

はなく、ある程度の人数のいる圏域で相談支援の体制を構築するのが重要だと思います。たとえば障害者の相談支援のなかでピアサポートはとても必要だと思いますが、同じ障害の仲間同士できちんと相談できる、神経系だったら神経系の仲間のところで相談できるというような体制でないと、ちゃんとした相談支援事業ができないと思っています。ピアサポートについて考えるうえでも広域的な相談支援体制は大切だと思いますので、そのあたりもぜひ検討していただきたいと思っています。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

伊藤委員、お願いいたします。

○伊藤委員

伊藤でございます。

冒頭に福島委員のほうからこの障害者相談支援事業が市町村の判断で交付税というか一般財源で実施されているため地域の格差が生じているのではないか、あるいは十分ではないのではないかというご指摘がございました。

今日の資料の、5ページでございますが、居住サポート事業がまだ1割程度しか実施されていないということに、少し驚いております。この資料に示されているとおり、専門職員の配置は4割、成年後見制度の利用支援は3割となっており、人員の配置等は一定程度進んでいるが、なかなか事業が進んでないという実態の数字が出たのかなと思います。

前回もこの議論をしました。地域における自立した生活のための支援、すなわち地域での生活の支援は、各委員の先生方から活発なご意見が出ましたが、私も同じように、地域生活における相談事業がとても大事だと思っています。また、地域での住まいを考える意味では、居住サポート事業の更なる充実がやはり必要なのではないかなということも資料を拝見して強く痛感いたしました。

それと次の7ページの論点のところの2番目の、これは堂本委員からも先ほどご意見がございましたとおり、専門家だけではなく、町内会、家族、NPO、そしてピア等、地域のみinnで相談支援事業を支えていく必要がある、そういうご意見がありましたが、ここに相談支援事業においては特に、障害者同士のピアカウンセリングの活用を図っていくべきだと思います。

また、大濱委員のほうから出されました、ピアカウンセリングの普及、実施には助成金が必要だのご意見も重要であります。その前に、きちんとピアカウンセラーの育成をしていただかないといけません。実際に、ピアカウンセラーに相談したいというケースがあったとしても、なかなか身近な地域にはいないのが現状です。お願いしようにもピアカウンセラーがいないという課題を解決する必要があると思います。それは、我々自身も努力をせよということなのかもしれませんが、やはり育成の仕組みもしっかりとしな

いと、十分な活用を図っていくまでにはいかないのではないかなと思います。以上でございます。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

広田委員、お願いいたします。

○広田委員

1 ページ目です。上から5、また個々の障害者の支援を通じて明らかになった地域の課題への対応について、地域全体で連携し、検討し、支援体制を、地域全体で連携して、私の問題をどういうふうに支援体制を整えて、こんな大げさな話なのかということで、私はこういうふうにしてほしくないというこれは意見です。

それから、2 ページ目の相談支援事業の広域的、専門的な支援、都道府県ですけど、今、伊藤委員もおっしゃったように、ピアカウンセラーがどこにいるのか。精神科の患者だったら、ピアカウンセラーだと思っています。精神疾患の体験者、経験者ということです。

神奈川県で患者会の役員もやっていますが、県のほうで、ピアカウンセリング事業というのを委託されています。今全国で10都道府県ぐらいでそういう県単位の患者のグループがありますから、そういう事業をやっていただいて、これがとても使いやすいのは県が一切文句を言わない。89万のお金が下りてきて、それによっていろいろな使い方をして、結果的にピアカウンセリングをやる人ができてきているということです。

ですから、ぜひここに都道府県のところにお金が下りれるようにしていただきたいということと、それと3 ページ目。やっとな川崎委員が家族のピアカウンセリングを言っていたいてありがとうございます。昨日もたまたま昼間原稿を書きながら、予算委員会をテレビで見っていたら、遠方の家族から電話がかかってきて、そういう事情を話したんですけど、1 時間ばかり精神障害者の家族は大変だということから、もう分かったと、大変なのは、でも、乙竹君の親も大変だったんじゃないの。福島教授の親も大変だったんじゃないの。松本サリン事件の河野さんも大変だったんじゃないの。何でそういうふうに精神障害者の家族ばかり、大変、大変って騒ぐのって、言ったら、広田さんに言われてすっきりしましたと。

切ったのが1 時間後なんですね。これは、私も疲れましたが、その家の精神障害者本人も疲れていると思いますよ。

それから、家族、本人のピアカウンセリングと同時に強依存の家族がとても多いんです。私は、そういう場合には、どこに行くかということ、カラオケ、親子で、一緒に私とカラオケに行って、8月15日だったら、戦争中の人を思い「海いかば」を歌って、そういうふうな昔をしのんでいますけれども、そういうことをやっています。

相談、相談って、一番大切だっておっしゃるんだけど、私は、さっきお話しされたけど、

住居が大事だと思っています。

相談と一口に言っても、例えば長年社会的入院で退院してきた人が、お昼ごろ電話をかけてきて、ちょうど私が起きたころです。出ると、今晚寝れなかったらどうしようと。今、私は起きたばかりだと。ですから、それは夜にしてくださいと。8時ごろ、寝れなかったらどうしよう。8時は子どもの時間。10時に寝れなかったらどうしよう。布団を敷いて、明かりを消して寝てって言うと、布団を敷いて明かりを消して寝ればいいんですかと。これが、社会的入院の実態なんです。

ベッドの上で寝ていて、病院の人が明かりを消すから。本人が布団を敷くという習慣とか、明かりを消すという習慣を忘れちゃって、ああ、そうですね、とそれで終わるわけです。それを何回か繰り返していくと、その話は終わるんです。

それから、川崎委員が、精神障害者の8割が引きこもっていると、引きこもりの人は実際にいます。私も訪問していますし、うちに泊まったことで親から自立した人もいますけど、8割という数字はおっしゃらないほうがいいと思います。

303万人いる8割といたら、二百何十万。35万3,000人は入院中ですし、働いている人もいますが、数字はおっしゃらないほうがいい、と私は思います。

それと何でもかんでも、訪問がいいのかなど。いわゆる相談の質にもよりますけれども、例えば横浜の生活支援センターに、今、自立支援法ができて、役所が煩雑になって、いろいろな旧保健所が回すんですよね、障害者を生活支援センターに紹介して。そうしますと、障害者がそちらに電話をかけてくる。そうしたら、寂しいって言った。生活支援センターが訪問しちゃったんです。訪問したんじゃないんです。訪問しちゃったんです……。その人は、寂しいと言え来てくれるもんだというふうに思ったわけです。

親に会いたい。親が電話に出てくれない。どうしたかと言ったら、万引きを重ねて、警察から親を呼んでもらおうと思ったのに、結果的に親が出てこなくて、結果的にもっと大変な犯罪になって、私が留置所に面会に行ったんですけど、そういうふうに何でもかんでも相手が、寂しいとか、不安だからということで、いわゆる訪問しちゃうような形ではよくないというふうに私は思っています。

ですから、とても質が問われるということで、そう思っています。そのところの質がどうなるかということがとても大事じゃないかなというふうに思っています。

それから、精神障害者のピアサポートセンターとか、セルフサポートセンターというようなところを全国的に見ますと、もう立ち上がっておりますので、そこがもし相談事業で手を挙げてきたら、入れていただきたいし、もし場合によってはピアサポートセンターとかで制度化していただけるとありがたいと思います。以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

山岡委員、手を挙げていらっしゃいました。お願いいたします。

○山岡委員

発達障害の団体から出ております。

発達障害の観点からしましても、市町村とか身近なところに相談支援機能があるのは非常にありがたいことなんです。

さっきおっしゃったみたいに、地域格差みたいなことがあることをおいておきますと、そういうのがあるのはありがたいことでもあります。

それから、恐らく身近なところでは深いご相談とかには応じられないと思いますので、やはり県単位なのか、福祉圏域なのかは分かりませんが、ある一定のところには専門的な相談支援ができる体制があって、そこにきちんとつなげるような仕組みがあればいいなというふうに思っております。

そういう意味でいきますと、市町村で一次的にご相談になっていただくようなところにつきまして、今、3障害に限ってのお話になっていますが、例えば、発達障害や非虐待など、3障害以外にもある訳ですので、一次的な相談機関につきましては、対象を限定せず広範にご相談にあたるような方を配置していただければと思っているところでございます。

それから、ピアカウンセリングのところですが、7月に報告が出ておりました障害児支援の見直しの検討会でも同じような話が出ていたんですけども、恐らく精神障害の話は今お聞きしたんですが、発達障害、知的障害、あるいはお子さんについては保護者が結構そういう役割を果たしているケースがあります。保護者同士のピアカウンセリングみたいなこともかなり有効であります。

恐らく、そういうものは、誰がやるのかということをおっしゃっていたんですが、育成をすとか、配置するとか、どこに置くということが問題だと思います。さき程も申しあげましたが、福祉圏域単位とか県単位、あるいは市町村の専門機関みたいなところに、ピアカウンセリングの要員を配置して、半分ボランティアなのか有償なのか分かりませんが、有効に使っていくと良いと思います。発達障害分野における実践事例から見ましてもピアカウンセリングというのは非常に有効だというふうに私どもは思っています。以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

岩谷委員、お願いいたします。

○岩谷委員 総合的な相談というのが非常に大事であるということは言うを待たないことでもありますけれども、これだけいろいろなニーズがあって、それらのニーズにどうやって専門的な知識を持ちながら応えるのかということシステムで考えますと、ものすごく難

しくなるんだと思います。

実際に、相談を受ける現場というのは、市町村であればあるほど、そういう全ての専門性に対応できるということは非常に難しいわけでありまして、先ほど来、人材の育成ということが非常に大事だという話が委員の皆様から出ておりますけれども、本当に人材を育てるということ、それもただ単に1つの専門性にしか分からないというのではなくて、ある程度のことは、深い専門性というのは必要なんですけれども、あまり専門、専門といいますと結局、自縄自縛になってしまうのではないかという気もしないわけではありません。

ですから、専門性の資質の向上を図るとともに、体制をもう少し整備することと、それから先ほど来、出ておりますけれども、いろいろな資源をうまくつなげられるような仕組みというのをどう考えていくか、それが非常にこの話をうまく定着させるためには、それが絶対に必要なんだというふうに思います。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

今、論点それぞれの部分について、皆様たちから大変有意義な意見をちょうだいしておりますが、実は前半、予定されております時間がオーバーしておりますけれども、やはりもう少しいただいたほうがいいんじゃないかと思うので、進めさせていただこうと思います。

嵐谷委員、お願いいたします。

○嵐谷委員

まず、2ページのところで、これは3つございます。一般財源、交付金として、それから地域生活支援事業費の補助金、またもう一つは自立支援給付と、3つのお金があるということですが、これは一体的にはできないんですかね。相談事業として、ひと括りにして。

そうすればややっこしくなくなるし、一般的な相談ですよというのは、誰がどう判断するのか。相談に行くほうが一般的ですから、専門的ですかというようなことが分かるはずがないんです。

私のところも事務所にちょこちょこ障害者から電話がかかってくるんですが、障害者では身体障害者の、いわゆる110番事業という相談事業を持っております。

それから、ほかにもいろいろな相談事業を持っておられるところもあろうと思いますが、障害者の相談員というのをここらでうまく活用すれば、相談の入口のところの話ができるんじゃないかなというふうにも思います。

そしてまた、指定支援事業者というような格付けのあるような話がございますが、それを全部地域的に市町村にあるかといえば、多分ないと思います。

じゃあ、どうするんかと言えば、社会福祉協議会は、ほぼ全国どこにでもあるはずで、社会福祉協議会のところにはきちんとした民生委員、児童委員の人がついているはずで。

そこらをうまく活用すれば、この相談事業そのものがうまく地域的にいけるのではないかなというふうに思います。

今のところで、そういう形で、恐らく全国的に全部相談事業所があるかと言えば、恐らくないと思います。

そういう方法もあるので、またいろいろとお考えをいただきたいと、そのように思います。以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

箕輪委員、お願いいたします。

○箕輪委員

先ほどからいろいろ出ていますように、やはり一番総合的な相談の機関を置くにしても、入口のところ的大事だと思うんですが、本当に多くの方から出ているように、本人が何を相談したいのか。また、こういうことを解決したいといったものを聞いていくと、私もカウンセラーとしてやっているんですけども、聞いていくと、実際には最後には、50分後には全然違う課題が出てきたりとか、子育てのことで悩んでいるはずで来たものが、自分が働きたいというほうにつながっていたり。そういったこともあるんですけども、そういった意味でも、話をしっかりと聞けるという専門性が優先、第一窓口としては、その中からきちんと後半につながるかもしれないんですが、その方の課題に合わせたほうにうまくつないでいく。たらい回しすることなく適切につないでいくという、マネジメントができる人というのを考えたときに、特に福祉の分野に精通していた方だけでなく、カウンセラーの資格を持っている方とか、私たちもそうなんですけども、私たちが所属しているのは産業カウンセリング、キャリアカウンセリングのグループなんですけども、そこはカウンセラーの資格を有して仕事をする上で、年間何ポイントか、実際のカウンセリングをしていかないと資格が剥奪されてしまうので、実際に、そういう面接をする場を提供してもらって、その場に行ったり、電話で面談をする、実績をつくった上で、資格を継続するというふうになっているんですね。

そうすると多分相談を受ける方にしても、その相談場所とか、そういった体制を整えるところもお金が発生してなくて、お互いのニーズが一致しながら費用が発生せずにやっていけるとか、そういったものも実際にあつたりしますので、そういったものも活用しながら、または先ほどから出ていますけれども、地域性によって市町村まで行くとうまくお金も人もいない。実際にお金があっても人もいないといったことがあった場合に、第一窓口というのは本当に広域な、電話でもいいんだと思います。

私たちのところにも、全国各地からまず相談があつて、それを実際に聞いた上で、市町村に回していくということをしったりするので、そういう意味では、顔を会わせる必要があ

るのは次のステップだと思いますので、そういう意味では、財源とか人がいないといった部分については、一番入口のところはもっと県なのか、さらに上の国なのか分かりませんが、けれども、そういった広域な部分で、それこそ24時間受けられるような体制とか、その中でうまく分野ごと、また地域ごとに、相談支援の窓口は、多分ご本人、障害のある方ご本人だけではなくて、例えば地域で身近な学校とか、学校のほうで受けたものをどこにしているか分からないから、いったん相談支援事業者にということもあるかもしれないので、そういう部分では、何がカウントされるかといった部分も先ほどから出てはいますが、これは件数じゃない、これは件数だということが非常に難しいと思うんですが、ただそれはとても大事なことなので忘れずに、相談にくる人が障害のある方だけではなく、職場だったり学校であったり、家族であったりということも忘れずにいていただくような仕組みをつくっていただきたいと思います。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

総合相談窓口、これについては、さっき新保さんもおっしゃっていましたが、機能分化、インテイクの部分と専門性の部分と、そういった機能分化的なものをシステム化していくということが何人かの委員の方からも出ているようでございます。

皆様、論点それぞれからちょうだいしておりますが、もしよろしければ、次のケアマネジメントのほうに行きたいと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、ケアマネジメントについて、皆様方の中から、お願いをいたします。

高橋先生、お願いいたします。

○高橋委員 今後のケアマネジメントの見直しということで、対象者を広げる、それからモニタリングのプロセスを重要視して、非常に大事な点で、対象者の拡大とモニタリング、こういったことを取り入れるということは、非常に大きな前進だろうと思います。

この15ページにございます見直しの例を拝見して思うことですが、最初のプランニングから最後のモニタリングの終了まで、同一のケアマネージャーが関わるということは私は非常に大事だと思います。ですから、対象を広げて一貫したケアマネジメントを行うということです。

現行では、施設が変わったりすると、マネージする人が変わってしまう。そういう問題があるかと思しますので、この見直しの中では、その一貫性ということもぜひご考慮いただきたいと思います。そういう観点が入っているのかどうか。それもあわせて伺いたいと思います。

○潮谷部会長

論点の中で統一的かつ総合的な判断を実施するために、ケアマネジメントの一貫性のあ

り方について皆様からご意見を賜りたいと思うのですが、いかがでしょうか。

佐藤委員、お願いいたします。

○佐藤委員

ケアマネジメントといいますか、現在、このサービス利用計画について、2,000件に足りないということで、事実上、機能していないとって差し支えないと思います。したがって、自立支援法の下でケアマネジメント、あるいはケアマネージャーという人たちの役割をどういうふうに位置づけるかというのは、基本的にはこの見直し作業の中で、根本的にやり直すという課題だろうというふうに認識しています。

その上に立って、私の意見を申し上げたいと思いますけれども、介護保険が始まったときに、当時の社会福祉基礎構造改革の中で、重要なキーワードであった自己決定権をいかに保障するかということで、介護保険の制度というのは、それまでと違う2つの特徴を持っていたと思っています。

1つは、給付額を明確にした上でのダイレクトファンドです。自分はどれだけのサービスを使うことができるのか。それからもう一つは、ケアマネジメント、これはセルフケアマネジメントのプロセスも含めて、あるいはケアマネージャーといろいろ協議をするということ前提にしながら、自分にとって本当に必要なサービスをどのように使っていくか。

少なくとも、その質や量が必ずしも十分ではない。例えば、介護保険で保障された介護給付の額が十分かどうかということは、さておくにしても、基本的に私は全く不十分だと思っていますけれども、この自己決定権を保障するという点に関しては、制度設計上、この2つの柱がきちんと入った。けれども、その後、障害者福祉における支援費制度でもそうでしたし、自立支援法でもそうですけれども、この2つの柱は消えちゃった、そういう意味で後退したというふうに認識しています。

だから、ケアマネジメントの、これは手法を取り入れということではなくて、明確に制度として位置づけるところから制度設計をする必要があるだろう。この見直しに際して、ケアマネジメントをきちんと法律の枠組みの中で、もちろん財政的な措置も含めてやる必要があるだろうというふうに思っています。

その意味で、資料13ページ、14ページに、現状と課題ということで、見直しのイメージが出ておりますけれども、基本的には私は当然支給決定の前に、ケアマネジメントというプロセスが入るべきだというふうに思います。

したがって、こういう方向で見直すことについては、十分に検討に値するだろうと思っています。

ただ、現状では、これは介護保険でも同じことが言えるわけですが、ケアマネジメントをする人が、あるいはケアマネージャーがどこに立っている人かという点、ケアマネージャーは今の介護保険上だと、中立的というよりもそれぞれの事業所が抱えてやっていますから、やや極論をすれば、事業所の利益誘導のために働くということがあるわけで、

その弊害については再三指摘されています。

ですから、この支給決定の前に、ケアマネジメントを実施するという事になったら、非常に調整が厄介なことになると思います。

ですから、ケアマネジメントが本当に中立的な立場で、利用者の自己決定権を保障して、なおかつそれを給付によって、保障するという枠組みでケアマネージャーの位置づけをする。このことによって、せっかく介護保険でそこまで来たのが、ある意味で言えば押し戻され、せっかくの前進が後退になったことをもう一度位置づけ直すことができる。

今回の見直しで、言い方はややおかしいですけども、正しいケアマネジメントの在り方を自立支援法の中ではちゃんと織り込もうということで、かなりここはきちんとした論議が必要だろうと思っております。

長くなりますので、以上で終わります。

○潮谷部会長

林委員。

○林委員

東松山の林です。

今の佐藤委員の説明の中で、1つ市町村の関わりについて、マネジメントイメージ、その辺について、当市の状況をお話しさせていただきたいと思います。

サービス利用の手続において、そのプロセスにケアマネジメントの仕組みを導入することについては、市町村がサービスの支給決定を行うに当たって、当然必要なことだというふうに考えて認識しているわけです。

当市でも、これまでも重度障害児等の一部の対象者については、指定の相談支援事業者と協力をいただきながら、支給決定を行う前に、その前の段階から、その方の抱える問題を分析し、サービス計画案の作成を行った上で、その計画案を基に、本人に必要なサービスを市で決定してきたというところでございます。

サービスの利用開始後のモニタリングについても現行のサービス、利用計画作成費の算定対象にならない方についても困難ケース等必要性があった方については、同様に進めてきております。

また、これまでサービスの利用計画作成費の算定対象者については、別冊のほうの参考資料になるんですが、そちらの21から22ページになるんですけども、一定の条件を満たしたケースの方のみが対象となっております、当市では、約10名の方が現在対象となっております。

お示しいただいた資料によると、これまでサービスの利用計画作成費の算定の対象とならなかったケースについても算定できるようになるようでございますので、指定相談支援事業者にとって、一定の収益が見込めるということから評価できるというふうに考えてい

ます。

また、これまでモニタリングから漏れてしまったケースについても、その必要性については、以前から感じていたことからこの仕組みが制度化されれば、非常によいのではないかというふうに考えています。

しかし、問題点としては、この仕組みが導入されることになった場合に全体の支給決定者、当市の場合ですと、約300の方がいらっしゃるんですが、この方のケアマネジメントを限られた人材の中で、どう対応していくのかというのが新たな課題として浮かび上がってくるというふうに感じております。

ちょっと関連して、以上でございます。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

評価をしていただくと同時に、問題点としては、担当件数をどのように考えていくかということがケアマネジメントの中で重要だという問題点の指定もございました。

千葉県の方から、ケアマネについての論旨が出ておりますので、堂本知事の方からお願いいたします。

○堂本委員

私も今東松山の林委員さんが言われたように、本当にいい形でこれが活用されるようになることは、とても障害を持った方たちにとって助かることだろうというふうに思います。

問題は、その利用しやすいような制度にできるかどうかということが一番の問題じゃないかと思います。

私ども、ここに書かせていただいていることで、最初は本当に計画だけを立てているようなケアマネジメント、これは介護保険の場合と、そういう意味では、障害者と随分違うところがあるんじゃないかと思いますけれども、やはりここに書かせていただいた言い方で言いますと、できるだけ地域で生活することに対して、ものすごく勇気を必要とするだろうと思います。

そういった不安を抱えている当事者、あるいは家族の不安を和らげるために充実させていくことの必要性。

そして、その次に書いてありますことは、である以上、利用計画書を作成することを目的にするのではなくて、地域で生活する障害者の生活全般を支えながら、エンパワーメントを図るという視点でアドバイスを行う。そういう意味では、相当専門性が必要になってくるであろうということだと思います。

ここに高齢者の場合と比べて、生活全般に関わるが大変多いでしょうし、ことによったら、やはり障害というのは個人によって違うので、そういった意味でも、高齢者の場合よりももっともっと1人、1人についての障害の在り方に対応していく必要があるんじ

やないかというふうに思います。

ケアマネジメント自体が実施されていくことは、まず必要ですけれども、現行制度上の対象者の限定、あるいはサービス利用手続についてぜひ見直しが必要です。

もう結論的なことですが、より利用しやすい形、そうなるとさっき林委員が言われたみたいに、果たして自分のところでそれだけ対応できるのかという不安がどこの市町村でも出てくるだろうというふうに思います。それは、次の問題として財政的、あるいは専門性をもった人たちをどう配置するかということが、次のテーマになると思いますけれども、専門性を高めるという意味でも、都道府県で実施しているような研修の内容がやはりまだ大事だろうというふうに私ども考えております。

そして、一番最後のところに書かせていただいたのは、将来的には、介護保険制度のように、相談支援専門員を国家資格として考える。あるいはその専門性を高めるためにどのようにこれからしていくのかということ由市町村、都道府県も大事ですけれども、国のレベルでも全国を見ながら、ぜひ考えていただきたい。専門性を高めるためのシステムもお考えいただけたらと思います。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。

北岡委員、お願いいたします。

○北岡委員

私はこのケアマネジメントで、1点だけ申し上げたいと思います。

このサービス利用計画作成費の対象者の拡大ということが、すごく重要ではないかというふうに考えておまして、その障害のある人に対して、必要な支援を提供する。そのことをアセスメントして、よりよいその人らしい暮らしにつないでいくというようなことでありますので、これは対象者を限定するのではなくて、施設で暮らす人たちに対してをも含めた全ての方に対して、このサービス利用計画についてはすべきではないかと考えています。

ただ、そうなったときに、かなりの負担が市町村などで増えてくる可能性があります。そうなったときに、本当に障害者ご本人のニーズが十分に反映されたケアプランになるのかということが懸念されますので、本来、資料で示されました計画例①にあるように、きめ細かな対応が必要になってきますので、そのためには民間の社会資源、相談支援事業者を活用するということが大変重要な観点ではないかと思っています。以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

発言を今までされてない方で、ございませんでしょうか。

仲野委員、お願いいたします。

○仲野委員

ケアマネのサービス利用計画のことについて、私は医療の人間なので、非常に前から違和感を感じていたことを言わせていただきますと、9ページ、10ページにあります、計画の例なんです、これ自立支援法なので、福祉のサービスオンリーになっているというふうな理解でよろしいでしょうか。

実際、私は、以前精神科病院に勤めておりました、訪問看護等をいたしておりましたときに、その精神障害の方が利用するサービスというのは、福祉のサービスのみではないんです。今回、サービス利用計画書の作成の対象者拡大ということで、精神科病院から帰って一定期間集中的なサービスが必要な方ということになると、退院直後の方々も含まれてくるわけで、その場合に、医療は医療の計画書、福祉は福祉の計画書という1人の方に2枚の計画書というふうなことになる、非常に私は不便だったんです。

医療は医療の目で計画を遂行して行って、その中で評価をして、また計画の変更とかしていくわけですが、福祉は福祉でということと別のペーパーの上でのことになりますので、その方の今後の必要なサービスの在り方というのをどうしても医療だけで限定してしまうというような、そんな欠点があったんです。

逆に福祉の方は、具合が悪くなったときに、ちょっとこの医療サービスを使ったらどうかしらと思うようなときに、この福祉の器の中だけで一生懸命考えて頑張っていらっしゃるといようなことがあって、これが医療と福祉が一体化した計画書というのをつくったほうが法律ではなくて1人の方のためには非常に便利で、いわゆる切れ目のないサービスといえますか、必要に応じたサービス提供というのができるんじゃないかというふうに思っておりました。

法律が違うから2枚になるよと言われてたら、それまでなんです、1人の方のサービスということ考えたときには、縦割りではなく、その人の必要性に応じた形に変えるというふうなことが必要かなと思っています。

○潮谷部会長

18ページのところに、システム化された中には、保健・医療というシステムできちんとなされているということと、それから先ほど大濱委員のご意見の中にも、やはり医療と福祉、このドッキングがものすごく大事だというお話もございましたので、たまたまサービス利用計画のこの例は、福祉ということで出されていると、このように思っておりますけれども、事務局それで……。

○藤井障害福祉課長

おっしゃるとおりでございます、また委員が仰せのとおり、やはり医療にしても、福

社にしても、包括的、総合的な計画をつくるべきだと思いますし、今の仕組みの中で、これはもちろん医療サービスを書き込むということになりますと、そちらのほうの専門の方といろいろな相談支援事業者が相談をしてつくるということになろうとは思いますが、仕組みとしては、十分入り得るものでございます。

○潮谷部会長

君塚委員、お願いいたします。

○君塚委員

専門性に関してなんですが、先ほどの相談支援、あるいはケアマネの中身において、大濱委員がおっしゃったように、私も障害児の医師として30年ほど勤務していますけれども、患者会のほうがレベルが高いです。医療、福祉に関して。

国立障害者センターの岩谷総長も同じようなご意見だと思うんですけども、例えば私たちのところに日本二分脊髄協会という約2,000名ほどの先天性の脊損の会の事務局、そこで毎週詰めて電話相談を受けているとか、定期的なキャンプをやるとか、ホームページに病気の紹介とか、さらには同じ疾患での海外、二分脊損の場合には、IFHDという国際組織に加盟して、あるいはほかの疾患でも、子どもで100回ぐらい骨が折れるのは、骨形成不全症という友の会も、アメリカにはOIFという大きな患者会があって、そういうところと連携していて、一般の医師が知らない知識を患者会がいっぱい持っています。この専門性を利用すべきであると思います。

前にも、厚生労働省の方に話の中で言ったんですけども、その患者会にある程度の基準を設けて助成をすべきではないかというふうなことで、そういう人たちをその相談、あるいはケアマネに相談員的な形ですることは、効率がとてもいいと考えています。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

竹下委員。

○竹下委員

短く、2点だけお願いいたします。

僕は、ケアマネジメントの位置づけというものは、皆さんの議論が非常にいい方向でされていると思うので、全てにおいて賛成なんですけど、ケアマネジメントの関係では、先ほど国家資格云々があったと思うんですけども、それは非常に重要だと思います。

といいますのは、ケアマネージャーがどういう機能、あるいはどういう権能を持って役割を果たすのかということが明確になっていかないと、せっかくのたくさんの社会資源やいくつかの事業化が進んでいっても、それをうまく統合できないと思います。