

障害者政策委員会第4小委員会（第3回）議事録

○三浦座長 お時間となりましたので、「障害者政策委員会第4小委員会」の第3回会合を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、御多忙中をお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

本日の会議は13時までの3時間を予定しております。

本小委員会の開催に先立ちまして、1点お願いがございます。

第4小委員会におきましても、情報保障の観点から、障害者政策委員会と同様に、各委員が発言を求めるときにはまず挙手をしていただき、指名を受けた後、御自身のお名前を述べられてから、可能な限りゆっくりと御発言いただきますようお願いいたします。

また、政策委員会の土本委員から、知的障害のある当事者への配慮を欠いた発言が多いとの御指摘を受けておまして、本日もイエロースタンドを置いております。御発言の際には、これに御留意いただき、ゆっくりと分かりやすい言葉でお願いいたします。

なお、本日は、欠席なさっております委員は、遠藤委員、岡部専門委員、坂本専門委員です。

議事に入ります前に、本日の議題及び資料について、事務局、東室長より御報告をお願いいたします。

○東室長 おはようございます。担当室の東です。

議事次第を開いていただければ議題が載っております。論点⑥として「障害児支援について」、論点⑦として「保健の増進、医療・リハビリテーションの提供について」、論点⑧は「医療・リハビリテーション、福祉用具等に関する研究開発の促進について（障害の原因となる傷病の予防等についてを含む）」ということですが、今日これらについて議論していただくということになります。

資料としましては、1ページからの資料1が論点に関する厚生労働省の資料であります。

27ページから資料2がついておりますが、これらに関する委員の意見ということです。

参考としまして、障害者政策委員会の日程という資料を配付しております。

進行ですが、本日も3時間の審議になります。15分の休憩を挟みまして、2つのコーナーに分けて行います。第1のコーナーは論点⑥について、厚生労働省から10分程度資料説明をいただいた後、45分程度で御審議願いたいと思っております。

第2コーナーは論点⑦、⑧につきまして、まず厚生労働省から15分程度で資料説明をしていただいた後、70分程度で審議をお願いしたいと思っております。

議題、資料については以上のおりですが、資料で足りないものがあれば事務局にお申しつけください。ありがとうございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。

第1コーナーは論点⑥「障害児支援について」を御審議いただきます。

最初に、厚生労働省から10分程度で御説明をいただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○阿萬室長 それでは、皆さん、おはようございます。厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課地域移行・障害児支援室長の阿萬でございます。

本日配付されている資料の2～11ページの部分でございますが、私の方から説明をさせていただきます。

2ページ「1. 障害児支援の強化」ということで、平成22年12月に成立いたしました、いわゆるつなぎ法によります改正の中で児童福祉法などが改正されました。それが平成24年4月に施行されまして、障害のある児童の方々が身近な地域での適切な支援が受けられるように、種々の改革が行われております。

主なポイントは4点、以下のとおりまとめております。

ポイントの1つ目が「障害児施設の一元化」ということで、これは通所施設、入所施設それぞれに一元化、再編を図っているということでございます。

通所による支援につきましては障害児通所支援、入所による支援につきましては障害児入所支援ということで、それぞれ一元化を図っております。

さらにポイントの2つ目でございますが「障害児通所支援の実施主体を市町村へ移行」ということで、これまでは通所支援につきましても実施主体は都道府県でございましたが、通所については新しく市町村に変更する。これによりまして、障害者自立支援法におきます居宅サービスと障害児の通所支援の一体的な提供が可能になっているということでございます。

3つ目ですが、新しいサービスといたしまして「放課後等デイサービス、保育所等訪問支援の創設」ということでございます。

放課後等デイサービスにつきましては、従来のサービスの再編後の姿でございますが、保育所等訪問支援につきましては、完全な新設のサービスでございます。このようなサービスの創設によりまして、障害がある児童につきましても、保育所などの利用がしやすくなるような支援を行っていくという考えでございます。

4番目のポイントが「在園期間の延長措置の見直し」ということで、これまでは障害児の施設の中でそれ以上の年齢になられましても支援を行っておりましたけれども、今後、原則として18歳以上の入所者の方につきましては、自立支援法に基づく障害福祉サービスを提供するというにいたしまして、年齢に応じたサービスの提供を進めるということとしております。

3ページ「2. 障害児施設・事業の一元化」ということで、これは先ほど申し上げました通所と入所の支援につきまして、一元化の形で再編・整理しているものでございます。ごらんのとおり、障害児の通所支援につきましては、実施主体は市町村、一方、入所支援につきましては、都道府県ですとか指定都市、または児童相談所を設置している市が事業

の実施主体になっているということでございます。

時間もございますので、4ページ「3. 障害児通所支援（児童発達支援）」でございます。

法律上の規定でございますが、概要とすると、サービスの内容、提供する支援の内容は基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行うということにされております。医療型の児童発達支援では、このほか治療も行うということでございます。

その対象となる児童につきましては、身体障害、知的障害、精神障害、これは発達障害児も当然含みます。そういう障害のある児童でありまして、療育の観点から、集団療育ですとか個別療育を行う必要があると認められる障害児が対象となります。なお、これにつきましては、注で書いてありますとおり、手帳の有無は問うておりません。

「（3）支援の内容」につきましては、先ほど申し上げましたとおり、児童発達支援と医療型の児童発達支援で少し内容が違っておりまして、医療型につきましては、児童発達支援に加えまして治療も行うとしております。

「（4）地域支援体制の強化」ということで、4ページから5ページにかけて書いておりますが、児童発達支援センターにつきましては、児童福祉施設として位置づけております。ということで、そのセンターがみずから通所支援を行うだけではなく、身近な地域の障害児支援の拠点として以下の地域支援を実施するという進めております。実際にはまだ規定の整備その他はできていないところがございますが、基本的には3年後には規定も全て整理しまして、地域にいる障害児や家族への支援、これは例えば障害児の相談支援事業をあわせて行っていただくというイメージでございます。

また、（b）に書いております「地域の障害児を預かる施設に対する支援」。これは例えば保育所等訪問支援として今回創設しましたサービスなどをあわせて行っていただくことを想定しております。

このような形で、関係機関と連携を図りながら、重層的な支援を提供した上でネットワークを形成していただくということを考えております。

その一方、児童発達支援事業所につきましては、人員基準その他についても少し緩和されている形態でございますが、地域の拠点というよりはむしろ身近な療育の場として、もっぱら通所による障害児に対する支援を行っていただくという形を想定しております。事業所数及び利用児童数につきましては、ここに書かれておりですのでごらんいただければと思いますが、児童発達支援につきましては、6月の段階で我々が把握している範囲で言いますと1,923事業所、医療型の児童発達支援は110事業所。利用児童数は児童発達支援が3万8,647名、医療型の児童発達支援は2,696名でございます。

この数字につきましては、まだ今年度が始まったばかりということで、例年1回行われております社会福祉施設などの調査がまだ行われていないということもありますので、これは国保連の請求の関係のデータを使っております。それもありますので、注でも書いて

ございますが、全ての市町村のデータになっておりません。ただ、そんなに変わりませんので、大体これぐらいの数のイメージだと思っていただければと思っております。

6 ページ「4. 重症心身障害児（者）通園事業の法定化」ということで、児童福祉法が改正される前は、従来は国庫補助の事業として実施されておりました「重症心身障害児（者）通園事業」が、今回の法改正によりまして「児童発達支援」の中の一環として行われる形になっております。

18歳以上の障害者の方々も、この類型につきましては継続して支援を提供する必要性が高いということで、一体的な支援を提供する形をつくるために、特例措置を講じております。

「（2）特例措置の内容」で、例えば定員は児・者の合計で定員を見ることにするとか、職員・設備につきましては、兼務・共用を可にするということで、より一体的な形でのサービスができるような特例措置を講じているということでございます。

7 ページ「5. 障害児通所支援（放課後等デイサービス）」というところで、これは以前児童デイサービスという形で提供されていたものの学齢児に対するものというイメージを持っていただければと思いますが、概要にありますように、放課後ですとか夏休みなどの長期休暇中におきまして、生活能力の向上のための訓練などを継続的に提供する形でございます。それによりまして、学校教育と相まって障害児の自立の促進に加えまして、放課後ですとか夏休みのための長期休暇中の居場所づくりも推進するという趣旨でございます。

対象者につきましては、小学校、中学校、高校に就学している、幼稚園と大学以外の全ての学校に就学している方々でございます。

事業所数につきましては2,683事業所、児童数につきましては5万3,860名ということで、これも先ほど申し上げましたように、国保連のデータの速報値を入れて掲載しております。

8 ページ「6. 障害児通所支援（保育所等訪問支援）」でございます。

これは先ほど申し上げましたように、今回の改正で新しく創設したサービスでございます。これにつきましては、保育所ですとか、幼稚園、その他小学校等、そういうところを利用されている障害児の方、または今後利用する予定の障害児の方が、そういう場での集団生活の適応のために専門的な支援が必要とされた場合に、例えば専門のスタッフが訪問して支援を実施することなどを想定している支援の類型でございます。

訪問先につきましては、今、申し上げましたものが（4）に書いてございます。保育所、幼稚園、認定こども園、小学校、特別支援学校、その他児童が集団生活を営む施設として市町村が認める施設ということでございます。

事業所数は、先ほど申しましたように国保連のデータですが、62事業所、利用児童数は249名、まだ始まったばかりということでなかなか進んでおりませんが、この類型につきましても我々は重要だと思っておりますので、今後、より多くの事業所なり利用児童数が出てくるように推進していきたいと考えております。

今、申し上げた8ページまでが通所の関係でございます。9～11ページが入所の関係で

ございます。

入所の支援につきましては、趣旨とすると9ページの「(1) 概要」に記しておりますように、障害児を入所させて保護ですとか日常生活の指導及び独立自活に必要な知識技能の付与を行うということでございます。医療型の入所施設につきましては、このほか治療を行うということは先ほどの通所支援と基本的に同じ形でございます。

対象者は、身体の障害、知的障害、さらに精神障害のある児童ということで、先ほどと同じように発達障害児も含んでおります。障害児の入所施設または指定の医療機関に入所させて、保護ですとか日常生活の指導などが必要と認められる障害児ということで、これにつきましては手帳の有無は先ほどと同様に問うておりません。

「(4) 様々な障害や重複障害等への対応」ですが、今回の再編の中で、これまで受け入れていた障害種別の方々を主たる対象とするということで、それ以外の障害の障害児を受け入れた場合の対応につきましても、いろいろな基準などでの緩和措置などを設けているところでございます。

10ページ「(5) 18歳以上の障害児施設入所者への対応」ということで、今回の法改正の施行によりまして、原則18歳以上、引き続き指定入所支援を受ける必要がある場合でも20歳以上になりますと、児童福祉法によるサービス提供ではなくて、障害者自立支援法、総合支援法に基づくサービス提供になることになりました。ただ、今回の法改正の施行におきまして、施行時の特例ということで、入所者への支援が適切に行われますように、例えば障害福祉サービスの指定を受ける場合には特例措置を講じておりまして、それが10ページの②のところにも書いておりますように、障害福祉サービスの指定基準を現在のところ満たしていなくても、従来の障害児の施設の基準を満たす場合には、そのまま障害福祉サービスの指定を受けているとみなして、障害福祉サービスの提供をしていただく形になります。

これにつきましては、事業者指定の有効期間が6年間でございますので、その間に障害児の施設としてそのまま維持されるのか、それとも障害者の支援施設に転換するのか、または障害児の施設と障害者の施設を併設するのか、その3つの中から選んでいただくということで各施設の方をお願いしているところでございます。

さらに③が「旧重症心身障害児施設の対応について」ということで、これについても先ほどと同様に、児・者一貫した支援を行うという観点から、基準につきまして特例的な扱いをしているところでございます。

施設数、利用児童数につきましては、施設数だけにつきましては厚生労働省として調べたものがありましたので、一応それを入れておきました。7月2日の時点でございます。福祉型が263施設で、医療型が237施設でございます。ただ、これにつきましては、6月の国保連データでとっている限りでは、請求を出してきている施設が福祉型では175施設、医療型が180施設となっております。1カ月差があるということと、あとは請求をそもそもしていないと国保連のデータとして計上されないということ。また、この国保連のデータ、

全ての担当の自治体が国保連を経由して請求の受付を行っていないところもございまして、そういうところで少し差が出てきているものと考えております。

利用児童数につきましても、福祉型につきましては1,863名、医療型につきましては2,099名ということで、今、申し上げました福祉型175施設、医療型180施設をベースにしたときの利用児童数ということでございまして、実際にはまだこれよりも多いものと考えておりますし、またさらに今後ふえることになるものとは考えております。

すみません、時間がオーバーいたしましたけれども、説明は以上でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、早速ですけれども、まず論点⑥についての委員の皆様からの事前意見、非常にたくさんいただいております。その特徴につきまして、勝又副座長より5分程度で報告をお願いします。

○勝又副座長 勝又です。

論点⑥、第17条「障害児支援について」は、数多くの意見が寄せられておりました。まず、多くの委員の皆さんの意見に共通しておりましたのは、障害児施策を一般児童施策の中で位置づけることの重要性ということでございました。これは障害の有無によって分け隔てられることのない共生社会の実現を基本として、地域で生活していくものという視点に転換し、一般児童施策の中で障害児を位置づけて、一般児童と同じ福祉サービスを受けられるようにするという御意見でございます。

具体的には、地域の保育所への入園、放課後児童クラブ等への参加。今後は一般の児童と同じサービスが受けられるようにしていくべきである。

どんなに重度の障害があっても、地域でともに育つことのできる施策というものが重要であろうということで、地域で育つ環境の整備と各種連携の重要性ということが出ておりました。各種連携の重要性としましては、教育と地域生活支援の連携。身近な場所で専門性の高い療育の場所の確保。本人及び保護者が希望する地域で希望する支援を受けられるようにすることが重要であるという御意見でございました。

もう一つ、多くの委員の方から意見が出ておりましたのは、重度であったり、また障害が少数であったりするがゆえに施策がおくれている障害を持つ児童や、その家族がサービスを十分に利用できるようにすることが重要ではないかという御意見でございました。特に医療的ケアの必要な児童とその家族への支援というのが重要だと複数の意見がございました。

小児慢性特定疾患等の子どもやその家族、小児高次脳機能障害の持つ子どもとその家族への支援の強化があげられていました。

重度障害児に対する支援策の充実というのは、さまざまところで主張されておられて、医療連携型の短期入所を地域に設置すべきであるとか、在宅で重度訪問介護あるいは同様な介護体制を構築すべきであるというようなことでございました。

医療的ケアが必要な障害児やその家族を対象とした保健医療、介護給付などの派遣型の

福祉サービスの充実も重要であるという御意見がありました。

多機能で総合的な医療療育機関の整備ということについても、拠点機能を核に一定のエリアでの在宅障害児を支援できるシステムを構築するべきであるという御意見がありました。

また、ほかの御意見の中で幾つか御紹介しますと、相談事業の充実と専門職員の教育訓練の必要性についても御意見いただきました。療育や医療の専門職の育成に生活者の視点で支援を学ぶ内容を設けるとともに、障害当事者や親から学ぶ機会をふやしていくべきではないか。教職員に対する精神疾患、精神障害の研修が必要ではないか。

障害の早期発見、早期療育支援の充実については、相談支援体制の充実というのが重要で、それは障害が疑われている時期、診断を受ける前の時期、もっと早く子どもと親への支援を充実していくべきであるということで、専門的療育の充実が必要であるという御意見がありました。

そのほかには、子どもとひとくくりせずに、特に年齢に応じた成長過程にあることを重視すべきであること。性別を配慮した支援が必要であるという御意見がございました。今回、障害児支援ということで保護者との関係が不可欠な児童の支援であることから、意見の全体では障害児と障害児の家族への支援という両方が非常に重要であるという御意見がございました。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、当初の厚生労働省阿萬室長からの説明も踏まえまして、論点⑥についての皆様方の御意見、御質問をお願いいたします。本議題、論点⑥に関しましては、審議の時間を11時15分までとさせていただきますと思います。

それでは、委員の皆様方、どうぞ挙手をもって。清水専門委員、加藤専門委員、柴崎専門委員、佐藤委員、竹内代理、川崎委員、尾上委員、加納専門委員、関口委員までというところで一旦おとめいたします。

それでは、清水専門委員、どうぞ御発言ください。

○清水専門委員 どうもおはようございます。全肢連の清水です。

さきに意見として出したもの以外の点について、質問というよりは意見になろうかと思えます。それは1つには、特別支援学級、特別支援学校への通学の手段の問題です。ですから、文科省の管轄になろうかと思えますので、意見として述べさせていただきたいと思えます。

特別支援学級の場合でしたら、比較的地域の小学校が多いということで、通学は親御さんの方で通学しているのが100%だと思います。しかし、特別支援学校に通う場合、どうしても市をまたぐとか、1つの県域に支援学校が1校しかないというような状況の中で、医療的ケアのある子どもの場合、看護師さんが同乗していないという事情の中で、どうしても通学バスに乗れないというケースが出てまいります。親御さんがお元気でその子どもさ

んを学校に送迎するということができる御家庭はいいのですけれども、例えば免許がないとか、急な病気になるとか、そういうようなときには学校に通学的手段としては既存のタクシーとか形でしか利用できないということについて、財政的に豊かな市町村でしたら、市町村単独事業ということでそれを補っているところもありますけれども、やはり制度化をきちっとしてほしいなど。

特に通学バスで、医療的ケアの必要な子どもで看護師さんが乗っていないということでバスに乗れないというケースもあるわけですね。ですから、そこに1つのルールを文科省の方でつくっていただきたいというようなことを意見として申し述べさせていただきたいと思います。

○三浦座長 清水専門委員、ありがとうございました。

それでは、柴崎専門委員、どうぞ。

○柴崎専門委員 守る会の柴崎でございます。

資料にも出した意見であります、1つは、障害の早期発見につきまして、私どもの子どもたちというのは、新生児のときに病気がはっきりしない、障害がはっきりしないという方が多いございまして、専門家が足りないということもあるのかもしれませんが、親は不安な気持ちを抱えつつ、はっきりした状況がつかめない。したがって、福祉サービスもどのようにしたらいいのか全く情報が得られない方が多いございまして。この辺の充実をぜひお願いしたいと思います。早期発見すれば早期手当て、早期療養も可能だと思いますので。親というのは、重い障害ほど分かったという時点からさらにそれを受け入れるまでには相当の時間がかかります。そのために思い悩む時間が非常に長いわけでありまして、そこを早く専門家のフォローをいただければ、若干緩和されるのではないかなと思います。

もう一つは、療育の支援ということでございました。先ほど清水専門委員からもお話がございました。特に支援学校の場合、課外活動、遠足とかそういったものは私の知る範囲では、大体学校に看護師さんの配置がお一人なのです。課外活動のときに看護師さんは学校に残るということが建前になっているようですから、バスとかに同行できないわけです。そうすると、参加できないということになるようでして、そういう特別なときだけでも仮に看護師さんの派遣等、複数いらっしゃればそれは結構かと思いますが、最悪の場合は派遣でフォローをお願いできれば一緒に頼むことができる。医療の必要な重い子だけが取り残されるということが学校の中においては非常に問題かと思えます。

最後に、これも資料に入れましたが、家族への支援ということ。やはり家族というのは医療の必要な子どもさんほど孤立しがちといいたまいますでしょうか、特にお母さんがほとんど介護を引き受けていますので、動きがとれない。そのために、他の家族、特に兄弟がいる場合、手が回らない。子は親がなくても育つとは言いますがけれども、いろんな学校の行事に対してもお母さんが来てくれない、行けないという状況です。このフォロー体制がどのようにできましようか。この悩みを持つ人は非常に多いのです。そういった点を特にお願いして、短期入所も含めて最悪の場合は施設への入所ということも含めて、そういう施策が拡充さ

れるように切にお願いしたいと思います。

以上でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。清水さん、柴崎さんの方から移動に関する支援、社会参加するときの支援、看護師の加配もしくは派遣というような御意見をいただいたわけなのですけれども、厚労省の方から何かコメントいただける部分がございますか。文科省の方との関連性も強い部分のように感じられました。

○君島室長 自立支援振興室長の君島と申します。

私どもの方で都道府県、市町村におきまして実施ができる地域生活支援事業というのをやっております。先ほど清水専門委員の方も市町村の単独事業でやっているところも聞いているといったお話がありましたが、まさにそのとおりでありまして、地域生活支援事業の中に移動支援事業というのがございまして、一部の市町村においては移動支援事業の対象として、いろいろ条件があるのですが、条件を区切って通園、通学をやっているというのが現状だというのは私どもも承知しております。

これはいつも申し上げるのですが、あと学校側の配慮、どの程度それが可能なのかということもありますので、非常に地域性や学校の事情というものが違って、なかなか一律に対応するのが難しいというのが現状だということは認識しておりますが、私どもの方でも一部で実施しておることは承知していますので、今後何らかの方向性は見出していきたいと考えております。

以上でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、続いて佐藤委員から加藤専門委員、どうぞ御発言ください。

○佐藤委員 今の厚労省の説明なのですけれども、移動支援事業に関しては市町村が主体となってやっているものであるもので、通園、通学に一定の条件のもとで活用するということは認めておられると聞いたのですけれども、それは高校とか大学などを含めて、通勤はともかく通学に関しては障害者自立支援法を活用していいということなののでしょうか。その辺の確認を後でお願いできればと思うのです。私が発言したかったことは、先ほどの柴崎専門委員の最初の提起と全く同じ、障害が確定する前の段階、障害児の通園施設に行こうとなる前の段階についての話なのですけれども、母子保健法と児童福祉法との役割分担がこの辺どうなっているのかということをお聞きしたいのです。

障害児相談支援については、障害児でなくてもそれが疑われるような段階でもきめ細かく対応する。相談支援に関しては、児童福祉法が対応するということかと思うのですけれども、乳幼児健診の後でまだ確定しない段階については、母子保健法がその後の指導だとか親子教室だとかお母さんたちで集まったりなどするような、そこまで予算的にも対応しているのか。健診と指導くらいでとどまっていて、障害児の通園施設に行く前の段階の集団の場というか通所の場については、法律、制度上、予算的にもどういう位置づけがなされているのか、その辺のことをお聞きできればと思います。

○三浦座長 それでは、御質問をお答えいただいてもよろしいでしょうか。

○君島室長 では、第1点目、先ほどの通学、通園ですが、厚生労働省が主体的に制度化をするということではなくて、現状としては、市町村において実施しているところもある。つまりはそれが、例えばその市町村立の学校に限っているのか、あるいは私立まで入っているのか、小学校までなのか、中学校までなのかというのは、ひとえに市町村の判断に委ねているということでございます。なので、先ほど私が言いましたように、市町村の事情とあと学校の所在地の事情、先ほど清水専門委員からもありましたように、県域をまたいでまでやるのかということで、その辺は場合場合があるということで、今、佐藤委員がおっしゃいましたように大学とか高校とかということになりますと、その人たちが自由に私立の大学等に通う場合もございますので、そういったときにどうするのかということは非常に問題が広がってまいりますので、今のところは現状認識としては市町村が単独事業で行っているというのを承知しているということでございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、続けて母子保健法との関係は今よろしいでしょうか。

○阿萬室長 今、手元に何か明確な資料があるということではないのですが、基本的にはそういう健診の結果のアフターフォローにつきましては、もちろん、それぞれの市町村での具体的な対応の仕方によっても多少違ってくるとは思いますが、基本的にはある程度のところまでは、保健所ですとか保健センター側というか、母子保健の範囲でやられていることがかなり多いとは承知しております。

例えば専門の医療機関への紹介ですとか、そういうものも含めて保健の担当の方でやった上で、必要なサービス、福祉サービスの必要が出てくるという場合には、障害福祉サービスにつないでいるということと考えております。

後でまた全体の報告、御説明の中で申し上げますけれども、福祉サイドとしても、もう障害があるというのが確定した方々に対する支援ということだけではなくて、疑いのある方への支援ということについてもいろいろ体制の強化を図っていこうとしているところではございますので、そこはまた後で全体のお話をするときにさせていただければと思っております。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、加藤専門委員、どうぞ。お待たせいたしました。

○加藤専門委員 どうも先ほどは失礼しました。私は、全国児童発達支援協議会、通称CDS Japanと言っていますが、その団体の者です。

今回、今、阿萬室長から説明いただいた説明に関しては、例えば障害児施設の一元化とか、実施主体を身近な区市町村にということとか、地域のさまざまな育ち支援を充実させていくとか、それぞれのセンターに専門職を位置づけてというような方向性、これは私たち現場で30年来ずっと主張してきたことです。それがこのたび4月からようやく実現の運びに至ったということです。これに対しては我々関係者として非常に評価させていただき

ますし、また大きな期待を寄せさせていただいているものです。

しかし、さりとて4月から理想どおりに順調に事が運んでいるかということになりますと、残念ながらそうは問屋が卸さないという状況があります。そこで我々関係者がいろいろ心配していることを、今日、皆様の資料の31ページから6つの視点で一応まとめさせていただきます。

1つは、私たち、ずっとこの間懸念していたことですが、いつもいつも決まって、このところの大きな制度改正改革の中で、我々は子どものことがほとんど置き去りにされたまま審議未了のまま見切り発車みたいな状況がずっと続いてきているという状況が見られます。これについては何とかもう少し子どもに焦点を当てた検討の場、議論の場というようなことがぜひ必要ではないかと思っております。

2点目の質問ですが、特に昨今の少子化対策の中で、さまざまな施策が講じられているところではあります。これについてはもちろん評価するところではあります。ただ、この中でいろいろ施策が進められる中身を見てみますと、残念ながら「(障害のある子は除く)」みたいなニュアンスがたくさん見受けられます。ですから、先ほど来、話が出ていますように、一般子ども施策の中で、きちっと子どものことが位置づけられる必要があるかと思えます。彼らはさまざまな課題を抱えるとしても、それはもっぱら相対的な問題であって、圧倒的に彼らはまず子どもですので、我が国のさまざまな子ども施策の中にきちっと彼らの存在が位置づいているという状況をぜひ確保していただきたいと思えます。

昨今、そういう流れの中でさまざまな所管によっていろいろ施策が立ち上げられているわけですが、残念ながら、それがモザイク的といいますか、いろんな縦割り行政の中で複雑化し、錯綜してしまっているという中で分かりにくい。現場でも分かりにくいけれども、末端の行政でもなかなか分からないという状況が現実にあります。ですから、現場の我々とすれば、非常にその辺が困っています。大きな社会的なロスでもあろうかと思えます。

そういう意味で、各種資源の限られたこういう御時世ですので、さまざまな制約がたくさんある中で、さりとてニーズは非常に多様化し、深刻化しているという状況を考えたときに、その辺を一度ばっさりと見直すというようなことが必要ではないか、そういう時期に来ているのではないかと思えます。

もう一つは、これも懸念していることですが、そうやって子ども施策が少子化対策を中心にしてどんどん進められるのはいいわけですが、そこに我々の支援を必要とする子どもたちが位置づいていないということもあります。もう一方では、こうやって障害施策の方もそれなりにどんどん充実を図られるべく進んでいるわけですが、結果として子どもたちのこと、要するに発達が気になる、あるいは支援を必要とする子どもたちのことが谷間に落ちてしまっている。これはさきの推進会議からの流れから言ってもまずいだろうと思われま。

そういう意味で、発達が気になる子、支援を濃密に必要とする子どもたちのことが、通常の子ども施策と障害者施策の谷間に落ちないように、ぜひこの辺についてもきちっと配

慮いただきたいと思えます。

○三浦座長 加藤専門委員、申しわけありません。3分が過ぎて。

○加藤専門委員 では、もう一つ、質問と絡めて申し上げたいのです。先ほど阿萬室長さんから御説明いただきました、発達支援センターにおいて地域の発達支援サービスを受けている子どもたちが3万8,647という数です。これは先ほど文科省の話も出ましたけれども、例えば直近の文科省の我が国における義務教育年限の特別支援教育体制の中で生活をしている子どもが、その同世代の中の2.71%という数字が出ています。これはこのところずっと右上がりにふえているのです。このことはともかくとして、2.71%が我が国において親の認知も含めて数字がはっきり出ているのです。その数字からいくと、就学前の子どもたちの数字、三万八千幾つというのは、医療とかを入れて4万としても、あまりにも格差が大きい。これはどういうことなのか、ぜひ御説明いただきたい。

そのことはきっと地域のさまざまな子ども資源の中で彼らが多様な選択肢の中で生活していると前向きに考えたとしても、今回の保育所等訪問支援事業ということが施策として裏打ちされていますので、それがそういうことに該当するのかなと思われそうですけれども、現実には、例えば通常学級に行っている子どもが6.3%という数字が出ていますが、これが今年10年ぶりに再調査をされているという話を聞いています。その数字がもう出たのか出ないのか。それが6.3よりふえているか、減っているかというのは関係者の大きな注目の的です。

いずれにしろ、通常学級の中にも多様な選択肢あるいはインクルーシブという中で、それはいいのですけれども、問題は子どもたちが地域の中でまさに大変な混乱状態の中で育っているという状況が懸念されます。そこに保育所等という事業が該当して対応していくということが可能になっているのですけれども、現実問題、学校はほとんどそのことについては関知していないのです。さきに障害福祉課長と文科省の課長の連名で通達が出ていますけれども、現実、学校レベルでは全然その事実については周知していないのです。知りませんと、私たちは関係ありませんということが現場ではまかり通っているのです。その辺に対して、もう一段プッシュするための施策、手立てが必要ではないかと思うのですが、それについて今後どうされるのかをお聞きしたいと思います。

○三浦座長 それでは、厚労省の方からお答えをいただけますでしょうか。非常に発言が長いと答えるポイントはどこがいいか。1つどこを答えていただきましょうか。後段の部分でよろしいですか。

○阿萬室長 地域移行・障害児支援室長の阿萬でございます。

今、加藤専門委員の方からお話ございました。何をどう答えればよいか整理できておりませんが、1点、最後の御質問ということでおっしゃった話のところについてだけまずはお答えさせていただきますと、確かに今、私の方で申し上げました資料にも載っております利用児童数でございますが、これは先ほどの言い訳をもう一回繰り返しますと、あくまでもこれは暫定的なデータで全てではないということと、今後ある程度増加していく。

5 ページの利用児童数、児童発達支援 3 万 8,647 名というところですが、今後、増えていく予想もしているというところはございますが、いずれにしても今の加藤専門委員の御指摘のように、これで本当に充分なのかというところについては、我々としてもこれで十分だから、あとの力を入れる必要がないとは当然思っておりません。

そのこのところは、まずは地域の中でニーズをきちんと把握していただいた上で、必要な整備は当然地域においてやっていただいて、それを厚労省、国としても支援する形だと思いますが、その中で今後とも整備をされていくべきものであるとは思っております。

ただ、そういう中で厚労省として学齢児の方も含めて、例えば先ほど申し上げました保育所等訪問支援などについても創設をしている中で、なかなか数がまだ出てきていない。先ほど私の説明の中で申し上げましたように、数が出てきていない状況でございます。それについては、我々としてもそういうところをちゃんと推進していかなければいけないと思っております。また、文科省の担当課長との連名で通知を出しているものについても、それぞれの自治体の教育委員会とかで知らないとかと言われるというのは、我々としてもすごく不本意な話でございまして、なぜならば、厚生労働省とすると、各自治体の福祉部にちゃんと通知を出してお願いしていて、文科省は各自治体の教育委員会の方に同じような形で通知を出して同じようをお願いしているということですので、それについて知らないと言われるのは我々としても本意ではございませんので、その徹底をするやり方については、もう一回必要に応じて文科省とも相談して考えていきたいと思っております。

我々としては、福祉部局の方には、この前の課長会議でもそういうことについても徹底を再度しましたし、特に学齢児の方々に対して学校とのいろんな連携とかをきちんとやっていかなければいけないという問題意識は共通して持っておりますので、そういうところはきちんと進めていきたいと思っております。

すみません、お答えになっていないところがあるかもしれません。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様のお発言を続けていただきたいと思います。竹内代理、お願いいたします。

○花井委員代理 花井委員の代理の竹内と申します。

意見書を事前に提出しておらず、申しわけございません。新しく創設された保育所等訪問支援について、意見を述べます。

訪問者の専門性はもちろん必要ですが、受け入れ側の保育所や幼稚園、放課後児童クラブなどの専門性も必要ですし、障害への対応についての研修などを習得した担当者を置くべきです。

受け入れ側の専門性に濃淡はありますし、地域によって格差が生まれないために、保育所や放課後児童クラブなどにおける障害児の受け入れのための質の確保や平準化を行う必要があると考えます。そのフォロー体制をぜひ検討いただければと思います。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、続いて川崎委員、どうぞ。

○川崎委員 ありがとうございます。精神障害者の家族会の川崎でございます。

私もこれは教育のところで言うべきものではないかと思うのですが、その場がなかったことと、本日の論点⑧の障害の原因となる傷病の予防ということにも関係すると思いますので、発言させていただきます。

現在、小中の教職員の障害者研修の対象が、身体障害者と知的障害者だと聞いております。教育の現場では、現在、不登校とかいじめなど、精神疾患を背景に持っているという学齢児がたくさんいると聞いておりますし、現場の先生も一体どのような対応をしていいかと分からないという、実に私もそういう職員の話聞きまして、やはり精神疾患に対する教職員の研修というのはぜひ必要であると思ひまして、恐らく文科省レベルかと思ひますが、厚生労働省の方からもそのような意見を出していただきたいなと思っております。

以上です。

○三浦座長 どうもありがとうございます。

それでは、尾上委員、続いて御発言ください。

○尾上委員 尾上です。どうもありがとうございます。

先ほど厚生労働省さんの説明をお聞きしまして、今回、障害児支援については、児童福祉法の改正の中で対応されたということは1つ大きなポイントなのかなと思うのです。

つまり、障害のあるなしにかかわらず、子どもさんの施策一般の中で障害のある子も支援していくというのが基本スタンスだということで、その点からまずお聞きしたいのが、先ほどもまだこれから伸ばしていかなければいけないという8ページ、保育所等の訪問支援の数自身がまだ少ない状態ではあるのですが、この訪問支援で例えば子どもさん1人当たりということになるのか、あるいは何を単位にするかというのはありますけれども、言わば1カ月当たり何回ぐらいの訪問を受けているのかというのが分かればお教えいただければと思っております。

多分月何回かの派遣だとしても、先ほど竹内代理がおっしゃったことと関係するのですが、一方で、そういう専門的な支援もいただきながら、その保育所なり、そういったところがちゃんと人的体制を整えて支援ができるようにしていくことが重要なのかなと思うのです。

特に医療的ケアや、より重度のお子さんがその地域の中で育つということからすれば、医療的ケアなどは本当に24時間一時も欠かせないわけですから、時々訪問したらそれで済むという話ではないと思います。その意味で、ともに育つということを前提にして、必要な合理的配慮や必要な支援を受けられるような仕組みをつくっていくべきではないかというのが1つです。

そして、2つ目が、先ほど放課後デイの説明もいただきましたが、一方で子どもさんの学童保育、放課後の障害のあるなしにかかわらずお子さんが行かれる学童保育などへの障

害児の受け入れ態勢や、先ほど7ページの資料の中にありました放課後デイは障害のあるお子さんを主に対象にしておられると思うのですが、例えば放課後デイに障害のないお子さんも一緒に使うということはできるのでしょうか。

子ども施策なのだから相互利用ができるようにしたらどうなのかと思います。せっかく児童福祉法でと言いながら、やはり具体の施策では障害児向けの支援とそれ以外の支援みたいな形になってしまうのは、せっかくの改正の意図がうまく生かされないのではないかとというのが2点目です。

もう一度お聞きしますが、学童保育での障害児の受け入れ、一方で、放課後デイサービスでの障害のない子どもさんの利用についてどうなっているか。

3つ目が、子どものときから共に育ち、学齢期を過ごし、将来地域で生活をしていくという支援につなげていくという点から、ぜひそういう意味で子どもさんの支援に当たられる方の専門性というのはすごく大事だと思うのですが、それが地域で暮らしていくという視点というか、そういったことを養成プログラムや研修の中で身に付けていかれるようなプログラムをぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○三浦座長 2点質問と1点御要望がございましたので、質問の方を少しコメントいただいてよろしいでしょうか。

○阿萬室長 まず、放課後児童クラブにおける障害児の受け入れにつきましても、基本的に推進する方向で進めているということでございまして、実際の数についても、今、24年度でいきますと、障害児の受け入れを行っている放課後児童クラブの数は1万460カ所に上っておりまして、その中で受け入れている障害児の数は2万3,424人を受け入れているということでございます。

これは過去と比べるとかなり受け入れとして伸びてきているというところございまして、その中で例えば市町村で専門的な知識を有していると認めた指導員について、各クラブに配置する場合に補助の増額を行うとか、そういうふうな形もやっているところがございます。

あと保育所等訪問支援について、人員の基準上は訪問支援を行うのに必要な人数を置くとなっているだけですが、一応の目安とすると、大体2週間に1回ぐらいの訪問の支援を行うというのを一応目安としては示しているところではございます。

御質問の内容は以上でよろしいですか。

○尾上委員 もう一つお聞きしました。放課後デイは障害のないお子さんの利用はできるのかどうか。

○阿萬室長 現時点では障害のないお子さんについて受け入れるという想定になっていなくて、やはり障害のあるお子さんを受け入れる形で事業としては組まれているということでございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、続いて加納専門委員、どうぞ。お願いいたします。

○加納専門委員 ありがとうございます。関西大学の加納です。

今、竹内代理、川崎委員の方から、教員とか指導員さん、保育士さんの研修課題という形で出てきたわけですが、私もむしろ新しい事業の創設等ということよりも、サービスの質の向上であるとか、サービスにおける権利擁護の観点というところで意見を述べさせていただけたらと思います。

33ページに書いたとおりなのですが、児・者一貫あるいは児・者一体のサービスということを書かれております以上、子どもから大人へなっていく発達の過程に、子どもというようにひとくくりせず、特に年齢に応じた成長過程にある性別を配慮した支援というものへの特段の留意が今後必要になってくると思われまます。

特に虐待リスク等を見ましても、子どもの中でも障害のある子ども、特に女兒のリスクが高いといったような厳しい現状認識、そういった観点から、やはり第二次性徴に伴う心身の発達支援への留意、適切な性教育等も含めたところの研修課題というのが今後重要になってくるのではないかと考えています。

また、今日、すぐにはなくて結構なのですが、やはり児童福祉法等の一体サービスということ言えば、例えば障害者の虐待防止法であるとか、児童虐待防止法、その関連でいきますと、そういった事案に関しての性別統計を出し、また相談事例でも性虐待等を含めた観点でのプロジェクト研究、ジェンダー視点を生かしたような研究調査、実態把握を大いに進めていっていただきたいと思っています。まだなかなか性別統計が手に入らない状況でございますので、そういったところも今後の課題としてお願いしたいと思っています。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、関口委員、伊藤委員、北野委員の順番で御発言ください。

どうぞ。

○関口委員 全国「精神病」者集団の関口明彦です。

何も意見を書いていなくて発言させていただくのは申しわけないような気もするのですが、いわゆる精神障害に絡むもの、発達障害の件でございます。発達障害者の専門家に聞きますと、幼児期にエピソードを持っておられる方が多いというお話でございます。

例えば私の知っている具体的な例でもっていいますと、保育園に行って全く他の子どもと遊ばない。じっとしているというような方がいらっしゃいました。そういうときに今、お尋ねしようと思ったことは先に答えられているのですけれども、2週間に1回専門的な方が回ってきて指導してくださるということで、次に小学校に行ったときに、たまたまその小学校は普通の小学校と比べて教員が多かったものですから対応できたということもあると思うのですが、基本的に校門から外には出ないようにという約束をしまして、学年関係なくどの教室も出入り自由ということをやって、結果としては中学をちゃんといいところに入學できているわけです。つまり、そういう合理的な配慮はいろいろ幅がある

と思うのですけれども、それをやるためには資源の適切な配分とか何とかとききちと締めていくと、むしろ対応できなくなる。例えば一般のお子さんにとっても教員の数が多いということはいいことのはずなのです。それがなければ、多分そういう扱いは受けなかったらと思うのです。ですから、その辺のことを文科の部分に入るかもしれませんが、統合教育という観点から見るとすごく重要な観点なので、ちょっと言っておきたいなと思ひまして、発言させていただきました。

○三浦座長 どうもありがとうございます。

それでは、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 では、手を挙げていなかったのもうけましたので、ついでに疑問に思ったことを1つお願いします。

日本難病・疾病団体協議会の伊藤です。

先ほど清水専門委員からも出ていたような気もしましたが、学校保健師の話がありまして、あるいは学校看護師、これは私たちの病弱児の問題を抱えるときにどこが担当なのかなとよく分からなかったので発言を控えていたのですが、学校保健師ないし学校看護師というのは、児童福祉法なのですか。それとも障害福祉でやるのですか、それとも学校教育の方でやるのでしょうか。そのところがよく分からなくて捉えようがないのです。例えば派遣の人件費も含めてどういう具合にやっているのか教えていただきたいと思ひます。

○三浦座長 事務局と厚労省の方のどちらかで対応しようかと思ひますが、よろしゅうございますか。

○阿萬室長 障害児支援室長の阿萬でございます。

学校で雇用されている看護師さんとか保健師さんということでしたら、学校教育法の中での学校の中での予算ということで対応されているものだと思います。

以上です。

○三浦座長 どうぞ。

○清水専門委員 学校保健師というのは学校の中にいなければだめなのです。看護師さんの場合は、大体単独事業です。都道府県教育と言うよりも、知事予算です。あるいは特別支援学校の場合だったらほとんど都道府県対応だから知事予算だけれども、市町村で配置するとなれば、市町村の単独です。保健師は設置義務がある。

○三浦座長 よろしいでしょうか。

それでは、このコーナーで最後の御発言になりますけれども、北野さん、どうぞ。

○北野委員 ありがとうございます。北野です。

今、西宮の方で相談支援のシステムの構築の真っ最中でありまして、その中で出てきました非常に難しい問題について、1つ厚生労働省の方に御質問したいと思ひます。

実は、一般的に障害を持っている子どもさんと家族が生きづらさとか困難を相談したり発見される場所というのは、先天的には子どもさんの場合は、病院ですね。一般的に多い

のですけれども、発達おくれの子どもさんは1歳半健診か3歳児健診という形で、いわゆる乳幼児健診を実施されている保健所とか保健センター、あと幼稚園とか保育所で支援が難しいという形で発見される場合であるとか、家庭児童相談室の相談。今後、児童発達支援センターでの相談がふえてくると考えております。この場合、今言った機関がうまくネットワークしたりシステム化されるということがなかなかの自治体でも難しく、しかも、さらに発見された後のフォローアップであるとか継続的な支援の仕組みというものがなかったり、非常にうまく行っていないというのがはっきりほとんどの市町村の実態でございます。

私の質問は、厚生労働省はそのような市町村の実態、実情についてどの程度把握しておられるのかということ。2つ目は、今後どのようなあるべき方向性を厚生労働省は考えておられて、かつ、それについて政策誘導をどういこうとされているのかについてお聞きしたいと思います。

以上です。

○三浦座長 それでは、コメントという形でいただけますか。

○阿萬室長 それでは、障害児支援室長の阿萬でございます。

最後のお話も含めまして、何点かコメントをさせていただければと思います。

まず、子育て支援施策一般の中で障害児施策を位置づけるべきだというコメントをいただいております。これは厚生労働省全体としてということですが、先般成立いたしました、いわゆる子ども・子育て支援法の中で、その子ども・子育て支援法が対象とする範囲の中には、障害児についても含まれております。その中で、まだもう少し先の話ではございますが、各都道府県が子ども・子育て支援法に基づいて作成することになっております都道府県子ども・子育て支援事業計画というものがあるということなのですが、その中では障害児の支援についても盛り込むということが法律上も明記されております。

さらにその中で市町村サイドの方は、努力義務という形になりますが、同じく市町村の方でつくる計画の中にも、都道府県の行う障害児等に関する施策との連携については、計画をちゃんとつくっていくようにということになっております。そういうことで、子ども・子育て支援の全体の政策の枠組みの中で、障害児について全く触れられていないということではなく、一体的につくる形の体制にはなっているということをまず1点、コメントさせていただきます。

もちろん、実質的にどれだけ連携がちゃんと図られているのかという点については、そこはいろいろ御指摘のとおりのもあると思いますので、そのところにつきましては障害担当部局だけというよりも、もっと広い観点での問題意識を共有していきたいと考えております。

その関連で申し上げますと、保育所での例えば障害児の受け入れの件ですが、先ほど放課後児童クラブの話を少し申し上げましたけれども、保育所につきましても、今、制度としては、例えば障害児の保育の担当者に対する研修事業を行っている場合に対する補助で

すとか、または障害児を受け入れる場合に施設の改修が必要になった場合の改修費用の補助などは、担当が違いますが、そういうのもちゃんと制度しては仕組みまれていると承知しております。

さらに、そういうものに加えて、先ほどから申し上げております障害児施策との関係で言うと、保育所等訪問支援などを進めることによって、障害があるお子様方でも障害のない児童の方と同様に受け入れが可能となるような支援を今後とも進めていきたいと考えております。

あとはさらに、制度自体が分かりにくいとか、パッチワークではないかという御指摘もいただいております。これにつきましては、確かに制度自体が今年度4月から始まったということもありまして、なかなかその中で制度自体の周知が進んでいない、またはそもそも分かりにくいという点もいろいろ御指摘を受けております。

さらに北野委員の方からも御指摘のように、なかなか自治体の方でうまく連携がとれていないケースも、例えばうまく行っていない自治体が全体の何割とか統計調査をやっているわけではないのですけれども、我々も施設の方ですとか自治体の方からいろいろお話を伺う中で、ネットワークをつくるのが難しいというお話なども聞いております。そのところにつきましては、我々としても、今の段階でこういうふうにやっつけようというところが正直まだ見えていないというところもあるのですが、例えば研究事業的などところで、実は加藤専門委員が会長をされている団体に今、通所の障害児の支援施設についての実態調査みたいのもお願いしているというところもありまして、そういう結果とかも踏まえながら、いろいろな関係機関とか社会資源がどういうふうにも有機的な連携をしていくのかということも含めて、今後の体制を考えていきたいとは考えております。加藤専門委員、いきなりお名前を出してしまいましてすみません。そういうこともございまして、そういうのも踏まえた上で考えていきたいと考えております。

あと教育分野の連携についても、いろいろ御指摘がございました。もう既に文科省と共同で通知を出しているものが余り行き届いていないという御指摘がありましたが、我々としては、できるだけ縦割りといいますか、それぞれの自治体の中で福祉部局と教育の担当の部局だから余りうまく連携がとれないということは避けるべきだと考えておりますので、そこはまた文科省とも相談しながら周知する方法を考えていきたいと思っております。

あと医療的なケアについても御指摘がございました。それにつきましても、なかなか財源的なところも含めて難しいところもございまして、例えば短期入所ということにつきましても、家族支援という観点からも拡充を図ることは非常に重要であると考えておりまして、平成24年度、今年度の報酬の改定でも、医療型の短期入所、医療のケアの中で医療ニーズの高い方に関する医学管理を行う場合に加算すとか、そういう報酬上の対応などもいろいろつくっているところではございます。基本的には、そういう方向性は今後とも続けていきたいとは考えております。

あとは相談支援の関係もございました。既に幾つか出ておりますが、例えば乳児健診、

1歳半健診などで、そういう障害の疑いのあるお子さんについてのいろんな相談ですとか、そこは保健担当のところと連携を図っていくというところでございますが、そういうところの連携を今後ともしっかりさせていきたいと考えております。

さらに平成25年度の概算要求になりますのでまだ正式な予算では通っていないのですが、児童発達支援センターの機能強化を図るということで、その趣旨で、地域の障害が疑われるお子さんが例えば相談に来た場合に、その方々の相談にちゃんと乗った上でサービスにつなげていく事業とか、そういうところについて予算化をできればということで考えておりまして、そのようなところを含めて、地域でうまく支援を行うネットワークをつくる形で持っていきたいとは考えております。

すみません、いろいろ御指摘いただきましたので。

○三浦座長 どうぞ。

○辺見課長 障害福祉課長の辺見でございます。

1点、補足させていただきたいと思っております。北野先生から御指摘もありました地域でのネットワークなどに関する話でございます。発達障害者支援法が平成17年にできましてから、地域におきまして発達障害者の支援の体制整備を進めるための事業というのを行っております。その中で県レベルですけれども、発達障害者支援体制整備検討委員会というものを、医療福祉だけではなくて教育界、労働なども含めて関係部局が参加した形で開催するよというようにしております。

なお、この委員会につきましては、文科省の方で設けております特別支援教育総合推進事業の中で特別支援連携協議会というのがありまして、これと連携をとるよというよことでやっております。現状において補助金はあるのですけれども、使っているところ、使っていないところがありますけれども、使っていないところというのは、昔使っていたけれども、今は使っていないというような感じなので、私どもの見ている限り、一応全県連携をとってやっているよということになっています。問題は実行上の問題で、それをどの程度で行うかということですよ。これが各県ごと、ホームページ等でも実施状況とか見えますけれども、若干濃淡はあるのかなと思っております。

いずれにしても、北野先生もおっしゃったよような生育前段階で明らかになってくる発達障害に対する取り組みについてどういよ状況かというのよは、こいう枠組みで各地域地域で自分たちの状況を把握しながら公表したりして改善に努めていくよという取り組みが必要かなと思っております。

これは県レベルでもあるのですけれども、自立支援法の方の枠組みでは、自立支援協議会というものもあって、専門部会を設置することができる。これは状況が地域地域で地域の特性に応じた部会の設置になっていますので、数字は今手元にないので、把握はしているのですけれども、子ども部会というものを設置したりして、あとは発達障害教育部会などという名前のところもありますけれども、こいういったよような専門部会を設置して地域のネットワークをつくっているよといったよようなところもありますので、こいういったよようなこ

とを少し活用していただくことが必要かなと思っております。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、第1コーナーは少しお時間を延長しておりますので、ここで休憩に入らせていただきますけれども、10分間の休憩といたしまして、35分には再開をさせていただければと思います。どうもありがとうございました。

(休 憩)

○三浦座長 それでは、第4小委員会を再開いたします。

第2コーナーは、論点⑦と⑧に関しまして御審議をいただきます。

最初に、厚生労働省からの資料説明を15分程度でお願いいたします。5人の説明者がいらっしゃるということでございますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○辺見課長 障害福祉課長の辺見でございます。

資料は14ページをごらんいただきたいと思っております。14ページ及び15ページで第3期障害福祉計画のうち今回のテーマにかかわる事項を掲載させていただいております。こちらは日中活動系を3つ挙げてしまいましたが、医療に関係いたしますのは2番目の療養介護でございます。

実績といたしまして、23年度末は0.2万人でございます。24年度は1.5万人、26年度は1.6万人となります。実は大きくギャップがございますのは、24年度4月からの制度改正によりまして、従来、児童福祉法の施設にいらっしゃいました18歳以上のいわゆる加齢児の方々が自立支援法の療養介護の給付対象となりましたので、その分が増加しているということでございます。

続きまして、15ページでございます。リハビリテーションに関係する給付といたしまして、自立訓練の機能訓練と自立訓練の生活訓練とございます。23年度末の実績が自立訓練の機能訓練においては3.5万人日分、26年度末の見込みが6.8万人日分。生活訓練については、23年度末が22.2万人日分、26年度末の見込みが29.3万日分となっているところでございます。

16ページ、今、御説明させていただきました療養介護でございますけれども、医療と常時介護を必要とする方に、医療機関において機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活上の世話をを行うというものでございます。対象者としては、病院等への長期入院による医療的ケアに加えて、常時の介護を必要とする障害者として、資料に掲載するような①～③の方を対象としているところでございます。

事業所数といたしましては、平成24年6月時点での国保連データにおきまして240事業所、利用者数は同じく6月提供分で1万9,044人ということでございます。

17ページ、自立訓練等の概要です。自立訓練につきましては、自立した日常生活または社会生活ができるよう、一定期間、身体機能または生活能力の向上のために必要な訓練を

行うものということで、機能訓練と生活訓練に分かれております。

機能訓練につきましては、身体障害者の方に対しまして、障害者支援施設もしくは事業所、居宅におきまして理学療法、作業療法、その他のリハビリテーションなどを行うというものでございます。標準利用期間を1年6カ月としておりまして、頸髄損傷による四肢麻痺等の場合はこれを3年間としているところでございます。

生活訓練は知的障害者または精神障害者の方に対しまして、施設または事業所、居宅において行う入浴、排せつ、食事等に関する自立した生活を行うための必要な訓練、相談、助言といったものでございます。標準利用期間は2年としているところですが、長期入院、入所していた方については3年間としているところでございます。

このほか個別のサービス類型ではございませんけれども、生活介護においてリハビリテーションを行った場合に加算がとれるという仕組みになっておりまして、これらを含めた機能訓練、生活訓練、生活訓練のうち宿泊型自立訓練、また生活介護の状況について、資料に掲載しておりますが、機能訓練が174事業所、生活訓練が1,156事業所、宿泊型自立訓練が243事業所、生活介護のうちリハビリテーション加算をとっているところが677事業所となっている現状でございます。

では、次の説明者に移ります。

○井上部長 それでは、ここから論点⑧ということになるかと思いますが、国立障害者リハビリテーションセンター研究所、福祉機器開発部長の井上でございます。

研究所長が所用で欠席のため、私から御説明をさせていただきます。

18ページの資料に基づきまして、国立障害者リハビリテーションセンター、私どもの研究所の研究概要ということで御報告させていただきます。

私どもの研究所は、障害のある方の自立と社会参加、あとは生活の質の向上を促進するということを目的といたしまして、新しいリハビリテーションの手法ですとか、技術、または新しい福祉機器、支援機器を開発するということを目的として研究活動を行っております。支援機器の分野に関しましては、平成19年度に社会・援護局長勉強会というのがございまして、その報告書で支援機器が開く新たな可能性というものが出ておりまして、そこで示されているビジョンをなるべく具現化していくということを目指しながら研究を進めているところでございます。本日は、その中から幾つか研究成果の御報告をさせていただきます。

最初に、肢体不自由のある方々への研究でございますが、脊髄損傷の方、不全の方を対象としておりますが、脊髄損傷の方が再び歩けるようにということでロボット技術などを活用いたしまして、新しい訓練方法というものを開発しているところでございます。

その背景には、iPS細胞などということもございまして、再生医療によってこれから脊髄の神経がつながっていくという中で、どのような訓練をしていくということが必要なのか。なるべく効率よく歩けるようにするためにはどうすればいいかということで新たな訓練方法の開発を進めているところでございます。

また、既存の電動車いすを使うのが難しいような重度の障害のある方々、脳性麻痺の方ですとか筋疾患の方、そういう方々に産業技術総合研究所という新しい技術をつくっているところがございますが、そういうところで持っている新たな技術を使うということで移動を実現する、そういうふうな電動車いすの開発、音声で動くようなものですとか、あとは路面の傾斜にも負けずに真っすぐ走れるような車いすの開発というものを行いまして評価を行っているところでございます。

これもより重度の障害のある方々向けの研究でございますが、脳の活動、そこから出てくる電子的な信号を読み取ることでテレビのスイッチを入れたり、文章を書いたりということでブレイン・マシン・インターフェースという技術ですが、それを実用化するべく、ALSの患者の方々にも御協力をいただきながら開発と評価を行っているところでございます。

19ページも視覚・聴覚の障害のある方々を対象とした研究でございますが、網膜色素変性症という視覚障害に至る方の原因で非常に多い病態、疾患でございますが、日本人の特有の原因となる遺伝子を発見するということが研究成果で出てまいりまして、これを活用いたしまして、今後、病気の進み具合を予測したり、あとは支援の方法を個別に決めるところに役立たせる研究へと発展しているところでございます。

また、視覚障害のある方、中途障害で点字がなかなか習得しにくいという方もいらっしゃいまして、そういう方にこういった会議でとか講演、また私どもの自立支援局で訓練ですとか講義を受けるときに簡単にメモがとれるという装置の開発も行っておりまして、これは製品化直前の状況で製品化を目指して進めているところでございます。

また、日本手話、これも聴覚障害のある方々で伝統的に使われてきた手話でございますが、その単語ですとか文法、そういったものを分かりやすく辞書でまとめて、電子的に教材として発行するというところで支援ができるような機器を開発しております。

脳機能の障害のある方々ですが、1つは就労支援ということでございまして、高次脳機能障害ですとか認知機能に障害のある方々で、なかなか作業の手順などを記憶することが難しいという方々向けに、そういった手順の支援ですとかスケジュールの支援、アラームの支援というものを簡単にできるような記憶補助装置というものを開発しておりまして、これはメモリーアシストという商品名で既に市場に出ているものでございます。

また、情報支援ということでは、災害に対する支援という研究も進めておりまして、精神障害のある方々ですとか自閉症のある方々、そういった方々に災害のときに避難をできるように、分かりやすく情報提示をしながら災害に備えていただくというマニュアルの作成を行いまして、これは東日本大震災でも活用されているという成果が出ているところでございます。

以上でございます。

○君島室長 引き続きまして20ページでございますが、直接研究開発ということではないのですが、私どもが実施している事業について御説明したいと思います。

補装具費支給制度、もう御存じのとおりでございますが、身体機能補完、代替あるいは適合するようにつくられたもの、日常生活において就労、就学のために長期間継続して使用するもの、あるいは医師の専門的な知識に基づく意見、診断により使用されるものということで、それぞれそこに書いてありますような種目について市町村の実施主体で行っておるところでございます。

課題を申し上げますれば、今、リハビリテーションセンターの研究の中身を御説明いたしました、非常に品目が日進月歩でございます、例えば20ページの一番下にあります重度障害者用意思伝達装置は何かといえ、はっきり言えばパソコンのソフトでございます。こういったものの開発が物すごい勢いで進んでおる関係上、なかなかこの制度上どこまでやるのか、ありていに言えば、例えばiPadのようなものがございしますが、それを対象とするのかどうかということで、非常にその部分が制度と開発の狭間にあるという課題を抱えております。

21ページは日常生活用具給付等事業です。これも御案内のとおりでございます。それぞれの品目について市町村が実施主体でやっておりますが、一部誤解がございするのは、自立支援法、平成18年になったときに、地域生活支援事業という中の1つの必須事業のメニュー事業として位置づけをしまして、このページの一番下の※印にありますように、具体的な対象種目については市町村の判断でできるということにしております。先ほどありますように、地域でどのような障害をお持ちの方が暮らしているかというのを一つ一つ私どもが把握することはなかなか難しいので、市町村において、その方に適切であるというものがあれば決定することができるのですが、このあたりはまだ国が品目を定めているのではないかというような誤解があって、そのあたりが1つの課題です。

もう一つの課題は、骨格提言でもありましたように、先ほど申し上げました前段の補装具費給付制度と日常生活用具給付、日常生活用具も個別給付に限りなく近いということがございまして、このあたりの方向性をどうするのかと、検討の1つの課題になっていると承知しております。

22ページ、なかなか目に触れることがないのですが、身体障害者補助犬につきましても障害者の重要なツールの1つでございます。実は今年が身体障害者補助犬法10周年でございます。いろいろ普及啓発には努めておりますが、頭数等はそこに記載のとおりでございます。

23ページ、唯一私どもが補助金を出しております事業を御紹介したいのですが、障害者自立支援機器等開発促進事業とあるのですが、これは概要の上から3行目のところにありますように、マーケットが小さく事業につながらない、技術開発は終了しているが経費的な問題からモニター評価が行えないなど、ビジネスモデルの確立が困難な機器の実用的製品化について補助をしております。研究費や調査費、開発費ではございません。もうそれが終わっているものに対して製品化、商品化する部分についてを対象に補助事業をしております。

なかなか実績が進んでいないのですが、この補助金を得て、例えば地上デジタル放送を受信できるラジオですとか、先ほど申し上げましたiPadのタブレット型端末を利用したトーキングエイドのアプリケーションの開発ですとか、既に製品化、商品化になっているものがございます。このようなもので細かなところまで今後も配慮していきたいと考えております。

以上でございます。

○重藤課長 引き続きまして、精神障害関係につきまして、精神・障害保健課長の重藤でございますけれども、説明させていただきます。

24ページ、これは前回御質問いただきました統合失調症の患者さんの退院先はどうなっているのかという御質問でございます。その答えでございますが、表の真ん中のところをごらんいただきたいと思っております。

平成20年9月における統合失調症における入院患者の推定退院患者数ということで、その退院先ということで、家庭が73.6%、他の病院・診療所に入院が15.5%というような状況になってございます。参考までに、統合失調症ではなくて精神疾患による入院患者全体のパーセンテージも載せておりますけれども、大体同様な傾向にあると考えております。

25ページ、前半の質疑応答にもいろいろ精神疾患について御意見をいただきましたけれども、脳卒中、糖尿病、心臓病、心筋梗塞が4大疾患と言われていたのですが、精神疾患が300万人を超えるようなことということでありまして、5大疾患に位置づけられたということで、都道府県が策定いたします医療計画という中に精神疾患への対応のチャプターを設けるということになりまして、医療計画に記載するということになってございます。

どういう項目を記載しろということになっているかは、四角の中でございます。①～⑤に書かれた、例えば住み慣れた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制を構築することなど、5項目のところについてきちんと都道府県で検討して記載するということとしております。

以上でございます。

○山本課長 疾病対策課です。

お手元の資料の26ページです。難病に関する研究の概要ということで、難病に対する診断基準の確立や治療法の開発等の研究費、24年度予算で100億です。さまざまな疾患についての研究、特に最近は治療法の開発という重点化のところに視点が置かれ、また遺伝子解析等が進んでいます。

今日の論点の⑦⑧で資料を御用意できませんでしたが、研究のところでもう一つ加えますと、難病については主として希少な難治な疾患の患者さんを対象としているということです。全国的な患者データをきちっと集めて、それをデータベース化し、研究に提供するというようなことをより精度高くやっていくべきということが難病対策委員会で議論されております。

また、医療体制ですけれども、これも患者数は全国で1,000人いるかないかという疾患

も多うございますので、難病の医療の拠点病院の整備ですとか、地域基幹病院の整備、また診断に困った場合に、各学会あるいは専門医のネットワークによる診断治療法への支援ということが議論されております。

母子保健課の所管ですが、小児の時期に難病等を患って長期療養が必要だったお子さんが成長されて社会に出ていくときの社会参加の支援ということで、例えばコミュニケーションスキルの向上等について特段の支援が必要だということも別の難病関係の委員会でも議論されているところです。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。説明の方は以上でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、続きまして、論点⑦、⑧につきまして、たくさん御意見をいただいております。事前意見の特徴につきまして、勝又副座長より報告をお願いします。

○勝又副座長 勝又です。

論点⑦「保健の増進、医療・リハビリテーションの提供について」、ここでもさまざまな保健、医療・リハビリテーションサービスの充実をさまざまな視点から望む意見が出されております。

その中で1つ、複数の委員から出ておりますことでは、精神障害者の社会的入院の解消ということがございます。これについては、精神科病床削減について目標値を掲げる必要があるのではないか。また、その場合には、入院患者へのニーズ調査をエビデンスとするようなことも必要ではないかというような御意見がございました。

入院中の精神障害者の権利擁護システムの確立、強制入院の削減については、具体的に数値目標を立てることと、同じようなこととございますが、強制医療の中でも、身体拘束や閉鎖処遇及び隔離については、喫緊の課題であり、数値目標が必要であろうという御意見がありました。

また、精神障害については、身近なところで必要なときに必ず医療サービスが受けられるようなシステムが不可欠であるということで、福祉サービスとの連携が非常に重要だということで、供給体制の充実についても図るべきだという御意見もございました。これについては、精神障害だけではなくて難病についても同様の意見が出されております。

保健と医療の連携による相談支援体制の構築というのも重要だということで、精神保健福祉相談というのが機能していないという現状の御指摘もございました。

あと、ほかに充実を望む意見としましては、急性期から亜急性期及び回復期のリハビリテーションを適切に受けられるように、診療報酬や医療機関の情報を含めた制度の構築が必要ではないか。

個々の介護に精通した重度訪問介護のヘルパーが病院内で介護ができるようなことも必要ではないかという御意見がございました。

女性障害者のことにつきましては、妊娠から出産に至る一連の支援をその他の障害のな

い女性と同様に受けられるような施策が必要だと。また、女性障害者については、長期にわたる療養生活の場合には、性別に配慮したケアというものも重要であると、明示すべきであるという御意見がございました。

障害児についても、身近なところで医療やリハビリテーションが容易に受けられる体制というのが整備されなくてはいけないという御意見でした。

あと人材育成についても御意見をいただきまして、障害の早期発見と早期対応、乳幼児健診の充実策に関する研究が必要である。医療的行為の見直しについても、たんの吸引とか胃瘻からの栄養管理など、こういうことについては生活行為として医療行為と切り離れた見直しが必要ではないかという御意見がございました。

医療ケアが必要な通所施設、短期入所施設の充実というものについても御意見がございました。維持期のリハビリテーションの充実と医療報酬体系の改善ということについても御意見がございました。これについては、また御意見をいただきました委員の皆様から、専門的な詳しい御意見をいただければと思います。

引き続きまして、論点⑧でございますが、14条の「医療・リハビリテーション、福祉用具等に関する研究開発の推進について」。ここでは31条の障害の原因となる傷病の予防等について、を含むということで御意見をいただいております。

まず、研究開発の推進の御意見でございますが、再生医療等に関する研究開発についての期待というのは複数出されておりました。一方で、倫理の問題ということで御意見がございまして、加納専門委員の52ページの方で御意見が出されましたが、現在出されております新型出生前診断の議論につながる優生思想的な懸念が払拭されないという御意見がございまして、これについても同様にですが、生命倫理については十分な議論が必要ではないかということで、再生医療に関しても含めましてそういう御意見もございました。

あと研究開発ということでコミュニケーション支援のための技術の開発とか、社会的障壁の除去という次元で申しますと、当事者のニーズ、評価を軸にした開発がされているかということです。

必要な人に必要な機器が開発されているか、個人に合わせられるような技術の開発が重要ではないか。採算ベースに乗らない福祉用具の研究開発の促進も重要だろう。

あと精神障害者について、特に強制入院や強制医療の廃止に向けて、そのかわりになり得るような開発研究が障害者の参加を条件として行われなければならないという御意見。関係してだと思いますが、精神科入院の詳細な実態調査をもとにした研究が必要であるという御意見も出ておりました。

最後のこちらの意見の後ろの方に、56ページにその他となっておりますのは、大濱委員の方から出ておりますのは、先週の意見の追加意見ということでございます。

最後、三浦座長の方から出されておりますのは、全体をオーバーラップした形で新たな障害者基本計画には策定に当たり現行の計画の推進状況を検証すること、計画に相応する施策の工程表を策定し、着実な推進を図るべきというような、全体を通しての御意見をい

ただいております。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

先ほどの加納専門委員のところでは、二次障害の調査研究の必要でありますとか、2～3、委員さんの御意見の中に傷病の発生を予防するという表現はいかなものかというような御意見等もございましたので補足いたします。

それでは、早速議論に入っていきたいと思えますけれども、55分程度の議論になります。論点⑦と論点⑧についての御意見、御質問をお願いいたします。

伊藤委員、上野委員、加藤専門委員、加納専門委員、河崎専門委員、川崎洋子委員、大濱委員、佐藤委員、柴崎専門委員、清水専門委員、関口委員。

それでは、どうぞ。よろしいですか。では、上野委員からということで、すみません、順番にこの流れでまいります。

○上野委員 精神科医の上野です。

私は精神障害に関して意見を述べたいのですが、精神障害に関して現在の一番大きな人権侵害は、入院の必要がない方が入院を継続していることだと思うのです。いわゆる社会的な入院ということになりますけれども、その解消が絶対に必要だと思うのです。その場合に、前回、厚労省の方から説明がありました退院者数、退院率などの、いわゆる退院に関する目標値だけでは、私は決して社会的入院の人たちの解消はできないと考えるのです。それは日本の精神科医療では、精神科病床数が非常に多いからなのです。具体的には35万床ぐらいあります。そのうちの90%が、私も勤務しているのですが、民間の病院なのです。そして、民間病院の収入はその多くが入院料で占められています。なので、例えば私の病院にしても、入院している人が減ってしまうと、経営が傾いてしまう、経営がもたなくなってしまうので、病院が生き残っていくために入院患者数は絶対的に維持しなくてはいけないのです。そして、現在、治療技術の進歩などで統合失調症で新たに長期入院となる方は減っています。今まで長期入院していた方は高齢化などでだんだん亡くなっています。このようにだんだん長期入院の方が減っていったら入院患者数が減っていったら、それを埋めてくれる人として認知症の人などが入院の対象となっているのです。私も当院で精神科の病床数を削減するために2年間にわたって検討したのですが、どうしても途中で経営がもたなくなってしまうのです。病床数を削減することは絶対に必要なのですが、そのためには民間病院の経営努力だけでは限界があるので、政策的なバックアップが絶対に必要だと考えています。そのための研究もぜひやっていただきたい。それが第1点。

あともう一つは、精神科入院の実態を調査していただきたい。現在、日本の精神科入院は、強制的な入院と任意入院という自発的な入院に分けられています。日本の入院の特徴として、強制的な入院が約4割と諸外国、国際的な比較でも相当多いということが問題となっています。さらに、私が問題にしたいのは、6割を占める、いわゆる任意入院、自発

的な入院とされている任意入院の実態なのです。私が調査研究報告を読んだところによると、強制的な入院、医療保護入院、措置入院よりも、任意入院において長期的な入院をしている人の割合が高いのです。本当に任意入院自体が本人の真摯な意思に基づくものなのかどうかの検証が必要なのです。私の実際に働いてきた感覚からすると、長期に入院していることで社会生活能力が非常に落ちてしまいます。それであきらめてしまうということではないですけれども、事実上、任意入院が強制的な入院として機能しているのではないかと疑っているのです。

こうした懸念は本当は払拭したいのですけれども、実際そうではないかなと思っています。人権侵害である社会的な入院を減らすこと、そして、任意入院にも実は強制入院の側面があって、それもかなりの人権侵害なのではないかという実態の調査。そして、社会的入院を減らすための精神科病床の削減。病床の削減は9割を占める民間病院の単なる経営努力ではかなり困難であるということを確認していただいて、ぜひ国民的な議論のもとで政策的なバックアップをしていただきたいと希望します。

○三浦座長 ありがとうございます。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 日本難病・疾病団体協議会の伊藤です。

この結論という言葉になじめなかったものですから、私だけ書き方が違ってしまって申しわけなかったのですが、1つは幾つか事例があるのですが、少子高齢化の中で重い障害を抱えた難病の患者が独居で暮らしているケースも多くなっているのですが、そういう意味で、地域の中で独居の患者さんにもさまざまな申請については役所まで来いというのが前提になっているようで、なかなかこれが難しいというので、そういう代行機能のようなものも認めていただきたいというのと、多くの患者さんの中では、難病について言えば、社会的入院も必要な人が非常に多いので、精神のとはまた別にそれを認めていただかないと、自宅にも病院にもいられないという現象も起きていますので、そこのところもちょっと気をつけていただきたいなということです。

50ページのところに少し書いたのですが、実は今、再生医療とか遺伝子治療等がこれから大きくクローズアップされると思うのですけれども、その中で期待はあるのですが、非常に難しい面もあると感じております。特に再生医療については、例えば文部科学省、厚生労働省とか経済産業省のように、そういうさまざまな省庁にまたがっていろいろ研究が進められているのですけれども、実際に安全性の確保とか倫理ということと言っても、推進する人たちと安全性を確保する人たちが同じ委員会で同じように議論しているわけです。どこへ行ってもメンバーは同じですし、それではよくなくて、原子力の問題などにも端的にあらわれているように、これは推進するものと規制するところをきちんとわけてやらないと、例えば出生前診断のようなことというのは起きてくるわけです。そういう意味でも、ぜひそういう単に倫理に頼らないで、これからの科学の進歩に合わせた治療を期待するのであれば、規制、監視もきちんとする仕組みをつくっていただかなければならないと思っ

ております。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、続いて、加藤専門委員、どうぞお願いします。

○加藤専門委員 全国児童発達支援協議会の加藤です。

私の意見というか質問なのですが、国立障害者リハビリテーションセンター研究所の研究概要ということで部長から御説明いただいたのですが、子ども関係者として思うのですが、リハビリだけではなくてハビリテーションという発達という視点からの研究はあちこちで非連続にばらばらとやられてはいると思うのですが、継続性、体系性という意味から言っても、こういう国立系の研究所で体系的にきちっとやっていくべきではないか。言うまでもなく、子ども自身は非常に活動性に富んだポテンシャルのある時期ですし、そういう意味では、重度、重複化というようなことの要望、軽減化にもつながるということから考えますと、ぜひリハビリテーションという意味の中にハビリテーションという視点からの対応、研究もやっていただけたらと思います。現在やられているのかどうか、ほとんど現場にはそういう成果は下りてきていませんので、その辺があればまたぜひ積極的にアピールしていただけたらと思います。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。国リハの方には後ほどコメント。今、よろしいですか。

どうぞ。

○井上部長 御質問いただきまして、ありがとうございます。国立障害者リハビリテーションセンターの井上でございます。

ハビリテーションという視点は常に持って、こういう研究ですとかサービスというのは取り組んでいるというのが基本的な姿勢としてございます。先ほどお示しいたしましたような重度の障害のある方の電動車いすの開発などというのは、まさにお子様のころからそういう方も対象として新たに機能を獲得していく中でそういう移動の1つのツールとして使っていただくとか、そういう視点というのはしっかり持っておりますし、あと発達障害に関しましては、まだ取り組みを始めまして少し歴史が浅いところが、ここ数年のところで取り組んでおりますので、またそういったところもこれからしっかりと研究成果として出していきたいなというところで考えております。

御指摘いただきましてありがとうございます。

○三浦座長 では、精神の課長、どうぞ。

○重藤課長 精神・障害課長の重藤でございます。

発達障害の対応というか治療ということでありましてけれども、国立精神神経センターの方でそうした精神的なケア、医療というような研究は進めております。ただ、なかなか難しい領域なものですから、いい治療法がすぐ出るというわけではございませんけれども、

研究は進めているという状況でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、委員の御発言をいただきたいと思います。

加納専門委員、どうぞ。

○加納専門委員 ありがとうございます。関西大学の加納です。と同時に、DPI女性障害者ネットの会員と同時に、ポリオ会会員ということで発言をさせていただきます。

52ページのところに意見を述べておりますけれども、先ほど座長の方から御紹介いただきましたが、障害の原因を取り除き、早期発見、早期治療、これ自体は結構なことに聞こえるわけですが、それをことのほか強調するということは、導入されつつあります、先ほど伊藤委員におっしゃっていただいた新しい出生前診断の議論につながり、これはこれまで継続して起こっています優生思想的な懸念というものがぬぐいきれないというところでもあります。

改正前の基本法の第3章、基本計画です。障害の予防に関する基本的施策の第23条では、障害を持つ人の発生を予防するとも受け取れる文章があって、関係各方面から議論のあったところと承知しているわけですが、それ以降、今回は原因となる傷病の予防ということで、人間を排除する優生思想というものからは脱却したと認識しているところです。ここも確認をいただきたい点だと思います。

むしろ今、必要なこれからの基本計画として重点課題として取り組んでいただきたいのは、日本でおくれています二次障害についての調査研究ではないかと思っております。障害者のQOLを高めるということについては、中高年期、ポリオ会などでは、患者会などでは、日本でのそういったデータや資料を一切医学的な研究、リハビリを込めてデータがないものですから、直接欧米の資料を翻訳したり、そういった中で患者会とさらに主治医、リハビリワーカーさんといったような支援いただくスタッフにそういったものを患者会発でデータや情報を提供している、専門的な医療情報を提供しているような状況でございます。

今後とも、できるだけそういったところでの早期の実態把握と調査研究というところに取り組んでいただきたいと強く要望するところです。国リハ等でもしそういった二次障害の取り組んでおられる例がございましたら、お教えいただきたいと思います。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

国リハの方は、今の御質問に関しては、よろしいでしょうか。

○井上部長 御質問いただきましてありがとうございます。国立障害者リハビリテーションセンターの井上でございます。

二次障害という視点が最近欧米中心に出てきているというところは認識しておりまして、少し肢体不自由の方にはなってくるのですけれども、例えば褥瘡の問題などというのは、車いすを使つての二次障害の大きな1つの症状として出てきておりますので、そういったところの解決をするための研究の視点というところは持っておりまして、そのあたりから

二次障害というところをこれからまた取り組んでいくところがあるかなと認識しているところでございます。

○加納専門委員 ぜひお願いいたします。

○三浦座長 それでは、続けます。

河崎専門委員、どうぞ。

○河崎専門委員 日本精神科病院協会の河崎です。ありがとうございます。

まず最初に、全体的なところで少し確認と教えていただきたいのですが、今回の障害者基本計画は、国としては平成25年度からのスタートの部分でつくっているという認識なのですが、この基本計画を受けて、各自治体がそれぞれの障害者計画をつくっていくと理解していたのですが、現実的には例えば私は大阪なのですが、大阪などは本年度、平成24年4月から新しい障害者計画としてスタートするのです。そういう目で内閣府のホームページなどを見させていただきますと、平成25年度から新しい各自治体での障害者計画を考えておられるところは案外少なくて、もう既に24年4月から新しい計画でスタートしているところもあれば、平成27年度、26年度まで現状の計画でいくというところもあるように読みました。

これは、国でこういう障害者基本計画をしっかりと作り上げても、それが各自治体にどういうふうに反映していくのか、それをどういうふうにお考えなのかをひとつ教えていただきたいと思います。

もう一点は、先ほど国立障害者リハビリテーションセンターのことに关しましては、確かに精神障害者のことが全く触れられていなかったのも一体どうなっているのかなという思いがしたのですが、さきに重藤課長の方から説明がございましたが、やはり国立の精神神経センター、このナショナルセンターでもっと精神障害者の方たちの、いわゆる障害の発生予防等も含めたいろんな研究を活発にさせていただかなければいけないのかなというところが2点です。

もう一点ですが、先ほど上野委員の方から、民間の精神科病院では病床をある程度埋めないと経営が大変だと、実態をそのまま反映したお話をしていただいたと思ってありがたく承っておりましたが、ただ、この現状がいいとは到底思っていません。ですので、まずは総合福祉部会等でも議論がありましたが、どれだけ地域の中で精神障害者の方を移行させることが可能かという地域の中の社会資源の基盤をしっかりと整備していくという、総合福祉部会では10カ年戦略と銘打ったものが出ましたが、あれをぜひ実現していかなければ、いわゆる社会的入院はなかなか解消しないのではないかと考えています。

もう一点ですが、先ほどの重藤課長のデータで24ページ、統合失調症の方の退院先のデータをお示し願いました。約七十数パーセントの方が家庭にお帰りであるということですが、実は重要なのは、この方たちがその後どのような医療を受けたり、あるいは障害福祉サービスを提供されているのか、それがはっきりしないと余り大きな意味を持たないのではないかと考えています。これも現実の実感では、この73%のうちのかなりのパー

セントの方が再入院されているという実態があると思います。実は大阪では、このあたりのデータをしっかりと障害福祉部の方がとってしまっていて、例えば平成19年度に727人の方たちを各病院から抽出して、その方たちが今年度、平成23年度までのデータでどれぐらい退院されたかというデータを見ているのです。そうしますと、393名が退院されています。しかも、その393名のうちの90名の方が現在再入院されているのです。

こういうふうに一人一人を同定して、その方たちが退院してからどのようなケアを受け、今、どこで生活されているかということ調査のデータで持っているのは大阪だけだと思います。ぜひこういうものもしっかりと御理解を願って、なかなか一旦退院すればそれ以後は余り問題がないというようなものではないという現状をぜひ御認識していただいて、今回の計画の中にそういう部分を取り入れていただきたいと思います。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。4点にわたりまして、貴重な御指摘や御意見をいただきました。

最初の国の基本計画と自治体の基本計画の策定の時期のずれ、現行でそう見えるものに関しましては本委員会の方でとお答えしようと思いましたが、事務局の方でお答えを。

○佐藤委員 障害者自立支援法による障害福祉計画は国の基本指針と市町村と都道府県とが連動していますけれども、障害者基本法の基本計画というのは、国、都道府県、市町村、全部義務化はされているものの、期間が何年かとか、いつからいつまでかというのは、それぞれの実情でやっているという、国は10年置きにずっとやってきたという、そういう縛りがない制度だと思います。

○河崎専門委員 そのことは十分理解しております。ただ、それでいいのでしょうかという疑問です。国の方で、先ほど三浦座長の方から最後のところの意見にもございましたが、しっかりと進捗状況を把握し、かつ工程表云々という考え方は、これは国だけの話ではなくて、各自治体がどうなのかということも含めての話だと思いますので、それをしっかりとやっていただかなければ問題があるのではないかという意味です。

○三浦座長 ありがとうございます。

厚生労働省の10月22日の主管課長会議の資料の中にも、今、国でこのような体制で障害者基本計画に関しての意見を取りまとめる会議が開かれている、そのことに留意して各自治体は計画に反映するようというページは私の方でも見ましたけれども、厚労省の方から何かコメントはありますか。

○辺見課長 自立支援法に基づく障害福祉計画については、佐藤先生からもお話がありましたように私どもの基本指針に基づいて自治体で計画をつくっていただくということだと思います。基本法の制度の内容については、むしろ事務局からお答えいただいた方がよろしいかと思います。

○東室長 法制度的には、佐藤先生がおっしゃったような形だろうと思います。ただ、最

も基本的な国の計画でありますので、地方自治体にある意味大きな影響を与えられるような、実質リーダーシップを果たしていけるようなものであるべきという観点からすれば、そういう期間の問題であるとかということは十分配慮されなければならないと思います。

ですので、それを具体的にどういう形ですればいいのかというところはこれから検討することが必要だろうと思うのですが、ただ、時期的なものは経緯がありまして、そこをこれからどうするかという議論にはなると思うのですが、現段階ですぐさま対応できる問題でもないので、ここは検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、続いて、川崎洋子委員、御意見をどうぞ。

○川崎委員 家族会の川崎です。

私の方も、今の河崎先生の御意見と関連いたしますが、実は24ページの御説明の中の退院先、7割強が家庭に戻っているということなのですけれども、実際にアパートで独り暮らししている人もおりますし、グループホームというのは社会福祉施設に入るのでしょいか。その辺で、グループホームやアパートで生活している人が一体どんな支援を受けてそこで生活できているかということと、家庭の場合には、家族が日常的な世話をしたりしておりますと同時に、なかなか社会的な資源に、いわゆる事業所とかにつながってなくて、言ってみればひきこもりのようになっていて、その結果、また再入院しているというような結果がありますので、それぞれ退院先のところでどんな資源を使いながら地域で生活できているのかというデータがもしも分かれば教えていただきたいということと、確かに社会資源が少ないということもひとつ挙げられると思いますが、その辺のデータをお願いしたい。

もう一つ、25ページの医療計画の中の②ですが、まさしく先ほど重藤課長がおっしゃったように、適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築するということなのですけれども、具体的にどのようなことをお考えなのか、その辺のところをお聞きしたいと思います。

以上です。

○三浦座長 それでは、厚労省の方に質問という形でよろしいでしょうか。いかがでしょうか。

どうぞ。

○重藤課長 この24ページ、患者調査によっておりまして家庭ということでありまして、例えばアパートは家庭だと思えます。グループホームということになると施設に分類されると思えます。

退院後、どのように社会資源を活用されているかということでございますけれども、それにつきましては、精神障害者アウトリーチ事業というものを今年度から始めたのですけれども、その中で37都道府県に取り組んでいただいております。退院後、もちろん、医師、ピアサポーター、作業療法士、相談支援専門医というような方がチームを組んで、できるだけきちっと治療につなげる、再入院しないようなモデル事業を今実施しております。

具体的にどのようなことで都道府県の医療計画に書いてほしいかということでもありますけれども、今やっているモデル事業のような取り組み、そして退院後をきちっとした医療につなげ、なおかつ、そこで生活できるような体制を組むということができる限り目的に書いていただきたいと思います。

次期通常国会に何とかかけようと思う精神保健福祉法の改正というような中にも、そうした退院者のサポートというようなことで、入院したところから退院後も考えるサポート体制を整えるというような中身についても盛り込められたらと考えているところであります。

○三浦座長 どうぞ。

○茨木専門委員 今のお答えで、グループホームは福祉施設入所に含めているのですか。グループホームは施設ではないと思うのです。

○重藤課長 今の御指摘は、社会福祉法上に社会福祉施設という定義があって、それであれば入っていないのですけれども、患者調査上は社会福祉施設の中に入れてとっていることのごようございます。

○茨木専門委員 今後、計画をやっていくときに、グループホームは別建てで、施設とは違う形で統計をぜひとっていただきたいと思います。

○三浦座長 御要望ということでよろしいですか。

では、手短にお願いします。

○北野委員 今の家庭について、家庭に戻る場合も、親元に帰る場合と、妻子のもとに戻る場合とアパートで暮らす場合も全部家庭だとおっしゃった。それでは実際に自立生活されたりする実態は分かりませんので、どうなっているかその辺のことも教えていただけましたら。

○重藤課長 調査の分類でしょうか。これについて患者調査の担当ではないので、どんな分類をしてどんな質問紙にして、つぶさに存じ上げませんけれども、一般にそうしたアパートとか自宅に帰るということは家庭という分類であると記憶はしております。

○北野委員 それでは困ると思うのです。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、意見の方を続けさせていただきます。大濱委員、どうぞ御発言ください。

○大濱委員 全国脊髄損傷者連合会の大濱です。

今日、保険局の方が来られていないのですが、私たち中途障害の場合ですと、初期加算や早期加算が非常にネックになっていまして、1カ月ぐらいですぐに退院を迫られる、それで次はどこかの病院に転院するかと、常に課題が突きつけられているのが現状です。

したがって、もう少しきちんとリハビリをするシステムができないと、安心して病院にも入ってられません。1カ月ぐらい経過したら退院してくれということで、常に「リハビリをしたが病院はどうすれば」と相談が来ています。この点を保険局できちんと考えていただきたいというのが1点目です。

2点目ですが、これは委員意見のまとめで勝又副座長からも言及していただいたように、重度障害者が一時入院する場合は、慣れたヘルパーから介護を受けないと、安心して入院もできません。慣れたヘルパーからの介護が受けられないから、肺炎などになったときも入院しないで自宅で治療しようとして死ぬ例も出ています。ですので、安心して入院できるシステムをつくってもらいたい。これも保険局のテーマになると思うので、ぜひ実現していただきたい。

あと、今日は国立リハビリテーションセンターの井上さんが来られているので言いにくいのですが、国リハは確かに非常にいい研究をされています。ただ、この資料を見てびっくりしたのですが、ブレイン・マシン・インターフェイス（BMI）に2億円ぐらい予算がついています。これは厚生労働省の予算で計上されているのですか。脳プロジェクトとえば、文部科学省でかなり大きな予算がついています。同じような研究が大阪大学の脳外科でも進められていますし、京都府のATR脳情報通信総合研究所でも行われているわけです。これらの研究がきちんと有効に連携できているのか、そのあたりが疑問なのでお答えいただければと思います。

国リハについて別の話ですが、私たち脊髄損傷者の場合は、緊急入院から1カ月ぐらい経ったころから退院の話がしょっちゅう出てきます。そのとき、どこの病院に転院すればいいのかという質問を受けるとき、国リハの名前が出てきます。しかし、私たちの団体では、現在、国リハは全く推薦していません。はっきり言って申しわけないけれども、国リハの病院は非常にリハビリの質が悪いのです。国リハから退院してくるとかえって状態が悪くなったりします。実際に私たちは患者さんと一緒に考えて、どこでリハビリを受けるのが良いかというときに推薦する病院はかなり絞り込んでいます。福祉機器開発部ではかなり質の高い研究をされていることは私もよく知っていますから、研究部門とリハビリ部門がきちんと連携できていないのではないかと思うので、国リハとしての役割をもう一回見直してもらいたいと思っています。

あと再生医療のことは書いてあるとおりです。先ほど日本難病・疾病団体協議会の伊藤委員からも話がありましたように、安全性の問題も非常に重要です。ですが、日本で今一番問題になっているのは審査体制です。アメリカの食品医薬品局（FDA）と同じように、日本にも医薬品医療機器総合機構（PMDA）という審査機関があります。ですが、審査員の数が非常に少ないのです。ここで安全性を審査しようにも、非常に時間がかかるのが現状です。したがって、きちんとした技術者を育てて、予算をつけて、きちんと審査を行なっていただきたい。そうでないと、安全性にも問題が出ますし、審査の時間も非常に長くなり、基礎研究から臨床への移行が滞って、なかなか患者の手元に届かないということになりますので、これをよろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、発言という形で続けてまいりますけれども、よろしいですか。後でコメント

をいただきます。

佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。

リハビリテーションということに関して意見を述べさせていただきたいと思うのです。先ほど厚労省からの説明は、主に障害者自立支援法でやっているリハビリテーション的な事業の幾つかを詳しく紹介したということかなと思うのです。我々政策委員会として意見具申を準備しつつあるわけですが、それはリハビリテーション全体の計画なのだろうと思うのです。ということになると、医療サイドでやっているリハビリテーションがかなり大きいらしく、介護保険でも重視しているわけですね。そのほか教育だとか雇用だとか労災だとか、いろんなところでリハビリテーションなされているわけで、そういうようなデータを踏まえた上での意見具申をするにはデータが足りないかなという感じを持ちました。

1980年代からリハビリテーションの体系、システム、エリアをベースとしたリハビリテーションの提供ということがいろいろ厚生省によってなされてきて、特にA型の障害福祉センターがスポーツセンターなども含めて都道府県に1カ所とか、政令市などでは設けましょうと。人口10万人ぐらいをベースにしたB型の福祉センターを市町村レベルで設けましょうというような、その後、90年代には地域生活支援センターでしたか、それが30万人のエリアに6カ所ずつ設けようという制度ができたりして、体系というかシステムというかエリアというような考え方が強調されてきたと思うのですけれども、その後、自立支援法になってからかなり個別の事業に分散化されて体系が見えなくなっている。障害福祉の領域でも体系が必要だし、医療だとか介護保険などを含めたものがないと、例えば専門職でどういう人たちが一番必要とされているのかとか、そういうような計画に必要なデータも余り出てこないのかと思うので、意見ですけれども、そんなことを感じました。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、柴崎専門委員、お願いします。

○柴崎専門委員 守る会の柴崎でございます。

資料は46ページに出させていただいておりますが、私どもの重症児という人たちは、病態がさまざまなのです。例えば医療とリハビリということになりますと、体の具合も硬直で固い人と、極端に柔らかい人、一人一人の状態が違うという現状がございますので、医療とリハビリといったことはセットで考えていただきたい。しかも専門的な見方をして専門的なリハビリを行わないと効果がないのではないかなと常々思っております、そういう場所が非常に少ないと思っております。ですから、多くの方が医療は一方的に受けたとしても、セットでリハビリということはないものですから、リハビリはあきらめてしまっているという方も少なくございません。

リハビリを独自に御自分でどこかへといった場合には、医療とセットになっていないものですから、それが本当に本人にとって適切なリハビリなのかどうかということを非常に

心配しているところでございます。

児童発達支援とか入所施設、専門的なものを持っている場合は、そういうところが外来とかそういったものをもっともっと充実させていただければ、救われていない方々もそういうところに何とか行って見ていただけるのではないかなと思います。

家庭に訪問していただけないかという要望が多いのです。そういう体制が現在のところできていないのではないかなと思います。

もう一点、NICU、いろいろな方から御意見が出ているようでございますが、私どもの場合は特に重い方々、人工呼吸、経管栄養、退院をしてもなかなか行き場がないのです。結果的にやむを得ず家庭にということになる方も少なくございません。何度も申し上げますが、その介護をするのはほとんど母親なのです。やはり動きがとれないということもあわせて、どうしても孤立しがちといいましょうか、そういう事例をたくさん耳にいたします。

こういった方々に対する訪問医療、訪問看護、訪問介護、こういったことも連携をとりながら何とかフォローをしていただけるように、システムづくりと言ったら大げさかもしれませんが、ぜひ連携がとれるような訪問。なおかつ、それでも難しいという方がいらっしゃるわけですから、最後の砦としては入所施設、これも私どもとしてはこれしか救えないのではないかなという考えも持っておりますので、入所施設は専門的な対応をおのおのやってらっしゃいますから、お世話になる方は非常に安心をするのです。

現在、在宅であっても何かのときにはそういうところがあるのだということになると、精神的にも楽ですし、現在が困難な状況であっても、そういう最後の救いの場があるということだけで、人間というのはそういうことで我慢が乗り越えられるということもあると思いますので、そういう最後の砦といたらあれですが、必要ではないかなと思います。

最後に、重症児という方は18歳から何とかよくなるとかという状況もございませんので、非常に歩み、成長の時間が長いのですから、重症児の時代と重症者になった時代、これはセットで考えて、一生を同じスタンスで考えていただくということが大事なのではないかなと思います。

以上でございます。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、清水専門委員、どうぞ御発言ください。

○清水専門委員 全肢連の清水です。

46ページに事前に意見として出させていただきました。医療的行為の見直しというところで、理由の下に口腔内、「口」の字が1個欠けていました。口腔内吸引ということでお話をさせていただきたいと思います。

たんの口腔内の吸引ということで研修を受けることによってできるようになりましたけれども、ぜひしているのは口の中ではないのです。のどのところまで行っているのです。ですから、せっかく研修を受けたとしても、口の中だけの吸引ということで、本当に

ぜいぜい言いながら、がらがらというのか、呼吸をしながら苦しそうにしている。その場合は、口腔内というよりも咽頭、のどなのです。せつかくこういうことで研修を受けた方が医療的行為ができると言いつつも、現実的には本当に必要な行為ということができない。ですから、それで医療的行為ではないのだと、生活するための生活行為なのだというようなことでここに書かせていただきました。

ですから、看護師さんができるように、今の研修内容についても本当に生活行為として必要な専門的な研修の方に質を高めていただき、それができるような状況ということは、訪問介護ですとかショートで子どもさんを預けるとか、そういう場合も同じ現状が出てくるのです。しかし、今の場合でしたら、逆に制度化されてしまったために、口の中だけということで、それ以上やってしまうと制度違反あるいは医療行為違反とされてしまうので、質を高める研修内容、また研修場所についても本当に府県の中では今はないところが多数です。そういうようなことで、研修の場所と同様にお願いしたいと思います。

あと今の医療、リハビリとは違うのですけれども、グループホーム、ケアホームで入っておられる方が、重度訪問介護あるいは訪問介護のヘルパーさんが、もう来年から打ち切りと言われている町村があるのです。それは町に財政がないからなのです。もう予算がこれ以上出せない。ですから、そんなことはあり得ないのではないかと。では、グループホームは間違いではないのか、世話人さんだけではないのか。でも、その町村からはケアホームで指定されているのです。ですから、そういう財政状況の中で、今まで何とか役場も頑張ってきたと思うのですけれども、しかし、それを辞めざるを得ない。そういう場合、何とか国、県と単純に助成措置で間に合うとかそういうことではなくて、制度の中でそれぞれの市町村の財政指数とか、そういうような中ででも国として県として支援をして、そこで生活する人が安心してできる。ですから、これは役場の悪意でも何でもないのです。財政が本当に足りないということでそういう状況になっている。

時間がありませんけれども、もう一点。重度心身障害者医療ということですが、県によっては重度心身障害者医療を全額助成している県があります。ですから、県だけが助成するという場合には、市町村の理解がなければ無料化ということはできませんから、県と市町村との理解のもとで無料化が実施されている。

これはある県ですけれども、無料化にするための窓口での助成費が31億9,000万。しかし、国がペナルティで8億7,000万。およそ3割がペナルティで結局国から県、市町村は払わなければいけない。こういうような実態について、一番は医療費が上がるからペナルティだということですが、そうではないですね。診療報酬が1割から3割になったときに、患者さんは自分の懐具合で、では1週間分の薬を1カ月に分けようとか、今まで1週間に1回行っていたものを2週間に1回行こうと。ですから、それは人が生きるための健康ということを考えていったときに、この県のように、今、重い障害を抱えている人たちが本当に安心して病院にかかれるという体制を組んでいただいている、本当に温かい県に関して国がペナルティをかけているというようなことについても、その部分の根っこについて

ペナルティを課すというようなことについてはやめるべきだと。

長くなりました。申しわけありません。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、もう一方、申しわけありません、時間の関係で関口さんまでにとどめてコメントをいただきたいと思います。すみませんが、1分程度でお願いいたします。

○関口委員 全国「精神病」者集団の関口明彦です。

精神障害者の人権を守るための団体である権利主張センター中野というところの代表もしています。いろいろやっているわけですが、意見は書いたとおりです。ただ、言っておきたいのは、改正障害者基本法第3条に、全ての障害者が障害者でない者と等しく基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有することを前提としつつという、これが全ての改正障害者基本法の前提になっているわけです。

そこでまず問題にしたいのは、医療予算と福祉予算の97対3問題というものです。病院に行っている予算が97で、福祉の方に来ている予算が3。先ほどアウトリーチ事業とおっしゃいましたけれども、あれは確かに福祉予算でやっているのですけれども、基本は病院がやることになっています。病院が直接やっていないところでも、最終的には病院がその分、病床を減らすという形で病院がけつをとる形になっている。そのお金はどこに行くかといったら、基本的に流れとしては福祉予算が病院に行くのです。こんなことでは困るということが1つあります。

もう一つは、前にも言ったかもしれませんが、厚生労働省の身体拘束のガイドラインが、極度の不穏もしくは多動というのが縛っていいという根拠になっているのです。これはやめにしてほしいということを私は申し上げたと思います。なぜかというと、恣意性が余りにも強いからです。これについて書いてもありますが、WHOがより具体的な身体拘束のガイドラインを出しているので、これを示していただきたい。日本の身体拘束の実数と最少拘束日数、最長拘束日数を示していただきたい。これはある程度調べることはできるのですけれども、強制入院の地域間格差が非常にあります。同じ人権を持つ者として、ある地域に住んでいたら強制入院されてしまう、ある地域に住んでいたらその危険は少ないというのは非常に不公正ですから、それも示していただきたい。

精神保健福祉法というものの改正もおっしゃっていましたが、そこにおける適正手続と入院に要する実態要件、これをきちんと示していただきたい。実態要件がなければ意味がないですから。実態要件は強制性を伴うわけですから、当然、補充性要件、緊急性要件、法益均衡の要件というのが必要とされると思うのですが、それらについてどうふうにお考えになっているのかということをお示しいただきたいと思います。

そのほかのことで言うと、とにかく障害者基本計画をレビューするというのは賛成です。つまり、平成14年度版であろうと、いろいろ書いてあって、いいことも書いてあるのです。例えば病院中心医療から脱却するなどということが書いてあるのです。どこまでやれてい

るのか、やれたのかということについて、政府として総括を出していただきたい。それがなければ、次の計画をしても、こういうものができたと、10年たちましたと、変わっていませんと、では意味がないではないですか。だから、以前の基本計画、平成14年度版の基本計画についてどこまでできたのかということについてレビューする必要があると、多分政策委員会で全部とてもやれないので、政府の方でどれくらいできたと思うということから、例えば権利擁護ということもしっかり書いてあるのです。それについてどこまで何ができたのかということについて示していただきたいと思います。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

では、最後に中原委員、どうぞ。

○中原委員 日本知的障害者福祉協会の中原です。

論点⑦に絞ってお話をしたいのですが、私の方では37ページと38ページに児童支援については意見を出しておりますので、障害者基本計画をつくる中でこれを踏まえてやっていただければありがたいと思っています。

1つだけお願いといいますか要望なのですが、先ほどの論点⑥の説明で10ページのところに障害児入所支援というのがあるのです。ここの5番目のところに、18歳以上の障害児施設入所者への対応というのがある、基本的には分かりました。

お願いというのは、施行のときの特例というのがあるのですが、有効期間が6年になっています。これもいろいろ地域の事情がありまして、なかなかこうはいかないという実情が実はあるのです。いろいろ説明はたくさんしたいのですが、私どものちなみに千葉県では、入所施設から地域移行への施策、一生懸命やっているのですが、入所施設から定員が削減されないという実情もありまして、そこから有効期間内に児童の人たちを大人の方へ受け入れるとかは難しい。

3つの方法ということで、利用者が選定することになっているのですが、お願いは、例えば千葉県内でも加齢児という人たちが既に80人いる。この人たちがこういったん選択肢をして、児童の施設でやっていけるか、あるいは両方、児童と大人の併設か、あるいは大人へ切り替えていくかというときに、今、児童の方は御承知のとおり、大変虐待等の問題点があって、なくてはならない児童の数があります。これを進めていくときに、なかなか併設とか新たな大人への切り替えというのは難しいのではないかとされています。

したがって、私がお願いしたいのは、どちらにせよ、この施策を進めていく上で、特例が6年あるから、有効期間が6年あるからということだけではなくて、私たちがその方向性をちゃんとやっていくときに施設の整備とかは必ず出てきますので、その財源の裏づけをきちっと担保しながら6年間の有効期間の間に具体的な形で進めていくように計画を立てていただきたいというのが私たちのお願いです。よろしく願いいたします。

以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

それでは、少し前の清水専門委員を中心とする医療的ケアのこと、ケアホーム、グループホーム、ホームヘルプ等の外部サービスが入れられなくなるのではないかという御不安等はいいですか。厚労省の方からお聞きいただいてコメントできる部分がありましたら、最後をお願いいたします。

どうぞ。

○辺見課長 今ありました医療的サービスの部分です。口腔内の喀たん吸引等についてのお話ですけれども、医行為であるものを介護職員が行うことができるという制度をつくるに際して、その範囲を定めるに当たっては、委員がおっしゃるように、介護の場面における必要度というのは1つあると思いますが、一方においては、医行為に伴う安全性の担保ということが必要でありまして、ここはかなり議論が重ねられたところと聞いておりますけれども、現時点では安全性の担保という観点から慎重な検討が必要なところだとは思っております。

とりあえず私からは以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○清水専門委員 辺見課長さんがおっしゃるとおりなのだけれども、これは生活行為として認めるべきだと言っているのは、実際のドクターなのです。ですから、口腔内というのは口の中だけではないよと、そこまでやるのは例えば看護師さんができる、家族ができる。ですから、それは生活するための行為だからということで、危険度とかそういうことについてどの専門家の方が言ったか分かりませんが、専門のドクターがここまで認めるべきだというお話を伺ったものですから、一応そういうことでお話しさせていただきました。

○伊藤委員 一度、この議論は、やり直しをしてほしいと我々も思っているのです。結論はおかしい。

○三浦座長 ありがとうございます。

では、課長、お願いします。

○重藤課長 診療報酬のことについて、不正請求等については、そういう医療法、診療報酬の方の観点からどう見えるかということでそういう適用をされると承知しています。また、都道府県が自立支援医療よりも上乘せするというのも各都道府県はいろいろされているということは承知しておりますけれども、それは都道府県、市町村の個別の状況によってされているということでありますので、ここについても一律にどうするとか、そういうことはなかなか難しいものがありますので、そこら辺について、もし御要望とかあれば、私ども診療報酬の方にもそういう意見を伝えたり、そういうことはしていきたいと思っております。

○三浦座長 実態として御意見をいただき、もちろん、記録にも残りますし、御検討いただける課題になるかと思っておりますので。

それでは、申しわけありません。時間が延長しておりますので。

○関口委員 1点だけすみません。総合福祉部会で議論になったことで、ここで触れておきたいことは、障害者に対する歯科診療、歯医者さんのことについてもう少し配慮というか、ちゃんと適正な医療をした方がいいのではないかということに関しては触れておいてください。

○三浦座長 分かりました。ありがとうございます。

国リハの方ですね。どうぞ。

○井上部長 簡単に。先ほど御指摘いただきましてありがとうございます。精神に関しましては今回、資料の最後にも出ておりますが、IT技術を使った情報提示というところで少し始めておりますので、またその辺の成果はと思っております。

あとBMIに関しましては、シンポジウムですとか研究者ベースでの連携というのはっておりますので、我々のところとしては、その上で実用に近いところで機器の開発、実用的な電極の開発ですとか、そういったものづくりのところをしているということで少しお金が。あと蓄積、1年の予算の金額ではありませんので、その金額が出ているというところで御理解いただければと思います。

あとは病院との関係は、また個別にいろいろ御指導いただいております。シーティングですとかできているところはできているし、まだまだ不十分なところはあるという認識でございます。

すみません、お時間いただきましてありがとうございます。

○三浦座長 いいえ、どうもありがとうございました。

それでは、以上で論点⑦、⑧についての審議を終わりとさせていただきます。非常に限られた時間の中で各委員たくさんの御意見をいただいたこと、また厚生労働省を中心といたしまして、丁寧に御説明、コメントをいただきましたことに感謝をいたします。

○茨木専門委員 すみません、一言だけお尋ねしたいのです。専門委員は、今回で最後なので。

○三浦座長 専門委員の方からですね。

○茨木専門委員 皆さんの多くの個々の詳細な意見というのは大事だと思うし、記録されると思うのですけれども、今後政策委員会において、計画を立てるに当たって、これまで3回の小委員会の意見を、どのように踏まえてどこを強調いくのかが重要だと思います。委員会として例えば今日の児童分野だったら、障害児施策の在り方でここだけは計画に盛り込むというようなところまで、この委員会では議論が深まらなかった気がするのです。今後、どういうふうな政策委員会で計画に対しての意見をまとめていくか、その方向性だけでも座長か副座長にお話しいただければ安心して終わることができると思います。

○三浦座長 分かりました。基本的には委員会は3回ということで、特に専門委員の方々には本当に短い時間の参加をいただいておりますので、御心配いただいているところもあるかと思えます。まず、皆様方の意見書、御発言いただいたものの中から特に複数意見が

あったこと、強調されたことについて、そこからある程度のまとめを文面でつくらせていただきます。それを各委員の皆様方に配付いたします。そして、また追加、修正等をいただきますして、ただ、最終的には膨大な量の意見でございます。それを全てまとめ上げ、計画に反映するというのは非常に厳しい作業になりますけれども、まとめとして次の本委員会の方で報告をさせていただき概要はこれでよろしいかということ、箇条書きではございますけれども、皆様方の方に送付いたしますので、それをチェックしていただいて、次回の本委員会の方で私の方から報告をさせていただくという形をとりますけれども、それでよろしいでしょうか。

追加の政策委員会が開かれることになりまして、日程表の方にお示ししておりますけれども、10日に開いて最終の予定といたしましては、政策委員会、本委員会が17日に開かれるという運びでございます。

○茨木専門委員 分かりました。よろしく申し上げます。大変暮れの忙しいときと思いますが、総合福祉部会で骨格提言等、せっかくこれまでにまとめたものがありますし、今後委員会では、総花的で多様な意見があったけれど、全部盛り込めませんでしたというのは残念なので、やはり強調すべきことをぜひ政策委員会の方でより深い議論で話し合っていて意見書にまとめていただければと、今日で終わりの人間としては思った次第です。よろしく申し上げます。

○三浦座長 大変貴重な御指摘、御意見をありがとうございました。

それでは、本当に専門委員の皆様を始めとして委員の皆様におかれましては、活発な御議論をいただきましてありがとうございました。御協力いただいた関係省庁の皆様にも、改めて厚く御礼を申し上げます。

今後の予定につきまして、事務局の方からお願いいたします。

○東室長 担当室の東です。

今日はどうもありがとうございました。次回予定は、座長の方からもお話がありましたように、12月10日になります。これは従前予定していなかったのですが、もう少し丁寧な議論をしたいということで10日に入れさせていただきました。その上で、12月17日が本年の政策委員会の予定としては最後の予定になっております。

以上でございます。どうもありがとうございました。