

平成 27 年第 2 回定例会 厚生常任委員会

平成 27 年 5 月 21 日

亀井委員

未病の具体的な取組の中で、こころの未病が特出しされ、こころの未病を治す取組として、うつ病や自殺を予防するために地域での連携強化を行うと記載されていますが、地域での連携強化とはどのようなことを想定していますか。

保健予防課長

地域での連携強化については、地域で診察を行っているクリニックなどのかかりつけ医や精神科の医療機関等との連携を強化する取組を考えています。

具体的には、平成 20 年度から、県医師会に委託し、各地域の身体科の開業医、いわゆるかかりつけ医に対し、うつ病等の精神疾患について理解を深め、必要があれば精神科の医療機関を紹介する方法を周知するため、研修を行っています。

平成 26 年度末現在、延べ 2,034 名のかかりつけ医に受講いただきました。

亀井委員

かかりつけ医と精神科医の連携ということですが、未病に関する取組とも関連があるのでしょうか。

保健予防課長

かかりつけ医には、身体的な症状があって受診する患者が多いと思われませんが、その症状が、精神的なものから来ている可能性もあります。

そうした場合に、うつ病等の精神疾患に理解を持ったかかりつけ医が、症状が精神的な原因によるものかもしれないと考えて精神科医につなげることで、こころの未病の段階、または精神疾患の初期の段階で対応することができます。

亀井委員

かかりつけ医が研修を受けることによって、精神科とうまく連携がとれればいいのですが、例えば皮膚科や消化器科、内科といった、心療内科とは関係ない医師が、精神疾患の端緒を見付け、精神科医と連携をとるのは、現実問題としては非常に難しいのではないかと思います。研修を受けたからといって、患者の症状をみて、心療内科を案内すべきかどうかを判断できる医師は、ごく一部だけなのではないかと思いますが、いかがですか。

保健予防課長

かかりつけ医は、患者に身近な位置付けにあり、いち早く患者の状態を知ることができることから、自身の管轄外のことで、知識を得て、専門医につなげるということに前向きであると考えています。

うつ病対応力向上研修を受講するかかりつけ医は、毎年 300 名程度います。参加者は、自ら積極的に受講されており、研修を受けるだけで生かされないということはないと思っています。

県では、この研修を受けたかかりつけ医の、翌年度の精神科への紹介状況を調査しており、紹介の対象となる患者がいなかったという場合を除いて、必要性を感じた場合には、ほとんどの医師が、精神科医への紹介を行っていることが確認されたことから、かかりつけ医と精神科医との連携はおおむねとれていると考えています。

亀井委員

調査の結果、かかりつけ医と精神科医との連携は、徐々が増えていると理解してよろしいですか。

また、研修について、1回の受講で精神疾患の端緒を認識できるようになればよいのですが、そういうことは、繰り返し行うことが必要ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

保健予防課長

調査は、研修を受けた翌年しか行っていないので、翌年の状況で判断するしかありませんが、その結果によれば、精神科医との連携件数は増えています。

また、うつ病対応力向上研修は、受講したかかりつけ医が再受講することを否定していませんので、必要に応じて再受講も可能ですが、再受講の実績については、把握していません。

亀井委員

未病には、こころが原因のものも、身体が原因のものも考えられるので、かかりつけ医がうつ病対応力向上研修を受けて、必要により精神科医と連携をとることが望ましいと考えますので、引き続きこの取組を進めていただき、2年後以降の統計をとるなどして、次のステップアップにつなげていただきたいと思います。

次に、プロジェクトの2番目の医療における重粒子線治療についてお尋ねします。

重粒子線治療などの最先端医療を提供する、メディカルツーリズムの実現を検討するとのことですが、これは、県民への重粒子線治療の提供を確保し、運用が安定した上で、メディカルツーリズムへの活用を行っていくという理解でよろしいですか。

県立病院課長

重粒子線治療については、12月の開始を予定しており、県内の患者さんを対象として、円滑に進めていきたいと考えています。

一方、メディカルツーリズムについては、外国人患者を受け入れるには、様々な課題があります。例えば、外国人患者の場合、自己負担が多く、渡航の手続きも必要になる、重粒子線治療の場合、治療に適さないケースがある、カウンターパートとなる外国の拠点病院を確保しなければならない、受入側としても専門の職員を配置しなければならないといったことです。こういった課題をできるだけ早く解決し、メディカルツーリズムの実施を進めていきたいと考えています。

亀井委員

県民の利用を確保しつつ、メディカルツーリズムを行うことができ、その効果を県民に還元できるのであれば、しっかりと優先順位をつけて、進めていただきたいと思います。

次に、重粒子線治療の費用についてお尋ねします。病院機構の中期計画では、350万円とされていますが、この金額は、患者の経済的負担が非常に大きく、負担軽減策が必要と考えますが、他の先行施設で行っている負担軽減策があれば、教えてください。

県立病院課長

先行して重粒子線治療を行っている施設は、全国に4箇所あり、順にご説明します。

まず、国が運営する法医学研究所では、独自の負担軽減策は実施していません。

次に、兵庫県が設置している兵庫県立粒子線医療センターについては、治療費を、資金から無利子で貸し付けるという制度を設けています。

群馬大学では、患者が治療費を民間の金融機関から借りた場合、利子補給を行っています。

最後に、佐賀県にある九州国際重粒子線がん治療センターでは、治療の減額制度を、佐賀県と鳥栖市がそれぞれ設けており、佐賀県は県民に対して30万円、鳥栖市は鳥栖市民に対して20万円の減額を行っています。また、佐賀の九州重粒子線センターでは利子補給の制度も設けています。

ご説明のとおり、先行施設の例ですと、治療費の無利子の貸付け、利子の補給、治療費の減額の、大きく3種類のメニューが実施されています。

亀井委員

他の先行施設の負担軽減策を踏まえ、本県では、どのような対応を検討しているのか、聞かせてください。

県立病院課長

他の先行施設の例を参考に議論を行っておりますが、具体的な内容については、もう少しお時間を頂きたいと思いますが、重粒子線治療施設や、それに類する陽子線治療施設での実績によると、治療費を減額する制度を利用する患者が多い傾向にあります。

一方、利子の補給については、年に数件程度の実績にとどまり、この制度が、患者のニーズにマッチしているのか、検討が必要かと考えます。

亀井委員

利子補給に関しては、がん患者が、市中の銀行から融資を受けるということ自体が、非常に難しいのが原因ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

県立病院課長

民間の金融機関が、がん患者に融資を行うというのは、正直リスクが高いのではないかと思います。なぜ、利子補給の件数が、他の軽減制度に比べて伸びていないのかということは、先行施設もなかなか明かしてくれませんが、御指摘いただいた点も、その背景にあることも考えられます。

亀井委員

先行例も参考に、県民に使い勝手のいい軽減策を用意してもらいたいと思います。費用が原因で利用されないとなると、何のためにつくったのかと疑問視されるので、12月の稼働に向けしっかり検討してください。

次に、プロジェクト編の高齢者福祉における地域包括ケアシステムの構築に向けた取組についてお尋ねします。

かながわグランドデザイン実施計画のプロジェクト編の、特別養護老人ホームの整備床数やベッド数の数値目標は、どのような考え方で算出したのでしょうか。

高齢施設課長

特別養護老人ホームの整備床数は、2018年度までに3万8,000床とすると記載していますが、2015年度から2017年度の3年間については、第6期かながわ高齢者保健福祉計画の策定時に、各市町村が住民のニーズなどを基に推計した必要な床数を積み上げ、県が広域的な調整を行った上で、計画数として定めたものです。

また、2018年度については、現時点では、市町村の精緻な推計は行われていないため、過去のかながわ高齢者保健福祉計画の計画初年度の実績などを勘案して求めた数値を、総合計画の数値目標としたものです。

亀井委員

特別養護老人ホームの数は、前回の計画と比較して、増えるのでしょうか。減るのでしょうか。

高齢施設課長

前回の総合計画の計画期間は、第5期かながわ高齢者保健福祉計画の期間と重なっており、整備目標は5,083床としていました。これを約5,100床とします。

一方、今回の計画期間は4年間で、4年間分を見ると、整備目標が4,683床の増で、前回と比べて400床の減となりますが、計画期間も違いますので、より正確に比べるため、第6期かながわ高齢者保健福祉計画の期間と比較すると、第6期の整備目標は4,057床で、約4,100床となります。第5期は5,100床、第6期は4,100床となり、約1,000床の減となります。

亀井委員

同じく、在宅サービスの一つである、小規模多機能型居宅介護サービスの利用者数の数値目標は、どのように算出されたものか、教えてください。

高齢社会課長

小規模多機能型居宅介護サービスの利用者数は、特別養護老人ホームの整備床数とほぼ同じ考え方で算出しており、最初の3年間分は、かながわ高齢者保健福祉計画の策定時に、市町村が見込んだ介護保険計画のサービス量をまとめたもので、平成28年度については、現時点では、まだ市町村の精緻な推計は行われていませんが、在宅サービスは今後益々増えていくものと考え、これまでの3年間の推計値を伸ばして、利用者の目標値を設定しました。

亀井委員

在宅サービスと施設サービスは、地域包括ケアシステムの構築という観点から、在宅サービスが増えた分、施設サービスが減るという関係にあるのでしょうか。

高齢社会課長

在宅サービスと施設サービスの利用見込みは、介護保険の保険者である市町村が計画しています。いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年のサービス水準なども考え合わせ、地域包括ケアの構築に必要なサービス量を、計画的に見込んでいます。

在宅サービスが増えれば施設サービスが減るといった、一対一の関係ではないので、地域の特徴を踏まえ、中長期的な視点を持って必要なサービスが提供

できるよう、在宅サービスと施設サービスを整備していくこととなります。

亀井委員

地域包括ケアシステムについて、国は、病院の完結型から、病棟から地域に移行し、最後は在宅にという方向性を打ち出しています。市町村の考えが反映されているのは理解していますが、県として、今後、在宅サービスと施設サービスの関係はどのようになっていくと考えているのか、教えてください。

高齢社会課長

地域包括ケアシステムの構築を推進するということは、高齢者の方が住み慣れた地域で生活を維持できるようにしていくということです。従って、今後、地域において、75歳以上の高齢者や認知症の高齢者など、医療と介護の両方を必要とする方が増加することが見込まれることから、定期巡回、随時対応型の訪問介護や小規模多機能など、在宅での生活を支えていくためのサービスを普及拡大していく必要があると考えています。

しかし、常時介護が必要で、在宅での生活が困難な、重度の高齢者の方のための施設も重要と考えており、在宅サービスと同様に、必要な施設整備も継続して進めていくべきだと考えています。

亀井委員

特別養護老人ホームと、24時間の訪問介護や看護、小規模多機能とでは、利益率が違うため、運営者側のことを考えると、在宅サービスへの参入はなかなか進まないのではないかと懸念されますので、そういった観点をしっかりと踏まえた上で、県民に親しまれる地域包括ケアシステムを構築していただくようお願いいたします。