

【委員会記録】

大西委員長

ただいまから、文教厚生委員会を開会いたします。(10 時 34 分)

ただちに議事に入ります。

これより、保健福祉部・病院局関係の審査を行います。

保健福祉部・病院局関係の付託議案については、さきの委員会において説明を聴取したところでありますが、この際、理事者側から、追加提出議案等について説明を願うとともに、報告事項があれば、これを受けることにいたします。

保健福祉部

【報告事項】

- 災害医療支援病院について(資料①)

病院局

【追加提出議案等】

- 報告第6号 平成 23 年度決算に係る資金不足比率の報告について(資料②)

【報告事項】 なし

小谷保健福祉部長

追加の提出議案はございませんが、この際、1 点、御報告させていただきます。

徳島県災害医療支援病院についてでございます。

資料1をお願いいたします。

昨年の東日本大震災への医療救護支援などから得られた教訓といたしまして、本県の災害医療体制のさらなる充実強化を図るため、災害時における医療救護活動の中心的な役割を担う災害拠点病院の追加指定や災害派遣医療チーム、いわゆるDMATのさらなる養成などにこれまで取り組んでまいりました。

三連動地震を初めとする大規模災害発生時におきまして、多くの医療機関が被災し、軽症から重症患者までが、災害拠点病院に集中することが懸念されます。こうした状況への備えを強化するため、今年度、本県独自の取り組みといたしまして、災害拠点病院を支援、補完する医療機関として、新たに災害医療支援病院を県として指定を行うことといたしました。

去る9月 29 日に、災害医療関係者からなります県災害医療対策協議会を開催し、東部圏域では田岡病院、南部圏域では阿南共栄病院、西部圏域ではハウエツ病院の3病院とすることについて了承されましたので、今後、速やかに、指定を行ってまいりたいと考えております。

報告は以上であります。

よろしく御審議賜りますようお願いいたします。

黒川病院局長

それでは、9月定例会に提出いたしております病院局関係の案件につきまして、御説明申し上げます。

お手元の病院局関係・説明資料(その2)の1ページをお開きください。

まず、平成23年度決算に係る資金不足比率の報告についてでございますが、これは地方公共団体の財政の健全化に関する法律第22条第1項の規定によりまして、平成23年度決算に係る資金不足比率について、監査委員の意見をつけて御報告させていただくものでございます。なお、資金不足額とは、流動負債が流動資産を超過した額でございまして、一般的には資金ショートと言われるもので、病院事業会計では発生いたしておりません。

また、病院事業会計における資金不足比率とは、資金不足額を医業収益で除して得られる比率でありまして、資金不足額がないことから、バーを記載しております。

続きまして、2ページをお開きください。

資金不足比率の県議会への御報告に先立ちまして、徳島県監査委員による審査を行っていただいております。その結果、見開き3ページの審査意見書のうち、第3審査の意見のとおり、審査に付された資金不足比率及びその算定の基礎となる事項を記載した書類につきましては、いずれも適正なものとお認めいただいているところであります。

以上で、提出案件の御説明を終わらせていただきます。

御審議のほど、よろしくお願い申し上げます。

大西委員長

以上で報告は終わりました。

これより質疑に入ります。質疑のある方は挙手をどうぞ。

扶川委員

前から取り上げていますけども、精神医療安心整備事業についてちょっとお尋ねしたいと思いますが、今年度からモデル事業を始めています精神障害者アウトリーチ推進事業、それから6月から補正予算で組まれました見守りの活動について、実績とか今後の予定とか概要を御説明してください。

鎌村健康増進課長

ただいま、扶川委員より御質問いただきました精神障害者につきましての質問でございます。まず、アウトリーチのほうの質問について御説明させていただきます。

今年度、既に4月から精神障害者の方が入院に頼らず、地域で生活が継続できるように支援するモデル事業であります精神障害者アウトリーチ推進モデル事業についてでございますが、こちらのほうにつきましては、徳島市内の精神科病院におきまして、精神保健福祉士そして看護師が専従で、医師や心理士、作業療法士などが兼務での多職種のチームで取り組んでいただいております、主に病院から車で約30分以内の地域の方を対象にいただいているところであります。この対象者の方につきましての多職種によるカンフ

アレンスを毎週定例で開催しておりまして、保健所そして精神保健福祉センター及び関係する機関から参加しております。カンファレンスにおきましては、支援状況の報告や計画の見直し、対象者の方の選定などを行っているところでございます。

続きまして、精神障害者を地域で支える体制づくりモデル事業につきましては、精神障害者の方へのきめ細やかなサポート体制の構築によりまして、地域で暮らす精神障害者の方が安定した療養、安心した生活を継続するためのサポート体制を構築するモデル事業として、6月の補正予算でお認めいただきまして、こちらのほうにつきましては、県内の市町村の委託相談支援事業所のほうに照会をかけまして、このたび4カ所から事業実施の希望がありまして、委託の決定を行いまして、現在、各事業所におきまして、事業実施の開始の準備がされているところでございます。

こちらにつきましては、先ほどありましたように、今後の予定でありますけれども、この事業は障害者自立支援法によりまして今年度までの基金事業でありまして、国の制度といたしまして、夜間を含めた常時の連絡体制を確保して、緊急の事態への対処などの支援を行う自立支援法の個別給付、こちらのほうは今年度から創設されておりますが、今年度は移行期ということで、このモデル事業を実施させていただきまして、来年度からは制度としての個別給付によりまして、取り組んでいただきたいと考えておるところであります。

扶川委員

アウトリーチ事業のほうからですが、実績ですが、対象となる患者さん、それからケアの実績とか、数字があれば教えてください。

鎌村健康増進課長

現在、アウトリーチ推進モデル事業の実施状況につきましてですが、先ほど答弁申し上げましたように、多職種によるチームで訪問、アウトリーチを行っておるところでございますが、もともと支援対象者となる方というのが、治療の中断者の方であるとか、未治療の方であるとか、引きこもり状態の方であるとか、長期入院の後、退院して病状が不安定な方を対象としているところでございまして、8月末時点でございますけど、現在8名の方を対象として、このアウトリーチ事業を実施していただいているところでございます。

扶川委員

いい事業なのですが、今おっしゃっていただいた対象になる人の県下の数に対して8名ということですか。今後、全県下でサポートできる仕組みにしていきたいです。そもそも対象者が何人いるのか。それに対して8人と。それと今後の見通しをあわせてお尋ねいたします。

鎌村健康増進課長

ただいま申し上げましたアウトリーチにつきましては、県内では今回モデル事業といたしまして、1つの病院が指定されておるところでございまして、先ほど答弁いたしましたけど、車で約30分程度の距離、訪問できる場所、緊急時にも駆けつけられるところで、県内全域をということではありますが、この対象となる方につきましては、駆けつけられる約30分程度のところで現在実施しておりまして、その方が今8名おられるわけですね。

れども、この方の選定といいますか、アウトリーチの対象となるに当たりましては、保健所等が相談に乗ることによりまして、この方々を現在アウトリーチの指定としているところでございます。この対象となる方はどこまでかということでございますけれども、この1病院につきましては20名程度の方までであれば対応可能であると、現在、進めているところでございます。

扶川委員

30分以内で行けるところが基本ですから、それ以外のところはまだ対象になっていないということですね。来年度以降ですが、今回のモデル事業の成果を見て、全国に広げていっていただきたいということで、その見通しについて教えてください。

鎌村健康増進課長

来年度以降につきましてでございますが、現在のところでは、この1病院が継続予定となっているところでございますが、モデル事業ということでございますので、当初の国の方針によりますと、今後2年から4年程度継続する方針とは聞いておるところでございます。その後につきましては、当初の計画の段階におきまして、国のほうで診療報酬等により全国に広げる方向で検討していると聞いておるところでございます。また具体的な方向性ということは、まだ聞いておるところではございませんので、そういうふうにならざるやうな方向で現在進められているところでございます。

扶川委員

全国に広げていただくように、診療報酬を乗せていただくように、国のほうに対して県としても強く働きかけていただきたい。

それから、地域でされるモデル事業のほうですが、4つ手を挙げられているということですが、これも具体的にわかるのであれば教えてほしいのと、全県的に広げていく方向で取り組んでいただきたいのですが、これについても見通しないし現状を教えてください。

鎌村健康増進課長

先ほど答弁申し上げましたが、4カ所につきましてでありますけれども、この10月からということで事業実施をしていただくことになっておりますが、県内の市町村の委託相談事業所ということで、県内全域に対しまして募集をさせていただきました。これによりまして、4カ所ということでございますが、東部圏域で2カ所、西部圏域で2カ所、南部圏域につきましては、このたび、照会をかけておったところでございますが、人員等のことがあり、応募、希望がなかったということで、東部2カ所、西部2カ所の計4カ所というところでございます。

これを今後、全圏域にということでございますが、先ほど答弁させていただきましたがこの事業につきましては、障害者自立支援法によりまして、国の制度として今年度からこの部分が含まれているということでモデル事業をさせていただいておりますので、来年度につきましては、制度としての個別給付によりまして、全県下で取り組んでいただけるように、我々といたしましても広まるように努めてまいりたいと考えております。

扶川委員

穴があいている南部圏域についても、ぜひつくっていただくように医療機関に働きかけをしっかりとやっていただいて、診療報酬に乗せていただきたいということをお願いします。

精神医療安心整備事業の関係では、アウトリーチ以外に相談体制と救急対応のこともスタートしかけていますが、24時間の精神医療の相談窓口、それから精神科救急情報センター、それぞれ設置できるのはいつごろですか。あるいはもう設置されているんですか。

鎌村健康増進課長

精神科救急の医療システムについての御質問でございますが、まずは精神科救急情報センターにつきましては、救急医療機関、そして消防機関、警察のほうから、緊急な医療を必要とする精神障害者の方が、搬送先となります医療機関の要請に対しまして、状況に応じた医療機関を紹介するなど、緊急な医療を必要とする精神障害者の方に、精神科の救急医療を提供できるよう関係機関との連絡調整機能を持つものでございますが、このたび、新たな県立中央病院におきまして、このセンターを設置していただくこととしておるところでございます。

相談体制につきましては、現在、精神科の診療所の先生方、そして病院の先生方との会議等を通じまして、まずはかかりつけの先生方のところに対応いただくということ、そして時間外におきましては、輪番病院のほうで緊急搬送体制につきましてはお願いしているところでございまして、さらに空床等がないような場合につきましては、この精神科緊急情報センター等が調整をしていただいていくというようなところで現在、体制整備に努めているところでございます。

扶川委員

10月中旬に設置されるんですか。いつごろの見通しなんですか。

鎌村健康増進課長

精神科緊急情報センターにつきましては、現在、県立中央病院及び精神科救急のシステムに関します委員会のほうと、そして警察、消防のほうとも協議会を持つようにしておりまして、開院日の10月9日から、センターとしての機能を果たしていただくことになっております。

扶川委員

9日からスタートするということで、24時間精神医療窓口というのも中央病院でしょ。それからセンターも中央病院ですね。基本的に違うんですか。

鎌村健康増進課長

ただいまの精神科救急情報センター、総合相談の窓口についてでございますが、こちらは別のものとして考えておりまして、先ほど申し上げましたように、精神科緊急情報センターにつきましては、緊急の場合に主

に医療機関、救急医療機関、消防機関、警察のほうから、あるいは輪番病院のほうからの要請を受けまして、調整を行っていただくということでございます。

扶川委員

だから別ものなんでしょうけど、設置されるのは中央病院の中なんですよ。イメージがもうひとつわからないのでお尋ねしたかったんですけど、その相談窓口、24時間、夜間、休日に受けられる方と、救急情報センターで情報を集約して、空きベット情報などを医療機関とか救急車なんかに伝える人は、別のところにいる別の人なんですか。連携はあるんですか、ないんですか。教えてください。

鎌村健康増進課長

この相談につきましては、現在、時間外等のものでありますけど、県からは委託事業としては現在行っておるところではございませんが、県内の民間の精神科病院におきまして、この相談窓口を開設していただいておりますのでございまして、それ以外につきましても、先ほど答弁させていただきましたが、まずはかかりつけの医療機関、そして時間外におきましては輪番病院のほうでも対応いただいておりますのでございまして、そういったところに対応できないと、あるいは緊急な医療が必要であるといった場合につきましては、輪番病院、そしてセンターのほうで調整していただくというふうに考えているところでございます。

扶川委員

なぜこんなことをいろいろ聞いているかといいますと、過去に何度も議論してきましたけど、いわゆるたらい回し状況が何回か起こりました。そういうことにならないように、スピーディに治療ないし必要なときには保護入院とかができるような仕組みにさせていただきたいとの家族の切実な要求なんです。それでそういう仕組みになるのかなということを前々から聞いているわけです。

例えば、家族が搬送するときに、家族の説得で素直にお医者さんへ行ってくればいいけれども、そのときに夜間ですと主治医に電話しても主治医がいない。そうすると輪番病院のほうにかかるようになるわけですけど。そのときに、どこにかかったらいいかという情報をスムーズに家族ないし医療機関、救急車、消防署とか警察に速やかに提供していただかないといけないわけです。今度のセンターは、そういう機能を果たしていただけるんだらうと理解しているんですが、それでいいですか。

鎌村健康増進課長

ただいまお問い合わせがありましたように、まず御家族の方、患者さまのほうで、かかりつけあるいは輪番病院等にかかった際に、さらに緊急を要するということでの病院搬送、搬送先の選定につきましては、まずは消防のほうで搬送先につきましてはルールというのがございますので、それに沿って各圏域の消防のほうで搬送することになっておりますが、空床の応答ができないというようなことにつきましては、精神科救急情報センターのほうでお問い合わせいただき、調整等がなされるというふうに考えておるところでございます。

扶川委員

問題は、それはそれで一步前進だと思うんですけど、家族が説得しても入院に応じないことがあるんです。よくあります。家族がついて行って、病院の窓口まで行けば保護入院ということで、本人の意思に関係なく保護する形で入院することで大きな問題にならずに済む場合があるんです。ところが今の状況では、お医者さんが家まで来てくれないので、一たん家族が連れて行かなければ保護入院は無理なんです。それで現状がどうなっているかというと、本人が暴れて手がつけられなくなって、警察とか救急を非常事態で呼んで、特に警察などはよく呼ばれていますから。呼んでいわば半強制的に病院に運ぶことで初めて家族について行って、保護入院が可能になるという現状があるんです。ここが徳島県の救急科病院の一番のウィークポイント。家族がそこまで苦しむ、本当に限界まで我慢しなければ、警察のところまで行かなければ救急対応できない。これが一番の問題なんです。

ところが警察が来ますと割とおとなしくなる。これはだれでもそうですが、病気の方であろうとなかろうと。制服を着た警察がパトカーで来たらびっくります。警官は素人ですから、見ただけで診断なんかはできないわけです。落ち着いているじゃないかと。これで連れて行っても保護入院なんか無理だよと、家族に話してしまうわけです。以前そんな形で連れて行かずに帰って、その後、その患者さんが隣の家に棒を持ってガラスを割って入って、中で妊婦さんがおいでで、押入れの中で怯えていたという事件がありました。これも救急対応ができなかったため。このところをどう改善していくかが非常に大きな問題だと、私は前から指摘させていただいているんです。

今回、中央病院と徳大病院の医師を相互に譲るとか譲られるみたいな話が、昨日の総務委員会で報告されたんですけど、報道も見ましたが。一体、今私が申し上げたようなことについても、中央病院の救急体制の強化につながっていくような方向で今後、進んでいくのだろうか心配なのです。私は大阪の病院へ行きましたけども、そこは行ってくれます。お医者さんと看護師さんが行って、その場でこれは大変となると、家族の同意を得て保護入院という形になるんです。こういう方向に持っていけないと根本的な解決にはならないと思うんです。その点どんなふうにお考えなのか、今後の取り組みの可能性とか、そのあたりをお尋ねしたいです。

鎌村健康増進課長

委員から、非常に厳しい状況にある方がおられるという御報告をいただきました。現在までにおきまして、そういった方がおられたり、あるいは警察のほうからの通報によりまして、保健所に対応させていただいたりということもある状況でございますけど、精神科救急情報センター、そして輪番病院等、こちらのほうにつきましては、精神科病院のほうにおきまして、医師の確保など非常に厳しい状況下で緊急時の対応の態勢が継続的に円滑に機能できるよう御理解、御協力をいただきながら運用していただいているところでございますが、こちらのほうを含めまして、精神科救急の医療体制の連絡調整委員会というものがございます。こちらのほうで県内の主な精神科病院、大学病院、そして消防、警察、保健所、精神保健福祉センター等も参画した委員会でありますので、こういったところでも、こういうシステム、仕組みのほうが有効に利用活用していただけるように、検討いただいているところでございますので、今後もそこにおきましても、今後のセンターの運用の状況や実績等を見ながら検討してまいりたいと考えております。

扶川委員

本当に端的なことを言いますけども、家族の力で、あるいは消防の力で搬送できるときは、今、おっしゃったような情報提供なり、輪番制で対応したらある程度できると思います。本人が行かないときです。昼間はアウトリーチの事業の中で、十分な対応ができていない人を訪問していく仕組みをつくっていただいて、国のほうもそういう方向で一步前進だと思うんですけど。夜間とか休日とか。主治医も連絡がとれない。でも患者さんが調子悪くなって、家族が怯え切っているような状態のときに、お医者さんと看護師が現場へ行く体制をとるべきだと私は思うんです。民間病院では難しいのであれば、中央病院こそそういうことをやるべきだと。最後のとりです。それで事故が起こるのを防ぐ。警察の対応だけに任せておいてはだめです。医療では素人なんです。そこら辺は、今後の大きな課題として検討していただきたいと思います。

大西委員長

小休いたします。(11 時 02 分)

大西委員長

再開いたします。(11 時 02 分)

石本医療健康総務局次長

先ほど来、課長が答弁申し上げていますように、またずっとこの委員会でも扶川委員さんのほうから、以前から御質問いただいているところです。先ほど、答弁申し上げましたように、関係者の会議である精神科救急医療体制連絡調整委員会のほうで、これまでも何年もかけて議論して少しずつ進めていっているところですし、昼間は先ほど委員がおっしゃられたようにアウトリーチ事業も進めておりまして、できるだけ急変しないような予防体制もとっていきながら、その夜間の救急対応についても今後、御理解もいただきながら、その委員会等で検討してまいりたいと思いますので、御理解のほどお願いしたいと思います。

扶川委員

ぜひ、前向きに検討していただいて、家族の方、患者御自身がトラブルにならないように協力、支援をしていただきたいと強くお願いしておきたいと思います。

生活保護のことでお尋ねします。いろいろ苦言を申し上げたいので細かい話になると思いますが、最近、生活保護がいろんな理由で打ち切られる事例が、私が相談を受けた方の周辺で出てきておりまして、それは一つ一つとってみればそれなりの理由があって、保護受給者自身の問題もたくさんあります。だらしく、本当に自分でお世話しておきながら腹が立って仕方がないというようなやせない方も中にはおいでになります。しかし、少しやり過ぎと感ずることがあるのです。例えば、ある家は訪問してチャイムを押しても出ないと。それから電気のメーターを見て、電気がついてない。いないと判断して、小さい声で呼んだけど返事がないから不在票をおいて、また連絡してくださいということを繰り返した。でもなかなか連絡がとれないから、ついに最後通告で文書を出して、何回目かに連絡が来ないと廃止しますよという指導に至ってしまった。そ

の時点でびっくりして、不在票がポストの中に入っていて気がつかなかった。ポストを開けていなかったのが気がつかなかったと私のところに相談に来て、福祉事務所に行って、いや中にいたんだよと、調子悪くて寝ていたんだよと交渉して、いたのか、いなかったのか、居住実態がないということで、これは不正自給に当たるからみたいなことで切られた。中を見て判断してくださいよということで入っていただいて、そうしたら生活実態があるわけです。そしたら復活しました。

同じようなことがもう一件ありました。電気もガスもとまっていると。これで生活していると思えない。電話も通じない。これで廃止になった。どこに住んでいるのですかと。いや住んでいるんですよ。どんなにしているのですかと。10年間も電気もガスもなしに生活している。これも生活実態があるかないか中に入って調べたのですかと。いや調べていません。中に入って調べくださいと言って、中に入って見たらカセットコンロで生活している。この方は10年間、電気もガスもとまっていたから、私も前のが多く滞納になっているから払えないのかと思いましたけど、電気とガス会社に電話したんです。いや、すぐに復活できます。10年もたちますと欠損処理して残ってない。時効です。すぐ復活しました。

2つ例を挙げました。2000年4月に厚生労働省は電気・ガス事業者等の連携強化による困窮者の把握を求める通知というを出しているそうです。そもそも、その通知を出した目的というのは、電気やガスの調査をするのは困窮者の把握のためです。餓死事件とかありましたから。それに対応して、生活困窮者を積極的に把握しようということで連携強化をしたはずなんです。ところが最近の例では、困窮者を助けるどころか、何か生活実態がないことを確認して生活保護を切る都合にされている。これは私どうも納得いきません。一体、電気やガスが通じていないという情報を厚生労働省の通知どおり、福祉事務所がちゃんと連携して集めているのかどうかということを1つお尋ねしたい。

もう一つは、趣旨からいうと、生活保護を打ち切るためのツールではないはずなんで、きちっと実際に本人と面談して生活実態があるかないか、中に入って確認するまでは安易に切ってはいけないと思うんです。現実には私の目の前で2例ありましたから。これは人権問題です。

この2点について、どのようにお考えなのか。あるいは実態がどのようになっているのか教えてください。

大西地域福祉課長

生活保護受給者の世帯の実態把握についての御質問でございます。まずガス、電気等の使用実態といいますが、生活実態の把握についてですけども、ケースワーカーは世帯の状況によって、毎月訪問とか、2カ月に1回訪問、3カ月に1回訪問というような計画を立てています。その計画に基づいて、生活保護受給者の生活実態についていろいろお聞きする中で、相談にも乗ったり、自立に向けて取り組んでいるという日々の活動を行っております。そんな中でライフラインについて、電気の使用状況ですと、例えば3カ月の滞納があるというような場合には、電力会社から数日以内に滞納分の納付がなければ、電気の供給を停止するという旨の通知が行われておりますが、その情報を行政機関に提供することは保護の観点から困難ということでもあります。ただ真に生活に困窮している場合もあり得るということで、その電気会社の通知の中に、生活に困窮している場合には、市町村の福祉担当課のほうへ相談してくださいという文章を入れることについて、電力会社と今その件について協力をお願いすることも福祉事務所としては取り組んでおります。

ケースワーカーが不在だと、すぐ保護を停止するというようなお話がございましたが、そういうことでなく、実

態を把握する中でその世帯をどういうふうに自立に向けて支援していくかという観点から、ケースワーカーの訪問というのは行っていると私は認識しております。今後ともそういう方向で訪問活動していくと考えております。

扶川委員

後でいいですから、それでは福祉事務所のほうに相談してくださいというような連絡が電力会社から行っているということを見せてほしいのです。どんな実態になっているか。実際にされているかどうかも知りたいです。

それから、実態を把握するのに本気でそんな気があるのかなと疑わせる話ですが、本人の家の前まで来ているでしょと。いないかもわからないけど、電話でもかけてみたら、寝ていても電話だと出るかもしれないし。たまたま外出していても、電話をかければ戻ってくるかもしれないし。本人になぜ電話をかけないのですかと聞いたら、外出するときにケースワーカーさんは公用電話を持っていないと。プライベートの携帯しか持っていないから、それができないと。それで保護受給者に電話をかけて、今どこですとかという話ができない。これ本当に実態把握する気があるのかなと思いました。なぜ公用電話を持たせない仕組みになっているんですか。それを持ったら、今どこにいるのとその場で電話できるじゃないですか。そうすると仕事もスムーズだし。それともう一つ、緊急保護を要する人があらわれたときに、福祉事務所に電話をすると、今、担当者がいませんという話がよくあるんです。私はいつもアポなしで、そういう場合は強引に福祉事務所に行って、だれかわかりの人に話を聞いてくださいと受けてもらいますが、それは私に対応するときで、大方は町の役場を通して、民生委員さん通して時間をかけて問い合わせするわけですが、担当者がいないから時間が後回しになってくるんです。これもスピーディーに窮迫の状態にある人を保護するという仕組みからすると不十分だと思います。そのためにも、当然、ケースワーカーさんは公用の携帯を持っていればいいんです。なぜ持たない仕組みになっているのか。持たせるべきでないか。そのあたりをお尋ねしたいです。

大西地域福祉課長

ケースワーカーに公用の電話を持たすべきでないかという御質問でございます。不在とか緊急を要する場合も確かにあると思いますが、不在の場合は福祉事務所に帰ってから電話をすとかという方法もございますし、ケースワーカーもたくさん的人数でございますので、経費的なこともございます。私どもも福祉事務所の事務監査に行ったとき、そういった方法でどういう工夫ができるかというあたりについては、福祉事務所といろいろ協議をしてみたいと思います。

扶川委員

ケースワーカーさんは多いから、全員に機械的に割り振ったら大変です。例えば、外出のときに、外出する人は何番の携帯電話を持って出ましたなどとやればいいんです。少なくともそのぐらいのことをして、合理的な、それから窮迫状態に置かれている低所得者にとってもスピーディーな対応ができるような仕組みをつくっていただきたいということをお願いしたいと。

もう一つだけ、苦言にばかりなって申しわけございませんが、お尋ねしておきたいと思います。就労指導に

ついても、最近、少し行き過ぎではないかと思う例があります。67 歳の高血圧の女性に対して、血圧が上が
り体調が悪くて仕事に行けないんですよ。私も血圧が高いのですと。それでも仕事しています。だから仕事
頑張ってくださいと言われて、仕事先で倒れるたらどうするのですかと。ショックでしばらく眠れなかつ
たという相談を受けました。

それから、腰痛持ちの男性で、60 歳前後の方だったかな。なぜ働かないのですかと、怒ったような調子で
おっしゃって、私も腰が痛いのですけど働いていますよと。言い方がよく似ています。私はこういう言い方とい
うのは、ちょっと追い込まれて、働きたくてもなかなか体調が悪くて働けないから申しわけないと思っている
受給者にとっては、非常に冷たい言い方、言い過ぎだと思います。しかも、指導に応じてハローワークに行き
ますと、ちゃんと移送費、交通費が払われていません。この移送費の問題はお医者さんの通院もそうで
すが、極めて実際に支給されている点数も金額も少ない。これは前に委員会でも数字を出してもらったことがあ
りますが、改めて出していただきたい。本来は、私も厚生労働省地域援護局の担当課に行って直接聞きまし
たけど、ちゃんと必要な治療を受けるための交通費であれば、金額の多寡にかかわらず、少ない、多いにか
かわらず、ちゃんとバス代にしてもタクシー代にしても出すべきです。それをちゃんと出していない実績があ
る。これはもう一度きちんと調べていただきたい。ケースワーカーさんの心ない言葉で傷つけられた人があつ
たということ。それと就労指導するなら、ちゃんと交通費を出してほしい。通院についてもちゃんと交通費を出
してほしい。当たり前のことがやられてないと思うんですが、一度、点検いただきたいんです。

大西地域福祉課長

ケースワーカーの指導といいますか、指導助言の範囲の中で、ここにそういった事例があったというお話で
ございますけれども、ケースワーカーの資質の向上という面におきましては、県のほうでもケースワーカーの
新人、または中堅指導員といった分野ごとに研修会も開催する中で、レベルアップを図っていこうという取り
組みもしております。個々のお話もございまして、県としまして、そういった研修会を通じて、また、事
務監査等でいろいろなお話を聞く中で、適正な生活保護制度の実施に今後も努めてまいりたいと考えており
ますので、御理解よろしく願いいたします。

扶川委員

最低、意見だけ申し上げておきますので、また御検討いただきたいと思います。

1つは、就労指導は当然すべきです。県も若い人を中心に就労支援するプログラムを、従来のものに加
えてつくろうとしているということが前々から言われていますけれども、就労指導するのであれば、本人の職業
選択の自由とか、持っている能力をできるだけ生かせるようにするとか、そういう配慮をしつつハローワーク
に同行するとか、適正検査を受けていただくとか、懇切丁寧なサポートをして就労指導につなげていく必要
があると思うんです。大概就職に失敗をしたり、いろんな理由で心がくじけて足が向いていないという方が非
常に多いです。その懇切丁寧にとところが大事なんで、上からの目線でなぜ働かんのだとか、腰が痛い
といつても、そんなの私も痛いよという調子でやったのでは、これは就労指導ではないです。反発するだけ。
単なる嫌がらせです。そこら辺に配慮をしていただきたいというのが1つ。

それから車の運転のことですが、これも行き過ぎがあるのではないかという事例がありました。具体的に

は、板野郡内で徳島バスが1時間、2時間に1本しかないような地域で、月に5回も6回も通院をしている方が車を保有している。通院のために使っている。それを処分しなさいという事例がありました。これについて、疑問があるので私も厚生労働省地域援護局へ行って直接担当官に聞きました。実際に手引の中に書かれている著しく公共交通の便が悪いところというのはどういうところなのかと聞きました。それは一律に決めていません。東京や大阪であればこんなことは言いません。しかし1時間に1本、2時間に1本しかバスがないところ。JRもほとんどないところ。これは徳島県内の相当な部分が著しく公共交通が利用できない不便なところ。その判断はだれがするのかとお聞きしたら、それぞれの地域の福祉事務所に委任されている。県ないし市の福祉事務所が判断できるんです。その判断に疑義があるような例がいっぱいあります。生活保護受給者がぼろの古い軽自動車で、売却をしても価値のないような車を持って乗っているということは、通院とか、通勤のために今でも認められる仕組みがあるわけですが、最近、とみにそのあたりの運用が、国の議論の影響でしょうか、厳格になりつつあるように肌で感じます。

こんなことをやってますと、それこそ高血圧で大変な人が朝早くからバス停に立っていて、1時間も2時間もバスを待っている間に倒れるということが起こりかねません。実際に足が痛くて膝が痛いという人に、バス停まで歩いて行けという指導が現実現場でされています。これも行き過ぎだと思います。福祉の仕事なんですから、国民の健康、生存権を保障する仕事なんですから、きちんと本来の精神にのっとってやっていただきたいということを意見として言いつ放しになります。時間が来ましたので終わります。

西沢委員

ハローワークに元気な人が通っている。当然、元気でない人もいますけども。元気な人が通っている姿を見て、仕事を探すというのは非常に大切である中で、元気な人が働いていないのはもったいないなという気がしてなりません。そんな人たちに、どうやったら仕事を本当にやっていただけるのかという中で、当然、仕事を探しているということで、探すのは今まで通りしっかりやっていただくと。そのほかに例えば、農業とか林業、漁業などの従事者が高齢化したり、農地なんか非常に空いている農地がいっぱいある。そういうのをだれかにやってほしい。やってもらったらいいのにと、そんな話がいろいろあると思うんです。だから正式に就労するのは別に、そういう人たちに農業などをやっていただいて、仮の就業の場をちゃんと確保して、それらをやっていただく中で別に仕事を探していただくというようなことをすれば、農業だけではなく、国策としても、または個人的にもいろんな意味でいいのではないのかなと思うんですが。

徳島県だけでやれるかどうかわかりませんが、そういうことなんかも考えていって、本当に仕事ができない人に、まずは仕事をやっていただくと。その中で正式なところも探していくと。両方いるんじゃないかなと。元気でない人はだめですけど、元気な人には仕事をやっていただく場を与えること、仮の場を与えることも必要じゃないかなと思います。答えは要りません。そういうことも考えていく必要があるんじゃないかなと思います。

それと、先ほど災害拠点病院、災害医療支援病院のことについて話がありましたけれども、ちょっとお聞きしたいんですけども。まず、災害拠点病院のことですけども、今、県下で幾つあって。今後これをふやしていくつもりなのかどうかをお尋ねします。

木下医療政策課長

西沢委員から災害拠点病院についての御質問でございます。現在、災害拠点病院は県内で11カ所ございます。ことしの3月に災害拠点病院の要件が厚生労働省のほうから改正されておりますので、要件が合致するところがあれば、それは追加していきたいと考えております。

西沢委員

要件というのはどういうものですか。

木下医療政策課長

災害拠点病院の指定要件がございまして、これは一度、厚生労働省と協議をして認められると災害拠点病院として指定できるという仕組みになっております。その中の要件としましては幾つかあります。1つは施設面のことでして、例えば災害時において、患者が多く来られると思いますので、通常時の入院であれば2倍収容できるようになっているとか、あるいは外来については、通常の5倍ぐらいは受け入れられるようなスペースを有しているというようなこともございます。それから、例えば自家発電であれば、通常の6割程度の発電能力を持っているとか。そういう施設面のことがございます。それから、例えば災害時派遣医療チームを保有しているとか、その派遣体制があるということでもありますとか、通常に救命救急センターであるとか、あるいは2次救急の医療機関であるとか、そういうような幾つかの要件がございまして、これを満たせば災害拠点病院として指定できると考えております。

西沢委員

わかりました。一応そういうことで合致すれば、どんどんふやしていくつもりであるということですね。先ほど、災害医療支援病院のお話がありました。東部、南部、西部で1カ所ずつで、田岡病院、阿南協栄病院、ホウエツ病院ですが、これらは、それに合致しているんですか。

木下医療政策課長

今回、災害医療支援病院ということで、3病院を指定の案としているんですけども、災害拠点病院としての要件は満たしていないものの、県としては災害拠点病院を支援するような病院として、独自の制度として指定したいということでございまして、もしも災害拠点病院の要件を満たしているということであれば、災害拠点病院にしたいと考えております。

西沢委員

満たしておれば、そちらのほうに持っていきたい。満たしていないから支援という形でとどめておくということですね。もう1つ、災害拠点病院が災害でやられたときには、災害拠点病院に代替するということですから、かなり近い状態でなくてはいけないはずです。国のほうで、災害医療支援病院というのは、やはり規定があるんですか。

木下医療政策課長

国のほうで災害に関する病院といいますと、災害拠点病院でありまして、災害医療支援病院というような仕組みは今、国のほうにございません。ただ、県としては必要だということで、政策提言として国のほうにも要望しているところであります。

西沢委員

徳島県独自でやっているという話ですか。

木下医療政策課長

他県で全く事例がないわけではないんですけども、これは徳島県独自の制度としてつくっているということでございます。

西沢委員

それでは次に、当然、新たな海部病院は、災害拠点病院として設置するということですよ。それから、今度の美波町の新たな病院はどうですか。

木下医療政策課長

今現在、海部病院は災害拠点病院でございまして、建てかえになっても、災害拠点病院としての要件を満たすような病院にしていきたいと考えております。美波町の2病院が再編統合されるということで動いておりますけど、恐らく災害医療支援病院としての要件を満たすような病院を考えられておられるんだろうなと思っております。

西沢委員

まだ、そのあたりの話し合いはできていないんですね。これは、市町村のほうから災害医療支援病院に指定したいというふうな話ですか、それとも、県のほうから、そういうことで決めていくんですか。

木下医療政策課長

災害医療支援病院について、できるだけ要件を満たすように県のほうからもお願いするかもわかりませんが、手順としては、指定申請を各医療機関からいただいて、県のほうで指定する形になります。

西沢委員

もっと積極的にお願いして、新たな病院をつくったりするんですから、その中で多少足りないところがあれば話し合いの中でやっていただいて、災害拠点病院にならないまでも、できるだけ災害医療支援病院になれる要素があるのであれば、そういうことで考えていただきたい。積極的に県のほうからもお願いしていただきたいと思いますが、いかがですか。

木下医療政策課長

美波町の病院につきましては、これからどのような機能を持たせるのか、あるいは設計にかかっていますので、それにつきましては県としましては、災害医療支援病院として活動できるような医療機関となるよう相談していき、積極的に取り組んでまいりたいと考えております。

岡田委員

事前委員会のときは、過疎・人権対策特別委員会のほうで質問させていただきましたが、9月12日にウィング21のほうでGID、性同一性障害の方のお声を聞く機会がございまして、ちょうどこの事前委員会が終わった後での話だったので、特別委員会のほうで質問させていただいたんです。そのとき、GIDの相談窓口ということで、性同一性障害の方がどこに相談したらいいのかなと。県のホームページを開いてもらったときに、自分の対象となる相談窓口がわからないという御指摘をいただきまして、今後、対応していきますというような御答弁をいただいてたんですけど、その後どのようにになりましたか。

鎌村健康増進課長

ただいま岡田委員より、性同一性障害につきましては相談窓口ということでございます。県といたしましては、さきの委員会におきまして、精神保健福祉センターのほうで心の相談の1つとして相談の受け付けをしておるところでございますという答弁をさせていただいておりますけども、実際のところは、具体的な周知等ができておりませんでしたので、周知等を含めまして、委員からさきの委員会のほうで御提案もいただきましたので、早速、精神保健福祉センターのホームページにおきましては、心の相談の項目の1つとして、先日、新たにこの性同一性障害につきまして、具体的に掲載させていただいたところでございます。今後、センターのパンフレットにつきましても、次回の更新時におきまして、具体的にこれを掲載させていただきたいと考えております。

岡田委員

早速の対応ありがとうございます。もう一つ、性同一性障害というのは教育委員会の中で人権課題の中にも入っているんですけど、やはり社会的弱者ということで、性同一性障害の法案が通るまではかなりの自殺者数があって、自殺者の中で今、非常に日本で問題になっています3万人の中に現在含まれるかどうかは別として、かつては非常に生きる望みがないということで、思い悩んで自殺を選択をされていたという方がいらっしゃるという話を聞いて、それで法案ができたわけなんです。法案ができた後、実際どういうふうになく社会の中で生活しているかといいますと、今、テレビでタレントさんとして活躍している方たちのように全員がなれるわけではなくて、普通に社会生活を営まれている方もいらっしゃるし、生活の途中で女の人から男の人に変わられたり、男の人から女の人に変わられるということで、やはり就労されている形態の中でも非常にストレスを感じられたり、いろいろな心的に非常に追い込まれてる方もいらっしゃることも現実のようですので、ぜひ、いろんな相談窓口を広げていってもらって、心の救いの糧にできるような窓口を広げていただきたいと思いますので、取り組みをお願いしたいと思います。

それともう一つは、ひょっとして自分が性同一性障害かもしれないということで相談を受けられた後、徳島県には認定病院というのがないと思いますので、その後、徳島県として、その方の障害の認定をどのようにしていくのかなと。

それともう一つ、かなり低年齢化が進んでいるようで、特に聞くとところによると、七五三のときに着物より袴が着たいとか、ランドセルの色で、女の子だから赤を買おうとしたら黒がいいと言われたというように、小学校の就労時に男の子、女の子の色というのが決まっている持ち物を持つときに、大体母親の方が認知される。この子ちょっとどこかに相談したいなというようなことで気づかれる、薄々気づかれるというような状況のようで、それが確かにそうなのかどうかということを含めて、認定方法といいますか、その後の経過、相談を受けた後の取り扱いといいますか、つないでいく方法というのは確立されているんですか。

鎌村健康増進課長

ただいま、委員より相談後の体制につきましの御質問でございます。これまでも県内におきましては、鳴門教育大学や徳島大学病院でも相談を受けていただいているところでございますけども、今後はあわせて県精神保健福祉センターの心の相談等も御利用いただきながら、相談内容によりましては、徳島大学病院や鳴門教育大学への紹介もさせていただくなど、連携してまいりたいと考えております。

徳島大学病院におきましては、こちらもホームページ等には掲載されているところではございますけれども、精神神経科におきまして、新規外来などの対応もされているところでございまして、性同一性障害についての専門外来というわけではございませんけれども、必要に応じまして、院内では産婦人科や泌尿器科への紹介をされているほか、その中で相談が非常に必要であるという判断がなされた場合には、西日本においては専門的な診療を受けることができる体制があります岡山大学病院へ紹介するなどの対応もこれまでもしていただいているところと聞いております。

今後、さらに精神保健福祉センターなどの相談窓口から、適切に専門的な機関への紹介が行われるような連携ができますよう広報や周知などを含めまして、努めてまいりたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

岡田委員

ありがとうございます。1つ気になってたのは、相談を受けた後、その方が手術まで、戸籍変更までしたいというときに、その仕組みとして、徳島大学では手術が認定されていないところがあるので、県内では無理なのかという部分で、つないでいってもらえる仕組みがあることをお聞きしましたので、ぜひ、そんなに毎回、毎回、件数が多い案件ではないんですけど、本当に悩まれている方の生活を救っていくという意味でも、内容をつないでいってもらって、それを周知していただきたいと思います。

それともう一つ、その周知していくという意味で、広く相談を受けたときに、徳島県として、いろんな悩み相談を受けた場合、相談窓口として受ける場所はどこがあるのでしょうか。

手塚人権推進課長

悩み相談はかなり範囲が広がりますが、私のほうは人権相談ということで、県の人権教育・啓発に関

する基本計画におきましては、11 の個別課題と 12 番目としてさまざまな人権課題、性同一性障害だとか、ホームレス、それから北朝鮮の拉致被害者の方等の問題も県の施策として取り組んでおりまして、これらの方に対します人権課題全般について、差別とか嫌がらせとか人権侵害で困っておられる方に対しましては、私どもの関係のあいぽーと徳島のほうで、弁護士さん、人権擁護委員さんによる人権相談を実施しております。

それから国の法務局におきましても、人権相談を対応してまして、悩みという委員の御提案よりは狭い分野になると思いますが、人権被害の相談につきましては、法務局と一緒に全般的な相談を受けているところであります。

岡田委員

ありがとうございます。悩みが分類できればだれも悩まずに、1つが私たちが悩んでいることのどこが問題なのかを自己分析できれば、悩みのランクが軽くなったのではないかなと思うんですが、それがどこにも出口がないので悩み込んでしまうという状況になるのではないかと思います。その中にあって、県の組織としてはいろんな窓口があります。先ほどおっしゃられていたあいぽーと徳島もあるし、フレアとくしまで男女共同参画であったり、女性の人権関係であったり、こども女性相談センターでDVであったり、児童虐待であったりと、大きな窓口はあります。また、高齢者の話であれば長寿の部分とか、障害者の部分とか、精神福祉の部分とか、いろんな部分があるんですけど、自分はここだと思って相談できる方はいいんですけど、できない場合に、何か悩んでいるから窓口はないかなというので、たちまちここにかけてくださいよというようなハードルの低い相談場所があれば、逆にどんなことで悩んでいるのですかという漠然としたものを解決してもらえらるファーストステップみたいな仕組みができれば本当はいいのだらうと思って話をしているんですけども、その中にあって、県の組織の中にはいろんな役割分担があるし、専門性があるし、大きな悩みというのがアバウトなものを導いて小さなものまでいくと、相談を受ける方がかなりの専門性があるって、その振り分け整理ができないと、逆に言うと間違った判断をすることによって違う方向に導いてしまうリスクもありますので、それは非常に課題が大きいなということは思います。

逆にそれならば、相談される窓口の対象者を決めていけば、対象者がだれかがわかるような相談窓口をPRしてもらって、こういう悩みがある方は相談してくださいよということをもう少しホームページ、リーフレット、パンフレットのみならず、リーフレットとかパンフレットとかは、県庁関係とか各市町村の役所関係でないと余り置いていなかったりしますし、コンビニには絶対ない話ですし、皆の生活に歩み寄るのであれば、その対象となる方の年齢が、例えば、ことは非常に若い方の自殺の数がふえているという話でしたが、若い人たちはどこに行くのかと、逆に皆さんたちが活動している場所に、目の届く位置にせっかくつくったパンフレット、リーフレット、案内等をぜひ配布するような仕組みを再度、考えていただきたいなと思います。

私、最近1つよく目につくのは、女性トイレの中のちょうど座ったところぐらいに、DVの虐待の分は本当に割と徹底していろんなところの施設で張られるようになりました。それも時間がかかっていますので、すぐにしましよーよといっても何年もかかっているの取り組みになってくるし、社会の認識というのも時間がかかりますので、ぜひいろんな意味からの相談窓口、そこに余りたくさんの電話番号があるとわからなくなってしまうんですけども、それぞれがせっかくいろんな窓口を開けて待っているのであれば、待っているだけでなく、やはり

行動に移してもらって、相談しやすいような体制づくりをぜひもう一度考え直してほしいなと思います。そして今、非常に心が病んできている時代になっていますので、特に皆さん居場所がなくて、心のよりどころがなく迷っている方がいらっしゃると思いますので、その方たちの1つでも救いになるような取り組みをぜひしてもらいたいと思うんですけども、部長どうですか。

小谷保健福祉部長

ただいま、岡田委員からいろんな人権側面にかかわる分とか、あるいは個人の尊厳をきちんとした場合、やはりその方が周囲との関係、社会との関係で悩んでいる場合、県として悩みについて、まず大きく総合的に受け入れる機関、あるいはそこから派生してより専門的にいろんな相談をできるような、県として、あるいは部としてどのような形であったかとの質問だと思います。

今までは確かに、我々の行政の立場からして、こういった形でこんなところに窓口がありますよという形で、ともすれば、提供側、相談を受ける側の形でいろんな相談体制を構築してきた部分があったかと思います。それは、国における法律の制度化に伴っての対応で、この10月1日からはたちまち障害者の虐待で市町村、県、国で階層的に大きな制度を設けたところであります。

しかしながら、一方、相談する側の立場に立てばいろんな要素があって、二重にも三重にも悩みを抱えている。あるいは、二重にも三重にもハンディキャップを背負っている。そういう人たちが、どこにどうすればいいのかという点は、確かにこれから考えていく上で、非常に我々としても考えていかなければいけない視点であるのかなと思っております。これまでは、ともすれば我々サイドの相談を受ける立場ではあったんですが、相談する側に立って、どんなふうな効果的なPRができるのか、どんなふうに関心につないでいくことができるのか、ワンストップサービスとしてどのような形であれば創意工夫ができるのかといった点について、課題として、今後、取り組んでまいりたいと考えております。

岡田委員

ぜひ、早急に方策を見つけていただいて、住みやすい徳島、暮らしやすい徳島をぜひ目指していただきたいと思います。

川端副委員長

私から、徳島県保健医療計画について質問させていただきたいと思います。5年に1回の改定の年ということで、今、医療計画の見直しが進められておるわけでございます。今回の9月定例会でも、児島議員のほうから知事に質問されました。保健医療計画の中で、特に保健医療圏についてだけ質問いたします。保健医療圏とお聞きになって、すぐにイメージが浮かぶ方は非常に少ないわけです。まず、保健医療圏とはどんなものかということから、簡単に説明いただけますか。

木下医療政策課長

川端副委員長から、保健医療圏について御質問いただいております。この保健医療圏につきましては、医療法の規定に基づきまして定めるものでございます。限られた医療資源、それから地域の医療需要とのバ

ランスに配慮しまして、計画的かつ効率的な保健医療サービスの提供体制を整備するところが保健医療圏でございまして、今回、児島議員の御質問でも議論となりましたのは、2次保健医療圏のことでございます。これにつきましては、一般的な入院医療に対応するということで、疾病の予防、あるいは診断治療、在宅に至るまでの包括的な体制をとるということで、複数の市町村で構成するのが2次医療圏というものでございます。

川端副委員長

保健医療圏といいますのは、1次と2次と3次があります。このたび、2次保健医療圏のことが対象になっているということです。2次保健医療圏は、もう少し具体的に言うと、県下を見渡したときに幾つあるんですか。

木下医療政策課長

本県の2次保健医療圏についての御質問でございます。現在は、東部、南部、西部の3圏域をそれぞれ2つに分けた6圏域で、平成9年度から6圏域ということで現在に至っております。

川端副委員長

知事がこのたび広域化ということを発表したと思うんですが、2次保健医療圏は6つあるんだけれども、これを広域化ということは、6つが5つになったり、4つになったり、3つになったり、そんなふうなことになるわけですか。

木下医療政策課長

現在、6つある圏域を広域化することですので、川端副委員長がおっしゃるように、数が6よりも少なくなっていく方向ということでございます。

川端副委員長

それでは、その必要性はどういうことで、そういうふうにより大きくしないといけないわけですか。

木下医療政策課長

2次保健医療圏につきましては、先ほど申し上げましたように、平成9年から現在の6圏域となっております。その間、本県におきましては、医師の地域偏在、あるいは診療科偏在が進行しておりまして、医療機関につきましても、徳島市を中心とした東部に集中しているということでありますとか、あるいは高速道路でありますとか、高規格道路が延伸しておりまして、県内の移動時間が短縮されているということから、海部郡を例にとってみますと、小松島市でありますとか、阿南市でありますとか、あるいは徳島市内の医療機関に入院をされているというような、エリアから患者が流出しているというような状況もございます。県民の医療機関を受診する動向が、広範囲化していることが1点挙げられると思います。

それから今度、中央病院が開院しますけども、それに合わせてドクターヘリが本格運航するということで、

県内全域を20分程度でカバーいたしますので、本県の救急災害医療の飛躍的な効率化、あるいは広域化が可能というような状況がございます。

それからさらに、南海トラフの巨大地震といった大規模災害発生時に、医療体制を充実するとともに、例えば、がんでありますとか、周産期等の拠点機能を強化するという必要もございますので、本県の医療提供体制のあり方が、従来よりも広域的な視点により検討していくことが重要になるというような観点から、現行の6圏域を県民の皆様の医療ニーズが枠を超えた状況になっているということで、保健医療圏のあり方そのものが問われているということから、広域化について検討したいというようなことでございます。

川端副委員長

保健医療圏というのは、その保健医療圏内で完結するという1つの単位です。完結しなければいけないようなテーマの中には、大きい物事と、それから地域に密着した小さな事柄があります。今、6つある保健医療圏をより大きくしていく。つまり保健医療圏を減らすということは、大きな課題に対してはそれでいいと思いますけれども、小さな身近な課題を解決するときには、その大きな視点がかえって今度は地域サービス、住民サービスの劣化といいますか、低下というか、そういうものにつながる恐れがあるのです。

保健医療圏の中には保健所というのがあります。今だったら、県下で6つの保健医療圏だから、6つの保健所があるわけです。これが合併して大きくなると、例えば、2つの保健医療圏が一緒になれば、2つの保健所は要らない。1つでよくなるという考え方になるのですが、そのようなことですか。

左倉保健福祉政策課長

保健医療計画につきまして、いろんな課題解決のために課題解決型でやっていこうと。その中で保健医療圏についても、広域化という答弁が木下課長からなされたところでございます。

その保健医療計画をどう推進していくかにつきまして、また、どう実効たらしめていくかにつきましては、十分検討していく必要があると考えております。そのためには、例えば、市町村、医師会などとさらなる連携を図るとか、NPOや民間団体との協働による事業の実施など、さまざまな観点から検討していく必要があると考えております。そういう行政組織についても、検討課題の1つであると認識しておるところであります。

川端副委員長

私は、6つある保健所を減らすのかと、端的にそういうことをお聞きしたのですが、今、6つの保健医療圏でそれぞれ保健所があって、医療保健の窓口というのは保健所が担っているわけです。これを大きな圏域に広げると、2つ要らなくなるというふうな考えがもし起こるとすれば、これは大変なことです。

糖尿病であるとか、在宅医療であるとか、また、自殺予防対策なども身近な問題です。そういった身近な問題に対応できる保健所の役割は非常に大きいのですが、この際、より広域ということで統廃合ということがあるようでしたら、これは慎重にさせていただかなくてはいけないと考えておるわけです。

この件について、もう少し県の考えをお聞かせいただきたいと思いますが、今、左倉課長さんのお話だと、そのあたりは課題にはなっているということは伝わってきましたが、どんなふうに課題があると考えておるのか。

左倉保健福祉政策課長

確かに今、保健医療圏の拡大に伴って、どういうふうな組織体制を検討していくかということを考えていくとき、木下課長からもいろいろ話があり、きょういろいろ報告したその中で、例えば、災害医療支援病院を県下で3つの圏域にしているだとか、行政組織も東部、南部、西部と広域化しているだとか、いろんな事情が出てきているところでございますけども、副委員長のお話のように認知症だとか、糖尿病、在宅医療は地域で事情が異なりますので、そういった地域での独自性を有する対応というのが従前どおり必要になってくると考えております。

こういうふうな地域課題に対する機能をさらに充実させることも必要であります。だから、広域的な課題への対応と地域的な課題の双方に有効に対応することが必要だと考えているところでございます。これらの課題にどう対応するかにつきまして、今後、効果的な推進方法について検討してまいりたいと考えております。

川端副委員長

これから圏域がより広がったはいいいけれども、過疎化の進んだ地域において広くだけすれば、これはサービスが届かないということに等しいわけですから、医療保健サービスの拠点であります保健所の配置については、今後とも、細かく配置しておくべきだと思いますけれども、今の答弁では検討するというような内容だったと思いますが、保健所の配置については、簡単に統廃合という形にしないように慎重に進めていただきたいと要望しておきます。部長さん、この点につきまして何か一言いただけますか。

小谷保健福祉部長

川端副委員長のほうから、このたびの新しい保健医療計画の改定と保健所、県としての組織についてのお尋ねでございます。

保健医療計画につきましては、来年度から向こう5年間を見渡して、本県の疾病動向、地域における保健医療の将来の様子、状況を見込みながら、どのような形で今後、地域の保健医療を考えていくのかというトータルで総合的なバイブルになるものと考えております。

その疾病の内容についても国から示されているもの。それに加えて、本県における個別の地域の事情といったものを十分勘案して、そこに本県固有の地域の課題といったものにどのように具体的に対応していくか。糖尿病につきましても、ワーストワンということで不名誉な記録が続いておりますので、これについては新たな手立て、県を挙げての取り組みについても必要ではないかと思っているところでございます。

加えて一方、近年の公立病院の体制につきましては、3病院を新たに作る、あるいは、高台移転といった形で大規模震災に備える対応をとっておりますし、東部につきましては、圏域の人口も多いものですから、特に県北部をしっかりと守っていくという面において、健保鳴門病院を県としての病院としていこうと取り組みを進めています。

こういった形で、確かに、広域的に提供の部分は進めているところでございます。しかしながら委員からお話のように、それだけかといった部分も確かにございますので、きめ細やかな目線がより行き届くように、保健所のあり方、あるいは郡市の医師会とのかかわりといった部分もありますし、あるいは県と市町村との関

係もありますから、そこの部分を総合的に勘案しながら今回、新しい計画をより実効性の高いものにしていく必要があると考えておりますので、そういった面も含めて今後しっかりと検討をしまいたいと思っております。

重清委員

この保健医療圏、先ほど副委員長のお話を聞いていたら、いろいろ検討していくと。理由として、今、木下課長が、海部郡から徳島市内へたくさん行っていると。ドクターヘリがあるからと。海部郡は確実に統廃合の中に入っているではないか。いろいろ説明すると言っていましたが、その説明もないまま方向が決まっているのではないか。どうなっているのか。説明は少しも聞いてない。どういうメリットがあり、デメリットがあるのか、今わかる範囲でいいので示してください。どうなるのか、私らは。

木下医療政策課長

私が川端副委員長の御質問に対してお答えいたしましたのは、患者の動向が今はそのような、例えば、南部からであれば東部へ、また西部であっても東部へと人が動いているということは確かであります。

保健医療圏といいますのが、一般的な入院について、そのエリアで提供体制として整えていきますということです。そういうことと、例えば災害対応とか、特に津波等を考えますと、広域的な対応が必要になってきますので、それから考えますと、今の現在の6圏域よりも広域化して対応したほうがいいのではないのかということでの答弁でございます。

ただ部長からも答弁を申し上げましたように、左倉課長も言いましたが、例えば、認知症でありますとか、糖尿病でありますとか、在宅医療は、かなりきめ細かくやっていくということです。保健医療圏のエリアとしては広域になる方向としましても、個々の施策はきめ細かくやっていく必要があると考えております。

重清委員

今、徳島へ出ていってるのは、医師が少ないから出ていっているんです。道路ができて近くなったから出ていってるのではないんです。不便に不便になっているんです。これを逆の理由で統合しますというのでは、余計に不便になるのは見えているのと違いますか。

そこらをどういう考えで進めているのか。何も説明なしに。これやったら悪い方向へいってるのと違いますか。

小谷保健福祉部長

ただいま、木下課長からも説明いたしましたが、患者さんの動向は、特に県南の方はより医療機関のあるほうへ必然的に進んでいる状況でございます。しかしながら、小松島市などに行った患者さんが退院した後、一体どのようにして地域に帰っていくのか。そこのところを考えていく場合、個別の今の圏域の考え方で十分なのかどうか。そこのところの検証が必要でないかと思っていますところでございます。

したがって、今までの6圏域、南部のほうは阿南地域などでもⅠ、Ⅱと分かれておりますので、トータルとしてより広域的な観点で今一度、救急なら救急で運んできた患者さん、あるいはいろんな形で圏域外へ流

出した患者さんが、どうやって地域へ帰られるか、そこでどのようにして暮らしていくかについては、まさに細かな視点が必要になってくると思っております。

したがいまして、その部分は、これから専門家の意見、統計的なデータも検証しながら考えていく必要があると思っておりますので、今後の検証を見ながら情報提供もさせていただいて、方向づけについては十分皆様方にも報告させていただきたいと思っております。

重清委員

現実問題、今、宍喰町から小松島市、徳島市へ行った場合は大変です。時間だって、家族の負担だって、本人だって大変になっていることを、大きくしませんかという話でしょ。ここで今まで戻してくれという要望を出していたことを、そうではないです。大きくすればここで構いませんという方向でしょ。どうしてそういう方向を出すのか。住民の求めていることはそういうことではないです。それは県の考え方で、楽だから、戻れないから、それをここで受けますというだけでしょ。

これはちょっと待ってください。そんな考え方でどんどん進めるのは、いったいどうなっているのですか。もうちょっと患者のことを一番考えて、医療をやってくれないのですか。全然、今の状況は悪いですよ。地方にとって、へき地にとっては。それをまだ悪いものをやりませんか。それしか今の答弁では見えませんが。どうですか。

小谷保健福祉部長

委員のお話のように、南部を含めまして県全体で、医師の地域的な偏在ということがございます。そこで県立病院を中心に寄附講座という形で医師を確保する。特に海部病院についても寄附講座という形で、いろいろな取り組みを進めているところであります。

そうした県の進めておる取り組み、県の考え方とは別に、患者さんの動向については、現状の統計で見ますと、相当な率が地域の中で完結せず流出しているという状況がございます。それでは、これをどうしていくのかというところを、一つ一つの従来の圏域で可能なかどうか、そこをまず問題意識として私どもは持っているところでありますので、今後、十分なデータを検証しながら、関係者の意見も聞きながら、これからの将来の医療計画について検討してまいりたい。今後とも検討の状況に応じて、情報提供、または報告させていただければと思っております。

重清委員

今の状況を把握してですか。先ほどの木下課長のお話をお聞きすれば、大体決まっているような方向では。どんなふうに聞いても、大きくしようと言うんだったら、6つを3つにして全部を東部、南部、西部にそれぞれ1つにしようという考えでしょ。私たち住民が求めているのは、今でさえ不便なものをどないかして地域で完結してくれないかと。この枠を広げられて、小松島市にあるので構いませんかというような考え方はやめてほしいです。それをわかった上で、今から検討していただけますか。

小谷保健福祉部長

現在のところ、手元のデータ推計によりますと、実際に南部Ⅱでは流出の割合が64%という6割を超えて出ている状況でございます。これらをそのまま放置すれば、いよいよ高齢化に伴います患者さんの状況もふえてくるでありましょうし、緊急の場合はドクターヘリが導入されますけれども、その方たちをどのように住みなれた地域で療養しながら安心して生活ができるかといったことも考えていく必要がございます。

そういったところで、一見の統計データから見えない部分もこれから考えていく必要があると思っております。川端副委員長からも御指摘がございましたが、従来から健康であること、その予防体制については、保健所が持っている機能も非常に大きなものがございますので、あわせて今後、検討してまいりたいと考えておりますので、方向性につきましては、いろんな場面を通じて、委員の皆様にお伝えしてまいりたいと考えております。

重清委員

最後に1点、療養型病床についても一緒ですよ。大きい枠でするのか。私らが今、要望して、今の状況では無理だと言うけれども待っているんです。それも大きい枠でやられるようになってくるのか。そこらはどういう考えでいますか。

木下医療政策課長

重清委員から療養型病床についての御質問でございます。現在、海部郡では療養型病床というのはございませんけれども、今後も高齢化が進んでいくことが見込まれますので、急性期から維持期を経て在宅医療へつなげていく一連の医療サービスの提供を円滑に進めていく必要がございますので、今、現在、療養型病床が整備されていない圏域内におきましても、新たに療養ができるような病床を整備して、その地域における医療機関の相互の連携あるいは機能分化ということを進めていくことは大変重要な課題であると考えております。

今、この圏域では海部病院の改築でありますとか、美波町立病院の再編ということで、医療サービスの提供体制が大きく改変される時期を迎えております。こういう動きを踏まえながら、関係者の皆様にも参加をいただく形で、療養病床の整備を含めまして、地域における医療連携について検討する場を設けまして、いろんな各施設での役割分担等も含めて検討していきたいと考えております。

重清委員

今の圏域の見直しで、療養型病床もどうなるのか。今であれば那賀にありますよと。小松島市にあります。阿南にありますからと言うて。そうではなく、私の地元では皆が入院とか、いろんな病気を持ってる方が苦しんでいるんです。何とか助けてほしいんです。どうにかして。こんな大きな枠にされて、ここにありますがというのでは話にならない。そのために海部病院を建てて、町立病院だって莫大なお金をかけて建て直しをしているんですよ。

どうしても必要だからということで。それをこんな枠でというのであれば、もう少しきちんと説明していただきたい。それなのに今まで全然説明を聞いてない。それなのに方向は進んでいるではないか。それに対してのデメリットがどうなっているかというのが全然ない。もうちょっと患者のことを考えた医療計画にしてほしい。

行政の考えだけでこんなことを進められるのではなしに、患者にとってどちらがよいのかという話です。それに対する対策はこうしますというのがあればいいけど、それもなくで今でさえ苦しんでいるのに、まだそういうことを考えてやるのかと。そこですよ、私が今、言っているのは。今のままではいけないのかという話ですよ。保健医療圏域の見直しは。

小谷保健福祉部長

今回、保健医療圏の広域化につきましては、1つは災害医療について、より厚みのあるバックアップ体制をどうしていくかということでございますが、一方において、重清委員さんからお話ございましたように、地域で抱えている課題、特に南部のほうでは療養型病床の確保ということも強い要望として上がっているところでございます。

そうした課題についても、今回の保健医療計画の中で、私どものほうもしっかりと受けとめて、これからの方向をどのように進めていくかの部分も重要な課題として考えているところであります。したがって、さまざまな地域の課題に応えられるような保健医療計画の中身、あるいは保健医療圏の設定のことも今後、考えていきたいというところであります。

繰り返しになりますが、こういった部分の課題を精査した上で、これからの保健医療圏の設定について、委員の皆様には報告してまいりたい。あるいは医療審議会のほうにも、医療関係者のほうにも御意見を賜っていくことになりますけれども、委員の皆様には報告させていただければと思っております。

重清委員

災害医療を一番に考えないで、今の患者のことを一番に考えてほしいです。

これだけは要望して終わります。

西沢委員

長い間、海部郡の各町が、または県が病院を運営してきて、全体的になかなか1つになっていかないです。今回、ちょっと前に海南病院を新しくしまして、そして牟岐町、美波町のほうも新しい病院をやっている。時期的に言えば、非常にすごい変化のときで、これ以上のときはまずないという大切なときなんです。このときに、海部郡全体をどういうふうにもっていくのかということが、私は先なんではないかなと。大きく構えてどうするかでなくて、今まで懸案事項であった海部郡全体をとらえてどうするのかということがまず大切なのではないのか。それに加えて災害がある。通常の病院経営、病院の仕事、それ以外に大災害が迫っている。そういうことを踏まえて、じゃあ大きければいいというものではないです。例えば、保健所なんかでも大きくまとめたら、大災害のときは全く機能しない。現場がいない、現場が遠いということもあります。

だから、そういう大きな変換、1つは大きな災害が身近に迫っている、また、これだけ海部郡3町が大きな変換のときを迎えた。その中で、どのようにしてまとめていくのかということが、私は先だと思います。今まで何度も言ってきました。こういう好機をとらえて、海部郡1つの医療圏、本当の1つの病院の形態の中で、皆それぞれが頑張ってやってもらう。それが県が先にすることではないかと思います。そういう中で、こういうふうにもっと大きいものを考えるということが出てきたので、私も物すごい違和感があります。何を先にする

のかということが逆転しているような気がします。まずは海部郡、新しい病院ができるんですから、今まで以上のこともできるんですから、そして海部郡が1つにまとまると先生も当然、来やすくなるでしょ。これから高齢化していくから、人口も減っていくからもうだめだというのではなくて、海部郡は景色もよいし、気候もよいし、そういうところだからこそ、逆にこちらに患者さんに来てもらう。そのぐらいすばらしい海部郡の医療体系、病院のあり方、患者さんに対するあり方をこれで模索して、築きあげてもらおうということを頑張らなければいけないのでは。まさに絶好の機会を逃がすんですか。

小谷保健福祉部長

現在の保健医療圏で申し上げますと、南部Ⅱの海部郡地域でございます。その深刻な医師不足によって、県立病院の経営状況がなかなかうまく進んでいない。そんな中で県としてやるべきことは、これまでやってきたところであります。加えて地元の町において、厳しい中ではありますが公立病院を運営していくといった状況がございます。従来から、県立病院に加えて地元の病院の中で、トータルとしてうまく連携を図れば、もっともって県南地域の住民の方々の求める医療機能を充実させれるのではないかとといったところが、確かにこれまでの経緯の中では過去あったかと思えます。

そうした部分も踏まえて、今後、さらに求められる部分、療養型病床といった要望もありますけれども、それらできるだけ身近なところでどう考えていくのか。また、どう考えましても医療機能の部分で病院の中だけでは不足する部分、それを在宅医療といったところもありますので、そうなりますと看護体制、そこへ提供していく拠点となる病院もどうなるのかといったことを諸々考えていく必要がありますので、向こう5年間を考えるこのたびの6次保健医療計画の中で、西沢委員もおっしゃっていただいた部分を含めて、これまでの課題も含めて、新しく取り組む方向性についてもいろんな部分を考えていければなと思っておりますので、よろしく御理解賜りたいと思います。

西沢委員

地域医療は、先生方の補助金がもう少しで切れます。その次に、地域枠で徳大から卒業される方々が出てくる。残念ながら時間的にギャップがあります。少し時間的に差がある。それらをどう埋めていくか。今やっていることをどうつなげていくのか。そういうことがうまくいけば、海部郡にも先生がこれからどんどん来てくれるような大きな大切なときだと私は思うんです。この数年間がすごく大切なときと思うんです。それを少し方向が違ったことをすると、それもどうなるのかなと逆に思ってしまう。

だからまずは、海部郡で全力で頑張る。その中で海部病院のあり方、海南病院、美波町の病院のあり方というのはあるでしょうけども、全体として本当に皆がまとまって、今この数年間の大切なときを乗り越えて、そして地域的にすばらしく、皆が来てくれて、先生が来てくれる本当のよい地域、病院をつくり上げていく。そういう考え方が今、必要なだと思います。全体的にもっと大きく広げてという意味ではなくて、まずは海部郡でそういうすばらしい地域体系、医療体系をつくっていくんだということが大切なんではないかなと。まずは、これを進めてほしいと思います。

小谷保健福祉部長

大きな保健医療圏を考える場合、広域化という部分とより細かな視点という部分があるかなということで、これまでお答えしてきました。西沢委員、または重清委員のほうからも県南部を特にどう考えるのかと。これは十分念頭に置いて、細かな視点という部分をより一層うまく充実させる方向で、どのような工夫ができるのかについては、今後、しっかり受けとめて検討してまいりたいと考えております。

大西委員長

今、お三方が質問された第6次保健医療計画は、いつまでに策定されますか。委員長としての確認です。

木下医療政策課長

現行の保健医療計画が今年度までの計画になっておりますので、来年度以降の計画を今検討しているところでございます。

大西委員長

いつまでに策定されますか。

木下医療政策課長

最終は医療審議会で審議いただいたあと、2月議会には最終案を報告させていただいて、その後、3月中には決定したいということです。

大西委員長

理事者の方に申し上げます。この第6次保健医療計画については、今、さまざまな委員の方の御意見がございました。したがって、今、木下課長がお話しされました2月議会までにいろいろ審議をして決定していくと思いますが、早い段階で、保健医療圏についての説明、あるいは保健医療計画についての説明をこの委員の方々に十分していただきたいと私のほうから申し入れたいと思いますので、よろしく願いいたします。

ほかに質疑はございませんか。

(「なし」と言う者あり)

それではこれをもって質疑を終わります。

これより採決に入ります。

お諮りいたします。

ただいま審査いたしました保健福祉部・病院局関係の付託議案については、原案のとおり可決すべきものと決定することに御異議ございませんか。

(「異議なし」と言う者あり)

御異議なしと認めます。よって保健福祉部・病院局関係の付託議案は、原案のとおり可決すべきものと決定いたしました。

【議案の審査結果】

原案のとおり可決すべきもの（簡易採決）

議案第1号、議案第9号、議案第10号、議案第11号、議案第12号、議案第13号、
議案第14号、議案第15号、議案第30号

次に請願の審査を行います。

御手元に御配付の請願文書表をごらんください。

初めに請願第5号、身体障害者3級（在宅酸素療法）に対する健康保険料負担金の補助・免除についてを審査いたします。

本件について理事者の説明を求めます。

小谷保健福祉部長

請願第5号につきまして御説明をいたします。

身体障害者に対する医療費助成につきましては、市町村が実施主体となって重度の身体障害者に医療費の一部を助成し、保健福祉の増進、向上を図っております。当事業の対象者のうち、身体障害者につきましては、身体障害者手帳1級、2級及び身体障害者手帳3級または4級所持者で、かつ知的障害のある重度重複障害者となっております。呼吸器機能障害で身体障害者手帳3級所持者に対する医療費の助成につきましては、他の身体障害者手帳3級所持者も含め、幅広い視点で検討する必要があると考えております。

県としましては、実施主体である市町村の意向や本県の厳しい財政状況を踏まえながら、慎重に検討しますとともに、国においては障害者自立支援法を障害者総合支援法に改める法律が、先般、公布されたところであり、来年度に向けて障害者に対する具体的な支援の見直しも想定されることから、国の動向を注視してまいりたいと考えております。

大西委員長

理事者の説明はただいまのとおりでございます。

本件はいかがいたしましょうか。

（「継続」と言う者あり）

西沢委員

3級の中で在宅酸素だけではないのですが、それは、きょうは控えておきます。できれば早急にやってほしいなと思います。

それより、さきにちょっとお願いしたいことがあります。今、私、電気がとまったときにどうするのかと、いろいろ検討しておりますけども、その中で大きな災害があって長期間電気がとまる。2日や3日で復旧するのではなく、1カ月、2カ月も電気がとまったときに、個人的に抱えている在宅酸素はどうなるのかと考えたら、これは大変な状況になるのではないかなと。結局、在宅酸素のあり方は、酸素ポンペをメーカーから持ってくるの

と、各家庭の電気で酸素を発生させて使う。この2種類があるとお聞きしました。

それで大災害があると、まずメーカーや会社からボンベを持ってくるというのは非常に難しい。あと残るのは電気です。電気が1カ月、2カ月とまる可能性は十分にあります。二連動、三連動が起こると太平洋側の火力発電所がかなりやられるでしょう。そうすると、本体がやられるから融通もきかないし、1カ月、2カ月で直るかどうかわかりません。そのぐらい長期間で電気が切れたときに、家庭用の電気はまず来ないからどうするんですかという話です。その次に例えば、何かで発電するという話があります。短期間であれば、自動車のバッテリーでいけるかも知れません。また、自動車のエンジンをかけて、それでシガレットケースから電気をとることも可能かも知れません。その場合でも、接続コードが要ります。それでも燃料が切れたら、東日本大震災みたいに燃料が来ますかという話になります。なかなか来ないです。そのときには命が切れるということです。酸素がないんだから。

そういうことを考えて、コンパクトなソーラー発電とか太陽光発電の装置なんかをもって、それによって電気を発電させて酸素を発生させる。そういうことも考えていかないと、大災害が起きてしばらく電気がとまった。それでは、その方が亡くなってしまいます。そちらのほうの対策を先にとらなければいけないと思います。

大西委員長

小休いたします。(12 時 29 分)

大西委員長

再開いたします。(12 時 29 分)

西沢委員

これはお願いにとどめておきます。よろしくお願いします。

大西委員長

少し確認いたします。請願の態度とは別に御意見がありました。同じ酸素つながりではありますが、緊急時の酸素の供給等についての御要望がありましたので、これについては、理事者として受けとめて、また、閉会後に御説明等していただきたいと思います。

ただいま継続というお声でしたが、ほかに御意見ございますか。

(「採択」と言う者あり)

それでは意見が分かれたので、起立により採決いたします。

お諮りいたします。

本件は継続審査とすべきものと決定することに賛成の方は御起立をお願いします。

(賛成者起立)

起立多数でございます。よって本件は継続審査とすべきものと決定いたしました。

次に請願第 14 号、無年金・低年金者への基礎年金国庫負担分 3.3 万円の支給についてを審査をいたし

ます。

本件についての理事者の御説明を求めます。

小谷保健福祉部長

請願第 14 号につきまして、国の動向を御説明申し上げます。国民年金の老齢基礎年金につきましては、原則 25 年以上の受給資格期間を満たしていれば、65 歳から受給できることになっており、その額につきましては、国の定めにより保険料の納付期間などに基づき算定され、満額支給された場合は、現在、月額約 6 万 5,000 円となります。第 180 回国会におきまして、年金生活者支援給付金の支給に関する法律案が可決成立され、所得の額が一定の基準を下回る老齢基礎年金者の受給に対して、老齢基礎年金生活者支援給付金が支給されることとなりました。

大西委員長

理事者の説明はただいまのとおりでございます。

本件はいかがいたしましょうか。

岡本委員

時間の関係で簡単に申し上げますが、今、お話があったとおり、要するに 3 党合意で法律ができて給付金が 5,000 円になったということなので、この趣旨は意見書を国に提出願いたいとなっているから、もういいんでないのかなということで不採択をお願いします。

大西委員長

ほかに御意見はございませんでしょうか。不採択でよろしいでしょうか。

(「継続」と言う者あり)

(「採択」と言う者あり)

それでは意見が分かれたので、起立により採決いたします。

お諮りいたします。

本件は継続審査とすべきものと決定することに御賛成の方は御起立をお願いします。

(賛成者起立)

起立少数でございます。

よって本件は継続審査とすべきことは否決されました。

次に、お諮りいたします。

本件は不採択とすべきものと決定することに御賛成の方は御起立願います。

(賛成者起立)

起立多数でございます。

よって本件は不採択とすべきものと決定いたします。

次に請願第 15 号、消費税によらない最低保障年金制度の創設についてを審査いたします。
本件について理事者の説明を求めます。

小谷保健福祉部長

請願第 15 号につきまして、国の動向を御説明いたします。第 180 回国会におきまして、社会保障の安定財源確保等を図る税制の抜本的な財政改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律案が可決成立されました。今後、年金制度につきましては、内閣に設置される社会保障制度改革国民会議において審議されていくものと考えております。

大西委員長

理事者の説明はただいまのとおりでございます。

本件はいかがいたしましょうか。

(「不採択」と言う者あり)

(「採択」と言う者あり)

(「継続」と言う者あり)

それぞれ意見が分かれました。

まず、継続すべきとの意見がありますので、継続審査について起立により採決したいと思います。

お諮りいたします。

本件は継続審査とすべきものと決定することに賛成の方は御起立願います。

(賛成者起立)

起立少数であります。よって本件は継続審査とすべきことは否決されました。

次に、お諮りします。

本件は不採択とすべきものに決定することに賛成の方は御起立願います。

(賛成者起立)

起立多数であります。よって本件は不採択とすべきものと決定いたしました。

次に請願第 29 号、無料低額診療事業についてを審査いたします。

本件について理事者の説明を求めます。

小谷保健福祉部長

請願第 29 号につきまして、国の動向を御説明申し上げます。

①の保険薬局での無料低額診療事業につきましては、厚生労働省におきまして、今後の無料低額診療事業のあり方を検討しているところであると聞いております。

なお、②の薬代の県での全額補助につきましては、国が今後の無料低額診療事業のあり方の中で、制度の検討を行い、対応していくべきものと考えております。

大西委員長

理事者の説明はただいまのとおりでございます。

本請願項目は2項目ございまして、項目ごとにそれぞれで採決いたしたいと存じますが、これに御異議ございませんか。

（「異議なし」と言う者あり）

御異議なしと認めます。

それでは請願第 29 号のうち、①国に対して、保険薬局でも無料低額診療事業が実施できるよう要請することについては、いかがいたしましょうか。

（「継続」と言う者あり）

（「採択」と言う者あり）

扶川委員

無料低額診療事業で、医療費は助かっている人がおるんですが、医療費だけですと薬代が対象になっていないので、あまりメリットがない。生活保護を受給している人の 1.3 倍ぐらいの人が対象なので、生活保護までは至らないけれど、非常に大変な人がこの制度を利用しているけれども、これだけ低所得者がふえて大変な時代に、生活保護に落ち込んでいかにないようにサポートするためにも、この制度の充実を国にぜひしていただきたいということで、これは採択してほしいなと思います。

大西委員長

意見が分かれましたので起立により採決いたします。

お諮りいたします。

本件は継続審査とすべきものと決定することに賛成の方は御起立願います。

（賛成者起立）

起立多数であります。

よって本件は継続審査とすべきものと決定いたしました。

次に請願第 29 号のうち、②無料低額診療事業実施の医療機関から持ってくる院外処方箋は、薬代の窓口負担分を県で全額補助することについては、いかがいたしましょうか。

（「不採択」と言う者あり）

（「採択」と言う者あり）

意見が分かれましたので、起立により採決いたします。

お諮りいたします。

本件は不採択とすべきものと決定することに賛成の方は御起立願います。

（賛成者起立）

起立多数であります。

よって本件は不採択とすべきものと決定いたしました。

次に請願第 34 号、B型肝炎・C型肝炎患者の救済についてを審査いたします。

本件について理事者の説明を求めます。

小谷保健福祉部長

請願第 34 号でございます。国における肝炎対策に関しましては、平成 21 年 11 月に成立いたしました肝炎対策基本法により、平成 23 年 5 月に策定された肝炎対策の推進に関する基本的な指針に基づき、肝炎治療促進のための環境整備を初め、肝炎ウイルス検査の促進、国民に対する正しい知識の普及啓発など、総合的な肝炎対策の推進を図っているところであります。

大西委員長

理事者の説明はただいまのとおりでございます。

本件はいかがいたしましょうか。

(「採択」と言う者あり)

それでは本件については、採択すべきものと決定することに御異議ございませんか。

(「異議なし」と言う者あり)

御異議なしと認めます。よって本件は採択すべきものと決定いたしました。

【請願の審査結果】

継続審査とすべきもの(起立採決)

請願第 5 号、請願第 29 号①

採択とすべきもの(簡易採決)

請願第 34 号

不採択とすべきもの(起立採決)

請願第 14 号、請願第 15 号、請願第 29 号②

委員各位にお諮りいたします。

ただいま採択すべきものと決定いたしました請願第 34 号、B型肝炎・C型肝炎患者の救済については、国に対し意見書を提出願いたいとのことでございます。この際、徳島県議会会議則第 14 条第 2 項の規定に基づき、文教厚生委員長名で意見書案を議長あて提出いたしたいと思いますが、これに御異議ございませんか。

(「異議なし」と言う者あり)

御異議なしと認めます。よって、さよう決定いたしました。

次にお諮りいたします。

意見書の文案はいかがいたしましょうか。

(「正副委員長一任」と言う者あり)

正副委員長一任というお声がございましたので、それでは文案は正副委員長に御一任を願いたいと思います。

以上で請願の審査は終わります。

これをもって保健福祉部・病院局関係の審査を終了し、本日の文教厚生委員会を閉会いたします。(12 時 41 分)