

第193回国会 厚生労働委員会 第10号 議事録(抄)

平成二十九年四月十一日(火曜日) 午前十時開会

○自見はなこ君 参議院議員の自見はなこです。どうぞよろしくお願いたします。この度は、質問の機会を頂戴いたしまして誠にありがとうございます。

冒頭でございますけれども、昨年の夏の相模原障害者施設の殺傷事件で亡くなりました十九名の方々の御冥福を心からお祈りいたします。また、重軽傷を負った方々、御家族の方々、関係者の皆様に対しても心からお見舞いを申し上げます。

私がふだんから大変親しく御指導をいただいている六十代の小児科医の先生と先日話しておりましたところ、その先生は若い頃に、今回の事件がありました津久井やまゆり園の園医を約二年間していたとのことでした。あんなにかわいくて純粹無垢な子供たちはいなかった、本当に何てことをしてくれたんだ、今でも信じられないと、大変優しい先生が強い口調でおっしゃっておられました。

私は、今回の事件は様々なことを私たちに突き付けることになったと考えております。障害を持つということはどういうことか、生きることは、差別とは、福祉とは、我々の社会とはそれぞれ一体何であるか、また同時に、精神疾患の種類や症状、薬物使用、警察、精神科医療、福祉の体制などについても考えを巡らせることとなりました。

私は、私たちの社会にいまだに潜む差別や偏見に対しては粘り強く課題を乗り越えていけるものと信じておりますし、また、社会に当たっては、それぞれが持つ、私たちそれぞれが持つ多様性についても、もっともっと成熟した寛容さを内包できる強さを社会全体として育ててほしいと願っているところであります。

さて、今回の事件はまだ裁判中ではありますが、私は極めて特異な犯罪であると考えております。そして、医療とそして司法は別のものであるというふうに考えております。この大前提が今回の議論の中では非常に大きな意味を持っていると思っておりますので、冒頭申し上げておきたいと思えます。

ただ、今回は、その事件を起こされた方が精神疾患をお持ちの措置入院者の退院後だったということから、このような領域の出来事に対して法改正で医療の役割を明確にすること、そして精神疾患の患者に対する医療の充実を図ること、さらには人権にも関わる精神保健指定医の資質を担保するための制度の見直し、これを図るといふ、この三つに留意をしているというふうに承知をしているところであります。

一つ目の質問になります。

相模原市の障害者施設の殺傷事件については、今回のこと、警察としてどのように受け止めておられるのか。特に当時の警察の対応についてどのように考え、事件を通して警察として今後どのような点に課題があると認識しておられるのか。その際に人権擁護の観点からのお考えも併せてお聞かせください。

○政府参考人（小田部耕治君） 本件は何の罪もない多くの方々が犠牲となられた大変痛ましく残忍な事件であり、二度とこうしたことが起こらないよう取り組んでいくことが重要であると認識しております。

警察といたしましても、当時、パトロールや防犯指導等の必要な措置を講じていたところであり、昨年十二月に事件の検証等チームが取りまとめた報告書におきまして示された課題や再発防止策を踏まえ、都道府県、精神医療関係者等との間で薬物等の犯罪に係る情報共有の在り方を共有することなどを通じた相互理解の推進、社会福祉施設等の防犯に係る安全確保への協力等に取り組んでいるところでございます。

今後とも、改正法案の趣旨も踏まえ、人権保護等にも配慮しつつ、また、関係機関等と連携、協力しながら再発防止に向けた取組をしっかりと進めてまいりたいと考えております。

○自見はなこ君 今回のことは精神障害ということで決して一くりにすることがないように、くれぐれも人権擁護の観点からも適切な対応をお願いをいたします。また、治療や人権に配慮した適切なそれぞれの関係団体との連携強化と、また薬物情報の共有の在り方についても今後検討していくことを望みます。

実は私は、今回のこともありまして、津久井のやまゆり園を訪問させていただきました。このやまゆり園では、非常に風光明媚なところでありまして、相模湖の近くにありまして、標高が高い、自然が豊かなところでありました。そして、その施設の入口には古い木の置き時計がございました。創立五十周年を記念して贈られた時計でありました。隣接する近所の方々からも散歩する施設の利用者におはようと声を掛けるなど、地域に溶け込み、そして、すぐ近くには長年交流を続けてきた小学校と、その脇に小さな派出所がございました。

施設の方々のお話の中で私が特に印象に残っておりますことは、今回のことが自分たちの施設で働いていた者による犯行だったということに関して、我々の障害者施設で働いていたにもかかわらず、自分たちが彼に福祉の仕事の尊さや利用者の方々のすばらしさを伝え切れなかったのかと思うと残念でならないとお話をされておりました。

私は、施設の現場での対応もお伺いしましたが、警察への相談や警備員の配置など、その都度で適切な対応が取られていたのではないかなと感じたところでもございました。先ほど示していただいたような課題はございますが、これから皆で前向きに頑張っていけたらと思っております。

また、施設の方々は、これから一旦引っ越しをして、再度新しくまたこの土地に戻ってきたいと話しておられました。そのときには、長年交流を続けてきた地元の小学校との交流を再び再開したいと楽しみにされておりましたので、社会全体で今回のことを応援していくことを私たちは忘れていけないと感じた次第であります。

さて、次の質問に移ります。

この度の事件では、加害者が措置入院の退院後であったということからも注目をされました。公益社団法人の日本精神神経学会が本年の三月十八日に、精神保健福祉法改正に関する学会見解として、事件の再

発防止を目的として措置入院制度の改正を行うことに対して強い懸念を表明しています。いわゆる措置入院が犯罪の予防のために行われるというような制度であるというような誤解が出ているということが感じられたことからによります。

そこで、改めてでございますけれども、確認をさせていただきます。今回の法改正の趣旨として、様々な取組の中で、より精神科領域の医療の充実を図ることが主目的になると認識をしております。今回は、この目的を改正によってどのように実現しようと考えているのか、お考えをお聞かせください。

○政府参考人（堀江裕君） お答え申し上げます。

本法案は、措置入院者の社会復帰の促進等のため、入院中から退院後における医療等の支援の内容を関係者で協議の上、退院後支援計画を作成し、退院後は、退院後支援計画に基づき医療等の支援を行うこととするとともに、精神障害者支援地域協議会において退院後支援計画の実施に関する連絡調整を行うこととしてございまして、措置入院者に対する適切な精神科医療を充実させる仕組みとしてございます。

このほか、本法案は、精神障害者支援地域協議会において、精神障害者の適切な医療その他の援助を行うために必要な体制について協議することとしており、地域の精神科医療の体制の充実に資するものと考えてございます。また、措置入院中の診療に係るガイドラインを作成し、医療機関等に周知する予定でございまして、措置入院中の診療内容の改善を図ってまいります。

法案の施行に当たりましては、法の意図する精神科医療の充実が行われますよう、退院後支援の仕組みなどの運用の在り方につきまして自治体にしっかりと周知してまいりたいと考えてございます。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

今回は、国及び地方公共団体が配慮すべき事項を明確化してくださったことにも大変大きな意義があると思っておりますが、大事なのは言葉だけではありません。その中身と実効性が問われていると思えます。

また、後半にも質問させていただきますし、石井みどり先生にも御質問いただきましたが、退院後の支援というものが何よりも大事でありまして、それは措置入院の患者様だけに限らず、精神科の患者様全てに当てはまることであります。是非、実効性のある対策をよろしく願いをいたします。

それでは、次の質問に移ります。

この度の事件では、容疑者が障害の有無によって人の優劣を付ける、いわゆる優生思想を持っていたということが明らかになっております。政府は平成二十六年に障害者の権利に関する条約を批准したと承知しておりますが、内閣府所管の障害基本法などに関して国内でどのような取組を今までしてこられたのか、教えてください。

○政府参考人（和田昭夫君） お答え申し上げます。

平成十八年に国連で採択されました障害者権利条約では、この条約の締結国は、障害が、機能障害を有

する者とこれらの者に対する態度及び環境による障壁との間の相互作用であって、これらの者が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものによって生ずるものであることを認識してこの条約を協定したとされております。

英文の条約を和訳したものですので、やや翻訳調でお聞き苦しい点もあったかとは存じますが、一般的に、この定義は、障害を従来の心身の機能の障害のみに起因するものと捉えるいわゆる医学モデルの考え方から、社会における様々な障壁と相対することによって生ずるものと捉えるいわゆる社会モデルの考え方に大きく転換したものと理解されております。

そこで、我が国では、平成二十六年の障害者権利条約の批准に先立ち、障害当事者の皆様などからの御意見も踏まえ、国内法の整備を行ってまいりました。例えば、内閣府の所管で申し上げますと、平成二十三年八月に障害者基本法を改正し、平成二十五年六月に障害者差別解消法を制定していただきました。これらの法律では、障害者の定義を身体障害、知的障害、精神障害、これには発達障害も含まれますけれども、その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいうと定めておりまして、冒頭に申し上げました障害者権利条約の考え方を反映したものとなっております。

内閣府といたしましては、関係省庁と連携しつつ、引き続き、これらの法律の実効性ある施行に努めてまいりたいと存じます。

○**自見はなこ君** ありがとうございます。

障害者の権利に関する条約を批准するに当たって国内法の整備もしてくださっていたということで、今までの努力に心から感謝を申し上げます。

また、その中で教えていただきました、障害者ということ当事者として考えるということではなく社会全体のこととして考えるということで、百八十度の転換をされたわけではありますが、あと大事なことは私たちのマインドであると思っております。是非、これらのことをもちろん周知していただきたいとは思いますが、同時に、マインドを変えるのは、大変大事なことは経験だと思っておりますので、この点からもよろしく願いいたします。

その点を踏まえまして、次の質問に移りたいと思います。

次は、その経験というところで教育に関してお尋ねをさせていただきたいと思っております。

障害児の教育について、教育段階から障害特性等についての理解が促進されますようにインクルーシブ教育を進めてくださっているとは思いますが、その現状と取組、そして方向性などについてお考えをお聞かせください。

○**政府参考人（白間竜一郎君）** お答え申し上げます。

御指摘のように、障害のある子供とない子供が可能な限り共に学ぶ仕組みの構築、これは障害者に対す

る理解を深めることにつながり、大変重要であると、このように認識をしております。

そのため、文部科学省におきましては、障害の有無にかかわらず一人一人がその能力等を最大限に伸ばし社会に参画していくことができるよう、障害のある子供と障害のない子供ができる限り同じ場で共に学ぶことができるような体制の整備を進めてきております。

具体的に申し上げますと、看護師などの外部専門家を学校に配置するための補助事業ですとか、また、特別支援教育を支援する支援員の配置のための地方財政措置などを実施しておりますし、また、独立行政法人の国立特別支援教育総合研究所におきましては、障害の状態や特性等に応じました教材又は支援機器等を活用した様々な取組の情報等を公開するとともに、学校における合理的配慮の実践事例を公開することなどをしてきております。

文部科学省としましては、こうした取組の充実を通しまして、障害のある子供とない子供が可能な限り共に学ぶ仕組みの構築を更に進めてまいりたいと考えております。

○自見はなこ君 様々な取組をしてくださってございまして、本当にありがとうございます。

また、発達障害ですとか自閉症があるお子さんが週に一回だけ通うような教室、通級指導教室というものも全国で展開してございまして、実に十万人近い児童が利用しているとも聞いておりますし、先ほどの答弁にもありましたように、医療的ケア児についても予算を押さえてございまして、本当に感謝申し上げます。

また、実は現場現場では運営上も見えない苦労もあると思いますし、また御両親のこうあってほしいという思いもまだまだまだあると思います。是非、文部科学省の皆様には現地へ足をお運びになって、行政として更に何ができるのか、積極的に考えていただけたら大変有り難いと思います。どうぞよろしく願います。

さて、話を精神科医療に戻したいと思います。厚労省にお伺いをいたします。我が国の精神科医療の現状についてでございます。現在、我が国の精神疾患を抱える患者の数はどれくらいなのか、またその疾病構造の変化について教えてください。

○政府参考人（堀江裕君） 我が国の精神疾患を有する入院患者の推移は、平成十四年の調査で約三十四・五万人でございましたが、平成二十六年の調査では約三十一・三万人と減少傾向にございます。一方で、外来患者につきましては、平成十四年の調査では約二百二十三万九千人でございましたが、二十六年の調査では三百六十一・一万人と増加傾向にございます。これら入院と外来の患者数を合計いたしますと、平成十四年には二百五十八・四万人であったものが、平成二十六年には三百九十二・四万人と大きく増加していることとなります。

疾病別に見ますと、統合失調症の患者数が七十三万四千人から七十七万三千人へと割合としては微増にとどまっているのに対して、認知症の患者数が二十二・七万人から六十七・八万人へと三倍近くの増

加をしております。また、うつ病や躁うつ病を含みます気分障害につきましても、七十一・一万人から百十一・六万人と大きく増加してございまして、高齢化等の社会環境の変化により疾病構造が変化してきていることがうかがわれるというふうに考えてございます。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

実に増えているということがよく分かったデータでありますけれども、それを一人というふうに考えますと、三十人に約一人が一生のうちで何らかの精神疾患にかかるとも言われております。

これほどの頻度のものですが、御指摘いただきましたように、最近の動態の中で着目すべきはやはり大きく二つになると考えております。一つは高齢化の進展に伴う認知症の増加、かなり増えてきております。また、もう一つは、統合失調症が新薬などの登場により以前と比べて軽症化しているということも大変重要な実態であると考えております。入院に至らずに外来で加療できる方々が増えてきたということは、より地域でのサポートが必要になってきているということでもあります。また同時に、発達障害や気分障害などのそれぞれの症例の多様化ということも認められているのがここ近年の実態ではないかなと考えております。

これらの疾病構造の変化等を踏まえて、次の質問に移ります。これは大臣にお答えいただけたら大変有り難いと思っております。

さて、このような地域で患者を支えていくということに関しまして、病院とそれから診療所の連携というものは、良好な連携を深めていくということは大前提でございますけれども、特にこの外来精神科の医療、とりわけ精神科診療所の機能の充実が不可欠であるということも自明となってきておりますが、現在の外来の精神科医療に関する診療報酬の評価では、通院・在宅診療療法とそれから精神科継続外来支援・指導料、この二つがございまして、これにおける療養生活整備の支援を目的とした場合の加算が同時にできないということが現状となっております。

分かりやすく言いますと、一度通ってももう一回通わないと退院後の継続の支援の部分の加算が受けられないということになっておりまして、これは全然実態に合っていないんじゃないかという声も多く聞かれます。これはほんの一例でございますけれども、他にも地域社会をしている精神疾患を持つ患者様を支える診療報酬の体系になっていない事例が散見されるのも事実でございます。

繰り返しますが、現在は、精神疾患の疾病構造そのものが近年変化しております。例えば、地域生活をしている単身の重度精神障害者への生活支援、また休職を繰り返すうつ病の方への復職支援、不登校の生徒への復学支援、子育てで悩む余りに虐待に発展しそうな母親への支援、認知症の行動・心理症状への対応など、精神科で対応する患者像が大変幅広くなっている中、私たちはメンタルヘルスに関する諸課題を解決するには、精神科の医師だけではなく、精神保健福祉士などによる専門職の関与が強く求められているところであります。

ここで質問させていただきますが、そういった、さきに挙げた診療報酬の検討も含めてでございます

が、精神科医療を取り巻くこの状況の変化というものを踏まえた上で、これからの精神科医療の方向性について大臣のお考えをお伺いしたいと思います。

○国務大臣（塩崎恭久君） 今部長からも答弁申し上げたように、疾病構造というか、この精神科に関しましてもいろいろ変化があるということがございました。認知症あるいはうつ病などの気分障害の患者数が大きく増加するなど疾病構造が変化をしているということ、そして入院医療だけではなくて外来による精神科医療の重要性が先ほど来自見先生からも指摘を受けているとおり増えている、その重要性が増えているというふうに思います。

実際に、PSWを含めた多職種がチームとなって外来診療において医療等の複合的な支援を行っている精神科診療所がこれが増えているということで、昨年八月にはそのような診療所を私自身も実は都内で視察をさせていただきました。実に地域としっかり根差した活動をされているわけで、極めて先駆的な取組だなどということを感じさせていただいて、全国に普及するまでには至っていないという段階だなど、しかしこれを広げていくということが大事だというふうに思いました。

こういうことから、入院医療中心だったかつての精神科医療、これを地域生活中心へという基本的な方向性の中で、入院医療を担う精神科病院と連携をして外来診療において多様な精神疾患に対応して、かつ地域に根差した活動ができる精神科医療機関が増えていくことが望ましいのではないかという方向性として、地域を大事にした、そして地域で暮らしていただけるための患者様のための精神科医療と、こういうことだと思います。

この療養生活環境整備加算というのがこれございまして、この服用管理についての御指摘がありました。それに際して看護師等が精神疾患患者に対して服薬指導等を行った場合に算定できる加算が今の療養生活環境整備加算であるわけでありますが、こうした看護師等が行う業務は通院・在宅精神療法の中に含まれているものと整理をしているために、これらの診療報酬は同時には両方を算定をするということがなかなかできないということとなっております。

こうした患者さんへの服薬管理に関する評価の在り方について今御指摘のあったようなことが起きる背景としてあるわけでありますので、これにつきましては、平成三十年度の診療報酬改定に向けて関係者の意見もしっかりと聞いて検討してまいりたいというふうに思います。

○自見はなこ君 大臣からは大変心強い答弁をいただいたと思います。

疾病構造の変化を見据えていただきまして、また現場のニーズも酌み取っていただいた本当に塩崎大臣にしかできないようなすばらしい答弁をいただいたと思います。ありがとうございます。

さて、次に移りたいと思います。

今回の改正により、精神保健指定医の更新の際に、指定医としての実際の業務経験を求めることとしてくださっております。

質問は二点ございます。

この指定医というものは、人権を取り扱うということから、その責任は大変重たいと思っております。そして、それがゆえに是非厳格に行ってほしいと考えておりますが、それに対してのまずお考えをお伺いしたいと思っております。

また、その取得後でございますけれども、本人が努力をしても、特に精神科の先生が開業された後などは措置診察などの病院での業務経験というものの機会を得られない場合がございます。是非、診療所と病院との連携を日常的に行っていただくことで、指定医を更新できない先生方が発生するということを防ぎ、そして何よりも資質の向上につながると思っておりますし、結果として指定医の確保にも支障を来さないようになるかと思っておりますが、いかがでしょうか、お考えをお聞かせください。

○政府参考人（堀江裕君） お話しの、御指摘いただきましたとおり、精神保健指定医は措置入院等の患者さんの意に反した入院にも関わるという意味で大変重要な役割を持っているものでございまして、正しい知識を持っていただき、また経験も持っていただいて業務に取り組んでいただくということでございまして、今回のあの一連の事件というのは、そうしたものについての、軽視されてしまう風潮が生まれてしまったということで大変遺憾なことだと思っております、今回改めさせていただくように考えてございます。

また、日頃から医療機関と連携を取っていただいているということでございます。今回の指定の中で、更新要件の中で、措置入院ですとか医療審査会ですとかについての経験もしていただくようにしてございます。それはなかなか機会を得るのが難しいということもございまして、一方で、そうしたことを契機といたしまして、日頃から指定医の資格をお持ちの方がそうした業務に携わっていただいている、そうした経験を持つ精神保健指定医が増えていくということを期待しているという意味合いもございまして、このように進めてまいりたいと考えてございます。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

患者様の人権に関わることで、襟を正して私たちみんなで臨まなければいけないことだと思っております。また、具体的に言及はなかったのかもしれませんが、口頭試問の導入ということなどに関しても是非御検討いただきたいと、御提示いただいているとは思いますが、是非していただきたいと思っておりますので、よろしくお願いをいたします。

また、次は、八問目用意しておりましたけれども、石井先生と同じ質問でしたので飛ばさせていただきますが、内容といたしましては、ケースレポートを提出してございまして、提出を明示、告示してございまして、これが具体的には児童精神などの数少ない症例というものの中には入ってございまして、是非ケースレポートの症例の選定に当たっては実情に合ったものを用意して選んでいただきたいというふうと考えております。

また、コメントでございますけれども、今回の取消しの処分に関しまして、私もいろんな方々からのお話をお伺いをいたしました。そうしたところ、確かに非常に真面目に取り組んでおられたのに、なぜ処分に遭ってしまったんだというお声も聞いたところでありますが、その方たちがお話をしていただいていたのは、カルテのみを根拠にされたということに対してのコメントでありました。実際の現場はチーム医療で行いますので、チームで診ておられますけれども、現場での多職種連携の中で、全ての主治医、担当医がコメントを書くということをせずに、一人二人が固定で記載をいたしまして、その後にカンファレンス等で共有するというのも現場現場ではあることであります。厚生労働省の行っている講習におきましても、やはりもう少し丁寧にカルテを根拠にしていますということを明言していただいて、そして誤解のないように運用をこれからしていただければ大変有り難いと思っております。

また、いずれにいたしましても、我々としまして大事なことであります精神科医療の向上ということに対して一致団結して進んでいけたらと思っておりますので、引き続き、御指導のほど、よろしく願います。

次に、ちょっと質問を、十一番目に提出しておりました身体拘束の質問を先にさせていただきます。人権に関することでございます。

入院中の精神障害者の方々の身体拘束や隔離といったものが一万件を超えているという報道がございました。私は、これは今現在、県ごとに集計を六月三十日にされていると思いますが、病院ごとにこの集計をしていく必要があるのではないかと思います、これらの現状とお考えについてお伺いします。

○**政府参考人（堀江裕君）** 今御指摘のことでございますけれども、精神科病院におきます隔離、身体拘束につきまして、毎年六月に精神科医療機関を対象といたしました実態調査によって把握してございまして、御指摘のとおり、現在では都道府県、政令指定都市ごとに集計して公表しているというのが状況でございます、医療機関ごとには明らかにしてございません。

現時点での調査につきましては、医療機関別に公表はしない前提で依頼させていただいて、率直な状況なども教えていただくようなことになってございまして、現時点で病院ごとに公表する、この調査を使って公表するのはなかなか難しいところがあるかというふうには考えてございますけれども、厚生労働省といたしましては、この精神科、御指摘のように精神科病院におきます隔離、身体的拘束につきまして増加傾向にございますことから、その要因分析については必要であるというふうに認識してございまして、厚生労働科学研究といたしまして、本年六月に隔離や身体的拘束に関する全国調査を実施して、少し大規模なものとしてというふうに考えてございます。その際には、病院や患者の特性を踏まえて分析をいたしまして、その増加要因というのを明確にしていきたいというふうに考えてございます。

○**自見はなこ君** ありがとうございます。

公表するかどうかという非常に繊細な問題があるかと思っておりますけれども、実際の精神科救急の現場です

とか、あるいは重症度の高い精神科の疾患の病棟などにおきましては、やはり一番は患者様とそして医療従事者も同時に安全でいていただくということで、その上で治療を進めていくことが大事だと思っておりますが、この二つのことを両立していることに、取組を先進的にしてくださっている病院、医療機関も多々ございますので、是非横の病院がどういった取組をしているのかということに関係者の中でまず共有し合うということも大切なことかなと思っております。

不必要な身体拘束というのはやはりあってはならないと思っておりますし、患者様の尊厳そのものでありますので、しっかりと取り組んでいただきますようお願いを申し上げます。

さて、次の質問に移ります。

初期研修、医師の臨床の初期研修についての質問になります。いろいろな機会でも私いつもお話をさせていただいておりますけれども、私自身は平成十六年度の初期研修、臨床初期研修の初年度に医師になった人間であります。その際には、初年度でありましたので、精神科や、またそういう精神科だけではなく小児科、産婦人科、そして外科というものが必修科目の中に組み込まれていた時代でした。平成十六年の後のその次の見直しでこれが必修から外れておりますけれども、私は初年度でしたので、幸いにもこの必修科目で精神科というものを一か月回ることになりました。

二週間は大学病院で回らせていただきまして、その後二週間は地域の基幹病院へと行かせていただきました。この一か月は私にとりましては実に学ぶことが多い一月でございました。その後、精神科ではなく私は小児科へと進みましたが、その後の自分の診療の中におきまして発達障害や自閉症、又は様々なお母様方の育児ストレスの相談といったことなど、やはり診療への深みが全く違うものになったなというのを実感として持っております。

また、内科領域でも、例えば認知症の行動・心理症状ですとか、それからメンタルヘルスというものも非常に重要なこれからは項目となってまいります。そして、外国では神経内科に行く際、あるいは神経内科で専門医を採る際に、その身体症状と精神症状の密接さといった観点から、精神科での臨床経験を神経内科の専門医のカリキュラムの中に入れていたという外国の例もあるところであります。

そこで、お考えをお伺いしたいのですけれども、昨今の精神科患者のこのような増加といったものも踏まえまして、精神科の基本的な診療能力を身に付けるため、医師の初期臨床研修において精神科を必修に再度すべきではないかと考えておりますが、いかがでしょうか。

○副大臣（橋本岳君） お答えをいたします。

先ほどの質問で障害部長が答弁をいたしました。その精神疾患を有する患者数は増加傾向にあるというのはその答弁のとおりでございます。今、現行の臨床研修制度について委員からも御指摘があったわけですが、二年間の研修期間において、将来専門とする分野にかかわらず基本的な診療能力を身に付けることを基本理念としておりますが、その御指摘のあった精神科については選択必修科目として位置付けられておまして、その全員が必ず必修ということにはなっていないというのは御指摘のとおりでござ

ざいます。

臨床研修の在り方につきましては、現在、医道審議会の下にある医師臨床研修部会において平成三十二年の見直しに向けて審議が進められているところでございます。本部会においては、参画する委員より必修科目の見直しの御意見をいただいているほか、関係団体からの要望書もございます。また、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会の報告書、これを先般公表させていただいておりますが、この中でもやはり御指摘がございまして、そうしたもの、そして今委員からもいろんな御指摘もいただきました、そうしたこともしっかり踏まえまして、今後の研修、診療科の在り方の議論の中でしっかり検討してまいりたいと考えております。

○**自見はなこ君** ありがとうございます。

大変重要なことだと思っております。そして、日本では、やはり医学部を卒業して、そして初期研修を終えたときには一般的な診療能力をしっかりと持った医師を国として養成するんだという方向性を是非打ち出していきたいと思っておりますし、その中に精神科の存在というものが非常に大事になってくると思っておりますので、よろしく御検討のほどをお願い申し上げます。

続きまして、時間の関係で少し飛ばさせていただきます。十六番目の方で提出をさせていただいた質問になります。患者様の退院支援の手続のことです。非常に大事な、テクニカルではございますけれども非常に重要なことかなと考えております。

精神障害の現在の退院支援においてヘルパーそして就労支援機関等の社会資源を活用したい場合でございますけれども、精神保健福祉手帳又は自立支援の交付を待たなければいけないというのが実情でありまして、その後の障害福祉サービスを行うための障害区分の認定を受けるのに、実に三か月近い期間を要するというようになっております。これに関しまして、介護保険のように、認定を受けた日ではなく申請した日から有効にできないかという御意見をいただいておりますが、これについてのお考えと方向性をお聞かせください。

○**政府参考人（堀江裕君）** 障害福祉サービスの利用に当たりますは、今御指摘のとおり、利用の前に障害支援区分の認定を受けていただくことが原則となります。一方で、市町村は、必要があると認めるときは、障害支援区分の認定を受ける前に緊急その他やむを得ない理由により指定障害福祉サービスを受けた利用者に対しまして、特例介護給付費等といたしましてサービスに要した費用を支給できることとしてございます。こうした仕組みによりまして、障害支援区分の認定前であってもサービスを利用できるようになっているものと考えてございますけれども、その制度の周知には引き続き努めてまいりたいと考えてございます。

またあわせて、今回の退院後支援の仕組みの創設によりまして、調整会議の開催等を通じまして、入院後に順次、退院後の支援に係る関係者間の調整が開始されます。そこで、障害支援区分の認定の申請

時期の前倒しといいますか、も図られまして、結果として、退院していただいた後、速やかに障害福祉サービスが利用できるようなことも考えられるのではないかというふうに考えてございます。

○自見はなこ君 ありがとうございます。是非よろしく願いたします。

今回の法改正にとって非常に大事なことは、やはり措置入院のみならず精神疾患を持つ方々が退院後、支援を必要としている方々というのは全てが対象者だということであります。地域包括ケアの中での精神科医療というものを位置付けていただきまして、是非これに向けて推進をしていっていただきたいと思えますし、その中では、地域資源を増やすこと、特に市町村、保健所、保健センター、精神保健福祉センターなどの精神障害者支援機能を拡充するということが大事であると思っておりますので、引き続き精力的な取組をお願いして、私の質問を終わります。

ありがとうございました。