

●みつなが敦彦議員の一般質問と答弁（大要）を紹介します。

9月定例会 一般質問

みつなが敦彦（日本共産党、京都市左京区）2010年10月1日

## 「地域包括ケア」について

### 医療・介護の削減でなく、行政が軸となった支援策を

【みつなが】日本共産党の光永敦彦です。通告によりまして、知事ならびに関係理事者に伺います。まず、「地域包括ケア」についてです。

私はこれまで、介護保険制度の抜本的改善について、繰り返し提案してきました。いよいよ来年は介護保険制度10年目の本格的な見直しや後期高齢者医療制度廃止後の新しい医療制度につながる国保制度の見直しなど、医療と介護をめぐる大きな変化の年となります。

こうした中、国は今後の介護保険の見直し等にあたり、「地域包括ケア」を打ち出し進めようとしています。本府でも「京都式地域包括ケア」として、議論が始められています。

私は、どの地域でも安心して住み続けられる条件をつくるためであれば、「地域包括ケア」自身は必要なことだと考えます。

しかし、今国で進められている方向には大きな問題があると言わざるを得ません。

最大問題は、これまで介護費用の抑制が行なわれてきましたが、今回、介護保険の見直しと一体に「地域包括ケア」が論議、具体化されようとしているところにあります。

介護保険法改正に向けた社会保障審議会介護保険部会では、「制度の持続可能性」と「地域包括ケア」を二つの柱として論議されています。介護保険制度については、委員から「これまで以上に住民の負担と給付の在り方を考えていかないといけない。」として、その例として「生活支援型サービスを互助・共助でできないか」と例示されています。さらに利用料負担も現在の1割から2割負担へと引き上げまで述べているのです。一方、「地域包括ケア」については、軽度者の保険給付除外が提起され、「自助」「互助」「共助」「公助」が「有機的に連動して提供されるようなシステム構築」として、2025年までに「地域包括ケア体制」の実現をめざすとされています。

社会保障審議会でも論議となった地域包括ケア研究会の報告では、地域包括ケアの内容について「在宅サービスが優先で、施設サービスは補完的なもの。在宅生活がどうしても継続困難な場合にはじめて施設を利用するという原則に立つべき。」と述べ、今後のサービスの在り方の標準を「保護型」から「自立支援型」「介護予防型」へ転換し、そのために目標支援型ケアプラン等も検討すると述べています。

振り返ると、2005年の介護保険改正時は、要介護認定で「軽度」判定を受けた人たちへのサービス抑制や食事の自己負担化等が「制度の持続可能性」の名で行なわれたことは記憶に新しいところです。

つまり、介護給付費が膨れ上がったため、その抑制を前回の見直しで行なったものの、さらに保険料の大幅な値上げをしなければ制度の持続が難しいことから、地域包括ケアの名で、介護給付の抑制や重点化などを行ない、サービスを在宅に重点化して、そのサービスを「自助」「互助」「共助」そして最後に限定的な「公助」で補おうとしているのではないのでしょうか。

さらに今後、医療保険と介護保険の給付範囲や公費負担の在り方、本人負担割合の見直しなどが課題に上ってくることも十分考えられます。

そこでまず伺います。今述べた国の動向は、地域包括ケアの名で、医療や介護にかかる財源を削減しようとするものではないのでしょうか。知事はどう受け止めておられますか。ご所見をお聞かせください。

さて、本府においては、9月8日に開催された「地域包括ケア実施委員会部会」で、アクションプランの中間案が示され、本議会に報告されるとお聞きしています。

第四回の検討会で示された中間案の素案を見ますと、私は、大きくいって2つの問題があると考えま

す。

一つは、京都府や市町村など、地域包括ケアの仕組みの中で行政の果たすべき役割が見えないということです。もう一つは、退院後の仕組みづくりばかりで、一人一人が地域で安心して住めるように、予防から在宅まで、医療・保健・福祉の連携について、触れられていないということです。

そこで、まず行政の役割についてです。

素案では、現状と課題について述べ、介護保険利用者から「医療と介護の連携が必要」との声があがり、サービス現場からは「個人的なネットワークや経験頼みになっている」との声を紹介し、それぞれの連携の重要性を述べています。

私は、医療や介護の連携、NPO等インフォーマル組織が活躍され、高齢者の方が安心して住み続けられる条件を整えて行くこと自身は大切だと考えます。また、アクションプラン検討会議で述べられている現場からの意見や提案は、現場の深刻な実態を反映しているものと受け止めています。

実際、私がお聞きしたあるご夫婦の場合、退院してきたご主人の介護のため、「夜中2、3回起きなければならず、食事毎毎回刻み食。こっちが倒れてしまう。施設入所をいくら頼んでも、一体いつになったらは入れるのか…」など、現場で起こっている厳しい介護をめぐる現実には、小手先で解決できないほど「介護崩壊」は進んでいるのです。

そこで、私は京都式地域包括ケアシステムで「扇のかなめ」と位置付けられている地域包括支援センターのいくつかからお話を伺いました。共通してだされているのは、「予防プランが業務の8割を占めていて、一人ひとりに丁寧に対応しようとすれば、ギリギリの状態」「連携、連携といわれるけれど、この人員・体制では難しい」「精神・障害などいろんな分野の業務が増えている」と、予防プラン報酬の低さとも相まって、過重な負担となっていく現実が語られました。

同時に、「行政は、指示や方針を下ろすばかり」「医療機関や介護事業者の責任ばかり重くなっている」と、行政の役割の後退に、厳しくかつ切実な意見が相次ぎました。

現在、地域包括支援センターは市町村が直営で運営しているのは府内99カ所のうちわずか15カ所で、ほとんどが民間社会福祉施設や医療法人にゆだねられています。私は、自治体直営で実施されている包括支援センターにもお話を伺いましたが、「直営でやる意義は大きい」と言われていたのが印象的でした。体制は厳しいものの、予防プランの数に左右されず、介護予防事業の実施、総合的な相談や支援、虐待対応をはじめ、地域資源、高齢者や家族の実情に応じて公的に支援する構えとその具体化を感じました。

そこで伺います。「京都式地域包括ケア」の具体化において、自治体が果たすべき役割と責任はどこにあるとお考えですか。また、府保健所や、市町村保健センターの体制強化について、どういった形で進められるのか、具体的にお答えください。

#### 【知事】

地域包括ケアについて。高齢化の進展により社会保障費が増大するなかで、国はこれまで、医療費や介護給付費の抑制方策を進めてきたので、何か制度をいじったときにそれが削減でないかという思いがあったのは事実だと私も思う。ただ、来年度の概算要求では社会保障費の自然増が盛り込まれた形になっておりますので、その点からは今のところ中立的に考えていくべきではないかと感じている。

ただ、一方では、国の社会保障費の伸び率にも概算要求が入っているのですが、交付税の方、7000億円ほどになるのですが、これについては、今は現状のままで、全体の枠の中で据え置かれています。全体の枠の中でどういう形になっていくかということが出てこない、今度は我々の方の財源の問題が出てくる。そして、一番大きな問題は、これから、高齢化率が大体30%を迎えるのが、この10年で急速に進んでくるのですが、その財源問題をどうするのかを私は避けて通れない問題と思っている。

そうしたことを相対的に考えていかないといけないということは、私は憂慮している。

一方その中で、京都府としてどういうことができるのか。今までは、医療、介護について、我々は財源的な分担はして参りましたが、更に一歩進んだ形で地域包括ケアが高齢者の視点に立ったワ

ンストップで包括的な医療、介護、福祉のサービスを提供するために、私どもも支援をしていかなければならないということで、このたび、京都式の地域包括ケアシステムの構築を進めるためのアクションプランを作成している。

まさにそのアクションプランの中では、高齢者の方が、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らして行く環境を整えるシステム、それを国待ちではなくて、在宅医療や介護サービスの充実や医療と介護の連携した成長を盛り込んでいきたいと始めている。

行政の役割ですが、都道府県の場合は、広域的な立場からの物ですから、多分、その基礎になる人材育成や技術的支援をはじめ体制の基盤づくりと京都における実施がスムーズに行なえるような支援体制を担うことになると思っている。

先ほどからの光永議員のご質問の中にも、市町村行政の部分が随分あったわけですし、そうした点は、現場の声、市町村の声をしっかりと反映させながら、その連携の中でやっていかなければならない。

地域包括支援センターについては、確かに非常に忙しい面がありますので、これについては私どもも、その改善をはかるための特区申請を行なっていきたい。

地域包括ケアシステムの要としての支援センターの余裕のためにも、研修など積極的な支援をしていきたいと考えていますけれども、これからアクションプランの中で検討していく。

市町村につきましては、まさに、地域包括ケアの実現に取り組む役割を担っている訳ですので、私ども府の保健所におきましても、そういう市町村等の再生を保健医療協議会や地域リハビリ圏の連絡会を通して積極的支援をして参りたい。

保健センターにつきましては、市町村の業務ですが、多分地域住民の健診等を実施されており、私はこれからもやはり地域包括ケアを支えていく重要な機関であると考えておりまして、府としても引き続いて緊密な連携のもと施策を推進していきたい。

#### 【みつなが・再質問】

答弁をお聞きしていると、京都府の役割が連携や組織作りや人材づくり、研修ということばかりとなっています。当初、介護保険制度が始まる前は、やはり直接的に市町村とも一体となって、地域で安心して住めるような措置制度の時代、そういう努力がされてきたわけです。それがずっと後退してきているわけですから、そういう医療、介護にかかる金を減らしていく方向ではない、本来の地域包括のかたちを京都から発信していかなければならない時に、京都府がどういう役割を果たすかは非常に大事なわけです。

その点で言うと地域包括支援センターは、扇の要と位置付けられておられるのなら、研修ではなく、体制の強化についての支援策をどう講じられるのかをお答えいただきたい。

#### 【知事・再答弁】

地域包括ケアの具体的な施策については、これから市町村と協議し、アクションプランの中でもきちんと固めていかなければならないと思っている。私自身は、基本的に広域行政として、都道府県は福祉に対してさらに大きな役割を果たすべきと考えていて、まさに国保行政においてもそうした面から、きちっとやっていかなければならない。光永議員は、こちら（地域包括ケア）の方は支援せよというんですけれども、国保の方は財政だけという話になっているので、私はそうではないと思っている。国保についても、幅広く広域行政の観点から、府内の国保をきちっとやっていかなければならない。でないと、私は都道府県行政として統一がとれないのではないかと感じている。

## 医療・保険・福祉の連携、リハビリ日数制限の撤廃など

#### 【みつなが】

二つ目の医療・保健・福祉の連携についてです。

「京都式地域包括ケア」は、退院後の受け皿づくり、しかも在宅中心となっており、医療や介護の基盤が足りない地域では、予防から在宅まで切れ目なく提供できる体制をつくるために、行政が軸になることはもちろん、医療機関が中心となった連携体制をとることが不可欠です。

私は先日、長野県小海町にある佐久総合病院小海分院および小海診療所、さらに南相木村国保診療所や川上村診療所に伺ってきました。

小海分院は、日赤が撤退することとなり、周辺5町村の強い要望をうけ佐久総合病院が開設したのですが、その後、この病院と本院を軸にして5つの診療所に医師を派遣し、町村単位で保健・医療・福祉・介護の連携が行なわれていました。一番感銘したのが、院長が、それぞれの村の産業構造や暮らしぶりについてお話され、それに基づいた対策がとられていることでした。川上村では、ヘルシーパーク構想として、医療や介護によるまちづくりを提唱し、診療所に隣接してヘルシーパーク棟を建設し、一つのまっすぐな廊下でつながり、デイケアや入浴などもでき、さらに子どもも自由に使えるものとなっていました。そこでは、行政が中心となり、社協や包括支援センター、訪問看護ステーションなどが連携し、一人ひとりの状態像に合わせた予防から医療、介護、在宅支援などきめ細かい対応がされていました。

そこで伺います。今回のアクションプランを検討するにあたり、保健・医療・福祉の連携については、どう考えておられますか。また、京都府医療計画との整合性や平均在院日数を削減する医療費適正化計画との関係については、いかがですか。さらに適正化計画そのものの見直しをすべきと考えますが、いかがですか。

加えて現場で問題になっている課題について数点提案します。

一つは、リハビリ日数制限についてです。

医療従事者からも介護保険事業者からも、「あともう少し、入院してADLが回復したらもっと在宅でよりよく生活できる」という声が多数だされています。最大問題は、リハビリ日数制限を導入したことです。48万筆もの署名の力により、2007年からリハビリ日数制限については一定緩和されたものの、現場では、レセプト審査で切られてしまうのではないかなど実際には続けられていないのが現実です。リハビリを医学的要素以外で機械的に基準を設けることが根本的な誤りとなっており、リハビリ日数制限と疾患別リハビリを撤廃することが、医療と介護の連携をはかる上でも非常に重要なことだと考えます。国に求めるべきと考えますが、いかがですか。

第二は、介護保険の加算についてです。リハビリ日数制限などの影響もあり、できるだけ在宅へという流れが強められる中、退院後、在宅で診る上で、関係者が集まった退院時のカンファレンスが繰り返し行なわれますが、それにかかる経費が介護報酬上認められていません。「せめて、報酬で認めたり、交通費分を自治体で支援措置ができないか」と多くの声があがっており、国に求めるとともに、本府として支援を講じるべきと考えますが、いかがですか。

第三は、地域包括支援センターそのものの体制への支援措置は当然講じられると考えます。その内容はどうか検討されていますか、お答えください。

第四は、処遇改善についてです。

介護職員のあまりの賃金の低さに、介護職員処遇改善交付金1万5000円が上積みされたものの、時限的であり、さらに「給料に反映されていない」との声がほとんどです。まずは、交付金の実績がどのように給料に反映したか、お答えください。その上で改善を求めるとともに、継続的な支援策を検討すべきと考えます。いかがですか。

### 【健康福祉部長】

地域包括ケアにかかる連携体制について。かかりつけ医や訪問看護などの医療分野、介護予防を含む訪問介護やデイサービスなどの介護分野、生活支援や見守りなどの福祉分野のそれぞれを、充実、強化することによって、利用者のニーズに応じて切れ目なくサービスが提供できる体制を整えるとともに、関係者が一堂に会して共同でケアプランを作成する等、包括的、一体的なチームケアが実現するような仕組みの構築についてアクションプランに掲げている。

また、京都府保健医療計画においては、健康増進から医療介護まで切れ目ない保健医療サービスの提供を行なうことを基本理念として取り組みを行っており、医療費適正化計画に相当する京都市府中期的な医療費の推移に関する見通しは、健康長寿をめざす立場から生活習慣病対策の徹底や切れ目のない医療提供体制の構築をめざしたものであることから、アクションプランと一体的に推進

することになっている。

なお、京都府中期的な医療費の推移に関しての見通しは、医療費抑制を目的としたものではなく、必要な療養病床を維持し生涯を通じた健康を作り、並びに医療機関の役割分担と連携の促進等により平均在院日数の短縮を図ることを基本としたものであり、現状において見直す必要があるとは考えていない。

リハビリの診療報酬については、平成 19 年度に、状態の改善が期待できると医師が判断する場合は、上限日数を超えて算定できるよう改定され、患者の状態に応じて適切に運用されているところですが、今後とも実態把握に努め、患者の視点に立ってより適正な運用がはかれるよう必要な改正を国に要望していく。

退院時におけるカンファレンスに要する経費については、医療機関や居宅介護支援事業所に対しては現に、現行報酬の中で、包括的に算定されておりますが、特に重度な方については他に多くのサービス提供事業者もカバーしてもらうことから、これら関係事業者についても交通費等を含め、その業務が適正に評価された介護報酬となるよう国に求めていきたい。

介護職員処遇改善交付金の給料への反映については、国において調査が実施されているところですが、すべての介護従事者について適切な賃金水準を確保することが大切ですので、次期介護報酬改定においては、介護労働を適正に評価した報酬とするよう引き続き国に対し強く要請していく。

#### 【みつなが・指摘】

地域包括ケアについては、どちらの方向に向けて具体化するかというのが一番大事だと思います。つまり、医療や介護にかかる費用を削減する方向なのか、それともそうでないのか。やはりそれは、行政の果たすべき役割がその軸になるという点で、非常に問われていると思うので、そういう立場から積極的な役割を果たしてほしい。先ほど、研修や広域的な仕組み作りばかりおっしゃったが、そうではない直接的な支援策もしっかりと講じるべきだという立場からの具体化を引き続き求めておきます。

## 地域医療の確保について

### 舞鶴・京丹波への支援、医師確保対策に全力を

【みつなが】次に地域医療の確保についてです。

私はこの間、丹後や中丹医療圏の医師不足対策、さらに南部の小児を含む救急医療対策を何度も求めてきました。

そこで今課題となっている舞鶴市の病院再編について伺います。現在、地域医療再生交付金により、中丹二次医療圏の病院再編を含む取り組みが行なわれています。先日、舞鶴市議会で市長が、急性期基幹病院を舞鶴医療センターに建設し、舞鶴赤十字病院を連携拠点とすると表明されました。

そこで伺います。今回、「再生計画」が中丹二次医療圏を対象にまとめられていますが、舞鶴市の場合、丹後や福井県嶺南地域を含め広域的な役割を果たしています。今後具体化を図る上で、救急をはじめ広域的な役割をどのように果たすのか、お答えください。

一方、救急医療を含む中丹医療圏全体の再生は急務です。この救急対応について、舞鶴市では「広域医療で 2・5 次救急を実現し、すべての疾患に対応していきたい」とも述べられています。

救命救急では、現在京都府全体が 3 次医療圏として指定され、京都市内の第一および第二日赤と京都医療センターとなっています。そこで中丹および丹後全体の救命救急を考えた場合、ドクターヘリ運航が広域連携によりはじまりましたが、4 1 5 件中 2 4 3 件 5 8. 6 % が豊岡病院への搬送となっており、しかも夜間や冬季は飛べない状況となっしまい、ドクターヘリや患者が集中する豊岡病院に頼るだけでは、厳しい状況に変わりはありません。このため広域的な役割を担う 3 次的な基幹病院が求められていると考えます。その点の認識を伺うとともに、舞鶴の基幹病院の建設にあたっては、京都府が人もモノも財政も支援することが不可欠と考えますが、お考えをお聞かせください。

次に南丹二次医療圏にかかわって伺います。

南丹医療圏の中でも山間部にあたる京丹波町は医師不足が顕在化しています。昨年4月より瑞穂病院から名前が変わった国保京丹波町病院は、47床の大きくない病院ですが、合併した京丹波町内において、診療所機能も含め、丹波笠次病院とともに、地域の医療を支える極めて重要な役割を担っています。

この間、京丹波町病院は療養病床をなくし47床すべてを一般病床にし、一方で、和知診療所を19床の転換型老健にしたとお聞きしています。ところが、京丹波町病院では、院長を含め常勤医が3名のみで、兵庫県川西市から通勤されている71歳の嘱託医さんなど2名と非常勤医師の輪番などでなんとか外来、病棟を支えておられます。それでも入院まちは多く「応えきれない」現状となっています。一方、笠次病院も常勤医は2名のみで、和知診療所は現在1名のみ。非常勤医師でなんとか支えておられるようですが、夕方以降の対応ができず、常勤医に負担がかかっているのではないかと心配します。現在、京丹波町内には、京都市内から通いながら診療されている開業医さん一軒以外は、歯科を除いて開業医がひとつもありません。これでは、どこの部分が欠けても、たちまちたちゆかなくなるギリギリの状態です。

こうした中、京丹波町では、病院内に医療政策課として組織を変え、医師や看護師確保に奔走されているとお聞きしています。

一方、同じ医療圏にある他の医療機関も医師不足、看護師不足が深刻ですが、とりわけ京都市乙訓二次医療圏に入るものの、南丹医療圏と近接し、生活圏が連なる京北病院も、合併時に6人おられた医師を府立医大が派遣を引き揚げた結果、昨年には4人となり、今年度は常勤医2名になったとお聞きするなど、相当厳しい状態が続いています。

医師不足対策は、先の知事選挙でも大きな争点の一つとなり、私も府のリーダーシップの発揮を求め中、府立医大と京都府との医療対策本部が設置されるなど、一定の改善が図られてきましたが、個々の病院で見れば、病院独自の確保対策にゆだねられているというのが実情で、これでは医療機関そのもの、地域医療そのものが崩壊しかねない事態です。

そこで、伺います。今紹介した南丹医療圏の中でも深刻となる京丹波の事態を全面的に受け止め、京都府として常勤医配置の支援を行なうべきですが、いかがですか。また、府医療対策本部を、府立医大との協議機関にとどめず、京都大学も含む他の医療機関の協力を得られる本部へと発展させるべきですが、いかがですか。

さらに、医師確保対策に派遣元医療機関で週一回程度診察や研修が受けられる支援策を講じるべきと考えますがいかがですか。

#### 【健康福祉部長】

中丹地域の医療再生計画については、舞鶴市内の公的病院の再編、連携を行なうことにより、地域内の舞鶴、福知山、綾部の3市、それぞれの基幹病院を中心とした相互連携を進めることで、中丹地域全体の医療水準の向上、強化を図るものであり、その中でそれぞれの病院が、立地や機能により、救急医療をはじめ、広域的な役割を担うものと考えている。

計画に基づき、舞鶴市内に新たに建設する予定の病院については、舞鶴地域の基幹的医療機関として、高次の救急機能を担うものを整備することとし、現在、京都府が中心となり、舞鶴市及び関係設置体との間で、新病院の整備、運営計画等についての調整を行なっているところであり、今後京都府としても、地域医療再生臨時特例基金により、必要な財政支援を実施するなど、本計画の着実な実現、具体化に向け、さらに取り組みを進めることとしている。

京丹波町の支援について。現在、町において京丹波町医療協議会を設置し、今後の医療体制について検討を進められているところであり、本府からは地元の保健所長が委員として、また府立医科大学学長は顧問として、参画している。京都府としては、町の検討を踏まえて、さらに必要な支援を行なっていきたい。

医療対策本部については、京都大学をはじめ、医師会や私立病院協会等の関係団体、市町村の代表を構成メンバーとする医療対策協議会の事務局機能を担う京都府として、医師確保の取り組みを強化するため、府立医科大学を含め、庁内の部局横断的組織として設置したものの。

現在、医療対策協議会にワーキンググループを設け、今後の医師確保対策のあり方について検討を行っているところであり、派遣医師の研修なども含め、協議会のご意見を踏まえながら、今後なお一層の医師確保対策の充実に努めて参りたい。

#### 【みつなが・再質問】

医療については、南丹についても中丹についても、深刻な事態があるわけで、これについては全力をあげていただきたい。

先日、府立与謝の海病院でお話を伺いました。与謝の海病院では、昨年脳外科医がいなくなって脳外科が縮小しましたが、府立医大からの派遣やその他病院からも派遣もあって、昨年再開したわけです。今年4月、知事選挙が終わって、4月末でその医者が引き上げられて、現在、結局手術ができない事態になっているんです。これだけ深刻な事態が、南丹だけではなくて、中丹でも丹後でも起こっているという事態です。先ほどの答弁では、医療対策協議会で医師確保対策をやっているとされましたが、結局、医療対策協議会で医師確保対策について本格的に論議し、それに基づく措置をされたということがないわけです。また、医療対策本部だって、府立医大との調整協議機関だけになっているわけで、やはり他の医療機関などもしっかり入った体制をとるべきだと繰り返し求めてきました。これについて、再度お答えいただきたい。

#### 【健康福祉部長・再答弁】

医療対策協議会は、医療法に基づき設置されていて、医師の確保対策につき、関係団体により必要な施策を協議していただく場。その場で協議されたことについて、京都府が事務局機能を担っているので、医療確保の取り組みを京都府として実施するため、医療対策本部を設置し、強化を進めているところ。今後とも、こういう形で、医師確保対策は、万全を図っていきたい。

## ナラ枯れ対策について——要望

#### 【みつなが】

なお、この際一言要望しておきます。本議会にも補正予算が提案されたナラ枯れ対策についてですが、私の地元左京区でも吉田山や東山一带に深刻に広がっています。先日、私は滋賀県に通じる山中越の周囲の山に地元の方と入り、その実態を調べてきました。急峻な斜面のナラ類が枯死していることから、道路に倒れてはこないか、非常に心配な箇所が多くみられました。抜本的な対策はいうまでもありませんが、今のべたような箇所については、緊急的な対策を京都市とも連携して早急に箇所を確定して対応することを強く求めておきます。