

資料1	専門家検討会(第6回)
	平成27年 7月30日

第5回検討会における議論の概要

等級の目安について(その1)

【主な意見】

<目安の構成について>

- 日常生活能力の判定の平均を用いるのがよい。全ての判定項目について中等度の評価も加味できるところに意義がある。
- 重さの判断が程度と判定でばらつく欄は、あえて慎重な認定を促す意味でも、目安を設けず空欄とした方が、客観性・信頼性があるのではないか。
- 個々の認定医の意見が最終的な判断になるのであって、目安はあくまで最初の振り分けであり、決定に大きな意味を持つと考えないほうがよい。

<各欄の目安について>

- 程度(4)で判定平均3.5以上の欄は、主治医が(5)を付けるのを躊躇することもあるので、目安を「1級又は2級」と設定してよいのではないか。
- 程度(3)の列は、診断名と障害の具体的記述と程度や判定の評価数字が合っているかどうかの本質的な領域であり、評価数字だけで判断できない。診断書の記載内容によっては却下される可能性があるということも含んだ目安とすべき。
- 程度(3)で判定平均2.5~2.9と3.0~3.4の領域及び程度(4)で判定平均2.0~2.4の領域については、より精密に認定すべきことを全国の認定医に強調するためにも、目安を「2級又は3級」とした方がよい。

等級の目安について(その2)

【主な意見】

<各欄の目安について>(続き)

- 程度(3)で判定平均2.5~2.9や3.0~3.4の欄は、目安としては2級でよい。疾患名と障害状態の中身を厳密に見て客観性を担保するのは、総合評価に委ねる部分だと思う。
- 程度(2)の列は、2級にならないと考えられるので、事務局案のとおりでよい。
- 程度(2)の列の目安はこれでよいが、施設入所中や入院中の障害者が援助を多く受けている実情を斟酌せずに、日常生活能力の判定を軽度に評価する主治医もいるので、そのあたりを総合評価に入れ込む必要がある。
- 診察室以外の日常生活の様子を1年間のアップダウンの波を含めて評価すべきことや、単身で生活するとした場合で評価すべきことの2点を診断書作成医に周知徹底することが別途重要であるが、程度(2)の目安としては事務局案のままでよいのではないか。
- 程度(1)は目安を3級非該当としてよい。

総合評価について

【主な意見】

<全体について>

- 考慮すべき要素と等級の例示を両方ともガイドラインに示すべきである。就労したら障害年金が支給停止されるのではないかという受給者の不安に応えるには、等級を例示しないと分かりづらい。
- どういう点で等級非該当と判断されるのかをわかりやすく示したほうがよいのではないか。
- 療養状況の欄の「服薬コンプライアンス」は、「服薬アドヒアランス」にしてはどうか。

<気分障害について>

- 気分障害にかかる事務局案は、急性期の症状が例示されているが、それが持続するのは少数である。今の例示では、本来は障害年金に該当しない気分障害の方の年金請求に拍車をかけてしまうのではないか。
- 気分障害に関しては、治療反応性に乏しいこと、標準的な治療を行っても改善せず遷延していることが治療経過や診断症状に明確に書かれなければ、該当しないのではないか。
- 気分障害に関して、臨床記載が乏しいのに程度や判定の評価が重い診断書は、整合性がないものと解釈してもやむを得ないのではないか。
- 入院の有無、期間、回数、電気ショック・ECT実施の有無、薬物の血中濃度、てんかんの場合の脳波検査結果の変遷、入院が閉鎖環境かどうか、隔離や拘束の形態など、客観的指標となるような治療歴、治療経過の記載があれば判断の材料としている。

等級判定のガイドライン以外の対策の検討について

【主な意見】

<診断書作成医向けの記載要領について>

- 年金の診断書は書く側には大変な書式であるから、医師向けの記載要領を示して作成医の負担を軽減できると良い。
- 精神科以外の医師が記載する場合は問題なので、内科医、神経内科医、外科医などの全てに記載要領を周知すべきである。
- 診断書を作成する医師向けの講習を行ってほしい。

<提出資料の追加について>

- 就労などについて診断書の様式の中で詳しく把握することは困難。都道府県ごとに独自の様式で問い合わせると受給者が不安になるので、全国共通の就労や日常生活状況を客観的に提示できる書式があるとよい。
- 資料の記入が本人や家族の負担増にならないように、ソーシャルワーカー等の支援者が書くのもひとつの方法。
- 審査で必要になった方にだけ日常生活状況の詳細資料の提出を求めてはどうか。状況が明らかで、詳細を聞かずに認定できる方もたくさんいる。