

います。

精神科救急医療制度は広域圏に設定されており、やはり身近な利用しやすい制度というふうにはまだ言えていないというふうに思っております。

また、本人さんたちがやはりいつでも利用できるというふうな形をとるためには、一般の救急医療にも同様な措置がとれるような制度が必要であろうというふうに考えております。

次に、自立支援医療のさらなる充実を図っていただきたいと思っております。

精神障害者のもう一つの特性として、本人が病気というものを自覚しづらいという点がございまして。その点において、医療が中断するというふうなことがございまして、現在、やはりそういうふうな中断を防ぐためには、重度かつ継続の範囲というものを経過措置を撤廃していただきたいというふうに考えております。

最後に6ページに入ります。

障害当事者の参画及びニーズの反映について、1、制度・政策決定の場に障害当事者の参画を位置づけてください。

各地域に自立支援協議会が現在設けられておりますが、まだ4割程度というふうに聞いておりますけれども、やはりほとんどの自立支援協議会等において障害当事者が参画しておりません。やはり当事者のニーズを反映するという形がきちんと規定されるべきであろうというふうに考えておりますので、そのような法的な位置づけを明確にしていきたいというふうな希望がございまして。

以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

尾上様のほうからはありませんですね。

それでは、引き続きまして、全国精神保健福祉会連合会の川崎様、よろしくお願いいたします。

○川崎全国精神保健福祉会連合会理事長

私どもは精神障害者の家族会でございます。

精神障害者の家族、当事者の立場から今回の見直しについての発言をさせていただきたいと思っております。

しかし、今病院協会の先生や社会福祉施設の方からいろいろと精神障害に関するお話がありまして、かなり重なっていくところもあると思っておりますが、よろしくお願ひしたいと思っております。

まず最初に私どもが申し上げたいのは医療費の問題です。

入院と通院の医療費の軽減は大変重要な問題だと思っております、この自立支援医療

費に関しての見直しを今強く要望したいと思っております。

本年7月に実施されました利用者負担は、福祉サービスには軽減策が出ましたけれども、自立支援医療は含まれておりませんでした。私たちは自立支援医療の負担額を福祉制度と同様に軽減して、利用しやすい制度にすることを希望いたしております。

まず、精神障害者にとりまして、医療というのは一生関わるものと思っております。この医療費の負担が厳しいゆえに、医療の中断はこれは絶対に避けなければならないことだと考えております。

また、精神科の治療におきましては早期治療が重要ですが、現在の制度、この医療の制度ですけれども、住民税を基準として負担上限額で決められておりまして、実は、今職を失っている人は2年前の収入で判断されるということで、高額な医療費を支払っているというのが現状でございます。

現在増加していると言われておりますうつ病の人などが、大体高額ですと月2万円ぐらいになると思いますが、それを支払えないために受診をためらって、そのために自殺という不幸な事態を私どもはぜひとも防がなくてははいけないと思ひまして、この通院医療費にできる限り負担を軽減するようなことを考えていただきたいと思っております。

また、今申し上げましたのは通院医療費ですけれども、入院医療費に関しましては、実は障害者医療助成の対象となっている県は、一部にはございますけれども、多くは現在一般医療の3割負担になっております。

精神疾患の方は、入院をせざるを得ないこともありますし、また、入院も数カ月を要するというので、この3割の負担は大変に当事者、家族にとっては大きな負担になっておりまして、このことによりまして、やはり先ほど申し上げましたように、入院をさせられない、そういうご家庭も出ているのではないかとこのことを危惧いたしております。

地方自治体が行っております他障害と同等の医療費助成の対象、マル障ですが、それが今精神は対象外となっておりますので、国のほうからも精神も対象になるような強い働きかけを希望いたします。

また、この医療費の制度、先ほどからお話がありますように、大変に手続が複雑です。書類がたくさんありまして、いろいろと窓口に行って、利用者が自分はこの区分に該当するのかを行政の窓口に行って聞いたりとか、あと書類も多種類書くようになっておりまして、これはほとんど1人ではできない。家族とか支援者がこれを手助けしているという状態でございます。

また、先ほどもお話がありましたように、自立支援医療が1年の更新ということになりまして、実は私も経験しておりますけれども、ついこの前、診断書を先生にお願いしたのかなと思ひましたら、また診断書をお願いするというように、私たちは大変に煩雑な思いになっておりますし、この診断書の診断書料は、1000円から高いところでは1万5,000円にもなっております、これを毎年毎年更新するということは大変に負担が大きく、当事者からは、これだったらもう更新しなくてもいいよということは、医療の中断に

つながることをございますので、この辺も更新の問題と診断書の費用についてもご配慮いただきたいと思います。と思っています。

それで、どうしても住民税をベースにしてこの上限額を決めるという今システムになっておりますので、それならば、以前の精神の人に公費負担制度というのがありましたように、定率5%としたほうが、大変に本人にとりましても分かりやすく、負担も少なくなるのではないかとと思っています。

福祉制度の利用に関しましても、先ほどからありますように、大変に手続が複雑である。ですから、複雑さゆえになかなか利用していないという方も多いのではないかと、その辺のことも懸念しております、利用者に分かりやすい、そして簡略な手続でお願いしたいと思えます。

3番目の障害程度区分の改善です。

これは、先ほど来から出ていると思いますが、やはり精神の障害特性が的確に認定されておらず、かなり低い区分になりやすいということです。そのために、行動援護とかホームヘルプは精神障害者に極めて重要な支援ですけれども、区分が低いために利用できないという事態が現在起きております。

精神の障害が的確に把握できる障害程度区分のあり方とサービス提供の改善には、精神障害の特性をよく分かった方を配置していただき、障害程度区分の在り方を改善するようお願いしたいと思っています。

また、精神障害は、先ほどからお話がありますように症状が固定できないという障害でありまして、変化する障害でございますので、支援の必要性も変化するわけです。固定した障害ではありませんので、それに応じたきめ細かな対応が必要となってきましたので、そのためにもケアマネジメントをしっかりと行っていただきたいということを求めます。

相談支援事業です。これも精神にとりましては大変に大切な支援の一つで、当事者と家族の生活支援の基本は相談、つまり人的支援と言っても過言ではないと思っています。

その相談が支援の柱になってきておりますが、現状の相談支援事業者の基準や定数では精神障害者の家族や当事者のニーズに十分にこたえられておりません。十分に機能していないと思っています。

常勤者を大幅に増やすと同時に、やはり精神の特性を理解した人材の育成を行っていただきたいと思っています。

また、ひきこもりがちな精神障害者がかなり多いです。その精神障害者とその家族を支援する支援といたしまして、私どもは訪問型の相談支援を希望いたします。ひきこもりのご家族はなかなか外に出られない。当事者も出られませんし、ご家族も出られないという状態で、訪問の場にまで行かれないという状態でございますので、やはり訪問によりまして家族が安心すれば、それによって当事者の症状も安定しているという報告もされておりますので、この訪問型の相談支援をぜひともお願いしたいと思っています。

それと5番目ですけれども、自立支援法におきましては、就労支援が施設体系の基本と

なっておりますけれども、実際精神障害者にとりまして、一足飛びに家庭から就労へ、またはデイケアから就労へ移行するということは大変に困難な状態であります。就労訓練の前に徐々に地域の間関係に親しんだり、共同作業のプログラムに少しずつ慣れていくような、そのような緩やかな活動の場、以前ありました生活支援センターのような、そのような活動の場が必要であると思っております。

そういうところから、人間関係から就労への意欲も高まっていますし、またとてもひきこもりがちだった人も外に出やすい、そういうことになると思いますので、そのような場を自立支援法の中に位置づけていただきたいと切望するところであります。

それと、1つつけ加えさせていただきますが、精神障害者の家族会は、作業所などを立ち上げてきてまして、従来作業所の運営にかかわってきました家族会もあります。今回、自立支援法によりまして、自立支援法における運営の問題とか、利用者が作業所を利用する場合の利用者負担が出ているということに対して、幾つか私どものほうにもそういうお話が来ておりますけれども、実は余り大きな声になっておりません。

特に、精神障害者家族会としての要望という形にもなっておりませんので、今回、その件に関しましては、この資料に載せておりませんことをご理解いただきたいと思います。

以上でございます。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、前半の最後になりますけれども、日本精神保健福祉士協会の大塚様、よろしく願いいたします。

○大塚日本精神保健福祉士協会理事長

本日は、職能団体の私どもに貴重な機会をいただき感謝しております。資料6に沿って、主要な点を発言させていただきたいと思っております。

まず、障害者自立支援法の見直しに当たってなんですが、ことしの5月に国連の障害者権利条約が発効しております。合理的配慮とかユニバーサルデザインの定義もなされました。ぜひ今回の自立支援法の見直し及び今後の条約批准に向けた国内法整備の取組のいずれもが、国際的基準に照らして我が国の障害者の支援策の推進につながるように切望する次第です。

また、具体的な見直しの意見の前に前提としてぜひともお願いしたいことがございます。

これは法制定時にも大変大きな声が上がりました。私たちのことは私たちを抜きに決めないでという当事者の皆さんの声が大変大きくあったわけですが、こういう当事者主体の障害者福祉制度というのをきちんと構築していくために、ぜひとも地域自立支援協議会の設置を義務化するとともに、そこに当事者の参加ということの原則を盛り込んでいただき

たいというふうをお願いしたいと思います。

次のページに移りまして、見直しの内容に関する具体的な項目を11項目挙げておりますが、幾つか申し上げたいと思います。

まず、障害者の範囲についてですが、我が国の障害の範囲というのは、環境要因との相互作用で生じる生活上の困難やしづらさということが余り含まれておりません。サービスの利用申請におきましては、手帳の所持ということが要件としてあるわけですが、実際に現場を見ますと、地域から相談支援事業者に上がってくる内容というのは、手帳の有無とか年齢を問わないものが多く、ニーズがある場合というのは大変多岐にわたるものがございます。

したがって、障害者手帳所持という申請要件を見直していただいて、本当にサービスが必要な方に迅速にそれが届くようなシステムの在り方をぜひとも検討いただきたいということです。

続きまして、障害程度区分についてですが、精神障害者については、大変二次判定の変更率が高いというデータは皆さんご承知のとおりだと思います。そのために信頼性の高い判定方法の検討を改めてお願いしたいというふうに思いますが、生活課題を見ていく、それを中心に据えた支援ニーズの評価を必要とするときに、生活の一連の流れの中で測定できるような評価基準、また障害特性に応じた指標というのが大事になってくるというふうに考えます。

現在、多くの自治体がサービス料を決定していく際に、障害程度の重いとか軽いということを材料に考えるところが大変多くありますが、いかにすれば生活が成立するかということのほうが重要だというふうに私どもは考えております。

それから、先ほど長尾先生からも出ましたが、ぜひ本人やご家族、また私ども支援者の申し立てや意見書みたいなものが添付できるようなことも考えていただけるとありがたいと思います。

3番目、障害福祉政策の財源保障についての見直しですが、もう既にICF等もございまして、障害はご本人の要因だけではない、いわゆる環境要因も大きく、社会構造的な課題であるというふうに認識されているわけですが、にもかかわらず障害のある方々が事業を利用する際には、ご本人に対する負担が非常に重く課せられるという現状があります。随分多くの負担軽減策をとっていただきましたが、やはりまだまだ生活水準の後退というような実態があるわけです。この辺の実態把握に努めながら、今後も見直しを引き続き検討していただき、そもそもの障害福祉施策に必要な財源の保障について、社会保障全般の在り方とあわせてしっかりした検討を望みたいというふうに思います。

附帯決議にもありましたことを4番に挙げておりますが、所得保障に関しても早急な検討と対応をお願いしたいというふうに思います。

5番目のサービス体系と報酬についてですが、先ほど来、高野さんのほうからも出ていたと思いますが、どうしても法制度に規定されるサービスに偏るところがあります。個別

給付事業に規定されていない間接的な支援というのが従来からあったわけですが、法施行後、これが大変やりにくくなっております。ぜひともこうした個別給付以外の報酬の仕組みというのを検討いただきたいというふうに思います。

また、給付申請事務の問題につきましても先ほど来出しましたが、大変少ない少数職場で専門職等がこうした事務に負担が割かれているということで、支援のほうに手が回らないということがございます。ぜひともこの軽減策を講じていただきたいというふうに思います。

6番目、就労支援についてですが、これは自立支援法の柱の一つというふうに据えられており、大変重要な課題だというふうに認識しております。現行では就労移行支援と就労継続支援が内容が変わらなくても利用料は差があるという、そういう実態もあります。

ぜひとも就労移行支援事業の推進ということを行うには、特別プログラムの実施であるとか専門職の配置といったようなことを要件にさせていただきたいというふうに思います。

7番目の自立支援医療につきましては、もう既にお3方から出ておりますが、通院回数が減ったですとか中断をしたという実態も見聞きしております。精神障害者にとって医療は不可欠です。ぜひともこの自立支援医療の利用手続の簡素化を図っていただきたいというふうに思います。

8番目の基盤整備についてです。これは特に地域生活支援事業について申し上げたいというふうに考えております。地方分権化を考えると、地域性の重視、それから市町村が独自性を持った取組を行えるようになった、それは大変重要なことだというふうに考えておりますが、裁量的経費であるということも含めて、各市町村によってこの地域生活支援事業の理解や協力、取組に大変格差があります。そういうことを考えますと、ここは国として障害者の社会参加の促進への責任を示すという、そういう観点から明確な目的を記した指針を打ち出させていただきたいと思います。

また、一定期間、これは有期限でいいと思うのですが、地域生活支援事業における財政的な責任というのを明確にお示しさせていただきたいというふうに思います。特に、全ての障害の分野において、地域移行というのが大変政策的に重要視されておりますが、居住支援に関する社会資源の不備はもう致命的と言えると思います。ここにつきましては、国や都道府県が公的責任において有期限、目標値を決めた整備を行っていただきたいと強く望むものであります。

また、各市町村が障害者基本計画、障害福祉計画を着実に実施するよう計画をつくりました、でもやっていませんということにならないように、国や都道府県には指導や助言を行っていただきたいというふうに思います。

先ほども申し上げましたが、地域自立支援協議会の設置の義務化、それからそこに障害福祉計画の実施状況をきちんとモニタリングしていくことというこの義務化を求めたいと思います。

また、地域を耕すということがとても大事になるわけで、一方、川崎さんもおっしゃい

ました集うということ、憩うというようなこともとても大事になってくる場としては、地域活動支援センターの役割に期待が大きいわけですが、こうしたコミュニティーワークを行えるような専門職の配置をぜひ保障していただきたいと思います。

10番の相談支援事業についてです。これが自立支援法のかなめだというふうに認識しております。結論から申し上げますと、相談支援事業の拠点の設置を義務化していただきたい。また、そこに、これは仮称ですが、例えば障害者相談支援専門員といったものを配置していただくことをぜひ検討していただきたいというふうに思います。

介護保険の地域包括支援センターの整備状況を横で見ながら思うことなわけですが、やはり相談に来れる人だけが相談できているというところから、川崎さんがおっしゃいましたように、訪問型、アウトリーチを主体とした柔軟な相談支援事業の運営ができるようなものを望みたいと思います。

各市町村によって随分ここは地域生活支援事業の中にあるということがあって、格差がございます。質の担保と地域格差を解消すべく基準の見直しが必要だと思っています。

具体的には、人口10万人に1カ所程度、名称はまだ何でもいいと思っているんですが、障害者総合相談支援センターとか障害者包括相談支援センターといったものを設置し、ぜひ精神保健福祉士、社会福祉士、保健師を必置していただきたく、そのうちの1名以上はこの障害者相談支援を専門にできる者を配置していただきたいというふうに考えます。

また、この地域移行支援事業がなかなか進んでいない現状を考えると、ぜひ個別給付事業にさせていただけたらというふうに考える次第です。

最後のページです。

専門職能団体としてはここが一番強調したいところとなりますが、こうしたもろもろのことを推進していくためには、やはり何といたっても人材の育成と人材の確保が重要だというふうに考えております。

実際に、基盤整備がないまま自立支援法が始まった状況の中で、大変事業運営が厳しいという状況で、福祉労働者が不安定な雇用状態に陥っております。専門職の十分な配置ができない、必要な関わりを保障できない、福祉の現場がますます貧困なものとなっているという悪循環が生まれているというふうに認識しております。ぜひスタッフの専門性の向上に関する対応が重要かつ喫緊だというふうに考えます。

また、実際に自立支援法の施行後、専門職が不在であるとか非常勤のみで運営されているといったところがあって、サービスの質の担保ということがどういうふうになされているのか大変心配されるわけです。

以前、必置となっていたような精神保健福祉士等の配置を改めて明記していただきたいというふうに思うところです。

障害種別間の格差解消と障害特性の配慮は別次元だというふうに考えております。ぜひともよろしく願いいたします。

最後に、唐突ではございますが、私ども精神保健福祉士の資格に関する見直しの必要性

についてお願いをしたく思います。

実は、精神障害者はこの自立支援法におきまして、ようやく市町村でサービス提供体制の整備が進むということになりました。これまでの立ち遅れを取り戻すべく、今後精神障害者の相談支援、地域移行支援、地域生活支援、就労支援など、様々に展開推進していくためには、専門職が必要不可欠だというふうに考えます。

私ども精神保健福祉士もその1人として認識されていると思いますが、質、量ともに不足しているというふうに考えております。精神保健福祉士法が制定されて10年たちましたが、介護保険法や自立支援法など、随分大きな変化がございました。ぜひともこの点を勘案して、見直しを検討いただきたくお願いする次第です。既に、昨年12月から厚生労働省におきましては、精神保健福祉士の養成等のあり方に関する検討会が設置されて、検討いただいているところですが、本部会でも、その必要性について改めて認識をお持ちいただけたら幸いに存じます。

ありがとうございました。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それぞれのお立場からの発表、ありがとうございます。

それでは、これから今までお聞き及びになられたことに関しまして、質問あるいはご意見等がございましたらお寄せいただきたいと思います。

どなたからでも結構ですが。

高橋委員。

○高橋委員

重症児福祉協会とそれから守る会の方にお伺いしますが、この中に盛られている重症児の中には、いわゆる動く重心というのがありますね。行動障害を伴う重症心身障害児の方々ですが、今のお話には殆ど触れられておられませんでした。これはあまり検討の対象にはされていないというふうに考えてよろしいのでしょうか。

○潮谷部会長

どうぞ。

○末光日本重症児福祉協会常務理事

私の資料1の1枚目をご覧いただけたらと思っております。

先ほどもちょっと定義のところでご紹介申し上げましたように、大島の分類の1、2、3、4が、先生がおっしゃられるいわゆる動く重症児に対して寝たきり重症児でございます。この方々が、当初は半分ぐらいだったのが今は73%に増えているということを申し上げ

げました。

周辺の方々が5、6、7、8、9でございますけれども、3ページ目をご覧くださいますと、今申し上げた1、2、3、4が、右の重症児施設入所児（者）内訳の中の区分Ⅰというのが定義どおりの大島の分類1、2、3、4ということでございます。これが今申し上げた半分ぐらいだったのが73%に増えております。

それに対して、周辺が、2、3、4でございます。そのうちの大きな区分2が、先生がおっしゃられますいわゆる動く重症心身障害児でございます。この方々の数は余り増えておりません。全体が増えている中で、特に区分Ⅰが増えている、相対的にこの方々の比率が減っているということでございます。現在もこの方々は、重症心身障害児施設、公・法人立、そして国立にも2割程度おいでになるということでもあります。この方については、私も今回は余り十分検討するところまでいっておりません。いわゆる寝たきり重症心身障害児のことをまずしっかり守っていただきたいということで、それに限ったご要望、ご説明をさせていただいたということでございます。

○潮谷部会長

秋山様のほうから何かございますか。

○秋山全国重症心身障害児（者）を守る会副会長

今のお話のように、強度行動障害と言われるような人たちも重症児施設に入っているのも事実でございます。

こういう人たちについては、また今、末光先生がおっしゃったように、寝たきりの本当に動けない本来の重症児と分けてやはり考えていただかなければならない。そういう人たちについては、またそれなりの特別な施策といたしますか、こういうものを充実していただかないと、その人たちが救われないのではないかと、このように思っております。

○潮谷部会長

高橋委員、よろしゅうございますでしょうか。

○高橋委員

実際に動く重心に対する福祉サービスというのは、また別なところで検討されているというふうに理解してよろしいですか。

○潮谷部会長

いかがでございますでしょうか。

○末光日本重症児福祉協会常務理事

ちょっと私どもとしては詳細は分からないんですが、私どもとしては、施設サイドとしては、この方々について適切な場所で今まで守ってきた部分を維持、そしてさらに充実もしていただきたいという要望をいたしておりますが、行政のほうで、この分についてどのように取り組んでいただいているかというのは十分把握でき切っておりません。

○潮谷部会長

ただいまのことに関しまして、行政側から何かございますか。動く重心に対しての行政施策の検討は何かなされているかどうか、提供できるものがありましたら。

○蒲原企画課長

また全体のいろいろな議論のところ、子供の議論をするときにあわせて提供したいと思っておりますけれども、やはりそういう行動障害を伴うといった意味では、障害という形で何らのサポートが当然必要だということを思っております。重心の施設の中では、確かに今、一定のサポートをしながらもまだまだそのほかのいろいろな体系の中でやっているところもありますし、足りないところもそこはやっていきたいと思っております。

少し全体の、恐らく障害児に対するサポート全体の議論のところ、その辺のところをもう少しお示ししたいというふうに思っております。

○潮谷部会長

高橋委員、よろしゅうございますでしょうか。今、岩谷委員のほうから手が挙がっているようですが。

○岩谷委員

岩谷です。一つだけお聞きします。年をいった重心の方々についても療育という言葉を使っておられますけれども、これは子供の療育も、30、40歳になった方の療育も同じようにお考えになっておられるのでしょうか。

○潮谷部会長

末光理事、どうぞお願いいたします。

○末光日本重症児福祉協会常務理事

この部分につきましては、一つは重症心身障害児は、他の障害児（者）も同様でございますけれども、成長がやや晩熟でございます。そしてまた、成人になった後の安定期も大変短いという、そういう意味で、一つはやはり成長、発達の時期が健常な人に比べると、また障害の程度の軽い人に比べますと重症心身障害児の方々の成長、成熟はかなり晩熟傾向はより顕著であるというご理解をしていただけたらと思っております。

その一番端的な例、本日はご欠席ですけれども、重症心身障害児を守る会の会長のキタウラ会長のご令息は7カ月のときに種痘になられて寝たきりの状態、言語はほとんどないという状態でありますけれども、30歳を過ぎて初めて寝返りをうたれた。40歳を過ぎて初めて筆を握り、いわゆる自発的な絵と言っているのでしょうか、それを描くに至っております。

この人が唯一ではなくて、同様の体験をあっちこっちの施設あるいは重心に関わる方々は持っておりますので、その辺りにつきましてぜひ発達支援をより長くという視点で私も取り組んでおります。

○潮谷部会長

岩谷委員、よろしゅうございますか。

ほかに、どうぞ、お願いいたします。

○広田委員

広田です。

精神関係の4団体、お話を伺って、陳情合戦のような感じで、これはまるでスウェーデンのような高負担高医療高福祉にしてというのかなど、私は厚生労働省の人間ではないけれど、この要望を全て言っていたらお金がパンクしちゃってどうなっちゃうのかと、まず率直な感想です。

それから、日精協さんの、1の1でしたか、二、三十人規模のケアホームと、たしかこれはかつて患者が反対したような記憶がありますので、これは慎重であってほしいということです。

それから、その下の2の1、下のほうで、必要な支援の強度は図れない。実際に支援を行っている精神保健福祉士、看護職員などの実務経験者による支援必要度判断を一次判定で評価する方式を導入する必要があるということですが、これを具体的に教えていただきたいことと、それから最後のほうの、自立支援医療の申請は、2年に1度というのは大賛成です。

それから、最後のところの障害者所得保障の抜本的改善を求める、これも大賛成です。

全精社協さん、2ページ目、真ん中辺です。事務量が膨大であり、特に居住の場に関する事業の報酬単価が低いというのは、率直に伺って本音でお話ししていただきたいんですけど、事務量を減らせという話なのか、事務を多くしたままで診療報酬を上げてほしいという話なのかをお伺いしたい。

○潮谷部会長

それぞれのお立場に質問がございましたけれども……

○広田委員

まだあるんです。

○潮谷部会長

失礼しました。

○広田委員

4 ページ目、上から 4 行目、通所されないときや、入所中の利用者の対応として、電話、訪問・同行、いろいろ書いてあるんですけど、実際に私もいろいろな社会資源の職員の相談に乗ったり、社会資源の職員がやり切れなかったところをお手伝いしたり、サポートさせていただいています、当事者として。これ、4 つの団体のお話を伺っていて、全精社協さんやPSW協会さんは、盛んに当事者の参画と自立支援協議会というお話をされながら、全く当事者の影が見えない。当事者がピアサポートセンターとかを立ち上げて、頑張っている姿が全く見えない状況のご意見なんです。

それから、5 ページ目。

精神科救急医療、精神科医療全体を一般医療と同じようにしていただきたいということで、当然のことながら一般救急と同じようにしていただきたいんですけど、真ん中の辺です。精神科通院は重要であるが、病気によることを本人が自覚しにくいいため、医療中断を引き起こしやすいと。

これは、私、20年間のカルテを開示したんですけど、25年前に通院したときに全く医者が何のインフォームド・コンセントも行わないで、いきなり薬を出して、それでカルテ上には、病識がないために薬を飲まなかった。これが精神医療の実態だったし実態です。そういうふうにインフォームド・コンセントを行わない医療が厳然として存在しているのに、いつも病気であることを本人が自覚しにくいということを経験関係者も言えば、福祉関係者も言えば、家族までもがうちの子どもは病識がないということで、全て当事者に責任を転嫁し過ぎている。

こういう文章は、外に出ていったときに、理解どころか偏見をまき散らしますので、私が内科等に行ったときに、医者に、あなたはインフルエンザですね、あなたは盲腸ですね、あなたは何々ですね、ですからこういう治療を行いますというのに、精神科はそういうことが行われなくて、精神分裂病が統合失調症に名前は変わったけれど、本人に病名を告知しないで、家族に言っているという現状が存在しています。

そういう中で、こういう言い方は私は文章として出ていくことに対してとても残念です。それから次、川崎さんです。

医療費の負担が厳しいがゆえの医療の中断は絶対に避けなければならないというのは、精神科だけではないと思います。精神疾患だけが医療を中断しちゃいけないんじゃないんですよね。いろいろな病気があると思います。

それから、他障害と同じように重度医療費をだしてというのを、つまり3障害になるまでのときには全く要望してこなかった人たちが、私自身が衆議院で、精神障害者の福祉が遅れているために、社会的責任が存在している。こんなせつないことがあっていいのか、これは国の隔離収容施策だ、謝罪してほしい、と発言したんですけど、そういう状況の中で、自立支援法には物すごい課題があることは承知していながら、反対をせずに国会の場で前向きに検討していただきたいとも発言したんです。

ところが、ふたをあけてみたら、みなさん重度医療費助成制度とか、今まで何も言っていないことを急に言い出したわけですよ。

私は入院費がないために家族は入院させることができない。これはまさに当事者不在で、社会防衛上ではなくて、家族防衛上だと思います。昔、社会防衛上、経済措置といって、入院患者の5分の1は国がお金を出して入院させた時代がありました。それをほうふつさせるんです、ある意味で。

入院費がただになったために、家族は負担がなくなり、そして病院は入院費が入るから入院させておけるということで、そういう危惧を感じていますので、そのところのご意見をちょっとお伺いしたいということと、ちょっと長くなって申しわけないですが、家族が不安だとかおっしゃいますが、当事者同士のピアサポート、それから家族同士のピアサポートで解決できることはいっぱいあると思うんです。これを見ていると、いろいろな団体全て専門家とか国家資格とか、そればかり言っていて、当事者はただサービスを受けるだけの人なのかと。

それで、次はPSWさんです。

私、全国的にPSWさんご存じですけど、そんなに立派な方がたくさんいらっしゃるわけじゃなくて、国家資格、国家資格って、10年たったけど、恥ずかしいんじゃないかなと思うぐらいの方もたくさんいらっしゃるんですけど。

3ページ目の6です。就労支援について、1の2、労働行政とのさらなる連携強化なんですけど、ハローワークにおける障害者相談や障害者職業相談センターなどへの精神保健福祉士、専門職を設置することとあわせ、労働局の施策とのさらなる連携強化を図ること、ここに精神保健福祉士が、私、必要かどうかよく分からないんですけど、むしろ就労体験のある当事者のほうがいいと思います。

○潮谷部会長

それでは、それぞれの団体に対してのご意見でございますので、お答えをよろしく願います。

長尾委員からお願いいたします。

○長尾日本精神科病院協会副会長

一つは、二、三十人規模のケアホームという、それに反対するというお話でしたけども、