

平成 26 年第 2 回定例会 教育・社会問題対策特別委員会

平成 26 年 7 月 1 日

亀井委員

まず、自殺対策の取組について何点かお聞きしたいと思います。
資料の 26 ページですが、重点施策の中の鬱病対策として、かかりつけ医うつ病対応力向上研修とありますけれども、鬱病の診断・治療・地域連携等、研修を実施しているとはありますが、その地域連携の方法について伺います。

保健予防課長

かかりつけ医うつ病対応力向上研修の場で、かかりつけ医に対しまして受診している患者を精神科に紹介する際のシステム図を記載した患者情報提供書というものを配布してございます。患者情報提供書の中には 2 項目の質問がございまして、そうした質問による指導のスクリーニング、それから、精神科に紹介するに当たって精神科医が把握しておきたい身体疾患の調査結果等を記載項目としております。これにつきましては、かかりつけ医が記入して、患者が紹介された精神科に持参することとなっております。

なお、参考までに、内科医等のかかりつけ医が患者の状況を見て精神科に紹介することを判断した場合、かかりつけ医が精神科に連絡をすると同時に予約をとることで、診療報酬も加算されるということになってございます。

亀井委員

1,786 人の医師が受講したと、平成 26 年 3 月末時点ということなのではございますけれども、私は、現実問題を考えると、この医者、例えば内科の医者でもいいし、消化器系の医者でもいいし、外科でもいいのですけれども、そういう医者って、自分の専門の患者を診ることで精一杯というか、手一杯になってしまい、その方は本当に鬱病の患者なのだろうかとか、自殺に関して結構危険な方なのだろうかということ、実際問題はそこまで診られないのではないかと思いますけれども、ただ、このお医者さんたちがもちろんこういう研修を受けるのはいいのだけれども、受けっ放しだと意味がないかなと思います、その辺のところはどう考えていますか。

保健予防課長

実は、かかりつけ医の研修を受講した方には、受講した翌年度だけなのですが、精神科医の紹介状況について調査をしております。そうした中では、平成 24 年度に受講した方の調査結果ですと、125 名のお医者さんから回収がされましたが、先ほど申し上げました診療報酬、診療情報提供料と申しますが、これを受ける形で精神科に紹介された患者さんが 14 名、それから、こうしたことをしないで精神科を紹介した患者さんの数は 21 名ございました。二つを合計すると、延べ 35 名の患者が精神科につながったこととなります。

同じ調査で、もともと紹介したい患者がいなかったかどうか聞いてございますが、こちらについて、紹介したい患者がいなかったという回答をした医師は 125

名中 85 名でしたので、単純に考えますと、患者を紹介したいと思ったかかりつけ医が 40 名いたということになりますので、40 名のうち、何らかの方法で精神科に紹介された患者が 35 名。これが多いか少ないかというのはございますが、何らかの方法で精神科に紹介された患者は 35 名いましたので、連携は少ないながらもできているのかなと考えてございます。

なお、この状況は、アンケートをとったのは研修を受けた 1 年目だけですので、2 年目、3 年目にこの状況が続くようであれば、連携が進んでいくのではないかとこのように考えてございます。

亀井委員

連携はとれていると思われているので、今後引き続き、ですから、そういうふうな形のデータを集めて、本当にできているかどうか、例えば、この 125 名のうち 85 名は、要するに連携しなくていいと思っていると。この 85 名のうち、忙しくて連携どころではないよというお医者さんが、もしかしたら何割かいると思うのですよ。そういう方々にもしっかりと啓発できるようなことにならないと、これは 125 名だけで 1,786 名の割合にしたらもっと増えるわけではないですか。そのもっと増えた中でパーセンテージが高いようだ、研修の意味が本当にあるのかという話になってしまいますから、その辺のところはシビアに見ていただきたいなと思います。

次ですが、自死遺族のことも書かれていまして、自死遺族のフォローもすごく大切だと思うんですね。これはもう釈迦に説法では済みません。自殺と違って、例えば病気で、例えば、がんで闘病されていて亡くなった場合は闘病の時間がありますから、その間に遺族の方は心の準備ができるのかなとは思いますが、ある意味で。でも、自死の場合は、これは、朝、行ってきますと出て行って、次の瞬間亡くなっていると。家族にしてみたら、何の心の準備もできていないよというふうなことです。やっぱり自死遺族のフォローというのは精神的な、メンタル的なフォローから始まって、非常に大切だと思いますけれども、この自死遺族ということに関しては、例えば御家族、身内を含めた御家族もいらっしゃるし、あとは、例えば職場だったら同僚の方だってそうだと思うんですね、幅広く言えば。あとは、学校だったら児童とか、生徒だってそうだと思うし、例えば、先ほども町内会とか自治会の話も出ていますけれども、町内会館で自殺しちゃっているということも聞くこともあるんですよ。そうすると、町内の方々も自死遺族だというふうなことになったわけですね。私が今、事例を挙げたんですけれども、その方々を例えばどうやってフォローするのかというのを分かる範囲でちょっと教えていただけますか。

保健予防課長

自死遺族の支援につきましては、個別に誰が自死遺族だというふうに決めることはなく、自死遺族の集い、それから大切な方を自死で亡くされた方の専用の相談窓口、ホットライン等をつくって対応しているところです。ですので、必ずしも、例えば亡くなってそばにいられた方が直接の身内の方ではなかったとしても、そ

ういう方が自死遺族の集いとか電話相談等に御連絡いただくことによって、その方の自死遺族に準じた支援というものはさせていただいているというところがございます。

亀井委員

では、例えば、学校の児童だとか生徒はどうするのですか。

教室で1人亡くなっちゃったと。そのときの児童、生徒に対してのフォローは。

子ども教育支援課長

そういった場合にはスクールカウンセラー等がお話を聞く。あと、私の方にも緊急支援チーム等ございますので、必要に応じて市町村の要請があれば、そちらの方を派遣させていただいております。

亀井委員

スクールカウンセラーとか、家族を含めたら、もしかしたら、もうちょっと広い範囲での先生方の連携とかもあるし、そういう形でフォローしていかなければいけないですから、その場その場においてこういう体制ができていますではなくて、臨機応変にお願いしたいなと思っているんですよ。職場の同僚もそうだし、地域の皆さんもそうなので、その辺のところはしっかりと臨機応変にお願いしたいと思います。

あと、資料の22ページの地域自殺対策緊急強化基金については、自殺対策というのは国から交付金を受けて県の基金を造成して活用しているということですがけれども、現時点では国からの交付金の期限は平成26年度までとなっていますけれども、国からの交付金が平成26年度でなくなると仮定した場合、もうこれで終わってしまうと仮定した場合に、それから県としては、要するに交付金はなくなっているのですけれども、そうなった後、どう今のこの体制を維持しながらソフトランディングさせていきますか。

保健予防課長

基金が現実、今年度末でなくなると、もしそうなった場合につきましては、私どもとしては自殺対策をやめてしまうわけにはいきませんので、引き続き自殺対策がとれるように、これは基金、財源の話になりますが、そういったことも含めて庁内で検討していかないといけないと思っています。ただ、それと同時に、基金がいずれなくなるということも踏まえて、例えば、ゲートキーパー養成研修のコーチについては自前でやるとか、それから、普及啓発については、できるだけお金がかからない県のホームページでやるとか、それから、昨年度、普及啓発のための映像CMを作らせていただきました。こうした映像CMを作ったコンセプトとしては、長期にわたり普及啓発ができるものという形でCMを作らせていただきました。こうしたものも基金がなくなった後は普及啓発に積極的に活用していきたいと考えてございます。

いずれにしても、現実的に基金がなくなることになれば、早急に自殺対策を継続できる財源を考えながら、庁内で早急に検討していかなくてはならないと考えてございます。

亀井委員

今おっしゃっていただいた、ゲートキーパー研修なんかにしても財源のことはあるのですけれども、それも是非ゲートキーパーをどんどん養成していただくのは周りの方々の啓発という意識の向上という意味で非常に良いことではあるけれども、そういう方々が実際にどういうことができるのか。さっきのお医者さんのかかりつけ医の研修ではないですけれども、実際にかかりつけ医の研修を受けたお医者さんが、実際に本当に自殺予防に対してはしっかりと成果を発揮したのかということをしかりと視点を置いて、取組を継続していただきたいことを要望します。次に、地域包括ケアシステムについて何点かお聞きしたいと思います。

まず、地域包括ケアシステムは医療、介護、介護予防、住まい、生活支援といったサービスを切れ目なく提供するという一方で、その担い手には医療や介護の専門職だけでなく、多種多様な担い手が必要とは考えますが、県はどのような担い手を育成していこうと思っておりますか。

高齢社会課長

地域包括ケアシステムによって、各種のサービスが適切に提供されるためには、地域包括支援センターが、こちらが中核機関として高齢者の総合相談であったり介護予防のケアマネジメント等を効果的かつ効率的にさせることが重要となってまいります。また、今後、地域包括ケアシステムの構築に必要とされる在宅医療と介護を一体的に提供する体制づくりですとか、単身高齢者の生活支援のためのサービスの提供の充実につきましても地域包括支援センターが中心的な役割を担うこととなります。その重要性はますます増してまいります。

これまで、県といたしましては、地域包括支援センターの職員に対して、地域包括支援センター職員養成研修ということで研修を実施してまいりましたけれども、これからますます重要性が増してまいりますので、こちらの地域包括支援センターの職員を対象に、これまでの研修に加えて、現状の課題や今後地域包括支援センターに求められる役割が意識できるように研修を充実させて、地域包括ケアシステムの中核となるように地域包括支援センターの職員を育成していきたいと思っております。

こういった地域包括支援センターの職員を育成することによりまして、市町村による様々な担い手の育成を後方から支援してまいりたいと考えてございます。

亀井委員

地域包括支援センターの重要性がますます高まるだろうという話で、そのための人材育成も必要だという話ですけれども、地域包括ケアシステムは、在宅医療を提供する医療の機関と、あとは医療と介護の連携が、やっぱり今まで以上に必要になってくると思うんですね。そういう意味からは、医療サイドからの取組と介護サイドからの取組の垣根をなくさないといけないので、両サイドから、両にらみでやっぱり活動していかないといけないなと思っております。そのための県の取組、県ができることとか、県がやらなければいけないことはどういうことですか。人材育成の観点を含めて、お答えいただければと思います。

医療課副課長

医療サイドから見た人材、取組について御説明をさせていただきます。

在宅医療と介護の連携を進めるためには、在宅医療、介護に関わる方々の連携の強化ですとか、また、従事される方の養成、資質の向上、さらには地域住民の皆様の意識の向上などが必要となると考えております。

こうしたことから、市町村が主体となりまして、地域の医師会の方など、医療関係者と連携して取り組む在宅医療連携拠点づくりに向けた取組に対して助成する事業を、県では実施しております。

この事業で具体的に助成の対象となる事業といたしましては、在宅医療推進のための関係者による会議の開催ですとか、また、在宅医療について市民の皆さんから相談を受ける相談窓口の設置、さらには、地域における在宅医療の取組ですとか各職種の方が担う役割などについて、地域の住民の方々に対して普及啓発する事業、こうした事業が補助の対象となっていることでございます。

地域福祉課長

主任介護支援専門員という介護サイドからの人材がございまして、こちらは地域包括支援センターに配置される専門職ということで、地域における包括的、継続的マネジメントの中核として、社会福祉士とか保健師とともに、高齢者、家族の個別指導とか相談、地域の介護支援専門員のネットワークの構築とか、いろいろ困難事例の対応等の業務に当たる職がございまして、この主任介護支援専門員ですけれども、平成17年の介護保険法の改正によりまして新しくできた資格でございまして、3年以上ケアマネとして、介護支援専門員としての経験がある人が指定の研修を受講、修了することで取得するとされておる職です。県では、市町村による地域包括センター設置促進を図るために、この資格を取得するための研修を実施しております。平成18年度からNPO法人の神奈川県介護支援専門員協会に委託して実施しておるんですが、これまでの研修受講者ですが延べ2,523名が修了している、こんな状況でございます。

亀井委員

これから地域包括ケアシステムの取組が本格化していきますけれども、医療と介護との連携ですよね。あと、例えば介護人材とか看護人材というのも今、不足している状態なので、我が会派が主張しているように、介護ロボットなんていうのがこれから、介護だけではなくて医療ロボットとか災害用ロボットとかいろいろありますけれども、この場では介護ロボットかなと思いますが、介護ロボットとかということになると、医療と介護の連携だけじゃなくて、ロボットなんていうのは工学の世界だから、医療と工学との連携というか、医工連携というか、介護と工学との連携みたいなところですのでごく三位一体的に連携していかないといけないと思うので、これから本当にますますそういう部分では、人材も少ない中で、更に守備範囲が広がるということもあるので、是非そこはしっかりと取り組んでいただきたいということを要望したいと思います。

あと、最後ですが、さっき特別養護老人ホームの待機者の話も出ていましたけれ

ども、今も特養の待機者の話で、待機者が今増えている状態で、さらに先ほどの質問でも、特養の入所に関しては要介護3以上の方々が基本的には入るという話もありましたよね。

私も以前質問させていただいて、特別養護老人ホームの形態ですけれども、多床室とユニット型というのが二つあって、私の主張としては、ユニット型から多床室にした方がいいのではないかと。それは少しでも待機者を減らすためには、たくさん入れるようなシステムにした方がいいと主張させていただいて、今まで県もそのような取組をしてくれていたのかなと思います。今後、例えば地域包括ケアシステムという趣旨からすると、高齢者の尊厳の保持とか高齢者のプライバシーの尊重とか、その辺のところ、更に言えば、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続するというような意味からすると、ユニット型と多床室と比べた場合に、おのずと答えがユニット型の方なのかなと出てしまうわけですが、そうすると、特養に入る方々というのは要介護3以上の方々ということで非常に狭まった状態でこの施設サービスを提供するということになるのですが、今後の県の方針としてはユニット型なのか多床室なのかということに関してどうなのか。仮にユニット型となったときに、非常に狭まった範囲での施設サービスになりますけれども、その点について県はどのように考えていますか。

高齢施設課長

ただいまの御質問でございますが、現在、条例の中で、原則はユニット型の個室ということで、ただ、経過措置がございまして、今年度末までは多床室も作れるという経過措置がございまして、これが今年度末でこの経過措置が切れますので、来年度以降につきましてどうするかということについて現在検討しているところでございます。今の時点では、まだユニット型で全部やるということで決まるところではございません。

亀井委員

もう一つの質問としては、仮にユニット型となった場合に、要介護3以上という形で限られた人しか入れない。さらに、ユニット型になったらますます狭まってしまうので、県としてはやっぱりそれをしっかりと認識して活動しないといけないし、取組をしないといけないと思いますが、県のスタンスはどうなんでしょうか。

高齢施設課長

今、御指摘の中で、特にユニット型の場合はホテルコストが非常に高いということで、低所得の方が非常に入りにくいという状況がございまして。という中で、実際どうしていくかというのは、現時点では、まだ県としては最終的な結論は出してございませんので、これから事業者の方、それから入居申込者の方、それから市町村、あるいは学識経験者、そういった方に意見を伺った上で、最終的に県としてどうするかというのを決めたいと考えてございます。