの更新となる。ガイドライン案等の導入以降に更新を行うケースで、2年前と状態像や必要な介助の程度が変わらない場合には、等級の変更なく更新できる期間を設けることが考えられる。特別児童扶養手当の有期が2年のため、現行の認定診断書での認定から次回更新までの期間を移行期間にすることを考えると、移行期間を2年とすることも考えられる。
- ・ 紙面の診断書様式を申請希望者全員に配布しているが、申請段階では、医療機関の様式で提出されることが多い。申請者の状態に変化がない場合や有期再認定の場合、前回の内容をベースに診断書を提出されることが多いため、もし診断書の様式が新しくなった場合には、基本的な情報を含めて全て打ち直してもらうことになる。導入当初は旧様式で提出する医療機関が多いと思うので、もし移行期間がなく旧様式の申請を全て差し戻さなければならないとなると、自治体としても業務負担がある。

3) ガイドライン案等の導入・運用を行っていく上で想定される継続的な課題

a) ガイドラインの公開

ガイドラインが公開されることの懸念について、照会や審査請求が増えるのではないかと指摘が挙がっていた。他方、既にガイドラインは公開されていることから影響は少ないのではないかと意見も見られた。

図表 3-25 ガイドライン案等の導入・運用を行っていく上で想定される継続的な課題_ガイドラインの公開

- ・ 特別児童扶養手当が非該当になった申請者が都道府県に対して審査請求を行うことがある。ガイドライン案等が一般公開されることで、自身の審査結果に対して疑義を持ち、審査請求を行う申請者が増える可能性はある。
- ・ ガイドラインが閲覧可能となることについては、現在の認定要領も受給者が閲覧したいと思えば自分で探することができるが、それを見た上で申請をする人はほとんどいないと思う。現在の認定要領別表3などを細々と見るよりは、ガイドラインという分かりやすい形で等級の目安の区分が表になっており、受給者が等級の目安をつけやすくなるように思う。他方で、等級が下がったり、非該当になったりした場合、「ここが当てはまっているのではないか」と問合せを行う根拠となり、照会が増える可能性がある。
- ・ ガイドラインが公になることで、認定診断書作成時に認定の判定となるように記載内容を調整される可能性がある。また、非該当になった時に認定診断書を作成した医師や申請者から説明を求められた時に、対応が難しくなる可能性がある。
- ・ 現行の認定診断書では、「その他総合的に判断すること」と解釈に幅のある表現があったのだが、ガイドライン案等の導入により日常生活総合スコアが明確に点数化されることになる。ガイドライン案等が一般公開されることで、申請者がその内容を確認して、自治体に対してスコアの根拠の説明を求めることが考えられる。
- ・ 特別児童扶養手当（精神の障害）のガイドライン案等が公表されることによるデメリットはないと考えている。現行の認定診断書においても、判定の結果非該当になった申請者に対して、当市のホームページ上に掲載されている国の判定基準を案内している。
- ・ 現在でも認定要領や診断書はインターネットに掲載されているので、今後ガイドラインが公開されることになっても、影響は変わらないと思う。保護者の知識が増えるので、踏み込んだ質問をされる可能性はある。精神障害・知的障害の審査要領は文量も少なく総合的判定の余地が広いので説明のしやすさはあったが、「ガイドラインでは2級から非該当の中で判断されることになっているが、2級と判断されなかった合理的な理由は何か」のような問合せがある可能性もあり、より細かな説明が必要になるかもしれない。

b) スコア計算の負担増

スコア計算については、基本的に担当課もしくは市町村にて実施することを想定するといった意見が挙がっていた。診断書作成時に自動でスコア計算を行う数式を組み込んでほしい、スコア計算の方法を診断書内に記載してほしい、といった要望が挙がっていた。

図表 3-26 ガイドライン案等の導入・運用を行っていく上で想定される継続的な課題_スコア計算の負担増

- ・ 認定診断書の作成時にスコア計算を行ってくれる医療機関もあると思うが、基本的には都道府県や市町村がスコア計算を行うことを想定している。現状有期末には大量の申請があり負担がある状況で、さらに負担が生じるのではないかと、診断書作成時に自動でスコア計算を行う数式を診断書の中に組み込んでもらえるとありがたい。

- ・ 新しい認定診断書で導入される日常生活能力のスコア計算について、認定診断書を作成する医師が対応することになるのであれば、医療機関への周知が重要になる。また、特別児童扶養手当の審査医が対応することになるのであれば、判定に要する時間が長くなってしまい、1回の判定会では判定が終わらなくなってしまうことが考えられる。こうした懸念があるため、担当課がスコア計算に対応することになると想定している。認定診断書を作成する医師が対応する場合、診断書の作成をデジタル化している医療機関としていない医療機関とがあるため、認定診断書を一律にデジタル化してスコア計算を自動化するのも難しい。日常生活能力のスコア計算の方法（選択肢と点数の対応関係等）を診断書内に記載してもらえるとスコアの計算がしやすくなるのではないかな。
- ・ 担当課が日常生活総合スコアの点数計算を行うことを想定している。点数の記載場所の検討や計算方法の理解に時間や手間を要すると思うが、計算方法を覚えることができれば主観によらない判断ができるようになり、現行の認定診断書よりもスムーズに対応できるようになると思う。

c) 2級／非該当の判断

ガイドライン案では、明確・合理的な理由がある場合に2級認定とするとされている点について、実態としては、少しでも2級に該当する内容等があれば2級にせざるを得ないのではないかな、といった意見が挙がっていた。

図表 3-27 ガイドライン案等の導入・運用直後に想定される課題_2級／非該当の判断

- ・ 非該当と判定するには明確な理由がないと難しい（不利益処分となるため）。少しでも2級に係るような内容、申告、聞き取りがあるのであれば、2級に認定せざるを得ない部分もある。新しいガイドラインでは、福祉サービスを受けることで生活できている場合や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、状況を踏まえて2級の可能性を検討などと記載があるが、申告内容を踏まえて判断するほかない。「サービスがあるから生活できている」といった申告がある場合、非該当にする明確な根拠を持つことが難しい。そのあたりをどこまで聞き取り考慮するのかは自治体の担当者によっても考えが変わるのではないかなと思う。
- ・ ガイドラインでは、2級・非該当の判定で、明確・合理的な理由があれば2級と認定することになっているが、実際の運用上では、明確・合理的な理由がある時に非該当と判断するかもしれない。具体的には、知的障害・発達障害の2級/非該当の境界、ガイドラインのスコア0～9、援助の程度1～2の子どもが対象になると思う。日常生活に著しい制限があるか否かがポイントになるが、そこは総合的判定になる。審査医としては、診断書の記載内容を拾い集めればそれなりのものになると判断していると思うが、その中で、この1項目だと軽度という症状の記載がある時に、それを軽度と判断できるかどうかについては、審査医としても判断が難しいと思う。そうすると、明確な2級認定ではなく、明確に非該当の子どもだけ非該当とするという運用になる可能性がある。

4) ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果

ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果については、スコア計算により点数化されることで判定がしやすくなる、点数化により判定理由を明確に説明できるようになる、といった意見が挙がっており、あわせて審査医の負担軽減にもつながる効果が期待されていた。

図表 3-28 ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果

- ・ 日常生活能力を点数化して判定基準と比較することができるようになり、判定しやすくなったと考えている（審査医も同様）。ガイドライン案等が一般公開されることで、審査結果に関して申請者に説明できる内容が増えると考ええる。現行の認定診断書では、「審査医がそう判断したため」としか説明できなかったケースも多かった。
- ・ ある程度等級の目安が付けられるので、おおまかな評価に自治体間で大きな差は出なくなるのではないかと思う。
- ・ スコアの計算がされることで、判定結果の理由を明確に説明できるようになると考えている。現在は漠然とした理由の説明になっている。ただし、スコアの目安上はある判定結果になるが、その他の記載内容を考慮して判定結果を変える可能性はある。その場合、ガイドラインが公になっていることで問い合わせが増えることは考えられる。
- ・ 審査の結果、非該当になった時に、日常生活総合スコアの点数を非該当の根拠にできるため、申請者に対して説明しやすくなる。日常生活総合スコアの点数を基に判定するため、判定結果のブレが少なくなると考えられる。審査医からも日常生活総合スコアの点数があることで審査がしやすくなるという話を聞いた。審査医の負担軽減に寄与すると考えられる。
- ・ これまで判定基準が曖昧であった中で、判定基準が明確化することが期待される。近年、精神障害の状態像が多様化してきている中で、審査医が判断に悩むケースが増えている。日常生活能力のスコアといった明確な基準があることで、判定結果の一貫性が高まり、判定に係る審査医の負担も軽減すると考えられる。
- ・ これまでもガイドラインの項目は考慮できていると思うが、それが明文化されたことは審査医の安心感に繋がると思う。審査医のもっている目安感も、導入後は表により明確になるので、慣れてくれば判定も実施しやすくなると思う。

5) その他、特別児童扶養手当（精神の障害）に関して思われること（あれば）

a) 国に求める支援等

国に求める支援等については、医療機関に対するガイドラインの周知（変更点や対応等について）、新しい診断書様式への読み替え方針の提示、国に照会のあった内容と回答の共有について、意見が挙がっていた。

図表 3-29 国に求める支援等

- ・ 医療機関に対するガイドライン案等の導入に係る変更点等の情報の周知をお願いしたい。また、

ガイドライン案等の導入後に現行の認定診断書で申請があった際の新しい認定診断書への読み替え方針（解釈の方法）を示してもらえるとありがたい。

- ・ 周知用の案内リーフレット・チラシがあると良い。自治体間の差をなくす上で一律の案内の仕方を検討していただけると良い。医療機関向けへの案内の雛形があれば、医療機関の所管課と連携して郵送することもできると思う。医療機関向けと、広く一般の方向けにホームページ等で周知できるもの両方があるとありがたい。
- ・ ガイドライン案等の導入に伴う変更点の一覧表や対応表を作成してもらえると、自治体から医療機関に説明しやすくなる。
- ・ 複雑な世帯状況の方からの申請が増えている中で、都道府県から国への照会も増えていると思う。年に1回程度、国への照会内容とその回答を都道府県に共有してもらえるとありがたい。

b) その他、意見・要望等

その他、意見・要望等は以下のとおり。

図表 3-30 その他、意見・要望等

【運用に関すること】

- ・ 障害非該当による資格喪失の場合、資格喪失日が「診断書の作成日（現症日 ※現症日は当県のみ）の取扱い」が基準となっていることにより、現症日が有期末以前で手当が支給済の場合には返還金が生じる取扱いとなっている。特に知的・精神障害の認定については、一部の医師に集中する傾向があり、有期末には特定の医療機関に診断書の作成依頼が集中し、市町村から有期更新の通知が届いてから予約しても診察が有期末に間に合わないこともあるため、早めに診断書を作成している受給者も多く、非該当となった場合には返還金が発生するといった不利益が生じており、そういった受給者への対応に市町村は苦慮している。そのため、現在、障害非該当による資格喪失の基準日を「診断書の作成日」とする扱いを「認定期間の終期（3月末、7月末、11月末）」に変更していただきたい。
- ・ 再認定請求時、2級から1級となることもあるが、額改定請求の提出がないと1級の認定とならない。この場合は、再認定請求時に遡って額改定請求を受け付けても良いとしてもらいたい。なお、1級になるかわからない中で、額改定請求も提出するという扱いも考えられるが、その場合、2級から2級（額の改定無し）となると、取り下げや却下の処理が必要になると考えられ、自治体や請求者の負担となる。
- ・ 民生委員の証明が必要なケースについて、その他証明が可能なケースの提示を希望。そもそも、そういった添付書類を申請書の中に含めることができないか（添付書類作成の負担軽減）、検討してもらいたい。
- ・ 自治体間で特別児童扶養手当について話し合うと、運用のばらつきを感じる。例えば、障害の程度が重くなり額改定請求が認められると障害等級が上がるが、障害等級の有効期限が令和7年11月までだが、令和7年12月に額改定請求した場合、12月から等級が上がる自治体もあれば、請求後の1月から等級が上がる自治体もある。

- ・書類に不備がある場合は受理せず、修正書類が提出されて受理するという制度だが、旧様式の診断書がそこまでの不備に相当するかが論点になると思う。受理後に形式不備として修正すれば良いのか、根本的な不備で申請できないという扱いになるのか。導入後、自治体の裁量で運用した場合、後から不適切な運用と言われると厳しい。

【認定診断書の様式に関すること】

- ・新しい認定診断書の⑦発達障害の現症、⑭医学的総合判定について、当市では現行の認定診断書で対応する項目の記入欄に症状の程度の選択肢を追加している。新しい認定診断書の⑦と⑭に症状の程度の選択肢を追加してもらえるとありがたい。診断書を作成する医師にはその程度を選択した上で所見を記入してもらいたい。
- ・新しい認定診断書の「現在の病状又は状態像」の欄でいずれかの選択肢を選択したのであれば、その右側の欄に具体的な症状や処方薬等を必ず記載することをより強調してもらえると良いのではないか。
- ・特別児童扶養手当の申請ケースのうち、3歳以下の児童で療育手帳の判定を受けていないケースについて、診断書を作成した医師に対し日常生活能力が年齢相応か否かの判断の照会を行っているが、医師から当課に対して「年齢相応か、どう判断すれば良いか分からない」といった問い合わせがある。新しい認定診断書では年齢相応・不相応の判断が選択肢化されているが、判断に悩む医師が増える可能性がある。当課としてもどう判断してもらうか、難しいと感じている。

【その他、課題等】

- ・以前はIQが明らかに50以下といった方の割合が多く判断しやすかった。現在は、IQは平均水準だがこだわりが強いといった発達障害に関する内容のものが多く、それが日常生活にどこまで影響を与えるのか判断することが難しい中で医師に審査を行ってもらっている。基準を決めるのは難しいと思うが、分かりやすい基準があると良いと思う。
- ・特別児童扶養手当（精神の障害）の支給対象障害児について、乳幼児のケースが増えている状況に対し、乳幼児の精神障害を正確に診断できるのか、審査医は疑問に感じているようだった。また、認定診断書の「日常生活能力の程度」の項目において、介助の必要性に関する項目があるが、乳幼児の場合は障害の有無に関わらず介助が必要になるため、当該項目の勘案が難しいということも審査医から聞いている。
- ・社会状況の変化等により、精神障害に含まれる状態像・症状の内容や傾向が変化する。この変化を反映できるよう、認定診断書の改訂はもっと高頻度で行ってもらえると良いのではないか。

第4章 まとめ

1. 本調査事業の結果概要

(1) 審査医向け調査結果

① ガイドライン案等の導入に向けた模擬審査結果

1) 本アンケート調査における前提

- 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」（以下、「研究班」とする）で作成された等級判定ガイドライン案と、別途作成した模擬診断書（同一の症例における現行版の診断書、改定案の診断書の2種類）を使用して、審査医に、①現行版の診断書をもとにした現在の判定基準での審査、②改定案の診断書をもとにしたガイドライン案に基づく審査の実施を依頼した。審査医には、最大10症例（必須の審査を5症例、任意の審査を5症例）について回答いただいた。
- 模擬症例は、研究班にて作成された「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」の掲載事例をもとに、現行版・改定案の診断書を作成した。

2) 模擬審査結果

- 模擬審査対象の10症例のうち、研究班が1級相当と想定した症例（2例）は、現在の判定基準に基づく審査・ガイドライン案に基づく審査のいずれの場合も1級相当への回答が最も多く、現在の判定基準とガイドライン案に基づく基準に大きな乖離はないことが確認できた。

図表 4-1 研究班による判定の目安「1級相当」の症例についての審査結果

症 例 番 号	症例の概略			ガイドラ イン案の 判定の目 安※	本調査での審査結果		
	年 齢	障害の原 因となっ た傷病名	ICD- 10		現在の判定基準 に基づく審査	ガイドライン案に 基づく審査	審査結果のサマリー
1	11 歳	最重度 知的障 害	F7 事例	1級相当	1級(97.4%) 2級(0.0%) 非該当(0.0%)	1級(97.4%) 2級(0.0%) 非該当(0.0%)	判定の目安・現在の判定基 準・ガイドラインの結果が共 通
6	8 歳	広汎性 発達障 害	F8 事例	1級相当	1級(91.2%) 2級(5.9%) 非該当(0.0%)	1級(91.2%) 2級(8.8%) 非該当(0.0%)	判定の目安・現在の判定基 準・ガイドライン案の結果が ほぼ共通

（注釈）「ガイドライン案の判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。

- 研究班が2級相当と想定した症例（5例）のうち3例は、現在の判定基準・ガイドライン案に基づく審査のいずれの場合も2級相当への回答が最も多く、また、ガイドライン案に基づく審査ではその回答割合が増えており、現行の判定基準での等級のばらつきを一定程度抑えられることが示唆され

た（症例5、症例8、症例9）。なお、これらの症例への意見は、「②2）審査結果への影響が想定されるケースの状態像や影響の内容」にて後述する。

- ・ 他方で、残り2症例では、研究班の想定と異なり1級相当への回答が最も多かったものの、症例7に関しては、現在の判定基準とガイドライン案に基づく審査結果は概ね共通していた。
 - 症例2：現在の判定基準だと2級相当への回答が57.9%であったところ、ガイドライン案に基づく審査の場合、1級相当への回答が57.9%となった。現在の判定基準の審査では2級相当／ガイドライン案の審査では1級相当を回答した理由として、「日常生活総合スコアを参考に1級とした」との回答が見られた。また、審査医ヒアリングでは、「療育手帳の区分で最重度／重度を示す「A」を持っている場合は1級と判断する」との意見、有識者ヒアリングでは、「IQが重度に近く、日常生活上の介助度も高い。問題行動も見られることから1級と2級で見解がわかる事例だろう」との意見があった。
 - 症例7：現在の判定基準・ガイドライン案に基づく審査のいずれも1級相当への回答が8割以上を占めた。審査で迷ったこと（自由記述式）を尋ねたところ、模擬診断書の情報量では判断がつかないことが指摘された。また、有識者ヒアリングでは、「当該症例のIQ値からみれば、療育手帳のA（重度）相当のため、特別児童扶養手当でも1級とする医師は多いと思われる」との意見があった。

図表 4-2 研究班による判定の目安「2級相当」の症例についての審査結果

症 例 番 号	症例の概略			ガイド ライン 案の 判定の 目安※	本調査での審査結果		
	年 齢	障害の原 因となっ た傷病名	ICD- 10		現在の判定基準 に基づく審査	ガイドライン案に 基づく審査	審査結果のサマリー
2	13 歳	自閉スペ クトラム 症、中等 度知的 障害	F8、 F7 事 例	2級相当	1級(42.1%) 2級(57.9%) 非該当(0.0%)	1級(57.9%) 2級(42.1%) 非該当(0.0%)	判定の目安・現在の判定基準は共通するが、ガイドライン案の結果は1級相当への回答割合が増える
5	14 歳	強迫性 障害	F4 事例	2級相当	1級(0.0%) 2級(55.3%) 非該当(42.1%)	1級(0.0%) 2級(76.3%) 非該当(21.1%)	ガイドライン案での結果では、判定の目安とした2級相当への回答割合が増える
7	6 歳	重度知的障害	F7 事例	2級相当	1級(85.3%) 2級(11.8%) 非該当(0.0%)	1級(88.2%) 2級(8.8%) 非該当(0.0%)	判定の目安との差が見られるが、現在の判定基準・ガイドライン案の結果はほぼ共通
8	14 歳	神経性 無食欲 症	F5 事例	2級相当	1級(0.0%) 2級(47.1%) 非該当(47.1%)	1級(0.0%) 2級(73.5%) 非該当(20.6%)	ガイドライン案での結果では、判定の目安とした2級相当への回答割合が増える
9	11 歳	反抗挑 戦性障 害	F9 事例	2級相当	1級(0.0%) 2級(76.5%) 非該当(23.5%)	1級(0.0%) 2級(97.1%) 非該当(2.9%)	ガイドライン案での結果では、判定の目安とした2級相当への回答割合が増える

（注釈）「ガイドライン案の判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。なお、研究班による判定の目安と本調査での審査結果に差が見られた症例については網掛けを付した。

- 研究班が非該当相当と想定した症例（3例）のうち1例は、現在の判定基準に基づく審査においても非該当が55.9%と最も多かったところ、ガイドライン案に基づく審査結果では、その割合が増えた（非該当への回答が61.8%）（症例10）。研究班の想定とは異なる結果になる症例も含まれるものの、ガイドライン案によって審査のばらつきは一定程度抑えられると考えられた。
- 症例3・4については、現在の判定基準に基づく審査・ガイドライン案に基づく審査のいずれも2級相当への回答が最も多かった。そのうち症例4に関しては、2級相当への回答が最多であるものの非該当への回答が4割程度と現在の基準による結果よりも割合が増えた。有識者ヒアリングでは、「問題行動がある場合に2級とする傾向があるように感じる」との意見があった。
- 症例3に関しては、ガイドライン案に基づく審査の結果、2級への回答が9割を超えた。有識者ヒアリングでは、「ガイドライン案は生活スキルや生活上の困難性から審査を行っており、この点は障害年金の審査基準にも近い考え方である。ガイドライン案の導入により、軽度知的障害ケースにおける審査のばらつきを一定程度抑えられるのではないか」、「軽度知的障害で医療受診をするほどの症状がある場合、診断書に詳細に記載されるとよい。そのために診断書作成における周知徹底が必要と考える」との意見があった。

図表 4-3 研究班による判定の目安「非該当相当」の症例についての審査結果

症 例 番 号	症例の概略			ガイド ライン 案の 判定の 目安※	本調査での審査結果		
	年 齢	障害の原 因となっ た傷病名	ICD- 10		現在の判定基準 に基づく審査	ガイドライン案に 基づく審査	審査結果のサマリー
3	6 歳	軽度知的障害	F7 事例	非該当相当	1級(0.0%) <u>2級(68.4%)</u> 非該当(28.9%)	1級(0.0%) <u>2級(94.7%)</u> 非該当(5.3%)	判定の目安では非該当相当としていたが、現在の審査基準・ガイドライン案に基づく審査のいずれも2級相当が多い。また、現在の判定基準では一定数非該当も確認されたが、ガイドライン案に基づく審査の場合非該当の回答割合が減少する
4	8 歳	多動性障害	F9 事例	非該当相当	1級(0.0%) <u>2級(63.2%)</u> 非該当(28.9%)	1級(0.0%) <u>2級(55.3%)</u> 非該当(44.7%)	2級相当が多いものの、現在の判定基準では非該当の回答割合が少なかったが、ガイドライン案に基づく審査の場合非該当の割合が増える
10	8 歳	アスペルガー症候群	F8 事例	非該当相当	1級(0.0%) <u>2級(44.1%)</u> <u>非該当(55.9%)</u>	1級(0.0%) <u>2級(35.3%)</u> <u>非該当(61.8%)</u>	ガイドライン案での審査では、現在の方法と比較して、判定の目安とした非該当への回答割合が増える

（注釈）「ガイドライン案の判定の目安」に記載している等級は、「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」（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」）において、当該事例の相当する等級として記載されたものである。なお、研究班による判定の目安と本調査での審査結果に差が見られた症例については網掛けを付した。

② ガイドライン案等の導入・運用について

1) ガイドライン案等の導入による変化

- ・ ガイドライン案等の導入による判定基準の変化についての傾向（単数選択）を尋ねたところ、「判定基準はやや緩和する（34.8%）」の割合が最も高く、次いで、「影響はほとんどない・ない（19.6%）」、「判定基準はやや厳格になる（10.9%）」、「わからない（10.9%）」となっていた。
- ・ また、ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果（自由記述式）を尋ねたところ、目安表があることで審査医側の迷いが一定程度軽減されることや、審査医による判定のばらつきが軽減されること等が指摘された。
- ・ 有識者ヒアリングにおいて、模擬審査結果を確認いただいたところ、実態と比較して違和感のない結果になっている一方で、軽度知的障害や神経症圏等、該当／非該当が分かれる症例に関しては、ガイドライン案等の導入により、一部の地域で判定基準がやや緩和される可能性が指摘された。他方で、地域のばらつきを抑えるという意味では、ガイドライン案等はその役割を一定程度果たすものと推察された。

2) 審査結果への影響が想定されるケースの状態像や影響の内容

- ・ 審査結果への影響が想定されるケースの状態像等については、以下の指摘が見られた。

【低年齢児の評価】

- ・ アンケート調査・ヒアリング調査結果を踏まえ、低年齢児は障害の程度によらず生活上の介助が必要であり、その援助の程度が年齢相応か不相応かを判断することは、医師の専門性等によって難しい場合があるとの指摘があった。有識者ヒアリングにおいても、模擬症例3（軽度知的障害・6歳）のように、行動上の障害が定型発達の子供と区別しにくい場合も多いことから、実際の審査では迷うケースの一つであることが共有された。

【ICD-10 における F4・F5 の評価】

- ・ ICD-10 における F4 や F5 の審査については、特別児童扶養手当の認定要領で次のとおりに示されており、障害年金での取扱いの記載とほぼ同一の記載となっている。
 - 特別児童扶養手当：「神経症にあつては、その症状が長期間持続し、一見重症なものであつても、障害の状態とは評価しない。（その臨床症状から判断して精神病の病態を示しているものについては、統合失調症又は気分（感情）障害に準じて取り扱う。）なお、認定に当たっては、精神病の病態が ICD-10 による病態区分のどの区分に属す病態であるかを考慮し判断すること」²
 - 障害年金：「神経症にあつては、その症状が長期間持続し、一見重症なものであつても、原則として、認定の対象とならない。ただし、その臨床症状から判断して精神病の病態を示しているものについては、統合失調症又は気分（感情）障害に準じて取り扱う。なお、認定に当たって

² 「「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」の一部改正について」（令和3年12月24日）（障発1224第2号）（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

は、精神病の病態が ICD-10 による病態区分のどの区分に属す病態であるかを考慮し判断すること」³

- ・ 有識者ヒアリングでは、「精神病の病態を示しているものは、統合失調症又は気分障害相当として判断するが、実態として、この点が地域によって判断が分かれている」、「強迫性障害や神経性無食欲症であっても長期化し生活に支障をきたしている状態で、精神障害や気分障害と判定されれば、障害年金の対象となることから、特別児童扶養手当で同様に診査を行うことで障害年金への移行もスムーズと思われる」といった意見があった。

【状態の固定の考え方】

- ・ 審査に迷うケースとして、模擬症例 9（反抗挑戦性障害）に関連して、状態の固定の判断に関する意見が見られた。有識者ヒアリングでは、「状態の固定に関しては重要なポイントであり、症状がすぐに改善する場合の取扱いや再判定の期間の設定について検討の余地があると思われる」、「今回の反抗挑戦性障害に限らず、精神の障害に関する診断が出てすぐ特別児童扶養手当の申請を行うケースがあり、状態の固定と捉えてよいか悩むことがある」との意見があった。
- ・ また、子どもは成長により状況が変化し次回受給できなくなる可能性があるものの、一度受給すると成人まで受給できることを期待する方が一定数いることから、成長等状況の変化により非該当になる可能性も含めた制度への理解促進が求められるとの意見もあった。

図表 4-4 審査結果への影響が想定されるケースの状態像等

（低年齢児の審査）

- ・ 年少児はその障害の程度にかかわらず生活上の支援がかなり必要で、その援助程度については大きな個人差があり、援助するものの主観にも大きな幅があります。年少児の生活援助についての審査医の認識にも大きな差異があると思われます。できるだけ発達途上にある年少児の扱いにはさらなる工夫が必要かと考えます【アンケート調査】
- ・ 今回のガイドライン案の表（障害等級の目安）に基づくと、低年齢が承認されやすいと思う。ガイドライン案では、「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。」という文言がある。一度認定してしまうと、成長過程で正常発達に近い状態となっても降級や非該当とすることは難しいと思う【ヒアリング調査】
- ・ 「年齢相応」の判断では、同じ年齢でもできることに幅がある点を考慮すべきだが、医師の見解や親の自立への認識において、「年齢相応」が著しく厳格にとらえられていることも多い。例えば、3歳でおむつがとれていることが年齢相応と考えている医師がいるが、実際にはそうではない。子どもの経験や家庭環境に応じて「年齢相応」には幅がある。診断書を作成する精神科医の中には、いわゆる定型発達と思われる小児（特に幼児）がどのように自立していくかを十分ご存じない方もおられるように思う。安易に年齢不相応と判断される診断書が多くならないか懸念する【ヒアリング調査】

（ICD-10 における F4 や F5 の取り扱い）

- ・ ガイドラインの説明には、発達障害・てんかん・統合失調症・うつ病・気分障害と記載されていますが、他の精神疾患について、例えば ICD-10 の F4 や F5 についても、手当の該当となるかを明示していただきたいと思います【アンケート調査】
- ・ 神経症、人格障害は基本的に対象とはならない。現行では ADHD の症状と反抗挑戦性障害の症状を記載内容から区別して検討し、非該当とした。ガイドラインに基づくとそれぞれの症状は区別されずスコアリングされ、2級となった【アンケート調査】

（状態の固定の判断）

³ 国民年金・厚生年金保険障害認定基準「第3 障害認定に当たっての基準 第1 章障害等級認定基準 第8 節精神の障害」

- ・ 経過が短い、比較的良い経過が該当する可能性あり【アンケート調査】
 - ・ 反抗挑戦性障害のケースであるが、愛着障害から生じる ADHD があり、不適応が高じて非行に走っている状況と考えられる。このようなケースでは、その子自身の環境調整が必要である。児童相談所や地域、学校が連携して支えていくことが必要であり、診断書等では、このような対応のもと環境調整によって改善傾向が見られていた。特別児童扶養手当は、障害が一定、固定された状況で判定すべきとなっている。障害の程度が変化する可能性があれば、支援の効果が一定程度発揮されたタイミングで判定を実施すべき。このような（著しい家庭機能不全の）状況を踏まえて、認定となるのは違和感がある。模擬事例として取り扱うのは慎重に判断してはどうか【ヒアリング調査】
- （その他）**
- ・ 審査で悩むのは、例えば、知的機能の問題はなく、生活能力や精神症状だけで判断しなければならないケース。また、知的障害があっても機能障害が軽度の場合も悩むと思う。1級または2級かの判断はしやすいが、2級または非該当の判断は難しい。ガイドライン案は助けにはなるが、現在も悩んでいるような微妙な判定の悩みは残ると思う【ヒアリング調査】

（注釈）アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。なお、下線は当社にて追加したもの。

③ ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念

1) ガイドライン案等の記載内容への意見

- ・ ガイドライン案等の記載内容について、以下の意見が寄せられた。有識者ヒアリングでは、「福祉サービスの利用を考慮する」との記述は、福祉サービスがない場合にどの程度の困難さが生じるかを考慮するという意味であるが、考慮することが該当と判断すると理解される可能性があること、また、不適応行動の定義や具体例がガイドラインに記載されると分かりやすいと思われることが指摘された。
- ・ ヒアリング調査では、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」で作成された参考症例集や照会票の活用可能性についても伺った。参考症例集については、記載内容は有用である一方で、実際の審査の際にここまでの情報が得られることが少ないことが指摘された。また、参考症例集に取り上げる症例について、実際は療育手帳で審査されることが多い最重度や重度の知的障害のケースは取り上げる必要はないのではないかという意見や、参考症例集の詳細な記述よりも、1級／2級／非該当の事例を複数例示し、判断の目安を示してはどうかという意見もあった。

図表 4-5 ガイドライン案等の記載内容への意見

診断書の様式に関すること

（日常生活能力の判定と障害のため要する援助の程度）

- ・ ⑫日常生活能力の判定と⑬の障害のため要する援助の程度で、審査医の総合的判定が規定されることが強くなる可能性がある。日常生活能力判定は主観が入りやすいため、特に少しという状況に幅があり、点数化すると全くと云うところに偏る可能性がある【アンケート調査】
- ・ 日常生活において声掛けや見守りを要する状態は、従来はほとんど「半介助」として記載されてきています。新しい様式では「ひとりできる」に該当するということなら十分周知を図る必要がある【アンケート調査】

（その他の現症に関する欄について）

- ・ 主治医によっては現症の右欄「具体的に記載」をあまり十分にされないもので、それについてより「全てについて必ず」と強調されるのはメリットが大きいと期待します【アンケート調査】
- ・ 現症ところは、具体的に記載することが必要であり、そのことが理解できるように表示していくことが必要【アンケート調査】

(その他)

- ・ 診断書の「記入上の注意」が多すぎる【アンケート調査】
- ・ 作成要領も活字が小さく、これでは作成医師は読まない可能性が高い。ページが増えても見やすい形式にしてほしい【アンケート調査】

ガイドライン案(表2:総合評価の際に考慮すべき要素の例)の記載に関すること

(全般的な意見)

- ・ 援助の程度の3、4が何級相当かはっきりしない【アンケート調査】
- ・ 目安が1ー2級、2級ー非の場合に判断基準となる「総合評価の際に考慮すべき要素の例」がもう少し具体的であっても良い【アンケート調査】

(ひきこもりについて)

- ・ ひきこもりや不登校の状況にある方は多いが、障害と位置付けるためには、どのような状況にあるかの具体的な基準(「日常生活に制限」の意味がどのようなものか)が重要だと思う【ヒアリング調査】

(発達障害について)

- ・ 意思の疎通:「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。」とあるが、下線部分は具体的に何を指すか。例えば、意図が理解できない、言語外の意味が理解できない、緘黙状態だがメール等ではコミュニケーション取れるなど様々なパターンがある。具体的で詳細な判断基準が必要(実際には、診断書に意思疎通に関する具体的な内容が記載されることはほとんどない)【ヒアリング調査】
- ・ 感覚過敏:「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。」とあり、判定基準の一つになっている。診断には重要な項目だが、認定にあたっては生活にどのような支障があるかが重要。感覚過敏があるだけで自立度が低いととらえる必要はない。感覚過敏があっても、登校や子ども同士の交流ができるケースもある【ヒアリング調査】

(てんかんについて)

- ・ てんかんに関して、A～D のタイプ等、記載内容がわかりにくい。また、記載内容は5～6歳以上のてんかんについてだと思うが、現在0～1歳からの申請が増えている。0～1歳の示すてんかんの症状と、5～6歳以上で熱性けいれんから始まり大きな発作となるようなてんかんとは、種類・治療法が異なる。低年齢の場合1日に20回程度の小さなけいれんを起こすが、そのような情報が落ちてしまうようにも思う【ヒアリング調査】

(福祉サービスについて)

- ・ ③生活環境について、共通事項には「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。」とあるが、放課後等デイサービスや児童発達支援の利用は、重い障害への対応というよりも保護者の時間的なサポートの側面が大きい。サービスを利用していることが障害の重さを表すとは限らないと思う【ヒアリング調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

2) ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念、国・自治体への要望

- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念として、1つは診断書の作成に関する意見が多く見られた。具体的には、診断書を作成する医師の専門性が多様化しており、必ずしも審査に必要な情報が記載されるとは限らないことや、一度受給できると、次回更新時に記載内容が全く同一の記載内容で申請するケースがあること等が共有された。審査に耐えうる情報が適切に含まれるよう促す取組の必要性を訴える意見が複数寄せられており、有識者ヒアリングでは、「例えば、障害年金の診断書では「過去2年間の状況」との記載があるが、特別児童扶養手当ではその記載がなく、現在なのか過去のことがわからない診断書がある。特に未就学児であれば前回の申請から変化があるはずなので、前回からの変化やいつ時点の状況なのかを記載するよう、診断書を作成する医療機関への周知が必要である」との意見もあった。
- ・ その他、特別児童扶養手当の審査に関する課題として、ガイドライン案を導入したとしても2級と

非該当の精査は課題として残る可能性や、審査の負担が増える可能性が指摘された。

図表 4-6 ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念

診断書作成に関すること

(新診断書・ガイドライン案について)

- ・ 診断医の判断にばらつきがあるため、日常生活総合スコアの信頼性に疑問がある【アンケート調査】
- ・ 点数化することで明確になる部分があるが、逆に申請者側がそれを意識しすぎる懸念がある(表区分が公開されなければよいと思いますが)。また、逆に審査側も、高い点数の場合(提出された全体的内容より異様に点数が高く乖離が予想される場合でも)非該当を検討しにくくなる【アンケート調査】
- ・ 日常生活総合スコアを記載して定量化することは目安としてのメリットはありますが、数字に反映されにくい質的な困難もあるかと思えます【アンケート調査】

(診断書の記載内容の質の担保)

- ・ 診断書は、精神科医、リハビリ・療育を専門とする医師、小児科医で記載内容が異なる。おおまかにしか記載しない医師、電子カルテを転記する医師、主訴のような情報を記載する医師も多い。診断書の記載量が増えることで状態像がつかみやすくなる可能性がある。他方で、書式の記載箇所が増えると、無駄な記載(転記)が増えるリスクもある【ヒアリング調査】
- ・ 一部の地域では、児童相談所の嘱託医が作成することがある。本来であれば、普段の様子や以前の状況も把握している医師に作成してもらいたい。【ヒアリング調査】
- ・ 障害者年金の申請では精神科医が診断書を作成しており、どのようなことを記載すれば良いか把握されている。他方で、特別児童扶養手当は、整形外科医が数値だけしか記載していないようなケースも多く、記載内容の質が全く異なる【ヒアリング調査】
- ・ 判定時に困るケースは、「前回診断書の完全コピー(特に幼児の場合は、2～3年の経過の中で、変化はあるのではないかと思います)」、「身体合併症のないダウン症で、生後半年未満で申請(発達遅延の評価困難)」、「診断がついてすぐに申請(てんかん、統合失調症、うつ病など)」、「療育手帳A以外で、具体的な記載がない」、「定型発達児との差がわかりづらい(幼児の行動面、ADLの介助の態度など。声かけレベルで半介助に○をしている診断書も多いです)」、「状態像の記載内容が現在あるものか、過去にあったものか、わかりづらい」などです。診断書を記入する医師への周知もお願いしたいです【アンケート調査結果】

特別児童扶養手当の審査に関すること

(2級と非該当の精査はガイドライン案等を導入しても変わらない可能性がある)

- ・ 2級か非該当か迷うケースは変わらないかもしれない。結局は診断書を記入する医師によるところがある(これは年金等の他の精神の診断書にも共通するがある程度はやむを得ない)【アンケート調査】
- ・ 1級または2級かの判断はしやすいが、2級または非該当の判断は難しい。ガイドライン案は助けにはなるが、現在も悩んでいるような微妙な判定の悩みは残ると思う【ヒアリング調査】

(審査の負担が増える可能性がある)

- ・ 診断書記載医の手間、判定医の判定にかかる時間が増える、など【アンケート調査】
- ・ 認定診断書のコピーを見ながら日常判定能力の得点を計算しながら判定するのはかなり骨の折れる作業で煩雑であるという印象を持った【アンケート調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

- ・ 国や自治体への要望としては、診断書を作成する医師向けの啓発や、診断書の作成要領等がよりわかりやすいツール(動画や詳細な手引書等)の作成を求める意見が見られた。また、審査医に対してもガイドラインに関する研修や説明機会があると良いといった意見も見られた。あわせて、審査のオンライン化やデータをクラウド化して負担軽減を求める意見もあった。

図表 4-7 国や自治体への要望

診断書作成に関すること

(診断書を作成する医師向けの啓発)

- ・ 現状でも変わらないが、診断書を記載する医師の記載の仕方、例えば記載量の多少、問題行動の表現、頻度により判定結果が大きく左右している。スコア化することも一定の意味があるが、記載する医師が理解していないと正確な記載がされない可能性がある【アンケート調査】
- ・ 診断書作成医師に、診断書作成のオンデマンド講習を受けることとし、診断書に受講終了番号などを付記することを求めるようにしてほしい。主治医が該当すると判断したものを「非該当」と判定するのはやはり抵抗を感じるため、作成医師への講習をしてほしい【アンケート調査】
- ・ 常に視聴できる 10 分程度の動画があると良い。また、わかりやすくポイントを絞った診断書作成要領が必要か【ヒアリング調査】

(診断書の作成要領等がよりわかりやすくなると良い)

- ・ ガイドライン案が活きてくるかどうかは、診断書作成時にどのくらい診断書記載要領をみてもらえかによる。現行の記載要領は十分確認していない医師が多いと思う【ヒアリング調査】
- ・ 発達障害の保護者は介助、半介助と言った単純な言葉では表せない負担を抱えている方もいると思います。その点を診断書作成医がしっかりと把握して診断書に反映できるよう、新ガイドラインの書き方の学習の場、もっと詳細な書き方の本の発行が必要だと思います【アンケート調査】

特別児童扶養手当の審査に関すること

(審査医向けの研修や説明の機会があると良い)

- ・ もしガイドライン案が運用されることになれば、ガイドラインについての講習を受けたい。同時に複数で受講できるようオンラインで実施するのが良いと思う【ヒアリング調査】
- ・ 講習の内容としては、ガイドラインそのものの説明が良い。旧ガイドラインとの比較は説明が難しいだろうと思うので、新しいガイドライン自体の説明で良いと思う。また、どのような目的でガイドラインを作成したのか、厚生労働省からの説明があると良い【ヒアリング調査】
- ・ 全国的な研修等により目合わせ等があればよい、地域差の解消を図る観点からもある程度のすり合わせがないと、判断が変わらない【アンケート調査】

(DX、審査のオンライン化を推進してほしい)

- ・ 審査について、紙媒体から電子媒体に移行していただきたい。審査件数が増えており、審査結果を手書きする時間、労力が大きい【アンケート調査】
- ・ 自治体から、診断書原本が、審査医師へ直接送付されてくる現状について、紛失リスクがあり、個人情報保護の観点から重大な問題がある。DX 化推奨の観点からも、紙媒体の送付でのやり取りは、廃止する方向で検討するべきである。自治体が紙媒体で申請者から受けと取ったとしても、それを担当者が Web プラットフォームに入力し、審査医師が、Web でログインして、審査が出来るようにしてください【アンケート調査】
- ・ 紙媒体の形式のデータ保存でなく、データのクラウド化をぜひとも検討いただきたい。特に、更新で再検討必要な場合に、過去の記録がその場ですぐに確認できないのは致命的である。個人情報の扱いで懸念があれば、データを識別番号などにするなど十分可能と考える【アンケート調査】

(その他)

- ・ 児童思春期分野の日常診療に加え、審査件数が急増しており、業務負担が大変です。病院勤務医ですが、時間外勤務 80 時間の常態化の中で、審査も行っています。審査医のモチベーションを上げるような対応を考えてほしい(報酬面など)【アンケート調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

（２）自治体向け調査結果

- ・ 今回のアンケート調査は、都道府県・指定都市 67 か所を対象として実施し、57 件（有効回収率 85.1%）の有効回答が得られた。また、アンケートに回答した自治体のうち 6 か所を対象としたヒアリング調査を実施した。

① 特別児童扶養手当（精神の障害）の審査状況

１）審査状況

- ・ ヒアリング調査では、支給対象障害児数について、近年増加傾向にある点は概ね共通しており、特に、「知的障害及び知的障害以外の精神障害」の新規申請が増加傾向であるとの回答が多かった。
- ・ 新規申請の状況については、都市部を中心に、未就学児の申請・認定が増えているとの報告があった。認定状況に関連して、非該当・却下となるケース例としては、発達障害がなく知的障害のみで IQ が基準より高い（IQ51 以上）のケースや、IQ が境界域で ASD 等が併存しているケースが挙げられた。
- ・ 特別児童扶養手当（精神の障害）の審査医の人数（令和 7 年 9 月 1 日時点）は、アンケートに回答した 57 か所のうち、28 か所が「1 名」、19 か所が「2～3 名」と回答し、多くの自治体では 1～3 名体制で審査していた。
- ・ ヒアリング調査を行った自治体では、1～2 名の医師に委託していた。審査頻度は週 1 回／人～月 1 回まで様々で、現在の人数で概ね不足感はないものの、審査医の高齢化により新しい審査医を探している自治体や、1 回の審査あたりの件数が多い自治体では審査医を増員しても良いかもしれないという意見も聞かれた。

２）特別児童扶養手当（精神の障害）の申請から審査までの流れ

- ・ ヒアリング調査結果から、申請から審査までの流れにおいて、役割分担に細かな違いがあったものの、いくつかのパターンが見られた。

<申請の受付>

- 市町村や区役所（指定都市の場合）の窓口で申請を受け付ける。
- 受け付けた際に、窓口となる担当部署に対して、診断書について現症日等の大きな不備がないか確認を依頼している自治体と、そこまでの対応を求めている自治体で対応が分かれている。
- 不備等のない申請書類は、窓口から特別児童扶養手当の担当課に進達される。

<診断書の不備などがあり照会する場合の対応>

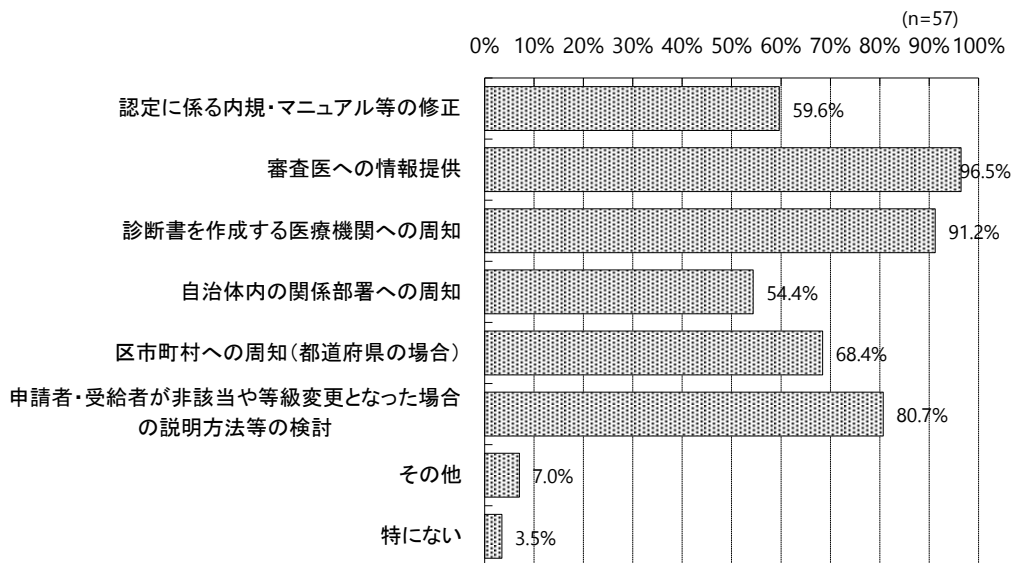
- 以下のパターンが見られた。
 - 申請を受け付けた市町村や区役所の窓口を介して、申請者や医療機関に照会する。
 - 都道府県・指定都市の特別児童扶養手当担当課から直接医療機関に照会する。

② ガイドライン案等の導入・運用に関すること

1) ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備

- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備（複数選択）について尋ねたところ、上位3位の回答が「審査医への情報提供（96.5%）」、「診断書を作成する医療機関への周知（91.2%）」、「申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討（80.7%）」であった。

図表 4-8 ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備（複数選択）【再掲】



a) 審査医への情報提供

- ・ アンケート調査では、審査医との共有について負担感を感じる意見と、必要な準備ではあるがそこまでの負担を感じていない意見とが混在していた。
- ・ ヒアリング調査でも、審査医への情報提供について、書面での共有から説明機会の設定まで対応方法は様々であったが、担当課から審査医に対し事前にガイドライン案等の変更点等を説明するとの意見が多数であった。また、個別のケースについて、ガイドライン変更による判断の仕方等を審査医から確認された場合は、担当課としては対応に窮する可能性もあるとの指摘もあった。

図表 4-9 事前準備が必要なこと_審査医への情報提供

（負担がある）

- ・ 疑義が生じるたびに国へ照会したり、審査医への再説明等が発生する【アンケート調査】
- ・ 医師会や自治体、障害認定審査医への説明は資料の準備や時間調整が難しいため、負担が大きい【アンケート調査】
- ・ 担当課としてどこまで審査医にガイドラインの内容を説明できるか懸念がある。1つ1つを国に確認しながら、このようなケースではこのように判断すると審査医に説明することまで求められると大変だと思う。例えば、審査医から「著しい生活上の支障というのはこのようなケースで認定してよいか」と具体的な話をされると、担当課も回答に窮する【ヒアリング調査】

（負担はない）

- ・ 県判定医へは、何度か新診断書やガイドライン(案)について触れているため、説明は比較的容易だと思う【アンケート調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

b) 診断書を作成する医療機関への周知

- ・ アンケート調査・ヒアリング調査ともに、医療機関への周知の必要性を指摘する意見とともに、その難しさが指摘されていた。具体的には、診断書を作成する医療機関は、指定制や登録制ではないため、小児科・精神科だけでなく様々な診療科の医師・病院から提出がある状況で、全ての医療機関に周知を行うことへの負担感が指摘された。
- ・ 周知方法については、医療機関への連絡チャネル・手段がない自治体では当該自治体のホームページに掲載する方法に留まるという回答や、医師会を通じてガイドライン案等を周知しつつ、めばしい医療機関には書面でも通知するといった回答まであった。同時に、周知用の説明資料を各自治体で作成することによって記載内容の差が生じることへの懸念や、周知資料送付にかかる事務負担や印刷・発送費用等の負担についても指摘があった。

図表 4-10 事前準備が必要なこと_診断書を作成する医療機関への周知

(周知への負担感)

- ・ 診断書作成医への判定ガイドラインや新診断書の作成方法の周知については、県内の精神科、心療内科、小児科等の医療機関に所属するすべての医師に行う必要があり、周知方法の検討を含め、負担がかなりある【アンケート調査】
- ・ 精神は認定数が多く影響が大きいと、過去一定期間の診断書発行医療機関を調べて周知する必要がある【アンケート調査】
- ・ 特別児童扶養手当の診断書の作成は指定医制度があるわけではないため、診断書を作成する医療機関に絞って情報を届けることが難しい。日常的に医療機関と連携している市内の他部局と連携して周知することが考えられる【ヒアリング調査】
- ・ 都道府県から自治体内の全医療機関に情報を届けるノウハウが不足している。現時点では考えられる周知方法としては、ガイドライン案等の導入に関する情報を都道府県のホームページに掲載すること【ヒアリング調査】
- ・ 診断書を作成する可能性がある医療機関と当市の医師会へのガイドライン案等の郵送に係る費用や対応業務が生じる【ヒアリング調査】

(周知するチャネルがなく、対応自体難しい)

- ・ 日頃からの接点がないため、診断書作成医に対する周知等が難しい【アンケート調査】
- ・ 医療機関へ周知するチャネルがない。現時点では、市から個別の医療機関への周知までは想定していない。市としてホームページで周知することは可能。担当課は医療所管部署ではなく、医療機関の連絡先リストを保有していないため、個別の医療機関への電話・メールでの連絡や集合研修を実施するのは難しい【ヒアリング調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

c) 申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討

- ・ ガイドラインの変更により非該当や等級変更となった場合の説明について、変更理由をどのように説明すると良いかの検討が必要であるという意見や、変更になったことへの問い合わせが増え、特別児童扶養手当の担当課や市町村等の申請受付窓口の問い合わせ対応の負荷を懸念する意見があった。

図表 4-11 事前準備が必要なこと_申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討

(説明対応への負担感)

- ・ 判定結果がこれまでと変更となった場合(非該当や等級変更)の申請者等に対する説明が大きな負担となることが想定される【アンケート調査】
- ・ 作成医や受給者からの問い合わせが急増することが見込まれ、当課や市町村に一時的な負担が生じる【アンケート調査】
- ・ 非該当や等級変更となった申請者・受給者からの問い合わせに対する当市の対応方針に関して事前の検討が必要。あわせて、実際に問い合わせに対応することになる区役所・支所の職員への説明も必要と考えている【ヒアリング調査】

(変更理由の説明方法の検討が必要)

- ・ 障害非該当となった場合に発行している「非該当理由書」の様式修正及び記載方法の検討【アンケート調査】
- ・ 等級変更や非該当になった場合、その理由を通知書とあわせて市町村から送付しているが、ガイドライン変更による等級変更は理由として説明しづらい。受給者からは行政の内部的な都合と捉えかねないため丁寧な説明が必要だと思う【ヒアリング調査】
- ・ 症状に変化はないが、現行の認定診断書では認定されていて新しい認定診断書では非該当になるケースがあった場合に、その理由の説明に苦慮すると思う。当市では、審査の結果特別児童扶養手当が非該当になった場合には、その理由を説明する通知書を発行し、申請者に送付している。ガイドライン案等の導入を理由に非該当になったことを説明する方法を検討する必要があるが、まだ検討できていない【ヒアリング調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

d) その他

- ・ その他、必要な事前準備やその課題等として、市町村などの申請窓口への周知や、本庁内の関係部署等への周知、ガイドライン案等導入時の具体的な運用の整理等への意見が見られた。

図表 4-12 事前準備が必要なこと_その他

(市町村等の申請窓口への周知)

- ・ 市町村の窓口で特別児童扶養手当の認定診断書を配布することが多いため、市町村に対して認定診断書の変更を周知するとともに、市町村の窓口担当者が申請者に変更点等を伝えられるよう事前に説明しておく必要がある【ヒアリング調査】
- ・ 経過措置の有無・内容によっては、区に対して、旧様式の診断書の取扱い等のすり合わせが必要になると思う。具体的には、各区にメール等で周知しつつ、マニュアルを改正し、年1回の説明会を通じて伝達するイメージである。複雑な内容であれば個別の説明機会を設ける可能性もある。一度受理した書類の修正には多大な労力がかかるため、区の窓口で申請したタイミングで書類を差し戻すかどうかで区の負担は変わってくる【ヒアリング調査】

(本庁内の関係部署等への周知)

- ・ 児童扶養手当の判定業務を担当する庁内の他部署(子育て部門)に対する情報提供が必要【ヒアリング調査】
- ・ 特別児童扶養手当の認定診断書で申請可能な障害児福祉手当や障害年金の担当、特別児童扶養手当を受給している場合に20歳まで受給可能になる児童扶養手当の担当にも周知する必要がある【ヒアリング調査】
- ・ 担当課が児童に関する助成等を所管する部署のため、ガイドライン案等の導入に際しては、障害福祉所管課への周知が必要である。加えて、当市において精神の障害がある児童への支援を行う機関(療育手帳の判定機関等)に対する周知も必要になる【ヒアリング調査】

(認定に係る内規・マニュアル等の修正)

- ・ 認定に係る事務処理に関するマニュアル(申請受付時に確認する事項等を記載)を市町向けに作成・共有し

ており、ガイドライン案等の導入に際して、マニュアルの修正や診断書チェックポイントリストの更新が必要【ヒアリング調査】

- ・ 業務マニュアルの修正については、形式的なもののため大きな負担はない。新様式の診断書の記載事項が細くなり、必須記載事項も増えた中で、どこまで形式不備として差し戻しとするかについては、業務マニュアルにて細かく指定する必要があるか【ヒアリング調査】

(その他)

- ・ 診断書を差し戻しにするレベルについて、まず旧様式で診断書が提出されたときの対応をどうするか。受理する場合は、何かで情報を補い新様式と同じ基準にする必要があるか【ヒアリング調査】
- ・ ガイドラインを導入したことによる各種(医師、市町村、受給者等)問い合わせ対応がとても負担になることが想定される【アンケート調査】
- ・ 審査医との調整(日常生活スコアの点数を事務担当で算出した上で審査を依頼するか等)【アンケート調査】
- ・ 同一審査医に依頼している自治体間でのスコア計算等の判定準備手順のすり合わせ【アンケート調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

2) ガイドライン案等の導入・運用に向けた準備や移行期間に関すること

a) 準備期間

- ・ アンケート調査にて、ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備期間(数値回答)を尋ねたところ、平均値 7.2、最小値 0.0、最大値 24.0(単位: か月)となっており、アンケートに回答した自治体の半数は1年以内の期間を回答した。
- ・ ヒアリング調査では、2~12 か月と様々な回答があり、その理由として、診断書を作成する医療機関を含む関係機関への周知や、診断書の様式をシステムに取り込んでいる医療機関におけるシステム改修に時間がかかるという意見や、周知・説明自体の期間は数か月で良いが、細かな点の疑問の解消対応まで含めると年単位での準備期間があると良いといった意見があった。

図表 4-13 必要な準備期間

(自治体内での準備・周知の負担)

- ・ 手引きの修正やガイドラインの周知に時間を要するため、少なくとも運用開始の1年以上前に詳細を示していただかないと、負担感としてはかなり大きなものになる ※必要な準備期間を「12 か月」と回答【アンケート調査】
- ・ 運用開始前年度など、準備期間に余裕があれば県内及び市町村への対応は可能だと思われるが、医療機関への周知は、都道府県から県内全ての医療機関へ周知するとなると、かなり負担があると思われる。※必要な準備期間を「6か月」と回答【アンケート調査】
- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けた準備期間として、周知・説明(審査医、区への説明、HP への情報掲示、近隣自治体とのすり合わせ)だけであれば2か月ほど必要。その後の疑問の解消対応まで含めると年単位で準備期間が必要【ヒアリング調査】

(診断書を作成する医療機関側の準備)

- ・ 自治体や認定診断書を作成する医療機関の中には、認定診断書をデジタル化して組織内のデジタルシステムに取り込んでいるところがあり、システム改修の時間が必要【ヒアリング調査】
- ・ 認定診断書を独自に電子化している医療機関では、費用や作業の手間等の問題で、ガイドライン案等の導入後すぐに新しい認定診断書の内容に改修するのが難しい。当市が新しい認定診断書の Excel ファイル形式のフォーマットを作成し、各医療機関に提供するように思う。移行期間終了後も新しい認定診断書に移行しない医療機関に対しては、お願いベースで移行を呼びかけることになると思う【ヒアリング調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

b) 移行期間・経過措置

- ・ 移行期間については、アンケート調査にて、ガイドライン案等の導入にあたり移行期間を設定する必要性（単数回答）を尋ねたところ、「設定が必要（75.4%）」の割合が最も高かった。移行期間が必要と思う理由等（自由記述式）としては、医療機関等への周知や、システム改修や運用を確認する期間といった、運用が定着するまでの準備期間を理由とする意見や、新旧の様式が混在する期間の対応のためや、継続申請が却下となる事例がある場合の経過措置を求める意見も見られた。
- ・ 特に新旧の様式が混在する期間での対応方針について、経過期間中に旧様式での提出があった場合にはそちらで審査を行いつつ、次回有期更新時には新しい様式を同封し新様式での提出を求めるといった具体的な意見も見られた。

図表 4-14 移行期間・経過措置

（実際に運用し確認する期間が必要）

- ・ 新しいガイドラインを実際に運用してみなければ、市町村や出先機関、審査医との細かな事務の流れが把握できないため【アンケート調査】
- ・ 新しいガイドラインが導入される際、既存の制度や運用とのギャップが生じる可能性があり、移行期間を設けることで、段階的に調整し、混乱を避けることができるため【アンケート調査】

（新旧様式を併用する期間が必要）

- ・ ガイドライン案等の導入後の移行期間について、1年程度必要だと思う。1年ほど前に特別児童扶養手当の認定診断書の様式変更を独自に行ったが、現在でも古い様式で認定診断書を作成する医療機関がある。なお、審査に大きく影響しないため、古い様式で提出されても特段指摘していない【ヒアリング調査】
- ・ 提出時期により新旧様式が混在するため、ダブルスタンダードの期間を2年間（認定有期）設けてほしい【アンケート調査】
- ・ 市町村が対象者に診断書を配布してから診断までのタイムラグもあるため、診断書の切り替えに当たり移行期間が必要と思われる（例：4月1日から新しい診断書での提出が必要だが、その前3か月程度も新旧どちらの診断書でも対応可能とする等）。なお、移行期間設定に当たっては、有期期月（3月、7月、11月）を意識した設定をお願いしたい【アンケート調査】
- ・ 移行期間中は旧様式でも受付を行い、順次有期更新時には新しい様式を同封し、新様式での提出を求める【アンケート調査】
- ・ 問い合わせ等に対応ができるようにしておく必要があるため。受給者への周知には有期更新の受診前に行う必要があり、移行期間を要すると考える。所得状況届などの対面での機会等を活用できるようにする【アンケート調査】
- ・ 紙面の診断書様式を申請希望者全員に配布しているが、申請段階では、医療機関の様式で提出されることが多い。申請者の状態に変化がない場合や有期再認定の場合、前回の内容をベースに診断書を提出されることが多いため、もし診断書の様式が新しくなった場合には、基本的な情報を含めて全て打ち直してもらうことになる。導入当初は旧様式で提出する医療機関が多いと思うので、もし移行期間がなく旧様式の申請を全て差し戻さなければならないとなると、自治体としても業務負担がある【ヒアリング調査】

（注釈）アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

3) ガイドライン案等の導入・運用に向けた課題・懸念

a) ガイドライン案等への意見、導入によるメリットや期待される効果

- ・ ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果については、スコア計算により点数化されることで判定がしやすくなる、点数化により判定理由を明確に説明できるようになる、といった意見が挙がっており、あわせて審査医の負担軽減にもつながる効果が期待されていた。

図表 4-15 ガイドライン案等への意見、導入によるメリットや期待される効果

- ・ 地域や審査医によらず、障害に対し定量的なスコアを用いた画一的な評価・判定ができるようになること【アンケート調査】
- ・ 日常生活能力の判定は、年齢相応なのか、年齢不相応なのかで判断が異なってくると思われるため、明確化されることで状態像の把握に資すると思われる【アンケート調査】
- ・ 診断書に記載する内容がより詳細になるため、より多くの情報を基に審査できる。審査医の入れ替わりが生じる際に、引継ぎ用資料として利用できる【アンケート調査】
- ・ 申請者に対して、ガイドライン等に基づき、降級等の理由等についてより具体的な説明を行うことができる【アンケート調査】
- ・ これまでもガイドラインの項目は考慮できていると思うが、それが明文化されたことは審査医の安心感に繋がると思う。審査医のもっている目安感も、導入後は表により明確になるので、慣れてくれば判定も実施しやすくなると思う【ヒアリング調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

b) ガイドライン案等の導入・運用直後の課題・懸念

- ・ ガイドライン案等の導入・運用直後の課題・懸念について、①診断書の作成に関すること、②審査に関すること、③自治体の事務処理や業務負担に関することの3つに大別できた。
- ・ 診断書の作成に関しては、これまで把握してないと思われる情報の記載も求めることになり、新様式での診断書作成の負担や記載不備で提出される可能性、医療機関によってはカルテが電子化されており新様式で診断書を作成するためにはシステム改修が必要になる可能性が指摘された。
- ・ 審査に関しては、一部の地域では独自に追加した項目を審査の目安として活用していたこともあり、新様式になった場合に判定が難しくなる可能性や、現行の審査では非該当だった方がガイドラインの導入により該当となる場合の対応を懸念する声が聞かれた。
- ・ 自治体の事務処理や業務負担に関しては、旧様式で申請があった場合の対応を懸念する意見や、ガイドライン案では「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」とあるが、申請数が多い月にはそこまでの対応が難しくなる可能性（業務負荷を懸念）を指摘する意見、ガイドラインによる審査に慣れるまでの期間に業務量が増え審査の遅延が生じる可能性等が指摘された。

図表 4-16 ガイドライン案等の導入・運用直後の課題・懸念

診断書の作成に関すること

(新しい様式での作成にかかる負担感)

- ・ 新様式について、認定機関としては判定材料が増え大変ありがたいが、医療機関の負担がかなり大きいように思われる。教育歴や福祉サービス利用状況等、病院での診断において把握していない情報もあり、診断書作成を断る医療機関が出てくる可能性も考えられる。一部の医療機関に集中し、特に再認定時には期限内に診断書作成が間に合わなくなる可能性がある【アンケート調査】
- ・ 日常生活能力において、市では3歳以下の児童で療育手帳の判定をうけていない場合、診断書作成医に年齢相応なのか不相応なのかを照会しているが、判断がつかないと回答されることがあり、診断書の様式に○が付されてこない、または「不明」とされることが多くなることが予想されるので、その際の対応についての検討が必要になる(この件についての問い合わせが増えることも懸念される)【アンケート調査】

(記載不備等の増加等)

- ・ 診断書作成医のガイドライン等の理解不足による診断書の記載不備の増加。特に新たな判断基準かつ記載事項である、⑫欄の「年齢相応・不相応」の記載漏れが想定される【アンケート調査】
- ・ 旧様式で申請された場合、申請者に新様式を提出し直すよう要請した際に、医療機関が診察費又は診断書

作成費を再度申請者に求める可能性がある(現状でも、診断書発行費がかかることに対する苦情が時々寄せられる)【アンケート調査】

(システム改修の必要性)

- ・ カルテの電子化を導入している医療機関は、システム改修が必要となると思われる。電子カルテにようやく慣れた PC が苦手な医師もあり(プリンターの設定の問題か、記載内容が枠に収まらず、印字されていない診断書が散見)、診断書の統一には時間を要すると思われる【アンケート調査】
- ・ 診断書を作成する医療機関への周知。大きい病院はシステムに診断書のフォーマットが組み込まれているため、改修にも時間がかかる。また、古い診断書様式で提出してきた時の対応が困難【アンケート調査】

診査に関すること

(適切な診断書の記載や、審査方法の見直しの可能性)

- ・ 考慮すべき要素が多く、かなり具体的に診断書を記載してもらわないと、診断書の内容を医療機関に照会したり、受給者に聞き取りしたりするケースが増え、認定に時間と労力を要する。福祉サービス支援など、診断書に〇があっても、具体的な状況を読み取れない場合が多いことが予想される。障害等級の目安で「1-2級」や「2級-非該当」の幅がある場合には、総合的評価において自治体や審査医の裁量によるところが大きいように感じる【アンケート調査】
- ・ 現行の認定診断書の医学的総合判定の欄に「軽度」「中度」「重度」の程度区分の選択肢を追加している。医学的総合判定が「軽度」の場合には原則非該当とする運用となっているため、新しい認定診断書に移行してこの選択肢がなくなると、判定が難しくなり、非該当時の理由説明にも苦慮すると考えられる【ヒアリング調査】

(非該当や等級変更等、審査結果への影響)

- ・ 審査結果への影響について、新しいガイドラインになったからといって非該当が大きく増えるといったことはないと思う。総合的な評価を行うにあたって、スコア区分によりおおまかな目安はつけることができると思うが、2級か非該当かどちらになるか迷うケースは、審査医の裁量によって差が出てしまうかもしれない【ヒアリング調査】
- ・ ガイドライン案等の導入前後で症状に変化はないのに、現行の認定診断書では非該当で、新しい認定診断書では該当になるケースが考えられる。その場合に、これまで受給できなかった分の特別児童扶養手当はどうなるのかといった照会の可能性がある【ヒアリング調査】

事務処理や業務負担に関すること

(ガイドライン施行後に旧様式で申請があった場合の対応)

- ・ 旧様式の診断書の提出はどの程度認めるのか。また、双方の様式を認める場合、評価基準に差が生じ、平等性が担保されない可能性があるが、どのように取り扱うべきか。要領案によると、〇の付け方や記載の方法にかなり細かい決まりがあるように思える。どのように周知するか(市内の医療機関すべてに周知連絡するのは現実的でない)【アンケート調査】
- ・ 現状において、過去の法改正前の診断書を用いて作成する医療機関もあり、また手書きの診断書も多くあるため、精神の障害で特児用診断書を書き得る全ての医療機関へ周知することが望ましいと思うが、おそらく旧様式での診断書様式を用いて作成する医療機関が起り得る。その場合に都道府県としてどう対応するか、旧様式でも判定するか、新様式で書き直すよう依頼するか、判断しかねるケースが発生する可能性がある【アンケート調査】
- ・ 様式が混ざった場合、どのように審査していくべきか、示してもらえるとありがたい。新様式は新しいガイドラインでみる、旧様式は旧ガイドラインでみるとなると、基準が異なってしまうだろうし、他方で、新様式にだけある項目もある。新旧様式が混ざった審査においては、新旧を分けるように整理する等の対応が必要だと思う【ヒアリング調査】
- ・ 現行の認定診断書と新しい認定診断書の両方で申請がある場合に、医療機関への照会業務や郵送費用等の自治体側の財政的負担が増加する可能性がある【ヒアリング調査】

(ガイドライン施行後の再認定(下位等級への変更や非該当への変更を検討する場合))

- ・ ガイドライン案※では、再認定時、前回認定時の診断書等の確認や受給者等への照会することが求められているが、申請数が多い月には、大きな負担となると予想される。過去の診断書等は、一定期間保管しているものの、申請時期が申請者によって異なるため、過去の資料を探し出すのに時間がかかる。また、受給者や家族、作成医への聞き取りは、審査医が行うのか、行政職員が行うのか。仮に行政職員が聞き取りを行う場合でも、その内容をもとに、等級を決定することは難しい【アンケート調査】

※調査実施時のガイドライン案には、再認定時の留意事項として、「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。」との記載がある。

- ・ これまでの診断書によりすでに判定された障害等級の扱い(すでに判定済みの診断書については特別児童扶養手当の有期期限まで有効となっているが、様式が改定されたあとも同様の扱いとできるのか)【アンケート調査】

(移行に際し判定業務の遅延が生じる可能性)

- ・ 判定に使用するスコアの計算を医師が行う必要が生じることにより精神障害の判定業務の遅延が生じる可能性がある点。記載箇所が増加することにより記入漏れの可能性が高くなること(医療機関への確認の事務作業が増加する可能性があること)【アンケート調査】

(業務負担の増加)

- ・ ガイドラインの導入にかかる運用手順等の作成及び県内市町村、関係医療機関への周知・徹底について、業務負担の増大が見込まれる。その他ガイドライン、診断内容(様式)の改定に伴う受給者(対象児童)の等級変更や診断方法の相談・変更クレーム対応等により業務負担の増大が見込まれる【アンケート調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

c) ガイドライン案等の導入・運用後の継続的な課題・懸念

- ・ ガイドライン案等の導入・運用後の継続的な課題・懸念としては、新様式のスコア計算が業務負担になるため誰が対応するのか検討が必要という意見や、2級/非該当の判断についてはガイドラインを導入しても迷うという意見があった。
- ・ なお、もしガイドラインを公開した場合の影響については、認定が有利になるよう調整される可能性は指摘されたものの、現行の審査においてもホームページ上に判定基準を掲載しており影響はないとする意見もあった。

図表 4-17 ガイドライン案等の導入・運用後の継続的な課題・懸念

(スコアの計算)

- ・ スコアの事前計算は自治体で行うと思われ、有期更新の時期には件数が多く負担が重くなることが想定される。慣れるまでは判定に時間がかかると思われる【アンケート調査】
- ・ 判定に使用するスコアの計算を医師が行うことの負担。この負担により判定医が当該業務を辞退した場合に、新たな判定医を選定する負担【アンケート調査】
- ・ 認定診断書の作成時にスコア計算を行ってくれる医療機関もあると思うが、基本的には都道府県や市町村がスコア計算を行うことを想定している。現状有期末には大量の申請があり負担がある状況で、さらに負担が生じるのではないかと。診断書作成時に自動でスコア計算を行う数式を診断書の中に組み込んでもらえるとうれしい【ヒアリング調査】
- ・ 日常生活能力のスコア計算の方法(選択肢と点数の対応関係等)を診断書内に記載してもらえるとスコアの計算がしやすくなる【ヒアリング調査】

(ガイドラインの公開による影響)

- ・ 判定ガイドラインが公になることにより、診断書の記載時に診断書の記載内容が認定に有利になるよう調整される可能性(特に障害等級の判断の元とされる「⑫日常生活の能力の判定」及び「⑬障害のため要する援助の程度」の記載)。判定ガイドラインや新診断書に診断書作成医が慣れるまでの間の医療機関の負担。それに伴い、有期末の医療機関混雑のために診断書の作成に時間を要し、認定に遅延が生じる可能性【アンケート調査】
- ・ 等級が下がったり、非該当になったりした場合、「ここが当てはまっているのではないかと」問合せを行う根拠となり、照会が増える可能性がある【ヒアリング調査】
- ・ 特別児童扶養手当(精神の障害)のガイドライン案等が公表されることによるデメリットはないと考えている。現行の認定診断書においても、判定の結果非該当になった申請者に対して、当市のホームページ上に掲載

されている国の判定基準を案内している【ヒアリング調査】
(2級／非該当の判断)
 ・ 非該当と判定するには明確な理由がないと難しい。少しでも2級に係るような内容、申告、聞き取りがあるのであれば、2級に認定せざるを得ない部分もある。新しいガイドラインでは、福祉サービスを受けることで生活できている場合や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、状況を踏まえて2級の可能性を検討、などと記載があるが、申告内容を踏まえて判断するほかない【ヒアリング調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

4) ガイドライン案等の導入・運用に向けた国への要望

- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けた国への要望として、以下の回答があった。
 - 医療機関への周知：幅広い診療科・病院に対し周知が必要なため、自治体からの周知だけでなく、国から全国の医師会等への周知を行ってもらえると良いといった意見があった。
 - 説明会や周知用資料の作成：医師や自治体向けの説明会の開催や、制度変更等に関する説明文書のフォーマットを作成してもらえると良いといった意見があった。
 - 運用における Q&A や対応方針の整理：ガイドライン導入に伴う変更点や対応表（医療機関への説明用）や、旧様式での提出があった場合の対応、国への照会があった場合にその内容と回答を都道府県市と共有といった回答があった。
 - 準備期間・経過措置の設定や、導入スケジュール等の適宜共有：旧様式での申請を受け付ける等の経過措置や、準備期間の設定、早期に導入スケジュールの提示といった要望があった。

図表 4-18 ガイドライン案等の導入・運用に向けた国への要望

(医療機関への周知)
 ・ 申請者がどの病院で診断書をとるか不明であり、県内すべての小児科、精神科のある病院にガイドラインを送付することになるため、各病院への周知については国が行うべきであると考え【アンケート調査】
 ・ 全国の医師会を通じて国から医療機関に対しての通知を発信してもらえると、都道府県からの周知を行いやすくなるのではない【ヒアリング調査】
 ・ 医療機関への周知は国でも実施してもらえるとよい。医療機関も縦割りの連絡網があると思うので、その中で周知・協力依頼をしてもらえると有難い【ヒアリング調査】

(説明会の開催や周知用資料の作成)
 ・ 医師会及び自治体に対する説明会を開催してもらいたい。また、申請者に対する審査方法が変更になることを知らせるパンフレット等を作成してもらいたい【アンケート調査】
 ・ 医師、受給者への説明文、通知文の作成【アンケート調査】
 ・ 各都道府県で医療機関向けの説明文書を作成すると、都道府県間で記載内容に差が生じてしまう恐れがある。特別児童扶養手当は全国一律の制度であるため、国に説明文書を作成してもらえると都道府県の負担が軽減すると思う【ヒアリング調査】

(運用における Q&A や対応方針の整理)
 ・ ガイドライン案等の導入に伴う変更点の一覧表や対応表を作成してもらえると、自治体から医療機関に説明しやすくなる【ヒアリング調査】
 ・ 旧様式の診断書での提出が一定数あると思われるため、旧様式での提出があった場合の対応、Q&Aなどを示してほしい【アンケート調査】
 ・ 複雑な世帯状況の方からの申請が増えている中で、都道府県から国への照会も増えていると思う。年に1回程度、国への照会内容とその回答を都道府県に共有してもらえるとありがたい【ヒアリング調査】

(準備期間・経過措置の設定や、導入スケジュール等の適宜共有)
 ・ ガイドライン案等導入による混乱を最小限にするため、一定期間、旧様式での提出も受け付けるなどの経過措置を設けるよう要望します【アンケート調査】

- ・ 導入前の準備期間を、できれば繁忙期(年度末・年度初め)を除いて設けてほしい【アンケート調査】
 - ・ 早い段階で、ガイドライン案等導入スケジュールを提示していただきたい【アンケート調査】
- (その他)
- ・ 移行前に診断書作成医や判定医に対し、判定ガイドラインや新診断書についての説明会を開催してほしい。判定ガイドライン及び新診断書の導入直後には非該当件数が増えることも想定されることから、障害程度の再認定で非該当となった場合、有期満了月を「資格喪失日」とする取扱いに変更することで、返還が生じないようにしてほしい【アンケート調査】

(注釈) アンケート調査結果から引用しているものは【アンケート調査】、ヒアリング調査結果から引用しているものは【ヒアリング調査】と記載。

2. まとめ

(1) ガイドライン案等の検証結果

- ・ 全国の特別児童扶養手当（精神の障害）の審査を行う医師（以下、「審査医」とする）に、ガイドライン案と模擬症例による、模擬審査を行っていただいたところ、ガイドライン案の導入により、概ね審査のばらつきを抑えられることが示唆された。また、ガイドライン案の導入による判定基準の変化の傾向については、これまでの審査のばらつきが一定程度抑えられることで、地域単位でみると、やや厳格になる可能性のある地域もあれば、ほとんど影響が想定されない地域もあると考えられた。軽度知的障害や神経症圏等、該当／非該当で悩むことが多い症例については、判定基準が緩和される可能性のある地域もあると考えられた。
- ・ 今回のガイドライン案と障害年金（精神の障害）との判定基準に関する整合性については、有識者からは、概ね整合性が図られているとの意見があった。なお、子どもの場合は成長に伴い状況等が変化し、特別児童扶養手当の受給対象者から次回の更新時に非該当になる可能性があることから、障害年金に限らず、一度受給できたとしても永続的に受給できるとは限らないという制度の理解促進の必要性も指摘された。

(2) ガイドライン案等の導入・運用に向けた準備と課題・懸念

① 必要な準備とそれに伴う課題

- ・ ガイドライン案等の導入・運用に向けては、様々な準備の必要性と課題・懸念が挙げられた。本節では、特に課題として挙がっていた、「審査医への情報提供」と「診断書を作成する医療機関への周知」の2点について整理する。

1) 審査医への情報提供

- ・ 都道府県・指定都市に対しガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備を尋ねたところ、最も多かった回答は、審査医への情報提供であった。審査医への情報提供に関する課題・懸念としては、自治体職員が審査医に対してガイドラインの内容をどこまで説明できるのか、特に具体的なケースについて審査医から照会されても回答できるかどうかを懸念する意見が聞かれた。
- ・ また、今回の調査では、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」で作成されたガイドライン案等を用いて意見を伺ったところ、診断書の様式やガイドライン案に対する修正の要望が寄せられており、特にガイドライン案については、読み手によって想定する内容が異なる可能性が示唆された。
- ・ あわせて、審査医からは、ガイドラインの変更に際して審査医向けの研修や説明会の開催を求める意見が寄せられた。具体的には、新しいガイドライン導入の背景説明や、ガイドライン自体の内容説明への要望があった。

2) 診断書を作成する医療機関への周知

- ・ 診断書の作成に関しては、現在も精神科医や小児科医だけでなく、多様な診療科の医師・医療機関が診断書を作成しており、作成者によって記載内容が大きく異なっていることが指摘された。
- ・ 診断書の新様式やガイドライン案等の導入に際しては診断書を作成する医療機関への周知が不可欠であるが、一部の自治体では、診断書を作成している医療機関が多岐にわたるため、全ての医療機関への周知が難しいことや、担当課として医療機関との直接的な接点がなく周知が困難であること等が課題として指摘された。また、医療機関に対し周知可能な場合も、医師会や関係する医療機関にガイドライン案等を郵送する可能性があり、その郵送費用や対応業務が発生することを課題に挙げる自治体もあった。
- ・ これらのことから、診断書を作成する医療機関に対する周知においては、①診断書に審査に必要な情報が含まれるように促すための周知と、②診断書の変更やガイドラインの導入に関する周知の2つの要素が求められると考えられた。

② 準備期間・移行期間について

- ・ 都道府県・指定都市調査では、移行に伴う準備期間として、0 か月～24 か月と幅広い回答があった。特に医療機関等の関係機関への周知に時間を要することや、診断書を作成する医療機関側でのシステム改修等の準備に時間がかかることから、年単位の準備期間が必要であるとの指摘があった。
- ・ また、移行期間・経過措置について、新様式と旧様式が混在する期間が発生することが見込まれることや、継続申請が却下となる事例がある場合の経過措置を求める意見も見られた。
- ・ なお、新旧の様式が混在する期間がある場合の対応について、国に方針を示してほしいという意見が複数寄せられた。考えられる対応方法として、次のものが挙げられた：
 - 移行期間中では旧様式の診断書も受理し、現行の方法で審査を行い、次回以降新様式での提出を求める
 - 旧様式の診断書であっても追加情報を収集し、新ガイドラインに沿って審査を行う
 - 移行期間はなく、旧様式で提出があったものは新様式で提出し直してもらう
- ・ ガイドライン案等の導入については、診断書の様式も変更になることから、事前準備に一定の時間を要することが想定される。自治体や医療機関等での円滑な準備のため、導入スケジュールや経過措置・期間の設定等について適宜共有していくことが重要と考えられた。

参考資料

- アンケート調査票
- 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）※
- 特別児童扶養手当認定診断書※

※ガイドライン素案及び認定診断書の様式は、「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 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 行政政策研究分野厚生労働科学特別研究）」において作成されたものである。

「特別児童扶養手当（精神の障害）の等級判定ガイドラインの運用上の課題等に関する調査研究」

審査医向けアンケート調査 調査票サンプル

< 調査の対象 >

- 本調査の対象は、特別児童扶養手当（精神の障害）の認定において、障害の状態を審査している医師の方です。

< 回答の方法 >

- 本調査票は、サンプルです。設問内容の事前確認や回答の準備等でご活用ください。回答にあたっては、Web 上であてはまる番号をご回答ください。
【回答用 URL】
- Web 調査画面で、回答の一時保存が可能です。Web 調査画面への入力時に、回答の一時保存を行いたい場合は、最初の設問でメールアドレスの入力をお願いいたします。その後、ご回答いただいたメールアドレス宛に回答用 URL をお送りしますので、以降の回答は当該 URL よりお願いいたします。
- Web 画面は、操作のない時間が 30 分ほど経過するとセッション切れとなりますので、ご注意ください。

< 模擬調査について >

- 本アンケート調査では、模擬調査をお願いしています。模擬症例集やガイドライン案等を参照の上、模擬症例集の前半に掲載された必須回答用の 5 症例について、現在の判定基準での模擬審査、ガイドライン案に基づく模擬審査の順に審査をお願いします。
- 5 症例を超えたご対応が可能な場合は、後半にある任意回答用の症例（5 症例分）も審査いただけますと幸いです。

< 入力制限等について >

- SA は単数回答（１つだけ選択）、MA は複数回答（あてはまるもの全てを選択）、FA は自由回答、NA は数値入力のことです。
- 「その他」等の選択肢の後にある（ ）は、FA（自由回答）欄です。
- 「【同時選択不可】」は、MA（複数回答）の設問で、他の選択肢と同時に選びいただくことができない選択肢に記載しています。（WEB 上では同時に選択できないよう設定されています）
- 「【問●で○を選択した場合】」等の記載がある箇所については、Web 上で回答内容に応じて、設問の表示設定・入力制御を行っております。Web 上で設問が表示されない場合は、分岐の設問を正しく選択しているかご確認ください。

0. Web 調査画面における回答の一時保存について

設問	形式	選択肢
問1. Web 調査画面での入力において、一時保存機能を使用しますか ご回答いただいたメールアドレス宛に回答用 URL をお送りしますので、以降の回答は当該 URL よりお願いいたします 【必須回答】	SA	1. 使用する 2. 使用しない
【問1で1.を選択した場合】 問2. 一時保存の設定に用いるメールアドレスを入力 以下の＜個人情報の取扱い＞にご同意の上、ご連絡先等をご記入ください。	FA	

< 個人情報の取扱いについて >

- ・ お預かりする個人情報（メールアドレス）は、調査回答の一時保存のために利用させていただきます。
- ・ お預かりした個人情報は、法令等に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしません。
- ・ お預かりする個人情報は、当社の「個人情報保護方針」 <http://www.murc.jp/corporate/privacy> および「個人情報の取り扱いについて」 <https://www.murc.jp/corporate/privacy02/> に従って適切に取り扱います。
- ・ お預かりした個人情報は、集計作業等のために預託することがございます。その際には十分な個人情報保護水準を備えた業者を選定し、契約等により保護水準を維持するよう管理します。
- ・ お預かりしている個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、次の連絡先までご連絡ください。
三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社 社会政策部 信國、古賀、西尾、清水、山田（teate@murc.jp）
- ・ メールアドレスを登録いただけない場合、一時保存機能が使用できません。

1. 基本情報

設問	形式	選択肢
問3. 診療科	MA	1. 小児科 2. 精神科 3. その他（ ）
問4. 特別児童扶養手当（精神の障害）の審査を行っている都道府県・指定都市名 【必須回答】	FA	

2. ガイドライン案等の導入に向けた模擬認定について

特別児童扶養手当（精神の障害）の認定にあたり、等級判定ガイドラインの導入及び特別児童扶養手当認定診断書の改訂を検討しています。

等級判定ガイドライン案と模擬診断書（同一の症例における現行版の診断書、改訂案の診断書の２種類）をご確認いただき、現行版の診断書をもとにした現在の判定基準での審査、改正案の診断書をもとにしたガイドライン案に基づく審査の実施をお願いします。なお、模擬審査にあたってはガイドライン案の影響を避けるため、必ず現在の判定基準での審査を先に実施してください。

（０）模擬症例のパターン

模擬症例は２パターンをランダムでお送りしているため、症例集のパターン（ＡかＢか）の選択をお願いします。

設問	形式	選択肢
問5. 模擬症例のパターン（模擬症例の表紙に記載されているパターン名） 【必須回答】	SA	1. Aパターン 2. Bパターン

（１）必須審査５症例について

症例集の前半に掲載をしている「必須審査の５症例」について模擬審査の結果を回答ください。

現行の判定基準に基づく審査結果

設問	形式	選択肢				
問6. 現在の判定基準に基づく審査結果	SA	現在の判定基準で審査した結果を、症例ごとに1つ選択 症例番号は症例集の診断書右上に記載しています				
		<table><tr><th>症例番号</th><th>審査結果</th></tr><tr><td>【症例：現1】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr></table>	症例番号	審査結果	【症例：現1】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能
		症例番号	審査結果			
		【症例：現1】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能			
		<table><tr><td>【症例：現2】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr></table>	【症例：現2】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能		
【症例：現2】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能					
<table><tr><td>【症例：現3】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当</td></tr></table>	【症例：現3】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当				
【症例：現3】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当					

設問	形式	選択肢	
			4. 判定不能
		【症例：現 4】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能
		【症例：現 5】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能
【問 6 で「 4 . 判定不能」を選択した場合】 問7. 判定不能の理由	FA	Web 上では、問 6 で判定不能を選択した症例についてののみ、回答欄が表示されます 【症例：現 1】 () 【症例：現 2】 () 【症例：現 3】 () 【症例：現 4】 () 【症例：現 5】 ()	

ガイドライン案に基づく審査結果

設問	形式	選択肢								
問8. ガイドライン案に基づく審査結果	SA	ガイドライン案に基づき審査した結果を、 症例ごとに1つ選択 症例番号は症例集の診断書右上に記載して います								
		<table><tr><th>症例番号</th><th>審査結果</th></tr><tr><td>【症例：新1】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新2】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新3】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当</td></tr></table>	症例番号	審査結果	【症例：新1】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：新2】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：新3】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当
		症例番号	審査結果							
		【症例：新1】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能							
		【症例：新2】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能							
【症例：新3】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当									

設問	形式	選択肢						
		<table><tr><td></td><td>4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新４】</td><td>1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新５】</td><td>1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr></table>		4. 判定不能	【症例：新４】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：新５】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能
	4. 判定不能							
【症例：新４】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能							
【症例：新５】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能							
【問 8 で「４．判定不能」を選択した場合】 問9. 判定不能の理由	FA	Web 上では、問 8 で判定不能を選択した症例についてのみ、回答欄が表示されます 【症例：新１】 () 【症例：新２】 () 【症例：新３】 () 【症例：新４】 () 【症例：新５】 ()						
問10. ガイドライン案に基づく審査で迷ったことや、判定結果に差が出た場合の理由、申し送りなど（あれば） Web 画面上では、あなたが回答した問 6「現行の判定基準に基づく審査結果」と問 8「ガイドライン案に基づく審査結果」が再掲されますので、差異がある場合はその理由を含めてご回答ください	FA	【症例：新１】 () 【症例：新２】 () 【症例：新３】 () 【症例：新４】 () 【症例：新５】 ()						

（２）任意審査 5 症例について

症例集の後半に掲載をしている「任意審査の 5 症例」について、可能であれば、審査の上、結果をご回答ください。

設問	形式	選択肢
問11. 任意審査用の 5 症例についての回答可否 【必須回答】 任意審査用の 5 症例については、ご協力が必要な場合のみご回答ください。	SA	1. 回答する 2. 回答しない → P.8 の問 17 に進んでください

現行の判定基準に基づく審査結果

設問	形式	選択肢												
問12. 現在の判定基準に基づく審査結果	SA	現在の判定基準で審査した結果を、症例ごとに1つ選択 症例番号は症例集の診断書右上に記載しています <table><thead><tr><th>症例番号</th><th>審査結果</th></tr></thead><tbody><tr><td>【症例：現6】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：現7】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：現8】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：現9】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：現10】</td><td>1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr></tbody></table>	症例番号	審査結果	【症例：現6】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：現7】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：現8】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：現9】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：現10】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能
症例番号	審査結果													
【症例：現6】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：現7】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：現8】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：現9】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：現10】	1. 1級 2. 2級 3. 非該当 4. 判定不能													
【問12で「4. 判定不能」を選択した場合】 問13. 判定不能の理由	FA	Web上では、問12で判定不能を選択した症例についてのみ、回答欄が表示されます 【症例：現6】 () 【症例：現7】												

設問	形式	選択肢
		(【症例：現 8】 (【症例：現 9】 (【症例：現 10】 (

ガイドライン案に基づく審査結果

設問	形式	選択肢												
問14. ガイドライン案に基づく審査結果	SA	ガイドライン案に基づき審査した結果を、 症例ごとに1つ選択 症例番号は症例集の診断書右上に記載して います <table><tr><th>症例番号</th><th>審査結果</th></tr><tr><td>【症例：新 6】</td><td>1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新 7】</td><td>1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新 8】</td><td>1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新 9】</td><td>1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr><tr><td>【症例：新 10】</td><td>1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能</td></tr></table>	症例番号	審査結果	【症例：新 6】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：新 7】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：新 8】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：新 9】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能	【症例：新 10】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能
症例番号	審査結果													
【症例：新 6】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：新 7】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：新 8】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：新 9】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能													
【症例：新 10】	1. 1 級 2. 2 級 3. 非該当 4. 判定不能													
【問 14 で「 4 . 判定不能」を選択した場合】 問15. 判定不能の理由	FA	Web 上では、問 14 で判定不能を選択した 症例についてのみ、回答欄が表示されます 【症例：新 6】 ()												

設問	形式	選択肢
		【症例：新 7】 (【症例：新 8】 (【症例：新 9】 (【症例：新 1 0】 (
問16. ガイドライン案に基づく審査で迷ったこと、判定結果に差が出た場合の理由、申し送りなど（あれば） Web 画面上では、問 12「現行の判定基準に基づく審査結果」と問 14「ガイドライン案に基づく審査結果」が再掲されますので、差異がある場合はその理由を含めてご回答ください	FA	【症例：新 6】 (【症例：新 7】 (【症例：新 8】 (【症例：新 9】 (【症例：新 10】 (

3 . ガイドライン案等の導入・運用について

設問	形式	選択肢
問17. ガイドライン案の導入による、判定基準の変化の傾向 「緩和する」は、支給対象者が増える、1 級が増える等の影響が出ること、「厳格になる」は、非該当が増える、2 級が増える等の影響が出ることを想定しています 主観で結構ですので、 <u>最も当てはまるもの 1つを選択</u> ください	SA	1. 判定基準は緩和する 2. 判定基準はやや緩和する 3. 判定基準はやや厳格になる 4. 判定基準は厳格になる 5. その他（ 6. 影響はほとんどない・ない 7. わからない
【問 17 で 1 . ～ 5 . を選択した場合】 問18. ガイドライン案の導入によって、審査結果への影響が想定されるケースの状態像・影響の内容	FA	

設問	形式	選択肢
主観で結構ですので、影響が想定されるケースとして思いつくものがあれば記載ください		
問19. ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備	MA	1. 等級判定ガイドライン等の学習 2. その他（ ） 3. 特にない（同時選択不可）
【問19で1.又は2.を選択した場合】 問20. ガイドライン案等の導入・運用に向けて審査医として必要な準備期間 大まかな目安で記載いただいて結構です	NA	約（ ）か月
問21. ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果（あれば）	FA	
問22. ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念（あれば）	FA	
問23. ガイドライン案等の導入・運用に向けての国・自治体への要望（あれば）	FA	

- ・ お預かりする個人情報は、当社の「個人情報保護方針」 <http://www.murc.jp/corporate/privacy> および「個人情報の取り扱いについて」 <https://www.murc.jp/corporate/privacy02/> に従って適切に取り扱います。
- ・ お預かりした個人情報は、集計作業等のために預託することがございます。その際には十分な個人情報保護水準を備えた業者を選定し、契約等により保護水準を維持するよう管理します。
- ・ お預かりしている個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、次の連絡先までご連絡ください。
三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社 社会政策部 信國、古賀、西尾、清水、山田（teate@murc.jp）
- ・ 以下の内容にご回答いただけない場合、ヒアリング調査に関するお問い合わせに対し、弊社からお答えできない場合があります。

設問	形式	選択肢
F1. ご連絡先 備考欄は、弊社よりご連絡する際の留意点等がある場合にご活用ください。特にない場合は空欄で結構です。	FA	ご担当の自治体名： ご所属先名： 氏名： 氏名（ふりがな）： 連絡先（メールアドレス）： 連絡先（電話番号）： 備考欄：

回答後、回答確認画面が表示されます。

「送信する」ボタンをクリックすると、あなたの答えが送信されます。

なお、送信後は回答の修正はできませんのでご注意ください。

以上

4. ヒアリング調査ご協力の可否

- ◇ 本アンケート調査結果を踏まえ、以下のようなヒアリング調査の実施を予定しております。
 - 調査内容：・ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果、影響
 - ・ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備、期間の目安
 - ・ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題
 - 調査方法：オンライン
 - 所用時間：最大1時間程度
- ◇ ヒアリング調査にご協力いただける場合は、以下の＜個人情報の取扱い＞にご同意の上、ご連絡先等をご記入ください。ご協力が難しい場合は回答不要です。
- ◇ ご協力をお願いする際は、弊社（三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社）より、改めてご連絡をさせていただきます。

<個人情報の取扱いについて>

- ・ 以降でお預かりする個人情報は、ヒアリング調査のご連絡のために利用させていただきます。
- ・ お預かりした個人情報は、法令等に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしません。

「特別児童扶養手当（精神の障害）の等級判定ガイドラインの運用上の課題等に関する調査研究」

都道府県・指定都市向けアンケート調査 調査票サンプル

< 回答にあたって >

- **本調査票は、サンプル**です。回答にあたっては、Web 上であてはまる番号をご回答ください。
【回答用 URL】
- WEB の回答画面では、**回答の一時保存ができません**。回答前に設問内容を確認されたい場合は、本調査票サンプルをご活用ください。本調査サンプルの郵送・メールによる回答は不要です。
- 本調査対象は、**都道府県・指定都市**です。ご回答者は、**特別児童扶養手当の認定業務を行う部署の方**を想定しております。

< 入力制限等について >

- **SA は単数回答（１つだけ選択）** MA は複数回答（あてはまるもの全てを選択） FA は自由回答、NA は数値入力のことです。
- 「その他」等の選択肢の後にある（ ）は、FA（自由回答）欄です。
- 「【同時選択不可】」は、MA（複数回答）の設問で、他の選択肢と同時に選びいただくことができない選択肢に記載しています。（WEB 上では同時に選択できないよう設定されています）
- 「【問●で○を選択した場合】」等の記載がある箇所については、Web 上で回答内容に応じて、設問の表示設定・入力制御を行っております。Web 上で設問が表示されない場合は、分岐の設問を正しく選択しているかご確認ください。

本調査では、**特別児童扶養手当認定診断書様式第4号**の対象となる知的障害及び精神障害を「**精神の障害**」としています。

（１）基本情報

設問	形式	選択肢																					
問1. 都道府県・指定都市名 【必須回答】	FA																						
問2. 特別児童扶養手当（精神の障害）の支給対象障害児数（令和6年度末時点） 福祉行政報告例「第26 特別児童扶養手当受給資格者の認定および異動状況」における精神障害の支給対象障害児数を転記	NA	<table> <tr> <td></td><td></td><td>人数</td></tr> <tr> <td>知的障害のみ</td><td>1 級</td><td>() 人</td></tr> <tr> <td></td><td>2 級</td><td>() 人</td></tr> <tr> <td>知的障害及び知的障害以外の精神障害</td><td>1 級</td><td>() 人</td></tr> <tr> <td></td><td>2 級</td><td>() 人</td></tr> <tr> <td>知的障害以外の精神障害のみ</td><td>1 級</td><td>() 人</td></tr> <tr> <td></td><td>2 級</td><td>() 人</td></tr> </table>			人数	知的障害のみ	1 級	() 人		2 級	() 人	知的障害及び知的障害以外の精神障害	1 級	() 人		2 級	() 人	知的障害以外の精神障害のみ	1 級	() 人		2 級	() 人
		人数																					
知的障害のみ	1 級	() 人																					
	2 級	() 人																					
知的障害及び知的障害以外の精神障害	1 級	() 人																					
	2 級	() 人																					
知的障害以外の精神障害のみ	1 級	() 人																					
	2 級	() 人																					

設問	形式	選択肢	
問3.令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の <u>新規申請</u> 件数 可能な範囲でご回答ください	NA	知的障害のみ	（ ）件
		知的障害及び知的障害以外の精神障害	（ ）件
		知的障害以外の精神障害のみ	（ ）件
問4.令和6年度（1年間）における特別児童扶養手当（精神の障害）の <u>新規認定</u> 件数	NA	知的障害のみ	（ ）件
		知的障害及び知的障害以外の精神障害	（ ）件
		知的障害以外の精神障害のみ	（ ）件
問5.貴自治体が依頼をしている特別児童扶養手当（精神の障害）の審査医の人数（令和7年9月1日時点）	NA	（ ）人	

（２）ガイドライン案等の導入・運用について

以降の設問は、特別児童扶養手当（精神の障害）の認定にあたり、**精神の障害に係る等級判定ガイドライン素案、特別児童扶養手当認定診断書の改正案**を活用して審査することを想定して回答をお願いします。

参考資料としてお送りしている、精神の障害に係る等級判定ガイドライン案、特別児童扶養手当認定診断書案、診断書記載要領案をご一読の上、ご回答ください。

設問	形式	選択肢
問6. ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要と考えられる準備	MA	1. 認定に係る内規・マニュアル等の修正 2. 審査医への情報提供 3. 診断書を作成する医療機関への周知 4. 貴自治体内の関係部署への周知 5. 区市町村への周知（都道府県の場合） 6. 申請者・受給者が非該当や等級変更となった場合の説明方法等の検討 7. その他（ ）

設問	形式	選択肢
		8. 特になし (同時選択不可) 問 9 へ
【問 6 で、8 . 以外を選択した場合】 問7.ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備の具体的な内容、負担感	FA	■必要な準備の具体的な内容： () ■負担感： ()
【問 6 で、8 . 以外を選択した場合】 問8.ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備期間 大まかな目安で記載いただいて結構です	NA	約 () か月
問9.ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題・懸念 実際の運用を想定して、具体的に課題や懸念点を記載ください (例：判定に使用するスコアの計算を医師が行うことの負担、新しい診断書やガイドラインに沿った記載方法の医療機関への周知、これまでの診断書を提出する場合の差し戻し対応等) 自治体 / その他 (診断書を作成する医療機関、本人・家族等) でそれぞれ想定される内容について回答してください	FA	■自治体： () ■その他： ()
問10.ガイドライン案等の導入にあたり移行期間を設定する必要性	SA	1. 設定が必要 問 11 へ 2. 設定は必要ない 問 12 へ 3. わからない 問 12 へ
【問 10 で 1 . を選択した場合】 問11.設定が必要と思われる理由や、期待する移行のあり方	FA	
問12.ガイドライン案等の導入によるメリットや期待される効果 (あれば)	FA	
問13.ガイドライン案等の導入・運用に向けての国への要望	FA	

(3) ヒアリング調査ご協力の可否

- ◇ 本アンケート調査結果を踏まえ、以下のようなヒアリング調査の実施を予定しております。
 - 調査内容：・ガイドライン案等の導入・運用におけるメリット、期待される効果、影響
・ガイドライン案等の導入・運用に向けて必要な準備、期間の目安
・ガイドライン案等の導入・運用に向けての課題
 - 調査方法：オンライン
 - 所用時間：1 時間程度
- ◇ ヒアリング調査にご協力いただける場合は、以下の＜個人情報の取扱い＞にご同意の上、ご連絡先等をご記入ください。ご協力が難しい場合は回答不要です。

＜個人情報の取扱いについて＞

- ・以降でお預かりする個人情報は、ヒアリング調査のご連絡のために利用させていただきます。
- ・お預かりした個人情報は、法令等に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしません。
- ・お預かりする個人情報は、当社の「個人情報保護方針」 <http://www.murc.jp/corporate/privacy> および「個人情報の取り扱いについて」 <https://www.murc.jp/corporate/privacy02/> に従って適切に取り扱います。
- ・お預かりしている個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、次の連絡先までご連絡ください。
三菱 UFI リサーチ & コンサルティング株式会社 社会政策部 信國、古賀、西尾、清水、山田 (teate@murc.jp)
- ・以下の内容にご回答いただけない場合、ヒアリング調査に関するお問い合わせに対し、弊社からお答えできない場合があります。

設問	形式	選択肢
F1 . ご連絡先 備考欄は、弊社よりご連絡する際の留意点等がある場合にご活用ください。特になし場合は空欄で結構です。	FA	貴課名： 担当者名： 担当者名 (ふりがな)： 連絡先 (メールアドレス)： 連絡先 (電話番号)： 備考欄：

回答後、回答確認画面が表示されます。

回答確認画面の後、「次へ」をクリックすると、メールアドレスの入力画面になります。

アンケートでのご回答をメールで取得したい場合：メールアドレスをご回答の上、「送信」をクリックしてください。

回答内容のメール送付が不要な場合：メールアドレスは空欄のまま、「送信」をクリックしてください。

「送信」ボタンをクリックするまで回答は保存・送信されません。

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

発達障害	○ 知能指数が高くても日常生活能力が低い(特に対人関係や意思疎通を円滑に行うことができない) 場合は、それを考慮する。	—
	○ 不適応行動を伴う場合に、診断書の「現在の病状又は状態像」の⑥知的障害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。	・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。 (注) 発作のタイプは以下の通り 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	○ 通院の状況（頻度、治療内容など）を考慮する。薬物治療を行っている場合は、その目的や内容（種類・量（記載があれば血中濃度）・期間）を考慮する。また、服薬状況も考慮する。 通院や薬物治療が困難又は不可能である場合は、その理由や他の治療の有無及びその内容を考慮する。	—
精神障害	○ 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。	—

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)		生年月日	平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女
氏名	住所地の郵便番号 ()		都道府県市区					
住 所								
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 (明らになった年月)	主な精神障害	平成 令和	年	月	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日	平成 令和	年	月 日 ・診療録で確認 ・本人の申立て
④ 合併症及びそれが明らかになった年月	精神障害 (平成 令和 年 月)				身体障害 (平成 令和 年 月)			
⑤ 発育・養育歴と発病以来の病状と経過	(出生から現在までの発育の状況や療育・教育歴、現病歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。) 陳述者の氏名 患者との続柄							
ア 発育・養育歴及び発病以来の病状と経過 (療育機関等への通所や児童福祉施設への入所歴等があればここに記入してください。継続の場合は前回以降の経過を必ず記入してください。)							イ 教育歴	
							未(不)就学 ・ 就学猶予	
							小学校 → (普通学級・通級・特別支援学級・特別支援学校)	
							中学校 → (普通学級・通級・特別支援学級・特別支援学校)	
							高 校 → (全日制・定時制・通信制・特別支援学校・その他)	
							その他()	
							ウ 現在の福祉サービス等の利用状況	
							行動援護 あり・なし ショートステイ あり・なし 訪問看護 あり・なし その他 ()	
エ 発病以来の主な治療歴								
(病院等の名称) (治療期間) (入院・入所／外来・通所) (病名) (主な療法) (転帰)								
(ア) 年 月 ～ 年 月 入／外								
(イ) 年 月 ～ 年 月 入／外								
(ウ) 年 月 ～ 年 月 入／外								
(エ) 年 月 ～ 年 月 入／外								
(オ) 年 月 ～ 年 月 入／外								
障害の状態(令和 年 月 日現症)								
現 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라우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・便秘失禁・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 ()							

(裏 面)

		選択肢から1つ選んで○をつけてください(年齢相応・不相応の欄も必ず記入してください)					
	⑫ 日常生活能力の判定 (必ず記入してください)	1 食事	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する】	→【年齢相応	・ 不相応】
		2 用便の始末	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する】	→【年齢相応	・ 不相応】
		3 衣服の着脱	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する】	→【年齢相応	・ 不相応】
		4 買い物や交通機関の利用	→【1人できる	部分的な身体介助を要する	全面的な身体介助を要する】	→【年齢相応	・ 不相応】
		5 家族との会話	→【できる	少しはできる	全くできない】	→【年齢相応	・ 不相応】
		6 家族以外の者との会話	→【できる	少しはできる	全くできない】	→【年齢相応	・ 不相応】
		7 危険物の理解(火、刃物、交通、高所等)	→【わかる	少しはわかる	全くわからない】	→【年齢相応	・ 不相応】
		8 集団生活への適応	→【できる	少しはできる	全くできない】	→【年齢相応	・ 不相応】
		上記の内容を具体的に記載して下さい。					
現 症	⑬ 障害のため要する援助の程度(状態をもっと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、該当するもの一つを○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⑪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。

厚生労働省 令和7年度 障害者総合福祉推進事業
特別児童扶養手当（精神の障害）の等級判定ガイドラインの
運用上の課題等に関する調査研究 報告書
令和8（2026）年3月

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
政策研究事業本部
東京都港区虎ノ門 5-11-2 オランダヒルズ森タワー
