（別紙２）
2016 年 9 月 1 日
厚生労働大臣　塩崎 恭久　様

質　問　状

「骨格提言」の完全実現を求める大フォーラム実行委員会　　実行委員長　横山晃久

以下に記載いたします質問に、ご回答をお願いします。

★津久井やまゆり園事件について
質問（１）植松容疑者は、２月の衆議院議長あての手紙の中で、「私の目標は重複障害者の方が家庭内での生活、および社会的活動が極めて困難な場合、保護者の同意を得て安楽死できる世界です。」などと記載し、その後もしょうがいしゃを殺害することを正当化する発言を続けています。このような考えが受け入れられると考えて、衆議院議長を通して安倍首相に訴えようとしたと考えられます。そして、この考え方に基づき、津久井やまゆり園の利用者を殺傷しました。インターネット上には、こうした考え方を支持する書き込みも行われています。
　にもかかわらず、政府はもちろん厚労省も、この考え方をいまだに批難していません。それはなぜか、厚労省の見解を示してください。

質問（２）この事件を検証するためには、しょうがいしゃを殺すことを正当化する植松容疑者の考え方がなぜ形成されたのか、措置入院させたことの適否、警察の対応など、多角的な検証が必要です。ところが、厚労省の「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」（以下、検討チーム）など政府の検証は、措置入院後の対応・対策のみの議論が行われているように思われます。

①検討チームの議論は、精神しょうがいしゃをはじめ、しょうがいしゃ関係者全体に大きな影響をもたらします。議論を公開すべきであると思いますが、厚労省の見解を示してください。

②措置入院後の対策のみを議論するということは、植松容疑者の言動を、「精神障害者ゆえの言動」、と決めつけているように思われます。そこには、「精神障害者は危険な存在」という予断と偏見があるように思われます。また、政府のこのような議論の進め方が、こう

した予断と偏見を社会に広めてしまうことになると考えます。厚労省の見解を示してください。

③植松容疑者の衆議院議長あての手紙には、しょうがいしゃを殺害した後に、「心神喪失による無罪。」として、釈放される計画を書き記していました。にも拘わらず、措置入院をさせてしまったことは、彼の犯行への願望を鼓舞することになってしまったとも考えられます。措置入院そのものが不適切だったのではないでしょうか。

④警察は、植松容疑者の衆議院議長あての手紙を把握していながら、津久井やまゆり園には、そこに記載された具体的な襲撃計画を伝えていなかったようです。このことをも含めて、警察の警備などの対応について、どのような検証が行われているのでしょうか。

⑤しょうがいしゃの殺害を正当化する植松容疑者の思想がなぜ形成されたのかについて、厚労省は検証を行っていますか。
　また、人権感覚をはぐくむ上で、津久井やまゆり園の利用者への処遇、職員の労働条件、研修などについて、適切であったかどうか、厚労省の見解を示してください。

質問（３）７月２６日の事件発生から負傷者を病院に搬送するまで約５時間かかったと報じられています。夜間の職員配置は、２０人の利用者に対して１人の職員配置でした。こうした大規模入所施設の体制が、植松容疑者の行動を阻むことができず、被害を拡大したと考えます。介助制度を拡充し、津久井やまゆり園の利用者をはじめとした入所施設利用者が、ほかの市民とともに暮らしていける状況を早急に作り出していくべきであると考えます。厚労省の見解を示してください。

★虐待問題について
質問（１）報道されるだけでも、総合支援法に基づく施設での虐待が後を絶ちません。厚労省として、どのような対策を進めようとしているのか、示してください。

質問（２）しょうがいしゃ関連施設における虐待は、しょうがいしゃを隔離する構造の中で起こっていると考えます。また、家族による虐待は、しょうがいしゃを家族に抱え込ませ依存させている状況の中で起こっていると考えます。厚労省としての見解を示してください。

質問（３）虐待防止法の通報対象となっていない病院、とりわけ、精神科病院内での虐待が続いています。石郷岡病院での看護師による虐待とこれを原因とする患者の死亡事件は

大きく報道されました。厚労省では、こうした病院内の虐待を、どの程度把握していますか。毎年度の件数、事件の内容などを示してください。

質問（４）今年４月に『読売新聞』では、「精神科で身体拘束を受ける患者の数が、２０１３年の調査日に１万人を超え、１０年間で２倍に増えたことが厚生労働省の調査で分かった。」と報道しています。この中には、虐待に当たる事例もあると考えますが、厚労省の見解を示してください。

質問（５）病院なども虐待防止法の対象とすべきと考えますが、厚労省の見解を示してください。
　また、続発する虐待を防ぐためにも、調査や指導の権限、虐待を受けたしょうがいしゃの避難生活を支える体制など、虐待防止法の抜本的強化が必要と考えますが、厚労省の見解を示してください。

★総合支援法の改定に伴う政省令の改定について
質問（１）５月の障害者総合支援法の改定に伴い、政省令の改定が行われるものと思います。改定を予定している政省令の内容を示してください。
　この政省令の改定に先立ってその案は、社会保障審議会・障害者部会やパブリックコメントですべて提示されますか。

質問（２）財務省からは、家事援助の在り方の見直しが要求されているようですが、居宅介護にかかわる施行規則（第一条の三）などを変えるつもりですか。変えるとするとその内容を示してください。

質問（３）国会審議の過程でも、グループホームを利用できる対象者を見直すことが語られていました。このことは、政省令を変えることになると思いますが、どのような内容を記載しようとしているのか、示してください。

質問（４）利用者負担にかかわる施行令第十七条を変更する予定はありますか。変更する予定があれば、その内容を示してください。

★障害者基本法と障害者総合支援法の障害者の定義の違いにより、難病者を排除している問題について

障害者基本法大二条一号では、次のように定義しています。
「一　障害者　身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、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。」

他方、障害者総合支援法の第四条１項は、次のように規定しています。
「この法律において「障害者」とは、身体障害者福祉法第四条に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち十八歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五条に規定する精神障害者（発達障害者支援法（平成十六年法律第百六十七号）第二条第二項に規定する発達障害者を含み、知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という。）のうち十八歳以上である者並びに治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって十八歳以上であるものをいう。」

これに対応する政令は、第一条で次のように述べています。
「・・・・第四条第一項の政令で定める特殊の疾病は、治療方法が確立しておらず、その診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっており、かつ、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものであって、当該疾病の患者の置かれている状況からみて当該疾病の患者が日常生活又は社会生活を営むための支援を行うことが特に必要なものとして厚生労働大臣が定めるものとする。」

したがって、政令で対象とされていない難病者の場合は、しょうがいしゃとされず、総合支援法の対象とされないという問題が引き続き起きており、この問題は、国会や社会保障審議会の障害者部会でも問題点として議論されてきました。

昨年の障害者部会の審議においてもこの議論が行われ、厚労省から出されていた報告書の案では、「障害者の範囲」という項目について、次のように記載されていました。
「障害者総合支援法はサービス給付法という性質を有するため、制度の対象となる者の範囲を客観的に明確にしておく必要があるが、障害福祉サービスを真に必要とする者がサービスを受けることができるよう、引き続き検討を行うとともに、指定難病に関する検討状況も踏まえつつ、対象疾病の見直しを検討していくべきである。」

報告書をめぐる最後の会議の１２月１４日にも、この記述が問題となり、正式の報告書では次のように記載されました。
「障害者総合支援法については、平成 25 年４月に、制度の対象として難病等が追加され、順次、対象となる疾病の拡大が図られており、本年 7 月には 151 疾病から 332 疾病に拡大

されている。また、障害者総合支援法における「障害者」の定義を、障害者基本法における「障害者」の定義に合わせるべきではないか、小児慢性特定疾病における対象疾病も含め、支援を必要とする疾病を幅広く対象とすべきではないか等の意見がある。」

ところが、今年の通常国会の審議では、例えば５月１１日の厚生労働委員会において、竹内副大臣がまたぞろ次のような回答をしています。

障害者基本法の障害者は、包括的に定義されておりまして、難病患者も含め、心身の機能の障害を有する者が広く対象とされております。一方で、障害者総合支援法は、障害者基本法と異なり、サービス給付法という性質を有することから、制度の対象となる方の範囲が客観的に明確になるよう、障害者の範囲を定めているものでございます。

このため、障害者総合支援法の対象となる障害者を障害者基本法の障害者と合わせることは難しいものと考えております。」

質問（１）これでは、社会保障審議会・障害者部会の審議を反故にするものであると考えますが、厚労省の見解を示してください。

質問（２）障害者基本法における障害者の対象となっているはずの難病の人が、総合支援法第四条１項の規定があるために、基本法三条で規定された社会参加の機会が確保されず、地域社会における共生が妨げられている現実があるが、このことについて厚労省は、どのように受け止めているのか、その見解を示してください。

質問（３）総合支援法施行令第一条にかかわらず、難病の人が介助を必要としているかどうかは、その人の心身・環境の状態を把握すれば、十分に判断できるはずです。にも拘わらず、医学的な観点をあくまで固執することは、障害者権利条約の基本的な考え方である社会モデルに反することとなると考えます。厚労省の見解を示してください。

★入院の際の重度訪問介護について

社会保障審議会・障害者部会の報告書には、「重度障害者の地域生活を支えている重度訪問介護を利用している者について、医療保険の給付範囲や医事法制との関係を整理しつつ、入院中も医療機関で重度訪問介護により、一定の支援を受けられるように見直しを行うべきである。」と記載されました。

これを受けて、今年５月に成立した総合支援法の改定では、第五条の３項が次のようになりました。

「３　この法律において「重度訪問介護」とは、重度の肢体不自由者その他の障害者であ

って常時介護を要するものとして厚生労働省令で定めるものにつき、居宅又はこれに相当する場所として厚生労働省令で定める場所における入浴、排せつ又は食事の介護その他の厚生労働省令で定める便宜及び外出時における移動中の介護を総合的に供与することをいう。」

つまり、重度訪問介護を行う場所として、居宅と外出時以外に、「厚生労働省令で定める場所」という言葉が加えられたのであり、それまでの厚労省の説明からしても、この場所とは、病院であり、そこで、重度訪問介護による介助が行われる、と多くのしょうがいしゃは受け止めました。

質問（１）今回第五条３項に加わった「これに相当する場所として厚生労働省令で定める場所」とは、何を指しているのですか。
施行規則の中には、どのような文章が新たに書き込まれるのですか。

ところが、総合支援法改定をめぐる国会の審議の中では、入院時に重度訪問介護を利用できるのは、重度訪問介護をそれまで利用してきた人の中で、区分６だけであるとされました。これでは、障害者部会の報告書を裏切るものです。

質問（２）重度訪問介護を利用できる対象としては、施行規則に以下のように記されています。
「第一条の四
法第五条第三項に規定する厚生労働省令で定めるものは、重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって、常時介護を要するものとする。」
入院の際の重度訪問介護の利用者を区分６に限定するということは、この部分に何らかの書き換えを行う、ということなのでしょうか。

さらに、５月２４日の参議院厚生労働委員会の質疑において、石橋通宏議員の質問に対して、竹内厚生労働副大臣は次のように答えています。
「入院中の重度の障害がある方に対しまして御本人の状態を熟知しているヘルパーが行う支援につきましてでございますが、これは病院との役割分担ということから、基本的に体位交換などの直接支援を含めることはしない予定でございます。ただし、より的確に情報伝達を行う観点から、例えばコミュニケーション支援の一環として、適切な体位交換の方法を看護スタッフに伝えるためにヘルパーが看護スタッフに体位交換の方法を示すといった、そういう支援の内容として考えられるわけでございます。」

これは、障害者部会の報告書はもちろん、法令との関係でもあまりにも無理のある答弁ですが、以下の質問に答えてください。

質問（３）総合支援法の条文および施行規則の条文を読んでも、重度訪問介護として提供される便宜の中に、「コミュニケーション支援」という記載はありません。「適切な体位交換の方法を看護スタッフに伝える」ことがどうして、重度訪問介護を行うことになるのですか。

この点について、施行規則をどのような文章にしようとしているのですか。

質問（４）竹内副大臣は、上述の答弁に続いて、「いずれにせよ、病院スタッフとの役割分担等につきましては、施行までの間に更に検討してまいりたいと考えております」と発言しています。現在検討していることを説明してください。

質問（５）障害者部会報告書では、「意思疎通支援事業が入院中においても引き続き適切に利用されるよう、周知を図るべきである」と書かれていますが、これは、重度訪問介護利用者全体はもちろん、ほかの介助を必要とするしょうがいしゃ全体について、入院時の意思疎通支援が利用できることを周知する、という意味ですか。

この周知のための通達などは出していますか。

質問（６）以上と関連して、２００６年３月に出された「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の通知について、付き添いに関する記述の変更を加えることは予定していますか。予定しているならば、その内容を示してください。

質問（７）厚労省は昨年、「平成２７年度重度訪問介護等の利用促進に係る市町村支援事業補助率の見直しについて」を通知し、補助の総額を半減させるとともに、人口３０万人以上の市や東京都特別区を補助の対象から外すなど、自治体の介助保障に打撃を与える政策を行っています。

重度訪問介護の入院中の利用など、重度訪問介護を充実させる方向とは反する政策ですが、補助率を復活させるなど改善する方策を進めるのかどうか、厚労省の見解を示してください。

また、東京都など自治体からは、この補助削減に対して反対する申し入れがありましたが、その取扱いはどうなっているのでしょうか。

★介護保険優先問題

質問（１）５月の総合支援法の改定で、高額障害福祉サービス費にかかわる第七十六条の

二を改定し、障害福祉サービスによる介助を受けてきたしょうがいしゃが介護保険に移った場合に、利用料を償還払い方式で減額することとしました。
　これにかかわる政令の内容を示してください。

質問（２）上述の法改定にかかわって、２００７年に出された「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」と題する通知や昨年２月１８日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課障害福祉課から出された事務連絡を書き換える予定はありますか。書き換えるとすると、その内容を示してください。

質問（３）障害者部会の報告書では、介護保険優先について、以下のような記述が行われ、国会審議の厚労省側答弁でも同じ内容が語られました。
　「日本の社会保障は、自助を基本としつつ、共助が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に社会福祉等の公助が補完する仕組みを基本とすることを踏まえると、現行の介護保険優先原則を維持することは一定の合理性があると考えられる。」
①社会保障に自助が含まれている書き方に強い違和感を感じますが、厚労省の見解を示してください。
②ここでは、介護保険という社会保険を「共助」としているようですが、公的社会保障として始まった社会保険方式がいつから「共助」になったのですか。また、社会保険方式が「共助」であるという法的根拠はありますか。
③「共助」が「公助」に優先するという法的根拠はありますか。
④介護保険優先を護持する姿勢は、「障害者自立支援法違憲訴訟に係る基本合意」と「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」に反します。このことについての厚労省の見解を求めます。