

「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン（案）」に
対して寄せられた御意見及びそれに対する厚生労働省の考え方について

平成 28 年 7 月 15 日
厚 生 労 働 省

「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン（案）」に関する意見募集については、平成 27 年 8 月 11 日から同年 9 月 10 日まで、電子政府の総合窓口(e-Gov)のホームページを通じて御意見を募集いたしましたところ、511 件の御意見をいただきました。

お寄せいただいた御意見の概要とそれに対する当省の考え方については次のとおりです。

なお、本意見公募の対象となる御意見についてのみ、適宜要約等により取りまとめておりますので、御了承ください。

今回、御意見をお寄せいただきました方々の御協力に厚く御礼申し上げます。
今後とも厚生労働行政の推進に御協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

(1) 等級判定ガイドライン案の考え方について	
御意見の概要	御意見に対する考え方
等級判定ガイドラインの作成にあたって、知的障害や発達障害など先天性の障害は、厚生年金の受給権を得られないことなどを考慮し、他の精神障害よりも年金受給のハードルを下げたい。〔同旨 6 件〕	障害年金の等級は、様々な種類の障害の程度を横断的に評価するため、日常生活の制限の度合いに応じて決定しているところです。 精神障害においても、知的障害や発達障害などの先天性の障害と他の精神障害を区別することなく、障害の状態を日常生活の制限度合いから判断していることから、等級判定ガイドライン（これ以降「ガイドライン」という。）も同様の考えに基づき、作成することになります。
不支給率の差の解消については、平成 27 年 10 月から厚生年金に統合される共済年金も含めて検討すべきである。	今般の専門家検討会は、障害基礎年金の新規請求に対して不支給と決定された件数の割合が都道府県間で異なるとの指摘を契機に、日本年金機構で行った障害基礎年金及び障害厚生年金の認定状況を踏まえて、等級判定のガイドラインとなる客観的な指標や就労状況の評価のあり方等について検討を行ったものです。 このように、検討時に共済年金は入っていませんが、平成 27 年 10 月に施行された被用者年金の一元化により、共済組合が行う障害厚生年金の認定においても、ガイドラインが適用されることとなります。

(2) 等級の目安について	
御意見の概要	御意見に対する考え方
ガイドライン案では、「日常生活能力の程度」が(2)の場合に2級の目安を設けないなど、現在障害基礎年金2級を受給している者の多くが不支給になる可能性が大きいと見直すべきである。〔同旨 27 件〕	今回作成したガイドラインは、全国の実際の認定状況及び障害認定基準を踏まえ、障害年金に係る診断書の記載項目である「日常生活能力の程度」及び「日常生活能力の判定」の平均を組み合わせた等級の目安を設けるとともに、認定医が総合的に等級判定する際に考慮すべき様々な要素についても、詳しく例示したところです。 なお、等級の目安はあくまでも認定医が総合評価を行う際に参考とするものであり、個別の認定に当たっては、今後とも認定医が具体的な症状等を踏まえ、総合評価によって等級判定することとなります。
診断書の「日常生活能力の程度」及び「日常生活能力の判定」の項目を点数化し、等級認定の目安を設定することによって、数値化・類型化しにくい精神障害の特性が捨象され、画一的な運用となるうえ、点数化の結果が等級認定に直結される可能性が高くなり、本来障害年金を受給すべき障害者が切り捨てられる恐れがある。目安の設定をやめ、認定医の総合的な判断から等級認定するべきである。〔同旨 16 件〕	現在の認定では、診断書の「日常生活能力の程度」や「日常生活能力の判定」の評価を確認しつつ、具体的な症状、療養状況、就労状況等を総合的に評価して、等級判定を行っています。 また、平成 27 年 1 月に公表した『障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査』では、診断書の「日常生活能力の程度」の評価に地域的な差異があることが確認されたところです。 こうしたことを踏まえ、「日常生活能力の程度」及び「日常生活能力の判定」の評価に基づく等級の目安を設けることで、認定医が等級判定する際に参酌する全国共通の尺度ができるものと考えています。 さらに総合評価では、認定医が目安だけでは捉えきれない障害ごとの特性に応じた様々な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しています。 こうした手順を踏むことによって、適正かつ公平な認定が行われることとなり、目安が等級判定に直結したり、精神障害の特性が捨象された画一的な運用にはならないと考えています。 なお、ガイドライン実施後の認定事務の考え方については、日本年金機構の認定医会議や職員研修等を通じて、周知徹底を図っていくこととします。
障害基礎年金の認定の地域差解消が目的であるにも関わらず、対象者も認められる等級の幅も異なる障害厚生年金の認定状況も加味して目安を作成することは、著しく公正・公平を欠く。これは地域差解消ではなく、基礎年金と厚生年金の格差問題に置き換えただけであり、地域差解消の目的は果たせない。本来の目的に立ち返り、障害基礎年金のみの支給状況に基づき、目安を設定すべきである。〔同旨 14 件〕	障害基礎年金と障害厚生年金の 1 級及び 2 級の等級判定は、同一の法令及び認定基準に基づいて行っていることから、ガイドラインの目安についても、障害基礎年金と障害厚生年金の認定状況を基本として、同一の内容で公平に定める必要があると考えます。

「日常生活能力の判定」を点数化するのであれば、各障害に特徴的な判定項目には点数を高く配分すべきである。(知的障害や発達障害の自閉症では、「(5) 他人との意思伝達及び対人関係」などにおいて、日常生活上に常に大きな困難が存在する。)[同旨 7 件]	日常生活能力の判定項目ごとの評価に、各障害に特徴的な項目についての偏りがないか、サンプル調査の結果を分析し、その結果を第 5 回専門家検討会で提示しました。分析結果では、判定項目の評価には、障害ごとの偏りは確認できませんでした (※)。 なお、ガイドラインでは、総合評価の段階で、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などを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しています。 (※) 資料 2 「障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査追加分析その 2」の表 2
等級の目安は、障害基礎年金と障害厚生年金を別々の表にし、障害基礎年金の場合は、3 級を等級非該当と記載した方がよい。	障害基礎年金と障害厚生年金の 1 級及び 2 級の等級判定は、同一の法令及び認定基準に基づいて行っているため、ガイドラインの「等級の目安」を 1 つの表で示し共通に適用することとします。 なお、ご意見を踏まえて、障害基礎年金の場合には、「3 級」を「2 級非該当」と置き換えることをガイドラインに示し、日本年金機構の認定医や担当職員に対して、その旨の周知を図っていくこととします。
程度 (3) の判定平均「2.5 以上 3.0 未満」を「2 級」と訂正するほか、「2.0 以上 2.5 未満」も「2 級」と訂正し、「1.5 以上 2.0 未満」は「2 級又は 2 級非該当」と訂正すべきである。程度 (2) についても、該当者の生活費を補う必要性の観点から、判定平均「1.5 未満」「1.5 以上 2.0 未満」「2.0 以上 2.5 未満」はすべて「2 級または 3 級」とすることを希望する。[同旨 21 件]	「等級の目安」のうち、「日常生活能力の程度」(以下「程度」という。)が (3) で、「日常生活能力の判定」の平均 (以下「判定平均」という。)が「2.5 以上 3.0 未満」及び「2.0 以上 2.5 未満」の欄は、程度・判定平均のほぼ中間に位置しており、実際の認定状況と照らしてみても、2 級と 3 級の認定件数がそれぞれ一定数あることを踏まえると、これらの欄に該当する事案は、両等級の境界線上にあると考えられます。 このため、総合評価の段階で両等級の可能性をよく検討し、適正に等級判定する必要があることから、「2 級又は 3 級」を目安とします。 判定平均「1.5 以上 2.0 未満」の欄は、程度が (3) 「家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要」となっており、判定の各項目が平均的には「おおむねできるが時には助言や指導を必要とする」であるので、認定基準に照らせば、3 級にあたる可能性を検討することが妥当と考えられるため、「3 級」を目安とします。 また、程度が (2) で判定平均が「1.5 未満～2.5 未満」の各欄については、程度の (2) が「家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要」となっており、また、判定の各項目が平均的には「おおむねできるが時には助言や指導を必要とする」であるので、障害認定基準に照らせば 2 級には当たらず、3 級例

	示「労働が制限を受けるもの」に当たる可能性を慎重に検討する必要があることから、「3級又は3級非該当」を目安とします。
--	--

(3) 総合評価（考慮すべき要素）について	
御意見の概要	御意見に対する考え方
総合評価（考慮すべき要素）の「考慮する」や「○級の可能性を検討する」という表現は、請求人の不安をあおり、不利益変更されるように感じる（例えば統合失調症の欄では「妄想・幻覚等の異常体験が認められなければ3級」と読む認定医も出てくるのではないか）。 また、留意点として記載されている「○級に該当する可能性を検討する」との記載があっても、そうした場合以外は、その等級に該当しないということには必ずしもならない点に、留意が必要である。」については、分かりづらいため、表現を見直すべきである。 更に、斜体で記されている内容については、その位置づけが不明確である。例示に過ぎないのであれば、それらが条件（要件）や満たすべき水準と受け取られることのないよう、位置づけを明確にする必要がある。〔同旨8件〕	総合評価（考慮すべき要素）の「考慮する」とは、診断書の記載内容をよく確認し、ガイドラインで例示している要素等を踏まえて、どの等級に相当するかを検討することを指します。 このうち斜体で記載している内容は、2級以上への引き上げを検討するものの例示であり、「○級の可能性を検討する」とある場合は、例示にあたる内容が診断書等から確認できるときに、「○級」に該当する可能性を検討するよう促す内容となっています。 なお、斜体で記載している内容は、あくまでも総合評価時に考慮すべき要素の具体例でありますので、例示している内容だけが「○級」の該当条件になっているわけではなく、認定医が例示にない記載内容を踏まえて、等級判断することも、当然あり得るものと考えます。 また、留意文については、下記のとおり分かりやすい表現に改めることとしました。 〔見直し後〕 考慮すべき要素の具体的な内容例では「2級に該当する可能性を検討する」等と記載しているが、例示した内容だけが「2級」に該当する条件ではないことに留意する。
トゥレット症候群、チック障害の患者や家族の実態を理解し、障害認定の地域差や不公平感が生じないよう、発達障害の考慮すべき要素に追記して欲しい。	ガイドラインに示している考慮すべき要素は、「精神障害」「知的障害」「発達障害」の区分ごとに共通する症状や状況等を整理しているものであり、個別の傷病ごとの要素とはなっておりません。そのため、トゥレット症候群やチック障害については、「発達障害」の考慮すべき要素を参照していただくこととなります。 ただし、類似する要素がない場合など、トゥレット症候群やチック障害特有の症状等により、日常生活に著しい困難が生じている場合には、診断書の該当する項目欄になるべく詳しく記載してもらうことにより、その内容から認定医が総合的に等級判定することとなります。 なお、新たに作成する診断書の記載要領にもこの内容を記載し、診断書を作成する医師に対し、なるべく詳しく症状等を記載してもらうよう注意喚起することとしています。
平成23年から、精神障害者保健福祉手帳に関する診断書様式には「チック」「汚言」が追記されたが、障害年金用診断書には追記されていない。障害年金に関しても同様に「チック」「汚言」更に「吃音」も含めて具体的に明記し、他の発達障害者と同様に審査して欲しい。〔同旨2件〕	高次脳機能障害を含む「症状性を含む器質性精神障害」もガイドラインの対象であることを
総合評価の際に考慮すべき要素に「高次脳機能障害」を入れて欲しい。	

	ガイドライン上に示すこととします。 なお、器質性精神障害に該当する障害が多岐にわたることや、現れる症状には精神障害・知的障害・発達障害と類似するものも多いことから、総合評価を行うにあたっては、精神障害・知的障害・発達障害の区分にとらわれず、全ての考慮すべき要素のうち、該当または類似するものを考慮して、評価することとしています。
例示をもっと多く取り上げ、当事者の多様な状態に対応できるようにすべきである。そのために、できるだけ多くの者から例示とすべき事項を集める機会を用意すべきであり、ガイドライン決定後も随時追加・見直しをしていく必要がある。〔同旨 1 件〕	ガイドライン施行後の認定状況については、地域差が改善された適切な認定がなされているか等の観点から、ガイドラインの運用、認定結果等について検証を行い、施行後 3 年を目途に、必要に応じてガイドラインに基づく認定の見直し等を検討することとしています。 見直しの結果、「考慮すべき要素」として例示すべき新たな事項が出てきた場合は、ガイドラインに追加していく予定です。
【現在の病状又は状態像】	
統合失調症について、認定基準では妄想・幻覚等の異常体験があるとき 3 級以上に該当する可能性があるが、ガイドラインの「異常体験が認められれば 2 級以上検討」に変更すると、3 級程度の障害のものは弾かれ、明らかに認定基準の例示と齟齬が発生し公平性を損なう認定となるため、見直すべきである。	障害認定基準の 1 級から 3 級まで全ての等級の例示に「妄想・幻覚等の異常体験」を挙げており、該当する等級が分かりづらくなることから、ご意見を踏まえて、当該記述を削除することとしました。
気分（感情）障害の考慮すべき要素の内容が厳しすぎる。「適切な投薬治療などを行っても症状が改善せず、入院を要する水準の状態が長期間持続したり、そのような状態を頻繁に繰り返している場合は、2 級以上の可能性を検討する。」は、障害認定基準に照らせば 2 級は当然で、むしろ 1 級の可能性を検討すべき状態である。この案は、入院や大量の投薬治療がされていないと 2 級に該当しないように読み取れ、在宅医療の推進に逆行している。この案では適切な支援・治療を受けながら在宅生活を続けている気分障害者は基礎年金が受けられなくなるのではないかと。内容を見直すべきである。〔同旨 87 件〕	入院していることや薬物治療を行っていることが、2 級該当の要件であるとの誤解を招かないよう、表現を下記のとおり見直すこととしました。 〔見直し後〕 適切な治療を行っても症状が改善せず、重篤なそうやうつ症状が長期間持続したり、頻繁に繰り返している場合は、1 級または 2 級の可能性を検討する。
うつ病等の精神障害では特に症状に変動（波）がある。軽快時はある程度ルーティン業務も可能であっても、前日の出来事、不順な天候等によって部屋から一歩も出られない状態が何日も続くことも多々発生する。このような「波」を症状としてしっかりと把握、評価、認定出来るようにガイドラインの項目を含めた改定を望む。〔同旨 1 件〕	ご意見を踏まえ、精神障害の症状の変動（波）に関する要素を下記のとおり追加することとしました。 ※【現在の病状又は状態像】精神障害欄の考慮すべき要素（3 つ目）に下線の内容を追加。 ○ 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<u>症状の変動状況</u>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。

知的障害・発達障害における「問題行動」は多分に主観を含む言葉である。「問題行動」「著しい問題行動」とはそれぞれ何か、簡潔に主観の入らない形で示すべきであり、また、「不適応行動」としている障害認定基準と整合性が取れないのではないかな。	ご意見を踏まえ、障害認定基準との整合性も勘案し、「問題行動」としていた箇所の文言を「不適応行動」に変更しました。 ※【現在の病状又は病態像】知的障害欄及び発達障害欄の考慮すべき要素（２つ目）を修正。 ○ <u>不適応行動</u>を伴う場合に、診断書の⑩「<u>現在の病状又は状態像</u>」のⅦ知能障害等またはⅧ発達障害関連症状と合致する具体的記載があれば、それを考慮する。
【療養状況】	
「投薬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。」とあるが、薬に対する治療抵抗性などの要素はどう判断されるのか不明確である。同量服薬でも、個人の状態によって効果が違ううえ、投薬するか否かは医師の裁量により判断されるものであるため、投薬の種類や量で判断すべきではない。〔同旨 18 件〕	薬物治療の目的や内容は、患者の状態に沿って個々に決められるものであり、どのような目的・治療方針をもって薬物治療が行われているかを具体的に確認することにより、その時点での患者の病状を認定医が詳しく把握することができることから、等級判定の際の考慮要素になり得ると考えています。 なお、ご意見にあるとおり、治療薬物は、患者ごとに薬の種類や量の個人差が大きいことを前提としていますので、種類や量のみにとらわれることなく、投薬期間や患者の服薬状況なども踏まえて、総合的に判断する必要があると考えています。 日本年金機構の認定医にも、こうした趣旨について周知を図っていきます。
「通院の状況（頻度、治療内容など）を考慮する。投薬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。」については、精神の疾患を抱える方で病状悪化が酷い場合、症状から通院に拒否的になる方やひきこもり気味となり長期間来院されない方がいる。長期間受診がなく病状が重い方もいるので、そこも踏まえた上での文言変更・加筆を希望する。	ご意見を踏まえ、「通院が困難又は不可能な場合」や「薬物治療が困難又は不可能な場合」に関する要素を下記のとおり追加することとしました。 ※【療養状況】共通事項欄の考慮すべき要素に下線の内容を追加。 ○ 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。
薬の服用に関する記述について、精神の他に内科的持病がある（化学物質にアレルギーが出る病気）などの理由で薬を服用することができない者もいることを考慮して欲しい。	<u>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。</u>
精神障害については、毎日の服薬や定期通院が生涯にわたって必要となることが多い。投薬なしに日常生活ができるかという論点がある。毎日の期限や見通しのない服用（投薬）によって日々の生活がなりたっているといえるため、そうした投薬状況だけをとっても要援助といえる。従って、共通事項には「期限の定めのない投薬状況（毎日服用し続けること）の負担を考慮する」という障害特性の追記を希望する。	【療養状況】共通事項欄に、薬物治療の状況や服薬状況に関する要素を設けており、その中で服薬状況を考慮することとしています。 ※【療養状況】共通事項欄の考慮すべき要素 ○ 通院の状況（頻度、治療内容など）を考慮する。<u>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</u>

	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。
精神障害の療養状況について、「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。」とあるが、「行動障害」のある人でも、重度訪問介護の対象拡大により、在宅での介助が受けられる状況になっているにもかかわらず、入院していなければ1級の可能性がなくなってしまう、退院促進の理念に明らかに反する記載である。従って、自宅療養も考慮し、「自宅等の家屋内又は病棟内で、本人の安全確保のために、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。」と修正すべきである。〔同旨1件〕	ご意見を踏まえ、在宅での療養状況に関する要素を下記のとおり追加することとしました。 ※【療養状況】精神障害欄の考慮すべき要素（2つ目）に追加。 ○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。
【生活環境】	
「家族の日常生活上の援助や福祉サービスの有無を考慮する。独居であっても、日常的に家族の援助や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は、それらの支援の状況を踏まえて、2級の可能性を検討する。」は、原案のままで「家族の援助や福祉サービスを受けている」ことが2級の条件のように読める。精神の疾患を抱える単身の方は、様々な事情で家族や福祉サービスが受けられない方が多い。現に「家族の援助や福祉サービスを受けている」だけでなく、「家族の援助や福祉サービスを受ける必要がある」場合も含めて2級の可能性を検討するように修正すべきである。また、実際の援助者には家族の他にも友人や近隣の知人なども多いことから、家族に限定すべきではない。〔同旨13件〕	家族の援助や福祉サービスを受けている事実が2級該当の要件であるとの誤解を招かないよう、下記のとおり表現を見直すこととしました。 〔見直し後〕 ○ 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。 独居であっても、日常的に家族等の援助や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（<u>現に家族等の援助や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。</u>）は、それらの支援の状況（<u>または必要性</u>）を踏まえて、2級の可能性を検討する。
総合評価での「就労状況」「生活環境」については、『障害に対する支援や配慮を受けていない場合での予想される状況で評価する』を共通事項など該当するところに入れて欲しい。支援や配慮を受けて就労したり生活している場合と、それを受けずに就労したり生活している場合では、同じ障害者でも働き方や暮らし方は全く異なるため。〔同旨2件〕	【生活環境】については、共通事項欄の考慮すべき要素の2つ目が、ご意見と同じ趣旨となっています。【就労状況】については、ご意見を踏まえ、共通事項欄の考慮すべき要素の2つ目に追加することとしました。 ※【生活環境】共通事項欄の考慮すべき要素（2つ目） ○ 入所施設やグループホーム、日常生活上の援助を行える家族との同居など、支援が常態化した環境下では日常生活が安定している場合でも、単身で生活するとしたときに必要となる支援の状況を考慮する。 ※【就労状況】共通事項欄の考慮すべき要素（2つ目）に下記の内容を追加。

	○ 援助や配慮が常態化した環境下では安定した就労ができていても、その援助や配慮がない場合に予想される状態を考慮する。
家族や支援者との関係が良好ではなく、適切な援助を受けられないまま独居生活をおくる精神障害者が少なくない。そもそも家族同居と独居の違いによって精神障害者の生活能力に有意な差があるとは思えない。独居、家族同居という観点をなくすことを強く希望する。〔同旨 1 件〕	精神障害者の日常生活能力を過大または過小に判断しないようにするためには、実際の生活環境が独居であるか同居する家族等がいるかについても確認することが必要と考えています。 その上で、独居の場合、外形的に単身生活ができているように見えても、適切な援助を受けられずに日常生活に著しい制限が生じている場合は、その状況を考慮して等級判定することとなります。 また、日常生活上の援助を行える家族等と同居している場合、支援が常態化した環境下で生活が安定しているように見えても、その支援がない状況で生活した場合の日常生活能力を考慮して等級判定することとなります。
知的障害について「入所施設において、常時個別の援助が必要な場合は、1 級の可能性を検討する。」とあるが、常時個別の援助が必要であっても、在宅で重度訪問介護等を活用して自立生活を送ることは可能である。ガイドラインの記載では、施設入所が 1 級の要件と読み取れることから、地域移行に逆行する。見直して欲しい。	ご意見を踏まえ、「在宅時の援助の状況」に関する要素を下記のとおり追加することとしました。 ※【生活環境】知的障害欄及び発達障害欄の考慮すべき要素（2 つ目）に追加。 ○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。
【就労状況】	
就労系障害福祉サービスや就労移行支援を利用していると原則 2 級非該当で、たくさんの援助を受けている場合は考慮して 2 級になることもあるとしているが、これは労働障害にあたる。仕事ができるから年金が不要というわけではなく、年金があるから安定した就労が可能となっていることに配慮して欲しい。一般企業における障害者雇用の場合も同様である。〔同旨 7 件〕	【就労状況】の各要素は、就労という側面から日常生活上の困難度合いを確認するために、就労期間や賃金額の多寡だけでなく、精神障害者がどのような働き方をしているかや、どの程度の援助を受けて就労ができているかを考慮するようにしています。 【就労状況】共通事項欄の考慮すべき要素の 1 つ目は、障害認定基準に従来から規定されている内容ですが、その内容にあるとおり、「就労しているという事実だけで日常生活能力が向上したと捉えて 2 級非該当とすることなく、仕事場で受けている援助の内容、他の従業員との意思疎通の状況などを十分確認する」よう、日本年金機構の認定医及び担当職員に研修するなどし、周知徹底を図っていくこととします。
たとえ就労できるようになったとしても、周囲の環境が整備されたり配慮があることで継続した就労が可能になったり、本人の努力によって障害による困難さを克服したことにより改善が見られたわけで、決して障害そのものが軽くなったわけではない。支援や援助の度合いが障害等級の判定に勘案されるようなガイドラインにして欲しい。〔同旨 5 件〕	
平成 25 年度障害者雇用実態調査によると、平成 25 年 10 月の平均賃金は、知的障害者 10 万 8 千円、精神障害者 15 万 9 千円、平均勤続年数は、身体障害者 10 年、知的障害者 7 年 9 月、精神障害者 4 年 3 月とある。これを踏まえ	

ると、就業していたとしても将来にわたって安定した十分な収入が得られるとは言い難い。また、発達障害は社会構造、産業構造のソフト・サービス化により、表出している人が多い。そのことも考慮に入れる必要がある。	
「一般企業（障害者雇用を含む）」という表現がいくつかあるが、障害者雇用は一般企業と区別し、福祉的就労と捉えるべきである。多くの特例子会社などでは、障害基礎年金の受給を前提とし、年金と給与をあわせて一人前になるという賃金体系をとっている。A型作業所を利用している人は2級の目安とし、一般障害者雇用は2級に該当せずなど線引きがあいまいである。A型は週5日が条件だが、週5日通えない人が一般障害者雇用で週3日しか働けない事実もある。A型だから症状が重いと判断する事は大きな誤りである。〔同旨4件〕	当初、【就労状況】の考慮すべき要素において、具体的な内容例を「就労系障害福祉サービス」と「障害者雇用制度を含む一般企業での就労」に分けていましたが、現状において、障害者雇用制度による就労と就労系障害福祉サービスには、仕事の内容や労働条件面などで大きな違いはないと考えられることから、ご意見も踏まえ、「障害者雇用制度による就労」を「就労系障害福祉サービス」の例示の中に含め、一般企業での就労と分けることとしました。
一般企業での就労であっても「多くの時間、見守りや声掛けが必要であったり、多くの時間、相談や質問ができる支援者の配置を要する場合には2級の可能性を検討する」とすべきである。〔同旨3件〕	【就労状況】共通事項欄の考慮すべき要素の3つ目（下記を参照）が、ご意見と同じ趣旨となっています。 ※【就労状況】共通事項欄の考慮すべき要素（3つ目） ○ 相当程度の援助を受けて就労している場合は、それを考慮する。 ・ 障害者雇用制度を利用しない一般企業や自営・家業等で就労している場合でも、就労系障害福祉サービスや障害者雇用制度における支援と同程度の援助を受けて就労している場合は、2級の可能性を検討する。
知的障害の場合は、同じことを繰り返していくうちに慣れて日常生活の自立度が増していくことがあるが、それは知的能力や判断能力の向上ということを意味するのではない。一人で通勤ができる、仕事の指示を聞いて作業ができる、一定の身の回りのことができるようになった場合であっても、知的障害が改善したわけではないことを十分に理解し、留意して欲しい。	障害年金の審査では、各障害の症状の重さも確認しつつ、診断書等の記載内容から、日常生活上の制限度合いがどの程度あるかを総合的にみて、等級判断することとしています。
精神障害がある人の就労について、「就労が1年を超えてさらに一定期間継続している場合は、それを考慮する」とあるが、この案では収入や雇用形態が安定していないにも関わらず、一定期間継続して働くと障害年金の等級が下がってしまうと誤解し、働く意欲を奪ってしまう危険性がある。就労期間1年以上という事実を障害年金の判断材料にすべきではない。せめて1年を3年程度にするか、「障害のない者と同様に一定期間就労が継続している」とするなど、抜本的に見直して欲しい。〔同旨7件〕	専門家検討会での議論を踏まえ、精神障害は症状の著明な時期と消失する時期の変動が見られることから、就職後、少なくとも1年を超えてさらに一定期間、就労を継続できている実態を踏まえて考慮するようにしています。 考慮にあたっては、単に就労が継続できているという事実だけでなく、就労の頻度や援助の状況も踏まえて判断することとしています。例えばフルタイム（常用）雇用者であっても、職場内での様々な配慮や援助によって就労継続が可能となっているような場合には、直ちに日常生活能力が向上したものと捉えることのないよ

	う、下記のように示しています。 なお、こうした本要素の考え方については、日本年金機構の認定医及び担当職員に研修を通じて、周知徹底を図っていくこととしています。 ※【就労状況】精神障害欄の考慮すべき要素（1つ目） ○ 安定した就労ができているか考慮する。1年を超えて就労を継続できていたとしても、その間における就労の頻度や就労を継続するために受けている援助や配慮の状況も踏まえ、就労の実態が不安定な場合は、それを考慮する。
知的障害・発達障害の「仕事場での意思疎通の状況を考慮する。・一般企業（障害者雇用枠を含む）で就労している場合でも、他の従業員との意思疎通が困難で、かつ、不適切な行動がみられることなどにより、常時の管理・指導が必要な場合は、2級の可能性を検討する。」の文言は、精神障害にも当てはまると思うので、追加して欲しい。	ご意見を踏まえ、精神障害に「意思疎通の状況」に関する要素を下記のとおり追加することとしました。 ※【就労状況】精神障害欄の考慮すべき要素（4つ目）に追加。 ○ 仕事場での臨機応変な対応や意思疎通に困難な状況が見られる場合は、それを考慮する。
20歳前の障害基礎年金には、法律により働いて賃金収入がある場合に所得制限が設けられている。にも関わらず、等級判定の条件に就労状況や収入を入れるのはおかしい。他の障害と同様に、等級判定から就労状況は除き、生活の状態だけで判定すべきである。〔同旨 11 件〕	精神障害や知的障害は、他の障害とは異なり、客観的な検査数値等から障害の程度を判断することが難しいことから、日常生活の状況を総合的に見て、障害の程度を判断することとなります。 日常生活状況の確認にあたって、就労状況は客観的な1つの生活側面として考慮することが適当と考えています。 障害認定基準では、「就労の内容等を十分確認して日常生活能力を判断する」こととしていることから、ガイドラインでは、認定医が総合的に等級判定する際に考慮すべき要素として、【就労状況】共通事項欄の1つ目の要素に認定基準の規定を入れており、『就労しているという事実だけで日常生活能力が向上したと捉えて非該当とすることなく、仕事場で受けている援助の内容、他の従業員との意思疎通の状況などを十分確認する』よう促しています。 収入も就労状況の1つの確認事項になり得ると思いますが、ガイドラインでは福祉的就労や障害者雇用制度による就労において、収入を考慮すべき要素には入れていません。 この要素の考え方について、日本年金機構の認定医会議や職員研修等を通じて、周知徹底を図っていくこととします。
【その他】	
その他の共通事項に「程度」と「判定」に齟齬があればそれを考慮するとあるが、認定医がいずれか軽い方を主の評価としないように、	「日常生活能力の程度」の評価と「日常生活能力の判定」の平均との整合性が低く、参考となる目安がない場合は、必要に応じて診断書作

「作成医に照会する」とすべきである。	成医に内容確認をするなどしたうえで、「日常生活能力の程度」及び「日常生活能力の判定」以外の診断書の記載内容から様々な要素を考慮のうえ、総合評価を行うよう、日本年金機構の認定医や担当職員に周知徹底を図っていくこととしています。
知的障害について「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。」とあるが、障害者権利条約は、障害の有無にかかわらず共に学ぶインクルーシブ教育を謳っており、「特別支援教育」を２級の要件とするかのような記載は、権利条約違反である。見直して欲しい。〔同旨１件〕	【その他】知的障害欄の考慮すべき要素（１つ目）の例示にある「特別支援教育、またはそれに相当する支援」とは、障害者権利条約のインクルーシブ教育を念頭に例示したものです。具体的には、特別支援学校、小・中学校等での特別支援学級による教育のほか、通常学級に在籍しながら『通級による指導』や『特別支援教育支援員による支援』を受けていることなどを指します。 なお、この内容は発育・養育歴及び教育歴を考慮する際の実例ですので、「特別支援教育」を受けていなければ２級に該当しないということではありません。
手帳が２級と診断されているのに、これを根拠に年金の支給がされないのが問題である。ガイドラインでは、手帳の級を基に早急に判断すべきである。	精神保健福祉手帳や療育手帳と障害年金は別の制度であり、等級体系や適用対象の考え方は各々異なることから、各種手帳の等級と障害年金の等級が常に合致するものではありません。
療育手帳がＡ判定（重度）の場合は原則１級とするべきである。	療育手帳については、専門家検討会での議論を踏まえ、知的障害について考慮すべき要素としました。 精神障害者保健福祉手帳の取得状況や等級についても、これまでと同様に、障害年金の審査における参考情報とし、他の要素も含めて総合的に等級判定することとなります。

（４）認定事務について	
御意見の概要	御意見に対する考え方
等級の目安の判定作業を機構の職員が機械的に行なうことに問題がある。実際の運用現場では、この目安が相応の拘束力を持つことは否定できない。（目安に達しない診断書は、認定医が他の総合判定項目で２級に認定することは困難となり、これまで２級とされていたケースでも２級に該当しなくなる可能性が高くなると思われる。）機構職員が事前に機械的に何級と振り分けることをやめ、専門医が直接申請書を見るようにして欲しい。〔同旨１７件〕	ガイドライン実施後に日本年金機構の職員が行う作業は、認定医が等級判定する際の事前準備として、①診断書の「日常生活能力の判定」の平均値を算出し、②目安となる等級を確認のうえ、認定医へ報告することとしています。 認定医は、全ての診断書を必ず審査し、確認された目安も評価の参考としつつ、総合評価を行ったうえで、最終的な等級判定を行います。
医師の作成した診断書だけで、医師が等級認定する仕組みを改めるべきである。例えば障害年金専門の調査員や認定員を設け、それらの者が実地調査を行うことによって、精神障害者との面談や当事者と関わりのある友人・支援者・家族・地域事業所などから日常生活状況を丁寧	障害年金専門の調査員等を設け、直接面談や調査を行うことについては、調査に相当な時間を要すること、面談や調査に携わる職員を確保する必要性が生じること、審査時間が長くなること、ご本人やご家族等の負担に配慮すべきことなど様々な課題があるため、慎重に検討する必

に聞き取る等により等級認定する仕組みが望ましい。診断書に偏った判定方法を見直すべきである。〔同旨 10 件〕	要があると考えます。 なお、専門家検討会において、構成員から「請求者本人やご家族から十分に情報を得て認定を行うべきである。」との指摘があったことから、ガイドラインの実施にあたっては、認定医が請求者の日常生活状況等をできる限り把握したうえで適切に認定できるようにするための対応として、①診断書を作成する医師向けに記載要領を作成し、請求者の日常生活状況等をできる限り詳細かつ具体的に記載していただくよう注意喚起すること、②新たな照会文書（『日常生活及び就労に関する状況について（照会）』）を作成し、認定医が必要に応じて照会することによって、請求者の詳細な日常生活状況等を把握できるようにすることとしています。
診断書作成医（主治医）が障害年金請求人の日常生活状況を客観的に知る方法として、請求人が主治医に診断書の作成を依頼する際に、請求人の家族や支援者が作成する「日常生活状況障害の程度の申立書（仮）」を新設し、診断書に添付して主治医に提出を義務づけるようにしてはどうか。	診断書を作成する医師に対しては、今回作成する診断書の「記載要領」の中で、年金診断書の目的が精神疾患による病態に起因する日常生活の制限の度合いを確認することである旨を示しており、診察治療を通して把握している患者の生活状況をできる限り詳細かつ具体的に記載していただくよう注意喚起することとします。 また、請求者本人の日常生活状況を詳細に把握できるよう、現行の提出資料（診断書、病歴・就労状況等申立書など）のほかに、新たな照会文書（『日常生活及び就労に関する状況について（照会）』）を設けることとしています。請求者やご家族等の負担に配慮し、等級判定に必要な情報が不足している場合など認定医が必要と認めた場合に、提出を求めることとしています。
ガイドラインの作成にあわせて、認定医間のばらつきを縮小するために研修の実施等を行う。認定医の数を増やして十分な審査ができる時間を確保したり、認定業務が適切に行える仕組みをつくるべきである。〔同旨 3 件〕	今後も認定医の確保に努めるとともに、認定医会議を定期的開催することにより、各精神の障害の病態像等について情報の相互共有を図るよう、検討していくこととします。
認定医に発達障害の専門医を配置して欲しい。発達障害のある人には知的障害、てんかん、二次障害で精神疾患を持っている人たちがいる。認定医は、そのような複雑な状態像を認識できる医師でないと困る。〔同旨 2 件〕	
今後は、県単位での独自書類の提出を禁止して欲しい。〔同旨 1 件〕	今般、ガイドラインの作成とあわせて、現行の提出資料（診断書、病歴・就労状況等申立書など）のほかに、認定医が必要に応じてご本人の日常生活状況を詳細に把握できるよう、新たに全国共通の照会文書（『日常生活及び就労に関する状況について（照会）』）を設け、ガイドライン実施後は、この記載内容も踏まえて認定診査を行うこととしています。 しかしながら、障害認定は、個々の請求者や受給者の様々な状態像に応じた個別判断ですの

	で、新設の照会文書の項目に含まれない個別の内容について照会する必要が出てくるとも想定されます。そうした場合には、任意の書面により照会することになります。
診断書記入時の医師が診断書の「日常生活能力の判定」と「日常生活能力の程度」の各選択肢を選ぶとき及び「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」を記述する際には、障害者総合支援法の支援区分判定時と同様に本人が誰からも支援を受けないときの能力を記すべきであることをガイドラインに明記すべきである。	診断書を作成する医師に対しては、今回作成する診断書の「記載要領」の中で、「単身でかつ支援がない状況で生活した場合を想定し、その場合の日常生活能力」について記載していただくよう注意喚起することとしています。

(5) その他（ガイドラインの研修、周知等）	
御意見の概要	御意見に対する考え方
「日常生活能力の判定」や「日常生活能力の程度」の判断は、診断書作成医の価値観によって大きく異なるため、例えば「日常生活能力の判定」での『助言や指導があればできる』とは具体的にどのような場合を指すのかを明確化して、診断書を作成する医師のためのマニュアルを作成すべきである。〔同旨 1 件〕	ご指摘のとおり、適切な等級判定を行うためには、等級判定に必要な情報の充実が重要であると考えています。しかしながら、全国の診断書作成医に対して研修会で広く周知することや診断書作成医を認可制とすることは、実務的に困難です。 このため、今回のガイドライン作成とあわせて、診断書を作成する医師向けに、「日常生活能力の程度」及び「日常生活能力の判定」を評価する際の参考例や記載欄ごとに留意すべきポイントなどを示した「記載要領」を作成することとしました。
精神科医でない脳神経外科、神経内科等の医師が診断書を記載する場合、記載方法が分からず、日常生活能力の判断がつかない医師が多い。適切な判定には、主治医が診断書記載の参考になるマニュアル、また参考となる別資料（例：労災の「障害の状態に関する意見書—高次脳機能障害」等）の添付なども必要と考える。〔同旨 1 件〕	この「記載要領」は、医療関係団体等を通じて医療機関等に広く周知を図るとともに、厚生労働省及び日本年金機構のホームページに掲載することとし、診断書を作成する医師が必要なときにいつでも確認できるようにすることとしています。
ガイドライン作成による一番の懸念は、「数値化し、目安をつくることで、医師が意図的に等級該当（非該当）させてしまうのではないか」という点である。そこで、ガイドライン導入にあたり、厚生労働省としてガイドラインの研修を実施し、研修受講した者のみに診断書作成権限を与えるようにできないか。診断書を作成する以上は、個々の医師が正しい認識をもって臨んでほしい。	また、現在受給中の方に障害状態確認届（診断書）を送付する際に、記載要領のホームページ掲載先を案内するチラシを同封する等の対応についても、検討することとしています。
診断書作成が正しく行えるように医師へのガイドラインの周知及び十分な研修を行って欲しい。〔同旨 4 件〕	
障害年金請求手続きを簡易にし、一般の者でも診断書の見方、記載方法が分かるようにして欲しい。知的障害者の親御さんは「病歴・就労状況等申立書」の書き方を理解されていない方々がほとんどである。ご本人、ご家族等が生活状況・就労状況をもっと書きやすくなるよう、注意書きを付すなどの改善をして欲しい。 また、就労状況については、就労先での実態	日本年金機構では、障害年金の申請に係る年金事務所での相談に際し、障害年金請求書、病歴・就労状況等申立書などの申請書類一式をまとめた「障害年金請求キット」をお渡ししています。この中には、病歴・就労状況等申立書の書き方を示した書類も入っており、申請書類の準備に対する負担軽減に配慮するようにしています。

調査または意見書など、医師では無く雇用主側の意見も取り入れて欲しい。〔同旨 1 件〕	さらに、申請書類提出までの手続きの流れを分かりやすくお示しするなど、お客様の視点に立った丁寧な相談事務に努めています。 今後とも、障害のある方やご家族が障害年金の申請に困らないよう、分かりやすく丁寧な説明・指導を心掛けてまいります。
精神障害の発症で中学校で不登校になったり高校に進学しても中退するケースがあるのでその記載が出来る欄があると良い。	ご意見を踏まえ、就学の過程において、精神障害の影響で不登校や中途退学などになった場合は、診断書⑨欄「イ教育歴」のその他部分に、その旨を記載していただくよう、今回作成する診断書の「記載要領」の中で注意喚起することとしました。
【その他】の精神障害領域について、依存症については、投薬だけでなく、また障害福祉サービスの支援状況だけでなく、断酒会やAA（アルコールクス・アノニマス）などの参加状況も考慮すべきである。また、診断書にも例示に追記を希望する。	ご意見も踏まえて、ガイドラインでは、総合評価の際に考慮すべき要素の【生活環境】共通事項欄の1つ目に、「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。」を設けております。 また、断酒会やAAなどの自助グループから日常生活上の支援を受けている場合は、診断書⑩「障害の状態」欄のウー1ー「(イ) 全体的状況」や⑬「備考」欄などに具体的な支援内容などを記載していただくよう、今回作成する診断書の「記載要領」の中で、注意喚起することとしました。
ガイドライン案を作成するための検討会委員の構成は9名中8名が医師という非常に偏ったもので、障害者の困難を知る立場にある地域の支援者や障害当事者の参加が一切ないため、障害当事者や支援者を加えて検討を最初からやり直すべきである。〔同旨 22 件〕	今般開催した専門家検討会は、障害年金の認定事務を見直すにあたって、専門性を踏まえた客観的な等級判定のガイドラインを作成するという趣旨から、障害認定に詳しい医師、精神障害や発達障害の専門医、及び精神保健福祉士を構成員としました。 また、ガイドライン作成にあたり、当事者の皆様方のご意見を踏まえて検討することは重要でありますので、第3回専門家検討会では、障害者の関係団体からヒアリングを行い、ガイドラインに反映すべき貴重なご意見をいただきました。 さらに、本パブリックコメントで寄せられた様々なご意見も広く反映した上で、ガイドラインを取りまとめております。
認定医によって判定に差が出ることが無いよう、更には窓口機関の担当者によって受理するしないの差が生じないよう、認定医及び事務担当者に対する徹底した教育・指導啓蒙を望む。特に認定医に対する研修は義務化すべきである。厚労省及び日本年金機構は指導啓蒙の年間計画と実施、進捗状況をネット等で明示すべきであり、指導啓蒙は毎年繰り返し行われるべきである。〔同旨 7 件〕	目安を基に申請書類を受理する・しないという対応をすることがないよう、日本年金機構への周知を徹底することとしています。 認定医及び事務担当者に対しても、ガイドライン実施に合わせて認定医会議や職員研修等を実施する予定ですが、ガイドラインの趣旨や適正な認定事務の徹底の継続を図っていくために、定期的な研修の実施等について、検討していくこととしています。
現状の認定方法の瑕疵によりこれまで不支給となった精神障害者の再認定と救済制度を	過去の障害年金の認定については、これまで認定基準を踏まえて認定医が医学的知見に基づ

早急に設けるべきである。〔同旨 3 件〕	き個別に審査した上で適正に認定を行ってきたものであり、また、必要に応じ審査請求等の所定の手続きを経て適否が確定されてきたものと考えていますので、一律にガイドラインに当てはめた再診査を行うことは考えていません。 なお、過去の障害年金請求で不支給となった方から再度請求があった場合は、過去の請求とは別の新たな請求（受給権発生日が、ガイドライン施行日を遡る請求も含みます。）として受付し、ガイドラインに基づき、等級判定することとなります。
ガイドラインについて、日本年金機構は今後地域ごとに件数を集計し地域差是正となっているか定期的に検証し、公表して欲しい。例えば判定平均と程度の表（目安）においては 2 級に該当するが総合評価により 2 級非該当（障害基礎年金不支給）とした案件に関して、また、「2 級及び 3 級」など 2 つの等級が記載されている区分に関して 2 級になったのか 3 級になったのか、など。〔同旨 2 件〕	ガイドライン施行後の認定状況については、地域差が改善された適切な認定がなされているか等の観点から、ガイドラインの運用、認定結果等について検証を行い、施行後 3 年を目途に、必要に応じてガイドラインに基づく認定の見直し等を検討することとしています。 具体的な検証内容や公表方法については、今後検討してまいります。