

衆議院 厚生労働委員会 議 録 第 九 号

令和四年十一月十六日(水曜日)

午前九時三十分開議

出席委員

委員長 三ツ林裕巳君

理事 上野賢一郎君

理事 田畑 裕明君

理事 小川 淳也君

理事 池下 卓君

理事 青山 周平君

理事 畦元 将吾君

理事 石原 正敬君

理事 上田 英俊君

理事 勝目 康君

理事 小泉進次郎君

理事 後藤田正純君

理事 佐々木 紀君

理事 新谷 正義君

理事 田村 憲久君

理事 土田 慎君

理事 中西 健治君

理事 橋本 岳君

理事 鳩山 二郎君

理事 藤井比早之君

理事 堀内 詔子君

理事 松本 尚君

理事 山口 晋君

理事 井坂 信彦君

理事 西村智奈美君

理事 山井 和則君

理事 早稲田ゆき君

理事 一谷勇一郎君

理事 吉田とも代君

理事 吉田久美子君

理事 宮本 徹君

大岡 敏孝君

高木 宏壽君

中島 克仁君

佐藤 英道君

東 国幹君

石井 拓君

泉田 裕彦君

柿沢 未途君

川崎ひでと君

小林 史明君

高村 正大君

塩崎 彰久君

鈴木 貴子君

高階恵美子君

中川 郁子君

西野 太亮君

長谷川淳二君

平沼正二郎君

古川 直季君

牧原 秀樹君

三谷 英弘君

阿部 知子君

大西 健介君

野間 健君

吉田 統彦君

池畑浩太郎君

早坂 敦君

古屋 範子君

田中 健君

仁木 博文君

議員

厚生労働大臣

厚生労働副大臣

厚生労働大臣政務官

政府参考人 (内閣官房子ども家庭庁設置準備室審議官)

政府参考人 (総務省自治行政局選挙部)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人 (厚生労働省大臣官房総括審議官)

政府参考人 (厚生労働省大臣官房高年齢・障害者雇用開発審議官)

政府参考人 (厚生労働省健康局長)

政府参考人 (厚生労働省子ども家庭局長)

政府参考人 (厚生労働省社会・援護局長)

政府参考人 (厚生労働省健康福祉部長)

参考人 (国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター)

参考人 (国立研究開発法人国立精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長)

参考人 (全国「精神病」者集団運営委員)

参考人 (一般社団法人日本難病・疾病団体協議会常務理事)

井坂 信彦君

加藤 勝信君

羽生田 俊君

畦元 将吾君

野村 知司君

森 源二君

安彦 広斉君

西條 正明君

間 隆一郎君

堀井奈津子君

佐原 康之君

藤原 朋子君

辺見 聡君

藤井 千代君

桐原 尚之君

辻 邦夫君

参考人 (一般社団法人全国地域で暮らすネットワーク代表理事)

参考人 (日本弁護士連合会高齢者・障害者権利支援センター)

参考人 (日本精神障害のある人の強制的入院廃止及び尊厳確立実現本部本部長代行)

参考人 (池原 毅和君)

参考人 (若本 義信君)

委員の異動

十一月十六日

上田 英俊君

勝目 康君

小林 鷹之君

塩崎 彰久君

橋本 岳君

長谷川淳二君

三谷 英弘君

遠藤 良太君

同日

辞任

青山 周平君

東 国幹君

石井 拓君

石原 正敬君

中西 健治君

鳩山 二郎君

平沼正二郎君

池畑浩太郎君

同日

辞任

泉田 裕彦君

古川 直季君

西野 太亮君

上田 英俊君

橋本 岳君

三谷 英弘君

塩崎 彰久君

早坂 敦君

古川 直季君

早坂 敦君

同日

辞任

小林 史明君

山口 晋君

同日

辞任

佐々木 紀君

同日

辞任

鈴木 貴子君

同日

辞任

藤井比早之君

同日

辞任

中川 郁子君

同日

十一月十四日

医師の地域偏在、診療科偏在等に対応するため

の医師確保対策の充実を求める意見書(兵庫県議会(第一一三六号))

医師法及び保健師助産師看護師法の改正と運用

の見直しにより医師や看護師の欠格事項の厳格

化を求める意見書(大阪府議会(第一二二七号))

介護保険利用原則二割負担化、ケアプラン有

料化、要介護一・二の市町村事業への移行など

の制度見直しの中止と、国庫補助を増額し介護

保険料高騰を抑え、高齢者の尊厳と生活を守れ

るよう介護保険制度の抜本改善を求める意見書

(沖縄県南城市議会(第一一三八号))

介護保険利用原則二割負担化、ケアプラン有

料化、要介護一・二の市町村事業への移行など

の制度見直しの中止と、国庫補助を増額し介護

の制度見直しの中止と、国庫補助を増額し介護

山口 晋君

遠藤 良太君

補欠選任

佐々木 紀君

長谷川淳二君

補欠選任

鈴木 貴子君

補欠選任

藤井比早之君

補欠選任

中川 郁子君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

中川 郁子君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

補欠選任

小林 鷹之君

保険料高騰を抑え、高齢者の尊厳と生活を守れるよう介護保険制度の抜本改善を求める意見書
(沖縄県南風原町議会)(第一二二九号)

高度生殖補助医療に対する支援の継続を求める意見書(兵庫県議会)(第一一四〇号)

コロナ特例減免における国費十割負担の復活と市町村における国保料(税)負担の軽減のための支援を求める意見書(沖縄県南風原町議会)(第一一四一号)

コロナ特例減免における国費十割負担の復活と市町村における国保料(税)負担の軽減のための支援を求める意見書(沖縄県南風原町議会)(第一一四二号)

最低賃金の引上げによる物価高対策に合わせ、いわゆる「百三万円の壁」等の見直しを求める意見書(大阪府議会)(第一一四三号)

シルバー人材センターの安定的な事業運営のために適格請求書等保存方式(インボイス制度)導入にかける適切な措置を求める意見書(奈良県議会)(第一一四四号)

生活保護制度に夏季加算新設を求める意見書(高知県香美市議会)(第一一四五号)

精神保健医療福祉の改善に関する意見書(岡山県早島町議会)(第一一四六号)

総合的難病対策を求める意見書(大阪府議会)(第一一四七号)

優生保護法問題の早期全面解決を求める意見書(宮城県議会)(第一一四八号)

予防接種に関する記録の延長を求める意見書(奈良県議会)(第一一四九号)

本日の会議に付した案件

政府参考人出頭要求に関する件

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案(内閣提出第一七号)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の一部を改正する法律案(道下)

大樹君外十名提出、衆法第一二号

〇三ツ林委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案及び道下大樹君外十名提出、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の一部を改正する法律案の両案を一括して議題といたします。

本日は、両案審査のため、参考人として、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長藤井千代君、全国「精神病」者集団運営委員桐原尚之君、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会常務理事辻邦夫君、一般社団法人全国地域で暮らすネットワーク代表理事岩上洋一君、日本弁護士連合会高齢者・障害者権利支援センター精神障害のある人の強制入院廃止及び尊厳確立実現本部部長代行政池原毅和君、以上五名の方々に御出席をいただいております。

この際、参考人の方々に一言御挨拶を申し上げます。本日は、御多用中のところ本委員会に御出席をいただきました。誠にありがとうございます。それぞれのお立場から忌憚のない御意見を述べいただき、審査の参考にしたいと存じますので、よろしくお願いたします。

次に、議事の順序について申し上げます。最初に、参考人の方々から御意見をそれぞれ十分以内でお述べいただき、その後、委員からの質疑にお答え願いたいと存じます。

なお、発言する際はその都度委員長の許可を受けることになっております。また、参考人は委員に対して質疑することができないことになっておりますので、あらかじめ御承知お願いたします。 それでは、まず藤井参考人をお願いいたします。

〇藤井参考人 このような意見陳述の機会をいただきました。ありがとうございます。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の藤井です。

今回の法改正に向けた検討会に構成員として参加いたしました。法改正に全体として賛成の立場から意見を述べさせていただきます。

私は、今回の法改正に向けた検討会の前年に開催された、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会にも構成員として参加してまいりました。その中では、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、包括的な支援体制を確保する、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築することの必要性が示されました。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものであるとされております。

現在、日本の各地域では、地域共生社会の実現に向けた取組が始まっており、メンタルヘルス不調や精神疾患、精神障害を持つ人など、精神的な不調を抱えた方々に対するステイグマはいまだに根強くあり、真にインクルーシブな社会を目指す上では、精神的な不調を抱えた方々が社会に包摂されることが重要です。

ステイグマは、社会構造レベルのステイグマと個人レベルのステイグマとに大別されます。社会構造レベルのステイグマとは、精神科医療の提供体制が身体科医療の提供体制と比較して不十分であったり、精神保健や精神医療に関するシステムが一般の地域保健や医療とは別に扱われたりといった、社会や制度の仕組みにおける差別のことを指します。個人レベルのステイグマとは、精神疾患は怖いといった誤った認識や、一緒に働きたくないといった心理的抵抗感など、個人が持つ認識や態度などを指します。

現在の日本の状況を見ると、関係者や当事者、御家族の努力により、医療や福祉の質、メンタルヘルスリテラシーの向上が一定程度進んできてお

りますが、精神の不調に対するステイグマは、個人レベルのみならず、社会構造レベルにおいても今なお存在しています。

私は、今回の法改正を、このようなステイグマの解消に向けてのステップとして生かしていかなければならないと考えております。

精神障害のあるなしにかかわらず、地域には様々な生きづらさや困難を抱えた方がいらつやいます。地域住民全てが、制度の隙間に陥ることなく、必要なときに必要な支援を過不足なく受けられることが必要です。そのためには、住民の身近にあって福祉の支援体制を既に構築している市町村が、こうした支援ニーズを取り込んで支援できる体制の強化が重要であると考えます。

本改正案において、精神障害者等に対する包括的支援の確保の必要性を明記していただいたことや、精神障害者のみならず、精神保健に関する課題を抱える方についても自治体における相談や援助の対象者として明記していただいたことで、地域全体の支援強化につながるものと考えております。

一方で、市町村が義務として行っている様々な地域保健福祉関連業務の多くが精神保健と関連していることは、私どもの研究からも明らかです。今回、市町村の精神保健業務に関する規定を設けていただきましたが、これを是非実現した上で、今後は、市町村間の支援に格差が出ないよう、精神保健業務に必要な人員配置や予算措置にも支援をお願したいと思います。

市町村における精神保健業務のニーズが年々高まっていることも私どもの調査により示されており、位置づけただけに留まらずに、予算措置や下位法令の整備などが必要であると考えております。これは、精神の不調を抱える人を別扱いしない社会構造を目指す上で非常に重要です。

また、法改正で、都道府県は市町村の求めに応じてバックアップするよう努めなくてはならないと明記していただいたことはありがたいことなの

ですが、保健所、精神保健福祉センターも、市町村と同じく人的資源が不足していることに十分な配慮をお願いしたいところでです。

医療保護入院の在り方については、今回の改正は、入院期間の法定化や入院理由の告知、退院支援措置の拡充など、医療保護入院をより適正に行う方向での見直しと理解しており、このような見直しは進めていただきたいと考えます。

なお、医療保護入院の同意に関しては、家族等同意を維持せざるを得ないということであれば、今回の改正案のように市町村長同意となる要件を広げる方向で致し方ないと考えますが、従前から、家族等同意は、家族に過大な負担を強いるばかりでなく、当事者と家族の関係性にも悪影響を及ぼしかねない制度であるとの指摘もありますので、より適切な手続の在り方について引き続き議論を重ねる必要があります。改正案の附則第三条にあるとおり、当事者等の意見を聞きつつ、検討すべきと考えます。

障害者権利条約の対日審査では、総括所見において、実際の障害又は危険であると認識されることに基づく障害者の強制入院を認める全ての法的規定を廃止することとされました。非同意入院に関しては、精神科臨床における倫理課題の中でも最も重要なものの一つであり、国内外で様々な立場から長年にわたり議論されています。障害者権利条約の第十四条ガイドラインあるいは国連障害者権利委員会からの勧告を受けて、批准国では、非同意入院の在り方についてこれまで以上に真剣な検討が行われています。ですが、私が知る限り、非同意入院に代わる具体的かつ現実的な対応策については、現在までのところ、まだ模索が続いている状況です。

すなわち、精神障害のみを別扱いとせずに、原因のいかんを問わず、自律的な意思決定ができるか否かを前提とした、かなり画期的な法律です。

この法律の運用はまだ段階的に始まったばかりですし、ほかの国でも障害者権利条約に可能な限り準拠するための努力が続けられているところで、そのような海外の動向も注視しつつ、附則第三条に基づく検討を進めていただきたいと思えます。

その際には、できれば、精神保健福祉法に規定される範囲の検討にとどまらず、保健医療福祉体制全体において、精神障害者が精神障害を有するがゆえに別扱いとなる仕組みをなくしていくと同時に、精神疾患、精神障害という疾患特性、障害特性に配慮した仕組みとなるように、関連法を含めて検討することが望ましいと考えます。

次に、入院者訪問支援についてです。精神科病院では、職員が治療や支援に真摯に取り組む、法令に基づく権利擁護が行われている。当事者と医療従事者が治療方針について話し合いながら決定していく共同意思決定についても、まだ十分とは言えないながらも、精神医療現場で進みつつあります。

それでも、入院医療の特性上、患者さんのおらずと外部と隔てられ、集団生活の規律を守り、医療機関の職員の指示に沿って治療を受けないといけない立場にあり、孤独、孤立感や自尊心の低下が起りやすく、本来その人が持っている権利の行使が難しいことがあります。こうした方が、病院内の常識から見れば当たり前の権利を行使できるようにするためには、本人の立場に立った味方が必要です。こうした支援のことはアドボカシーと呼ばれています。

アドボカシーは、医療機関などの支援提供側が行うフォーマルアドボカシーや、家族や友人によるインフォーマルアドボカシー、同じような属性を持つ仲間によるピアアドボカシーのみならず、独立した第三者が行う独立アドボカシーがあるこ

とが望ましいとされています。

今回、入院者訪問支援事業が改正案に盛り込まれましたが、こうした独立アドボカシーの考え方が一定程度反映されたものと考えております。この事業が御本人の力を引き出し、権利擁護に資することが重要であり、より広く普及することを期待しています。

障害者虐待防止の義務化や通報については、今回、精神科病院においてそれらが制度化されたことに賛同したいと思います。前に述べましたとおり、精神科病院では職員による様々な権利擁護の取組がなされていますが、非常に熱心な病院から、そうでもない病院まで、その取組状況には差があります。今回、虐待防止の取組が義務化されることにより、病院間の取組状況がよい方向に均てんされることを期待したいと思います。

障害者虐待防止法の附則第二条において、医療機関などにおける障害者虐待についても、施行後三年をめどに必要な措置を講ずるとしていることや、医療機関における虐待は精神科病院だけで生じているわけではないことなどもあり、将来的には、より広く、医療機関における虐待防止の規定を設けることについて引き続き検討していただきたいと考えておりますが、まず精神保健福祉法に規定されることで、早期に実効性ある執行体制を整うという利点があるものと考えます。

最後に、今のコロナ禍において、精神的な不調を抱える方が増えていることを鑑みても、精神保健医療福祉の取組は、国民全体の生活と健康を守る上で極めて重要です。法案の内容の実現を望むとともに、精神保健医療福祉について、国を挙げた一層の取組をお願いしたいと思います。（拍手）

以上です。ありがとうございました。（拍手）

○三ツ林委員長 ありがとうございます。（拍手）
次に、桐原参考人にお願いたしました。
○桐原参考人 全国「精神病患者者集団の桐原です。全国「精神病患者者集団は、一九七四年に結成した、精神障害者個人及び団体が構成される全国組織です。結成当初から、精神障害者への保安処分

や精神衛生法に基づく入院制度の撤廃を求めました。

この度の東ね法案は、障害者を分断するものです。

難病の仲間にとっては、待ちに待った改正であり、我々、精神障害者にとっては、参議院先議でありながら廃案という前代未聞の末路をたどった精神保健福祉法改正法案の五年ぶりの出し直しということになります。参議院先議の法案が廃案になるのは憲政史上初のことであり、前代未聞の出来事でした。私たちは、難病法改正を否定したいなどとこれっぽちも思っていないのですが、仮に法案に反対しようものなら、難病の仲間からはそのように見られてしまうことになりす。まさに、当事者間の評価が真逆の法案を束ねて、障害者同士の分断を誘発するものでした。

全国「精神病患者者集団は、唯一、賛否を決める基準として、障害者権利条約の総括所見に基づく法制度の見直しの検討を附則で担保することを示し、それをしななければ反対すると主張してきました。しかし、附則には、障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聞きつつ検討することあり、ここで言われている障害者権利条約の実施が総括所見を含み得るのかどうかは、条文上からは分からないようになっていきます。先日の加藤大臣の答弁で初めて、総括所見を踏まえることが明らかになりました。ただ、附則第三条の、精神障害者などの意見を聞きつつの部分には、病院団体側からの意見も含まれるのだと思えます。結局、総括所見の内容や精神障害者、障害当事者の意見よりも、最終的に病院団体側の意見が優勢になってしまうのではないかと憂慮します。

この度の参考人でも、当事者の数は少ないです。障害者権利条約の監視機関とされる内閣府障害者政策委員会の中にも、精神科病院を代表する団体の構成員が入っているのに、精神障害や知的障害の当事者は構成員として入っていません。厚生労働省の地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会は、当事者の構

成員が数の上では増えましたが、常に病院団体側の意見が優位との印象を拭えませんでした。

特に日本精神科病院協会は、与野党の国会議員に影響力を持っています。省庁からの提案は、政

党の政調部会や総務会において反対意見が出る

と白紙になると聞きます。それを恐れて、省庁は付

度します。国会議員の中には日精協から献金を受

けている者もいるため、立法府内も病院団体の優

位に陥りやすい構造があります。

私は、検討会において、当事者としての立場に

依拠しつつも、病院側も含めた他団体とのコンフ

リクトを回避できるように論理を組み立てて意見

を出したのに、日精協から、全くかみ合ってもい

ない、根拠に基づかない意見によって議論の蓄積

を全否定されました。

具体的には、医療保護入院について、将来的な

廃止が、誰もが安心して信頼できる入院医療が実

現されるようへと大幅なトーンダウンをしたこと

が挙げられます。

私は、同検討会において医療保護入院の廃止を

主張した際に、非同意だから廃止すべきなどとは

一言も言いませんでした。あくまで、精神保健指

定医と家族等という二者に負担が集中した現行の

医療保護入院制度のたてつけの困難さを廃止とい

う形で乗り越え、同意によらない医療開始の手続

を一般医療と同質にしていくことを当面の方策と

して望んでいるのだと意見しました。

すなわち、非同意の入院が必要であることと、

医療保護入院が必要であることを切り分けた上

で、非同意の入院自体は必要だが、医療保護入院

は廃止すべきであると主張したわけです。

しかし、日精協は、非同意の入院が必要だから

医療保護入院が必要であるとし、医療保護入院が

廃止されたら精神医療が崩壊すると言いました。

このことは新聞誌面でも取り上げられました。

当事者は、医療保護入院が廃止されても医療が

受けられなくなる不安は感じていません。むしろ、医療保護入院によって医療不信になり、かえって医療保障が遠ざかると感じています。改め

て医療保護入院の廃止に向けて検討することを確

認してほしいと思っています。

身体的拘束の告示改正の検討では、事前に日精

協と調整した新要件案が事務局案として出され

ました。その内容には多くの構成員が反対し、修正

を求める意見が出ましたが、検討の中で形を変え

て残り続けました。不透明なところで不透明な形

の合意が図られ、その内容が公開された検討会

の中で覆らないことに対し、当事者の無力さを感じ

ました。

精神科病院における虐待についてです。

精神科病院における虐待事件は、神出病院事件

を始め、枚挙にいとまがありません。精神保健福

祉法の枠組みでは自浄作用が働きにくく、明るみ

になっていない虐待も数多く存在するものと思わ

れます。

私は、二〇一八年から二〇一九年にかけて厚生

労働省が行った障害者虐待防止法附則第二条に基

づく検討について納得していません。

検討の結果、二点の理由で法改正をしないこと

となりました。一つは、障害の有無に関係なく利

用する機関においては、障害者への虐待のみが通

報対象となる不整合が生じるということ、もう一

つが、各機関における虐待に類似した事案を防止

する学校教育法や精神保健福祉法等の既存法令と

重複する部分の調整の必要性が生じることでし

た。

しかし、現行の利用者による虐待は、障害の有

無に関係ない職場を対象とした制度なので、現行

の法律と検討結果の間に深刻な矛盾が生じていま

す。また、医療機関には通報義務こそありません

が、通報自体はできることとされているため、通

報義務に伴って新たに重複する部分の調整が必要

になるはずもなく、現行の法律との間に深刻な矛

盾が生じています。

精神保健福祉法に精神科病院における虐待の通

報義務が設けられたことで、障害者虐待防止法の

改正が行われなくなることがないよう、障害者虐

待防止法附則第二条の再検討を求めます。

私は、当事者も病院団体も立法も行政も、知性

に基づく議論によって解決しようとする姿勢を見

せる必要があると思います。いかに強い立場の人

であったとしても、当事者の意見をないがしろに

した知性によらない要望は堂々とはねのける勇氣

がなければ、この社会を変えることはできません

。

障害者権利条約に基づく日本政府への勧告に

は、精神保健福祉法に基づく非自発的入院や身体

的拘束を含む行動制限、医療観察法の廃止、精神

保健福祉法の廃止を含む精神医療の一般医療への

編入、成年後見制度の廃止などが書かれています

。国連が廃止を勧告している政策は、障害者と

他の者を分け隔てる考え方の上に成り立っている

ものであり、これらを廃止して、障害者を包摂す

る社会モデル的な政策へと抜本的に見直す必要が

あります。

精神保健福祉法の場合、精神障害者が病状のた

めに治療の必要性を判断できないという病気の特

性があるという医学モデル的な前提に立ち、その

上で、医療保護入院、措置入院、任意入院という

精神障害者だけを別の枠組みに位置づけた入院制

度と病床の位置づけ、そして報酬体系がありま

加いただきました。誠にありがとうございます。私自身は、JPAで常務理事をしておりますが、指定難病の一つである慢性炎症性脱髄性多発神経炎という神経難病の一患者であり、また、全身性エリテマトーデスという指定難病の娘を持つ当事者の家族でもあります。

さて、今回の難病法、児童福祉法の改正案では、患者も参加いたしました難病対策委員会等で検討が進められた結果をおおむね反映しており、治療研究と福祉の両面の推進を図る点盛り込まれており、その成立に患者としても大変期待をしております。また、コロナ禍で、当初の五年以内の見直しは、ほぼ七年後の見直しになっている点にも鑑み、早急に御審議をいただきたいと考えております。

一方、まだまだ積み残された課題が多いのも現状です。本日はこれらの点につき、意見を述べさせていただきます。

最初に、難病法の成立経緯でございますが、若干振り返らせていただきます。

資料二の、二〇一一年の十二月、中間的な整理、また、厚生労働大臣の基本方針にもあるように、難病は、その確率は低いものの、国民の誰にでも発症する可能性があり、難病の患者及びその家族を社会が包含し、支援していくことがふさわしいことを基本認識とされており。

また、資料三にありますとおり、治療研究の推進と、なかなか光の当たってこなかった難病患者への福祉、両面の推進を基本理念として法制化が進められました。その過程で、患者の意見はもちろぬ、医療、福祉、行政の担当者や有識者、そして超党派の議員の皆様御支援、後押し、御賛同を得て成立に至ったものです。

そして、今回の五年以内の見直しにつきまして、コロナ禍により何回か中断を余儀なくされましたが、難病対策委員会とそのワーキンググループでの検討、各地でのヒアリングや患者へのアンケート、医療者、支援者、行政担当の意見なども踏まえた上で、制定時と同様、検討が進められた

結果である点は評価できるものというふうに考えております。

では、今回の改正案の具体的なポイントについては、まず一点目、資料四にございます、重症化した際に迅速に医療を受けられる制度については、発症後、更なる重症化を防ぐ、あるいは遅らせる治療をできるだけ早く開始することが、医療の観点からも、本人の日常、療養生活の観点からも大変重要であることは、医療関係者、患者双方が認めるところであります。

今回、医療費助成の開始を、申請時から重症化時点まで一定期間遡ることは、実際に助成が治療開始に間に合わないという例が多くある中、重症化や治療控えを避けるためにも法の趣旨に沿った改正であり、患者としても早急には是非実現していただきたいと考えております。

ただし、資料では、遡りの期間の案が原則一か月となっており、患者が安心して適切な治療を開始できるよう十分な期間が保障されるよう設定していただきたいと考えております。

といいますのは、指定医が申請に必要な臨個票というものを作成する期間は、通常二週間から一か月かかると言われており、指定医のいる病院は決して身近な医療機関ではないことを考えますと、とても一か月では余裕がないことは明らかです。患者としては、原則三か月をお願いしたいと考えております。

二点目として、資料五になりますが、各種支援を円滑に利用できるようなための登録者証を発行する点につきましては、患者としても、生活の質の充実と向上、治療研究や根治療法の研究促進に資するものとして、こちらも大変期待するものです。

なお、登録証の情報を基に、希少疾患への偏見や差別などにつながらないように十分配慮するとともに、個人情報保護と安全管理措置を十分に取っていただきたいと思っております。その点からも、法案説明にありますマイナンバーカード連携への不安はまだ大きく、そのデメリットやメリッ

トの丁寧な説明を行い、しっかりとした検討の上で、慎重に進めていただく必要があると強く考えております。

また、今回の登録証は、指定難病ではない総合支援法の対象疾患の患者は含まれておりません。それらの患者も同様の利便性が持てるよう施策を早急に考えていただき、同じ法律での支援に差異や谷間が生じないように、十分な対策を講じていただきたいというふうに考えます。

そのほか、資料六にあります、難病患者の療養生活支援の強化などについては、福祉と治療法開発の研究の両面を推進するものとして、患者の立場から是非お願いするものです。

さて、以上、改正案について述べてまいりましたが、そのほか、今回の附帯決議も多くが現在課題として残っており、今回の法改正に盛り込まれていない点や、法の運用面についても、これから述べる点について、課題として残っていることを述べたいと思っております。

これらの点については、五年以内の見直し規定を再度定めていただくとともに、資料七、八の難病法制定時の附帯決議を引き続き継続して政府に要請していただきたく、また、資料九の点について政府に検討を要請していただきたいと強く考えております。

一点目は、トランジションの問題始め小慢対策についてです。

トランジションの問題始め小慢における医療や福祉に対する対策について、患者やその家族の要望の多くは、今回の改正法案には反映されないうえ若しくは不十分なものでした。要望は、他の法律との関係や福祉政策とのバランスなど、難病法、児童福祉法だけでは解決できないものも多かったり、大変難しい課題ですが、是非、患者、家族の声を耳を傾け、引き続き早急に小慢対策の充実を図るようお願いいたします。

難病患者の約半数は、障害者手帳等の手帳を所持していません。そのため、法定雇用率の対象とならず、特にその就職時の困難性は一律に非常

に高いと考えております。難病患者を法定雇用率の対象とし、難病患者の特性を踏まえた就職支援、就労継続支援を、また、他の病気を併発している患者への支援策との連携を図るなどして、適切に講じていただきたいと考えています。

また、難病患者就職サポーターは、概して県に一人しかおらず、その質のばらつきも、多くの患者団体が指摘するところですが、増員のほか、身分、処遇の改善、支援の質と量、双方の向上を図るとともに、ハローワークでの難病患者支援の充実を図っていただきたいというふうに思います。

国民皆保険の下、国民目線に立つた医療政策や欧米に負けない研究開発、患者本位の医療を実現するために、医療全般へ広く患者参画を進め、健全な患者視点を入れることが必須と考えます。

難病法の下であれば、難病患者の日常生活又は社会生活の支障の評価ですとか、難病ゲノム医療等新たな医療の進展への対応などへの患者参画を推進するとともに、社会資源としての患者活動を適切に支援して、産官学に患が加わった連携かつ協業して医療の健全な発展に寄与するよう、有効な施策立案が必要と考えます。

難病患者の最も身近なところにあるべき難病相談支援センターですが、保健師や看護師である支援員とピアサポーターの連携が薄かったり、行政や医療、福祉、また就労や教育等の機関との連携についても地域差があるのが現状です。患者の意見を十分に反映して、地域格差のない質の高い支援につながるよう、職員の増員、身分や処遇の改善、福祉専門員の配置なども行っていただきたいと考えています。

指定難病の中でも、比較的希少な疾患や歴史の浅い疾患は、一時的であれ、その治療法や適応薬が、そうでない疾患に比べて非常に少なかったり、研究者も少なく、研究が進みにくいという点が挙げられております。比較的希少な疾患に対する治療法研究を促進するよう、予算と施策の充実を検討していただきたいと思っております。

最後に、地域においては、障害者基本法に基づ

く障害者施策推進協議会はもとより、総合支援法に基づき自立支援協議会においても、難病患者は当事者としてほとんど参加できていません。支援法と同様に、障害者基本法にも難病等が対象であることを明記し、国の障害者に対する諮問委員会や地域の協議会等において、目標設定や実現への道筋を明らかにするなどして、当事者としての難病患者の参加を促進し、真の共生社会の実現を目指すようにしていただきたいと思えます。

意見は以上となります。
その次に、参考資料として、法改正を速やかに実施していただきたいという本年四月の要望書を添付しておりますので、御参考にしていただければと思います。

今日はどうもありがとうございました。(拍手)
○三ツ林委員長 ありがとうございます。

次に、岩上参考人をお願いいたします。
○岩上参考人 皆さん、こんにちは。一般社団法人全国地域で暮らすネットワーク、通称チイクラネットワークというんですが、その代表をしております岩上でございます。

本日は、貴重な機会に出席をさせていただきまして、本当にありがとうございます。
私ども全国地域で暮らすネットワークは、社会的な支援が必要な精神障害者の地域移行に向けた課題の解決及び未来の創造の下、希望する地域で自分らしく生活することができる持続可能な社会、つくり寄与することを目的として活動しております。

また、私自身は、埼玉県の南埼玉郡宮代町で社会福祉法人じりつという法人を経営しております。委員長の幸手市、杉戸町も私どもの地域でございます。まして、基幹相談支援センター、地域生活支援拠点も受託をさせていただいているところでございます。

資料を御用意させていただきましたので、御覧いただければと思います。

最初に写真が載っております、これはキャンドルナイトという、私どもの事業所で、法人で

やっているイベントなんです。障害者の皆さんが町内の七つの小中学校に向かい、障害当事者のお話と、そして、感謝の気持ちを紙コップに書いてもらおうということをお願いして、十六年たちました。私どもの町では、障害者の方が地域で暮らすということはごく自然なこととなっております。そんな中、三万人の町で三千個の紙コップです。十人に一人は参加をしているということで、かるたを募集したところ、このキャンドルナイトが第五位で、「ろうそくに感謝を灯すキャンドルナイト」というのが、かるたになっております。

何でこんなことをお話ししますかという、私たちは、やはり、公的な制度を活用して障害のある人の暮らしを支援する障害福祉サービス等には、こうした地域に必要とされ、地域を元気にする役割が求められていると思っております。そういうことを大切にして事業運営をしているところでは、意見を続けて述べさせていただきたいと思えます。

今般、内閣提出の法改正案に対して、私は全体として賛成の立場で意見を述べさせていただきました。共同生活援助について意見を述べたいと思えます。

一年以上入院している長期在院者は、退院後の暮らし方について大変不安です。しかし、通過を前提としたグループホームがあると、これからの生活を病院で考えるのではなく、退院してから考えることができるので、絶好の機会となります。

この考え方は、御本人の望んでいる暮らし方の選択の範囲を広げ、児童養護施設や社会的な支援が必要な若い世代の方々にも大変有効というふうにも思っております。私もそうしたことで実践しております。独り暮らしのための訓練をすることは想定はしておりません。むしろ支援者の方が、彼らが地域で暮らすためにどのような支援をしていくかということを考える重要な機会、訓練さ

れるのはむしろ支援者だと思っております。次に移ります。
市町村を基盤とした支援体制の構築ということ、基幹相談支援センターと地域生活支援拠点等、協議会プラス精神保健が柱となります。本来、これについては義務化が望ましいと考えているところでは、

基幹相談支援センターは、人材育成、相談支援体制構築、協議会運営を担う機関です。地域生活支援拠点は、地域生活の緊急時対応、福祉救急や地域移行を推進するサービスの拠点となります。これもサービスのありようを見直す絶好の機会となります。平時の対応を充実させることで、本人の一大事でも、緊急対応にはなりません。真に緊急とは、今までに関わりのなかった人の一大事のことです。そのためには、類型を問わず、地域のネットワークが必要となります。

地域移行を実効性のあるものにするには、地域移行支援を担うコーディネーターを地域生活支援拠点等と施設、精神科医療機関の双方に配置することが必要です。

そして、地域生活支援拠点のコーディネーターには、平時、緊急時対応を行う者と、地域移行を専任で担う者の複数配置が必要で、地域移行を担うコーディネーターには一定の権限を与える必要があります。これは、私は精神科領域で仕事をしていますが、施設に対しても同様で、特に施設の地域移行についてはこのような配置が望ましいと思っております。

また、地域保健、これについては健康と福祉を併せたもので、福祉との親和性は極めて高いものです。本人、家族、地域を包括的に支援することができますので、この精神保健を、市民の健康はもちろんのこと、孤立、孤独、生活困窮、引きこもり等の課題、重層的な支援体制整備事業等の基盤として位置づける必要があると思っております。ページをめくっていただきまして、今般の法律改正に当たって厚生労働省等が示しているポイントですが、この上に、「精神保健を基盤と

して、そうした考え方を加えていただきたいと思っております。

次に、就労支援です。
私たちの支援の基本は、本人の意思を中心とした生活です。生活とは、命と暮らしと生きざまです。就労支援も、本人の望む幸せを上位概念に置いて就労を支援します。このため、就労選択支援は重要なサービスとなることを期待できます。

一方で、事業所の囲い込みにならない仕組みが必要です。事業所を決める前に市町村に申請を行う。そして、中立公正である相談支援専門員に適切な権限を与える必要があります。協議会の評価も重要と考えます。

次に、精神保健福祉法の改正です。
私は、今回の法改正に向けた、地域で安心して暮らせる精神保健福祉体制の実現に向けた検討会に構成員として参加しました。私自身、この十年間、検討会に参加した経験がありまして、大変失礼ですが、あと三回法改正するつもりで取り組まないとい山積する課題の合意形成は難しいという立場で議論をしました。つまり、地域では精神科医療機関を必要とする社会資源と認識しながら、国レベルになるとどうしても、病院が悪い、国が悪いといったある意味偏見が根強くあり、議論がかみ合わなくなるんです。

そんな中、今回の検討会では、多くの重要な課題に対して、構成員がその立場を超えて議論を深めてまとめることができたと思っております。障害当事者の立場からの積極的な提案もあり、精神保健医療福祉領域において長期にわたり議論が続けられていた課題について一定の方向性を共有でき、これからの取り組みべき方向性も共有できたと思っております。目指すべき方向性は、国民の精神保健の向上、良質な精神医療の提供、患者の権利擁護に資する法律体系にすることだと思えます。

医療保護入院の在り方です。
今回の改正により、入院期間が法律に定められ、退院支援措置の拡充が行われるなど、医療保

入院が適正化されることとなり、人権擁護の要請に対しても、一歩前に進むことになると思えます。

長期入院者への支援については、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を行う必要があります。患者の同意が得られない場合の入院医療の在り方などに関して、課題の整理を進め、見直しについて速やかに検討していくことが必要と考えられています。

入院者訪問支援事業の創設。

精神科医療機関は入院患者の権利擁護を行っています。非同意入院では、その特性上、医療機関がその任務を全て行使することには限界があります。そのため、外部の第三者が面会に行く、この権利擁護に資する仕組みとなることを期待しています。医療機関が行う共同意思決定支援とこの外部機関が行使する必要がある入院者訪問支援は、権利擁護機能としては区別する必要があると考えています。

今後の検討課題として、こうした支援を望む全ての非同意入院患者に支援がより広く普及する、そうした体制の構築が必要と考えています。個別給付の対応も考え方の一つだと思っています。精神科病院における虐待防止に向けた取組の一層の推進。

最も重要なことは、虐待が起こらない組織風土を醸成することです。今回の法改正が、虐待防止法で培ってきた、虐待の深刻化を防ぎ、より軽微な段階で通報しやすい組織風土等の醸成を図り、障害者の権利利益の醸成に資する仕組みとなることを期待しています。

今後の推進力として、地域生活への移行を推進するため、地域の基盤整備を着実に進めるための財政的な措置をお願いしたいと思えます。

障害者支援体制の更なる構築を考えると、社会保障審議会の障害者部会は、大局的な在り方を議論する場として、検討会等を併設して課題等の整理

理を行う必要があると考えます。

また、国民の精神保健の向上、良質な精神医療の提供、患者の権利擁護に資する議論をするために、常設の検討の場が必要ではないかと考えているところがございます。

以上でございます。

本日は、貴重な機会を大変ありがとうございます。（拍手）

○三ツ林委員長 ありがとうございます。

次に、池原参考人をお願いいたします。

○池原参考人 本日は、貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

最初に、お配りしてある資料について確認をさせていただきますたいと存じます。

資料一は、本年十一月九日付で日本弁護士連合会会長が発出したしました精神保健福祉法改正案の見直しを求める声明でございます。

資料二は、日本精神神経学会の委員会が医療保護入院の市区町村長同意制度を中心に調査、分析した報告でございます。

資料三は、精神医療審査会による医療保護入院の定期病状報告の審査の資料ですけれども、衆議院調査局厚生労働調査室が作成された、先生方お持ちの白表紙の参考資料の二百七十六ページと同一内容ですので、そちらを御覧いただきますとよいかと存じます。

資料四は、日本が批准しております市民的及び政治的権利に関する国際規約、いわゆるB規約、それから拷問等禁止条約、そして障害者権利条約などにつきまして、各条約の委員会から日本に対して出された勧告の中から、精神保健福祉法に関するものをまとめたものでございます。

そこで、まず最初に御覧いただきたいのは資料四でございます。

国連の障害者権利委員会は、本年九月に日本に向けた総括所見で、強制入院は障害を理由とする差別的な自由の剝奪になるとして、強制入院を廃止することを要請しております。この総括所見に法的拘束力はないからそれに従う必要がないとい

うような考え方は、国連の意義をないがしろにし、その機能をおとしめるものでありまして、法の支配を基本的な価値とし、国際社会で名誉ある地位を確保することを目指す日本が取るべき考え方とは言えないと思えます。

また、B規約については、非自発的入院の要件が極めて広範であると指摘をされています。強制入院を最小限の期間にすべきことも求めています。

拷問等禁止条約については、医療保護入院の決定を民間の私立病院が行えること、そして、長期入院が続いていることに懸念が示されています。日本の精神科病床数はOECD諸国の三七％を占めていると言われまして、大量の入院者がおり、その約半分以上が医療保護入院を中心とした強制入院者です。白表紙の資料の二百六十四ページ、これを御覧いただきますと、医療保護入院者の約六三％が一年以上の長期入院者で、五年以上の入院者が三〇％以上もいらっしゃいます。

他国に例を見ない長期で大量の入院者と強制入院を多用していることについて、B規約の委員会では、強制入院の要件が緩過ぎるといふこと、それから、必要最小限度を超えた入院を許していること、これに原因があるといふふうに見て、改善を求めているわけです。

拷問等禁止条約の委員会は、大量の強制入院者と入院の長期化の要因として、裁判所でも行政機関でもない民間の私立病院が医療保護入院を行えることに問題があると見て勧告をしています。

そして、障害者権利委員会は、精神障害のある人だけを対象にする強制入院がそもそも差別的であるといふことを指摘しているわけです。自傷他害の危険性があっても一般の人は強制的に収容されませんし、内科や外科の患者さんを判断能力がないとして本人の意向に反してでも入院させてしまふという制度はないわけですから、障害者権利委員会の総括所見も、その意図を私どもは真剣に受け止める必要があるといふふうを考えます。

これらの条約は、批准によって国内法になつて

おりまして、法律より上位の法規規になつていて、このことも忘れてはいけなないと考えます。

以上のように、日本が批准している各条約は、強制入院を少なくとも最小化すること、本来であればなくしていくことまで求めています。こうした大きな方向性から、今回の精神保健福祉法改正を検討していくことが必要だと考えます。

そこで、資料一の日本弁護士連合会の会長声明を見ていただきたいと思います。第一に、医療保護入院の期間を限定しながらも、何度でも更新できるという点を問題にしております。問題は、更新の判断が公正かつ厳格に行われるかどうかにかかっています。

現行法では、精神医療審査会が、十二か月に一度、各病院からの定期病状報告を審査して入院継続が不要であると判断すれば、都道府県知事等が退院命令を出すことになっております。その手続の流れは、白表紙の資料の二百七十三ページを御覧いただくと分かりやすいと思えます。

しかし、この二百七十六ページの表から分かるように、精神医療審査会が入院継続不要と判断した事例は、毎年、何とゼロ％ということになっております。精神医療審査会は、独立性に問題があるとされていますが、それでも病院とは別の機関です。その機関でさえも入院継続不要の判断をほぼしていないのに、改正法による入院期間の更新は、患者さんを入院させている病院が自ら行うわけですから、ほぼ自動更新になってしまふということが予想されます。少なくとも更新回数を一回に限定するぐらいの工夫をしなければ、強制入院の縮小化、長期入院の解消という効果は期待できないといふふうを考えます。

第二に、家族が医療保護入院の同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合に、市区町村長の同意で医療保護入院を行えることにしてしまふ点にも問題があります。

資料二を御覧いただきますと、市町村長が同意して医療保護入院をさせた患者さんについて、本人への支援や主治医との連携、その他の担当者

の連携を半年に一回以上はしたとする市町村は一、二%にとどまっています。適切な入院判断ができていない、形式的で形骸化しているという市町村担当者の回答が多く見られます。精神医療審査会の委員からは、市町村の担当者が入院後全然関わっていない、同意が形式化して無責任、制度そのものが形骸化しているなどが多かったとされています。

市町村長同意の実態について十分な立法資料を集めず、家族の同意が得られない場合に市町村長同意で代用するという改正は、形式的で形骸化した同意によって医療保護入院を拡大してしまい、入院をさせたまま放置して、長期入院を更に増やしていくという作用を果たすことになりま

第三は、虐待防止についてです。問題点の第一は、障害者虐待防止法では市町村が虐待通報の窓口になっているのに対して、法改正案では都道府県だけが窓口になって、市町村の役割が抜けている点です。

市町村は、身近で小回りの利く機関として、障害者福祉の第一線を支えており、障害者虐待についても第一次的な役割を果たしています。法改正案が、医療保護入院については市町村長に同意権限を拡張するという点については市町村長に同意権限を拡張するということにしていながら、入院患者に対する虐待については市町村の権限を認めないというのは、制度的矛盾と言わなければならない点です。

問題点の第二は、都道府県等が指定する指定医に病院への立入りと診察の独自の権限を付与している点です。虐待の立件は、虐待の法的構成要件に該当する事実の確認が必要になります。その認定作業は、本来法的なものが、司法的なものが典型的になりますが、行政機関の職員も法的素養を備えて同様の対応をすることが期待できます。しかし、医師は、司法的な事実認定について専門性を有する職種ではありません。ですから、ここで指定医に独

自の権限を与えるのは見当違いであり、むしろ同僚審査の弊害を招くおそれがあると思います。医学的所見が必要であれば、担当職員が医師を補助者とすれば足りるのであって、医師の所見は司法的、行政的事実認定の一つの要素になるにとどまると理解すべきです。

障害者権利委員会への今回の日本からの報告は二〇二八年とされており、本年九月の総括所見の勧告について、二〇二八年までにどれだけ誠実な努力をしたのかが問われることになり、現在の法改正案では、残念ながら、強制入院をなくしていくべきであるとする障害者権利委員会の要請には全く届きません。強制入院の要件を厳格化し、強制入院は必要最少限度のものに縮小し、長期入院をなくしていくべきとするB規約や拷問等禁止条約の委員会の要請にも応じることができていません。むしろ国連からの要請に逆行していること批判を受けることになってしまっている。

今回の法改正が小さな一歩であるとしても、それが向かっていく方向を誤ることがないように、市町村長同意の実態調査なども実施して、多くの国民の納得を得られる法改正を行っていただきたいと思ひます。

○三ツ林委員長 ありがとうございます。(拍手)

以上で参考人の方々の御意見の開陳は終わりました。

○三ツ林委員長 これより参考人に対する質疑を行います。

質疑の申出がありますので、順次これを許します。川崎ひでと君。

○川崎委員 おはようございます。自由民主党の川崎ひでとです。

本日は、初めて参考人質疑をさせていただきました。こうして参考人の皆様には朝早くから御参加いただき、本当にありがとうございます。この障害者総合支援法は大変多岐にわたる分野

でございます。様々な観点から御見解を聞かせていただきました。本来であれば、皆様全員に質問させていただきたいところではございますが、質問の時間が限られておりますので、要点を絞って質問をさせていただきたいと思ひます。どうぞよろしく願ひいたします。

まず初めに、岩上参考人にお話を聞かせたいでございます。

今回の障害者総合支援法の改正では、地域で暮らす障害者の支援を強化するというのが目的だと理解しております。精神障害者の支援については、福祉からの支援と、そして医療、保健からの支援、この両方が大事であるというふうなお話であると思ひました。

今回の法改正の意義、特に福祉の関係者にとつてどのような意義があるのか、岩上参考人のこれまでの実績に照らし合わせて、御見解をお聞かせいただければと思ひます。

○岩上参考人 御質問ありがとうございます。

今回、法改正、総合支援法と精神保健福祉法ということだと思ひますけれども、まず、基盤として、市町村に精神保健を位置づけるということは非常に重要なことだと思ひます。それが今まで位置づいていなかったのかというふうに思われるかもしれませんが、適切には、法的には位置づいてございませんでした。今回、精神保健法で精神保健として位置づけて、その中で市町村にも努力規定を課したということは非常に重要なことだと思ひます。

先ほども申し上げましたように、様々な課題、引きこもりであるとか自殺であるとか生活困窮であるということ、それに対して福祉としては対応をしております。しかし、それから出てきたことに対応するということになるので、基盤としての精神保健、そして地域保健の中の精神保健として位置づけることは非常に大きなことで、その保健と福祉が連携をしていくということが非常に重要なことだというふうに考えています。以上でございます。

○川崎委員 ありがとうございます。引き続き岩上参考人にお伺ひいたします。

地域で生活するためには、グループホームや、あるいはそこから独り暮らしして例えばアパート暮らしをするなど、いろいろな形があると思ひます。私自身も、自身の地元からお話を伺ひますと、独り住まいをしようとかみ屋敷になってしまふ、又は近所においてトラブルを起こしてしまふ、だからグループホームを選びましたなどといったような御意見もありません。

長年障害者の地域生活を支援されてきた御経験から、グループホームが果たしていくべき役割や、地域生活を送る精神障害者等への支援の在り方について、改めて御見解をお伺ひいたします。

○岩上参考人 ありがとうございます。

グループホームは非常に重要な機関だと思ひます。先生方にも育てていただいたというふうな認識をしています。選択肢としてグループホームがあり、そこで暮らしていくということは、非常に重要で

あとは、独り暮らしをただ目指したいという方もいらっしゃるわけですから、そこを支援する必要があります。独り暮らしをした場合、非常に心配であるという御懸念がございますが、これについても、前回の総合支援法の改正で、自立生活援助というサービスをつくっていただきましたので、自立生活援助は、御本人がどのような生活をするか自分らしく生活できるかということについて適切にアセスメントして支援を組み立てるといふ、大変重要なサービスをつくっていただいたと思ひます。それも利用していただくということになります。

また、前回の報酬改定でピアサポートという位置づけをつくっていただきまして、当事者が当事者を支援するという枠組みをつくっていただき、全国で研修が今行われているところでございます。そうした当事者同士の支援も活用いただく、自分がどういう暮らしをしていくのかということが非常に分かりやすくなると思ひます。

以上でございます。

○川崎委員 大変分かりやすい御見解、ありがとうございます。

引き続きまた岩上参考人に質問になります。

今回の改正法案において、基幹相談支援センターや地域相談支援拠点の設置が努力義務になったということは、私も非常に大きいことだと考えております。現在では約五割の自治体がこの支援センターや拠点整備などができている状況でございますが、言い換えれば、できていないところが五割ある。

このできていないところの御意見を聞くこと、実は、こうした法律で明文化されていないから、地方自治としても予算が取りづらいんだ、だからこそ、今回こうして明文化されることには大変意義があるというふうに御意見もいただきました。

一方で、もう一つの懸念点としては、しっかりと予算措置ができて人員が確保できるのか、これが各自治体共通の言葉として出てきました。この分野においては、経験や知識に加えてコミュニケーションスキルの高さが必要になるのではないかとこのように考えております。

そうした点においては、なかなか人材確保というものに本当に苦労すると思います。是非、この人材確保あるいは人材の早期育成という観点から、もし御見解があれば教えていただきたいと思っております。

○岩上参考人 ありがとうございます。

確かに、委員が御指摘のとおり、人材を確保するというのは非常に重要な課題だと思っております。少子化もございまして、福祉人材がなかなか集まらないということもございまして。

福祉は、ふだんの暮らしを福祉と申しますので、ふだんの暮らしの実践者は市民の皆さんですから、必ずしも従来福祉を勉強した方だけでなく、地域で暮らされている方では是非福祉に携わりたいという方にも参画をしていただきたい、そういう仕組みも必要ではないかと思っております。先ほど御指摘ございました基幹相談支援セン

ターというのは、地域の相談支援体制をつくる機関になって、相談支援も、育成にも協力していくという形になりますので、是非いろいろの方に参画していただきたい、子供たちにも福祉に身近になつていただきたいと考えています。

以上でございます。

○川崎委員 ありがとうございます。

時間も差し迫ってまいりましたので、次は藤井参考人にお話を伺いたいと思っております。

入院者訪問支援事業についてです。

入院者訪問支援事業として、患者の体験や気持ちを丁寧聞くということが今回盛り込まれております。これによって、病院に入院される患者は具体的にどのような支援を受けることができるのか、また、入院患者にはどのようなメリットがあるのか、この二点について、今回の法定化に当たり、研究班の代表として御検討に携わられた立場から、具体的に御紹介をいただけますと幸いです。

○藤井参考人 御質問ありがとうございます。

今回、入院者訪問支援事業が法制化、法案に盛り込まれたということで、今御指摘のとおり、傾聴、入院されている方のお話を十分に聞くということや、誠実に対応すること、あるいは情報提供をしつかり行うということが盛り込まれているかと思っております。

それによって、入院されている方、先ほど意見陳述の中でも申し上げましたけれども、特に精神科の病棟に入院されている方は、多くの方が閉鎖空間に入院することになります。そうしますと、おのずと外部と遮断された状況になりますので、いかに病院の職員の方が丁寧な話を聞き、真摯に支援を行っているか、やはり疎外感を感じてしまったり、孤独感を感じてしまったり、少なからずあるというふうに考えられます。実際、そのような声が多く寄せられています。

実際のところは、病院の職員がそのような話をしっかりと聞いて情報提供を行う、それをすればいいのではないかとこのように考えられる向きもあるかと思っております。

るかと思っておりますけれども、先ほど申し上げましたように、実際に支援をする側とされる側とは立場の違いもありまして、支援をされている側からすると、なかなか言い出しにくいことがあったりとか、特に強制入院をされている場合には、医療従事者の方に気持ちを聞きにくいような状況にあることもございます。

そのような場合に、外部から第三者的な立場の方が来てくださって、違う立場で話を聞いてくださることによって孤独の解消であるとか、しっかりと話を聞いてもらう、外部の方から大事にされるという経験から自尊心の回復というものが期待されるというふうに考えます。それによって本人が元々持っている力を引き出して、いわゆるセルフアドボカシーと申しますけれども、そのような力を引き出すことによって、御本人が自ら自分の言葉で医療従事者の方に自分の意見や気持ちを伝えたりしやすくなるというような効果が期待されるのではないかとこのように考えております。

○川崎委員 御説明ありがとうございます。大変分かりやすいお言葉で説明をいただきました。ありがとうございます。

引き続き藤井参考人にお伺いいたします。

今回の法案では、メンタルヘルスに関する相談支援を身近な市町村で受けられるような改正法が、盛り込まれております。

市町村では、子育てや介護、生活困窮等、各分野の相談支援が現在行われておりますが、メンタルヘルスに関する市町村の取組の重要性について、こちらも、研究班の代表として地方自治体のメンタルヘルスの相談支援について御検討に携わられていた立場からお話を聞かせていただければと思っております。

○藤井参考人 御質問ありがとうございます。

この点につきましては、先ほどの岩上参考人からのお答えに重複するところもございまして、市町村では、今御指摘のように、母子保健でありますとか、生活困窮者支援でありますとか、高齢者の支援でありますとか、ライフステージに

沿ったような形で、様々な生活課題についての支援が、支援体制が今構築をされております。さらには、改正社会福祉法の規定に基づく重層的な支援体制整備事業のようなものも行われつつありますので、そのような形で住民支援が行われていますけれども、その中で、非常に重要な視点として、メンタルヘルスがございまして。

これは、どなたでもメンタルヘルスの不調を抱える可能性があるということ、さらに、生活上の困難、生きづらさとメンタルヘルス不調というのは非常に密接な関係がございまして、例えば、経済的に困窮すれば誰でも精神的な不調になるというのには非常によく経験されることだと思っておりますし、想像に難くないと思っております。ですので、生活上の課題とメンタルヘルスの支援というものは切り離して考えること自体が難しい、それは無理であるということですので。

これは、保健師さんの活動を思い浮かべていただければ非常によく分かると思うんですが、市町村の保健師さん、家庭を訪問されたりとか、様々な支援の中で、赤ちゃんと御高齢者の方まで世帯ぐるみに支援をされているわけです。その中で、メンタルヘルスの課題というのは必ず出てまいります。ですので、現時点でも、市町村の職員皆さん、特に保健師の方々は、精神保健の支援だと明確に意識をしないままにメンタルヘルス支援を行っている状況だと思っております。

ただ、状況によっては、メンタルヘルス支援が、専門的な支援が必要とされる場合がありまして、その場合に、なかなか保健師の方が精神医療の専門職に相談ができなかったり、あるいは必要な連携が取れなかったりというような状況もございまして、生活に密着した課題であるメンタルヘルス支援を市町村の業務としてしっかりと位置づけることによって、そのような住民支援の質の向上でありますとか、様々な支援の制度のほごまに陥るような方がこぼれないようにするというふうな効果も期待できるというふうに考えております。

るということはあり得ると思えますけれども、その検討会で反対意見が出ていたにもかかわらず変わらなかった理由をどのようにお考えでしょうか。また、これ以外にもそうしたことがあったかどうか、また、桐原参考人以外にも異議を唱えたメンバーがいらっしゃったかどうか、伺います。

○桐原参考人 変わらなかった理由ですが、どうも、日精協が自分たちの提案をのまなければ改正させないと言っているからだというふうに聞いています。

ほかにもあつたことですが、陳述でも述べたとおり、医療保護入院の将来的廃止のときがそうでした。将来的な廃止を支持する構成員というのが複数いたのに対して、修正を要求したのは、日精協の構成員、ただ一人でした。

○早稲田委員 それは大変ひどい話だと思えます。これは看過できない問題だと思いますし、また、当事者参画といながら、これが形骸化している、そういう事態はやはり改善をしなければならぬと私は今強く思いました。

そして、桐原参考人はこうした現状をどのように改善すべきとお考えでしょうか。

○桐原参考人 検討会には当事者を入れてほしいというふうにも何度か訴えて、ようやく入ることができました。合意形成に向けて建設的な議論をする場だと思いましたが、実際は、意見を交わし合うことはほとんどと言っていいほどありませんでした。

構成員のほとんどが医療関係者で、当事者委員はたった三人です。その中で意見を言うことは本当にしんどいことでした。さらに、理を尽くして意見を示してきたにもかかわらず、日精協から根拠のない理由で頭から否定され、理不尽さを感じずにはいられません。当事者というのは本当に無力だなと感じました。

現状を改善するためには、国会議員が、日精協を始めとするプロバイダーの意見を一方的に聞いて行動に移してしまうのではなくて、まず、プロ

バイダーに対して、当事者との合意形成を図るのほうどうかというふうに促すことや、そのための場を確保するなど、当事者参画に実効性を持たせるための取組ということをしてほしいなと思つています。

○早稲田委員 ありがとうございます。

当事者参画ということについて桐原参考人から切々と今御答弁をいただきましたが、同じ検討会のメンバーであられる藤井参考人にもこのことについて一点だけ伺いたいのですが、どのような御感想を、この検討会の運びとしてお持ちでしょうか。やはりここところは大変重要だと思いますので、メンバーとしてお答えいただければと思います。

○藤井参考人 御質問ありがとうございます。

検討会のメンバーとして、構成員として参加させていただいております。

今回の検討会は、先ほど岩上参考人からも意見陳述の中でありましたけれども、様々な立場の方が立場を超えて話し合う場というふうにも私も理解をしております。今回の検討会への検討会には当事者のお立場の方二名が参画してくださっていただきました。今回は三名が増えたということと、より当事者の意見が反映されやすい状況になったということも、私も非常に歓迎をした記憶がございます。

先ほど桐原参考人からお話がありましたとおり、桐原参考人を含む当事者の構成員三名の方、それぞれに非常に聞くべきことの多い御意見をいただいたというふうに感じました。

どうしても、まあ、プロバイダーと桐原参考人はおっしゃいましたけれども、医療従事者、福祉従事者、支援を提供する側だけの議論になりますと、当事者が、そのユーザー、実際に支援を受ける側にもかかわらず、支援者側によかれと思つての理屈で制度ができてしまう。そこは変えていかなくてはいけないところでありまして、当事者の方が参画することに非常に意義があると考えた次第なんです。実際に検討会での議論を伺いなが

ら、我々がよかれと思つて考えていたこと、当事者の構成員のお話を聞くと、あつ、そのような考え方もあつたのかと、実際に支援を受ける方はこのように感じておられるんだということを、その場でお伺いして、その都度、考えを改めたり、自分の不明を恥じたりしたようなこともございました。

それらの意見をどの程度反映されたかというのは、なかなか、実際のところ、十分に反映されたとは言い難い部分もあつたかと思ひます。

これは、私が構成員として参加していて、私が出した意見ももちろん全てを採用されたわけではございません。ですので、全て採用されたわけではないというものは構成員全員が感じるところだとは思いますが、当事者が参画してその意見をしっかりと取り入れるというプロセスが、まだこの日本では十分に機能をしていないという側面は否めないかなと思ひます。

これは、検討会だけではなく、この国会の場だけではなく、医療の現場であつたりとか、地域の協議会であつたりとか、様々なところで今、当事者の参画ということが進められていますけれども、そのプロセスというのはまだ発展途上であるというふうに感じております。ですので、いかに当事者の意見を取り入れて、それを政策に反映していくかということ、検討会での反省も含めて、これからもつと検討していかなくてはならないことだと思ひます。

そのためには、検討会であるとかこの国会であるとか、いわばフォーマルな場だけで当事者の意見を聞くというのでは不十分だと思ひます。

臨床現場でもケアサポーターの方の参画というものが進んできておりまして、私どももケアサポーターの方からたくさんのお話を聞いていたと思います。私は研究者の立場でもありまして、私も、研究の場でも当事者の方に参画をしていただいております。非常に有用な御意見をいただいているところですので、様々な場でも当事者の方が参画することを通じて、最終的に、このような、いわゆる平場と

言われるようなフォーマルな場で当事者の方がしっかりと発言をして、それをどのように適切に取り入れていくかということは今から更に進めていかなければいけないと思ひます。

余り答えになっていないかもしれませんが、

○早稲田委員 藤井参考人、ありがとうございます。

深い御考察を教えてくださいました。まだまだ当事者参画が進んでいないことは否めないとおっしゃいましたけれども、その点も踏まえまして、また、皆様の御意見を踏まえて、審議に十分生かしてまいりたいと思ひます。

これで質問を終わります。ありがとうございます。

○三ツ林委員長 次に、池下卓君。

○池下委員 日本維新の会の池下卓です。

本日は、参考人の皆様、早朝から当委員会にお集まりいただきまして貴重な御意見をいただきました。本当にありがとうございます。

また、今回の法案、束ね法案ということでありまして、本日は精神関係の質問が多いと思つておりました。私の方からは、一方、大変重要であります難病についてお伺いをしていきたいと思ひますので、辻参考人の方に御質問させていただきます。よろしくお願ひいたします。

まず、今回の難病法の改正につきまして、原則五年、これを目安にこれまで行われていくということで、関係者の皆さんから大変期待も多かったわけでありまして、実際には七年の歳月というものがかかつてしまいました。コロナの関係といたしても多分にあるかと思ひますけれども、改めて、参考人の方から、今回の法改正の遅れにつきまして、患者さん、そして当事者の皆さんからの御意見、これをお聞かせいただけたらと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○辻参考人 御質問ありがとうございます。

難病法は、その制定の基本理念や基本的認識に従い、また、当時、多くの未指定の患者団体、そ

れから超過負担となっている都道府県、こちらの方からの要請もあって、どちらかといいますと、大急ぎで作った法案という印象もあつたかと思ひます。その意味で、附帯決議ですとか五年以内見直し、こういうものがついたらと思つておりますので、そういう意味で、患者も参加して国民の皆さんの理解を得て作つた法律なので、よりよくしていこうという気持ちは、患者ももちろん、医療者、行政の方にも大変強いものがあつたというふうに考えております。

疾患数も三百三十八まで増えましたし、運用のできる部分では、皆さんが努力していただいて、改善してきたと思うんですけども、今回のポイント、法の改正なしではかなわないものであり、本来力バーすべき部分であるのに力バーできなかった、例えば遡りの部分、また、本来、支援や研究開発に利用すべきだった軽症者の部分を登録証などの、議論を重ねた重要な点を改正する部分と考へておりますので、残念ながら、コロナの影響で二年以上、ひよつとすると三年は延びてしまふのかなというふうに思ひますけれども、何とか速やかに実施していただきたいというふうに思つております。

○池下委員 ありがとうございます。経緯と、そして生の声を聞かせていただきまして、本当にありがとうございます。

政府は、必要があると認めるときはその結果に基づいて必要な措置を講ずるものとするということとで返してくるときもあるんですけども、これを盾に取つて、変えていかない、実際にやつていかないということでは、本当に駄目だと思つておりますので、我々も国会の立場からしっかりとこれを注視していきたいと思ひますので、よろしく願ひいたします。

そして、次に、今回の難病法改正の中身についてお伺いをしていきたいと思ひます。
今日の話にもありましたけれども、医療費助成の開始時期の原則が一月遡り、また、難病を抱える方への登録証の発給など、一見すれば、これ

までの患者団体さんの御要望が反映された形に見えるかと思ひますけれども、一方、やはりまだまだ、実際には、皆様の御要望とずれが生じているんじゃないかというお声も聞かせていただいているところでありまして。その点につきまして、辻参考人の方から御意見を聴取させていただければと思ひます。

○辻参考人 御質問ありがとうございます。

遡りにつきましては、多くの難病が、重症化の際の早期治療を力バーするものとして、例えば、もやもや病などは、すぐに脳内出血が起きてしまふ、早急な手術が必要な場合が多い、こういうふう聞いておりますし、多くの自己免疫疾患では、その症状、重症化した症状を一気に抑えるために、血液製剤ですとか分子標的薬の投与でまずは抑え込むということが早急に必要になります。気になりますところは、やはり、一月間ということとでございまして、遡り期間のところでは、診断確定や重症化や再発などで気が動転している中で、患者や家族が治療とその医療費助成の申請をしなければならぬ、医療機関の診断書、いわゆる臨個票はまだかまだかというふうな、待つている患者の状況を少し理解をしていただければというふうには思つております。そういう点で、一月間というのはちょっと短いなというのが本音のところとでございまして。

登録者証につきましては、今回、マイナンバーカード連携というところがつけ加えられております。この件は、難病対策委員会の意見書にもなく、少しというか、大変不安を感じているところでは、理由は主に三点ございまして、一点目は、国民の皆様が感じているものとほぼ同じと思ひますが、マイナンバーカード自体、それから健康保険証との連携などについて感じている不安と同じものでございまして。

二つ目は、希少な疾患ということで、どうしてもまだ理解がされにくい、差別につながるやすいというものですので、より高度な保護をお願いしたいと思つております。

たいと思つていらっしゃるんですけども、今回は、どのような情報が連携されるのか、どうやってきちんと保護されるのか、説明がなくて、よく分からない、こういう状況です。

三点目は、難病患者は、障害者でもあり、病氣を持つ者でもあります。障害者の方で、例えば手帳のマイナンバー連携をどうするのかという議論が行われているかどうか。それから、他の医療費助成、例えばHIVですとかの医療費助成ですとか自立支援医療、あるいは原爆被害者の医療などをどうするのか等を議論し、そこら辺での議論の上で決めていくのが先ではないか。それに従つて、難病の特性を踏まえてどうするかを決めるべきと思ひますので、そういう意味でも、慎重に進めていただきたいというふうには思つております。

○池下委員 ありがとうございます。

もやもや病のお話もしていただきました。医療費助成について、やはり医療現場のずれ、また生活の現場とのずれというのを感じました、また、マイナンバーカードにつきましても、私も予算委員会の方でもこの安全性について質問させていただきましたけれども、医療における個人情報漏えいについては特に厳格に監視していかないとはいけません。

次に、難病患者の当事者参加についてお伺いをしていきたいと思ひます。
今回の難病法の改正におきましても、患者団体さんからも御意見をいただきながら進めていったと聞いておりますが、一方で、国の重要な医療制度を決めていく際に、当事者である患者団体さんの声が反映されていないというケースも聞き及んでおります。

そこで、辻参考人にお尋ねいたしますけれども、難病等を抱える患者さん、当事者が、具体的にどのような検討会や審議会に参加することに、国の医療政策において効果があるのかというのを一点お伺いしたいと思います。また、そのような

専門的な検討会におきまして、患者さんが当事者として参加されるに当たりまして、準備といひますか、それまでのやり方といひますか、それらの用意というのができていくのかについても併せて、二点お伺いしたいと思います。

○辻参考人 ありがとうございます。

難病対策委員会を始め、ゲノム医療の進展に関する委員会等、難病患者もしっかりと参加できるところはあるんですけども、例えば、最近に限られて傍聴ができることになりましたが、指定難病委員会、指定難病を決める委員会ですね、こちらの方で患者の生活の困難度なども決めていくようにございまして。生活の困難度の議論を医療者だけで決めていいものか、あるいは決められるものなのかというのは素朴な疑問としてございまして。また、先ほども述べましたとおり、地域における障害者関係の協議会、これには障害者の範囲に入つていらっしゃるんですけども、難病患者が入つていない例はほとんど全く聞かない、こういうような状況です。

国の障害者関連の委員会にどこまで参加できているか、ちょっと調べていないので分かりませんが、そういう点からも疑問が少しございまして。

そういう意味では、病氣を持つ者、難病患者に限らずですけども、例えばは中医師ですとか、そういうところにも市民が参加できているのか、まあ労働組合さんなんかは参加しているというところでですけども、患者若しくは市民として参加する必要があるのでないかと強く思つております。

しかしながら、意見を言うべき難病の患者団体は、私どもも含め多くは、人、物、金が貧困でございまして。JPAは、欧米の同様の団体の十分の一にも二十分の一にも満たないという財政規模であります。貧すれば鈍するということと、患者側も成長しなければいかぬというふうと思つておりますが、欧米では、政府が、患者をそのような委員会に出せるように、あるいは研究に貢献できるように育成プログラムをしっかりと立てているとい

うふうにも聞いております。

健全で目の肥えたユーザーがおりませんと、業界は発展せず、例えば衣食住でもエンターテインメントにしても、そのようなユーザーがいなくて他国との競争に負けてしまうところでは他国との競争に負けてしまうところでは必然でございますので、患者、市民参加はもちろんですけれども、そのための土壌づくりにつきまして皆保険制度の中で何ができるのかというところを、国の重要な方針として考えていただきたいというふうに思っております。

○池下委員 ありがとうございます。

医療関係につきましては、やはり科学的な見地からという視点が非常に重要になってくるかと思っております。ただ一方、やはり、障害を持つ方として難病の方といえますのは自分たちの生活があるわけですから、この生活の質の向上を考えるとときに当事者の皆さんの御意見というのは非常に貴重なものになってくるかと思っております。それがなかったら、やはり、仏を作って魂を入れずということにもなりかねませんので、しっかりとそちらの方、御意見を聞かせていただきました。

次に、難病患者の就労環境について、最後、お伺いをしていきたいと思っております。

私もちよつと難病を持っている一人なんですけれども、難病を抱えながらも普通にお仕事を続けておられる方や、また、突然、難病を発症した方も多くいらっしゃると思います。そういう中で、就労環境というのは非常に重要になってくるわけですけれども、難病を抱えられている方がその治療のため一定期間、仕事を休まなければならなかったり、それを理由に希望する部署から異動させられたり、若しくは解雇をされるようなケースはあったりするものなのでしょうか。

私はやはり、雇用側、そしてもう一つ職場の仲間、こういうところにも難病に対する認識と理解というものが非常に重要だと考えておりますけれども、制度面も含めまして、辻参考人から御意見を伺いたいと思っております。

○辻参考人 御質問ありがとうございます。

難病法だけではなくてそのほかの法律にも関係するところですので、いろいろ御調整も大変かと思っておりますけれども、難病患者の就労課題につきましては、前に述べましたとおり、ほとんど解決できておりません。

難病を発症すると入院などをしなければならぬので、会社や企業などにはそこで分かっているわけなんですけれども、そういう場合が多いわけなんですけれども、現状では、病気を隠していらつしやる難病患者さんは約四割に達しております。手帳を持たない患者さんも、難病患者は約半分と言われておりますので、彼らのニーズに合った、利用できる支援制度やそれから支援機関はほとんどないというのが現状です。

法定雇用率への算入は難病患者の望んでいるところで、現在、J E Dさんによる調査も行われていますが、残念ながら、症状が軽いか重いかかわらず、難病患者の就労の一律の困難性の原因は、現状の制度と社会の側にあるのではないかとこのように思っております。

社会に理解されにくい希少な疾患を持つ難病患者が、新卒を含む就職については、法定雇用率が最大の効果を生むと考えておりますが、途中で発症するなど、就労継続については雇用率以外にも有効な方法があると考えています。

これは難病患者に限ったことではなくて、がんなど病気を持つ者全般に言えると思うのですが、例えば病気の休暇、短時間労働、それから治療と仕事の両立支援、この三つだけでも、本人にも企業にも大きなメリットが生まれとを考えております。さらに、この三つと補助金や助成を組み合わせておきますが、企業の任意の取組であるのか、縦割り行政などによって、なかなか推進が難しいところがございます。

同僚や上司はもちろん、経営の方にも自分が病気であるということが伝わっていると、本人の働きやすさというのは格段に上がることが調査で分かっております。病気を隠して無理をして体調を

壊して退職するという話は、本当に今でも絶えません。障害者として、また病気を保持者として、病気を開示して周囲の理解を得て治療と仕事の両立を図って、本人にも企業にもよりよい結果が出るような難病患者の就労支援の制度設計と運用を今後しっかりと望んでいきたいというふうに思っています。

以上です。

○池下委員 ありがとうございます。

非常に状況が分かりました。私も心を打たれるところがあります。まさに治療と仕事の両立を図れるような仕組み、しっかりとつくってほしいと思いますので、どうぞよろしくお願ひします。以上で質問を終わります。ありがとうございます。

○三ツ林委員長 次に、佐藤英道君。

○佐藤(英)委員 公明党の佐藤英道です。

参考人の先生方、本日は、お忙しい中、大変にありがとうございます。

まず、藤井参考人にお伺いさせていただきますと思います。

国連障害者権利委員会の対日審査の総括所見におきまして、障害者の強制入院による自由の剝奪を認める全ての法的規定を廃止すること、精神障害者の強制的な扱いを正当化する全ての不当な法的規定を廃止することなどが指摘されました。このような指摘への受け止めと今後の対応について、藤井参考人の御意見を伺いたいと思っております。

○藤井参考人 御質問ありがとうございます。

この点、先ほどの意見陳述で述べましたとおり、精神科臨床における極めてセンシティブかつ重要な課題であると受け止めております。国連の障害者権利条約の勧告をまつまでもなく、非同意による入院というのは最小限度にとどめるべきというところ、これは関係者の異論がないものというふうに考えております。

私は、精神保健指定医の立場でございますので、非同意入院を行うときの判断をしなければならぬ立場にもあります。

非同意入院の判断をするというのは非常に、シレンマを伴うものでございまして、実際に入院をしたくないとおっしゃっている当事者の方のその意思を覆して、それでもこの方の健康や生命あるいは生活を守るためには非同意入院しかないというぎりぎりのところで、医療資源でありますとか御本人の価値観でありますとか、自分自身の専門家としての判断、あるいは治療の可能性、治療の必要性に關してのエビデンス等を総合的に勘案して判断してはならない、極めて重い判断でございます。

正直申し上げて、できれば非同意入院の判断はしたくないとも思うわけですね。当然、医師であれば、患者さんの同意を得て治療をしたいと思うわけです。ですので、できることなら、可能な限り非同意の入院は減らしていきたいし、そのような局面に至らないように、入院の必要性に至らないような早期の支援を提供できるような体制をつくっていくということがまずは重要だということに考えております。

その上で、先ほど桐原参考人からもお話がありましたけれども、この法改正に係る検討会の中で、医療保護入院の廃止ということが当初出されました。それに関しては、非常に混乱があったと私自身は考えております。

というのは、先ほど桐原参考人がおっしゃっていたように、非同意入院ということと医療保護入院とかがほぼイコールで語られていたというところがあると思っております。実際には非同意入院イコール医療保護入院とは限らないわけなんですけれども、私ども、医療現場で非同意入院の判断をする立場にいますと、非同意入院イコール医療保護入院ということがほとんど固定観念のようにインプットされております。ですので、医療保護入院廃止ということが前面に出たときに、イコール非同意入院の廃止というふうに自動的に捉えてしまう方は多いかと思っております。

その点を踏まえて申し上げますと、私自身は、非同意入院は、時によってはどうしても避けられ

ないことはあるというふうな立場であります。現
行の医療技術でありますとか支援の状況を見て、
非同意の入院以外にはその方の利益を守る方法が
ないという局面は、ここで具体的なケースを挙げ
ることは適切ではございませんので控えますけれ
ども、そのようなケースは臨床現場では多々経験
するもので、先ほど申し上げたとおり、重い判断
であるけれども判断しなくてはならないというの
は、医師としての責任において行わざるを得ない
局面というものはございます。ですので、全面的
な廃止というのは、現時点では、非同意入院です
ね、それは厳しいというふうに言わざるを得ない
と考えております。

ただ、まだまだ削減できる余地はたくさんある
と思っておりますし、そもそも入院に至る前の適
切な支援、その支援体制の構築というものは、ま
だこれも発展途上と考えております。

精神科医療といえば、入院医療に比べると、外
来医療の体制というのはまだ脆弱でございます。
本来であれば多職種で支援をしていくべきような
ところであっても、なかなか多職種支援に対して
診療報酬上の手当てがまだ不十分です。徐々に改
善されてきておりますけれども、例えばケースマ
ネジメントをしつかり行うということが包括的支
援においては重要な点ですけれども、多職種によ
るケースマネジメントを十分に行える体制にはな
いということでありまして、そのような点に改
善の余地もありますし、できるだけ支援を必要と
している人に早期に支援を届けるためのアウト
リーチの体制、そのようなものもまだ不足をして
おります。まずそういう体制をきちんと整備をし
ていくということが必要です。

さらには、今長期に入院されている方の中
には、実際には地域で生活できる方もたくさん含
まれていると思えますけれども、住まいの手当てが
できないであるとか様々な理由で入院されている
方がいらつしやる。それをできる限り解消してい
くということは、引き続き全力で取り組んでいか
なくてはいけないと考えております。

以上でございます。

○佐藤(英)委員 次に、岩上参考人にお伺いしま
す。

ただいまの国連障害者権利委員会の総括所見で
は、精神科病院や入所施設からの地域生活への移
行が進んでいないとして、障害者が地域で自立し
た生活ができるよう政府の予算配分を変えるべき
との指摘もなされているところであります。

このような指摘への受け止めと、今後、地域生
活への移行を更に推進するためどのような取組
が重要と考えているのか、精神障害者の方々の地
域生活の支援に取り組まれている岩上参考人の御
見解を伺います。

○岩上参考人 御質問ありがとうございます。

まず、総括所見についてでございますけれども、
非常に重要な指摘を受けていますので、先ほ
ども申し上げましたように、適切に議論を進めて
いく必要がある。その際に、今、入院されて一年
未満で退院される方が大体九割なんです。ここが
一年に移行しますので、その部分の対応もきち
んとしていかなければいけないということ、病
床の在り方等も議論が必要だということに認識し
ています。

また、今御質問いただきました、施設や病院か
らの地域移行についてどこに力を入れるべきかと
いうことについては、今回、地域生活支援拠点で
コーディネートターを配置して地域移行に携わると
いった方向性が示されておりまして、そこは非
常に重要だと思っております。

私は、精神障害については肅々と地域移行は進
めていけると思っています。そのための手当てを
いろいろ打っていただいている。むしろ、施設か
らの地域移行についてもきちんと議論が必要で、
施設関係者の皆さんは、やはり、地域でなかなか
暮らせなかつた方を幸にするのが自分たちの使
命だというふうな認識をされておりますので、そ
の辺りは、その中で、地域で暮らすことを望んで
いる方がいるということ、施設にも地域移行を
進める職員を配置し、地域の側でも拠点にコー

ディネーターを配置して、ここが連携することに
よって地域移行を進めることができる。そのため
には、先ほど申し上げましたように、財源的な措
置も必要ではなかるうかと考えている次第でござ
います。

以上でございます。

○佐藤(英)委員 次に、難病関係について辻参考
人にお伺いします。

本法律案においては、医療費助成の基準を満た
す指定難病患者さん等について、医療費助成の開
始時期が、申請日から、重症化と診断された日に
前倒しをされます。

まず、医療費助成の開始時期が前倒しされるこ
とについて、患者さん方の受け止めについて、辻
参考人のお考えをお聞きしたいと思います。

それからもう一問、本法律案におきまして、指
定難病の患者さんや小児慢性特定疾病の児童の皆
さんたちがデータベースに臨床データを登録した
際に、地域における自立した日常生活の支援のた
めの施策を円滑に利用できるようにするために都
道府県などが登録者証を発行することとしており
まして、登録者証の交付対象者は、指定難病患者
については軽症者も含めて全員を対象としており
ます。登録者証が普及することで期待される効果
や交付対象者の範囲について御意見を伺いたい
と思えます。

また、データベースについては、法的根拠を新
設し、医療費助成の申請をしていなかった軽症の
指定難病患者についてもデータベースに登録すること
としております。このデータベースが充実すること
で期待される効果について、辻参考人の御見解を
伺いたいと思えます。

○辻参考人 御質問ありがとうございます。

まず、前倒しにつきましては、先ほど申し上
げましたとおり、非常に濃厚で高額な治療をやっ
て早期に重症化を抑えていくというところは、医
療従事者につきましても患者につきましても同じ
ような認識を持っております。そういう意味で
は、すぐに治療開始できる。例えば血液製剤など

ですと、一回の治療に百五十万くらいかかるとい
うことになりまして、そういう意味では、そこ
でちゅうちょをさせないという意味でも、是非、
確定診断が助成の開始時期となるようにお願い
したいと思っております。

実際に、私も娘のときに、全身性エリテマトー
デス、大分腎臓をやられまして、すぐにパルス
を行わなければいけないということで、すぐにパル
スを行ったわけなんですけれども、当然臨個票は
後から出てくるわけで、当初の助成は全く間に合
いませんでした。そういう意味でも、遡っていた
だくことは非常にありがたいですし、法の趣旨に
かなっているというふうに考えております。

一か月というのが適当かどうか、これについて
は、省令で決めるということですので、更に議論
をしていただきたいというふうには思っており
ます。

続きまして、データベースの登録につきまして
ですが、今回、今まで医療費助成を受けていな
かつた者も登録される、登録できるということ
でございますが、実は、難病法が成立して三年経過
措置ということで、今まで医療費助成を受けて対
象になつていた方がどなたでも一応継続するとい
う形の経過措置が取られました。その三年後、どう
なつたかといえますと、約十五万人ほど受給者が
減っております。

要するに、軽症で重症度基準に満たなかつた方
たちが約十五万人以上、新規の方が毎年五万人ぐ
らいいらつしやいますので、予想としては二十万
人ぐらいがそこで抜けているわけです。その方た
ちが重症化した際の利用の迅速性、それから、そ
の方たちのデータベース、医療データが全く活用
されなくなつたというところは、福祉の点からも
医療の点からも、非常に残念なことだというふう
に思っております。

今回、そのような方が是非登録いただきまし
て、医療の、特に重症化を抑える、あるいは根治
療法につながる軽症者のデータを活用できるとい
う点は、非常に医療側としても評価が高いという

ふう聞いておりますし、さらに、最後の御質問がございましたけれども、登録することによって福祉のサービスが非常に利用しやすくなる、あるいは、今ある制度だけではなくて、官民含めて登録者証による福祉サービスが広がるということも期待できますので、そういう点につきましても、是非患者側も協力して、データベースへの登録、それから登録者証発行への協力をしたいというふうに考えております。

以上でございます。

○佐藤(英)委員 貴重な御意見、ありがとうございます。

終わります。

○三ツ林委員長 次に、田中健君。

○田中(健)委員 国民民主党の田中健です。

今日は、参考人の皆さん、朝からありがとうございます。

早速質問をさせていただきます。

まず、桐原参考人に伺いたいと思います。

今回の障害者権利条約に基づく国連の総括所見では、精神保健福祉法に基づく強制入院や無期限の入院の廃止という勧告が出ています。この精神保健福祉法に基づく入院についてはどのように改善していけばよいと思っておりますか、検討会に出られて、また、対日審査にも参加をした当事者の立場からお聞きをさせていただきます。

○桐原参考人 精神科医療は一般医療から隔離された政策体系に位置づいており、その中心に精神保健福祉法が存在しています。このような政策構造を変更させずして精神保健福祉法のマイナーチェンジを繰り返しても、問題の解決にはならないと考えます。

例えば、精神科医療は地域医療構想や病棟機能報告制度の対象外とされていて、新型コロナウイルス感染症対策をめぐっては、一般医療との連携ができずに、多くの、市中感染の六倍の死者を出すに至りました。地域医療構想と病院機能報告制度は医療の可視化に資するものですが、精神科病院こそ最も求められている科の一つではないかと

思います。

入院制度については、非自発的入院だけではなく、任意入院も極めて問題があります。任意入院は長期入院の温床となっている嫌いが否めません。

任意入院は、精神障害者本人の同意による入院とされていますが、任意で入院しても、任意で退院できない制度となっています。任意入院できないけれども入院の必要性がある人は医療保護入院、同意をしたら任意入院、同意をしなければ医療保護入院と、結局は入院することになるわけです。そのため、実態としては、任意と称して事実上の強制的な入院のようなケースも散見されます。むしろ、医療保護入院のようなチェック機能が存在しないため、半ば無法化しているような状態の病院もあります。中には、任意での入院が長期化している病院や、八割が死亡退院というような病棟もあります。一般医療での自由入院とは性格が異なる制度ともなっています。

○田中(健)委員 ありがとうございます。

精神福祉法の課題、これは委員会の中でも議論をしておりますけれども、その現実、また、今、任意入院の現実についても、また課題についてもお聞かせをいただきました。しっかりとこれについても議論していきたいと思っております。

引き続きまして、桐原委員にお聞きしますが、医療計画と障害福祉計画について、今回の国連からの障害者権利条約の勧告を踏まえ、この医療計画と障害福祉計画、どのようにこれを反映させていけばいいのか、当事者の立場からまたお聞かせいただければと思います。

○桐原参考人 国連からの勧告を実現するには、精神障害を理由として、精神障害者だけを切り離して特別な枠組みで扱うこととしている精神保健福祉法の廃止が前提となります。このことを確認した上で進める必要があると考えます。

医療計画と障害福祉計画の話が出ました。この関係は、障害福祉計画が、いわば、岩上参考人からも話があったように地域移行とかそういう出口

の部分なのに対して、医療計画は、入院していく人たちの病床とかを定めています。入口のものと言ってもいいと思います。

医療計画には、精神科医療を一般医療と同質のものという位置づけで基準病床算定式を定めて、地域医療構想によるダウンサイジングを行い、非同意入院のゼロ化に向けて指標例を定めるべきであると考えます。

障害福祉計画は、総括所見に書かれた漸進的措置に関する勧告の内容について、具体的な数値目標を掲げていくような形が望ましいと考えます。精神障害の場合は、一年以内退院を九二%とする目標値が現行の計画に立てられています。言い換えば、新規入院者の八%が長期入院になるという計算ということになります。十二人中一人が一年以上長期入院するという目標値、これは見直されるべきだと思います。

より積極的に病床を削減して地域移行を進めるとともに、訪問系サービスを充実させる必要があります。特に、長期入院の見守り介護が可能な重度訪問介護を精神障害者にも利用しやすくすること、精神科病院に入院中でも申請や利用を可能にするのが求められます。

それから、障害当事者として、ピアサポートの活動が重要であると考えます。研修のシラバスなどをブラッシュアップしていくを通じて、多様なピアサポート活動が評価されるようにしていくことが望ましいと考えます。

○田中(健)委員 ありがとうございます。

精神科病院の病床数の話も出ました。これが多いことは大変に課題であるということは、もうこの委員会でも議論が出ていますし、国内外からも批判が出ています。

そこで、今度、池原委員にお伺いをしたいと思うんですが、先ほど医療保護入院の話がありました。今回、家族同意なしでも市町村で入院の判断ができるということでありまして、弁護士会としましては、これが適用拡大につながるんじゃないかということを御提言いただきました。

これは前回の委員会でも議論になった話であるんですが、大臣は、医療保護入院が増えるとは一概に言えないと、一言この答弁をしました。

私は、この根拠は何なんだろうということですが、後の委員会でも質問をしたと思うんですが、先ほどお示しいただきました、精神医療審査会のチェック機能が働かないと。さらには、市町村同意においても不同意になった数というのは把握していないと厚労省は言いました、更に言えば、入院患者に対する面会、これによってどのような変化が起き、退院につながったのか、こういった各自治体や市区町村のデータもないと。それにおいて一概に増えると言えないという発言が、私はとても整合性もないし理解ができないと思っておりますが、これについて、池原参考人として、どのように御理解し、また課題があると思っておりますか、お聞かせください。

○池原参考人 御質問ありがとうございます。

資料でお配りしてありますように、市区町村長同意というのはとかく形骸化しているということが古くから指摘されているところで、その後、ここ数年間の調査というのは正確にはなされていないので、いわば、家族が同意できない場合に市区町村長の同意を代用するというか、そういうことにすることが立法事実として妥当なのか、許されるのかということ、今のところ分らないということになってしまっている。

だから、そこはやはり、しっかりと制度をこれからつくっていくのであるとすれば、基本的には厚生労働省なりでその前提事実をしっかりと調べて、市区町村長に委ねても十分制度として適正に運用できるという前提が確保できて初めてその改正が認められるということになるでしょうし、あるいは、市区町村長の同意が形骸化しているという事実が分かっただら、むしろ、じゃ、どうすれば形骸化しないような市区町村長の同意の関わり方ができるのかということを考えるべきだと思うんですね。

ただ、この医療保護入院について、医療者以外

の人の、家族なりあるいは市区町村長なりの同意というものを要件に加えるべきかどうかということについては、前回の法改正のときに議論があつて、むしろ、保護者、当時は保護者制度でしたけれども、保護者の同意を撤廃すると。要するに、医療者でない人の同意ということを前提条件として医療保護入院を運用するという制度を大幅に変えていくという提案が、厚生労働省の検討会でもなされたところです。

そのためには、逆に、同意要件が抜けるわけですから、要件がある意味では緩んでしまうので、では、どうするのかというと、理想的には、措置入院と同じような形で指定医二名の判断を大前提にするというのが一つの考え方でしょうし、あるいは、入院期間を極めて限定されたものにする。今回の改正案では更新ができてしまうので、形の上では限定しても実質的には自動更新になってしまうという危険性が高いわけですね。だから、そういう形で医療保護入院の枠組みを狭めていくというような工夫が必要だと思います。

以上です。

○田中(健)委員 ありがとうございます。

もう一点お聞きをいたしますけれども、この精神科病院の病床数の中には、今言いました医療保護入院とともに医療観察法に基づく入院もありません、この議論はまだまだ、なかなか議論が進んでいません。病床数においても当初の規定よりも増えているというのが実態でありまして、これが今減らしているという中であつて、現状は逆行しています。

この理由を含めて、医療観察法における見解とこの理由をお聞かせいただければと思います。

○池原参考人 ありがとうございます。

御指摘の医療観察法という制度も、措置入院、医療保護入院と並んで強制入院をつくっているわけ、これはやはり権利条約の観点から再検討するというのが非常に重要だと思います。

ところが、残念ながら、先生御指摘のように、医療観察法における入院病床は増え続けている、

入院者が増えているという実態があります。これがなぜそうなのかということについては、いろいろな要因があると思うんですね。

私が一番大きな要因であるというふうに思っておりますのは、退院することが困難になっていく方が少なくないという、困難なというか、別の言い方をすると、病院に滞留してしまう人がいらつしやるわけですね。

当初の、制度をつくるときは、十八か月で退院ができるようにする、一年半で治療が終わつて地域に戻るというモデルで制度を構築した、それを前提にして病床数を考えたわけですけども、実際には、やってみると、十八か月で退院できるという人はむしろ少数派で、平均すると、大体その二倍近い三十数か月は、平均の在院日数になっているわけですね。ですから、病院に残っていくという人が多いので、結局は、病院のベッドがより多く必要になるということになると思います。

この病院に残ってしまう人がどうして発生するのかということ、やはり一番大きな理由は、一般の精神科と同じ、いわゆる社会的入院という現象が起こつているということですね。結局、退院した後に地域で生活する場所とか、あるいは地域で支えてくれるネットワークとか、そういうものが十分に供給されていないので、絶対量としてそれが利用しにくいということがあります。

さらに、残念ながら医療観察法の退院者という方にはある種のスティグマが貼られてしまつて、その地域で生活を支えるには特段の何か配慮をしないとできないのではないかといい、ほかの、医療観察法以外の入院者の方に比べるとそのハードルが高いということがありますね。

それからさらに、三番目は、医療観察法はかなり制度的な枠組みが、何と云うんですかね、融通が利かないところがあつて、例えば、入院している人の退院先というのは、基本的には、対象行為

を行つた場所とかでなければならぬということになつてしまつて、そうすると、退院先の地域を自由に選ぶということができないわけですね。ですから、その地域の中にグループホームなり、あるいは日中活動の場所なりが少なかったりなかつたりすると、とても難しいことになりまして、まして対象行為を行つた地域住民の人は、あの人が帰つてくるのは困るみたいなことを言われる方もなくはないので、なおさら退院が難しいということになります。

更に言うと、医療観察法の退院というのは、裁判所の許可が必要なのわけですね。裁判所の許可というところ、裁判所に申し立てても数か月の時間がかかるわけですね。ところが、地域の側で、じゃ、退院したらグループホームで受け入れますよと言つても、裁判所の三か月後の判断までそのグループホームの部屋を空けて待つていふということではできないわけですから、裁判所の退院許可の申立て手続をしている間に入らなかつたグループホームの部屋がなくなつてしまつて、結局、やはり退院できないというふうなことも起こつてくるというふうなことがあります。

最後にもう一点だけ申し上げますと、入口が広がつているという点がありまして、元々、医療観察法がスタートした頃は、入院処遇というのは全体の六割ぐらいだったんですけども、今七割を超えているんですね。だから、裁判所の判断も、原因はよく分かりませんが、入院に傾いていて、入つてくる人が多くて、出ていく人が少ないというのが一番の原因だということになると思っています。

○田中(健)委員 ありがとうございます。

済みません、最後、一問だけ藤井参考人に伺います。

先ほど入院訪問支援事業のお話がありました。傾聴するということ、孤独感、自尊心の低下の軽減というお話がありましたけれども、これは、入院者の人権を守るアドボケートの制度というふうな理解をしてよろしいでしょうか。最後、お願

いします。

○藤井参考人 御質問ありがとうございます。まさにアドボケートの制度と私は理解をしております。入院者訪問支援事業でアドボケート全てをカバーするものではないと思いますが、アドボケートは一定程度カバーするものと考えております。

もちろん、まだまだ課題はございまして、例えば、今回は市町村長同意の方中心ということになつておりますが、もちろん、それ以外の入院の方を排除するものにはなつていませんけれども、当初はかなり限られた方に対しての制度になつてしまつたということがございますが、本来、このアドボケートというのは入院されている方全員に届くべきものでありますので、今後は、支援員となる方の養成であつたりとか、制度を運用していきながら、よりよい制度にしていきつつ、全ての方に普及していくということが必要だということに考えております。

ありがとうございます。

○田中(健)委員 参考人の皆さん、ありがとうございます。

以上で質問を終わります。

○三ツ林委員長 次に、宮本徹君。

○宮本(徹)委員 日本共産党の宮本徹です。

今日は、五人の参考人の皆さん、大変貴重な御意見を賜りまして、ありがとうございます。まず、辻参考人にお伺いしたいと思います。

先ほど、お話を、登録者証がマイナンバーと連携することについて不安があるということをおっしゃつておられました。具体的に、どういうリスクがあるという懸念があるんでしょうか。

○辻参考人 御質問ありがとうございます。

いまだ詳細については、厚生労働省の説明を受けておりませんので、ちょっと分かりかねるところもあるんですけども、一番患者の声で多いのは、やはり個人情報のところ。疾患名でありますとか、あるいは症状の状況等がどういふふうになつていくんだろうか、つながらないんだろうか

かというところが心配の声として上がっておりま
す。疾患名を聞いただけで、例えば、行政の担当
者はそうではないかもしれませぬけれども、支援
機関の方は、聞いたことがない難病だ、病気だ、
私たちはどうしていいのかわからないとか、そう
いうような反応につながるのではないかと、あるい
は、それがもし漏れてしまったらどうすればいい
のか等々、自分の疾患名若しくは症状についての
保護のところが非常に気になっているということ
ろが、患者の個人としては多いように感じており
ます。

また、先ほども申し上げましたように、障害者
の方々とか、あるいは他の医療費助成を受けてい
る方々とのバランスといえますか、そちらの方で
大枠も決まっていなくて、何で難病なのという
ところは、難病の患者団体の方から声は上がって
おります。非常につけやすいところからどんどん
つけていくというような方法もあるかとは思って
すけれども、そうではなくて、健康保険証との
連携についても、国民の間で、できるだけ丁寧な
説明が必要ではないかというような声が上がって
おりますので、それ以上に配慮をしていただきた
い難病関係の情報でございますので、是非丁寧な
説明と、それから慎重な運用をしていただきた
いというふうな思っております。

以上です。

○宮本(徹)委員 ありがとうございます。
続きまして、今度は辻参考人以外の四人の参考
人の方にお伺いしたいと思っておりますが、医療保護入
院の市町村長同意というのが形骸化しているとい
う指摘が先ほどあったわけですが、今回それ
を、ある面、拡大していくということになるわ
けですけれども、この点について、どういった懸念
があるとお考えなのか、四人の参考人それぞれ
の方にお伺いしたいと思います。具体的にどうい
う問題が起き得るのか。

○藤井参考人 御質問ありがとうございます。

先ほどから話題になっておりますとおり、市町
村長同意に関しては、本来であれば、事務処理要

領に基づいて、市町村の職員が入院者を訪問する
などして状況を把握するということが求められて
いるわけなんですけれども、現実には、なかなか
そのような適切な対応がされていない現実がある
というふうには伺っております。ですので、これ
をしつかりと、市町村長同意になった方に対して
市町村が状況を把握していく、訪問して御本人と
面談をし、本当に入院が適切なかどうか、ある
いは退院後の支援も含めて対応していくというこ
とが本来求められていると思っております。

ただ、現実問題として、市町村のマンパワーを
考えたときに、そこまでできるものであろうかとい
うのは非常に懸念はするところではあります。で
すので、そこは、市町村長同意の要件を広げてい
くには当たっては、市町村がしっかりと本来求めら
れている対応をできるような何らかの措置が必要
であるというふうな考えます。

市町村長同意の要件の拡大に関しては、私
どもの研究会で、調査の一部ですけれども、御家
族と御本人の利害関係があり、例えば御家族から
何らかの暴力であるとかDVの被害を受けている
方であっても同意者に今現状ではなれるというこ
とが問題であるというような意見が多数寄せられ
ておりましたので、現状のままの運用ではかなり
厳しい側面もあるかと思っております。法改正自体
に関しては私は賛成する立場ではございますが、
今申し上げたような、本来の市町村の役割が取れ
るようには何らかの対応をしつかりとしていくとい
うことは必須であろうというふうな考えでござい
ます。

○桐原参考人 今回改正される予定の、家族等が
不同意の意思表示をした場合とか、そういった場
合については市町村長同意になるわけですが、こ
れは今までなかった市町村長同意の層をつくり出
すわけなので、医療保護入院が増えていくのでは
ないかということ懸念しております。

また、この制度は家族会からの提案でできた
というふうな話なのですが、少し文脈がありまし
て、家族会の方々は、医療保護入院の廃止をまず

第一に主張なさいました。その上で、廃止しない
のならせめて家族の負担を減らしてほしいという
ことで、あくまで廃止を前提に、廃止までの間こ
ういった形でというふうな話でした。

ただ、医療保護入院自体は、医療保護入院の市
町村長同意に関しては形骸化しております。例
えば、具体的な話なんですけど、なぜか市町村長同
意のなかから家族がいて、その家族が入院
させているような状況になっていて、ただ同意
者は市町村長、家族が退院に反対するので病院と
しては動けなくて、市町村長同意のままずっと続
いている、そういうようなケースがあります。

さらに、そういったケース、何件か知っている
んですけども、そのうちの二つ、後見制度を
使ってそれで退院させるというような話が出て、
後見制度の申立てをしたんですけども、後見人
がちょっと外れというか、退院に対して余り意欲
的じゃない人で、結局入院を迫られてしまったま
たいな、そういったケースも相談を受けていま
す。

なので、この改正の流れというのは、とにかく
廃止するということであればという括弧つきのも
のであったわけであって、それまでの間の制度と
しても、これは医療保護入院を拡大してしまうの
ではないかという懸念は拭えないなと思っていま
す。

○若上参考人 御質問ありがとうございます。

私は、今回の医療保護入院については、従前よ
りは適正化されるという立場でございます。

懸念していますのは、入院者訪問支援事業とい
うのは非常にいい事業だと思っております。元々私
も手がけさせていたいただいて、日本精神科病院にも
調査研究をしていただいて、その後、藤井参考人
の方で様々な意見を取りまとめたという話になり
う経過がございまして。ただ、この事業が都道府県
の事業としてスタートする関係で、適切に予算措
置をして体制を整えていただきませんと、医療保
護入院患者に入院訪問支援事業が入れないという
事態が生じますので、まずはこの事業を適切に行

うことよって、従前、医療保護入院者に速やか
に市町村が会いに行っていないかだったのでないか
という懸念を払拭する絶好の機会にもなりますの
で、この事業をきちんと都道府県で実施できるよ
うな措置をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○池原参考人 ありがとうございます。

市町村長同意については、先ほど日本精神神経
学会が調査した結果を資料としてお配りしたとお
りで、形骸化してきて、さらに、人口の問題とし
て、同意の問題として形骸化しているというだけ
ではなくて、自ら入院に同意してはいるながら、市
町村の職員が患者さんに適切に会いに行くとい
うことが極めて乏しい、半年に一回会っているとい
う人が一、二%しかないという報告です。

ですから、ここについては、もし市区町村長同
意を家族がどうしても同意できない場合に代えて
いくということであれば、まず前提としては、先
ほど申し上げたとおり、その前提事実として大丈
夫なのかというところをしつかり調べていただく
必要があると思っております。

その上で、もし相変わらず形骸化しているとい
うことであるとするならば、じゃ、どうしたらその市
町村長同意をもっと実質化できるのか。例えば、
市町村のどの部署が、どういう担当者がどんなこ
とをするのかとか、ある程度の努力義務なり義務
づけをして、同意した場合はこうしなきゃいけない
とかということをおくことが最低限必要だ
と思っております。

ですから、そうしたものに、家族の負担を
軽減するという側面があるとしても、逆に、で
は、形骸化した同意で入院させられる患者さんの
権利の方はどうなるんだという話になってしまう
ので、そういうバランスを欠いた結果にならない
ようにしていただきたいというふうには思ってい
ます。

○宮本(徹)委員 続きまして、藤井参考人と池原
参考人にお伺いしますが、精神医療審査会が患者
の権利を守る役割を十分果たせていないという指

摘があると思うんですけども、これはどう改善すべきでしょうか。

○藤井参考人 御質問ありがとうございます。

精神医療審査会についてのお尋ねですけれども、私も以前、精神医療審査会の医療委員としてかなり長く務めさせていただいておりましたけれども、常動先がある中で非常勤としての勤務でございます。ですので、どうしても、例えば退院請求、処遇改善請求があったときに、すぐにそれに対応することができていない状況であった、それに非常にじくじたる思いがあったというのを記憶しております。

やはり、全て、忙しい業務を抱える中で非常勤の委員ですので、おのずと精神医療審査会の委員としてできることに限りが出てしまうというような状況ですので、もう少しフレキシブルに動ける委員がいる必要があるのではないかなというふうには考えているところです。

さらに、感じていたところが、書類審査が非常に多く、これは医療保護入院の数が非常に多いこととも関係するとは思いますが、書類審査の数が非常に多く、それももちろん、ないよりはあった方がいいわけなんです、実際に病院に訪問して、患者さん、入院されている方とお話をすると、いろいろな機会が余りないという現実がございいます。これも、委員の数であったりとか勤務に当てる時間が少ないということも関係しているところですので、全体的な強化というものは必要だと思えますけれども、なかなか、実態を私の知る限りで申し上げますと、事務局を担っている精神保健福祉センターもかなり人手不足の中で運営をしているというふうに向っておりますので、全体的に人権擁護にかける予算であるとか人員というものが少ないというのが、医療審査会に限らず問題ではないかというふうに考えております。

人権擁護をしつかりしていくためにはお金が必要であるということは、これはもう事実であると思えます。非常に限られた予算の中で、予算を捻

出すというのが難しいところだと思いますけれども、現に今、強制入院ということが制度としてある以上は、人権擁護がしっかりとされているから強制入院をしてもいいという意味ではございませんけれども、強制入院があるということを前提として、しっかりとした人権擁護の仕組みをつくっていかなくてはいけないというふうに考えます。

○池原参考人 既に御承知かとは思いますが、先生方のお手元にある白表紙の資料の二百七十七ページに、精神医療審査会の審査結果についての統計資料が載っています。そして、入院又は処遇が不適当であるとかいう判断をされているのは毎年多くても5%程度ということで、ほとんどは入院相当の結論になってしまっているということなんです。

これはちょっと二つの観点で考えたいと思いますのは、一つは、現行制度を微調整することで何とかできる部分と、少し長期的にどうしていったらいいかということがあります。

長期的な視点の方を先に申し上げますと、先ほど来何回か出ています障害者権利条約の総括所見においても、パリ原則に基づく人権機関をちゃんとして、そういう意味では、精神医療審査会という知事の下にある審査会という形ではなくて、独立した一つの機関としての人権擁護機関というのを、くることが求められていて、これは実のところ、ほぼ、先進国ではどの国でもある状態になっていて、日本だけがむしろないという非常に寂しい状態であります。

ですから、すぐにつくるのは困難であるとしても、五年、七年という長さの間にはちゃんとしたパリ原則に基づく独立、公正な人権擁護機関といえますか、国内人権機関を通常の先進国並みにつくるということが必要で、それができれば、そこで、精神医療だけにかかわらず、障害のある人やそれ以外の人々の人権を審査する機関として、中立性が保たれたよい制度になると思います。ただ、それまでに時間がかかるので、当面どん

な工夫ができるのかということですが、先ほど藤井参考人からも出ましたけれども、一つは、そこまではつきりおっしゃらなかったかもしませんが、常設化するというのもとても大事なことです。担当委員なりあるいは事務局なりが常にパートタイム的に関わるということで解決できるような問題ではあります。医療保護入院になつてくる人は十三万人ぐらいいますので、この十三万人の人の定期病状報告を精神医療審査会が毎回審査するというのも、ほとんどペーパーワークになつてしまつて、そのペーパーワークさえも、しっかりと読み込むことができないような状態になつているわけですね。

ですから、そういう意味では、本来、悪いサイクルになつちやつていっているんですけども、強制入院者を減らしていけば現状でももう少しとまともな審査ができるということになるのかもしれなくて、そういう意味でいうと、先ほどの医療保護入院の入口を狭めていって、もうちょっと入院者を減らしていきたいと思います。

それからもう一点は、若干、手前みその話で申し訳ありませんけれども、日弁連でも、精神医療審査会に対する退院請求あるいは処遇改善請求という申立て手続について、法律的な権利擁護者という申し立て手続について、いわば刑事手続並みに弁護士がつかうような手続にしていくことを提案しております。実際にそれをやっている福岡県とか弁護士がちゃんと権利擁護者としてついているところでは退院請求の認容率が高いということも報告されていて、私も日弁連としては、できれば、国費による弁護士、精神医療の弁護士ですね、強制的な処遇を受けているわけですから、そういう制度を手続としてしっかりとついでいくということも必要だというふうに考えています。

○宮本(徹)委員 ありがとうございます。
○三ツ林委員長 次に、仁木博文君。
○仁木委員 有志の会の仁木博文と申します。

今日は、参考人の皆さん、お疲れさまでございます。

まず、藤井千代参考人の方に質問があります。日本の今までの精神科、特に医療面でいいますと、薬物療法というのがかなり主流であった結果、実際、最初、精神科にかかつて、今においても、お薬が一つ二つで始まったものが気づくともう十種類になつていて、多剤になつていいます。

皆さんも御案内だと思えますけれども、お薬、特に精神科領域のお薬を飲むといういろいろな合併症が、いわゆる副作用が出てきます。その副作用をまた抑えるためのお薬を飲んで、そういうことも原因とされていきますので、他の、例えば諸外国の状況を見据えながら、より、行動認知療法であるとか、いわゆる作業を伴った療法であるとか、非薬物療法のような治療というのも推進していくべきであるというふうに思うわけですね。結局、薬漬けにして、薬漬けという言い方は悪いですが、そういうふうなことが続いているのではないかと懸念があります。

そういうことに関しまして、先ほども、ほかの診療科のスタッフ、ドクターも含めて連携というのは大切で、私も地元で訪問診療をやつていまして、精神科の先生が首頭を取つて、地域包括ケアの中で、いろいろな患者さんの情報を共有しながら、精神障害をお持ちの患者さんに対応していくという体制、これもやりつつありますが、まだまだ、例えば今までの経緯からいっても、精神科のドクターとそれ以外のドクターとの交流あるいは情報交換、そういった勉強の場が少ないと思えます。

そういう二点のことはどう思いますか。
○藤井参考人 御質問ありがとうございます。御指摘のとおり、精神科に関しては、薬物療法以外の精神療法でありますとか認知行動療法、作業療法、その他の非薬物療法が非常に重要でございます。患者さんによつては、薬物療法は必要なく、その他の治療法が必要である方も多数

いらつしやいますので、薬物療法だけというのは、今の精神科にいらつしやる患者さんの治療を考えたときに、それは不適切であろうというふうに思います。

ただ、問題は、今、外来で診なければならぬ患者さんの数、非常に多うございます。実際に、朝から夜まで外来を行っても、診察できる患者さんの数はおのずと限られてくるわけです。ですけども、精神科受診のニーズは、特にコロナ禍において、若い方も中心に非常に増えているという現状もございます。そのような中で、限られた時間でたくさん患者さんを診察しなければいけないということになると、薬物療法以外の治療法を十分に提供する時間がないという、これは精神科医の多くが抱えているジレンマというふうに言えるかと思えます。

そのような状況を解決する上での幾つか重要なポイントがあるかと思うんですけども、まずは、精神科にいらつしやる患者さん方、精神科医のみで治療を完結しようというということも必要かなというふうに思っております。もちろん精神科医と一対一の診療、薬物療法中心でよくなくていく方もいらつしやいますので、全員とは申しませんが、薬物療法以外の支援が必要なものに関しては、多職種で対応することが必要で、医師の面接がどうしても限られてしまうところを、ほかの方との面接も行うことによって、総合的に診療をしていく、治療を提供していくということができるようにならなければいけないと思えます。

ただ、現状では、外来で、医師以外の、例えば精神科の外来に勤務される看護師さんであるとか精神保健福祉士の方が外来で医師とは別に面接をしたり、連携のお手伝いをしたりということ、実際に行われているんですけども、そこに対しては、評価がつかない、あるいは評価が非常に低いという状況でございますので、なかなか多職種での対応、先ほどケースマネジメントのことも少し触れましたけれども、多職種で、多機関で連携し

て支えていくという体制をまだ取りにくい状況にございます。それは改善していかなくてはいいかと思えます。

さらに、他科の医師との連携でございますけれども、これも今回の診療報酬でこころの連携指導料というものが創設をしていただきまして、他科との連携を促進していくというような方向性も見えてきてはおりますけれども、まだまだ、もちろん不十分で、実際に、日本では、精神科の専門医がプライマリケアレベルの精神科の患者さんを診察しなければいけないわけですけども、G P システムがあるような国では、軽度の精神疾患でありますとかもう安定している精神疾患の方はG Pの方が診療するということになって、精神科専門医はセカンダリー以上の患者さんを診察するということになっていきますので、十分に時間をかけられるわけです。

そのようなことを、諸外国の状況も踏まえて、実際にたくさん患者さんがいらつしやる、そして、精神科医の数は限られているという状況を改善していくような対応を検討していかなくてはいいかと思っております。

○仁木委員 すばらしい御指摘、ありがとうございます。

私もアウトリーチという面で質問しようと思っております。今おっしゃった、いわゆる他の、精神科専門医以外もアウトリーチの一員たる形で、患者さんの例えば就労に結びつけていくような、PSW、作業療法士、そういったことの医療的な側面から支援できるということも今日御示唆していただいた、それはすばらしいなと思えます。

やはり、我が国は、極端に言うと、精神病院があつて、そして、いきなり世の中、社会、家庭がフアーミタインゾーンに人が少な過ぎる。今も精神科の外来というのは、私も存じていますが、特に新患だと本当に時間がかかりますよね。一日に何人も診られるわけじゃありません。例えば耳鼻

科とか眼科とか、そういう状況とはまた違う現状があります。そういう中で、いろいろな方がサポートしたことに對してのいわゆる診療報酬等々のそういったバックアップ体制が行政的になんかということも御指摘されたと思うので、その辺は進めていきたいと思えます。

ちよつと話を交えますが、小児慢性特定疾患のことなんですけれども、それに並んで、例えば、子供の健全な発達に必要なサポートをし得る、小児科の分野において、小児精神科医というのは日本は少な過ぎると思えますので、またこれは要望ですけども、藤井参考人におかれましては、そういった形の応援もお立場でまたやっていただきたいと思えます。これはちよつと質問ではあります。

次に移りたいと思えます。

ちよつと突然ではありますけれども、私、皆さん議員の方も関係する選挙のことについて、精神障害者の政治参画ということについてお尋ねしたいんですけども。

まず桐原参考人に対して質問しますが、もし知っていたらどうか情報でいいんですけども、例えば、今、全国に三十万人近く入院されている精神疾患をお持ちの方がいらつしやいます、そのうち半分ぐらいが自分の意思で例えば投票に行けない、つまり、病院から出られない状況です。そういう中で、例えば国政選挙、今日もこの東ね法案云々のことを冒頭熱く訴えられましたけれども、そういう、御自身が障害を持たれているけれども政治参画することに関して、実態はどういう感じでしょうか。知っていましたら、御存じでしたら。

○桐原参考人 参政権は選挙権と被選挙権がありますけれども、入院中の選挙権の行使については、通常は病院の中で投票を行うか郵送で投票します。ただ、投票用紙が届いていないというような相談を選挙の都度、相当数受けておりますので、何かしら起きているのだと思えます。ただ、原因ははつきりとは分かっていません。

被選挙権に関しては、地方議員の方で精神障害であるということ公表して当選している方というのは、全くないわけではないですけども、非常に少ないです。国連のアジア太平洋社会経済委員会が、各国の議員で障害を持っている人がどれくらいいるかということ調査したデータを出していましたが、日本は非常に少ないという結果になっております。

○仁木委員 ありがとうございます。

次に、同じような質問を岩上参考人の方にしたいわけでございますけれども、介護施設とかいろいろな形で障害者向けの施設というのを経営されているんですけども、そういった選挙になりましたら、不在者投票、先ほど桐原参考人の方から御答弁がありました。例えば、介護の分野では、要介護五だつたら郵便投票をするような案内というのは出せるわけで、来るわけですけども、実際のところ、例えば、最近でしたら、若年性の認知症の方、アルツハイマー病等々の方々が精神科の病院に入院されていることも結構ありまして、そういうときに、この方は、例えば、自分の判断で候補者を選んで投票できる、あるいは、できないからもう案内をするのもやめておこうという形で、不在者投票の情報を、その患者さんに誰かの判断でしないこともあるんですね。

例えば、御施設はどういった基準でそういったことをされているか、ちよつと答えられるようでしたらお願いしたいと思います。

○岩上参考人 ありがとうございます。

私のところはグループホームに入られている方が対象になると思えますが、基本的には、皆さん、選挙に行っていたかどうかをしております。

○仁木委員 私、このことを今後の委員会の方でも少し質問に立つ予定でございますけれども、やはり、障害者の権利を担保する、より充実した、誰も取り残さない社会をつくらうという今回の障害者総合支援法の一つの趣旨だと思えますけれども、そういう意味でいうと、その人が判断能力が

あるかどうか、例えばさつき要介護五とかいうのが出ましたけれども、例えば、本当に認知症がひどかったり、あるいは、精神科の、状態が病態として悪くて、そういった選挙における判断能力がない方々をどういうふうに救済して、全国約十五万人ぐらい、そういった不在者投票をすることになる精神疾患をお持ちの方もいらっしゃるわけでございますので、そういったことも、今各官僚の方にレクを受けて、午後答弁をいただく予定になっておりますので、そのこともただしたいというふうにも思っております。

最後に、辻参考人の方に質問します。
この前もありがとうございました。

難病、特にオーファンドラッグということに象徴されるように、オーファンディーズ、つまり数が少ないのであるがゆえに、本当にいろいろな新薬を開発してその治療に結びつけようとしてしまっても、やはり莫大なお金がかかる。莫大なお金がかかって、いわゆる承認されて、上市されても、使われる数が少ないから、企業にとってはなかなか厳しい現実もあります。

そういう意味で、今回のこの法改正に伴って、データベースをより活用して、そういった創薬とか等々にもつなげていこうという議論がありました。先ほども参考人の方から、質問がありましたけれども、私は、情報が漏れるという、セキュリティがしっかり安心できる、そういう状況が生まれれば、皆様方というか団体の皆さんは、やはり、こういった自分のデータが、自分のこととはもちろん、仲間たちあるいは今後同じような難病になる方に対して、新薬の開発により貢献できるんだというふうなことも取れると思うんですね。そういうことでもいいですと、やはり日本の数々の問題というのは、そういった臨床研究であるとか治療がやりにくいということがあります。そういうことにおいて、データベースの活用、これに対して前向きなお考えなのかどうか、ちよっと、改めてセキュリティが担保された上でのお考えというのを聞かせていただきたいと思えます。

○辻参考人 御質問ありがとうございます。

難病患者の願いは、治療法の開発、特に根治療法の開発でございます。なかなか根治療法の開発に至らないままであれば、重症化を抑える、若しくは重症化を遅らせる、この治療法の開発です。ですので、多くの難病患者は治療研究に対して非常に協力的であり、患者団体もそのような形になっていきます。

ただ、個人情報の保護については、当然差別を受けやすいというところもありますので、当然、きちっとした法整備とそれから運用が必要であるというふうには考えておりますが、基本的には、先ほどオーファンドラッグのお話もありましたけれども、なかなか進まない治療研究や薬の開発に、患者の方ではできるだけ協力したいというのが本音でございます。

マイナンバーの連携につきましても、そのメリットについて十分認識した上で、そこについてのしつかりとした個人情報の保護がきちんとしているのであれば、当然連携も推進していくべきではないかというような意見も多々あります。ただ、説明がちよっと不足しているもので、患者側の方で今こうあるべきだというのはちよっとまだ示せていないというふうな状況です。

欧米に比べて、本当に、難病の薬もそうなんですけれども、最近ではドラッグロスということ、欧米での研究開発は進んでいるけれども、日本の研究開発は非常に遅れ始めているというふう聞いております。そういう意味でも、患者が参画して、いいお薬を日本の中でしつかりと作っていく環境を患者の方としても望んでおりますし、是非協力させていただきたいというふうにも思っております。

以上です。
○仁木委員 本日に貴重な御回答というか御意見、ありがとうございます。

それと、やはり最後に申し上げたいのは、いろいろ難病をお持ちの方というのは、それを専門に診られるドクターも少ないものですから、例えば

遠いところに家族と一緒に行く、家族が仕事を休んで行く、経済的な負担も大きいわけでございますので、今この間の与党は、伴走的な支援というのを経済対策でよくうたっています。そういう意味で、こういった分野にも伴走支援というのをおかになり組み入れていくことを私は目指すような政治をしていくことをお誓い申し上げます、私の質問を終わります。

ありがとうございます。

○三ツ林委員長 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。
この際、参考人の方々に一言御挨拶を申し上げます。

参考人の方々におかれましては、貴重な御意見を御述べいただきまして、誠にありがとうございます。委員会を代表いたしまして厚く御礼申し上げます。(拍手)

午後一時から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。
午後零時二十一分休憩

午後一時開議

○三ツ林委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

午前に引き続き、内閣提出、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案及び道下大樹君外十名提出、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の一部を改正する法律案の両案を一括して議題といたします。

この際、お諮りいたします。

両案審査のため、本日、政府参考人として内閣官房子ども家庭庁設立準備室審議官野村知司君、総務省自治行政局選挙部長森源二君、文部科学省大臣官房審議官安彦広斉君、大臣官房審議官西條正明君、厚生労働省大臣官房総括審議官間隆一郎君、大臣官房高齢・障害者雇用開発審議官堀井奈津子君、健康局長佐原康之君、子ども家庭局長藤

原朋子君、社会・援護局障害福祉部長長辺見君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり

○三ツ林委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

○三ツ林委員長 質疑の申出がありますので、順次これを許します。上田英俊君。

○上田委員 自由民主党、上田英俊でございます。

質問の機会をいただきまして、ありがとうございます。

今国会に提出されております障害者総合支援法等改正法案について質問をさせていただきます。限られた時間でありまして、障害者雇用に関して質問をさせていただきたいというふうに思っております。

私は、県会議員、六期二年務めてまいりました。そうした中において、厚生労働行政に大変強い問題意識を持って活動してきました。特に、雇用、年金、医療、社会福祉といった社会保障制度はどうあるべきか、あるいはまた、社会保障制度はどうかすれば持続可能なものになるのかということを考えてまいりました。

社会保障制度の中で、社会福祉は、児童福祉、高齢福祉、障害福祉等に大きく分類され、児童福祉、高齢福祉というのは、我々がいつか来た道であつて、また、いつか行く道であります。そうであるがゆえに、誰からも見えやすく理解されやすいのが児童福祉、高齢福祉であろうかと考えます。

一方、障害福祉は、更に身体障害、知的障害、精神障害等に分かれて、さらに、障害を有する部位であるとかあるいは障害等級が異なる、そうであるがゆえに、なかなか一つのまとまった声になりにくいというのが障害福祉の分野ではなからうかというふうに思っています。そうであるがゆえに、政治や行政に携わる者は注視しなければなら

ない分野が障害福祉であろうかというふうに考えております。

県議会議員時代に、県議会の仲間と雇用問題調査会という会を設立して、現地調査を重ねてまいりました。従業員約七割を知覚障害者が占めている日本理化学工業であるとか、あるいは、ヤマト運輸の社長を務められた小倉昌男さんが立ち上げられたスワンベーカーリー等も視察してまいりました。

スワンベーカーリーを視察した際に、小倉昌男さんの遺志を継いだ海津社長が言われた言葉が大変印象的でありました。障害者はできないことが顕在化、表面化しているだけであって、健常者はできないことを隠すことがうまいだけだということ、健常者はできないことが顕在化、表面化しているだけで、健常者はできないことを隠すことがうまいだけだ。非常に印象に残る言葉でありました。

以下、通告に従いまして、順次質問させていたきたいと思います。

まず、昭和三十五年の身体障害者雇用促進法の制定以降、障害者雇用においては、障害者の範囲の拡大、法定雇用率の算定対象者の拡大、法定雇用率の引上げ等が行われてきたというふうな認識をしておりますが、障害者雇用政策の変遷と、法定雇用率の達成、未達成企業の推移と現状、そして、それに対する認識をまず確認したいと思っております。

○堀井政府参考人 お答えをいたします。

今、上田委員御指摘のように、我が国の障害者雇用政策は、昭和三十五年の身体障害者雇用促進法が制定されて以来、累次の改正が行われて、施策の充実が図られてきたところでございます。

具体的には、例えば障害者の雇用義務制度につきましては、昭和五十一年に、それまで民間企業においては努力義務だった身体障害者の雇用が義務化をされ、平成十年には知的障害者が、平成三十年には精神障害者とその雇用義務の対象に加わったところです。また、平成二十年には短時間

労働者を雇用義務の対象とする改正が行われまして、平成二十二年に施行されるなど、就労を希望する障害者の雇用の実現を図るため、各企業における雇用環境の進展も背景に、法の対象範囲を拡大してきたところでございます。

こうした施策の充実も背景にして、雇用障害者数でございますが、昭和五十二年の十二・八万人から、令和三年時点において五十九・八万人と大きく増加をし、全体の実雇用率につきましても、昭和五十二年の一・〇九％から、令和三年時点において二・二〇％となり、障害者の雇用は着実に進展をしているものと考えております。

一方、法定雇用率を達成している企業の割合についての数字でございますが、これは昭和五十二年に五二・八％であったのに対して、直近の私どもの持っている数字は令和三年ですが、その令和三年の二十年前の平成十三年は四三・七％、十年前の平成二十三年には四五・三％、そして、直近である令和三年では四七％となっております。

法定雇用率の達成企業割合は、法定雇用率が引き上がった際に下がる傾向が見られます。現在、法定雇用率が昭和五十二年時点の一・五％から順次引き上がって二・三％となつていくということもありまして、先ほど御紹介をした実雇用率の伸びと比べて伸びが見られているとは言いがたく、特に、労働者数が百人未満の企業を中心とした中小企業を始めとして、障害者の雇用の経験に乏しくノウハウが少ない企業における障害者の雇用の取組が課題であると認識しております。

また、今後は、単に雇用の場が確保されることのみならず、障害者御本人がその希望を踏まえて能力を発揮して活躍できているか等、雇用の質の向上を図ることが重要であると考えております。こうした課題認識も踏まえまして、今般の改正法案におきましては、中小企業に対する支援や障害者の雇用の質の向上に関する内容を盛り込んでいくところでございます。

引き続き、更なる障害者の雇用の促進と安定に向けて取組を進めてまいりたいと存じます。

○上田委員 先ほど話をさせていただきましたスワンベーカーリーはたしかヤマト運輸の特例子会社であったというふうな理解をしておりますけれども、昭和六十二年に特例子会社制度が法定化されたわけでありませうけれども、特例子会社の意義や、その創設の背景というのは何なのか。

私も、先ほど話をしましたように、様々な特例子会社を視察してまいりました。特例子会社は障害のある方にとつて和やかで働きやすい環境であるという一面を持つていて、一方、健常者と分断されているという見方もありますけれども、障害者雇用を推進していくことにとつて、一つの形態であろうというふうな評価をするものであります。

障害者雇用をより推進していくために、特例子会社の創設についてより何らかのインセンティブを与えて拡大すべきと考えますが、所見を伺いたいと思っております。

○堀井政府参考人 まず、委員からも御指摘がございました。特例子会社創設の背景につきましては、大企業の障害者雇用の更なる充実が求められる中で、親会社が障害者の雇用に特別の配慮を行った子会社を設立し、そこで障害者を集中的に雇用する例がありまして、こうした特別の配慮がなされた事業所であれば障害者にとつてもその能力を最大限に発揮する機会が増大する、そのようなことが考えられたことから、昭和六十二年の法改正で創設をされたものでございます。

現状を御紹介させていただきますと、令和三年六月一日時点の特例子会社の認定数は五百六十二社でございます。十年前と比較して約二百五十社増加をしております。雇用率算定上の障害者雇用者数は約一・六万人から約四・二万人に増加をしております。障害者雇用の促進に一定の効果があつたものと考えております。

特例子会社制度自体は、雇用率の制度上、子会社の労働者を親会社に雇用されているものとみなして実雇用率を算定できることに加えまして、事業主、障害者双方にメリットがある、具体的に

は、事業主にとつては、障害者の特性に配慮した仕事の確保、職場環境の整備が容易となり、障害者の能力を十分に引き出すことができることや、障害者にとつては、障害者に配慮された職場環境の中で能力を発揮する機会が確保されることなどがあつておられます。今後も、必要に応じてその設置を推進していくことが重要であるというふうな考えております。

そのため、都道府県労働局等におきましては、事業主に対して雇用率達成指導を行う中で、特例子会社制度のメリットを伝えつつ、一つの選択肢として特例子会社制度について説明を行っているほか、創設を検討する事業主等に対して必要な助言、支援等を行うなど、設置に向けた支援を積極的に行つていくところでございます。

さらに、特例子会社制度によって蓄積された障害者雇用に関するノウハウ等について、その企業グループ全体への共有や、障害者雇用に取り組みうとするほかの企業等に対する提供なども期待をされることから、こうした特例子会社制度の積極的な取組の支援についても検討してまいりたいと存じます。

○上田委員 厚生行政と労働行政とは、私は表裏一体のものだというふうな考えます。また、福祉と雇用も表裏一体であろうかというふうな認識をしております。

そこで、雇用と福祉の推進を目的とした障害者就業・生活支援センターが全国各地に設置されておりますけれども、その実績と評価といったものを確認したいと思っております。

○堀井政府参考人 障害者就業・生活支援センターは、雇用、保健、福祉、教育等の関係機関との連携の下で、障害者の身近な地域におきまして、就業に関する相談支援や、日常生活、地域生活に関する助言等の就業面及び生活面の支援を一体的に行つております。

このセンターが障害者雇用促進法に規定をされた平成十四年には箇所数は全国で三十六か所でしたが、現在は三百三十八か所となっております。

り、地域の関係機関の連絡調整などの援助を総合的に行う拠点として非常に重要な役割を担っております。

また、障害者雇用が年々進展する中で、事業主に対する相談支援件数は、平成三十年の数字と比較をしますと、令和三年度には約四千件増加をして四十五万件となるなど、企業側からの支援ニーズも高まっているというふうに考えます。

さらに、支援対象障害者に対する相談支援件数につきましても、新型コロナウイルス感染症の影響もございしますが、平成三十年と比較しますと、令和三年度は約八万件減少しておりますが、百二十九万件となっており、就職率は七八％、就職後一年経過時点の職場定着率は八一％と、非常に高い数字で推移しております。

近年、特に精神障害者や発達障害者など就労困難性が高い障害者が増加する中で、その雇入れや定着支援において求められる役割はますます大きくなっていると思います。このため、就業支援関係に関しては、就業支援担当者の処遇改善により人材確保や支援力の強化を図るとともに、生活支援関係に関しては、地域生活支援促進事業として生活支援担当者を配置をして、就業に伴う生活面の相談等に引き続き取り組むこととしております。

今後とも、必要な体制の確保など、障害者就業・生活支援センターが地域における中核的な就業支援機関として業務を適切に運用できるように取り組んでまいります。

○上田委員 日本理化学工業であるとかあるいはスワンペーカーリー等の、働いておられる現場の方々とも話をさせていただきました。また、経営者の方々からも話を伺いました。経営者の方のお話を伺っていて、なるほどなと思ったのが、知的障害を持たれる方々というのは非常に粘り強く働かれるということでありました。例えて言うならば、お昼のベルが鳴ったのも気づかずになのか、ずっと働き続けている、こちらが、お昼だよ、休憩だよと言って初めて作業の手をやめると。一

つ、粘り強さというの、もちろん人によつては違うと思いますが、知的障害を持たれる方々の一つの特性なんだろうというふうに思います。

そうした中において、障害者の方々の特性を生かした分野において、農福連携、農業と福祉の連携といったものが各地で取組が見られているというふうにご認識をしておりますけれども、その実績と、やはりこれは農林水産省との連携も大切だろうというふうにご認識をしておりますけれども、今後の取組について伺いたいと思います。

○辺見政府参考人 農福連携につきましては、農業と福祉が連携し、障害者の農業分野での活躍を通じて社会参画を実現していくという取組でございます。令和元年六月に、内閣官房長官を議長とした省庁横断の農福連携等推進会議において取りまとめられました農福連携等推進ビジョンに基づいて、各省庁連携しながら施策を進めているところでございます。これによりまして、農福連携に取り組む事業者等の数は、令和元年度末の四千七百七件から、令和三年度末には五千五百九件に増加をしたところでございます。

厚生労働省といたしましては、農業等の専門家を障害者就業施設に派遣する事業ですとか農福連携マルシェの開催などに取り組みます都道府県に対して、農福連携による就労促進プロジェクト事業を行う補助を行うほか、関係省庁の施策をまとめましたパンフレットの作成や、実務担当者の連絡会議において情報共有を行うことなどに取り組んでいくところでございます。

今後とも、農林水産省を始めとした関係省庁と連携をして、農福連携の推進を図ってまいります。

○上田委員 私どもの富山県は農業が大変盛んなところでありまして、富山県庁においても農福連携といったものに取り組んでおりますけれども、やはり、経営体としての、農業経営体ですね、そちらに対する周知といったものがまだまだ足りないのではないかとというのが認識であります。やは

り、福祉政策も大事であるけれども、障害を持たれる方々も働いて収入を得る、働く喜びというものを知っていただくために、農林水産省との連携も大切だろうというふうにご認識をしておりますので、しっかりと厚生労働省と農林水産省と連携を取っていただければというふうにご認識をいたします。

さて、今回の法律案では、事業主による障害者の職場定着などの取組への支援の充実といったものが盛り込まれております。

事業主が施設整備であるとか介助等の支援に取り組む場合、どうしてもやはりこれは一定の費用といったものが必要になってくるわけでありまして、また、障害者の雇用の質を高めるには、やはり本人の能力開発等にも力を入れていく必要があるかというふうにご認識をいたします。障害者雇用といったものをより促進し、雇用の質を高めるためには、事業主への支援も必要不可欠であつて、やはり助成金による支援も重要であろうかというふうにご認識をいたします。

そこで、今回新設する助成金の狙いといったものは何なのか、既存の助成金の拡充を含め、今後どのようなして事業主を支援していくのか、所見を伺いたいと思います。

○堀井政府参考人 助成金についてのお尋ねでございます。

考え方としては、今後、更なる障害者雇用の進展を図る上では、障害者の雇用の場を確保することに加えまして、障害者一人一人が能力を十分に発揮して活躍できる機会の確保等、雇用の質の向上に重点を置いて推進をしていくことが不可欠であると考えております。

そのため、今般の改正案におきましては、新たに助成金を創設をいたしまして、雇用の質を高めるといった観点から、企業が実施をする障害者の職場定着等の取組に対する支援等に活用することとして、事業主支援をより一層推進をしていくこととしております。

具体的には、まず、雇入れや雇用継続を図るために必要な一連の雇用管理に関する相談援助の支

援でございますとか、加齢に伴い職場への適応が困難となった障害者へ雇用の継続を行う、そういった支援、このような助成金を新設をするということを考えております。また、既存の助成金の充実も行っていくこととしております。

この助成金の内容の検討に当たりましては、調整金や報奨金の調整等の対象企業を中心に、障害者雇用に関する個々の企業の取組状況や支援ニーズ等をヒアリング等を通じて把握をしていくところでございます。その結果を踏まえて、効果的な支援策を検討しているところでございます。

こうした助成金の新設、拡充による支援の強化を行うほか、引き続き、ハローワークにおきまして、企業ごとの属性やニーズを踏まえたチーム支援等を実施をし、企業の積極的な取組を支援してまいります。

○上田委員 最後に、加藤厚生労働大臣に伺いたいと思います。

これまでやり取りしてきましたとおり、特例子会社制度であるとかあるいは障害者就業・生活支援センターの創設など、やはり障害者雇用に対する世の中の認識といったものも広がってきたし、また、特例子会社であるとか障害者就業・生活支援センターの増加を見ても、やはり理解が深まってきたというふうにご認識をいたします。また、冒頭確認させていただきましたとおり、昭和三十五年の身体障害者雇用促進法から順次改正がされてきて、障害者の方々がどんどんどんどん働けるような環境になってきたというふうにご認識をしております。

そこで、雇用される障害者といったものは着実に増加してきているというふうにご認識をしておりますけれども、先ほど政府委員からの答弁もありましたとおり、いまだ、大変残念なことに、もちろん皆さん方努力をされているというふうにご認識をいたしますけれども、半数の企業が法定雇用率を達成していないという現実もあるわけでありまして、また、数だけの問題ではなくて、やはり、単に雇用率の確保のみを目指して、障害のある方の特色あ

る能力といったものを生かしているのかという疑問のある雇用もあるというふうに向つております。

今回の法律案では様々な方策が盛り込まれておりますけれども、更なる今後の障害者雇用の機会の確保、ポリユームの増加に加えて、やはり、先ほども述べさせていただきましたけれども、障害のある方の雇用の質といったもの向上にも重点を置いて取り組むべきというふうにも考えますが、加藤厚生労働大臣の障害者の雇用の促進に向けた取組に対しての思いといったものをお聞かせいただければと思います。

○加藤国務大臣 上田委員との質疑の中で、障害者雇用がこうして進んできて、雇用者数で見ると十八年連続で過去最高を更新をし、約六十万になる。そして、今のやり取りの中でありました特例子会社の活用、また障害者就業・生活支援センター、箇所数も増え、また相談支援件数も、若干コロナの影響は最近あるものの、確実に増加をしてきているわけでありです。

一つ一つの取組が進んできているというふうには思いますが、今お話がありましたように、まだ法定雇用率を達成している企業が半分についていないということを含めて、まずは雇用機会の確保をしつかりしていくということが求められていると思えますが、それに加えて、今お話があった雇用の質という問題について、それぞれの障害がある方も、その持てる能力を発揮をして、やりがいを持って活躍をしていく、そして雇用の安定につながるようになっていく、こうしたことが、これは障害者であるうがなかるうが、当然必要なことであります。そうしたために、今般の法改正においては、事業主の責務として、障害者の職業能力の開発及び向上を行うことの明確化、また、障害者の雇入れや雇用管理に関するノウハウ不足等の課題がある中小企業等に対する支援の強化を含め、事業主が取り組む職場環境の整備や能力開発のための措置等への助成の実施、こうしたことを盛り込ませていただいているところであります。

今後とも、一方で、先ほど申し上げた法定雇用率の達成というものをしつかり進めるとともに、職場環境の整備、能力開発の機会の確保など、障害者の皆さんの雇用の質の向上に向けて、事業主の取組を積極的に応援をしていきたい、支援をしていきたいというふうにも考えております。

○上田委員 冒頭申し上げさせていただきましたけれども、社会福祉と言われている分野の中で、児童福祉、高齢福祉は誰もが来た道であつて、誰もが行く道でありますから、皆さん理解しやすく非常に見えやすい分野だというふうにも思っております。

ただ、その一方で、障害福祉というのは、先ほども申し述べさせていただきましたけれども、障害といつても身体障害、知的障害、精神障害等がある。さらに、それを更に掘り下げていくと、障害を有している部位であるとかあるいは障害等級がそれぞれ異なっているわけでありますから、児童福祉、高齢福祉のようにまとまった一つの声になりにくいというのが障害福祉の分野だろうというふうにも思います。

また、福祉の表裏一体を成すものは、やはり雇用であります。福祉と雇用政策をしつかり推進していくことが、やはり、この施策、この法改正に求められるものだというふうにも認識をしております。以上で質問を終わります。ありがとうございます。

○三ツツ林委員長 次に、井坂信彦君。

○井坂委員 立憲民主党の井坂信彦です。

本日は、重度障害者の介護について伺います。私は、大学時代、宇宙物理学をやりたいと理論物理専攻になりました。そのきっかけが、ステイブン・ホーキング博士であります。筋萎縮性側索硬化症、ALSを学生時代に発症し、その後、五十年にわたり、ブラックホールやあるいは宇宙の始まり、ビッグバンなどで画期的な理論を打ち立て、車椅子の宇宙物理学者として活躍をされました。

一方、日本では、このような重度障害の方が大で勉強したり仕事をするのはまだまだ非常に難しい状態です。重度訪問介護が使えない範囲が限られていて、職場や大学、通勤や通学には使えません。厚労省もこの問題は認識をされていて、二〇一八年から、大学で使える重度訪問介護利用者の大学修学支援事業、そして二〇二〇年から、職場で使える重度障害者等就労支援特別事業を始めました。しかし、どちらも中途半端な事業で、市町村が実施主体のため、十分に活用されているとは言い難い状況であります。

立憲民主党は、先日、障害者総合支援法の改正案を提出いたしました。重度訪問介護の対象に、職場や学校での介護、そして通勤通学における介護を加えるものであります。

まず、大臣に直球で伺います。学校や会社など、行き先によってヘルパーの制度を変えるのではなく、生存や生活の保障は厚生労働省が一貫した制度で行うべきではないでしょうか。伺います。

○加藤国務大臣 福祉政策という意味においては、私どもがそうした立場で関与していくべきだというふうにも思いますが、私たちの暮らし、いろいろな場面がございます。

今、御例示を挙げた中でいえば、就労という場面においては、単に福祉というだけではなくて就労面からの支援、これは雇用政策ということになります。これは厚労省の管轄になるわけでありまして、また、教育の場面においては、まさに文科省、役所、例えば文部科学省ということでありまして、それぞれが連携をして進めていくことが必要ではないか。

また、そうしたそれぞれの視点に立った対応をしていくということが、重度障害者の皆さんがそうしたそれぞれの場面面で活躍をしていただく、また、それに対する支援を推進していくという意味においても必要ではないかというふうにも考えております。

○井坂委員 本日、障害者総合支援法の質疑である

りませんが、実態は障害者統制り支援法になつていないかとということでもあります。ちよつと、通告の二問目より三問目を先にしたいんですけれども、重度障害者等就労支援特別事業についてです。

職場での重度障害者支援は、今、更に複雑な縦割りになつております。文書の作成補助や入力作業など業務の介助は、これは独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構、J E D に事業主が助成金を申請をして、事業主がヘルパーの費用を払う仕組みであります。一方、たんの吸引とか姿勢の調整など、J E D の助成金の対象外である身体介助は、これは重度障害者等就労支援事業という新しいものを使って、障害者が申請し、市町村がヘルパーの費用を払う仕組みであります。

通勤の支援はもっと不可解で、一年のうち三か月は、J E D に事業主が助成金を申請して、事業主がヘルパーの手配をする、残りの九か月は、重度障害者等就労支援特別事業を使って、障害者が申請し、市町村がヘルパーの費用を払う、こういうことになつております。同じヘルパーが同じ重度障害者の通勤を介助するのに、三か月と九か月に分けて、申請者も実施主体も財源も全く異なる制度を使う意味が分かりません。

参考人に伺いますが、通勤については、まず第一歩として、全て重度障害者等就労支援特別事業で行えないのか、伺います。

○辺見政府参考人 お答え申し上げます。

重度障害者の就労の場における支援につきましても、個人の経済活動に要する経費を公費で負担すべきか、障害者雇用促進法に基づき障害者を雇用する事業主が合理的配慮として対応すべきかという課題がございます。

こうした中で、重度障害者の就労に意欲的に取り組もうとする企業や自治体に対しまして、御指摘の通勤支援も含めまして、障害者雇用納付制度に基づく助成金と障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業が連携して事業を実施する形が支援として適当であるというふうにも考えているところ

でございます。

○井坂委員 ちよつとこの件で大臣に考えていた
だきたいんですけれども、この重度障害者の就労
支援特別事業は、そもそもJEDDの助成金をも
らっている会社に勤めている重度障害者しか申請
ができない。しかし、助成金をわざわざ申請して
くれる事業主というのはまだまだ少ないわけであ
ります。しかも、この就労支援特別事業は市町村
の任意事業なので、実施している市町村は全国で
二十五しかない。めったにないことが二つ掛け合
わさつてようやく使える制度なので、実際にこの
重度障害者就労支援特別事業を利用してきている重
度障害者は、全国で僅か八十二名であります。

これをどう改善するのか。第一段階として、や
はり、雇用と福祉の両方が支援する複雑な今の縦
割り制度をやめて、就労中や通勤時の重度障害者
のヘルパーは、福祉一本、自営業と同じように重
度障害者等就労支援特別事業だけで支援するこ
と。そして、第二段階として、やはり僅かな市町
村しか実施しない任意事業ではなく、我々が法案
提出したように、重度訪問介護としてヘルパーを
手配するなど、国の事業として、全国どこに住ん
でも重度障害者が福祉から就労支援を得られるよ
うにすること。

利用者八十二名というこのひどい状況を改善す
るためには、やはりこういうことが必要だと思
いますが、ちよつと大臣、御所見をお願いします。

○加藤国務大臣 先ほど部長から申し上げたよ
うに、それぞれこうした支援をするときに、誰がど
ういうふうな財源を負担していくのか、そして、
その前提としてどういう考え方に基づくのかとい
うことで今の形がつけられてきているというふう
に考えております。重ねて同じことは申し上げま
せんけれども。

したがって、今御指摘がある中で、まだ利用が
少ない、これは我々も真摯に受け止めなければな
らないと思いますし、それから、今、両方使う場
合には二つの申請をしなきゃいけない、こうした
指摘もいただいているわけでありまして。元々実施

主体が違うということはありませんけれども、こ
うした制度を組んでいるのは我々全体で組んでい
るわけですから、使う皆さんがどうやってより使
い勝手がいいものになるのか、これは関係者を含
めて議論していくべき課題だというふうな認識を
しております。

○井坂委員 確かに、障害者雇用促進法で、事業
主は、障害者が障害のない人と同等に仕事ができ
るように合理的配慮が求められます。また、障害
者差別解消法で、大学も合理的配慮の提供が義務
化されたところであります。しかし、この合理的
配慮によって、事業主とか大学は、重度障害者
の普通の身体介護までお金を出して責任を持って
やらなければならないのかということです。

○辺見政府参考人 答え申し上げます。
大学における合理的配慮の考え方につきましては
は、障害者差別解消法に基づき文部科学省が策定
をいたしました文部科学省所管事業分野における
障害を理由とする差別解消の推進に関する対応指
針において、「個々の障害者に対して、その状況
に応じて個別に実施される措置である。」とされて
いるものと承知しております。

大学における合理的配慮につきましては、こ
うした考え方に基つき、各大学において適切に判断
されるものと承知しております。
○井坂委員 文部科学省が二〇二二年に、障がい
のある学生の修学支援に関する検討会というもの
を開いて、この第一次まとめで、大学等における
合理的配慮をこのように定義しています。障害者
の教育を受ける権利を確保するために大学等が必
要かつ適当な変更、調整を行うことであり、障害
のある学生が教育を受ける場合に必要とされ
るもので、かつ、大学に対して体制面、財政面
において均衡を失した、過度の負担を課さないも
のと定義をしているわけでありまして。

教育とは直接に関与しない学生の活動や生活面

の配慮については、大学において提供すべき合理
的配慮の対象ではないものとしたということは、
これは指摘しておかなければなりません。
そもそも、職場や大学、通勤や通学が重度訪問
介護の対象から外れているのがやはりおかしいと
私は考えています。

これは何で外れているかというと、二〇〇六年
の厚生労働省の告示第五百二十三号で、経済活動
に係る外出と通年かつ長期にわたる外出は重度訪
問介護の対象外と告示で定められているからであ
ります。例えば大学、これは通年かつ長期にわた
る外出に当たるとされて、今、重度訪問介護が使
えません。

大臣に伺いますが、この通年かつ長期の外出が
対象から外されたのはなぜか、重度訪問介護の対
象に含められないのかということについて伺いま
す。

○加藤国務大臣 御指摘の通年かつ長期の外出、
これは主に通学を想定しているわけでありませ
ん。従来から重度訪問介護における外出支援の対
象とはなっていないところでありませ
ん。障害のある方に対する通学中及び学内の介助に
ついては、障害者差別解消法に基づき教育機関等
による合理的配慮との関係から、福祉政策と教育
政策との連携で支援をしていくということになっ
ております。

重度障害者の就学については、教育機関等の役
割を踏まえ、引き続き、教育を所管する文科省と
必要な連携協力をしつつ対応していかなきやなら
ないというふうな考えております。

○井坂委員 ちよつと、あっさり答弁されたの
で、参考人でも結構ですが、お伺いをしたいん
です。この通年かつ長期の外出が対象から外され
た理由は何ですか。何で外されたんですか。

○辺見政府参考人 本事業については、通年かつ
長期の外出については、施行当初より、従来からの
重度訪問介護の支援に鑑みまして、経済活動及び
通学を想定する通年かつ長期の外出については支
援対象としていないというところでございます。

通学及び学内における介助につきましては、教
育機関における合理的配慮との関係から、福祉と
教育による連携により支援を行っているところで
ございます。

○井坂委員 ちよつと分からないんですが、
それは、通年かつ長期の外出の中に、もちろん
通学とか学内のことがある、そこについては今い
ろいろ厚労省が考えてやってくださっているとい
うのは分かります。ただ、大前提の、この告示五
百二十三号で、通年かつ長期の外出というのが何
で重度訪問介護から外されたのかということをお
答えください。

○辺見政府参考人 規定の経緯から申し上げます
と、通年かつ長期にわたる外出という規定自体が
通学を想定して規定したものでございます。

○井坂委員 だから、何でそれをそもそも重度訪
問介護から外すんですかということをお聞きをし
ています。外した後の手だてについては御説明い
ただきましたけれども、そもそも何で最初から外
すんですかということをお聞きをしています。

○辺見政府参考人 繰り返しになりますけれど
も、経緯として、通年かつ長期の外出について
は、通学及び通学した後の学校等における介助等
を想定したものでございます。これは、当時よ
り、学校、例えば特別支援学校等に通学する障害
者について、学校等において行うべき役割等を想
定して規定しているというふうな考えておりま
す。

○井坂委員 ちよつと整理をお願いします。
○三ツ林委員長 速記を止めてください。
○三ツ林委員長 速記を起こしてください。
○三ツ林委員長 速記を起こしてください。
加藤大臣。

○加藤国務大臣 これは先ほどからの議論と重なる
わけでありませぬけれども、障害のある方に対す
る通学中の介助については、障害者差別解消法に
基づき教育機関等による合理的配慮、この関係で
あって、こうした整理をさせていただいていると
いうことであります。

○井坂委員 経緯、今お聞きして、何となくそういう経緯だったのかという気が、私の受け止めですけれども。

昔は、特別支援学校とかそういうところへの通学しかそもそも想定をされていなくて、それだけを対象に通年かつ長期の外出という名前前で除外をしたという理解でいいんですかね。この通年かつ長期の外出というのは、通学、在学以外のことは一切含まれない、全くイコールのことだということではないですか。

○辺見政府参考人 制度の運用上、現在、具体的に主なものとして想定しているのは通学でございます。そのほかの事例として想定しているというものは、我々の運用において、今のところございません。

一方、先ほどの特別支援学校等の支援のほか、差別解消法に基づく対処方針においては、大学等においても一定の合理的配慮を行うということについて、文科省の対応方針等でも、今、現状でも示しておりますので、そうしたことを踏まえて役割分担を行っているということでございます。

○井坂委員 そうすると、今除外をされている通年かつ長期の外出をする重度障害者というのは、外出先や移動中になどどのような制度で支援が受けられるということになっていくのでしょうか。

○辺見政府参考人 お答え申し上げます。

一つは、特別支援学校等通学等においての支援等もあるというふうにも認識しております。また、文科省の差別解消に関する対応指針の中では、合理的配慮につきまして、障害者等の利用を想定して事前に行われる建築物のバリアフリー化、介助者や日常生活、学習活動などの支援を行う支援員等の人的支援、情報アクセシビリティの向上などの環境の整備などを基礎として、個々の障害者に対して、その状況に応じて個別に実施される措置というふうな書かれていますところでございます。

○井坂委員 この告示が出た頃とか最初の頃は、主に特別支援学校をイメージをしながら、この通

年かつ長期の外出というものを規定をされたんだというふうに思います。

そういう、いわゆる小中高までの部分というのは、一遍子供が通学をして学校に入ったら、もうずっとそこに拘束をされて、勉強だけをして、時間になったら学校から出ていくということで、ぎりぎりそういう運用が可能だったというふうに思います。

ただ、やはり、今議論になっている大学に関しては、これは特別支援学校とかとは全然制度もコンセプトも違って、いつ来ても帰るかも分からない、また、学内にいたって、別に、ずっと小中高校みたいに拘束をされているわけでもなく、学内でもまた自由な活動をしている、出たり入ったりしているということ、この通年かつ長期の外出という同じくくりで、私はこのくくり自体を認めない立場ではありますけれども、仮にそうだとすると、大学までこの同じくくりで重度訪問介護から除外をしようというものは、これはもう全く実態に合わないというふうに思います。参考人か大臣か、御所見を伺いたいと思います。

○辺見政府参考人 お答え申し上げます。

障害のある方に対する通学及び学内の介助につきましては、先ほど申し上げましたとおり、障害者差別解消法に基づく教育機関等による合理的配慮との関係等があり、教育を所管する文部科学省と必要な連携協力をしつつ支援を推進することが適当と考えております。

厚生労働省におきましては、こうした考えの下、大学等が必要な支援体制を構築できるまでの間を対象として、重度訪問介護利用者の大学修学支援事業を実施しているところでございます。

○井坂委員 大臣に伺いたいと思いますが、その大学修学支援事業、これも実施主体が市区町村となることから、やはり、一部の自治体に住んでいる障害者しか使えません。しかも、まさに必要な体制を大学が構築できるまでと、今答弁のあったような条件なので、税金からの支援は、一時的で、やはり最後は大学が自腹で重度障害者の支援をし

なければならぬという仕組みになっていきます。

一方、文部科学省の重度障害者に対する支援のあり方に関する調査研究報告書では、アメリカ、カナダ、イギリス、ドイツ、フランス、デンマーク、オーストラリア、調査した国みんな、大学内でパーソナルケアアテンダントという個人にひもづいた介護者に付き添ってもらえる、こういう調査結果であります。唯一その制度がない韓国でも、障害者学生の人数に応じた予算が大学に配分される仕組みということで、諸外国は、大学に來なくても必要な生活介護は、これは完全に福祉の仕組みで、税金で、そして、学問のしやすさへの配慮だけが大学の責任でと明確な分け方をしております。調査の中では、日本だけが、障害のある学生の生活介護まで大学の責任という考えなわけです。

大臣に通告どおり伺いますが、この大学修学支援事業で、大学が自力で重度障害者を支援できることを目指すのではなく、これはやはり最後まで厚生労働省が福祉的に支援し続けるべきではないでしょうか。

○加藤国務大臣 この制度については、先ほど部長から説明をさせていただいたとおりでございます。実際、支援ができるまでというふうには書いてありますけれども、現在、二十三大学で二十三人の学生が利用しておられる。本事業を活用して卒業まで至った学生もおられるということで、大学修学期間内を通じて、支援ニーズに応じた継続的な支援をこの中で、一部の学生さんというか、限られた人数ではありますけれども、実施をさせていただいてるところでありますし、また、この補助要件として、障害のある学生の支援について検討を行う委員会や相談窓口を設置すること、重度の障害者に対する支援体制の構築に向けた計画を立てて支援を進めること、これが補助要件になつていくわけでありまして、大学等において重度障害者を含め様々な障害のある学生が共に学ぶための取組、これをしっかりと進めさせていた

だということが大事じゃないかというふうに考えております。

○井坂委員 この制度は、結局最後は大学が必ずやらなければいけないということで、そこに最大の問題があるというふうな思います。

前半に議論した重度障害者等就労支援特別事業では、営利活動でさえ税金でヘルパー支援されているのに、肝腎の学問は、税金ではなく、大学が自腹でヘルパー支援しなければならぬというのは、ちよつと大臣、これはお伺いしますが、さずがにおかしいのではないのでしょうか。営利ですら、厚生労働省は今、不十分ながらやってくださっている。ところが、学問は、一時的にはやるけれども、最後は大学でと。これはおかしいんじゃないですか。

○加藤国務大臣 就労の方は、それぞれの事業者が出された、そうしたものを原資として活用させていただいているということでありまして、あくまでも事業者の皆さん方がそれに対して対応していただいている。また、したがって、就労の場において事業者、雇主の皆さんが対応していただいている。そして、大学においては、まさに教育をされる機関において、そうした対応をまさに合理的な配慮との関係でお願いをさせていただいている。こういう整理をした上で今の制度を運用しているところでありまして。

○井坂委員 もう時間なんですけれども、就労支援特別事業と同じように、やはり大学内や通学中においても、合理的配慮の外にある身体介護は福祉の仕組みで支援すべきだというふうな考えます。原点に戻って、やはり経済活動に係る外出と通年かつ長期にわたる外出は重度訪問介護の対象外とした告示第五百二十三号を見直す必要がある、そして、職場でも学校でも、通勤でも通学でも重度訪問介護を使えるようにするのがシンプルで本質的かつ世界標準の解決策だということを申し上げて、今日は終わりたいと思います。

○三ツ林委員長 次に、中島克仁君。

○中島委員 立憲民主党の中島克仁です。

障害者総合支援法等改正案、私からも質問させていただきたいと思うんですが、一昨日、通告はしていたんですけども、昨日、コロナの感染状況について、加藤大臣の御認識をちょっと確認させていただきたいというふうに思います。

昨日、二か月ぶりですか、コロナ陽性者十万人超え。北海道では一人を超え、先週から過去最高を更新しているわけでありませうけれども、東京でも約二か月ぶりに一人を超えた。重症者の数も、前日から二十二人増えて、二百五十七人。

加藤大臣、先週の水曜日、九日ですけれども、第八波につながる可能性もあるというふうにおっしゃっておられました。様々な識者の方が、今の状況はもう第八波、そして、岩手県知事、三重県知事も、既に第八波に到達しているという発言もされておられるというところで、改めてであります。私は、決して八波だからどうたらということではなくて、正直言うと、ちょっと早いな、そういう認識を持っています。

国民の皆様は、今後、ウイズコロナも含めて対策、例えばマスクの適切な使い方、感染対策、これを重点的に理解を求めていく上で、私はもう第八波と呼んでいるのではないかとこのように思いますが、大臣の御認識を確認させていただきたいと思えます。

○加藤国務大臣 先週申し上げたように、明らかに、第七波が完全に下がり切らずにまた上昇に転じてきている。ただ、これまでの上がり方のスピード感から見ると、これまで見て、割と速いスピードでぐっと上がっていたのが、それほどこのスピードではなかったり、少し蛇行しているという感じはあるものの、トレンドから見たら上昇傾向に入ってきたということはまず言えるんじゃないかと。

したがって、こうした傾向が進めば、大体、第八波、第七波と余り定義はしていませんけれども、いわゆる第八波の流れに入っていく可能性があるというふうに見させていただいているところ

でございます。

それと、今委員がまさしくおっしゃったように、早いなどというのは私も思っておりまして、過去二年は、ちょうどこの時期というのはそんなに感染が出なかった時期で、むしろもっと寒くなつてから出たという認識からすると、経験からすると、少し前倒しで来ているなということ、そのこととはしっかりと発信をしていかなきゃいけないので、先週もそういう言い方をさせていただきまして、さらに、また今週もA・D・B等で議論していただきながら、やはりそれに向けての心構えといえますか、そうした備え、これをしっかりとやっていく必要があるんだらうというふうにご考えています。

○中島委員 もう一点だけ。

昨日の報道によると、八王子、公立学校、学年閉鎖、学級閉鎖、これは季節性のインフルエンザということも相次いでいるということも報告されます。これも私、ちょっと認識を改めなきゃいけないなど、いわゆるダブルインフルエンザ、二つの感染症が同時流行ということは余りないとは思っていますが、現実にもそういうことが報告されておるということで、前回も前々回もお話ししましたが、いわゆる季節性インフル、コロナ同時流行タスクフォースのいわゆる概要、指針。

これは、別に、いろいろ考え方はあると思うんですが、先日、我が党も部門会で、この件の要件、いわゆる、いつから発動するのか、しないのか。私、聞いてみると、今後感染が拡大した後、強く言うか、弱く言うかみたいなことでは、今も北海道、また、うちの山梨県も昨日千人を超えて、同時にインフルも流行するという事になると、タスクフォースの概要、いわゆる四類型、小児、高齢者、基礎疾患、妊婦さんですね、持つ方以外の方はいわゆる受診を抑制して、重症化リスクの高い方に重点化していくということが事実上始まっていると考えていいのかどうか、ちょっと大臣にお尋ねをしたいと思います。

○加藤国務大臣 まず、季節性インフルエンザの

関係でありますけれども、これも、地域によって、若干立ち上がってきている。全般的に立ち上がり傾向にあることはそうなんです、立ち上がりの方が結構急になってきている地域が幾つかあるという認識はしておりますので、引き続き動向を注視しなければなりませんので、従前申し上げた同時流行の可能性、このことも頭に置いておかなきゃいけないというふうに思っております。

どのタイミングでどう言うかという今の御指摘であります。これはまさに、これからちょっとアドバイザリー、専門家の御意見も聞きながら、また、必要に応じてタスクフォースもさせていただいて。これは、正直言って、急に、デジタルではなくてアナログ的に動いていくわけですから、また地域によってもそれぞれの状況が発信をしながら、そこはよくそれぞれの地域にこれからどうなっていくのかということまでできるだけお知らせをしていく、そして、その中でそれぞれで対応を取っていただく、こういったことが大事じゃないかなというふうにご考えております。

○中島委員 先ほど冒頭にも言ったように、予想よりちょっと早いというか、いずれ第八波は来るんだらうというふうにご考えていたものの、大臣おっしゃるとおりで、もっと寒くなった、恐らくもう北海道から感染が広がっている、そして、これまで余り感染が広がらなかった集団免疫的な部分で局地的に感染が増えている。恐らく、そういう意味からすると、いわゆるタスクフォースの概要も、検査キット、これは前から小川委員も指摘しておられますけれども、十分に個人として購入できていない状況の中、感染が早まっているということ。

大臣、先週の時点では、二週間後には第七波のピークに迫るかもしれない。そして、一週間がたつて、来週にはどういふ状況になるか大変心配されます。これは与野党を問わず、我々も、コロナの対応、十分に連携を取っていききたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、障害者関連の法案についての質問をさせていただきますと思います。

今日、午前中は参考人質疑がありまして、それぞれの立場で様々、大変貴重な御意見をいただきました。

改めてでありますけれども、今回、障害者総合支援法、雇用促進法、精神保健福祉法、難病法、児童福祉法などなど、やはり多岐にわたる、これは論点も、今日も参考人の方々の御意見を聞いていて、本当に分野が異なるなど。特に、精神保健福祉法関連については、全国精神病団体、桐原参事人、一方で、国立精神・神経医療研究センター、藤井参事人の御意見、私も、精神科ではないですけれども、改めて我が国の精神疾患、精神病、また医療、この本質的な部分を一回ちゃんと見直さなければいけないというふうにご改めて思いました。

藤井参事人は現場にもおられて、薬物療法ではなく、それ以外の治療、様々な専門家が関わってやっていくことが望ましいけれども、実際には毎日の前の課題に向き合っていくけれども、結果的に薬物療法が中心になってしまおうというジレンマだというふうにおっしゃっていました。

だからこそ、国連の障害者権利委員会の総括、この勧告をやはり改めて、我が国として、そして厚生労働行政としてしっかりと受け止める、医療保護入院も含めた強制入院の在り方、やはり廃止に向けて、改めてしっかりと取り組まなければいけないと私は思います。

そういう意味では、今回の束ね法案の中で、精神福祉法関連、これはやはり同時に進めるべきではないということをご改めて私からお伝えさせていただきます。

その上で、多岐にわたる内容でありますから、うちの会派も役割を分担いたしました。私からは障害者雇用、雇用の質の向上についての質問をさせていただきます。

今回新たに創設されるとする就労選択支援についてでございますが、これまで就労系障害福祉

調達の割合で目標値を設定するべきだというふう
に思うわけでありませぬ。

ちよっと参考人に確認をさせていただきませぬ
が、厚生労働省、直近だと令和二年度ということ
になると思うんですが、厚生労働省の物品、役務
経費のうち、障害者就労施設からの調達、全体の
何%ぐらいになりますでしょうか。

○間政府参考人 お答えいたします。

今委員御質問の厚生省の物品、役務経費全体に
占める障害者就労支援施設からの調達の割合です
けれども、分子は、委員御提出の資料にございま
すように、令和二年度において約四・七億円とい
うこととございます。これは少額随意契約の案件
を含めてということとございます。一方で、分母
になりますものが、少額随意契約も含めた全体の
ものが統計的には把握していないものですから、
正確にお答えすることは難しいでございます。

ただ、その上で、少額随意契約を含まない金額
を分母に仮に計算いたしますと、令和二年度、厚
労省全体の物品、役務経費は、コロナウィルス関
係でちよっと経費が増加するという特殊要因がご
ざいましたけれども、八千九百四十五億円でござ
いましたので、四・七億円をこれで割りますと、
割合は約〇・〇五%ということとございます。

○中島委員 私、平成二十九年のときにも確認を
させていただいたんですが、このときの厚生労働
省での調達割合、全体の〇・八六%。そして、今
お答えいただいた、正確にはというものは、私も、
一昨日ですから、急に計算するのも大変だったと
思うので言うと、〇・〇五%。

改めて、大臣、いろいろあるのは分かるんです
けれども、先進的に目標値を設定している県もあ
るんです。例えば宮城県は、前年度を一〇%上回
る目標を立てております。そして、静岡県も、各
部署、各所で必ず物品を障害福祉施設からやろう
と。各自自治体でそういう数値目標をしっかり持っ
て、そして、そのことが、先ほど前段で話をし
た、地域で雇用を増やしたり、こういうことにつ
ながるという意味から、私、決して厚生労働省を

責めるわけではありませぬが、厚生労働省でさえ
今の割合ですよ。

これは、他の省庁からすると、先ほど冒頭で、
加藤大臣もこの議員立法に関わられたということ
でありますけれども、この法の趣旨に本当に沿っ
ているのかどうか。やはり、前年度を上回るとい
う目標は法の趣旨からそぐわない、それよりも、
物品、役務、トータルのうちの何%にするという
数値目標を設定することがこの法の趣旨に沿うこ
とになるのではないかと私は考えますが、大臣の
見解をお伺いしたいと思います。

○加藤国務大臣 法律上は、「当該年度における
障害者就労施設等からの物品等の調達の目標」、
こう書かれていてるわけでありまして、その目標を
どういうふうにご設定をするのか。

今委員からお話があったように、着実にその実
績を拡充するということは大変大事なことだと思
いますが、多分、先ほど見た、各省庁ごとに見た
表も、やはり予算というのは、同じような中身が
ずつとつながっているだけではなくて、当該年度
だけで増えるもの、あるいは減るものというの
がありますので、その内容によって、こうした物品
の対象になり得るものと、あるいはなりやすいも
のと、そうでないものもこれは混在するので、一
概に、何か目標を設定する、しかも各省ごとに設
定するというのはなかなか難しいんじゃないかな
というところで、これまで、対前年度は少なくとも
伸ばしていきましようということとやらせてきて
いただいたということとあります。

大事なことは、着実にその実績を拡充していく
ということとありますので、そうした面につい
て、また各省庁においても、この法の趣旨を踏ま
えて着実に調達実績を増やしていただけるよう、
厚生労働省としても働きかけていきたいと考えていま
す。

○中島委員 私から先ほどお示しした資料の四枚
目、これは着実に進んでいるんですよ、着実に
に。例えば、先ほど言った以外の、金融庁も二十
六年度が最高ですね。それで、令和二年度は下

がっているわけですよ。着実に進んでいるんですよ。
だから、前年度を上回るといふ目標になると、
一度下げて、それから少しずつ上げていけば何と
なく、その割合は厚生労働省でさえ〇・〇五%。
そして、先ほども申し上げました、もう一度言
いますが、宮城県では、前年度の調達実績を一〇%
上回るといふ数値目標を立てている。また、静岡
県では、一所属一発注、これはスローガンを掲げ
た結果、昨年度は過去最高を、やる気になればで
きるんですよ、やる気になって。残念ですが、前
年度を上回るといふ数字では、これは四年ほど前
ですか、法定雇用率、中央省庁の水増し問題、こ
れは大ショック、ショックな事実でした。そ
のときに反省を踏まえた上であれば、これはしつ
かりと数値目標を示すべきだと思えます。

改めて、大臣、数値目標、検討するぐらい言っ
ていただけませんか。

○加藤国務大臣 先ほど申し上げたように、予算
の中身というのは毎年度毎年度変わっていくわけ
でありますので、必ずしも、同じ中身が続いて
るのであれば、同じように、しかもそれが増えて
いるのであれば、おっしゃるような考え方が取り
得るんだらうと思えますけれども、個々の事情と
いうこともよく踏まえていかなきゃならない。

しかし、着実にその実績を拡充していかなく
いけないというのは、これは私もそのとおりだと
思っておりますので、そのためにはどういう形で
取り組めばいいのか、そういったことはしっかりと
と検討させていただきたいというふうに思いま
す。

○中島委員 残余の質問は、またの機会に質問さ
せていただきます。

○三ツ林委員長 次に、野間健君。

○野間委員 立憲民主党の野間健です。

本日は、まず、立憲民主党が提案をしたこの法
改正案について、井坂信彦議員に御質問したいと
思います。

先ほど、井坂議員と政府側とのいろいろやり取
りがありました。その中にもいろいろ出てきたわ
けですけれども、重度障害者の方が職場に行っ
て働いたりあるいは学ぶために学校に行ったり、そ
ういった、通勤したり通学したりということ
に対して、残念ながら、重度訪問介護サービスと
いうのが、その間の、職場での就労中、通勤通学
の間の介護サービスというのが受けられないとい
う現状にあります。

これを、先ほども意見が出たんですけども、
どう評価されているのか、これでいいんだらう
か、そしてまた、これに対して立憲民主党が提出
した法案の意義、これによってこういうふうに変
わるんだということについてお答えいただきたい
と思えます。

○井坂議員 野間議員、ありがとうございます。

議員立法の提出者として答弁をさせていただきます。
重度の肢体不自由者等に対する重度訪問介護
サービスについては、厚生労働省の告示によっ
て、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出時及
び通年かつ長期にわたる外出時における移動中の
介護が支援の対象外とされており、職場や学校、
通勤通学中に利用できないことがかねてより問題
となっておりまして。このことが、重度訪問介護が
必要な障害者の方々の就労や就学への大きな障壁
となっております。

こうした社会的障壁を解消し、障害者の方々の
社会参加等を促進するため、職場又は学校での介
護及び通勤又は通学における移動中の介護を重度
訪問介護の対象にすべく、我々は、職場又は学校
での介護及び通勤又は通学における移動中の介護
を重度訪問介護の定義に加える本法案を提出いた
しました。

○野間委員 ありがとうございます。

害者がそれぞれの特性に合わせて能力や適性を十分に発揮し活躍できるような、必要な支援を実施することが重要だと思います。

重度障害者の就労支援について、厚生労働省は、令和二年度から、障害者雇用納付金制度からの助成金と、そして市町村の任意事業である地域生活支援事業の組合せで支援を行っています。

厚生労働省の資料によれば、市町村の任意事業である、雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業の令和四年十月一日時点の実施自治体は、日本全体で二十六市町村、利用者数は全国で僅か九十二名ということが公表されています。これに対して、重度訪問介護を利用している重度障害者の方は約一万二千名おられる。

こういった現状について、提出者としてどう認識、評価されているのか、また、立憲民主党案ではこの点についてどのような対応になるか、重ねてということになりますけれども、質問いたします。

○井坂議員 委員御指摘のとおり、重度障害者等の就労支援の対象者が非常に限られているのが現状です。これは、重度訪問介護利用者一万二千人のうち、就労を希望している方が少ないということではなく、特別事業の実施自治体が二十六市町村に限られているために、支援を受けられる方が少数にとどまっているということでもあります。重度障害者の方々の社会参加を促進するという観点からは、現行制度による就労支援は全く十分ではありません。

勤労は、全ての国民に保障されている権利です。我々は、常時介護を必要とする重度の障害者であっても働くことのできる社会を実現したいと考えております。そこで、この度、職場又は学校での介護及び通勤又は通学における移動中の介護を重度訪問介護の対象にする本法案を提出しました。

本法案では、さらに、障害者等が職場において業務を行うに当たり、障害の特性に配慮した必要な支援を受けられるよう、障害者等を雇用する事

業主に対する支援の拡充について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることを政府に義務づけております。

○野間委員 ありがとうございます。

現在は、重度の障害者が職場に行ったり通学する際の費用は障害者本人が負担をしたり職場が負担しているということですので、これは是非、今おっしゃったような形で改善されていけばと思います。どうもありがとうございます。

じゃ、提出者の方は御退席ください。それでは、政府の方に、厚生労働省の方に御質問したいと思います。

今回、改めて、障害者をめぐる様々な問題、対策についての法改正でありますけれども、障害者の数、現在では、これはもう公表の資料でありますけれども、障害者が日本全国で一千六十六万人、人口の約九・二％いるということで、身体障害者の方が四百三十六万人、知的障害者の方が百九万人、精神障害者の方が六百四十四人、合計一千六百六十人ということになっております。

これを、二〇〇一年とか二〇〇二年ぐらいの資料を見ますと、合計で五百八十七万人なんです。ですから、この約二十年で二倍になっているわけでもあります。

その中でも、身体障害者の方は一・一倍ぐらいなんです。知的障害者の方が二十年前は三十九万人で、三・四倍になっています。精神障害者の方も二・七倍になっています。非常に非常に増えているわけです。私も、地元の小学校やそういったところの児童生徒、特別支援学級が物すごく増えていくわけですね。発達障害の児童も非常に増えています。

そういったことで、このように激増していることの原因、社会的な要因、どのように分析されているか、大臣にお聞きしたいと思えます。

○加藤国務大臣 我が国において障害者数が増加している原因というか背景ということで御質問がございました。

これはまさに様々な要因があつて、なかなか特

定することは難しいと思いますが、例えば、高齢化に伴って障害者手帳の交付対象数が増加をしているということ、まさに高齢化が一つの背景にあるのかなど。

それから、保健医療や障害福祉のサービスなど、制度がこの間、改善されてきた、また、それが浸透することによって支援ニーズが顕在化をし、また、障害に対する認識が深まってきた、こうしたこともその背景にあるのではないかなというように考えております。

○野間委員 そういふもろもろの要因、原因はあるとは思いますが、何かやはりもう少し本当に社会全体で総合的に対策を立てていかないと、常にパッチワーク的というか、つけ焼き刃的な対策では対応できないんじゃないかということだと思いますので、指摘をさせていただきたいと思えます。

そして、今回の法案について伺いたいと思えます。

今、地域の障害者の相談支援の中核的な役割を担っている基幹相談支援センターについてなんですけれども、これは、私どものような鹿児島県、人口減少、過疎化、高齢化の地域では、なかなか設置できないところが多いんですかね。

今、この基幹相談支援センターというのは、全国の市町村、どんな割合、規模で現実にあるのか、教えてください、お願いします。

○辺見政府参考人 お答え申し上げます。基幹相談支援センターにつきましては、おおむね半数の市町村において設置をされているところでございますけれども、人口に着目をして分類をいたしますと、人口規模が小さい市町村ほど設置割合が低くなるという調査研究結果もあるところでございます。

○野間委員 資料を見ますと、大体人口十万人以下のところだと五四％ぐらいは設置していませんですね。十万人以上になると、大分、七割とかぐらいの設置率になってくるかと思えます。私の地元の鹿児島県でも、四九％、四十三の市

町村があるんですけども、十万人を超える市というのは三つしかないものですから、なかなかこれは人口一万、二万といった市町村では設置できないのも現状であります。

確かに、今回の改正案では、一つ二つの市町村で無理であれば広域でということも掲げられているんですけども、例えば鹿児島県の奄美群島などは、大きな島で八つ、それ以外を合わせて百以上の、二百キロぐらいに及ぶ地域でやると十万人を切るぐらいの人口ということですから、なかなか、そこに一つそれを置いたからといって、相談支援が充実するとも思えないわけでありまして。

今回、この設置が努力義務化されましたけれども、相当な予算を投じたり人材を確保したりしないと機能しないと思うんですけども、その辺の新たな努力義務化に伴う国の支援、そういったものはどういふふうになっているんでしょうか。

○辺見政府参考人 お答え申し上げます。人口が少ない市町村におきましても、複合化、複雑化した課題を抱える障害者の方は存在をするところでございますので、そうしたところも含めまして体制整備を行っていくことは必要なことであるというふうを考えております。

基幹相談支援センターの運営費につきましては、これまで、国から市町村に対して、地方交付税措置に加えまして、補助金によりまして、専門的職員の配置ですとか、地域の相談支援体制の強化の取組、こういったものを支援することをやってきております。

引き続き、基幹相談支援センターの設置促進や機能充実のための必要な予算の確保に努めてまいりたいと考えております。

さらに、基幹相談支援センターの設置を促進するためには、都道府県から広域的に設置を促進するための支援をすることですとか、国としても、好事例の収集、周知とか、こういったノウハウ面の支援も必要だと考えておりますので、そういった面も含めまして、しっかりと取り組んでまいりたいと考えております。

○野間委員 これは努力義務化ということになっていまずけれども、これが達成できない場合というのは、どういう、何かペナルティーがあるんでしょうか。また、あるいはどれぐらいの目安で、何年後までとか、そういうようなことというのはあるんでしょうか。

○辺見政府参考人 努力義務でございますので、設置しないことによるペナルティーがあるわけではございませんけれども、令和六年度から各自治体で策定いたします障害者福祉計画の指針を今、国として検討しているところでございます。そうした中におきまして、基幹相談支援センターの設置ですとか、また、都道府県の立場に立てば、域内の市町村に対しての支援ですとか、そういったようなことも規定をしていただきまして、地域の実情に応じるところもございまして、地域もしっかりと設置に向けて取組をしていただきたいと思いますところでございます。

○野間委員 先ほども予算の確保に努めるということでありましたけれども、もうそこが一番の肝であると思いますので、よろしく願います。

障害者を持った子供さんを持つ親御さん、保護者、この方々が一番悩み、困っていることは、ただ自分たちが元気なうちはいいけれども、高齢化していざれなくなる、しかし、この子を残してあの世に行けない、どうしたらいいんだろうか、それで、現実には亡くなる親御さんもおられて、親亡き後の支援体制、これが一番、皆さん、地域で心配していることですけれども、これについての施策、今回の地域生活支援拠点等というのはそのための一つの大きな拠点だということでありまして、その施策を述べていただきたいと思っております。

○辺見政府参考人 お答え申し上げます。障害当事者、また家族の方から、親亡き後について不安等については、私どもとしても、いろいろ御意見があることを承知しております。親亡き後につきましては、その親亡き後も見据えて、段階的、継続的に、プロセスとして支援をしていく必要があるかと思っております。障害者が地

域で安心して暮らしていけるよう、これまでも、居宅での自立した日常生活を支援する自立生活援助ですとか、重度障害者にも対応できる、日中、夜間も含めた支援体制を確保した日中サービス支援型のグループホームの創設などに取り組んできたところでございます。

加えて、今回の改正法案では、地域生活の体験の機会を提供する障害者の地域生活への移行の支援ですとか、緊急時の対応などを行います地域生活支援拠点の整備を市町村の努力義務とすることとしております。

さらに、令和六年度に見込まれます次期の報酬改定を見据えまして、障害福祉サービスにおける重度の方の受入れ体制の充実などに取組みまして、家族による支援から地域における支援へ、親亡き後も見据えて、段階的、継続的に支援を進めていくこと、これによりまして、障害者や御家族が安心して生活することができるよう地域の体制構築に努めてまいります。

○野間委員 是非、次の報酬改定においては、そこを厚く考えていただきたいと思っております。

あと、地元の相談支援に当たっている事業所の方などの話を聞くと、報酬の問題になるんですけども、件数に応じて報酬をもらうということなんですけれども、非常に採算性が悪く、そこに人を張りつけるとか、人材を確保するというのも難しく、相談支援のそういったものを廃止するところも結構出ているわけなんですけれども、その辺の現状、そして、やはり報酬も、次はもう少しプラスに持たせてもらいたいという要望が出ておりますけれども、どうでしょうか。

○辺見政府参考人 相談支援事業者でございますけれども、サービス等利用計画を作成することなど、障害者に対しての支援を総合的に調整する重要な役割を担っているところであり、利用者に対して安定的、継続的な相談支援を提供していただく、こういったことが求められていると考えております。

このため、相談支援事業者に対しては、前回、

令和三年度の報酬改定において、計画相談支援や障害児相談支援というものについて基本報酬を充実すること、また、従来評価されていなかった、計画を決定する月ですとかモニタリングの対象となっている月以外の月についての一定の業務についても、新たに報酬上の評価を行うといったような充実策を講じてきたところでございます。

今後、次期の報酬改定に向けてまして、令和三年度報酬改定の影響も含めて経営の実態を調査をいたしまして、相談支援事業者の経営状況をよく把握をして、今後の報酬について必要な検討を行ってまいります。

○野間委員 是非、手厚い支援をお願いしたいと思っております。

最後の質問になりますけれども、ちょっとまた児童保育についてお尋ねしたいと思っております、内閣府になると思っておりますけれども。

こども家庭庁では、こども家庭庁発足後、児童保育の位置づけを、成育部門の、全ての子供の居場所づくりというふうな位置づけられているんですけども、児童保育を経営されている方、協議会の皆さんは、何か自分たちは、児童保育というのは単なる居場所なのかと。居場所じゃないよ、やはり安心、安全に子供たちが過ごせる継続的な生活の場なんだと。ちょっと、居場所というふうな、軽く見ているんじゃないか、軽視されているんじゃないか、そういう声が上がっているんです。

ですから、児童に携わっている皆さんは、居場所というんじゃないかと、やはり育ちの保障、保育はその位置づけられていますけれども、保育と同様なそういう位置づけ、そういう見方をしてもいいんじゃないかというのを強く望んでおります。確かにそうだなと思えますけれども、この辺の位置づけをどうお考えなんでしょうか。

○野村政府参考人 お答え申し上げます。

こども家庭庁では、児童期を含めた様々な子供につきまして、御指摘の居場所づくりを始め、子供の可能性を引き出すための取組を推進していく

ということにしております。そうした中で、御指摘の放課後児童クラブでございますけれども、この放課後児童クラブといいますのは、仕事などで昼間家庭に保護者の方がいらっしゃらない間に児童期の子供たちが集う、そういう意味では居場所という面もございましてけれども、その上に、指導員という大人の方々の指導であるとか、助言であるとか、見守りなどなどの下で、子供たちが集まり、遊びであるとか、あるいは生活などをする場として、子供一人一人の状況でございますとか、あるいは発達段階、そういったものに応じた育成というのを推進していく。

さらに、子供に関わる地域の方々関係機関と連携をしたりしながら、子育てであるとか、あるいは子供自身の成長を支援していくといった大変重要な役割を担うものでありまして、御指摘のとおり、継続的な生活の場であるというふうな考えでおります。

そうした意味では、こども家庭庁の発足後におきましても、これは、保育所などと同様に、これまでどおり、放課後児童クラブというものは、子供にとって安全、安心して過ごせる、そして継続的な生活の場として、その重要性に変わりはないものと考えてございます。

○野間委員 そういう位置づけであれば、ちょっと今、こども家庭庁のホームページ等では、居場所だという位置づけになっていまして、そこはやはり、きちっとした、単なる居場所ではないんだと。育ちの保障、子供さんによっては、家庭にいるよりも長く児童にいますという場合もあります。本当に生活の場でありまして、これをちょっと軽く見るような表現の仕方、位置づけは、是非、改善したいと思いますか、表現を変えてもらえないだろうかと思っておりますけれども、重ねてになりますけれども、どうでしょうか。

○野村政府参考人 お答え申し上げます。御指摘の資料、こども家庭庁の組織の大きなくくりとして、企画立案・総合調整部門と成育部門

と支援部門と、大きく三つの、いわば局のような構成を考えているという資料の中で、全ての子供の居場所づくりという項目がございまして、その中の一つとして放課後児童クラブが入っております。

この組織の立て方といった資料についてどうするかでありますけれども、今後、こども家庭庁準備室としても、放課後児童クラブに関する情報発信をする際には、生活の場であるとかいった、従来から重要な場として位置づけられているもの、こうしたものを念頭に置きながらの情報発信、そういったものに努めてまいりたいというふうに考えてございます。

○野間委員 ちよつとその組織の、今、局のお話が出て、これは別に通告はしていませんけれども、すると、局の扱いとしては、保育と学童保育というのは異なる局に入ることなんでしょうか。

○野村政府参考人 お答え申し上げます。

言葉足らずで申し訳ございません。今のところ考えておりますのは、成育部門という大きな一つの局的な固まりがございまして、その中で、保育をつかさどる部署であったりとか、あるいは放課後児童クラブをつかさどる部署であったりということをごをこの成育部門の中で担当することを考えてございまして、具体的なその組織のたてつけにつきましては、現在政府内で調整中でございます。

○野間委員 是非、生活の場、育ちの保障の場でありますので、きちつとした位置づけをして、学童で働く人たち、また、これを経営する人たちの誇りを傷つけないようにしていただきたいと思っております。

それでは、時間となりましたので終わらせていただきます。ありがとうございます。

○三ツ林委員長 次に、池下卓君。

○池下委員 日本維新の会の池下卓です。

本日もよろしくお願いたします。
まず、国連の障害者権利委員会の総括所見につ

いてお伺いしたいと思います。その前に、今回の法案につきまして、東ね法案ということ、非常に重要な法案が幾つか束ねられているという形でございます。

その中で、今回の精神の問題に関しまして、非常に多くの委員の皆様、そして参考人の皆様から御意見がありました。そんな中で、本来であれば、難病であったりとか、様々な部分と分離して審議するのが本来であるべきじゃないかなと個人的には思っているわけでありまして。そんな中でも、今回、審議されているわけですので、しっかりとした誠実な御答弁をお願いしたいと思います。

今回、本法案の改正におきましても、様々な委員から御指摘があるところなんですけれども、もう一つ加えて、次期の障害福祉計画及び障害児の福祉計画、これが令和六年の四月に改定されるという形になります。それに向けた政府の基本指針、これが来年の令和五年の三月に示されるという形になるかと思っております。そんな中で、障害者部会の方の委員さんからも非常に多くの御意見を頂戴しているところでもあります。これから都道府県であったりとか市町村が作成する福祉計画に、今回の国連の総括所見の内容がしっかりと反映されるかどうか、これが非常に重要なポイントだと思っております。

まず、今のこの基本指針に、政府が進めている基本指針に織り込まなければならない、やはり次の計画にはなかなか欠けている部分が出てくるかと思うんですが、次回の障害者部会につきまして、その点についてしっかりと委員の皆様へ提示して議論していただいて、その上で計画の中に盛り込めるのかどうか、大臣の方にお伺いをしたいと思います。

○加藤国務大臣 池下委員からお話がありましたように、令和六年度から新たな計画が進むわけでありまして、そこを、各自治体における計画策定に向けて、今年度末までに基本指針の中身を、これは審議会において議論しながら確定させてい

ただくということになるわけでありまして、そこにおいては、障害者権利条約、あるいは条約に基づく対日審査に関する総括所見等、もちろんでありますし、また、この間の様々な取組、そして、何と云っても障害者の皆さんからの御意見、こうしたものも承りながら、この基本指針の内容について議論を深めていきたいというふうに考えております。

○池下委員 大臣、ありがとうございます。

ちよつと確認なんですけれども、大臣、今、障害者部会の方で議論していただくということなんですけれども、改めてちよつとお伺いをします。この総括所見の中身を入れ込んでいく方向でちよつとやっていく、計画、入れるような形でいきますよという認識でよろしいんでしょうか。改めてお伺いします。

○加藤国務大臣 まさに、どういう中身にするか、これから御議論いただくわけなので、今、こうだとかいうことを私が申し上げるのは避けたいと思っております。ただ、議論に当たっては、今回の対日審査に係る総括所見、こういったものもお示しをさせていただきながら議論を深めていただきたいと思っております。

○池下委員 この基本指針が都道府県のベースになつてくるもので、やはり、今の部分が入っていないと、当事者団体の皆さんも、今日来られているかもしれないけれども、当事者団体であったりとか自治体の方では理解が得られないのじゃないかなと思っております。しっかりと議論の方をしていただきたいという具合に思っております。

次に、基幹相談支援センターについてお伺いをしようと思っておつたんですけれども、先ほど野間委員の方からも質疑がありました。通告の方でお示しはさせていただいてまして、三つほどお話をさせていただこうかなと思っておつたんですけれども、最後、三つ目の大臣にお伺いする部分だけ、少しお伺いをしたいなという形で思っております。

先ほど野間委員の方からも御指摘がありましたように、この基幹相談支援センターにつきましては、全国の中では平均の設置率というのが五〇％程度、資料の一枚目と二枚目の方にこれを描かせていただいております。

全国でも設置のばらつきがあるということもお話がありました。岐阜県の方では九〇％程度設置されておりまして、奈良県の方では僅か三〇％程度しかないということで、本当に地域格差というものが顕在化していることは、私、心配な点であります。

先ほどの答弁におきまして、努力義務ということをつつけられるところから予算措置も含めて検討していくよというお話があったのは、これは前向きに捉えさせていただきたいという形で思うわけなんですけれども、当然、設置というのは、設置の率を上げていくことは非常に重要なわけでありまして、先ほどお話もありません。

ただ、一方、やはり基幹相談支援センターの機能、これをしっかりと充実させていくということも併せて非常に重要な点だと考えております。

そこで、その機能が十分発揮されているかどうか、評価指標というものをしっかりと作って示していくべきだと考えますけれども、大臣の所見、検討状況についてお伺いをしたいと思います。

○加藤国務大臣 基幹相談支援センターにおいては、地域における相談支援の中核的な機関として、例えば、支援困難事例など専門的な支援が必要なケースへの対応や三障害への総合的な対応、あるいは地域支援や地域づくりの取組等、こうしたことが期待をされているわけでありまして、その期待をしっかりと果たしていただくことが量的な充実とともに大事なところであります。

市町村は、障害福祉計画において、相談支援体制を含むサービス提供体制の確保に関する目標と活動指標を設け、計画的に体制整備を進めることとされております。

基幹相談支援センターについても、令和六年度

からの次期障害福祉計画に係る国の指針について見直しを検討する中で、設置目標を設けるとともに、新たに、具体的な機能を評価するための活動指標、これを盛り込む方向で今検討を行っているところでございます。

基幹相談支援センターの機能が十分に発揮していただけるよう、活動指標の設定も含めて、必要な方策を検討させていただきたいと思っております。

○池下委員 今御答弁ありましたように、設置の数を増やしていくということ、その機能が大事だということで、活動の機能の、設置の指標というのを作っていただけということでありました。

ただ、今の現状でいいますと、基幹相談支援センターを設置しているところ、若しくは設置していない市町村もあるかと思っておりますが、そんな中で、なかなか予算が少ないよという状況の中で、センターをつくらなくて役所の中で相談を受けているところもあると聞いております。それではなかなかこの機能というものは上がらないという形で思っておりますので、是非、設置の向上とともに、機能の充実というのを併せてしっかりとやっていただきますよう申し添えておきたいと思っております。

それでは次に、難病法関連についてお伺いをしたいという具合に思います。

今日の午前中の辻参考人への質疑でもちよつとさせていただいたんですけれども、今回、原則五年の見直しの難病法改正まで実質七年の歳月がかかっております。その経緯、コロナの部分もあるかと思っておりますけれども、その経緯につきまして参考人にお伺いしたいと思います。

○佐原政府参考人 お答えいたします。

難病法の見直しに関しては、難病法施行五年目の令和元年五月に関係審議会で検討を開始しまして、同年八月から十二月にかけてワーキンググループでの議論を取りまとめ、そして、令和二年の一月より関係審議会においてワーキンググループ取りまとめを踏まえた議論を開始していたこと

でございます。

しかし、その後、新型コロナウイルス感染症の流行が生じたところでございます。

この後、新型コロナウイルスに万全を期す必要があったことから、関係審議会を開催して難病法の見直しに関する議論を進めることが困難な時期が続き、今回の法案提出まで時間を要したというところでございます。

○池下委員 今御答弁がありました。

そして、今回の改正に、中にも入るかと思えますし、これから今後どうなるかということもなるかと思うんですが、難病を持たれている方の当事者参加というのは、私、非常に重要であると思っております。

今日の午前中の辻参考人の方にもありましたけれども、難病患者の医療の部分はやはり科学的な知見からというのが大事になってきます、ただ、生活の質の担保という面からはやはり当事者の意見というのをしっかりと聞いていただきたいという御発言もありました。

そんな中で、今日もありましたが、例えば難病指定委員会や中医協などで参加が認められていないとも聞いております。そういうところで、これからの患者の療養生活の質の向上、これも難病法的一条にも目的として中に書かれているところでありまして、健全な患者視点をしっかりと入れていくということが私は非常に大事だと考えておりますが、社会的資源としての患者活動を有効に活用する意味におきましても、産官学、併せて患者の連携が必須と考えますけれども、大臣の御意見、所見、お伺いをしたいと思います。

○加藤国務大臣 今般の改正案のうち、難病法や児童福祉法の改正内容を議論いただく関係審議会、ここで取りまとめた意見書の内容を基にしているわけでありまして、この審議会で、難病患者やその家族等の代表として三名の委員が参加していただいていると認識をしております。厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会には二名、社会保障審議会児童部会小児慢性特定疾患児への支

援の在り方に関する専門委員会に関しては一名の方が入っておられるというふうに認識をしております。また、その他の医療に関する審議会においても、委員や参考人として当事者に参加いただき、政策に当事者の声が反映するよう努めているところでございます。

今後とも、今回、難病患者等に関するというお話でありましたが、難病等患者に関する施策の検討に当たっても、そうした皆さん方の意見を聞きながら、引き続き議論を進めていきたいと考えております。

○池下委員 難病患者さんの生活といたしましては、私もヒアリングもさせていただきまして、現場も見させていたんですけれども、生活を一つするにしても非常に困難な生活を強いられるわけですね。その中で、やはり生活の質の担保というのは非常に重要だと思っております。今大臣も御答弁ありましたけれども、できるだけ審議会等に御意見、酌んでいただきたいと思っておりますし、もしその委員になれなかったとしても、やはりヒアリング等々をしっかりと丁寧に行っていただくことによりまして、現場の意見の酌み上げというのが本場に直接影響してくることになるかと思っております。是非よろしくお願いをしたいという具合に思います。

そこで、次なんですけれども、難病患者の生活の質、これを守っていくもう一つの、ターニングポイントといたしますが、これはやはり就労、お仕事をやっていく、就労というところになってくるかと思っております。この就労環境、難病を抱える方々にとっては非常に深刻な問題を抱えております。

そこで、参考人にお伺いをしたいと思います。現在取り組んでおられる難病患者に対する就労対策についてお伺いをしたいと思います。

○堀井政府参考人 お答えをいたします。

現在、ハローワークにおきまして難病患者の新規求職申込件数が増加傾向にあるという状況もございいたします。数字を紹介させていただきますと、平

成二十九年年度五千八百一件と比較しまして、令和三年度は約千五百件増加をしております。七千二百九十四件となっております。非常に就労支援に対するニーズが高まっているというふう感じております。

このため、厚生労働省といたしましては、就労に困難を抱える難病患者に対しまして、難病相談支援センターを始めとした地域の関係機関との連携の下、ハローワークに配置をした難病患者就職サポーターによる就労支援の強化でございます。また、難病患者を雇用し適切な雇用管理を行った事業者に対する助成による雇用の促進に努めているところでございます。

一方、障害者の雇用率の対象の関係でございますが、現在その対象となっていない難病患者の雇用率制度における取扱いにつきまして、本年六月に労働政策審議会障害者雇用分科会において取りまとめられた意見書におきましては、就労場面において生じる課題等に個性が高く、個人の状況を踏まえることなく、一律に就労困難性があると認めることは難しく、就労の困難性の判断、その在り方に関する調査研究を進め、その結果等も参考に、その取扱いを検討することが適当とされているところでございます。

これを踏まえまして、まずは、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構、J E E Dにおきまして調査研究を進めていくこととしておりますが、いずれにしても、難病患者に対する就労支援につきましても、それぞれの個人の状況等に応じたきめ細かい支援を行ってまいりたいと思っております。

○池下委員 御答弁いただきました。

J E E Dで調査研究されているということでありまして、ハローワークさんの事業も大変重要だと思っております。これはまた、就職する際にはこのハローワークさんを窓口にするということもあるんですけれども、一方、やはり、現在就労中の方々の問題というのも非常に大事だと思っております。

現在、ハローワークにおきまして難病患者の新規求職申込件数が増加傾向にあるという状況もございいたします。数字を紹介させていただきますと、平

そんな中で、私もいろいろお話を聞かせていただいた中で感じたところなんですけれども、やはり、難病患者さんといえますのは、ふだんはこういう元気な形で仕事をされているということなんですけれども、ただ、病状が悪化したら、通院しなくてはいけないのであったりとか、若しくは長期の休暇、長期の入院が余儀なくされる、こういう場合もあります。

ただ、難病を持たれている方というのは、先ほどもちょっとあつたんですけれども、知られたくないということがかなりあるんです。やはり、自分が難病患者ですよというのが会社に分かってしましますと、首を切られるんじゃないかと、若しくは部署を、今思うような部署で働いているんですけれども、部署が替えられるんじゃないかと、そういう心配の中でなかなか言い出せない、そういう患者さんも非常にたくさんあるという具合に聞いております。

そんな中で、私、大事だと思いませんのは、やはり、雇用者側、雇う側ですね、会社側、雇用者側と、雇われる側、難病患者さんの方になるんですけれども、その周知、若しくは職場の仲間の皆さんの理解というものがしっかりと就労の継続というものはなかなかないという具合に思っております。そんな中で、やりがいという部分も含めて、しっかりとフォローできる制度設計というものをしっかりとつくっていかなければならぬのかなと私は感じているところです。

そこで、雇用者が難病に向き合う被雇用者を支援する制度というものを是非創設していただきまして、後押しできるようなものを是非つくっていただきたいと思うんですが、具体的に言いますと、例えば、難病患者さんに就労してもらっているという企業さんには税制優遇をするということと、産業省が今所管しております健康経営優良法人認定制度の活用、これは、聞き取りしますと、マークみたいなものをつくられていまして、トップ五十のマークとか、そのほかの企業さんもある程度

受け入れるところはマークをいただいで、いわゆるCSR、社会的にもこういうところにも取り組んでいられるんですよという制度があるそうなんですけれども、そういうところも活用していくということも非常に大事なのかなという具合に思っております。

そこで、今働いている患者さん、難病者の皆さんが今のまま変わることなく輝き続けることができる就労環境の整備、これをするために何ができるのかということを考えるべきだと思いますけれども、政府のお考え、お伺いをしたいと思います。

○堀井政府参考人 池下委員御指摘のように、難病のある方が、離職することなく、治療を継続しながらやりがいを保持して働き続ける、その能力を十分に発揮して活躍しやすい職場環境を整備する、こういったことは非常に重要だということふうに考えています。

このため、現在、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン、これを活用した具体的な支援の取組の周知啓発に加えまして、難病患者に特化した支援策として、事業主の難病についての誤解や先入観を取り除き、適切な雇用管理を行うための雇用管理のマニュアルですとか、保健医療分野の相談支援に関する課題を解決するための就労支援活用のガイド、また、難病患者の専門支援者のための職業リハビリテーションハンドブックQ&A、こういったものの周知を行っています。これらを通じまして、企業における職場環境の整備等を促進をしているところでございます。

さらに、現在、難病患者の就労困難性、企業側の支援ノウハウ、地域における支援体制の整備状況等の直近の実態を把握するために、JEDDにおきまして難病患者の就労困難性に関する調査研究も行っていただいております。

このような取組を通じまして、治療を継続しながら働くことを希望する難病のある方やその事業主の実態を把握をした上で、難病のある方の意見

も聞きながら、必要かつ効果的な支援策となるように、省内の関係部局と連携をして検討してまいりたいと存じます。

○池下委員 是非、取組を早急に進めていただきたいと思えます。

今、就労についてお伺いをいたしましたけれども、もう一つ、やはり就学、学びの場、これも非常に大事だと思っております。今回、この部分はちょっと確認になるかと思うんですけれども、長期療養を必要とする難病のお子さんたち、この方々たちしっかりと教育の機会というものも担保していかなければならないという形で思うんです。

そこで、ちょっと確認でお伺いしたいんですが、義務教育である小中学校、そしてもう一つ、高校、ここにつきましては対策と現在の取組についてお伺いをいたします。

○安彦政府参考人 お答え申し上げます。難病を始め、病院や自宅等で病氣療養中の児童生徒への学習支援につきましては大変重要であると考えております。

そのため、文部科学省においては、長期入院している小中学校、高等学校の児童生徒に對しまして、病院内に設置されています教室等における対面指導、対面授業や、ベッドサイドでの教師の訪問による指導、また、ICTを活用した同時双方向型の遠隔授業、こういったものの学習支援の充実に努めているところでございます。

また、同時双方向型の遠隔授業のみならず、事前に収録した授業を視聴するオンデマンド型の授業につきましても可能となるよう、今年度中を目標に制度の見直しを図るとともに、これらの効果的な活用方法等の調査研究に係る経費を令和五年度概算要求で要求しているところでございます。

引き続き、病氣療養中の子供を含めまして、様々な課題を抱える子供たちを誰一人取り残さず、可能性を最大限に引き出す教育の実現に向けて取り組んでまいります。

○池下委員 コロナ禍で、オンデマンドであったり

り双方向の通信というのが飛躍的に広がったというところですので、小中高それぞれ、子供たちの学びの機会を失わないようにしていただきたいと思えます。

一方、ちょっと大学の方にも目を向けていただきたいと思うんですが、やはり、大学の方は、大学の自治であつたりとか建学の精神であつたりとかというところで、なかなか小中高とは若干違う部分があるかと思えますけれども、同じように、大学における対策、難病患者、難病の子供たちの就学対策についてお伺いをしたいと思います。

○西條政府参考人 お答え申し上げます。難病や障害の有無にかかわらず、全ての学生がその意欲と能力に応じて大学等において学ぶ機会の確保や、そのための環境整備を進めていくことは大変重要だと考えております。

大学においては、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律等に基づき、難病等による病弱、虚弱を含め、障害のある学生に對して合理的配慮の提供が行われるものと承知しております。

このため、文部科学省では、大学が提供すべき合理的配慮の考え方や合理的配慮の決定手順等を取りまとめ、各大学に周知しているほか、先進的な取組を行っている大学を中核として、大学等からの相談への対応や大学間、担当間の連携を推進するため、令和二年度より、障害のある学生の修学・就職支援促進事業を実施しております。

また、独立行政法人日本学生支援機構と連携し、障害学生支援の理解啓発に向けたセミナー等を実施しているほか、病弱、虚弱などの障害種別ごとに障害特性の理解や支援方法をまとめた教職員向けのハンドブック等を作成し、全国の大学等に配布するなど、大学等における理解促進を図っております。

今後、これらの取組を通じまして、難病を抱える学生が大学での修学を断念することがないよう、難病を含めた障害のある学生への支援の充実を促してまいります。

○池下委員 先ほども申し上げましたように、大

学は建学の精神であったり大学自治というものが
あります。なかなかちよつと踏み込めないとい
点はあるかと思うんですが、ただ、難病を持つお
子さんでも、やはりホーキング博士のように非常
に優秀な方もいらっしゃるわけですよ。そうい
中の学びの機会を何とか取りこぼさないようにと
いいですか、それを難病のお子さんたちがキャッ
チできるような形で、学びの機会を是非つくと
いただきたいと思いますので、よろしく願いま
たいと思います。

余り時間がないので次に行きたいと思うんで
が、新生児のマススクリーニング事業について
伺いをしていきたいと思えます。

小慢であったりとか、難病についてもそうなん
ですけれども、やはり、早期発見、早期治療、早
期支援、これは非常に大切なことでもあります
し、障害者部会におきましてもその重要性とい
ものは指摘されているところでもあります。

そこでお尋ねしますけれども、都道府県等
実施されております新生児マススクリーニング事業
についてなんですけれども、法的根拠について
ちよつと改めて確認をしていきたいと思えます。

○藤原政府参考人 お答え申し上げます。

新生児マススクリーニング検査ですけれども、
疾患の早期発見、その後の早期治療や生活指導を
行うことで知的障害の予防をするということを目
的として事業化をされたものでございます。昭和
五十二年度から、都道府県、指定都市を実施主体
として、五疾患を対象に国庫補助事業を開始をさ
れました。平成十三年度には一般財源化された
ところでございますけれども、一方、検査方法や対
象疾患については、検査技術や治療法の進展を踏
まえ、検査方法の見直し、疾患の追加を行ってき
ておりまして、現在、二十疾患を対象としており
ます。

リーニング検査の実施により先天性代謝異常等を
早期に発見し、その後の治療や生活指導につなげ
るなど、先天性代謝異常等の対応を推進すると位
置づけております。

また、それに加えまして、その適正な実施を確
保するため、異常又は異常の疑いのある事例への
対応方法、検査実施の留意事項などにつきまして
実施主体である都道府県等に通知をしております
て、こうした取組により、本マススクリーニング
検査事業につきましてには全ての自治体において実
施をされ、非常に高い受検率を維持しているとい
うところでございます。

○池下委員 御答弁はいただいたんですけども、
法的な根拠というのがないんですかね。
これは私もちよつと資料の三番目でつけさせて
いただいているんですけども、厚労省子ども家
庭局母子保健課長の通知をつけさせていたしてい
ます。先ほどお話がありましたように、自治体
の方でやっていただくという形になりますけれど
も、自治体によっても、その予算のかけ方という
ものが、非常にやはり地域間格差がありますよ
うなことで、この通知の一番下、黄色の部分で線
を引かせていただいているところなんですけれど
も、本通知は、地方自治法第二百四十五条の四第
一項に規定する技術的な助言として発出するもの
であるというところで、ちよつと今回書かせていた
だいております。

ただ、このマススクリーニング事業といいま
すのは、先ほど申し上げましたように早期発見す
れば早期治療ができるという中で、その子供たち
将来的に、早期に治療すれば完全に治るとい
病気の中にはあるという具合に聞いております。や
はり、この新生児マススクリーニング事業とい
ものにつきまして、こういう通知だけではな
く、明確な根拠を持って、国が率先してやってい
くということが非常に大事だと私は思っております。

先ほども地域間格差のお話をしましたけれど
も、しっかりとやっているところは先進的にやっ

ていただいているということも私は理解させてい
ただいてはいるんですが、このような先進的取組を
している自治体の好事例、これを政府が参考にし
て、現在の二十疾患の公費負担の対象、これを広
げていく、公費対象を広げていくということも検
討すべきだと思えますけれども、御意見を聞か
せたいと思えます。

○藤原政府参考人 お答え申し上げます。
先ほど申し上げたとおり、新生児マススクリー
ニング検査につきましては、対象疾患の追加な
ど、検査技術や治療法の進展を踏まえて見直しを
してきたところでございます。

またさらに、近年、関係学会等から対象疾患追
加の必要性を指摘されていることも踏まえてま
して、現在、日本医療研究開発機構におきまして、
対象疾患を選定する基準に関する研究を令和二年
度から三か年で実施しているところでございま
す。

検査方法や対象疾患の追加につきましては、疾
患の選定基準に加えて、例えば、検査や診療の体
制整備ですとか、遺伝検査ということになれば、
倫理的、社会的な課題等についても考慮していく
という必要があると思えます。

委員から御指摘いただきました、一部自治体
におきまして独自に対象疾患や検査方法を拡大を
しているところがあるということは承知してござい
ます。

自治体での本事業の実施の状況ですとか、実施
をする中で課題などについても、我々としても
しっかりと把握をして、その上で検討を進めていき
たいというふうに考えております。

○池下委員 今御答弁ありました。
私は、改めて申し上げますけれども、やはり法
的根拠というのは必要だと思えます。それが、難
病に苦しむ子供たち、希少な病気に苦しむ子供
たちを救う手だての一番最初の取っかかりになる
んじゃないかなと。今やっていたら十分承知して
おりますけれども、是非お願いしたいと思いま
す。

ちよつと時間がなくなりましたのであれなんで
すが、本来であれば、新たな治療薬が開発され
たときの対応の仕方であったりとか、私の地元であ
ります大阪府議会、これは、小慢の方が二十歳を
超えたときに医療費助成がなくなる、これを何と
かしてほしい、切なる声が見聞として府議会か
ら上がってきておりますけれども、この点につ
きましては、ちよつと今日は時間がございます
ので、申し添えて、また次回の機会にさせていただきます
たいと思えます。

これで質問を終わります。ありがとうございます。

○三ツ林委員長 次に、田中健君。
○田中(健)委員 国民民主党、田中健です。よ
ろしくお願ひいたします。

さきの質問で積み残しになりました精神保健福
祉法についてまず伺いたいと思えますが、ほかの
委員からもありましたように、今回の改正法案、
束ね法案ということで多岐にわたるわけであり
ますが、この精神保健福祉法においては、大変に
午前中の参考人の中でも課題が多々提示されて
います。やはり束ねで議論するのは無理があつた
んじゃないかと、問題点として先に、冒頭述べさ
せていただきたいと思います。

まず、医療保護入院について伺います。
今法案では、これまで議論が出ていたように、
家族が同意しない意思表示や、意思表示そのもの
を拒絶した場合は、市町村長が同意を与えて入院
をさせることができるようになります。この場
合、市町村としては、資格を持った医師が入院の
必要性を判断したのに、なかなかそれを覆す形
で同意を与えないという旨の主張をするそもその
根拠を持ち得ないため、事実上はそのまま入院
させるほかならないのではないかと懸念が示
されています。その場合、医療保護入院は縮小
するどころか増加する可能性さえあるとも懸念
されています。

これについては、さきの質問で、宮本委員がこ
の医療保護入院の適用拡大につながるんじゃない

かという観点で質問をしても良かったところ、加藤大臣から、医療保護入院が増えるとは一概に言えないという発言がございました。この発言、何を根拠にその発言をされたのか、まず伺います。

○加藤国務大臣 まず、今回の市町村同意に関する本改正については、精神障害者の家族団体からの要望を踏まえ、同意に伴う関係の悪化を懸念する家族が意思表示をちゅうちょする場合は想定し、こうした場合における家族の過度な負担を軽減する、という趣旨であります。

今回の改正案によつて、例えば、現在、家族がちゅうちょしながら同意をしているケース、これが市町村同意に移るとしてもあり得るわけでありまして、そうした場合には、市町村同意によつて入院が増えるとしても、医療保護入院が増えるということには一概につながらないのではないかと、こういったことを念頭に置きながら申し上げたところであります。

○田中(健)委員 大臣から、家族の要望もあったというんですが、それも、午前中の参考人質疑の中で、あくまで家族からの要望は、医療保護入院の廃止を前提として、その上での話だということもありましたので、是非それも御理解いただければと思います。

午前中の参考人質疑の中で、参考になる資料をいただきました。日本精神神経学会の医療保護入院制度、保護者制度に関する全国調査の資料であります。

その中を見ますと、市区町村長同意による医療保護入院に関する問題点、適切な入院判断ができていない、また、形式的で形骸化している、今の体制では対応が困難ということが多数を占めていました。

ある、そういったものを積み上げて総合的に分析をした結果ならいざ知らず、最近では現状の把握もしていないということでありまして、面会の把握もつかないということでありまして、余りに私は説得力がないというか、無責任にも聞こえてしまいます。

今この資料を見る限りではですが、これは二〇一三年のいたいた資料なので、もう十年近く前なので、これが今の現状とは私は言えないんですが、だからこそ、この十年間で何が起きたのか、私自身も現場に行っているわけじゃないので、あくまで様々なデータやお話を聞いての議論なので、そこから、何が今起きているのかということをつかむ必要があるんじゃないかと思っております。

自治体の不同意の数や面会状況、現時点における医療保護入院制度の全体像というのを何か調べるといふことに着手ができないでしょうか。

また、今回は、入院訪問支援事業、これも議論になりました。また、地域の障害福祉事業者との連携を義務づける、新しいこういった提案もされています。これは、最低これは、需要把握というのは、これから新しくなるものですから、していくということではないでしょうか。伺います。

○加藤国務大臣 市町村同意による医療保護入院について、これまで、事務処理要領により市町村の手続を明らかにさせていたところでありまして、

市町村同意による入院に当たつての面会の有無等も把握をして、中には面会している自治体と面会していない自治体があるといったことは把握をしておりますが、市町村が不同意した事例の数そのものは把握はしていないというのが今の状況であります。

改正案の施行に当たつては、市町村同意による医療保護入院の実態についてしっかりと把握することが必要だ。また、これについて、さらに検討事項もございまして、そういった意味では、実態、どういう形であるか、いろいろ考えなきゃいけないと思ひますが、そうした把握には努めていきたいと思つております。

それからまた、地域援助事業との連携、これも今回も入れさせていただいておりますが、これについても、これは法案が成立して、実際にスタートして多少時間がたつてからじゃないとなかなか把握できないと思ひますが、今回のそうした措置がどう実施されているのか、こうした状況を把握していく上においても、実態の把握に努めていきたいと思ひます。

○田中(健)委員 この資料を提供していただきました池原参考人のお話では、やはり市区町村同意の形骸化ということを強調しておりましたが、それが本当に形骸化しているのか、それさえもやはり実態が分からない。まずそこをしっかりと把握した上で、何が必要なのか、何が問題なのかというのを是非皆で議論してほしいということが言われておりましたので、今、形はどうであれ、大臣の方から、調査も必要ではないかというふうなお話をいただいたと思つておりますので、是非お願いをしたいと思ひます。

さらに、この市区町村長判断だけでなく、司法審査や第三者機関を同意者とすることについての質疑も昨週ありました。

これは、医学的な専門性を伴う判断については法律家による判断がなかなか困難であると政府参考人からの答弁がありました。法律家ができないのであれば、現在、指定医の一人の判断というところから、セカンドオピニオンというふうな考えもありますけれども、これは、措置の場合のように、最低二人の専門医、どうしても一人ですと、その一人の人に全ての情報も、また判断も任せられてしまうということがありますので、二人の専門医を配置するようなことというのは、提案と

してお示しいたいと思ひますが、これはできないでしょうか。大臣、お願いいたします。

○加藤国務大臣 精神障害を有する当事者、法律家を含む有識者により構成された検討会で、まさに医療保護入院時に最低二人の専門医が判断すること、これについても議論がなされたところでございまして。その中では、同一医療機関の指定医が二人で判断しても、これは独立した判断とはなり得ないのではないかということ、精神保健指定医が足りないという今の現状の中で、実際上難しい面がある、こうした課題が指摘されたことと承知をしております。

ただ、先ほどの話ともつながるわけでありまして、今般の改正案の附則第三条において、本人の同意がない場合の入院制度の在り方について検討規定が置かれていたわけでございまして、その後、そうした中において課題の整理をしっかりと進めていきたいと思ひます。

○田中(健)委員 まさに検討会の中でその二人のが上げられて、マンパワーがないということも議論が出ていました。全国で一万五千人ほどしか指定医がいらないということ、これからの増員やまた増強というの必要かと思つていますが、何か対応しなければ、この不安というのがなかなか解消につながらないかと思つておりますので、引き続き議論をお願いしたいと思ひます。

それでは、医療保護入院の方を伺います。六か月以内の期限を定めることとしまして、さらに、更新もできることとされているため、長期入院の解消の観点から実効性に乏しいと指摘もされております。半年ですと、一度更新すると一年、一年になりますので、すぐに長期入院ということになつてしまいます。これについても、さきの委員会でも、更新回数を制限するなどとはどうかといった指摘もありましたけれども、これはなかなか現実的でないといった話がありました。

そうであれば、六か月という指定を更に短い期間に省令で定めるとか、ないしは、期間について

は、それぞれ運用状況を見て、まず六か月でもちろん始まったとしても、この省令の見直しができるような対応というのが必要ではないかと提案いたしますが、見解を伺います。

○加藤国務大臣 改正案では、医療保護入院について、精神科病院の管理者が、六か月以内の省令で定める期間の範囲内で期間を定め、要件を満たす場合に更新できるとされており。

関係審議会において、六か月の上限を法律上明らかにした上で、省令においては、例えば、入院から六か月経過までは三か月ごととすること等を定めることとされたことを踏まえたわけでありますが、これを具体的に省令にどう盛り込んでいくのか、これについては現在検討させていただいているところでございます。

また、先ほどありました、更新回数について上限を求めることはなかなか難しいという意見もその場であったところでございます。

○田中(健)委員 ありがとうございます。

これも、さきの、午前中、参考人が示してくれました。例えば、精神医療審査会においては、これはまたもちろん違った制度でありますけれども、二〇一四年の医療保護入院審査は、二十六万六千八百四十八件のうち、入院形態の移行が十三件で、入院継続を不要とした、つまり退院できた人は五件、〇・〇〇六%だと。これについて、精神医療審査会については、池原参考人だけでなく、藤井参考人からも、書類審査だけで、実質、チェックがなされていて、非常勤で、フレキシブルに働けない、つまり人員不足だという話がありました。

今回のこの延長においては、さきの参考人の話では、期限の到来が来た場合は、精神科病院が入院の要件や医療の必要性、同意の能力等を確認するというところでありまして、病院にこれが課されることになるんですけども、このように、審査会でもマンパワーが足りない、また、どうしても形骸的になってしまっている、書類審査だけになってしまっているという中で、今回、この六か

月の期間延長を病院に委ねるといふか、お願いする、やってもらうというところが現実的なのかということに併せて、長期入院になってしまった場合に、それを医療体制がしっかりと、長期入院している例に対して精神科病院管理者としての対策が可能なかという現実的な問題について、これは参考人から伺います。

○辺見政府参考人 お答え申し上げます。

今回の改正によりまして、医療保護入院につきましては、入院期間ごとに病院として病状の確認ですとか同意能力の確認を行うこととなります。この確認を適正に行っていたかどうかということのがまず大事なことだと思います。

その上で、病院管理者としては、併せて退院を想定した支援も必要となってくるところでございます。法律上、退院支援委員会を病院管理者として設置をするということが求められておりますけれども、退院支援委員会においては、地域生活への移行を促進するための措置については、退院した後の通院医療ですとか訪問看護などの活用も視野に入れながら審議を行うほか、地域での生活というものを考えて、今回の改正で義務づけられます地域援助事業者との連携の措置を講じることが必要となります。

具体的には、総合支援法におけます相談支援事業者などを紹介することが想定されるわけでございますけれども、紹介された相談支援事業者は、患者本人の希望を踏まえて、生活支援拠点などとも連携しながら、退院後の地域生活の調整を行っていくということになります。

こうした医療保護入院者に対する退院支援の措置につきましては、従来より通知の形でお示ししているところがございますけれども、今回の法改正により新たに講じられる措置もございまして、施行に向けてしっかりと整理をして、示してまいりたいと考えております。

○田中(健)委員 ちよつとまだ十分でないところがある話を聞いて思いましたけれども、これからもしっかりチェックしていきたいと思えます。

最後、伺います。

今回、虐待防止に係る取組についても改正法案が出されています。これについては、通報義務と通報保護義務の話でございます。これにおいては、当初、障害者虐待防止法の改正で運用するのではないかと言われておりましたけれども、結果、精神保健福祉法での運用となりました。これについて、身近な市町村が虐待のおそれのある第一通報先とされずに、通報先が今度都道府県に限定をされておまして、通報の促進、初期対応の観点から不十分になるんじゃないかといった指摘があります。

考えてみれば、東京都全体で何か虐待があれば東京都庁に行くというのは、余り私、現実的じゃないような感じがありますし、多くの地方公共団体からも、障害者虐待防止法の改正を要望する声というのが上がっています。これについては、大臣、お考えはありますか。

○加藤国務大臣 まず、委員御指摘の検討会では、障害者虐待防止法の改正と発言された方が九名、精神保健福祉法の改正と発言された方は三名と承知をしております。その上で、最終的には、双方を支持する意見があったが、いずれにしても、実効的な方策となるよう、制度化に向けた検討を行うべきであるとまとめられたところでございますので、そうしたことを議論した上で、今回は都道府県という形で法案をさせていただいたわけです。

それは、一つは、精神科病院に対する指導監督権限を精神保健福祉法上、都道府県が有するたため、都道府県を通報先とすることにより、より実効的な対応が図れるということ、また、精神科病院については、精神保健福祉法上、都道府県が入院届や定期病状報告を受理することとなっております。入院患者の情報を都道府県が保有していることから、市町村ではなく、都道府県を通報先とすることが合理的だと考えて、そうした形での法案を提出させていただいたということでございます。

○田中(健)委員 本日は、第三者の目が、たくさんの人に触れてもらって、そして虐待というのを防止ができる体制というのが私は望ましいと思っておりますが、また議論させていただければと思います。

時間になりました。以上です。ありがとうございます。

○三ツ林委員長 次に、宮本徹君。

○宮本(徹)委員 日本共産党の宮本徹です。

法案の前に一点、昨日、報道を見て大変驚いたんですけども、統一協会で、教団が関わって、教義に基づいて養子縁組が七百四十五組も行われていたと。信仰上の目的を達成するための養子縁組で、子供の福祉に反すると思えます。養子縁組あつせん法に基づく都道府県知事の許可も得ておりません。

大臣、これは養子縁組あつせん法、児童福祉法に抵触するんじゃないか。

○加藤国務大臣 報道は承知をしております。

どのような組織であつても、養子縁組あつせん法に規定する許可を受けずに、養子縁組あつせんである、養親希望者と児童との間を取り持つて養子縁組の成立が円滑的に行われるように第三者として世話をすることを反復継続的に行うのであれば、それが金銭の授受にかかわらず、同法に反するものであるというふうに考えております。

○宮本(徹)委員 これは早急に調査をしなければいけないと思えますけれども、今週中に調査は開始されるということでしょうか。

○加藤国務大臣 御指摘のその報道を受けまして、昨日、事務局に対して、養子縁組あつせん事業に当たる行為がいわゆる旧統一教会の中で行われているかどうか、事実確認の確認を行うよう指示したところでございます。

現在、世界平和統一家庭連合本部の所在地を管轄する東京都と厚労省の連名でこうした事実確認の確認の質問書を提示し回答を求めるという方向で調整を行っているところでございますので、その確認結果を踏まえ、必要な対応を更に検討して

いきたいと考えています。

○宮本(徹)委員 早急な調査をお願いしたいと思
います。法令違反が確認されれば、これは宗教法
人法に基づく解散命令請求の新たな一つの要件を
満たしていくことになるのかなというふうに思っ
ております。

法案について伺います。

私からも、まず、午前中の参考人質疑に関わっ
て、何点か伺いたいと思います。

市町村長の同意による医療保護入院について、
これが形骸化している、こういう声が、立場を超
えて今日の午前中は参考人の方から御指摘がござ
いました。適切な入院の判断ができない、入院後
全然関わっていない、こういうことがあるわけ
です。

先ほど、田中委員とのやり取りで、この市町村
長同意の医療保護入院について実態把握を行うよ
うな答弁がありましたけれども、先ほどの答弁を
聞いていると、これは法施行後にやるかのように
聞こえたんですけれども、そうじゃないと思うん
です。やるべきは、そもそも、今、市町村長同
意で医療保護入院を拡大していいのかわるか、こ
こを今調べなければいけないんだと思います。

その点、現状、問題点、この市町村同意による
医療保護入院について、今、このタイミングで実
態調査を始める必要があるんじゃないでしょうか。
いかがでしょうか。

○加藤国務大臣 今回の改正案で、今委員がお話
しになったような中身にさせていただいておりま
すし、同時に、病院から家族への説明、市町村の
同意のプロセスも適正に実施されていくというこ
とが必要でありますので、先ほど申し上げたよう
に、改正案の施行に当たって、こうしたものが
しっかりとなされているか、こうしたことを把握
していきたいということを先ほど申し上げたと
いうことでございます。

○宮本(徹)委員 改正案の施行に当たってとい
うのは、施行の後なんですか、その前にやろうとい
うことなんですか。

○加藤国務大臣 施行後、実際、施行された中に
おいてどう実施されていくのか、その辺も含めて
しっかりと把握していきたいと考えております。

○宮本(徹)委員 施行されたらその問題点をつか
むのは当然のことだと思っておりますけれども、そ
も、市町村同意そのものが形骸化していると、
今日、与党の推薦の参考人の方からも厳しい指摘
が出ていたわけですね。そんな形骸化している
もの下で市町村同意の対象を拡大していいの
というのが問われているわけですから、私は、法
施行後ではなくて、今やっ、立法事実が本当に
あるのかないのかというのをはっきりさせる必要
があると申し上げておきたいというふうに思いま
す。

それから、もう一点。

今朝の参考人質疑の中で、入院期間を定めて
も、更新回数の上限がなければエンドレスに強制
入院が続くという指摘がありました。中でも、精
神医療審査会がマンパワー不足で実質的な審査が
なかなかできないんだという話が、これも与党、
野党を超えての参考人からの指摘がありました。

私は、この精神医療審査会がやはり全ての強制
入院について実質的な審査をしっかりと行ってい
く、書類審査だけではなくて、入院後速やかに入
院者との面談も実施すべきだと思います。そのた
めに、常設化だとか審査委員の大幅な増員、これ
が必要なんじゃないでしょうか。

○加藤国務大臣 精神保健指定医には、先ほども
答弁申し上げた、限りがあります。医療機関で患
者に必要な医療を確保する観点から、精神医療審
査会の審査を行う指定医の大幅増員を図ること
は、なかなか現実的には難しいと考えておりま
す。

患者から退院請求がなされた場合には、原則と
して患者の意見を聴取する、行うこととしており
ますが、さらに、一般の改正案では、精神科病院
に入院中の患者について、患者を訪問し、患者の
話を傾聴する入院者訪問支援事業を新たに設けた
ところでありますので、こうした体制をしっかりと

として整備をしっかりと図っていくことを通じ
て、先ほど委員が御指摘がありましたような、適
正に執行がされるように努力をしていきたいと思
っております。

○宮本(徹)委員 お医者さんを増やしていくとい
うことも私は是非取り組んでいただきたいと思
いますし、併せて、常設化です、今、皆さん、
パートタイムでやられているわけですから、常設
化することも含めて是非検討していただきたいと
思います。

あわせて、今日、参考人で、JPAの辻さん
が、難病法の関連で何点か要望を述べられてお
りました。

一つは、症状が重症化した際の医療費助成の開
始の時期を重症化時点で遡る期間について、指定
医が申請に必要な臨個票を作成するのに二週間か
ら一か月かかる、指定医のいる病院は決して身
近な医療機関ではないことや、医療機関や申請窓口
が平日しか開いていないことなどを考えると、入
院などしていかなくても一か月では余裕がない、
原則三か月、これをお願いしたいという話でした。

全ての患者が安心して適切な治療を開始でき
よう、これについては十分な期間を設定すべきだ
と思います、いかがでしょうか。

○加藤国務大臣 一般の改正案で、難病の医療費
助成について、申請日から重症化時点で遡って開
始する仕組みに見直すわけでありますが、申請日
から遡る期間の限度については、本年七月、患者
団体も参加する関係審議会において御議論いた
されました。

個々の事情により様々なケースが考えられ、原
則一か月としつつ、入院その他緊急の治療が必要
であった等の事情がある場合においては、前倒し
されたことを踏まえて定めることとしており、関
係者の議論に沿った適切な期間と認識をしている
ところであります。

申請日から遡って助成する事情の有無について
は、患者からの医療費助成の申請書にチェック

ボックスをつけるなど、簡易に地方自治体が確認
できる方法とすることとしておりますし、また、
改正案が成立した際には、その施行に当たって通
知やQ&Aで具体的なケースをお示しするこ
とにより、可能な限り、全国的に、そしてスム
ズな取扱いがなされるよう努めていきたいと思
っております。

○宮本(徹)委員 これはせっかく遡りの制度を設
けるわけですから、間に合わないということでも
重症化時点で遡っての適用が受けられないという方
が出ないように、しっかりとした運用をなされる
ように定めていただきたいと思います。

もう一点ですが、登録者証については、
マイナンバーとの連携に不安の声が上がっている
ということでした。疾病名だとか病状がひもづ
いたら心配だという声もあるということをおつ
しゃべておられました。希少疾患や遺伝性疾病等
への偏見や差別などにつながるようなしなけ
ればならないと思います。

また、マイナンバーカードを持たずに、あと、
通知カードもなくした人や、あるいはマイナン
バー連携をしたくない人も、あるいはデータベース
に登録したくない人も、希望すれば登録者証が利
用できるようにすべきだと思います、いかが
でしょうか。

○加藤国務大臣 一般の改正案で、指定難病の患
者の方々が福祉、就労等の各支援を円滑に利用で
きるようにするため、患者が指定難病にかかって
いる旨を証明する事業として、いわゆる登録者証
の発行をまず行うこととしております。また、現
行の難病制度におけるマイナンバー連携の状況も
踏まえ、患者の利便性の向上、また自治体におけ
る発行事務の負担軽減を図るため、登録者証をマ
イナンバー連携の対象としていこうとされていま
す。

登録者証のマイナンバー連携による情報流出等
が要因で、疾患情報を基にした偏見や差別につな
がってはならないことは当然のことであり、
マイナンバーカード自体に登録者情報が入らない

こと、本人確認手続が厳格であることから、仮にマイナンバーカードを紛失した場合であっても、不正に難病患者等であることをその疾病名を知ることには困難であると認識をしておりますが、実際にマイナンバー連携する難病患者等の情報の内容は、福祉、就労支援の窓口で必要となるということでありますから、その情報として、指定難病患者であることといったことに限る、いわゆる疾病名は含まない、そういった方向で検討していきたいと考えております。

○宮本(徹)委員 後段にお答えになっていないんですけれども。

○加藤国務大臣 マイナンバーカードを持たない方への対応ということであります。

指定難病患者データベース等へのデータ登録を希望しない場合であっても、指定難病に罹患している等の要件を満たす場合には登録者証を発行することができるようであります。また、何らかの事情によって手元にマイナンバーカードがない方について、指定難病患者であることを確認する方策に関して、関係団体等の皆さんの意見も幅広く聞きつつ、丁寧に検討していきたいと考えております。

○宮本(徹)委員 この登録者証の制度ができれば、毎回毎回福祉サービスを使う際に診断書を取り直すということがなくて済む、経済的負担の軽減という点では大変いい制度だと思いますので、これはあまねく希望される方が受けられるような運用をお願いしたいというふうに思います。

続きまして、通過型グループホームの創設についてお伺いをしたいと思います。

東京は既に通過型グループホームがあります。私の知人のNPO法人は、現在、滞在型のグループホームと通過型のグループホームを運営しております。実は、二つ目のグループホームをつくるときに、元々二つ目も滞在型グループホームでつくろうと思っていたんですけれども、自治体の側から、通過型にどうしてほしい、こう言われて、やむなく通過型にしたと。

この結果、何が起きたかといえますと、本人の状態からいえばとても三年では自立できない方も、通過型のグループホームに入るといいうことになりました。三年を迎えてどうなったのか。結局、自治体に配慮してもらって、通過型だけでも、その後もしばらくいられるようにしてほしいもあってはそういう判断が異なってくるというのも起きちゃうわけですね。

私は、十分な滞在型のグループホームが足りない下で通過型グループホームをどんどんつくることが起きかねない、これを私の地元の経験からも大変感じております。

そういう認識は、厚生労働省にはあるんでしょうか。

○辺見政府参考人 今回の改正案は、グループホームの支援内容といたしまして、共同生活住居における日常生活上の支援に加えまして、独り暮らしを希望する方に対する支援を含むということを法律上明確化するものでございます。

グループホームは地域における障害者の住まいの場として重要な役割を担っており、グループホームの共同生活を希望する方は、改正後もこれまでどおりグループホームを利用できるという仕組みとするものでございます。

したがって、今回の改正による独り暮らしに向けた支援というのは希望者に向けての支援でございまして、利用者の意に反した追い出しは適当でないということを法改正に伴いまして周知徹底を図ってまいりたいと考えているところでございます。

○宮本(徹)委員 私の質問の趣旨が伝わっていないようなんですけれども、入っている人を出さないとんでもない話ですし、入るときに選択できるというのは当たり前の話なんですけれども、問題は、滞在型のグループホームが今足りないんですよ。ところが、自治体の側は、通過型をつくれば、こういうふうに通ってくるといのが現状起

きているわけですよ。そうしたら、通過型に入らざるを得ないじゃないですか。通過型に入ったら、三年たつたら出てくださいよという話になっちゃうんですよ。そういうことが起きないことを考えたら、私は、通過型グループホームというのは、今考えたいのは時期尚早だと思えます。

もつと滞在型グループホームが必要で、充足するところまでしっかりとつくるというのをそれぞれの地域でやらないと、おかしなことが起きるんじゃないかと思えますよ。

○三ツ林委員長 辺見部長、簡潔にお願いします。

○辺見政府参考人 各地域におけます障害福祉サービスの整備につきまして、自治体が定めま

す障害福祉計画において、地域のニーズを踏まえて策定をいただくことになっております。

今回の法改正によりまして、グループホームのサービス内容に独り暮らし向けの支援が入るといふことにするわけでございますけれども、その趣旨も含めまして令和六年からの障害福祉計画が策定されるように、現在検討中の国の指針等においても何らか工夫をしましてまいりたいと考えております。

○宮本(徹)委員 どういう暮らし方を選ぶかは障害者の意向に基づくというのをはっきりさせていきたいということを申し上げまして、質問を終わります。

○三ツ林委員長 次に、仁木博文君。

○仁木委員 有志の会の仁木博文です。

今日もラストバッターでこの委員会の方、質問を始めたいと思います。

大臣、前回、私の質問の中で積み残したことなんですけど、今回も、精神保健領域、福祉領域におきましては、今約三十万人の方が入院されていて、いかに、障害者というか、精神患者さん団体もそうだったんですけれども、地域へ、在宅へ移行できるかということなんですけれども。

具体的には、まだまだ、大きな施策としてのアウトリーチというか、いわゆるパッファー地帯と

いうか、そういうところの人材が極めて少ないように思うわけございまして、今日も午前中の参事人質疑の中でNCPの藤井参考人の方から、例えば、アウトリーチを担う人材というのは、専ら数が少ないとされている精神保健医のみならず、それ以外のいわゆる専門医というか医師も参画すべきだというふうな答弁もいただきました。

そういう中で、例えば、今、在宅の方に行った場合、精神科在宅患者支援管理料というのいわゆる診療報酬の中でできましたが、例えば、具体的に、このアウトリーチの中、看護師も大きい存在です。看護師というのは、精神科の看護を担うということで講習を受けて、それで現場に行きます。ただ、その指示書という、ドクターが書く指示書があるんですけれども、そこを書く要件は精神保健医なんです。

ですが、例えば、今日も藤井参考人がおっしゃったように、精神科の疾病の軽くなった方、あるいは、入院をしなくて在宅でもケアできるというふうな判断の下、診断の下でそうなるわけですから、例えば軽い方に対して、ほかのドクターが訪問看護指示書を書けるような、そういう要件緩和というのはお考えでないでしょうか。

○辺見政府参考人 御指摘のように、精神疾患を有する方が安心して暮らすことができるように、地域において切れ目なく支援していくということが重要でありまして、在宅において、必要に応じて医療サービスを受けられるよう、医療機関や訪問看護ステーションによる訪問診療、訪問看護の普及を図ってきたところでございます。

そうした中で、引きこもりの方や医療機関の受診を中断された方などについても、通院が難しいことのあることから、アウトリーチの取組が必要であるということ、令和四年度診療報酬改定で、こうした方々に対しての在宅医療の実施を精神科在宅患者支援管理料の対象として追加をしたところでございます。

こうした取組を進める上での課題につきまして、はっきりと受け止めさせていただいて、まずは

この管理料の普及を図ることが大事だと思っておりますけれども、様々な課題については整理をさせていただきます。と思っております。

○仁木委員 私は、欧米のICMのような、インテンシブなケアマネジメント、そういう、いわゆるアウトリーチが急にできるとは思いませんが、大臣、先ほど、通告になかったということもつぶやかれていますが、やはりそういった人材を厚くする。

そして、例えば、退院はできたものの、なかなか就労に結びつかず、例えば、就労できたものの、やはり会社の環境は入院環境とはドラスチックに違うわけでございまして、ちよつと嫌なことがあったりしたら引きこもつちやつたりして、なかなか行けなくなるときに、そういう訪問看護師さんがおうちに来てくれて、状態を把握して、ああ、これは精神科的に状況が悪くなったから、もう一回医療機関につないだ方がいんじゃないかとか、そういういろいろな総合的なケアができるわけでございまして、こういう切切目のない、いわゆる伴走的な支援というのは非常に重要だというふうに思いますので、アウトリーチの部分の、これは公認心理師も含めて、やはり人材を厚くすることで、今、病院という枠の中でのケアがいわゆる在宅、地域包括ケアの中でもできるというところを改めて主張したいと思えます。

実は、問題なのは、今回の強制入院の一つの医療保護入院にしましても、やはり、精神科の病院の中の状態がちよつとクローズドというか、閉ざされた感があるんですね。そういう意味でいうと、今回の入院者訪問支援事業というのはすごくいい制度だと私は思っていますし、実は、この厚生労働委員の与野党の筆頭の御尽力で、そういった精神科の病院を視察するような話も出ております。

そういう形で、やはり外部の人というか、今日もいろいろ、内容としては、地域包括ケアの中でも、今までは、精神科というのはほかのドクターから見てもなかなか特殊でして、話は長くなりま

すけれども、感染症の時期でも、精神科の患者さんが、重症患者さんを治療するICUに入った後の、例えばその次の病棟になかなかすぐ移行できないんじゃないかと。その病院に精神科というドクターがいなかったら共診できない、診れないというふうなことを勝手に思ってしまうわけです。ですから、ふだんからそういうふうな情報共有というか、そういった患者さんの状況も含めてケアしているような経験なり情報交換があると、例えば、コロナ感染症がクラスターとして精神科の病院で発生しても、長期化したりすることがなく、この程度の精神科の疾患だったら、一般病棟でも、一般病棟というのはいずれですけれども、ICUとか一般病棟の段階でも診ることができるといふふうなことになるわけでございまして。

合併症として精神科の患者さんがコロナ感染症になつちやうと受入れをできないという形でも、もうそれだけで拒んでしまうような実態があるのも事実だということを加藤大臣の方には分かっているのだと思えます。

それで、私は、医療従事者と患者さんは、共に医療、介護、特に医療というのをつくっていくものだと思いますので、いい形で、よく、医療従事者から虐待を患者さんにならないような法改正もあるわけでございまして、逆の、例えば精神科の病院内で、結構暴行事案というのが報告されているのは御案内だと思っておりますけれども、これが、患者さん側から医療従事者になつたときの、どういった対応があるのか、マニュアルとかQ&Aというところをこの前お聞きしたんです。

やはり、その辺の治療とあるいは虐待との境目というのはいかなかなか、そういった実態を知らない人が見ると分かりにくいと思えますので、私は、先ほど申し上げた入院者の訪問支援事業の中に、そういった精神科領域のこともより分かつたような人材がそういう訪問をすることも踏まえて、それがあつた意味での、いい意味での適正な、そういう精神科領域における治療というか、そういう医療環境になるということ提案したいんです。

ども、大臣、いかがでしょうか。

○加藤国務大臣 一つは、精神科病院の医療従事者の皆さんが安心して治療を行うことができる環境を確保していく。

先日も、私、見させていたいたときに、やはり経験とかいろいろノウハウを持ってもらえる、その従事者の方が、余裕を持ってもらえる、そういふような、対応していかれている、そういうのを非常に感じたわけでありまして、やはりそういったことは非常に大事なことであり、また、それは逆に、患者さんに対しても安心感を与えることにも多分つながっていくんじゃないのかなというふうな思いました。

それは、医療機関においては、今、精神科医療体制確保研修事業というのをやらせていただいて、精神科病院に勤務する幅広い職種の方々を対象に、暴力を未然に防ぐための資質と技術を有した人材育成のための包括的暴力防止プログラムに関する研修を実施をさせていただいているところでございまして。

また、アウトリーチ支援に係る事業に関しては、医療につながっていけない方々を対象に、多職種による訪問支援を推進する、先ほど委員が御指摘のような、これが大変重要で、そのための補助制度、また、やはり必要人材の確保、育成への支援、これも必要だというふうに思っておりますので、いろいろなどところいいノウハウがありまして、これが大事だろうと思えます。

○仁木委員 大臣、ありがとうございます。

そして、済みませんが、総務省森参考人、今回、私、午前中の審議でも、いわゆる障害者の人権の一つである参政権、いわゆる投票すること、不在者投票のことを聞きました。

ちよつと二点聞きます、時間がないので。一つは、実態をまず、総務省として、そうした不在者投票における実態を把握されているかどうか。そして、その方が実際自分の判断でもって投票する能力があるかどうか、そして、実際、現場

では、この人はちよつと認知症だからそういう判断はできないよねとって選挙のある情報すら教えていないような入院患者さんだったり、あるいは介護のそういった若年性の認知症の方とかもいらつしやるわけなんですね。その辺に対して、厚生労働省に聞くことかもしませんが、その判断能力の担保というのはいかにこれから考えていくのかということ、二点お聞きしたいと思えます。最後の質問です。

○三ツ林委員長 総務省森選挙部長、簡潔にお願いします。

○森政府参考人 お答えをいたします。都道府県の選挙管理委員会におきましては、指定施設の指定や選挙の執行に際しまして、投票用紙の請求や具体の投票は選挙人の意思表示を確認して行う必要があること、そして、選挙人の意思に反して投票用紙の請求を行った場合には罰則の適用があることなどの留意事項を指定施設の不在者投票管理者に対し丁寧に説明して実施をしているものというふうに承知をしております。

投票はあくまでも選挙人本人の自由意思に基づくものでなければならぬものでございまして、代理投票も含めまして、選挙人本人の意思を確実に確認した上で、適切に実施しなければなりません。

他方、選挙人の態様が様々でございまして、個々の選挙人の状況に応じてきめ細かく適切に対応することが重要であり、その意思確認に十分努力すべきことなどを各選挙管理委員会に要請するとともに、不在者投票管理者に対する指導に遺漏のないよう対応をお願いしているところでござい

ます。その基準というふうなお話もございましたけれども、これは、平成二十五年の議員立法で成年被後見人の選挙権回復のための公選法改正が行われた際に、選挙権を行使するに足る能力といったものをどのように定義するのかというのが大変難しいこと、仮に定義ができたとしても、一体誰がどのような手続でそれを決定していくのかというよ

うな点についても非常に難しいことなどの観点から、判断力の程度のいかんというようなことを基準とするような、そういった仕組みとせず、一律に選挙権を回復することが適当と判断されたところでございます。

あくまでも選挙人本人の自由意思に基づくものをきちんと現場で対応するということかと存じます。

○仁木委員 済みません、時間をオーバーしました。ありがとうございました。

○三ツ林委員長 次回は、来る十八日金曜日午前八時四十五分理事会、午前九時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後四時三分散会