

○加藤裕康副議長 質疑質問を続行いたします。

四十二番 高木真理議員

〔四十二番 高木真理議員登壇〕(拍手起こる)

◆四十二番(高木真理議員)

民主党・無所属の会の高木真理です。いただきました任期最後の議会で一般質問の機会をいただくことができました。県の仕事には長期的な視野を持って取り組んでいかなければならないものが多いと感じています。子供たちの世代が育っていく未来に安心できる元気な埼玉県を手渡したいという思いを込めて、質問させていただきます。御回答よろしく願いいたします。

一、医療の安心に向けて。

埼玉県は、全国一のスピードで高齢化が進むと言われていて、日本の高齢化が世界一のスピードと言われているので、つまり本県の高齢化は世界一とも言えます。十年後の二〇二五年に、五年前の二〇一〇年に比べて七十五歳以上の人口が約二倍に迫り、十五年後の二〇三〇年には二倍を超えることが予想されています。高齢者の医療需要は高いので、これだけの需要増に埼玉県の医療供給が追いつくのかという深刻な課題に本県は直面していることとなります。

来年度予算では、正に「課題解決 先手先行予算」ということで、この課題に対応すべく施策が盛り込まれました。正に時宜にかなった予算と評価しますが、この未来の医療の安心に向けてどう手を打っていくのか、以下詳しく伺いたいと思います。

(一)十年後に目指す医療の形について。

さて、国では、このたび消費税の増税分を社会保障の充実に回すとして医療介護法が整備されました。この中で、将来の医療需要を見越して、二次医療圏ごとの各医療機能の将来の必要量などを定める地域医療ビジョンの策定がこれから行われることになっています。この地域医療ビジョンの策定については、間もなく国から示されるガイドラインを参照しながら数字を精査して作っていくということなので現段階では踏み込みませんが、いずれにしても埼玉県がこの高齢者人口の予測を前提にして、どのように本県の医療需要量を満たしていくかという想定を持つことは重要と考えます。

ちなみに本県は、有名になっている人口当たりの医師数が全国一少ないということのほかにも、人口当たりでいうと看護師数も全国最低、診療所の数も最低、病院の一般病床数も最低です。とにかく医療資源が全国最低量である現状から出発しなければなりません。そうであればこそ効率的に医療資源を配分して、最大限の効果を発揮しなければなりませんから、どのような資源配分の在り方が有効なのか、目指すべき姿、方向を定めておくこと

は極めて重要と考えます。

そこで伺います。十年後に予想される本県の人口構成に基づき、病院、病床というものをどのくらい増やしていく必要があると考えているか、方向性をお聞かせください。また、診療所、医師、看護師といった医療資源も大幅に必要なと考えます。在宅診療医や訪問看護師といった在宅診療の医療資源の皆さんにどのくらい担ってもらっても医療の方向が変わってきます。目指す姿について、知事、お答えください。

(二)効率的な救急ネットワークの構築に向けて。

次に、医療資源の不足が一番如実に出てくる救急医療について伺います。

救急の現場で受入れがスムーズにいかない問題については、本県でもタブレット端末の配備で改善を行ったり、二回以上断られたケースを全て受け入れることとする拠点病院の整備を進めるなど、御努力いただいていることは率直に評価したいと思います。

さて、その上で少ない医療資源であるからこそ、極めて効率的な仕組みを整える必要があると私は考えています。私たちの会派では、京都で断らない救急を実践している洛和会音羽病院を視察させていただきました。ここでは救急状態の患者さんは、どんな症状のものでも専門にかかわらず診断できる訓練を受けた総合医の先生が診察する仕組みを作り、全ての救急搬送を受け入れていました。そして、次々搬送されてくる患者さんを受け入れるべく、常にベッドを空けられるように近隣の病院との連携を図り、救急期を脱した患者さんをすぐに転院させていくコーディネートを行っていることも聞かせてもらいました。受入れをする近隣病院でも、音羽病院から来る救急期後の患者さんを受け入れられるように、常にベッドを空けていく取組が必要になってきます。

この断らない救急拠点病院を中心としたネットワークを各地にしっかりつくるのが重要です。県では、現在拠点病院を十二か所に増やすべく努力中とのことでありますし、来年度予算には近隣で拠点病院からの患者受入れをする病院の整備のための予算も盛り込んでいるところですが、そこで伺います。

まず、十二か所でも大変なのだと思いますが、本来的にはもっと多くの拠点が必要ではないでしょうか。また、拠点病院は全ての診療科を受けられることができる契約なのでしょう。連携病院が受入れのためのベッドを用意するために、更に在宅診療に回していく必要もあるかと思いますが、その観点での在宅診療の受入状況はどうなっているのか、保健医療部長に伺います。

(三)在宅医療を広げていくために。

ここまでの質問でも、これからの医療需要に役立てていくには在宅診療の充実が必要になってくる旨述べさせていただきましたが、今回提案された予算ではこの点にも着目した予算になっていることは評価します。特に在宅の患者さんの容体に変化して入院が必要になった場合、受入れベッドがあるか否かは現場の在宅診療医にとって大きな問題だったので、この空床準備のための費用が県から出されることになったことは歓迎します。

さて、その上で在宅医療を進めていくには、訪問看護の充実も欠かせません。平成二十

四年末で本県で仕事をしている看護師は五万五千九百八十五人で、うち訪問看護ステーションで勤務する看護師は二・三パーセントの一千三百二人にとどまっています。もともと全体の看護師さんも医師同様不足している埼玉県ですが、訪問看護に携わる看護師さんを増やすために県が取り組んでいる内容について、保健医療部長、お答えください。

(四)認知症患者の入院受入れについて。

高齢者の増加に伴い、認知症の患者さんが増えることも予想されています。国でもあえてオレンジプランの計画期間中に新オレンジプランが発表されるなど、対応の強化を図っているところです。しかし、認知症は精神疾患という位置付けになり、実際診療所のお医者さんが高齢の患者さんの入院、手術が必要だと判断した際に、認知症があると入院を受け入れないというケースが多発していると現場の複数のお医者さんから伺いました。確かに精神疾患を伴う患者さんの入院には、身体疾患のみの患者さんの場合とは異なる対応が必要になり、病院としては大変と感じるのだと思います。しかし、精神疾患があると身体治療の受入れがなかなか決まらないというのはゆゆしき事態です。この問題の実態を調査し、必要な対応策をとる必要があると考えますが、保健医療部長に考えをお聞きします。

二番、精神科病棟から地域での暮らしへ。

日本における精神科の入院患者数の多さは、OECD諸国と比較して群を抜いています。こちらのパネルを御覧ください。一番上がこれ日本になっています。OECD平均は十万人当たり六十八床であるところ、日本では二百六十九床、約四倍です。世界では精神障害者を病院に囲い込むのではなく、地域で暮らせる方向へと流れが進みました。日本でも脱施設化を目指して診療報酬の改定、グループホームの整備促進、退院支援のための精神保健福祉士の配置、障害者就業・生活支援センターの整備などを進めてきていますが、それでも世界の中で突出した入院者数という現状を変えるには至っていません。

そんな中、国では精神科病院の敷地内にグループホームの設置へという危惧すべき動きが出てきています。これについては、昨日の代表質問で我が会派の吉田代表が取り上げましたので、答弁内容には疑問も感じましたが、私は病院内のグループホームではなく、退院を促進して地域で暮らせる態勢をいかに作っていくかという点について幾つか質問させていただきます。

(一)長期入院者の退院促進のためにできること。

本県の平成二十四年六月末現在の精神科病棟入院者数は一万三千百八十四人、うち一年を超える長期入院者は八千二百九十八人です。近年、早期退院を促すために診療報酬も三か月以内なら三百六十点、三か月から六か月で百五十点、六か月以上で八十点とかなりの傾斜配分となり、入院患者さんの約三分の一は一年以内の退院になってきているとも言われます。もちろん、病状から一年を超えての入院治療が必要な方がいらっしゃるのとは否定をしませんが、イギリスの先行的な調査によれば、十万人当たり十八人程度ではないかという数字もあります。

国際的に見ても異様に多い入院患者数に鑑みると、過去にこの国の医療制度が許してしまった長期入院が、患者さん一人一人から退院の意思や生活力を奪ってしまった結果ではないかと思えます。一年を超える入院患者さんには定期病状報告が義務付けられており、審査会ではその内容を審査して、入院延長が適切か否かを諮ることになっていますが、病院側で医療が必要と書いてしまえばそれまでです。

患者さんから退院希望を申し出られる仕組みも作られていますが、実際長期入院を経て退院を果たした患者さんの体験談からは「退院したいなどと口にしたら、また保護室に入れられるのではと怖くて言えなかった」とか、「病院での生活が長くなり過ぎて、外に出て暮らすのは怖くなっていた」などの声が聞かれます。つまり、病状的には安定していて退院が可能な患者さんでも、患者さんが言い出せず、医療側が困ってしまえばそれまでですし、医療側としても生活力を既に失っている患者さんを改めて退院させるにはエネルギーが要ることもあるようです。

そうした構造上の問題がある中で、長期入院者の退院促進のために行政ができることは限られているかもしれません。しかし、真に入院が必要な長期入院患者さん以外を入院させていたら、つまり三分の二もの入院患者数を抱えていたら経営が成り立たなくなるような診療報酬に改定すべく、国に働き掛けてほしいと思えますが、保健医療部長の御見解を伺います。

(二)地域で暮らすために必要なこと。

この問題でよく言われるのは、退院させて地域で暮らせるようにといても、その受入態勢が整っていないではないかということです。まず、具体的には、グループホームなどの設置が進んでいるか、また、単身で居住する際の支援の体制が整っているかということがあると思えます。

本県では、第三期障害者支援計画に沿った精神障害者が利用するグループホームの整備について、順調に進んでいると聞きますが、入居状況から判断して計画の数値自体が必要に照らすと足りていないのではないかという感触はないのか、福祉部長、お聞かせください。

また、立地が土地の価格の影響で偏っている状況があらうかと思えますが、この点の改善に向けた取組についても、福祉部長、併せてお聞かせください。

加えて、現在県営団地は、団地再生事業で既存住宅を高層化して生み出された土地を地域の必要に応じて新たな目的で活用する方向と聞いていますが、この土地に精神障害者の皆さんのグループホームを造っていくことはできないでしょうか、都市整備部長に伺います。

そして、退院した患者さんが家族と暮らすという場合、家族側にも支援が必要です。退院が進まない理由に、家族が引き取るのを嫌がって入院させておいてくれというケースが残念ながら多くありますが、症状が不安定になった際に、どう対応していいのか困るから引き取れないという家族の不安は理解できます。こうした不安を解消するために、家族をサポートする仕組みは作れないか、福祉部長に伺います。

さらに、精神症状を抱えながら生活する皆さんの中には通院で医療を受け続ける方もいらっしゃると思いますが、中には引きこもってしまい通院ができないケースや、そうした時期がある方もいらっしゃいます。こうした場合に今ACT、アサーティブ・コミュニティ・トリートメント(包括型地域生活支援プログラム)という精神科医の訪問診療のみならず、訪問看護師、作業療法士、精神保健福祉士など多職種チームで地域社会に訪問し、治療やケアに当たる取組が注目されています。これは、アメリカにおける病棟から地域への取組の中で行われた治療、支援の仕組みを参考に、二〇〇三年に日本でもナショナルチームでの実践で始まったものです。現在では全国に二十一のACTがあります。県内にはさいたま市にあります。

これは、一人一人の精神障害者の方の力を皆で支えて引き出していく取組でもありますが、こうした実践が広がると更に退院の促進もされますし、医療につながるができずにいる引きこもりの方々にアプローチすることもできますし、家族にとっても心強い支援となります。ACTを行政主導で立ち上げるというわけにはなかなかいかないと思いますが、精神科の訪問診療に取り組む医療者を増やす、訪問看護で精神科の患者さんにも対応できるステーションを増やすなどの取組ができないか、保健医療部長に伺います。

三、初めての妊娠・出産・育児でも安心できる環境整備について。

今、初めての妊娠・出産・育児において、不安を抱えるお母さんが増えています。このうまくいかない不安は、時に母親を産後鬱にしまったり、赤ちゃんへの虐待を招いてしまったりします。子供が赤ちゃんのときに親子関係がうまく作れなければ、その後の子育てもうまくいきません。ましてや第二子、第三子を産もうという話にはなりません。ちなみに、埼玉県助産師会さいたま市地区での取組から数字を御紹介すると、助産師会で市内の出生数の約半分につき新生児訪問をされていますが、産後鬱が懸念されるケースが平成二十五年度の平均で一・六パーセントに上っています。また、産後鬱の診断の参考に活用されているエジンバラ産後鬱質問表の点数が九点以下であった場合でも、育児環境が心配なケースも一五・四パーセントあり、約四分の一のお母さんが何らかの支援が必要とされました。

昔は大家族の中での出産、子育てでしたので、いろいろアドバイスももらいながら赤ちゃんの扱い方を体得していきました。また、兄弟が多かった時代でもあり、自分が成長する過程でも赤ちゃんの世話を見て育ちました。周囲に頼りになる地域のおばさんたちが助けてくれることもあったでしょう。しかし、今はこういったことがなくなりました。核家族が多くなり、妊娠した場合も産前休暇までは職場と家の往復しかなかったので、地域に友達はいない。顔見知りの世話焼きおばさんもいない。出産後も夫が仕事に出かけた後は母子二人きりになってしまう。里帰り出産でさえ、女性の産む年齢が上がってきていることに伴って、その実母の年齢も上がり、年だから体がきつくて赤ちゃんの世話なんかとてもできないというケースが増えています。加えて、今産院では通常四日で退院するので、授乳がうまくいってもいなくてもとにかく退院となってしまいます。

こうした状況を支えるために支援が必要ということは言われてきていて、これまでも新生児訪問事業、こんにちは赤ちゃん事業、子育て支援センター設置など、孤立するお母さん

たちを救おうという取組はなされてきていて、一定の成果は上がっていると思います。しかし、比較的余力があるお母さんは自分で必要な支援を探し出せるけれども、つらい状況のお母さんほど幾ら母子手帳に支援サービスメニューが載っていても自分で探す余裕はなく、つらい状況の中でぼう然としている傾向があります。

そこで、一人一人のニーズ、家族状況に応じた支援ニーズを踏まえた情報提供をする必要があるのではないかとことです。言ってみれば、介護保険が複雑で何と何を利用するのが自分に合っているのか分からないけれども、とりあえず地域包括支援センターに行けばケアマネさんに必要なサービスをコーディネートしてもらえるとといったのと同じように、これを母子保健の分野でも実現させてはどうかということです。国でもこれを母子保健コーディネーターとして昨年、妊娠・出産包括支援モデル事業を展開しました。和光市が実践に移した取組を視察させていただきましたが、なるほどこれなら一人一人のお母さんが孤立せずに支えてもらえるという取組になっていました。

そして、来年度に向け、国は更に本格的な全国展開を目指して、妊娠出産包括支援事業として二十六年度補正で五十市町村、二十七年度予算で百五十市町村への適用を目指しているとのこと。これは、既存のサービスの流れをつなぐ取組なので、それほど予算をかけなくても各市町村で実施ができ、かつ効果の大きい事業です。和光市では、妊娠が分かって母子手帳をもらいに来た女性に母子手帳を渡すところから支援をスタートします。助産師さんや保健師さんがコーディネーターとして会話の中で、その女性が使えるサービスについて説明をしたり、困ったら同じ場所に相談に来られることを説明したり、どうも里帰り出産ができなそうだけれども大丈夫かなど、その後のフォローの必要性を探って支援につなげたりということをするそうです。

新生児訪問希望のはがきもできるだけ出しやすくするために、出生届を出しに来たお父さんでも書けるシンプルな内容にして、出生届を出した隣で子ども医療費の手続をする際に、すぐその場でも出してもらえる工夫もしています。また、これまで両親学級や赤ちゃん学級など別々の場所で実施されていた事業も各子育て支援センターに拠点を絞り、実際のお母さんが自分はその子育て支援センターに行けば、全ての相談やサービスにつながることができると分かるようにしたそうです。

是非、県内各市町村でこの和光市の成功例を基に実施できるよう、県から働き掛けをしてほしいと思いますが、いかがでしょうか。ただ情報を流すということにとどまらず、実際の実施に各地で結び付くような働き掛けをお願いしたいと思いますが、保健医療部長、御見解をお聞かせください。

さらに、和光市では産後ケア事業も実施しています。産後ケア事業の必要性については、二十五年十二月定例会で安藤議員が取り上げていました。産じょく期の体には休息が必要ですが、実際は数時間おきの授乳や泣いてはあやす赤ちゃんの対応で体力が必要です。こうした状況も里帰り出産であれば、実家の親に手伝ってもらって作ってもらった食事を食べたり、一部家事を減らしたりできますが、孤立して一人で子育てをするお母さんは全部をやらなくてはなりません。その上、うまくおっぱいをあげられない、赤ちゃんのあやし方が分からないという悩みを抱えていては、正に煮詰まるばかりです。

そこで、こうした産じょく期に助産院などに赤ちゃんと一緒に行って、時に赤ちゃんを見てもらったり、母乳のあげ方のコツを教えてもらったり、出してもらい食事を食べて体を休めたりして、日帰り又は一泊二日で過ごすことができれば少し体力的な余裕を取り戻し、赤ちゃんとの関わりにも自信が持てるようになります。

今、こうした産後ケアのサービスを求めるお母さんの声も大きくなり、そしてその必要性も大いに増しています。しかし、実際はこうした産じょく期ケアを実施している助産院さんもありますが、やはりプロが関わるものなので、例えば世田谷産後ケアセンターのケースでも、一泊二日で六万五千円負担しなければ利用できない内容になります。これでは普通のお母さんは利用できなくなってしまうので、世田谷区では九割を行政が補助して六千五百円で利用できるようにしているのですが、こうした補助を埼玉県全域で産後ケア券という形にして補助できないでしょうか。産後ケア券という形にすれば、自分は母乳指導に使いたい、乳房ケアに使いたい、産じょく期の家事サービスに使いたいと、いろいろな産後の母親のニーズに対応することができます。

市町村で展開したくとも、今財政力の差がある中ではなかなか産後ケアの分野に予算の支出ができないところは多いと思います。妊婦健診が券の形になって一定のサービスが保障されているように、産後ケアについても県内で一定のサービスが受けられる体制を整えてはと思いますが、いかがでしょうか。保健医療部長、是非前向きなお答えをお願いします。

四、新たな県立中高一貫校の設置について。

これから人口減少が確実に予想される日本において、一人一人の人材の貴重さは更に増してきます。この点において、未来の人材を育成する教育の重要性はますます増すばかりであり、これについては論を待たないと思います。しかし、一方で、この国では格差が拡大し、世帯収入が子供の進学にも影響を与える傾向が強まっています。

そこで、本県における中高一貫校の新たな設置について伺いたいと思います。

いわゆるトップ校の位置付けの中高一貫校が、首都圏では東京、神奈川、千葉ともに設置されています。本県だけありません。強いて言えば、さいたま市立浦和中高がそれに当たりますが、さいたま市在住者以外に受験資格は与えられていません。もちろん伊奈学園が唯一の中高一貫校として個性を伸ばしつつ、充実した教育を実践していることは評価します。また、伊奈学園中学校設置の条例制定時の平成十四年に、議会から「以降の中高一貫校の設置には慎重であるべし」とする附帯決議が委員会で上がっていることも知っています。しかし、ゆとり教育がスタートした平成十四年に出された決議は、これだけ公立中高一貫校のある程度の実績と評価が定着し、ゆとり教育も転換された今日、見直しがあってもよいと思います。

当時、中高一貫教育は私立のものだから公立ではもうやるなとも読める決議の審議の際の提案者からの答弁がありますが、中高一貫教育のメリットは世帯収入が高く、私立校の授業料が払える家庭の子供にしか享受できないでよいのでしょうか。収入の少ない家に生まれても望めば公立の中高一貫校で学び、難関大学を目指していける、そうした体制を本県でもつくるべきではないでしょうか。

もちろん中学受験という形で、受験勉強の低年齢化を招く弊害への配慮は必要です。伊奈学園でも入試問題の是非はこの議場でも議論になっていますが、一般的に全国で展開している公立中高一貫校の入試においては、適正検査という形で受験知識によらない試験が行われています。試験は過度で不毛な競争を生まない工夫をしつつ、中高一貫校の柔軟なカリキュラムによって多様な学びや、進学で力を発揮する子供を育てていってはいかがでしょうか。そして、本県の県立トップ高校がすばらしい卒業生を輩出することによって本県の評価を高めているように、中高一貫校のトップ校を設けることは埼玉県の高値を高めることにつながると考えます。教育長に御所見を伺います。

五、複雑・高度化する消費者問題に適切に対応するために。

二〇〇〇年代後半、我が国では中国冷凍ギョーザ事件、エレベーター事故、相次ぐ食品表示偽装、高齢者を狙った悪質商法の横行など、深刻な消費者問題が多発しました。これらを受け、消費者庁が二〇〇九年に発足し、少しずつ消費者の安全を守るための取組が進められています。しかし、全国的にも消費生活相談に寄せられる件数は九十万件弱を横ばいで推移し、高止まっています。

本県では各市町村での消費生活センターの設置、特定商取引法違反に基づく処分件数の実績などでは成果を出してきていると認識をしておりますが、まだまだ取り組んでいくべき課題も多いと感じています。

(一)消費者被害防止サポーターの活用について。

消費者問題への本県の取組として、地域で消費者啓発講座の講師や高齢者の見守りなどを行っていただくボランティア、消費者被害防止サポーターの養成があります。県下二百名ほどが養成されていると伺っており、積極的に活躍していただければ消費者被害防止に効果を発揮すると思います。

しかし、昨年、埼玉県消費者団体連絡会が行ったアンケート調査によると、どうやらこのサポーターの皆さん、各市町村で活用されていないようなのです。各地で活躍するには、それぞれの自治体が消費者被害防止サポーターの存在を知っている必要があると思いますが、「自分の自治体に存在している消費者被害防止サポーターの人数を把握しているか」という問いに「イエス」と答えた割合は二八・六パーセントに過ぎません。サポーターの方に活躍の場を提供、紹介する取組をしている割合も一〇・一パーセント。せっかく養成されたサポーターが眠れる資源になってしまっていると感じます。今後、もっと積極的に活躍していただくよう各市町村に取組を促すべきと考えますが、県民生活部長に御所見をお伺いいたします。

(二)改正消費者安全法への対応について。

消費者をより守っていくために消費者安全法が改正され、消費行動に不安がある高齢者の見守りを地域で進められる体制を作れることになりました。まだ施行されていませんが、有効な取組と思われるので、施行に向けた準備を進める必要があると考えます。今後、地

方で高齢者の不安を見守れるよう、消費者安全確保地域協議会が設置できるようになりますが、本県としてはどのような体制を考えているのか、県民生活部長に伺います。

各市町村での取組を主に考えている場合は、働き掛けの方法などについてもお聞かせください。また、この消費生活協力員に本県で養成している消費者被害防止サポーターを活用していくつもりはあるのかも、併せてお聞かせください。

六、芝川の改修の進捗状況と今後の見通しについて。

さいたま市北区を流れる芝川は、北区内からでは上流から途中までが桶川、上尾、さいたまの三市で管理する都市下水路、途中からが芝川になっています。この都市下水路部分の周辺地域では台風やゲリラ豪雨などで浸水被害が出ることもあり、住民の皆さんは豪雨の天気予報が出るたびに心配する状況です。

浸水を防ぐには、芝川に流れ込む手前で調整池を設けるなど流域の水を受け止める努力や、伏越しを流れやすくする改修も有効と考えますが、芝川の改修が完了して伏越しを流せる水量が上がることも大いに有効と期待されます。

河川改修には多大な時間がかかること、芝川についての御努力をいただいていることは十分承知しておりますが、現在の芝川改修の進捗状況と今後の見通しについて、県土整備部長、お聞かせください。

以上よろしく願いいたします。(拍手起こる)

○加藤裕康副議長 四十二番 高木真理議員の質問に対する答弁を求めます。

〔上田清司知事登壇〕

◎上田清司知事 高木真理議員の御質問にお答えを申し上げます。

医療の安心に向けてのお尋ねのうち、十年後に目指す医療の形についてでございます。

十年後の二〇二五年には団塊の世代が七十五歳以上となり、医療需要が爆発的に増加すると見込まれています。年齢層ごとの入院する割合が今と変わらないという前提で行った調査では、一日当たりの入院患者数は二〇一五年の約五万三千人から、二〇二五年には約六万九千人になるという推計が出ています。十年間で一万六千人程度、約三割増加するというものでございます。この推計値は医療技術の進歩、病院の機能分化の進展、在宅医療の推進などにより前後する可能性はありますが、医療需要が大幅に増えるという方向性は大きく変わらないものだというふうに思っております。

これに対応していくためには、病院、病床の整備と併せて医師、看護師など医療従事者を大幅に増やしていく必要がございます。また、入院患者と併せて外来患者や要介護・要支援者の増加も見込まれていることから、限りある医療資源を有効に活用していくという視点が一層重要になってまいります。これまでの病院完結型の医療から病院、診療所、薬局、介護施設などが役割を分担して、地域全体で患者に対応する地域完結型の医療に変えていくことが必要になると思っております。

昨年六月の医療法改正により、平成二十七年度以降、都道府県は十年後を見据えた地域医療構想を策定することになりました。将来の患者数や必要病床数については、地域医

療構想の策定過程でレセプトデータの解析など客観的なデータを踏まえて、より詳細な推計を行います。今後、この推計値などを基に将来、本県の各地域に必要な医療機能や連携の在り方などについて医療関係者と十分協議しながら、地域医療構想の策定を進めてまいります。

もとより医療・介護が最小限度で済むように、県民を挙げて健康長寿のムーブメントを広げていくことも大切だということは言うまでもございません。

〔石川稔保健医療部長登壇〕

◎石川稔保健医療部長 御質問一、医療の安心に向けての(二)効率的な救急ネットワークの構築に向けてについてお答えを申し上げます。

まず、拠点病院を十二よりもっと増やす必要があるのではないかについてです。

少ない医療資源を効率的に活用し、これまでの各地域の救急輪番体制を維持した上で、さらに断らない救急拠点病院を中心としたネットワークを整備することは重要と考えております。県では平成二十七年一月から、長時間搬送先が決まらない救急患者を一定の条件で必ず受け入れることに合意した医療機関に対し、助成することで搬送困難事案の縮減を図っております。現在の四病院を十二病院に拡大することで、十ある二次医療圏ごとにおおむね一か所以上は確保できることとなります。このため、来年度はこの体制で事業を実施してまいりたいと考えております。

次に、拠点病院は全ての診療科を受けることができる契約であるかについてです。

搬送困難受入病院は小児や周産期など専門性の高い症例を除き、原則として全ての診療科を受けられるものでございます。なお、それでも受入れに至らず要請が十回目になった場合、最後の受皿として埼玉医科大学総合医療センターに自ら受け入れることも含め、必要な調整を行っていただくこととしております。いわば二重三重のセーフティネットを構築することにより、全ての救急患者の搬送困難事案に対応してまいります。

次に、在宅医療の受入れについてでございます。

救急患者を継続的に受け入れていくためには、救急処置を終えた患者を急性期病院から回復期の後方支援病院で受け入れ、更に症状が安定すれば在宅での療養につなげていく必要がございます。退院した患者が在宅で療養するためには、地域の診療所や薬局、訪問看護ステーション、居宅介護事業者などがそれぞれの役割を担い、かつ連携して全体で患者を支えることが必要でございます。このため来年度から地域の医師会の皆様と協力して在宅医療連携拠点を整備し、在宅で療養ができるようその支援体制を構築してまいります。

次に、(三)在宅医療を広げていくためにについてです。

議員お話しのとおり、在宅医療を広げていくためには訪問看護師を増やすことが必要です。このため訪問看護を目指す看護師の育成のため、必要となる基本的知識や技術を修得する訪問看護研修を行っております。この研修では、在宅での輸液管理やターミナルケア、患者を支える家族への支援などを内容としており、これまで約一千名の看護師が履修

をしております。

また、今後訪問看護師を増やすためには、看護学校を卒業後すぐに訪問看護ステーションに勤務する看護師を育成することも必要となります。そこで、病院勤務の経験を積まなくても訪問看護ステーションで働けるよう、現場での実習を含めた新人訪問看護師向けの教育プログラムを作成してまいります。今後も在宅医療の中心となる訪問看護師の育成に積極的に取り組んでまいります。

次に、(四)認知症患者の入院受入れについてです。

増加する認知症患者に適切な医療を提供していくためには、早期診断、早期治療のほか身体合併症等への適切な対応も必要でございます。高齢の認知症患者は多くの場合、運動まひ、高血圧症、糖尿病、低栄養など様々な身体症状や疾患を併せ持つ傾向がございます。このような身体疾患があると妄想や幻覚などの精神症状を助長し、身体的症状が更に悪化するという悪循環に陥ることもございます。一般病院では認知症に関する情報不足から対処方法等に不安を持ち、複合的な処置が必要となる患者ほど入院受入れについて消極的になる懸念がございます。

県では一般病院勤務の医療従事者に対し、認知症患者に対する適切な手術や処置等の方法を学んでいただく目的で、今年度から認知症対応力向上研修を実施しております。また、県内七つの認知症疾患医療センターでも地域の一般病院等に対し、認知症の専門医療に係る研修を実施しております。

県といたしましては、こうした取組の中で一般病院の医療従事者が抱く不安要素などの実態把握に努め、これを研修内容に反映させることで、身体合併症を持つ認知症患者の一般病院での受入れの円滑化に努めてまいります。併せて、一般病院では受入れ困難な身体合併症を有する認知症患者に対応できる病院を引き続き確保するとともに、その拡充にも努めてまいります。

次に、御質問二、精神科病棟から地域での暮らしへの(一)長期入院者の退院促進のためにできることについてお答えを申し上げます。

精神科病院の長期入院者を減らそうという取組は長年行われてきており、診療報酬の面でも入院期間が長期になれば報酬が低くなる体系にするなど、退院を促進するための改定がなされてきた経緯がございます。そのため、精神病床の平均在院日数は着実に減少してきており、埼玉県の場合、平成十五年の三百七十五日から平成二十五年には二百九十五日と十年間で八十日減少しました。

国は、引き続き長期入院者が減少するよう、新たな入院者の長期化を防ぐための取組を精神科病院の責務として課しております。具体的には、医療保護入院者が一年以内に退院できるよう支援する退院後生活環境相談員の選任、配置を精神科病院管理者に義務付けております。相談員の役割は、患者又はその家族からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起や退院後生活を送る上での具体的な工程を示しながら、退院促進に努めるものでございます。

また、併せて患者や家族などが出席できる医療保護入院者退院支援委員会の開催も義務付けられています。この委員会では主治医、看護職員、精神保健福祉士などが集まり、

患者の退院後の生活環境の支援について話し合うことになっています。

これらの取組は平成二十六年から始まったところであり、県では精神科病院における取組状況や、その有効性を病院の実地指導を通して把握していきたいと考えてございます。

議員御提案の診療報酬の改定に係る国への働き掛けにつきましては、これらの取組の進捗状況や効果などの検証を踏まえた上で検討してまいります。

次に、(二)地域で暮らすために必要なことのうち、精神症状を抱えながら地域で暮らす方への支援についてでございます。

精神障害のある方々が地域で安定した生活を継続するためには、適切な服薬などで症状をコントロールしていくことが大切です。しかしながら、患者の特徴として御自身が病気であるとの認識が薄く、通院の中断や不規則な服薬となる傾向がございます。このような方々が治療を継続するためには、日常生活全般にわたる支援を提供しつつ、医療の必要性を丁寧に伝え、理解を得る必要がございます。そのためには、議員お話しのとおり、医師だけでなく看護師、精神保健福祉士など多職種による支援が望ましいと考えます。

保健所では、精神保健福祉士や保健師が相談や訪問を通じて通院が継続できるよう支援をしておりますが、こうした患者が入退院を繰り返さないためにも、支援の更なる充実が図られることは望ましいと考えております。平成二十六年四月から、入退院を繰り返す症状が不安定な患者を支援する二十四時間体制の多職種チームが診療報酬の対象となりました。他方、医療機関としては、人員確保などの体制を整備するには多くの課題がございます。

県といたしましては、お話の包括型地域生活支援プログラム、いわゆるACTによる実践活動なども参考としながら、県精神科病院協会や看護協会など医療関係団体に対し、多職種による訪問支援についての検討を働き掛けてまいります。

御質問三、初めての妊娠・出産・育児でも安心できる環境整備についてお答えを申し上げます。

まず、市町村が妊娠・出産包括支援事業を実施できるよう働き掛けできないかについてです。

核家族化や地域の結び付きの希薄化などにより、妊娠期から子育て期の母親は孤立感を抱き、心身の不調や育児不安に陥るケースが少なくございません。この時期に妊産婦のニーズに合わせた切れ目のない支援を行うことは大変重要です。国は、平成二十六年にワンストップで支援を行うモデル事業を開始しました。和光市ではこの事業により、支援を必要とする妊産婦の的確な把握や適切なケアが行われるなどの成果が出ています。平成二十七年から、国はモデル事業を全国百五十市町村で実施する予定としています。県では、この事業を他の市町村にも拡大していきたいと考えております。

そこで、市町村にこの事業に取り組む意欲を高めてもらえるよう研修会を開催し、事業の重要性や成果などについて具体的に伝えてまいります。また、この事業を推進していくためには、母子保健のコーディネーターができる人材の育成、確保が必要です。そこで、妊娠期から子育て期にわたる総合的な相談や支援を行う人材を育成するため、母子保健コーディネーターとして現在活躍されている方を講師に招き、助産師や看護師などを対象とした研修

会も開催をいたします。

次に、産後ケアについて、産後ケア券という形で補助できないかについてでございます。

産後のケアは、母親の健康保持、子供の健全育成を図る上で重要です。市町村では産後ケアに関する事業として新生児訪問や乳児家庭全戸訪問などを行い、母子の心身の状況や家庭状況を把握し、必要かつ適切なフォローをしております。例えば、育児に不慣れな方や家庭から協力が得られない方に対し、育児支援や家事援助を行うほか、精神的な不調を抱えている方には専門家による相談支援も行っています。

産後ケア券の配布については、現在、渋谷区や練馬区などごく一部の自治体で実施されている状況です。産後ケア券の配布は、母子保健事業の実施主体である市町村がそれぞれの地域の実情に応じて判断されることが望ましいと考えます。

県といたしましては、妊産婦に適切なサービスが提供されるよう、引き続き市町村職員の更なるスキルアップに努めてまいります。

〔鈴木豊彦福祉部長登壇〕

◎鈴木豊彦福祉部長 御質問二、精神科病棟から地域での暮らしへについての(二)地域で暮らすために必要なことについてお答えを申し上げます。

まず、グループホームが足りないのではないかについてでございます。

平成二十七年一月末現在、県内のグループホームは五百五十九か所、定員数は三千三百五十人で平均入居率は約九三パーセントでございます。現状では県全体で定員に二百三十九人分の余裕がございますが、入居を希望する障害者の方々が望む場所や条件によっては入居できないケースもあると聞いております。

次に、グループホームの偏在を改善する方法についてでございます。

市町村別グループホーム設置数は、一番多いのがさいたま市六十七か所、次に熊谷市三十五か所、続いて深谷市、秩父市二十九か所となっております。一方、グループホームが一か所もない市町村は、志木市、伊奈町、松伏町など七市町村となっております。県といたしましては、一か所もない市町村や少ない市町村に対しまして直接職員を派遣し、公有地の貸与によるグループホームの創設などの協力をお願いしております。

今後とも地域で生活することを希望する障害者の方々が、自分の望む場所や条件でグループホームに入居できるよう取り組んでまいります。

次に、退院した患者の御家族への支援についてでございます。

精神疾患の症状変化にどう対応したらいいのかという御家族の不安を解消することは、精神障害者が家族とともに暮らしていく上で大変重要なことでございます。そこで、県ではこの不安を解消するため、精神保健福祉センターや保健所において御家族の精神疾患に関する理解を深めるとともに、実際に症状が出た場合の対処法などを学ぶ学習会を実施いたしております。平成二十五年度は四十九回開催し、延べ一千五百四十人の方に参加いただきました。

また、精神障害者やその御家族が地域から孤立しないように、御家族と患者の団体に委

託して電話相談や交流会などを実施しております。さらに、病状が不安定になったときや介護する御家族が病気などの場合に精神障害者本人を短期間受け入れる場所を確保することも重要でございます。

そこで、県では、精神障害者の社会復帰のための支援を行う精神保健福祉センターけやき荘でショートステイを平成二十五年四月から実施いたしております。平成二十六年の一年間で延べ四百八十一人の利用がございました。今後、地域で暮らす精神障害者の増加に伴い需要が高まることが見込まれますことから、ショートステイを実施する施設の増加を図ってまいります。

県としては、精神障害者とその御家族が地域で安心して生活できるよう、引き続き退院後の生活を支援する施策の充実に努めてまいります。

〔秋山幸男都市整備部長登壇〕

◎秋山幸男都市整備部長 御質問二、精神科病棟から地域での暮らしへの(二)地域で暮らすために必要なことのうち、団地再生事業で精神障害者のグループホームを造ることはできないかについてお答えを申し上げます。

精神障害者が地域で安心して暮らすためには、日常生活の援助を受けることができる住まいの確保は大切でございます。このため既に県営住宅では、一定の要件はありますが社会福祉法人などからの申出により、空き住戸をグループホームとして使用できる制度がございます。

お尋ねの団地再生事業は、県営住宅の建替えによって生み出した県有地を民間事業者が有償で借り受け、団地や周辺地域の住民にとってニーズの高い介護などの生活支援施設を整備、運営するものでございます。団地再生事業の中で精神障害者のグループホームを造ることにつきましては、地元のニーズがあり、民間事業者がそれに応じることができれば可能であると考えます。

〔関根郁夫教育長登壇〕

◎関根郁夫教育長 御質問四、新たな県立中高一貫校の設置についてお答えを申し上げます。

併設型中高一貫教育校である伊奈学園中学校は、中等教育全体の多様化、弾力化の一環として、能力・適性に応じた個性を伸ばす教育の一つの選択肢として設置したものでございます。六年間を見通した教育活動により個性の伸長に取り組み、生徒たちは充実した学校生活を送っております。例えば、生徒が少人数に分かれて民家に宿泊し様々な活動をする修学旅行、自然体験研修や職場実習などを体験することや、本物に触れることを重視した取組を行っております。生徒、保護者の学校に対する満足度も大変高いなど、一定の成果を上げているところでございます。

議員お話しのとおり、保護者の経済的な状況にかかわらず、全ての子供たちがその能力

と適性に応じて将来の道を切り開いていけるような環境を教育の場で整えていくことは大切なことと考えております。このことから、県立高校では生徒五十人をハーバード大学へ十日間派遣することをはじめとして、将来生徒が大きく飛躍するチャンスとなるような事業に積極的に取り組んでおります。

一方、伊奈学園中学校の設置に当たっては、平成十四年六月議会において「効果や成果を十分に検証するなど慎重な対応が求められる」との附帯決議をいただいております。このため、新たな県立中高一貫校の設置については、今後とも成果や課題についての検証を継続しながら慎重に対応してまいります。

〔福島勤県民生活部長登壇〕

◎福島勤県民生活部長 御質問五、複雑・高度化する消費者問題に適切に対応するためについてお答えを申し上げます。

まず、(一)消費者被害防止サポーターの活用についてでございますが、昨年度、埼玉県内の消費生活相談件数は五万七百二十七件で、前年度に比べ八・四パーセント増加をしております。このうち六十歳以上の高齢者からの相談件数は一万七千二百十八件と過去最高で、不要な住宅リフォームを勧められたり、大量に布団を売りつけられたりするケースなどが多く寄せられております。

こうした中、消費者被害防止サポーターは、高齢者の見守りや啓発を行うボランティアとして民生委員や自治会役員など地域の実情に詳しい方を市町村から推薦をいただいて県が養成をしております。これまで四十九市町の二百十八人を養成いたしました。市町村によってはサポーターと連携し、悪質商法防止の街頭キャンペーンや寸劇による啓発活動に取り組むなど活発に事業を展開しているところもございます。

しかし、議員お話しのとおり、市町村とサポーターとの連携が密でないところもございます。今後は各市町村とサポーターをより活発に活用していただくため、市町村担当課長会議などで取組事例を紹介するほか、県のホームページや情報紙でもサポーターの活動事例を発信してまいります。また、民生委員などを対象に年四回開催しております高齢者の消費者被害防止フォーラムにおいても活動事例を取り上げ、市町村の理解を深めてまいります。

次に、(二)改正消費者安全法への対応についてでございますが、消費者安全法は昨年六月に改正され、二年以内に施行される予定となっております。現在は消費者庁から施行に向けたガイドラインの案が示されている段階でございます。

お話の改正法に新たに規定された消費者安全確保地域協議会は、構成メンバーとして自治体の消費生活行政担当課と消費生活センター、病院、教育機関、消費生活協力団体などを想定しております。そのメンバーが情報を共有しながら、主に認知症の方や一人暮らしの高齢者など消費生活で特に配慮を要する方を地域で見守ることが設置の目的でございます。設置は任意となっておりますが、住民の生活により身近な市町村には是非とも設置をしていただきたいと考えております。

県といたしましては、消費生活部門と福祉、医療、教育、警察などの関係部門との連絡会

議を設け、市町村における協議会設置を支援する体制を整えてまいります。そして、市町村が協議会を設置する際には、関係機関とのネットワークづくりや運営面などでその取組を支えていきたいと考えております。

次に、消費生活協力員への消費者被害防止サポーターの活用についてでございます。

消費生活協力員は、高齢者など配慮を要する方々を現場で見守る役割を担っていただくため、市町村が委嘱することになると思います。個人情報などの守秘義務が法律で課せられることに留意は必要ですけれども、地域の実情や消費者問題に詳しい消費者被害防止サポーターはその有力な候補であると考えております。

今後とも、法令や国のガイドラインを踏まえ、消費者被害の未然防止や早期発見を図るために市町村や関係機関と連携、協力し、しっかりと対応してまいります。

〔柳沢一正県土整備部長登壇〕

◎柳沢一正県土整備部長 御質問六、芝川の改修の進捗状況と今後の見通しについてお答えを申し上げます。

芝川は延長約二十六キロメートルの河川で、荒川との合流点から、さいたま市と川口市の市境にある八丁橋までの約十二キロメートル区間の河道の改修及び県営大宮第二公園内の第七調節池が既に完成しております。現在は、八丁橋から見沼代用水との伏越しまでの約十四キロメートル区間の河道の改修と、JR武蔵野線上流の第一調節池の整備を進めております。

進捗状況についてでございますが、第一調節池は芝川を挟む二つの池のうち、洪水調節容量二百万立方メートルの左岸側の池が既に完成しております。現在、洪水調節容量八十四万立方メートルの右岸側の池の掘削工事を実施しており、容量ベースで約四割の進捗となっております。

河道の改修につきましては、約十四キロメートル区間のうち、第一調節池上流の国道四六三号の念仏橋から、県道新方須賀さいたま線の新橋付近までの約八キロメートル区間がおおむね完了しております。現在は、この上流約三百メートル区間の改修を進めております。

また、上流部のネック箇所の一つである東武野田線橋りょうにつきましては、これまでに架換えのための概略設計が完了し、現在、詳細設計を進めております。

今後の見通しについてでございますが、平成二十七年度は第一調節池の掘削を進め、工事の進捗を図るとともに、三百メートル区間の河道の改修を完了させ、引き続き上流へ改修を進めてまいります。

また、東武野田線橋りょうの架換えにつきましては、早期の工事着手に向けて詳細設計を完了させ、施工方法や費用負担などについて東武鉄道と協議を進めてまいります。

今後とも流域の皆様が安心して暮らせるよう、芝川改修事業の推進に努めてまいります。

〔四十二番 高木真理議員登壇〕

◆**四十二番(高木真理議員)** 御回答ありがとうございました。特に保健医療部長には大変ボリュームが多い御回答をいただきまして、本当にありがとうございます。そういう中で、再質問がまた保健医療部長で大変恐縮なんですけど、二点再質問させていただきたいと思っております。

一点目、精神科病棟から地域での暮らしへの(一)長期入院者の退院促進のためにできることで、診療報酬の改定を国に働き掛けていただけないかという質問に対しまして、国も長期入院を減らしたいということでいろいろ展開している施策がこれからあるので、その行方を見て国への働き掛けを考えるとといった御答弁をいただいたかと思っております。

しかし、ここで懸念されるのは、昨日の代表質問でも取り上げましたけれども、精神科病床の敷地内に新たにグループホームを造る、これが認められることになった方向によって、敷地内で病棟からグループホームに移った、これで退院が促進されたというふうに判断をされたのでは、そこから原則二年というのがどのくらい守られるかといったこともありますけれども、結局病院の中にいるということが固定化されてしまうのではないかという懸念を持っています。

ですので、この行方を見守るということでありましたけれども、同じ敷地内でのグループホームへ移る場合については分けて考える、いわゆる退院促進が進んだというカウントではなく考えていただいて、推移を見ていただけたらと思っておりますが、いかがでしょうか。

二点目の再質問は、大項目の三番目、初めての妊娠・出産・育児でも安心できる環境整備についてです。

産後ケア券につきまして、産後ケア券は地域の実情に合わせて展開するのが望ましいのではないかと考えるので、市町村単位でやっていくのがいいのではないかと趣旨の御答弁がありました。

母子保健は、確かにきめ細やかに対応していく必要があるというのは分かるんですが、産後ケア券というのは言ってみればお金、目的が限定されて使える金券のようなものなわけですから、それぞれ地域の事情が違って、それぞれの地域に実情に合わせたこの使い方というのできるのではないかと、全県での展開をしていただけないかという御質問をさせていただきました。これを踏まえて、もう一度御答弁いただければと思っております。よろしく申し上げます。

○**加藤裕康副議長** 四十二番 高木真理議員の再質問に対する答弁を求めます。

〔石川稔保健医療部長登壇〕

◎**石川稔保健医療部長** 高木議員の再質問にお答えをいたします。

まず、質問の二、精神科病棟から地域での暮らしへの(一)長期入院者の退院促進のためにできることについての再質問にお答えを申し上げます。

先ほど私が申し上げましたのは、いわゆる二十六年度から新たに法制度が整備されまし

て、退院後生活環境相談員が必置になる、それから同じく医療保護入院者退院支援委員会というのが必ず開かれるようになる、こういうシステムが新しくできましたので、そのシステムがうまくいっているかどうか、その効果というものを私ども各精神科病院に実地指導に参りますので、その中でつぶさにその状況を把握した上で、なお必要であれば診療報酬改定について国に申し上げるということを御答弁申し上げたつもりでございまして、グループホームと混同して申し上げているつもりはございませんので、御理解をいただきたいと思えます。

それから、二点目でございますが、御質問三、初めての妊娠・出産・育児でも安心できる環境整備についてのお尋ねのうち、産後ケア券についての再質問にお答えを申し上げます。

県の役割は、妊娠・出産包括支援事業というものを多くの市町村で実施していただけますように、市町村の後押しをしていくことだというように考えてございます。なお、この妊娠・出産包括支援事業を実施するに当たりまして、県は三分の一の財政負担をすることになっております。決して全く県が関与しないということではございません。

それで、産後ケア券の配布ということにつきましては、先ほど市町村も大変財政事情が厳しいというお話がございましたが、県でもそれは同様でございまして、全市町村に対してこの産後ケア券のようなものを配布するとなると大変財政上厳しいというのが現状でございます。

先ほども御答弁を申し上げましたとおり、県では人材育成などに積極的に取り組みまして、市町村を支援していきたいということで御理解を賜りたいと思えます。