

## 県議会 2 月定例議会一般質問から

-2008.3.3-

---

[こちらで「長野県議会 本会議録画中継」をご覧ください](#)

---

### 認知症早期発見かかりつけ医研修について

県内認知症高齢者数は、3 万 5,000 人余と推計され、平成 47 年には約 2 倍の、6 万 7,000 人に達すると言われています。

認知症の早期発見は、早期治療だけでなく、家族の負担を考えると重点的に発見出来る体制づくりが必要です。

国や都道府県が、主体的に認知症早期発見のためのかかりつけ医研修をし、全国 7,000 人が認知症相談医としてすでに活動を始めていますが、長野県を含む全国 7 県だけが研修会を開催していない実態です。

他の都道府県では、既に早期発見に向けて認知症状況シートを作成し、資格のある相談医に配布し進められています。

このシステムは、かかりつけ医が発見すると、サポート医に相談し、認知症の疑いが高いと専門医療機関に紹介されると言うものです。

サポート医は、全国で 600 人、広島県では 16 人と聞いています。長野県はサポート医 8 名が研修を終了していると聞いていますが、広域圏に一人ずつもないなど、対応の遅れがあると思います。

何故、かかりつけ医研修が全国で行われ機能しているのにまだ実施されないのか。

また、何故サポート医研修は 8 人と全国平均より少ないのか、かかりつけ医からなる認知症相

談医は、診療科は問わないこととなっています。整形外科医でも、産婦人科医でも、歯科医でもよいわけです。

全国で 7,000 人研修を受けているのに、長野県の目標はたったの 100 人、この対応で良いのでしょうか、また、全国的には一回の研修だけでなく、何回か重ねてやっている都道府県も多いわけです。

また、認知症の確立が高くなった場合、治療する専門医療機関の設置が必要とされています。

### 権限移譲について

市町村が主役を掲げて発足した村井県政にとって、権限移譲は大きな柱の一つであると思いません。

平成 19 年 4 月から、権限移譲をしたのは農地法関連事務のみで、4 町村でした。

今後、権限移譲を希望するとしていた市町村は、19 市町村でしたが、希望していた 19 市町村のうち、たった 2 市町に移譲するのみとなっています。

また、県と市町村とのあり方検討会で、市町村が移譲を受けたい事業、県が移譲したい事業など、14 項目の事業が昨年 10 月 4 日明らかになり、市町村との調整を経て、整った所から順次移譲していくことになりました。平成 20 年 4 月から移譲を受けるのは 14 項目のうち、公有地の拡大推進に関する法律に関わる権限で、これも一市一町だけです。

結局、平成 20 年 4 月より権限移譲を受けるのは、2 項目の 2 市 2 町で、4 つの自治体だけです。

移譲希望は多いわけですが、移譲を受けるまでに踏み切れない市町村の原因はどこにあるのか、権限移譲と財源移譲は一体でなければなりません、財源である特例処理事務交付金は、一年間の実績によって交付され、県内全自治体の平均額を交付されるため、一年遅れの交付となるもので、一年目の取り扱い経費の見込みが立てにくいこと、初年度に設置する事務処理機器などの費用は、交付金に含まれないため、移譲一年目の経費が多くかかることも移譲が進まない要因であると思います。

県は、3年毎に金額などは見直しをしていると言われますが、見直しの内容を見ると上がっている項目もありますが、かえって金額が下がっている項目の方が多いのです。

総務部長は昨年9月の定例会の一般質問で、交付基準額等については市町村の要望を踏まえて、定期的に見直しをしているとしていますが、確かに県は三年毎に見直しをし、平成18年に見直しをしています。見直し前の3年間、平成15年から17年までは、ほとんど前知事時代で、権限移譲もないわけです。

従って、平成18年の見直しに当たっての市町村からの要望は、新規移譲がないために出していないのです。

平成19年から、新たな権限移譲が始まって、市町村からの財源移譲について強い要望が出ています。

また、3年に1回定期的に見直すと言っていますが、状況が変われば見直しが必要であると思う。特例処理事務交付金、交付要綱では、基準額及び処理単価は、毎年度知事が定める額となっており、知事が状況変化によって毎年度額を定めれば、三年に一回定期的に見直さなくても、極端には市町村要望が新たに出てくれば、毎年見直しができる、そのように要綱がなっている、3年に1回と決める方がおかしいのではないかと

権限移譲を希望しているが受け入れられない、そのような小規模町村が多い県内の実態から、県と市町村の役割分担をどのようにしていくか、町村単位で担いにくい権限について、どのような支援の仕組みができるのか、今のままでは移譲が実現しにくい状況もあると思います。

### **産科病院の支援について**

産科医不足により、県内で出産を扱う医療機関は、2001年に68であったが、医師の移動や開業などで休止が相次ぎ、今年4月には47となってしまう状況で、里帰り出産を断っている現状もあります。

残った病院の産科は、受診者が増え、助産師外来で対応する病院が増え、合わせて医師の負

担を少しでも軽くする対応がとられていますが、休止した産院の受診が吸収出来るか「お産難民」とならないような対応をとらなければなりません。

そこで、残った病院の産科は、今までより50%も増えた、月40人から75人となったなどの産科病院がありますが、ベッド数が限られているため、一般病棟を産科ベッドに切り替えて対応している病院がほとんどです。病院からすると産科で地域の要望に答えられてもベッド数が限られているため、病院全体では、メリットが出てこない状況があります。

このような状況は一般病床でも周辺の病院が休止した場合には言えるわけではありますが、こうした地域要望に対応している病院ベッド数の再配分や過重な労働をしている医師に対する支援についてどのように考えているか。

ベッド数を増やしてもらえれば、医師が確保出来て産科を拡大したいと言う病院もあるわけです。

産院の拡大充実は、最も重要であると考えます。

答弁については県議会のホームページをご覧ください。