

資料1	専門家検討会(第8回)
	平成28年 2月 4日

第7回検討会における議論の概要

意見募集の結果とガイドラインへの反映案について(その1)

【主な意見】

<等級の目安について>

- 程度(3)で判定平均2.5~2.9の領域は、気分障害のボリュームが多い領域なので、丁寧に見ていかなければならないが、病名など全体のバランスを見て総合評価で見ていく前提であれば、目安は「2級又は3級」とせず、2級としてもよいのではないか。
- 微妙なラインであるからこそ内容を精査する必要がある、選択肢は広い方がよい。
- ここはボリュームゾーンでかなり慎重に精査するというので、目安は「2級又は3級」とし、総合判断で評価することが妥当。

<総合評価(考慮すべき要素)について>

- 就労に関して、就職できても就労継続できにくいのが精神障害者の特徴であり、客観的数値にとらわれて就労時間や収入だけがひとり歩きしないよう、就労のプロセスに目を向けてほしい。
- 生活環境に関して、福祉サービスを受ける必要はあるけれど、実際はサービスを受けずに日常生活は単身で成り立っていて、その状態が3年も5年も続いているような方をどのように評価すべきか、手掛かりがない。
- 生活環境に関して、精神障害者で単身生活をしていても生きづらさがある方は、何らかの支援者につながっている可能性が高いので、今後は新たな提出資料を用いて、具体的に踏み込んだエピソードも含めた、第三者の客観的な支援者からの情報を得ることによって、地域差を解消できるのではないか。

意見募集の結果とガイドラインへの反映案について(その2)

【主な意見】

<総合評価(考慮すべき要素)について>

- 生活環境に関して、ソーシャルワーカー等のスタッフを揃えた医療機関からは、むしろ確認の必要もないくらい十分に記載された診断書が出てくる。
- 福祉事業所や当事者グループにつながっていない方も実際にいて、そのような方から障害年金の申請があった場合に、日常生活における生活のしづらさを読み取ることは非常に困難である。精神障害者が相談支援事業所や保健所の相談員につながるようにする仕組みや支え方も含めて別途議論していく必要がある。
- 生活状況のより正確な把握が必要という方向性では、意見が一致している。医師の総合判断や本人、家族、ソーシャルワーカーから出てしてもらう追加情報などで、生活状況を正確に判断する必要があるが、それをどう正確に実行できるか、運用の工夫が必要である。

<その他(ガイドラインの研修、周知等)について>

- 認定医の研修はもちろんのこと、診断書作成医向けの研修もしてほしい。
- 研修会などで認定医の先生方が顔をあわせて話をする機会をつくることは非常に大事である。

等級判定ガイドラインについて

【主な意見】

<総合評価について>

- 中高年になって知的障害が判明した場合の等級の例示は、「2級の可能性を検討する。」とした方がよい。
- 療育手帳の重症度区分は自治体によって異なり、必ずしもA1やB1といった区分けにならないので、表現ぶりを再考すべき。
- 知的障害と同様に、「青年期以降に判明した発達障害についても、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」という要素を追加してほしい。
- 依存症の記載について、「精神病性障害を示さない急性中毒及び明らかな身体依存の見られないもの」は認定の対象とならないので、「見られない場合は考慮する」という表現ではなく、「見られるか否かを考慮する」にすべきである。

<認定事務の流れについて>

- 家族にしかわからない幼少時の発育歴が、知的障害や発達障害の経過把握には重要なので、病歴申立書の記載内容が乏しい場合は、年金事務所や市町村などの受付段階で、詳しく記載してもらえるように促すことはできないか。
- 書類が増えれば認定医の業務量は増えるので、認定医の増員に向けて、臨床医に審査も含めて関わってもらうことも検討してはどうか。

等級判定に用いる情報の充実にに向けた対策について

【主な意見】

<診断書の記載要領の作成について>

- 不適応行動の例示は、たとえば「迷惑行為」とするなど表現に配慮してほしい。
- 記載例の病気が項目ごとに異なり統一されていないことで、混乱を招くのではないか。
- 各疾患群で代表的な症例を1例ずつ掲載してもらえると、診断書を書く側は助かる。
- 記載要領が公に出ることで、精神障害者が地域で暮らすことの大変さを市民が理解し、障害者のスティグマ解消にもつながる。