174-衆-厚生労働委員会-13号 平成22年3月31日
阿部知子議員、三宅雪子議員、古屋範子議員の質問に対し、山井厚労政務官　答弁

○阿部委員　社会民主党の阿部知子です。
本日は、参議院でも同じ時刻に質疑が行われておりますために御答弁者の予定が少し立ちませんでしたので、改めまして、通告いたしました質問の順番を少し変えさせていただきます。
冒頭、介護保険についてお伺いいたします。
長浜副大臣にお願いを……（発言する者あり）山井さんが残ってくださいました。では、山井さんで参ります。
いわゆる介護保険については、先週既に法案一部見直しは通っておりますが、もともとこれは大変に根本的な論議が必要なところと思います。特に、施設系の福祉と在宅、これはどっちがどっちというものではなくて、両方相伴わないと、とても高齢社会をハッピーに生きることはできないという現実がございます。
その中で、まず施設系福祉について、特に介護施設、特別養護老人ホーム等々と呼ばれているものについてお尋ねをいたします。
既にさきの政権で、二〇〇六年度から八年度にかけて三カ年計画、これは第三次三カ年計画というのを立てて施設整備に取り組んでこられましたが、実は、第三次計画においても、達成度はなかなかでございます。
資料の、おめくりいただきまして二ページ目でございますが、ここには、三次計画においては、当初十一・五万床の予定であったところが八・一万床。なお、介護関連の施設といたしましては、特養から介護専用型特定施設までいろいろメニューはございますが、とりあえず全体として見ると、三次計画は目的の達成の七割であったということであります。
一方、これは厚生労働省に伺いますと、三次計画は七割なんだけれども、一次からずっと見てくると、累積数で九十一・六万床あるんだから九六％は満たしたんだというふうにもお答えでありました。私は、そういう認識を厚生労働省が持たれるというのは大変問題が大きいんだと思います。
山井さんにお伺いいたしますが、これからこのような施設整備について、まず、どのようにお考えであるか、不足と認識しておられるのかどうか、端的にお願いします。
○山井大臣政務官　阿部委員、御質問ありがとうございます。
端的に答弁をいたしますと、私は、介護施設は大幅に不足をしていると残念ながら認識をいたしております。これは、四十二万人、今入居希望者がおられますけれども、その中でも特に、在宅で要介護四、五で待機をされている方が六・七万人おられます。もちろん、それ以外の方々でも深刻な方々が多いと思っております。そして、阿部委員御指摘の、三期の計画が七一％しか達成できなかった、このことも非常に深刻に私たちはとらえております。
では、なぜ七一％しか達成できなかったのかということに関しましては、これは達成できていない都道府県を見てみますと、京都、東京、千葉、滋賀、神奈川県等であり、首都圏や近畿圏という都市部が中心であります。その理由としては、人材の確保がしにくいとか、基盤整備のための補助が不十分だとか、収支が成り立ちにくいとか、地価が高くて土地確保が困難であるというような声を聞いております。
その反省に立ちまして、今回は、まず介護職員の賃上げについては、処遇交付金で今九割の事業所で一・五万引き上げということで実施をいたしております。また、補助が不十分であるということに関しましては、二十一年度補正において、補助単価のアップ、通常一床当たり二百万円であったものを三百五十万円に上げ、また、開設準備の費用もプラスアルファして小規模特養への支援をふやしておりますし、また、地価が高いということに関しましても、二十一年度補正で、これは定期借地権一時金の補助を最大四分の一まで引き上げたところであります。
やはり、これから本当に、もちろん施設だけがすべてとは思いませんが、在宅と施設と、願わくば利用者がやはり選べるように、そのためには在宅とともに施設の整備も必要であり、スピードアップをせねばならないと認識しております。
○阿部委員　ありがとうございます。
施設は、地域において、いろいろな介護サービスや地域の介護力を高めていくための拠点にもなるところでご

ざいますから、ぜひその点について、今山井さんの御答弁のように進めていただきたい。せんだっての審議の中で、三年間で十六万人施設系をふやすということでありましたが、その内訳等々はまだ明確でないという、これは大臣の御答弁でありましたが、もう待ったなしです。これは地域に戻られれば実感されることと思いますので、ぜひ。

特に、御高齢になって、御家族がどなたか介護できればいいのですが、そのときに御高齢者自身が家族に申しわけないという気持ちになられたり、肩身を狭く思われることもあるわけです。これは、今山井さんがおっしゃったように、選べる体制に持っていくということが第一と思います。

次いで、今度は在宅系の介護についてお伺いいたします。

在宅系の介護ですと、同居者がいるとなかなか生活支援、生活援助が受けがたいということは、これは前に、山井さんが野党であったころ、よく御質問に取り上げておられました。そして、同居の家族を理由にした、そうした生活支援の出し渋りは問題があるのだぞということで、実は、山井政務官がなさったんだと思いますが、介護保険についてちょっとしたお知らせ、こういう「ちょっとしたご案内」というのは出していただいたんですけれども、ちょっとした御案内ではちょっともどうもしないような事態がございます。

実は、これはお手元の資料三ページ目に、見ていただければわかりますが、なぜ同居の家族がおられるとなかなか生活援助が受けがたいかというと、ここに厚労省の通達、三種類ございます。

これは、老計第十号と書いてある一番上のものは、老人福祉計画課長による通達、通称老計第十号です。ここには「利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われる」と。そうすると、御本人はおひとり暮らし、あるいは御家族がいても障害、疾病などでできませんよということをこれは言っているわけです。同じように、厚生省の告示第十九号も同様記載でございます。さらに、老企第三十六号の第二の２、これも、これだけが「障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合」と。すなわち、だれかがいたら、やむを得ない理由を申し立て、申し述べないと生活援助は受けられない。

これは、介護の社会化と言ってきたこと、あるいは介護保険はだれのためであるか。第一は、御本人のためであるわけです。政権もかわったことですし、こういう通達行政を見直して、これは全部廃止していただきたいんですけれども、新たな、さっきおっしゃった、本当に御本人が必要とするものを受けられる、その趣旨が伝わるような、そもそもこういうものが行政ベースで流れると、ちょっとした御通知ではちょっともどうもできないんだと思いますが、この点について山井さんの御答弁をお願いします。

○山井大臣政務官　阿部委員、御指摘ありがとうございます。

私も、非常に共感するところが多いわけであります。

もちろん、同居者がいるときも一〇〇％オーケーというふうに、全面オーケーというわけにはいきませんが、阿部委員が御指摘されるように、やはり介護保険の理念とはそもそも何だったのか。それは、介護の社会化であり、家族構成にかかわらず適切、必要なサービスを受けられる、そして望めば在宅で暮らすことができる、在宅重視というのが十年前の介護保険の理念であったわけです。ところが、同居家族がいるということで一律にサービスを制限して、その結果、施設に入りたいという人がふえてしまったら、これは本末転倒であるというふうに思っております。

昨年の十二月に、第一歩、この「ご案内」を出して、同居している家族がいるということで、機械的にホームヘルプなどのサービスをストップ、利用できないようにしてはならないという通知を出させていただきました。この通知は反響がかなりありまして、これで助かったという声も多々寄せられております。そこで私も改めて感じましたが、ということは、残念ながら、今まで本当に一律に、同居者がいるということでホームヘルプなどが受けられないという事態が全国で起こっていた箇所があったということなんです。

それで、ここは介護保険の根幹にかかわる問題だと私は思っておりまして、もちろん、介護保険は地方分権の試金石と言われておりまして、保険者である市町村に多くの権限があるのは当然だとは思いますが、しかしもう一歩、先ほど申し上げました、介護保険の根本理念ということを徹底する意味では、ある程度、こういうサービスは全国津々浦々、最低限、介護保険料を払っている人は受けられるんですよというミニマムがないと、やはり老

後の安心感は得られないというふうに思っております。

その意味では、もちろん、御夫妻で住んでおられて、お連れ合いの方が元気なのに、その人が家事をサボってその人の分までホームヘルパーが来てくれというのは、これはさすがに行き過ぎでありますが、やはり基本的には、日中独居であれ、もう少し、原則としては同居家族がいてもサービスが必要であれば受けられる、そのような判断は現場のケアマネに今まで以上に任せていくという方向が、本当に在宅重視というのであれば必要ではないかと私は考えております。

○阿部委員　山井政務官の思いはよくわかりますから、私は、通達行政から、この通達自身をやめたらどうかと。

坂口元厚生労働大臣がおられますが、例えば在外被爆者の場合も、たった一枚の通達によって、在外に居住しておられる方が長年被爆者として認められなかったんですね。これを変えるために、坂口大臣、随分御苦労をなさいました。

でも、それ自身は、通達の方がおかしいんですね。おかしいものは変えなくちゃ。新政権なんだから。御答弁求めず、よくわかっていると思いますから、お願いします。

次へ行きます。

次は、この前も山井政務官の御答弁ありましたが、介護保険、十年たちました。そして、介護保険は、今や、はっきり言ってやらずぼったくり保険じゃないかと呼ばれているような、保険料だけ取られてサービスない、さっきの、家族いたら使えない、何のために保険料を払っているんだという国民の不信まで生じている。でも、私どもは、やはり介護の社会化と言ったし、何とかこの制度で本当に介護をきちんと権利として受けてほしいと願ってやっているわけです。

十年たったところで見直しをしよう、介護ビジョンというのを出すというふうに山井さんはおっしゃいました。そのときに、先ほど内閣府での、障害者自立支援法の廃止に当たっての障がい者制度改革推進会議のことをお取り上げでありましたが、あれと同じように、あの会議は、確かに御指摘の、会議は踊る、されど進まずとなってはいけないのですが、あの会議のいい点というのは、当事者をきちんと入れて、そして御意見を改めて聞いて、障害者施策の根幹を見直そうとしている点なんだと私は思います。

この介護ビジョンの策定に当たっても、これまでは、いろいろな審議会、分科会の中にお声を聞くために呼んだりはしておりますが、山井さんが目指す、あるいはこの政権が目指す介護ビジョンの策定に当たって、ぜひそういう、例えば認知症の御家族をお持ちの方もメンバーに入れ、施設系サービスをやっておられる方からも聞き、本当に根本的な見直しをしていただきたいです。当事者を含めてメンバーとした会議を持つべきではないか。どうでしょう、山井さん。

○山井大臣政務官　阿部委員、御質問ありがとうございます。

おっしゃるとおり、介護保険十年目の折り返し点、見直しの中で最も重要なのは、やはり当事者の声、利用者の声を反映するということだと思っております。

反省するとすると、やはり今までの審議会というのには、もちろんある程度当事者の代表も入っておられましたけれども、少し少な過ぎたのではないかという反省もありますので、今までのそういう審議会等に当事者の声をもっとふやすことや、また、長妻大臣も過去二回、介護現場に行って実習もされて生の声も聞いてこられました。

私たちもできるだけ利用者や現場の声を生に聞くように心がけたいと思いますし、そういう方法の一つとして、阿部委員が御指摘のような会議というものもあるのかなと思いますが、とにかく現場の声をより多く反映するためにどうするか、検討をさせていただきたいと思います。

○阿部委員　ありがとうございます。

続いて、足立政務官にお願いをいたします。

まず一問目は、臨床研修の問題についてお伺いをいたします。

足立政務官は、この間、インフルエンザ対策も含めて大変多忙な任務を担われて御活躍でありますが、私として特に頑張っていただきたいのはこの臨床研修問題であります。

臨床研修制度は、平成十六年、二〇〇四年に大幅な見直しがございました。それまで大学中心であった臨床研

修が、当時は八割が大学、二割がそれ以外でありましたが、一つは義務化すること、そして、民間の病院も含めていろいろな各施設が、自分たちがこういう研修をしたいからということで研修指定病院という資格を取って、研修をプログラムして研修医たちに提供して、自分たちの診療というものを伝えていくという大きな取り組み、転換点があったと私は思います。

そして、これも五年目に当たって見直しが必要だろうということで、平成二十年の九月、あり方検討会が開かれ、以降六回、そしてその後は見直し審議会が開かれ、二十一年四月から四回というふうになって見直されておるのですが、何か、どこか違う方向に行ってしまいそうな危機感を私は覚えます。

これもまた政権交代がございました折ですから、ぜひ足立さんにお伺いをしたいですが、何が私にとって奇異か、違和感かというと、研修医の偏在、簡単に言えば、都市に集中する、過疎に行かないなどがあり、あるいは、大学病院が医師を配置する能力を低下させたからと、需給バランスの面からの見直しが大変に前面に出て、そもそも研修は、その医師がどんな医師として能力を持って育っていくか、モチベーションも含めて、そうした医師の医療内容についてのものであると思います。主客転倒した見直しになっていると私は思いますので、この点についてのお考え。

続けてもう一問お願いいたします。その中で当然出てきたものなのでしょうが、いわゆる入院が三千名以上の病院でなければ研修指定をとれないということも、これもいかがなものかと思います。足立政務官には、この間、厚労省の方でとられたパブリックコメント、パブコメで、どんな意見が最も多かったか、そして、どうしてそういう意見になるのかについて。

前者は、そもそも医師の内容で見直す、評価したり、どう進むか。二点目は、勝手な三千名基準というものがどんどんひとり歩きしているのではないか、それについて寄せられたパブコメについてどうお思いか。お願いいたします。

○足立大臣政務官　基本的に、阿部委員がおっしゃること、私は同じ考えです。

そもそもこれを導入したのは、プライマリーケアの基本的な診療能力を身につけるということだったわけです。

検証でやはり一番足りないのは、実際に研修した医師がその研修システム、そしてその病院をどう評価しているかという検証が一切なかったと思います。これは、来年度早急にアンケートを科研費でやるようにしました。

ただし、平成十五年度と二十一年度を比べると、例えば大学病院での研修医の数が、五千九百人から三千五百人と二千三百人減っている。その分、市中病院に出たわけですけれども、市中病院では、臨床研修病院が四百五十から千、それだけふえているのに、では指導する体制はどうなのかといった問題点はあると思います。

それから、パブコメの内容は、今資料がありませんが、私、記憶の中で言いますと、やはり三千人という数の問題、それからＣＰＣをやっている、そこら辺が大きかったような印象があります。

御案内のように、激変緩和措置をとっておりますし、これは五年以内に抜本的に見直すということも決めておりますので、議員の意見も十分お聞きしながら検討していきたいと思います。

○阿部委員　パブコメは、四百七十件寄せられたうち、最も多い二百二十七件が、この三千人以上の根拠がわからないとするものでありました。

今、足立政務官がおっしゃったように、やはり医師の研修によって磨かれるべき能力、そして当初の理念は、プライマリーケアで、いろいろな地域で本当にその地域の文化や伝統や社会そのものを把握するような研修をしてほしいということでありました。そこにあって、例えば、三千人以上のところでなければ、もう将来はこの病院は研修病院になれないかのようなやり方で現状を過ごすことはよくないと私は思います。

もちろん、各病院、きちんとおのれを検証し、また国としても検証していかなきゃいけないと思いますが、今、三千人を割るような病院がたしか幾つかございました。基幹型臨床研修病院のうち六十八病院がこの基準に引っかかる、いわゆる三千人は満たしていない。しかし、その病院それぞれの特色のあることをやっているかもしれません。

医療は人間の営みを支えるものですから、ぜひ足立政務官には、今でも、もうこれでこの六十八病院は次の研修がとれないのかと思っておりますから、この点については明確なメッセージ、激変緩和というと、もうそっちに向かって方向は決まっているのだが、しばらくの間続けてあげるよというお目こぼし路線であります。そうで

はないんだろうと私は思います。

足立さんも大分で育って、戸次という、私も何度も行きましたけれども、文化的にも大変いい地域と思います。そこにはそこの医療のよさもございます。そういうものを体得してほしい、吸収してほしいという思いで研修がなされることを私は望みますので、ぜひこれは足立政務官でお取り組みをいただきたいと思います。

引き続いて、予定された質問がございますので、今の確認答弁を経ずして次に行かせていただきます。

実は、移植医療の問題であります。

これも昨年、ちょうど政権交代前に、新たに子供たちをドナーとする新臓器移植法が通りました。しかし、法案は通りましたが、その子供たちが、例えば脳死に至るまでの間十分な治療を受けられたか、あるいは虐待等々が除外できるかなど、まだ多く問題を含んでおります。

臓器移植については、大人でありますが、既に一九九九年から今日まで八十六人の脳死患者さんからの移植が行われたところでありますが、国の検証会議では五十五例しか検証が進んでおりません。実は、去年の三月からこの一年間は、全く検証がストップしております。法案の審議に忙しかったということもあろうかと思いますが、しかし、この検証会議は今後も続けられるんでしょうね、これで終わっちゃうんじゃないんでしょうねというのが一点。

それから、今後、子供たちがドナーとなる場合には、その検証会議には当然、小児の専門医あるいは虐待防止のためのさまざまな専門知識をお持ちで取り組んでおられる方を検証委員会メンバーに加えられることと思います。その点についてお願いいたします。

○足立大臣政務官　検証が五十五で、報告書ができ上がっているのは四十八、そのうち公表してもいいというものは三十五になっている。

さらに続けるのは当然でございまして、なおのこと、小児の方が入ってくるわけで、もっと検証が必要だろうと私は思っていますし、その専門の方々に当然入っていただくことが非常に重要だというふうに私は考えています。

○阿部委員　では、子供たちの脳死にならないための治療はどのように担保されるのかということで、お手元の資料を見ていただきたいと思います。最後の資料になるかと思いますが、ここには、私が何度も取り上げました、日本の医療の中で小児の集中治療室はどのように整備されておるかということです。

ここに挙げてございます二十九の施設は、おのおの、子供の医療においてはセンター的なものをやっておるというところとして知られておりますが、しかし、この中でいわゆる小児集中治療室を重症、救急等も含めてやっておられるのは、まばらに書いてございます、ベッドにして、八十五床プラスさまざまなほかの患者さんの、例えば外科の手術後の子供たちと一緒にしても、合わせても全体で百八床しかない。すなわち、簡単に言うと、子供が重症の脳障害を持って入院されても治療ということが大変にはかどらない現状というのは、ほぼ同じように続いているかと思います。

そして、先ほど足立さんがおっしゃった、そうした小児の専門医も当然入れていくんだということでもありましたけれども、その前提として、まず、子供たちが十分に救命救急医療を受けられる現状というのが私は早急に成っていってしかるべきだと。

そして、もっと言わせていただくと、今、大人で三百三十八カ所が提供病院になっていますが、その中には子供のための診療の能力を持ったところは大変に少のうございます。この状態のままで子供たちの臓器提供がされるということに懸念を抱いておりますが、この点についてお願いいたします。

○足立大臣政務官　確かに、三百三十八施設のうち、いわゆるＰＩＣＵ、小児集中治療室を有する施設というのは十四施設しかございません。では、小児の脳死判定のところで必ずこれが必要かということは、また論が別だと思います。私は、ミックスという形を考えていかなきゃいけないと思います。

ただ、そこで問題点を共有するのは、小児の集中治療というものをもっとしっかりしなきゃいけないという問題点につきましては共有いたしております。

○阿部委員　ミックスと言われると、何だかちょっとよくわからないのですが、端的に言うと、その場で治療に当たっておらず、脳死判定のためだけによそからお医者様が来られて、この子は脳死ですよと言われても、はっ

きり言って御家族は受け入れがたいと思います。足立政務官がおっしゃるミックスの意味はちょっと私には理解できませんが、次の御答弁とあわせてでも結構です、お願いいたします。

最後の一問は、いわゆるナショナルセンター六カ所が独立行政法人化されました。六カ所について、二名の公募による理事長と、残る四名についてはそのまま、それまでの病院長などが理事長になられるという形で仮にスタートなさるんだと思います。

しかし、皆様のお手元につけた資料の下から二枚目を見ていただきますと、さきに独法化された国立病院機構等を見ますと、理事長は矢崎先生、医師でありますが、理事のところは全員、厚生労働省関係のＯＢか現職の出向でございます。理事四名と副理事長が全員、厚生労働省関係者であります。

よもよも、これからできます独法、六カ所ございますが、私は、これはいかに何でもいびつだと思います。そもそも、民主党にあっては、天下り等々は認めない方針とも伺っております。

新たにできます六独立行政法人における理事、本来はスタート時点で選任すべきと思いますが、されておりませんことも含めて、今後どのように進められるのかについて、最後にお願いします。

○足立大臣政務官　問題点は三つあったと思います。

まずは、一つ。

昨年の鳩山内閣の閣議決定で、公務員のＯＢがポストについている理事については公募するというふうに決めました。その結果、三月末現在で十七ポストを公募いたしましたけれども、公務員ＯＢはゼロです。先ほど御指摘のあった二名のところも、公務員ＯＢではなくなるということです。

それから、ナショナルセンターはどうなるか。

これは四月一日に恐らく理事長から発表になるというふうに思っておりますが、私のところに今入っている資料を思い出しますと、ＯＢに関しては、極めて少ないというか余りいなかったという認識であります。それが二点目。

それから、三点目。先ほどのミックスの件だと思います。

法的な脳死判定、これは、その医師を確保することとなっておりますが、そこに常勤であることということにはなっていない。それは議員とちょっと見解が違うかもしれませんが、私は確保できていればいいというふうに考えております。それが、その施設だけの常勤でということと条件は違うという意味で、ミックスという言葉をちょっと使わせていただきました。

○阿部委員　治療過程にかかわらない医師の突然の脳死判定というのは受け入れがたいと思います。

終わります。

○藤村委員長　次に、三宅雪子君。

○三宅委員　民主党の三宅雪子でございます。

本日は、民主党・無所属クラブを代表いたしまして質問をさせていただきます。

本日は、限られた時間ですので、三点の課題について質問させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

先日、何げなく新聞を見ておりましたら、資料一にございますように、何と、ホームレスの知的障害者が三四％という驚くべき数字が目に飛び込んでまいりました。実は、この件は私自身、大変気になっていたことでしたので、すぐに厚生労働省の方にお聞きしたところ、資料三に基づいて説明を受けたのですが、厚労省の統計では、ホームレスの中で知的障害者はおよそ一％ということでした。

さまざまな調査方法がありますので、当然、数字に乖離はあるとは思うんですけれども、余りにも数字に開きがあるのですが、一体どちらが正しい結果なのかと考えますと、厚労省の調査は、単に、障害手帳をあなたは持っていますか、持っていませんかというような質問だった、そういったことで判断しているとお聞きしました。大変申しわけないんですけれども、こういった形だと正確な数字を全く把握できない、私はそのように思います。

特に、障害を持った方に関して、九四・六％の人が持っていないと答えたとありますけれども、なかなか本人が、特に知的障害者の方はそうなんですけれども、自分は障害を持っていますと答えないんじゃないかと私は思います。

そしてもう一つ、常日ごろから疑問に思っている数字がございます。厚生労働省から発表の障害者の人数は七百二十四万人となっていまして、内訳は、身体障害者がおよそ三百六十六万人、精神障害者がおよそ三百二万人、そして知的障害者がおよそ五十五万人ということでございます。

私は、率直に申し上げて、知的障害者が実際の、実態の数字とかけ離れているように感じてなりません。現に、ホームレスの中の知的障害者はカウントに入っていないというお話も伺っております。ですから、少なくともその分は反映をされておりません。数字を把握するということは、当然、実態調査の基本でありまして、対策を立てるにしても、正確に事態を見詰める力を持たなくては有効な対処法も見出しにくいと考えます。

まずは、ホームレスの知的障害者に対する調査の方法につきまして、妥当なのかどうか、福祉分野で私が尊敬してやまない山井政務官にぜひお聞きしたいと思います。決して足立政務官を尊敬していないというわけではありません。

〔委員長退席、中根委員長代理着席〕

○山井大臣政務官　御質問ありがとうございます。

一言で言いますと、療育手帳を持っていない知的障害者の方がかなりおられるのではないだろうかということに尽きると思うんです。私も、この間、障害者福祉をライフワークの一つとしておりますが、同様の問題意識を持っておりまして、委員御指摘のように、実態を正確に把握していない、過小に把握していると、対策も過小なものにしかなり得ないという問題点があると思います。

そして、御指摘の、三四％ということに関しては、新聞に取り上げられたわけでありますが、昨年末に東京池袋で臨床心理士の方々が知能指数の検査を行ったものであり、七〇未満ということで、この新聞報道にも出ておりますが、三四％であったと。

これは調査方法が違うのですが、厚生労働省が行った調査では、平成十五年の調査時に百名以上の報告のあった自治体において、自治体職員などがホームレスの方々に障害の有無や障害者手帳の有無について聞き取り調査を行ったら、五・四％であったということであります。これは調査の手法は違うわけですが。

この新聞に取り上げられた調査によりますと、ホームレスの方の約六割がうつ病などの精神疾患を抱えている疑いも判明しているということで、ＩＱが四〇から四九の方は、家族や支援者と同居しなければ生活が難しい、五〇から六九の方は、金銭管理が難しく、行政や市民団体による社会的サポートが必要というふうにも指摘されております。

その意味では、この実態をどのようにして把握するとより正確になるのかということを検討してまいりたいと思います。

○三宅委員　どうもありがとうございます。

こちらにいらっしゃいます諸先輩や、特に山井政務官も中心になりまして、平成十四年にホームレスの自立の支援等に関する特別措置法が制定されましたのは御承知おきのとおりでございます。厚労省の説明では、その結果、平成十五年に二万五千二百九十六人だったホームレスの数が、せんだって、直近の数字ですが、三月二十六日に公表されたことしの調査結果では一万三千百二十四人になったとのことであり、統計上は大幅に減少いたしました。

ただ、私は、この数字を果たして額面どおりにとっていいかどうか、非常に戸惑いました。リーマン・ショック以降の経済状況は低迷しております。雇用情勢はいまだ厳しく、年末年始には派遣村もことしも設営されるような現状において、ホームレスが順調に減ってきている。これは喜ばしい結果ではあるんですが、調査結果がちょっと腑に落ちないところがございます。

昨今、ネットカフェ難民など、いわゆるホームレスが新しい形態に変質しているのではないかという可能性も考えられます。お伺いしたところ、野外で生活している人をホームレスというふうに呼ぶというようなことも教えていただきました。

既に法が施行されて八年になりますが、山井政務官は、御自身が携わりましたホームレス自立支援特別措置法を現在どのように総括され、どのように御評価されていますでしょうか。

○山井大臣政務官　三宅委員にお答えを申し上げます。

やはり私の実感としても、ホームレスの方々が減っているはずはないのではないかと思っております。

それはどういうことかというと、ホームレスの方の定義をやはり広く変えていかざるを得ないだろう。具体的に言いますと、ネットカフェを転々とされている方々、また、ファストフード店で泊まっておられる方々、屋根のあるところには住んでいるけれども、いわゆる定住するところがないという方はどんどんふえていっておられると思います。

三宅委員御指摘のような問題意識も私たちも持っておりますので、来年度に、サンプル的ではありますが、ネットカフェにおられるような方々も含めた広い意味でのホームレスの方々の調査をしていきたいというふうに考えております。

そして、委員御指摘のように、私が議員になって初めて党の仕事をしたことの一つが、ホームレス自立支援チームの事務局長を、当時の鍵田節哉会長のもと、させていただきまして、ホームレス自立支援法を八年前につくるお手伝いをさせていただきました。この法律は平成二十四年の八月に十年を迎え、見直しになりますので、ぜひ三宅委員とも一緒になりまして、もう少し広い意味でホームレスの方々ということをとらえて、対策に取り組みたいと考えております。

〇三宅委員　ありがとうございます。同じ認識を持っていただいていることに、本当にほっとします。

実は、今、山井政務官がおっしゃっていたとおり、この問題は、私たち全員が持っているホームレスに対する基本的な考え方の、認識のずれだと考えています。この二つの調査の開きの中にそれがあらわれてきていると思うんですけれども、まず出発点として、なぜホームレスにならざるを得なかったのかという考え方から始まって、見直すべき時期に来たのではないかと思うようになりました。

これはまだまだ推論の域を出ませんが、資料二にありますように、ホームレスの方で、もちろん、御自身の意思でホームレスになられる方もいらっしゃいます。しかし、表面では見にくいですが、かなり多くの方が何らかの知的障害ですとか発達障害、認知障害、精神障害を有している可能性があるのではないか、そういった部分も考えられるのではないかというふうに思います。

つまりは、ホームレス状態にあるということは、いろいろなことを含めて、何らかの知的機能のハンディが大きな要因となっているのではないか、そこのところの研究調査をもっと国が真剣に進めていただきたいと本当に強く今は思っております。その意味では、専門家の方々が行った、ぼとむあっぷ研究会のこの調査、非常に衝撃的な数字でありまして、この数字は恐らく多くの方がごらんになって驚かれたことだと思いますが、これは画期的なことだったと私は高く評価しております。

ですから、そういう認識に立てば、それぞれの機能に応じた適切な支援が行われることによって、いずれ地域社会に復帰していく道が開いていかれるのではないか、そのように考えもしております。

障害者福祉という観点からホームレスの問題を考えたときに、厚労省の従来の認識のままで本当にいいのかどうか。鳩山政権は、すべての人に居場所のある社会を目指し、命の大切さを強調する民主党政権として、やはりもっと真剣に実態把握をして、認識を変えていくべきだと思うのですが、再度、山井政務官、いかがでしょうか。

〇山井大臣政務官　三宅委員にお答えを申し上げます。

一言で言いますと、ホームレスの方々の問題を、自己責任論だということで、怠け者ではないか、そういう考え方中心に対応をするということは問題があるのではないかと私は思っております。もちろん、一部勤労意欲が少ない方もおられると思いますが、三宅委員御指摘のように、半数近い方が広い意味での障害を持っておられるのではないか。あるいは、先ほどの調査でも六割ぐらいの方がうつ病や精神疾患の疑いがあるのではないかということで、そういう意味では、医療や障害者福祉という観点からも、三宅委員御指摘のように、ホームレスに対する支援を根本的に考え直していかねばならないのではないか、そのためにまさに実態調査も必要であると思っております。

これは一言で言うと、ハウスレスではなく、ホームレスなんですね。建物がないだけではなく、家庭やつながりが切れてしまっているわけでありまして、私の尊敬するペール・アルビン・ハンソンというスウェーデン福祉国家建国の父は、一九三〇年代に国民の家構想というのを立てて、家族が守れない場合には、国家が父となり母となり、一人一人の国民を守っていくということを言っておられましたが、今こそ鳩山政権も、一人一人の居場所

をつくっていく、そういう政権であるべきだと思っております。
○三宅委員　熱い御答弁、ありがとうございました。
　時間がなくなってしまいましたので、次に、最先端医療の話題に移りたいと思います。
　日本人の死亡原因のトップスリーは、がんが三〇％、心臓病が一六％、脳血管疾患一一％となるわけでございますが、実は、毎年三十四万人ぐらいの方が、がんでお亡くなりになっています。
　私は群馬県で国会議員にならせていただいたわけですが、このことに大変興味を感じたきっかけが、群馬大学で行われています重粒子線治療でございまして、これは大変すごいものだというようなうわさを聞きまして、早速見学に行かせていただきました。そして、いろいろ御説明を聞きました。まだ日本では三カ所のみの導入と聞いておりますが、大変な最先端医療だという話はいろいろなところから聞いております。
　きょうは文科省の方に来ていただいていますので、簡単にこの重粒子線治療について御説明をしていただけますでしょうか。
○磯田政府参考人　重粒子線治療とは、がん細胞に強い放射線を照射し死滅させる放射線治療の一種でございます。
　重粒子線の場合、体のある特定の深さで線量のピークがあらわれるため、このピークを腫瘍に合わせることにより、腫瘍のみをねらった放射線治療が可能となり、この結果、正常組織への影響を抑えることができます。また、重粒子線は細胞を破壊する力が強く、通常の放射線や陽子線に比べ、およそ二、三倍の威力があります。したがいまして、手術やこれまでの化学療法では治療困難ながんを治療することも可能となっております。
　　〔中根委員長代理退席、委員長着席〕
○三宅委員　ありがとうございます。
　臨床例がまだ足りないということですが、確かに、群馬大学の放射線装置は、放射線医学総合研究所の小型実証機としての意義を持っているそうで、年間六百人から八百人の治療が可能と聞いております。臨床を重ねて、よい結果が得られれば、ぜひ保険適用をして多くのがん患者を救っていただきたい、そのように願っております。
　そして、最後に、本当に時間がなくなりましたが、介護制度についてもお聞きします。
　介護制度はスタートしてちょうど十年を迎えましたので、ことしは見直しの時期になるわけでございます。
　そして、私は、前回の質問のときに、長妻大臣に、福祉の分野のマニフェストの約束だけは、社会保障の分野のマニフェストの約束だけは、どんなことがあっても後退させてはならないと、その御決意を聞かせていただきました。特に、介護の分野でのマニフェストの約束は重要なことだと思います。
　全国どこでも、介護の必要な御高齢者に良質な介護サービスを提供するという政策の目的のもとで、その具体策として、療養病床とグループホームなどの介護拠点の施設整備を三年間で十六万人分ふやし、介護労働者の賃金を月額約四万円引き上げるということでございました。
　こうしたことを私ども挙げさせていただいているわけですけれども、この財政難の中、こういったことを実行することは大変なことだと思っております。このスケジュール等をできたらお聞かせいただけますでしょうか。
○山井大臣政務官　三宅委員にお答え申し上げます。
　まず、四万円の賃上げでありますが、昨年四月からの介護報酬の引き上げで約九千円、そして今回の交付金により一万五千円、合計二万四千円アップすると見られておりますので、残り一万六千円。これは、交付金が二年後に切れますので、その残った期間の間に、介護報酬を引き上げるのか交付金にするのか、どちらにするかはまだ決めておりませんが、そこでさらに引き上げて、四年以内にマニフェストの約束どおり、賃金四万円引き上げを目指していきたいと考えております。
　また、介護施設の整備も、先ほども阿部委員にも答弁させていただきましたように、本当にこれは相当本気でやらないと目標を達成できませんので、何が問題であるかということを把握しながら、必ずこの施設整備の目標も実現をしてまいりたいと考えております。
○三宅委員　ありがとうございました。
　いずれにしても、何度も申し上げますが、民主党政権の大きな意義は社会福祉政策の大転換なのですから、そこにおいて、三役の皆様を先頭に、国民の信頼をかち得る厚労行政となりますよう、強くお願いをしておきたい

と思います。

時間が参りましたので、質問を終わらせていただきます。ありがとうございました。

○古屋（範）委員　公明党で昨年行いました介護総点検で、七万七千人の方々に街頭でアンケート調査を行いましたけれども、その中で、自分が高齢になって介護が必要になったとき、どこで受けたいかという質問をいたしました。そうしましたら、介護施設、それから在宅、これがほぼ同数でありまして、病院というのは非常に少なかったわけなんですね。

在宅における介護は当然でありますけれども、やはりそこに看護、医療、そしてリハビリ、こうしたものまで含めて、在宅での二十四時間、三百六十五日のそうしたケアが受けられるような体制が必要なのではないか、このように考えております。そのために、この二・五人の配置基準は工夫をしていけばできるのではないか、私はそのように思っておりますので、ぜひ今後も前向きな検討をお願いしたいということを再度要望しておきたいと思います。

次に、きょうのテーマであります、うつ病対策について伺ってまいります。

抑うつなどの症状が続く、これは躁うつ病も含めまして、うつ病患者数が初めて百万人を超えたということが、昨年十二月の厚労省が実施している患者調査でわかりました。また、きょうの新聞でありますけれども、内閣府が初めて統合調査を行ったそうであります。厚生労働省が人口動態統計、あるいは警察庁が自殺統計をそれぞれ集計しているんですが、初めて両省庁のデータを集約、分析したということであります。自殺者は三月の月曜日が一番多い、危険であるというような記事も出ております。こうした自殺の原因も、うつであることが非常に多いということも指摘をされております。

この患者調査によりますと、うつ病が大半を占める気分障害の患者数は、平成八年に四十三万三千人、平成十一年には四十四万一千人、ほぼ横ばいでしたけれども、十四年から七十一万一千人と急増いたしました。今回の平成二十年調査では百四万一千人に達しております。この十年足らずで二・四倍に急増したというわけです。

このうつ病で最も懸念されますのが、先ほど申しました自殺との関係であります。自殺の動機として最も多いのが健康問題であり、このうち、うつ病を理由とするのが最も多いことが問題となっております。

こうした国民の生命を守るために、私たち公明党では、平成二十年四月、党内にうつ対策のワーキングチームを設置いたしました。そこで、関係団体、また専門家とも意見交換を重ねまして、同年七月、うつ対策の具体案を政府に提言いたしました。

提言では、うつ病の早期発見、早期治療の推進へ医師の診断能力の向上、また、患者の専門医受診率を五割以上に引き上げる。現在、二五％という低い率になっております。治療における精神療法の拡充強化、労災の休業補償など安心して治療に専念できる社会づくり、患者の社会復帰のプログラムを整備し、社会復帰を実現する。こうしたものを骨子といたします十七項目の対策を、子供のうつ対策もあわせまして、うつ対策を提言いたしまして積極的に推進をしてまいりました。

このうつ病対策を考える上で大事なことは、第一に、うつ病の早期発見、早期治療であります。治療がおくれればおくれるほど回復率も低くなる。そのためには、かかりつけ医が的確にうつ病を診断して、専門医につなげていくということが重要だと思います。やはり、最初に行くのは内科医であったりするわけです。

厚労省は、うつ病の早期対応の中心的役割を果たす人材を育成する、かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断技術の向上を目指して、平成二十年度から、かかりつけ医うつ病対応力向上研修というものを実施されております。自治体によっては研修を実施されていないところもあると聞いております。まずこの現状についてお伺いいたします。

また、どこに行っても的確な診断が受けられるよう、自治体間の格差を生まないためにも、こうした自治体へは厚労省から研修実施をしっかり働きかけていただきたい、このように思います。これについてお伺いいたします。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

公明党のうつ対策ワーキングチームの座長としてうつ対策に御尽力されておられます古屋委員に敬意を表したいと思っております。

厚生労働省でも、現在、自殺対策、そしてうつ病対策の検討会をつくりまして、とにかく自殺の大きな原因となっているこのうつ病対策に取り組ませていただいております。

今御質問をいただきました、かかりつけ医うつ病対応力向上研修についてでありますが、古屋委員御指摘のように、早期に発見して適切な治療を受けるということが一番重要であるにもかかわらず、かかりつけ医の方の中にまだまだうつ病に対する理解が不十分ということがございます。そこで、平成二十年度には、四十の都道府県と指定都市がこのうつ病対応力向上研修を行いました。平成二十一年度には、六十五の都道府県・指定都市というふうにふえております。

ただ、古屋委員御指摘のように、まだまだ未実施なところがありますので、格差がつくとこれは問題ですので、今後とも全国の会議等を通じて働きかけを図ってまいりたいと思います。

○古屋（範）委員　二十一年度で六十五都道府県・政令市ということであります。今後、自治体間で、熱心なところ、そうでないところ、開きがあると思いますので、ぜひ、未実施のところは当然早急に実施をするよう働きかけていただきたいというふうに思っております。

このうつ病でありますけれども、これは無作為に選んだ四千人余りを対象として面接調査を行った調査がございます。これはＷＨＯ国際共同研究の日本での調査によりますと、うつ病の生涯有病率、一生のうちに一度治療が必要な状態になる人の割合が六・三％ということで、十五、六人に一人くらいの割合でうつ病が発生するということでありまして、いわば国民病というふうに言えるのではないかと思っております。

それから、うつ病の患者さんは女性の方が多いんですね。二対一の割合で女性の方が多い。経済界の方とも意見交換した折には、非常に女性は元気だと、この事実は余り御認識がなかったのですが、産後であるとか更年期とかそういった要因もあると思いますし、こうした国民にとって非常に大きな問題、これがうつ病であります。ぜひ、国としても総力を挙げて対策に取り組んでいただきたい、このように思っているわけです。

次に、子供のうつ対策についてお伺いしてまいります。

かつては、子供はうつ病がないというふうに言われていた時代もあるそうです。まだ知能も未発達だし、そういう子供はうつにはならないという学説があったそうなんですが、そんなことはなくて、世界的に見ましても、約五％の子供が治療が必要なうつ病にかかっているそうであります。十八歳までの子供は二〇％が、いずれかの時期で治療が必要なうつ状態になっていると言われております。

私たちも、日本医科大学精神医学教室の斉藤卓弥先生に、子供のうつについていろいろ伺いました。子供のうつはなぜ深刻なのかというふうに言いますと、大人でしたら、自分で病院に行こう、そう思えるかもしれないのですが、子供の場合にはみずからそういうこともしにくいということもありますし、また、大人の場合には、もとの水準に戻れば、復職、仕事に復帰するということになるんでしょうが、子供は、失った時間と場所の両方を取り戻してやっとほかの子供と同じようになるということでして、その点、大人の回復よりもはるかに難しいと言われております。

特に、学校に行けなかったというようなことになりますと、その影響が生涯残ってしまうということでありまして、また、子供のうつは、大人と出方も症状も違うというふうに言われておりますし、また、治療方法も大人とは違う面がある、このようにおっしゃっています。しかし、こうした子供のうつを的確に診断できる専門医というのは非常に少ないわけであります。早急な育成が求められております。

厚労省は、平成十八年三月に、子どもの心の診療医の養成に関する検討会平成十七年度報告書を発表しまして、子供の心の診療医の養成確保に向けた取り組みが進むことが期待されております。そこで、この子供の心の診療に専門的に携わる医師の育成、これに関しての御意見を伺いたいと思います。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

子供の心の問題に対応できる医師の養成は非常に急務だというふうに思っております。実際、生活保護の母子家庭には、お子さんにうつ症状の方が多い、お母さんにもうつ症状の方が多いという結果も出ておりますし、ま

たＤＶ被害、また児童虐待の被害のお母さん、お子さんにもやはりうつ症状が出ている。大人のうつももちろん深刻でありますが、お子さんの場合はそれが不登校につながる、そして人生設計が立たなくなってしまうということで、まさにこれは大人の責任として取り組む必要があると思っております。

今御指摘の思春期精神保健対策専門研修事業を今実施しておりますが、平成二十一年度までに千人を超える医師がこの研修を受講しているところであります。

また、うつ病に関しては、これまで内科医等に行ってまいりました、先ほど答弁しましたかかりつけ医うつ病対応力向上研修事業についても、平成二十二年度からは小児科医なども対象に追加しておりますので、かかりつけ医の方々のみならず、小児科医の方々にもこのような心の問題への対応をこれから取り組んでいただきたいと思っております。

○古屋（範）委員　今、政務官から御答弁いただきましたけれども、この平成二十年から実施しておりましたかかりつけ医うつ病対応力向上研修、来年度からは小児科医も含めてくださるということでございます。これは非常にありがたいというふうに思っております。

やはり、子供の様子がおかしい、学校に行きたがらないなどなどありましたら、まず最初に行くのは小児科医であると思います。ですので、この小児科医が、そうした専門医につなげる必要がある、そのように判断できるかどうかということがその先への大きな治療のステップになると思いますので、この小児科医の研修もぜひ、地域格差が出ませんよう、全国での実施をしていただきたいと思っております。

今後は、この子供のうつ対策に対する啓蒙と教育が重要になってくるのではないかと思っております。ぜひ厚生労働省は文部科学省と連携をして、こうした子供の心の問題への対応についての研修を養護教諭も含めてやっていくべきだ、このように思いますが、この点はいかがでしょうか。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

先日、文部科学委員会でも、公明党の池坊保子先生から御指摘をいただきました。本当にこの心の苦しみを負っているお子さんたちに対しては、これは医療のみならず学校現場での対応も非常に重要だと思っておりますので、これからも連携をして取り組んでまいりたいと思います。

○古屋（範）委員　ぜひ省庁の壁を越えて、子供のためにここのところは文科省と連携して、養護教諭もこの研修に含められるようよろしくお願いいたします。そのことを強く要望しておきたいと思います。

それから、認知行動療法についてお伺いしてまいります。

私たちのワーキングチームで沖縄に参りまして、沖縄県にあります認知行動療法を実践している、そして画期的な成果を上げております総合精神保健福祉センターに参りました。また、精神医療の現場で注目される認知行動療法の日本における第一人者であると言われております慶応大学の大野先生からもヒアリングを行いました。

そこで、私たちの提言でも、治療における精神療法の拡充強化というものを訴えてまいりました。今回の診療報酬改定におきまして、認知行動療法の評価が新設されたということでありまして、この意義は非常に大きいというふうに評価をいたしております。

しかしながら、診療報酬では評価が今回新設をされたんですが、実際、この認知行動療法を行える専門家が非常に少ないというのが現実であります。この認知行動療法を受けたいという方がたくさんいらっしゃいまして、こちらにもいろいろと連絡を下さるんですが、一体どこの機関でどんな専門的な治療が行われているのかというような情報が余りないというのが現状であります。そこで、視察をした沖縄に、関東の方がわざわざ行って、それで治療をしたい、こういう方もいらっしゃいました。

沖縄では、デイケアというプログラムをつくっていまして、週一回、精神保健センターに参ります。そこで認知行動療法を受けて、あとは、ホームワークといって、自宅に帰るなり、あるいはお仕事をしている方もいるかもしれませんが、あとはホームワークをやって、それを身につけていくというプログラムで、実際、このプログラムを修了して仕事に復帰されているという方が非常に多くいらっしゃるんですね。効果があるというふうに伺っております。

この認知行動療法を行う専門医の育成が急がれます。専門医の育成について御所見をお伺いしたいと思います。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

今御指摘のように、この認知行動療法というのは非常に効果も上がっております。古屋委員からの御要望も受けまして、平成二十二年度の診療報酬改定では、初めて、診療報酬上四百二十点という報酬を新設させていただきました。そして、厚生労働省では、平成二十一年度に専門家向けのマニュアルを作成したほか、平成二十二年度には、認知行動療法を普及させるために、国立精神・神経医療研究センターにおいて、認知行動療法を積極的に行う医師の養成のための研修を初めて実施する予定であります。

これからも、これらの取り組みを通じて、認知行動療法を行うことのできる専門家の養成を図ってまいりたいと思っております。

さらに加えまして、先ほど御質問をいただきました、養護教諭等が思春期精神保健対策専門研修事業を受けられるようにということについても、現在でも、医療従事者だけではなく養護教諭等の学校関係者の参加も可能となっていますが、さらにこれから、養護教諭の参加について都道府県等に呼びかけてまいりたいと思っております。

最後にちょっと一点だけ、答弁の訂正があります。

先ほど、最初、かかりつけ医うつ病対応力向上研修、二十年度が四十カ所で、二十一年度が六十五カ所と言いましたが、申しわけありません、五十一カ所の間違いでございました。訂正させていただきます。

〇古屋（範）委員　ありがとうございました。

こうした専門医の育成は非常に急務であると思っております。

そこで、先ほども触れましたけれども、問題なのが、日本の中では二五％の方しか医療機関を受診していない。

これは、いろいろな理由があるかと思います。いろいろ調査をしてみますと、何とか自力で治るのではないかと思ったとか、あるいは、自然に治ると思った、このように答えていらっしゃる方も多いですし、また、職場の中でほかの人に知られてはまずい、いろいろな理由があるとは思いますが、ともかく受診をしている方の比率が非常に低いというのが我が国の特徴であります。早期診断と適切な治療が欠かせないというわけで、受診率の向上が非常に大きな課題であると思っております。

そこで、イギリスにおきましては、軽症を含めれば六人に一人がうつ病とか不安障害に悩んでいると言われております。ここでは、国を挙げて心の病に悩む人を一人でも減らそうという取り組みが行われているそうです。

これも慶応の大野先生から伺ったものなんですが、イギリスの精神療法家養成計画に関して、これは新聞にも掲載をされているんですが、一部を紹介させていただきたいというふうに思っております。

これは、うつ病や不安障害で苦しんでいる患者さんの治療の中で、エビデンスの出ている精神療法を受けられるかどうかに関して、イギリス内に存在する地域格差を解消する目的で、ブレア政権時代に計画をされたということです。それが、国家的なプロジェクトとして現在のブラウン政権にも引き継がれて、実際に今、動き始めているそうなんです。

二〇〇八年から、心理療法を希望するすべてのうつ病と不安障害患者に国が治療を提供する心理療法アクセス改善、ＩＡＰＴプログラムを導入いたしました。現場での治療は無料だそうです。一回五十分、不安を感じる原因やその対処法などを心理士と話し合っている。

従来は、うつ病や不安障害の患者のうち、治療を受けているのは四分の一にとどまっていたそうです。臨床心理士の不足が理由で、治療を受けるために平均一年半も待たなければいけなかった。これがイギリスの現状だったそうです。

そこで、イギリス保健省の計画では、三年間で約三百四十六億円を投じまして、心理士三千六百人を養成する、新たに九十万人が治療を受け、半数が回復すると試算をしているそうです。新聞のこの金額とはちょっと違うんですが、イギリス保健省の出しているペーパーを見ますと、この金額だというふうに思います。四回から二十回の心理療法と、それから栄養指導などの生活支援も組み合わせまして、抗うつ薬などの薬は原則使用しないそうです。

心理士の養成費用と、治療によりうつ病患者が回復をして就労不能給付金の支出が減った場合の費用対効果が、イギリスにおいて心の病による損失は約一兆八千億円、非常に多額であります。日本では恐らく、人口比からいっても、これより多いと推計されます。生産性の向上なども考えれば、いわゆるおつりが来るというわけであり

ます。

そこで、政府の自殺対策強化月間も本日で最終となりました。厚労省の自殺・うつ対策プロジェクトチームでは、近く今後の対応の方向性が提示される予定とのことですので、腰を据えた政策立案が期待をされております。国家レベルで、メンタルヘルス対策に予算を投じて、国民が心身ともに健康な状態を確保できるよう努めるべきである。これは、本人にとっても、家族にとってもそうですし、国にとっても、こうした費用対効果の面でもそうであるべきだと思います。

うつ病に伴う経済的損失が一兆円とも言われる我が国において、イギリスのＩＡＰＴの成果を確認した上で、薬を原則使わないこの心理療法、認知行動療法を希望するすべてのうつ病の患者の方々に提供するために、治療体制を考えるべきだと思いますけれども、これについての御所見をお伺いいたします。

○長妻国務大臣　今、古屋委員御指摘のように、私も、イギリスについては非常に注目をしております。

まず一つは、今もお触れになりましたけれども、うつ病は、患者さん、家族が大変御苦労をされておられますが、これは不謹慎かどうかはわかりませんけれども、経済的損失の金額というのをイギリスは公表したということで、国民的に、ああ、これだけの損失があれば、やはり一定の財政措置をしてそれに対応する必要がある、こういう意識醸成をしたというふうに承知しております。今、厚生労働省内でも、日本国におけるうつ病についての経済的損失額を算出するようにしております。

そして、今おっしゃられたように、やはり抗うつ剤などの薬だけではなくて、今言われた認知行動療法、簡単に言うと、コンサルタントというか、面接をして言葉のやりとりで治療するという方が再発率が低いというのはイギリスでも言われておりまして、やはり日本国も、薬中心の治療から今言われた認知行動療法に転換しなきゃいけないというふうに考えております。

そこで、あしたからの新しい診療報酬でも、四百二十点、一点十円でありますから一日につき四千二百円ということでありまして、これについてはもっとふやすべきだという御意見もありますが、今までついていない認知行動療法について新しく診療報酬をつけさせていただいたということであります。

今、毎日毎日、一日平均九十人の方が自殺をされておられて、先進七カ国では人口当たりの自殺率は一番多いということになっておりますので、ソーシャルワーカー等も含めて、認知行動療法の充実について、今後、何らかの目標を定められないかということを検討していきたいと思います。

○古屋（範）委員　この損失額を厚労省としてこれから試算されるということでもありますが、一人一人の国民の心の健康、そして家族のために、ぜひこうした認知行動療法、専門家の育成、そして推進をお願いしたいというふうに思います。ありがとうございました。

次に、相談、カウンセリング等の資格を持った方々の人材活用についてお伺いをしてまいります。

こうした心の病、また自殺、過労死に関係する専門家の資格というのは非常に多くの種類があります。私も、今回調べてみて、知らなかったものもありました。

認知行動療法にはその専門家が必要ですけれども、どうしても医師、看護師など絶対数が不足をしておりまして、その対応ができないというのが現状ではないかと思っております。私は、うつ病や精神疾患に至るその前段階で、治療が必要だと精神科に行くその前段階で、これを見きわめた上で、心理士などの医療心理技術者等の資格を持った方々の活用をもっと考えてもよいのではないかと考えております。

例えば、心の問題や悩みに関して話を聞いて寄り添う、こうすることによって心のケアができる。やはり対話が重要であると考えております。だれもがつらいことがあったときに心のうちを話せる相手、以前は地域にそういう世話をやいてくれる人がいたんでしょうが、この時代にはなかなかそういうわけにもまいりません。例えば民間資格の精神対話士、この存在が注目をされております。

きょうの天声人語にも少しその関連のことが出ております。これは、池田小の殺傷事件がありまして、そのときに娘さんを亡くされた方なんですが、この方が、精神対話士に出会うことによって笑顔が戻ってきた、心が持ち直した、このようなことがきょうちょっと記事に出ておりました。精神対話士というのは、メンタルケアの養成講座を修了して、厳正な選考を経て、メンタルケア協会に登録をされている心のケアの専門職であります。

また、福井市の教育委員会では、小学校のカウンセラー配置事業を独自に立ち上げまして、精神対話士をスク

ールカウンセラーに採用して、広く生徒のストレス、悩みに対応して、気軽に相談できる環境をつくっているそうです。いじめや不登校などの重大な問題につながる芽を事前に摘み取っていくということで、実際、精神対話士が派遣されている学校では確実に不登校増加に歯どめがかかっているという報告をいただいております。

また、ハローワーク金沢にも、昨年十二月、職業、住宅、生活支援の総合窓口、ワンストップサービスデーに初めてブースを設けるなど、失業者の心を支える役割を担っていたそうです。

さらに、石川県では、精神対話士を活用して、これはお寺で行ったようなんですが、本年二月から三月にかけて三回、悩みを抱える人たちの相談に無料で応じております。これは県の自殺防止対策の補助金認定事業で行われております。

こうした取り組みが全国に広がってほしい、このように期待しております。

いじめに遭ったり引きこもっている子供や青年、肉体的な重い病気にかかって精神的に参っている病人、虚脱感、孤独感を強く感じてふさぎ込んでいる高齢者、病人やお年寄りを介護、看病し続けている家族、精神的に疲れ切っている人など、心の健康の維持というのは非常に大きな課題でありまして、依頼に応じて出向いてくれる、対話を通じて心の病をいやして生きる希望と勇気を持ってもらう、こうした精神対話士の重要性は非常に強まっていると思われます。

そこで、国としても、臨床心理士あるいは精神対話士など、メンタルヘルスに関連する資格を持った人材の活用をもっと図るべきと思いますが、この点についてお伺いをいたします。

〇長妻国務大臣　あした、四月一日、厚生労働省の入省式ということで、新人の心理職の職員も厚生労働省は採用しているところでありまして、そういう心理職の知恵も出して、チームで今のうつ対策に取り組むということが重要だと思います。

まず、二十二年度からは、その研修を強化していこうということで、国立精神・神経医療研究センターにおいて、二十二年度、来月から、臨床心理技術者、精神保健福祉士などを対象として、順次研修を実施していこうというふうに考えております。

あとは、今おっしゃられたような精神対話士という方も、これはメンタルケア協会で今八百人おられるし、臨床心理士は一万九千八百三十人がおられますので、そういう方々が先ほどの療法にどれだけ従事していただけるのか、あるいはこれからどれだけの人員が不足するのか、そういう現状把握もした上で、先ほどの研修強化も含めたチームの対応というのも検討していきたいと思います。

〇古屋（範）委員　厚労省にもそうした専門家が入省してこられるということでありますので、ぜひそういう方々の御意見も生かして、こうした分野の方々の活躍できる場を広げていただきたいと思っております。

最後の質問になります。

私も、今回こうしたさまざまな厚労省での取り組みを伺うにつけ、非常に多部局にまたがっているということを感じました。精神衛生、医療のみならず、労働安全とか職業安定、非常に多くの部局にまたがっている問題だということを再認識いたしました。

そこで、私たちの総合うつ対策の提言におきまして、健康保険の傷病手当の活用拡大、あるいは安心して治療ができるような労災保険の休業補償、障害者手帳取得の促進などを訴えてまいりました。

うつ病患者にとっては、生活していける経済力があるうち、この傷病手当が支払われている間は何とか自殺を思いとどまることができる傾向があるとも伺いました。ですから、経済的な支援は本当に重要でありまして、自己負担一割で自立支援医療にかかれる対象であるということも周知をしていくことが大事ですし、精神障害者保健福祉手帳を取得できれば税金の軽減等も設けられているということで、こうしたことを知らない方々も非常に多いわけであります。経済的支援として活用できるものは現行法でもいろいろありますし、それを使っていただきたいというふうに思っております。

そこで、患者が安心して治療に専念できるよう、うつ病になったときは、このようにたくさんの支援が既にあるのだということを皆さんに知っていただく必要があるというふうに思っております。

そこで、それぞれの部局ではいろいろなものをつくっていらっしゃるようなんですが、各部局にわたる多くの支援策を一つにまとめたものが欲しいと思っておりまして、これを見れば一目瞭然、うつ病患者さんの支援策が

わかるというようなパンフレットをぜひ作成していただきたいと思うのですが、この点、いかがでしょうか。
○長妻国務大臣　厚生労働省のホームページに「心の健康」というコーナーをつくりまして、それを、今ホームページ全体の見直しをしておりますので、さらに見やすくする。そして、今のパンフレットについては、我々検討していきたいと思います。
　恐らく、そのうつ病の方の中で一定の要件があれば障害年金というのが受給できるということを多くの方が御存じないのではないかということ、あと、今おっしゃられた障害者自立支援法に基づく医療なども恐らく多くの方が御存じないのではないかというふうに懸念を持っておりますので、これについては、これだけ多くの方々が今うつということになっておりますので、広報をさらに強化していきたいというふうに考え、そういう方々がいらっしゃる場所なども見定めて、効果的な広報に取り組んでいきたいと思います。
○古屋（範）委員　こうしたパンフレットの作成も前向きに御検討をいただけるということですので、さらなるうつ対策を求めまして、質問を終わらせていただきます。
　ありがとうございました。