175-衆-厚生労働委員会-3号 平成22年9月8日
三宅雪子議員、初鹿明博議員、古屋範子議員、高橋千鶴子議員の質問に対し、山井厚労政務官　答弁

○三宅委員　力強いお言葉をありがとうございます。
　それでは、山井政務官に質問をさせていただきます。
　現在、日本は世界一の長寿国家でございます。日本の高齢者は本当に幸せなんでしょうか。地域での人間的なつながり、そしてきずなの喪失がついにここまで来てしまったと日々心を痛めるばかりで、百歳を超えて生きていらっしゃる方の所在確認ができない今の社会、本当に悲しいことだと思います。高齢者の社会的孤立をこれ以上招かないために、新しい地域づくり、コミュニティーの再生について真剣に考えていかなければいけないときが来たと思います。このことについて厚労省はどのように取り組まれるのか、考えをお聞かせください。
○山井大臣政務官　三宅委員にお答えを申し上げます。
　三点お答え申し上げたいんですが、まず一つは、このような、地域で援護を必要とする高齢者などを把握して支援の方法を考えていくという、そのための地域福祉計画の策定が重要だと考えておりますが、まだ、策定済みの市町村が約半数にとどまっておりますので、八月十三日に、これらの問題についての点検、見直しを依頼する通知を発出し、あわせて、今後、先進的なすぐれた事例を収集し、自治体に提供しようと考えております。
　それと二つ目は、社協や民生委員、ボランティア、民間事業者などが行政と連携して地域を支える福祉の地域づくりのモデル事業として、安心生活創造事業というのを今、全国の五十八市区町村で行っております。
　そして三点目になりますが、介護保険についても、これからは、ひとり暮らしを含めた孤立化のおそれのある単身高齢世帯、夫婦のみ世帯の生活支援というものを介護保険の基本目標にも加えて、孤立化を防ぐ地域づくりをしていきたいと考えております。
○三宅委員　どうもありがとうございます。
　再び山井政務官に質問でございます。
　特にこの所在不明高齢者では、たくさんのボランティアの民生委員の方が走り回って活躍をされていらっしゃいます。特に、定年前に何とかこの問題を解決したいと奔走された足立区の民生委員さんの勇気には心から敬意を表する次第でございます。差し当たって、地域社会のコミュニティーの再生がそう簡単でない以上、超高齢化社会での民生委員の方々のお仕事はますます重要になってくると思います。この民生委員の方々が適切な個人情報を取り扱えるようにすることや、また、待遇改善、民生委員の皆さんが活動しやすい環境の整備を進めていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。
○山井大臣政務官　大変重要な御質問をありがとうございます。
　これについては、やはり民生委員の活動に必要な個人情報が地方自治体から、特に最近提供されていない等、地域における要援護者の状況の把握や支援が困難となってきております。そこで、今までからも、三宅委員からも厚生労働省に何度も要望、御指摘がございましたので、このたび厚生労働省としては、民生委員に対する市町村の情報提供状況に関するサンプル調査を行うことに決めました。
　具体的には、市町村に対する調査を行いまして、民生委員に対してどのような情報を提供しているのか、個人情報を提供していない場合には、その理由あるいは事情、個人情報保護条例については見直しの予定。また、民生委員についてのサンプル調査では、市町村からどのような情報を得ているか、現在得られていない情報で活動するに当たって必要な情報は何か。これらのサンプル調査を早急に行いまして、調査結果を十月中に公表したいと考えております。
○三宅委員　どうもありがとうございます。
　時間が来ましたので、最後に一言申し上げたいと思います。
　皆さんも覚えていらっしゃると思いますが、昔、きんさん、ぎんさんという百歳の双子が全国で人気者になりました。私も、家族に囲まれて幸せな暮らしを送っているお二人の姿をコマーシャルで見るにつけ、本当に温かい気持ちになった覚えがございます。ぜひ、またそういった温かい社会を長妻大臣を中心に築いていただきたい、そのことをお願い申し上げ、私の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。

○鉢呂委員長　次に、初鹿明博君。
○初鹿委員　民主党の初鹿明博です。
きょうは台風も来て雨が降っておりますが、本当に連日暑いですよね。いつになったら秋が来るのか、そんなふうに皆さんも思っているのではないかと思います。でも、九月というと通常だと秋なんですよね。
ところで、長妻大臣、ことしの二月の十九日、私そして山崎摩耶議員が療養病床について質問をさせていただきました。その際に大臣は、ことしの夏ごろまでには調査の結果が出てまいりますので、その結果を踏まえて今後の方針を決定するということであります、そう答弁されているんですね。通常だと、もう九月、秋ですから、そろそろ調査結果が出ているころではないかと思いますが、調査結果はどのようになっているのか、出ているならお答えいただけますか。
○山井大臣政務官　初鹿委員にお答え申し上げます。
先ほど御指摘いただきましたように、初鹿議員、山崎摩耶議員からも御指摘をいただいておりまして、今現在、調査をやりました。
介護療養病床から他の施設等への転換実績、転換予定、そして二番目に介護療養病床に入院している患者の状態像について調査しましたところ、まだ速報でありますが、介護療養型病床から他の施設等への転換実績については、約二万床が転換しましたが、介護療養から医療療養病床へ転換した実績が約一万八千床、介護老人保健施設等の介護施設への実績が千床、つまり九割ぐらいが医療療養の方に転換していったということがわかりました。
また、今後の介護療養病床の転換意向を聞きましたところ、未定が約六〇％、医療療養病床への転換が約二〇％、介護老人保健施設への転換が約一〇％でありました。
また、介護療養病床に入院している患者の状態像については、高度な医療を必要としない医療区分一の患者が約七〇％、高度な医療を必要とする医療区分二または三の患者の割合が約三〇％でありました。
また、医療療養病床の患者の状態像は、医療区分一の患者が約二〇％、医療区分二または三の患者の割合が約八〇％でありまして、介護療養病床に入院している患者さんと医療療養病床に入院している患者さんとの状態像から、機能分化が進んでいることがわかりました。
○初鹿委員　ただいまの調査結果を踏まえて、今後どのような方針で臨んでいくのか。長妻大臣、お答えください。
○長妻国務大臣　今、山井政務官から答弁を申し上げましたけれども、本来、当時は、介護療養病床を廃止して、その病床の方々が老健施設などに転換をしていただく、こういう想定だったわけですが、現実は逆に、病院の中の医療保険のベッドである医療療養に戻ったというか、表現は別として、本来の行政の意図とは異なるような状況になり、かつ、六割が介護療養病床から今後の転換意向は未定だということがわかりましたので、私どもといたしましては、平成二十三年度末までに介護療養病床を廃止するというのが今の既定路線で、法律に規定をされている流れでありますけれども、それについては困難であるというふうに今回の調査を見て考えざるを得ません。
今後、通常国会での法改正が必要になると思っておりまして、猶予も含めて方針を決定していきたいと思っております。
○初鹿委員　法改正ということですから、ぜひ野党の皆さんも御協力いただきたいと思います。
それでは、次の質問に入ります。
私も、三宅議員と一緒に、所在不明高齢者問題の対策チームの呼びかけ人となりまして、この問題について調べてまいりました。五年前、荒川で同様なケースがあったということは、先ほど三宅議員からもお話がありましたが、そのとき厚生労働省は、それまで発表していた長寿番付を発表するのを翌年からやめるということしかやらなかったんですね。前政権は、やはり命に対しての大切さというのが希薄だったのかなというふうに感じざるを得ません。私たち民主党は、命を大事にする政治を行うということを打ち出しているわけですから、ぜひしっかりと対応していただきたいと、まずはお願いをさせていただきます。
そこで、私からは、ちょっと細かい話になりますが、年金の不正受給を防ぐための事務的なお話に入らせてい

ただきたいと思います。

先ほども長妻大臣からお話がありましたが、後期高齢者医療の給付の状況というのを年金機構に提供して、それによって、本当に年金を受給しているかどうか、医療も受けていないのにしている場合は本人確認をしていく、そういう方法で所在不明かどうかを確認する、そういう方針を出されました。これから進んでいくことと思います。

このやり方ですと年金の不正受給は恐らく見つけられると思うんですが、では逆に、今回問題となっているのは、実際にはいないのに住民票に残ってしまっているというケースなわけですね。ここが一番の問題なんだと思います。そこの部分は年金機構だけではわからないわけですね。

ところが、先ほども、市町村にも医療情報は提供するということでした。埼玉県で一万七千人ということです。市町村がさらに介護保険も使っているかどうか調べて絞り込んでいけばもう少し減るでしょうけれども、私は、医療保険を受けていない、病院に行っていない、年金も受けていない、そういう人の方が実際に生存していない率は高いんじゃないかなと思うんですね。

ですから、年金機構が一回もらった情報で精査をして、年金も実はもらっていなかったということがわかったら、その情報を市町村に渡すということをすることによって、市町村としては、医療も介護も、そして年金ももらっていない、そういう絞り込みができて、そこに本人確認に行けばいいというようになるんだと思うんです。その方が、市町村としては手間も省けるし、本人確認できる確率が高くなる、それによって住民票の精度が上がると思うんですが、この年金機構が一回受けて調べた結果、年金も受けていないということがわかったその情報を市町村にまた戻すということについて、やった方がいいと思うんですけれども、その件について御所見を伺います。

○古屋（範）委員　公明党の古屋範子でございます。

民主党代表選が行われている中、多くの課題が発生をいたしております。ただいまも指摘にありましたけれども、多剤耐性菌の問題、公明党の坂口元大臣も非常に懸念を持っております。帝京大学での院内感染また新種のＮＤＭ１という菌等々、口蹄疫問題を振り返りましても、初期対応の甘さと申しますか、危機意識の欠如から甚大な被害が発生をいたしました。ぜひこの問題にも危機感を持って全力で取り組んでいただきたい、このように思うわけであります。

また、今、日本は急速な円高、株安に見舞われております。民主党政権が発足をして以来、経済無策が日本経済を沈没させかねない、このような状況であります。こうした長引くデフレから脱却するためにも、抜本的な経済対策が必要であると考えております。中小企業の悲鳴にも似た現場の声をぜひ真摯に受けとめていただきたい、このように申し上げたいと思います。

公明党は、こうした急激な円高、株安の現状を踏まえまして、デフレ脱却に向けて、九月二日、円高対策・デフレ脱却に向けた緊急経済対策を取りまとめて発表いたしました。本日、この公明党の緊急経済対策を中心に質問してまいります。

その前に一問、社会保険病院について質問してまいります。

八月の六日、ＲＦＯの期限二年延長という議員立法が成立をいたしました。これを受けまして、私も八月の二十三日に川崎社会保険病院に行ってまいりました。川崎市議団とともに参りまして、山本泰久院長から、存続問題また医師不足問題について現状、御意見を伺ってまいりました。

この川崎社会保険病院、婦人科また耳鼻科が閉鎖をされております。また、人工透析科も今診療が行われていない、要するに医師がいなくなってしまった、去ってしまったわけであります。広い部屋に人工透析の機械が二十ほど置かれておりまして、患者が一人もいない、そうした病室を見るにつけ、根底には確かに医師不足問題がありましょう、しかし、社会保険病院の存続、その受け皿というものが今明確な道筋が示されていない、こうしたところからやはり医師また職員の不安が非常に広がっているという現実があるわけであります。

こうした問題に対しまして、当然、この受け皿となります、社会保険病院存続のための新機構設立法案、こうし

たものを早期に提出していただき、成立を目指すべきだというふうに考えております。大臣のお考えを改めてお伺いしたいと思います。
○長妻国務大臣　まず、ＲＦＯの二年間延長の法案を通していただきまして、これについて私の名前で、それを通していただいた直後に全国の社会保険病院、厚生年金病院にお手紙を出させていただいて、二年延長するということと、あとは、譲渡に当たっても必要な医療機能が維持されて地域医療が確保されるというのが前提であり、あるいは地元住民や自治体の理解が得られるというのも前提であります、こういうようなことも申し添えてお手紙を出させていただいたということであります。
　そして、二年延長していただいたわけでありますので、その中で譲渡していくもの、当然受けるべき法人がなければなりませんけれども、ただ、その過程でも、一体的に病院機能が運営され、そしていわゆるガバナンスというものがきちっと働いていって、地域の期待にこたえる医療を実現していくということを検討する中で新たな枠組みが必要になるということであれば、これについては我々も新たな枠組みをつくっていくというようなことを進めていくというふうになると考えております。
○古屋（範）委員　人工透析の患者の皆さんは週に何回も通院をしなければいけない、そのために病院の近くに引っ越してこられた方さえいらっしゃるわけなんですね。今、何度も、地域医療を守る、このことをおっしゃいましたけれども、ぜひそのために、受け皿となります新機構、この法律成立に向けて最大限の努力をしていただきたい、このことを要望しておきたいと思います。
　次に、猛暑対策についてお伺いいたします。
　記録的な猛暑が続いております。きょうは雨が久しぶりに降りましたけれども、マスコミの集計では、熱中症がきっかけと見られる死者が、梅雨明けした七月十七日から八月の三十日までに、全国で少なくとも四百九十六人に上ると言われております。また、消防庁によりますと、五月三十一日から八月二十九日までに救急搬送された人は全国では四万六千七百二十八人、病院に搬送された直後死亡を確認された人が百五十八人に上った、そうした救急医療の結果も出ております。気象庁の統計では、八月の平均気温がほぼ全国で戦後最高を記録する猛暑となっております。九月に至っても暑い日が続いているわけであります。
　そこで、熱中症被害が全国で相次いでいることを踏まえて、私たち公明党では、九月一日、九項目にわたります猛暑対策ビジョンというものを発表いたしました。救急医療活動の強化ですとか、熱環境の周知、学習及び啓蒙強化、あるいは小中学校のエコスクール、クールスクール事業、あるいは農作物、畜産等の分野での対策、ヒートアイランド対策などなど掲げたところでございます。今回の猛暑を熱被害と認識して本腰を入れた対策が必要であるということを訴えております。
　今回の熱中症での死者は、平成十六年の新潟の中越地震あるいは台風二十三号による死者、行方不明をはるかに上回る数でありまして、そう考えますと大規模災害にも相当すると言ってもいいかと思います。政府として早急に猛暑、熱中症対策に取り組むべきと考えますけれども、いかがでしょうか。
○足立大臣政務官　熱中症につきましては、これは中心となるのは今のところは環境省でございまして、関係省庁の連絡会議というものがございます。年に一回開催しておりますけれども、消防庁、文部科学省、厚生労働省、気象庁そして環境省。ちょっとこういう見せ方で失礼ですが、熱中症環境保健マニュアル二〇〇九、こういうものも作成されております。
　そんな中で、では厚生労働省としての取り組みはどうなんだということでございますが、これは一般的に、水分補給等の啓蒙は必要なことだと思います。そして、あとは、私たち厚生労働省としては、保健所等の地域に対すること、それから職場に対すること、そういうふうに今のところは対策が打たれているところでございまして、まさに今回、九月三日、残暑が非常に厳しいという中で、特にお年寄りの熱中症にかかりやすい方に対して再度の注意喚起をするために、自治体に対して事務連絡を発出いたしましたし、職場につきましては、職場の中で熱中症による災害の発生状況を逐次報告したり収集したりして、職場環境を守るというようなことに取り組んでいるところでございます。
　以上でございます。
○古屋（範）委員　九月三日の通達ということですので、非常に遅かったと言うしかないというふうに思ってお

ります。こうした温暖化が進む中で年々猛暑が続くのではないかということが予想される中で、ぜひ、ことしもさることながら、来年に向けても、省として、特に大臣がステートマンとなって国民に多くのメッセージをしっかり発信していただきたい、このように考えております。

今回熱中症で亡くなられた方々の中で、やはりひとり暮らしの高齢者で、空調設備のついていない部屋で窓を閉め切ったまま部屋の中で夜間亡くなられていた、こうしたケースが大半であったと伺っております。

こうしたひとり暮らしの高齢者につきまして、熱中症での死亡問題だけにとどまらず、先ほどから委員の質疑にも出てまいりましたけれども、生存していれば百十一歳ということで白骨死体で発見をされた、あるいは百歳以上の高齢者が相次いで所在不明となっている、このような問題が大きくなっております。

厚生労働省が実施した調査の報告、先日、公明党の部会でもお伺いいたしました。調査結果から推計した場合に、全国で八百人程度の所在不明、年金を受給している可能性があるということでありました。この背景には、家族のあるいは地域の関係が希薄になっているということが指摘をされておりますけれども、行政の側の課題というものも浮き彫りになったと思います。まず、住民基本台帳を実態に即したものとする体制整備、また個人情報の保護の問題、さらに台帳や戸籍、社会保障の各部局の連携の悪さ、こうしたものが問題が起きた要因の一つと指摘をされております。

厚労省がこの三日、高齢者世帯の個人情報について、介護保険の総合相談などをしている地域包括支援センターなどと積極的に共有するよう都道府県に通知をされています。個人情報の管理を一元化し、一体的な運用ができるシステムの構築が必要となってまいります。不明問題で浮き彫りとなった、家族と一緒に暮らしているはずの高齢者が実はいなかったというような状況を把握していく必要があります。

そこで、民生委員、児童委員や老人クラブ、社会福祉協議会、さらに警察、消防など関係団体が別々に活動するのではなくて、市町村の地域包括支援センターを中心に連携を強めて、地域全体で高齢者を支援するネットワークづくりというものが大切かと思います。この地域包括支援センターは、地域に適した活動を行っていく必要もあるかと思っております。

この重要な役割を担う地域包括支援センターへの財政的、人的支援というものも積極的に行う必要があると考えております。また、地域の担い手たる民生委員の皆さんの待遇改善、定員増加、活動に必要な個人情報の提供など、こうした民生委員さんが活動しやすい環境づくりが必要かと思います。この二点についてお伺いいたします。

○山井大臣政務官　御質問ありがとうございます。古屋委員にお答えを申し上げます。

地域包括支援センターは、現在、ブランチを含めて七千カ所ございまして、将来的には中学校区に一カ所、約一万カ所整備していきたいと思っております。

この地域包括支援センターが地域の高齢者の孤立化などを防ぐ一つのキーステーションになるということは、先日、日曜日のＮＨＫスペシャルでも報道されておりまして、その割には十分な情報が地域包括支援センターに知らされていないということが問題になっておりました。

そのような指摘を踏まえまして、九月三日には都道府県を通じて個人情報の共有方法に関する事務連絡をお送りしまして、地域包括センターに対して適切な情報が市町村からも行くようにということを一つ対応を講じました。

それとともに、地域包括支援センターでの見守り活動というものを強化していくために、平成二十三年度予算の概算要求においても、見守り活動等の支援のネットワークの構築を行うモデル事業として、全国五十カ所で実施の事業を要求いたしました。

さらに、地域包括支援センター、おとついも私、行ってまいりましたが、現場からは、介護予防ケアマネジメントに非常に多くの労力と時間がかかっているという御指摘もございます。そういうことも踏まえまして、本年八月より、要介護、要支援状態になる前の方の介護予防ケアマネジメントにおけるケアプラン作成を簡略化するなどして、少しでも業務を縮小しまして、地域のネットワークづくりに対して包括センターがしっかり取り組めるように環境づくりを進めておるところであります。

○古屋（範）委員　政務官が今おっしゃった点なんですが、地域包括支援センターの業務というのは非常に多くて、本来行うべき単身高齢者への家庭訪問など、なかなかそうした業務に全力を挙げることができないというよ

うな実情もございます。ぜひこうした支援をさらに拡充していただきたいと思っております。

先日、私も、和光市内にあります高齢者専用賃貸住宅、リーシェガーデン和光というところを訪問してまいりました。この和光市は、先駆的な高齢者施策に取り組んでおります長寿あんしんプランというものを策定しております。孤独死がほぼゼロという市でありまして、七万人という割と小さな市ではあるんですが、スクリーニング調査というものを行いまして、高齢者にスクリーニングをする。返信があったところはとりあえず大丈夫、返信がなかったところには徹底した家庭訪問を行っていく。市の職員、民生委員さん等が月一回とかあるいは週に一回訪問して状況掌握をしていくということでありました。

こうした徹底した取り組みをされていまして、地域の高齢者の状況というものを非常に詳細に掌握した上で、市の福祉計画というものを立てていらっしゃるんですね。同じ市の中でも、当然、地域によってかなり実情の差、高齢化率にしても相当な差があるということであります。そうしたニーズとか偏在性に合わせて、施設が集中したり乱立したりしないように非常にうまく機能させていらっしゃいました。

そこで、住宅政策もここでは非常に充実をしているんですが、高齢者専用賃貸住宅、またケアハウスの整備、あるいは家賃補助、こうしたものも、財政にゆとりがあると言えば言えるんですが、大きくしっかり補助をされていました。高齢者一人一人が本当に必要としている福祉を必要な人に届けていこうという徹底した取り組む姿勢、これを国としても学んでいくべきだろうと思っております。

こうした地域福祉計画は、昨年度末で全国五一・四％の自治体が策定をしていないということであります。そこで、公明党の緊急経済対策の中にも盛り込んでいるんですが、市町村の地域福祉計画の策定促進、あるいは孤独死ゼロを目指しまして独居老人を地域で見守るなど、地域全体での高齢者を支援するネットワークづくりのために、高齢者支援体制整備モデル事業、こうしたものを創設し拡充していくべきだと思いますけれども、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。

先ほど少し、民生委員の方の答弁が十分できておりませんでしたので、一つだけつけ加えさせていただきますと、やはり民生委員の方に十分な地域の個人情報が伝わっていないということがございますので、それを踏まえまして今回サンプル調査を行っております。それで、市町村がどのような情報を民生委員さんに出しているか、また民生委員さんはどのような情報が欲しくて、そしてどのような情報が伝わっているか、それを十月中に発表して、今後、今おっしゃいましたように、民生委員の方々がより孤立化防止のために働きやすいような支援をしてまいりたいと思っております。

そして、今御質問いただきました見守り等の支援体制でありますが、御指摘のように、地域福祉計画はまだ五四・八％の市区町村が未実施になっておりますので、八月十三日には、未策定の市区町村に対する策定と策定済み市区町村に対する点検、見直しを依頼する通知を発出いたしました。

また、第二に、新しい公共の一つの形態としまして、社協や民生委員、ボランティア、民間事業者などが行政と連携して支える福祉の地域づくりのモデル事業として、安心生活創造事業を全国五十八市区町村で実施をしております。

また、御指摘いただきました高齢者住宅につきましては、先日も菅総理から、新しい三本柱ということで、二十四時間体制の巡回ホームヘルプ、そして二番目に高齢者住宅の整備、三番目に認知症の方々の見守り整備ということで、公明党からアドバイスをいただきました介護ビジョンというものをしっかり踏まえながら、施設の不足、在宅の不足、賃金の引き上げ、こういうふうなことをしっかり踏まえながら、地域づくり、そして介護保険の改善に取り組んでまいりたいと思います。

○古屋（範）委員　こうした家庭、地域のあり方が大きく変化している時代における新たなリスクに対応する高齢者施策、これをさらに推進していただきますようお願いしておきたいと思います。

新しい福祉ということで、さまざまな新しいリスクに対応した政策を提案しております。例えば、きょうの毎日新聞にも社説に「自殺・うつ対策」ということで出ておりますけれども、公明党としては、二〇〇八年の七月に総合うつ対策というものを提案しております。また、今回の新しい福祉の中でも、うつ対策というものに非常に力を入れ、重点政策に掲げております。

ここにもございますように、年間経済的損失推計、日本において二・七兆円ということであります。イギリスでは一・七兆円ということでありましたので、それ以上の額になります。また、こうした自殺やうつ病がなくなった場合、国内総生産を約一・七兆円引き上げるという試算をされているようであります。大臣の御指示で調査をされたと伺っておりますけれども、うつ病で悩んでいる方々、推定で二百五十万人とも言われております。それに対する施策というものはまだまだこれからであろうというふうに思っております。

この四月から認知行動療法が診療報酬の対象となったということで、うつに大変有効であると言われておりますこの認知行動療法に対する関心が高まっております。しかし、受けられる医療機関が少ない、専門医が不足をしているということが大きな課題です。

私たちも、この認知行動療法の研修を行っている国立の精神・神経医療センター、こちらに八月の二十三日に山口代表とともに行ってまいりました。六十人の募集のところ三百八十人の応募があり、非常に多くの応募があったということで、教室にぎりぎり八十人まで詰め込んで真剣に研修を行っていた、その様子を見させていただきました。同センターの樋口輝彦総長らとも意見交換をさせていただきました。

日本の実情は、ここでそのとき行っておりました基礎的な研修というものがありますけれども、さらにその上のスーパービジョンという、患者を観察しながらの実地指導というものはほとんど行われておりません。

この精神療法、この基礎的な研修だけでは不十分でありまして、研修を二日間受けて心臓の手術をやってこいというようなもので、もっともっと深い研修というものが必要だそうです。米国では六百時間から三千時間の実地指導を必要としていまして、スーパービジョンなしで認知行動療法の臨床が行われるということは先進国では考えられないということです。人の心に触れる認知行動療法には危険性もあるということで、こうした指導が不可欠であります。

しかし、このスーパービジョンの指導を行える指導者というものも非常に限られているのが現状です。こうしたスーパービジョンの指導者の確保、また厳しい実地指導を受けたＣＢＴ臨床家育成のためのエビデンスに裏づけられた治療技法研修システムを全国レベルで充実させていくための研修制度の確立が重要であります。

二十三年度の概算要求で、認知行動療法、九千八百万円の予算が要求をされております。うつに有効な認知行動療法の体制整備として、もっともっと予算を確保しなければいけないのではないか。イギリスでは三年間で三百六十億予算を確保していることですので、複数年にわたる十分な予算の確保が必要だと思いますけれども、大臣、いかがでしょうか。

○長妻国務大臣　まずは、古屋委員初め、国立精神・神経医療研究センターに御視察に来ていただきましてありがとうございます。

ことし八月、先月から認知行動療法研修を始めておりまして、今年度計三回を実施予定としております。こういう研修事業についても、平成二十三年度概算要求でも、受講生への継続的な指導を行うなど、大幅に拡充をしているところであります。

当然、うつの治療というのは、薬というのも有効でありますけれども、さらに日本では認知行動療法というものがもっと普及してもいいのではないかということで、ことし四月にも診療報酬で認知行動療法については一日につき四百二十点ということで、新たにそういう診療報酬も入れさせていただいたところであります。

認知行動療法を実際にできる人たちが、医師、臨床心理士、看護師などなどの研修を通じてふえていって、今おっしゃっていただいたように、これも、薬は使えませんけれども、対話をする中での治療でありますので、やり方によっては逆効果になることもあるわけでありますので、十分な研修が必要不可欠であるというふうに考えております。これについても、二十三年度概算要求できちっと要求をして確保していきたいと思っております。

○古屋（範）委員　医師だけではこの認知行動療法、行えるとしても、非常に患者数が多いわけですので、一回三十分、医師が治療を行うのは非常に難しいというのが現状だと思います。

そこで、よりよい診療をするためには、医師だけではなくて看護師、あるいは精神福祉士、心理士、さらに精神対話士など多くの専門職の方々の協力というものが不可欠であろうと思っております。しかし、この部分にはいまだ保険適用はなされていないわけであります。こうした心理士など多職種を加えたチーム医療をしっかり確立をしてみんなで当たっていくことが必要なのではないかと思いますが、チーム医療に対する保険適用の拡大、こ

うしたことに関してどのようにお考えか、お伺いいたします。
○足立大臣政務官　先ほど大臣から、認知療法、認知行動療法を今年度の診療報酬で初めて新設した点がございました。同じように初めて今年度、チーム医療というものを評価しようということで、栄養サポートチーム加算、そして呼吸ケアチーム加算、委員がおっしゃるように、一人のスキルを上げるのには相当時間がかかりますが、チームで対処しようという方針でございます。
　しかし、やはりそこには、私は、では一人になってしまったときにその人がしっかり対処できるか等々、どういう形で技術の標準化とかガイドラインを策定していくかということも大事だと思います。しかし、私は、これは野党時代から私自身も指摘していることですので、専門家等の意見を聞きながらぜひ前向きに検討したいと思っております。さらに進めたいと思います。
○古屋（範）委員　こうした心理療法に専門性を持っている心理専門職の方々の資格を国家資格としていく、このようなことも検討していく必要があるというふうに考えております。
　また、家に引きこもっている、あるいは医者に行きたくない、日本では受診率が約四分の一と言われておりますので、残りの方々は医療機関に受診をしていないわけであります。そこで、アウトリーチ、訪問支援が必要だというふうに考えております。当事者中心の精神医療体制の実現を目指すアウトリーチの活動、体制をつくることが急務であります。
　概算要求の中で、アウトリーチ体制の確立として十六億円要求されております。この体制整備、どのようにやっていくのか。また、臨床心理士などの心理職、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方々もこのような場面で大いに活用すべきと思いますけれども、この点はいかがでしょうか。
○長妻国務大臣　いわゆるうつ病や引きこもりの方に対するアウトリーチ、訪問支援でありますけれども、診療所に来ていただいてそこで治療を受けるということももちろん有効でありますけれども、御自宅に赴いて、どういうような環境で生活されておられるのか、そして、御自宅でくつろいだ中で、そこで例えば認知行動療法をする、あるいは御相談に乗るということは非常に有効であるということが実証されておりますので、チームで訪問をして支援をしていく、お医者さんのみならず専門家が訪問をするというようなことについて、新たに、二十三年度の概算要求で、精神障害者アウトリーチ推進事業という形で要求をさせていただいているところであります。
　これは、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等のチームで訪問をして、医療や生活支援、どういうサービスを提供する必要があるのか、そういう御意見も聞きながら相談に乗っていくということでありまして、やり方によっては非常に効果が高いということがヨーロッパ諸国でも言われているところでありますので、我々としては、これについても力を入れていきたいと思っております。
○古屋（範）委員　ＩＴなども利用して、こうしたうつ対策、認知行動療法等、精神科医療の充実というものを求めまして、質問を終わりたいと思います。
　ありがとうございました。
○鉢呂委員長　次に、高橋千鶴子さん。
○高橋（千）委員　日本共産党の高橋千鶴子です。
　最初に、Ｂ型肝炎訴訟の和解協議について伺います。
　九月一日に示された国の考え方では全く不十分であり、被害者の多くが切り捨てられると、強い怒りの声が上がっています。特に、未発症の持続感染者を救済対象にしないということは、五百十一名の原告のうち二割が対象となりません。札幌地裁で救済範囲を広くとらえる方向で判断するべきと和解勧告が出されたのは三月十二日、既に半年が経過しているのに、結局切り捨てとは、余りにもひど過ぎます。
　無症候性キャリアであることは、差別や偏見と闘い、発症すればがんになることもあるなどと宣告されて精神的にも不安と苦痛を背負ってきたこと、一般の人よりも多くの検査を受け続けなければならない、そういう負担などについてどう考えているのか、まずお答えください。なぜ無症候性キャリアが対象から外されるのかお答えください。
○長妻国務大臣　これは、対象から外すということではありませんで、発症した場合はもちろん一時金の支払い対象でありますし、発症前についても、三つの対策、助成をさせていただくということを申し上げたわけであり

ます。一つは定期検査費用の助成、そして母子感染予防医療に要する費用を助成させていただく、同居の家族等に対するワクチン接種に要する費用を助成させていただくというようなことについて提案をしたところでありまして、無症候性キャリアの方々を救済から外すということではありません。

○高橋（千）委員　例えば、新潟の原告の女性は、妊娠した際にＢ型肝炎のキャリアであることを告げられました。入院中はほかの方と同じ部屋には入れてもらえず、授乳のときも別行動にされて、赤ちゃんのベッドも、ほかの赤ちゃんとはほかのところに置かれたそうであります。私の体の中にウイルスが存在する限り、病気に対する不安は一生続くのだと訴えています。

また、原告の多くは、娘さんや息子さんがキャリアとして結婚や交際をためらわなければならない、人生を既に狂わされているという現実に直面し、自分を責めていらっしゃいます。

こうした皆さんに対して、発症したら一時金が出るからね、そういうことで救いになるでしょうか。

そもそも、〇六年の最高裁判決の原告は、慢性肝炎四名、キャリアが一名でした。札幌高裁は、Ｂ型肝炎ウイルス持続感染者、これはキャリアのことですが、あるいはＢ型肝炎患者にとって、持続感染者であるということは、そのこと自体が生存に対する重大な脅威となり、一生涯解放されることのない不安と苦悩を持ち続けることを意味するとの控訴人らの主張は十分に肯認できるとして、全員に慰謝料として五百万円を相当としました。

先ほど、あべ議員の質疑の中であったとおり、この時点では肝がんや肝硬変などの方はおりませんので、そこの損害については全く触れておりませんから、これはまた別なわけですけれども、ただ、このときの原告の皆さんが、慢性肝炎もキャリアも共通する苦痛に払わせるんだ、責任を果たさせる、そこにポイントを置いたということがやはり肝心なことだと思うんですね。

そのことを考えれば、やはり最高裁の判例よりも後退することにならないのか、伺います。

〇長妻国務大臣　十八年の最高裁判決では、このキャリアの原告の方は予防接種を受けたときから提訴まで二十年を経過しておらず、裁判所における裁判では、除斥期間というのが争点となっていなかったということもあってか、この請求が容認をされたというふうに聞いております。

先ほど申し上げましたように、キャリアの方についても、我々としては、発症をしているのかどうか、その検査をしていただく費用を助成するなどなど、先ほど申し上げました対策をさせていただくということであります。

〇高橋（千）委員　最初に、いや、キャリアの方は発症したら一時金が出るんですから、省いたつもりはありませんとおっしゃいました。でも、今二つ目の質問に対して、結局、除斥期間を過ぎているのだということをおっしゃったと思うんですね。

そうすると、私が聞いているのは、発症したら払うじゃだめでしょうということなんですよ。最高裁で言われたのは、発症するかどうかはだれもわからないわけで、その間の精神的な苦痛に対して償うということが、結局、今回は除斥期間ということでやられていないじゃないかということを指摘しているわけです。

しかし、この二十年というのは、やはり、先行裁判が提訴されてから既に二十年が過ぎているわけです。国が責任逃れに時間を費やし、その間も、ウイルス検査の受診率を引き上げる努力もなく、謝罪も救済のためのアクションも一切起こしてこなかったという中で二十年が過ぎたのであり、原告らには何の責任もありません。このことをもう一度確認したいと思うんです。

九月一日の「和解の全体像に関する国の考え方について」では、「救済の方法や内容等については、それが結果として国民の負担に結びつくことから、国民の意見を聞きながら、全体として広く国民の理解と協力を得られるような合理的なものとしていく必要がある」と述べています。つまりは、お金の枠がまず先にあって、その中でしかできないからあきらめてくれと言っているのと同じです。国民の理解という言葉を引き合いに出して国の責任をあいまいにすることになりませんか。

〇長妻国務大臣　このＢ型肝炎の問題は、総理も入ったところでの議論もありましたし、関係閣僚も鋭意議論をして、そして和解協議にも真摯に対応して、本当に早期解決を目指していくという共通認識のもと、取り組ませていただいているところであります。非常に重大な問題であるという認識は同じであります。

その中で、今申し上げましたような、キャリアの皆様方に対しては、救済を何らしないということではありませんで、費用等の助成をさせていただく。そして、全体の議論といたしましては、これまで母子手帳ということに

国はこだわっておりましたけれども、そういうことではないというようなことで我々考えているところであります。

当然、相手との話し合いでありますので、我々として、そういうことをまず御提案をして、そして今月十五日には原告の方からまた御意見をいただき、そしてまた私どももそれを受けて話し合いを真摯にさせていただくという過程、プロセスの段階に今あると思っておりますので、我々は、早期な解決を目指して取り組んでいくということで今、内閣挙げてやっているところであります。

○高橋（千）委員　御提案の中身がまだ全部ではないわけですよ。ですから、早く協議のテーブルに着いてほしいということを言ってきたわけじゃないですか。それで今、半年待たせてこの提案では、納得できるはずがないわけです。新たに十五日までにということが一つ言われておりますけれども、もう一度、どういう気持ちでキャリアを宣告されて、それはもう発症した方が一番わかっているわけですけれども、キャリアと宣告されてからの苦しみというのがどういうものだったのか、そして、そういう方も含めて救済するということに意味があったという、札幌の闘いから判決が出た最高裁の教訓をもう一度学ぶべきだ、このことを繰り返し訴えたいと思います。

ここは、もう残念ですが時間がないので、要望にしたいと思います。

次に質問したいのは、資料の二枚目を見ていただきたいと思います。これも、次の問題もどうしても言わなくちゃいけないものですから。

所沢にある国立障害者リハビリテーションセンター、国立光明寮、視力障害センター、これは函館、塩原、神戸と福岡の四カ所、国立保養所、重度障害者センター、これは伊東と別府の二カ所、そして所沢にある秩父学園という国立知的障害児施設、八カ所の施設を総合して国立更生援護機関と呼んでおりますが、資料にありますように、昨年の三月末に国立更生援護機関の今後のあり方に関する検討会の報告書が出され、那須塩原の視力障害センターは二十四年度末で廃止、伊東の重度障害者センターが二十五年度末で廃止をされ、それぞれが所沢の国立センターに統合されることになりました。

昭和二十一年にスタートした、もとは那須の御用邸だったという那須塩原のセンターは、人生の途中で視力を失った方たちが、はり、きゅうなどの資格を身につけ、社会に復帰できるための養成施設また生活訓練施設であり、三千人の卒業生を世に出してきました。守る会の皆さんが国会に陳情に来られて私も初めてこのような施設があるということを知ったわけですが、大変すばらしいと思った瞬間、それがもう廃止だという事情を知って本当に驚きました。八月に塩原と所沢そして伊東の各センターに行って現場を見てまいりましたけれども、ますます、なぜ廃止なのか、こう思っているんです。

まず、端的にお答えください。

この塩原視力障害センター、八月に専門課程の募集を打ち切っております。廃止が決定的になったわけです。そして、伊東にある重度障害者センター、二十五年に廃止。だれがいつの時点で決定しましたか。

○山井大臣政務官　高橋委員にお答えを申し上げます。

私も、先日、この二つのセンターの利用者の方々から、ぜひ存続をしてほしい、そういう要望を受けさせていただき、さまざま現場の方々がお困りになっているお話を聞かせていただきました。

今御質問の件ですが、高橋委員も御指摘のように、総務省の減量・効率化方針において、平成二十年度中に検討するということに平成二十年の三月になりまして、そして、平成二十一年八月、昨年の八月の次年度の組織・定員要求に盛り込んだことを受けまして、昨年の九月に、厚生労働省障害保健福祉部施設管理室から所管の国立施設に対し、事務連絡として発出をいたしました。

そして、私自身としましては、ことし六月に、来年度の組織・定員要求の検討に当たって、塩原の視力障害センター及び伊東重度障害センターの計画的な統廃合を含む国立更生援護施設の見直しの考え方について担当部局から説明を受けました。

また、ことし八月に、共産党の田村智子参議院議員から提出された質問主意書に対しまして、センターの統廃合の方針を決定していること、改めて検討をやり直すことは考えていない旨の答弁を内閣として行いまして、この質問主意書の答弁の段階においては、当然、政務三役が了解したということでございます。

きょうも多くの方々が傍聴にお越しをいただきまして、私も非常に心苦しい点はございますが、やはり国立障

害者リハビリテーションセンターと利用者の出身地域が重複していることや利用者の減少傾向、そういうものを総合的に判断して、効率的な施設運営を図るためにやむを得ないものと考えておりますが、円滑な移行がなされるように準備を計画的に進めてまいりたいと考えております。

○高橋（千）委員　まず、資料の三枚目をごらんいただきたいと思います。

九月十八日に、今お話の中に出てまいりました事務連絡、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課施設管理室が出したものであります。これは「見直しの方向性について」とありますが、今、山井政務官はあえておっしゃらなかったんですけれども、あり方検討会というのをわざわざ開いているわけですよね。

その検討会の中では、最終的な結論というのは、どこの施設をいつまでにとか、どこにとか、統廃合については具体的なことは書かれていないし、決まっていないわけです。強いて言えば「統廃合を含む再配置を考えるべきである。」これだけなんですね。五回の議論を見ました。議論の中では、とにかく国立センターの役割をどう高めるのか、民間と違いをどう出すのかということで、非常に前向きな議論がされていたと思うんです。組織をどうするのか、統合するのか廃止するのかとか、そういう議論はほとんどというか全くなかったわけです。そういうときの、そもそも出されたたたき台自体が、考える時期に来ているというだけであって、廃止するなどということは書かれていないわけです。

それがいきなり九月十八日の事務連絡において、この次のページをめくっていただきたいと思いますけれども、塩原は廃止、伊東も廃止ということが、初めて名前と期日が出てくるわけですね。一片の通達で決められたわけです。九月十八日といえば、長妻大臣が就任されたのが十六日で、山井さんが政務官に決まったのが十八日であります。当日であります。まさか、どさくさに、政務官が気がつく前に出されたのかなと思わざるを得ないわけです。当然御存じなかったと思いますけれども、組織の統廃合という重大な決定をこのような一片の通達で、事務連絡で決めるという考え方、よろしいのですか。

○山井大臣政務官　高橋委員にお答えを申し上げます。

多くの利用者の方が利用している施設でありますが、それに関しまして、私たちも、この所沢にあります新しい施設、ここは隣に病院もあるわけでありますから、リハビリテーション医療やさらには就労支援などを一貫して、さらによい自立支援に向かって充実をしていきたいというふうに考えております。

先ほどとも重なりますが、私としては、今年の六月にこのような統廃合の方針の説明を受けまして、それで了とさせていただきましたし、政務三役としましても、質問主意書に対しまして、ことしの八月、その方針を見直さないということで回答をさせていただきました。利用者の減少やその出身地域が重複しているということを総合的に勘案したことでありまして、これらの国立更生援護施設の見直しの方針について、所管の部局の事務方から内部組織である各国立施設に事務連絡において伝達することについては、特に問題があるというふうには認識はしておりません。

○高橋（千）委員　ちょっと、その事務連絡の問題について、何の問題点も考えていないと。そもそも、政務三役が通達の中身もちゃんと検討するということが当時方針として出されたと思うんですね。そういうこともすっかり忘れて、もう結論が出ちゃったからしようがないやという、本当にそれでよいのかということなんですよ。

普通に働いていた方が成人してから視力を失うということは、やはり本当に、想像以上にショックも大きいと思うんですね。見えなくなった当時、自分が全部否定された気がしたと訴えた女性もいました。高校を出て働き始めた途端難病になって、見えなくなり、引きこもりになったという青年もいました。また、三十一歳のトラックの運転手だった長井さんという方は、センターにたどり着くまで丸一年かかっています。せっかく働きたいといってハローワークに通い詰めても、あなたの仕事はない、絶望的ですよと言われ、お母さん、お父さんに助けてもらえばと言われます。やっとセンターのことをお医者さんから教えていただいて、役所に行くと、自立支援法で六万円の利用料だと言われて、それは出ないと言えば、やはりお父さん、お母さんに助けてもらえばと言われるわけですね。でも、よくよく調べたら、ちゃんと減免制度があって、そんなにお金を出さなくても利用できるというのがやっとわかってわかって、たどり着くのに一年かかっている。

だから、そういう、教えることもしないで、宣伝もしないで、まして目も見えない人にパンフ一枚よこして、それで利用が減っているから廃止だ、そんな理屈が成り立つわけないじゃないですか。それをどうしてあなたは認

めるんですか。

もう一つ言えば、時間がないのでもう一つくっつけて言いますけれども、伊東の重度センターは利用が減ってはおりません、努力でふえています。しかも待機者もおります。何でやめるんですか。

○山井大臣政務官　高橋委員のお怒りも含め、また、先日も、私も政務官室で直接、利用されている方々から、この伊東のセンターや塩原のセンターがどれほど重要な取り組みを今までされてきて、また本当に、先生方、職員の方々、そして利用者の方々がそこに愛着を感じておられるということも、私も強くお話を聞かせていただきました。

ただ、これ、つらいのは、統廃合というのは、いつかの時点で統廃合をせねばならないわけでありまして、私たちは、国立障害者リハビリテーションセンター、これは所沢にあるすばらしいところでありますし、隣に病院もありますし、就労支援もしっかりやっていくつもりでありますから、今後、新しく利用される方々に関しましては、今まで以上にいいサービス、いいリハビリというものを提供していきたい、そういう思いで考えております。

ただ、そのはざまとなられる方々には、今まで利用していた施設が変わってしまう、そういう混乱というものはどうしてもあるかもしれませんが、そのことに関しては最小限となるように、しかし、視覚障害者や脊髄損傷の方々には、今後、新しい施設でよりよいリハビリを、また職業訓練を受けてもらえるように、全力で頑張りたいというふうに考えております。

○高橋（千）委員　少なくとも、そのいつかは今ではないと思います。

資料の四枚目につけておいたように、平成二十二年度からの新たな定員合理化計画では、最低でも六十九名の合理化を行う必要があり、現在の八施設を現状のまま維持することでは合理化への対応が困難であること、結局これが最大の理由なわけですよ。これを統合すればここが六十九名削られる、そういう机上の計算ではないですか。

だけれども、総務省だって、一律にやっているわけではなくて、本当に必要なものはめり張りつけることは認めているはずなんです。必要だと言えばいいじゃないですか。少なくとも障害者自立支援法を廃止すると決めているわけですから、新しい障害者福祉法、総合的な福祉法ができる、そういう中でますますこの施設は必要になってくるわけですよ。その中で改めて検討すればいいじゃないですか。そこまで廃止の決定を見送るべきだ、このことを重ねて指摘をして、終わりたいと思います。

ありがとうございました。