

平成 20 年 2 月県議会 一般質問原稿

-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](#)

県民クラブ・公明、諏訪光昭です。村井県政に対して質問いたします。

まず、さらなる高齢者福祉施策等の充実についての実現を願い、お伺いいたします。

厚生労働省が発表した「平成 17 都道府県別生命表」によりますと、長野県の男性の平均寿命は 79、84 歳で全国 1 位、女性の平均寿命は 86、48 歳で全国 5 位、総合では、沖縄県を抜いて、日本一の長寿県となっています。

このため、つい最近も、週間雑誌に「長生きナンバー 1 『長野県』に学ぶ食生活」というタイトルで、記事が載り、長野県民の長寿の理由は、長野県民の食生活にあり、他の都道府県も、「長野県を見習うべきだ」と主張しています。

また長野県民の良さは、長寿だけではありません。2005 年に厚生労働省が行った調査では、一人当たりの老人医療費は、全国平均が約 82 万円に対して、長野県は 67 万円と、大幅に下回っています。これは、平成 2 年度から連続で、全国最低額となっています。すなわち、全国で一番老人医療費がかかっていない県であり、仮に、全国の都道府県の老人医療費が、長野県並になると、2 兆円もの節約になるといわれています。

長野県民は、健康に長生きし、長く患わずに亡くなるということで、「健康長寿県」でもあります。

先月飯田市で開催の対話集会に出席の、舛添要一厚生労働大臣も、「高齢者が元気に働き、

長生きしている、お手本となる県。その一方で、全国的にみて医師の少ない県」と、県民のこれまでの取り組みの成果を評価すると共に、課題も指摘しています。

そこで、知事にお尋ねいたします。知事は長野県民の長寿の理由、しかも、健康な高齢者が数多くいる理由は、どのようなところにあると、お考えでしょうか。

現在の長野県の健康長寿の状況は、大変評価すべきことだと考えます。ただし、現在の状況に満足することなく、さらなる高齢者福祉施策に、取り組んでいくことが重要です。こうしたことから、中期総合計画の『挑戦プロジェクト』においても、『健康長寿 NO.1 確立への挑戦』を位置づけ、さらなる取り組みを行っていく姿勢は、大変のぞましいものと考えておりますし、その成果にも期待を寄せております。

さて昨年 12 月 27 日、長野県社会福祉審議会は、『長野県における社会福祉施策に関する提言書』を、村井知事に提出しました。この提言書には、いくつかの重要な提言が行われています。

この提言に関して、いくつか、お尋ねいたします。

1つは、「県地域福祉支援計画の策定」についてであります。社会福祉法に、市町村地域福祉計画及び、都道府県地域福祉支援計画に関する規定が追加され、平成15年4月に施行されました。市町村には、地域福祉の推進に関する市町村地域福祉計画の策定、都道府県には、広域的な見地から、市町村の、地域福祉の支援に関する、都道府県地域福祉支援計画の策定が求められています。

社会福祉審議会の提言では、これまでの「地道な活動が一定の成果を挙げ、地域住民に、地域福祉の意義や重要性に関する認識が深まりつつあること。市町村合併が一段落し、各市町村が地域福祉計画の策定を通じて、新たなまちづくりを行う体制が整ったと考えられることなどから、県が地域福祉支援計画の策定を進める最適な時期を迎えている」と、提言しています。

そこで社会部長にお尋ねいたします。県は地域福祉支援計画の重要性について、どのように認

識されているのか、お聞きいたします。

また、今回の社会福祉審議会の「地域福祉支援計画の策定」に関する提言を、どのように受け止め、今後、その計画策定に、どのように取り組んでいこうとお考えか、お聞かせください。

2つ目は、ユニバーサルデザインに関する取り組みについて、お尋ねいたします。ユニバーサルデザインとは、年齢、性別、国籍、障害の有無に関わらず、全ての人が、利用しやすく、暮らしやすくしていく考え方です。

全国的に見ても、熊本県や静岡県などは、この考え方を積極的に取り入れたユニバーサルデザイン計画を策定しています。また、長野県内においても、大町市をはじめ、いくつかの市町村が、ユニバーサルデザイン計画を策定しています。

社会福祉審議会の提言では、「長野県福祉の街づくり条例」は、平成8年4月施行後、10年以上が経過し、このユニバーサルデザインの推進などの社会情勢の変化に、必ず対応していない」とし、「ユニバーサルデザインに配慮したまちづくりを推進するため、長野県福祉の街づくり条例について、所要の改正を行う必要がある」と提言しています。

そこで、今回の社会福祉審議会の提言をふまえて、県では「長野県福祉のまちづくり条例」の改正、ユニバーサルデザイン計画の策定など、ユニバーサルデザインの推進に、どのように取り組まれていくのか社会部長にお尋ねいたします。

次に福祉人材確保対策についてお伺いいたします。

県が昨年実施した「福祉人材の確保等に関する実態調査」の結果では、79.8%の福祉関係の事業所が「人材の確保が困難」、53.1%の事業所が、「人材の定着が困難」と回答するなど、福祉職場が人材の確保・定着に極めて深刻な状況にあることが裏付けられました。

福祉人材が不足している最大の原因が、給与等の労働条件が劣悪であることと言われておりますが、社会部長は、福祉人材の今日の状況について、どのように捉えられているのでしょうか。また、このような福祉人材が不足する状況は、長野県だけの問題なのか、あるいは、全国的な状況

なのか、あわせてお伺いします。

さらに、こうした状況を踏まえた上で、新年度、あるいは今後の福祉人材の確保・定着対策として、具体的にどのような取り組みを行っていくお考えなのか、お尋ねいたします。

さて、国家資格である介護福祉士は、昭和63年に設立され20年の成人式を迎えました。その介護福祉士の資格を取得するためには、介護福祉士の養成施設である専門学校や短大、大学等で単位履修する取得方法と、介護現場の実務経験3年で受験資格を得る方法などがあります。

長野県内には、先にあげた介護福祉士の養成施設である専門学校や短大、大学は9校あり、介護人材育成の必要性から、新年度からは2校増え、11校となります。

しかし、最近では3Kといわれる、介護職場離れの社会的な状況の中で、既存の養成校はどれも定員割れをおこし、定員の半分しか集まらない養成校が、かなりの割合を占める状況となっています。

長野県の介護の人材確保とともに、介護者の資質の向上を図るためにも、若い人材の確保が必要であることは、言うまでもありません。福祉の道へ進路を考える高校生が減少している、あるいは、経済的な理由によって進学をあきらめざるをえないなど、このままでは、今後さらに介護福祉士を目指す学生が減少していくことは必死の状況と言わざるを得ません。

3年前に「介護福祉士就学資金貸与制度」が廃止されました。介護福祉士制度発足にあたって、県では介護福祉士養成学校等への進学する者に、この「介護福祉士就学資金貸与制度」を創設して、介護の専門的知識の習得のための人材確保に努めてきました。学生、家族にとりましては、大変ありがたい制度でした。

将来の長野県の福祉を充実させていくためにも、介護福祉士養成のための奨学制度資金を創設いただき、一人でも多くの若者が、介護福祉士養成校に学び、広い教養と専門知識、技能を修得して、介護の現場に就いてもらえる、就学基盤をつくる必要性を感じますが、社会部長如何でしょうか。

昨年知事宛に、県内の高齢者福祉、障害者福祉の向上に携わる、職域、職能団体から、人材

確保のための要望が出されておりますが、各要望項目について、庁内でどのような検討がされたのか、併せてお聞かせください。

つぎに2002年にスタートしました「宅幼老所」(コモンズハウス)支援事業についてお伺いいたします。

共生型小規模多機能ケア施設として、各市町村の小学校区に一箇所を目安として拠点整備を進めてきました。

この宅幼老所は、通常の介護保険制度のデイサービスを柱として、児童や障害児・障害者、一般の高齢者も、利用できるような、地域のニーズに対応した施設運営が目的であり、開設者の皆様も、その目的達成に向けて、開設し、運営に当たっています。

しかし、平成18年度の介護保険制度の改正により、「介護保険の適正化」という視点から、決められた業務以外に対応することが厳しくなりました。介護保険制度のうえでの事業者として、適正化の視点は当然ではあります。ただ、宅幼老所支援事業は、大規模施設に過度に頼らない、“ふくしの郷”を目指すとしてスタートしています。地域で福祉サービスを必要とする児童や障害児、障害者が、利用しやすかった、いい意味での“緩やかさ”の部分が、適正化の視点によって、制度改正に従ったサービスの提供をしなければ、「指定の取り消しを」、という指導を受けた宅幼老所も散見されます。

宅幼老所導入当初の理念である、地域の福祉サービスを必要とする人が、共に利用できる「共生型」の考え方について、社会部長の見解をお聞かせください。

宅幼老所の進むべき方向性はどのようなのでしょうか。今後経営が行き詰まり、休止、廃止を検討せざるをえない事業者もこの先、増えていくのではないかと懸念されます。

新年度予算にも施設整備のための予算が計上されています。スタートから5年が経過。宅幼老所支援事業の目標、目的、将来性について、行政と事業者が一体となって検討し考える場が、必要と考えられますが、社会部長のご見解をお聞かせください。

大北地域は2006年から脳外科の医師が不在です。加えて、2007年に入り、内科医の不足から、救急患者の搬送先に苦慮しているのが実態です。

t-PA 新薬の開発によって、3時間以内の投与であれば、脳梗塞であれば、障害が残らずに回復できるようになりました。まさに、時間との勝負であります。

脳外科不在の大北地域では、市立大町総合病院、安曇総合病院の医師から示されたマニュアルに沿って、救急隊員が脳に障害が疑われる患者につきましては、年齢、発症時間などマニュアルに沿った情報を、安曇野赤十字病院、相澤病院、信州大学付属病院等、それぞれの医療機関に伝えて、受け入れ先を決めてから、搬送しています。白馬・小谷の北部地区では、長野赤十字病院への搬送もあります。

この他、北アルプス広域消防署管内では、ドクターヘリの運行開始から、83件の出動要請を行い、その効果の高さを実証しております。医師が直接搭乗していますので、駐機地の佐久市から約20分で到着し、適切な処置が直ちにできます。しかし、ドクターヘリにも、夜間、悪天候、妊婦、心肺停止者は利用できないなどの弱点もあります。

昨年12月13日には、信州大学の勝山病院長、岡元高度救命救急センター長が、わざわざ北アルプス広域消防署を訪れていただき、「救命救急センターを、遠慮なく、有効に活用いただきたい」旨の、言葉をいただきました。しかし、残念ながら、トップと現場医師とには若干の乖離があるようで、現場医師から、救急隊員に対して「何でこのような軽症者を搬送したのか」との、きつい言葉が発せられるようであります。

ただやみくもに、搬送したのでなく、救急隊員も事前の連絡によって、受け入れを確認し、しかも救急隊員として最善の努力を傾注しての搬送にもかかわらず、きつい言葉に抵抗を感じているようであります。

救命救急センター治療の現場の過酷さ、大変さは理解できるものの、あまりにもきつい言葉に、救急隊員も信大を自然と敬遠してしまうことが、あるとの声を耳にいたしました。昨日の衛生部長の答弁では、「実態把握に努める」との、答弁をいただきましたが、現場の声、現状について衛生部長はどのように認識されておりますか、お伺いいたします。

経験豊かな救急隊員でも、重篤か、軽症かの判断はつきにくく、しかも、搬送中にも、病状の回復、改善の場合もあり、結果的に軽度であることも考えられます。私も先日、お祝いの席で、救急搬送される患者さんの場面に居合わせました。その場には、ちょうど、医師が二人いまして、適切な判断と処置。そして、一人の医師が救急車に同乗。搬送先の、安曇野赤十字病院で検査と、治療を行い、結果的には、大事に至らず、その日のうちに帰宅できたそうです。

搬送先の病院から戻ってきた医師は、開口一番「安曇野赤十字病院まで38分もかかりました。脳梗塞を心配したので3時間以内で何とかしなければと思いました。発症から搬送、到着後の検査で、3時間はすぐに経過します」と、道路問題を含めて、指摘していました。道路問題の解決策は、別の機会に譲るといたしまして、超高齢化社会の中で、このような場面は、これからも時々出くわすのではないかと、私は考えました。

県は現在、第5次保健医療計画の策定作業を進めています。これまでは、大抵の症状には対応できていた、県内の二次医療圏であります。が、深刻な医師不足によって、現状は、完結できない

状況、いわゆる、メディカルコントロールできない中での見直し作業であります。

第5次保健医療計画策定の中に、救急医療体制整備については、どのように反映していくのか、衛生部長にお聞きいたします。

次に、第5次保健医療計画策定の中で、医療費適正化計画との、整合性を図りつつ作成するとありますが、医療費適正化計画とは、何を目指しているのでしょうか、衛生部長にお聞きいたします。