第二百十回
国会

参議院厚生労働委員会会議録第九号

令和四年十二月五日（月曜日）

午後一時開会

委員の異動

十二月二日

辞任　補欠選任

比嘉奈津美君　永井　学君

十二月五日

辞任　補欠選任

石田　昌宏君　若林　洋平君

出席者は左のとおり。

委員長　山田　宏君

理事

こやり隆史君

島村　大君

川田　龍平君

山本　香苗君

委員

生稲　晃子君

石田　昌宏君

神谷　政幸君

友納　理緒君

永井　学君

羽生田　俊君

藤井　一博君

星　北斗君

本田　顕子君

若林　洋平君

石橋　通宏君

打越さく良君

高木　真理君

窪田　哲也君

若松　謙維君

東　徹君

松野　明美君

田村　まみ君

芳賀　道也君

倉林　明子君

天畠　大輔君

衆議院議員

厚生労働委員長　三ッ林裕巳君

国務大臣

厚生労働大臣　加藤　勝信君

事務局側

常任委員会専門員　佐伯　道子君

参考人

全国精神保健福祉センター長会会長　辻本　哲士君

特定非営利活動法人日本障害者協議会代表　藤井　克徳君

特定非営利活動法人東松山障害者就労支援センター代表理事　若尾　勝己君

杏林大学保健学部作業療法学科教授　長谷川利夫君

本日の会議に付した案件

○令和四年度出産・子育て応援給付金に係る差押禁止等に関する法律案（衆議院提出）

○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（内閣提出、衆議院送付）

○参考人の出席要求に関する件

○委員長（山田宏君）　ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。

昨日までに、比嘉奈津美君が委員を辞任され、その補欠として永井学君が選任されました。

○委員長（山田宏君）　令和四年度出産・子育て応援給付金に係る差押禁止等に関する法律案を議題といたします。

提出者衆議院厚生労働委員長三ッ林裕巳君から趣旨説明を聴取いたします。三ッ林裕巳君。

○衆議院議員（三ッ林裕巳君）　ただいま議題となりました令和四年度出産・子育て応援給付金に係る差押禁止等に関する法律案について、その提案理由及び内容を御説明申し上げます。

今般、政府は、妊娠時から出産、子育てまで一貫した伴走型相談支援の実効性をより高めるため、令和四年四月以降に出産した全ての方に対し、出産・子育て応援給付金を支給することとしたところであります。

本案は、令和四年度出産・子育て応援給付金の支給の趣旨に鑑み、その支給を受けることとなった者が自ら当該給付金を使用することができるようにするため、所要の措置を講じようとするもので、その主な内容は次のとおりであります。

第一に、令和四年度出産・子育て応援給付金の支給を受ける権利の差押え等を禁止するとともに、当該給付金として支給を受けた金銭等の差押えを禁止することとしております。

第二に、租税そのほかの公課は、令和四年度出産・子育て応援給付金として支給を受けた金品を標準として課することができないこととしております。

なお、この法律は、公布の日から施行することとしております。

以上が、本案の提案理由及びその内容であります。

何とぞ、御審議の上、速やかに御可決いただきますようお願い申し上げます。

○委員長（山田宏君）　以上で趣旨説明の聴取は終わりました。

これより質疑に入ります。――別に御発言もないようですから、これより討論に入ります。――別に御意見もないようですから、これより直ちに採決に入ります。

令和四年度出産・子育て応援給付金に係る差押禁止等に関する法律案に賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長（山田宏君）　全会一致と認めます。よって、本案は全会一致をもって原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

なお、審査報告書の作成につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（山田宏君）　御異議ないと認め、さよう決定いたします。

三ッ林衆議院厚生労働委員長は御退席いただいて結構でございます。

○委員長（山田宏君）　次に、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を議題といたします。

まず、政府から趣旨説明を聴取いたします。加藤厚生労働大臣。

○国務大臣（加藤勝信君）　ただいま議題となりました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につきまして、その提案の理由及び内容の概要を御説明いたします。

障害者、難病患者及び小児慢性特定疾病児童等の生活を、地域や職場等の様々な場面で総合的に

支援していくためには、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を充実するとともに、相互に連携しながら、当事者を支える仕組みを構築していくことが必要です。

障害者等の地域生活や就労を支援するための施策の強化により、障害者等が希望する生活を営むことができる社会を実現するため、この法律案を提出いたしました。

以下、この法律案の内容につきまして、その概要を御説明いたします。

第一に、障害者の地域生活の支援体制の充実のため、共同生活援助の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを法律上明確化するとともに、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とすることとしています。

第二に、障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上を推進するため、障害者の意向、適性等に合った働き方の選択を支援する障害福祉サービスとして就労選択支援を創設するとともに、公共職業安定所はこの支援を受けた者に、その結果を参考に職業指導等を実施することとしています。また、雇用義務の対象外である週所定労働時間が特に短い重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者について、実雇用率の算定対象とするとともに、障害者雇用調整金等の支給方法を見直しし、企業が実施する職場定着等の取組への助成措置を強化することとしています。

第三に、精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制を整備するため、その家族等が同意、不同意の意思表示を行わない場合に、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とするほか、医療保護入院の期間を定め、医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行うとともに、市町村長の同意による医療保護入院者を中心に、入院者本人の希望の下、支援者の訪問により入院者本人の気持ちを丁寧に聞き、相談に応じる入院者訪問支援事業を創設し、精神障害者の権利擁護を推進することとしています。また、虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うとともに、従事者による虐待を発見した者が都道府県等に通報する仕組みを整備することとしています。

第四に、難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実を図るため、これらの者に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しすることとしています。また、障害福祉サービス等の各種支援の円滑な利用を促進するため、指定難病要支援者証明事業等を創設するほか、難病相談支援センターと福祉、就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者を対象とした療養生活環境整備事業及び小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化することとしています。

第五に、障害福祉サービス、難病患者等の療養生活等の質の向上に資するため、障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病に係る各データベースについて、大学や民間事業者などの第三者に対する提供の仕組み等の規定を整備することとしています。

最後に、この法律案の施行期日は、一部の規定を除き、令和六年四月一日としています。

以上が、この法律案の提案の理由及びその内容の概要でございます。

御審議の上、速やかに可決していただくことをお願いいたします。

○委員長（山田宏君）　以上で趣旨説明の聴取は終わりました。

速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長（山田宏君）　速記を起こしてください。

○委員長（山田宏君）　参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

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の審査のため、本日の委員会に全国精神保健福祉センター長会会長辻本哲士君、特定非営利活動法人日本障害者協議会代表藤井克徳君、特定非営利活動法人東松山障害者就労支援センター代表理事若尾勝己君及び杏林大学保健学部作業療法学科教授長谷川利夫君を参考人として出席を求め、その意見を聴取することに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（山田宏君）　御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長（山田宏君）　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を議題とし、参考人の皆様から御意見を伺います。

この際、参考人の皆様に一言御挨拶申し上げます。

本日は、御多忙のところ御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

皆様から忌憚ない御意見を賜りまして、今後の審査の参考にしていきたいと考えておりますので、どうかよろしくお願い申し上げます。

次に、議事の進め方について申し上げます。

まず、辻本参考人、藤井参考人、若尾参考人、長谷川参考人の順にお一人十五分以内で御意見をお述べいただき、その後、委員の質疑にお答えいただきたいと存じます。

また、御発言の際は、挙手をしていただき、その都度、委員長の許可を得ることになっておりますので、御承知おきください。

なお、御発言は着席のままで結構でございます。

それでは、まず辻本参考人からお願いいたします。辻本参考人。

○参考人（辻本哲士君）　本日はこのような機会をいただき、ありがとうございます。辻本哲士と申します。全国精神保健福祉センター長会の会長をしております。法改正に全体として賛成の立場から意見を述べます。

まず、私自身についてです。

滋賀県立精神保健福祉センター所長として勤務しています。精神保健福祉センター、以下精保センターと略します、は現行の精神保健福祉法第六条に規定された精神保健福祉に関する中核的総合技術センターです。企画立案、技術指導、教育研修、普及啓発、調査研究、資料提供、精神保健福祉相談、組織育成、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳判定と、後述する精神医療審査会の審査に関する事務等を業務としています。

最近では、統一教会やコロナ禍の心の相談窓口、コロナ感染症施設等の患者、支援者のメンタルヘルス対応など、地域の実情に応じ、精神保健福祉分野の技術的中枢として必要な活動をしています。精保センター以外に、県立の精神科病院、小児科病院、総合病院で外来当直その他をし、県庁では技監の立場にあります。

今回、行政機関の精保センター所長、医療機関の一臨床精神科医、さらに、令和三年十月に設置された、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、以下検討会と略します、の構成員の一人として、今回の改正案に関して八点お話しさせていただきます。

一点目、精神保健医療福祉と地域包括ケアシステムについてです。

実は、私は、平成二十九年の改正案提出時の参議院厚生労働委員会でも参考人として発言しております。その場でも、法改正が進まなくても、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の実現、いい町づくりをしていく、精神障害者の孤立を防ぐ、退院後支援は続けていく旨お話ししました。このときの改正案は廃案になりましたが、確実に地域包括ケアシステムは進んでいます。

入院患者の地域移行、地域定着に資する継続的、包括的な支援のイメージが医療、保健福祉機関の間に広がり、精神科措置入院退院支援加算

等、診療報酬によるインセンティブもあり、多職種、多機関による共同指導、相談指導は包括的支援マネジメントとして実践されています。

今回の法改正の大きな意義の一つとして、都道府県だけでなく市町村を中心に、地域で保健、医療、福祉、住まい、就労等の包括的支援を確保する旨の責務が明記された点が挙げられます。市町村は、自殺や介護、生活困窮者対策等で既に責任主体となっています。精神障害者は、心の病のみで困っているわけではありません。精神障害者の多くが、自殺や生活困窮に困っています。その他、引きこもりや依存、感染症を含めた災害弱者としても困っているのです。

現状、市町村はサービス利用等の窓口にはなっていますが、法令上、精神保健に関する相談業務の規定がなく、専門職が配置されていないところもあります。実際は、自殺や生活困窮者対策として精神障害者と関わりを持っているのですから、今回の法改正で責務が明文化することにより、より適切で包括的な支援体制が確保できます。

専門的な技術支援、バックアップの在り方、人材、財政的な裏付け等の課題に対しては、技術支援や人材育成などの精保センター、保健所等の業務の明確化、人員配置や予算措置などの手当て、診療報酬改定等が必要です。さらに、対象を精神障害者のほか、精神保健に課題を抱える者と広げているので、医療にかかる前のより早期の支援が実践できます。今回の法改正で、更に力強く、より早く、精神障害者の希望やニーズに応じた支援、心身の状態に応じた適切な包括的なアプローチが約束されます。

二点目、医療保護入院に関してです。

検討会では、医療保護入院の抜本的な見直し論から始まり、入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実に関しては早期から合意されていました。その上での医療保護入院の在り方検討として、精神障害としての判断能力、入院医療へのアクセス、人権擁護等様々な課題、意見が出されました。現実的な落としどころから、医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度、支援の充実の具体的な方策の一つとして医療保護入院の入院期間を定め、期間ごとに医療保護入院の要件の確認を行うとなりました。

今回の法改正は、医療保護入院の適正化につながると考えています。医療保護入院の在り方は、精保センターが事務局を持つ精神医療審査会にも大きく影響します。

三点目は、その精神医療審査会についてです。

初めにお話ししたように、精保センターは、精神医療審査会、以降審査会と略します、事務局を担っています。全国六十九精保センターについてざっくり言うと、国民百八十万人に対し、精神科医一人、保健師三人、精神保健福祉士一人、心理職二人、事務職四人、一センター当たり十四人の人員で、最初に説明した多種多様な業務をこなしています。精保センター状況調査で、業務遂行に対応するために最も優先されるべきは人員体制の強化となっています。

滋賀県の審査会の年間審査状況について、これもざっくり言うと、医療保護入院者の入院時届出千八百件、医療保護入院者の定期報告八百件、退院請求三十件、処遇改善請求十件です。審査会は、医療委員十五名、法律家委員五名、有識者委員五名で、事務局正規担当職員一人、補助職員三名とともに審査いただいています。審査会への合議体の出席は年六回、一回当たり、書面審査約百件プラス再審査約三十件で九十分程度掛かります。

退院請求、処遇改善請求等に関してです。審査会事務局として、一、入院病院への担当者紹介と候補日の確保、二、各審査会委員と病院、家族等の面談日程調整、三、本人、病院、家族等の申請意見書受理、四、面談日程確定後、面接調査の実施通知書作成、郵送、五、調査に参加する委員会委員への資料郵送、六、面談日に面談同席、七、面談終了後、委員会委員と調査書の作成、委員会へ送付、八、審査会への審査同席、九、審査結果の県庁、本人、病院、家族への通知と流れます。

審査会の退院請求等の調査は、年間約六回、九十分程度の面接で、毎回審査会委員二人によって行われています。一件当たり、精保センター職員の稼働時間は、勤務日約一日分となります。患者の権利擁護のためには、適切かつ迅速な審査会運営が求められます。審査期間の短縮は命題で、日程調整に関しては、各関係者に無理強いしながらも実施しています。審査会委員は専従ではなく、本来業務をこなしながらであり、日程調整は困難極まりない状態です。医療委員は精神保健指定医になります。私も指定医なので、本来業務と審査会業務、審査会委員業務のバランスの難しさは実感できます。審査会委員の確保は喫緊の課題です。

今回の法律改正で、精保センター業務への影響についてです。定期病状報告書は廃止されますが、六か月以内に入院時の届出と同じ手続を踏むことになります。一年以上の入院になると、単純に書類枚数として二倍になります。審査においても入院時と同等の審査をするため、審査会の開催時間も二倍になります。措置入院も審査会での審査が求められ、医療保護入院以上に審議の時間を要することが想定されます。審査会委員に多大な負担と労力を掛けることが予測されます。

対応として、審査会委員の増員、予備委員の活用、事務局の体制強化等が考えられます。審査会委員確保に、より積極的な協力、協力いただける体制をお願いします。事務局体制の強化についても、人件費、事務費の予算措置は必須です。

四点目、家族が意思表示を行えない場合に、市町村長の判断により医療保護入院が可能になる点についてです。

DVや虐待疑い等、運用上課題が多かった家族等同意に関して、市町村長同意の方向性が更なる検討として報告書にも明示されました。家族の精神的な負担や疎遠な状況などから、家族同意そのものを外してほしいという意見もあります。精神科救急の現場では、医療的にも患者の権利擁護のためにも、一刻も早く治療を始めたいところです。

適切な医療が提供できるよう、家族等が同意、不同意の意思表示を行わない場合には、適切な運用を前提に、市町村長の同意による医療保護入院を行うことを可能とすることが望まれます。市町村として、次に話す入院者訪問支援事業を活用した患者への関わり、人員体制等の検討をお願いしたいです。

五点目、その入院者訪問支援事業についてです。

患者の退院促進、権利擁護に向けた体制整備は、最初にお話しした精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築のおかげで進みつつあります。精神科病院外部の人、空気が病院に入る機会が増えているのです。このことは、患者、病院、地域支援機関、全てに良い影響を与えています。個人、組織、全てにおいて、孤独、孤立感や自尊心の低下を防ぎ、地域づくりにも役立っています。入院時からそのような効果を生むであろう入院者訪問支援事業に期待します。しっかりとした体制整備をお願いします。精神科病院に対する地域援助、事業者との連携義務化も同様です。

六点目、精神科病院における虐待防止のための取組についてです。

精神科病院における虐待防止のための取組を、管理者のリーダーシップの下、組織全体で推進することは当然必要です。市町村長、都道府県等の指導、監視の強化も当然図られるべきです。実効的な制度となり、虐待防止に資することになると思います。

七点目、不適切な隔離、身体的拘束をゼロとする取組についてです。

不適切な行動制限が虐待の温床ともなるため、今回の法改正により虐待防止が確実に進むと考えています。必要な医療行為を行うための身体固定について、一定のルールの下行うこととすべき、精神病床以外の病床における身体拘束の現状や取扱いを含め幅広い観点で検討すべき、介護分野における取組を参考にするべき等の報告書意見も大

事だと思います。

八点目、附則第八条についてです。

今回の法改正は、精神障害者の権利擁護に向けた第一歩を踏み出すものと考えます。更なる制度の改善に向けて、精神障害者やその家族の意見を聞きながら、精神保健医療福祉に携わる幅広い関係者による議論の継続が重要です。

検討会では、様々な関係者が同じ場に集まり、昨今の重要課題について議論できたことは本当に有意義でした。参加した構成員は、賛成、反対の意見はあるものの、良い議論をしようとする姿勢は共通しており、話合いを重ねる中で、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関し、おおむね同じ方向性を持てたように感じました。毎回構成員のほぼ全員が発言するため、一人五分でも、二十四人で二時間掛かります。十分に討議したとは言いづらいところはあります。今回の法改正を含め、今後も幅広く熱意ある議論が続くことを望みます。

非同意入院について世界的に検討が進んでいると聞いております。身体科では、従来から、薬剤や手術、検査等、海外の多くの知見を取り入れて発展してきました。新型コロナ感染症対策も同様です。精神科においても、薬物療法、心理療法に関しては海外の知見が蓄積されていますが、制度、仕組みといった分野についてはいま一つだと感じてきました。他国にも非同意入院が必要な精神病状態にある患者は必ずおられます。精神科の様々な制度、仕組みについて、世界の情報をもっと取り入れるべきです。

終わりに、検討会では、参考資料として全国精保センター長会から提言を出しました。その中には、精保センターは行政機関において多職種を有する専門的機関であり、かつ保健所との重層的支援を行う役割を持つ機関、退院後支援及び地域生活支援、権利擁護について幅広い知識と経験を備えていると書かれています。

今回の法改正を通して、今後の地域精神保健福祉の機能の強化と精神保健指定医が福祉的な視点を持って精神医療を行えるよう、精神保健福祉指定医の人材育成と認定を望みます。

以上です。ありがとうございました。

○委員長（山田宏君）　ありがとうございました。

次に、藤井参考人にお願いいたします。藤井参考人。

○参考人（藤井克徳君）　我が国幾十万の精神病者は実にこの病を受けたる不幸のほかに、この国に生まれたるの不幸を重ぬるものと言うべし。これは「精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」の中の一節であります。呉秀三らによってこの調査が行われました。これは日本で最初の座敷牢に関する疫学調査でありました。この有名なフレーズの後にこういう一文が付くことを御存じでしょうか。精神病者の救済と保護は実に人道問題にして、我が国目下の急務と言わざるべからず。この急務と言った時期から百五年が経過しています。まさに日本の社会は一体何をしてきたんでしょうか。

この百五年間でどれくらい厚生大臣が替わったでしょうか。厚労大臣、当時は内務大臣と言っていました。調べました。加藤大臣も、今の加藤大臣の前まででいいますと、百十六人が大臣に就いています。誰一人として真の改革に結び付いた者は私はいないと断じていいと思うんですね。改めてそういう点でいうと、決して大臣だけの責任じゃありません。政府全体の責任であり、また立法府も含めて大きな責任があろうかというふうに思います。

以下、お手元の発言要旨に従って簡潔に各論を述べてまいります。

今、精神障害者の分野から話が始まりましたので、引き続き精神保健福祉法に関連して述べたいと思います。

少しデータでこの国の精神障害者の実態を共有していこうと思います。最も象徴的なのは平均在院日数だと思います。

厚労省の一番新しいデータによると、二百八十三・五日。二百八十三・五日。一般診療科といいますと十六・四日。約十七倍です。海外と比較するとどうでしょう。お手元にありますように、大半の国が三十日以内であります。ベルギー等は十日を割っています。そして、こういうデータもあります。五年以上の入院者がどれくらいいるか。八万七百八十六人、入院者全体の三〇・七％であります。五年以上というのは特殊じゃないんですね、ほぼ一般化しているわけなんです。これも海外とのデータを比べてみました。本年の八月に調べてみました。お手元の資料集の二十二ページを御覧ください。

これは、ＯＥＣＤのデータを取ってみました。今、ＯＥＣＤ、いわゆる工業先進国と言ってもいいと思うんですけれども、この圏域の中に八十七万ベッドがあります。このうち、何と三七・一％が日本に集中している。まさに精神病大国、こう言ってもいいかと思います。

そのほか、身体拘束や監禁の問題、これは後で長谷川教授からありますので、数字をここに紹介しておきました。

問題は、どうしてこういうふうなことが起こってくるかという背景です。もういろんな背景があると思うんです。今日は、二つのことを少し述べておこうと思います。

一つは、優生保護法との関係です。

お分かりのように、優生保護法というのは優生思想を公認してしまったわけですね。そして、障害者を不良というふうに呼称しました。その二年後に精神衛生法、今の精神保健福祉法の前身ですね、でき上がっています。この関係をどういうふうに見るのかということ。優生保護法の大半は、精神障害者と知的障害者であります、影響を受けたのは。

また、もう一つは精神科特例。現在、この制度名は消えています。しかし、東京都の病院管理手引なんか見ると、精神科特例当時の計算式が使われています。医師は入院患者に関しては半分でいい、看護は三分の二で構わない、薬剤師は半分で構わない。看護は三分の二ですね、医師は、薬剤師は半分で構わない。こうした少ない陣容での精神科医療というのは、結局は治療処遇ということよりは収容処遇になってしまった。そして、閉鎖的な形態になってしまって、結局、外部から分かりにくく、様々な非人道的な行為の温床になっているということであります。

こういうことを併せて、精神保健福祉法、もちろん今度の法案、いろんな議論は必要だけれども、時には歴史を振り返って構造的な問題をきちんと考えるべきじゃないでしょうか。

二つ目です。これは、障害者総合支援法に関わってです。二つのことを強調します。

一つは、六十五歳問題。介護保険優先原則の問題ですね。

障害者の場合には、年齢によって様々な問題が起こってきます。かつては、六歳の春を泣かせるな、これは学校に入れなかったわけです。その後、十八歳の春を悲しませるな、卒業後は行き場がない。今、六十五歳の誕生日を苦しませるなということ、こう言ってもいいと思うんですね。やはり、基本的には介護保険を選ぶのか、又は総合支援法、障害者総合支援法を選ぶのか、あるいは併用でいくのかということを本人の選択で決めるということを、これを制度化していただきたいというふうに思うわけです。

二つ目は、これも法案には今回入ってないんだけれども、非常に本質問題です。いわゆる公費の支弁方式、報酬の支払方式ですね。これが日払い方式になっていることの矛盾です。

今般、コロナ問題で、あるいはコロナ問題以前から、風水害、台風等含めて、利用者が来た分だけお金が来るという方式に変わってしまったわけです、自立支援法以降はですね。職員の給料は固定費です。家賃も固定費です。やはり、この月額単位というふうな支払方式、それに加えて日払いということが、利用者の来た分だけということはあってもいいと思うんです。月額払いと日払い方式の二階建て構造、こんなことをきちんと展望すべきではないでしょうか。

三つ目は、雇用関係の問題です。

今般問われていたのは、福祉と雇用の一体的展開。これは、この資料にもありますように、参議院で二〇一九年に附帯決議で上がっています。具体的に言うと、障害者雇用促進法と障害者総合支援法の二つの法律の合体運用ということですね。更に踏み込みますと、通勤時のいわゆる総合支援法での移動支援事業、また職場での介護でのヘルパーの支援と。また、福祉的就労においては、B型事業等に対して、ヨーロッパの国が取っているように一部でも労働法規を適用するということ、これこそが福祉と雇用の一体展開ではないでしょうか。

加えて、今度の議論で少し抜けていますのは中央省庁の水増し雇用。一体この総括が立法府として行われたのでしょうか。その後、一体どうなっているのかということのチェックですね、これもきちんとやはり捉えていく必要がある。

また、最近広がっているのは雇用率代行ビジネスの問題、これについても当委員会としては評価をしていただきたい。まさに、このカーボンプライシングではありませんけれども、二酸化炭素をお金で買い換えると。しかし、こちらは人間です。このまま行ったらヒューマンプライシング、雇用率を市場で売り買いするという妙な現象が起こりつつありますね。

こうして見てきますと、次のテーマは、この委員会の進め方、法案の審議の進め方についても意見を、希望を言わせていただきます。

私は、ここで二つのことを強調しておきますので。私は実は全く目が見えません。ちょっと委員長の了解を得て一文を読んでもらいますが、委員長、よろしゅうございますか。

○委員長（山田宏君）　はい、どうぞ。

○参考人（藤井克徳君）　代読いたします。

二、国、厚生労働省は、障害者自立支援法を、立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担、定率負担の導入等を行ったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、原告らを始めとする障害者及びその家族に心から反省の意を表明するとともに、この反省を踏まえ、今後の施策の立案、実施に当たる。

以上です。

これは、その自立支援法問題のときの交わした締結書、基本合意文書なんです。やはり、単にそうじゃなくて、普遍的に、障害者関係の制度、法律を検討する場合の普遍的な姿勢を求めたわけですよね。この点に立ってきちんと議論をしていただきたいというのが一つ。

もう一つは、この束ね法案の問題性です。

今回、厳密に言うと八つの法律を一括審議する、極めて乱暴極まりない。つまり、一つ一つの法律が障害者の生命と人権と暮らしと、そして社会参加に影響する。ある面では、やっぱりこれはもう少し丁寧にということ。まあ現実的にはもうあしたから審議が始まるわけなので、そういかないかも分かりませんが、今後のやはり反省も含めて、この点については委員会等でもしかし深めておいてほしいということを強調しておきます。

最後に、国連の総括所見の件について触れたいと思います。

去る八月の二十二日、二十三日に、ジュネーブの国連欧州本部で、障害者権利委員会による、そして障害者権利条約に基づく初の国際審査が行われました。日本の障害者政策が国際評価を受けるのは初めてのことで、極めて歴史的なことだったと思います。私も傍聴に行ってまいりました。

この審査は、審査で終わるんじゃなくて、後にそれを文章で出すんです。これを総括所見あるいは勧告文といいますが、これが出されました。この内容は、七十五段落のうち六十三段落が懸念事項及び勧告ということで、そういうふうな構造になっております。

時間がありませんから、何がポイントだったかということと、どうこれに向かうべきかということを述べて終わっていこうと思います。

まず、何がポイントだったかということで、象徴的な文章があります。それは第七パラグラフ、第七段落です。

ここでも、じゃ、代読をしてもらいます。

代読いたします。

障害者への父権主義的アプローチを伴うことにより、障害関連の国内法及び政策が、条約に含まれる障害の人権モデルと調和していないこと。

これで、パターナリズムを父権主義と訳すのがいいかどうかということは分かりません。まだ実は公定訳が出ていないんですね。したがって、これは機械翻訳を使っていますけれども。いずれにしても、パターナリズム、パターナリスティック、これが日本の障害者政策の基調に座っていると、こういうふうに言っているんですね。と同時に、人権モデルとの調和をしていないというふうなことを言われました。

これは非常に大事なことで、つまり、このパターナリズムというのは、やっている方がよかれと思ってやっているけれども的外れであるということですね。あるいは、言い換えれば、障害者を保護の対象として、同情的、温情的な視点からアプローチをすると。やはり、権利の主体として位置付けるようにということを厳しく見抜いたわけです。同じように、人権モデルとの不調和ということについても問題点を強調していると。

二つ目は、この優生保護法問題の全面解決なども含めて、あるいはやまゆり園問題の真相究明を含めて、日本においては、優生思想又は健常者優先主義ということの視点がまだまだ残っているんじゃないかということですね。

三つ目は、分離処遇。入所施設にしても学校教育にしても働く場にしても、まだまだ分離が多い、これへの警鐘。これは、今後いろんな議論が要るところかも分かりません。現実的にどうするのかという議論も必要かも分かりません。と同時に、これはある面では社会へのイエローカード、地域で受け入れてくれるんですか、普通学校は大丈夫ですか、働く場大丈夫ですかということですね。こういうふうに言っていること。

四つ目は、今度の法案審議でも大事な精神科医療問題です。これは相当紙幅を取っています。厳しくこれは問うていますね。是非、今日お手元に資料を配りましたんで、特に第二十四パラグラフ、第三十四パラグラフ、御覧ください。

さて、時間が参りましたので、かつて国際障害者年時にこういうフレーズが国連から言われました、決議されました。障害者を締め出す社会は弱くもろい。逆に言うと、障害者をしっかりと大事にする社会というのは強靭でしなやか。私は、それよりも、障害者を大事にするという社会というのは尊敬される国だと思います。

参議院は、衆議院と違って大変任期が安定しています。障害者問題を是非、一回一回の国会ではなくて、中期的なそういうふうな議論を含めて、議論、本当にしていただきたい。このことを強調しまして、私の意見陳述を終わります。

ありがとうございました。

○委員長（山田宏君）　ありがとうございました。

次に、若尾参考人にお願いいたします。若尾参考人。

○参考人（若尾勝己君）　埼玉県東松山市にあります特定非営利活動法人東松山障害者就労支援センター代表理事の若尾です。

初めに、この度の厚生労働委員会におけるこのような貴重な意見陳述の機会をいただきましたことを感謝申し上げます。

私ども特定非営利活動法人東松山障害者就労支援センターは、平成十四年十一月、法人化いたしました。この十一月でちょうど二十年を迎える団体でございます。団体の実施している主な事業活動は、障害者就業・生活支援センター事業、訪問型職場適応援助者助成金事業、障害福祉サービスにおける就労移行支援事業並びに自立訓練事業多機能型として、かつ就労定着支援事業も併せ実施しているところでございます。

また、都道府県事業として、埼玉県障害者雇用

総合サポートセンター事業、県職業能力開発事業として、知識技能習得コースや精神障害者等向け実践能力習得コースなどの障害者委託訓練も実施しております。そのほか、法人独自事業として、障害のある方の就労アセスメントを提供する事業所を県内に二か所設置、運営をしているところです。従業員数僅か三十名程度の非常に小さな団体ではありますが、就労支援に関わる様々な事業を多角的に運営、実施をしてまいりました。

この度の総合支援法改正案に関しましては、そのような立場から、改正概要の二、障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進に関する三点、一、就労アセスメントの手法を活用した支援の制度化等、二、短時間労働者、括弧、週所定労働時間十時間以上二十時間未満に対する実雇用率算定等、三、障害者雇用調整金等の見直しと助成措置の強化等について御意見を述べさせていただきたいと存じます。

まず初めに、就労アセスメントの手法を活用した支援の制度等についてですが、見直し内容に示されている就労選択支援の創設につきまして、おおむね賛成でございます。

障害福祉サービスの利用に際しましては、サービス等利用計画の策定に基づいた支給決定が必須となりますが、就労系障害福祉サービス事業の利用決定プロセスにおいて、一般就労の経験のない障害のある方の就労継続支援Ｂ型事業の利用には、就労移行支援事業所等による就労アセスメントにより、その利用の妥当性について検討することとなっております。

しかし、地域の様子を俯瞰してみると、非常に形骸化している現状があると感じております。特に、特別支援学校卒業と同時に利用を希望する場合の就労アセスメントは、利用を前提とした免罪符的なプロセスとなっており、ともすれば、意中の就労継続支援Ｂ型事業の利用にストップが掛けられてしまうことを危惧した担当する進路指導教員から、このプロセスは進路指導の妨げになっているんだと、そういうことを市町村行政へ意見するという場面も散見しておりました。

私どもが運営する障害者就業・生活支援センターは、平成二十四年度から二十六年度に実施された国の障害者就業・生活支援センターによる就労アセスメントのモデル事業に参画させていただいたところ、障害者就業・生活支援センターが行う就労アセスメントを、地域の協議会、これは障害保健福祉圏域自立支援協議会の就労支援連絡会議に当たるものなんですが、その中で、そのアセスメントの結果を協議するモデルを実施いたしました。地域における就労アセスメントの体制の構築にも貢献いたしました。現在も一部その役割を残し、その妥当性を地域で検討することとしております。

このような経験から、就労アセスメントによる一つの結果を地域でしっかりとその妥当性について検討することや、仮に就労継続支援Ｂ型事業の利用が妥当であると判断されたとしても、継続的にその方の希望や可能性を完結させないための定点観測をすることを地域がしっかりと保障する、そんな仕組みづくりがとても重要であると考えております。

このような観点からも、新たに制度化を検討されているこの就労選択支援サービスには期待するところですが、一方で課題もあると感じております。

このサービスを行う事業者の該当基準はどのようになるのでしょうか。これまでも課題となっていた、自身の事業継続のためにあらゆる手で利用者獲得のための利益誘導をしようと考える事業者は少なくない中、新たに創設を検討されているこのサービスについても、同様の利益誘導のために活用しようと考える事業者が出現するということを否めません。

そして、就労アセスメントの方法や実施するアセスメントの基準となる指標や共有のためのコンセンサスシートなど様々に氾濫している現状の中で、何を基準としてどのように評価することが妥当性のあるアセスメントとなり得るのか、また、従来の相談支援の仕組みと連動し、かつ就労支援の専門機関がその専門的な知見から障害のある方の働く力やその可能性についてアセスメントを実施した結果を地域の様々な機関が共有し、そして活用できる地域の就労アセスメント体制の構築の必要性についても、この制度化と同時にしっかりとその方向性を示唆していただきたいと考えております。

次に、短時間労働者、括弧、週所定労働時間十時間以上二十時間未満に対する実雇用率算定等についてですが、見直し内容に示されております、週所定労働時間が特に短い精神障害者、重度身体障害者及び重度知的障害者について、特例的な取扱いとして事業主が雇用した場合に雇用率に算定できるようにするにつきましては、おおむね賛成でございます。

最初にお伝えいたしましたが、私どもは三十名程度の非常に小さな団体でありますが、身体障害者二名、知的障害者二名、精神障害者二名の計六名を雇用しております。

この中で、身体障害者二名については重度身体障害のある方で、一名は筋ジストロフィーによる筋力低下の障害をお持ちの方です。現在は週平均労働時間二十五時間で就業していただいております。採用から約六年が経過いたしましたが、採用時よりも機能低下が見られ、当初の週平均労働時間三十時間から、御自身の申出により、現在の週所定労働時間まで漸減いたしました。

もう一名は、脳性麻痺が主となる筋硬直の障害をお持ちの方です。現在は週平均労働時間九時間から十二時間ですが、やはり採用当時からは体力的な低下が見られております。特に最近では、終業後に筋硬直の度合いが高くなる日が多いことから、体調の維持のために就業と休暇を交互に確保していただいて、その休暇時には定期的にリハビリを利用する状況となっております。このようなことから、現在の週平均労働時間数がぎりぎりの状況であるということも、御本人や御家族からもお話をいただいているところです。

このように、お伝えした私どもの従業員の様子からも、雇用率該当の短時間労働者の基準が引き下げられることは、働く機会に恵まれる可能性のある重度身体障害の方が、マイノリティーかもしれませんが、まだまだいらっしゃるのではないかというふうに考えております。

その他、重度知的障害の方や精神障害の方も同様で、新たに働きたいと考えている対象となる方にとっては、この要求される拘束時間が引き下げられ、かつ事業主の雇用率の算定に加えられることは、働くことへの不安や自信を失った方であっても、スモールステップとなり得る可能性のあることが考えられます。

また、既に雇用されている障害のある方にとっては、加齢や疾病による段階的な機能低下による障害の重度化が、これまでの労働時間数を下回ってしまうことで継続的な雇用を諦め、雇用から福祉へと流れざるを得なかったのが現状です。

しかし、前述したとおり、障害のある方の段階的な機能低下に合わせた段階的な労働時間数の引下げが可能となれば、少しでも長く働く場での活躍を維持することができる、そんな可能性があると期待しているところです。

しかしながら、一方で、課題も散見していると考えております。

週所定労働時間数が引き下げられ、その対象となるということは、大局的に見れば、労働という社会活動参加の時間数が漸減するということでもあり、先述させていただいた就労アセスメントの手法を活用した支援の制度化等における見直し内容に示されております、就労中の就労系障害福祉サービスの一時利用に関連し、この労働者として確保される時間数と就労系福祉サービスの利用を通じた社会活動への参加の時間数の確保は、まさしく労働と福祉サービスの併用という観点であり、とても重要であると考えております。

特に、より障害の重たい方々にとって、この障害は固定されているものであり、時間経過で軽減されるものではないという点からも、従来からあ

る働く障害のある方の福祉サービス併用に関して、地方自治体の行政機関によってその対応が異ならないよう改めて事務処理に関する通達をお願いしたい、そして更なる柔軟な運用をお願いしたいと考えております。

また、特定の企業における、雇用率ありきとする雇用機会に質が伴わないところでは、カウント確保の目的から、働く力が伴っているにもかかわらず、あえて短時間による労働にとどまらせてしまう可能性について、最初に述べさせていただいた就労アセスメントの手法を活用した支援の制度化等における見直し内容に示されております、本人の希望、就労能力や適性等に合った選択を支援する新たなサービスを創設し、ハローワークはこの支援を受けた者に対してアセスメント結果を参考に職業指導を実施するものとするに関連し、対象となる範囲であり、かつ短時間雇用である必要性をしっかりとアセスメントできる職業リハビリテーション機関や地域の就労支援機関等によって、短時間雇用が妥当であるという背景因子や障害特性等のエビデンスに基づくことが重要であると考えています。しっかりとその是非をフィルターに掛け、企業都合優先となる雇用にならぬよう具体的なプロセスを示唆していただきたいというふうに考えております。

三つ目になりますが、障害者雇用調整金等の見直しと助成措置の強化について見直し内容に示されております、限られた財源を効果的に運用し、雇用の質の向上に向け、事業主による障害者の職場定着等の取組に対する支援を充実させるため、当該超過人数分の調整金や報奨金の支給額の調整、事業主の取組支援のための助成金の新設につきまして、こちらもおおむね賛成でございます。

中小企業における障害者雇用の促進はとても重要であると考えておりますが、私たちの地域を見渡していても、なかなか進んでいないのが現状です。地域における中小企業の状況から見れば、中長期的な伴走型の支援が提供されることで障害者雇用へシフトする企業も少なくありません。助成金の措置とともに、中小企業の障害者雇用促進のための具体的な仕組みづくりについても期待しているところです。

また、障害者の納付金制度における調整金や報奨金の状況を鑑みると、規模の大きい企業に流用されている状況があることは、需給バランスの観点から見ても是正が必要と考えております。限りある財源の有効活用のためにも、雇用の質への助成という新たな局面について、是非とも進めていただきたいと考えております。

最後に、これら障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進には、良質な就労支援サービスを提供できる人材が必要不可欠と考えております。

雇用と福祉施策の連携強化においても議論されてきております、雇用、福祉、横断的な就労支援専門人材の養成につきましては喫緊の課題であり、障害者就業・生活支援センターの就業支援担当者、生活支援担当者、訪問型並びに企業在籍型職場適応援助者、就労系障害福祉サービス事業所における就労支援員や就労定着支援員、その他障害のある方の就労支援に関わる人材や、企業における職業生活相談員等のより専門的な就労支援、雇用支援スキルを付与する研修の体系化や実施の早期実現、並びに、就労支援専門人材の一つでもありますジョブコーチの国家資格化へのロードマップの実現についても切にお願いしたいと考えております。

また、制度や施策を運用するのは人でございます。現場では、障害福祉並びに障害者就労支援に携わる人材の確保が大変困難になっております。この障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進に必要となる人材の確保や養成に関しても、併せて力強く推進していただけることを期待しております。

以上、私の意見陳述について終了とさせていただきます。御清聴ありがとうございました。

○委員長（山田宏君）　ありがとうございました。

次に、長谷川参考人にお願いいたします。長谷川参考人。

○参考人（長谷川利夫君）　杏林大学の長谷川と申します。

本日は、お招きいただき、ありがとうございます。私は、こちらのパワーポイントの配付資料を主に使いながら御説明いたします。

これ、一枚目の方に、私自身が精神科病院のベッドで身体拘束されている写真が写っております。二〇一三年に、この二ページ目にある青い本を出しました。身体拘束が徐々に増えているときでした。しかし、それ以降、身体拘束は増え続け、このグラフにあるように十年で二倍になり、現在も一万人以上の方が身体拘束を受けています。

二〇一七年五月に、ケリー・サベジさんという男性が、神奈川県内の精神科病院で身体拘束を十日され続けた後に心肺停止になり、その後亡くなりました。しばらくして、地震学者でニュージーランド在住の母と日本在住の兄が私の大学の部屋を訪ねてこられました。確かに家では具合が悪かった、しかし、病院に着くと、医師はケリーさんに診察室にあるベッドに歩いて横になるように命じ、横になるとすぐ看護師は身体拘束をしました。兄のパットさんは、自分の足でベッドまで歩ける人をなぜ身体拘束するのかと思いながら、従わざるを得ませんでした。身体拘束を受けて十日後にケリーさんは心肺停止の状態で発見され、その後、転送先の病院で亡くなりました。

その後、外国特派員協会でも会見が行われ、イギリスのガーディアンを始め国内外で広く報じられました。このこともあり、当時、塩崎厚生労働大臣が、身体拘束に関する調査を行うことを約束しました。昨年二月に取りまとめられ、さきの十月二十七日にこちらの委員会で大臣が答弁なさっている調査はこの調査なのです。

このケリーさんの死をきっかけに、私は、遺族と一緒に二〇一七年に精神科医療の身体拘束を考える会を立ち上げ、私の携帯番号を全国に公開しました。そうすると、精神科病院で行われている様々な相談を受けることになりました。

そのような中で、こちらに情報がもたらされたのが、石川の大畠一也さんの身体拘束死でした。二〇一六年に石川の精神科病院に大畠さんは入院しました。二週間後に突然御自宅に電話が入り、お母さんが電話を取ると、一也さんが亡くなりましたと言われ、病院に駆け付けると、そこで初めて身体拘束をしていたことを知らされます。解剖の結果、肺血栓塞栓症、いわゆるエコノミークラス症候群でした。

御家族は実名で記者会見をして社会に訴えました。そして、二審で原告の逆転勝訴。そのときに、スライドにあるワシントン・ポストで大きく報じられています。医師の裁量の逸脱を認め、身体拘束開始時からの違法性が全面的に認められました。

被告の上告受理申立てについて、最高裁は昨年の十月にそれを受理せず、判決は確定しました。判決文では、生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたものだということを強調しています。

しかし、この判決が最高裁で確定した一か月後に、日本精神科病院協会は、会長自らが記者会見をし、声明を発しました。引用します。こちらに書いてあります。「このような非専門家による判断によって精神科医療に対して法的強制力を伴う制限を加えることは、患者に対する行動制限としての身体拘束の要否についての専門的判断は、精神保健指定医という格別の専門資格者しか行い得ないとされた精神保健福祉法の立法趣旨に正面から抵触するものである。」としました。

しかし、これは大きな勘違いをしていると言わざるを得ません。専門家が専門性によって判断に一定の幅があるのは当然のことです。しかし、それが無制限になされることはあり得ず、違法性が問われ、違法とされることもまた当然あり得ることです。日本の千以上ある精神科病院を取りまとめるアソシエーションがこのような主張をされているということは、非常に恐ろしいことだと思い

ます。

しかしながら、事もあろうに厚生労働省は、検討会の中で、今年の三月に、身体拘束の大臣告示を三十年以上ぶりに改変する、しかも、今までには隔離にしか認められていなかった要件を加える提案をしてきました。

そこで、身体拘束の基準というのを見てみます。これは十ページの下の方からです。

精神保健福祉法の三十七条では、処遇の基準を定めることができるとしています。その中に、通信・面会、隔離、身体的拘束、任意入院の開放処遇の制限となっています。

十一ページの上にあるように、第四、身体的拘束についてで、基本的な考え方として、やむを得ない処置として行われる、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないとなっています。これは、下にあるように、非代替性、一時性を表します。

しかしながら、十二ページの上にあるように、三月十六日、厚生労働省は、検査及び処置等を行うことができない場合というふうに変えようとしてきました。その後、赤字にあるような、議員会館で院内集会を三回開催しました。そうすると、最終的には下にあるような、患者に対する治療が困難でありというところに取りまとめられたということです。

しかし、ここで注意しなければならないのは、十三ページの上にあるように、石川の大畠さんの身体拘束を行った日のカルテです。これは、医師は何と記入しているかというと、昨日もスタッフへの暴力があり、検温等関わりも難しい、抑制の上フォローするしかないと書いてあります。これはまさに、三月十六日の厚生労働省案の検査及び処置等に該当します。すなわち、もし三月十六日の案で大臣告示が書き換えられていれば、このような身体拘束は適法化されてしまう可能性があります。

衆議院の附帯決議はどう書いてあるでしょうか。「大臣告示の改正を速やかに進めること。」と書いてあります。なぜ速やかに進めなければいけないんでしょうか。

もし十四ページの上にあるように要件を狭めるならば、切迫性、非代替性、一時性の要件の三要件をそのまま書き込めばいいだけの話です。あるいは、イ要件とウ要件をかつでつなげる、そうすれば確実に狭くなります。しかし、私は、その医師の裁量を広げる方向の改定には最大限の強い言葉をもって反対いたします。そもそも人身の自由に直接関わることを大臣告示で定めているのはいかがなものかというのは、十月二十日の予算委員会でも申し上げました。

そもそも大臣告示には非常に問題があります。十四ページの下にあるように、常時の臨床的観察であるとか頻回に診察と書いてあります。十五ページに行きますと、常時の臨床的観察とはどのようなものなんでしょうか、頻回とは何回でしょうか。これらは曖昧で、法律的に事実認定しにくいものとなっています。治療が困難という言葉も同様です。

つまり、人権の問題が医療化してしまいます。常時の臨床的観察は誰が判断するのか。医療者以外が客観的に見ることが極めて困難になりがちです。医療者がそうだと言えばそうなってしまう。人を拘禁する要件として、非常に問題が大きいと考えます。

しかも、厚生労働省は、今、十月から野村総研に研究を委託しています。その事業実施計画書では、処遇基準の告示の見直しを含む要件の検討ということが書かれています。なぜ人身の自由のことや人の拘禁に関わることを野村総研に委託してしまうんでしょうか。これは、濫用されないようにグリップを利かせなければならないはずです。もっと議会に監視していただきたいと思っています。

十六ページに行き、精神保健福祉法の内容に入ります。

先ほども話にありましたように、束ねている問題です。なぜ束ねてはいけないのか。精神保健福祉法は人身の自由の問題を含みます。総合支援法は、主にサービス、給付に関する法律です。そもそも方向性の全く逆の内容を含みます。

十七ページに行きます。

イギリスの政治哲学者のリンゼーは次のように述べています。討論の目的は、互いに異なった見解の中から正しい意味での統一された目標をつくり上げることである、民主政治においては、国家の目的を遂行するために強制力を必要とすること、しかもその強制力は、共同社会の内での不一致とか対立というものを是が非でも法的、制度的な方法によって解決するためにこそあるということと述べています。すなわち、討論というのは時間が掛かるものです。それを分かっていながら束ねて出すというのは非常に良くないと思います。

次に、精神保健福祉法の改正案の第一条です。「精神障害者の権利の擁護」という言葉が入ったことは一定の評価ができると思います。しかしながら、「その発生の予防」という言葉が残っています。この「その」というのは、その前段には精神障害者と障害者しかないことから、これは精神障害者の発生の予防というふうに考えられます。これは、十八ページにあるように、障害者権利条約十七条の、「心身がそのままの状態で尊重される権利を有する。」、これと真っ向から反する、合致しないと思います。

三十五条二、三の入院者訪問事業です。

ここでは、誠実かつ熱心に聞くというふうに書かれたり、精神科病院の協力を得てということが書かれています。

十九ページに行きまして、私は、病院に異なる風が入ること自体は期待したいと思いますが、精神科病院は二十六万人中約半数の十三万人が医療保護入院という強制入院であり、拘禁する側と拘禁される側というのが根本的な関係です。しっかりとしたリーガルな視点による解決が必要であるにもかかわらず、現状それが抜け落ちている、あるいはその考えが今後及ばなくなることを危惧します。

四十条五では、虐待防止法が織り込まれました。ここでは、通報があった場合に、当該職員若しくはその指定する指定医が立ち入る、精神科病院に立ち入るということになっています。

二十ページに行きます。

何年かにわたって、虐待防止法によってこれは行われるべきだとの議論がありました。しかし、結果として精神保健福祉法に盛り込まれたところ、虐待の通報があった際は、今述べたような当該職員若しくはその指定する指定医に立ち入らせることになってしまっています。指定医が前面に出れば同僚審査になってしまいます。

二〇二〇年三月に、神戸市にある神出病院で、看護師六名が入院患者に対する準強制わいせつ、暴行、監禁等で逮捕される神出病院事件が起きました。患者さんを裸にしてトイレで放水する、柵付きベッドを逆さにしてその下の狭い空間に患者を閉じ込める、床や患者の陰部にジャムを塗って他の患者になめさせるなどの行為を繰り返していました。しかも、これは、内部からは全く話が漏れることはなく、犯人が外部で捕まったときに押収されたスマートフォンの中からこの動画が出てきて、職員同士でそれを回して楽しんでいたという状況でした。

このような虐待は、医療者でなくても外形的に見て虐待と判断できます。むしろ、長期間の身体拘束などの行動制限について、指定医が立ち入ることで医療的に必要と判断され続けてしまうこともあるでしょう。虐待の判断においてイニシアチブを取るのは指定医ではないと思います。

それから、今日申し上げたいのは、「精神保健福祉法詳解」は誰が書いているのかという問題です。

こちらの本は御覧になったことがあるでしょうか。私は何度か厚生労働委員会を傍聴したことがあって、そうすると、大臣席の後ろの方で厚生労働省の方がこの本をよく持っているのを見かけたことがあります。これは精神保健福祉法のバイブルのような本で、いろんなところで引用されたり

します。

しかし、これは一体誰が書いているんでしょうか。これを見ると、精神保健福祉研究会監修としか書いてありません。しかし、幾らインターネットで調べても、どう調べても何も分かりません。このような誰が書いたのか分からないものをなぜ根拠に政策を立案したり決定したりできるんでしょうか。これは一体誰が書いているんでしょうか。学者でしょうか、官僚のＯＢでしょうか。著者が分からなければ、学問的検証も議論もできません。まさしく魔術のようなものです。

私は、今後、この本を参照して物事の根拠にする場合は、執筆者を明らかにしてほしいと思っています。誰が書いたか分からないものを根拠に政策立案をされたのではたまらないからです。私は真面目に言っています。これは、議論や討論の前提になることです。

次に、検討会、政策決定に関わる検討会の人選についての問題です。代表性の問題と言ってもいいです。

厚生労働省の検討会の構成員は厚生労働省が選びます。しかし、例えば当事者といっても、あくまでも厚生労働省が一本釣りした当事者です。法律家が入っているといっても、それは厚生労働省の一本釣りです。果たしてそれは公平公正なのでしょうか。議会においては、国民の代表たる与野党の先生方の合意により、こうやって意見陳述をさせていただくことも可能です。当事者なら当事者団体とか、法律家なら実務法律家団体に推薦を求める方が公平公正な在り方だと思います。

続いて、医療保護入院のことです。これは二十一ページの下の方です。

医療保護入院は、厚生労働省の検討会において、本年三月に、基本的には将来的に廃止も視野に縮小というふうに廃止の方向性が出ました。しかし、四月には、将来的な継続を前提とせず縮減となり、そして、とうとう六月の最終報告書には、課題の整理に取り組み、具体的かつ実効的な方策を検討することが必要というふうに、全く訳が分からないものになってしまいました。もう大変な大後退です。

しかも、検討会の終盤では、日本精神科病院の会長が、三十分の予定のところを一時間十五分話をするに及びました。なぜ話を止めないんでしょうか。もしもそれが許されるならば、他の発言者や参考人にも認められるべきです。極めて公平性や公正性に欠けた検討会だと思います。これは、先ほどの精神保健指定医の行動に違法判断が下ったことに対しての声明が出たことと同様の態度だと思います。

二十二ページです。

社会学者のフリードソンが、「医療と専門家支配」ということでこういうことを述べています。これは五十年以上前の本です。専門家にしても官僚にしても、決して悪意の人物ではない、両者は他の人々と同じように自分自身の視点のとりことなっているが、これらの視点は、訓練や献身によって、そして仕事上での個人的な経験から学び取った教訓によって制約を受けている、このような専門家の行為は簡単に矯正されるようなものではなく、社会生活の本性に由来するものであり、その矯正には、個々の専門家が善意を持つ以上に、専門家以外の視点によって専門家の視点を相殺することが必要であると述べています。

今求められているのは、行政に対する議会の民主的統制だと思います。非常に政策決定のプロセスが不透明です。

法案がもうかなりでき上がってきて、厚生労働省の検討会でも方向性が出て、そして社会保障審議会でもうほぼほぼできてしまう。そして、衆議院を通る。そして、もう参議院に回ってきたときは附帯決議を少しいじるしかできないなんというのは、それはそもそもがおかしい話であって、討論を尽くすべきだと思います。

もう一度繰り返しますが、行政に対する議会の民主的統制を強めるように是非お願いしたいと思います。

私の発表は以上です。御清聴ありがとうございました。

○委員長（山田宏君）　ありがとうございました。

以上で参考人の御意見の陳述は終わりました。

これより参考人に対する質疑を行います。

なお、質疑及び答弁は着席のままで結構でございます。

質疑のある方は順次御発言願います。

○こやり隆史君　自民党のこやり隆史でございます。

四名の参考人の先生方、本当に今日は貴重なお話を頂戴いたしまして、誠にありがとうございます。改正法案の審議に当たりまして、様々な視点、あるいは、特に現場の視点、先生方の目から少し御意見を頂戴できればというふうに思います。

まず、辻本参考人にお伺いをさせていただきたいと思います。

辻本参考人は、私のふるさとであります滋賀県におきまして、精神保健分野で様々現場の立場からいろいろ活動していただいております。また、何より私の高校の先輩でもございますので、忌憚のない御意見を頂戴できればというふうに思います。

まず、適切な精神医療、これを確保するための改正事項というのがこの法案には入っております。先ほどの御説明の中にも、入院訪問支援事業の創設であるとか虐待防止の取組の推進であるとか様々、またそれ以外にも、精神医療審査会での審査についての課題、そうしたものもお話を頂戴をいたしました。こうした新たな取組であるとかこれまでの取組の改善、こうしたことを進めていく。特に、参考人は、人員の体制の強化であるとかということについて言及をいただいております。

なかなか、事務局の体制を増強していくとか、比較的容易に進めていける問題と、あと、専門性の高い人員をいかに確保していくかとか、様々できることから着実に進めていくことが大事なのかなと、御意見を聞いて、拝聴して考えておりました。

この精神医療を、適切な精神医療を確保していく、その上で、今回の改正事項も含めて、人員の体制の強化以外に、これがやっぱり重要、新しい、例えば入院訪問支援事業であるとか虐待防止、こうしたものについて特にこうしたことを強く政府として進めていってほしいということがありましたら教えていただければと思います。

○参考人（辻本哲士君）　御質問どうもありがとうございます。

ちょっと妙な言い方になるかもしれないんですが、精神医療を特殊化、特別化しないことだと思います。

今日、皆さんのお話聞いていて、やはり精神科は特殊、特別なところがあるんかというところを感じたりはするんですが、私は日々の臨床の中で、同じ人というか、私も具合悪いときもあったりするのでというところで、今回の法改正でも、精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか、精神保健に課題を抱える者も対象にできるようになっているわけですね。これは、誰でも精神障害になり得る、精神障害は特殊、特別ではないという認識が広がることを非常に期待します。

コロナ禍とかでも、非常に追い詰められてうつになったり経済的な問題でうつになったりされる方を、精神障害だからというのではなくて、それ以外のいろんな要因を踏まえて、その中で医療ができるところは医療がしていくと、社会がしていくことは社会がしていくということをちゃんと包括的にやっていく姿勢が大事だと考えております。

さらに、精神保健福祉法が今回障害者総合支援法の一つの中に入ったというのを前向きに捉えていただいて、他の障害と同様に考えていくと、そういうふうなスタンスも重要だと思っております。

以上です。

○こやり隆史君　ありがとうございます。

そういう意味では、今回、引き続き辻本参考人にお伺いをいたします。

今回の法案で、相談支援体制をしっかりとやっていく、特に市町村の位置付けを明確にして、幅広い観点から相談支援を行っていくということが盛り込まれています。法案にも、精神保健あるいは福祉が連携しながら対応していく、体制をつくっていく、そうしたこともその精神に入っていると思うんですけれども、私も、厚労省の政務官していたときに引きこもり対策の各省連携ＰＴの座長をやっておりました。

様々な課題、これまさに、今回の法改正の分野だけではなくて、様々、生活の貧困の問題だとかいろんな問題で、市町村を始めとして窓口ができていて、相談体制ができています。入口は違うかもしれないけど、それが引きこもりにつながっていたりとか、そういう意味ではいろんな、入口は多様だけれども、それの根本を考えていくと、それをいかに総合して対応していくかということ、いけるかということが大事である。

他方で、それを一言で、言葉では簡単なんですけれども、それを実際にやっていこうとすると、いろんなやっぱり組織の壁もありますし、情報の壁もありますし、いろんな連絡体制がやっぱり弱いとかいろんな課題があって、総合的な支援を今つくっていこうとするけれども、なかなか現実的に難しいという面があると思います。

そういう意味で、まさに辻本参考人がこれまで取り組んでこられて、そうした相談体制をしっかりつくっていく、市町村中心につくっていくとした上で、やっぱりこれが一番今課題となっているというようなことがありましたら教えていただければというふうに思います。

○参考人（辻本哲士君）　どうもありがとうございます。

私は一応県の職員ではあるんですが、もちろん市町の職員だとか民間だとかと一緒に現場で動いているわけですよね。だから、現場ではそうやって動いても、やっぱり縦と横の軸がちゃんとしていかなければいけないというふうには思います。

今回、市町村の責務というのがしっかり書かれたことは非常に有り難いです。その上で、都道府県の責務としては、市町村のバックアップ体制の充実になります。すなわち、市町村による相談支援の体制の整備が適切かつ円滑に行われるような必要な助言、情報の提供、その他の援助を行うことがあります。

先ほども言いましたように、市町村はまだまだ専門職がいるとは限らないというところで、そこでも市町村の中にそういう専門職が入っていただくのとプラス、入ったからすぐ全部できるわけじゃないので、その辺を、精神保健福祉センターとか保健所とかが市町村との共同によって、精神保健医療福祉のニーズや地域の課題、地域自体は市町村がよく知っていますんで、強いところ、弱いところを把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で、要するに、精神科の医療機関が市町にない場合もあるわけですよね、そしたら、より広域な視点で支援をしなけりゃいけないとしたら、やっぱり保健所とかほかの病院との兼ね合い等もあって、やっぱり医療機関としては保健所の方が関わりが強いので、そういうところを保健所がバックアップして、重層的な支援というところですね。だから、どこかにもう投げてしまうんじゃなくて、市町村もやりながら、県もやりながら、精神保健福祉センターもやっていくという、重層的に継続的な支援を構築することが大事です。

それと、今回、市町村がやることになったことで、市町村の規模や資源によって支援のばらつきが生じないようになっていくように思います。熱意のある市町村は頑張るけど、ほかのところはなかなかということにならないように、人員体制を含む体制整備が求められるところであります。

以上です。

○こやり隆史君　ありがとうございます。

次に、若尾参考人に御質問させていただきたいと思います。

就労選択支援のところで、参考人の方から、地域におけるアセスメントの仕組み、これを構築していくことが大事であるという趣旨のお話があったかというふうに思っています。いろんな懸念点、客観性の確保であるとか様々な懸念点がありますし、またそれを地域として、全体として受け止めていく、そうしたことが大事であるのかなというふうに思っております。

そうした仕組みなりアセスメントの評価の体制を現実的につくっていかないといけないということだと思いますけれども、現実的につくっていく上で何が一番大事と考えておられるかというのを教えていただければと思います。

○参考人（若尾勝己君）　御質問をいただき、ありがとうございます。

私の今の立場からお話をさせていただくとすれば、相談支援事業の仕組みづくりのところに非常に課題があるんではないかというふうには感じております。

従来の相談支援事業の役割は、一般相談とそれから特定相談というふうに分かれていると思います。障害福祉サービスの事業を利用していくプロセスというのはこの特定相談の方が役割としては担っているはずなんですが、これまでのやっぱり数の対応に追われていく相談支援事業所の様子を見ていますと、やはり当てはめにつながっているというふうに私自身は感じているところです。

それから、一般就労だけがやはり就労ではないというふうに私どもも思っていまして、働く可能性を、どのぐらいの期間、どういうふうに御本人の状態に合わせてつくっていけるかということ、ここに相談支援事業所、相談支援事業の仕組みがなかなか伴走ができていないというのも大きな原因だというふうには思っています。

それともう一点は、相談支援専門員の方々の就労支援の知見や経験のなさというのがひとえに大きいということも考えております。この辺は、相談支援事業所の皆さんがそれを全て担えばいいということではなく、地域の中にある様々な機関が融合してここに関わっていくということが大事ではないかというふうに考えております。

ただ、その点に関しましても、先ほどお話のあった市町村の行政とどういうふうにこの相談支援事業の方、それから周辺の就労支援機関がコミットできるかということが非常に大きな課題ではないかというふうには考えております。

そういう意味で、この就労選択支援が入ったことによっての期待感というのはあるところです。

以上です。

○こやり隆史君　ありがとうございます。

今のお話にも関連をするんですけれども、今お話あったように、自治体もありますし、あと就労支援機関で一番大きなものとして、ハローワークを始めとした就労支援機関というのも各地域に存在をします。多分、そうした連携をいかにスムーズに取っていくかということが大事であるというふうな御指摘だと思うんですけれども。

ちょっと地域によっても状況が違うのかもしれませんが、そうしたこの就労支援という観点でいうと、そうしたいろんな幾つかの機関がある中で、やっぱりどこかがリーダーシップを取りながらやっていかないと、まとめていく、あるいは情報の整理をしていくということが大事かなと思います。そういう意味で、どうした機関が、少し、更に強化をする、あるいは連携を強めることによってそうした受皿が実際にできていくのか、誰に、どういうところに期待をされているかということについて教えていただければと思います。

○参考人（若尾勝己君）　御質問いただき、ありがとうございます。

地域のネットワークをつくっていくときに、私自身は、大きく分けると三つあるというふうに考えています。マクロネットワーク、それからメゾネットワーク、ミクロネットワークという三つの階層構造があるというふうに考えています。

マクロネットワークにおいては、政策協議など大きな課題についてを検討していくようなときに参集していただくようなことになりますから、当然これは、就労支援ということであれば、ハロー

ワークや職業センターのような国の機関が参集していただく、若しくは自治体の市町村が参集していただくということが大事だというふうに思っています。

ただ、御本人の、障害者御本人の就労の選択のようなところを考えていくのであれば、これはやっぱりメゾだったりミクロのネットワークが機能しなくてはならないというふうに思っていますので、障害のある方がどちらに駆け込んだのかによって、そこのイニシアチブを取る役割というんですかね、これが変わってくるんだろうというふうに思っています。

そういう意味では、どこの機関もこのイニシアチブが取れるような、リーダーシップが発揮できるような機能というのをやっぱり持っていただくということが重要だというふうに考えていますので、これは就業・生活支援センターであろうが市町村独自の事業のところであろうが相談支援事業所であろうが、就労したい、働きたいというふうになった、その障害者が来たときには、やっぱりそのステージにちゃんと上げられるようにしていくという地域の仕組みづくりが私は大切だというふうに思っております。

以上です。

○こやり隆史君　ありがとうございます。

御説明の中でも、多分、だから、どこの窓口に来られたとしても、それぞれがつなげていって必要な受皿をつくっていくということが大事だということだと思いますし、御説明の中でも、人材育成、そうした人材が、そうしたことを担える人材をどう確保していくかということが大事だというふうな御指摘もあったと思います。

何というか、ジョブコーチの制度化とか、いろいろな御説明の中でも御提案はあったと思いますけれども、こうした人材をしっかりと機能、何というか、育てていくために国として特にやるべきことについてお聞かせいただければと思います。

○委員長（山田宏君）　挙手の上、お願いします。

○参考人（若尾勝己君）　はい。

御質問いただき、ありがとうございます。

国の方からの支援としてどのようなことがという点でお答えさせていただければと思うんですが、前述のように、機会提供の仕組みづくりを実現できるような検討の場というのを是非お願いしたいというふうには考えています。これもやっぱり継続的にそういうことが検討できるような場がなかなかないので、こういうことが引き続き行っていけるような機会提供が必要だというふうに思っております。

それから、就労支援専門人材の養成の枠組みというのは、障害のある方の側に立ったときに、これは労働か福祉かという観点ではないはずなんで、今まさにお進めいただいているような労働と福祉の施策が連動していくような機能強化というのが私は必要だというふうに思っていますので、是非これもしっかり進めていただけたらなというふうに感じているところです。

それからもう一点は、障害福祉、障害就労支援の人材の交流制度というものもあってもよろしいんではないかというふうには感じています。私も、実は福祉が出発点で、約二十年近くその福祉の業界にいたんですけれども、労働の業界に入ったときに、やっぱり目からうろこということを感じたことがありました。そこの人事間の交流みたいなものも制度の中で少し検討していっていただけると私は非常に有り難いというふうには思っているところです。

以上です。

○こやり隆史君　ありがとうございます。

次に、藤井参考人にお伺いしたいと思います。

御説明の最後に、障害者を大事にする社会、こうしたものをつくっていく、我が国をそうしたものにしていかないといけないという旨、お話をいただきました。

参考資料を見ていただきますと、ＮＨＫのインタビューでしょうか、公共交通機関、特に例えば鉄道の落下防止柵の問題であるとか、様々幅広い活動をしていただいているというふうに理解をしています。

やっぱり、今回の改正法もそうですけれども、やっぱり社会全体がいろんな、いろんなところで、特にインフラが大事だとは思うんですけれども、そうした包摂ができるような工夫をやっぱり少しずつ積み重ねていくということが大事かなというふうに思っております。

そういう意味で、その落下防止柵のお話以外にも、藤井参考人として、こうしたところを改善していくべきだという具体的な御提案がありましたら教えていただければというふうに思います。

○参考人（藤井克徳君）　どうもありがとうございました。

今先生の御指摘、大変大事なことで、これに先立って、今一体日本にどれくらい障害者がいるか考えてみたいと思うんです。

手帳所持者が約九百六十四万人、認知症、これは高齢社会白書ですね、六百二万人、推定値、谷間の障害、これは弱視や難聴や難病や発達障害等ですね、つまり日常生活に支障がある方たちが、関係学会や団体の数を積み重ねますとほぼ一千万人を超えています。合計二千五百万人ぐらい、つまり人口の二〇％が障害を持っているということ。そうしますと、決してマイノリティーではないし、あるいは、ここにいらっしゃる方たち全員が亡くなる寸前は障害状態をくぐっていくという。そういう点でいうと、少し想像力を発揮するということもとっても大事なことではないかな。そういう点で、まだまだですね、意識の面でも政策の面でも。

ただ、ヨーロッパが人権問題成功したのは、政策が先、意識が後。つまり、私はずっとこれ弱視で、放置自転車につまずきました、放置自転車にね。このことを外国人に話をしますと、ミスター藤井、駄目だと。先にちゃんと巡回警備員がいるか、駐輪場は十分にあるか、駐車禁止がちゃんと書いてあるか、立札が。これを見て人々ははっと気が付くんだ。こういう点においては、私たちの国はまだまだ、この政策が先、意識は後というこ

とを、これをもっともっと考えていくべき点じゃないかなと、こんなことを今伺いながら考えさせられました。

以上です。

○こやり隆史君　ありがとうございます。

長谷川参考人にちょっと時間がなくて聞けなくて、大変申し訳ありませんでした。

時間が参りましたので、以上で終わらせていただきます。ありがとうございます。

○川田龍平君　立憲民主党の川田龍平です。

今日は、参考人の方々、今日は本当に貴重なお時間使っていただき発言していただきましたこと、陳述いただきましたこと、ありがとうございます。

私から、まず初めに、辻本参考人と長谷川参考人、それから、最後、藤井参考人、もし答えられたらで結構ですが、お願いします。

厚生労働省が六月に出されました、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、検討会の最終報告について、参考人の評価をお聞かせいただけますでしょうか。

○参考人（辻本哲士君）　最初のプレゼンのときに話したんですけど、まだ途中だとは思いながら、熱意あってみんなそれぞれの立場で様々な人が様々な意見を言えたというところは非常に有り難かったと思います。なので、私、非常にポジティブに、続くものだと思って信じております。

以上です。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

私もほとんど傍聴して、あといろんな当事者の方とかいろんな方と、その後いろいろやり取りはしましたけれども、やっぱり期待が大きかっただけに非常に残念な結果だったなというふうに思っています。というのは、やっぱり障害者権利条約が批准されての法改正なわけですから、それにのっとった内容でなければいけないわけですけれども、それがなかなかそうなっていない。

あと、私なんかがやっぱり注目していた身体拘

束のことに関してなどは、最初は限りなく身体拘束をゼロにするというふうな、そういう言葉が言われていたわけですけれども、最後、いろいろなってみたら、不適切な隔離、身体拘束をゼロにするというふうに言葉が変わってしまい、そうすると、不適切なものをゼロにするのは当たり前の話であって、しかも、もうこれ、言葉がそう固まってしまうと、今回厚生労働委員会でも質疑行われていますけれども、不適切なのが何件ですかと聞いても分かりませんというふうになってしまう。もうこういうふうに固められてしまうと、もういかんせんどうしようもない部分があって、何とかしていかなきゃいけないんだけれども、なかなか厳しい状況だなというふうには思っています。

○参考人（藤井克徳君）　詳しく全部精査したわけではありませんけれども、私のこの法改正をめぐる視点はもうはっきりしています。

つまり、長期入院、長期在院がこれで減るんだろうかとか、あるいは身体拘束がこれで減るんだろうかということ、もっと言うならば、家族負担が減るんだろうかということ、こう考えた場合、やはり決して合格点はあげられないというふうに思います。

今言われたように、権利条約が批准されて、そして総括所見が出されて初めての法案審議です。残念ながら、あの総括所見では、長期入院という言葉を使わずに無期限入院という言葉を使っていますね。ある面では、こういうことから考えても、やっぱりそれに応えるという点では、非自発性の問題にしてもそういう点では決して十分じゃない。さっきもありましたけれども、五月九日の日精協の会長の発言でこの厚労省の元々の原案自体曲がってしまったということ、こういう経過を見ても、今度の法案の問題というのは、やっぱり残念ながら問題と言わざるを得ないと思います。

以上です。

○川田龍平君　ありがとうございます。

先ほどの検討会の話と、それから今、野村総研に委託している調査研究というのが今進められているということですけれども、この野村総研に委託している研究も含めて、その委員というか代表者にはどういう人が入るべきだと考えるべきか。これ、辻本参考人と長谷川参考人、藤井参考人、もしお聞かせいただければと思います。

○参考人（辻本哲士君）　今情報いただいた野村のその調査がどのようなものか、私自身がまだよく把握していないので。ただ、今回の検討会を考えると、やはり幅広くいろんな人々、当事者さんも家族も医療も保健も福祉も入る方がいいとは思います。

ただ、余り入り過ぎると、今回の検討会の話もそうなんですけど、話が大きくなり過ぎてなかなか議論にならないところがあるので、その辺はバランスを考えていただきたいと思います。

以上です。

○参考人（長谷川利夫君）　そうですね、先ほども申し上げたように、例えばやっぱり、何か推薦を求める、団体とかに推薦を求めるというのが比較的公平公正なのかなという感じは思います。

あと、例えば今回、衆議院の附帯決議なんかの中でも、例えば精神障害者の意見を聞きながらというのがありますけれども、その障害者の方が増えていくこと自体、私もずっと、以前から、二十五人の検討会で当事者の方が二人でおかしいということをずっと言い続けてきました。

ですので、増えることはとても喜ばしいことなんだけれども、その増えるというのは、全て厚生労働省の方が選んでいくと、言葉は悪いですけれども、御用当事者みたいな人がどんどん入ってきて、なかなか本当の意味での当事者の利益というのがそこで発言されることがないというふうになってしまうというふうに思っています。

○参考人（藤井克徳君）　私は、政策というのは、何をつくるかよりも誰がつくるか、これは極めて大事な観点だと思うんですね。

最近の傾向として、企業のシンクタンク等にこうした検証も含めて調査が委ねられていると、全部悪いかどうかは別としても、やはりこういう人権問題に関わってくる問題については、もう少しやっぱり政府がきちんと考えるべきではないか。今言ったように、審議会や検討会、調査のありようを、もう一度この辺で考えていただきたい。

私は、障害当事者にしても、当然これは一定の割合を占めるとか、いろんな配慮が要るかも分かりませんけれども、あえてやっぱり異論、違った意見を持つ者という辺りを大事にすることも、やっぱり強靱な政策をつくっていく、あるいは、政策ができ上がった後の政策の帰属意識、この制度を育てていこうというふうな点からいっても、いろんな人が入るべきじゃないかな、かように思っております。

○川田龍平君　ありがとうございます。

その点からいうと、この今、精神保健福祉法に関して、特に検討会などで入る人選として、法律家の人選、特に日本弁護士連合会とか、そういったところの意見が聞く機会さえ設けられなかったということで、これは意見書も出されておりますが、これについていかがお考えか、長谷川参考人、お願いします。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

私は、何で入らないのかが不思議でした。要は、実務法律家の団体というのは日弁連しかないので、実際にその法律を作ることをやっているのになぜ入らないのかというのが全く理解できないです。だから、言葉は難しいですけれども、何か排除しているのかなというふうにすら感じていましたし、議論をすることによって次のステージに行くというんですかね、いうものだと思いますし、議論を深めるためにも、きちんとその実務法律家の意見を聞いたりとか、様々な立場の人が聞くと。

そして、ちょっと一つさっき言い忘れたんですけれども、例えば、意見が異なるとまとまらないからということを厚生労働省の方はよくおっしゃるんですよね。まとまらないからじゃなくて、意見が異なるのは当たり前なので、きちんと、誰が反対し、誰が賛成してこういうことだったと、でも、結局最終的に決めなきゃいけないのでこうしましたよということが説明できるまで、説明できるところまで持ってこなければいけないと思いますし、そこをスルーしてやろうとするので、最初からうまくまとめてくれそうな人が入るということは、結局は政策が練られないし、それは最終的には公益に反するものじゃないかなというふうに考えています。

○川田龍平君　長谷川参考人にもう一つ。

今回の改正案で創設されることとされているこの入院者訪問支援事業について、この指定医の問題もありますけれども、その点についていかがお考えでしょうか。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

精神科病院は、閉鎖病棟があったりとか、更にその中に隔離室があったりとか、非常に閉鎖的なところなので、様々な、外から人が入ってくるということが非常に重要だと思います。

私も初め、新潟の精神科病院に勤務して、そのときに、もう就職してすぐに市民団体に入って、新潟県内の精神科病院を回り、それから病院協会の職員の立場でも回りました。そうすると、やっぱりもう特に閉鎖的な空間なので、違う人が入ってくる、職員以外の人が入ってくるということだけでも非常にプラスだとは感じました。

したがって、この制度が一〇〇％悪いとは思わないんですけれども、ただ、先ほど述べたように、誠実に話を聞くとか、その精神科病院の協力を得てというのは、それはこの制度を入れるためにはしようがないということなんでしょうけれども、何かむしろ私は、実際に亡くなっている方とか御遺族からとかから非常に直接電話をいただいたりとか、公開している携帯番号にいろんな当事者、入院されている方からお電話いただいているので、そういった方は、やっぱりきちんと法的に対処しなきゃいけない問題というのは非常にたく

さんあると思うんですよね。何かそれが抜け落ちていくというか、何か逆にそれが緩衝材になってしまって、本当の法的な問題が置き去りにされてしまうということを危惧はしています。

○川田龍平君　じゃ、長谷川参考人にもう一つ。

衆議院の厚生労働委員会が精神科病院見学を実施するということで、私たちも、国会議員が精神科病院内の実態をもっと知るべきではないかと、精神科病院で勤務していた看護師の方もいますけれども、あちらに委員いますけれども、是非、実際知ることが大事ではないかと思うんですが、いかがですか。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

おっしゃるとおりだと思います。まずは百聞は一見にしかずで中に入ってみる。そうすると、まずにおいがどうなのかとか、私なんか、最初銀行員をずっとやっていたんで、その後、精神科病院の閉鎖病棟入ったら、何か二時間ぐらいで髪がべたべたになっちゃったりとか、何かすごく何だろうと思ったりしたんですけれども、そういうことを含めて、入るのはすごいいいことだと思います。

ただ、そのときに、やっぱり厚生労働省がアテンドするのかもしれないですけれども、そうすると、もうそこで入っていくときというのは、もうこれ以上の準備はない準備をして迎え入れるということになるわけですね。ですから、それを見て、ああ、これが精神科病院なんだというふうに思われては実際は困ると思います、ＳＯＳの電話とか私のところに来ている本当の実態があったりするので。そうすると、せんだっても加藤厚生労働大臣が、精神科病院に私も行って、何か職員の皆さんは一生懸命働いていますということを言われていて、何かそちらの方だけの話になってしまうとちょっと違うのかなと。

あと、やっぱり厚生労働省さんに近いところじゃなくて、本当にもっと地場でやっているいろんな病院がありますので、もしかしたら、手分けして違うところに行って意見交換してみるなんというのもいいかもしれないというふうに思いました。

○川田龍平君　じゃ、辻本参考人と長谷川参考人、またお聞きしたいと思うんですが、この精神科医療を考えるときに、精神科病院の従業者の水準を低く定めているいわゆる精神科特例、これについて、これへの医療への影響についてどう思いますか。

○参考人（辻本哲士君）　御質問ありがとうございました。

現実的には、そこは解消されているというふうなところなんですが、現場では、やはりその辺は厳しいと感じてます。

元々一般科は医政局にありまして、精神科のみ社会・援護局というとこら辺の位置付けも、もうちょっと見直しというか考え方を、まあ一緒にやってくれはったらいいんですけど、その辺も関係しますし、現場ではやっぱり精神科と身体科の連携をまだまだ取りにくい状況があるので、そういうのを踏まえて、広い視野でもうちょっと一緒にやれるようになっていただけると有り難いと思います。経済的なところももちろんなかなか厳しいところは感じます。

以上です。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

今回の厚生労働省の検討会の報告書を見ると、精神科特例は廃止されているというふうに書かれているんですよね。非常にこれはミスリードをするものであって、それは、精神科特例は厚生事務次官通知なので、それはもちろん廃止されたのかもしれないけれども、医療法改正でその基準というのは医療法の施行規則の方に入っているので、水準はその施行規則の方に引き継がれているということなわけです。

実際に海外などと比べても、メンタルヘルスの医療従事者の数というのは低いわけですし、医師の数も低いし、あと看護の水準も低いし、それから看護補助者を看護として一部見ていいという基準すらも今残っている。

しかしながら、報告書でその廃止されているということだけを言うのは非常にミスリードで、しかも、それを何かだんだん、何か作業療法士とか、いろいろほかの職種の名前を挙げて報告書には書いてあって、それは看護とかでなければやらないケアなので、それは入れなきゃいけないので極めて差別的な待遇だし、これはもう一刻の猶予もないというふうに思っています。

○参考人（辻本哲士君）　済みません、言い忘れました。

私は、患者さんの話を聞くために精神科医になったんですが、現実的にゆっくり話を聞くというところが持てません。だから、そういうところも検討いただける、精神科医が精神科医らしい仕事ができるような場が欲しいとは思っています。

以上です。

○参考人（長谷川利夫君）　済みません、一つ言い忘れました。

私が行った調査研究で、一千四百七名の医療従事者に行ったアンケートで、今よりも医療従事者が多ければ隔離や身体拘束は減らせるかというふうに聞いたのがあります。そうしましたら、六割以上のスタッフが減らせる方に回答しました。

ですから、これは実は精神科特例というのは、医療従事者が仕事がしんどいということのみならず、一番大事なその患者さんの方にしわ寄せが行っていて、日本に生まれてしまうと、海外に生まれていたら身体拘束されないのに、日本に生まれたら身体拘束されてしまうというふうなことすらも起こっているということで、人権上はもう極めて問題だというふうに考えています。

以上です。

○川田龍平君　藤井参考人からも先ほど参考人の発言の中でありましたが、本当に歴史的な、やっぱりこの精神科における、精神医療におけるそういった問題点あるんだと思います。

私も、東京の小平市という、萩山団地というところに住んでいたんですけど、隣が武蔵療養所と、今、精神・神経センターと言われていますけれども、本当にあの地域は非常に精神科病棟多いですので、精神科の医院が多いですので、非常に近くにはあったんですけれども、なかなか中には入ることはもちろんできなかったですし、畑とかそういうようなところはそういう遊び場になっていたところもあるんですが、ただ、本当にそういう、近くにそういうのがありながら、やっぱりなかなかそこの中にまでは踏み込むことはできませんでしたので、是非いろいろとまた実際のところの現場をやっぱり見てみたいとは思っております。

それで、最後に身体拘束、これを減らしていくためには何が一番大切と思われるか、長谷川参考人、辻本参考人、藤井参考人にお聞かせいただければと思います。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

もちろんいろいろあるんですけれども、まず、もう国が大方針を掛ける、作ることが第一です。今回、身体拘束を限りなくゼロにするという言葉が、結局、不適切な身体拘束をゼロにするということで、何もしないというふうなことになってしまった。もうそのメッセージのマイナス要素は計り知れないものだと思います。これはやっぱりニュージーランドなんかでもそうですけれども、やっぱり身体拘束を本当に減らしていった国というのは、まず国が減らすということです。

例えば、都内のある病院で、ある病棟の看護師長さんがすごく頑張って、身体拘束をその病棟だけゼロにした病院があります。ただ、その師長さんがほかの病棟に移ったら、そこの病棟、また身体拘束が復活しちゃったんですね。これは何でかというと、病院がそういうなくすという大方針を立てていなかったからです。だから、それはそのまま相似形の関係にあって、国がやっぱり大方針を立てない限り、現場はなかなか動かない。まず、国がきちんと、先生方及び厚生労働省が関与

して、きちんとそういう方針を立てるということが第一だと思います。

○参考人（辻本哲士君）　私は現場の臨床科医ですけど、みんな病院スタッフは頑張ってやっています。一生懸命やっています。患者さん思いにやっています。なので、あっさり言うと、人とお金です。そこをしっかりしていただきたいと思います。

以上です。

○参考人（藤井克徳君）　私は、海外へ行くたびに精神科病院を見させてもらってきました。答えは一つですね。確かに、自傷他害等のときにどうするか。取っている道はやっぱり人海戦術なんですね。ぎゅっと抱き締める、手を握る。私もずっとこの作業所をやってきまして、急性症状、病院に行く前に手をぐっと握っていると本当に、その代わり時間掛かりますよ、もう空気が抜けていけるようにやっぱりそういうふうなあれは減っていくんですね、その急性症状。

やはり人が足りないから縛るということはこれは良くないし、何よりも本人がずっと覚えています。やはり私は、人手をきちんと確保することに尽きると、こう思います。

○川田龍平君　ありがとうございました。

若尾参考人、申し訳ありません、今日は質問の機会ちょっとできなくて申し訳ありませんでした。

本当に精神科の方も是非、精神障害の方にもしっかり働く場をやっぱりしっかりつくっていくべきだということは、今回視察で、私たちの委員会の、当委員会の視察で、銀座の無印良品でしたっけ、良品計画でしたっけ、良品計画に行ってきましたけれども、本当に、その精神の人たちがしっかり働ける場をやっぱり確保していくこと、本当に大事だと思っております。

今日はちょっと質問の時間が終わってしまったこと、申し訳ありません。ありがとうございました。

皆さん、ありがとうございました。

○窪田哲也君　皆さん、こんにちは。公明党の窪田哲也でございます。

今日は、師走の忙しい中で四人の参考人の皆様に当委員会にお越しいただきまして、意見を伺うことができました。大変にありがとうございました。今後の障害者施策にしっかり生かしてまいりたいと、そのように思っております。

初めに、辻本参考人に是非聞かせていただきたいと思うんですけれども、私は、医療とか福祉の専門家じゃございませんで、つい最近まで新聞記者をしておりまして、三十二年間、主に地方の記者をしておりました。障害者の皆様の声もたくさん伺ってきましたけれども、その中で障害者の問題で大きく感じたのが、やっぱり地域によって、自治体によって格差が非常にあるなということを実感しているんです。その辺について、センター長会会長の立場として是非お聞かせいただければと思うんですが。

○参考人（辻本哲士君）　御質問ありがとうございます。

確かに地域格差はある。分かりやすいのは措置入院の患者さん数だとか、その辺もかなり自治体によってばらつきがあります。それは、地域によっての強さ弱さがあるので、ある程度国民がそれでちゃんとサポートされていたらいいと思うんですけど、それぞれで法律の使い方が違うというのはおかしいとは思います。

なので、そこはできるだけ均一化というか、例えばうちだったら手帳だとかそういう審査会だとか全国共通になるように、かつ、精神保健福祉センターはみんな仲よくやっているので、今回のコロナのときでも、メーリングリストを使うだとか、良い対応だとか難しい対応とかあったら、活発に情報交換しています。その中でどの自治体も均一になるように、均一というのは同じというわけではなくて、みんなが幸せになれるようなところを地域の力量に合わせてつくるようにしている。その中でやっぱり精神保健福祉センターは中核的な役割を担っているように感じております。

以上です。

○窪田哲也君　今回の改正で、一つが、この基幹相談支援センターの設置の自治体が、市町村が、努力義務を、義務化するということが大きなポイントだと思っています。

これまで一応置くということにはなっていましたけれども、なかなかこれが全国全市町村には行き届かずに約半数にとどまっているわけですけれども、その半数にとどまってきた一番の大きい原因は何なんでしょう。

○参考人（辻本哲士君）　ありがとうございます。

相談事業所が基幹でやっていくというのはそれでいいと思うんですし、一つは、その市町、市町村の窓口とそこの基幹のところをどういうバランスでやるかは一つの課題だと思います。ただ、もうある意味、民間さんがやっていくというところと公的なところがやられるというバランスだと思います。なので、力のあっているそういう相談支援事業所はできますけど、なかなかどこでもそういう事業所があるとは限らないので、そこは行政がちゃんとサポートしていく必要があるんじゃないかなと考えております。

以上です。

○窪田哲也君　引き続き辻本参考人に是非お聞きしたいと思うんですけれども、今回努力義務化されて、午前中の本会議では、厚労大臣の方から我が党の三浦議員の質問に対して、全国の市町村に基幹相談支援センターを設けていくという答弁もありましたけれども、これ進めていく上で一番大事なポイントは、やはり予算措置、人材の確保等になってくると思いますけれども、その辺についてポイントを教えていただければと思います。

○参考人（辻本哲士君）　重層的な支援というか、そこだけに丸投げするんじゃなくて、みんなでやっていくよと。すぐにどこもできるはずがないので、期待持って良いところ伸ばしてだんだん任せていくだとかバランスを変えていくだとか、スタッフも違うので、つくって終わりじゃなくて、継続的にみんなで顔を合わせて現場で関係性を持って鍛え合っていく、学び合っていく、そういう姿勢だと思います。

以上です。

○窪田哲也君　ありがとうございます。

さらに、辻本参考人に重ねてお伺いしたいと思いますけれども、滋賀の取組、私も読ませていただきましたけれども、最初に入院時カンファレンス、そしてアセスメントシートによる評価、そして三つ目の特徴としては退院前カンファレンスということで、この三つの段階が非常に大事だということで書かれておりましたけれども、この成果、その滋賀の成果で目立つものといいますか、その辺についてちょっとお伺いできればと思うんですが。

○参考人（辻本哲士君）　なぜ医療が中断するのか、治療が中断するのかを考えると、やはり人と人との信頼性だと思うんですよ。患者さんも、それだけ丁寧に入院とか途中とか退院のときに多くの人が関わってくれはったら、その病院だとか関係機関を信頼していくというか、困ったときには相談すりゃええということを身に付けていくと思うんですよ。

で、そういうのをしていくと、医療の中では、再発率というか再入院が抑えられるようになります。あるいは、たとえ状態が悪くなって入院になっても強制入院にならない、非同意入院にならずに、分かりました、ちょっと休みますわという形の入院になります。そうしたら、人権上にも問題ないわけなんで、ちゃんと地域の中で医療者と保健福祉関係者と患者さんが信頼関係を地域でつくっていくことだと。それがうまくいくと、いい町ができていって、患者さんも支援者もみんなハッピーになるんだと思っております。

以上です。

○窪田哲也君　引き続き辻本参考人に伺いたいと思います。

今回の改正案に対して賛成の立場から今日は御意見を伺いました。その中でも、特に入院者訪問

支援事業について期待をされているということなんですけれども、私、この中で、この入院者訪問支援事業、この中で、都道府県知事等が行う研修を修了した入院者訪問支援員が、患者本人の希望により精神科病院を訪問し、本人の話を丁寧に聞くと。患者本人の希望によりというふうになっているんですけれども、この希望と、本人の希望をきちんと捉えていくことができるかどうかというのが私は大事なポイントかなと感じるんですけれども、いかがでしょうか。

○参考人（辻本哲士君）　この入院事業については、検討会でもかなり議論がありました。皆さん、案が変わっていってるやんというふうに言われますけど、案が変わることは、相談したら、いろんな意見が出て変わっていくのは当然だと思うわけです。より良い議論をするから変わるわけで、最初からそのままでいくんやったら、議論しなければええと思うわけです。

その中で、いろいろ変わっている中での今回の落としどころとしては、会うということになりました。背景には、やっぱりアドボカシーというところで、患者の権利とかをもっとオープンに病院に伝えていくという案も出たり、いやいや、やっぱり風を通すだけでもまずは始めてみようかという案も出たり、それはいろいろなところで、現段階としたら、まずは会うところから始めていこうと。

そういうところに落ち着く中で、先生おっしゃるとおりに、誰がそれを言うんやと、どの役目の人が、病院のスタッフやったらやっぱりそれはというところがあるので、そこの最初の説明は丁寧にやろうよと、指定医がちゃんと責任を持ってやろうよとか、その辺も含めて、今まで先進的にやられている自治体もあるので、そういうノウハウを得ながら、まずはちゃんと始めていこうよということから今回は収まっているんだと思います。

以上です。

○窪田哲也君　その上で、引き続きお伺いしたいと思います。

入院者訪問支援員の適性というのは私大事だと思うんですけれども、今、悩みも複雑化、多様化、多岐化していますけれども、これをきちんと捉えていく支援員、その育成についてちょっと御意見伺えればと思うんですが。

○参考人（辻本哲士君）　正直言って滋賀県も、これからどうしていこうかというのは悩むところです。ただ、基本は傾聴ですから、しっかり患者さんの立場に立って話を聞くという人が、まずその視点を持っている人です。それと、やっぱり守秘義務をちゃんと持っているという方々をちゃんと研修して、患者さんの立場に立つなりできるような研修をすることが重要になってくると思うので、そこは先進地が幾つかありますから、そこを学びながら、全国でばらつきなくやっていければいいなと思っています。

以上です。

○窪田哲也君　ありがとうございました。

続きまして、藤井参考人に伺いたいと思います。今日はありがとうございます。

藤井参考人の方からは、今回の法案の束ねであるという、そのことに対しての懸念を伺いました。十一月の十日の緊急声明でも、このことを声明で発表されておられます。その中で、この声明の中で、評価できるものと課題の残る法案を束ねて提出している束ね法案、これには非常に危惧を持っていると、そういう趣旨のことを言われております。

評価できるものと課題の残るもの、このおっしゃっておられます評価できるものというのはどういった部分でしょうか、是非伺いたいと思うんですが。

○参考人（藤井克徳君）　こうして法案を見ていきますと、全く全部おかしいとか全部いいということはなくて、それはそういうことはあると思うんですけれども、例えば、今おっしゃったように、精神病院を訪問するということなんかは、私はどう考えてもそれは発展した形だと思うんです。

ただ、今、辻本参考人のことに加えて言うならば、訪問した後どうするのかということ、その結果につながるようなことになっていくのか、単なる形だけ訪問という形をつくったのか、あるいは、本当にピアカウンセラー、当事者が一緒にそういうところに行けるのかどうか。私は、かつての検討、実践の中で、当事者が病院を訪問すると、本当に患者さんは勇気が付けられるんですよ、私も働こうと。

そういう点でいうと、形は、この今の問題だけでも形は一歩前進。ただ、この国というのは、一歩前進二歩後退というのは結構少なくない。そういう点でいうと、本当にこのことだけでももっともっと深めるべきであったり。もちろん、その就労のアセスメント、これもいろんな面で検討会経て考えてきたその方法で、やはりこれも、若尾さんおっしゃるように大事なことかと思います。

そういう点でいうと、評価というか、発展をしているなという点では、それはそう私も思います。

○窪田哲也君　大変にありがとうございます。参考になりました。

続きまして、若尾参考人に伺いたいと思います。

コロナの中でジョブコーチの役割も非常に大変だと思うんですけれども、特にここ、コロナ禍の中でのジョブコーチの役割の変化ということについて教えていただければと思います。

○参考人（若尾勝己君）　御質問ありがとうございます。

ジョブコーチの支援そのものは、職場に訪問して、その障害のある方の適応状況を調整していくということが基本的には役割となっております。私どもが言っているそのジョブコーチは、助成金の制度に起因するジョブコーチというふうに考えておりまして、そうしますと、この助成金に適応しているジョブコーチは、職場外での支援は全く費用負担、これ持ち出しという形になっておりました。

このコロナの状況下の中で、自宅待機になっていた障害のある方が非常に多かったですね。ところが、安定的に生活を維持していくためには、職場にいないから支援をしないというわけにはいかなかったのが現状なんです。そういう意味では、ジョブコーチも、家庭に訪問したり、それから家庭に連絡を取ったりと、助成金の対象にならない事業をやっていたというのは事実です。

ただ、途中から運用上の変更ということで、コロナの範囲の中であれば、そういう支援についても助成金の対象にしていただけるということになったので、その以降についてはそういう活用をさせていただいたところでした。職場外の支援についても、やはり職場に定着していくための支援としては課題として残っているんではないかと。

そういう意味では、ジョブコーチ以外の制度なんかを少し広げていっていただくことは私は必要ではないかなというふうに感じているところです。

○窪田哲也君　参考人は、引き続き、若尾参考人、ジョブコーチの国家資格化ということを先ほど言及されましたけれども、もう少し具体的にイメージを湧くように教えていただければと思うんですが。

○参考人（若尾勝己君）　御質問ありがとうございます。

今は、その助成金の活用をするために、一つの要件として、職場適応援助者養成研修を修了するということが必須になっております。ただ、今のその助成金を活用したジョブコーチの利活用状況は、これはもう本当に減少の一途をたどっていて、なんですが、実は職場の中で適応援助する役割というのは、非常にニーズとしては高まっているのが現状ではあるんですね。

そういう意味では、この国家資格化を、長い道のりかもしれないんですが、国家資格化を目指す

ことで、実はその就労支援やジョブコーチを目指そうという人材を多く輩出していっていただけるような仕組みというのが、私はその国家資格化の必要性だというふうに思っているところです。

以上です。

○窪田哲也君　ありがとうございました。

長谷川参考人に伺いたいと思います。

身体拘束の問題で、読ませていただきますと、ちょっと私、興味持ちましたのは、この身体拘束が行われている東西格差ということについて書かれておりました。どちらかというと東の方が拘束率が高くて西の方が低いということで書かれておりましたけれども、その要因というのはどういったところにあるんでしょう。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。そこのところは非常に分析が難しくて、本当、こうじゃないかというふうに推測するしかないんですよね。

私の実感としては、割と東日本の方は、割とその精神科救急という病棟でかなり、入院したら結構最初にまず身体拘束をして、そして徐々に解除していくというやり方が結構広まったなという感じを持っていて、比較的その考えが東日本の方に多くあるんじゃないかなというふうな感じはしています。

あと、これいろんな話があって、いや、西日本は軽い人が多いんだと、病床数が多いので、そういうふうなことを言う方もいるんですけれども、それはデータ上は必ずしもそうじゃないと思っています。あと、もしかしたら、職員と患者さんのその距離みたいなところとか、割と関西の人の方が結構比較的物を言うとか、西日本の方が結構言いやすいとか、何かそういうことがあるんじゃないか。

いろいろあるんですが、ただ、これは本当、済みません、あくまでも推測の域を出ないんですが、ただ、本当にきれいに東日本と西日本で身体拘束率の差が出ていて、まあ十倍、年によっては二十倍ぐらいの差が出ているので、逆に言うと、東日本はもう少し減らせる部分があるんじゃないかなという見方もできるんじゃないかというふうには思っています。

○窪田哲也君　今おっしゃいました、東の方が減らせるんじゃないかということなんですけれども、この現状、東と西でそのような違いがあるということは、東の方が減らしていくことができるという、どのようにやっていけばというか、なかなか原因がつかめていないんですね、原因が、原因がつかめていないんで。

○参考人（長谷川利夫君）　そうですね。ですから、原因が特定できないので、東日本を減らすためにこの策がいいというところも出てはこないんです。だから、総体的に、全体的にやっぱり縮減を目指すというところがあった方がいいと思います。

そのときにやっぱり注意しなきゃいけないのは、身体拘束は治療なんだというふうに言われる場合があるということです。それは、ただ、少なくとも、精神保健福祉法の考え方とか、これは例えば三十七条一項基準という百三十号の大臣告示は、これは処遇の基準として定めているので、身体拘束は治療ではないというふうに言っていいと思います。

しかしながら、例えば東日本のある思春期の人を預かっている病棟なんかでは、やっぱり非常に、この間も中学三年生の十四歳の女性が七十七日間身体拘束をされて、摂食障害でされて、それで裁判になって、一審は原告勝訴ですけれども、二審、控訴審でちょっと敗訴したというのがありまして、そういう、何かまた思春期の方に対しての身体拘束というのは、これはある説によると何か育て直しというふうな言葉もあるらしく、身体拘束を治療的に用いて、そしてある意味ちょっと支配に近いような、それはちょっと行動療法的な意味合いがあるらしいですけれども、そういうふうに身体拘束を治療的に利用、使うんだというふうな考え方も間々あったりとかして、それはもう許されない状況なのではないかなというふうには考えています。

○窪田哲也君　大変参考になりました。ありがとうございました。

○東徹君　日本維新の会の東徹でございます。

まず最初に、藤井参考人からお聞かせいただければと思います。

私もかねがね問題だなと思っているのが、この精神科病院のことであります。改めてその状況をお示しをいただきました。平均在院日数が精神科が二百八十三・五日ということで、海外との日数を比べても非常に圧倒的に多いであるとか、入院期間が五年以上に及ぶ方が八万七百八十六人、そしてまた、精神科病院の病床数ですけれども、三十二万二千十一床あると、こういうことで、ＯＥＣＤの加盟国の占める日本の割合は三七・一％というふうなお話でありました。

このお話の中で、構造改革をすべきではないのかというふうなお話があったかと思うんですが、その構造改革のどういった改革をやっぱりやるべきだというふうにお思いなのか、あれば教えていただければと思います。

○参考人（藤井克徳君）　私は、やはりこの精神科医療だけが特殊な道を歩んでいる。医政局で、つまり医政局との関係で、やはり一般医療に準ずるということね。そうしますと、私は、医療法にやっぱり位置付けると、基本的には、医療法に位置付けて、一般医療全体の中にきちんとベースをつくる、その上に専門的な精神科医療ということが、まあ言わば二階建て構造ですね。したがって、精神保健福祉法完結ということは、やっぱり独自の道を強めていくんじゃないかな。一つは、そういうふうな意味での構造的という問題が一つです。

差し当たっては、繰り返し言っていますけれども、この精神科特例ですね、これは、差別医療だけじゃなくて、少ない陣容で診ると、どうしても薬を多く使ったり閉鎖性が強くなっていくということなるわけなんで、やはり人権という問題から含めると、まずはこの精神科特例を、制度面は消えたけれども実態は残っているわけですから、これを変えていくということ。

そして、今おっしゃっていただいた、三十二万二千十一床という一番新しいデータですけれども、これ一体いつの水準でしょうか。一九八二年が三十二万六十八床なんです。四十年間一度も三十二万を割っていないんですよね。ずっと同じ位置を保ってきてしまったということ。

最後に、今の精神科病院の病床は三十二万ベッドだけれども、利用率はとうとう八二・四％まで下がりました。そして、八〇％割っている都道府県が、十二府県で八〇％割っちゃったんですね。このまま行ったら自然衰退、恐らくそうなるでしょう。私は、決してこれは悪い数字じゃないと思うんだけれども、ただ自然衰退で行くんじゃなくて、やっぱり意図的に、政策的にきちんとけじめを付けるという点でいうならば、ああ、待っていれば減っていくんだなということではいけない。そういう点で、ただ減っていくことを見るんじゃなくて、明らかにこれはやっぱり誤っていたんだということも含めてきちんと政策上のやはり減少、減っていくんだということを、こんなことも申し加えておきたいと思います。

以上です。

○東徹君　ありがとうございます。

辻本参考人は、この病床数、日本が突出して大きいということについてどのようにお考えなのか、お聞かせいただければと思います。

○参考人（辻本哲士君）　質問ありがとうございます。

医者の感覚からしたら、精神障害者が世界でそんな違う国がたくさんあっている、日本だけ多いということはあり得ないと思うので、同じ比率があるとしても、やっぱりその人の支援という、在り方というのは国によってやっぱり違うと思うん

ですよ。

だから、今回いろいろ病床数のこともありますけど、それは多いにしても、そういう、ほかのところは少ないなりに何か工夫していると思うんですわ。その辺の工夫をちゃんともうちょっと、私も最初のプレゼンで、取り入れて、どういう工夫をしたらいいのか、そういうのを考えていっていただきたいなと思います。

これは、日本の国内でも精神科の病床数だとか病院数はばらばらです。どっちかというと西の方が多くてというところも、それも何で、精神患者さんがそっちだけ多いということはあり得へんので、それはそれで、それが絶対あかんとは思わない。国民が、その県民がそれで幸せになってハッピーなら、正しい病院の使い方したらいいとは思うわけですよ。だから、そこら辺をもうちょっと分析する必要が、必要じゃないかなと思います。

まあ、ある意味、こっちの本体で言っていたんですけど、薬物療法だとか心理療法とかは海外へ行って学んで帰ってくるんですけど、こういうふうな情報というのはなかなか取りに行けないし、まあ言うと、医療としてもうからないとか実務にならない、行政的なところは学びが多いけど、なかなかそこをやってくれる研究機関だとか大学とかはないので、そういう情報を持っていただいて、全国、全世界のグローバルスタンダード、どういうふうにやっているのか、入院しないけど家にいはんのかとか、法律に関しても、法律家はちゃんと入っているのか入っていないのかとか、そういうようなリサーチをもうちょっとちゃんとしていただきたいと思います。

以上です。

○東徹君　ありがとうございました。

長谷川参考人にもお聞かせをいただきたいと思います。

先ほどから厚労省の検討会のお話がありました。本当に、私も見て非常に残念だなという思いをいたしておりますし、長谷川参考人のおっしゃるとおり、国会の審議というのは本当に、特に参議院なんて、非常に今、会期末前ということで、タイトな中で今審議をしているというような状況もあって、本当に国会というところは機能しているのかというふうに言われても仕方がないなと、こういうふうに思ったりも私もしておるところでございますが、長谷川参考人に、その検討会の在り方、もう一度、やっぱりこういうふうに変えてほしいというところを御説明いただければ有り難いなと思います。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

若干、済みません、重複してしまうかもしれませんが、チェックが利いていないんですよね。だから、私、一本釣りってちょっとストレートに言っちゃいましたけれども、一本釣りでそして行われて、それで、その検討会の進め方というのも、その文書がちょっとずつできて、その文書を各団体が持って帰って、厚生労働省の人が個別に会って、どうですかどうですかって。そのときに、あっちの団体はこう言っていますからこうしないと駄目ですよって、こっちの方には、あっちの団体がこう言っているからこうしないと駄目ですよって言って、情報がそれぞれ閉ざされた中で、結局みんな情報分かんないから、もう厚労省の思い描いたとおりにいっちゃうわけですよね。

だから、そういうところをもっと議会が叱っていいんじゃないですかね。何かそういう、いや、それでいいのかということを言わないと、結局、いや、もちろん、すごく当然この人は入らなきゃいけないとか、これは当然入らなきゃいけない団体というのはありますよ。それは当然私も否定しません。でも、そうでないような、何でこの人入っているんだろうというのが過去なんかも結構何度もありまして、なぜこの人が入っているのって。その人は、何かずっと発言を続けて、何か障害当事者の利益を毀損するようなことばかりを例えば言っていたような方もいたし、そういうことを、だからそもそも許しちゃいけないはずだと思うんですね。

だから、そういう人選しかり。あと、その報告書をただ厚労省が持ち回って、思い描いた、当初から描いているゴールに持っていくというんじゃなくて、そこについてももっと開示しろと。

あと、検討会もそうなんですけれども、先ほどの野村総研の研究とかでもそうですけれども、結局いつの間にかお金が付いて、そしてそういう一定の方向に導くための研究が立ち上がっていたりとか。私なんかは、とにかく、実際こういう人が亡くなったりしている話を直接聞いて動いているので、もう本当、おっかなくてしようがないんですよ。だから、そこにやっぱり議会がちゃんとチェックしていく、定期的に。そういう、聞くだけでもいいと思うんですね、まずは。そういうのがすごい大切なんじゃないかなというふうに考えています。

○東徹君　ありがとうございました。

時間ですので終わらせていただきます。

○松野明美君　日本維新の会の松野明美と申します。

本日は、大変お忙しい中、ありがとうございます。

多分お一人になるかもしれませんが、藤井参考人にお尋ねをいたします。

先ほど御説明をいただきました中に、障害者雇用代行ビジネスというお言葉がありました。やはり代行ビジネスは法定雇用率を達成することが目的になってしまいまして、特に大企業が、代わりに障害者の、他社に雇用とか全部を、全般を任せて、そのところが対価を得ているというところで、私の障害者雇用の姿とは全く違うんですが、国にも言いましたところ、違法ではないと。ただ、実態調査はやっているらしくて、ただ、国は何もできないような今状況にあります。

私が、実際にあるのが、水耕栽培をやっていらっしゃって、障害者がいろんなところから集まって仕事をされていました。どうして何もおっしゃらないのかなと思いましたら、一か月の給料って、一般就労ですから、一か月の給料が十七万円いただいているということで、ああ、そういうことで何もおっしゃらないんだなと思ったんですが。

この辺り、私は、違法ではないけれども、やはり障害があってもなくても、その大企業の中で一緒に働くことが啓発にもつながっていく、共生社会にもつながっていくと思いますが、その辺り、どのようにお考えでしょうか。

○参考人（藤井克徳君）　今度の衆議院のこの本法、今回の法律の審議の中で附帯決議が出まして、その第十二項目めにこの障害者雇用率、代行ビジネスについては懸念を示していると。それから、国連の今度の総括所見と一緒に出されました労働及び雇用の一般的意見の第四十三パラグラフにも、これについては厳しく意見を言っています。大変これは難しい問題と言われていますけれども、おっしゃるとおり、違法ではない、でも脱法であるというふうな、そういうふうな評価もあります。

やっぱり基本的には、障害者の雇用というのは本体事業できちんと位置付く、これがインクルーシブ雇用の基本であって、ぽおんと預けちゃって一切本社には出社しない、そしてビニールハウスで何やってもいいんですと、でも給料出します。会社としては、納付金は格好悪いからうちで雇っている形になっているということ。これはどう考えても、これは国連が言っている、先ほど言った一般的意見の中でフェイクエンプロイメント、つまり偽装雇用と、こう言っているんですね。

なぜそう起こるかというと、やっぱりこの国は、まあこれはこれで意味があったかもしれません、一定の時期はね、やっぱり雇用率至上主義、とにかく雇用率を上げるんだと。この国、ずうっと一九七七年からそうなってきたんだけれども、例えば、途中で重い障害者はダブルカウントと

か、いろんな形でやってきたという結果があるわけなんです。

改めて、この雇用率至上主義からやっぱり雇用の質の問題、クオリティーですね、やっぱりここにもう一回光を当て直すということを含めて、単に私は、この問題というのは、現象的な代行ビジネスだけじゃなくて、この国の障害者雇用促進法全体をもう一度立ち止まって考えるという警鐘じゃないかな、こんなふうに考えております。

○松野明美君　ありがとうございます。

本当に雇用は、雇用率は進んでいるような感じがしますが、やはり法定雇用率を達成しているところというのは大概大企業で、中小企業は一人も雇用していない、障害者を雇用していないところが全国でも三万二千件以上あるということで、なかなかやっぱり中小企業は体力がないとおっしゃるんですね。雇用したくてもなかなかその障害者を雇用するまでの体力がありませんとおっしゃるんですが、その辺り、やはり共生社会に向けては中小企業が頑張っていただきたいなと思うんですが、その辺り、何かありますでしょうか。

○参考人（藤井克徳君）　今、障害者の労働年齢人口は三百七十八万人います。このうち就業している者、これは雇用促進法、それからA型、B型含めて百三十三万人、三四・四%、就業率。一般の国民は七八・七%。やっぱり異常に低いんですね。

こういう中でどうするかという点でいうならば、やっぱり委員もおっしゃったように、一つは、まさに中小零細企業等も含めて、やっぱりそこへの特別な政策上の後押しが要るんではないかなと。今日、具体的にはまだ案を申し上げられないけれども、障害者の雇用率、就業率は異常に低いんだということをまず知っておいてもらう。

したがって、今おっしゃるとおり、そこの部分はどうするのか。と同時に、知的障害者の正規雇用率は二割切っています。働いてもみんな非正規なんです。このことも含めて、その率を上げていくという問題と、先ほどの繰り返しになりますけれども、雇用の質の問題ですね、正規職員への道も含めて。それから、B型事業なんかでは、ヨーロッパの一部がやっているのは賃金補填ということも含めて考えている。つまり、B型が低いんだから、代行ビジネスはまだましでしょうという論法。それをやはり乗り越えていくという政策上の後押しも要るということを付言しておきます。

以上です。

○松野明美君　済みません、最後になります。お一人です。藤井参考人、もう一問だけお願いいたします。

いただきました資料の二十二ページに、障害者権利条約の初めての、スイスのジュネーブで障害者権利条約に基づきまして初めて審査を、日本の審査が行われたということなんですが、本当に、ここに代表談話というページを読ませていただきまして、本当にそうだなと思いました。日本は、やっぱりほかの他国に比べると、障害者のその共生社会比べては、もう四十年も五十年も遅れているというような感じがしますが、その辺り、これから私たちが訴えていくためにはどのような形で訴えていったらいいのかなと思っております。よろしくお願いいたします。

○参考人（藤井克徳君）　そうですね、いろんな点で考えなくちゃいけないし、例えば、今回のジュネーブは、政府からも二十八人の代表団を送って、もちろん政府も意見を述べたわけですよね。しかし、残念ながら、権利委員会からはかなり厳しいジャッジメントを下される。今こうしてぱっと答えられるのは、二つ述べておきます。

一つは、家族依存からの脱却ということ。お分かりのように、日本の民法のこの家族制度、何と明治三十一年に家族制度でき上がっています。直系血族及び兄弟姉妹は互いに扶養する義務がある。障害を持っていなければ、最初、親が子を、いずれ子供が親をという扶養循環になるんだけれども、障害を持った場合には、ほとんどが親が最後までと、この子よりも一秒遅く死にたいと、やっぱりこのことをどうするのかと。このことは、なかんずく、結局は公的責任を曖昧にする温床になっているということで、ここのやはりとこころをみんなで考えていくということが一つ。

もう一つは、何といっても自立の基本はやはり経済基盤なんですね。これは、企業でも団体でも自治体でも国家でもそうです。障害者の場合には所得保障が極めて少ない。可処分所得見てきました。今、百二十七万円。障害者の多くがこの相対的貧困線ですね、相対的貧困線百二十七万円、この中にほとんど、以下に全部閉じ込められているという点でいうと、私は、この家族の扶養義務の重さと、そして本人の経済活動が営める所得保障問題、これはとっても基本じゃないかなと、このように思っております。

○松野明美君　大変ありがとうございました。

○委員長（山田宏君）　この際、委員の異動について御報告いたします。

本日、石田昌宏君が委員を辞任され、その補欠として若林洋平君が選任されました。

○芳賀道也君　本日は、障害者の福祉や就労、特に就労、特に精神障害を御専門の方々に御出席いただき、御意見をいただきまして、誠にありがとうございました。

まず最初に、辻本先生に伺います。

辻本先生は、長年にわたり精神科医療や精神保健福祉分野に御尽力されてきたと伺っておりまして、これまでの活動に敬意を表させていただきたいと思います。

先日、全国精神保健福祉会連合会、みんなねっとの岡田理事長と小幡事務局長にお話を伺いに参りました。精神科病院の長期入院が高止まりしている背景の一つに、認知症の患者も精神疾患によって精神科病院に入院している患者も一緒にカウントされている問題もあるという指摘もいただきました。

いわゆる精神疾患と呼ばれてきたものと認知症とは分けて考えるべきではないのでは、ないでしょうか。長期入院の集計も、認知症患者といわゆる精神疾患に分けてカウントし、法体系も認知症対策は精神保健福祉法とは別にすべきだという御意見もあるのですけれども、これについて、辻本先生の御見解、いかがでしょうか。

○参考人（辻本哲士君）　認知症対策は大きな課題だと思います。今のところ、医療計画等では、認知症は精神のところに入っているんですけど、実際支援の中で、介護保険の中でも結構おられるわけなんで、精神科が診るか一般科で診ていくか、それ両方の道があると思います。

ただ、逆に認知症の場合は、認知の問題だけじゃなくて身体の問題も、不調もあるので、身体の方はやっぱり身体科の方が得意だし、認知症に伴ういわゆる幻覚、妄想状態とかうつというのは精神科が診るべきでしょうから、それはその人の、患者さん自身の個別のところがあるかなとは思います。

どっちにしても、その患者さん自身がハッピーでないと意味がないので、どっちに入れるかというのは政治判断だと思うんですが、今後必ず課題になってくるので、高齢者のそういう身体と精神のことをどうトータルで見ていくかは皆さんで考えていただきたいというところなんですが、実際上は、最初にどっちに行ったかというところから始まって、これも言葉は悪いんですが、やっぱり精神科はハードルがあるというか、はっきり言うと偏見があったりするので、皆さん行きたがらないところでは身体科の方が多いかなと思います。そのうちに、やっぱりいろんな集団生活ができないということで精神科に回ってきておられるところもあるので、それはそれでまた人権の問題もあると思うので、今後トータルに考えていく必要があるというふうに考えております。

以上です。

○芳賀道也君　是非トータルで考えていけるように御意見を生かしたいと思います。

もう一問、辻本先生に伺います。

先ほど、早期治療、早期支援が必要なんだと、精神の病はということでしたけれども、同じく、全国精神保健福祉会の方々からお話を伺った際に、精神疾患の知識をほとんどの人が持っていないゆえに、専門家から見ると、本人が精神科の治療を受けるべき状態になっていても、本人もその家族もそれに気付かず放置してしまうことが多くて、本当に深刻な状態になってからようやく本人も家族も精神病院に連れていく例が多いと。それから、医師に診てもらった方がいいかなと思って病院に電話をしても、病院側は、患者さんを病院に連れてきてくれるなら診ますという場合がほとんどで、なかなか本人も精神科への通院に応じてくれないということで、結局、実際に診察が遅れてしまう。保健所からも同じことを言われていることが多いと聞いていますが、このため、発症したと思われる時期から精神科医療を受けられるときまでのタイムラグが一年ある、一年以上あるというケースもあると聞きました。

御本人が精神的に深刻な状態に陥る前に医師が訪問診療できるように、精神科の訪問医療に診療報酬の点数を加点するなどして、発症前にも予防しやすい体制などをつくるべきではないかと思うんですが、辻本先生の御見解はいかがでしょうか。

○参考人（辻本哲士君）　ありがとうございます。

まず、やっぱり精神科に対する偏見、スティグマがあるので、精神科に行くのは恥ずかしいだとか情けないとかいうふうなものはやっぱり早く取り除いていくと。先ほども言いましたように、誰でもなり得るものなんですから、困ったら相談すりゃいいじゃんというふうに思うわけですよね。それがまだまだスティグマが続いているので、そこは何とかしたいというところで、既に、心のサポーター事業といいまして、多くの国民の皆さんに心の健康とか疾患だとか在り方を広めていこうという取組が始まっているので、草の根的にそういう人々が増えたら偏見は減っていくだろうなと一つは思います。

それと、確かに早期発見、早期治療というのは大事なんですけど、本人さんが全く望んでいないのにずかずか行くのもどうかとは思うので、やはり今でも、保健所さんが入って家族と相談して、やっぱりこれ、何とか医療続ける、導入するのが必要なものに関しては、私も行ったりしてケース検討したりとかもするわけなんで、それはこちらからアウトリーチ的に行くケースもありますが、やっぱり正しい意味での敷居を下げると。困ったらちゃんと相談しに行ける、それは別に精神科医でなければいけないとは思わないわけですよね。近くに困っている人いたらみんなが相談する仕組みを地域の中でつくったらいいと思うんですよ。

だから、それはそちらの相談支援事業所だとか、そこで収まってくることもあるので、私ら精神科医が抱えるのはごく一部だと思っています、診断付けるだとか書類書くだとか。だから、その辺の役割分担を正しく地域でつくっていくことが大事かなと思っています。

以上です。

○芳賀道也君　ありがとうございます。

次に、藤井代表にお伺いします。

藤井代表は、認定ＮＰＯ法人日本障害者協議会の代表も務めていらっしゃいますが、そこで藤井代表に伺います。

障害者権利条約からすれば、国会で、手話、点字もそうですけれども、手話を公用の言語と位置付けて、国会が出す全ての文書を点字にして、聴覚障害者にも視覚障害者にも全ての国会情報が理解できるようにすべきということになると思います。また、精神障害や知的障害の方にも分かりやすい文書も出さなければならないということになると思うんですが、国会で、様々な障害者が誰も分かりやすい文書、そのほかの方法において告知する、そうしたものの作成について、藤井代表の御見解を伺えますでしょうか。

○参考人（藤井克徳君）　まず、手話に関して言うならば、もう先生方は釈迦に説法かもしれませんけれども、日本語とは違うんですね、文法体系から。やっぱり今、あれは、手話の場合には、日本の手話という一つの文法体系なんですね。したがって、これを公認してほしいと、すなわち手話言語法をつくってほしいということ、これが言われております。

また、難聴者の場合は、単にＵＤ、字幕をずっと話したまま載っけるのは見にくいんです。要約筆記という道を考えていただきたいというのが当事者団体からの要望であります。

もちろん、知的障害者に関しては、今おっしゃったように分かりやすい版。私たちはかつて、内閣府の障がい者制度改革推進会議で実践をしてまいりました。そこでは、いろんな文書が出ると、基本的には分かりやすい版を作ろうという努力をしてきたんですね。

したがって、障害者にとっての大きな一つの障害というのは、移動障害もあります。もう一つは情報障害なんです。この点を障害の種別に、しかし一遍にということは難しいわけなんで、漸進的に、私は、この特に手話については深刻であるので、手話言語法の制定と同じように、手話をきちんと言語として公認すると。そして、知的障害者等の分かりやすさを、解消する。視覚障害者についてはデータで出す。今は音声パソコンでかなり聞けますのでね。

こういったことを考えてもらって、同時にこのことは、単に国会だけじゃなくて、自治体もそれをまた模倣しますし、裁判所も、あるいは選挙に関しても、是非国会で率先してほしいというふうに強く要望します。

○芳賀道也君　ありがとうございます。

藤井代表に重ねてお伺いしたいと思うんですが、私も、精神を病んでいらっしゃる家族の方からやはりお話を伺って、ああ、そういう面もあるのかと思ったんですけれども。本人の同意がない場合の入院について家族の同意というのが求められますが、家族の方からは、どんなことがあっても最後まで家族は味方でなければ駄目なんだと、だけれども、その同意を求められることによって、その後、家族との関係が悪くなってしまうと、そういったことも訴えられて、是非家族の同意をなくしてほしいと、そういった声も伺いました。

その一方で、家族の同意がなくても市町村の同意で入院ができるという制度もありますが、この制度をめぐっては、医療保護入院をめぐって医師と病院に損害賠償を訴えた例で、先月、十一月十六日、東京地裁判決では、入院時に原告が精神疾患を有していたとは認められず、精神障害者に当たらないなど、医療保護入院に求められる要件を欠いていたという判断もありました。

家族等の同意がない場合の市町村による同意の場合、この裁判になったような要件を欠いた医療保護入院を繰り返してはなりませんし、その一方で、家族の思い、家族の同意をなくしてほしいと、専門家による、複数の専門家に判断を委ねての、家族の同意がなくても入院というようなことがいいのか、そういったことも含めて、こうしたことをより良くするにはどうしたらいいのか。藤井代表、いかがでしょう。

○参考人（藤井克徳君）　私は、かつて、精神障害者のこの共同作業所を四十年前につくってまいりました。今は精神保健福祉士でもあります。

こういう観点から考えたときに、これは非常に難しい問題なんですね。ただ、一つはっきり言えることは、今は余りにも家族の負担過重であると。結局、退院後に家族と御本人との関係が非常におかしくなってしまうというケースはたくさん見てきました。じゃ、市町村かというと、市町村がどれくらい専門的力量があるかという点。公的責任では意味があるんだけど、専門性、そういう

点でいうと、家族と専門家と市町村、この関係で考えていくこと。

同時に、状態にもよります。家族と話し合う中で、じゃ、いっとき入院しようかということで同意して行くこともあるわけなので、全部家族の同意を外すということは必要ないと思うんです。逆に、家族との信頼関係を保つためにも一緒に考えていくということがあってもいいし、問題は、非常に厳しい困難な場合には、今言われた、先生おっしゃったように、私は、専門家も入っていくということで考えていくべきじゃないかなと。

いずれにしても、現在の家族負担の過重な状況は一刻も早く改善し、何も、まあ言ってみれば家族に責任を押し付けている現状だと思うんですね。これについては、まずは解除していくということを考えていただきたいなと思います。

以上です。

○芳賀道也君　ありがとうございます。

家族の負担が余りにも大きいということを我々も理解して、専門家の先生方とも相談をし、より良い制度をつくっていけたらと思います。ありがとうございます。

次に、長谷川先生に伺いますが、長谷川先生は、身体拘束の問題について積極的に御発言されております。障害者権利条約からしても、精神障害者を精神科病院で身体拘束することは速やかにやめなければならないと思いますが、この法改正案から身体拘束ゼロに至るまでのロードマップがやはり必要だと思います。

長谷川先生のお考えでは、身体拘束ゼロに至るロードマップ、どのようにお考えなのか、その概略を教えていただけますでしょうか。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

ロードマップは、絶対的に必要なのはやっぱり数値目標だと思います。まずそれですね。

よくいろんな議論で、例えば何とかストラテジーという方法があるとか、身体拘束を減らすためにはこういう方法があるとか、確かにあるはあるんですね、そういう海外の研究とかもあるはあるんですけれども。ただ、あんまりそれにとらわれ過ぎちゃうと、それに乗らなきゃ駄目というふうになったりとかしますし、もちろん海外とかでそういう一つのストラテジーでやっているような国でうまくいっている国もありますけれども、ただ、それは日本のやっぱりやり方に合った形でやらないといけないんですね。

だから、ちょっと小難しいことを言ってしまって申し訳ないんですが、あんまり構築主義的にやらない方がいいと思っています。例えば、やっぱりすぐ、何だろう、ロードマップというと、もう日程を設定して目標を設定して数値を設定してということで、やり方はこうだというその単線だとまずいと思うんですよ。

実際に、例えば身体拘束を本当にやっていない病院とかもあるわけです。例えば、岡山のまきび病院というのは全く身体拘束やっていないです。あと、沖縄のオリブ山病院というのもやっていない。さんざん厚生労働省の方にはこの二つの病院のことは私は申し上げていますけれども、なかなか取り上げてくれないんですよね。

だから、どうしても、まあこれは職業的良心なのかもしれないですけれども、こういうやり方をつくって、それに乗ったらうまくいったというのが一つのその成果みたいに見えてしまうのかもしれないんですけれども、でも、実際のところは、身体拘束をしていないそういう病院というのは、お邪魔すると、例えばこの間亡くなった精神科医の中井久夫先生が亡くなったときの記事をぽっと貼ってあったりとか、あと、まきび病院なんというのは、院長だろうと普通のお医者さんだろうと、全く入口入っても院長とも何とも書いていないんですよね。非常にフラットな関係でやっているんですよ。

だから、すごく根っこにそういうことがあって、しかも身体拘束を減らそうとすら思っていない。だから、根本的には開放医療とか開放という考え方があって、それに基づいてやっていればそもそもやらないんですよね。

だけど、もう何かそういうことは見ないで、こういうストラテジーでやりましょうというやり方だけでやると、例えば精神科救急学会のマニュアルにもいろんなストラテジーとか書いてありますけれども、それがどこまで実効性あるものかは分かりませんし、複数の道をつくっていくということと同時に、目標はつくる。その前提としては、さっき申し上げた、国としてまず大方針を立てるということが大事なんじゃないかなというふうに考えています。

○芳賀道也君　ありがとうございます。

続いて、若尾参考人にお伺いします。

先ほど、就労支援サービス、特に就労アセスメントなどに懸念がおありだということでしたけれども、その懸念をなくする、解消するための第一歩とか、ここをやっぱりやっていかなきゃということがありましたら教えていただけますか。

○参考人（若尾勝己君）　質問ありがとうございます。

就労選択支援のサービスが導入されることによって、まず、既存の障害福祉サービスの支給決定をされているところの点検が、私は同時に行っていく必要があるというふうに思っています。

私が今いる東松山市も、平成三十年度のときに、全障害福祉サービス利用者のサービス等利用計画作成を完了するということで、かなり一生懸命動いていた時期があったんですけれども、結局それを経過した後については、ほぼ今御自身が計画を立てるセルフプランに移行してしまっているんです。実はその実態も、先日、東松山市の行政の担当者の方とお話をして明らかになったところだったんですね。

これは、御本人が本当に自分の合った方向性を考えて選択されて計画を立てられた結果であればそれでよろしいんだというふうに思うんですけれども、非常に情報量が少ない中で御本人が選択したものが本当にそれで正しかったのかどうかであるとか、若しくは、違った選択肢も御本人には必要なんじゃないかということをもうちょっと広い範囲で見れる、そういう意味では、既存のものに対して、その就労選択支援のアセスメントの構築できるような人たちが関わっていくということは見直しにつながってくるんだというように感じています。

あともう一つは、この事業が、就労支援の専門機関に是非私も担っていただきたいというふうに感じているところです。

これは、本人がどこの事業所を利用するかということを決めていくことではなくて、本人の将来の可能性をどういうふうに考えていくかということにつなげていくべきではないかというふうに思っていますので、短時間の雇用の枠組みとやっぱり連動していくことも僕は必要だというふうに思うし、そこだけが広がればいいということではなくて、もっといろんな政策と組合せをつくっていきながら広げていっていただけると、そこに期待を今しているところです。

○芳賀道也君　長谷川参考人に伺います。

身体拘束に関する大臣告示に書いてある、不穏、多動の場合を削除してほしいと、これは全国「精神病」者集団の桐原代表から御要望がありました。

これについて、ちょっと時間もなくなりましたので、できるだけ簡潔に長谷川先生に御見解をいただけますでしょうか。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

不穏、多動が削除の、それはイ要件なんですけれども、それが削除できるにしたことはないです。ですから、桐原参考人が言われたことは、別に間違っているとかそういうことは全く思わないです。

ただし、現実として、私がやった調査研究で

も、隔離とか身体拘束の最大の実施理由が不穏、その次が多動、もうこれが一位、二位なんですよ。ですから、実際やるときは、不穏、多動というのを丸付けてやっているんですね。だから、これをそのまま削除するというのはなかなかそれはできないんだろうなと思います。ですから、いかにその要件を狭めていくか、ていくことが重要で、それをそのまま削除というのはなかなか現実的に厳しいのかなという気はしています。

○芳賀道也君　ありがとうございます。

○倉林明子君　日本共産党の倉林明子です。

今日は、四人の参考人の皆さん、本当に貴重な御意見ありがとうございました。

質問は、まず藤井参考人にお願いしたいと思います。

先ほどの意見陳述で、最後の部分で、レジュメには、総括所見から見えてくる課題ということで四点挙げてあるんですけれども、時間がちょっと足りなくなって、そこの部分がちょっと割愛されたように受け止めたので、その部分についてまず補足的に意見表明をいただければと思います。

○参考人（藤井克徳君）　ありがとうございます。

まずは、総括所見、初めての国際評価ですね、これに照らして日本の主要な政策を一遍総点検をしてみようじゃないか、これは是非、私は立法府なんかにもこれについては考えていただきたいと思います。

二つ目に、やはり、やや各論ですけれども、先ほどから出ているこの政策審議システム、本当の意味で、私たち抜きに私たちのことを決めないでというあの権利条約の制定過程で繰り返されたフレーズですね、これを含めて考えてもらう。

さらには、実態把握ですね。残念ながらこの国では、障害者の状況というのは基幹統計にほとんどというか、今まで皆無でした。やっと今年度、社会生活基本統計で一部入ってきました。来年は国民生活基礎調査で入ってきます。基幹統計、たしか五十何本あるはずです。障害を持っている者と持たない者が比較できるような、そういうふうなデータをちゃんと取るということが三点目。

そして、国内人権機関、権利条約の第三十三条ですね、政府から独立した、パリ原則ですね、国内人権機関。これについては、子どもの権利条約や女性差別撤廃条約、他の条約体とのやはり共同作業でやっていくということを含めて考えていく。

最後に、私が思うのは、今の障害関連の行政組織機関がこれでいいんだろうかということ。つまり、様々な分野がまたがっています。こども庁ならぬ、将来、障害者庁などのようなことが展望すべきなのか。いや、まずは厚労省の縦割りを消していくために、障害者関係の障害者支援局をつくる。実は、一九九七年に障害保健福祉部が官房長直轄ででき上がったときに、いずれ場合によっては局という話もあったんです。改めて、この障害者支援局なんか考えていくということも考える。こんなことが、総括所見から読み取れる大きな絵柄かと思います。

○倉林明子君　藤井参考人に引き続きお伺いしたいと思います。

国連障害者権利委員会の初の日本審査、傍聴もされたということで伺いました。特にその中で、日本政府の対応について残念なところがということを先ほど少し触れられましたけれども、率直な感想をお聞かせいただければと思います。

○参考人（藤井克徳君）　残念ながら、政府、さっき言った二十八人、六つの省庁から参加して答弁してもらったんですけれども、率直に感じて三点ありました。

一つは、非常に言い訳に終始してしまったという。あれもやっている、これもやっていると言うんだけれども、もう権利委員はそれを見破っているんですね。そういう点でいうと、何となく私たち傍聴団も恥ずかしい思いをしたというのが第一点目。

例えば、障害者基本法の目的条項だけ読んでこれやっていますと言うんだけれども、目的条項はとっても立派なんです。そういう点でいうと、そういうこともあったし、例えば優生保護法問題でいうと、裁判の結果、官房長官がこういう談話を述べた、反省していますと言ったと言うけれども、上告したという事実は言わないわけですね。そういう点でいうと、多くの委員は、ああ、官房長官まで反省した、すごいなという話になってしまうわけで、やっぱりある面でいうと、そこが大変気になった。

二つ目。やっぱり、この権利条約の本旨、本質をもう少し政府は知ってほしい。例えば人権モデルどうかと問われると、いや、人権教育やっていますと言うんだけれども、これ随分内容は違うんですね。そんな一幕があったりで。

最後に、三つ目は、かつて国際障害者年、このときは官僚が物すごく頑張ったんです、追い風にしよう、大蔵省を説得しようということで。そういう点でいうと、この今の厚生省を中心に見ていくと、何か障害者政策を変えていこうという気迫が今度の建設的対話からは感じられなかった、こんなことを大きく感じたわけです。

○倉林明子君　ありがとうございます。

続けて、藤井参考人にお聞きします。

今も少し紹介ありました優生保護法との絡みなんですけれども、この全面解決に向けて、政府、国会に望むことを簡潔に御紹介いただきたいのと、一時金支給法の延長線上には被害者の尊厳回復はないと御指摘もいただいております。御要望をお聞かせいただきたいと思います。

○参考人（藤井克徳君）　私は、優生保護法は終わったけれど、優生保護法問題は終わっていないということを言っています。

すなわち、被害者が、強制不妊手術を受けた者だけでも二万五千人近い、あるいは人工妊娠中絶、知的障害、精神障害者ですね、家族同意なしで受けさせられた五万八千九百七十二人と。こういうこともありますし、もう一方で、障害者関係の立法の最初に生まれた法律が優生保護法なんです。これ、どういうふうに障害者を呼称したかというと、不良と書いたんですね、不良と。そういう点でいうと、これが他の立法にどう影響したのかということ。また、この優生思想というものが、言わば公認したわけですから、高校の保健体育の教科書を含めて、これがもう蔓延してしまったわけです。そういう面から優生保護法問題終わっていないと、こう言っているわけですが。

こういった点でのやはり検証を、残念ながら、国会ではあの一時金支給法の、ごめんなさい、優生保護法の優生条項撤廃、九六年でしたね。また、今度の一時金支給法の創設、これが二〇一九年でした。二回とも超党派での全会一致で委員長提案であったために、逆に質疑がなかった。つまり、総括がないまま、この戦後最大の障害分野の未決着問題がすうっと通ってしまった。

改めて、今せっかく超党派での議員連盟があるわけですから、全党、もっと与党も野党も含めて、今言ったように、最大の未決着問題、障害者問題ではね、これ是非とも、特に良識の府の参議院においては真摯に向き合ってほしいということを要望しておきます。

○倉林明子君　本当に、優生保護法の問題で不良という提起が、その後の精神でも、先ほど紹介ありましたスティグマにつながっていると。やっぱり、この精神保健福祉医療を本当に考える上でも、この問題について真摯に向き合っていくということが我々に求められていると深く自覚して取り組んでいきたいと改めて思いました。

そこで、長谷川参考人にお聞きしたいと思います。

最初に、身体拘束の問題で発信をたくさんしていただいて本当に感謝しているんですが、二〇〇四年の行動制限の最小化委員会が設置されました。二〇〇四年なんですね。で、医療保護入院等の診療料ということでこれ加算、診療報酬上の評価も付けて促進したはずなのに、その後、拘束件

数というのは逆に増えるということになりました。十年で二倍という数字、今日、本会議でも紹介したんですけれども、減らそうということで導入したものが結果としては増えることに、つながったのかどうかというのは別としまして、そういうことになっているということで、これ急増して長期化しているということだと思うんですね。

これ、減少しない、本当は減らそうとしたのに減少しないと。制度上の問題について、先生、お考えをお聞かせいただければと思います。

○参考人（長谷川利夫君）　ありがとうございます。

これは、済みません、私、余り口が良くないのであれなんですけれども、税金泥棒だと、税金泥棒というか、（発言する者あり）保険料泥棒かな。何か、いや、というか、あと、その政策の評価というのがそもそもなされていないですよね。

だから、これは、行動制限最小化委員会が実は設けられたのは犀潟病院事件がきっかけです。新潟県にある犀潟病院で、一九九八年に、五十歳代の女性が、医師の診察ないまま看護師が身体拘束をして、そして喉に物を詰まらせて亡くなった。そのときは国立療養所でした。ですから、公衆衛生審議会でも議論され、そして厚生科学研究が組まれ、そして内部審査機関を設けるということが提案され、そしてできたのが行動制限最小化委員会です。元々の発端というのはそこなんですね。

ところが、いつの間にか、月に一回研修会やっているとか、あとは一覧性台帳を設けているとか、そういう形式をやっていれば報酬が入ってくるというふうな形になってしまっていて、私も幾つかのところからお話はお伺いしていますけれども、極めて形骸化しています。

それは、とりわけ日本の医療の世界というのは、やっぱり医師を頂点としたヒエラルキーが非常に強いので、なかなかその中で、医師が、精神保健指定医が出した決定についてみんなでフラットに検討し合うということが非常にしにくいと感じています。私もオブザーバーで出たこともありますけれども、大体、司会の方が各病棟に、どうですかといって件数だけ報告させて終わっていたりとか、本当に減らすための検討をやっているという感じではなかったです、私の知る限りでは。むしろ、ちゃんと本当に減らすという検討をやっていればこうはなっていないわけで。

あと、外部の人がやっぱり入らない。だから、それもやっぱり同僚審査、内部審査になってしまっていて、別にそれは医療的な視点で見なくてもいいわけですよね。いや、普通の感覚でいったら、これだけ長くやっているのはおかしいんじゃないのというふうな一言を発してくれている、くれるという視点が大事だと思うんですね。

さっき私が言った、フリードソンが言った、専門家以外の者で相殺するという視点が僕は大事だと思うんですけれども、でも、そうでなくて、専門家同士で集まって、そして一定の結論が出て終わってしまっているというのが行動制限最小化委員会ということで、これはだから、その政策の失敗というのはなかなか認めたくないんだと思うんですけれども、これはきちんとやっぱり総括して、別の方法をきちんと模索するとかしないといけないのではないかなというふうには思っています。

○倉林明子君　ありがとうございます。

総括所見、先ほど来話題になっていますけれども、との関わりで、今回の身体拘束に関わる要件緩和の問題を先ほど御紹介もありました。要は、総括所見から見て今度の要件緩和というのはどうお考えになるかということ一点と。

もう一点お聞きしますが、身体拘束に関して、電話番号も公開して多くの相談が寄せられているということです。深刻なケース、大変多いんじゃないかと。寄せられるSOSもあるということです。

具体的な事例で、まあプライバシーの問題ありましょうから、御紹介していただけるところを紹介していただいて、是非共有したいと思います。お願いします。

○参考人（長谷川利夫君）　まず、総括所見の関係でいえば、身体的拘束とか、あと強制治療とかですね、それから医療観察法とか、あと、そもそも精神保健福祉法というもの自体が非常に重大な懸念を持って観察しなければいけないということになっているので、そもそもが強制的にそういう措置をするということ自体が非常に良くないということでもう言われていますので、何というんですかね、ちょっと日本の現状からすると、本当にある意味先を行っているので、何かすごい距離を感じてしまうというか、日本は不適切な身体拘束をゼロにするというふうにしている今レベルなので、余りにも落差が大きいなというふうなことを感じています。

それから、身体拘束では本当に実際多くの方が亡くなっていて、先週もお電話をいただいて相談しています。今週忙しいので来週お会いしましょうということでしているんですけれども。例えば、これは御遺族の方から、地方とかお名前は言わないけれども、どうぞ広げてくださいと言われている例ですけれども、ある地方で、地域で暮らしていた統合失調症の男性の方がいらっしゃいました。

それで、そのとき、あるときアパートを出て交番に行ってお巡りさんに、そのときちょうど安倍政権のときで、安倍さんがどうのこうのということをちょっと言ったと。そうしたら、もうすぐに精神科病院に連れていかれて緊急措置入院になってしまい、そして、あなたは統合失調症スペクトラムに罹患しておりという紙を渡され、私も全部、カルテも全部読んでいるんですけれども、それで、でもその人は薬は飲んでいなかったんですけれども、薬を飲みなさいと言われて、いや、私は飲みません、飲みなさい、その押し問答で、最終的に身体拘束をして強制投与、点滴で薬を入れるという形になりました。そして、その方は亡くなっています。それはエコノミークラス症候群でもう確定診断が、肺血栓でもう亡くなっています。

ただ、何でこういう話が、じゃ、メディアに出てこないかというと、これも最終的に和解なんですよね。だから、秘匿条項が付いているのでしゃべれないということで、私の場合は、弁護士の方から最初相談があったんで、実際御遺族と直接その地方に行ってお会いして、話の内容だけは伝えてもいいかということで了承を取っているので、こういうふうな強制治療による身体拘束、精神保健福祉法は強制治療を認めているとは思いませんけれども、そういうことすら起きているということを知っていただきたいと思います。

○倉林明子君　最後になるかと思いますけれども、長谷川参考人にもう一つだけお聞きしたいと思うんです。

さっきの御紹介あった例は和解になったのでということでしたが、石川県の大畠一也さんが身体拘束を受けて、やっぱりエコノミー症候群で亡くなったと。最高裁判例が確定したということになっているわけですが、これ、違法性が認められたということの意味をどう受け止めていらっしゃるか。そして、医療現場や精神科医療、福祉に関わる法制度にどんなふうに波及していってほしいかと。現場が変わるというために何が必要とお考えか。余り時間ありませんが、済みません。

○参考人（長谷川利夫君）　今日、資料に「精神看護」という雑誌の連載を入れさせていただいておりまして、現場にまずこのことを知っていただくということが大事だと思います。やっぱり身体拘束の実施の違法性が正面から争われた裁判というのは非常に少なくて、今回はそれがメーンの争点でパーフェクトに勝訴をしているということで、身体拘束というのは非常に限定的に行われるんだということを明確に述べているんですね。ですから、ただ、現場の人は余り知らないし、日本精神科病院協会は先ほどのような声明を出している状

況なので、もうこれは広げていくしかないんですけれども。

ただ、私は、看護の方々とかにはある意味希望を持っていて、看護の方々は指示を受けて実際にする立場なので、また医師の方と違う悩みを持っています。ですから、非常に苦悩、また別の意味の苦悩があって、そこには、でも、私は、光がないとは言えない、あるんじゃないかなと思っているので、看護の方々ともまた一緒に手を携えていろいろ一緒に考えていく。例えば、暴力というものをどう考えるか。暴力は、何か症状でただするんじゃなくて、人と人の関わりでなるというふうな、そういう考えとか、いろんな発想がありますので、やっぱり看護の方々とかとも一緒にいろいろできればなと思っています。

○倉林明子君　ありがとうございます。まとめていただいてありがとうございます。

今までのお話の中でも、やっぱり総括所見との関係でいうと、日本の精神科医療の遅れというのは、先ほど藤井参考人からも御紹介あったとおり百年以上の開きがあると、これが私も実感です。やっぱりこの総括所見をどうやって力にしていくのかということが、非常に法審議に当たっても重要だと受け止めています。

今日は、辻本参考人、若尾参考人、現場で金と人が決め手だというような御発言もいただきました。そうした御意見も含めて参考にしながら審議に臨みたいと思います。

ありがとうございました。

○天畠大輔君　れいわ新選組の天畠大輔です。代読お願いします。

代読いたします。

参考人の皆様、本日はありがとうございます。

まず、藤井参考人に伺います。

今年八月、国連障害者権利委員会を傍聴するためにスイス・ジュネーブの国連本部を訪問されたと伺いました。どのような方たちとどのような目的を持って海を渡られたのか、お聞かせください。

○参考人（藤井克徳君）　先ほど申しましたように、初めての日本の障害者政策の国際基準からの評価ということ、とっても歴史的な局面であって、私たち、国内では様々要望をしてきたけれども、なかなかブレークスルーできなかった、これを一体世界的な、国際的な専門家はどう見ているのかという点で大変興味もあり、そして期待もして行ってきました。

どういう人が行ったかということなんですけれども、今回、傍聴団は百名を超えました。かつての各国を見ていきますと、最高が韓国の六十名でしたから、大幅に今回上回ったんですね。日本では、日本障害フォーラム、これは日本の障害当事者団体、様々な団体が加わっている団体です、ここから七十名、日弁連から九名、そのほか、普通学校に子供を行かせたいという、例えば、障害児の権利を国連に届ける会なんという会があったり、あるいはインクルーシブ教育情報室という会があったり、こういった、お母さん、研究者中心の会なんですけれども、こういった面々で行ってまいりました。

○天畠大輔君　代読いたします。

ありがとうございます。

続けて、また藤井参考人に伺います。

この対日審査の前に、日本障害者協議会も所属されている日本障害フォーラムが、国連の障害者権利委員会へパラレルレポートを提出されています。

パラレルレポートの策定に当たり御苦労された点や、今回の法案審議に関わり置き去りにしてはならない様々な課題は何か、お聞かせください。

○参考人（藤井克徳君）　そうですね、日本障害フォーラムでは、日本政府がこれを批准したのが二〇一四年でした。そして、この二年後に、政府報告書を国連は義務付けていますね、政府に出すように。この国連の条約の仕組みがすごいのは、政府報告書に対して民間からの意見も聞きたいということで、これ両方並べて議論したいということで、それをパラレルレポートというふうに言うんですけれども、この準備は二〇一七年から始めました。そして、団体を超えながら、二〇一八年から本格的にパラレル特別委員会をつくってずっと議論をし、今回、ちょうど対日審査前まで六十回議論を重ねて、パラレルレポートを三回更新して持っていったと。

一番苦労したのは、様々なやっぱり分野によって団体の意見が違うことがあります。

例えば、普通学校に全員行かせようという意見もあれば、いや、障害児学校、特別支援学校が必要だという意見もあれば、あるいは、直ちにやはり入所施設はやめようという意見もあれば、いや、そうはいっても現実的に、ただ、そういったことを議論していきながら、じゃ、将来はこういう方向だね、当面はこれでいきましょうということを、時間軸を置いたり、そんなような議論を重ねながらこのパラレルレポートを作っていった。

一回目のパラレルレポートは百二十ページほどありまして、それをよく権利委員のメンバーは丹念に読み込んで意見を述べられたという感じがいたします。

以上です。

○天畠大輔君　代読いたします。

ありがとうございます。

次に、藤井参考人、長谷川参考人に伺います。

今回の精神保健福祉法改正案第一条には、発生の予防という文言が残っています。この文言が残ることの問題点について、どのように捉えられておられますか。

○参考人（藤井克徳君）　発生予防という問題は、一般的に言えば、けがとか病気ってない方がいいわけでねということ。

ただし、今の日本のこの精神障害者が置かれている状況と併せ見た場合に、発生予防ということは、障害じゃない方がいいということですから。そうすると、現在の非人道的な状況に置かれている人たちは、何か発生予防と聞きますと、自分たちは駄目な人間みたいに感じてしまう、自分たちはどうもあるべき存在ではないんじゃないかということを感じてしまう。非常にデリカシーな問題を含んでいるわけですね。

したがって、私は、日本のこの非人道的な状況を解決する強い姿勢を示さなければ、多分この言葉は当事者からは受け入れられないと思います。

ちなみに、障害者権利条約の中では、先ほども紹介ありましたけれども、第十七条に、「その心身がそのままの状態で尊重される権利を有する。」という一文を置きながら、発生予防という言葉は使われていません。

そういう点でいうと、非常にこれは全体的な遅れということと併せて見ていく言葉じゃないかな、こんなふうに感じております。

○参考人（長谷川利夫君）　私は、この発生の予防という言葉が入っていることが、心身がそのままの状態で尊重されるという障害者権利条約十七条のその考え、精神というものが浸透していくのを妨害するというふうに考えています。

これ、変な話なんですけれども、若い人と特に話していると、すごくこの辺が入っていかないなと感じるときが結構あって、例えば、精神科の患者さんで妄想がある。そうすると、妄想というのは病気ですよね、それ取った方がいいですね、取らなきゃいけないですよねというふうに結構安易に言っちゃうんですよね。

いやいやいやいや、違うよというふうに言うんですけれども、それは、その妄想とかが仮にあったとしても、妄想で苦しんでいれば、苦しんでいた本人がそれを望んでいれば取るけれども、でも、その妄想があって、妄想とともに生きている人もいるし、いろんな妄想もあるし、妄想がその本人のアイデンティティーの一部になっているなんということはすごくよくあるわけですよね。だけれども、病理的な、医学モデル的なものだけで見ると、病気だから悪いもの、外科手術のように

それを取るみたいな発想で言ってしまう。

だから、十七条のその心身がそのままの状態で尊重されるというのは、この発生の予防という文言が入っていることによって、そっちに、その思想を広めなきゃいけないのに、むしろ阻害する方の要因に行ってしまうということを感じています。

○委員長（山田宏君）　速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長（山田宏君）　速記を起こしてください。

○天畠大輔君　発生の予防という言葉を聞いて、私は障害当事者として存在を否定されたと感じました。即時撤廃すべきだと思いますが、藤井参考人、長谷川参考人の御意見をお聞かせください。

○参考人（藤井克徳君）　発生予防、先ほど言いましたけれども、発生した者がどう思うかということですよね。発生した者が、やはりさっきも言ったように、自分は本来存在すべきじゃないということを思わせるようなことですね。

したがって、今のような非人道的な様々な問題があるということの状況を一方で置いておいて、そして発生予防を置いたときに、この四文字というのは、少なくとも当事者からは、あるいは発生してしまった、私も全盲であります、とってもこれは非常につらい響きがあるということで、そういった点でのこういう問題というのは、感じる方に分があるんですよね。是非、この辺は、審議でも、明日からの審議でも考えてほしい、こう思います。

○参考人（長谷川利夫君）　私も、結論的に言うと、発生の予防というのは、もう即時でもいいので取った方がいいと考えています。

それで、これは、発生の予防というのは、元々は精神衛生法の時代から使われている言葉がそのまま残っている言葉だと思うんですね。そのときというのは、今よりもっと公衆衛生の考え方に基づいてこういう言葉が出てきているんだと思います。

なおかつ、そもそも発生というのは、人が発生するということはないわけで、虫が発生するとかそういうんだったらあるけれども、そもそもが非常にもうおかしいので、やっぱり非常に侮蔑的だし、私は正直言ってあり得ないという感覚ですね。

ですから、これがこのまま、障害者権利条約批准した日本においてこういった文言のあるものが残ってしまうというのは甚だ残念でしかありませんけれども、例えば、もう次回改正のときには必ずこれは取るんだということをきちんと議会として意思を示すだとか、そういったことはあってもいいんじゃないかというふうには思っています。

以上です。

○天畠大輔君　代読いたします。

ありがとうございます。

次に、若尾参考人に伺います。

先ほど筋ジストロフィーや脳性麻痺の方の例をお話しされていたと思いますが、就労中に重度訪問介護や同行援護、行動援護などヘルパー制度が利用できないといった問題もあるかと思います。就労支援に関わる中で、この課題について何か御意見がありましたらお願いいたします。

○参考人（若尾勝己君）　御質問ありがとうございます。

おっしゃるとおりで、私どもの今働いている従業員は、なかなか、障害福祉サービスと併用していろんなものを活用しているような状況ではございません。ただ、東松山市に今在住をしている筋硬直がどうしても先行してしまう障害の方については、同行援護について、私どもの事業所の前にある木を見に行きたいということを御本人が行政の方に訴えを出して、それに同行援護を付けてもらうということで事業所の近くまで来てもらっています。私どもの社員たちは、その近くまで来た本人を迎えに出るというようなやり方で、今通勤の支援のところもさせていただいているところです。

ただ、これは非常にマイノリティーで、私たちの、行政、直下の行政の皆さんが協力してくれた上で成り立っているようなところでありますので、こういう問題が解決されていくと、外に働きに出に行ける方もまだいるんだということについては是非検討していただきたいというふうに思っているところです。

以上です。

○委員長（山田宏君）　速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長（山田宏君）　速記を起こしてください。

○天畠大輔君　今お話しされていた同行援護の方の件についてもう少し詳しく教えてください。もう一点が、先ほどお話に上がっていた筋ジスの方の就労中の介助のことについてももう少し詳しくお聞かせください。

○参考人（若尾勝己君）　御質問ありがとうございます。

もう一人の筋ジスの社員の方については、御自宅から当初は通勤、公共交通機関、電車を使って来られていたんですけれども、機能低下に伴って交通機関が使えなくなったということになりました。本来は退社を申し出ていたんですけれども、私どもの方で、御家族の送迎に関しては是非継続できないだろうかという相談をさせてもらいました。これ、御家族の協力が得られることになって、今その筋ジスの方は通勤をしているところです。ただ、時間数も含めて低減させているところが現状です。

それから、先ほどの同行援護、済みません、私のコメントが少し違っていたかもしれないんですが、移送サービスを使って近くまで来るということでした。済みません、同行援護という言葉を使ってしまったんですが。なかなかその方は御自身で移動ができないので、その移送サービスを使って事業所のところまで来ると。本来はこれ使えないということで行政の方からも言われていたんですけれども、御本人の状態をしっかり見ていただける行政機関の方たちの協力を得て、今そのサービスを使っているという状況です。

以上です。

○天畠大輔君　代読いたします。

ありがとうございます。

次に、藤井参考人に伺います。

藤井参考人は、民間で初めて精神疾患を持つ人々のための作業所を開設されました。医療保護入院の拡大強化ではなく、地域社会的療養を拡大していくためにはどのような取組や事業が必要だとお考えでしょうか。

○参考人（藤井克徳君）　山手線を想像してください。山手線というのはぐるっと一周回っています。例えば、今から言う四つ、五つの政策、例えば東京駅は家族負担の軽減、品川駅は所得保障、あるいは新宿駅は地域の社会支援の充実、そして池袋駅は病院の経営問題ですね、さらに、次の上野駅辺りは病院の職員の行き場の問題。こういったことを同時にしなかったら、なかなかこの問題というのは、社会的問題というのは解決していかない。と同時に、今言った医療保護にも関係してきます。

したがって、改めてこの問題というのは、本当にロードマップを作って考えていく、そんなことで、例えば今言った病院の経営問題でいうならば、通院医療にシフトしてもペイできるような仕組みをつくってあげるということですね。こういうことをしなければやはりいけないんじゃないか。

家族扶養でいえば、さっきも言いましたけれども、余りにもこの家族負担が重いということ。恐らく今のままいけば、家族の方は本音としては厳しいという意見が出ざるを得ないと思うんですね。こんなことも是非分かっていただきながら、今言ったことを同時に、しかし、山手線も実は最初は部分開通なんですね。やっぱり厳しい部分から解決を図っていくということ。そういう点では、展望があれば、私たち、皆さん方も、家族も

本人も元気が出るわけで、展望を示して、今言った五つ、六つの政策を考えていく。

以上であります。

○天畠大輔君　代読いたします。

ありがとうございます。

次に、藤井参考人、長谷川参考人に伺います。

政府は、強制入院や身体拘束に関わる死亡事案の件数を把握していないばかりか、調査にも独立機関を立てるのにも後ろ向きです。本法案の立案過程においては、精神疾患を持つ人々が受けている不当な扱いや虐待など、被害実態を調査、解明するプロセスを踏んでいません。

当事者抜きの議論ではなく、医療機関や施設入所者の方々への実態調査の必要性について、両参考人のお考えをお聞かせください。

○参考人（藤井克徳君）　今度の総括所見では、日本の状況を見事に見破って、例えばパラグラフの第二十四では、精神科病院での死亡退院、この内容をきちっとつまびらかに調査するように、同時に、この医療、今の強制入院での、あるいは虐待等も含めて状況を把握すべき。このときにこの総括所見が繰り返し言っているのは第三者性ということなんですね。あるいは、当事者団体の代表を加えるということ。

したがって、ただ調査をするんじゃなくて、誰がするかということ、これまで踏み込んで総括所見は述べていますので、今言った、何を調査するか、誰が調査するか、これをセットに考えていくことが肝要かと思います。

以上です。

○参考人（長谷川利夫君）　日本の場合だと、要は、障害者権利条約のモニタリング機関というのは、一応内閣府の障害者政策委員会というふうな位置付けになっていると思うんですけれども、でも、それはあくまでも内閣府の中にあるので、独立したものにはなっていないわけですね。本当、現状がそういうところにあるということですね。残念ながら、そういう人権のことを言うと、どうしても何か、まあイデオロギーまではいかないですけれども、何か攻撃されているように感じられてしまってなかなか受け入れてもらえないという現状があります。

ただ、これについては、もう障害者権利条約は我が国が批准しているものですし、憲法上もその条約の遵守義務があるわけですから、これはもう本当、冗談抜きで、与野党の枠組みを超えて当然これはやるんだということで、議会の立場で強く手を携えてやっていただきたいというのが心からの願いです。

○天畠大輔君　参考人の皆様、ありがとうございました。

○委員長（山田宏君）　以上をもちまして参考人に対する質疑は終了いたしました。

参考人の皆様に一言御礼申し上げます。

今般は、長時間にわたりまして大変貴重な御意見を賜りまして、誠にありがとうございました。委員会を代表して厚く御礼を申し上げます。（拍手）

本日はこれにて散会いたします。

午後四時三十六分散会

◆◈◆

十一月二十五日本委員会に左の案件が付託された。

一、保育・学童保育制度の抜本的改善に関する請願（第一三〇号）

第一三〇号　令和四年十一月十七日受理

保育・学童保育制度の抜本的改善に関する請願

請願者　京都市　川村純子　外九十九名

紹介議員　井上　哲士君

この請願の趣旨は、第一一四号と同じである。

◆◈◆

十二月二日本委員会に左の案件が付託された。

一、令和四年度出産・子育て応援給付金に係る差押禁止等に関する法律案（衆）

令和四年度出産・子育て応援給付金に係る差押禁止等に関する法律案

令和四年度出産・子育て応援給付金に係る差押禁止等に関する法律

（定義）

第一条　この法律において「令和四年度出産・子育て応援給付金」とは、妊娠から出産及び子育てまでの一貫した相談支援の実効性を確保する必要性に鑑み、令和四年度の一般会計補正予算（第2号）における妊娠出産子育て支援交付金を財源として市町村（特別区を含む。）から支給される給付金（金銭以外の財産により行われる給付を含む。）で、妊娠から出産及び子育てまでの支援の観点から支給されるものをいう。

（差押禁止等）

第二条　令和四年度出産・子育て応援給付金の支給を受けることとなった者の当該支給を受ける権利は、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることができない。

2　令和四年度出産・子育て応援給付金として支給を受けた金銭その他の財産は、差し押さえることができない。

（非課税）

第三条　租税その他の公課は、令和四年度出産・子育て応援給付金として支給を受けた金品を標準として課

することができない。

附　則

1　この法律は、公布の日から施行する。

2　この法律は、この法律の施行前に支給を受け、又は支給を受けることとなった令和四年度出産・子育て応援給付金についても適用する。ただし、第二条の規定の適用については、この法律の施行前に生じた効力を妨げない。

◆

十二月二日本委員会に左の案件が付託された。

一、じん肺とアスベスト被害根絶に関する請願（第一三四号）

一、全ての世代が安心して暮らせる持続可能な社会保障制度の確立に関する請願（第一三五号）（第一三六号）（第一六二号）

一、高齢者の命・健康・人権を脅かす七十五歳以上医療費窓口負担二割化の中止を求めることに関する請願（第一八六号）

一、全ての世代が安心して暮らせる持続可能な社会保障制度の確立に関する請願（第一八七号）（第一八九号）

一、高齢者の命・健康・人権を脅かす七十五歳以上医療費窓口負担二割化の中止を求めることに関する請願（第二〇二号）

一、保険でより良い歯科医療を求めることに関する請願（第二〇三号）

第一三四号　令和四年十一月十八日受理

じん肺とアスベスト被害根絶に関する請願

請　願　者　石川県珠洲市　小田進　外三百五十七名

紹介議員　横沢　高徳君

この請願の趣旨は、第三三号と同じである。

第一三五号　令和四年十一月十八日受理

全ての世代が安心して暮らせる持続可能な社会保障制度の確立に関する請願

請　願　者　福岡市　一般財団法人福岡県教職員互助会理事長　木下伸生　外千三百十二名

紹介議員　下野　六太君

全ての世代が健康で文化的な生活を営むための社会保障制度の確立は、国民共通の願いである。二〇二二年から団塊の世代が後期高齢者となり始め、少子高齢化が急速に進展する人口減少社会にあって、社会保障費用は今後更に増加する。社会保障制度の改正は、高齢者を支える若い世代にも大きな影響が及ぶことから、世代間で協調できる持続可能な制度の確立に向けた取組が必要である。教育現場の最重要課題として、教職員の過重労働の解消が求められている。多忙化を解消し、教職員でなければできない職務に専念できる環境を整えることは、教育の充実の観点から必要なことである。

ついては、次の事項について実現を図られたい。

一、病気や高齢など誰にでも起こり得るリスクを支える社会保障制度を維持するためには、世代間にある給付と負担のバランスを調整し、全ての世代で無理なく支え合う制度の確立が求められる。日々の生活に対する不安や悩みが世代や立場によって様々である中で、必要とするところで社会保障制度が機能するよう、利用者負担に偏らない安定した財源の確保に取り組むこと。

二、少子高齢化に伴う人口減少社会にあって、若者や子育て世代が家族を持つことや子供を産み育てることの喜びや生きがいを実感できる社会を実現するため、子育て家庭の孤立感や負担を軽減し、仕事と子育ての両立を支援する環境整備を推し進めること。非正規雇用が増加する中、若者世代が将来に夢と希望が持てるよう、きめ細かな就労支援に取り組むこと。

第一三六号　令和四年十一月十八日受理

全ての世代が安心して暮らせる持続可能な社会保障制度の確立に関する請願

請　願　者　岩手県盛岡市　一般財団法人岩手県退職教職員互助会理事長　佐藤工　外二千二百五十名

紹介議員　横沢　高徳君

この請願の趣旨は、第一三五号と同じである。

第一六二号　令和四年十一月二十一日受理

全ての世代が安心して暮らせる持続可能な社会保障制度の確立に関する請願

請　願　者　新潟県上越市　矢澤峻平　外一万千五百八十三名

紹介議員　打越さく良君

この請願の趣旨は、第一三五号と同じである。

第一八六号　令和四年十一月二十二日受理

高齢者の命・健康・人権を脅かす七十五歳以上医療費窓口負担二割化の中止を求めることに関する請願

請　願　者　福岡市　城間盛太郎　外五百三十四名

紹介議員　野田　国義君

この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第一八七号　令和四年十一月二十二日受理

全ての世代が安心して暮らせる持続可能な社会保障制度の確立に関する請願

請　願　者　福岡市　小田香菜子　外千二百九十一名
紹介議員　野田　国義君
この請願の趣旨は、第一三五号と同じである。

第一八九号　令和四年十一月二十四日受理
全ての世代が安心して暮らせる持続可能な社会保障制度の確立に関する請願
請　願　者　大分市　一般財団法人大分県教職員互助会会長　岡本天津男　外三千七百六十六名
紹介議員　安達　澄君
この請願の趣旨は、第一三五号と同じである。

第二〇二号　令和四年十一月二十四日受理
高齢者の命・健康・人権を脅かす七十五歳以上医療費窓口負担二割化の中止を求めることに関する請願
請　願　者　千葉県市川市　中野周行　外四百二十五名
紹介議員　小西　洋之君
この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第二〇三号　令和四年十一月二十四日受理
保険でより良い歯科医療を求めることに関する請願
請　願　者　千葉市　中山よしてる　外九百九十九名
紹介議員　小西　洋之君
歯科医療は、感染症の予防、基礎疾患のある患者の重症化予防など全身の健康にとっても重要であると指摘されている。しかし、新型コロナ感染へのおそれや不安・コロナ解雇などによる生活困窮のために歯科医療機関への受診控えが進み、患者・国民の口の中の状況は悪化している。今こそ、全ての国民が安心して受診できる政策が求められている。「お金の心配をしないで歯科治療を受けたい」「丈夫で違和感の少ない入れ歯や自然の歯の色に近いかぶせ物などを保険適用してほしい」という患者・国民の要求は切実である。歯科医療機関では、以前から感染症防止対策を徹底しているが、現在の感染拡大下では、これまで以上の対策が求められている。しかし、現在の低い診療報酬体系では、医院経営はより厳しいものとなっている。また、入れ歯やかぶせ物を製作する歯科技工士や口の中のケアを担う歯科衛生士の評価も低く抑えられている。

ついては、感染症予防のためにも地域で患者・国民が安心して歯科治療を受けられるよう、次の事項について実現を図られたい。

一、お金の心配をせず、安心して歯科医療が受けられるよう、窓口負担割合を下げること。
二、健康保険で受けられる歯科治療の範囲を広げること。
三、歯科医療の充実に必要な国の予算を増やすこと。

十二月五日本委員会に左の案件が付託された。

一、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

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

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
（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改正）
第一条　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（平成十七年法律第百二十三号）の一部を次のように改正する。
第四条第一項中「第五条」を「第五条第一項」に改める。
第五条第二十項中「第八十九条第六項」を「第八十九条第七項」に改める。
第十九条第三項中「及び生活保護法」を「、生活保護法」に改め、「」に入所している障害者」の下に「、介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設（以下この項及び次項において「介護保険特定施設」という。）に入居し、又は同条第二十五項に規定する介護保険施設（以下この項及び次項において「介護保険施設」という。）に入所している障害者及び老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて同法第二十条の四に規定する養護老人ホーム（以下この項において「養護老人ホーム」という。）に入所している障害者」を加え、「特定施設入所障害者」を「特定施設入所等障害者」に、「又は救護施設」を「、救護施設」に改め、「若しくはその他の適当な施設」

の下に「、介護保険特定施設若しくは介護保険施設又は養護老人ホーム」を加え、「入所前」を「入所又は入居の前」に、「特定施設に入所して」を「特定施設に入所又は入居をして」に、「継続入所障害者」を「継続入所等障害者」に、「入所した」を「入所又は入居をした」に改め、同条第四項中「又は生活保護法」を「、生活保護法」に、「特定施設に入所した」を「、若しくは老人福祉法第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて特定施設（介護保険特定施設及び介護保険施設を除く。）に入所した場合又は介護保険特定施設若しくは介護保険施設に入所若しくは入居をした」に改め、同条第五項中「入所して」を「入所し、又は入居して」に改める。

第二十五条第一項第二号、第五十一条の十第一項第二号及び第五十七条第一項第二号中「入所する」を「入所又は入居をする」に改める。

第八十八条第五項中「把握した上で、これらの事情」を「把握するとともに、第八十九条の二の二第一項の規定により公表された結果その他のこの法律に基づく業務の実施の状況に関する情報を分析した上で、当該事情及び当該分析の結果」に改め、同条第九項中「第八十九条第七項」を「第八十九条第八項」に改める。

第八十九条中第九項を第十項とし、第四項から第八項までを一項ずつ繰り下げ、第三項の次に次の一項を加える。

4　都道府県は、第八十九条の二の二第一項の規定により公表された結果その他のこの法律に基づく業務の実施の状況に関する情報を分析した上で、当該分析の結果を勘案して、都道府県障害福祉計画を作成するよう努めるものとする。

第八十九条の二の次に次の二条を加える。

（障害福祉計画の作成等のための調査及び分析等）

第八十九条の二の二　主務大臣は、市町村障害福祉計画及び都道府県障害福祉計画の作成、実施及び評価並びに障害者等の福祉の増進に資するため、次に掲げる事項に関する情報（第三項において「障害福祉等関連情報」という。）のうち、第一号及び第二号に掲げる事項について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとするとともに、第三号及び第四号に掲げる事項について調査及び分析を行い、その結果を公表するよう努めるものとする。

一　自立支援給付に要する費用の額に関する地域別、年齢別又は障害支援区分別の状況その他の主務省令で定める事項

二　障害者等の障害支援区分の認定における調査に関する状況その他の主務省令で定める事項

三　障害福祉サービス又は相談支援を利用する障害者等の心身の状況、当該障害者等に提供される当該障害福祉サービス又は相談支援の内容その他の主務省令で定める事項

四　地域生活支援事業の実施の状況その他の主務省令で定める事項

2　市町村及び都道府県は、主務大臣に対し、前項第一号又は第二号に掲げる事項に関する情報を、主務省令で定める方法により提供しなければならない。

3　主務大臣は、必要があると認めるときは、市町村及び都道府県並びに第八条第二項に規定する事業者等に対し、障害福祉等関連情報を、主務省令で定める方法により提供するよう求めることができる。

（連合会等への委託）

第八十九条の二の三　主務大臣は、前条第一項に規定する調査及び分析に係る事務の全部又は一部を連合会その他主務省令で定める者に委託することができる。

附則第二条第二項中「入所する」を「入所又は入居をする」に改める。

附則第十八条の見出し中「特定施設入所障害者」を「特定施設入所等障害者」に改め、同条第二項中「又は同法」を「、救護施設」に改め、「と、「入所前」とあるのは「入所又は入居の前」と、「特定施設に入所して」とあるのは「特定施設に入所又は入居をして」と、「入所した」とあるのは「入所又は入居をした」」を削り、「又は入居をした」と、同条第五項中「入所して」とあるのは「入所し、又は入居して」を「若しくは入居をした」に改める。

附則第三十九条第一項中「附則第三十五条の規定による改正後の」及び「（以下この条及び附則第四十一条において「新法」という。）」を削り、「に入所して」を「障害者支援施設」という。）に入所して」に、「に入所し、」を「障害者支援施設」という。）に入所し、」に、「又は生活保護法」を「、救護施設」に改め、「と、「入所前」とあるのは「入所又は入居の前」と、「特定施設に入所して」とあるのは「特定施設に入所又は入居をして」と、「入所した」とあるのは「入所又は入居をした」」を削り、「又は入居をした」と、同条第四項中「入所して」とあるのは「入所し、又は入居して」を「若しくは入居をした」に改め、同条第二項中「前項の規定により読み替えられた新法」を「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（令和四年法律第　　号。附則第五

十六条第二項において「令和四年改正法」という。）第一条の規定による改正前の前項の規定により読み替えられた附則第三十五条の規定による改正後の身体障害者福祉法（以下この項及び附則第四十一条において「新法」という。）」に改める。

附則第五十六条第一項中「附則第五十二条の規定による改正後の」及び「（以下この条及び附則第五十八条において「新法」という。）」を削り、「に入所して」を「のぞみの園」という。）に入所して」に、「に入所し、」を「のぞみの園」という。）に入所し、」に、「又は生活保護法」を「、救護施設」に改め、「と、「入所前」とあるのは「入所又は入居の前」と、「特定施設に入所して」とあるのは「特定施設に入所又は入居をして」と、「入所した」とあるのは「入所又は入居をした」」を削り、「又は入居をした」と、同条第四項中「入所して」とあるのは「入所し、又は入居して」を「若しくは入居をした」に改め、同条第二項中「前項の規定により読み替えられた新法」を「令和四年改正法第一条の規定による改正前の前項の規定により読み替えられた附則第五十二条の規定による改正後の知的障害者福祉法（以下この項及び附則第五十八条において「新法」という。）」に改める。

第二条　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次のように改正する。

第二条第一項第一号中「公共職業安定所」の下に「、障害者職業センター（障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第百二十三号）第十九条第一項に規定する障害者職業センターをいう。以下同じ。）、障害者就業・生活支援センター（同法第二十七条第二項に規定する障害者就業・生活支援センターをいう。以下同じ。）」を加え、「障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第百二十三号）」を「同法」に改める。

第五条第十三項及び第十四項中「障害者」の下に「及び通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするもの」を加え、同条第十七項中「又は」を「若しくは」に、「行う」を「行い、又はこれに併せて、居宅における自立した日常生活への移行を希望する入居者につき、当該日常生活への移行及び移行後の定着に関する相談その他の主務省令で定める援助を行う」に改める。

第三十六条に次の三項を加える。

6　関係市町村長は、主務省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、第二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者の指定について、当該指定をしようとするときは、あらかじめ、当該関係市町村長にその旨を通知するよう求めることができる。この場合において、当該都道府県知事は、その求めに応じなければならない。

7　関係市町村長は、前項の規定による通知を受けたときは、主務省令で定めるところにより、第二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者の指定に関し、都道府県知事に対し、当該関係市町村の第八十八条第一項に規定する市町村障害福祉計画との調整を図る見地からの意見を申し出ることができる。

8　都道府県知事は、前項の意見を勘案し、第二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者の指定を行うに当たって、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができる。

第四十一条の二第三項の表第四十九条第一項第一号の項中「第四十九条第一項第一号」を「第四十九条第一項第二号」に改め、同表第四十九条第一項第二号の項中「第四十九条第一項第二号」を「第四十九条第一項第三号」に改め、同表第五十条第一項第三号の項中「第五十条第一項第三号」を「第五十条第一項第四号」に改め、同表第五十条第一項第四号の項中「第五十条第一項第四号」を「第五十条第一項第五号」に改める。

第四十二条第一項中「公共職業安定所」の下に「、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター」を加える。

第四十九条第一項中第三号を第四号とし、第二号を第三号とし、第一号を第二号とし、同号の前に次の一号を加える。

一　第三十六条第八項（第四十一条第四項において準用する場合を含む。）の規定により付された条件に従わない場合　当該条件に従うこと。

第五十条第一項中第十二号を第十三号とし、第二号から第十一号までを一号ずつ繰り下げ、第一号の次に次の一号を加える。

二　指定障害福祉サービス事業者が、第三十六条第八項（第四十一条第四項において準用する場合を含む。）の規定により付された条件に違反したと認められるとき。

第五十条第三項中「前二項」を「第一項（第二号を除く。）及び前項」に改める。

第五十一条の十九第二項中「除く。）」の下に「及び第六項から第八項まで」を加える。

第五十一条の二十二第一項中「公共職業安定所」の下に「、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター」を加える。

第五十一条の二十八第一項中第三号を第四号とし、第二号を第三号とし、第一号を第二号とし、同号の前に次の一号を加える。

一　第五十一条の十九第二項（第五十一条の二十一第二項において準用する場合を含む。）において準用する第三十六条第八項の規定により付された条件に従わない場合　当該条件に従うこと。

第五十一条の二十九第一項中第十一号を第十二号とし、第二号から第十号までを一号ずつ繰り下げ、第一号の次に次の一号を加える。

二　指定一般相談支援事業者が、第五十一条の十九第二項（第五十一条の二十一第二項において準用する場合を含む。）において準用する第三十六条第八項の規定により付された条件に違反したと認められるとき。

第六十八条第二項中「第五十条第一項第八号から第十二号まで」を「第五十条第一項第九号から第十三号まで」に改める。

第七十七条第三項中「第一項各号」の下に「及び第三項各号」を加え、同項を同条第五項とし、同条第二項の次に次の二項を加える。

3　市町村は、第一項各号に掲げる事業のほか、地域において生活する障害者等及び地域における生活に移行することを希望する障害者等（以下この項において「地域生活障害者等」という。）につき、地域において安心して自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにするため、次に掲げる事業を行うよう努めるものとする。

一　障害の特性に起因して生じる緊急の事態その他の主務省令で定める事態に対処し、又は当該事態に備えるため、地域生活障害者等、障害児（地域生活障害者等に該当するものに限る。次号において同じ。）の保護者又は地域生活障害者等の介護を行う者からの相談に応じるとともに、地域生活障害者等を支援するための体制の確保その他の必要な措置について、指定障害福祉サービス事業者等、医療機関、次条第一項に規定する基幹相談支援センターその他の関係機関（次号及び次項において「関係機関」という。）との連携及び調整を行い、又はこれに併せて当該事態が生じたときにおける宿泊場所の一時的な提供その他の必要な支援を行う事業

二　関係機関と協力して、地域生活障害者等に対し、地域における自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害福祉サービスの利用の体験又は居宅における自立した日常生活若しくは社会生活の体験の機会を提供するとともに、これに伴う地域生活障害者等、障害児の保護者又は地域生活障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せて関係機関との連携及び調整を行う事業

三　前二号に掲げる事業のほか、障害者等の保健又は福祉に関する専門的知識及び技術を有する人材の育成及び確保その他の地域生活障害者等が地域において安心して自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業

4　市町村は、前項各号に掲げる事業を実施する場合には、これらの事業を効果的に実施するために、地域生活支援拠点等（これらの事業を実施するために必要な機能を有する拠点又は複数の関係機関が相互の有機的な連携の下でこれらの事業を実施する体制をいう。）を整備するものとする。

第七十七条の二第一項中「前条第一項第三号及び第四号に」を「次に」に、「並びに身体障害者福祉法第九条第五項第二号及び第三号並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第四十九条第一項に規定する」を「及び」に改め、同項に次の各号を加える。

一　前条第一項第三号及び第四号に掲げる事業

二　身体障害者福祉法第九条第五項第二号及び第三号、知的障害者福祉法第九条第五項第二号及び第三号並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第四十九条第一項に規定する業務

三　地域における相談支援又は児童福祉法第六条の二の二第六項に規定する障害児相談支援に従事する者に対し、これらの者が行う一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業又は同項に規定する障害児相談支援事業に関する運営について、相談に応じ、必要な助言、指導その他の援助を行う業務

四　第八十九条の三第一項に規定する関係機関等の連携の緊密化を促進する業務

第七十七条の二第二項中「ことができる」を「よう努めるものとする」に改め、同条第三項から第六項までの規定中「第一項の」を「第一項各号の」に改め、同条に次の一項を加える。

7　都道府県は、市町村に対し、基幹相談支援センターの設置の促進及び適切な運営の確保のため、市町村の区域を超えた広域的な見地からの助言その他の援助を行うよう努めるものとする。

第七十八条第二項中「前項」を「前二項」に改め、同項を同条第三項とし、同条第一項の次に次の一項を加える。

2　都道府県は、前項に定めるもののほか、第七十七条第三項各号に掲げる事業の実施体制の整備の促進

及び適切な実施を確保するため、市町村に対し、市町村の区域を超えた広域的な見地からの助言その他の援助を行うよう努めるものとする。

第八十八条第三項第二号中「公共職業安定所」の下に「、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター」を加え、同条第九項中「（以下この項及び第八十九条第八項において「協議会」という。）」を削り、「協議会の」を「当該協議会の」に改める。

第八十九条第三項第四号中「公共職業安定所」の下に「、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター」を加え、同条第八項中「協議会を」を「第八十九条の三第一項に規定する協議会を」に、「協議会の」を「当該協議会の」に改める。

第八十九条の三の見出し中「の設置」を削り、同条第一項中「次項」を「以下この条」に改め、「協議会」の下に「（以下この条において単に「協議会」という。）」を加え、同条第二項中「前項の」を削り、「障害者等への」の下に「適切な支援に関する情報及び」を加え、「情報」を「の情報」に改め、同条に次の四項を加える。

3　協議会は、前項の規定による情報の共有及び協議を行うために必要があると認めるときは、関係機関等に対し、資料又は情報の提供、意見の表明その他必要な協力を求めることができる。

4　関係機関等は、前項の規定による求めがあった場合には、これに協力するよう努めるものとする。

5　協議会の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由なしに、協議会の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6　前各項に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、協議会が定める。

第百九条第二項中「又は第七十七条の二第六項」を「、第七十七条の二第六項又は第八十九条の三第五項」に改める。

第三条　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次のように改正する。

目次中「障害福祉計画」を「障害福祉計画等」に改める。

第五条第一項中「自立訓練」の下に「、就労選択支援」を加え、同条中第二十八項を第二十九項とし、第十三項から第二十七項までを一項ずつ繰り下げ、第十二項の次に次の一項を加える。

13　この法律において「就労選択支援」とは、就労を希望する障害者又は就労の継続を希望する障害者であって、就労移行支援若しくは就労継続支援を受けること又は通常の事業所に雇用されることについて、当該者による適切な選択のための支援を必要とするものとして主務省令で定める者につき、短期間の生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に関する適性、知識及び能力の評価並びに就労に関する意向及び就労するために必要な配慮その他の主務省令で定める事項の整理を行い、又はこれに併せて、当該評価及び当該整理の結果に基づき、適切な支援の提供のために必要な障害福祉サービス事業を行う者等との連絡調整その他の主務省令で定める便宜を供与することをいう。

第二十八条第二項中第六号を第七号とし、第二号から第五号までを一号ずつ繰り下げ、第一号の次に次の一号を加える。

二　就労選択支援

第五章の章名を次のように改める。

第五章　障害福祉計画等

第八十九条の二の二第一項中「第三項において」を「以下」に改める。

第八十九条の二の三中「前条第一項」を「第八十九条の二の二第一項」に改め、「分析」の下に「並びに第八十九条の二の三第一項の規定による利用又は提供」を、「者」の下に「（次条第一項及び第三項において「連合会等」という。）」を加え、同条を第八十九条の二の十とし、同条の次に次の一条を加える。

（手数料）

第八十九条の二の十一　匿名障害福祉等関連情報利用者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国（前条の規定により主務大臣からの委託を受けて、連合会等が第八十九条の二の三第一項の規定による匿名障害福祉等関連情報の提供に係る事務の全部を行う場合にあっては、連合会等）に納めなければならない。

2　主務大臣は、前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の障害者等の福祉の増進のために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者であるときは、政令で定めるところにより、当該手数料を減額し、又は免除することができる。

3　第一項の規定により連合会等に納められた手数料は、連合会等の収入とする。

第八十九条の二の二の次に次の七条を加える。

（障害者等の福祉の増進のための匿名障害福祉等関連情報の利用又は提供）

第八十九条の二の三　主務大臣は、障害者等の福祉の増進に資するため、匿名障害福祉等関連情報（障害福祉等関連情報に係る特定の障害者等その他の主務省令で定める者（次条において「本人」という。）を識別すること及びその作成に用いる障害福祉等関連情報を復元することができないようにするために主務省令で定める基準に従い加工した障害福祉等関連情報をいう。以下同じ。）を利用し、又は主務省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であって、匿名障害福祉等関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

一　国の他の行政機関及び地方公共団体　障害者等の福祉の増進並びに自立支援給付及び地域生活支援事業に関する施策の企画及び立案に関する調査

二　大学その他の研究機関　障害者等の福祉の増進並びに自立支援給付及び地域生活支援事業に関する研究

三　民間事業者その他の主務省令で定める者　障害福祉分野の調査研究に関する分析その他の主務省令で定める業務（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）

2　主務大臣は、前項の規定による匿名障害福祉等関連情報の利用又は提供を行う場合には、当該匿名障害福祉等関連情報を児童福祉法第三十三条の二十三の三第一項に規定する匿名障害児福祉等関連情報その他の主務省令で定めるものと連結して利用し、又は連結して利用することができる状態で提供することができる。

3　主務大臣は、第一項の規定により匿名障害福祉等関連情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会又はこども家庭審議会の意見を聴かなければならない。

（照合等の禁止）

第八十九条の二の四　前条第一項の規定により匿名障害福祉等関連情報の提供を受け、これを利用する者（以下「匿名障害福祉等関連情報利用者」という。）は、匿名障害福祉等関連情報を取り扱うに当たっては、当該匿名障害福祉等関連情報の作成に用いられた障害福祉等関連情報に係る本人を識別するために、当該障害福祉等関連情報から削除された記述等（文書、図画若しくは電磁的記録（電磁的方式（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式をいう。）で作られる記録をいう。）に記載され、若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項をいう。）若しくは匿名障害福祉等関連情報の作成に用いられた加工の方法に関する情報を取得し、又は当該匿名障害福祉等関連情報を他の情報と照合してはならない。

（消去）

第八十九条の二の五　匿名障害福祉等関連情報利用者は、提供を受けた匿名障害福祉等関連情報を利用する必要がなくなったときは、遅滞なく、当該匿名障害福祉等関連情報を消去しなければならない。

（安全管理措置）

第八十九条の二の六　匿名障害福祉等関連情報利用者は、匿名障害福祉等関連情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該匿名障害福祉等関連情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして主務省令で定める措置を講じなければならない。

（利用者の義務）

第八十九条の二の七　匿名障害福祉等関連情報利用者又は匿名障害福祉等関連情報利用者であった者は、匿名障害福祉等関連情報の利用に関して知り得た匿名障害福祉等関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

（立入検査等）

第八十九条の二の八　主務大臣は、この章（第八十七条から第八十九条の二の二まで及び第八十九条の三から第九十一条までを除く。）の規定の施行に必要な限度において、匿名障害福祉等関連情報利用者（国の他の行政機関を除く。以下この項及び次条において同じ。）に対し報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは匿名障害福祉等関連情報利用者の事務所その他の事業所に立ち入り、匿名障害福祉等関連情報利用者の帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2　第九条第二項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は前項の規定による権限について準用する。

（是正命令）

第八十九条の二の九　主務大臣は、匿名障害福祉等関連情報利用者が第八十九条の二の四から第八十九条の二の七までの規定に違反していると認めるときは、その者に対し、当該違反を是正するため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

第百九条の次に次の二条を加える。

第百九条の二　次の各号のいずれかに該当する場合には、当該違反行為をした者は、一年以下の拘禁刑若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

一　第八十九条の二の七の規定に違反して、匿名障害福祉等関連情報の利用に関して知り得た匿名障害福祉等関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用したとき。

二　第八十九条の二の九の規定による命令に違反したとき。

第百九条の三　第八十九条の二の八第一項の規定による報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の帳簿書類の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、当該違反行為をした者は、五十万円以下の罰金に処する。

第百十一条中「者」を「ときは、当該違反行為をした者」に改め、同条の次に次の一条を加える。

第百十一条の二　第百九条の二の罪は、日本国外において同条の罪を犯した者にも適用する。

第百十二条中「前条」を「第百九条の二、第百九条の三又は第百十一条」に、「同条の刑」を「各本条の罰金刑」に改める。

附則第三十九条第一項中「同条第十七項」を「同条第十八項」に改める。

附則第五十六条第一項及び第八十一条第一項中「第五条第十七項」を「第五条第十八項」に改める。

附則第八十五条第一項中「同条第十七項」を「同条第十八項」に改める。

（児童福祉法の一部改正）

第四条　児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）の一部を次のように改正する。

目次中「第三目　小児慢性特定疾病児童等自立支援事業（第十九条の二十二）」を「第四目　小児慢性特定疾病児童等自立支援事業（第十九条の二十二）」に改める。

第十九条の三第八項中「その申請のあつた」を「指定医が当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等の小児慢性特定疾病の状態が第六条の二第三項に規定する厚生労働大臣が定める程度であると診断した日、又は当該医療費支給認定の申請のあつた日から当該申請に通常要する期間を勘案して政令で定める一定の期間前の日のいずれか遅い」に改める。

第十九条の二十二第二項中「前項に掲げる事業のほか」を「前二項に規定する事業の実施等により把握した地域の実情を踏まえ」に、「を行うことができる」を「のうち必要があると認めるものを行うよう努めるものとする」に改め、同条第四項中「前三項」を「前各項」に改め、同条第一項の次に次の一項を加える。

都道府県は、前項に規定する事業のほか、地域における小児慢性特定疾病児童等の実情の把握その他の次項各号に掲げる事業の実施に関し必要な情報の収集、整理、分析及び評価に関する事業として厚生労働省令で定める事業を行うよう努めるものとする。

第二章第二節第二款に次の一目を加える。

第四目　小児慢性特定疾病対策地域協議会

第十九条の二十三　都道府県、地方自治法第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第二百五十二条の二十二第一項の中核市（以下「中核市」という。）並びに第五十九条の四第一項に規定する児童相談所設置市は、単独で又は共同して、小児慢性特定疾病児童等への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体並びに小児慢性特定疾病児童等及びその家族並びに小児慢性特定疾病児童等に対する医療又は小児慢性特定疾病児童等の福祉、教育若しくは雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者（次項において「関係機関等」という。）により構成される小児慢性特定疾病対策地域協議会（以下この目において「協議会」という。）を置くよう努めるものとする。

協議会は、関係機関等が相互の連絡を図ることにより、地域における小児慢性特定疾病児童等への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。

協議会の事務に従事する者又は当該者であつた者は、正当な理由がなく、協議会の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第一項の規定により協議会が置かれた都道府県、指定都市及び中核市並びに第五十九条の四第一項に規定する児童相談所設置市の区域について難病の患者に対する医療等に関する法律第三十二条第一項の規定により難病対策地域協議会が置かれている場合には、当該協議会及び難病対策地域協議会は、小児慢性特定疾病児童等及び難病（同法第一条に規定する難病をいう。第二十一条の四第二項において同

じ。）の患者への支援体制の整備を図り、かつ、小児慢性特定疾病児童等に対し必要な医療等を切れ目なく提供するため、相互に連携を図るよう努めるものとする。

第十九条の二十四　前条に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、協議会が定める。

第二十一条の四第二項中「（難病の患者に対する医療等に関する法律第一条に規定する難病をいう。以下この項において同じ。）」を削る。

第二十一条の五の七第一項中「この条」の下に「及び第三十三条の二十三の二第一項第二号」を加える。

第二十一条の五の二十六第二項第二号中「地方自治法第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下「指定都市」という。）」を「指定都市」に改め、同項第三号中「地方自治法第二百五十二条の二十二第一項の中核市（以下「中核市」という。）」を「中核市」に改める。

第三十三条の十八第一項中「設置者（以下この条」の下に「及び第三十三条の二十三の二第三項」を加える。

第三十三条の二十第五項中「把握した上で、これらの事情」を「把握するとともに、第三十三条の二十三の二第一項の規定により公表された結果その他のこの法律に基づく業務の実施の状況に関する情報を分析した上で、当該事情及び当該分析の結果」に改める。

第三十三条の二十二第三項の次に次の一項を加える。

都道府県は、第三十三条の二十三の二第一項の規定により公表された結果その他のこの法律に基づく業務の実施の状況に関する情報を分析した上で、当該分析の結果を勘案して、都道府県障害児福祉計画を作成するよう努めるものとする。

第三十三条の二十三の次に次の二条を加える。

第三十三条の二十三の二　内閣総理大臣は、市町村障害児福祉計画及び都道府県障害児福祉計画の作成、実施及び評価並びに障害児の福祉の増進に資するため、次に掲げる事項に関する情報（第三項において「障害児福祉等関連情報」という。）のうち、第一号に掲げる事項について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとするとともに、第二号及び第三号に掲げる事項について調査及び分析を行い、その結果を公表するよう努めるものとする。

一　障害児通所給付費等（第五十七条の二第一項に規定する障害児通所給付費等をいう。）及び障害児入所給付費等（第五十条第六号の三に規定する障害児入所給付費等をいう。）に要する費用の額に関する地域別又は年齢別の状況その他の内閣府令で定める事項

二　通所支給要否決定における調査に関する状況その他の内閣府令で定める事項

三　障害児通所支援、障害児入所支援又は障害児相談支援を利用する障害児の心身の状況、当該障害児に提供される当該障害児通所支援、障害児入所支援又は障害児相談支援の内容その他の内閣府令で定める事項

市町村及び都道府県は、内閣総理大臣に対し、前項第一号に掲げる事項に関する情報を、内閣府令で定める方法により提供しなければならない。

内閣総理大臣は、必要があると認めるときは、市町村及び都道府県並びに対象事業者に対し、障害児福祉等関連情報を、内閣府令で定める方法により提供するよう求めることができる。

第三十三条の二十三の三　内閣総理大臣は、前条第一項に規定する調査及び分析に係る事務の全部又は一部を連合会その他内閣府令で定める者に委託することができる。

第六十条の二第三項中「第二十一条の五の六第四項」を「第十九条の二十三第三項、第二十一条の五の六第四項」に改める。

第五条　児童福祉法の一部を次のように改正する。

目次中「・第二十一条の五」を「―第二十一条の五」に、「第六十二条の七」を「第六十二条の八」に改める。

第十九条の二十二第四項中「前項各号」を「第三項各号」に改め、同条第三項の次に次の一項を加える。

都道府県は、前三項に規定する事業のほか、小児慢性特定疾病にかかつている児童等が、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、小児慢性特定疾病要支援者証明事業（小児慢性特定疾病にかかつている児童の保護者又は小児慢性特定疾病にかかつている児童以外の満二十歳に満たない者のうち厚生労働省令で定める者に対し、小児慢性特定疾病にかかつている児童等が小児慢性特定疾病にかかつている旨その他の厚生労働省令で定める事項を書面その他の厚生労働省令で定める方法により証明する事業をいう。）を行うよう努めるものとする。

第二十一条の四第一項中「次条第一項」を「第二十一条の五第一項」に改め、同条第二項中「関する調査及び研究」の下に「並びに難病の患者の療養生活の質の維持向上を図るための調査及び研究」を加え、同条第三項中「小児慢性特定疾病」を「地方公共団体、小児慢性特定疾病」に改め、同条に次の一項を加える。

都道府県は、厚生労働大臣に対し、医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童又は医療費支給認定患者その他厚生労働省令で定める者に係る小児慢性特定疾病の病名、病状の程度その他の厚生労働省令で定める小児慢性特定疾病児童等に関する情報（厚生労働省令で定めるところにより医療費支給認定保護者又は医療費支給認定患者その他厚生労働省令で定める者の同意を得た情報に限る。以下「同意小児慢性特定疾病関連情報」という。）を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

第二十一条の四の次に次の九条を加える。

第二十一条の四の二　厚生労働大臣は、小児慢性特定疾病に関する調査及び研究の推進並びに国民保健の向上に資するため、匿名小児慢性特定疾病関連情報（同意小児慢性特定疾病関連情報に係る特定の小児慢性特定疾病児童等（次条において「本人」という。）を識別すること及びその作成に用いる同意小児慢性特定疾病関連情報を復元することができないようにするために厚生労働省令で定める基準に従い加工した同意小児慢性特定疾病関連情報をいう。以下同じ。）を利用し、又は厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であつて、匿名小児慢性特定疾病関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

一　国の他の行政機関及び地方公共団体　小児慢性特定疾病に係る対策に関する施策の企画及び立案に関する調査

二　大学その他の研究機関　小児慢性特定疾病児童等に対する良質かつ適切な医療の確保又は小児慢性特定疾病児童等の療養生活の質の維持向上に資する研究

三　民間事業者その他の厚生労働省令で定める者　小児慢性特定疾病児童等に対する医療又は小児慢性特定疾病児童等の福祉の分野の研究開発に資する分析その他の厚生労働省令で定める業務（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）

厚生労働大臣は、前項の規定による匿名小児慢性特定疾病関連情報の利用又は提供を行う場合には、当該匿名小児慢性特定疾病関連情報を難病の患者に対する医療等に関する法律第二十七条の二第一項に規定する匿名指定難病関連情報その他の厚生労働省令で定めるものと連結して利用し、又は連結して利用することができる状態で提供することができる。

厚生労働大臣は、第一項の規定により匿名小児慢性特定疾病関連情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

第二十一条の四の三　前条第一項の規定により匿名小児慢性特定疾病関連情報の提供を受け、これを利用する者（以下「匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者」という。）は、匿名小児慢性特定疾病関連情報を取り扱うに当たつては、当該匿名小児慢性特定疾病関連情報の作成に用いられた同意小児慢性特定疾病関連情報に係る本人を識別するために、当該同意小児慢性特定疾病関連情報から削除された記述等（文書、図画若しくは電磁的記録（電磁的方式（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によつては認識することができない方式をいう。）で作られる記録をいう。）に記載され、若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項をいう。）若しくは匿名小児慢性特定疾病関連情報の作成に用いられた加工の方法に関する情報を取得し、又は当該匿名小児慢性特定疾病関連情報を他の情報と照合してはならない。

第二十一条の四の四　匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者は、提供を受けた匿名小児慢性特定疾病関連情報を利用する必要がなくなつたときは、遅滞なく、当該匿名小児慢性特定疾病関連情報を消去しなければならない。

第二十一条の四の五　匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者は、匿名小児慢性特定疾病関連情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該匿名小児慢性特定疾病関連情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

第二十一条の四の六　匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者又は匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者であつた者は、匿名小児慢性特定疾病関連情報の利用に関して知り得た匿名小児慢性特定疾病関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

第二十一条の四の七　厚生労働大臣は、この款（第二十一条の四を除く。）の規定の施行に必要な限度において、匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者（国の他の行政機関を除く。以下この項及び次条において同じ。）に対し報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に関係者に対して質

問させ、若しくは匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者の事務所その他の事業所に立ち入り、匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者の帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

第十九条の十六第二項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は前項の規定による権限について準用する。

第二十一条の四の八　厚生労働大臣は、匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者が第二十一条の四の三から第二十一条の四の六までの規定に違反していると認めるときは、その者に対し、当該違反を是正するため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

第二十一条の四の九　厚生労働大臣は、第二十一条の四第一項に規定する調査及び研究並びに第二十一条の四の二第一項の規定による利用又は提供に係る事務の全部又は一部を国立研究開発法人国立成育医療研究センターその他厚生労働省令で定める者（次条第一項及び第三項において「国立成育医療研究センター等」という。）に委託することができる。

第二十一条の四の十　匿名小児慢性特定疾病関連情報利用者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国（前条の規定により厚生労働大臣からの委託を受けて、国立成育医療研究センター等が第二十一条の四の二第一項の規定による匿名小児慢性特定疾病関連情報の提供に係る事務の全部を行う場合にあつては、国立成育医療研究センター等）に納めなければならない。

厚生労働大臣は、前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の小児慢性特定疾病に関する調査及び研究の推進並びに国民保健の向上に資するために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者であるときは、政令で定めるところにより、当該手数料を減額し、又は免除することができる。

第一項の規定により国立成育医療研究センター等に納められた手数料は、国立成育医療研究センター等の収入とする。

第二十一条の五の十五第三項第六号中「第二十一条の五の二十四第一項第十一号」を「第二十一条の五の二十四第一項第十二号」に改め、同条に次の三項を加える。

関係市町村長は、内閣府令で定めるところにより、都道府県知事に対し、第二十一条の五の三第一項の指定について、当該指定をしようとするときは、あらかじめ、当該関係市町村長にその旨を通知するよう求めることができる。この場合において、当該都道府県知事は、その求めに応じなければならない。

関係市町村長は、前項の規定による通知を受けたときは、内閣府令で定めるところにより、第二十一条の五の三第一項の指定に関し、都道府県知事に対し、当該関係市町村の第三十三条の二十第一項に規定する市町村障害児福祉計画との調整を図る見地からの意見を申し出ることができる。

都道府県知事は、前項の意見を勘案し、第二十一条の五の三第一項の指定を行うに当たつて、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができる。

第二十一条の五の十七第三項の表第二十一条の五の二十三第一項第一号の項中「第二十一条の五の二十三第一項第一号」を「第二十一条の五の二十三第一項第二号」に改め、同表第二十一条の五の二十三第一項第二号の項中「第二十一条の五の二十三第一項第二号」を「第二十一条の五の二十三第一項第三号」に改め、同表第二十一条の五の二十四第一項第三号の項中「第二十一条の五の二十四第一項第三号」を「第二十一条の五の二十四第一項第四号」に改め、同表第二十一条の五の二十四第一項第四号の項中「第二十一条の五の二十四第一項第四号」を「第二十一条の五の二十四第一項第五号」に改める。

第二十一条の五の二十三第一項中第三号を第四号とし、第二号を第三号とし、第一号を第二号とし、同号の前に次の一号を加える。

一　第二十一条の五の十五第八項（第二十一条の五の十六第四項において準用する場合を含む。）の規定により付された条件に従わない場合　当該条件に従うこと。

第二十一条の五の二十四第一項中第十二号を第十三号とし、第二号から第十一号までを一号ずつ繰り下げ、第一号の次に次の一号を加える。

二　指定障害児通所支援事業者が、第二十一条の五の十五第八項（第二十一条の五の十六第四項において準用する場合を含む。）の規定により付された条件に違反したと認められるとき。

第六十条第一項から第三項までの規定中「者」を「ときは、当該違反行為をした者」に改める。

第六十条の二の次に次の一条を加える。

第六十条の三　次の各号のいずれかに該当する場合には、当該違反行為をした者は、一年以下の拘禁刑若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

一　第二十一条の四の六の規定に違反して、匿名小児慢性特定疾病関連情報の利用に関して知り得た匿名小児慢性特定疾病関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用したとき。

二　第二十一条の四の八の規定による命令に違反したとき。

第六十一条中「正当の」を「正当な」に改める。

第六十一条の五中「正当の」を「正当な」に改め、同条に第一項として次の一項を加える。

正当な理由がないのに、第二十一条の四の七第一項の規定による報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の帳簿書類の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは同項の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、当該違反行為をした者は、五十万円以下の罰金に処する。

第六十一条の六中「正当の」を「正当な」に、「、同項」を「、又は同項」に、「、又は」を「、若しくは」に、「場合に」を「とき」に改める。

第六十二条第三号中「正当の」を「正当な」に、「、同項」を「、又は同項」に、「又は」を「若しくは」に改め、同条中第四号を削り、第五号を第四号とし、同条第六号中「正当の」を「正当な」に改め、同号を同条第五号とし、同条第七号中「正当の」を「正当な」に、「、同項」を「、又は同項」に、「又は」を「若しくは」に改め、同号を同条第六号とし、同条に第一項として次の一項を加える。

正当な理由がないのに、第十九条の十六第一項、第二十一条の五の二十二第一項、第二十一条の五の二十七第一項（第二十四条の十九の二において準用する場合を含む。）、第二十四条の十五第一項、第二十四条の三十四第一項若しくは第二十四条の三十九第一項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又はこれらの規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくはこれらの規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、当該違反行為をした者は、三十万円以下の罰金に処する。

第六十二条の二中「正当の」を「正当な」に改める。

本則中第六十二条の七を第六十二条の八とし、第六十二条の四から第六十二条の六までを一条ずつ繰り下げる。

第六十二条の三中「及び第六十二条第四号」を「、第六十条の三、第六十一条の五第一項又は第六十二条第一項」に改め、同条を第六十二条の四とし、第六十二条の二の次に次の一条を加える。

第六十二条の三　第六十条の三の罪は、日本国外において同条の罪を犯した者にも適用する。

第六条　児童福祉法の一部を次のように改正する。

目次中「障害児福祉計画」を「障害児福祉計画等」に改める。

第二十一条の四の三中「事項をいう」の下に「。第三十三条の二十三の四において同じ」を加える。

第二十四条の二十八第一項及び第二十六条第一項第二号中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

第二章第九節の節名を次のように改める。

第九節　障害児福祉計画等

第三十三条の二十三の二第一項中「第三項において」を「以下」に改め、同項第一号中「障害児通所給付費等をいう」の下に「次条第一項第一号及び第二号において同じ」を、「障害児入所給付費等をいう」の下に「。同項第一号及び第二号において同じ」を加える。

第三十三条の二十三の三中「前条第一項」を「第三十三条の二十三の二第一項」に改め、「分析」の下に「並びに第三十三条の二十三の三第一項の規定による利用又は提供」を、「者」の下に「（次条第一項及び第三項において「連合会等」という。）」を加え、同条を第三十三条の二十三の十とし、同条の次に次の一条を加える。

第三十三条の二十三の十一　匿名障害児福祉等関連情報利用者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国（前条の規定により内閣総理大臣からの委託を受けて、連合会等が第三十三条の二十三の三第一項の規定による匿名障害児福祉等関連情報の提供に係る事務の全部を行う場合にあつては、連合会等）に納めなければならない。

内閣総理大臣は、前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の障害児の福祉の増進のために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者であるときは、政令で定めるところにより、当該手数料を減額し、又は免除することができる。

第一項の規定により連合会等に納められた手数料は、連合会等の収入とする。

第三十三条の二十三の二の次に次の七条を加える。

第三十三条の二十三の三　内閣総理大臣は、障害児の福祉の増進に資するため、匿名障害児福祉等関連情報（障害児福祉等関連情報に係る特定の障害児その他の内閣府令で定める者（次条において「本人」という。）を識別すること及びその作成に用いる障害児福祉等関連情報を復元することができないように

するために内閣府令で定める基準に従い加工した障害児福祉等関連情報をいう。以下同じ。）を利用し、又は内閣府令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であつて、匿名障害児福祉等関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

一　国の他の行政機関及び地方公共団体　障害児の福祉の増進並びに障害児通所給付費等及び障害児入所給付費等に関する施策の企画及び立案に関する調査

二　大学その他の研究機関　障害児の福祉の増進並びに障害児通所給付費等及び障害児入所給付費等に関する研究

三　民間事業者その他の内閣府令で定める者　障害福祉分野の調査研究に関する分析その他の内閣府令で定める業務（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）

内閣総理大臣は、前項の規定による匿名障害児福祉等関連情報の利用又は提供を行う場合には、当該匿名障害児福祉等関連情報を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第八十九条の二の三第一項に規定する匿名障害福祉等関連情報その他の内閣府令で定めるものと連結して利用し、又は連結して利用することができる状態で提供することができる。

内閣総理大臣は、第一項の規定により匿名障害児福祉等関連情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、こども家庭審議会の意見を聴かなければならない。

第三十三条の二十三の四　前条第一項の規定により匿名障害児福祉等関連情報の提供を受け、これを利用する者（以下「匿名障害児福祉等関連情報利用者」という。）は、匿名障害児福祉等関連情報を取り扱うに当たつては、当該匿名障害児福祉等関連情報の作成に用いられた障害児福祉等関連情報に係る本人を識別するために、当該障害児福祉等関連情報から削除された記述等若しくは匿名障害児福祉等関連情報の作成に用いられた加工の方法に関する情報を取得し、又は当該匿名障害児福祉等関連情報を他の情報と照合してはならない。

第三十三条の二十三の五　匿名障害児福祉等関連情報利用者は、提供を受けた匿名障害児福祉等関連情報を利用する必要がなくなつたときは、遅滞なく、当該匿名障害児福祉等関連情報を消去しなければならない。

第三十三条の二十三の六　匿名障害児福祉等関連情報利用者は、匿名障害児福祉等関連情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該匿名障害児福祉等関連情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして内閣府令で定める措置を講じなければならない。

第三十三条の二十三の七　匿名障害児福祉等関連情報利用者又は匿名障害児福祉等関連情報利用者であつた者は、匿名障害児福祉等関連情報の利用に関して知り得た匿名障害児福祉等関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

第三十三条の二十三の八　内閣総理大臣は、この節（第三十三条の十九から第三十三条の二十三の二まで、第三十三条の二十四及び第三十三条の二十五を除く。）の規定の施行に必要な限度において、匿名障害児福祉等関連情報利用者（国の他の行政機関を除く。以下この項及び次条において同じ。）に対し報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは匿名障害児福祉等関連情報利用者の事務所その他の事業所に立ち入り、匿名障害児福祉等関連情報利用者の帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

第十九条の十六第二項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は前項の規定による権限について準用する。

第三十三条の二十三の九　内閣総理大臣は、匿名障害児福祉等関連情報利用者が第三十三条の二十三の四から第三十三条の二十三の七までの規定に違反していると認めるときは、その者に対し、当該違反を是正するため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

第六十条の三第二号中「第二十一条の四の八」の下に「又は第三十三条の二十三の九」を加え、同条に次の一号を加える。

三　第三十三条の二十三の七の規定に違反して、匿名障害児福祉等関連情報の利用に関して知り得た匿名障害児福祉等関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用したとき。

第六十一条の五第一項中「第二十一条の四の七第一項」の下に「若しくは第三十三条の二十三の八第一項」を加え、「同項」を「これら」に改める。

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正）

第七条　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）の一部を次のように改正する。

第一条中「精神障害者の医療」を「障害者基本法（昭和四十五年法律第八十四号）の基本的な理念にの

つとり、精神障害者の権利の擁護を図りつつ、その医療」に改める。

第五条中「、精神病質」を削り、同条に次の一項を加える。

2　この法律で「家族等」とは、精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう。ただし、次の各号のいずれかに該当する者を除く。

一　行方の知れない者

二　当該精神障害者に対して訴訟をしている者又はした者並びにその配偶者及び直系血族

三　家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人

四　当該精神障害者に対して配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（平成十三年法律第三十一号）第一条第一項に規定する身体に対する暴力等を行つた配偶者その他の当該精神障害者の入院及び処遇についての意思表示を求めることが適切でない者として厚生労働省令で定めるもの

五　心身の故障により当該精神障害者の入院及び処遇についての意思表示を適切に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの

六　未成年者

第十八条第一項第四号中「一年」を「三年」に改める。

第十九条の五中「、第三項若しくは第四項」を「から第三項まで」に改める。

第十九条の十一第一項中「第三十三条第二項に規定する」を削る。

第二十一条第七項中「採る旨」の下に「及びその理由」を加える。

第二十九条第三項中「による措置」を「による入院措置」に改め、「精神障害者」の下に「及びその家族等であつて第二十八条第一項の規定による通知を受けたもの又は同条第二項の規定による立会いを行つたもの」を、「採る旨」の下に「及びその理由」を加える。

第二十九条の二第二項中「措置をとつた」を「規定による入院措置を採つた」に、「すみやかに」を「速やかに」に、「とる」を「採る」に改め、同条第四項中「措置」を「入院措置」に改める。

第三十三条第二項を削り、同条第三項中「第一項第一号」を「前項第一号」に改め、「（前項に規定する家族等をいう。以下同じ。）」を削り、同項を同条第二項とし、同条第四項中「第一項又は前項」を「前二項」に改め、同項を同条第三項とし、同条第五項中「第三十三条第四項」を「第三十三条第三項」に改め、同項を同条第四項とし、同条第六項中「第四項後段」を「第三項後段」に、「措置」を「入院措置」に改め、同項を同条第五項とし、同項の次に次の一項を加える。

6　第二項に規定する市町村長は、同項の規定に基づく事務に関し、関係行政機関又は関係地方公共団体に対し、必要な事項を照会することができる。

第三十三条第七項中「第三項又は第四項後段」を「第二項又は第三項後段」に、「措置」を「入院措置」に改める。

第三十三条の二中「第三項」を「第二項」に改める。

第三十三条の三第一項中「第三項又は第四項後段の規定による措置」を「第二項又は第三項後段の規定による入院措置」に改め、「おいては、当該精神障害者」の下に「及びその家族等であつて同条第一項の規定による同意をしたもの」を、「採る旨」の下に「及びその理由」を加え、同項ただし書中「ただし」の下に「、当該精神障害者については」を加え、「当該精神障害者の」を「その」に改める。

第三十三条の八中「措置」を「入院措置」に改め、同条に後段として次のように加える。

この場合において、第二十九条第三項中「当該精神障害者及びその家族等であつて第二十八条第一項の規定による通知を受けたもの又は同条第二項の規定による立会いを行つたもの」とあるのは、「当該精神障害者」と読み替えるものとする。

第三十四条第二項中「第三十三条第三項」を「第三十三条第二項」に改め、同条第四項中「、前三項」を「前三項」に改め、「について」の下に「、第三十三条第六項の規定は第二項の規定による移送を行う場合について」を加え、同項に後段として次のように加える。

この場合において、同条第六項中「第二項」とあるのは、「第三十四条第二項」と読み替えるものとする。

第三十八条の三第一項中「第三項」を「第二項」に、「措置」を「入院措置」に改める。

第三十八条の六第二項中「、第三項若しくは第四項」を「から第三項まで」に改める。

第三十八条の七第二項中「又は第三十三条第一項、第三項若しくは第四項」を「、医療保護入院者又は第三十三条第三項」に改め、同条第四項中「、第三項及び第四項」を「から第三項まで」に改める。

第五十一条の十三第三項中「第三十三条第三項」を「第三十三条第二項」に改める。

第五十三条第一項中「第三十三条第四項」を「第三十三条第三項」に改める。

第五十七条第一号中「第三十三条第五項」を「第三十三条第四項」に改める。

第八条　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を次のように改正する。

目次中

「第四節　精神科病院における処遇等（第三十六条―第四十条）　第五節　精神科病院における処遇等（第三十六条―第四十条）　第六節　虐待の防止（第四十一条―第四十四条）　第七節　雑則（第四十一条―第四十四条）」を

事業（第三十五条の二・第三十五条の三）

ける処遇等（第三十六条―第四十条）

四十条の二―第四十条の八）

条―第四十四条）」

に、「相談指導等」を「相談及び援助」に改める。

第四条第一項中「同条第十八項」を「同条第十九項」に改める。

第六条第二項第二号中「指導」を「援助」に改め、同項第五号中「第四項」の下に「並びに第四十八条の三第一項」を加える。

第十九条の四第一項中「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改め、「ないかどうかの判定」の下に「、第三十三条第六項第一号の規定による同条第一項第一号に掲げる者に該当するかどうかの判定」を加え、「（同条第二項において準用する場合を含む。）」を削り、同条第二項第六号中「第三十八条の六第一項」の下に「及び第四十条の五第一項」を加える。

第十九条の五中「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改める。

第二十九条の四第一項中「いる」の下に「同項に規定する」を加える。

第二十九条の五中「いる」の下に「第二十九条第一項に規定する」を加える。

第二十九条の七を第二十九条の九とし、第二十九条の六を第二十九条の八とし、第二十九条の五の次に次の見出し及び二条を加える。

（措置入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置）

第二十九条の六　措置入院者を入院させている第二十九条第一項に規定する精神科病院又は指定病院の管理者は、精神保健福祉士その他厚生労働省令で定める資格を有する者のうちから、厚生労働省令で定めるところにより、退院後生活環境相談員を選任し、その者に措置入院者の退院後の生活環境に関し、措置入院者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者に対する必要な情報の提供、助言その他の援助を行わせなければならない。

第二十九条の七　措置入院者を入院させている第二十九条第一項に規定する精神科病院又は指定病院の管理者は、措置入院者又はその家族等から求めがあつた場合その他措置入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる者（第三十三条の五において「地域援助事業者」という。）を紹介しなければならない。

一　一般相談支援事業又は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第五条第十九項に規定する特定相談支援事業（第四十九条第一項において「特定相談支援事業」という。）を行う者

二　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第七十七条第一項第三号又は第三項各号に掲げる事業を行う者

三　介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十四項に規定する居宅介護支援事業を行う者

四　前三号に掲げる者のほか、地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族等からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができると認められる者として厚生労働省令で定めるもの

第三十条の二中「（平成九年法律第百二十三号）」を削る。

第三十三条第一項中「なくても」の下に「、六月以内で厚生労働省令で定める期間の範囲内の期間を定め、」を加え、同条第二項中「できない」を「できず、若しくは同項の規定による同意若しくは不同意の意思表示を行わない」に改め、「なくても」の下に「、六月以内で厚生労働省令で定める期間の範囲内の期間を定め、」を加え、同条第七項中「又は」を「若しくは」に改め、「とき」の下に「、又は第六項の規定による入院の期間の更新をしたとき」を、「当該入院」の下に「又は当該入院の期間の更新」を、「添え」の下に「（前項の規定により家族等の同意を得たものとみなした場合にあつては、その旨を示し）」を加え、同項を同条第九項とし、同条第六項中「同項」の下に「又は前項」を加え、同項を同条第七項とし、同項の次に次の一項を加える。

8　精神科病院の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療保護入院者の家族等に第六項の規定によるその同意に関し必要な事項を通知しなければならない。この場合において、厚生労働省令で定

める日までにその家族等のいずれの者からも同項の規定による入院の期間の更新について不同意の意思表示を受けなかつたときは、同項の規定による家族等の同意を得たものとみなすことができる。ただし、当該同意の趣旨に照らし適当でない場合として厚生労働省令で定める場合においては、この限りでない。

第三十三条第五項の次に次の一項を加える。

6　精神科病院の管理者は、第一項又は第二項の規定により入院した者（以下「医療保護入院者」という。）であつて次の各号のいずれにも該当する者について、厚生労働省令で定めるところによりその家族等のうちいずれかの者（同項の場合にあつては、その者の居住地を管轄する市町村長）の同意があるときは、本人の同意がなくても、六月以内で厚生労働省令で定める期間の範囲内の期間を定め、これらの規定による入院の期間（この項の規定により入院の期間が更新されたときは、その更新後の入院の期間）を更新することができる。

一　指定医による診察の結果、なお第一項第一号に掲げる者に該当すること。

二　厚生労働省令で定める者により構成される委員会において当該医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置について審議が行われたこと。

第三十三条の二中「前条第一項又は第二項の規定により入院した者（以下「医療保護入院者」という。）」を「医療保護入院者」に改める。

第三十三条の三第一項中「又は」を「若しくは」に改め、「場合」の下に「又は同条第六項の規定による入院の期間の更新をする場合」を、「同条第一項」の下に「又は第六項」を、「採る旨」の下に「又は当該入院の期間の更新をする旨」を加え、同項ただし書中「採つた日」の下に「又は当該入院の期間の更新をした日」を加える。

第三十三条の四を次のように改める。

第三十三条の四　第二十九条の六及び第二十九条の七の規定は、医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者について準用する。この場合において、これらの規定中「措置入院者」とあるのは、「医療保護入院者」と読み替えるものとする。

第三十三条の五を削る。

第三十三条の六中「前二条」を「前条において準用する第二十九条の六及び第二十九条の七」に改め、同条を第三十三条の五とする。

第三十三条の七の前の見出しを削り、同条第三項中「第三十三条の七第二項」を「第三十三条の六第二項」に改め、同条第四項及び第五項中「措置」を「入院措置」に改め、同条を第三十三条の六とし、同条の前に見出しとして「（応急入院）」を付する。

第三十三条の八を第三十三条の七とする。

第三十四条第一項中「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改め、同条第二項中「できない」を「できず、若しくは同項の規定による同意若しくは不同意の意思表示を行わない」に、「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改め、同条第三項中「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改め、同条第四項中「第三十三条第六項」を「第三十三条第七項」に、「同条第六項」を「同条第七項」に、「、「第三十四条第二項」」を「「第三十四条第二項」と、「同項又は前項」とあるのは「同項」」に改める。

第五章中第五節を第七節とし、同節の前に次の一節を加える。

第六節　虐待の防止

（虐待の防止等）

第四十条の二　精神科病院の管理者は、当該精神科病院において医療を受ける精神障害者に対する虐待の防止に関する意識の向上のための措置、当該精神科病院において精神障害者の医療及び保護に係る業務に従事する者（以下「業務従事者」という。）その他の関係者に対する精神障害者の虐待の防止のための研修の実施及び普及啓発、当該精神科病院において医療を受ける精神障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備及びこれに対処するための措置その他の当該精神科病院において医療を受ける精神障害者に対する虐待を防止するため必要な措置を講ずるものとする。

2　指定医は、その勤務する精神科病院の管理者において、前項の規定による措置が円滑かつ確実に実施されるように協力しなければならない。

（障害者虐待に係る通報等）

第四十条の三　精神科病院において業務従事者による障害者虐待（業務従事者が、当該精神科病院において医療を受ける精神障害者について行う次の各号のいずれかに該当する行為をいう。以下同じ。）を受けたと思われる精神障害者を発見した者は、速やかに、これを都道府県に通報しなければならない。

一　障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成二十三年法律第七十九号。次号において「障害者虐待防止法」という。）第二条第七項各号（第四号を除く。）のいずれかに該当すること。

二　精神障害者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、当該精神科病院において医療を受ける他の精神障害者による障害者虐待防止法第二条第七項第一号から第三号までに掲げる行為と同様の行為の放置その他の業務従事者としての業務を著しく怠ること。

2　業務従事者による障害者虐待を受けた精神障害者は、その旨を都道府県に届け出ることができる。

3　刑法（明治四十年法律第四十五号）の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項の規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。

4　業務従事者は、第一項の規定による通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

（秘密保持義務）

第四十条の四　都道府県が前条第一項の規定による通報又は同条第二項の規定による届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた都道府県の職員は、その職務上知り得た事項であつて当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

（報告徴収等）

第四十条の五　厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、第四十条の二第一項の措置又は第四十条の三第一項の規定による通報若しくは同条第二項の規定による届出に関し、精神科病院の管理者に対し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、診療録その他の帳簿書類（その作成又は保存に代えて電磁的記録の作成又は保存がされている場合における当該電磁的記録を含む。）を検査させ、若しくは当該精神科病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、当該精神科病院に入院中の者を診察させることができる。

2　第十九条の六の十六第二項及び第三項の規定は、前項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。この場合において、同条第二項中「前項」とあるのは「第四十条の五第一項」と、「当該職員」とあるのは「当該職員及び指定医」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第四十条の五第一項」と読み替えるものとする。

（改善命令等）

第四十条の六　厚生労働大臣又は都道府県知事は、第四十条の二第一項の必要な措置が講じられていないと認めるとき、又は第四十条の三第一項の規定による通報若しくは同条第二項の規定による届出に係る精神科病院において業務従事者による障害者虐待が行われたと認めるときは、当該精神科病院の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又は必要な措置を採ることを命ずることができる。

2　都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた精神科病院の管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

3　厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神科病院の管理者が第一項の規定による命令に従わないときは、当該精神科病院の管理者に対し、期間を定めて第二十一条第一項、第三十三条第一項から第三項まで並びに第三十三条の六第一項及び第二項の規定による精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限することを命ずることができる。

4　都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合においては、その旨を公示しなければならない。

（公表）

第四十条の七　都道府県知事は、毎年度、業務従事者による障害者虐待の状況、業務従事者による障害者虐待があつた場合に採つた措置その他厚生労働省令で定める事項を公表するものとする。

（調査及び研究）

第四十条の八　国は、業務従事者による障害者虐待の事例の分析を行うとともに、業務従事者による障害者虐待の予防及び早期発見のための方策並びに業務従事者による障害者虐待があつた場合の適切な対応方法に資する事項についての調査及び研究を行うものとする。

第三十八条の二第一項中「いる」の下に「第二十九条第一項に規定する」を加え、同条第二項を削り、同条第三項中「又は第四項」を「若しくは第四項又は第四十条の六第一項若しくは第三項」に改め、同項を同条第二項とする。

第三十八条の三の見出しを「（入院措置時及び定期の入院の必要性に関する審査）」に改め、同条第一

項中「前条第一項若しくは第二項の規定による報告又は第三十三条第七項」を「第二十九条第一項の規定による入院措置を採つたとき、又は第三十三条第九項」に、「又は第二項」を「若しくは第二項」に改め、「入院措置」の下に「又は同条第六項の規定による入院の期間の更新」を、「限る。）」の下に「若しくは前条第一項の規定による報告」を加え、「報告又は届出」を「入院措置又は届出若しくは報告」に改め、同条第五項中「前条第三項」を「前条第二項」に改める。

第三十八条の四中「、その者の」を「その者の」に改め、「市町村長」の下に「とし、その家族等の全員が第三十三条第一項若しくは第六項又は第三十四条第一項の規定による同意又は不同意の意思表示を行わなかつた場合にあつてはその者の居住地を管轄する市町村長を含む。」を加え、「当該入院中の」を「その」に改める。

第三十八条の五の見出し中「による」の下に「入院の必要性等に関する」を加える。

第三十八条の六第二項中「規定による入院」の下に「若しくは同条第六項の規定による入院の期間の更新」を加える。

第三十八条の七第二項及び第四項中「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改める。

第五章中第四節を第五節とし、第三節の次に次の一節を加える。

第四節　入院者訪問支援事業

（入院者訪問支援事業）

第三十五条の二　都道府県は、精神科病院に入院している者のうち第三十三条第二項の規定により入院した者その他の外部との交流を促進するための支援を要するものとして厚生労働省令で定める者に対し、入院者訪問支援員（都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う研修を修了した者のうちから都道府県知事が選任した者をいう。次項及び次条において同じ。）が、その者の求めに応じ、訪問により、その者の話を誠実かつ熱心に聞くほか、入院中の生活に関する相談、必要な情報の提供その他の厚生労働省令で定める支援を行う事業（第三項及び次条において「入院者訪問支援事業」という。）を行うことができる。

2　入院者訪問支援員は、その支援を受ける者が個人の尊厳を保持し、自立した生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立つて、誠実にその職務を行わなければならない。

3　入院者訪問支援事業に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、その職務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。

（支援体制の整備）

第三十五条の三　入院者訪問支援事業を行う都道府県は、精神科病院の協力を得て、精神科病院における入院者訪問支援員による支援の在り方及び支援に関する課題を検討し、支援の体制の整備を図るよう努めなければならない。

第六章第二節の節名を次のように改める。

第二節　相談及び援助

第四十六条を第四十六条の二とし、第六章第二節中同条の前に次の一条を加える。

（精神障害者等に対する包括的支援の確保）

第四十六条　この節に定める相談及び援助は、精神障害の有無及びその程度にかかわらず、地域の実情に応じて、精神障害者等（精神障害者及び日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱えるもの（精神障害者を除く。）として厚生労働省令で定める者をいう。以下同じ。）の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として、行われなければならない。

第四十七条の見出しを「（相談及び援助）」に改め、同条第一項中「を指導させ」を「に対する必要な情報の提供、助言その他の援助を行わせ」に改め、同条第三項中「を指導し」を「に対し必要な情報の提供、助言その他の援助を行う」に改め、同条第四項中「を指導する」を「に対し必要な情報の提供、助言その他の援助を行う」に改め、同条第五項中「精神障害者及び」を「精神障害者等及び」に、「へ指導」を「に対し必要な情報の提供、助言その他の援助」に改め、同項を同条第六項とし、同条第四項の次に次の一項を加える。

5　都道府県及び市町村は、精神保健に関し、第四十六条の厚生労働省令で定める者及びその家族等その他の関係者からの相談に応じ、及びこれらの者に対し必要な情報の提供、助言その他の援助を行うことができる。

第四十八条第一項中「精神障害者及び」を「精神障害者等及び」に、「指導」を「情報の提供、助言その他の援助」に改め、同条の次に次の二条を加える。

（支援体制の整備）

第四十八条の二　都道府県及び市町村は、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第八十九条の三第一項に規定する協議会の活用等により、精神障害者等への支援の体制の整備について、関係機関、関係団体並びに精神障害者等及びその家族等並びに精神障害者等の保健医療及び福祉に関連する職務に従事する者その他の関係者による協議を行うように努めなければならない。

（都道府県の協力等）

第四十八条の三　都道府県は、市町村（保健所を設置する市を除く。）の求めに応じ、第四十七条第四項及び第五項の規定により当該市町村が行う業務の実施に関し、その設置する精神保健福祉センター及び保健所による技術的事項についての協力その他当該市町村に対する必要な援助を行うように努めなければならない。

2　都道府県は、保健所を設置する市（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下「指定都市」という。）を除く。）及び特別区の求めに応じ、第四十七条第一項、第二項及び第五項の規定により当該保健所を設置する市及び特別区が行う業務の実施に関し、その設置する精神保健福祉センターによる技術的事項についての協力その他当該保健所を設置する市及び特別区に対する必要な援助を行うように努めなければならない。

第四十九条第一項中「指導及び」を削る。

第五十一条の二第一項及び第五十一条の三第二号中「訓練及び指導等」を「訓練等」に改める。

第五十一条の四中「及び指導」を削る。

第五十二条の十二第一項中「地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下「指定都市」という。）」を「指定都市」に改める。

第五十一条の十三第一項中「第三十三条の八」を「第三十三条の七」に、「第二十九条の七」を「第二十九条の九」に、「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改め、「第六項」の下に「、第五章第四節、第四十条の三、第四十条の七」を加え、同条第三項中「及び」の下に「第六項並びに」を加える。

第五十二条中「者は」を「場合には、当該違反行為をした者は」に改め、同条各号中「者」を「とき。」に改め、同条に次の一号を加える。

五　第四十条の六第三項の規定による命令に違反したとき。

第五十三条第一項中「第三十三条の七第二項」を「第三十三条の六第二項」に改める。

第五十三条の二の次に次の一条を加える。

第五十三条の三　第三十五条の二第三項の規定に違反した者は、一年以下の拘禁刑又は三十万円以下の罰金に処する。

2　前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

第五十四条中「次の各号のいずれかに該当する」を「第十九条の六の十三の規定による停止の命令に違反したときは、当該違反行為をした」に改め、同条各号を削り、同条に次の一項を加える。

2　虚偽の事実を記載して第二十二条第一項の申請をした者は、六月以下の拘禁刑又は五十万円以下の罰金に処する。

第五十五条中「者は」を「場合には、当該違反行為をした者は」に改め、同条第一号中「者」を「とき。」に改め、同条第二号及び第三号中「忌避した者」を「忌避し、」に、「妨げた者」を「妨げたとき。」に改め、同条第四号から第六号までの規定中「者」を「とき。」に改め、同条第七号中「第三十八条の六第二項」を「精神科病院の管理者が、第三十八条の六第二項」に、「精神科病院の管理者」を「とき。」に改め、同条第八号中「者」を「とき。」に改め、同号を同条第九号とし、同条第七号の次に次の一号を加える。

八　第四十条の五第一項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による検査若しくは診察を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をしたとき。

第五十六条中「第五十四条第一号」を「第五十四条第一項」に改める。

第五十七条第一号中「第三十三条の七第三項」を「第三十三条の六第三項」に改め、同条第七号中「第三十三条第七項」を「第三十三条第九項」に改め、同条第八号中「第三十三条の七第五項」を「第三十三条の六第五項」に改め、同条第九号中「又は同条第二項において準用する同条第一項」を削る。

（障害者の雇用の促進等に関する法律の一部改正）

第九条　障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第百二十三号）の一部を次のように改正する。

「第三節　対象障害者以外の障害者に関する特例（第七十

目次中「第七十二条」を「第六十八条」に、

第四節　障害者の在宅就業に関する特例（第七十四条の三条・第七十四条）

を

第四節　対象障害者以外の障害者に関する特例（第七十三条・第七十四条の二・第七十四条の三）

第五節　障害者の在宅就業に関する特例（第七十四条の二・第七十四条の三）

に改める。

第五条中「すべて」を「全て」に改め、「雇用管理」の下に「並びに職業能力の開発及び向上に関する措置」を加える。

第二十条第四号中「障害者就業・生活支援センター」の下に「、就労支援事業者（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（平成十七年法律第百二十三号）第五条第十三項に規定する就労移行支援を行う事業者をいう。第二十二条第五号において同じ。）」を、「関係機関」の下に「及びこれらの機関の職員」を、「指導」の下に「、研修」を加える。

第二十二条第五号中「障害者就業・生活支援センター」の下に「、就労支援事業者」を、「関係機関」の下に「及びこれらの機関の職員」を、「助言」の下に「、研修」を加える。

第三十七条第二項中「第三節」を「第四節」に改める。

第四十五条の三第二項中「、事業協同組合」の下に「、有限責任事業組合契約に関する法律（平成十七年法律第四十号）第二条に規定する有限責任事業組合（中小企業者（中小企業基本法（昭和三十八年法律第百五十四号）第二条第一項各号に掲げるものに限る。）のみがその組合員となつていることその他の厚生労働省令で定める要件を満たすものに限る。次項第四号及び第七項において「特定有限責任事業組合」という。）」を加え、同条第三項に次の一号を加える。

四　特定有限責任事業組合にあつては、解散の事由が生じた場合に講ずることが必要な措置として厚生労働省令で定める措置のうち、当該特定有限責任事業組合が講ずることとするもの

第四十五条の三第七項中「とき」の下に「、又は当該認定に係る特定有限責任事業組合が第二項の厚生労働省令で定める要件を満たさなくなつたと認めるとき」を加える。

第四十九条第一項第一号中「第四節」を「第五節」に改め、同項第一号の二を削り、同項第四号中ロをハとし、イの次に次のように加える。

ロ　加齢に伴つて生ずる心身の変化により職場への適応が困難となつた対象障害者である労働者の雇用の継続のために必要となる当該労働者が職場に適応することを容易にするための措置

第四十九条第一項第七号の次に次の一号を加える。

七の二　対象障害者の雇入れ及びその雇用の継続を図るために必要な対象障害者の一連の雇用管理に関する援助の事業を行うものに対して、当該援助の事業に要する費用に充てるための助成金を支給すること。

第五十条第一項中「得た数」の下に「（以下この項において「超過数」という。）」を、「に乗じて得た額」の下に「（超過数が政令で定める数を超えるときは、当該政令で定める数を単位調整額に乗じて得た額に、当該超過数から当該政令で定める数を減じた数を次項の政令で定める金額に満たない範囲内において厚生労働省令で定める金額に乗じて得た額を加えた額）」を加える。

第五十一条の見出し中「特例給付金及び」を削り、同条第一項中「第四十九条第一項第一号の二の特例給付金及び同項第二号から第七号まで」を「第四十九条第一項第二号から第七号の二まで」に改め、同条第二項中「特例給付金及び」を削る。

第五十三条第一項中「、同項第一号の二の特例給付金」を削り、「第七号」を「第七号の二」に改める。

第六十九条から第七十二条までを次のように改める。

（雇用義務に係る規定の特定短時間勤務職員についての適用に関する特例）

第六十九条　第三十八条第一項の対象障害者である職員の数の算定に当たつては、同条第三項及び第五項の規定にかかわらず、重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である特定短時間勤務職員（短時間勤務職員のうち、一週間の勤務時間が厚生労働大臣の定める時間の範囲内にある職員をいう。）は、その一人をもつて、第四十三条第五項の厚生労働省令で定める数に満たない範囲内において厚生労働省令で定める数の対象障害者である職員に相当するものとみなす。

（雇用義務に係る規定の特定短時間労働者についての適用に関する特例）

第七十条　第四十三条第一項、第四十四条第一項第二号、第四十五条の二第一項第三号、第四十五条の三

第一項第四号及び第六号並びに第四十六条第一項の対象障害者である労働者の数の算定に当たつては、第四十三条第三項及び第五項、第四十四条第三項並びに第四十五条の二第四項及び第六項（第四十五条の三第六項及び第四十六条第二項において準用する場合を含む。）の規定にかかわらず、重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である特定短時間労働者（短時間労働者のうち、一週間の所定労働時間が厚生労働大臣の定める時間の範囲内にある労働者をいい、当該算定に係る事業主から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第二十九条第一項の指定障害福祉サービス（同法第五条第十四項に規定する就労継続支援であつて、厚生労働省令で定める便宜を供与するものに限る。）を受けている者を除く。以下同じ。）は、その一人をもつて、第四十三条第五項の厚生労働省令で定める数に満たない範囲内において厚生労働省令で定める数の対象障害者である労働者に相当するものとみなす。

（納付金関係業務に係る規定の特定短時間労働者についての適用に関する特例）

第七十一条　第五十条第一項並びに第五十五条第一項及び第二項の対象障害者である労働者の数の算定に当たつては、第五十条第四項及び第五十五条第三項において準用する第四十五条の二第四項及び第六項の規定にかかわらず、重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である特定短時間労働者は、その一人をもつて、第四十三条第五項の厚生労働省令で定める数に満たない範囲内において厚生労働省令で定める数の対象障害者である労働者に相当するものとみなす。

第七十二条　削除

第七十四条の二に次の一項を加える。

11　第二項の対象障害者である労働者の数の算定に当たつては、前項において準用する第四十五条の二第四項及び第六項の規定にかかわらず、重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である特定短時間労働者は、その一人をもつて、第四十三条第五項の厚生労働省令で定める数に満たない範囲内において厚生労働省令で定める数の対象障害者である労働者に相当するものとみなす。

第七十四条の三第四項第一号中「十人」を「五人」に改め、同項第二号中「実施し、その人数が二人以上である」を「実施している」に改め、同項第三号中「専任の」を削る。

第三章中第四節を第五節とし、第三節を第四節とする。

第六十九条の前に次の節名を付する。

第三節　特定短時間労働者等に関する特例

附則第四条第一項中「第四節」を「第五節」に改め、同条第三項中「超える数」の下に「（以下この項において「超過数」という。）」を、「得た額」の下に「（超過数が同条第一項の政令で定める数以上の数で厚生労働省令で定める数を超えるときは、当該厚生労働省令で定める数を同条第二項に規定する単位調整額以下の額で厚生労働省令で定める額に乗じて得た額に、当該超過数から当該厚生労働省令で定める数を減じた数を当該厚生労働省令で定める額に満たない範囲内において厚生労働省令で定める額に乗じて得た額を加えた額）」を加え、同条第九項を同条第十項とし、同条第八項の次に次の一項を加える。

9　第三項及び第四項の対象障害者である労働者の数の算定に当たつては、前項において準用する第四十五条の二第四項及び第六項並びに第七十四条の二第十項の規定にかかわらず、重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である特定短時間労働者は、その一人をもつて、第四十三条第五項の厚生労働省令で定める数に満たない範囲内において厚生労働省令で定める数の対象障害者である労働者に相当するものとみなす。

第十条　障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を次のように改正する。

第十二条の見出し中「連携」を「連携等」に改め、同条に次の一項を加える。

2　公共職業安定所及び第十九条第一項に規定する障害者職業センターは、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（平成十七年法律第百二十三号）第五条第十三項に規定する就労選択支援を受けた者から同項の結果の提供を受けたときは、その結果を参考として、前条及び前項の適性検査、職業指導等を行うものとする。

第二十条第四号中「（平成十七年法律第百二十三号）第五条第十三項」を「第五条第十三項に規定する就労選択支援又は同条第十四項」に改める。

第七十条中「第五条第十四項」を「第五条第十五項」に改める。

（難病の患者に対する医療等に関する法律の一部改正）

第十一条　難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）の一部を次のように改正する。

第五条第二項第一号中「同法第六条の二第一項に規定する」を削り、「小児慢性特定疾病児童等」の下に「（同法第六条の二第二項に規定する小児慢性特定疾病児童等をいう。第三十二条第四項において同

じ。）」を加える。

第七条第五項を次のように改める。

5　支給認定は、次の各号に掲げる者の区分に応じ、当該各号に定める日に遡ってその効力を生ずる。

一　第一項第一号に掲げる場合に該当する者　指定医が、当該者の病状の程度が同号の厚生労働大臣が定める程度であると診断した日、又は当該支給認定の申請のあった日から当該申請に通常要する期間を勘案して政令で定める一定の期間前の日のいずれか遅い日

二　第一項第二号に掲げる場合に該当する者　当該者が同号の政令で定める基準に該当することとなった日の翌日、又は当該支給認定の申請のあった日から当該申請に通常要する期間を勘案して政令で定める一定の期間前の日のいずれか遅い日

第二十八条第三項中「その他の関係者」を「及び難病の患者の福祉又は雇用その他の難病の患者に対する支援に関する業務を行う関係機関」に改める。

第三十二条に次の一項を加える。

4　第一項の規定により協議会が置かれた都道府県、保健所を設置する市及び特別区の区域について児童福祉法第十九条の二十三第一項の規定により小児慢性特定疾病対策地域協議会が置かれている場合には、当該協議会及び小児慢性特定疾病対策地域協議会は、難病の患者及び小児慢性特定疾病児童等への支援体制の整備を図り、かつ、小児慢性特定疾病児童等に対し必要な医療等を切れ目なく提供するため、相互に連携を図るよう努めるものとする。

第十二条　難病の患者に対する医療等に関する法律の一部を次のように改正する。

目次中「第二十七条」の下に「―第二十七条の十」を加え、「第四十七条」を「第五十一条」に改める。

第二十七条に見出しとして「（調査及び研究の推進）」を付し、同条第一項中「研究」の下に「並びに難病の患者の療養生活の質の維持向上を図るための調査及び研究」を加え、同条第三項中「より難病」を「より地方公共団体、難病」に改め、「行う者」の下に「、難病の患者の療養生活の質の維持向上を図るための調査及び研究を行う者」を加え、同条に次の一項を加える。

5　都道府県は、厚生労働大臣に対し、指定難病の患者に係る指定難病の病名、病状の程度その他の厚生労働省令で定める指定難病の患者に関する情報（厚生労働省令で定めるところにより指定難病の患者その他厚生労働省令で定める者の同意を得た情報に限る。以下「同意指定難病関連情報」という。）を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

第四章中第二十七条の次に次の九条を加える。

（難病に関する調査及び研究の推進等のための匿名指定難病関連情報の利用又は提供）

第二十七条の二　厚生労働大臣は、難病に関する調査及び研究の推進並びに国民保健の向上に資するため、匿名指定難病関連情報（同意指定難病関連情報に係る特定の指定難病の患者（次条において「本人」という。）を識別すること及びその作成に用いる同意指定難病関連情報を復元することができないようにするために厚生労働省令で定める基準に従い加工した同意指定難病関連情報をいう。以下同じ。）を利用し、又は厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であって、匿名指定難病関連情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

一　国の他の行政機関及び地方公共団体　難病対策に関する施策の企画及び立案に関する調査

二　大学その他の研究機関　難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保又は難病の患者の療養生活の質の維持向上に資する研究

三　民間事業者その他の厚生労働省令で定める者　難病の患者に対する医療又は難病の患者の福祉の分野の研究開発に資する分析その他の厚生労働省令で定める業務（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）

2　厚生労働大臣は、前項の規定による匿名指定難病関連情報の利用又は提供を行う場合には、当該匿名指定難病関連情報を児童福祉法第二十一条の四の二第一項に規定する匿名小児慢性特定疾病関連情報その他の厚生労働省令で定めるものと連結して利用し、又は連結して利用することができる状態で提供することができる。

3　厚生労働大臣は、第一項の規定により匿名指定難病関連情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、厚生科学審議会の意見を聴かなければならない。

（照合等の禁止）

第二十七条の三　前条第一項の規定により匿名指定難病関連情報の提供を受け、これを利用する者（以下「匿名指定難病関連情報利用者」という。）は、匿名指定難病関連情報を取り扱うに当たっては、当該

匿名指定難病関連情報の作成に用いられた同意指定難病関連情報に係る本人を識別するために、当該同意指定難病関連情報から削除された記述等（文書、図画若しくは電磁的記録（電磁的方式（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式をいう。）で作られる記録をいう。）に記載され、若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項をいう。）若しくは匿名指定難病関連情報の作成に用いられた加工の方法に関する情報を取得し、又は当該匿名指定難病関連情報を他の情報と照合してはならない。

（消去）

第二十七条の四　匿名指定難病関連情報利用者は、提供を受けた匿名指定難病関連情報を利用する必要がなくなったときは、遅滞なく、当該匿名指定難病関連情報を消去しなければならない。

（安全管理措置）

第二十七条の五　匿名指定難病関連情報利用者は、匿名指定難病関連情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該匿名指定難病関連情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

（利用者の義務）

第二十七条の六　匿名指定難病関連情報利用者又は匿名指定難病関連情報利用者であった者は、匿名指定難病関連情報の利用に関して知り得た匿名指定難病関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

（立入検査等）

第二十七条の七　厚生労働大臣は、この章（第二十七条を除く。）の規定の施行に必要な限度において、匿名指定難病関連情報利用者（国の他の行政機関を除く。以下この項及び次条において同じ。）に対し報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは匿名指定難病関連情報利用者の事務所その他の事業所に立ち入り、匿名指定難病関連情報利用者の帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2　第二十一条第二項の規定は前項の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は前項の規定による権限について準用する。

（是正命令）

第二十七条の八　厚生労働大臣は、匿名指定難病関連情報利用者が第二十七条の三から第二十七条の六までの規定に違反していると認めるときは、その者に対し、当該違反を是正するため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

（国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所等への委託）

第二十七条の九　厚生労働大臣は、第二十七条第一項に規定する調査及び研究並びに第二十七条の二第一項の規定による利用又は提供に係る事務の全部又は一部を国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所その他厚生労働省令で定める者（次条第一項及び第三項において「医薬基盤・健康・栄養研究所等」という。）に委託することができる。

（手数料）

第二十七条の十　匿名指定難病関連情報利用者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国（前条の規定により厚生労働大臣からの委託を受けて、医薬基盤・健康・栄養研究所等が第二十七条の二第一項の規定による匿名指定難病関連情報の提供に係る事務の全部を行う場合にあっては、医薬基盤・健康・栄養研究所等）に納めなければならない。

2　厚生労働大臣は、前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の難病に関する調査及び研究の推進並びに国民保健の向上に資するために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者であるときは、政令で定めるところにより、当該手数料を減額し、又は免除することができる。

3　第一項の規定により医薬基盤・健康・栄養研究所等に納められた手数料は、医薬基盤・健康・栄養研究所等の収入とする。

第二十八条第四項中「第二項」を「第三項」に改め、同項を同条第五項とし、同条第三項を同条第四項とし、同条第二項中「前項第一号」を「第一項第一号」に改め、同項を同条第三項とし、同条第一項の次に次の一項を加える。

2　都道府県は、前項に規定する事業のほか、療養生活環境整備事業として、指定難病の患者が、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、指定難病要支援者証明事業（指定難病の患者に対し、指定難病にかかっている旨その他の厚生労働省令で定める事項を書面による方法により証明する事業をいう。）を行うよう努めるものとする。

第二十九条第三項中「前条第二項」を「前条第三項」に改める。

第四十四条中「第二十八条第四項」を「第二十八条第五項」に改める。

第四十七条を第五十一条とし、第四十六条を第五十条とし、第四十五条を第四十七条とし、同条の次に次の二条を加える。

第四十八条　第四十五条の罪は、日本国外において同条の罪を犯した者にも適用する。

第四十九条　法人（法人でない社団又は財団で代表者又は管理人の定めがあるもの（以下この条において「人格のない社団等」という。）を含む。以下この項において同じ。）の代表者（人格のない社団等の管理人を含む。）又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して、第四十五条又は第四十六条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても、各本条の罰金刑を科する。

2　人格のない社団等について前項の規定の適用がある場合には、その代表者又は管理人がその訴訟行為につき当該人格のない社団等を代表するほか、法人を被告人又は被疑者とする場合の刑事訴訟に関する法律の規定を準用する。

第四十四条の次に次の二条を加える。

第四十五条　次の各号のいずれかに該当する場合には、当該違反行為をした者は、一年以下の拘禁刑若しくは五十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

一　第二十七条の六の規定に違反して、匿名指定難病関連情報の利用に関して知り得た匿名指定難病関連情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用したとき。

二　第二十七条の八の規定による命令に違反したとき。

第四十六条　正当な理由がないのに、第二十七条の七第一項の規定による報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の帳簿書類の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による質問に対して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、当該違反行為をした者は、五十万円以下の罰金に処する。

（身体障害者福祉法の一部改正）

第十三条　身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）の一部を次のように改正する。

第九条第二項中「及び生活保護法」を「、生活保護法」に改め、「その他の適当な施設」という。）に入所している身体障害者」の下に「、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第十一項に規定する特定施設（以下この項及び次項において「介護保険施設」という。）に入所している身体障害者及び老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて同法第二十条の四に規定する養護老人ホーム（以下この項において「養護老人ホーム」という。）に入所している身体障害者」を加え、「特定施設入所身体障害者」を「特定施設入所等身体障害者」に、「又は救護施設」を「、救護施設」に改め、「若しくはその他の適当な施設」の下に「、介護保険特定施設若しくは介護保険施設又は養護老人ホーム」を加え、「入所前」を「入所又は入居の前」に、「特定施設に入所して」を「特定施設に入所又は入居をして」に、「継続入所身体障害者」を「継続入所等身体障害者」に、「入所した」を「入所又は入居をした」に改め、同条第三項中「又は生活保護法」を「生活保護法」に、「特定施設に入所した」を「、若しくは老人福祉法第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて特定施設（介護保険特定施設及び介護保険施設を除く。）に入所した場合又は介護保険特定施設若しくは介護保険施設に入所若しくは入居をした」に改め、同条第四項中「入所して」を「入所し、又は入居して」に改め、同条第六項中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

第十条第二項第二号ニ中「第五条第二十五項」を「第五条第二十六項」に改める。

第十二条の三第四項中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

（知的障害者福祉法の一部改正）

第十四条　知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）の一部を次のように改正する。

第九条第二項中「及び生活保護法」を「、生活保護法」に改め、「その他の適当な施設」という。）に入所している知的障害者」の下に「、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第十一項に規定する特定施設（以下この項及び次項において「介護保険特定施設」という。）に入居し、又は同条第二十五項に規定する介護保険施設（以下この項及び次項において「介護保険施設」という。）に入所している身体障害者及び老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて同法第二十条の四に規定する養護老人ホーム（以下この項において「養護老人ホーム」という。）に入所している身体障害者」を加え、「特定施設入所身体障害者」を「特定施設入所等身体障害者」に、「又は救護施設」を「、救護施設」に改め、「若しくはその他の適当な施設」の下に「、介護保険特定施設若しくは介護保険施設又は養護老人ホーム」を加え、「入所前」を「入所又は入居の前」に、「特定施設に入所して」を「特定施設に入所又は入居をして」に、「継続入所身体障害者」を「継続入所等身体障害者」に、「入所した」を「入所又は入居をした」に改め、同条第三項中「又は生活保護法」を「生活保護法」に、「特定施設に入所した」を「、若しくは老人福祉法第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて特定施設（介護保険特定施設及び介護保険施設を除く。）に入所した場合又は介護保険特定施設若しくは介護保険施設に入所若しくは入居をした」に改め、同条第四項中「入所して」を「入所し、又は入居して」に改め、同条第六項中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

第十条第二項第二号ニ中「第五条第二十五項」を「第五条第二十六項」に改める。

第十二条の三第四項中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

（知的障害者福祉法の一部改正）

第十四条　知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）の一部を次のように改正する。

第九条第二項中「及び生活保護法」を「、生活保護法」に改め、「その他の適当な施設」という。）に入所している知的障害者」の下に「、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第十一項に規定する特定施設（以下この項及び次項において「介護保険特定施設」という。）に入居し、又は同条第二十五項に規定する介護保険施設（以下この項及び次項において「介護保険施設」という。）に入所している身体障害者及び老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて同法第二十条の四に規定する養護老人ホーム（以下この項において「養護老人ホーム」という。）に入所している身体障害者」を加え、「特定施設入所身体障害者」を「特定施設入所等身体障害者」に、「又は救護施設」を「、救護施設」に改め、「若しくはその他の適当な施設」の下に「、介護保険特定施設若しくは介護保険施設又は養護老人ホーム」を加え、「入所前」を「入所又は入居の前」に、「特定施設に入所して」を「特定施設に入所又は入居をして」に、「継続入所身体障害者」を「継続入所等身体障害者」に、「入所した」を「入所又は入居をした」に改め、同条第三項中「又は生活保護法」を「生活保護法」に、「特定施設に入所した」を「、若しくは老人福祉法第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて特定施設（介護保険特定施設及び介護保険施設を除く。）に入所した場合又は介護保険特定施設若しくは介護保険施設に入所若しくは入居をした」に改め、同条第四項中「入所して」を「入所し、又は入居して」に改め、同条第六項中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

第十条第二項第二号ニ中「第五条第二十五項」を「第五条第二十六項」に改める。

第十二条の三第四項中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

（知的障害者福祉法の一部改正）

第十四条　知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）の一部を次のように改正する。

第九条第二項中「及び生活保護法」を「、生活保護法」に改め、「その他の適当な施設」という。）に入所している知的障害者」の下に「、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第十一項に規定する特定施設（以下この項及び次項において「介護保険特定施設」という。）に入居し、又は同条第二十五項に規定する介護保険施設（以下この項及び次項において「介護保険施設」という。）に入所している身体障害者及び老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて同法第二十条の四に規定する養護老人ホーム（以下この項において「養護老人ホーム」という。）に入所している身体障害者」を加え、「特定施設入所身体障害者」を「特定施設入所等身体障害者」に、「又は救護施設」を「、救護施設」に改め、「若しくはその他の適当な施設」の下に「、介護保険特定施設若しくは介護保険施設又は養護老人ホーム」を加え、「入所前」を「入所又は入居の前」に、

「特定施設に入所して」を「特定施設に入所又は入居をして」に、「継続入所知的障害者」を「継続入所等知的障害者」に、「入所した」を「入所又は入居をした」に改め、同条第三項中「又は生活保護法」を「生活保護法」に、「特定施設に入所した」を「、若しくは老人福祉法第十一条第一項第一号の規定により入所措置が採られて特定施設（介護保険特定施設及び介護保険施設を除く。）に入所した場合又は介護保険特定施設若しくは介護保険施設に入所若しくは入居をした」に改め、同条第四項中「入所して」を「入所し、又は入居して」に改める。

第十一条第二項及び第十五条の二第四項中「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める。

（精神保健福祉士法の一部改正）

第十五条　精神保健福祉士法（平成九年法律第百三十一号）の一部を次のように改正する。

第二条中「又は」を「若しくは」に、「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改め、「社会復帰に関する相談」の下に「又は精神障害者及び精神保健に関する課題を抱える者の精神保健に関する相談」を加える。

附　則

（施行期日）

第一条　この法律は、令和六年四月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一　第七条中精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）第一条の改正規定及び精神保健福祉法第五条の改正規定（「、精神病質」を削る部分に限る。）並びに附則第三条、第二十三条及び第四十三条の規定　公布の日

二　第一条の規定、第四条中児童福祉法第二十一条の五の七第一項、第三十三条の十八第一項、第三十三条の二十第五項及び第三十三条の二十二の改正規定並びに第三十三条の二十三の次に二条を加える改正規定、第七条の規定（前号に掲げる改正規定を除く。）、第九条中障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「障害者雇用促進法」という。）第五条、第二十条、第二十二条、第四十五条の三第二項、第三項及び第七項並びに第七十四条の三第四項の改正規定、第十三条中身体障害者福祉法第九条第二項から第四項までの改正規定並びに第十四条中知的障害者福祉法第九条第二項から第四項までの改正規定並びに附則第四条、第十条、第十一条、第二十一条、第二十二条、第二十四条、第三十六条及び第三十七条の規定　令和五年四月一日

三　第四条の規定（前号に掲げる改正規定を除く。）及び第十一条の規定並びに附則第七条及び第十八条の規定　令和五年十月一日

四　第三条の規定、第六条の規定、第八条中精神保健福祉法第四条第一項の改正規定、第十条の規定、第十三条の規定（第二号に掲げる改正規定を除く。）、第十四条の規定（同号に掲げる改正規定を除く。）及び第十五条中精神保健福祉士法第二条の改正規定（「第五条第十八項」を「第五条第十九項」に改める部分に限る。）並びに附則第六条、第二十七条、第二十八条、第三十一条から第三十四条まで、第三十八条、第四十一条及び第四十二条の規定　公布の日から起算して三年を超えない範囲内において政令で定める日

（検討）

第二条　政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後の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、児童福祉法、精神保健福祉法、障害者雇用促進法及び難病の患者に対する医療等に関する法律の規定について、その施行の状況等を勘案しつつ検討を加え、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。

第三条　政府は、精神保健福祉法の規定による本人の同意がない場合の入院の制度の在り方等に関し、精神疾患の特性及び精神障害者の実情等を勘案するとともに、障害者の権利に関する条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする。

（障害者総合支援法による支給決定に関する経過措置）

第四条　第一条の規定による改正後の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（以下「第二号改正後障害者総合支援法」という。）附則第十八条第二項の規定により読み替えられた第二号改正後障害者総合支援法第十九条第三項（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（以下「障害者総合支援法」という。）第二十四条第三項、第五十一条の五第二項、第五十一条の九第三項、第五十二条第二項、第五十六条第三項及び第七十六条第四項において準用する場合を含む。以下この条において「読替え後の新第十九条第三項」という。）の規定は、附則第一条第二号に掲げる規定の施行の日（以下「第二号施行日」という。）以後に読替え後の新第十九条第三項に規定する特定施設（以下この条において「新特定施設」という。）に入所又は入居をすることにより、当該新特定施設の所在する場

所に居住地を変更したと認められる読替え後の新第十九条第三項に規定する特定施設入所等障害者について適用する。

2　第二号改正後障害者総合支援法附則第十八条第二項の規定により読み替えられた第二号改正後障害者総合支援法第十九条第四項（障害者総合支援法第二十四条第三項、第五十一条の五第二項、第五十一条の九第三項、第五十二条第二項、第五十六条第三項及び第七十六条第四項において準用する場合並びに第二号改正後障害者総合支援法附則第二条第二項の規定により読み替えて適用する場合を含む。以下この条において「読替え後の新第十九条第四項」という。）の規定は、第二号施行日以後に継続して新特定施設に入所又は入居をすることにより、当該新特定施設の所在する場所に居住地を変更したと認められる読替え後の新第十九条第四項の障害者等について適用する。

3　第二号施行日から令和六年三月三十一日までの間における読替え後の新第十九条第三項及び読替え後の新第十九条第四項の規定の適用については、読替え後の新第十九条第三項中「介護保険施設」という。）」とあるのは「介護保険施設」という。）若しくは介護療養型医療施設（健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）第二十六条の規定の施行の際現に同条の規定による改正前の介護保険法第四十八条第一項第三号の指定を受けている同法第八条第二十六項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下この項及び次項において同じ。）」と、「介護保険特定施設若しくは介護保険施設」とあるのは「介護保険特定施設、介護保険施設若しくは介護療養型医療施設」とし、読替え後の新第十九条第四項中「及び介護保険施設」とあるのは「、介護保険施設及び介護療養型医療施設」と、「若しくは介護保険施設」とあるのは「、介護保険施設若しくは介護療養型医療施設」とする。

（訓練等給付費等の支給に関する経過措置）

第五条　この法律の施行の日（以下「施行日」という。）前に行われた障害者総合支援法第二十九条第一項に規定する指定障害福祉サービス等（次項において「指定障害福祉サービス等」という。）に係る同条第一項の規定による訓練等給付費の支給については、なお従前の例による。

2　施行日前に行われた障害者総合支援法第三十条第一項第一号の規定による指定障害福祉サービス等又は同項第二号に規定する基準該当障害福祉サービスに係る同項の規定による特例訓練等給付費の支給については、なお従前の例による。

（障害者総合支援法の一部改正に伴う調整規定）

第六条　附則第一条第四号に掲げる規定の施行の日（附則第十四条第二項において「第四号施行日」という。）が刑法等の一部を改正する法律（令和四年法律第六十七号）の施行の日（以下「刑法施行日」という。）前である場合には、刑法施行日の前日までの間における第三条の規定による改正後の障害者総合支援法（附則第二十三条において「第四号改正後障害者総合支援法」という。）第百九条の二の規定の適用については、同条中「拘禁刑」とあるのは、「懲役」とする。刑法施行日以後における刑法施行日前にした行為に対する同条の規定の適用についても、同様とする。

（小児慢性特定疾病医療費の支給に関する経過措置）

第七条　第四条の規定（附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。）による改正後の児童福祉法（以下「第三号改正後児童福祉法」という。）第十九条の三第八項の規定は、同号に掲げる規定の施行の日（以下「第三号施行日」という。）以後にされる児童福祉法第十九条の三第一項の申請に係る同条第三項に規定する医療費支給認定（以下この条及び次条において「医療費支給認定」という。）について適用し、第三号施行日前にされた同法第十九条の三第一項の申請に係る医療費支給認定については、なお従前の例による。この場合において、第三号改正後児童福祉法第十九条の三第八項中「又は当該医療費支給認定」とあるのは「当該医療費支給認定」と、「前の日」とあるのは「前の日又は令和五年十月一日」とする。

（同意小児慢性特定疾病関連情報に関する経過措置）

第八条　都道府県が、児童福祉法第十九条の三第七項に規定する医療費支給認定保護者又は同項に規定する医療費支給認定患者の同意を施行日前に得て、厚生労働大臣に提供した医療費支給認定に係る同法第六条の二第二項に規定する小児慢性特定疾病児童等に関する情報は、第五条の規定による改正後の児童福祉法第二十一条の四第五項の規定により提供された同項に規定する同意小児慢性特定疾病関連情報とみなす。

（児童福祉法の一部改正に伴う経過措置）

第九条　刑法施行日の前日までの間における第五条の規定による改正後の児童福祉法第六十条の三の規定の適用については、同条中「拘禁刑」とあるのは、「懲役」とする。刑法施行日以後における刑法施行日前にした行為に対する同条の適用についても、同様とする。

（精神保健指定医の指定の申請に関する経過措置）

第十条　第七条の規定（附則第一条第二号に掲げる改正規定に限る。以下この条において同じ。）による改正後の精神保健福祉法（次条において「第二号改正後精神保健福祉法」という。）第十八条第一項（第四

号に係る部分に限る。）の規定は、第二号施行日以後にされた同項の申請に係る指定について適用し、第二号施行日前にされた第七条の規定による改正前の精神保健福祉法第十八条第一項（第四号に係る部分に限る。）の申請に係る指定については、なお従前の例による。

（措置入院者等に対する書面による通知に関する経過措置）

第十一条　第二号改正後精神保健福祉法第二十一条第七項、第二十九条第三項（第二号改正後精神保健福祉法第二十九条の二第四項及び第三十三条の八において準用する場合を含む。）及び第三十三条の三第一項の規定は、第二号施行日以後に採られる第二号改正後精神保健福祉法第二十一条第三項若しくは第四項後段、第二十九条第一項、第二十九条の二第一項、第三十三条第一項、第二項若しくは第三項後段又は第三十三条の七第一項若しくは第二項後段の規定による措置について適用し、第二号施行日前に採られた第七条の規定による改正前の精神保健福祉法第二十一条第三項若しくは第四項後段、第二十九条第一項、第二十九条の二第一項、第三十三条第一項、第三項若しくは第四項後段又は第三十三条の七第一項若しくは第二項後段の規定による措置については、なお従前の例による。

（医療保護入院者に関する経過措置）

第十二条　この法律の施行の際現に第八条の規定（附則第一条第四号に掲げる改正規定を除く。以下この項において同じ。）による改正前の精神保健福祉法第三十三条第一項又は第二項の規定により精神科病院に入院している者については、当該精神科病院の管理者は、施行日から一年を経過する日の前日までの間に、厚生労働省令で定めるところにより、その者がなお第八条の規定による改正後の精神保健福祉法（以下「新精神保健福祉法」という。）第三十三条第一項第一号に掲げる者に該当するかどうかについて精神保健指定医に診察させなければならない。

2　前項の規定による精神保健指定医による診察の結果、なお新精神保健福祉法第三十三条第一項第一号に掲げる者に該当するとされた者については、精神科病院の管理者は、同条第六項（第一号を除く。）から第九項までの規定の例により、その者を引き続き入院させることができる。

（入院措置時の入院の必要性に関する審査に関する経過措置）

第十三条　新精神保健福祉法第三十八条の三（精神保健福祉法第二十九条第一項の規定による入院措置を採ったときに係る部分に限る。）の規定は、施行日以後に同項の規定による入院措置を採った場合について適用する。

（精神保健福祉法の一部改正に伴う経過措置）

第十四条　刑法施行日の前日までの間における新精神保健福祉法第五十三条の三第一項及び第五十四条第二項の規定の適用については、これらの規定中「拘禁刑」とあるのは、「懲役」とする。刑法施行日以後における刑法施行日前にした行為に対するこれらの規定の適用についても、同様とする。

2　第四号施行日の前日までの間における新精神保健福祉法第二十九条の七第一号（新精神保健福祉法第三十三条の四において準用する場合を含む。）の規定の適用については、同号中「第五条第十九項」とあるのは、「第五条第十八項」とする。

（対象障害者の雇入れに関する計画の作成命令に関する経過措置）

第十五条　この法律の公布の日から施行日の前日までの間に、障害者雇用促進法第四十六条第一項の規定により発した命令のうち、当該命令を発した日において第九条の規定（附則第一条第二号に掲げる改正規定を除く。）による改正後の障害者雇用促進法第七十条の規定を適用するとしたならば、同項の規定に該当しないこととなる事業主に対するものは、施行日に、その効力を失う。

（特例給付金に関する経過措置）

第十六条　第九条の規定（附則第一条第二号に掲げる改正規定を除く。）による改正前の障害者雇用促進法（以下「旧障害者雇用促進法」という。）第四十九条第一項第一号の二の規定による特例給付金（次項において単に「特例給付金」という。）であってその支給事由が施行日前に生じたものについては、なお従前の例による。

2　この法律の施行の際現に特に短い労働時間以外での労働が困難な状態にある対象障害者（障害者雇用促進法第三十七条第二項に規定する対象障害者をいい、障害者雇用促進法第二条第二号に規定する身体障害者（同条第三号に規定する重度身体障害者を除く。）又は同条第四号に規定する知的障害者（同条第五号に規定する重度知的障害者を除く。）に限る。）である旧障害者雇用促進法第四十九条第一項第一号の二に規定する特定短時間労働者を雇用している事業主に対しては、この法律の施行後においても、なお従前の例により特例給付金（この法律の施行の際現に雇用されている当該特定短時間労働者に係るものであって、その支給事由が令和七年三月三十一日までに生じるものに限る。）を支給することができる。

（障害者雇用納付金、障害者雇用調整金及び報奨金に関する経過措置）

第十七条　令和五年度以前の年度分の障害者雇用納付金の徴収並びに障害者雇用調整金及び報奨金の支給に

ついては、なお従前の例による。

（特定医療費の支給に関する経過措置）

第十八条　第十一条の規定による改正後の難病の患者に対する医療等に関する法律（以下この条において「第三号改正後難病法」という。）第七条第五項の規定は、第三号施行日以後にされる難病の患者に対する医療等に関する法律第六条第一項の申請に係る同法第七条第一項に規定する支給認定（以下この条において「支給認定」という。）について適用し、第三号施行日前にされた同法第六条第一項の申請に係る支給認定については、なお従前の例による。この場合において、第三号改正後難病法第七条第五項各号中「又は当該支給認定」とあるのは「当該支給認定」と、「前の日」とあるのは「前の日又は令和五年十月一日」とする。

（同意指定難病関連情報に関する経過措置）

第十九条　都道府県が、難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者の同意を施行日前に得て、厚生労働大臣に提供した当該指定難病の患者に関する情報は、第十二条の規定による改正後の難病の患者に対する医療等に関する法律（次条において「新難病法」という。）第二十七条第五項の規定により提供された同項に規定する同意指定難病関連情報とみなす。

（難病の患者に対する医療等に関する法律の一部改正に伴う経過措置）

第二十条　刑法施行日の前日までの間における新難病法第四十五条の規定の適用については、同条中「拘禁刑」とあるのは、「懲役」とする。刑法施行日以後における刑法施行日前にした行為に対する同条の規定の適用についても、同様とする。

（身体障害者福祉法による援護に関する経過措置）

第二十一条　第二号改正後障害者総合支援法附則第三十九条第一項の規定により読み替えられた第十三条の規定による改正後の身体障害者福祉法（次項において「第二号改正後身体障害者福祉法」という。）第九条第二項（以下この条において「読替え後の新第九条第二項」という。）の規定は、第二号施行日以後に読替え後の新第九条第二項に規定する特定施設（以下この条において「新特定施設」という。）に入所又は入居をすることにより、当該新特定施設の所在する場所に居住地を変更したと認められる読替え後の新第九条第二項に規定する特定施設入所等身体障害者について適用する。

2　第二号改正後障害者総合支援法附則第三十九条第一項の規定により読み替えられた第二号改正後身体障害者福祉法第九条第三項（以下この条において「読替え後の新第九条第三項」という。）の規定は、第二号施行日以後に継続して新特定施設に入所又は入居をすることにより、当該新特定施設の所在する場所に居住地を変更したと認められる読替え後の新第九条第三項の身体障害者等について適用する。

3　第二号施行日から令和六年三月三十一日までの間における読替え後の新第九条第二項及び読替え後の新第九条第三項の規定の適用については、読替え後の新第九条第二項中「介護保険施設」という。）」とあるのは「介護保険施設」という。）若しくは介護療養型医療施設（健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）第二十六条の規定の施行の際現に同条の規定による改正前の介護保険法第四十八条第一項第三号の指定を受けている同法第八条第二十六項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下この項及び次項において同じ。）」と、「介護保険特定施設若しくは介護保険施設」とあるのは「介護保険特定施設、介護保険施設若しくは介護療養型医療施設」とし、読替え後の新第九条第三項中「及び介護保険施設」とあるのは「、介護保険施設及び介護療養型医療施設」と、「若しくは介護保険施設」とあるのは「、介護保険施設若しくは介護療養型医療施設」とする。

（知的障害者福祉法による更生援護に関する経過措置）

第二十二条　第二号改正後障害者総合支援法附則第五十六条第一項の規定により読み替えられた第十四条の規定による改正後の知的障害者福祉法（次項において「第二号改正後知的障害者福祉法」という。）第九条第二項（以下この条において「読替え後の新第九条第二項」という。）の規定は、第二号施行日以後に読替え後の新第九条第二項に規定する特定施設（以下この条において「新特定施設」という。）に入所又は入居をすることにより、当該新特定施設の所在する場所に居住地を変更したと認められる読替え後の新第九条第三項の規定の適用については、読替え後の新第九条第二項及び読替え後の新第九条第三項の規定の適用については、読替え後の新第九条第二項中「介護保険施設」という。）」とあるのは「介護保険施設」という。）若しくは介護療養型医療施設（健康保険法等の一部を改正する法律

（平成十八年法律第八十三号）第二十六条の規定の施行の際現に同条の規定による改正前の介護保険法第四十八条第一項第三号の指定を受けている同法第八条第二十六項に規定する介護療養型医療施設をいう。以下この項及び次項において同じ。）」と、「介護保険特定施設若しくは介護保険施設」とあるのは「介護保険特定施設、介護保険施設若しくは介護療養型医療施設」とし、読替え後の新第九条第三項中「及び介護保険施設」とあるのは「、介護保険施設及び介護療養型医療施設」と、「若しくは介護保険施設」とあるのは「、介護保険施設若しくは介護療養型医療施設」とする。

（施行前の準備）

第二十三条　第四号改正後障害者総合支援法第五条第十三項の規定を施行するために必要な条例の制定又は改正、同項に規定する就労選択支援に係る障害者総合支援法第二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者の指定の手続、第九条の規定（附則第一条第二号に掲げる改正規定に限る。）による改正後の障害者雇用促進法（附則第三十七条において「第二号改正後障害者雇用促進法」という。）第四十五条の三第一項の認定（同条第二項に規定する特定有限責任事業組合に係るものに限る。）の手続その他の行為は、この法律（附則第一条第二号から第四号までに掲げる規定については、当該各規定）の施行前においても行うことができる。

（地方自治法の一部改正）

第二十四条　地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）の一部を次のように改正する。

別表第一精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）の項第三号中「第三十三条第三項」を「第三十三条第二項」に改める。

第二十五条　地方自治法の一部を次のように改正する。

別表第一精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）の項第一号中「第三十三条の八」を「第三十三条の七」に、「第二十九条の七」を「第二十九条の九」に、「第三十三条の七第一項」を「第三十三条の六第一項」に改め、「第六項」の下に「、第五章第四節、第四十条の三、第四十条の七」を加え、同項第三号中「及び」の下に「第六項並びに」を加える。

（社会保険診療報酬支払基金法の一部改正）

第二十六条　社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）の一部を次のように改正する。

第十五条第二項中「第二十九条の七」を「第二十九条の九」に改める。

（国有財産特別措置法及び激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律の一部改正）

第二十七条　次に掲げる法律の規定中「同条第十三項」を「同条第十四項」に、「同条第十四項」を「同条第十五項」に改める。

一　国有財産特別措置法（昭和二十七年法律第二百十九号）第二条第二項第三号ハ

二　激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律（昭和三十七年法律第百五十号）第三条第一項第八号

（社会福祉施設職員等退職手当共済法の一部改正）

第二十八条　社会福祉施設職員等退職手当共済法（昭和三十六年法律第百五十五号）の一部を次のように改正する。

第二条第三項第六号中「自立訓練」の下に「、就労選択支援」を加える。

（住民基本台帳法の一部改正）

第二十九条　住民基本台帳法（昭和四十二年法律第八十一号）の一部を次のように改正する。

別表第三の五の七の項中「支給」の下に「又は同法第二十八条第二項の指定難病要支援者証明事業の実施」を加え、同表の七の二の項中「小児慢性特定疾病医療費の支給」の下に「、同法第十九条の二十二第四項の小児慢性特定疾病要支援者証明事業の実施」を加える。

別表第五第六号の五中「支給」の下に「又は同法第二十八条第二項の指定難病要支援者証明事業の実施」を加え、同表第八号の二中「小児慢性特定疾病医療費の支給」の下に「、同法第十九条の二十二第四項の小児慢性特定疾病要支援者証明事業の実施」を加える。

（児童虐待の防止等に関する法律の一部改正）

第三十条　児童虐待の防止等に関する法律（平成十二年法律第八十二号）の一部を次のように改正する。

第九条第二項中「第六十一条の五」を「第六十一条の五第二項」に改める。

（地域における多様な需要に応じた公的賃貸住宅等の整備等に関する特別措置法の一部改正）

第三十一条　地域における多様な需要に応じた公的賃貸住宅等の整備等に関する特別措置法（平成十七年法律第七十九号）の一部を次のように改正する。

第六条第六項中「第五条第十七項」を「第五条第十八項」に改める。

（東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律の一部改正）

第三十二条　東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律（平成二十三年法律第四十号）の一部を次のように改正する。

第四十八条第一項第二号中「同条第十七項」を「同条第十八項」に改め、同条第三項第三号中「同条第十三項」を「同条第十四項」に、「同条第十四項」を「同条第十五項」に、「同条第十七項」を「同条第十八項」に改め、同条第五項第二号中「同条第十七項」を「同条第十八項」に改める。

（障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の一部改正）

第三十三条　障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成二十三年法律第七十九号）の一部を次のように改正する。

第二条第四項中「同条第十八項」を「同条第十九項」に、「同条第二十六項」を「同条第二十七項」に、「同条第二十七項」を「同条第二十八項」に、「同条第二十八項」を「同条第二十九項」に改める。

（国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律の一部改正）

第三十四条　国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律（平成二十四年法律第五十号）の一部を次のように改正する。

第二条第二項第一号中「同条第二十七項」を「同条第二十八項」に、「同条第十三項」を「同条第十四項」に、「同条第十四項」を「同条第十五項」に改める。

（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部改正）

第三十五条　行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成二十五年法律第二十七号）の一部を次のように改正する。

別表第一の七の項中「小児慢性特定疾病医療費」の下に「の支給、小児慢性特定疾病要支援者証明事業の実施」を加え、同表の九十八の項中「支給」の下に「又は指定難病要支援者証明事業の実施」を加える。

別表第二の十の項中「又は身体障害者福祉法」を「、身体障害者福祉法」に改め、「いう。）」の下に「又は難病の患者に対する医療等に関する法律による指定難病要支援者証明事業の実施に関する情報」を加え、同表の十四の項中「又は障害者関係情報」を「、障害者関係情報又は難病の患者に対する医療等に関する法律による指定難病要支援者証明事業の実施に関する情報」に改め、同表の五十五の項中「障害者関係情報」の下に「又は難病の患者に対する医療等に関する法律による指定難病要支援者証明事業の実施に関する情報」を加え、同表の五十六の二の項中「若しくは措置」を「、小児慢性特定疾病要支援者証明事業の実施若しくは措置」に改め、「特定医療費の支給」の下に「若しくは指定難病要支援者証明事業の実施」を加え、同表の七十九の項中「障害者関係情報」の下に「又は難病の患者に対する医療等に関する法律による指定難病要支援者証明事業の実施に関する情報」を加え、同表の百八の項中「障害者関係情報又は障害者自立支援給付関係情報」を「障害者関係情報、障害者自立支援給付関係情報又は難病の患者に対する医療等に関する法律による指定難病要支援者証明事業の実施に関する情報」に改める。

（国家戦略特別区域法の一部改正）

第三十六条　国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）の一部を次のように改正する。

第十一条第一項中「、第二十条の四第二項」を削る。

第二十条の三及び第二十条の四を次のように改める。

第二十条の三及び第二十条の四　削除

別表の八の四の項中「国家戦略特別区域障害者雇用創出事業」を「削除」に改める。

（国家戦略特別区域法の一部改正に伴う経過措置）

第三十七条　第二号施行日前に前条の規定による改正前の国家戦略特別区域法（以下この条において「旧国家戦略特別区域法」という。）第二十条の四第一項の規定により第九条の規定（附則第一条第二号に掲げる改正規定に限る。）による改正前の障害者雇用促進法第四十五条の三第二項に規定する事業協同組合等とみなして同条第一項の認定を受けた旧国家戦略特別区域法第二十条の四第一項に規定する特定有限責任事業組合は、第二号施行日において、第二号改正後障害者雇用促進法第四十五条の三第一項の認定を受けた同条第二項に規定する特定有限責任事業組合とみなして、同条第七項の規定を適用する。

（労働者協同組合法の一部改正）

第三十八条　労働者協同組合法（令和二年法律第七十八号）の一部を次のように改正する。

附則第三条中「第五条第十四項」を「第五条第十五項」に改める。

（全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の一部改正）

第三十九条　全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和三年法律第六十六号）の一部を次のように改正する。

第九条のうち社会保険診療報酬支払基金法第十五条第二項の改正規定中「第二十九条の七」を「第二十九条の九」に改める。

2　全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律附則第一条第六号に掲げる規定の施行の日が施行日前である場合には、前項の規定は、適用しない。この場合において、附則第二十六条中「第十五条第二項」とあるのは、「第十五条第二項第四号」とする。

（刑法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整理等に関する法律の一部改正）

第四十条　刑法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整理等に関する法律（令和四年法律第六十八号）の一部を次のように改正する。

第二百三十六条中「第五十四条」を「第五十四条第一項」に改める。

（厚生労働省設置法の一部改正）

第四十一条　厚生労働省設置法（平成十一年法律第九十七号）の一部を次のように改正する。

第七条第一項第四号中「（平成十五年法律第百十号）」の下に「、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（平成十七年法律第百二十三号）」を加える。

（こども家庭庁設置法の一部改正）

第四十二条　こども家庭庁設置法（令和四年法律第七十五号）の一部を次のように改正する。

第七条第一項第五号中ヘをトとし、ホをヘとし、ニをホとし、ハの次に次のように加える。

ニ　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（平成十七年法律第百二十三号）

（政令への委任）

第四十三条　この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置（罰則に関する経過措置を含む。）は、政令で定める。