

## 障害者政策委員会（第11回）議事録

○石川委員長 定刻になりましたので、第11回「障害者政策委員会」を開催いたします。  
委員の皆様におかれましては、お忙しい中御出席いただきましてありがとうございます。  
本日の会議は17時までを予定しております。

本日は、石野委員、遠藤委員、門川委員、清原委員、中原委員、野澤委員、そして福島オブザーバーが所用により欠席との連絡を受けております。（※北野委員からも欠席の連絡有り。）また、嘉田委員の代理としまして、滋賀県健康福祉部次長の中井清氏に御出席いただいております。

議事に入る前のお願いですが、委員長が挙手を求めます。挙手をしていただき、指名を受けた後、御発言をいただきたいと思っております。ゆっくりとわかりやすく発言してください。まず最初に結論を述べ、その後に理由や説明を述べていただければと思っております。

発言の際は、できるだけマイクに近づいて御発言ください。また、発言が終わりましたらマイクは切ってください。あと本日はカメラが入っておりますので、御了承いただきたいと思っております。

それでは、本日の議事に入ります。

本日は、冒頭30分間を自由討議の時間といたします。その中で前々回の第9回の政策委員会におきまして御意見のあった精神病床転換型居住施設の件について、厚生労働省から報告をいただきます。その後、前回に引き続きまして基本方針の検討の一環としまして、障害者団体及び関係団体からヒアリングを行います。

まず、会議の流れと資料につきまして、事務局より御説明をいただきます。

○東室長 こんにちは。担当室の東です。

本日の会議の流れと資料について御説明いたします。

本日の会議は、まず社会保障審議会障害者部会において議論のありました精神病床転換に関して、その後の状況につきまして、厚生労働省から報告していただきます。

その後、前回に引き続き8つの団体にお越しいたいただき、ヒアリングと意見交換を行います。

資料としましては「基本方針に関する障害者団体からの意見一覧」として資料1を用意しております。また、机上には、障害者差別解消法の条文、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律Q&A集等、議論の参考用に資料を置いておりますので、適宜御参照ください。

また、参考資料1としまして「厚生労働省提出資料」、「『精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会』における精神病床の転換に関する議論の経緯について」をお配りしております。

具体的な進行についてですが、途中10分の休憩を3回挟みながら進めます。

タイムスケジュールとしては、この後13時40分ごろまで厚生労働省からの報告とその他

の意見交換を行います。

その後10分休憩を挟みまして、13時50分～14時50分まで、社団法人全国腎臓病協議会、一般社団法人全国心臓病の子供を守る会、一般社団法人全国手話通訳問題研究会からヒアリング及び質疑応答を行います。

その後10分休憩を挟みまして、15時～16時までNPO法人筋痛性脳脊髄炎の会、NPO法人全国言友会連絡協議会、NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会からヒアリング及び質疑応答を行います。

最後の10分間の休憩後、16時10分～16時50分まで、日本肝臓病患者団体協議会及びNPO法人全国要約筆記問題研究会からヒアリング及び意見交換を行うといった流れを想定しております。

なお、15時～16時のヒアリング団体であるNPO法人筋痛性脳脊髄炎の会が発言の様子を撮影なさることになっております。政策委員及び同じ時間帯のヒアリング団体からは事前に了解をいただいておりますが、傍聴の方を含め御都合の悪い方がおられましたら事務局までお申し出ください。

本日の会議の流れ及び資料については以上です。資料等の不足がありましたら、事務局まで御連絡ください。

事務局からは以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。議事進行につきまして御協力をいただきたいと思います。

それでは、最初に厚生労働省より報告をお願いします。

○厚生労働省（北島課長） 厚生労働省精神・障害保健課長の北島でございます。

前々回の会議におきまして御指摘のありました精神病床等に関する事項について御説明を申し上げます。

資料につきましては、参考資料1と、その後ろに（参考）という1枚ペーパーがついている2枚組の資料を配付いただいております。

まず、参考資料1をごらんください。

「『精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会』における精神病床の転換に関する議論の経緯について」でございます。この指針につきましては、昨年6月の精神保健福祉法の改正によりまして、法律第41条に新たに規定されたもので、厚生労働大臣が指針を定めることとされたものであり、この指針を策定するため、昨年7～12月にかけて検討会を7回開催し、12月18日に取りまとめられ発表いたしました。

この検討会で取りまとめられました医療の指針案につきましては、その後12月26日の社会保障審議会障害者部会で了承されまして、現在、パブリック・コメントの手続きをとっているところでございます。この経緯の中で参考資料1の2つ目の○にございますように、第6回、第7回の検討会で精神病床の居住系施設への転換についての議論が行われ、賛否両論ありながらも、検討を行うことについては、各構成員の意見が一致しました。

この議論のきっかけにつきましては、参考資料1の括弧で囲んであるとおりでございまして、検討会の構成員から、第6回の検討会の際に、重度かつ慢性以外の入院期間が1年を超える長期在院者への支援といたしまして、毎年2万人の患者さんが病院で亡くなっているという状況を踏まえ、長期在院者への地域生活の移行支援に力を注ぎ、また、入院している人たちの意向を踏まえた上で、病棟転換型居住系施設、例えば介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパート等への転換について、時限的であることも含めて早急に議論していくことが必要。最善とは言えないまでも、病院で死ぬということと、病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬということには大きな違いがあるとの御意見があったところです。

これを受けて第7回の検討会におきまして、この指針に盛り込む内容を検討し、参考資料1の一番下に記載したとおり、機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。また、こうした方向性をさらに進めるため、地域の受け皿づくりのあり方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策のあり方について精神障害者の意向を踏まえつつ、さまざまな関係者で検討するという文言を追加することとされました。

これにつきましては、その後ろの資料で「(参考)」と書かれた資料に指針の概要をつけておりますが、この指針の概要の中の「1. 精神病床の機能分化に関する事項」の中に追加することとされたところです。

また、当該記載に基づく検討課題につきましては、この検討会のもとに議論を行うための場を設け、今年なるべく早いうちから検討することを予定しております。ただ、現時点におきましては、まだ具体的なスケジュール等は出ていないところでございます。

御説明は以上でございます。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、委員からの御発言、御質問等を受けたいと思います。挙手をお願いします。

最初に土本委員、お願いします。

○土本委員 土本秋夫と申します。

精神の人たちもそうですけれども、知的の入所施設の人たちも敷地内でのグループホーム、住居があるということを含めて、どこで住むか、誰と住むかということも自分たちで選んで決めるということ等を含めてです。

長期の入院は、私たちは生き生き伸び伸び悠々とした生活ではないということと、入所施設は全てが差別だということも含めてこれからの話を進めていきたいなと思っておりますけれども、そういうことをもっと伝えていきたいなと思っております。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。御意見、後でまとめて北島課長のほうにお答えいただこうと思っておりますので。

それでは、関口委員、お願いします。

○関口委員 ありがとうございます。全国「精神病」者集団の関口明彦です。

まず最初に、この検討会の位置づけというのがよくわからないのです。実は内閣府のほうでも障害者差別解消地域委員会のほうの検討会というのは立ち上がっておりますけれども、これも設置根拠がよくわからないというか、大臣の私的諮問機関なのか、どこまで決める権限があるのかということと政策委員会との関係を明らかにしていただきたいということが1つです。

政策委員会は基本法に今回あるわけですが、次に、新しい精神保健福祉法が施行されるわけですが、これが大臣告示という形で指針が出てくると思うのですが、これはいつ出るのか。そのときに最終決定権はどこになるのか。つまり、検討会が何を言っても大臣が告示するわけですから、大臣が決めればいいのかということなのかどうかということについて確認をしたいということです。

もう一つ「Nothing about us without us」で精神障害者の意見を聞くということが書いてありますけれども、これに関しては厚生労働省の社保審で広田和子さんが、この問題についておっしゃいましたけれども、明確に当事者の立場として反対であるということを書いてあるのです。なぜここに岩上さんの意見だけが載っているのかということについて御説明願いたい。あくまでも可否について検討するということは否もあるわけですから、当然、否を言った人の、しかも当事者の意見を書いていないということは片手落ちだと思います。

もう一つ、重度かつ慢性以外ということでもありますけれども、重度かつ慢性ということも定義を含めて検討するということになっているわけで、その定義も明らかでないうちに重度かつ慢性以外のということはいかなるものかと思うのです。これについても説明をお願いいたします。よろしく申し上げます。

○石川委員長 たくさん御質問があったので1回ここで答えていただいたほうがいいと思いますので、土本委員と関口委員の御質問や御意見について申し上げます。

○厚生労働省（北島課長） 土本委員からの御意見、障害者はどこに住むかは自分で選んで自分で決めるということはおもってもございまして、私どもも精神病院に長期入院していらっしゃる方が約20万人いらっしゃるということは大変重要な課題であると考えておりまして、できるだけ一人でも多くの方に早期に地域生活への移行を図っていききたいということは、この指針の中にも記載しておりますし、そもそも平成16年に定めた改革ビジョンというところでも地域生活の移行をうたっているところでございます。

そういうことで、できるだけ多くの方について、入院中心の医療ではなく、地域生活への移行という流れを進めてまいりたいと考えておりますので、御意見を踏まえまして、そのように対応させていただきたいと考えております。

関口委員の御意見でございますが、この検討会の位置づけでございますけれども、部長の諮問機関という形で設置しております。ただ、この検討会で出された指針につきまして、審議会にお諮りをいたしまして、そこで了承いただき、そして、現在パブリック・コ

メントをいただいておりますので、パブリック・コメントをいただいた上で大臣告示という形をとらせていただければと思っております。

それから、大臣告示の位置づけ、方法でございますけれども、検討会の御意見を踏まえつつ、法制的な整理も行った上で、最終的には厚生労働大臣告示としてお示しするものがございますので、その過程で広く一般の国民の方の御意見を頂戴するということでパブリック・コメントの手続きをとらせていただいているところでございます。

検討会の構成員の広田さんは反対だったという御意見でございます。検討会の中には賛成の方、反対の方、賛成反対はおっしゃらない方もいらっしゃいましたが、その中で、反対けれども、検討することについては賛成という方もいらっしゃいまして、広田さんにおきましても、この病床を転換することについては反対するけれども、議論はいいのではないかという意見を頂戴しておりまして、今のような運びになった次第でございます。賛成、反対につきましては大変たくさんいる構成員一人一人の御意見をここに記載しておりますが、議論のきっかけが何だったのかということで、岩上構成員の意見を記載しているというものでございます。

重度かつ慢性の定義でございますけれども、これにつきましては、現在、研究班を立ち上げまして整理をさせていただいているところでございます。この重度かつ慢性の定義が出てまいりますと、また一層病床の機能分化への議論につなげなければならないと考えておりますが、その重度かつ慢性以外でも現時点におきまして、居住施設がないということも理由に入院している方が多くいらっしゃるということを踏まえまして、できるところからこの議論を始めたい、地域の受け皿づくりの議論を早期に着手したいという考え方で進めているところでございます。

私からは以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、上野委員、お願いします。

○上野委員 精神科の医師の上野と申します。

最初、結論から申し上げさせていただきます。私自身は今回の病床転換型居住系施設の検討を行うこと自体に反対です。まず、日本では精神科病床が非常に多くて、かつ民間病床が約9割を占めているという実態があります。しかし、「病床を転換する」という発想自体が余りにも民間精神科病院の経営に配慮し過ぎた考え方なのです。私たちが目指すべき障害当事者の立場に立った施策とは到底思えないということが、病床転換型居住系施設に関して議論すること自体に反対の理由です。

引用されている岩上さんの抜粋された文章の中に、「病院で死ぬということと病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬということには大きな違いがある」と書いてあります。しかし、私は20年以上精神科医療、特に病棟医療をずっと経験しておりますけれども、これは明らかに間違いなのではないか。私が今までの経験、そして私の知っている病院施設などを考えると、「病院で死ぬ」ということと「病院の敷地内にある自分の部屋で死ぬ」とい

うことには、多分ほとんど同じことなのであろうと思うのです。

例えば当院は典型的な精神科病院だと思います。町中からかなり離れたところにあります。また、地域との交流もほとんどありません。そもそも周囲に余り人が住んでいないということがあります。例えば当院で病床転換型の居住系施設ができたならば、そこに退院して入所した人たちはどうなるかという、買い物も病院内の売店で済ませて、多分病院の敷地内で全ての生活は完結してしまうと思うのです。だから、退院して病床転換型居住系施設に入所することで、地域での生活に移行したなどということは到底言えないのです。

私もいろいろな話を聞いたことがあるのですが、病院の目の前のグループホームに退院した方の話です。その方は病院のグループホームに退院したのですが、病院の訪問看護を受けて、往診を受けて、病院のデイケアに行き、病院からの配食サービスを受けて、なんと病院のスリッパを履いて、ジャージ姿で毎日を過ごしている。そして、その方が遊びに来た人に聞かすらしいのです。「私はいつ退院できるのでしょうか」と。そういうのが多分実態になるのではないかと思います。

だから、病床転換型居住系施設をつくるという考え方自体をやめるべきなのです。現在の長期入院の現状を考えると、ハードウェアを少し変えただけでは生活の実態は何も変わらないのです。

私が数年前、都立松沢病院に勤務しているときに1,100床から750床にベッド数を減らすという検討が行われていました。そのときに私自身は「せつかくある病床をなぜ減らすのか。減らす必要はない」と考え、さらに社会的な入院に関しても、「入院の必要があるから入院しているのであって、社会的入院患者などは存在しない」と考えていたのです。

例えば当院は非常に在院日数が長いのです。昔600日だった在院日数が最近2,000日になりました。でも、病棟担当医は胸を張って威張っているのです。なぜ長期化したかという、以前は身体疾患にかかって救急病院に搬送されて転院するので入院日数が短かったのです。現在は病棟で身体疾患が診られるようになったので長くなったということで、今でも胸を張っているのです。このような実態があります。

私も今でこそ「長期入院はまずい」ということを言っていますが、数年前までは長期入院を肯定していました。そして、精神科病院は医者を中心とした完全なピラミッド型の施設なのです。そうすると、そういった「長期入院は問題ない」、「精神疾患の方がひどい環境の中で生活していても問題がない」と考えているトップがいる中で、スタッフも大体同じような考え方を持っています。精神科長期入院は、そのハードウェアの問題だけではないのです。なので、病床を転換するという考え方自体をまず捨てるべきなのではないかと思います。

私自身は病床を転換するのではなくて、病床削減を議論する検討会を設けるべきであると考えます。もしくは精神科病床の入院期間を短縮すること、そして、新たに入院する人の数を減らすことを政策として打ち出すべきではないかと思います。

私が聞いた話なのですが、一般病院のベッド数を減らすために、厚生労働省はベ

ッド数の削減を掲げずに入院期間の短縮を促す政策をとったのだそうです。そうしたらば一般科病院は必死にその道を進んで、力のない病院は潰れて、結果として病床はみるみる減ったというような実績があるらしいのです。

ということで、私自身は病床転換型居住系施設の検討を行うこと自体に反対です。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

御意見という形ではありましたが、御質問ということでもあろうかと思いたいで、北島課長、お願いします。

○厚生労働省（北島課長） まず、民間精神科病院の経営に配慮し過ぎという御意見でございましたが、この議論の過程について民間病院の経営に配慮するというような議論はございませんでした。ただ、一方、参考資料1にございますように、上から3分の1ぐらいのところ※印をつけてございますけれども、ここにありますように従前から「精神病床の転換は病院による患者の囲い込みを招き、地域生活への移行を阻害するとの意見もある。」ということは、私どもも十分承知しております。

そういったことで、厚生労働省といたしましては、病院の中の病床以外の施設に長期入院者は移っていただくということが議論の目標ではなく、地域移行を進めるための地域の受け皿づくりを進めていくことが必要であるということで議論を進めたいと考えており、検討会におきましても、まず地域の受け皿づくりについて総合的な議論をする中で、具体的な方策の一つとしてこういった病床転換の可否なども議論されることを予定しているところでございます。

○石川委員長 後半に医師を頂点とする精神病院文化そのものに対しての御指摘もあったのですが、それについてはいかがでしょうか。

○厚生労働省（北島課長） こういった精神科の領域の中で、いろいろな医療施設もありますし、病院管理者もいらっしゃると思います。私どもがいつも御助言いただいたり、お知恵をお借りしている先生方の中にも本当に一生懸命この問題を考えていただいている方や医療機関もございますので、何ともそこについては、御意見として頂戴したいと思いたいます。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、尾上委員、お願いします。

○尾上委員 ありがとうございます。DPI日本会議の尾上です。

まず、結論から言いますと、この障害者政策委員会は障害者権利条約のモニタリングの役割も果たすということがこの間国会審議等を含めて確認されてきております。その立場からしますと、権利条約の第19条には特定の生活様式を義務づけられないと書かれていますが、その第19条との関係で、病棟転換というのは非常に大きな問題があり、認められないということでもあります。その上で、きょういただいた資料に関して意見と質問をさせていただきます。

まず、きょういただいた資料の真ん中ぐらいに引用されている文ですけれども、私自身、子供のときに障害児の入所施設にいた時の感覚を思い出しながら見ておったのですけれども、最後に病院で死ぬということと病院内の敷地内にある自分の部屋で死ぬことには大きな違いがあると書かれています、どんな違いがあるのでしょうか。大きな違いがあるとは全く思えません。

これはいわば精神障害のある人は病院や施設に入っているのが当たり前だという考え方があるから、この2つには大きな違いがあると思っているのではないのでしょうか。もっと言えば、障害のある人は2級市民という見方が無意識のうちにこの文章の中にはにじみ出ているのではないかという感想を持たざるをえません。それが1つであります。

そして、その上で、質問ですが、これから検討されると言われている病棟転換施設というのは、障害のない人もそこには入居されるのでしょうか。そうではなくて、もし精神障害のある人だけを対象にするなら、権利条約の政府公定訳では特定の生活施設とされていますが、いわば病床から特定の生活施設に移るだけということになって、まさに障害者権利条約第19条との関係で非常に大きな問題が出てくるのではないかと思います。そういう意味で、この病棟転換をした後の施設にはどういう方が入居されるのか。もし今事務局としてお考えがあるならば教えてください。

2つ目ですけれども、先ほどの御説明の中では、精神障害者の意向を踏まえつつ、さまざまな関係者で検討するとありました。この報告書を出された検討会に精神障害の当事者は全委員何名で、そのうち何名が精神障害の当事者でしょうか。

私自身は、こういった議論自身がいわば19条違反になりかねないことを議論していくことになるので、すべきではないという立場ではありますが、この検討をされる今後の委員会では、これまで以上に精神障害のある当事者がより参加するというのを考えておられるのかどうか、その2点をお聞きしたいと思います。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、北島課長、お願いします。

○厚生労働省（北島課長） 1点目の病床転換施設は障害のない人も入るのかという御質問ですけれども、まだ転換施設が是か非かと、可否も含めて検討するという事しか決めておりませんし、これからそういったものが要かどうかということ、もし必要だったらどんな条件の施設になるのかということ等を議論するという事でございますので、誰が入るか、どういったものかということはこれからということでございます。

検討会の人数と障害当事者の人数ですが、検討会の構成員が25名で、そのうち2名が障害当事者でございます。

○石川委員長 ありがとうございます。

まだどういう方が住むか決まっていけないということです。健常者が住みたいとは思っては到底思えないのですけれども、佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 日本社会事業大学の佐藤久夫です。ありがとうございます。

結論から言いますと、相当大きな問題が含まれているという指摘がたくさんある中で、そこを強行していくというのはやめるべきではないか。むしろ、もっとやらなければいけないことがたくさんあるのではないかと思います。

先ほど土本委員が、どこで誰と住むかについての選択の機会の確保ということを言われて、尾上委員もそのことに言及されたわけですが、それに対する課長さんの答えは、地域移行をこれまでも進めてきたし、これからも進めるというような引き取り方だったと思うのですが、どこで誰と住むかについての選択の機会の確保ということその文字どおりに尊重するのであれば、1年以上入院している人たち全てに対して、どこで誰と暮らしたいのかを聞くということがまず一番大事なことはないかと思います。

それを市町村の責務として、国と市町村が計画相談の中でやっていく。厚労省は来年度いっぱいには総合支援法の利用者の全てについて計画相談を保障する体制を整備しようということで今努力していると思いますけれども、それは大変いいことだと思うのですが、私はそうした計画相談をする一番強いニーズを持っているのは、まず精神科病院の中に長期に入院している人ではないか。ですから、その人たちを優先して計画相談を来年度いっぱいに行っていく。そのことを国と地方自治体が義務としてやる。病院管理者は、それに対して協力をしなければいけないということを義務づけて、その過程でもし希望するのであれば、ピアカウンセリングだとか、ほかの権利擁護の仕組みも当事者が使えるようにするというふうにして、すぐに地域移行ができるとは思われませんが、半年かけても、1年かけても、その必要な資源を地域につくっていくケアマネジメントの過程を始めていく。それが一番大事なことはないのかと思います。

○石川委員長 ありがとうございます。

では、藤井委員長代理、どうぞ。

○藤井委員長代理 JDFの藤井です。

2つの2割という数字があるんですね。1つは、世界中の精神病床の2割が日本に集中している。世界中には170万ベッドです。日本の一般病床のうち2割が精神科病床。ですから、これは北島課長も含めて、やはりまずいと。

問題は、きょう私が質問したかったのは、この議論の前提として、今から10年前に改革ビジョン、当時、坂口厚労大臣も本部長になって、10年間で7万人を退院させましよう。結果的にこれが10年たってほぼ横ばいであって変わっていない。したがって、この原因を北島課長さんを始め、現厚労省はなぜみんな万歳、こういう方向が出てよかったといっただけにもかかわらずほとんど実現していない。この原因、主因は一体何であるか。まず、これを簡単にお答えいただけませんか。

この原因、主因は一体何であるか。まず、これを簡単にお答えいただけませんか。

○石川委員長 ありがとうございます。

課長、佐藤委員の御質問、御意見も含めてお願いできますか。

○厚生労働省（北島課長） まず、大きな問題が指摘されている中で議論を強行すべきではないのではないかという御意見でございます。確かに病床の転換ということにつきましては、いろいろな関係の方から御意見を頂戴しておりますので、そういった御意見を十分に考慮しながらと考えておりますけれども、私どもがまずやらなければいけないのは、地域の受け皿づくり全体の議論だと考えておりますので、この地域の受け皿づくりの議論はやはり1日も早く始めていく必要があると考えております。

また、長期入院者に対して、長期入院者がどこで誰と住みたいのかという意向を尊重するために意見を聞く必要があるのではないかということで、病院の管理者に協力を義務づけるということでございますが、今回の昨年6月に行われました精神保健福祉法の改正におきましては、管理者に3つの義務づけを行っております。まだ医療保護入院の患者さんに関する管理者への義務づけということで限定的ではございますけれども、医療保護入院をされた方につきましては、病院の管理者に対しまして7日以内に退院後生活環境相談員を設置する義務づけをしておりまして、この人たちが入院早期から地域移行、退院に向けての相談に乗っていくという義務づけが1つ目でございます。

2つ目の義務づけは、地域の相談事業者等を医療保護入院の患者またはその御家族の求めに応じて紹介をしていくこと。今まさに御指摘のありました計画相談などの事業者さんを紹介するということが2つ目でございます。

3つ目といたしましては、医療保護入院の入院者については、入院したときに予定される入院期間を設定することになりまして、その入院期間を越えそうな場合には、院内の委員会を開いて、継続して入院する必要があるのかどうか、退院支援をどうしたらいいのかということを相談していただくための委員会の開催をしていただくこと、この3つを義務づけました。そういったことで入院患者さん、まだ一部ではございますけれども、そういった方々の地域生活への移行について管理者への義務づけをさせていただいたところでございます。

それから、藤井委員の御指摘でございますけれども、確かに改革ビジョン以来、地域移行ということを進めてまいりましたが、なかなか目的は達成できていないというところは事実でございますが、病床は徐々に減少してきているということで、私どもといたしましても、今回、第4期の障害福祉計画の基本指針をつくる中で、これを促進していくような計画づくりを盛り込んでいきたいと考えているところでございます。

御説明は以上でございます。

○石川委員長 ありがとうございます。

藤井委員長代理、どうぞ。

○藤井委員長代理 答えが得られていない。つまり、なぜ病床がほぼ減っていない、原因、主因が何かと今質問したのです。もしわかればお答えいただけませんか。

○厚生労働省（北島課長） さまざまな原因があると思います。

1つは、やはり病床の機能分化が進んでいないということもありますし、地域の受け皿

がないということを理由に長期入院になっている方というのが相当程度いらっしゃるだろうと認識しております。

○石川委員長 藤井委員長代理、よろしいですか。

それでは、後藤委員、尾上委員、手が挙がっておりますので、まず後藤委員、お願いします。

○後藤委員 日本福祉大学の後藤でございます。いろいろ議論が出ておりますので2点ほど確認です。

1つは、この政策委員会で、権利条約がちゃんと実施されていくことを促していく、監視とかの用語がありますが、それを進めていく。この点は政府も同じ認識と思います。

結果において担保すること。2年後、4年後、いろんな報告を国際的に提出することになりますが、今、議論されている点についても、国際的に通用する結果を厚生省さんとして出していくということの確認をいただきたいというのが1点目です。

2個目は、先ほど来出ています権利条約の第19条の地域社会でとか、特定の居住施設で生活しないという点について、地域社会というのに今回の移行する施設は当たるのか、当たらないのか。当たらないので暫定的な措置ということかと思っておりましたが、先ほどの御説明では、地域社会の受け皿づくりを検討する中で本件も検討とおっしゃいましたので、ひょっとすると、これも地域社会に含まれるという理解なのかということ。一方、地域社会に入らないのであれば、平等な選ぶ機会を与えるよう、当事者団体などから既に懸念も出ていますので、どのように機会を見つけて結果を担保するのか。

これから御検討の点もあると思いますので、後半は決意表明で結構。ただ、前半の地域社会に含まれるのかは解釈の問題ですので、2点確認をお願いしたいと思います。

○石川委員長 2点ですか。

○後藤委員 結果において確保する。国際的に日本が権利条約を担保していないと言われることがないような結果をつくるということであれば、いろんな議論はあっても国際的に大丈夫なことをすると今責任持っておっしゃっていただければと思います。これが1点目です。

○石川委員長 わかりました。2点ということでお願いします。

○厚生労働省（北島課長） 国際的に大丈夫かということでございますけれども、政策委員会の委員の皆様はもちろんでございますけれども、厚生労働省の中での検討メンバーも含めまして、障害者の地域生活での自立、それから社会参加という目的は同じだと思っておりますので、私どもといたしましては、国際的に評価されるような施策にしていきたいと思います。

この施設が地域社会に入るのかということでございますが、病院も含めまして、私個人的な意見ですけれども、全てが地域社会ではあると思っております。ただ、地域で自立して生活することというのは、どういう施設かによるところがございますので、この検討の中では、病床が単に看板のかけかえになって、そこを地域と呼ぶことがないように

していく必要があると思っております。

ですから、例えば病院内施設の中で転換の可否が議論されたとしても、そこがゴールであるということではないと私どもも考えておりました、地域生活にどうやって移行するかということの中でどういう方策がとれるのかという議論ではないかと認識しております。

私からの説明は以上でございます。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、尾上委員、お願いします。

○尾上委員 ありがとうございます。1つは、先ほど質問しました今後の検討体制について、現在では25名中わずか2名しか精神の当事者はおられないということが確認できたので、これをさらに大幅にふやしていく考えがあるのかどうかというのをお聞きしたいが1点です。

2点目が、今政策委員会で発言された方、誰一人として賛成の意見を述べられた方はいないと思います。反対あるいはもう明らかに疑義があるという状態だと思うのです。だとすれば、厚労省は議論したい、事務方としては議論そのものにはみんな賛成しているのだという御説明でしたので、だとすればコンクリートした状態ではなくて、ぜひこの議論の中間段階で改めて政策委員会に御報告あるいはむしろ意見交換の場を持っていただきたい。

私たちとしては、やはり権利条約第19条だけではないですが、権利条約批准、この元年の中にいわば国際社会に胸を張っていけるような制度改革をさらに進めていきたいという中で、国際社会に恥ずかしいようなことは何としても避けたいという思いがあるので、そういった意見交換の場をお願いしたいと思います。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

2点ございましたので、お願いします。

○厚生労働省（北島課長） 今後の検討体制についてでございますが、まだ具体的にどのように検討していくかということを経理的に整理してきておりません。ただ、第7回の指針の検討会の中で構成員からの御意見としても承っておりますのは、この指針の検討会のもとで議論をしていきたいと思いますということで、お互いに了解されているという段階でございます。

もう一つ、政策委員会との意見交換でございますけれども、私ども、政策委員会はもとよりでございますが、こういった大きな受け皿づくりの議論をしてまいりますので、途中、こういった議論が行われているかということにつきましては、広く公表しながら進めてまいりたいと考えております。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

では、最後に三浦委員長代理、お願いします。

○三浦委員長代理 1点だけお尋ねをさせていただきます。これまでの議論で、精神病床の分

化する機能として確認されたものはどのようなものがございますか。想像できるのは精神医療と住まいと生活支援などが機能として認められたのかなと思いますけれども、議論の中でどのように整理されたのか教えていただければと思います。

○厚生労働省（北島課長） 今回の指針の検討会の中で、精神病床の機能分化を進めるということが取りまとめられております。これにつきましては、本日お配りいたしました参考資料の後ろについております「（参考）」というペーパーの「1. 精神病床の機能分化に関する事項」というところの○の3つ目～5つ目のところがございます。

急性期の患者に手厚い医療を提供するため、一般病床と同等の医師、看護師配置にすること。在院期間が1年を超えないうちに退院できるような多職種による質の高いチーム医療を提供すること。1年以上の長期在院者の地域移行を推進するため、多職種による支援を行うこととなっております。具体的には急性期と1年以内、それから、それ以上の長期入院者、それぞれについて必要な医療を提供するという方向性が示されております。そういうことで精神病床につきましては、医療が必要な人に入っていただく場ということでこういった機能分化を進めてまいりたい。そして、こういった医療が必要のない方については、地域移行を進めたいという考え方でございます。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

時間の関係もありまして、まだまだ御意見等あるかと思っておりますけれども、ここまでとさせていただきますと思います。

最後に北島課長もおっしゃっていたように、また尾上委員からの発言にもありましたように、政策委員会としましては、権利条約に基づく、あるいは基本計画に基づく監視を進めていく立場から、本件につきましては重大な関心を持っており、そして、議論の結論をただ単に見守るというだけではなくて、やはり中間段階での意見交換等させていただきたいとまとめさせていただきたいと思っております。もし委員から反対等ございませんようでしたら、そのようにさせていただきたいと思っております。

関口委員、どうぞ。

○関口委員 どうしても言っておきたいことがあるのですが、精神保健福祉法が改正されるときに、精神保健福祉法の第1条に、総合支援法と相まってと書いてあるのです。にもかかわらず、入院当初から地域移行の一般相談を受ける事業所がつかうことができないのかと言ったら、法律が違うからできないという国の答弁でした。これは改めていただきたいと思うことが1つ。

もう一つは、1万6,000人以上が毎年毎年死亡退院されているわけです。我々は棺箱（ガンバコ）退院と言っています。この棺箱（ガンバコ）退院されている人がそれだけいるのに病床が減らないということは、その分新しい人を入れているからなのです。入れるのに一番手っとり早いのは無理やり入れてしまうので、現に調べてみると、日本の強制入院率は42%、OECD平均が10%です。4倍以上強制入院をしている。こういう安易な強制入院と

いうのはやめるべきではないかと思うのです。

今おっしゃっていましたように、保護入院の方にのみ退院促進のことをやるというのは、それはそうなのかもしれませんが、確かに強制入院されてない方は退院したいと言えば退院させると精神保健福祉法には書いてありますけれども、やはり任意入院で入って来られてもなかなか退院しにくくなってしまおう方がいらっしゃると思うのです。そういう方に対して助けの手を差し伸べなくてはいけないのではないかとということがあります。

この点については、良質な医療、精神保健福祉法ですから医療と福祉ということになると思いますけれども、そのあり方として、入口のところでの4倍という強制入院の法律が強制入院のあり方を見直していただきたいということをどうしても言っておきたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

○石川委員長 関口委員、ありがとうございます。

先ほど上野委員からも、後半については同様の御指摘があったと思います。先ほど私申しましたが、もう一度繰り返しますが、政策委員会としましても注意深く見守るのみならず意見交換をぜひさせていただきたいということ、きょうの段階で一応意見とさせていただきます。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、少し時間を超過いたしましたけれども、自由討議はここまでとさせていただきます、2時から再開させていただきます。

(休 憩)

○石川委員長 時間となりました。再開します。

磁気ループの調子が悪いということで、皆様、いつも以上にマイクに近づいて御発言いただければと思います。

それでは、このパートではヒアリングを行います。

障害者差別解消法に基づく基本方針の案に、障害者政策委員会として意見を述べるに当たりまして、前回に引き続いて障害者団体等からのヒアリングを実施いたします。ここでは、社団法人全国腎臓病協議会の俣野様、一般社団法人全国心臓病の子どもを守る会の神永様、一般社団法人全国手話通訳問題研究会の近藤様から御意見をお聞きいたします。本日は、お忙しい中御足労いただきまして、まことにありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

ヒアリングの具体的な進め方についてですけれども、まず各団体からそれぞれ10分間をめどに意見を述べていただき、その後、残り時間このパートでは30分程度ですけれども、それを使って全部3団体まとめて質疑応答を行うという形で進めていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。議事進行への御協力、よろしくお願ひいたします。

それでは、まず最初に、社団法人全国腎臓病協議会の俣野様、よろしくお願ひします。

○全国腎臓病協議会（俣野氏） 全国腎臓病協議会の俣野と申します。よろしくお願ひい

たします。本日はこのような機会を与えていただきまして、まことにありがとうございます。

そうしましたら、事前にヒアリングシート等をいただきまして、簡単に書かせていただきました。これにのっとりまして、まだここに書き切れていないところ等をつけ加えましてお話しさせていただきたいと思います。

まず、私どもは腎臓病協議会という団体なのですけれども、主に人工透析を受けている患者の団体であります。人工透析を受ける腎不全患者なのですけれども、ごらんのように内部障害でありまして、一見したところ障害者とはわからないというようなところがまず特徴としてあります。これはただ障害が継続してあるのですが、週に3回、人工透析の治療を受けないといけないというのも私たちの1つの特徴かと思えます。

この腎不全という病気は治る病気ではないということです。一度人工透析を受けますと、亡くなるまでそれは一生続くということです。この人工透析という治療そのものが高額治療で年間400万とか500万とか、あるいは600万とか言われている。治療が一生続くというところが主な特徴かと思えます。

現在、私どもの患者さんの平均年齢が約68歳ですので、患者自体がかなり高齢な状況でもあります。その患者の年代によって、ここに書かれているような差別として感じるようなところは若干違いがあるのですけれども、その年代の違いもあわせてお話しできればと思います。

まず大方の患者が占める御高齢の方につきましてですが、施設に入りたいという患者さんも多いのですけれども、老健施設等に入りたいときに透析を理由に断られることがあります。

その1つとしては、これは医療診療報酬と介護報酬とかその辺が絡みますので、今日はその辺の詳しいお話はいたしません。施設に入っていて、透析のために通院するその日については、施設側の平たく言えば収入が減るといようなこともありまして、なかなか透析が原因で入れていただけないというところがあります。

若い方を見てもみますと、就労のときに特に問題がありまして、先ほど言いましたように週3回透析に行かないといけないということで、どうしても就労する規定時間務められないというところがまずございます。そのことで敬遠される。それは周りの理解がなかなか得られないことが多いということが主な理由なようです。実際、私も以前勤めていたところであれば、周りは比較的協力的ではあるのですけれども、仕事をしているとどうしてもたまにはトラブルがあったりだとかということがある中で、自分だけは治療のために対応せずに帰っていくというようなことが続くと、どうしても周りからよく思われたいというところがあります。

それと就職する際に当たりましては、先ほども言いましたように高額な医療費がずっと続くということで、特に組合健保などで保険を対応されている会社については、その分保険の方から支出が多くなっていきますので、そここのところが敬遠されるところが多いと感

じるところがままあります。

また、若い方は、これは差別と言えるかどうかはわからないのですが、見た目が健常者と余り変わらないのですけれども、やはり体調のすぐれないところがあって、ちょっと休んでいるとどうもサボっているような見方をされて、そういうことを言われることがあります。

全体的に言えることなのですけれども、何度も言いますように、医療費が高額であるということに焦点が当てられて、いわゆる邪魔者扱いにされているところがたまにあります。年配の方に対してなどは特に実際に言われたことがあることなのですけれども、最初に言いましたように腎不全自体治らない病気ですので、治らない病気の御高齢の方に対して年間数百万の医療費がかかる。その医療費のほとんどが公費で賄われているという状況にあるということが原因なのですが、枯れ木に水をやるようなものではないのかと。今後、治っていく病気でもないところに対して数百万の費用をかけるのはいかなものかとはっきりと言われたことがあります。

また、ある市町村のCKDといいまして、慢性腎臓病に対する普及啓発のチラシの中に、腎臓病を放置すると将来透析になります。透析になれば週3回通わないといけないところがあって大変ですよ。そこまではいいのですが、その後、透析は数百万医療費がかかって、それが市の医療費を圧迫していますみたいなことが書かれたりというようなことも実際あり、どうしても医療費のところに焦点が当てられて、病気そのもの、患者そのものにはなかなか目を向けていただけないというところが一番差別として感じるところであります。

この用紙の2番目にあります基本的な理由として、正当な理由がある場合は差別とならないということで、どういうときにそれに当たりますかという質問ですけれども、これに対しては基本的にやはり大変難しい質問だと感じました。それは基本的にはあらゆる場面でもそういう差別を正当化してはならないとは思っておりますが、例えば先度の就労などでも、個人の生産性だとか個人の能力に対して何らかの評価をされた場合に配置転換をしていただくというようなことについては、これはどうなのだろうかと思います。

障害があるからどうこうとされるとそれは問題かと思うのですが、正当な形であればいかなものか。ただ、透析をする上で時間が制約されることはいたし方ないことなので、だからこの仕事ができないのでこちらに回そうだとか、減給しようだとかというところが差別に当たるのか、あるいは合理的な配慮を持って配置を変えていただいている、あるいは解雇をせずに雇用を続けていただいているというように見るのか、そのところは大変難しい問題ではあるかと思えます。

1つ、これに関連して我々人工透析を受けている患者は、移植を受ける方がいらっしゃるのです。年間200人ぐらい亡くなった方に御提供いただいて移植を受ける方がいらっしゃいます。そうした場合に、例えば先ほどの就労の例ですけれども、透析に行かないといけないからどうしても10できるところが8になってしまうので、給与等は8になるけれども、配慮してこれはずっと雇用を続けていただけているというところはありがたいのですが、

では移植をされて戻ったときには、時間的制約というのとはなくなるのですけれども、相変わらず給与体系は障害者体系のままであったりというところがありますので、そちらのほうはどうかと感じております。

あと、合理的配慮の実施について「過重な負担」が生じる場合には、合理的な配慮をしなくてもよいということなのですけれども、これについてはどのような判断要素を考えるかということです。

1つには、先ほど言いましたように、仕事をする上でその方を雇用する場合に大きな投資が要るとか、例えば私ども透析をしている人がある工場のラインで勤めていて、その人がいなくなるとそこが動かないような場合だったとすれば、その会社の生産性自体も下がってしまう。そこまで配慮しないとイケないのだろうかというところは、先ほども含めましてちょっと難しいところかなと感じております。

あと何度も言いますが、私どもの透析患者の立場としては、行政に求めることとしましては、先ほども何度も言うておりますが、医療費そのものだけに焦点を当てて対応することではなくて、やはり病気も含めた障害、治療が必要なのだというところも正しく理解していただいた上で普及活動を御一緒にしていただければと考えております。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、一般社団法人全国心臓病の子どもを守る会の神永様、お願いいたします。やはり10分程度で恐縮ですが、お願いいたします。

○全国心臓病の子どもを守る会（神永氏） 全国心臓病の子どもを守る会会長を務めております神永と申します。隣は本会の事務局長、下堂前でございます。本日はよろしくお願いいたします。

本日のヒアリングでは、生まれつき心臓に障害を持っている子供の親の立場で意見を述べさせていただきます。意見を述べる前に、簡単に先天性心臓病についてお話しさせていただきます。

先天性の心臓病の子供は100人に1人くらいの割合で生まれると言われております。私たちの会は結成から52年目になります。会ができた当時は、重症の心臓病児の多くは、成人に達することなく亡くなりました。私の娘は内臓が逆位の複雑な心奇形のある心臓病で生まれました。生まれてすぐ医師には、このような心臓病児は1歳までは生きられないと言われてましたが、今までに3回手術をして21歳になった娘は、病気を抱えながらも頑張っていております。この50年の医学の進歩は目覚ましく、今では心臓病で生まれた子供の9割は成人を迎えられるまでになりました。

2000年ころを境に先天性心臓病の患者は、子どもよりも大人の患者の割合が高くなり、国内で40万人とも言われております。進んだ医療と育成医療や小児慢性特定疾患治療研究事業などの福祉制度のおかげで、生まれつき心臓に障害を持つ子供の命は助かるようになりました。しかし、先天性の心臓病は手術をしても治る病気ではありません。患者の中に

は、手術をして何年かすると合併症、遺残症、続発症などを起こすことが知られています。そのためほとんどの先天性心臓病患者は一生医療を受け続けていかななくてはなりません。いわゆる成人病としての心臓病と違い、先天性の心臓病は生まれつきの心臓の障害です。そのため、先天性の患者は一般の循環器科では診療してもらうことができません。そこで多くの患者は、大人になっても引き続き小児の循環器科にかかっているのが実情です。

では、これから基本方針に関する意見を述べさせていただきます。

まず、差別的な取り扱いの考え方についてです。心臓病は見た目ではわかりにくい障害、病気であるため、無理解や過度の不安、何かあったらすぐ生死にかかわるのではないかなどのイメージによって、健常者とは大きく異なったハードルを設定され、教育や就労の機会が損なわれている場合があります。例えば病名を見て判断されて通常学級への進学が妨げられたり、通学時の送迎や学校行事等で親の付き添いを求められたりといったことが現在でも大変多く見受けられます。

また、障害者雇用枠で採用を希望しても、特に先天性心疾患による心臓機能障害の場合、就職を決めることが大変難しいのが実情です。

次に、どのような配慮が求められるのかについてです。心臓病などの内部障害では、障害の状態やそのときの体調、季節などにより変化が生じやすいという特性を持っております。その時々状態に応じた配慮が必要になります。体力がない、疲れやすいといったことは社会生活上の障害ですが、何がどの程度できるのかといったことを、本人からの告知や専門医などからの正確な情報に基づき把握していただければ適切な配慮を行うことができると思われます。

教育については、必要な合理的配慮は健常者に与えられている教育の機会と同等のレベルに達することを基本として、広く、そしてきめ細やかに行われるべきであると考えます。例えば学校にエレベーターが設置されたとしても、見た目ではわからない障害、心臓病の子供は、他の子供たちの目を気にする余り、エレベーターがあっても利用しづらい、そこで教師は周りの子供たちに対して、子供の生活上の困難さを理解させることが必要になると思われます。

就労については、能力的には問題がない場合でも長時間の勤務ができないことが多くあります。通勤の面での配慮さえあれば健常者と変わらない勤務が可能な場合もあります。個々の能力が十分に発揮できるよう、障害の状態に応じた就労時間、休息や休日、勤務形態などが適切かつ柔軟に配慮されることが必要であると考えます。

たとえ休暇をとれても、その仕事量が軽減されないと、結果として残業、そのほかの日に残業したり休日出勤などをして、結果として体調悪化により退職せざるを得ないというケースもございます。職務内容や仕事量の配慮は必要です。

次に差別を解消するための取り組みとして、各行政機関においては、障害に対する誤解や偏見を取り除く努力として、個々の障害の特性についての理解を広めることが望まれます。学校では、体力的に追いついていけない心臓病児は、いじめの対象になりがちです。

障害を持つ子供の内面やメンタル的な課題を含めて、教育委員会や教職員、学校が適切な配慮を行えるよう、そして、主治医との連携を強めていくことが望まれます。地域においては、患者、障害者の当事者団体を活用していくことも検討していただきたいと思います。

次に、合理的な配慮の具体例として教育面と就労面でお話をさせていただきます。その教育面での具体的な事例として、酸素を持って学校へ通う場合など、特定の医療的なケアが必要とされる場合には、それを行える人的な配慮を行うこと。心臓病児は、暑さ、寒さ等、気温の変化で体調を崩しやすいので冷暖房の設備が必要となること、階段を上がることが困難な子供のためにエレベーターの設置やクラスを1階に配置するなどの配慮を行うこと。介助者の付き添いによる移動教室での負担軽減を図ることなどです。

就労の面では、定期的な通院、長期療養に対し有給での休日を保障すること。体力に応じて連続勤務を避けるための休息がとれるよう、就業規則等において位置づけること。ラッシュ時間を避けた出退勤時間など、個々に応じた勤務形態を可能とすること。通勤が困難な場合には在宅勤務を可能とする環境を整えること。自家用車での通勤を可能とすることなどが考えられます。

法的な規定では、難病等慢性疾患が障害者の枠に入ったものの、心臓病という障害は常に状態が一定ではないため、固定、永続を基準とする身体障害者福祉法による障害認定を受けることができない患者も多数おります。そうした難病対策の枠で救われることもなく、成人期以降の困難を抱えている心臓病など慢性疾患を持つ患者も対象とした基本方針となることを強く望みます。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、一般社団法人全国手話通訳問題研究会の近藤様、よろしく願いいたします。

○全国手話通訳問題研究会（近藤氏） 近藤です。全国手話通訳問題研究会、略して全通研と申します。副会長をしております近藤でございます。

全通研といいますのは当事者団体ではございませんで、手話通訳者あるいは手話の学習者の集まりであります。会員は今1万人を超える会員がおりまして、全国47に支部がございます。

お手元に配付しております資料に基づいて8点ほど補足をさせていただきます。

まず1つ目です。8ページですが、前提問題を2つ補足させていただきます。

1つは、意見書における手話通訳配置について真ん中の3つ目の○に書いてございますが、ここに配置をされている通訳者というのは、全国の市町村、自治体及び民間の事業所、情報提供施設等がありますが、そういうところに配置されている雇用されている通訳者と理解していただければと思います。

私どもの調査では、全国で1,600人ほどおいでになりますが、残念ながらそのうちの8割以上は非常勤という身分で働いておられるというのが現状であります。

2つ目の補足であります。一番最後の○、情報提供やコミュニケーションが完全に保

障されない場合というのはわかりにくいと思いますが、例えば新卒医療のところを書いてございますけれども、これは実際に医者養成課程などで、手術をしながら、手術の患部にメスを当てながら音声言語を使って医師が説明するという場合、手話通訳は不可能であります。手話と患部を両方見るということはできませんので、そういうような問題点があるということを保障していくときには考えていかなければならないという点であります。

9ページであります。差別の事例の問題でありますので、1つだけ手話通訳を使用することについての排除の問題を書いておきました。これはよくございまして、いろんな場面で第三者を入れないとか、あるいは電話で通訳をする場合に本人でなければ申し上げられないとか、そういうようなことがまだ行われているというのが現状であります。

4点目、緊急時の通訳配置ができない場合は合理的配慮、正当な理由に当たるのではないかと述べさせていただきましたが、例えばこういう問題がございます。事業所あるいは行政、本人からオファーがあった場合に、手話通訳を呼びましょうというアクションをするわけですが、これは自分のところに雇用していない、あるいは自分のところでそれが準備できない場合は派遣事業所等に依頼することになるわけです。そうすると、派遣事業所のほうが夜間ですとか緊急時ですとかに対応できないという問題が生じた場合に、私のところは確かにオファーを出したのだと、ただ、派遣事業所のほうの責任で配置されなかったのだという問題が出てくるというようなことです。これはどういうふうに考えるのかという課題がございます。

11ページでございます。お尻のほうですが、民間事業者は合理的配慮の提供は努力義務となっておるわけでございますが、1つは、合理的配慮の内容については、利用者協議で中身を詰めていきたいと思いますということが書かれておるのですが、例えば事業者等で両者の協議をする場合にもコミュニケーションの保障が要ということで、これは二重構造になってしまうわけです。そういうところの問題点をどう考えるかということでございます。

6番目、その下、重複する障害がおありの方です。この方々については、もともと意思表示が困難な場合もありますし、独自の表明をされていても、それを周りが読み取れないという問題もあります。そういう方々につきましては、通訳ということだけではなくて、あるいは当事者相談員でありますとか、そういった専門的な支援が用意されるべきであるということが11ページであります。

13ページの合理的配慮の好事例のところでございますが、ここに福島県会津若松市ですとか、和歌山県の紀の川市ですとか、石川県の白山市ですとか、大阪府の守口市ということを書かせていただきました。これはどういうことかといいますと、行政で非常勤になっている大きな理由の1つに、いわゆる職位職階制度等の矛盾があるわけです。つまり、福祉事務所等に配置されている方でありましても、何年かすると異動の対象になっていく。そうすると、次の人がいないというようなことから、なかなか異動の対象になりづらいというような問題があったりということがありまして、正職員として採用する専門性をそこで高めていくということがなかなか難しいという問題が以前からあります。そういうもの

を書いてある自治体はそれぞれの工夫で克服しているという意味であります。

会津若松市は、人口十数万の市であります。何が言いたいかというと、そこに4人ほど正職員で手話通訳のできる職員さんがおられるということなのです。これは非常に比率としては高い。したがって、お一人が係長になられても、あるいはほかに行かれても次の方をまた募集して、一定の層としてそれが確保されているというような例であります。

大阪府の守口市は、福祉サイドだけではなくて、例えば水道課ですとか、市民課ですとか、そういうところに手話通訳の資格を持った職員を募集して採用しているということで、役所自体が1つのバリアフリーというような形になっているという意味で事例としてここに挙げさせていただきました。

最後でございます。最後は15ページ、16ページには、現行、厚生労働省の所管であります総合支援法の中の意思疎通支援事業で手話通訳の派遣等は保障されているわけですが、一言で言って、差別解消法が求めるであろう今後の保障水準、権利水準から見て、現行の障害者総合支援法における地域生活支援事業の意思疎通支援事業の枠組みでは非常に不十分ではないかということが言いたいためにこの表をつくったということになります。

17ページであります。今後の方向として書かせていただきました。今は2のところでございますけれども、いわゆる福祉モデルとして、障害福祉の範囲で考えられてきたわけですが、差別の解消法という、まず差別禁止モデルと私たちは勝手に名づけさせていただきましたけれども、差別禁止モデルで考えていきますと、もう既におわかりだと思いますが、特に教育、労働、司法、さまざまな分野で必要になってくるわけで、それぞれの行政領域がそれぞれに責任を持ってコミュニケーションの支援をするという枠組みをつくっていく必要があるわけです。

現行では、それらのオファーについては、福祉サイドで派遣しているとか、派遣できなかったりするわけですが、いろんな高松市等では、市が決めているルールにそぐわないという形で学校のオープンスクール、オープンキャンパスに派遣できなかったということで今裁判にもなっています。そういう現行の福祉サイドだけに予算を要求していくことは非常に限界があるということです。先ほど申しましたように、その福祉サイドで今やっている方々の身分保障1つとってみましても、非常に今不十分な状態になっているわけで、それらの人たちの専門性を高めていき、いつでもそれが安心して配置をできると、保障ができるというマンパワーを確保していくためにはそれなりの枠組みがあるということをお示ししたつもりであります。

例えば財源的に言いますと、各分野できちっと予算化をするという問題でありますとか、制度そのものは補助金で今運営されていますが、きちっとした負担金制度に変えていく問題でありますとか、そういうことを現行の枠組みの中でもできることはあるのではないかとというのが提案の趣旨であります。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、3団体から御意見をいただきましたので、委員からの御発言を求めたいと思います。挙手をお願いします。

それでは、新谷委員、お願いします。

○新谷委員 新谷です。

全通研、近藤さんにお伺いしたいのですけれども、2点ございます。

1点は、資料でろう者という表現が非常に多く出てきているのですけれども、私たち中途失聴・難聴者も手話を利用することは非常に多いので、全通研さんがろう者に限定された書き方をされておられるので違和感を覚えました。単なる意見ですから聞いておいといてください。

2番目の問題は、今、最後のほうに行政サービスで全部カバーしていいのか、福祉サービスでカバーするのかという論点が出てきたのですけれども、全通研さんは合理的配慮と基礎的環境整備、この関係についてどういうふうにお考えになっているのか、御説明いただきたいと思います。

問題の背景としましては、基礎的環境整備の最たるものというのは福祉サービスですね。今、近藤さんが御指摘されたほとんどの場合、私たちは手話通訳とか要約筆記者を従来は福祉サービスで担ってもらおうという方向を強く出してきたわけなのですけれども、具体的に問題が起こっているのは、企業の場合は利用者が福祉サービスで手話通訳とか要約筆記者を連れてきて会議に参加するというのは基本的に嫌がる。地域の福祉サービスの実施要綱の中で、営利企業への派遣というのはほとんど認めていない。福祉サービス側の限界と両方あって、企業の中が宙ぶらりんになっている。私たちは利用できなくて非常に悩んでおるわけなのですけれども、現在、差別禁止解消法で合理的配慮の問題として企業側にそれが義務づけられるような形で、福祉サービスではなくて企業側の合理的配慮が担っていく範囲。これから非常に大きくなっていくと思うのですけれども、例としては、例えば病院の場合です。病院は営利企業的な要素もありながら、現在は利用者がほとんど福祉サービスを利用して手話通訳なり要約筆記者を連れていって、病院もそれについて福祉サービスに全部自分の本来負担すべきコストを福祉サービスに投げてしまっているというところがあるわけですね。この辺は非常に大きな問題。

例えば今高松市の裁判も起こっていますけれども、これは行政サービス、福祉サービスとして担っていくのか、それとも学校側の本来負担すべき合理的配慮として担っていくのかという大きな問題になっていると思うのです。その辺については全通研のお考えをもう一度お伺いしたいと思います。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、近藤様、お願いできますか。

○全国手話通訳問題研究会（近藤氏） ありがとうございます。企業、いわゆる障害者の就労の場面につきましては、現行の福祉制度では全く手が出ていないというのが正直なところ実情だと思います。例えば企業の中に独自に企業内に雇用された方がおいでになって、

その方が例えば企業の自分の子会社ですとか出先に派遣されていて自己完結的にやっているというところはありますが、手話通訳サービスを外部から入れるということについては非常に嫌がられるというのが現状であります。

私たちの考え方は、基本的にここにも述べさせていただきますように、福祉サイドで担い手の確保というのはこれまでの実績がありますから、一定の担い手を確保していくということは必要だろうというのが1点。ただし、その財源保障については、企業であれば雇用促進法の改正もございましたけれども、そういう中で企業の責任で合理的配慮として保障していくという二段構えの考え方が必要なのではないかと考えています。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 伊藤です。

まず、腎臓と心臓の両方の会にお伺いしたいと思いますが、内部障害というところはこの2つの病気も位置づけられてから大分長い時間がたっておりますし、会員も大変多い、患者も多いのですけれども、例えば後から障害者の仲間入りをした難病系がこのように政策委員会の委員というようなこと、あるいは社会保障審議会の障害者部会の委員ということで出席させてもらっていますが、内部障害の委員がいないのではないかと。さまざまな障害がありながらも、内部障害が非常に数も多いのにそういうポジションが与えられていないということについてどう思うかということについて、この2つの団体にお聞きしたい。

腎臓さんだけですけれども、今、透析だけではなくていろんな種類があったりして、腹膜透析があったり、移植をした後でも医療を継続しなければいけないという状況だと思いますが、そういう場面での就労とかそういう問題での困難はないのでしょうかということです。

女性の場合は、結婚、出産という方も可能になってきたわけですが、育児とか保育の場面でかなり困難があるように聞いていますけれども、そのことについて何かありませんか。

先ほど枯れ木に水をやるようなものだと言われていましたけれども、実際医療の世界といますか、そういう議論の中で、一定の年齢以上の、つまり高齢の方に透析を導入するということについてさまざまな意見が出されておりますが、何かそこらあたりで全腎協さんとして御意見をお持ちかというのが問題。

今、再生医療というのが非常に期待されてきております。そういう中で、いずれ心臓もそうですけれども、これは両方の団体にお聞きしたいと思いますが、期待がありますかということ。なぜかというと、今の場合、もしも導入されたとしても非常に高額な医療、透析どころではない、もっと高額な医療というのが必要になってくるわけです。医療費の負担が必要になってくるわけです。その場合に、混合診療なり、自由診療なりという形でそれが導入されてくると、お金のある人しか医療は受けられなくなってくるわけです。そのことについて、何か御見解をお持ちかということなのです。

あと心臓さんだけですけれども、小学校の中の状況というのは、教育現場は40～50年前と余り変わっていないような印象を受けるのです。なぜかという、小学校ぐらいのときに障害を持ったお子さんも、そうではない元気なお子さんと一緒に学校という場面で過ごすとか、その子たちの将来形成、人格形成に非常に大きな影響を与えている。そのことが背景でないと、大人になってから幾ら急に差別はだめだとか、これは差別だとかあれこれ言っても、体の中になじんでいないのです。そういう意味では、子供、障害で病気を持ったお子さんたちを大事に育てるといふ教育があるべきだと思うのですが、そこらあたりで何か御意見があったら教えていただきたい。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

たくさん質問があったのですけれども、伊藤委員と多分同じ意見も多々おありかと思えますので、今、伊藤委員がおっしゃった御意見に何か補足あるいは違う意見という形でお聞きしたいと思いますが、俣野様、お願いします。

○全国腎臓病協議会（俣野氏） ありがとうございます。まず、委員の中に内部障害の方が入っていないではないかという御意見なのですけれども、それは全くそのとおりだったと思います。我々の声もお聞きいただければありがたいと考えております。

腹膜透析ですとか移植に関して困難がないのかということなのですが、私ども、今約31万人の患者が全国にいるのですけれども、その中の95%の方が施設での血液透析をしています。残りの5%の方が腹膜透析と言われるものと若干なのですが、数百名の方は在宅で血液透析をされている方がいらっしゃるというような状況です。

施設透析に比べますと、やはり私が話をしました時間的な制約というのは少ないとは思いますが、いずれにしても、腹膜透析もいろいろな種類がありまして、1日、夜に数時間かけてやるものから、5時間ごとに30分程度の作業をしないといけないものとあるのですけれども、その30分程度を5時間ごとにやるものにつきましては、やはり就業時間中に30分抜けないといけないというところで問題があると思います。

移植の方については、移植そのものについて問題は特にはないのですが、就労しようとする、お話ししましたように、移植になっても障害者は障害者のままですから、ハローワークに行く、障害者手帳を持っているので障害者のコーナーに行ってください。障害者のコーナーに行くと、やはり障害があることを前提にしたお仕事あるいは給与しかないというところが問題かと思えます。

移植の方は特にそれで何が問題かという、透析の方については、その分の補填として障害年金がある程度いただけるのですけれども、移植をしてある程度定着してくると障害年金がなくなるのです。補填の部分はなくなるのにもととの給料はそのままだということところが問題かと思えます。

終末期の問題につきましては、ここ数年、透析では特に議論になっているところで、この間も透析、医学界さんのほうがある一定の方向性を示すということでガイドライン案と

いうものを示されたところなのですが、ここは全腎協としては、やはり患者、その患者側も御高齢で意思決定なり意思表示ができない状態であれば御家族の意思が最大限に生かされる制度であってほしいということを提言の中にも意見として述べさせていただいたところ です。

最後、混合診療は私どもの病気の歴史の中で、昔、金の切れ目が命の切れ目という時代がありました。ある程度の医療を確保している上では、命の切れ目ということはないのでしょ うけれども、やはりお金がある、ないということで受けられる治療が違うということ は、生命予後も変わってくるというようなことはあってはならないことだと考えてお ります。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、神永様、お願いします。

○全国心臓病の子どもを守る会（下堂前氏） 最初の質問について簡単に事務局長の下堂 前のほうから答えたいと思います。

ポジションの問題というところでいいますと、1つは、ずっとJPAの前身の団体、JPCの 時代から私ども心臓病の子どもを守る会も頑張っ て一緒にやってきたつもりでおりますけ れども、まだまだ内部障害というものが、 障害者の中での位置づけとしても身体障 害の中に入れてしまっていて、さらに心 臓病という、やはり成人期以降の虚血性 心疾患のイメージというものが強くある というところがあるのかな。そういったと ころも若干影響があるのかなと思いな がら今話を伺っておりました。今回のよ うな機会を得られたのはすごくありがた い機会だと思いますので、ぜひ今後も よろしくお願ひしたいと思っております。

○全国心臓病の子どもを守る会（神永氏） 次に、再生医療への期待ということでござい ますけれども、まだ今iPS細胞による治験が 少しずつ進んできたとは言いながらも、や はりまだまだこれからの医療というところ で私たちが期待するところは心筋症等の 医療について、そういう可能性としては 期待しております。しかし、そのような 再生医療でなくても、18歳以上、また は20歳を過ぎ小慢の制度からも抜けてし まった心臓病者は年間入院とかをし てしまうと100万をくだらない医療費が かかるのです。これは既に再生医療等の 特別な医療でなくても十分に高額な負 担を強いられているというところでは 大変困った状況であるかなと思っ ております。

次に、教育の問題ですが、やはり障害者という とどうしても身体であるとか、あるいは 知的な障害と捉えがちで、特別支援教育 になって何年もたっているながら、やは り学校の中には心臓病児は特別支援教 育の枠に入らないといったお考えをす るような管理職の方もおられ、特別 支援学級が子供のニーズによって設置す ることができるにもかかわらず、心臓 病児が入るような、いわゆる病弱児のた めの特別支援学級というのは非常に少 ない、稀です。そこで身体であるとか、 知的障害のお子さんたちと一緒に学級に 入ってしまうと、知的な子供たちと一 緒の学級では、散歩に行ったり、あるい はいろんな運動をたくさんする

ために、そこには参加できない。または、身体のお子さんたちと一緒に入ってしまうと、逆に何も動かないので、もう少しは動きたいけれども、車椅子の方と一緒にただ静かに教室の中で学習を進めているというような状況もあり、心臓病という障害についての理解が学校サイドでもなかなか進んでいない上に、まして子供たちに対しての理解促進というのはまだまだ進んでおりません。

そのため、心臓病のチアノーゼがあって顔色が悪かったり、運動ができないということで差別的な取り扱いを仲間の中からも受け、学校の中でも阻害されているというような状況、これは大きな問題であると思います。

以上です。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、土本委員、お願いします。

○土本委員 ピープルファースト北海道の土本と申します。

北海道の石狩では、手話通訳が条例として来ているということがありますので、もっともっとそういういいところは伝えていきたいし、伝えていかなければならないのではないかと思うし、もう本当に当たり前のようなことをこれからも進めていきたいし、心臓病の学校もそうだけれども、分け隔てなく勉強したいという人と一緒に勉強して、学校が配慮すべきものは配慮していかなければならないということは、これからも言っていかなければならないのではないかなと思います。

以上です。

○石川委員長 御意見でよろしいですか。質問。

○土本委員 御意見でいいです。

○石川委員長 わかりました。

中西委員、お願いします。

○中西委員 中西由起子です。

今、土本さんが条例ということでお話しいただいたのですが、全国手話通訳問題研究会の発表で、最後のところで差別禁止モデルと紹介してくださいました。これは結局権利条約で言うところの手話は言語であるということで、国が日本語と同様に、日本語手話を言語、国語とするということで認められればこの差別禁止モデルは追求できると考えますが、今回の発表にはそこまでなかったのですが、その点についてはどう考えてらっしゃるのでしょうか。

○石川委員長 近藤様、御意見をお願いできますでしょうか。

○全国手話通訳問題研究会（近藤氏） ありがとうございます。私どもは手話言語条例、鳥取県等で制定していただきまして、それをバネにしながらといいますか、今、手話言語法というのを要求しております。それとは別に、情報コミュニケーションというレベルで言いますと、広く聴覚だけではなくて、情報なりコミュニケーションに困難を抱えておられる方のための法律というものも同時に要求しております。そういったものを整備するこ

とによって、おっしゃっていただきました差別禁止モデルというのが実現していくものだと考えております。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、最後に大濱委員、お願いします。

○大濱委員 脊損連の大濱です。

全通研の近藤さんにお聞きします。先ほどの新谷委員とのやり取りとも関係しますが、手話通訳が福祉サービスとして提供されるべきかという話です。私は基本的には福祉サービスには限界があると考えています。例えば病院の中では、当然病院が手話通訳を用意すべきだということです。そうでないと、例えば複数の人が手話通訳に入ると、その障害者の病気の話が複数の手話通訳者に漏れるわけですね。これは個人情報の保護の観点から考えてもおかしいだろうと思います。企業も同様です。企業の様々な情報が複数の手話通訳者にばらばら漏れたら困るので、企業が合理的配慮として手話通訳者を手配すべきだと思います。そう考えると国家も同じですね。特定秘密保護法が制定されたように、機密情報が漏れたら一大事ですから、聴覚障害者の公務員に対しては国が合理的配慮として手話通訳を手配すべきだと考えます。そのあたりについては近藤さんはどのようにお考えでしょうか。

○石川委員長 それでは、近藤様、お願いします。

○全国手話通訳問題研究会（近藤氏） おっしゃるとおりだと思います。病院での通訳ということになりますと、さまざまな患者さんがおいでになります。それから、医療スタッフの中に聞こえないスタッフも最近では出てまいっておりますので、そういう方々とチーム医療を進めていこうと思うと、派遣型というのは非常に限界があります。やはりその治療なり何なりがどういう目的を持って、どういう社会資源を使って行われようとしているのかということを経験の認識にしない限りコミュニケーションの保障はできないと考えていますので、おっしゃっているとおりだと思います。

○石川委員長 ありがとうございます。

時間が若干ありますけれども、よろしいでしょうか。

では、関口委員、お願いします。

○関口委員 全団体の方に一言ずつ述べていただきたいのですが、これは差別解消のためのということで質問がずっとあったと思うのですが、もともとは障害者権利条約で権利を確保して尊厳を尊重するということから基本法と差別解消法ということで、差別解消法の中の労働部分が障害者雇用促進法にいつているという、これは厚生労働省の管轄になります。そうしたときに、基本は人権ベースと申しますか、権利ベースだと思うのです。そうしたときに、おのおのの団体が、これは権利としてどうしても認めてほしいということが1つ、2つあると思うのですが、それを簡潔にお伺いしたいと思います。

○石川委員長 ありがとうございます。

それでは、俣野様からこれだけということなので、1点、ないし2点ということですが、  
○全国腎臓病協議会（俣野氏） 先ほどから何遍もお話ししていますように、どうしても私ども継続的な治療が必要な障害です。先ほども枯れ木に水をという話をいたしました、生きていくためにどうしても必要な治療ですので、これについては病気自体も好きでなかったわけではなく、本人に責任があるわけでもない部分ですので、このところに焦点を当てたことではなくて、人としての人間を見た形で接していただきたいと思います。

以上です。

○石川委員長 神永さん、お願いします。

○全国心臓病の子どもを守る会（神永氏） やはりこれだけというのは非常に難しいのですが、1つの例として、教育の問題を挙げたいと思います。教育というのは本当に基本的な人権、子供の権利ですね。しかし、その子供が親の付き添いがなければ学校教育を受けられないという実態があります。そして、親が例えば小さい子供がいたり、親自身が病気であって子供に付き添えない場合はどうするかというと、学校を休まざるをえません。親の付き添いがなければ学校は受け入れませんから、そうすると、子供はそういった状態で約1カ月、学校をお休みしているという実態がつい最近もあったのです。ある市です。これはまさに基本的な人権が侵害されていると言わざるをえません。

では、どうしたら解決できるのかということ、やはり合理的な配慮の中でどのような教員の配置ができるのか、どのような補助具の配置ができるのかといった簡単には解決しない問題ですが、まず、そういったような基本的なことが守られるということを中心に考えていただければと考えております。

○石川委員長 ありがとうございます。

近藤さん、お願いします。

○全国手話通訳問題研究会（近藤氏） ありがとうございます。コミュニケーションというのは、皆さんよく御存じのとおり、伝えるということが前提にあります、私たちは伝え合いだと思っています。伝え合うことによってそれが本当に生きてくる。つまり、伝えられた情報なりがその人の中でどう生かされていくかということを見届けて初めて伝わったということになるわけで、その意味での伝え合いをどういうふうに制度化していくかということがポイントだろうと思います。そういう意味では、双方向性はマンパワーを中心にしながら保障していくということがどうしても必要ではないかと考えています。

○石川委員長 ありがとうございます。3人の皆様、それと事務局の方も含めてありがとうございます。それでは、このパートはここまでとさせていただきます。どうもありがとうございました。

休憩を挟みまして、次のパートは時間が短いかもしれませんが、3時10分とさせていただきます。

（休 憩）