

令和元年9月定例会 文教厚生委員会（付託）

令和元年10月2日（水）

〔委員会の概要 保健福祉部・病院局関係〕

井川委員長

ただいまから、文教厚生委員会を開会いたします。（10時33分）

直ちに、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はありますが、この際、理事者側から報告事項があれば、これを受けることにいたします。

保健福祉部

【報告事項】

- 厚生労働省による公立・公的医療機関等の診療実績データ分析の結果について

（資料1）

病院局

【報告事項】

なし

仁井谷保健福祉部長

それでは、厚生労働省による公立・公的医療機関等の診療実績データ分析の結果について御報告を申し上げます。

まず、議論の前提として、地域医療構想につきましては、本県におきましても、2014年から策定を進めてきておりまして、現時点までに公立・公的20病院のうち18病院について、具体的対応方針の合意がなされているところでございます。

全国的に見ましても、95パーセント以上の公立・公的病院で、既に調整会議における議論が済んでいる状況でございます。一方、民間病院につきましては、全国的にもまだ4割弱程度、民間診療所につきましても1割強程度しか議論ができていない状況でございますし、本県におきましても、今年度から民間病院も含めた議論を調整会議で進めていこうと計画しております。

そういった中で、国の経済財政諮問会議における議論で、高度急性期・急性期の病床数削減の見通しが非常に甘いのではないかというような状況を踏まえまして、公立・公的病院の病床数について改めて検証すべしということで、今回の議論が行われているところでございます。

2、先週、新聞報道でも取り上げられておりましたが、9月26日に厚生労働省におきまして、地域医療構想に関するワーキンググループが開催され、公立・公的医療機関等の診療実績データ分析を行って、その結果、再検証の対象とすべき病院名の公表が行われました。

厚生労働省において行われたデータ分析というのが二つの視点、AとBという視点で行われており、まず、Aのほうは、診療実績が特に少ないかどうかということでございます。全国的に人口区別に五つのグループに病院群を分けまして、似たような人口規模にある病院の中で、診療の実績が下位3分の1になっている病院について、診療実績が特に少ないという判定をして、再検証の対象とするのが、Aの基準でございます。

一方で、Bの基準ですが、各自治体の地域医療構想の区域ごとに見まして、類似かつ近接している医療機関があるかどうかという観点でございます。類似しているかどうかについては、診療実績の上位50パーセントのところに線を引いて、上位グループか、下位グループかというグループ分けをし、下位グループにある病院の中で、車で20分の距離にある病院がほかにあれば、それは近接している医療機関があるという判定をされるということでございます。近接している医療機関があるかないかという判定は、公立・公的病院だけでなく、民間病院も含めて、そのエリアに診療実績の下位グループに属している公立・民間を通じて病院施設が車で20分の距離にあるかどうかというところで判定して、仮に20分の距離にあれば、民間代替性があるということで、公立・公的病院は見直し対象とすべきとされるという基準で判定をされるのが、Bの基準でございます。

これらA、Bの基準のどちらか、あるいは両方に該当しているとされましたのが、本県で言いますと、資料記載の五つの病院ということでございます。

下の二つの丸が、厚生労働省のホームページに載っております、彼らなりの真意の説明でございます。

今回の取組につきましては、飽くまでもデータの客観的な分析に基づいて、再検証の対象とすべき病院を抽出しただけであって、統廃合について機械的に決めるものではなく、各地域において、しっかり議論をしてほしいという趣旨です。次に、統廃合という言い方をしていますけれども、意味するところはダウンサイジング、要するに病床数の削減でありますとか、機能の分化・連携、周辺の医療機関とのネットワーク化も含めた幅広い概念として言っているのであって、必ずしも病院をなくせというのではないということですが、厚生労働省の説明でございます。

3、今後の県における対応についてでございます。

具体的対応方針の再検証を原則として2019年度中に行い、仮に統合を行う場合には、来年の秋までというところで検証を行うよう国の経済・財政諮問会議で定められ、閣議決定事項でございますので、県としましては、調整会議において議論していくことといたします。

ただ、その議論におきましては、今回の分析結果は飽くまでもデータの紹介をしていたものということでございまして、それにとらわれることなく、地域、医療機関の実情を踏まえた上でしっかりと今後の在り方について、議論を行ってまいりたいと考えております。

なお、国全体といたしましても、この件をめぐりまして国と地方の協議の場が新しく立ち上げられることになっております。国は厚生労働省と総務省の自治財政局、地方は全国知事会、全国市長会、全国町村会でございます。この両者におきまして、しっかり地に足が着いた議論をしていこうということでございます。

こういった場も捉えまして、地域の実情をしっかりと国に対して訴えてまいりたいと考

えております。

なお、参考といたしまして、地方3団体連盟での声明文を9月27日に発出しておりますので、そちらを添付しております。

報告事項については、以上でございます。

どうぞよろしく願いいたします。

勢井病院局長

今回、病院局関係の報告事項はございません。

よろしく願いいたします。

井川委員長

以上で、報告は終わりました。

これより質疑に入ります。

質疑をどうぞ。

庄野委員

千葉県等々で台風の影響で停電が非常に長く続いて、水が出なかった所もあったり、想定外というふうなことも言われていました。災害がいつ何時起こるのか分かりません。

そういう意味で、ニュースで出ていたのですけれども、老人保健施設や高齢者の方々が入居している施設等々で停電になった場合に、大変暑い時期には体調を崩すことがあったりします。徳島県でもそういうことがあったときに、どのように対応されるのか。もし仮にライフラインである電気が途絶えた場合に、どんな備えをしているのか。このくらいの施設なら非常時の電源を独自で持っている、持っていない所は、どういうふうにするかということが、マニュアルとしてあるべきと思いますので、そのあたりの状況を少しお聞きしたいと思います。

重田長寿いきがい課長

ただいま、庄野委員から県内の高齢者施設における停電を想定した準備の状況等について御質問を頂きました。

介護老人保健施設をはじめ、県内の高齢者施設、特別養護老人ホームでありますとか、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等におきましては、非常災害時に備えまして最低3日分の備蓄を行うように、県としても指導をしているところでございます。品目としては主に、入所の定員数に見合う量の飲料水、非常食、生活用水、紙おむつなどの衛生用品、通常必要とされる医薬品等、懐中電灯や毛布・ストーブ等の防寒用品など、各施設が必要と認めるものとしております。

これらの品目や数量、消費期限、保管場所等につきましては、今、2年に1回、我々が現地で実地指導をしております。そこで各施設の備蓄状況の確認をしているところでございます。

平成30年度中に行った指導におきましては、備蓄がされてないというような施設はない状況でございます。

庄野委員

施設の備蓄は分かるのですが、電気は。

重田長寿いきがい課長

非常用電源の関係でございます。特に、医療的な配慮、人工呼吸器、酸素療法、痰の吸引等が必要な入所者がいる場合には、協力病院等との連携状況などを踏まえまして、非常用自家発電機の要否を検討するように働き掛けを行っているところでございます。

昨年度の北海道の大停電等も受けまして、昨年9月から11月にかけて、県のほうでも高齢者施設における自家発電設備の整備状況調査を行いました。その中で、自家発電設備がないと回答のあった施設が75施設ございました。そのうち、更に今回追加の調査等も行いまして、その後整備したとか、昨年度の2月補正の先議なども活用して整備を進めている所もでございます。未整備の施設につきまして、今回の9月補正で非常用電源の設備をお願いしているところでございます。

自家発電設備の設置につきましては、多額の経費が掛かるというところもありますので、すぐに対応が困難なところもございませうけれども、災害時においても、当然機能を維持する必要がございますので、未整備の施設に対しては今回の予算等も活用いただくなどして、引き続き必要な整備を促して、安全確保に努めてまいりたいと考えております。

庄野委員

例えば、1週間以上停電した場合、自家発電設備で1週間もたせられる施設はあるんですか。

重田長寿いきがい課長

大きな施設でございますと隣接している医療機関等と連携をして、対応に当たるというのと、災害時におきまして、社会福祉施設等の団体との間で相互応援に関する協定を結んでおります。その中で人員でありますとか、あるいは、物資の関係が不足になった場合には、相互に応援するような形で対応を考えているところでございます。

庄野委員

暑い時や寒い時に電気がなかったら入所者は困ります。人工呼吸器などは、多分、最低限の電源は確保されたり、病院との連携で確保したり、もしできない場合、病院に運んだりする対応があると思いますけれども、多くの方が暮らしていて、暑いときに電気が止まって、クーラーが止まったら、大変な状況というのをニュースでしていました。冷蔵庫の物は腐って食べる物が無い、入所者は熱中症になる、そのようなことが想定されるので、本県の場合の中規模、大規模な高齢者を抱えている老人保健施設、特別養護老人ホームなどは、もし停電になった場合にどのぐらいの所が生き残れるのかとお聞きしたかったのです。結局、さっき言っていた75施設というのは、県内のどのぐらいの施設の割合に当たるのですか。

県内には、今ざっくり言って、100施設もつとあると思いますけど、100施設あったとし

たら、そのうちの20施設ぐらいは完全に電気が止まっても、自家発電ができて、1週間ぐらいもつのかどうか、今の発言を聞いたら、多分もたないのでしょうか。

だから、もしもたない場合に対処するのに、お金が掛かると思うのですけれども、一帯が停電した場合に、どのように、高齢者の方を寒さや暑さ、食料が滞りますので、そういう所をどのように助けていくのか考えられているのかどうかお聞きしたかった。考えているのだけれども、まだ十分、お金とかそういう部分があってできていないのだったら、今後、努力をして、もしもの場合のその方々が住んでいる施設をどのように助けるのか、検討していかないといけないと思うのだけれど、どうなんでしょうか。

重田長寿いきがい課長

先ほどの御質問でございますけれども、まず対象となっているのが169施設でございます。昨年度の時点では75施設が自家発電設備がないと回答がありました。

その後、独自でございますとか、あるいは対応を予定しているという所を除きまして53施設が、まだ整備ができていないという回答でございました。そちらの施設につきましては今回の9月補正で計上させていただいております予算等を活用して、更なる整備を進めていくよう働き掛けを行っているところでございます。

庄野委員

分かりました。一応、169施設のうち75施設ができてないという回答で、そのうちの53施設が整備できていないということです。この度の補正予算を使って順次、自家発電設備が設置できるような予算でもあるわけですね。

停電して、最低でも3日間ぐらいは自家発電で対処できるような取組を、これから行っていくということですね。そういうことでよろしいのですか。

重田長寿いきがい課長

今回、補正予算でお願いしておりますのは、まずは、医療的配慮者が、大掛かりというよりも、ポータブルの自家発電機で対応ができるよう予算のほうをお願いしているところでございます。

庄野委員

1週間か10日全てもつようにという非常に難しいかも分かりませんが、テレビで拝見していても、施設の施設長さんが出てきて、今日の暑さは大変だと、氷をもらって氷で部屋を冷やしたり、食材が腐ってしまうので大変なんです、今日は1日で1.5食ぐらいかも分かりませんというふうに言っていました。

そうした時に、いかに備えていくのかというのは、福祉の現場には、高齢の方がおりますので、配慮というか計画をしながら、民間の事業者もたくさんございますので、お話ししながらやっていただきたいと申し上げておきたいと思っております。

今日、報告がございましたけれども、今朝の徳島新聞の社説で載っております。厚生労働省による公立・公的医療機関等の診療実績データ分析の結果を詳しく説明いただきました。病床数を減らしていくという議論は前々からあって、その時にも文教厚生委員会で

も議論になりました。今後、医療費等々も大変高騰してきます。その場合に、地域的に病床数を300減らせ、400減らせというふうなことがございまして、徳島県としてもそんな乱暴な話は駄目じゃないかということで、議会からも意見書等々を出した経過が以前にもあったのです。今回の場合も、データということなので、一律にA、Bで分けて分析したというような報告は理解できたのですが、厚生労働省が病院名を公表したというのは、本当に私も乱暴すぎると思います。これが出た時に、どういうことなんだろうと。こんなのは、全て県のほうで議論しているはずです。

その中で、データの的に徳島県では5病院が挙げられた。5病院を受診されている方や地域の方は、病院がなくなるのではないかと非常に不安になります。私も、本当にいかんというふうに思っております。知事会、市長会、町村会のほうも、国と地方の協議の場の設置を求めるというふうなことでございますので、皆さんの議論が今から出てくるとは思いますが、やはり県議会としても、こうした地方の混乱を招く乱暴な発表に、是非、何らかの対処を議会としてもしたほうが良いと思いましたので、委員長の御判断でお願いしたいと思います。

井川委員長

検討いたします。

西沢委員

非常用電源が2日、3日で切れます。その後、補充をどうするのかと、こういうことも計画には入っているみたいですが、当然ながら、補充するにはいろんな各地のガソリンスタンドと契約を結んだり、追加工事をするということはできると思います。

しかし、今度の千葉の停電を見ると、もっと長期です。

1段目は非常用電源、今、持っている燃料。次は、補充の燃料。それでいけなかった場合の、もっと大きな災害の時の考え方をしないといけないんです。

今日、徳島新聞の中に、太陽光パネルのリースに軸足と載っておりました。京セラ株式会社が始めるそうなのですが、今まで販売していたのをリースでやっていく。例えば、福祉施設であろうとも、太陽光パネル、ソーラー発電装置で発電して日頃はやっていく、まさかの時には、当然それを利用する。そうすると、ずっとできるわけです。そのようなことも考えていかなければ、東海地震、東南海地震、南海地震みたいになると、いつ電気が復旧するか分かりません。

そうすると、福祉だけでなく、医療関係も含めて、いろんなところで大きな問題が出てきます。だからこそ、余りお金が掛からないリースなども利用して、初期投資も掛からないという中で、できることもあるのではないかと。

非常用電源だけに頼らずに、そういうほとんど安全なやり方というものも、模索する必要もあるんじゃないかなと思います。いかがですか。

井上広域医療室長

ただいま、西沢委員から、非常災害時の停電に対し、いろいろな手段を用いて取り組んでいくべきではないのかというお話がございました。

災害拠点病院は、3日の燃料を備蓄するというところで基準が決められているところがございますけれども、医療機関によりましては、それ以上の備蓄もされているところがございます。

また、医療機関によっては、3日に足りない部分というのもございます。そのため、まずは、非常用電源を稼働させる燃料の備蓄の整備と充実を進めていきたいと考えております。

それと併せまして、先ほど、委員から、協定の有効活用とソーラー発電装置のお話を頂きましたので、地域の特性に応じて、こういった対応ができるのか検討を進めていきたいというふうに考えております。

西沢委員

病院関係だけでなく、福祉の関係でも、二段構え、三段構えということで、余り金を掛けずにできるような体制というのは、当然、必要です。そういう形もあるのではないかと思います。是非、ソーラー発電装置まで検討してほしいと思います。よろしく願いいたします。

厚生労働省からの公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果、海陽町国民健康保険海南病院も入っています。地方独立行政法人鳴門病院も入っています。これは、最終的には、存続できないだろうと思ったら廃止と、国のほうは、強く言ってくるのですか。

岡医療政策課長

西沢委員より、公立・公的病院の再編・検証の要請についての厚生労働省のスタンスということでございます。

仁井谷保健福祉部長からも報告しましたが、厚生労働省としては報告資料の一番下の、丸二つにあるように、今回の取組というのは、医療機関そのものの統廃合や医療機関が将来に担うべき役割を具体的に決めるものではないとしているところでございます。

また、対応方針の再検証についても、再編統合に限られないものであるともされているところでございます。

そもそも今回の検証データの分析は、平成29年度の分析でございます。対象病院には、実際の公表データには阿南中央病院も入っていたのですが、平成29年度から取組を進めているところでございます。例えば、阿南中央病院であれば、病床数を減らして阿南医療センターに統合したところですし、国民健康保険勝浦病院も、新しく病院を建てていく中で、病床数をダウンサイジングしようとする具体的な対応方針を合意しているところです。そういった対応で厚生労働省の方針としては構わないということですので、各病院のそういった点について、方針を再検証しろということですが、対応も取られているところですので、県の地域医療構想調整会議としても結論を得ていけるのではないかと考えているところでございます。

西沢委員

もらった資料によると、県は地域医療構想調整会議において、2019年度中、再編統合を伴う場合は2020年9月までに結論を得るようになっております。

結論を得るのはかなりきついです。結論を得て、どうするかを決定するわけです。この場合にやっていけないだろうと判断したら廃止という形になるんですか。

岡医療政策課長

やっていけないと判断するという主体が誰なのかという点、これは県でも、地域医療構想調整会議でもありません。それぞれの設置者ということになります。地域医療構想調整会議という場合は、東部・南部・西部において、2025年に向けてどういった医療提供体制を構築していくのがいいのかというところを議論する場でございますので、そこに向けて議論をしていくというところでございます。

繰り返しになりますが、今回ののは平成29年度の分析データですが、既に一定の結論を得ているものもございますので、そういった点では、地域医療構想調整会議の場において、一定の結論は得られるのではないかと今のところ想定しているところでございます。

西沢委員

もう一度聞きますけども、最終的に判断するのは、医療機関を持っているところがどうするかを決めるわけですね。

岡医療政策課長

原則としては、設置者の判断でございますので、設置者の判断になります。

西沢委員

当然、地域医療構想調整会議は、県も入っていますよね。メンバーはどなたですか。

岡医療政策課長

地域医療構想調整会議のメンバーでございます。県は事務局として参画しておりまして、基本的には、各郡市医師会の会長、公立・公的病院の院長、薬剤師や医師会などの職域団体の委員、それぞれの各圏域の市町村の関係者、副市長・副町長になりますが、参画しているところでございます。

西沢委員

各市町村の病院は、赤字の所が多いんです。どうするのか、決めあぐねているところがありまして、そこである程度の結論を出す方向を導いたという気がしますが、一番は、地域の方々、患者にマイナスになってはいけない、やりにくかったらいけないということがあります。逆に言うと統合して、もっと医療環境が良くなるということがあります。

そこは、地域医療構想調整会議でやって、結論は、2019年、2020年に出してもらおうということですね。良い方向で導いてもらえますように、よろしくお願いします。

大塚副委員長

今回、国のほうで発表された、厚生労働省による公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果についての質問をしたいと思います。

高度急性期・急性期に関してのことが基本となると思うんです。

昨日、県の医師会長とかなり詰めて、いろいろと話をしました。医師側から考えている視点と、ほかの立場の視点とは、少し目線が違います。その中で医師側の視点という形で少し突っ込んで、お話をお聞きします。

一つは急性期、高度急性期ということです。医師側からしまして、住民の方々に絶対必要な医療を提供しなければいけないというのが基本になります。国は、実績というか、数という面を重きに置いてやっているわけです。実際の医療というのは、特に徳島県内なんか見ていると、中西部から南部にかけて、非常に数としては少ないんですけれども、急性期に関して実績が少ないということで、こういったふうな統廃合までもいかななくても、ベッド数の削減とかいろいろあると思うんですけど、そこをやられますと、住民の方々の利便性に大きく関わる点がございます。

医療に携わる側としましては、絶対、最低限の医療の提供、特に急性期においてはしなきゃならないという視点がございます。今後、県としてもいろいろと医師会とか、関係機関とも調整していかれると思うのですが、具体的にどういう形で地域医療構想調整会議を進めていくのか。分かっている範囲でいいですから、お願いします。

岡医療政策課長

大塚副委員長より、今後の地域医療構想調整会議の進め方について御質問がございました。

地域医療構想調整会議においては、引き続き議論を進めているところでございまして、今年度については、県下で一つあります一番大きな親元の会議を1回やりまして、先週、西部での会議をやって、今週末に東部、来週末に南部で1度、会議を行う予定でございませぬ。

今回の厚生労働省の発表があるということについては、我々も直前まで知らされておらず、このタイミングで、個別の病院に発表するということを実際まで知らなかったところなんです。今のところ、今回の地域医療構想調整会議については、報告という形で説明させていただきましても、基本的には、今のところは、議題にはしていなかったところではございませぬ。そうは言っても、2019年度中、若しくは2020年9月までに結論を得るようというふうに厚生労働省、国のほうから求められておりますので、どういふふうに進めていくかについては、早急に検討していきたいと思っておりますが、現時点では何も決まっていることはございませぬ。

大塚副委員長

できる限り地域住民の意見、医師側の立場とか、あらゆるところの意見をお聞きになって、時間が本当に短いような感じがするのですが、住民の方々が不利益を受けない形で進めていただけたらと思っております。

もう1点、住民の方々の立場からしまして、患者さんの流れというのは、急性期の場合もありますし、急性期でない場合もあります。例えば、どういふ流れかといいますと、一つは、各病院の特色があります。診療科の問題です。それと、ある部分について非常に特化して、かなりやられている病院などがあるわけです。例えば整形外科とか、技術的なも

のも含めてです。

非常にセンシティブに考えなければならないところもあるわけです。期間が限られておりますけど、そういう部分についても考慮していただきたい。もしそれについて、お考えがあったら。

岡医療政策課長

大塚副委員長より、どういうふうな圏域で考えていくかというところでございますが、地域医療構想調整会議については、東部・南部・西部ということで、それぞれの今後の人口ですとか、医療需要を考えて、これくらいのベッド数が必要かという議論をしているところでございます。もちろん、二次医療圏単位という議論もあれば、もっと大きい三次医療圏と言いますか、都道府県単位の医療という面もございまして、そこはそれぞれ議論の場が違うというとおかしいのですが、いろいろな場を通して議論していくということで、地域医療構想調整会議につきましては、それぞれの圏域では、二次医療圏ごとに主に高度急性期・急性期・回復期・慢性期の病床数について、どういうふうに均衡を取っていくかということをお話し合っていくと思っております。

大塚副委員長

そういう面も考慮していただけたらと思います。

もう1点、災害時に関してです。

国のほうは車で20分以内ということでBにしています。具体的な病院名を挙げて恐縮ですが、地方独立行政法人徳島県鳴門病院について、確かに車で20分以内なんですけど、いわゆる徳島市内と鳴門市の間には川が存在します。川を挟んで橋を挟んでという地理的なこと、それは災害時におきまして、普通の状況とは違う状況が発生する可能性がございまして。そういう面で、災害時に関してのことも考えて、病院のことについても考慮に入れないと。これも非常に大きな問題だと思うのですが、それについてお伺いしたいと思っております。

岡医療政策課長

大塚副委員長より、災害時の対応についても考慮すべきではないかということでございます。

おっしゃるとおりでございまして、災害時の医療は政策医療であり、民間医療機関に担っていただいている部分は大いにあるんですけども、公立・公的病院で担うべき部分が大いだと思います。今回の地域医療構想調整会議においても、災害であるとか、例えばへき地にどれぐらいの人を送っているとか、そういったことも含めた上で議論していくということですので、単純に平時の病床数だけの議論に限ったものだけではなく、もちろん、そういった要素も含めた上で議論をしていくということでございます。大塚副委員長から言っていただいた観点についても、議論をしていきたいと考えております。

大塚副委員長

その点も是非考慮していただきたいと思っております。

今は高度急性期・急性期について、今回それがテーマですので話しましたけども、慢性期に関しても、今回、民間病院についてのことがまだ十分なされてないということもあります。

挙がっている病院につきましては、急性期だけでなく慢性期として特色を持たれている病院もございます。そういう面も地域医療構想会議の中では、高度急性期・急性期だけでなく、そういう点も考慮していただいて、先ほどもちょっと言ったんですけど、非常に繊細なというか、きめの細かい配慮というのを是非やっていただいて、住民の方々が不利益を受けないような利便性も考えて、是非、総合的に取り組んでいただけたらと思います。それもちよっと。

岡医療政策課長

大塚副委員長より、慢性期であるとか、回復期の議論についての質問でございます。

答弁してきたとおり、今年から民間医療機関の議論を進めていくところでございまして、慢性期の病床が多いというところで、そのところを議論していくのかなと考えているところでございます。

公立・公的医療機関に期待される役割については、新公立病院改革ガイドラインや骨太の方針2019においても、基本的には高度急性期・急性期を担っていくと言われているところでございますが、山間・へき地・離島などの民間医療機関の立地が困難な過疎地域においては、一般医療の提供ということで、慢性期も含めてやっていかなければいけないという事情がございます。そういった事も考慮に入れながら、民間医療機関に担っていただける部分ももちろんあると思います。地域医療構想調整会議の中で、公立・公的病院、民間医療機関の代表者がどちらもおりますので、話をしていければなと考えております。

大塚副委員長

実は私、約3年間、厚生労働省で新しい診療所の開設を見る立場にありました。徳島県内におきましてちょっとびっくりしたんですけども、2年間、徳島市内も含めて、全く、本当の意味での新規の開業がゼロでした。

本当の意味でというのはどういうことかと言いますと、例えば親子で引継ぎがあった、体制が変わったというのではなく、全く新たに、土地を購入して診療所を建てて、新たな医療機関を開業するという診療所はゼロだったのです。

徳島市内も含めてだったのですが、特に中西部・南部におきましては、新たな民間診療所、病院も含めてですけど、今、全然できていないのです。

やはり、公的なものがなくなってしまったら、本当に医療が成り立たない時期が目の前に見えてきているのです。

そういう事も是非、頭に入れていただいて、実情というのをよく考慮していただいて、やっていただきたいと思います。

長池委員

ちょっと確認だけですが、今のA、Bというデータ分析の結果しか公表されていないのか。例えば、診療実績が特に少ないというのはどのくらい少ないのか、そういうのは公表

されているのでしょうか。

岡医療政策課長

データ分析の結果については、この資料についても、まだ我々に正式に提供されたわけではなくて、国における地域医療構想に関するワーキンググループというものがございまして、その資料として出されたものということです。正式には、そういった形ですので、今回、このような方針がワーキンググループで決まったということになります。今後、詳細な結果であるとか、この方針を受けて、厚生労働省として県に対してどういうふうにやっていってほしいかという、いわゆる、国の技術的助言といったものが、後々、送られてくるものと、今は認識しているところでございます。

長池委員

病院名とAとBだけの公表という認識でいいのか。例えば、Bでいえば、近接している医療機関とあるが、具体的にどの病院機関かとかいうところまでは、ないのですか。

岡医療政策課長

長池委員から、どのくらいのデータが今、資料として出ているのかというところがございます。Aに当たっている、Bに当たっているというデータだけではなく、こういう分野で診療実績が少ないというようなデータもあるのですけれども、例えば、長池委員が今おっしゃっていただいたような、どこの医療機関と近いのかということについては、まだ我々としてもデータがございません。

長池委員

そんなことで不安にされて、迷惑な話だという気がします。

もう1点。車で20分以内というのは、隣接する病院間の時間なののでしょうか。

岡医療政策課長

類似した医療機関に車で20分以内に行けるかどうかということと認識しております。

長池委員

地域の困っている人は、国民健康保健勝浦病院に行くまでに何十分も掛かる人がいて、そこから更に20分という理屈なんだろうと思います。この発表というのは、国からすれば意味を持つと思いますし、県のこれからの一歩、地域医療構想についても影響を及ぼす重要なデータなのですが、市民にとっては、非常に曖昧でして、できたらマスコミの皆さんもこんなことも含めて、余り不安をあおらないようにしていただけたらと思います。車で20分以内といっても、病院と病院との間における人はいいのだろうけれど、病院から更に奥の人は、かなり時間が掛かります。どこの病院も、そうだと思うのですが、数字とか、こんなデータというのは、県民が非常に不安になりますので、今日のような議論は、マスコミの皆さんも上手に公表していただいて、これからしっかり考えていく。県の方も問合せなり、不安に思っている方には説明をよろしくお願いしたいと思いますが、いかが

でしょうか。

岡医療政策課長

地域医療構想調整会議においては、東部・南部・西部、県がやっているのですけれども、基本的には公開の議論になっておりまして、毎回傍聴に来られる方もいらっしゃいますので、是非、そういった場に足を運んでいただければ有り難いというのが、担当者の実感です。そうは言ってもアクティブな方ばかりではないですので、こういった議論をしているのかということは県のほうからも、こういう議論をして、こういう医療提供体制を作っていくと、県は考えていますということをしかりと伝えていかなければならないと思っております。

話は外れるのですけれども、公立・公的病院の維持も考えていく上では、常勤医の高齢化、専門分化が進んでいますので、一定の分野においては、集約化を進めていくことがいいこともあります。

あとは、医師の働き方改革も、今後進めていかなければいけないところです。果たして、そういった中で、公立・公的病院がたくさんあって、それぞれ本当に今、少ないお医者さんで頑張っていて支えていただいているところもございますので、そういった点も含めて、地域医療構想調整会議の場で議論していきたいなと思っております。是非、委員の皆様からも御意見等もあれば頂きたいと思っておりますのでございます。

長池委員

是非、地域医療構想調整会議ですか、今、大塚副委員長もおっしゃっていましたがけれども、ある程度途中でもいいので、委員会に出してください。教育委員会から後出しされてもめた件がありますので。我々は、県民の代表できていますので、例えば、こういう開催をしたとか、こういう話をしておるとかというのが公表できる部分は、随時公表していただいて、その都度、議会での意見というのを聞くようにしていただけたら、より民意に添ったものになると思います。少なくとも、来年の9月のこの委員会に、ぱんと出されても、頭に来るだけでございますので、是非よろしく、それだけ付け加えて終わりたいと思います。

岡医療政策課長

今回、地域医療構想を含めて、厚生労働省の一連の改革というのは、医療というものは、医療とその裏付けにある国民健康保険者の一体広域化とセットの改革であります。医療については、県でしっかりと責任を持ってやっていってという思いが、一連の改革にございますので、是非、我々としても、これまでつぶさに御報告ができていなかったのは、非常に申し訳ないところでございますけれども、折を見てしっかり議論、途中経過等を、報告していけるように善処させていただければと思います。

東条委員

各委員からお話がありました。私もびっくりしたのですけれども、公的病院はなくてはならないというのがありますので、調整をしていただきたい。

先ほども、ずっと繰り返して言われているので、地域の実態、実情に合わせていただき、住民の混乱や不安を避けるように進めていただきたいと思います。先ほど、回答いただきましたので、それをお願いしておきたいと思えます。

私のほうからは、病院局のほうにLGBT、性的少数者の方々の対応についてお伺いをしたいのです。

LGBT、性的少数者と言われる方々、日本で8パーセントというふうに聞いていまして、13人に1人ぐらいいらっしゃると言われていたのですが、私たちの身近にもいらっしゃる。見えないというのが現状ですけれども、私の知り合いの方で困っている方がいらっしゃいます。

その方が、先般、パートナーの方が御病気になるられて、体調が悪くて入院しなくては行けない。入院した時もそうですけれども、手術をするという状況になって、その時に親族の同意というのを求められたそうなのです。

病院によっては説明時、入院時、手術時、立会い、介護といったようなことで、親族の同意を求められる、必要とされるというのがあったのですが、大体、性的少数者の方というのは、親の理解を得られていないとか、家を飛び出して行ってしまったり、縁を切ると言われて、親族の方に同意をもらうというのは本当に困難という状況がすごくあるのです。

県立病院で、親族の同意を求めるといふようなことがあるのかどうかということをお伺いしたいのと、それとこういった性的少数者の方から相談を受けたというケースというのが、病院の中にあるのかどうかということをお聞きしたいのです。

阿宮総務課長

ただいま、東条委員から県立病院におけるLGBT、性的少数者の方々への対応等についてということで御質問いただいたところでございます。

県立3病院におきましては、御指摘のとおり、入院申込書、ここでは身元引受人あるいは債務の保証人といったところですか、ここの例でございましたが、手術に関する同意書、本人とともに施術に関して同意するもの等につきまして、基本的には、おっしゃるとおり同居の親族、あるいは親子関係のある方などから署名を頂いているところでございますけれども、特に親族でなければならないといった必須条件ではございません。患者御本人の意向も踏まえまして、また、あるいは手続の趣旨を十分に御理解いただいた上で、親しい知人の方、あるいはパートナーの方であっても、個別事案ごと、関係する医療スタッフの間で十分に協議した上で判断、対処しておるところでございます。

なお、手術をはじめ、医療の提供、治療の実施といったことに当たりましては、様々な途中経過ですとか、その後の展開といったこともございますので、手続の進め方につきまして、後々、実際の親族の方々との間で争いが生じるということのないように、ここは慎重かつ適切な運用を心掛けてまいりたいと考えているものでございます。

あと1点、LGBTの方々からの相談についてどうかといった点があったかと思うのですが、ここ最近で確認できた範囲でございますが、そういった様々な手続に際しまして、LGBTの方からの相談を受けて対処したというような事例につきましては、県立3病院では特に記録されておるものはございません。

また、補足になりますけれども、体と心の性が異なる方、あるいは入院等に際しまして、御本人の希望、お考えといったものを十分に尊重いたしまして、必要に応じて、場合によっては、個室により対応する等々、適切な療養環境を提供できますようにできるかぎりの配慮に努めているところでございます。

東条委員

相談のあった方は、緊急ではなかったというのもあって、親の同意を得るような手配をされて、手術をされたということなのです。今後、本当に緊急で手術をしないといけないといったとき、命を守るという状況では、今、言っていたような配慮をしていただきながら、努めていただけたらというふうに思います。

9月に徳島市議会のほうでも、パートナーシップ制度の陳情が上がっていたということもありまして、調査をしましたら、全国でも現在26の市や区が、パートナーシップ制度を導入しているという状況です。県では茨城県が今年の7月からスタートしているというふうに聞いているのですけれども、LGBT、性的少数者の方々が安心して医療を受けられるために、県でもパートナーシップを承認する措置が図れたらと、いろんな意味で配慮ができると思うのですが、パートナーシップ制度に対しては、病院としては、どういうふうにお考えかお伺いしたいと思います。

阿宮総務課長

ただいま、東条委員からLGBTの方々のパートナーシップの承認制度についての御質問だったかと思えます。

LGBTの方、性的少数者の方々に関する施策、それから啓発等につきましては制度的に病院局において直接を所管する事項ではございませんけれども、御指摘がありましたパートナーシップ制度につきましては、各自治体のほうで独自に、当該自治体に居住する成人の方で配偶者がいないといったことなど、幾つかの条件を満たした場合に、いわゆる性的少数者のカップルにつきまして、パートナーシップの関係であることですか、あるいはパートナーシップの宣言を行ったことを証明するといったようなことです。法律で定められた婚姻制度とは異なりまして、各自治体独自の取組として進められているものであり、そういった当該制度に対しましての各企業の取扱いも、まだまちまちのところがあるといったことで、今後、社会的な理解も広がってはじめて、実効性が得られるものであろうと、関係部局から聞き及んでいるところでございます。

東条委員が御指摘のLGBTの方々への病院局の対応につきましては、今後とも関係部局と連携いたしまして、今、御説明も頂きました、国や他県の病院事業における動向ですとか、状況等々これら十分に注視いたしまして、各病院現場における医療の提供に当たりましては、今後とも引き続き、特段の支障を来すようなことがないように、適切な対応に努めてまいりたいと考えております。

東条委員

私もまだ、パートナーシップ制度が導入されている実態についての知識が薄いので、勉強させていただきたい。

性的少数者という方は、本当にひっそりと誰にも相談ができないで暮らしているというような実態があります。誰にも言えない、声を上げられないという方がいらっしゃるのので、今後、特に病院関係は命に関わる問題ですので、調整が整うように、適切な処置が受けられるように進めていきたいと思っておりますので、県としても是非連携をしながら、進めていきたいというふうに思います。

西沢委員

さっきの診療実績データのことですけれども、まず、今後、このA、Bで示されている以外の要因が追加されることはあるのですか。

岡医療政策課長

今後についてですが、基本的には厚生労働省から表に出た資料ですので、これから追加されるということは聞いておりません。

西沢委員

もう一つ、このAとBと書いてあるのですけれども、これ以外に何か条件的なものはあるのですか。

岡医療政策課長

厚生労働省が、今回、再検証を要請する医療機関の対象とする基準としては、AとBの基準ということで聞いております。

西沢委員

例えば、診療実績が特に少ないとか、どこで線引きするのか分からないです。

多分、かなり赤字の所もあるんじゃないかなと思うのですが、市町村立の病院は、黒字の所が少ないのじゃないかなとったりします。そういう意味においては、条件が隠されているかなという気がしてならないのです。

特にAなどは、診療実績が特に少ないというのはどこで線引きするのか、分からない。まだ出てきてないんです。赤字がどのくらいというのは決まっているのですか。

岡医療政策課長

基準については出ているところです。何パーセントというのは、仁井谷保健福祉部長から最初に説明したとおり、基準については出ています。

赤字かどうかについて、今回の分析に入っていないのは、地域医療構想調整会議が2025年に向けた医療提供体制を整えていくために、どういった病床機能を持たせるか、要は、赤字か黒字かというのは関係ないと言うと怒られますけれども、どういうふうな医療提供体制を整えていくかということなので、恐らく、そこが病床、つまり診療実績に基づいて分析をしたというところだと考えます。

西沢委員

逆に言ったら、国の医療圏構想があって、その中でこのA、B以外の条件整備みたいなものがあるんじゃないんですか。

岡医療政策課長

地域医療構想については、2025年に向けた医療提供体制を整えるという観点からしているものですので、もちろん赤字の病院をどうしていくかは別の観点としてはございますが、地域医療構想については、2025年に向けた医療提供体制をどう整えていくかという議論についてでございます。

西沢委員

2025年に向けた第1段階ということですね。

国の方針がかなり決まっているような気がします。その中で、それに合わせた構想を実現するためのやり方かなと思います。

どちらにしましても、先ほどから議論がありましたように、患者さんのことを思っでのやり方というのは当然で、車で20分と言っても、海部郡でも奥のほうもあります。例えば、どこかの血管が詰まったら何分以内にとか、本当に分単位で問題になりますので、20分がいかにかい長いということがあります。

かつて、平岡元議員が、救急車には自分で歩いて乗ったそうです。それから牟岐に来るまでに急変して、病院に着く直前に亡くなったということがありました。奥さんいわく、牟岐までは非常に遠かったという話がありました。ちなみに、平岡元議員の所から、牟岐の海部病院までだったら、30分ぐらい掛かります。当然ながら、近くに診てくれるという病院があるかないかで、本当に人の命に関わる、1分、2分が命に関わるので、是非とも、最終的には、やはり患者さんのことを最優先に考えてほしいと思います。

井下委員

2020年度の専攻医募集における都道府県診療科ごとのシーリング制度が導入されるんですが、シーリングによる徳島県への影響と、専攻医シーリング制度自体を説明していただけますか。

岡医療政策課長

専攻医シーリング制度についてどういったものかという御質問がございました。

まず専攻医という言葉でございますが、お医者さんになる人は、大学医学部6年間を出た後に、初期臨床研修というものを2年受けます。もちろん、大学医学部を出て、医師国家資格を取った時点で医師なんですが、初期臨床研修を経て、一人前の医者になります。その後、専門医研修ということで、それぞれの専攻科、内科や外科などの専門の勉強をしていきます。研修を受けなければ、治療ができないということではないのですが、一応そういう研修を受けた人ということで認定を受けられる制度が、専攻医制度でございます。

シーリングでございますが、今、全国的にどういうことが問題になっているかということ、産科や小児科に進む人が非常に少なくなってしまうという診療科偏在と、もう

一つは、地域偏在。徳島県は、医師数だけで見ると多いですので、東北から見ると医師数が多いんじゃないかと。全国的にこの診療科偏在、地域偏在というのを何とかしていかなければいけないということに厚生労働省、国も取り組んでいるところでございます。その一環として、専攻医シーリングをやったところでございます。

シーリングというのは何かと言うと、専門研修プログラムというのが各都道府県にある大きな病院、県であれば徳島大学病院などでやっているんですけども、そこに対して定員を掛けるということです。この制度は、平成30年からスタートしているんですけども、平成30年、平成31年については、大きな5都府県、東京都、大阪府などに関しては定員の縛りがあったんです。それ以外の所については定員の縛りはありませんでした。ところが、来年度からの募集に関しては、その5都府県に限らずに、厚生労働省が分析して、診療科ごとに見て、お医者さんが余っているんじゃないのかという所に関しては、その5都府県以外であっても、定員のアップを掛けていこうというのが、今回のシーリングの制度でございます。

これに対する徳島県の影響ですが、一番大きく影響を受けるのが内科です。内科の場合、徳島県は来年度は21人しか専攻医研修プログラムに募集できないということになっております。今まででしたら、もう少し大きい人数を受け入れることができていたのが21人しか受けられないということで、今後の医師の育成を考えるに当たって、それだけの人数しかその年は育てていけないということですので、そういった意味で非常に我々としては危機感を持っているところでございます。

井下委員

今、説明のあったとおりです。専攻医シーリングに当たっての数字なんですけど、徳島県は医師多数県ということで、上から1番、2番という数字なんですけど、実はこれを西部とか南部に置き換えると、医師少数県に入ってくるんです。今回の専攻医シーリングにおける数字は都道府県ごとの数字になってるんですけど、西部、南部への影響というのは考えられますか。

岡医療政策課長

医師については、県全体で見た単純な数字では多い所になっているんですけど、東部に偏在があるというのが実情でございます。東部から南部や西部に派遣といった形で、お医者さんが応援に行っているところがございます。今回の専攻医シーリングで徳島県全体の数が絞られるということになれば、もちろん東部の数が減ることになりますので、そうすると応援に行ける人も少なくなるということがございますので、そういった影響はあると思われま。

井下委員

国のほうである程度決めてやって、地域ごとにいろいろと事情が違いますので、その辺をまた配慮していただきたいと思います。それに当たって、医師確保計画を今、策定中だと思うんですけど、現状を教えてください。

岡医療政策課長

質問にはなかったんですけども、今回、新しい専攻医シーリング制度になるということで、各都道府県は、これは地域の事情をしっかりと見ていないんじゃないかということ、県の医師会とか、徳島大学とかと一緒に連携して、制度を所管している日本専門医機構や厚生労働省に対して、春ぐらいからずっといろいろと意見を言っていく中で、今回、最初に示されていた案よりは、まだましな案が日本専門医機構から示されて、それで採用が始まるところとなっております。

今週中にも、日本専門医機構から地域の実態をヒアリングするというので、我々も呼ばれているところがございますので、そういった場を通して、専門医機構に対しては、新しいシーリングについて地域の実情を踏まえてやってくれということを行うつもりでございます。

医師確保計画の話でございます。厳密に言うと、医師確保計画と専攻医シーリング制度の話が連携しているわけではないんですけども、先ほども申しました地域偏在とか、診療科偏在というのがありますので、そういうことにしっかり取り組んでいかなければならないということで、法律上、国のほうで、保健医療計画の中に、医師確保計画を盛り込んで作りなさいというふうになっているところがございますので、県としては、今年作っていかねばいけぬというところがございます。

医師確保計画を作るに当たって、非常に大元となる医師偏在指標、全国的に見て、どこが医師が多くてどこが少ないかという指標を、厚生労働省から暫定版ということで示されたんですけども、確定版が来ておりません。それぞれの医療圏が、医師多数・普通・少数のどこに位置付けられるかによって、どういった取組ができるかということが全く変わってきますので、今年度中には作らなければいけぬんですが、今、待っている状態でございます。

井下委員

本当に医師の確保が、全国的にも厳しい状況だと思うんです。その中で、都道府県に権限を与えて、好きなようにやってくださいみたいな、いいように言えばそうなのかもしれませんが、正直、丸投げしているようなところがあると思います。しっかりと地域の実情等を踏まえて、国のほうにも要望していかないと、我々もそうなんです、いきたいと思っております。

先日、西部の小児救急の改革がありました。これも、とても綱渡りの、なかなか厳しい状況で、県立三好病院は院長先生が今入ってくださっていると思うんです。その中で、やっぱり地域の方は不安になるんですが、現状をしっかりと地域の方に伝えてあげて、今のところ対応できているようですので、地域の方の理解もしっかり得ながらやってほしいなと思っております。

また今回は、お医者さんが産休ということで、うれしいことも根本にありますので、その辺も、お医者さんの働き方改革も含めて、しっかり我々自身も理解したうえで、何でもかんでも求めすぎるのはよくないと思っております。その分ドクターヘリですとか、ドクターカーとか、いろいろなサポートしていける部分はあるかと思っておりますので、またいろいろと議論していけたらと思っております。

梶原委員

先ほど、最初に非常用電源のお話が出ました。西沢委員から太陽光パネルの活用などの話がありました。今、鳴門渦潮高校の体育館のエアコン、これは私が聞いている限りは、GHP、ガスヒートポンプシステム、LPガスを使ったエアコンを今回、試験的にやっているということを聞いています。GHP、特にLPガスは、徳島県内でもたくさんの御家庭で使われておりますし、激甚災害と言いますか、災害に非常に強いエネルギーと言われておりまして、持ち運びは重いんですけども、カートリッジ式で取り替えればすぐに使えるという非常にメリットになるエネルギーだと思います。これは所管外になりますので、また備えも今後太陽光発電も併せて非常用電源の選択肢の一つとして考えていけばいいと思います。意見だけ申し上げさせていただきます。

私のほうからは、若い世代のがん対策についてお伺いをさせていただきたいと思っております。

今、15歳から39歳の思春期の方や若年成人のがん患者さんが大変増えておりまして、全国で年間約2万人おられると聞いております。

これは、AYA世代、アダルトセントとヤングアダルトとって思春期と若年成人という英語を組み合わせているらしいのですが、私の身近でも大変苦しんでおられる方もございます。今、徳島県内で15歳から39歳までで闘病されている方というのは、何人おられるか分かりますか。

戸川健康づくり課長

ただいま、梶原委員から、いわゆるAYA世代のがん患者の数は把握できているのかという御質問を頂いております。

先ほど、全国で2万人程度というお話が出ましたけれども、この数字につきましては、今年度、厚生労働省から発表されました、全国がん登録罹患数によるものだと思います。これによりますと、本県の平成28年の数値で、AYA世代、15歳から39歳のがんの罹患数は134名という数字が出ております。

梶原委員

134名の方が、がんと闘われているということで、若いがん患者さんは、御結婚されている方もおれば、御結婚されていない方もおられますけれども、将来的に子供を持ちたいと、もちろん15歳以上の方、家庭を持って子供を持ちたいと思われている方がほとんどだと思っておりますが、抗がん剤とか、放射線治療の段階で将来不妊になるおそれが非常に高いと言われております。

将来、子供さんを望むがん患者さんのために、がんの治療に入る前に卵子や精子を凍結保存しておく、妊よう性温存治療という治療法がございます。

この治療法は、公的医療保険の適用外となっております、費用は全額自己負担でございます。卵子の採取凍結には、15万円から45万円と大変に高額な費用が掛かりまして、精子の場合が2万円から7万円程度、これもたくさん掛かります。こうしたことで若い患者さんは、経済的に非常になんか治療の医療費にプラス、こうしたものに掛かる負担が非常に

重く、妊よう性温存治療というのを受けたくても受けられないという状況があるみたいでございます。

こうしたことを受けまして、全国で、12の府県と市で10万円から最大25万円の助成制度を設けているようであります。四国では香川県が制度を設けております。こうした若い世代をしっかり支援する、若い方の夢をつなぐ制度だと思っておりますので、大事な助成制度でありますけれども、本県としては助成制度にどのようなお考えなのか教えていただけますか。

戸川健康づくり課長

ただいま、妊よう性温存治療の助成についての県の考え方についての御質問を頂きました。

梶原委員のほうからも、いろいろ御説明もありましたけれども、妊よう性温存治療につきましては、高額で全額保険適用外ということもありますことから、かなり経済的負担が掛かります。特に若い世代につきましては、経済的基盤が十分とはいえない世代でありますので、AYA世代のがん患者にとっては、重い負担になってくるという現状がございませう。

そうしたことから県といたしましても、本年5月に国に対しまして、妊よう性温存治療について、治療費への公的助成制度を創設していただきたいというふうな政策提言をしたところでございませう。

また、こうした動きとともに、県といたしましては、がんに対するいろんな相談体制といたしまして、がんの診療拠点病院に徳島がん対策センターを置きまして、AYA世代に対する妊よう性温存治療も含め、AYA世代のがんの治療にどういったものがあるのか、ライフプランをどうしていけばいいのかという相談体制がありますので、そういった相談窓口を広報いたしまして、AYA世代のがん対策につきまして強化を図っているところでございませう。

梶原委員

国のほうにも政策提言をされているということですが、そちらもうまく進んでいけばいいと思っております。また、実際に助成制度を設けている県がございませうし、全国に拡大しているみたいですので、積極的に考えていただきたいなと思っております。

関連するのですが、次に医療用ウィッグについてお伺いをいたします。

私も経験があるのでありますが、抗がん剤治療で髪が抜ける。非常に治療もつらいのでありますが、治療後の外見、特に女性の方が非常に辛い思いをされるということでございませう。今、医療用のカツラは、数万円の量産品から数十万円のオーダーメイドまで様々ございませうが、治療費と合わせて経済的な負担が多く要ということもございませう。

これも、宮城県をはじめ全国で10県、上限が1万円から3万円で、県によっては、市町村と折半で助成をやっているところもございませう。これについても徳島県も是非、取り組んではどうかと思うのですが、お考えをお聞かせいただきたいと思っております。

戸川健康づくり課長

ただいま、アピアランス、ウィッグなど、治療による外見の変化に伴う助成制度についての考えはないのかというところでございます。

正しく、今、梶原委員からお話がありましたように、治療によります脱毛、皮膚の障害、爪の変形といった苦痛があり、外見の変化も伴うということで、その軽減についてのケアも非常に大切であり、QOL、生活の質の向上という面からも取組が必要だと感じているところでございます。

先ほどの妊よう性温存治療助成の際と同じく、国のほうに、ウィッグや、アピアランスのケアの支援につきましても、助成ができないかという政策提言をさせていただいておるところでございます。

先ほどの妊よう性温存治療の助成、アピアランスのケアの支援につきましては、国の助成については、まだ実現はできていませんけれども、引き続き、国のほうにも積極的に要望していきたいと考えております。

梶原委員

是非、積極的に取り組んでいただければと思っています。

国のほうでも、今まで警察で免許証の更新をするときに、帽子の着用が認められてなかったのです。がんになって女性は髪が抜けた状態の写真を撮られるのは嫌だと、帽子を被ったまま免許の更新をしたいという事例がたくさんあったらしいです。この度、帽子を被ったら駄目という取決めがあったのですけれども、やはり配慮しないとイケないということで、帽子を着用したままで免許写真が撮れるようになりました。

こういう時代ですから、こうした配慮をしっかりと行っていくのが重要だと思います。是非、ウィッグについても、県としても前向きに考えていただきたいと思っています。

最後、よく分からない部分がありまして聞かせていただきたいのですが、「未知への挑戦」とくしま行動計画（案）の中のがん対策の充実強化として、がんの75歳未満の年齢調整死亡率を2016年が73.3パーセント、それを2022年には減少と、数字を挙げないで減少とありました。年齢調整死亡率の調整という意味がよく分からないのですが、教えていただきたいと思っています。

戸川健康づくり課長

年齢調整死亡率、年齢調整という考え方ですけれども、地域によりまして年齢構成の偏在がございます。都市部の場合と比べて地方部では、高齢者の比率が高く、若者世代が少ないとか、都市部のほうでは、そういったところがバランスよくできているとか、そういうところがございますので、そういったところをある程度の一定の基準を設けまして、年齢を加味いたしまして、率をはじき出すという考え方です。

梶原委員

先ほどの若い方ががんですね。全国に約2万人いるということですので、75歳未満でなくて、もう少し年齢を65歳未満ぐらいに下げて、若い方を対象とした視点で調整率も考えられたほうがいいのじゃないかという感じがします。

いずれにしましても、今日2点、ウィッグと妊よう性温存治療についてお願いしました

ので、しっかりと取り組んでいただきたいと思います。よろしく申し上げます。

庄野委員

公立・公的病院の再編なのですけれども、委員長、副委員長に申し上げたいのですけれども、知事会、市長会、町村会のほうは、国と地方の協議の場を設置するということで、協議が始まるわけですけれども、県議会の文教厚生委員会として地域医療の在り方は、医師の偏重や医療従事者不足といった懸念も合わせて、地元が中心となって検討するのが筋であって、国が地方への過度の干渉を控えるべきであるという趣旨の公的病院の再編に関する意見書というものを上げていったらどうかと思いますので、御検討いただけたらと思います。

井川委員長

検討させていただきます。

この際、委員各位にお諮りいたします。

ただいま、扶川議員から発言の申出がありました。

この発言を許可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）

それでは、扶川議員の発言を許可いたします。

なお、委員外議員の発言については、議員1人当たり、1日につき答弁を含めおおむね15分とする申合せがなされておりますので、よろしくお願いいいたします。

それでは質疑をどうぞ。

扶川議員

御許可いただいて、ありがとうございます。

生活保護の問題をお尋ねするのですが、その前段で、今、議論があった公立・公的病院の問題について、私の地元の独立行政法人国立病院機構東徳島医療センターが対象となっておりますので、一言意見、お尋ねしたいことがございます。

皆さんの意見をお聞きしておりまして、ごもっともという事ばかりでしたけれども、へき地の医療、救急の医療、公的病院の役目を絶対に後退させてはならない、これは死守しなければいけない最低のところだと思います。

20分掛けてやってきて、また、そこから20分移動しなければいけないなんて、明らかな後退です。

同時に都市部も含めて類似の病院の統廃合については、調整が行われるのであれば、一体どういう病院が対象なのか。私の地域は、比較的病院が密な所ですから、20分といったたくさん病院がある。どれが比較の対象になっているのか、そういう情報は速やかに提供していただかないと議論もできない。これも、もっとも話でございます。

私が思うのに、そういう所であっても良質な医療というのが残っていかなければいけない。病院がたくさんある所でも患者さんは病院を選んでいきます。ここの病院に、良い先生がおいでるから行きたい。ここは良い専門科目があるから是非ここに行きたいと選んでいるのです。そういう選択が狭まってしまうというのも問題がある。

ただ、一方で人口の問題、高齢化の問題という要素によって一定の整理が必要になっていくのも理解できます。

そういう問題を、先ほど議会に対する十分なデータ提供ということがありましたが、医療関係団体はもとより、市町村、それから住民にオープンにして、例えば、ホームページできちっとオープンにして、一体どういうことが行われようとしているのか、自分たちの命に関わる問題ですから積極的に情報を提供して、議論のベースに乗せていく。そこで上がってきた意見を基に国にびしっと意見を申し上げるということが、一番有効ではないかと思うのですが、その点をお尋ねしたい。

岡医療政策課長

扶川議員より、議論の進め方、アピールの方向についてということでございました。

繰り返しになりますが、地域医療構想調整会議については公開でやっておりまして、傍聴の方もいらっしゃるところでございます。

先日の議事録資料についても、もちろん公表しておりますし、いろいろな分析データ等も公表しているところではございますが、どういうふうに住民の皆さんにお伝えしていけるかについては、委員の皆様から今御意見いろいろと頂いたように、なかなかしっかりと伝わって理解していただいているかどうか、十分じゃないのではないかと御指摘もございましたので、そういった点については、こういった情報提供の仕方ができるかについては、一度考えてみたいと思っているところでございます。

扶川議員

是非、しっかり検討して議会に対して県と同時進行で資料を頂きたいと思えます。

私のところでも勉強させていただきたい。

それでは、生活保護のことで、簡単にお答えいただけそうなことから、お尋ねします。

今度の消費税の増税に伴って、生活保護受給者みたいな本当に立場の弱い人が置き去りになっては困る。生活が破綻して生活保護を受けている方はカードなんか持ってない人が多いです。

利便性、恩恵を被ることができない人が多いです。その中で一体、生活保護の消費税対策で、どのぐらいアップしてくれるのか。その一方で、例えば、年金なんか対策されますと、それも収入認定されるわけですから、その収入認定がそれを相殺する程度の消費税の基準額がアップされて調整されて、負担が増えないのか、そのあたりを簡単に説明していただけますか。

福壽国保・自立支援課長

扶川議員から、今回の生活保護基準の見直しについて、お尋ねがございました。

生活保護の基準でございますけれども、国の社会保障審議会、生活保護基準部会におきまして、15回にわたりまして検証が行われました結果、世帯類型によって、それぞれの一般低所得世帯の消費実態より、生活扶助基準額が高い場合も低い場合もあったことから、そのばらつきを是正するため、昨年10月から令和2年10月までに3段階に分けて、生活扶助基準の見直しが行われることになっております。

今回、令和元年10月における生活扶助の関係についてお尋ねがあったと思いますが、今回の改定につきましては、消費税の引上げの影響を含む、国民の消費動向などの社会経済を総合的に勘案した改定となっております。

改定の影響につきましては、世帯構成によって様々ではございますが、仮に、徳島市内に在住の方で60歳代の夫婦世帯で1月当たり、見直し前の平成30年9月で、約10万7,720円、見直し後の平成30年1回目ですけれども、10月には約10万8,690円、令和元年10月には11万1,210円ということで、率で申し上げますと1.0パーセントの増額となっております。

それから70歳代の1人世帯の方につきましては、平成30年9月に約6万7,460円だったものが、10月には約6万7,830円、見直し後の令和元年10月には6万9,160円ということで、これにつきましても率で申し上げますと1パーセントの増額ということになります。

ただし、同じ高齢者世帯であります60歳代の方の1人世帯では、平成30年9月に約7万2,110円だったものが、10月には約7万1,560円、見直し後の令和元年10月には7万2,020円ということで、率で申し上げますと0.12パーセントの減額ということになります。

この見直しに当たりましては、各福祉事務所におきまして受給者の方に対して、事前に御説明しているところでありますけれども、丁寧な説明に心掛けてまいりたいと考えております。

それと、年金の関係についての御質問があったかと思えます。

生活保護の収入認定の考え方としましては、現物によるものであると金銭によるものであるとを問わず、稼働収入、いわゆるもちろん年金手当などの公的給付や仕送り収入など現実に金銭の流入があったものについては、その種類のいかんを問わず、一切のものを収入として認定することとなっております。

言い換えますと、収入として認定された額は、最低生活費として使用することになるために、年金の収入がございましたら全額収入認定することになり、最低生活費の一部として活用するということとなります。

扶川議員

御説明を聞くと、結局、生活保護受給者については消費税増税に見合うだけの手当がされてないわけですね。厳しい話です。

特に高齢者については、0.何パーセント、ますますいじめられる。許せない話だと思います。これは、国が決めたことですから県でどうこう言えないですけど、政策提言の中に是非盛り込んで国に意見を言っていただきたい。

もう1点、国に意見を言っていただきたいことがございますので申し上げますけど、自動車の保有の問題です。

県内の生活保護受給者に対する自動車の保有台数、認めている台数、この情報を初めて調査をしていただきました。その結果、教えていただきましたのが、車の保有件数が全県で181件、車の使用を認めている件数は148件ということが分かりました。

しかし、これは市町村別あるいは福祉事務所ごとに非常にばらつきがございます。

例えば、一番高いところだと西部総合県民局は7.8パーセントの保護世帯数に対する割合があるのですが、徳島市だと0.2パーセント、美馬市だと0.4パーセント、徳島市

は公共交通機関が発達しているからという理屈が、ひょっとしたら言えるのかも分かりませんが、私は納得しません。美馬市みたいところで0.4パーセント、阿南市でも0.5パーセントというのは理解ができません。

東部保健福祉局、ここは私ども板野郡を含む所ですが4.3パーセントで比較的高い。これは、福祉事務所によって非常にばらつきのある対応がされている。この議論をすると時間がとても足りませんが、絶対に車の保有使用を認めたらいけないというふうにはなっていない。

国の考え方でも、病院の通院に使う場合、通勤手段がほかにない場合、公共交通機関が整備されていない、そういうときには認められるとされているんです。こんな田舎でどうして認めないのかということが、この数字から伺える。もう少し、現場の福祉事務所のほうにお話しただいて。

実は、私も何千件という生活保護申請に同行しています。こういう場合に車が認められることもありますという説明を受けたことが1回もない。はなから、生活保護受給者は、車は駄目ですと言われる。それ以上の説明がない。それは違うでしょう、認められる場合もあるでしょうと口を出すのです。だから、私が付いていけないといけない。そういう現場への正確な情報の伝達というのをお願いしたい。

福壽国保・自立支援課長

生活保護受給者の自動車の使用の容認の状況についてのお尋ねかと思えます。

生活保護制度につきましては、所有または利用の容認に適さない資産については、原則として処分の上、最低限度の生活の維持のため活用させることが国の実施要領において定められているところでございます。

ついでには、自動車の保有及び使用は、原則として認めていないこととされております。

ただし、扶川議員からもお話がありましたけれども、例外として事業用として利用する場合ですとか、障がい者の方の通勤、通院、通所及び通学、公共交通機関の利用が著しく困難な者の通勤及び通院する場合において、処分価値が小さいこととか、自動車の利用以外に方法がなく、自立の助長に役立っているとか、維持費用がほかからの援助等より確実に賄われるなどの条件が満たされる場合は、保有を認めていることとなっております。各福祉事務所の判断で自動車の保有や使用を認めるところでございませう。

ただし、国の通知、Q&Aなのですが、生活用品としての自動車は単に日常生活の便宜に用いられるのであるならば、地域の普及率のいかにかわらず、自動車の保有を認める段階には至っていないという判断という話はございませう。

一方で、そうした原則の中で、従前から社会環境や生活の実態を踏まえた見直しも行っており、検討もしていきたいとの考えもお聞きしているところでございませう。

自動車の保有についてのばらつきがあるということでもございませうけれども、対象者の健康状態や勤務状況、交通事情等を十分かつ慎重に検討するよう、福祉事務所に対して指導・助言をしてまいりたいとこのように考えております。

扶川委員

国にきつく言ってほしいのですが、障がい者という枠を入れているのはよくないで

す。障がい者でなくても車がどうしてもなかったら生きていけないという声がたくさんあります。

どうして生活保護受給者だけ、そこから放り出すのか。これは差別です。だからそういう障がい者なんていう狭い限定をしないで、本当に必要な人には、車の保有使用というのを認めていくべきだという意見を政策提言で入れていただきたい。

井川委員長

ほかに質疑はありませんか。

（「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。

保健福祉部・病院局関係の付託議案は、これを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10号，議案第22号

以上で、保健福祉部・病院局関係の審査を終わります。

これをもって、本日の文教厚生委員会を閉会いたします。（12時23分）