

第百四十五回国会
衆議院

厚生委員会 議 録 第 十 一 号

平成十一年五月二十一日(金曜日)

午前十時開議

出席委員

委員長 木村 義雄君

理事 佐藤 静雄君 理事 鈴木 俊一君

理事 田中眞紀子君 理事 長勢 甚遠君

理事 山本 孝史君 理事 福島 豊君

理事 岡島 正之君

安倍 晋三君 伊吹 文明君

岩下 栄一君 衛藤 晟一君

大石 秀政君 大村 秀章君

小坂 憲次君 桜井 郁三君

砂田 圭佑君 田村 憲久君

戸井田 徹君 能勢 和子君

萩野 浩基君 松田 仁君

平沢 勝榮君 堀之内久男君

松本 純君 宮路 和明君

家西 悟君 石毛 鏡子君

大島 章宏君 五島 正規君

土肥 隆一君 中桐 伸五君

古川 元久君 松崎 公昭君

青山 二三君 久保 哲司君

榊屋 敬悟君 武山百合子君

吉田 幸弘君 児玉 健次君

瀬古由起子君 中川 智子君

笹木 竜三君

出席國務大臣

厚生大臣 宮下 創平君

出席政府委員

厚生大臣官房総務審議官 眞野 章君

厚生省健康政策局長 小林 秀資君

委員外の出席者

法務大臣官房審議官 渡邊 一弘君

厚生大臣官房障害保健福祉部長 今田 寛隆君

厚生委員会専門員 杉谷 正秀君

局長 伊藤 雅治君

厚生省社会・援護局長 炭谷 茂君

厚生省保険局長 羽毛田信吾君

自治省財政局長 二橋 正弘君

委員の異動

五月二十一日

辞任

岩下 栄一君

大村 秀章君

戸井田 徹君

宮路 和明君

五島 正規君

土肥 隆一君

同日

辞任

大石 秀政君

小坂 憲次君

萩野 浩基君

平沢 勝榮君

大島 章宏君

中桐 伸五君

補欠選任

萩野 浩基君

平沢 勝榮君

大石 秀政君

小坂 憲次君

中桐 伸五君

大島 章宏君

補欠選任

戸井田 徹君

宮路 和明君

岩下 栄一君

大村 秀章君

土肥 隆一君

五島 正規君

五月二十一日

社会保障の拡充に関する請願(石井一君紹介)

(第三四〇七号)

同(五島正規君紹介)(第三四六五号)

年金・医療・福祉等の制度改革に関する請願

(中川正春君紹介)(第三四〇八号)

同(岡部英男君紹介)(第三四二八号)

同(奥谷通君紹介)(第三四二九号)

同(西田司君紹介)(第三四三〇号)

同(村田吉隆君紹介)(第三四三一号)

同(山中貞則君紹介)(第三四三二号)

同(左藤恵君紹介)(第三四四三号)

同(戸井田徹君紹介)(第三四四四号)

同(西田司君紹介)(第三四四五号)

同(赤城徳彦君紹介)(第三四六八号)

同(越智伊平君紹介)(第三四六九号)

同(堀山静六君紹介)(第三四七〇号)

同(山本公一君紹介)(第三四七一号)

同(安倍晋三君紹介)(第三五〇八号)

同(井上喜一君紹介)(第三五〇九号)

同(佐々木洋平君紹介)(第三五一〇号)

同(砂田圭佑君紹介)(第三五一二号)

同(堀込征雄君紹介)(第三五二二号)

同(井上喜一君紹介)(第三五四四号)

同(鯨岡兵輔君紹介)(第三五四五号)

同(土井たか子君紹介)(第三五四六号)

難病公費医療の患者負担廃止、医療保険制度改悪反対に関する請願(石毛鏡子君紹介)(第三四〇九号)

同(五島正規君紹介)(第三四七二号)

国立療養所稚内病院の結核病棟復活に関する請願(金田誠一君紹介)(第三四一〇号)

同(金田誠一君紹介)(第三四三三三号)

同(金田誠一君紹介)(第三四四六号)

同(金田誠一君紹介)(第三四七三三号)

同(金田誠一君紹介)(第三四七三三号)

同(金田誠一君紹介)(第三四七三三号)

同(金田誠一君紹介)(第三四七三三号)

同(石毛鏡子君紹介)(第三五五〇号)

同(武山百合子君紹介)(第三五五一号)

同(武山百合子君紹介)(第三五五一号)

同(武山百合子君紹介)(第三五五一号)

同(家西悟君紹介)(第三四二五号)

同(五島正規君紹介)(第三四六七号)

健康保険日雇特別被保険者の出産育児一時金等の給付条件改善に関する請願(家西悟君紹介)(第三四二六号)

同(第三四二六号)

てんかんをもつ人々の福祉の増進に関する請願(家西悟君紹介)(第三四二七号)

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(五島正規君紹介)(第三四六六号)

同(鯨岡兵輔君紹介)(第三五四二二号)

看護婦の増員・夜勤改善に関する請願(坂上富男君紹介)(第三五二三号)

同(松沢成文君紹介)(第三五一四号)

同(坂上富男君紹介)(第三五四七号)

同(島山健治郎君紹介)(第三五四八号)

同(山元勉君紹介)(第三五四九号)

被爆者援護法の改正に関する請願(鯨岡兵輔君紹介)(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

同(第三五四三三三号)

第一類第七号

厚生委員会議録第十一号 平成十一年五月二十一日

した。そして、国及び地方公共団体において、精神医療や社会復帰、福祉に係る各種施策が推進されてきたところでございます。しかしながら、まだまだ多くの問題が残っています。

平成五年に続きまして、平成七年にいろいろな改正がされました。今回、平成五年の精神保健法の改正の施行後五年に当たるところから、自民党においては、社会部会の精神保健問題検討小委員会を中心に、平成十年より精力的に有識者及び関係団体からの意見聴取等を含め、何とか抜本的な改正にこぎつけたということで検討を進めてきたところでございます。

その間も、平成七年、精神保健法を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に改めまして、精神障害者の社会復帰を図るべく、保健福祉施策の充実を図りながら、手帳制度の創設や社会復帰施設等の充実を進め、また、よりよい精神医療の確保を図るために、精神保健指定医制度の充実や医療保護入院の際の告知義務の徹底等を図ってきたところでございます。しかしながら、先ほどから申し上げましたように、まだまだ大きな抜本改正を行わなければならないということで、今回の改正にこぎつけたということで努力をしてきたところでございます。

今回の法改正におきましても、自傷他害防止監督義務の廃止、あるいは入院のための移送制度の新設、あるいは人権に配慮した適正な医療の確保、あるいは在宅のための地域支援センター、あるいは在宅介護事業の充実、あるいは短期入院事業の新設等を通じて在宅福祉の充実を図ろうとしたものでございまして、そういう点の改正については、まさに十分に評価されるというか、ある意味では一つの時代を画するような改正になるんではなからうかというぐあいに大きな期待をしているところでございます。

しかしながら、私どもの検討の中におきましてもどうしても今回に合わなかった問題がございまして、中長期的な検討項目について、三點整理をさせていただいたところでございます。

一つは、犯罪精神障害者対策についてでございます。

長い間、この問題は議論をされてきましたけれども、人権の問題等から結論を出すことができません。今に至っています。この問題につきましては、刑法体系との関係も含め、幅広い観点が必要でございまして、病院においては、こういう方に対する処理をほとんど民間病院にお願いをしなされるんですが、適切な医療が、一次的な医療はなされるんですが、その後のケア等がなされない等のいろいろな問題を抱えておりまして、今度は受け入れる病院側の方も、触法患者と普通の患者さんとをどういうぐあいに治療していいのかわからない状況にもなっているわけでございます。

患者にとっても大変、そして病院側にとっても適正な医療が行われないという状況になっているところでございまして、このことの中から、やはり将来を含めて触法患者に対する医療をどうするかということをやちゃんと定めながら、今後の精神病院における機能分化というものを、障害、病気の種別や程度やいろいろな状況に応じて適切な医療が受けられるような状態にせひやり変えなきゃいけないというぐあいに考えているところでございまして、これについて我々は結論を出すことはできませんでした。

もう一つは、保護者制度につきまして、自傷他害防止監督義務の条項につきましては削除ということはやりましたけれども、ほかにもいろいろな保護者制度というものが家族に過重な負担をもたらしています。しかし、一方で、我が国においては、精神障害者の治療についてはその家族が一定の役割を果たすべきだとの根強い意見もあります。そんな中で、保護者制度というものが、できるだけ家族に対する過重な負担——実は、御承知のとおり、精神障害者の保護者と言われる方々は大変高齢を迎えております。もともとが成人を過ぎてから発病される方が多いわけでございまして、その保護者ということになりますと、大変な

高齢を迎えておりまして過重な負担に耐え得ない、またそれに耐えなければならぬようなシステムにしていますから、患者自身もいろいろな決定ができないということから、いろいろな問題をもたらしていますので、この保護者制度についても、最終的な検討の上、結論を得ることが必要だというぐあいに私も思っております。

さらに、長期入院者につきましては、いろいろございまして、既に日本の病院においては五年以上入院の方々がほぼ半数を占めているわけでございまして、しかも六十五歳を超える方々が三割を超すというような状況の中にございます。この長期入院患者の療養にふさわしい施設につきまして、診療報酬あるいは機能分担ということも同時に考えながら結論を得なきゃいけないというように思っています。

我々は、今回の法改正においてはどうしても間に合わない、本来であれば何とかすべきだということに思っていたんですが、間に合わないという観点の中から、何とか三年を目途にめどをつけたというぐあいに実は考えて、精神保健問題検討小委員会でも早急に三年における中長期的結論を得るべく、努力を開始したところでございまして、さて、そのような状況の中におきまして、自民党においては、三年以内に何とか結論を得たいというところで鋭意検討を進めておりますけれども、政府においても、これらの課題は重要なものと認識をされているのかどうか、またその結論が出次第、速やかに対処される意思があるのかどうか、大臣にまずお聞きをさせていただきたいと思っております。

○宮下国務大臣 まず、今回の改正につきまして、その政策内容について、党側の政策責任者である委員の方からいろいろ御質問がございましたが、まずもって、その相当部分が取り入れられたということに感謝を申し上げたいと思っております。その上で、今三つの点を指摘されました。犯罪精神障害者の問題、保護者の問題、それから長期入院患者の療養にふさわしい施設の検討と

いうようなことでございまして、これらの三點はいずれも重要な課題でございます。これは公衆衛生審議会からも指摘されておりますが、解決していかなければいけない。今申されたように、これまで全体として検討して、総まとめで改正案を出すというまでには議論も尽くされております。今後は重要な課題でございますから、今後ひとつ精神的に慎重な検討をしなければならぬんですが、この問題は厚生行政だけではなくて諸方面と関係する事項でございまして、幅広い関係者と議論を行いつつ、与党における御議論も踏まえながら、とにかく五年の見直しということにとらわれない、こう思っております。

○衛藤（豊）委員 ありがとうございます。できるだけ早急に、我々もできれば三年を目途にこれをせひやり上げて、精神障害者対策をいっしょに今の流れとは違った形でちゃんと仕上げていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願います。

さて、今回参考人意見聴取等で、私ども、やはり意味のあるというか、大変議論の深まったというぐあいに認識をしているところでございます。精神障害者福祉対策の推進に当たりましては、医療、社会復帰、それから地域対策等、それぞれ大変重要な事項でございまして、やはり世論の支持というか住民の理解というのが必要だなということを感じたところでございまして。

最後になりますけれども、一つだけぜひ要望をしておきたいのですが、社会復帰施設もこれだけ、制度としては整ってきたという感じがいたします。そして小規模のものも、千五百カ所というから、大変広がってまいりました。しかしながら、なかなか法定の施設ができない。これは、ずっと調べてみますと、二十人定員の知的障害者の通所授産は、年間措置費が、補助金が約五千万ですね。身体障害者が約三千五百万、精神障害者が約二千四百万ですね。精神障害者のためのこのような授産施設を一生懸命やっても、なかなか経

營的にやっていけない。

今は家族やいろいろなボランティアの方々の大変多くの犠牲の中にやっとなつていてということでごさいます、これがある程度改善しないことにはやはり大きく広がっていくことはできないだろうというところは、もう今回のいろいろな意見聴取の中でもはつきり出たこととごさいますので、この際、いよいよ再編成を迎えるわけとごさいますので、我々も努力させていただきたいと思ひますが、政府、厚生省挙げて、ぜひこれについて十分な配慮を、改善をするように要望して、終わります。

○木村委員長 武山百合子さん。

○武山委員 おはようごさいます。自由党の武山百合子でごさいます。早速質問に入りたいと思ひます。

まず、社会復帰対策についてお聞きしたいと思ひます。

社会復帰施設には、生活訓練施設、福祉ホーム、授産施設、それから福祉工場等々あるわけですから、それぞれ精神障害者の社会復帰を支援する施設として大変重要な役割を持っているわけですから、まだまだその絶対数が足りないと思ひます。そういうのが現状だと思ひますけれども、現時点での設置数、それから絶対数の不足の解消に向けた今後の計画についてお聞きしたいと思ひます。

○今田説明員 障害者プランによります精神障害者の社会復帰施設、今御指摘のように、障害者生活訓練施設、福祉ホーム、通所授産施設、入所授産施設、福祉工場とあるわけですが、これらの施設につきまして、平成九年度末現在で累計四百一カ所となっております。

これに對しまして、プランにおきましてそれぞれ目標値を設定しているわけとごさいます、その目標といたしております施設数につきましては、千五十九カ所を当面の目標と置いているところとごさいます。

○武山委員 今の数字を聞きますと、本当に少な

いわけですね。これを二倍以上にするということですので、ぜひ今後ふやしていただきたいと思ひます。

それから、社会復帰施設についてですけれども、絶対数の不足もさることながら、地域的に偏在しているということも大きな問題となっているわけとごさいます。この地域的な偏在の解消、特に施設空白市町村の解消に向けて、まずどのような取り組みをしていくのか、お聞きしたいと思ひます。

○宮下国務大臣 御指摘のように、精神障害者の社会復帰施設の地域偏在というのは、事実として私も認めるを得ないと思ひますが、精神保健福祉政策を推進する場合に、極めて重要なこととごさいます。

そこで、整備が十分でないために、絶対量を整備するということとがまず第一に必要とごさいます。その上で、都道府県ごとに施設整備に対する取り組みに差があるのも事実とごさいますから、そうしたことをならしていくことがぜひ必要だと思ひます。

具体的には、障害者プランというのがございすから、その障害者福祉圏域ごとにバランスのとれた社会復帰施設の整備が行い得るように引き続き都道府県を指導してまいりたいと思ひますし、今回の改正におきましても、そうした精神障害者の福祉政策の利用に関する助言、調整、あつせん等は市町村を実施主体とするように改めておりますし、それから、市町村が行う助言、調整、あつせんについて広域的な調整を保健所において行うというように変えておりますので、これらの体制の整備を大いに活用していただきまして、今申されたような問題点の解消に努力していきたいと思ひます。

○武山委員 現在、三千三百市町村あるわけですから、先ほどの今田部長さんのお話ですと、千五十九カ所にふやしていきたいということとごさいます。そうしますと、三千三百ですから、単純計算で大体三つから四つの市町村に一つぐらいできる、そういうふうな判断でよろしいのでしょうか。

○今田説明員 これらの施設の整備につきましては、基本的には障害者福祉圏域を一つの単位としておりますので、複数の町村がそれに含まれることとなります。これにつきましてはおおよそ三百圏域ぐらゐを想定しておりますので、今申し上げました千の施設を配置するとすれば、それぞれ三から四施設をその三百の障害者福祉圏域の中で確保していこう、このような考え方とごさいます。

○武山委員 そうしますと、国民にわかりやすい数字でお答えいただきたいのですけれども、人口どのくらいに一つという割合なんですか、過疎とかいろいろありますので、それから首都圏は多いですね。国民にわかりやすい数字で、どのくらいに一カ所という割合なんですか。

○今田説明員 福祉圏域の単位をおおむね人口三十万に置いてごさいます。それで三から四カ所ということとなりますので、単純に割り算をすれば、人口が十万人弱に対して一カ所程度の整備をしていくということとプランを立てております。

○武山委員 そうしますと、単純に人口十万人に一カ所ぐらゐをこしらに整備されるということとごさいます。そう解釈してよろしいわけですね。

○今田説明員 現在が先ほど申し上げましたように四百一カ所ありますが、これを将来一千数十カ所にするということと、この最終目標年度を平成十四年に置いておりますので、十四年までにこれの実現に努めていきたいと考えております。

○武山委員 市町村の自治体任せではなかなか問題は解決していかないのじゃないかと思ひます。けれども、厚生省は、もう自治体任せなんですか。それとも厚生省として具体策を考えているのでしょうか。

○今田説明員 都道府県に對しましては、先ほど申し上げました障害者福祉圏域を一つの単位として計画を立てるようというところをお願いしております。

当然その計画の中で、この障害者プランに沿った形でその整備をしていただく。そういう内容を

盛り込むようにという形で都道府県を指導し、そういう計画を都道府県につくっていただくという考え方、そこはもちろんだ道府県がつくられるということに期待をしているわけとごさいます。このプランを確かなものとするという意味において、私どもも、積極的にそういう計画を立てるよう指導はしていきたいと思ひます。

○武山委員 そうしますと、もうちょっと突っ込んでお聞きしたいのですけれども、埼玉県は約六百九十万近く人口を抱えているわけですから、例えば埼玉県に視点を置きますと、十万人規模に一つずつぐらゐの進みぐらゐというのはどのくらい進んでおるのでしょうか。

○今田説明員 達成率ということで申し上げますと、埼玉県単独ではちよつとまだ手元に資料がございせんが、全国ベースで申し上げますと、例えば生活訓練施設につきましては大体五割程度が今達成されている、福祉ホームについては三割程度、通所授産につきましては四割程度、入所授産につきましては二割、それから福祉工場につきましてはまだ十数という状況になっております。

○武山委員 五〇％に達しているところは一つなわけですから、ぜひ早急に指導して、今こういうシステムなものですから、自主的にやってくださうと言つても無理なわけですね。ですから、そこは、今こういう仕組みになっているわけですから、仕組みを利用して市町村、自治体をやはり促していただきたいと思ひます。

その次、伺ひます。こうした法定の施設が不足しているというのが現状で、無認定の小規模作業所の問題が大変あるわけなんです。現在その数は五千近くになると言われておるんですけれども、この小規模作業所は法定の通所型授産施設とまず同じ性格を持つということのようですね。この補助額が大変少なく、運営が困難だということを実は聞いておるんですけれども、厚生省はこうした現状をどの程度認識しているか、お聞きしたいと思ひます。

○今田説明員 在宅の精神障害者が通所して作業を行っていたくわゆる小規模作業所でございますが、これにつきましては、家族会などが地域に根差した自主的な取り組みということで展開をされていらっしゃるわけですが、共同作業所全国連絡会の調査によりますと、全国で大体千三百十八カ所あると言われております。委員御指摘の五千というの、身体障害、知的障害を含めての小規模作業所の数でありますので、精神だけに特化して申し上げれば千三百十八カ所、こういうことになっております。

当然一定の要件を課しておりますけれども、そのうちでその一定の要件が満たされますのは、平成十一年度予算で八百十カ所でございます。これに對して年間百十カ所の国庫補助を行っております。

なお、この国庫補助とあわせて、地方自治体が行います単独助成事業のための財政措置というところで、これは別に地方交付税措置が講じられておりまして、都道府県からも補助がなされておりますし、それから、本年度からは精神障害者の小規模作業所について市町村分の地方交付税措置が新たに講じられたという状況でございます。できる限りの援助はこれまでもやってまいりましたけれども、今後ともそういう観点から取り組んでいきたいというふうに考えております。

○武山委員 その少ない補助金をもらうために大変苦労して届け出をして審査を受けるということですが、なかなか審査にも残らないところが大変あるというのを聞いております。国民の税金でこういうものを補助しているわけですから、本当に厚生省が実態をわかって、本当にきちっと国民の税金がそこに行っているんだという実態を国がわかっているということが一番大事だと思いますので、任せっきりにしないで、ぜひ土台まできちっと調査していただきたいと思ひます。

それから、精神障害者の社会復帰対策を拡充していく上で、小規模作業所を含めて既存の施設を

働く場、生活の場、トレーニング施設、利用施設にするなど、再編統合化という抜本的な取り組みが今後必要になってくると思ひますけれども、この辺は厚生省はどう認識しておりますでしょうか。

○今田説明員 小規模作業所も含めまして、精神障害者の社会復帰を推進することが、今の長期入院の実態を解決し地域社会で自立をしていくという意味では大変重要な課題だと思ひますし、そういう意味では、現在、幾つかの社会復帰のためのメニューを用意し、あるいはまた在宅のためのメニューを新設する等しておりますが、これから社会復帰という分野、つまり地域でのケアというものを中心にした障害者の福祉対策というものを推進すべきだという考え方で対処していきたいと思ひております。

○武山委員 このあり方について検討委員会でも何か提言をされているようなんですね。まず高生産性タイプ、少生産性タイプ、それから生きがい活動タイプの三つの機能に分化されている。

この提言は、現在どのように検討されているのか、御存じでしょうか。

○今田説明員 御指摘の提言につきましては平成四年ころの考え方として整理されているものと思ひますが、いずれにしても、そういう考え方も含めまして、昨年、知的障害、身体障害、精神障害、三障害それぞれの所管している審議会がございまして、これらを合同して地域対策をどう進めるかという議論を進めてきております。

その中で、例えば、社会復帰のためにいろいろな施設を整備するに当たっては、障害者間の壁を取り払って地域で一緒にやっていくというような仕組み、あるいは市町村が一番身近なところから市町村で一緒にやっていくというところで、今おっしゃっていただきました目的に沿いましてどういう体制を組むべきかということについての御議論をいただきました。

これらの考え方につきましては、今回の法改正にも盛り込まれている部分もありますし、それか

ら、現在検討している社会福祉基礎構造改革の中で、それぞれの障害者間全体の改革として今検討を進めているという状況でございます。

○武山委員 平成四年に提言されたということで、もうことし十一年ですから七年近くなるわけですが、議論された結果がこれからの構造改革ですね。それから今回の法改正にうたわれているということですが、どのくらい入れられているんでしょうか。

○今田説明員 精神保健福祉法の中で申し上げますと、ホームヘルプ事業などのないいわゆる福祉施設が他の障害と比べて非常に劣っているという点を含めて、こういったものを法定化して社会福祉事業として取り組みを促進したいということが一つ大きな点ではないかと思ひます。そのほか、市町村にそういった役割を演じていただくということ、これらが主なものかと思ひます。

と同時に、社会福祉基礎構造改革における議論の中では、そういったものに対して、例えば権利擁護の仕組みを導入するとか、あるいは福祉法人になる壁の高さといいますが、要件を緩和するということ、社会福祉事業に積極的に取り組めるような、そういう法人体系というものに振りかえていろいろなサービスを提供しやすくするといった点などが含まれているというふうに私どもは理解をしております。

○武山委員 今までと違つて、選択肢がふえるということが一番の問題だと思ひます。ぜひそのような方向でやっていただきたいと思ひます。

それから、社会復帰対策で欠かせないのがボランティアによる協力だと思ひますけれども、NPO法案も成立しましたし、こういうものを含めて、民間のボランティアの支援を得ることが大変重要だし、これから本当にそこポイントが行くと思ひますけれども、そのための仕組みをどのようにつくっていくか。

私、何かちょっと実情を聞いておりますと、寄附のシステム、結局、みんなお金がなくて、お金だけがすべてじゃないですけど、もちろん知

恵を使つてこういうものはつくるものですけれども、国に頼るということは、それだけ国民の税金が使われるわけなんです。最低限、公的施設というのは、平成十四年のめどにかけてつくっていくべきだと同時に、やはり自立する、自分たちが、また周りが、社会が、地域が対応して助ける組織、仕組み、それはつくつていかなければいけないと思ひます。

それで、欧米などと比べまして一番欠けている部分というのは、寄附をしたための優遇措置がないという部分なんです。優遇措置をやはり国としても考えていただかないと、寄附の精神、寄附の行為というのはなかなか膨らまないですね。そうすると、国にばかり頼ることになると思ひます。どちらがよいかというと、やはり自助努力と同時に、できない部分を国が面倒を見るという方向性だと思ひます。二十一世紀は自立した社会、小さな政府というものを目指していくわけですから、その辺はどう考えておりますでしょうか。

○宮下国務大臣 これは寄附の課税上の問題だと存じますが、法人あるいは個人の所得課税の中でそういった寄附の扱いをどうするか、損金性を認めるかどうか、そういうことでございまして、この点は委員のおっしゃる通りに、民間の自発的な参加という意味で大変貴重なものでございまして、今後十分検討させていただきたいと思ひます。

○武山委員 ぜひ検討していただきたいと思ひます。以上で終わりにいたします。どうもありがとうございました。

○土肥委員長 土肥隆一君。前回は御質問させていただいたが、少し積み残したというか、お聞きしていない部分がございましたので、まず、そこから始めさせていただきます。

今回の法改正で一番びっくりいたしましたの

は、やはり第三十八条をめぐる改正でござい
す。今までの精神病院と行政の現場、この場合は
都道府県になりますが、それから精神医療審査会
あるいは指定医という関係が、いわば法文
によるものでとれる、あるいはほとんど強制
権というのがない、そういうふうになっており
ました。いきなり大変な強制権という行政指
導権といえましょうか、それはもう本心に驚くば
かりでございまして、こんなことができるんだろ
うかというふうにかえって心配するくらいでござ
います。

三十七条の二では、指定医の精神病院の管理者
への報告、この点については質問をいたしまし
た。私は、なお不十分だ、指定医と病院管理者の
関係を明文化しないと生きてこないと指摘も
いたしました。

そして、三十八条の三の三項でございすけれ
ども、医療審査会の機能が書いてありまして、こ
れなどは、病院管理者が言うことを聞かないとき
は、「報告若しくは意見を求め、」まではいいので
すが、「診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、
若しくは出頭を命じて審問をすることができ
る。」こう書いてあるんですね。旧のとうか、
今も生きています。それで、それによると、「そ
の者が入院している精神病院の管理者その他関係
者の意見を聴くことができる。」こうなっている
わけでございます。

三十八条の四になりますと、今度は、退院等の
請求でございまして、本人または保護者の非常な
決意、その希望で、行政は、都道府県はさつちり
と退院の措置を命じることになっておりまし
す。

三十八条の五では、もう一度精神医療審査会が
出てまいりまして、ここでも出頭を命じ審問す
る、こうなっているわけですね。

それから、三十八条の六以下では、都道府県知
事は、あるいは厚生大臣もそうですが、命じると
か、あるいは、変更を命じ、処遇の改善のために
必要な措置をとることを命ずる。三十八条の七の

二項でも、「命ずることが出来る。」三項では、
「制限すること命ずることが出来る。」こういう
大変強い法文になっております。

私も、前回の委員会で申しましたが、大和川病
院などにかかわっておりまして、五年たつて病院
が閉鎖され、そして今日に及んでいるわけではご
ざいますけれども、まさに今昔の感がするという
気がいたします。

二項でも、「命ずることが出来る。」三項では、
「制限すること命ずることが出来る。」こういう
大変強い法文になっております。

ちなみに、大和川病院の病院指導についての幾
つかの特徴を申し上げますと、本心に精神病院と
しての基本的なことについて一々指導しなければ
いけないのです。

で、入院中の者の同意を得て委員に診察させる、
あるいは管理者、関係者に報告を求める、診療録
あるいは帳簿書類を提出させる、出頭を命じて審問
する、こういうように具体的に書いてあるわけだ
が、余りのギャップに驚くとともに、病院関係
者はこれを受け入れたのかどうか。

例えば、入院時に、任意入院であれば任意入院
用のインフォームド・コンセントのための告知書
があるわけですね。あるいは医療入院、措置入院の
場合もあるわけですね。ところが、大和川病院では
一枚物なんですね。一枚物で、こんな入院をあな
たはするんですよ、というよりも、あなたはこの
精神病院に入るんですよという感じが書いてある
告知書があるわけでございますけれども、その告
知文を訂正しないというわけですね。そして、三
カ月たちまして、また行政が、大阪府が行きまし
て確認をいたします。そうすると、まだできてい
ない。改善計画では、印刷文を今刷り直してあり
ます、こう言うわけですね。それで、まだできて
いない。だからその改善命令で、任意入院の場合
は書面告知の上で本人の同意書をとること、ちっ
とも変わらないわけですね。そのほか、電話のこ
ととか、あるいは個人の文書の通信であります
とか、挙げたら切りがないわけでありまして、赤
ちゃんの手をとるように、これもしない、ああ
もしないと言わなければ、二百五十名から入っ
ている病院が、そういうことをしなければならな
いほどの精神病院になっていったということでご
ざいます。

○今田説明員 今回のいわゆる人権というものに
着目した規制の強化に相当する部分、御指摘の
ように幾つかあるわけでありまして、その一つとし
て、精神医療審査会に出頭を命じて審問する権限
をなぜ付与するような考えになったのかというこ
とであります。基本的には、従来も報告を求め
ることはできたわけでございます。当然、これか
らの運営に際しても、医療機関の協力を得て、そ
ういった書類の提出でありますとか状況の報告を
受けるということそのものは厳然とそういうやり
方をしていかなくてはならないと思います。

こういうものを見るにつけ、厚生省えらい変わ
りましたねということございまして、この間、
一体何があつたのかということですね。

○土肥委員 例え、入院中の患者さんの同意を
得て、審査会の委員がかけつけて診察すると
いうことは今まであつたのですか。

○今田説明員 協力を得て診察するということ
は、今までもございました。

○土肥委員 大和川病院のケースであつたので
しょうか。

○今田説明員 大和川病院でもそういう規定が適
用されております。

○土肥委員 私が知っている限りでは、医療審査
会の先生が大和川病院にかけつけて、二十名
ほど退院希望者があつたのに、診察をしたことは
ございませんで、そんなことがあの病院でできる
なら、もつとどんどんやればよかった。そうした
ら、何もあの病院をつぶさなくてもいい。もちろ
ん経営者はかわつてもいいですけれども、もつと
良心的な精神病院をやってみようというお医者さ
んがあつたら、あれは残してもよかったのではな
いか。私が指定医ならば、もつといい病院を、安
く仕入れましてやってもいいなと思うくらい、精
神病院一つ建てるのは大変なことです。しか
し、今回一気に三つ病院をつぶしてしまふわけ
でございまして、その意気込みの反映が今度法文に
載つたのかなという感想を持つわけでございま
す。

第一、診療録などというものはろくすっぽつ
いていないのがこの病院でございました。提出した
ら、改ざんして、指定医の勤務時間ではないのに
任意入院や医療入院が起つていてというふうな
こともございまして、そういうことは大阪府も厚
生省も熟知していらつしやるところだと思いま
す。

「出頭を命じて審問する」、この審問という言葉
はどういう意味合いの言葉なのでしょう、お聞
きたいです。

○今田説明員 御意見をお聞きするということ
でありますけれども、審査会という場面に出てきて
いただき、少なくとも正確な事実をお述べいただ
きたいという意味で審問というふうに使われる法
律的な用語だと思いますけれども、そういう表現を
させていただいております。

○土肥委員 何か裁判所に参考人とかあるいは証人の証言を求めて呼び立てているような気がしてならないわけでごさいます。医療関係者にはこういう話はなさったと思うのですが、医療関係者はこれでいいというふうに理解しているのでしょうか。

○今田説明員 審問という表現につきましては、法的には、一方で五十五条に罰則がついておりまして、したがって、そういう意味では非常に正しくこれを運用していただきたいという形で規定されているわけですが、そういったことも含めて、この事項については、医療関係者あるいは精神病院の関係の方々が御参加いただいております審議会からもこのような改正をするというところでの御意見をいただいているというふうに私どもは理解をしております。

○土肥委員 私はこれで結構だと思うのです。だけれども、今度は病院側はガードに入りますから、今度はえらい厳しゅうなったということになるべくしつぽをつかまれないようにやらなきゃいけないとか、法律というのはそういうものかもしれない。したがって、定期の医療監査でありますとか、あるいは審査委員の定期的な訪問だとか、行政も当然でございすけれども、都道府県の担当部局もそうでございす、また、指定医の教育と云うとちよつとおがましい話ですけども、もつと指定医の地位を高めて、責任が今度大きくかぶさってきたわけでありまして、公的な仕事もしなきゃならないという役割もあるのをごさいますから、やはり内実を変えていかないと、外だけで縛り上げて無理だというふうに感じる次第でございす。

これは憲法上も問題ではないか。つまり、病院は経営をする自由がございす。これは例の健康保険法の改正のときも総量規制をやるわけでごさいます、開業の自由というのがあるわけでごさいます、そこそ医療行政とのやりとりがあるわけでごさいます、これは憲法上の問題はないというふうに理解していいのでしょうか。

○今田説明員 営業の自由ということで、今回それにかかわりますところは、改善計画を命令しても一向に処遇を改善しないような病院ということになるわけでありす。当然そこに至るまでには通常のあるいは丁寧な指導が必要だと思ひすが、なおかつ、それにおいても入院中の障害者が適切な処遇が確保されていない、緊急に事態の改善を図る必要がある、いわば最終手段として創設されたものでございす。このように、明らかに入院患者の権利が侵害されている場合には、その適正な処遇を確保するために、緊急性がある場合に営業の自由が一定程度制限されるということについては合理的な理由があるというふうに考えております。

○土肥委員 以上をもちまして、残された部分の質問を終わります。

きょうは、社会復帰施設関係あるいは地域福祉と申しましようか、そういう面についてお尋ねしたいと思ひす。

まず、今回の法案の改正によりまして、市町村というのが登場してまいります。それから、在宅介護等の事業、ホームヘルプサービスが入ってまいります。ショートステイも入ってまいります。それをお世話するような形で、地域生活支援センターも入ってまいります。精神保健福祉というこの法律の名前にふさわしい時代がやつと来たというふうに思ひす。

（委員長退席 鈴木（後）委員長代理着席）したがって、今回の法改正を多としながら、これをなるべく早く一般福祉事業並みに肩を並べるようにさせて、そして、あらゆる精神障害者の皆さんが、在宅であろうと施設であろうと、どこにしようとも自分の居場所がある、自分の生活する場所があつて、その生活をいろいろな障害の程度に応じて支えてくれる、そして、地域の住民の理解も徐々に育つてきて、精神障害が特別な病気ではない、障害ではないというふうに自覚できるような柔軟性に富んだソフトな社会をつくらなきゃならない、こういうふうに思ひす。

それで、一つ一つお尋ねいたします。まず、私は、社会復帰施設、この社会復帰というの、この前精神薄弱者という名前を変えましてたけれども、それと同じように、これはやはり早くやめた方がいいと思ひす。

社会に自分は復帰しなきゃいけないんだと。ところが、復帰したその社会は何とストレスの多い、そしてリストラを絶えずかけられ、派遣労働が始まり、そんな社会に精神病を持ったまま、寛解したとはいへ、まだそういうハンディキャップのある中で復帰しなきゃなんというの、恐るべきところにもう一度ほうり込む、これは、また医療施設に戻っていらつしやいという法律かもしれない、そういう違和感を非常に私は感じるわけでごさいます。

福祉行政というのは、やはりジャンルごとという種別でやりますから、その種別の特徴をあらわすために精神薄弱者更生施設なんというのをつけて、何の恥ずかしげもなく看板を立てて、ここは精神薄弱者が更生するためにある施設ですよ、更生つてよくわからないんですけども、こういうふうにな乗つてはばからないわけでありまして、私は、もう看板主義というのはいやめなべきだと思ひす。何とかホームでいいと思ひす。アジサイの家でもいいです。バラの家でもいいわけでごさいます。そういう社会復帰施設というのはいやめた方がいいんじゃないかなというふうに思ひす。

それから、更生というのやめた方がいいです。生活を更生させる。勘違いする人がいまして、知的障害者の能力をはるかに超えたことを一生懸命毎日毎日訓練している作業所がございまして、それは電気掃除機の使い方でした。だったら、ほうきでいいじゃないですか。ほうきとちり取りがあれば掃除はできるわけでありまして、それを、何かごみを散らかして、それを吸い取るというのとをやらせているわけです。私はもう気が遠くな

るような思いがいたしましたけれども、やはりこれは更生させようとしているのかのようでごさいます。

授産施設もどうかと思ひす。このネーミングの問題は、社会的な福祉サービスや福祉資源がいろいろ充実してまいりますと、だんだんそういう特別な種別を考へなくともできるだろう、そういう社会が来るだろうというふうにしてあります。

大臣、御答弁ございしたら、突然でございすけれどもネーミングの問題。この前の精神薄弱者のときも御答弁いただきました。○宮下国務大臣 知的障害者とか、いろいろ呼称を改める法律案を先般お願いいたしました、今委員のおつしやられるのは、更生という言葉もどうかという御疑問のようです。

私どもの今までの感じでは率直に申しますと、やはり障害者も一個人人間として尊重するべきである社会的な位置づけが必要である、それは、障害によってある程度ハンディキャップを負つた人たちのなるべくノーマルな形に近づけるという努力の一種の表明じゃないかな。そういうことによつて自立と社会参加を来すのがこの法律の趣旨でもあるし、更生施設とかいろいろ名前がありますけれども、そういった背後にある意味というのも一方にあるのではないかなと思ひす。

委員のおつしやることは、これは価値観と申します、ネーミングに対するイメージが、ちよつと私どもが考えていたよりもさらに厳しいという感じを受けましたけれども、率直なところ、更生施設という看板をおろせという話でございすが、その違和感はないように私は思ひす。かえつてヒマワリだの何とかないうような、通常のあらゆる施設につけられるようなネーミングだと、どういふ施設かなという疑問もわきますし、その点はこれから検討はさせていただきますが、率直な……（土肥委員「社会復帰はどうですか」と呼ぶ）社会復帰ですか。これも一応、障害を受けたた

めに社会から疎外されるという現象があったと思
うんですね。それは大きく言えば人権侵害でもあ
るし、やはりそれを社会が温かく仲間の一人とし
て包容するという意味で社会復帰というように私
どもは考えておりましたし、今もそうではないか
なと思いますので、社会復帰という言葉が精神障
害者あるいは障害者の方々にとって差別的な用語
かどうかという点は疑問に思っています。

〔鈴木俊一委員長代理退席、委員長着席〕
○土肥委員 結構です。やはりこれは価値観とか
人生観によって違うわけでございます。

しかし、住民基本台帳法の改正によりありません
が、ナンパリングをするわけですが、やはり何か
名前をつけるということは、それがひとり歩き
し、それがまた人格に変わる、変えられるとい
うところもあるわけでございまして、福祉の世界に
いつもあるステイグマというのはそういうこと
ですね。

ですから、これは避けられない話なんです
が、私は、あれ、何の施設だろうというぐらい知
害も身体障害者も社会の中に自然に住んでいて
よく考えたら、ああ、あそこは身体障害者の施設
だったのねぐらいの、社会の中に自然に溶け込む
ような福祉政策というのが理想だと思っております
ので、あえてこたわりを申し上げた次第でござ
います。

さて、五十条の二項で、旧法では「社会福祉事
業法の定めるところにより」というのを、「厚生
省令の定めるところにより、あらかじめ、厚生省令
で定める事項を都道府県知事に届け出て」と云々
となりました。

従来、私も、社会福祉というようなことを考
えるときには社会福祉事業法に基づいて福祉を展
開していく、そしていろいろな施設整備の準備
にいたしまして、規模にいたしまして、人員
配置にいたしまして、大体それに見合った制度
でやってきたというふうに思っています、あえて
社会福祉事業法から厚生省令で定めるところでや
ると、もう一度厚生省が引き取ったというよう

感じになるんですが、これを変更した理由をお示
しいただきたいと思っています。

○今田説明員 精神障害者の社会復帰施設を設
置、運営する事業は、これまで社会福祉事業法上
は、事業の開始に当たって、その事業者は事業を
開始した後一ヶ月以内に届け出を行えばよい、こ
ろのようになっております。今もそうでありま

す。今回、あえて精神障害者の社会復帰施設につ
いては事前の届けというところで規定をしたわけであ
りますが、これは、その施設が、精神障害者に対
しての判断能力の問題、人権上の問題、幾つかの
ものに対して細心の配慮が必要であるというよう
な観点から、これらの精神障害者を対象とする事
業については特にそのような事前届け出制という
形をとらせていただいたものであります。

○土肥委員 細心の注意が必要だろうということ
でございしますが、私は、むしろ、広く社会福祉事
業法の定めるところに従って一般の福祉事業と同
じような手続、同じような考えでなさった方が将
来はいいのではないかと考えております。なぜな
ら、精神障害だけ特別な配慮をする、事前の届け
出をするというふうな言い方をしますと、やはり
特別な施設なんだなということのみずから表現し
ているようなものでございしますから。

現時点でまだ精神障害者の分野の福祉施設とい
うのは充実しておりませんから、厚生省が心配し
て、少しずつやろう、少しずつ進めていこうとい
うことだろうと思いますが、そうすると、その他
の社会復帰施設、四つございしますけれども、こ
れはすべて同じ法文で読んでいくんですね。生活訓
練施設も授産施設も福祉ホームも福祉工場も、そ
して、今度地域生活支援センターがきますが、こ
れは全部、「社会福祉事業法の定めるところに
よる」というのは取り扱うわけですね。ちよっ
と確認をいたします。

○今田説明員 さようでございます。

○土肥委員 さようですか、わかりました。
しかし、民間の社会福祉法人が、意欲のあると

ころに従って精神障害者の福祉対策に入ってい
くという時代になりましたから、やりたい人が大
いに熱心になる。しかし、一番問題は、施設、つ
まり箱物をつくらうとすれば猛烈な反対を受ける
というの、もうこれは御承知のとおりでござい
まして、これがこの種の施設整備の難しいとい
う、最大の課題でございします。

神戸市でも、初めて民間の福祉法人がやる授産
施設を一つ完成させました。土地を探すのに十一
カ所探し回ったのです。やつと地域の人が受け
入れてくれたわけでございます。私は、精神薄弱
者、今で言う知的障害者の施設を十年前につく
りましたときには、地元を説得するのに二年間か
かりました。二年間かかっても同意書はとれませ
んでした。県ももうあきらめよう、厚生省もあき
らめよう、こういうときでしたが、今は、名前は申
し上げませんが某知事さんですが、厚生省におら
れまして、私、彼と面と向かって話したのです、
これは明らかに差別なんです。そして、その施
設はちょうど駅前にあるのです、こういう願って
もない土地に建てるというのはどういうことで
すかと。行政は、施設を整備するときには、地面
をきれいにならして、権利関係も調べて、全くこ
れは更地、白地で何でも使えますというふう
に、草もきれいに刈って、ひもを張って、この土地に
どうぞ施設をつくってくださいといつてつくるん
ですか、私はこう言いました、相当な決意で厚生
省に乗り込んできたことを思い出します。

地元の行政では、もう何回となく人権侵害を私
は受けました。施設整備ができないうこと
は、地元の同意書がとれないというのはおま
えが悪いんだ、こう言うのです。これは知的障害者
です、それでも難しい。まして精神病院をつ
くろうなどというのは大変な問題が起きてくるわけ
です。

ですから、私は、今後、箱物というのは余りや
らない方がいいんじゃないかと。あるいは、先ほ
ど申し上げました大和川病院の建物が残っていま
すから、早速だれかやらないかといって公募をな

さるとか、やはりいい医療機関が欲しいですし。
それから、地域に根づかせるためには、余り箱物
で、何々センターでございしますとか何々復帰施設
でございしますとか言わないで、自然にああ何問
題もないのねということがあるような、実体験を
しないとわかっていけないわけですから、そうい
うアプローチを今後大いにやるべきだといふ
に思っております。

私が議員になる前でしたけれども、つくった施
設は、今、御近所の方、その地域の方は益踊り大
会というときみなおいでになるんですが、何の問
題もないわけですね。もちろん、夜間に無断で出
てどこへ行っちゃったかわからないといううなこ
とが、後で見つかったわけですが、若千そ
ういうことがありましたけれども、幾ら口で説得
しても、いや、うちの娘が犯されるとか、あるい
は自分たちの住んでいる土地が下がるなどとい
う苦勞を施設設置者にかけますと、もう本当に
疲れるわけですね。そして、例の施設整備のため
の四分の一の負担だとかいろいろかかってくるわ
けで、土地の代金もかかってくるわけでありま
して、二重三重の苦勞を与える。

これから精神保健の世界では、私の言い方から
すれば、ゲリラ的政策、これが一番いいと思っ
ているんです。私も精神障害者の小規模授産施設を
やったことがあります、先生のところにもこのご
ろいろいろな人がおいでになりますね、いろいろ
始まるのです。ああ、そうですかというぐあい
で、一、二年たちますと、ああ、あの人たちは心
の病を持っていらしたんですかといううなこ
とで、だれも反対運動を起こさないし、それでい
けるわけでございます。ですから、なるべく社会福
祉事業一般と横並びにやった方がうまくいくん
じゃないかというふうに思う次第でございします。

さて、今度新しく社会復帰施設対策の中に地域
生活支援センターというのをおつくりになるわけ
です。これは、身近な地域で相談や助言や連絡調
整をするというわけでございしますが、このセン

ターはどのくらいの規模で整備なさり、どういう仕事をしてもらうセンターなんでしょうか、お答えいただきたいと思ひます。

○今田説明員 地域生活支援センターにつきましては、地域での生活の支援を目的といたしまして、できるだけ身近なところで福祉サービスを行う機関ということで、日常生活に関する問題について必要な指導あるいは助言、相談などを行う施設というふうに位置づけしております。あわせて、保健所、福祉事務所、それから精神障害者社会復帰施設、こういったところとの連絡調整を行う施設ということで、そういった形で機能させます。

御指摘の整備の目標につきましては、一つの福祉圏に二カ所程度、全国でいくと六百ぐらいになります。そういった形で整備を進めていきたいと考えております。

○土肥委員 これは若干論理矛盾がございまして、地域で、身近なところで、そして日常生活に触れるような形で、しかも諸施設との連絡調整もやりやすくなれば、老人保健の方で考えれば在宅介護支援センターのようなものを想像すると、これは、設置数からいって、あるいは機能からいっても、六カ所なんでものじゃ全く何の役にも立たない。ちよつと言ひ過ぎです。何の役にも立たないと言ひません。

そこにセンターがあれば、その地域の患者さんには役に立ちますが、そこからまた一時間も二時間も三時間もというところでは役に立たないというふうに考えるのですが、これは将来構想としてどんなふうにかえていられしやるのでしょうか。

○今田説明員 一つは、この生活支援センターが、福祉圏域に二カ所の設置ということを今申し上げましたが、これはまだ施設の整備そのものが一市町村で完結して整備されているという状況にないこと、そういった意味ではある程度広域的な調整が必要だという視点も入れてこのようにセッ

トをさせていただきました。

もう一つの、市町村が身近なことは本来やるべきではないかということですが、これにつきましては、例えばホームヘルプサービスでありますとかショートステイ、そういうサービスを今度市町村に十四年からやっていただく、当然、それらに保ります相談というものはまさに市町村にしたいだかなければならない。ということからいたしますと、将来は、市町村が行いますという福祉的なサービスに関する相談、指導と、まだ施設が若干空き間がある、そういった広域的な機能とをうまくマッチさせて、できるだけ身近なところで解決できるようにすることを今考えております。

○土肥委員 今の段階ではそうかもしれません。広域的なところから始めるということでございますが、私はむしろ、御提言したいのでございませうけれども、この地域生活支援センターというのは市町村の業務の中に、事務の中に入れていただきたい。数は少なくとも仕方ありません。しかしながら、これは当然、居宅介護事業、ホームヘルプサービス、ショートステイ、あるいは今もござい

ますグループホームなどと直接関係が出てくるわけでありまして。電話とかインターネットとかの時代ですけれども、生活支援センターに出かけていって、これはどうしようとか、こういう方はどんな処遇がいいとか、あるいは施設等の調整などもする意味では社会復帰施設対策というのではないのじゃないか、そこに入れてはいけないのではないかとこのように思うのです。

これは箱物になるわけですから大変なお金がかかるわけですね。ですから、地域に密着したというところからいへば、そんな鉄筋コンクリートのビルを六カ所所建てる必要があるのかなというふうに思ひます。各都市には福祉会館だとかいろいろなものがございます、このセンターの構想の中には、そこに皆さんに来ていただいでちよつと一日生活してもらおうとかというふうな機能も備えたいという考えのようなんです、箱物が必要かなとも思うのですけれども、私は、むしろ精神保健

福祉というのは箱物から早く脱出して、お一人お一人に手を差し伸べていって、どこかで自分が行政的なサポートがあるという、もちろん精神保健相談員などがいらつしやいますけれども、そうではなくて、あらゆる社会資源が患者さんのもとに届けられる、そういうものにすべきだというふうに考えます。したがって、いろいろな種類のものがセンターとしてあり得る、あつてもいい。余り規格品をおつくりにならないように申し上げておきたいというふうに思ひます。

しかし、このセンターは必置義務ではございませぬ。これがまたブレイキになるわけございまして、たとえ広域であつてもやはりこういうものが必要ですから、ホームヘルプサービスやショートステイ、グループホームなどに役立つようなものとして、いずれのときか必置義務にして市町村にお願いするということにしまさなならないうところはどういう意味合いでしょうか。

○今田説明員 もちろん、いろいろな施設、あるいはそういった機能を持つ部署が市町村に必要だという意味においては当然これを推進していかなければならぬわけでありまして、これを必置という一つの法的な規定をすることそのものが、今進んでおります地方分権の流れの中で必ずしも適切な方法ではないのじゃないか。しかし、理念としてこれを進めなければならぬ、役割としてはどうしても担っていただきたいという気持ちにはございまして、必置という表現で行うことについては、そういった流れの中で必ずしも適当ではないのではないかとこのように考えた次第でござい

ます。

○土肥委員 それはわかります。

ですから、この生活支援センターは、社会復帰施設という予算のとりやすいところで、そしてかなりの補助金が出るところでやって、将来は市町村に返すという市町村管理にする。あるいは、そういう箱物のセンターのサブセンターみたいなものを市町村にたくさんつくつてもらふ、お金が

かからないわけですから。これで居宅介護サービスを、ホームヘルプ事業をやりたいといつたら、途端に、そういうものがないと、一々保健所に行つてあるいは保健センターに行つてやっていたら、恐らく保健センターはパンクするのじゃないかと思ひます。保健福祉センターはプロフェッショナルな技術指導などをやる場所でしょう。そうではなくて、日常業務、日常的な生活に即した部分というのは、いきなり市町村にほうり投げて、やはりなかなか大変だろうというふうに思ひます。ですから、サブセンターを市町村におつくりになるように提案したいというふうに思ひます。

さて、特にこれから市町村に大きな仕事をしていただく、かつ、従来ありますグループホーム、地域生活援助事業も市町村でやっていたということになるかと思ひますが、今このグループホームというのはどの程度整備されて、そしてどのような利用状況なのか。

例えばグループホームであれば家を確保しなきゃいけないのですが、そのハード面といふますか、そういう面での補助とか、あるいはグループホームは大体平均何人ぐらいの人が利用しているのか。そこにはどういう種類の職員の方が張りついていらつしやるのか。障害者プランの目標値は九百二十カ所、五千六十人となっておりますが、私は、このグループホームというのは非常に大事な、そして今後最も期待される施設ではないかと思ひますので、その点の御説明をいただきたい。

○今田説明員 まず最初の障害者のグループホームの現状を御紹介申し上げます。

グループホームは、一カ月当たりの平均利用人数は大体五・五人程度でございます。ここにございます体制というのは、そこに世話人がお一人いていただく、表現がいかがうかわかりませんが、いわば下宿のような形で運営していただくという観点から世話人を一人置いていただくということになっております。それにつきまして、現在六百六十二カ所ございますけれども、障害者プランにおきましてはこれを九百二十カ所持っているとい、このように考えております。

それから福祉ホームでございますが、福祉ホームにつきましては、一定程度自活能力のある方に對しまして、特に住宅の確保が困難な対象に對してこれを提供するという事で、これもまた適切な表現かどうかはありますが、いわゆる寮のような形で、そこでそれぞれが就労あるいは自活的生活をしていただくという、いわば住居提供という観点での運用が期待されているということでございます。

○土肥委員 私の感想を言えば、福祉ホームもグループホームも同じようなものというふうに通動察との関係もあるのでございますけれども、授産施設は別にいたしまして、授産施設も入所授産というのがございますから住宅関連といえは三者共通するわけですが、既にグループホームが民間の皆さんの大変な努力で進んでおりまして、そして、何カ所かお訪ねしましたも、非常にいい世話人さんがいらつしやうて、熱心にやっておりますしやいますね。しかも、安い給料でやっておりますわけです。

私の考えだと、福祉ホームにお金を使うくらいならグループホームを少しグレードアップする、福祉ホームは仕事をしているというのが前提になつて、しかも短期ですら、ショートステイですからのんびりとおられないのではありませんが、グループホームだとずっとおられるわけですから、もちろん、自己負担の関係やいろいろございまして、制度が進んでまいりますとかなかな

融合させることが難しくなりますけれども、精神障害者の住まいの問題、どこに住むかという、住まいの場所が安定してない人間はどうしても不安定になりますね。親御さんも高齢化が進んでおられるわけでございますから、そういう意味では、住まいの部分にいろいろな種類があるというのは余りよくないというふうには考えます。

まして、市町村がやるショートステイが今度入つてまいりますと、在宅でやつていて、もう今晩はちよつともたない、一人にはできないというような状態になれば、どこかにお預けしなければいけないわけですね。任意入院でもするのかもしれないことになれば、またややこしい入院手続をやらなければいけないので、福祉ホームなり、あるいは通動察もそうだと思うのですが、どこでもとはいいませんけれども、それぞれの施設にいろいろな方がいていいではないですか。そして、そういう住まいがある程度安定して提供されるようにすべきだと思つてございます。特に、福祉ホームをグループホーム的な視点に戻しまして、そして患者さんの安定的な住居確保というふうにはならないものか。

ついでに聞きますけれども、後でショートステイにも入りますが、通動察あるいは福祉ホームあるいはグループホームなどにショートステイの対象として入ることができるとか、その辺についてもお尋ねいたします。

○今田説明員 社会復帰施設の中で、特に福祉ホームとグループホームは、先ほど申し上げましたように、ニーズの多様性にそれぞれ対応させて整備を図つていくということから、今おっしゃられますように、住宅の確保という観点一本に絞つた形での整理はできないのかという御指摘かと思ひますが、現状におきましては、それぞれ対象を異にしているという意味は、そこに配置すべき人、あるいは施設に差があるという点もあわせて評価しているということがあつて、結果としてそのような分類をさせていただいております。いずれにいたしましても、基本的には障害者の

方々が地域で生活をする、その生活の場の確保という視点においては、委員御指摘のとおりだと思います。そういう視点をもつてこういつた多様なニーズに対応できる施設整備というものを考えていかなければならない、私どももそういう理解を進めていきたいと思ひます。

それから、ショートステイをこういうグループホームでありましてあるいは福祉ホームで受け入れるようにしたらどうかという御指摘であります。

ショートステイというのは、結局、家族がその人の介護も含めていろいろなケアをしていく役割が一時的に途絶えてしまつて、なおかつ、かといつて精神症状でそうなるというわけでもない、しかしそういったケアがないといけない場合にその介護あるいはお世話していただく方がいなくなつたときに受け入れるということになります。と、在宅でやつていたというふうな介護でありますとかあるいは食事の世話とか、いろいろなことをしていただける程度の一定の施設規模が必要なのではないかということから、現在の福祉ホームあるいはグループホームでそれに対応できるというだけの体制が必ずしも十分でないことから、そういうところをショートステイの受け入れ先として今は考えてはおりません。

そういうことでございますが、いずれにいたしましても、非常に少ないという実情もございまして、今後、例えば授産施設ですね、こういったところはかなり体制が整つておりますので、授産施設にはぜひこのショートステイの機能は担つていただきたいというふうな考えております。

○土肥委員 いや、それはちよつと困るのですね。ショートステイというのは、受け入れ先があつて初めてショートステイという制度が可能になるわけですから。入所型の授産施設にお願いする、これだつて、入所型の場合はベッドもそう余裕があるわけではございませんし、そのために一ベッド、二ベッドあけておいてくれというわけにもいかないわけでございます。

では、端的にお聞きしますけれども、ショートステイのステイ先はどこなのでしょう。

○今田説明員 現在の受け入れ先としては精神障害者生活訓練施設を考えておりますが、これに加えて、現在、先ほど申し上げました授産施設についてもこれを広げるべく検討いたしております。

○土肥委員 まだ具体的に実施要綱が決まていないので、そのときにもう一遍改めて確認させていただきますけれども、老人の場合は特養なり、幾つもあるわけでございますが、ショートステイ事業というのは日常的に頻繁に行われているわけでございます。特に、最近の特養などは、ショートステイ用に最低二十とか三十ベッドを用意するという時代でございますから。

私は精神病院についても考えがございまして、十万人から及ぶ社会復帰施設部分は、もう病院の建物の中で、病棟を分けてもあるいは壁で仕切つてもいいですから、社会復帰に向けた病棟です、そしてなるべく開放病棟にして、大体精神病院の中に同じ敷地に社会復帰施設なども持つていらつしやいますから、そういうショートステイの利用施設としても精神病院が機能してもいいのではないかと。何か、いつもいわゆる精神科救急というふうなことで言わなくても、ただし、診療報酬をどうするかというふうな話もまた出てくるかもしれませんけれども、多面的な受け入れ先がないとよくないし、あるいはボランティアなごく普通の家庭で、一晩くらいならお預かりしますよというふうな家が出てくるくらいは社会になつてほしいなというふうな考えております。

そうすると、今のところ、福祉ホームは使わない、授産施設の入所型と、もう一つおっしゃつたのは何でしたか、再度お願いいたします。

○今田説明員 生活訓練施設でございます。

○土肥委員 それはどこにあるのですか。

○今田説明員 全国で今まだ二百カ所が整備されているところがあります。

○土肥委員 全国で二百カ所とか、とにかく精神

の世界は百単位でございまして、ショートステイにはなかなか役に立たないというふうに思うわけでございます。

やはりグループホームなんか、病気の症状が変わったわけではないわけでありまして、そこではみんな生活しているわけで、昼の部屋があれば布団一枚敷き足して泊まってもらえばいいわけですね、そんな難しく考える必要はないと思うのですね。その部分について費用負担などは若干決まればいいわけでございますし、福祉ホームや授産寮、授産施設、どこでも受け入れられますよ、あるいは受け入れることが必要とされているということをはつきりさせて、ショートステイの事業が活発になることを願ってやみません。

さて、今度、市町村で制度として、居宅介護等事業、つまりホームヘルプサービスと、短期入所事業、つまりショートステイ、これが入ってくるわけですね。私はこれは英断だと思ふんですね。大変勇気ある決断をしていただいたというふうに思います。また、そうでなければ患者さんの社会生活というのは維持できないというふうに思うわけでありまして、この二つの事業を展開する――御承知のように来年から介護保険が始まる。介護保険だけで腰が引けている市町村があるわけでございまして、聞くところによりますと、半年延期とか保険料は半年取らないとか、私、介護保険推進論者でありますから、腹が立つて、煮えくり返っておりまして、たとえ千人、千五百人の村でもまずやってみなさいというのが私の基本的な主張でございます。その上、これは平成十四年からでございますから、介護保険の見直しをやる前に始めようわけですね。

まず、市町村に対してどんな説明と説得をなさったのか、その辺の経過からお聞かせください。○今田説明員 今回の法改正におきまして、ホームヘルプサービスを開始することです。市町村にどのような形で御理解いただいているかということですが、私ども、この原案につきま

ては、全国市長会、全国町村会に対して御説明を申し上げて、各関係者の皆さん方に御理解をいただいた上で提出をさせていただいたということでございます。

○土肥委員 それで何も文句をおっしゃらなかったんですか。

○今田説明員 当時、介護の導入ということで大変な役割を今から演じていかなきゃならないというのを当然念頭に置かれた上で、なおかつこのショートステイとホームヘルプサービスについて市町村で行うという意味においては、これはやつてもいいのではないかとという形で御理解をいただいたというふうに思っております。

○土肥委員 これまた介護保険の結果次第ですけども、相当問題になってくると思えますね。ですから、私の予想としては、介護保険、そして精神保健福祉の世界でも、ホームヘルプサービスが、首長選挙に名乗り出る人がいなくなるんじゃないかと思うくらい首長の責任は大変大きく重くのしかかってくるわけでございます。逆に、地域の住民、障害者、老人あるいは精神障害者のみならず、地域を大事にしようという本意に意欲のある首長がその時点で生まれてくるというふうにも思うわけでございます。

先ほどから何度も申し上げておりますように、ネーミングの問題にいたしましたも、あるいは種別の問題にいたしましたも、あるいは障害程度に応じたいろいろな、福祉ホームでありますとかそういう設備の分化といえますか、そういうやり方は実はホームヘルプサービスでは全く役に立たないんです。役に立たないというよりは、いろんな人が自宅にいらつしやるわけでございます。多種多様な、生活上の問題から自分の心の病から含めてあらゆる問題を抱えていらつしやる、そして辛うじて自宅の生活ができていて、しかし、だれかに助けてもらわれないと生きていけないという状況に至って初めてホームヘルプサービスが展開されるわけでございます。そうすると、この仕事というのは、マンパワーあるいは福祉人材としてだ

れがやるか。

これは介護保険でも問題になるんでございますが、老人の場合は、これは介護保険事業者におん投げちゃっているわけですから、あとはうまくやつているかどうかだけチェックすればいいわけです。それから、そこで働く人件費なども、新しいスタートとしてやるわけで、これから厚生省も単価をお決めることになるわけであります。用意ダウンが始まって、文句なしに働かざるに収入があるという世界になっていくわけですね。

ところが、在宅精神障害者へのホームヘルプサービスというのは、一体どういうふうにか、ショートステイの費用はどうするんだらうかということ、その辺をすぐに考えてしまわなければならないこと、その結核した話は、ホームヘルプサービス事業の事業展開の骨子みたいなものは決まっています。

○今田説明員 まずヘルパー制度でありますけれども、現在、私どもも身体障害、知的障害に係りますホームヘルパーの制度を持っております。こういった人たちについては市町村でこれをやっていたらいいので、あわせて、今後、十四年以降については精神障害の方々もお願いをしたい。したがって、その人たちに係る費用については別途十四年までに定めなければならぬが、基本的には、従来の私どもが運営しているものを参考にしながら結果として決めていくことになるというふうに思います。

同じように、ショートステイにつきましても既に他の制度で行っている部分もございますので、そういったものも勘案しながら利用料等について設定を考えていくという予定にいたしております。

○土肥委員 そうすると、今身障者がそうでありましても、専ら行政ヘルパーを充てるということではないんですか。

○今田説明員 基本的に、現在、身体障害、知的障害につきましても市町村が中心にやっています。

いておりますが、これらについて実施主体は市町村であります。市町村が実施主体となりますけれども、そのときに行政ヘルパーというのが市町村に雇用されているヘルパーかあるいは市町村の委託を受けるヘルパーかという意味においては、そういうバリエーションはあろうかと思っておりますが、実施主体が市町村であるという点においては何ら変わりはないということでございます。

○土肥委員 これは、介護保険の議論の中で、老人の場合は全部、いわゆる介護保険事業者がみずから擁しているヘルパーを使って、行政も介護保険事業をするわけですが、主に民間事業にどんなにかわっていくだろうというふうに思っています。今やこの介護保険の世界で、行政ヘルパーが今いらつしやるわけだけれども、これ以上ふやすとかいうような時代ではないだろうというふうに思っています。

私は持論として、障害者部分も老人介護と同じように在宅ヘルプサービスは統一してやった方がいいというふうに考えております。

例えば身障者は取り扱いが難しいとか、あるいは精神障害者はおかしいとかという言い方を始めるとまた差別化が行われるわけでありまして、そうではなくて、ヘルパーの側に多様なヘルパーがいて、精神障害者をお世話するのに訓練も受け、認識もあるいはそういう理解も十分得ておれば、何も特定の人がやる必要はないわけでありまして、身障者でもそうであります。身障者のデイサービスもあるわけでございます。余り極端なボディータッチというふうなものもそんなにあるわけじゃないわけでございます。顔をふくとか背中をふいてあげるとか足を洗ってあげるぐらいのことはだれでもできるわけでございます。

そういう意味では、今後のことになりましたけれども、介護保険というふうなシステムに身障者を入れた場合にどうなるかということは、過大な問題になりますので余り突っ込んだ話はいたしませんけれども、精神障害者の場合は数が多いということですね。相当な数がある。そうする

と、行政ヘルパー、それが民間に委託している場合であっても、相当ふやさないといけないという状況になるだろうと思うのです。そのときに、行政が、市町村が、限りなく抱えていける事業だろうかということをお考えください。

そういうことから考えますと、一つ、例えばケアマネジメントというような表現が精神の世界には出てまいりますが、私もこれはおやおやと思っているわけですが、私の考えでは、将来介護保険との共同事業にするようなことも含めてということかなというふうに思っております。

在宅のホームヘルプ事業というのは、これは必須の人材というのはケアマネジャーなんです。あるいはコーディネーターと言ってもいいと思います。これなしに、一々、この場合は保健所から在宅の精神障害者のところへ行って、生活を見て、そしてこんなヘルプ事業ができるねとか何とかいってやっていたら保健所もたない、あるいは精神保健相談員もたない。やはりきちっとした、社会支援をよく理解して、そして在宅の患者さんの置かれている立場をよく理解している適切な人材を送るというようにしないと、ローテーションでヘルパーをよこしていたんじや、これは大変なことになります。

そういう意味では、今後どうするかということでございますけれども、すぐに必要になるのがケアマネジャーです。この辺はどういうふうにお考えですか。

○今田説明員 精神障害者につきましては、やはり社会性でありますとか、対人関係をとるのが余り上手でないとかいうようなこともあります。本人のニーズに応じた支援がしにくい。そういうことでは、いろいろなメニューをつくっても、それをうまく利用するというについて御援助申し上げなければならぬ分野があるのだと思います。

そういうこともありまして、医療的ケアから地域的ケアへ、あるいは地域ケアの中でも地域に根差した分散化をしていく、あるいはハビリテー

ション、授産など、そういった幅広い多様性のある内容について、どういうサービスをする人にとつて最もふさわしく提供するかということについて、それをとらえていただける人あるいはとらまえる仕組み、そういったものに着目いたしまして、このケアマネジメントの視点に立った考え方がどうしても重要になってくるだろう、このように思っております。

このことから、精神障害者のニーズへのそういった対応、それからそれに対する適切なサービスというのについて今試行的事業を行っております。都道府県単位ではございますけれども、こういった中で、ケアマネジメントに係ります方法でありますとか、あるいはどういう人がどういうふうにかかわり合いをすればいいのかといったことも含めて検討をさせていただいておりますので、この検討結果に沿いまして必要な対応をとらなければならぬと考えております。

○土肥委員 これは、これから先、私ももじつくりと見守りながら、精神障害者が待ちに待っていた住まいの場もどうやら見えてきた、あるいは、ケアマネジャーのような人がいて、身辺のいろいろ問題についてヘルパーさんをよこしてくれたり、こういう問題について解決してくれるんだなというふうなことになる、随分安定した生活ができるなというふうに思います。しかし、それは緒についたばかりでございますからもう一つ先が見えませんが、誠心誠意頑張ったのだきたい、我々も協力したいというふうに思う次第でございます。

最後に、大臣にお尋ねいたします。精神病患者さんの病気に着目したあるいは病院に依存してきた患者さんの扱いから、これからやと地域へと、そして社会的なサービスのネットワークというのでき始めたというふうな感じがいたしまして、今回の法改正も五年後また見直すということになろうかと思いますが、ピッチを上げてやっていただきたいと思うと同時に、先ほど申し上げましたように、在宅サービスになります

とケアマネジャーが必置でございます。そして、そのケアマネジャーの一つの資質として、精神の世界であればPSW、精神医療のケースワーカーがどうしても必要なのですね。

私が今このPSWの世界で若干疑問を抱いているのは、試験も始まっておりまして、四千八百人の人が資格を取ったといいますが、ほぼ病院勤務の人たちへの資格付与ではなかったのか。病院勤務は、病院という経営主体の中におりますから割に恵まれたといえますか、あるいは診療報酬もつくわけですから、精神保健福祉士の仕事に対する診療報酬もつくというふうな意味では非常に安定しているわけですね。

今度は地域、在宅の世界にこのPSWの人たちが入ってくるとなると、これは全然格差があるわけですね。何しろ小規模作業所の国の補助金は百十万ですから、そんなもので役立つわけでもない、ですから、どうしてもそういうケアマネジャーなどという人は、これはPSWにやっていただきたい。民間にもほとんどPSWの人材がおりてきてまして、そしてその人たちは、病院勤務じゃなくて、みずから意欲を持って精神障害者の在宅サービス、ショートステイに取り組んでもらえるような人材がどうしても必要だと思うのです。

だから、今後よほど行政あるいは政治の場でそういう人材確保のドライブをかけないと成功しない仕事になるというふうにお考えでございますが、今後の精神障害者の在宅福祉、地域福祉、そしてPSWの役割はどうあるべきかについて大臣のお考えをお聞きたいと思っております。

○宮下國務大臣 委員の今の御意見をいろいろ拝聴いたしております。やはり地域社会に溶け込んだ、地域社会とバリアフリーの、特に心のバリアフリーの社会の中で、障害者、精神障害者のあり方も模索すべきだというふうにお伺いいたします。私もそれは本当にそうだと思うのです。

ただ、現状の段階では、やはり支援施設その他、グループ別の、定型化した施設を類型化して

やるという手法に基づかざるを得ないという側面もあると思うのです。それでこういう仕切りになったりしておりますが、では、グループホームと生活支援施設である宿泊提供施設とは一体どこが違うのかという議論を考えますと、機能的に見ると非常に共通したものが多くわけですから、そういった点もこれから配慮しながら、現実の側面からこういう制度をスポットを当てて見ていかなきゃいかぬという感想を持たせていただきました。

同時に、ケアマネジャーの問題等も、確かに施設に配置するということが優先して考えられるだろうと思うのですけれども、そういう考え方に立ちますと、民間に自由に相談相手になれるようなシステムで、専門家がいてということが極めて重要であると私も思います。したがって、当面この支援センター、いろいろつくりましますから、そういう中の職員の研修、質を高めますから、そういう資格者も現場のかかわり合いに非常に魅力を感じるようなバックアップをしていかなきゃいかぬなと思っております。

そんなことで、人材確保というのはやはり基本です。その人材は、単に職業意識としてサラリーをもらうためにやるということではなく、本来的に人間尊重といえますが、そういう視点に立つてやれる人々を大いに養成していく、そして社会のあり方と一体化させていくということが必要のように感じます。

○土肥委員 終わります。ありがとうございます。

○木村委員長 この際、暫時休憩いたします。

午前十一時五十分休憩

午後一時三十分開議

○木村委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。石毛鏡子さん。

○石毛委員 民主党の石毛鏡子でございます。ど

うぞよろしくお願いいたします。

まず最初に、大臣に御認識を承りたいと存じますが、この法律案全体の評価についてでございます。

参議院では修正可決をされまして、参考人の皆様の御意見では一歩前進という評価もいただいているわけでございますけれども、参考人の方の御意見あるいは質疑等でもまだ人権の確保が、それからきょう社会復帰という表現が、土肥委員の御発言の中でこれはいかなるものかという御意見もございました、地域生活の促進という点からも課題を残しているのではないかと。そういうようなことも含めまして、参議院では五年後に向けた検討規定が修正可決されているという状況でございます。

その意味では、この法案は、あるべき目標からしますと、まだ中間的な段階にあるのかという思いがいたしますけれども、大臣の御認識はいかがでございますでしょうか。また、この五年間の間に解決していくべきどのような課題があるというふうな御見解をお持ちでいらっしゃいますでしょうか。お尋ねいたします。

〔委員長退席、鈴木俊一委員長代理着席〕

○宮下国務大臣 ただいま御審議をいただいております法律案は、平成五年の法律附則によりまして見直し規定が規定されました。それに基づいて、精神障害者の人権に配慮した医療の一層の確保や緊急時の医療の確保、あるいは在宅精神障害者の福祉施策の拡充等、かねてから指摘されている問題の解決を図ろうとして対応したものでございます。

この改正内容につきましては、おおむね公衆衛生審議会の意見具申に沿ったものでございますが、精神医療に関する情報公開の推進方策とか、また、重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方等々、あるいは長期入院者の問題等々、幅広い検討が必要であるという旨の附帯意見をいただいております。

そうしたことを踏まえまして、今回はあとう限

り人権に配慮した諸点の改正案を御審議をお願いしているわけでございますが、今後、そういった犯罪を犯した精神障害者の扱いの問題でありまして、あるいは保護入院の問題でありますとか、あるいはまた長期入院の対応の仕方等の問題等々、さまざまな課題がまだ残されていることも否定できない事実でございます。こうした問題を含めまして、五年以内ということになっておりますので、結論が得られれば、あるいは五年を待たずしてやるということとは自民党の方の提案等でもございまして、私としても、まとまればそういった方向で対応していきたいと思っております。

○石毛委員 私は、例えば一九九一年十二月に精神障害者の保護及び精神保健ケアの改善に関して国連原則が決議されておりました。その中で、例えば病気を抱えている方の治療はその人の地域でするというようなことに照らしましても、それから障害者の機会均等化に関する標準規則で当事者の方の意見を聞くとか、最近では、WHOの精神保健ケアに関する法基本十原則の中で、自己決定あるいは自己決定の援助というように記しているとか、さまざまな国際的な情勢から見まして、まだ解決すべき本質的な課題が残されているというふうに認識しております。

それで、私の認識と大臣が今御答弁くださった主要な課題では重なる部分も、例えば保護者制度の検討というふうなところではあるかと思っております。あるいはまた、私の方の考え方を述べさせていただきますと、ぜひともどうぞよろしく御検討くださいますようお願い申し上げます。

それでは、この法案の具体的な中身で、法律と実態の乖離というふうな問題につきましまして、精神障害者の方の人権確保という角度で少し具体的な点を質問させていただきます。措置入院や医療保護入院、あるいはこの間の質疑で任意入院の患者さんも随分閉鎖病棟におられるというふうな御

指摘もございましたけれども、その閉鎖病棟で通信の自由の確保というふうな観点からいけば、公衆電話がどのように設置されているかというのは大変重要な問題であるということは申し上げるまでもないと思っております。

そこで、一九九五年の総務庁行政監察報告では、このときの勧告としまして厚生省に改善勧告がなされた内容をちょっと触れてみますと、調査対象二十八病院のうち電話未設置病院が四病院、看護婦詰所に設置が七病院、それから行政機関の電話番号を掲示していない病院が八となつて

いる。これに対して厚生省は、九六年六月と翌九七年十二月に改善措置状況を回答し、十七病院で改善、それから残り二病院は近く改善というふうに報告をされておられます。

ところが、さらに翌年の九八年、これは、国立精神・神経センター及び国立精神療養所の立入調査の結果としまして、ここでも電話未設置病棟があるというふうな指摘がなされております。そのほかにもいろいろの立入調査の結果の問題点が指摘されております。

私は、このような経緯をたどり返してみますと、例えば午前中の議論でもございましたけれども、精神医療審査会の機能を強化してこのような権利をもっと遵守していける仕組みをつくつたというふうにお考えになっていらっしゃると思いたすけれども、まず、こういう事例が今なお後絶たないというふうな状況についてどのように認識していらっしゃるでしょうか。

あるいは、九八年のこの報告以降、精神保健福祉センターなど都道府県はこういう実態を調査されているのでしょうか。そのあたりをお尋ねしたいと思っております。

○今田説明員 まず、平成七年の行政監察結果に基づき勧告におきまして、「人権に配慮した措置の徹底等」という項の中で、電話の整備等について指導するよう指摘を受けたところでござい

とともに、事務指導監査それから通知の発出等を通じてこの趣旨を徹底するようにということ措置をしたところでございます。

しかしながら、平成十年に厚生省が実施しました国立の精神病院の立入調査の結果では、三病院において公衆電話が設置されていないという状況が明らかになったところであります。

全国の精神病院の模範ともなるべき国立の医療機関におきましてこういったことがあるということとはまことに遺憾でありまして、この事実を厚生省としては本当に真摯に反省して、改善に努めることとしたところでございます。

もちろん、この調査結果を踏まえまして、都道府県などとも協力して精神障害者の人権に配慮した精神医療の確保に取り組んでいく所存でございますが、なお、精神病院に對しましては、原則として年一回はすべての精神病院に都道府県の立ち入りをすることとなっております。厚生省も、この年一回の都道府県等により立ち入りの指導状況を確認するというようなことを通しまして、精神病院における処遇の実態の把握及び改善指導について徹底することとしている次第でございます。

○石毛委員 ただいま、年一回都道府県の立ち入りを実施し、その結果について指導をされるという御回答をいただいたと思っております。そういうような実施状況あるいは今回の法改正で、先ほどの精神医療審査会の機能強化というふうなところで、これから精神病院は、たまたまのこととして、ケアアレスのこととして何かがあるということは、これはあるのかもしれないけれども、今回の法改正あるいは今おっしゃられました行政の取り組みによりまして、今後人権侵害は基本的には起こらない、起こさないというふうな御確認いただけるんではないか。今回の法改正はそういうところまでラインを引き上げたというふうな認識をさせていただいてよろしいでしょうか。

○宮下国務大臣 今回の改正の主眼点は人権の配慮あるいは確保ということでございまして、今病

院に対する立入検査のお話でしたが、今お話しのように年一回立入検査を行います、同時に入院患者の診療とか人権の保護に関する聞き取り調査も実施するように指導をいたしております。

そういった意味で審査会の充実でありますとかいろいろ各種の施策を行っておりますが、私どもとしてはこれによって人権擁護の施策が相当前進したものであるように受けとめておりますが、なお、こうした病院の性格上あるいは患者の性格上、どうしてもそういうことの可能性なしとしないと思っております。したがって、よく都道府県等を通じていろいろ必要な関係者に注意を喚起して、この改正の趣旨を徹底していかないといいないと思っております。人権擁護ということは一つの大きな柱になっておりますので、その角度から指導してまいりたい、こう思っております。

○石毛委員 今の大臣の御答弁は、その御決意という意味では大変重いものとして受けとめさせていただきますけれども、ただ、国立精神・神経センター及び精神療養所の立入調査の結果では大変驚くべきこと、患者の処遇についての調査結果が、身体的拘束ということに關しまして、調査実施患者さんの人数八十八人のうち、すべて適正に実施されているものが五十一人、五八・〇％。ほぼ半分の方が、九八年の時点、昨年の時点でなおこういう状況にあるということは、行政指導を強めますというふうなレベルではとても解決つかないのではないかという思いが私は強くなります。

そこでもう一歩先に進めようと思っておりますけれども、私は、精神病院、精神医療機関に、例えば精神科のドクター、従事者、そして患者さんという、そうした二者の関係だけではなくて第三者の関係がここに介在できるようにすべきではないか、第三者のチェックが可能な仕組みにすべきではないかというふうに考えております。先日のこの委員会での参考人質疑で小林参考人もおっしゃられていたと思いますが、せつ

かく精神医療審査会があつてそこに患者さんの権利の擁護に關して申し出ていくことができて、退院請求する患者さんの人数が、もう本場に、三十万余人入院されているのに千件に満たないというふうな状況、あるいは処遇改善請求も五十件ぐらゐ。ですから、請求そのものがなければ審査会の機能を強化しても働きようがないわけだと私は思います。

例えば行政の方の指導監督の結果から、また審査会が機能するというルートもあるのかもしれないけれども、小林参考人がおっしゃられていましたように、何より大事なのは患者さんが御自分の悩みや困つてゐることを、これはおかしいんじゃないか、これは人権侵害ではないかといふように感じ、受けとめていられたいことを少しでも発言しやすい療養環境をつくっていく、アメニティーを高めていくということ、私は第三者によるチェックシステムをつくっていくということ、今問われている大変重要な課題ではないかと思つております。

東京にも大阪にもあるいは各地にも患者さん当事者の方によるアドボカシーのNPO的な活動組織もございまして、あるいは関係者の方たちの活動もございまして、第三者の方がチェック機能を果たす方法でアドボカシー機能を充実していくことが、今十分に可能なインフラはできつつあるんだというふうな認識をしておりますけれども、この辺はどうかでございますか。

○宮下国務大臣 一般論としては、第三者機関が最近の情報公開その他いろいろな重要な問題について関心を示しながら、いろいろな意見を述べられる機会が多くなつてゐるのは御指摘のとおりだと存じます。

しかしながら、この問題は精神障害者を対象にしておりまして、判断能力も必ずしも十分でないとか自分の意思を正確に伝えられない、そのために病院においても本人の意思に反したような処遇が行われるという可能性があるわけでございますので、私どもとしては、今回の改正で指定医の

取り消しの問題を初め、精神医療審査会におきまして、これは内部的な行政組織かもしれませんが、その機能強化を図つたところでございませぬ。他方、一般論として今申しましたような傾向にはあり、その意見はだんだん反映されてくるような情勢になつてきてゐると思つてはおりますけれども、NPO等の外部団体によるチェックというのは、やはり入院患者のプライバシーその他医療関係者との問題もあり、これが制度化されていかどうかというところは慎重な配慮を要するんじゃないか、第三者による意見の吸い上げは当然審査会等でも行つていかなければいかぬと思つております。

そんな意味で、プライバシーとの関係で、こうした問題に対応するには慎重な配慮が必要だ、私どもとしては今回御提案申し上げております審査会の拡充強化によって対応していきたい。そのほか、法の隅々に入権配慮の規定をちりばめてゐるわけでありまして、これがそれぞれ実効性のある政策を展開すべきものだといふように考えております。

○石毛委員 プライバシーの保護をどうするかというところについてはもう少し議論をさせていただきたいという気持ちもありますけれども、私がいたしたい質問時間は六十分ですので、私の方から考え方を述べさせていただきます。次の質問に移りたいと思つております。

最近の精神保健ケアに関する法基本十原則、WHOの精神保健・依存症予防部門が出しているこの文書を拝見しますと、自己決定の過程を援助される権利として、その指針として幾つか挙げられてゐるんですけども、法律家やソーシャルワーカーももちろん挙げられてゐますけれども、四番目に「オンブズマンや患者自治会のような、精神科患者に援助を提供する仕組みを構築する。」というふうなことも現にWHOの指針の中に挙げられてゐる。

ですから、プライバシーの保護というのは、システムとしてどう担保の仕方をするかということによって、大臣のお考えと私が今申し上げて

いるその考え方の間の線の引き方というのは当然違つてくることだと思つて、私は、WHOの基本原則の中でもこういうことが指摘されておりますというのを申し上げさせていただきますと思つております。

それから、安田系病院、特に精神病院大和川の問題にしまして、大阪の精神医療人権センターが本当にたゆまぬ継続したアドボカシーの活動をされていらしたからこそ、大阪府も大阪市もその緊張関係の中で行政としての役割を果たされた、そういうダイナミズムがあるんだと思つております。

そういう意味で、医療者あるいは医療経営者の方と患者さんという二者の関係だけではなくて、やはり総体的に判断でき、そして患者さんの人権あるいは治療に關して一緒にアドボケートできるような仕組みということに、この五年間の検討経過の中ではぜひとも実現する方向でお受けとめたいだきたいということをお願い申し上げます。次の質問に移らせていただきます。

保護者制度でございまして、これも随分委員の皆様から御見解等々が述べられております。今回、自傷他害防止の監督義務というのが保護者の方からなくなりましたということ、一歩前進と評価されてゐるところでございますけれども、まだ財産上の利益の保護や医師への協力義務というふうなことはこの法文の中に規定されております。

それから、引き取り義務というふうなことに關しまして、今、民法の扶養義務者の義務というのは経済的扶養義務であつて、介護等々の実体的引き取り義務というか扶養義務というのとはなつてゐる、現時点では保護者ないしは保護者の一部であります扶養義務者の役割についての認識がそこまで来てゐると思つております。

それから、今国会では来週か再来週ぐらいから審議が始まるのかと思つて、民法一部改正で新しい成年後見制度がスタートしようとしております。こういう時期に、なぜこの精神保健

福祉法の中でお引き取り義務や財産利益保護が残されたのでしょうか、そのことについてお尋ねしたいと思います。

○今田説明員 今、私どもの所管しておりますこの精神保健福祉法におきましては、精神障害者がその疾病の特性によりまして病識を欠いて医療を受ける機会を逸することがあり得るということに對して、精神障害者の人権に配慮しながら適切な医療及び保護の機会を提供する役割を果たす者として、身近なところに、その保護者の役割というものに期待をして制度化をされている、そのように認識しております。

一方で、成年後見制度につきましては、判断能力が不十分な者の財産上の保護を図るための制度でございまして、精神保健福祉法上の保護者の役割と必ずしも同じレベルの役割ではないというふうに思われます。そういう意味で、現在の後見制度の見直しは保護者制度の廃止につながるものではないという考えから残させていただきまし

ただ、本人の保護を図る上で成年後見人が最も責任を有する、こういうことになっておりますことから、保護者になることができる者の範囲について、後見人のほかに、新たに成年後見制度における保佐人につきましても保護者になれるというような形で成年後見制度との連携を図ることとしたところでございます。

○石毛委員 その成年後見制度と保護者の仕分けにつきましましては、後ほどもう一度、地域福祉権利擁護制度との関連でお尋ねしたいと思ひます。

事実のこととしてお教えいただきたいと思ひますけれども、公衆衛生審議会の専門委員会の資料を拝見しておりますと、「措置入院から直接地域に退院する者や仮退院を行う者について、地域で生活出来るようになるまでの支援は必要なのではないか」という文章の続きに、「しかしながら、引き取り義務の表現を現実に見合ったものとする」という検討するべきではないか」という、これはどういふことなのでございまいしょう

か、あるいはどんな検討がなされたのでしょうか。

○今田説明員 御指摘のように、精神保健福祉法に関する専門委員会の「保護者の義務について」という検討メモがございまして。この中で、御指摘のように、引き取り義務の表現を現実に見合ったものにするということについて検討すべきではないかとの意見はございました。

その後、保護者の引き取り義務につきましましては、その義務の対象となつてゐる措置入院患者の措置が解除されたときに、その後も引き続き医療等を確保する必要がある場合が多いということである、そのような場合にやはり保護者による支援を確実に担保する必要があるということから、御指摘の委員会の報告書、それから、その後の公衆衛生審議会の意見書においても、引き取り義務について当面は必要であるという結論に至つたというふうに理解をいたしております。

○石毛委員 当面は必要であるというのが結論というふうに承りました。

次の質問ですけれども、法律二十一条に、保護者がいないときなどは市町村長が保護者になるという規定がございまして。この制度も、公衆衛生審議会の専門委員会では、現在の制度では市町村長の保護者としての役割が果たせていないのではないかと議論がいろいろなされた後に、現在の制度にかえ、市町村長による成年後見人の申し立て制度を設けて、従来市町村長が行つてきた役割を成年後見人が担うようにするという検討がなされたという指摘が先ほどの報告書にございまして。その結果として、九九年一月には、審議会の意見書は、市町村長による成年後見人の申し立て制度を設けることというふうに提起されたということとで。今、予定されております民法改正に伴う整備法としまして、精神保健福祉法五十一條の十一の二に市町村長による審判の請求が新設されました。これが経緯でございまして。

しかし、この新設された規定はできる規定というふうになっておりますので、実際には市町村長

が成年後見人の申し立てをするということが余りなされないのではないか。なされないとしたら、現在、市町村長が保護者になられていても、その問題点、矛盾点がなかなか解決していないとかいろいろ指摘されておりますけれども、そういう事実は解決せずに依然として残つてしまふことになるのではないかと。

これも法規定と実態が遊離するといふ一面かというふうにも思ひますけれども、このあたりについてどのように認識をなさつていらつしやるのでしょうかというところをお尋ねしたいと思ひます。

○今田説明員 五十一條の十一の二の規定は、今御指摘いただきましたように、民法の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案により追加される条文でありますけれども、この規定の趣旨につきましては、身寄りのない精神障害者の保護の必要性について迅速かつ的確な情報入手することができ、かつ、本人の利益保護のために申し立て権を適切に行使すること

が期待できる関係機関ということで、福祉関係の第一線にありますが行政機関たる市町村長に申し立て権を付与する、こういう仕組みになつてゐるわけでありまして。

問題は、これができる規定になつてゐるということですが、もちろん身寄りがないという場合の保護者は市町村長がこれを担つていただく、しかし、市町村長が担つていただくについて、必ずしも市町村長が十分な保護者としての役割を演じているかどうか、この点は確かに問題があるケースが存するということは言えようかと思ひます。

市町村長がもしそうであれば、それよりもつといふ保護者としての役割は、この民法の改正によつて申し立て権を行使して、新たな後見者として家庭裁判所が選任される方が、本当にそのケースにとつていいんだという御判断をしていただくという選択肢が今度広がるということになります。

したがつて、もちろん判断は家庭裁判所でありまして、申し立てをするかしないかは市町村の判断ではありますけれども、今の保護者制度といふものとこの制度という選択肢の広がりの中で、最もそのケースにふさわしい保護者といふものが得られ、その人たちの活動がその患者さんにとって有利に働くという点においては大変前向きな民法の改正でもあります。五十一條の十一の二の運用はそのような形で利用していただけるようにこれから御指導していかなければならないものと考えております。

○石毛委員 次の質問ですけれども、厚生省社会・援護局が今年度から導入しようとしております地域福祉権利擁護制度とこの保護者制度がどのような関係になつてゐるかということをお教えいただきたいと思ひます。

精神保健福祉法では、例えば家族や親族以外の者で保護者になれる方は、後見人、または先ほど御指摘がございました、新しく制度が成立したら保佐人ということになります。一方、社会・援護局の方で計画されております地域福祉権利擁護制度の方では、専門員とか生活支援員という新しい機能が生まれてくるわけですから、この方たちは精神保健福祉法の保護者になれるというわけではありせんから、それぞれ違つてゐるわけです。

他方で、例えば地域福祉権利擁護制度の生活支援員の方がどんなことをなさるのかというようになことを、厚生省が出されております説明資料などを拝見しておりますと、日常生活に伴う契約に生ずる金銭の管理というように生活支援員の役割として書かれてゐるわけですね。

そうしますと、先ほど御指摘ございました医療の必要性といふところでは、まだこのあたりは生活支援員や専門員がどういふ役割を果たすのかといふのは最終的には結論が出ていないかと思ひますけれども、財産管理の方では実態として重なる部分があるんだと思ひます。障害基礎年金も累積すれば非常に高額になるわけですか

ら、財産の定義もいろいろあるのかもしれないけれども、そういうふうには申し上げてもよろしい局面もあるかと思いますが、保護者と生活支援員が重なる仕事をするようになるのではないかと、このあたりはどんなふうに分けをするのでしょうか。これからルールを定めていくんでしょうか。

○炭谷政府委員 まず、地域福祉権利擁護制度でございませうけれども、この趣旨というのは、先生十分御存じのようございませうけれども、結局、自立した生活を援助するために新たに今年度から導入しようとしているものでございませう。

そのために、現在の生活支援員の役割でございませうけれども、自立するために必要な福祉の面のサービスという、まず領域の制約があるわけございませう。福祉のサービスの利用するに当たっての情報の提供とか、また、どのサービスがいいかという選択の援助をする、そういう福祉の面の制約が一つございませう。

それと、今先生御指摘されました財産管理の問題ですね。これは、確かにそういう面がありますけれども、私どもの地域福祉権利擁護制度の場合は、日常生活に必要な割合少額の金銭管理というふうな制約で考えております。これはやはり民法上の成年後見制度との調整というところから出てきておりますので、精神保健法上の保護者とはややその領域が異なるわけございませう。

○石毛委員 イメージが、法律の制度にイメージという表現は適さないのかもしれないけれども、今ずっとお話を伺ってまいして、イメージが何か私の中では少し整理をされてきたような感じがするんです。

成年後見制度は、大別すれば財産管理に関するもので、後見、保佐、補助ができていくわけですね。それで、地域福祉権利擁護制度の中の専門員、生活支援員は、ここで金銭に関して扱う領域というのは少額の金額だと。少額というのはどういう金額がよくわかりませんが、私は、ちよつと先ほど申し上げましたけれども、年金も累積すれば大きくなるわけですし、そういうこと

もありますから少額というのはどれぐらいかなという思いもあります。

それから、あと、専門員がこれからケアプランをつくっていくということになるんだと思ひますけれども、そのときに、例えば医療の受療に關してどういふ役割を果たしていくかというようなこともこれからの検討課題であると思ひますけれども、その辺がまだグレーゾーンというか確定してない部分かと思ひますからあえて触れませう。

今の御回答ではつきりしましたのは、結局、精神保健福祉法の保護者制度が残って、財産管理の問題も、医療の必要性といひますか、保護者として医療を推奨していくというその責任も精神保健福祉法の中に残っていて、その部分に關して地域の権利擁護システムの方にあるいは成年後見制度の方にシフトすることではありませうというののはつきりしたわけですね。そういうふうには確認させていだいてよろしいわけですね。

○今田説明員 権利擁護システムという意味から見れば、おおよそ御指摘のとおりだと思ひますが、民法の方でいひますと、民法で後見人あるいは保佐人というのができた場合に、その後見人、保佐人がまさに保護者になつていただける第一順位、第二順位ということでありませうから、決して民法の方に縁がないということではないといふに私は理解しております。

○石毛委員 わかりました。おつしやるとおり、ちよつと私の発言が不十分だったと思ひます。保護者になれる資格要件として後見人、保佐人があるといふところと重なるというところは、おつしやるとおりだと思ひます。

ただ、私が指摘させていただきたいのは、先ほどの、例えば精神病院の評価システムとして第三者が入れる仕組みをつくれるようにすべきではないかといふこととある意味では同質の発言になるかと思ひますけれども、せつかく地域に地域権利擁護システムというやうなものができてくれば、例えば措置入院をだれがどう判断するかといふのは、これはまたこれとして議論しなかならない

問題ですから、それは別にしまして、例えば入院されていらつしやる精神障害の、精神の病氣をお持ちの患者さんのところに地域の権利擁護者が訪ねていつて、それで、何か問題がありませうかといふやうな、そういう機能は当然果たしていいのではないかと。そういうふうには考えていかないと、せつかく今大きくシステムが動くこととしていくときに、この時代、もとの制度の上に何かを足していくといふのでは足りないのではないかと。せつかく新しい制度が生まれようといひますときに、そちらにシフトして、精神医療、精神病院といふのがもつと相対的な關係の中に位置づくようにしてもよろしいのではないかとこののが私の見解なうございませう。

大臣、こいういう時期でございませう、今国会は社会福祉事業法の改正は間に合つかうかといふうに言われていひようございませうけれども、いづれにしろ、今、措置から契約へとか、権利擁護とか大変大きく動いていひる時期ですから、この精神保健福祉法案の中での保護者制度も、もう一歩も二歩も進んで、もつと抜本的な改革が今回提案されてもよかつたと思ひます。でも、今回こいう法案にはなつておりませうから、これからの地域福祉権利擁護制度との絡み合ひで、ただいま私が申し上げましたことなどに關しまして、大臣、どのような御感想、御認識をお持ちでしやうか、承りたいと思ひます。

○宮下國務大臣 十分検討に値する御見解だと思ひます。

この保護制度については何論ございまして、廃止した方がいひという意見もかなり強いわけでありませうから、そうなれば、それに補完すべきいひるのメカニズムが必要になるわけ、今御提言のやうな考え方も一つの有力な考え方だと存じませうので、それらを踏まえて今後保護制度のあり方については検討してまいりませう。

○石毛委員 参議院の附帯決議でもこのことは触れられておりませう、それから、参考人の皆様、多くの方が保護者制度の廃止といふことは御主張

されていひるところですので、ぜひよろしくお願ひいたしませう。

次に、今法案で新しく規定されました移送についての質問をさせていただきたいと思ひます。

第二十九條の二の二といふことで、都道府県知事が移送といふ役割を負うといふことが新設されることがなりました。

まず最初に、お教えいただきたいのですけれども、法規定自体は新しくされていひるわけですが、でも、実態とすれば、医療保護入院でございませうところで移送が現実にはされていひると思ひますので、移送はどういふ実態でこれまでといひますか、今行われていひるかといふに厚生省として御認識になられていひるかといふことをお教えいただきたいと思ひます。

○今田説明員 精神病院にどのような形で患者さんが移送されていひるかといふことでありませう、これまで措置入院のやうに強制的に入院させざるを得ない場合については当然県の責任でやつていひるわけですが、通常こいういふ緊急の場面ではどういふアクセスをとつていひるかといひる意味につきましては、平成九年の精神障害者の精神医療へのアクセスに關する調査といひるのございませう。この調査につきましては、県庁所在地等にございませう保健所百五十一カ所を対象といたしまして、緊急時の対応、搬送手段について調査した結果、次のやうな割合で出ておりませう。

この割合につきましては、保健所数で出ておりませうので、必ずしも実数を反映していひるとは言えないかと思ひます、こいういふことを御容赦いただいた上で申し上げませう。

まず、家族等の協力で説得をして搬送したといひうケースが、百五十一カ所の保健所のうち百三十三の保健所でこいういふケースがあつた。ですから、こいういふケースがあつたといひうことであるので、先ほど申し上げましたやうに、実数を必ずしも反映していひるこことではございませう。それから、救急隊に依頼するといひう形で対応したケースがどれだけの保健所であつたかといひます

と、救急隊では百五十一のうち三十七。それから、保健所の職員と一緒に説得といいますが患者さんの理解を求めたというケースは九十四、大体六割くらいの保健所でそういったケースがあった。それから、警察職員によって待機を依頼したというケースは、百九の保健所でそういうケースを経験したしております。それから、医療機関に往診を依頼したというケースは五十五保健所、大体三六%くらいの保健所がそういうケースを経験しております。それから、移送制度の問題点として、民間搬送会社が必要しも人権上の配慮をしないんじゃないかということにも関連いたしました。民間搬送会社の存在が示唆されるような内容、そういったケースを経験された保健所というのは十六保健所、約一割がそうであった。こういう調査結果が出ております。

○石毛委員 その調査には、介在した保健所がある意味でスタートのところになるわけですから、搬送になった入院先の病院に到着するまでどれぐらいの搬送時間を要したか、そういう結果はないでしょうか。

○今田説明員 そういうデータはこの調査ではとっておりません。

○石毛委員 先日この委員会での伊藤参考人の意見要旨の中にも、移送制度というのは、本当にきちっと運営されていかなければ大変に危険な安易な患者収容手段になってしまうのではないかと御指摘がなされました。

大和川病院に入院されている患者さんどこからいらしているかといいますが、決して大和川病院の近所にお住まいの患者さんではなくて、奈良県だったり和歌山県であったり兵庫県であったりということで、警察によるのかここによるのかわかりませんけれども、大和川の場合は警察が非常に多いという報告もあったと思います、そういう形で移送されてきているという事実が現にあるわけですね。

それから、先日の山本委員の御質問の中にも、応急入院ができる病院は二次医療圏の中にどうい

うふうに充実させていけるんだというようなこととかかわりまして、場合によってはその移送を例えば車でしましても、三十分それに乗っていたり、一時間乗っていたり、場合によってはもっと長く乗っていたりといいますが、そこが拘束される場になるわけですね、移送される患者さんにとりましては。ですから、そこでの人権がどのように守られるかというのは、この移送の制度を新しく設けていくというときにはとても重要なポイントになる点の一つだということに思います。

法文を読みますと、都道府県知事は、移送を精神障害者の方に行う旨、その他厚生省令で定める事項を書面で知らせなければならぬというふうに記載されてあります。具体的には省令になっていくわけですから、これから決めていくことだということに思いますけれども、例えば書面で知らせることというのはどういう範囲のことを今想定されていきますか。そのあたりは御指摘いただければと思います。

○今田説明員 まず、この移送制度が適切に運用されなければならぬ、御指摘のとおりだと思います。

しかも、緊急に入院する必要があるにしても、少なくとも精神障害のために患者自身が入院の必要性が理解できないというような状況である必要もありましょうし、それから家族や、主治医がいる場合は主治医が説得の努力をしても本人がそれでもなおかつ同意しないというような、ある程度必要な最大限の本人の説得の努力というものを、行ってもなおかつそれに応じることなく、症状からどうしても入院して医療を施さなければならぬケースというふうな形で運用されるべきものと思います。

そういう状況に陥った場合に、精神保健指定医がそういう必要があると判断したところで移送に入るわけですが、移送をする前に書面において告知を行うということになります。

御指摘の告知の内容でありますけれども、これは既に医療保護入院を行う場合に課しております。

す告知の範囲というものを念頭に置いて、基本的には強制的に入院するという前提において必要である今規定しているものを当然念頭に置いて、新しくこの内容、運用について政省令等で規定をしていきたいと思っております。

○石毛委員 この移送は都道府県知事が実施するというところでございますけれども、具体的な場面を想定してみますと、その構成はどんなにしても、御本人、御家族ないしは周囲の方、それから移送の前に指定医の診断が要するわけですから、それに移送に携わる方ということになるのだと思います。

例えば移送に際して、指定医のほかに、都道府県立の保健所ですとか精神保健センターの職員の方ですとか、そういう行政職員が移送の場に同席して総体的な状況をききと把握する、そうしたことはございますでしょうか。

○今田説明員 移送の具体的な運用につきまして御指摘の点も踏まえて今後さらに検討していくことになりましたけれども、都道府県の職員がこれに立ち会うということは、基本的にそれを念頭に置いて今後の運用を定めていきたいと考えております。

○石毛委員 この件に関しまして大臣にお尋ねしたいと思っておりますけれども、院内処遇にしましてさまざまなガイドライン、基準などが設けられているわけですが、移送に関しても同様に、移送中の処遇に関する基準、ガイドラインというようにものをとおくりになりました情報公開されていくというお考えはいかがでございますでしょうか。

○宮下国務大臣 御議論いたしております移送は、本人の同意に基づかない強制的な性格を有しております。したがって、法案におきましては手続や処遇のあり方についてそれぞれ必要な事項を規定しております。

すなわち、手続的に申しますと、移送の要否や行動の制限の要否については、都道府県知事の指定する指定医の判定を要件とする、今御指摘のと

おりです。それから、移送を行うに当たっては、移送を行う旨の所要事項を本人に書面で告知する、これもおっしゃられたとおりですね。

それからまた、移送中の行動制限につきまして、本人の医療または保護に欠くことのできない限度において厚生大臣が具体的に定める基準に基づくものとされておりますので、このよう行動の制限について定めるということで、法律に書かれた内容に従いまして、今後、精神障害者本人の医療の保護、保護者の保護並びに人権の配慮等の視点に立つて、専門家の意見を聞きながら基準を定めてまいりたいと思っております。

○石毛委員 基準を定めるということでございますので、ぜひ移送中の人権が守られますように、そしてまた民間の搬送会社が悪いというふうな前提的に決めつけることも、これから基準ができていけばいかかと思っておりますけれども、ぜひとも人権が侵害されることがないようなガイドラインの制定をお願いしたいと思います。

あと一分ぐらいしか時間がないのですけれども、質問を幾つか飛ばしまして、最後に、今、日本の精神医療の状況につきまして、一般病院の中の精神病床の割合がどれぐらいかということをごひともお教えいただきたいと思っております。

〔委員長退席、佐藤（静）委員長代理着席〕
○今田説明員 平成九年度病院報告によりますと、精神病床を有する病院は、全体で申し上げますと千六百六十八ございいます。このうち、精神病床を持つ一般病院が六百十三ございいます。ベッドで申し上げますと、全病床数三十六万床でございますが、そのうち、精神病床が二七・三%がそのようなベッドとして整備されております。

○石毛委員 質問のレクをさせていただきましたときに、病院の種類の仕方もなかなか難しいというふうな言われましたけれども、いわゆる総合病院というところとえ方が今されているのかどうかというのがあるのかとも思いますけれども、一般総合

病院の中で精神科病床というのはどれぐらいなんでしょうか。今の部長のお答えですと、例えば精神科病床の中に内科の部分があるとかということになるんだと思いますけれども。

○今田説明員 今御指摘いただきましたように、精神科病床には、例えば内科と外科があつて精神科があるというのあれば、内科と精神科、いろいろあることもあつて、その分類が非常に難しい。そういうことでありますが、いわゆる総合病院に相当するところで精神科がどれだけあるかということにつきましては、関係学会のデータでありますけれども、四万五千床というふう聞いております。

○石毛委員 もう時間が終わつてしまつたんですけれども、きのうレクチャーを受けましたときには、いわゆる総合病院の中で一般病床は大体二万床程度ではないかというふうな……。二万床ですと全精神科病床数の五％、今部長がお答えになりました四万床ですと一〇％ということになるんだと思いますけれども、私が申し上げておいたいたいたいののは、ずっとこの委員会、精神科患者の方、精神障害者の方に関する偏見、差別の問題ということがありました。福祉政策の方では随分ここで議論されましたけれども、肝心の医療が地域で受診できないところで、本日に日常の生活関係の中でさまざまな方との出会い、関係が結ばれていくのでしょうか。それは大変難しいのではないのでしょうか。ぜひとも地域の総合病院の中に精神科病床を持つ、あるいは精神科外来を持つということが、福祉政策の充実のもつと前段のところで大変重要ではないでしょうか。最後のところは申しわけございません、本日は確認していただくべきでしようけれども、もう質問の時間が終わりましたので、大変恐縮ですけれども申し上げさせていただきます、質問を終わります。どうもありがとうございます。

○佐藤静子委員長代理 次に、榎屋敬悟君。

○榎屋委員 公明党・改革クラブの榎屋敬悟でございます。

引き続き、質疑をさせていただきます。

今回の精神保健福祉法の改正であります、今回の改正で新しく移送制度が導入されたということ、今、石毛委員さんからも質疑がありました。私はこれを横で聞きながら、新しい制度でもありますので、現実の形、石毛委員の方からは、この運用を誤ると恐ろしいことになる、安易な患者収容手段になるという御指摘もありまして、私もまさにそのとおりだな、こう思つておるわけでありまして、最初に何点か重ねて確認をさせていただきますか。

質問しようと思つたことは石毛委員の中に十分ありましたから、若干質問の趣旨が変わるかもしれませんが、御容赦をいただきたいと思うのであります。

先ほどの議論の中でも、現在、精神保健の世界で移送がどういう状況になつていくかというお話がありまして、今回これは県の役割ということに位置づけをされておりますが、まさにその県の部分で、実は私もそういう精神保健福祉の現場で仕事をしながら質問をさせていただくわけでありまして、

私の記憶では、保健所の職員がたつて保健所の車、あるいは救急車、当時は救急車はほとんど動いてくれなかつたという気持ちを持つておるわけでありまして、病院がお持ちになつておる救急車あるいは自治体消防がおやりになつておる救急、こういうこともあるんじゃないでしょうか、中には警察が動かざるを得ない、こういう事態を私も経験しておるわけでありまして、いざいざにしても大変悩ましい部分であります、今まで関係者が本当にこの部分の処遇には随分いろいろな悩みを持ちながら取り組みをしてきた。言つてみればまさに制度の谷間みたいなところでありまして、今回、その部分をしっかりと整理しようということとは必要なことだ、このように私は思つておりますけれども、ただ、逆に本当に制度が必要なのか。現に今もその処遇は行われているわけ

でありますから、ここにその新しい制度を創設する意味が一体どこにあるのか。本当にその必要性があるのかということも、実は制度創設に当たっては検討しなきゃならぬだろう、こう思つております。

それで、先ほどの御説明を聞いておりました、私が十数年以上前に経験した時代には、民間の搬送業者あたりがこの部分に参画をしていくという実態は私の記憶ではほとんどありません、なかつたわけでありまして。恐らく最近の傾向として、これは在宅から入院という形態になるときにどうしても経なければならぬ段階でありまして、なおかつ関係者がみんな悩んでいる部分。そこに保護者あるいは行政の部分でもいろいろなニーズがあつて、最近はそのような業者が出てきておるのかなという気もするわけでありまして。

先ほどの御説明では、調査によれば民間会社による搬送も相当の割合であるという御説明であつたのでありますが、これは本当に最近あつてきたことなのか、あるいはその民間会社というのはどういった会社がおやりになつておるのか。私の経験ではちよつと知識がないものですが、これは業として運送業をなされている方がおやりになつておるのか、あるいは潜りのような形で行われているのか。今回、制度を創設した背景にさっきの御説明ではなつておるようでありますから、その辺の実情を、いまだ少し現状をお教えいただきたいと思ひます。

○今田説明員 今回の移送制度というのは、現場における、あるいは御家族のいろいろな悩みがあつてのことではあります、まず、精神保健福祉法には入院のための移送に関する公的支援の仕組みがないということ。それから、病院まで患者さんを連れていくというのが家族の役割ということ、家族にとつて非常に大きな負担になつていくということ。それから、今御指摘のように、家族の依頼を受けた民間の警備会社、こういったところが強制的に精神障害者を搬送するというふうなケースがあるという指摘もあることから、こう

いったことを総合的に勘案して、今回、移送制度の創設を図つたわけでありまして。

この警備会社等がどういった営業形態をしているかという御質問であります、そこについては十分な資料は持ち合わせておりません。

○榎屋委員 十分な資料がないということですが、私も大概質問するときは現場へ行つてよく現状を見てくるのでありますが、今回ちよつと時間がなかつたものですから、しつかり現場での調査ができていないのでありますが、そういう民間業者あたりが出てきた、余りこの状況を放置することは好ましくない、むしろ制度として今般整理をした方がいい、こういう御判断を少なくともさっきの説明ではされておるわけでありまして、逆に私はその現状はしつかり把握しておかれる必要があるのではないかと。さっきの百五十一保健所のデータというのは何つたわけでありまして、それは確かに民間がやつておる、百五十一の中で十六、一％という御説明をいただいておりますけれども、今御説明をいただいておりますので、本当に必要なものがあるのか、ということ、いまだに私はよくわからぬのであります。

それで、例えば、民間の事業者が保護者なり家族の委託を受けて、要請を受けて患者を現にやつておるというその実態、それは好ましい事態ではない、こういう判断ですか。それは業としてやつてはいけないことをやつておるということなのか、あるいは業としてはおかしくはないけれども、あり得るのだらうけれども、精神保健の福祉という観点ではこれは放置できないということなのか、その辺のところはどうでしょうか。

○今田説明員 まず、今回の移送制度というのは、何はともあれ、家族が御本人を説得しても病院に行つてくれない、そうこうしているうちにどんどん病気が悪化してしまうということに対する家族としての大きな声があつたことがまず第一にある、私もそれを解決していこうというの、一つのねらいではあります。

と同時に、今御指摘の民間の会社が障害者を運ぶことは是非ありますが、私どもはそれに対して、強制的に、つまりそこに人権の一種の拘束状況をつくる、そういう行為を行った上で搬送するということが何の法的な裏づけもない形で運用されることは好ましいことではない、したがって、少なくとも御本人を本当に拘束せざるを得ないのかどうかという一定の手続をとるためには、単にこれをそのまま民間にお任せするということは適切ではない。こういう考えから、御指摘の答えにいたいただくのは好ましくないというのを民間がやっていたという気持でこの制度を創設したわけでありました。

○柵屋委員 やつと理由がわかりました。

私は何でこれをしつこく聞いていたのかというと、今まで強制入院、措置入院の場合は県がその役割を担っていたわけでありまして、それはそれで運営されていた。今回、医療保護入院あるいは応急入院等の場合、保護者の同意があればということでこの移送の制度を新しくつくるわけでありまして、現に今までも、さつきから言っているように、本間にニーズがあるから多分こういう実態になっているわけでありまして、ニーズがあり、なおかつなかなか手が出せない、お互いにお見合いをして、結果的に患者のためにならないという事態があった。そこを埋める形で、まさにすき間を埋める形で民間でこういう取り組みをされていたケースもあるのではないかと。

民間が全部悪いとは言えないわけでありまして、今の御答弁では、民間にできればやってもいい、県にできればいいというお話をされましたけれども、県の役割という位置づけは結構でありますけれども、ちょっと議論をしますけれども、私は、場合によっては委託や委任の形で、県がみずからやるのではなくて、条件が整えば民間にお願いをするということも多分あるのだと思うのですね。

そうした場合には、私は全部民間が悪いかどうか、

か、実は自信がありません。自信がないわけですから、どっちがどうなのか、自分自身も調査をしておりませんから、そこはわからないのであります。ただ、民間ができることは民間がやってもいい、あるいは民間がやった方がより効果的なサービスができるということもあるわけでありまして、今、民間にできればやってもいい、民間にやってもいい、新しい仕組みをちゃんと入れられて体制を整えれば、そうした方々の力も、そうした方々の機能も活用できる要素が場合によってはあるのかどうか、これもちょっと伺ってみたいと思います。

○今田説明員 若干説明が不十分であったかと思いますが、この移送制度というのは、少なくとも、そういうケースが発生して、それに対して一定の診断行為、手続行為を行って、それから搬送車に、搬送の手段に乗って病院へ行くという一連のものとして、その手続を経ないで民間でやるというのは好ましくない、このように申し上げました。

そういう意味からいたしますと、その移送について、それではだれが搬送するところだけを取り切ったときに、だれがそれをやるかということでありまして、基本的には総体として県知事の責務としてこの制度を運用いただくわけでありまして、本来は県の責任で行っていただくわけでありまして、その場合に、例えば医療機関とか、あるいは今御指摘のようにある基準があつて民間というのが適切かどうか、そこはまた具体的なものになると思いますけれども、そういうふうなその部分だけを切り取ったところにおいて例えば委託するというようなことを妨げるという意味で申し上げたわけではございません。

〔佐藤（静）委員長代理退席、委員長着席〕

○柵屋委員 そこはわかりました。何度も申し上げますけれども、私も実際に患者さんを病院に連れてくる仕事を現にしていることがあります。自分の車に乗っていただいて、乗っていただかずの人が突然飛び出て、山の中を駆けつっこを一緒にしたこと

もあるわけでありまして、本当に大変な作業だ。あと拘束の話もちょっと伺いたいと思うのですが、私は、今回制度化していただいた仕組みを明確にするということは賛成でありまして、ぜひそこはやらなければいかぬと思うのですが、ただ問題は、この規定ぶりを見ますと、これはできる規定ですね、県が、都道府県知事が担うということでありまして、できるということになっておるわけでありまして、多分、この規定が始まれば、家族で悩まれている方あるいは地域で悩まれている方は、いざというときにそういう一連の手続の中でお見合いをするようなことはしないわけで、それは県のお仕事でしょう、県はできるじゃないですかということ、私は大分整理される部分があるのだらうと思うのです。

それで、先ほどの御説明の中では、具体的に私はいまだにイメージがよくわからぬのですが、県の職員はこの作業に携わっていただく、その移送という業務の中では県のスタッフは携わる、こういう御説明がありました。県のスタッフというのはは十分保健所だろと思うのです。県の保健所は、今でも強制入院、措置入院の場合は対応しているわけでありまして、私は、県が本当にできるかなというのを大変心配しております。

県の職員というのは専門家がいますわけではなく、わけ、もちろん、人事異動の中でたまにこの精神保健の業務を担当される方がいらつしやる。そうした中で、この移送の業務というのは結構あるのではないかと、この移送の業務という話がありましたが、果たして県のスタッフで対応できるのかどうか気になるところであります。

すが、数字的なことでちよつと恐縮ですけれども、どんなふうに見込んでおられるか、伺いたいと思います。

○今田説明員 どのぐらいのボリュームになるかという御指摘であります。先ほどの御質問にも実はございましたけれども、そういう申し出があればそれを何でもかんでもこういう形で運用するということじゃなくて、やはり主治医の先生がいらっしゃるれば主治医の先生に御協力を得て認得をしていただくとか、あるいは御家族の力もかり、それでもなおかつやむを得ず強制的手段によつて搬送せざるを得ないというケースとして限定されるであらう、理念的にはそういうことであります。

これにつきましては、精神科救急医療システム整備事業におきます医療保護入院の実績というのがございまして、その中で、全国の医療保護入院の移送数の推計を行っております。この事業では、医療保護入院としておむね二千七百から四千六百と推計をしております。夜間は午後六時から翌日午前八時まで、休祭日は午前八時から当日午後六時までの間であるということから、昼間の時間帯の移送件数を試算してみますと、全国の年間移送数は、結果として、今から申し上げます三千五百から六千件と推計がなされております。

○柵屋委員 三千五百から六千件と推計しておるということですが、これは、今の措置入院の移送のケースとどのぐらいの量になるんでしょうか。倍ぐらいになるのか、いや、ほとんど数字は変わらぬというのか。この三千五百から六千というのは、現行の措置入院の数からしてどのぐらいのものになるのか、お教えいただけますか。要するに、現場の県の保健所で仕事ができるのかどうかということをお聞きしたいわけでありまして。

○今田説明員 措置患者が大体五千件というふうな言われておりますので、これは先ほどの数値に入っております。

○柵屋委員 ふえるのかどうか教えていただきたたい。要するに、現在五千件ぐらい、それがさ

らに三千五百から六千上乗せになると推測——これはやってみなきゃわからぬわけでありまう。もちろん私もどんなやれと言ふものでは決してないわけでありまうから、さきのご説明のとおり、万やむを得ない場合にこの移送というものがあるわけでありまうから。

私は、きのうも質問通告のときに伺いましたけれども、現実に一保健所で一月に一件あるいは二月に一件ぐらいは出てくるようなケースだろう、これが場合によっては倍ぐらいになる、そんな大きな数字ではないな、こう思っているんです。

ただ、新しい医療保護制度の中で移送制度を創設されるということであれば、これで移送に関しては全部すき間がなくなるわけでありまう。しかも、すき間がなく、それは県の役割だということであれば、これは県の保健所のスタッフが実際には携わる、スタッフとしては県の職員にぜひ入ってもらいたい、先ほどこういう御説明がありましたけれども、私は、ぜひとも十分な体制を考えていただきたい。

私は、現場のPSWの皆さん方にも、きょうの質問をするというので懇談をしてみました。実際にどうやるのかと県のスタッフの方は大変悩んでおられます。だれが運転をし、どのお医者さんが、指定医が、どなたが来ていたでいて、本当にうまくいくかどうかという心配をされておられました。今までは何とかやってきたけれども、新しい制度ができた中でやっていくのかどうか大変心配をされておられましたけれども、これは県の新しい役割になるわけでありまうから、ぜひ、実際に現場でできるような都道府県に対する御指導をお願いを申し上げたい、こう思うわけでありまう。

それで、倍ぐらいであれば何とかやれて、何とかその新しい制度を入れた方がいいというように私も思うわけでありまうけれども、もう一つは行動制限、身体的拘束に伴うわけですね、場合によつては、

さつき書面というふうに言われましたけれども

も、この書面も、現実の移送というケースを考えたときにどういふ絵面になるのか私もなかなかわからないのでありますが、基本的には指定医が判断をする、指定医が指示をする。患者さんはやはり病状によつては随分差があると思うんです。あるいは患者さんの特性、個性によつて、どのぐらいのスタッフ、どういう体制でいくのか、場合によつてはどういう拘束をしなければいけぬのかというところは、私は大変に難しいケースだろうと思うんです。これを間違つて大きな事故にもつながるということでありまうから、ここはやはり指定医が判断をし、指示をするということがすべてです。

○今田説明員 都道府県知事が指定した指定医が認めた場合にももちろん限定をされます。その場合に、一定の行動制限が搬送の時点で伴うわけでありまうが、この搬送につきましても、厚生大臣が定める基準に従つて一定の行動の制限を行うことができるということ、厚生大臣として定めなければなりません。その基準を定めようという意味において、これが過剰な人権侵害にならないように、あるいは現実的にそれが円滑に運営できるようにということ、専門家の御意見を伺いながら具体的な運用についてこれから検討させていただきたいと思ひます。

○梶屋委員 さつきもその御説明があつたんですが、行動制限については厚生大臣が定める行動制限基準があるわけでありまうけれども、それ以外に、さつき私が申し上げた運用の実態、実際にいいてはこれをきちんとしないとなかなか難しい。これはケースによつて随分差が出ると思うんですが、この移送については、行動の制限のように大臣が基準を定めるとかということにはなつていないわけでありまうから、移送全体のありよう、あり方ということについてはぜひとも今後研究も続けていただいて、実態に即したマニュアル、特に人権等に配慮したマニュアルというふうなもの、は、つくるのはちよつと大変だろうとは思ひますが、ぜひ最低限のものとして、あるいはモデルの

ケースでも結構ですから、それはお示しをいただいた方がいいのではないかと、こう思つておりますが、いかがでしょうか。

○今田説明員 御指摘の点を含めた移送のあり方についての研究につきましては、現在厚生科学研究で研究を進めておりますし、これを引き続き継続することになっております。御指摘の点を十分踏まえた形で運用されるように、そういった研究結果も踏まえながら、円滑な実施ができるように努力していきたいと思ひます。

○梶屋委員 その際、県が直接やる場合は結構なんですが、さつきのように、医療機関にお任せをするようなケースあるいは民間を使うというようなことも含めて、実態に即して本当にやれるような形で、理想像だけではなくて、本当の現場の姿に即して私を研究していただきたい。

それからもう一点、応急入院指定病院の整備計画ですが、これはもうこの委員会でも議論があつたやうでありまうけれども、これは確認だけさせておいてください。二次医療圏ごとに、二次医療圏を二応ベースに整備をしていくということ、理解をしていてよろしいですか。

○今田説明員 基本的には、二次医療圏という一つの単位があるわけですので、それを念頭に置くことになると思ひますが、現実的には二次医療圏の中にも精神病院のないところもありまうし、それから、仮にそういったところは一カ所あつても、その医療機関の体制、これが非常に十分でないというような場合もありまう。

したがつて、それらも含めると、当然やはり複数の医療圏を協力という形で巻き込んで対応を考えなければならぬと思ひます。その中には、例えば輪番制をしなごら対応したらどうかという御意見もありまうし、それから、三百六十五日、昼夜を問わず対応をとる必要があるといったことに対してどういふような体制をとるかということもございします。

いづれにしても、これらの指定基準を定めるわけでありまうが、今の応急入院、応急指定病院の

制度の中で運用されている医療の質が著しく低下するといふようなことがあつてはならないという考え方に基づいて、また最初の御質問のお答えになります。複数の二次医療圏というものを念頭に置きながら、必要な指定病院の確保をしていきたいといふふうに思ひます。

○梶屋委員 複数の二次医療圏を単位として整備をしていきたい。これは現場が恐らく考えることだろうと思ひます。

もう一つは、この移送制度は、ふつとわいたような話ではなくて、厚生省におかれても精神科救急医療システム整備事業等も順次行いながら用意をされてきたということで、これは本当にいいことだと私は思つております。特にこの制度は、医療機関の地域医療活動、あるいは保健所の精神保健福祉活動、あるいはボランティアも含めた地域活動、こうしたものが有機的に相まってこそ初めてうまくいくだろう。そういう中では、さつき言つた民間などの活動も、いいサービスはぜひ活用すべきだと私は思つていて、いいわけでありまう。これは県の精神科救急医療システム整備事業、これは県を実施主体とする事業のようでありまうけれども、十年度で三十県、これは当然ながら、制度が始まれば、このシステム整備事業が全国的な対応になるのか、あるいは将来やはり地方の事業になるのか。この補助金、私が逆算してみると、一カ所当たり二千八百万程度でしょうか、事業費ベースで。その理解が間違つていないか。これは十一年度以降、今回の改正に向けて全国的な実施体制ができればと予定されているのかどうか、その辺の予定を聞かせていただきたいと思ひます。

○今田説明員 この移送制度というのは、救急医療という目で見ればその一端であるわけでありまうが、全体として、やはり精神科の救急システムというものはきちつと整備していく必要があるんだらうと思ひます。

現在、そういった意味で執行しておりますけれども、こういった仕組みが全国で整備されるべく

私も努力していきたいと思っております。

○榊屋委員 端にお聞きします。

今の三十カ所の事業実施は四十七まで行くのかということ、それはいつぐらいまで予定されておられるのか。

○今田説明員 年次計画として私どもが念頭に置いておりますのは、十一年度が三十五県、十二年度は四十七県、つまり十二年度をもってすべてにこれを整備できるように努力をしたい、こういうことでございます。

○榊屋委員 ありがとうございます。将来こういう補助制度をどうするかというのは、私も、しばらく厚生委員会を離れていろいろなところを回ってきますと、補助金のあり方も随分検討しなければいかなぬという思いもあるわけでありまして、なお私も研究を続けていきたい、こんなふうに思っております。

さて、もう一点、精神障害者の居宅生活支援事業について議論をさせていただきたいと思っております。

今回、居宅生活支援事業、実施主体は市町村ということ、これも新しい仕組みがいよいよ始まるようであります。これは高齢者や特にその他の例えば身体障害者のサービス等と比べて、この精神障害者の居宅生活支援事業というのは、事業実施主体は市町村でありますけれども、実施責任まで伴うものなのかどうか、どういう形で始まるのか。どうも実施責任ではないのかな、市町村がやるんだということはその規定なんではないけれども、そのあたりはいかがでしょうか。

○今田説明員 今回のこのような地域に根差した福祉サービスというのについて、市町村を実施主体にするという考え方がありますが、こういった法改正によりまして、当然市町村がこれに積極的に取り組んでいただくべきものであると考えております。

○榊屋委員 ただ、今回新しく始まる地域生活支援事業あるいは居宅介護等事業あるいは短期入

所、こうした事業をそれぞれの市町村が、例えば対象者がいらつしやるにもかかわらずまだできないという市町村もあるのではないかと。だから、希望があった場合には、市町村はそのサービスをしなければならぬのかどうか。いや、まだ準備ができていないから、それはちょっと待ってくださいというところなのか。私は、必要なことであるからぜひ進めたいとは思いますが、必要ですけれども、その辺は必ずしも市町村がやらなくてはならないというところまではまだ行っていないように、この法の形は感じるのでありますが、いかがでしょうか。

○今田説明員 御指摘のように、それぞれの市町村がそれに対して体制づくりを今からしていく必要があるわけでありまして。したがって、その体制を整えなければ、結果としてそのサービスを受けられないという事態が生じる。そういうことが起きるだけ生じないようにということで御努力をいただくわけでありまして、そういう意味では、これは市町村の御判断でもちろんやっていただけのことでも、それをやっていくという方向性については当然積極的に取り組んでいただくということも前提に考えている、こういうことでございます。

○榊屋委員 先ほど、身体障害者の居宅生活支援事業と比べて法の構成はどうなのかと。私は、どうも実施責任が明確でないなと思ったのですが、身体障害者の福祉法と大体同じ規定ぶりではないですか。それは特別差があるということではないのだから。加えて、二条には努力義務規定、市町村がぜひこうしたものに取り組むんだということがあるからそこそこ安心したのであります。

ただ、明確に身体障害者福祉法と違うのは、身体障害者福祉法では実施機関といいますが実施主体を別項目を立てて規定しているわけでありまして、それは全国どの市町村においても実施をしなければならぬ体制になっているわけでありまして、精神障害者のこの居宅生活支援事業についてはまだこれから準備を始めるということもある

わけでありまして、これが準備が整った段階では、大臣、実施の状況も見なければなりません。なりませんが、次なる段階は、身体障害者の福祉法と同じように、保護やサービスの実施者というよりな規定も明確にしたいので、市町村が取り組むような、端的に言うところ、もうちょっと後でお話ししますが、精神障害者のホームヘルパーなどというものは、私はどこでもできる話ではないのだらうと思っております。これは、必要であれば全国どこでも受けられるサービスという形にぜひしたいなと思っております。次の課題があるということをお大臣に申し上げておきたいと思っております。

○宮下国務大臣 身体障害者あるいは知的障害者、精神障害者も同じような関係に立つと思われ

るわけでございます。今委員のおっしゃられるとおり、将来的にはやはりそういうことが必要であらうと思っております。

ただ、現実の問題、今は、精神障害者は精神障害者で特性がございますし、また身体障害者は身体障害者なりのいろいろな特性もございますので、それに応じた体系をなしておりますが、将来的には障害者対策として一本になつていくべきものかなというように、同感でございます。

○榊屋委員 これから準備が始まるわけでありまして、私には、例えば居宅生活支援事業、今回三つでありますけれども、例えば居宅介護等の事業を見てもホームヘルパーさんだろうと思うので、身体介護、家事援助というのが高齢者や身障の世界から見るとあるわけでありまして、けれども、精神障害者のヘルパーさんというのは専らこういう業務が求められているのか、ニーズがあるのか、その辺をお示しいただきたいと思っております。

○今田説明員 御指摘のように、老人の場合あるいは身体障害者の場合と必ずしも同じではない部分があります。

つまり、介護、食事を食べさせてあげるとか、あるいはお風呂に入れるというようなのは、精

神障害者のホームヘルパーの持つ役割の中では比較的少ないかもしれない。むしろ大事なのは、一緒に食事をつくらうとか、あるいは身体面の清潔を守つていこうとか、あるいは人間関係といったものに十分配慮して社会への適応性を守つていくとか、そういった面が精神障害者の場合には必要なんじゃないかと思っております。

したがって、従来の身体障害者あるいは高齢者に係る介護のやり方というものとはもう少し意味合いの異なった役割というものをヘルパーの皆さん方に担っていただかなければならないというふうに思っています。

ただ、現在、既存のヘルパーさんについては、そういうノウハウというものを十分に承知していらつしやることも言えないわけでありまして、これはぜひ保健所を初め、あるいは精神衛生センター等を通して研修等、そういう素養について質的な向上もあわせて図っていく必要があるというふうに思っております。

○榊屋委員 これは、平成十一年度、今時点では、各都道府県一カ所、一市町村でモデルで研究をされておられるという、精神障害者の福祉分野ではまさに扉が開いた段階なのかなというふうに私も理解をいたします。

御案内のとおり、ヘルパーさんは、身体障害者の方のところに行かれたり、お年寄りのところに行かれたり、いろいろな形態があると思うんです。加えて、介護保険が今準備されている中で、相当その体制が変わりつつあるんですが、精神障害者のヘルパーさんというのは、一般的なイメージでいうと、介護保険で想定しているホームヘルパーさんとは違うようなお話、機能面でもあらうと思うんですけれども、どういうふうにかこれから整備をされていくのか。特に、介護保険の準備と兼ね合せて、私はどうなるのかなというのがちょっと気になるのでありますが、イメージだけでも結構ですが、御説明をいただければと思います。

○今田説明員 一つは、精神障害者に対するホー

ムヘルパーという、何か独立した資格といえますか役割を演ずるという考え方はなくて、既存のヘルパーさんの養成過程の中で精神障害者に対するアプローチといったものを付加できるような仕組みで養成をし、あるいは既存の方々に対してはそういう研修を付加するという形で、身体障害者のためのヘルパーさんとかいうことじゃなくて、そういうことを研修していただくことによって相互にかかわっていただけるような、そういう形で養成をする必要があるのではないかとこのように思っています。

○樹屋委員 今の御説明では、精神障害者の福祉の独立したヘルパーということではなくて、今の介護保険や、あるいは身体障害者の部分でやりになっているヘルパーさん、その方々にしっかりと研修をしていただいて精神障害の部分も対応していただくようにしよう、こういうことですね、お考えになっていることは、わかりました。それなら結構でございます。

ただ、それで大丈夫かなという気もするんですけども、そういうことがあるなら、もうちょっと早く言ってもらいたかったな。

というのは、何を言いたいかというと、御案内のように、ヘルパーさん、特に直営のヘルパーさん、大臣、昔は市町村が直接抱えているヘルパーさんは処遇もいし、非常に頑張っておられる方もいた。だけれども、介護保険になってみんな民間へおろしちゃうみたいなことがありまして、今まで直接抱えていたホームヘルパーさんをどうするか。

それは、介護保険のケアマネジャーになつていただこうとかいろいろあったわけでありましてけれども、こういうものの道が開くのであれば、精神障害者のヘルパーさんというのは、今言ったように、通常のヘルパーさんと違って、場合によっては精神科の作業領域の作業療法なども一緒にやるぐらいの気持ちでなきゃいかぬのかなと、さっきの説明を聞くと思ったわけですが、やはり優秀な方が要るんだと思うんですね、相当の

ノウハウをお持ちで、経験を積んだ方が必要なんだろうと。そういう道があるんだから、もう少し早く知りたかったなというところも現場ではあるんじゃないかと思ったりするわけでありまして、これはひとり言であります。

それで、もう一つ気になるのは、これは補助制度で、補助金でやりになるんだと思うんですが、補助金の仕組みは大体身体障害者の部分と同じような形でお考えですか。

○今田説明員 これにつきましては、十四年度の施行に向けて、試行事業等も勘案しながら整理していかなければならない課題だと思っております。

○樹屋委員 もう一回、補助金についてはどういうふうにお考えになり、これから検討されるんですか。

○今田説明員 当然、補助することが法律上できることになっておりますから、補助はいたします。しかし、その補助のあり方について、十四年度までには整理をしなければならぬと考えております。

○樹屋委員 これも大臣、ホームヘルパーの補助金が、介護保険の導入に向かって従来から随分変わってきております。私流に言いますと、あるいは現場の多くの方がお感じになっているのは、合理化されております。今までは定額の補助から、事業費補助といいますが、幾ら頑張っていたらからどれぐらいという補助制度に変わっている。私は、この精神障害者のヘルパーがそれであるのかどうか、ここはしっかり研究をなさやいかぬだろうというように思っております。

現在のヘルパーさんは、巡回型という言葉であらわせますように、相当機能的で、それから合理性を求められているような気がいたします。精神障害者のヘルパーさんについては、私は特別のヘルパーさんを養成しろとは思いませんし、そうでない方がいいと思えますけれども、その部分については、場合によっては同じ人がお年寄りをやったり身体障害者の方をやったり精神障害者の方を

やるということもあるのかもしれないし、そういう意味では、やはり補助のあり方についてはよく検討していただきたいな、今の全体の流れが本当にいいのかどうか十分検証していただきたいなと、これはお願いをしておきたいと思っております。

時間がなくなりましたので、最後の質問になるわけですが、精神障害者の小規模作業所で、団体の方からいろいろ御要請を我が党もいただいております。

今回この法案の改正では特段ありませんけれども、次に来ます社会福祉の基礎構造改革の中で、定員の規定を緩和し、できるだけ多く法の中に取り込んでいく、こういうことだろうと思うんですが、団体の皆さん方も法の中に入るのがいいかどうかというのは随分議論があったんです。

法の世界に入るときに、難しいことばかり言われて、小規模でやってきた本当のよさが失われるんじゃないかという心配もありますし、もう一つは、何といえども、長い間運営費補助の金額が百万程度ですと変わってきていない。これが、今回法の中に入ってくれば通所授産の補助金ベースになるのかなと思われているんですけども、その辺を団体の方々も本当に心配をされておられます。

二点だけ伺いをしたいんですが、まず、定員の要件が緩和されて法の中に入った場合に、通所授産の今の補助金のベースがきちっと確保されるのかということが一点。

それからもう一点は、私は、やはり小規模通所の小規模施設のよさといえますが、そうしたことは十分残していただきたいな、こんなふうに思っているわけでありまして。

ちょっと抽象的な話になりましたけれども、最後に大臣の御答弁をいただきたいと思えます。○宮下国務大臣 今、社会福祉事業法の検討をしております。社会福祉法人の要件緩和等が基礎になります。そして、小規模作業所等につきまし

ても、二十人以上というような要件をそれ以下にするということも今検討中でございます。

今、事実上、一カ所二十人に満たない小規模作業所は百万とかあるいは交付税措置のみになっておりますけれども、法定化するということになれば、さらに規制を加えるということだけではなくて、むしろ、非常に善意でNPOの方々や家族を中心にやっておる、そういうきめ細かなサポートシステムを国も財政援助をした方がいいという観点から私どもは検討しておりますので、そういった方向で実現するように努力したいと思っております。

○樹屋委員 以上で終わります。ありがとうございます。

○木村委員長 福島豊君。

○福島委員 大臣、大変に御苦勞までござい

す。ただいまも樹屋委員から御質問がございましたが、小規模作業所の問題、今回、社会福祉事業法の改正の中で財政的な部分も含めて前向きに取り組んでいただけたということ、大変感謝を申し上げる次第でございます。

ただ、改正に先立ちましてといいますが、昨日の日経新聞にこのような記事が載りました。「障害者の職場不況にあえぐ」、これは共同作業所全国連絡会が調査を行ったものですが、現在大変経済の状況が悪い、不況の中で共同作業所が苦境に追い込まれている、八割以上が不況の影響がある、仕事量が減った、工資が切り下げられたというような切実な訴えが寄せられている。

もともと大変厳しい経営の中で今まで努力をしてこられていたわけでございます。もちろん、これは障害者ということで、精神障害者の人に限定されるわけではありませぬけれども、こういう大変厳しい状況の中で現実には事業をしておられるというのを考えまして、法改正に基づいて抜本的な改革ということは、それはそれとして進めていただくとして、この不況の状況下での緊急の支援策、こういうものをぜひ検討してほしいとい

うふうに私は思っております。

先日、共同作業所全国連絡会からも要望がございまして、このように書いております。「長引く不況にあつて、一層厳しい資金難の状況におかれて、小規模作業所を救うために、運営費等の面で緊急の策を講じてください。これにあたつては、いわゆる「百十万円補助金制度」の対象に限定することなく、対象となつていないところもたくさんございますから、「すべての小規模作業所を交付対象としてください。」という要望がございました。

大変に厳しい財政状況の中でございますけれども、ぜひともこうした要望を前向きに受けとめていただければ何らかの対応をしていただきたい、そのように要望いたしますが、大臣の御見解をお聞かせいただきたいと思います。

○宮下国務大臣 基本的には先ほど申したとおりでございます。私どもは、社会福祉事業法の改正を今検討中でございます。そういった方向性のもとで対応していきたいと思いますが、御指摘のように、今の経済情勢の中で、小規模作業所の方々がいろいろのことをやっておられるのは承知しておりますが、それぞれ非常に御苦労されておるといふ点がございまして、社会福祉事業法の改正が延びるようなことがあると、やはりその間非常に大変だなどという感じはいたしますから、それまでの間どういふことができるのか、暫定措置が可能かどうかを含めて検討はさせていただきます。

○福島委員 ぜひとも前向きの取り組みをよろしくお願いしたいと思います。

先日からの審議の中で、精神科医療の質を向上させないといけないということが繰り返して取り上げられました。質を向上させようと思えば、おのずとコストの問題というものが出てくるわけでございます。参考人の意見陳述の中でも、精神科医療の診療報酬における評価というものをぜひとも改めてほしいというように述べられたと記憶をいたしております。

その御答弁の中で、現在、中医協で来年度の、改定があるかどうかわかりませんが、診療報酬の見直しということで抜本的な作業が進んでいる、その中でこの精神科医療の問題というの当然検討が進むというふうな御答弁がなされていたかというふうには私は思っています。

現在中医協の方でどういふことが論点になっているのかということで、先日、資料を厚生省からちょうだいいたしました。論点整理が先日の五月十四日ですか、なされて、その資料をいただきました。

この資料を拝見いたしております。今の医療制度改革というところで必要な項目は網羅されておるわけでございますが、その中で、精神科医療をどうするかという論点は見当たらないわけでございます。そういう意味で、今後の診療報酬の議論の中で精神科医療の評価というものについて果たしてどの程度検討が進むのか、改められるのか、大変危惧をするものでございます。中医協での今後の議論の中でぜひとも私は組上に上げていただきたいと思います。厚生省の御見解をお聞かせいただきたいと思います。

○羽田田政府委員 診療報酬体系の見直しにつきましては、御案内のとおり、医療保険制度の抜本的な改革の一環として、平成十二年度からの実施を目指しまして、先般、医療保険福祉審議会の制度企画部会から意見書をちょうだいし、それを踏まえまして、目下、中央社会保険医療協議会で具体的な検討に着手をしていただいているという段階にございます。

その中におきまして、先生今お挙げをいただきましたように、診療報酬体系万般にわたつての抜本的な改革をするということで検討項目の整理をいただいたわけでありまして、その検討項目の整理自体につきましては、それぞれの診療科ごとに縦割りの審議をするというのではなくて、共通した大きな枠組みでそれぞれ整理がされてございますので、必ずしも精神科医療という言葉がそれぞれ出てきているわけではございませんけれども、

その中で挙げております医療情報提供の基盤整備の問題にいたしましても、あるいは医療技術を開発した体系の問題、あるいは医療機関の機能分担と連携強化の問題、いずれにしても精神科医療の特性に十分配慮した検討をしていくということにつきましては、当然、私どももそのような姿勢で検討をお願いいたしておりますし、中央社会保険医療協議会の委員の先生方にもそういう意識の中でやっていただいていると思っております。

また、先ほど申し上げました先般の制度企画部会の意見におきましても、それに先立つて行われまして作業委員会の報告をも十分検討材料として活用するようにということで、作業委員会の報告というのはやや詳しく出ておまして、その中には、ある程度それぞれの科についてのメンションもございまして、精神科医療の特性についての記述も十分ございまして、そういったことも踏まえて、先生今御指摘のように、十分その特性を踏まえながら御審議をいただけるものと思っておりますし、私どももそのようにしてまいりたいと思っております。

○福島委員 こういうことを御質問いたします。先ほど、情報の提供等いろいろな横断的な課題があつて、その中で精神科の医療というの議論されるとき、まさにそれはそのとおりだと思ひますけれども、そういった横断的なテーマの中で議論であれば、恐らく私は横並び的な改正にしか結びつかないのだからというふうな想像するもので、あえてお尋ねをしたわけでございます。

これは非常に古い資料でございます。精神科医療に一体日本の医療費のどの程度が費やされているのかということ、いろいろなデータがあらうかと思ひますけれども、これは古いのでちよつと恐縮ですが、昭和六十年で七・五％、それから平成二年で七％、平成五年で六・七％ということ、精神科医療に費やされている医療費のシェアというのはどうも、だんだん広がっているということではなくて、だんだん少なくなつておるとい

うような印象を抱いております。このところを、厚生省はさまざまな数字をお持ちだと思ひますので、お聞かせいただきたいと思います。

医療費に占める精神科医療のシェアというのはどういふふうに変化してきているのか。減つていのか、ふえていのか、現状維持なのか。そしてまた、入院、外来医療、それぞれございまして、それぞれでそれはどうなつていっているのか。そして、入院患者一人当たりの医療費というのは、精神科医療においては他科の医療と比べてどの程度の差があるのか。これは諸外国でも同じような趨勢なのか。この点についての情報をお教えいただきたいと思ひます。

○今田説明員 総医療費に占めます精神科医療費のシェアの推移でございますが、平成八年度の実績で、総医療費二十八兆五千二百億円に對しまして精神科医療費一兆四千六百八十五億、シェアは五・一％であります。これが平成八年であります。昭和六十一年でありますと六・四％。六・四から五・一に減少しているという傾向がございまして、

さらに、それを入院と外来に分けて申し上げますと、入院につきましては、額は省略させていただきますが、パーセントだけで申し上げますと、平成八年度の実績では一〇・九％でありますけれども、昭和五十七年は一三・三％でありまして、減少傾向にございます。一方で、外来でありますけれども、外来につきましては、平成八年の時点で二・六％となつておりますけれども、昭和五十七年は一・六％でありますから、そういう意味では増加の傾向にあるという状況でございます。

なお、外国につきましては、このような詳細なデータがございませんので、お答えは御容赦いただきたいと思います。

○福島委員 いずれにしても、入院から外来のシフトは確にある、しかし総体としては減つてきているという話だというふうに思ひます。ですから、中医協での議論は、最終の出口のところでは余りシェアを動かさないというふうな議

論になるのか、シェアのことが必ず問題になるだろうと私は想像しているんですけども、この点数をどう動かしたときにこれはどうなるのかという議論に必ずなる。ですから、精神科医療に對して医療資源の配分を厚くしようということであれば、このシェアの見直しをするんだということがまず入り口になると、結果としては今までと何も変わらないという話になるのではないかと思います。ふうに私は思います。

ですから、今後の議論の中で、それぞれの主張をまとめますとなかなか今申し上げたようなことが実現をしないかもしれませんけれども、ぜひとも反映をさせていっていただきたいというふうに私は思います。

参考人の意見陳述の中でもございましたように、評価を高めなきゃいけない。ですから、日本にたくさんある精神病院がございいます。いろいろな質の病院があるかと思ひますけれども、端的に言つて、評価が低くて医療資源の配分が少なからうい質の医療が提供されてない、そういう場合があるんだというふうに考えていいのか、この点についての厚生省のお考えをお聞きしたいと思います。

○羽毛田政府委員 診療報酬の面におきましては、私も、精神科医療の重要性ということについては配慮をしながらやってきたつもりでございます。ただし、そのところが十分であるかあるいは改善の余地があるかという点については、今後の中医協の議論の中でも御議論をいただかなければならない事項だというふうに考えております。

今先生の御指摘は、まず、精神科医療にどう全体の資源配分をするんだということを腹を決めてやるべきではないかということでございますけれども、それは、それぞれの診療科あるいはそれぞれの医療分野についてそれぞれに重要でございますから、そういった議論もやはりやっていかねばならない。要は、単純に全体の配分は変えないでやるということではなくて、それぞれの重

要性についてもやはり議論をしていただく中で答えを出していくということが大事じゃないかなというふうに考えております。

それから、今までの体系の中の話といえば、今のようなことで、改善の余地があるか十分かは別にしまして、私もはそういった重要性には十分配慮をしながら評価がされてきたというふうに思っておりますが、その中におきまして、現行の診療報酬体系の中で、例えば看護料というようなものにつきましては看護婦の人員配置状況に応じて点数をつけているということになりますと、やはり精神病院は一般病院と比較して看護人員の配置状況は低うございいますから、こういった面についてはどうしても診療報酬の水準が一般病院よりは低いというふうになっておりますし、他方、技術といったようなところにつきましては、入院精神療法を初めといたしましていろいろな精神科における技術領域について、逐次、点数の設定あるいは引き上げ等も行つてきているということでございますので、そこは、高い低いは、そういう個別に至りましたところでは一概には言えないのかなというふうに考えております。

いずれにしても、今後の精神科医療の重要性あるいはこの評価ということでは中医協における議論の一つの視点として重要だというふうに考えておりますので、そのような姿勢でやってまいりたいと思ひます。

○福島委員 看護婦さんの数が相対的に少ないのでどうしても診療報酬上の配分が少なくなるんだというお話もございましたけれども、精神科特例を廃止すべきであるという意見も非常に強いわけでございます。しかし、現実の医療提供サイドはなかなかそれは難しいというふうな意見もあろうかというふうに思ひます。

このところは、私がお尋ねしたいのは、一体何が障害になるんだろうか。マンパワーの問題なのか、それとも、現行の診療報酬体系の中では評価が低過ぎて特例を廃止するような形ではなかなかその経営が難しいということになるのか、こ

のところはどちらなんだろうかという素朴な疑問を持つわけでございます。この点についての御見解をお教えいただきたいと思ひます。

○今田説明員 この精神科特例ができた昭和三十三年当時で申し上げますと、当時はスタッフの確保が困難だったということ、それから疾病が慢性的に経過するということからこのような特例が設けられたわけでありまして、現在においてこの特例は早急に見直すべきだという御意見が多々あることは十分承知をいたしております。

それが解消できないとすれば何が理由なのかということですが、関係される皆様方の御意見の中では、マンパワー、特に精神科の医師の確保が困難だというような御意見もあつたし、一方、現在の診療報酬ではマンパワーの増大はできないという、そこは表裏の関係になるのではないかと思います。

いずれにしても、この精神科特例というのは、もう十分に病床の整備が進んできたわけでありまして、昭和三十三年当時と状況はやはり違つて、そういう中から、精神病床のあり方というものは、今後、その中に非常に急性期で手のかかる、つまりマンパワーをたくさん投資しなきゃならぬ方々と、それから非常に長期にわたつて入院していらつしやる方で、むしろ生活とか介護を重視するような方々、それが精神病院という一つのの中にいらつしやる、この施設体系をもう一度見直す必要があるのではないかと、医療提供体制の見直しに合せて公衆衛生審議会の方で施設体系を少し根本的に見直していこう、こういう措置を講ずることで適切な運営ができるような施設類型というものを考えていく必要があるというふうにしております。

○福島委員 今後の方針というのがよくわかりました。いずれにしましても、精神科特例というものの廃止に向かつての障害に診療報酬の問題が絡んでくるということであれば、先ほども保険局長から御答弁ございましたけれども、今後の検討の中で、廃止して、どうしたら望まれる精神科医療

が提供できるのかと到達点を考えて、そこから逆算をして診療報酬の問題の検討を進めていっていただきたい、そのように私は申し上げたいと思ひます。

次に、同じくまた精神科医療の質の向上ということですが、先日の参考人の陳述の折にも外部評価が非常に重要であるという御指摘がございました。これはもつとも進んでいかなくさいかぬというふうに私は思ひます。それは一般の病院でも同様でございますけれども、数年前から日本医療機能評価機構が病院の評価ということを行つておりますけれども、この中で精神病院についての評価というのはどの程度進んでいるのか、実態をお聞かせいただきたいと思ひます。

○小林(秀)政府委員 第三者によりまして病院機能の客観的評価を推進していくことは、病院の提供する医療の質の向上を図っていく上で大変重要な施策だ、このように思つております。

今先生がお話しされましたように、平成七年に設立されました財団法人日本医療機能評価機構というのがあります。二年間試行期間があつて、平成九年度から事業を実施いたしております。平成九年度百三十一病院、それから平成十年度百四十三病院の申し込みがありまして、現在、認定証発行病院数が合計二百一病院あります。これは全部の病院です。そのうち精神病院は八病院というデータになっておるところでございます。

○福島委員 まだ微々たる前進でしかないというところを実感いたします。

評価を受けるためには一定のコストもかかる、また、評価してほしくないというところも多々あるのかもしれないと、強制するわけにはなかなかないという考え方もあろうかと思ひます。ただ、評価も進めなきゃいかぬというのが一方にはございます。今般の診療報酬の見直しの中で、第三者による医療機関、医療の質の評価及び評価結果の公表等の項目が検討項目として盛り込まれておりますけれども、大部分の病院が評価を受ける結果になるようなインセンティブを与え

て、そしてこの評価を通じての医療の質の向上を精神科医療の領域においてもぜひとも促進をしていただきたいというふうに思うわけでございますが、この点についての厚生省のお考えをお聞きたいと思ひます。

○羽田政府委員 患者の適切な医療機関選択を進める上で、今お話のございましたような第三者による医療機関の評価を促進していくということにつきましては、重要性は私どもも認識をいたしておりますし、また、これもお挙げいただきましたように、今般の診療報酬の検討項目の中に、そういった評価の問題をどのように診療報酬上に対応していくかということは、一つの検討項目として入っております。

まだ具体的な議論にはそのところは入っておりませんが、先生お挙げになりましたような視点を含めてこれから中医協で御議論いただくことになると思ひますので、その議論を見守りまして私どもの方も適切に対応してまいりたいというふうに考えております。

○福島委員 次に、先ほど衛藤委員の方からも御指摘ございましたが、今回の法改正の中では触法精神障害者対策について盛り込むことができなかった。これは大変大きな課題でもあるし、次の見直しまでの間に何とか取り組まなきゃいけないというような御意見が表明をされました。

精神障害者の方が地域で生活をしていく、それを進めようということが今回の法改正の一つの大きな柱であるというふうに私は考えております。そこで障害になるのはやはり偏見だということに思ひます。その偏見の由来するところというのは、触法精神障害者に関するさまざまな報道、このところがやはり一つのネックになっているのだらうというふうに私は思ひます。

そういう意味で、これは厚生省だけにどまる問題ではないというのにはまことにそのとおりだといふふうに思ひますし、本日は法務省の方にもおいでいただいておりますので、両省といひますか政府全体として、これに向かつてどのような取り

組みをしていくのか、その検討を進める必要があるというふうに私は思っておりますけれども、御見解をお聞かせいただきたいというふうに思ひます。

○渡邊説明員 お答えいたします。

精神障害者による犯罪といひますか、触法精神障害者といひますか、最近特に増加しているわけではございませんが、殺人、放火といった重大犯罪が犯されたり、犯罪が反復される例もまれではなく、このような状況が憂慮すべき状況であるということには変わりがないという認識を持っております。

精神障害者による犯罪への対策につきましては、精神障害者に対する医療、保護などの精神保健制度と極めて密接に関連するものでございまして、精神保健福祉法の運用状況を見守りながら、厚生省を初めとする関係省庁と連携しつつ検討を進める必要があるものと考えているところでございます。

○宮下国務大臣 今法務省の審議官の方からお答えになったとおどろかしておりますが、この問題は四十年代にかなり突っ込んだ議論がなされて、保安処分の問題として成案を得ながらなかなか実現されないという経過をたどっております。しかしながら、触法精神障害者についてはやはり重要な課題でございまして、衛藤議員からもさつき質問がありましてお答え申し上げたように、今後の重要な視点でございまして、総合的な観点から、多少時間がかかるかもしれませんが、ひとつ検討してまいりたいと思っております。

○福島委員 時間がかかりましたが、政府全体として取り組んでいただきたいと思ひます。

次に、先ほど石毛委員の方から御指摘がございましたが、地域で精神障害者の方が生活するに当たっては、人的な支援というものが極めて大切であるというふうに思ひます。

人的な支援にはさまざまなレベルがあると思ひます。一つは、先ほど御説明ございましたが、地域福祉権利擁護制度ですか、金銭管理とかさ

ざまな身近な相談を受けるというようなレベル、そしてまたその上に日常生活のサービスの支援、これはホームヘルパーさん、そして最後には成年後見制度に基づくところの後見、財産の管理というような法的に非常にデリケートな問題を扱う、この三つの層があつて、それぞれが連携をとるということが非常に大切なんだろうというふうに私は思ひます。

とりわけ、身近な部分で、地域福祉権利擁護制度ですけれども、これをどういうふうにも実効性あるものとして整備していくのか、このところは本当に、それ以外のところがうまく動くためにも一番土台になるところだと思ひますので、今後の整備の見通しといひますか、厚生省の御見解をお聞かせいただきたいと思ひます。

○炭谷政府委員 まず、地域福祉権利擁護制度につきましましては、先生御説明されましたように、精神障害者を初め、判断能力に欠ける人にとつて非常に力強い援助になるものと思っております。私どももいたしましては、今年度予算の中にこれに対する補助金を既に計上いたしております。このために、その実施の要領につきまして現在検討しておりますけれども、ことしの十月から発足させたい、この補助金をうまく活用しまして、全国の都道府県の社会福祉協議会が主体になって実施していただくというようにによりまして、全国あまねくこの体制がとれるように私どもも努力をしてまいりたいというふうに思っております。

○福島委員 社会福祉協議会を活用されるというお話はお聞きをいたしておりますが、実際身近にあれば来るほどなかなか難しい問題になるかなという印象もございまして、人材の問題というのか、それから実際にどの程度機能しているのかということについては、地域差がかなりあるだろうというふうに思ひます。

そういう意味で、これは徐々に整備していくしかないというふうに思ひますけれども、そういった実際の現場の状況の変化というものを的確に把握していただいて、継続的な取り組みをぜひとも

進めていただきたいというふうに要望をさせていただきたいと思ひます。

最後に、グループホームのことについてお聞きをしたいと思います。

地域で生活するに当たりまして大切なもう一つの柱は、住む場所の確保ということでございます。この点については、団体の方からも、住まいの場所というものを確保するための補助制度を充実してほしいというお話がございました。

現在の障害者プランによりましては、平成十四年度に二万六千人分を確保するということが目標となつております。ただ、潜在的には、恐らく二万人という水準では到底足りない話なんだろうというふうに私は思ひます。高齢化ということもございまして、単身者の増加ということもございまして、ですから、この平成十四年度、そこに向かつて着実に目標を達成していただくということは当然必要でございまして、そこを超えて、潜在的な需要も含めて評価をしていただいて、さらなる上乗せの整備というものをぜひとも進めて

いっていただきたい、そのように思っております。この点について最後に大臣の御見解をお聞きしたいと思ひます。

○宮下国務大臣 グループホームは、御議論いただいておりますように、地域でお互いに数人で相助け合つて一つの生活の拠点を築いていくという形式でございまして、こうしたことは、障害者の方々の連帯感と支え合う場として非常に貴重な施設だと思ひます。

そんな意味で、これからの障害者プランの中でも、その需要予測、なかなか困難だと思ひますけれども、潜在的には非常に多いと思ひますし、条件整備をしながらその拡充を図るべく新しいプランを作成する場合にも十分な配慮をしていきたいと思っております。

○福島委員 以上で質問を終わります。ありがとうございます。

○木村委員長 瀬古由起子さん。

○瀬古委員 日本共産党の瀬古由起子でございます。

すけれども、自治省の立場からいかがでしょう。

○二橋政府委員 近年、福祉関係の権限が県から市町村にありというケースが多々ございます。これは全体に地方分権を進める上で私も望ましいことと考えておりまして、それに応じまして、それぞれ人員なりそういうものにつきまして、地方財政計画全般を通じて財政措置をいたしておるところでございます。

今先生、保健婦の問題をお取り上げになりましたけれども、保健婦につきましても、平成四年、それから平成九年から施行されておりますこの地域保健法の改正等に伴いまして計画的な増員を図ってきておりまして、十一年度の地方財政計画のベースで申し上げますと、保健婦全体として、県、市町村合わせて千五百二十一人という増員を図って、その結果、十一年度ベースで三万一千人余りという数字の保健婦の地方財政計画における措置をして、それをそれぞれ市町村ごとに、交付税を算定するに当たってそういう要素を織り込んで計算をいたしておるといって財政措置をいたしておるところでございます。

○瀬古委員 地方自治体は障害者プランでもなかなか進んでいないという状態もございまして、さらに、その中で精神障害者の計画をどうするかという点などもほとんどないような自治体もたくさんあるわけですね。そういう点でも、ぜひ、財政的な措置も含めながら、大いにそれを応援するという立場でこの措置を大きく広げていただきたいというふうに思います。

次に、小規模作業所の問題、先ほどからも何度出ていますけれども、それだけに大変切実な問題があるということを私自身からも訴えたいと思います。

今、小規模作業所というのは、全国でも五千カ所、一気に広がってきているわけですね。今まで何度もその改善を求めて、もう二十数年になると言っておられましたけれども、関係者の皆さんは二千万人以上もの署名をこの国会に届けたと言わ

れるわけですね。それで、今や、法定施設である通所授産施設とか通所の更生施設、その施設を量的にも小規模作業所が上回るという事態になっております。

今、仕事もやって、私も幾つかの作業所を回りましたけれども、本当に重度の障害者のいるところでは、作業といっても作業にならない、それこそタペストリーに絵の具を体じゅうで塗るというのが作業で、そういう仕事にも商品にもならないという中でも、子供たちが、障害者が生き生きと活動しているという場もありますし、一生懸命仕事をし何と商品にしたいということで頑張ってみて、それでも一カ月千円とか二万円なんです。せめて一年に一回でもいいからどこか旅行に行きたいなんて言われるのですけれども、本当に何とかしなければならぬというふうに思っています。

そういう意味では、この小規模作業所を現行の社会福祉事業法などにも位置づける。今後は、社会福祉事業法の改定問題、私たちも改正とはなかなか言いにくいのですけれども、これは大いに議論しなきゃならぬというふうに思っています。しかし、当面の事態を解決するという点では、切実な要望として出されております、やはり法的に位置づけて通所の授産施設などと同水準の補助金の交付をやってもらいたい、こういう願いは二十一世紀まで持ち越してはいけぬというふうに思うわけですね。

そういう意味では、今までこれを要望してきて、大臣が二十五人かかわったそうなんです、なかなかいいお答えがいただけなかった。ぜひ今回は何とかして、大臣、期待にこたえていただきたいという切なる願いが出ております。

そういう意味で、大臣の御所見と、そして、この問題はどうか、財政的なことも含めてどうい援助をしていくかという問題では、やはり長い間苦勞された当事者の皆さんの意見をよく聞いてこの法定化に決めてもらいたいというふうに思うのです。そして同時に、本当に苦勞して

頑張っている障害者の働く作業所も、ぜひこの機会に大臣自身が直接見ていただき、現場も調査していただいて、本当に実態に合ったものにしていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。大臣、お願いします。

○宮下国務大臣 小規模作業所につきましては、しばしばここでも議論されておりました、一定の要件を満たさないとだめだということで、今助成金として百万円定額、それから交付税措置という辺にとどまっておりますが、これからの社会の中でこうした小規模作業所の果たす役割というのは、それは生産活動としてはそんなに評価できないかもしれません。しかし、NPOの人たちあるいは家族を中心にして、そういう障害者を抱き込んで連帯の意識のもとに支え合おうという、これはやはり社会の構成の基本をなすべき一つの大きな要素であるように思います。そんなことで、きめ細かくやるということが特に重要だと私自身も認識しておりますので、これを助成策もあわせて拡充していきたいという気持ちを抱いております。

ただ、小規模作業所というのは、精神障害者だけでやっていると知的障害者だけでやっていると問題じゃなくて、私も現場を幾つか見ております。これは、そういう障害者の方々が相助け合って、知的障害者の人も精神障害者の人も、そしてまた父兄も一緒になって活動している。活動領域も非常に多様です。今申されたように、障害の程度も違いますから当然だと思いますし、それが、よしんば能力的に同じ程度であったとしても多様性に富んでいるものであると思いますから、今委員のおっしゃられるとおり、地域の実情というものはよく踏まえながら、そういう多様性に富んだ、そしてまた連帯的な機能を持つておる作業所でありますから、それらの特性に応じた体制をぜひ前向きに検討していきたいということでございます。

○瀬古委員 当事者の意見を十分に聞いてほしいということとは……。

○宮下国務大臣 ですから、今申しましたように、当事者の意見も聞きますし、私自身も幾つか見ておりますので、十分そういった現場の声を吸い上げて、集約できるものならしていきたい。

○瀬古委員 次に、精神障害者の人権に配慮した精神医療の問題について伺いたいと思います。

厚生省は、昨年、国立療養所の新潟厚俣病院で患者が身体拘束中に死亡した事件を契機に、全国の国立精神病院・療養所に対して立入調査を行いました。その結果、精神保健法に違反して保護室などへの隔離二九・三％、身体拘束四二・〇％に上ります。これらの法違反は調査をしたすべての国立精神病院・療養所に及ぶなど、深刻な人権侵害が行われている実態が明らかになりました。

精神保健福祉法に基づく人権に配慮した精神医療の実施に当たり、都道府県に範を示さなければならぬ国立で法違反が行われている。直ちにこれは改善されたいでしょうか。どのように改善されたのか伺いたします。

○今田説明員 精神病床を持つております国立病院それから療養所につきましては、昨年の十月十四日から十二月十八日にかけて、私ども障害保健福祉部と役所の外にいらつしやる精神保健指定医合同で調査を行いました。その結果、御指摘のように違法な隔離、拘束などの事例があったという点がございまして、その改善について指導を行ったところであります。これに加えて、本年五月に、入院患者の人権に配慮した適正な処遇等の確保を図るべく、再度再発防止のための指導を行ったところでございます。

今回の調査結果を踏まえまして、都道府県などとも協力をして引き続き指導を行っていく方針でございます。

○瀬古委員 命にもかかわるような法違反があるわけで、そういう点では至急に改善を要するものもございまして。

そして、同時にこの場合に指摘されているのは、医師だとか看護婦のスタッフの人員が足りないという問題、それから施設設備が大変ひどい、

古いままになっているという問題もあります。これはある意味では本格的に改善するという方向を出さなければ、それこそ命にもかかわるという問題もあるのです。ぜひ緊急に手を打つべきだということに思ふんですけれども、大臣、その点いかがでしょうか。

○宮下國務大臣 国立療養所の厚満病院の問題につきましてはいろいろの要因がございます。直接的な要因は、やはり医師の指示を受けて看護婦さんが拘束を加えるとか、そういう包括的な委任をしていたと言われておりますが、そこら辺が独自の判断で行われた可能性もあるし、指定医の方との接点がどうなっていたかとかいろいろの課題があるように思います。

したがって、今委員の方は設備基準とかそういうことを申されましたが、それも重要な点ではございますが、直接的にはやはり運営上の諸課題が介在していたようにも思われますので、結果としては、指定医の取り消し等を行ひまして厚満病院の場合は処理したわけでございます。

○瀬古委員 厚満だけではなくて、全国の精神科の国立病院・療養所で法違反が行われているというの、本当にあつてはならないことだと思ふんです。これは、この結果からいいますと、たまたまここの例ということでは言えない。これは参議院でも論議されて、国立の場合は、例えば夜勤の回数なども大変精神科の場合は多い。そういう点でも人がやはり足りないんじゃないかという問題は根本的に指摘をされているわけですね。そういう点でもぜひ改善を急ぐべきだということに思ひます。

同時に、私は国立だけの問題なのかということ、皆さんのお手元に、平成十年度において都道府県、指定市が実施した精神病院実地指導の状況総括表というのを配りさせていただきました。これを見てみますと、深刻なのは国立だけではなしに、指導は都道府県によってやり方というのは少し違つてきていますけれども、「指摘事項有り」というのが実地指導病院の八割以上になつてお

ります。そのうち「文書指摘」、この「文書指摘」というのは法違反を含めたかなり重要な内容も入っているわけですから、これが五割以上の病院に及んでおります。「改善命令」というのが右から二つ目の段のところに出ています。これは三件だけなんです。実はこの三件というのは、厚満、多度それから札幌平松という死亡事故が起つたところだけが改善命令が出ています。

言いかえますと、実地指導でこれだけ指摘されても患者に犠牲が出なければ改善命令が出ないというふうな事態ではないかと思ふんです。その点では、この厚満の事件というのはやはり起こるべくして起きているという、実際には精神科全体のいろいろの指導改善が必要な状況が全体的にある。これは単にここが悪い、この病院が特別というのには確かにありますけれども、全体的に引き上げるといふことをやらなければ解決できないといふことを示しているというように思います。

昨日の参考人質疑の中でも、参考人から、精神科特例だとか適正な診療報酬問題についての指摘がされております。特に治療の困難な患者さんが今民間に押しつけられているという状況があるわけですね。そうすると、今、低い診療報酬や精神科特例の中で経営が大変になりますから、経営を成り立たすために無理な処遇を行つても、実際には国や県が余り指導できないという問題もあるわけですね。やむを得ないないか、これだけ人手がいらないんだからということになつてしまふ。

私も精神科の病院に勤めていましたけれども、実際に精神科の医療というのは一人一人に対してすごく人手も要りますし、時間もゆつたりした中で治療するということがとても大事なことです。ですから、先日委員会で児玉議員が三重の多度病院を取り上げましたけれども、ともかく一部屋に八人も九人も詰め込むとか布団を重ね合わせる敷き詰めてなんというの、精神科の治療としてはふさわしくないというように私は思います。ある意味では一般の病気よりも人がもつと要るといふことはあり得るわけですね。

私は、欧米諸国などで、精神科だけ特別に看護婦や医師は少なくてもいいですという制度を持っている国というのが一体あるんだろうかと思ふんですけれども、その点いかがでしょうか。

○今田説明員 諸外国で医療機関に職員の配置基準を定めていない国もございまして、一概に申し上げられませんが、私どもとして、そういう病床種別による差を設けているということについては承知をしております。

○瀬古委員 そうなんです。こんな特例なんというのを設けている国は日本だけなんです。そういう点ではやはり一刻も早く改善すべきだといふように思います。

精神障害者の権利擁護については、国際的にも、一九九一年に採択された国連原則、一九九六年のWHOの基本原則がございまして、その基準からしても、日本の場合はかなり改善が求められております。また日本は、一九九二年に国際法律家委員会から勧告を受けているという状態なんです。そういう点でも私はぜひ大臣にお聞きしたいと思ふんです。

今までの歴史があります。社会防衛的な精神科治療の歴史、そういう歴史の中で続いてきたという問題があります。しかし、今、社会防衛的な発想から、いよいよ国際的な基準がクリアできるような、国際基準といつたって最低基準ですからね、おこなっている精神科治療、人権問題でいえばこれをもっと引き上げる、そういう努力をすべきだと思ふんですけれども、その点いかがでしょうか。

○宮下國務大臣 我が国の精神医療の歴史は、二十五年に制定されて以来社会防衛的な色彩が強かったのは委員の御指摘のとおりだと私も思います。そして、六十二年の改正によってかなり大幅な、抜本的な方向転換がなされてきていると思ひます。その流れは人権擁護ということではあると思ひます。しかしながら、なかなかそれが一気に進まないという点がございまして、いろいろ検討、改正が重ねられて、また今回、より一層それ

を促進しようという立場で改正を御審議願つてい

るわけでございます。一九九一年の国連原則とか九六年のWHOの基本原則、こういった精神は当然なことだと私も思ひます。そういった点を参酌しながら、今回の改正点も、一々申し上げませんけれども、人権に配慮した施策として、精神医療審査会、あるいは指定医の問題、保護入院の問題、あるいは改善命令等いろいろやっているもの、そういう流れの中でさらに促進ということでございます。人権に配慮する、あるいは障害者の人権確保の制度をきちっと整えていくというのは、今後ともさらに引き続き検討を続けていかなければならない課題であらうかと思ひます。

なお、その運用についても、担当される医師も、精神科特例があるからやむを得ないんじゃないかといふことでなしに、それはそれとして私どもも検討してまいりますけれども、ひとつそういう使命感でやっていただきたいと思ひます。

○瀬古委員 全国自治体病院協議会は、提言の中で次のように述べております。病院を選択する機会が十分与えられない精神障害者の医療では、医療の質と受療の便宜性を医療法上で保証することがとりわけ重要で、そのために医療水準が一定以上に保たれるような医療法の改正がどうしても必要なんだというふうに述べておられるわけですね。

厚生省は、医療の質そして受療の便宜性、この二つの点で法改正というのは検討されようと思ひます。今現在検討されていることがあるでしょうか。その点お伺ひいたします。

○小林(秀)政府委員 先生おたのしの医療法の見直しにつきましては、昨年の九月以来医療審議会を開いておりまして、その中で医療の提供体制についての見直しの議論をいたしております。その中では、入院医療で、今の一般病床については、急性期病床と慢性期病床に分けること、また、カルテ等の診療情報の開示の問題ですとか、それからあとは医療機関の広告の制限の

問題ですとか、いろいろな問題について議論をいたしております。

現在の段階は、私ども、昨年の十二月二十五日に厚生省の方が議論のためのたたき台というのを示しまして、より一層議論を深めておりまして、相当議論が進んだところでその議論のまとめをしようということ、審議会の中に小委員会を設けてまとめに入っているという状況にございます。

厚生省としては、今後この医療審議会の意見の取りまとめをお願いいたしまして、その意見を踏まえて関係者の意見等を聞きながら改革の具体化に取り組んでまいりたい、このように思っています。

精神医療の特例のことに関しましては、私どもの局の医療審議会ではなくて、公衆衛生審議会の方で議論がされていきますので、その点については障害保健部長から答えていただければと思っています。

○今田説明員 特例のできた経緯につきまして、これまでもる御意見が出ておりましたが、それを踏まえまして、現在の状況の中で、精神病床が担っている役割、非常にマンパワーの必要な医療的ケアの高い患者さんも、ケアだとかあるいは福祉の分野でかわる度合いの高い方々も、三十六万床の精神病床の中に一本で入っているということがございますので、そういった施設の役割というものを直しながら病床における適切な人員の配置のあり方等について検討をしていきたいということで、今公衆衛生審議会の方でも御議論を始めていただいております。

○瀬古委員 質という問題でいえば、やはり何といても、人手をどうふやすかというものを、幾つか分けて、一つのところへ厚くする、薄くするということじゃなくて、全体的に引き上げるということをやらなければ、今の人権が損なわれているような精神科の医療というものの水準が上がらないということにはつきりしていますよ。その点もぜひ検討するべきだというふうに私は思います。それからもう一点ですけれども、受療の便宜性

という面では、一般病院の中に精神科を設ける、精神科の病床の配置というのは大変大事だということに思います。これは例えば、患者さんの中で感染症が集団的に発生した場合、総合病院の中に精神科がある場合に、そこに病棟を確保するということは大変大事ですし、患者さん自身も通院しやすいという問題がございます。

そういう点でも、一般病院に精神科の病棟をきちんと確保していくということが大変大事です。し、それから全国の地域で、精神科の病床が一つもないという例えば二次医療圏なんかもございます。偏在しているわけです。例えば地域的に生活圏の近くに精神科が入院も含めてある、こういう仕組みにしていこうということが、ある意味では、先ほど病院の協議会の方から指摘があった受療の便宜性という点でも大事だと思ふんですね。その点ではいかがでしょうか。

○今田説明員 まず、先ほど一般病院として精神病床もあわせて持っている病床については九万八千床ということを上上げましたけれども、さらに、合併症等が必要なものについては総合病院等で対応する必要があるかと思ひます。現在、精神科における合併症の治療についての検討を行っておりますので、こういったものも踏まえながら今後のあるべき方向というものを検討していきたいと考えております。

さらに、今精神病床の整備圏域というのが、全県一区といえますか、県単位でこれがつくられていくということから、結果において地域的に格差が非常に大きくなっているという実態がございます。これにつきましては、精神病床そのものが不足している圏域であれば、そういった不足している地域に新たに精神病床が建てられるということも期待できるわけですが、逆に、全体として過剰な場合が非常に多々ございます。こういった場合には、もうこれ以上建てられないということとを医療計画に規定している形になるわけでありま。しかし、例えば、離島でありますとか、あるいは隣接する医療圏に精神病床がないといった

ような場合には、都道府県の医療審議会の意見を聞いた上で、精神病床の整備についてこれを妨げることにはしないというような規定もござい。いずれにいたしましても、医療提供体制をどのように進めていくか、あるいはその中でどのような病床が必要なのかといった視点もござい。で、今後、関係の審議会等の御意見を踏まえながら、この整備計画のあり方についても検討していきたいと思ひます。

○瀬古委員 時間が来ましたのでこれで終わりますが、最後に、お配りしました資料の下段を見ていただきますと、昭和五十四年度からとんどん精神保健費が減ってきているわけですね。これはあつてはならないと思ひます。確かに、措置入院者が減ってきているからそうだとされるんですが、けれども、しかし、それに伴う分はきちっと患者さんのために、精神障害者のために使うべきであつて、昭和五十四年度の二倍、三倍、四倍あつても構わないのに、減らすということは大変問題だと思ひます。

そういう点では、今後大いに精神科、精神障害者の治療や福祉のために一層充実をしていただく努力を期待いたしまして、私の質問といたします。どうもありがとうございました。

○木村委員長 中川智子さん。

○中川(智)委員 社会民主党・市民連合の中川智子です。きょうも座つての質問をお許しいただきたいと思ひます。

一九九二年の国際法律家委員会の対日勧告の中で、特に精神医療審査会のことが高くさんの項目にわたつて勧告されております。きょうはまず最初に、精神医療審査会のことについて伺いたいと思ひます。

私も、この法案が提出される前に元患者の方々とお会いしまして、病院の中のことですとか、不服申し立てとかいろいろな制度があるけれどもそれに対してどのように対応されてきましたかと、かなり長い時間、いろいろお話をさせていただきました。

やはり実態は、とても怖くて一言の反発さえできないんだということでした。入ったら素直に、ともかく素直に、日々、どんなことを言われても何をされても、それに対して受け入れなければいひひくなる。私は病院に入ると掃除婦さんになるのよと若い女性が言いました。一生懸命お掃除を手伝う、そうしたら、とても助かるからちよつと優しくしてあげようとか、ある人は、重いものを一生懸命持つて、何でも一生懸命、病院に入ったらよく働くんたというふうなこともおっしゃいました。それと、やはりつらいのは、人間扱いされない言葉の暴力。

さまざまな実態を伺いまして、この審査会の機能というのが一体どのようなものになっているのかというのをまず伺いたいし、今までなぜこの審査会が、不服申し立ての件数も少ない、今回の法案に關してその後どのような形で審査会を活性化しようとしているのか、具体的にお話しいただきたいと思ひます。

○今田説明員 まず、審査会におきます退院あるいは処遇改善の請求の仕組みでございますけれども、これにつきましては、入院中の者あるいはその保護者でもいいわけですが、その方によりまして都道府県知事に対して申し立ていただく。ところが、それを申し立てるときにどういうアプローチができるかという場合に、保護者であればもちろん在宅でいらつしやるから申し立てはできますし、あなたが入院されていらつしやる方についてはどういうアクセスが可能なのか、こういうことになります。

その場合には、病院から電話によつて口頭で申し出ることも可能でありますし、その場合でも、精神病院の中に電話を設置し、電話にはそういうことを申し込むための電話番号を掲示するようにということ、できる限りこの制度が利用しやすいような仕組みとして医療機関にも義務づけておるわけでありま。ところが、そうはいっても、その実績を見ると、確かに都道府県においてかなり格差があ

それから、定期的にということでありますが、まず、各医療機関には少なくとも年に一回は都道府県が指導に入るという仕組みになっておりますし、また、各病院から出てきております報告、措置入院あるいは医療保護入院にかかわります書類によって、疑義のある場合には審査会がそこに行つて意見を聞くということもできます。今回は、それに対してなお報告徴収権、出頭をお願いするというのも最終的には義務として課すというように、極力審査会自身もそういうことにより目を向けて適切な人権等の確保ができるよ

○宮下國務大臣　審査会は今回かなり拡充いたしましたので、人権侵害に備えるという体制になってきております。その構成単位は五人を単位といたしまして、今まで十五までということとございましたが、これは制限を撤廃しましたので、大きな都市等においてはかなりの数を適用できると思います。

その五人の内訳はどうかというと、医者を三人、法律関係の方を一人、その他というようなことでありますので、おのずから単位としては限界があると思います。しかし、今オランダの例などを引かれましたように、委員も車いすで本心に障害者の気持ちがかかるというのはよくわかりま

たちと対応するときにすごく配慮が大事だと思うのですね。そのためには、人権をまず尊重して、そしてこの精神保健法の魂が生かされるためには、医療現場で働く方たちへの人権教育というのが今どうなっているか、それに対して十分だと思うかどうか、そこを厚生省の考えを伺いたいと思います。

○今田説明員　まず、社会全般、社会の中であらゆる人が人権に配慮していなければならないということとは当然のことではありますが、とりわけ精神

医師についてはそのような形で人権についての教育的機会というものを確保しておるわけでありますが、また一方で、看護婦さんあるいは精神科ソーシャルワーカーの皆さん方につきましても、毎年都道府県が実施をいたしております精神病院の実地指導のときに、各病院に対して院内研修を実施するようにということも指導している

いずれにいたしましても、いろいろな方がかか
つてゐるわけでありませう。本當にすべての人とい

権意識の向上に努めていただくということがどうしても必要なことだということで、今後また引き続いて努力していきたいと思っております。

○中川(智)委員 教育が行き届いていないからあんななキャンダルが起きているというふうには言い切れませんが、教育をしつかりと生かしていく、そして院内での教育の徹底ですとか現場におけるきめ細かな対応ということに対して、もっとも行政指導なりなんなり、ぜひともお願いしたいと思っております。

次に、マスコミ報道、私もずっと気になっていたのですけれども、偏見を助長する、精神疾患を持つ人が地域の人たちの中でまだまだ疎外され、偏見を持って見られるというのは、一つには、事件が起きたときに、三日前に精神病院を退院してきたばかりだとか以前このような病歴があったというように目くぎづけになるみたいなところがあると思っております。だから怖いんだ。

私は、表現の自由との関係がありますけれども、厚生省はこのようなマスコミ報道に対して何か意見を申されたことがあるのかどうか、そしてまた現在のマスコミ報道に対してこれでよしとされているのかどうか、もう一つ質問したいことがありますが、ぜひとも端的にお答えいただきたいと思っておりますが、大臣、いかがでしょうか。

○宮下国務大臣 マスコミの多くは精神障害者を正しく理解されていると思っておりますが、しかし、今委員御指摘のような事例もないわけではないと思っております。そして、精神障害者に関する事件でございいますから、その疾患と過去の既往歴とかいろいろそういうことが報道されますと、短絡的にいろいろなもの結びつけられて誤解を生むという傾向にあることは残念だと思っております。

私も精神障害者の社会復帰なりなんなりをする場合も、そういうことが重大な障害要因になることもございますので、そういうことがないようにはこれは指導を行政としてやらざるを得ないと思っておりますけれども、そういうことが報道されないように府県等に徹底を期して、マスコミとの関係

も、十分正確な報道をしていただくようお願いすべきだ、こう思います。

○中川(智)委員 マスコミの力というのは大きいですが、やはりそのことによって完治して社会復帰をなし遂げてやっている人さえもその偏見が及ぶ、そのことをぜひとも考えていただきたいと思っております。今後のマスコミのあり方に関しても関心を持っていただき、それに対してのきっちりとした対応をぜひとも御検討願いたいと思っております。

最後に、もう一点質問させていただきます。最近、本当に自殺がふえました。うつ病で、ちよつと元気になるかたえしたときの自殺がとて多いというふうな伺っております。そして、新しい疾病と申しましてはなんですか、これも、これは一人一人が疎外されてきて、地域共同体とかいろいろな人たちが互いに助け合って生きていくことから少し日本は遠のいてきたように思います。

そんな中で、躁うつ病ですとか、いま一つは、私はごくごく身近に非常な悩みを聞いたのですが、拒食症、いわゆる摂食障害が若い方にとてもふえています。特に女性にふえているのですけれども、地域で専門医がいなくて、私は兵庫県なんです、月に二回も三回も東京の病院まで通ってくる。ただでさえ財政的に大変な状況の中で、専門医がいなかったために治療に月に何度もお金を使つてやってくる。これだけでも大変なんです、とてもふえているんですね。半年ほど予約を待つとか、とてもそんなのは待ってられないからというところでほかの病院に行つて悪化したりとか、いろいろなことがございます。

このような躁うつ病ですとか拒食症など、特に増加しているものに対しての実態調査とか研究や専門医の育成に対しては厚生省はどのように取り組んでいらっしゃるのか、取り組まれようとしているのか、そこをお伺いしたいと思います。

○今田説明員 患者調査によりますと、平成五年から八年の三年間に六十万人の方が外来で増加しているというデータがございます。これらの内訳

を見てみますと、躁うつ病が平成五年が十八万人から四十三万人、それからその他神経症あるいは痴呆といったものも若干ふえてきております。確かに、御指摘のようにつづつ病が増加しているというところは事実のようであります。また、御指摘の摂食障害につきましては、平成九年度に、特定疾患研究班の方でやはりふえているというふうなことが述べられております。

このようにストレスと非常にかかわりのあるような疾患が今日ふえているわけでありますが、こゝういったところが、ストレスとの関連等もありまして、あるいは社会全体のストレスということも影響しているのかもしれない。これらにつきましては幾つかの研究を行っているわけでありまして、それとともに、国立精神・神経センター等で、精神医療、精神保健の分野で重要性が高まっている精神疾患対策についての技術研修事業というものも取り組んでおりますので、こゝういったものを活用しながら、できるだけこゝういった方々がスムーズに受け入れられやすいような、あるいはそれに対して的確な治療ができるような、そういった点についても今後努力をしていきたいと思っております。

○中川(智)委員 初期に治療すれば自殺までいくことは少ない方がとても多いのです。企業の中、そして学校ですとか地域の中で取り組んでいくような厚生省の取り組みをぜひともお願いして、質問を終わります。ありがとうございます。

○木村委員長 笹木竜三君。

○笹木委員 笹木竜三君。質問を始めます。

先ほどから他の何人かの委員によつても質問されていましてけれども、都道府県による移送制度の創設についてまず確認をしたいと思います。

さっきのお話にあるように、緊急に入院を必要とする精神障害者について、先ほど御説明のありました家族の説得によつてとか、あるいは保健所の方が同行するとか、警察の力をかりる場合あるいは医療機関の力をかりる場合、こゝういうケースもあるけれども民間の会社の力をかりる場合もある

という、数値も示してお答えがありましたけれども、民間の会社の力をかりざるを得ない、これはこゝういうケースだと総括をされていきますか。

例えば、現場の方に聞きますと、夜間担当者と連絡がとれないようなケースも聞かれますとか、あるいは先ほど説明の中でもお話がありましたけれども、精神科救急医療システムが必ずしも都道府県によつては余り利用されていない、こゝういうケースもあるようです。こゝういふことも含めまして、結局、民間の会社に移送を任せざるを得なくて、しかも時には高額な費用も自己負担になつて

いる、こゝういうケースがこゝういふ場合に起こつてくるのか、どう総括されていきますか。

○今田説明員 まず、この移送の実施主体は都道府県でありますし、都道府県も既に措置患者の移送という形で一定の役割を担つていらつしやるわけでありまして、こゝういふところに当然私どもは大いに期待をして移送をお願いしたいと思つております。

それから、それが必ずしも十分に供給できないという場合にすぐに民間かということでありまして、私どもは、むしろ応急指定病院になつていただく病院が持っている例えはこゝういふ救急車的なもの、あるいは移送にふさわしい自動車といったことも一つ重要な御協力いただける対象ではないかと思っております。

なお、民間につきましては、今後こゝういふルールにするかにもよりますけれども、一定の基準をクリアしたものでなければ安易に民間に委託するということがあつてはならないという考え方で、これからその細かな基準について定めていきたいと思つております。

○笹木委員 余り時間がないので質問に答えてほしいのですけれども、要は、民間に安易に任せざるを得なくて高額な費用も自己負担している、こゝういふ場合はこゝういふときに起こっているか、どう総括されているかとお聞きしたかったわけですから、もう一つあわせて聞きますと、先ほども言いま

した精神科救急医療システムが都道府県によって
は必ずしも十分に活用されていない、予算もなか
なちゃんと使われていない。これはどうして起
こっているのか。

○今田説明員 今の精神科救急体制が必ずしも十
分でないという御指摘、御批判は真摯に耳を傾け
て、充実したものになければならない、今後努
力していかねばならないと私も思います。

それから、前段の御質問の趣旨を私十分理解し
ておりませんので、もし差し支えなければお教え
いただけないでしょうか。

○笹木委員 余り時間がないので……。要は、現
場の話では、夜間で担当者との連絡がとれないと
か、先ほどの現存の救急医療システム、これにつ
いても、都道府県によっては必ずしも理解がしつ
かりされていなくて活用されていない、こういっ
た要因もかなりあると思います。それで民間に安
易に任せるような形になっているケースが私はか
なりあるように感じました。そんなことが、今度
都道府県知事の責任によって移送することができ
るとなることでもかなり減らすことができるのかど
うかということをお大臣に確認をしたいと思います。

○今田説明員 県の今回の制度の創設によって、
そういったものは少なくなっていくものと思いま
す。

○笹木委員 済みません。余り質疑にならなかつ
たみたいですが、もう一点、薬物中毒につ
いてお聞きしたいわけです。

これは現場の医師の話なんですけれども、薬物
中毒の患者と精神障害の患者の線引きがなくて、
例えば麻薬取締法による対応の施設も精神病院と
なっている。入院場所も同一になっている。しか
し、実際の現場のお医者さんが必ずしもしつかり
と対応できているかといえば、しり込みして余り
対応できてないケースが多々あるんだという話
を聞きます。どのぐらいの薬物中毒の患者数、そ
してある程度ちゃんと対応ができていますのかど
うか、そういった現状把握について認識をお聞きし

たいと思います。

○今田説明員 まず、薬物依存でございますけれ
ども、これにつきましては、厚生省としては、国
立精神・神経センター精神保健研究所におきまし
て、薬物中毒・依存症についての研究それから研
修を行っております。それから、国立療養所下総
病院の専門治療病棟において患者の受け入れを
行っております。

この一月に公衆衛生審議会から、国立病院・療
養所の再編合理化の方針が出ておりますが、その
中で、精神科救急への対応、薬物依存症や合併症
を有する患者への対応に重点を置くべきとの御意
見をいただいておりますので、今後、この国立病
院も活用しながら一層の充実を図っていきたく
思っております。

なお、薬物依存症を有する方々への対応とし
て、精神保健福祉センターにおいても薬物中毒・
依存症の専門相談、指導といったものの役割を
担っていただまして、それらのネットワークによ
って中毒者の社会復帰の推進にもあわせて努力
をしていきたいと考えております。

○笹木委員 今、施設のことについても御説明が
あったわけですが、どのぐらいの数なんだ
しょうか。そういった薬物中毒の方に対する対応
の施設、今のぐらいの施設が数としてあるの
か、教えてほしいと思います。

○今田説明員 施設としては、各精神病院が入院
患者の一部として扱っていただいているものもあ
りますので、そういった意味では厳密には数字が
把握できないわけですが、少なくとも、患者
の数で申し上げると、六千人程度ではないかと
いうふうに私も承知しております。

○笹木委員 実際にはもっと多いんだと思いま
す。

大臣、最後に、もう余り時間がないみたいで
すから、先ほどお話ししましたように、現場の精神
科の医師ではなかなかしつかりと対応ができてい
ない、ある程度専門的に対応する機関、施設を
もっとふやすべきだという意見をよく聞きます。

そういった方向でこれから対応されていくという
ことについて、大臣の考えをお聞きたいと思
います。

○宮下国務大臣 この精神障害に対する対応とし
ては、今部長の言われたように、国立病院で先駆
的な医療もやりますから、そういった点を中心に
してやはり先導的な役割を果たしながら現場の医
師の指導その他もやっていかなくちゃいけない
し、また、今まで議論されたように、病院それ自
体の監視、監督、検査、そういうことも徹底をし
ていく、あるいは、先ほど御議論がありましたよ
うに、担い手の医師、看護婦あるいは医療関係者
の人権への配慮をやっていくとか、そういう総合
的なことにもっと重点を置いて、この法の趣旨に
従ってやっていくべきものだと考えております。

○笹木委員 薬物中毒患者専門の機関の整備につ
いて、ぜひ今後さらなる御検討をお願いしたいと
思います。

質問を終わります。

○木村委員長 これにて本案に対する質疑は終局
いたしました。

○木村委員長 これより討論に入るのであります
が、その申し出がありませんので、直ちに採決に
入ります。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の
一部を改正する法律案について採決いたします。
本案に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○木村委員長 起立総員。よって、本案は原案の
とおり可決すべきものと決しました。

○木村委員長 この際、本案に対し、長勢甚速君
外六名から、自由民主党、民主党、公明党・改革
クラブ、自由党、日本共産党、社会民主党・市民
連合及び無所属の会の七派共同提案による附帯決
議を付すべしとの動議が提出されております。

提出者より趣旨の説明を聴取いたします。山本
孝史君。

○山本(孝)委員 私は、自由民主党、民主党、公
明党・改革クラブ、自由党、日本共産党、社会民
主党・市民連合及び無所属の会を代表いたしまし
て、本動議について御説明申し上げます。
案文を朗読して説明にかえさせていただきます。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法
律等の一部を改正する法律案に対する附
帯決議案

政府は、次の事項について、適切な措置を講
ずるべきである。

一 精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保
健の向上を図る観点から、精神障害者やその
家族その他の関係者の意見も尊重しつつ、他
の障害者施策との均衡や雇用施策との連携に
留意し、障害者プランの着実な推進を図るな
ど、精神保健福祉施策の充実を努めること。

二 都道府県から市町村への在宅福祉サ―ビス
の提供主体の移管が円滑に行われ、市町村を
中心とする在宅福祉サ―ビスの充実が図られ
るよう、財政的な支援を行うとともに、専門
的・技術的な支援を行うこと。また、市町村
障害者計画の策定について市町村が主体的に
取り組むことができるよう、積極的な支援す
ること。

三 医療保護入院については、国連原則等の国
際的な規定に照らし、その適切な運用に努め
ること。

四 医療保護入院等のための移送の実施に当
たっては、適正な運用が確保されるよう必要
な措置を講ずるとともに、都道府県の責任に
おいて適切な入院治療が提供できるよう、二
次医療圏を勘案してその体制を整備するこ
と。

五 精神病床に係る人員配置基準、医療計画そ
の他の精神医療提供体制及び長期入院患者の
療養の在り方について、その充実に向けて早
急に検討を行うこと。

六 チーム医療及び精神保健福祉サ―ビスの一

層の推進を図るため、人材の育成・確保に努めること。また、現在検討中の臨床心理技術者の国家資格制度の創設については、速やかに結論を得ること。

七 精神病院における不祥事件の多発に鑑み、人権を尊重しつつ適切な医療を確保できるように、医療従事者の更なる啓発に努めるとともに、医療機関等の情報公開の推進と精神病院の指導監督の徹底を図ること。

八 精神医療審査会がより適正な機能を発揮し、独立性と実効性を確保できるように努めるとともに、合議体の構成についても検討すること。また、当事者の意見の反映が図られるように努めること。

九 小規模作業所については、社会福祉事業法の見直しの中で、通所授産施設の要件緩和が検討されていることから、その検討結果を踏まえ、通所授産施設への移行を促進すること。また、多様な福祉サービスの充実に努めること。

十 成年後見制度及び社会福祉事業法等の見直しの動向を踏まえ、家族・保護者の負担を軽減する観点から、保護者制度について早急に検討を加え、精神障害者の権利擁護制度の在り方について引き続き検討を進め、その充実に努めること。

十一 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を早急に進めること。

十二 精神障害者に関する各種資格制限の緩和と撤廃について検討し、その結果に基づいて、速やかに必要な措置を講ずること。

以上であります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。
○木村委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

採決いたします。
本動議に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○木村委員長 起立総員。よって、本案に対し附帯決議を付することに決しました。

この際、宮下厚生大臣から発言を求められておりますので、これを許します。宮下厚生大臣。

○宮下国務大臣 ただいまの附帯決議につきましては、その御趣旨を十分尊重いたしまして努力いたします。

○木村委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました本案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○木村委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○木村委員長 次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後四時三十七分散会