

令和元年11月定例会 文教厚生委員会（付託）

令和元年12月12日（木）

〔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】

- 令和2年度に向けた保健福祉部の施策の基本方針について（資料1）
- 徳島県医師確保計画（素案）について（資料2-1, 2-2）
- 徳島県外来医療計画（素案）について（資料3-1, 3-2）
- 徳島県ギャンブル等依存症対策推進計画（素案）について
(資料4-1, 4-2)
- 徳島県ひきこもりに関する実態調査の結果について（資料5-1, 5-2）

病院局

【報告事項】

- 令和2年度に向けた病院局の施策の基本方針について（資料1）

仁井谷保健福祉部長

それでは、5点、御報告させていただきます。

お手元の資料1を御覧ください。

令和2年度に向けた保健福祉部の施策の基本方針についてでございます。

テーマは、健康長寿人生100年時代への挑戦でございます。大きく四つの柱で構成しております。

一つ目の柱は、健康づくりの推進と医療提供体制の充実でございます。

主な取組といたしましては、とくしま健康ポイントプロジェクトによる健康づくり対策の推進で、今年度予算でスマートフォンで使える健康ポイントアプリを現在開発中でございます。年度内にモデルの運用を開始しまして、年度明けから本格運用に移行したいと考えております。これによって糖尿病の予防対策などにしっかり取り組んでまいります。

また、医療人材の養成・確保といたしまして、医師・看護師等の医療人材の養成・確保にしっかりと取り組んでまいります。

それから、後発医薬品、いわゆるジェネリック医薬品の使用促進といたしまして、来年度が国が掲げております、使用割合80パーセントという目標の年となっておりますので、

重点施策の一つと掲げ、しっかりと取り組んでまいりたいと考えております。

二つ目の柱は、誰もが主役の地域共生社会の実現でございます。

生活困窮者・ひきこもり相談支援体制の充実でございます。

ひきこもりに関しては、今年も様々な事件等がございまして、社会的にも注目が高まっておりますし、国の概算要求におきましても、相談を待つのではなく、こちらから出向いて相談支援に乗る、いわゆるプッシュ型の支援を強化することが盛り込まれております。その動向も見極めながら県としても取組を強化してまいります。

高齢者のフレイル対策の推進といたしましては、今年度、三好市、那賀町、藍住町の三つの市町でモデル事業を始めており、更に充実してまいります。あわせて、アクティブシニアの活躍推進といたしまして、徳島県版介護助手制度が非常にうまく進んでおりますので、アクティブシニアの活躍、介護現場の担い手確保の両立を図ってまいります。

三つめの柱は、障がい者の自立と社会参加の推進でございます。

来年度が東京オリンピック・パラリンピックの年でございます。県内でもパラリンピック聖火フェスティバルの開催、障がい者スポーツの推進といたしまして、ジョージアなどの事前キャンプの受入れ、地元との交流などにしっかり取り組んでまいります。

また、障がいのある方の特性に応じた就労支援の充実といたしまして、先ごろ発表されました平均工賃のデータで見ますと、本県は全国1位というところまできておりますので、この取組を更に伸ばしてまいります。

四つ目の柱は、保健・医療・福祉分野の災害対応強化でございます。

災害支援に携わる保健・医療・福祉人材の育成でございます。災害派遣医療チーム、いわゆるDMATや災害派遣精神医療チーム、いわゆるDPATについて、更に人材を育成し、備えを充実するとともに、災害時要配慮者への支援といたしまして、市町村による福祉避難所の指定などを促進してまいります。

保健福祉部では、これらの施策の展開により、全ての県民が安心して暮らし続けられる徳島の実現を図ってまいります。

続きまして、資料2-1をお願いいたします。

徳島県医師確保計画（素案）についてでございます。

医療法の規定に基づき、今年度中に策定する計画でございまして、国が示した医師偏在指標、これは現状の人口当たりの医師数をベースに、今後の患者人口の減少見込み、医師の性別・年齢別の分布などを加味して出された数字でございますが、その指標に基づき、全国で、県内の二次医療圏単位の医師少数区域、医師多数区域が設定されたことを踏まえて、本県における医師確保施策と、県内の各医療圏における医師確保施策について定めることとしております。

また、産科・小児科については、政策医療の観点からも必要性が高いことから、個別に産科・小児科医師の確保の方針や施策を定めることとしております。

医師少数区域、医師多数区域が設定され、国のマクロの構想としましては、多数区域から少数区域に医師が移って行って、偏在がならされるということが描かれておりますが、目標医師数を設定して追い掛けるのは、実態と合わない可能性があり、適切ではないと考えており、数の設定ではなく施策の方向性を表した計画としてはどうかと考えております。計画期間は令和2年度からの4年間でございます。

3の主な記載事項としましては、（1）医師偏在指標に基づく医師少数区域、医師多数区域の確認と医師少数スポットの設定でございます。医師偏在指標では、本県は全国的には医師多数県に入りますが、県内を東部・南部・西部それぞれの区域で見ますと、東部と南部は医師多数区域、西部は医師少数区域に当たることとなっております。ただ、医師多数区域の中でも、過疎の市町村で、へき地の診療所がある所、地域枠医師を派遣する3群病院がある所は、県独自に医師少数スポットを設定できることとなっております。南部の勝浦町、上勝町、那賀町などについては、医師少数スポットを設定し、施策を実施してまいります。

（2）医師確保のための施策として、医師多数県及び医師多数区域とされた所につきましては、自前で医師を養成するのは良いけれども、少数区域から引っ張ってきてはいけなとされておりますので、県としては国立大学法人徳島大学医学部出身者をしっかり確保する。また、本県出身者をしっかり確保してまいります。

南部及び西部につきましては、若いドクターに定着していただくためには、指導していただけるドクターがいないと難しいということで、拠点病院への指導医の派遣を図ってまいります。

（3）地域枠・地元出身枠の設定では、引き続き実施していく必要がありますが、あわせて、令和3年度まで医学部臨時定員が設けられておりますが、令和4年度以降がどうなるか検討中であるため、地域枠を設定していくためにも、維持する必要があると考えております。

（4）産科・小児科における医師確保計画でございます。全国的に見た場合、本県は相対的医師少数区域はないということではあります。現場レベルで見ますと、決して産科医・小児科医が充足している状態ではありませんので、県の周産期医療協議会に部会を設置し、医師の働き方改革も含めた今後の医師確保について協議を進めてまいりたいと考えております。また、重点化等とありますが、拠点の重点化・集約化は直ちには難しいものがございますので、まずは、産科・小児科を専攻していただける専門のドクターをしっかりと確保するという、徳島こども医療電話相談#8000などを活用し、ドクターの負担軽減を図り、定着につなげていこうと考えております。

今後のスケジュールといたしましては、年明けまでパブリックコメントを実施し、その後、医療審議会で審議し、2月議会で最終案を御報告させていただいて確定としたいと考えております。

資料2-2につきましては、素案の全体版でございますので、説明は省略させていただきます。

次に、資料3-1をお願いいたします。

徳島県外来医療計画（素案）についてでございます。

先ほどの徳島県医師確保計画と同様のものがございますが、外来の医療機能を今後どのように確保していくのかを定める計画でございます。医療法の規定に基づき、今年度中に策定する計画でございます。国が示した外来医師偏在指標に基づき、外来医師多数区域が設定されたことを踏まえ、外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化し、地域ごとの外来医療機能の偏在を客観的に把握することとしております。また、二次医療圏ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、地域で不足している外来医療機能について協議・公

表する仕組みを創設し、不足している外来機能に関する外来医療機関間での機能分化・連携の方針決定を行うこととしております。計画期間は、来年度から4年間でございます。

3の主な記載事項としましては、外来医師偏在指標に基づきますと県内でも東部と西部は医師多数区域に当たるとなっておりますが、いずれの圏域においても、今後、医師の高齢化等による担い手不足が進むと予想されることから、特に不足すると見込まれる外来機能の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生など、不足する外来医療機能をどのように充足していくかということに記載しております。

そのための手段として、特に医師多数区域における新規開業者に対して、不足している外来医療機能を担うことを求めること、拒否する場合は、地域医療構想調整会議へ出席要請を行い、その理由について聴取し、結果を公表するという仕組みを設けるものでございます。

あわせて、対象医療機器の共同利用でございます。事実上、現在も行われておりますが、今後、新規に購入する医療機関に対し、共同利用計画の提出を求めるものとしております。

今後のスケジュールにつきましては、来年の年明けまでパブリックコメントを実施し、医療審議会、2月議会への御報告を経まして、年度末に策定と考えております。

資料3-2につきましては、素案の全体版でございますので、説明を省略させていただきます。

資料4-1でございます。

徳島県ギャンブル等依存症対策推進計画（素案）についてでございます。

平成30年10月に施行されましたギャンブル等依存症対策基本法におきまして、推進計画策定が都道府県の努力義務とされ、全ての県民がギャンブル等依存症に関する正しい知識を共有し、適切な支援につなげるということが基本理念でございまして、計画期間は来年度からの4年間でございます。

取組方針及び内容としましては、各段階に応じたギャンブル等依存症対策の実施と、支援体制の充実でございます。予防啓発の段階、相談・医療の段階、再発防止・社会復帰の段階という三つに分けて取り組んでいくこととしております。

スケジュールといたしましては、年明けまでパブリックコメントを実施、計画策定検討会議を経て、2月議会で御報告して策定と考えております。

資料4-2につきましては、素案の全体版でございますので、説明を省略させていただきます。

最後に、資料5-1でございます。

徳島県ひきこもりに関する実態調査の結果についてでございます。

ひきこもりに関する調査といたしましては、これまでに内閣府で一定の抽出調査、統計上の処理をした標本調査は行われておりましたが、本県の実態を把握する調査は行っておりませんでしたので、今年度初めて実施したものでございます。

2、調査概要としましては、調査対象は、おおむね15歳以上で、病気や障がい・老齢といった理由なく、直近6か月以上にわたり、仕事や学校などに行かず、家族以外との交流がほとんどなく外出しない方です。

調査方法は、県内全ての民生委員・児童委員の方々に対し、既に把握しているひきこも

り該当者の年齢や性別等に関してアンケート形式の調査票を配布し、回答いただきました。アンケートの回収率は、81.6パーセントでございました。

3、調査結果としましては、今回の調査で報告されたひきこもり該当者は550人で、本県15歳以上人口の約0.09パーセントに相当します。内閣府が先ごろ行った数字と比べますと、かなり差があるものではございますが、内閣府のほうは、抽出に基づく統計調査であり、かなり荒いつかみであり、こちらのほうは、民生委員・児童委員を通じたアンケート調査による把握ということでございますので、ぴったりと合う形にはなってはおりません。県としては、実際に支援に当たっている民生委員・児童委員が把握している数が把握できたと考えております。

傾向としましては、男性が多く、年齢別では40歳代が多く、また、30代、50代といった中年の方が多くなっております。ひきこもり期間については5年以上の長期にわたる方がかなり多いということでございます。

この調査結果を踏まえ、先ほどの来年度の施策の基本方針のところでも申しました、ひきこもり対策にしっかり取り組んでいくための基礎資料として活用してまいりたいと考えております。

資料5-2につきましては、調査結果の全体版でございますので、説明は省略させていただきます。

保健福祉部からの報告は、以上でございます。

よろしくお願いたします。

勢井病院局長

この際、1点、御報告させていただきます。

令和2年度に向けた病院局の施策の基本方針についてでございます。

お手元に配付しております資料1を御覧ください。

令和2年度は、更なる県立病院の機能強化に向け、三つの柱の下、取り組んでまいりたいと考えております。

資料の左上の枠を御覧ください。

一つ目の柱の、未来を見据えた医療機能の拡充でございます。

まず、総合メディカルゾーン本部の救急・災害医療機能の強化といたしましては、本県医療の中核拠点である県立中央病院において、救命救急医療の更なる充実強化を図ってまいります。

また、遠隔医療の更なる展開といたしましては、医療におけるICT化の進展が著しく、今後、遠隔医療分野にも急速に波及することが予想されるため、この流れに呼応した対策を展開してまいります。

次に、令和2年度診療報酬改定への迅速・的確な対応といたしまして、2年ごとの診療報酬改定に向け、迅速で的確な対応に努めるとともに、経営の効率化に取り組んでまいります。

続きまして、二つ目の柱の、医療人材の確保・育成でございます。

まず、地域枠医師の受入体制の整備といたしましては、県下全域、各圏域で求められる医療機能を確保するため、地域医療に従事する医師確保に努めるとともに、医療従事者の

教育・研修機能の充実として、若手医師をはじめ、医療従事者のキャリア形成の場の創出に努めます。

次に、働き方改革の推進としまして、医療従事者の負担軽減を図り、健康で安心して働くことができる環境を整えるための取組を推進してまいります。

資料の中段に移りまして、三つ目の柱は、地域医療機関との連携促進でございます。

地域医療の充実、医療の質の向上を主な目的とし、各病院間で情報共有を図り、相互理解・交流を深めるため、新たな連携体制、徳島医療コンソーシアム（仮称）の構築を図ってまいります。

病院局におきましては、これらの施策の展開を基に、令和2年度は、病院事業全体として安定的かつ継続的な経営基盤構築のための取組指針として、令和3年度から令和7年度までの徳島県病院事業経営計画を策定し、県民が質の高い医療を受けることができ、安心して暮らせる徳島の実現に向け、職員一丸となって取り組んでまいりたいと考えております。

病院局の令和2年度に向けた施策の基本方針についての報告は、以上でございます。

よろしくお願いたします。

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。

南委員

医療現場におけるA Iの活用についてお聞きします。

MR Iや小腸カプセル内視鏡で大量に撮った写真データを基に診断をするようになって、非常に医師の負担になっているというような話を聞きます。そこで、最近、A Iを活用して、医師の負担を減らすというような技術が出てきている。そういうものを活用していくというような方針や今後の見通しはございますか。

岡医療政策課長

南委員より、医療分野におけるA Iの活用について御質問がございました。

具体例を頂きましたが、A Iを活用することによって画像診断時の見落としを防いだり、大量の画像が撮れた場合に、全てを人力で読影することは難しいので、重点的に見るべきものをピックアップした上で読影することで、読影の精度が上がり、医療の質の向上につながっていくものと考えております。

また、画像診断だけではなく、診断においても、患者が訴える様々な症状や検査結果からどの疾患に当てはまるか推測するという医師の技量については、個々の知識、経験に依存するところが大きいため、A Iを活用することで、こうした熟練の経験技術を補うことが可能となります。

医師が不足している地域では、多様な疾患の患者を診る必要があるため、専門外を診なくてはいけないことも多々出てくると思いますが、そういったところでも活路が

あるのではないかと考えられているところでございます。

現在、医療分野におけるAIの活用については、開発の段階、研究機関における研究、学会におけるデータベース構築の段階であると認識しております。県としては研究開発の動向を注視していくとともに、例えば、こうした技術が医療機器などに搭載され、MRIを撮れば、病気の名前が出てくるような医療機器が出てきた場合には、既存のへき地診療所に対する施設整備の事業なども活用して、サポートし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。

南委員

先ほどの働き方改革というのは、ちゃんと病気を診てほしいという願望と、医師不足という中で非常にジレンマがあります。それを解決していくためには、こういう最新機種を使う、あるいは多くの医療機関がそれを使えるようなネットワークを作るといったことが徳島県の医療の質を高めていくものと思います。是非とも、全国的な展開が始まる時には、徳島も遅れずにやっていただきたいということをお願いいたします。

それからもう一つ、ひきこもりに関する調査についてです。

前にひきこもりの実態はどうなっているのかと一度聞いたことがあって、調査中ですよというお答えをいただいたことがあるのですが、ひきこもりに対して社会的にも注目が集まっている中で、地域における概況を知るといことは、第一段階であって、今後の支援体制を検討していくための資料として本当にすばらしいものになると思います。この調査に至った経緯を教えてください。

戸川健康づくり課長

ただいま南委員から、ひきこもりに関する今回の調査の件で御質問いただきました。

今年に入ってから、ひきこもりを取り上げた様々な報道などがありまして、関心が高まっている状況でございました。

ただ、ひきこもりの問題につきましては、以前からずっとあったことでもありまして、近年は中高年のひきこもりの当事者の方を、その親の世代が養っているというような、8050問題という現象も問題視されてきているということもあります。国においても内閣府のほうで、昨年度40歳から64歳を対象とした調査をしたところでございまして、その結果が今年の3月に発表されたところであります。

これは、国の調査結果でありますので、徳島県といたしましては、実際県内の実態がどうなのかというのが分からないとひきこもり対策がなかなかできないということもありましたので、今回、民生委員・児童委員を通じまして、調査をさせていただいたというところでございます。

南委員

全国で想定されているひきこもりの人数に対して、今回、県で550人と、大分違っている。その人がひきこもりかどうかというのは、周りから見ると非常に分かりづらいと思うんです。今回の調査で、ひきこもりの実態を把握できたのでしょうか。

戸川健康づくり課長

今回の調査で実態が把握できたのかという御質問だと思います。

今回の調査は、今、正に民生委員・児童委員として、地域に根ざした支援や見守りを続けられている方々に、直接アンケート調査という形ですけれども、その方が把握している内容を教えていただいているということですので、実態の一步を踏み出したというふうに捉えております。本県のひきこもりの人数が550人というのが、確かに全てではないと認識しているところですが、550人いるということが分かった、特定できたというところに効果があったと思っております。

南委員

550人は確実にひきこもりだということが分かった。分かった人に対しては、今後ちゃんとした支援が続けていけると思うんですけれども、この調査結果をどのように活用していくかお伺いします。

戸川健康づくり課長

今回の調査結果をどのように生かしていくのかという御質問だと思います。

今回こういった調査によりまして、ひきこもりの方を、それぞれの地域で把握ができたということでもありますので、まずはそれぞれの地域で支援を行っている、社会福祉協議会、民生委員、地元自治体、県が連携して、ひきこもりの方々にどういった支援が必要なのか、どういった相談をしていったらいいのかを検討いたしまして、アプローチをしていきたいと考えております。

それから、今回こういったアンケート調査をすること自体が、ひきこもりについて、それぞれの自治体に対する意識付けになったと感じているところでございますので、今回の調査を無駄にすることなく、来年度の施策に生かしていきたいと考えております。

南委員

やっとスタート地点に立った。まだまだ、ひきこもりの方はいらっしゃるだろうということも踏まえながら、いろんな対策を考えて、進めていただきたいと思います。

庄野委員

私も、南委員のひきこもりの質問に引き続いて、少し質問したいと思います。

調査結果を、市町村などにフィードバックしたりすると思うのです。それで、個人のお名前ですから、どこまで踏み込んでいけるのかがよく分からないですけれども、厚生労働省が、今後ひきこもりを中心に介護・困窮といった複合的な問題を抱えている家庭に対応するために、今月10日、各市町村の体制整備を促す方針を決め、医療・介護など制度の縦割りをなくし、窓口を1本化して、就労から居場所まで社会とつながる仕組みづくりを進める自治体を、財政面で支援をするということで、来年の通常国会に関連法案を提出して、早ければ2021年から実施するということになっています。徳島県の場合も、そういう国の動きと、このアンケート調査を踏まえて、窓口を1本化して一体的なサービスを展開するという方向性は良いのだろうと思います。

県は、ひきこもり相談を包括的にするというふうなことに對して、今後どのような動きをしていくのか少しおっしゃっていただけたらと思います。

頭師保健福祉政策課長

ただいま庄野委員から、包括的な相談に對して今後の方針についての御質問を頂いたところでございます。

少し経緯から申し上げますと、生活上の課題が複雑多様化する中で、平成29年に、地域包括ケアシステムの強化のための法律というものが公布されました。地域共生社会の実現を図るということで、幾つかの法律が併せて改正されております。

そこで、包括的な支援体制を全国的に整備するための方策について、この法律の交付後の3年をめどに国で検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることという方針が、国から出されたところでございます。

先ほど、庄野委員がおっしゃったのは、12月11日の新聞記事だと思いますが、国のほうで、今、地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会が開かれておまして、今回、報告といたしまして、市町村における包括的な支援体制の整備の在り方の提言がなされたところでございます。

この提言のポイントは、今後、三つの支援を一体的に実施する事業を創設するべきであるということです。

一つ目は、本人や高齢者であるとか、ひきこもりや子育て世帯など、世帯の属性にかかわらず受け止める、断らない相談支援という事業。二つ目は、就労支援、居宅支援などを提供し、社会とのつながりを回復する、これは参加支援という呼び方をしております。それから、三つ目として、孤立を防ぎ地域における多世代の交流や、多様な活躍機会、役割を生み出す地域づくりに向けた支援です。この三つを一体的に実施することが必要であろうと提言されております。

特に、1点目の断らない相談支援でございますが、幅広く相談を受け止める機能を持つこと、相談に至らないケース、日々生活に追われて余裕がない、虐待やいじめで信頼して相談ができないといったケースがあることから、待ちの姿勢ではなくて、支援を届けるアウトリーチの姿勢でいくといった信頼関係を築くために、支援関係者全体を調整することが必要であろうということでございます。

それから、支援に時間を要するケースもありますので、本人に伴走し寄り添いながら継続的に関わる機能を持つといったところが特徴として挙げられているところでございます。

国のほうでは、今後、事業の実施に向けまして、詳細な要件、基準、財政支援の在り方といったものについて検討を行い、その後、社会福祉法の改正の作業に入るところでございます。

県としての取組でございますけれども、先ほど申し上げました平成29年度の法律の公布の後、徳島県地域福祉支援計画を改定し、ひきこもりや生活課題など、住民の抱える複雑かつ多様な課題の解決策として、包括的な支援に對する整備が重要であると位置付けております。

以前から、県の社会福祉協議会、市町の社会福祉協議会などが、とくしま・くらしサ

ポートネット事業などによりまして、連携を図り、相談窓口でできるだけ多くの相談を受け付け、はざまの相談については専門機関に引き継いでいく仕組みを作るなど、先行事例もあるところでございます。

県の役割としては、広域的かつ専門的な視点から、そうした先行的なモデル的な事例の全県展開を目指しまして、啓発や人材育成の研修に取り組んでいるところであります。

今後は、先ほど申しあげました国の動きを注視しながら、こうした地域包括社会の実現に向けた施策に取り組んでいきたいというところであります。

庄野委員

おおよそ分かりましたけれども、困っている方、相談される方が相談しやすくなるということなんですね。

一本化するというのは、市区町村が基本となりますが、県は市区町村に対してどういう立場になるんですか。児童虐待でしたらこども女性相談センターというような相談所があり、県が市町村の方々と連携しながらしているのですけれども、ひきこもりなどの相談は、主には市町村が一義的に受けるということなんですか。そういう一本化ですか。

頭師保健福祉政策課長

具体的な相談の受け方ということであるかと思えます。

スキームについては、国のほうも今検討しているところでございますが、既に地域包括支援センターや、障がい者、子育てなど、いろいろな拠点がございます。そこに、ひきこもりに関するような課題を抱えた相談も含まれていると思えますので、今後は、そういった相談への対応に漏れがないというような仕組みを、どうやって作っていくかというところでございます。

県としては、市町村に取組のスキームを作り示していくこと、相談に対する専門的な技能に対する研修、人材育成、啓発に取り組むといったところが中心になるかと今考えております。

庄野委員

調査結果は、市町村のほうにもフィードバックしてやられているわけですね。民生委員でしたら、どこの人がひきこもっているかというのが、全部分かっていると思うんですけれども、その人の名前なども、上がってきているんですか。

戸川健康づくり課長

今回のアンケート調査結果の内容ですけれども、県のほうに個人名までは上がってきてはおりません。それぞれの民生委員の持っている情報ということなので、匿名という形になっております。ただ、今回の結果を各市町村ごとにフィードバックする際には、民生委員と各自治体が連携して、実際、民生委員は分かっているわけですから、個別にアプローチを掛けられる体制を執っていけるものと思っております。

庄野委員

お名前が分からないと社会参加へのアドバイスや手助けが、なかなかしにくいものですから、個人情報を中心にしながら、何とかひきこもっている方々の社会参加につながるような方策を、市町村と一体となってやっていただきたいと思います。

それから次に、これは梶原委員が本会議で質問された項目なんですけれども、骨髄バンクのことでございます。

骨髄バンクのドナー登録者を増やして、もし適合する方がおいでたら、その方々がドナーとなれるような助成制度を作ってはどうかということを、私も2014年12月に本会議で質問いたしました。結果的には、当時の大田保健福祉部長から、ドナー登録説明員の増員などドナー登録の拡大にしっかり取り組んでまいるといふことと、各種商工団体に対してドナー休暇制度の導入を積極的に働き掛けてまいり、そして、ドナーに対する助成制度については、まずは市町村の意向調査を行うとともに、骨髄バンクドナーに関する実態把握を行ってまいりたいといふことで、今後、移植に踏み切れる環境整備に向けて、市町村や各種商工団体等の関係者と連携を図りながら、しっかりと取り組んでまいりますといふような御答弁を頂いておりました。

それで今回、梶原委員が、今の全国的な助成制度拡充の現状、都道府県の助成制度に関わる質問もされ、かなり踏み込んだ形で詳しく質問をされていたのですけれども、5年前の答弁と比べて、なるほど、かなり頑張ったなといふふうに見受けられなかったのです。ドナー登録説明員の養成、説明員として新たに20名の方々が活躍されたとか、骨髄バンク推進協議会を開催して移植しやすい環境づくりを進めているとか、こういうことは分かります。

あとは、支援制度なんですけれども、5年前と比べて、かなり多くの自治体が助成制度をやられているといふふうに思いました。これは梶原委員が調べた関係ですけれども、ドナーが骨髄を提供するときには休まなければいけません、職業によっては、なかなか休みづらい職場、そして休んだら給料がなくなる職場、いろんな職場の差がございます。移植してあげたくても、1週間から10日休まなければいけないので、その方にも経済的な負担が掛かってくる。これは善意で行うものでありますから、国が助成制度をきちんとやってくればいいでしょうけれども、国のほうが、なかなか動かないといふことで、独自の助成制度を行っている自治体が605市区町村、40都府県にまで拡大しており、県内では阿南市のみが制度を設けております。さらに、ドナーに対する助成制度を行っている各自治体への都府県の補助というのは22都府県もある。四国では、徳島県だけが市町村への助成制度がないということです。5年前に調査をして前向きに取り組みますと言ったにもかかわらず、国に対してはドナー支援補助制度の創設について、他の都道府県と連携しながら提言してまいりたいといふようなことだけであります。

だから、県がきちんと助成制度を設けて、県が助成をするから、半額は市町村から出すようにすれば、私はドナー登録者が増えると思うんです。そういうことを真剣に県として、やられてはどうですか。

その前に、実際に骨髄バンクにドナー登録していて適合した数が何例あって、実際にドナーになって骨髄を提供した方の割合は何割ぐらいですか。前に聞いた時には、多分6割ぐらいだったと思うのです。実際に適合した人数と、呼び掛けたけれども何らかの都合でできなかった人もいます、直近の数字で、国、徳島県の状況が分かれば、教え

てください。

梅田感染症・疾病対策室長

庄野委員から、現在、骨髄移植につきましてどのくらいの適合率であるか、徳島県の現状についてと話がございました。

現在、ドナー登録者が全国で52万人、ドナー候補者が見つかる確率が95パーセントです。庄野委員からお話があったように、実際移植が行われる割合につきましては、6割程度にとどまっております。

徳島県の現状につきましては、骨髄バンクのホームページから出た情報ですが、2019年8月末で、移植数が136件、提供者居住地が136件ということで、実際の採取数が122件というふうなデータが出ております。

徳島県の全体数は十分把握していないのですけれども、移植数についてはこういうふうな状況になっておりますし、適合率、移植が行われる割合につきましても6割程度というふうに認識しております。

庄野委員

骨髄バンクから型が一致したのでどうですかという数を、きちんと把握できないのですか。

梅田感染症・疾病対策室長

すいません、そちらの数については当方は把握できておりません。

庄野委員

過去に僕が調べたら、市町村から1日当たり2万円の助成だから、1週間だったら14万円です。県も、それぐらいの額を補助するという所が多分多いと思います。

四国内では我が県だけが、県としての市町村へのドナー提供者に対する助成がないというようなことは、いつもオンリーワンとか、四国初とかいうことをかなり言われておりますけれども、遅いと僕は思います。

どうして今まで助成していないのですか。例えば阿南市が助成制度がありますけれど、阿南市のほうから、県からも少し助成してほしいという話はないのでしょうか。

梅田感染症・疾病対策室長

阿南市から県に対して、補助制度について要望はないのかという御質問でございますけれども、特に実際にそういうふうな要望を受けたことはございません。

庄野委員

要望を受けたということがないということで、これについては、県の助成制度はしないということですか。

仁井谷保健福祉部長

一般質問で御質問いただいた中でも御答弁を差し上げましたけれども、先ほど引用していただきました国に対する提言は他の都道府県と共にやっけてまいります。あわせて、市町村に対する助成というものについては、他県の例を見ますと県が単独でやるというのではなく、市町村に対して協調補助という形で2分の1でやっているのが一般的なようであります。

また、県内でどうするかということは市町村と共に研究してまいる必要があると御答弁を差し上げたかと、私としては記憶をしております。県内の市町村で今後どういう動きをしていく必要があるのかというところとともに検討しませんと、県がやるから市町村も付き合えという方向で進めるというものではないと考えております。

庄野委員

県がやるから付き合えと高圧的なことではなく、例えば、阿南市が1日何万円を助成しているか分かりませんが、阿南市からうちもするので、どうにか県のほうから、うちの負担分も含めて少し助成してくれませんかと言ったら、それは乗っていくということですか。

仁井谷保健福祉部長

当然そういう要望あればそれを踏まえて、県としてどう対応するかというのは検討することになると思います。また、県内での他の市町村でもそういう取組があるのかどうかというところも合わせて検討するということになるというふうに考えています。

庄野委員

恐らく、徳島市なども1番人口が多いですから、ドナー登録をされている方も1番多いと思います。これは調べたわけではありませんが、多分そうでしょう。その方がもし、骨髄バンクドナーとして骨髄を提供しようということで、1週間なり10日なり休むときに、そうした助成制度があれば、提供しやすいと思います。今後、市町村から県に働き掛けがあれば、分担について真剣に取り組むということによろしいですね。

仁井谷保健福祉部長

先ほど御答弁を差し上げたとおりでございますが、そういう動きがもしあれば、当然、我々としてこれを受け止めて検討することはあると思います。

庄野委員

今の答弁で了といたします。市町村からもそうした動きがあつて、やりたいということがあれば、県としても積極的にドナー登録が進んで、生死の境目にいる患者さんを救えるような環境を是非作っていただきたいというふうに思います。

東条委員

ひきこもりに関する実態報告は評価したいと思います。ここから一歩が始まるんだと思っているんですけども、3ページですが、年齢別を見せていただいたら、やはり

40代・50代という方が多い。想像ですけれども、就職氷河期の方々が就職ができないまま、ひきこもられていらっしゃるのかなということをおもいました。以前、生活困窮者の窓口相談をさせていただいていた時に、就労することがいろんな意味で解決方法だと思いました。30代・40代・50代の方々が一步を踏み出す就労支援として、どういう支援をされているのかお伺いしたいとおもいます。

福壽国保・自立支援課長

生活困窮者の就労準備支援事業についてのお尋ねだと思います。

まず、私どもが所管しております徳島県生活困窮者自立支援事業について、御説明させていただきたいとおもいます。

平成27年4月に生活困窮者自立支援法が施行されて、生活困窮者自立支援事業が創設されております。この事業は、市及び福祉事務所を置く町村並びに県を実施主体としておりまして、県は町村部、市は各市部において、生活困窮者に対する支援を行っているところでございます。

県が実施主体となりますのは16町村でございますけれども、自立相談支援事業と家計改善支援事業を社会福祉法人徳島県社会福祉協議会に委託しております。それと、就労準備支援事業を公益財団法人徳島県労働者福祉協議会に委託しているところでございます。

就労準備支援事業についてですけれども、社会福祉法人徳島県社会福祉協議会や町の社会福祉協議会において、自立相談支援機関に相談があった方のうち、就労に関する相談者であって直ちに一般就労を目指すことが困難な方は、生活習慣が崩れていることが多いので、その指導、地域活動、就労体験への参加によって、社会生活への就労体験などを通じた自立のための訓練を実施しているところでございます。

東条委員

私も相談窓口をしていた時に、やはり就職が困難な方がいらっしゃいました。支援は大変だと思うんですけれども、働き手としてやっぱり踏み出していただくことは大事です。

今後は相談的なものが一本化されて、包括的に対応していく。県も市町村と連携をしながら、一步踏み出していただくような施策を、今後は考えていただけるといふふうに思うんですけれども、現在、その対応をしていく中で、関係機関やネットワークがどういふふうに行っているのか。また、どんな機関が関わっているか、定期的にやられているかなど、分かったら教えてください。

福壽国保・自立支援課長

関係機関との連携についての御質問でございます。

まず、庁内の連携ですけれども、10月29日に庁内の関係機関による自立支援連絡会議を開催しました。そこで、こういった相談窓口があると知っていただくのが、何よりも肝要かというふうに考えております。社会福祉法人徳島県社会福祉協議会と公益財団法人徳島県労働者福祉協議会に参加していただきまして、どういふ事業を実施しているかということ、各関係部局を集めて周知を図ったところであります。

また別途、委託先の社会福祉法人徳島県社会福祉協議会と支援調整会議というものを開

催しております。これは県内を3ブロックに分けて、東部地区、南部地区、西部地区で開催しまして、それぞれの市町の社会福祉協議会、民生委員、市町の保健師、場合によっては福祉事務所のケースワーカーなどが参加しまして、いろいろと連携を図っているところでございます。

また、この3ブロックの定例支援調整会議を年2回ほど開催しているんですけども、相談者の方に対して支援プランを立てるときに、市町村単位で個別支援調整会議を随時、開いております。そこで情報を共有しているところでございます。

東条委員

私も関わっていたことがあるので、どういうふうな状況でやられているかというのは、よく分かるんです。まだまだ窓口が知られていません。

本当に複合した相談があります。不登校、借金の問題、暴力の問題、ストーカーなど、いろんな問題があります。病気になったけれどどうしたらいいか、高齢者の方が認知症になっているなど、あらゆる相談の窓口になるんです。

市町村で対応できることのほか、命に関わるような暴力や虐待の問題は、警察などとの連携も要りますので、県も関わらないといけない。一つの窓口の中でいろんな所が関わらないと、なかなか解決に及んでいかないのが、現状だと思うんです。

今回、国のほうが、介護と生活困窮者の部門を一本化すると言っていますけれども、それだけでは、やっぱり足りないところがあります。今言ったように命に関わるような問題は、県、警察、こども女性相談センター、先ほど言われた児童相談など、いろんな相談窓口が関わらないといけないですし、昨日の教育委員会関係の文教厚生委員会でもありましたけれど、家庭訪問のようなアウトリーチは欠かせないという状況です。相談に行けないという実態があります。昨日の文教厚生委員会でも、SNSを使った相談をしたらどうかというような話が出てましたけれど、あらゆる機関の中の相談窓口を通しながら、援助ができる、困難な方が声を上げていけるという状態を作っていくといけないのではないかなと思うんです。

今後、国の施策としては2021年から実施ということですが、県としてもモデルケース的にもっといろんな問題について、どういう方向でやられるのか、もう一回、教えていただけたらと思います。

福壽国保・自立支援課長

今の取組状況を踏まえた、今後の取組のことだと考えております。

生活困窮者自立支援事業の根幹となるものが、自立、相談支援の窓口となります。

ここは当然、いろいろな御相談を、電話や窓口だけではなく、先ほど東条委員からありましたけれども、実際に家庭訪問に行くアウトリーチとか、先ほど仁井谷保健福祉部長からもプッシュ型という説明がありましたけれども、そういったものを実施しております。

そこで、ひきこもっていた方、今、健康づくり課からも、ひきこもりの実態の報告がありましたけれども、ひきこもりに関する相談も実際にお受けするようなこともあります。それで就職などにつながったケースもあるとお聞きしているところであります。実際、アウトリーチは重要になってくると考えておりますので、今後、取り組んでまいりたいと考

えております。

東条委員

アウトリーチは、すごく大事だと思います。

やはり仁井谷保健福祉部長が言われたように、これから先駆的に、担当窓口だけでなく、門戸を広げながら、教育委員会や警察も含めて、全庁的に取り組んでいかないといけない。ここだけがやるという状況ではないと思いますので、今後、全庁を挙げて真剣に考えていっていただきたいということをお願いして終わります。

福壽国保・自立支援課長

先ほど、教育委員会との連携という話もございました。

今までも自立支援連絡会議には、教育委員会の担当課の方に出席していただいていたんですけれども、学校と福祉施策をつなぐ役割はスクールソーシャルワーカーの方が担っているということでございますので、この度、そういった担当部局の方にも来ていただきました。これとは別途、高校生の奨学金などを担当している部局にも入っていただきました。また、消費者問題などもありますので、消費者暮らし政策課にも入っていただいたところでございますので、そうしたところを広げていきたいと考えております。

長池委員

基本的なことで申し訳ないんですが、今日は資料がたくさんありまして、計画だけでも素案が三つ、また、来年度に向けた基本方針が部局ごとに一つずつ出ておりまして、大きな問題であるひきこもりの実態調査の結果が出ています。

私、今日はたくさんあるなと思って見たんですけれども、これは一応報告ということで扱って、そうですかと受け取っていいのか。保健福祉部としては、文教厚生委員会ですっかり委員の皆さん方に説明をしたものとして計画等を出されてきているのか。

何が言いたいかという、これらの計画を一度に出されて、これでいいですねと言われたので、今、この1時間半くらい掛けて読んだんですが、よく理解できなかったんです。事前に出すとか、説明するなどあるべきではないのかと思ったんです。

そのあたり、委員にどのような説明があったのか。

岡医療政策課長

徳島県医師確保計画と徳島県外来医療計画について、今回、素案を出させていただいております。

徳島県医師確保計画については、法律上は医療審議会に諮問した上で、策定していくこととなっております。一昨日、諮問したところでございます。仁井谷保健福祉部長からも説明をしたところでございますし、今日、御議論を頂いたことをもって、まだ素案の段階ですので、今後の案に活かしていくこともできますので、このタイミングで報告しているところでございます。分からない点、議論の点があれば、この場で御質問を頂ければ、それを活かして案を作っていくということになりますので、案について報告させていただいて、御議論を頂きたいと思っております。

戸川健康づくり課長

今回、当課からも徳島県ギャンブル等依存症対策推進計画の素案を出させていただいているところでございます。

先ほど、医療政策課からも説明がありましたように、現在、計画の策定に向けて検討会で議論を進めている中で、議会の場でも素案という形で、現在進行形の部分を見ていただいて、議論をしていただいて、頂いた意見も反映していくようにということで、今回、文教厚生委員会に提出をしているところでございます。

頭師保健福祉政策課長

今回、提出している令和2年度に向けた保健福祉部の施策の基本方針の部分でございます。来年度の予算編成に向けた作業を行っているところでございます。そこで、予算案を決定する前に、各部の施策の全体像を見ていただくということを主眼に置いております。

そこで、御意見・御提案を頂きまして、今後の予算案の作成に生かしていきたいというのが趣旨でございます。

阿宮総務課長

病院局からは勢井病院局長から御報告いたしました、令和2年度に向けた病院局の施策の基本方針を提出させていただいております。

ただいま頭師保健福祉政策課長から、保健福祉部での取組につきまして御説明ありましたが、病院局も同様でございます。予算編成プロセスの透明化を図り、こういった形で、議員の方から御意見等も承りながら、これからの予算編成につなげていくために、この度、御報告させていただいたところでございます。よろしく願いいたします。

長池委員

文教厚生委員会を通して、いろいろな御意見をというふうな姿勢でたまたま重なったという捉え方でいいのですか。重なったから、多分そんなに意見は出ると思わないのですが、委員長、副委員長は別にして、ほかの委員さんも、本当に今日初めて見たという捉え方でいいですか。

岡医療政策課長

徳島県医師確保計画と徳島県外来医療計画については、これまでも医療審議会で諮問しておりますが、医療審議会はオープンでやっておりますし、また、医療審議会に諮る前に徳島県地域医療総合対策協議会というオープンな場でやっておりますので、そういったところに資料が既に出ているところから、委員の皆様が御興味を持たれ、御質問したり、これはどうなっているんだというふうにお尋ねいただくこともございますので、そういった場合には、説明をしているところでございます。

戸川健康づくり課長

徳島県ギャンブル依存症対策推進計画素案につきましては、今日が初めての提出で、説

明をさせていただいたという状況でございます。

頭師保健福祉政策課長

令和2年度に向けた保健福祉部の施策の基本方針でございますが、これにつきまして、今回初めて御説明ということで提出させていただいたところでございます。

阿宮総務課長

病院局の令和2年度に向けた病院局の施策の基本方針も保健福祉部と同様でございますが、この資料につきましては、この度の文教厚生委員会で初めて提出させていただいております。

なお、勢井病院局長から御説明ございました徳島医療コンソーシアム（仮称）につきましては、知事の所信のほうで触れていただいて、内容を示しているところでございます。よろしくお願いたします。

長池委員

分かりました。だとしたら、事前委員会に出せるものは出しておいたほうが良かったのでは 아닙せんか。若しくは、昨日審議会で議論したから今日になったというものは別にして、例えば、事前委員会と付託委員会の間に、多少、施策の基本方針ぐらひは説明していただきたかった。来年度の予算の方針を決めるような大事なものですから、これだけたくさん資料が出てくるような場にぼんと出して、御意見を下さいというのは、ちょっと乱暴というか、委員会の意見を、そんなに欲しくないのかと思ってしまふんです。そのあたりについて、部長どう思いますか。

仁井谷保健福祉部長

施策の基本方針に関しましては各部局統一で、今後の予算編成に向けて、各部がどういうスタンスで財政当局に対して要求し、議論していくかという状況を御説明するというところでございまして、各部局が全てこのタイミングでやっているというのに合わせたものであるということを御理解を賜ればと存じます。

それから各計画につきましては、それぞれこのタイミングになった事情でございまして、徳島県医師確保計画及び徳島県外来医療計画は、法律で年度内に策定するよう言われておりましたが、その前提になる医師偏在指標が国から出てこないということで、我々も苦慮していたところでございまして、ここに何とか間に合わせたというのが現状であるということで、これも御理解を賜ればというふうに思っております。徳島県ギャンブル等依存症対策推進計画につきましても、検討会議における議論を経てここに間に合わせるというのが精一杯であったということでございまして。

今後、今日の審議で御意見を賜る、あるいはパブリックコメント、更にはそれぞれの審議会、検討会議を年明けに予定しております。それまでの間に個別に御議論いただくというのは当然、我々として、それを反映する形でやってまいりたいというふうに考えておりますので、この場での御審議のみで終わりということではなく、今後とも御意見を頂戴できれば、それに対応してまいりたいと考えておるところでございます。

長池委員

仕方がなかったのでしょうか。ただ受けている印象は、そういうことだというのは認識してください。そちら側の理由は分かります。でもこちらの気持ちとしては、一度に全部出してきて御意見を下さいというのは、ちょっと乱暴なのではないかという気持ちと、今後もしっかりと説明責任を果たしていく、そういったものに丁寧であってほしいと思う。委員会が軽んじられているようだ。ぎりぎりで間に合ったというのは分かるのですが、そもそもぎりぎりで間に合うというのが、それでいいのかどうかということです。

ゲーム障害について聞こうかと思っていました。でも、この計画が出るのだったら聞くまでもありませんでした。ゲームとギャンブルは違いますが、徳島県ギャンブル等依存症対策推進計画にも、ネット依存症やゲーム依存症の文言も入っておりますし、現場での依存症に対応するような施策は、このギャンブル依存症対策と随分被ってくるような部分もあるのではないかと思います。5月ぐらいにWHOで、ゲーム障害が正式に一つの病気と言いますか、障害と定められたということに当たって、県はどういうふうなことをしていくのですかというふうな質問をしようと思ったのですが、今日はもういいです。こんなものが出るのが分かっていたら教えてくださいと思うわけです。

誰に聞いたのか分からないけれど、ひきこもりの今の実態を県はつかんでいるのですかと聞いたら、即答でつかんでいませんと言われました。でも、ちゃんと調査して、報告が出来上がっているわけです。こういうふうに文教厚生委員会へ出して説明し、意見をもらったということで、次へ進めていこうとしている。パブリックコメントの実施が1月と決まっていますから、スケジュールの中でこなしていくしかないのですが、委員会に対して報告して協議、御意見を頂くという姿勢を、改めてしっかりと持っていただかないと良いものが何もできません。そういった意味合いで、今、話していることに対して、今後どうしていくのか、部長、もう一回答弁いただけますか。

仁井谷保健福祉部長

当然ながら我々としても、計画を策定するものについて、様々な観点からの審議を賜った上で、良いものを作っていきたいと考えております。委員会に対する丁寧な説明については、今後より一層心掛けて臨んでまいりたいと考えております。

戸川健康づくり課長

今日の報告がぎりぎりになったことについて質問を頂きました。

まず、徳島県ひきこもりに関する実態調査の結果につきましては、実態を把握できていないという回答の意味合いは、調査中で、まだ数字が固まっていない、分析ができていないということでの趣旨だったと思います。資料としてはぎりぎり、今日、報告できるタイミングで出来上がったところでございます。

また、徳島県ギャンブル等依存症対策推進計画につきましても、検討会議を行ってまいりまして、その中でいろんな方から意見を頂いてまいりました。その意見の集約、内容の確認などに手間を要しまして、今日の文教厚生委員会に出せるのかどうかというところを、ぎりぎりまで詰めていたところでございます。結果的には事前にお示しすることができな

かったというのが現状でございます。御理解いただけたらと思います。

長池委員

前段の議論はもうここで閉じます。

1点だけ、先ほど、庄野委員の骨髄バンクのドナー登録について、もう一回確認したいのですが、県としてはドナー登録者を増やしたいのですか、今のままで十分いけているのですか。

梅田感染症・疾病対策室長

長池委員から、県として骨髄バンクのドナー登録は今の状況でいいのかという御質問を頂きました。県としましても、これから高齢化社会になりますので、特に若い方のドナー登録が非常に必要と考えております。ドナー登録の拡大として、若い方のドナーリクルートということで学校の文化祭に出向くなど、啓発活動などに取り組んでおりますし、今後、本会議でも答弁させていただいたのですけれども、若い方が見るSNSを活用した啓発、高等学校や専門学校に啓発に行きます語り部のほか、10月の骨髄バンク推進月間でも強力な啓発活動を考えております。

長池委員

実際、提供するかどうかは別として、ドナー登録者は増やしたほうがいいと思うんですが、そもそも登録に関しては、市町村単位の問題なのかと、先ほどの議論を聞いていて感じました。

阿南市は、提供する際の助成を行っているみたいですが、やはりもっと積極的に県が取り組むべき問題のように感じますが、先ほどの庄野委員と仁井谷保健福祉部長のやり取りを聞いていますと、何かちょっと違う。

県が市町村に対して、付き合いというような、そんな姿勢で全ての施策をしていないはずですが、付き合いとは言ってなかったかもしれないが、何かそんなふうな言葉が出てくること自体、考え方がおかしいです。

県が、市町村に対してこういう助成したいので御理解いただけますか、御協力いただけますかという姿勢があつてしかるべきではないか。県が市町村に付き合いというわけにもいかないから、市町村からの言葉を待っていますみたいな言葉は、基本姿勢に間違いがあるように思えました。

ドナー登録だけでなく、県が市町村に協力してもらう助成制度は、保健福祉部だけでなく、いろいろあるではないですか。それを付合わせているのかというふうに捉えます。そのあたりが、私の誤解を生みましたので、それに対して部長の答弁を下さい。

仁井谷保健福祉部長

ドナー登録の部分につきましては、先ほど梅田感染症・疾病対策室長からも答弁申し上げましたとおり、県としましても、特に若年層への働き掛けなどを主体的に行っているところでございます。

先ほど、助成の補助制度を作るのかどうかというところの議論の中でお話をさせていた

だいたところでございまして、言葉遣いが乱暴ではないかというのは真摯に受け止めて、そういう言葉遣いは控えさせていただきたいと思います。撤回させていただきます。

先ほど申しあげました趣旨は、他県の例を見ますと、市町村が補助をする場合に、県として市町村に対して補助をするという、県市協調の形で補助を行っているというのが一般的であります。そういうことを参考にしますと、本県につきましても県の側で一方的に決めて、県が単独で走るといふわけにはいかないの、そこは市町村からそういう御要望があるのか、一緒になってやりましょうというような機運が高まって、県全体としてそういう制度が作れるのかということを検討しないと、なかなかうまくいかないということを申し上げたかったということでございます。

趣旨としてはそういうことでございますが、私の言葉遣いが不適切で、非常に悪い印象を与えてしまったという点につきましては、申し訳ございません。先ほどの言葉遣いに関しましては、訂正をさせていただければと思います。

長池委員

これで終わりにします。

庄野委員の情報の中で、徳島県だけが遅れているようなイメージも受けました。市町村と一緒に機運を盛り上げていくというお言葉を頂いたのですが、庄野委員のおっしゃったことは、そんなことは、もうとうに他県はやっておるといふ趣旨だったと思うのです。だから、機運を盛り上げるには、そもそも県がそういう機運にならなければ、市町村もなかなかできない。阿南市は、先んじて取り組まれておるそうでございますが、そのあたりも担当部局として協議していただいて、前へ進めていただけたらと申して終わりたいと思います。

梅田感染症・疾病対策室長

長池委員から県と、市町村が共に手を携えてというお話がありました。

骨髄バンクのドナー登録につきましては、県だけでは難しいです。やはり市町村と連携しながらやっていく。あと、徳島県赤十字血液センター、ボランティア団体、そういうふうな各関係団体と連携しながら骨髄バンクのドナー登録拡大や移植しやすい環境づくりに向けて取り組んでまいりたいと思っております。今後とも市町村と他県の状況を情報共有し、協議・研究しながら、共に進めてまいりたいと思います。御理解のほど、よろしくお願いいたします。

井川委員長

午食のため休憩いたします。（12時05分）

井川委員長

それでは、再開いたします。（13時12分）

西沢委員

医師偏在指標について説明してください。

岡医療政策課長

西沢委員より、医師偏在指標がどういった指標であるかという御質問がございました。今回の資料の中の18から21ページまでとなっているところでございます。

これまで厚生労働省は、都道府県ごとの医師の多寡については、人口10万人当たりの医師数で評価をしてきました。これに基づくと、徳島県は今まで全国1位という位置付けであったところでございます。しかし、この指標については、議論のあるところでございます。まず、人口10万人当たりの医師数ですので、今までは分母が人口、分子が医師ということでしたが、分母の人口については、例えば東京と徳島を比べたときであれば、徳島のほうが高齢化しているということで、病院に掛かる人が多いのではないかという議論があります。人口で簡単に割ってしまっているのかという議論が一つ。また、分子の医師と一概に言っても、20代の医師もいれば、80代、90代の医師もいるので、その医師を同じ1として扱っているのかという議論があるところでございます。

そこで、厚生労働省は今回、医師偏在指標という新しい指標を作ったところでございます。21ページにあるように医師偏在指標は、分母は、地域の人口10万人当たりの数に、地域の標準化受療率というのを掛けておまして、これはそれぞれの年代ごとに医療に掛かる割合で、年齢の補正を行っているところでございます。

分子のほうの標準化医師数については、医師を男女別や年代に応じて、それぞれの仕事量を換算し、例えば男性の30代だったら1.5とか1.6のパワーで働くけれども、80代のお医者さんだったら0.6とか0.5だろうと補正したもので、医師偏在指標ということで指標を出しているところです。これまでのように人口10万人当たりの医師数といえば、非常に分かりやすいんですけども、こうした補正を加えたことで、正直、具体的にこれが一体どういう数字なのかと言われると非常に難しいところです。資料の18ページ、19ページに都道府県ごとの順位が並んでおりますけれども、相対的にどこが多くてどこが少ないか、例えば徳島は269.3。すみません、イメージと書いてあるのは暫定版の数字でして、18ページの確定版のところは272.2となっているのですけれども、全国のほかの確定版が分かっておりませんので順位はまだ分かっていないので、19ページと数字が違っています。要は全国の中でどういう位置にいるかということと、269.3であれば、例えば比べたところが130ぐらいの値だった場合は、2倍ぐらい豊富であるということとは言えます。人口10万人当たりの医師数と比べると、具体的にどういった数なのかというのは、御説明するのが難しいところでございますが、そういった指標というところでございます。

西沢委員

この指標から比較するというのは分かったのですが、目標はないのですか。

岡医療政策課長

今回の医師確保計画について、厚生労働省が考えているそもそものバックグラウンドと言いますのが、日本全体を3分の1ずつに分けて、この指標に基づいて順位付けをし、一番上の3分の1が医師多数県、真ん中が普通、一番下が医師少数県というふうに分けています。この医師少数県が頑張っていて、医師少数の状態から抜け出しなさいというのが、日本

全体の計画のベースになっているので、そういった意味で厚生労働省から言わせると、徳島県は既に必要な医師数が確保できている状態ということです。

それは相対的な話であって、実際に徳島県の医療需要において医師が足りているかどうかと言われれば、やはりそうではないと我々としては言うていくのですけれども、厚生労働省の作ったストーリーとしてはそういったものということでございます。

西沢委員

その数値から、医師の少ない県が多い県から引き抜きなさいということなのか。

岡医療政策課長

医師多数県とされた徳島県においては、今後、ほかの所から医師を引っ張ってきて、医師を増やすということについて制限を掛けるというふうに、厚生労働省はしていくものと考えておりますが、現在、徳島県が行っている政策が否定されるものではないということです。例えば、徳島県出身の人が他県の医学部に行ったときに、その人にもう一回、徳島県の病院で働いてくださいということを引き抜きというのかどうかは分からないのですけれども、勧誘してもう一回戻ってきてもらうというような政策に関しては制限されないものと考えております。

西沢委員

現状、働いている状態は変えないと。これから医者になる人をどうやって医師の少ない県に持っていくかということでもいいですね。

岡医療政策課長

西沢委員がおっしゃったとおりでございます。まだ確定していないのですけれども、最初に仁井谷保健福祉部長から申し上げたとおり、令和4年度以降の地域枠医師の設定等がまだ確定しておりませんので、今後、医師多数県については地域枠を認めず、医師少数県については、地域枠の育成を認めるというようなことをしていけば、我が県としてほかの所から取ってこない限りは、医師少数県の医師が増えていくということで、それで偏在が解消すると厚生労働省は考えているようでございます。

西沢委員

なんとなく分かってきました。

次に、徳島県ひきこもりに関する実態調査の結果を見てみました。いろいろと分からないところがあるので聞きます。

先ほど、今までにひきこもりの実態を全く把握してなかったのかという質問があったと思いますが、実態をつかんでいなかったということを書いていました。本当にそれでいいのかと思ったりします。やはり、ひきこもりは、大分前から非常に問題になっていますので、やはりどのぐらいの数値なのかというのは、アバウトでいいからつかんでほしい。全国調査するまでもなく、やっぱり徳島県自身も市町村だけに任せずにやってほしい。市町村が中心だから把握してなかったといたらそうかも分かりませんが、そ

んな問題ではないような気がします。ただ、県別ひきこもり該当者数、徳島県550人、全国が約1パーセントに対して徳島県は約0.1パーセントで、10倍の差は、余りにも大きいのですけれども、何か理由があるのですか。

戸川健康づくり課長

全国調査との比較において、550人という数字がどうなのかという質問かと思えます。

午前中の議論でも少し説明をさせていただきましたけれども、国の全国調査というのが、全国200か所において5,000人をサンプル調査するという形で調査したということでありますので、そこから導き出された数字というのは、飽くまでも推計値になろうかと思えます。そういったものからいきますと、単純に徳島県の人口をそれに当てはめると、6月議会等でも御説明させていただきましたように6,000人を超える人数になるんですけれども、それは飽くまでも国のサンプル調査の推計値を基に逆算したらそうなるということであります。

ただ、今回の550人が全てなのかといたら、そうではないと思えます。当然、拾い切れていない方もおるといのも認識はしているところです。今回、民生委員・児童委員の中で調査した結果、こういった数字が上がってきているという状況です。

西沢委員

全国調査でサンプル調査をしても、そこそこ数値が合うやり方でしなかったら意味がないと思えます。サンプル調査をして、結果に数倍の差があるかも分からないという状態で調査して何の意味があるのか。サンプル調査と実態調査のどちらが悪かったのか分かりません。サンプル調査がそれほどひどいとは思いませんから、500人というのは、まだまだ数が少ないのではないかと取ってしまいます。

次に、15歳未満は調査に加えていません。15歳以上の調査ということですが。15歳未満は当然ながら、教育委員会の所管なのかも分かりませんが、ひきこもりなのか不登校なのか、教育委員会がどういう調べ方をしているのか分かりませんが、どうなのでしょう。

戸川健康づくり課長

15歳未満の実態はどうなのかという質問かと思えます。

15歳未満ということになってきますと、児童生徒ということになりまして、義務教育の小学生、中学生ということになります。ひきこもりか不登校かというところはあるのでしようけれども、教育委員会は、これを不登校ということで調査をしているところでございます。

そこで、県教育委員会に問い合わせたところによりますと、平成30年度の数字ですけれども、小学校、中学校で853名が不登校という形で上がってきております。

不登校というのは30日以上欠席している児童生徒と伺っているところでございます。

西沢委員

ひきこもりの全体が550人で、不登校が853名と、不登校のほうが多いです。

学校のほうの数字が正確でしょう。550人については疑問です。やはり、ひきこもりはどのくらいかという調査をするときには、不登校を含めたほうが正解なのではないかと思えます。これも私の考えだけです。答えは要りません。そういう調べ方をしているのだから仕方ありません。

次に、調査結果の2ページに、（2）ひきこもり該当者を知ったきっかけと書いてあるんです。

民生委員・児童委員が自宅訪問時に、本人家族から相談を受けたというのが10パーセント、自宅訪問時に分かったというのが12パーセント、第三者からの情報提供が45パーセント、その他となっています。本人からの相談が10パーセントということは、相談されることが本当に少ない。これは、相談する方法を知らない、余りにも身近な近所の人なので相談しにくいなど、いろんな考え方があると思いますが、大変になってから相談するのではなくて、最初の頃に相談する体制をきちんと整備しておかなければいけないのではないかと感じますけれども、どうなんですか。

戸川健康づくり課長

ひきこもり該当者を知ったきっかけについて、本人家族からの相談の数字が少ないという御質問だったかと思えます。

西沢委員の御指摘のとおり、今回の調査の結果で、本人家族からの相談が少ないというのが分かってきたところであります。本人家族に相談をしてもらおうための窓口、そのきっかけづくりをやっていかないといけないのかということも、今回の調査で分かったところであります。

今後は、自治体と相談をしながら、ひきこもりの方々に相談窓口の情報が届くよう努力していきたいと考えております。

西沢委員

先ほど言いましたように、よく知っている人に家庭の事情を知ってほしくないということもあるんです。例えば、なんとか110番とかあるじゃないですか。全然違う所で、全然知らない人が110番をやっている。状態を説明して、ある程度の解決の方向を教えてくれるということを、電話だけで相談できるような体制を執ったら、相談しやすいのではないかと。そういうことも考えてやってほしいと思えます。

6ページの（7）ひきこもりに至った理由とあります。グラフを見ますと、一応、疾病や性格・その他・不明を除くと、離職・不登校・家庭問題となっています。ここに父子家庭、母子家庭がどう重なってくるのか。どうして不登校になったのか。不登校の理由が要ります。離職した時にいろいろと悩むというのは分かります。家庭問題も、母子家庭や父子家庭というのが重なってくると思えますし、不登校もそう思います。全体的に母子家庭・父子家庭、この中の全体に重なってくるのでしょうか。

もっと理由を掘り下げていかなければ、これだけでは分かりにくい。掘り下げなければ次の対策につながっていきません。理由は調べていますけれど、本当の理由としてはちょっと分かりづらいです。母子家庭・父子家庭の中で起こっていることが一番多いような感じですよ。

今までは市町村が担当だったが、これからは県も絡むということですか。

戸川健康づくり課長

これからは県も絡んでいくのかという質問であろうかと思えます。

もちろんこれまでも県といたしましては、ひきこもり対策につきまして、きのぼりというひきこもり地域支援センターを徳島県精神保健福祉センターに置いて、相談業務を行っているところでございます。そちらの拠点のほうから、地元の社会福祉協議会等を通じまして、これまでもひきこもり対策をやってきたところですが、今後も引き続き、今回の実態調査で明らかになった方々に対して、市町村と一緒にやっていきたいと考えております。

それから、今回の調査の世帯の状況、ひきこもりに至った理由につきまして、もう少し詳しいものがあつたほうがいいのではないかと御質問も頂きました。

確かに、そういった設問を、今回の調査に合わせて設定するという考え方もあるのですが、設問を詳しくしますと、民生委員から答えづらいと伺っておりましたので、その辺をいろいろ考えた結果、今回はこういった内容にしております。

ただ、今回のこの調査によりまして、民生委員自身はその家庭状況というのをある程度分かっているということもありますので、民生委員を通じまして、今後の対策については、各自治体と協力しながらやっていけると考えております。

西沢委員

全体的に見たら、父子家庭・母子家庭が問題になっているのではないかとということと、離職した時にそういう状態になるということが多いのではないかと思えます。そういうことをどうしたらいいのか。母子家庭・父子家庭にもっと相談できる体制づくりというのにも必要だろうし、離職者をどうするのかということも、これからきちんと考えていただきたい。今まで離職者に対しては、余り対策は練っていなかったのではという気がします。

それから学校のほうも、就職した後の追跡をしていませんね。例えば、1か月や2か月、半年で辞めてしまうというような状態であれば、学校が就職先を探すときに問題があつたということもあります。追跡調査などもやって、離職者が出ないようにするなど、いろいろな対策があると思えます。

ここだけの問題ではありませんが、県でも横の関連でいろいろと対策をとっていかなければいけないのではないかと思います。

次に、9ページ、（8）ひきこもり該当者への支援状況で世代別支援の状況ですけれども、ほとんどがNPO、ボランティアに頼り切りという感じを受けます。これからはしっかりと、県や市町村が中心になって対応していくと、当然ボランティアも含めてですけれども、そういうことをしなければいけないのではないかと思いますけれども、最終的にまとめていただけますか。

戸川健康づくり課長

資料の9ページのところで、世代別支援の状況についてNPO、ボランティアが多いというふうな御見解だったかと思えますけれども、これは資料が白黒になっておまして分

かりづらいのですけれども、実は、ここは不明という部分でございます。

どこまで支援が届いているかというところは、民生委員・児童委員もまだ分かっていないという現状があるということが分かっているということでございます。

今後、我々といたしましては、今回の調査結果を最大限に生かすように、地元の社会福祉協議会、地元の市町村役場、民生委員それぞれが、連携をとり合って、ひきこもり支援対策を考えていきたいと思っております。

西沢委員

ひきこもりになる前に、早く手を打つというのが一番の対策だと思います。そのためには原因調査というのが本当に大事だと思います。原因調査の中で、早く手を打てる対策、ひきこもりになってしまうまでに電話相談などに相談していただけたら、解決のやり方はいろいろあると思います。

離職者の問題も、学校がそういうことにならないような対策を立てる。離職された方の対策というのは今まではなかったような気がします。そういう対策を国を挙げてやらなければいけないと思います。

私は、朝からずっと資料を読んでいました。そういう意味では、前もって渡してもらったほうが、内容的にはよく分かります。

次に、後発医薬品、いわゆるジェネリック医薬品のことです。全国的に見たら徳島県は余り使っていない県だということは知っておりますけれども、現状はどうなっていますか。

三宅薬務課長

後発医薬品、いわゆるジェネリック医薬品につきましての徳島県の現状というお話であります。今の段階のデータとしましては、今年3月時点のデータが手元にあるのですけれども、まず全国の後発医薬品の使用割合が77.7パーセントということになっております。徳島県は70.8パーセントで、7パーセントほど全国の数値から下回っているという状況でございます。

西沢委員

大分、全国平均に近づいてきましたね。

前はもっと差があったような気がしますけれども、県立病院、市町村立病院、その他の病院はどうなのですか。

三宅薬務課長

今、手元にありますデータが少し古いのですけれども、県立病院が平成29年度第3四半期で中央病院が86.6パーセント、三好病院が86.5パーセント、海部病院が89.3パーセントということで、全て80パーセント以上という数値はクリアできているという状況でございます。

その他の病院につきましては、手元に数値がございませんので、はっきりとしたお返事はできません。申し訳ありません。

西沢委員

ということは、市町村立病院と私立病院を加えたら、かなり低くなるということになります。平均が70.幾らですからかなり下がってくる。そこをいかに上げていくかということが問題になるんです。でも、市町村立病院の数値が分からないようでは困ります。市町村立病院は聞けばすぐ分かると思います。私立病院はかなり数が多いと思いますけれど、市町村立は少ないですから、きちんとデータとして出してほしいです。

後発医薬品の信頼性がどのくらいあるかというところから始まっている気がします。いろいろなデータを見ますと、効果は変わらないというデータがありますけれども、個人的にお医者さんに聞くと、先発医薬品と混ぜる物が違えば効き目も違ってくるなどと言われます。効果が同じなのかどうかというのは、残念ながら国のほうも調査していないのではないかとすることも聞こえてきます。本当に効き目が同じかどうかというのは、先発医薬品は効き目も含めて検討しているけれど、後発医薬品は、医者にとってみたら疑問があるのではないかと。だから、使用に積極的でない人がいるという感じもします。本当はそこまでしなければいけないのかと思いますけれども、使用実績が上がってきているということは事実ですね。分かりました。

それから、医者の働き方改革についてです。

お医者さんというのは非常に、看護師も含めて過酷です。2日間寝ていないような状態で勤務することもあるみたいですが、時間外勤務の上限が1か月に45時間、80時間とかありますけれども、ほかの業種に合わせるようなことはできません。現状で合わせるとお医者さんの数が倍ぐらい要るとか、看護師も倍ぐらい要るとか、そんな状態になってくるのではないかと思います。国としては本当に最終的にどうするつもりなのか。

岡医療政策課長

西沢委員より、今後の医療従事者の労働時間規制がどうなっていくのかという御質問を頂きました。

働き方改革関連法案が平成30年7月に公布され、今年4月から労働時間の上限規制が順次適用されているところでございます。これは看護師も含めてでございまして、医師以外については医療従事者であっても平成31年4月から労働時間の上限規制が順次適用されているところでございます。ただし、中小企業は令和2年4月からとなっておりますので、規模の小さい病院であれば、令和2年からということになると思います。

医師についてでございますが、今、国のほうで検討中でございます。5年後の施行を目指してやっているとございますが、平成31年3月29日に厚生労働省でまとめられました、医師の働き方改革に関する検討会報告書においては、西沢委員がおっしゃったとおり、医師については、まず集中的にスキルアップしなければいけない期間があるということ、地域において上限規制を実施した場合に、へき地のお医者さんが少ない病院については、地域医療が崩壊してしまうということがございます。

そこで、診療従事勤務医に適用される水準として、年間960時間以下、月100時間未満というのがございます。加えて、集中的技能向上水準ということで、集中的にスキルアップ

の必要な期間については、年間1,860時間以下、地域での医療提供体制を確保するための経過措置として、暫定的な特例水準ということで1,860時間以下ということ、新たな上限規制として適用していくことを国は考えているところでございます。

普通の勤務医は、年間960時間以下かつ月100時間未満で、地域医療水準と集中的技能水準については年間1,860時間以下で月100時間未満というのは同じでございます。

西沢委員

月に割ったら100時間以内と、普通の業種が60時間ぐらいですか。100時間というのは倍ぐらいになる。普通の業種よりも残業時間が多いのではないかと思います。これからまだまだ医師の働き方改革、AIを使ったり、いろいろとありますから、5年間ぐらいでどうなっていくのかという推移もありますけれど。

それと、特に看護師の問題は、他の業種と同じようにするという事は、人数がかなり要るのではないですか。何人ぐらい増やさなければいけないのか。県立病院だったらどうなりますか。

阿宮総務課長

ただいま、県立病院における看護師の職員数についてどうなのかといった御質問だったかと思えます。

看護師の職員数につきまして、今年度5月1日現在におけます県立病院といたしましては、正規職員671名、臨時職員87名、非常勤職員21名、総勢779名の看護師が在職しているところでございます。

これは、診療報酬上の規定等の指標に当てはめまして、考えられる職員数を算出した場合におきましては、586名という数字がございますので、現在のところ、病床数等の基準に当てはめて考えますと、その数字よりは上回った雇用はできておるといった状況がございます。

西沢委員

そういう意味ではなくて、看護師はすごく忙しいと私は思うんです。働き方改革で規制のとおり、残業時間を他の業種と同じように合わせると、かなり人数を増やさなければいけないでしょう。何人ぐらい増やさなければいけないのですか。分かりませんか。

阿宮総務課長

ただいま西沢委員から、今の実情は、相当過酷なものがあるのではないかと。相当な増員をしなければならないのではないかと御指摘だったかと思えます。

今、手元に県立病院における超過勤務の状況のデータがございますが、病院局全体といたしましては、超過勤務が全体の平均ですけれども月14.5時間となっております。これは職種ごとの内訳で申しますと、医師が30.4時間、看護師が9.9時間でございます。確かに、超過勤務の時間がございますので、ここをどのように手配していくかといったところが今後の課題としてしっかり考えていきたいと思っております。

西沢委員

1か月に十何時間、看護師さんの超過勤務はそんなに少ないのですか。夜間勤務した翌日1日休みとか、そういうふうになるわけですか。

阿宮総務課長

ただいま、申しあげました超過勤務の平成30年度実績につきましては、看護職全体でのいわゆるベタ平均になっておりますので、月9.9時間なんですけれども、西沢委員からございましたとおり、看護師につきましては勤務体制が3交代制で、日勤帯、準夜勤帯、深夜勤帯とシフトとして交代制を組んでおりますので、超過勤務という側面で見ますと、こういった数字になるといったところでございます。

西沢委員

分かりました。あとは医師ですね、医師はそんなことない。明くる日も眠たい目でやっています。だからといって休みにはならないというようなことをよく聞きます。医者はなかなか難しいから5年間据え置くという話ですか。分かりました。

これ以上議論しても今ここでは無理ですね。国の議論を待たなければいけないという状況みたいですから。

阿宮総務課長

西沢委員から、医師に対するこれからの取組はどうするのかといった御指摘かと思えます。

岡医療政策課長から説明がございましたとおり、厚生労働省のほうでも医師の働き方改革に関する検討会により5年間の経過措置、通常感覚で考えると相当幅広い年間の労働時間数が設定されておるところですが、今後は経過期間5年間の中で、しっかり考えていくといった国の流れがございます。本県の病院事業といたしましても、これまで電子カルテの入力などを行う、ドクターをサポートする医師事務作業補助者といった事務員を増員したり、諸々可能な限りのタスク・シフティング、いわゆる業務の分担などやっておりますので御理解いただければと思えます。

西沢委員

医者の子の間の残業時間の平均値を出してください。

阿宮総務課長

医師の超過勤務時間の状況について、平成30年度実績でございますけれども、県立3病院全体でベタ平均ですが、月30.4時間となっております。

西沢委員

超過勤務の多い人はどうか。

阿宮総務課長

ただいま西沢委員から、超過勤務の多い方がどうなのかといった御質問だと思います。これは、過日マスコミ等でも報道されたところでございますけれども、県立3病院におきまして、最も多かったところで年間1,309時間といったような実績があったというところがございます。

梶原委員

午前中に、庄野委員と長池委員からお話がありました、骨髄バンクの件ですが、私の思いを代弁していただいたような感じですがけれども、仁井谷保健福祉部長から今後、市町村から要請があった場合は積極的に対応していただけるという御答弁を頂きましたので、是非とも進むようにお願いしたいと思っております。

次に、ひきこもりの件です。

先ほどからずっと話が出ておりますけれども、ギャンブル依存症の相談窓口が徳島県精神保健福祉センターというふうに書かれてありますが、ひきこもりに関しては、先ほどお話が出た、ひきこもり地域支援センター、きのぼりという所で、年齢関係なく相談を受けられるということによろしいのでしょうか。

戸川健康づくり課長

梶原委員から、ひきこもり地域支援センター、きのぼりの相談体制、年齢等についての御質問ですがけれども、ひきこもり地域支援センター、きのぼりのほうでは、年齢対象なく相談を承っているところでございます。

梶原委員

私も時々、御相談を受けることがあるのですが、民生委員がつかんでいる範囲以外で、潜在的なひきこもりの方もおられますので、その辺も、民生委員と連携をとっていただいて、しっかりケアをしていただきたいと思います。

続きまして、障がい福祉関係の質問をさせていただきます。

障がいのある方への支援についてですがけれども、障がいといっても外見で分かる障がい、内部の障がいなど様々な障がいがあります。こうした障がいの特性でありますとか、障がい者への必要な配慮を理解して、障がい者へのちょっとした配慮でありますとか、手助けができるように、鳥取県では平成21年度から、あいサポーター制度を実施しております。あいサポーター制度ですが、今年10月末現在で、あいサポーターが51万9,000人で、研修の回数が約7,000回、あいサポート運動を実施する企業・団体は2,002団体に上っているということです。このあいサポート運動自体が8県13市5町にまで広がっているという話を聞いております。

パラリンピックに向けての取組も、これから随時始まると思うのですが、本県でもこうした鳥取県が行っているあいサポート運動のような取組をして、実際に、障がい者が目の前に出てこられた時に、すぐさま対応ができるようなボランティアサポーターの育成が必要であると考えておりますけれども、お考えをお聞かせください。

原内障がい者活躍推進室長

ただいま梶原委員から、障がい者に配慮し、サポートをボランティア人材の育成について御質問を頂きました。

鳥取県とは名称が異なりますが、本県では日常生活において率先してボランティアを実践するとともに、心のバリアフリー活動を広めるアンバサダーの養成に昨年度から取り組んでいるところでございます。

その方法といたしましては、様々な障がいの特性を知り、社会生活のいろいろな場面を想定した障がい者への身近な手助けや配慮を学ぶ研修会を県が開催いたしまして、その受講者を、心のバリアフリーアンバサダーと認定し、バッジを交付しまして、認定されたそれぞれの方が、日常生活において取組を進めていくというものでございます。

昨年度は、まずは県職員を対象として実施したところです。今年度は、県職員に加えまして、モデル的に民間企業も対象として、接客時の対応の実践などを実施しているところです。

今後とも、心のバリアフリーアンバサダーの養成を推進してまいりたいと考えております。

梶原委員

私もつい最近、心のバリアフリーアンバサダーについて聞きました。新聞などでも見たことがないんです。こうした制度をやられているのであれば、今後もっと周知啓発が必要ではないかと思うのですが、その辺をどのように取り組まれるのでしょうか。

原内障がい者活躍推進室長

心のバリアフリーアンバサダーは、昨年度より開始した事業でございます。今後も更に障がいの特性を理解して、困っているような方がいらっしゃれば声を掛けるなど、思いやりのある行動の取れる人材を育成する必要があると認識しております。

また、今年度の取組でございますが、四国内の全ての乗合バスの車内にヘルプマークのステッカーを掲示したところです。あわせて、一般社団法人徳島県バス協会主催の運転手等を対象とした職員研修を行いまして、配慮を必要としている方への支援をお願いしたところでございます。

さらに、12月3日から9日の障害者週間に合わせまして、JR徳島駅前にて支援が必要な方に思いやりのある行動を取っていただくように、ヘルプマークの周知啓発を行うとともに、JRの協力をいただきまして、新たに県内の有人駅70か所にポスターを掲示していただいたところでございます。

引き続き、心のバリアフリーの更なる周知と、障がいへの理解の促進に努めてまいりたいと考えております。

梶原委員

分かりました。先ほどバッジがあると聞いたのですが、バッジはあるのですか。

バッジも初めて見ましたけれど、しっかり周知に努めていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、次に病院関係についてお伺いいたします。

先日、県立中央病院の看護師の方から相談がございました。先ほど西沢委員からもお話がございましたけれども、とにかく看護師・助産師さんが人員不足で年休20日もなかなか取れない。また夜勤も、厚生労働省は8回以内というふうに定められているそうなのですが、なかなかそれも難しい現状があって、体力的にも大変つらい状況にあるという御相談がございました。

年休は20日あるのですけれども、県立中央病院の医師、看護師、助産師の方々は、本当に正義感で一生懸命なんとか目の前の苦しんでいる方を助けたいということで、休みを取らずに頑張られているという現状があるということをお聞きしました。実態についてはどのように把握されているのか教えていただきたいと思います。

阿宮総務課長

ただいま梶原委員から、年次有給休暇の取得状況について、まずどのような状況かといった御質問だと思います。

先ほど、超過勤務について申し上げましたが、休暇の取得につきまして、平成30年暦年、病院局全体で平均年休取得日数は、11.2日となっております。

これを職種ごとの内訳で申しますと、平成30年暦年の実績ですが、医師につきましては年間4.6日、看護師につきましては13.3日、その他医療技術職については8.7日といったような状況になってございます。

梶原委員

数字を聞く限りでは、そんなに突出しているようには思われませんが、現場からそういう声が届いておりまして、是非とも現場に入って、しっかり小さな声を聞き取っていただいて、改善をしていただきたいと思っております。

今、公立病院でも過重労働と、医師離れ、慢性的な看護師不足ということで、どこの病院も厳しい状況があるようでございます。先ほど申し上げたように、医師、看護師の方は、苦しんでいる人を見過ごすことができないという正義感と善意で、結果その過重労働や長時間勤務を余儀なくされる、そういう状況があるようでございます。

今、こうした勤務環境の改善に向けて、労務管理でありますとか、経営面のアドバイスなども含め、社会保険労務士などの第三者にアドバイスを受けて、早期の改善を図っている自治体も多いと聞いております。

本県においても、内部でしっかりやられていることは承知しておりますが、こうした社会保険労務士や労務管理のプロなどの力を借りる、そうした取組も今後必要ではないかと思いますが、御所見をお伺いいたします。

阿宮総務課長

ただいま梶原委員から、外部有識者による評価等も必要ではないかといった御質問だと思います。

その前に、先に御質問で夜勤の回数についても言及されたところがあったと思います。確かに、梶原委員の御指摘のとおり、看護師の夜勤回数につきまして、県立病院におきましては平均回数が8.37回といったことで、厚生労働省から示されております月8回以内と

いった水準に対しまして厳しい状況がございます。

これにつきましては、妊産婦あるいは育児を行う職員に配慮し、夜勤を免除している職員がどうしても一定数存在するといったことに加えまして、年度途中からの代替職員の採用確保が困難であるといったような実情等もございます。

今後とも、そういった点は御指摘のとおり、夜勤要員の確保の観点を踏まえまして、しっかりと現場の状況も把握いたしまして、体制の見直し、適正な人員配置に努めてまいりたいと考えております。

また、外部有識者によるチェックの件でございますが、病院局といたしましては、外部有識者の先生方9名を構成メンバーとして、県立病院を良くする会という協議の場を設置しております。この会におきましては、今後の県立病院の在り方、県立病院が提供する医療の質の向上等につきまして、医療関係者をはじめといたしまして学識経験者、更には住民代表の方々から選定された委員の下で、病院経営あるいは医療に関する専門的視点等も含めて幅広く御意見、御提言を頂いているところでございます。

労務関係に関する御提言につきましても、具体的には令和元年度におきましては11月11日に当協議会を開催したところなのですが、出席委員のほうから先に申しました新聞報道等を捉えまして、超過勤務の状況も指摘されまして、これからの医師の健康や質の高い医療確保のためにも、しっかりと働き方改革を進めるようにといったような御意見を承ったところでございます。

引き続き、こうした形で外部有識者の方々から、あるいは他の県立病院、公立病院の運営状況等を参考にしながら、しっかりと労務管理、業務改善につながる取組を進めてまいりまして、この度、令和2年度に向けた病院局の施策の基本方針として勢井病院局長から御説明させていただきましたとおり、来年度の柱といたしましては、医療人材の確保・育成も掲げておりますので、こうした中で働き方改革の推進にもしっかりと取り組んでまいりたいと考えております。

梶原委員

医師と看護師、助産師が潰れてしまったら病院経営は成り立ちませんので、本当にしっかりと働き方改革の下で取り組んでいただきたいと思えます。

最後に、先日の本会議で、岩丸議員が県立三好病院の医師の超過勤務を取り上げた際に、知事からの答弁で職員定数条例を改正するということでありましたけれども、これは過重労働に対する条例改正でもあると思うのですが、今後、条例がいつ改正されて、どのように具体的に進んでいくのか教えていただきたいと思えます。

阿宮総務課長

ただいま梶原委員から、岩丸議員の代表質問におきまして、職員定数条例の改正について言及されたことに関する御質問を頂きました。

条例改正につきましては、知事の答弁にありまして、改正をこれから検討してまいるのですが、まずは現在の人材配置の適正化を十分図りまして、具体的な現場の状況等内容を精査いたしまして、改正の時期、診療科の状況、それぞれの体制等も判断し、今後の機能充実といったことも見極めながら、職種ごとの人数等具体的に検討してい

きたいと考えておる段階でございます。

梶原委員

冒頭でも申し上げましたけれども、看護師の方から本当に大変なんだという悲鳴の声が上がってきておりますので、是非、現場で働かれています方の声をしっかりと聞いていただいて、ただ単に条例を改正して職員を増やすというのではなくて、現場の声を聞いてしっかりケアに当たっていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

井下委員

幾つか質問させていただきます。

まず、冒頭で徳島県医師確保計画の素案の説明がありましたが、その詳細についてお聞きします。仁井谷保健福祉部長から、計画は数の設定ではなく施策の方向性というような説明もあったのですが、今回そのコンセプトに基づき、どのように作成されたのか教えてください。

岡医療政策課長

井下委員より、医師確保計画の策定コンセプトについて御質問がございました。

医師不足が叫ばれて久しくなっておりますが、国は、これまで地域枠を中心とした全国的な医師数の増加を図ってきたところでございますが、医師偏在対策、一極集中しているというところに対する十分な効果が得られておらず、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながっていないことから、今般、医療法及び医師法が改正され、地域間の医師偏在の解消を通じて、地域における医療提供体制を確保するため、新たに医師確保計画を今年度中に作ることにされたところでございます。

厚生労働省からは、医師偏在指標において、本県は医師多数県であるとされたところでございますが、面積当たりの医師数が全国平均より少ないことや、また医師の高齢化も進んでいる本県の実情を踏まえて、これまでよりも大学、県関係機関が一体となって、医師の養成・確保に努めることを基本のコンセプトとして、今回の計画を作成したところでございます。

井下委員

先ほど、西沢委員の質問で説明していただいたんですが、医師偏在指標に基づいて、計画を策定していくということなんですが、そもそも医師偏在指標というのは、本県の状況を的確に捉えているのか、教えていただきたいと思っております。

岡医療政策課長

井下委員より、医師偏在指標が本県の実情を的確に捉えているのかという御質問がございました。

先ほど、西沢委員に御説明したとおり、今まで、厚生労働省は、人口10万人当たりの指数をベースにしておりましたが、諸々の問題があったことから改善が図られたところです。しかし、今回の医師偏在指標は、地理的条件について、全く考慮されていませんの

で、例えば、県西部であれば、広大な土地に住民が住まれており、そこを少ない医師でカバーしているという実態がございます。そうした実態を、今回の医師偏在指標は、必ずしも捉えられてないと、県では考えているところでございます。

井下委員

地理的条件などが考慮されていないということで、面積100キロ平方メートルに対する医師数が全国で29位という地域性もあると思うのです。私の地元は、集落が点在していて、限られた数の医師がそれをカバーしているという状況がございます。

徳島県の観点から更なる精査が必要であり、こうした指標を使って、医師多数県だからという理由で、基金の活用が制限されたりですとか、他県からの医師の確保が難しいというのは、あってはいけないことだと思うんです。それで、徳島県医師確保計画の素案の27ページの一番下にも書いてあるんですが、本県ではこの目標医師数を設定しないと明記されているんですが、この理由について教えていただけますか。

岡医療政策課長

井下委員より、確保すべき目標指数について設定しないのはなぜかという御質問ございました。

西沢委員に御説明したところと重なる点がありますが、そもそも今回、厚生労働省が、医師確保計画を定めるに当たり確保すべき目標医師数については、医師少数県から脱するため、下位3分の1から普通の状態になるために必要とされる医師数を目標医師数として設定するようと言っているところでございます。つまり、医師少数県以外は、既に目標が達成されているということが前提となっているところでございます。

そもそも医師偏在指標というのは、全国ごとの医師の相対的な多寡を表したもので、地域の医療ニーズ、地域の需給について積み上げた数値とはなっていないため、本県の実情に合ったものではないのは、繰り返し御説明しているところでございます。そういう事情がございますので、このような数値をベースにいたずらに定量的な設定をすることは、今回妥当ではないということで、医師確保の方針ということで、今回の計画を位置付けているところでございます。

井下委員

医師少数県がやるべきことといたしますか、徳島県に関しては医師多数県ということで、今の厚生労働省の考え方からすると、変な話、何もしなくていいんじゃないかというところがあると思いますが、実際の現場を見ると、県西部地域は、医師少数県の指標に入ります。そんなところを踏まえると、医師多数県だとあぐらをかくわけにはいかないと思っています。今後の具体的な話として、県西部地域を医師少数区域に位置付けるとともに、県南部のうち阿南市や小松島市を除いた地域を医師少数スポットに位置付けることとしておりますが、こうした地域において今後医師確保を具体的にどのように進めていくのかを教えてください。

岡医療政策課長

井下委員より、御説明がありましたとおり、今回、県全体としては医師多数県となったところでございますが、県西部については医師少数区域ということで、全国の下位3分の1に入っているということでございます。

本県では、そうした医師少数区域であるとか、県南部の北部の阿南市・小松島市に徳島赤十字病院やJA厚生連阿南医療センターがございますので、県南部は医師多数区域となっており、指標としては高く出てしまうんですけども、やはり県南部でもより南の地域については、非常に医師不足が顕著であることから、こうした地域を医師少数スポットとして設定しているところがございます。

こうした地域の医師確保を今後どのように進めていくのかということでございますが、本県では医療法第30条の23の規定に基づき、大学、公的医療機関、関係市町村、医療保険者といった関係者を交えて、徳島県地域医療総合対策協議会を設置しており、この協議会において医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行っているところがございます。

今般の徳島県医師確保計画に記載された医師確保対策を具体的に実施するに当たっての協議・調整についても、当協議会を活用して、行っていくところございまして、本計画においてもその役割を明確化したところがございます。

具体的には、地域枠医師を中心に医師少数区域や医師少数スポットへ重点的に派遣すること、加えて、こうした地域枠医師は若手の医師ですので、地域枠医師等を指導する指導医を大学等に派遣してもらうことをお願いするというところを実施していくところがございます。

井下委員

徳島県医師確保計画素案の53ページ以降にも出てきますが、地域枠について改めてお伺いしたいんですが、今回、医師確保計画の中でも地域枠というのが、重要なポイントではないかと思っております。

既に50名近い医師が現場で働いているということもございまして、計画の中で、今後、国が地域枠の見直しについて検討しているという記述もあるんですが、現在の地域枠と地域特別枠の違いと今後の見直しについて教えていただけますか。

岡医療政策課長

地域枠医師と地域特別枠医師の違いというところがございます。

地域特別枠医師については、国立大学法人徳島大学医学部に、地域枠で入学した学生の中でも、県から修学資金の貸与を受けた年数に応じて、その後、県内での勤務が義務付けられている医師ということです。この医師については、現在、臨時的に医学部の定員が増員されたところで、養成を行っているところがございます。

厚生労働省は、医師多数県における地域枠医師の定員設定について制限を設けることを検討しているところがございます。また、そもそもの地域枠の在り方についても、例えば、不足している小児科・産科や外科などの診療科制限を設けることや勤務年数の制限を設けることを、今、検討しているところがございます。

本県においては、地域に必要な医師が十分確保できるまでは、医学部臨時定員の維持を

強く要望するとともに、地域枠の在り方については、現在、国で検討されているというところがございますので、こうした国の動向を見極めながら、適切に対応して行きたいと考えております。

井下委員

地域枠については、令和4年以降の取扱いを現在検討中とのことなのですが、現状を考えていきますと、令和4年以降どうなるのかというのは、医療の重大な課題だと思いますので、ここは譲れないと思います。国に対しても積極的に働き掛けを行っていただきたいと思います。今回、様々な要素が盛り込まれた徳島県医師確保計画ですが、今後の達成に向けて、県としてどのように取り組んでいくのか、簡単に教えていただけますか。

岡医療政策課長

計画の達成に向けてどのように取り組むのかという御質問がございました。

先ほども答弁しましたように、今回の徳島県医師確保計画においては、具体的に数として確保すべき医師数の目標については、設定しないこととしたところがございます。厚生労働省は、医師確保計画の効果・評価については、計画終了時点で活用可能なデータから医師偏在指標を更新し、これに基づいて測定評価するとしているところですが、こうした数値のみの比較考慮だけでは、地域における医療需要が満たされているかどうかについて、適切に判断し評価することは難しいのではないかと、県としては考えているところがございます。

そこで今後、国立大学法人徳島大学医学部の入学者の状況ですとか、臨床研修医専門研修における医師の養成が進捗しているかどうか、医師少数区域等へ医師が適切に派遣されているかどうか、こうした取組を通じて、地域における医師偏在の解消が図られているかどうかについて、徳島県地域医療総合対策協議会において、それぞれの項目ごとにしっかり丁寧に検証・評価することで、達成に向けて取り組んでいきたいと考えております。

井下委員

丁寧に取り組んで行くということだったんですが、9月議会の文教厚生委員会でも少し言わせてもらいましたが、専攻医シーリングの話もあったり、根本的な大きな問題のほとんどは国が抱えているといたしますか、国のさじ加減一つというところがあります。

しかし、やっていくことはやっていかないといけない。県内の地域の医療提供体制をしっかりと維持していくために、今回、計画に位置付けられた施策などを通じて、医師確保の取組を進めていくことは、非常に重要なことでもあります。一方で、こうした取組をより実効的なものにしていくためには、既に存在する医療資源、例えばタスク・シフティングの推進や、臨床工学技士などの有資格者の現場への活用のほか、看護師の話も出ていましたが、超過勤務をしていないことはいいことなのですが、その分、実際、看護師が足りているのかなど、その辺もいろいろとあると思います。

今回は医師確保計画なので、医師を取り巻く環境のみが書かれているのですが、いろんな目線からしっかり医療提供体制を作っていくということが重要ではないかと思えます。

また、利用する側、県民の皆さんからも、今後、しっかりと理解を得ていかないといけ

ないんじゃないかと思います。例えば、一次救急とか二次救急、三次救急というのがあるんですが、改めてになるとと思いますが、どういう違いがあるのか教えていただけますか。

井上広域医療室長

ただいま井下委員から、一次救急から三次救急までの違いについて御質問がございました。

まず、一次救急でございますが、初期救急医療あるいは応急手当を行うとともに、更に治療または入院が必要な場合については、二次救急医療機関へ転送する機能を担うものでございます。一次救急については、各郡市医師会等で行われております在宅当番医制ですとか、徳島市ですと、ふれあい健康館で行われている休日夜間急病診療所などがこの機能を担っております。

二次救急でございますが、先ほど申しました一次救急から転送されてきた患者への対応をはじめとして、高度な治療や入院に対応していく医療機関になりまして、主に救急告示医療機関として指定されている医療機関が機能を担います。

三次救急につきましては、一次救急や二次救急では対応できない、より重篤、重症の患者に対応する医療機関でございます。徳島赤十字病院や県立中央病院などの救命救急センターを有する医療機関がこの機能を担っていくという形でございます。

井下委員

改めて答弁していただいた形なんですけど、意外と県民の皆さんはこの差が分かっていないところもあると思うんです。

僕の地元ですと、県立三好病院にちょっと熱が出て救急に行ったけれど帰されたといった話をよく聞くんです。例えば、徳島県こども医療電話相談、いわゆる#8000や、徳島救急医療電話相談、いわゆる#7119の活用などを、今後県民の皆さんにしっかりと周知してもらって、使い分けをしてもらうことで、医師の負担軽減等々含めて、より有効にやっていけるのではないかと考えております。今後に向けて何かあれば教えていただけますか。

井上広域医療室長

適正受診を促進することにつきましては、非常に重要なことであるというふうに認識しているところでございます。

平成30年の救急搬送の内訳を見ますと、主に重症度の部分になりますけれども、4割を越える方が軽症患者であるというようなデータも出ておりまして、これが医療現場における医療従事者の負担増にもつながっているものと考えております。

そのため12月1日から、徳島県こども医療電話相談、#8000の大人版に当たります、徳島救急医療電話相談、#7119という専用の電話相談を設けさせていただいて、運用しているところでございます。この電話相談を、徳島県こども医療電話相談、#8000と連携して運用し、上手く活用しながら県民の方々への不安解消に努めるだけでなく、救急医療機関の受診の適正化、救急車の適正利用などを十分図っていきたくと考えております。この電話相談の認知度の向上にもしっかり取り組み、適正受診を促進してまいりたいと考えております。

井下委員

何回も言いますが、国が今一つ現場を理解していないような今の流れでいくと、ほかのところからのアプローチが本当に大事になってくると思いますので、是非徹底してやっていただきたいと思います。

ちなみに、徳島県こども医療電話相談、#8000や、徳島救急医療電話相談、#7119の利用状況はどうですか。結構利用されている感じなのかどうなのかお伺いします。

井上広域医療室長

ただいま、電話相談の利用状況についての御質問を頂きました。

徳島県こども医療電話相談、#8000につきましては、かねてより運用しているところでございますので、利用実績についてはそれなりに把握をしているところでございます。昨年度の実績になりますけれども、年間で大体1万件を超える相談件数があったというところでございます。

徳島救急医療電話相談、#7119につきましては12月1日から運用を始めたところでございまして、まだ十分集計をできていないところでございますが、今後どういった相談があるのか、どういった方々から相談があるのか等といった部分について、十分分析をして今後の施策につなげてまいりたいと考えております。

井下委員

思ったよりも件数が多くてちょっとびっくりしました。

電話相談が多くなると、それなりに人員や設備が必要になると思いますので、しっかりその辺も含めて対応していただきたいと思います。

それと、病院局にお尋ねをしたいのですが、県立三好病院は県西部のみならず四国中央の中核拠点として、救急をはじめ極めて重要な医療機能を担っていると思います。

その中で平成26年度の新高層棟の完成に伴い、施設の充実が図られたのですが、先日、県立三好病院の医師の過酷な勤務状況に係る報道もありました。その中で住友三好病院長はじめ、皆さん本当に一生懸命頑張ってくれていらっしゃいます。今後とも地域で求められる医療機能をしっかりと担っていただきたいと思うのですが、そんな中で11月だったか、救急病棟を2階から4階に移したということだったのですが、その狙いと移設後の状況、またそもそもなぜこの4階部分が空いていたのかも含めて教えてください。

阿宮総務課長

ただいま井下委員から、県立三好病院の救急病棟についての御質問を頂きました。

県立三好病院につきましては、平成26年度に新高層棟が完成いたしまして、高度機器の導入による機能の充実をはじめといたしまして、免震構造、屋上ヘリポートの設置など災害医療拠点としても強化されますとともに、個室の増加など快適な療養環境の整備も図られたところでございます。

また、これまでも西部圏域におきましては、三好市立三野病院、つるぎ町立半田病院との間で、西部保健医療圏における適正な医療を確保するための協定書を締結いたしまして

情報共有や意見交換の機会を持ち、各診療科に係る役割分担あるいは人的・物的交流を促進してまいりました。

こうした経緯の下で、県立三好病院新高層棟4階病棟に関しましては休床状態であったんですけれども、病院局といたしまして限られた人員体制の中で、できる限り効果的かつ効率的な運用について鋭意検討を重ねておりましたところ、先ほど御質問にもございましたが、県立三好病院が三次救急を担う救命救急センターとして、所要の体制を整えるといった観点から本年の11月下旬、ICU、HCUの機能を有する救急病棟として稼働したところでございます。

現在、まだ移設して間もないところでございますが、特に支障なく運営ができておりました、当面の間はスタッフが新たなフロアにおける業務に慣れることですか、また人員配置の調整等々も慎重に考えていきまして、十分に医療安全を確保しながら、救急医療の需要の増加にしっかり対応していく力を高めますとともに、収支改善にもつなげてまいりたいと考えているところでございます。

井下委員

そもそも、なぜ4階部分が空いていたのかお伺いしていいですか。

阿宮総務課長

4階病棟の状況でございますが、西部圏域におけます西部保健医療圏における適正な医療を確保するための協定書に基づく三好市立三野病院、つるぎ町立半田病院との役割分担の中で、現在、産科については、つるぎ町立半田病院のほうに集約されておりますので、これまで4階に関しては運用ができていなかったというところでございます。

なお、4階の病棟につきましては、新生児室・分娩室の設備等は残っておりますので、今後どういう方向で、どのような形で進めていくのかといったことにつきましては、関係機関との調整、先ほど岡医療政策課長からございました徳島県地域医療構想調整会議等の御論議もございますので、そうしたところを十分に踏まえて地域の状況等適切に対応しながら、今後とも検討していきたいと考えておるところでございます。

井下委員

徳島県医師確保計画素案の60ページにもありますが、県西部における地域周産期母子医療センターを整備することを目標としているというような文言もございます。県立三好病院の有効活用ということで、4年間空いていたものを使っていくというのは、効率的に考えればいいと思うのですが、この周産期の医療体制の整備は医師確保も含めて非常に厳しいのではないかと感じております。

地元の声を聞くと、もちろんあるに越したことはないのですが、私個人の考えとしましても、今、つるぎ町立半田病院のほうでできているのであれば、今後は思い切って一本化する方向に、シフトチェンジするのも有りなのではないかと思えます。

それで、空いていた部分を単純に使うだけではなくて、AIの話ですとか、いろんな人材確保等々に使える分野はあると思えますので、その辺も含めて総合的に前向きに判断していただけたらと思うのですがどうでしょうか。

阿宮総務課長

ただいま井下委員から、今後の方向性等について御質問を頂きました。

病院局におきましては、現在、徳島県病院事業経営計画による地域医療構想を踏まえた役割、2025年における将来像といたしまして、県立三好病院におきましては、西のとりでの救命救急の拠点、あるいは地域全体の医療の質の向上を担う地域医療支援病院、またフルセットのがん医療の提供といったことを軸といたしまして、高度急性期、急性期を担いつつ、回復機能を併せ持つといったような方向を定めておるところでございます。

この度、令和2年度に向けた病院局における施策の基本方針でもお示しいたしましたが、病院事業経営計画の改定も控えておりますので、井下委員の御指摘等も踏まえまして、今後の在り方について幅広い視野を持つて的確な検討を行ってまいりたいと考えているところでございます。

井下委員

西部圏域では、特に高齢化が進んでおりまして、地域医師会の先生も極めて厳しい状況下で頑張ってくださいしております。また、医院の中には後継者の不在等で閉院する所もたくさんありまして、県立三好病院の存在意義がますます高まってきているところであり、県民医療の最後のとりでの使命を果たすためには、持続可能な医療提供体制を確立しなければいけないと思っております。

その中で、病院間の役割分担など、医療サービスの最適化が必要と考えます。難しい課題も多々あると思いますが、病院局も保健福祉部もいろんな部署を通して連携をとって、しっかり対応していただけたらと思っております。

最後になりますが、今、いろいろと質問をさせていただきました。徳島県医師確保計画の件、また、県下病院の現場の状況のほか、先日、突然降って湧いたような、国からの公立・公的病院の一方的な再統合の話もありました。何度もなるのですが、国にはもっと現場のことですか、地域の状況をもっとリアルに知って把握していただかなくてはならないと思います。その上で、制度を作って地域で頑張ってくださいというのは分かるのですが、その状況ではとてもそうではないと思います。

そこで、これらのことを踏まえまして、国へ意見書を出してはどうかと思うんですが、いかがでしょうか。

井川委員長

ただいま井下委員から、地域医療の充実に向けた医療従事者確保への支援を求める意見書を、国に対し意見書を提出願いたいとの提案がありました。

本件については、いかがいたしましょうか。

（「異議なし」と言う者あり）

それでは、委員各位にお諮りいたします。

この際、文教厚生委員長名で、意見書案を閉会日に議長宛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）

それでは、文案は、正副委員長に御一任願います。

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3号

次に、請願の審査を行います。

お手元に御配付の請願文書表を御覧ください。

それでは、請願第3号「AYA（思春期・若年成人）世代がん患者等の妊^{よう}孕性温存治療への支援について」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。

仁井谷保健福祉部長

請願第3号について、御説明させていただきます。

①につきましては、平成30年3月に国のがん対策推進基本計画にAYA世代への対応が盛り込まれたことなどから、独自で妊^{よう}孕性温存治療費の助成制度を設ける自治体が増えてきており、香川県をはじめ、全国で12府県が補助を実施しております。

本県におきましては、こうした状況を踏まえ、去る5月に国として助成制度を創設するよう政策提言を行ったところであり、今後も引き続き要望を行うとともに、他県の助成制度の調査を行うなど、検討してまいります。

②につきましては、本県では各がん診療連携拠点病院等の患者支援センターや県が設置する徳島がん対策センターにおいて、相談や生殖医療が可能な施設の紹介を行っております。

今後におきましても、妊^{よう}孕性の温存を望むがん患者がスムーズにがん治療及び生殖医

療に臨めるよう、更なる充実強化に向けて、関係医療機関と相談してまいりたいと考えております。

井川委員長

理事者の説明は、ただいまのとおりであります。

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。

次に、請願第5号「生活保護基準引き下げ中止について」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。

仁井谷保健福祉部長

請願第5号について、御説明させていただきます。

生活保護制度は、国の責任において生活を保障するものと生活保護法に規定されており、生活保護基準については、専門家で構成された社会保障審議会生活保護基準部会における検証結果を踏まえ、厚生労働省が具体的な基準の見直しを行っております。

井川委員長

理事者の説明は、ただいまのとおりであります。

本件は、いかがいたしましょうか。

（「継続」と言う者あり）

南委員

生活保護制度は、社会保障制度の最後のセーフティネットとして、本当に生活に困窮している方に対し、確実に保護を実施するという基本姿勢に基づき、最低生活を国が保障するものです。この生活保護基準については、全国一律の基準により取り扱われるべきであり、厚生労働省において一般低所得世帯の消費実態を科学的かつ専門的に分析し検証した結果、見直しがなされたものと思います。

今回の見直しは、こうした国による検証の結果であることから、請願に対して不採択でお願いいたします。

井川委員長

それでは、請願第5号「生活保護基準引き下げ中止について」は、継続審査及び不採択とすべきとの御意見がありますので、まず、継続審査についてお諮りいたします。

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、御起立を願います。

（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6号「国民健康保険税を協会けんぽ並みに引き下げる改善について」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。

仁井谷保健福祉部長

請願第6号について、御説明させていただきます。

①につきましては、新たな国保制度への移行に当たり、これまで国への政策提言を行った結果、国保財政の基盤強化として、約3,400億円の公費拡充が行われており、国においては、新制度の運用状況を踏まえながら、保険者機能の一層の強化など必要な見直しが必要とされているところであります。

②につきましては、子供の保険料均等割について、従来より、全国知事会を通じて、子育て支援の観点から、軽減措置の導入を国に提言しており、現在、国において、現行制度の趣旨や国保制度に与える影響等を考慮しながら検討が続けられているところであります。

井川委員長

理事者の説明は、ただいまのとおりであります。

本件は、いかがいたしましょうか。

（「不採択」と言う者あり）

それでは、請願第6号「国民健康保険税を協会けんぽ並みに引き下げる改善について」は、不採択とすべきものと決定することに賛成の方は、御起立を願います。

（賛成者起立）

起立全員であります。

よって、本件は、不採択とすべきものと決定いたしました。

【請願の審査結果】

採択とすべきもの（簡易採決）

請願第3号

不採択とすべきもの（起立採決）

請願第5号、請願第6号

以上で、請願の審査を終わります。

これをもって、保健福祉部・病院局関係の審査を終わります。

次に、委員長報告の文案は、いかがいたしましょうか。

（「正副委員長一任」と言う者あり）

それでは、そのようにいたします。

次に、当委員会の閉会中継続調査事件について、お諮りいたします。

お手元に御配付の議事次第に記載の事件については、閉会中に調査することとし、その旨、議長に申し出たいと思いますが、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。

これをもって、本日の文教厚生委員会を閉会いたします。（14時42分）